



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. November 2021

Impressum

Thema:

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Abschlussbericht

Ansprechpartner:

Roman Prinz

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

15. November 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	9
Abbildungsverzeichnis.....	11
Abkürzungsverzeichnis.....	13
Glossar mathematischer Notationen.....	15
Kurzfassung.....	16
Teil I: Hintergrund.....	26
1 Beauftragung und Projekt.....	27
1.1 Projekthintergrund und Rahmenbedingungen der Entwicklung.....	27
1.2 Zielsetzung und Auftragsverständnis.....	28
1.3 Projektablauf.....	34
1.3.1 Vorgehen und zeitliche Fristen.....	34
1.3.2 Ethik und Datenschutz.....	35
1.4 Abstimmung mit dem IQWiG.....	35
1.5 Nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale.....	36
1.5.1 Überblick zum Aufbau und Inhalt von Krankenhausvergleichsportalen.....	37
1.5.2 Bedeutung von Vergleichsportalen bei der qualitätsorientierten Krankenhauswahl.....	38
1.5.3 Implikationen für das G-BA-Qualitätsportal.....	39
Teil II: Methodisches Vorgehen.....	40
2 Einführung in die Methodik.....	41
2.1 Grundlegende konzeptionelle Ausrichtung.....	41
2.2 Entwicklungsschritte der UX-Konzeption.....	42
3 Literaturrecherche und -analyse.....	45
3.1 Ziele.....	45
3.2 Recherchekonzept.....	46
3.3 Rechercheergebnis.....	46
4 Fokusgruppen mit Nutzerinnen und Nutzern von Online-Qualitätsinformationen.....	49
4.1 Ziele.....	49

4.2	Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung	50
4.2.1	Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	50
4.2.2	Moderationsleitfäden	52
4.2.3	Kurzfragebogen	53
4.2.4	Auswertung des Datenmaterials	54
4.3	Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	54
5	Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen ..	59
5.1	Ziele	59
5.2	Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung	59
5.3	Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	60
6	Nutzertesting	61
6.1	Ziele	61
6.2	Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung	61
6.2.1	Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	61
6.2.2	Durchführung / Testleitfäden	62
6.2.3	Kurzfragebogen	64
6.2.4	Auswertung des Datenmaterials	64
6.3	Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	65
7	Beteiligung externer Expertise	69
7.1	Beratung durch ein Expertengremium	69
7.2	Beratung durch Sachverständige	73
7.3	Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V	74
8	Identifikation und Prüfung geeigneter Daten	75
	Teil III: Entwicklungsergebnisse	77
9	Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal	78
9.1	Zielgruppenorientierung	78
9.2	Diversitätssensibilität	78
9.3	Barrierefreiheit	79
9.4	Benutzerfreundlichkeit	79
9.5	Transparenz und Sachrichtigkeit	80
9.6	Allgemeinverständlichkeit	81
10	Inhaltliches Konzept	82

10.1	Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung	82
10.1.1	Kriterien zur Priorisierung von Versorgungsanlässen	83
10.1.2	Diskussion der Kriterien	86
10.1.3	Fazit und Empfehlungen.....	87
10.1.4	Maßgebliche Bereiche im Prototyp.....	88
10.2	Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals.....	89
10.2.1	Alter und Geschlecht.....	89
10.2.2	Bildung, Lese- und alltagsmathematische Kompetenz	90
10.2.3	Internetnutzung	92
10.2.4	Besondere Teilzielgruppen.....	94
10.2.5	Fazit und Empfehlungen.....	96
10.3	Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl	96
10.3.1	Psychosoziale Situation	97
10.3.2	Informations- und Entscheidungsprozess	97
10.3.3	Fazit und Empfehlungen.....	99
10.4	Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen	100
10.4.1	Hinweise aus der Literaturrecherche	100
10.4.2	Hinweise aus den Fokusgruppen	105
10.4.3	Fazit und Empfehlungen.....	108
10.5	Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive	109
10.5.1	Hinweise aus der Literaturrecherche	109
10.5.2	Hinweise aus den Fokusgruppen	124
10.5.3	Hinweise aus der Bedarfserhebung	143
10.5.4	Zusammenfassung.....	147
10.6	Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule	149
10.6.1	Informationsmodul „Übergeordnete Themen“	151
10.6.2	Informationsmodul „Basisinformationen zum Krankenhaus“	152
10.6.3	Informationsmodul „Behandlungsfälle“	154
10.6.4	Informationsmodul „Qualität“	154
10.6.5	Informationsmodul „Hygiene und Infektionen“	165
10.6.6	Informationsmodul „Allgemeine Patientenerfahrungen“	166
10.6.7	Informationsmodul „Medizinische Schwerpunkte“	167

10.6.8	Informationsmodul „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“	168
10.6.9	Informationsmodul „Ausstattung und Service“	168
10.6.10	Informationsmodul „Barrierefreiheit“	170
10.7	Datengrundlage des G-BA-Qualitätsportals.....	170
10.7.1	Daten in den strukturierten Qualitätsberichten	170
10.7.2	Daten außerhalb der strukturierten Qualitätsberichte.....	180
10.7.3	Fazit und Empfehlungen.....	183
11	Methodik für die Aggregation von Indikatoregebnissen	188
11.1	Ziele und theoretischer Rahmen der Aggregation.....	188
11.2	Anforderungen an die Aggregation von Indikatoregebnissen.....	190
11.3	Herleitung und Begründung der Methodik für die Aggregation von Indikatoregebnissen	192
11.3.1	Entwicklung des theoretischen Indexmodells.....	192
11.3.2	Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorenssets	194
11.3.3	Auswahl der Informationsgrundlage.....	196
11.3.4	Einheitliche Skalierung	207
11.3.5	Gewichtung	214
11.3.6	Aggregation	218
11.3.7	Klassifikation.....	220
11.4	Fazit und Empfehlungen	225
11.4.1	Theoretisches Indexmodell	226
11.4.2	Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorenssets	226
11.4.3	Auswahl der Informationsgrundlage.....	227
11.4.4	Einheitliche Skalierung	227
11.4.5	Gewichtung	228
11.4.6	Aggregation	228
11.4.7	Klassifikation.....	229
12	Visualisierungskonzept.....	230
12.1	Hintergründe zur nutzerzentrierten, allgemeinverständlichen Darstellung von (Qualitäts-)Informationen	231
12.1.1	Hinweise aus der Literaturrecherche	231
12.1.2	Hinweise aus den Fokusgruppen	232
12.2	Darstellung von Qualitätsinformationen im G-BA-Qualitätsportal.....	234

12.2.1	Darstellung von aggregierten Indikatorergebnissen im G-BA-Qualitätsportal	234
12.2.2	Darstellung von Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal	236
12.2.3	Darstellung von Fallzahlen im G-BA-Qualitätsportal.....	243
12.3	Styleguide.....	245
12.3.1	Corporate Design.....	245
12.3.2	Informationsarchitektur	248
12.3.3	User Interface Design	259
12.4	Zusammenfassung	264
13	Informationstechnisches Konzept.....	266
13.1	Charakterisierung der Datenquellen.....	266
13.2	Datenverarbeitungsprozesse	267
13.2.1	Datenaufbereitung.....	267
13.2.2	Hürden bei der Nutzung der Daten.....	268
13.3	Datenzuschutz- und Datensicherheitskonzept	270
13.3.1	Anforderung an den Datenschutz	271
13.3.2	Anforderung an die Datensicherheit.....	273
13.4	Technische Details des G-BA-Qualitätsportals.....	274
13.4.1	Anforderungen im Lastenheft	274
13.4.2	Architektur des G-BA-Qualitätsportals.....	275
13.5	Umsetzungsplanung.....	276
14	Evaluationsrahmenkonzept.....	278
14.1	Ziele der Evaluation.....	278
14.1.1	Evaluationsblock 1: Sicherstellung der sieben grundlegenden Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals	279
14.1.2	Evaluationsblock 2: Prüfung der generellen Nutzung.....	279
14.1.3	Evaluationsblock 3: Sicherstellung der qualitätsorientierten Auswahlentscheidung	279
14.2	Zielgruppen der Evaluation	279
14.3	Erfassungsmethoden.....	280
14.3.1	Onsitebefragungen.....	282
14.3.2	Webanalyse	282
14.3.3	Qualitative Erhebungen	282

14.3.4 Externe Reviews und Selbstbewertungen.....	283
14.4 Fazit und Empfehlungen	283
Teil IV: Fazit.....	285
15 Zusammenfassung, Herausforderungen und Empfehlungen	286
15.1 Inhaltliches Konzept.....	286
15.2 Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen.....	288
15.3 Visualisierungskonzept.....	288
15.4 Informationstechnisches Konzept.....	289
15.4.1 Technische Details des G-BA-Qualitätsportals.....	290
15.5 Evaluationsrahmenkonzept	290
Literatur.....	292

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Informationsmodule des G-BA-Qualitätsportals	18
Tabelle 2: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen.....	50
Tabelle 3: Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben.....	55
Tabelle 4: Charakteristika der Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und -berater, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben.....	57
Tabelle 5: Themenbereiche, in denen sich die Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen bzw. Teilnehmerinnen und Teilnehmer engagieren.....	60
Tabelle 6: Charakteristika der Teilnehmenden an den Nutzertests	66
Tabelle 7: Übersicht prioritär zu berücksichtigender Versorgungsanlässe in der Erstumsetzung	88
Tabelle 8: Übersicht der zur Veröffentlichung empfohlenen Informationsmodule	149
Tabelle 9: Prüfung des Qualitätsindikatorensatzes für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ bezogen auf die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität.....	159
Tabelle 10: Prüfung des Qualitätsindikatorensatzes für den Versorgungsanlass „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“ bezogen auf die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität	160
Tabelle 11: Zuordnung der Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ zu den Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität.....	163
Tabelle 12: Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ für die priorisierten Versorgungsanlässe	164
Tabelle 13: Abbildbarkeit der Informationsmodule über Daten im strukturierten Qualitätsbericht	172
Tabelle 14: Anteil an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ aus dem QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung für unterschiedliche Größen des Indikatorensatzes im Erfassungsjahr 2019.....	196
Tabelle 15: Verbale Einordnung und Begleittext zu den Indikatorergebnissen	240
Tabelle 16: Beispielhafte Berechnung von Fallzahlen zur „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS-Kode 5-820)	243
Tabelle 17: Anteil an maskierten Indikatorergebnissen für das Indikatorensatz zum Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ im Erfassungsjahr 2019	268
Tabelle 18: Anteil an Leistungserbringern mit Ergebnissen in allen Qualitätsindikatoren des Sets für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ im Erfassungsjahr 2019.....	269

Tabelle 19: Anforderungen an den Datenschutz und empfohlene mögliche Umsetzung.....	271
Tabelle 20: Anforderungen an die Datensicherheit und empfohlene mögliche Umsetzung ...	273
Tabelle 21: Zusammenfassung des Evaluationsrahmenkonzepts	281

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausschnitte der Startseite (links) und Vergleichsseite (rechts) des G-BA-Qualitätsportals	22
Abbildung 2: Methodisches Vorgehen UX-Konzeption nach den Kernpunkten der DIN EN ISO 9241-210 (adaptiert nach Jacobsen und Meyer 2017: 63)	43
Abbildung 3: Flowchart der Recherche in den bibliographischen Datenbanken	47
Abbildung 4: Übersicht der 20 häufigsten Operationen nach OPS bei Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2019	84
Abbildung 5: Übersicht der 20 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10 im Krankenhaus im Jahr 2019	84
Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsstruktur der Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2017	90
Abbildung 7: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung	212
Abbildung 8: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option A	222
Abbildung 9: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option B	223
Abbildung 10: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option C	224
Abbildung 11: Vorgeschlagene Zuordnung der metrischen Indikatorergebnisse in das 5-stufige visuelle Kategoriensystem	229
Abbildung 12: Darstellung aggregierter Indikatorergebnisse im G-BA-Qualitätsportal	236
Abbildung 13: Erste getestete Darstellungsform von Qualitätsindikatoren	238
Abbildung 14: Empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal	239
Abbildung 15: Verteilung von Fallzahlen für den OPS-Kode 5-820 „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“	245
Abbildung 16: Bestandteile des Corporate Designs am Beispiel der Startseite des Prototyps	246
Abbildung 17: Das für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Logo	247
Abbildung 18: Informationsarchitektur entlang des Nutzungspfads (vereinfachte Darstellung)	249
Abbildung 19: Startseite im G-BA-Qualitätsportal	250
Abbildung 20: Ergebnisliste im G-BA-Qualitätsportal	253
Abbildung 21: Ergebnisliste des G-BA-Qualitätsportals in der Kartenansicht	255
Abbildung 22: Profilsseite eines Krankenhauses im G-BA-Qualitätsportal	256
Abbildung 23: Darstellung von Ergebnissen auf unterschiedlichen Ebenen am Beispiel eines themenspezifischen Index zu Behandlungsergebnisse	257
Abbildung 24: Vergleichsseite im G-BA-Qualitätsportal	258
Abbildung 25: Redaktionelle Seiten im G-BA-Qualitätsportal (Beispiel „Über uns“)	259
Abbildung 26: Darstellung der Website auf verschiedenen Endgeräten	260
Abbildung 27: Darstellung von Qualitätsindikatoren in der mobilen Ansicht	261
Abbildung 28: Seitenaufteilung in Header, Content und Footer	262
Abbildung 29: Übersicht der Navigationsarten auf der Krankenhausprofilseite	263

Abbildung 30: Architektur des G-BA-Qualitätsportals	276
Abbildung 31: Phasenplan für die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals	277

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
afgis	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
API	Application Programming Interface
BGB	Bundesgesetzbuch
BITV	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EG	Expertengremium
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HON	Health on Net Foundation
HTML	Hypertext Markup Language
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IMDEC	International Medical & Dental Ethics Commission
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
Mm-R	Mindestmengenregelung
MW	Mittelwert
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PDF	Portable Document Format
PIAAC	Programme for the International Assessment of Adult Competencies
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Abkürzung	Bedeutung
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
QS PM	QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin</i>
QS KEP	QS-Verfahren <i>Knieendoprothesenversorgung</i>
QS HGV	QS-Verfahren <i>Hüftgelenkversorgung</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SSL	Secure Sockets Layer
TEP	Totalendoprothese
TOM	technische und organisatorische Maßnahmen
URL	Uniform Resource Locator
UX	User Experience
WCAG	Web Content Accessibility Guidelines
WLAN	Wireless Local Area Network
XML	Extensible Markup Language

Glossar mathematischer Notationen

Notation	Erläuterung
Zähl-Indizes und Gesamtzahl	
$j \in \{1, \dots, J\}$	Index für die Behandlungsfälle
J	Fallzahl
x_j	Vektor der fallspezifischen Risikofaktoren
π_j	fallspezifische Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi_j \in [0,1]$
$d \in \{1, \dots, D\}$	Index für die Qualitätsthemen
$k_d \in \{1, \dots, K_d\}$	Index für die Qualitätsindikatoren in Qualitätsthema d
R_{dk}	Referenzwert des Qualitätsindikators k in Qualitätsthema d
Allgemeine mathematische Notationen	
$E(O)$	Erwartungswert der Zufallsvariable O
$P(a b)$	bedingte Wahrscheinlichkeit für a gegeben b
\bar{X}	(gewichtetes) arithmetisches Mittel von Variable X
$\text{Bin}(J, \theta)$	Binomial-Verteilung mit Fallzahl $J \in \mathbb{N}$ und Erfolgswahrscheinlichkeit $\theta \in [0,1]$
$\text{Beta}(\alpha, \beta)$	Beta-Verteilung mit Parametern $\alpha, \beta > 0$
$\text{GBin}(\pi_1, \dots, \pi_J)$	generalisierte Binomialverteilung mit Erfolgswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_J \in [0,1]$
$\text{Po}(\lambda)$	Poisson-Verteilung mit Parameter $\lambda \in \mathbb{R}^{>0}$
$\text{Gamma}(\alpha, \frac{\alpha}{\mu})$	Gamma-Verteilung mit Parametern $\alpha, \mu > 0$
$F_{\text{Beta}}(\cdot)$	Verteilungsfunktion der Beta-Verteilung

Kurzfassung

Hintergrund

Der Gesetzgeber hat mit dem im Januar 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, das IQTIG zu beauftragen, ein Online-Vergleichsportal für die Versorgungsqualität der Krankenhäuser zu entwickeln. Das IQTIG hat im vorliegenden Bericht ein umsetzbares Gesamtkonzept für eine Website („G-BA-Qualitätsportal“) erarbeitet, die Qualitätsinformationen über Krankenhäuser vergleichend darstellt und sich an Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen richtet.

Auftrag und Auftragsverständnis

Der Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals liegt die entsprechende Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 zugrunde. Das G-BA-Qualitätsportal soll gemäß Beauftragung

- über Qualität in maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung informieren,
- Unterschiede in der Qualität in der stationären Versorgung deutlich machen,
- einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglichen und individuelle Entscheidungen zur Krankenhauswahl unterstützen,
- sich an den Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen ausrichten und
- verständlich für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen sein.

Zur Strukturierung und Bündelung der einzelnen Beauftragungspunkte erfolgt eine Untergliederung der Konzeption in fünf Teilkonzepte. Im Folgenden werden die Empfehlungen des IQTIG entlang dieser Teilkonzepte zusammenfassend dargestellt.

Methodisches Vorgehen

Für das inhaltliche Konzept der Website wurden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit Versorgenden, halbstrukturierte Bedarfserhebungen sowie umfassende Literaturrecherchen durchgeführt. Auf Basis dieser Datenquellen wurden insbesondere die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien der intendierten Zielgruppe ermittelt und in einem beratenden Expertengremium diskutiert. Auf dieser Grundlage wurden die für das G-BA-Qualitätsportal zur Veröffentlichung empfohlenen Informationsmodule abgeleitet. Die Entwicklung von Gestaltungslösungen einschließlich des Prototyps erfolgte entlang der Methoden der User-Experience-Konzeption. Zentrale Darstellungselemente und Strukturen der Website wurden in einem iterativen Prozess auf Verständlichkeit und Nutzerfreundlichkeit geprüft und darauf basierend weiterentwickelt. Dazu wurden Nutzertestungen und heuristische Evaluationen angewandt.

Ergebnisse und Empfehlungen

Der vorliegende Abschlussbericht enthält die Entwicklungsergebnisse zur Konzeption und Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals.

Inhaltliches Konzept

Das IQTIG empfiehlt, sich in der Erstumsetzung auf ausgewählte Versorgungsanlässe der Geburtshilfe und Orthopädie zu fokussieren und das Informationsangebot davon ausgehend sukzessive auf- und auszubauen. Trotzdem sollte die Website eine indikations- und prozedurenübergreifende Krankenhaussuche anbieten. Liegen für einen Versorgungsanlass keine spezifischen Qualitätsinformationen vor, sollten zumindest allgemeine Informationen zu den Krankenhäusern wie Basisinformationen oder die Zahl der Behandlungsfälle angezeigt werden.

Das IQTIG empfiehlt insgesamt 10 Informationsmodule, die auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollten (vgl. Tabelle 1). Die Informationsmodule beschreiben aus Patienten- und Expertensicht relevante Inhalte für eine präferenz- bzw. qualitätsorientierte Krankenhauswahl. Als primäre Datenquelle zur Abbildung dieser Informationsmodule empfiehlt das IQTIG die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Tabelle 1: Informationsmodule des G-BA-Qualitätsportals

Informationsmodule	Kurzbeschreibung	Abbildbarkeit in der Erstumsetzung
1. Übergeordnete Themen	In diesem Modul werden Inhalte zusammengefasst, die losgelöst von der Krankenhaussuche auf einer übergeordneten Ebene im G-BA-Qualitätsportal adressiert werden sollten. Dazu zählen bspw. redaktionelle Inhalte wie Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website und zur Datengrundlage, Tipps zur Krankenhaussuche oder allgemeine Informationen zu Diagnosen und Behandlungen. Letztere können bspw. über Schnittstellen zum Nationalen Gesundheitsportal bereitgestellt werden. Das IQTIG empfiehlt, die Ergebnisse der Sonderveröffentlichung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren losgelöst von der Krankenhaussuche auf Unterseiten des G-BA-Qualitätsportals zu integrieren. Dies ermöglicht eine prioritäre Erfüllung der Berichtspflichten gemäß § 17 und § 9 Abs. 7 Satz 5 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL).	ja
2. Basisinformationen zum Krankenhaus	Das IQTIG empfiehlt folgende allgemeine Informationen zum Krankenhaus zu veröffentlichen: Entfernung zum Wohnort, allgemeine Kontaktdaten, Art, Trägerschaft und Größe des Krankenhauses, vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei.	ja
3. Behandlungsfälle	Ausgehend vom Suchanlass wird die Veröffentlichung der diagnose- bzw. prozedurenbezogenen Fallzahlen auf Ebene des Krankenhausstandorts und der Fachabteilungen/Organisationseinheiten empfohlen. Sofern zu einem Versorgungsanlass Mindestmengen-Vorgaben gelten, empfiehlt das IQTIG auszuweisen, ob das Krankenhaus diese einhält.	ja
4. Qualität	In diesem Modul sollten abhängig vom Suchanlass die Ergebnisse aus gesetzlichen QS-Verfahren veröffentlicht werden. Bei der Suche nach einem Krankenhaus zum „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ wären dies bspw. ausgewählte Indikatoren aus dem QS-Verfahren <i>Hüftgelenkversorgung (QS HGV)</i> . Das IQTIG empfiehlt, die jeweils verfügbaren Qualitätsindikatoren den patientenrelevanten Themen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ zuzuordnen.	teilweise

Informationsmodule	Kurzbeschreibung	Abbildbarkeit in der Erstumsetzung
5. Hygiene und Infektionen	Das IQTIG empfiehlt, in diesem Informationsmodul perspektivisch thematisch geeignete Qualitätsindikatoren aufzunehmen, die sich indikations- bzw. prozedurenübergreifend auf Aspekte der Hygiene und des Infektionsmanagements beziehen, z. B. aus dem in Erprobung befindlichen QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i> und ggf. einem zukünftigen QS-Verfahren, wie z. B. <i>Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis (QS Sepsis)</i> .	nein
6. Allgemeine Patientenerfahrungen	Das IQTIG empfiehlt die eigene Entwicklung von Konzept, Methodik und Ausgestaltung von Befragungen zu allgemeinen Patientenerfahrungen. Der Fokus sollte auf einer indikations- und prozedurenübergreifenden Erfassung von Patientenerfahrungen nach einem faktenorientierten Befragungsansatz liegen.	nein
7. Medizinische Schwerpunkte	Das IQTIG empfiehlt, in diesem Modul Informationen zu spezialisierten Zentren und Schwerpunkten abzubilden. Zudem wird die Abbildung relevanter medizinischer und pflegerischer Leistungen empfohlen, die in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden. Hierfür müssen im Rahmen der Umsetzung diagnose- und prozedurenbezogene Sets erstellt und mit ICD- und OPS-Kodes verknüpft werden.	teilweise
8. Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	Das IQTIG empfiehlt, perspektivisch Qualitätssiegel und Zertifikate als Zusatzinformation im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Dies setzt im ersten Schritt eine Bewertung und Auswahl entsprechender Qualitätssiegel und Zertifikate einschließlich deren Erfassung in den strukturierten Qualitätsberichten voraus.	nein
9. Ausstattung und Service	Das IQTIG empfiehlt, sich in der Erstumsetzung zunächst auf eine begrenzte Auswahl an Ausstattungs- und Servicemerkmalen zu fokussieren. Dies sind Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen, die Verfügbarkeit von Dolmetscherdiensten sowie die Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße.	ja
10. Barrierefreiheit	Das IQTIG empfiehlt, in diesem Modul Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit, die in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbar sind, abzubilden.	ja

Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen

Da eine Auseinandersetzung mit Qualitätsinformationen im Rahmen der Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus eine hohe kognitive Belastung für Patientinnen und Patienten in einer potenziell schwierigen Situation bedeuten kann, empfiehlt das IQTIG, Indikatorergebnisse grundsätzlich in aggregierter Form auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen. Die Informationssaggregation soll Komplexität und die damit verbundene kognitive Belastung von Patientinnen und Patienten reduzieren sowie aussagekräftige und faire Vergleiche der Versorgungsqualität von Leistungserbringern gewährleisten.

Die empfohlene Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen bezieht sich auf Qualitätsindikatoren, die im Informationsmodul „Qualität“ abgebildet werden. Je Versorgungsanlass und je Leistungserbringer (Standort) wird eine zweistufige Aggregation empfohlen:

- die Aggregation von Qualitätsindikatoren zu themenspezifischen Indizes („Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“, „Kommunikation und Interaktion“; Aggregationsstufe 1)
- die Aggregation der themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

Um zu verhindern, dass Leistungserbringer anhand verschiedener Qualitätsindikatoren verglichen werden, empfiehlt das IQTIG, versorgungsanlassbezogene Qualitätsindikatorensets festzulegen. Dazu muss für den jeweiligen Versorgungsanlass eine Abwägung zwischen der Anzahl der in den Gesamtindex einfließenden Indikatoren und der Anzahl an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex getroffen werden. Ein Gesamtindex (Aggregationsstufe 2) wird nur für diejenigen Leistungserbringer gebildet und dargestellt, die Fälle bezogen auf alle Qualitätsindikatoren des Sets erbracht haben.

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur werden üblicherweise die metrischen Indikatorergebnisse aggregiert. In der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland stehen zusätzlich die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens zur Verfügung. Der Strukturierte Dialog, ursprünglich eher als ein Instrument der Qualitätsförderung entwickelt, wird bislang jedoch nicht nach einer bundesweit einheitlichen Methodik und nur für einen Teil der Leistungserbringer durchgeführt. Für ein aussagekräftiges Public Reporting und einen fairen Vergleich von Leistungserbringern ist jedoch eine objektive Informationsgrundlage eine Grundvoraussetzung. Für diesen Verwendungszweck sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nicht geeignet. Daher empfiehlt das IQTIG, ausschließlich metrische Indikatorergebnisse zu aggregieren, da diese im Gegensatz zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs eine objektive und für alle Leistungserbringer verfügbare Informationsgrundlage darstellen.

Für die Aggregation ist eine einheitliche Skalierung der unterschiedlichen Indikatoren, wie O/E- und ratenbasierte Indikatoren, notwendig. Hierzu empfiehlt das IQTIG, die statistische Evidenz für die Einhaltung des Referenzbereichs als einheitliche Messskala zu verwenden. Dieses Vorgehen integriert sowohl Informationen über den Abstand des Punktschätzers jedes Leistungserbringers zum Referenzbereich des jeweiligen Indikators als auch die statistische Unsicherheit über die Lage des Punktschätzers in eine einheitliche Messskala. Hinsichtlich der Frage der Gewichtung wird nach Abwägung verschiedener Optionen eine Gleichgewichtung innerhalb eines Qualitätsthemas (Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion)

und die Gleichgewichtung der themenspezifischen Indizes in Bezug auf den Gesamtindex empfohlen. Zudem wird eine additive Aggregation der einheitlich skalierten, gleich gewichteten Indikatorwerte innerhalb der Qualitätsthemen zu themenspezifischen Indizes vorgeschlagen sowie eine additive Aggregation der themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex.

Am Ende liegen für jeden Leistungserbringer sowohl ein Gesamtindexwert als auch bis zu drei themenspezifische Indexwerte pro Versorgungsanlass auf einer metrischen Skala zwischen 0 und 100 % vor. Das heißt, die Indizes geben die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein Leistungserbringer bestehende Anforderungen an die Versorgungsqualität erfüllt. Für eine leichtere Verständlichkeit empfiehlt das IQTIG, die metrischen Indexwerte auf einer visuellen Skala mit fünf Kategorien darzustellen.

Visualisierungskonzept

Das IQTIG hat im Rahmen der Beauftragung ein Konzept zur visuellen Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals entwickelt. Der Schwerpunkt dieses Konzepts liegt auf Empfehlungen zur allgemeinverständlichen Darstellung von Qualitätsindikatoren. Zudem wurde ein Styleguide erstellt, in dem die Informationsarchitektur sowie das Corporate und User Interface Design des G-BA-Qualitätsportals definiert werden. Die Entwicklungsergebnisse wurden für zwei maßgebliche Bereiche („Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“) exemplarisch in Form eines Prototyps aufbereitet.

Die Darstellung von Qualitätsindikatoren orientiert sich an aktuellen Leitlinien und Empfehlungen der Gesundheitsinformation und Risikokommunikation. Zum einen wird die Darstellung von Qualitätsindikatoren in aggregierter Form empfohlen (siehe Abschnitt „Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnisse“). Im Sinne der Transparenz sollte dabei nachvollziehbar sein, welche Indikatoren den im G-BA-Qualitätsportal abgebildeten Indizes zugrunde liegen. Ein Kernelement bei der Darstellung dieser Qualitätsindikatoren ist dabei die Ausweisung der Indikatorergebnisse als absolute Angabe je 1.000 Fälle. Zum anderen wird die grafische Aufbereitung dieser Angabe in Form von Icon-Arrays empfohlen. Eine Information über die Einhaltung der Referenzbereiche erfolgt in verbaler Form (Qualitätsziel erreicht/nicht erreicht).

Für die Informationsarchitektur der Website wurde ein einfacher Aufbau angestrebt. Der Fokus der Startseite liegt auf dem Suchformular. Über die Suchfunktion gelangen Nutzerinnen und Nutzer auf die Ergebnisseite. Diese bietet eine Übersicht relevanter Leistungserbringer zur Suche. Die Ergebnisseite kann sowohl in der Listen- als auch in der Kartenansicht angezeigt werden. Filteroptionen ermöglichen eine weitere Eingrenzung von Leistungserbringern. Zudem können Krankenhäuser auf eine persönliche Merkliste gesetzt werden. Von der Ergebnisseite ausgehend, lassen sich detaillierte Informationen zu den Krankenhäusern aufrufen (Profilseite) oder ein Vergleich mit bis zu drei Krankenhäusern starten (Vergleichsseite). Über die Menüpunkte „Hilfe“, „Qualitätssicherung“ und „Über uns“ sind redaktionelle Inhalte abrufbar.

Zugewandtheit, Transparenz, Sachlichkeit und Neutralität bilden als Kommunikationsziele die Grundlage für das Corporate Design. Die Farbwelt der Website ist durch Grüntöne in verschiedenen Abstufungen geprägt, die eine Assoziation zum Krankenhausbereich wecken sollen. Helles Violett ergänzt das Farbkonzept als Hintergrundfarbe. „Mein Krankenhaus“ wurde als Titel

für das G-BA-Qualitätsportal ausgewählt. Im Logo wird dieser ergänzt durch den Untertitel „Suchen · Finden · Vergleichen“ sowie durch ein Info-Icon, bestehend aus einem stilisierten „i“. Das Info-Icon ist ein wiederkehrendes Element im Design und wird verwendet, um Erklärungen oder flankierende Informationen bei komplexen Sachverhalten anzubieten. In Abbildung 1 werden einige zentrale Entwicklungsergebnisse am Beispiel der Start- und Vergleichsseite dargestellt.

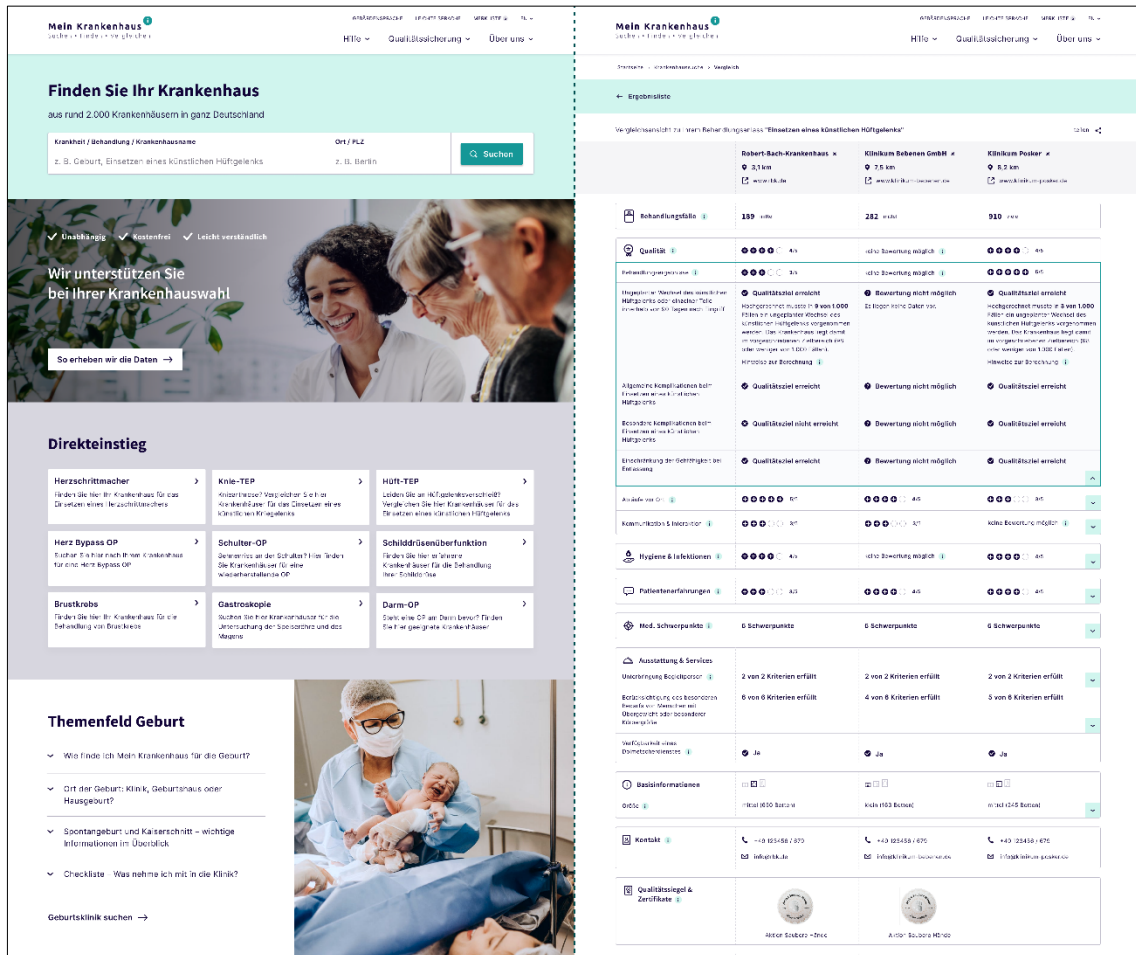


Abbildung 1: Ausschnitte der Startseite (links) und Vergleichsseite (rechts) des G-BA-Qualitätsportals

Informationstechnisches Konzept

Das IQTIG hat im informationstechnischen Konzept die erforderlichen Datenverarbeitungsprozesse für die Umsetzung umrissen. Als Primärdatenquelle des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG die jährlich über die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) erhobenen Daten der strukturierten Qualitätsberichte, bestehend aus maschinenlesbaren XML-Dokumenten. Die Qualitätsberichte im XML-Format sollten durch die Software des G-BA-Qualitätsportals eingelesen und aufbereitet werden, sodass die geforderten Inhalte performant angezeigt werden können. Bezüglich der Realisierungs- und Aktualisierungsprozesse wird eine Orientierung am jährlichen Veröffentlichungsprozess durch den G-BA empfohlen. Eine prozess-technische Vorbereitung auf diesen Rhythmus ermöglicht den Umgang mit strukturellen und inhaltlichen Änderungen der Qualitätsberichte.

Eine wesentliche Hürde im Datenverarbeitungsprozess stellt die Maskierung aus Datenschutzgründen insbesondere von Indikatorergebnissen in Teil C-1 der strukturierten Qualitätsberichte dar. Hierdurch würde es zu einem erheblichen Ausfall an darstellbaren Ergebnissen im G-BA-Qualitätsportal kommen. Für aussagekräftige Leistungserbringervergleiche ist es unverzichtbar, eine möglichst vollständige Daten- und damit Vergleichsgrundlage sicherzustellen. Daher wird empfohlen, dem IQTIG im Datenfluss für den Zweck der Indexberechnung die Nutzung unmaskierter Daten zu ermöglichen.

Im informationstechnischen Konzept wurden zudem Anforderungen an die Datensicherheit und den Datenschutz definiert. Eine weitere Ausformulierung dieser Anforderungen ist erst im Rahmen der Umsetzung möglich. Im Kern wird eine Orientierung an dem bereits bestehenden Datenschutz- und Datensicherheitskonzept des IQTIG empfohlen, welches durch den G-BA bereits abgenommen wurde.

Darüber hinaus wurden die für die technische Umsetzung relevanten funktionalen und nicht funktionalen Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal definiert und eruiert, dass alle Anforderungen grundsätzlich umsetzbar sind, allerdings nicht gesamthaft aus einem System heraus. Es ist zu erwarten, dass die technische Basis des G-BA-Qualitätsportals Elemente eines Content-Management-Systems (für die redaktionellen Daten), einer Kartenanwendung (für die Geolokalisierung der Krankenhäuser und zur Berechnung von Entfernungen) und einer individuellen Fachanwendung (z. B. für die Informationsaggregation und die Suche in den QS-Daten) vereinen wird.

Da sich die am Markt verfügbaren Produkte und Systeme stetig weiterentwickeln, wurde auf eine konkrete Produktempfehlung zum Zeitpunkt des Abschlussberichts verzichtet. Stattdessen sollte zum Zeitpunkt der Fälligkeit der technischen Umsetzungsentscheidung eine Evaluierung verfügbarer Systeme durchgeführt und dasjenige ausgewählt werden, das die höchste Abdeckung der funktionalen und nicht funktionalen Anforderungen bietet. Hiermit wird die Menge individueller Anpassungen limitiert, was sich positiv auf die Benutzbarkeit, aber auch Wartbarkeit und Weiterentwicklungsfähigkeit des G-BA-Qualitätsportals auswirken wird.

Auf Grundlage der Entwicklungsergebnisse wurde ein grober Phasenplan entwickelt, der die Umsetzbarkeit des vorgelegten Konzeptstands innerhalb von 24 Monaten vorsieht.

Evaluationsrahmenkonzept

Das IQTIG entwickelte die Eckpunkte eines quantitativen und qualitativen Evaluationsrahmenkonzepts, um die Zielerreichung des G-BA-Qualitätsportals sicherzustellen und das Angebot kontinuierlich zu verbessern und patientenzentriert weiterzuentwickeln.

Das IQTIG richtet die Evaluation an den Zielsetzungen gemäß Beauftragung aus. Zudem soll auch nach Inbetriebnahme der Website die Nutzerperspektive im Rahmen der Evaluation im Mittelpunkt stehen. Zur Überprüfung und Sicherung der Ziele hat das IQTIG drei Evaluationsblöcke definiert:

- **Evaluationsblock 1:** Sicherstellung der sieben grundlegenden Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals (Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit sowie Allgemeinverständlichkeit)
- **Evaluationsblock 2:** Prüfung der generellen Nutzung
- **Evaluationsblock 3:** Sicherstellung der qualitätsorientierten Auswahlentscheidung

Zur Erhebung der drei Evaluationsblöcke können verschiedene Methoden zum Einsatz kommen. Dazu gehören Onsitebefragungen, Webanalysen, qualitative Erhebungen sowie Selbstbewertungen und externe Reviews.

Die Einbindung von Onsitebefragungen auf dem G-BA-Qualitätsportal ermöglicht es, alle drei Evaluationsblöcke zu explorieren. Die Webanalyse ermöglicht die kontinuierliche Evaluierung der Nutzung der Website sowie verschiedener Funktionen (z. B. Suchschlitz, Filterfunktion) und kann damit primär Erkenntnisse zu Evaluationsblock 2 liefern.

Mit qualitativen Erhebungen wie Nutzertests, Fokusgruppen oder Interviews können grundsätzlich alle drei Evaluationsblöcke untersucht werden. Für die in Evaluationsblock 1 thematisierte Sicherung der grundlegenden Anforderungen nach der Umsetzung und Inbetriebnahme der Website empfiehlt es sich, auf diese nutzerzentrierten Methoden zurückzugreifen. Die Art und Weise der Nutzung (Evaluationsblock 2) lässt sich mit Nutzertests untersuchen und kann damit die Interpretation anderer Ergebnisse (z. B. aus der Webanalyse) unterstützen. Interviews oder Fokusgruppen bieten sich an, um die individuellen Auswahlentscheidungen und entsprechende Ursachen besser verstehen zu können (Evaluationsblock 3).

Selbstbewertungen und externe (Experten-)Reviews sind vor allem geeignet, um Grundanforderungen wie Benutzerfreundlichkeit, Barrierefreiheit und Transparenz zu sichern (Evaluationsblock 1). Dies kann unter Einbindung externer Expertise (z. B. heuristische Evaluationen, Prüfungen nach der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung, BITV) oder mittels Selbstbewertung (z. B. Selbstbewertung nach BITV und Web Content Accessibility Guidelines) erfolgen.

Hiermit wurde ein anwendungsorientiertes Evaluationsrahmenkonzept erstellt, das mit drei leitenden Evaluationsblöcken die Zielsetzungen des G-BA-Qualitätsportal sicherstellt. Dieser Rahmen muss für eine konkrete Evaluation weiter ausgestaltet werden, was erst bei Beauftragung zur Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals erfolgen kann.

Fazit und Ausblick

Mit dem vorliegenden Abschlussbericht legt das IQTIG dem G-BA ein indikations- und prozedurenübergreifend tragfähiges Konzept als Grundlage für die Erstumsetzung der Website vor. Dieses ist als Ausgangspunkt einer kontinuierlichen und dynamischen Weiterentwicklung zu begreifen.

Für das G-BA-Qualitätsportal wird eine indikations- und prozedurenübergreifende Krankenhaussuche empfohlen. Als primäre Datenquelle werden die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser eruiert. Dabei empfiehlt das IQTIG, abgebildete Indikatorergebnisse grundsätzlich je Versorgungsanlass und Leistungserbringer (Standort) in zweistufiger Aggregation auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen. Für eine allgemeinverständliche Darstellung wurden

Empfehlungen zur grafischen Aufbereitung von Qualitätsindikatoren sowie für das Corporate und User Interface Design des G-BA-Qualitätsportals gegeben. Darüber hinaus wurden Datenverarbeitungsprozesse und informationstechnische Anforderungen zur Umsetzung erarbeitet. Um den Anteil darstellbarer Leistungserbringer zu erhöhen, sollte dem IQTIG die Nutzung unmaskierter Daten ermöglicht werden. Bezüglich Datenschutz und -sicherheit sollte sich das G-BA-Qualitätsportal an den Richtlinien des IQTIG ausrichten. Entsprechend der Beauftragung wird nach Inbetriebnahme eine regelmäßige qualitative und quantitative Evaluation des G-BA-Qualitätsportals unter Einbezug von Nutzerinnen und Nutzer empfohlen. Eine kritische Diskussion der Entwicklungsarbeit und -ergebnisse findet fortlaufend statt und wird durch Empfehlungen zur Weiterentwicklung ergänzt sowie abschließend resümiert.

Teil I: Hintergrund

1 Beauftragung und Projekt

Am 17. Januar 2019 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein umsetzbares Gesamtkonzept für eine Website (sogenanntes G-BA-Qualitätsportal) zu entwickeln. Die Website soll die Qualitätsinformationen über Krankenhäuser vergleichend darstellen und sich an Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen richten (G-BA 2019b). Das G-BA-Qualitätsportal soll allgemeinverständlich Unterschiede der Qualität in der stationären Versorgung deutlich machen. Über einen Krankenhausvergleich soll es qualitätsorientierte Entscheidungen zur Krankenhauswahl unterstützen. Als Ausrichtung dienen für die Entwicklung die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen.

Die technische Realisierung des G-BA-Qualitätsportals, im Folgenden auch als Umsetzung bezeichnet, ist nicht Auftragsbestandteil und soll sich nach abschließender Beratung und Beauftragung des G-BA ggf. in einem Folgeprojekt anschließen. Diese Umsetzung ist im vorliegenden Auftragsbeschluss vom 17. Januar 2019 bereits angelegt (vgl. Punkt I.2.u der Beauftragung).

Die Beauftragung vom 17. Januar 2019 sieht zudem die Entwicklung und anschließende Umsetzung einer temporären Sonderveröffentlichung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengen vor (vgl. Punkt I.4.a-d). Da das beauftragte Datum der Ergebnislieferung der temporären Sonderveröffentlichung vor der Fertigstellung des Gesamtkonzepts zum G-BA-Qualitätsportal terminiert ist, wurde dieser Part der Beauftragung vom IQTIG in einem Teilprojekt bearbeitet. Das Ergebnis dieser Entwicklung wurde dem G-BA am 17. Januar 2020 vorgelegt.

1.1 Projekthintergrund und Rahmenbedingungen der Entwicklung

Ausgangspunkt der Beauftragung ist § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V. Demnach soll das IQTIG durch den G-BA beauftragt werden,

auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risiko-adjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen [...].

Die Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Darstellung der Qualität der Versorgung auf Grundlage geeigneter Sozialdaten) sind einzubeziehen.

Die strukturierten Qualitätsberichte sind seit 2003 gesetzlich verpflichtend von allen zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland jährlich über das Internet zu veröffentlichen (§ 136b Abs. 7 Satz 1 SGB V). Die Inhalte und Verfahrensabläufe der strukturierten Qualitätsberichte werden

durch den G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)¹ bestimmt. Die in § 1 Qb-R beschriebenen Ziele sind:

- *Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus,*
- *Information, Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, z. B. für Patienten und Patientinnen sowie Leistungserbringer insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,*
- *Schaffung einer Grundlage für vergleichende Informationen und Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie Versicherte über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus,*
- *Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.*

Im Teil C der strukturierten Qualitätsberichte werden die Ergebnisse aus weiteren Richtlinien berichtet. Dabei sind vor allem die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)², die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)³ und die Mindestmengenregelung (Mm-R)⁴ bedeutsam für die Gesamtkonzeption.

1.2 Zielsetzung und Auftragsverständnis

Die Beauftragung zielt auf die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal, eine Website, welche sich an Patientinnen und Patienten⁵ sowie ihre Angehörigen richtet. Die Website soll gemäß Punkt I.3.b der Beauftragung

- über Qualität in maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung informieren,
- Unterschiede in der Qualität in der stationären Versorgung deutlich machen,
- einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglichen und individuelle Entscheidungen zur Krankenhauswahl unterstützen,

¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qb-R). In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 17. Juni 2021, in Kraft getreten am 10. September 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am 08.11.2021).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 17. Juni 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 08.11.2021).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 17. Juni 2021, in Kraft getreten am 22. Juli 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/> (abgerufen am 08.11.2021).

⁴ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R). In der Fassung vom 20. Dezember 2005, zuletzt geändert am 17. Juni 2021, in Kraft getreten am 19. Juli 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/> (abgerufen am 08.11.2021).

⁵ Unter „Patientinnen und Patienten“ werden im Nachfolgenden alle Personen verstanden, die aktuell oder potenziell Leistungen des deutschen Gesundheitswesens in Anspruch nehmen. Abhängig vom Kontext schließt der Begriff auch Schwangere ein sowie Angehörige, die für Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus suchen bzw. sie im Versorgungsprozess begleiten, bspw. Eltern erkrankter Kinder.

- sich an den Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen ausrichten und
- verständlich für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen sein.

Ergebnisse der Beauftragung sind ein Abschlussbericht zu den Entwicklungsergebnissen und ein Prototyp der Website. Letzteres stellt die exemplarische inhaltliche und grafische Aufbereitung der Website anhand von zwei maßgeblichen Bereichen dar.

Die Konzeptentwicklung und die spätere Umsetzung sollen laut Beauftragung unter Einbezug externer Expertise erfolgen (vgl. Punkt I.3.b). Die Vorgehensweise des IQTIG dazu ist in Kapitel 7 zu finden.

Die Beauftragung lässt sich in sechs Schwerpunkte gliedern, die für die Entwicklung des Gesamtkonzepts des G-BA-Qualitätsportals als Website wesentlich sind:

1. Inhaltliches Konzept
2. Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen
3. Visualisierungskonzept
4. Informationstechnisches Konzept
5. Evaluationsrahmenkonzept
6. Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Diesen Schwerpunkten werden die wesentlichen Inhalte zugeordnet, die laut Beauftragung zu berücksichtigen sind.

Inhaltliches Konzept

Das inhaltliche Konzept des G-BA-Qualitätsportals umfasst gemäß Beauftragung (vgl. Punkt I.2.a–I.2.e) insbesondere die Erarbeitung folgender Inhalte:

- Identifikation maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung (vgl. Punkt I.2.a): Hierbei soll die Sicht von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen im Fokus stehen. Ergebnisse hierzu finden sich in Abschnitt 10.1.
- Identifikation der Zielgruppen des G-BA-Qualitätsportals (vgl. Punkt I.2.b): Ergebnisse hierzu finden sich in Abschnitt 10.2.
- Ermittlung der Informationsbedürfnisse und -präferenzen der Zielgruppen sowie die Identifikation der Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen für eine Krankenhauswahl (vgl. Punkt I.2.c).

Das IQTIG definiert die in der Beauftragung genannten Begriffe folgendermaßen: Informationsbedürfnisse bzw. -präferenzen bei der Krankenhauswahl meinen Themen und Themenbereiche, an denen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen ein besonderes Interesse haben. Unter Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl versteht das IQTIG Themen und Themenbereiche, die für Patientinnen und Patienten entscheidungsrelevant bei der Krankenhauswahl sind. Die Empfehlung, welche Informationen im G-BA-Qualitätsportal dargestellt werden sollen, findet sich in Abschnitt 10.6.

Die Beauftragung sieht vor, dass im G-BA-Qualitätsportal auch die Berichtspflichten gemäß § 17 und § 9 Abs. 7 Satz 6 plan. QI-RL erfüllt werden sollen und diese zeitlich prioritär bei der Umsetzungsplanung zu berücksichtigen sind (vgl. Punkt I.2.q). Um zu einem schlüssigen Gesamtkonzept zu gelangen, erfolgt die Konzeption der Darstellung zu den Daten der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eingegliedert in die anderen Entwicklungs- und Konzeptionsschritte des G-BA-Qualitätsportals. Zentraler Ausrichtungspunkt sind nach dem Verständnis des IQTIG auch hier die Anforderungen, die gemäß Beauftragung Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen an die Nutzung stellen.

Das IQTIG prüfte in diesem Zuge auftragsgemäß (vgl. Punkt I.2.d), ob die von der Zielgruppe gewünschten Informationen im Qualitätsbericht vorliegen und ob eine Empfehlung zur Weiterentwicklung an den G-BA gegeben werden kann. Ergebnisse hierzu finden sich in Abschnitt 10.7. Außerdem gibt das IQTIG auftragsgemäß Empfehlungen zur Weiterentwicklung und zur Ergänzung der Datengrundlage, wenn zu den gewünschten Informationen keine geeigneten Datenquellen identifiziert werden können (vgl. Punkt I.2.e). Im Verständnis des IQTIG handelt es sich hierbei um allgemeine Weiterentwicklungshinweise. Ergebnisse hierzu finden sich in Abschnitt 10.7.3. Eine Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist im Rahmen der Entwicklung des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal nicht vorgesehen.

Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen

Gemäß Punkt I.2.h der Beauftragung soll das IQTIG Methoden zur Verdichtung von Informationen zur Befriedigung der patientenbezogenen Informationsbedürfnisse entwickeln und bewerten. Das IQTIG soll die Frage beantworten, „ob metrische Ergebnisse mehrerer Indikatoren verdichtet werden sollen und nach welchen Kriterien eine Verdichtung erfolgen soll“. Diese Frage versteht das IQTIG wie folgt: Zunächst muss geklärt werden, ob überhaupt eine Aggregation von Indikatorergebnissen stattfinden soll (siehe Abschnitt 11.1). Bei Aggregation der Ergebnisse mehrerer Indikatoren stellt sich die Frage nach der Wahl der Informationsgrundlage. Das IQTIG diskutiert in Abschnitt 11.3.3 drei mögliche Optionen, darunter die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse, die Aggregation der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs/Stellungnahmeverfahrens sowie die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs/Stellungnahmeverfahrens (siehe Abschnitte 11.3.3.4 und 11.4.3).

Die detaillierte Herleitung der Entwicklungsschritte für die Aggregation der Indikatorergebnisse findet sich in Abschnitt 11.3. Die darauf basierenden Empfehlungen werden in Abschnitt 11.4 zusammengefasst.

Das IQTIG ist außerdem beauftragt, Kriterien zu entwickeln, „die den Patientinnen und Patienten den Vergleich von Krankenhäusern in für sie maßgeblichen Bereichen ermöglichen“ (auch Punkt I.2.h der Beauftragung). Als insbesondere zu beachtende Kriterien nennt die Beauftragung die „Bestimmung der Verdichtungsebenen“, wobei die „Verdichtung nach Diagnose und/oder Prozedur, Verdichtung auf Einrichtungsebene (Krankenhaus, Standort, Abteilung), Verdichtung nach Qualitätsdimensionen (Hygiene, Sterblichkeit, Komplikationen, etc.)“ genannt werden.

Außerdem wird die „Bestimmung des Verdichtungsmaßstabs und Gewichtungsalgorithmus“ gefordert, wobei die „Gewichtung der Einzelergebnisse, Berücksichtigung der Referenzbereiche und relativen Bezüge der Ergebnisse zum Referenzbereich“ genannt werden. Den Begriff des „Verdichtungsmaßstabs“ definiert das IQTIG als das Indexmodell, welches für die Aggregation der Indikatorergebnisse herangezogen werden soll. Die Entwicklungsergebnisse hierzu finden sich in den Abschnitten 11.3.6 sowie 11.4.6. Die beauftragte Berücksichtigung der Referenzbereiche und der relativen Bezüge der Ergebnisse zum Referenzbereich wird in Abschnitt 11.3.4 diskutiert. Die Empfehlungen hierzu finden sich in Abschnitt 11.4.4. Unter der in der Beauftragung geforderten Bestimmung des Gewichtungsalgorithmus versteht das IQTIG die Frage, nach welcher Methodik die relative Bedeutung der in den Index eingehenden Indikatoren ermittelt werden sollte. Die Entwicklungsergebnisse hierzu finden sich in den Abschnitten 11.3.5 sowie 11.4.5.

Hierbei sollen laut Beauftragung außerdem folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Sicherstellen der Risikoadjustierung (vgl. Punkt I.2.f) sowie Prüfung rechnerischer Auffälligkeiten durch ein weiteres Bewertungsverfahren. Ergebnisse hierzu finden sich in den Abschnitten 11.3.3 und 11.3.4.3
- Umgang mit kleinen Fallzahlen und deren Bedeutung für die Aussagekraft von Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern (vgl. Punkt I.2.i). Ergebnisse hierzu finden sich in Abschnitt 11.3.4.2.

Zusammenfassend ist das IQTIG beauftragt, eine Methode zu entwickeln, nach der die Ergebnisse verschiedener Qualitätsindikatoren pro Krankenhaus in eine einheitliche Messskala überführt, gewichtet, aggregiert und einer Bewertungskategorie zugeordnet werden.

Visualisierungskonzept

Das IQTIG ist beauftragt, Möglichkeiten zur Visualisierung der Inhalte sowie zur Usability der Nutzeroberfläche der Website aufzuzeigen (vgl. Punkt I.2.j). Laut Beauftragung soll das Konzept (vgl. Kapitel 12) aufzeigen, wie Inhalte bzw. Daten visuell und inhaltlich aufbereitet werden können und welche Folgen sich für die Wahrnehmung, das Verständnis und ggf. darauf basierende Auswahlentscheidungen bzw. -möglichkeiten daraus ergeben (vgl. Punkt I.2.j). Zu berücksichtigen ist außerdem, dass bei einer kartenbasierten räumlichen Darstellung der Krankenhausstandorte die entsprechenden Angaben aus dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V verwendet werden sollen (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung; vgl. Abschnitt 12.3.2.2). Das G-BA-Qualitätsportal soll zudem auf üblichen Endgeräten (z. B. mobil, Desktop) darstellbar sein (sogenannte responsive Darstellung; vgl. Punkt I.2.m; vgl. Abschnitt 12.3.3.1).

Die Visualisierung soll in einer exemplarischen Aufbereitung anhand von zwei maßgeblichen Bereichen verdeutlicht werden (vgl. Punkt I.2.s). Das IQTIG versteht die Beauftragung dahingehend, dass eine fachlich begründete und empirisch überprüfte visuelle Aufbereitung entwickelt und empfohlen wird, in der die Nutzung des G-BA-Qualitätsportals exemplarisch für zwei maßgebliche Bereiche dargestellt wird. Die exemplarische visuelle Aufbereitung erfolgt durch einen Prototyp. Da es sich um eine exemplarische Darstellung handelt, werden für den Prototyp spe-

zifisch aufbereitete Testdaten (basierend auf Realdaten) und keine vollumfänglichen Realdaten-sätze verwendet. Die Entwicklungsergebnisse finden sich in Anlage 6. Zur Illustration der Ergebnisse wurde zudem ein Video erstellt (vgl. Anlage 5).

Die grafische und inhaltliche Darstellung soll sich laut Beauftragung am Informationsbedürfnis und den Entscheidungskriterien der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen ausrichten. Die Aufbereitung soll auch für Personen mit unterschiedlichen Voraussetzungen (vgl. Punkt I.2.j) verständlich sein. Das IQTIG versteht unter dem Beauftragungspunkt, dass die Konzeption der darzustellenden Inhalte auf den Erkenntnissen des inhaltlichen Konzepts aufbaut (siehe Kapitel 10). Darüber hinaus zu berücksichtigen sind die Anforderungen, die Patientinnen und Patienten an die Visualisierung stellen (vgl. Abschnitt 12.1).

Zudem fordert die Beauftragung die Beschreibung der Methoden zur „Darstellung patientenrelevanter Unterschiede der Qualität“ (vgl. Punkt I.2.j). Das IQTIG versteht unter dem Beauftragungspunkt eine Empfehlung zum methodischen Vorgehen bei der Darstellung von allgemeinverständlichen Informationsinhalten zur Versorgungsqualität für das G-BA-Qualitätsportal. Das IQTIG lehnt sich hierbei u. a. an die Empfehlungen der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ (EbM Netzwerk 2016) und der „Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation“ (Lühnen et al. 2017) an. Außerdem ist beauftragt, zentrale Darstellungselemente einer kognitiven Testung mit Patientinnen und Patienten zu unterziehen und darauf basierend zu optimieren (vgl. Punkt I.2.j).

Das IQTIG ist auch beauftragt, die Frage zu beantworten, ob Auswahlmöglichkeiten für die Erstellung der Vergleichslisten gegeben werden sollen (vgl. Punkt I.2.j). Patientinnen und Patienten müssen Auswahlmöglichkeiten haben, um die Anforderung an das G-BA-Qualitätsportal aus Punkt I.3.b und Punkt II der Beauftragung erfüllen zu können. Das betrifft auch die Nutzbarkeit des G-BA-Qualitätsportals. Das IQTIG versteht daher die Beauftragung dahingehend, dass Empfehlungen gegeben werden, welche Vergleichsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen hilfreich sind. Die Entwicklungsergebnisse hierzu finden sich im Abschnitt 12.3.2.4.

Zudem soll laut Beauftragung die Frage beantwortet werden, ob flankierende Informationen für das Verständnis sinnvoll und hilfreich sind (vgl. Punkt I.2.j). Das IQTIG versteht hierunter eine begründete Empfehlung, ob flankierende Informationen nützlich für die Nutzerinnen und Nutzer sind und welche begleitenden Informationen ggf. für die Darstellung im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollen. Eine zusammenfassende Empfehlung ist in Abschnitt 10.6.1 zu finden. Empfehlungen zu der visuellen und inhaltlichen Aufbereitung der begleitenden Informationen finden sich im Abschnitt 12.3.2.5.

Die Beauftragung (vgl. Punkt I.2.n) sieht die Entwicklung eines Corporate Design für die Website vor. Zu berücksichtigen ist hier laut Beauftragung die Herausgeberschaft des G-BA. Das IQTIG versteht unter dem Beauftragungspunkt, dass das G-BA-Qualitätsportal ein eigenes Corporate Design erhalten soll. Dieses muss nicht dem Corporate Design des G-BA entsprechen. Jedoch sollte aus der Website hervorgehen, dass der G-BA der Herausgeber ist. Dies kann z. B. grafisch oder textlich gelöst sein. Der Styleguide inklusive des Corporate Designs befindet sich in Abschnitt 12.3.

Zudem sieht die Beauftragung vor, Vorschläge zur Benennung des Portals zu machen (vgl. Punkt I.2.l). Das IQTIG macht hierzu in Abschnitt 12.3.1.1 eine Empfehlung für die Adresse der Website wie auch für das Portal im Gesamten. Der Name ist ausschlaggebend für die Entwicklung des Corporate Designs und wurde für diesen Zweck im Vorfeld ausgewählt.

Informationstechnisches Konzept

Die Beauftragung sieht vor, die für die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals erforderlichen Datenverarbeitungsprozesse sowie die „Angaben zum Datensicherheitskonzept und zum Datenschutz“ zu skizzieren (vgl. Punkt I.2.n). Das IQTIG versteht unter diesem Beauftragungspunkt eine konzeptionelle Beschreibung des informationstechnischen Datenverarbeitungsprozesses (vgl. Abschnitt 13.2) einschließlich der Skizzierung von Anforderungen an die Basis-Software (vgl. Abschnitt 13.4.2). Dies setzt aus Sicht des IQTIG auch eine Betrachtung der Datenquellen voraus (vgl. Abschnitt 13.1). Zudem werden konzeptionell die Anforderungen an ein Datenschutz- und Datensicherheitskonzept beschrieben (vgl. Abschnitt 13.3).

Ferner sieht die Beauftragung vor, das Suchverhalten mit dem Ziel der Suchmaschinenoptimierung zu analysieren (vgl. Punkt I.2.k). Das IQTIG richtet die konzeptionelle Entwicklung von Beginn an auf diese beiden bedeutsamen Ziele hin aus. Eine umfängliche technische Realisierung kann erst mit der Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals erfolgen. Deshalb gibt das IQTIG Empfehlungen für das G-BA-Qualitätsportal ab, die eine Suchmaschinenoptimierung bei Umsetzung und Inbetriebnahme grundlegend ermöglichen (vgl. Abschnitt 13.4.1).

Zu berücksichtigen ist ferner, dass die veröffentlichten Daten, in der Beauftragung des G-BA in maschinenlesbarer Form zur Weiterverwendung bereitzustellen sind (vgl. Punkt I.2.v).

Die Beauftragung sieht vor, dass sich das IQTIG bei der Konzeptentwicklung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Bezug auf das vom IQWiG erstellte Konzept zum nationalen Gesundheitsportal abstimmt (vgl. Punkt I.2.r). Das IQTIG versteht diesen Punkt dahingehend, dass Abstimmungen zwischen den Verantwortlichen des IQWiG und dem IQTIG hinsichtlich Konzeptentwicklung und Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals stattfinden, um aus den Entwicklungserkenntnissen des Nationalen Gesundheitsportals zu schöpfen und die inhaltliche Anschlussfähigkeit anzustoßen. Die Ergebnisse der Abstimmung finden sich in Abschnitt 1.3.2.

Laut Beauftragung (vgl. Punkt I.2.p) soll eine detaillierte zeitliche und inhaltliche Umsetzungsplanung des Konzepts beschrieben werden. Das IQTIG versteht diesen Beauftragungspunkt so, dass das G-BA-Qualitätsportal als zeitgemäßes technisches Angebot im Internet so zu realisieren sein muss, dass es alle Anforderungen inhaltlicher und funktionaler Natur sowie hinsichtlich Datenschutz und -sicherheit in einer hohen Qualität erfüllt. Hierfür sind die funktionalen und nicht-funktionalen Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal in einem Lastenheft produkt- und technologieneutral zu ermitteln und priorisieren. Hinsichtlich der Umsetzung mittels konkreter Plattform und Technologie ist zu bestimmen, welche sich für die Umsetzung anbieten (vgl. Anlage 7). Dies ist allerdings erst zum Zeitpunkt der Fälligkeit einer Umsetzungsentscheidung möglich. Deshalb können zeitliche und inhaltliche Umsetzungspläne gegenwärtig nur skizziert werden (vgl. Abschnitt 13.5).

Evaluationsrahmenkonzept

Darüber hinaus soll entsprechend der Beauftragung eine Methodik zur regelmäßigen qualitativen und quantitativen Evaluation des G-BA-Qualitätsportals (vgl. Punkt I.2.o und Punkt I.2.w) empfohlen werden. Das IQTIG versteht die Beauftragung dahingehend, dass die Evaluation unter Einbezug von Nutzerinnen und Nutzern erfolgt. Die Entwicklung der Methodik wird konzeptionell in Kapitel 14 beschrieben und bestimmte Erfassungsinstrumente empfohlen.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung

In Punkt I.3.a ist beauftragt, dass Hinweise für eine adressatengerechte Weiterentwicklung von Inhalten des Qualitätsberichts sowie den Möglichkeiten ihrer Darstellung gegeben werden sollen. Hierbei soll insbesondere der gesetzliche Auftrag zur Veröffentlichung von „besonders patientenrelevanten Informationen“ nach § 136b Abs. 6 Satz 5 SGB V berücksichtigt werden. Das IQTIG versteht darunter, dass sich die vom IQTIG gegebenen Hinweise an den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen orientieren. Die allgemein gehaltenen Hinweise sind aus den zentralen Entwicklungsarbeiten für das Gesamtkonzept zum G-BA-Qualitätsportal abzuleiten (vgl. Punkt I.1 und I.2). Es werden hierfür keine separaten Analysen und/oder systematische Evaluationen des Qualitätsberichts durchgeführt.

Die Beauftragung sieht zudem die kritische Diskussion des Erreichten und der Hinweise zur Weiterentwicklung vor (vgl. Punkt I.2.t). Das IQTIG wird hierzu im Abschlussbericht fortlaufend Empfehlungen zur langfristigen Verbesserung und Weiterentwicklung des G-BA-Qualitätsportals geben. Die Hinweise sind den entsprechenden Kapiteln und Abschnitten dieses Abschlussberichts zu entnehmen. Wichtige Diskussionspunkte und Empfehlungen zur Weiterentwicklung werden im Fazit (vgl. Kapitel 15) resümiert.

1.3 Projektablauf

Im folgenden Abschnitt werden zunächst das Vorgehen und die zeitlichen Fristen während des Projektablaufes skizziert. Anschließend wird die Einholung des Ethikvotums sowie das Datenschutzkonzept für Fokusgruppen dargestellt.

1.3.1 Vorgehen und zeitliche Fristen

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet die Ableitung patientenrelevanter Informationsmodule (vgl. Abschnitt 10.6). Zudem werden methodische Entwicklungsergebnisse zur Aggregation der Indikatorergebnisse vorgestellt (vgl. Kapitel 11). Darüber werden Kernpunkte des Visualisierungskonzept (vgl. Kapitel 12) und zum informationstechnischen Konzept (vgl. Kapitel 13) dargestellt.

Der Abschlussbericht ist laut Beauftragung am 31. Dezember 2020 abzugeben. Auf begründeten Antrag des IQTIG wurde dieser Termin auf den 15. November 2021 verschoben.

1.3.2 Ethik und Datenschutz

Ethikvotum

Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten bindet das IQTIG Patientinnen und Patienten ein. Um den Schutz der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die Wahrung ihrer Rechte nachweislich sicherzustellen, wurde eine externe Ethikkommission konsultiert. Das IQTIG hat für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsberaterinnen und -beratern einen Ethikantrag bei der International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) gestellt. Ebenso wurde dort ein Ethikantrag für die Durchführung der Nutzertests mit Patientinnen und Patienten gestellt. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Teilnahme und Durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial. Vor dem Beginn der Rekrutierung erhielt das IQTIG am 16. April 2019 für die Fokusgruppen sowie am 30. November 2020 für die Nutzertests eine positive Bewertung zur Durchführung durch die IMDEC.

Datenschutzkonzept

Die Teilnahme an den Fokusgruppen und Nutzertests war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über das Vorhaben informiert und haben ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Alle Teilnehmenden erhielten für die Teilnahme eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

Die erhobenen Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz und müssen entsprechend vertraulich behandelt werden. Digitale Ton- und Videoaufzeichnungen der Fokusgruppen und Nutzertests werden getrennt von anonymisierten Transkripten aufbewahrt. Nach Abschluss der Untersuchung wurden sie gelöscht. Datenauswertungen und Zitate für Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich aus dem anonymisierten Transkript.

Die jeweiligen Datenschutzkonzepte der einzelnen Teilstudien wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen bzw. Nutzertests vor der Gesprächsführung schriftlich vorgelegt (in doppelter Ausführung zwecks wechselseitiger Unterzeichnung). Ein Exemplar verblieb jeweils bei der Teilnehmerin bzw. beim Teilnehmer.

1.4 Abstimmung mit dem IQWiG

Im Rahmen der Bearbeitung haben Abstimmungen zwischen Verantwortlichen des IQWiG und des IQTIG stattgefunden (vgl. Beauftragungspunkt I.2.r). Mit Sicht auf die Konzeptentwicklung des G-BA-Qualitätsportals wird ein regelmäßiger Austausch zu (Weiter-)Entwicklung und Betrieb der Portale G-BA-Qualitätsportal, gesundheitsinformation.de und Nationales Gesundheitsportal empfohlen, um die kontinuierliche fachliche, inhaltliche und wissenschaftliche Verbesserung der Inhalte, aber auch der Funktionalität der Websites voranzutreiben. Kern dieser Zusammenarbeit sollten die objektive patientenzentrierte Information und Wissensweitergabe durch die Portale sein, um Mündigkeit bei Patientinnen und Patienten zu erreichen und somit informierte Ent-

scheidungen zu ermöglichen. Darüber hinaus hat das IQWiG während der Abstimmung zu Konzeptentwicklung und möglicher Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals hilfreiche Erkenntnisse aus der Entwicklung von gesundheitsinformation.de und aus der Konzepterstellung für das Nationale Gesundheitsportal geteilt, welche in die Arbeiten des IQTIG eingeflossen sind. Das Nationale Gesundheitsportal selbst wird vom Bundesministerium für Gesundheit getragen.

Auf einer vorbereitenden Ebene wurde für die Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals diskutiert, wie die jeweiligen Portale inhaltlich anschlussfähig sind und sich inhaltlich sowie funktional ergänzen können. Dazu zählt insbesondere die Integration von redaktionellen Inhalten, bspw. zu Krankheitsbildern und Diagnosen oder zur Qualitätssicherung an Krankenhäusern. Aktuell bietet das Nationale Gesundheitsportal zum Beispiel eher einen knappen Einstieg in Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern, dazu stellen das IQWiG (und andere) dem Nationalen Gesundheitsportal vereinfachte Varianten eigener Inhalte zur Verfügung. Die ausführlichen Inhalte bleiben aber eigenständig und vollständig auf gesundheitsinformation.de und auf dem Nationalen Gesundheitsportal verlinkt. Weiter sind begleitende Funktionen und Features der Portale von Relevanz. So sollten zum Beispiel Nutzerinnen und Nutzer des Nationalen Gesundheitsportals auf das G-BA-Qualitätsportal anlassorientiert weitergeleitet werden und umgekehrt. Beide Institute können in der Zusammenarbeit außerdem davon profitieren, das stetige Optimierungspotenzial der Verständlichkeit dargestellter Informationen für Patientinnen und Patienten auszuschöpfen.

Eine stufenweise Detaillierung der Zusammenarbeit beider Institute und ihrer Portale mit dem Nationalen Gesundheitsportal sollte im Laufe der Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals erfolgen. Bei Beschluss einer entsprechenden Umsetzung und Inbetriebnahme sind außerdem informationstechnologische Entscheidungen zu fällen, auf Basis welcher Standards der Austausch zu möglichen (technischen) Integrationen erfolgen kann.

1.5 Nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale

Das Vorhaben des G-BA-Qualitätsportals zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu ermöglichen. Dieses Ziel wird bereits national und international durch verschiedene Krankenhausvergleichsportale im Internet verfolgt. Daher wird im Folgenden zunächst ein allgemeiner Überblick über bestehende nationale und internationale Krankenhausvergleichsportale gegeben (vgl. Abschnitt 1.5.1). Ziel ist es, ein Verständnis darüber zu gewinnen, welche Angebote Patientinnen und Patienten bislang zur Krankenhaussuche im Internet zur Verfügung stehen.

Während die Bedeutung öffentlich zugänglicher Qualitätsinformationen in Deutschland erst in den vergangenen Jahren zugenommen hat, hat sie insbesondere im englischsprachigen Raum bereits eine sehr viel längere Tradition (Lightner 2016, Emmert et al. 2017a, Emmert et al. 2017b). Patientinnen und Patienten, die sich im Internet über die Qualität von Krankenhäusern in Deutschland informieren möchten, finden eine Reihe von sogenannten Krankenhaussuch- und -vergleichsportalen. Insgesamt wurden 63 Portale identifiziert, die über die Qualität von Krankenhäusern informieren (Emmert et al. 2016). Nicht alle dieser Portale bilden Qualitätsinformationen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V ab. Nicht immer nachvollziehbar

gegeben ist eine stringente patientenzentrierte Ausrichtung an Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien. Das gilt auch für eine unabhängige Auswahl und Darstellung der Information. Der G-BA verweist auf seiner Website beispielhaft auf 11 solcher Angebote (G-BA [kein Datum]).

Viele der bestehenden Portale werden von gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden herausgegeben. Auch andere Organisationen im Gesundheitswesen sowie gemeinnützige und kommerzielle Anbieter betreiben entsprechende Websites bzw. treten als Herausgeber auf. Ein bundesweites Angebot, das von einer öffentlichen Stelle herausgegeben wird, existiert in Deutschland bislang jedoch nicht, anders als im Ausland (z. B. Österreich, Großbritannien, USA). Das bekannteste Krankenhausvergleichsportal in Deutschland ist die Weisse Liste (www.weisse-liste.de): 24 % der Befragten einer repräsentativen Online-Studie in Deutschland mit 1.074 Internetnutzerinnen und -nutzern kennen die Website (Marstedt 2018). Das Portal der Bertelsmann Stiftung ist seit 2008 online und hat täglich durchschnittlich 10.000 Besucherinnen und Besucher (Pross et al. 2017).

1.5.1 Überblick zum Aufbau und Inhalt von Krankenhausvergleichsportalen

Bei praktisch allen Krankenhausvergleichsportalen (national wie international) steht die Suchfunktion im Mittelpunkt. Diese ist meist gut sichtbar auf der Startseite platziert und ermöglicht in der Regel die Eingabe oder Auswahl von Prozedur, Diagnose oder Leistungsbereich (48,4 %) (Emmert et al. 2017a). Mehrheitlich ist auch die Eingabe oder Auswahl eines Krankenhausnamens (66,1 %). Ergänzend kann die Suche meist durch Angabe einer Postleitzahl oder eines Ortes (58,1 %) sowie teils durch die Festlegung eines Kilometerradius eingegrenzt werden (33,9 %). Das ergab eine Analyse von Krankenhausvergleichsportale (n = 186) aus Deutschland, England und den USA (Emmert et al. 2017a).

Üblicherweise erfolgt die Präsentation der Ergebnisse in Listenform (Damman et al. 2010). Teilweise können einzelne Krankenhäuser für einen direkten Vergleich vorgemerkt werden. Neben der Listenansicht werden die Krankenhäuser zum Teil auch auf einer interaktiven Karte markiert. Bei umfangreicheren Vergleichsportalen sind detailliertere Informationen zu den Krankenhäusern meist im Sinne eines sogenannten Drill-downs⁶ einblendbar oder können auf einer separaten Seite für das jeweils ausgewählte Krankenhaus abgerufen werden.

Zwar werden auf nahezu allen Portalen Adress- und Kontaktdaten der Krankenhäuser veröffentlicht, darüber hinaus unterscheiden sich Art, Umfang und Aufbereitung der abgebildeten Informationen je nach Portal jedoch stark. Manche Portale haben einen Fokus auf Patientenbewertungen und Erfahrungsberichte. Die Ergebnisse der Patientenbewertungen werden dabei z. B. in Form von Schulnoten oder Sterne-Rankings präsentiert. Auch die Weiterempfehlungsrate wird als zusammenfassender Indikator für die Qualität eines Krankenhauses ausgewiesen. Fast ein Drittel aller Portale bietet Informationen aus Patientenbefragungen an, z. B. zur Patienten-

⁶ Bei Drill-downs handelt es sich um eine Navigationstechnik, die den Zugang zu hierarchisch tiefer gelegenen Ebenen der Informationsarchitektur erlaubt und Suchtreffer schrittweise einschränkt (Jacobsen und Meyer 2017: 477).

zufriedenheit, wie ein internationaler Vergleich ergab (Emmert et al. 2017a). Auf vergleichsweise wenigen Portalen werden Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität veröffentlicht. Diese bieten deutsche Portale im internationalen Vergleich signifikant häufiger an (Emmert et al. 2017a). 93,5 % der Portale, auf denen Qualitätsinformationen abgebildet werden, stellen zusätzlich auch allgemeine Strukturinformationen wie Betten- oder Fallzahlen zur Verfügung (Emmert et al. 2017a). Neben krankenhausspezifischen Informationen bieten einige Krankenhausvergleichsportale auch allgemeine Hintergrundinformationen an – z. B. Informationen zur Krankenhaussuche, Checklisten zur Vorbereitung auf einen stationären Aufenthalt oder sogenannte Diagnosen-Dolmetscher.

1.5.2 Bedeutung von Vergleichsportalen bei der qualitätsorientierten Krankenhauswahl

Die leistungsbezogene Veröffentlichung von Qualitätsinformationen zielt auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch einen Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungsträgern ab (Cacace et al. 2019). Hergestellt wird dieser Wettbewerb einerseits durch externe Vergleiche von öffentlichen Qualitätsdaten, welcher den Leistungserbringern erlauben soll, Qualitätsmängel zu identifizieren und zu beheben (Cacace et al. 2019). Andererseits können Patientinnen und Patienten auf Basis der bereitgestellten Qualitätsinformationen eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl treffen (Cacace et al. 2019). Wählen außerdem mehr Patientinnen und Patienten diejenigen Leistungserbringer mit besserer Versorgungsqualität, resultiert eine qualitativ bessere Versorgung der Patientenpopulation (Berwick et al. 2003). Damit stellt das geplante G-BA Qualitätsportal ein wichtiges Instrument für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im stationären Sektor dar.

Für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl müssen die entsprechenden Qualitätsinformationen nicht nur vorhanden sein, sondern Patientinnen und Patienten müssen auch in der Lage sein, diese zu kennen und zu finden (Bardach et al. 2015). In der Gesamtschau der Studien zeigt sich jedoch, dass Krankenhausvergleichsportale den Patientinnen und Patienten trotz steigendem Bekanntheitsgrad bisher eher unbekannt sind und selten genutzt werden (vgl. Abschnitt 10.4).

Derzeit lassen sich im englischsprachigen Raum nur gemischte bis schwache Evidenzen finden, dass Public Reporting, wie es bspw. auf Krankenhausvergleichsportalen erfolgt, die Wahl des Leistungserbringers tatsächlich beeinflusst (Emmert et al. 2017b). Mögliche Gründe dafür sind neben dem oftmals fehlenden Wissen über die Verfügbarkeit entsprechender Informationen oder der tatsächlich fehlenden Verfügbarkeit entsprechender Informationen auch verschiedene Nutzungshürden (vgl. Abschnitt 10.4.1.2). In der Literatur werden hier z. B. die Informationsfülle sowie unverständliche Aufbereitung und Darstellung von Qualitätsinformationen angeführt (Faber et al. 2009). In der Folge werden diese Informationen nicht verstanden und als irrelevant für die Krankenhauswahl bewertet (Faber et al. 2009). Auch die mangelnde Nachvollziehbarkeit und Einheitlichkeit von Empfehlungen innerhalb und zwischen Krankenhausvergleichsportalen können Patientinnen und Patienten verunsichern (Thielscher et al. 2014, Paddock et al. 2015). Zudem ist fehlendes Vertrauen in Qualitätsdaten ein Grund, warum Qualitätsinformationen nicht genutzt werden (Marshall und McLoughlin 2010).

In der Literatur und den durchgeführten Erhebungen zeigt sich zudem, dass Informationen im Internet wie z. B. Krankenhausvergleichsportale bislang eher als sekundäre Informationsquelle hinzugezogen werden (vgl. Abschnitt 10.3.2.1 und 10.4.1.2). Anstelle von Qualitätsinformationen sind für viele Patientinnen und Patienten insbesondere erfahrungsbasierte Informationen für die Krankenhauswahl ausschlaggebend (z. B. der Rat von Ärztinnen und Ärzten, eigene Erfahrungen oder Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld; vgl. Abschnitt 10.3.2.1). Ein zentrales Auswahlkriterium scheint auch die Entfernung des Krankenhauses zum Wohnort darzustellen (vgl. Abschnitt 10.5.1.2).

1.5.3 Implikationen für das G-BA-Qualitätsportal

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Patientinnen und Patienten Krankenhausvergleichsportale bislang eher selten, aber mit steigender Tendenz nutzen. Andere, vor allem erfahrungsbasierte Informationsquellen werden bei der Krankenhauswahl jedoch vorgezogen. Die Gründe dafür liegen zum einen im Fehlen von als relevant erachteten Informationen und zum anderen in der häufig wenig patientenzentrierten Aufbereitung relevanter Informationen: Suchen Patientinnen und Patienten online nach Qualitätsinformationen, stehen sie häufig vor verschiedenen Nutzungshürden. Diese bestehen u. a. in der Informationsfülle, der unverständlichen Aufbereitung und Darstellung von Informationen, dem Fehlen spezifischer Informationen, nicht nachvollziehbaren oder uneinheitlichen Empfehlungen sowie der geringen Vertrauens- und Glaubwürdigkeit von bestehenden Informationsangeboten. Daher ist es zentral, diese Nutzungshürden zu adressieren. Das heißt, um einen Mehrwert für Patientinnen und Patienten zu schaffen, müssen die Informationen so aufbereitet werden, dass sie verständlich sind und als bedeutsam wahrgenommen werden. Das G-BA-Qualitätsportal sollte zudem ein attraktives Gesamtangebot bieten, das Glaubwürdigkeit und Vertrauen schafft und ansprechend gestaltet ist. Daher empfiehlt das IQTIG in der Gestaltung und technischen Umsetzung der Website eine hohe Benutzerfreundlichkeit und User Experience (UX) anzustreben. Dabei orientiert sich die Websitentwicklung an Prinzipien der UX-Konzeption (vgl. Abschnitt 2.2).

Des Weiteren empfiehlt das IQTIG, das Informationsangebot um patientenrelevante Inhalte zu erweitern (vgl. Abschnitte 10.6 und 10.6.6). Besonders erfahrungsbasierte Qualitätsinformationen von Patientinnen und Patienten werden als relevant wahrgenommen (Jung et al. 2011, Geraedts et al. 2007). Perspektivisch sollten daher allgemeine Patientenerfahrungen erhoben und im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden (vgl. Abschnitt 10.7.3).

Teil II: Methodisches Vorgehen

2 Einführung in die Methodik

Im Folgenden wird auf die grundlegende konzeptionelle Ausrichtung der Entwicklungsarbeiten zum G-BA-Qualitätsportal eingegangen (vgl. Abschnitt 2.1). Daran anschließend wird die grundsätzliche Entwicklungsmethodik für das G-BA-Qualitätsportal beschrieben (vgl. Abschnitt 2.2). Diese gliedert sich in die konzeptionellen Entwicklungsschritte der User-Experience-Konzeption (UX-Konzeption) für interaktive technische Systeme.

2.1 Grundlegende konzeptionelle Ausrichtung

Das IQTIG verfolgt bei der Konzeption der Website einen indikations- und prozedurenübergreifenden Ansatz. Das heißt, die Entwicklungsarbeiten werden so ausgerichtet, dass die Ergebnisse weitestgehend indikations- und prozedurenübergreifend tragfähig sind. So werden beispielsweise die Literaturrecherche und Fokusgruppen dahingehend ausgerichtet, die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien einer breiten Mehrheit von Patientinnen und Patienten zu erfassen.

Ziel ist es nicht, ein Informationsangebot bzw. Qualitätsinformationen für eine spezifische Zielgruppe bzw. in Bezug auf eine ausgewählte Indikation oder Prozedur zu entwickeln. Stattdessen sind die Entwicklungsarbeiten in erster Linie darauf ausgerichtet, allgemeine Prinzipien zu entwickeln, anhand derer Informationen so aufbereitet werden können, dass sie von Patientinnen und Patienten verstanden und für eine präferenz- bzw. qualitätsorientierte Krankenhauswahl genutzt werden können. So dient beispielweise die indikations- und prozedurenübergreifend ausgelegte Analyse der Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten dazu, generische Informationsmodule abzuleiten (vgl. Abschnitt 10.6). Diese Informationsmodule beschreiben Themenkomplexe, die unter Berücksichtigung der Patientensicht zur Veröffentlichung empfohlen werden. Die Spezifität ausgewählter Informationsmodule ergibt sich dabei aus den darin abgebildeten Daten. Auch die Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Kapitel 11) und die Empfehlungen zur Visualisierung von Qualitätsinformationen (vgl. Kapitel 12) beschreiben grundlegende Prinzipien, wie Informationen patientenzentriert aufbereitet und dargestellt werden können.

Den Vorteil eines solchen Entwicklungsansatzes sieht das IQTIG insbesondere darin, dass die künftige Website skalierbar ist. Das heißt, dass die Website ausgehend von einer einheitlichen Grundstruktur und basierend auf allgemeinen Prinzipien der Informationsaufbereitung und -darstellung sukzessive ergänzt und weiterentwickelt werden kann. Bei der Konzeption einer Website, die sich von vorneherein auf eine spezifische Zielgruppe, Indikation oder Prozedur ausrichtet, bestünde demgegenüber die Gefahr, dass die Entwicklungsergebnisse nicht übertragbar wären. So ist z. B. davon ausgehen, dass eine Website, die spezifisch für einen Krankenhausvergleich im Kontext der Geburt entwickelt wurde, nicht einfach um andere Versorgungsanlässe erweitert werden kann, die beispielsweise der Orthopädie zuzuordnen sind.

Medizinischer Fortschritt und die Weiterentwicklung von Versorgungsformen führen dazu, dass sich das Verständnis darüber, was Mindestanforderungen sind und die derzeit bestmögliche

Qualität darstellt, kontinuierlich weiterentwickeln. Dies führt dazu, dass auch die Qualitätssicherung kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt werden muss, um die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. Analog dazu ist auch das hier vorgeschlagene Konzept für das G-BA-Qualitätsportal als Ausgangspunkt einer kontinuierlichen und dynamischen Weiterentwicklung zu begreifen (vgl. dazu auch den nachfolgenden Abschnitt 2.2 sowie Kapitel 14).

2.2 Entwicklungsschritte der UX-Konzeption

Die Entwicklung des Konzepts der Website erfolgt nach den Prinzipien der UX-Konzeption nutzerzentriert, d. h. orientiert an den Nutzerbedürfnissen von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen (Jacobsen und Meyer 2017: 60). User Experience beschreibt das Nutzungserlebnis der Anwenderin bzw. des Anwenders (Jacobsen und Meyer 2017: 34, Erlhofer und Brenner 2018: 346) und ist dadurch gekennzeichnet, dass das gesamte Erleben, welches Nutzerinnen und Nutzer in der Interaktion mit einem technischen System durchlaufen, zentral ist (DIN EN ISO 9241-210:2019 2020: 14). User Experience umfasst dabei den gesamten Prozess des Erlebens einer Nutzerin bzw. eines Nutzers vor, während und nach der Nutzung der Anwendung (Jacobsen und Meyer 2017: 35). Wesentliches Merkmal der UX-Konzeption ist, dass sie iterativ erfolgt. Dies bedeutet, dass sich die Spezifizierung von Nutzerbedürfnissen und -anforderungen, die Entwicklung und Umsetzung von Gestaltungslösungen und deren Evaluation aus Nutzerperspektive in einem wechselseitigen Prozess ablösen (DIN EN ISO 9241-210:2019 2020: 19 f.). Das methodische Vorgehen der UX-Konzeption orientiert sich dabei auch am Teil 210 der DIN EN ISO 9241 „Prozess der Gestaltung gebrauchstauglicher interaktiver Systeme“ (DIN EN ISO 9241-210:2019 2020: 25-27).

Abbildung 2 stellt die Kernpunkte der Norm DIN EN ISO 9241-210 dar und zeigt zentrale methodische Elemente, Vorgehensweisen sowie den Ablauf der Entwicklung eines umsetzbaren Konzepts einer nutzerzentrierten Website. Den Ausgangspunkt der Konzeption bildet die Planung des nutzungsorientierten Gestaltungsprozesses. Darauf folgt die Konzeption, die mit dem Verstehen und Beschreiben des Nutzungskontextes beginnt. Dabei werden Informationsbedürfnisse und Zielgruppen identifiziert und Hinweise zur Verständlichkeit ermittelt. Mithilfe von Literaturrecherchen, Fokusgruppen und Bedarfserhebung werden Nutzerbedürfnisse und -anforderungen spezifiziert. Auf dieser Grundlage werden Gestaltungslösungen entwickelt, die die Nutzungsbedürfnisse und -anforderungen erfüllen sollen. Diese Gestaltungslösungen werden aus Nutzerperspektive (Usability-Reviews und Nutzertests) evaluiert. Bei Bedarf kann der Prozess bei einem beliebigen vorherigen Punkt der Konzeption wiederholt werden, bis die Gestaltungslösung die Nutzungsanforderungen erfüllt. Diese stellt den Prototyp dar.

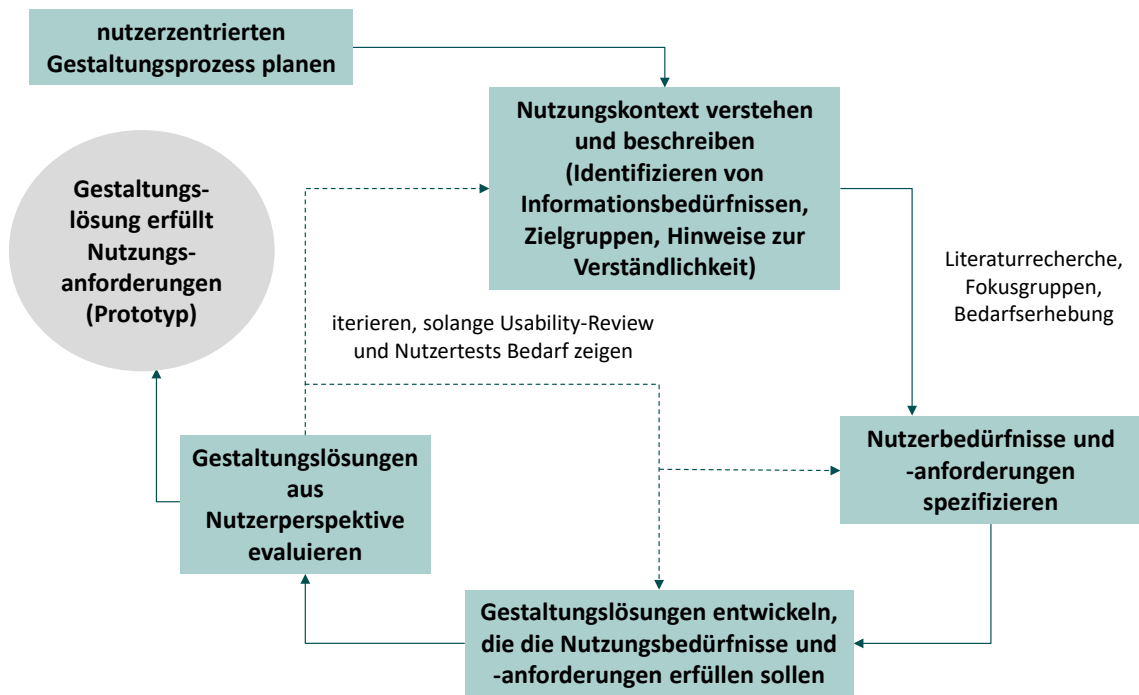


Abbildung 2: Methodisches Vorgehen UX-Konzeption nach den Kernpunkten der DIN EN ISO 9241-210 (adaptiert nach Jacobsen und Meyer 2017: 63)

Nutzungskontext, Nutzerbedürfnisse und -anforderungen

In einem ersten Schritt wurden unter anderem der Nutzungskontext, die Nutzerbedürfnisse und -anforderungen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen analysiert. Dazu gehörte auch die Zielgruppe zu spezifizieren, die das G-BA-Qualitätsportal adressieren soll. Der Nutzungskontext, die Nutzerbedürfnisse und -anforderungen werden in einer Beschreibung des Nutzungskontexts, des Nutzungsverhaltens sowie der Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl dargelegt. Den Ausgang der Entwicklung des Gesamtkonzeptes bildet eine systematische Informationsgewinnung entsprechend den Methoden des IQTIG (IQTIG 2019: 113-122). Kernelement dieser systematischen Informationsgewinnung ist die systematische Literaturrecherche (vgl. Kapitel 3). Zudem wird Fokusgruppen (vgl. Kapitel 4) mit Patientinnen und Patienten ein hoher Stellenwert eingeräumt, da so vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden können. Um zusätzlich die Perspektive der Leistungserbringer zu erfassen, wurden darüber hinaus Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater in die Erhebungen miteinbezogen. Ergänzend wurde eine Online-Bedarfserhebung durchgeführt (vgl. Kapitel 5).

Auf Grundlage der Analyse dieser Wissensbestände wurden Themenbereiche, Themen und Unterthemen identifiziert und spezifiziert, die für Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl bedeutsam sind. Zur externen Beratung hinsichtlich dieser thematisch-inhaltlichen Nutzerbedürfnisse und -anforderungen wurde ein Expertengremium eingebunden (vgl. Abschnitt 7.1). Es setzte sich aus Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung zur

Krankenhauswahl, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie wissenschaftlichen Vertreterinnen und Vertretern übergeordneter Fachdisziplinen zusammen. Auf Grundlage der Beratung im Expertengremium sowie weitere Entwicklungen in Anschluss an das gesetzlich vorgeschriebene Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V und die Nutzertests im Rahmen der Prototypentwicklung wurden die Themenbereiche, Themen und Unterthemen ggf. modifiziert und daraus die im G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichenden Informationsmodule abgeleitet (vgl. Abschnitt 10.6).

Entwicklung und Erprobung von Gestaltungslösungen (Prototyp)

Bei der Entwicklung des nutzerzentrierten Prototyps wird auf die Ergebnisse zum Nutzungskontext, den Nutzerbedürfnissen und -anforderungen zurückgegriffen. Zudem werden iterative Nutzertests, im Sinne von kognitiven Pretests (gemäß Beauftragungspunkt I.2.j), mit dem Ziel der schrittweisen Optimierung des Konzepts im Hinblick auf Usability⁷ und Verständlichkeit der Informationsdarstellung durchgeführt (Jacobsen und Meyer 2017: 198). Nutzertestungen (vgl. Kapitel 6) sind eine wichtige Methode, um herauszufinden, wie Nutzerinnen und Nutzer mit der konzipierten Anwendung tatsächlich umgehen und diese verstehen (Jacobsen und Meyer 2017: 119). Darüber hinaus erfolgen im Rahmen von heuristischen Evaluationen (vgl. Abschnitt 7.2) richtlinienbasierte Begutachtungen der Usability durch Expertinnen und Experten (Jacobsen und Meyer 2017: 213).

⁷ Der Begriff Usability wird am ehesten mit der Gebrauchstauglichkeit oder mit dem in der Praxis häufigen, wenn auch weniger spezifischen Begriff der (Be-)Nutzerfreundlichkeit übersetzt (Erlhofer und Brenner 2018: 346, Jacobsen und Meyer 2017: 34). Die Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet.

3 Literaturrecherche und -analyse

Nachfolgend werden die Zielsetzung der Literaturrecherche sowie das zugrunde gelegte Recherchekonzept und die Ergebnisse der Recherche vorgestellt.

3.1 Ziele

Die Literaturanalyse unterstützt die Identifizierung, Analyse und Beschreibung der Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den anderen Wissensbeständen die Grundlage für die Ableitung der wesentlichen im G-BA-Qualitätsportal zu berücksichtigenden Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen. Die Ergebnisse der Literaturanalyse liefern außerdem Anregungen und Hinweise zur verständlichen und anschaulichen Informationsdarstellung. Darüber hinaus dienen sie der Generierung von Themen für die Interviewleitfäden der Fokusgruppen.

Die Literaturrecherche und -analyse von Übersichtsarbeiten und Primärliteratur wurde mit folgenden prioritären Zielsetzungen durchgeführt:

- Identifizierung von Informationsbedürfnissen und -präferenzen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen vor dem Krankenhausaufenthalt
- Identifizierung von Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche und -analyse begleitend zur Bearbeitung folgender Zielsetzungen hinzugezogen:

- Identifikation der maßgeblichen Bereiche und der Zielgruppe der Krankenhausversorgung
- Beschreibung des Such- und Nutzungsverhaltens von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen in Bezug auf Online-Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern
- Identifizierung der Nutzertypen bei der Suche nach Informationen zur Krankenhausqualität aus der Nutzergruppe der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen
- Beschreibung der Verständlichkeit von Informationen aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und deren Aufbereitungsformen für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in Deutschland
- Identifizierung von Empfehlungen zur Gestaltung von Online-Qualitätsvergleichen von Krankenhäusern im Sinne des Public Reporting für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen

3.2 Recherchekonzept

Die Literatur wurde orientiert an der Methodik des Scoping Reviews (von Elm et al. 2019) systematisch recherchiert und aufbereitet. Die Recherche wurde im Januar 2019 durchgeführt.

Für alle Zielsetzungen und Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien, die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Publikationstyp, Sprache, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase) definiert. Die Suchstrategie wurde für die beiden prioritären Zielsetzungen optimiert entwickelt. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen berücksichtigt werden, wurden neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken eine ergänzende Recherche nach Büchern und Hochschulschriften und eine Handsuche auf Websites relevanter Organisationen durchgeführt. Zudem wurden in den identifizierten Publikationen die Referenzlisten durchsucht und eine Similiar-Article-Suche via Pubmed vorgenommen. Im Recherchebericht (Anhang A.1) sind die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der umfangreichen systematischen Literaturrecherche dokumentiert.

Nach Abschluss des Screening-Prozesses erfolgte die Extraktion der eingeschlossenen Publikationen mit Blick auf die jeweilige Zielsetzung der Recherche. Die Extraktionen wurden tabellarisch dokumentiert und durch eine zweite Person überprüft. Die tabellarische Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen finden sich im Anhang A.2.

3.3 Rechercheergebnis

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche dargestellt. Die Literaturrecherche lässt sich unterteilen in:

- systematische Recherche in bibliographischen Datenbanken
- Recherche nach Büchern und Hochschulschriften
- Handsuche auf Websites
- Similiar-Article-Suche

Bei der systematischen Recherche wurden sowohl systematische Reviews (inklusive Scoping Reviews) als auch quantitative Primärstudien und qualitative Primärstudien (inklusive Mixed-Methods-Studien) eingeschlossen. Ein Überblick über die Recherche kann Abbildung 3 entnommen werden.

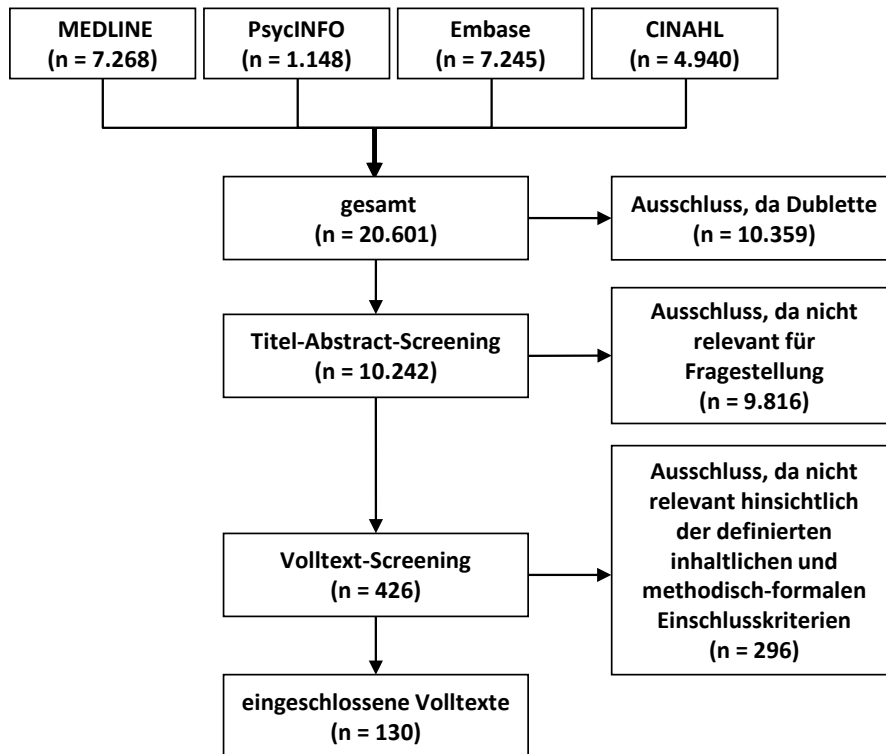


Abbildung 3: Flowchart der Recherche in den bibliographischen Datenbanken

Von den ursprünglich 10.242 recherchierten Studien wurden über das Titel-Abstract-Screening 426 Studien für das Volltext-Screening eingeschlossen. Die Volltexte wurden entlang der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Anhang A.1) gescreent und bewertet. Vor dem Jahr 2009 publizierte internationale Studien⁸ wurden bereits im Rahmen des Titel-Abstract-Screenings ausgeschlossen. Nach Abschluss des Volltext-Screenings wurden 130 Volltexte eingeschlossen.

Ergänzend zur systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken erfolgte eine Recherche auf der Website der Deutschen Nationalbibliothek (<https://portal.dnb.de/>), um themenrelevante Bücher und Hochschulschriften (Dissertationen u. ä.) zu identifizieren. Von den insgesamt 613 recherchierten Büchern und Hochschulschriften wurden nach Abschluss des Volltext-Screenings und unter Berücksichtigung der vorab definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien 8 Bücher und Hochschulschriften eingeschlossen.

Eine Handsuche auf relevanten Websites ergänzte die systematische Recherche. Zusätzlich wurde eine Recherche über die Suchmaschinen Google und Google Scholar durchgeführt. Über die Handsuche auf Websites wurden 23 Publikationen eingeschlossen und ausgewertet.

Darüber hinaus dienten 39 der aus der Vorrecherche und der systematischen Recherche identifizierten Publikationen als Ausgangspunkt für eine Similiar-Article-Suche zur Frage nach der Verständlichkeit der Informationen in Qualitätsberichten und Krankenhausvergleichsportalen sowie nach Empfehlungen zur Gestaltung von Online-Qualitätsvergleichen von Krankenhäusern.

⁸ Für Publikationen mit Deutschland-Filter galt keine Einschränkung

Die Similiar-Article-Suche führte zu 9 weiteren Publikationen, die eingeschlossen werden konnten.

Die Auswertung der in der systematischen Literaturrecherche eingeschlossenen Publikationen bezieht sich mithin auf insgesamt 170 Publikationen. Davon sind 11 systematische Reviews (inklusive Scoping Reviews), 119 quantitative Primärstudien (davon 42 Befragungsstudien) und 40 qualitative Primärstudien (inklusive Mixed-Methods-Studien und theoretische Arbeiten). Von den eingeschlossenen Publikationen wurden 70 bis zum Jahr 2012 publiziert, 42 in den Jahren von 2013 bis 2015 und 57 in den Jahren von 2016 bis 2019. Eine Publikation ist nicht datiert.

4 Fokusgruppen mit Nutzerinnen und Nutzern von Online-Qualitätsinformationen

Im Folgenden werden die Ziele sowie das Vorgehen bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen, mit Hausärztinnen und Hausärzten, mit Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie mit Gesundheitsberaterinnen und -beratern vorgestellt. Abschließend werden die Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer präsentiert.

4.1 Ziele

Neben der systematischen Literaturrecherche stellen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. mit ihren Angehörigen sowie mit Beteiligten aus den verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens eine weitere Informationsquelle für die Identifizierung von relevanten Themen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen dar. Die Durchführung ist bereits in der Beauftragung des G-BA zum Gesamtkonzept des G-BA-Qualitätsportals vorgesehen (vgl. Punkt I.2.c).

Durch die gruppenspezifischen Diskussionen in den Fokusgruppen können vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen gewonnen werden und diese im Sinne einer patientenzentrierten Ausrichtung in das Gesamtkonzept des G-BA-Qualitätsportals einfließen (Flick 2016: 259-262, Lamnek und Krell 2010). Es wurden außerdem Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Personen, die Patientinnen und Patienten u. a. hinsichtlich eines bevorstehenden Krankenhausaufenthalts beraten („Gesundheitsberaterinnen und -berater“), durchgeführt, um auch die Perspektive der Behandelnden und Beratenden auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen zu erfassen.

Ziele der Fokusgruppen waren insbesondere:

- Identifikation von Informationen, die Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen benötigen und präferieren, um ein Krankenhaus auszuwählen
- Identifikation der zugrunde liegenden Entscheidungskriterien
- Erhebung des Nutzungsverhaltens von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen, dass diese bei der Suche nach einem für sie geeigneten Krankenhaus beschreiben
- Generieren von Hinweisen, wie Informationen aufbereitet sein müssen, um für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen verständlich, relevant und ansprechend zu sein

4.2 Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung

4.2.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

In Fokusgruppen steht ein ausgewogenes Diskussionsbild im Vordergrund. Dies wird sichergestellt, indem die adressierte Zielgruppe durch charakteristische Patientinnen und Patienten vertreten ist (Krueger und Casey 2015: 23, Dreher und Dreher 1982: 141-164, IQTIG 2019: 127). Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek und Krell 2010), die auf die unterschiedlichen soziodemografischen Hintergründe, Informationsbedürfnisse und -präferenzen, Suchanlässe sowie Nutzungsanlässe eines Krankenhauses fokussierte. Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurde für alle Fokusgruppen eine Teilnehmeranzahl von fünf bis acht geplant (Dreher und Dreher 1982: 141-164, Krueger und Casey 2015: 6). Es sollten so viele Gruppen durchgeführt werden, dass der benötigte Erkenntnisgewinn aller Voraussicht nach erreicht wird (Krueger und Casey 2015: 23, Dreher und Dreher 1982: 141-164). Angestrebt wurde daher die Durchführung von 18 Fokusgruppen, davon insgesamt 15 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, eine Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzten und zwei Fokusgruppen mit Gesundheitsberaterinnen und -beratern. Da erkrankte Kinder und Jugendliche in der Regel nicht selbst nach einem Krankenhaus suchen bzw. davon auszugehen ist, dass die Krankenhauswahl überwiegend durch oder gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten vorgenommen wird, wurden in Bezug auf diese Patientengruppe Fokusgruppen mit den Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Die Anzahl sowie die Zusammensetzung der geplanten Fokusgruppen kann Tabelle 2 entnommen werden. Nachfolgend werden die Kriterien der Zusammensetzung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten näher ausgeführt. Eine detaillierte Übersicht der angestrebten Zusammensetzung, auch im Hinblick auf die Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheitsberaterinnen und -beratern findet sich in Anhang B.1.

Tabelle 2: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	geplante Anzahl und Zusammensetzung
Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 Fokusgruppen mit jeweils 5–8 erwachsenen Patientinnen und Patienten, unterteilt nach Altersgruppen (18–44 Jahre, 45–65 Jahre, 66 Jahre und älter) und Behandlungsanlässen ▪ 2 Fokusgruppen mit Eltern mit Entbindungserfahrung, jeweils 5–8 Personen (1x Reifgeborene, 1x Frühgeborene) ▪ 2 Fokusgruppen mit Eltern von erkrankten Kindern, jeweils 5–8 Personen
Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Fokusgruppe mit 5–8 Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzten

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	geplante Anzahl und Zusammensetzung
Gesundheitsberaterinnen und -berater	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Fokusgruppen mit jeweils 5–8 Gesundheitsberaterinnen und -beratern

Der Schwerpunkt der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten lag auf elektiven Eingriffen und Behandlungen mit stationären Krankenhausaufenthalt, da in diesem Fall die Möglichkeit besteht, ein Krankenhaus aktiv auszuwählen. Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sollten unterschiedliche Erkrankungen und Behandlungen als Anlass für den letzten Krankenhausaufenthalt berücksichtigt werden. Die Diversität spiegelt sich in der Berücksichtigung von Personen folgendermaßen wider:

- Personen aus unterschiedlichen Altersgruppen (18–44 Jahre, 45–65 Jahre, 66 Jahre und älter)
- Personen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus (hoch, mittel, niedrig)
- Personen mit ausgewogenem gemischtem Geschlechterverhältnis
- Personen mit Zugang zum Internet (Handy, Tablet, Notebook u. a.)
- Personen mit unterschiedlich aktiver Nutzung des Internets
- Personen mit unterschiedlicher Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen
- Personen mit verschiedenen Erkrankungen und Behandlungen als Anlass für den letzten Krankenhausaufenthalt v. a. aus folgendem Spektrum:
 - elektive operative und/oder diagnostische Behandlungen am Bewegungsapparat (Orthopädie), z. B. Operationen an Knie, Hüfte, Rücken, Schulter, Hernien
 - länger andauernde operative oder nicht operative elektive Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, sehr schwerere Verläufe bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
 - elektive Eingriffe am Herzen, z. B. Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage, Herzschrittmacher etc.
 - elektive operative oder diagnostische Eingriffe im Bauchraum, z. B. am Darm, Operationen an der Gallenblase oder am Gallengang, Behandlung oder Operation der Niere etc.
 - elektive Operationen gemischter Genese, z. B. gynäkologische Operationen, Mandelentfernung, Operationen an der unteren Nasenmuschel, der Nase oder der Nasennebenhöhle
 - elektive nicht operative, operative oder diagnostische Behandlung von chronischen Erkrankungen, z. B. Lungenerkrankungen, Diabetes, Rheuma etc.
 - Entbindung von Reifgeborenen und Frühgeborenen
- Personen mit unterschiedlichen Rechercheanlässen:
 - Krankenhaussuche für sich selbst (Erwachsene)
 - Krankenhaussuche für einen anderen Erwachsenen
 - Krankenhaussuche für ein Kind (z. B. Eltern)

Zusätzlich wurden Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen formuliert. So sollte der letzte Krankenhausaufenthalt, je nach Behandlungsanlass, nicht länger als 12 bzw. 24 Monate zurückliegen. Sofern sich die Teilnehmenden physisch wie psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion teilzunehmen, wurden diese ausgeschlossen. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Personen, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Fokusgruppe oder Gruppendiskussion im Rahmen einer Studie teilgenommen haben, ebenfalls nicht in die Rekrutierung mit aufgenommen.

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten sowie von Vertreterinnen und Vertretern von Gesundheitsprofessionen vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, vorwiegend über Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten oder über die Ansprache von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Zudem wurde über Selbsthilfegruppen und Vereine rekrutiert. Die Rekrutierung der Gesundheitsberaterinnen und -berater erfolgte direkt durch das IQTIG.

