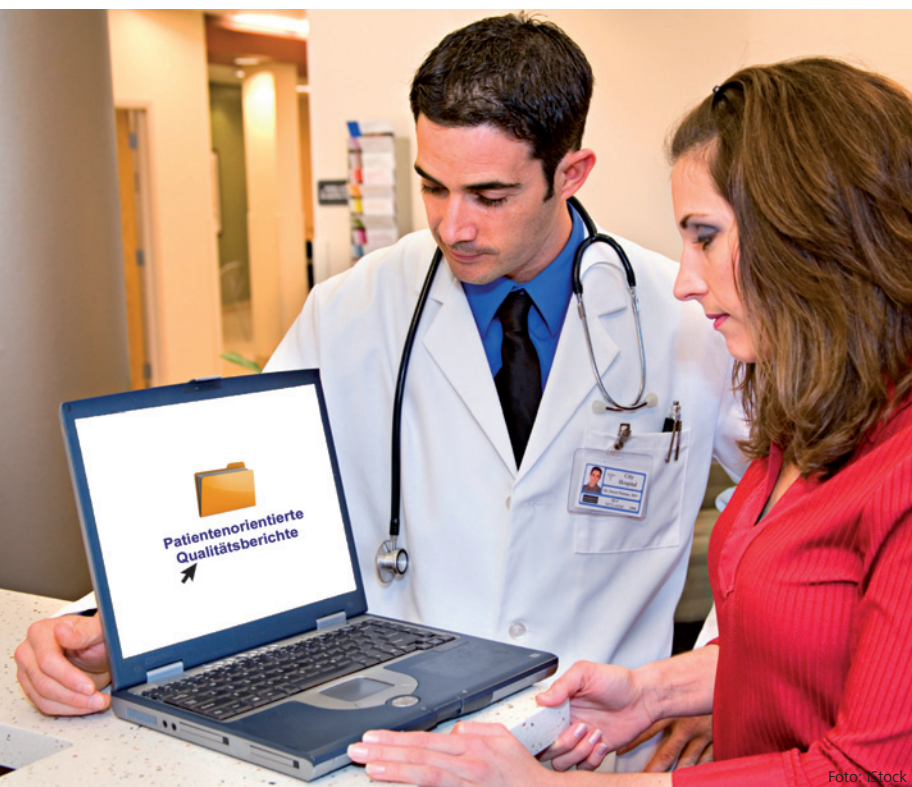


# Qualitätsberichte verfehlen ihre Zielgruppe

Die Kliniken müssen die Perspektive der Patienten und der einweisenden Ärzte einnehmen



Prof. Dr. Peter Lorson,  
Christina Wigger,  
Lara Telsemeyer

Seit der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser wird vor negativen Auswirkungen gewarnt. Denn ein System mit pauschalierter Vergütung birgt für Leistungsanbieter zweifelsohne einen Anreiz zur Kostenoptimierung. Um drohenden Qualitätseinbußen entgegenzuwirken, beabsichtigte der Gesetzgeber, dieser Entwicklung eine informierte Öffentlichkeit gegenüberzustellen. 2005 folgte die Pflicht zur Erstellung strukturierter Qualitätsberichte gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Im Jahr 2009 veröffentlichten rund 2000 deutsche Krankenhäuser solche Qualitätsberichte. Fraglich ist jedoch, ob diese tatsächlich erfolgreich dazu beitragen, eine informierte Öffentlichkeit zu schaffen.

In Umfragen des Jahres 2006 gaben nur 19 Prozent der befragten Patienten an, dass ihnen Qualitätsberichte bekannt seien. Von diesen Patienten setzten sich wiederum nur 24 Prozent aktiv mit Qualitätsberichten auseinander. Die geringe Akzeptanz der Qualitätsberichte ist auf inhaltliche Mängel und eine aufwendige Informationsbeschaffung durch den Patienten zurückzuführen.

