

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Veröffentlichung: Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Vom 15. Dezember 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „*Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal*“ gemäß **Anlage 1** mit der Kommentierung gemäß **Anlage 2** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



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.

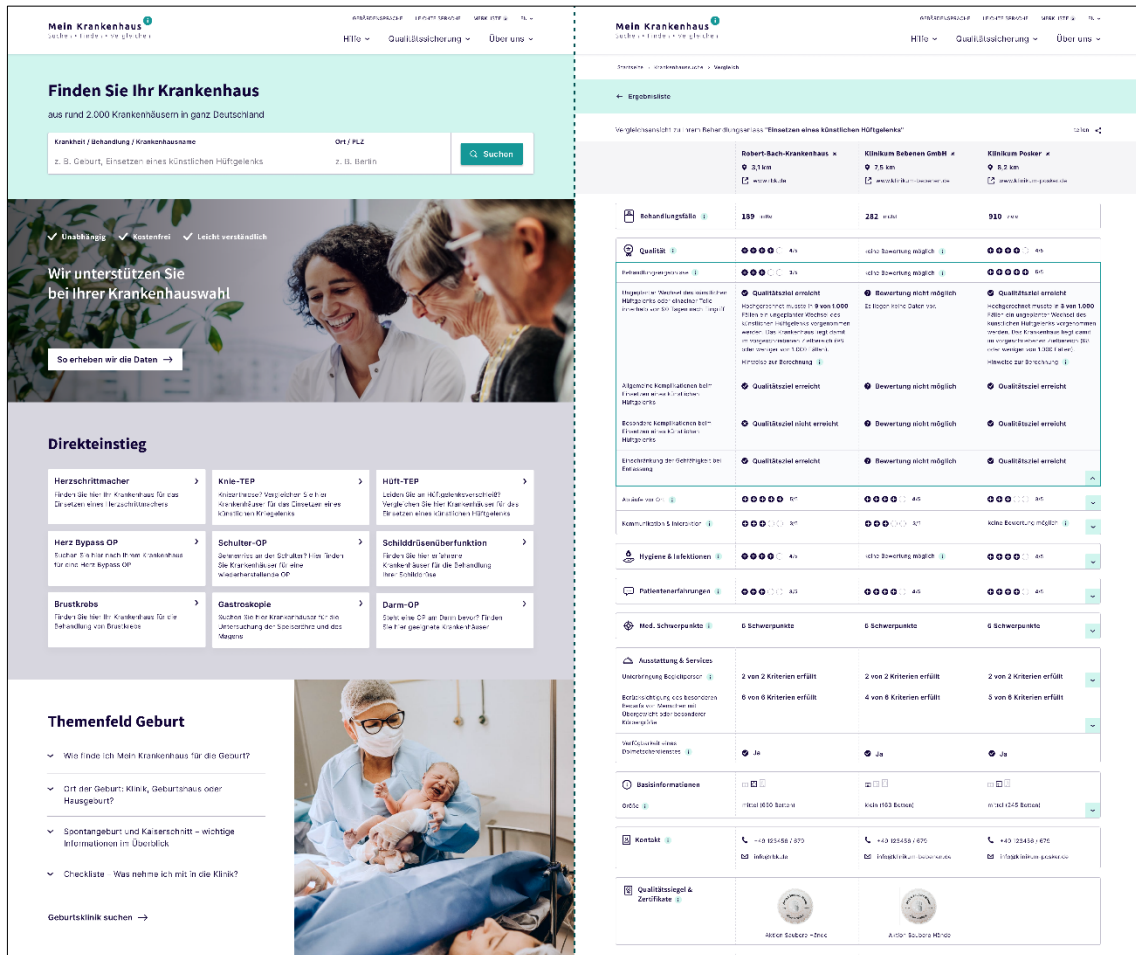


Abbildung 1: Ausschnitte der Startseite (links) und Vergleichsseite (rechts) des G-BA-Qualitätsportals

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 Krankenhaus-suche 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 Webseitentwicklung 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.

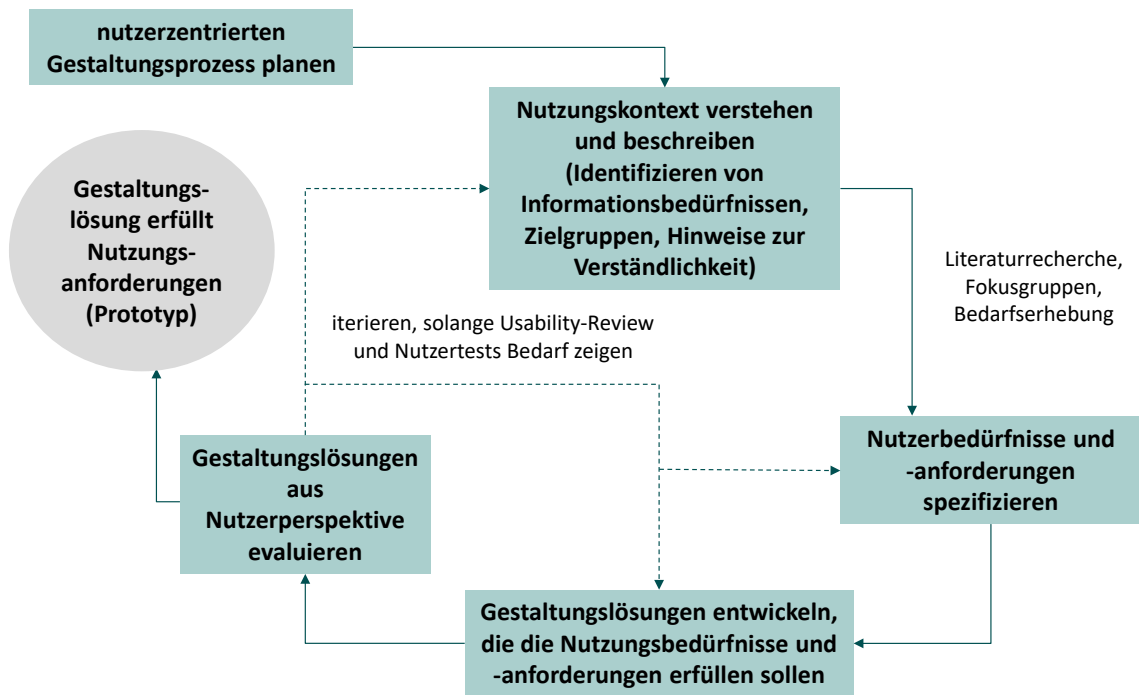


Abbildung 2: Methodisches Vorgehen UX-Konzeption nach den Kernpunkten der DIN EN ISO 9241-210 (adaptiert nach Jacobsen und Meyer 2017: 63)

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.

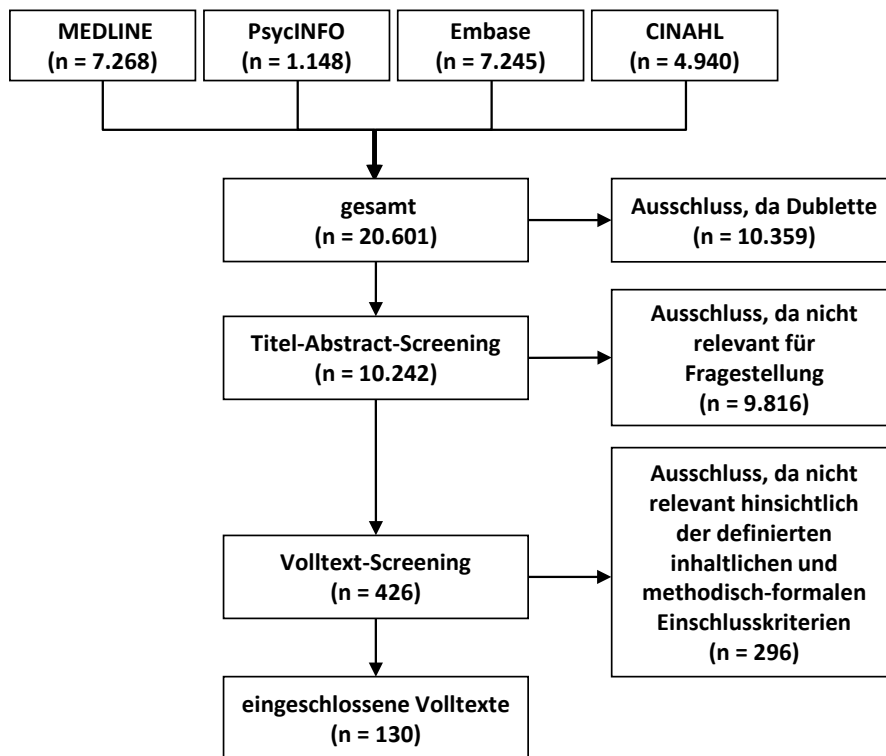


Abbildung 3: Flowchart der Recherche in den bibliographischen Datenbanken

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 gruppendedynamischen 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 weitestmögliche 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.

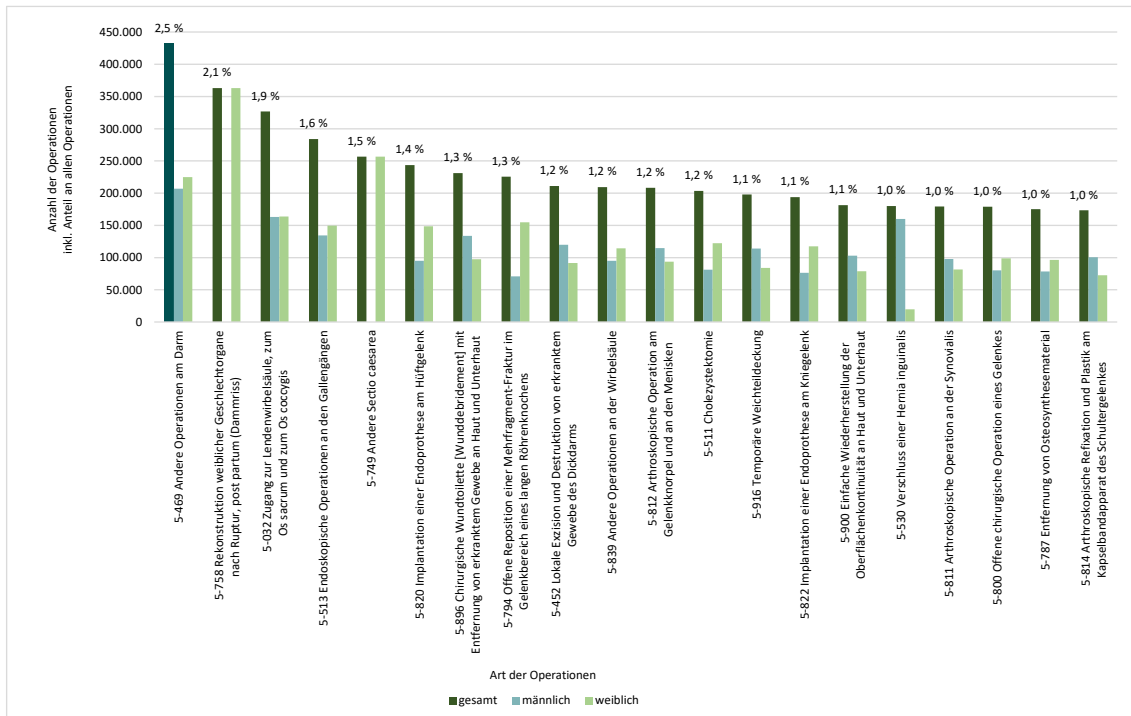


Abbildung 4: Übersicht der 20 häufigsten Operationen nach OPS bei Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2019 (nach Destatis (2020))

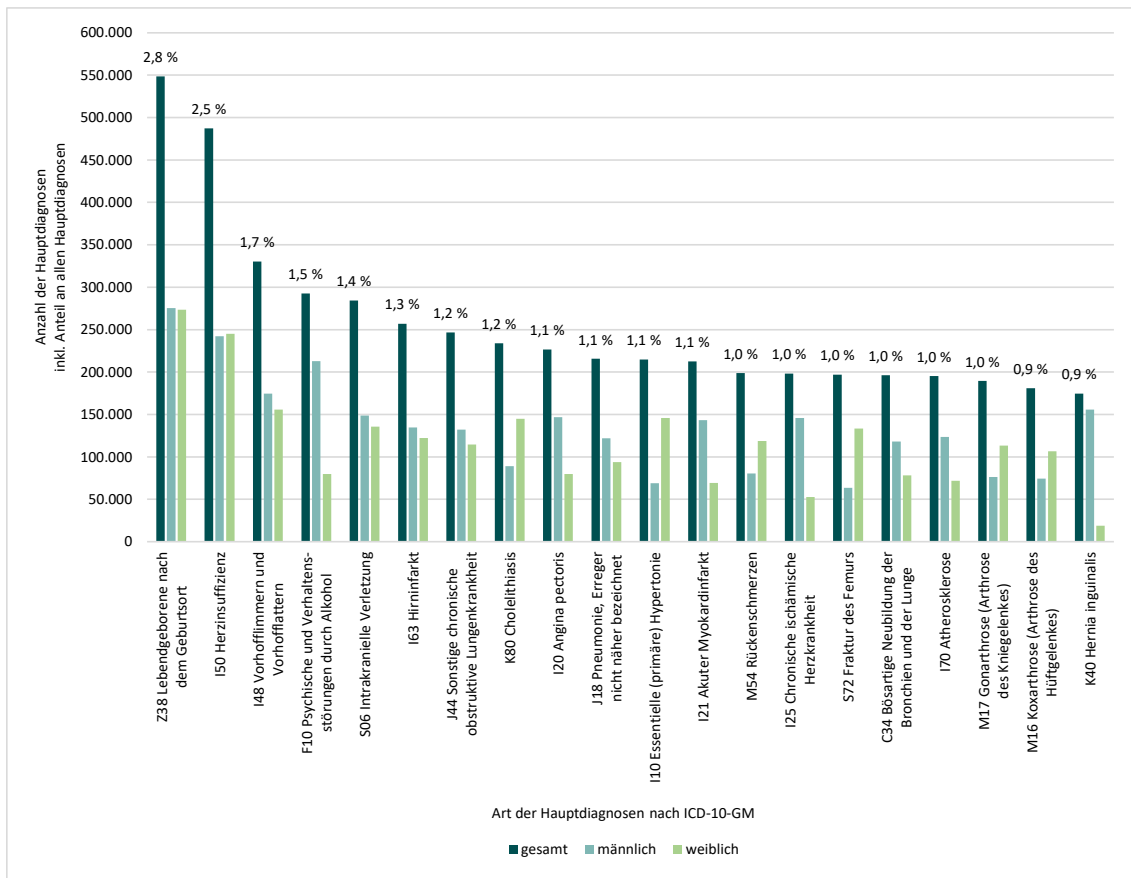


Abbildung 5: Übersicht der 20 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10 im Krankenhaus im Jahr 2019 (nach Destatis (2021b))

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 Krankenhaussfälle 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).

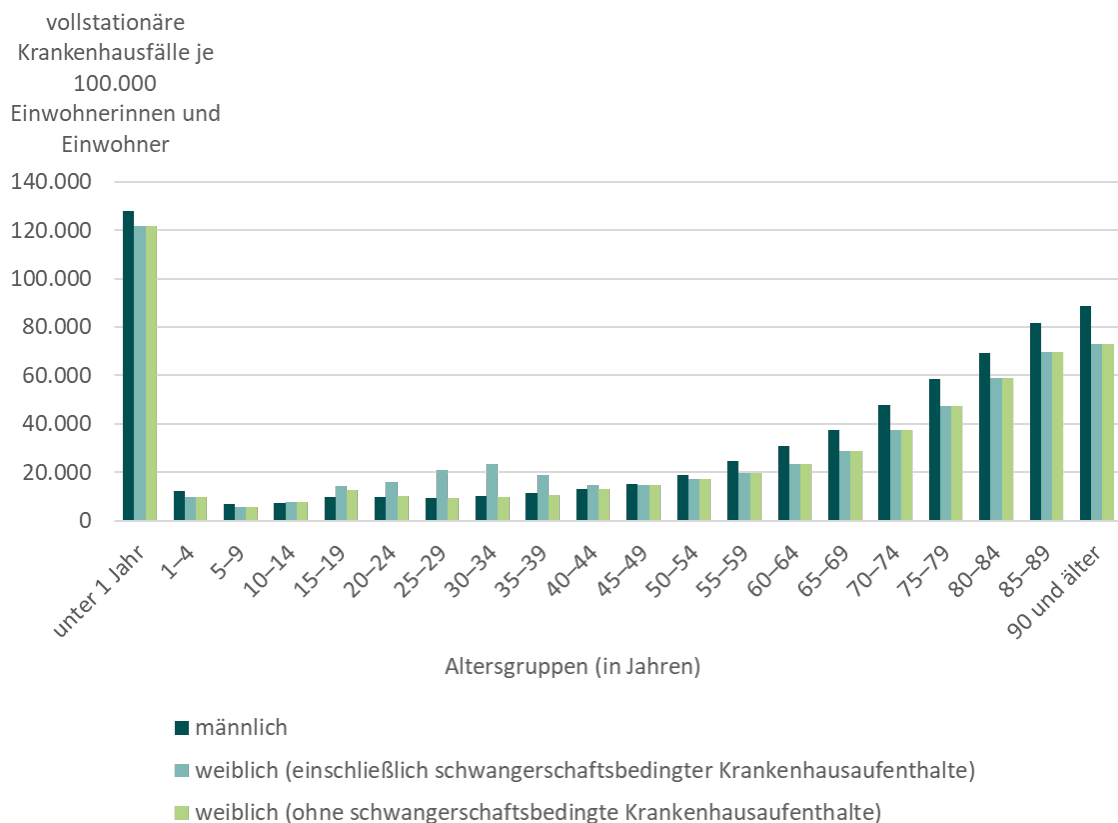


Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsstruktur der Patientinnen und Patienten mit vollstationären Krankenhausaufenthalten im Jahr 2017 (nach Destatis/RKI 2019)

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 Krankenhausvergleichsportal 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, Dijns-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, Dijns-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 (Dijns-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 Prostatektomie 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 Chirurgeninnen 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 krebbsbedingten 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 Hotellerie-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

Kontaktinformationen 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 Kontaktinformationen. Teilweise werden hier auch Angaben zur Erreichbarkeit gewünscht. Es wird auch auf frustrierende Erfahrungen hingewiesen, wenn sich die bei eigenen Recherchen identifizierten Kontaktinformationen 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 Sterbezahlen 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 Mindestmenvorgaben
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 Qualitätsindikatorensatzes 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 Anlage 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	
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 abräät.

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 Webseitensstrukturen 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 Qualitätsindikatorenset 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-

Leistungserbringer 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:

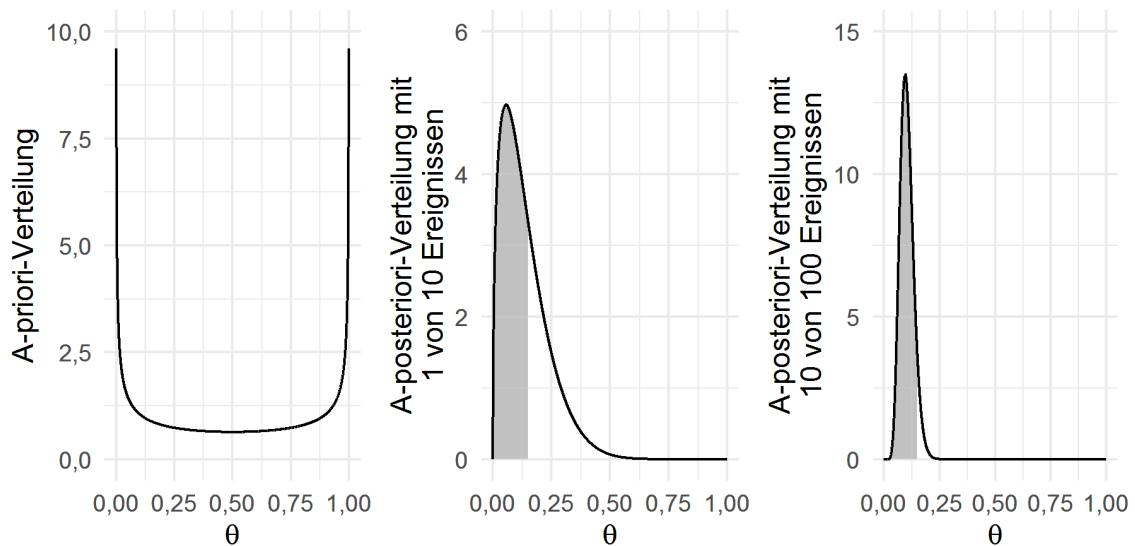


Abbildung 7: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: als A-priori-Verteilung verwendete Beta-Verteilung mit Parametern $\alpha = \beta = 1/2$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 1 von 10 Ereignissen: $\text{Beta}(1,5, 9,5)$; rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 10 von 100 Ereignissen: $\text{Beta}(10,5, 90,5)$; 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 Präferenzermittlung 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.

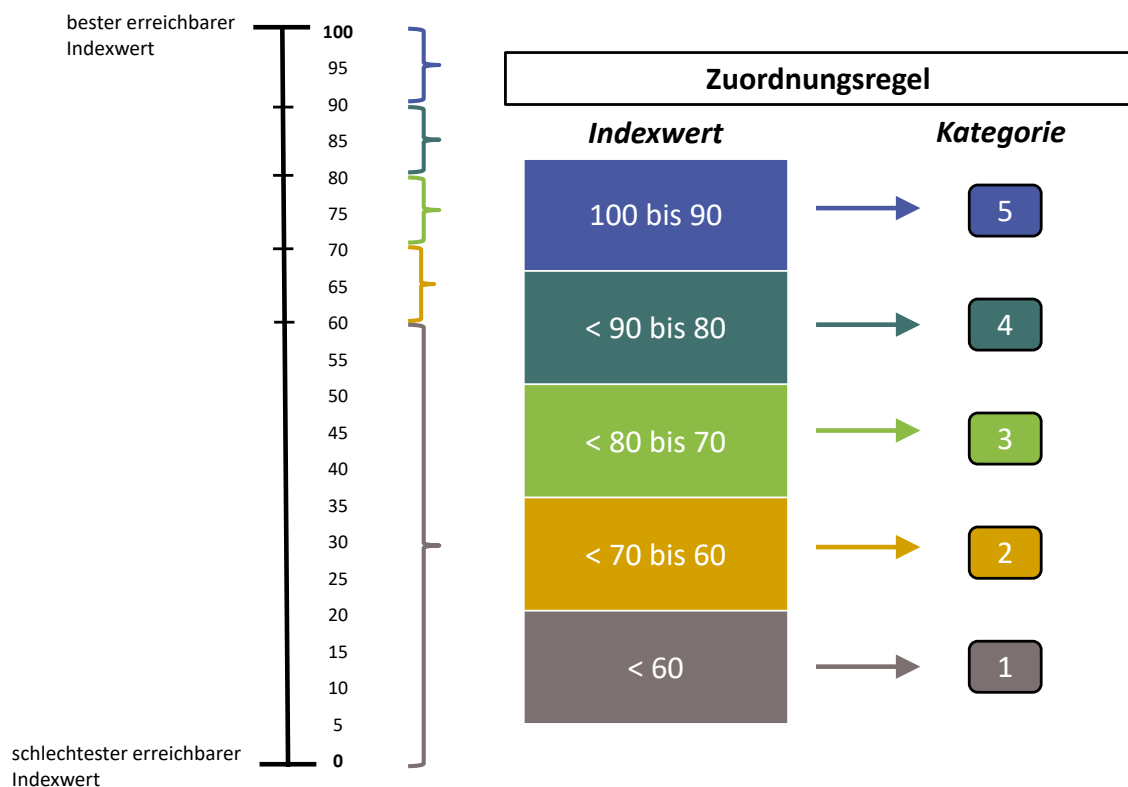


Abbildung 8: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option A

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.

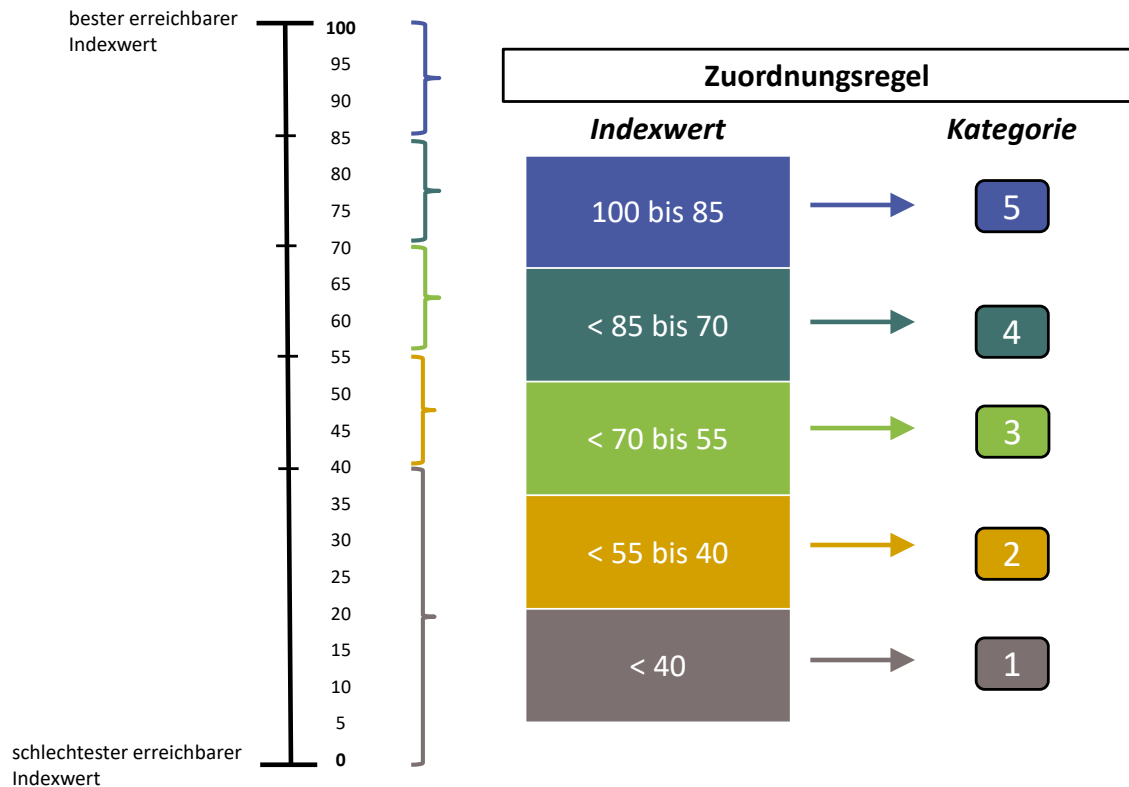


Abbildung 9: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option B

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.

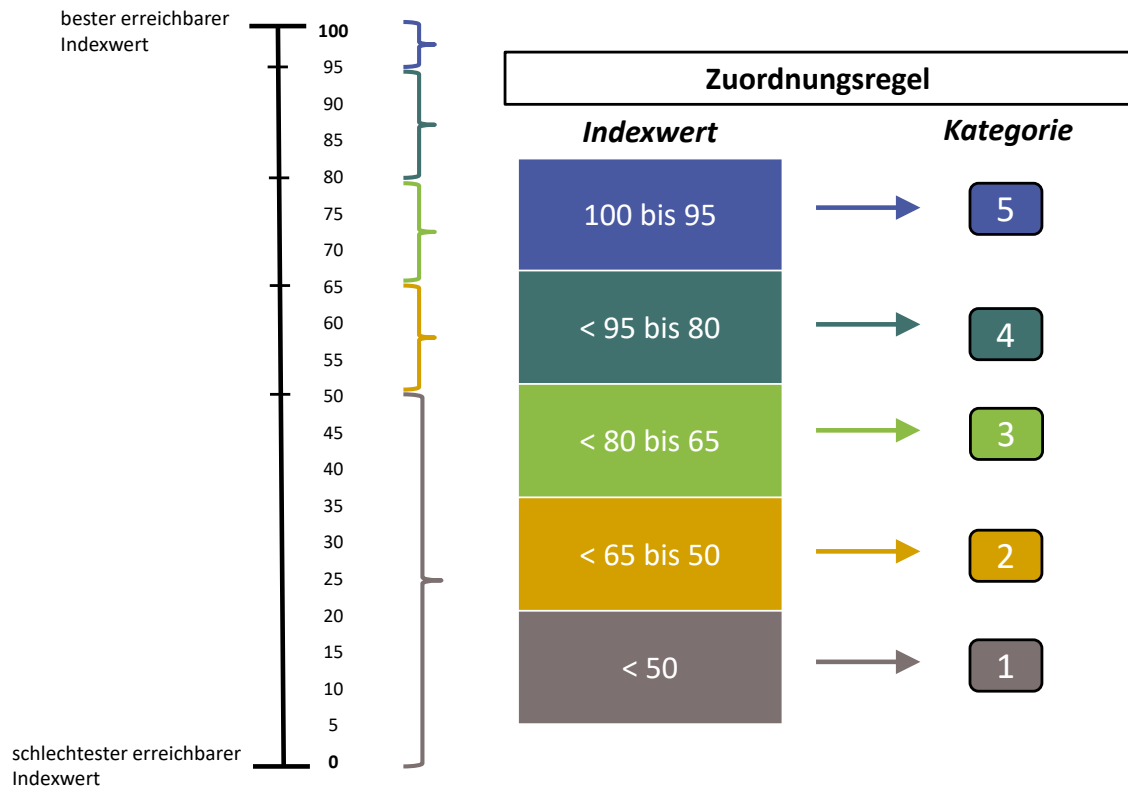


Abbildung 10: Zuordnung der metrischen Indexwerte in ein Kategoriensystem – Option C

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.

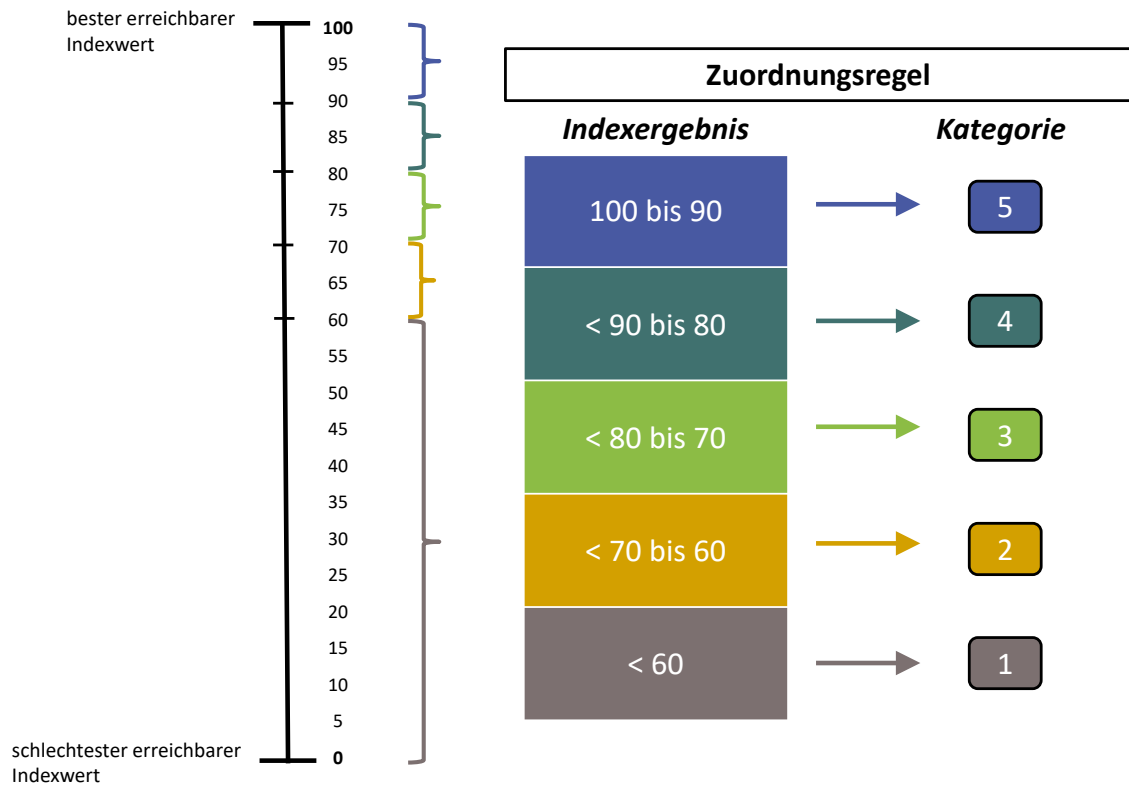


Abbildung 11: Vorgeschlagene Zuordnung der metrischen Indikatorergebnisse in das 5-stufige visuelle Kategoriensystem

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) (Dijs-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.

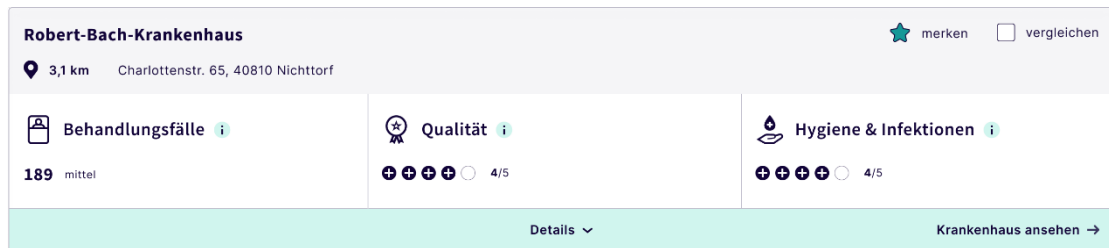


Abbildung 12: Darstellung aggregierter Indikatorergebnisse im G-BA-Qualitätsportal

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.

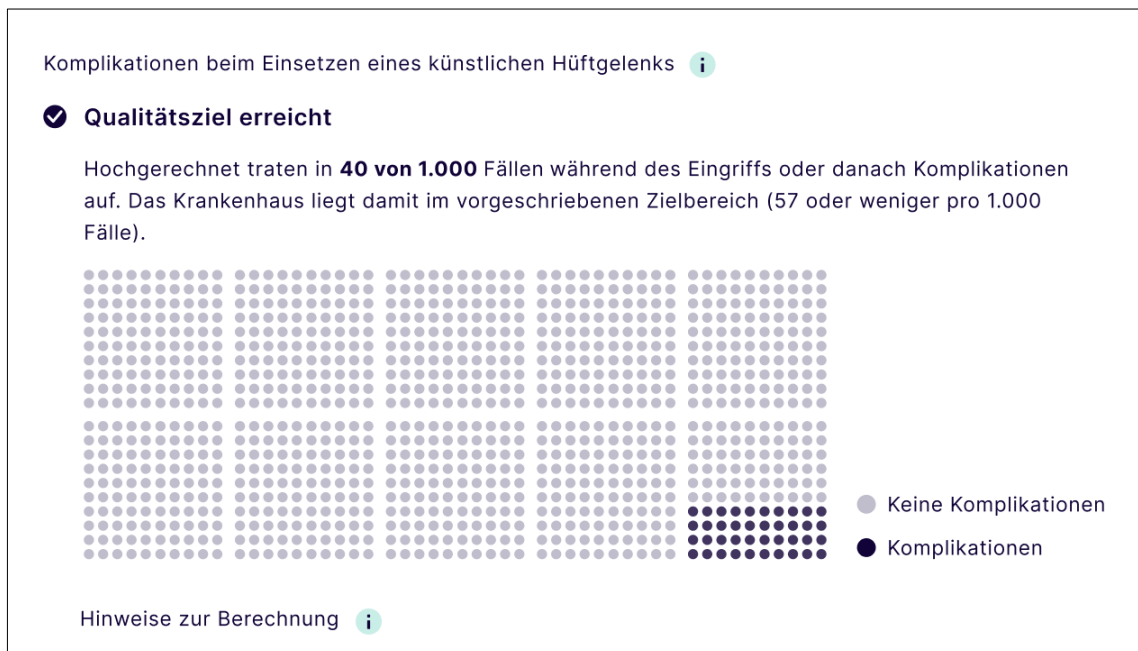


Abbildung 14: Empfohlene Darstellungsform für Qualitätsindikatoren im G-BA-Qualitätsportal

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).