4.2.2 Moderationsleitfäden

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte leitfadengestützt durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter des IQTIG. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt. Basierend auf den abgeleiteten Themen aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche, erstellte das IQTIG thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden (Topic Guides). Die Handhabung der Topic Guides, die als Hilfsmittel dienten, war flexibel ausgerichtet. Ziel war es, eine Struktur und Impulse für die Diskussionen zu geben, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bspw. einen Einstieg in die Diskussion zu erleichtern oder Problemstellungen, die durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer angesprochen werden, zuzuspitzen und Reflexionsprozesse anzuregen (Krueger und Casey 2015: 41 f.). Zudem erlaubt eine hinreichend offene Gestaltung der Topic Guides, weitere Themen in die Diskussionen aufzunehmen, die im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen von den Teilnehmenden aufgeworfen werden (Mayring 2015).

Die Topic Guides für die Fokusgruppen sind in Anhang B.2 einzusehen. Sie sind so angelegt, dass sie den Diskussionsverlauf weitestgehend chronologisch von der Mitteilung der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts bis zur Aufnahme in ein bestimmtes Krankenhaus führen und anschließend gezielt bestimmte Themen zur Vertiefung adressieren. Dabei wurden folgende thematischen Schwerpunkte gesetzt:

- **Informationen und Entscheidungen zur Krankenhauswahl im Arztgespräch bzw. beim Praxisbesuch:** z. B. Informationsbedürfnisse und Entscheidungskriterien im Arztgespräch, Informationsempfehlungen und Entscheidungsunterstützung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und -berater

- **Informelle Informationsverarbeitung:** z. B. eigene Überlegungen der Patientin bzw. des Patienten, Reputation des Krankenhauses, hilfreiche Informationen und Entscheidungsempfehlungen durch Personen aus dem Umfeld
- **Informationssuche in Medien:** z. B. Themen der aktiven Informationssuche, hilfreiche Informationen und Entscheidungshilfen aus medialen Quellen (Internet, Zeitschriften etc.)
- **Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus:** z. B. aufgrund von Entfernung zum Krankenhaus, Wartezeit oder Art des Krankenhauses, Wechsel von Entscheidungskriterien
- **Spezifische Themen zum Behandlungsverlauf und den -ergebnissen** bei der Informationssuche und der Entscheidung zum Krankenhausaufenthalt: z. B. Behandlungsergebnisse, Komplikationen, Sterblichkeit, Fallzahlen
- **Rückblick auf den Krankenhausaufenthalt und Bündelung der Präferenzen:** z. B. Priorisierung der Themen, Risiko- und Fehlermanagement, Bedeutung von Erfahrungen aus anderen Krankenhausbesuchen

4.2.3 Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Fokusgruppen erhielten alle Teilnehmenden einen anonymen Kurzfragebogen, der neben soziodemografischen Angaben Fragen zu bisherigen Krankenhausaufenthalten und zur Internetnutzung umfasste. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Charakteristika der Teilnehmenden deskriptiv darzustellen. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig.

Der Kurzfragebogen für die Patientinnen und Patienten bzw. für die Angehörigen umfasste u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und berufliche Stellung
- Migrationshintergrund
- Anzahl der geplanten Krankenhausaufenthalte
- Pflegegrad
- vorliegende Grunderkrankungen
- Gesundheitszustand
- Häufigkeit der privaten Internetnutzung
- Erfahrung in der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet

Der Kurzfragebogen für die Haus- bzw. Kinderärztinnen und -ärzte umfasste u. a. Angaben zu:

- Alter und Geschlecht
- Tätigkeitsschwerpunkt und Facharztbezeichnung
- Berufserfahrung
- Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten mit Einweisung bzw. Überweisung zur elektiven Behandlung oder Untersuchung in einem Krankenhaus in den letzten 12 Monaten
- Empfehlungsverhalten zu Websites mit Informationen über Krankenhäuser

Der Kurzfragebogen für die Gesundheitsberaterinnen und -berater umfasste u. a. Angaben zu:

- Alter und Geschlecht
- erlernter Beruf
- Berufserfahrung
- Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Beratung zur elektiven Behandlung oder Untersuchung in einem Krankenhaus in den letzten 12 Monaten
- Empfehlungsverhalten zu Websites mit Informationen über Krankenhäuser

4.2.4 Auswertung des Datenmaterials

Von den Fokusgruppen wurden digitale Tonaufnahmen und Videoaufzeichnungen angefertigt. Diese wurden vollständig anonymisiert transkribiert. Das anonymisierte, transkribierte Datenmaterial wurde fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2015). Während mithilfe der aus den Topic Guides deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen identifiziert wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden (Mayring 2015). Die Datenanalyse und -interpretation wurde von zwei Personen durchgeführt. Das Ergebnis wurde anschließend durch zwei weitere Personen nachvollzogen, um die Qualität der Analyse zu gewährleisten. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit der Auswertungssoftware MAXQDA 12.

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- **Informationsbedürfnisse und -präferenzen:** Was wollen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen über Krankenhäuser wissen? Wie bewerten sie Informationen?
- **Entscheidungskriterien:** Welche Kriterien ziehen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen zur Wahl eines Krankenhauses heran?
- **Nutzungsverhalten:** Auf welche Weise und über welche Kanäle suchen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen nach Informationen zu Krankenhäusern?
- **Informationsaufbereitung:** Wie sollten Informationen aus Sicht von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen aufbereitet sein?

4.3 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Es wurden 18 Fokusgruppen mit insgesamt n = 110 Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen durchgeführt sowie zwei Fokusgruppen mit insgesamt n = 8 Gesundheitsberaterinnen und -beratern und zwei Fokusgruppen mit insgesamt n = 8 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die Fokusgruppen fanden im Mai und Juni 2019 in Berlin, Bielefeld und Frankfurt am Main statt. Die angestrebte Diversität der teilnehmenden Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen, etwa in Bezug auf Erkrankungen und Behandlungen als Anlass für den letzten Krankenhausaufenthalt, wurde erreicht. Im Folgenden wird eine kompakte Beschreibung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle 3) und der Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und -berater (vgl. Tabelle 4) dargestellt.

Tabelle 3: Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben

Charakteristika	Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
	Patientinnen und Patienten (n = 80)	Eltern mit Entbindungserfahrung (n = 15)	Eltern erkrankter Kinder (n = 15)
Geschlecht (weiblich/männlich/divers)	45/35/0	11/4/0	12/3/0
Alter (MW/SD) in Jahren	58,5/14,2	33,8/4,8	37,7/4,5
im Gebiet des heutigen Deutschlands geboren (ja/nein)	76/3 ¹	13/2	7/6 ²
Deutsch als am häufigsten gesprochene Sprache zu Hause (ja/nein)	77/0 ³	12/3	12/3
Schulabschluss			
▪ noch Schülerin/Schüler	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ von der Schule abgegangen ohne Abschluss	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ Haupt- oder Volksschulabschluss oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse	6 (7,5 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	34 (42,5 %)	4 (26,7 %)	2 (13,3 %)
▪ Fachhochschulreife oder Abschluss einer Fachoberschule	16 (20 %)	3 (20 %)	4 (26,7 %)
▪ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	20 (25 %)	7 (46,7 %)	6 (40 %)
▪ anderer	4 (5 %)	1 (6,7 %)	1 (6,7 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
Beruflicher Status			
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	40 (50 %)	0 (0 %)	2 (13,3 %)
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2 (2,5 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)
▪ Hausfrau/Hausmann	1 (1,3 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)
▪ arbeitslos	3 (3,8 %)	2 (13,3 %)	0 (0 %)
▪ in Vollzeit tätig	25 (31,3 %)	6 (40 %)	5 (33,3 %)

Charakteristika	Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
	Patientinnen und Patienten (n = 80)	Eltern mit Entbindungserfahrung (n = 15)	Eltern erkrankter Kinder (n = 15)
▪ in Teilzeit tätig	7 (8,8 %)	3 (20 %)	5 (33,3 %)
▪ in Ausbildung oder Studium	1 (1,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ anderer	0 (0 %)	1 (6,7 %)	2 (13,3 %)
▪ keine Angabe	1 (1,3 %)	1 (6,7 %)	1 (6,7 %)
Häufigkeit der Internetnutzung			
▪ täglich	67 (83,8 %)	15 (100 %)	14 (93,3 %)
▪ mehrmals pro Woche	9 (11,3 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
▪ ein paar Mal pro Monat	3 (3,8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ seltener als einmal im Monat	1 (1,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ nie	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Geräte zur privaten Suche nach Informationen im Internet (Mehrfachnennung möglich)			
▪ Smartphone/Handy	66 (82,5 %)	15 (100 %)	15 (100 %)
▪ Tablet	42 (52,5 %)	8 (53,3 %)	9 (60 %)
▪ Notebook	37 (46,3 %)	9 (60 %)	9 (60 %)
▪ Desktop	27 (33,8 %)	1 (6,7 %)	5 (33,3 %)
▪ andere	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
▪ keine Angabe	1 (1,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Suche nach folgenden Gesundheitsthemen (Mehrfachnennung möglich)			
▪ Krankenhäuser	65 (81,3 %)	14 (93,3 %)	14 (93,3 %)
▪ Arztpraxen	66 (82,5 %)	14 (93,3 %)	15 (100 %)
▪ Behandlungen von Krankheiten	60 (75,0 %)	13 (86,7 %)	13 (86,7 %)
▪ Krankheitssymptome	55 (68,8 %)	11 (73,3 %)	14 (93,3 %)
▪ andere, und zwar:	2 (2,5 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
▫ Rehabilitation/Nachsorge	2 (2,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▫ Hilfsmittel	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)
▪ keine Angabe	1 (1,3 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)

¹ missing = 1, ² missing = 2, ³ missing = 3, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 4: Charakteristika der Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und -berater, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben

Charakteristika	Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberaterinnen und -berater (n = 16)
Berufsgruppe (Ärztinnen und Ärzte/Gesundheitsberaterinnen und -berater)	8/8
Geschlecht (weiblich/männlich/divers)	10/6/0
Alter (MW/SD) in Jahren	54,8/11,4
praktizierend als Ärztin/Arzt (MW/SD) in Jahren	22,7/6,7
Tätigkeitsdauer als Ärztin/Arzt in hausärztlicher Versorgung (MW/ SD) in Jahren	18,7/8,1
Tätigkeitsdauer als Gesundheitsberaterin/Gesundheitsberater (MW/SD) in Jahren	10,1/11,3
Berufliche Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte¹	
▪ Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin	4 (50 %)
▪ Fachärztin/-arzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit	1 (12,5 %)
▪ Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin	1 (12,5 %)
▪ Praktische Ärztin/Praktischer Arzt	1 (12,5 %)
Berufliche Ausbildung der Gesundheitsberaterinnen und -berater	
▪ Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger	2 (25 %)
▪ Ärztin/Arzt	3 (37,5 %)
▪ Juristin/Jurist	0 (0 %)
▪ Sozialversicherungsangestellte/Sozialversicherungsangestellter	0 (0 %)
▪ Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter	2 (25 %)
▪ Ernährungsberaterin/Ernährungsberater	0 (0 %)
▪ Studium der Gesundheitswissenschaften	1 (12,5 %)
▪ andere Heil- und Hilfsberufe (z. B. Ergotherapie)	0 (0 %)
▪ andere	0 (0 %)

Charakteristika	Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheits- beraterinnen und -berater (n = 16)
Einweisung durch die Ärztinnen und Ärzte bzw. unterstützt bei der Krankenhaussuche durch die Gesundheitsberaterinnen und -berater in den letzten 12 Monaten	
▪ keine Patientinnen und Patienten	0 (0 %)
▪ 1 bis 20 Patientinnen und Patienten	2 (12,5 %)
▪ 21 bis 50 Patientinnen und Patienten	8 (50 %)
▪ 51 bis 100 Patientinnen und Patienten	1 (6,3 %)
▪ 101 bis 150 Patientinnen und Patienten	4 (25 %)
▪ mehr als 150 Patientinnen und Patienten	1 (6,3 %)
Empfehlung von Websites zur Information über Krankenhäuser	
▪ ja ²	7 (43,8 %)
▪ nein	9 (56,3 %)

¹ missing = 1, ² Ausschließlich Gesundheitsberaterinnen und -berater gaben an, Empfehlungen von Websites zur Information über Krankenhäuser ausgesprochen zu haben, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

5 Halbstrukturierte Bedarfserhebung von Beratungsstellen und Patientenorganisationen

Im Folgenden werden die Ziele sowie das Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Bedarfserhebung präsentiert. Abschließend werden die Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt.

5.1 Ziele

In den Entwicklungsarbeiten des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal sollten auch Perspektiven von Patientengruppen berücksichtigt werden, die schwerer erreichbar sind bzw. die in den Fokusgruppen nicht einbezogen werden konnten. Ziel der Bedarfserhebung war es, ergänzend zu den Fokusgruppen erste Hinweise auf spezielle Informationsbedürfnisse und Entscheidungskriterien dieser Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen, ggf. auch über Patientenvertreterinnen und -vertreter, bei der Wahl eines Krankenhauses zu generieren. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die Perspektive von

- Menschen mit Demenzerkrankungen,
- Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- Menschen mit seltenen Erkrankungen und
- Menschen mit geistigen, körperlichen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen.

Darüber hinaus konnten sich Menschen mit anderen Erkrankungen (z. B. chronische Erkrankungen) unter Angabe der Zuordnung zu einem Erkrankungsthema beteiligen.

5.2 Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung

Die Bedarfsabfrage wurde als Online-Erhebung konzipiert, die mit Hilfe der Software LimeSurvey® erstellt wurde. Die Ansprache potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte über Dachverbände beziehungsweise Patientenorganisationen, die die o. g. Patientengruppen vertreten bzw. betreuen, per Mail mit einem direkten Online-Zugang zum Fragebogen. Insgesamt wurden 22 Dachverbände beziehungsweise Patientenorganisationen angeschrieben, mit der Bitte, die Umfrage an ihre Mitglieder und Verteilerkreise weiterzuleiten. Nach eineinhalb Wochen wurde eine Erinnerung versendet, um die Teilnehmerzahl zu erhöhen. Die Teilnahme war freiwillig.

In der Einleitung des Fragebogens wurde das Ziel des Vorhabens vorgestellt und die Wichtigkeit der Teilnahme an der Bedarfserhebung verdeutlicht. Die Teilnehmenden wurden über den Datenschutz und die Teilnahmebedingungen informiert. Das Einverständnis hierzu war Voraussetzung für die Teilnahme.

Die Datenerhebung wurde als halbstrukturierte Befragung konzipiert. So wurden die Befragten zu jeder Frage aufgefordert, maximal fünf Aspekte bzw. Kriterien im Freitext zu benennen, die

für sie bedeutsam sind. Dies konnte im Freitext begründet bzw. weiter ausgeführt werden. Abschließend sollten alle selbst benannten Themen nach Wichtigkeit in eine Reihenfolge gebracht werden.

In der Befragung wurden folgende Themen adressiert:

- Herausforderungen bei der Krankenhauswahl vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt
- Informationsbedarf über Krankenhäuser vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt
- Qualität eines Krankenhauses
- Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl

Die Datenerhebung erfolgte vom 3. bis 21. Juni 2019. Die Online-Befragung wurde durch das IQTIG gehostet und verwaltet, um hohe Datenschutzstandards zu gewährleisten.

Nach Ablauf der festgesetzten Laufzeit sowie nach Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit konnten 39 Datensätze in die Datenauswertung einbezogen werden. Die Auswertung erfolgte qualitativ mittels thematischer Kodierung (Kuckartz 2014: 89, Mayring 2015). Zunächst wurde eine deduktive Kategorienbildung entlang der Ergebnisse der Fokusgruppen vorgenommen und diese induktiv durch spezifische Themen aus dem Material ergänzt. Die Auswertung erfolgte mittels MAXQDA 2018.

5.3 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Eine Beschreibung der Themenbereiche der 39 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bedarfserhebung lässt sich Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5: Themenbereiche, in denen sich die Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen bzw. Teilnehmerinnen und Teilnehmer engagieren

Themenbereiche (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen Anzahl (Anteil in %)
Demenzerkrankungen	7 (17,9 %)
psychische Erkrankungen	7 (17,9 %)
seltene Erkrankungen	13 (33,3 %)
körperliche und Mehrfachbehinderungen	16 (41,0 %)
geistige Behinderungen	5 (12,8 %)
sonstige, und zwar:	16 (41,0 %)
▪ chronische Erkrankungen	12 (30,8 %)
▪ Krebserkrankungen	4 (10,3 %)

6 Nutzertesting

Im Folgenden werden die Ziele sowie das Vorgehen bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Nutzertesting im Rahmen der Prototypentwicklung vorgestellt. Abschließend werden die Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer präsentiert.

6.1 Ziele

Gemäß Punkt I.2.j wurde das IQTIG beauftragt, kognitive Pretests in Hinblick auf die Verständlichkeit zentraler Darstellungselemente durchzuführen. Kognitive Pretests beziehen sich in der Regel auf die Konzeption von Fragebögen (Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2005). Die Konzeption von Websites ist hingegen komplexer, z. B. tragen Design, Interaktionsmöglichkeiten etc. zur Verständlichkeit bei. Daher muss die Website in der Gesamtheit betrachtet werden, wenn auch mit besonderem Fokus auf bestimmte Inhalte. Das IQTIG hat daher gemäß Punkt I.2.w der Beauftragung Nutzertests durchgeführt, die sich an der Methodik zu kognitiven Pretests orientieren. Das heißt, es hat Teilnehmerinnen und Teilnehmer Screendesigns und Prototypen präsentiert und Testaufgaben gestellt. Neben der Verständlichkeit wurden dabei auch Aspekte der Nutzerfreundlichkeit (Usability) adressiert, die gemäß Punkt I.2.w der Beauftragung im Rahmen der Umsetzung (erneut) zu bearbeiten sind.

Die Nutzertests dienen der frühen begleitenden Evaluation auf Grundlage von Rückmeldungen potenzieller Nutzerinnen und Nutzern des G-BA-Qualitätsportals im Rahmen der Prototypentwicklung. Die in den Nutzertests gewonnenen Erkenntnisse sollten zur schrittweisen Optimierung des Prototyps im Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit und Verständlichkeit beitragen.

Die Durchführung der Nutzertests zielte insbesondere auf folgende Entwicklungsschritte:

- Erstellung bzw. Weiterentwicklung des Prototyps
- Testung von Screendesigns / Prototyp-Vorstufen in Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit und Verständlichkeit
- Testung von Vorschlägen zur allgemeinverständlichen Visualisierung von Qualitätsinformationen (insbesondere Qualitätsindikatoren)
- Weiterentwicklung des Designkonzepts

6.2 Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung

6.2.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Für die Teilnahme sollten ausschließlich volljährige Personen gewonnen werden. Pro Erhebungszeitpunkt (insgesamt 3) wurde eine Teilnehmerzahl von 15 Personen angestrebt. Jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer durfte nur einmal teilnehmen. Insgesamt sollten bis zu 45 Nutzertests durchgeführt werden sollen. Die Planung sah pro Erhebungszeitpunkt eine ausgewogene Zusammensetzung der Teilnehmenden vor. Die finale Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte mithilfe eines Screening-Fragebogens, welcher die nachfolgenden spezifischen Quotierungsanweisungen enthielt:

- harte Quotierungskriterien (je Erhebungszeitpunkt):
 - keine Teilnahme an einem Nutzertest innerhalb der letzten 3 Monate: 100 % der Teilnehmenden
 - bevorstehender Krankenhausaufenthalt oder mindestens ein Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate: mindestens 50 % der Teilnehmenden
 - Behandlungsanlass:
 - elektive Hüftendoprothesenversorgung im Zusammenhang mit einem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine dringliche und akute OP, z. B. nach Sturz): mindestens 3 bis 4 Teilnehmende
 - Schwangere oder Eltern mit Entbindungserfahrung: mindestens 3 bis 4 Teilnehmende
 - Bildungsabschluss: ausgewogen
 - einfach: 3 bis 4 Teilnehmende
 - mittel: 6 bis 7 Teilnehmende
 - hoch: 3 bis 4 Teilnehmende
 - Altersgruppen: ausgewogen
 - 18 bis 44 Jahre: 4 bis 5 Teilnehmende
 - 45 bis 65 Jahre: 4 bis 5 Teilnehmende
 - 66 Jahre und älter: 4 bis 5 Teilnehmende

- weiche Quotierungskriterien (je Erhebungszeitpunkt):
 - möglichst gleiche Verteilung der Geschlechter (50:50 mit einer maximalen Abweichung von 60:40)
 - Erfahrung in der Nutzung von internetfähigen Geräten: 100 % der Teilnehmenden, davon
 - Smartphone: mindestens 4 Teilnehmende
 - Notebook und/oder Tablet: mindestens 4 Teilnehmende
 - Desktop: mindestens 4 Teilnehmende
 - Nutzung des Internets mindestens einmal pro Woche: 100 % der Teilnehmenden

Bei der Rekrutierung der Teilnehmenden wurde das IQTIG von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle.

6.2.2 Durchführung / Testleitfäden

Die Nutzertests waren als Einzelexplorationen angelegt. Dies entspricht auch der Methodik von kognitiven Pretests, bei denen üblicherweise Einzelinterviews durchgeführt werden (IQTIG 2019: 85-87). Je Einzelexploration wurde ein zeitlicher Rahmen von 60 bis 90 Minuten eingeplant. In diesem Zeitrahmen wurden der Teilnehmerin bzw. dem Teilnehmer Screendesigns bzw. ein Prototyp präsentiert und Testaufgaben gestellt. Dabei wurden entsprechend der kognitiven Pretest-Methodik bestimmte Fragetechniken eingesetzt, die Einblicke in die kognitiven Prozesse der Teilnehmenden geben (IQTIG 2019: 85-87). So wurde die Methode des *Thinking aloud* (Technik des lauten Denkens) angewandt, bei der die Testpersonen sämtliche Gedanken während der

Durchführung laut verbalisieren. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden angehalten, an geeigneten Zeitpunkten zu *paraphrasieren*, indem sie etwas in eigenen Worten wiedergaben. So sollte bspw. wiedergegeben werden, was bestimmte Unterseiten oder das G-BA-Qualitätsportal gänzlich zu bieten haben. Zuletzt wurde das *Probing* (Nachfragetechnik) übernommen, bei den Begriffen oder Antworten mittels einer oder mehrerer Zusatzfragen (*probes*) hinterfragt werden. Weitere Bestandteile der Nutzertests waren:

- Beobachtung der Verhaltensweisen der Testperson (z. B. Maus, Klick, Touch), um nicht verbalisierte Reaktionen der Testpersonen zu erkennen
- Qualitative Vorbefragung (Interview) mit Testpersonen, die in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt hatten oder denen einer bevorsteht. Dabei wurden Erfahrungswerte bezüglich der Planung des Krankenhausaufenthalts erfasst, um diese als mögliche Anforderungen in der weiteren Konzeption zu berücksichtigen.
- Qualitative Nachbefragung (Interview), die die durch *Thinking aloud* und Nutzerbeobachtung gewonnenen Erkenntnisse konkretisiert und validiert.
- Pro Erhebungszeitpunkt wurde das Verständnis, die aktuelle Erfahrung mit dem Prototyp und der persönliche Mehrwert erfragt sowie um eine Einschätzung gebeten, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Teilnehmenden die Website wiederverwenden würden, sofern sie voll funktionsfähig wäre (1 = sehr unwahrscheinlich bis 10 = sehr wahrscheinlich).

Die Nutzertests wurden durch zwei erfahrene Mitarbeitende eines externen Dienstleisters geleitet (Dumas und Loring 2008a, Dumas und Loring 2008b). Um eine Ergebnisverzerrung durch den Einfluss der durchführenden Personen zu minimieren, wechselte die Moderation und Protokollierung bei jeder Testung durch. Zudem wurde im Sinne der Glaubwürdigkeit eine Datentriangulation durchgeführt, indem mit Varianten des Testgegenstands (Desktop / Mobil) erhoben wurde und unterschiedliche Methoden wie Befragungen und Thinking-aloud-Nutzertests (Methodentriangulation) zum Einsatz kamen. Es wurden halbstandardisierte Testleitfäden eingesetzt, die die Moderation bei einer einheitlichen und zielführenden Durchführung unterstützen. Außerdem ermöglichen diese, dass Nichtbeteiligte das Verfahren nachvollziehen können. Die Testleitfäden bestanden aus folgenden Elementen:

- **Anweisungen für die Moderation:** Aktionen, die von der Moderation durchgeführt werden müssen, oder Erklärungen, die bei der Durchführung helfen
- **Zentrale Fragen zu Aspekten, die besprochen werden sollten:** Zu jedem Erhebungszeitpunkt wurden (in Abhängigkeit vom aktuellen Entwicklungsstand des Prototyps und den vorgehenden Erkenntnissen) unterschiedliche Themenschwerpunkte definiert, die im Rahmen der Nutzertests geprüft wurden.
- **Weiterführende Nachfragen (*probes*):** Optionale Nachfragen, die dabei helfen, einen Aspekt genauer zu besprechen
- **Lösung / Lösungsweg:** Angabe, welcher Weg bei einer Aufgabe zum Ziel führt

Der halbstandardisierte Testleitfaden bot konkrete Fragestellungen, aber auch Offenheit für neue Themen und damit eine Flexibilität in der Erweiterung der vertiefenden Nachfragen durch die Testleiterin bzw. den Testleiter. Die Moderation richtete sich nach den Empfehlungen von

Dumas und Loring (2008a) sowie Dumas und Loring (2008b) und verhielt sich daher zurückhaltend. So wurden Anmerkungen und Hilfestellung nur in Ausnahmefällen eingebracht und der Testperson zunächst die Möglichkeit gewährt, ihre Gedankengänge zu Ende zu führen, bevor Nachfragen gestellt wurden. Die Fragen wurden dabei offen formuliert, damit bestimmte Antworten nicht suggeriert werden. Aufgaben und Fragen wurden weitestgehend in konkrete Szenarien eingebunden, damit die Teilnehmerin oder der Teilnehmer einen Bezug zu einer realen Situation herstellen und auf bestehende Erfahrungen zurückgreifen konnte (Dumas und Redish 1999). Wurden Gestaltungslösungen von einer Teilnehmerin oder einem Teilnehmer vorgeschlagen, so wurde in gezielten Nachfragen (*probing*) ermittelt, welche Erwartungen, Bedürfnisse oder Annahmen sich dahinter verbergen. Allgemein wurde die Moderation in einem offenen, positiven und einladenden Ton gehalten und aufrichtige Neugier gezeigt. Damit sollte den Teilnehmenden vermittelt werden, dass persönliche Eindrücke willkommen sind und es keine Fehler oder falschen Antworten gibt. Wertende Reaktionen seitens der Moderation wurden vermieden.

6.2.3 Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Nutzertestungen erhielt jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer einen anonymen Kurzfragebogen, der neben soziodemografischen Angaben auch Fragen zu bisherigen Krankenhausaufenthalten und zur Internetnutzung umfasste. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Charakteristika der Teilnehmenden deskriptiv darzustellen. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig. Der Fragebogen wurde den Teilnehmenden über die Umfrageplattform SurveyMonkey zur Verfügung gestellt.

Der Kurzfragebogen umfasste u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und berufliche Stellung
- Migrationshintergrund
- Häufigkeit der privaten Internetnutzung und verwendete Endgeräte
- Erfahrung in der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet
- Häufigkeit der bisherigen Krankenhausaufenthalte (im letzten Jahr / im ganzen Leben)
- geplante Krankenhausaufenthalte

6.2.4 Auswertung des Datenmaterials

Von den Nutzertests wurden digitale Tonaufnahmen und Videoaufzeichnungen des geteilten Bildschirms (ohne Kamerabild der Testperson) angefertigt. Diese wurden vollständig anonymisiert transkribiert. Anschließend folgte eine Codierung und Kontextualisierung in unterschiedliche Themenbereiche sowie Seiten des Prototyps. Nachdem die Aussagen in ihre Kernaussagen herunter gebrochen wurden, konnten daraus Anforderungen an das G-BA Qualitätsportal abgeleitet werden. Letztlich wurden diese Anforderungen nach Hertzum et al. (2014) gewichtet und folgenden Kategorien zugewiesen: kritisches Problem, ernsthaftes Problem, geringes Problem, gute Bewertung, gute Idee und ohne Bewertung (beispielsweise Zusatzinformationen, die sich nicht direkt auf den Testgegenstand beziehen).

Die Vor- und Nachbefragungen wurden separat analysiert. Bei der Vorbefragung wurden unter anderem Kriterien für die Krankenhauswahl sowie Problematiken bei der Krankenhausrecherche erfasst. In der Nachbefragung wurde der Mehrwert des G-BA-Qualitätsportals analysiert, Stärken und Schwächen in der Bedienung sowie Wünsche und Defizite des Prototyps erfasst. Die Ergebnisse des Kurzfragebogens wurden deskriptiv ausgewertet.

Die Datenanalyse und -interpretation wurde von zwei Personen durchgeführt. Das Ergebnis wurde anschließend durch eine weitere Person nachvollzogen, um die Qualität der Analyse zu gewährleisten.

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- **Inhaltliche Verständlichkeit:** Wie verständlich sind die dargebotenen Informationen? Wie bewerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Informationen? Wie tragen die Info-Texte zur Verständlichkeit bei?
- **Klarheit und Verständlichkeit der Benutzeroberfläche:** Wie gut können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Benutzeroberfläche bedienen? Wie leicht können sie sich orientieren? Wie auffallend oder versteckt werden einzelne Seitenelemente wahrgenommen?
- **Mehrwert des Portals, Nützlichkeit der gebotenen Informationen:** Wie relevant ist das Portal für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer? Wie wichtig sind einzelne Funktionalitäten und Informationsmodule für sie? Wie hilfreich ist das Portal bei der Entscheidungsfindung?

6.3 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Zu drei Erhebungszeitpunkten wurden Nutzertestungen mit insgesamt n = 45 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Die Nutzertestungen fanden vor dem Hintergrund der Coronapandemie remote statt. Die angestrebte Diversität der Teilnehmenden wurde im Wesentlichen erreicht. Im Projektverlauf musste aus organisatorischen Gründen teilweise von den ursprünglichen Rekrutierungsvorgaben abgewichen werden. Die gleichzeitige vollständige Abbildung beider Versorgungsanlässe im Prototyp wäre zeitlich nicht möglich gewesen. Daher wurden zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Im ersten und dritten Nutzertest wurde das Szenario „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ thematisiert, während im zweiten Nutzertest die „geburtshilfliche Versorgung“ im Fokus war. In der Ergebnisauswertung fiel dem IQTIG eine Unstimmigkeit bezüglich der Fragebögen auf. So wurde in dem Rekrutierungsfragebogen erfragt, ob in den nächsten 12 Monaten ein geplanter Krankenhausaufenthalt bevorsteht; in dem Kurzfragebogen hingegen nach den nächsten 6 Monaten. Das IQTIG bewertet diese Abweichung als unerheblich, möchte aber aus Transparenzgründen darauf hinweisen. Im Folgenden folgt eine kompakte Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Charakteristika der Teilnehmenden an den Nutzertests

Charakteristika	Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
	Nutzertest I	Nutzertest II	Nutzertest III
Geschlecht (weiblich/männlich/divers)	7/7/0	8/7/0	8/8/0
Alter (MW/SD) in Jahren	52,1/15,2	44,5/12,9	54,9/14,2
im Gebiet des heutigen Deutschlands geboren (ja/nein)	14/0	13/2	15/1
Deutsch als am häufigsten gesprochene Sprache zu Hause (ja/nein)	14/0	14/1	16/0
Schulabschluss			
▪ noch Schülerin/Schüler	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ von der Schule abgegangen ohne Abschluss	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ Haupt- oder Volksschulabschluss oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse	3 (21,4 %)	0 (0 %)	4 (25 %)
▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	5 (35,7 %)	7 (46,67 %)	8 (50 %)
▪ Fachhochschulreife oder Abschluss einer Fachoberschule	1 (7,1 %)	3 (20 %)	1 (6,3 %)
▪ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	5 (35,7 %)	5 (33,3 %)	3 (18,8 %)
▪ anderer	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Beruflicher Status			
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	5 (35,7 %)	1 (6,7 %)	7 (43,8 %)
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ Hausfrau/Hausmann	1 (7,1 %)	2 (13,3 %)	2 (13,3 %)
▪ arbeitslos	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ in Vollzeit tätig	5 (35,7 %)	8 (53,3 %)	8 (50 %)
▪ in Teilzeit tätig	1 (7,1 %)	3 (20 %)	1 (6,3 %)
▪ in Ausbildung oder Studium	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Charakteristika	Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
	Nutzertest I	Nutzertest II	Nutzertest III
▪ andere, und zwar:	2 (14,3 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)
▫ Elternzeit	2 (14,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▫ projektbezogenes Interimsmanagement	0 (0 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Häufigkeit der Internetnutzung			
▪ täglich	14 (100 %)	15 (100 %)	14 (87,5 %)
▪ mehrmals pro Woche	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (12,5 %)
▪ ein paar Mal pro Monat	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ seltener als einmal im Monat	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ nie	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Geräte zur privaten Suche nach Informationen im Internet (Mehrfachnennung möglich)			
▪ Smartphone/Handy	13 (92,9 %)	14 (93,3%)	15 (93,8 %)
▪ Tablet	6 (42,9 %)	9 (60 %)	5 (31,3 %)
▪ Notebook	7 (50 %)	11 (73,3 %)	7 (43,8 %)
▪ Desktop	3 (21,4 %)	2 (13,3 %)	4 (25 %)
▪ Andere	1 (7,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Suche nach folgenden Gesundheitsthemen (Mehrfachnennung möglich)			
▪ Krankenhäuser	8 (57,1 %)	13 (86,7 %)	9 (56,3 %)
▪ Arztpraxen	12 (85,7 %)	12 (80 %)	14 (87,5 %)
▪ Behandlungen von Krankheiten	7 (50 %)	14 (93,3 %)	11 (68,8 %)
▪ Krankheitssymptome	8 (57,1 %)	14 (93,3 %)	14 (87,5 %)
▪ andere, und zwar:	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Selbsteinschätzung in Bezug auf die Internetkompetenz			
▪ sehr erfahren	5 (35,7 %)	7 (46,7 %)	4 (25 %)
▪ erfahren	9 (64,3 %)	6 (40%)	9 (56,3 %)
▪ etwas erfahren	0 (0 %)	2 (13,3 %)	3 (18,8 %)

Charakteristika	Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
	Nutzertest I	Nutzertest II	Nutzertest III
▪ wenig erfahren	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ nicht erfahren	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Häufigkeit der geplanten, stationären Krankenhausaufnahmen im gesamten Leben			
▪ nie	0 (0 %)	1 (6,7 %)	1 (6,3 %)
▪ 1 Aufenthalt	1 (7,1 %)	3 (20 %)	0 (0 %)
▪ 2 bis 3 Aufenthalte	5 (35,7 %)	6 (40 %)	10 (62,5 %)
▪ 4 bis 5 Aufenthalte	3 (21,4 %)	4 (26,7 %)	2 (12,5 %)
▪ 6 und mehr Aufenthalte	5 (35,7 %)	1 (6,7 %)	3 (18,8 %)
▪ ich weiß nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Häufigkeit der geplanten, stationären Krankenhausaufnahmen in den letzten 12 Monaten			
▪ nie	7 (50 %)	3 (21,4 %)	9 (60 %)
▪ 1 Aufenthalt	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	4 (26,7 %)
▪ 2 bis 3 Aufenthalte	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	2 (13,3 %)
▪ 4 bis 5 Aufenthalte	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ 6 und mehr Aufenthalte	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ ich weiß nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
▪ keine Angabe	0 (0 %)	1 (6,7 %)	1 (6,3 %)
Geplanter, stationärer Krankenhausaufenthalt in den nächsten 6 Monaten			
▪ ja	7 (50 %)	4 (26,7 %)	8 (50 %)
▪ nein	7 (50 %)	10 (66,7 %)	7 (43,8 %)
▪ ich weiß nicht	0 (0 %)	1 (6,7 %)	1 (6,3 %)
Behandlungsanlass für Krankenhausaufenthalte in den letzten/nächsten 12 Monaten			
▪ Hüftendoprothese	2 (14,3 %)	3 (20 %)	4 (25 %)
▪ Entbindung	4 (28,6 %)	6 (40 %)	0 (0 %)
▪ anderer Anlass	4 (28,6 %)	4 (26,7 %)	8 (50 %)

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

7 Beteiligung externer Expertise

Während der Entwicklung des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal wurden auch externe Expertinnen und Experten hinzugezogen. Zum einen begleitete ein Gremium externer Experten die Identifikation der relevanten Inhalte für das Qualitätsportal. Zum anderen wurden weitere Expertinnen und Experten für spezifische Fragestellungen, wie etwa die statistische Aggregation von Indikatorergebnissen hinzugezogen. Außerdem führte das IQTIG ein externes Beteiligungsverfahren gemäß § 137 a Abs. 7 SGB V durch.

7.1 Beratung durch ein Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird erläutert, mit welchem Ziel und in welcher Weise ein Expertengremium involviert wurde. Das Vorgehen entspricht dabei dem in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschriebenen Verfahren (IQTIG 2021).

Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

Zur externen Beratung hinsichtlich der auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen Themenbereichen, Themen und Unterthemen wurde nach der Gesamtschau der Wissensbestände ein Expertengremium eingebunden. Es setzte sich aus 16 Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung zur Krankenhauswahl, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie wissenschaftlichen Vertreterinnen und Vertretern übergeordneter Fachdisziplinen zusammen.

Das Expertengremium hatte die Aufgabe, das IQTIG zu den Themenbereichen, Themen und Unterthemen zu beraten (vgl. Anhang C.2). Ziel der Expertenkonsultation war die Erhöhung der Stimmigkeit der ausgewählten Themenbereiche, Themen und Unterthemen als Vorstufe zukünftiger Informationsmodule für die Website durch eine fachlich-inhaltliche Bewertung. Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der inhaltlichen Validität, der in das G-BA-Qualitätsportal aufgenommenen Themenschwerpunkte. Bei der Einschätzung der Relevanz der Themenbereiche, Themen und Unterthemen waren vier Kriterien bzw. Fragen leitend. Die Kriterien wurden mit Blick auf das übergeordnete Ziel der Nutzer- bzw. Patientenzentrierung des G-BA-Qualitätsportals entwickelt und berücksichtigten zusätzlich die Notwendigkeit der Verständlichkeit und Vergleichbarkeit der dargestellten Informationen. Es handelt sich um folgende Kriterien:

1. Informationsbedürfnis

Wollen die meisten Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl über diesen Themenbereich, dieses Thema bzw. Unterthema informiert werden? Das Kriterium beschreibt, ob es sich bei dem Themenbereich, Thema bzw. Unterthema um ein Informationsbedürfnis für die Mehrheit der Patientinnen und Patienten handelt. Maßgeblich ist hier das subjektive Bedürfnis, das aus Sicht der Patientinnen und Patienten besteht. Ein Hinweisgeber kann bspw. sein, wenn Patientinnen und Patienten häufig initiativ nach dieser Information suchen oder fragen.

2. Informationsbedarf

Sollten die meisten Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl aus fachlicher Sicht über den Themenbereich, das Thema bzw. Unterthema informiert werden? Das Kriterium beschreibt, ob zu diesem Themenbereich, Thema bzw. Unterthema für die Mehrheit der Patientinnen und Patienten ein objektiver Informationsbedarf besteht, der fachlich begründet werden kann. Hierunter fällt bspw., wenn es Patientinnen und Patienten aus fachlicher Sicht empfohlen wird, bei einer qualitätsorientierten Entscheidung für ein Krankenhaus auf eine bestimmte Information zu achten – auch wenn Patientinnen und Patienten zuvor hierauf noch kein Augenmerk gelegt haben.

3. Vergleichbarkeit

Handelt es sich um eine geeignete Information, um die Qualität von Krankenhäusern für eine individuelle Krankenhauswahl zu vergleichen? Das Kriterium beschreibt, ob anhand dieser Information ein individueller qualitätsorientierter Vergleich von Krankenhäusern bei der Krankenhauswahl durchgeführt werden kann.

4. Potenzielle Verständlichkeit

Handelt es sich potenziell um einen leicht verständlichen Informationsinhalt, auch für Patientinnen und Patienten mit niedrigem und mittlerem Bildungsabschluss? Das Kriterium beschreibt, ob ein Themenbereich, Thema bzw. Unterthema das Potenzial hat, für Patientinnen und Patienten gut verständlich zu sein. Dabei ist insbesondere von der Verständlichkeit für die meisten Patientinnen und Patienten mit niedrigem und mittlerem Bildungsabschluss auszugehen. Bedeutsam ist bei der Einschätzung bspw., ob bei einer Information ein hohes Risiko für Fehlinterpretationen besteht. Zu berücksichtigen ist, dass eine tatsächliche allgemeinverständliche Aufbereitung erst im nächsten Arbeitsschritt nach Abschluss des Expertengremiums erfolgt.

Registrierungsverfahren zur Besetzung des Expertengremiums

In einem öffentlichen Aufruf wurden Interessierte dazu eingeladen, sich für die aktive Teilnahme an dem Expertengremium zu registrieren. Hierzu wurde ein entsprechender Aufruf auf der Website des IQTIG veröffentlicht. Darüber hinaus wurden insgesamt 103 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Patientenberatungsstellen, Verbände, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autorinnen und Autoren einschlägiger Fachliteratur) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen. Die Registrierung war im Zeitraum vom 19. Juli bis 18. August 2019 möglich.

Die Expertinnen und Experten sollten folgende Kriterien erfüllen:

- **Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung** sollten praktische Erfahrungen bei der Information oder Beratung von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen zur Auswahl eines Krankenhauses haben, bspw. aus der Beratung von Erwachsenen, von Eltern erkrankter Kinder, von Menschen mit Behinderung, von werdenden Eltern oder aus der Beratung von pflegenden Angehörigen. Angesprochen waren alle Disziplinen (Medizin, Gesundheitsberatung, Entwicklerinnen und Entwickler von Verbraucher- und Patienteninformationen etc.).

- **Patientinnen und Patienten** sollten Erfahrung in der Beratung anderer Patientinnen und Patienten zur Krankenhauswahl bzw. zum bevorstehenden Krankenhausaufenthalt, etwa im Rahmen der Selbsthilfe, vorweisen können. **Patientenvertreterinnen und -vertreter** sollten einen entsprechenden thematischen Bezug haben.
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten** sollten über Expertise im Rahmen übergeordneter Versorgungs- und Wissenschaftskontexten in der Entwicklung von Online-Qualitätsinformationen über Krankenhäuser, im Bereich Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten bzw. Public Reporting oder Krankenhausvergleichsportale, im Bereich Gesundheits- und Risikokommunikation bzw. evidenzbasierter Patienten-/Verbraucherinformation oder in gesundheitsbezogener Medienpsychologie und digitaler Kommunikation im Bereich Gesundheit verfügen.

Auswahl der Expertinnen und Experten

Ziel der Auswahl war, dass die beratenden Expertinnen und Experten durch ihre Erfahrungen und Wissen eine möglichst hohe fachliche bzw. inhaltliche Kompetenz einbringen, die die verschiedenen Perspektiven von Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung, Patientinnen und Patienten sowie wissenschaftlichen Expertinnen und Experten vereint. Die Auswahlkriterien zielten daher zum einen auf die persönliche Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber und zum anderen auf die ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums.

Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenkonflikte
- inhaltlich: Erfüllung der Registrierungskriterien, insbesondere hinsichtlich praktischer Erfahrung, fachlicher Kompetenz, möglicher zusätzlicher Qualifikationen bspw. im Bereich der Qualitätssicherung
- Ausgewogenheit und Heterogenität des Gremiums hinsichtlich:
 - der beteiligten Professionen bei Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung und wissenschaftlichen Expertinnen und Experten
 - des Geschlechts
 - der Schwerpunkte in der zugrunde liegenden Expertise
 - der Erfahrung mit Daten bzw. Informationen der externen Qualitätssicherung
 - eines vergleichbar hohen anteiligen Verhältnisses von Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern

Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen. Die Interessenkonflikte können dabei materieller Art sein, wie bspw. Vergütungsanreize in Dienstverträgen, und nicht materieller Natur, wie etwa das Innehaben eines Amtes, das zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet, sein (IQTIG 2019: 130 f.). Konkret beziehen sich die Interessenkonflikte auf folgende Beziehungen (IQTIG 2019: 131):

- Anstellungsverhältnisse oder ehrenamtliche Tätigkeiten
- Beratungsverhältnisse

- Honorare, z. B. für Vorträge und Stellungnahmen
- finanzielle Unterstützung von Forschungsaktivitäten (Drittmittel)
- sonstige Unterstützung in Form sonstiger finanzieller oder geldwerter Zuwendungen, z. B. durch Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung
- Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte in Abwägung der genannten Kriterien durch das IQTIG. Insgesamt konnten 16 Expertinnen und Experten für die Teilnahme am Expertengremium gewonnen werden. Eine Übersicht der Expertinnen und Experten unter Angabe ihrer Rolle im Expertengremium und mögliche Interessenkonflikte findet sich in Anhang E.

Vorgehen bei der Einschätzung der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Benennung der Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen⁹

Am 18. Oktober 2019 wurde zunächst ein Workshop für Patientenvertreterinnen und -vertreter angeboten, der diese auf das Expertengremium vorbereiten sollte. Der Vorbereitungsworkshop beinhaltete eine Einführung in die externe Qualitätssicherung, eine Erläuterung der Beauftragung zur Gesamtkonzeption des G-BA-Qualitätsportals sowie eine Vermittlung der Prinzipien und Arbeitsweisen des Expertengremiums. Alle Inhalte wurden, in kompakter Form, auch allen anderen Expertinnen und Experten zur Verfügung gestellt.

Die eigentliche Beratung des IQTIG durch das Expertengremium erfolgte zweistufig. In der ersten Stufe wurden die Expertinnen und Experten gebeten, in einer webbasierten schriftlichen Vorabbefragung anhand eines Fragebogens die Relevanz jedes einzelnen Themenbereiches, Themas, Unterthemas bzw. jeder Patientengruppe hinsichtlich der oben genannten vier Kriterien auf einer 3-stufigen Skala („Ja“ / „Nein“ / „Ich bin unentschieden“) einzuschätzen. Zusätzlich zu dem Online-Fragebogen erhielten alle Expertinnen und Experten einen Kurzbericht. Dieser enthielt neben einer knappen Darstellung der für die Analyse und Entwicklung der thematischen inhaltlichen Nutzerbedürfnisse und -anforderungen zugrunde gelegten Methoden eine Beschreibung der vom IQTIG erarbeiteten Themenbereiche, Themen, Unterthemen sowie Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen.

Für die schriftliche Einschätzung der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen wurde den Expertinnen und Experten ein Zeitraum von zwei Wochen, bis zum 7. November 2019, eingeräumt. Es nahmen alle 16 Expertinnen und Experten an der Vorabbefragung teil.

In der zweiten Stufe wurden in einem Expertenworkshop die aufbereiteten Antworten bzw. Ergebnisse dieser Befragung sowie ggf. daran anknüpfende Themenbereiche, Themen oder Unterthemen gemeinsam vor Ort diskutiert. Der Expertenworkshop fand am 18. und 19. November 2019 (1,5 Tage) in den Räumlichkeiten des IQTIG statt. Von den 16 eingeladenen Expertinnen

⁹ Die „Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ wurden aufgrund inhaltlicher und struktureller Überarbeitung im Abschlussbericht als „besondere Teilzielgruppen des G-BA-Qualitätsportals“ weiter geführt (vgl. Abschnitt 10.5.1.5).

und Experten nahmen 15 Personen teil.¹⁰ Hier wurden alle Themenbereiche, Themen und Unterthemen anhand der oben genannten Kriterien ausführlich diskutiert und zusätzlich die Patientengruppen benannt. Die Expertinnen und Experten sollten ihre Einschätzungen bezüglich der oben genannten Kriterien abgeben und diese inhaltlich erläutern. Dabei stand die umfassende Darlegung auch divergierender Meinungen im Vordergrund (Niederberger und Wassermann 2015). In einem qualitativen Gruppenkonsensus wurde dabei auch eine Gesamteinschätzung für die weitere Berücksichtigung der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen gegeben. Diese Einschätzungen stellen damit eine breite Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den vorliegenden Themenbereichen, Themen und Unterthemen sowie Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen dar. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in die weitere Konzeption der Website einbezogen werden konnten.

Auf Basis der Beratungen im Expertengremium und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Wissensbeständen (Literaturrecherche, Fokusgruppen, Bedarfserhebung, Expertengremium) wurde seitens des IQTIG entschieden, welche Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. in modifizierter Form) in der weiteren Konzeption eingebunden werden sollten. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten als auch der begründete Umgang mit ihnen sind in Anhang C.2 dokumentiert.

7.2 Beratung durch Sachverständige

Die Beteiligung externer Expertise durch beratende Sachverständige wurde als ein methodisches Element zur Steigerung der inhaltlichen und methodischen Güte des Gesamtkonzepts des G-BA-Qualitätsportals entsprechend den in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschriebenen Verfahren eingesetzt (IQTIG 2019: 124 ff.). Im Zuge der Konzeption des G-BA-Qualitätsportals wurden separate Beratungen durch einen fachlichen Experten aus dem Kontext der Versorgungsforschung sowie durch einen methodischen Experten zur Informationsaggregation in Anspruch genommen. Zudem hat das IQTIG zu Beginn und Abschluss der Entwicklungsarbeiten zum Prototyp einen externen Dienstleister zur Durchführung einer heuristischen Evaluation beauftragt. Diese diente der Beratung zur User Experience und erfolgte entlang den Anforderungen gemäß DIN EN ISO 9241-110:2020 (2020).

Alle externen Sachverständigen wurden vor der Beratung um die Offenlegung möglicher Interessenkonflikte und um die Unterzeichnung einer Vertraulichkeitserklärung gebeten (IQTIG 2019: 132). Die Interessenkonflikte der Sachverständigen wurden gegenüber dem IQTIG offenlegt und als unbedenklich eingestuft. Eine Übersicht der externen Sachverständigen und ihrer Interessenkonflikte findet sich in Anhang E.

¹⁰ Aufgrund eines unvorhersehbaren, kurzfristigen Ausfalls konnte ein Experte nicht am Expertenworkshop teilnehmen.

7.3 Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

Bei der Entwicklung von Inhalten nach § 137a Abs. 3 SGB V, zu denen auch die Entwicklung des G-BA Qualitätsportals gehört, sind gemäß § 137a Abs. 7 SGB V verschiedene Institutionen und Fachgesellschaften des Gesundheitswesens sowie die Trägerorganisationen des G-BA und die Patientenvertretung zu beteiligen. Um diesen gesetzlichen Pflichten nachzukommen, legte das IQTIG am 9. September 2020 den Zwischenbericht „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ den zu beteiligenden Organisationen zur Stellungnahme vor. Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen endete am 21. Oktober 2020. Insgesamt sind 19 Stellungnahmen (davon zwei gemeinsame Stellungnahmen mehrerer Organisationen) eingegangen.

Die eingegangenen Stellungnahmen können als Anlage zu diesem Abschlussbericht eingesehen werden. Eine zusammenfassende Synopse zu den Stellungnahmen findet sich samt Würdigungen des IQTIG in dem ebenfalls zum Bericht gehörigen Dokument „Würdigung der Stellungnahmen“. Wenn sich aus den Stellungnahmen inhaltliche Anpassungsbedarfe ergaben, wurden diese im Abschlussbericht direkt umgesetzt und eingearbeitet.

8 Identifikation und Prüfung geeigneter Daten

Ausgehend von den Informationsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten (vgl. Punkt I.2.c der Beauftragung) wurde das IQTIG im Rahmen der Konzeption des G-BA-Qualitätsportals mit der Identifikation geeigneter Daten zur Abbildung dieser Informationsbedürfnisse beauftragt (vgl. Punkt I.2.d). Neben den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sollen in diesem Zusammenhang auch die Verwendung von Daten geprüft werden, die außerhalb der Qualitätsberichte vorliegen und deren Veröffentlichung in anderen Richtlinien und Beschlüssen des G-BA normativ vorgesehen bzw. bislang nicht vorgesehen ist. Sofern zu einzelnen Informationsbedürfnissen keine Daten vorliegen, soll das IQTIG prüfen, wo diese in externen Datenquellen sowie Sozialdaten gewonnen werden können. Darüber hinaus sind bei Fehlen geeigneter Daten seitens des IQTIG Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Ergänzung der Datengrundlagen zu geben (vgl. Punkt I.2.e der Beauftragung).

Zur Identifikation geeigneter Daten innerhalb der Qualitätsberichte wurden die auf Grundlage der Literaturrecherche, Fokusgruppen und Bedarfserhebung identifizierten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Anlage 1 der Qb-R „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020“ abgeglichen. Die Ergebnisse dazu werden in Abschnitt 10.7.1 dargestellt.

Zur Identifikation geeigneter Daten außerhalb der Qualitätsberichte hat das IQTIG zunächst die am 12. Dezember 2019 auf der Website des G-BA veröffentlichten Richtlinien und Beschlüsse gesichtet. Als potenziell relevant wurden alle Richtlinien und Beschlüsse eingestuft, die auf der Website des G-BA den Aufgabenbereichen Qualitätssicherung bzw. stationäre Qualitätssicherung zugeordnet waren. Richtlinien, die anderen Aufgabenbereichen zugeordnet waren, wurden vor der weiteren Prüfung zunächst anhand ihres Titels oder ihrer Kurzbeschreibung auf einen inhaltlichen Bezug zum stationären Sektor gesichtet und ausgewählt. Nicht berücksichtigt wurden Richtlinien und Beschlüsse, die zum Zeitpunkt der Suche nicht mehr in Kraft waren. Auch nicht berücksichtigt wurden Beschlüsse, die planmäßige Anpassungen bestehender Richtlinien darstellen.

Darüber hinaus wurden vom IQTIG auf der Basis einer orientierenden Literaturrecherche weitere potenziell relevante Datenquellen identifiziert, die außerhalb der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA vorliegen. Dazu wurden ausgewählte Publikationen im Bereich der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung im Krankenhaus sowie zu Datenquellen im Gesundheitswesen gesichtet (Spindler 2019, Röttger et al. 2018, RKI/Destatis 2015). Zudem wurden die Websites relevanter Datenhalter im Gesundheitswesen wie dem Robert Koch-Institut (RKI), dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) oder dem Statistischen Bundesamt (Destatis) auf weitere Hinweise zu relevanten externen Datenquellen geprüft und entsprechende Hinweise aus dem Expertengremium und der Beratung durch externe Sachverständige berücksichtigt.

Die auf diese Weise identifizierten Richtlinien, Beschlüsse und externen Datenquellen wurden anschließend in Bezug auf folgende Aspekte geprüft:

- adressierte Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten
- Relevanz für Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen
- Art der Daten (z. B. Strukturvorgaben, Strukturdaten, Leistungsdaten)
- Art der Datenerhebung (z. B. Konformitätserklärung, Dokumentation, Befragung)
- Repräsentativität der Daten
- Datenverwalter/-herausgeber
- Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser (gilt nur in Bezug auf Richtlinien und Beschlüsse des G-BA)
- Veröffentlichung an anderer Stelle (einschließlich Berichtsebene und Periodizität der Veröffentlichung)

Die Ergebnisse der Prüfung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage werden in Abschnitt 10.7.2 und Abschnitt 10.7.3 berichtet.

Teil III: Entwicklungsergebnisse

9 Grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal

In diesem Kapitel werden grundlegende Anforderungen, die sich aus Sicht des IQTIG an das G-BA-Qualitätsportal stellen, definiert und deren Umsetzung skizziert. Bei der Bestimmung der Anforderungen orientierte sich das IQTIG an anerkannten Empfehlungen zur Entwicklung von evidenzbasierten Gesundheits- bzw. Qualitätsinformationen (EbM Netzwerk 2016, Lühnen et al. 2017) sowie allgemeinen Standards der Website-Entwicklung und UX-Konzeption (Jacobsen und Meyer 2017: 33-36, Jacobsen 2017: 4 ff. und 224-261, Erlhofer und Brenner 2018: 345-351, DIN EN ISO 9241-210 2020, DIN EN ISO 9241-210:2019 2020).

9.1 Zielgruppenorientierung

Das IQTIG empfiehlt, eine hohe Zielgruppenorientierung anzustreben. Unter Zielgruppenorientierung versteht das IQTIG, dass sich die Website funktional und inhaltlich, primär an den Bedürfnissen und Bedarfen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen ausrichtet (sogenanntes Targeting und Tailoring; vgl. Punkt I.3.b). Dies umfasst sowohl die Auswahl der Inhalte als auch ihre Aufbereitung und Darstellung auf der Website (vgl. Punkt I.2.j). Nur wenn die Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe so gut wie möglich befriedigt werden, kann mit dem G-BA-Qualitätsportal das Ziel einer qualitätsorientierten Krankenhauswahl durch Patientinnen und Patienten erreicht werden.

Zur Umsetzung einer hohen Zielgruppenorientierung im G-BA-Qualitätsportal ist es aus Sicht des IQTIG notwendig, die Perspektive von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Phasen der Website-Entwicklung gezielt zu berücksichtigen und einzubinden. Dies kann, entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, sowohl über die Analyse bereits vorliegender wissenschaftlicher Ergebnisse als auch über eigene empirische Erhebungen bzw. die strukturierte Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfolgen (IQTIG 2019: 33-36). Das konkrete methodische Vorgehen zur Berücksichtigung und Einbindung von Patientenperspektiven im Rahmen der Konzeptentwicklung wurde bereits in Abschnitt 2.2 beschrieben. Auch in darauffolgenden Stufen der Umsetzung und Weiterentwicklung ist die Zielgruppenorientierung als Anforderung zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 14).

9.2 Diversitätssensibilität

Patientinnen und Patienten, die gemäß Beauftragung als primäre Nutzergruppe zu adressieren sind (vgl. Punkt I.3.b), stellen eine heterogene Zielgruppe dar. Sie unterscheiden sich u. a. in Bezug auf ihr Alter und Geschlecht, ihr Bildungs- und Sprachniveau oder in Bezug auf ihren Suchanlass (vgl. Abschnitt 10.2). Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, das G-BA-Qualitätsportal möglichst diversitätssensibel zu gestalten. Unter Diversitätssensibilität wird die Herausarbeitung und Anerkennung von Vielfalt verstanden, z. B. anhand von Differenzmerkma-

len wie Alter, Geschlecht und sozialem Hintergrund (Heidkamp und Kergel 2018: 65). Eine diversitätssensible Informationsvermittlung und -darstellung soll gewährleisten, dass sich möglichst viele Nutzerinnen und Nutzer vom Angebot der Website angesprochen fühlen.

Um dies zu erreichen, ist es aus Sicht des IQTIG zentral, die Diversität der Zielgruppe bereits während der Website-Entwicklung, in der Umsetzung bis hin zur Evaluation zu berücksichtigen. Des Weiteren sollte die Website aus Sicht des IQTIG die Diversität der Zielgruppe sowohl sprachlich als auch visuell adressieren (Goethe-Universität Frankfurt am Main 2016, Kinnebrock und Wagner 2018). Nicht zuletzt ist in Hinblick auf Diversitätssensibilität auch die weitmögliche Barrierefreiheit des G-BA-Qualitätsportals zu adressieren.

9.3 Barrierefreiheit

Im Sinne einer zielgruppenorientierten und diversitätssensiblen Website, aber auch vor dem Hintergrund rechtlicher Regelungen zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, empfiehlt das IQTIG, weitgehende Barrierefreiheit auf dem G-BA-Qualitätsportal anzustreben. Barrierefreiheit soll allen Menschen ein selbstbestimmtes Leben und gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen (BMJV 2018). Dies gilt auch im Internet. Digitale Barrierefreiheit beschreibt dabei die Abdeckung jener Bereiche, die Menschen mit Behinderungen den Zugang zur Website ermöglichen und ihnen eine einfache Nutzung erlauben (BMJV 2019).

Um eine hohe digitale Barrierefreiheit der Website zu erreichen, sollte sich die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals an der Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung Version 2.0; BITV 2.0) orientieren (BMJV 2019). Neben der Übernahme von international anerkannten Standards für barrierefreie Webinhalte zielt die BITV 2.0 auch auf die stärkere Berücksichtigung der Belange von gehörlosen und hörbehinderten Menschen sowie von Menschen mit Lernbeeinträchtigung und geistiger Behinderung ab (BMJV 2019). Die Umsetzung „vollständiger“ Barrierefreiheit auf dem G-BA-Qualitätsportal schätzt das IQTIG vor dem Hintergrund maßgeblicher zahlen- und tabellenbasierter Inhalte der Website als derzeit nicht erreichbar ein. Das IQTIG empfiehlt jedoch, die Entwicklung eines weitestgehend barrierearmen Informationsangebots anzustreben.

9.4 Benutzerfreundlichkeit

Das IQTIG empfiehlt, eine hohe Benutzerfreundlichkeit anzustreben. Die Benutzerfreundlichkeit gibt an, wie intuitiv eine Website zu nutzen ist bzw. wie gut sich Nutzerinnen und Nutzer auf einer Website zurechtfinden können (Jacobsen und Meyer 2017: 34). Dabei ist die Gestaltung der Website ebenso relevant wie ihre technische Umsetzung und Bedienbarkeit.

Um eine hohe Benutzerfreundlichkeit zu erreichen, sollte sich das G-BA-Qualitätsportal an den in DIN EN ISO 9241-110 Interaktionsprinzipien bei Mensch-System-Interaktionen orientieren (DIN EN ISO 9241-110:2020 2020). Eine Website weist danach eine hohe Benutzerfreundlichkeit auf, wenn sie folgende Prinzipien berücksichtigt:

- Aufgabenangemessenheit
- Selbstbeschreibungsfähigkeit
- Erwartungskonformität
- Erlernbarkeit
- Steuerbarkeit
- Robustheit gegen Benutzungsfehler
- Benutzerbindung

Im Zuge der Prototypentwicklung erfolgte bereits eine erste Prüfung der erreichten Benutzerfreundlichkeit (vgl. Kapitel 6 und Kapitel 7). Im Rahmen der Umsetzung und Evaluation empfiehlt das IQTIG, die Benutzerfreundlichkeit regelmäßig zu prüfen und die Website darauf basierend weiterzuentwickeln (vgl. Punkt I.2.w der Beauftragung; vgl. Kapitel 14).

9.5 Transparenz und Sachrichtigkeit

Das IQTIG empfiehlt, auf größtmögliche Transparenz über das Informationsangebot auf dem G-BA-Qualitätsportal hinzuwirken. Ziel ist es, Nutzerinnen und Nutzern eine Einschätzung hinsichtlich Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Website zu erleichtern.

Um dies zu erreichen, sollte sich die Website an üblichen Transparenzkriterien orientieren. Das IQTIG empfiehlt daher, eine Zertifizierung der Website nach den Transparenzkriterien vom Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e. V. (www.afgis.de) sowie dem HONcode der Health on Net Foundation (HON) (www.hon.ch/en/) anzustreben. Diese sehen u. a. eine Veröffentlichung verschiedener Hintergrundinformationen auf der Website vor – z. B. über den Herausgeber der Website, die Finanzierung des Angebots, den Zweck des G-BA-Qualitätsportals sowie die Umsetzung des Datenschutzes.

In einem erweiterten Sinne kann mit Transparenz auch grundsätzlich die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen zur stationären Versorgung gemeint sein (vgl. § 137a Abs. 3 SGB V). Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass die Transparenz von Qualitätsinformationen einen gesellschaftlichen Wert an sich darstellt (IQTIG 2019: 152 f.). Die Veröffentlichung im Kontext des G-BA-Qualitätsportals zielt allerdings primär darauf ab, Patientinnen und Patienten eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu ermöglichen. Hierfür soll die Veröffentlichung in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form erfolgen (vgl. § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie Punkt I.3.b der Beauftragung). Allgemeinverständlichkeit wird im nachfolgenden Abschnitt als eigenständige Anforderung diskutiert. Im hier genannten Sinn macht das Anliegen, Transparenz über die Qualität der Versorgung zu schaffen, aus Sicht des IQTIG in jedem Fall eine Abwägung erforderlich: zwischen Informationsmenge, fachlicher Genauigkeit und Komplexität auf der einen Seite sowie Relevanz, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit auf der anderen Seite.

Bei dieser Abwägung empfiehlt das IQTIG, die Wahrung von Sachrichtigkeit der Botschaft für die Zielgruppe als Leitbild der Informationsaufbereitung und -vermittlung zu definieren. Um dies zu erreichen, ist die Informationsaufbereitung und -vermittlung für die Website unter Einhaltung anerkannter wissenschaftlicher Standards durchzuführen, der Prozess zu beschreiben und durch Veröffentlichung (z. B. von Informationstexten zur Arbeitsweise und/oder Methodenpapieren) transparent zu machen (EbM Netzwerk 2016, Lühnen et al. 2017). Im Vordergrund einer sachrichtigen Informationsaufbereitung und -vermittlung steht zudem, dass die auf der Website veröffentlichten Qualitätsinformationen auf objektiv nachvollziehbaren Kriterien fußen und einen fairen Vergleich zwischen den Leistungserbringern ermöglichen (vgl. Punkt I.3.b der Beauftragung). Eine sachrichtige Informationsaufbereitung und -vermittlung umfasst aus Sicht des IQTIG auch, dass diese in einer neutralen, sachlichen Weise erfolgt.

9.6 Allgemeinverständlichkeit

Das IQTIG empfiehlt, wie in der Beauftragung vorgesehen, eine hohe Allgemeinverständlichkeit anzustreben (vgl. Punkt I.3.b). Das IQTIG versteht darunter, dass die Inhalte auf der Website für die Allgemeinbevölkerung und somit für eine breite Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer ohne (medizinische) Vorkenntnisse verständlich sind (vgl. Abschnitt 10.2.2). Zudem ist zu gewährleisten, dass die Darstellung keine Missverständnisse oder Fehlinterpretationen provoziert.

Um eine hohe Allgemeinverständlichkeit zu erreichen, empfiehlt das IQTIG, das inhaltliche und sprachliche Niveau der Website an den Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen auszurichten, die von einer Vielzahl der Bürgerinnen und Bürgern erreicht werden (vgl. Abschnitt 10.2.2). In Bezug auf numerische und grafische Inhalte empfiehlt das IQTIG, die Aufbereitung an den Empfehlungen der Leitlinie für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu orientieren (Lühnen et al. 2017) und die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ (EbM Netzwerk 2016) sowie aktuelle Evidenz für die Aufbereitung von Gesundheits- und Patienteninformationen und Entscheidungshilfen (z.B. Garcia-Retamero und Cokely 2017) zu berücksichtigen. Bei der redaktionellen Aufbereitung von Inhalten empfiehlt das IQTIG eine Orientierung am Hamburger Verständlichkeitskonzept (Langer et al. 2015, Lutz 2015: 83-101). Weitere Details zur allgemeinverständlichen Aufbereitung von Informationen sind insbesondere dem Visualisierungskonzept (vgl. Kapitel 12) zu entnehmen.

10 Inhaltliches Konzept

Im Folgenden werden die Entwicklungsergebnisse zum inhaltlichen Konzept vorgestellt. Zunächst werden die maßgeblichen Bereiche der Krankenhausversorgung (vgl. Abschnitt 10.1), die Ergebnisse zur Bestimmung der Zielgruppe (vgl. Abschnitt 10.2) sowie zum Nutzungskontext (vgl. Abschnitt 10.3) und Nutzungsverhalten bei der Krankenhauswahl (vgl. Abschnitt 10.4) beschrieben. Danach werden die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl dargestellt (vgl. Abschnitt 10.5). Auf dieser Grundlage werden in Abschnitt 10.6 die Informationsmodule beschrieben, die unter Berücksichtigung der Patientensicht zur Veröffentlichung im G-BA-Qualitätsportal empfohlen werden. Zuletzt wird in Abschnitt 10.7 erörtert, auf welcher Datengrundlage die Informationsmodule abgebildet werden können.

10.1 Maßgebliche Bereiche der stationären Versorgung

Das IQTIG wurde damit beauftragt, maßgebliche Bereiche der Krankenhausversorgung zu identifizieren, zu denen leistungserbringerspezifisch, vergleichende Qualitätsinformationen veröffentlicht werden sollen (vgl. Punkt I.2.a und I.3.b). Dabei soll insbesondere die Sicht von Patientinnen und Patienten im Fokus stehen (vgl. Punkt I.2.a). Ausgangspunkt einer Krankenhaussuche aus Patientensicht ist in der Regel ein konkreter Versorgungsanlass, das heißt eine spezifische Prozedur und/oder Indikation. Vor diesem Hintergrund bearbeitet das IQTIG Punkt I.2.a der Beauftragung in Bezug auf die Fragestellung, welche Versorgungsanlässe über die Krankenhaussuche auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollten.¹¹

Als „maßgeblich“ aus Patientensicht ist grundsätzlich der eigene Versorgungsanlass zu werten. Entsprechend sollten für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl möglichst zu allen Versorgungsanlässen spezifische Qualitätsinformationen auf dem G-BA-Qualitätsportal angeboten werden. In der Praxis liegen spezifische Qualitätsinformationen (insbesondere aus gesetzlichen QS-Verfahren) jedoch nur für eine begrenzte Anzahl an Versorgungsanlässen vor. Auch perspektivisch werden, vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen, voraussichtlich nur für ausgewählte Versorgungsanlässe spezifische Qualitätsinformationen entwickelt und im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden können. Das IQTIG bearbeitet Punkt I.2.a der Beauftragung daher bezogen auf die Fragestellung, zu welchen Versorgungsanlässen im Rahmen der Erstumsetzung prioritär spezifische Qualitätsinformationen veröffentlicht werden sollten.

In Abschnitt 10.1.1 werden unter Berücksichtigung der Vorgaben gemäß Punkt I.2.a der Beauftragung verschiedene Kriterien beschrieben, die zur Priorisierung von Versorgungsanlässen herangezogen werden können. So soll neben der Patientensicht auftragsgemäß auch die epidemiologische Häufigkeit sowie die Nutzbarkeit verfügbarer Informationsmöglichkeiten vor einem

¹¹ Die Frage, welche „maßgeblichen Inhalte“ aus Patientensicht auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollten, wird ausgehend von den Entwicklungsergebnissen zu Punkt I.2.c der Beauftragung in Abschnitt 10.6 gesondert adressiert.

stationären Aufenthalt berücksichtigt werden (vgl. Punkt I.2.a). Die für die Priorisierung herangezogenen Kriterien werden in Abschnitt 10.1.2 diskutiert und gegeneinander abgewogen. Auf dieser Basis werden in Abschnitt 10.1.3 Empfehlungen für die Umsetzung abgeleitet. In Abschnitt 10.1.4 werden die Bereiche benannt, zu denen gemäß Punkt I.2.s der Beauftragung eine exemplarische inhaltliche Aufbereitung im Prototyp erfolgte.

10.1.1 Kriterien zur Priorisierung von Versorgungsanlässen

10.1.1.1 Epidemiologische Häufigkeit

Als ein Kriterium ist auftragsgemäß die epidemiologische Häufigkeit zu prüfen, mit der Patientinnen und Patienten von einem Bereich betroffen sind. Unter der normativen Annahme, dass mit dem G-BA-Qualitätsportal potenziell eine möglichst große Gruppe an Patientinnen und Patienten erreicht werden soll, sind demnach besonders häufige Versorgungsanlässe zu priorisieren. Das heißt, es sollten insbesondere Prozeduren und Diagnosen priorisiert werden, die häufig im Krankenhaus behandelt werden bzw. häufig zu einem stationären Krankenhausaufenthalt führen.

Abbildung 4 zeigt die 20 am häufigsten durchgeführten Operationen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im Krankenhaus im Jahr 2019. Diese lagen vorwiegend im Bereich der Inneren Medizin, wie bspw. Operationen am Darm, an der Gallenblase und den Gallengängen, und im Bereich der Orthopädie, wie bspw. das Einsetzen eines neuen Hüft- oder Kniegelenks. Auch Operationen im Zusammenhang mit der Entbindung wie die Behandlung von Dammrissen oder Kaiserschnitte zählten darunter.

Abbildung 5 zeigt die 20 häufigsten Hauptdiagnosen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM) im Krankenhaus im Jahr 2019. Danach war „Lebendgeborene nach Geburtsort“ die Hauptdiagnose, die am häufigsten dokumentiert wurde. Viele der Hauptdiagnosen standen im Zusammenhang mit akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen des Herzens und der Lunge, beispielsweise Herzinsuffizienzen, Vorhofflimmern und -flattern, akute Myokardinfarkte, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder Pneumonien. Zu den häufigen Diagnosen im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat zählten Rückenschmerzen, Femurfrakturen sowie Knie- und Hüftgelenksarthrosen.

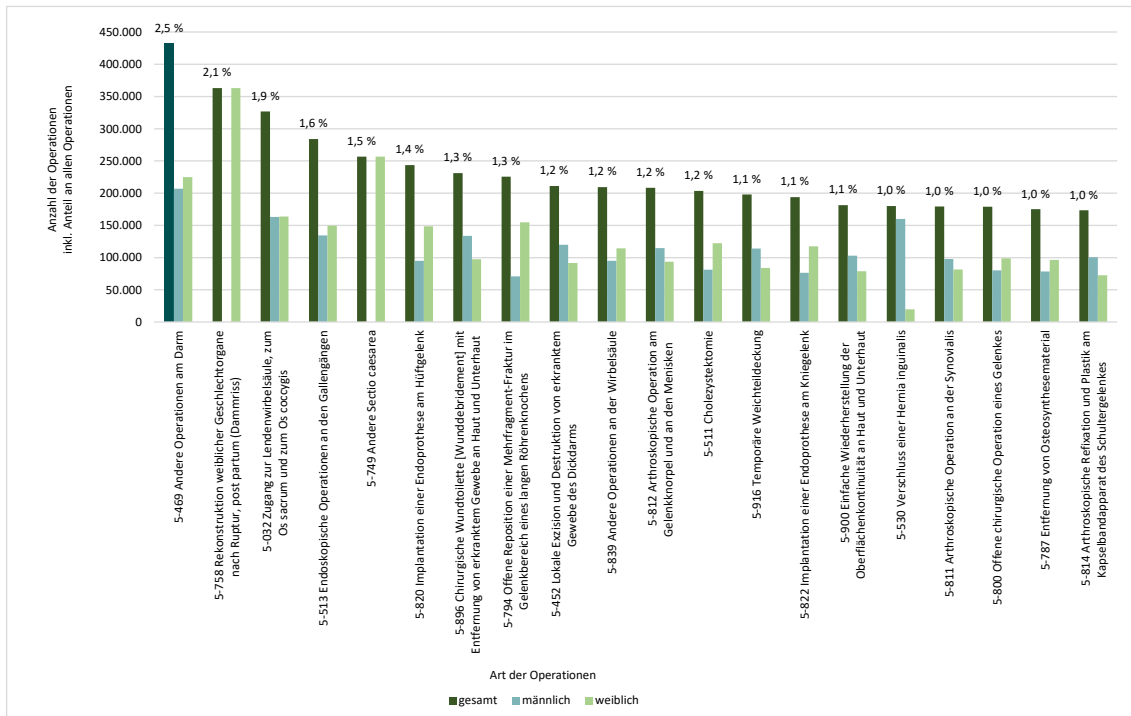


Abbildung 4: Übersicht der 20 häufigsten Operationen nach OPS bei Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2019 (nach Destatis (2020))

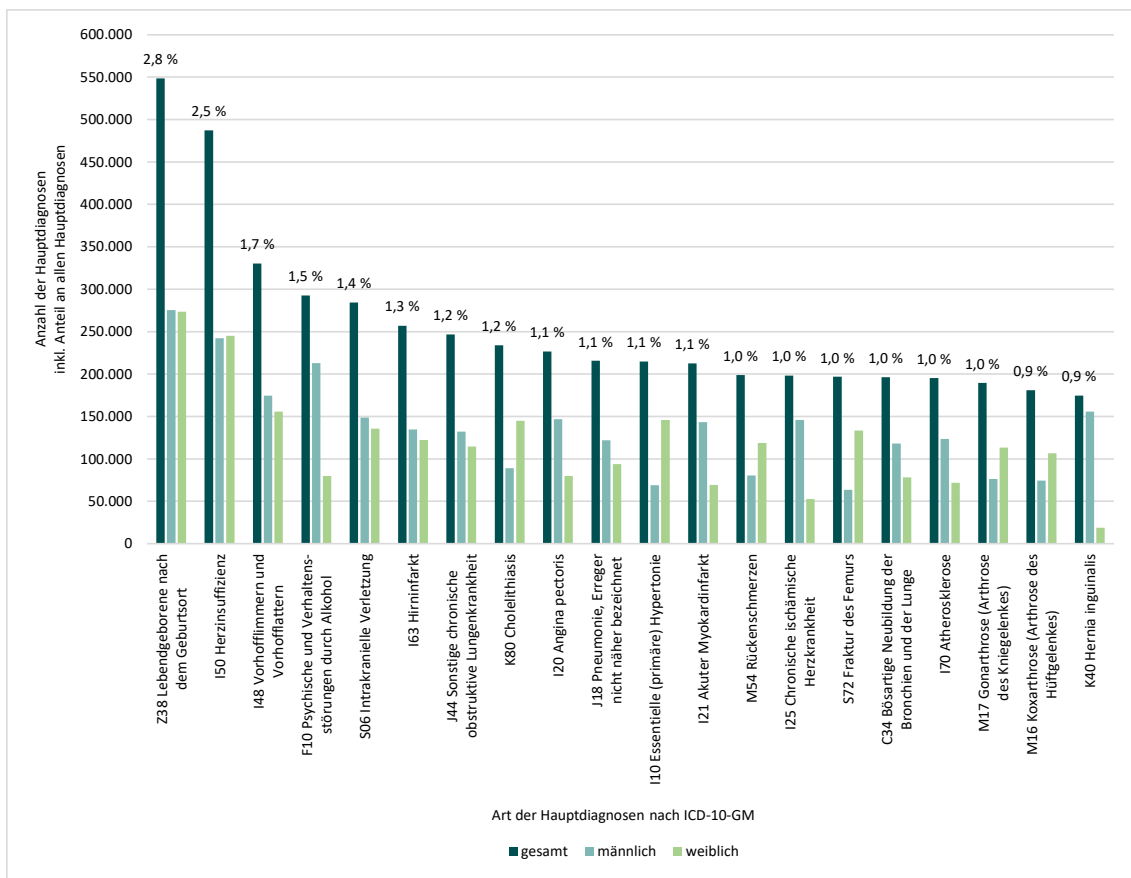


Abbildung 5: Übersicht der 20 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10 im Krankenhaus im Jahr 2019 (nach Destatis (2021b))

10.1.1.2 Zeit bis zur Aufnahme ins Krankenhaus

Gemäß Beauftragung soll das IQTIG bei der Identifikation von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung die „Nutzbarkeit verfügbarer Informationsmöglichkeiten vor einem stationären Aufenthalt“ berücksichtigen (vgl. Punkt I.2.a). Das IQTIG versteht darunter die Zeit, die Patientinnen und Patienten bezogen auf einen Versorgungsanlass für eine Krankenhaussuche bzw. eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zur Verfügung steht. Demnach wären insbesondere jene Versorgungsanlässe zu priorisieren, die elektiv erfolgen. Dies schließt beispielsweise die endoprothetische Versorgung bei Hüft- oder Kniegelenksarthrose oder geplante Entbindungen im Krankenhaus ein. Nach de Cruppé und Geraedts (2011) kann in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden, dass Patientinnen und Patienten in rund 60 % aller Krankheitsfälle potenziell die Möglichkeit haben, eine eigenständige Krankenhauswahl zu treffen.

Epidemiologisch vergleichsweise häufige, aber akut bzw. als Notfälle zu behandelnde Versorgungsanlässe wie Schlaganfälle oder Herzinfarkte sind nach diesem Kriterium mit geringerer Priorität zu berücksichtigen. Hier entscheidet in der Regel der Notarzt oder die Notärztin bzw. der Rettungsdienst darüber, in welches Krankenhaus die Patientinnen und Patienten eingewiesen werden.

10.1.1.3 Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten

Bei der Priorisierung von Versorgungsanlässen ist zudem das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Als Informationsbedürfnis wird in diesem Zusammenhang das Bedürfnis verstanden, sich in Bezug auf einen spezifischen Versorgungsanlass im Internet über die Qualität der Versorgung zu informieren. Operationalisiert werden kann dieses insbesondere als die Häufigkeit, mit der Suchanfragen zu bestimmten Versorgungsanlässen im Internet erfolgen. Dabei werden Bereitschaft zur und Art der Informationssuche, neben dem Versorgungsanlass selbst (z. B. der empfundenen Bedrohlichkeit der Erkrankung; Geraedts et al. 2010: 25, de Cruppé und Geraedts 2011, Aggarwal et al. 2018b), auch von anderen Faktoren wie der verfügbaren Zeit bis zur Aufnahme (siehe Abschnitt 10.1.1.2), Alter, Bildungshintergrund und Vorerfahrungen der Patientinnen und Patienten beeinflusst (Seifert 2015, Victoor et al. 2012).

Erste Hinweise zu den von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen häufig nachgefragten Versorgungsanlässen gibt eine Analyse von Suchanfragen auf dem Krankenhausvergleichsportal weisse-liste.de (Pross et al. 2017). Danach waren Nutzerinnen und Nutzer der Website insbesondere an Qualitätsinformationen zu Krebserkrankungen und orthopädischen sowie psychiatrischen/psychischen Diagnosen interessiert. Stark nachgefragte Diagnosen in Bezug auf Krebserkrankungen waren u. a. Brust-, Eierstock-, Prostata-, Speiseröhren- und Darmkrebs. Bei den orthopädischen Diagnosen standen Knie- und Hüftarthrosen, Bandscheibenvorfälle und Binnenschädigungen des Kniegelenks im Vordergrund. Bei den psychiatrischen/psychischen Diagnosen waren Depressionen im Fokus (Pross et al. 2017).

10.1.1.4 Bestehende Datengrundlage

Das IQTIG wurde damit beauftragt ein umsetzbares Gesamtkonzept vorzulegen. Für die (zeitnahe) Umsetzbarkeit des Konzepts ist ausschlaggebend, dass (zumindest in der Erstentwicklung) überhaupt geeignete Daten vorliegen, mit denen einrichtungsbezogen die Qualität bzw. Qualitätsunterschiede abgebildet werden können. Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung sind die gültigen Instrumente zur Messung, Darstellung und den Vergleich der Versorgungsqualität. Prioritär zu berücksichtigen wären demnach diejenigen Versorgungsanlässe, die in bestehenden QS-Verfahren abgebildet werden.

Zu beachten ist dabei, dass bestehende QS-Verfahren einem konkreten Versorgungsanlass aus Patientensicht entsprechen können, jedoch nicht müssen. Beispielsweise umfasst das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* derzeit Qualitätsindikatoren zur endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation sowie zum ein- bzw. zweiseitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. Eine Patientin oder ein Patient sucht ein Krankenhaus in der Regel jedoch entweder zur Versorgung einer Fraktur, für eine elektive Erstimplantation oder zum Wechsel einer Hüftendoprothese ein geeignetes Krankenhaus.

10.1.2 Diskussion der Kriterien

Wie eingangs dargelegt, ist bei der Berücksichtigung der oben beschriebenen Kriterien mit Blick auf die Priorisierung von Versorgungsanlässen eine Abwägung erforderlich: So entspricht die Häufigkeit, mit der bestimmte Erkrankungen im Krankenhaus behandelt werden, z. B. nicht zwangsläufig dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten. Auch wird die ausschließliche Berücksichtigung von Häufigkeiten (unabhängig davon, ob sie sich auf die epidemiologische Häufigkeit oder die Anzahl von Suchanfragen beziehen) Nutzerinnen und Nutzern nicht gerecht, die aufgrund eines schwerwiegenden, insgesamt jedoch seltenen Versorgungsanlasses ein Krankenhaus suchen (z. B. Transplantationen). Dies gilt insbesondere dann, wenn zu diesen Versorgungsanlässen bereits Daten verfügbar sind, auf deren Basis Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern abgeleitet werden können.

Bei ausschließlicher Berücksichtigung z. B. der 20 am häufigsten durchgeführten Operationen im Krankenhaus würden nur etwa 27 % aller im Jahr 2019 im Krankenhaus durchgeführten Operationen im G-BA-Qualitätsportal abgebildet (Destatis 2020). Dabei wird noch nicht berücksichtigt, dass für viele dieser Operationen bislang keine spezifischen Qualitätsinformationen in Form von Qualitätsindikatoren zur Verfügung stünden (Emmert et al. 2016). Auch bei ausschließlicher Berücksichtigung des Informationsbedürfnisses von Patientinnen und Patienten – abgeleitet aus den häufigsten Suchanfragen auf dem Krankenhausvergleichsportal weisse-liste.de – lägen aktuell nur für 5 der 20 meistgesuchten Versorgungsanlässe spezifische Qualitätsinformationen in Form von Qualitätsindikatoren vor (Pross et al. 2017).

10.1.3 Fazit und Empfehlungen

Das IQTIG empfiehlt, dass eine diagnose- bzw. prozedurenbezogene Krankenhaussuche auf dem G-BA-Qualitätsportal uneingeschränkt möglich sein sollte. Eine Eingrenzung der Krankenhaussuche auf ausgewählte Versorgungsanlässe im G-BA-Qualitätsportal hätte zur Folge, dass sich die Website nur an eine sehr begrenzte Zielgruppe richtet. Dies würde die Anschluss- bzw. Konkurrenzfähigkeit mit bestehenden Vergleichsportalen gefährden.

Sofern für einen Versorgungsanlass keine spezifischen Qualitätsinformationen vorliegen, sollten zumindest grundlegende (Struktur-)Informationen zu den Krankenhäusern veröffentlicht werden, die für Patientinnen und Patienten von Interesse sind. So kann beispielsweise ein Interesse an den diagnose- bzw. prozedurenbezogenen Fallzahlen eines Krankenhauses bestehen, um abzuschätzen, ob und – wenn ja – mit welchem Erfahrungshintergrund eine gesuchte Erkrankung oder Prozedur behandelt bzw. durchgeführt wird (Nimptsch und Mansky 2020). Auch die Entfernung zum Wohnort oder allgemeine Strukturinformationen wie Größe, Art und Trägerschaft des Krankenhauses können aus Patientensicht relevante Informationen darstellen, um – wenn auch keine qualitätsorientierte – zumindest eine präferenzorientierte Krankenhauswahl zu treffen (vgl. Abschnitt 10.5).

In Tabelle 7 werden die Versorgungsanlässe abgebildet, für die aus Sicht des IQTIG unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Kriterien in der Erstumsetzung prioritär spezifische Qualitätsinformationen angeboten bzw. (weiter-)entwickelt werden sollten. In darauffolgenden Stufen sollten sukzessive zu weiteren Versorgungsanlässen spezifische Qualitätsinformationen eingebunden werden. Bei der Auswahl und Definition dieser Versorgungsanlässe empfiehlt das IQTIG analog zu Pross et al. (2017) eine Auswertung von Suchterms und Nutzungsverhalten im Rahmen der Website-Evaluation – soweit dies unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben möglich ist.

Die Definition der Versorgungsanlässe ist insbesondere mit Blick auf die Zusammenstellung der Indikatorensets relevant (vgl. Abschnitt 10.6.4). Sie sollte sich primär danach richten, welche Therapieformen bzw. Versorgungsleistungen Patientinnen und Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt typischerweise bereits ausgewählt haben. Beispielsweise ist denkbar, dass Patientinnen nicht ein Krankenhaus für Mammachirurgie allgemein, sondern konkret einen Leistungserbringer für eine brusterhaltende Therapie suchen. Bei solch einer präferenzsensitiven Leistung wäre es z. B. hilfreicher, Qualitätsinformationen nur in Bezug auf die Versorgungsqualität bei brusterhaltender Therapie zur Verfügung zu stellen statt in Bezug auf mammachirurgische Versorgungsqualität allgemein.

Zugleich müssen bei der Definition von Versorgungsanlässen die technischen Möglichkeiten der Suchkataloge Berücksichtigung finden. Das IQTIG empfiehlt eine ICD- bzw. OPS-Kode-gestützte Krankenhaussuche. Dabei werden die von Nutzerinnen und Nutzer eingegebenen Suchbegriffe durch den Suchkatalog bzw. Thesaurus mit thematisch passenden ICD- bzw. OPS-Kodes verknüpft. Damit Nutzerinnen und Nutzer relevante Informationen zu ihrer Suche finden, müssen die Versorgungsanlässe konkreten ICD- und OPS-Kodes zuordenbar sein.

Wie QS-Verfahren können ICD- bzw. OPS-Kodes einem Versorgungsanlass aus Patientensicht entsprechen, müssen es jedoch nicht. Beispielsweise unterscheidet der OPS-Kode „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (5-820) nicht zwischen der endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur und der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Sucht ein Patient bzw. eine Patientin bspw. nach „Gelenkverschleiß Hüfte“ (zuordenbarer ICD-Kode: M16) ist der Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ zwar eine naheliegende, nicht aber zwingende Behandlungsoption im Krankenhaus. Das bedeutet, nicht immer können die über die Krankenhaussuche abgebildeten ICD- und OPS-Kodes überschneidungsfrei dem Versorgungsanlass aus Patientensicht zugeordnet werden. In bestimmten Fällen müssen in der Umsetzung daher spezifische Filteroptionen, Zwischenfragen oder Direkteinstiege eingesetzt werden, um Nutzerinnen und Nutzer verlässlich spezifische Qualitätsinformationen zu ihrem Versorgungsanlass anzeigen zu können.

Tabelle 7: Übersicht prioritär zu berücksichtigender Versorgungsanlässe in der Erstumsetzung

Versorgungsanlass aus Patientensicht	Zuordenbares QS-Verfahren	Zuordenbare ICD-Kodes (Beispiele)	Zuordenbare OPS-Kodes (Beispiele)
Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen	QS PM	Z38, O80, O82	9-260, 9-262
Geburtshilfliche Versorgung bei Frühgeborenen	QS PM	Z38, O82	9-203, 9-502
Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)	QS HGV	M16	5-820
Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	QS HGV	M16, S72	5-821
Erstmaliger Kniegelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)	QS KEP	M17	5-822
Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	QS KEP	M17	5-823

QS PM = QS-Verfahren *Perinatalmedizin*; QS HGV = QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*; QS KEP = QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

10.1.4 Maßgebliche Bereiche im Prototyp

Gemäß Beauftragung soll das IQTIG zwei maßgebliche Bereiche der Krankenhausversorgung exemplarisch inhaltlich und grafisch aufbereiten (vgl. Punkt I.2.s). Hierfür hat das IQTIG unter Berücksichtigung der in Abschnitt 10.1.1 aufgeführten Kriterien die Versorgungsanlässe „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“ ausgewählt. In beiden Fällen handelt es sich um elektive Versorgungsanlässe,

zu denen bereits Daten aus QS-Verfahren vorliegen. Der Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ wurde ausgewählt, weil die „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS: 5-820) 2019 zu den häufigsten Operationen in Krankenhäusern zählte. Zudem war die Gelenkarthrose eine der am häufigsten nachgefragten Diagnosen auf dem Krankenhausvergleichsportal weisse-liste.de (Pross et al. 2017). Auch bei der „geburtshilflichen Versorgung“ handelt es sich aus epidemiologischer Sicht um einen relevanten Versorgungsanlass. So war „Lebendgeborene nach Geburtsort“ (ICD-10: Z38) mit etwa 548.000 Fällen im Jahr 2019 die häufigste Hauptdiagnose im Krankenhaus (Destatis 2021b) und Operationen im Zusammenhang mit der Entbindung (Kaiserschnitte und Behandlung von Dammrissen) zählten zu den 20 am häufigsten durchgeführten Operationen im Krankenhaus (Destatis 2020). Die Auswahl der Versorgungsanlässe für den Prototyp erfolgte zudem vor dem Hintergrund einer möglichst breiten Altersverteilung potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Nutzertests (vgl. Abschnitt 6.2.1).

10.2 Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals

Gemäß Beauftragung soll sich das G-BA-Qualitätsportal primär an Patientinnen und Patienten richten (vgl. Punkt I.3.b). Die spezifischen Einschränkungen bzw. Schwerpunktsetzungen innerhalb dieser heterogenen Zielgruppe werden nachfolgend mit Blick auf Punkt I.2.b der Beauftragung beschrieben. In Abschnitt 10.2.1 folgt zunächst eine Beschreibung der Alters- und Geschlechtsstruktur deutscher Krankenhauspatientinnen und -patienten. Da die Aufbereitung von Informationen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form erfolgen soll, wird in Abschnitt 10.2.2 auf relevante Faktoren mit Blick auf die Verständlichkeit wie den Bildungsstand und die Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen der Allgemeinbevölkerung eingegangen. In Abschnitt 10.2.3 werden Erkenntnisse zur Internetnutzung dargestellt. Zuletzt erfolgt in Abschnitt 10.2.4 eine Beschreibung besonderer Teilzielgruppen des G-BA-Qualitätsportals.

10.2.1 Alter und Geschlecht

In Abbildung 6 wird deutlich, dass die Krankenhausnutzung über alle Altersgruppen hinweg erfolgt, die Behandlungshäufigkeit (neben dem ersten Lebensjahr) im höheren Lebensalter jedoch erheblich ansteigt. Es fällt auf, dass die Geschlechterverteilung in den Altersgruppen der Krankenhauspatientinnen und -patienten leicht variiert jedoch insgesamt als ausgewogen betrachtet werden kann. Im mittleren Lebensalter sind die Fallzahlen unter Berücksichtigung schwangerschaftsbedingter Krankenhausaufenthalte bei Frauen etwas höher als bei Männern. Ab dem 50. Lebensjahr ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein Anstieg der Fallzahlen erkennbar, wobei die Fallzahlen bei Männern bis ins hohe Lebensalter höher sind als bei Frauen.

Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, die sich selbstständig zum Thema „Krankenhausqualität“ informieren könnten, erscheint bei Betrachtung der Altersgruppe von 10 bis 15 Jahren im Verhältnis der Gesamtfälle eher klein auszufallen. Auch ist laut § 1631 Abs. 1 BGB davon auszugehen, dass die Krankenhauswahl überwiegend durch oder gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten vorgenommen wird. Hinzu kommen spezielle Anforderungen an die Informationsauswahl und -aufbereitung bei Kindern, die sich von der Zielgruppe der Erwachsenen deutlich unterscheiden können. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, im G-BA-Qualitätsportal

Behandlungen und Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters zwar abzubilden, die Aufbereitung der Inhalte aber an erwachsenen Nutzerinnen und Nutzern der Website auszurichten.

Mit Blick auf die Fallzahlen wird deutlich, dass ein Fokus vor allem auf älteren Patientinnen und Patienten liegt. Zu beachten ist dabei, dass ältere Personen oftmals größere Schwierigkeiten haben, Qualitätsinformationen zu verstehen als jüngere Personen (Schaeffer et al. 2016). Auch Angehörige wie Partnerinnen bzw. Partner und erwachsene Kinder, die mitunter die Krankenhausuche hochaltriger Menschen unterstützen, befinden sich in der Regel bereits im mittleren oder höheren Lebensalter. Vor diesem Hintergrund ist auf eine gute Verständlichkeit und Nutzbarkeit des G-BA-Qualitätsportals für Personen im höheren Lebensalter zu achten (Sander et al. 2017).

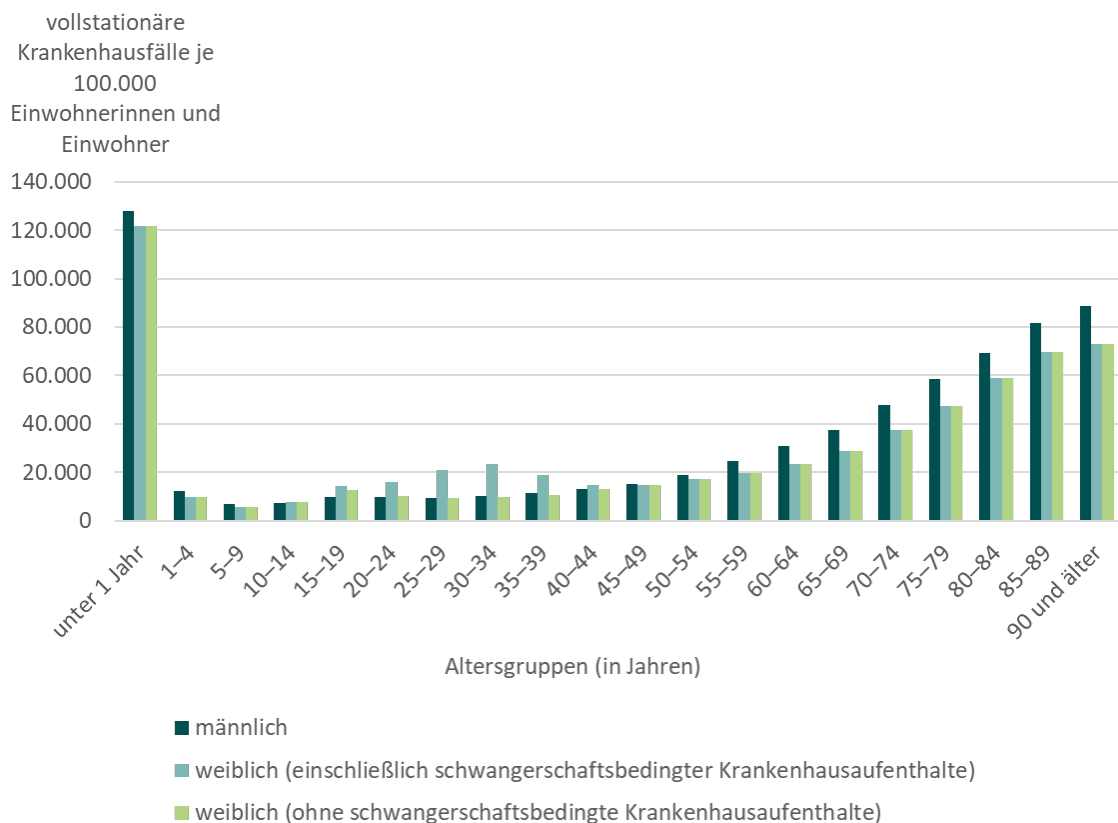


Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsstruktur der Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2017 (nach Destatis/RKI 2019)

10.2.2 Bildung, Lese- und alltagsmathematische Kompetenz

Mit Blick auf eine allgemeinverständliche Informationsaufbereitung, wie sie für das G-BA-Qualitätsportal angestrebt wird, sind der Bildungshintergrund und die Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen besonders zu berücksichtigen. Untersuchungen weisen in diesem Zusammenhang z. B. auf einen beachtlichen Anteil an Menschen mit niedrigen Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen hin (Grotluschen et al. 2019: 5, OECD 2013: 61-85, Rammstedt 2013, Grotluschen et al. 2012: 19-23, Zabal et al. 2013, Maehler et al. 2013). So lag der Anteil der Bevölkerung zwischen 18 bis 64 Jahren mit geringer Literarität, d. h. mit Schwierigkeiten beim

Lesen längerer Sätze bis hin zu Schwierigkeiten beim Lesen einzelner Wörter und Buchstaben, im Jahr 2018 bei 12 % (Grotlüschen et al. 2019: 6).

Im Rahmen des Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) entsprach die durchschnittliche Lese- und alltagsmathematische Kompetenz der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, welche auch das Textverständnis im Internet beinhaltet, der Stufe II (OECD 2017: 37). Diese entspricht auch dem geforderten Mindestniveau der OECD, welches 76 % der Erwachsenen zwischen 25 und 64 Jahren erreichen (OECD 2017). Die genannte Kompetenzstufe gehört zu einer der bei PIAAC ermittelten sechs Kompetenzstufen (unter I bis V), die sich als Kontinuum der Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger beschreiben lassen, alltagsmathematische- und Leseverständnisaufgaben mit steigender Schwierigkeit zu lösen (Rammstedt 2013: 36). Personen, die die Lesekompetenzstufe II erreichen, sind u. a. in der Lage, zunehmend komplexe Texte zu lesen und zu verstehen sowie in digitalen Texten zu navigieren, um an verschiedenen Stellen des Dokuments Informationen zu identifizieren und darauf zuzugreifen. Texte hoher Informationsdichte oder Länge (mehrere Seiten) zu verstehen oder in komplexen digitalen Texten zu navigieren übersteigt die Kompetenzstufe jedoch (OECD 2013: 64). In Bezug auf alltagsmathematische Kompetenzen entspricht die Stufe II der Fähigkeit, relativ einfache Daten und Statistiken in Texten, Tabellen und Grafiken zu interpretieren. Auch können Personen mit einer alltagsmathematischen Kompetenz der Stufe II mit ganzen Zahlen und geläufigen Dezimalzahlen, Prozentangaben und Brüchen rechnen. Das Erkennen von und Arbeiten mit mathematischen Beziehungen, Mustern und Anteilen (in Worten oder numerischer Form) geht über die Kompetenzstufe II jedoch hinaus (OECD 2013: 76).

Zwischen Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen und dem Bildungsabschluss zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang (Rammstedt 2013: 15). So erreichten lediglich 10 % der Personen mit Hauptschulabschluss (ohne berufliche Ausbildung) eine Lesekompetenz, die über die Kompetenzstufe II hinausging (Rammstedt 2013: 99). Bei Personen, die einen Realschulabschluss (ohne berufliche Ausbildung) besitzen, erreichten bereits 48 % die Kompetenzstufe III oder höher. Unter Personen mit (Fach-)Abitur (ohne berufliche Ausbildung) lag der Anteil derjenigen mit höherer Kompetenzstufe sogar bei etwa 80 % (Rammstedt 2013: 99). Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch in Bezug auf die alltagsmathematische Kompetenz (Rammstedt 2013: 100). Diesen Zusammenhang unterstützt auch eine weitere Studie mit gering literarisierten Erwachsenen, bei der die Mehrheit der Teilnehmenden keinen oder lediglich einen niedrigen bis mittleren Schulabschluss aufwies (Grotlüschen et al. 2019: 11).

Der Anteil der Personen in der deutschen Bevölkerung mit den Schulabschlüssen der mittleren Reife oder Hauptschule bildet die größte Gruppe: 2017 wiesen 60,1 % der deutschen Bevölkerung einen niedrigen oder mittleren Schulabschluss auf und 4,0 % besaßen keinen Schulabschluss (Destatis 2018a: 39). Eine Berufsausbildung besaßen 47,5 % der Bevölkerung, 17,7 % einen Hochschulabschluss (Destatis 2018a: 41). Im Hinblick auf die Informationssuche und das Verständnis von Gesundheitsinformationen weisen Studien auf deutliche soziale Unterschiede hin. So suchen Menschen mit geringer Bildung seltener nach Gesundheitsinformationen im In-

ternet als Menschen mit mittlerer oder hoher Bildung (Destatis 2018b: 17). Auch ist die Wahrscheinlichkeit, online nach Krankenhäusern zu recherchieren, bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau deutlich geringer als bei Personen mit höherem Bildungsniveau (Emmert und Wiener 2017, Rademakers et al. 2014, Kontos et al. 2014). Darüber hinaus zeigt sich, dass Menschen mit einer relativ geringen mathematischen Kompetenz häufig Schwierigkeiten haben, Gesundheitsinformationen zu verstehen (Chen und Feeley 2014). Auch deuten Untersuchungen zur alltagsmathematischen Kompetenz auf Alterseffekte hin: So wiesen Erwachsene zwischen 25 und 34 Jahren mit signifikantem Unterschied zu Erwachsenen im Alter von 55 bis 65 Jahren die höchsten Kompetenzwerte auf (Rammstedt 2013: 80 f.).

10.2.3 Internetnutzung

Die Zielgruppe umfasst Personen, die – zumindest indirekt – einen Zugang zur Website bzw. zum Internet haben. Damit gehören zur Zielgruppe sowohl Personen, die eine Website alleine oder mit Unterstützung nutzen, als auch Personen, die auf der Website identifizierte Ergebnisse durch Dritte übermittelt bekommen (z. B. als Ausdruck). Das IQTIG empfiehlt die Aufbereitung des G-BA-Qualitätsportals gemäß unterschiedlichen Nutzungsgewohnheiten der Bevölkerung für verschiedene Endgeräte wie Tablet, Smartphone oder Desktop (sogenannte responsive Darstellung, siehe Punkt I.2.m der Beauftragung). Ferner sind verschiedene Nutzertypen von Online-Qualitätsinformationen zu berücksichtigen.

Um das Internet zu nutzen, verwendeten im Jahr 2018 nach Schätzung des Statistischen Bundesamts 87 % der Bürgerinnen und Bürger privat ein Mobiltelefon bzw. Smartphone, 65 % einen Laptop, 62 % einen Desktopcomputer und 46 % ein Tablet (Destatis 2018b: 13). Eine Analyse von Nutzungsdaten des Krankenhausvergleichsportals weisse-liste.de im Jahr 2015 zeigte, dass 25 % der Nutzerinnen und Nutzer von einem Mobilgerät auf die Website zugriffen (Pross et al. 2017). Es ist anzunehmen, dass dieser Anteil in den letzten Jahren weiter gestiegen ist. Auffällig dabei ist, dass Smartphones im Vergleich zu anderen Endgeräten über alle Altersgruppen hinweg häufiger verwendet werden (Destatis 2018b: 13). Die allgemeine Nutzung des Internets ist bei den unter 65-Jährigen sehr hoch, aber auch 63 % der Menschen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter geben an, das Internet regelmäßig zu nutzen (Destatis 2018b: 14).

Bürgerinnen und Bürger mit einem höheren Bildungshintergrund nutzen häufiger das Internet (Destatis 2018b). Allerdings ist auch die Nutzung unter Bürgerinnen und Bürgern mit einem niedrigen Bildungshintergrund mit 79 % als hoch einzustufen. Geschlechterspezifische Unterschiede in der Internetnutzung sind insgesamt als geringfügig zu bewerten (Frauen: 87 %, Männer: 93 %). Bezieht man jedoch das Alter in die geschlechtsspezifische Betrachtung ein, ist festzustellen, dass sich die Internetnutzung bei Frauen und Männern ab 65 Jahren stärker unterscheidet (Frauen: 56 %, Männer: 71 %).

Eine telefonische Erhebung aus dem Jahr 2017 zur Rolle des Internets bei der Suche nach Gesundheitsinformationen ergab, dass 46 % der 2.217 Befragten im vergangenen Jahr das Internet nutzten, um nach entsprechenden Informationen zu suchen (Marstedt 2018). Mehr als die Hälfte der Befragten (53 %) nutzten das Internet zumindest einmal im Monat für die Suche nach Gesundheitsinformationen. Als Motiv für eine solche Suche wurde am häufigsten mit 73 % die

Suche nach Krankheiten und Krankheitsrisiken genannt, gefolgt von der Suche nach Tipps und Hilfen für eine gesündere Lebensweise (58 %), Hilfestellung bei einem akuten Gesundheitsproblem (52 %) und der Beratung von Freunden oder Familie (46 %). Die Suche nach den qualitativ besten Behandlungsmöglichkeiten oder medizinischen Einrichtungen wurde von 45 % der Befragten als Suchmotiv genannt. Etwas abweichende Ergebnisse lassen sich bei der HINTS Germany Studie feststellen, in deren Rahmen 2.001 Personen zu ihrem Nutzungsverhalten befragt wurden (Baumann et al. 2021). Hier wurde am häufigsten die Suche nach einem Arzt bzw. einer Ärztin oder einem Krankenhaus als Zweck für die Internetsuche angegeben (Frauen: 55 %, Männer: 44 %). Da Arzt- und Krankenhaussuche gebündelt abgefragt wurden, bleibt die genaue Häufigkeit, mit der das Internet zur Krankenhaussuche genutzt wurde, jedoch offen. Allerdings stellte auch hier die Suche nach gesundheitlichen oder medizinischen Informationen für sich selbst (Frauen: 50 %, Männer: 43 %) oder für andere (Frauen: 38 %, Männer: 28 %) ein häufiges Suchmotiv dar. Beide Studien stellen fest, dass Wikipedia und andere Online-Lexika am häufigsten als Informationsquelle für Gesundheitsfragen im Internet herangezogen werden (Marstedt (2018): 72 % (von n = 946), Baumann et al. (2021): 62 % (von n = 2.001)). Auch die Websites von Krankenkassen, Gesundheitsportale und Websites von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen wurden vergleichsweise häufig als Informationsquelle genannt. Übergeordnete Portale zur Suche und den (Qualitäts-)Vergleich von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden bei Marstedt (2018) von 23 % der Befragten genutzt, während in der HINTS-Studie (Baumann et al. 2021) bereits 36 % der Befragten angaben, entsprechende Seiten zu verwenden. Damit scheint die Nutzung entsprechender Portale insgesamt zu steigen (vgl. Abschnitt 1.5.2).

Bei der Suche nach einem Krankenhaus kann von einem thematischen Interesse der Nutzerinnen und Nutzer ausgegangen werden. Das heißt, es besteht bereits bei der Suche nach und auf der Website die Intention, sich über ein Krankenhaus und/oder mehrere Krankenhäuser zu informieren. Dennoch sollten die Bedürfnisse von unterschiedlichen Typen von Website-Nutzerinnen und -Nutzern (User-Typen) gleichermaßen Berücksichtigung finden. Erlhofer und Brenner (2018: 139 ff.) unterscheiden in diesem Zusammenhang der User-Typen:

- Die „Sucherinnen und Sucher“ suchen gezielt nach spezifischen Informationen. Sie haben in der Regel eine klare Vorstellung von dem Ergebnis ihrer Suche, wählen den direkten Weg, um ihr Ziel zu erreichen, und lassen sich deshalb auch nur ungern davon zurückhalten.
- Nutzerinnen und Nutzer des Typs „Browser“ haben häufig eine weniger fest umrissene Vorstellung von ihrem Suchziel. Dementsprechend gestaltet sich ihre Suche eher assoziativ. Sie tasten sich heran und nutzen dabei verschiedene Navigationswege und Informationsangebote, die eine Website bietet. Durch dieses explorative Suchverhalten können Browser ihre Suchanfrage immer weiter präzisieren. Genauso sind sie offen für andere Inhalte auf der Website und lassen sich von unerwarteten Angeboten inspirieren.
- „Researcherinnen und Researcher“ sind auf der Suche nach tiefgehenden Informationen. Sie haben eine genaue Vorstellung von ihrem Suchziel, sind aber im Gegensatz zu den Sucherinnen und Suchern bereit, mehr Zeit und Sorgfalt in Recherche und Aufbereitung der Informationen zu investieren. Ihr Ziel ist es, sich einen umfassenden Überblick über ein Thema zu verschaffen, um dann gegebenenfalls die beste Option auszuwählen.

Insgesamt ist bei den Nutzertypen zu berücksichtigen, dass das Suchverhalten meist durch die Situation beeinflusst wird, etwa durch das Suchziel oder die Komplexität des Themas. In der Praxis kommen folglich auch veränderliche oder Mischtypen vor (Erlhofer und Brenner 2018: 139). Zudem muss der Kontext berücksichtigt werden, unter dem die Suche nach bzw. die Nutzung von Qualitätsinformationen erfolgt. Eine detaillierte Beschreibung des Nutzungskontexts findet sich in Abschnitt 10.3. In Abschnitt 10.4 erfolgt eine ausführlichere Betrachtung des Nutzungsverhaltens.