Der Inhalt der Qualitätsberichte wird maßgeblich durch Qualitätsindikatoren bestimmt, welche die Qualität stationärer Leistungen messen und

Seit fünf Jahren erstellen Krankenhäuser Qualitätsberichte. Aber noch immer ist deren Nutzen für die Hauptadressaten, die Patienten, kaum erkennbar. Um Qualitätsberichte interessanter und verständlicher zu gestalten, sollten die Patienten in den Gestaltungsprozess einbezogen werden. Befragungen offenbaren deren Bedürfnisse. Weil der einweisende Arzt als Informationsvermittler eine besondere Bedeutung für den Patienten hat, muss die Klinik auch auf diese Zielgruppe stärker eingehen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Qualitätsberichterstattung ist allerdings, dass die Krankenhäuser selbst die Potenziale dieses gar nicht mehr so neuen Metiers erkennen.

bewerten. Somit stellen die Indikatoren qualitätsorientierte Kennzahlen dar, deren Ausprägung Rückschlüsse auf den Grad der Qualität ermöglichen soll. Es existieren sowohl objektive als auch subjektive Qualitätsindikatoren. Erstere beschreiben die medizinische Versorgungsqualität und letztere die Qualitätsanforderungen der Patienten. Aufgrund des begrenzten medizinischen Fachwissens der Patienten sind für diese Zielgruppe die subjektiven Qualitätsindikatoren besonders wichtig. Hierzu zählen beispielsweise die Sauberkeit der Zimmer, die Freundlichkeit des Personals sowie die Zufriedenheit der Patienten mit der Einrichtung. Diesem Informationsbedarf der Patienten wird ungenügend Rechnung getragen, da der Gesetzgeber maßgeblich die Veröffentlichung objektiver medizinischer Qualitätsindikatoren in Form von Fallzahlen, Diagnosen und Prozeduren verlangt.

### Die Patienten verstehen die Qualitätsindikatoren nicht

Für die Patienten ist dies deshalb problematisch, weil die Angaben in medizinische Fachbegriffe gekleidet sind. Der Gesetzgeber begegnete dieser Problematik zwar mit der Einführung umgangssprachlicher Bezeichnungen für Diagnosen und Prozeduren. Da jedoch keine einheitlichen Bezeichnungen eingeführt wurden, formuliert jedes Krankenhaus seither eigene umgangssprachliche Übersetzungen der medizinischen Diagnose- und Prozedurenschlüssel. Diese Begriffsheterogenität führt bei den Patienten zu zusätzlichen Irritationen. Somit bleiben die Informationen über Diagnosen, Prozeduren und Fallzahlen für den Patienten weiter erklärungsbedürftig. Ein Katalog einheitlicher, verbindlicher Übersetzungen ist unbedingt erforderlich und sollte vom Gesetzgeber forciert werden.

Zu den medizinischen Qualitätsindikatoren zählen auch Fallzahlen und Mindestmengen. Es wird angenommen, dass aufgrund des Lerneffekts ein Zusammenhang zwischen der Quantität und Qualität einer erbrachten Leistung besteht. Untersuchungen

haben diesen Zusammenhang bestätigt. Daher beinhalten Qualitätsberichte die Fallzahlen aller erbrachten Diagnosen und Prozeduren. Hieran wird kritisiert, dass die Stärke des Zusammenhangs von Quantität und Qualität zwischen einzelnen Diagnosen und Prozeduren variiert. Zudem wird auf das Fehlen von Vergleichswerten hingewiesen. Die Angabe des bundesweiten Durchschnittswertes je Diagnose und Prozedur würde die Aussagekraft der Fallzahlen bedeutend erhöhen.