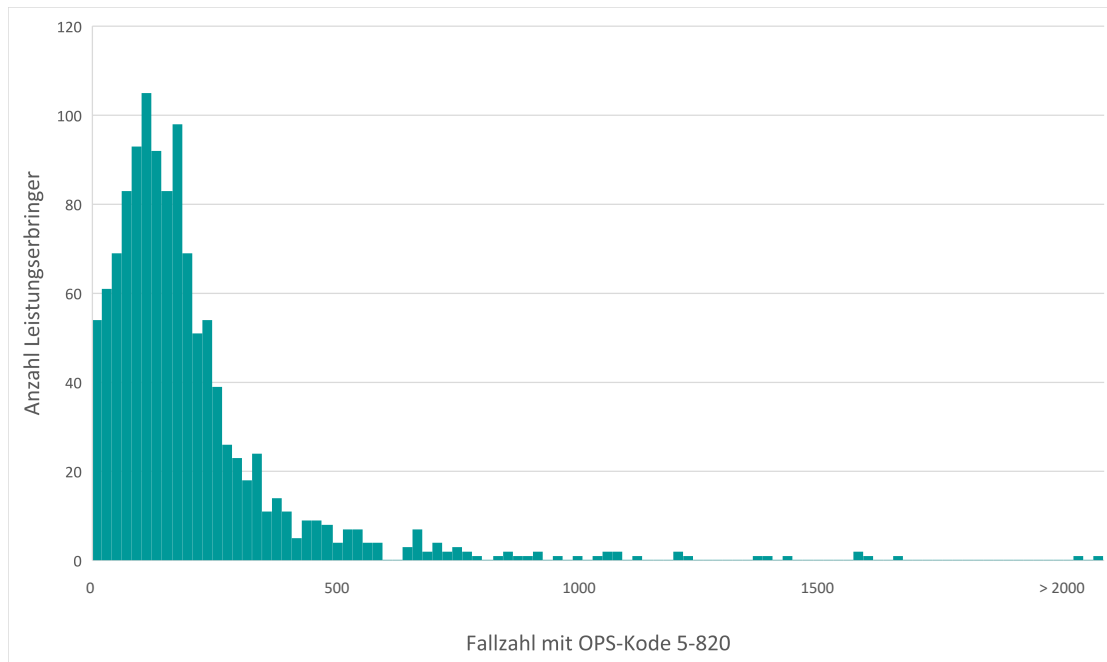


Abbildung 15: Verteilung von Fallzahlen für den OPS-Kode 5-820 „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“

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.

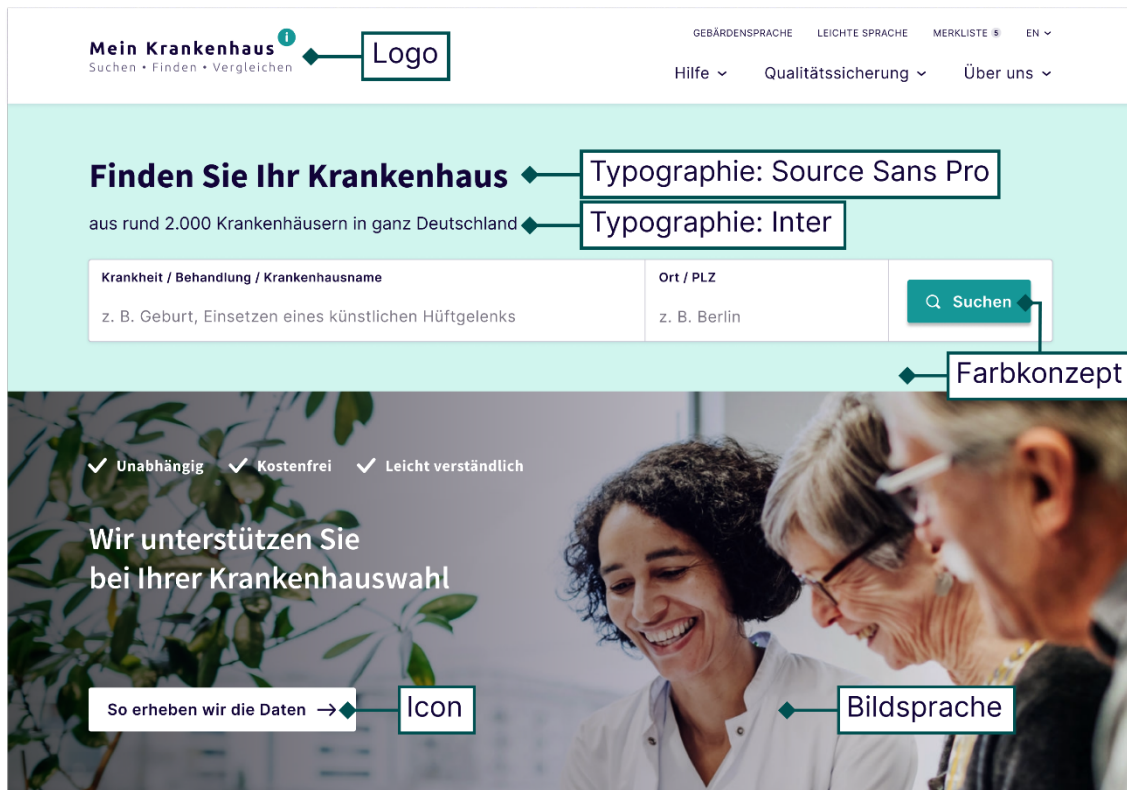


Abbildung 16: Bestandteile des Corporate Designs am Beispiel der Startseite des Prototyps

12.3.1.1 Name der Website

Wesentlich für die Identitätsstiftung ist die Auswahl eines Namens für die Website. Gemäß Punkt I.2.I 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 krankenhausrelevante 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.

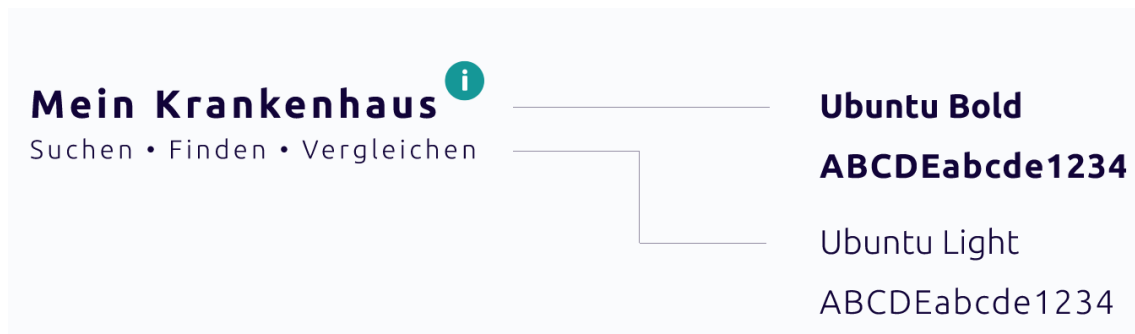


Abbildung 17: Das für das G-BA-Qualitätsportal empfohlene Logo

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.

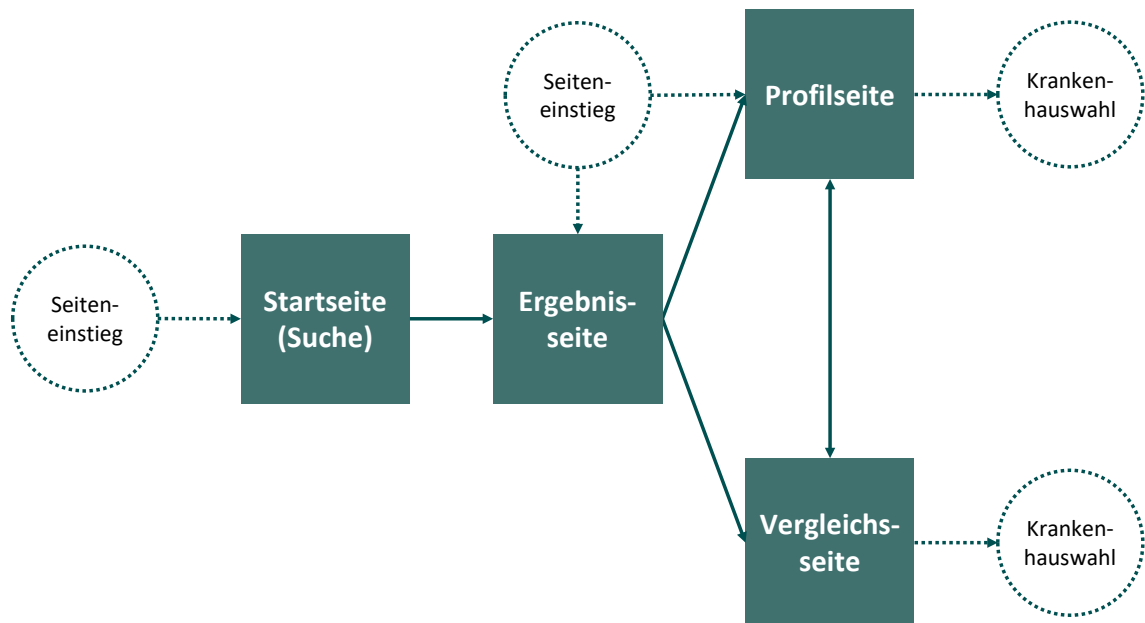


Abbildung 18: Informationsarchitektur entlang des Nutzungspfads (vereinfachte Darstellung)

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 „Krankhaus 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.

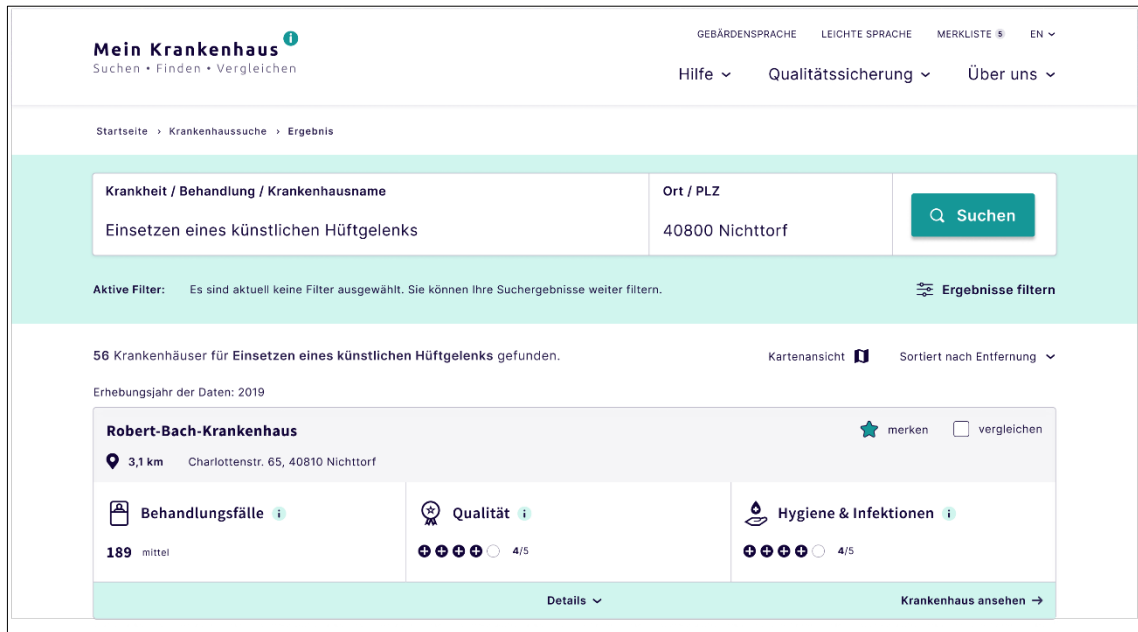


Abbildung 20: Ergebnisliste im G-BA-Qualitätsportal

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 Profilleite

Auf der Profilleite werden alle Informationen zum Krankenhaus bezogen auf den gesuchten Versorgungsanlass angezeigt (vgl. Abbildung 22). Das heißt, auf der Profilleite 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 links like 'Suchen', 'Finden', and 'Vergleichen'. The main content area is divided into sections: 'Seiteninhalt' (left sidebar), 'Robert-Bach-Krankenhaus' (main title), 'Basisinformationen' (key facts), and 'Behandlungsfälle' (treatment cases). A map shows the hospital's location in Charlottenstr. 65, 40810 Nichttorf. A green banner highlights the treatment case 'Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks'.

Basisinformationen	
📍 ungefähr 3,1 km entfernt Charlottenstr. 65, 40810 Nichttorf	
☎ +49 123456 / 679	Art: Lehrkrankenhaus
✉ kontakt@rbk.de	Träger: Privat
🌐 www.rbk.de	Größe: mittel (650 Betten)

Erhebungsjahr der Daten: 2019

Behandlungsfälle
189 mittel

Abbildung 22: Profilleite 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 medical procedure 'Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks'. The page is titled 'Mein Krankenhaus' and includes navigation links for 'Suchen', 'Finden', and 'Vergleichen'. The main content is a table comparing three hospitals: Robert-Bach-Krankenhaus, Klinikum Bebenen GmbH, and Klinikum Posker. The table displays data for 'Behandlungsfälle', 'Qualität', and 'Behandlungsergebnisse' for each hospital. The Robert-Bach-Krankenhaus and Klinikum Posker show quality scores of 4/5, while Klinikum Bebenen GmbH shows 'keine Bewertung möglich'. The table also includes a detailed description of the quality goal and the hospital's performance relative to it.

	Robert-Bach-Krankenhaus x	Klinikum Bebenen GmbH x	Klinikum Posker x
	3,1 km www.rbk.de	7,5 km www.klinikum-bebenen.de	8,2 km www.klinikum-posker.de
Behandlungsfälle i	189 mittel	282 mittel	910 viele
Qualität i	4/5	keine Bewertung möglich i	4/5
Behandlungsergebnisse i	3/5	keine Bewertung möglich i	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 i</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 i</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).

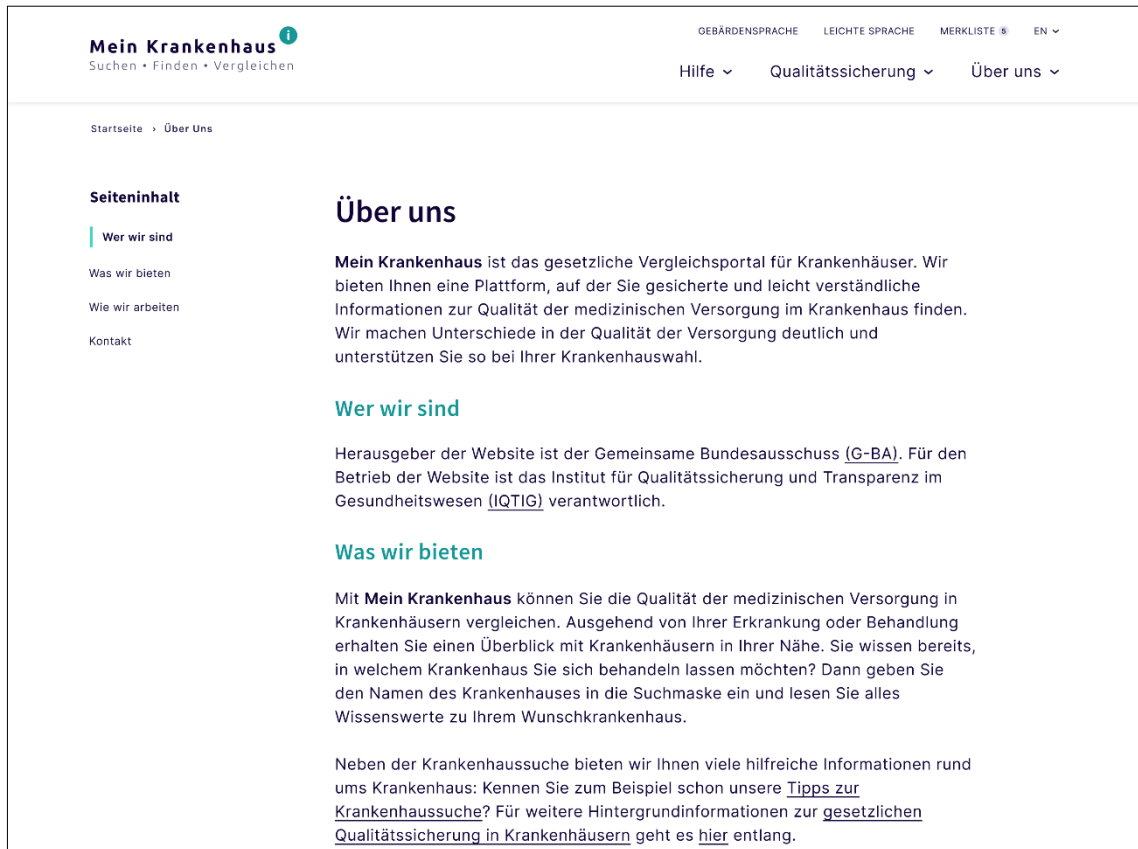


Abbildung 25: Redaktionelle Seiten im G-BA-Qualitätsportal (Beispiel „Über uns“)

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).

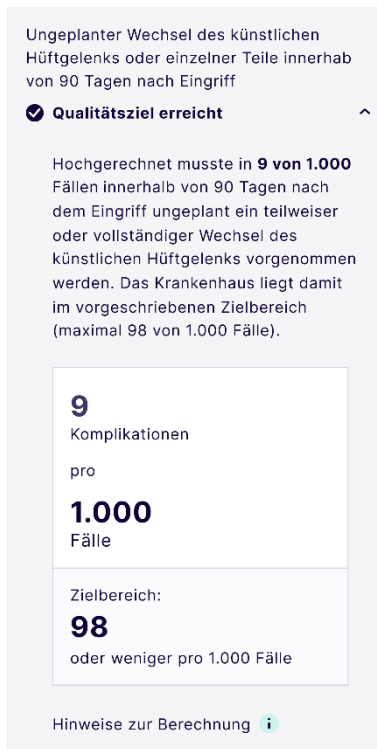


Abbildung 27: Darstellung von Qualitätsindikatoren in der mobilen Ansicht

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's layout, which is divided into three main sections as indicated by the 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 bar with the heading "Finden Sie Ihr Krankenhaus" and the text "aus rund 2.000 Krankenhäusern in ganz Deutschland". Below the search bar are two input fields: "Krankheit / Behandlung / Krankenhausname" (with the example "z. B. Geburt, Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks") and "Ort / PLZ" (with the example "z. B. Berlin"). A "Suchen" button is located to the right. Below the search bar is a section titled "hausgeburt?" with two expandable items: "Spontangeburt und Kaiserschnitt – wichtige Informationen im Überblick" and "Checkliste – Was nehme ich mit in die Klinik?". A link "Geburtsklinik suchen →" is also present. To the right of this text is a photograph of a newborn baby being held by medical staff.
- Footer:** Contains three columns: "Suchen" (with a magnifying glass icon and text "Mein Krankenhaus hat Daten zu rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland."), "Finden" (with a checkmark icon and text "Praktische Filterfunktionen helfen Ihnen, das Krankenhaus zu finden, das Ihren Bedürfnissen entspricht."), and "Vergleichen" (with a double-headed arrow icon and text "Kein Krankenhaus ist wie das andere. Im direkten Vergleich werden Unterschiede sichtbar!"). Below this is the "Mein Krankenhaus" logo and text "Die unabhängige Krankenhaussuche auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser." and "Ein Projekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).". There are links to "g-ba.de" and "iqtig.org". To the right are the "afgis" logo and text "Unser Angebot erfüllt die afgis-Transparenzkriterien. Das afgis Logo steht für hochwertige Gesundheitsinformation im Internet." and the "HON @ CODE" logo with text "CERTIFIED 10/2020". At the bottom are copyright and legal links: "© IQTIG 2021", "Impressum", "Datenschutz", "Erklärungen zur Barrierefreiheit", and "Barriere meiden".

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.

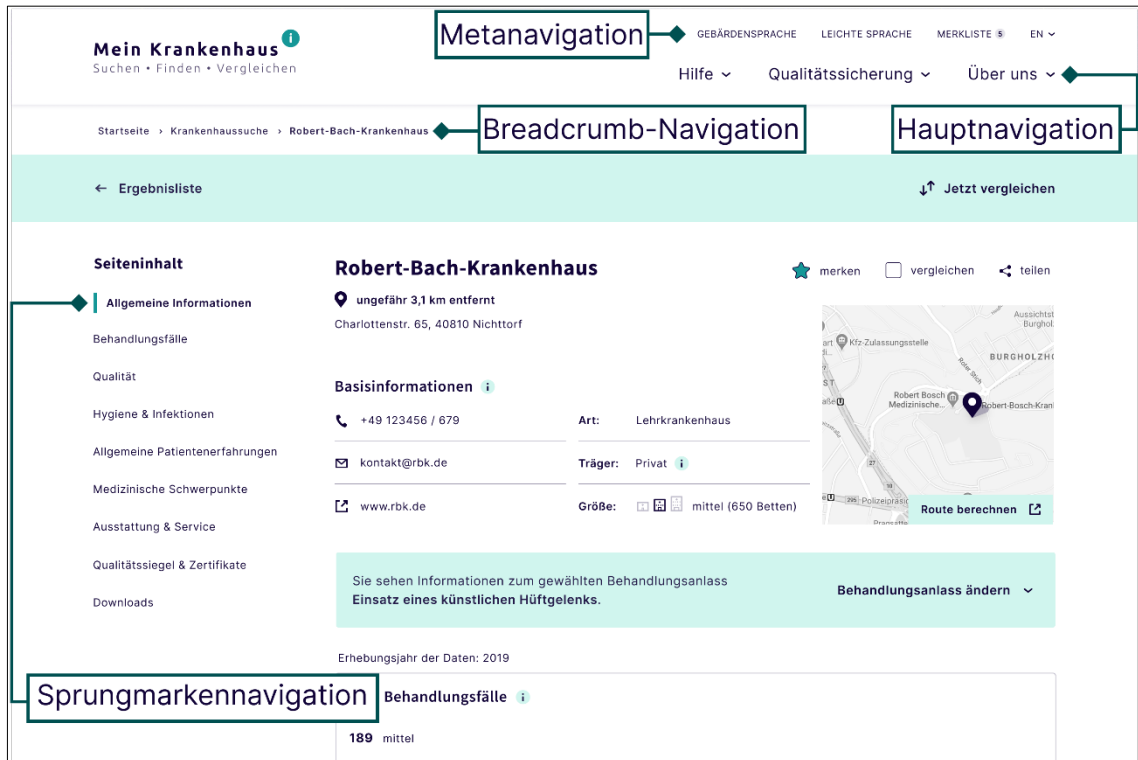


Abbildung 29: Übersicht der Navigationsarten auf der Krankenhausprofilsseite

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, Profildseite, 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 (Profildseite) 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 eruieren. 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 Datenschutzkonzepts 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.

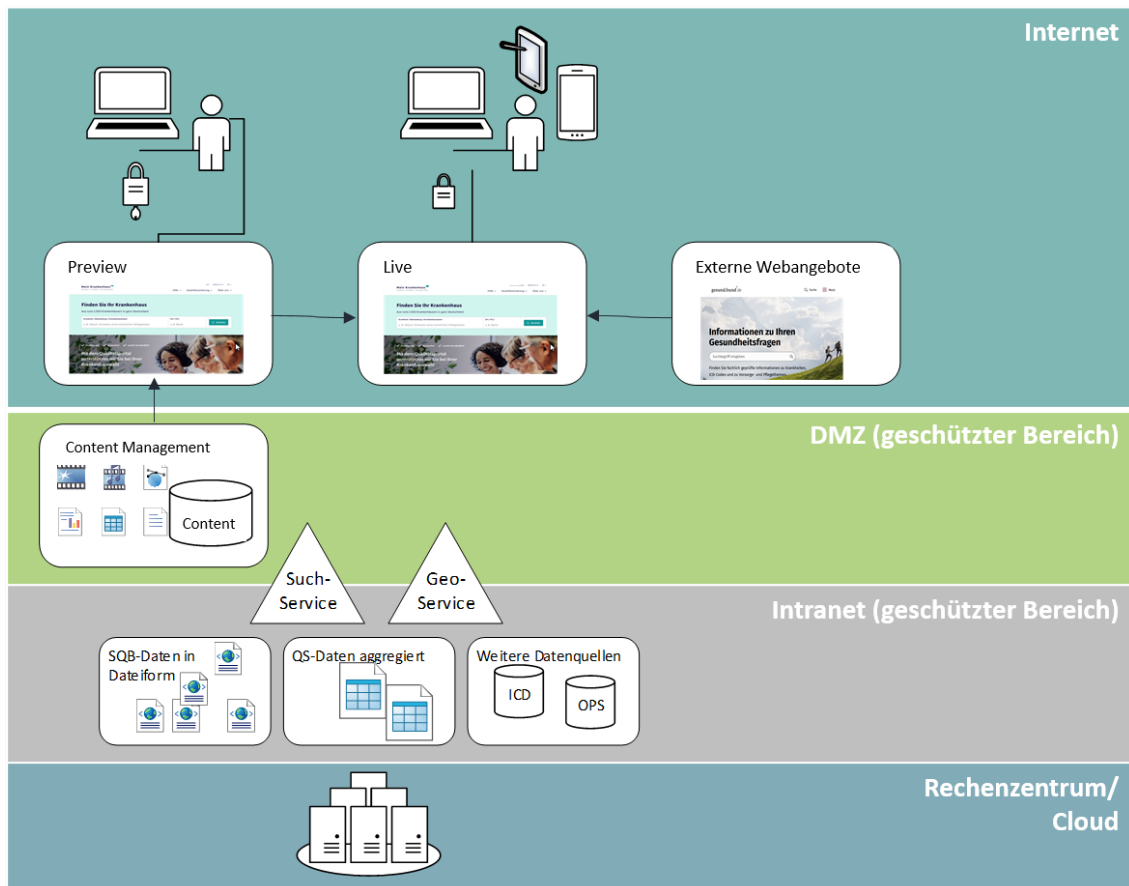


Abbildung 30: Architektur des G-BA-Qualitätsportals

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.

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/Publikationen/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-Mediensprache.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-Pressheft.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](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/depositon-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.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. November 2021

Impressum

Thema:

Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Anhang zum 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

Anhang A: Literaturrecherche	6
Anhang A.1: Recherchebericht	7
Anhang A.1.1: Ziel der Literaturrecherche	7
Anhang A.1.2: Informationsbeschaffung.....	8
Anhang A.1.2.1: Systematische Recherche in bibliographischen Datenbanken.....	9
Anhang A.1.2.2: Recherche nach Büchern und Hochschulschriften.....	28
Anhang A.1.2.3: Handsuche auf Websites	29
Anhang A.1.2.4: Similar-Article-Suche	33
Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen.....	37
Anhang A.2.1: Systematische Recherche in bibliographischen Datenbanken	37
Anhang A.2.2: Recherche nach Büchern und Hochschulschriften	235
Anhang A.2.3: Handsuche auf Websites	251
Anhang A.2.4: Similiar-Article-Suche.....	303
Literatur.....	325
Anhang B: Fokusgruppen	343
Anhang B.1: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen.....	344
Anhang B.2: Moderationsleitfäden (Topic Guides) für die Fokusgruppen	367
Anhang B.2.1: Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten.....	367
Anhang B.2.2: Fokusgruppen mit Eltern mit Entbindungserfahrung	368
Anhang B.2.3: Fokusgruppe mit Eltern von Kindern mit elektivem Krankenhausaufenthalt.....	369
Anhang B.2.4: Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten.....	370
Anhang B.2.5: Fokusgruppen mit Gesundheitsberaterinnen und -beratern	371
Anhang C: Entwicklung der Informationsmodule	372
Anhang C.1: Konkretisierung der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen.....	373
1 Übergeordnete Themen	373
2 Basisinformationen zum Krankenhaus.....	375
3 Medizinische Schwerpunkte.....	379
4 Ausstattung und Service.....	383

5 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	387
6 Arzneimittelversorgung	388
7 Allgemeine Patientenerfahrungen	389
8 Personal	390
9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen	392
10 Sichere Behandlungsprozesse	394
11 Hygiene und Krankenhausinfektionen	396
12 Kommunikation und Interaktion	397
13 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung	399
14 Behandlungsergebnisse und -erfolg	400
15 Komplikationen und Sterblichkeit	401
16 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen	403
Anhang C.2: Ergebnisdokumentation der Beratung durch das Expertengremium	404
1 Übergeordnete Themen	404
2 Basisinformationen zum Krankenhaus	406
3 Medizinische Schwerpunkte	407
4 Ausstattung und Service	410
5 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	416
6 Arzneimittelversorgung	416
7 Allgemeine Patientenerfahrungen	417
8 Personal	417
9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen	418
10 Sichere Behandlungsprozesse	420
11 Hygiene und Krankenhausinfektionen	420
12 Kommunikation und Interaktion	421
13 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung	422
14 Behandlungsergebnisse und -erfolg	423
15 Komplikationen und Sterblichkeit	424
16 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen	425
Zusammenfassung	427

Anhang C.3: Informationsmodule, Themen und Unterthemen.....	429
Anhang C.3.1: Übersicht zentraler Veränderungen (Stand: Zwischenbericht)	430
Anhang C.3.2: Übersicht zentraler Veränderungen (Stand: Abschlussbericht)	458
Anhang D: Beispielrechnung für die Aggregation von Qualitätsindikatoren.....	475
Anhang E: Beteiligte externer Expertise und Interessenkonflikte	477
Anhang F: Prototypentwicklung.....	480
Anhang F.1: Namensfindung.....	481
Anhang F.2: Textentwürfe für das G-BA-Qualitätsportal.....	484
Startseite	484
Über uns	485
Häufig gestellte Fragen (FAQ)	487
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).....	488
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)	489
Gesetzliche Qualitätssicherung	490
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	492
Mindestmengen	494
Tipps zur Krankenhaussuche	496
Hinweistexte für Info-Icons	499
Aktuell relevante Informationstexte.....	499
Allgemeinverständliche Beschreibungen der Qualitätsindikatoren (Beispiele)	502

Anhang A: Literaturrecherche

vertraulich

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.1.1: Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt im Rahmen der Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung. Dieses G-BA-Qualitätsportal soll vorrangig von Patientinnen und Patienten genutzt werden. Insbesondere sollen durch die Recherche folgende Themen bzw. Hauptfragen beantwortet werden:

Thema A: Informationsbedürfnisse und -präferenzen

- Was sind Informationsbedürfnisse und -präferenzen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen, bevor sie in ein Krankenhaus gehen?
- Welche Informationspräferenzen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen werden bezüglich der Qualitätsberichte der Krankenhäuser und in Public-Reporting-Angeboten zur Krankenhausqualität beschrieben?

Thema B: Entscheidungskriterien

- Was sind die Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl?

Thema C: Nutzertypen

- Wer sind die Nutzerinnen und Nutzer bzw. Nutzertypen von Online-Qualitätsinformationen im Krankenhausbereich aus der Nutzergruppe der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen?

Thema D: Such- und Nutzungsverhalten

- Welches Such- und Nutzungsverhalten weisen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in Bezug auf Online-Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern auf?

Thema E: Verständlichkeit von Informationen

- Wie verständlich sind Informationen aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und deren Aufbereitungsformen für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in Deutschland?
- Welche Empfehlungen werden zur Gestaltung von Online-Qualitätsvergleichen von Krankenhäusern im Sinne des Public Reporting für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen gegeben?

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen für die systematische Recherche. Diese wurden dabei in Anlehnung an das PICO-Schema (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert sowie inhaltliche und methodisch-formale Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Publikationstyp) und die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken) festgelegt.

Anhang A.1.2: Informationsbeschaffung

Um die oben genannten Hauptfragestellungen (Thema A bis E) beantworten zu können, wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Diese beinhaltete eine systematische Recherche nach Übersichtsarbeiten und Primärliteratur in verschiedenen bibliographischen Datenbanken. Des Weiteren wurden mithilfe weiterer Datenquellen themenrelevante Bücher, Hochschulschriften (Dissertationen etc.) und Berichte recherchiert.

In Tabelle 1 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zu den Themen A bis E zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Publikationen zu den Themen A bis E

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Publikationsdatum: ab 01.01.2009; bei Publikationen aus Deutschland bzw. wenn die Publikation eine deutsche Studienpopulation beschreibt – ohne zeitliche Einschränkung
E4	Keine Mehrfachpublikation
E5	Publikationstyp: Übersichtsarbeit oder Primärstudie, Bericht, Buch oder Buchkapitel, Hochschulschrift (Dissertation o. ä.)
E6	Der Artikel adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Deutschland oder Ländern, die dem WHO Mortality Stratum A ¹ zugeordnet sind. Dabei stammt die Mehrheit der eingeschlossenen Studien aus den o. g. Ländern, wenn Ergebnisse nicht länderspezifisch aufgeführt sind.
E7	Inhaltliche Relevanz hinsichtlich der oben genannten Hauptfragestellungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsbedürfnisse und -präferenzen von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen vor dem Krankenhausaufenthalt (Thema A) ▪ Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen bei der Krankenhauswahl (Thema B) ▪ Nutzerinnen und Nutzer bzw. Nutzertypen (Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige) von online Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern (Thema C)

¹ Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Themen sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Mortality Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

	Einschluss
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Such- und Nutzungsverhalten von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen zu Online-Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern (Thema D) ▪ Verständlichkeit von Informationen aus Qualitätsberichten der Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen in Deutschland (Thema E) ▪ Empfehlungen zur Gestaltung von Online-Qualitätsvergleichen zu Krankenhäusern für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen (Thema E)

Anhang A.1.2.1: Systematische Recherche in bibliographischen Datenbanken

Die systematische Recherche nach Übersichtsarbeiten und Primärliteratur wurde in den folgenden bibliographischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE via Ovid ab 1946,
- PsycINFO via Ovid ab 1806,
- Embase via Elsevier ab 1974,
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend von den Fragen für die Literaturrecherche und dem vorab vorliegenden Testset aus relevanten Publikationen wurden die relevanten Suchbegriffe abgeleitet.

Die Suchstrategie enthielt Rechercheblöcke passend zu den Themen A bis E (z. B. für Krankenhaus, Nutzer, Informationen, Präferenzen etc.). Der Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. mit Aussagen über eine deutsche Studienpopulation) einschränkte, basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015).

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- nur englische und deutsche Publikationen
- internationale Publikationen ab 2009, bei Verwendung des Deutschland-Filters zeitlich unbegrenzt
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 2, Tabelle 3, Tabelle 4 und Tabelle 5).

Bei der systematischen Recherche konnten letztlich fast alle Publikationen aus dem Testset identifiziert werden. Lediglich eine Publikation wurde aufgrund der festgelegten Limitationen nicht gefunden.