10.2.4 Besondere Teilzielgruppen

Ausgehend von den Wissensbeständen hat das IQTIG besondere Teilzielgruppen des G-BA-Qualitätsportals identifiziert. Dazu gehören Schwangere, Eltern erkrankter Kinder und Jugendlicher, Menschen mit Behinderung, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit onkologischen Erkrankungen. Bei diesen Teilzielgruppen wird davon ausgegangen, dass ggf. eine Adaption des aktuellen Website-Konzepts erforderlich wird. Nachfolgend werden die Teilzielgruppen kurz beschrieben.

Schwangere

Wie in Abschnitt 10.1.3 erörtert, ist die geburtshilfliche Versorgung einer der häufigsten Versorgungsanlässe in deutschen Krankenhäusern. So wurden im Erfassungsjahr 2019 im QS-Verfahren *Geburtshilfe* 750.996 stationäre Geburten dokumentiert (IQTIG 2020b). Die Situation vor einer Entbindung unterscheidet sich deutlich von der, in der sich Menschen vor einem Krankenhausaufenthalt mehrheitlich befinden: Der Aufnahmehinweis ist bei Schwangeren in der Regel nicht pathologisch, weshalb Termine wie Patientin oder Krankheit meist unangebracht sind. Zudem haben Schwangere mehrere Monate Zeit, um sich für einen Leistungserbringer zu entscheiden. Verschiedene Studien konstatieren, dass sich Schwangere (insbesondere bei der ersten Entbindung) ausführlich und über verschiedene Kanäle über Krankenhäuser informieren möchten, beispielsweise in Informationsveranstaltungen oder über das Internet (Geraedts et al. 2010: 28 und 36, de Cruppé und Geraedts 2011, Wiedenhöfer und Keppler 2017). Auch werden bei der Wahl des Krankenhauses teilweise andere Schwerpunkte gesetzt oder es bestehen zusätzliche Informationsbedürfnisse (vgl. Abschnitt 10.5.1.5 und Abschnitt 10.5.2.5).

In der Folge geht das IQTIG davon aus, dass teilweise eine Adaption oder Ergänzung der generischen Informationsmodule notwendig wird. Beispielsweise umfasst dies die Ausweisung der Zahl der „Geburten“ oder „Kaiserschnitte“ anstelle der „Behandlungsfälle“ oder die Erweiterung des Informationsmoduls „Ausstattung und Service“ um zusätzliche Themen.

Eltern erkrankter Kinder und Jugendlicher

Kinder sind nicht als erwachsene Patientinnen und Patienten zu betrachten. Neben Unterschieden im Erkrankungsspektrum und Behandlungsbedarf (Spindler 2016) unterscheiden sich auch die Bedürfnisse erkrankter Kinder und Jugendlicher von denen erwachsener Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass die Krankenhaussuche und Krankenhauswahl überwiegend durch oder gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten vorgenommen wird (vgl. § 1631 Abs. 1 BGB).

Das IQTIG geht daher davon aus, dass sukzessive eine Erweiterung und Anpassung des Informationsangebots für die Teilzielgruppe „Eltern erkrankter Kinder und Jugendlicher“ erforderlich wird. Beispiele dafür sind redaktionelle Inhalte wie „Tipps zur Krankenhaussuche für Kinder“, die Entwicklung spezifischer Filteroptionen oder die Erweiterung bestimmter Informationsmodule um zusätzliche Themen. Mit Blick auf das Informationsmodul „Medizinische Schwerpunkte“ (vgl. Abschnitt 10.6.7) betrifft diese beispielsweise eine Ergänzung um Informationen dazu, ob ein Krankenhaus Spezialkompetenzen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen hat.

Menschen mit Behinderung

Bislang liegen nur wenige Studien zur Betreuungs- und Behandlungssituation von Patientinnen und Patienten mit Behinderung vor (Habermann-Horstmeier 2019). Klar ist jedoch: Abhängig von Art und Schwere der Behinderung stellen sich spezifische Anforderungen an die Versorgung (Habermann-Horstmeier 2019, Beardon et al. 2018, Seidel 2009). Vor diesem Hintergrund ist von besonderen Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien Betroffener bzw. ihrer Angehörigen bei der Krankenhaussuche und -wahl auszugehen (vgl. Abschnitt 5.2). Dabei kann die Informationssuche im Internet sowohl eine Ressource als auch eine Hürde für Menschen mit Behinderung sein (Fox 2007).

Bezogen auf das G-BA-Qualitätsportal sind mit Blick auf die Zielgruppe zwei Aspekte in der weiteren Entwicklung besonders zu berücksichtigen: Zum einen ist das G-BA-Qualitätsportal selbst möglichst barrierearm umzusetzen (vgl. Abschnitt 9.3). Zum anderen sind besondere Informationsbedürfnisse z. B. mit Blick auf die Barrierefreiheit im Krankenhaus auf einer inhaltlichen Ebene zu adressieren (vgl. Abschnitt 10.6.10).

Menschen mit psychischen Erkrankungen

In Deutschland sind etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016). Die Zahl der stationären Behandlungen lag im Jahr 2019 bei etwa 780.000, ca. 170.000 Behandlungen wurden teilstationär durchgeführt. Parallel zur epidemiologischen Bedeutung psychischer Erkrankungen deutet sich ein hohes Informationsbedürfnis in Bezug auf psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen) an. So war die Diagnose „Depression“ (ICD-Code: F32) gewichtet nach der Inzidenz eine der 20 meistgesuchten Diagnosen im Krankenhausvergleichsportal weisse-liste.de (Pross et al. 2017).

Bislang liegen keine spezifischen Qualitätsinformationen zu psychischen Erkrankungen aus gesetzlichen QS-Verfahren vor. Wobei sich in Bezug auf die *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* zumindest ein QS-Verfahren (*QS Schizophrenie*) in der Entwicklung befindet. Das IQTIG empfiehlt daher in darauffolgenden Stufen der Umsetzung und Weiterentwicklung zu prüfen, wie das Informationsangebot für diese Teilzielgruppe sukzessive ausgebaut werden kann.

Menschen mit onkologischen Erkrankungen

Mit einer halben Million jährlicher Erkrankungen zählen onkologische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland (RKI/GEKID 2019). Die epidemiologische Bedeutung von

Krebserkrankungen spiegelt sich auch in den Suchanfragen von Patientinnen und Patienten wider, wie aus einer Analyse von Nutzungsdaten des Krankenhausvergleichsportals weisse-liste.de hervorgeht (Pross et al. 2017). So bezogen sich 10 der 20 meistgesuchten Diagnosen (gewichtet nach Inzidenz) auf onkologische Erkrankungen.

Im Unterschied zu dem aus dieser Analyse ableitbaren Informationsbedürfnis liegen gegenwärtig jedoch nur zu zwei Krebsdiagnosen (Brust- und Eierstockkrebs) spezifische Qualitätsinformationen aus gesetzlichen QS-Verfahren vor. Wobei mit dem QS-Verfahren *Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata)* perspektivisch ein weiteres QS-Verfahren hinzukommen wird. Die aktuell verfügbaren Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung werden dem Informationsbedürfnis vieler Patientinnen und Patienten insofern nur in Teilen gerecht. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG in darauffolgenden Stufen der Umsetzung und Weiterentwicklung zu prüfen, wie das Informationsangebot zu verschiedenen Krebserkrankungen sukzessive ausgebaut werden kann.

10.2.5 Fazit und Empfehlungen

Die Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals ist vor dem Hintergrund einer indikations- und prozedurenübergreifenden Ausrichtung breit gefasst. Primär richtet es sich das Angebot jedoch an Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen, die sich vergleichend über die Qualität der Versorgung in deutschen Krankenhäusern informieren möchten. Im Fokus stehen dabei Suchen zu elektiven Versorgungsanlässen. Im Sinne einer allgemeinverständlichen Informationsaufbereitung sollten die unterschiedlichen Bildungshintergründe sowie unterschiedliche Lese- und alltagsmathematischen Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer Berücksichtigung finden. Auch sollte bei der Aufbereitung von Informationen davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen kein fachliches Vorwissen besteht. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG, bestimmte Teilzielgruppen gezielter in den Blick zu nehmen und die Website aus Perspektive dieser Teilzielgruppen sukzessive weiterzuentwickeln.

10.3 Nutzungskontext bei der Krankenhauswahl

Das IQTIG nimmt die Analyse der Informationsbedürfnisse, -präferenzen und der Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl (vgl. Punkt I.2.c der Beauftragung) gemäß seiner methodischen Vorgehensweise (vgl. Abschnitt 2.2) vor dem Hintergrund des Nutzungskontextes und -verhaltens vor. Damit wird das Ziel verfolgt, zusätzliche Hinweise und Hintergrundinformationen für die Konzeption der Website zu erhalten. Auf Grundlage der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche wird in diesem Abschnitt der Nutzungskontext näher beleuchtet. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die psychosoziale Situation (vgl. Abschnitt 10.3.1) und auf die Informations- und Entscheidungsprozesse eingegangen (vgl. Abschnitt 10.3.2). In letzterem Abschnitt werden relevante Informationsquellen (vgl. Abschnitt 10.3.2.1) und das Entscheidungsverhalten von Patientinnen und Patienten (vgl. Abschnitt 10.3.2.2) beleuchtet.

10.3.1 Psychosoziale Situation

Patientinnen und Patienten haben bei der Krankenhauswahl oftmals viele Fragen und ein hohes Informationsbedürfnis in Bezug auf ihre Erkrankung, den Krankenhausaufenthalt sowie den Verlauf und das Ergebnis ihrer Behandlung (Picker Institut Deutschland 2006: 25-33). Sie erleben die Versorgung aus ihrer individuellen Perspektive und legen andere bzw. weitere Maßstäbe an die Versorgung an als bspw. Krankenhäuser, die als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen fungieren (Messer und Reilley 2015). Mit der Notwendigkeit, für eine geplante Behandlung ein Krankenhaus auszuwählen und aufzusuchen, geht in der Regel ein starkes Gefühl der Unsicherheit einher (Schaeffer 2006: 14). So fällt die Krankenhaussuche mitunter sogar mit dem ersten Schock der Diagnose zusammen, der durch Angst und Stress geprägt ist, wie die Ergebnisse einer qualitativen Studie zeigen, in der Männer mit Prostatakrebs betrachtet wurden (Aggarwal et al. 2018b). Auch kann eine lebensbedrohliche Diagnose bei den Betroffenen den Druck erzeugen, möglichst schnell eine Entscheidung zu treffen, sodass aus ihrer Sicht nur wenig Zeit besteht, mehrere Optionen zu vergleichen (Aggarwal et al. 2018b). Dies passt zu den Ergebnissen einer Befragung mit 1.925 stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten, aus der hervorgeht, dass nur 21 % der Befragten mehr als sieben Tage Zeit zwischen der Indikationsstellung zum Krankenhausaufenthalt und der aktuellen Aufnahme hatten (Geraedts 2018: 76).

Zudem zeigt sich, dass das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in das jeweilige Krankenhaus eine große Rolle bei der Krankenhauswahl zu spielen scheint (Haselhoff 2010: 101). Eine qualitative Studie aus Australien vertieft den Aspekt der Vertrauenswürdigkeit bzw. des Vertrauens (Ward et al. 2015). Das Vertrauen von Patientinnen und Patienten speist sich den Aussagen der Teilnehmenden zufolge zum einen aus dem großen Fachwissen der Ärztinnen und Ärzte, zum anderen aus der schieren Notwendigkeit, aufgrund des relativen Mangels an eigenem medizinischen Wissen zu vertrauen. Dabei fiel es den Befragten überwiegend schwer, zwischen dem Vertrauen in die Ärzteschaft und dem Vertrauen in das Krankenhaus zu unterscheiden, da die Ärztinnen und Ärzte als Repräsentanten des Krankenhauses wahrgenommen werden (Ward et al. 2015). Zudem kann es ein handlungsleitendes Motiv bei der Krankenhauswahl sein, Vertrauen herzustellen (Geuter und Weber 2009: 85 f., Grande et al. 2013).

Für das G-BA-Qualitätsportal ergibt sich daraus, dass die psychosoziale Situation von Patientinnen und Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt, die oft von Unsicherheit, Stress und Emotionalität geprägt ist, berücksichtigt werden sollte. Das IQTIG empfiehlt daher, dass Informationen auf dem G-BA-Qualitätsportal so gestaltet werden, dass sie schnell zugänglich sind und leicht erfasst werden können. Tendenziell als beängstigend empfundene Themen sollten zugleich sensibel präsentiert werden. Zudem sollte die Gestaltung der Website in Einklang mit der Vertrauensbildung als einem zentralen Suchmotiv stehen und dementsprechend einen seriösen, vertrauenswürdigen Eindruck vermitteln.

10.3.2 Informations- und Entscheidungsprozess

Die Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhaussuche kann als sozialer und iterativer Prozess betrachtet werden, bei dem schriftliche Informationen zwar nicht im Vordergrund stehen, die Entscheidungsfindung jedoch begleiten oder die Entscheidung –

nachträglich – absichern können (de Cruppé und Geraedts 2011, Marshall und McLoughlin 2010).

Die Informationen, die im Entscheidungsprozess hinzugezogen werden, sind variabel (vgl. Abschnitt 10.5). So sind Informationspräferenzen keine feststehende Größe, sondern bilden sich in Abhängigkeit der persönlichen Erfahrungen und der erlebten Situationen heraus (Schaeffer 2006: 13 und 33, Victoor et al. 2012, Fasolo et al. 2010). Insbesondere in einer Situation, die für viele Patientinnen und Patienten in der Regel neu, ungewohnt und unüberschaubar ist, haben Patientinnen und Patienten meist keine festen Präferenzen, auf denen sie ihre Krankenhauswahl stützen, sondern konstruieren diese in dem Moment, in dem sie danach gefragt werden (Theory of Constructed Preferences) (Schaeffer 2006: 33, Hibbard et al. 2002, Slovic 1995). Verschiedene Studien legen nahe, dass dies bei der Erstellung von Informationsangeboten und bei der Informationsaufbereitung berücksichtigt werden sollte (Schaeffer 2006: 33-40, Fasolo et al. 2010, Moser et al. 2010a).

10.3.2.1 Informationsquellen

Die herangezogenen Informationsquellen bei der Krankenhauswahl können verschiedene Personen und Medien sein, sodass sich ganz unterschiedliche Szenarien im Informations- und Entscheidungsprozess ergeben (Seifert 2015). Eine wesentliche Rolle spielen für viele Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl erfahrungsbasierte – informelle – Informationsquellen. Dies sind vor allem:

- der Rat der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes bzw. der behandelnden Hausärztin oder des behandelnden Hausarztes (Prang et al. 2018a, Geraedts et al. 2010: 27 f., Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 68, Fischer et al. 2015, Hildon et al. 2015, Coran 2015, de Cruppé und Geraedts 2017, Lavery et al. 2015, Bes und van den Berg 2013, Lux et al. 2011, Birk et al. 2011, Shah und Dickinson 2010, Dijs-Elsinga et al. 2010, Berendsen et al. 2010, Merle et al. 2009, Lako und Rosenau 2009, Berendsen et al. 2009, Leister und Stausberg 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 233, Schaeffer 2006: 5, Steinhäuser 2015: 141, Yahanda et al. 2016, Göthel 2016, Dietrich und Grapp 2005)
- die eigene Vorerfahrung mit einzelnen Krankenhäusern (Nostedt et al. 2014, de Cruppé und Geraedts 2011, Coran 2015, de Cruppé und Geraedts 2017, Lavery et al. 2015, Bes und van den Berg 2013, Raven et al. 2012, Birk et al. 2011, Marang-van de Mheen et al. 2010, Dijs-Elsinga et al. 2010, Leister und Stausberg 2007, Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 233, Victoor et al. 2012, Moser et al. 2010a, Seifert 2015: 149 f., Geraedts et al. 2010: 26, Streuf et al. 2007, Moser et al. 2010b, Geraedts 2018: 76)
- Empfehlungen bzw. Erfahrungsberichte anderer Patientinnen und Patienten bzw. aus dem Familien- und Bekanntenkreis (Geraedts et al. 2010: 27 f., Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 68, Hildon et al. 2015, Lux et al. 2011, Berendsen et al. 2010, Kriwy und Aumüller 2007, Schaeffer 2006: 5, Dietrich und Grapp 2005).

Als ergänzende Informationsquelle – mit sekundärer Bedeutung – werden zunehmend auch Informationen aus dem Internet wie Soziale Medien oder Bewertungs- und Vergleichsportale herangezogen (Couper et al. 2010, Streuf et al. 2007, Kriwy und Aumüller 2007, de Cruppé und Geraedts 2017, Kurup et al. 2013, Bes und van den Berg 2013, Marstedt 2018, Dietrich und Grapp 2005, Poll 2008: 217 f., Köhler und Gründer 2017: 3 f., Keswani et al. 2016, Agarwal et al. 2019, Hohls 2014, Geuter und Weber 2009: 30-42).

Für das G-BA-Qualitätsportal lässt sich daraus festhalten, dass es als begleitendes Informationsangebot – im Sinne einer Informationsquelle unter vielen – verstanden wird, das bei der Krankenhauswahl in einem iterativen Informations- und Entscheidungsprozess von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen hinzugezogen wird.

10.3.2.2 Entscheidungsverhalten

Patientinnen und Patienten scheinen sich oftmals ihrer Wahlmöglichkeit eines Krankenhauses bewusst zu sein. Werden Patientinnen und Patienten direkt gefragt, wer über die Aufnahme in ein bestimmtes Krankenhaus entschieden hat, antworten 63 %, dass sie selbst die Wahl getroffen haben, so das Ergebnis einer Querschnittstudie, an der 1.925 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Deutschland teilgenommen haben (de Cruppé und Geraedts 2017). Vergleichbare Ergebnisse zur Wahrnehmung von Wahlmöglichkeiten liefern auch weitere Studien (Raven et al. 2012, Birk et al. 2011, Berendsen et al. 2010, Victoor et al. 2013).

Gleichzeitig messen manche Patientinnen und Patienten der Wahl des Krankenhauses wenig Bedeutung bei. Gründe dafür sind unter anderem, dass sie einrichtungsunabhängig von einer allgemein hohen Qualität der stationären Versorgung ausgehen, weil ihre Wahl bereits vorab feststand oder weil sie ohne weitere Information das nächstgelegene Krankenhaus bevorzugen (Victoor et al. 2012, Victoor et al. 2016, Rademakers et al. 2014, Geraedts et al. 2010: 26 f.).

Das Entscheidungsverhalten bei der Krankenhauswahl wird durch Faktoren wie Bildung, Einkommen, Religiosität, Alter und Geschlecht, aber auch durch das Krankheitsbild, (Vor-)Wissen, Einstellungen und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten, wie die Patientenaktivierung, beeinflusst (Ringard 2012, Berendsen et al. 2010, Lako und Rosenau 2009, de Groot et al. 2012, Fischer et al. 2015, Geuter und Weber 2009: 81 ff., Geraedts und Amhof 2008, Victoor et al. 2012, Goidel et al. 2013, Wascher et al. 2018, Smith et al. 2015). Neben diesen Patienteneigenschaften ist auch deren Zusammenspiel mit den Eigenschaften des Leistungserbringers bei der Wahl eines Krankenhauses entscheidend (Victoor et al. 2012). Auch die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt kann Einfluss auf das Entscheidungsverhalten haben: So kommt bspw. eine explorative Studie aus den Niederlanden zu dem Ergebnis, dass der Mehrzahl (63 %) der 72 teilnehmenden Patientinnen und Patienten wenig oder keine Möglichkeit zur Mitsprache bei der Krankenhauswahl eingeräumt wurde (Victoor et al. 2013).

10.3.3 Fazit und Empfehlungen

Die Situation der Patientinnen und Patienten, die vor einem Krankenhausaufenthalt stehen, ist in der Regel von Unsicherheit, Angst und Stress geprägt. Informationen, die für eine Entscheidungsfindung eingeholt werden, können diese Unsicherheit verringern. Als Informationsquellen

dienen dabei die Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte, Erfahrungsberichte, die eigene Erfahrung und mit (bislang) eher geringerer Bedeutung auch das Internet. Diese Quellen werden in einem iterativen Informations- und Entscheidungsprozess von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen hinzugezogen.

Mit Blick auf das G-BA-Qualitätsportal sollten Informationen dabei so aufbereitet sein, dass sie ohne professionelle Unterstützung nutzbar sind. Zudem sollte bei der Aufbereitung die psychosoziale Situation mitberücksichtigt werden, in der die Informationssuche erfolgt. Das heißt, im G-BA-Qualitätsportal sollten sowohl auf inhaltlicher als auch gestalterischer Ebene mögliche Unsicherheiten, Angst und Stress der Nutzerinnen und Nutzer adressiert werden.

10.4 Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen

Im folgenden Abschnitt wird das Nutzungs- und Suchverhalten von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen in Bezug auf Online-Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern näher beleuchtet. Grundlage hierfür sind die gewonnenen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 10.4.1) und den Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 10.4.1.4). Die Hinweise zum Nutzungsverhalten bei der Suche nach Qualitätsinformationen können als erster Schritt für die Analyse des Suchverhaltens mit dem Ziel der Suchmaschinenoptimierung genutzt werden (vgl. Punkt I.2.k der Beauftragung).

10.4.1 Hinweise aus der Literaturrecherche

10.4.1.1 Bekanntheit und Nutzung von (Online-)Informationsquellen zur Krankenhauswahl

Bei der Patientenberatung scheinen den Qualitätsberichten und ihren Aufbereitungsformen im Internet im Vorfeld einer Krankenseinweisung in der Vergangenheit nur eine geringe Relevanz eingeräumt worden zu sein (Hermeling und Geraedts 2013). So wusste eine knappe Mehrheit (54 %) von 300 befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht, dass die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser überhaupt existieren. Auch Krankenhausvergleichsportale waren ihnen weitgehend unbekannt (89 %) (Hermeling und Geraedts 2013).

Unabhängig von der Benutzung der Krankenhausvergleichsportale und Qualitätsberichte wird das Internet genutzt, um nach Gesundheitsinformationen zu suchen (Baumann et al. 2021, Marstedt 2018). Insgesamt zeigte sich, dass andere Quellen, wie z. B. Wikipedia und andere Online-Lexika populärer als Qualitätsberichte oder Krankenhausvergleichsportale sind (Marstedt 2018). Auch in der Allgemeinbevölkerung zeigt sich, dass die strukturierten Qualitätsberichte und Krankenhausvergleichsportale in der Vergangenheit wenig bekannt waren (Geraedts et al. 2010: 29). So wusste in einer Querschnittsstudie aus dem Jahr 2013 nur etwa ein Drittel der 2.027 Befragten, dass entsprechende Berichte existieren (Emmert et al. 2014). In einer repräsentativen Befragung mit 1.074 Internetnutzerinnen und -nutzern zwischen 18 und 80 Jahren war das Krankenhausvergleichsportale weisse-liste.de 24 % der Befragten bekannt (Marstedt 2018). In einer anderen Studie gaben 54,2 % der 280 Teilnehmenden an, Krankenhausvergleichsportale zu kennen, womit die Bekanntheit von Krankenhausbewertungsportalen jedoch nach wie vor weit unter anderen Bewertungsportalen (u. a. Arztbewertungsportalen) lag (McLennan et al. 2017). Nach einer telefonischen Befragung aus dem Jahr 2017 (Marstedt 2018)

wurden übergeordnete Portale zur Suche und zum (Qualitäts-)Vergleich von Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern und Pflegeheimen von 23 % der Befragten genutzt. In der HINTS-Studie gaben sogar 36,3 % von 2.001 Befragten an, entsprechende Seiten zu nutzen (Baumann et al. 2021). Tendenziell deutet sich in der Gesamtschau der Studien an, dass die Bekanntheit und Nutzung von Qualitätsberichten und Krankenhausvergleichsportalen in den vergangenen Jahren gestiegen ist (Pross et al. 2017). Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in den USA beobachten (Emmert und Wiener 2017, Emmert und Schlesinger 2017b, Maurer et al. 2016, Scanlon et al. 2015).

10.4.1.2 Hinweise zum Nutzungsverhalten

Nutzung von Krankenhausvergleichsportalen in Deutschland

Für die Situation in Deutschland konnte eine Studie identifiziert werden, in der das Nutzungsverhalten von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Krankenhausvergleichsportale mittels Clickstream-Analyse am Beispiel der Website weisse-liste.de beschrieben wird (Pross et al. 2017). Diese zeigte, dass sich die Zahl der Unique Visits¹² pro 1.000 Krankenhauseinweisungen auf weisse-liste.de im Zeitraum von 2013 bis 2015 von 28 auf 52 nahezu verdoppelt hat. Insgesamt hatte die Website 2015 etwa 2.750 Unique Visits pro Tag, die durchschnittliche Sitzungsdauer lag bei 6,7 Minuten und pro Sitzung wurden im Mittel 7,4 Klicks durchgeführt. Die Bounce Rate, also die Absprungrate, stieg von 22 % im Jahr 2013 auf 38 % im Jahr 2015. Seitens der Studie wird dies auf die fehlende Responsiveness der Website im Beobachtungszeitraum zurückgeführt bzw. auf das damit einhergehende unzureichende Nutzererlebnis zunehmend mobiler Nutzerinnen und Nutzer. Der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer der Krankenhaussuche, die die Website via Google ansteuerten, erhöhte sich von 23 % im Jahr 2013 auf 38 % im Jahr 2015; entsprechend sank der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer, die die Seite direkt aufriefen. Eine Heatmap¹³ zur Visualisierung des Nutzerverhaltens zeigte zudem, dass die erste Ergebnisliste die höchstfrequentierte Seite mit den meisten Klicks ist. Vergleichs- und Detailergebnisseiten werden dagegen deutlich seltener betrachtet.

Unabhängig von dem Krankenhausvergleichsportal weisse-liste.de zeigen Studien, dass die Nutzung von Krankenhausvergleichsportalen zunimmt. So gaben in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung 23 % von 946 Befragten an, entsprechende Vergleichsportale zu nutzen (Marstedt 2018). In einer anderen repräsentativen Befragung mit 2.001 Teilnehmenden sagten 36,3 %, dass sie Portale zur Suche und Bewertung von Ärztinnen und Ärzten und Kliniken nutzen (Baumann et al. 2021).

¹² Unter Unique Visits versteht man die Gesamtzahl an Besucherinnen und Besuchern innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

¹³ Mithilfe von Heatmaps lassen sich Bereiche auf einer Website hervorheben, die besonders viel Aufmerksamkeit von Nutzerinnen und Nutzern bekommen (Jacobsen und Meyer 2017: 184).

Nutzung von internationalen Krankenhausvergleichsportalen

Bei internationalen Websites gelangen Patientinnen und Patienten mehrheitlich über Suchmaschinen wie Google auf ein Krankenhausvergleichsportal (Bardach et al. 2015). In diesem Zusammenhang deuten Analysen aus den USA zu häufig verwendeten Suchbegriffen bei Google an, dass Begriffe, die auf einen Krankenhausvergleich und (beste) Qualität hinzielen (z. B. „top hospital“, „best hospital“ und „hospital quality“, „hospital ratings“), namentliche Direktanfragen von Portalen sowie die namentliche Suche nach einzelnen Krankenhäusern in den Suchanfragen führend sind (Bardach et al. 2015, Huesch et al. 2014).

Sind Patientinnen und Patienten auf einem Krankenhausvergleichsportal, zeigte sich in einer Studie zum niederländischen Gesundheitsversorgungsportal www.kiesbeter.nl, dass die meisten Probandinnen und Probanden eine orientierende Suchstrategie anwendeten und bspw. durch die Navigation über verschiedene Menüpunkte und -ebenen bis zur gesuchten Information gelangen (Ossebaard et al. 2012). Nur wenige Nutzerinnen und Nutzer suchten hingegen gezielt, etwa über die Freitextsuche oder interne/externe Links.

Den Umgang mit und die Bewertung von Qualitätsinformationen auf Krankenhausvergleichsportalen untersuchte eine qualitative Studie in den Niederlanden, die 18 Patientinnen und Patienten Website-Entwürfe mit vergleichenden Qualitätsinformationen über Hüft- und Knieoperationen vorgelegte. Dabei zeigte sich u. a., dass die Teilnehmenden unterschiedliche Qualitätsindikatoren sowie Aggregationsniveaus von Qualitätsindikatoren bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigten (Moser et al. 2010b).

Gründe für die Nichtnutzung von Krankenhausvergleichsportalen

Mediengestützte Informationsangebote, die zur Wahl eines Krankenhauses herangezogen werden, werden von Patientinnen und Patienten oftmals bemängelt und in der Folge nicht genutzt. Dabei werden als Gründe für die Nichtnutzung insbesondere die unzureichende Verfügbarkeit oder aber ein Überfluss an Informationen, eine geringe Glaub- und Vertrauenswürdigkeit, fehlende Verständlichkeit sowie die wenig nutzerfreundliche Aufbereitung und Darstellung von Informationen angeführt (Victoor et al. 2012, Manganello und Clayman 2011). Dies ist ein Ergebnis, dass sich auch mit Blick auf die Informationen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zeigt (Faber et al. 2009, Prang et al. 2018a, Canaway et al. 2017, Ketelaar et al. 2014a, Emmert et al. 2017b: 71, Geraedts und Amhof 2008, Geraedts 2006: 158).

Aber auch die fehlende Nachvollziehbarkeit und Einheitlichkeit von Empfehlungen innerhalb und zwischen Krankenhausvergleichsportalen können Patientinnen und Patienten verunsichern (Thielscher et al. 2014, Paddock et al. 2015). Eine wesentliche Einschränkung stellt zudem die begrenzte Anzahl der abgedeckten Leistungsbereiche dar: Nur etwa 20 % bis 22 % der Krankenhausbehandlungen werden durch die gesetzliche Qualitätssicherung erfasst – das bedeutet im Umkehrschluss, dass zu einem Großteil der möglichen Eingriffe und Untersuchungen keine Qualitätsinformationen vorliegen (Emmert et al. 2016).

Dadurch kommt es zu der paradox wirkenden Situation, dass viele Patientinnen und Patienten vergleichende Informationen zur Qualität von Krankenhäusern zwar als sehr wichtig oder wichtig erachten (Prang et al. 2018a, Mazor und Dodd 2009), bekannte und verstandene Informationen bei der tatsächlichen Wahl des Krankenhauses aber nur sehr selten berücksichtigen (de Cruppé und Geraedts 2011, Smith et al. 2018). In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten häufiger angeben, in Zukunft einrichtungsbezogene Qualitätsinformationen nutzen zu wollen, als sie es im Rückblick bei der Wahl eines Krankenhauses tatsächlich getan haben (Victoor et al. 2012, Geraedts 2018: 73, Dijs-Elsinga et al. 2010, Marang-van de Mheen et al. 2010).

10.4.1.3 Anlass und Motive für die Suche nach Informationen zur Krankenhausqualität

Entscheiden sich Patientinnen und Patienten, sich im Internet über Krankenhäuser (und deren Qualität) zu informieren, lassen sich im Hinblick auf die Suchmotivation bzw. den Suchanlass in der Literatur zentrale Ausprägungen unterscheiden (Victoor et al. 2016, Geraedts et al. 2010: 24-28, Ketelaar et al. 2014b, de Groot et al. 2011, Robertson und Burge 2011, Bardach et al. 2015, Moser et al. 2010b, Pross et al. 2017):

- Patientinnen und Patienten, die eine aktive Wahl treffen und Vergleiche durchführen: Sie sind sich Qualitätsunterschieden und verschiedenen Versorgungsschwerpunkten von Krankenhäusern bewusst oder haben bereits zuvor Krankenhäuser verglichen.
- Patientinnen und Patienten in der Überweisungskette, die durch den vorgegebenen Behandlungsprozess geleitet werden, aber dennoch einen gewissen Aufwand betreiben, um sich zu informieren: Sie nutzen Qualitätsinformationen bspw., um mehr über das gewählte Krankenhaus zu erfahren oder um ihre Wahl, auch im direkten Vergleich, abzusichern.

10.4.1.4 Besondere Teilzielgruppen

Für einige Patientengruppen liegen zum Teil spezifischere Informationen zum Nutzungskontext und Nutzungsverhalten vor. Im Folgenden werden Ergebnisse aus der Literaturrecherche zu Schwangeren, Menschen mit schweren bzw. onkologischen Erkrankungen sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass keine spezifische Literaturrecherche zu diesen Teilzielgruppen durchgeführt wurde und die Ergebnisse daher ggf. nur einen fragmentierten Einblick geben.

Schwangere

Bei Schwangeren zeigt sich in Hinblick auf das Informationsverhalten in der Literatur ein uneinheitliches Bild. So berichten einige Studien, dass Frauen bei der Wahl der Geburtsklinik darauf Wert legen, sich vorab umfassend zu informieren: Sie informieren sich häufig online, stellen sich auch persönlich im Krankenhaus vor oder nehmen an Informationsveranstaltungen teil (Geraedts et al. 2010: 28 und 36, de Cruppé und Geraedts 2011, Wiedenhöfer und Keppler 2017).

Demgegenüber kommt eine qualitative Studie zu dem Ergebnis, dass Frauen kaum oder gar nicht in externen Informationsquellen recherchieren, sondern ihre Entscheidung auf Grundlage eigener Erfahrungen mit einem Krankenhaus oder der Erfahrungen anderer fällen (Tayyari Dehbarez et al. 2018b). Eine mögliche Erklärung dafür könnte darin liegen, dass erstgebärende Frauen stärker Informationsquellen wie Informationsabende oder das Internet nutzen als Frauen, die bereits entbunden haben (Wiedenhöfer und Keppler 2017, Maurer et al. 2016). Letztere greifen erwartungsgemäß eher auf ihre Vorerfahrungen zurück (Wiedenhöfer und Keppler 2017, Maurer et al. 2016). Darüber hinaus sind – unabhängig von der Entbindungserfahrung – Empfehlungen durch Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Hebammen¹⁴ sowie gute Bewertungen auf Krankenhausvergleichsportalen wesentliche Faktoren bei der Entscheidung für ein Krankenhaus, so das Resultat einer Mixed-Methods-Studie aus den USA (Maurer et al. 2016).

Menschen mit schweren Erkrankungen

Quantitative und qualitative Studien mit Krankenhauspatientinnen und -patienten deuten darauf hin, dass sich das Informations- und Entscheidungsverhalten bei der Krankenhauswahl je nach Fachgebiet und Schweregrad der Erkrankung unterscheidet (Geraedts et al. 2010: 27 ff., Yang et al. 2018, Lux et al. 2011). Bei einer schweren Erkrankung ist eine intensivere Recherche zur Qualität von Krankenhäusern zu erwarten (Yang et al. 2018). Zu diesem Ergebnis gelangt eine US-amerikanische Querschnittstudie mit 3.334 Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Krebserkrankung im Krankenhaus behandelt wurden (Yang et al. 2018). Demnach informierten sich 27 % der Befragten auch über mögliche andere Krankenhäuser, obwohl sie bereits eine erste Wahl für ein Krankenhaus getroffen haben.

In Bezug auf die tatsächliche Entscheidung zeigt sich jedoch, dass bei nicht als lebensbedrohlich wahrgenommenen Diagnosen und Prozeduren wie einer Knie-Totalendoprothese Patientinnen und Patienten das Krankenhaus eher selbstständig bzw. aktiv wählten als bei potenziell lebensbedrohlichen Diagnosen wie Krebserkrankungen oder teilweise auch Herz- und Gefäßerkrankungen (Geraedts et al. 2010: 25, de Cruppé und Geraedts 2011).

Menschen mit chronischen Erkrankungen

In einer qualitativen Untersuchung aus Deutschland wird festgestellt, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen häufiger auf wiederkehrende Krankenhausaufenthalte angewiesen sind, die oftmals mit einer längeren Verweildauer einhergehen, als Akutpatientinnen und -patienten (Geuter und Weber 2009: 8 und 15). Sie orientieren sich bei der Wahl des Krankenhauses an den leitenden bzw. behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie an ihrer persönlichen Erfahrung (Geuter und Weber 2009: 46-54). Das Internet dient dabei als orientierende Informationsquelle (Geuter und Weber 2009: 65-69).

Dies wird in eine Befragungsstudie aus den Niederlanden mit konkreten Zahlen untermauert, an der 1.500 Patientinnen und Patienten teilnahmen: Die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen nach Informationen zu Krankenhäusern suchen,

¹⁴ Die Berufsbezeichnung Hebamme bezieht sich sowohl auf das weibliche als auch auf das männliche Geschlecht (§ 3 Hebammengesetz).

war demnach 37 % geringer als die für Personen ohne chronische Erkrankungen (Victoor et al. 2014). Die Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie mit 21 Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen liefern Anhaltspunkte für die Gründe, die zu der zurückhaltenden Nutzung bestehender Informationsquellen führen (Ossebaard et al. 2012). Im Rahmen der Studie äußerten sie ihr Bedürfnis nach maßgeschneiderten, möglichst personalisierten und detaillierten statt nach allgemeinen Informationen. Demzufolge erwarten sie von Portalen mit Qualitätsinformationen zu Leistungserbringern qualitativ hochwertige Inhalte und eine einfach nachzuvollziehende Navigationsstruktur (Ossebaard et al. 2012).

10.4.2 Hinweise aus den Fokusgruppen¹⁵

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen diskutiert und von den Befragten als wesentlich in Bezug auf die Suche nach Informationen für die Krankenhauswahl erachtet wurden.

10.4.2.1 Hinweise zum Nutzungsverhalten

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen berichten, dass die Suche nach einem Krankenhaus im Internet zumeist über Suchmaschinen und kaum über das gezielte Aufrufen einer spezifischen Website erfolgt.

B1: Das sind teilweise Foren. Wenn man die Anfrage bei Google eingibt, zum Beispiel [Name des Krankenhauses] oder [Ortsname] / Bewertung / Chirurgie-Abteilung, dann spuckt es schon irgendwelche Bewertungen aus. (FG 1/86)

B5: Wenn man ein Schlagwort eingibt im Internet: Patientenbewertungen, Krankenhauserfahrungen, dann kommt ja immer irgendwas. (FG 5/315)

In der Informationssuche im Internet lassen sich unterschiedliche Vorgehensweisen bei Patientinnen und Patienten identifizieren: das direkte Ansteuern eines bestimmten Krankenhauses, zu dem bereits eine starke Tendenz besteht (z. B. aufgrund Empfehlungen anderer Informationsquellen, eigener Vorerfahrungen), sowie die vergleichende Suche. Bei der vergleichenden Suche lassen sich der gezielte Vergleich bestimmter, bereits bekannter Krankenhäuser und die mehr oder weniger offene Suche nach Krankenhäusern, die verglichen werden, unterscheiden. Viele der Patientinnen und Patienten berichten, dass sie Informationen über mehrere Krankenhäuser eingeholt und diese verglichen haben. Bei Behandlungen, die Routineeingriffen zuzurechnen sind, oder auch bei eher ländlichen Wohnumgebungen mit begrenzter Zahl an verfügbaren Krankenhäusern in der Umgebung bestand mitunter bereits von Beginn an eine konkrete Vorstellung, zwischen welchen Krankenhäusern eine Entscheidung getroffen werden soll. Es deutet sich in den Fokusgruppen an, dass ca. zwei bis drei Krankenhäuser in den Vergleich einbezogen werden, seltener sind vier bis fünf. Eher vereinzelt wird die Betrachtung einer großen Anzahl von

¹⁵ Prägnante Aussagen der Fokusgruppen werden in Form von direkten Zitaten wiedergegeben. Dabei werden die Fokusgruppen mit FG und der jeweiligen Fokusgruppennummer abgekürzt. Die Zitate der/des Befragten werden mit „B“ und Nummer der/des Befragten dargestellt. Zitate der Interviewerin bzw. des Interviewers werden mit „I“ dargestellt. Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (...) gekennzeichnet und Auslassungen mit [...] dargestellt.

Krankenhäusern berichtet. Die Variation in der Anzahl der betrachteten Krankenhäuser schwankt auch intrapersonell je nach Anlass des Krankenhausaufenthalts.

B5: Also ich habe mir nur das [Krankenhausname] / aber auch nur auf Erfahrungsbasis, weil mir viele Freundinnen das [Krankenhausname] empfohlen haben [...]. Und dann habe ich es mir auch irgendwann angeguckt, aber da war die Entscheidung eigentlich schon gefallen dann. (FG 13/178)

B4: Es kommt darauf an. Bei der einen OP waren es zwei und bei der anderen OP vier. Aber zwei so als Durchschnitt, die näher infrage kamen. (FG 13/183)

Gefundene Informationen auf Websites werden von den Patientinnen und Patienten jedoch unterschiedlich bewertet. Einige Teilnehmende empfinden sie als hilfreich und seriös, andere betrachten sie mit Argwohn. Die Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit der Informationen wird dann infrage gestellt. Ähnliches wird auch über Angaben in Internetforen berichtet.

B4: Tatsächlich bei dem Krankenhaus selbst, weil es da die meiste Information über das operierende Personal gab. Das war irgendwie die einzige seriöse Quelle, muss ich sagen. (FG 1/109)

B3: Weil die Seite des Krankenhauses, wir hatten das Gefühl es ist mehr Werbung als Info. ((Teilweise zustimmendes Raunen)) (FG 12/76)

Als ein weiterer Aspekt wird in den Fokusgruppen die Bedeutung möglichst aktueller Informationen angesprochen bzw. kritisiert, dass im Internet veröffentlichte Informationen häufig veraltet sind. Entsprechend wird eine regelmäßige Aktualisierung und Pflege der bereitgestellten Informationen gefordert.

B6: Das ist meistens 2017 sind ja die Zahlen meistens.

B4: So was müsste regelmäßig /

B3: Aktualisiert werden und gepflegt werden, ganz einfach. (FG 4/250–252)

Neben der eigenen Suche nach Informationen im Internet berichten ältere Teilnehmende mit wenig Erfahrungen in der Internetnutzung zudem davon, dass sie nahestehende Personen bei der Informationsbeschaffung um Unterstützung bitten.

B1: Ich bin ein totaler, ich will nicht sagen, ein Hasser von Computer [...]. Und habe mich dann an die Kinder gewandt und die mussten mir dann sagen, wohin, in welche Richtung. (FG 11/6)

10.4.2.2 Anlass und Motive für die Suche nach Informationen zur Krankenhausqualität

Häufig beginnt die Suche von Patientinnen und Patienten zu geeigneten Krankenhäusern direkt nach Erhalt der Diagnose, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht; verstärkt wird der Impuls zur eigenen Suche, wenn der Arzt oder die Ärztin keine oder eine nicht zufriedenstellende Empfehlung für ein bestimmtes Krankenhaus ausgesprochen hat. Die Teilnehmenden berichten auch, wiederholt im Internet recherchiert zu haben, sofern die Zeit bis zur Aufnahme

dies zulässt. Dabei wird die Motivation deutlich, über zusätzliche Informationen Sicherheit zu erlangen und Vertrauen in das ausgewählte Krankenhaus herzustellen.

B1: Also ich war da schon an mehreren Tagen unterschiedlich zugange. [...] Also, ich habe das schon mehrmals im Internet geguckt. Nicht nur einmal. Zumal die Zeit ja auch lang war, nicht? (FG 3/400)

B3: [...] Sowas gibt einem leichtes Vertrauen, wenn sich Leute so vorstellen und man kann wirklich sehen – anklicken –, der macht das und der macht dies. Das gibt ein bisschen Vertrauen. (FG 1/99)

Zugleich werden in den Fokusgruppen auch die Erfahrung und Sorge deutlich, auf Informationen zu stoßen, die sie in einer durch eine Diagnose belasteten Situation noch mehr verunsichern oder ängstigen. Insbesondere bei Negativnachrichten führt dies in den berichteten Situationen zumeist zum Abbruch der Informationssuche.

B1: [...] Also nicht stundenlang im Internet, das hat mich verrückt gemacht, wenn ich da gelesen habe: Kommentare und der und ... Also das habe ich abgebrochen.

I: Was hat Sie da genau verrückt gemacht? [...]

B1: [...] Ja, ich habe Kommentare gelesen über das Krankenhaus, wo ich war, die waren katastrophal. Also wenn ich danach gegangen wäre, würde ich jetzt noch suchen. Ja, ich musste ja irgendwann eine Entscheidung treffen. (FG 6/173–175)

Darüber hinaus geht aus den Fokusgruppen hervor, dass die Suche nach einem Krankenhaus mitunter zeitgleich mit der Suche nach Informationen über Diagnosen, Krankheitsbilder und Therapieoptionen betrieben wird. In diesem Fall ist die Krankenhaussuche eingebettet in einen inhaltlich und zeitlich komplex verwobenen, verdichteten Prozess der Informationssuche und Entscheidungsfindung.

B3: [...] Und dann bin ich eigentlich nach Hause gegangen und habe mich erst mal vor den Rechner gesetzt in aller Ruhe und habe dann nach diesem Krankheitsbild gesucht. Was ich als Erstes gefunden habe, was mich etwas irritiert hat: Es gab zig Seiten, auf die ich gehen konnte, in denen erklärt wurde, wo es herkommt. [...] Dann habe ich ein bisschen anders gesucht, habe versucht herauszufinden, wo kann man sich also am besten operieren lassen, was gibt es darüber. (FG 9/65)

Etwas anders stellt sich die Situation dar, wenn der Anlass und die Motivation der Krankenhaussuche damit einhergehen, überhaupt den richtigen Anlaufpunkt im Gesundheitssystem für eigene Gesundheitsprobleme zu finden. In diesen Fällen liegt oftmals noch keine Diagnose oder Therapieempfehlung vor, auf die eine Suche aufbaut.

B: Und dann gibt es aber auch Ratsuchende, – das fällt mir immer auch auf – die Krankenhäuser suchen, obwohl sie noch gar nicht wissen, wie ihre Diag-

nose ist, und das macht es halt eben doch ein bisschen schwieriger. Viele gehen eher ins Krankenhaus als erst mal zum Facharzt, [...]. Das ist manchmal gar nicht so einfach, wenn sie selbst auch nicht wissen, was sie da genau suchen. (FG 17/11)

10.4.2.3 Zeit für die Recherche

Fokusgruppenübergreifend berichten Patientinnen und Patienten überwiegend von ähnlich großen Zeiträumen, die für die Recherche im Internet genutzt werden konnten. Meist wird berichtet, innerhalb einer Woche eine Entscheidung für ein Krankenhaus getroffen zu haben und sich in dieser Zeit punktuell immer wieder mit dem Thema beschäftigt zu haben. Bei chronischen Leiden berichten Patientinnen und Patienten von einem mitunter jahrelangen Prozess, bis sie sich zu einer Operation entschließen (z. B. elektive Hüft-TEP). Der Zeitraum für die tatsächliche Krankenhaussuche ist aber auch hier eng begrenzt.

B4: Mein Entscheidungsprozess war so ungefähr eine Woche. Natürlich habe ich auch nicht jeden Tag ins Netz geguckt, aber eher so etappenweise. (FG 1/143)

Eine Ausnahme bilden werdende Eltern, die sich oftmals mehr Zeit für die Auswahl lassen.

10.4.3 Fazit und Empfehlungen

In der Gesamtschau deutet sich an, dass die Bekanntheit und Nutzung von Qualitätsberichten und Krankenhausvergleichsportalen in der Vergangenheit zwar deutlich gestiegen ist, aber nach wie vor auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau liegt. Als zentrale Suchanlässe stehen insbesondere die aktive Krankenhauswahl und die Absicherung von bereits getroffenen Entscheidungen im Vordergrund. Entscheiden sich Patientinnen und Patienten dazu, Qualitätsinformationen im Internet zu suchen, erfolgt der Einstieg meist über Suchmaschinen. Bei der Suche und Nutzung von Online-Qualitätsinformationen stehen Patientinnen und Patienten jedoch vor verschiedenen Hürden. Diese betreffen u. a. die unzureichende Verfügbarkeit oder aber ein Überfluss an Informationen, eine geringe Glaub- und Vertrauenswürdigkeit der Informationsangebote, die fehlende Verständlichkeit sowie die wenig nutzerfreundliche Aufbereitung von Informationen. In der Folge können diese Hürden dazu führen, dass die Suche vorzeitig abgebrochen wird oder gefundene Informationen nicht bei einer Entscheidung herangezogen werden. Aus den Fokusgruppen geht zudem hervor, dass sich die Suche bei der Krankenhauswahl auf Informationen zum Krankenhausstandort, einzelnen Fachabteilungen und Ärztinnen und Ärzte bezieht. Im Fokus stehen jedoch Informationen zur Diagnose und zu Therapiemöglichkeiten. Für diese Recherche, in der meist zwei bis drei Krankenhäuser verglichen werden, haben Patientinnen und Patienten in der Regel nur ein kurzes Zeitfenster von einer Woche.

In Bezug auf das G-BA-Qualitätsportal leiten sich aus der Analyse des Nutzungsverhaltens folgende Empfehlungen ab: Bei der Optimierung der Website für Webcrawler¹⁶ ist zu berücksichtigen, dass der Sucheinstieg häufig über Suchmaschinen, insbesondere Google, und weniger

¹⁶ Ein Webcrawler ist ein Programm, welches automatisiert das Internet nach Dokumenten durchsucht (Ryte Wiki 2020).

über Direktanfragen erfolgt. Die Website sollte daher so strukturiert und inhaltlich aufbereitet sein, dass sie von entsprechenden Programmen gut erfasst werden kann und eine entsprechend hohe Platzierung in den Ergebnislisten erhält. Zudem sind Informationen so zu strukturieren, dass sie von Patientinnen und Patienten schnell eingeordnet werden können und sie nicht überfordern. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass rahmende Informationen wesentlich sind, um Vertrauen und Glaubwürdigkeit in ein Informationsangebot und somit auch in das G-BA-Qualitätsportal zu fördern sowie das Interesse für Informationen zu wecken, auf die Patientinnen und Patienten aus fachlicher Sicht bei der Krankenhauswahl achten sollten.

10.5 Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl aus Patientenperspektive

Der nachfolgende Abschnitt präsentiert die Ergebnisse der Analyse zu Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl (gemäß Punkt 1.2.c der Beauftragung), ausgehend von einer systematischen Literaturrecherche, Fokusgruppen und der ergänzenden Bedarfsanalyse. Die Ergebnisse ermöglichen außerdem Ableitungen für eine adressatengerechte Weiterentwicklung von Inhalten des Qualitätsberichts (gemäß Punkt 1.3.a).

10.5.1 Hinweise aus der Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche ist es, Einblick in relevante Kernthemen zu erhalten, aus denen sich Hinweise für mögliche Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien ableiten lassen, die in einem G-BA-Qualitätsportal abbildbar sind. Hervorzuheben ist, dass eine genaue Differenzierung zwischen Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien in der Literatur nicht einheitlich vorgenommen wird. Dort, wo es möglich ist, wird in der Beschreibung der Studien differenziert. Der Fokus wird jedoch mehr auf die Beschreibung gelegt, welche Themen für Patientinnen und Patienten mehr oder auch weniger bedeutsam sind und wo sich Unterschiede in den Erkenntnissen andeuten.

Die identifizierten Studien weisen eine sehr hohe Heterogenität in Design, Qualität und Durchführungszeitpunkt auf. Auch wurden sie in unterschiedlichen Ländern durchgeführt, in denen die Unterschiede der jeweiligen Gesundheitssysteme auch die Krankenhauswahl rahmen (z. B. hohe Selbstzahler-Anteile für Patientinnen und Patienten, bestehende Wahlmöglichkeiten von Leistungserbringern). Hinzu kommt ein zeitgleicher Wandel der Möglichkeiten, sich überhaupt über Krankenhäuser informieren zu können, z. B. über das Internet oder Beratungsstellen. Der Fokus der nachfolgenden Analyse liegt auf Themen, die im Kontext der Gesundheitsversorgung in Deutschland bedeutsam erscheinen.

10.5.1.1 Übergeordnete Themen

Reputation des Krankenhauses

Als übergeordnetes Qualitätsurteil steht der Ruf bzw. die Reputation eines Krankenhauses in direktem Zusammenhang mit der Vertrauenswürdigkeit (Dreves 2013, Dreves und Gebele 2015: 114 f.).

Der Ruf eines Krankenhauses spielt eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess und ist in vielen Fällen entscheidungsrelevant (Nostedt et al. 2014, Varughese 2016, de Cruppé und Geraedts 2017, Laverty et al. 2015, Melling et al. 2015, Raven et al. 2012, Fansa und Haller 2011, Varkevisser et al. 2010, Shah und Dickinson 2010, Marang-van de Mheen et al. 2010, Dijs-Elsinga et al. 2010, Streuf et al. 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Ketelaar et al. 2014b, Yahanda et al. 2016, Varkevisser et al. 2012). Dies zeichnet sich auch an einem vergleichsweise hohen Informationsbedürfnis seitens der Patientinnen und Patienten ab: So gaben in einer Querschnittstudie mit 3.334 Teilnehmenden, die aufgrund einer Krebserkrankung operativ im Krankenhaus behandelt wurden, mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) an, sich für den Ruf eines Krankenhauses in Bezug auf Krebsoperationen zu interessieren (Yang et al. 2018).

Weitere Studien deuten darauf hin, dass nicht zuletzt der Ruf der im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzte relevant ist (Merle et al. 2009, Aggarwal et al. 2018a, Geuter und Weber 2009). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich beim „guten Ruf“ um ein Konstrukt handelt, das in verschiedenen Studien teilweise unterschiedlich operationalisiert wird, z. B. als implizites Vertrauensverhältnis zu den dort handelnden Personen oder die Bekanntheit der Ärztinnen und Ärzte aus einer Tageszeitung (Geuter und Weber 2009, Aggarwal et al. 2018a), oder auch nicht tiefergehend operationalisiert wird (Merle et al. 2009). Bei einer Studie mit Patienten mit Prostatakrebs (n = 19.256) weisen die Ergebnisse daraufhin, dass diese eher ein Krankenhaus aufsuchen, wenn dessen dort beschäftigte Chirurginnen und Chirurgen einen sehr guten Ruf in den Medien haben (Aggarwal et al. 2018a). Die Definition eines guten medialen Rufs wurde dabei daran festgemacht, ob die Person in der Liste der besten Chirurginnen und Chirurgen Englands mit Schwerpunkt Prostatakrebs einer bekannten Tageszeitung aufgeführt wurde (Aggarwal et al. 2018a). Eine Befragungsstudie mit 199 Teilnehmenden identifizierte zusätzlich die Reputation einzelner Fachabteilungen als wesentlichen Faktor (Shah und Dickinson 2010).

Zwar werden auch mediale Informationsquellen wie Krankenhaus-Rankings genutzt, um sich zu diesem Thema zu informieren, es deutet sich jedoch an, dass die Reputation eines Krankenhauses im Freundeskreis deutlich entscheidungsrelevanter ist, als es das Ansehen in öffentlichen Medien ist (Vonberg et al. 2008, Jung et al. 2011). Darüber hinaus deuten die Ergebnisse einer älteren qualitativen Studie aus Deutschland darauf hin, dass die Reputation des Krankenhauses insbesondere auf emotionaler Ebene und weniger auf rationaler Ebene bedeutsam ist (Picker Institut Deutschland 2006: 31). Zugleich war den befragten Patientinnen und Patienten klar, dass der Ruf in der Regel auf Einzelfällen und subjektiven Erlebnissen beruht, die Aussagekraft also begrenzt ist (Picker Institut Deutschland 2006: 31).

Atmosphäre

Ein ausschlaggebender Faktor bei der Wahl eines Krankenhauses ist die Atmosphäre. So gaben 63,3 % der 1.329 Befragten in einer Querschnittstudie aus den Niederlanden an, dass sie eine freundliche Atmosphäre zur Auswahl eines Krankenhauses heranziehen (Dijs-Elsinga et al. 2010). Ein Scoping Review unterstützt diese Aussage (Victoor et al. 2012). Danach berichteten sieben analysierte Studien, dass eine angenehme Atmosphäre im Krankenhaus einen positiven Einfluss auf das Entscheidungsverhalten von Patientinnen und Patienten hat.

Qualitätssiegel und Zertifikate

Die Ergebnisse eines systematischen Reviews und von zwei Primärstudien deuten darauf hin, dass die von unabhängigen bzw. übergeordneten Institutionen vergebenen Qualitätssiegel für Krankenhäuser oder auch Zertifizierungen des ärztlichen Personals von Patientinnen und Patienten als ein Hinweis auf die Qualität der stationären Versorgung gesehen werden (Yahanda et al. 2016, Picker Institut Deutschland 2006: 29, Simon 2011). Dass das Interesse von Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsanlass variiert, zeigen die Ergebnisse von Lux et al. (2011), die in einer Befragungsstudie (n = 2.389) in Deutschland Kriterien der Krankenhauswahl zwischen Patientinnen der Geburtshilfe und gynäkologisch-onkologischen Patientinnen verglichen. Die Frage, ob eine Zertifizierung bei der Wahl eines Krankenhauses mit chirurgisch-onkologischer Abteilung eine Rolle gespielt hat, bejahten in einer anderen Befragung hingegen nur 6 von 100 Teilnehmenden (Melling et al. 2015). Auch gab nur etwa die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten an, den Begriff der Zertifizierung zu kennen (Melling et al. 2015). Diejenigen, die den Begriff kannten, konnten ihn allerdings größtenteils korrekt einordnen.

Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten

Dass auf Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten basierende Informationen für mindestens genauso wichtig gehalten werden wie andere Qualitätsinformationen zum Krankenhaus, zeigt eine Adaptive Choice-Based-Conjoint-Analyse aus den Niederlanden (de Groot et al. 2012). Demnach stützen Patientinnen und Patienten, wenn Informationen zu beiden Typen vorliegen, ihre Krankenhauswahl deutlich stärker auf erfahrungsbasierte Informationen über die Expertise und das Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten als auf zu erwartende Wartezeiten oder die Behandlungsergebnisse. Dies bestätigen quantitative Studien aus den USA und aus Deutschland (Jung et al. 2011, Geraedts et al. 2007). Sie deuten darauf hin, dass Angaben zur Patientenerfahrung von zentraler Bedeutung für die zukünftige Wahl des Krankenhauses sind. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Experimentalstudie aus den USA, nach der Teilnehmende sich eher für ein Krankenhaus entscheiden, wenn dieses positive Erfahrungsberichte aufweist (Agnisarman et al. 2018).

10.5.1.2 Strukturen der Versorgung

Erreichbarkeit bzw. Wohnortnähe

Ein wesentlicher Aspekt, der in nahezu allen Studien als relevant für die Wahl des Krankenhauses angegeben wird, ist die Wohnortnähe. In einem Teil der identifizierten Studien deutete sich an, dass die Mehrheit der Patientinnen oder Patienten ein Krankenhaus vorzieht, das nicht zu weit vom Wohnort entfernt und gut zu erreichen ist (Victoor et al. 2012, Geraedts et al. 2010: 27, Universität Witten/Herdecke [kein Datum], Schaeffer 2006: 22, Hildon et al. 2015, de Cruppé und Geraedts 2011, Moser et al. 2010a, Fasolo et al. 2010, Beckert 2018, de Cruppé und Geraedts 2017, Blake 2015, Beukers et al. 2014, Damman et al. 2012, Birk et al. 2011, Shah und Dickinson 2010, Marang-van de Mheen et al. 2010, Albada und Triemstra 2009, Neugebauer [2010], Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 233, Ketelaar et al. 2014b). Auch scheint in manchen Fällen die Attraktivität eines Krankenhauses nachzulassen, je weiter es entfernt ist (Saley

et al. 2018, Aggarwal et al. 2018a, Keating et al. 2016, Varkevisser et al. 2010, Escarce und Kapur 2009). Die Bedeutung dieses Faktors nimmt mit dem Alter der befragten Patientinnen und Patienten zu (Victoor et al. 2012, Aggarwal et al. 2017c, Gutacker et al. 2016, Berendsen et al. 2010).

Bereits die Informationssuche wird durch die absolute Entfernung des Wohnorts zum nächstgelegenen alternativen Krankenhaus beeinflusst (Victoor et al. 2014). Wichtig scheinen manchen Patientinnen und Patienten zudem eine gute verkehrstechnische Anbindung und ausreichende Parkmöglichkeiten bzw. eine gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Schaeffer 2006: 22, Marang-van de Mheen et al. 2010). Ein weiterer Befund aus einer anderen Studie ist jedoch, dass eine gute Erreichbarkeit insbesondere für Besucherinnen und Besucher zwar erwünscht, die Wohnortnähe bei der Wahl eines Krankenhauses jedoch nicht entscheidend ist (Picker Institut Deutschland 2006: 32); Vorrang scheint die medizinische Qualität der Einrichtung zu haben (Mansky 2013: 141 f., Leister und Stausberg 2007).

Die Bereitschaft, eine längere Anfahrt in Kauf zu nehmen, steigt, wenn ein operativer Eingriff bevorsteht, darauf weist ein systematisches Review hin (Yahanda et al. 2016). Gleiches ergeben quantitative Studien in Bezug auf notwendige Operationen bei Krebserkrankungen (Yang et al. 2018, Nostedt et al. 2014) oder bei Hüftgelenkersatzoperationen (Gutacker et al. 2016). Auch eine Kohortenstudie zur Krankenhauswahl und Patientenmobilität von Patienten (n = 44.363) mit Prostatakrebs, die sich einer Strahlentherapie unterziehen mussten, stützt diese Vermutung (Aggarwal et al. 2017b). Danach wählten diese in 20,7 % der Fälle statt des nahegelegenen Strahlentherapiezentrum ein weiter entferntes aus. Zudem ist der Anteil derer, die nicht das nächstgelegene Krankenhaus wählen, im Zeitraum von 2002 bis 2013 auf nahezu 50 % gestiegen (Moscelli et al. 2016).

Umgekehrt deutet sich an, dass die schnelle Erreichbarkeit bei leichten Erkrankungen bzw. Behandlungsanlässen wichtiger ist als bei schwerwiegenden (Mansky 2013: 141 f., Raab und Konrad 2014: 18). Auch der Wunsch nach einer zweiten Meinung oder schlechte Erfahrungen mit dem lokalen Krankenhaus können Patientinnen und Patienten dazu veranlassen, ein anderes Krankenhaus in größerer Entfernung aufzusuchen (Victoor et al. 2016). Einzelne in der Übersichtsarbeit von Yahanda et al. (2016) analysierte Studien zeigen zudem, dass Patientinnen und Patienten eher bereit sind, ein weiter entferntes Krankenhaus aufzusuchen, wenn es höhere indikationsbezogene Fallzahlen oder niedrigere Komplikationsraten vorweisen kann. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine systematische Übersichtsarbeit zur Patientenmobilität bei elektiven Facharztbehandlungen (Aggarwal et al. 2017c). Auch kürzere Wartezeiten können die Wahl eines weiter entfernten Krankenhauses begünstigen (Aggarwal et al. 2017c). Eindeutig ist die Studienlage jedoch nicht: So zeigen andere Studien zur Bedeutung der Wohnortnähe bei der Krankenhauswahl, dass Patientinnen und Patienten sich selbst dann im nächstgelegenen Krankenhaus operieren lassen wollen, wenn dies mehrere Monate Wartezeit oder deutlich erhöhte Mortalitätsraten zur Folge hat (Yahanda et al. 2016).

Größe des Krankenhauses

Die Literatur zeigt, dass das Thema „Größe des Krankenhauses“ von den Patientinnen und Patienten unterschiedlich bewertet wird. Während einige Patientinnen und Patienten größere Krankenhäuser bevorzugen, schätzen andere eher kleinere Krankenhäuser (Hildon et al. 2015, Drevs 2013, Drevs und Gebele 2015: 115). Kleinere Krankenhäuser werden bevorzugt, weil Patientinnen und Patienten hier von einer größeren Vertrautheit und einer eher auf das Individuum ausgerichteten Versorgung ausgehen. Größere Krankenhäuser werden wegen des umfangreicheren medizinischen Leistungsspektrums bevorzugt und aufgrund hoher Fallzahlen und einer stärkeren Spezialisierung als kompetenter wahrgenommen.

Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Weitere Entscheidungskriterien sind die Art und Trägerschaft des Krankenhauses. In der Gesamtschau der Literatur zeigt sich ein unklares Bild, was darauf hindeutet, dass die Präferenzen sehr unterschiedlich sind: Einige Studien legen nahe, dass Patientinnen und Patienten Universitätskliniken bevorzugen; andere stellen diese Verbindung nicht her bzw. sehen nur eine schwache Assoziation (Victoor et al. 2012, Blake und Clarke 2017, Beukers et al. 2014, Blake 2015). In einer Befragung aus Bayern wurden 970 Teilnehmenden verschiedene Krankenhaustypen zur Auswahl vorgelegt, von denen 831 Personen Präferenzen für bestimmte Typen angaben (Kriwy und Aumüller 2007). Dabei zeigte sich, dass bspw. Universitätskliniken und städtische Krankenhäuser deutlich stärker präferiert wurden als gemeinnützige Kliniken. Darüber hinaus zeigen Untersuchungen, dass Art und Trägerschaft des Krankenhauses von Patientinnen und Patienten als Surrogatinformationen herangezogen werden, z. B. für die Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte, den Einsatz moderner Behandlungsverfahren oder die zu erwartende persönliche Aufmerksamkeit (Drevs 2013, Drevs und Gebele 2015: 115, Beukers et al. 2014, Varkevisser et al. 2010).

Versorgungsschwerpunkt bzw. Spezialisierung des Krankenhauses

Der Versorgungsschwerpunkt bzw. die Spezialkompetenzen des Krankenhauses sind Merkmale, über die manche Patientinnen und Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt mehr erfahren möchten und die für sie zur Beurteilung und Auswahl eines Krankenhauses von hoher Bedeutung sind (Blake 2015, Jung et al. 2011, Geraedts und Amhof 2008, Schwappach und Strasmann 2007, Geraedts 2006: 165, Neugebauer [2010], Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 233, Simon 2011). So bewerten in einer Erhebung des Gesundheitsmonitors von 2006 knapp 89 % der Befragten (n = 1.524) die Spezialkompetenz einer Klinik als wichtige Information (Rang 7 von 33) (Geraedts 2006: 165). Weitere qualitative und quantitative Studien stützen den Befund und legen nahe, dass Patientinnen und Patienten die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen wie Fachkliniken gegenüber nicht spezialisierten Einrichtungen bevorzugen (Picker Institut Deutschland 2006: 27, Kriwy und Aumüller 2007, Gutacker et al. 2016). Die damit scheinbar verbundenen Kompetenzerwartungen schließen laut einer Literaturanalyse u. a. eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung im jeweiligen Fachgebiet sowie ein spezialisiertes Diagnostik- und Therapieangebot ein (Schaeffer 2006: 15).

Die Versorgungsschwerpunkte eines Krankenhauses können insbesondere dann zu einem wesentlichen Entscheidungskriterium werden, wenn Patientinnen und Patienten von mehreren Erkrankungen betroffen sind. Das berichten bspw. qualitative Studien mit Krebspatientinnen und -patienten in Kanada (Nostedt et al. 2014) sowie mit Hüft- oder Knie-TEP-Patientinnen und -patienten in den Niederlanden (Moser et al. 2010a). Eine qualitative Studie unter Patienten mit Prostatakrebs weist aber auch auf drohende Missverständnisse bzw. Fehldeutungen hin (Aggarwal et al. 2018b). So werteten manche Patienten bestimmte Begriffe bzw. Bezeichnungen wie „Fachzentrum“ oder „Exzellenzzentrum“ als Zeichen für die Qualität eines Krankenhauses bzw. einer Fachabteilung, auch wenn diese weder geschützt sind noch eine bestimmte (Mindest-)Anzahl oder Häufigkeit an Behandlungen in einem Fachgebiet implizieren (Aggarwal et al. 2018b).

Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten

Wird allgemein danach gefragt, welche Kriterien für die Krankenhauswahl wichtig sind, scheint es für Patientinnen und Patienten nur eine geringe Rolle zu spielen, ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist. In einer Querschnittstudie gaben nur 5,1 % der 1.925 Befragten an, dass dieser Punkt für sie wesentlich war (Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 43). Andere Studien lassen dagegen den Rückschluss zu, dass eine Ausstattung mit modernen Geräten sehr wohl in die Entscheidungsfindung einfließen kann (Kriwy und Aumüller 2007, Geraedts et al. 2007, Simon 2011). Jedoch wird in den Studien oftmals weder hinterfragt, was ein medizinisch-technisches Gerät ist, noch weiter vertieft, ob bestimmte Geräte von Patientinnen und Patienten besonders berücksichtigt werden.

Patienten mit Prostatakrebs tendieren dazu, für die Operation ein Krankenhaus auszuwählen, das innovative medizinische Technologien wie robotergestützte Chirurgie anbietet. So hat ein Krankenhaus, das die Prostataktomie roboterassistiert durchführt, eine höhere Wahrscheinlichkeit, Patienten dazuzugewinnen und mehr entsprechende Eingriffe durchzuführen (Aggarwal et al. 2018a, Aggarwal et al. 2017a). Dies gilt auch bezüglich des Einsatzes spezieller Strahlentherapieverfahren zur Behandlung von Prostatakrebs, wie eine weitere quantitative Studie aus England aufzeigt (Aggarwal et al. 2017b). Danach war die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Männer ein bestimmtes Strahlentherapiezentrum aufsuchten, deutlich erhöht, wenn diese als innovativ geltende Verfahren anboten. Das bestätigt auch eine qualitative Studie von Aggarwal et al. (2018b), aus der sich schlussfolgern lässt, dass eher der Zugang zu einer bestimmten Behandlungsform als die Geräte an sich für Patientinnen und Patienten bei der Beurteilung ausschlaggebend sind.

Spezielle und beste Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Einige Krankenversicherte möchten bereits vor der Wahl des Krankenhauses wissen, ob die Einrichtung die neuesten und besten medizinischen Methoden zur Behandlung von Patientinnen und Patienten einsetzt (Geraedts und Amhof 2008, Geraedts 2006: 166). Dies kann dahingehend interpretiert, dass Patientinnen und Patienten eine leitliniengerechte Behandlung bevorzugen. Im Gesundheitsmonitor 2006 war dies für knapp 96 % der 1.524 Befragten ein wesentliches Informationsbedürfnis (Geraedts 2006: 166).

Qualifikation des Personals

Wenn ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht, haben manche Patientinnen und Patienten ein Interesse an Informationen über die fachliche Qualifikation des ärztlichen Personals (Picker Institut Deutschland 2006: 27, Geraedts 2006: 166, Simon 2011, Seifert 2015, Simon 2010: 224). Hierbei wird jedoch nicht näher ausgeführt, ob es sich um die Qualifikation einzelner Ärztinnen und Ärzte oder um das Gesamtbild der vom Krankenhaus abgedeckten oder in Fachabteilungen angesiedelten Kompetenzen handelt. Auch Informationen zum Pflegepersonal werden bei der Informationssuche als wichtig erachtet; jedoch gelten sie als weniger relevant als die Qualifikation des ärztlichen Personals (Seifert 2015: 149, Simon 2010, Simon 2011, Geraedts 2006: 166, Picker Institut Deutschland 2006: 30).

In Ermangelung von Qualitätsinformationen zu bestimmten Diagnosen suchen manche Patienten auch außerhalb von Krankenhausvergleichsportalen nach Informationen, die es ihnen ermöglichen, die Qualität der in einem Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten besser einzuschätzen. Dabei kann es sich bspw. um das Internetprofil einzelner Chirurginnen und Chirurgen handeln, das über ihre berufliche Erfahrung, Forschungsgebiete und Anzahl an Publikationen Auskunft gibt, wie eine qualitative Studie aus dem Vereinigten Königreich mit Beteiligung von Patienten mit Prostatakrebs zeigte (Aggarwal et al. 2018b).

Die Qualifikation des medizinischen Personals ist aus Patientensicht nicht nur von hohem Interesse, sie kann auch ein wesentlicher Faktor bei der Wahl eines Krankenhauses sein. Zu diesem Schluss kommen Victoor et al. (2012) in einem Scoping Review. Im Einzelnen entscheiden sich Patientinnen und Patienten bevorzugt für ein Krankenhaus mit Ärztinnen und Ärzten, die für die erforderliche Behandlung qualifiziert sind, also einschlägige Expertise, Kompetenz, hohe Professionalität und Erfahrung vorweisen können (Prang et al. 2018a, de Cruppé und Geraedts 2011, Schaeffer 2006: 15, Nostedt et al. 2014, Fasolo et al. 2010, Mühlbacher et al. 2015, Raven et al. 2012, Koppe et al. 2012, Zwijnenberg et al. 2011, Lux et al. 2011, de Groot et al. 2011, Iversen et al. 2009, Geraedts und Amhof 2008, Kriwy und Aumüller 2007, Geraedts et al. 2007, Schwappach und Strasmann 2006, Geraedts 2006: 166, Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 232, Marshall et al. 2018). Ein ähnliches Fazit zieht ein systematisches Review mit 86 Studien (Yahanda et al. 2016), in dem die Kriterien untersucht wurden, die die Wahl einer Chirurgin oder eines Chirurgen beeinflussen. Auch der Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte zeigt auf, dass für 44 % der befragten Patientinnen und Patienten (n = 48) die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte ein wichtiges Kriterium bei der Krankenhauswahl ist (Geraedts et al. 2010: 27).

Personalausstattung

Laut einem Scoping Review ist eine gute Personalausstattung für manche Patientinnen und Patienten ein relevanter Punkt bei der Wahl des Krankenhauses (Victoor et al. 2012). Als Beispiel zur Darstellung dieser Information wird das Verhältnis von eingesetztem (Pflege-)Personal zur Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten angeführt.

Diagnose- und prozedurbezogene Fallzahlen

Die Angaben von Fallzahlen, also die Häufigkeit bestimmter Behandlungen oder Untersuchungen, können von Patientinnen und Patienten als Anhaltspunkt für Spezialisierung und Erfahrung wahrgenommen werden (Picker Institut Deutschland 2006: 28, Simon 2010). Die Studienlage hierzu liefert jedoch uneinheitliche Ergebnisse.

Laut einem systematischen Review (Yahanda et al. 2016) und bereits älteren quantitativen Studien (Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 43, Streuf et al. 2007, Geraedts et al. 2007) scheint der Einfluss dieses Kriteriums bei der Wahl des Krankenhauses im Vergleich zu anderen Kriterien eher gering ausgeprägt. Von Bedeutung kann in diesem Zusammenhang die Angabe von bundesweiten Vergleichswerten sein, mit deren Hilfe krankenhausspezifische Fallzahlen im Verhältnis betrachtet werden können – darauf deuten die Ergebnisse eines Choice-Experiments hin (Dietrich und Lindenmeier 2009).

Ältere Einzelstudien aus Deutschland und den Niederlanden weisen in eine andere Richtung: Eine Querschnittstudie aus den Niederlanden verdeutlicht, dass Fallzahlen bezogen auf die geplante Behandlung – in diesem Fall Hüft- oder Knie-TEP-Operationen – durchaus wahrgenommen und bei der Krankenhauswahl berücksichtigt werden (Zwijnenberg et al. 2011). Das bestätigen auch die Ergebnisse einer Befragung von Prostataktomie-Patienten in Deutschland (Neugebauer [2010]) sowie eine US-amerikanische Querschnittstudie mit 3.334 Patientinnen und Patienten mit krebsbedingten Operationen (Yang et al. 2018).

Ausstattung des Krankenhauses und der Patientenzimmer

Zur Bedeutsamkeit von Informationen zur Ausstattung der Patientenzimmer zeigt sich ein uneinheitliches Bild. So legen die Ergebnisse eines Discrete-Choice-Experiment mit 56 Probandinnen und Probanden nahe, dass die Ausstattung der Patientenzimmer nicht entscheidend sei, wenn es um die Wahl eines Krankenhauses geht (Koppe et al. 2012). Weitere Studien bestätigen, dass Ausstattungsmerkmale und sogenannte Hotelleistungen wie Internetzugang, TV, Einbettzimmer oder Verpflegung zwar in die Entscheidung einbezogen werden, aber im Vergleich zu anderen Qualitätsinformationen als weniger wichtig wahrgenommen werden (Streuf et al. 2007, Leister und Stausberg 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 232, Marang-van de Mheen et al. 2010, Picker Institut Deutschland 2006: 30 f., Yahanda et al. 2016). Ergebnisse eines Discrete-Choice-Experiments von Steinhäuser (2015: 251) weisen jedoch darauf hin, dass zumindest das Angebot, ein Ein- oder Zweibettzimmer nutzen zu können, für Patientinnen und Patienten ein relevantes Entscheidungskriterium sein kann. Dies wird auch durch eine weitere quantitative Studie mit Prostataktomie-Patienten (n = 356) bestätigt (Neugebauer [2010]: 61).

10.5.1.3 Prozesse der Versorgung

Hygiene und Sauberkeit

Die Erkenntnisse zu den Informationsbedürfnissen und der Entscheidungsrelevanz bei dem Thema „Hygiene und Sauberkeit“ scheinen auseinanderzugehen. So scheint die Frage, ob die Einrichtung alle Regeln zur Hygiene einhält, nur für manche Patientinnen und Patienten ausschlaggebend bei der Wahl des Krankenhauses zu sein. Das ist ein Resultat einer Querschnittstudie, für die 1.925 vollstationäre Patientinnen und Patienten befragt wurden (de Cruppé und Geraedts 2017, Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 59 und 62). Weitere Studien deuten an, dass Patientinnen und Patienten diesem Kriterium bei der Informationssuche und Entscheidungsfindung eher eine geringere bis mittlere Priorität einräumen (Raven et al. 2012, Koppe et al. 2012, Iversen et al. 2009). Andere quantitative und qualitative Studien kommen zu gegenteiligen Ergebnissen (Hildon et al. 2015, Fasolo et al. 2010, Laverty et al. 2015, Shah und Dickinson 2010, Vonberg et al. 2008, Geraedts und Amhof 2008, Simon 2011, Geraedts 2006: 167 f.). Nach diesen beziehen Patientinnen und Patienten Aspekte wie die Sauberkeit oder die Einhaltung von Hygienestandards mit höherer Priorität in die Entscheidung zur Krankenhauswahl ein.

Wartezeiten

Der Wartezeit bis zur Aufnahme ins Krankenhaus scheinen Patientinnen und Patienten eher wenig Beachtung zu schenken. Sie gehört gemäß eines Choice-basierten Experiments aus Deutschland zu den vergleichsweise mäßig gewünschten Informationen zur Krankenhausqualität (Simon 2011). Zugleich zeigt sich, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus häufig nicht fix ist, sondern den jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst wird. So kann eine kürzere Wartezeit dazu führen, dass eine Patientin oder ein Patient einem anderen Krankenhaus als dem ursprünglich vorgesehenen Vorrang gibt, wenn sich so Schmerzen vermeiden oder Stress reduzieren lassen (Moser et al. 2010a, Schwappach und Strasmann 2007, Kriwy und Aumüller 2007). Auch legen mehrere Studien nahe, dass lange Wartezeiten vor der Aufnahme, aber auch während des Krankenhausaufenthalts die (zukünftige) Krankenhauswahl negativ beeinflussen können (Victoor et al. 2012, Hildon et al. 2015, Fasolo et al. 2010, Beckert 2018, Mühlbacher et al. 2015, Beukers et al. 2014, de Groot et al. 2012, Damman et al. 2012, de Groot et al. 2011, Birk et al. 2011, Marang-van de Mheen et al. 2010, Schwappach und Strasmann 2006). Im Vergleich zu anderen Entscheidungskriterien wie etwa den Behandlungsergebnissen wird der Wartezeit allerdings eine geringere Bedeutung beigemessen (Gurtner et al. 2018, Iversen et al. 2009).

Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit

Zwei quantitative Studien aus den Niederlanden deuten darauf hin, dass prozessbezogene Qualitätsindikatoren, die auf die Erhöhung der Patientensicherheit zielen, für Patientinnen und Patienten von Interesse sein können (Damman et al. 2012, Zwijnenberg et al. 2011). Darin stuften Patientinnen und Patienten mit Hüft- oder Knie-TEP-Operation den Qualitätsindikator „Anwendung von Verfahren zur Prävention von Beeinträchtigungen durch Thrombosen“ als wesentlich für die Krankenhauswahl ein.

Kontinuierliche Versorgung

Informationen zur Kontinuität der Versorgung scheinen für Patientinnen und Patienten in unterschiedlicher Ausgestaltung von Interesse. Zum einen werden die Versorgungsprozesse innerhalb des Krankenhauses adressiert, wie z. B. die Betreuung durch eine bestimmte Ärztin oder einen bestimmten Arzt über die verschiedenen Phasen des Krankenhausaufenthalts hinweg (Schwappach und Strasmann 2006). Zum anderen interessiert Patientinnen und Patienten die Zusammenarbeit mit der nachfolgenden ambulanten Versorgung (Albada und Triemstra 2009, Schwappach und Strasmann 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Schwappach und Strasmann 2006, Koppe et al. 2012, Iversen et al. 2009, Coran 2015, Streuf et al. 2007). Gemäß einer Befragungsstudie aus Dänemark (n = 1.597) schätzten insbesondere ältere Teilnehmende eine kontinuierliche Versorgung als wichtig ein (Iversen et al. 2009).

Kommunikation und Interaktion

Für Patientinnen und Patienten ist neben der objektiven Qualifikation des ärztlichen Personals auch der Beziehungsaspekt bedeutsam. Dabei geht es um eine gelungene Kommunikation und Interaktion sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Verschiedene systematische Reviews schätzen die Kommunikation und Interaktion zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der Ärztin bzw. dem Arzt als sehr relevant für die Wahl der stationären Einrichtung ein (Yahanda et al. 2016, Beardon et al. 2018). Das heißt, Patientinnen und Patienten bevorzugen Krankenhäuser, in denen das Personal respektvoll und verständlich mit ihnen kommuniziert und sie in Entscheidungen zur Behandlung und Versorgung miteinbezieht (Coran 2015, Victoor et al. 2012, Raven et al. 2012, Koppe et al. 2012, Zwijnenberg et al. 2011, Lux et al. 2011, de Groot et al. 2011, Dijs-Elsinga et al. 2010, Marang-van de Mheen et al. 2010, Geraedts und Amhof 2008, Kriwy und Aumüller 2007, Geraedts et al. 2007, Geraedts 2006: 167 f.).

Menschen mit schweren Erkrankungen scheinen der Kommunikation und Interaktion gemäß eines Scoping Reviews als wichtiger zu gewichten (Victoor et al. 2012). Demgegenüber weist eine Befragungsstudie von Mansky (2013: 143) auf eine geringere Bedeutung des Themas bei der Krankenhauswahl im Falle einer schweren Erkrankung hin.

Eine große Rolle spielt für Patientinnen und Patienten zudem die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte sich genügend Zeit für sie nehmen (de Cruppé und Geraedts 2017, Koppe et al. 2012). Auch bei Pflegekräften erwarten Patientinnen und Patienten, neben der fachkundigen Ausübung ihrer Tätigkeit, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft und möchten sich vorab darüber informieren können (Picker Institut Deutschland 2006: 30, Geraedts 2006: 167). Entsprechend deutet sich an, dass diese Faktoren auch bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden (Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 229, Geraedts 2006: 167 f.).

10.5.1.4 Ergebnisse der Versorgung

Behandlungsergebnisse

Objektive Qualitätsinformationen zu Behandlungsergebnissen, bspw. die Erfolgsrate, scheinen für Patientinnen und Patienten von großem Interesse zu sein (Picker Institut Deutschland 2006: 25 und 28, Simon 2011).

Eine australische Studie bestätigt dies (Prang et al. 2018a). Danach betrachteten von 243 Befragten über die Hälfte (56,8 %) den Behandlungserfolg als wichtige Information. Ihre Krankenhauswahl fußte jedoch nicht auf dem aufgezeigten Behandlungserfolg, sondern auf der Empfehlung einer qualifizierten Person. Weitere Choice-Experimente bestätigen, dass der Behandlungserfolg anderen Kriterien wie der Wohnortnähe oder der Ratschlag einer Ärztin oder eines Arztes untergeordnet ist (de Groot et al. 2012, Prang et al. 2018). Andere Studien deuten darauf hin, dass Informationen zu Behandlungsergebnissen unabhängig davon, ob sie als Entscheidungskriterium herangezogen werden, von geringerer Bedeutung sind. In einer quantitativen Studie mit 1.207 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Deutschland wurde das Kriterium „Behandlungserfolg für meine Behandlungsform“ z. B. nur von 3,7 % der Befragten als wichtig eingestuft (de Cruppé und Geraedts 2017). Dieses Ergebnis stützen auch weitere quantitative Studien aus den Niederlanden: Dem Behandlungserfolg, festgemacht an einem „lehrbuchmäßigem Ergebnis“, wird demzufolge im Vergleich zu anderen erfahrungsbasierten Kennzahlen eine vergleichsweise geringe Wichtigkeit beigemessen (de Groot et al. 2012, Marang-van de Mheen et al. 2011, de Groot et al. 2011).

Allerdings bestehen auch gegenläufige Befunde, die sowohl ein erhöhtes Informationsbedürfnis als auch die Bedeutsamkeit als Entscheidungskriterium hervorheben. Im Gesundheitsmonitor 2012 bewerteten von 1.740 Personen mit und ohne Krankenhausvorerfahrung über 70 % „überdurchschnittlich gute medizinische Behandlungsergebnisse“ für die Wahl eines Krankenhauses bei Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als wichtig (Mansky 2013: 139). Auch im Falle eines weniger schwerwiegenden Anlasses schätzten die Befragten diese Information – wenn auch in einem geringeren Ausmaß – mehrheitlich als wichtig ein. Andere Studien kommen zu vergleichbaren Ergebnissen (Beukers et al. 2014, Geraedts und Amhof 2008, Streuf et al. 2007). Darüber hinaus äußerten nach einer anderen Querschnittstudie aus den Niederlanden vor allem jene Patientinnen und Patienten, bei denen es vor oder nach der Entlassung zu Komplikationen kam, die Absicht, für eine zukünftige Krankenhauswahl mehr und verschiedene Qualitätsinformationen nutzen zu wollen (Marang-van de Mheen et al. 2010). Dabei wollen sie Informationen zu Behandlungsergebnissen stärker gewichten. Hierzu gehört auch der Behandlungserfolg. Weiterhin zeigten Untersuchungen von Auswahlentscheidungen auf, dass Behandlungsergebnisse als Kriterium verwendet werden. Die Qualität der Versorgung, die u. a. auf Behandlungsergebnissen bzw. auf den Behandlungserfolg basierte, kristallisierte sich in mehreren Studien als Entscheidungskriterium heraus (Steinhauser 2015: 222 f., Groenewoud et al. 2015)

Komplikationsrate

Komplikationsraten können für Patientinnen und Patienten relevante Informationen sein, auch wenn sie ihnen oftmals eher eine nachgeordnete Bedeutung beimessen (Picker Institut Deutschland 2006: 28, Simon 2011). In einer Querschnittstudie gaben 40 % der Befragten (n = 3.334) an, sich über mindestens einen Ergebnisindikator wie die Komplikationsrate informieren zu wollen (Yang et al. 2018). Gemäß einer australischen Querschnittstudie betrachteten über die Hälfte (59 %) der 243 Befragten Komplikationsraten als wichtige Informationen (Prang et al. 2018a). Eine Befragung von 40 Patientinnen mit ästhetisch-chirurgischem Eingriff in Deutschland ergab, dass die Frage nach möglichen Komplikationen des Eingriffs mit 23 % die wichtigste Information war, nach der sie im Vorfeld recherchiert hatten (Fansa und Haller 2011).

Neben dem Informationsbedürfnis scheint die Komplikationsrate auch in Bezug auf die Krankenhauswahl bedeutsam, wie die Ergebnisse eines Discrete-Choice-Experiments aus Deutschland zeigen, an dem 590 Personen teilnahmen (Schuldt et al. 2017). Auch ein Discrete-Choice-Experiment aus den Niederlanden, in dem das Wahlverhalten von Patientinnen und Patienten mit Kataraktoperation untersucht wurde, stützt dies (Damman et al. 2012). Dort war den Teilnehmenden wichtig, dass das gewählte Krankenhaus eine niedrige Komplikationsrate in Bezug auf eine Kapselruptur aufweist.

Es ist jedoch anzumerken, dass einige Patientinnen und Patienten Informationen zu diesem Thema auch ablehnen (Picker Institut Deutschland 2006: 28). Sie zweifeln u. a. die Bereitschaft von Krankenhäusern an, entsprechende Informationen herauszugeben, oder sehen in der Information nur eine geringe Bedeutsamkeit für das einige Risiko. Zudem werden Informationen zu Komplikationsraten teilweise als verunsichernd wahrgenommen.

Sterblichkeitsrate

Das Informationsbedürfnis zur Sterblichkeit divergiert und steht auch in Abhängigkeit zum verwendeten Studiendesign: Haben Patientinnen und Patienten verschiedene Qualitätsindikatoren zur Auswahl, interessieren sich manche insbesondere für die Sterblichkeitsrate, so das Ergebnis einer qualitativen Studie aus den USA (Mazor und Dodd 2009). In einer Querschnittstudie aus den Niederlanden zeigt sich ebenfalls, dass Patientinnen und Patienten, bei denen es während oder nach dem Krankenhausaufenthalt zu Komplikationen kam, Qualitätsindikatoren wie die Sterblichkeitsrate bei einer zukünftigen Krankenhauswahl stärker berücksichtigen würden (Marang-van de Mheen et al. 2010). Bei beiden Studien handelt es sich um Befragungen, die u. a. das Informationsbedürfnis abbilden. Bezogen auf die Bedeutung der Sterblichkeits- bzw. Mortalitätsrate bei der Krankenhauswahl kommen quantitative Studien dagegen zu dem Ergebnis, dass diese (bislang) nur für wenige Patientinnen und Patienten entscheidungsrelevant sind (Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 43, de Groot et al. 2012)

Ein Scoping Review greift Studien auf, die die Sterblichkeitsrate sowohl als Informationsbedürfnis als auch Entscheidungskriterium umfassen (Victoor et al. 2012). Hierbei zeigten Indikatoren wie die Sterblichkeit einen moderaten bis starken Einfluss auf die Wahl des Leistungserbringers (n = 30) bei vor allem entscheidungsfokussierten Studien. Geringer bis gar kein Einfluss wurde

bei Studien (n = 15) gefunden, die größtenteils Befragungen von Informationsbedürfnissen enthielten. Aus einer qualitativen Studie geht zudem hervor, dass die Angabe zur Sterblichkeitsrate von einigen Befragten als beängstigend empfunden wird und sie daher nicht darüber informiert werden wollten (Mazor und Dodd 2009).

Überlebensrate

Werden Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität konfrontiert, scheint auch die Überlebensrate als Information Beachtung zu finden (Fasolo et al. 2010). Eine Querschnittstudie von Yang et al. (2018) ergab, dass etwa 40 % der Befragten (n = 3.334) sich für mindestens einen von drei präsentierten Indikatoren zur Ergebnisqualität interessierten; darunter auch die 4-Jahres-Überlebensrate.

Obwohl das Bedürfnis nach der Information vorhanden ist, wird der Überlebensrate als Entscheidungskriterium allerdings eine geringere Bedeutung als der Wartezeit, dem Infektionsrisiko oder der allgemeinen Qualität der Services zugesprochen (Fasolo et al. 2010).

Infektionsrate

Qualitative und quantitative Studien deuten darauf hin, dass sich Patientinnen und Patienten nicht nur über das Auftreten nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern informieren (Merle et al. 2009, Mazor und Dodd 2009), sondern die Informationen zu Infektionsraten auch als wesentlich betrachten und neben weiteren Faktoren auf dieser Information basierend ein Krankenhaus wählen (Gurtner et al. 2018, Emmert und Schlesinger 2017a, Zwijnenberg et al. 2011, Marang-van de Mheen et al. 2010, Vonberg et al. 2008, Fasolo et al. 2010). Andere Studien kommen zu gegenteiligen Ergebnissen: Wie häufig nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern auftreten, scheint für Patientinnen und Patienten demzufolge ein in seiner Bedeutung eher untergeordneter Faktor bei der Informationssuche für ein Krankenhaus (Russo et al. 2019, Merle et al. 2009).

Zudem deuten die Ergebnisse eines Discrete-Choice-Experiments aus den USA darauf hin, dass Patientinnen und Patienten Ergebnisinformationen zu Infektionsraten vor allem heranziehen, um zu entscheiden, welches Krankenhaus sie nicht aufsuchen werden (Mazor et al. 2009). Teilnehmende an einer qualitativen Studie im Vereinigten Königreich betrachteten das Auftreten von nosokomialen Infektionen in einigen Situationen als unvermeidlich (Ahmad et al. 2016). Krankenhäuser mit mehreren Mängeln bei der infektionsbezogenen Patientensicherheit wurden jedoch als unsicher eingestuft.

Wiederaufnahmerate

In drei Studien deutet sich an, dass die Wiederaufnahmerate für Patientinnen und Patienten sowohl als Information als auch als Entscheidungskriterium bedeutsam sein kann (Emmert und Schlesinger 2017a, Varkevisser et al. 2012, Marang-van de Mheen et al. 2010). So betrachten Patientinnen und Patienten die Rate der ungeplanten Wiederaufnahmen, gemäß einer Querschnittstudie mit 1.350 Teilnehmenden aus den USA, bei einer vorgegebenen Auswahl als ä-

berst entscheidungsrelevant an (Emmert und Schlesinger 2017a). Ein Discrete-Choice-Experiment aus den Niederlanden zum Krankenhausverhalten von Patientinnen und Patienten mit perkutaner Koronarintervention (PCI) bestätigt dies (Varkevisser et al. 2012). Demnach ist eine im Vergleich niedrigere Wiederaufnahmerate mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage für das entsprechende Krankenhaus assoziiert. Eine Querschnittstudie aus den Niederlanden macht zudem darauf aufmerksam, dass Patientinnen und Patienten mit Komplikationen während des oder im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eher dazu neigen, bei einer künftigen Wahl Informationen zur Nachoperations- bzw. Wiederaufnahmerate zu berücksichtigen (Marang-van de Mheen et al. 2010).

10.5.1.5 Besondere Teilzielgruppen

Es deutet sich in der Literaturanalyse an, dass in spezifischen Patienten- bzw. Angehörigengruppen teilweise besondere Informationsbedürfnisse sowie -präferenzen bestehen oder abweichende Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl angelegt werden. Diese werden an dieser Stelle gesondert betrachtet, auch wenn sich teilweise Überschneidungen mit den vorangehend bereits angeführten Themen zeigen. Zu berücksichtigen ist, dass keine spezifische Literaturrecherche zu diesen Teilzielgruppen durchgeführt wurde.

Schwangere und ihre Angehörigen

Schwangere tendieren dazu, für die Geburt ein nahe gelegenes Krankenhaus zu wählen, um tägliche Besuche der Familie zu ermöglichen (Geraedts et al. 2010: 28); nichtsdestotrotz nehmen manche einen längeren Anfahrtsweg in Kauf, wenn die wahrgenommenen Vorzüge z. B. eines Universitätskrankenhauses gegenüber dem zeitlichen Aufwand überwiegen (Tayyari Dehbaraz et al. 2018b). Eine retrospektive Kohortenstudie aus Dänemark stützt diese Erkenntnis (Tayyari Dehbaraz et al. 2018a). Sie ergab, dass 12 % der 134.049 Studienteilnehmerinnen statt des nächstgelegenen das weiter entfernte, aber höher spezialisierte Krankenhaus wählten. Insbesondere unter Frauen mit einer Risikoschwangerschaft und solchen, die ihr erstes Kind erwarten, ist die Bereitschaft größer, ein höher spezialisiertes Krankenhaus bzw. – bei zu erwartender Frühgeburt – ein Perinatalzentrum aufzusuchen (Tayyari Dehbaraz et al. 2018c, Tayyari Dehbaraz et al. 2018b). Auch die Abteilungsinfrastruktur wird bei möglichen Komplikationen stärker berücksichtigt (Geraedts et al. 2010: 26, de Cruppé und Geraedts 2011).

Laut einer Befragungsstudie aus den Niederlanden geben Schwangere zudem häufiger als andere Patientengruppen an, auf den Ruf des Krankenhauses zu achten und weniger auf die Empfehlung ihrer Gynäkologin bzw. ihres Gynäkologen (Lako und Rosenau 2009). Schwangere stützen ihre Wahl einer Geburtsklinik außerdem stark auf die Kompetenz und das Kommunikationsverhalten des Personals (Tayyari Dehbaraz et al. 2018b). Eine quantitative Studie aus der Schweiz mit 674 Teilnehmerinnen führt aus, dass insbesondere die Fachkompetenz und eine gute Betreuung bzw. Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und das Pflegepersonal von den Befragten als wichtig eingestuft werden (Wiedenhöfer und Keppler 2017).

Darüber hinaus nennen Frauen eine kontinuierliche Versorgung durch ihre Hebamme als wichtige Voraussetzung für eine positive Geburtserfahrung. Ob die Geburtsklinik diese sicherstellen

kann, wird daher als entscheidungsrelevant betrachtet (Tayyari Dehbaraz et al. 2018b). Frauen mit höherer Gesundheitskompetenz scheinen dagegen Faktoren wie die Kontinuität der Betreuung durch eine Hebamme sowie der Verfügbarkeit einer Frühgeborenenstation weniger Bedeutung beizumessen (Tayyari Dehbaraz et al. 2018c).

Weiterhin stufen Frauen einer quantitativen Studie zufolge Faktoren wie Sauberkeit oder Hotel-lerie-Angebote als wichtig, aber nicht entscheidend ein (Wiedenhöfer und Keppler 2017). Ähnlich verhält es sich mit der Verfügbarkeit neonatologischer Angebote, eines Kompetenzzentrums für Pränataldiagnostik oder dem Einsatz von alternativen Behandlungsmethoden (Wiedenhöfer und Keppler 2017). Demgegenüber kommt eine andere qualitative Studie zu dem Ergebnis, dass einige Schwangere bei der Wahl einer Geburtsklinik sehr wohl darauf achten, ob die Einrichtung besondere Methoden wie die Wassergeburt anbietet oder ob eine Unterbringung der Familie im selben Raum möglich ist (Tayyari Dehbaraz et al. 2018b). Nach einer quantitativen Befragungsstudie mit 392 Teilnehmenden scheint auch der Geburtsraum eine wichtige Rolle für Schwangere einzunehmen (Grohmann 2015). Dieser sollte bestimmte Eigenschaften besitzen wie bspw. eine Schalldämmung, eine warme Farbgestaltung oder einen Gebärhocker.

Frauen, denen das Konzept der Qualitätsmessung nicht bekannt ist, erachten die damit verbundenen Informationen (etwa zu nosokomialen Infektionen bei Neugeborenen oder zur Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnitt) als sehr wichtig, sobald sie eine Erläuterung dazu erhalten. Darauf deutet eine Mixed-Methods-Studie hin, für die Schwangere in den USA befragt wurden (Maurer et al. 2016).

Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen

Auch Eltern von Kindern mit schweren Erkrankungen haben besondere Informationsbedürfnisse. Das zeigte eine Querschnittstudie aus den USA, für die 1.297 Eltern und Bezugspersonen von Kindern mit angeborenen Herzfehlern befragt wurden (Irons et al. 2018). Danach hielten sie im Vorfeld einer Operation Informationen zur Überlebensrate, zur Erfahrung der behandelnden Chirurgeninnen und Chirurgen sowie zu Komplikationsraten für besonders wichtig.

Menschen mit schweren Erkrankungen

In der Literaturanalyse deutet sich an, dass Informationen zu Behandlungsqualität, Sterblichkeit, Überlebensrate, Komplikationen, aber auch Fallzahlen bei geplanten Behandlungen aufgrund schwerer Erkrankungen wichtiger eingeschätzt werden als bei Behandlungen aufgrund leichter Erkrankungen (Mansky 2013: 140 ff., Yang et al. 2018). Dagegen scheinen Merkmale wie die Freundlichkeit des medizinischen Personals oder die Qualität des Essens im Vergleich zu anderen Kriterien als wenig wichtig bewertet zu werden. Dies ist das Ergebnis einer quantitativen Studie, bei der 1.740 Befragte auswählen mussten, welche Kriterien bei der Krankenhauswahl für sie am wichtigsten wären im Falle einer schwereren bzw. chronischen Krankheit (Mansky 2013: 142 f.). In einem Scoping Review zeigt sich demgegenüber, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen bzw. schweren Erkrankungen dem Thema „Kommunikation und Interaktion“ bei der Krankenhauswahl eine größere Beachtung zu schenken scheinen (Victoor et al. 2012).

Menschen mit chronischen Erkrankungen

Eine ältere qualitative Studie aus Deutschland, an der Patientinnen und Patienten mit chronischen rheumatischen Erkrankungen teilnahmen, zeigte auf, dass sich die Befragten vor allem für die Qualifikation, die Kompetenzen und Erfahrungen des ärztlichen Personals, für die Entfernung des Krankenhauses zum Wohnort und für die Aspekte Sauberkeit und Hygiene interessierten (Geuter und Weber 2009). Zudem geht aus einer quantitativen Studie hervor, dass Informationen zur Ergebnisqualität bei Krankenhausbehandlungen aufgrund einer chronischen Erkrankung als bedeutsamer für die Krankenhauswahl gewichtet werden als bei leichten Erkrankungen (Mansky 2013: 140 ff.).

Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen

Ein systematisches Review berichtet, dass informelle Betreuerinnen und Betreuer von Menschen mit Demenz häufig eine unzureichende Kommunikation und Bereitstellung von Informationen durch das Krankenhauspersonal bemängeln (Beardon et al. 2018). Daraus leiten die Autorinnen und Autoren einen besonderen Unterstützungsbedarf bei der Informationssuche und Entscheidungsfindung dieser vulnerablen Patientengruppe bzw. der Personen, die sie betreuen, ab. Darüber hinaus zeigte sich in einem Discrete-Choice-Experiment aus den Niederlanden, dass bei der Wahl eines Krankenhauses vor allem Wert auf die Expertise des Pflegepersonals, auf kurze Fahrtwege sowie auf eine erwartungs- bzw. vereinbarungsgemäße Versorgung gelegt wird (Groenewoud et al. 2015).

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Laut einer quantitativen Studie aus den Niederlanden tendieren Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression dazu, für ihre Behandlung einen Leistungserbringer zu wählen, der eine kontinuierliche Versorgung gewährleisten kann (Groenewoud et al. 2015). Auch spielen hier zwischenmenschliche bzw. kommunikative Faktoren eine größere Rolle als bei anderen Erkrankungen. So erhöhen ein gutes persönliches Verhältnis zu der Therapeutin bzw. dem Therapeuten bei früheren Begegnungen sowie die Möglichkeit, sich während des Behandlungsprozesses aktiv an Entscheidungen beteiligen zu können, die Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Szenario und damit eine bestimmte Einrichtung zu wählen (Groenewoud et al. 2015).

10.5.2 Hinweise aus den Fokusgruppen

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen hinsichtlich der Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl diskutiert und von den Befragten als wesentlich erachtet wurden.

Relevant waren vor allem solche Themen, die von den befragten Patientinnen und Patienten, Gesundheitsberaterinnen und -beratern sowie den Hausärztinnen und -ärzten ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten. Die Ergebnisse werden übergreifend für die Fokusgruppen der Patientinnen und Patienten, der Gesundheitsberaterinnen und -beratern sowie der Hausärztinnen und -ärzten dargestellt.

10.5.2.1 Übergeordnete Themen

Gute Versorgung allgemein

Fokusgruppenübergreifend weisen die Teilnehmenden immer wieder darauf hin, dass sie vor dem Krankenhausaufenthalt wissen wollten, ob das Krankenhaus „insgesamt gut“ in der Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder der Durchführung einer Prozedur ist. Es wird deutlich, dass die ausdifferenzierte Benennung und gewichtende Abwägung der dahinterliegenden Kriterien für Patientinnen und Patienten nicht immer möglich ist. Außerdem besteht bei vielen Patientinnen und Patienten auch das Bedürfnis, einen gebündelten Gesamteindruck oder gar eine direkte Empfehlung für ein bestimmtes Krankenhaus erhalten zu wollen.

Hilfen zur Krankenhaussuche

Patientinnen und Patienten weisen auch immer wieder darauf hin, dass sie vor dem Krankenhausaufenthalt und auch bei der Informationssuche nicht immer eine Vorstellung hatten, auf was denn genau bei der Krankenhaussuche zu achten sei. In diesem Fall wird berichtet, dass Kriterien iterativ anhand der identifizierten Informationen im Suchprozess herausgebildet wurden oder auch nach Informationen gesucht wird, auf welche Themen bei der Krankenhauswahl zu achten sei.

I: Aber Sie hatten nicht sofort eine Vorstellung gehabt. So etwa: Das auf keinen Fall, oder das auf jeden Fall?

B1: Nein, so direkt hatte ich das nicht. Ich war noch nie oder nur selten mit einem Krankenhaus in Berührung gekommen. Ich musste mir halt eine Meinung bilden. (FG 1/73–74)

Reputation des Krankenhauses

Für manche der in den Fokusgruppen befragten Patientinnen und Patienten ist der Ruf eines Krankenhauses sowohl in der Informationsphase als auch im Zuge der Entscheidungsfindung relevant. Das gilt gleichermaßen für positive wie negative Beurteilungen des Leistungserbringers. Oftmals können Patientinnen und Patienten die dahinterliegenden Merkmale, die einen Ruf ausmachen, nicht abschließend benennen bzw. variieren diese. So kann die Wahrnehmung auch z. B. geprägt sein durch aktuelle Berichte in den Medien oder einen Gesamteindruck von Erzählungen aus dem Bekanntenkreis.

B1: Na auch der Ruf. Jeder kennt es und jeder hat irgendwas Gutes gehört.

B3: Ja, der Ruf ist auf jeden Fall ein wichtiger Punkt für uns gewesen. (FG 14/211–212)

Atmosphäre

Die Atmosphäre in einem Krankenhaus wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppen als ein Kriterium benannt, das Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses hat. Oft wird die Atmosphäre im Zusammenhang mit dem medizinischen Personal angesprochen. So wird ein guter Umgang

zwischen Patientinnen und Patienten und dem medizinischen Personal in einen positiven Zusammenhang mit der Gesamtatmosphäre gebracht. Manche Teilnehmende berichten zudem, dass die Patientenzimmergestaltung und -belegung für sie ebenfalls zur Atmosphäre gehören.

B5: Naja, die ganze Atmosphäre. Die Schwestern waren sehr nett, die Ärzte waren sehr nett. Die waren nicht so in Stress und so alles, ja? Ich war keine Nummer da, sondern ich war ein Patient. (FG 11/34)

B1: Je mehr Betten drin sind, umso, empfinde ich, ist die Atmosphäre auch gespannter da drin, ja. Weil jeder hat ein anderes (unverständlich) [...] (FG 10/142)

Qualitätssiegel und Zertifikate

In den Fokusgruppen zeichnet sich einerseits ein großes Interesse an Informationen zu bestimmten Zertifikaten ab. Andererseits wird deren Aussagekraft angezweifelt. Patientinnen und Patienten wünschen sich hier mehr Orientierung und eine Hilfestellung zur Einordnung vertrauenswürdiger Zertifikate und Siegel.

B5: Zertifikate haben die ja alle. Aber [...] ich weiß, dass so eine Zertifizierung eigentlich nicht so richtig etwas aussagt. Das war für mich jetzt nicht so wichtig. (FG 2/94)

Die Bedenken der Patientinnen und Patienten werden von den Gesundheitsberaterinnen und -beratern geteilt. Diese weisen vor dem Hintergrund ihrer Beratungserfahrung auf die Notwendigkeit hin, Patientinnen und Patienten bei der kritischen Einordnung der Qualitätssiegel und Zertifikate zu unterstützen bzw. diese für sie vorzunehmen.

Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten

Die Ergebnisse der Fokusgruppen verdeutlichen, dass insgesamt ein hohes Interesse an den Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten besteht. Zugleich berichten Patientinnen und Patienten jedoch, dass sie bei eigenen Informationsrecherchen auf zahlreiche Erfahrungsberichte (z. B. in Foren) gestoßen sind, deren Vertrauenswürdigkeit sie anzweifeln oder in denen auch Themen berichtet werden, die für sie nicht von Interesse sind.

B1: Ich wurde von meinem betroffenen Freund vorgewarnt und der hat mir schon alles erzählt. Und da habe ich gedacht, na, was ich sehe, sehe ich. (FG 11/207)

I: Sind Sie bei der Suche auch auf Informationen gestoßen, die Sie verunsichert haben?

B1: Jede Menge negative Bewertungen. Also manche Abteilungen wurden als gut bewertet, aber eben auch, dass die Chirurgie nicht gerade das Beste ist. Wenn man kurz vor der OP so was liest, dann ist man ganz unten. (FG 1/119–120)

B7: [...] Also man kann nicht immer danach gehen, was andere sagen, muss man selber erfahren. Im Internet findet man genug Foren, wo die Leute beschreiben, wie es war. Da steht manchmal so viel Müll drin und das muss man selber machen die Erfahrung [...]. (FG 4/196)

10.5.2.2 Strukturen der Versorgung

Kontaktdaten des Krankenhauses

Manche Patientinnen und Patienten, aber vor allem die Hausärztinnen und -ärzte äußern den Wunsch, Kontaktinformationen, bspw. zur Terminvergabe, zu erhalten. Die Präferenz bezieht sich auf die Verfügbarkeit möglichst detaillierter, personen- oder funktionsbezogener Kontaktdaten. Teilweise werden hier auch Angaben zur Erreichbarkeit gewünscht. Es wird auch auf frustrierende Erfahrungen hingewiesen, wenn sich die bei eigenen Recherchen identifizierten Kontaktdaten als falsch oder veraltet herausstellen.

B6: Mir haben oft auch so ganz banale Sachen wie Telefonnummern gefehlt, [...]. Und teilweise ist es echt eine Qual, dann irgendwie da mal die Telefonnummern rauszufinden, also das ist halt oft sehr unübersichtlich und du wirst dann irgendwie weitergeleitet und dann stehen da die falschen Sprechzeiten oder / Also so ganz banale Sachen, die du einfach brauchst, um dir weitere Informationen oder Termine zu verschaffen. (FG 13/164)

Erreichbarkeit bzw. Wohnortnähe

Wie weit das Krankenhaus vom Wohnort entfernt ist, ist für eine Mehrheit der in den Fokusgruppen befragten Patientinnen und Patienten eine relevante Information, die auch für die Wahl des Krankenhauses maßgeblich ist. Es wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten dabei insbesondere darauf achten, dass das Krankenhaus für Angehörige gut erreichbar ist. – zum einen, damit Besuche unkompliziert und häufig möglich sind, zum anderen, um die eigene An- und Abreise aufwandsärmer zu gestalten.

B6: Das war auch das nächstgelegene [Krankenhaus]. Das war mir halt auch ganz wichtig, dass ich mich da hinfahren und wieder abholen lassen kann. Das kann / also ein Krankenhaus in meinem Wohnort. (FG 3/35)

B7: Wenn ich weiter außerhalb bin, wer kommt denn dich da besuchen? (FG 9/93)

Andere Patientinnen und Patienten berichten, dass die Entfernung weniger bzw. keine Relevanz für ihre Entscheidung hatte. Grundsätzlich scheint die Entfernung als Entscheidungskriterium an Bedeutung zu verlieren, wenn schwere Erkrankungen vorliegen oder aufwendige Behandlungen erforderlich sind.