Die unklare Aussagekraft der medizinischen Qualitätsindikatoren ist vor allem kritisch zu bewerten, da die Fallzahlen und Mindestmengen im ersten Jahr der Qualitätsberichterstattung die einzigen Parameter der Ergebnisqualität darstellten. Der Gesetzgeber begegnete dieser Problematik im Jahr 2007 mit der Forderung nach einer verpflichtenden Veröffentlichung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung. Dazu wurden allerdings nur 27 zu publizierende Indikatoren ausgewählt. Da die ausgewählten Indikatoren wichtige Informationen außer Acht lassen, wird der Qualitätsbericht dem Informationsbedarf der Patienten noch nicht gerecht. Als Beispiel hierfür wird in der Literatur häufig die fehlende Angabe von Mortalitätsraten genannt. Allerdings gilt es auch die Folgewirkungen – im Sinne von Fehlanreizen für die Leistungserbringer – zu bedenken, wenn die Krankenhäuser zur Veröffentlichung von Sterblichkeitsraten verpflichtet werden. So verweigerten amerikanische Krankenhäuser die Aufnahme von stark risikobehafteten Patienten aus Furcht vor einer Verschlechterung dieser Kennzahlen. Bei Veröffentlichung von Sterblichkeitsraten werden demnach eher die weniger risikobehafteten als die stark risikobehafteten Patienten behandelt, obwohl für die letztgenannte Gruppe eine stationäre Behandlung dringender angezeigt ist.

Trotz der erheblichen Kritik an den mengenbasierten Indikatoren haben Untersuchungen gezeigt, dass sie das Entscheidungsverhalten von Patienten in besonderem Maße beeinflus-

sen. Daher besteht in der Weiterentwicklung der medizinischen Qualitätsindikatoren weiterhin ein umfangreicher Forschungsbedarf. Mit der Entwicklung adäquater Indikatoren könnte auch die Qualität der Qualitätsberichte wachsen.

### Moderne Informationstechnik hilft, die Inhalte zu lesen

Die strukturierten Qualitätsberichte bieten Patienten und Krankenhäusern die Möglichkeit, die Behandlungsqualität verschiedener Krankenhäuser zu vergleichen. Diese Möglichkeit ist beim aktuellen Stand der Qualitätsberichterstattung mit einem hohen Aufwand verbunden.

Sowohl für Patienten als auch für Krankenhäuser sind zumeist die stationären Versorger einer bestimmten Region von Interesse. So müssen im ersten Schritt alle relevanten Krankenhäuser recherchiert und die strukturierten Qualitätsberichte aller relevanten Krankenhäuser beschafft werden. Für beide Schritte können Internetportale wie [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) und [www.kliniken.de](http://www.kliniken.de) genutzt werden. Der Vergleich von Krankenhäusern erfolgt mithilfe verschiedener Parameter, die jeder Patient und jedes Krankenhaus, das anhand der ermittelten Daten einen Leistungsvergleich mit anderen stationären Versorgern vornehmen möchte, individuell festlegt. Diese Parameter müssen aus allen relevanten strukturierten Qualitätsberichten herausgesucht und miteinander verglichen werden. Dieses Vorgehen ist sehr zeitaufwendig. Für Krankenhausmitarbeiter ist ein Benchmark anhand von strukturierten Qualitätsberichten aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen schwierig umsetzbar. Auch für Patienten ist dieser Weg der Informationsbeschaffung ungünstig, da diese Zielgruppe kaum in der Lage ist, die medizinischen Fachinformationen so zu verarbeiten, dass ein fundierter Vergleich möglich ist.

Eine elektronische Analyse der relevanten Informationen wäre weitaus effizienter. Einen Ansatz bietet die Extensible Markup Language (XML),



da Qualitätsberichte bereits verpflichtend in diesem Format publiziert werden und XML die elektronische Weiterverarbeitung von Informationen ermöglicht.

Mit XML können Informationen in eine Datenbank eingespielt und durch Abfragen systematisch ausgegeben werden. Dieses Vorgehen ermöglicht Patienten, anhand bestimmter Kriterien Schritt für Schritt nach einem Krankenhaus zu suchen, das ihrem Wunschprofil entspricht. Die infrage kommenden Krankenhäuser können zudem anhand bestimmter Parameter verglichen werden, da die benötigten Qualitätsindikatoren in den strukturierten Qualitätsberichten hinterlegt sind. Als Beispiel könnten die Krankenhäuser nach der Anzahl von Komplikationen nach einer bestimmten Behandlung gereiht werden. Dieses Potenzial des strukturierten Qualitätsberichts hat sich das Deutsche Krankenhausverzeichnis bereits zunutze gemacht. Die Internetplattform [www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)

bietet Patienten die Möglichkeit, in mehreren Schritten Krankenhäuser nach den Kriterien

- „Regionale Suche“
- „Suche nach Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden“
- „Qualitätssuche“
- „Suche nach Struktur- und Leistungsdaten“

auszuwählen. Das Verzeichnis nennt dem Patienten am Ende der Suche diejenigen Krankenhäuser, die alle Kriterien erfüllen. Diese Krankenhäuser können wiederum verglichen werden nach

- Struktur des Krankenhauses
- Leistungsspektrum der Fachabteilungen
- Qualitätsindikatoren der Leistungsbereiche.