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 31. Januar 2019.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 2: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; Datum der Recherche: 31.01.2019

#	Searches
1	(hospital? or "health care provider?" or "healthcare provider?").ti,ab.
2	(patient? or consumer? or citizen? or laym?n or layperson? or user? or family? or families or "next of kin" or kinsm?n or kinswom?n or kinfolk? or caregiver? or carer? or parent? or mother? or father? or individual? or "quality report?" or "report card?").ti,ab.
3	(hospital? adj2 (quality or navigator? or rank* or choice? or choos* or chose? or report? or reported or reporting or rating? or portal? or performance? or "select* criteria" or suitable or "look* for" or search* or seek or seeking)).ti,ab.
4	(decision? adj2 making adj3 hospital?).ti,ab.
5	((patient? or consumer? or individual?) adj3 (choice? or choos* or chose?)).ti,ab.
6	((patient? or consumer? or individual?) adj2 (decid* or prefer*) adj2 hospital?).ti,ab.
7	(information? adj2 (seek or seeking or search*)).ti,ab.
8	(information? adj2 need*).ti.
9	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8
10	1 and 2 and 9
11	exp Germany/
12	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
13	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
14	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or lüneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony

#	Searches
	or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
15	11 or 12 or 13 or 14
16	limit 10 to (english or german)
17	limit 16 to (case reports or comment or editorial or letter)
18	16 not 17
19	limit 18 to yr="2009 -Current"
20	15 and 18
21	19 or 20

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 3: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid; Datum der Recherche: 31.01.2019

#	Searches
1	(hospital? or "health care provider?" or "healthcare provider?").ti,ab.
2	(patient? or consumer? or citizen? or laym?n or layperson? or user? or family? or families or "next of kin" or kinsm?n or kinswom?n or kinfolk? or caregiver? or carer? or parent? or mother? or father? or individual? or "quality report?" or "report card?").ti,ab.
3	(hospital? adj2 (quality or navigator? or rank* or choice? or choos* or chose? or report? or reported or reporting or rating? or portal? or performance? or "select* criteria" or suitable or "look* for" or search* or seek or seeking)).ti,ab.
4	(decision? adj2 making adj3 hospital?).ti,ab.
5	((patient? or consumer? or individual?) adj3 (choice? or choos* or chose?)).ti,ab.
6	((patient? or consumer? or individual?) adj2 (decid* or prefer*) adj2 hospital?).ti,ab.
7	(information? adj2 (seek or seeking or search*)).ti,ab.
8	(information? adj2 need*).ti.
9	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8
10	1 and 2 and 9
11	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
12	(german or deutsch*).ot,ti,ab.

#	Searches
13	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osna-bruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augus-tin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein west-falen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vor-pommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or nie-dersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
14	11 or 12 or 13
15	limit 10 to (english or german)
16	limit 15 to ("comment/reply" or editorial or letter)
17	exp case report/
18	16 or 17
19	15 not 18
20	limit 19 to yr="2009 -Current"
21	14 and 19
22	20 or 21
23	remove duplicates from 22

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 4: Suchstrategie für Embase via Elsevier; Datum der Recherche: 31.01.2019

No.	Searches
#1	hospital\$:ti,ab OR "health care provider\$":ti,ab OR "healthcare provider\$":ti,ab
#2	patient\$:ti,ab OR consumer\$:ti,ab OR citizen\$:ti,ab OR laym\$n:ti,ab OR layperson\$:ti,ab OR user\$:ti,ab OR family\$:ti,ab OR families:ti,ab OR 'next of kin':ti,ab OR kinsm\$n:ti,ab OR kinswom\$n:ti,ab OR kinfolk\$:ti,ab OR caregiver\$:ti,ab OR carer\$:ti,ab OR parent\$:ti,ab OR mother\$:ti,ab OR father\$:ti,ab OR individual\$:ti,ab OR 'quality report\$':ti,ab OR 'report card\$':ti,ab
#3	(hospital\$ NEAR/2 (quality OR navigator\$ OR rank* OR choice\$ OR choos* OR chose\$ OR report\$ OR reported OR reporting OR rating\$ OR portal\$ OR performance\$ OR 'select* criteria' OR suitable OR 'look* for' OR search* OR seek OR seeking)):ti,ab
#4	(decision\$ NEAR/2 making NEAR/3 hospital\$):ti,ab
#5	((patient\$ OR consumer\$ OR individual\$) NEAR/3 (choice\$ OR choos* OR chose\$)):ti,ab
#6	((patient\$ OR consumer\$ OR individual\$) NEAR/2 (decid* OR prefer*) NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#7	(information\$ NEAR/2 (seek OR seeking OR search*)):ti,ab
#8	(information\$ NEAR/2 need*):ti
#9	#3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	#1 AND #2 AND #9
#11	'germany'/exp
#12	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#13	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#14	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clauthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR

No.	Searches
	<p>greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin- gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau- tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene- burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün- ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen- dettelsau:ca,ad,ab,ti OR Neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os- nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots- dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa- bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmueund:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wupper- tal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westpha- lia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig hol- stein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR sax- ony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thu- ringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuer- ingen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palati- nate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti</p>
#15	#11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	#10 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#17	#16 AND ('case report'/exp OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim)
#18	#16 NOT #17
#19	#18 AND [2009-2019]/py
#20	#15 AND #18
#21	#19 OR #20

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 5: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO; Datum der Recherche: 31.01.2019

#	Searches
S1	TI (hospital# or "health care provider#" or "healthcare provider#") OR AB (hospital# or "health care provider#" or "healthcare provider#")
S2	TI (patient# or consumer# or citizen# or laym#n or layperson# or user# or family# or families or "next of kin" or kinsm#n or kinswom#n or kinfolk# or caregiver# or carer# or parent# or mother# or father# or individual# or "quality report#" or "report card#") OR AB (patient# or consumer# or citizen# or laym#n or layperson# or user# or family# or families or "next of kin" or kinsm#n or kinswom#n or kinfolk# or caregiver# or carer# or parent# or mother# or father# or individual# or "quality report#" or "report card#")
S3	TI (hospital# N2 (quality or navigator# or rank* or choice# or choos* or chose# or report# or reported or reporting or rating# or portal# or performance# or "select* criteria" or suitable or "look* for" or search* or seek or seeking)) OR AB (hospital# N2 (quality or navigator# or rank* or choice# or choos* or chose# or report# or reported or reporting or rating# or portal# or performance# or "select* criteria" or suitable or "look* for" or search* or seek or seeking))
S4	TI (decision# N2 making N3 hospital#) OR AB (decision# N2 making N3 hospital#)
S5	TI ((patient# or consumer# or individual#) N3 (choice# or choos* or chose#)) OR AB ((patient# or consumer# or individual#) N3 (choice# or choos* or chose#))
S6	TI ((patient# or consumer# or individual#) N2 (decid* or prefer*) N2 hospital#) OR AB ((patient# or consumer# or individual#) N2 (decid* or prefer*) N2 hospital#)
S7	TI (information# N2 (seek or seeking or search*)) OR AB (information# N2 (seek or seeking or search*))
S8	TI information# N2 need*
S9	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	S1 AND S2 AND S9
S11	(MH "Germany+")
S12	((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt or AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF

#	Searches
	<p>bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR (AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg) OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clautthal OR TI clautthal OR AF clautthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstätt OR AB eichstätt OR AF eichstätt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltville OR AB eltville OR AF eltville) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giessen OR TI giessen OR AF giessen) OR (TI giesen OR AB giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AF lüneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF</p>

#	Searches
	speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tubingen OR AB tubingen OR AF tubingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tübingen OR AB tübingen OR AF tübingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wurttemberg OR TI wurttemberg OR AF wurttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))
S13	S11 OR S12
S14	S10 Limiters - Language: English, German
S15	S14 Limiters - Publication Type: Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S16	S14 NOT S15
S17	S16 Limiters - Published Date: 20090101-20191231

#	Searches
S18	S13 AND S16
S19	S17 OR S18

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Bei fehlender Einigung wurde eine dritte Person zur Einschätzung hinzugezogen.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 1).

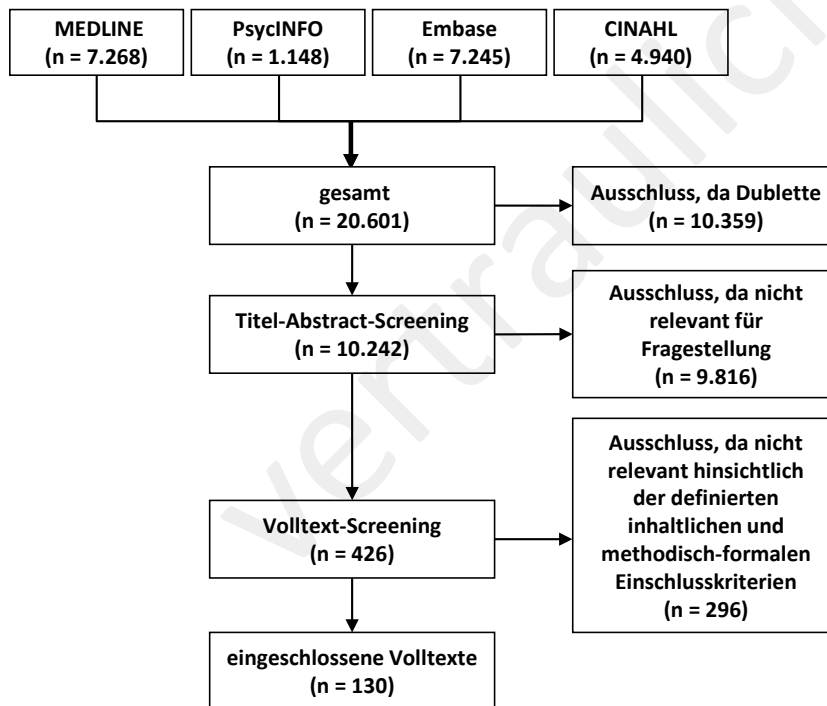


Abbildung 1: Flowchart der Recherche in den bibliographischen Datenbanken

Die systematische Recherche in den bibliographischen Datenbanken lieferte 130 Publikationen, die zur Beantwortung der Fragestellungen für die Themen A bis E herangezogen werden konnten (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Liste der eingeschlossenen Publikationen aus bibliographischen Datenbanken

Nr.	Titel	Referenz
1	Hospital Choice in Cancer Care: A Qualitative Study	Aggarwal et al. (2018b)
2	Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: A Population-based Study of Choice and Competition	Aggarwal et al. (2018a)
3	Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study	Aggarwal et al. (2017a)
4	Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review	Aggarwal et al. (2017c)
5	Hospital Quality Factors Influencing the Mobility of Patients for Radical Prostate Cancer Radiation Therapy: A National Population-Based Study	Aggarwal et al. (2017b)
6	Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers	Agarwal et al. (2019)
7	An investigation of consumer's choice of a healthcare facility when user-generated anecdotal information is integrated into healthcare public reports	Agnisarman et al. (2018)
8	Defining the user role in infection control	Ahmad et al. (2016)
9	Patients' priorities for ambulatory hospital care centres. A survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital	Albada und Triemstra (2009)
10	Sources of Traffic and Visitors' Preferences Regarding Online Public Reports of Quality: Web Analytics and Online Survey Results	Bardach et al. (2015)
11	Informal carers' perspectives on the delivery of acute hospital care for patients with dementia: a systematic review	Beardon et al. (2018)
12	Choice in the presence of experts: The role of general practitioners in patients' hospital choice	Beckert (2018)
13	Transition of care: Experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface a qualitative study	Berendsen et al. (2009)
14	Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: a survey	Berendsen et al. (2010)
15	Ranking Sources of Hospital Quality Information for Orthopedic Surgery Patients: Consequences for the System of Managed Competition	Bes und van den Berg (2013)

Nr.	Titel	Referenz
16	Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands	Beukers et al. (2014)
17	Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey	Birk et al. (2011)
18	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	Blake (2015)
19	Hospital Compare and Hospital Choice: Public Reporting and Hospital Choice by Hip Replacement Patients in Texas	Blake und Clarke (2017)
20	Perceived barriers to effective implementation of public reporting of hospital performance data in Australia: a qualitative study	Canaway et al. (2017)
21	Numeracy, Information Seeking, and Self-Efficacy in Managing Health: An Analysis Using the 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS)	Chen und Feeley (2014)
22	Using Conjoint Analysis to Estimate Patients' Selection Preferences for Hospitals and Surgeons	Coran (2015)
23	Use of the Internet and Ratings of Information Sources for Medical Decisions: Results from the DECISIONS Survey	Couper et al. (2010)
24	Encouraging consumer searching behavior on healthcare web sites	Cudmore et al. (2011)
25	Creating Compact Comparative Health Care Information: What Are the Key Quality Attributes to Present for Cataract and Total Hip or Knee Replacement Surgery?	Damman et al. (2012)
26	Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe?	de Cruppé und Geraedts (2011)
27	Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study	de Cruppé und Geraedts (2017)
28	Choosing between hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients	de Groot et al. (2012)
29	Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals?	de Groot et al. (2011)
30	Subjective Quality Information: Effects of Patient Experience Outcomes and Display Formats on Evaluation and Choice Intentions	Dietrich und Renner (2015)

Nr.	Titel	Referenz
31	Choosing a Hospital for Surgery: The Importance of Information on Quality of Care	Dijs-Elsinga et al. (2010)
32	How patients choose hospitals: Using the stereotypic content model to model trustworthiness, warmth and competence	Drevs (2013)
33	Ein internationaler Vergleich zu Public Reporting über die Qualität von Krankenhäusern: Wo stehen wir und was können wir lernen?	Emmert et al. (2017a)
34	Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care?	Emmert et al. (2014)
35	Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung	Emmert et al. (2016)
36	Hospital Quality Reporting in the United States: Does Report Card Design and Incorporation of Patient Narrative Comments Affect Hospital Choice?	Emmert und Schlesinger (2017a)
37	Patients' Awareness, Usage and Impact of Hospital Report Cards in the US	Emmert und Schlesinger (2017b)
38	What factors determine the intention to use hospital report cards? The perspectives of users and non-users	Emmert und Wiener (2017)
39	Do Patients Bypass Rural Hospitals?: Determinants of Inpatient Hospital Choice in Rural California	Escarce und Kapur (2009)
40	Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review	Faber et al. (2009)
41	Operationsentscheidung von Patienten in der Ästhetischen Chirurgie	Fansa und Haller (2011)
42	Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality	Fasolo et al. (2010)
43	Understanding patients' decision-making strategies in hospital choice: Literature review and a call for experimental research	Fischer et al. (2015)
44	Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf	Friedemann et al. (2009)
45	Applying the concept of consumer confusion to healthcare: Development and validation of a patient confusion model	Gebele et al. (2014)
46	Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Geraedts und Amhof (2008)

Nr.	Titel	Referenz
47	Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators	Geraedts et al. (2007)
48	Difficulty in seeking information about health care quality and costs: The field of dreams fallacy	Goidel et al. (2013)
49	Perceived Community Commitment of Hospitals: An Exploratory Analysis of Its Potential Influence on Hospital Choice and Health Care System Distrust	Grande et al. (2013)
50	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	Groenewoud et al. (2015)
51	Do patients value a hospital's innovativeness reputation? A multi-method approach to assess the relative importance of innovativeness reputation in patients' hospital choice	Gurtner et al. (2018)
52	Choice of hospital: Which type of quality matters?	Gutacker et al. (2016)
53	Patients' and clinicians' views of comparing the performance of providers of surgery: a qualitative study	Hildon et al. (2015)
54	Correlations Among Hospital Quality Measures: What "Hospital Compare" Data Tell Us	Hu et al. (2017)
55	Public hospital quality report awareness: evidence from National and Californian Internet searches and social media mentions, 2012	Huesch et al. (2014)
56	Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice	Huppertz und Carlson (2010)
57	Parents' Preferences Regarding Public Reporting of Outcomes in Congenital Heart Surgery	Irons et al. (2018)
58	Do surgical patients differ in the way they prioritise aspects of hospital care?	Iversen et al. (2009)
59	Where would you go for your next hospitalization?	Jung et al. (2011)
60	Location Isn't Everything: Proximity, Hospital Characteristics, Choice of Hospital, and Disparities for Breast Cancer Surgery Patients	Keating et al. (2016)
61	What Quality Metrics Is My Hospital Being Evaluated on and What Are the Consequences?	Keswani et al. (2016)
62	Patients' expectations of variation in quality of care relates to their search for comparative performance information	Ketelaar et al. (2014b)

Nr.	Titel	Referenz
63	Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice	Ketelaar et al. (2014a)
64	Predictors of eHealth Usage: Insights on The Digital Divide From the Health Information National Trends Survey 2012	Kontos et al. (2014)
65	Präferenzmessung im Krankenhaus – wissen, was den Patienten wirklich wichtig ist	Koppe et al. (2012)
66	Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaussuche	Kriwy und Aumüller (2007)
67	Role of the Internet as an information resource for surgical patients: a survey of 877 patients	Kurup et al. (2013)
68	Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice	Lako und Rosenau (2009)
69	Do patients' information requirements for choice in health care vary with their socio-demographic characteristics?	Laverty et al. (2015)
70	Why Do Patients Select a Hospital? A Conjoint Analysis in Two German Hospitals	Leister und Stausberg (2007)
71	The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital	Lux et al. (2011)
72	The Association of Understanding of Medical Statistics with Health Information Seeking and Health Provider Interaction in a National Sample of Young Adults	Manganello und Clayman (2011)
73	The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery	Marang-van de Mheen et al. (2010)
74	The Relative Importance of Quality of Care Information When Choosing a Hospital for Surgical Treatment: A Hospital Choice Experiment	Marang-van de Mheen et al. (2011)
75	How do patients trade-off surgeon choice and waiting times for total joint replacement: a discrete choice experiment	Marshall et al. (2018)
76	Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures	Maurer et al. (2016)
77	A Qualitative Study of Consumers' Views on Public Reporting of Health Care-Associated Infections	Mazor und Dodd (2009)
78	Communicating Hospital Infection Data to the Public: A Study of Consumer Responses and Preferences	Mazor et al. (2009)

Nr.	Titel	Referenz
79	Public Awareness and Use of German Physician Ratings Websites: Cross-Sectional Survey of Four North German Cities	McLennan et al. (2017)
80	Zertifizierungen in der onkologischen Chirurgie. Bedeutung für die Wahl der Behandlungsstätte	Melling et al. (2015)
81	Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: pilot survey	Merle et al. (2009)
82	Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002-2013	Moscelli et al. (2016)
83	Patient's decision making in selecting a hospital for elective orthopaedic surgery	Moser et al. (2010a)
84	Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information	Moser et al. (2010b)
85	Eigenschaften von integrierten Versorgungsprogrammen und deren Einfluss auf den Patientennutzen: Ein Discrete-Choice Experiment für Versorgungsnetzwerke	Mühlbacher et al. (2015)
86	The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: patterns of treatment and patient perspectives	Nostedt et al. (2014)
87	Online usability and patients with long-term conditions: a mixed-methods approach	Ossebaard et al. (2012)
88	Better-than-average and worse-than-average hospitals may not significantly differ from average hospitals: an analysis of Medicare Hospital Compare ratings	Paddock et al. (2015)
89	Public performance reporting and hospital choice: a cross-sectional study of patients undergoing cancer surgery in the Australian private healthcare sector	Prang et al. (2018)
90	Health care public reporting utilization – user clusters, web trails, and usage barriers on Germany's public reporting portal Weisse-Liste.de	Pross et al. (2017)
91	The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands	Rademakers et al. (2014)
92	Vulnerable Patients' Perceptions of Health Care Quality and Quality Data	Raven et al. (2012)
93	Equitable access to elective hospital services: the introduction of patient choice in a decentralised healthcare system	Ringard (2012)
94	The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey	Robertson und Burge (2011)

Nr.	Titel	Referenz
95	Public Reporting of Hospital Quality: Recommendations to Benefit Patients and Hospitals	Rothberg et al. (2009)
96	Consumer knowledge and attitudes toward public reporting of health care – associated infection data	Russo et al. (2019)
97	Comparing the spatial attractiveness of hospitals using zero-inflated spatial models	Saley et al. (2018)
98	Information Presentation Features and Comprehensibility of Hospital Report Cards: Design Analysis and Online Survey Among Users	Sander et al. (2015)
99	Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen	Sander et al. (2016)
100	Verstehen Laien Informationen über die Krankenhausqualität? Eine empirische Überprüfung am Beispiel der risikoadjustierten Mortalität	Sander et al. (2017)
101	Are Healthcare Quality “Report Cards” Reaching Consumers? Awareness in the Chronically Ill Population	Scanlon et al. (2015)
102	Insurees’ preferences in hospital choice – A population-based study	Schuldt et al. (2017)
103	Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings	Schwappach und Strasmann (2006)
104	Does location matter? A study of the public's preferences for surgical care provision	Schwappach und Strasmann (2007)
105	Establishing which factors patients value when selecting urology outpatient care	Shah und Dickinson (2010)
106	Patienteninvolvement und Informationspräferenzen zur Krankenhausqualität: Ergebnisse einer empirischen Analyse	Simon (2011)
107	How Report Cards On Physicians, Physician Groups, And Hospitals Can Have Greater Impact On Consumer Choices	Sinaiko et al. (2012)
108	Patient choice modelling: how do patients choose their hospitals?	Smith et al. (2018)
109	The association between patient activation and accessing online health information: results from a national survey of US adults	Smith et al. (2015)
110	Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses	Streuf et al. (2007)

Nr.	Titel	Referenz
111	Does free choice of hospital conflict with equity of access to highly specialized hospitals? A case study from the Danish health care system	Tayyari Dehbarez et al. (2018a)
112	Pregnant women's choice of birthing hospital: A qualitative study on individuals' preferences	Tayyari Dehbarez et al. (2018b)
113	Women's Preferences for Birthing Hospital in Denmark: A Discrete Choice Experiment	Tayyari Dehbarez et al. (2018c)
114	Low Correlation between hospital rankings results in confusing recommendations	Thielscher et al. (2014)
115	Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities	Varkevisser et al. (2010)
116	Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands	Varkevisser et al. (2012)
117	Patients' Choice of Destination Hospitals: What Drives Patient Choice – Cure, Cost, or Comfort?	Varughese (2016)
118	Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients	Victoor et al. (2016)
119	Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review	Victoor et al. (2012)
120	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	Victoor et al. (2013)
121	The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality	Victoor et al. (2014)
122	Consumer Attitudes About Health Care-Acquired Infections: A German Survey on Factors Considered Important in the Choice of a Hospital	Vonberg et al. (2008)
123	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	Ward et al. (2015)
124	Do women know whether their hospital is Catholic? Results from a national survey	Wascher et al. (2018)
125	Entscheidungsfaktoren und Informationsquellen für die Krankenhauswahl bei Geburten in der Schweiz	Wiedenhöfer und Keppler (2017)

Nr.	Titel	Referenz
126	A Systematic Review of the Factors that Patients Use to Choose their Surgeon	Yahanda et al. (2016)
127	Critical Choices: What Information Do Patients Want When Selecting a Hospital for Cancer Surgery?	Yang et al. (2018)
128	Different patient subgroup, different ranking? Which quality indicators do patients find important when choosing a hospital for hip- or knee arthroplasty?	Zwijnenberg et al. (2011)
129	Patients' Need for Tailored Comparative Health Care Information: A Qualitative Study on Choosing a Hospital	Zwijnenberg et al. (2016)
130	Understanding and using comparative healthcare information; the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills	Zwijnenberg et al. (2012)

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Im Titel-Abstract-Screening überprüften zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und die Abstracts der Publikationen, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Forschungsfragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert. Im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen aus den bibliographischen Datenbanken wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Bei fehlender Einigung wurde eine dritte Person zur Einschätzung hinzugezogen.

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen wurde von zwei Personen durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel der Publikation, Ziel der Studie, Studiendesign, Erhebungsmethode, Studienpopulation und Kernaussagen der Publikation ein. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2 dokumentiert.

Anhang A.1.2.2: Recherche nach Büchern und Hochschulschriften

Ergänzend zur systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken (siehe Anhang A.1.2.1) erfolgte eine Recherche auf der Website der Deutschen Nationalbibliothek (<https://portal.dnb.de>), um themenrelevante Bücher und Hochschulschriften (Dissertationen u. ä.) zu identifizieren.

Folgende Suchbegriffe bzw. Suchwortkombinationen wurden bei der Recherche verwendet:

- woe all "krankenh*" and woe all "patient*" and woe all "suche*"
- woe all "krankenh*" and woe all "patient*" and woe all "Entscheid*"
- woe all "krankenh*" and woe all "nutz*" and woe all "info*"
- woe all "krankenh*" and woe all "qualit*" and woe all "Entscheid*"
- woe all "krankenh*" and woe all "präfer*"
- woe all "krankenh*" and woe all "patient*" and woe all "information*"
- woe all "krankenh*" and woe all "bewert*"
- woe all "krankenh*" and woe all "Auswahl"
- woe all "krankenh*" and woe all "internet*"
- woe all "krankenh*" and woe all "webs*"
- woe all "krankenh*" and woe all "patient*" and woe all "qualit*"
- woe all "krankenh*" and woe all "patient*" and woe all "report*"

Für Hochschulschriften wurde als Limitation bei der Suchanfrage auf der Website der Deutschen Nationalbibliothek ein Publikationszeitraum der letzten 10 Jahre (also ab 2009) festgelegt. Abweichend von den Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1) wurden Bücher bzw. Buchkapitel bereits ab 1990 gesucht. Die Recherche erfolgte am 27. Februar 2019. Die einzelnen Suchanfragen ergaben bei den Büchern insgesamt 613 Treffer (Dubletten nicht berücksichtigt). Bei den Hochschulschriften konnten 222 Treffer identifiziert werden (Dubletten nicht berücksichtigt).

Für die Recherche nach Büchern und Hochschulschriften wurden die Titel der Publikationen von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Forschungsfragen (siehe Tabelle 1) überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person kontrollierte diese Auswahl. Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person in Hinblick auf die Einschlusskriterien überprüft. Eine zweite Person hat die Auswahl der eingeschlossenen Publikationen kontrolliert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Bei fehlender Einigung wurde eine dritte Person zur Einschätzung hinzugezogen. Es konnten 8 Bücher und Hochschulschriften identifiziert werden, die für die Beantwortung der Fragestellungen zu den Themen A bis E herangezogen werden konnten.

Tabelle 7: Liste der eingeschlossenen Bücher und Hochschulschriften

Nr.	Titel	Referenz
1	Qualitätsinformationen von Krankenhäusern. Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht	Dietrich und Grapp (2005)
2	Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle für die ambulanten Patienten der Orthopädischen Universitätsklinik im Asklepios-Klinikum Bad Abbach	Göthel (2016)
3	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	Grohmann (2015)
4	Patientenvertrauen in Krankenhäuser. Eine qualitative Analyse zur Bedeutung, Bildung und unterschiedlichen Vertrauensebenen	Haselhoff (2010)
5	Über die Bedeutung des World Wide Web auf die Auswahl eines Zielkrankenhauses für elektive chirurgische Eingriffe	Hohls (2014)
6	Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus. Website, SEO, Social Media, Werberecht	Köhler und Gründer (2017)
7	Bedeutung von Krankenhausdatenbanken im Internet aus Nutzersicht. Eine informationsökonomische Analyse	Poll (2008)
8	Welche Kriterien sind entscheidend für die Einweisungsentscheidung von niedergelassenen Ärzten? Eine empirische Untersuchung von arzt- und patientenbezogenen Variablen und deren Einfluss auf das Einweisungsverhalten	Raab und Konrad (2014)

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Bücher und Hochschulschriften wurde von einer Person durchgeführt und einer zweiten Person überprüft. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, ggf. Studiendesign, beschriebene Population und zentrale Ergebnisse ein. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2 dokumentiert.

Anhang A.1.2.3: Handsuche auf Websites

Ergänzend zur systematischen Recherche in den bibliographischen Datenbanken (siehe Anhang A.1.2.1) erfolgte eine Handsuche auf den Websites von folgenden Institutionen, Verbänden und Experten:

- Aktionsbündnis Patientensicherheit [<https://www.aps-ev.de>]
- AOK Bundesverband [<https://www.aok-bv.de>]
- Bertelsmann Stiftung / Projekt: Patient mit Wirkung [<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/patient-mit-wirkung>]

- Bertelsmann Stiftung / Projekt: Weisse Liste / Publikationen [<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/weisse-liste>]
- Bertelsmann Stiftung / Weisse Liste [<https://www.weisse-liste.de/de>]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) [<https://www.g-ba.de>]
- Gesundheitsmonitor [<http://gesundheitsmonitor.de>]
- Techniker Krankenkasse [<https://www.tk.de>]
- Universität Bielefeld / Arbeitsgruppe 6 / Institut für Pflegewissenschaft [<https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6>]
- Verbraucherzentrale NRW [<https://www.verbraucherzentrale.nrw>]
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK [<https://www.wido.de>; <http://www.qualitätssicherung-mit-routinedaten.de>]
- de Cruppé, Werner / Universität Witten-Herdecke / Publikationsdatenbank [<http://notes-web.dmz.uni-wh.de>]
- Emmert, Martin / Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg [<http://www.vm.rw.uni-erlangen.de/forschung/publikationen.shtml>]
- Geraedts, Max / Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) / Philipps-Universität Marburg [<https://www.uni-marburg.de/fb20/versorgungsforschung>]
- Geraedts, Max / Universität Witten-Herdecke / Publikationsdatenbank [<http://notes-web.dmz.uni-wh.de>]
- Sander, Uwe / Hochschule Hannover / Forschungsverbund Public Reporting [<http://www.public-reporting.wp.hs-hannover.de>]

Die Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Websites angepasst. So bieten viele Websites die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende deutsche Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- krankenhaus
- qualität*
- qualitätsbericht/e

Bei Websites, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel umfangreich der gesamte Webauftritt der Institution/Gesellschaft danach durchgesehen, ob relevante Publikationen vorliegen.

Zusätzlich wurde eine Recherche in den Suchmaschinen Google (<https://www.google.com>) und Google Scholar (<https://scholar.google.de>) durchgeführt. Dabei wurden folgende deutsche Schlagwörter verwendet:

- krankenhaus qualitätsvergleich
- krankenhaus qualitätsberichte
- krankenhaus qualitätsinformation
- krankenhaus vergleichsportal
- krankenhauswahl informationsdarstellung
- krankenhauswahl informationsquellen
- krankenhauswahl entscheidungskriterien

- krankenhaus vergleich informationsverhalten
- krankenhaus vergleich informationsbedürfnisse
- krankenhaus vergleich qualität verständlichkeit
- krankenhaus vergleich qualität informationsbedürfnisse
- krankenhaus vergleich qualität entscheidungskriterien

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 3. bis 18. April 2019.

Für die Handsuche auf Websites wurden die Titel und ggf. Abstracts der Publikationen bzw. die ersten sechs Suchergebnisseiten bei Google und Google Scholar von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Forschungsfragen (siehe Tabelle 1) überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person hat die Auswahl anhand der festgelegten Kriterien geprüft. Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person hat die eingeschlossenen Publikationen geprüft. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Bei fehlender Einigung wurde eine dritte Person zur Einschätzung hinzugezogen.

Über die Handsuche wurden letztendlich 23 Publikationen zusätzlich eingeschlossen.

Tabelle 8: Liste der eingeschlossenen Publikationen aus der Handsuche auf Websites

Nr.	Titel	Referenz
1	Unterschiede im Informationsverhalten und in der Entscheidungsfindung von Patienten bei der Auswahl von Kliniken	Braun-Grüneberg und Wagner (2009)
2	Standardisierte Qualitätsinformationen und ihr Einfluss auf die Wahl von Leistungsanbietern – Ergebnisse einer empirischen Studie am Beispiel der Qualitätsberichte von Krankenhäusern	Dietrich und Lindenmeier (2009)
3	Bevor der Patient ins Krankenhaus kommt. Informations- und Entscheidungswege des Patienten	Dreves und Gebele (2015)
4	Public Reporting zu Krankenhäusern in den USA und in Großbritannien	Emmert et al. (2017c)
5	Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht	Geraedts (2006)
6	Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht	Geraedts (2018)
7	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	Geraedts et al. (2010)

Nr.	Titel	Referenz
8	Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – Untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets	Geuter und Weber (2009)
9	Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht?	Hermeling und Geraedts (2013)
10	Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus?	Mansky (2013)
11	Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte	Marstedt (2018)
12	Qualitätsberichte als Vermittlungsinstanz im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern: Patienten als rationale Akteure	Messer und Reilley (2015)
13	Der Qualitätsbericht – Eine Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von Prostatakarzinompatienten?	Neugebauer ([2010])
14	Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen	Picker Institut Deutschland (2006)
15	Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden	Rossmann et al. (2018)
16	Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse	Schaeffer (2006)
17	Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht	Schaeffer et al. (2016)
18	Eignung von Qualitätsindikatoren und grafischen Qualitätsvergleichen für eine informierte Krankenhauswahl	Schwartz (2007)
19	Wer die Qual hat, hat die Wahl: Eine empirische Studie zum Informations- und Kommunikationsverhalten bei der Krankenhauswahl	Seifert (2015)
20	Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen	Simon (2010)
21	Patientengewinnung im Krankenhaus. Determinanten der Krankenhauswahl und ihre Beeinflussung. Eine theoretische und empirische Analyse	Steinhauser (2015)

Nr.	Titel	Referenz
22	Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker. Abschlussbericht	Universität Witten/Herdecke ([kein Datum])
23	Qualitätsberichte der Krankenhäuser – Nutzen und Mängel für die Krankenhaussuche von Patienten	Verbraucherzentrale NRW (2014)

Anhang A.1.2.4: Similar-Article-Suche

Aus der Vorrecherche und der systematischen Recherche (siehe Anhang A.1.2.1) wurden folgende 39 Artikel ausgewählt, die als relevant eingestuft wurden und als Ausgangspublikationen für eine Similiar-Article-Suche insbesondere zur Frage E dienen.

Tabelle 9: Liste der Publikationen für die Similiar-Article-Suche

Nr.	Titel	Referenz
1	On Effective Graphic Communication of Health Inequality: Considerations for Health Policy Researchers	Asada et al. (2017)
2	The Relationship Between the C-statistic of a Risk-adjustment Model and the Accuracy of Hospital Report Cards: a Monte Carlo Study	Austin und Reeves (2013)
3	“What is meant by public?”: Stakeholder views on strengthening impacts of public reporting of hospital performance data	Canaway et al. (2018)
4	Making comparative performance information more comprehensible: an experimental evaluation of the impact of formats on consumer understanding	Damman et al. (2015)
5	Subjective Quality Information: Effects of Patient Experience Outcomes and Display Formats on Evaluation and Choice Intentions	Dietrich und Renner (2015)
6	Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care?	Emmert et al. (2014)
7	Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung	Emmert et al. (2016)
8	Hospital Quality Reporting in the United States: Does Report Card Design and Incorporation of Patient Narrative Comments Affect Hospital Choice?	Emmert und Schlesinger (2017a)
9	Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results	Emmert et al. (2017b)
10	What factors determine the intention to use hospital report cards? The perspectives of users and non-users	Emmert und Wiener (2017)

Nr.	Titel	Referenz
11	Worüber sagen AOK-Lebensbäume mehr aus: über Qualität oder über Fallzahlen?	Englisch und Fischer (2016)
12	Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review	Faber et al. (2009)
13	Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality	Fasolo et al. (2010)
14	Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf	Friedemann et al. (2009)
15	Do Patient Preferences for Health Information Vary by Health Literacy or Numeracy? A Qualitative Assessment	Gaglio et al. (2012)
16	Applying the concept of consumer confusion to healthcare: Development and validation of a patient confusion model	Gebele et al. (2014)
17	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	Geraedts et al. (2010)
18	Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model	Graffigna et al. (2017)
19	Making data more meaningful: Patients' views of the format and content of quality indicators comparing health care providers	Hildon et al. (2012b)
20	Original Paper Hospital Website Rankings in the United States: Expanding Benchmarks and Standards for Effective Consumer Engagement	Huerta et al. (2014)
21	An Evaluation and Ranking of Children's Hospital Websites in the United States	Huerta et al. (2016)
22	Public hospital quality report awareness: evidence from National and Californian Internet searches and social media mentions, 2012	Huesch et al. (2014)
23	Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice	Huppertz und Carlson (2010)
24	What Quality Metrics Is My Hospital Being Evaluated on and What Are the Consequences?	Keswani et al. (2016)
25	Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice	Ketelaar et al. (2014a)

Nr.	Titel	Referenz
26	Bewertung von Internetportalen zur Suche und Beurteilung von Ärztinnen/Ärzten und Krankenhäusern aus Patientenperspektive	Kiel (2012)
27	Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review	Kurtzman und Greene (2016)
28	Public views on healthcare performance indicators and patient choice	Magee et al. (2003)
29	Adoption and Use of Internet Technologies in Health Communication: Examining Disparities in Diffusion Patterns, Health Information Sources, and Patient-Provider Encounters	Massey (2014)
30	Making Survey Results Easy to Report to Consumers. How Reporting Needs Guided Survey Design in CAHPS™	McGee et al. (1999)
31	Website Sharing in Online Health Communities: A Descriptive Analysis	Nath et al. (2016)
32	Online usability and patients with long-term conditions: a mixed-methods approach	Ossebaard et al. (2012)
33	Better-than-average and worse-than-average hospitals may not significantly differ from average hospitals: an analysis of Medicare Hospital Compare ratings	Paddock et al. (2015)
34	Reach for the Stars	Panozzo (2018)
35	Choosing the best hospital: the limitations of public quality reporting	Rothberg et al. (2008)
36	Information Presentation Features and Comprehensibility of Hospital Report Cards: Design Analysis and Online Survey Among Users	Sander et al. (2015)
37	Qualitätsberichte der Krankenhäuser – Nutzen und Mängel für die Krankenhaussuche von Patienten	Verbraucherzentrale NRW (2014)
38	Patients' Need for Tailored Comparative Health Care Information: A Qualitative Study on Choosing a Hospital	Zwijenberg et al. (2016)
39	Understanding and using comparative healthcare information; the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills	(Zwijenberg et al. 2012)

Es wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed (alle Treffer rückwirkend ab Publikationsjahr 2009) dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen von einer Person gesichtet. Die Titel und ggf. Abstracts der Publikationen wurden von dieser hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Forschungsfragen (vgl. Tabelle 1) überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person hat die Auswahl anhand der festgelegten Kriterien

geprüft. Die Volltexte der potenziell relevanten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person hat die eingeschlossenen Publikationen geprüft. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Bei fehlender Einigung wurde eine dritte Person zur Einschätzung hinzugezogen.