Größe des Krankenhauses

In fast allen Fokusgruppen berichten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass die Größe des Krankenhauses für sie eine Rolle gespielt habe. Dabei werden größere Krankenhäuser insbesondere

für spezielle oder schwerwiegende Behandlungen bzw. Eingriffe bevorzugt. Zum Teil legen Patientinnen und Patienten aber auch Wert darauf, in kleineren Krankenhäusern behandelt zu werden, da sie diese mit einer persönlicheren Atmosphäre, einer individuellen Betreuung und mehr Ruhe assoziieren.

B3: Für mich spielt die Größe eine Rolle. Wenn irgendwas [...] Und aus dem Grund: Ich würde immer ein großes nehmen, dass – wenn was sein sollte – andere Spezialisten greifbar sind. (FG 5/462)

B5: Aber ich glaube auch, je kleiner das Krankenhaus, desto individueller ist auch die Betreuung.

B7: Übersichtlicher. (FG 3/516–517)

Einige Patientinnen und Patienten stellen zudem einen Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und den Fallzahlen her. Dabei wird deutlich, dass es im Hinblick auf die Größe des Krankenhauses (üblicherweise an der Zahl der Betten gemessen) und die Fallzahlen mitunter zu Verwechslungen und Fehlinterpretationen kommt.

B3: Also, zum Beispiel, wie viele Geburten, für uns persönlich wäre es wahrscheinlich nicht so sehr wichtig. Weil wir ja eigentlich etwas kleineres haben wollten anstatt etwas Großes. Obwohl, andererseits vielleicht ja doch. Wenn wir sehen, dass da Tausende an Kindern geboren werden monatlich, dann wäre es vielleicht schon die Info, okay, dann ist es für uns groß, zu viel. Vielleicht also doch, ja. (FG 12/251)

Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Die Haltung von Patientinnen und Patienten zur Art des Krankenhauses ist ambivalent, spielt in ihrer Entscheidung jedoch durchaus eine Rolle: Manche Patientinnen und Patienten werten bspw. den Status als Universitätsklinik als Zeichen für hohe fachliche Qualität, ein großes Leistungsspektrum und eine enge Anbindung an die Forschung. Andere Patientinnen und Patienten hingegen lehnen eine Behandlung dort ab, da sie eine größere Anonymität in Universitätskliniken vermuten. Von einem Aufenthalt in einem Allgemeinkrankenhaus erwarten sie mehr Zuwendung und eine direkte Behandlung von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt. Zudem wird die Art eines Krankenhauses oft mit seiner Größe in Verbindung gebracht.

B7: Mir war es auch wichtig. Die Uni macht ja alles, also man kommt ja dahin, dann werden ja alle Untersuchungen / also das Krebs-Szintigramm und alle Untersuchungen, die werden dann abgearbeitet. Man hat einen Termin, ein oder zwei Tage, und man kriegt auch gleich die Ergebnisse. Und die Forschung ist halt wichtig und dann die Ärzte. Das ist halt ideal. (FG 6/222)

B4: Und ich wollte nicht in die Uni-Klinik, weil mir die zu groß und zu anonym ist. Die Stationen sind natürlich auch nicht unbedingt größer als / oder kleiner oder größer als andere, aber nee, dieses ganze Riesengebäude und die langen Wege und so weiter, da wollte ich also nicht in die Uni-Klinik. (FG 5/63)

Zwar wird die Lehrtätigkeit in Universitätskliniken von vielen Teilnehmenden positiv wahrgenommen und bewusst in die Auswahlentscheidung einbezogen, ein Teil der Teilnehmenden äußert jedoch auch Vorbehalte z. B. hinsichtlich des in Ausbildung befindlichen ärztlichen Personals.

Während die Art des Krankenhauses patientengruppenübergreifend von Interesse war, deutet sich an, dass die Trägerschaft des Krankenhauses ein Thema ist, mit dem sich tendenziell eher ältere Patientinnen und Patienten auseinandersetzen. Von Interesse ist hierbei vor allem, ob es sich um ein konfessionelles Krankenhaus handelt, da Krankenhäusern unter konfessioneller Trägerschaft bestimmte positive Eigenschaften zugeschrieben werden. Hierzu gehört eine Betreuung, die stärker durch Aufmerksamkeit und Freundlichkeit sowie ein bestimmtes ethisches Menschenbild geprägt sei, als dies in Krankenhäusern in privater Trägerschaft der Fall ist.

I: Das heißt, das wäre für Sie auch ein Kriterium. Dass man bei jedem Krankenhaus sehen könnte, wer der Träger ist.

B4: Ja, auf jeden Fall. Bei anderen da stehen ja nun ausschließlich wirtschaftliche Sachen eine Rolle, die Hauptrolle. Und bei den kirchlichen, die geben sich ja wenigstens noch Mühe, das nicht so durchblicken zu lassen. Ja, so sehe ich das. Und das ist zum Vorteil des Patienten, ja. (FG 10/285)

Versorgungsschwerpunkte bzw. Spezialisierung des Krankenhauses

Spezialisierte Zentren bzw. Kliniken mit ausgewählten Behandlungsschwerpunkten scheinen aufgrund der konnotierten Eigenschaften positiv wahrgenommen und bevorzugt ausgewählt zu werden. Insbesondere bei speziellen Behandlungsanlässen nehmen Patientinnen und Patienten auch eine längere Anfahrt in Kauf, um in entsprechenden Einrichtungen behandelt zu werden.

B2: Das erste ist, wie gesagt, das Krankenhaus müsste spezialisiert drauf sein, auf diese Sachen, die OP, die ich habe. Das ist wichtig. (FG 7/274)

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater weisen allerdings darauf hin, dass es sich bei der Ausweisung als Zentrum oder einer Spezialisierung nicht um geschützte bzw. standardisierte Begriffe handelt. Entsprechend groß sei hier die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten in die Irre geleitet werden, da sie die Begriffe mit einer größeren Kompetenz oder auch besseren Qualität assoziieren.

B: Aber es gibt eben auch Bereiche, keine Ahnung, so was wie Tinnitus-Spezialisten oder so, das ist eben überhaupt nicht von irgendeiner Institution qualitativ abgesichert, das kann sich jeder nennen. Und das macht die großen Schwierigkeiten, dass man oft nicht weiß, was verbirgt sich denn dahinter, sich als Spezialeinrichtung zu bezeichnen. (FG 16/240)

Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit besonderen medizinisch-technischen Geräten

In den Fokusgruppen zeigt sich nur bei einzelnen Patientinnen und Patienten ein eher allgemeines Interesse an der Verfügbarkeit von medizinisch-technischen Geräten, die sich durch Moder-

nität, zusätzlichen Komfort oder eine geringere Belastung der Patientin oder des Patienten auszeichnen, wie z. B. offene Magnetresonanztomographie-Geräte (MRT-Geräte). Die meisten Teilnehmenden berichten jedoch, dass dies für sie bei der Krankenhauswahl keine Rolle spielte bzw. dies auch ihr Wissen übersteige oder ihnen die Auseinandersetzung mit diesem Thema zu aufwendig sei. Vielmehr vertrauen sie darauf, dass eine angemessene Geräteausstattung verfügbar ist.

B3: Ich habe auch mal geschaut, welche Geräte so im Einsatz sind, also MRT und dieses. Das wurde da, was weiß ich, 2016 eingeführt. Darauf habe ich dann auch geguckt. Da steht genau, welche Geräte wann eingeführt wurden und da sind die halt wirklich modern. Ich denke mal, 4-5 Jahre ist ja nicht alt in Krankenhäusern. (FG 1/225)

B6: Ich kenne mich damit gar nicht aus. Ich hätte dann, wenn, jedes einzelne Gerät googeln müssen, was ist jetzt der Standard? Das ist mir zu – das kann ich nicht. (FG 1/283)

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater bestätigen, dass zu diesem Thema eher vereinzelte Informationsbedürfnisse bestehen.

Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Für manche Patientinnen und Patienten kann es laut den Fokusgruppen bei der Krankenhauswahl bedeutsam sein, ob die Einrichtung bestimmte Verfahren anbietet. Jedoch war dieses Thema fokusgruppenübergreifend im Vergleich zu anderen Themen von geringerem Interesse.

Auch wird in den Fokusgruppen darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt mitunter nicht bekannt ist, welche Behandlungen und Therapieangebote für sie bedeutsam sein können. Hinzu kommt, dass das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten in erster Linie meist nicht die grundsätzliche Verfügbarkeit einer bestimmten Therapieform betrifft, sondern die Frage, ob sie persönlich diese in Anspruch nehmen können.

B5: Manche Therapien weiß man als Patient gar nicht. Zum Beispiel sollte nach Brustkrebs, sollte man eine Atemtherapie haben. Habe ich nicht gewusst. Meine Freundin, die hat gesagt, sie hatte auch drei (unverständlich). Haben wir beide nicht gewusst. (FG 4/526)

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Aus den Fokusgruppen geht hervor, dass Informationen zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten insbesondere dann als relevant erachtet werden, wenn die Patientin oder der Patient zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wählen kann. Allerdings fehlt oftmals das Wissen, dass diese Möglichkeit überhaupt besteht. Betroffene berichten, dass sie hierüber von der zuweisenden Ärztin oder vom zuweisenden Arzt erfahren haben. Vereinzelt deutet sich an, dass

therapieerfahrene Patientinnen und Patienten oder solche mit länger andauernden Behandlungen nach ambulanten Alternativen recherchieren. Die Gruppe der Gesundheitsberaterinnen und -berater bekräftigt dieses Ergebnis.

Qualifikation des Personals

In den Fokusgruppen zeigt sich ein großes Informationsbedürfnis der Teilnehmenden hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Krankenhausärztinnen und -ärzten. So sind Patientinnen und Patienten an konkreten und detaillierten personenbezogenen Informationen zu einzelnen behandelnden Ärztinnen und Ärzten interessiert: vom Studium und Spezialisierungen über die Erfahrung bzw. Routine mit bestimmten Behandlungen bis hin zum Profilbild. Auch die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus scheint stark von der Qualifikation des ärztlichen Personals bestimmt zu sein.

B1: Dann habe ich im Internet geguckt und habe mir die Ärzte angeguckt; welche Ausbildung die haben, ob die einen Professortitel haben. Das ist schon wichtig für mich. (FG 14/156)

B2: Bei der Klinik, die haben da drei Ärzte, die Wirbelsäulenspezialisten sind, da war der Werdegang auch vom Studium an zu sehen. Dann waren sie an der Klinik gewesen und sind jetzt seit fünf Jahren – bloß mal als Beispiel – an der Klinik. [...] (FG 7/190)

Die Position der Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Krankenhaushierarchie wird dagegen als weniger wichtig wahrgenommen bzw. es wird teilweise bezweifelt, dass mit einer höheren Position zwangsläufig eine größere Kompetenz einhergeht.

B3: Also ich habe die Erfahrung gemacht, ich habe zwar die Chefarztbehandlung, aber ich nehme die meistens nicht, weil der Chefarzt weniger Ahnung hat von der OP als der, der die OP sieben Mal die Woche durchführt, und der Chefarzt macht es nur drei- oder viermal die Woche. [...] (FG 1/149)

Ein Informationsbedürfnis in Bezug auf allgemeine bzw. spezielle (Zusatz-)Qualifikationen des Pflegepersonals oder anderer Berufsgruppen wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppen hingegen nicht geäußert.

Personalausstattung

Fokusgruppenübergreifend tritt ein Informationsbedürfnis hinsichtlich der Personalausstattung zutage. Dabei steht insbesondere das Pflegepersonal im Fokus. In diesem Zusammenhang sind für manche Patientinnen und Patienten vor allem Informationen zum Personalschlüssel von Interesse, um einzuschätzen, ob in dem Krankenhaus bzw. auf der Station Personalmangel herrscht. Zugleich wird die Personalausstattung als Hinweisgeber für die Betreuungsintensität und -qualität gewertet. Einige Teilnehmenden wiesen darauf hin, dass sie dieses Thema vor ihrem ersten Krankenhausaufenthalt teilweise nicht berücksichtigt haben. Nach den Erfahrungen während des Krankenhausaufenthalts änderte sich dies jedoch grundlegend im Hinblick auf weitere anstehende Krankenhausaufenthalte.

B2: Ja, tatsächlich Pflegepersonalanteil, vielleicht. Weil wenn da eine Krankenschwester zuständig ist für 46 Patienten, dann weiß ich genau, wie die Versorgung ist. (FG 4/391)

B1: Was auch sehr wichtig ist, ist das Pflegepersonal. (Zustimmung des Plenums) Das Pflegepersonal ist erstmal total überlastet. [...] (FG 7/38)

Diagnose- und prozedurbezogene Fallzahlen

In den Fokusgruppen wird ein sehr großes Interesse an Fallzahlen angegeben. Die meisten Patientinnen und Patienten werten hohe Fallzahlen als Indiz für Erfahrung und Routine. Viele Patientinnen und Patienten nutzen allerdings nicht diesen Begriff, sondern sprechen stattdessen von „Erfahrung“, „Routine“ oder „der Häufigkeit“ bzw. der „Menge an durchgeführten Operationen“.

B1: Und dann kann ich anhand der Fallzahlen schon viel mehr erkennen. [...] Mir ist eine Klinik lieber, die 100, 500 Knie gemacht haben, als eine Klinik, die dann nur 5, 10... Die mögen ja gute Ärzte haben. Das will ich ja gar nicht bestreiten. Aber erst mal ist die Erfahrung schon mal nicht da. [...] (FG 7/69)

Zugleich fällt auf, dass Routine und Erfahrung, die sich in hohen Fallzahlen niederschlägt, unterschiedlich bewertet wird: Für viele Patientinnen und Patienten vermittelt sich dadurch ein Gefühl der Sicherheit, manche sehen jedoch die Gefahr einer „Betriebsblindheit“.

Ausstattung des Krankenhauses und der Patientenzimmer

Ausstattungsmerkmale des Krankenhauses wie Aufenthaltsräume oder eine Cafeteria können von Interesse sein. Sie sind meist nicht entscheidungsrelevant, werden aber genutzt, um sich auf den Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.

B7: Die haben erst 2006 oder 2007 das neue Eltern-Kind-Zentrum dort eröffnet bei [Krankenhausname]. Das ist super. Die haben eine Dachterrasse und tolles Essen. Auch die Aufenthaltsräume. Das ist gut da. Das macht dann schon viel aus. (FG 14/117)

Zudem äußern Patientinnen und Patienten fokusgruppenübergreifend ein Informationsbedürfnis hinsichtlich der tatsächlichen Ausstattung der Patientenzimmer, die sie erwartet. Dabei wurde insbesondere die Zimmerbelegung und die Verfügbarkeit von WLAN diskutiert. Zugleich wird deutlich, dass es sich eher um eine wichtige Begleitinformation als um ein Entscheidungskriterium handelt. Es werden auch frustrierende Erlebnisse berichtet, wenn die auf Websites angegebenen Ausstattungsmerkmale dann vor Ort nicht verfügbar sind.

B2: Ich hätte vorher gern mehr über das Zimmer gewusst. Ich habe vorher nur gehofft, dass ich nicht in ein Vierbettzimmer komme. Mit drei oder vier schnarchenden Personen auf einem Zimmer ist es schwer zu ertragen. Ich habe nur gehofft, dass das alles geht. Ich bin eigentlich vom Schlimmsten ausgegangen und ich wusste das eigentlich gar nicht. [...] (FG 2/232)

B3: Da hatte ich mich ja auch informiert. Fernsehen, WLAN, stand alles drin auf der Seite. War aber nicht. Dann liege ich da drin, ja, was will ich denn da machen? (FG 3/640)

Serviceangebote

In Bezug auf verschiedene Serviceangebote diskutieren die Teilnehmenden der Fokusgruppen vor allem das Thema „Verpflegung und Essen“. Sie berichten zahlreich zu Erfahrungen mit schlechter Essensqualität, Einseitigkeit bzw. mangelnder Auswahl oder zu kleinen Portionsgrößen im Krankenhaus. Es wird auch von Erfahrungen mit unzureichender Essensversorgung berichtet, z. B. fehlende bzw. nicht organisierte Mahlzeiten nach operativen Eingriffen oder je nach Uhrzeit der Aufnahme. Einige Patientinnen und Patienten geben an, Wert darauf zu legen, sich vor einem Krankenhausaufenthalt über die Qualität des Essens zu informieren. Allerdings deutet sich an, dass die Qualität der Verpflegung eine im Vergleich etwa zu den Behandlungsergebnissen untergeordnete Rolle spielt. Letztlich ist diese Information nicht entscheidend für die Wahl des Krankenhauses.

B1: Klar ist das, spielt da das Essen mit, aber für mich spielt in erster Linie meine Gesundheit eine Rolle, wie kann die behandelt werden. (FG 10/167)

10.5.2.3 Prozesse der Versorgung

Hygiene und Sauberkeit

Patientinnen und Patienten äußern in den Fokusgruppen ein hohes Interesse zum Thema „Hygiene und Sauberkeit“ und stellen oftmals einen Zusammenhang zum Thema „Infektionen“ her. Die Bewertung der Hygiene und Sauberkeit eines Krankenhauses scheint jedoch vor allem während des Krankenhausaufenthalts vom persönlichen Eindruck der Patientinnen und Patienten vor Ort abzuhängen. Andere Patientinnen und Patienten berichten allerdings auch davon, dass sie sich im Vorfeld über das Thema informiert haben.

B6: Und was ich auch ein Thema, ein wichtiges Thema, fand – weiß ich nicht, ob man das wirklich recherchieren kann, finden kann – aber ist Hygiene im Krankenhaus. Wie wird mit der Hygiene umgegangen, Krankenhauskeime? Da habe ich von anderen auch ganz üble Geschichten gehört, was passieren kann, gerade in Verbindung mit Krebs auch, Chemotherapie, wenn der Körper geschwächt ist. Das fand ich auch ein großes Thema. (FG 6/256)

B3: Hygiene ist ja auch so ein wichtiger Punkt. Bei meinem Krankenhaus ist mir halt aufgefallen, dass da überall solche Checklisten waren, in jedem Fahrstuhl, am Eingang, in jeder Toilette hing so eine Checkliste, wo draufstand, dass das und dies gemacht worden ist. Das war echt überall. Aber auch von der Sauberkeit her – ich war ja zweimal da, 2017 und 2018. Da ist mir halt aufgefallen, dass es halt wirklich sauber ist. (FG 1/190)

Andere Patientinnen und Patienten berichten allerdings auch davon, dass sie sich im Vorfeld über das Thema informiert haben.

B3: [...] Hygiene-Sicherheitszertifikate, [...] da [auf der Homepage des Krankenhauses] kann man sich die sich einzeln angucken, die Zertifikate. [...] Auf jeden Fall zeigen die, wir machen das sauber und haben den Sicherheitsstandard erreicht. [...] (FG 1/319)

Wartezeiten

Aus den Berichten der Patientinnen und Patienten geht hervor, dass die Wartezeit bis zur Aufnahme im Krankenhaus die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Krankenhaus mit beeinflussen kann. Wie entscheidungsrelevant dieser Punkt ist, scheint dabei auch von der Dringlichkeit der Behandlung abzuhängen.

B5: Also ich habe mich für das Krankenhaus entschieden, weil ich weiß, dass die Wartezeiten sehr kurz sind. Man muss das nicht unterbewerten. Es macht schon viel aus. (FG 1/171)

Auch die Gesundheitsberaterinnen und -berater verweisen auf den Umstand, dass die Wartezeit auf einen Termin im Krankenhaus für Patientinnen und Patienten ein wesentlicher Faktor ist, der bei der Wahl des Krankenhauses mitunter den Ausschlag geben kann.

B1: (...) so Wartezeiten. Also wenn Leute Kliniken suchen, wollen sie auch oft was über Kapazitäten wissen. Gar nicht nur wie gut und so weiter, sondern: „Wo kann ich denn schnell hin? Wo kriege ich denn einen Termin?“ (FG 17/293)

Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit

Das Thema „Patientensicherheit“ wird in den Fokusgruppen nur selten als Informationsbedürfnis vor einem Krankenhausaufenthalt angesprochen. Es erscheint eher als Ausschlusskriterium für Patientinnen und Patienten mit häufigeren Krankenhausaufenthalten interessant, sofern sie diesbezüglich negative Erfahrungen gemacht haben. Zudem zeigt sich, dass manche Patientinnen und Patienten, die auf das Thema „Sicherheit“ angesprochen wurden, damit in erster Linie Sicherheitsvorkehrungen assoziieren, z. B. in Bezug auf Diebstahl.

B6: Da steht ja, man soll keine Wertgegenstände mitbringen, alles zu Hause lassen und man wird auch aufgeklärt, wenn man dann aufgenommen wird. Im Erstgespräch, keine Wertgegenstände, toi toi ((klopft auf Holz)), ich will es nicht beschreiben, aber ich wurde noch nicht beklaut. (FG 4/217)

Indikationsstellung und angemessene Behandlung

Ein Thema, das für manche Patientinnen und Patienten ebenfalls bedeutsam ist und mit dem Thema „Patientensicherheit“ in Verbindung gebracht wird, ist die Indikationsqualität. So gaben Gesundheitsberaterinnen und -berater an, dass sie häufig mit der Frage bzw. Sorge konfrontiert sind, ob eine Behandlung tatsächlich notwendig ist.

B2: [...] Es ist eine Sorge da, dass es unnötige Operationen gibt, die auch an ihnen praktiziert werden, weil sie es nicht einschätzen können, ob die Indikationsstellung jetzt wirklich richtig ist oder nicht oder ob sie nur vom (...) Prozess und Ergebnis, was in der klinischen Behandlung möglich ist, geleitet wird. (FG 16/89)

Arzneimittelsicherheit

Das Thema „Arzneimittelsicherheit“ diskutieren Patientinnen und Patienten eher sporadisch und im Hinblick auf die Fragen, ob persönliche Medikamente ins Krankenhaus mitgenommen werden können oder müssen und ob das Krankenhaus über eine eigene Apotheke verfügt. Als allgemeines Informationsbedürfnis oder gar Entscheidungskriterium vor dem Krankenhausaufenthalt spielt es jedoch für die Teilnehmenden keine Rolle.

B5: Wo dann draufstand, wo mir gesagt wurde, ich solle meine eigenen Medikamente mitbringen. Das habe ich auch schon gehabt. Und dann hatte ich auch schon gehabt, wo ich sie [die Medikamente] mit hatte, und man mir dann sagte: „Nein, die kriegen Sie von hier.“ Also das wird irgendwie unterschiedlich gehandhabt. (FG 10/213)

Schmerzmanagement

In den Fokusgruppen zeigt sich, dass einige Patientinnen und Patienten ein Interesse an Informationen zum Schmerzmanagement während des Behandlungsprozesses haben. Im Mittelpunkt stehen hier jedoch vor allem Auskünfte zu Schmerzen bei einer Behandlung oder auch zur erfolgreichen Schmerzlinderung, etwa bei postoperativen Schmerzen. Meist ist die Informationssuche zu diesem Thema in die Suche zum allgemeinen Ablauf von Behandlungen eingebettet.

B7: Danach hab ich noch geguckt, wie lang die OP dauert, die Operation an sich und ob man direkt nach der OP irgendwie Schmerzmittel bekommt. (FG 1/231)

Kommunikation und Interaktion

Ein freundlicher Umgang des pflegerischen und medizinischen Personals mit den Patientinnen und Patienten sowie eine vertrauensvolle und von gegenseitigem Respekt geprägte Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt wird fokusgruppenübergreifend als sehr wichtig eingestuft. Es zeigt sich, dass sich Patientinnen und Patienten im Vorhinein Informationen hierzu wünschen.

B2: Aber dann würde man auch darauf gehen, wieviel Zeit nehmen sich Ärzte. Also was ist / wie empathisch sind die, ja? Die können ja supertolle Operateure sein, aber wenn die dann menschlich schwierig sind, dann ist das / dann macht das auch keine Freude, sich da unters Messer zu legen. So geht es mir zumindest. (FG 2/333)

In Abwägung mit der fachlichen Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte wird die Freundlichkeit des Personals von manchen Patientinnen und Patienten als weniger wichtig bewertet. Dies gilt insbesondere bei als bedrohlich eingeschätzten Erkrankungen bzw. komplizierten Behandlungen.

B2: Aber ansonsten sage ich: „Mein Gott, ich bin hier 4 oder 6 Tage. Rutsch mir doch den Buckel runter.“ Ja, kann ich doch drüber weggucken. Entscheidend ist doch: Habe ich einen Operateur, bei dem ich davon ausgehen kann oder zumindest vermuten kann – ausgehen kann man heute sowieso nicht –, aber bei dem ich vermuten kann, dass die Konsequenzen für mein restliches Leben positiv sind. (FG 9/225)

Aus Perspektive der einweisenden Ärztinnen und Ärzte wird die Freundlichkeit und der Umgang des Personals mit Patientinnen und Patienten dagegen als ein besonders relevantes Kriterium für Patientinnen und Patienten eingeschätzt.

B5: Vielen ist halt Freundlichkeit wichtig. Das man keine Nummer ist, ernst genommen wird. Vielen ist das wichtiger als die Frage nach der Qualität der Ärzte, was uns als Ärzten natürlich wesentlich ist [...] (FG 18/123)

In diesem Zusammenhang machen die Gesundheitsberaterinnen und -berater darauf aufmerksam, dass eine nicht zufriedenstellende Kommunikation oft der Anlass für Beschwerden von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen nach einem Krankenhausaufenthalt ist.

B: Wenn Ratsuchende am Apparat sind, die sich über eine Klinik beschweren, dann ist doch in der Regel nicht, dass irgendwie handwerklich was schiefgelaufen ist, sondern dass häufig die Kommunikation ungünstig gelaufen ist. (FG 17/181)

Aufklärung und Patienteninformation während des Krankenhausaufenthalts

Patientinnen und Patienten ist es laut den Fokusgruppen wichtig, vor und während des Krankenhausaufenthalts rechtzeitig, ausreichend und verständlich informiert zu werden sowie als mündige Person wahrgenommen und in Entscheidungen miteinbezogen zu werden.

B1: [...] Der Arzt sollte sich halt auch eine gewisse Zeit nehmen. Zeit nehmen ist ja auch eine gewisse Qualität. Irgendwie informieren, informieren! Im Zweifel auch ein zweites oder drittes Gespräch führen, wenn Zeit ist und auch die Möglichkeit gegeben ist. [...] (FG 2/299)

Entlassmanagement

In den Fokusgruppen äußern Patientinnen und Patienten ein nur geringes Informationsbedürfnis zu Fragen des Entlassmanagements. Zudem berichten die Gesundheitsberaterinnen und -berater, dass sich Patientinnen und Patienten in der Regel erst nach dem Krankenhausaufenthalt über fehlende Informationen zu den Aufgaben und Angeboten des Sozialdienstes bzw. über eine unzureichende Unterstützung durch diesen im Rahmen der Entlassung beschweren. Vor dem Krankenhausaufenthalt können Patientinnen und Patienten einen möglichen eigenen Bedarf in

Bezug auf das Thema oftmals nicht absehen, messen dem Thema wenig Bedeutung bei oder lehnen eine Auseinandersetzung mit einem möglicherweise erhöhten Unterstützungsbedarf ab.

B1: [...] denn viele Ratsuchende beschwerten sich über den Sozialdienst aus dem Krankenhaus, weil es nicht funktioniert hat (...)

B2: Ja, stimmt. (FG 17/540–541)

I: [...] Wenn Sie jetzt sich vorstellen, dass jemand aus Ihrem Umfeld in ein Krankenhaus gehen müsste, worüber sollte der sich auf jeden Fall im Vorfeld informieren?

[...]

B2: Wie die Nachbehandlung aussieht. [...] Ob die ambulant durchgeführt wird zum Beispiel oder stationär oder überhaupt gar nicht in dem Krankenhaus gemacht wird. (FG 6/330–341)

10.5.2.4 Ergebnisse der Versorgung

Behandlungsergebnisse

In den Fokusgruppen zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten an den Behandlungsergebnissen bzw. am Behandlungserfolg interessiert sind; das gilt laut Aussage der Gesundheitsberaterinnen und -berater auch für die Langzeitergebnisse der Behandlung.

B1: Also für mich persönlich war das mit Abstand das Wichtigste, weil es ja um das Endergebnis geht. Man will ja – man geht ja ins Krankenhaus, damit man voll genesen wieder rauskommt. Und das ist schon sehr, sehr relevant. (FG 1/250)

B: Also ich würde sagen, (...) für fitte Leute oder für Krankheitsbilder, wo das (...) ja, jetzt nicht nur das Handwerkliche, auch das Versorgungsergebnis richtig wichtig ist. Also ich denke auch viel an diese Prostata-Sachen. Das ist den Männern schon wichtig, dass sie da wirklich geringe Makel oder Impotenz oder so was haben. Da würde ich sagen, ist Versorgungsergebnis sozusagen das Hauptkriterium. (FG 17/499)

Es wird allerdings auch deutlich, dass das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen den Leistungserbringern unter den Patientinnen und Patienten teilweise wenig ausgeprägt ist.

B4: [...] wir haben ja einen einheitlichen Standard. Ich glaube nicht, dass jetzt der große Unterschied, ob ich jetzt ins [Krankenhausname] gehe oder ins [Krankenhausname] gehe. Ob das so dramatisch, ein so dramatischer Unterschied ist, was das Ergebnis angeht. Weil, es arbeiten überall, die Ärzte sind zugelassen. (FG 3/431)

Komplikationsrate

Einige wenige Patientinnen und Patienten berichten, dass sie umfangreich an Informationen über mögliche Komplikationen interessiert sind. In den Fokusgruppen wird jedoch deutlich, dass einige Patientinnen und Patienten sich eher nicht mit konkreten Informationen zu Komplikationen auseinandersetzen möchten, z. B. weil diese sie verunsichern oder ängstigen könnten.

I: Das heißt, Sie haben sich selber informiert über die Komplikationen, die da auftreten können?

B7: Ja, na klar. Ich war auch da vorher schon wochenlang und habe die Leute gefragt, die operiert wurden, also die transplantiert wurden und da klang ja alles ganz gut. (FG 4/201–202)

B2: [...] Da gibt es so eine Auflistung [auf einem Krankenhausvergleichsportal] über Komplikationen bei Operationen.

B6: Das will ich gar nicht erst wissen.

B2: Genau, das habe ich auch gedacht. Das habe ich mir angeguckt und habe dann gedacht: Ach, das Krankenhaus, das findest du eigentlich gut. [...] Das willst du gar nicht wissen. (FG 3/370–373)

Auch die befragten Gesundheitsberaterinnen und -berater weisen darauf hin, dass Informationen zur Komplikationsrate von Patientinnen und Patienten eher selten oder indirekt angefragt werden. Als mögliche Begründung wird dafür u. a. mangelndes Wissen zum Thema angeführt.

B1: Aber die fragen jetzt nicht gezielt: „Gab es da Komplikationen?“

B2: Nein, nein, das fragen sie nicht, aber das ist das, was denen im Hinterkopf, denke ich, schwebt. „Also OP ist geplant, ich suche ein Krankenhaus, wo es gut läuft.“ Also ein gutes, dass es keine Komplikationen (...) und halt alles gut und geht glatt. Also das ist ja das, was die unter einem guten Krankenhaus verstehen, also ohne Komplikationen. Sie sagen es nicht, [...] (FG 17/164–165)

Auffällig in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ist zudem die häufige Gleichsetzung und damit Fehldeutung der Begriffe „Komplikation“, „Risiko“ und „Behandlungsfehler“. Dies wird auch von Hausärztinnen bzw. -ärzten und Gesundheitsberaterinnen und -beratern bestätigt.

Sterblichkeitsrate

Gemäß den Ergebnissen der Fokusgruppen halten manche Patientinnen und Patienten Angaben zu Sterblichkeitsraten für relevant und beziehen diese in ihre Entscheidung mit ein. Für einige der Patientinnen und Patienten spielt das Thema „Sterblichkeit“ jedoch eine eher untergeordnete Rolle. Teilweise wird die Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterblichkeit“ auch als beängstigend empfunden. Als Grund für die eher untergeordnete Rolle des Themas bei der Entscheidungsfindung wird u. a. Zweifel an der Vergleichbarkeit der Daten genannt.

I: Das heißt, die Klinik, die Sie sich herausgesucht haben, die hat die niedrigste Rate dann gehabt?

B6: Sterblichkeitsrate und hohe OP, ja. (FG 4/316–317)

B6: Bei uns gab es auch einige Komplikationen am Anfang. Und das Thema Sterben war bei uns eine Weile – leider – noch ein Thema, wenn auch dann irgendwann nicht mehr so rational. Aber trotzdem hast du ja dann auch bei jeder Kleinigkeit noch (...) Selbst wenn du schon sehr weit bist und dem Kind geht es gut, muss halt immer nur so eine Kleinigkeit kommen und trotzdem ist es dann wieder präsent. (FG 13/141)

B1: Ja. Ich würde zum Beispiel nie nach Sterbezahlungen gehen, weil das ja von der Lage des Krankenhauses im demografischen Umfeld abhängen kann [...] (FG 14/141)

Infektionsraten

Manche Patientinnen und Patienten berichten, dass sie Informationen zu Infektionsraten mit Krankenhauskeimen für wichtig erachten, sich dadurch zum Teil jedoch auch verunsichert fühlen. Insbesondere durch öffentliche Berichterstattung und andere Informationsquellen sind sie teilweise für das Thema sensibilisiert, können allerdings auch nicht einschätzen, ob diese Quellen vertrauenswürdig sind oder wie diese Informationen auf die eigene Situation bezogen zu verstehen sind.

B4: Ich habe aber schon öfter gehört, dass man auf jeden Fall, gerade bei OPen, sich mit Keimen infizieren kann. Es ist auf jeden Fall nicht so irrelevant. Ich habe jetzt keine Ahnung, ob das wahr ist, aber ich habe das so gehört. (FG 1/309)

10.5.2.5 Besondere Teilzielgruppen

Auch in Fokusgruppen deutet sich an, dass bestimmte Patienten- bzw. Angehörigengruppen besondere Informationsbedürfnisse oder -präferenzen haben und spezifische Kriterien bei ihrer Krankenhauswahl berücksichtigen. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

Schwangere und ihre Angehörigen

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen mit Eltern nach einer Entbindung wird ersichtlich, dass die Möglichkeit der Betreuung durch eine Beleghebamme entscheidend für die Krankenhauswahl sein kann.

B5: Dazu muss man sagen, ich hatte eine Beleghebamme, beides Mal die gleiche. Deswegen habe ich dann auch gesagt, also da ich sie wiederbekommen habe, habe ich dann auch nicht weiter groß mich informiert über andere Krankenhäuser. Weil eigentlich alle Kriterien sozusagen für mich gegeben waren. Und dann noch der Faktor, dass sie mich wieder betreut, war dann das Ausschlaggebende sozusagen. (FG 13/35)

B5: [...] und ich mich dann aber, weil ich die Beleghebamme bekommen habe, die nur im [Klinikname] entbindet, fürs [Klinikname] dann entschieden habe, weil ich mit der sehr zufrieden war. [...] (FG 13/178)

Einige Eltern mit Entbindungserfahrung äußern zudem ein Interesse am Personal- bzw. Betreuungsschlüssel.

B4: Aber vielleicht würde so was gehen, wenn man hinterher noch schreibt, wie ist denn so eine Wöchnerinnen-Station aufgebaut oder so. Wie viel werden da zeitgleich betreut zum Beispiel. Wie viele Personen sind das zeitgleich. Bei Kitas hat man ja auch einen Betreuungsschlüssel, ja? Also wie ist das dann da gegeben – dass man so ein bisschen das Gefühl kriegt, okay, wie viele Leute sind denn da, die sich um mich kümmern können oder so. Kann ich damit rechnen, dass die alle total überfordert sind oder (...). (FG 13/102)

Zudem stellen sich Informationen zur Kaiserschnitttrate bzw. zur Erfahrung in der Durchführung von Kaiserschnitten als relevante Auswahlkriterien heraus.

Die Ausstattung des Kreißsaals wird nur von wenigen Teilnehmenden diskutiert. Diese berichten, dass sie sich im Vorfeld über die Ausstattung des Kreißsaals informiert haben und dass diese Information entscheidungsrelevant war. Für einen Teil der Teilnehmenden ist von Bedeutung, dass die Einrichtung zu einer angenehmen Atmosphäre beiträgt und nicht direkt mit einem Krankenhaus assoziiert wird. Andere Teilnehmende messen ästhetischen Merkmalen eher wenig Bedeutung bei und wünschen sich stattdessen eine klare Auflistung der Ausstattungsmerkmale.

B1: Dass sie schöne Kreißsäle haben, das fand ich halt auch wichtig. (FG 12/361)

B3: Und was ich vorhin angesprochen habe: wie viel Kreißsäle, welche Ausstattung, wann mal renoviert, Ausstattung der Zimmer. Ich brauche keine Schickimicki-Fotos, sondern einfach mal wirklich eine Eigenschaftenliste, was gibt es. Auch mit dem Bett, auch gut zu wissen elektrisch oder nicht. Oder Toiletten hier Toiletten. Also mal ganz normale Eigenschaften. Was werden wir vorfinden? (FG 12/251)

Bei einigen befragten Eltern mit Entbindungserfahrung zeichnet sich zudem ein großes Interesse an der Zertifizierung als „babyfreundliches Krankenhaus“ ab. Zugleich wird ein Bedarf an Informationen zur Bedeutung des Zertifikats geäußert.

B3: Babyfreundlich sollte es ein. Von Anfang an. Man sollte sich eigentlich gar nicht darüber unterhalten. (FG 12/283)

B1: Wie gesagt, ich habe nach dem babyfreundlich geguckt. Es sollte jedes Krankenhaus sein, aber vielleicht hat das Zertifikat nicht jedes. Das war mir wichtig. (FG 12/361)

Darüber hinaus gibt ein Teil der befragten Eltern mit Entbindungserfahrung an, sich für Angebote für Eltern mit Fehl- und Totgeburten bzw. für Eltern von Kindern, die nicht oder nur begrenzt lebensfähig nach der Geburt sind (sogenannten Sternenkinder), zu interessieren.

B5: [...] Und es gibt eine Seite, die hieß glaube ich [Name der Website] und das ist so ein Sammelwerk gewesen. [...] Also das fand ich / für mich war das mit das kompakteste Werk, das sie hatten. Auch für mich jetzt mit Sternenkindern, war [da was] mit drinnen. Das fand ich einfach schön, dass es nicht einfach unter den Tisch gefallen ist. [...] (FG 12/77)

Eltern erkrankter Kinder

Teilnehmende Eltern von erkrankten Kindern nennen mehrfach die Wohnortnähe als wesentliches Kriterium für die Krankenhauswahl, da nur so häufige und ausgiebige Besuche der Kinder sichergestellt werden können.

B1: Bei mir waren es drei Faktoren. Einmal, weil es in der Nähe war. (FG 13/33)

B7: Also bei uns war es tatsächlich relativ banal. Da war es einmal die Nähe zur Wohnung. (FG 12/25)

Auch die Wartezeit kann zu einem wesentlichen Kriterium bei der Krankenhauswahl werden. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn der Zeitraum für die angezeigte Behandlung vorgegeben ist und die Zahl der zur Auswahl stehenden Krankenhäuser begrenzt ist.

B2: [...] und der Arzt hat das bestätigt, dass das einfach operiert werden sollte in den nächsten fünf bis sechs Monaten. Dann haben wir eben versucht, irgendwo einen Termin zu bekommen, um uns erst einmal überhaupt vorzustellen. Und das war dann scheinbar nur in dieser einen Klinik möglich, denn in allen anderen Kliniken hatten sie Wartezeiten von drei Monaten und mehr. (FG 14/166)

Eltern schwer erkrankter Kinder suchen häufig gezielt nach Schwerpunktzentren oder einer speziellen Station für die Behandlung ihres Kindes. Als Grund hierfür wird angeführt, dass dadurch eine auf den Bedarf des Kindes zugeschnittene Versorgung gewährleistet ist. Zum Teil werden Krankenhäuser mit besonderen Behandlungsschwerpunkten aber auch aufgesucht, weil weniger spezialisierte Krankenhäuser eine Behandlung ablehnen und insofern keine anderen Auswahlmöglichkeiten bestehen.

B7: [...] Das konnte dann gleich vor Ort in diesem Krankenhaus gemacht werden. Wir haben uns ja das Krankenhaus gezielt ausgesucht, sodass da auch gleich der entsprechende Lungenfacharzt da war und das ganze Drumherum. (FG 14/21)

Die teilnehmenden Eltern betonen zudem, dass sie Wert auf eine Behandlung ihrer Kinder durch erfahrenes ärztliches Personal legen.

B3: Andererseits sage ich mir aber auch, wenn das da wirklich ein Top-Arzt ist und es wirklich ein schwieriger Eingriff ist, also nicht gerade Blinddarm oder so was, sondern etwas Kompliziertes, dann ist mir auch egal, ob das Essen im Krankenhaus vielleicht nicht so schmeckt, oder nicht ...

B2: Sondern dann ist der Profi entscheidend. (FG 14/197–198)

Ebenfalls wird deutlich, dass ein freundlicher Umgang und eine gute, transparente Kommunikation für die Eltern von Belang sind.

I: Man braucht ja vielleicht auch irgendetwas Kindgerechtes. Was wären Punkte, auf die Sie achten würden?

B6: Für mich sind das so total liebe Schwestern. Einfach das Personal.

B5: Würde ich auch sagen. (FG 14/88–90)

Menschen mit schweren Erkrankungen

Die Ergebnisse der Fokusgruppen legen nahe, dass Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen wie Krebs oder mit komplizierten Behandlungen dazu tendieren, sich über spezialisierte Krankenhäuser und solche mit entsprechenden hohen Fallzahlen zu informieren, und diese bei der Wahl zu bevorzugen.

B8: Danach richten sich ja auch die ganzen Dozenten, mit denen ich mich unterhalten habe. Nach den Fallzahlen. Und das war auch das Ausschlaggebende, dass ich da in dieses Krankenhaus in [Ort des Krankenhauses] gegangen bin.

B4: Mir würde das auch schon ein bisschen eine Sicherheit geben, wenn ich weiß, die haben jetzt bei der Operation 30 oder 40 Stück im Monat gemacht. Dann wäre ich sicherer, als wenn ich da in irgend so ein Krankenhaus gehe, die ein, zwei Operationen im Monat machen. (FG 11/282–283)

Menschen mit chronischen Erkrankungen

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen mit Gesundheitsberaterinnen und -beratern wird deutlich, dass die Informationsbedürfnisse von chronisch Erkrankten im Vergleich zu anderen Patientengruppen spezifischer sind. Oftmals sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen schon vorinformiert oder haben bereits genauere Vorstellungen von ihrem Suchvorhaben. Dennoch findet sich inhaltlich eine große Überschneidung mit den Themen der anderen Zielgruppen. Teilnehmende mit mehreren chronischen Erkrankungen beschreiben bspw. die Suche nach Einrichtungen als schwierig und berichten, dass sie für eine spezialisierte Einrichtung auch längere Anfahrtswege in Kauf nahmen.

B6: Ich habe unheimlich lange gesucht, weil ich ein Diabetes habe, der selten ist, und dann bin ich bis nach [Krankenhausname, weiter entfernt vom Wohnort] gefahren. (FG 4/36)

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater berichten, dass Informationen zu Wartezeiten für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten eine hohe Relevanz haben.

B: Teilweise suchen sie eine Klinik, wo sie möglichst sofort aufgenommen werden können, weil viele Kliniken haben ja dann auch Wartezeiten. Das sagen die dann auch gleich: „Ja, ich habe da jetzt Wartezeiten von, was weiß ich, drei Monaten.“ Ja, da können wir dann natürlich nur sagen: „Ich kann Ihnen andere Kliniken benennen, ob Sie da schneller aufgenommen werden können, kann ich nicht sagen, müssen Sie anrufen.“ (FG 17/290)

Die Krankenhauswahl wird zudem häufig von (negativen) Vorerfahrungen mit einzelnen Krankenhäusern mitbestimmt. Oft wenden sich Angehörige an Gesundheitsberaterinnen und -berater, weil sie die Behandlung eines Familienmitglieds oder die Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als unangemessen empfunden haben.

10.5.3 Hinweise aus der Bedarfserhebung

Im Folgenden werden informations- und entscheidungsrelevante Themen bei der Krankenhauswahl im Rahmen der Bedarfserhebung beschrieben. Die Ergebnisse stellen vor allem die Sichtweise der Vertreterinnen und Vertreter dar, die sich für bestimmte, eingangs beschriebene Patientengruppen engagieren (vgl. Kapitel 5).

10.5.3.1 Übergeordnete Themen

Qualitätssiegel und Zertifikate

Als ein wichtiges Qualitäts- und Entscheidungskriterium nennen die Befragten die Zertifizierungen eines Krankenhauses. Konkret kann es sich dabei um die Kennzeichnung eines für ein bestimmtes Fachgebiet zertifiziertes Zentrum, aber auch um eine anderweitige Zertifizierung durch Patientenorganisationen oder Selbsthilfeverbände handeln.

Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten

Es wird berichtet, dass Erfahrungen und Bewertungen anderer Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle spielen, um sich im Vorfeld des Krankenhausaufenthalts über die Einrichtung zu informieren.

10.5.3.2 Strukturen der Versorgung

Kontaktdaten des Krankenhauses

In der Bedarfserhebung wird auch von der Suche nach konkreten Ansprechpartnerinnen und -partnern berichtet, etwa für das Thema „Entlassmanagement“ oder zur Mitaufnahme einer Begleitperson.

Erreichbarkeit bzw. Wohnortnähe

Die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus bzw. die Erreichbarkeit des Krankenhauses entscheidungsrelevant ist. Demnach bevorzugen Patientinnen und Patienten nach Angaben der Befragten ein nahegelegenes Krankenhaus. Ist jedoch ein Aufenthalt in einem spezialisierten Krankenhaus erforderlich, so nehmen sie auch einen weiteren Anfahrtsweg in Kauf. In Ausnahmefällen erfolgt die Krankenhaussuche auch deutschlandweit.

Größe des Krankenhauses

Die Befragten der Bedarfserhebung geben an, dass Patientinnen und Patienten auch nach Informationen zur Größe des Krankenhauses suchen. Diese wird z. B. an der Bettenanzahl festgemacht.

Barrierefreiheit

Das Thema „Barrierefreiheit bzw. die barrierefreie Ausstattung des Krankenhauses“ wird allgemein als ein wichtiger Aspekt angeführt. Die Befragten setzen dabei unterschiedliche Schwerpunkte: Menschen mit Hörschädigungen benötigen bspw. Informationen zur Verfügbarkeit von Gebärdendolmetscherinnen oder -dolmetschern. Interesse besteht aber auch an Information im Hinblick auf die Frage, ob Räume oder Geräte die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Für einige Patientengruppen ist zudem relevant, ob die Patientenzimmer sowie vor allem Bad und WC barrierefrei zugänglich sind.

Versorgungsschwerpunkte bzw. Spezialisierung des Krankenhauses

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass ein hohes Informationsbedürfnis zu den Versorgungsschwerpunkten eines Krankenhauses, Spezialisierungen oder spezielle Zentren bzw. Ambulanzen besteht. Bei der Krankenhauswahl ist dieses Thema entscheidungsrelevant.

Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten

Es deutet sich an, dass manche Patientinnen und Patienten sich vor der Wahl des Krankenhauses über die Ausstattung mit speziellen medizinisch-technischen Geräten wie Magnetresonanztomographen (MRT) oder Elektroenzephalographen (EEG) informieren möchten.

Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Einige der befragten Vertreterinnen und Vertreter äußern, dass die von ihnen vertretenen Patientengruppen Interesse an Informationen zu speziellen Therapiemöglichkeiten haben. Auch besteht Interesse an Informationen zu bestimmten pflegerischen Leistungen bzw. in Bezug auf die Frage, welche Möglichkeiten bestehen, den besonderen (körperlichen) Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenzerkrankungen angemessen zu berücksichtigen.

Qualifikation des Personals

Die Vertreterinnen und Vertreter führen an, dass im Zusammenhang mit der Entscheidung für ein Krankenhaus ein starkes Informationsbedürfnis hinsichtlich des Krankenhauspersonals besteht. Dies betrifft vor allem die Qualifikation und das Fachwissen des medizinischen Personals, insbesondere die ärztliche Kompetenz und Expertise. Neben der Verfügbarkeit von Spezialistinnen und Spezialisten wird in diesem Kontext die Erfahrung des Personals bei der Diagnosestellung und der Durchführung bestimmter Eingriffe bzw. Behandlungen genannt.

Ebenso wird geschildert, dass es bedeutsam sein kann, vorab zu erfahren, ob das (Pflege-)Personal Erfahrungen im Umgang mit speziellen Krankheitsbildern, körperlichen Beschwerden oder Behinderungen hat. Beispiele hierfür sind Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen, Demenzerkrankungen oder Epilepsie.

Personalausstattung

Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten ein großes Interesse an Informationen zur Personalausstattung haben. Dies betrifft bspw. die Anzahl des medizinischen Personals im Verhältnis zur Anzahl der Patientinnen und Patienten.

Eng damit verbunden ist das Informationsbedürfnis zur Auslastung des Personals. Entscheidungsrelevant ist neben Informationen über die Verfügbarkeit und Ansprechbarkeit des Personals auch die Frage, wieviel Zeit für persönliche Zuwendung bleibt. Dies schließt Zeit sowohl für Gespräche und als auch für die verständliche Aufklärung zu Krankheit, Ursachen und Symptomen und zu resultierenden Therapie ein.

Diagnose- und prozedurbezogene Fallzahlen

Die Fallzahlen eines Krankenhauses scheinen ebenfalls mit in die Entscheidung für ein Krankenhaus einzufließen. Hierzu wird angegeben, dass Patientinnen und Patienten nach Informationen über die Anzahl an Eingriffen pro Jahr suchen, vor allem in Bezug auf die jeweils zugrunde liegenden Erkrankungen.

Ausstattung des Krankenhauses und der Patientenzimmer

In Bezug auf die Ausstattung des Krankenhauses werden bspw. Informationen zur Belegung der Patientenzimmer als relevant erachtet. Auch die allgemeine räumliche Ausstattung des Krankenhauses wird als Entscheidungskriterium herangezogen. Beispiele hierfür sind das Vorhandensein von Aufenthaltsräumen oder eine Ausstattung, die die Bedürfnisse von Kindern oder Jugendlichen berücksichtigt.

Service- und Hilfsangebote

Hier ist vor allem die Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson, etwa bei Eltern erkrankter Kinder oder bei Menschen mit Demenzerkrankungen, von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang besteht auch ein Informationsbedürfnis bezüglich zusätzlicher Kosten bspw. über Wahlleistungen oder sogenannte Selbstzahlerleistungen. Weitere relevante Informationen

sind die Besuchszeiten einzelner Fachabteilungen bzw. Stationen sowie die Verpflegung im Krankenhaus. Der Fokus liegt hier auf Ernährungsunverträglichkeiten und spezieller Diätkost.

10.5.3.3 Prozesse der Versorgung

Sauberkeit und Hygiene

Gemäß den Ergebnissen der Befragung scheinen auch Informationen zu Hygiene und Sauberkeit entscheidungsrelevant.

Wartezeiten

In Bezug auf die Wartezeiten wird darauf hingewiesen, dass bestimmte Patientengruppen wie Menschen mit Demenzerkrankungen in der zeitlichen Orientierung beeinträchtigt sind. Die Personen, die sie vertreten, wählen oder empfehlen daher bevorzugt Krankenhäuser, die kurze Wartezeiten sicherstellen können.

Arzneimittelsicherheit

Augenmerk scheinen manche Patientinnen und Patienten auf die Versorgung mit speziellen Arzneimitteln zu legen. Dies betrifft bspw. das Mitbringen eigener und das Bereitstellen neuer Medikamente oder auch die Bevorratung des Krankenhauses mit speziellen Notfallmedikamenten, etwa zur Blutgerinnung bei Hämophilie.

Kommunikation und Interaktion

Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen zudem, dass Patientinnen und Patienten das Thema „Kommunikation und Interaktion“ wichtig ist. So sind eine freundliche Behandlung und eine Begegnung auf Augenhöhe wesentliche Kriterien, die in die Krankenhauswahl miteinbezogen werden. Da bestimmte Erkrankungen wie Demenzerkrankungen oder Autismus besondere Herausforderungen mit sich bringen, besteht in diesem Zusammenhang ein erhebliches Interesse an Informationen. Grundsätzlich wird ein menschliches Miteinander eingefordert, das sich auch durch das Wahr- und Ernstnehmen individueller bzw. besonderer Bedürfnisse kennzeichnet. Ein Beispiel dafür ist, dass sich Ärztinnen und Ärzten ausreichend Zeit für die Patientinnen und Patienten nehmen.

Aufklärung und Patienteninformation während des Krankenhausaufenthalts

Die Information und Aufklärung, so die Befragten, sollte bspw. auf (körperliche) Einschränkungen der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein. Darunter fallen auch Informationen, die in einfacher Sprache und/oder großer, leseleichter Schrift verfasst sind. Neben der schriftlichen Kommunikation nennen die Befragten auch eine kompetente und zugewandte persönliche Informationsvermittlung als wesentlich für eine gelungene Aufklärung zu Krankheit, Therapie und Krankenhausaufenthalt.

Aufnahme- und Entlassmanagement

Das Aufnahme- und Entlassmanagement des Krankenhauses wird ebenfalls als ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl beschrieben. Hier wird angegeben, dass neben Informationen zu den Abläufen bei der Aufnahme und Entlassung vor allem Hinweise zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt benötigt werden.

10.5.3.4 Ergebnisse der Versorgung

Behandlungsergebnisse

Ein hohes Interesse besteht laut Angaben einiger Befragten an der Qualität sowie den Ergebnissen der Behandlung. In diesem Zusammenhang äußern manche Befragte auch den Wunsch, Informationen zur Ergebnisqualität auf der Ebene einzelner Ärztinnen und Ärzte bzw. des Behandlungsteams zu erhalten.

Komplikationsrate

Als zusätzliches wichtiges Informationsbedürfnis und Entscheidungskriterium wird in manchen Fällen das Thema „Komplikationsraten“ angegeben, ebenfalls bezogen auf die geplante Behandlungsmethode.

10.5.4 Zusammenfassung

In den vorherigen Abschnitten wurden die Erkenntnisse über die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und die Entscheidungsrelevanz präsentiert. Im Folgenden werden die Erkenntnisse zusammengefasst und Besonderheiten aufgezeigt.

10.5.4.1 Übergeordnete Themen

Die Reputation eines Krankenhauses spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahl des Leistungserbringers. Hervorzuheben ist allerdings, dass die Erfassbarkeit und Interpretierbarkeit der Reputationen als Thema als gering einzuschätzen ist, da die dahinterliegenden Vorstellungen von Patientinnen und Patienten von diesen oftmals kaum konkretisiert werden können und heterogen sind.

Ein weiteres übergeordnetes Thema sind Qualitätssiegel und Zertifikate. Diese können eine Quelle für Informationen für Patientinnen und Patienten sein. Die Bedeutsamkeit dieses Themas bei der Wahl eines Krankenhauses unterscheidet sich allerdings zwischen Patientengruppen. Zudem scheint es wichtig die Bedeutung der Qualitätssiegel und Zertifikate patientengerecht aufzuarbeiten.

Darüber hinaus wurde die Atmosphäre als ein Thema identifiziert, dass bei der Krankenhauswahl bedeutsam scheint. Auch finden sich in den Wissensbeständen Hinweise dazu, dass Patientinnen und Patienten Hilfen zur Krankenhaussuche benötigen. Die Erfahrung anderer Patientinnen und Patienten scheint ebenso bedeutsam bei der Wahl des Krankenhauses zu sein. Fokusgrup-

penübergreifend wird deutlich, dass viele Patientinnen und Patienten das Bedürfnis haben, einen gebündelten Gesamteindruck oder eine direkte Empfehlung hinsichtlich der Frage zu erhalten, ob die Versorgung in einem Krankenhaus „insgesamt gut“ ist.

10.5.4.2 Strukturen der Versorgung

Einige Themen in Bezug auf die Strukturen der Versorgung wurden in allen Wissensbeständen als informations- und entscheidungsrelevant kategorisiert, wie „Erreichbarkeit bzw. Wohnortsnähe“, „Größe des Krankenhauses“, „Qualifikation des Personals“ sowie „Diagnose- und prozedurbezogene Fallzahlen“. Darüber hinaus als bedeutsam erwiesen, haben sich die Themen „Kontaktdaten des Krankenhauses“, „Barrierefreiheit“, „Art und Trägerschaft des Krankenhauses“, „Spezialisierung bzw. Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses“, „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“, „Ausstattung des Krankenhauses“ und „Personalausstattung“.

Zu anderen Themen wiederum, liegen in den Wissensbeständen unterschiedliche teilweise widersprüchliche Informationen in Bezug auf die Informations- und Entscheidungsrelevanz für Patientinnen und Patienten vor. Hierzu zählen die Themen „Verfügbarkeit von bzw. mit medizinisch-technischen Geräten“, „Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden“, „Serviceangebote des Krankenhauses“ und „Ausstattung der Patientenzimmer“.

10.5.4.3 Prozesse der Versorgung

In Bezug auf Versorgungsprozesse werden die Themen „Leitliniengerechte Behandlung“, „Schmerzmanagement“, „Indikationsstellung“, „Kontinuierliche der Versorgung“, „Kommunikation und Interaktion“ sowie „Aufklärung und Patienteninformation während des Krankenhausaufenthalts“ in den Wissensbeständen als informations- bzw. entscheidungsrelevant eingeschätzt.

Die Studienlage in Bezug auf die Informations- bzw. Entscheidungsrelevanz des Themas „Hygiene und Sauberkeit“ scheint inkonsistent. Eine teilweise unterschiedliche Bewertung der Informations- bzw. Entscheidungsrelevanz zeigt sich zudem für die Themen „Wartezeit“, „Patientensicherheit“ und „Entlassmanagement“. Das Thema „Arzneimittelsicherheit“ scheint weniger relevant bei der Wahl eines Krankenhauses. Hier deutet sich lediglich ein Informationsbedürfnis aufgrund der Ergebnisse der Bedarfserhebung an.

10.5.4.4 Ergebnisse der Versorgung

Die meisten Themen zu Ergebnissen der Versorgung scheinen für Patientinnen und Patienten informations- bzw. entscheidungsrelevant zu sein. Dies umfasst u. a. Informationen zu Behandlungsergebnissen. Die Wiederaufnahmerate wird in der Literatur als weiteres entscheidungsrelevantes Thema bei der Krankenhauswahl genannt. Auch in Bezug auf das Thema „Infektionsrate“ besteht von Seiten der Patientinnen und Patienten ein Informationsbedürfnis.

Die Themen „Komplikationsraten“ und „Sterblichkeitsraten“ scheinen von Patientinnen und Patienten unterschiedlich informations- bzw. entscheidungsrelevant eingeschätzt zu werden. Aus den Wissensbeständen geht hervor, dass Informationen dazu von einem Teil der Patientinnen und Patienten als beängstigend wahrgenommen. Einige Quellen verdeutlichen jedoch auch,

dass manche Patientinnen und Patienten Informationen zu diesen Themen bei ihrer Krankenhausauswahl berücksichtigen. Gemäß Literatur wird zudem die Überlebensrate zur Information herangezogen.

10.6 Für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Informationsmodule

Basierend auf den in Abschnitt 10.5 identifizierten Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien (vgl. I.2.c) erfolgte eine erste Bündelung in Themenbereiche, Themen und Unterthemen (vgl. Anhang C.1). Dabei wurden auch die Erkenntnisse zum Nutzungskontext und Nutzungsverhalten berücksichtigt und geprüft, wie diese mit den im strukturierten Qualitätsbericht verfügbaren Informationen abgebildet werden können (vgl. Abschnitte 10.2 und 10.4). Dieser Entwicklungsstand bildete den Ausgangspunkt für die Beratung durch das Expertengremium (vgl. Abschnitt 7.1 sowie Anhang C.1 und Anhang C.2). Ausgehend von diesen Entwicklungsschritten leitete das IQTIG Informationsmodule, Themen und Unterthemen ab. Informationsmodule beschreiben die Themenkomplexe, die unter Berücksichtigung der Patientensicht zur Veröffentlichung empfohlen werden. Im Anschluss an das gesetzlich vorgeschriebene Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V wurden die Entwicklungsergebnisse erneut geprüft und teilweise überarbeitet (vgl. Anhang C.3.2). Dabei flossen auch Erkenntnisse aus den Nutzertests im Rahmen der Prototypentwicklung ein (vgl. Anlage 1).

In Tabelle 8 werden die Informationsmodule, Themen und Unterthemen abgebildet, die vom IQTIG zur (perspektivischen) Veröffentlichung im G-BA-Qualitätsportal empfohlen werden (vgl. I.2.c). In den nachfolgenden Abschnitten werden diese Informationsmodule erläutert und Empfehlungen zur inhaltlichen Ausgestaltung gegeben.

Tabelle 8: Übersicht der zur Veröffentlichung empfohlenen Informationsmodule

Informationsmodule	Themen und Unterthemen
1 Übergeordnete Themen	1.1 Informationen zur Website
	1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten
	1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website
	1.1.3 Kooperationspartner und Unterstützer des Website-Angebots
	1.2 Themen und Tipps
	1.2.1 Hintergrundinformationen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland
	1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche und Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt
	1.2.3 Informationen zu unterstützenden Angeboten, Diagnosen und Behandlungen

Informationsmodule	Themen und Unterthemen
	1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen
	1.3.1 Mindestmengen
	1.3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
2 Basisinformationen zum Krankenhaus	2.1 Entfernung zum Wohnort
	2.2 Allgemeine Kontaktdaten
	2.3 Art des Krankenhauses
	2.4 Art der Trägerschaft
	2.5 Größe des Krankenhauses
	2.6 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei
3 Behandlungsfälle	3.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses
	3.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
	3.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben
4 Qualität	4.1 Behandlungsergebnisse
	4.2 Abläufe vor Ort
	4.3 Kommunikation und Interaktion
5 Hygiene und Infektionen	–
6 Allgemeine Patientenerfahrungen	–
7 Medizinische Schwerpunkte	7.1 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren
	7.2 Medizinische und pflegerische Leistungen
8 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	–
9 Ausstattung und Service	9.1 Unterbringung von Begleitpersonen
	9.2 Geeignete Ausstattung für Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	9.3 Dolmetscherdienst

Informationsmodule	Themen und Unterthemen
10 Barrierefreiheit	10.1 Ansprechperson für Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen
	10.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen

10.6.1 Informationsmodul „Übergeordnete Themen“

In der wissenschaftlichen Literatur und in den Fokusgruppen spielt die Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus dem Internet für Patientinnen und Patienten eine große Rolle (Haselhoff 2010: 101). Dabei thematisieren Patientinnen und Patienten bspw. die Seriosität von Informationsquellen, Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Marketing- oder Werbemaßnahmen von Krankenhäusern, aber auch die Zuverlässigkeit bzw. Einseitigkeit von identifizierten Aussagen.

Darüber hinaus geht aus den Fokusgruppen hervor, dass Patientinnen und Patienten zumeist keinerlei Vorstellung vom Thema „Qualitätssicherung“ haben oder dass sie demgegenüber mitunter eine misstrauische Haltung haben. Zudem wissen Patientinnen und Patienten oftmals nicht, worauf sie bei der Krankenhaussuche achten sollten. Darüber hinaus wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Krankenhaussuche auch allgemeine Informationen zur Diagnose oder Behandlung recherchiert werden.

Um einerseits die Vertrauenswürdigkeit des G-BA-Qualitätsportals als ein seriöses Internetangebot zu erhöhen und andererseits Nutzerinnen und Nutzern bei einer gezielten Krankenhaussuche zu unterstützen, wird die Darstellung folgender übergeordneter Themen im G-BA-Qualitätsportal als flankierende Informationen empfohlen (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung).

10.6.1.1 Informationen zur Website

Das IQTIG empfiehlt, bspw. auf Unterseiten wie „Über uns“ Informationen bereitzustellen, woher die Daten auf der Website stammen, wie diese geprüft werden und wer für die Inhalte verantwortlich ist. Erste Textentwürfe hierzu sind bereits im Rahmen der Prototypenentwicklung durch das IQTIG erarbeitet worden (siehe Anhang F.2). Im Zuge der Umsetzung sollten diese Entwürfe weiterentwickelt und stichprobenhaft in Hinblick auf ihre Verständlichkeit getestet werden.

10.6.1.2 Themen und Tipps

Das IQTIG empfiehlt, relevante Tipps und Hintergrundinformationen rund um die stationäre Versorgung und Krankenhauswahl im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Dazu gehören insbesondere Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland, Tipps zur Krankenhaussuche und Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt sowie (Kontakt-)Informationen zu unterstützenden Angeboten, Diagnosen und Behandlungen. Allgemeine Gesundheitsinformationen zu Diagnosen und Behandlungen können dabei über Schnittstellen insbesondere zum Nationalen Gesundheitsportal bereitgestellt werden (vgl. Punkt I.2.r der Beauftragung sowie Abschnitt 1.3.2). Andere Informationen wie z. B. Tipps zur Krankenhaussuche und

Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt sind im Rahmen der Umsetzung redaktionell zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln. Erste Textentwürfe sind Anhang F.2 zu entnehmen.

10.6.1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen

Gemäß Punkt I.2.q und Punkt I.4.d der Beauftragung sollen Informationen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengen im G-BA-Qualitätsportal integriert werden. In Bezug auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind die Informationen und Aufgaben nach § 17 und § 9 Absatz 7 Satz 5 plan. QI-RL zeitlich prioritär zu berücksichtigen. Das IQTIG empfiehlt, für die Erstumsetzung auf Unterseiten des G-BA-Qualitätsportals allgemeinverständlich zu erläutern, was planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen sind. Für die Erstentwicklung empfiehlt das IQTIG, auf diesen Unterseiten die Ergebnisse der Sonderveröffentlichung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengen zu integrieren.

10.6.2 Informationsmodul „Basisinformationen zum Krankenhaus“

Das IQTIG empfiehlt, im Informationsmodul „Basisinformationen zum Krankenhaus“ allgemeine Struktur- und Kontaktinformationen zum Krankenhaus abzubilden, die für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen bei der Krankenhaussuche bedeutsam sind. Aus den Wissensbeständen geht hervor, dass verschiedene allgemeine Informationen zum Krankenhaus wichtig für Patientinnen und Patienten bei ihrer Krankenhauswahl sind. Dabei zeichnen sich insbesondere folgende Themen ab.

10.6.2.1 Entfernung zum Wohnort

Die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus ist ein zentrales Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl (vgl. Abschnitt 10.5.1.2). Patientinnen und Patienten ziehen insbesondere bei leichten Erkrankungen demnach Krankenhäuser vor, die wohnortnah gelegen und gut erreichbar sind (Mansky 2013, Raab und Konrad 2014). Auch die Erreichbarkeit für die Angehörigen kann die Wahl beeinflussen. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Bedarfserhebung bestätigen dies. Patientinnen und Patienten nehmen eine längere Anfahrt in Kauf, wenn ein operativer Eingriff bevorsteht (Yahanda et al. 2016).

Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, standortbezogen die Entfernung zum Wohnort zu ermitteln und im G-BA-Qualitätsportal anzugeben. Die Entfernung zum Wohnort sollte zudem in Sortier- und Filterfunktionen berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 12.3). Dies ermöglicht Nutzerinnen und Nutzern der Website eine präferenzorientierte Auswahl und Eingrenzung von relevanten Leistungserbringern in ihrem Umkreis.

10.6.2.2 Allgemeine Kontaktdaten

Das IQTIG empfiehlt, allgemeine Kontaktdaten zum Krankenhaus auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen. Dazu gehören zum einen die Adresse und ein Link zur Website des Krankenhauses. Zum anderen sollte eine allgemeine Telefonnummer und E-Mail-Adresse angegeben werden, unter der Nutzerinnen und Nutzer direkt Kontakt mit den Krankenhäusern aufnehmen, die sie im Rahmen ihrer Suche als relevant identifiziert haben.

10.6.2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Für manche Patientinnen und Patienten sind an die Art des Krankenhauses bestimmte Erwartungen geknüpft (Dreves 2013, Dreves und Gebele 2015: 115, Beukers et al. 2014, Varkevisser et al. 2010). So werten sie bspw. den Status als Universitätsklinik als Zeichen für hohe fachliche Qualität, umfangreiche Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten sowie eine enge Anbindung an die Forschung.

Auch der Art der Trägerschaft schreibt ein Teil der Patientinnen und Patienten bestimmte Eigenschaften zu. So wird bspw. bei konfessionellen Trägern davon ausgegangen, dass die Betreuung stärker durch Aufmerksamkeit und Freundlichkeit geprägt ist, als dies bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft der Fall ist.

Art und Trägerschaft stellen keine Qualitätsinformationen dar, werden von Patientinnen und Patienten aber mit bestimmten Eigenschaften verbunden. Aus diesem Grund empfiehlt das IQTIG, Angaben zu Art und Trägerschaft für eine präferenzorientierte Krankenhauswahl im G-BA-Qualitätsportal zu berücksichtigen. In Bezug auf die Art des Krankenhauses wird empfohlen, zwischen Universitätsklinikum, Lehrkrankenhaus und Allgemeinkrankenhaus zu differenzieren. Mit Blick auf die Trägerschaft empfiehlt das IQTIG – gestützt durch die Rückmeldungen aus dem Expertengremium und den Nutzertestungen –, zwischen privatwirtschaftlichen, öffentlichen, konfessionellen (katholisch/evangelisch/jüdisch/sonstige) und sonstigen freigemeinnützigen Trägern zu unterscheiden.

10.6.2.4 Größe des Krankenhauses

Aus der Literatur, den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung geht hervor, dass Patientinnen und Patienten bestimmte Erwartungen an die Krankenhausgröße knüpfen und diese im Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet (Hildon et al. 2015, Dreves 2013, Dreves und Gebele 2015: 115). Aus diesem Grund empfiehlt das IQTIG, die Krankenhausgröße als Zusatzinformation im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Dies ermöglicht Nutzerinnen und Nutzern der Website eine präferenzorientierte Auswahl.

Als Indikator zur Beschreibung der Krankenhausgröße wird üblicherweise die Anzahl der Betten verwendet (Dreves 2013). In der Regel werden jedoch Informationen zur „Größe“ und nicht zur „Bettenzahl“ gesucht. Im Sinne einer erwartungskonformen, patientenzentrierten Informationsaufbereitung sollten die metrischen Angaben zur Bettenanzahl daher um eine verständliche Einordnung ergänzt werden. Das IQTIG empfiehlt in diesem Zusammenhang, Krankenhäuser basierend auf der Gesamtzahl der Krankenhausbetten in „kleine“, „mittlere“ und „große“ Krankenhäuser einzuteilen.

Eine einheitliche Regelung zur Einteilung bzw. Gruppierung von Krankenhäusern anhand ihrer Bettenanzahl ist nicht aus der Literatur ersichtlich. Vielmehr finden sich unterschiedliche Formen der Einteilung bzw. Gruppierung: So unterscheidet Destatis (2021a) abhängig von der Fragestellung bspw. zwischen 4 bis 11 Bettenkategorien (4 Kategorien: Krankenhäuser bis 99 Betten, Krankenhäuser mit 100 bis 199 Betten, Krankenhäuser mit 200 bis 499 Betten, Krankenhäuser mit 500 und mehr Betten). In einer Analyse zur Patientenzuordnung auf Fachabteilungen

werden Krankenhäuser in kleine (< 150 Betten), mittlere (150 bis 400 Betten) und große Krankenhäuser (> 400 Betten) eingeteilt (Focke et al. 2016). De Cruppé et al. (2008) differenzieren in ihrer Analyse zu den Auswirkungen der Mindestmengenvereinbarungen auf die stationäre Versorgungsstruktur zwischen kleinen (100–300 Betten), mittleren (300–600 Betten) und großen Krankenhäusern (> 600 Betten). Für das G-BA-Qualitätsportal wird empfohlen, Krankenhäuser basierend auf der Anzahl der Betten als „klein“ (< 250 Betten), „mittel“ (250–500 Betten) oder „groß“ (> 500 Betten) auszuweisen.

10.6.2.5 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei

Jenseits der empirisch abgeleiteten Themen empfiehlt das IQTIG aus Gründen der Transparenz, die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als PDF-Datei zum Download zur Verfügung zu stellen. Nutzerinnen und Nutzer der Website haben so die Möglichkeit, alle Informationen, die dem G-BA-Qualitätsportal zugrunde liegen, im Detail einzusehen.

10.6.3 Informationsmodul „Behandlungsfälle“

Aus verschiedenen Studien und den Fokusgruppen geht hervor, dass Patientinnen und Patienten Fallzahlen als Anhaltspunkt für die Spezialisierung und Erfahrung eines Krankenhauses werten (Picker Institut Deutschland 2006: 28, Simon 2010). Zwar wird die Bedeutsamkeit von Fallzahlen bei der Krankenhauswahl in Studien unterschiedlich bewertet (Universität Witten/Herdecke [kein Datum]: 43, Streuf et al. 2007, Geraedts et al. 2007, Yahanda et al. 2016), jedoch deutet sich an, dass Patientinnen und Patienten diese Informationen bei der Wahl eines Krankenhauses grundsätzlich berücksichtigen (Zwijnenberg et al. 2011, Yang et al. 2018, Neugebauer [2010]).

Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, Fallzahlen im G-BA-Qualitätsportal auszuweisen und Nutzerinnen und Nutzer ausgehend von ihrer Suche über die diagnose- bzw. prozeduren-spezifischen Fallzahlen eines Krankenhauses zu informieren. Zur besseren Übersicht sollten Angaben zu Fallzahlen übergeordnet auf Krankenhausebene sowie untergeordnet auf Ebene der Organisationseinheiten / Fachabteilungen ausgewiesen werden. Konkrete Empfehlungen zur Darstellung von Fallzahlen im G-BA-Qualitätsportal sind Abschnitt 12.2.3 zu entnehmen.

Gelten für einen Versorgungsanlass gesetzliche Mindestmengen, empfiehlt das IQTIG, zusätzlich im Informationsmodul auszuweisen, ob das Krankenhaus diese einhält (vgl. Hinweistexte in Anhang F.2).

10.6.4 Informationsmodul „Qualität“

Sowohl die Literaturrecherche als auch die eigenen Erhebungen weisen auf Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach Informationen zur Versorgungsqualität hin (Yahanda et al. 2016, Simon 2010, Faber et al. 2009). Mehrheitlich wird dieses Informationsbedürfnis bislang jedoch nicht mittels einer objektiven Datengrundlage adressiert. Stattdessen werden Wahlentscheidungen in der Praxis meist auf Basis subjektiver Qualitätsbewertungen gefällt, wie eigenen Erfahrungen, Empfehlungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder dem Ruf eines Krankenhauses (Yahanda et al. 2016, Universität Witten/Herdecke [kein Datum]).

Eine möglichst objektive Informationsgrundlage ist essenziell für aussagekräftige und faire Vergleiche der Versorgungsqualität. Sowohl national als auch international werden zu diesem Zweck Qualitätsindikatoren eingesetzt. Auch Patientinnen und Patienten werten entsprechende Daten grundsätzlich als wichtig. So zählten beispielsweise die „Erfolgsrate“ und „Qualitätsbewertungen durch unabhängige Institutionen“ in einem Choice-basiertem Experiment mit $n = 276$ Teilnehmenden zu den Top 10 der meistpräferierten qualitätsrelevanten Informationen von insgesamt 35 Attributen (Simon 2011). Auch andere qualitative und quantitative Studien legen nahe, dass Qualitätsinformationen, die typischerweise in gesetzlichen QS-Verfahren erfasst werden (z. B. Komplikationsraten), von Patientinnen und Patienten grundsätzlich als relevant eingeschätzt werden (Prang et al. 2018b, Yang et al. 2018, Zwijnenberg et al. 2011, Damman et al. 2012).

Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, im Informationsmodul „Qualität“ die Ergebnisse der für den jeweiligen Versorgungsanlass relevanten Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren des G-BA abzubilden. Dabei sind aus Patientensicht insbesondere jene Qualitätsindikatoren als „maßgeblich“ zu werten, die sich auf den jeweiligen Versorgungsanlass beziehen. Bei der Suche nach einem Krankenhaus zum „Erstmaligen Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ wären dies bspw. Indikatoren aus dem QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)*.

Für das G-BA-Qualitätsportal stehen bisher grundsätzlich alle Qualitätsindikatoren zur Verfügung, die gemäß den Qb-R vom G-BA als zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden. Im Kontext des G-BA-Qualitätsportals sollten Sentinel-Event-Indikatoren jedoch nicht berücksichtigt werden. In der externen Qualitätssicherung in Deutschland werden Sentinel-Event-Bewertungskonzepte in erster Linie für Indikatoren zu seltenen Ereignissen genutzt (IQTIG 2019: 166). Dabei wird unabhängig von der berücksichtigten Grundgesamtheit schon das Vorliegen eines einzigen Ereignisses als Hinweis auf ein Qualitätsdefizit verstanden. Zudem wird bei diesen Indikatoren in der Regel auf eine Risikoadjustierung verzichtet, da die Erhebung von Risikofaktoren bei allen potenziell gefährdeten Patientinnen und Patienten bei zugleich seltener Eintrittswahrscheinlichkeit einen unverhältnismäßig großen Aufwand bedeuten würde (z. B. die Erhebung von Risikofaktoren bei allen Schwangeren zur Bewertung der Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit der Geburt). Die Indikatorwerte solcher Sentinel-Event-Indikatoren erlauben daher ohne ergänzende Beurteilung keine Aussage über die Versorgungsqualität, sondern dienen in erster Linie als Auslösekriterium für die weitere Prüfung und Ursachenanalyse individueller Behandlungsfälle, bspw. im Stellungnahmeverfahren / Strukturierten Dialog. Dies impliziert eine enumerative Sichtweise auf die Auswertungsmethodik, bei der davon ausgegangen wird, dass die beobachteten Daten keinen zufälligen Einflüssen (Stochastizität) unterliegen bzw. der Einfluss zufälliger Faktoren erst bei der Ursachenanalyse individueller Behandlungsfälle, nicht aber bei der Einstufung quantitativer Indikatorergebnisse berücksichtigt wird. Die Berücksichtigung von patientenseitigen Faktoren und von Stochastizität ist für faire und aussagekräftige Qualitätsvergleiche jedoch zentral. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, Qualitätsindikatoren mit Sentinel-Event-Bewertungskonzept nicht für Qualitätsvergleiche im Kontext des G-BA-Qualitätsportals heranzuziehen.

10.6.4.1 Definition von Qualität

Das IQTIG hat grundsätzliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung im Rahmenkonzept für Qualität definiert (IQTIG 2019). Folgende sechs Dimensionen werden als grundlegende Anforderungen verstanden, die bei einer leistungserbringerbezogenen Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden sollten:

- Wirksamkeit (*effectiveness*)
- Patientensicherheit (*safety*)
- Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (*responsiveness*)
- Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit (*timeliness*)
- Angemessenheit (*appropriateness*)
- Koordination und Kontinuität (*coordination, continuity*)

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gemäß IQTIG-Definition erfüllt all diese Anforderungen. Das Rahmenkonzept für Qualität dient bei der Entwicklung von Qualitätsindikatorensets als Raster, um zu prüfen, ob das Qualitätsindikatorenset alle Dimensionen adressiert oder ob unerwünschte „blinde Flecke“ bestehen (IQTIG 2021: 23).

Sollen Schlussfolgerungen über die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers bezogen auf einen bestimmten Versorgungsanlass (z. B. elektive Hüftendoprothesenversorgung) gezogen werden – wie es etwa nötig ist für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl –, ist in der Regel nicht ein einzelner, sondern ein Set von Indikatoren notwendig. Je besser dieses Indikatorenset die relevanten Qualitätsaspekte eines Versorgungsanlasses abbildet, desto eher haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Krankenhäuser mit besserer Versorgungsqualität zu wählen.

10.6.4.2 Eignung von Qualitätsindikatorensets

Das fachlich-inhaltliche Eignungskriterium für die Güte von Schlussfolgerungen auf Basis von Indikatorensets wird als Inhaltsvalidität bezeichnet (Schmitt et al. 2007, Wollersheim et al. 2007). Sie beschreibt, inwieweit das Indikatorenset die relevanten Qualitätsaspekte bezogen auf den jeweiligen Versorgungsanlass abbildet, und wird anhand von drei Kriterien beurteilt (IQTIG 2021):

- der Abdeckung der relevanten Inhalte (d. h. der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells)
- der Ausgewogenheit des Indikatorensets (Proportionalität)
- der Vermeidung irrelevanter Inhalte (Kontamination) (Haynes et al. 1995, American Educational Research Association et al. 2014)

Das heißt, dass in einem Qualitätsindikatorenset mit hoher Inhaltsvalidität alle Inhalte, die zuvor als relevant identifiziert wurden, durch Indikatoren abgebildet werden. Zudem stehen die Indikatoren in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander und es sind keine irrelevanten Indikatoren im Set enthalten.

Da die bestehenden Qualitätsindikatoren des G-BA nicht mit dem Ziel entwickelt wurden, Patientinnen und Patienten eine qualitätsorientierte Leistungserbringerwahl zu ermöglichen, wurde zunächst eine Prüfung der Inhaltsvalidität der Indikatorensets entlang der Qualitätsdimensionen

des Rahmenkonzepts für Qualität vorgenommen. Dies erfolgte anhand der zuvor beschriebenen Kriterien exemplarisch für die im Prototyp abgebildeten Versorgungsanlässe „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“. Werden einzelne Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts nicht über bestehende Qualitätsindikatoren abgedeckt, kann dies darauf hindeuten, dass bestehende Indikatorensets unausgewogen sind und wichtige Qualitätsinformationen fehlen.

Für die Einschätzung der Inhaltsvalidität der beiden Indikatorensets wurden die Qualitätsindikatoren des jeweiligen Sets zunächst den Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts zugeordnet (vgl. Tabelle 9 und Tabelle 10). Diese Zuordnung erfolgte auf Basis einer fachlich-inhaltlichen Einschätzung der Passung des Qualitätsziels des Indikators mit der jeweiligen Qualitätsdimension. Ein Qualitätsindikator kann dabei grundsätzlich mehrere Qualitätsdimensionen adressieren. So bezieht sich beispielsweise der Qualitätsindikator 54012 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ sowohl auf die Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ als auch auf die Dimension „Patientensicherheit“.

Nachfolgend wird entsprechend der drei Kriterien der Inhaltsvalidität (Haynes et al. 1995, American Educational Research Association et al. 2014) geprüft,

- inwieweit die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts durch die bestehenden Qualitätsindikatoren des Indikatorensets grundsätzlich abgedeckt werden,
- inwieweit die Abdeckung der Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts durch die bestehenden Qualitätsindikatoren des Indikatorensets ausgewogen ist und
- dass dem jeweiligen Versorgungsanlass möglichst keine irrelevanten Inhalte zugeordnet werden (Vermeidung von Kontamination).

Wie aus Tabelle 9 und Tabelle 10 deutlich wird, sind beide Indikatorensets nicht inhaltsvalide mit Blick auf die sechs Dimensionen. So liegen lediglich für die Qualitätsdimensionen „Wirksamkeit“, „Patientensicherheit“ und „Angemessenheit“ Qualitätsindikatoren vor, wobei ein Schwerpunkt auf den Dimensionen „Wirksamkeit“ und „Patientensicherheit“ liegt. Dies ist im Einklang mit dem grundsätzlichen Befund, dass die gegenwärtigen Indikatorensets der externen Qualitätssicherung einen Schwerpunkt auf die Dimensionen „Wirksamkeit“ und „Patientensicherheit“ legen (Döbler und Geraedts 2018). Für die Qualitätsdimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten“, „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ sowie „Koordination und Kontinuität“ liegen keine Indikatoren vor.

Bezogen auf den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ spielt zudem Kontamination eine Rolle, da die Qualitätsindikatoren nicht dafür entwickelt wurden, einen spezifischen Versorgungsanlass abzubilden, sondern mehrere Versorgungsanlässe vereinen. Das trifft beispielsweise auf den Qualitätsindikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 10271) zu. So bildet der Qualitätsindikator zwar relevante Inhalte für drei Versorgungsanlässe (d. h. erstmaliger Hüftgelenkersatz nach Fraktur, erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Arthrose, Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks) ab, umfasst zugleich jedoch, bezogen auf jeden einzelnen dieser drei Versorgungsanlässe, ggf. auch nicht relevante Inhalte.

Die beiden geprüften Indikatorensets vernachlässigen wichtige Dimensionen von Versorgungsqualität und stellen daher nur eine begrenzte Informationsgrundlage für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl dar. Dennoch handelt es sich bei den bestehenden Qualitätsindikatoren um etablierte Indikatoren, die eine zentrale Grundlage der externen Qualitätssicherung darstellen und zumindest Teilaspekte der Versorgungsqualität abbilden. Aus diesen Gründen empfiehlt das IQTIG, in der ersten Ausbaustufe des G-BA-Qualitätsportals, trotzdem auf die bestehenden Qualitätsindikatoren zurückzugreifen, um Patientinnen und Patienten zeitnah erste Informationen zur Versorgungsqualität zur Verfügung zu stellen.

Tabelle 9: Prüfung des Qualitätsindikatorensets für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ bezogen auf die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität

Bezeichnung des Qualitätsindikators (QI-ID)	Qualitätsdimensionen gemäß des Rahmenkonzepts für Qualität					
	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (10271)	x	x				
Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54001)					x	
Sturzprophylaxe (54004)		x				
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (54012)	x	x				
Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54016)		x				
Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54019)		x				

Tabelle 10: Prüfung des Qualitätsindikatorensatzes für den Versorgungsanlass „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“ bezogen auf die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität

Bezeichnung des Qualitätsindikators (QI-ID)	Qualitätsdimensionen gemäß des Rahmenkonzepts für Qualität					
	Wirksamkeit	Patientensicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (51803)	x	x				
Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (181800)	x	x				
Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung (50045)		x				
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten (52249)					x	

10.6.4.3 Strukturierung der Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal

Damit Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen sich schnell einen Überblick über die für sie relevanten Aspekte der Versorgung verschaffen können, empfiehlt das IQTIG, die verfügbaren Qualitätsindikatoren thematisch zu ordnen. In anderen Vergleichsportalen werden hierfür beispielsweise die Messdimensionen von (Donabedian 2003: 47) herangezogen und Qualitätsindikatoren unter den Überschriften Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität gebündelt. Eine solche formale Strukturierung der Qualitätsindikatoren scheint für den Zweck der Patienteninformation allerdings wenig geeignet. So handelt es sich zum einen um vergleichsweise technisch klingende Fachbegriffe. Zum anderen ist davon auszugehen, dass aus Patientensicht eher inhaltliche Aspekte bei der Krankenhauswahl bedeutsam sind als die Frage, welcher Messdimension sich ein Indikator zuordnen lässt.

Für eine inhaltsbasierte Strukturierung von Qualitätsindikatoren liegen grundsätzlich die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts nahe, die auch zur Bewertung der Inhaltsvalidität von Indikatorensets (siehe Abschnitt 10.6.4.2) herangezogen wurden. Begriffe wie „Wirksamkeit“, „Patientensicherheit“ oder „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten“ sind allerdings Fachbegriffe und als solche nicht allgemeinverständlich. Zudem scheinen insgesamt sechs Dimensionen zur Strukturierung von Qualitätsindikatoren eher unübersichtlich. Damit sind auch die Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für die Abbildung und Strukturierung der Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal nicht geeignet.

Um Patientenzentrierung und Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten herzustellen, hat das IQTIG auf Grundlage der Literaturrecherche und den eigenen Erhebungen drei qualitätsrelevante Themen („Qualitätsthemen“) abgeleitet, die bedeutsam für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen sind:

- Behandlungsergebnisse
- Abläufe vor Ort
- Kommunikation und Interaktion

Behandlungsergebnisse

Sowohl in der Literatur als auch in den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung finden sich Hinweise darauf, dass Informationen zu Behandlungsergebnissen für Patientinnen und Patienten wichtig sind und (sofern verfügbar) im Entscheidungsprozess berücksichtigt werden (Steinhauser 2015: 222 f., Groenewoud et al. 2015, Picker Institut Deutschland 2006: 25 und 28, Simon 2011). Ein zentrales Thema ist bspw. der (langfristige) Behandlungserfolg. Neben dem Behandlungserfolg kristallisieren sich in der Literatur, den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung auch negative Behandlungsergebnisse wie Komplikationen und Sterblichkeit als potenziell relevant bei der Krankenhauswahl heraus (Picker Institut Deutschland 2006: 28, Simon 2011, Victoor et al. 2012, Schuldt et al. 2017, Damman et al. 2012). Ein Teil der Patientinnen und Patienten steht Angaben zu Komplikationen oder zur Sterblichkeit jedoch auch ablehnend gegenüber, z. B. weil diesen Angaben nur eine geringe Bedeutsamkeit für das einige Risiko zugeschrieben wird. Auch Zweifel an der Verlässlichkeit entsprechender Angaben oder die potenziell verunsichernde oder

ängstigende Wirkung werden als Gründe für eine Ablehnung genannt (Picker Institut Deutschland 2006: 28, Mazor und Dodd 2009). Aus Sicht des IQTIG sprechen diese Gründe jedoch nicht gegen eine Abbildung von Qualitätsinformationen zu Komplikationen oder zur Sterblichkeit im G-BA-Qualitätsportal. Sie unterstreichen vielmehr, dass die Darstellung entsprechender Angaben in einer besonders sensiblen Art und Weise erfolgen sollte (vgl. Abschnitt 10.3.1) und betonen die Herstellung von Vertrauenswürdigkeit als eine relevante Anforderung (vgl. Abschnitt 10.6.1).

Abläufe vor Ort

Das IQTIG fasst unter dem Begriff „Abläufe vor Ort“ unterschiedliche Themen zusammen, die sich auf die Versorgungsqualität während des Krankenhausaufenthalts beziehen. Aus der Literatur und den Fokusgruppen ergibt sich, dass Abläufe vor Ort für Patientinnen und Patienten relevante Kriterien sind. Dabei ist der Fokus auf bestimmte Prozesse und die Wichtigkeit konkreter Abläufe und Maßnahmen jedoch sehr heterogen. Hier unterscheidet sich die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten subjektiv, z. B. aufgrund des eigenen Krankheitsbildes. So kann für bestimmte Krankheitsbilder oder medizinische Maßnahmen beispielsweise das Thema „Schmerzmanagement“ von hoher Relevanz sein. Auch deuten Studien darauf hin, dass prozessbezogene Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Patientensicherheit relevant sind (Damman et al. 2012, Zwijnenberg et al. 2011). Ein anderes Thema, das für Patientinnen und Patienten bedeutsam ist und die Abläufe vor Ort betrifft, ist die Indikationsqualität. So gaben die Gesundheitsberaterinnen und -berater in den Fokusgruppen an, dass sie häufig mit Fragen bzw. Sorgen von Patientinnen und Patienten konfrontiert sind, ob eine Behandlung tatsächlich notwendig ist. Auch Informationen zur Kontinuität der Versorgung wie z. B. die Betreuung durch eine bestimmte Ärztin oder einen bestimmten Arzt über die verschiedenen Phasen des Krankenhausaufenthalts hinweg scheinen für Patientinnen und Patienten von Interesse (Schwappach und Strasmann 2006). Zum anderen zeichnet sich ein Interesse für die Zusammenarbeit mit der nachfolgenden ambulanten Versorgung im Sinne des Entlassmanagements ab (Albada und Triemstra 2009, Schwappach und Strasmann 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Schwappach und Strasmann 2006, Koppe et al. 2012, Iversen et al. 2009, Coran 2015, Streuf et al. 2007).

Kommunikation und Interaktion

Sowohl in der Literatur als auch in den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung wird die Kommunikation und Interaktion als ein entscheidungsrelevantes Qualitätsthema gewertet (Yahanda et al. 2016, Beardon et al. 2018). Hierbei geht es insbesondere um Aspekte wie den freundlichen Umgang des pflegerischen und medizinischen Personals mit den Patientinnen und Patienten, „sich Zeit nehmen“ für Patientinnen und Patienten sowie eine vertrauensvolle und von gegenseitigem Respekt geprägte Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt (Coran 2015, Victoor et al. 2012, Raven et al. 2012, Koppe et al. 2012, Zwijnenberg et al. 2011, Lux et al. 2011, de Groot et al. 2011, Dijs-Elsinga et al. 2010, Marang-van de Mheen et al. 2010, Geraedts und Amhof 2008, Kriwy und Aumüller 2007, Geraedts et al. 2007, Geraedts 2006: 167 f.). Daneben wird im Zusammenhang mit der Kommunikation und Interaktion auch das Thema Aufklärung und Patienteninformation als bedeutsam beschrieben. In der Bedarfserhebung wird zudem ein

menschliches Miteinander eingefordert, das sich auch durch das Wahr- und Ernstnehmen individueller bzw. besonderer Bedürfnisse kennzeichnet.

Abbildung der Qualitätsthemen im G-BA-Qualitätsportal

Die zuvor beschriebenen Qualitätsthemen stellen drei für Patientinnen und Patienten zentrale Themenkomplexe mit Blick auf die Versorgungsqualität dar und lassen sich den sechs Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts zuordnen (siehe Tabelle 11). Damit fassen sie, diejenigen Themen, die das IQTIG als „Qualität“ definiert, auf eine für Patientinnen und Patienten verständliche Weise zusammen. Für das G-BA-Qualitätsportal empfiehlt das IQTIG daher, die Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ mittels Qualitätsindikatoren abzubilden.

Tabelle 11: Zuordnung der Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ zu den Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität

Qualitätsthema	Qualitätsdimensionen gemäß dem Rahmenkonzept für Qualität
Behandlungsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirksamkeit ▪ Patientensicherheit (bezogen auf Ergebnisqualität)
Abläufe vor Ort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessenheit ▪ Patientensicherheit (bezogen auf Prozess- und Strukturqualität) ▪ Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit ▪ Koordination und Kontinuität
Kommunikation und Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten

Tabelle 12 zeigt die Zuordnung der bestehenden Qualitätsindikatoren zu den drei Qualitätsthemen für die priorisierten Versorgungsanlässe. Bezieht sich ein Qualitätsindikator auf mehrere Qualitätsdimensionen, die unterschiedlichen Qualitätsthemen zugeordnet werden könnten, erfolgt nach einer inhaltlich-fachlichen Abwägung eine eindeutige Zuordnung zu dem inhaltlich-fachlich relevantesten Qualitätsthema. Für folgende Stufen der Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG, externe Fachexpertise sowie Patientinnen und Patienten in diesen Zuordnungsprozess einzubeziehen, z. B. über die Expertengremien auf Bundesebene.

Tabelle 12: Zuordnung von Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ für die priorisierten Versorgungsanlässe

Versorgungsanlass	Zugehöriges QS-Verfahren	Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Themen		
		Behandlungsergebnisse	Abläufe vor Ort	Kommunikation und Interaktion
Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen	QS PM	51803, 181800	50045, 52249	–
Geburtshilfliche Versorgung bei Frühgeborenen	QS PM	51831, 181800	330, 318, 50045, 52249	–
Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)	QS HGV	10271, 54012, 54016, 54019	54001, 54004	–
Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	QS HGV	10271, 54012, 54013, 54017, 54120	54002, 54004	–
Erstmaliger Kniegelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)	QS KEP	54028, 54123, 54124, 54127, 54128	54020, 54021	–
Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	QS KEP	54028, 50481, 54125, 54127	54022	–

10.6.4.4 Fazit und Empfehlungen

Das IQTIG empfiehlt, das Informationsmodul „Qualität“ versorgungsanlassspezifisch mit Qualitätsindikatoren aus gesetzlichen QS-Verfahren abzubilden. Einer umfassenden Darstellung der Versorgungsqualität bezogen auf die priorisierten Versorgungsanlässe – wie sie mit Blick auf eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl wünschenswert ist – kann mit den aktuell verfügbaren Qualitätsindikatoren zunächst nur eingeschränkt nachgekommen werden. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als die bestehenden Qualitätsindikatorensets des G-BA nicht mit dem Ziel entwickelt wurden, Patientinnen und Patienten eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu ermöglichen.

Dennoch handelt es sich bei den bestehenden Qualitätsindikatoren um etablierte Indikatoren, die eine zentrale Grundlage der externen Qualitätssicherung darstellen und zumindest Teilaspekte der Versorgungsqualität abbilden. Folglich empfiehlt das IQTIG, in der ersten Ausbaustufe des G-BA-Qualitätsportals auf die bestehenden Qualitätsindikatoren zurückzugreifen. Auf diese Weise können Patientinnen und Patienten zeitnah erste Informationen zur Versorgungsqualität zur Verfügung gestellt werden. Mittel- und langfristig empfiehlt das IQTIG jedoch eine Entwicklung von Indikatorensets für bisher nicht mittels Indikatoren abgedeckter Versorgungsanlässe und die Weiterentwicklung der bestehenden Indikatorensets, um auch die anderen Qualitätsdimensionen abzudecken (vgl. Abschnitt 10.6.4.2).

Zur besseren Übersicht für Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen sollten die Qualitätsindikatoren eines Qualitätsindikatorensets thematisch geordnet werden. In diesem Zusammenhang empfiehlt das IQTIG, „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ sowie „Kommunikation und Interaktion“ als patientengruppenübergreifend bedeutsame Qualitätsthemen im G-BA-Qualitätsportal versorgungsanlassspezifisch über Qualitätsindikatoren abzubilden.

10.6.5 Informationsmodul „Hygiene und Infektionen“

Aus den Wissensbeständen geht hervor, dass zumindest ein Teil der Patientinnen und Patienten sich grundsätzlich über die Qualität der ergriffenen Hygienemaßnahmen informieren will, etwa dazu ob bestimmte Hygienestandards eingehalten werden (Hildon et al. 2015, Fasolo et al. 2010, Lavery et al. 2015, Shah und Dickinson 2010, Vonberg et al. 2008, Geraedts und Amhof 2008, Simon 2011, Geraedts 2006: 167 f., de Cruppé und Geraedts 2017, Universität Witten/Herdecke [kein Datum]). Auch das Auftreten nosokomialer Infektionen ist für Patientinnen und Patienten von Belang. So liegen Hinweise dazu vor, dass zumindest ein Teil der Patientinnen und Patienten sich vor einer geplanten Krankenhausaufnahme zu diesem Themenbereich informieren möchte und die Wahl bzw. Nichtwahl eines Leistungserbringers auf Informationen dazu stützt (Gurtner et al. 2018, Emmert und Schlesinger 2017a, Zwijnenberg et al. 2011, Marang-van de Mheen et al. 2010, Vonberg et al. 2008, Fasolo et al. 2010, Mazor et al. 2009, Ahmad et al. 2016).

Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, „Hygiene und Infektionen“ – in Ergänzung zu versorgungsanlassspezifischen Qualitätsinformationen (vgl. Abschnitt 10.6.4) – als ein übergeordnetes Qualitätsthema im G-BA-Qualitätsportal zu adressieren. Diese Empfehlung steht nicht im Widerspruch zur Empfehlung, dass aus Patientensicht vor allem versorgungsanlassspezifische Informationen angeboten werden sollten. Wie bereits in Abschnitt 10.1.1 dargestellt, werden auch mittel- und langfristig nur für eine begrenzte Anzahl (priorisierter) Versorgungsanlässe spezifische Qualitätsinformationen angeboten werden können. Die eigenständige versorgungsanlassspezifische Abbildung des Themas „Hygiene und Infektionen“ ermöglicht es insbesondere jenen Nutzerinnen und Nutzern, denen (vorerst) keine spezifischen Qualitätsinformationen angeboten werden können, sich im G-BA-Qualitätsportal über ein Qualitätsthema zu informieren, dass patientengruppenübergreifend als bedeutsam gewertet wird.

Zur Abbildung des Informationsmoduls „Hygiene und Infektionen“ wird empfohlen, Qualitätsindikatoren zu verwenden, die indikations- und prozedurenübergreifend Aspekte der Hygiene und des Infektionsmanagements (einschließlich Infektionsraten) adressieren. Konkret empfiehlt das

IQTIG, das Informationsmodul auf Grundlage von Qualitätsindikatoren abzubilden, die in dem in Erprobung befindlichen QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* erhoben werden sowie ggf. auf Qualitätsindikatoren aus dem in Entwicklung befindlichen QS-Verfahren *Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis* (G-BA 2020a). In beiden Fällen erfolgt diese Empfehlung unter dem Vorbehalt, dass die in den QS-Verfahren erhobenen Qualitätsindikatoren im weiteren Entwicklungsprozess die Anforderungen für eine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten erfüllen. Qualitätsindikatoren stellen die gültigen Instrumente zur Messung, Darstellung und den Vergleich der Versorgungsqualität dar. Für diese Indikatoren wird daher davon ausgegangen, dass sie das darzustellende Qualitätsmerkmal angemessen abbilden (IQTIG 2019: 135-151).

Im Unterschied zu Qualitätsindikatoren erfüllen die Strukturinformationen zum Thema „Hygiene und Infektionen“, die in Teil A und B der strukturierten Qualitätsberichte erfasst werden, aktuell nicht die methodischen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine faire und vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität in Bezug auf das Thema. So lassen sich auf Grundlage von Selbstangaben dazu, ob ein Krankenhaus seine Infektionsraten veröffentlicht, ob es an der freiwilligen Aktion „Saubere Hände“ teilnimmt oder ob es Schulungen für Mitarbeitende zu hygienebezogenen Themen anbietet (im Sinne von einfachen ja/nein Angaben mit Freitextfeld) keine Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität ableiten. Aus diesen Gründen werden sie nicht zur Berücksichtigung im G-BA-Qualitätsportal empfohlen.

Indikatoren zu versorgungsanlassübergreifenden Qualitätsthemen wie der Hygiene, wie sie etwa in QS WI erprobt werden (z. B. „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)“, QI-ID 2500), sind eher ungeeignet dazu, Aussagen über die Versorgungsqualität in Bezug auf einen einzelnen Versorgungsanlass zu treffen. So würde bei Berücksichtigung solcher Indikatoren in versorgungsanlassspezifischen Indikatorensets zwangsläufig das Thema Kontamination berührt, weil diese Indikatoren zwar relevante Inhalte für mehrere Versorgungsanlässe abbilden, bezogen auf jeden einzelnen Versorgungsanlass jedoch auch nicht relevante Inhalte umfassen (vgl. Abschnitt 10.6.4.2). Um beispielsweise die Versorgungsqualität für den „Erstmaligen Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ zu beschreiben, wird das Thema „Hygiene und Infektionen“ als ein Teilaspekt der Qualitätsdimension Patientensicherheit eher über Qualitätsindikatoren wie „Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (QI-ID 54019) adressiert. So gehen in diesen Indikator versorgungsanlassspezifisch Informationen zu aufgetretenen Wundinfektionen im Zusammenhang mit einer elektiven Hüftendoprothesenversorgung ein. Bei einer übergeordneten Betrachtung des Themas „Hygiene und Infektionen“, wie sie etwa in dem hier vorgeschlagenen Informationsmodul erfolgt, sind dagegen Qualitätsindikatoren erforderlich, die das Thema auf einer übergeordneten Ebene adressieren.

10.6.6 Informationsmodul „Allgemeine Patientenerfahrungen“

Aus der Literatur (Agnisarman et al. 2018, Geraedts et al. 2007, Jung et al. 2011), den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung geht hervor, dass Informationen, die auf den Erfahrungen und Bewertungen anderer Patientinnen und Patienten basieren, für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung für die Information über und die Wahl eines Krankenhauses sind. Sie

stellen eine zentrale Informationsquelle dar und dienen der Orientierung; gleichzeitig wird aber auch die Verlässlichkeit angezweifelt.

Das IQTIG empfiehlt für das G-BA-Qualitätsportal die eigene Entwicklung von Konzept, Methodik und Ausgestaltung von Befragungen zu allgemeinen Patientenerfahrungen nach den vom IQTIG empfohlenen Methoden (IQTIG 2019: 75–93). Der Fokus sollte auf einer indikations- und prozedurenübergreifenden Erfassung von Patientenerfahrungen nach dem faktenorientierten Befragungsansatz liegen. Eine ausführlichere Empfehlung zur Entwicklung einer solchen Patientenbefragung wird in Abschnitt 10.7.3.2 gegeben. Die eigenständige versorgungsanlassenspezifische Abbildung „Allgemeiner Patientenerfahrungen“ bietet insbesondere jenen Nutzerinnen und Nutzern eine Informations- und Entscheidungsgrundlage, denen (vorerst) keine spezifischen Qualitätsinformationen angeboten werden können.

10.6.7 Informationsmodul „Medizinische Schwerpunkte“

Aus der Literatur und den Fokusgruppen geht hervor, dass Angaben zu den medizinischen Schwerpunkten eines Krankenhauses ein Thema sind, über das sich Patientinnen und Patienten im Vorfeld informieren und das im Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet (Blake 2015, Jung et al. 2011, Geraedts und Amhof 2008, Schwappach und Strasmann 2007, Geraedts 2006: 165, Neugebauer [2010], Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 233, Simon 2011). Demzufolge sind Versorgungsschwerpunkte mit einer hohen Kompetenzerwartung hinsichtlich der Behandlungsqualität und eines spezialisierten Diagnostik- und Therapieangebots verknüpft (Schaeffer 2006: 15). Im Ergebnis ziehen Patientinnen und Patienten häufig spezialisierte gegenüber nicht spezialisierten Krankenhäusern vor (Picker Institut Deutschland 2006: 27, Kriwy und Aumüller 2007, Gutacker et al. 2016). Beispiele hierfür sind Kliniken mit Behandlungsschwerpunkten bei künstlichem Gelenkersatz (Moser et al. 2010a) oder onkologische Zentren (Nostedt et al. 2014).

Das IQTIG empfiehlt aus diesem Grund, im Informationsmodul „Medizinische Schwerpunkte“ auszuweisen, ob ein Krankenhaus als Schwerpunkt bzw. Zentrum zertifiziert ist. Für eine eindeutige Interpretation sollte eine Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten in diesem Informationsmodul nicht auf Grundlage von Selbstbezeichnungen der Häuser erfolgen, sondern ausschließlich jene Zentren und Schwerpunkte berücksichtigt werden, für die der G-BA bspw. nach § 136c Absatz 5 SGB V spezifische Anforderungen definiert hat. Die Aufnahme von extern zertifizierten „Zentren“ und „Schwerpunkten“ (z. B. medizinischer Fachgesellschaften oder Patientenverbände) stellt eine potenzielle Weiterentwicklung dar (vgl. hierzu auch Abschnitt 10.6.8).

Darüber hinaus wird empfohlen, relevante medizinische und pflegerische Leistungen als Zusatzinformation im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Damit Patientinnen und Patienten nur Informationen erhalten, die bezogen auf ihren Versorgungsanlass relevant sind, müssen hierfür im Rahmen der Umsetzung diagnose- und prozedurenspezifische Sets zusammengestellt und mit ICD- und OPS-Kodes verknüpft werden. Das IQTIG empfiehlt, hier ggf. durch Kooperationsvereinbarungen auf Vorarbeiten etablierter Vergleichsportale zurückzugreifen, um die Umsetzung zu beschleunigen.

10.6.8 Informationsmodul „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“

Aus der Literatur, den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung wird ersichtlich, dass Zertifizierungen und Qualitätssiegel als Qualitätskennzeichen wahrgenommen werden und entscheidungsunterstützend wirken (Yahanda et al. 2016, Picker Institut Deutschland 2006: 29, Simon 2011). Gleichzeitig wird ihre Aussagekraft und Vertrauenswürdigkeit auch kritisch hinterfragt, beispielsweise hinsichtlich der ausgebenden Institution oder der zugrunde gelegten Bewertungskriterien. Hier besteht der Wunsch einer Einordnung nach vertrauenswürdigen Zertifikaten und Siegeln.

Zur Darstellung weiterer Qualitätsnachweise empfiehlt das IQTIG, Qualitätssiegel und Zertifikate im G-BA-Qualitätsportal als Zusatzinformation abzubilden. Die Vielzahl von Zertifizierungen und Qualitätsbezeichnungen kann jedoch auch zu einer Verwirrung führen, weshalb es wichtig ist, Transparenz über die Qualität und Aussagekraft dieser herzustellen. Voraussetzung für eine Abbildung von Qualitätssiegeln und Zertifikaten im G-BA-Qualitätsportal ist daher eine vorherige Bewertung und Auswahl. Das IQTIG erarbeitet im Auftrag des G-BA Kriterien, anhand derer eine solche Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln möglich ist (G-BA 2020b). Für eine Anwendung dieser Kriterien und damit Bewertung der Zertifikate und Qualitätssiegel empfiehlt das IQTIG eine Folgebeauftragung seitens des G-BA. Auf dieser Basis können perspektivisch Zertifikate und Qualitätssiegel der Krankenhäuser im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden und mit der Hinterlegung von Hintergrundinformationen zur ihrer Aussagekraft zu informierten Wahlentscheidungen beitragen.

Aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen mit anderen Informationsmodulen (insbesondere den Informationsmodulen „Medizinische Schwerpunkte“ oder „Hygiene und Infektionen“) empfiehlt das IQTIG, im Rahmen der Integration von Qualitätssiegeln und Zertifikaten zu prüfen, ob die jeweiligen Qualitätssiegel und Zertifikate als Themen den jeweiligen Informationsmodulen zugeordnet werden können oder gebündelt in einem eigenen Informationsmodul abgebildet werden sollten.

10.6.9 Informationsmodul „Ausstattung und Service“

Aus den Wissensbeständen geht hervor, dass Patientinnen und Patienten die allgemeine Ausstattung des Krankenhauses als förderlich für die Befindlichkeit erachten und sich aus diesem Grund vorab dazu erkundigen. Allerdings sind diese Themen eher nicht ausschlaggebend für die Krankenhauswahl. Vielmehr werden verfügbare Informationen dazu genutzt, um pragmatische Vorbereitungen für den Krankenhausaufenthalt zu treffen. In Bezug auf die Ausstattung von Patientenzimmern gibt es Hinweise darauf, dass diese Informationen im Vergleich zu medizinischen Qualitätsinformationen als weniger relevant wahrgenommen wird (Koppe et al. 2012); zahlreiche Patientinnen und Patienten aber durchaus die Ausstattung mit TV oder Internetzugang/WLAN in ihre Wahlentscheidung miteinbeziehen (Streuf et al. 2007, Leister und Stausberg 2007, Kriwy und Aumüller 2007, Braun-Grüneberg und Wagner 2009: 232, Marang-van de Mheen et al. 2010, Picker Institut Deutschland 2006: 30 f., Yahanda et al. 2016). Ähnliches gilt für das Angebot, ein Ein- oder Zweibettzimmer nutzen zu können (Neugebauer [2010]: 61,

Steinhauser 2015: 251). Je nach anstehender Dauer des Krankenhausaufenthalts und persönlicher Behandlungssituation nimmt die Bedeutsamkeit zu.