Aus Sicht der Krankenhäuser besteht Entwicklungsbedarf. Zwar haben Krankenhäuser die Möglichkeit, eine CD mit allen XML-Qualitätsberichten zu erwerben, doch sind diese Berichte nur mit spezieller Software lesbar, über die viele Krankenhäuser nicht

verfügen. Insoweit stellt sich die Frage nach dem bestmöglichen Veröffentlichungsformat für Krankenhäuser.

Der einweisende Arzt gilt als entscheidender Lenker der stationären Patientenströme. Studien haben gezeigt, dass die Hälfte aller Patienten Informationen aus dritter Hand als nützlichste Entscheidungsquelle bei der Krankenhauswahl ansieht. Hierzu gehören sowohl Empfehlungen aus dem persönlichen Umfeld als auch Auskünfte von Haus- und Fachärzten.

### Überzeugt der Bericht den Einweiser, steigt die Akzeptanz beim Patienten

Qualitätsberichte werden hingegen nur selten als Informationsquelle genutzt. Dies ändert sich jedoch, wenn einweisende Ärzte ihre Patienten auf Qualitätsberichte hinweisen. Untersuchungen belegen, dass nach einem solchen Hinweis bis zu 70 Prozent aller Patienten Qualitätsberichte zumindest auszugsweise lesen.



Entdecken Sie  
ungeahnte Potenziale

#### iSOFT Enterprise Scheduling reduziert Aufwand und Kosten mit einem Klick.

Entdecken Sie iSOFT Enterprise Scheduling, die neue, verblüffend einfache Lösung für Patientenlogistik und Ressourcenmanagement. Die webbasierte Planungsplattform bindet auch externe Zuweiser in die Arbeitsabläufe ein. Sie können elektronische Überweisungen tätigen und Termine direkt vereinbaren – reibungslose Buchungsprozesse, die Zeit und Kosten sparen. [www.isoftware.de](http://www.isoftware.de)

Enterprise Scheduling | **iSOFT**

Somit kann der einweisende Arzt die Akzeptanz und Bedeutung von Qualitätsberichten wesentlich beeinflussen. Sieht der Einweiser den strukturierten Qualitätsbericht als nützliche Informationsquelle für sich und seine Patienten an, steigt die Bedeutung der Qualitätsberichterstattung signifikant. Um dieses Potenzial nutzen zu können, muss die Ausgestaltung der strukturierten Qualitätsberichte dem Informationsbedürfnis der einweisenden Ärzte angepasst werden.

Von besonderer Bedeutung für einweisende Ärzte ist das Kommunikationsverhalten der Krankenhäuser, da mangelnde Kommunikation zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorger die poststationäre Behandlung erschwert. Bisher ist für einweisende Ärzte die Kommunikationsbereitschaft der Krankenhäuser aus den strukturierten Qualitätsberichten nicht ableitbar. Im Zuge einer solchen Weiterentwicklung strukturierter Qualitätsberichte könnte das Krankenhaus darstellen, inwieweit es während und nach der Behandlung von Patienten für Rücksprache mit deren Haus- oder Fachärzten offen ist. Zudem sollte der strukturierte Qualitätsbericht kommunizieren, ob das Krankenhaus die ambulanten Versorger zeitnah über stationäre Befunde, Änderungen in der Medikation und den geplanten Entlassungstag informiert. Spezielle Servicenummern für Hausärzte und Angaben zum elektronischen Datenaustausch – gegebenenfalls bis hin zur (begrenzten) Einsichtnahme in eine elektronische Patientenakte – könnten ebenfalls hinterlegt werden. Von besonderem Interesse für Hausärzte ist unter anderem die Kenntnis der hard- und softwaretechnischen Voraussetzungen, sofern Befunde in digitalisierter Form weitergegeben werden. Diesbezüglich fehlt es – etwa bei CT- oder MRT-Befunden – noch an einheitlichen Standards.