Über die Similiar-Article-Suche wurden letztendlich 9 Publikationen zusätzlich eingeschlossen.

Tabelle 10: Liste der eingeschlossenen Publikationen durch Similiar-Article-Suche

Nr.	Titel	Referenz
1	Why Do So Few Consumers Use Health Care Quality Report Cards? A Framework for Understanding the Limited Consumer Impact of Comparative Quality Information	Bhandari et al. (2019)
2	How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews	Damman et al. (2009)
3	An International Comparison of Web-based Reporting About Health Care Quality: Content Analysis	Damman et al. (2010)
4	Impact of format and content of visual display of data on comprehension, choice and preference: a systematic review	Hildon et al. (2012a)
5	Making data more meaningful: Patients' views of the format and content of quality indicators comparing health care providers	Hildon et al. (2012b)
6	Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review	Kurtzman und Greene (2016)
7	The use of control charts by laypeople and hospital decision-makers for guiding decision making	Schmidtke et al. (2017)
8	Context-based Strategies for Engaging Consumers with Public Reports about Health Care Providers	Shaller et al. (2014)
9	Spie charts, target plots, and radar plots for displaying comparative outcomes of health care	Stafoggia et al. (2011)

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen

Anhang A.2.1: Systematische Recherche in bibliographischen Datenbanken

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 1

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Agarwal et al. (2019)	USA	„The primary objective of this analysis was to define, describe, and compare Yelp review content and ratings of EDs and urgent care centers. This analysis may help reveal the drivers of high and low patient satisfaction in these acute care settings.“	2	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (von Online-Reviews)	2005–2017	Yelp Online-Reviews zu Notaufnahmen und Notfallzentren in den USA	100.949 Yelp Online-Reviews: 16.447 über Notaufnahmen 84.502 über Notfallzentren	n. a. ²
Aggarwal et al. (2017a)	Vereinigtes Königreich	„We used patient-level data and geographical information system modelling to analyse the effect of patient mobility for cancer surgery and hospital competition on service configuration and technology adoption	1446	Quantitative Studie	Kohortenstudie	2010–2014	Patienten mit Prostata-Krebs, deren Prostata im angegebenen Zeitraum operativ in einem Prostatektomie-Zentrum entfernt wurde	19.256 Fälle	n. a.

² n. a. = not available

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		within the NHS, using prostate cancer as a model. In light of our findings, we appraised the international evidence exploring the role of choice and competition policies on the delivery of cancer surgery services and considered opportunities for developing the empirical research base in this area.“							
Aggarwal et al. (2017b)	Vereinigtes Königreich	„Using linked patient-level national datasets, geographic information systems, and applied econometric modeling, we investigated whether prostate cancer patients who had radical radiation therapy in the English National Health Service (NHS) ‘bypassed’ their nearest radiation therapy provider for treatment, as well as the provider and patient	1262	Quantitative Studie	Kohortenstudie	2010–2014	Patienten mit Prostata-Krebs, die sich im NHS System einer Bestrahlung unterzogen haben	44.363 Fälle	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		characteristics associated with that mobility.“							
Aggarwal et al. (2017c)	Vereinigtes Königreich	„Therefore, in this systematic review we aim to establish the evidence for patient mobility for elective services in the secondary care setting in countries that have introduced policies that enable patients to choose their health care provider. We also assess the methodological approaches used to describe patient mobility and analyze to what extent patient mobility is associated with patient, provider, and area characteristics“	380	Systematisches Review	Systematische Literaturrecherche	Studien aus den Jahren 1990–2015	Studien zur Mobilität von Patientinnen und Patienten, die elektiv ambulant oder stationär in einer Einrichtung der Sekundärversorgung (Facharzt) versorgt wurden	26 retrospektive Querschnittstudien	n. a.
Aggarwal et al. (2018a)	Vereinigtes Königreich	„The aim of the present study is to undertake the first-ever national analysis assessing the impact of choice and competition policies within cancer care. Our aim was to investigate	823	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2010–2014	Patienten mit Prostata-Krebs, deren Prostata im Krankenhaus chirurgisch entfernt wurde	19.256 Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		whether prostate cancer patients, who had a radical prostatectomy in the English National Health Service (NHS), travelled beyond (bypassed) their nearest hospital, and the hospital and patient characteristics associated with that mobility.“							
Aggarwal et al. (2018b)	Vereinigtes Königreich	„This study takes a qualitative approach to examine whether choice policies are working as they were intended in the English NHS, using prostate cancer as a case study.“	e67	Qualitative Studie	Semi-strukturierte Interviews	2016	Mitglieder einer britischen Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs und ihrer Partnerorganisationen; Patienten mit Prostatakrebs, deren Prostata im Krankenhaus chirurgisch entfernt wurde	25 Männer	n. a.
Agnisarman et al. (2018)	USA	„The research objective was to investigate how the decision to choose a particular healthcare facility is affected by the data provided on public reports on the quality of the facility and the nature of the user-generated	209	Quantitative Studie	Between-Subjects-Experiment	n. a.	Erwachsene Nutzerinnen und Nutzer des Online-Crowdsourcing-Marktplatzes Amazon Mechanical Turk	362 Teilnehmende: 169 Frauen 193 Männer	34,54 Jahre; (18–88 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		anecdotal comments about it.“							
Ahmad et al. (2016)	Vereinigtes Königreich	„This paper explores users' self-perceived roles in patient safety, specifically in infection control, describing the information needs of users and potential adverse effects, with the aim of generating useful evidence before the resourcing of large-scale, controlled, relevant studies.“	322	Qualitative Studie	(1) Gruppeninterviews, (2) Befragung	2014	Teilnehmende, die von einer Marktforschungsorganisation rekrutiert wurden	41 Teilnehmende: 15 Pflegekräfte 26 Patientinnen und Patienten	n. a.
Albada und Triemstra (2009)	Niederlande	„The aim of this study is to assess what elderly and chronically ill patients require in a future setting of hospital care.“	94	Quantitative Studie	Befragung, Discrete-Choice-Experiment	2006	Ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten des Krankenhauses Bernhoven (Niederlande)	1.066 Teilnehmende: 56 % Frauen	59 Jahre
Bardach et al. (2015)	USA	„The objective of this study is to inform transparency efforts by assessing for potential ways to increase traffic to online public reports of provider-level quality and cost as well as meet the needs of the visitors who find them.“	2	Quantitative Studie	(1) Web-Analyse mittels Google Analytics (2) Online-Befragung	2011	Echtzeit-Besucherinnen und Besucher von Online-Portalen für vergleichende Krankenhaus-Informationen	(1) 116.657 Website-Besuche (2) 1.755 Teilnehmende	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Beardon et al. (2018)	Vereinigtes Königreich, Australien	„We therefore conducted a systematic review to assemble and synthesize the published research evidence to describe common perspectives and experiences of informal carers of patients with dementia during acute hospital admission [28]. This information is needed to inform best practice delivery of acute hospital care for patients with dementia.“	2	Systematisches Review	Systematische Literaturliteraturauswertung	n. a.	Informelle Betreuungspersonen von Patientinnen und Patienten mit Demenz, die im Rahmen einer Akutaufnahme im Krankenhaus behandelt werden	20 eingeschlossene Studien	n. a.
Beckert (2018)	Vereinigtes Königreich	„This paper proposes a micro-founded two-stage choice framework that links the pre-selection of a choice set of hospitals by the GP, as an ‘expert’ agent on the first stage, with the choice of an alternative out of this set at the second stage by the patient, the principal and ultimate beneficiary of the choice outcome. It thereby provides a	99	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (two-stage choice model)	2011–2012	Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftersatz-Operation; einweisende ambulante Arztpraxen	Ca. 30.000 Patientinnen und Patienten; 4.721 Arztpraxen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		definition of 'expert' agent, as opposed to 'layman' principal."							
Berendsen et al. (2009)	Niederlande	„The purpose of this study is to (a) explore experiences and preferences of patients regarding the transition between primary and secondary care, (b) study informational resources on illness/treatment desired by patients and (c) determine how information supplied could make it easier for the patient to choose between different options for care (hospital or specialist).“	1	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2004–2005	Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Weiterleitung an einen Spezialisten innerhalb des letzten Jahres (3 Gruppen: Chronische Krankheiten, Größere Behandlungen und MUPS)	71 Teilnehmende: 34 Frauen 37 Männer	59 Jahre; (34–83 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Berendsen et al. (2010)	Niederlande	„Based on this consideration, we decided the following research questions. What are patient preferences and experiences concerning the transition between primary and secondary health care? What are patients' needs for choice and information and how are these influenced by personal and morbidity characteristics?“	101	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2007	Patientinnen und Patienten mit Behandlung bei medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten in zwei Krankenhäusern in den Niederlanden	Studienteil „Wichtigkeit“: 513 Teilnehmende: 62 % Frauen Studienteil „Erfahrungen“: 1.404 Teilnehmende: 60 % Frauen	n. a.
Bes und van den Berg (2013)	Niederlande	„The objective of this preliminary study is to present initial evidence on patients' ranking of sources of information when they compare hospital quality from a small-scale survey.“	76	Quantitative Studie	Befragung	2009	Versicherte einer großen niederländischen Krankenversicherung mit orthopädischer Hüft- oder Kniegelenksoperation innerhalb des vorhergehenden Jahres	108 Teilnehmende: 43,5 % Männer	61,4 Jahre
Beukers et al. (2014)	Niederlande	„Here, patient hospital choice is studied in the Dutch market for non-emergency hip replacement by examining the relationship between travel time,	928	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2008–2010	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftersatz-Operation	56.256 Teilnehmende: 30 % Männer	69,5 Jahre; (4–99 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		publicly available hospital quality information, and hospital waiting time and patient hospital choice using claims data from all Dutch hospitals over the years 2008–2010.“							
Birk et al. (2011)	Dänemark	„On this background we investigated how outpatients chose an outpatient clinic, specifically whether awareness and utilisation differed by socio-demographic variables.“	2	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Ambulante Patientinnen und Patienten in zwei Monaten des Jahres 2002 von 11 Kliniken in der Region Roskilde	2.272 Teilnehmende: 42% Frauen	n. a.
Blake (2015)	USA	„[...] this research evaluates the program’s [CMS = Centers for Medicare & Medicaid Services] effectiveness. Pursuant to this objective, I examine the discrete-level provider choices of consumers discharged from Texas acute care hospitals from April 1, 2008 through December 31, 2012.“	11	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2008–2012	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftersatz-Operation oder abdominal-chirurgischen Eingriff, die zwischen 2008–2012 aus Akutkrankenhäusern in Texas (nicht-ländlicher Raum) entlassen wurden	(1) 39.503 Teilnehmende mit elektiven Hüftersatz: 58,1 % Frauen (2) 81.602 Teilnehmende mit abdominal-chirurgischen Eingriffen: 55,6 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Blake und Clarke (2017)	USA	„Evaluating the provider selections of a population of patients who are able and have time to consider alternatives, this study seeks to determine how publicly reported comparative health care performance data are statistically related with consumer hospital choices.“	185	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2008–2012	(1) Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Hüft-TEP aus dem nicht-ländlichen Raum in Texas Alter: ≥ 18 Jahre, (2) Datenbasis: Anonymisierte fallbezogene Entlassdaten des texanischen Gesundheitsministeriums; Krankenhausvergleichsdaten von CMS Hospital Compare	53.932 Fälle: 58,1 % Frauen	n. a.
Canaway et al. (2017)	Australien	„In this article, we examine healthcare consumer, provider and purchaser perspectives on the implementation of PR in Australia. We specifically focus on perceptions of the objectives of PR, its strengths, and barriers to greater effectiveness. In doing so, we seek to lay the foundation for better understanding how and what strategies might improve systems of PR.“	2 f.	Qualitative Studie	Interviews	2015	Fachkundige Informanten	41 Teilnehmende: 7 Patientenvertreter 15 Vertreter von Leistungserbringern 19 Vertreter von Kostenträgern (Einkäufer)	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Chen und Feeley (2014)	USA	„Specifically, the present study has three aims: (1) to examine the unique effects of numeracy on self-efficacy; (2) to examine the unique effects of numeracy on information seeking; and (3) to explore whether information seeking serves as a causal path linking numeracy to self-efficacy.“	844	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (basierend auf dem Health Information National Trends Survey (HINTS))	2007	Alle Haushalte, die im Rahmen von HINTS telefonisch befragt wurden (RDD Sample)	4.092 Teilnehmende: 1.584 Männer	56,02 Jahre; (18–97 Jahre)
Coran (2015)	USA	„This dissertation research contributes to the current literature by exploring structural and agency related factors that may influence a prospective patient's or subgroups of patients' choice of a hospital or surgeon for an elective medical procedure. Additionally, this research will help explain the impact of decisional conflict, preferred role in decision-making, and perceptions of trust	27	Quantitative Studie	Conjoint-Analyse	2015	Bevölkerung USA, Verteilung gemäß Zensusdaten	1.027 Teilnehmende: 534 Frauen 493 Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		about health information sources.“							
Couper et al. (2010)	USA	„In this article, we examine use of the Internet by US adults aged 40 y and older to seek information related to 9 specific medical decisions, [...] In addition, we contrast their ratings of the information obtained from the Internet with their ratings of other sources of information (family and friends, health care provider, and media such as magazines, newspapers, or television) about that medical decision.“	1075	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2006–2007	Panel-Teilnehmende, Alter: ≥ 40 Jahre	2.575 Teilnehmende: 1.565 Frauen 1.010 Männer	n. a.
Cudmore et al. (2011)	USA	„The purpose of this paper is to compare commercial healthcare web sites with hospital-based web sites within the frame of health information searches.“	291	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Collegestudierende	48 Teilnehmende: 44 % Frauen 54 % Männer 2 % keine Angabe	n. a.; (18–35 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Damman et al. (2012)	Niederlande	„The aim of the current study was to determine the attributes most eligible to be disclosed in comparative health care information about cataract and total hip/knee replacement surgery. This study extends the use of discrete-choice methods by using existing attributes and attribute levels found in the Dutch performance data for these two surgeries and by closely resembling the presentation formats to existing formats on the Internet.“	289	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Teilnehmende eines Online-Panels	1.303 Teilnehmende: 643 Frauen 660 Männer	Katarakt/Grauer Star: 59,9 Jahre Hüft-, Knieersatz: 60,0 Jahre; (50–85 Jahre)
de Cruppé und Geraedts (2011)	Deutschland	„Die Fragestellung lautet: Wie wählen Patienten vor elektiven operativen Eingriffen das behandelnde Krankenhaus aus?“	952	Qualitative Studie	Querschnittstudie, leitfadengestütztes teilstrukturiertes Interview	2010	Krankenhauspatientinnen und -patienten nach erfolgtem elektivem Eingriff in den Fachgebieten Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe und Gynäkologie	48 Teilnehmende: 28 Frauen 20 Männer	Gesamt: 62 Jahre Herzchirurgie: 71 Jahre Gefäßchirurgie: 71 Jahre Orthopädie: 67 Jahre Geburtshilfe: 34 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
									Gynäkologie: 70 Jahre
de Cruppé und Geraedts (2017)	Deutschland	<p>„Against this background, our study explored four research questions on hospital choice from the patient perspective in the German health system:</p> <p>1. How many patients decide where to go for hospital treatment? 2. How much time passes from indication for hospitalisation to admission? 3. Which sources of information on hospitals do patients use prior to hospitalisation? 4. Which criteria are of relevance to patients in choosing a hospital?“</p>	3	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2012	Krankenhauspatientinnen und -patienten	<p>Geschichtete Stichprobe: 1.925 Patientinnen und Patienten (aus 46 Abteilungen in 17 Krankenhäusern in 11 Fachgebieten):</p> <p>55 % Frauen</p>	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
de Groot et al. (2011)	Niederlande	„The present study therefore aims to assess the extent to which patients who have compared hospitals, more often based their hospital choice on public information, and focus on different information than patients who have not compared hospitals. This can be viewed as a first step to assess whether it may be possible to increase the impact of public information in some groups.“	2	Quantitative Studie	Befragung, Adaptive-Choice-Based-Conjoint-Analyse, Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Chirurgische Patientinnen und Patienten von drei Krankenhäusern in den Niederlanden, die zum ersten Mal die chirurgische Abteilung des Krankenhauses aufsuchen	337 Teilnehmende: Krankenhäuser verglichen: 71 Teilnehmende 49,3 % Männer Krankenhäuser nicht verglichen: 266 Teilnehmende 50,4 % Männer	n. a.
de Groot et al. (2012)	Niederlande	„The aim of this study therefore was to assess the influence of information on patients' experiences relative to other hospital information and to assess which aspects of patients' experiences are most important when consumers choose a hospital.“	765	Quantitative Studie	Adaptive-Choice-Based-Conjoint-Analyse	n. a.	Patientinnen und Patienten aus drei Krankenhäusern, die zum ersten Mal die chirurgische Ambulanz des Krankenhauses besuchen, Alter: ≥ 18 Jahre Gesunde Teilnehmende: Freiwillige aus der Region der drei Krankenhäuser, Alter: ≥ 18 Jahre	617 Teilnehmende: 337 Patientinnen und Patienten: 168 Frauen 169 Männer 280 Gesund: 184 Frauen 96 Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Dietrich und Renner (2015)	Deutschland	„Hence, this study focuses on the impact of the informational content, which we divide into objective and subjective quality information, whereas the other aspects of the model are excluded.“	236	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Graduierte Studierende	84 Teilnehmende: 52 % Frauen	24 Jahre
Dijs-Elsinga et al. (2010)	Niederlande	„The aim of the present study is to assess whether patients use information on quality of care (such as adverse outcomes) when choosing a hospital for surgery compared to more general hospital information.“	545	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2005–2006	Patientinnen und Patienten dreier niederländischer Krankenhäuser mit elektiven Eingriffen bei Aortenrekonstruktion, Gallenblasenentfernung, Darmresektion, Leistenbruch, Speiseröhrenresektion oder an der Schilddrüse 2005-2006	1.329 Teilnehmende: 601 Frauen 728 Männer	n. a.
Dreves (2013)	Deutschland	„[T]his study attempts to combine existing knowledge in health services research on how patients perceive hospitals that have certain characteristics with findings of social psychology research on assessments of organizations according	96	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		to the stereotypic content model (Figure 1).“							
Emmert et al. (2014)	Deutschland	„Thus, the aim of this study was to assess the potential of hospital report cards to improve the quality of health care delivery in Germany by means of steering patients to high-quality providers.“	387	Quantitative Studie	(1) Systematische Internetrecherche (2) Querschnittsstudie	n. a.	(1) Websites, die Informationen zur Krankenhausqualität für Patientinnen und Patienten anbieten (2) n. a.	(1) 62 Websites (2) 2.027 Teilnehmende (davon 84,2 % gesetzlich Krankenversichert): 966 Frauen	41,57 Jahre
Emmert et al. (2016)	Deutschland	„Eine Untersuchung zu den derzeit auf Internetportalen bereitgestellten Versorgungsqualitätsinformationen deutscher Krankenhäuser sowie deren Eignung für die Krankenhauswahl existiert nach Wissen der Autoren dieser Studie noch nicht. Diese Informationslücke soll mit der folgenden Untersuchung verringert werden.“	722	Quantitative Studie	Systematische Internetrecherche und -analyse	2014	Internetportale mit bereitgestellten Informationen zur Versorgungsqualität deutscher Krankenhäuser	18 Portale	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Emmert et al. (2017a)	Deutschland, USA, Vereinigtes Königreich	„Im Rahmen dieses Beitrags erfolgt ein Vergleich von Report Cards aus Deutschland mit solchen aus den USA und England. Hierauf basierend wird der Entwicklungsstand von Report Cards in Deutschland eingeschätzt sowie Handlungsimplicationen für das PR in Deutschland abgeleitet.“	207	Quantitative Studie	Systematische Internetrecherche	2016	Portale zur Darstellung der Versorgungsqualität von Krankenhäusern in Deutschland, England und den USA	186 Report Cards: 112 aus den USA 39 aus Deutschland 35 aus England	n. a.
Emmert und Schlesinger (2017a)	USA	„To explore the impact of hospital report card design and incorporation of patient narrative comments on consumers' choices of hospitals.“	933	Quantitative Studie	Querschnittstudie: Randomisiertes 2x3 Between Subject Experiment	2015	Teilnehmende eines Online-Panels, die in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung und Familienstand repräsentativ für die US-Bevölkerung sind.	1.350 Teilnehmende: 53,6 % Frauen	45,39 Jahre
Emmert und Schlesinger (2017b)	USA	„For this purpose, this study investigated the awareness and usage of hospital report cards as well as their impact on hospital choice in the US. Regarding the latter, we aimed to evaluate dif-	730	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2015	Teilnehmende eines Online-Panels, die in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung und Familienstand repräsentativ für die US-Bevölkerung sind.	1.332 Teilnehmende: 53,7 % Frauen	45,43 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		ferences between general and specific report cards.“							
Emmert und Wiener (2017)	USA	„Nevertheless, there is a lack of explanatory studies further exploring the reasons for the low HRC adoption. Therefore, this study aims to address this research gap by using a theoretical framework that is well-established in the Information Systems discipline, namely the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT), to explore the factors that drive (or hinder) HRC adoption.“	1395	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2015	Teilnehmende eines Online-Panels, die in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildungs- und Familienstand repräsentativ für die US-Bevölkerung sind.	1.350 Teilnehmende (davon 42,2 % Nutzerinnen und Nutzer von Krankenhausqualitätsberichten): 53,6 % Frauen	n. a.
Escarce und Kapur (2009)	USA	„The main objective of this study is to assess the hospital characteristics that influence rural residents' decisions to use rural hospitals rather than bypass them to obtain inpatient care in urban areas. Based on the literature we reviewed, a	627	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2000	Patientinnen und Patienten aus ländlichen vs. urbanen Regionen in Kalifornien	Non-urbane Entlassungen: 75.497 Urbane Entlassungen: 149.493	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		particular focus of the study is whether patients' tendency to bypass rural hospitals is explained by the limited services and technologies many of them offer.“							
Faber et al. (2009)	USA	„The aim of this study was to study the effectiveness of public reporting on consumers' choice behavior.“	2	Quantitative Studie	Metaanalyse	1996–2006	Patientinnen und Patienten die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen bzw. nach Anbietern suchen	34–13.078 Teilnehmende: Median: 316 Teilnehmende	n. a.
Fansa und Haller (2011)	Deutschland	„Die vorliegende Arbeit versucht in Anlehnung an bekannte Kaufentscheidungsprozesse aus dem Dienstleistungsmanagement, die Prozesse darzulegen, die zur OP-Entscheidung führen. Um Daten zum Entscheidungsprozess aus der Praxis zu erhalten, erfolgte eine retrospektive Umfrage bei Patienten, die sich als Selbstzahler einem ästhetischen Eingriff unterzogen haben.“	370	Quantitative Studie	Retrospektive Befragung	n. a.	Selbstzahlende Patientinnen mit vergangener ästhetischer Eingriff (Brusteingriffe, Lidstraffungen)	40 Teilnehmende: 100 % Frauen 35 Brusteingriffe 5 Augenlidstraffungen	36 Jahre; (20–64 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Fasolo et al. (2010)	Vereinigtes Königreich	„Our research aims to understand how the public understand and use comparative quality information about hospitals as presented on public websites such as NHS Choices when choosing hospitals.“	344	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2009	Ältere Personen in Gemeinschaftszentren, jüngeres nicht-akademisches Universitätspersonal, Patientengruppen	44 Teilnehmende: 30 Frauen 12 Männer 2 keine Angabe	n. a.
Fischer et al. (2015)	Österreich	„Against the background of this increasing importance of psychology and cognitive science in the research field of hospital choice, the present article has the goal to review and integrate insights from health care management, marketing science, and cognitive psychology in order to advance hospital choice research on both a theoretical and methodological basis.“	2	Literatur-Review	Literatur- und Tool-Recherche	2015	Relevante Fachliteratur; Analyse von CPT-Tools (Computerized Process-Tracking)	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Friedemann et al. (2009)	Deutschland	„Ziel der im Folgenden vorgestellten Forschungsarbeit war die Beurteilung der Lesbarkeit und Verständlichkeit der bisher veröffentlichten Qualitätsberichte mittels objektiver wissenschaftlicher Messmethoden. Dabei sollte die Frage beantwortet werden, ob die Ausführungen der Kliniken[sic!] für die Adressaten verständlich und lesbar sind.“	5	Quantitative Studie	Content-Analyse	2006–2007	Krankenhäuser des gesamten Bundesgebietes und aller Versorgungstypen	200 Krankenhäuser: 77 Freigemeinnützig 72 öffentlich 51 Privat	n. a.
Gebele et al. (2014)	Deutschland	„The current study focuses on confusion and its importance in patients' decision making.“	11	Quantitative Studie	Befragung mittels Szenariotechnik	n. a.	n. a.	198 Teilnehmende: 52 % Frauen 48 % Männer	n. a.; (18–79 Jahre)
Geraedts et al. (2007)	Deutschland	„Therefore, the aim of our study was to examine whether the quality reports and their respective quality indicators could nevertheless be useful for informed decision making by determining	2	Quantitative Studie	Strukturiertes Interview	n. a.	Niedergelassene Ärztinnen sowie Ärzte und Patientinnen und Patienten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Nordrhein-Westfalen	50 Patientinnen und Patienten: 68 % Frauen 50 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: 20 % Frauen 80 % Männer	Patientinnen und Patienten: 53 Jahre; (18–81 Jahre) Ärztinnen und Ärzte: 50 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		the relevance attributed to the reported hospital quality indicators by patients and referring physicians.“							
Geraedts und Amhof (2008)	Deutschland	„Nachdem erste Analysen im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2005 und 2006 darauf hindeuteten, dass Frauen zur Beurteilung der Qualität von Gesundheitseinrichtungen tatsächlich einen anderen Informationsbedarf als Männer zeigen [19, 20], wurde die folgende Subanalyse von Daten der 10. Befragungswelle im Rahmen des Bertelsmann Gesundheitsmonitors 2006 unter anderem dazu genutzt, diesen Sachverhalt genauer zu klären.“	54	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2006	Zufallssample, repräsentativer Querschnitt der bundesdeutschen erwachsenen Bevölkerung, sowie niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte	1.523 Teilnehmende: 774 Frauen 749 Männer	n. a.; (18–79 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Goidel et al. (2013)	USA	„The following study examines the difficulty in finding information about health care quality and costs, as well as respondents' intended use of websites devoted to providing information on health.“	418	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (basierend auf einer Telefonumfrage)	2009	Erwachsene, die im Bundesstaat Louisiana leben	1.030 Teilnehmende	n. a.
Grande et al. (2013)	USA	„In this manuscript, we explore whether public perceptions of hospitals' community commitment influence the choice of hospital by patients and their level of trust in the health care system.“	312	Quantitative Studie	Telefonumfrage	2006	Afroamerikanische (mindestens 5 %) und nicht-hispanische weiße Erwachsene in den 40 größten US-Metropolregionen	2.179 Teilnehmende (davon 37,6 % Afroamerikaner; ungewichtet): 1.315 Frauen 714 Männer	n. a.
Groenewoud et al. (2015)	Niederlande	„Given these limitations and debates, the present study sought to investigate which actors and factors influence patients' health care decisions, how these preferences differ between and within patient groups, and what the implications are for providing information on the	1943	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2006–2007	Patientinnen und Patienten mit Knie-Arthrose, rezidivierender Depression oder Alzheimer	616 Teilnehmende mit Knie-Arthrose: 62 % Frauen 368 Teilnehmende mit rezidivierender Depression: 77 % Frauen 421 Teilnehmende mit Alzheimer: 81 % Frauen	Knie-Arthrose: 66 Jahre Depression: 41 Jahre Alzheimer: 57 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		quality of health care providers to patients.“							
Gurtner et al. (2018)	Deutschland	„Our paper aims to address current gaps in the literature in two ways. First, organizational innovativeness is a prominent term in health care, but innovativeness has barely been considered from the patients' viewpoint. Therefore, we aim at conceptualizing hospital innovativeness from the patient perspective. To do so, we rely on the literature on organizational reputation and conceive the patient's perception as hospital innovativeness reputation. We explore this concept in a qualitative pretest and identify six dimensions of innovativeness reputation. Second, literature offers very little information about whether a hospital's reputation for being	139	Qualitativer Pretest; Quantitative Studie	(1) Pretest: Interview (2) Multikriterielle Entscheidungsanalyse (quantitative multi-criteria decision-making methods): Analytischer Hierarchieprozess (AHP) Conjoint Analyse (CA)	2014–2015	Patientinnen und Patienten mit elektiver Operation innerhalb der letzten zwei Jahre	(1) 98 Teilnehmende: 48% Frauen (2) 355 Teilnehmende: AHP: 77 Frauen 99 Männer CA: 88 Frauen 91 Männer	(1) 38 Jahre (2) AHP: 38 Jahre CA: 40 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		innovative affects the choice of patients. The few previous studies that can be identified often directly ask patients about their preferences and therefore neglect the true nature of these decisions, which are trade-offs between factors. Therefore, we analyze the role innovativeness reputation plays in the multi-criteria decision situation of hospital choice.“							
Gutacker et al. (2016)	Vereinigtes Königreich	„Our study makes a number of contributions. It is the first to explore whether hospital demand responds to quality as measured by average health gains derived from patient self-reported outcome measures. Second, we make novel use of pre-operative individual level PROMs data to explore whether sicker patients travel farther	231	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	n. a.	Patientinnen und Patienten, mit einer elektiven Hüftgelenkersatzoperation im NHS zwischen 2010–2013 Alter: ≥ 18 Jahre	171.472 Fälle bei 228 Leistungserbringern: 60 % Frauen	68 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		and choose hospitals with higher quality of care.“							
Hildon et al. (2015)	Vereinigtes Königreich	„Taking the National PROMs Programme as an example, our aim was to discover patients’ and clinicians’ views of provider comparisons in the area of elective surgery.“	367	Qualitative Studie	(1) Fokusgruppen, (2) Thematische Analyse	2010	Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. Chirurgen und Chirurgen	152 Teilnehmende 45 Patientinnen und Patienten in 6 Fokusgruppen 107 Chirurgen und Chirurgen in 7 Meetings	n. a.
Hu et al. (2017)	USA	„This study addressed questions about the extent of association among measures within specific domains (eg, correlations among complication measures) as well as between domains (eg, correlations between complication measures and mortality measures). The aim of this study was to develop and present a set of empirical findings about these associations in a manner that fosters understanding about the relatedness of measures and explores potential	606	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	n. a.	Daten aller Medicare-zertifizierten Akutkrankenhäuser des Vergleichsportals CMS Hospital Compare	3.390 Akutkrankenhäuser	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		implications for quality rating systems.“							
Huesch et al. (2014)	USA (insb. Kalifornien)	„ [...] to understand whether consumers are actually aware of publicly available hospital quality reports, have searched for them, and have discussed these with others [via internet or social media].“	2	Quantitative Studie	Explorative Studie (Auswertung von Google-Suchanfragen und Social Media Mentions mittels der Online Search Tools: Google AdWords' Keyword-Planner, Google Trends und MAP)	2012–2013	Nutzerinnen und Nutzer von Google und Social-Media-Plattformen	n. a.	n. a.
Huppertz und Carlson (2010)	USA	„In an experiment, we examined consumers' reactions to scenarios in which they viewed both quantitative ratings from the CAHPS Hospital Survey (HCAHPS) and anecdotal information about patient satisfaction at a fictional hospital.“	1604	Quantitative Studie	Choice-Experiment	n. a.	Teilnehmende eines Online-Panels	309 Teilnehmende: 51,8 % Männer	45,1 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Irons et al. (2018)	USA	„Accordingly, the aim of our project was to identify parents' preferences regarding content of pediatric heart surgery outcomes reports, specifically regarding the types of data that are included; and the optimal format for presentation of these data.“	607	Quantitative Studie	Querschnittstudie (Befragung)	2016	Eltern von Kindern mit angeborenen Herzfehlern	1.297 Teilnehmende: 1.179 Mütter 93 Väter 25 mit anderer Beziehung zum Kind	31,6 Jahre bei Diagnose des Kindes; 37,4 Jahre bei der Datenerhebung
Iversen et al. (2009)	Dänemark	„The objective of the article is to test the hypothesis that patients only have quantitatively different priorities.“	296	Quantitative Studie	Befragung	2006	Chirurgiepatientinnen und -patienten von 5 dänischen Krankenhäusern nach ihrer Entlassung aus dem behandelnden Krankenhaus	1.597 Teilnehmende: 52,7 % Frauen	n. a.
Jung et al. (2011)	USA	„We examine the effects of different dimensions of hospital quality in the context of a future hospital stay needing a surgical procedure. [...] Our study also extends the hospital choice literature by introducing individual-	833	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2004–2005	Arbeitnehmer eines großen selbstversicherten Unternehmens und deren Angehörige, die zur Zeit der Studie Krankenhauspatientinnen und -patienten waren, sowie gesunde Arbeitnehmerinnen und -nehmer	1.759 Teilnehmende: Ohne Krankenhausaufenthalt: 790 Teilnehmende 55 % Frauen Mit Krankenhausaufenthalt: 969 Teilnehmende 60 % Frauen	Ohne Krankenhausaufenthalt: 51,9 Jahre Mit Krankenhausaufenthalt: 52,8 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		level satisfaction ratings based on patients' own experiences.“							
Keating et al. (2016)	USA	„In this study, we used data from a large cohort of women with early-stage breast cancer residing in one of four geographically distinct urban areas to assess the roles of the hospital's proximity to their home and other factors in their choice of hospital for breast cancer surgery.[...] We then assessed whether deviations from these predictions for patients of different racial/ethnic subgroups (including black, Asian, and Hispanic patients) varied by hospital characteristics, including racial/ethnic composition of all hospital discharges, the proportion of Medicaid discharges, and the availability of a residency program or on-site radiation therapy.	1562 f.	Quantitative Studie	Kohortenstudie, Discrete-Choice Models	n. a.	Frauen, die eine Operation gegen Brustkrebs im Stadium I–III erhalten haben und zwischen 1992 und 2007 diagnostiziert wurden Alter: > 65 Jahre	29.053 Patientinnen: 10.746 aus Detroit 4.018 aus Atlanta 9.433 aus Los Angeles 4.856 aus San Francisco	Detroit: 75,6 Jahre Atlanta: 75,5 Jahre San Francisco: 76,8 Jahre Los Angeles: 76,1 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		We also assessed whether measures of quality at hospitals where minority patients obtained breast cancer surgery differed from those for white patients, and whether such differences were explained by proximity.“							
Keswani et al. (2016)	USA	„Various organizations have undertaken efforts to measure and publish quality metrics for hospitals and physicians, such as US News & World Report (best hospitals rankings) [3], Consumer Reports (hospital ratings), and ProPublica (surgeon scorecard) [4]. Payers (public and commercial) also rate hospitals and publish results to steer their customers toward providers that offer higher quality and lower cost care.	1139	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		[...] Sites like Yelp, Healthgrades, and Zocdoc allow patients to assign star ratings to doctors or hospitals based on their own experiences. The quality assessments offered by these stakeholders vary greatly based on types of measures included, data sources for those measures, and how the assessments of quality are ultimately used.”							
Ketelaar et al. (2014a)	Niederlande	„The aim of this study was to identify consumers’ values, appraisal, understanding, opinions and judgement of CPI [Comparative performance information].“	82	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2009	Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen (Querschnitt aus der Allgemeinbevölkerung) Alter: > 35 Jahre	27 Teilnehmende: 20 Frauen 7 Männer	59 Jahre
Ketelaar et al. (2014b)	Niederlande	„[...] we hypothesise that consumers who expect to find quality differences between hospitals are those who search for CPI. We tested whether patients’ expectations of variation in quality of	2	Quantitative Studie	Querschnittsstudie	2009–2010	Orthopädie Patientinnen und Patienten, die sich 2009–2010 zum ersten Mal einer Hüft- oder Knieersatz-OP unterzogen;	279 Teilnehmende: 158 Frauen 121 Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		care affect their reported search behaviour for hospital performance information, then we adjusted for potential confounders. Furthermore, respondents were asked in what ways they expected hospitals to differ. We also asked them about the most important reasons why they did not search for CPI.“					differenziert nach Krankentyp (Universitäts-KH, Lehr-KH, Kommunales KH)		
Kontos et al. (2014)	USA	„This study aims to employ an up-to-date, comprehensive examination of eHealth use by sociodemographic factors to illustrate potential profiles of disparities across a number of communication domains.“	2	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2011–2012	Teilnehmende des HINTS-Zyklus 4, repräsentativ für die Bevölkerung der USA	2.358 Teilnehmende 1.427 Frauen 931 Männer	n. a.
Koppe et al. (2012)	Deutschland	„Ziel der Studie war es, die Präferenzen der Bevölkerung in Bezug auf Krankenhäuser zu ermitteln. Mit dem Wissen über die Präferenzen sollen Kranken-	142	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Erwachsene, in Bezug auf Alter, sozioökonomischen Status und Geschlecht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung	56 Teilnehmende	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		häuser befähigt werden, ihre Patienten bzw. Kundenorientierung zu optimieren.“							
Kriwy und Aumüller (2007)	Deutschland	„Vielmehr interessieren uns solche Suchprozesse, bei denen Patienten Zeit haben, beispielsweise zu einem neuen Hausarzt Informationen einzuholen oder sich nach einem geeigneten Krankenhaus, z. B. zur Durchführung einer Knieoperation, umzusehen.“	465	Quantitative Studie	Befragung	2006	Zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger (Wohnsitz in Bayern), Alter: ≥ 18 Jahre	970 Teilnehmende: 771 Gesetzlich krankenversichert 199 Privat krankenversichert	n. a.
Kurup et al. (2013)	USA	„We [...] conducted a survey of patients undergoing elective surgery at our institution to assess whether patients use the Internet to look for information pertaining to anaesthesia, and whether they would be receptive to looking for information online if a website was suggested to them at the pre-operative visit.“	54	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Englisch- und/oder Spanischsprechende Patientinnen und Patienten eines Universitätskrankenhauses, die vor einem elektiven Eingriff an einer Anästhesie-Voruntersuchung teilnahmen	877 Teilnehmende: 519 Frauen 307 Männer 51 n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Lako und Rosenau (2009)	Niederlande	„In this article, we continue the investigation as to whether or not patients make an active choice for hospital care.“	25	Quantitative Studie	Befragung	2005	Ambulante Krankenhauspatientinnen und -patienten der Bereiche Chirurgie, Dermatologie und Gynäkologie	384 Teilnehmende	n. a.
Laverty et al. (2015)	Vereinigtes Königreich	„This study examines whether information used by patients to inform their choice of hospital, and the sources of information used by patients, varies with their socio-demographic characteristics. It also examines associations between the information patients use and whether they attend their local hospital provider.“	1128	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2009	Patientinnen und Patienten, die eine elektive Behandlung benötigten	1033 Teilnehmende: 59 % Frauen	n. a.
Leister und Stausberg (2007)	Deutschland	„In order to investigate the conscious and unconscious choice decision process of hospital patients, this research focuses on six questions [...].“	14	Quantitative Studie	Conjoint-Analyse	2005	Patientinnen und Patienten zweier Krankenhäuser (Niederberg und Essen) während eines elektiven Aufenthalts	151 Teilnehmende: 84 Frauen 67 Männer	Niederberg: 46,7 Jahre Essen: 49,0 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Lux et al. (2011)	Deutschland	„In the present study, the influence of establishing centers, with subsequent certification and accreditation, on patients' choice of an appropriate hospital was investigated on the basis of a certified breast and perinatal center, in order to collect data on the precise factors that influence patients' choices and to derive suitable marketing measures from these data.“	560	Quantitative Studie	Befragung	2007–2008	Gynäkologisch-onkologische Patientinnen sowie Patientinnen in der Geburtshilfe	2.389 Patientinnen Grund für die Behandlung: Brustkrebs: 31,2 % Schwangerschaft/Geburt: 19,6 %	n. a.
Manganello und Clayman (2011)	USA	„Thus, our study uses a nationally representative U.S. sample to answer questions regarding numeracy and young adults in order to address the following aims: Identify how trust in health information sources varies among young adults with lower and higher numeracy skills. Examine how health-information-seeking experiences differ for young	166	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2008	Teilnehmende der Health Information National Trends Survey (HINTS) (junge Erwachsene) Alter: 18–29 Jahre	661 Teilnehmende: 324 Frauen 337 Männer	23,3 Jahre; (18–29 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		adults with lower and higher numeracy skills. Assess how numeracy is associated with interactions with health care providers.“							
Marang-van de Mheen et al. (2010)	Niederlande	„The purpose of the present study, therefore, was to assess whether patients who have experienced adverse outcomes during hospitalisation or after discharge differ in the information they would use for future choices of a hospital for surgery compared with patients without any adverse outcomes.“	1	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2005–2006	Patientinnen und Patienten dreier niederländischer Krankenhäuser mit elektiven Eingriffen bei Aortenrekonstruktion, Gallenblasentfernung, Darmresektion, Leistenbruch, Speiseröhrenresektion oder an der Schilddrüse	1.198 Teilnehmende: 55,2 % Männer	n. a.
Marang-van de Mheen et al. (2011)	Niederlande	„The purpose of the present study was to assess the impact of quality of care information on patients' hospital choice when presented with selected information (rather than too much information) that they considered important	817	Quantitative Studie	Choice-Based-Conjoint-Analyse (CBC)	2005–2006	Krankenhauspatientinnen und -patienten mit elektivem Eingriff bei Aortenrekonstruktion, Entfernung der Gallenblase, Darmresektion, Leistenbruch, Speiseröhrenresektion oder Operation an der Schilddrüse	308 Teilnehmende: 57,8 % Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		for future hospital choice.“							
Marshall et al. (2018)	Kanada	„We assessed trade-offs that patients would make between choosing a specific surgeon and reduced waiting times for surgeon visit (first consultation) and surgery. Simply put, we aimed to answer ‘what trade-offs around the surgeon selection process would patients be willing to make for shorter waiting times?’“	523	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2013–2014	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Arthrose für eine Hüft- oder Knie-TEP-Operation an einen orthopädischen Chirurgen überwiesen wurden. Alter: ≥ 18 Jahre	422 Teilnehmende: 247 Frauen 175 Männer	n. a.
Maurer et al. (2016)	USA	„In this article, we explore factors that may influence use of comparative public reports for hospital maternity care, examining: <ul style="list-style-type: none"> ▪ How do women perceive and define maternity care quality? ▪ What information about maternity care quality do they value? 	1190	Mixed Methods	(1) Fokusgruppen (2) Sekundärdatenanalyse basierend auf einer Umfrage	(1) 2013 (2) 2014–2015	Schwangere Frauen	(1) 41 Frauen (2) 245 Frauen	(1) 33,1 Jahre; (19–42 Jahre) (2) 30,7 Jahre; (18–44 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ How aware are they of current maternity care quality efforts and measures? ▪ What information would they be likely to use and under what circumstances?“ 							
Mazor et al. (2009)	USA	„The purpose of the present study was to evaluate consumers’ responses to different approaches in reporting hospital-level comparative data on HAIs.“ (HAI=healthcare-associated infection)	109	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Einwohnerzufalls-sample aus Worcester, Massachusetts	201 Teilnehmende: 125 Frauen 76 Männer	51,7 Jahre; (23–92 Jahre)
Mazor und Dodd (2009)	USA	„The present study was designed to explore consumers’ responses to public reporting of HAIs. [...] The ultimate goals of the study were to describe consumers’ responses to this variety of possible report formats and content, and to use this infor-	413	Qualitative Studie	Interview	n. a.	Einwohnerzufalls-sample aus Worcester, Massachusetts	59 Teilnehmende: 37 Frauen 22 Männer	53,3 Jahre; (24–82 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		mation to develop recommendations to enhance public reporting of HAIs and related performance indicators.“							
McLennan et al. (2017)	Deutschland	„This study aims to examine (1) the level of awareness and usage of PRWs among the general public and how this compares with other rating websites; (2) factors that predict awareness, use, and contribution of ratings on PRWs; and (3) attitudes toward PRWs in relation to selecting a physician.“	2	Quantitative Studie	Querschnittstudie (Befragung)	2016	Stichprobe der Meldeämter: Einwohner von Nordhorn, Hildesheim, Bremen oder Hamburg Alter: 18–85 Jahre	280 Teilnehmende: 55 % Frauen	n. a.
Melling et al. (2015)	Deutschland	„Mit unserer Untersuchung wollen wir evaluieren, welcher Stellenwert von Patienten, Niedergelassenen und Chefärzten einer Zertifizierung bei der Auswahl einer onkologisch-chirurgischen Behandlungsstätte beimessen wird.“	688	Quantitative Studie	Befragung	2013–2014	Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Grunderkrankung, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie chirurgische und internistische Chefärztinnen und -ärzte	100 Patientinnen und Patienten: 63 % Frauen 41 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: 14,6 % Frauen 21 Chefärztinnen und -ärzte	Patientinnen und Patienten: 58,8 Jahre; (25–87 Jahre) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: 53 Jahre; (35–74 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Merle et al. (2009)	Frankreich	„The first implemented indicator, in 2006, describes hospital activity in infection control (in French: ICALIN). For each hospital, ICALIN is available as a score between 0 and 100 and as a class between A and E. [...] Therefore, we were prompted to assess what impact ICALIN diffusion could have on patients' attitude over the choice of a hospital.“	264	Quantitative Studie	Befragung	2005	Stationäre und entlassene Krankenhauspatientinnen und -patienten, sowie Besucherinnen und Besucher von Krankenhäusern in der oberen Normandie	381 Teilnehmende: 215 Frauen 166 Männer 133 stationär 157 entlassene 91 Besucher	n. a.
Moscelli et al. (2016)	Vereinigtes Königreich	„Using data from 2002/3 to 2012/13 on choice of hospital for elective hip replacement we address three research questions related to understanding demand-side mechanisms in healthcare: (a) how do distance, quality and waiting times influence choice of hospital, (b) do these factors have different effects on the choices of patients in	113	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2002–2013	Fälle mit elektiver Hüftersatz-Operation	546.474 Fälle: 60 % Frauen	67,95 Jahre; (18–103 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		rural and urban areas, and (c) how does a hospital's elasticity of demand with respect to its quality vary with the number of rivals. We use data over a long period to investigate how the answers to these questions changed over time, especially after the relaxation of constraints on hospital choice in 2006.“							
Moser et al. (2010a)	Niederlande	„Specifically, we examine the decision-making process of people who underwent elective orthopaedic joint arthroplasty: How they chose a hospital and what determinants influenced the decision-making process? This will generate insights in the actual behaviour of patients selecting a hospital and enables us to compare this behaviour with the ideal-	1263	Qualitative Studie	Interviews, Fokusgruppen	n. a.	Patientinnen und Patienten mit Hüft- oder Knieersatz-OP innerhalb der letzten 5 Jahre	18 Teilnehmende: 13 Frauen 5 Männer	74 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		ized model of the critical health care consumer.“							
Moser et al. (2010b)	Niederlande	„The aim of the current study was to get insights into the decision-making strategies of health-care consumers selecting a hospital for elective surgery when confronted with CCI.“ (CCI: Comparative consumer information)	366	Qualitative Studie	Interviews, Fokusgruppen	n. a.	Patientinnen und Patienten mit Hüft- oder Knieersatz-OP innerhalb der letzten 5 Jahre	18 Teilnehmende: 13 Frauen 5 Männer	74 Jahre; (50–82 Jahre)
Mühlbacher et al. (2015)	Deutschland	„Ziel der Studie ist die Analyse von Eigenschaften von Versorgungsprogrammen (organized healthcare systems) und deren Einfluss auf den Patientennutzen. Mit einem Discrete-Choice Experiment (DCE) werden Patientenpräferenzen in Bezug auf einzelne Eigenschaften von Versorgungsprogrammen erhoben.“	341	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2012	Repräsentative Stichprobe (in Anlehnung am Mikrozensus) von Patientinnen und Patienten mit einem Arztkontakt innerhalb der letzten zwei Jahre Alter: ≥ 18 Jahre	1.322 Teilnehmende: 50,7 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Nostedt et al. (2014)	Kanada	„The present study aimed to quantify where patients from rural Manitoba underwent surgery for rectal cancer (local v. urban hospital) and to explore their perspectives on the factors that influenced their decision on where to undergo surgery.“	399	Qualitative Studie	Semi-strukturierte Interviews	2010–2011	Patientinnen und Patienten, die in Manitoba zwischen 2004–2006 die Diagnose Darmkrebs erhalten haben und chirurgisch behandelt wurden	20 Teilnehmende: 6 Frauen 14 Männer	63 Jahre; (35–86 Jahre)
Ossebaard et al. (2012)	Niederlande	„To examine the portal's usability for patients, we therefore conducted a detailed study among chronic patients and their fellows or 'informal carers'. We observed their information-seeking behavior using the site in real-time and as realistic as possible in order to discover how well it meets their expectations, needs and demands with regard to a series of usability issues.“	375 f.	Mixed Methods	Befragung (eHealth Literacy Scale), Szenario-Methode, Think-Aloud Protokoll, semi-strukturierte Interviews, Fokusgruppen	n. a.	Patientinnen und Patienten mit Arthritis, Asthma oder Diabetes, sowie Angehörige	21 Teilnehmende: 12 Frauen 9 Männer	Arthritis: 54 Jahre Asthma: 36 Jahre Diabetes: 50 Jahre (23–67 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Paddock et al. (2015)	USA	„Given the prevalence of tier-based reporting, the appeal of reporting tiers in lieu of or in concert with more detailed numeric information, and the goal of improving the quality of healthcare by empowering consumers to select providers based on relative performance, the objective of this report is to examine the robustness of using tiered performance reports from the perspective of a consumer seeking personalised comparisons of provider performance. We examine the degree to which a consumer might be misled by comparing providers based on performance tiers, illustrating the implications of this using 30-day mortality and readmission outcome measures from Medicare Hospital	129	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (Querschnittsdaten)	2008–2011	Medicare Hospital Compare Qualitätsinformationen	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		Compare, and conclude with a discussion of the implications of our findings for the design of public report cards.“							
Prang et al. (2018)	Australien	„Therefore, the present study aimed to assess (among patients with breast, bowel or lung cancer): whether PPR of hospital data was used to inform their choice of hospital; factors that influence their choice of hospital; their level of demand for PPR; barriers to their use of PPR and how PPR could be improved to meet their information needs.“	2	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2016	Privatpatientinnen und -patienten mit Brust-, Darm- oder Lungenkrebs, die in ein öffentliches oder privates KH für eine Operation gingen Alter: ≥ 18 Jahre	243 Teilnehmende	n. a.
Pross et al. (2017)	Deutschland	„This paper aims to provide insights into the actual usage of online public reporting and identify public reporting improvement areas based on identified usage patterns. We first investigate whether information	2	Quantitative Studie	Clickstream-Analyse mittels Web-usage mining techniques	2012–2015	Nutzerinnen und Nutzer des Internetportals „Weisse-Liste.de“	Durchschnittlich täglich 10.000 Website-Nutzerinnen und -Nutzer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		supplied matches patient demand and regional variations in public reporting usage. We then identify usage frequency and intensity of different portal sections and key user groups, their usage characteristics, and usage patterns.“							
Rademakers et al. (2014)	Niederlande	<p>„Our main research questions in this article are:</p> <p>a. How do health literacy and patient activation affect provider choice?</p> <p>b. What are the reasons for consumers not to engage in active provider choice, and do these reasons differ by level of health literacy or patient activation?</p> <p>c. How do consumers who are not active choosers select a provider (hospital or medical specialist), and does this process differ</p>	201	Quantitative Studie	Befragung	2011	Stichprobe des „Dutch Health Care Consumer Panel“, repräsentativ für Alter und Geschlecht Alter: ≥ 18 Jahre	1.500 Teilnehmende: 54 % Frauen	55,9 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		by level of health literacy or patient activation?“							
Raven et al. (2012)	USA	„The purpose of this study was to determine which factors, including but not limited to the aforementioned standardized set of HHC hospital quality measures, impact hospital choice and health care decisions in diverse, low-income patients who experience a wide range of health problems. Our ultimate goal was to develop a decision-making model to inform and optimize hospital quality data access and presentation in vulnerable patient populations, taking into account that factors apart from the quality data might be significant for decision making.“	312	Mixed Methods	Fragebogen mit folgenden Fokusgruppen	n. a.	Erwachsene ambulante, Notfall- und stationäre Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten eines Krankenhauses in New York	Fragebogen: 102 Teilnehmende: 53 Frauen 49 Männer Fokusgruppe: 24 Teilnehmende: 15 Frauen 9 Männer	Fragebogen: 44 Jahre; (23–81 Jahre) Fokusgruppe: 44 Jahre; (28–66 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Ringard (2012)	Norwegen	„The article aims to analyse, on the individual patient level, the relationship of the hospital choice reform and the goal of securing equitable access to hospital services in Norway.“	11	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2004	Patientinnen und Patienten mit elektivem Krankenhausaufenthalt zwischen 2003 und 2004 in einem von 20 ausgewählten norwegischen Krankenhäusern; Patientinnen und Patienten mit Aufenthalt im nächstgelegenen Krankenhaus und „mobile“ Patientinnen und Patienten mit Behandlung in einem weiter entfernten Krankenhaus.	1.696 Teilnehmende: 929 Frauen 767 Männer	n. a.
Robertson und Burge (2011)	Vereinigtes Königreich	„This study uses data from a survey of patients who experienced choice at the point of referral in four areas of England, to consider whether there have been inequities in uptake of choice in the current choice programme.“	23	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2009	Patientinnen und Patienten in vier Regionen Englands, die in eine Ambulanz überwiesen wurden	2.181 Teilnehmende: 1.247 Frauen 934 Männer	n. a.
Rothberg et al. (2009)	USA	„We offer 10 recommendations for improving the public reporting of healthcare quality information: 5	541	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		describing what to report and 5 detailing how it should be reported (Figure 1). We also examine 3 leading performance reporting programs to see how well they implement these recommendations.“							
Russo et al. (2019)	Australien	„The aim of this study was to explore consumer knowledge and attitudes toward public reporting of HAI [health-care associated infection] data.“	1	Qualitative Studie	Semi-strukturierte Leitfaden-Interviews	2018	Englischsprachige Krankenhauspatientinnen und -patienten in der stationären Aufnahme, eingewiesen für einen elektiven Eingriff, bevorzugt chirurgisch Alter: > 18 Jahre	20 Teilnehmende: 4 Frauen 16 Männer	n. a.
Saley et al. (2018)	Frankreich	„The aim of this paper is to provide a method for measuring the effect of distance on the spatial number of patient admissions for a given hospital by using a spatial Bayesian hierarchical model, and to subsequently compare their attractiveness.“	131	Quantitative Studie	Hierarchisches Bayes'sches Modell (spatial Bayesian hierarchical model based on zero inflated distribution to model count data)	2009	Krankenhausaufnahmen von Patientinnen und Patienten mit Asthma in 4 Krankenhäusern in Languedoc-Roussillon	300 Aufnahmen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Sander et al. (2015)	Deutschland	<p>„After reviewing the available international recommendations, we analyzed the 10 most commonly used German public report cards and addressed 3 questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What information presentation elements were utilized? 2. Which led to better comprehension? 3. Which had similar effects to those reported in the evidence-based recommendations described in literature? <p>We focused on elements of information design that are used to communicate ideas, illustrate information, or express relationships visually, such as pictures, symbols, and colors.“</p>	2	Quantitative Studie	<ol style="list-style-type: none"> (1) Design-Analyse (2) Online-Umfrage 	2013	<ol style="list-style-type: none"> (1) Internetportale zur Versorgungsqualität mit Angaben zu risiko-adjustierten Mortalitätsraten für Koronarangiographie (PCI) (2) Teilnehmende an einem Online-Panel 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 10 Internetportale, die am häufigsten frequentiert wurden (2) 2.027 Teilnehmende: 48,24 % Frauen 	<ol style="list-style-type: none"> (1) n. a. (2) 41,57 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Sander et al. (2016)	Deutschland	„Die Ziele der vorliegenden Studie waren, a) geeignete Methoden zur Messung der Lesbarkeit und Verständlichkeit von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen zu identifizieren, b) verlässliche Aussagen über die Laienverständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen zu erlangen, c) Optimierungsmöglichkeiten für Qualitätsvergleiche zu Krankenhausleistungen aufzuzeigen und d) Empfehlungen für gesundheitspolitische Maßnahmen abzuleiten.“	829	Mixed-Methods	(1a) Computergestützte Erfassung von formalen Textmerkmalen mit den Lesbarkeitsindizes Fleisch und 1. Wiener Sachformel (1b) Expertenbasierte heuristische Analyse der Lesbarkeit und Verständlichkeit (2) Befragung von Probandinnen und Probanden	2013	(1) Internetportale, die Qualitätsvergleiche zu Krankenhausleistungen veröffentlichen; Qualitätsindikator: „risikoadjustierte Todesrate bei Ballonkatherbehandlung der Herzkranzgefäße“ (2) Teilnehmende eines Online-Panels	10 Websites; 2.027 Teilnehmende: 47,7 % Frauen	41,57 Jahre
Sander et al. (2017)	Deutschland	„Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse über die eingeschränkte Verständlichkeit von Krankenhausvergleichsportalen war es Ziel dieser Studie, das Verständnis eines Quali-	23	Quantitative Studie	Online-Befragung	2014	Probandinnen und Probanden eines Online-Panels	535 Teilnehmende: 47,9 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		tätsindikators zu prüfen. So sollte festgestellt werden, inwieweit potentielle Nutzer von Krankenhausvergleichsportalen grundlegende Fachbegriffe und Konzepte zur RAM [risikoadjustierte Mortalitätsrate] verstehen.“							
Scanlon et al. (2015)	USA	„We provide overall and regional estimates of awareness of CQI among the chronically ill population residing in 14 regions of the United States for 2 different periods: 2008 and 2012. These regions are sites for multi-stakeholder alliances in Aligning Forces for Quality (AF4Q), a national program funded by the Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), and aimed at realizing communitywide improvements in health and healthcare deliv-	237	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse (zweier Random digital Befragungen)	(1) Befragung: 2007–2008 (2) Befragung: 2011–2012	Chronisch kranke Personen	11.896 Teilnehmende: 68 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		ery.18 We also correlated regional estimates of availability of quality reports with regional awareness of these reports.“							
Schuldt et al. (2017)	Deutschland	„This study aims to find out more about the importance of crucial aspects of hospitals to different consumers representative for the general public. For this purpose, the present study used methodology to estimate the relative likelihoods of choosing a certain hospital among a set of alternatives.“	1040	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2014	Teilnehmende aus drei deutschen Städten (Magdeburg, Wittenberg und Stendal) Alter: 40–70 Jahre	590 Teilnehmende: 53,9 % Frauen	55,7 Jahre; (40–70 Jahre)
Schwappach und Strasmann (2006)	Deutschland	„Ziel dieser Analyse ist es, zu untersuchen, welche Präferenzen potenzielle Patienten für die chirurgische Behandlung im Rahmen niedergelassener, stationärer oder ambulant im Krankenhaus erbrachter Versorgung haben und welche Charakteristika der	166	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Mitglieder eines Internet-Befragungspanels für Konsumenten	1.134 Teilnehmende: 49,9 % Frauen 50,1 % Männer	42 Jahre; (18–65 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		verschiedenen Optionen für diese Wahl relevant sind.“							
Schwappach und Strasmann (2007)	Deutschland	„The objective of this study was to investigate preferences for different settings of surgical care provision.“	260	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	n. a.	Teilnehmende eines Internet-Panels	1.134 Teilnehmende: 566 Frauen	42 Jahre; (18–65 Jahre)
Shah und Dickinson (2010)	Vereinigtes Königreich	„The aim of this research, carried out prospectively, was: 1. To investigate what factors patients consider when deciding on their choice of hospital urology department, and 2. To establish what weight patients placed on each of these factors when making their choice.“	26	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Ambulante Patientinnen und Patienten in der Urologie zweier Krankenhäuser	199 Teilnehmende: 61 Frauen 96 Männer 42 keine Angabe	n. a.
Simon (2011)	Deutschland	„Dabei ist die Frage, wie denn geeignete, patientenorientierte Informationsangebote zu gestalten wären, nicht einfach zu beantworten. Zum einen besteht die Qualität von Krankenhäusern aus	73	Quantitative Studie	Choice-Experiment (Best-Worst-Scaling)	2008	Krankenhauspatientinnen und -patienten sowie Versicherte (potenzielle Patientinnen und Patienten), nicht genauer spezifiziert	276 Teilnehmende	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		einer Vielzahl einzelner Teilqualitäten bzw. Qualitätsindikatoren (angefangen bei der Qualität der Patientenzimmer und des Essens über die Geräteausstattung, die Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte bis hin zu Indikatoren der Ergebnisqualität, wie Erfolgsquote, Komplikationsrate oder Mortalität). Zum anderen liegen bisher kaum Erkenntnisse darüber vor, welche Qualitätsinformationen Patienten bei der Beurteilung der Krankenhausqualität als besonders nützlich bzw. relevant ansehen [4]. Die vorliegende Studie versucht einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke zu leisten.“							