Das IQTIG empfiehlt, grundsätzlich Ausstattungs- und Servicemerkmale als Zusatzinformationen im G-BA-Qualitätsportal zu berücksichtigen. Mit Blick auf die Umsetzung empfiehlt das IQTIG, sich zunächst jedoch auf ausgewählte Ausstattungs- und Servicemerkmale zu fokussieren. Priorisiert wurden dabei Angaben, die im Zusammenhang mit Aspekten der Barrierefreiheit stehen (Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße; Dolmetscherdienst) bzw. relevant für Eltern erkrankter Kinder sowie (pflegende) Angehörige sein können (Unterbringung einer Begleitperson).

10.6.9.1 Unterbringung einer Begleitperson

Insbesondere für Eltern erkrankter Kinder und (pflegende) Angehörige erwachsener Patientinnen und Patienten kann eine Information dazu, ob sie mit in das Krankenhaus aufgenommen werden können, relevant zur Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt sein (vgl. Abschnitt 10.5.3.2). Das IQTIG empfiehlt daher, im G-BA-Qualitätsportal entsprechende Angaben abzubilden. Diese sollten mit einem allgemeinen Hinweis über mögliche Kosten bei Nutzung dieses Angebots versehen werden. Vor dem Hintergrund der Rückmeldungen aus den Nutzertests, dass die Bedeutung des Begriffs „Rooming-in“ für viele Testpersonen unverständlich ist, wird zudem empfohlen, eine alternative Bezeichnung im G-BA-Qualitätsportal abzubilden, z. B. „Unterbringung eines Elternteils möglich (sogenanntes Rooming-in)“. Über ein Info-Icon können mögliche Freitextangaben / Kommentare der Krankenhäuser abgebildet werden.

10.6.9.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße

Das IQTIG empfiehlt vor dem Hintergrund einer diversitätssensiblen Entwicklung, Angaben zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße im G-BA-Qualitätsportal abzubilden, die in den strukturierten Qualitätsberichten erfasst werden. Die Berücksichtigung dieses Themas im Informationsmodul „Ausstattung und Service“ erfolgt dabei unter der Annahme, dass Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf, Informationen dazu eher unter „Ausstattung und Service“ als unter „Barrierefreiheit“ verorten (vgl. Abschnitt 10.6.10).

10.6.9.3 Dolmetscherdienst

Sprachbarrieren werden regelmäßig als eine relevante Zugangshürde zum Gesundheitswesen für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen beschrieben (Giese et al. 2013, Woloshin et al. 1997). Vor diesem Hintergrund und auch mit Blick auf eine patientenzentrierte, diversitätssensible Gesundheitsversorgung (vgl. Kapitel 9) empfiehlt das IQTIG, das Thema im G-BA-Qualitätsportal zu adressieren. Gerade in Krankenhäusern führt bspw. die Rekrutierung von medizinischen Fachkräften aus dem Ausland dazu, dass immer mehr fremdsprachliches medizinisches Personal in Kliniken verfügbar ist (Blum und Steffen 2015, Flubacher 2011). Doch Mehrsprachigkeit alleine qualifiziert noch nicht zu professionellem Dolmetschen und stellt letztlich lediglich

eine Lösung in Notfällen dar (Flubacher 2011, Merse 2020). So besteht z. B. bei Aufklärungsgesprächen vor einer Operation nur beim Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte (Finn 2016). Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, ausschließlich Informationen zur Verfügbarkeit professioneller Dolmetscherangebote im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Diese sollten mit einem allgemeinen Hinweis über mögliche Kosten bei Nutzung dieses Angebots versehen werden.

10.6.10 Informationsmodul „Barrierefreiheit“

Aus der Literatur und den Fokusgruppen lässt sich nur bedingt ein Informationsbedürfnis zum Thema Barrierefreiheit ableiten. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als hier nicht gezielt Patientinnen und Patienten mit Behinderungen oder besonderem Unterstützungsbedarf befragt wurden. Aus der Bedarfserhebung, die explizit die Perspektive von Menschen mit geistigen, körperlichen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen in den Blick nimmt (vgl. Abschnitt 5), wird dagegen ersichtlich, dass entsprechende Informationen gewünscht und bei der Krankenhauswahl berücksichtigt werden.

Das IQTIG empfiehlt daher – auch im Sinne der Anforderungen an eine zielgruppenorientierte, diversitätssensible und barrierearme Website (vgl. Kapitel 9) –, die in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Informationen zur Barrierefreiheit im G-BA-Qualitätsportal abzubilden. Im Expertengremium wurde das IQTIG darauf hingewiesen, dass die in den Qualitätsberichten verfügbaren Angaben häufig nicht die tatsächliche Situation vor Ort widerspiegeln. Als besonders relevant wird daher die Abbildung von Kontaktinformationen von Ansprechpersonen für Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen gewertet, bei denen Nutzerinnen und Nutzer mit entsprechenden Informationsbedürfnissen konkretere Informationen zur Situation vor Ort und zur Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt bekommen. Zudem wird empfohlen, Möglichkeiten zur externen Validierung entsprechender Angaben zu prüfen. Die Berücksichtigung von Zertifizierung oder Qualitätssiegeln bezogen auf das Thema Barrierefreiheit stellt hier eine mögliche Weiterentwicklungsoption dar (vgl. Abschnitt 10.6.8).

10.7 Datengrundlage des G-BA-Qualitätsportals

Im Rahmen der Konzeption des G-BA-Qualitätsportals soll das IQTIG prüfen, inwiefern die identifizierten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit den in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegenden Daten abgebildet werden können (vgl. Punkt I.2.d, I.3.a). Darüber hinaus sollen weitere Datenquellen innerhalb und außerhalb des Regelungsbereichs des G-BA identifiziert und auf ihre Eignung für das G-BA-Qualitätsportal geprüft werden. Bei fehlenden Daten sind seitens des IQTIG konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Ergänzung bestehender Datenquellen der externen Qualitätssicherung zu erarbeiten (vgl. Punkt I.2.d, I.2.e).

10.7.1 Daten in den strukturierten Qualitätsberichten

In der nachfolgenden Übersicht (vgl. Tabelle 13) wird gemäß Punkt I.2.d der Beauftragung dargestellt, zu welchen der vom IQTIG empfohlenen Informationsmodule bereits geeignete Informationen in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegen und welche Informationsmodule

bislang nicht über geeignete Informationen in den Qualitätsberichten abgebildet werden können. Grundlage dafür bildete Anlage 1 der Qb-R „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020“. Wo erforderlich, wird eine kurze Empfehlung dazu geben, wie die Datengrundlage für eine aus Patientensicht geeignete Abbildung im G-BA-Qualitätsportal verbessert bzw. weiterentwickelt werden kann (vgl. Punkt I.2.e der Beauftragung). Eine ausführlichere Empfehlung zur Weiterentwicklung der Datengrundlage erfolgt in Abschnitt 10.7.3.

Tabelle 13: Abbildbarkeit der Informationsmodule über Daten im strukturierten Qualitätsbericht

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
1 Übergeordnete Themen	1.1 Informationen zur Website	nein	Bei den Themen und Unterthemen dieses Moduls handelt es sich um redaktionelle Inhalte, die übergeordnet auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollten. Erste Textentwürfe hat das IQTIG bereits erarbeitet (vgl. Anhang F.2). Im Rahmen der Umsetzung sollten diese weiterentwickelt und stichprobenhaft auf Verständlichkeit geprüft werden. Das IQTIG empfiehlt darüber hinaus, im Rahmen der Umsetzung mögliche Unterstützerinnen und Unterstützer der Website zu identifizieren, die beispielsweise über eine Abbildung als Schirmherr oder Kooperationspartner im G-BA-Qualitätsportal dazu beitragen können, dass Nutzerinnen und Nutzer die Website als vertrauenswürdige Informationsquelle wahrnehmen.
	1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten		
	1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website		
	1.1.3 Kooperationspartner und Unterstützer des Website-Angebots		
	1.2 Themen und Tipps	nein	Bei den aufgeführten Unterthemen handelt es sich um redaktionelle Inhalte, die übergeordnet auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden sollten. Erste Textentwürfe hat das IQTIG bereits erarbeitet (vgl. Anhang F.2). Im Rahmen der Umsetzung sollten diese weiterentwickelt und stichprobenhaft auf Verständlichkeit geprüft werden. Das IQTIG empfiehlt zudem, bestimmte Informationen bspw. zu Diagnosen und Behandlungen über Schnittstellen z. B. zum Nationalen Gesundheitsportal auf dem G-BA-Qualitätsportal bereitzustellen. Hierzu ist bereits eine erste Abstimmung mit dem IQWiG erfolgt (vgl. Abschnitt 1.3.2).
	1.2.1 Hintergrundinformationen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland		
	1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche und Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt		

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
	1.2.3 Informationen zu unterstützenden Angeboten, Diagnosen und Behandlungen		
	1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen	teilweise	Gemäß Punkt I.2.q und Punkt 4 der Beauftragung sollen Informationen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengen im G-BA-Qualitätsportal integriert werden. In Bezug auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind die Informationen und Aufgaben nach § 17 und § 9 Absatz 7 Satz 5 plan. QI-RL zeitlich prioritär zu berücksichtigen. Das IQTIG empfiehlt auf Unterseiten des G-BA-Qualitätsportals allgemeinverständlich zu erläutern, was planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen sind, und die Ergebnisse der Sonderveröffentlichung in der Erstumsetzung losgelöst von der eigentlichen Krankenhaussuche auf diesen Unterseiten abzubilden. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob die gewählte Darstellung verständlich ist und wie diese ggf. angepasst werden kann.
	1.3.1 Mindestmengen	ja	
	1.3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	nein ¹⁷	
2 Basisinformationen zum Krankenhaus	2.1 Entfernung zum Wohnort	indirekt	Informationen hierzu liegen in den strukturierten Qualitätsberichten in indirekter Form vor: Über die Ortsangabe des Krankenhausstandorts (Straße, PLZ, Ort) lässt sich über einen integrierten Kartendienst die Entfernung zum Wohnort ermitteln.

¹⁷ Planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden wie andere Qualitätsindikatoren in Teil C der strukturierten Qualitätsberichte veröffentlicht. Nach § 17 plan. QI-RL gelten für die Veröffentlichung jedoch spezifische Fristen. Entsprechend können die Angaben in Teil C nicht für eine fristgerechte Abbildung gemäß § 17 plan. QI-RL nicht verwendet werden.

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
	2.2 Allgemeine Kontaktdaten	teilweise	Gemäß Anlange zum Qb-R werden allgemeine Kontaktinformationen in Teil A-1 der strukturierten Qualitätsberichte erfasst. Das IQTIG empfiehlt, ergänzend die standortbezogene Erfassung von URL sowie allgemeiner Telefonnummer und E-Mail-Adresse (sofern verfügbar). Dies ermöglicht Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals eine direkte Kontaktaufnahme zum Krankenhaus.
	2.3 Art des Krankenhauses	ja	In Teil A-3 der strukturierten Qualitätsberichte wird erfasst, ob ein Krankenhaus „Universitätsklinikum“ oder „akademisches Lehrkrankenhaus“ ist. Das IQTIG empfiehlt, zusätzlich Krankenhäuser, die hier keine Angabe machen, im G-BA-Qualitätsportal als „Allgemeinkrankenhaus“ auszuweisen.
	2.4 Art der Trägerschaft	ja	Name und Art des Krankenhausträgers werden in Teil A-2 der strukturierten Qualitätsberichte erfasst. Das IQTIG empfiehlt, eine Spezifikation der Angabe „freigemeinnützig“ zu prüfen. So könnte ergänzend erfasst werden, ob es sich um einen konfessionellen Träger (katholisch, evangelisch, jüdisch, sonstige) handelt. Diese Empfehlung ist gestützt von Rückmeldungen aus Expertengremium und Nutzertestungen, wonach die Bezeichnung „freigemeinnützig“ von der Zielgruppe teilweise nicht verstanden wird. In den Fokusgruppen wurde in Bezug auf die Trägerschaft der Begriff „kirchlich“ für konfessionelle Träger verwendet.
	2.5 Größe des Krankenhauses	ja	In den strukturierten Qualitätsberichten liegen Angaben zur Bettenanzahl vor. Das IQTIG empfiehlt, auf Grundlage dieser Angaben die Krankenhausgröße abzuleiten und zwischen kleinen (< 250 Betten), mittelgroßen (250–500 Betten) und großen Krankenhäusern (> 500 Betten) zu unterscheiden (vgl. Abschnitt 10.6.2.4).

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
	2.6 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei	indirekt	Das IQTIG empfiehlt, aus Gründen der Transparenz den vollständigen strukturierten Qualitätsbericht eines Krankenhauses als PDF-Datei zum Download anzubieten. Auf Grundlage der verfügbaren XML-Dateien kann ggf. eine PDF im Corporate Design der Website erzeugt werden. Alternativ könnte der Download über eine Schnittstelle zur Referenzdatenbank des G-BA umgesetzt werden.
3 Behandlungsfälle	3.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses	indirekt	Das IQTIG empfiehlt, die diagnose- bzw. prozedurenbezogenen Fallzahlen auf Ebene des Krankenhauses basierend auf den fachabteilungsbezogenen Angaben in Teil B der strukturierten Qualitätsberichte abzuleiten. Nähere Empfehlungen zur Aufbereitung der Fallzahlen werden in Abschnitt 12.2.3 gegeben.
	3.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	ja	
	3.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben	ja	Angaben zur Erfüllung der Mindestmengenvorgaben werden in Teil C-5 der strukturierten Qualitätsberichte erfasst. Sofern zu einem gesuchten Versorgungsanlass Mindestmengenvorgaben gelten, empfiehlt das IQTIG auszuweisen, ob das Krankenhaus diese einhält.
4 Qualität	4.1 Behandlungsergebnisse	teilweise	Das IQTIG empfiehlt, das Informationsmodul versorgungsanlassspezifisch auf Grundlage von Qualitätsindikatoren abzubilden. Für die priorisierten Versorgungsanlässe liegen hierzu bereits Qualitätsindikatoren in Teil C der strukturierten Qualitätsberichte vor. Das IQTIG empfiehlt zu prüfen, inwiefern die bestehenden Indikatorensets durch eine Neu- bzw. Weiterentwicklung ergänzt bzw. vervollständigt werden können (vgl. Abschnitt 10.7.3).
	4.2 Abläufe vor Ort	teilweise	
	4.3 Kommunikation und Interaktion	nein	

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
5 Hygiene und Infektionen	–	nein	Das IQTIG empfiehlt, in diesem Informationsmodul perspektivisch thematisch geeignete Qualitätsindikatoren aufzunehmen, die sich indikations- und prozedurenübergreifend auf Aspekte der Hygiene und des Infektionsmanagements beziehen, z. B. aus dem in Erprobung befindlichen QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i> und ggf. einem zukünftigen QS-Verfahren wie z. B. <i>Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis (QS Sepsis)</i> (G-BA 2020a). Die in Teil A der strukturierten Qualitätsberichte verfügbaren Strukturinformationen werden aus den in Abschnitt 10.6.5) dargestellten Gründen nicht zur Veröffentlichung im G-BA-Qualitätsportal empfohlen.
6 Allgemeine Patientenerfahrungen	–	nein	Angaben zu allgemeinen Patientenerfahrungen werden bislang nicht in den strukturierten Qualitätsberichten erfasst. Das IQTIG empfiehlt daher, die eigene Entwicklung von Konzept, Methodik und Ausgestaltung von Befragungen zu allgemeinen Patientenerfahrungen nach den vom IQTIG empfohlenen Methoden (IQTIG 2019: 75–93). Hinweise zur Entwicklung einer solchen Befragung werden in Abschnitt 10.7.3.2 gegeben.
7 Medizinische Schwerpunkte	7.1 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren	teilweise	Die in strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Angaben liegen größtenteils in einer nicht geeigneten Form vor (Erfassung von Zentren über Selbstbezeichnung der Fachabteilung / Organisationseinheiten). Eine Ausnahme bilden Angaben zu Perinatalzentren bzw. perinatalen Schwerpunkten, die in Teil C-6 erfasst werden. Das IQTIG empfiehlt, gemäß § 136c Abs. 5 SGB V definierte Zentren und Schwerpunkte in Teil C der strukturierten Qualitätsberichte zu erfassen. Die Aufnahme von extern zertifizierten „Zentren“ und „Schwerpunkten“ (z. B. medizinischer Fachgesellschaften

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
	7.2 Medizinische und pflegerische Leistungen	ja	<p>oder Patientenverbände) stellt eine potenzielle Weiterentwicklung dar. Voraussetzung wäre eine vorherige Bewertung (vgl. hierzu auch Abschnitt 10.6.8).</p> <p>Nach Sichtung der verfügbaren Informationen in den strukturierten Qualitätsberichten (insbesondere Teil A-5 und B-[X].3) geht das IQTIG davon aus, dass eine sprachliche Modifikation (Übersetzung von Fachbegriffen in eine allgemeinverständliche Sprache) und Selektion der Angaben notwendig wird, um diese zugänglicher zu gestalten. Im Rahmen der Umsetzungsphase sind insbesondere diagnose- und prozedurenspezifische Sets zu definieren, um Patientinnen und Patienten spezifische Informationen zu ihrem Versorgungsanlass anbieten zu können. Das IQTIG empfiehlt hier ggf. durch Kooperationsvereinbarungen auf Vorarbeiten etablierter Vergleichsportale zurückzugreifen, um die Umsetzung zu beschleunigen.</p>
8 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate		nein	<p>Bislang werden mit Ausnahme des Qualitätssiegels der „Aktion Saubere Hände“ keine Qualitätssiegel und Zertifikate in den strukturierten Qualitätsberichten erfasst. Das IQTIG empfiehlt, in darauffolgenden Stufen der Weiterentwicklung zu prüfen, ob und inwiefern ausgewählte Qualitätssiegel und Zertifikate im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden können. Dazu wäre zunächst eine Bewertung bestehender Qualitätssiegel und Zertifikate und Erfassung in den strukturierten Qualitätsberichten erforderlich. Eine Grundlage dafür stellen die Entwicklungsarbeiten gemäß § 137a Abs. 2 Nr. 7 SGB V dar.</p>

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
9 Ausstattung und Service	9.1 Unterbringung von Begleitpersonen	ja	Angaben hierzu werden in Teil A-6 der strukturierten Qualitätsberichte über die Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ erfasst. Relevant sind insbesondere die Schlüssel NM07 „Rooming-in“ und NM09 „Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)“. Aus den Nutzertests ging hervor, dass der Begriff „Rooming-in“ nicht verständlich ist. Er sollte entsprechend durch eine allgemeinverständlichere Bezeichnung ersetzt werden.
	9.2 Geeignete Ausstattung für Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße	ja	Angaben hierzu werden in Teil A-7 der strukturierten Qualitätsberichte über die Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ erfasst.
	9.3 Dolmetscherdienst	ja	Angaben hierzu werden in Teil A-7 der strukturierten Qualitätsberichte über die Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ erfasst. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Datengrundlage empfiehlt das IQTIG, das Sprachangebot über Auswahllisten und nicht über Freitextangaben abzufragen, da dies die Datenaufbereitung für das G-BA-Qualitätsportal (bspw. zur Berücksichtigung in Filteroptionen) erleichtern würde. Stattdessen sollten eher Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit oder Kosten bei der Nutzung über Freitextfelder in den strukturierten Qualitätsberichten abgefragt werden.

Informationsmodule	Themen und Unterthemen	Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten	Anmerkungen / Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage
10 Barrierefreiheit	10.1 Ansprechperson für Menschen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen	ja	In den strukturierten Qualitätsberichten werden Informationen zu verschiedenen Themen der Barrierefreiheit abgebildet – für den gesamten Krankenhausstandort und ggf. fachabteilungsbezogen. Das IQTIG empfiehlt, zunächst die standortbezogenen Angaben zu nutzen. Perspektivisch ist zu prüfen, ob und inwiefern die Angaben zu baulichen und organisatorischen Maßnahmen tatsächlich dem Informationsbedürfnis von Menschen mit Fragen zur Barrierefreiheit entsprechen. Im Expertengremium wurde angemerkt, dass die in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Selbstangaben teilweise nicht der tatsächlichen Situation vor Ort entsprechen. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, Möglichkeiten zur externen Validierung entsprechender Angaben zu prüfen. Die Berücksichtigung von Zertifizierungen oder Qualitätssiegeln bezogen auf das Thema Barrierefreiheit stellt hier eine mögliche Weiterentwicklungsoption dar (vgl. hierzu auch Abschnitt 10.6.8).
	10.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen	ja	

10.7.2 Daten außerhalb der strukturierten Qualitätsberichte

Gemäß Punkt I.2.d der Beauftragung hat das IQTIG neben den strukturierten Qualitätsberichten weitere Datenquellen innerhalb und außerhalb des Regelungsbereichs des G-BA gesichtet. Darunter waren u. a. Richtlinien und Beschlüsse des G-BA, Sozialdaten gemäß § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Daten aus Patienten- bzw. Versichertenbefragungen, epidemiologische/klinische Register (z. B. das Implantateregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte), die Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) der AOK sowie die gesetzliche Krankenhausstatistik.

Das IQTIG konnte keine Hinweise auf Daten außerhalb der strukturierten Qualitätsberichte finden, die für eine zeitnahe Veröffentlichung im G-BA-Qualitätsportal zu empfehlen sind. So stehen einer Berücksichtigung im G-BA-Qualitätsportal aus inhaltlicher Perspektive und im Hinblick auf die Umsetzbarkeit des Gesamtkonzepts folgende Aspekte entgegen:

- die inhaltliche Anschlussfähigkeit zu den Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen sowie zu den in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Daten
- die Erfüllung methodischer Anforderungen
- die Vollständigkeit, Validität und Repräsentativität der Daten
- der organisatorische und logistische Aufwand zur Etablierung eines Datenflusses
- die Sicherstellung des Datenschutzes
- die Sicherstellung der Datenverfügbarkeit im Zeitverlauf
- die Nutzungsrechte für Datenquellen

Sozial- und Registerdaten stellen aus Sicht des IQTIG grundsätzlich eine potenziell relevante Datenquelle für das G-BA-Qualitätsportal dar. Für die Patienteninformation im G-BA-Qualitätsportal (insbesondere im Informationsmodul „Qualität“) müssten auf Grundlage dieser Daten jedoch zunächst geeignete Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren ist im Rahmen der Beauftragung nicht möglich. Für einen unmittelbaren Einsatz im G-BA-Qualitätsportal kommen Sozial- und Registerdaten daher gegenwärtig nicht infrage. Für die Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatorensets zur Patienteninformation empfiehlt das IQTIG, jedoch grundsätzlich versorgungsanlassspezifisch die Nutzung von Sozial- und Registerdaten zu prüfen (vgl. Abschnitt 10.7.3.1).

Lediglich zwei Datenquellen sind aus Sicht des IQTIG näher für eine Berücksichtigung im G-BA-Qualitätsportal in Betracht zu ziehen. Dabei handelt es sich zum einen um Daten der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR-Daten) und zum anderen um die Ergebnisse der Versichertenbefragung mittels Patients' Experience Questionnaire (PEQ-Daten). Beide werden bereits in bestehenden Krankenhausvergleichsportalen veröffentlicht. Nachfolgend wird kurz erläutert, warum das IQTIG von einer Berücksichtigung dieser Datenquellen im G-BA-Qualitätsportal abrä.

10.7.2.1 Daten der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR-Daten)

Seit 2002 entwickelt das Wissenschaftliche Institut der AOK auf Basis von Sozialdaten der AOK-Versicherten Indikatoren zur Qualitätsmessung. Die Ergebnisse werden einerseits den Krankenhäusern zurückgespiegelt und andererseits im AOK-eigenen Krankenhausvergleichsportal „AOK-Gesundheitsnavigator“ veröffentlicht (Heller 2009).

Mit Blick auf die Informationsmodule käme eine Berücksichtigung von QSR-Indikatoren¹⁸ vor allem im Informationsmodul „Qualität“ in Betracht. Da ein Fokus der QSR-Indikatoren auf der Ergebnisqualität wie Komplikationen und Sterblichkeit liegt, sind QSR-Indikatoren in erster Linie dem Qualitätsthema „Behandlungsergebnisse“ zuzuordnen (vgl. Abschnitt 10.6.4.3). Bezogen auf die priorisierten Versorgungsanlässe bestehen teilweise inhaltliche Überschneidungen zu den Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung. Zugleich liegen QSR-Indikatoren zu Versorgungsanlässen vor, die bislang (noch) nicht in der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Im Unterschied zu Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung, denen in der Regel Daten aller gesetzlich Versicherten zugrunde liegen, basieren die aktuellen Ergebnisse nach QSR ausschließlich auf AOK-Versichertendaten. Dies kann abhängig von der Versichertenstruktur eines Leistungserbringers und der Zusammensetzung des Versichertenklientels zu Verzerrungen führen. Zudem ist die statistische Aussagekraft gegenüber den Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung eingeschränkt, da aufgrund der kleineren Grundgesamtheit leistungserbringerspezifisch weniger Fallzahlen in die Berechnung der Indikatoren einfließen (Paddock et al. 2015, Epping 2016, Heller 2008). Dies wird durch einen dreijährigen Erfassungszeitrahmen ausgeglichen, was sich jedoch negativ auf die Aktualität der Ergebnisse (und damit auch ihre Brauchbarkeit für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl) auswirkt (Paddock et al. 2015).

Ein zentrales Merkmal von Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung sind die Referenzbereiche. Den QSR-Indikatoren liegt demgegenüber ein anderes Bewertungskonzept zugrunde (Epping 2016). Hier werden die Indikatorergebnisse ausgehend von den Grenzwerten der Konfidenzintervalle eingestuft. Die Einhaltung der Referenzbereiche spielt in dem hier vorgeschlagenen Konzept zur Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. insbesondere Abschnitt 11.3.4) und zur Darstellung der Einzelergebnisse (vgl. Abschnitt 12.2.2) jedoch eine zentrale Rolle. Aus diesem Grund können die QSR-Indikatoren gegenwärtig nicht zusammen mit Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung in einem Index aggregiert oder analog zu den Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung dargestellt werden, sondern müssten im G-BA-Qualitätsportal gesondert ausgewiesen werden. Aus Patientensicht scheint dies jedoch schwer vermittelbar, insbesondere dann, wenn die Ergebnisse nach QSR sich von denen der gesetzlichen QS-Verfahren unterscheiden (Thielscher et al. 2014).

¹⁸ In den nachfolgenden Absätzen geht es lediglich darum, ob die QSR-Indikatoren im G-BA-Qualitätsportal grundsätzlich berücksichtigt werden können und – wenn ja – wie. Eine spezifische Eignungsprüfung der einzelnen Indikatoren erfolgte nicht. Auch werden die im AOK-Gesundheitsnavigator dargestellten Indizes (sogenannte „AOK-Lebensbäume“) an dieser Stelle ausgeklammert.

Gegenwärtig sind die QSR-Indikatoren nicht anschlussfähig an das in diesem Bericht vorgestellte Konzept. So müssten QSR-Indikatoren zunächst gezielt auf ihre Eignung geprüft und weiterentwickelt werden, bevor sie analog zu Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung im G-BA-Qualitätsportal abgebildet werden können (Epping 2016). Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund (unter Berücksichtigung der Entwicklungsergebnisse zu QSR), eher die eigene Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Sozialdatenbasis zu intensivieren (vgl. Abschnitt 10.7.3.1).

10.7.2.2 Ergebnisse der Versichertenbefragung mittels Patients' Experience Questionnaire (PEQ-Daten)

Die Versichertenbefragung mittels PEQ ist ein Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungen (AOK, BARMER, Kaufmännische Krankenkasse (KKH)). Mit nach eigenen Angaben bundesweit rund 900.000 Bewertungen, handelt es sich um die bislang umfassendste Befragung von Patientinnen und Patienten. PEQ ist als generischer Fragebogen konzipiert, der Erfahrungen während des Krankenhausaufenthalts abfragt (Altenhöner und Gehrlach 2009). Im Fokus der Befragung stehen vor allem die Weiterempfehlung durch Patientinnen und Patienten, die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung und pflegerischen Betreuung sowie die Zufriedenheit mit Organisation und Service. Ein spezifischer Fragebogen existiert für die Geburtshilfliche Versorgung (PEQ-Geburt). Die Ergebnisse der Befragung (insbesondere die Weiterempfehlungsrate) werden auf den Krankenhausvergleichsportalen der beteiligten Kooperationspartner sowohl fachabteilungsübergreifend als auch auf Ebene der Fachabteilung / Organisationseinheit abgebildet.

Ausgehend von der generischen Ausrichtung der Befragung käme eine Integration der Ergebnisse grundsätzlich im Informationsmodul „Allgemeine Patientenerfahrungen“ in Betracht. Als Zufriedenheitsbefragung entsprechen die mittels PEQ (bzw. PEQ Geburt) erhobenen Daten jedoch nicht den in den Methodischen Grundlagen definierten Anforderungen des IQTIG an Patientenbefragungen. Auch in der wissenschaftlichen Literatur wird die Aussagekraft von Zufriedenheitswerten als Qualitätsmaß bereits seit längerem in Frage gestellt (Williams 1994, Linderpelz 1982). So zeigt sich in verschiedenen Studien, dass trotz tatsächlich gemessener Qualitätsunterschiede die Patientenzufriedenheit als gleichermaßen hoch eingeschätzt wird, was auf Deckeneffekte hindeutet (Jacob und Bengel 2000, Heidegger et al. 2008).

In der gesetzlichen Qualitätssicherung müssen Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen auf möglichst objektiven und eindeutigen Aussagen basieren. Aus diesem Grund liegen Patientenbefragungen der gesetzlichen Qualitätssicherung faktenorientierte Befragungsansätze zugrunde (IQTIG 2019: 75 ff.). Die Fragen adressieren konkrete Prozesse oder Ergebnisse der Versorgung und werden so gestellt, dass sie von Patientinnen und Patienten ohne großen Interpretationsspielraum beantwortet werden können. Fragen, denen ein faktenorientierter Befragungsansatz zugrunde liegt, sind beispielsweise „Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente nach dem Eingriff einnehmen sollen?“ oder „Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sorgen zu sprechen, die Sie wegen des bevorstehenden Eingriffs hatten?“. Dies ist letztlich auch Voraussetzung für einen fairen Vergleich von Leistungserbringern.

Schwer objektivierbare Fragen mit großen Interpretationsspielraum, zum Beispiel „Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in Ihrem Krankenhaus ein?“, wie sie u. a. im PEQ verwendet werden (Weisse Liste et al. 2018), würden bei faktenorientierten Befragungsansätzen nicht aufgegriffen. Für eine faire Darstellung der Versorgungsqualität, die gleichzeitig Unterschiede in der Versorgung sichtbar macht, sind entsprechende Ergebnisse (auch aufgrund der oben beschriebenen Deckeneffekte) nur bedingt geeignet. Auch aus Sicht der Leistungserbringer sind die Ergebnisse solcher Zufriedenheitsbefragungen wenig hilfreich, da sich aus ihnen meist kaum konkrete Handlungsansätze für Verbesserungsmaßnahmen ableiten lassen (IQTIG 2019: 77).

Neben diesen inhaltlich-methodischen Gründen, die gegen eine Berücksichtigung der PEQ-Ergebnisse im G-BA-Qualitätsportal sprechen, unterliegen die mittels PEQ erhobenen Daten nicht dem Regelungsbereich des G-BA. Ungeklärt bleibt daher ob, die Daten im G-BA-Qualitätsportal herangezogen werden können. Zudem müssten zur Umsetzung eigene Datenflüsse und Verarbeitungsprozesse entwickelt und etabliert werden. Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund von einer Berücksichtigung von PEQ-Ergebnissen im G-BA-Qualitätsportal abzusehen und stattdessen die eigenständige Entwicklung von Patientenbefragungen, darunter u. a. die Entwicklung einer allgemeinen Patientenbefragung, zu fokussieren (vgl. Abschnitt 10.7.3.2).

10.7.3 Fazit und Empfehlungen

Aus Sicht des IQTIG stellt sich mit Blick auf die Datengrundlage und die Beauftragungspunkte I.2.d, I.2.e und I.3.a folgende grundsätzliche Problematik: Um die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung patientenzentriert und entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sowie den Vorgaben der Beauftragung abbilden zu können, bedarf es einer umfangreichen Neu- und Weiterentwicklung der bestehenden Datengrundlage, insbesondere der aktuellen Indikatorensets. Mit den derzeit verfügbaren Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten ist der gesetzliche Auftrag – über die Qualität und Unterschiede in der Qualität der Versorgung zu informieren und darüber eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu ermöglichen – in weiten Teilen nicht oder nur eingeschränkt erfüllbar. Dieses grundsätzliche Problem lässt sich nicht über die Nutzung von Daten aus anderen Quellen lösen, sondern bedarf mittel- und langfristig insbesondere eine Neu- und Weiterentwicklung von (bestehenden) Indikatorensets.

Trotz dieser Einschränkungen empfiehlt das IQTIG, die jährlich durch die Qb-R erhobenen bzw. zu veröffentlichenden Daten als Primärdatenquelle für das G-BA-Qualitätsportal zu nutzen. Den Vorteil sieht das IQTIG unter anderem darin, dass keine zusätzlichen Datenflüsse etabliert werden müssen und die zur Veröffentlichung freigegeben Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten automatisch auch zur Veröffentlichung im G-BA-Qualitätsportal freigegeben sind. Ausgehend von den in diesem Bericht dargelegten Prinzipien der Aggregation von Indikatorergebnissen und Darstellung von Qualitätsinformationen (vgl. insbesondere Kapitel 11 und Abschnitt 12.2) erleichtert dies den Abstimmungs- und Freigabeprozess bei Veränderung der bestehenden Datengrundlage, z. B. bei Neuaufnahme oder Ausschluss von Qualitätsindikatoren und Strukturinformationen in den strukturierten Qualitätsberichten. Aus diesem Grund sollten Weiterentwicklungen, Ergänzungen oder Modifikationen der Datengrundlage für das G-BA-Qualitätsportal primär in den strukturierten Qualitätsberichten selbst berücksichtigt werden. Das

heißt zum Beispiel, dass eine Aufnahme von Qualitätssiegeln und Zertifikaten im G-BA-Qualitätsportal, wie sie perspektivisch empfohlen wird (vgl. Abschnitt 10.6.8), durch Erfassung in den strukturierten Qualitätsberichten erfolgen sollte. Dies ist auch mit § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V konform, wonach die Erstellung einrichtungsbezogener vergleichender risikoadjustierter Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung, (primär) auf der Grundlage geeigneter Daten erfolgen soll, die in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden.

Eine sekundäre Datenquelle ist die der temporären Sonderveröffentlichung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, mit der seit dem Erhebungsjahr 2018 die (zeitlichen) Berichtspflichten nach § 17 plan. QI-RL erfüllt werden (z. B. Bericht 2018, IQTIG 2020a). Als weitere Datenquelle für übergeordnete redaktionelle Inhalte z. B. zu ausgewählten Diagnosen oder Behandlungen ist das Nationale Gesundheitsportal bzw. die Website gesundheitsinformation.de des IQWiG zu nennen. Hierzu erfolgten bereits erste Abstimmung mit dem IQWiG (vgl. Abschnitt 1.3.2).

10.7.3.1 Empfehlungen zur Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatorensets

In den vorherigen Abschnitten (vgl. insbesondere Abschnitt 10.6.4.2) wurde erörtert, dass die bestehenden Qualitätsindikatorensets mittel- und langfristig einer Neu- und Weiterentwicklung bedürfen, wenn auf ihrer Grundlage eine faire, an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten ausgerichtete, qualitätsorientierte Krankenhauswahl ermöglicht werden soll. Die bisherigen Qualitätsindikatoren werden im Kontext der Qualitätssicherung und -förderung vor allem dazu eingesetzt, Leistungserbringer mit Qualitätsdefiziten zu identifizieren. Zum Zweck der Patienteninformation und für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl sind neben diesen Indikatoren aber auch solche Indikatoren in Betracht zu ziehen, die Leistungserbringer mit besonders guter Qualität identifizieren (IQTIG 2019: 25 f.).

Ausgehend von den in den „Methodischen Grundlagen“ beschriebenen Schritten für die Entwicklung von Qualitätsmessungen (IQTIG 2021: 112 ff.), empfiehlt das IQTIG, zunächst die Entwicklung spezifischer Qualitätsmodelle für die in Abschnitt 10.1 priorisierten Versorgungsanlässe zu beauftragen. Auf dieser Grundlage sollte anschließend geprüft werden, welche Qualitätsaspekte der Qualitätsmodelle bereits mit den bestehenden Qualitätsindikatoren abgedeckt werden können. Für bestehende Qualitätsindikatoren, die Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zugeordnet werden können, empfiehlt das IQTIG, eine systematische Eignungsprüfung durchzuführen und die Indikatoren (sofern erforderlich) darauf basierend zu überarbeiten. Können bestehende Qualitätsindikatoren keinem Qualitätsaspekt zugeordnet werden oder passen diese nur bedingt zu einem Qualitätsaspekt, wäre dies Anlass für eine Überarbeitung oder ggf. den Ausschluss des Indikators. Werden bestimmte Qualitätsaspekte bislang nicht über bestehende Qualitätsindikatoren abgedeckt, wird eine Neuentwicklung erforderlich.

Bereits jetzt stehen dem IQTIG für die Entwicklung von Qualitätsmessungen die Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragungen als Datenquellen zur Verfügung (IQTIG 2019: 51). Darüber hinaus können bei Bedarf und abhängig von der Thematik prinzipiell auch neue Datenquellen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben berück-

sichtigt werden, z. B. Registerdaten (IQTIG 2019: 57). Qualitätsindikatoren auf Basis von Dokumentationen sind für Leistungserbringer insbesondere bei der fallbezogenen QS-Dokumentation mit vergleichsweise hohen Aufwänden verbunden. Für die Patienteninformation wird zugleich aber eine deutliche Erweiterung und Neuentwicklung von Indikatorensets notwendig. Um den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer möglichst gering zu halten, sollten bei der Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zum Zweck der Patienteninformation daher primär Sozial- und Registerdaten berücksichtigt werden, wo immer dies möglich ist (Heller et al. 2014). Eine besondere Relevanz im Kontext der Patienteninformation haben zudem Patientenbefragungen (vgl. insbesondere Abschnitt 10.6.6), weshalb nachfolgend näher auf diese eingegangen wird.

10.7.3.2 Empfehlungen zur Entwicklung von Patientenbefragungen

Für eine an den Informationsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Abbildung der Versorgungsqualität ist die Perspektive der Adressaten der Versorgung essenziell. Viele qualitätsrelevante Aspekte der Versorgung können nur durch Patientinnen und Patienten selbst erlebt und beurteilt werden. Legt man das Rahmenkonzept für Qualität des IQTIG zugrunde, so wird deutlich, dass vor allem die Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten“ ausschließlich durch die Erfassung der Patientenperspektive abgebildet wird (IQTIG 2019: 19 ff.). Die Erhebung der Informationsbedürfnisse zeigt, dass Informationen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, aber auch zur Aufklärung und Patienteninformation patientengruppenübergreifend von großer Bedeutung sind (vgl. Abschnitt 10.5). Auch Themen wie die Kontinuität der Versorgung oder das Schmerzmanagement sind aus Patientensicht relevant und lassen sich insbesondere über die direkte Befragung von Patientinnen und Patienten erfassen.

Das IQTIG entwickelt im Auftrag des G-BA u. a. Patientenbefragungen als Elemente von Qualitätssicherungsverfahren. So liegen aktuell Patientenbefragungen zu den bestehenden QS-Verfahren *Koronarangiografie und Perkutane Koronarintervention (QS PCI)* (IQTIG 2018b) und *Nierenersatztherapie (QS NET)* (unveröffentlichter Bericht) sowie zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS Schizophrenie)* vor (IQTIG 2018a). In diesen Patientenbefragungen werden Themen adressiert, die auch im vorliegenden Kontext als patientenrelevante Informationen identifiziert wurden, z. B. zum Umgang mit Patientinnen und Patienten oder zur Patienteninformation und Aufklärung. Die Befragungen bzw. die darauf basierenden Indikatoren eignen sich insofern grundsätzlich für eine versorgungsanlassspezifische Abbildung im G-BA-Qualitätsportal (vgl. Abschnitt 10.6.4.1).

Zusätzlich zu den indikations- und prozedurenspezifischen Patientenbefragungen sollten relevante Patientenerfahrungen auch im Rahmen einer allgemeinen Patientenbefragung erfasst werden (vgl. Abschnitt 10.6.6). Aktuell entwickelt das IQTIG u. a. eine Patientenbefragung zum Entlassmanagement (G-BA 2018). Diese indikations- und prozedurenübergreifende Entwicklung ist ein Beispiel für ein Querschnittsthema, das auch im Rahmen einer allgemeinen Patientenbefragung aufgegriffen werden könnte. So könnten allgemeine Fragen zur Entlassung bzw. zum

Entlassmanagement genauso Inhalt der allgemeinen Patientenbefragung sein wie beispielsweise zur Patienteninformation und Aufklärung, Koordination der Versorgung oder zur Interaktion und Beteiligung.

Eine allgemeine Patientenbefragung bietet die Möglichkeit, anhand von konkreten Fragen zum Krankenhausaufenthalt einen Überblick über die Versorgungsqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu geben – unabhängig vom spezifischen Versorgungsanlass. Eine solche Befragung sollte Themen adressieren, die indikations- und prozedurenübergreifend abbildbar sind, die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten adressieren und damit als Entscheidungshilfe bei der Krankenhauswahl fungieren können. Um dem gerecht zu werden, sollte die allgemeine Patientenbefragung, wie auch die anderen Entwicklungen des IQTIG zur Patientenbefragung, einem faktenorientierten Befragungsansatz folgen (IQTIG 2019: 75 ff.). Mithilfe von Patient Reported Experience Measures (PREMs) und ggf. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) können Patientenerfahrungen gezielt adressiert und die Ergebnisse klar interpretiert werden.

Von der Empfehlung für die Entwicklung einer allgemeinen Patientenbefragung bleibt unbenommen, dass zu bestimmten Versorgungsanlässen auch weiterhin spezifische Patientenbefragungen entwickelt und durchgeführt werden sollten. Diese können einen gezielteren Einblick in qualitätsrelevante Bereiche geben, die charakteristisch für den Versorgungsanlass sind. Großen Entwicklungsbedarf sieht das IQTIG hier beispielsweise in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung als einen priorisierten Versorgungsanlass. So werden internationale und nationale Empfehlungen in Hinblick auf eine frauenzentrierte Betreuung und eine positive Geburtserfahrung (insbesondere bei low-risk pregnancies bzw. im Rahmen eines komplikationsfreien Geburtsprozesses) bislang nur unzureichend über die Messinstrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung erfasst (WHO 2015, Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2017, WHO 2018). Hierzu gehören beispielweise der respektvolle Umgang, die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse von Gebärenden, das Schmerzmanagement oder die Kontinuität in der Betreuung durch eine Hebamme (Taheri et al. 2018, WHO 2018). Dies sind Themen, die auch in den Fokusgruppen von Eltern mit Entbindungserfahrungen als relevant angesprochen wurden (vgl. Abschnitt 10.5.2.5).

10.7.3.3 Anforderungen an die Aktualität der Daten und die Datenqualität

Die Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte erfolgt bislang mit einem Zeitverzug von etwa zwei Jahren gegenüber dem Jahr, über das berichtet wird (Berichtsjahr). Da die Versorgungsqualität dynamisch ist, sich also mit der Zeit verändert, sind möglichst aktuelle Daten jedoch ein entscheidendes Kriterium für die Brauchbarkeit des G-BA-Qualitätsportals als Entscheidungshilfe bei der qualitätsorientierten Krankenhausauswahl (Paddock et al. 2015). Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG perspektivisch zu prüfen, inwiefern der Prozess der Datenlieferung, Auswertung und Veröffentlichung der nach Qb-R erhobenen bzw. zu veröffentlichenden Daten beschleunigt werden kann.

Darüber hinaus ist es für die Brauchbarkeit des G-BA-Qualitätsportals für Patientinnen und Patienten bedeutsam, dass die darin enthaltenen Informationen sachrichtig sind. Die Grundlage

hierfür stellt die Datenqualität der in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlichten Daten dar. Es ist anzunehmen, dass die Datenqualität von Qualitätsindikatoren und anderen Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten unterschiedlich gut ist, da z. B. die Dokumentationsqualität bei QS-Daten durch zufällige und gezielte Zweiterhebungen von Daten überprüft wird, in anderen Fällen aber keine weitere Datenvalidierung erfolgt. Auch gibt es Hinweise aus der Literatur und eigenen Analysen des IQTIG, dass Einschränkungen der Datenqualität in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegen (Kraska et al. 2017: 524–547, Drohan und Günster 2019: 184 ff.). Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG perspektivisch zu prüfen, inwiefern die Datenqualität der strukturierten Qualitätsberichte verbessert werden kann.

10.7.3.4 Umgang mit Informationsmodulen, zu denen Daten in den strukturierten Qualitätsberichten fehlen

Eine nachträgliche Integration zusätzlicher, neuer Informationsmodule in bestehende Web-sitestrukturen kann zu erheblichen Aufwänden bis hin zur Notwendigkeit eines Relaunches führen. Informationsmodule bzw. Unterthemen, zu denen bislang keine geeigneten Daten in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegen bzw. zu denen die Datenveröffentlichung noch aussteht, werden daher im Rahmen der Konzeption und ersten Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals als Platzhalter berücksichtigt. Darunter versteht das IQTIG, dass die Informationsmodule von vorneherein mitgeplant werden, auch wenn sie in der Erstumsetzung noch nicht abgebildet werden können. Bei der Weiterentwicklung des G-BA-Qualitätsportals erleichtert die Berücksichtigung dieser Module als Platzhalter eine Integration von bereits in Entwicklung befindlichen oder perspektivisch zu entwickelnden Konzepten.

11 Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen

Ein wesentliches Ziel des G-BA Qualitätsportal ist es, Patientinnen und Patienten über die Versorgungsqualität von Krankenhäusern zu informieren und ihnen damit eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu ermöglichen. Ein zentrales Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten stellen Informationen zur Qualität der stationären Versorgung bezogen auf ihren Versorgungsanlass dar (Informationsmodul „Qualität“; vgl. Abschnitt 10.6.4). Zur Befriedigung dieses Informationsbedürfnis stehen die Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung zur Verfügung. Um den Nutzerinnen und Nutzern des G-BA-Qualitätsportals den Vergleich der Versorgungsqualität zwischen verschiedenen Krankenhäusern anhand dieser Qualitätsindikatoren zu erleichtern, empfiehlt das IQTIG, die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren pro Krankenhaus und Versorgungsanlass zu aggregieren. In Abschnitt 11.1 werden die Ziele und der theoretische Rahmen der dafür benötigten Aggregation erörtert. Die Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen werden in Abschnitt 11.2 beschrieben. In Abschnitt 11.3 erfolgt die Herleitung und Begründung der dafür entwickelten Methodik. Hierbei werden auch die Punkte I.2.f, I.2.g und I.2.i der Beauftragung adressiert. Die Empfehlungen des IQTIG werden in Abschnitt 11.4 zusammengefasst.

11.1 Ziele und theoretischer Rahmen der Aggregation

Qualitätsmessungen lassen sich fast immer als aggregierte Messungen auffassen. So werden etwa bei der Ermittlung der Komplikationsrate eines Leistungserbringers die beobachteten Komplikationen aller Patientinnen und Patienten dieses Leistungserbringers in einem bestimmten Zeitraum (bspw. ein Jahr) aggregiert. Diese Informationsaggregation, hier verstanden als die Zusammenfassung von Informationen mithilfe mathematisch-statistischer Methoden, geschieht zugunsten einer übersichtlichen Beschreibung und Darstellung von Informationen bzw. um mithilfe analytischer Auswertungsmethoden Rückschlüsse auf zugrunde liegende Parameter, wie bspw. die Behandlungskompetenz eines Leistungserbringers bezogen auf einen Qualitätsaspekt, zu ziehen. Qualitätsindikatoren sind daher fast immer als Aggregatmaße zu verstehen, bei denen bspw. über Behandlungsfälle, über Zeitspannen, über Leistungserbringer (z. B. für Bundesauswertungen), über unterschiedliche Endpunkte¹⁹ oder über Indikatoren aggregiert wird (IQTIG 2019: 191 f.).

Im vorliegenden Kapitel geht es um die Zusammenfassung mehrerer Qualitätsindikatoren zu einer neuen Variable. Diese neue Variable wird im Folgenden als Index bezeichnet (im Englischen auch *composite indicator*, *compound measure* etc.) (Schnell et al. 2013: 156). Das grundsätzliche Ziel bei der Aggregation mehrerer Indikatoren zu einem Index ist die gebündelte und verständliche Darstellung einer ansonsten schwer überschaubaren Menge an Informationen. Je nach

¹⁹ Beispielsweise fasst der Indikator „Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54016) eine Reihe unterschiedlicher Komplikationsarten zusammen, darunter unter anderem Pneumonie, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung und Lungenembolie.

Verwendungszweck der Qualitätsmessung kann diese Zusammenfassung einer Vielzahl an Indikatoren erwünscht oder unerwünscht sein. Für die Ableitung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsförderung wäre ein umfassender Index weniger geeignet, da nicht erkennbar ist, bei welchen spezifischen Prozessen oder Ergebnissen Qualitätsdefizite vorliegen.

Wenn Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörige über Qualität informiert werden sollen, hat die Aggregation über Indikatoren dagegen eine herausragende Bedeutung. Einzelne Qualitätsindikatoren geben nur einen fragmentierten Einblick in die Qualität der Versorgung. Um einen möglichst umfassenden Eindruck von der Versorgungsqualität zu erhalten, müssen in der Regel mehrere Indikatoren zusammen betrachtet werden. Mit steigender Anzahl an Qualitätsindikatoren wird dies jedoch zunehmend schwieriger. Für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen kann es eine Herausforderung sein, in einer großen Menge von Indikatoren die für sie relevanten zu finden und die Informationen entsprechend zu gewichten, um einzuschätzen, bei welchem Leistungserbringer sie die beste Qualität erwarten können. Bei einer Darstellung einzelner Qualitätsindikatoren ohne weitere Aggregation müssten die Nutzer und Nutzerinnen selbst die Indikatoren auswählen, gewichten und zusammenfassen, um zu einer übergreifenden Qualitätsaussage für ein bestimmtes Krankenhaus zu gelangen.

Mit diesen Aufgaben ist für die Nutzerinnen und Nutzer eine hohe kognitive Belastung verbunden. Häufig wählen Menschen daher kognitive Abkürzungen (*shortcuts*), um einen sonst sehr komplexen, mehrdimensionalen Abwägungsprozess zu vereinfachen und dadurch die kognitive Belastung zu reduzieren (Hibbard und Peters 2003, Hibbard et al. 2007). Ein Beispiel hierfür ist der Fokus auf ein Subset der verfügbaren Information oder sogar nur auf ein einziges hervorstechendes Entscheidungskriterium, wohingegen andere Entscheidungskriterien außen vorge lassen werden (Hibbard und Peters 2003, Tversky et al. 1988, Kurtzman und Greene 2016). Typischerweise konzentrieren Nutzer und Nutzerinnen sich auf konkrete, leicht verständliche Entscheidungskriterien, die ihrem unmittelbaren Erfahrungskontext nahe sind, wie bspw. die Erreichbarkeit von Krankenhäusern (Hibbard et al. 1996, Hibbard und Peters 2003). Wenn das eigentliche Interesse der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen darin liegt, eine gute medizinische Versorgung zu erhalten, würde dieses Interesse durch den ausschließlichen Fokus auf ein einziges Kriterium wie bspw. die Erreichbarkeit des Krankenhauses jedoch untergraben werden. Die ausschließliche Darstellung einer Fülle an Informationen ohne zusammenfassende Aufarbeitung und Bewertung kann Nutzer und Nutzerinnen daher zu Entscheidungsstrategien verleiten, die ihren tatsächlichen Präferenzen widersprechen.

In diesem Kontext eignen sich aggregierte Maße dafür, die Qualitätsinformationen über einzelne Indikatoren und ggf. mehrere Dimensionen hinweg darstellen (OECD/JRC 2008: 13 f., Goddard und Jacobs 2010). Der zentrale Vorteil eines Index ist die übersichtliche Zusammenfassung von Unterschieden in der Versorgungsqualität über mehrere Indikatoren hinweg. Die Verdichtung eines Sets an Indikatoren zu einem Index kann eine übersichtliche und verständliche Darstellung von relevanten, qualitätsbezogenen Informationen ermöglichen (OECD/JRC 2008: 13 f., Goddard und Jacobs 2010) und die kognitive Belastung bei der Verarbeitung dieser Informationen reduzieren (Hibbard und Peters 2003).

Die Herausforderung bei der Konstruktion von Indizes liegt darin, dass die methodischen Entscheidungen zur Auswahl, Aufbereitung, Gewichtung und Aggregation der Indikatoren, die alternativ implizit den Nutzern und Nutzerinnen überlassen werden würden, explizit im Zuge der Indexkonstruktion beantwortet werden müssen (Goddard und Jacobs 2010). Damit diese Entscheidungen zielgerichtet getroffen werden können, werden daher im nächsten Abschnitt die Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen beschrieben.

11.2 Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur zur Informationsaggregation werden verschiedene Herangehensweisen für die Konstruktion von Indizes diskutiert (OECD/JRC 2008, Barclay et al. 2019, Profit et al. 2010, Schang et al. 2016). Die Angemessenheit der Methodik für die Indexbildung hängt dabei von den folgenden Anforderungen an die Informationsaggregation ab:

▪ Vermittlung von Informationen über die Qualität der stationären Versorgung

Das G-BA-Qualitätsportal soll Patientinnen und Patienten über die Qualität und Unterschiede in der Qualität für die maßgeblichen Bereiche der stationären Versorgung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser informieren (vgl. Punkt I.3.b der Beauftragung) und die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen adressieren (vgl. Punkt I.2.c der Beauftragung). Daraus ergibt sich die Anforderung an die Informationsaggregation, diese patientenzentrierte Vermittlungsfunktion zu unterstützen. Die Informationsaggregation soll insbesondere dazu beitragen, Komplexität und die damit verbundene kognitive Belastung von Patientinnen und Patienten zu reduzieren und die Übersichtlichkeit von Informationen zur Qualität der stationären Versorgung zu erhöhen.

▪ Aussagekräftige und faire Vergleiche der Qualität von Leistungserbringern

Gemäß Punkt I.3.b der Beauftragung sollen die Auswahl und die Darstellung der Informationen faire Vergleiche zwischen Krankenhäusern ermöglichen. Damit Vergleiche der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern als fair gelten können, müssen aus Sicht des IQTIG unterschiedliche Kriterien erfüllt sein. Fairness bedeutet in diesem Kontext zum einen, dass Aussagen zur Versorgungsqualität der Leistungserbringer getroffen werden, nicht zu Einflussfaktoren auf Prozesse und Ergebnisse, die die Leistungserbringer nicht beeinflussen können. Dieses Kriterium wird über die Erfüllung von methodischen Anforderungen an die indikatorgestützte Qualitätsmessung, insbesondere die Erfüllung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren (IQTIG 2019: 135-151), sichergestellt. Faire Aussagen zur Versorgungsqualität von Leistungserbringern erfordern darüber hinaus die Berücksichtigung statistischer Unsicherheit, da das beobachtete Ergebnis (d. h. der Punktschätzer, bei ratenbasierten Indikatoren bspw. der Quotient aus Anzahl an interessierenden Ereignissen und Größe der Grundgesamtheit) eines Indikators zufälligen, fallzahlabhängigen Einflüssen unterliegt und deshalb für sich betrachtet keine ausreichende Informationsgrundlage für eine Qualitätsbewertung darstellt (Barclay et al. 2019, Jacobs et al. 2005, Spiegelhalter et al. 2012, IQTIG 2019). Für alle Leistungserbringer, deren Qualität in Bezug auf ein bestimmtes Thema (z. B. Aspekte der e-

lektiven Hüftendoprothetik) verglichen werden soll, muss außerdem die gleiche Berechnungsvorschrift zur Indexkonstruktion gelten, da die Ergebnisse der Informationsaggregation sonst nicht zwischen Leistungserbringern vergleichbar sind (Barclay et al. 2019). Aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sollte die Berechnungsvorschrift veröffentlicht werden (Barclay et al. 2019).

▪ **Qualitätsmessung mit formativen Messmodellen**

In der wissenschaftlichen Literatur wird zwischen formativen und reflektiven Messmodellen unterschieden (IQTIG 2019: 82 f., Bollen und Diamantopoulos 2017, NQF 2017: 46, NQF 2013). Indikatoren in der Qualitätsmessung stehen in der Regel in einem formativen Verhältnis zueinander, da verschiedene Aspekte des Behandlungsprozesses, welche durch verschiedene Qualitätsindikatoren messbar gemacht werden, von einem Leistungserbringer mit unterschiedlicher Qualität durchgeführt werden können (Shwartz et al. 2011).²⁰ Qualitätsindikatoren bilden unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung ab, die unabhängig voneinander erfüllt sein können (IQTIG 2019: 58-62). Ein Qualitätsindikator ist daher nicht durch einen anderen Qualitätsindikator ersetzbar, wie dies bei einem reflektiven Messmodell der Fall wäre. Qualitätsmessung mit formativen Messmodellen ist somit eine Anforderung an die Informationsaggregation, mit der umgegangen werden muss. Das bedeutet zum Beispiel, dass Leistungserbringer auf Basis der gleichen Indikatoren verglichen werden müssen. Denn da erst die jeweiligen Indikatoren das gemessene Konstrukt formen, ändert sich die Bedeutung des Konstrukts, wenn Indikatoren wegfallen, hinzukommen oder durch andere Indikatoren ersetzt werden (Jarvis et al. 2003).

▪ **Umsetzbarkeit**

Gemäß Punkt 1 und Punkt 2 der Beauftragung soll das IQTIG ein Gesamtkonzept zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen vergleichenden Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung vorlegen. Bezogen auf die Informationsaggregation versteht das IQTIG darunter die Anforderung, eine Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen zu entwickeln, die versorgungsanlassübergreifend anwendbar und auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser umsetzbar ist.

Diese Anforderungen sind wichtig für patientenzentrierte, faire und umsetzbare Vergleiche der Qualität der stationären Versorgung. Bei hohem wissenschaftlichem Anspruch müssen die Ergebnisse zugleich allgemeinverständlich dargestellt werden können. Die Anforderung einer allgemeinverständlichen Darstellung darf jedoch nicht zulasten der Fairness der Vergleiche gehen. Beispielsweise sollte statistische Unsicherheit in der Berechnung der aggregierten Indikatorwerte berücksichtigt werden (Barclay et al. 2019, Jacobs et al. 2005). Die Darstellung der aggregierten Indikatorwerte im G-BA-Qualitätsportal sollte hingegen allgemeinverständlich sein. Beispielsweise sollte beachtet werden, dass Patientinnen und Patienten Maße für Unsicherheit (z. B. Konfidenzintervalle) häufig nicht verstehen (Hildon et al. 2012). Auch die Anforderung einer zeitnahen Umsetzbarkeit der Empfehlungen darf weder zulasten der Vermittelbarkeit der

²⁰ Beispielsweise kann ein Leistungserbringer gute Ergebnisse bezogen auf sichere Versorgungsprozesse erzielen, jedoch schlechte Ergebnisse bezogen auf den Behandlungserfolg bei einem bestimmten Versorgungsanlass.

Informationen für Patientinnen und Patienten noch zulasten der Fairness der Vergleiche zwischen Leistungserbringern gehen. Potenzielle Konflikte zwischen diesen Anforderungen werden daher im nachfolgenden Abschnitt dargelegt, um auf dieser Basis zu begründeten Empfehlungen zu gelangen.

11.3 Herleitung und Begründung der Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen

Die Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen orientiert sich an den in der wissenschaftlichen Literatur üblichen Entwicklungsschritten für die Indexkonstruktion (IQTIG 2019: 194 ff., OECD/JRC 2008: 20 f.). Die Ziele und Inhalte dieser Entwicklungsschritte sowie mögliche Optionen werden in den folgenden Unterabschnitten beschrieben. Bei der Bildung eines Index aus mehreren Qualitätsindikatoren je Leistungserbringer und je Versorgungsanlass wird wie folgt vorgegangen:

- Zunächst wird ein theoretisches Indexmodell entwickelt. Darin wird festgelegt, welches Konstrukt der Index abbilden soll, welche Dimensionen das Konstrukt umfasst und welche Struktur dem Indexmodell zugrunde gelegt wird.
- Unter den verfügbaren, inhaltlich relevanten Qualitätsindikatoren gibt es Qualitätsindikatoren, in denen nicht jeder Leistungserbringer Fälle erbracht hat. In dieser Situation muss ein einheitliches Qualitätsindikatorensatz festgelegt werden.
- Im Entwicklungsschritt Auswahl der Informationsgrundlage wird festgelegt, welche Informationen, die je Leistungserbringer und je Qualitätsindikator vorliegen, in den Index eingehen (etwa Punktschätzer, Maße für statistische Unsicherheit etc.).
- Die einheitliche Skalierung der Indikatoren dient dazu, alle Indikatoren in eine einheitliche Messskala zu überführen.
- Im Entwicklungsschritt Gewichtung wird die inhaltlich geleitete, relative Bedeutung der Variablen zueinander festgelegt.
- Die Aggregation der Indikatoren erfolgt mittels einer Funktion, welche die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zu einem Index zusammenfasst.
- Im Entwicklungsschritt Klassifikation werden die gewichteten und aggregierten Ergebnisse der Leistungserbringer einer Bewertungskategorie zugeordnet.

11.3.1 Entwicklung des theoretischen Indexmodells

Das G-BA-Qualitätsportal richtet sich primär an Patientinnen und Patienten und hat zum Ziel, über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung durch einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren (vgl. Punkt I.3.b der Beauftragung). Damit ein diesem Ziel angemessener Index konstruiert werden kann, muss zunächst ein theoretisches Indexmodell entwickelt werden. In diesem Modell wird festgelegt, welches inhaltliche Konstrukt abgebildet werden soll, welche Dimensionen das Konstrukt umfasst und welche Struktur dem Indexmodell zugrunde gelegt wird (IQTIG 2019: 194 f., Profit et al. 2010, OECD/JRC 2008: 22). Diese Komponenten des theoretischen Indexmodells werden im Folgenden erläutert.

11.3.1.1 Definition des Konstrukts

In Kapitel 10 wurden die aus Patientensicht maßgeblichen Bereiche der Krankenhausversorgung identifiziert und es wurde begründet, warum das IQTIG eine Strukturierung relevanter Inhalte nach Versorgungsanlässen empfiehlt. Daher sollte auch die Zusammenfassung dieser Inhalte zu einem Index in Bezug auf einen definierten Versorgungsanlass erfolgen. Die Konstruktion eines einzigen prozedur- und diagnoseübergreifenden Index zur „Gesamtqualität“ eines Krankenhauses (vgl. z. B. YNHSC/CORE 2017) erscheint für die anlassbezogene Suche nach einem Krankenhaus hingegen nicht zielführend.

Gemäß Punkt I.2.h der Beauftragung soll auch geklärt werden, welche Einrichtungsebene (Krankenhaus, Standort, Abteilung) für die Informationsaggregation heranzuziehen ist. Wie unter Punkt I.2.g der Beauftragung gefordert, soll sich die gewählte Einrichtungsebene mit den bestehenden, in der Qualitätssicherung des G-BA genutzten Auswertungseinheiten abbilden lassen. Dementsprechend müsste die Verdichtung von Qualitätsindikatoren auf Ebene der Standorte der Krankenhäuser erfolgen und eine Qualitätsaussage wäre für diese Ebene möglich.

11.3.1.2 Dimensionen des Konstrukts

Da die Qualität der Versorgung als mehrdimensionales Konstrukt verstanden wird (IQTIG 2019: 16 ff.), müssen die relevanten Dimensionen der Versorgungsqualität bezogen auf den jeweiligen Versorgungsanlass definiert werden. Zum Zweck der Patienteninformation empfiehlt das IQTIG die Verwendung der identifizierten Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“, welche die qualitätsbezogenen Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten beschreiben (vgl. Abschnitt 10.6.4).

11.3.1.3 Struktur des Indexmodells

Auf Basis einer systematischen Literaturübersicht über effektive Präsentationsformate von Informationen über die Qualität der Gesundheitsversorgung (Kurtzman und Greene 2016) zeigt sich, dass die Schwelle, ab der Informationen eine kognitive Überlastung und ein Zuviel an Informationen darstellen, zwischen Nutzerinnen und Nutzern variiert. Während einige Nutzerinnen und Nutzer lediglich einen Gesamtüberblick auf Basis eines übergreifenden Aggregatmaßes bevorzugen, sind für andere Nutzerinnen und Nutzer auch die Möglichkeit eines „Drill-downs“ und ein höherer Detailgrad der dargestellten Informationen basierend auf ihren persönlichen Präferenzen und Informationsbedürfnissen wichtig (Kurtzman und Greene 2016). Aufgrund dieser individuellen Unterschiede in den Informationspräferenzen schlägt das IQTIG mindestens zwei Ebenen der Informationsvermittlung vor. Die empfohlene Struktur des Indexmodells umfasst dementsprechend folgende Aggregationsstufen je Leistungserbringer (Standort) und je Versorgungsanlass:

- Aggregation von Qualitätsindikatoren innerhalb der Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ sowie „Kommunikation und Interaktion“ (Aggregationsstufe 1)
- Aggregation der Qualitätsthemen zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

Mit dem Ziel der Reduktion von Komplexität (vgl. Abschnitt 11.1) ermöglicht die Konstruktion und Darstellung eines Gesamtindex je Einrichtung und je Versorgungsanlass (Aggregationsstufe 2) einen Überblick über die verfügbaren Informationen zur Versorgungsqualität der betreffenden Einrichtungen. Durch die Konstruktion und Darstellung themenspezifischer Indizes erhalten Patientinnen und Patienten zusätzlich die Möglichkeit, sich über Krankenhäuser nach für sie besonders relevanten Themenkomplexen (Aggregationsstufe 1) zu informieren. Über die Darstellung auf dem G-BA-Qualitätsportal sollten Patientinnen und Patienten nachvollziehen können, welche Qualitätsindikatoren den themenspezifischen Indizes zugrunde liegen (vgl. Abschnitt 12.2.1).

11.3.2 Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorensets

Die Zuordnung inhaltlich relevanter Qualitätsindikatoren zum definierten Versorgungsanlass und den Qualitätsthemen wurde in Abschnitt 10.6.4.4 beschrieben (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12). Aufgrund der Qualitätsmessung mit formativen Messmodellen (vgl. Abschnitt 11.1) sollten Leistungserbringer auf Basis der gleichen Indikatoren verglichen werden. Anderenfalls würde „mit zweierlei Maß“ gemessen.

Die Qualitätsindikatoren der bestehenden QS-Verfahren treffen jedoch nicht auf alle Leistungserbringer des jeweiligen QS-Verfahrens zu. Manche Qualitätsindikatoren schränken die Grundgesamtheit innerhalb des QS-Verfahrens weiter ein, z. B. auf bestimmte Patientensubgruppen²¹ oder Therapieverfahren²². Dadurch sind einige Indikatoren eines QS-Verfahrens nicht auf alle Leistungserbringer des QS-Verfahrens anwendbar. Beispielsweise zeigt sich für das QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*, dass nur für ca. 83 % der Leistungserbringer Indikatorergebnisse zu allen 11 Qualitätsindikatoren in den QS-Daten vorliegen, d. h., nur für 83 % der Leistungserbringer wäre ein Index auf Basis aller Qualitätsindikatoren berechenbar.

Daher müssen folgende konfligierende Ziele soweit wie möglich in Einklang gebracht werden:

- Hoher Anteil der ausgewählten Indikatoren:
Für ein möglichst inhaltsvalides Qualitätsindikatorensset sollten möglichst viele der verfügbaren Indikatoren in das Set eingehen.
- Hoher Anteil der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer:
Indizes sollten für möglichst viele Leistungserbringer darstellbar sein.
- Abdeckung der Qualitätsthemen:
Jedes Qualitätsthema, das über Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung abbildbar ist, sollte sich (über mindestens einen Indikator) wiederfinden.

²¹ Beispielsweise bezieht sich der Indikator „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004) im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* nur auf Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

²² Der Qualitätsindikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) im QS-Verfahren *Mammachirurgie* bezieht sich bspw. ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit brusterhaltender Therapie, nicht auf Mastektomien.

Dazu empfiehlt das IQTIG die Definition versorgungsanlassbezogener Indikatorensets nach folgendem Vorgehen:

1. Zunächst sollte überprüft werden, ob der Versorgungsanlass konkretisiert werden kann. Beispielsweise suchen Patientinnen und Patienten nicht nach einem Krankenhaus für ein QS-Verfahren (z. B. *Hüftendoprothesenversorgung*), sondern nach einem Krankenhaus für einen bestimmten Versorgungsanlass, der gegebenenfalls eine Teilmenge des QS-Verfahrens darstellt (z. B. erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)) (vgl. Abschnitt 10.1). Grundsätzlich sollten nur Qualitätsindikatoren, die sich auf den jeweiligen Versorgungsanlass beziehen, in das versorgungsanlassbezogene Indikatorenset eingehen (vgl. Abschnitt 10.6.4.2).
2. Anschließend erfolgt eine Abwägung zwischen der Anzahl der in den Gesamtindex einfließenden Indikatoren und der Anzahl an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex. Hierfür wird für jede mögliche Anzahl an Indikatoren (d. h. mindestens ein bis maximal alle Qualitätsindikatoren eines Versorgungsanlasses) und jede mögliche Kombination der Indikatoren der Anteil an Leistungserbringern ermittelt, für die mit dem jeweiligen Indikatorenset ein Gesamtindex berechnet werden kann.²³
3. Aus diesen möglichen Indikatorensets wird dasjenige ausgewählt,
 - welches jedes der abbildbaren Qualitätsthemen abdeckt,
 - für welches der Anteil an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex über einem definierten Schwellenwert liegt (z. B. mindestens 80 % oder mindestens 90 % aller Leistungserbringer; der konkrete Schwellenwert sollte unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Leistungserbringer und der Anzahl der Indikatoren QS-verfahrensspezifisch getroffen werden), und
 - welches die größte Anzahl an Qualitätsindikatoren enthält.

Das resultierende Indikatorenset ist auf den definierten Anteil der Leistungserbringer anwendbar und deckt jedes Qualitätsthema ab, das über bestehende Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung adressiert wird. Indizes würden nur für Leistungserbringer gebildet und dargestellt werden, die dieses Indikatorenset erfüllen.

Beispiele

Unterschiedlich große Indikatorensets und damit verbundene Anteile an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex sind illustrativ für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ aus dem QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* (Tabelle 14) im Erfassungsjahr 2019 dargestellt. Je größer das Indikatorenset ist, desto kleiner wird die Anzahl an Leistungserbringern, die Fälle in allen relevanten Indikatoren erbrachten.

²³ Dafür wird definiert, dass der Gesamtindex berechenbar ist, sobald ein Leistungserbringer Fälle in allen Grundgesamtheiten der relevanten Indikatoren aufweist.

Tabelle 14: Anteil an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ aus dem QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung für unterschiedliche Größen des Indikatorensets im Erfassungsjahr 2019

Größe des Indikatorensets (Anzahl Indikatoren) ¹		Anteil an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex ² (QS-Daten)
Qualitätsthema „Abläufe vor Ort“	Qualitätsthema „Behandlungsergebnisse“	
2	4	81,8 %
2	3	87,7 %
2	2	87,8 %
2	1	87,8 %
1	4	81,9 %
1	3	87,9 %
1	2	87,9 %
1	1	91,9 %

¹ Jeweils das Indikatorenset mit dem höchsten Anteil an Leistungserbringern mit Fällen in Grundgesamtheiten aller Qualitätsindikatoren.

² Der Gesamtindex ist berechenbar, wenn ein Leistungserbringer Fälle in allen Grundgesamtheiten der Qualitätsindikatoren im Set hat.

Im betrachteten Versorgungsanlass erbrachten bspw. fast 82 % aller Leistungserbringer Fälle in der Grundgesamtheit aller 6 Qualitätsindikatoren, d. h., für knapp 82 % der Leistungserbringer ist ein Gesamtindex auf Basis aller Qualitätsindikatoren berechenbar.

11.3.3 Auswahl der Informationsgrundlage

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur werden üblicherweise die metrischen Ergebnisse verschiedener Indikatoren in eine einheitliche Messskala überführt und anschließend gewichtet und aggregiert (Barclay et al. 2019, Profit et al. 2010, NQF 2017: 46, YNHHS/CORE 2017: 9-21, NQF 2013). In der gesetzlich verpflichtenden, indikatorbasierten Qualitätssicherung in Deutschland erfolgt die Qualitätsbewertung hingegen in zwei Schritten, zunächst über den Abgleich zwischen dem Indikatorergebnis und dem Referenzbereich und dann im Rahmen des Strukturierten Dialogs bzw. eines Stellungnahmeverfahrens. Daher liegen mindestens folgende Informationen zu jedem Indikator und Leistungserbringer vor:

- das metrische Indikatorergebnis, hier definiert als der Punktschätzer sowie Maße für die fallzahlabhängige statistische Unsicherheit (z. B. Vertrauensbereich)
- das Klassifikationsergebnis, ob der Indikatorwert eines Leistungserbringers den Referenzbereich erreicht hat
- das Ergebnis des Strukturierten Dialogs / des Stellungnahmeverfahrens in Form von Kategorien und Ziffern

Das IQTIG ist beauftragt, die Frage zu beantworten, ob und, wenn ja, wie die metrischen Indikatorergebnisse zu einem Index aggregiert werden sollen (vgl. Punkt I.2.h der Beauftragung). Gemäß der Beauftragung sollen auch die Referenzbereiche sowie relative Bezüge bzw. Distanzen zu den Referenzbereichen beachtet werden (auch Punkt I.2.h). Zugleich wird unter Punkt I.2.f der Beauftragung auf die Rolle des Strukturierten Dialogs für die Prüfung der Klassifikationsergebnisse hingewiesen.

Im Folgenden werden drei Optionen vorgestellt, wie mit den verfügbaren Informationen zu jedem Indikator und Leistungserbringer umgegangen werden kann. Diese Optionen werden auf Basis der Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Abschnitt 11.2) hinsichtlich ihrer Annahmen und Voraussetzungen sowie ihrer Vorteile und Limitationen bewertet.

11.3.3.1 Option 1: Aggregation der Einstufungsergebnisse aus dem Strukturierten Dialog / Stellungnahmeverfahren

Bei den QS-Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung wird im Strukturierten Dialog / Stellungnahmeverfahren unabhängig von der Richtliniengrundlage (QSKH-RL²⁴, plan. QI-RL, DeQS-RL) u. a. geprüft, ob ein Leistungserbringer die erwartbaren Anforderungen an die Versorgung nicht eingehalten hat.

Wenn die beauftragte Bewertungsstelle zu dem Schluss gelangt, dass einem quantitativ auffälligen Indikatorergebnis ein Qualitätsdefizit zugrunde liegt, dann wird das betreffende Indikatorergebnis als qualitativ auffällig eingestuft (Kategorie A).²⁵ Die Bewertungsstelle kann ein quantitativ auffälliges Indikatorergebnis auch als qualitativ unauffällig einstufen (Kategorie U). Da es für den Bewertungsprozess derzeit jedoch keine veröffentlichte Methodik gibt, ist nicht bekannt, wie das Bewertungsergebnis zustande kommt. Beispielsweise könnte die Bewertungsstelle von der Annahme eines Qualitätsdefizits ausgehen, das durch Hinweise auf besondere Umstände durch den Leistungserbringer entkräftet werden muss, damit ein quantitativ auffälliges Indikatorergebnis als qualitativ unauffällig eingestuft wird. Alternativ könnte die Bewertungsstelle von der Annahme ausgehen, dass kein Qualitätsdefizit vorliegt, sodass ohne die Identifikation weiterer Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Bewertungsprozess das quantitativ auffällige Indikatorergebnis daher als qualitativ unauffällig eingestuft werden müsste.

Bei einem quantitativ auffälligen Indikatorergebnis kann sich bislang die Bewertungsstelle auch dazu entschließen, nur einen Hinweis an den Leistungserbringer zu versenden (Kategorie H). In diesem Fall endet der Strukturierte Dialog / das Stellungnahmeverfahren ohne eine Qualitätsbewertung. Eine Qualitätsaussage wird im Strukturierten Dialog auch dann nicht getroffen, wenn das Indikatorergebnis nicht quantitativ auffällig ist (Kategorie R), eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich erscheint (Kategorie D), eine Bewertung nicht vorgesehen ist (Kategorie N) oder aus sonstigen Gründen (Kategorie S).

²⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 03.09.2020).

²⁵ Vgl. Anlage 1: C-1.2.2 Qb-R.

Unabhängig von ihrer Richtliniengrundlage ist den im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung verwendeten Qualitätsindikatoren gemein, dass das Bewertungsschema auf die Prüfung der Nichterfüllung erwartbarer Standards ausgelegt ist. Ein Index, der nur die Einstufungsergebnisse dieses zweiten Prüfschritts (Strukturierter Dialog / Stellungnahmeverfahren) berücksichtigt, entspräche daher dem Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnisse (gemäß Kategorie A des Bewertungsschemas) an allen abschließend bewerteten Indikatoren. Die Qualitätsaussage des Index bestünde demnach darin, für welchen Anteil der Qualitätsindikatoren in einem definierten Indikatorenset erwartbare Anforderungen nicht erfüllt wurden. Dies würde Aussagen ermöglichen wie „2 von 5 erwartbaren Standards wurden in Krankenhaus A in Bezug auf den Versorgungsanlass X nicht erfüllt“.

Annahmen und Voraussetzungen

Die Aggregation der Ergebnisse allein des zweiten Prüfschritts (Strukturierter Dialog oder Stellungnahmeverfahren) bei gleichzeitiger Vernachlässigung der metrischen Indikatorergebnisse würde von der Annahme ausgehen, dass Qualitätsindikatoren „Auslösekriterien“ darstellen, um Leistungserbringer zu identifizieren, bei denen eine vertiefte Prüfung sinnvoll erscheint. Den metrischen Ergebnisse würde selbst keine über die Funktion eines Auslösekriteriums hinausgehende Aussagekraft zugesprochen (IQTIG 2020c).

Die Voraussetzung für aussagekräftige und faire Vergleiche der Qualität von Leistungserbringern rein auf Basis der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens ist einerseits die Erfüllung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren (IQTIG 2019: 135-151) und andererseits die Erfüllung der Gütekriterien für den Bewertungsprozess. Die Grundvoraussetzung für die Validität der Ergebnisse ist insbesondere, dass die Bewertungsergebnisse objektiv sind, also von der durchführenden Stelle weitgehend unabhängig (IQTIG 2020c).

Vorteile für das G-BA-Qualitätsportal

Auf Basis eines Index, der ausschließlich die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens über mehrere Indikatoren für einen Leistungserbringer und bezogen auf einen bestimmten Versorgungsanlass zusammenfasst, könnten Patientinnen und Patienten nachvollziehen, in welchen Krankenhäusern erwartbare Standards wie häufig nicht eingehalten wurden.

Limitationen

Für das G-BA-Qualitätsportal ist eine objektive Informationsgrundlage zentral, um faire und aussagekräftige Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu gewährleisten. Bisher wird jedoch im Rahmen weder der QSKH-RL noch der DeQS-RL eine bundeseinheitliche Methodik eingesetzt, nach der ein Stellungnahmeverfahren bei (rechnerisch) auffälligen Indikatorergebnissen eingeleitet werden sollte und nach welcher Vorgehensweise ein (rechnerisch) auffälliges Ergebnis nach Aufnahme eines Stellungnahmeverfahrens bewertet wird.

Dies führt im ersten Schritt zu Heterogenität zwischen den Bewertungsstellen in der Entscheidung darüber, ob überhaupt ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird, um die Qualität der Versorgung zu bewerten. Leistungserbringer, die nur einen Hinweis erhalten, haben somit

gar nicht die Möglichkeit, zu einem (rechnerisch) auffälligen Indikatorergebnis Stellung zu nehmen. Im zweiten Schritt führt das Fehlen einer einheitlichen Methodik zu Heterogenität zwischen den Bewertungsstellen in der Bewertung (rechnerisch) auffälliger Indikatorergebnisse, d. h. ob ein Leistungserbringer als qualitativ auffällig oder als qualitativ unauffällig eingestuft wird. Ein uneinheitlicher Umgang mit (rechnerisch) auffälligen Indikatorergebnissen führt damit zu einer Ungleichbehandlung von Leistungserbringern und damit zu einer reduzierten Objektivität des Verfahrens.

Empirische Analysen belegen, dass erhebliche, bewertungsstellenabhängige Heterogenität bei vergleichbaren rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen besteht, sowohl bei der Aufnahme von Stellungnahmeverfahren als auch bei der Bewertung der Indikatorergebnisse (IQTIG 2020c). Während einige Bewertungsstellen fast immer ein Stellungnahmeverfahren bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen durchführen, wird in anderen Bundesländern beinahe gar kein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis einem Stellungnahmeverfahren unterzogen. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis nach einem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet wird, variiert abhängig vom betrachteten Indikator zwischen unter 5 % und deutlich über 90 % (IQTIG 2020c).

Diese Heterogenität deutet auf eine mangelnde Objektivität und daher eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hin (IQTIG 2020c). Dadurch kann nicht gewährleistet werden, dass alle Leistungserbringer nach den gleichen Kriterien bewertet werden. Konkret bedeutet dies, dass der Anteil qualitativ auffälliger Indikatorergebnisse je Leistungserbringer und je Leistungsbereich keine geeignete Informationsgrundlage für faire Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern darstellt.

Das qualitative Bewertungsverfahren führt zudem zu einer höchst selektiven Bewertung der Indikatorergebnisse: Das qualitative Bewertungsverfahren betrachtet – wenn überhaupt – nur Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und „korrigiert“ diese von „außerhalb des Referenzbereichs“ hin zu „im Referenzbereich“. Aber auch innerhalb des Referenzbereichs könnten Ergebnisse fälschlicherweise zu schlecht (oder zu gut) ausgefallen sein (z. B. aufgrund mangelnder Risikoadjustierung). Das qualitative Bewertungsverfahren „korrigiert“ also nur die Dichotomisierung der Indikatorergebnisse in „auffällig“ vs. „unauffällig“ und das auch nur in eine Richtung von „auffällig“ zurück nach „unauffällig“. Die Kriterien, nach denen dies geschieht, sind dabei unbekannt.

Eine weitere Limitation betrifft die Unvollständigkeit der möglichen Qualitätsaussagen, die auf Basis der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs getroffen werden können. Das Bewertungsschema des Strukturierten Dialogs dient bisher – bedingt durch die Verwendung hauptsächlich für die Qualitätsförderung – der Identifikation von Qualitätsdefiziten. Es wird ausschließlich geprüft, ob erwartbare Standards *nicht* eingehalten wurden. Rechnerische Indikatorergebnisse innerhalb des Referenzbereichs werden jedoch keiner weiteren fachlichen Bewertung unterzogen. Gemäß der für Option 1 geltenden Annahme, dass Qualitätsindikatoren reine „Auslösekriterien“ darstellen und die Qualitätsbewertung erst im zweiten Prüfschritt erfolgt, ermöglichen die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs demnach keine vollständige Aussage, welche Leis-

tungserbringer bezogen auf einen Qualitätsindikator erwartbare Standards der Versorgung erfüllt haben. Für alle Indikatorergebnisse, die nicht als qualitativ auffällig eingestuft wurden, wäre daher keine Qualitätsaussage möglich, außer, dass keine Evidenz für die Nichterfüllung des erwartbaren Standards vorliegt.

Darüber hinaus basieren die Klassifikationsergebnisse im Rahmen der QSKH-RL bisher lediglich auf einem rechnerischen Größer/Kleiner-Vergleich zwischen Indikatorergebnis und Referenzbereich (IQTIG 2020c). Die Kategorisierung von metrisch skalierten Indikatorergebnissen in Bewertungskategorien des Strukturierten Dialogs führt zu einem Verlust der Informationen über die Abstände zu den Referenzwerten sowie über fallzahlbedingte Unsicherheit. Eine über das dichotome Einstufungsergebnis hinausgehende Betrachtung von Unterschieden in der Versorgungsqualität und die unter Punkt I.2.h der Beauftragung geforderte Beachtung von Distanzen zum Referenzbereich wäre allein auf Basis der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / des Stellungnahmeverfahrens daher nicht möglich.

Fazit

Bezogen auf das derzeitige Vorgehen und die Bewertung im Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erscheinen die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nicht geeignet, um Patientinnen und Patienten über Qualität und Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung zu informieren. Das Bewertungsschema ist auf die Identifikation von Qualitätsdefiziten ausgerichtet und ermöglicht keine darüber hinausgehende Darstellung von Unterschieden in der Versorgungsqualität aller an der stationären Versorgung beteiligten Einrichtungen. Mangels einer bundeseinheitlichen sowie richtlinienübergreifenden Methodik zu Vorgehen und Bewertung im Strukturierten Dialog / Stellungnahmeverfahren sind die Objektivität und damit die Fairness der Vergleiche deutlich eingeschränkt.

11.3.3.2 Option 2: Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse

Die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse entspricht dem in der internationalen wissenschaftlichen Literatur üblichen Vorgehen der Indexbildung (z. B. Barclay et al. 2019: 9, Profit et al. 2010, YNHSC/CORE 2017). Die metrischen Ergebnisse der verschiedenen Indikatoren würden hierbei zunächst in eine einheitliche Messskala überführt und anschließend gewichtet und in einen Indexwert aggregiert werden. Am Ende stünde für jeden Leistungserbringer und pro definiertem Versorgungsanlass (vgl. Abschnitt 11.3.1) ein Indexwert, der alle Indikatorergebnisse des jeweiligen Versorgungsanlasses unter Berücksichtigung von fallzahlbedingter Unsicherheit zusammenfasst. Dieser Indexwert könnte anschließend einer Bewertungskategorie zugeordnet werden, um die Ergebnisse für die Nutzerinnen und Nutzer verständlich darzustellen (vgl. Abschnitt 11.3.7). Eine Kategorisierung der einzelnen Indikatorwerte, beispielsweise in rechnerisch auffällige und unauffällige, würde in Option 2 nicht erfolgen.

Annahmen und Voraussetzungen

Die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse basiert auf der Annahme, dass Qualitätsindikatoren den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen beschreiben (IQTIG 2019: 42, Mainz 2003, Berwick et al. 2003, Geraedts et al. 2017: e100). Die Voraussetzung für faire und

aussagekräftige Vergleiche der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern auf Basis metrischer Indikatorergebnisse ist die Erfüllung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren durch diese (IQTIG 2019: 135-151).

Vorteile für das G-BA-Qualitätsportal

Ein zentraler Vorteil der Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse besteht in der bundeseinheitlichen Berechnungsvorschrift der Indikatoren. Diese ermöglicht eine hohe Objektivität, da die Auswertung der Daten unabhängig von der auswertenden Instanz ist.

Außerdem liegen für die metrischen Indikatorergebnisse, anders als bei den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens, Informationen über fallzahlbedingte Unsicherheit vor. Die Sicherheit einer Qualitätsaussage auf Basis vieler Fälle ist – unter sonst gleichen Bedingungen – höher als auf Basis weniger Fälle. Diese fallzahlbedingte Unsicherheit kann in Option 2 bei der Indexbildung explizit berücksichtigt werden.

Ein weiterer Vorteil der Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse liegt darin, dass die Dichotomisierung in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse auf Indikatorebene vermieden wird. Damit würden auch die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens als zweitem Prüfschritt für diese Dichotomisierung nicht benötigt. Die Prüfung rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Strukturierten Dialog wird dadurch begründet, dass die rein rechnerische Zuordnung des Indikatorergebnisses zu einer Bewertungskategorie (gemäß QSKH-RL mittels Größer/Kleiner-Vergleich mit der Referenzbereichsgrenze) als zu fehlerbehaftet empfunden wird (IQTIG 2020c). Da diese Kategorisierung nicht vorgenommen würde, spielt die Fehleranfälligkeit dieser Kategorisierung bei Option 2 jedoch keine Rolle. Denn wenn die Indikatorergebnisse, wie bei Option 2, nicht dichotomisiert werden, sondern das ganze Spektrum verwendet wird, gibt es keinen Bedarf mehr für eine Korrektur der Dichotomisierung.

Bei der Verwendung der metrischen Indikatorergebnisse könnten auch die Distanzen zum Referenzbereich berücksichtigt werden (vgl. Punkt I.2.h der Beauftragung). Dies geschähe implizit, da ein weit außerhalb des Referenzbereichs liegendes Ergebnis (bei gleicher Fallzahl) tendenziell schlechtere Qualität impliziert als ein nur knapp außerhalb des Referenzbereichs liegendes Ergebnis. Explizit können Distanzen zu den Referenzbereichen auch bei der einheitlichen Skalierung der Indikatorwerte (vgl. Abschnitt 11.3.4) berücksichtigt werden. Für die Brauchbarkeit der Qualitätsinformationen für Auswahlentscheidungen ist auch die Darstellung feinerer, über die Kategorien „auffällig“/ „unauffällig“ hinausgehende Unterschiede in der Versorgungsqualität relevant.

Limitationen

Es kann vorkommen, dass das metrische Indikatorergebnis das interessierende Qualitätsmerkmal bei manchen Leistungserbringern nicht angemessen abbildet, z. B. aufgrund einer unzureichenden Operationalisierung oder Risikoadjustierung. Wenn vom Leistungserbringer nicht zu beeinflussende Einflussfaktoren auf das Indikatorergebnis, die sich systematisch zwischen den Leistungserbringern unterscheiden, bei der Berechnung des Indikators nicht ausreichend be-

rücksichtigt wurden, kann dies die Aussagekraft von Qualitätsvergleichen beeinträchtigen. Beispiele hierfür sind patientenbezogene Komorbiditäten, die die Wahrscheinlichkeit positiver oder negativer Behandlungsergebnisse beeinflussen, oder Kontraindikationen in Bezug auf bestimmte Versorgungsprozesse. Solche patientenbezogenen Faktoren, deren Einfluss auf das Indikatorergebnis der jeweilige Leistungserbringer nicht zu verantworten hat, sind im Rahmen der Eignungsprüfung der Qualitätsindikatoren zu prüfen und bei der Indikatorentwicklung und -weiterentwicklung zu berücksichtigen, so weit möglich als Risikofaktoren bei der Risikoadjustierung oder als Ausschlusskriterien bei der Definition der Grundgesamtheit des Indikators (IQTIG 2019: 146, 149).

Fazit

Die Aggregation metrischer Indikatorergebnisse ermöglicht eine Zusammenschau aller in den Qualitätsindikatoren enthaltenen Informationen über Unterschiede in der Qualität der Versorgung zwischen Leistungserbringern. Zentrale Vorteile sind die Objektivität der Indikatorergebnisse, die Möglichkeit, fallzahlbedingte Unsicherheit zu berücksichtigen (vgl. 11.3.4.2), sowie die Möglichkeit, über die Dichotomisierung („auffällig“ versus „unauffällig“) hinausgehende, feinere Qualitätsunterschiede zu berücksichtigen. Diese Vorteile erhöhen die Brauchbarkeit der Informationen für die Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals erheblich. Potenzielle Einschränkungen der Aussagekraft der Messung z. B. aufgrund einer nicht angemessenen Operationalisierung oder nichtberücksichtigter Patientenfaktoren sind bei der Eignungsprüfung der Qualitätsindikatoren zu prüfen und bei der Indikatorentwicklung zu berücksichtigen. Das IQTIG empfiehlt, grundsätzlich nur Qualitätsindikatoren für Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern und damit für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu verwenden, wenn sie die Eignungskriterien erfüllen, insbesondere angemessen risikoadjustiert sind.

11.3.3.3 Option 3: Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens

Eine dritte Möglichkeit der Indexbildung bestünde darin, die metrischen Indikatorergebnisse und die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens zu kombinieren. Da die qualitative Qualitätsbewertung im Strukturierten Dialog nur für im ersten Schritt auffällige Indikatorergebnisse vorgenommen wird, sind die beiden Methoden der Qualitätsmessung nicht unabhängig. Allerdings liegen die Indikatorergebnisse auf metrischem Skalenniveau vor und die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs / Stellungnahmeverfahrens entsprechen einem nominalen Skalenniveau. Um der Abhängigkeit der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs von den Indikatorergebnissen Rechnung zu tragen, müssten die nominalskalierten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in Zahlen „rückübersetzt“, also quantifiziert, werden. Denn während die Einstufung „qualitativ auffällig“ das auffällige Indikatorergebnis bestätigt, impliziert die Einstufung „qualitativ unauffällig“, dass ein auffälliges Indikatorergebnis nach Einschätzung der Bewertungsstelle die Qualität des Leistungserbringers nicht angemessen abbildet. Die metrischen Ergebnisse der nicht als qualitativ unauffällig²⁶ bewerteten Qualitätsindikatoren und die in Zahlen

²⁶ Nur ein Teil der Indikatorergebnisse, die nicht als qualitativ unauffällig bewertet werden, werden als qualitativ auffällig bewertet. Die anderen Bewertungskategorien machen allerdings keine Qualitätsaussage.

„rückübersetzten“ Bewertungen der qualitativ unauffälligen Qualitätsindikatoren müssten nun analog zu Option 2 in eine einheitliche Skala überführt, gewichtet und aggregiert werden. Ebenso analog zu Option 2 würde eine Kategorisierung der Indexwerte gemäß dem zugrunde gelegten Klassifikationskonzept auf Ebene des Index erfolgen.

Annahmen und Voraussetzungen

Die Kombination der Indikatorergebnisse und der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs setzt zunächst voraus, dass beide Informationsgrundlagen die Versorgungsqualität abbilden. Sowohl die Qualitätsmessung mittels Indikatoren als auch die Qualitätsmessung mittels Strukturierten Dialogs muss dafür die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen erfüllen (IQTIG 2019: 135-151). Da beide Methoden der Qualitätsmessung das gleiche, durch den jeweiligen Indikator operationalisierte Qualitätsmerkmal bewerten, müssten beide Qualitätsmessungen die gleichen Kriterien für die Qualitätsbewertung zugrunde legen. Kommen bei der Qualitätsmessung mittels Indikator und bei der Qualitätsmessung mittels Strukturierten Dialogs unterschiedliche Kriterien für das gleiche Qualitätsmerkmal zur Anwendung, können bei gleicher Qualität unterschiedliche Bewertungen resultieren. Die Voraussetzung gleicher Kriterien für quantitatives Indikatorergebnis und qualitative Bewertung scheint allerdings nicht erfüllt zu sein, da einerseits bisher keine einheitlichen Bewertungskriterien zur Anwendung kommen und es andererseits Hinweise darauf gibt, dass teilweise andere Kriterien als die, die in den Indikatoren operationalisiert sind, zur Anwendung kommen (IQTIG 2020c).

Die Kombination der quantitativen Indikatorergebnisse und der qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu einem Indexwert erfordert weiterhin eine Quantifizierung („Rückübersetzung“) der qualitativen Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in einen quantitativen Wert – ein Vorgehen, das mit erheblichen Setzungen und Annahmen einhergeht. Diese Quantifizierung müsste in der Metrik des zugrunde liegenden Qualitätsindikators (z. B. Anteilswert) erfolgen. Für Leistungserbringer mit qualitativ unauffälliger Einstufung müsste bspw. angenommen werden, dass ihr metrisches Indikatorergebnis tatsächlich im Referenzbereich gelegen hätte und daher durch einen vermeintlich aussagekräftigeren Wert ersetzt werden sollte. Die Wahl des Ersatzwertes würde weitere Setzungen und Annahmen erfordern.

Beispielsweise könnte angenommen werden, dass eine qualitativ unauffällige Einstufung bedeutet, dass der Leistungserbringer die erwartbaren Anforderungen an die Versorgungsqualität mit Sicherheit eingehalten hat, d. h., dass der zugrunde liegende Parameter mit Sicherheit innerhalb des Referenzbereichs liegt. Diese Annahme erscheint jedoch zu optimistisch, da in der Regel nur ein Teil der in den Indikator eingegangenen Fälle im Strukturierten Dialog analysiert wird (nämlich in der Regel nur die Zählerfälle).

Alternativ könnte bei einem qualitativ unauffälligen Ergebnis angenommen werden, dass genauso viele Behandlungsfälle fälschlicherweise in den Indikator eingegangen sind, dass der Leistungserbringer mit einem um diese Behandlungsfälle bereinigten Zähler und Nenner nicht quantitativ auffällig geworden wäre. Dieses Vorgehen würde einerseits gewährleisten, dass qualitativ unauffälligen Leistungserbringer kein quantitativ besseres Ergebnis zugeschrieben wird als quantitativ unauffälligen Leistungserbringern mit gleicher Fallzahl, die keine Möglichkeit zur

Stellungnahme im Strukturierten Dialog hatten und deren metrisches Indikatorergebnis somit unverändert bleibt. Andererseits ist diese Setzung gleichzeitig insofern konservativ zuungunsten des qualitativ unauffälligen Leistungserbringers, als die angenommene Zahl an Fällen, die fälschlicherweise in den Indikator eingegangen sind, so klein wie möglich gewählt wird.

Vorteile für das G-BA-Qualitätsportal

Der Vorteil dieser Option liegt in der Verwendung aller vorliegenden Informationen zur Qualität eines Leistungserbringers: der metrischen Indikatorergebnisse mit den darin enthaltenen Informationen sowie der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.

Limitationen

Die mangelnde Objektivität des Strukturierten Dialogs als Methode zur Qualitätsmessung (vgl. Option 1) bliebe auch bei Option 3 als Limitation bestehen. Bei Option 3 könnten nur solche Indikatorergebnisse, die ein Stellungnahmeverfahren durchlaufen haben, ersetzt werden. Leistungserbringern mit qualitativ unauffälligem Indikatorergebnis würde ein quantitativ unauffälliges, und demnach grundsätzlich besseres, Indikatorergebnis zugewiesen werden als solchen mit quantitativ auffälligem Indikatorergebnis, für die nur ein Hinweis versandt wurde. Leistungserbringer mit Hinweis hatten jedoch gar keine Möglichkeit zur Stellungnahme, die anschließend möglicherweise auch zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis geführt hätte. Dieses Vorgehen würde die Heterogenität der Qualitätsbewertung daher noch weiter verstärken.

Außerdem setzt Option 3 voraus, dass im Stellungnahmeverfahren ausschließlich die Angemessenheit der Indikatoraussage geprüft würde. Dies würde die Prüfung möglicher Gründe bedeuten, warum der Vergleich zwischen Indikatorergebnis und Referenzbereich nicht angemessen war. Derzeit kommen qualitativ unauffällige Ergebnisse jedoch auch aus anderen, zum Teil sehr unterschiedlichen Gründen zustande. So wurden Stellungnahmen zu Indikatorergebnissen bisher unter anderem auch als Instrument der Qualitätsförderung verstanden. Durch die Aufforderung zur Stellungnahme zu einem „auffälligen“ Indikatorergebnis werden die Leistungserbringer aufgefordert, sich mit der Qualität ihrer Versorgung selbstkritisch auseinanderzusetzen (IQTIG 2020c). In der Folge messen das metrische Indikatorergebnis und das Einstufungsergebnis aus dem Strukturierten Dialog nicht unbedingt das gleiche Qualitätsmerkmal: während der Qualitätsindikator bspw. die Komplikationsrate bei Hüftendoprothesenversorgung misst, können im Strukturierten Dialog bisher auch andere Bestandteile des Versorgungsprozesses bewertet werden, wie bspw. die Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit. Die Einstufung als qualitativ unauffällig bedeutet daher nicht unbedingt, dass das metrische Indikatorergebnis das interessierende Qualitätsmerkmal nicht angemessen abbildet, sondern lediglich, dass im Strukturierten Dialog andere Kriterien zur Anwendung kommen als durch den Indikator.

Zudem sind die Sensitivität und Spezifität der Bewertungen des Strukturierten Dialogs in Bezug auf die betrachteten rechnerischen Auffälligkeiten nicht bekannt. Daher ist nicht bekannt, wie häufig Qualitätsdefizite nach einer rechnerischen Auffälligkeit nicht entdeckt werden, und nicht jede Bewertung als qualitativ auffällig repräsentiert sicher ein Qualitätsdefizit. Die qualitativen

Bewertungen des Strukturierten Dialogs bzw. Stellungnahmeverfahrens sollten somit nach aktuellem Vorgehen nicht als Goldstandard für Qualitätsbewertungen verstanden und eingesetzt werden (IQTIG 2020c).

Das IQTIG hat bereits eine Weiterentwicklung und Vereinheitlichung des Strukturierten Dialogs bzw. Stellungnahmeverfahrens dahingehend vorgeschlagen, dass bei einem quantitativ auffälligen Indikatorergebnis die Angemessenheit der Indikatoraussage geprüft wird (IQTIG 2020c). Durch ein Stellungnahmeverfahren bei quantitativ auffälligen Indikatorergebnissen könnte zukünftig geprüft werden, ob das Verfehlen des Referenzbereichs durch einen Leistungserbringer durch patientenseitige Faktoren verursacht war. Ein Stellungnahmeverfahren ist jedoch nicht geeignet, um die Validität der indikatorbasierten Qualitätsmessung insgesamt – und damit auch die Aussagekraft von Vergleichen zwischen Leistungserbringerergebnissen – zu erhöhen. Im Strukturierten Dialog werden derzeit meist nur die Fälle mit unerwünschtem Ereignis betrachtet. Für eine zuverlässige Qualitätsaussage zu einem Leistungserbringer bezogen auf das interessierende Qualitätsmerkmal müssten jedoch alle Fälle des Leistungserbringers beim interessierenden Qualitätsmerkmal oder wenigstens eine repräsentative Zufallsstichprobe dieser Fälle betrachtet werden (IQTIG 2020c).

Die Quantifizierung und Ersetzung eines qualitativ unauffälligen Ergebnisses könnte zudem nur bei quantitativ auffälligen Indikatorergebnissen erfolgen, die ein Stellungnahmeverfahren durchlaufen haben. Mögliche Einschränkungen der Validität der Messung betreffen jedoch die gesamte Indikatorkala als Kontinuum, also auch alle Indikatorergebnisse innerhalb des Referenzbereichs und alle Indikatorergebnisse, die nicht im Stellungnahmeverfahren adressiert wurden. Die Ersetzung eines qualitativ auffälligen Ergebnisses aus dem Strukturierten Dialog / Stellungnahmeverfahren durch einen (wie auch immer ermittelten) Ersatzwert würde daher einen höchst selektiven Eingriff in die Objektivität und in die Validität der metrischen Indikatorergebnisse bedeuten.

Fazit

Die Aggregation metrischer Indikatorergebnisse unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog / Stellungnahmeverfahren erfordert eine Reihe zusätzlicher, problematischer Setzungen und stellt höchst selektive Eingriffe in die Objektivität und in die Validität der Indikatorergebnisse dar. Diese Option bietet weder eine Lösung für die mangelnde Objektivität des Strukturierten Dialogs (vgl. Option 1) noch für die gegebenenfalls nicht ausreichende Operationalisierung oder nicht ausreichende Risikoadjustierung eines Qualitätsindikators (vgl. Option 1 und 2).

11.3.3.4 Diskussion und Empfehlungen

Für die Aggregation der Qualitätsinformationen stehen grundsätzlich neben den metrischen Indikatorergebnissen (einschließlich statistischer Unsicherheit) auch die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Verfügung. Unterschiedliche Verwendungszwecke stellen jedoch unterschiedliche Anforderungen an Qualitätsmessungen. Der Strukturierte Dialog wurde ursprünglich eher als Instrument der Qualitätsförderung eingeführt. Qualitätsindikatoren dienen hierbei als

Auslösekriterien für ein nachgeordnetes Bewertungsverfahren, um zielgerichtet Leistungserbringer zu identifizieren, bei denen Maßnahmen der Qualitätsförderung sinnvoll sind.

Für ein aussagekräftiges Public Reporting von Informationen zur Versorgungsqualität von Leistungserbringern ist jedoch eine objektive, d. h. von der bewertenden Stelle unabhängige Informationsgrundlage eine Grundvoraussetzung. Für das G-BA-Qualitätsportal bedeutet dies, dass die Qualitätsbewertungen deutschlandweit für alle Leistungserbringer auf Basis einheitlicher Bewertungsregeln zustande kommen müssen, damit Patientinnen und Patienten Auswahlentscheidungen für Leistungserbringer treffen können. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs erfüllen diese Anforderungen nicht, da Vorgehen und Bewertung derzeit nicht objektiv genug sind. Zudem liegen Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nur für einen Teil der Leistungserbringer und auch erst deutlich später als die Indikatorergebnisse vor.

Die metrischen Ergebnisse von Qualitätsindikatoren stellen hingegen eine objektive und für alle Leistungserbringer verfügbare Informationsgrundlage dar. Die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse (Option 2) würde die Darstellung von Unterschieden in der Qualität der stationären Versorgung ermöglichen, indem alle in den metrischen Indikatorergebnissen enthaltenen Informationen berücksichtigt und zu einem Index aggregiert würden.

Im Unterschied zu Option 1 wird bei Option 2 keine Dichotomisierung der metrischen Indikatorergebnisse vorgenommen (z. B. in die Bewertungskategorien „auffällig“ versus „unauffällig“). Dadurch sind Fehlklassifikation eines Indikatorwerts in die falsche von nur zwei Bewertungskategorien bei Option 2 ausgeschlossen. Einschränkungen der Aussagekraft einzelner Qualitätsindikatoren hätten nur dann Auswirkungen auf die dargestellten Ergebnisse des Gesamtindex, wenn sie eine fehlerhafte Zuordnung zu einer der Bewertungskategorien des Gesamtindex (siehe Abschnitt 11.3.7) bewirken würden. Solche Fehlklassifikationen von Indexwerten können jedoch weder bei Option 1 noch bei anderen bestehenden Klinikvergleichsportalen (vgl. z. B. YNHHS/CORE 2017: 16) völlig ausgeschlossen werden. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Klassifikationsgüte durch die Berücksichtigung fallzahlabhängiger Unsicherheit bei Option 2 im Vergleich zu einem rein rechnerischen Größer/Kleiner-Vergleich bei Option 1 deutlich erhöht wird (vgl. Abschnitt 11.3.4.2).

Mögliche Einschränkungen der Aussagekraft von Indikatoren (z. B. aufgrund von mangelnder Operationalisierung oder unzureichend berücksichtigter Patientenfaktoren) sind, soweit möglich, bei der Indikatorentwicklung und -weiterentwicklung zu beheben, nämlich mittels Risikoadjustierung bzw. der Einschränkung der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren. Die „händische“ post-hoc Berücksichtigung von patientenseitigen Faktoren einer Vielzahl von Indikatoren, die benötigt werden, um die Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl zu befriedigen, mittels Stellungnahmeverfahren ist dagegen nicht praktikabel.

Darüber hinaus sind die frühere Verfügbarkeit der Indikatorergebnisse als die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und die Möglichkeit, graduelle statt kategorialer Qualitätsunterschiede zu berücksichtigen, weitere Vorteile von Option 2 gegenüber Optionen 1 und 3. Die Möglichkeit, statistische Unsicherheit zu berücksichtigen, ist ein weiterer bedeutender Vorteil von Option 2 gegenüber Option 1. Daher empfiehlt das IQTIG Option 2.

11.3.4 Einheitliche Skalierung

Verschiedene Typen von Indikatoren wie etwa O/E-Indikatoren und anteilsbasierte Indikatoren liegen in unterschiedlichen Skalen vor. Damit eine Aggregation mehrerer Messungen in einen Index erfolgen kann, müssen alle in einen Index eingehenden Indikatoren in einheitliche Skalen überführt werden (Profit et al. 2010).

Bei der Überführung von Indikatoren in einheitliche Skalen (Skalierung, im Englischen auch als *normalisation* oder *standardisation* bezeichnet) wird das Indikatorergebnis (Punktschätzer sowie Maße für die fallzahlabhängige statistische Unsicherheit) mit Vergleichswerten verglichen (OECD/JRC 2008: 83 ff., Nardo et al. 2005). Im Folgenden wird daher zunächst die Auswahl der Vergleichswerte erörtert, die für die einheitliche Skalierung der Indikatoren herangezogen werden.

11.3.4.1 Auswahl der Vergleichswerte

Bei der einheitlichen Skalierung von Indikatorwerten repräsentieren die auszuwählenden Vergleichswerte die Bezugspunkte der neuen, einheitlichen Skala, in die die Indikatorwerte überführt werden. So werden etwa bei der sogenannten Min-Max-Skalierung der höchste erreichte Wert sowie der niedrigste erreichte der Verteilung der Leistungserbringerergebnisse als Vergleichswerte für die einheitliche Skalierung der Indikatorwerte herangezogen. Die skalierten Indikatorwerte liegen im Anschluss auf einer einheitlichen Skala zwischen 0 und 1 vor, wobei 0 dem niedrigsten erreichten Wert und 1 dem höchsten erreichten Wert der Verteilung der Leistungserbringerergebnisse entspricht (OECD/JRC 2008: 85).

Grundsätzlich lassen sich verteilungsabhängige und verteilungsunabhängige Vergleichswerte unterscheiden (IQTIG 2019: 161 f.). Skalierungsmethoden mit verteilungsabhängigen Vergleichswerten verwenden Parameter der Verteilung der Leistungserbringerergebnisse, wie bspw. den höchsten sowie den niedrigsten erreichten Wert (wie etwa bei der Min-Max-Skalierung), den Bundesdurchschnitt sowie die Standardabweichung (wie etwa bei der Standardisierung mit z-Werten) oder festgelegte Perzentile der Verteilung der Leistungserbringerergebnisse (wie etwa bei der Bildung perzentilbasierter Kategorienskalen), für die einheitliche Skalierung von Indikatorwerten (Nardo et al. 2005). Durch eine Skalierung mittels verteilungsabhängiger Vergleichswerte werden Leistungserbringer daher ausschließlich relativ zu anderen Leistungserbringern bewertet (Jacobs et al. 2004: 38, YNHSC/CORE 2017: 10 f.).

Es können auch verteilungsunabhängige Vergleichswerte für die Skalierung herangezogen werden. Verteilungsunabhängige Vergleichswerte nehmen Bezug auf ein Außenkriterium, das Anforderungen an die Qualität der Versorgung festlegt (IQTIG 2019: 161 f.). Die Skalierung von Indikatorwerten mit verteilungsunabhängigen Vergleichswerten ermöglicht daher absolute Qualitätsaussagen bezogen auf den Grad der Erfüllung des Außenkriteriums.

Der Wahl der Vergleichswerte kommt somit eine wichtige Bedeutung für die Interpretation der skalierten Indikatorwerte und damit auch der späteren Indexwerte zu. Während eine Skalierung mit Bezug zu einem verteilungsabhängigen Vergleichswert zu relativen Qualitätsaussagen führt,

führt eine Skalierung mit Bezug zu einem verteilungsunabhängigen Vergleichswert zu absoluten Qualitätsaussagen bezogen auf den gewählten Vergleichswert.