Des Weiteren ist die Patientenzufriedenheit für künftige Einweisungsentscheidungen von Bedeutung. Um diesen Informationsbedarf zu befriedigen, könnten Ergebnisse von Patientenbefragungen in den strukturierten Qualitätsbericht aufgenommen werden.

Neben der Berücksichtigung von relevanten Informationen sollte die knappe zeitliche Kapazität der Haus- und Fachärzte beachtet werden. Daher empfiehlt es sich, konzise zuweiserbezogene Informationen wiederzugeben. Das Universitätsklinikum Aachen veröffentlicht beispielsweise einen Kliniksteckbrief für einweisende Ärzte, der auf zwei DIN-A4-Seiten je Fachbereich beschränkt ist. Der ambulante Versorger kann sich so gezielt und schnell mit der relevanten Organisationseinheit auseinandersetzen und dem Patienten fundierte Qualitätsinformationen bieten.

### Der Qualitätsbericht als Marketinginstrument der Klinik

Die Qualitätsberichterstattung stellt für Krankenhäuser ein gewinnbringendes Marketinginstrument dar. Die Publikation der Qualität der medizinischen Betreuung macht die Stärken der medizinischen Versorgung transparent. Dies verbessert sowohl die Reputation des Hauses als auch das Vertrauen der Patienten. Strukturierte Qualitätsberichte ermöglichen Krankenhäusern, eine Marke aufzubauen und intensiv zu kommunizieren.

Krankenhäuser, die ihre Qualitätsberichte intensiv vermarkten, generieren einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil. Der Effekt führt so weit, dass die Publikation der Qualitätsdaten eine bedeutendere Wirkung entfaltet als die Daten an sich. Als Beispiel für diese Wirkung werden in der Literatur häufig die Qualitätsberichte der Helios Kliniken herangezogen. Die Tatsache, dass das Unternehmen sehr detaillierte Berichte zur Verfügung stellt, hat vermutlich einen stärkeren Effekt auf die Markenbildung als das Qualitätsniveau der Leistungen an sich.

Um das Potenzial des strukturierten Qualitätsberichts voll ausschöpfen zu können, sollte neben der Integration des Qualitätsberichts in die Unternehmenskommunikation auch das Unternehmensleitbild in den strukturierten Qualitätsbericht integriert werden. Auf diese Weise kann das Krankenhaus

Qualität als bedeutenden Teil der Corporate Identity darstellen. Dies kann im strukturierten Qualitätsbericht sowohl grafisch als auch verbal umgesetzt werden. Beispielsweise könnte die Philosophie des Hauses erläutert und das Klinik-Logo in die Kopfzeile des Qualitätsberichts integriert werden.

### Die vertane Chance: Verzicht auf freiwillige Angaben

Krankenhäuser schöpfen das Potenzial des Qualitätsberichts nur unzureichend aus. Sie orientieren sich an den Vorgaben des Gesetzgebers und lassen freiwillige Angaben unberücksichtigt. So publizieren nur wenige Krankenhäuser ihr Unternehmensleitbild und ihre Geschichte. Außerdem werden Serviceinformationen wie Anfahrtskizzen und zusätzliche Quellen selten in den Qualitätsbericht aufgenommen. Des Weiteren fehlen häufig Fotos und Grafiken, welche die Atmosphäre des Hauses transportieren. Die Entwicklung des Qualitätsberichts zu einem bedeutenden Marketinginstrument steht demnach noch ebenso am Anfang wie die von den Autoren eröffnete Diskussion über Grundsätze ordnungsgemäßer Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern.

Literaturhinweise bei den Verfassern.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Peter Lorson  
Christina Wigger  
Lara Telsmeyer  
Lehrstuhl für ABWL  
Unternehmensrechnung und Controlling  
Universität Rostock  
Ulmenstraße 69  
18051 Rostock