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Sinaiko et al. (2012)	USA	„We sought to identify experts in the research community, and from each of the major stakeholder groups involved in public reporting efforts, to assess their perspectives on the history of public reporting to date and their perception of key objectives and strategies for public reporting initiatives in the future. [...] We then aimed to translate these findings into implications that can help guide the path forward.“	603	Mixed Methods	Semi-strukturierte, leitfadengestützte Experteninterviews; Befragung	2010–2011	Public Reporting-Experten, Repräsentanten der wesentlichen Stakeholder (Patientenorganisationen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen, Behörden etc.), Teilnehmende des National Summit on Public Reporting	Interviews: 29 Teilnehmende Befragung: 57 Teilnehmende	n. a.
Smith et al. (2015)	USA	„This study used nationally representative data to investigate the associations between patient activation and self-reported access of online health information. We hypothesized higher levels of patient activation would be associated with an increased likelihood of accessing:	3263	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2013	Repräsentative Stichprobe der US-Bevölkerung Alter: ≥ 18 Jahre	3.400 Teilnehmende	47 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		online medical records; treatment cost estimation tools; hospital and physician quality comparison tools; information about conditions and treatments; and information about preventive health.“							
Smith et al. (2018)	Vereinigtes Königreich	„The main objective of our study is to compare the use of two discrete choice models, the Multinomial Logit (MNL) model and the Utility Maximising Nested Logit (UMNL) model, in describing how patients access hospitals in a region where there are several different hospitals within reach. This will allow us to determine whether the decision over which hospital to attend is a multiple or single stage process, i.e. whether patients first choose a city or group of hospitals and then make a choice	260	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2008–2009	Patientinnen und Patienten mit Krankenhausaufenthalt aus 6 Krankenhäusern, unterteilt in elektiv und nicht-elektiv	106.248 elektive Krankenhausaufnahmen 120.244 nicht-elektive Krankenhausaufnahmen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		<p>from within that group, or simply choose the hospital that best suits them from a full list within the region.</p> <p>[...] A further objective is to determine whether data available on websites concerning hospitals play a significant part in choices made by patients.“</p>							
Streuf et al. (2007)	Deutschland	<p>„Will man das Informationsangebot für Bürger und Patienten – kurz Versicherte – optimieren, müssen in einem ersten Schritt ihre Informationsbedürfnisse ermittelt werden. Zentrale Fragestellungen lauten daher: 1. Welche Informationen sind für die Versicherten relevant? 2. Ist der Informationsbedarf bei allen Versicherten gleich? 3. Werden alle Informationsquellen von allen Versicherten gleicher-</p>	114	Quantitative Studie	Befragung	2005	Versicherte der BARMER Ersatzkasse Alter: 16–75 Jahre	2.010 Teilnehmende: 61 % Frauen	n. a.; (16–75 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		maßen genutzt? Diesen Fragen wird im Folgenden anhand einer Ende 2005 durchgeführten Repräsentativbefragung von ca. 2000 Versicherten der BARMER Ersatzkasse nachgegangen.“							
Tayyari Dehbarz et al. (2018a)	Dänemark	„In this study, we examined whether a free choice of hospital, which has been introduced in many systems to strengthen user rights and improve hospital competition, conflicts with equity of access to highly specialized hospitals.“	722	Quantitative Studie	Retrospektive Kohortenstudie	2005–2014	Schwangere Frauen	134.049 Frauen	n. a.
Tayyari Dehbarz et al. (2018b)	Dänemark	„To investigate pregnant women's decision making in relation to their choice of birthing hospital and in particular, their priorities regarding hospital characteristics.“	e389	Qualitative Studie	Semi-strukturierte Interviews	2016	Schwangere Frauen	13 Frauen	31,6 Jahre; (23–39 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Tayyari Dehbaraz et al. (2018c)	Dänemark	„The objective of this article is to assess women's preferences for birthing hospital in Denmark by quantifying the trade-offs of hospital attributes based on women's preferences. In addition, we conducted subgroup analyses to verify whether specific pregnancy-related or personal characteristics could explain the heterogeneity in preferences.“	614	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2017	Frauen im gebärfähigen Alter Alter: 18–40 Jahre	517 Frauen	30 Jahre
Thielscher et al. (2014)	Deutschland	„Es liegt daher nahe, die Korrelation der Ergebnisse von Krankenhausführern zu messen. Entsprechende Untersuchungen gab es bereits 2007 in den USA [8]. Ausgangsüberlegung war dabei: Wenn Krankenhausführer die Qualität von Krankenhäusern korrekt messen und denselben Qualitätsbegriff verwenden, dann soll-	66	Quantitative Studie	Korrelationsanalyse	2012	Online-Krankenhausführer mit folgenden Eigenschaften: <ul style="list-style-type: none"> Die Ergebnisse umfassen Krankenhäuser aus allen Bundesländern Die Krankenhausführer zeigen ihre Ergebnisse in einem Format, das einen Vergleich ermöglicht 	3 Online-Krankenhausführer: Krankenhaus-Directory, Weiße Liste, Qualitätskliniken.de	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		ten sie zu vergleichbaren Ergebnissen kommen. Wir haben dieses Verfahren an deutsche Verhältnisse angepasst (s.u.).“					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Träger des Führers ist eine Organisation bzw. ein Verband, dessen Größe Zugriff auf hinreichend viele Informationen über Krankenhäuser und ihre Verarbeitung erlaubt, ▪ Ergebnisse zu Hüftendoprothese 		
Varkevisser et al. (2010)	Niederlande	„In this paper we argue that when monetary prices do not matter to consumers, provider substitutability that underlies each provider's individual bargaining clout can be assessed by estimating time-elasticities. A provider's time-elasticity measures consumers' propensity to switch to other providers in response to an artificial increase in travel time.“	44	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2003	Ambulante Patientinnen und Patienten, die erstmals im neurochirurgischen Bereich eines Krankenhauses vorstellig werden	5.389 Teilnehmende: 59 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Varkevisser et al. (2012)	Niederlande	„In this paper, we examine the relationship between hospital quality, as measured by public quality ratings, and patient hospital choice for angioplasty in the Netherlands. It is among the first studies in this field outside the United States.“	372	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experiment	2006	Patientinnen und Patienten mit elektivem Krankenhausaufenthalt, bei denen 2005 eine Angioplastie vorgenommen wurde	2.670 Teilnehmende: 66 % Männer	65 Jahre; (28–95 Jahre)
Varughese (2016)	USA	„As only limited studies have incorporated the impact of servicescape in hospital design, the purpose of this study is to fill the gap in knowledge by integrating theories and empirical findings from diverse disciplines into a framework that describes how servicescape can influence a patient's choice of a hospital, specifically in relation to terminal illness, by asking whether servicescape is a driver of patients' choices of hospitals.“	4	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Patientinnen und Patienten mit jeglicher Krebsdiagnose mit mindestens einer Behandlung (ambulant oder stationär) in einer Krebsklinik / onkologischem Zentrum Alter: ≥ 20 Jahre	305 Teilnehmende: 67,9 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Victoor et al. (2012)	Niederlande	„In the current study, we are conducting a scoping review with the goals of describing the findings and range of research concerning patient choice of a wide range of healthcare providers in more detail (no studies were excluded based on the provider type) and of identifying knowledge gaps in the existing literature.“	2	Scoping Review	Systematische Literaturrecherche	2011	Englischsprachige Studien zur Krankenhauswahl Einschlusskriterien: aus westlichen Ländern, veröffentlicht zwischen 1995–2011	118 Studien	n. a.
Victoor et al. (2013)	Niederlande	„Our aim was to investigate whether patients in the Netherlands would search for information to choose a hospital and what impact the proximity of their nearest alternative hospital has on whether they would undertake a search or not.“	5	Quantitative Studie	Befragung	2011	Teilnehmende am Dutch Health Care Consumer Panel	1.500 Teilnehmende: 810 Frauen	n. a.
Victoor et al. (2014)	Niederlande	„Our aim was to investigate whether patients in the Netherlands would search for information to choose	5	Quantitative Studie	Befragung (davon 50 % schriftlich und 50 % online)	2011	Stichprobe des „Dutch Health Care Consumer Panel“ Alter: ≥ 18 Jahre	1.500 Teilnehmende: 54 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		a hospital and what impact the proximity of their nearest alternative hospital has on whether they would undertake a search or not.“							
Victoor et al. (2016)	Niederlande	„By means of in-depth interviews with hospital patients, we investigate how patients select or ‘end up at’ a hospital, thus arriving at a classification of patients regarding this subject.“	669	Qualitative Studie	Semi-strukturierte Interviews	n. a.	Patientinnen und Patienten aus chirurgischen Abteilungen sowie aus der Inneren Medizin	142 Patientinnen und Patienten: 76 Frauen 66 Männer	n. a.
Vonberg et al. (2008)	Deutschland	„Unfortunately, little is known about which hospital characteristics are considered important to the general population and thus are likely to influence a patient’s choice for or against treatment in a particular health care facility. Recently, data on this topic were published in the United States. McGuckin et al showed that cleanliness and low nosocomial infection rates	56	Quantitative Studie	Befragung	2006	Zufallssample aus dem nationalen deutschen Telefonregister	1.000 Teilnehmende: 57,2 % weiblich	43 Jahre; (14–86 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		were considered extremely important for potential 'consumers'. To compare their findings with public opinion on various designated features and factors in a Western European country, we performed a representative nationwide telephone survey using a similar questionnaire.“							
Ward et al. (2015)	Australien	„Inequalities in access to healthcare information limit some groups (e.g. older people, low socio-economic status groups) from questioning medical authority [45], referred to as stratified reflexivity – they just 'trust' – often referred to as generalised trust [46], habitual trust [47], assumed trust [48] or blind trust [49]. However, the explanations for 'why', or better yet, under what conditions, some	2	Qualitative Studie	Interviews	2012–2013	Patientinnen und Patienten, die kürzlich entweder in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern behandelt wurden	36 Teilnehmende: 18 Teilnehmende aus öffentlichen Krankenhäusern 18 Teilnehmende aus privaten Krankenhäusern 24 Frauen	n. a.; (25–87 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
		groups do not make reflexive decisions on which to base trust or distrust remains elusive, and forms the key question for this paper.“							
Wascher et al. (2018)	USA	„Our study aimed to determine whether women seeking care at a Catholic hospital are aware of that hospital's religious affiliation and how characteristics such as education, age, ethnicity, religion, geographic location and the name of the hospital are associated with that awareness.“	499	Quantitative Studie	Befragung	2016	Frauen Alter: 18–45 Jahre	1.279 Frauen	n. a.; (18–45 Jahre)
Wiedenhöfer und Keppler (2017)	Schweiz	„Nachfolgend soll die Frage beantwortet werden, welche Faktoren die Krankenhauswahl für die bevorstehende Geburt beeinflussen und welche Informationsquellen dabei genutzt werden.“	469	Quantitative Studie	Befragung	2014	Wöchnerinnen	674 Frauen	32,4 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Yahanda et al. (2016)	USA	„In the present study, we performed a systematic review of the literature focused on how patients select surgical care. In particular, we aimed to identify the main factors influencing patient choice as well as important sources of information used by patients.“	46	Systematisches Review	Systematische Literaturliteraturauswertung	2015	Englischsprachige Publikationen zum Auswahlverhalten von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der medizinischen Versorgung bzw. der Wahl eines Chirurgen / einer chirurgischen Abteilung	86 Publikationen: 66 mit Bezug zur Chirurgie 20 mit Bezug zu anderen medizinischen Fachgebieten	n. a.
Yang et al. (2018)	USA	„To evaluate patients' interest in using a list of best hospitals for cancer surgery and to determine the type of information patients would want to have about hospital quality.“	e506	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2017	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Krebserkrankung im Krankenhaus operativ behandelt wurden. Eingeschlossene Krebserkrankungen: Brustkrebs, Blasenkrebs, Darmkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Nierenkrebs, Ovarialkarzinom, Prostatakrebs, Magenkrebs, Schilddrüsenkrebs und Hodenkrebs	3.334 Teilnehmende (davon 75 % mit Krebsdiagnose in den letzten 5 Jahren): 2.372 Frauen 959 Männer	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Zwijnenberg et al. (2011)	Niederlande	„The aim of this study was to examine which quality indicators patients find most important when choosing a hospital for THA/TKA, in order to get some first suggestions for essential indicators to be presented as comparative healthcare information.“	2	Quantitative Studie	Querschnittstudie	2009	Patientinnen und Patienten mehrerer niederländischer Krankenhäuser mit Hüft- oder Knie-TEP in der Vergangenheit oder in der nahen Zukunft (Warteliste)	109 Teilnehmende: 73 Frauen 36 Männer	64 Jahre
Zwijnenberg et al. (2012)	Niederlande	„For this purpose, we examined the effects of the amount of information presented and consumer characteristics and skills on several indicators of effective information use, namely comprehension of information, the choice itself, ease of making a choice and the perceived usefulness of the information.“	2	Quantitative Studie	Randomisierte kontrollierte Studie	2009	Patientinnen oder Patienten mit Hüft- oder Knieersatzoperation sowie Teilnehmende am NIVEL „Insurants Panel“	414 Teilnehmende: 12 % Patientinnen oder Patienten; 88 % Teilnehmende am NIVEL Insurants Panel 39,2 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von – bis)
Zwijnenberg et al. (2016)	Niederlande	„Our study aimed to explore patients' information presentation preferences as well as their values regarding tailored comparative health care information. Information about choosing a hospital for an elective surgery (ie, a total hip surgery) was used in this study as a case example.“	2	Qualitative Studie	Fokusgruppen	n. a.	Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Hüft-TEP, Knie-TEP oder Grauer Star-Operation	38 Teilnehmende: 17 Frauen 21 Männer	66,2 Jahre