Wird ein verteilungsabhängiger Vergleichswert für die einheitliche Skalierung der Indikatorergebnisse verwendet, werden die schlechteste Bewertungskategorie (z. B. einer von fünf Sternen) und die beste Bewertungskategorie (z. B. fünf von fünf Sternen) von den Leistungserbringern besetzt, die im relativen Leistungserbringervergleich die schlechtesten bzw. besten Ergebnisse hinsichtlich der betrachteten Indikatoren erreicht haben. Für Vergleiche der Qualität von Krankenhäusern und darauf basierende Auswahlentscheidungen ist eine Skalierung mit Bezug zu einem verteilungsabhängigen Vergleichswert grundsätzlich geeignet. Denn um aus einer begrenzten Gruppe an Krankenhäusern ein Krankenhaus auszuwählen, ist es prinzipiell ausreichend, dass aus dem Vergleich deutlich wird, bei welchem Leistungserbringer die beste Versorgung zu erwarten ist. Verteilungsabhängige Vergleichswerte erlauben jedoch keine Aussage darüber, ob ein Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten bezogen auf fachliche Standards angemessen versorgt.

Gemäß Punkt I.3.b der Beauftragung soll das G-BA-Qualitätsportal jedoch nicht nur relative Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung darstellen, sondern auch grundsätzlich über Qualität informieren. Das IQTIG versteht darunter den Auftrag, nicht nur relative, sondern auch (verteilungsunabhängige) Aussagen zur Qualität der stationären Versorgung bezogen auf fachliche Standards darzustellen. Außerdem wird der Unterschied zwischen absoluten und relativen Qualitätsvergleichen nicht immer von Patientinnen und Patienten verstanden (Damman et al. 2009). Wenn Nutzerinnen und Nutzer bspw. die Position eines Krankenhauses unter den 10 % „schlechtesten“ Krankenhäusern implizit mit einer „schlechten“ Versorgungsqualität gleichsetzen, würde dies zu dem Fehlschluss führen, dass es sich hierbei um „schlechte“ Krankenhäuser handelt, obwohl diese Krankenhäuser tatsächlich (relativ betrachtet) lediglich „schlechtere“ Ergebnisse bezogen auf den betrachteten Qualitätsindikator aufweisen als die restlichen 90 % der Krankenhäuser. Trotzdem kann die Qualität der Versorgung in diesen Krankenhäusern gut sein.

Aus diesen Gründen wird eine Skalierung mit Bezug zu verteilungsunabhängigen Vergleichswerten als die angemessene Alternative angesehen. Im Rahmen der Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung, unabhängig von ihrer Richtliniengrundlage (QSKH-RL, plan. QI-RL und DeQS-RL), repräsentieren feste, verteilungsunabhängige Referenzbereiche den Standard, dessen Erreichen von jedem Leistungserbringer erwartet wird. Dieser Standard kann z. B. aus medizinischen Leitlinien oder sozialgesetzlichen Vorgaben abgeleitet worden sein und wird per G-BA-Beschluss als normativer Standard definiert. Die Feststellung einer Abweichung vom Referenzbereich bedeutet daher, dass das geforderte Qualitätsniveau der Versorgung nicht erreicht wurde (IQTIG 2019: 161). Daher ist eine verteilungsunabhängige Qualitätsaussage durch Bezug auf die Referenzbereiche möglich. Das IQTIG empfiehlt daher, die (festen) Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren als verteilungsunabhängige Vergleichswerte für die einheitliche Skalierung der Indikatorergebnisse zu verwenden (vgl. Punkt I.2.h der Beauftragung). Im Rahmen der empfohlenen methodischen Prüfung der Qualitätsindikatoren empfiehlt das IQTIG auch eine Prüfung der Angemessenheit der Referenzbereiche.

Exkurs: Umgang mit verteilungsabhängigen Referenzbereichen

Im Gegensatz zu festen Referenzwerten erlauben verteilungsabhängige Referenzwerte keine Aussagen über die Erfüllung definierter Standards, sondern lediglich vergleichende Aussagen relativ zu den Ergebnissen der anderen Leistungserbringer (IQTIG 2019: 161 f.). Ob bspw. ein Leistungserbringer, der im 10. Perzentil der Verteilung aller Leistungserbringer in diesem Qualitätsindikator liegt, erwartbare Standards in der Versorgung erfüllt, kann nicht aus dem Indikatorergebnis erschlossen werden.

Perspektivisch empfiehlt das IQTIG daher, sofern möglich, die Festlegung fester Referenzbereiche, um Transparenz darüber zu schaffen, welche Qualitätsstandards von den Leistungserbringern gefordert werden (IQTIG 2020c). Als Interimslösung bis zur Festlegung fester Referenzbereiche wird vorgeschlagen, perzentilbasierte Referenzbereiche wie feste Referenzbereiche zu behandeln, in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs (IQTIG 2020c).

Bei unterschiedlichen Indikatoren hat der G-BA zum Teil unterschiedliche Perzentile festgelegt, z. B. das 90. Perzentil oder das 95. Perzentil. Diese Referenzbereiche dienen lediglich als Aufgreifkriterien für den Strukturierten Dialog und bilden keine fachlichen Anforderungen an die Versorgungsqualität ab. Die Standardisierung auf unterschiedliche Perzentile bei unterschiedlichen Indikatoren würde jedoch zu unterschiedlich standardisierten Indikatorwerten führen. Um diese, allein durch die Wahl des Perzentils bedingten Unterschiede zu vermeiden, sollte für alle Indikatoren mit perzentilbasierten Referenzbereichen interimswise – bis zur Festlegung verteilungsunabhängiger Referenzbereiche – für alle QS-Verfahren ein einheitliches Perzentil verwendet werden. Aus Gründen der Praktikabilität könnte – nach Herstellung einer einheitlichen Qualitätsrichtung der Indikatoren (Polung) – das über alle QS-Verfahren hinweg am häufigsten verwendete Perzentil verwendet werden.

11.3.4.2 Berücksichtigung statistischer Unsicherheit

Aussagekräftige und faire Vergleiche der Qualität von Leistungserbringern erfordern eine Berücksichtigung statistischer Unsicherheit (vgl. Abschnitt 11.2). Die Berücksichtigung statistischer Unsicherheit ist wichtig, weil die beobachteten Leistungserbringerergebnisse aufgrund zufälliger Einflussfaktoren variieren (IQTIG 2019: 105 f.) und daher nicht allein von der zugrunde liegenden Kompetenz eines Leistungserbringers in einem Indikator abhängen. Die beobachteten Ergebnisse können stattdessen als komplexe Funktion verschiedener Einflussgrößen aufgefasst werden (IQTIG 2019: 181), die im Folgenden unter dem Konzept der Stochastizität subsumiert werden. Da das Ausmaß dieser Stochastizität fallzahlabhängig ist, bieten die beobachteten Daten je nach Fallzahl unterschiedlich starke Evidenz für den Rückschluss auf die Lage des zugrunde liegende Kompetenzparameters eines Leistungserbringers (Spiegelhalter et al. 2012). Als Kompetenzparameter wird der indikatorspezifische, zugrunde liegende Wert eines Leistungserbringers bezeichnet, wie bspw. die zugrunde liegende Rate bei anteilsbasierten Indikatoren (IQTIG 2020c).

Das IQTIG ist beauftragt, Vorschläge zu erarbeiten, wie die fallzahlabhängige Sicherheit der Qualitätsaussage berücksichtigt werden soll (vgl. Punkt I.2.i der Beauftragung). Für die Berücksichtigung dieser Stochastizität der beobachteten Ergebnisse bei der Überführung in eine einheitliche Metrik stehen prinzipiell zwei statistische Herangehensweisen zur Verfügung: die Darstellung von Vertrauensintervallen zu einem zugehörigen Punktschätzer sowie die Berechnung einer Maßzahl, die die statistische Evidenz für eine Hypothese reflektiert, wie z. B. ein p-Wert. Bei der Darstellung von Vertrauensintervallen wird statistische Unsicherheit dadurch berücksichtigt, dass zusätzlich zum Bewertungsergebnis (bspw. „3 Sterne“) ein Vertrauensintervall berichtet wird (bspw. „2 bis 4 Sterne“). Das alternative Vorgehen besteht darin, Unsicherheit direkt bei der Skalierung der Indikatorwerte zu berücksichtigen, z. B. indem die statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche berechnet wird.

Die Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen soll nicht nur faire und aussagekräftige Vergleiche der stationären Versorgungsqualität von Leistungserbringern ermöglichen, sondern auch eine allgemeinverständliche Vermittlung dieser Vergleichsinformationen unterstützen (vgl. Abschnitt 11.1). Die Entscheidung für eine der beiden genannten Herangehensweisen zur Berücksichtigung statistischer Unsicherheit richtet sich daher primär danach, wie die Indexwerte später möglichst allgemeinverständlich für Patientinnen und Patienten im G-BA-Qualitätsportal dargestellt werden können.

Bei der Darstellung von Vertrauensbereichen werden das beobachtete Ergebnis und dessen zufällige Variation getrennt: Das Bewertungsergebnis basiert auf den beobachteten Daten und das Vertrauensintervall stellt die statistische Unsicherheit dieser Bewertung dar. Dies erlaubt eine differenziertere Betrachtung als die direkte Berücksichtigung statistischer Unsicherheit, bei der die beobachteten Ergebnisse und deren zufällige Varianz in einer einzigen Maßzahl zusammengefasst werden. Allerdings werden Unsicherheitsmaße nicht von allen Patientinnen und Patienten verstanden (Hildon et al. 2012). Die Darstellung von Vertrauensintervallen erschwert außerdem den Vergleich zwischen Krankenhäusern (Barclay et al. 2019) und verleitet eventuell sogar dazu, Bewertungsergebnisse ohne die Berücksichtigung von Unsicherheit zu vergleichen.

Bei der direkten Berücksichtigung statistischer Unsicherheit in den skalierten Indikatorergebnissen wäre für Patientinnen und Patienten hingegen der Vergleich von Leistungserbringerergebnissen leichter möglich. Da dieses Vorgehen den direkten Vergleich der stationären Versorgungsqualität von Leistungserbringern vereinfacht, entspricht es eher den Anforderungen an die Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Abschnitt 11.2). Für die einheitliche Skalierung der Indikatorergebnisse wird daher die direkte Berücksichtigung statistischer Unsicherheit in den skalierten Indikatorergebnissen empfohlen.

11.3.4.3 Einheitliche Skalierung von Indikatorwerten unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit

Aus den vorherigen Abschnitten ergeben sich zwei wichtige Empfehlungen: die einheitliche Skalierung der Indikatorergebnisse sollte mit Bezug auf verteilungsunabhängige Vergleichswerte wie z. B. die festen Referenzbereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung (vgl. Ab-

schnitt 11.3.4.1) erfolgen, und statistische Unsicherheit sollte direkt im skalierten Indikatorergebnis berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 11.3.4.2). Daher wird im Folgenden vorgeschlagen, das Ausmaß der statistischen Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche der im Index aggregierten Indikatoren als einheitliche Messskala zu verwenden. Das Ausmaß der statistischen Evidenz kann dabei auf verschiedene Arten operationalisiert werden, bspw. in einem frequentistischen Rahmen über die Berechnung von p-Werten (IQTIG 2016: 53-59) oder z-Werten (Spiegelhalter et al. 2012).

Analog zur in IQTIG (2020c) empfohlenen Auswertungsmethodik wird hier vorgeschlagen, die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der Referenzbereiche im Rahmen eines Bayesianischen statistischen Modells (Carlin und Louis 2009) zu berechnen und diese als einheitliche Messskala für die Indexkonstruktion zu verwenden. Bayesianische Modelle bieten einen flexibleren Rahmen für die Berücksichtigung von komplexeren Indikatorarten wie z. B. bei Patientenbefragungen (IQTIG 2018b) als frequentistische Methoden; bei einfacheren Indikatorarten führen aber beide (unter bestimmten Annahmen) zu sehr ähnlichen Ergebnissen (IQTIG 2020c).

Berechnung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für ratenbasierte Indikatoren

Betrachtet wird im Folgenden ein ratenbasierter Qualitätsindikator mit Referenzwert R und Referenzbereich $[0\%; R \cdot 100\%]$, d. h., hohe Werte des zugrunde liegenden Kompetenzparameters θ entsprechen schlechter Versorgungsqualität bezüglich dieses Qualitätsindikators. Analog zu IQTIG (2016: 53) wird davon ausgegangen, dass die beobachtete Anzahl an interessierenden Ereignissen O bei einem Leistungserbringer einer Binomial-Verteilung folgt,

$$O \sim \text{Bin}(J, \theta),$$

mit Fallzahl J , zugrunde liegender Erfolgswahrscheinlichkeit θ und Erwartungswert $E(O) = J\theta$. Für eine beobachtete Realisierung von J und $O = o$ ist die Wahrscheinlichkeit von Interesse, dass der zugrunde liegende Kompetenzparameter θ im Referenzbereich liegt, d. h. $P(\theta \leq R|o, J)$. Um diese A-posteriori-Wahrscheinlichkeit zu berechnen, wird eine Annahme über die A-priori-Verteilung von θ getroffen. Üblicherweise wird dabei davon ausgegangen, dass θ einer Beta-Verteilung folgt,

$$\theta \sim \text{Beta}(\alpha, \beta),$$

mit Parametern $\alpha, \beta > 0$ und Erwartungswert $\alpha/(\alpha + \beta)$ (Carlin und Louis 2009). Die Familie der Beta-Verteilungen wird dabei gewählt, da es sich um eine konjugierte A-priori-Verteilung zur Binomial-Verteilung handelt (IQTIG 2020c). Durch die Verwendung konjugierter Verteilungen lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Weiterhin liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. In diesem konkreten Fall ergibt sich, dass die A-posteriori-Verteilung von $\theta|o, J$ ebenfalls einer Beta-Verteilung folgt, wobei die Parameter der Verteilung wie folgt aufdatiert werden:

$$\theta|o, J \sim \text{Beta}(\alpha + o, \beta + J - o).$$

Aus dieser A-posteriori-Verteilung lässt sich die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs berechnen als

$$P(\theta \leq R|o, J) = F_{\text{Beta}}(R|\alpha + o, \beta + J - o),$$

mit $F_{\text{Beta}}(\cdot)$ als Verteilungsfunktion der Beta-Verteilung. Die Parameter der A-priori-Verteilung lassen sich dabei als a priori angenommene Anzahl von Fällen mit interessierendem Ereignis (α) und Fällen ohne interessierendes Ereignis (β) interpretieren. Das Verhältnis der Summe $\alpha + \beta$ zur Fallzahl J ist dabei entscheidend dafür, wie stark der Einfluss der A-priori-Verteilung gegenüber den beobachteten Daten ist (Carlin und Louis 2009).

Dies wird anhand eines Beispiels für einen Indikator mit Referenzbereich [0 %; 15 %] in Abbildung 7 verdeutlicht:

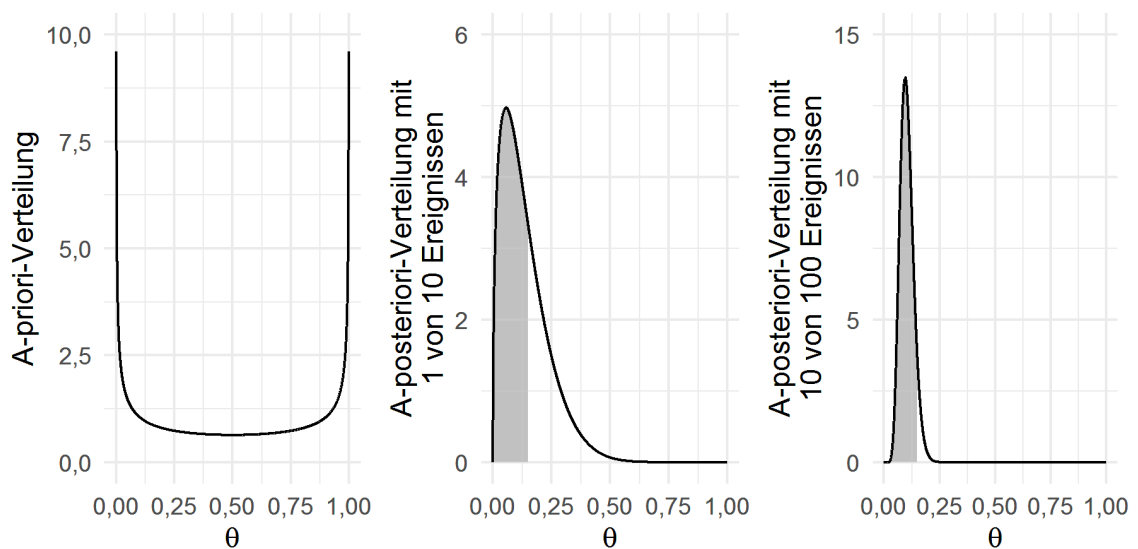


Abbildung 7: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: als A-priori-Verteilung verwendete Beta-Verteilung mit Parametern $\alpha = \beta = 1/2$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 1 von 10 Ereignissen: Beta(1,5, 9,5); rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 10 von 100 Ereignissen: Beta(10,5, 90,5); grau gekennzeichnet ist die Dichte der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für den Bereich $\theta \leq R|o, J$.

Bei einer A-priori-Verteilung von $\theta \sim \text{Beta}(1/2, 1/2)$ und beobachteten Realisierungen $o = 1$ und $J = 10$ liegt die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs $[0; 15\%]$ bei 63 %. Bei gleicher A-priori-Verteilung und beobachteten Realisierungen von $o = 10$ und $J = 100$ steigt die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit auf 93 %, obwohl der Punktschätzer der beobachteten Realisierungen jeweils 10 % ist. Die größere A-posteriori-Wahrscheinlichkeit ist darauf zurückzuführen, dass die größere Fallzahl zu einer geringeren zufallsbedingten Streuung des beobachteten Ergebnisses führt und daher stärkere statistische Evidenz dafür vorliegt, dass der zugrunde liegende Parameter tatsächlich im Referenzbereich liegt, als bei geringerer Fallzahl.

Berechnung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für risikoadjustierte Indikatoren

Um patientenseitige Risikofaktoren bei der Berechnung eines Indikatorergebnisses zu berücksichtigen, wird für die meisten Qualitätsindikatoren das Verhältnis von beobachteter zur erwarteter Anzahl interessierender Ereignisse (O/E) verwendet. Dabei werden auch patientenseitige Risikofaktoren bei der Berechnung berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit eines interessierenden Ereignisses für den j 'ten Fall des Leistungserbringers, π_j , nicht mehr nur vom zugrunde liegenden leistungserbringerspezifischen Parameter θ abhängt, sondern auch von patientenseitigen Risikofaktoren x_j , d. h. $\pi_j = P(O_j = 1|x_j, \theta)$, wobei O_j die binäre Zufallsvariable bezeichnet, die den Wert 1 annimmt, wenn das interessierende Ereignis für Fall j eintritt, und 0 sonst. Daher ist die Summe $\sum_{j=1}^J O_j$, anders als im Fall anteilsbasierter Indikatoren, nicht mehr binomialverteilt, sondern generalisiert-binomialverteilt mit (potenziell) unterschiedlichen Ereigniswahrscheinlichkeiten:

$$O \sim \text{GBin}(\pi_1, \dots, \pi_J).$$

Für die Berechnung des Verhältnisses von beobachteter zur erwarteter Anzahl interessierender Ereignisse (O/E) wird O jedoch als Poisson-verteilte Zufallsvariable modelliert. Diese Approximation der generalisierten Binomialverteilung durch eine Poisson-Verteilung ist dann gerechtfertigt, wenn das Verhältnis von interessierenden Ereignissen und Fallzahl, d. h. die Prävalenz der interessierenden Ereignisse, klein ist.

Konkret wird dabei angenommen, dass die Verteilung der beobachteten Anzahl interessierender Ereignisse durch eine Poisson-Verteilung approximiert werden kann,

$$O \sim \text{Po}(\theta \cdot e),$$

mit zugrunde liegendem Parameter θ (IQTIG 2016: 60). Der zugrunde liegende Parameter θ entspricht dabei der für den Leistungserbringer zu schätzenden standardisierten Mortalitätsrate (SMR) und e stellt die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen, basierend auf dem Risikoadjustierungsmodell, dar (IQTIG 2020c). Ähnlich wie im Fall des ratenbasierten Indikators bietet sich die Wahl einer Gamma-Verteilung als konjugierte A-priori-Verteilung für θ an (IQTIG 2020c):

$$\theta \sim \text{Gamma}\left(\alpha, \frac{\alpha}{\mu}\right),$$

mit $\alpha, \mu > 0$. Die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit folgt damit wieder einer Gamma-Verteilung mit aufdatierten Parametern (Christiansen und Morris 1996)

$$\theta|o, e \sim \text{Gamma}\left(\alpha + o, \frac{\alpha}{\mu} + e\right),$$

mit Erwartungswert $(\alpha + o)/(\alpha/\mu + e)$. Ähnlich wie beim ratenbasierten Indikator kann α dabei wieder als a priori angenommene Anzahl an Fällen mit interessierendem Ereignis interpretiert werden und $\frac{\alpha}{\mu}$ ist die a priori erwartete Anzahl interessierender Ereignisse. Damit ergibt sich die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs als

$$P(\theta \leq R|o, e) = F_{\text{Gamma}}\left(R|\alpha + o, \frac{\alpha}{\mu} + e\right).$$

11.3.5 Gewichtung

Da mehrere Indikatoren in einem Index aggregiert werden sollen, stellt sich die Frage nach der Gewichtung der eingehenden Variablen (vgl. Punkt I.2.h der Beauftragung). Gemäß der Struktur des theoretischen Indexmodells (vgl. Abschnitt 11.3.1.3) erfolgt eine Gewichtung auf zwei Aggregationsstufen:

- die Gewichtung der Qualitätsindikatoren in Bezug auf die ihnen zugeordneten Qualitätsthemen (Aggregationsstufe 1)
- die Gewichtung der Qualitätsthemen in Bezug auf den Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

Da mehrdimensionale Indizes im Unterschied zu eindimensionalen Indizes nicht auf der Annahme basieren, dass die eingehenden Variablen hochkorreliert sind, können messtheoretische Eigenschaften (z. B. Faktorladungen und die Korrelationsstruktur der Variablen) nicht zur Ermittlung der Gewichte verwendet werden (Shwartz et al. 2015). Ausgehend von einem formativen Messmodell (vgl. Abschnitt 11.2) repräsentieren die Gewichte vielmehr die inhaltlich geleitete, relative Bedeutung der Variablen zueinander (Diamantopoulos und Winklhofer 2001). Die Frage nach der „relativen Bedeutung“ unterschiedlicher Variablen ist immer eine Frage von Präferenzen (Jacobs et al. 2004: 49 f., Riabacke et al. 2012). Im Folgenden werden daher Herausforderungen einer strukturierten Erhebung von Präferenzen als Grundlage für die Ermittlung von Gewichten sowie mögliche Alternativen dargestellt.

11.3.5.1 Strukturierte Erhebung von Präferenzen

Die möglichen Ansätze zur strukturierten Erhebung von Präferenzen reichen von einfachen Rating-Prozeduren aus der Psychometrie bis hin zu komplexeren Prozeduren aus der multikriteriellen Entscheidungsanalyse und gesundheitsökonomischen Entscheidungsexperimenten (OECD/JRC 2008: 89-101, Riabacke et al. 2012, Marsh et al. 2016), die jeweils unterschiedliche Vorteile und Nachteile aufweisen. Jeder Ansatz steht jedoch vor folgenden Herausforderungen:

- wessen Präferenzen abgebildet werden sollen
- wie mit Heterogenität in individuellen Präferenzen umgegangen werden soll
- wie die Validität der Präferenzmessung sichergestellt werden soll

- wie Unsicherheit in Präferenzen berücksichtigt werden soll
- wie eine Umsetzbarkeit für alle QS-Verfahren ermöglicht werden kann, angesichts des Aufwands der erstmaligen Erhebung sowie des Bedarfs an einer Aktualisierung der Gewichte z. B. bei Änderungen im Indikatorenset infolge des Hinzukommens oder Wegfallens von Indikatoren

Das G-BA-Qualitätsportal soll an den Informationspräferenzen der Patientinnen und Patienten als Zielgruppe ausgerichtet sein (siehe Punkt I.2.c der Beauftragung). Dies legt den Schluss nahe, dass die Gewichte der Indikatoren und Qualitätsthemen auf den Präferenzen der Patientinnen und Patienten für bestimmte Aspekte der stationären Versorgung basieren sollten. Präferenzen variieren jedoch nicht nur zwischen Gruppen von Akteuren wie Ärztinnen/Ärzten, Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern und Patientinnen/Patienten, sondern auch innerhalb von Subgruppen von Patientinnen und Patienten (Marsh et al. 2016), sogar für einen bestimmten Versorgungsanlass wie die Hüft- oder Knieendoprothetik (Zwijnenberg et al. 2011). Selbst in einer für einen bestimmten Versorgungsanlass repräsentativen Patientenpopulation ist daher von individuellen Unterschieden in den Präferenzen der Patientinnen und Patienten auszugehen. Bei einer krankheitsübergreifenden, repräsentativen Befragung der Patientinnen und Patienten wäre eine noch höhere Variabilität in den Präferenzen zu erwarten.

Erkenntnisse aus der psychologischen Literatur zur Entscheidungsfindung zeigen, dass individuelle Präferenzen nicht fix sind, sondern in Abhängigkeit von Faktoren wie dem Framing des Entscheidungsproblems, der Methode, dem Kontext und Zeitpunkt der Erhebung variieren (Slovic 1995, Tversky et al. 1988, Hibbard et al. 1996). Dies wirft zahlreiche Herausforderungen für die Validierung von Präferenzmessungen auf, im Sinne einer Prüfung des Ausmaßes, zu dem die erhobenen Gewichte die Präferenzen der Befragten abbilden (Riabacke et al. 2012).

In der wissenschaftlichen Literatur wurden verschiedene Ansätze vorgeschlagen, um mit individuellen Unterschieden in Präferenzen umzugehen (Belton und Pictet 1997, Marsh et al. 2016). Die Verwendung aggregierter Maße, bspw. des Durchschnitts individueller Präferenzen, führt zu einem Informationsverlust (Riabacke et al. 2012). Zur Berücksichtigung von Unsicherheit in Präferenzen wurde die Eingrenzung von Intervallen, welche die Spannbreite unterschiedlicher Präferenzen abbilden, vorgeschlagen (Riabacke et al. 2012, Mustajoki et al. 2005). Dadurch werden Sensitivitätsanalysen über den Einfluss der Gewichte auf den Index möglich (Schang et al. 2016, Mustajoki et al. 2005). Eine Konsequenz daraus kann jedoch sein, dass keine eindeutige Zuordnung zu einer Klassifikationskategorie möglich ist und sich die Bewertung eines Krankenhauses bspw. zwischen zwei und vier Sternen bewegt (vgl. Abschnitt 11.3.7). Daraus ergäben sich neue Herausforderungen für die allgemeinverständliche Kommunikation der Ergebnisse.

Darüber hinaus wäre die strukturierte Erhebung von Präferenzen mit einem erheblichen Aufwand verbunden, insbesondere für die Organisation und Auswertung von repräsentativen Befragungen oder Fokusgruppen. Wenn neue Qualitätsindikatoren hinzukämen oder bestehende Indikatoren aus einem Indikatorenset wegfielen, wäre zudem eine regelmäßige Wiederholung des Prozesses zur Erhebung von Präferenzen erforderlich.

11.3.5.2 Normative Setzung von Gewichten

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen, die sich bei einer strukturierten Erhebung von Präferenzen ergeben, werden in der wissenschaftlichen Literatur auch normative Setzungen von Gewichten diskutiert (Riabacke et al. 2012, Barclay et al. 2019). Die Limitation von Setzungen besteht darin, dass sie nicht auf einem strukturierten Prozess der Präferenzermittlung beruhen und die Präferenzen von Patientinnen und Patienten daher möglicherweise weniger gut abbilden. Da der Aufwand für eine strukturierte Präferenzhebung entfiel, wäre eine normative Setzung von Gewichten jedoch mit deutlich weniger Ressourcen umsetzbar (vgl. Abschnitt 11.2).

Die häufigste Form einer normativen Setzung besteht in der Gleichgewichtung von Indikatoren (Barclay et al. 2019). Dieser Ansatz berücksichtigt nicht, dass bestimmte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung (z. B. Nachblutungen vs. Versterben) als „schwerwiegender“ als andere wahrgenommen werden (Barclay et al. 2019). Allerdings sind Präferenzen höchst variabel: Die relative Bedeutung von Ereignissen kann sich beispielsweise nicht nur zwischen Versorgungsanlässen (z. B. Hüftendoprothetische Versorgung, Geburtshilfe), sondern auch zwischen Patientinnen und Patienten bei einem bestimmten Versorgungsanlass unterscheiden (Zwijnenberg et al. 2011).

Mit Blick auf die Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Abschnitt 11.2) hätte eine Gleichgewichtung von Indikatoren einen zentralen Vorteil: Da es sich um eine einfache Gewichtungsmethodik handelt, könnten Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals das Zustandekommen der Indexwerte relativ leicht nachvollziehen. Dies ist aus Sicht des IQTIG ein wichtiger Vorteil, da die Aggregation von Indikatorergebnissen dem Ziel dient, Komplexität für Patientinnen und Patienten zu reduzieren und qualitätsbezogene Informationen allgemeinverständlich zu vermitteln (vgl. Abschnitt 11.1 und Abschnitt 11.2). Auch das CMS-Star-Rating-System der US-amerikanischen Centers for Medicare & Medicaid Services für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl wurde aus diesen Gründen im April 2021 auf eine Gleichgewichtung der Indikatoren umgestellt (Bilimoria und Barnard 2021).

Das vorgeschlagene zweistufige theoretische Indexmodell beruht auf der Prämisse, dass aus Patientensicht verschiedene Themenkomplexe (Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion) für die Qualität der Versorgung bei einem bestimmten Versorgungsanlass wichtig sind (vgl. Abschnitt 10.6.4). Eine Gleichgewichtung von Indikatoren sollte sich daher nicht auf den Gesamtindex, sondern auf das dem Indikator zugeordnete Qualitätsthema beziehen. Dadurch wäre nicht unbedingt jeder Indikator „gleich wichtig“ bezogen auf den Gesamtindex, sondern nur in Bezug auf ein bestimmtes Qualitätsthema, bspw. Behandlungsergebnisse nach einer Hüftendoprothetischen Versorgung. Durch die Zuordnung von Indikatoren zu Qualitätsthemen würde vermieden, dass ein Qualitätsthema allein aufgrund einer hohen Anzahl an Indikatoren ein den Gesamtindex dominierendes Gewicht erhält.

Dass alle Qualitätsthemen aus Patientensicht wichtig sind, bedeutet nicht, dass jedes Qualitätsthema aus Patientensicht gleich wichtig ist. Dem Verständnis von Patientenzentrierung in der Qualitätssicherung des IQTIG folgend (IQTIG 2019: 30-36) erscheint es jedoch auch nicht ge-

rechtfertigt, bestimmte Qualitätsthemen (z. B. Behandlungsergebnisse) in allen Behandlungssituationen und für alle Patientinnen und Patienten grundsätzlich höher zu gewichten als andere Qualitätsthemen (z. B. Kommunikation und Interaktion).

Von zentraler Bedeutung für die Interpretation der Gewichte ist auch die gewählte einheitliche Skalierungsmethode. Die einheitlich skalierten Indikatorwerte stellen die statistische Evidenz dafür dar, dass der zugrunde liegende Kompetenzparameter im Referenzbereich liegt (vgl. Abschnitt 11.3.4). Durch eine Gewichtung der skalierten Indikatorwerte würden also weder die relative Bedeutung unterschiedlicher Ereignisse auf Einzelfallebene noch die beobachteten Indikatorwerte miteinander verglichen werden. Eine Gleichgewichtung der einheitlich skalierten Indikatorergebnisse (innerhalb eines Qualitätsthemas) würde stattdessen bedeuten, dass die gleiche statistische Evidenz für das Einhalten des jeweiligen Referenzbereichs durch den zugrunde liegenden Parameter bei unterschiedlichen Indikatoren die gleiche Wichtigkeit hat. Eine Gleichgewichtung (innerhalb eines Qualitätsthemas) würde eben nicht bedeuten, dass die zugrunde liegenden Ereignisse (z. B. Versterben, Auftreten von Komplikationen) als „gleich wichtig“ angesehen würden.

11.3.5.3 Fazit und Empfehlungen

Die Entscheidung zwischen einer strukturierten Erhebung von Patientenpräferenzen und einer normativen Setzung von Gewichten erfordert eine Abwägung zwischen den verschiedenen Anforderungen an die Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Abschnitt 11.2). Eine strukturierte Erhebung von Präferenzen würde – im Gegensatz zu einer normativen Setzung von Gewichten – eine empirische Datengrundlage zur relativen Bedeutung verschiedener Qualitätsthemen bzw. Indikatoren aus Patientensicht ermöglichen. Sie würde jedoch auch zahlreiche methodische Herausforderungen mit sich bringen und – wie eine normative Setzung von Gewichtung – erhebliche, erwartungsgemäß umstrittene Annahmen erfordern. Aufgrund von Variabilität und Unsicherheit von Präferenzen wäre eine den Präferenzen aller Patientinnen und Patienten entsprechende Gewichtung von Indikatoren auch kaum möglich. Gleichzeitig erscheint der Nutzen einer komplexeren Gewichtungsmethodik mit Blick auf das Ziel der Komplexitätsreduktion fraglich. Schließlich würde eine strukturierte Erhebung von Präferenzen auch einen erheblichen Aufwand bedeuten.

Mit dem Ziel, eine den Patientinnen und Patienten leicht zu vermittelnde, zeitnah umsetzbare und für die Gesamtheit der QS-Verfahren praktikable Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen zu erhalten, werden daher für die erste Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals eine Gleichgewichtung der statistischen Evidenz für das Einhalten des Referenzbereichs pro Indikator innerhalb eines Qualitätsthemas sowie eine Gleichgewichtung von Qualitätsthemen im Gesamtindex vorgeschlagen.

11.3.6 Aggregation

Für die Konstruktion eines Index aus mehreren Indikatoren müssen die einheitlich skalierten, gewichteten Indikatorwerte mithilfe einer Aggregationsfunktion kombiniert werden. Gemäß dem theoretischen Indexmodell (vgl. Abschnitt 11.3.1) erfolgt die Aggregation in zwei Stufen:

- die Aggregation von Qualitätsindikatoren innerhalb von Qualitätsthemen zu themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1)
- die Aggregation der themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

Eine zentrale Frage für die Auswahl des Aggregationsmodells besteht darin, ob und in welchem Ausmaß eine Kompensation zwischen Indikatoren erwünscht ist (OECD/JRC 2008: 33, Greco et al. 2019). Kompensation beschreibt den Grad, zu dem ein vergleichsweise schlechtes Ergebnis in einem Indikator durch ein gutes Ergebnis in einem anderen Indikator ausgeglichen werden kann (OECD/JRC 2008: 33). Im Kern geht es daher um die Frage, ob Variabilität in den Indikatorergebnissen²⁷ einen Einfluss auf die Qualitätsbewertung bzw. der Indexwert eines Leistungserbringers haben sollte. Die Beantwortung dieser Frage lässt sich nicht methodisch herleiten, sondern erfordert eine Werteentscheidung.

Für Indizes werden häufig einfache additive Aggregationsmodelle verwendet, bei denen die einheitlich skalierten, gewichteten Indikatorwerte summiert werden (OECD/JRC 2008: 102 f., Marsh et al. 2016). Hierbei könnte ein Krankenhaus sehr schlechte Ergebnisse in einem Indikator durch sehr gute Ergebnisse in einem anderen Indikator ausgleichen und insgesamt ein ähnlicher Indexwert erreichen wie ein Krankenhaus, das in allen Indikatoren mittelmäßige Ergebnisse erzielt. Einfache additive Modelle mit der Möglichkeit vollständiger Kompensation basieren auf der Annahme, dass Variabilität in den Indikatorergebnissen für den Indexwert eines Leistungserbringers keine Rolle spielen sollte (Nardo et al. 2005, Marsh et al. 2016, Greco et al. 2019).

Die Entscheidung über die Angemessenheit einer vollständigen Kompensation erfordert eine Beantwortung der normativen Frage, ob Homogenität in den Indikatorergebnissen eines Leistungserbringers (d. h. die Ergebnisse aller Indikatoren sind ähnlich schlecht bzw. gut) ein erstrebenswertes Ziel ist: Ist es besser in allen Indikatoren mittlere Ergebnisse zu erreichen als in der Hälfte exzellente Ergebnisse und der anderen Hälfte sehr schlechte Ergebnisse?

In der Kritik kompensatorischer Aggregationsmodelle wird argumentiert, dass die Möglichkeit einer vollständigen Kompensation zwischen Indikatoren die fundamentale Bedeutung der in einem mehrdimensionalen Index eingehenden Indikatoren relativiert (Sagar und Najam 1998). Ein kompensatorisches Aggregationsmodell setzt weniger Anreize für die bewerteten Institutionen, schlechte Indikatorwerte zu verbessern, da diese über gute Indikatorwerte ausgeglichen werden könnten (Greco et al. 2019). Schlechte Indikatorergebnisse würden jedoch in die Gesamtbewertung einfließen. Auch bei vollständiger Kompensation wäre es daher sehr schwer für ein Krankenhaus, mit einem Set aus schlechten und guten Indikatorergebnissen ein sehr gutes Ergebnis im Gesamtindex zu erreichen.

²⁷ Gemeint ist hier die Heterogenität in der statistischen Evidenz, dass der zugrunde liegende Kompetenzparameter des Indikators im Referenzbereich liegt (vgl. Abschnitt 11.3.4.2 und 11.3.4.3).

Bei vollständig nicht kompensatorischen Ansätzen könnten Leistungserbringer ein schlechtes Indikatorergebnis nicht durch bessere Werte in anderen Indikatoren kompensieren. Bei einfachen „All-or-none“-Modellen würde das Nichterreichen eines Standards mit 0 und das Erreichen eines Standards mit 1 bewertet werden (Shwartz et al. 2015). Die anschließende Multiplikation aller Indikatoren hätte zur Folge, dass im Ergebnis nur zwei Gruppen von Leistungserbringern unterschieden werden könnten: Leistungserbringer, die alle Standards erreicht haben, und Leistungserbringer, die mindestens einen Standard nicht erreicht haben. Bei komplexeren Outranking-Methoden würden alle Einheiten eines Vergleichs paarweise auf Basis des gesamten Indikatorensets verglichen werden (Fayers und Hand 2002, Greco et al. 2019, OECD/JRC 2008: 107). Am Ende dieses Vergleichsprozesses stünde ein ordinales Ranking aller Leistungserbringer. Nicht kompensatorische Modelle wurden vorgeschlagen, um einen hohen Anspruch an die Qualität der Versorgung zu betonen (Nolan und Berwick 2006). Der Nachteil ist jedoch, dass die in den Indikatoren enthaltenen metrischen Informationen über Qualitätsunterschiede verloren gehen (Greco et al. 2019).

Neben den beiden Extremformen einer vollständigen Kompensation (wie bei additiven Modellen) und einer vollständigen Nichtkompensation (wie bei „Alles-oder-nichts“-Modellen) wurden in der internationalen wissenschaftlichen Literatur auch verschiedene Ansätze vorgeschlagen, die eine partielle Berücksichtigung von ungleichen Indikatorenausprägungen ermöglichen (Greco et al. 2019, OECD/JRC 2008: 103 ff.). Grundsätzlich führen diese partiell nicht kompensatorischen Aggregationsmodelle zu einer Verschlechterung des Indexwertes, wenn die in den Index eingehenden Indikatoren ungleichmäßige Ausprägungen aufweisen. Bei der geometrischen Aggregation von Indikatorergebnissen haben Verbesserungen in schlechten Indikatorergebnissen einen höheren Einfluss auf den Indexwert als Verbesserungen in guten Indikatorergebnissen (Greco et al. 2019, OECD/JRC 2008: 103). Krankenhäuser hätten dadurch den Anreiz, zunächst Indikatoren mit schlechten Ergebnissen zu verbessern, um ihr Gesamtergebnis im Index zu maximieren.

Bei der geometrischen Aggregation sind die Annahmen zur Kompensationsmöglichkeit im statistischen Modell fixiert. Komplexere, partiell nicht kompensatorische Aggregationsmodelle arbeiten hingegen mit sogenannten Bestrafungsfunktionen, bei denen der Grad der Kompensation variiert werden kann (Mazziotta und Pareto 2016, Ács et al. 2014, Casadio Tarabusi und Guarini 2013).²⁸ Der Vorteil der Flexibilität dieses Ansatzes birgt jedoch zugleich die Limitation, dass normative Setzungen der jeweiligen Parameter erforderlich sind.

Insgesamt kann und soll der Gesamtindex (Aggregationsstufe 2) nur einen Überblick und eine erste Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten liefern. Die Möglichkeit zur Disaggregation der Ergebnisse auf Kategorienebene (Aggregationsstufe 1) ermöglicht es den Nutzerinnen und Nutzern, selbst zu prüfen, in welchen für sie besonders relevanten Qualitätsthemen welche

²⁸ Bei der Mean-Min-Funktion (Casadio Tarabusi und Guarini 2013) wird bspw. versucht, einen Kompromiss zwischen dem vollständig kompensatorischen arithmetischen Mittel (mean) und der vollständig nicht kompensatorischen Verwendung des schlechtesten Indikatorwertes (min) zu finden. Mithilfe der entsprechenden Parameter wird festgelegt, ob die Rate der Kompensation schlechter Ergebnisse durch gute Ergebnisse bspw. proportional oder progressiv zur Distanz zwischen den betrachteten Indikatorwerten erfolgen soll.

Krankenhäuser welche Ergebnisse erzielen. Auf einer weiter untergeordneten Ebene sollten die Qualitätsindikatoren abrufbar sein, die den themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1) zugrunde liegen.

Für die anfängliche Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG die additive Aggregation der Qualitätsindikatoren innerhalb einzelner Qualitätsthemen und eine additive Aggregation der Qualitätsthemen zu einem Index.

11.3.7 Klassifikation

Am Ende der Aggregation der unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit einheitlich skalierten und gewichteten Indikatorwerte liegen für jeden Leistungserbringer und jeden Versorgungsanlass bis zu drei themenspezifische Indexwerte und ein Gesamtindexwert auf einer metrischen Skala zwischen 0 % und 100 % vor. Grundsätzlich kann dieser Indexwert berichtet und zum Vergleich zwischen Leistungserbringern herangezogen werden. Dieser Indexwert ist jedoch ohne Weiteres nur schwer interpretierbar, da er die gewichtete A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der jeweiligen Referenzbereiche der zugrunde liegenden Indikatoren bedeutet. Für eine leichtere Verständlichkeit des jeweiligen Indexwertes sollte daher in einem letzten Schritt eine Klassifikation der Indexwerte in ein ordinales Kategoriensystem vorgenommen und diese Klassifikation visualisiert werden. Dieses Vorgehen ist auch in anderen Vergleichsportalen im Internet üblich (vgl. z. B. YNHSC/CORE 2017: 25, Emmert et al. 2016). Die Klassifikation erfordert eine Festlegung der Anzahl der Kategorien und eine Zuordnungsregel (IQTIG 2019).

11.3.7.1 Anzahl der Kategorien

Ein systematischer Review effektiver Präsentationsstrategien für Informationen über die Qualität der Versorgung (Kurtzman und Greene 2016) identifizierte nur eine Studie (Damman et al. 2011), welche die Beziehung zwischen der Anzahl der Kategorien und der Interpretation und Verwendung der Qualitätsinformationen untersuchte. In der betreffenden Studie wurden Präsentationsformate mit 3 versus 5 Sternen im Kontext der Auswahl eines Pflegedienstes untersucht. Die Ergebnisse zeigten keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Verständlichkeit oder korrekten Interpretation der bewerteten Institutionen. Das auf drei Sternen basierende Format war jedoch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, den besten Pflegedienst auszuwählen.

Generell erfordert die Auswahl der Anzahl der Kategorien einen Kompromiss zwischen einer möglichst differenzierten Betrachtungsweise der verschiedenen Ausprägungen des zugrunde liegenden Konstrukts (für die eher mehr Kategorien zielführend wären) und der Verständlichkeit für die Nutzerinnen und Nutzer (für die eher weniger Kategorien zielführend wären).

Da das IQTIG annimmt, dass bei der Konstruktion von Antwortskalen für bspw. Befragungen und für die Interpretation der Ergebnisse in Form von Skalen ähnliche Kriterien eine Rolle spielen, wurden auch Empfehlungen zur Skalenkonstruktion bei Fragebögen aus der psychometrischen Literatur (siehe z. B. Moosbrugger und Kelava 2012, Porst 2014, Bühner 2011) herangezogen. Für Fragebögen wird typischerweise eine Skalenbreite von 5 bis 9 Skalenpunkten empfohlen,

wobei 5 Skalenpunkte eher für die Allgemeinbevölkerung und einen breiten Adressatenkreis geeignet sind, da eine geringere Abstraktionsfähigkeit erforderlich ist (siehe z. B. Porst 2014: 88). Diese Erkenntnisse aus der Fragebogenkonstruktion sind jedoch nur bedingt auf Qualitätsbewertungskategorien übertragbar. Sie liefern allerdings einige Hinweise darauf, welche Anzahl an Kategorien eine für die Zielgruppe verständliche Differenzierung zwischen den dargestellten Kategorien erlauben könnte.

Für die Auswahl der Anzahl der Kategorien muss auch berücksichtigt werden, dass sich Nutzerinnen und Nutzer in ihrem Bedürfnis nach detaillierter Information, in ihren kognitiven Fähigkeiten sowie in ihrer Art der Informationsverarbeitung (numerisch oder eher visuell) unterscheiden (Kurtzman und Greene 2016). Auf Basis der Nutzertestungen (vgl. auch Kapitel 12) empfiehlt das IQTIG eine Skala mit fünf Kategorien zur Visualisierung der Ergebnisse des Gesamtindex sowie der themenspezifischen Indizes. Aus Sicht des IQTIG bieten fünf Kategorien den besten Kompromiss zwischen einer allgemeinverständlichen Vereinfachung der metrischen Indexwerte und einer angemessenen Differenzierbarkeit von Qualitätsunterschieden. Die Zuordnung der metrischen Indexwerte zu diesen Kategorien wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

11.3.7.2 Zuordnungsregel

Die Zuordnungsregel legt fest, wie ein metrischer Indexwert einer Bewertungskategorie zugeordnet wird. Um verteilungsunabhängige Aussagen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer zu ermöglichen (vgl. Abschnitt 11.3.4.1), werden hierfür feste Intervalle auf der metrischen Indexskala gebildet. Dieser Prozess erfordert eine normative Setzung, welche (quantitativen) Wahrscheinlichkeiten welcher (qualitativen) Kategorie entsprechen.

Das einfachste Modell einer verteilungsunabhängigen Zuordnung von quantitativen Werten in ein Kategoriensystem besteht in der Bildung gleich großer Intervalle (Brewer und Pickle 2002, Evans 1977). Zwischen dem (absolut) schlechtesten möglichen und dem besten möglichen Indexwert, d. h. zwischen 0 und 100, würde eine Unterteilung der Indexskala in gleich große Intervalle entsprechend der angestrebten Anzahl der Kategorien erfolgen. Bei insgesamt fünf Bewertungskategorien würde diese Zuordnungsregel bspw. dazu führen, dass ein Indexwert von 50 in das Intervall $[>40; 60]$ fiel und damit der mittleren Bewertungskategorie „3“ von insgesamt fünf Kategorien zugeordnet würde. Ein Indexwert von 50 % entspricht jedoch lediglich einer 50-50-Chance, dass die Referenzbereiche (im gewichteten arithmetischen Mittel über alle Indikatoren) erreicht wurden. Bei den (festen) Referenzbereichen der gesetzlichen Qualitätssicherung handelt es sich nicht um optimale Qualität, sondern um die Qualität der Versorgung, die von allen Leistungserbringern erwartet wird. Für das Erreichen von erwartbaren Anforderungen an die Versorgung erscheint eine 50-50-Wahrscheinlichkeit zu gering, um bereits einer mittleren Bewertungskategorie zu entsprechen. Die Setzung gleich großer Intervalle über die gesamte Breite der Indexskala wird deshalb nicht empfohlen.

Im Folgenden werden drei Optionen für mögliche Zuordnungsregeln vorgestellt. Für jede Option gilt, dass der metrische Indexwert eines Leistungserbringers in genau eines der festgelegten Intervalle fällt und der mit diesem Intervall verbundenen Kategorie zugeordnet wird. Die Diskussion erfolgt am Beispiel des Kategoriensystems mit fünf Kategorien. Die Kategorien 1 bis 5 sind

hier als Platzhalter für grafische Symbole zu sehen, die im Rahmen der 5-stufigen visuellen Skala verwendet werden. Die Kategorie „5“ bezeichnet die beste Kategorie, die Kategorie „1“ entspricht der schlechtesten Kategorie.

Option A

Ausgehend vom besten erreichbaren Wert (100²⁹) werden Intervalle in 10er-Schritten festgelegt. Die dabei als letzte entstehende Kategorie umfasst alle Werte unter 60. Bei fünf Bewertungskategorien ergeben sich die in Abbildung 8 dargestellten Intervalle und die diesen zugeordneten Kategorien. Ein Indexwert von 86 würde bspw. in das Intervall [$<90; 80$] fallen und damit der Bewertungskategorie „4“ zugeordnet werden.

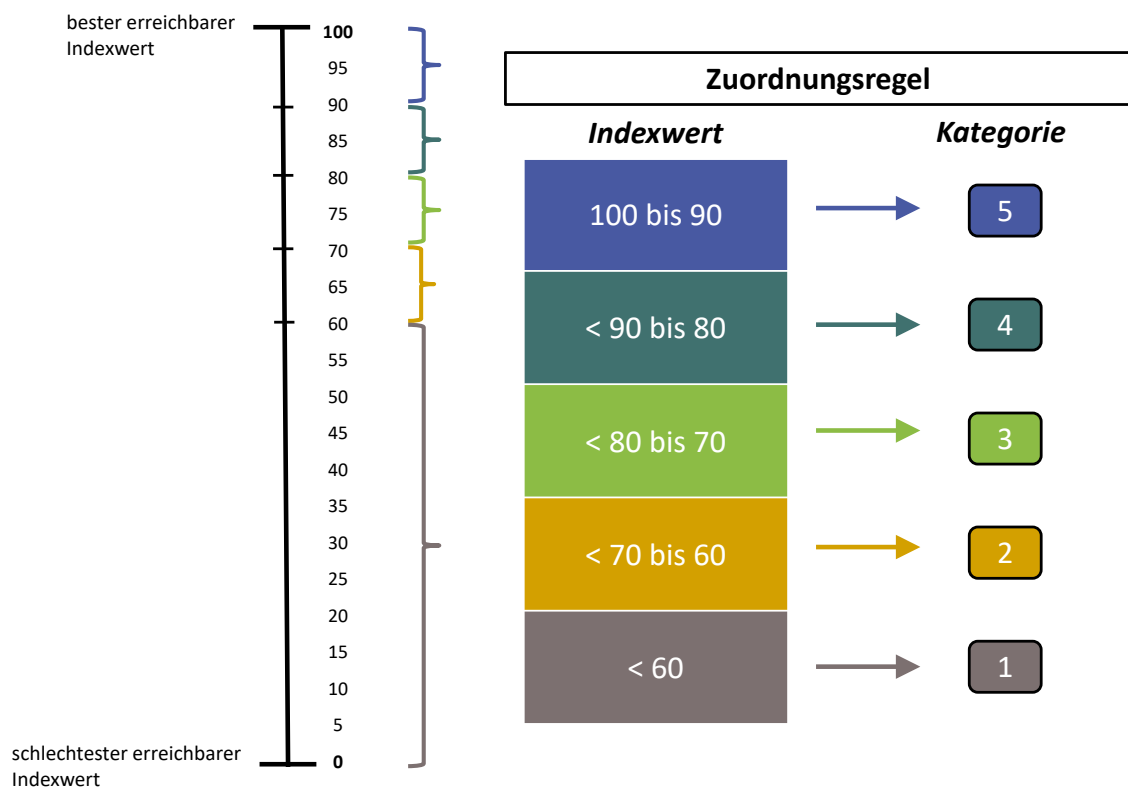


Abbildung 8: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option A

²⁹ Mathematisch entspricht dieser Wert einer A-posteriori-Wahrscheinlichkeit von 100 %, dass die Referenzbereiche (im gewichteten arithmetischen Mittel über alle Indikatoren) der in den Index eingehenden Indikatoren eingehalten wurden.

Option B

Ausgehend vom besten erreichbaren Wert (100) werden Intervalle in 15er-Schritten festgelegt. Die dabei als letzte entstehende Kategorie umfasst alle Werte unter 40. Bei fünf Bewertungskategorien ergeben sich die in Abbildung 9 dargestellten fünf Intervalle. Ein Indexwert von 86 würde bspw. in das Intervall [100; 85] fallen und damit der Bewertungskategorie „5“ zugeordnet werden.

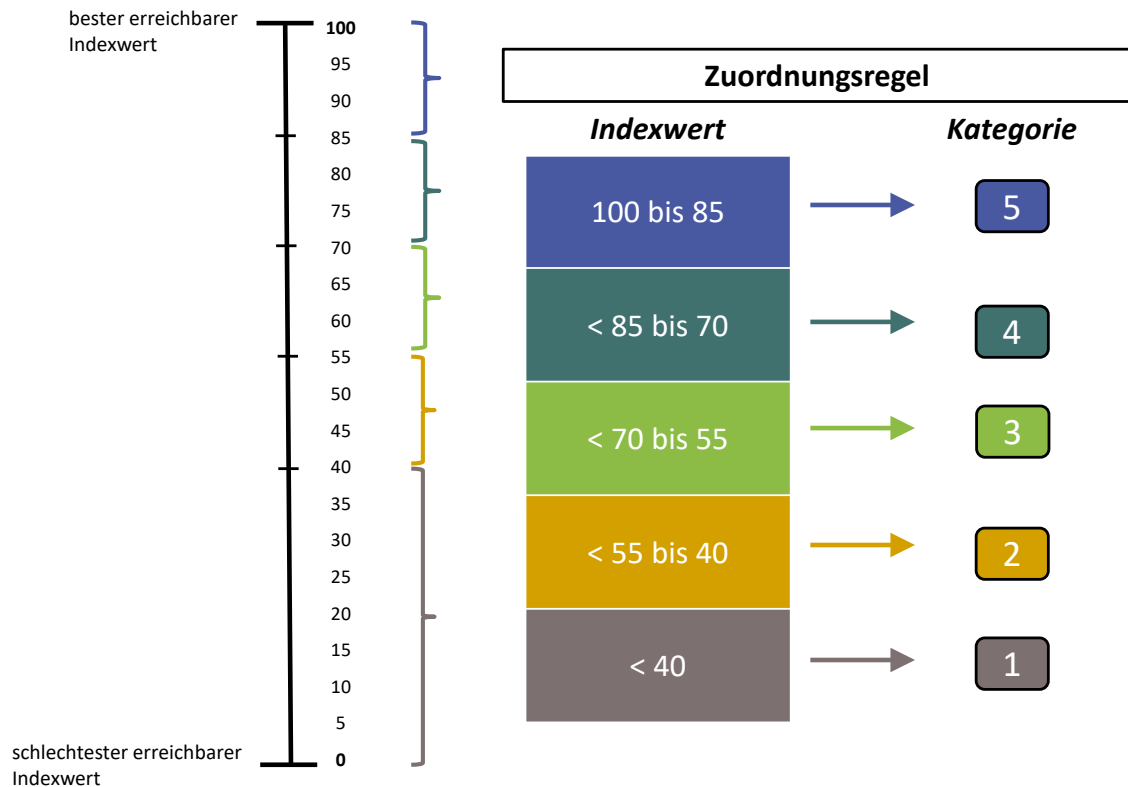


Abbildung 9: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option B

Option C

Ausgehend vom besten erreichbaren Wert (100) wird das oberste Intervall in einem 5er-Schritt festgelegt. Die folgenden Intervalle werden in 15er-Schritten festgelegt. Die dabei als letzte entstehende Kategorie umfasst alle Werte unter 50. Bei fünf Bewertungskategorien ergeben sich die in Abbildung 10 dargestellten Intervalle. Ein Indexwert von 86 würde bspw. in das Intervall [<95 ; 80] fallen und damit der Bewertungskategorie „4“ zugeordnet werden.

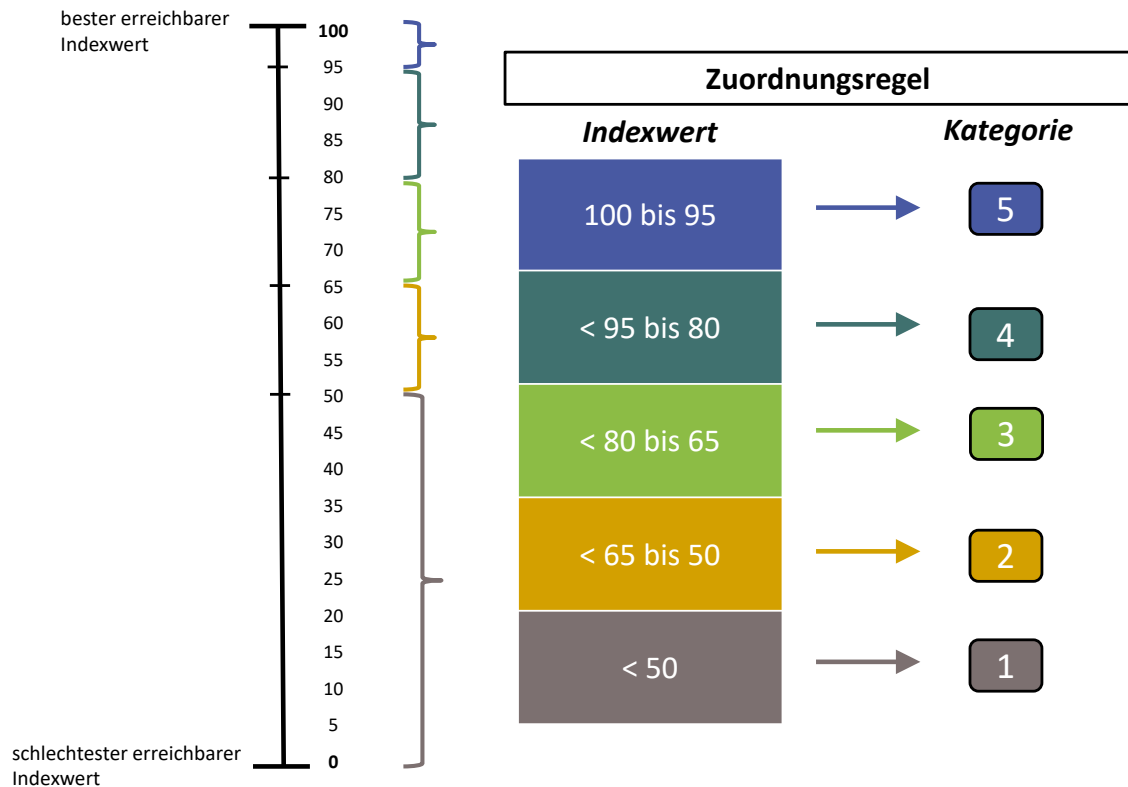


Abbildung 10: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option C

Diskussion und Empfehlung

Die drei vorgestellten Optionen unterscheiden sich in den Anforderungen, die an die statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche gestellt werden. So impliziert Option A vergleichsweise hohe Anforderungen an die statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche, die für eine Zuordnung zur Bewertungskategorie „2“ oder besser erforderlich ist. Die Bildung größerer Intervalle in 15er-Schritten bei Option B setzt dagegen eine niedrigere statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche voraus. Option C wiederum setzt für die Zuordnung zur besten Bewertungskategorie „5“ eine sehr hohe statistische Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche voraus. Für die Bewertungskategorien „4“ bis „2“ würden hingegen größere Unterschiede in der statistischen Evidenz für die Einhaltung der Referenzbereiche dennoch zur gleichen Bewertungskategorie führen.

Da es sich bei den (verteilungsunabhängigen) Referenzbereichen der gesetzlichen Qualitätssicherung um erwartbare Anforderungen an die Qualität der Versorgung handelt, ist es aus Sicht des IQTIG angemessen, hohe A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten für die Zuordnung zu einer der

besseren Bewertungskategorien vorauszusetzen. Für die erste Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals schlägt das IQTIG daher die Bildung fester Intervalle für das visuelle Kategoriensystem mit fünf Bewertungskategorien gemäß Option A vor.

11.4 Fazit und Empfehlungen

Zusammenfassend empfiehlt das IQTIG eine Aggregation der für einen Versorgungsanlass ausgewählten Qualitätsindikatoren in folgenden Entwicklungsschritten:

1. Theoretisches Indexmodell

- themenspezifische Indizes je Versorgungsanlass und je Leistungserbringer (Aggregationsstufe 1)
- Gesamtindex je Versorgungsanlass und je Leistungserbringer (Standort) (Aggregationsstufe 2)

2. Festlegung eines einheitlichen Indikatorensets

- Festlegung eines Indikatorensets, das auf einen Mindestanteil der Leistungserbringer anwendbar ist

3. Auswahl der Informationsgrundlage

- metrische Indikatorergebnisse (Punktschätzer und Maße für statistische Unsicherheit)

4. Einheitliche Skalierung

- einheitliche Skalierung mit Bezug auf die Referenzbereiche

5. Gewichtung

- Gleichgewichtung der Indikatoren innerhalb der Qualitätsthemen (Aggregationsstufe 1)
- Gleichgewichtung der themenspezifischen Indizes im Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

6. Aggregation

- additive Aggregation von Indikatoren zu themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1)
- additive Aggregation von themenspezifischen Indizes zum Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

7. Klassifikation

- 5-stufige visuelle Skala
- verteilungsunabhängige Intervalle auf der Indexskala

Die Empfehlungen werden im Folgenden beschrieben. Die detaillierten Herleitungen und Begründungen finden sich in Abschnitt 11.3.

11.4.1 Theoretisches Indexmodell

Zunächst wird festgelegt, auf welchen Versorgungsanlass sich der Index beziehen soll. Der Versorgungsanlass sollte aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten definiert werden und kann sich auf eine bestimmte Prozedur oder Diagnose beziehen. Ein Gesamtindex für die Versorgungsqualität ohne Bezug auf einen konkreten Versorgungsanlass auf Leistungserbringer- oder Krankenhausebene wird nicht empfohlen. Die in Abschnitt 10.6.4.4 beschriebenen Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ bilden die erste Aggregationsstufe des Indexmodells. Die empfohlene Struktur des Indexmodells umfasst folgende Aggregationsstufen je Leistungserbringer und je Versorgungsanlass:

- die Aggregation von Qualitätsindikatoren innerhalb der Qualitätsthemen zu themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1)
- die Aggregation von themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)

Auf dem G-BA-Qualitätsportal sollten Patientinnen und Patienten nachvollziehen können, welche Qualitätsindikatoren den themenspezifischen Indizes zugrunde liegen. Außerdem soll deutlich werden, welche themenspezifischen Indizes im Gesamtindex berücksichtigt wurden (für ausführliche Erläuterungen zum Visualisierungskonzept siehe Kapitel 12).

11.4.2 Festlegung eines einheitlichen Qualitätsindikatorensets

Da die versorgungsanlassbezogenen, den Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ zugeordneten Qualitätsindikatoren (vgl. Abschnitt 10.6.4.3) teilweise nicht auf alle Leistungserbringer zutreffen, empfiehlt das IQTIG die Festlegung eines einheitlichen Indikatorensets (vgl. zur ausführlichen Herleitung und Begründung Abschnitt 11.3.2). Hierfür wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

1. Zunächst sollte überprüft werden, ob der Versorgungsanlass (vgl. Abschnitt 11.3.1.1) konkretisiert werden kann. Beispielsweise suchen Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig nach einem Krankenhaus für ein QS-Verfahren (z. B. *Hüftendoprothesenversorgung*), sondern nach einem Krankenhaus für eine bestimmte Erkrankung bzw. Prozedur, die gegebenenfalls eine Teilmenge des QS-Verfahrens darstellt (z. B. erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)). Grundsätzlich sollten nur Qualitätsindikatoren in den versorgungsanlassbezogenen Index eingehen, die sich auf den konkreten Versorgungsanlass beziehen.
2. Anschließend erfolgt eine Abwägung zwischen der Anzahl der in den Gesamtindex einfließenden Indikatoren und der Anzahl an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex. Hierfür wird für jede mögliche Anzahl an Indikatoren (d. h. mindestens ein bis maximal alle Qualitätsindikatoren eines Versorgungsanlasses) und jede mögliche Kombination der Indikatoren der Anteil an Leistungserbringern ermittelt, für die mit dem jeweiligen Indikatorensatz ein Gesamtindex berechnet werden kann.

3. Aus diesen möglichen Indikatorensets wird dasjenige ausgewählt,

- welches jedes der abbildbaren Qualitätsthemen abdeckt,
- für welches der Anteil an Leistungserbringern mit berechenbarem Gesamtindex über einem definierten Schwellenwert liegt (z. B. mindestens 80 % oder mindestens 90 % aller Leistungserbringer; der konkrete Schwellenwert sollte unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Leistungserbringer und der Anzahl der Indikatoren QS-Verfahrens-spezifisch getroffen werden), und
- welches die größte Anzahl an Qualitätsindikatoren enthält.

Das resultierende Indikatorenset ist auf den definierten Anteil der Leistungserbringer anwendbar und deckt jedes Qualitätsthema ab, das über bestehende Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung abbildbar ist. Ein Gesamtindex würde nur für Leistungserbringer gebildet und dargestellt werden, die dieses Indikatorenset erfüllen.

11.4.3 Auswahl der Informationsgrundlage

Das IQTIG empfiehlt die Aggregation der metrischen Indikatorergebnisse, hier definiert als Punktschätzer sowie Maße für die fallzahlabhängige statistische Unsicherheit.

11.4.4 Einheitliche Skalierung

Das IQTIG empfiehlt, die statistische Evidenz für die Einhaltung des Referenzbereichs als einheitliche Messskala zu verwenden. Dafür wird empfohlen, statistische Evidenz über die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des festen Referenzbereichs aus Bayesianischen Modellen zu operationalisieren. Für Indikatoren mit verteilungsabhängigem Referenzbereich wird vorgeschlagen, einen festen Referenzwert einheitlich als X. Perzentil (für Indikatoren mit Referenzoperator „≥“) bzw. als Y. Perzentil (für Indikatoren mit Referenzoperator „≤“) zu bestimmen. Die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzwerts für Indikator $k_d = 1, \dots, K_d$ im Qualitätsthema $d, d = 1, \dots, D$, mit o_{dk} als beobachteter Anzahl an interessierenden Ereignissen und Fallzahl J_{dk} soll für ratenbasierte Indikatoren anhand des Beta-Binomial-Modells

$$P_{dk}(\theta_{dk} \leq R_{dk} | o_{dk}, J_{dk}) = F_{\text{Beta}}(R_{dk} | \alpha + o_{dk}, \beta + J_{dk} - o_{dk})$$

und für risikoadjustierte Indikatoren mit e_{dk} der erwarteten Anzahl an interessierenden Ereignissen anhand des Poisson-Gamma-Modells

$$P_{dk}(\theta_{dk} \leq R_{dk} | o_{dk}, e_{dk}) = F_{\text{Gamma}}\left(R_{dk} | \alpha + o_{dk}, \frac{\alpha}{\mu} + e_{dk}\right)$$

erfolgen. Für Indikatoren, für die die Poisson-Approximation nicht geeignet erscheint, und für komplexere Indikatoren (z. B. aus Patientenbefragung) werden alternative Bayesianische Modelle verwendet, wenn die Anwendung des Beta-Binomial- bzw. Poisson-Gamma-Modells für einen Indikator nicht geeignet erscheint.

Für Indikatoren mit Referenzoperator „ \geq “ wird entsprechend die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für $P_{dk}(\theta_{dk} \geq R_{dk})$ berechnet. Die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs wird im Folgenden als PW_{dk} bezeichnet.

11.4.5 Gewichtung

Innerhalb eines Qualitätsthemas werden die A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten der Qualitätsindikatoren für die Einhaltung des Referenzbereichs gleich gewichtet (Aggregationsstufe 1). Die themenspezifischen, metrischen Indexwerte werden in Bezug auf den Gesamtindex gleich gewichtet (Aggregationsstufe 2).

11.4.6 Aggregation

Das IQTIG empfiehlt eine additive Aggregation der Qualitätsindikatoren innerhalb einzelner Qualitätsthemen (Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion) zu themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1) sowie eine additive Aggregation der themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2). Hierfür soll für jedes Qualitätsthema d das gewichtete, arithmetische Mittel über die A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten PW_{dk} berechnet werden:

$$\overline{PW}_d = \sum_{k=1}^{K_d} PW_{dk} \cdot w_{dk},$$

mit $w_{dk}, d = 1, \dots, D, k = 1, \dots, K_d$, als Gewichte, die zu 1 summieren.

Im zweiten Schritt sollen die gemittelten Werte \overline{PW}_d über alle Qualitätsthemen über die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts zu einem Gesamtindex aggregiert werden:

$$\overline{PW} = \sum_{d=1}^D \overline{PW}_d \cdot w_d,$$

wiederum mit Gewichten w_d , die über alle Qualitätsthemen hinweg zu 1 summieren.

11.4.7 Klassifikation

Das IQTIG empfiehlt, die metrischen Indexwerte in einer visuellen Skala mit fünf Kategorien darzustellen. Die empfohlenen Zuordnungsregeln sind in Abbildung 11 dargestellt.

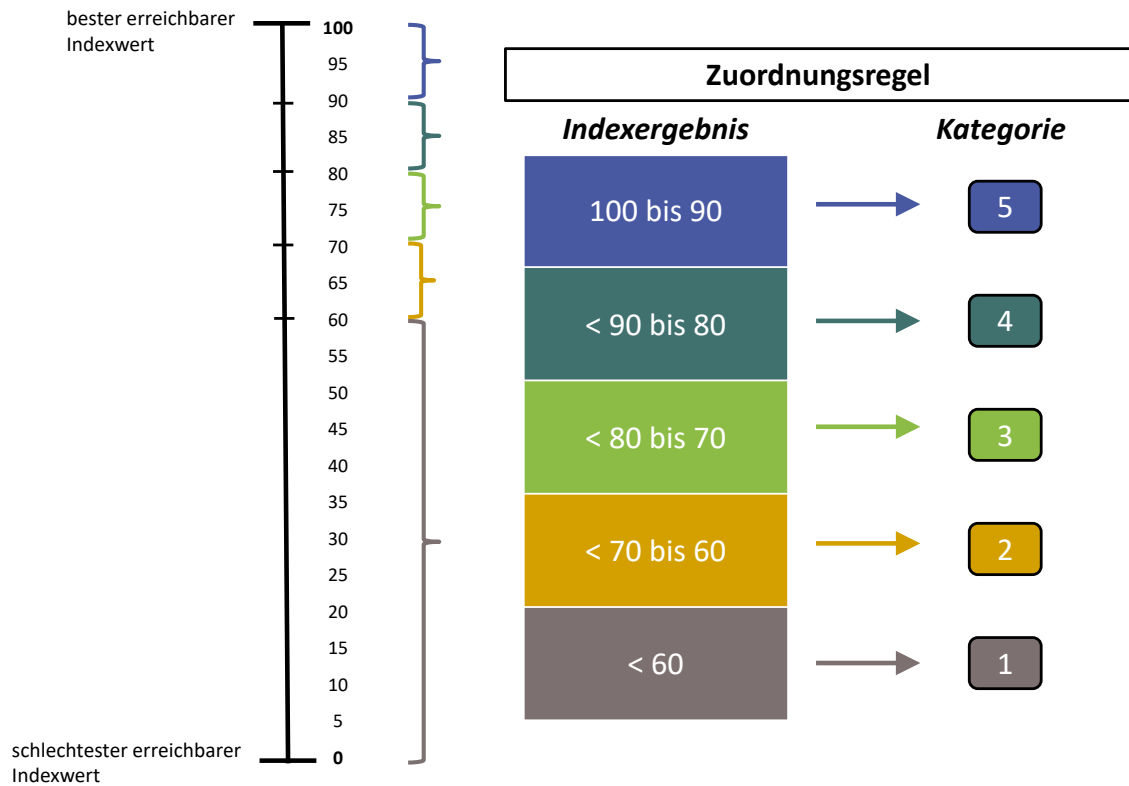


Abbildung 11: Vorgeschlagene Zuordnung der metrischen Indikatorergebnisse in das 5-stufige visuelle Kategoriensystem

12 Visualisierungskonzept

Verschiedene Untersuchungen deuten darauf hin, dass Qualitätsinformationen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und auf Krankenhausvergleichsportalen für die breite Mehrheit der Patientinnen und Patienten nicht verständlich sind (Friedemann et al. 2009, Sander et al. 2016, Geraedts et al. 2010: 29 ff., Mazor und Dodd 2009). Nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Expertinnen und Experten haben Schwierigkeiten gesundheitsrelevante Statistiken und Zahlenangaben korrekt zu verstehen (Gigerenzer et al. 2007, Kause et al. 2014, Prinz et al. 2015). Die verständliche Darstellung von gesundheitsrelevanten und -verwandten statistischen Informationen, wie jene aus den strukturierten Qualitätsberichten, ist jedoch essenziell für die Mündigkeit von Patientinnen und Patienten und das Treffen von informierten Entscheidungen. Neben einer zielgruppengerechten und adäquaten Sprache bzw. Darstellung ist ein angemessener Umfang von Informationen essenziell für Patientinnen und Patienten. Die effektive und klare Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen und Qualitätsinformationen ist also ausschlaggebend für ein allgemeinverständliches, zielgruppengerechtes G-BA-Qualitätsportal (vgl. Kapitel 9).

Gemäß diesem Ansatz wird in diesem Kapitel das vorgeschlagene Visualisierungskonzept für das G-BA-Qualitätsportal beschrieben. Bei der Entwicklung des Visualisierungskonzepts standen die verständliche und transparente Darstellung der Inhalte und die Anwenderfreundlichkeit der Nutzeroberfläche sowie eine Ausrichtung an die Informationsbedürfnisse und -präferenzen der Zielgruppe im Mittelpunkt (vgl. Punkte I.2.c, I.2.j und I.3.a der Beauftragung). Zudem wurde eine entsprechende Informationsarchitektur und ein Corporate Design inkl. Vorschlag zur Betitelung der Website entwickelt (vgl. Punkt I.2.l und I.2.n der Beauftragung). Die Darstellbarkeit der Website auf verschiedenen Endgeräten wurde dabei ebenfalls berücksichtigt (vgl. Punkt I.2.m der Beauftragung).

Ein externer Dienstleister wurde für die Bearbeitung hinzugezogen, um das Visualisierungskonzept exemplarisch in Form eines Prototyps für zwei maßgebliche Bereiche aufzubereiten (vgl. Punkt I.2.s der Beauftragung). Dazu wurden zwei, aus epidemiologischer Sicht relevante Versorgungsanlässe ausgewählt: „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“. Darüber hinaus wurde für das Visualisierungskonzept ein Video³⁰ erstellt, welches zentrale Darstellungselemente und Funktionen der Website erläutert (siehe Anlage 5).

Begleitende Nutzertestungen und heuristische Evaluationen

Nutzertestungen und heuristische Evaluationen wurden zur Pretestung, Prüfung und Optimierung der Entwicklungsstufen begleitend hinzugezogen (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung). Die Zusammenfassungen und detaillierten Auswertungen der Nutzertestungen sind der Anlage 1 zu

³⁰ Das Video wurde zu einem Entwicklungsstadium erstellt, an dem noch nicht alle finalen Empfehlungen erarbeitet wurden. Aus diesem Grund gibt es zum Teil leichte Abweichungen zwischen den im Video dargestellten Ergebnissen und den Empfehlungen im Abschlussbericht. Diese Abweichungen betreffen jedoch vorrangig Details wie einzelne Begriffe oder Formulierungen.

entnehmen. Die Ergebnisse der zwei heuristischen Evaluationen durch externe Expertinnen und Experten sind der Anlage 2 zu entnehmen. Die Erkenntnisse aus den Nutzertestungen und heuristischen Evaluationen sind in die verschiedenen Entwicklungsstufen von Grobkonzeption bis Feinkonzeption mit eingeflossen.

Im Folgenden werden allgemeine Hintergrundinformationen zur verständlichen, nutzerzentrierten Aufbereitung von Qualitätsinformationen gegeben: In Abschnitt 12.1.1 werden zunächst wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verständlichkeit der strukturierten Qualitätsberichte abgebildet, die die primäre Datenquelle des G-BA-Qualitätsportals darstellen (vgl. Abschnitt 10.7). Zudem werden in Abschnitt 12.1.2 zentrale Hinweise aus den Fokusgruppen mit Blick auf eine verständliche, nutzerzentrierte Aufbereitung und Websitegestaltung dargestellt. Anschließend wird in Abschnitt 12.2 eine Empfehlung zur Darstellung von Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal gegeben. Zuletzt werden in Abschnitt 12.3 mit dem Styleguide zentrale Elemente der Websitegestaltung beschrieben. Hierzu zählen unter anderem das Corporate Design, die Informationsarchitektur und das User Interface Design.

12.1 Hintergründe zur nutzerzentrierten, allgemeinverständlichen Darstellung von (Qualitäts-)Informationen

12.1.1 Hinweise aus der Literaturrecherche

Qualitätsinformationen in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser und auf Krankenhausvergleichsportalen sind für die breite Mehrheit der Patientinnen und Patienten nicht verständlich (Friedemann et al. 2009, Sander et al. 2016, Geraedts et al. 2010: 29 ff., Mazor und Dodd 2009). Dies liegt unter anderem an einer aus Patientensicht zu komplexen Informationsdarstellung in den Qualitätsberichten (Geraedts et al. 2010). Diese ist geprägt von einer großen Anzahl an Tabellen, langen und verschachtelten Sätzen sowie langen Wörtern und vielen Fachbegriffen (Friedemann et al. 2009, Geraedts et al. 2010: 30 ff.). Insbesondere eine Informationsüberflutung oder die Komplexität von Informationen können Irritation und Frustration bei Patientinnen und Patienten auslösen (Gebele et al. 2014, Streuf et al. 2007).

Die Komplexität und die Verwendung von Fachbegriffen in Qualitätsberichten führen dazu, dass der Lesbarkeitsindex, ein Indikator für Verständlichkeit, unabhängig vom angewendeten Messverfahren für die Berichte unterdurchschnittlich ist (Friedemann et al. 2009). So waren die Texte auf Krankenhausvergleichsportalen nur für Leserinnen und Leser mit einer mindestens 12-jährigen Schulbildung verständlich (Sander et al. 2016).

Ein weiterer Grund, weshalb Qualitätsinformationen in Qualitätsberichten oder auf Krankenhausvergleichsportalen von vielen Patientinnen und Patienten als nicht verständlich eingestuft werden, ist die fehlende Interpretierbarkeit der Qualitätsindikatoren bzw. von inhaltlichen Elementen zur Krankenhausqualität und die damit einhergehende Überforderung, diese Informationen adäquat zu verstehen und zu interpretieren (Mazor und Dodd 2009, Emmert et al. 2014, Schwartze 2007, Emmert et al. 2016). Teilnehmende in qualitativen Studien aus den USA hatten Schwierigkeiten, Qualitätsindikatoren korrekt zu interpretieren oder Fälle und Raten korrekt zu deuten (Mazor et al. 2009). Die Darstellung von Risikoadjustierung, aber auch von Konzepten,

die sich auf die Berücksichtigung bzw. Darstellung von statistischer Unsicherheit beziehen (z. B. Konfidenzintervalle), scheint für viele Patientinnen und Patienten schwer verständlich (Emmert et al. 2014, Mazor und Dodd 2009).

12.1.2 Hinweise aus den Fokusgruppen

Im Folgenden werden Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen diskutiert und von den Befragten als wesentlich im Hinblick auf die Verständlichkeit von Qualitätsinformationen und deren Darstellung erachtet wurden. So ist bspw. eine leicht verständliche Sprache, die kurz und sachlich Informationen zum Krankenhaus liefert, für Teilnehmende der Fokusgruppen wichtig. Auch die Verwendung von Fachbegriffen bzw. deren unzureichende Erklärung führt bei vielen Patientinnen und Patienten zu Verständnisschwierigkeiten.

B9: [...] Also, wenn dann würde ich natürlich noch einmal die Website. Was hat die für einen Eindruck. Wird da in verständlicher Sprache Dinge erklärt? Eben, ist es so auf Augenhöhe [...] (FG 11/89)

B7: [...] Ich konnte mit dem Stichwort [gemeint ist „Perinatalzentrum – Level 1“; Anmerkung IQTIG] erst mal nicht so viel anfangen und dann habe ich auch geguckt, welche gibt es, was ist so in der Nähe an Level 1 und habe dementsprechend dann ausgesucht.

B3: Ich konnte auch mit dem Level 1 damals nichts anfangen. (FG 13/31–32)

Daneben zeichnet sich ab, dass numerische Angaben bzw. ihre derzeitigen grafischen Aufbereitungen für einige Patientinnen und Patienten unverständlich sind, u.a. weil unklar bleibt, ob der Indikator als gut, normal oder schlecht zu bewerten ist.

B4: Die [gemeint ist ein Krankenhausvergleichsportal] hatten so komische Balkendiagramme da oder so, glaube ich. Ich weiß es nicht, ich habe das Wording nicht verstanden von den Sachen, ich habe die Zahlen nicht so richtig verstanden, also wahrscheinlich hätte ich mich dann auch noch mehr damit auseinandersetzen müssen um da mehr durchzusteigen, aber (...) ja, also ich glaube einfach, ja, grafisch irgendwie besser aufgearbeitet. Dann auch (...) wie viele Entbindungen sind normal, wie viele sind da irgendwie Frühchen, damit man das auch mitkriegt, wie die da irgendwie/wie viel sind, also in welcher Woche, also die Unter / Welche Stufen gibt es da? (FG 13/378)

In Bezug auf Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen diskutieren die Gesundheitsberaterinnen und -berater zudem die Bedeutung fremdsprachlicher Angebote.

B1: Also was mir auffällt, dass hier (...) Patienten und Betroffene kommen, die also sozusagen schon allein Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, also mit Schrift und Bild haben, die sonst in dem gesamten System überhaupt nicht, ja, aufschlagen. (FG 16/323)

Fokusgruppenübergreifend wird deutlich, dass bei vielen Patientinnen und Patienten das Bedürfnis nach einem gebündelten Gesamteindruck zur Versorgungsqualität des Krankenhauses

bezüglich ihres Versorgungsanlasses besteht. Visuelle Ratings in Form von Sternen, begleitet durch numerische Einstufungen werden in diesem Zusammenhang als übersichtlich, leicht verständlich und schnell zugänglich gewertet.

B4: Also ich fand die Übersicht wirklich schon gut und auch so mit den Sternen, also ich fand es überschaubar, also ich wollte mich jetzt auch damit nicht tagelang beschäftigen, mir war dann auch irgendwo, weil ich ja wirklich die Beschwerden hatte und mein Urlaub nahte/Also ich wollte es hinter mich gebracht haben und ich wollte aber das gute Gefühl haben – und das hatte ich.

[...]

B4: Ja, bei der Benotung. Da stand dann zum Beispiel 1,5, beim nächsten stand dann 1,6, also das stach ja gleich so ins Auge. (FG 9/294–296)

Erst im nächsten Schritt ist es dann für einige Patientinnen und Patienten bedeutsam, sich mit den dahinterstehenden einzelnen Details zu beschäftigen. Dabei besteht bei einigen Teilnehmenden der Wunsch, sich dazugehörige Zahlen anschauen zu können. Ausschließliche verbale Einschätzungen sind für diese Patientinnen und Patienten nicht ausreichend.

B5: Nur Fakten! [...] Fakten will man haben, ja, kein Blabla und Gott weiß was alles.

B1: Wirklich auch Fakten mit Zahlen, wo man sagt, so und so viele Operationen im Jahr durchgeführt, und zwar mit dem Ergebnis evaluiert [...] (FG 6/365–368)

Vor allem die fehlende Auffindbarkeit oder Verfügbarkeit von Informationen wird von Patientinnen und Patienten bemängelt. Dabei wird sowohl die Auffindbarkeit auf der Zielwebsite als auch die Auffindbarkeit im Internet z. B. über Google referiert.

B6: Ich glaube, dass häufig es die Information eigentlich gibt, aber dass es schwer ist, an sie ranzukommen. Also das Gefühl habe ich oft. Wahrscheinlich auch auf der Website, wo man ist, gibt es sie vielleicht, aber dann sind da so viele Reiter und was weiß ich, also das finde ich oft unglücklich gelöst auf den Websites. (FG 13/387)

Einige Teilnehmende der Fokusgruppen äußern deutliche Kritik an der Nutzerfreundlichkeit bzw. dem unverständlichen Aufbau von bestehenden Websites. Dies erschwert die Navigation auf der Website, mit der Folge, dass Suchen vorzeitig abgebrochen werden. Aus diesem Grund wird bezogen auf den Aufbau der Website der Wunsch nach Einfachheit, nach einer Bündelung von Informationen sowie nach unterstützenden Angeboten geäußert. Zu tiefe Informationsarchitekturen von Websites mit vielen Links und Verweisen werden als störend beschrieben.

B1: [...] Diese Seiten bauen nicht logisch aufeinander auf. Also, es ist da nicht so: Das ist jetzt die Abteilung und das bieten wir an [...]. Plötzlich springt man irgendwie zurück und dann ist man wieder irgendwo anders. Dann habe ich irgendwann die Geduld verloren und gedacht – Nein. (FG 2/112)

B1: [...] Umso weniger ich machen muss, umso weniger ich da rumklicken muss und anklicken muss und vor allem, jedes Mal wenn ich angeklickt habe, muss ich wieder auf die Seite zurück – ich klicke, ich klicke – und dann habe ich schon zehnmal geklickt und habe noch immer keine Information. So viel wie möglich Information auf den ersten Seitenaufruf. (FG 7/267)

12.2 Darstellung von Qualitätsinformationen im G-BA-Qualitätsportal

Die Erfüllung der inhaltlichen Erwartungen von Nutzerinnen und Nutzer einer Website und die Benutzerfreundlichkeit sind dominante Faktoren, die bei Nutzerinnen und Nutzern zu einer positiven Einstellung zu gesundheitsbezogenen Websites beitragen können, wie eine Befragung aus den USA andeutet (Cudmore et al. 2011). Darüber hinaus sind die Gestaltung und die Inhalte der dargestellten Informationen im Sinne einer verständlichen, benutzerfreundlichen Aufbereitung von Qualitätsinformationen zu berücksichtigen (Ossebaard et al. 2012, Schaeffer 2006: 33-40, Sinaiko et al. 2012). Dies kann bspw. durch eine zielgruppenorientierte inhaltliche Aufbereitung oder durch eine Anpassung der Menge der Inhalte der dargestellten Informationen erfolgen (Ossebaard et al. 2012, Schaeffer 2006: 6, Sinaiko et al. 2012). Neben der Menge und der inhaltlichen Aufbereitung der dargestellten Qualitätsinformationen sollten auch gestalterische Faktoren bei der Aufbereitung von Qualitätsinformationen beachtet werden. Hierzu zählen bspw. die Einheitlichkeit der Suchpfade, die Darstellung der Suchergebnisse, eine verständliche und ansprechende grafische Darstellung, Bilder und die klare Zuordnung, Beschriftung und Positionierung von Links (Ossebaard et al. 2012, Schaeffer 2006: 6, Verbraucherzentrale NRW 2014: 39 ff.).

Darüber, welche Auswirkungen die Verwendung von speziellen Darstellungsformen auf die Nutzerin bzw. den Nutzer haben kann, geben mehrere Studien Auskunft (Geraedts et al. 2012) (Dijns-Elsinga et al. 2010, Faber et al. 2009, Fasolo et al. 2010, Schwartze 2007, Hildon et al. 2015) Ein systematischer Review aus den Niederlanden benennt den grundsätzlichen Vorteil von Darstellungsformen mit einer Reihen- oder Rangfolge: Wenn Informationen nacheinander erfasst und verarbeitet werden können, sind diese schneller bzw. einfacher zu verstehen. Dies kann die Entscheidungsfindung positiv beeinflussen (Hildon et al. 2012).

In den nachfolgenden Abschnitten wird auf verschiedene Qualitätsinformationen eingegangen und Empfehlungen zu ihrer Darstellung im G-BA-Qualitätsportal gegeben. In Abschnitt 12.2.1 wird auf Grundlage der Entwicklungsarbeiten zu Kapitel 11 erörtert, wie aggregierte Indikatorergebnisse im G-BA-Qualitätsportal konkret dargestellt werden können. In Abschnitt 12.2.2 wird die empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren erläutert. Zuletzt wird in 12.2.3 auf die Darstellung von Fallzahlen im G-BA-Qualitätsportal eingegangen.

12.2.1 Darstellung von aggregierten Indikatorergebnissen im G-BA-Qualitätsportal

Für eine zielgruppengerechte Informationsvermittlung muss im Sinne der Verständlichkeit und der Benutzerfreundlichkeit die Menge an dargestellten Qualitätsinformationen berücksichtigt werden (Bhandari et al. 2019, Schaeffer 2006). Vielfältige, qualitativ hochwertige Daten sind notwendig, müssen aber durch eine sinnvolle Websitegestaltung und Menüführung zugänglich

gemacht werden (Verbraucherzentrale NRW 2014: 10). Dieses Ergebnis stützt eine qualitative Untersuchung aus den Niederlanden, in der sich Teilnehmende weitere Qualitätsinformationen wünschten, obwohl sie das Gefühl hatten, von den verfügbaren Informationen bereits überwältigt zu werden (Damman et al. 2009).

Dass sich Informationsfülle hinderlich auf die Nutzung von Qualitätsinformationen auswirken kann, zeigen auch eine grundlegende Literaturanalyse sowie ein Framework zum Verständnis des geringen Impacts von vergleichenden Qualitätsinformationen auf Verbraucherinnen und Verbraucher auf (Bhandari et al. 2019, Schaeffer 2006). Demnach scheinen zu viele Informationen, Variablen und Daten zu Frustration sowie zu kognitiver und emotionaler Überforderung zu führen und zur Folge zu haben, dass Informationen nur selektiv genutzt werden. Hieraus ergibt sich den Autorinnen und Autoren zufolge die Notwendigkeit, Informationen so aufzubereiten und zu verdichten, dass sie verstanden und verarbeitet werden können (Schaeffer 2006: 34-40, Bhandari et al. 2019).

Eine Möglichkeit, die Informationsmenge und die damit einhergehenden kognitiven Belastungen zu reduzieren, ist die Darstellung von Qualitätsinformationen in aggregierter Form (Rothberg et al. 2009, Hu et al. 2017). Aggregierte Maße für die Darstellung von Qualitätsinformationen werden bereits auf verschiedenen Krankenhausvergleichsportalen verwendet (Emmert und Schlesinger 2017a). Mehr als ein Drittel aller Krankenhausvergleichsportale stellt laut einer systematischen Internetrecherche aus dem Jahr 2016 die Ergebnisse zu einem Krankenhaus in Form von zusammengesetzten Kennzahlen (Composite Measures) dar (Emmert et al. 2017a). Solche zusammengesetzten Indikatoren können mit ihrer höheren Aussagekraft für Patientinnen und Patienten einen Beitrag dazu leisten, Qualitätsinformationen patientenzentrierter und verständlicher darzustellen, indem sie den Vergleich verschiedener Leistungserbringer erleichtern (Emmert et al. 2017a). Für Patientinnen und Patienten (sowie Ärztinnen und Ärzte) ist dabei wichtig, dass sie weiterführende Informationen und Details zu den aggregierten Darstellungen erhalten (Dijks-Elsinga et al. 2010, Geraedts et al. 2012). Diese Kombination scheint außerdem förderlich für den wahrgenommenen Informationsgehalt sowie die wahrgenommene Verständlichkeit zu sein.

Mit Blick das G-BA-Qualitätsportal wird – auch auf Grundlage der Rückmeldungen aus den Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 12.1.2) und Nutzertests – grundsätzlich die Verwendung aggregierter Maße für eine verständliche Darstellung von Qualitätsindikatoren empfohlen. Die empfohlene Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen wurde in Kapitel 11 dargestellt. Abbildung 12 zeigt exemplarisch, wie aggregierte Maße (bspw. auf der Ergebnisseite) im G-BA-Qualitätsportal implementiert werden können: Für die beiden Informationsmodule zu „Qualität“ und „Hygiene und Infektionen“ wird jeweils ein Index mit fünf Kategorien dargestellt, der angibt, inwiefern die Vorgaben vom Krankenhaus erfüllt werden.

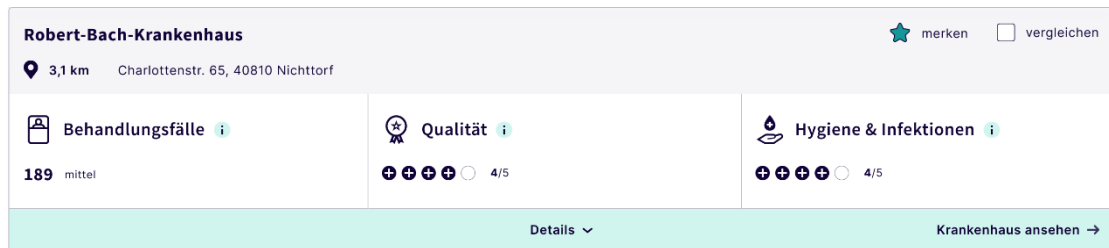


Abbildung 12: Darstellung aggregierter Indikatorergebnisse im G-BA-Qualitätsportal

Im Sinne der Transparenz sollte dabei über die Darstellung im G-BA-Qualitätsportal nachvollziehbar sein, welche Indikatoren den im G-BA-Qualitätsportal abgebildeten Indizes zugrunde liegen. Das IQTIG empfiehlt dies durch Möglichkeiten der De-Aggregation zu erreichen, das heißt, die im Index eingegangenen Indikatorergebnisse werden auf einer untergeordneten Ebene im G-BA-Qualitätsportal über Drop-down-Funktionen abgebildet. Dies ermöglicht es Nutzerinnen und Nutzern einerseits nachzuvollziehen, welche Qualitätsindikatoren in die Berechnung der Indizes eingehen. Andererseits ermöglicht die Abbildung der Indikatorergebnisse auf untergeordneter Ebene eine Berücksichtigung individueller Präferenzen (vgl. Abschnitt 11.3.5). Die Empfehlungen zur konkreten Aufbereitung von Qualitätsindikatoren bzw. Indikatorergebnissen im G-BA-Qualitätsportal werden im nachfolgenden Abschnitt erörtert.

12.2.2 Darstellung von Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal

Unterschiedliche Informationsformate haben unterschiedliche Effekte auf Patientinnen und Patienten (Albrecht und Steckelberg 2014, Bunge et al. 2010, Kause et al. 2014, Lühnen et al. 2017). Das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte oder andere Beschäftigte im Gesundheitswesen, wie eine Metaanalyse zu verschiedenen statistischen Präsentationsformaten von Covey (2007) zusammenfasst. Nicht nur Laien, sondern auch Expertinnen und Experten haben Probleme, quantitative Informationen korrekt zu verstehen (Kause et al. 2014).

Im Kontext der Beauftragung für das G-BA-Qualitätsportal liegt der Fokus insbesondere auf numerischen, verbalen und grafischen Formen der Darstellung von quantitativen Qualitätsinformationen. Die vom IQTIG empfohlene Aufbereitung von Qualitätsinformationen für das G-BA-Qualitätsportal (hier: Qualitätsindikatoren) erfolgt dabei in Anlehnung an die „Leitlinie für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen“ (Lühnen et al. 2017), die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ (EbM Netzwerk 2016) und aktuelle Evidenz für die Aufbereitung von Gesundheits- und Patienteninformationen und Entscheidungshilfen (z. B. Garcia-Retamero und Cokely 2017). Ziel ist eine zielgruppenorientierte, allgemeinverständliche, transparente und sachrichtige Aufbereitung entsprechender Informationen (vgl. Kapitel 9). Wichtige Eckpunkte der Erkenntnisse und Grundlagen werden im Folgenden erläutert.

12.2.2.1 Grundlagen der Darstellung von Qualitätsinformationen

Numerische Informationen können auf unterschiedliche Art und Weise dargestellt werden. So sind im medizinischen Kontext beispielsweise natürliche Häufigkeiten, Prozentangaben, absolute Risiken, relative Risiken, Number Needed To Treat oder Number Needed To Harm übliche Darstellungsformate für die Kommunikation medizinischer Evidenz (Albrecht und Steckelberg 2014, Lühnen et al. 2017). Absolute Maße sind den relativen Maßen in der Regel überlegen, da Letztere zu Überschätzungen oder Fehlinterpretationen von Effekten führen. So haben sowohl Expertinnen und Experten als auch Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten mit dem Zahlen- und Statistikverständnis, wenn diese in Form von Prozent dargestellt werden – die defizitäre Numeracy ist insbesondere bei weniger gebildeten und älteren Personen auffällig (Anderson et al. 2014, Galesic und Garcia-Retamero 2010, Garcia-Retamero und Cokely 2013). Von Patientinnen und Patienten werden außerdem Informationen in absoluten Maßen sowohl besser akzeptiert als auch gegenüber relativen Maßen präferiert. Aus diesen Gründen wird für die Patienteneinweisung der Einsatz absoluter Maße empfohlen (Garcia-Retamero und Cokely 2017).

Verbale Ausdrücke von numerischen Angaben wie Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten werden oft genutzt, um Prävalenzen, Testgütekriterien oder den Nutzen und Schaden von Behandlungen oder anderer medizinischer Maßnahmen zu kommunizieren (Albrecht und Steckelberg 2014). Jedoch gibt es im medizinischen Kontext und in anderen Alltagskontexten keinen bis wenig Konsens dazu, wie entsprechende Informationen verbalisiert bzw. interpretiert werden sollten (Meder 2021). Auch vielfach verwendete verbale Darstellungen von Risikowahrscheinlichkeiten führen zu sehr unterschiedlichen Interpretationen bei Patientinnen und Patienten (Berry et al. 2002). Wenn verbale mit numerischen Informationsformaten verglichen werden, haben letztere positive Auswirkungen auf die Verständlichkeit. Außerdem begleiten adäquate numerische Informationsformate teils eine höhere Zufriedenheit und realistische Einschätzungen sowie Akzeptanz, beispielsweise im Kontext von Medikationen. Dies ist sowohl für Risiken als auch für Nutzen zutreffend. Daher sollten verbale Darstellungen nicht alleine genutzt werden, weil diese zu Überschätzungen und geringerer Wissensförderung führen (Lühnen et al. 2017).

Eine weitere Form der Darstellung numerischer Informationen sind Grafiken. Sie können vor allem in Ergänzung zu numerischen Darstellungen angeboten werden (Lühnen et al. 2017). Grafiken können ein transparentes, leicht und schnell verständliches Informationsformat darstellen (Kurz-Milcke et al. 2008). Gemäß Lühnen et al. (2017) sollten entweder Balkendiagramme oder Icon-Arrays genutzt werden. Icon-Arrays stellen Ereignisse oder Ergebnisse mit Symbolen bzw. Piktogrammen in Größenverhältnissen von beispielsweise 100 oder 1.000 dar (siehe Abbildung 14). Damit erleichtern Icon-Arrays es Patientinnen und Patienten, visuelle und numerische Mengenvergleiche vorzunehmen (Okan et al. 2012). Sie eignen sich gut für eine breite Zielgruppe, um Risiken und Wahrscheinlichkeiten verständlich zu kommunizieren (Danya et al. 2021, McDowell et al. 2018, Lühnen et al. 2017). Verglichen mit anderen Grafiken wie Kuchendiagrammen können sich Icon-Arrays (gerade bei komplexen Informationen wie den Qualitätsinformationen aus den strukturierten Qualitätsberichten) positiv auf die Verständlichkeit, Risikowahrnehmung und Wissensförderung auswirken, auch bei Menschen mit niedrigen mathematischen Kompetenzen (Galesic und Garcia-Retamero 2010, Galesic et al. 2009, Lühnen et al. 2017).

12.2.2.2 Getestete Darstellungsform für Qualitätsindikatoren

In den ersten Nutzertestungen wurde der kombinierte Einsatz von numerischen und verbalen Angaben sowie grafischen Elementen getestet (vgl. Abbildung 13). Dabei wurden numerische Angaben analog zu den strukturierten Qualitätsberichten ausgewiesen. Das heißt, bei anteilsbasierten Indikatoren wurde das rechnerische Ergebnis (Punktschätzer) als Prozentangabe angegeben. Bei O/E-Indikatoren wurde als rechnerisches Ergebnis das O/E-Verhältnis angegeben. Im Begleittext zur Grafik wurde dieses O/E-Verhältnis zur besseren Verständlichkeit mit dem folgenden Hinweis ergänzt: „Ein Wert von 1 bedeutet genauso viel wie erwartet. Ein Wert von 0,5 bedeutet halb so viel wie erwartet. Ein Wert von 2 bedeutet doppelt so viel wie erwartet.“ Das grafische Element ist ein stilisiertes Balkendiagramm. Auf einer Skala, bei anteilsbasierten Indikatoren z. B. 0 bis 100 %, wird der Referenzbereich grau hinterlegt. Das rechnerische Ergebnis des Krankenhauses wird als Linie auf der Skala markiert. Liegt das Ergebnis des Krankenhauses im Referenzbereich, wird die Linie grün dargestellt. Liegt das rechnerische Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird die Linie rot dargestellt.

Aus den ersten Nutzertestungen wurde deutlich, dass die gewählte Darstellungsform nicht ausreichend verständlich ist. Sie wurde insgesamt als zu komplex eingestuft. Einige Testpersonen waren von der Komplexität der Darstellung derartig abgeschreckt, dass sie sich mit den Informationen nicht näher auseinandersetzen wollten (vgl. Auswertungen zu Nutzertestung 1 in der Anlage 1 zum Abschlussbericht). Infolgedessen wurden (auch aufgrund entsprechender Hinweise im Rahmen der heuristischen Evaluation; vgl. Anlage 2) die Darstellungsformen grundsätzlich überarbeitet und in den Nutzertestungen 2 und 3 erneut auf ihre Verständlichkeit überprüft und schrittweise weiterentwickelt. Die (vorläufigen) Endergebnisse dieser Überarbeitung werden im nachfolgenden Abschnitt erörtert.



Abbildung 13: Erste getestete Darstellungsform von Qualitätsindikatoren

12.2.2.3 Empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal

Abbildung 14 zeigt die weiterentwickelte und für die Umsetzung empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal. Die Empfehlung leitet sich einerseits aus den zuvor dargestellten Studien und Leitlinien zur verständlichen Aufbereitung von Risikoangaben und der Wirkung verschiedener Darstellungsformate ab. Zum anderen sind darin Erkenntnisse aus den Nutzertestungen eingeflossen. Die Darstellung der Indikatoren umfasst

- eine allgemeinverständliche Bezeichnung des Indikators (einschließlich Option zum Aufruf ergänzender Informationen zur allgemeinen Bedeutung des Indikators über ein Info-Icon),
- eine durch Icons unterstützte verbale Einordnung des rechnerischen Ergebnisses in Bezug auf die Einhaltung des Referenzbereichs,
- eine numerische Angabe des Indikatorergebnisses je 1.000 Fälle inkl. Begleittext,
- ein Icon-Array³¹ zur Visualisierung des Indikatorergebnisses und
- die Option, weitere Hinweise zur Berechnung des Qualitätsindikators in einfacher Sprache über das Info-Icon aufzurufen.

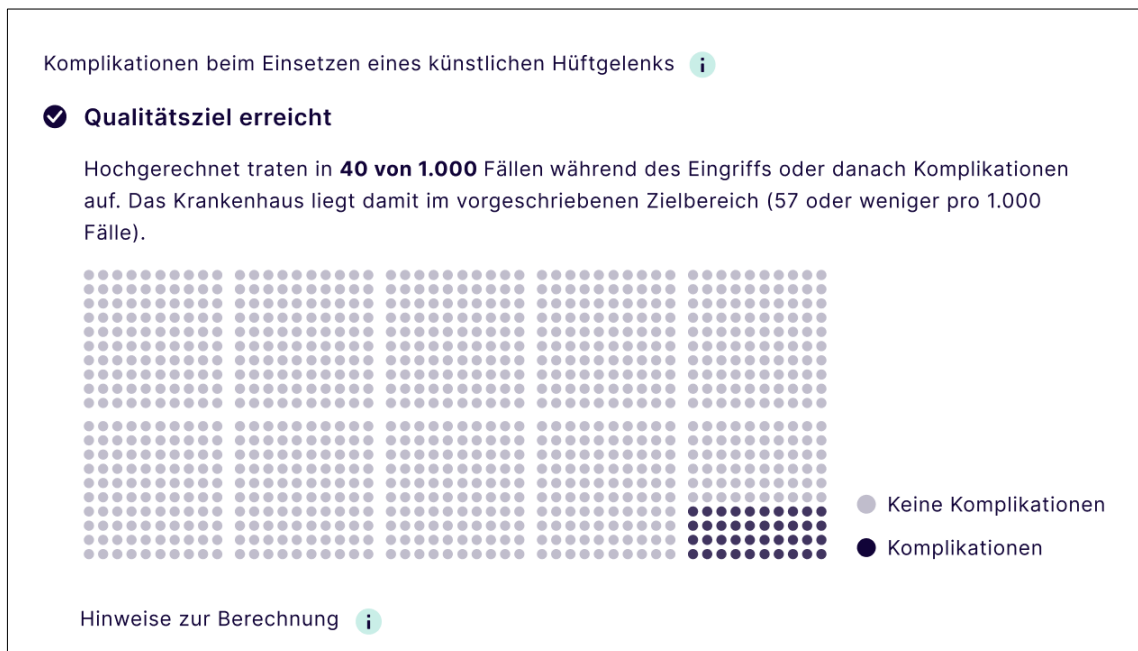


Abbildung 14: Empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal

Verbale Einordnung und Begleittext

Zur verbalen Einordnung des rechnerischen Ergebnisses in Bezug auf die Einhaltung des Referenzbereichs (vgl. Tabelle 15) wird der Begriff „Qualitätsziel (nicht) erreicht“ verwendet. Die Bedeutung des Begriffs „Qualitätsziel“ weicht damit von der Bedeutung in den „Methodischen Grundlagen“ ab, wonach das Qualitätsziel ausschließlich die Richtung eines Ziels beschreibt (z. B.

³¹ Das Icon-Array wird aus Platzgründen nur in der Desktop- und Tabletansicht und ausschließlich auf der Profiseite eines Krankenhauses (vgl. Abschnitt 12.3.2.3) dargestellt. Für die mobile Ansicht wurde eine alternative Darstellungsform entwickelt (vgl. Abschnitt 12.3.3.1). Auf der Vergleichsseite (vgl. Abschnitt 12.3.2.4) wird aus Platzgründen ebenfalls auf die Darstellung des Icon-Arrays verzichtet.

möglichst wenige Komplikationen) (IQTIG 2019: 42). Der Begriff wurde ausgewählt, da die Einordnung „Qualität (un)auffällig“ in den ersten Nutzertests teilweise fehlinterpretiert wurde.

Die Einordnung „Qualitätsziel erreicht“ bedeutet, dass das rechnerische Indikatorergebnis des Krankenhauses im Referenzbereich liegt. „Qualitätsziel nicht erreicht“ bedeutet, dass das rechnerische Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegt. Liegt das rechnerische Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird zusätzlich angegeben, ob diese Abweichung statistisch signifikant ist oder nicht. Die Einordnung „Bewertung nicht möglich“ wird verwendet, wenn zu einem Indikator (z. B. aufgrund fehlender Daten) keine Ergebnisse ausgewiesen werden können.

Da aus Studien (vgl. insbesondere Sander et al. 2017) und den Nutzertestungen hervorging, dass der Fachbegriff „Referenzbereich“ nicht laienverständlich ist, empfiehlt das IQTIG, ihn durch den Begriff „Zielbereich“ zu ersetzen. Die semantische Ähnlichkeit der Begriffe „Qualitätsziel“ und „Zielbereich“ wurde bewusst gewählt, damit Nutzerinnen und Nutzer leichter einen inhaltlichen Bezug zwischen der verbalen Einordnung und der Einhaltung des Referenzbereichs herstellen können, das heißt nachvollziehen können, dass sich die verbale Einordnung auf die Einhaltung des Referenzbereichs bezieht.

Tabelle 15: Verbale Einordnung und Begleittext zu den Indikatorergebnissen

Indikatorergebnis	Verbale Einordnung	Begleittext (Beispiel)
Rechnerisches Ergebnis liegt innerhalb des Referenzbereichs	Qualitätsziel erreicht	Hochgerechnet traten in 40 von 1.000 Fällen Komplikationen auf. Das Krankenhaus liegt damit im vorgeschriebenen Zielbereich (57 oder weniger von 1.000).
Rechnerisches Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs: statistisch <u>nicht</u> signifikante Abweichung	Qualitätsziel nicht erreicht	Hochgerechnet traten in 70 von 1.000 Fällen Komplikationen auf. Das Krankenhaus liegt damit <u>nicht</u> im vorgeschriebenen Zielbereich (57 oder weniger von 1.000). Diese Abweichung ist statistisch jedoch nicht signifikant. Das heißt, die vorliegenden Daten liefern keine Hinweise für Qualitätsprobleme.
Rechnerisches Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs: statistisch signifikante Abweichung	Qualitätsziel nicht erreicht	Hochgerechnet traten in 70 von 1.000 Fällen Komplikationen auf. Das Krankenhaus liegt damit <u>nicht</u> im vorgeschriebenen Zielbereich (57 oder weniger von 1.000). Diese Abweichung ist statistisch signifikant. Das heißt, die vorliegenden Daten liefern Hinweise für Qualitätsprobleme.
Nicht verfügbar	Bewertung nicht möglich	Es liegen keine Daten vor.

Hinweise zur Berechnung

Um O/E-Indikatoren als absolute Angabe je 1.000 Fälle darstellen zu können, muss bei ihnen das rechnerische Ergebnis eines Krankenhauses mit dem Bundesergebnis multipliziert³² werden. Dadurch lässt sich eine risikoadjustierte Rate ermitteln. Diese Rate kann analog zu anteilsbasierten Indikatorergebnissen als absolute Angabe je 1.000 Fälle im G-BA-Qualitätsportal ausgewiesen werden. Bei der Berechnung der risikoadjustierten Rate kann es in Ausnahmefällen vorkommen, dass diese bei einem Wert von über 100 % liegen. In diesen Fällen wird die risikoadjustierte Rate auf den bei anteilsbasierten Indikatoren maximal möglichen Wert (100 %) festgelegt.

Über „Hinweise zur Berechnung“ (vgl. Abbildung 14) erhalten Nutzerinnen und Nutzer im G-BA-Qualitätsportal weitere Informationen zur Berechnung der Ergebnisse und zu den tatsächlichen Fallzahlen. Damit soll die Transparenz der Darstellung unterstützt werden. Für Indikatoren, die nicht risikoadjustiert sind, lautet der Hinweistext bspw. „Das Ergebnis wird zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Krankenhäusern als absolute Zahl pro 1.000 Fälle angegeben. Tatsächlich wurden Komplikationen in 9 von 221 Fällen beobachtet.“ Bei risikoadjustierten Indikatoren lautet der Hinweistext z. B. „Bei der Berechnung dieser Angabe werden individuelle Risiken von Patientinnen und Patienten wie Alter und Vorerkrankungen berücksichtigt. Außerdem wird der Wert als absolute Zahl pro 1.000 Fälle angegeben. Beides erleichtert den Vergleich mit anderen Krankenhäusern. Tatsächlich wurden Komplikationen in 9 von 221 Fällen beobachtet.“

Berücksichtigung statistischer Unsicherheit

Hat ein Krankenhaus beispielsweise nur vier Fälle in einem Indikator behandelt und haben alle vier eine Komplikation erlitten (4/4), liefert dies einen anderen Informationsgehalt über die Behandlungsqualität des Krankenhauses in dem vom Indikator betrachteten Aspekt als bei einem Krankenhaus, bei dem in 900 von 900 behandelten Fällen Komplikationen auftraten (900/900). In der vorgeschlagenen Darstellung der Indikatorergebnisse wird dieser Unterschied nicht unmittelbar sichtbar. Das heißt, in beiden Fällen würde im G-BA-Qualitätsportal ausgewiesen, dass Komplikationen hochgerechnet in 1.000 von 1.000 Fällen auftraten. Diese Hochrechnung auf 1.000 Fälle soll den Vergleich zwischen den Ergebnissen verschiedener Krankenhäuser erleichtern und verhindern, dass unterschiedlich große Grundgesamtheiten von den Nutzerinnen und Nutzern ausgeblendet werden (*denominator neglect*) (Reyna und Brainerd 2008, Lühnen et al. 2017, Garcia-Retamero und Cokely 2017).

Insbesondere wenn sich das Ausmaß der statistischen Unsicherheit zwischen den zu vergleichenden Krankenhäusern stark unterscheidet (wie z. B. im fiktiven Beispiel 4/4 vs. 900/900 Fälle mit Komplikationen), kann es für eine informierte Entscheidung jedoch wichtig sein, diese Unterschiede zu berücksichtigen (Lang 2008, EbM Netzwerk 2016). Die Relevanz statistischer Unsicherheit zu adressieren ist dabei in erster Linie davon abhängig, wie stark sich die Unsicherheit der Ergebnisse der zu vergleichenden Einheiten unterscheidet. Da die Grundgesamtheiten der Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Krankenhäuser in Deutschland z. T. sehr unter-

³² Die Berechnung des Zielbereichs erfolgt analog dazu. Das heißt, der Zielbereich wird durch Multiplikation des Referenzbereichs mit dem Bundesergebnis ermittelt.

schiedlich viele Fälle umfassen, führt dies wiederum zu großen Unterschieden in der Unsicherheit der Indikatorergebnisse. Die verständliche Darstellung statistischer Unsicherheit für Nutzerinnen und Nutzer stellt in diesem Zusammenhang eine große Herausforderung dar (Mazor et al. 2009, Lang 2008, Spiegelhalter et al. 2011).

In der aktuell empfohlenen Darstellungsform wird statistischer Unsicherheit dadurch Rechnung getragen, dass im Falle einer Nichteinhaltung der Referenzbereiche im Begleittext in allgemeinverständlicher Sprache darauf hingewiesen wird, ob die Abweichung statistisch signifikant ist oder nicht (vgl. Tabelle 15).³³ Zudem wird – auch aus Gründen der Transparenz – empfohlen, im Hinweistext zur Berechnung die tatsächlich beobachteten Ereignisse und die eingeschlossene Grundgesamtheit anzugeben. Hierdurch könnten Unterschiede in der berücksichtigten Grundgesamtheiten sichtbar gemacht werden. Letzteres ist aufgrund der aktuellen Regelungen zur Maskierung von Indikatorergebnissen in vielen Fällen jedoch nicht möglich (vgl. Abschnitt 13.2.2).

Fazit und Empfehlungen

Aus den Rückmeldungen im Rahmen der Nutzertestungen geht hervor, dass die dargestellten Informationen von den Testpersonen grundsätzlich korrekt interpretiert wurden (vgl. Auswertung Nutzertestungen 2 und 3 in Anlage 1). Das heißt, die Testpersonen konnten auf Grundlage der dargestellten Informationen beispielsweise Krankenhäuser, bei denen das rechnerische Ergebnis innerhalb des Zielbereichs lag, von solchen, bei denen das rechnerische Ergebnis außerhalb des Zielbereichs lag, unterscheiden und daraus Schlussfolgerungen für ihre Auswahlentscheidungen ziehen. Auch wurde die Darstellungsform von den meisten Testpersonen als verständlich gewertet. Mutmaßlich war aus diesem Grund bei den meisten Testpersonen eine höhere Bereitschaft erkennbar, sich intensiver mit den dargestellten Informationen auseinanderzusetzen als in der ersten getesteten Darstellungsform. Diese Ergebnisse sind im ausdrücklichen Sinne der Beauftragung für die Entwicklung eines allgemeinverständlichen, patientenzentrierten Vergleichsportals (vgl. Punkt I.3.b).

Das IQTIG versteht die aktuellen Empfehlungen zur Darstellung von Indikatorergebnissen als Ausgangspunkt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. In der Umsetzung und Evaluation des G-BA-Qualitätsportals wird aus diesem Grund eine weitere Analyse der oben beschriebenen Darstellungsform empfohlen. Dabei sollten insbesondere die Darstellungspräferenzen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen, die Verständlichkeit von (unterschiedlichen) Darstellungsformen und ihr Einfluss auf die Krankenhauswahl berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 14). In diesem Zusammenhang sollte auch die Verständlichkeit der Darstellung statistischer Unsicherheit und deren Nutzen für die Entscheidungsfindung weitergehend untersucht und die empfohlene Darstellungsform (sofern auf Grundlage der Ergebnisse erforderlich) weiterentwickelt werden (Mazor et al. 2009, Spiegelhalter et al. 2011).

³³ Diese Unterscheidung zwischen statistisch signifikanten und statistisch nicht signifikanten Abweichungen vom Referenzbereich wurde erst in Anschluss an die Nutzertestungen vorgenommen. Die Beschreibung konnte vor diesem Hintergrund noch nicht auf ihre tatsächliche Verständlichkeit getestet werden.

12.2.3 Darstellung von Fallzahlen im G-BA-Qualitätsportal

Fachabteilungsbezogene Angaben zu Fallzahlen liegen endstellig nach ICD und OPS verschlüsselt in den strukturierten Qualitätsberichten vor. Für die Patienteninformation sind sie in dieser Form jedoch eher ungeeignet. So wird in Bezug auf die „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS-Kode 5-820) u. a. zwischen „Totalendoprothese“ (5-820.0), „Femurkopfprothese“ (5-820.3) und „Duokopfprothese“ (5-820.4) unterschieden und dabei nochmals zwischen „zementiert“, „nicht zementiert“ und „teilzementiert“ differenziert. Ein solcher Detaillierungsgrad scheint für eine Krankenhaussuche durch und die Information von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen jedoch zu komplex. Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, Fallzahlen analog zu etablierten Vergleichsportalen der gesetzlichen Krankenversicherungen oder weisse-liste.de auszuweisen. Dies bedeutet insbesondere, dass die in den strukturierten Qualitätsberichten auf Ebene der Fachabteilungen / Organisationseinheiten endstellig nach ICD und OPS verschlüsselten Fallzahlen aggregiert und im G-BA-Qualitätsportal als Drei- bzw. Viersteller abgebildet werden (z. B. „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS-Kode 5-820) statt „Totalendoprothese“ (5-820.0), „Femurkopfprothese“ (5-820.3), „Duokopfprothese“ (5-820.4) etc.).

Aufgrund der aktuellen Datenschutzregelungen werden Fallzahlen zwischen 1 und 3 nicht in den strukturierten Qualitätsberichten abgebildet, sondern als „Datenschutz“-Feld ausgewiesen. Für die Aggregation der endstelligigen ICD- bzw. OPS-Ziffern auf Ebene der Fachabteilungen / Organisationseinheiten zu Drei- bzw. Vierstellern (sowie für die Aggregation der fachabteilungsbezogenen Angaben zur Ermittlung der Gesamtfallzahlen je Krankenhausstandort) wird empfohlen, die „Datenschutz“-Felder, analog zu bestehenden Vergleichsportalen, mit 1 zu werten (vgl. Tabelle 16). Dies hätte zur Folge, dass die auf dem G-BA-Qualitätsportal abgebildeten Fallzahlen tendenziell die tatsächlich erbrachten Fälle unterschätzen. Das IQTIG empfiehlt, diese Unterschätzung auf der Website zu kommunizieren.

Tabelle 16: Beispielhafte Berechnung von Fallzahlen zur „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS-Kode 5-820)

Darstellungsebene	Beispielhafte Angabe von Fallzahlen im strukturierten Qualitätsbericht	Aggregierte Angabe zur Zahl der Behandlungsfälle im G-BA-Qualitätsportal (inkl. Schwankung aufgrund des Datenschutzes)
Krankenhaus (gesamt)	Keine Angabe verfügbar	46 Fälle (46–50 Fälle)
Fachabteilung 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-820.00: 22 Fälle ▪ 5-820.01: 10 Fälle ▪ 5-820.40: Datenschutz 	33 Fälle (33–35 Fälle)
Fachabteilung 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-820.31: 12 Fälle ▪ 5-820.32: Datenschutz 	13 Fälle (13–15 Fälle)

Zudem wird empfohlen, die numerische Angabe um eine textbasierte Einordnung zu ergänzen. Über diese Einordnung sollen Nutzerinnen und Nutzer leicht verständlich nachvollziehen können, wie hoch die Fallzahlen eines Krankenhausstandorts im Bundesvergleich sind. Entsprechend der Grundausrichtung der Konzeption schlägt das IQTIG hierfür ein diagnose- bzw. prozedurenübergreifend tragfähiges Vorgehen vor. Konkret wird eine perzentilbasierte Einstufung von Fallzahlen in „wenige“, „mittel“ und „viele“ empfohlen. Eine solche Einstufung ist bei ungleichmäßigen Verteilungen von Fallzahlen – wie sie im stationären Kontext üblich ist (vgl. Abbildung 15) – einerseits robuster gegenüber Verzerrungen als die Angabe des Bundesdurchschnitts und gibt andererseits einen besseren Überblick über die Gesamtverteilung. In Anlehnung an das österreichische Vergleichsportal kliniksuche.at des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird folgende Einstufung von Fallzahlen (pro Jahr) empfohlen:

- wenige: < 10 Fälle und/oder 1. Quartil der Krankenhäuser mit ≥ 10 Fällen
- mittel: 2. und 3. Quartil der Krankenhäuser mit ≥ 10 Fällen
- viele: 4. Quartil der Krankenhäuser mit ≥ 10 Fällen

Wie in Abschnitt 12.2.2.1 dargelegt, gibt es keine bis wenig Einigkeit dazu, wie Häufigkeiten bzw. entsprechende Kategorien verbalisiert werden sollten. Deshalb ist an dieser Stelle ein transparentes und einheitliches Vorgehen essenziell. Das IQTIG empfiehlt, die Methodik der Einstufung im G-BA-Qualitätsportal transparent zu machen. Zudem sollte auf der Website auf die Limitationen von Fallzahlen als „Qualitätsinformation“ eingegangen werden. Daraus sollte hervorgehen, dass die Angaben keine direkte Aussage über die Qualität der Versorgung erlauben, sondern in erster Linie dazu dienen abzuschätzen, ob und – wenn ja – mit welchem Erfahrungshintergrund eine gesuchte Erkrankung oder Prozedur behandelt bzw. durchgeführt wird (Nimptsch und Mansky 2020) (vgl. Textentwurf „Tipps zur Krankenhaussuche“ in Anhang F.2).

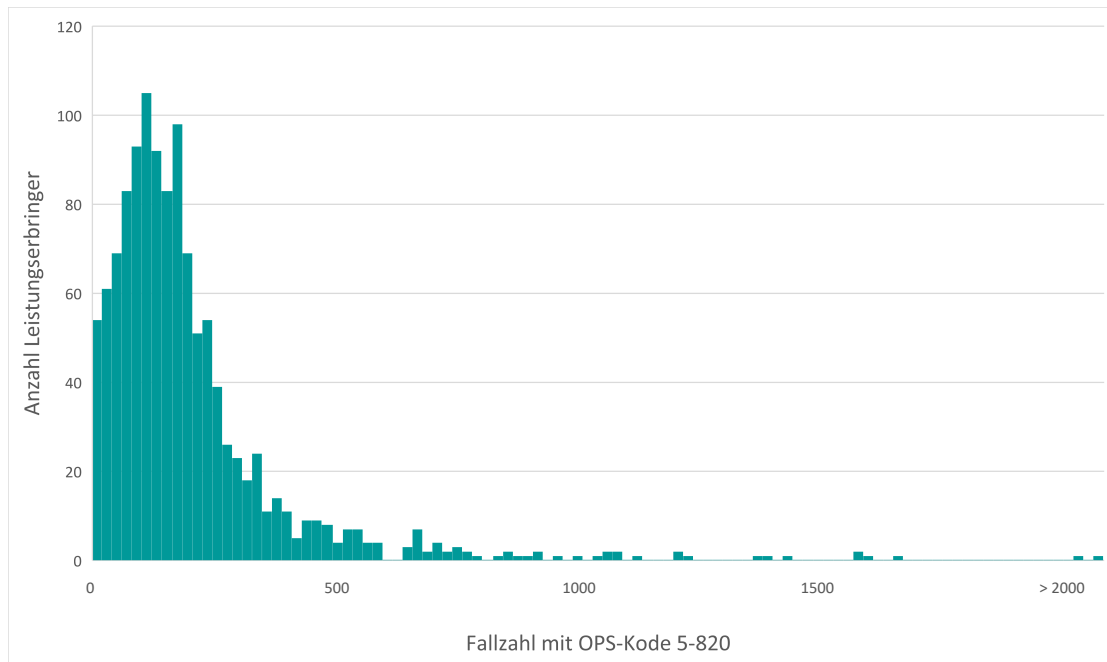


Abbildung 15: Verteilung von Fallzahlen für den OPS-Kode 5-820 „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“

12.3 Styleguide

Styleguides definieren Richtlinien und Regeln, die den Design- und Implementationsprozess vereinfachen und beschleunigen sollen. Außerdem helfen sie, Konsistenz in das Design zu bringen (Ohnemus 1997). In Begleitung zur Prototypentwicklung wurde ein solcher Styleguide für das G-BA-Qualitätsportal entwickelt (siehe Anlage 4). Dieser soll Entwicklerinnen und Entwicklern bei der Implementation und Umsetzung der Website unterstützen. Der Styleguide unterteilt sich in die Bereiche Corporate Design, Informationsarchitektur und User Interface Design, welche in den folgenden Abschnitten vorgestellt werden. Weitere (technische) Details und Abbildungen können der Anlage 4 entnommen werden.

12.3.1 Corporate Design

Gemäß Punkt I.2.n der Beauftragung soll das IQTIG für das G-BA-Qualitätsportal ein eigenes Corporate Design entwickeln. Ein Corporate Design soll die Identität des Unternehmens, hier des G-BA-Qualitätsportals, visuell wiedergeben. Dazu werden mindestens Logo, Farbwelten und Schriften definiert, die gemeinsam das visuelle Erscheinungsbild ausmachen. Eine konsequente Anwendung des Corporate Designs steigert den Wiedererkennungswert des Portals. Für das G-BA-Qualitätsportal wurden auf Basis der Wissensbestände (vgl. Abschnitt 10.3, 10.4 und 10.5) die Kommunikationsziele Zugewandtheit, Transparenz, Sachlichkeit und Neutralität festgelegt. In Abbildung 16 wird anhand der Startseite dargestellt, wie diese Kommunikationsziele visuell umgesetzt wurden.

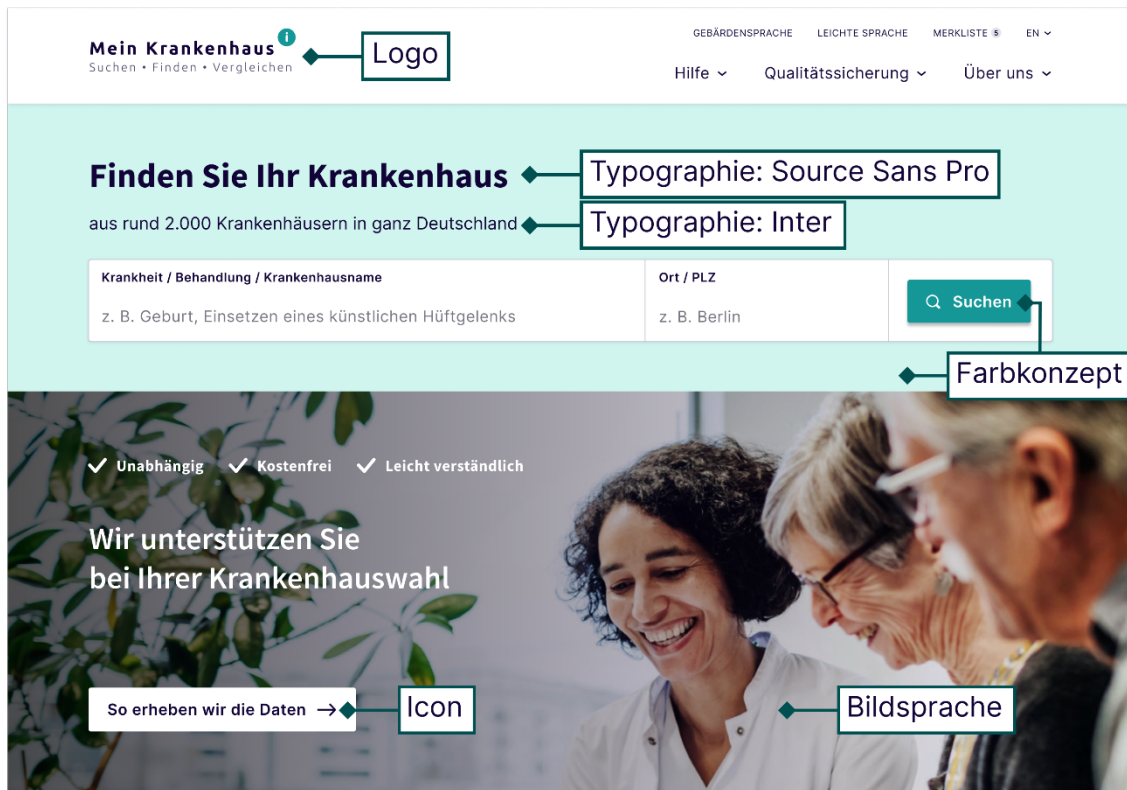


Abbildung 16: Bestandteile des Corporate Designs am Beispiel der Startseite des Prototyps

12.3.1.1 Name der Website

Wesentlich für die Identitätsstiftung ist die Auswahl eines Namens für die Website. Gemäß Punkt I.2.1 der Beauftragung hat das IQTIG Vorschläge zur Benennung des Portals zu machen. Dazu wird das IQTIG eine Empfehlung für die Domain der Website sowie für das Portal insgesamt geben.

Die Betitelung des G-BA-Qualitätsportals sollte entlang nutzerorientierten Kriterien gewählt werden. Das IQTIG empfiehlt daher, den Namen allgemeinverständlich, kurz und prägnant, phonetisch eindeutig sowie einprägsam zu gestalten. Er sollte sich von Namen anderer Krankenhausvergleichsportale unterscheiden und gesundheits- und krankenhausesrelevante Schlüsselwörter enthalten. Zentrale Keywords sind z. B. „Krankenhaus“, „Vergleichen“ oder „Gesundheit“. Zu diesen Keywords werden begleitende Begriffe vorgeschlagen. Diese können Aktivitäten (z. B. finden, suchen), Angebote (z. B. Suche, Portal), Attribute (z. B. Qualität, öffentlich), geografische Bezüge (z. B. national, Deutschland) oder Entitäten (G-BA, IQTIG) darstellen. Für die Namensfindung ist weiter zu beachten, dass die Auswahlmöglichkeiten durch Domainverfügbarkeiten und/oder bereits vorhandene Namen eingeschränkt sind. Eine Liste mit potenziellen Namen bzw. Domains findet sich im Anhang F.1.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung mit dem externen Dienstleister zeigte sich, dass der Titel der Website ausschlaggebend für die Entwicklung des Logos und Corporate Designs ist. Dementsprechend wurde ein Name festgelegt: Das IQTIG empfiehlt „Mein Krankenhaus“ als Titel des G-BA-Qualitätsportals sowie „mein-krankenhaus.info“ als Domain. Dieser Name wurde aus der Liste der potenziellen Namen gewählt – in Rücksprache mit dem Design-Team des Dienstleisters

und Verantwortlichen des IQTIG. Grund für diese Namensgebung ist der zentrale und eindeutige Schlüsselbegriff „Krankenhaus“. „Mein“ als Bezugswort verdeutlicht die Nutzerorientierung der Website. Die Top-Level-Domain „.info“ unterstreicht den Informationscharakter des Portals und findet sich im Logo wieder.

12.3.1.2 Logo

Der Namensfindung folgte die Logoentwicklung (vgl. Abbildung 17). Der Schriftzug „Mein Krankenhaus“ wird im Logo durch den Untertitel „Suchen · Finden · Vergleichen“ ergänzt. Dieser soll die Intention und Funktion des Portals auf einen Blick verdeutlichen. Als Schriftart wurde die serifenlose Ubuntu gewählt, welche gut lesbar ist und modern und markant wirkt. Das Logo wird durch ein Info-Icon vervollständigt. Dieses ist ein wiederkehrendes Element im Design und wird verwendet, um Erklärungen oder flankierende Informationen bei komplexen Sachverhalten anzubieten (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung). Im Logo soll es auf das dichte Informationsangebot des Portals hinweisen. Gleichzeitig nimmt es Bezug auf das „.info“ der URL.

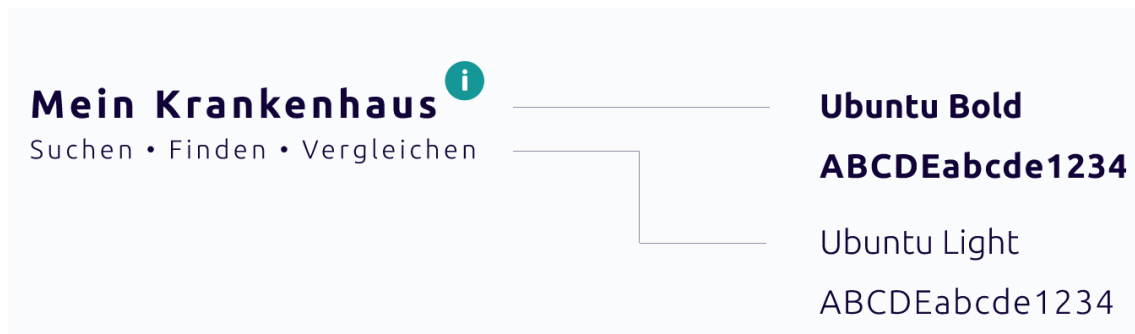


Abbildung 17: Das für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Logo

12.3.1.3 Farbkonzept

Auch die Farbwelt des Portals wurde auf die Kommunikationsziele Zugewandtheit, Transparenz, Sachlichkeit und Neutralität ausgerichtet. Dabei bildet Grün die Primärfarbe. Das Grün soll die thematische medizinische Zuordnung des G-BA-Qualitätsportals durch die Assoziation zum Krankenhausbereich unterstützen. Neben hellen, transparenten Abstufungen bringen kräftige Grüntöne als Akzentfarbe Frische und eine positive, aktivierende Anmutung in das Informationsangebot. Helles Violett ergänzt das Farbkonzept als Hintergrundfarbe. Es spiegelt sich zudem in der Schriftfarbe wider und erzeugt einen harmonischen Gesamteindruck. Die Farbgebung wurde erfolgreich auf die Anforderungen an eine barrierefreie Websitegestaltung kontrolliert.

12.3.1.4 Typographie

Für den Webauftritt von „Mein Krankenhaus“ wurde die Kombination von Headlines in Source® Sans Pro und Fließtexten in Inter gewählt.

Die Source® Sans Pro, eine Open-Source-Schriftfamilie von Adobe, ist eine serifenlose Schrift, die speziell für den Einsatz auf Computerbildschirmen entwickelt wurde. Sie läuft etwas breiter als andere Schriften und weist bei Großbuchstaben und Kleinbuchstaben mit großen Ober- und

Unterlängen eine geringere Höhe auf. Die Source® Sans Pro verleiht den Headlines einen weniger technischen Charakter und ist in kleinen Schriftgrößen gut lesbar.

Die Inter ist eine Schrift, die speziell für die Darstellung von kleinen bis mittelgroßen Texten auf Computerbildschirmen entwickelt wurde. Sie zeichnet sich durch Klarheit, Prägnanz und optimale Lesbarkeit aus und gewährleistet eine moderne, zeitgemäße Erscheinung.

12.3.1.5 Bildsprache

Die Bildsprache spielt eine entscheidende Rolle bei der Nutzeransprache und Positionierung des Portals. Bilder erzeugen Aufmerksamkeit, transportieren Botschaften und Emotionen.

Neben den Kommunikationszielen soll hier die Diversitätssensibilität als grundlegende Anforderung beachtet werden (vgl. Abschnitt 9.2). Abgebildete Personen, die realitätsnah im medizinischen Umfeld gezeigt werden, sollen sympathisch und vertrauenserweckend wirken. Dies schafft Nähe und Vertrauen und erhöht die Glaubwürdigkeit.

Die Farbgebung der Bilder sollte mit dem Farbkonzept harmonisieren. Farbakzente können als gestalterisches Mittel eingesetzt werden. Unschärfen und Kontraste von Licht und Schatten vermitteln Spannung.

12.3.1.6 Iconsprache

Eine durch Icons unterstützte Gestaltung erweckt bei Nutzerinnen und Nutzer den Eindruck, dass die Website einfach zu bedienen und nützlich ist (Wiedenbeck 1999). Dies ist wichtig, damit sich Nutzerinnen und Nutzer auf eine Seite mit einer hohen Informationsdichte und Komplexität wie das G-BA-Qualitätsportal einlassen können. Um spezifische Informationen grafisch hervorzuheben, wurde ein entsprechendes Iconset konzipiert und gestaltet. Die Icons kommen dabei bspw. als visuelle Unterstützung der Informationsmodule zum Einsatz oder unterstützen Funktionalitäten wie Downloads oder Filter.

12.3.2 Informationsarchitektur

Für die Informationsarchitektur des G-BA-Qualitätsportals wurde ein einfacher und in sich logischer Aufbau der Seite angestrebt. Die Informationsstruktur des G-BA-Qualitätsportals lässt sich entlang des Nutzungspfads illustrieren (vgl. Abbildung 18). Grundlage für die Informationsarchitektur sind die Vorstudien des IQTIG bzw. die zuvor durchgeführten Nutzer- und Anforderungsanalysen für das G-BA-Qualitätsportal (siehe Abschnitt 12.1).

Die Inhalte des G-BA-Qualitätsportals gliedern sich grundsätzlich in zwei zentrale Bereiche: die Kernfunktion mit der Krankenhaussuche und dem Krankenhausvergleich sowie übergreifende redaktionelle Inhalte und Hilfen rund um das Thema Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Die Informationsstruktur ist im Erklärvideo (vgl. Anlage 5) detailliert veranschaulicht und in Abbildung 18 vereinfacht dargestellt. Weiterführende Erläuterungen und Erklärungen sind dem Video zu entnehmen. In den nachfolgenden Abschnitten werden die in Abbildung 18 dargestellten Seitentypen beschrieben.

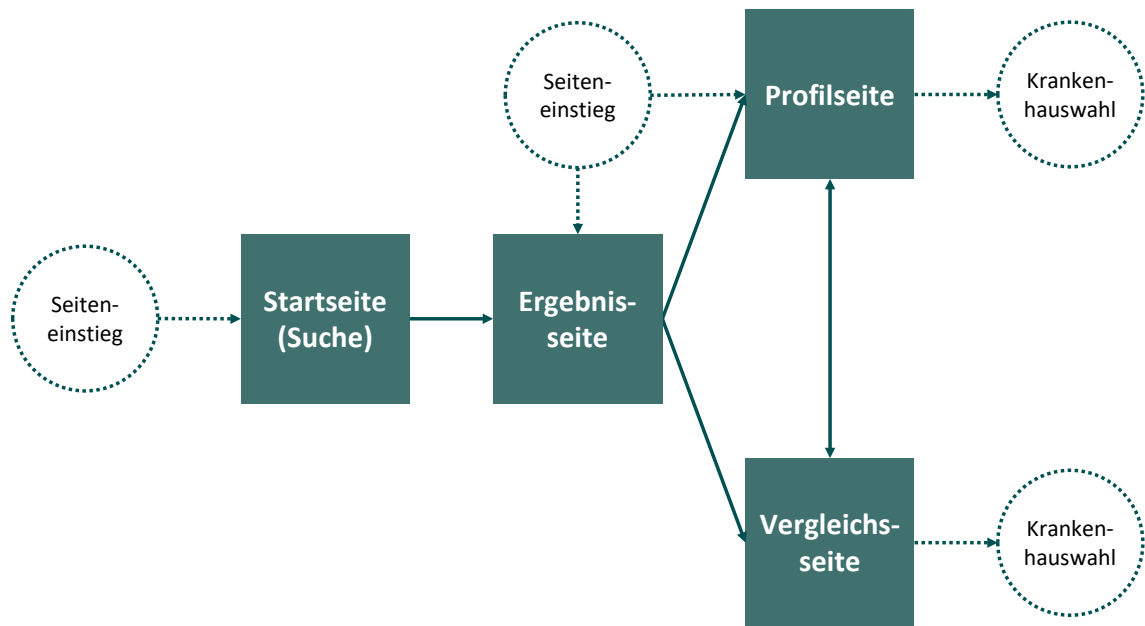


Abbildung 18: Informationsarchitektur entlang des Nutzungspfads (vereinfachte Darstellung)

12.3.2.1 Startseite

Abbildung 19 zeigt die Startseite des G-BA-Qualitätsportals. Der Fokus der Startseite liegt auf dem Suchformular, weitere redaktionelle Inhalte sollen vor allem Hintergrundinformationen zum Krankenhausvergleich, der Datenbasis und Themenschwerpunkten zum Beispiel zu bestimmten Behandlungsgebieten wie der Geburt liefern. Die Suche ermöglicht die Eingabe von Diagnosen, Behandlungen und Krankenhausnamen sowie eine Ortseingrenzung. Über die Startseite gelangen Nutzerinnen und Nutzer auf die Ergebnisliste (vgl. Abschnitt 12.3.2.2). Der Contentbereich der Seite besteht aus verschiedenen Modulen³⁴. Diese werden nachfolgend beschrieben.

³⁴ Nicht gemeint sind hier die inhaltlichen „Informationsmodule“, die in Abschnitt 10.6 beschrieben werden.

Mein Krankenhaus
Suchen • Finden • Vergleichen

GEBÄRDENSPRACHE LEICHTE SPRACHE MERKLISTE EN

Hilfe Qualitätssicherung Über uns

Finden Sie Ihr Krankenhaus

aus rund 2.000 Krankenhäusern in ganz Deutschland

Krankheit / Behandlung / Krankenhausname

z. B. Geburt, Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Ort / PLZ

z. B. Berlin

Suchen

✓ Unabhängig
✓ Kostenfrei
✓ Leicht verständlich

Wir unterstützen Sie bei Ihrer Krankenhauswahl

So erheben wir die Daten →

Direkteinstieg

<p>Herzschrittmacher ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Finden Sie hier Ihr Krankenhaus für das Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>	<p>Knie-TEP ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Kniearthrose? Vergleichen Sie hier Krankenhäuser für das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</p>	<p>Hüft-TEP ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Leiden Sie an Hüftgelenksverschleiß? Vergleichen Sie hier Krankenhäuser für das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Herz Bypass OP ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Suchen Sie hier nach Ihrem Krankenhaus für eine Herz Bypass OP</p>	<p>Schulter-OP ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Sehnenriss an der Schulter? Hier finden Sie Krankenhäuser für eine wiederherstellende OP</p>	<p>Schilddrüsenüberfunktion ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Finden Sie hier erfahrene Krankenhäuser für die Behandlung Ihrer Schilddrüse</p>
<p>Brustkrebs ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Finden Sie hier Ihr Krankenhaus für die Behandlung von Brustkrebs</p>	<p>Gastroskopie ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Suchen Sie hier Krankenhäuser für die Untersuchung der Speiseröhre und des Magens</p>	<p>Darm-OP ></p> <p style="font-size: 0.8em;">Steht eine OP am Darm bevor? Finden Sie hier geeignete Krankenhäuser</p>

Themenfeld Geburt

- > Wie finde ich Mein Krankenhaus für die Geburt?
- > Ort der Geburt: Klinik, Geburtshaus oder Hausgeburt?
- > Spontangeburt und Kaiserschnitt – wichtige Informationen im Überblick
- > Checkliste – Was nehme ich mit in die Klinik?

Geburtsklinik suchen →




Abbildung 19: Startseite im G-BA-Qualitätsportal

Opener

Ein Bildteaser mit Vorteilskommunikation und Link zu vertiefenden Inhalten wird prominent im oberen Bereich der Startseite eingebunden. Bei einem Einstieg auf der Startseite wird mit einem Teaser wie „Wir unterstützen Sie bei Ihrer Krankenhauswahl“ und den Stichpunkten „Unabhängig, Kostenfrei, Leicht verständlich“ sofort die Funktion der Seite verdeutlicht. Dies ist beispielhaft in Abbildung 19 zu sehen. Interessierte Nutzerinnen und Nutzer können zudem Informationen zu Datenherkunft und -grundlage erhalten, indem sie auf den Call-to-Action-Button „So erheben wir die Daten“ klicken. Das zugehörige Bild transportiert Emotionen und die Kommunikationsziele (vgl. Abschnitt 12.3.1). Hier ergab sich in der Nutzertestung, dass die Gestaltung als vertrauenerweckend, freundlich und übersichtlich beschrieben und durchweg positiv bewertet wird (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertestung 3).

Suche

Die Suche ist funktional und visuell das Kernelement des vorgeschlagenen G-BA-Qualitätsportals, insbesondere auf der Startseite. Hier befindet sich die Suche prominent im Above-the-fold-Bereich. Das heißt, sie ist sichtbar, ohne dass auf der Seite gescrollt werden muss (vgl. Abbildung 19). In den Nutzertestungen gaben die Testpersonen an, direkt einen Bezug zur Suchfunktion zu haben, und leiteten davon das zentrale Angebot des G-BA-Qualitätsportal ab (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertestung 3). Die Suche ist auf hellgrünem Hintergrund platziert und hebt sich so von den restlichen Elementen ab. Der Suchschlitz ist in Weiß gehalten, sodass der Kontrast maximiert ist und die Suche noch prominenter wirkt.

Der Suchschlitz enthält zwei Eingabefelder. Im ersten Eingabefeld kann ein Suchbegriff wie eine Diagnose, Behandlung oder ein Krankenhausname eingegeben werden. Im zweiten Eingabefeld kann die Suche durch Eingabe einer Postleitzahl oder eines Ortsnamens präzisiert bzw. eingegrenzt werden. Mobil öffnet sich die Sucheingabe aus Gründen der Platzersparnis durch Klick/Touch auf den Suchschlitz oder das Lupen-Icon im Header.

Bei der Sucheingabe sollen Nutzerinnen und Nutzer durch passende Suchvorschläge mittels einer Auto-Suggest-Funktion unterstützt werden. Das heißt, während der Eingabe werden automatisch passende Wörter vorgeschlagen und direkt unterhalb des Suchfelds angezeigt. Dies entspricht den allgemeinen Erwartungen an ein modernes, serviceorientiertes Informationsangebot (Dellinger 2014). Gelangt man durch die Sucheingabe auf die Ergebnisseite (vgl. 12.3.2.2), heftet sich die Suche beim Herunterscrollen an den oberen Browserrand an und ist somit permanent verfügbar.

Direkteinstieg

Das Modul Direkteinstieg besteht aus mehreren Kacheln mit Headline und Text, welche jeweils einen Versorgungsanlass darstellt. Ein Klick auf den Linkpfeil führt zu den entsprechenden Ergebnissen. Das Modul ermöglicht einen schnellen behandlungsspezifischen Einstieg in die Krankenhaussuche. Perspektivisch ist es möglich, hier die meistgesuchten Diagnosen und Behandlungen anzubieten. Dies wird als besonders ansprechend erfahren, wie es sich in der Nutzertestung zeigte (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertestung 3).

Themenfeld

Redaktionell aufbereitete Themenfelder können in einem Modul auf der Startseite dargestellt werden. Diese bieten einen thematischen Einstieg in die Krankenhaussuche mit zusätzlichen und interessanten Inhalten zu dem jeweiligen Themenfeld. Im Prototyp wird exemplarisch das Themenfeld Geburt dargestellt. Module wie dieses ermöglichen auch empfohlene Einbindungen oder Verweise auf externe Inhalte wie das Nationale Gesundheitsportal „gesund.bund.de“.

12.3.2.2 Ergebnisseite

Auf der Ergebnisseite werden die Krankenhäuser gelistet, die dem eingegebenen Suchbegriff (Diagnose, Behandlung oder Krankenhausname) entsprechen. Die Ergebnisliste stellt eine erste Übersicht dar (vgl. Abbildung 20). Je Krankenhaus werden folgende Informationen abgebildet:

- Name und Adresse des Krankenhauses sowie Entfernung zum Wohnort in km
- Anzahl der Behandlungsfälle zum gesuchten Versorgungsanlass
- der Gesamtindex „Qualität“ bezogen auf den gesuchten Versorgungsanlass³⁵
- der Index zum übergeordneten Qualitätsthema „Hygiene und Infektionen“³⁶

Mit Klick auf „Details“ werden die dem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2) zugrunde liegenden themenspezifischen Indizes „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ (Aggregationsstufe 1) angezeigt. Die den themenspezifischen Indizes zugrunde liegenden Qualitätsindikatoren können über den Button „Krankenhaus ansehen“ auf den Profildaten der Krankenhäuser aufgerufen werden (vgl. Abschnitt 12.3.2.2). Zudem besteht die Möglichkeit, bestimmte Krankenhäuser auf eine persönliche Merkliste zu setzen. Bis zu drei Krankenhäuser können direkt miteinander verglichen werden (vgl. Abschnitt 12.3.2.4). Bei mobiler Nutzung der Website können aus Platzgründen nur zwei Krankenhäuser verglichen werden.

³⁵ Bei Suchen zu Versorgungsanlässen, zu denen keine spezifischen Qualitätsinformationen aus QS-Verfahren vorliegen, kann der Slot „Qualität“ perspektivisch durch Abbildung der Ergebnisse der allgemeinen Patientenbefragung ersetzt werden (vgl. Abschnitt 10.6.6). Bis zum Vorliegen entsprechender Daten bleibt dieser Slot ansonsten leer.

³⁶ Dieses Informationsmodul kann auf Basis der verfügbaren Daten in der Erstumsetzung voraussichtlich nicht abgebildet werden, weshalb der Slot (bis zum Vorliegen entsprechender Daten) zunächst leer bleiben wird.

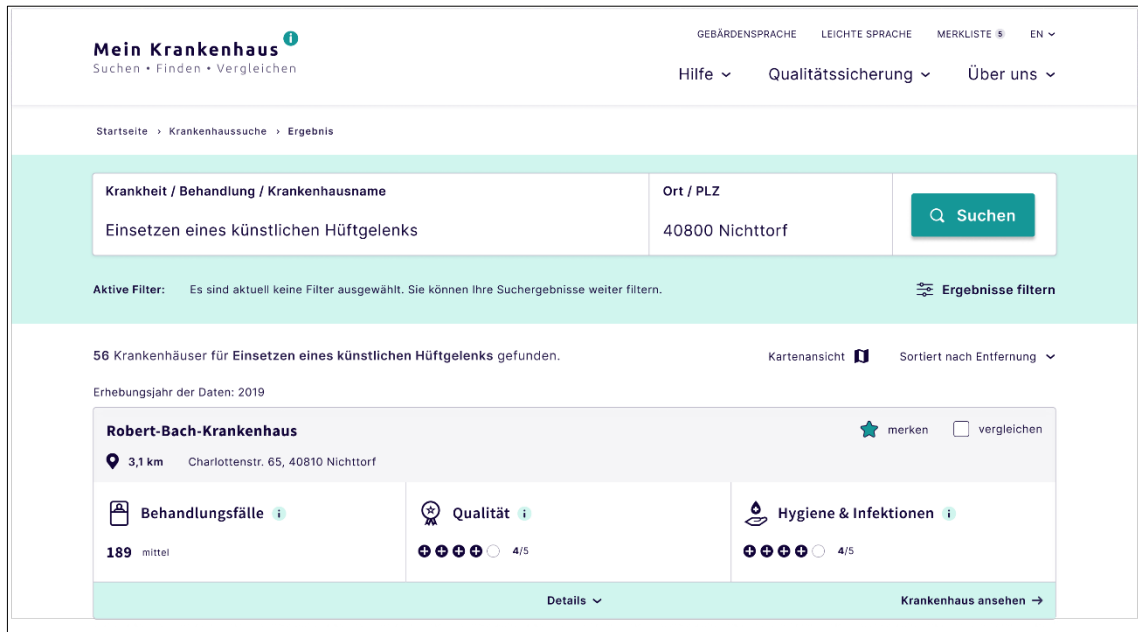


Abbildung 20: Ergebnisliste im G-BA-Qualitätsportal

Sortierung

Mit Blick auf die Reihenfolge, in der Krankenhäuser in Onlineportalen aufgelistet werden, bevorzugen Patientinnen und Patienten laut einer qualitativen Studie aus den Niederlanden eine Anordnung nach Distanz (von kurz zu lang). Andere wünschen sich eine Sortierung von gut zu schlecht, bezogen auf ein bestimmtes Qualitätskriterium. Auch die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, in welcher Reihenfolge die Leistungserbringer angezeigt werden, wird als gewünschte Option genannt (Zwijenberg et al. 2016). Im G-BA-Qualitätsportal werden Krankenhäuser standardmäßig nach der Entfernung zum Wohnort gelistet. Über die Sortierfunktion können Nutzerinnen und Nutzer der Seite die Sortierung anpassen. Als Auswahloptionen neben der Entfernung zum Wohnort sind eine Sortierung nach Krankenhausname (A bis Z), Anzahl der Behandlungsfälle (meiste zuerst) sowie Gesamtbewertung (höchste zuerst) vorgesehen.

Filter

Auf der Ergebnisseite können Nutzerinnen und Nutzer über den Button „Ergebnisse filtern“ (bzw. das Filter-Symbol bei mobiler Nutzung) die Suchergebnisse durch Filtersetzung weiter eingrenzen. Der Filter ermöglicht die Eingrenzung u. a. anhand der maximalen Entfernung zum angegebenen (Wohn-)Ort, der Größe des Krankenhauses, Art und Trägerschaft, der Behandlungsfälle (wenige/mittel/viele), der Indizes (mindestens X von 5) sowie bestimmter Ausstattungs- und Servicemerkmale.

Das Filter-Layer, welches beim Öffnen vom rechten Bildschirmrand hereinfährt, hat in allen responsiven Darstellungen die gleiche Breite. Am unteren Rand sind die Buttons „Abbrechen“ und „Ergebnisse anzeigen“ mit Anzahl der gefilterten Ergebnisse angeordnet. Diese Buttons bleiben am unteren Browserrand angeheftet und somit stets sichtbar und bedienbar. Für eine nutzerfreundliche Bedienung auf Touch-Geräten erscheinen bei kleinteiligen Eingaben, wie der

Range-Auswahl bei den Qualitätsindizes, Buttons mit Plus und Minus, um diese Werte entsprechend anzupassen.

Gesetzte Filter werden auf Desktop und Tablet als Filter-Tags mit Doppelfunktion angezeigt. Auf der linken Seite steht die Filterbezeichnung mit Wert/Auswahl. Auf der rechten Seite kann der Filter durch das Schließen-Symbol (X) abgewählt werden. Mit Klick auf die Filterbezeichnung wird ein Tooltip aufgerufen, in welchem der Filter angepasst werden kann. Durch Klick/Touch auf das Schließen-Symbol oder einen Klick außerhalb des Elements auf der Seite wird der Tooltip wieder geschlossen. Dies gibt einen Überblick über die gesetzten Filter und ermöglicht eine schnelle Anpassung dieser. Diese Funktionen wurden nach der Nutzertesting 3 ergänzt, da es zuvor teilweise Schwierigkeiten bei der Nutzung der Filter gab. Insgesamt wurde die Filterfunktion von den Testpersonen als wertvoll beschrieben (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertesting 3).

Kartenansicht

Die gefundenen Krankenhäuser können – neben der klassischen Ergebnisliste – auf einer interaktiven, geobasierten Karte dargestellt werden (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung). Dazu wird die Desktop- und Tabletansicht aufgeteilt in einen linken Bereich mit der Ergebnisliste und einen rechten Bereich mit der Kartenansicht. Zu den einzelnen Krankenhausstandorten werden in kompakter Form verschiedene Informationen begleitend zur Verfügung gestellt.

Mein Krankenhaus
Suchen • Finden • Vergleichen

GEBÄRDENSPRACHE LEICHTE SPRACHE MERKLISTE EN

Hilfe Qualitätssicherung Über uns

Startseite > Krankenhaussuche > Ergebnis

Krankheit / Behandlung / Krankenhausname

Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Ort / PLZ

40800 Nichtorf

Suchen

Aktive Filter: Es sind aktuell keine Filter ausgewählt. Sie können Ihre Suchergebnisse weiter filtern. Ergebnisse filtern

56 Krankenhäuser für Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gefunden. Kartenansicht Sortiert nach Entfernung

Erhebungsjahr der Daten: 2019

Robert-Bach-Krankenhaus merken vergleichen

3,1 km Charlottenstr. 65, 40810 Nichtorf

Behandlungsfälle 189 mittel

Qualität 4/5

Behandlungsergebnisse 4/5

Abläufe vor Ort 3/5

Kommunikation & Interaktion 4/5

Hygiene & Infektionen 4/5

Details Krankenhaus ansehen

Klinikum Bebenen GmbH merken vergleichen

7,5 km Rubensstraße 138, 408109 Bebenen

Behandlungsfälle 282 mittel

Qualität 4/5

Behandlungsergebnisse 5/5

Abläufe vor Ort 3/5

Kommunikation & Interaktion keine Bewertung möglich

Hygiene & Infektionen 4/5

Details Krankenhaus ansehen

Abbildung 21: Ergebnisliste des G-BA-Qualitätsportals in der Kartenansicht

12.3.2.3 Profilsseite

Auf der Profilsseite werden alle Informationen zum Krankenhaus bezogen auf den gesuchten Versorgungsanlass angezeigt (vgl. Abbildung 22). Das heißt, auf der Profilsseite werden mit Ausnahme des Informationsmoduls „Übergeordnete Themen“ (perspektivisch) alle in Abschnitt 10.6 definierten Informationsmodule abgebildet.

The screenshot shows the profile page for Robert-Bach-Krankenhaus. The header includes the logo 'Mein Krankenhaus' and navigation options like 'Suchen', 'Finden', and 'Vergleichen'. The main content area is divided into sections: 'Seiteninhalt' (left sidebar), 'Robert-Bach-Krankenhaus' (main header), 'Basisinformationen' (key facts), and 'Behandlungsfälle' (treatment cases). A map shows the hospital's location in Charlottenstr. 65, 40810 Nichttorf. The 'Behandlungsfälle' section shows 189 cases for 'Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks'.

Abbildung 22: Profilsseite eines Krankenhauses im G-BA-Qualitätsportal

Ergebniskacheln

Damit die Nutzerinnen und Nutzer nicht mit Informationen überflutet werden und zur Eindämmung der kognitiven Belastung, werden die Inhalte der Suchergebnisse in einem Akkordeon organisiert. Das heißt, unterliegende Ebenen können bei Bedarf ausgeklappt werden, um weitere Informationen zu erhalten. In Abbildung 23 wird dies exemplarisch dargestellt.

Grundsätzlich werden auf der ersten Ebene der Gesamtindex (Aggregationsstufe 2) und die themenspezifischen Indizes zu „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ sowie „Kommunikation und Interaktion“ (Aggregationsstufe 1) angezeigt. In der Abbildung 23 wird hier zur besseren Übersicht nur der themenspezifische Index „Behandlungsergebnisse“ dargestellt. Mit Klick auf „Details“ können auf der zweiten Ebene die den Indizes zugrunde liegenden Qualitätsindikatoren inkl. verbaler Aussage über die Einhaltung der Referenzbereiche (Qualitätsziel erreicht / nicht erreicht) abgerufen werden. Mit einem weiteren Klick auf „Details“ wird auf der dritten Ebene das konkrete Indikatorergebnis dargestellt (vgl. Abschnitt 12.2.2).

Zur besseren Unterscheidung der einzelnen Ebenen wurden diese gestalterisch voneinander abgegrenzt. So werden die themenspezifischen Indizes und die ihnen zugrunde liegenden Indikatoren im aufgeklappten Zustand grün umrahmt. Die zweite und dritte Ebene sind in einem hell abgestuften Violett hinterlegt und die Texte zur besseren Abgrenzung von Ebene 1 leicht eingedrückt. Diese optische Differenzierung wurde nach den Ergebnissen der Nutzertesting 2 und 3 stärker eingeführt, da es zuvor Probleme bei der Unterscheidung der verschiedenen Ebenen gab. Allgemein wurde das schrittweise Ausklappen von Informationen von den Testpersonen als hilfreich betrachtet (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertesting 2 und 3).



Abbildung 23: Darstellung von Ergebnissen auf unterschiedlichen Ebenen am Beispiel eines themenspezifischen Index zu Behandlungsergebnisse

12.3.2.4 Vergleichsseite

Auf der Ergebnisseite können Nutzerinnen und Nutzer bis zu drei (mobil nur zwei) Krankenhäuser für einen Vergleich auswählen (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung). Die Ergebnisse werden auf der Vergleichsseite dargestellt (vgl. Abbildung 24).

In der Vergleichsansicht wird die Auswahl der Krankenhäuser zusammen mit der Entfernungsangabe und der Webadresse oberhalb der in den Ergebniskacheln zusammengefassten Vergleichswerte angezeigt. Beim Herunterscrollen heften sich die Krankenausnamen an den oberen

Browserrand. Somit ist eine genaue Zuordnung der Vergleichsangaben jederzeit möglich. Für bessere Lesbarkeit der Tabelle werden die Krankenhäuser auf den Ergebniskacheln durch vertikale Linien getrennt. Dies wurde umgesetzt, nachdem in vorherigen Entwicklungsstufen des Prototyps einige Testerinnen und Tester beim Scrollen durch die Vergleichsansicht Orientierungsschwierigkeiten hatten (siehe Anlage 1: Ergebnisdokumentation Nutzertesting 2).

Der Vergleich wird zusätzlich als PDF zum Download angeboten. Dazu gibt es einen Download-Bereich in der letzten Zeile der Vergleichsansicht. Hier können das Krankenhausprofil, der Qualitätsbericht sowie der Vergleich als PDF heruntergeladen werden. In der mobilen Ansicht ist der Download zusätzlich gut sichtbar in der grün hinterlegten oberen Navigations- und Funktionsleiste platziert.

The screenshot shows a comparison page for the treatment 'Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks'. The page is titled 'Mein Krankenhaus' and includes navigation links for 'Suchen', 'Finden', and 'Vergleichen'. The comparison is based on three hospitals: Robert-Bach-Krankenhaus (3.1 km), Klinikum Bebenen GmbH (7.5 km), and Klinikum Posker (8.2 km). The comparison table shows the following data:

	Robert-Bach-Krankenhaus	Klinikum Bebenen GmbH	Klinikum Posker
Behandlungsfälle	189 mittel	282 mittel	910 viele
Qualität	4/5	keine Bewertung möglich	4/5
Behandlungsergebnisse	3/5	keine Bewertung möglich	5/5
Ungeplanter Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile innerhalb von 90 Tagen nach Eingriff	<p>Qualitätsziel erreicht</p> <p>Hochgerechnet musste in 9 von 1.000 Fällen ein ungeplanter Wechsel des künstlichen Hüftgelenks vorgenommen werden. Das Krankenhaus liegt damit im vorgeschriebenen Zielbereich (98 oder weniger von 1.000 Fällen).</p> <p>Hinweise zur Berechnung</p>	<p>Bewertung nicht möglich</p> <p>Es liegen keine Daten vor.</p>	<p>Qualitätsziel erreicht</p> <p>Hochgerechnet musste in 3 von 1.000 Fällen ein ungeplanter Wechsel des künstlichen Hüftgelenks vorgenommen werden. Das Krankenhaus liegt damit im vorgeschriebenen Zielbereich (98 oder weniger von 1.000 Fällen).</p> <p>Hinweise zur Berechnung</p>

Abbildung 24: Vergleichsseite im G-BA-Qualitätsportal

12.3.2.5 Redaktionelle Seite

Neben krankenhausesbezogenen (Qualitäts-)Informationen, die auf der Ergebnisseite, Profilsseite und Vergleichsseite abgebildet werden, empfiehlt das IQTIG, im G-BA-Qualitätsportal auch übergeordnete redaktionelle Inhalte anzubieten, z. B. zum Hintergrund und Herausgeber des Portals, zur Methodik der Informationsaufbereitung oder allgemeine Hilfestellungen (vgl. Abschnitt 10.6.1). Auf diese redaktionellen Inhalte kann bspw. über Verlinkungen auf der Startseite oder die Menüpunkte „Hilfe“, „Qualitätssicherung“ und „Über uns“ zugegriffen werden (Headernavigation). Abbildung 25 zeigt exemplarisch, wie eine entsprechende redaktionelle Seite aussehen könnte. Das IQTIG hat im Rahmen der Prototypentwicklung erste Textentwürfe erstellt, die in der Umsetzungsphase ergänzt und weiterentwickelt werden müssen (vgl. Anhang F.2).

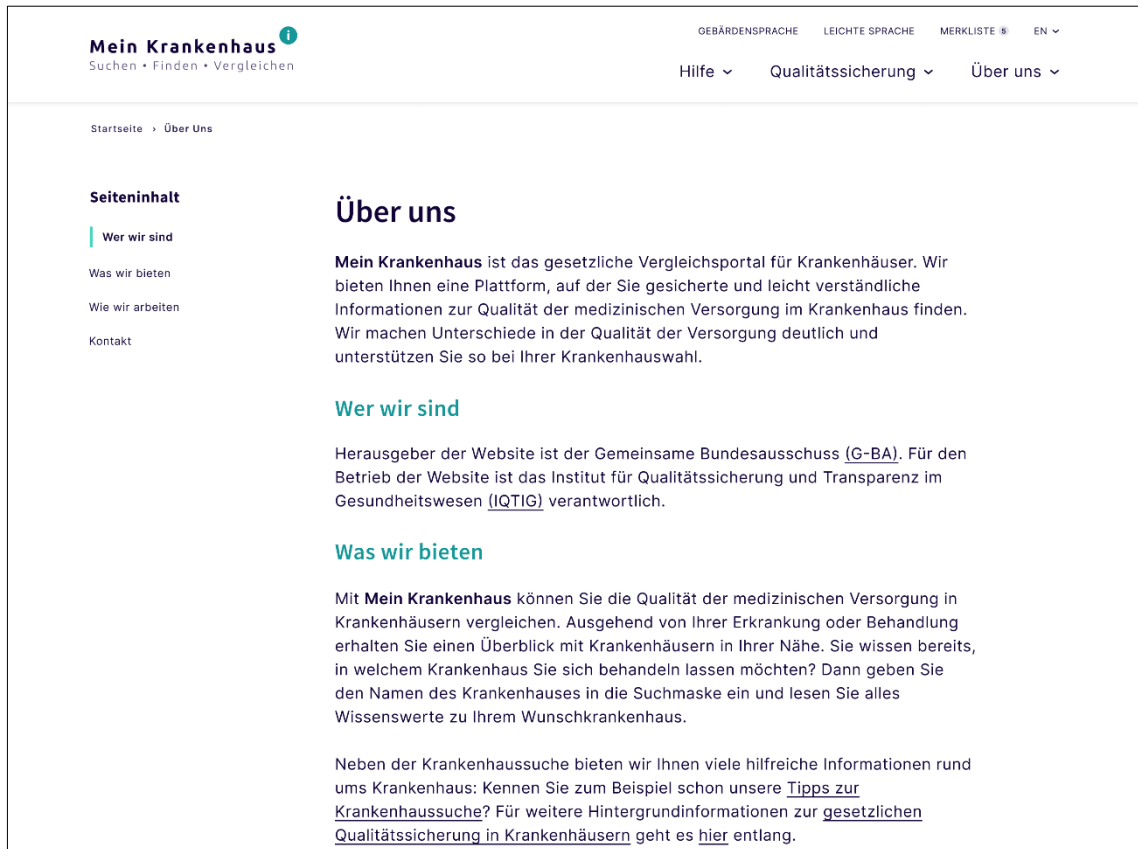


Abbildung 25: Redaktionelle Seiten im G-BA-Qualitätsportal (Beispiel „Über uns“)

12.3.3 User Interface Design

User Interface Design meint die Gestaltung von Benutzeroberflächen (engl. *user interface*) von Softwareprodukten oder computerisierten Geräten – in diesem Fall einer Website. Dabei geht es, neben Ästhetik und Stil, primär um die Nutzerzentrierung. Die gestalteten Lösungen sollen leicht bedienbar sein und sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausrichten. Dazu wurde die Methodik der UX-Konzeption angewandt (vgl. Abschnitt 2.2). Das vorgeschlagene User Interface Design wurde in mehreren Entwicklungsstufen durch Nutzertests evaluiert und finalisiert.

Die identifizierten Informationsmodule sind komplex und umfangreich. Ziel war es, diese Inhalte transparent zu vermitteln und Interaktionsmöglichkeiten so einfach und klar wie möglich zu gestalten. Dazu wurde unter Berücksichtigung des Corporate Designs ein visuell konsistentes System geschaffen, das Orientierung und Identifikation bietet. Die Grundanmutung ist dabei neutral und drängt sich nicht auf, sondern unterstützt zurückhaltend – die Inhalte stehen im Mittelpunkt.

Die folgenden Abschnitte definieren das responsive Design, die Seitenaufteilung sowie die Navigation im G-BA-Qualitätsportal.

12.3.3.1 Responsives Design

Laut Punkt I.2.m der Beauftragung soll das G-BA-Qualitätsportal auf den „üblichen Endgeräten“ darstellbar sein. Dazu wurde ein responsives Design für die Geräteklassen Laptop/Desktop, Tablet und Smartphone entwickelt (vgl. Abbildung 26 sowie Anlage 4 und Anlage 6).



Abbildung 26: Darstellung der Website auf verschiedenen Endgeräten

Teilweise wurde die Darstellung bestimmter Elemente für eine bessere Lesbarkeit in der Darstellung für Tablet und Smartphone angepasst. Dies betrifft unter anderem die Visualisierung der Qualitätsindikatoren (vgl. Abschnitt 12.2.2). So ist es aus Darstellungsgründen in der mobilen Fassung nicht möglich, den Icon-Array abzubilden. Der Icon-Array wird daher in der mobilen Version durch eine alternative Darstellung ersetzt (vgl. Abbildung 27).

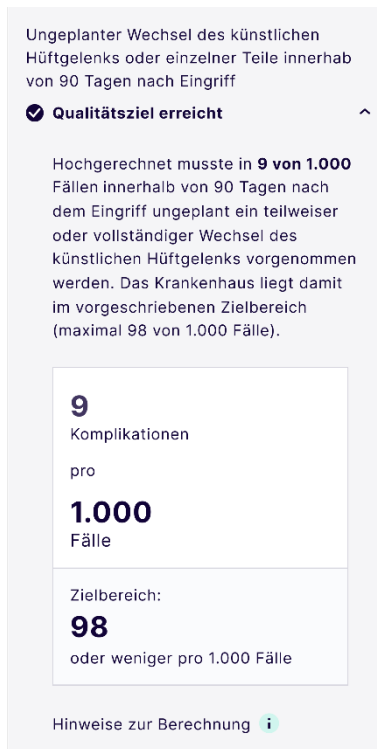


Abbildung 27: Darstellung von Qualitätsindikatoren in der mobilen Ansicht

12.3.3.2 Seitenaufteilung

Alle Seitentypen im G-BA-Qualitätsportal lassen sich in die Abschnitte Header, Contentbereich und Footer aufteilen (vgl. Abbildung 28).

Header

Der Header besteht aus Logo (vgl. Abschnitt 12.3.1.2), Haupt- und Metanavigation (vgl. Abschnitt 12.3.3.3). Er findet sich auf jeder Seite des G-BA-Qualitätsportals. Auf Tablet und Smartphone werden Haupt- und Metanavigation in einem Burger-Menü³⁷ zusammengefasst. Außerdem wird die Suchfunktion als Lupensymbol in den Header integriert.

Contentbereich

Der Contentbereich umfasst die zentralen Seiteninhalte. Welche dies im Einzelnen sind, ist abhängig vom jeweiligen Seitentyp. Die verschiedenen Seitentypen werden in Abschnitt 12.3.2 beschrieben.

³⁷ Als Burger-Menü wird ein Navigationsmenü bezeichnet, bei dem das Menü per Klick/Touch auf ein Icon erreichbar ist. Dieses Icon setzt sich üblicherweise aus drei parallel ausgerichteten, horizontalen Strichen zusammen und erinnert damit an einen Hamburger. Burger-Menüs werden häufig bei mobilen Anwendungen verwendet und ermöglichen es, verschiedene Menüpunkte kompakt zusammenzufassen. Ihre Verwendung wird mit Blick auf die Benutzerfreundlichkeit zunehmend jedoch auch kritisch hinterfragt. Am besten verstanden und genutzt wird ein umrandetes Burger-Icon mit dem Label „Menü“ (Jacobsen und Meyer 2017).

Footer

Im Footer-Bereich können Logos und Kurzinformationen z. B. zur Website oder zur Datengrundlage abgebildet werden. Zudem bietet der Footer Platz für weiterführende Links bspw. zur Website des G-BA oder des IQTIG. Für die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals sollte in Erwägung gezogen werden, im Footer außerdem Verlinkungen zu redaktionellen Inhalten der Website anzubieten, bspw. zu Seiten wie „Über uns“ oder „Hilfe“. Auch können im Footer vertrauensstiftende Elemente wie das afgis-Logo oder das HONcode-Zertifikat (vgl. Abschnitt 9.5) dargestellt werden.

In der Fußzeile befinden sich die Links zu Impressum, Datenschutz sowie zur Erklärung zur Barrierefreiheit.

The screenshot displays the website layout with three main sections identified by labels:

- Header:** Contains the logo 'Mein Krankenhaus' with subtext 'Suchen • Finden • Vergleichen', navigation links for 'GEBÄRDENSPRACHE', 'LEICHTE SPRACHE', 'MERKLISTE', and 'EN', and dropdown menus for 'Hilfe', 'Qualitätssicherung', and 'Über uns'.
- Content:** Features a search section titled 'Finden Sie Ihr Krankenhaus' with a search bar and a 'Suchen' button. Below this is a list of search results, including 'Spontangeburt und Kaiserschnitt – wichtige Informationen im Überblick' and 'Checkliste – Was nehme ich mit in die Klinik?'. A large image of a newborn baby is also present.
- Footer:** Includes the 'Mein Krankenhaus' logo, a description of the search service, and logos for 'afgis' (with text 'Unser Angebot erfüllt die afgis-Transparenzkriterien.') and 'HON @ CODE CERTIFIED 10/2020'. It also contains links to 'g-ba.de' and 'iqtig.org', and a copyright notice '© IQTIG 2021' with links to 'Impressum', 'Datenschutz', and 'Erklärungen zur Barrierefreiheit'.

Abbildung 28: Seitenaufteilung in Header, Content und Footer

12.3.3.3 Navigation

Das Website-Design sieht vier wesentliche Arten der Navigation vor: die Hauptnavigation, die Metanavigation, die Sprungmarkennavigation und die Breadcrumb-Navigation. Diese werden in Abbildung 29 exemplarisch anhand der Profilsseite eines Krankenhauses dargestellt.

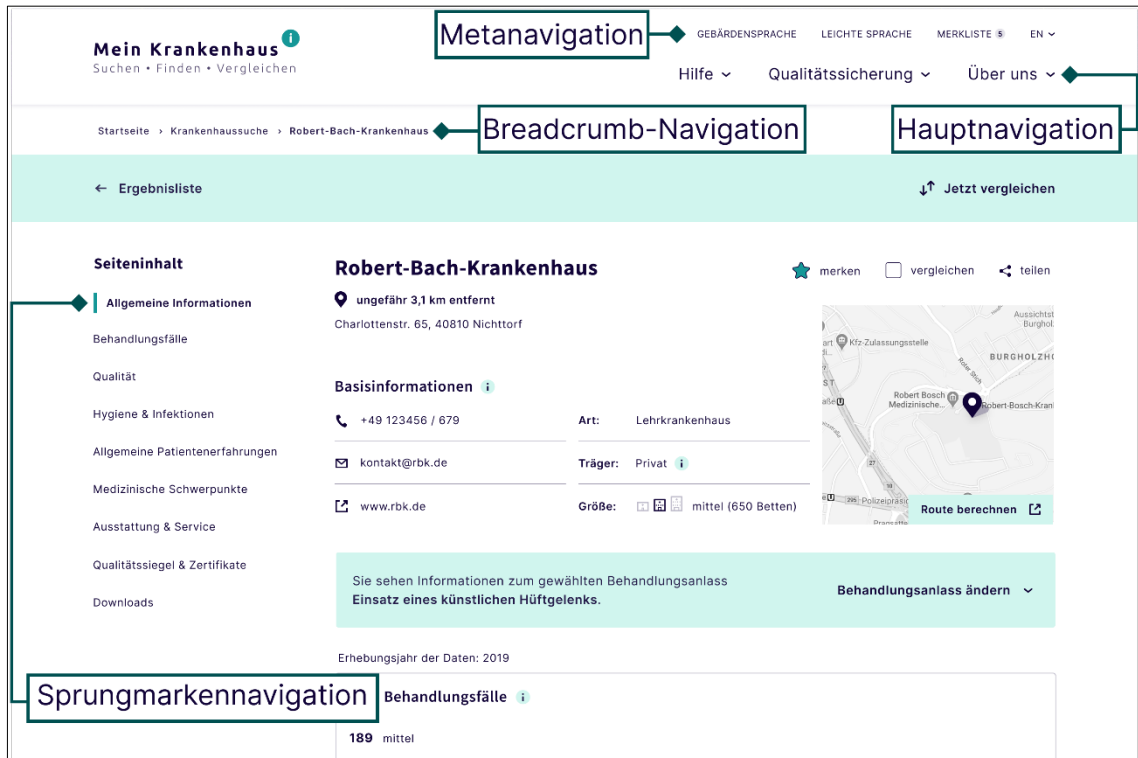


Abbildung 29: Übersicht der Navigationsarten auf der Krankenhausprofilsseite

Hauptnavigation

Die Hauptnavigation befindet sich innerhalb des Headers. Über die Hauptnavigation kann auf redaktionelle Seiteninhalte zugegriffen werden. Unterschieden werden die Menüpunkte „Hilfe“, „Qualitätssicherung“ und „Über uns“. Die Unterpunkte des Hauptmenüs sind als Akkordeon eingebunden und durch einen nach unten zeigenden Pfeil gekennzeichnet. Mit Klick/Touch auf einen Hauptmenüpunkt werden sie geöffnet. Geöffnete Menüpunkte werden farblich hinterlegt (violett).

Auf Tablet und Smartphone wird die Haupt- und Metanavigation über ein Burger-Menü aufgerufen.

Metanavigation

In der Metanavigation finden sich die Verlinkungen zur Version in Gebärdensprache und leichter Sprache, zur persönlichen Merkliste sowie der Schalter zur Sprachauswahl. In der Erstumsetzung können Angebote in Gebärdensprache und leichter Sprache sowie die Möglichkeit der Sprachauswahl voraussichtlich noch nicht angeboten werden. Sie wurden dennoch konzeptionell für

zukünftige Weiterentwicklungen mitberücksichtigt und sie sind insbesondere bei der Systemwahl zu berücksichtigen (vgl. Lastenheft in Anlage 7).

Sprungmarkennavigation

Auf der Detailseite der Krankenhäuser und auf redaktionellen Seiten wird eine Sprungmarkennavigation angeboten. Diese ist am linken Seitenrand angeordnet. Beim Scrollen auf der Seite heftet sich die Sprungmarkennavigation (*sticky*) an den oberen Browserrand. Über die Sprungmarkennavigation können Nutzerinnen und Nutzer nachvollziehen, wo sie sich gerade auf der Seite befinden, und zu relevanten Inhalten springen.

Sprungmarkennavigationsen werden bei Tablet und Smartphone als Akkordeon angeboten und stehen oberhalb des eigentlichen Content.

Breadcrumb-Navigation

In der Desktopversion wird eine Breadcrumb-Navigation unterhalb des Headers angezeigt. Diese zeigt an, welchen Pfad die Nutzerinnen und Nutzer genutzt haben, um auf die aktuell angezeigte Seite zu gelangen. Dadurch wird eine Rückverfolgung des Wegs ermöglicht, indem auf die Pfadelemente geklickt wird. Eine Breadcrumb-Navigation hilft bei der Orientierung und unterstützt die Navigation durch die Website.

Auf Tablet und mobil entfällt die Breadcrumb-Navigation. Stattdessen wird in der farblich hinterlegten Funktionsleiste ein „Zurück“-Link zur letzten Ebene/Seite angeboten.

12.4 Zusammenfassung

Für das G-BA-Qualitätsportal wurden auf Grundlage der aufgeführten wissenschaftlichen Befunde zur Gesundheitsinformation und Risikokommunikation sowie der Ergebnisse der Nutzer-testungen Empfehlungen zur allgemeinverständlichen Informationsvermittlung gegeben. So zeigte sich, dass wenig Fachbegriffe verwendet werden sollten bzw. bei Verwendung gut erklärt werden müssen. Zudem sollten komplexe Sachverhalte in einfacher Sprache verdeutlicht werden. Die Menge der auf dem G-BA-Qualitätsportal aufgeführten Informationen sollte die Nutzerinnen und Nutzer kognitiv nicht überlasten. Dies kann z. B. durch eine Aggregation von Qualitätsindikatoren zu Indizes umgesetzt werden (vgl. Kapitel 11). Trotzdem sollte Transparenz über die in Indizes aggregierten Qualitätsindikatoren hergestellt werden, bspw. durch Abbildung der Qualitätsindikatoren auf einer untergeordneten Ebene der Seitenhierarchie. Zur Darstellung von Qualitätsindikatoren sollten absolute Zahlen und Icon-Arrays mit begleitenden Texten verwendet werden.

Begleitend zum Prototyp wurde ein Styleguide entwickelt, in dem das Corporate Design, die Informationsarchitektur und das User Interface Design des G-BA-Qualitätsportals definiert werden. Das Corporate Design spiegelt die Kommunikationsziele Zugewandtheit, Transparenz, Sachlichkeit und Neutralität wider. Die Farbwelt ist durch verschiedene Grüntöne geprägt, die eine Assoziation zum Krankenhaus wecken sollen. Helles Violett ergänzt das Farbkonzept als Hintergrundfarbe. Als Titel der Website wird „Mein Krankenhaus“ empfohlen. Im Logo wird der Name

durch den Untertitel „Suchen · Finden · Vergleichen“ ergänzt. Gemeinsam signalisieren sie auf einen Blick die Intention und Funktion des Portals.

Ein einfacher, konsistenter Seitenaufbau ermöglicht Nutzerinnen und Nutzern der Website eine zielgerichtete Navigation und Nutzung der Website. Unterschieden werden dabei Startseite, Ergebnisseite, Profilleite, Vergleichsseite und redaktionelle Seiten. Der Fokus der Startseite liegt auf dem Suchformular. Über die Suchfunktion gelangen Nutzerinnen und Nutzer auf die Ergebnisseite. Diese bietet eine Übersicht relevanter Leistungserbringer zur Suche. Die Ergebnisseite kann sowohl in der Listen- als auch Kartenansicht angezeigt werden. Filteroptionen ermöglichen eine weitere Eingrenzung von Leistungserbringern. Zudem können Krankenhäuser auf eine persönliche Merkliste gesetzt werden. Von der Ergebnisseite ausgehend, lassen sich detaillierte Informationen zu den Krankenhäusern aufrufen (Profilleite) oder ein Vergleich mit bis zu drei Krankenhäusern starten (Vergleichsseite). Über die Menüpunkte „Hilfe“, „Qualitätssicherung“ und „Über uns“ sind redaktionelle Inhalte abrufbar.

Bei der Konzeption wurde auftragsgemäß die Darstellung auf unterschiedlichen Endgeräten berücksichtigt und ein responsives Design entwickelt. Teilweise wurde hierfür die Darstellung bestimmter Elemente für eine bessere Lesbarkeit in der Tablet- und mobilen Ansicht angepasst. Dies gilt auch für einige Aspekte der Navigation der Seite.

13 Informationstechnisches Konzept

Die konzeptionelle Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals beinhaltet auftragsgemäß die Erstellung eines informationstechnischen Konzepts. Im Folgenden werden zunächst die Datenquellen (vgl. Abschnitt 13.1) und die für die Umsetzung erforderlichen Datenverarbeitungsprozesse (vgl. Abschnitt 13.2) beschrieben (vgl. Punkt I.2.n der Beauftragung). Anschließend werden in Abschnitt 13.3 Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit definiert (vgl. Punkt I.2.n der Beauftragung). Außerdem wird ein Ausblick zu den technischen Details des Portals gegeben (vgl. Abschnitt 13.4), insbesondere in Hinblick auf die für den Einsatz empfohlene Basis-Software und die Suchmaschinenoptimierung (vgl. Punkt I.2.k der Beauftragung). Abschließend erfolgt in Abschnitt 13.5 eine Planung der Umsetzung (vgl. Punkt I.2.p der Beauftragung).

13.1 Charakterisierung der Datenquellen

Datengrundlage des G-BA Qualitätsportals sind in erster Linie die jährlich über die Qb-R erhobenen Daten der strukturierten Qualitätsberichte. Zur Lieferung dieser Daten sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gemäß § 2 Nr. 1 Satz 1 Qb-R verpflichtet. Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser bestehen jeweils aus ca. 8.000 XML-Dokumenten³⁸, die Informationen über Struktur- und Ergebnisdaten der externen stationären Qualitätssicherung beinhalten. Die maschinenlesbaren Rohdaten im XML-Format werden vom G-BA jährlich herausgegeben und können unter Angabe der beabsichtigten Nutzung und Einwilligung in die Nutzungsbedingungen durch Interessierte beantragt werden, diesem Prozess folgt auch das IQTIG. Dabei beziehen sich die strukturierten Qualitätsberichte jeweils auf das vorletzte Kalenderjahr, d. h. im Januar des Jahres 2022 wird nach ca. 2 Jahren eine erste Version der Qualitätsberichte des Jahres 2020 vorliegen.

Das IQTIG empfiehlt, dass sich das G-BA-Qualitätsportal mit seinen Realisierungs- und Aktualisierungsprozessen an den jahresbezogenen Veröffentlichungen der Daten, die auf den strukturierten Qualitätsberichten basieren, orientiert. Zu berücksichtigen ist, dass die zu berichtenden Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit jedem Verfahrensjahr variieren können. Beispielsweise werden Informationen überarbeitet, hinzugefügt oder gestrichen.

Eine weitere Datenquelle ist die der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die auf dem Bericht nach § 17 plan. QI-RL aufbaut und bisher im Rahmen einer temporären Sonderveröffentlichung durch das IQTIG veröffentlicht wurde (z. B. Bericht 2018, IQTIG 2020a).

Schließlich wird das G-BA-Qualitätsportal auch redaktionell erstellte und angereicherte Inhalte anbieten, die im inhaltsverwaltenden Teil des Systems gespeichert und verwaltet werden, dem Content-Management-System. Dieser Teil des Systems beinhaltet auch die Einbindung externer Inhalte bspw. durch die Verlinkung von Inhalten des Nationalen Gesundheitsportals bzw. gesundheitsinformation.de (vgl. I.2.r der Beauftragung).

³⁸ Qualitätsberichte des Jahres 2018 Mai-Version bestehen aus 7.820 Dateien.

13.2 Datenverarbeitungsprozesse

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser im XML-Format sind durch die Software des G-BA-Qualitätsportals aufzubereiten, in dem sie bspw. über eine Importfunktion technisch eingelesen und zur Weiterverarbeitung aufbereitet werden.

Dabei muss die Aufbereitung der Daten den fachlichen Fragen folgen, die durch das G-BA-Qualitätsportal beantwortet werden sollen. Nutzerinnen und Nutzer können bspw. Listen von Krankenhausstandorten in ihrer Nähe anfordern, die eine spezifische Leistung anbieten, sortiert nach fachlich bestimmten Kriterien wie dem Ergebnis eines Qualitätsindikators. Weiterhin muss die Aufbereitung den Qualitätsanforderungen entsprechen, die bspw. erfordern, dass ein Suchergebnis in einer gewissen Zeit durch den Server zurückgeliefert werden muss.

Um die Anforderungen hinsichtlich der Performanz der Anwendung zu erfüllen, d. h. der geforderten Lieferzeit, ist es sinnvoll, die Daten, welche für die Bildung der zwei Aggregationsstufen notwendig sind (vgl. Abschnitt 11.3.6), in einer Datenbank vorberechnet zwischenspeichern. Durch die Zwischenspeicherung können die aggregierten Indizes schließlich wiederum verglichen, gefiltert und sortiert werden.

Der Herausforderung, dass sich die Struktur und die Inhalte der Qualitätsberichte der Krankenhäuser jedes Jahr verändern werden, ist dadurch zu begegnen, dass die Software des G-BA-Qualitätsportals prozesstechnisch auf diesen jährlichen Änderungsrhythmus vorbereitet ist und einen Mechanismus zur Verarbeitung dieser veränderten Strukturen nutzt (sogenanntes Mapping).

Die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten für die Datenverarbeitungsprozesse variieren abhängig von der einzusetzenden Technologie und den fachlichen Anforderungen. Das IQTIG empfiehlt, zum Zeitpunkt des Abschlussberichtes der konkreten Auswahl einer Technologie für die Software des G-BA-Qualitätsportals nicht vorzugreifen, und formuliert die Anforderungen produkt- und technologie-neutral. Ein weiterer Grund, weshalb eine konkrete technische Umsetzung an dieser Stelle noch nicht vorgegeben werden sollte, ist, dass sich Datenbank- und Portalsysteme ständig weiterentwickeln.

13.2.1 Datenaufbereitung

Die Daten der Qualitätsberichte werden in Form von einzelnen Dateien im XML-Format bereitgestellt. Dies geschah bis zum Berichtsjahr 2019 gesammelt auf einer DVD und seit dem Berichtsjahr 2020 über eine Annahmestelle im Internet³⁹.

Der Datenaufbereitungsprozess umfasst folgende Schritte:

- Im ersten Schritt erfolgt der Abruf der Rohdaten von der Annahmestelle für die Qualitätsberichte.
- Die in Form von vielen einzelnen Dateien vorliegenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden anschließend ausgelesen und aufbereitet.

³⁹ <https://qb-annahmestelle.g-ba.de/#/>

- Im dritten Schritt können die Daten in tabellarischer Form aufbereitet werden, sodass bspw. die Adressdaten eines Krankenhausstandorts nicht mehr in einzelnen Dateien zu finden sind, sondern in einer Tabelle aufbereitet und verknüpft werden.
- Im vierten Schritt können durch mathematische Operationen aus den vorliegenden Rohdaten Daten aggregiert werden, z. B. kann ein Index für den Behandlungserfolg oder die sichere Versorgung berechnet werden.
- Zuletzt können die tabellarisch gespeicherten und aggregierten Daten abgefragt werden und die Resultate der Abfragen bspw. an der Benutzeroberfläche des G-BA-Qualitätsportals für die Nutzerinnen und Nutzer zur Anzeige gebracht werden.

13.2.2 Hürden bei der Nutzung der Daten

Faire Vergleiche zwischen Leistungserbringern setzen eine möglichst vollständige Datengrundlage voraus. Aktuell werden viele der Indikatoregebnisse in Teil C-1 der strukturierten Qualitätsberichte aus Datenschutzgründen maskiert. Konkret werden bei Indikatoregebnissen, bei denen entweder die beobachteten Ereignisse (Zähler) oder die Grundgesamtheit (Nenner) kleiner als 4 und größer als 0 ist, keine Informationen zu Zähler und Nenner dargestellt. Auch das rechnerische Ergebnis selbst und der Vertrauensbereich sind in diesem Fall (mit Ausnahme von O/E-Indikatoren) von der Maskierung betroffen und werden nicht dargestellt. Im Erfassungsjahr 2019 betraf dies 20.941 von 96.974 veröffentlichungspflichtigen Indikatoregebnissen. Das heißt, dass für ca. 22 % der Indikatoregebnisse keine Angaben zu Zähler und Nenner sowie teilweise auch kein rechnerisches Ergebnis und kein Vertrauensbereich in den strukturierten Qualitätsberichten dargestellt wurden, wobei der Anteil für einzelne Indikatoren teilweise deutlich größer ist. In Tabelle 17 wird exemplarisch der Anteil an Standorten mit Zähler oder Nenner des Indikatoregebnisses kleiner als 4 und größer als 0 für die Indikatoren des Qualitätsindikatorensets für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ abgebildet, für die aus Datenschutzgründen Zähler, Nenner und zum Teil auch rechnerisches Ergebnis und Vertrauensbereich nicht dargestellt werden.

Tabelle 17: Anteil an maskierten Indikatoregebnissen für das Indikatorenset zum Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ im Erfassungsjahr 2019

Bezeichnung des Qualitätsindikators (QI-ID)	Anzahl Standorte mit Behandlungsfällen im Indikator	Anzahl Standorte mit Nenner oder Zähler < 4 und > 0	Anteil Standorte mit Nenner oder Zähler < 4 und > 0
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (10271)	1.203	597	49,6 %
Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54001)	1.128	37	3,3 %
Sturzprophylaxe (54004)	1.192	16	1,3 %

Bezeichnung des Qualitätsindikators (QI-ID)	Anzahl Standorte mit Behandlungsfällen im Indikator	Anzahl Standorte mit Nenner oder Zähler < 4 und > 0	Anteil Standorte mit Nenner oder Zähler < 4 und > 0
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (54012)	1.192	340	28,5 %
Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54016)	1.138	523	46,0 %
Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54019)	1.138	518	45,5 %

Für den Indikator „Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (QI-ID 54016) liegt bspw. der Anteil an Standorten mit maskiertem Ergebnis bei etwa 46 %. Demnach könnte für 46 % der Standorte kein Indikatorergebnis dargestellt werden. Auch könnte für mindestens 46 % der Standorte kein Indexwert berechnet und im G-BA-Qualitätsportal dargestellt werden, wenn dieser Indikator Bestandteil des Indikatorensets ist. Das IQTIG empfiehlt daher zu prüfen, ob eine Maskierung aller Angaben aus Datenschutzgründen tatsächlich erforderlich ist. Zum Zweck der Berechnungen zur Aggregation von Indikatorergebnissen wird empfohlen, dem IQTIG den Zugang zu den unmaskierten Daten zu ermöglichen. Diese Notwendigkeit wird nachfolgend veranschaulicht.

In Tabelle 18 werden beispielhaft die Anteile an Leistungserbringern mit berechenbarem Indexwert für verschiedene Sets an Indikatoren zum Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ abgebildet – zum einen auf Basis der (maskierten) Daten der strukturierten Qualitätsberichte, zum anderen auf Basis der unmaskierten Daten.

Tabelle 18: Anteil an Leistungserbringern mit Ergebnissen in allen Qualitätsindikatoren des Sets für den Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ im Erfassungsjahr 2019

Anzahl Indikatoren zum Qualitätsthema „Abläufe vor Ort“	Anzahl Indikatoren zum Qualitätsthema „Behandlungsergebnisse“	Anteil Leistungserbringer mit mindestens einem Fall pro Indikator und vorliegendem Ergebnis (Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten)	Anteil Leistungserbringer mit mindestens einem Fall pro Indikator (unmaskierte Daten)
2	4	10,1 %	81,8 %
2	3	19,1 %	87,7 %
2	2	32,9 %	87,8 %
2	1	61,5 %	87,8 %
1	4	10,1 %	81,9 %

Anzahl Indikatoren zum Qualitätsthema „Abläufe vor Ort“	Anzahl Indikatoren zum Qualitätsthema „Behandlungsergebnisse“	Anteil Leistungserbringer mit mindestens einem Fall pro Indikator und vorliegendem Ergebnis (Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten)	Anteil Leistungserbringer mit mindestens einem Fall pro Indikator (unmaskierte Daten)
1	3	19,2 %	87,9 %
1	2	33,1 %	87,9 %
1	1	64,8 %	91,9 %

In diesem Beispiel wäre demnach die Berechnung und Darstellung eines Index anhand aller 6 Indikatoren auf Basis der maskierten Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten nur für etwa 10 % der Leistungserbringer möglich. Auf Basis unmaskierter Daten wäre dagegen die Berechnung und Darstellung eines Index für fast 82 % der Leistungserbringer möglich. Daraus wird deutlich, dass die Maskierung der Ergebnisse zu einer drastischen Reduktion des Anteils an Leistungserbringern führt und aussagekräftige Leistungserbringervergleiche unmöglich macht.

Eine zentrale Hürde bei der Nutzung unmaskierter Daten besteht darin, dass diese im Unterschied zu den Daten des strukturierten Qualitätsberichts nur in pseudonymisierter Form vorliegen. Aus diesem Grund empfiehlt das IQTIG, eine Anpassung der normierenden Richtlinien DeQS-RL und Qb-R zu eruiieren. Ziel wäre die Schaffung der rechtlichen Zusicherung für eine Zweitnutzung unmaskierter, depseudonymisierter Qualitätssicherungsdaten für das IQTIG, um neben der Berechnung der Qualitätsindikatoren auch die Berechnung der Indizes zu ermöglichen.

13.3 Datenzschutz- und Datensicherheitskonzept

Das IQTIG hat ein eigenes Datenschutzkonzept entwickelt, welches durch den G-BA abgenommen und veröffentlicht wurde (G-BA 2019a). Bei der Erstellung des Datenschutz- und Datensicherheitskonzepts für das G-BA-Qualitätsportal wird das IQTIG sich an den eigenen Standards orientieren.

Für das G-BA-Qualitätsportal empfiehlt das IQTIG, bereits bei der Konzeption der Website Anforderungen hinsichtlich der Datensicherheit und des Datenschutzes zu berücksichtigen (vgl. Punkt I.2.n der Beauftragung), um folgende Ziele zu erreichen:

- Sicherung der im G-BA-Qualitätsportal bereitgestellten Daten gegen Verlust und Manipulation und Sicherstellung von Authentizität, Integrität und Verfügbarkeit
- Schutz der Daten von natürlichen und sonstigen Personen vor Missbrauch und fremdem Zugriff
- Sicherstellung der informationellen Selbstbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals
- Schutz der Privatsphäre der Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals

13.3.1 Anforderung an den Datenschutz

In Tabelle 19 werden die vom IQTIG ermittelten Anforderungen an den Datenschutz aufgeführt und Umsetzungsvorschläge gemacht. Als Grundsatz für die jeweiligen Anforderungen gilt, die Daten der Nutzerinnen und Nutzer des G-BA-Qualitätsportals dahingehend zu schützen, dass „so viele wie nötig“ und „so wenige wie möglich“ Nutzerdaten gespeichert werden.

Tabelle 19: Anforderungen an den Datenschutz und empfohlene mögliche Umsetzung

Lfd. Nr.	Anforderung	Erläuterung	mögliche Umsetzung
DS-01	Schutz von Nutzerdaten des G-BA-Qualitätsportals	Beim Nutzen einer Webanwendung, so auch des G-BA-Qualitätsportals, hinterlassen Nutzerinnen und Nutzer Spuren ⁴⁰ , die durch das Aufzeichnen von Nutzeraktivitäten erhoben und verfolgt werden können (so genanntes technisches Logging). Der Umfang dieses Loggings sollte auf ein nötiges Minimum begrenzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition, welche Spuren zu welchem Zweck gespeichert werden sollen und wie lange diese gespeichert werden ▪ Spuren ggf. anonymisieren ▪ über Datenschutzauswahl (Cookie) ggf. anonyme Benutzung ermöglichen
DS-02	Schutz von Nutzerangaben	Tragen Nutzerinnen und Nutzer ihre Daten in die Website ein, z. B. in ein Kontaktformular, so sollten diese besonders geschützt werden.	<p>Stand der Technik ist die verschlüsselte Übertragung der gesamten Kommunikation mit der Website, die einen Abgriff der Daten durch externe Dritte erschwert.</p> <p>Das IQTIG empfiehlt die Absicherung der Kommunikation mit dem G-BA-Qualitätsportal durch ein SSL-Zertifikat mit erweiterter Vertraulichkeitsprüfung (SSL-EV-Zertifikat).</p> <p>Dieses ist erkennbar durch ein grünes Schloss in der Adresszeile des Browsers, was der Nutzerin bzw. dem Nutzer in den Nutzerhinweisen erklärt werden kann.</p>
DS-03	Schutz der im Cookie gespeicherten Daten	Vorgesehene Komfortfunktionen der Website können das Setzen eines Cookies auf dem Endgerät der Nutzerinnen und Nutzern erfordern. Die im Cookie gespeicherten Daten sind ebenfalls zu schützen.	Technisch sollte der Inhalt des Cookies verschlüsselt werden, sodass eine Auslesbarkeit des Cookies durch Dritte keine Erkenntnisse auf die Nutzereingaben liefern.

⁴⁰ Technisch ist es möglich, jede Interaktion einer Nutzerin bzw. eines Nutzers mit einer Website zu speichern. Dies beinhaltet Betrachtungszeiten, Klickverläufe, Aufzeichnung von Ein- und Ausstiegsseiten, Erkennung bei der Wiederkehr, Nutzungshäufigkeit, IP-Adresse des Computers, von dem die Nutzerin bzw. der Nutzer die Website aufruft, und weitere.

Lfd. Nr.	Anforderung	Erläuterung	mögliche Umsetzung
DS-04	Löschmechanismus	Die aufgezeichneten Nutzerangaben (Spuren) werden nach Ablauf der Aufbewahrungszeit gelöscht.	Es sollte ein technischer Löschautomatismus implementiert werden.
DS-05	Schutz der Logdateien	Für eine zukünftige Evaluation der Website (vgl. Punkt 1.2.o der Beauftragung) stellen genaue Nutzungsinformationen der Website eine bedeutsame Datenquelle dar. Die aufgezeichneten Nutzerangaben (Spuren) sind sicher abzulegen, sodass diese nicht durch Dritte abgegriffen und ausgewertet werden können.	Es sollte eine gesicherte Ablage z. B. auf einem Server gewählt werden, der nicht aus dem Internet erreichbar ist.
DS-06	Erstellung eines Datenschutzkonzepts	Die Anfertigung eines an die Prozesse des G-BA-Qualitätsportals angepassten Datenschutzkonzepts mit technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOMs) erlaubt es, die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer systematisch vorzudenken und Vorgaben an die datenschutzkonforme Umsetzung zu geben.	Es werden TOMs definiert, die Betreiber und eventuelle Dienstleister, die mit Aufgaben des G-BA-Qualitätsportals betraut werden, zu berücksichtigen haben.
DS-07	Erstellung von Nutzungsbedingungen	Es sollen spezifische Nutzungsbedingungen erarbeitet werden, die den Nutzerinnen und Nutzern erläutern, welche Daten zu welchem Zweck wie lange gespeichert werden. Die Einwilligung ist für die Nutzung der Seite erforderlich.	Anzeige eines Banners zur Akzeptanz der Nutzungsbedingungen vor der weiteren Nutzung der Seite

13.3.2 Anforderung an die Datensicherheit

Anliegen der Datensicherheit ist es, die Datengrundlage des G-BA-Qualitätsportals und seiner Prozesse vor unbefugtem Zugriff und Manipulationen zu schützen. Für die Gewährleistung der Datensicherheit des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG, die in Tabelle 20 aufgeführten Anforderungen und Umsetzungen zu berücksichtigen.

Tabelle 20: Anforderungen an die Datensicherheit und empfohlene mögliche Umsetzung

Lfd. Nr.	Anforderung	Erläuterung	mögliche Umsetzung
DS-08	Authentizität der Informationen des G-BA-Qualitätsportals	Die Nutzerin bzw. der Nutzer soll sich sicher sein, dass sie/er tatsächlich mit dem G-BA-Qualitätsportal interagiert und nicht etwa mit einer gefälschten Seite eines Dritten.	Zertifikate dienen neben dem Verschlüsseln der Kommunikation auch der Identifikation des Herausgebers. Das IQTIG empfiehlt die Anwendung des SSL-EV-Zertifikats (vgl. Punkt DS-02).
DS-09	Schutz vor Manipulation	Die Datenübertragung zwischen Browser und Server soll sicher und möglichst verschlüsselt erfolgen.	
DS-10	Kontrolle über die administrativen Zugänge zum G-BA-Qualitätsportal	Hinsichtlich der redaktionellen und administrativen Pflege des G-BA-Qualitätsportals werden angemessene Richtlinien zur Berechtigungsverwaltung und Kennwortvergabe vorgegeben und umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition geeigneter TOMs ▪ Anwendung der Passwortrichtlinien gemäß des Datenschutzeskonzepts des IQTIG
DS-11	Trennung von Oberfläche und Anwendung	Die verschiedenen Komponenten des G-BA-Qualitätsportals sollen nicht alle im öffentlichen Internet zugänglich sein, um die Auswirkungen bei einem Angriff zu minimieren. Verschafft sich ein Unbefugter zu einem Server Zugriff, soll er so wenig wie möglich Schaden anrichten können.	Als Risikominimierungsstrategie empfiehlt das IQTIG, die redaktionellen und administrativen Bereiche G-BA-Qualitätsportals in geschützten Netzbereichen vorzuhalten.
DS-12	Vertragsmanagement	Die Datensicherheit darf nicht durch Vereinbarungen mit Dritten ausgehoben werden.	Verträge sind genau zu prüfen, ob etwa durch Vertragsbedingungen Dritter im Kontext des G-BA-Qualitätsportals anfallende Daten in den Besitz Dritter übergehen oder diese ein Nutzungsrecht erhalten.

Lfd. Nr.	Anforderung	Erläuterung	mögliche Umsetzung
DS-13	technische Schnittstellen, die eine Integration z. B. in das Nationale Gesundheitsportal ermöglichen	Die Integrität ist durch geeignete Maßnahmen zu prüfen und abzusichern.	Nutzung von Zertifikaten zur Absicherung der Netzwerkverbindung zwischen dem G-BA-Qualitätsportal und Zielen. Diese Transportsicherung kann zusätzlich überwacht werden (Monitoring).
DS-14	Erstellen eines Datensicherheitskonzepts inkl. TOMs	Die Anfertigung eines eigenen angepassten Datensicherheitskonzepts mit TOMs für das G-BA-Qualitätsportal erlaubt es, Vorkommnisse systematisch vorzudenken und zu regeln.	Es werden TOMs definiert (vgl. Punkt DS-06).
DS-15	Verhindern des automatisierten Datenabgriffs	Die Daten des G-BA-Qualitätsportals sollen nicht durch einen Algorithmus gesamthaft heruntergeladen werden können	Vorsehen von technischen Maßnahmen gegen wiederholten systematischen Download von Daten, bspw. durch eine Captcha-Abfrage

13.4 Technische Details des G-BA-Qualitätsportals

Das IQTIG empfiehlt, ausgehend von den fachlichen Anforderungen zum Zeitpunkt der Fälligkeit der technischen Umsetzungsentscheidung diejenige Technologie auszuwählen, die die höchste Abdeckung der funktionalen und nicht funktionalen Anforderungen bietet. Für die systematische Prüfbarkeit dieser Anforderungsabdeckung wurden ein IT-Lastenheft und eine Evaluationsmatrix erarbeitet, welche dem Abschlussbericht beiliegen (vgl. Anlage 7).

13.4.1 Anforderungen im Lastenheft

Die informationstechnischen Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal wurden in Form eines Lastenhefts definiert und priorisiert (siehe Anlage 7 zum Abschlussbericht). Im Lastenheft wurden die Beauftragungspunkte I.2.r, und I.2.k und I.2.v mitberücksichtigt, die hier kurz erläutert werden:

- Im G-BA-Qualitätsportal ist die Einbindung von Inhalten Dritter, insbesondere aus dem Nationalen Gesundheitsportal, vorgesehen (vgl. Punkt I.2.r der Beauftragung). Eine Einbindung könnte ggf. durch das Verbinden definierter Schlagworte mit den Inhalten der Website erfolgen. Es ist dabei zu beachten, dass die zukünftig verwendete Software dies auch unterstützt.
- Um eine gute Sichtbarkeit für das G-BA-Qualitätsportal im Internet für Suchmaschinen zu erreichen (vgl. Punkt I.2.k der Beauftragung), wurden im Lastenheft konkrete Vorgaben erarbeitet.
- Die Möglichkeit, die veröffentlichten Daten in maschinenlesbarer Form zur Weiterverwendung bereitzustellen (vgl. Punkt I.2.v der Beauftragung), wurde im Lastenheft ebenfalls berücksichtigt.

Im Zuge der Erarbeitung des Lastenhefts und der Technikevaluation wurde ermittelt, dass zwar alle definierten Anforderungen grundsätzlich umsetzbar sind, derzeit aber keine vorgefertigte Lösung am Markt existiert, die alle Anforderungen zu einem hohen Grad mit vorgefertigten Komponenten abdecken kann. Daher ist zu erwarten, dass die technische Grundlage des G-BA-Qualitätsportals eine hybride Lösung werden wird, welche aus einem Content-Management-System und einer Framework-Lösung besteht. Das Content-Management-System ist primär auf die Aufbereitung und Verwaltung von Inhalten im Internet ausgerichtet. Mittels der Framework-Lösung könnte die individuelle Aufbereitung der QS-Daten umgesetzt werden. Diese werden ggf. durch einen Geo-Service für die Standort- und Entfernungsberechnung zu ergänzen sein sowie möglicherweise um eine Enterprise Suchengine, sofern die Funktionen des Content-Management-Systems die Suchanforderungen nicht abdecken.

Die Festlegung auf eine konkrete Technologie erfolgte zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts noch nicht. Stattdessen sollte erst zum Zeitpunkt der Fälligkeit der technischen Umsetzungsentscheidung diejenige Technologie ausgewählt werden, die die höchste Abdeckung mit den im Lastenheft definierten Anforderungen bietet. Mit diesem Vorgehen wird vermieden, dass durch ein zu frühes Festlegen auf eine konkrete technische Lösung Vorteile aus neuen Entwicklungen nicht zum Tragen kommen können. Die im Lastenheft definierten Anforderungen und eine eigens entwickelte Evaluationsmatrix (vgl. Anlage 7) werden im Rahmen der Umsetzung verwendet, um zu ermitteln, welche technische Lösung die Anforderungen in welchem Grad erfüllt, um so eine geeignete Technologie auszuwählen.

13.4.2 Architektur des G-BA-Qualitätsportals

Abbildung 30 zeigt die Architektur des G-BA-Qualitätsportals aus informationstechnischer Sicht. Das G-BA-Qualitätsportal wird als Webanwendung im Internet den Nutzerinnen und Nutzern mit ihren verschiedenen Endgeräten zur Verfügung stehen. Dies stellt die oberste Ebene der Architektur der Softwarelösung dar. Neben der Benutzeroberfläche für die Nutzerinnen und Nutzer, inklusive eingebundenen externen Webangeboten, wird es noch ein „Vorschau-System“ (Preview) geben, welches zur Freigabe von Überarbeitungen und neuen Inhalten zum Einsatz kommt. Darunterliegend befindet sich eine Schicht des Content-Managements, in der Inhalte bearbeitet und gepflegt werden sollten. Dieses sollte aus Gründen der Datensicherheit in einer demilitarisierten Zone (DMZ) nicht öffentlich aus dem Internet aufgerufen werden können und lediglich den Redakteurinnen und Redakteuren und Fachadministratorinnen und Fachadministratoren zur Verfügung stehen. Wiederum darunter befindet sich die Datenhaltungsschicht (Intranet), in der die Daten dateibasiert, tabellarisch und auch relational abgelegt sind, gefolgt von der darunterliegenden technischen Infrastruktur in einem Rechenzentrum oder einer Cloud. Zwischen der Datenhaltungsschicht und dem Content-Management-System wird eine Integration durch ein System oder Services herzustellen sein, die die Fachdaten und die Inhalte verbinden, bspw. einen Suchservice, der sowohl in den im Content-Management-System gespeicherten Inhalten als auch in den aggregierten Daten sucht.

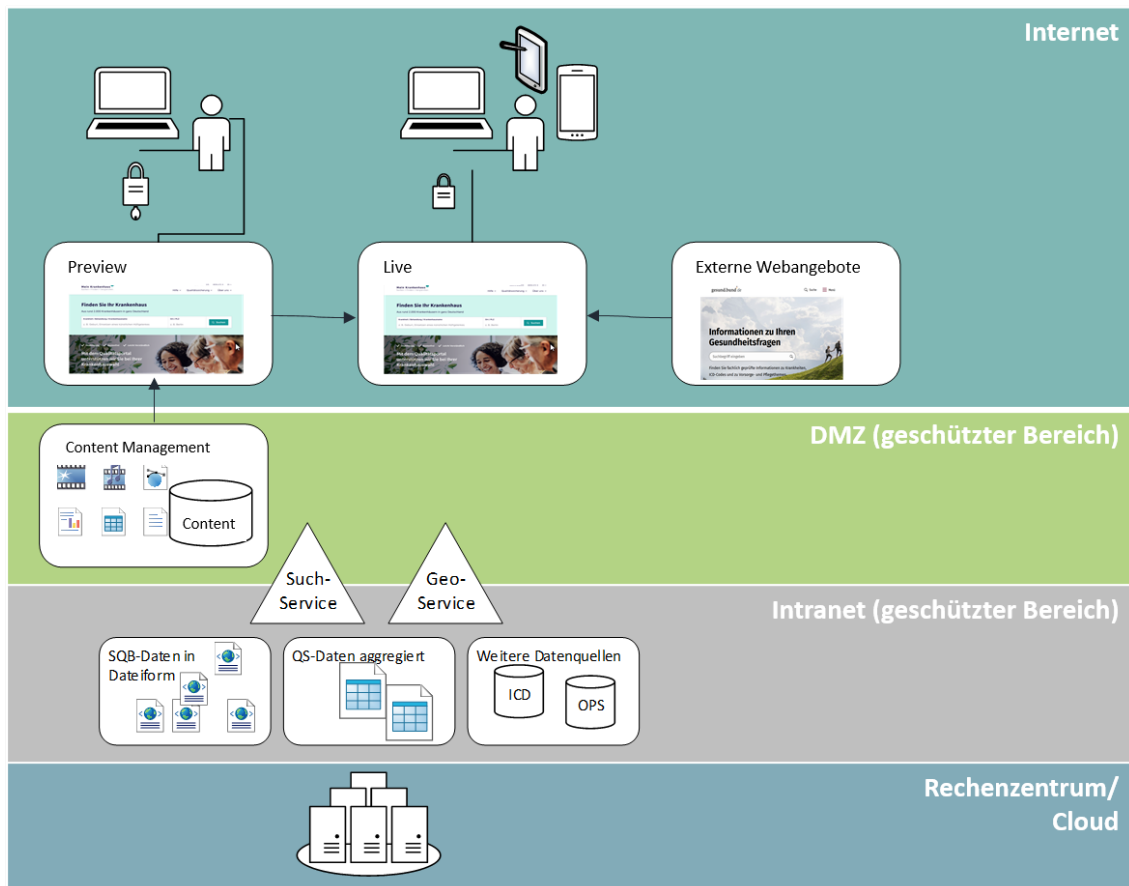


Abbildung 30: Architektur des G-BA-Qualitätsportals

13.5 Umsetzungsplanung

Die technische Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals auf Grundlage der vorgelegten Konzeption kann binnen 24 Monaten ab Beauftragung erfolgen (vgl. Abbildung 31). Die Umsetzung würde sich in folgende Phasen untergliedern:

- Die **Phase der Vorbereitung** oder ggf. einer Ausschreibung wird auf ca. 6 Monate geschätzt
- Parallel zur Vorbereitungsphase beginnt die **fachliche Feinkonzeption**
- Die **Entscheidung über die technische Plattform** sollte so früh wie nötig und so spät wie möglich erfolgen, bspw. im Rahmen der Angebotsbewertung, spätestens zu Beginn der technischen Feinkonzeption.
- Die **technische Feinkonzeption** kann etwa 7 Monate nach Auftragserteilung beginnen und dauert 3 Monate an. In dieser Phase werden die technische Umsetzung und das Datenmodell ausgearbeitet.

- Im Rahmen der **Systementwicklung** werden die fachliche und technische Feinkonzeption in Code umgesetzt und die technische Basis mit Anwendungslogik und Schnittstellen entwickelt. Der Beginn erfolgt etwa 10 Monate nach Auftragserteilung. Die Entwicklungszeit wird auf 12 Monate geschätzt.
- Mit einer gewissen Reife des Systems nach ca. 5 Monaten Entwicklungszeit (d. h. 15 Monate nach Auftragserteilung) steht ein sogenanntes Minimum Viable Product (MVP)⁴¹ bereit. Dieses ist bereits soweit verwendbar, dass der **Aufbau der redaktionellen Inhalte** begonnen werden kann.
- Nach 10 Monaten Entwicklungszeit (d. h. 20 Monate nach Auftragserteilung) erfolgt die Bereitstellung des Systems zum Test. Weiterer 3 Monat Entwicklungszeit sollte für **Systemtests** und die Behebung von Fehlern eingeplant werden. Die Systemtests umfassen die Überprüfung hinsichtlich Barrierefreiheit, Sicherheit und Lastverhalten. Parallel wird der Betrieb vorbereitet.
- Der **Launch** kann 24 Monate nach Beauftragung eingeplant werden.

Querschnittsaufgaben über die gesamte Laufzeit des Projekts sind das Projektmanagement, die Qualitätssicherung, das Reporting, aber auch die Evaluierung und Zertifizierung.

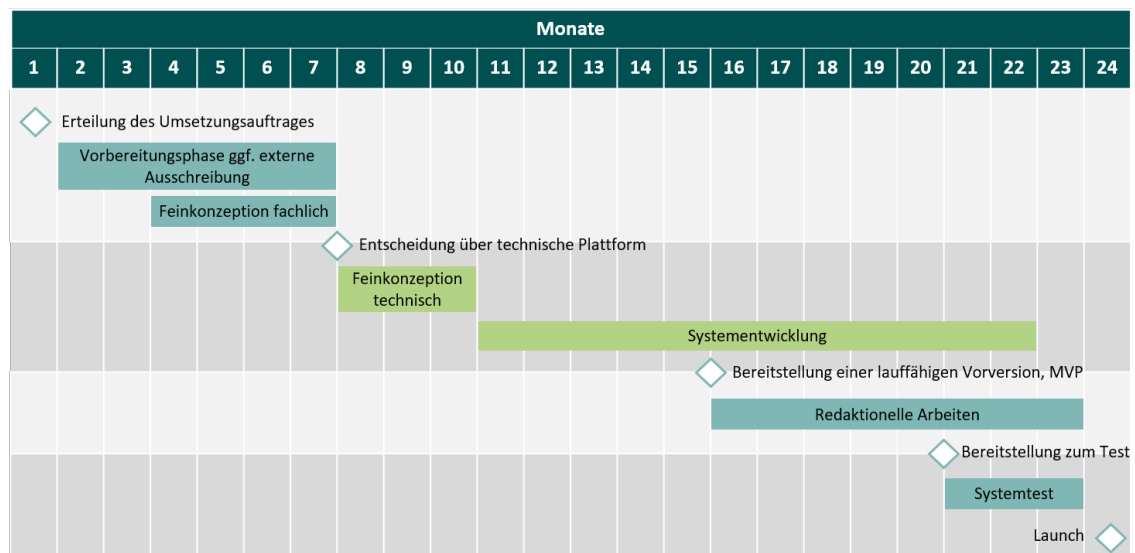


Abbildung 31: Phasenplan für die Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals

⁴¹ Ein Minimum Viable Product ist eine bereits nutzbare minimale Version des technischen Unterbaus des G-BA-Qualitätsportals, das bereits für die inhaltliche Befüllung und Administration verwendet werden kann.

14 Evaluationsrahmenkonzept

Gemäß Beauftragung soll das IQTIG eine „Methodik zur regelmäßigen qualitativen und quantitativen Evaluation des Internetportals“ entwickeln (vgl. Punkt I.2.o). Diese soll sicherstellen, dass die angestrebten Ziele des G-BA-Qualitätsportals erreicht werden (vgl. Punkt I.2.w der Beauftragung). In den nachfolgenden Abschnitten werden die Eckpunkte des Evaluationsrahmenkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal beschrieben.

14.1 Ziele der Evaluation

Ziel des G-BA-Qualitätsportals ist es, Informationen über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung bereitzustellen. Dabei sollen Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung in einer allgemeinverständlichen Form verdeutlicht werden, umso eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl durch einen fairen Vergleich zu unterstützen. Die zu entwickelnde Website soll sich an den Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien der Zielgruppe, d. h. Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen ausrichten (vgl. Punkt I.3.b der Beauftragung).

Die Konzeption des G-BA-Qualitätsportals erfolgte in Anlehnung an die UX-Konzeption (vgl. Abschnitt 2.2). Diese stellt die Nutzer- bzw. Patientenperspektive in den Mittelpunkt. Auch nach Inbetriebnahme der Seite soll die Nutzerperspektive im Rahmen der Evaluation im Mittelpunkt stehen. Während die Methodik der UX-Konzeption jedoch in erster Linie auf die Neuentwicklung von Inhalten ausgerichtet ist, dient diese Evaluation der Überprüfung und Sicherung der oben genannten Ziele nach Umsetzung und Inbetriebnahme. Dazu hat das IQTIG vier Fragestellungen formuliert:

- **Frage 1:** Erfüllt das G-BA-Qualitätsportal die sieben zuvor definierten grundlegenden Anforderungen (Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit sowie Allgemeinverständlichkeit) in der Praxis?
- **Frage 2:** Wie wird das G-BA-Qualitätsportal von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen genutzt?
- **Frage 3:** Welche Patientinnen und Patienten und welche Angehörigen von Patientinnen und Patienten nutzen das G-BA-Qualitätsportal nicht und warum?
- **Frage 4:** Welchen Einfluss hat das G-BA-Qualitätsportal auf die Krankenhauswahl von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen?