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 2

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Agarwal et al. (2019)	633	<p>„The median of ED [emergency department] reviews (2.0) was lower than the median of urgent care center reviews (5.0). Although 62% of ED reviews are 3 stars or fewer, 60% of urgent care center reviews are 4 or 5 stars or more and approximate the distribution of all other Yelp-rated business.</p> <p>[...] Themes similar across ED and urgent care centers in 5-star reviews included comfort and overall experience ($r=0.53$ and $r=0.49$, respectively), professionalism ($r=0.47$ and $r=0.47$, respectively), clean facilities ($r=0.19$ and $r=0.30$, respectively), pediatric care ($r=0.12$ and $r=0.12$, respectively), and friendly staff interactions ($r=0.45$ and $r=0.46$, respectively).</p> <p>Themes similar across ED and urgent care center in 1-star reviews included poor communication ($r=0.34$ and $r=0.37$, respectively), telephone or reception experience ($r=0.29$ and $r=0.29$, respectively), waiting ($r=0.23$ and $r=0.20$, respectively), billing or insurance issues ($r=0.19$ and $r=0.25$, respectively), pain management ($r=0.23$ and $r=0.23$, respectively), and diagnostic testing ($r=0.16$ and $r=0.19$, respectively).</p> <p>Themes unique to ED 5-star reviews included bedside manner ($r=0.37$), care for family members ($r=0.18$), and access to care on nights or weekends ($r=0.06$). Themes unique to urgent care center 5-star reviews related to recommendation ($r=0.38$) and pharmacy refills or prescriptions ($r=0.07$). Themes unique to EDs in 1-star reviews included overall service ($r=0.34$) and speed of care ($r=0.23$). Themes unique to urgent care centers in 1-star reviews included lack of confidence ($r=0.38$) and reception experience ($r=0.06$).“</p>	Nein	Ja	Für sich selbst
Aggarwal et al. (2017a)	1448 f.	<p>„Centres with a net gain were more likely to be established robotic centres (ten [43%] of the 23 winners were robotic centres, compared with two [5%] of the 37 centres with a net loss; $p=0.0043$). Conversely, ten (27%) of the 37 centres with a net loss of patients closed down during the study period.“</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	1449	„Centres with the largest net gains or losses were predominantly located in the most competitive areas (figure 4). Established robotic centres were most likely to be located in the highest quartile (SCI 0.87–0.92) for hospital competition. Seven (41%) of the 17 centres in the highest SCI quartile were established robotic centres compared with five (10%) of the 48 other centres in the three other quartiles (p=0.0050). Similarly, for centre closures, six (35%) of the 17 centres in the highest SCI quartile closed compared with four (8%) of the 48 other centres (p=0.0081).“			
Aggarwal et al. (2017b)	1264	„In all, 9161 men (20.7%) ‘bypassed’ or traveled beyond their nearest radiation therapy center to an alternative, more-distant center (Table 2); 5142 men (12.6%) bypassed only 1 center, and 1125 men (2.5%) bypassed 5 or more centers for treatment (Table 2).“	Nein	Nein	n. a.
	1265	„Travel time had a very strong impact on the odds that a patient traveled to a particular hospital to receive radiation therapy in the univariate and multivariate conditional regression models (Tables 3 and 4). The odds of a patient traveling to a hospital that was up to 10 minutes further away than the patient’s nearest radiation therapy provider was found to be on average 72% smaller (odds ratio [OR] of 0.28) according to a conditional logit model that only included additional travel time (Table 3, model 1). [...] In addition, patients were 1.56 times more likely to travel to a center classified as a large-scale radiation therapy unit, and 1.37 times more likely to travel to a center if it was an established IMRT center.“			
Aggarwal et al. (2017c)	391	„The results of both studies demonstrated that while patients are prepared to bypass their nearest provider, there is a threshold distance above which patients are rarely prepared to travel to receive care at an alternative center. Furthermore, the Saunders study showed that rates of hospital bypassing increased between 10 and 20 miles to 30 to 50 miles but sharply decreased beyond 30 to 50 miles (Saunders et al., 2009). Other studies, assessed not only whether rural patients bypassed their nearest provider but whether their destination provider was a rural or urban center (Roh et al., 2008; Roh &	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		Moon, 2005). Urban admissions were considered as a proxy for distant admission and analyzed separately to those admissions at other rural providers.“			
	394	„All six studies analyzing the effect of provider capacity (i.e., measured in terms of waiting times for a particular treatment) on patient mobility demonstrated that patients were more likely to move to providers with shorter waiting times [...] All eight studies analyzing the effect of proxy measures for provider quality on patient mobility demonstrated that patients are more likely to travel further to receive treatment from providers who deliver a better quality of care according to these measures [...].“			
Aggarwal et al. (2018a)	823	„Our analysis demonstrated that 6465 men (33.5%) bypassed the nearest centre that carried out prostate cancer surgery. Two thousand, three hundred, and eight-six men (12.4%) bypassed at least three hospitals for their treatment and 1258 men (6.5%) at least five hospitals. There were clear differences in bypass rates between the nine English regions. In London, 50.9% of men had their prostate cancer surgery at the nearest centre whilst corresponding percentages were 86.5% in the North East and 80.6% in Yorkshire and Humberside.“	Nein	Nein	n. a.
	823	„Travel time had a strong impact on the odds that a patient chose a particular hospital to receive surgery. The odds of a patient choosing a hospital that was up to 10 min further away than the patient's nearest hospital that carried out prostate cancer surgery was found to be on average 78% smaller (odds ratio: 0.22). The odds decreased markedly as the additional travel time increased.“			
	823	„[T]he impact of travel time was smaller for men who were younger, for those who were fitter (no recorded comorbidities), and for those who lived in more affluent or rural areas [...].“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	823	„Patients were 1.42 times more likely to move to one of the 12 hospitals that were established robotic centres compared with those that were not and 2.18 times more likely to move to the 12 hospitals that employed surgeons who had a strong media reputation. University teaching hospital status had a small but statistically significant impact (odds ratio: 1.09, $p < 0.001$) on attracting patients.“			
Aggarwal et al. (2018b)	e69	<i>Context of Diagnosis: Urgency and Trust:</i> „At this juncture, urgency and trust were recurring themes that limited both the opportunity and desire to consider alternative hospitals. Crucially given the time taken to achieve a diagnosis and the life-threatening nature of their diagnosis, men felt under 'pressure' to make a decision quickly so they could start treatment.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	e70	<i>'Push' and 'Pull' Factors Driving Hospital Choice:</i> „Decision to seek care at alternative hospitals were driven by both 'push' and 'pull' factors. Push factors in particular were of relevance to both men who actively engaged with the choice process as well as those men who initially felt inclined to resist choice. [...] Other men framed their decisions to move to an alternative hospital in term of 'pull' factors, based on the desire to achieve the best outcome and the attraction of centres that offered innovative technologies, such as robotic surgery or high intensity focussed ultrasound. It was the desire to access a particular treatment that was not available at their local centre that was the main driver, rather than the knowledge that the alternative hospital delivered better quality treatment.“			
	e70	<i>Informed Choice: Making Sense of Information:</i> „Although the premise of the policy is to encourage patients to make informed choices, participants described being struck by the lack of an independent voice to assist in their decision-making, highlighting natural biases among urologists and oncologists, with these clinicians tending to favour the treatments that they themselves deliver. Men would have appreciated an independent person who was able to navigate a way			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		through all the information and summarise the evidence while taking into account new and emerging treatments and their own personal situation.“			
	e70	„In the absence of an independent source of information, men and/or their families/partners were forced to undertake their own research. Different values or weights were applied to the sources of information based on their own perception of its quality. In our sample, the internet and the social network of individual participants were the most commonly used external sources of information, although a few men deliberately relied on paper booklets to avoid being overloaded with information from the internet.“			
Agnisarman et al. (2018)	210	„There is a significant difference between the probability of choosing other facilities when the anecdotal comments are positive or negative. This difference is the lowest if the hospital quality was below average and the highest if the hospital quality is average.“	Nein	Nein	Für sich selbst
	211	„A significant difference in the probability of not choosing one of the three facilities was observed when positive anecdotal comments were placed before performance metrics information and when positive anecdotal comments were placed after performance metrics information. The probability of not choosing one of the three facilities was also significant when negative anecdotal comments were placed before performance metrics information and when negative anecdotal comments were placed after performance metrics information.“			
	212	„Participants perceived anecdotal information as more useful when these comments were negative and placed after the public report of hospital facilities that were average or above average, and performance metrics data were rated as more useful when the hospital facility was below average. Performance metrics data were perceived as more useful when they were negative and placed before anecdotal information. Also, when negative anecdotal information was provided before the public report information. It was rated as useful when the facility was above average and performance metrics data were perceived as useful when the facilities were average or below average.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Ahmad et al. (2016)	322 f.	<i>Patient safety: meaning and expectations:</i> „Participants brought up a number of aspects of patient safety, ranging from structural issues such as levels and consistency of staffing, processes such as cleanliness of the environment and information sharing, and wider cultural aspects of a safe and friendly atmosphere. Dimensions of patient safety which were seen as important by the participants, in order of prevalence to the open question, 'What does patient safety include?' were as follows: emphasis on cleanliness of the environment, staff and visitors; protecting patients from adverse incidents (e.g. misdiagnosis and wrongly prescribed drugs, infections); having well-trained and trustworthy staff; providing appropriate medical treatment; and ensuring safety /security of patients and their belongings.“	Ja	Nein	n. a.
	324	<i>Responsibility for patient safety:</i> „In response to the open question, 'Who is responsible for patient safety?', patients were perceived to be devoid of responsibility, while visitors and carers were deemed responsible (20%). Additionally, little responsibility was apportioned to macro-actors such as the UK Government or commissioners, with an emphasis on 'all staff in hospital' and 'healthcare staff in hospital' being responsible for patient safety (Figure 2). All responded positively to the follow-up direct question, 'Do patients have a role in patient safety?'“			
	324	<i>Reminding healthcare staff about hand hygiene:</i> „None of the participants had previously asked this question of HCWs for themselves or for others. Approximately half of the participants reported commenting previously to staff about visible lack of environmental cleanliness. The information and questions & answers session seemed to have some impact on participants' confidence about this aspect, as a minority (36%) of participants said that they would ask the prospective, intentional question, 'Would you ask a HCW, have you washed your hands?' Figure 3 shows that the younger and older participants reported a higher intention to ask than participants aged 30-60 years.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	325	<p><i>Hospital choice based on performance indicators:</i></p> <p>„The exercise provided good insight into the level of information that participants were willing to engage with when provided in the context of shared information, views and opinions. It was also apparent that information provided 'cold' would be somewhat unhelpful, and unlikely to be used to 'rate' hospitals, aid decision making or indeed alleviate fears. In this context of information exchange, aggregate results for the participants show that the hospitals were ranked in order of preference as follows: first preference was shared between Trusts A and B, and many respondents stated that they 'just would not go' to Trust C.“</p>			
Albada und Triemstra (2009)	97	<p><i>Wishes with respect to facilities at the centres for ambulatory care:</i></p> <p>„Of all optional care facilities at the future centre for ambulatory hospital care (Table 3) the respondents above all wished possibilities for medical examination, like having an ECG or an X-ray.</p> <p>[...] Patients also expected consultations as facilities at the future centres for ambulatory hospital care and favoured those with a medical specialist.“</p>	Ja	Nein	n. a.
	98	<p><i>Expectations with respect to quality aspects of outpatient hospital care:</i></p> <p>„The most important aspect of hospital care was continuity, with an average importance score of 3.3.</p> <p>[...] Secondly, proximity of care, a distance of <6.2 miles to the hospital, was considered crucial.</p> <p>[...] Good planning of care was the third dimension of health care quality that patients valued. Respondents valued appropriate scheduling of consultations, defined as having a medical consultation within 2 weeks from referral and scheduling of appointments consecutively on 1 day.</p> <p>[...] Almost half of the respondents considered attainability by transportation as (extremely) important.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	99 f.	<i>Expectations with respect to future visits to the centres for ambulatory care:</i> „Patients living near a centre for ambulatory care expected to prefer to visit the centre for ambulatory hospital care in their vicinity instead of the regional hospital. Especially for consultations with a medical specialist or a specialized nurse they favoured a visit to the ambulatory care centre (Table 5). For consultations concerning pre-operative screening, more patients (43%) stated they would rather visit the hospital.“			
	100	<i>Discrete Choice Experiment:</i> „When confronted with differences in quality of care between the hospital and the nearest centre for ambulatory hospital care, patients seemed to care less about proximity. But their preferences depended on the situation and medical need.“			
Bardach et al. (2015)	6	„More health care professionals than consumers had a primary purpose of choosing or comparing providers (38.8%, 168/433 vs 25.3%, 108/427) (Table 3), whereas more consumers than health care professionals (27.4%, 117/433 vs 20.3%, 88/427) had a primary purpose of finding quality information on a specific provider (P<.001 for overall comparison). For consumers with a primary purpose to „choose providers“ who were also asked whether they did so (n=51), 78.4% (40/51) were likely or very likely to use the information to choose a provider. Only 4.2% (18/433) of health care professionals said that they came to the websites for the purpose of patient referral to a hospital or other health care provider (Table 3). Sensitivity analysis found that these patterns were similar by report type (data not shown).“	Nein	Ja	n. a.
	6	„Few providers (0.9%, 4/433) or consumers (2.6%, 11/427) had a primary purpose of looking at cost information. The interest in this information was more common, with both providers (26.6%, 115/433) and consumers (20.8%, 92/442) desiring cost content to be added to the websites (Table 3). Approximately one-third of consumer respondents indicated interest in adding measures about diseases relevant to them (36.4%, 161/442) or adding written comments from other patients (31.5%, 139/442). Consumer			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		respondents rated their experiences using the website lower than did health care professional respondents (mean 6.2, SD 2.7 vs mean 7.2, SD 2.2 on a scale 0-10, P<.001).“			
Beardon et al. (2018)	3	<i>Patient care:</i> „Study findings repeatedly highlighted carers’ concerns that hospital staff did not understand dementia, were untrained and unskilled in managing patients with dementia and could not provide for the needs of this patient group.“	Nein	Nein	n. a.
	5 f.	<i>Staff interactions:</i> „Studies consistently highlighted the need for good communication between hospital staff and carers, with poor communication and information provision frequently cited as a grievance [40, 41, 45, 46, 48, 52]. Carers wanted regular communication [35, 40] and frequently needed more information than they received, including details about the patient’s medical condition, disease progression and symptoms, treatment options and care plans.“			
	6	<i>Carer’s situation:</i> „Carers experienced significant worry about the patient’s wellbeing in hospital. This included distress caused by the acute illness, as well as concern about their mental state and the potential for deterioration during a hospital admission.“			
	6	<i>Responsibility and advocacy:</i> „Carers commonly felt the need to advocate on behalf of patients to ensure their care needs were met in hospital [...].“			
	7	<i>Hospital environment:</i> „The general ward environment was perceived by carers to be unsuitable for patients with dementia, not being conducive to the management of distress and confusion and potentially contributing to deteriorating health of the patient: carers noted worsening mental state and behaviour, hospital acquired infections, bedsores and falls.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Beckert (2018)	105	„If HSMR were regarded as fully controlling for hospital quality of care, then it could be argued that the negative effect of the MFF would suggest that GPs tend to refer to hospitals that are cheaper from the point of view of the local Primary Care Trust. This finding suggests that GPs to some extent internalize the costs of their referrals that fall on PCT budgets.“	Nein	Nein	n. a.
	106	„In line with the existing hospital choice literature [...], distance - albeit to be interpreted as residual distance - is the dominant hospital attribute from the patient's perspective. Waiting times are also found to be substantively and statistically significant.“			
	106	„For example, if both a distant and a nearby hospital are pre-selected by the GP, then the negative effect of distance on utility implies that the residual quality of the distant hospital is higher than that of the nearby hospital, and the GP conveys this to the patient via the inclusion of the distant hospital in the pre-selected set. Our model allows patients to take account of such differences in residual quality. Our estimates, however, show that such residual quality differences do not affect patients' choices.“			
Berendsen et al. (2010)	102 f.	<i>The choice of care provider:</i> „Most patients (81%) thought it important that the GP gave them advice on which hospital or specialist to go to when they referred the patient. For a smaller number of patients (67%), the GP indeed gave this advice. [...] Ninety-one percent of respondents wanted to choose a hospital because of proximity of the hospital or personal or relatives' and friends' experiences (three-dimensional cross tab of multiresponse question). For those who actually made the choice themselves (n = 789), this percentage was 97%.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	103	<i>Information on illness or treatment:</i> „Thirteen percent of patients only desired practical information (e.g. what shoes to wear) regarding their illness, while 47% required further background information and 40% wanted to know everything there was to know concerning their condition.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Most patients (88%) wished to receive information through the GP while a smaller majority (59%) actually received information this way. Sixty-three percent of patients expressed a desire to receive information from the specialist, while 56% of respondents received information this way (56%).</p> <p>[...] About a third of the patients (31%) wanted to get the information through the internet, and a similar proportion used the internet for information (30%). Older people wished to use the internet less (possibly with the help of others) and they indeed used it less (65+: 11%; $p < 0.0005$). The same holds for lower educated patients ($p < 0.0005$). Of the people who did not finish their GCSEs, about 10% used the internet for information; of the people who finished only primary school about 3% used the internet for information.“</p>			
Berendsen et al. (2009)	3 f.	<p><i>Transition between primary and secondary care – GP:</i></p> <p>„Most of the patients said the GP plays an important role in making decisions with respect to the referral. A large number of subjects left their choices up to the GP entirely. Others prefer their GPs to inform them, advise them and consult with them, but to let them make their own decisions in the end.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	5	<p><i>Information:</i></p> <p>„The need for specific information expressed by each patient varied greatly. A small number of patients only wanted to hear practical information, whereas a larger number of patients wanted to receive more specific information about their prognosis. A few patients wanted to know every detail.“</p>			
	6	<p><i>Sources of Information:</i></p> <p>„Many patients preferred receiving information from the GP. GPs tend to spend the necessary time and, as opposed to specialists, give more extensive information tailored to the patient.</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Quite a few subjects were dissatisfied with the amount of information they were given about their condition, medication, treatment, or the consequences of an operation. Subjects had the impression that specialists did not have or take enough time for discussing the patient's concerns.</p> <p>[...] Many patients liked receiving extra literature so that they would have the chance to review information once they had returned home. Besides books, magazines, television programs, and medical encyclopaedias, the Internet was reported to be an important source of information. It was interesting to note that the age of the people who directly or indirectly consulted the Internet ranged from 34 to 79 years, with two thirds older than 50. The older patients often received Internet information through family members.“</p>			
Bes und van den Berg (2013)	78	<p>„The first column shows that GPs and own experience are very popular sources of hospital quality information (34 and 43 %). The table also suggests that, despite their central roles as the regulator and purchasers of healthcare within the system of managed competition, respectively, the government (via websites, 5.6 %) and insurers (3.7 %) were not usually seen as important sources of hospital quality information.</p> <p>[...] Overall, GPs, own experience, and patient/consumer organizations were most frequently cited as important sources. In contrast, the rankings provided by national newspapers and journals, friends/family, health insurers, and government websites did not seem popular.“</p>	Ja	Ja, teilweise	Für sich selbst
Beukers et al. (2014)	933	<p>„Overall, the estimation results suggest that hip replacement patients prefer general hospitals nearby with short waiting times and with high quality ratings. Concerning patient heterogeneity, some of the estimated coefficients for the interaction variables are indeed significant. It is found that men are willing to travel farther than women and are less reluctant to go to an academic hospital. Older people prefer hospitals closer by and general hospitals over academic and top clinical ones. Furthermore, for older people, the negative effect of waiting time is stronger and the positive effect of the AD quality indicator is somewhat weaker. Reoperation patients prefer academic, tertiary teaching and bigger hospitals more than patients with a first operation. Also for those patients,</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		higher waiting times seem to be less problematic whereas their preferences for the different quality indicators show mixed results.“			
	934	„From Table 3, it follows that for most hospitals, patient demand is fairly sensitive to changes in waiting time and scores in the AD [a daily newspaper] hospital rating. For the Elsevier [a weekly magazine] rating, it can be concluded that improved scores seem to have only a small effect on hospitals' predicted market shares.“			
Birk et al. (2011)	4	<i>Patient's reported awareness of freedom of choice (weighted respondents):</i> „Forty-one percent of the respondents reported that they were aware of their right to choose the hospital (Table 1). Patients' reported awareness differed significantly by specialty, patients referred to clinics of ophthalmology, ear, nose and throat, gynaecology/obstetrics and orthopaedics (the surgical specialties) being especially likely to report that they were aware of their right to choose. [...] In logistic regression analysis involving gender, age and education female patients and patients with longer education were significantly more likely to report that they were aware of their freedom of choice, like in univariate analysis (Table 2).“	Ja	Nein	Für sich selbst Für angehörige Kinder
	4	<i>Utilisation of choice among patients aware of freedom of choice (weighted respondents):</i> „Fifty-three percent of respondents, who reported that they were aware of their right to choose, reported that they utilised this right. [...] The share of parents which utilised free choice of hospital on behalf of their children was markedly lower than in other patient groups, even though the share of parents who were aware of free choice was lower than in other patient groups. Reported utilisation of free choice was also low in patients referred to outpatient clinics in neurology, while utilisation was high in patients referred to ophthalmology (where awareness also was high). Reported utilisation was no higher in patients referred to surgery than in patients referred to internal medicine.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	4 f.	<p><i>Reasons for choice of hospital:</i></p> <p>„Distance to hospital was the factor which the greatest number of patients reported to be important for their choice (Table 3), followed by the GP’s recommendation and the waiting time’s length. Twenty-two percent of outpatients reported that their own experience influenced their choice of hospital, while seven percent were influenced by their friends’ experience, and five percent by their family’s experience.“</p>			
Blake (2015)	151 f.	<p>„As expected, the analysis showed distance and hospital size affecting patient-hospital choices most substantially. The effects of hospital specialization were also consistent and substantial as expected. Additionally, consistent with findings reported within the health care consumer choice literature, I found that patient-hospital valuations varied across the two studied populations. Hospitals’ status as teaching institutions positively influenced hip replacement patient selections, but negatively affected the decisions of abdominal surgery patients. Less dramatic, but equally significant, valuations of hospitals’ for-profit status, degree of specialization, and size also varied. Of particular importance to the institution of public reporting, my examination revealed that observed differences extend to apply to the populations’ valuations of quality as well as hospitals’ publically reported performance. Consistent with my hypothesis that abdominal surgery patients are less able and have less time for searching, I found they placed less weight on hospitals’ concurrent reputations for quality. Further, of the performance variables evaluated, hip replacement patients placed greater weight on the publically reported perception of care measure variable ‘willingness to recommend’. Abdominal surgery patients alternatively valued hospitals’ compliance to prescribed standards of care and, conversely, placed relatively little weight on the publically reported perception measure. Since it is reasonable to suppose that physicians might premium hospitals’ abidance to prescribed practices, these performance-related observations were interpreted as supporting my hypothesis that effects of public reporting remain significant in populations where patients’ capacities are compromised as agents assume increased decision making responsibility. Overall, as news theory predicts, holding other quality considerations constant, I found patient-level effects associated with hospitals’</p>	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		concurrently reported comparative performance to be consistently significant but relatively small. To evaluate whether the low-magnitude effects observed might be sufficient stimulate hospital quality improvement, I concluded with an exploration of two scenarios. The first applied estimated demand elasticities of hip replacement patients to a hypothetical hospital. The second similarly applied estimated valuations of abdominal surgery patients. In the first case, incremental gains associated with the hospital's single standard deviation improvement resulted in a volume increase of 2.7%. In the second case, assuming the hospital's surgery patrons were sicker and less able to consider alternatives, applying the estimated valuations of abdominal surgery patients in Texas, the hospital's single standard deviation improvement still netted an incremental volume increase of 1.7%. In both cases, finding gains associated with improvement substantial, I concluded that effects of comparative performance data displayed by Hospital Compare, while modest, are not inconsequential.“			
Blake und Clarke (2017)	9	<i>Socio-cultural barriers:</i> „Informants across all groups highlighted a number of socio-cultural barriers to more effective PR (Table 4); in particular, institutional resistance to PR and poor reporting cultures. The lack of a hospital culture encouraging reporting and data sharing was contrasted with the aviation industry, known for its forward approach to sharing information about adverse events. Examples of institutional resistance to PR included ‘data custodians’ not ‘frankly reporting’, not making ‘the necessary data available in the first place’ (Consumer), and ‘politics’ and lobbying by the Australian Medical Association and the Private Hospitals Association creating resistance to the mandating of private sector PR (PrPriv).“	Nein	Ja	Für sich selbst
	196	„Relationships involving hospital's quality outcomes at the time of choice also are statistically significant. With a standard error of 0.0011, the logit coefficient associated with hospitals' VTE complication rates as experienced during the calendar years of patients' hospitalizations is -0.0140; while, with a standard error of 0.0006, the estimate associated with hip replacement mortality is -0.0098. These results are consistent with the hypothesis that consumers of hip replacement in Texas value quality. Furthermore,			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		since the variables are derived from retrospectively coded billing data unavailable to patients or intermediaries at the time of choice, the finding also suggests that consumers become aware of quality indirectly.“			
	196 f.	„With a standard error of 0.0014, the estimate associated with hospitals’ SCIP compliance rate is 0.0098, indicating that as reported adherence to prescribed standards of surgical care increase, so too does a hospital’s probability of selection. Likewise, with a standard error of 0.0008 and a coefficient of 0.0211, changes associated with patients’ willingness to recommend are also significant. Since, in both cases, the associations are positive and statistically significant, we conclude that hip replacement patients’ selections and hospitals’ reported comparative performance do correlate in time.“			
Canaway et al. (2017)	5 f.	<i>Conceptual barriers:</i> „Lack of clear objective or purpose of PR was a major concern raised by informants across all groups. It was an issue said to lead to ‘endless’ and ‘really fundamental debates about public reporting about why we actually do it and what is it actually useful for?’ (PurGov). Lack of clear objective and greater clarity on who the audience was (see Table 3) were considered barriers to more effective framing of PR systems and information to the right audience for greatest impact and outcome: [...].“	Ja	Nein	n. a.
	7	„While healthcare consumers (i.e. public citizens) were commonly considered the target audience for PR, they were not commonly considered its major audience (Table 3). Around two-thirds of informants considered PR to have little or no impact on consumer behaviour or decision-making (including 5 of 6 consumer informants; this data is not tabled).“			
	8	<i>Technical and resource barriers:</i> „Technical issues identified included lack of: agreement on appropriate/relevant benchmarks and indicators; appropriate IT infrastructure and capabilities; best statistical techniques; data granularity; time-delay between data collection and PR; and ability to effectively report on small jurisdictions.			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] While lack of relevance of PR for clinicians was highlighted by some providers, lack of relevance for consumers was more widely raised. Informants from all groups perceived that PR lacked interest and meaning to consumers.“			
Chen und Feeley (2014)	848 f.	„Model 2 of Table 2 found a positive relationship between numeracy (the predictor) and self-efficacy (the outcome variable), when information seeking (the mediator) had not been entered into the regression model ($\beta = .154$, $p < .01$); therefore, the first criterion for mediation was met. Model 2 of Table 3 found that numeracy had a positive association with information seeking ($\beta = .237$, $p < .01$); thus, the second criterion for mediation was satisfied. Model 3 of Table 2 found that, after controlling for numeracy, information seeking showed a positive association with self-efficacy ($\beta = .069$, $p < .05$); thus, the third criterion for mediation was met. Model 3 of Table 2 also found that, after controlling for information seeking, the previously positive and significant relationship between numeracy and self-efficacy ($\beta = .154$, $p < .01$) was reduced in magnitude but still statistically significant ($\beta = .139$, $p < .01$). The Sobel test indicated that this reduction in magnitude was statistically significant ($z = 2.14$, $p < .05$; Preacher & Leonardelli, 2001). These findings suggested the four criteria for mediation were all satisfied, and there was a partial mediation between numeracy and self-efficacy through information seeking. Therefore, H1 and H2 were both supported and RQ was answered.“	Nein	Nein	n. a.
Coran (2015)	130 f.	„Doctor recommendation (15.8%) and hospital experience (13.9%) were ranked higher than interoperability and communication (9.7%) and decision-making style (9.0%).“	Ja	Ja	Für sich selbst
	132	„A positive hospital experience is of paramount importance to patients and this real-life trend was observed within this perceptual choice experiment. All part-worth values associated with the attribute hospital experience were significantly different. Partworth utility values followed a logical order with a past positive experience (48.92 utiles) increasing the likelihood of selecting that hospital again in the future and a negative experience (-60.63 utiles) lowering the probability of hospital selection. Having no experience (11.71 utiles) at a hospital under consideration does not negatively impact the			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		hospitals' selection chances, but is less preferred compared to reutilizing a previous hospital that provided a positive patient experience.“			
	132	„Primary care providers (PCP) have a strong influence on a patient's hospital selection for hip replacement surgery. The relative importance of this attribute ranked second among the nine study attributes. The attribute level, 'Your primary care doctor recommends hospital' received a high positive part-worth utility (66.56 utiles) indicating the level's desirability among respondents. Primary care doctors that either do not have an opinion (-8.08 utiles) or do not recommend a hospital under consideration (-58.48 utiles) decrease the probability that their patient will select that hospital for hip replacement surgery.“			
	132 f.	„As expected, a negative recommendation (-24.69 utiles) may decrease the probability of hospital selection, but when family or friends have no opinion about a hospital (1.54 utiles) other hospital factors under consideration may receive more weight during a patient's tradeoff process.“			
	133	„Respondents indicated a higher preference for hospital systems that encourage hospital specialists to share patient medical data automatically and instantly (38.18 utiles) with primary care physicians.“			
	134	„The level 'You did not visit this hospital's website' received a lower negative utility value (-7.21) than the level 'Hospital's website information was not helpful to you' (-2.18 utiles), indicating that a hospital's probability of selection would be lower if a patient did not visit a hospital's website rather than if a patient visited a hospital's website and did not find the information meaningful or useful“			
	134	„Finally, part-worth values within the attribute 'self-guided research' indicate that finding no patient reviews about a hospital (-2.59 utiles) or discovering online negative reviews (-35.48 utiles) may decrease the probability of hospital selection when multiple alternatives are present.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Couper et al. (2010)	108 f.	<p><i>Use of the Internet:</i></p> <p>„On average, 28.1% (95% confidence interval [CI] = 25.6%, 30.7%) of participants made use of the Internet within the previous 2 y for information specific to at least 1 of the decisions. However, there was variation within and between decision types. Overall, greater use was made of the Internet for surgery decisions (35.9%; 95% CI = 28.7%, 43.8%) than for medication (31.6%; 95% CI = 28.5%, 35.0%) and cancer-screening decisions (21.6%; 95% CI = 19.0%, 24.4%).</p> <p>[...] Decision type remained significantly associated with Internet use in the multivariate model. Controlling for the demographic and health variables, we see that the Internet was used least for decisions related to screening and most for decisions related to surgery. Furthermore, the adjusted estimates of Internet use shown in Table 2 are in general highly consistent with the unadjusted usage statistics, although the adjusted estimate of Internet use for cataract surgery is substantially higher than the weighted percentage. With that one exception, these results suggest that differing patient characteristics do not account for most of the observed variations in use across decisions.“</p>	Ja	Ja	Für sich selbst Für Angehörige
	110	<p><i>Importance of information sources:</i></p> <p>„Across all respondents and decision types, health care providers are rated highest by both Internet users and nonusers (users: $x = 8.73$, $SE = 0.10$; nonusers: $x = 8.80$, $SE = 0.05$), followed by family and friends (users: $x = 6.37$, $SE = 0.18$; nonusers: $x = 5.96$, $SE = 0.11$) and then finally the media (users: $x = 5.03$, $SE = 0.17$; nonusers: $x = 4.86$, $SE = 0.11$). Internet users rated the Internet as their 2nd-most important source of information, with a mean rating of 7.45 ($SE = 0.10$).“</p>			