Die Fragestellungen lassen sich in drei Evaluationsblöcke untergliedern, die im Folgenden beschrieben werden (siehe auch Tabelle 21).

14.1.1 Evaluationsblock 1: Sicherstellung der sieben grundlegenden Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals

In Kapitel 9 wurden unter Berücksichtigung der Beauftragungsziele grundlegende Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal definiert. Dazu zählen Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit sowie Allgemeinverständlichkeit. Diese grundlegenden Anforderungen leiteten die Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals. Um deren erfolgreiche Umsetzung auch in der Praxis sicherzustellen, muss eine entsprechende Überprüfung nach Inbetriebnahme der Website erfolgen. Insbesondere dann, wenn größere Änderungen an der Website vorgenommen werden, ist zu prüfen, ob die Anforderungen weiterhin erfüllt sind.

14.1.2 Evaluationsblock 2: Prüfung der generellen Nutzung

Gemäß Punkt I.2.w der Beauftragung sollen Nutzertests im Rahmen der Umsetzung durchgeführt werden und nach Inbetriebnahme der Website „eine regelmäßige qualitative und quantitative Evaluation der Nutzung erfolgen“. Das IQTIG leitet daraus ab, dass neben der Prüfung der o. g. Anforderungen auch grundsätzlich evaluiert werden soll, ob und inwiefern das Informationsangebot genutzt wird. Dies beinhaltet die Analyse der generellen Nutzung, bei der Fragen wie beispielsweise die Nutzungshäufigkeit, die Nutzung bestimmter Inhalte und die Dauer der Nutzung im Vordergrund stehen, aber auch die Gründe der Nichtnutzung. Über die Identifikation der Gründe für die Nutzung und Nichtnutzung können konkrete Erkenntnisse für eine (patientenzentrierte) Optimierung abgeleitet werden.

14.1.3 Evaluationsblock 3: Sicherstellung der qualitätsorientierten Auswahlentscheidung

Hintergrund der Beauftragung ist, die „qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten zu fördern“ (vgl. Punkt II der Beauftragung). Der tatsächliche Einfluss des G-BA-Qualitätsportals auf die Krankenhauswahl kann erst nach erfolgreicher Inbetriebnahme eruiert werden. Daher empfiehlt das IQTIG, im Rahmen der Evaluation zu untersuchen, ob und inwiefern die Nutzung des G-BA-Qualitätsportals tatsächlich die individuelle Krankenhauswahl beeinflusst hat.

14.2 Zielgruppen der Evaluation

Die Fragestellungen der Evaluation adressieren unterschiedliche Zielgruppen. Ein Großteil der aufgeworfenen Fragen kann nur von den Nutzerinnen und Nutzern selbst beantwortet werden. Insbesondere Evaluationsblock 2 zielt auf den konkreten Umgang mit dem G-BA-Qualitätsportal durch die Nutzerinnen und Nutzer ab. Auch zur Eruiierung der Gründe für die Nichtnutzung müssen die potenziellen Adressaten des G-BA-Qualitätsportals einbezogen werden. Gleichmaßen können nur Nutzerinnen und Nutzer die Frage beantworten, inwiefern die über das G-BA-Qualitätsportal zur Verfügung gestellten Informationen zu deren Krankenhauswahl beigetragen haben (Evaluationsblock 3). Mit den sieben grundlegenden Anforderungen des Evaluationsblocks 1 sind verschiedene Fragestellungen verbunden, die einerseits erneut von Nutzerinnen und Nutzern beantwortet werden müssen (z. B. Zielgruppenorientierung, Benutzerfreundlichkeit, Allge-

meinverständlichkeit) und andererseits Fachwissen voraussetzen (z. B. Sachrichtigkeit) oder formale Anforderungen jenseits der praktischen Anwendbarkeit beinhalten (z. B. Barrierefreiheit). Infolgedessen ist die Einbindung von Fachexpertinnen und Fachexperten erforderlich. Zusammenfassend sind für die Evaluation Nutzerinnen und Nutzer, Nichtnutzerinnen und -nutzer sowie Fachexpertinnen und -experten einzubeziehen. Zur Beantwortung der drei Evaluationsblöcke steht eine Methodenvielfalt zur Verfügung, deren Auswahl sich an den Fragestellungen sowie einem effizienten Einsatz orientiert.

14.3 Erfassungsmethoden

Die Fragestellungen der drei Evaluationsblöcke beinhalten Themen, die zum einen die Überprüfung bestimmter Annahmen und Hypothesen beinhalten (z. B. Prüfung der generellen Nutzung), was eine eher standardisierte, quantitative Methode erfordert. Zum anderen sollen bestimmte Verhaltens- und Entscheidungsgrundlagen, wie z. B. der Einfluss des G-BA-Qualitätsportals bei der Krankenhauswahl näher exploriert werden, was eher über einen qualitativen Zugang möglich ist. Insofern sollte zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen der Evaluation (wie gemäß Punkt I.2w der Beauftragung vorgesehen) ein Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden zur Anwendung kommen. Im Folgenden wird kurz auf mögliche Methoden eingegangen, deren detaillierte Ausgestaltung im Rahmen der konkreten Evaluation erfolgen muss. Die Evaluationsblöcke, die möglichen Methoden und die adressierten Gruppen zur Beantwortung der Fragestellungen als Ausgangsschema des Evaluationsrahmenkonzepts werden in Tabelle 21 zusammengefasst.

Tabelle 21: Zusammenfassung des Evaluationsrahmenkonzepts

Zielsetzung des Evaluationsblocks	Fragestellung	Erhebungsmethode	Zielgruppe
Evaluationsblock 1: Sicherstellung der sieben grundlegenden Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals	Erfüllt das G-BA-Qualitätsportal die sieben zuvor definierten grundlegenden Anforderungen (Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit sowie Allgemeinverständlichkeit) in der Praxis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onsitebefragung ▪ Qualitative Erhebungen ▪ Externe Reviews und Selbstbewertungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzerinnen und Nutzer ▪ Nichtnutzerinnen und -nutzer ▪ Fachexpertinnen und -experten
Evaluationsblock 2: Prüfung der generellen Nutzung	Wie wird das G-BA-Qualitätsportal von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen genutzt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onsitebefragung ▪ Qualitative Erhebungen ▪ Webanalyse ▪ Allgemeine Befragung (quantitativ/qualitativ) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzerinnen und Nutzer ▪ Nichtnutzerinnen und -nutzer
	Welche Patientinnen und Patienten und welche Angehörigen von Patientinnen und Patienten nutzen das G-BA-Qualitätsportal nicht und warum?		
Evaluationsblock 3: Sicherstellung der qualitätsorientierten Auswahlentscheidung	Welchen Einfluss hat das G-BA-Qualitätsportal auf die Krankenhauswahl von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onsitebefragung ▪ Qualitative Erhebungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzerinnen und Nutzer

14.3.1 Onsitebefragungen

Mit der webbasierten Anwendung des G-BA-Qualitätsportals steht für die Evaluation die Möglichkeit einer Onsitebefragung zur Verfügung. Dabei wird eine Onlinebefragung in das G-BA-Qualitätsportal integriert und eine niedrigschwellige Rekrutierung von Nutzerinnen und Nutzern ermöglicht. Dazu wird ein Fragebogen als HTML-Dokument von einem Webserver zur Verfügung gestellt. Die Website ist dabei an eine Datenbank gekoppelt, welche die Antworten der Nutzerinnen und Nutzer speichert (Brake und Weber 2009). Die Fragen können auf unterschiedliche Art und Weise in die Website integriert werden. Nutzerinnen und Nutzer können passiv rekrutiert werden, indem sie bspw. durch ein Banner auf die Befragung hingewiesen werden. Eine aktive Rekrutierung erfolgt hingegen bspw. durch die Einbindung eines Pop-ups (Maalej et al. 2009). Hierbei öffnet sich ein Fenster, welches zur Teilnahme aufruft. Dies ermöglicht die Rekrutierung von bestimmten Nutzerinnen und Nutzern, bspw. jene, die zehn Minuten auf der Seite verbracht haben oder jede n-te Nutzerin bzw. jeder n-te Nutzer. Die Fragen können durchgängig auf der Website geschaltet werden, zu bestimmten Anlässen oder für unterschiedliche Zeiträume.

Über entsprechende Onsitebefragungen können Fragestellungen bezüglich aller Evaluationsblöcke platziert werden, die sich generell an die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsportals richten.

14.3.2 Webanalyse

Mit einer Webanalyse kann der sogenannte Website-Traffic anhand verschiedener Metriken (z. B. Frequentierung von Unterseiten oder Unterseite mit Ende des Websitebesuchs) analysiert werden. Durch sogenannte User Recordings und Klickpfad-Analysen können Mausbewegungen und Klicks von Besucherinnen und Besuchern ausgewertet werden, um das natürliche Verhalten von Nutzerinnen und Nutzern zu erfassen. Die Webanalyse ist dementsprechend ein geeignetes Mittel, um die Art der Nutzung der Website sowie verschiedene Funktionen (z. B. Suchschlitz, Filterfunktion) hinsichtlich ihrer Funktionalität und Verwendung zu untersuchen. Diese Methode kann insbesondere für den Evaluationsblock 2 genutzt werden, in dem die faktische Nutzung der Website (mit Fragen wie z. B. Wie oft wird die Website aufgerufen? Wie oft kehren Nutzerinnen und Nutzer zurück? Wie viel Zeit wird auf der Website verbracht? Welche Inhalte oder Funktionen finden Verwendung?) anhand von konkreten Kennwerten analysiert wird und basierend auf den Erkenntnissen der Internetauftritt entsprechend optimiert werden kann (Zumstein et al. 2012). Die Webanalyse eignet sich neben der gezielten Anwendung für die Fragen der Evaluation, bei der ein definierter Erfassungszeitraum ausgewertet wird, auch für ein fortlaufendes Monitoring (Jansen 2009).

14.3.3 Qualitative Erhebungen

Qualitative Erhebungen umfassen das Sammeln von nicht standardisierten Daten. Zu den Methoden gehören beispielsweise die Durchführung von Nutzertests, Fokusgruppen oder Interviews (Schirr 2013, Kelle und Erzberger 2004). Diese qualitativen Erhebungen können generell bei Auffälligkeiten in den standardisierten Erhebungen eingesetzt werden, um die Hintergründe

zu analysieren und ein mögliches Verbesserungspotenzial zu identifizieren (Van Velsen et al. 2008, Kelle und Erzberger 2004).

Mithilfe von qualitativen Erhebungen können Erkenntnisse zu allen drei Evaluationsblöcken gewonnen werden. So ließe sich die Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Benutzerfreundlichkeit, Allgemeinverständlichkeit und Barrierefreiheit mithilfe von nutzerzentrierten Erhebungen untersuchen (Evaluationsblock 1). Bezüglich des Evaluationsblocks 2 lässt sich die Art und Weise der Nutzung im Rahmen qualitativer Erhebungen mit Nutzertests untersuchen. Die Nichtnutzung muss außerhalb des Nutzerkreises des G-BA-Qualitätsportals erhoben werden. In diesem Fall bieten sich Interviews oder Fokusgruppen an, um Hinweise zu erhalten, warum das G-BA-Qualitätsportal bisher nicht genutzt wurde.

Außerdem können qualitative Erhebungen zur Bearbeitung des Evaluationsblocks 3 eingesetzt werden, um neben den Erkenntnissen aus einer standardisierten Befragung die individuellen Auswahlentscheidungen besser verstehen zu können, sodass bestimmte Muster und Ansätze für Verbesserungen abgeleitet werden können.

14.3.4 Externe Reviews und Selbstbewertungen

Einige der vorab definierten Anforderungen, die an die Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals gestellt wurden und deren erfolgreiche Umsetzung im Rahmen des Evaluationsblocks 1 überprüft werden soll, beziehen sich auf Inhalte, die bestimmtes Fachwissen voraussetzen. So setzt die Beurteilung der Sachrichtigkeit beispielsweise medizinisches und methodisches Wissen voraus. Andere Anforderungen, wie z. B. die Barrierefreiheit, können neben der Überprüfung bei den Nutzerinnen und Nutzern selbst auch anhand konkreter formaler Kriterien geprüft werden. Externe Reviews bieten die Möglichkeit einer (teils standardisierten) Bewertung durch Expertinnen und Experten, um die Erfüllung zuvor definierter Anforderungen regelmäßig zu kontrollieren und unter Einbezug externer Expertise zu verbessern (Held et al. 2019).

Die Einbeziehung externer Expertinnen und Experten bietet sich insbesondere für Fragen des Evaluationsblocks 1 an. So können Expertinnen und Experten die Benutzerfreundlichkeit in heuristischen Evaluationen, die Barrierefreiheit mit BITV-Prüfungen (vgl. Abschnitt 9.3) und die Transparenz durch jährliche HONcode-Zertifizierungen (vgl. Abschnitt 9.5) überprüfen.

Zudem ist es möglich, Selbstbewertungen anhand bewährter Richtlinien durchzuführen. Zum Beispiel kann eine Selbstbewertung der Barrierefreiheit anhand standardisierter Kriterien erfolgen (siehe z. B. BITV/WCAG-Selbstbewertung unter <https://webtest.bitv-test.de/selbstbewertung/>).

14.4 Fazit und Empfehlungen

Im Evaluationsrahmenkonzept werden die Eckpfeiler für eine anwendungsorientierte Evaluation beschrieben, die mit drei leitenden Evaluationsblöcken die Zielsetzungen des G-BA-Qualitätsportals (vgl. Abschnitt 14.1) sicherstellen soll.

Zur Evaluation wird die Anwendung eines Methodenmix aus standardisierter (Onsite)Befragung, Webanalyse und qualitativen Erhebungen empfohlen. Dieses zweistufige Vorgehen erlaubt, neben allgemeinen Aussagen zur Nutzung und Nichtnutzung anhand statistischer Verteilungen, über die vertiefende Exploration der Hintergründe Interpretationen zu liefern und konkrete Handlungsansätze im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer zu entwickeln.

So sollte in der ersten Stufe eine Onsitebefragung durchgeführt werden, auf die die Nutzerinnen und Nutzer direkt über das G-BA-Qualitätsportal gelangen. Parallel dazu erfolgt eine Webanalyse. Die Ergebnisse dieser beiden Erhebungen bzw. Analysen sind Ausgangspunkt der zweiten Stufe, bei der über Interviews einerseits die Hintergründe bei Auffälligkeiten genauer eruiert werden und andererseits explizit die Frage nach qualitätsorientierten Auswahlentscheidungen bei der Krankenhauswahl untersucht wird.

Die Frage der Nichtnutzung ist mit einer allgemeinen Befragung jenseits des Nutzerkreises des Qualitätsportals und daher mit höherem Aufwand verbunden. So muss eine separate Stichprobe rekrutiert werden, die die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer repräsentiert. Je nachdem, welche Hypothesen für die Nichtnutzung bereits bestehen und in welcher Tiefe die Gründe der Nichtnutzung untersucht werden sollen, sollten quantitative Methoden wie eine standardisierte Befragung und qualitative Methoden wie Interviews oder auch Fokusgruppen allein oder in Kombination zur Anwendung kommen. Diese Entscheidung sollte u. a. davon abhängig gemacht werden, wie groß das Ausmaß der Nutzung ist, was u. a. durch die Webanalyse festgestellt werden kann.

Evaluationsblock 1 enthält grundlegende Anforderungen, die unmittelbar mit bzw. zeitnah nach Inbetriebnahme überprüft werden sollten und erst bei größeren Modifikationen wiederholt geprüft werden sollten. Darüber hinaus sollte im laufenden Betrieb ein Monitoring der Website erfolgen, um die Funktionsfähigkeit und erwartungsgemäße Nutzung des G-BA-Qualitätsportals sicherzustellen. Dies ist mittels einer fortlaufenden Webanalyse relativ ressourcenarm umzusetzen.

Das empfohlene Evaluationsrahmenkonzept muss für eine konkrete Evaluation näher ausgestaltet werden. Diese kann erst nach Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals erfolgen. Dabei müssen sowohl die Fragen der Evaluationsblöcke ausdifferenziert als auch (in Abhängigkeit davon) die methodische Umsetzung konkretisiert werden. Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Möglichkeiten ist eine Aufwand-Nutzen-Abwägung zu treffen, sodass die Evaluation zeitnah unter vertretbarem Aufwand zu zielführenden und praktisch umsetzbaren Erkenntnissen führt.

Teil IV: Fazit

15 Zusammenfassung, Herausforderungen und Empfehlungen

In den vorherigen Kapiteln wurden detailliert die Entwicklungsergebnisse des Gesamtkonzepts gemäß der Beauftragung beschrieben, kritisch diskutiert sowie durch Empfehlungen zur Weiterentwicklung ergänzt, welche hier in den wichtigsten Punkten wiedergegeben werden. So wird inhaltlich für das G-BA-Qualitätsportal eine indikations- und prozedurenbezogene Krankenhaussuche mittels Abbildung von Informationsmodulen empfohlen. Als primäre Datenquelle wurden die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser eruiert. Dabei empfiehlt das IQTIG, abgebildete Indikatorergebnisse grundsätzlich je Versorgungsanlass und Standort in zweistufiger Aggregation auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen. Für eine allgemeinverständliche Darstellung wurden Empfehlungen zur grafischen Aufbereitung von Qualitätsindikatoren – z. B. Icon-Arrays – sowie für das Corporate und User Interface Design des G-BA-Qualitätsportals gegeben. Darüber hinaus wurden Datenverarbeitungsprozesse und informationstechnische Anforderungen zur Umsetzung erarbeitet. Um den Anteil darstellbarer Leistungserbringer zu erhöhen, sollte hier dem IQTIG die Nutzung unmaskierter Daten ermöglicht werden. Bezüglich Datenschutz und -sicherheit soll sich das G-BA-Qualitätsportal an den Richtlinien des IQTIG orientieren. Entsprechend der Beauftragung wird nach Inbetriebnahme eine regelmäßige qualitative und quantitative Evaluation des G-BA-Qualitätsportals unter Einbezug von Nutzerinnen und Nutzer empfohlen.

Die Entwicklung des Gesamtkonzepts sowie die daraus resultierende Umsetzung und der Betrieb des vorgeschlagenen G-BA-Qualitätsportals für Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen ist mit Herausforderungen konfrontiert. Aus den inhaltlichen Anforderungen und methodischen Voraussetzungen an die Beauftragung, den Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung im Allgemeinen sowie den eingangs skizzierten Entwicklungsergebnissen resultierten Aufgaben oder Herausforderungen, die bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des G-BA-Qualitätsportals zu berücksichtigen sind. Um den Beauftragungspunkt I.2.t übersichtlich abzuschließen, folgt an dieser Stelle ein Resümee der wichtigsten Punkte bezüglich der Herausforderungen und Weiterentwicklung.

15.1 Inhaltliches Konzept

Maßgebliche Bereiche

Wie in Abschnitt 10.1 dargelegt, empfiehlt das IQTIG grundsätzlich eine indikations- und prozedurenübergreifende Krankenhaussuche, da aus Patientensicht immer der eigene Versorgungsanlass als „maßgeblich“ zu werten ist. Da nicht für alle Versorgungsanlässe spezifische Qualitätsinformationen angeboten werden können, empfiehlt das IQTIG zunächst die Versorgungsanlässe zu priorisieren (vgl. Tabelle 7). Das IQTIG empfiehlt, für diese Versorgungsanlässe in der Erstumsetzung spezifische Qualitätsinformationen anzubieten bzw. (weiter) zu entwickeln. Für alle übrigen Krankenhaussuchen werden in der Erstumsetzung lediglich allgemeine Informationen zum Krankenhaus angeboten werden können. In Rahmen der Weiterentwicklung sollte das

Informationsangebot sukzessive ausgebaut werden. Für die Identifikation weiterer relevanter Versorgungsanlässe aus Patientensicht sieht das IQTIG im Kontext der Evaluation insbesondere die Auswertung von Suchtermen vor.

Zielgruppe

Die Zielgruppe des G-BA-Qualitätsportals besteht primär aus Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörige, die sich vergleichend über die Qualität der Versorgung in deutschen Krankenhäusern informieren möchten. Im Fokus stehen dabei Suchen zu elektiven Versorgungsanlässen. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-BA-Qualitätsportals empfiehlt das IQTIG bestimmte Teilzielgruppen (vgl. Abschnitt 10.2.4) gezielter in den Blick zu nehmen und die Website aus Perspektive dieser Teilzielgruppen sukzessive weiterzuentwickeln (vgl. Abschnitt 10.2.4).

Informationsmodule

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche, einer Online-Bedarfserhebung, Fokusgruppen und der Beratung durch ein Expertengremium wurden Themenkomplexe (auch als „Informationsmodule“ bezeichnet) identifiziert, die patientengruppenübergreifend bedeutsam sind (vgl. Abschnitt 10.6). Das IQTIG empfiehlt, relevante Informationen entsprechend den folgenden Informationsmodulen im G-BA-Qualitätsportal zu strukturieren: 1. Übergeordnete Themen, 2. Basisinformationen zum Krankenhaus, 3. Behandlungsfälle, 4. Qualität, 5. Hygiene und Infektionen, 6. Allgemeine Patientenerfahrung, 7. Medizinische Schwerpunkte, 8. Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate, 9. Ausstattung und Service und 10. Barrierefreiheit.

Datengrundlage

In Bezug auf die o. g. Informationsmodule zeigt ein Abgleich mit dem strukturierten Qualitätsbericht, dass zwar eine erste Datengrundlage vorliegt, diese jedoch begrenzt ist. In der Erstumsetzung können insbesondere die Informationsmodule „Basisinformationen zum Krankenhaus“, „Behandlungsfälle“, „Ausstattung und Service“ sowie „Barrierefreiheit“ auf Grundlage von Daten in den strukturierten Qualitätsberichten abgebildet werden. Das Informationsmodul „Übergeordnete Themen“ umfasst in erster Linie redaktionelle Inhalte, die im Rahmen der Umsetzung (weiter-)entwickelt werden müssen oder über Schnittstellen (z. B. zum Nationalen Gesundheitsportal) bereitgestellt werden können. Eine eingeschränkte Datengrundlage bzw. größerer Weiterentwicklungsbedarf besteht bei den Informationsmodulen „Qualität“ und „Medizinische Schwerpunkte“. Keine geeignete Datengrundlage existiert bislang für die Informationsmodule „Hygiene und Infektionen“, „Allgemeine Patientenerfahrungen“ sowie „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“, weshalb diese Module in der Erstumsetzung voraussichtlich nicht abgebildet werden können.

Trotz dieser Herausforderungen empfiehlt das IQTIG, die Daten der strukturierten Qualitätsberichte als Ausgangsgrundlage für die Erstumsetzung des G-BA-Qualitätsportals zu verwenden. Nicht oder nur teilweise umsetzbare Informationsmodule sind dabei konzeptionell mitzudenken. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Datengrundlage sind Tabelle 13 in Abschnitt 10.7.1 sowie Abschnitt 10.7.3 zu entnehmen.

15.2 Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen

Das IQTIG empfiehlt, Indikatorergebnisse grundsätzlich in aggregierter Form auf dem G-BA-Qualitätsportal zu veröffentlichen. Dadurch soll die Verständlichkeit gesteigert und das Risiko für Falschinterpretationen oder kognitive Shortcuts, das heißt Entscheidungsstrategien, die den eigentlichen Präferenzen widersprechen, minimiert werden. Die vom IQTIG empfohlene Methodik für die Aggregation von Indikatorergebnissen (vgl. Abschnitt 11.4, für die ausführliche Herleitung und Begründung siehe Abschnitt 11.3) ermöglicht verständliche und faire Vergleiche von Leistungserbringern auf Basis von Ergebnissen der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die Methodik ist zeitnah umsetzbar und für die Gesamtheit der QS-Verfahren praktikabel.

Die in diesem Bericht empfohlene Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen bezieht sich auf konkrete Versorgungsanlässe. Die empfohlene Struktur des Indexmodells umfasst dementsprechend folgende Aggregationsstufen je Einrichtung und je Versorgungsanlass:

- Aggregation von Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsthemen „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ (Aggregationsstufe 1; vgl. Abschnitt 11.3.6)
- Aggregation der themenspezifischen Indizes zu einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2; vgl. Abschnitt 11.3.6)

Die den Indizes zugrunde liegenden Indikatoren sollen dabei auf einer untergeordneten Ebene abrufbar sein.

Für übergeordnete Qualitätsthemen wie „Hygiene und Infektionen“ und „Allgemeine Patientenerfahrungen“ hält das IQTIG eine Aggregation von Qualitätsindikatoren ebenfalls für erforderlich. Das IQTIG geht davon aus, dass die vorgeschlagene Methodik grundsätzlich auf diese übergeordneten Qualitätsthemen übertragbar ist, ggf. jedoch einer Modifikation bedarf. Dies ist im Rahmen der Weiterentwicklung zu prüfen.

15.3 Visualisierungskonzept

Das IQTIG hat im Rahmen der Beauftragung ein Konzept zur visuellen Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals entwickelt. Ein Schwerpunkt dieses Konzepts liegt auf Empfehlungen zur allgemeinverständlichen Darstellung von Qualitätsinformationen (insbesondere Qualitätsindikatoren). Außerdem wurde ein Styleguide erstellt, in dem Corporate Design, Informationsarchitektur und User Interface Design des G-BA-Qualitätsportals definiert werden. Die Entwicklungsergebnisse wurden für zwei maßgebliche Bereiche („Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „Geburtshilfliche Versorgung bei Reifgeborenen“) exemplarisch in Form eines Prototyps aufbereitet.

Die Entwicklung des Visualisierungskonzepts bzw. Prototyps wurde von Nutzertestungen begleitet, in denen zentrale Darstellungselemente auf ihre Verständlichkeit und Nutzerfreundlichkeit getestet wurden. Während sich ein allgemein positives Bild hinsichtlich Verständlichkeit und Nutzerfreundlichkeit in den Nutzertestungen abzeichnet, stellt die Verbesserung dieser ein kontinuierliches Optimierungspotenzial dar. Dies wird im Evaluationsrahmenkonzept aufgegriffen

und sollte parallel zu Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals ein stetiger Fokus von Weiterentwicklungen sein.

15.4 Informationstechnisches Konzept

Basis-Software für das G-BA-Qualitätsportal

Das G-BA-Qualitätsportal wird als zeitgemäßes technisches Angebot im Internet so zu realisieren sein, dass es alle technischen Anforderungen an das Informationsangebot, die Funktionalität, aber auch Datenschutz und -sicherheit in einer hohen Qualität erfüllt. Eine Evaluation der Umsetzbarkeit der Anforderungen mit bekannten Systemen am Markt ergab, dass alle Anforderungen grundsätzlich umsetzbar sind, allerdings nicht gesamthaft aus einem System heraus. Es ist zu erwarten, dass die technische Basis des G-BA Qualitätsportals Elemente eines Content-Management-Systems (für die redaktionellen Daten), einer Kartenanwendung (für die Geolokalisierung der Krankenhäuser und von Entfernungen) und einer individuellen Fachanwendung (für die Informationsaggregation und die Suche in den QS-Daten) vereinen wird. Da sich die am Markt verfügbaren Produkte und Systeme aber stetig weiterentwickeln, wird daher empfohlen, auf eine konkrete Produktempfehlung zum Zeitpunkt des Abschlussberichts zu verzichten. Stattdessen sollte zum Zeitpunkt der Fälligkeit der technischen Umsetzungsentscheidung eine Evaluierung verfügbarer Systeme durchgeführt und dasjenige ausgewählt werden, das die höchste Abdeckung der funktionalen und nicht funktionalen Anforderungen bietet.

Datenverarbeitungsprozesse

Hauptdatenquelle des G-BA-Qualitätsportals werden die jährlich über die Qb-R erhobenen Daten der strukturierten Qualitätsberichte sein. Eine weitere Datenquelle stellt der Bericht nach § 17 plan. QI-RL dar. Bei der bisherigen Datenübermittlung und -verarbeitung der Daten der Qualitätsberichte an das IQTIG würde es zu einem erheblichen Ausfall an darstellbaren Ergebnissen im G-BA-Qualitätsportal kommen. Dies rührt daher, dass die Rohdatensätze bereits aus Datenschutzgründen maskiert sind. Für den Zweck der Indexberechnung sollte dem IQTIG die Nutzung unmaskierter Daten ermöglicht werden. Damit könnte der Anteil der Leistungserbringer mit im G-BA-Qualitätsportal darstellbaren Indizes erheblich erhöht (vgl. Abschnitt 13.2) und der informative Nutzen und die Gebrauchstauglichkeit des G-BA-Qualitätsportals für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen umfassend gesteigert werden. Hierbei ist zu beachten, dass die dargestellten aggregierten Ergebnisse keinen Rückschluss auf einzelne unaggregierte Indikatorergebnisse erlauben, die über die in den Qualitätsberichten dargestellten Ergebnisse hinausgehen.

Datenschutz- und Datensicherheitskonzept

Bezüglich des Datenschutzes empfiehlt das IQTIG eine Orientierung an dem eigens entwickelten Datenschutzkonzept, welches durch den G-BA abgenommen und veröffentlicht wurde (G-BA 2019a). Durch die Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit, deren Standards durch das Datenschutzkonzept des IQTIG definiert sind (vgl. G-BA 2019a), sollen insbesondere folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherung der Daten gegen Verlust und Manipulation und Sicherstellung von Authentizität, Integrität und Verfügbarkeit der Daten
- Schutz der Daten von natürlichen und sonstigen Personen vor Missbrauch und fremden Zugriff

Die Anforderungen und entsprechenden empfohlenen Umsetzungen werden im Abschnitt „Datenschutz- und Datensicherungskonzept“ aufgeführt (vgl. Abschnitt 13.3). Grundsätzlich soll die Maxime verfolgt werden, dass „so viele wie nötig“ und „so wenige wie möglich“ Nutzungsdaten gespeichert werden. Dies ist insbesondere beim Evaluationsrahmenkonzept, das die Analyse von Nutzungsdaten vorsieht, entsprechend auszuloten.

15.4.1 Technische Details des G-BA-Qualitätsportals

Als technische Anforderungen an das G-BA-Qualitätsportal wurden unter anderem die Kompatibilität gegenüber Browsern und Endgeräten, die Möglichkeit der Einbindung von externen Inhalten sowie die Realisierung von Schnittstellen zu anderen Systemen identifiziert. Um eine gute Sichtbarkeit für das G-BA-Qualitätsportal im Internet für Suchmaschinen zu erreichen (vgl. Punkt I.2.k der Beauftragung), empfiehlt das IQTIG, bei der Umsetzung der Website Maßnahmen für die Suchmaschinenoptimierung zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die Umsetzbarkeit geht das IQTIG derzeit davon aus, dass das vorgelegte Konzept nach Beauftragung durch den G-BA binnen 24 Monaten realisiert werden kann.

15.5 Evaluationsrahmenkonzept

Das IQTIG entwickelte gemäß Punkt I.2.o und Punkt I.2.w der Beauftragung die Eckpunkte eines quantitativen und qualitativen Evaluationsrahmenkonzepts, um die Zielerreichung des G-BA-Qualitätsportals sicherzustellen und das Angebot kontinuierlich zu verbessern und patientenzentriert weiterzuentwickeln.

Das Konzept richtet sich nach den Zielsetzungen gemäß Beauftragung (vgl. Punkt I.3.b der Beauftragung). Ziel des G-BA-Qualitätsportals ist es, Informationen über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung bereitzustellen. Dabei sollen Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung in einer allgemeinverständlichen Form verdeutlicht werden, um so eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl durch einen fairen Vergleich zu unterstützen. Das zu entwickelnde Gesamtkonzept für ein G-BA-Qualitätsportal soll sich an den Informationsbedürfnissen, -präferenzen und Entscheidungskriterien der Zielgruppe, d. h. Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen ausrichten. Zur Überprüfung und Sicherung der Ziele hat das IQTIG drei Evaluationsblöcke definiert:

- **Evaluationsblock 1:** Sicherstellung der sieben grundlegenden Anforderungen des G-BA-Qualitätsportals (Zielgruppenorientierung, Diversitätssensibilität, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Transparenz und Sachrichtigkeit sowie Allgemeinverständlichkeit)
- **Evaluationsblock 2:** Prüfung der generellen Nutzung
- **Evaluationsblock 3:** Sicherstellung der qualitätsorientierten Auswahlentscheidung

Zur Erhebung der drei Evaluationsblöcke können verschiedene Methoden zum Einsatz kommen. Dazu gehören Onsitebefragungen, Webanalysen, qualitative Erhebungen sowie Selbstbewertungen und externe Reviews.

Das empfohlene Evaluationsrahmenkonzept muss für eine konkrete Evaluation näher ausgestaltet werden. Diese kann erst bei Umsetzung und Inbetriebnahme des G-BA-Qualitätsportals erfolgen. Dabei müssen sowohl die Fragen der Evaluationsblöcke ausdifferenziert als auch (in Abhängigkeit davon) die methodische Umsetzung konkretisiert werden. Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Möglichkeiten ist eine Aufwand-Nutzen-Abwägung zu treffen, sodass die Evaluation zeitnah unter vertretbarem Aufwand zu zielführenden und praktisch umsetzbaren Erkenntnissen führt.

Literatur

- Ács, ZJ; Autio, E; Szerb, L (2014): National Systems of Entrepreneurship: Measurement issues and policy implications. *Research Policy* 43(3): 476-494. DOI: 10.1016/j.respol.2013.08.016.
- Agarwal, AK; Mahoney, K; Lanza, AL; Klinger, EV; Asch, DA; Fausti, N; et al. (2019): Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers. *Annals of Emergency Medicine* 73(6): 631-638. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2018.09.029.
- Aggarwal, A; Lewis, D; Mason, M; Purushotham, A; Sullivan, R; van der Meulen, J (2017a): Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study. *The Lancet: Oncology* 18(11): 1445-1453. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30572-7.
- Aggarwal, A; Lewis, D; Sujenthiran, A; Charman, SC; Sullivan, R; Payne, H; et al. (2017b): Hospital Quality Factors Influencing the Mobility of Patients for Radical Prostate Cancer Radiation Therapy: A National Population-Based Study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 99(5): 1261-1270. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2017.08.018.
- Aggarwal, A; Lewis, D; Mason, M; Sullivan, R; van der Meulen, J (2017c): Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review* 74(4): 379-403. DOI: 10.1177/1077558716654631.
- Aggarwal, A; Lewis, D; Charman, SC; Mason, M; Clarke, N; Sullivan, R; et al. (2018a): Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: A Population-based Study of Choice and Competition. *European Urology* 73(6): 822-825. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.07.013.
- Aggarwal, A; Bernays, S; Payne, H; van der Meulen, J; Davis, C (2018b): Hospital Choice in Cancer Care: A Qualitative Study. *Clinical Oncology* 30(7): e67-e73. DOI: 10.1016/j.clon.2018.03.009.
- Agnisarman, S; Ponathil, A; Lopes, S; Chalil Madathil, K (2018): An investigation of consumer's choice of a healthcare facility when user-generated anecdotal information is integrated into healthcare public reports. *International Journal of Industrial Ergonomics* 66: 206-220. DOI: 10.1016/j.ergon.2018.03.003.
- Ahmad, R; Iwami, M; Castro-Sánchez, E; Husson, F; Taiyari, K; Zingg, W; et al. (2016): Defining the user role in infection control. *The Journal of Hospital Infection* 92(4): 321-327. DOI: 10.1016/j.jhin.2015.09.018.
- Albada, A; Triemstra, M (2009): Patients' priorities for ambulatory hospital care centres. A survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. *Health Expectations* 12(1): 92-105. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2009.00533.

- Albrecht, M; Steckelberg, A (2014): Manual für die Erstellung von evidenzbasierten Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dortmund [u. a.]: baua [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin]. ISBN: 978-3-88261-022-2. URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd78.pdf?blob=publicationFile&v=2> (abgerufen am: 02.08.2021).
- Altenhöner, T; Gehrlach, C (2009): Die Verwendung des Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Kapitel 4. In: Gehrlach, C; Altenhöner, T; Schwappach, D; Hrsg.: *Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 125-143. ISBN: 978-3-86793-021-5.
- American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education (2014): Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, US-DC: American Educational Research Association. ISBN: 978-0-935302-35-6.
- Anderson, BL; Gigerenzer, G; Parker, S; Schulkin, J (2014): Statistical Literacy in Obstetricians and Gynecologists. *JHQ – The Journal for Healthcare Quality* 36(1): 5-17. DOI: 10.1111/j.1945-1474.2011.00194.x.
- Barclay, M; Dixon-Woods, M; Lyratzopoulos, G (2019): The problem with composite indicators. *BMJ: Quality & Safety* 28(4): 338-344. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-007798.
- Bardach, NS; Hibbard, JH; Greaves, F; Dudley, RA (2015): Sources of Traffic and Visitors' Preferences Regarding Online Public Reports of Quality: Web Analytics and Online Survey Results. *Journal of Medical Internet Research* 17(5): e102. DOI: 10.2196/jmir.3637.
- Baumann, E; Czerwinski, F; Großmann, U; Calhoun, K (2021): Ist Gesundheit schon digitaler Alltag? *Trendmonitor* 4. URL: https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/brochure/pdf/2021_07_08_trendmonitor_Digitalisierung_AktFass_vf.pdf (abgerufen am: 30.08.2021).
- Beardon, S; Patel, K; Davies, B; Ward, H (2018): Informal carers' perspectives on the delivery of acute hospital care for patients with dementia: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 18:23. DOI: 10.1186/s12877-018-0710-x.
- Beckert, W (2018): Choice in the presence of experts: The role of general practitioners in patients' hospital choice. *Journal of Health Economics* 60: 98-117. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2018.06.003.
- Belton, V; Pictet, J (1997): A Framework for Group Decision Using a MCDA Model: Sharing, Aggregating or Comparing Individual Information? *Journal of Decision Systems* 6(3): 283-303. DOI: 10.1080/12460125.1997.10511726.
- Berendsen, AJ; de Jong, GM; Meyboom-de Jong, B; Dekker, JH; Schuling, J (2009): Transition of care: Experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface a qualitative study. *BMC: Health Services Research* 9:62. DOI: 10.1186/1472-6963-9-62.

- Berendsen, AJ; de Jong, GM; Schuling, J; Bosveld, HE; de Waal, MW; Mitchell, GK; et al. (2010): Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: a survey. *Patient Education and Counseling* 1: 100-105. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.032.
- Berry, DC; Knapp, P; Raynor, DK (2002): Provision of information about drug side-effects to patients. *The Lancet* 359(9309): 853-854. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07923-0.
- Berwick, DM; James, B; Coye, MJ (2003): Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care* 41(1 Suppl): I30-I38. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00004.
- Bes, RE; van den Berg, B (2013): Ranking Sources of Hospital Quality Information for Orthopedic Surgery Patients: Consequences for the System of Managed Competition. *The Patient* 6(2): 75-80. DOI: 10.1007/s40271-013-0011-6.
- Beukers, PDC; Kemp, RGM; Varkevisser, M (2014): Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *The European Journal of Health Economics* 15(9): 927-936. DOI: 10.1007/s10198-013-0535-7.
- Bhandari, N; Scanlon, DP; Shi, Y; Smith, RA (2019): Why Do So Few Consumers Use Health Care Quality Report Cards? A Framework for Understanding the Limited Consumer Impact of Comparative Quality Information. *Medical Care Research and Review* 76(5): 515-537 DOI: 10.1177/1077558718774945.
- Bilimoria, KY; Barnard, C (2021): An Evolving Hospital Quality Star Rating System From CMS: Aligning the Stars. *JAMA* 325(21): 2151-2152. DOI: 10.1001/jama.2021.6946.
- Birk, HO; Gut, R; Henriksen, LO (2011): Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. *BMC: Health Services Research* 11:262. DOI: 10.1186/1472-6963-11-262.
- Blake, RS (2015): Health Care Public Reporting and Consumer Hospital Choice: Effects of Comparative Performance Data Displayed by CMS Upon Discrete Hospital Choices of Texas Residents, 2008-2012 [Dissertation]. Richardson, US-TX: University of Texas at Dallas, Public Affairs.
- Blake, RS; Clarke, HD (2017): Hospital Compare and Hospital Choice: Public Reporting and Hospital Choice by Hip Replacement Patients in Texas. *Medical Care Research and Review* 76(2): 184-207. DOI: 10.1177/1077558717699311.
- Blum, K; Steffen, P (2015): Kultursensibilität im Krankenhaus. *Public Health Forum* 23(2): 95-96. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0035.
- BMJV [Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz] (2018): Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG). Ausfertigungsdatum: 27.04.2002. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 10.7.2018 | 1117. Berlin. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BGG.pdf> (abgerufen am: 22.05.2020).

- BMJV [Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz] (2019): Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung - BITV 2.0). Ausfertigungsdatum: 12.09.2011. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 21.5.2019 I 738. Berlin. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bitv_2_0/BITV_2.0.pdf (abgerufen am: 22.05.2020).
- Bollen, KA; Diamantopoulos, A (2017): In Defense of Causal-Formative Indicators: A Minority Report. *Psychological Methods* 22(3): 581-596. DOI: 10.1037/met0000056.
- Brake, A; Weber, SM (2009): Internetbasierte Befragung. Teil II, Abschnitt 1, Kapitel 2. In: Kühl, S; Strodtholz, P; Taffertshofer, A: *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS-Verlag, 413-434. ISBN: 978-3-531-91570-8.
- Braun-Grüneberg, S; Wagner, K (2009): Unterschiede im Informationsverhalten und in der Entscheidungsfindung von Patienten bei der Auswahl von Kliniken. In: Roski, R: *Zielgruppenge-rechte Gesundheitskommunikation: Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer, 219-238. ISBN: 978-3-531-15907-2.
- Brewer, CA; Pickle, L (2002): Evaluation of Methods for Classifying Epidemiological Data on Choropleth Maps in Series. *Annals of the Association of American Geographers* 92(4): 662-681. DOI: 10.1111/1467-8306.00310.
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson Studium. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Bunge, M; Mühlhauser, I; Steckelberg, A (2010): What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Education and Counseling* 78(3): 316-328. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.029.
- Cacace, M; Geraedts, M; Berger, E (2019): Public reporting as a quality strategy. Chapter 13. In: Busse, R; Klazinga, N; Panteli, D; Quentin, W: *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. (Health Policy Series, 53). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], 331-355. ISBN: 978-92-890-5175-0. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf> (abgerufen am: 09.01.2020).
- Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Kelaher, M (2017): Perceived barriers to effective implementation of public reporting of hospital performance data in Australia: a qualitative study. *BMC: Health Services Research* 17:391. DOI: 10.1186/s12913-017-2336-7.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods in Data Analysis. Boca Raton, US-FL CRC Press. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Casadio Tarabusi, E; Guarini, G (2013): An Unbalance Adjustment Method for Development Indicators. *Social Indicators Research* 112(1): 19-45. DOI: 10.1007/s11205-012-0070-4.

- Chen, Y; Feeley, TH (2014): Numeracy, Information Seeking, and Self-Efficacy in Managing Health: An Analysis Using the 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Health Communication* 29(9): 843-853. DOI: 10.1080/10410236.2013.807904.
- Christiansen, CL; Morris, CN (1996): Fitting and Checking a Two-Level Poisson Model: Modeling Patient Mortality Rates in Heart Transplant Patients. Part VI, Chapter 18. In: Berry, DA; Stangl, DK; Hrsg.: *Bayesian biostatistics*. (STATISTICS: textbooks and monographs, Vol. 151). New York, US-NY: Marcel Dekker, 467-502. ISBN: 0-8247-9334-X.
- Coran, JJ (2015): Using Conjoint Analysis to Estimate Patients' Selection Preferences for Hospitals and Surgeons [*Dissertation*]. Ann Arbor, US-MI: University of Florida, Humanities and Social Sciences. ProQuest 10408808.
- Couper, MP; Singer, E; Levin, CA; Fowler, FJ Jr.; Fagerlin, A; Zikmund-Fisher, BJ (2010): Use of the Internet and Ratings of Information Sources for Medical Decisions: Results from the DECISIONS Survey. *Medical Decision Making* 1(5 Suppl.): 106s-114s. DOI: 10.1177/0272989X10377661.
- Covey, J (2007): A Meta-analysis of the Effects of Presenting Treatment Benefits in Different Formats. *MDM – Medical Decision Making* 27(5): 638-654. DOI: 10.1177/0272989X07306783.
- Cudmore, B; Bobrowski, PE; Kiguradze, T (2011): Encouraging consumer searching behavior on healthcare web sites. *Journal of Consumer Marketing* 28(4): 290-299. DOI: 10.1108/07363761111143187.
- Damman, OC; Hendriks, M; Rademakers, J; Delnoij, DMJ; Groenewegen, PP (2009): How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC: Public Health* 9:423. DOI: 10.1186/1471-2458-9-423.
- Damman, OC; van den Hengel, YKA; van Loon, AJM; Rademakers, J (2010): An International Comparison of Web-based Reporting About Health Care Quality: Content Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 12(2): e8. DOI: 10.2196/jmir.1191.
- Damman, OC; Hendriks, M; Rademakers, J; Spreeuwenberg, P; Delnoij, DMJ; Groenewegen, PP (2011): Consumers' interpretation and use of comparative information on the quality of health care: the effect of presentation approaches. *Health Expectations* 15(2): 197-211. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00671.x.
- Damman, OC; Spreeuwenberg, P; Rademakers, J; Hendriks, M (2012): Creating Compact Comparative Health Care Information: What Are the Key Quality Attributes to Present for Cataract and Total Hip or Knee Replacement Surgery? *Medical Decision Making* 32(2): 287-300. DOI: 10.1177/0272989X11415115.
- Danya, H; Yonekura, Y; Nakayama, K (2021): Effects of graphic presentation on understanding medical risks and benefits among Japanese adults. *Cogent Medicine* 8(1): 1907894. DOI: 10.1080/2331205X.2021.1907894.

- de Cruppé, W; Ohmann, C; Blum, K; Geraedts, M (2008): Auswirkung der Mindestmengenvereinbarung auf die stationäre Versorgungsstruktur. *Das Gesundheitswesen* 70(1): 9-17. DOI: 10.1055/s-2007-985888.
- de Cruppé, W; Geraedts, M (2011): Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 54(8): 951-957. DOI: 10.1007/s00103-011-1320-3.
- de Cruppé, W; Geraedts, M (2017): Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC: Health Services Research* 17:720. DOI: 10.1186/s12913-017-2712-3.
- de Groot, IB; Otten, W; Smeets, HJ; Marang-van de Mheen, PJ (2011): Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BMC: Health Services Research* 11:214. DOI: 10.1186/1472-6963-11-214.
- de Groot, IB; Otten, W; Dijs-Elsinga, J; Smeets, HJ; Kievit, J; Marang-van de Mheen, PJ (2012): Choosing between hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients. *Medical Decision Making* 32(6): 764-778. DOI: 10.1177/0272989X12443416.
- Dellinger, KF (2014): Usability von Autosuggest. Automatische Suchvorschläge auf mobilen Websites. (UP14 - Vorträge). Stuttgart: German UPA. URL: https://dl.gi.de/bitstream/handle/20.500.12116/5420/Dellinger_2014.pdf (abgerufen am: 22.09.2021).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018a): Bildungsstand der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Ausgabe 2018. [Stand:] 17.09.2018. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5210002177004. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildungsstand-bevoelkerung-5210002177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am: 17.04.2019).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018b): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. [Stand:] 18.12.2018. (Fachserie 15, Reihe 4). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2150400187004. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Publikationen/Downloads-IT-Nutzung/private-haushalte-ikt-2150400187004.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am: 17.04.2019).

- Destatis [Statistisches Bundesamt]; RKI [Robert-Koch-Institut] (2019): Gesundesberichterstattung. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller, Art der Standardisierung. [Stand:] 07.02.2019. Bonn: GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes]. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=88126390&nummer=594&p_sprache=D&p_indsp=38219353&p_aid=91480394 (abgerufen am: 20.05.2020).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2020): Die 50 häufigsten Operationen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Rang, Anzahl, Anteil in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Operation [Tabelle, gestaltbar]. Jahr: 2019, Geschlecht: Alle Geschlechter. [Stand:] 18.12.2020. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=74728657&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=666&p_ansnr=68599640&p_version=4&D.000=3741&D.003=42 (abgerufen am: 29.06.2021).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021a): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2019. [Stand:] 19.05.2021. (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120611197004. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf> [Download: Herunterladen (PDF, 2MB, Datei ist nicht barrierefrei)] (abgerufen am: 10.08.2021).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021b): Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie)" [gestaltbare Tabelle: 23131-0002]. Jahr: 2019, GES025: Entlassene Patienten. Stand: 17.06.2021. [Wiesbaden]: Destatis. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=1&titel=Tabellenaufbau&levelid=1633014248309&levelid=1633014105663#abreadcrumb> (abgerufen am: 01.10.2021).
- Diamantopoulos, A; Winklhofer, HM (2001): Index Construction with Formative Indicators: An Alternative to Scale Development. *Journal of Marketing Research* 38(2): 269-277. DOI: 10.1509/jmkr.38.2.269.18845.
- Dietrich, M; Grapp, O (2005): Qualitätsinformationen von Krankenhäusern. Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht *ZögU – Zeitschrift für öffentlich und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 28(3): 211-233. URL: https://www.zoegu.nomos.de/fileadmin/zoegu/doc/Aufsatz_05_03.pdf (abgerufen am: 01.07.2019).
- Dietrich, M; Lindenmeier, J (2009): Standardisierte Qualitätsinformationen und ihr Einfluss auf die Wahl von Leistungsanbietern – Ergebnisse einer empirischen Studie am Beispiel der Qualitätsberichte von Krankenhäusern. *ZfB – Zeitschrift für Betriebswirtschaft* 79(7): 869-896. DOI: 10.1007/s11573-009-0269-2.

- Dijs-Elsinga, J; Otten, W; Versluijs, MM; Smeets, HJ; Kievit, J; Vree, R; et al. (2010): Choosing a Hospital for Surgery: The Importance of Information on Quality of Care. *Medical Decision Making* 1(5): 544-555. DOI: 10.1177/0272989X09357474.
- DIN [Deutsches Institut für Normung] (2020): Ergonomie der Mensch-System-Interaktion - Teil 110: Interaktionsprinzipien (ISO 9241-110:2020); Deutsche Fassung EN ISO 9241-110:2020 [Stand:] Oktober 2020. Berlin: Beuth Verlag.
- DIN [Deutsches Institut für Normung] (2020): Ergonomie der Mensch-System-Interaktion - Teil 210: Menschzentrierte Gestaltung interaktiver Systeme (ISO 9241-210:2019); Deutsche Fassung EN ISO 9241-210:2019. [Stand:] März 2020. Berlin: Beuth.
- DIN [Deutsches Institut für Normung] (2020): Ergonomie der Mensch-System-Interaktion - Teil 210: Menschzentrierte Gestaltung interaktiver Systeme (ISO 9241-210:2019); Deutsche Fassung EN ISO 9241-210:2019. [Stand:] März 2020. Berlin [u. a.]: Beuth.
- Döbler, K; Geraedts, M (2018): Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorensets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 134: 9-17. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.11.004.
- Donabedian, A (2003): An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York, US-NY [u. a.]: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-515809-0.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Dreves, F (2013): How patients choose hospitals: Using the stereotypic content model to model trustworthiness, warmth and competence. *Health Services Management Research* 26(2-3): 95-101. DOI: 10.1177/0951484813513246.
- Dreves, F; Gebele, C (2015): Bevor der Patient ins Krankenhaus kommt. Informations- und Entscheidungswege des Patienten. Kapitel II Methoden und Konzepte: Der Patient im Mittelpunkt. In: Fischer, A; Hrsg.: *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Konzepte, Methoden, Implementierung*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], , 109-118. ISBN: 978-3-95466-138-1.
- Drogan, D; Günster, C (2019): Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. Abschnitt 2, Kapitel 1. In: Dormann, F; Klauber, J; Kuhlen, R; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 181-222. DOI: 10.32745/9783954664344-2.1.
- Dumas, JS; Redish, JC (1999): Creating task scenarios. Part II, Chapter 12. In: Dumas, JS; Redish, JC: *A Practical Guide to Usability Testing*. Revised Edition. Exeter, GB: Intellect Books, 171-182. ISBN: 978-1-84150-020-1.
- Dumas, JS; Loring, BA (2008a): Golden rules 1 through 5. Chapter 3. In: Dumas, JS; Loring, BA: *Moderating Usability Tests*. San Francisco, US-CA: Morgan Kaufmann, 19-38. ISBN: 978-0-12-373933-9.

- Dumas, JS; Loring, BA (2008b): Golden rules 6 through 10. Chapter 4. In: Dumas, JS; Loring, BA: *Moderating Usability Tests*. San Francisco, US-CA: Morgan Kaufmann, 39-49. ISBN: 978-0-12-373933-9.
- EbM Netzwerk [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin] (2016): Gute Praxis Gesundheitsinformation [Positionspapier]. Version 2.0. Stand: 21.07.2016. Berlin: EbM Netzwerk. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf (abgerufen am: 22.05.2020).
- Emmert, M; Hessemer, S; Meszmer, N; Sander, U (2014): Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care? *Health Policy* 118(3): 386-395. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.006.
- Emmert, M; Meszmer, N; Simon, A; Sander, U (2016): Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung. *Das Gesundheitswesen* 78(11): 721-734. DOI: 10.1055/s-0035-1549968
- Emmert, M; Becker, S; Sander, U (2017a): Ein internationaler Vergleich zu Public Reporting über die Qualität von Krankenhäusern: Wo stehen wir und was können wir lernen? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 22(4): 206-212. DOI: 10.1055/s-0043-101804.
- Emmert, M; Schlesinger, M (2017a): Hospital Quality Reporting in the United States: Does Report Card Design and Incorporation of Patient Narrative Comments Affect Hospital Choice? *Health Services Research* 52(3): 933-958. DOI: 10.1111/1475-6773.12519.
- Emmert, M; Schlesinger, M (2017b): Patients' Awareness, Usage and Impact of Hospital Report Cards in the US. *The Patient* 10(6): 729-738. DOI: 10.1007/s40271-017-0243-y.
- Emmert, M; Meszmer, N; Sander, U (2017b): Public Reporting zu Krankenhäusern in den USA und in Großbritannien. Kapitel 5. In: Dormann, F; Klauber, J: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 65-84. ISBN: 978-3-95466-293-7.
- Emmert, M; Wiener, M (2017): What factors determine the intention to use hospital report cards? The perspectives of users and non-users. *Patient Education and Counseling* 100(7): 1394-1401. DOI: 10.1016/j.pec.2017.01.021.
- Epping, B (2016): Wissenschaftlicher Streit oder doch eher Poker um die Datenhoheit? *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 154(3): 217-220. DOI: 10.1055/s-0036-1584849.
- Erlhofer, S; Brenner, D (2018): Website-Konzeption und Relaunch. (Rheinwerk Computing). Bonn: Rheinwerk. ISBN: 978-3-8362-4557-9.
- Escarce, JJ; Kapur, K (2009): Do Patients Bypass Rural Hospitals?: Determinants of Inpatient Hospital Choice in Rural California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 20(3): 625-644. DOI: 10.1353/hpu.0.0178.
- Evans, IS (1977): The Selection of Class Intervals. *Transactions of the Institute of British Geographers* 2(1): 98-124. DOI: 10.2307/622195.

- Faber, M; Bosch, M; Wollersheim, H; Leatherman, S; Grol, R (2009): Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review. *Medical Care* 47(1): 1-8. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181808bb5.
- Fansa, H; Haller, S (2011): Operationsentscheidung von Patienten in der Ästhetischen Chirurgie. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie* 43(6): 368-375. DOI: 10.1055/s-0031-1286252.
- Fasolo, B; Reutskaja, E; Dixon, A; Boyce, T (2010): Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Education and Counseling* 78(3): 344-349. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.009.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-261. DOI: 10.1111/1467-985x.02020.
- Finn, M (2016): Krankenhaushaftung. Teil II, Kapitel 12. In: Schmola, G; Rapp, B; Hrsg.: *Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation*. Wiesbaden: Springer, 341-387. ISBN: 978-3-658-10666-9.
- Fischer, S; Pelka, S; Riedl, R (2015): Understanding patients' decision-making strategies in hospital choice: Literature review and a call for experimental research. *Cogent Psychology* 2(1): 1116758. DOI: 10.1080/23311908.2015.1116758.
- Flick, U (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. ISBN: 978-3-499-55694-4.
- Flubacher, P (2011): Wenn uns unsere Patienten nicht verstehen – wenn wir unsere Patienten nicht verstehen. Wechselseitiger Gewinn in der Arzt-Patienten-Kommunikation durch Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschern. *Schweizerisches Medizin-Forum* 11(30–31): 520–523. DOI: 10.4414/smf.2011.07577
- Focke, K; Wuckel, C; Wübker, A (2016): Werden Patienten in der richtigen Fachabteilung behandelt? Eine Analyse der Patientenzuordnung auf Fachabteilungen in Krankenhäusern nach dem Kriterium der ärztlichen Qualifikation. *G&S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 3: 30-36. DOI: 10.5771/1611-5821-2016-3-30.
- Fox, S (2007): E-patients With a Disability or Chronic Disease. [Stand:] 08.10.2007. Washington, US-DC: Pew Research Center. URL: <https://www.pewresearch.org/internet/2007/10/08/e-patients-with-a-disability-or-chronic-disease/> (abgerufen am: 30.09.2021).
- Friedemann, J; Schubert, H-J; Schwappach, D (2009): Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen* 71: 3-9. DOI: 10.1055/s-0028-1086010.

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. [Stand:] 20.09.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 24.08.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des IQTIG-Datenschutzkonzepts. [Stand:] 16.05.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3796/2019-05-16_Abnahme-IQTIG-Datenschutzkonzept_inkl-Anlagen.pdf (abgerufen am: 19.06.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung. [Stand:] 17.01.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3650/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_Veroeffentlichung-Uebersichten-stationaer.pdf (abgerufen am: 13.01.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. [Stand:] 16.07.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4377/2020-07-16_IQTIG-Beauftragung_QS-Sepsis_DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 31.08.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG zu Teil B der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 7 SGB V. [Stand:] 16.01.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4137/2020-01-16_IQTIG-Beauftragung_Zertifikate-Teil%20B.pdf (abgerufen am: 24.08.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([kein Datum]): Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Berlin: G-BA. URL: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> (abgerufen am: 25.08.2020).
- Galesic, M; Garcia-Retamero, R; Gigerenzer, G (2009): Using Icon Arrays to Communicate Medical Risks: Overcoming Low Numeracy. *Health Psychology* 28(2): 210-216. DOI: 10.1037/a0014474.
- Galesic, M; Garcia-Retamero, R (2010): Statistical Numeracy for Health. A Cross-cultural Comparison With Probabilistic National Samples. *Archives of Internal Medicine* 170(5): 462-468. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.481.
- Garcia-Retamero, R; Cokely, ET (2013): Communicating Health Risks With Visual Aids. *Current Directions in Psychological Science* 22(5): 392-399. DOI: 10.1177/0963721413491570.
- Garcia-Retamero, R; Cokely, ET (2017): Designing Visual Aids That Promote Risk Literacy: A Systematic Review of Health Research and Evidence-Based Design Heuristics. *Human Factors* 59(4): 582-627. DOI: 10.1177/0018720817690634.

- Gebele, C; Tscheulin, DK; Lindenmeier, J; Drevs, F; Seemann, AK (2014): Applying the concept of consumer confusion to healthcare: Development and validation of a patient confusion model. *Health Services Management Research* 27(1-2): 10-21. DOI: 10.1177/0951484814546959.
- Geraedts, M (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken, J; Braun, B; Amhof, R; Schnee, M: *Gesundheitsmonitor 2006*. Gütersloh: Bertelsmann, 154-170. ISBN: 978-3-89204-903-6. URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200607-Beitrag.pdf (abgerufen am: 17.04.2019).
- Geraedts, M; Schwartze, D; Molzahn, T (2007): Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC: Health Services Research* 7:157. DOI: 10.1186/1472-6963-7-157.
- Geraedts, M; Amhof, R (2008): Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51: 53-60. DOI: 10.1007/s00103-008-0419-7.
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2010): Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung. Revidierte Fassung auf der Basis der Diskussionen in der AG Qualitätsbericht des UA Qualitätssicherung des G-BA. [Stand:] August 2010. Witten: Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2967/2010-10-21_QS-KH_Geraedts-Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 17.04.2019).
- Geraedts, M; Hermeling, P; de Cruppé, W (2012): Communicating quality of care information to physicians: a study of eight presentation formats. *Patient Education and Counseling* 87(3): 375-382. DOI: 10.1016/j.pec.2011.11.005.
- Geraedts, M; Drösler, SE; Döbler, K; Eberlein-Gonska, M; Heller, G; Kuske, S; et al. (2017): DNVF-Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“, Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung. *Das Gesundheitswesen* 79(10): e95-e124. DOI: 10.1055/s-0043-112431.
- Geraedts, M (2018): Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht. Kapitel 5. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J: *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Stuttgart: Schattauer, 69-84. ISBN: 978-3-79453-287-2.

- Geuter, G; Weber, J (2009): Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – Untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets. [Stand:] Januar 2009. Bielefeld: Universität Bielefeld, IPW [Instituts für Pflegewissenschaft]. P09-140. URL: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-140.pdf> (abgerufen am: 17.04.2019).
- Giese, A; Uyar, M; Uslucan, HH; Becker, S; Henning, BF (2013): How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information – a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC: Health Services Research* 13:196. DOI: 10.1186/1472-6963-13-196.
- Gigerenzer, G; Gaissmaier, W; Kurz-Milcke, E; Schwartz, LM; Woloshin, S (2007): Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest* 8(2): 53-96. DOI: 10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x.
- Goddard, M; Jacobs, R (2010): Using Composite Indicators to Measure Performance. Chapter 3.4. In: Smith, PC; Mossialos, E; Papanicolas, I; Leatherman, S: *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges, and Prospects*. 3rd edition. Cambridge, GB: Cambridge University Press, 339-368. ISBN: 978-0-521-11676-3.
- Goethe-Universität Frankfurt am Main (2016): Handlungsempfehlungen für eine Diversitätssensible Mediensprache. [Stand:] 20.09.2016. (Goethe-Universität = Chancen). Frankfurt am Main: Gleichstellungsbüro; Goethe-Universität Frankfurt am Main. URL: <https://www.uni-frankfurt.de/66760835/Diversitaetssensible-Mediansprache.pdf> (abgerufen am: 02.05.2020).
- Goidel, K; Kirzinger, A; DeFleur, M; Turcotte, J (2013): Difficulty in seeking information about health care quality and costs: The field of dreams fallacy. *The Social Science Journal* 50(4): 418-425. DOI: 10.1016/j.soscij.2013.09.001.
- Göthel, J (2016): Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle für die ambulanten Patienten der Orthopädischen Universitätsklinik im Asklepios-Klinikum Bad Abbach [Dissertation]. Regensburg: Universität Regensburg, Fakultät Medizin, Lehrstuhl für Orthopädie. URL: <https://epub.uni-regensburg.de/35493/1/Dissertation%20Judith%20G%C3%B6thel%20Onlineversion.pdf> (abgerufen am: 01.07.2019).
- Grande, D; Shea, JA; Armstrong, K (2013): Perceived Community Commitment of Hospitals: An Exploratory Analysis of Its Potential Influence on Hospital Choice and Health Care System Distrust. *Inquiry – The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 50(4): 312-321. DOI: 10.1177/0046958013516585.
- Greco, S; Ishizaka, A; Tasiou, M; Torrìsi, G (2019): On the Methodological Framework of Composite Indices: A Review of the Issues of Weighting, Aggregation, and Robustness. *Social Indicators Research* 141: 61-94. DOI: 10.1007/s11205-017-1832-9.

- Groenewoud, S; Van Exel, NJ; Bobinac, A; Berg, M; Huijsman, R; Stolk, EA (2015): What Influences Patients' Decisions When Choosing a Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer's Disease, Using Discrete Choice Experiments. *Health Services Research* 50(6): 1941-1972. DOI: 10.1111/1475-6773.12306.
- Grohmann, C (2015): Geburtsräume. Ableitung von Empfehlungen zu räumlicher Organisation, Ausstattung und Gestaltung geburtshilflicher Umwelten aus dem physiologischen Geburtsprozess, physischen und psychischen Bedürfnissen, sowie aus Wünschen und Bewertungen von Nutzern [Dissertation]. Dresden: Technische Universität Dresden, Fakultät Architektur, Institut Gebäudelehre und Entwerfen URL: <http://tud.qucosa.de/api/qucosa%3A29118/attachment/ATT-0/> (abgerufen am: 03.07.2019).
- Grotlüschen, A; Riekman, W; Buddeberg, K (2012): Hauptergebnisse der leo. – Level-One Studie. (Alphabetisierung und Grundbildung, Band 10). Münster [u. a.]: Waxmann. ISBN: 978-3-8309-2775-4. URL: <https://www.waxmann.com/?eID=texte&pdf=2775Volltext.pdf&typ=zusatztext> (abgerufen am: 27.10.2021).
- Grotlüschen, A; Buddeberg, K; Dutz, G; Heilmann, L; Stammer, C (2019): LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität. Pressebroschüre. Hamburg: Universität Hamburg. URL: <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2019/05/LEO2018-Presseheft.pdf> (abgerufen am: 16.07.2019).
- Gurtner, S; Hietschold, N; Vaquero Martín, M (2018): Do patients value a hospital's innovativeness reputation? A multi-method approach to assess the relative importance of innovativeness reputation in patients' hospital choice. *Health Services Management Research* 31(3): 138-153. DOI: 10.1177/0951484817748157.
- Gutacker, N; Siciliani, L; Moscelli, G; Gravelle, H (2016): Choice of hospital: Which type of quality matters? *Journal of Health Economics* 50: 230-246. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2016.08.001.
- Habermann-Horstmeier, L (2019): Umgang mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. *Geriatric up2date* 2: 167-181. DOI: 10.1055/a-0901-5877.
- Haselhoff, V (2010): Patientenvertrauen in Krankenhäuser. Eine qualitative Analyse zur Bedeutung, Bildung und unterschiedlichen Vertrauensebenen [Dissertation]. Wiesbaden: Gabler. ISBN: 978-3-8349-2631-9.
- Haynes, SN; Richard, DCS; Kubany, ES (1995): Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. *Psychological Assessment* 7(3): 238-247. DOI: 10.1037/1040-3590.7.3.238.
- Heidegger, T; Nuebling, M; Saal, D; Kreienbühl, G (2008): Editorial I. Patient-centred outcomes in clinical research: does it really matter? *British Journal of Anaesthesia* 100(1): 1-3. DOI: 10.1093/bja/aem351.

- Heidkamp, B; Kergel, D (2018): E-Inclusion - Diversitätssensibler Einsatz digitaler Medien: Überlegungen zu einer bildungstheoretisch fundierten Medienpädagogik. Bielefeld: wbv. ISBN: 978-3-7639-5902-0.
- Held, T; Schrepp, M; Mayalidag, R (2019): User Experience Review. Ein einfaches und flexibles Verfahren zur Beurteilung der User Experience durch Experten. In: Fischer, H; Hess, S; Hrsg.: *Mensch und Computer 2019 - Usability Professionals*. Bonn: Gesellschaft für Informatik [u. a.], 4-9. DOI: 10.18420/muc2019-up-0117.
- Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0.
- Heller, G (2009): Aktueller Stand und weitere Entwicklung des Projektes „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR). *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134: S315. DOI: 10.1055/s-0029-1242671.
- Heller, G; Borge, B; Szecsenyi, J (2014): Nutzung von Sekundärdaten in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Kapitel 35. In: Swart, E; Ihle, P; Gothe, H; Matusiewicz, D; Hrsg.: *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern, CH: Hans Huber, 460-473. ISBN: 978-3-456-85435-9.
- Hermeling, P; Geraedts, M (2013): Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? *Das Gesundheitswesen* 75(3): 155-159. DOI: 10.1055/s-0032-1321744.
- Hertzum, M; Molich, R; Jacobsen, NE (2014): What you get is what you see: revisiting the evaluator effect in usability tests. *Behaviour & Information Technology* 33(2): 144-162. DOI: 10.1080/0144929X.2013.783114.
- Hibbard, JH; Sofaer, S; Jewett, JJ (1996): Condition-Specific Performance Information: Assessing Salience, Comprehension, and Approaches for Communicating Quality. *Health Care Financing Review* 18(1): 95-109. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193618/pdf/hcfr-18-1-95.pdf> (abgerufen am: 09.01.2020).
- Hibbard, JH; Slovic, P; Peters, E; Finucane, ML (2002): Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies. *Health Services Research* 37(2): 291-313. DOI: 10.1111/1475-6773.024.
- Hibbard, JH; Peters, E (2003): Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data Presentation Approaches that Facilitate the Use of Information in Choice. *Annual Review of Public Health* 24: 413-433. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141005.
- Hibbard, JH; Peters, E; Dixon, A; Tusler, M (2007): Consumer Competencies and the Use of Comparative Quality Information: It Isn't Just about Literacy. *Medical Care Research and Review* 64(4): 379-394. DOI: 10.1177/1077558707301630.

- Hildon, Z; Allwood, D; Black, N (2012): Impact of format and content of visual display of data on comprehension, choice and preference: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 24(1): 55-64. DOI: 10.1093/intqhc/mzr072.
- Hildon, Z; Allwood, D; Black, N (2015): Patients' and clinicians' views of comparing the performance of providers of surgery: a qualitative study. *Health Expectations* 18(3): 366-378. DOI: 10.1111/hex.12037.
- Hohls, I (2014): Über die Bedeutung des World Wide Web auf die Auswahl eines Zielkrankenhauses für elektive chirurgische Eingriffe [Dissertation]. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Chirurgische Klinik und Hochschulambulanz I, Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Fakultät URL: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/1963/diss_i.hohls.pdf?sequence=1&isAllowed=y (abgerufen am: 01.07.2019).
- Hu, J; Jordan, J; Rubinfeld, I; Schreiber, M; Waterman, B; Nerenz, D (2017): Correlations Among Hospital Quality Measures: What "Hospital Compare" Data Tell Us. *American Journal of Medical Quality* 32(6): 605-610. DOI: 10.1177/1062860616684012.
- Huesch, MD; Currid-Halkett, E; Doctor, JN (2014): Public hospital quality report awareness: evidence from National and Californian Internet searches and social media mentions, 2012. *BMJ: Open* 4(3): e004417. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004417.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 17.02.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 07.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 17.02.2020).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 06.01.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse. Stand: 16.04.2020. Berlin: IQTIG. URL: <https://iqtig.org/sonderveroeffentlichung-planqi/> (abgerufen am: 25.08.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Qualitätsreport 2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020c): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 31.01.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 21.10.2021).
- Irons, ML; Gaynor, JW; Spray, TL; Feudtner, C (2018): Parents' Preferences Regarding Public Reporting of Outcomes in Congenital Heart Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery* 105(2): 606-611. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2017.05.043.
- Iversen, MG; Hansen, KS; Freil, M; Kreiner, S (2009): Do surgical patients differ in the way they prioritise aspects of hospital care? *Scandinavian Journal of Public Health* 37(3): 295-303. DOI: 10.1177/1403494809102774.
- Jacob, G; Bengel, J (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48: 280-301.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85: 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87: 88-90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Jacobs, R; Smith, P; Goddard, M (2004): Measuring performance: An examination of composite performance indicators. A report for the Department of Health [*Working paper*]. [Stand:] March 2004. (CHE Technical Paper Series 29). York, GB University of York; CHE [Centre for Health-Economics]. URL: <https://www.york.ac.uk/che/pdf/tp29.pdf> (abgerufen am: 06.01.2020).

- Jacobs, R; Goddard, M; Smith, PC (2005): How Robust Are Hospital Ranks Based on Composite Performance Measures? *Medical Care* 43(12): 1177-1184. DOI: 10.1097/01.mlr.0000185692.72905.4a.
- Jacobsen, J; Meyer, L (2017): Praxisbuch Usability und UX: Was jeder wissen sollte, der Websites und Apps entwickelt - bewährte Usability- und UX-Methoden praxisnah erklärt. Bonn: Rheinwerk. ISBN: 978-3-8362-4423-7.
- Jacobsen, J (2017): Website-Konzeption. Erfolgreiche und nutzerfreundliches Websites planen, umsetzen und betreiben. 8., aktualisierte Auflage. Heidelberg: dpunkt. ISBN: 978-3-86490-427-1
- Jansen, BJ (2009): Understanding User–Web Interactions via Web Analytics. (Synthesis Lectures on Information Concepts, Retrieval, and Services, 6). San Rafael, US-CA: Morgan & Claypool. ISBN: 978-1-59829-851-2
- Jarvis, CB; MacKenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.
- Jung, K; Feldman, R; Scanlon, D (2011): Where would you go for your next hospitalization? *Journal of Health Economics* 30(4): 832-841. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.05.006.
- Kause, A; Prinz, R; Gaissmaier, W; Wegwarth, O (2014): Die Risikokompetenz von Ärzten und Patienten Kapitel 29. In: Hurrelmann, K; Baumann, E: *Handbuch Gesundheitskommunikation* Bern, CH: Huber, 424-439. ISBN: 978-3-456-85432-8.
- Keating, NL; Kouri, EM; He, Y; Freedman, RA; Volya, R; Zaslavsky, AM (2016): Location Isn't Everything: Proximity, Hospital Characteristics, Choice of Hospital, and Disparities for Breast Cancer Surgery Patients. *Health Services Research* 51(4): 1561-1583. DOI: 10.1111/1475-6773.12443.
- Kelle, U; Erzberger, C (2004): Qualitative and Quantitative Methods: Not in Opposition. Part 4, Kapitel 4.5. In: Flick, U; Kardorff, Ev; Steinke, I; Hrsg.: *A Companion to Qualitative Research*. London, GB: Sage, 172-177. ISBN: 0-7619-7374-5.
- Keswani, A; Uhler, LM; Bozic, KJ (2016): What Quality Metrics Is My Hospital Being Evaluated on and What Are the Consequences? *The Journal of Arthroplasty* 31(6): 1139-1143. DOI: 10.1016/j.arth.2016.01.075.
- Ketelaar, NA; Faber, MJ; Westert, GP; Elwyn, G; Braspenning, JC (2014a): Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice. *Quality in Primary Care* 22(2): 81-89. URL: <http://primarycare.imedpub.com/exploring-consumer-values-of-comparative-performance-information-for-hospital-choice.pdf> (abgerufen am: 28.02.2019).
- Ketelaar, NA; Faber, MJ; Braspenning, JC; Westert, GP (2014b): Patients' expectations of variation in quality of care relates to their search for comparative performance information. *BMC: Health Services Research* 14:617. DOI: 10.1186/s12913-014-0617-y.

- Kinnebrock, S; Wagner, A (2018): Geschlecht und Gesundheitskommunikation in den Medien und der Medizin. Teil IV. In: Gassner, UM; von Hayek, J; Manzei, A; Steger, F: *Geschlecht und Gesundheitskommunikation*. 1. Auflage. (Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven. Bd. 1). Baden-Baden: Nomos, 287-310. DOI: 10.5771/9783845293875-285.
- Köhler, A; Gründer, M (2017): Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus. Website, SEO, Social Media, Werberecht. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. (Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management). Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-48582-8.
- Kontos, E; Blake, KD; Chou, WY; Prestin, A (2014): Predictors of eHealth Usage: Insights on The Digital Divide From the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of Medical Internet Research* 16(7): e172. DOI: 10.2196/jmir.3117.
- Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Stand: Januar 2017. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 02.08.2021).
- Koppe, K; Bethge, S; Mühlbacher, AC (2012): Präferenzmessung im Krankenhaus – wissen, was den Patienten wirklich wichtig ist. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 17(3): 138-143. DOI: 10.1055/S-0031-1299401.
- Kraska, RA; de Cruppé, W; Geraedts, M (2017): Probleme bei der Verwendung von Qualitätsberichtsdaten für die Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen* 79(7): 542-547. DOI: 10.1055/s-0035-1555953.
- Kriwy, P; Aumüller, H (2007): Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaus-suche. *Das Gesundheitswesen* 69(8-9): 464-469. DOI: 10.1055/s-2007-985865.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5. Edition. Thousand Oaks, US-CA [u.a.]: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-7799-2922-2.
- Kurtzman, ET; Greene, J (2016): Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 99(1): 36-43. DOI: 10.1016/j.pec.2015.07.030.
- Kurup, V; Considine, A; Hersey, D; Dai, F; Senior, A; Silverman, DG; et al. (2013): Role of the Internet as an information resource for surgical patients: a survey of 877 patients. *British Journal of Anaesthesia* 110(1): 54-58. DOI: 10.1093/bja/aes326.
- Kurz-Milcke, E; Gigerenzer, G; Martignon, L (2008): Transparency in Risk Communication. Graphical and Analog Tools. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1128(1): 18-28. DOI: 10.1196/annals.1399.004.

- Lako, CJ; Rosenau, P (2009): Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice. *Health Care Analysis* 17: 20-35. DOI: 10.1007/s10728-008-0093-9.
- Lamnek, S; Krell, C (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lang, B (2008): Unsicherheit in der Patienteninformation – Verunsicherung oder Chance? *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102(1): 19-23. DOI: 10.1016/j.zgesun.2007.12.016.
- Langer, I; Schulz von Thun, F; Tausch, R (2015): Sich verständlich ausdrücken. München: Ernst Reinhardt. ISBN: 978-3-497-02532-9.
- Laverty, AA; Dixon, A; Millett, C (2015): Do patients' information requirements for choice in health care vary with their socio-demographic characteristics? *Health Expectations* 18(5): 1127-1138. DOI: 10.1111/hex.12086.
- Leister, J; Stausberg, J (2007): Why Do Patients Select a Hospital? A Conjoint Analysis in Two German Hospitals. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations* 17(2): 13-31. DOI: 10.1300/J375v17n02_03.
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. (GESIS Survey Guidelines). Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- Lightner, AL (2016): Public reporting of outcomes: Implications of hospital and physician comparison sites. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 27(2): 99-101. DOI: 10.1053/j.scrs.2016.01.008.
- Linder-Pelz, S (1982): Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of Five Hypothesis. *Social Science & Medicine* 16(5): 583-589. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90312-4.
- Lühnen, J; Albrecht, M; Mühlhauser, I; Steckelberg, A (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Evidenzbasierte Leitlinie. Version 1.0. Erstellungsdatum: 20.02.2017. Hamburg EbM Netzwerk [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin] [u. a.]. URL: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/leitlinie-evidenzbasierte-gesundheitsinformation-fin.pdf> (abgerufen am: 22.05.2020).
- Lutz, B (2015): Das "Hamburger-Modell". Kapitel 5.4. In: Lutz, B: *Verständlichkeitsforschung transdisziplinär. Plädoyer für eine anwenderfreundliche Wissensgesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 83-101. ISBN: 978-3-8471-0453-7.
- Lux, MP; Fasching, PA; Schrauder, M; Löhberg, C; Thiel, F; Bani, MR; et al. (2011): The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 1(3): 559-568. DOI: 10.1007/s00404-010-1398-0.

- Maalej, W; Happel, H-J; Rashid, A (2009): When Users Become Collaborators: Towards Continuous and Context-Aware User Input. In: *OOPSLA '09: Proceedings of the 24th ACM SIGPLAN conference companion on Object oriented programming systems languages and applications*. 25.-29. October 2009 in Orlando Florida USA. New York, US-NY: Association for Computing Machinery, 981–990. ISBN: 10.1145/1639950.1640068.
- Maehler, DB; Massing, N; Helmschrott, S; Rammstedt, B; Staudinger, UM; Wolf, C (2013): Grundlegende Kompetenzen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Kapitel 4. In: Rammstedt, B; Hrsg.: *Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen Vergleich. Ergebnisse von PIAAC 2012*. Münster: Waxmann, 77-126. ISBN: 978-3-8309-2999-4. URL: [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/36068/ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/36068/ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf) (abgerufen am: 27.10.2021).
- Mainz, J (2003): Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6): 523-530. DOI: 10.1093/intqhc/mzg081.
- Manganello, JA; Clayman, ML (2011): The Association of Understanding of Medical Statistics with Health Information Seeking and Health Provider Interaction in a National Sample of Young Adults. *Journal of Health Communication* 16(Suppl. 3): 163-176. DOI: 10.1080/10810730.2011.604704.
- Mansky, T (2013): Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken, J; Braun, B; Repschläger, U; Hrsg.: *Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung mit der BARMER/GEK*. Gütersloh: Bertelsmann, 136-159. ISBN: 978-3-86793-436-7. URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201207_Beitrag.pdf (abgerufen am: 17.04.2019).
- Marang-van de Mheen, PJ; Dijs-Elsinga, J; Otten, W; Versluijs, M; Smeets, HJ; van der Made, WJ; et al. (2010): The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Quality and Safety in Health Care* 19: e16. DOI: 10.1136/qshc.2008.031690.
- Marang-van de Mheen, PJ; Dijs-Elsinga, J; Otten, W; Versluijs, M; Smeets, HJ; Vree, R; et al. (2011): The Relative Importance of Quality of Care Information When Choosing a Hospital for Surgical Treatment: A Hospital Choice Experiment. *Medical Decision Making* 31(6): 816-827. DOI: 10.1177/0272989X11386799.
- Marsh, K; Ijzerman, M; Thokala, P; Baltussen, R; Boysen, M; Kaló, Z; et al. (2016): Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making – Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in Health* 19(2): 125-137. DOI: 10.1016/j.jval.2015.12.016.

- Marshall, DA; Deal, K; Conner-Spady, B; Bohm, E; Hawker, G; Loucks, L; et al. (2018): How do patients trade-off surgeon choice and waiting times for total joint replacement: a discrete choice experiment. *Osteoarthritis and Cartilage* 26(4): 522-530. DOI: 10.1016/j.joca.2018.01.008.
- Marshall, M; McLoughlin, V (2010): How do patients use information on health providers? *BMJ* 341: c5272. DOI: 10.1136/bmj.c5272.
- Marstedt, G (2018): Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. [Stand:] Januar 2018. Gütersloh: Bertelsmann. DOI: 10.11586/2017052.
- Maurer, M; Firminger, K; Dardess, P; Ikeler, K; Sofaer, S; Carman, KL (2016): Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research* 51(Suppl. 2): 1188-1211. DOI: 10.1111/1475-6773.12472.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- Mazor, KM; Dodd, KS; Kunches, L (2009): Communicating Hospital Infection Data to the Public: A Study of Consumer Responses and Preferences. *American Journal of Medical Quality* 1(2): 108-115. DOI: 10.1177/1062860608330827.
- Mazor, KM; Dodd, KS (2009): A Qualitative Study of Consumers' Views on Public Reporting of Health Care-Associated Infections. *American Journal of Medical Quality* 1(5): 412-418. DOI: 10.1177/1062860609335971.
- Mazziotta, M; Pareto, A (2016): On a Generalized Non-compensatory Composite Index for Measuring Socio-economic Phenomena. *Social Indicators Research* 127(3): 983-1003. DOI: 10.1007/s11205-015-0998-2.
- McDowell, M; Gigerenzer, G; Wegwarth, O; Rebitschek, FG (2018): Effect of Tabular and Icon Fact Box Formats on Comprehension of Benefits and Harms of Prostate Cancer Screening: A Randomized Trial. *MDM – Medical Decision Making* 39(1): 41-56. DOI: 10.1177/0272989X18818166.
- McLennan, S; Strech, D; Meyer, A; Kahrass, H (2017): Public Awareness and Use of German Physician Ratings Websites: Cross-Sectional Survey of Four North German Cities. *Journal of Medical Internet Research* 19(11): e387. DOI: 10.2196/jmir.7581.
- Meder, B; Mayrhofer, R; Ruggeri, A (2021): Developmental Trajectories in the Understanding of Everyday Uncertainty Terms. *Topics in Cognitive Science*, Epub 22.07.2021. DOI: 10.1111/tops.12564.
- Melling, N; Drabik, A; El Gammal, A; Antonakis, F; Darmann, I; Izbicki, JR; et al. (2015): Zertifizierungen in der onkologischen Chirurgie. Bedeutung für die Wahl der Behandlungsstätte. *Der Chirurg* 86(7): 687-695. DOI: 10.1007/s00104-014-2876-x.

- Merle, V; Germain, JM; Tavolacci, MP; Brocard, C; Chefson, C; Cyvoct, C; et al. (2009): Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: pilot survey. *The Journal of Hospital Infection* 71: 263-268. DOI: 10.1016/j.jhin.2008.11.025.
- Merse, S (2020): Übersetzungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Kapitel 6. In: Gillissen, A; Golsabahi-Broclawski, S; Biakowski, A; Broclawski, A; Hrsg.: *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Berlin [u. a.]: Springer, 61-71. ISBN: 978-3-662-59012-6.
- Messer, M; Reilley, JT (2015): Qualitätsberichte als Vermittlungsinstanz im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern: Patienten als rationale Akteure. *Berliner Journal für Soziologie* 25(1-2): 61-81. DOI: 10.1007/s11609-015-0279-6.
- Moosbrugger, H; Kelava, A (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2. Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Moscelli, G; Siciliani, L; Gutacker, N; Gravelle, H (2016): Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002-2013. *Regional Science & Urban Economics* 60: 112-124. DOI: 10.1016/j.regsciurbeco.2016.07.001.
- Moser, A; Korstjens, I; van der Weijden, T; Tange, H (2010a): Patient's decision making in selecting a hospital for elective orthopaedic surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(6): 1262-1268. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01311.x.
- Moser, A; Korstjens, I; van der Weijden, T; Tange, H (2010b): Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information. *Patient Education and Counseling* 78(3): 365-371. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.027.
- Mühlbacher, AC; Bethge, S; Eble, S (2015): Eigenschaften von integrierten Versorgungsprogrammen und deren Einfluss auf den Patientennutzen: Ein Discrete-Choice Experiment für Versorgungsnetzwerke. *Das Gesundheitswesen* 77(5): 340-350. DOI: 10.1055/s-0034-1372615.
- Mustajoki, J; Härmäläinen, RP; Salo, A (2005): Decision Support by Interval SMART/SWING – Incorporating Imprecision in the SMART and SWING Methods. *Decision Sciences* 36(2): 317-339. DOI: 10.1111/j.1540-5414.2005.00075.x.
- Nardo, M; Saisana, M; Saletti, A; Tarantola, S (2005): Tools for Composite Indicators Building. Ispra, IT: European Commission, JRC [Joint Research Centre]. EUR 21682 EN. URL: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC31473/EUR%2021682%20EN.pdf> (abgerufen am: 08.01.2020).
- Neugebauer, JK ([2010]): Der Qualitätsbericht – Eine Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von Prostatakarzinompatienten? [Dissertation]. München: Technische Universität München, Fakultät für Medizin. URL: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/805543/805543.pdf> (abgerufen am: 18.04.2019).
- Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-01686-9.

- Nimptsch, U; Mansky, T (2020): G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2018. (Working papers in health services research, 3). Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-10644.
- Nolan, T; Berwick, DM (2006): All-or-None Measurement Raises the Bar on Performance. *JAMA* 295(10): 1168-1170. DOI: 10.1001/jama.295.10.1168.
- Nostedt, MC; McKay, AM; Hochman, DJ; Wirtzfeld, DA; Yaffe, CS; Yip, B; et al. (2014): The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: patterns of treatment and patient perspectives. *Canadian Journal of Surgery* 57(6): 398-404. DOI: 10.1503/cjs.002514.
- NQF [National Quality Forum] (2013): Composite Performance Measure Evaluation Guidance. [Stand:] 08.04.2013. Washington, US-DC: NQF. ISBN: 978-1-933875-52-1. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=73046> (abgerufen am: 30.07.2020).
- NQF [National Quality Forum] (2017): Measure Evaluation Criteria and Guidance for Evaluating Measures for Endorsement. Effective August 2017. Washington, US-DC: NQF. URL: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards.aspx [Archived Reference Material > 2017 Measure Evaluation Criteria and Guidance > Download] (abgerufen am: 09.01.2020).
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development]; JRC [Joint Research Centre] European Commission (2008): Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and User Guide. Paris, FR: OECD. ISBN: 978-92-64-04345-9. URL: <https://www.oecd.org/sdd/42495745.pdf> (abgerufen am: 06.01.2020).
- OECD [Organisation for Economic Co-Operation and Development] (2013): OECD Skills Outlook 2013. First Results from the Survey of Adult Skills. Revised version, November 2013. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/9789264204256-en.
- OECD [Organisation for Economic Co-Operation and Development] (2017): Bildung auf einen Blick 2017. OECD-Indikatoren. Bielefeld: Bertelsmann. DOI: 10.1787/eag-2017-de.
- Ohnemus, KR (1997): Web Style Guides: Who, What, Where. In: *SIGDOC '97: Proceedings of the 15th annual international conference on Computer documentation. Crossroads in Communication. Octobre 19-22, 1997 in Salt Lake City, Utah*. New York, US-NY: Association for Computing Machinery, 189–197. ISBN: 978-0-89791-861-9.
- Okan, Y; Garcia-Retamero, R; Galesic, M; Cokely, ET (2012): When Higher Bars Are Not Larger Quantities: On Individual Differences in the Use of Spatial Information in Graph Comprehension. *Spatial Cognition & Computation* 12(2-3): 195-218. DOI: 10.1080/13875868.2012.659302.
- Ossebaard, HC; Seydel, ER; van Gemert-Pijnen, L (2012): Online usability and patients with long-term conditions: a mixed-methods approach. *International Journal of Medical Informatics* 81(6): 374-387. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2011.12.010.

- Paddock, SM; Adams, JL; de la Guardia, FH (2015): Better-than-average and worse-than-average hospitals may not significantly differ from average hospitals: an analysis of Medicare Hospital Compare ratings. *BMJ: Quality & Safety* 24(2): 128-134. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003405.
- Picker Institut Deutschland (2006): Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen [*Ergebnisbericht*]. [Stand:] Oktober 2006. Gütersloh: Bertelsmann. URL: https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisse-liste/de/.content/pdf/service/xcms_bst_dms_20032_20033_2.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- Poll, S (2008): Bedeutung von Krankenhausdatenbanken im Internet aus Nutzersicht. *Eine informationsökonomische Analyse [Dissertation]*. (Schriftenreihe Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie, Band 4). Hamburg: Kovač ISBN: 978-3-8300-3697-5.
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prang, K-H; Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Miller, JA; Kelaher, M (2018a): Public performance reporting and hospital choice: a cross-sectional study of patients undergoing cancer surgery in the Australian private healthcare sector. *BMJ: Open* 8(4): e020644. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020644.
- Prang, K-H; Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Kelaher, M (2018b): The use of public performance reporting by general practitioners: a study of perceptions and referral behaviours. *BMC Family Practice* 19: 29. DOI: 10.1186/s12875-018-0719-4.
- Prinz, R; Feufel, MA; Gigerenzer, G; Wegwarth, O (2015): What Counselors Tell Low-Risk Clients About HIV Test Performance. *Current HIV Research* 13(5): 369-380. DOI: 10.2174/1570162x13666150511125200.
- Profit, J; Typpo, KV; Hysong, SJ; Woodard, LD; Kallen, MA; Petersen, LA (2010): Improving benchmarking by using an explicit framework for the development of composite indicators: an example using pediatric quality of care. *Implementation Science* 5:13. DOI: 10.1186/1748-5908-5-13.
- Pross, C; Averdunk, L-H; Stjepanovic, J; Busse, R; Geissler, A (2017): Health care public reporting utilization – user clusters, web trails, and usage barriers on Germany’s public reporting portal *Weisse-Liste.de*. *BMC: Medical Informatics and Decision Making* 17:48. DOI: 10.1186/s12911-017-0440-6.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2005): Kognitive Interviews. (GESIS-How-to, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470> (abgerufen am: 11.10.2021).

- Raab, AE; Konrad, S (2014): Welche Kriterien sind entscheidend für die Einweisungsentscheidung von niedergelassenen Ärzten? Eine empirische Untersuchung von arzt- und patientenbezogenen Variablen und deren Einfluss auf das Einweisungsverhalten [*Working Paper*]. [Stand:] April 2014. (Arbeitsberichte – Working Papers, Heft Nr. 29). Ingolstadt: THI [Technische Hochschule Ingolstadt]. URL: https://www.thi.de/fileadmin/daten/Working_Papers/thi_workingpaper_29_raab.pdf (abgerufen am: 01.07.2019).
- Rademakers, J; Nijman, J; Brabers, AEM; de Jong, JD; Hendriks, M (2014): The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy* 114(2-3): 200-206. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.07.020.
- Rammstedt, B (2013): PIAAC 2012: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick. Kapitel 1. In: Rammstedt, B; Hrsg.: *Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen Vergleich. Ergebnisse von PIAAC 2012*. Münster: Waxmann, 11-20. ISBN: 978-3-8309-2999-4. URL: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/36068/ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf (abgerufen am: 27.10.2021).
- Raven, MC; Gillespie, CC; DiBennardo, R; Van Busum, K; Elbel, B (2012): Vulnerable Patients' Perceptions of Health Care Quality and Quality Data. *Medical Decision Making* 32(2): 311-326. DOI: 10.1177/0272989X11421414.
- Reyna, VF; Brainerd, CJ (2008): Numeracy, ratio bias, and denominator neglect in judgments of risk and probability. *Learning and Individual Differences* 18: 89-107. DOI: 10.1016/j.lindif.2007.03.011.
- Riabacke, M; Danielson, M; Ekenberg, L (2012): State-of-the-Art Prescriptive Criteria Weight Elicitation. *Advances in Decision Sciences* 2012. Article ID 276584. DOI: 10.1155/2012/276584.
- Ringard, A (2012): Equitable access to elective hospital services: the introduction of patient choice in a decentralised healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(1): 10-17. DOI: 10.1177/1403494811418277.
- RKI [Robert-Koch-Institut]; Destatis [Statistisches Bundesamt] (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. [Stand:] November 2015. Berlin: RKI. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003.
- RKI [Robert Koch-Institut]; GEKID [Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland] (2019): Krebs in Deutschland für 2015/2016. 12. Ausgabe, korrigierte Fassung vom 17.08.2019. [Stand:] 17.08.2020. Berlin: RKI. DOI: 10.25646/5977.2.
- Robertson, R; Burge, P (2011): The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *Journal of Health Services Research & Policy* 16(Suppl 1): 22-28. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.010084.

- Rothberg, MB; Benjamin, EM; Lindenauer, PK (2009): Public Reporting of Hospital Quality: Recommendations to Benefit Patients and Hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 1(9): 541-545.
- Röttger, J; Spranger, A; Eckhardt, H; Achstetter, K; Busse, R (2018): Ergebnisbericht der Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit („Health System Performance Assessment“) des deutschen Gesundheitssystems. [Stand:] November 2018 (1. revidierte Fassung: Februar 2019). Berlin: Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen & Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/HSPA-Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 25.05.2020).
- Russo, PL; Digby, R; Bucknall, T (2019): Consumer knowledge and attitudes toward public reporting of health care – associated infection data. *American Journal of Infection Control* 47(6): 656-660. DOI: 10.1016/j.ajic.2018.11.018.
- Ryte Wiki (2020): Crawler. München: Ryte. URL: <https://de.ryte.com/wiki/Crawler> (abgerufen am: 24.08.2020).
- Sagar, AD; Najam, A (1998): The human development index: a critical review. *Ecological Economics* 25(3): 249-264. DOI: 10.1016/S0921-8009(97)00168-7.
- Saley, I; Molinari, N; Ribatet, M (2018): Comparing the spatial attractiveness of hospitals using zero-inflated spatial models. *Health Services and Outcomes Research Methodology* 18(2): 128-141. DOI: 10.1007/s10742-018-0181-8.
- Sander, U; Kolb, B; Christoph, C; Emmert, M (2016): Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen. *Das Gesundheitswesen* 78(12): 828-834. DOI: 10.1055/s-0034-1396848.
- Sander, U; Kolb, B; Taheri, F; Patzelt, C; Emmert, M (2017): Verstehen Laien Informationen über die Krankenhausqualität? Eine empirische Überprüfung am Beispiel der risikoadjustierten Mortalität. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 127-128: 21-29. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.09.010.
- Scanlon, DP; Shi, Y; Bhandari, N; Christianson, JB (2015): Are Healthcare Quality “Report Cards“ Reaching Consumers? Awareness in the Chronically Ill Population. *American Journal of Managed Care* 21(3): 236-244.
- Schaeffer, D; Hrsg. (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann. URL: https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisse-liste/de/.content/pdf/service/xcms_bst_dms_20028_20029_2.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- Schaeffer, D; Vogt, D; Berens, E-M; Hurrelmann, K (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. [Stand:] Dezember 2016. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: 10.2391/0070-pub-29081112.

- Schang, L; Hynninen, Y; Morton, A; Salo, A (2016): Developing robust composite measures of healthcare quality – Ranking intervals and dominance relations for Scottish Health Boards. *Social Science & Medicine* 162: 59-67. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.06.026.
- Schirr, GR (2013): User Research for Product Innovation: Qualitative Methods. Chapter 14. In: Kahn, KB; Kay, SE; Slotegraaf, RJ; Uban, S; Hrsg.: *The PDMA Handbook of New Product Development*. Hoboken, US-NJ: Wiley, 231-243. ISBN: 978-0-47064-820-9.
- Schmitt, J; Langan, S; Williams, HC (2007): What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 120(6): 1389-1398. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.08.011.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2013): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg. ISBN: 978-3-486-72899-6.
- Schuldt, J; Doktor, A; Lichters, M; Vogt, B; Robra, B-P (2017): Insurees' preferences in hospital choice – A population-based study. *Health Policy* 121(10): 1040-1046. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.08.004.
- Schwappach, DL; Strasmann, TJ (2006): Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings. *Der Chirurg* 77(2): 166-172. DOI: 10.1007/s00104-005-1102-2.
- Schwappach, DL; Strasmann, TJ (2007): Does location matter? A study of the public's preferences for surgical care provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1(2): 259-264. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2006.00688.x.
- Schwartz, DM (2007): Eignung von Qualitätsindikatoren und grafischen Qualitätsvergleichen für eine informierte Krankenhauswahl [Dissertation]. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät. URL: <https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-7888/DissEignung.pdf> (abgerufen am: 18.04.2019).
- Seidel, M (2009): Behinderte Menschen überfordern das Krankenhaus. *Neue Caritas* 13. URL: <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2009/artikel2009/behinderte-menschen-ueberfordern-das-kra> (abgerufen am: 24.09.2021).
- Seifert, M (2015): Wer die Qual hat, hat die Wahl: Eine empirische Studie zum Informations- und Kommunikationsverhalten bei der Krankenhauswahl. Kapitel IV. In: Schäfer, MMA; Quiring, O; Rossmann, C; Hastall, MR; Baumann, E: *Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel*. Baden-Baden: Nomos, 139-152. ISBN: 978-3-8452-6467-7.
- Shah, J; Dickinson, CL (2010): Establishing which factors patients value when selecting urology outpatient care. *British Journal of Medical and Surgical Urology* 3(1): 25-29. DOI: 10.1016/j.bjmsu.2009.10.003.
- Shwartz, M; Cohen, AB; Restuccia, JD; Ren, ZJ; Labonte, A; Theokary, C; et al. (2011): How Well Can We Identify the High-Performing Hospital? *Medical Care Research and Review* 68(3): 290-310. DOI: 10.1177/1077558710386115.

- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- Simon, A (2010): Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen. Wiesbaden: Gabler. ISBN: 9-783-83492-074-4.
- Simon, A (2011): Patienteninvolvement und Informationspräferenzen zur Krankenhausqualität: Ergebnisse einer empirischen Analyse. *Der Unfallchirurg* 114(1): 73-78. DOI: 10.1007/s00113-010-1882-9.
- Sinaiko, AD; Eastman, D; Rosenthal, MB (2012): How Report Cards On Physicians, Physician Groups, And Hospitals Can Have Greater Impact On Consumer Choices. *Health Affairs* 31(3): 602-611. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1197.
- Slovic, P (1995): The Construction of Preference. *American Psychologist* 50(5): 364-371. DOI: 10.1037/0003-066X.50.5.364.
- Smith, H; Currie, C; Chaiwuttisak, P; Kyprianou, A (2018): Patient choice modelling: how do patients choose their hospitals? *Health Care Management Science* 21(2): 259-268. DOI: 10.1007/s10729-017-9399-1.
- Smith, SG; Pandit, A; Rush, SR; Wolf, MS; Simon, C (2015): The association between patient activation and accessing online health information: results from a national survey of US adults. *Health Expectations* 18(6): 3262-3273. DOI: 10.1111/hex.12316.
- Spiegelhalter, D; Pearson, M; Short, I (2011): Visualizing Uncertainty About the Future. *Science* 333(6048): 1393-1400. DOI: 10.1126/science.1191181.
- Spiegelhalter, D; Sherlaw-Johnson, C; Bardsley, M; Blunt, I; Wood, C; Grigg, O (2012): Statistical methods for healthcare regulation: rating, screening and surveillance. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 175(1): 1-47. DOI: 10.1111/j.1467-985X.2011.01010.x.
- Spindler, J (2016): Gesundheitliche Trends bei Kindern und Jugendlichen: Behandlung im Krankenhaus. Teil I, Kapitel 2. In: Klauber, J; Günster, C; Gerste, B; Robra, B-P; Schmacke, N: *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche*. Stuttgart: Schattauer, 43-70. ISBN: 978-3-7945-3144-8. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Versorgungsreport/2015-2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_vsr2015-2016_gesamt.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
- Spindler, J (2019): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz. Kapitel 19. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus*. Berlin: Springer, 297-326. DOI: 10.1007/978-3-662-58225-1.

- Steinhauser, C (2015): Patientengewinnung im Krankenhaus. Determinanten der Krankenhauswahl und ihre Beeinflussung. Eine theoretische und empirische Analyse. (Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie, Band 40). Hamburg: Kovač. ISBN: 978-3-8300-8293-4.
- Streif, R; Maciejek, S; Kleinfeld, A; Blumenstock, G; Reiland, M; Selbmann, HK (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 12(2): 113-120. DOI: 10.1055/s-2007-962996.
- Taheri, M; Takian, A; Taghizadeh, Z; Jafari, N; Sarafraz, N (2018): Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health* 15:73. DOI: 10.1186/s12978-018-0511-x.
- Tayyari Dehbaraz, N; Gyrd-Hansen, D; Ulbjerg, N; Sjøgaard, R (2018a): Does free choice of hospital conflict with equity of access to highly specialized hospitals? A case study from the Danish health care system. *Health Policy* 122(7): 722-727. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.04.006.
- Tayyari Dehbaraz, N; Lou, S; Ulbjerg, N; Møller, A; Gyrd-Hansen, D; Sjøgaard, R (2018b): Pregnant women's choice of birthing hospital: A qualitative study on individuals' preferences. *Women and Birth* 31(6): e389-e394. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.11.006.
- Tayyari Dehbaraz, N; Mørkbak, MR; Gyrd-Hansen, D; Ulbjerg, N; Sjøgaard, R (2018c): Women's Preferences for Birthing Hospital in Denmark: A Discrete Choice Experiment. *The Patient* 11(6): 613-624. DOI: 10.1007/s40271-018-0313-9.
- Thielscher, C; Antoni, B; Driedger, J; Jacobi, S; Krol, B (2014): Geringe Korrelation von Krankenhausführern kann zu verwirrenden Ergebnissen führen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 19(2): 65-69. DOI: 10.1055/s-0033-1335362.
- Tversky, A; Sattath, S; Slovic, P (1988): Contingent Weighting in Judgment and Choice. *Psychological Review* 95(3): 371-384. DOI: 10.1037/0033-295X.95.3.371.
- Universität Witten/Herdecke ([kein Datum]): Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker. Abschlussbericht. Witten: Universität Witten/Herdecke. Förderkennzeichen: 01GX1047. URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/ab_khwv_geraedts_de_cruppe_v2_2015-2-10.pdf (abgerufen am: 13.08.2019).
- Van Velsen, LEX; Van Der Geest, T; Klaassen, ROB; Steehouder, M (2008): User-centered evaluation of adaptive and adaptable systems: a literature review. *The Knowledge Engineering Review* 23(3): 261-281. DOI: 10.1017/S0269888908001379.
- Varkevisser, M; van der Geest, SA; Schut, FT (2010): Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities. *International Journal of Health Economics and Management* 1(1): 43-60. DOI: 10.1007/sl0754-009-9070-.
- Varkevisser, M; van der Geest, SA; Schut, FT (2012): Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics* 31(2): 371-378. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2012.02.001.

- Varughese, Z (2016): Patients' Choice of Destination Hospitals: What Drives Patient Choice – Cure, Cost, or Comfort? Stillwater, US-OK: Oklahoma State University, Humanities and Social Sciences. ProQuest Number: 10140686.
- Verbraucherzentrale NRW (2014): Qualitätsberichte der Krankenhäuser – Nutzen und Mängel für die Krankenhaussuche von Patienten. [Stand:] Juli 2014. Düsseldorf: Verbraucherzentrale NRW. URL: https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media229421A.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- Victoor, A; Delnoij, DMJ; Friele, RD; Rademakers, JJDJM (2012): Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC: Health Services Research* 12:272. DOI: 10.1186/1472-6963-12-272.
- Victoor, A; Noordman, J; Sonderkamp, JA; Delnoij, DMJ; Friele, RD; van Dulmen, S; et al. (2013): Are patients' preferences regarding the place of treatment heard and addressed at the point of referral: an exploratory study based on observations of GP-patient consultations. *BMC: Family Practice* 14:189. DOI: 10.1186/1471-2296-14-189.
- Victoor, A; Rademakers, J; Reitsma-van Rooijen, M; de Jong, J; Delnoij, D; Friele, R (2014): The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *Journal of Health Services Research & Policy* 19(1): 4-11. DOI: 10.1177/1355819613498380.
- Victoor, A; Delnoij, D; Friele, R; Rademakers, J (2016): Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations* 19(3): 667-678. DOI: 10.1111/hex.12224.
- von Elm, E; Schreiber, G; Haupt, CC (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 143: 1-7. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.05.004.
- Vonberg, RP; Sander, C; Gastmeier, P (2008): Consumer Attitudes About Health Care-Acquired Infections: A German Survey on Factors Considered Important in the Choice of a Hospital. *American Journal of Medical Quality* 23(1): 56-59. DOI: 10.1177/1062860607310915.
- Ward, PR; Rokkas, P; Cenko, C; Pulvirenti, M; Dean, N; Carney, S; et al. (2015): A qualitative study of patient (dis)trust in public and private hospitals: the importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC: Health Services Research* 15:297. DOI: 10.1186/s12913-015-0967-0.
- Wascher, JM; Hebert, LE; Freedman, LR; Stulberg, DB (2018): Do women know whether their hospital is Catholic? Results from a national survey. *Contraception* 98(6): 498-503. DOI: 10.1016/j.contraception.2018.05.017.
- Weisse Liste; AOK [Allgemeine Ortskrankenkasse]; BARMER; KKH [Kaufmännische Krankenkasse] (2018): Methodendokument. Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ). Stand: September 2018. Berlin [u. a.]: Weisse Liste [u. a.]. URL: https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisseliste/de/.content/pdf/service/Methodendokument_PEQ-Normal_PEQ-Geburt.pdf (abgerufen am: 08.11.2021).

- WHO [World Health Organization] (2015): The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Genf, CH: WHO. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf (abgerufen am: 07.10.2021).
- WHO [World Health Organization] (2018): WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Guideline]. Genf, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-155021-5. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf> (abgerufen am: 05.08.2021).
- Wiedenbeck, S (1999): The use of icons and labels in an end user application program: an empirical study of learning and retention. *Behaviour & Information Technology* 18(2): 68-82. DOI: 10.1080/014492999119129.
- Wiedenhöfer, D; Keppler, S (2017): Entscheidungsfaktoren und Informationsquellen für die Krankenhauswahl bei Geburten in der Schweiz. *Das Gesundheitswesen* 79(6): 468-471. DOI: 10.1055/s-0035-1565053.
- Williams, B (1994): Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science & Medicine* 38(4): 509-516. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90247-X.
- Wollersheim, H; Hermens, R; Hulscher, M; Braspenning, J; Ouwens, M; Schouten, J; et al. (2007): Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine* 65(1): 15-22. URL: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488> (abgerufen am: 30.01.2017).
- Woloshin, S; Schwartz, LM; Katz, SJ; Welch, HG (1997): Is Language a Barrier to the Use of Preventive Services? *Journal of General Internal Medicine* 12(8): 472-477. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1997.00085.x.
- Yahanda, AT; Lafaro, KJ; Spolverato, G; Pawlik, TM (2016): A Systematic Review of the Factors that Patients Use to Choose their Surgeon. *World Journal of Surgery* 40(1): 45-55. DOI: 10.1007/s00268-015-3246-7.
- Yang, A; Chimonas, S; Bach, PB; Taylor, DJ; Lipitz-Snyderman, A (2018): Critical Choices: What Information Do Patients Want When Selecting a Hospital for Cancer Surgery? *Journal of Oncology Practice* 14(8): e494-e512. DOI: 10.1200/JOP.17.00031.
- YNHHSC/CORE [Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation] (2017): Overall Hospital Quality Star Ratings on *Hospital Compare*. Methodology Report. v3.0. [Stand:] December 2017. Baltimore, US-MD: HSS [United States Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services], Quality-Net. URL: <https://www.qualitynet.org/inpatient/public-reporting/overall-ratings/resources> [Methodology Resources > Comprehensive Methodology Report (v3.0) > Download] (abgerufen am: 14.01.2020).
- Zabal, A; Martin, S; Klaukien, A; Rammstedt, B; Baumert, J; Klieme, E (2013): Grundlegende Kompetenzen der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland im internationalen Vergleich. Kapitel 3. In: Rammstedt, B; Hrsg.: *Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen Vergleich. Ergebnisse von PIAAC 2012*. Münster: Waxmann, 31-76. ISBN: 978-3-8309-

2999-4. URL: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/36068/ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2013-rammstedt-Grundlegende_Kompetenzen_Erwachsener_im_internationalen.pdf (abgerufen am: 27.10.2021).

Zumstein, D; Meier, A; Myrach, T (2012): Web Analytics – Empirische Untersuchung über den Einsatz, Nutzen und die Probleme der Webanalyse. In: Mattfeld, DC; Robra-Bissantz, S: *Multikonferenz Wirtschaftsinformatik 2012. Tagungsband der MKWI 2012*. Braunschweig [u. a.]: Institut für Wirtschaftsinformatik. DOI: 10.24355/dbbs.084-201301140927-0.

Zwijnenberg, NC; Damman, OC; Spreeuwenberg, P; Hendriks, M; Rademakers, JJDJM (2011): Different patient subgroup, different ranking? Which quality indicators do patients find important when choosing a hospital for hip- or knee arthroplasty? *BMC: Health Services Research* 11:299. DOI: 10.1186/1472-6963-11-299.

Zwijnenberg, NC; Hendriks, M; Delnoij, DMJ; de Veer, AJE; Spreeuwenberg, P; Wagner, C (2016): Understanding and using quality information for quality improvement: The effect of information presentation. *International Journal for Quality in Health Care* 28(6): 689-697. DOI: 10.1093/intqhc/mzw092.