Cudmore et al. (2011)	294	<p>„We first established that the attitude toward the web site did vary significantly across web site type ($B=0.601$; $t=10.353$, $p<0.0001$), indicating that commercial healthcare web sites lead to more positive attitudes than hospital-based web sites.“</p>	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	295	„Perceived quality of web site (H2 supported) is a significant predictor of attitude toward the web site (B=0.675; t=9.173, p<0.0001). Perceived usefulness of web site (H3 not supported) is not a significant predictor of attitude toward the web site (B=0.076; t=0.971, p>0.05). Perceived ease of use of web site (H4 supported) is a significant predictor of attitude toward the web site (B=0.198; t=2.744, p=0.007). Perceived quality of the web site information content (H5 is not supported) is not a significant predictor of attitude toward the healthcare web site (B=0.008; t=0.155, p>0.05). Perceived quality of the web site design is not a significant predictor (H6 is not supported) of attitude toward the healthcare web site (B= -0.007; t= -0.102, p>0.05). User liking to use the internet and comfort with computers (H7 is not supported) is a significant predictor of attitude toward the healthcare web site (B= -0.025, t= -0.523, p>0.05). User knowledge of use of web sites in general (H8 is not supported) is not a significant predictor of attitude toward the healthcare web site (B=0.027; t=0.554, p>0.05).“			
Damman et al. (2012)	293 f.	<i>Cataract survey:</i> „For cataract surgery, 9 out of 10 attributes significantly (P < 0.001) influenced respondents' choice (see Table 4). The only attribute without a significant influence was the length of the first appointment with the ophthalmologist (P = 0.07). Table 4 also shows the relative importance of the attributes for respondents' choices. The 3 most influencing factors were 1) rate of complications (capsular rupture; lower complication rate preferred), 2) waiting time for the surgery (shorter time preferred), and 3) distance to the hospital (closer preferred).“	Ja	Nein	n. a.
	294	<i>Hip/knee survey:</i> „All 10 attributes contributed significantly (P ≤ 0.001; see Table 4) to respondents' hospital choice for total hip/knee replacement surgery. The relative importance of the attributes is displayed in Table 4. The 3 most influencing factors were 1) presence of procedures to prevent adverse effects of thrombosis (procedures preferred), 2) waiting time for the surgery (shorter time preferred), and 3) pain control (positive patient experience with pain control preferred).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	294	„Furthermore, a significant interaction between choice behavior and distance to the hospital was demonstrated. Respondents reporting more active choice behavior more frequently selected hospitals at a relatively far distance, compared to respondents with more passive choice behavior.“			
	294 f.	„Four person characteristics interacted with the effects of hospital attributes in the case of total hip/ knee replacement surgery, with the most consistent effect caused by respondents' age. Compared to younger respondents, older respondents less frequently selected hospitals scoring above average on conduct of physicians and more frequently selected hospitals scoring below average on pain control and hospitals having performed more hip/knee replacements. The other demographic variable that made a difference was educational level: Higher educated respondents more often selected hospitals at a relatively far distance than lower educated respondents. For choice behavior, one interaction appeared: People with active choice behavior more often opted for hospitals with relatively long waiting times, compared to people with more passive choice behavior.“			
de Cruppé und Geraedts (2011)	953 f.	„Drei Viertel der Teilnehmenden haben das Krankenhaus selbst ausgewählt und darüber entschieden; ebenso viele geben auch an, dass ihnen diese persönliche Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit sehr wichtig ist. [...] Die am häufigsten genannten Auswahlkriterien sind die Vorerfahrung mit dem Krankenhaus (50%), die Wohnortnähe (50%) und die Qualifikation der Ärzte (44%). Persönliches Informieren und der Aufbau von Vertrauen durch Ambulanzvorkontakte sind ein weiteres wichtiges Kriterium (29%). Bei bekannten potenziellen Komplikationen – wie zum Beispiel bei einer Risikogeburt – wird die vorgehaltene Abteilungsstruktur des Krankenhauses zu einem zentralen Wahlkriterium (18%).“	Ja	Ja	Für sich selbst
	954	„Als wesentliche Informationsquellen (Tab. 4) werden Angehörige, Freunde und Bekannte von der Hälfte und das Gespräch mit dem ambulant behandelnden Facharzt von über einem Drittel der Patienten genannt. Wichtig sind aber auch die Möglichkeiten, sich prästationär in der Ambulanz zu informieren (40%), ebenso wie das Angebot, sich			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		in einer Informationsveranstaltung der Abteilung vorab über den Eingriff im Krankenhaus zu informieren (13%) oder sich persönlich zum Beispiel auf Station vorzustellen (10%). Allerdings geben auch 13% an, vorab keine weiteren Informationen eingeholt zu haben.“			
	954	„Die Ergebnisse zur Kenntnis und Nutzung der gesetzlich verpflichtenden Krankenhausqualitätsberichte zeigen ein alters- und eingriffsunabhängiges, einheitliches Bild. Die Berichte sind nicht bekannt und werden auch nicht benutzt. Fünf Patienten geben an, von Krankenhausqualitätsberichten schon etwas gehört zu haben, jedoch hatte bis dato niemand einen solchen gesehen, gelesen oder verwendet. 46% nutzen das Internet mit deutlichen Unterschieden je nach Fachrichtung und einhergehend mit dem Alter: Neun von zehn Gebärenden, die Hälfte der gynäkologischen und orthopädischen Patienten und nur ein Viertel der gefäßchirurgischen Patienten verwenden es grundsätzlich. Die Internetnutzer setzen es ein, um sich zu Diagnose und Therapieverfahren, gelegentlich auch noch, um sich über das ausgewählte Krankenhaus zu informieren. Der Schritt vorher, das heißt das Auswählen eines Krankenhauses, erfolgt selten unter Verwendung internetbasierter Informationen.“			
	955	„Die Patientenberichte auf die offenen Fragen geben zudem Hinweise darauf, dass die Bedrohlichkeit der Diagnose das Wahlverhalten beeinflusst.“			
de Cruppé und Geraedts (2017)	4	<p><i>Sources of information:</i></p> <p>„Previous personal experience of the hospital was the only source of information for 44.1% of patients; one quarter did not seek information; 30.5% used at least one external source of information (Table 4), whereby half of the latter group used several such sources (multiple response). Among the 14 defined external sources of information, relatives constituted the most frequent category with 14.2%.</p> <p>[...] 11.6% consulted the specialist who provided outpatient treatment, 10.4% the family doctor, 9.1% the Internet and 4.7% a hospital outpatient department. Less than 2% respectively used the remaining 9 external sources of information.“</p>	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	5	<p><i>Decision criteria:</i></p> <p>„Among the group of 1207 patients who chose the hospital themselves, personal previous experience of the hospital was the most frequent main decision criterion (58.7%), and for 33.5% of respondents even the only one. 25.3% mention further criteria (Table 5). The reputation of a hospital and recommendations from their own outpatient caregivers were important criteria for approximately 30%, followed by distance from home (24.9%) and recommendations from relatives (20.9%). The next two criteria referred to a participative patient-doctor relationship, i.e. whether doctors take enough time for patients (13.6%), and whether patients were included in decisions on treatment (9.6%). All of the further 11 criteria which address more specific operationalised quality criteria were rated as important by between 6% and less than 1% respectively.“</p>			
de Groot et al. (2011)	5	<p>„From the participating patients, only 71 (21.1%) patients had compared hospitals. No differences were found between patients who did and did not compare hospitals regarding gender, age and level of education (Table 1). At least half of the patients indicated that they were aware of information on hospitals to compare hospitals and most of them knew where to find this information. However few patients actually looked up this information to compare hospitals (Table 2).“</p>	Ja	Nein	n. a.
	5	<p>„Patients who compared hospitals more often chose deliberately for the current hospital ($p < 0.05$) and more often relied on experiences from other people and on public information in the media compared to patients who did not compare hospitals ($p < 0.05$) (Table 2). However, their choice still was mainly based on their own previous experience with other departments of the hospital (47.9%) or the advice of their general practitioner (29.6%), as it did in patients who did not compare hospitals (43.2% and 35.3% respectively).“</p>			
	5	<p><i>Relative importance of the attributes in the total population:</i></p> <p>„‘Report card grade regarding physician’s expertise’ had the highest relative importance (RI) followed by ‘Waiting time for appointment at the outpatient clinic’ (Table 3). This</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>information clearly had a higher RI than the next important characteristics 'Waiting time for surgery' and 'Positive judgment about physician communication', given the non-overlapping confidence intervals.</p> <p>[...] In the total population, the attributes 'Access to information about medication use at the outpatient clinic' (0.18 [0.04-0.31]) and 'Pressure sores' (0.10 [-0.01-0.21]) had the lowest RI (Table 3).“</p>			
	5	<p><i>Differences between patients who did and did not compare hospitals:</i></p> <p>„Both patients who did and did not compare hospitals assigned the greatest importance to the same four attributes (Table 3). However, patients comparing hospitals assigned greater importance to 'Wound infections' and 'Report card grade regarding respect for patients' than patients who did not compare hospitals. At the same time, they assigned lower importance to 'Hospital distance' (Table 3).“</p>			
de Groot et al. (2012)	768	<p><i>Relative Importance of the Attributes in the Total Population:</i></p> <p>„Of all items, the patient experience-based attribute 'report card grade regarding physicians' expertise' had the highest overall RI (16.83 [15.37– 18.30]) followed by the hospital-based attribute 'waiting time for appointment at the outpatient clinic' (14.88 [13.42–16.34]) (Table 3). These attributes clearly had a higher overall RI than the next important characteristics: 'waiting time for surgery' (7.95 [7.12–8.78]), 'positive judgment about physician communication' (6.84 [6.14–7.53]), and 'operation with a text-book outcome' (4.44 [3.74–5.13]).“</p>	Ja	Nein	n. a.
	769	<p><i>Relative Importance of Information Categories:</i></p> <p>„[...] Within hospital-based information, general information on the hospital was more important (sum RI 36.57 [34.63–38.52]) than information on delivered care (sum RI 10.69 [9.61–11.78]) (Table 3). This suggests that consumers consider patient experience-based information more important, particularly on delivered care.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	769	<i>Importance of the Attributes within a Specific Category:</i> „Within the hospital-based information, the average RI of an attribute was higher for general information on the hospital (average RI 3.66 [3.46-3.85]) than for information on delivered care (average RI 1.34 [1.20-1.47]) (P<0.05). This suggests that part of the higher sum RI of patient experience-based information is explained by the higher number of attributes, given the lower average RI of patient experience-based information. So consumers seem to consider patient experience-based information at least as important as hospital-based information and may even prefer patient experience-based information over hospital-based information on delivered care.“			
	770–773	„Both patient volunteers and healthy volunteers assigned the greatest importance to the same 4 attributes. However, patient volunteers assigned a higher overall RI to ‘positive judgment about physician communication’ than healthy volunteers (7.65 v. 5.80, P < 0.05), as well as to ‘distance to hospital’ (3.59 v. 2.25, P < 0.05), but gave a lower RI to ‘complications’ (2.56 v. 4.22, P < .05), ‘percentage of pressure sores’ (0.10 v. 0.32, P < 0.05), ‘overall report card grade hospital’ (1.74 v. 2.60, P < 0.05), and ‘percentage of patients who would recommend the hospital’ (1.49 v. 2.53, P < 0.05).“			
	773	„In this way, it is shown that the average respondent cares 1.13 times more about the 1.7-point difference in physician expertise report card grade than about the 6-week difference in waiting time for an outpatient clinic appointment, all other things being equal.“			
Dietrich und Renner (2015)	243	„To test for differences in the evaluations of the hospitals, the evaluation means were compared by means of an ANOVA. Measurements for Hospital C in Group 1, Group 2 (M = 4.78, SD = 1.00), Group 3 (M = 5.00, SD = 0.67), and Group 4 (M = 5.38, SD = 0.72) showed that different subjective quality information display formats exerted a significant effect on hospital evaluations, F(3, 79) = 4.068, p = .010. A Bonferroni post hoc examination of the results revealed that the mean difference between Groups 1 (objective quality information alone) and 2 (subjective quality information added in numerical dis-	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		play format) substantially accounted for the effect, $d = -0.842$, $p = .008$. However, measurements for Hospital R in Group 1 ($M = 4.42$, $SD = 0.88$), Group 2 ($M = 4.70$, $SD = 1.22$), Group 3 ($M = 4.68$, $SD = 1.06$), and Group 4 ($M = 4.53$, $SD = 1.18$) did not indicate a significant effect of different display formats, $F(3, 79) = 0.339$, $p = .797$. Contrary to the hypothesis, numerical display formats had the most profound effect on evaluations of Hospital C. H3a is therefore not supported by the data.“			
Dijs-Elsinga et al. (2010)	547–549	<p><i>Information used for hospital choice in 2005-2006:</i></p> <p>„Patients used on average 4 of the 14 information items for their hospital choice in 2005–2006. The reputation of the hospital and the friendly atmosphere in the hospital were most frequently chosen by patients as information they had used (Table 2).</p> <p>[...] If another person’s opinion was taken into account, this generally involved the opinion of the general practitioner (73.7%). Patients who had been treated in the same hospital before more often indicated they had used this previous experience to choose a hospital than patients who had never been treated in that hospital before (54.0% v. 30.9% respectively, $\chi^2 = 55.6$, $P < 0.01$).“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	549	<p><i>Information intended to be used for future hospital choice:</i></p> <p>„Patients intended to use more information for their future hospital choice than used in 2005–2006: they would use 9 items on average for a future choice compared with 4 items in 2005-2006 ($t = 38.3$, $P < 0.01$). This increase might be explained by the fact that more items were available for future choices (22 v. 14 items for past choices).</p> <p>[...] The most frequently mentioned item regarding quality of care, chosen by 52.1% of patients, was the percentage of patients with ‘textbook outcome’ (i.e., no readmissions or reoperations had occurred, no adverse outcomes were recorded, and a hospital stay no longer than average). This summary measure was mentioned by more patients than the most frequently mentioned separate, more detailed item on quality of care—that is, the percentage of patients with a procedure-specific adverse outcome (52.1% v. 38.0%, $\chi^2 = 291$, $P < 0.01$), suggesting that most patients might prefer such a summary measure</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		over more detailed measures. Such a summary measure would reduce the large extent of information available to patients.“			
	553	<p><i>Differences in information items between hospitals:</i></p> <p>„In our population, 30% of the patients would use information (if available) to compare several hospitals, and 40% would only look up such information for their preferred hospital (assuming that it will be satisfactory).</p> <p>[...] We also asked patients how they preferred the differences to be presented if hospital A has an excellent quality of care and hospital B has an average quality of care. Most patients mentioned the format containing stars (36.5%; Table 5). In addition, most patients indicated preferring an overall hospital score in combination with detailed information as presented in the different information items (50.5%).“</p>			
Dreves (2013)	98	<p>„We argue that visible hospital characteristics as easily accessible, informational cues generate certain levels of warmth and competence as stereotypical perceptions of the trustworthiness of a hospital. In turn, a higher trustworthiness gives a hospital a better reputation, which can be regarded a general quality indicator that patients consider for hospital selection.</p> <p>We show that certain manifestations of a hospital's ownership status, teaching status and size may evoke different and contradictory levels of competence and warmth.“</p>	Nein	Nein	n. a.
Emmert et al. (2014)	388	<p><i>[D]o German hospital report cards exist?</i></p> <p>„Our search engines based search yielded 62 websites on which patients can get information about the quality of hospitals. However, the quantity and quality of information differs widely among those websites. For example, on some websites one can only get results from patient satisfaction surveys (e.g., jameda, kliniken, Krankenhaus.net), others provide the user with a PDF version of the hospitals' quality report (e.g., klinikdisplay) or have a disease specific focus (e.g., Chirurgie Portal). The hospital-level results of the external quality assurance could be found on 29 websites, such as the Weisse Liste, TK Klinikführer (TK), or Initiative Qualitätsmedizin. Of those, 17 websites incorporate</p>	Ja	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		the results of another report card, here mostly the report card Weisse Liste (e.g., AOK Gesundheitsnavigator, Knappschaft). This leads to 12 different report cards on which the results from the external quality assurance assessment are displayed.“			
	388	<p><i>[D]o patients know about the report cards and use them?</i></p> <p>„Slightly more than one-third (35.6 %) of all respondents were aware of any German hospital report card (see Table 1). Differences between age groups could be shown to be statistically significant ($p < .001$). Statistically significant awareness levels were further shown for those who were married or widowed ($p < .001$), those with higher education levels ($p < .05$), with a lower health status ($p < .001$), those covered by SHI ($p < .001$), or those with more frequent Internet usage ($p < .001$). Furthermore, 22.3 % of the respondents reported to have actively searched for a hospital using a German hospital report card in the past. The highest percentage was shown for the age range 51–60 years (26.7 %). Furthermore, statistically significant higher percentages were calculated for those who were married or widowed ($p < .001$), with a lower health status ($p < .001$), covered by SHI ($p < .001$), or those with more frequent Internet usage ($p < .001$).“</p>			
	388–390	<p><i>[D]o patients comprehend the quality rankings?</i></p> <p>„[...] On average, in almost 61 % (60.7 %; 3694 out of 6081) of all experiments, respondents selected the hospital with the lowest RAM [risk-adjusted mortality]. Thereby, significant differences could be determined between the report cards ($p < .001$) with scores ranging from 27.5 % to 77.2 %.</p> <p>[...] Regarding the age of respondents (see Table 3), those aged 31–40 were more likely to select the hospital with the lowest RAM (64.2 %). In contrast, the lowest percentage (50.8 %) was seen in the oldest age group (61 years or older). The differences between age groups proved to be statistically significant ($p < .001$). Those with a higher education level tended to select the hospital with the lowest RAM.</p> <p>[...] The highest significant adjusted odds ratios (OR) were calculated for household size on Qualitätskliniken (5 persons or more; adjusted OR 7.14, 95 % CI 1.48–34.60, $p < .05$), education on the TK report card (high school graduation; adjusted OR 6.25, 95 % CI</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		1.40–27.96, $p < .05$), as well as age on both the Weisse Liste (age 51–60; adjusted OR 5.70, 95 % CI 1.79–18.14, $p = .0032$) and the Klinikführer Hamburg (age 21–30; adjusted OR 4.63, 95 % CI 1.70–12.61, $p = .0027$).“			
	390	<i>[D]o patients act on the report card information?</i> „The results indicate a relevance of German report cards on hospital choice making (see Table 4). Regarding the entire sample, 273 respondents (13.5 %) stated they made a decision for a particular hospital based on the quality ratings shown on any report card. [...] In contrast, report cards can also have a negative impact on a patient’s choice of care. In our sample, 156 respondents (7.7 %) did not consult a particular hospital because of the ratings on any report card.“			
Emmert et al. (2016)	723	„Die folgenden Informationen sind auf allen 18 Portalen vorhanden: Schwerpunkte bzw. Spezialkompetenzen (z. B. Spezialisierung auf bestimmte Erkrankungen oder Versorgungszentren), Qualitätsbewertung (Qualitätsmanagementsysteme oder -zertifizierungen), Anzahl der bereits behandelten Patienten mit einer Krankheit sowie die Häufigkeit von Eingriffen. Die Erfolgsrate der Krankenhäuser wird ebenfalls auf jedem der Portale angezeigt (Einschlusskriterium Informationen aus der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V). Informationen zur Sauberkeit und Hygiene (z. B. Aktion Saubere Hände) finden sich auf 17 Portalen. Die Geräteausstattung stellen 12 Portale dar und 10 Portale bieten Informationen zur fachlichen Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte. Daten zur Reputation und Qualifikation des Chefarztes lassen sich hingegen auf keinem Portal abrufen. 10 Portale stellen 9 der gewünschten 10 Informationen dar und erhalten daher einen Score von 0,9, 2 Portale 0,7, 5 Portale 0,6 und ein Portal 0,5 (Mittelwert 0,77).“	Nein	Nein	n. a.
	723–732	„Bei den 31 Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung hat der AOK-Krankenhausnavigator in 5 Leistungsbereichen den höchsten Wert von 3,9 erreicht. Für die verbleibenden 26 Leistungsbereiche stellen neben dem AOK-Krankenhausnavigator der TK Klinikführer, der Barmer GEK Krankenhausnavi sowie die Weisse Liste die größte Menge an Krankenhausqualitätsinformationen bereit (Ergebniswert je 2,9). Bei Leistungsbereichen außerhalb der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V schneidet insbesondere das			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		Portal Qualitätskliniken. de gut ab (Tab. 5). Es bietet zu insgesamt 9 Leistungsbereichen zusätzliche Qualitätsinformationen. Darüber hinaus berichtet der Klinikführer Rheinland zu 8, der Bremer Krankenhausspiegel zu 4 sowie der Hamburger Krankenhausspiegel zu 2 weiteren Leistungsbereichen.“			
Emmert et al. (2017a)	207	„Es wurden verschiedene Suchfunktionen nach Kliniken festgestellt, allerdings kann lediglich auf der Hälfte der Report Cards (48,4 %) nach bestimmten Eingriffsarten (z. B. Prozedur) gesucht werden kann. Ein direkter Klinikvergleich kann auf jeder vierten Report Card (25,5 %) vorgenommen werden. Informationen über einzelne Klinikärzte erhalten Patienten auf jeder achten Report Card (12,4 %), am häufigsten hinsichtlich der Ausbildung der Ärzte (8,1 %). Mehr als ein Drittel aller Report Cards (36,0 %) stellt die Ergebnisse für ein Krankenhaus anhand von zusammengesetzten Kennzahlen, sog. Composite Measures, dar.“	Nein	Nein	n. a.
	207 f.	„Die Report Cards stellen zumeist Strukturinformationen (93,5 %) bereit. Unterschiede zeigen sich insbesondere hinsichtlich der Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität. Hier weisen Report Cards aus Deutschland signifikant häufiger entsprechende Informationen auf; Report Cards aus England hingegen lassen entsprechende Informationen nahezu vollkommen außen vor. Kostenbezogene Informationen finden sich auf keiner deutschen Report Card, aber überwiegend auf solchen aus England (11,4 %) bzw. den USA (19,6 %). Des Weiteren wird die Fallzahl für bestimmte Eingriffe lediglich auf jeder dritten Report Card gezeigt; deutsche Report Cards weisen hierbei den höchsten Wert auf (71,8 %). Über die Patientenerfahrung wird auf nahezu jeder zweiten Report Card berichtet (46,2 %).“			
	209	„Im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit zeigt nahezu jede dritte Report Card (31,2 %) Ergebnisse von offline durchgeführten Befragungen (►Tab. 3). Insbesondere Report Cards aus den USA zeigen diesbezüglich oft Ergebnisse (37,5 %), nahezu ausschließlich basierend auf der sog. HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) Befragung. Auf deutschen Report Cards ist eine größere Anzahl eingesetzter Befragungsinstrumente zu beobachten, am häufigsten findet der sog. PEQ (Patient			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		Experience Questionnaire) Fragebogen Verwendung. Beschwerden von Patienten spielen in allen drei Ländern keine dominante Rolle.“			
	209	„Ca. 37 % aller Report Cards zeigen medizinische Informationen zu bestimmten Krankheiten (Anzahl: Mittelwert 3,8; SD 2,2). Die höchsten Werte wurden hierbei für Report Cards aus Deutschland festgestellt (59,0 %). Die insgesamt am häufigsten dargestellten Krankheiten sind Pneumonie (30,6 %), Herzinsuffizienz und Herzinfarkt (20,4 %), deutsche Report Cards thematisieren darüber hinaus ebenfalls sehr häufig die hüftgelenknahe Femurfraktur. Ebenfalls können auf deutschen Report Cards die meisten Qualitätsinformationen bezüglich der (nicht)operativen Prozeduren beobachtet werden (64,1 %); die USA (34,8 %) und England (11,4 %) berichten hier über ein deutlich geringeres Spektrum an Informationen. Am häufigsten können Informationen im Hinblick auf den Hüftgelenk-Ersatz (29,0 %), Kniegelenk-Ersatz (25,8 %) sowie Herzkatheter und Koronarangiographie (18,8 %) eingesehen werden.“			
Emmert und Schlesinger (2017a)	940	„Respondents selected the hospital with the best clinical results in slightly more than half of all cases (50.6 percent; 1,365 of 2,700). Significant differences were evident among the three report card designs ($p < .001$); those with a numerical formatting yielded more reliable choices of the quantitatively dominant hospital (56.0 percent) than those with textual information (48.1 percent) or a star rating display (47.3 percent) (see Table 2). By contrast, respondents selected the hospital with dominated quantitative metrics in approximately 9 percent of all experimental choices, with modest variation across report card design (overall 8.6 percent: numerical design: 10.1 percent, star display: 8.5 percent, textual information: 7.1 percent; $p = .072$).“	Nein	Ja	n. a.
	940	„Significant variation in choices was evident among different sociodemographic groups. For example, female respondents, those with higher education levels, private health insurance coverage, and those without any chronic conditions were more successful in selecting the hospital with the highest clinical ratings (see Table S1).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Emmert und Schlesinger (2017b)	731	<i>Awareness of Hospital Report Cards:</i> „Almost three of four respondents (N = 993; 74.5%) had heard of report cards (mean number among those who recalled any report card 2.92 ± 1.78). The awareness of general report cards was shown to be higher than for specific report cards (72.0 vs. 45.2%, respectively) (see Table 2). In addition, the average number of recalled general report cards was higher than that of specific report cards (1.99 ± 1.15 vs. 0.93 ± 1.06).“	Nein	Ja	Für sich selbst
	731 f.	<i>Usage of Hospital Report Cards:</i> „Almost 42% of all respondents (N = 552; 41.4%) had used a report card to search for a hospital (mean 2.41 ± 1.67); relating only to those respondents who were aware of hospital report cards led to a percentage of 55.6%. The average number of general report cards used was higher than that of specific report cards (1.32 ± 0.92 vs. 1.09 ± 1.03). Furthermore, 36.1 % (N = 481) had used general report cards and 30.6% (N = 408) had used specific report cards (Table 2). The most frequently used general rating websites were Yelp (17.3%) and Consumer Reports (12.1 %), whereas RatcMDs (14.3%) and Healthgrades (13.5%) were the most frequently used specific hospital report cards.“			
	733	<i>Impact of Report Card Type on Hospital Choice:</i> „However, in our most comprehensive model (model 4), which adjusted for demographics, health-related issues, and decision-making style, the report card type could not be shown to be a significant predictor of the report card impact in any of the results.“			
Emmert und Wiener (2017)	1398	„These HRC users seemed to differ significantly from non-users. For example, HRC users tended to be significantly younger than nonusers (38.52, SD 14.29 vs. 50.41, SD 16.91; $p < 0.001$), were more likely to be male, had a higher educational level, and perceived hospital-quality differences to be greater.“	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	1398	„Three out of the five main independent UTAUT variables have a significant effect on non-users and users' intention to (re)use HRC. Attitude has a highly significant and positive effect for non-users, and a marginally significant, positive effect for users. Furthermore, both facilitating conditions and performance expectancy are significantly and positively related to HRC use intention in both subsamples. Interestingly, the effect of performance expectancy was more significant in the non-user subsample than in the user subsample. The two other main UTAUT variables (effort expectancy and social influence) showed no significant effects on the intention to use HRC.“			
	1398	„The link between social influence and HRC use intention is positively moderated by age in the case of non-users and by gender in the case of users. Moreover, two control variables showed a marginally significant and positive effect: While educational level is positively associated with nonusers' intention to use HRC, the perception of hospital quality differences is positively associated with users' intention to use HRC.“			
Escarce und Kapur (2009)	634–636	„The negative signs for the rural and small urban indicator variables indicate that patients were significantly less likely to choose rural and small urban hospitals than urban hospitals, even after controlling for all measurable hospital characteristics, services, and technologies. This is a striking and important finding that suggests that rural patients prefer urban hospitals for reasons above and beyond their larger size and more extensive technological capabilities. Consistent with the earlier literature, we found that distance to the hospital was an important predictor of choice; other things equal, hospitals located farther away from the patient's residence were less likely to be chosen (negative signs in Table 4).“	Nein	Nein	n. a.
	636	„The effect of hospital ownership type was somewhat mixed across models. For instance, non-profit ownership increased the likelihood that a hospital was chosen among medical adult patients and among children, but reduced it among surgical adult patients. The availability of particular services and technologies generally increased the probability that a hospital would be chosen, but there were exceptions (e.g., inpatient psychiatric services for surgical patients and children).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	636–641	„The key finding in Table 5 is that although offering more services and technologies, in general, would increase the use of rural and small urban hospitals, the effects are small. Therefore, for example, although offering alcohol and drug abuse services, cardiac services, pediatric medical/surgical services, and burn care services significantly increase rural and small urban hospitals' probability of being chosen, in most cases, the increase would amount to only a few percentage points.“			
Faber et al. (2009)	4	<i>Laboratory Studies: What Weight Is Given to Quality Information?</i> „For HP choice, restrictions of provider choice seem to overrule the weight given to quality. [...] Both Spranca et al and Schoenbaum et al report that cost information decreased the demand for expensive HPs, as long as the inexpensive HPs were of high quality. In contrast, Uhrig and Short concluded that, within HMO-managed care programs, beneficiaries were less likely to select a low-cost HP even though the information was given that these were of high quality.“	Nein	Nein	n. a.
	5	<i>Laboratory Studies: Effects of Presentation Formats</i> „In laboratory experiments, hypothetical quality data were presented to the study participants, and hypothetical behavior was observed. As shown in Table 3, all studies reported positive results for the intervention effect measures in terms of increased knowledge (stage 2), altered attitude (stage 3), and changed choice behavior (stage 4). The addition of context information, risk messages, and easy-to-read lay-out styles (ie, star ratings and rank ordering) were success factors in these.“			
	5	<i>Impact of Quality Information on Consumer Choice in Real-World Experiments:</i> „Approximately 60% of the participants who were sent the CAHPS information remembered having received and seen the information (ie, referring to the awareness-stage). All 4 studies report that CAHPS information had no effect on knowledge, attitude, or behavior.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Fansa und Haller (2011)	370	<p><i>Problemerkennung:</i></p> <p>„Je 4,5 % der Patienten gaben an, erst seit kurzem oder ein ½ bis 1 Jahr über den ästhetischen Eingriff nachgedacht zu haben. 18 % wünschten sich seit einem bestimmten Ereignis oder Lebensabschnitt (bspw. Schwangerschaften, Stillzeit) die Operation. 73 % gaben an, schon seit mehreren Jahren über die Operation nachgedacht zu haben.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	370	<p><i>Informationen und Informationssuche:</i></p> <p>„Fast alle Patientinnen haben sich über mehrere Quellen vor ihrem Arztbesuch informiert, hauptsächlich über das Internet mit 37 %. Zweithäufigste Informationsquelle waren andere, fachfremde Ärzte mit 27 %. Unmittelbare Informationsquellen, wie Familie, Freunde und Bekannte, und Printmedien waren mit je mit 15 % eher nachrangig.</p> <p>[...] Nimmt man die ‚Folgen und Spätfolgen der OP‘ zusammen mit dem Informationsbedarf nach ‚Problemen oder Komplikationen des Eingriffs‘, so geben insgesamt 31 % der Patientinnen diesen Informationen einen sehr wichtigen Charakter. Für 100 % der Patientinnen ist der Facharzttitle ‚Plastische und Ästhetische Chirurgie‘, sehr wichtig ist. [sic!]</p> <p>[...] Die Frage, wodurch die Patientinnen zur befragenden Klinik gekommen sind, korreliert eng mit der Frage, wie sich die Patientinnen vor ihrem Besuch informiert haben: die meisten kommen über Empfehlung von anderen, fachfremden Ärzten: 42 %, zweithäufigste Nennung ist das Internet mit 33 %. 17 % kommen auf Empfehlung von Freunden und Bekannten.“</p>			
	372	<p><i>Gesprächsumfeld, Ablauf:</i></p> <p>„Die Freundlichkeit der Mitarbeiter im Sekretariat wurde von 50 % als sehr wichtig, und von 45 % der Befragten als wichtig eingestuft.</p> <p>[...] Ein weiteres Umfeldkriterium war die Frage nach der Wichtigkeit der Organisation der Terminvereinbarung für die OP. Dies spiegelt das Eingehen der Organisation der Klinik auf die Wünsche der Patienten wider. Dieser Punkt war für 70 % der Befragten sehr</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		wichtig, für 25 % wichtig und nur für 5 % mäßig wichtig. Dies spiegelt ungefähr die gleiche Wichtigkeit, wie bei der Operationsaufklärung wider. Bei der expliziten Frage, wie wichtig es für die Patienten war, im Krankenhaus und nicht in einer Praxis oder Tagesklinik operiert worden zu sein, wurde von 85 % der Befragten angegeben, dass dies sehr wichtig sei.“			
	372	<i>Ärztliches Gespräch:</i> „Aber nicht nur Freundlichkeit und Zeit, sondern auch die Frage des Vertrauens zum Arzt wurden in 90 % als sehr wichtig und 10 % als wichtig beurteilt. Zudem erachten 95 % der Befragten die fachliche Kompetenz des Arztes für sehr wichtig und 5 % für wichtig. Um heraus zu finden, wie die Befragten zu dem Schluss der fachlichen Kompetenz gekommen sind, wurde dies offen abgefragt. Dabei zeigte sich, dass objektive Parameter (z. B. Titel) nicht das Wichtigste waren. Vielmehr wurde die Kompetenz durch den subjektiven Eindruck begründet. Aber auch andere Punkte wurden angegeben, wie ‚Literatur, Zeitungsartikel, andere Ärzte, Recherche im Internet, Lebenslauf, Fachgespräch, Frauenärztin, Vergleich mit anderen Chirurgen‘.“			
	372	<i>Kosten und Zufriedenheit:</i> „Nur 35 % gaben an, dass die Kosten für den Eingriff ein sehr wichtiges Entscheidungskriterium gewesen ist, 50 % sagten wichtig. [...] 95 % würden die Klinik an andere Patienten weiter empfehlen.“			
Fasolo et al. (2010)	345–347	<i>Preferences for hospital information are „constructed“:</i> „Participants considered the non-clinical indicators as more important during Stage 1 (open discussion) and Stage 2 (understanding discussion) than in Stage 3 (choice discussion) (see Fig. 2). For example, when participants were presented with information on non-clinical as well as clinical indicators (e.g., survival rate, risk of MRSA infection, etc.) for all three hospitals in Stage 3, the clinical indicators were recognized as important and used to compare and choose hospitals (see Figs. 1 and 2). In Stage 3, participants	Ja	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>focussed more on potential safety issues, such as risk of wound infection or risk of being readmitted to the hospital. And downgraded the importance of distance.</p> <p>[...] Finally, the order of indicators presented in the scorecard appeared to influence the attention paid to it.</p> <p>[...] It appears that subtle variations in the scorecard can alter people's preferences substantially.“</p>			
	347	<p><i>Presentation of information affects how information is processed:</i></p> <p>„When asked to choose between hospitals in Stage 3, most participants tried to make sense of the whole scorecard before choosing rather than focusing on the ‘most important’ indicators they had selected in Stage 2. Participants compared information ‘by hospital’ on most (some on all) indicators included in the scorecard, even when they had previously stated that an indicator was irrelevant.</p> <p>[...] Further, most participants tried to combine indicators themselves by detecting „‘patterns’ (e.g., this hospital is mostly good, mostly bad). This suggests that summative indicators that convey an overall assessment of how ‘good’ a hospital is (by combining several indicators) are helpful. To confirm this, we found that ‘Overall Quality’ was used more often when in Stage 3 than in Stage 2 (it was never mentioned in Stage 1).</p> <p>[...] When having to make a choice (at Stage 3 of the focus group) participants neglected almost half of the indicators which they had considered important in Stage 2. An exception was the summative measure of ‘Overall Quality’ which was used more often in Stage 3 than in Stage 2 (see Fig. 2). This suggests that patients who are suffering from attribute overload may find summative indicators that convey an overall assessment of how „good“ a hospital is (by combining several indicators) helpful.“</p>			
	347	<p><i>Poor information presentation creates misunderstanding and confusion:</i></p> <p>„When presented with the 16 indicators in Stage 2, most participants thought they understood what the indicators meant. However, when asked to explain the indicators their interpretation often differed from the definition and measures given on NHS</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>Choices. Of the indicators which appear on NHS Choices, the most misunderstood was the 'overall quality of service'.</p> <p>[...] Measurements using averages were considered more meaningful if given alongside ranges of values (e.g., minimum and maximum value for a particular indicator). Colour schemes such as traffic lights were considered helpful by most (some wanted all the information colour-coded, others wanted only key indicators colour-coded so that they stood out). Stars appealed mainly to elderly participants, most of whom do not use the Internet or own a computer. Numbers appealed to more numerate and younger participants, but they wanted relative numbers that could be meaningfully compared. Many participants expressed the desire to have all the indicators presented on the same scale or symbol or colour scheme.</p> <p>[...] All participants negatively evaluated the measurement 'data not available' and were highly suspicious when this statement appeared."</p>			
Fischer et al. (2015)	7	„Altogether, our discussion of related work suggests that one goal of patients during the decision-making process in hospital choice is to reduce information complexity and cognitive effort. It follows that patients are more likely to apply decision strategies which are characterized by properties that are related to low levels of information complexity and cognitive effort.“	Nein	Nein	n. a.
Friedemann et al. (2009)	6	<p>„Ein knappes Viertel der Krankenhäuser stellt Fotos in die Texte, die zum Teil in keinerlei erkennbarem Bezug zum Text stehen. Die Hälfte der Häuser ergänzt den Text um grafische Veranschaulichungen, die in rund 15 % der Fälle aus unübersichtlichen Tabellen mit viel Zahlenmaterial bestehen.“</p> <p>[...] Der Leser wird pro Text im Durchschnitt mit 82 Zahlen oder Kennziffern konfrontiert, ein hoher Wert, wenn man bedenkt, dass bereits der gesamte Pflichtteil eines Berichtes ein reines Zahlenwerk darstellt. Der Median liegt bei 39 Zahlen pro Bericht, da es sehr große Differenzen im Umgang mit Zahlen bei den Autoren der Berichte gibt. Dort wo Zahlen genannt werden, treten meist auch gehäuft weitere Kennziffern auf. Nicht</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		wenige Krankenhäuser verzichten hingegen fast vollständig auf die Darstellung von Zahlen im Textteil. Der ermittelte Fremdwortanteil liegt bei über 10 % der gewählten Worte, d. h. pro Text im Schnitt über 200 im normalen Sprachgebrauch nicht vorhandene bzw. für den Leser schwer oder gar nicht verständliche Wörter (inklusive ihrer Wiederholung).“			
	6	„Die Fremdwortanzahl wächst stark positiv korreliert mit der Länge der Berichte. Die öffentlichen Träger benutzen am häufigsten Fachvokabular, aber auch die Privaten sind nicht wesentlich verständlicher. Lediglich die freigemeinnützigen Träger schneiden etwas besser ab, statistisch signifikant sind die Unterschiede zwischen den Trägern bezüglich des Fremdwortanteils nicht.“			
	7	„Die Auswertung nach den definierten Strukturkriterien erbrachte, dass fast 60 % der Sätze in den Berichten zu lang sind – unabhängig von Bettengröße oder Trägerschaft. Zu komplex sind fast 10 % der gebauten Sätze, je größer die Klinik, desto verschachtelter der Satzbau – unabhängig von der Trägerschaft. Rund 17 % der gewählten Worte sind zu lang und ein Viertel der Sätze enthält mehr als drei Fremdwörter. Diese schlechten Werte stehen in keinerlei Zusammenhang zur Klinikgröße und Trägerschaft.“			
	8	„Deutlich zu erkennen ist, dass alle Messansätze unabhängig voneinander sehr schlechte Lesbarkeitswerte für die Krankenhausberichte liefern. Die Berichte der Häuser in öffentlicher Hand schneiden am schlechtesten ab. Die privat und freigemeinnützig getragenen Kliniken schreiben ihre Berichte tendenziell etwas verständlicher, wenngleich das Lesbarkeitsniveau sehr niedrig bleibt.“ [...] Kleinere Häuser investieren sehr durchschnittliche Mühe und Aufwand in die Formulierung ihrer Berichte. Im mittleren Segment, insbesondere bei den freigemeinnützigen, aber auch bei den privaten Trägern gibt es in der Stichprobe einige Lichtblicke, was sich im Lesbarkeitsindex positiv niederschlägt. Bei steigender Bettenzahl nimmt dieser Wert wieder ab, was zum Teil den außergewöhnlich langen und unlesbaren Berichtskonvoluten einiger großer Kliniken geschuldet ist. Auch die Tatsache, dass viele Autoren			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		mehr oder weniger einfach aufzählen, was es in der Klinik an vorteilhaften Dingen gibt, macht sich bei großen Häusern schnell negativ für die Lesbarkeit bemerkbar.“			
Gebele et al. (2014)	16 f.	„In accordance with hypotheses H3a, H4a, and H5a, the results demonstrate that perceived similarity ($f^2 = .03$, $q^2 = .01$), perceived ambiguity ($f^2 = .03$, $q^2 = .01$) and information overload ($f^2 = .18$, $q^2 = .12$) have a significant direct effect on the cognitive component of patient confusion. In line with hypothesis H5b, the affective response is only triggered by the perceived ambiguity of the patient ($f^2 = .07$, $q^2 = .05$). There is no affective reaction based on perceived similarity or information overload (see Figure 3); therefore, H3b and H4b must be rejected. The results also confirm that the cognitive and affective (i.e. negative affect) components of patient confusion have an impact on behavioral intentions. Confirming hypotheses H1 and H2, the cognitive ($f^2 = .05$, $q^2 = .08$) and affective (i.e. negative affect) ($f^2 = .01$, $q^2 = .01$) components of patient confusion have a significant impact on the inclination to narrow down the choice set. The affective component of patient confusion (i.e. negative affect) decreases behavioural intentions to narrow down the choice set, whereas the cognitive component of patient confusion increases the individual's inclination to narrow down the set of alternatives. The study results indicate that the perception of self-efficacy and health involvement affect behavioral intention as well. Confirming hypothesis H7, the stronger the health involvement, the lower the willingness to narrow down the choice set ($f^2 = .13$, $q^2 = .13$). In accordance with hypothesis H6, the inclination to narrow down the set of available decisions decreases with perceived self-efficacy ($f^2 = .16$, $q^2 = .10$).“	Ja	Ja	n. a.
	17	„With respect to the affective component (i.e. negative affect) of patient confusion, our analysis reveals a significant indirect effect of perceived ambiguity ($- .04$, $p < .10$). Because perceived ambiguity has a significant direct effect on individuals' action tendencies, the accordant mediation should be classified as partial mediation. When the cognitive component of patient confusion is considered as a mediator, perceived similarity ($.04$, $p < .10$) as well as perceived information overload ($.10$, $p < .01$) have a significant indirect effect on patients' behavioral intentions.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Geraedts et al. (2007)	3	<p>„The indicators are ranked according to the mean relevance ratings of the patient group, showing the highest ranking indicator (‘qualification of doctors’) at the top of the list.</p> <p>[...] Considering understandability, most indicators (22 out of 29) were understandable for more than 40 interviewed patients (80%). However, only five indicators were understood by the entire group of patients.</p> <p>[...] Considering the patient relevance ratings for each of the indicators, 19 indicators were rated highly or very relevant (median grades one or two). The remaining 10 received grades of three to six, meaning somewhat relevant to completely irrelevant.“</p>	Ja	Nein	n. a.
	Additional File	<p><i>Top 10 Indikatorenranking der Patienten (% der Patienten die Indikator verständlich fanden):</i></p> <p>„1. Qualification of doctors (86%), 2. Kindness of staff (100%), Patient satisfaction (100%), 4. Range of technical equipment (94%), 5. Qualification of nurses (92%), 6. 24-hours-availability of technical equipment (90%), 7. Volume of specified surgical procedures (98%), 8. Specialist departments range of services (88%), 9. Medical services and special offers (86%), 10. Range of therapeutic facilities (92%).“</p>			
	4	<p>„However, at least three indicators (‘kindness of staff’, ‘patient satisfaction’, and ‘recommendation’) should be added to the reports in order to enhance their usefulness. They received high relevance and at the same time high understandability or suitability rankings.“</p>			
Geraedts und Amhof (2008)	56	<p><i>Kenntnis, Gebrauch und Beurteilung der gesetzlichen Qualitätsberichte:</i></p> <p>„Nur 19% der Befragten gaben an, von den Qualitätsberichten schon einmal gehört zu haben. Von diesen Befragten hatten sich 24% die Berichte auch angeschaut. Auf Deutschland bezogen hieße dies, dass im ersten halben Jahr nach Publikation der Berichte 4% der Bevölkerung diese angeschaut hatten. Unter den Nutzern der Berichte fanden rund zwei Drittel die Informationen brauchbar für eine Krankenhauswahl.“</p>	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	56	<i>Qualitätsvergleiche zur Unterstützung der Krankenhauswahl:</i> „Insgesamt gaben die Befragten an, ein Krankenhaus am ehesten gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten auszuwählen (91%). Bei der von 81% genannten Option, die Entscheidung ganz ihrem Arzt zu überlassen, waren Frauen überzufällig oft vertreten. Genauso war für Frauen die Nähe zum Wohnort, die im Durchschnitt von 79% der Befragten angeführt wurde, entscheidender bei der Krankenhauswahl. Zuletzt gaben Frauen häufiger an, dass man mit Krankenhäusern eigene Erfahrungen machen muss und Empfehlungen allein nicht ausreichen.“			
	57	<i>Wunsch nach Qualitätsinformationen:</i> „Insgesamt wünschten sich die Befragten insbesondere Informationen über die Qualität von Fachärzten (89%), Krankenhäusern (86%) und Haus- und Zahnärzten (je 80%).“			
	57	<i>Anbieter und Medien für Qualitätsvergleiche:</i> „Ebenso wie beim Bedarf, stimmten Frauen auch in Bezug auf die Anbieter von Qualitätsvergleichen häufiger voll zu, wenn es um die Beurteilung einzelner Anbieter ging. [...] Informationsbroschüren und das Internet wurden von 71% bzw. 70% für geeignet gehalten, während Zeitungen und Zeitschriften sowie Radio und Fernsehen zu 58% bzw. 48% Zustimmung fanden.“			
	57	<i>Qualitätsinformationen zur Krankenhauswahl:</i> „Das Spektrum der Antworten lag zwischen 98% der Befragten, die die ‚Qualifikation der Ärzte‘, und 35%, die die ‚Verfügbarkeit eines Patientenfürsprechers‘ für wichtig oder sehr wichtig hielten. [...] Top Ten der wichtigsten Qualitätsparameter zur Krankenhauswahl: Qualifikation der Ärzte 98 %; Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer 97 %; Qualifikation des Pflegepersonals 96 %; Behandlung nach den neuesten und derzeit besten medizinischen Verfahren 96 %; Freundlichkeit des Personals 96 %; Einbeziehen der Patienten bei der Behandlung 91 %; Spezialkompetenzen der Klinik 88 %; Zufriedenheit der Patienten mit			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		dieser Einrichtung 87 %; Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik 86 %; Empfehlung der Klinik durch Spezialisten 86 %.“			
Goidel et al. (2013)	422	„Forty-nine percent of respondents report going online for health information (11 = 503) with 5.1 % reporting going on line every day, 5.2 % reporting a few times a week, 16.1 % reporting a few times a month, and 22.5 % reporting a few times a year. The majority of these respondents, 54.7 %, report they had at least some confidence in the health-related information they found online, whereas only 4.1 % report that they had little or no confidence in the health information found online. This is especially interesting since 59.4 % report that they tend to rely on search engines like Google or Yahoo as their starting place for seeking health information. Most commonly, individuals use broad search engines and then typically trust the information garnered from these searches, instead of going directly to specific health sites.“	Ja	Ja	n. a.
	422	„Similar to national level studies, among respondents who report going online to look for medical or health related information a few times a year (n = 503), the most common type of information sought, 66.2 % of on line users, relates to a specific illness or medical condition. [...] The second most common type of information sought regarded specific medications (52.1 %). Respondents are less likely to report looking for information about factors related to quality and costs, such as specific doctors or hospitals (28.5 %) or insurance coverage (22 %). Even so, there is a non-trivial amount of online activity around issues related to quality and costs.“			
	422	<i>Factors that predict information-seeking about quality and costs:</i> „As expected, the likelihood of using a website devoted to quality and costs is related to standard demographic variables (education, age, and income). Wealthier, better educated, and younger respondents are all more likely to say they would use such a website.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Interestingly, our measures of an individual's health situation (dissatisfaction with care, chronic conditions, and choice in providers) are not related to intent to use websites devoted to health care quality and costs.</p> <p>[...] The only consistently significant predictor of intended website use is previous use of online health information, demonstrating support for H4.“</p>			
	423	<p><i>Factors influencing ease of access to information:</i></p> <p>„Respondents report more difficulty in learning about costs than quality. Overall, 67.4 % of respondents say that it is very easy (28.1 %) or somewhat easy (39.3 %) to learn about quality compared to 48.9 % who say it is very easy (22.4 %) or somewhat easy (26.5 %) to learn about costs.</p> <p>[...] As seen in Table 2, self-reported ease of learning about health care quality is associated with standard demographics variables: education, income, age, and gender. Specifically, less educated, older, and lower income individuals are all more likely to say it is difficult to learn about health care quality.“</p>			
	423	<p>„First, greater dissatisfaction with care is associated with greater difficulty in learning about quality but not costs. Similarly, being uninsured is associated with greater difficulty in learning about both quality and costs, though the effect on learning about costs is only significant at the .10 level. Third, we find no evidence that having a chronic condition or serious illnesses increases one's difficulty in learning. Fourth, self-reported choice in providers results in individuals reporting greater ease in learning about health care quality and cost. Perceived choice in providers, it seems, provides greater incentive and opportunity to learn about health care costs and quality. As an important qualification, respondent perceptions of greater choice in providers may or may not reflect actual choice. Surprisingly, online health use is negatively related to ease in learning about health care quality. That is, individuals who search online for health information find it more difficult to learn about health care quality.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Grande et al. (2013)	315 f.	<p>„Overall, 63 percent of respondents reported that their local hospital cares ‘a lot’ about the health of their community compared with 25 percent responding ‘some,’ 9 percent ‘a little,’ and 3 percent ‘not at all.’</p> <p><i>Community Commitment and Hospital Choice:</i></p> <p>[...] Those who reported the highest level of perceived community commitment of their local hospital were more likely to state they would choose that hospital (OR = 8.24, p = .007). The intermediate levels of perceived community commitment were not associated with hospital choice when compared with the lowest level of perceived commitment. Among the demographic and health characteristics we included in our models, African American race, lower educational attainment, middle age (age thirty to forty-nine), and presence of a chronic health condition were associated with a lower likelihood of choosing their local hospital (Table 3). There was no significant interaction between perceived community commitment and race.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	317	<p><i>Community Commitment and Distrust:</i></p> <p>„Respondents who reported the highest level of perceived community commitment of their local hospital were less likely to report high levels of distrust in the health care system. There were no statistically significant associations between intermediate levels of perceived hospital community commitment and distrust. Higher educational attainment, female sex, and lower social trust were also independently associated with higher levels of health care system distrust.“</p>			
Groenewoud et al. (2015)	1954	<p>„In the ‘knee arthrosis model’ (see Table 2), all statistically significant coefficients showed positive signs, indicating that, as presumed, levels indicating better care were preferred over levels indicating worse care. Relative to the reference level of each attribute, improvement of the expected outcome of the operation (represented by the indicator ‘average before-after degree of bending of the knees that were operated on by a surgeon’) had the strongest impact on the search and selection process of patients with knee arthrosis. Respondents also were more likely to opt for a scenario that in-</p>	Ja	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		cluded better prior experience with the hospital or medical specialist during earlier contact, or one that included a 50 km reduction in travel distance. As may have been expected for this type of elective surgery, reduction in waiting time with a week was not considered of great importance compared to the aforementioned attributes.“			
	1954	„In the ‘chronic depression model’ (see Table 3), relative to the attribute specific reference levels, the chance that a scenario was chosen was increased most by better continuity of care, a better personal match with the therapist during earlier contact, or introduction of the possibility to participate in decisions about the care process.“			
	1954	„In the ‘Alzheimer’s model’ (see Table 4), better levels of caregiver expertise, reduced travel distance, and care delivery in accordance with agreements were the most important factors in the choice of care provider by representatives of patients with Alzheimer’s disease. All attributes were relevant for the search and selection process, and all coefficients showed positive signs.“			
Gurtner et al. (2018)	145	„For AIP, the results show that the most important attributes are recommendation with a relative importance of 30.6% (27.6–33.8) and quality information with a relative importance of 30.0% (27.0–33.4). Innovativeness is the third in the rank with 16.8% (14.8–19.0). Waiting time and distance are fourth and fifth in rank with a relative importance of 12.3% (11.1–13.7) and 10.3% (9.0–11.8) respectively.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	145 f.	„The analysis of joint CA data assigns the highest relative importance to quality information (31.8%) followed by recommendation (24.0%), distance (17.5%), and waiting time (15.1%). According to this method, innovativeness is the least important attribute (11.6%).“			
	147	„As for the constant sum scale, the ranking of attribute importance is as follows: recommendation (25.0%), quality information (24.4%), distance (18.3%), waiting time (16.9%), and innovativeness (15.4%).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	147	„The attribute importance reported by AHP and CA was significantly different for all attributes except quality information. AHP respondents assigned significantly higher importance to recommendation (mean AHP = 28.6%, mean CA = 22.4%, $P < 0.001$), and innovativeness (mean AHP = 17.4%, mean CA = 12.6%, $P < 0.001$). CA respondents assigned higher importance to distance (mean AHP = 12.7%, mean CA = 17.5%, $P < 0.001$) and waiting time (mean AHP = 12.3%, mean CA = 15.6%, $P < 0.011$).“			
Gutacker et al. (2016)	236	<i>Regression results:</i> „The main effects are the estimated marginal utilities for the reference patient with mean or modal characteristics. The reference patient prefers shorter distances with the marginal disutility from distance declining with distance. She prefers providers with lower proportions of longwaits and specialised providers to non-specialised providers. She is also more likely to choose a public provider over a private provider after accounting for distance, waiting time and quality.“	Nein	Nein	n. a.
	237	<i>Patient heterogeneity:</i> „We find, like other studies (Beckert et al., 2012; Propper et al., 2007), that older patients dislike distance more. They care less about waiting time and get greater marginal utility from improvements in the OHS change score and reductions in emergency readmissions. There is little difference between the preferences of male and female patients except that male patients have a greater dislike for providers with higher mortality. Preferences vary little by morbidity as measured by past emergency admissions or comorbidity count, except that more morbid patients have a greater dislike of distance and care less about OHS change rates. Finally, patients from neighbourhoods with greater income deprivation care more about distance and less about quality, although the estimated marginal utility of PROM quality is positive for all but the 1644 most deprived patients ($\leq 1\%$ of sample).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Hildon et al. (2015)	369	„Despite welcoming the availability of PROMs [Patient Reported Outcome Measures] data, patients and clinicians had concerns that centred on three themes: the validity of the PROMs data; damage that might result from unintended or inappropriate use of the data and focusing on providers rather than surgeons. In addition, patients were concerned that PROMs output would have only a limited influence on their choice of provider. Finally, and in contrast, clinicians recognized an unintended benefit of PROMs data: improving clinical decision-making as to whether or not surgery was the best option.“	Ja	Ja	Für sich selbst
Hu et al. (2017)	607 f.	„However, the sets of between-group correlations had both negative and positive relationships—for example, only 16 out of 49 pairwise correlation coefficients between complication and mortality measures were positive; 21 out of 49 correlation coefficients between mortality and readmission measures were positive. The median correlation coefficient across all sets of between-group correlation was 0.01. Only 3 of the between-group correlation coefficients exceeded ± 0.2 : those included complications for hip/knee replacement and 30-day unplanned readmission rate for hip/knee surgery ($r = 0.46$), 30-day mortality for CABG and 30-day unplanned readmission for CABG ($r = 0.22$), and 30-day mortality for heart failure and 30-day unplanned readmission for stroke ($r = -0.21$).“	Nein	Nein	n. a.
Huesch et al. (2014)	4	„In figure 1, we show national time trends for searches for the four most popular hospital-related terms as per table 1. These were ‘hospital compare’ (presumably intended as a search for the Federal Government’s Hospital Compare website), ‘hospital ratings’, ‘best hospitals in the us’ and ‘us news best hospitals’.“	Nein	Ja	n. a.
	5	„We also compared search volume in figure 2 between the leading not-for-profit publicly available hospital quality reports (Hospital Compare) and the leading for-profit one (Healthgrades). We found that ‘healthgrades’ and its mis-spelled version ‘health grades’ were each more commonly searched for than ‘hospital compare’, and that search volumes varied substantially over time.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	5	„Generally, there were few direct mentions of any of these reports on either social media or traditional media, with less than 1000 instances in each type of media. In unreported analyses, the typical posters of such content were healthcare providers, academics, public health agencies and commercial entities and stakeholders in the healthcare system. The estimated number of online users who were exposed to these mentions in aggregate was large for users of Twitter (>75 000 individuals) and for traditional media (>275 000) but small or not estimated by MAP for the other social media platforms.“			
Huppertz und Carlson (2010)	1606	„Results of the main experiment showed that respondents were more likely to choose University Hospital when they saw positive HCAHPS ratings and positive e-mail information than when both HCAHPS and e-mail were negative ($t=11.9$, $p<.001$). However, when HCAHPS and e-mail information contradict each other (one positive, the other negative), respondents' choice of University Hospital is significantly attenuated relative to when both pieces of information are consistent ($t's>4.5$, $p's<.001$). We also found a significant difference between the cell means of the two 'contradictory' conditions (i.e., e-mail-positive/HCAHPS-negative versus e-mail-negative/HCAHPS-positive, $t=2.11$, $p<.04$), suggesting that HCAHPS information exerted greater influence on consumer choice than the e-mail when the two were inconsistent (see Figure 2).“	Nein	Ja	n. a.
	1606	„A follow-up ANOVA showed that knowledge of health care quality moderated the effect of both HCAHPS and e-mail information on intention to use University Hospital. When HCAHPS and e-mail were inconsistent, consumers who perceived themselves as more knowledgeable about health care quality were significantly more likely to choose University Hospital; however, when the two sources were consistently positive or consistently negative, consumer knowledge had no effect (see Figure 3).“			
	1608 f.	„[...] Third, when making major health care decisions, people will consult with friends or relatives and value their advice. Anticipating this, policy makers should consider ways to educate consumers about integrating information from relatives' narratives and HCAHPS. For example, a call-out on the HospitalCompare website could ask, 'What do your friends and relatives say?' Suggestions could include asking a relative for specifics			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		about a negative experience, or explaining why friends' experiences and HCAHPS ratings might differ. Site users could also be prompted to show acquaintances how to access the quality information and engage in discussion.“			
Irons et al. (2018)	609	<i>Referral Patterns and Sources:</i> „Although most respondents reported that they were referred by a physician, many indicated that they consulted sources outside the health care system to make this decision. Roughly one tenth of the parents stated that they learned about their child's hospital from a friend or family member, whereas a similar proportion indicated that they used an Internet search. Still others reported using social media or other non-traditional referral methods.“	Nein	Nein	Für angehörige Kinder
	609	<i>Parents' Ratings of Importance Regarding Different Types of Information:</i> „Parents identified survival statistics, surgeon-specific experience, and complication rates as most important (Fig 2). Other types of information that could potentially be included in a reporting scheme, but that were rated by parents as less important, included center-specific experience, information regarding how their baby would be cared for in the hospital, and other services the hospital could offer families. [...] Presented with three display formats for hospital-specific mortality rates, most parents identified a numeric procedure-based approach as the best format, and more than half identified the hospital star rating system as the worst potential format for displaying mortality data (Fig 3). Contrary to what many would suppose, these ratings and choices were consistent among parents with different socioeconomic backgrounds.“			
Iversen et al. (2009)	298	<i>Items without differential item functioning:</i> „For 19 of the 36 items, the responses could be fully explained by how important the patients in general found aspects about their hospitalization since no DIF related to the exogenous variables are found (Table IV). These items were mainly among the top priorities and were especially related to errors, professional skills of staff and some areas of communication and information.“	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	298–301	<p><i>Items with differential item functioning:</i></p> <p>„[...] In other words, age seemed to be negatively associated with the priority of information and positively associated with the priority of continuity. Well-cleaned rooms, good physical surroundings, and good food were considered of less importance by the middle aged group (60–69 years) compared to the other age groups. Avoidance of prolonged stay due to on-site waiting time had relatively high priority within the oldest age group (469 years), whereas that same group did not prioritise the wards' preparation for their arrival in relative terms.</p> <p>[...] Patients with planned hospitalization considered it of higher importance than the acutely hospitalised patients to receive written information.“</p>			
Jung et al. (2011)	837	<p><i>First-stage analysis:</i></p> <p>„One of the three hospitals with positive and significant coefficients on reputation weights has been named among the 'Best Hospitals in America' by <i>US News and World Report</i> and all three hospitals are listed in the top 5 in their MSA. This suggests that consumers may form perceptions about hospital reputation from publicly available information sources and that our estimates represent perceived reputational differences among hospitals. Further, all three hospitals with positive and significant coefficients on reputation weights are affiliated with hospital systems.</p> <p>[...] Hospital 5, which was perceived to offer more specialty medical services, had the second largest number of specialty services identified in the AHA data (13 of 17 specialty services; another hospital had 14 services, and the average was 10). This indicates that people who reported that specialty medical services are important in their hospital choices selected a hospital that offered more specialty services.“</p>	Ja	Nein	n. a.
	838	<p><i>Second-stage analysis:</i></p> <p>„[...] Estimates from Model I, which includes observed hospital characteristics only, are consistent with basic expectations about hospital choice. Consumers prefer closer, teaching, and not-for-profit hospitals. The positive coefficient on the unpublicized HQI</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>score implies that consumers with a prior hospitalization tend to select hospitals with high clinical quality before its public disclosure. This is consistent with Mukamel et al. (2004/2005), who reported that hospital users seemed to correctly infer hospital mortality rates prior to the release of 'report cards' on mortality. However, it is different from the insignificant effect of the HQI score in the first-stage analysis among non-hospitalized people (Table 3). This difference may indicate that people with a prior hospitalization were able to obtain information about clinical quality through their experience, or they may have searched for informal information for their prior hospitalization.</p> <p>[...] Model II adds estimates of consumers' beliefs about unmeasured hospital attributes. The sign of the teaching status coefficient changes from positive to negative, suggesting that teaching status captures unmeasured quality differences in Model I After controlling for unmeasured hospital quality, teaching status may reflect discomfort with using a teaching hospital, such as the possibility of being seen by medical residents. The effect of for-profit status on choice relative to driving time becomes smaller than in Model I. However, the impact of the HQI quality score on hospital choice relative to driving time is similar to Model I, confirming that consumers tend to choose hospitals with high clinical quality even before CMS publicly released this information. The positive and significant coefficients on consumers' beliefs about reputation and medical services indicate that hospital choice is influenced by these attributes, even after controlling for consumers' informal information about clinical quality.</p> <p>[...] Model III adds experiential measures - the prior use indicator and individual satisfaction ratings. For-profit status loses its significance while teaching status remains significant and negative. The coefficients of the HQI score and consumers' beliefs variables remain positive and significant. While these coefficients are slightly smaller than in Model II, a substantial decrease in the coefficient of driving time suggests that the relative impacts of the HQI score and consumers' perceptions on hospital choice compared with driving time are not reduced.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	839	<i>Sensitivity analysis:</i> „[...] The larger contribution of satisfaction ratings to hospital choice in the bottom tertile appears to suggest that consumers who do not rely on physician recommendation value their own satisfaction ratings. However, the impact of these variables on choice was not significantly different between the two groups and it is similar to those in the overall analysis, indicating our findings are robust after accounting for consumers' valuations of physician recommendation in hospital choice.“			
Keating et al. (2016)	1568	„Black breast cancer patients were more likely to go to a hospital that had a higher all-diagnosis proportion of black patients in Detroit (adjusted odds ratio [AOR] for a 10 percent increase in the proportion of black patients = 1.25, 95 percent CI = 1.21–1.30), Atlanta (AOR = 1.54, 95 percent CI = 1.43–1.66), San Francisco (AOR = 1.36, 95 percent CI = 1.11– 1.68), and Los Angeles (AOR = 1.36, 95 percent CI = 1.26–1.46). Asians breast cancer patients were more likely to go to hospitals with a higher proportion of Asian patients in San Francisco (AOR = 1.96, 95 percent CI = 1.75– 2.63) and in Los Angeles (AOR = 1.82, 95 percent CI = 1.65–2.02). In Los Angeles, Hispanic breast cancer patients were more likely to go to a hospital with a higher proportion of Hispanic patients (AOR = 1.57, 95 percent CI = 1.31–1.88).“	Nein	Nein	Für sich selbst
	1572–1574	„Black patients in Atlanta and blacks and Asians in San Francisco and Los Angeles went to hospitals with lower HCAHPS scores than whites, although the magnitude of the differences in Los Angeles was small. Most of these differences were not explained by living nearer to lower quality hospitals, except the difference for blacks versus whites in San Francisco (Figure 1). Black patients in Detroit were treated at higher quality hospitals than whites for this measure, a difference that was fully explained by living nearer to higher quality hospitals.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Keswani et al. (2016)	1139	<i>Types of Quality Measures:</i> „Each rating organization uses a different set of measures and scoring system to arrive at an overall quality rating or ranking. Quality measures can be categorized into several types: structural, process, patient experience, efficiency, and outcomes measures (Table 1) [6].“	Nein	Nein	n. a.
	1140	<i>Use of Quality Measures in Hospital Rankings:</i> „Payers and other quality rating organizations use a combination of measures to rate or rank hospitals on the quality of care they provide. In some cases, these ratings are strictly informational; in other cases, they can be used to steer patients, for contracting between payers and providers, and more recently, for adjustments to payer reimbursements.“			
	1141	<i>Other Uses of Hospital Quality Data:</i> „However patients can also use quality data to make value judgments about providers [25]. For example, consumers are incentivized to review quality and cost data on providers when they are in a health plan such as a Preferred Provider Organization that uses reference pricing. In a reference pricing model, the employer or plan will pay a fixed amount (such as the median cost of the procedure in the area) for the procedure. If the patient chooses to have the procedure at an institution that charges above the reference price, the consumer will have to pay the difference (the amount above the reference price).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Ketelaar et al. (2014a)	84	<p><i>Theme 1: awareness:</i></p> <p>„Most participants were not familiar with CPI as a tool to guide informed choice or to compare hospitals.</p> <p>[...] Despite a lack of awareness [...], most participants reported that they knew about the possibility of comparing hospitals and were aware of their free choice of providers. Nevertheless, they mostly seemed to have a low level of interest in CPI. They said that, being in good health, they were not interested in hospital choice, and they did not feel a sense of urgency to look for CPI. The participants also agreed that if they became ill, they probably would not have the time and energy to look for CPI.“</p>	Ja	Ja, teilweise	Für sich selbst
	85	<p>„Most of the participants said that their hospital choice was fixed: essentially, they always went to the same hospital. This hospital was usually the closest one, as distance was an important choice attribute. They did not have any reason to change this routine, and questioned the added value of CPI. There were other significant sources they currently used for their decision making. Consumers said that their own previous experiences were important and outweighed the impact of CPI. They also highly valued the advice of family and friends. The consumers trusted their own GP as a source of information. There was some disagreement about whether to follow the GP's advice and the GP's role in providing information. In one session, some said they would not argue with their GP's advice because they felt it could damage their relationship with their GP.“</p>			
	85	<p>„Participants reported that having the ability to select a healthcare provider might involve a significant effort to find and compare information. They argued that choosing a hospital introduced a new responsibility for patients, including feelings of distrust and anxiety, since they could not foresee the consequences that they might be held responsible for. Not using CPI was sometimes explained as a strategy to prevent regret for a wrong decision.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	86	„An important theme was the importance consumers assigned to the reliability and trustworthiness of the information. Respondents complemented each other in listing conditions CPI must fulfil before it became of value for them and before they would start using this information. The discussion included the objectivity of the information, how the information was collected, which groups of patients were compared, and at what level the CPI was published. Most participants stressed the importance of the reliability of CPI, but at the same time they found it difficult to determine on what grounds CPI could be considered reliable and trustworthy. Our participants wished to see that sources presenting CPI would include disclaimers about reliability aspects and declare any conflicts of interest. Also, up-to-date information was of much value for consumers. The remarks regarding to this can be summarised with the question: ‘How do I know if what was good then is good for me right now?’ Some participants wanted a single composite indicator of overall quality to compare hospitals rapidly and easily. Other participants stated that the level of aggregation was too general in the real-world examples. The examples referred to an entire hospital, whereas participants wanted to have information at the level of departments, e.g. cardiology and orthopaedics, or at the level of individual doctors.“			
Ketelaar et al. (2014b)	4	<i>Awareness of hospital comparison information and choice:</i> „Most respondents (76 %) reported that they were aware of the possibility of comparing hospital quality, and they (72 %) were aware that they actually could choose a hospital for their surgery. Most respondents (73 %) reported that they had a choice option. Most (89 %) reported being well-informed about the choice of hospital. Of the total group of respondents, only 13 % said they had searched for hospital CPI before choosing a hospital for the operation. Among those who did not have a choice option, a minority (14 %) searched for information once they knew they needed surgery. It did not seem to matter whether patients had a choice option or not; a minority in each group searched for information.“	Ja	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	4	„The univariate model shows that respondents who expected small differences in hospital quality were more likely to search for CPI than those who did not (OR = 3.71 [95 % CI: 1.22–11.27]). For people who expected large quality-of-care differences, this effect was even greater (OR = 7.44 [95 % CI: [2.28–24.3]). The adjusted ORs were 3.18 [95 % CI: 1.02–9.89] for the group who expected small differences, and 5.05 [95 % CI: 1.44–17.77] for the group who expected large differences. Respondents with previous treatment in the same hospital less often searched for CPI than those who had no previous treatment (OR = 0.32 [95 % CI: 0.15–0.70]).“			
	5	„Of the respondents who did not search for additional information, 179 said they felt no need for more information. [...] Feeling no need was by far the most important reason for not searching for hospital CPI. Though, this reason was not significant related to the expectations of quality-of-care differences.“			
Kontos et al. (2014)	4	„For health care–related tasks, the prevalence of eHealth usage is generally low, with approximately 18.95% (509/2358) of online US adults reporting ever having engaged in activities such as emailing providers, 19.29% (501/2358) tracking health information online, and 17.67% (459/2358) buying medicine online. Slightly more people have used the Internet to search for a health care provider (38.42%, 861/2358). For health information–seeking tasks, eHealth usage is notably more prevalent. Nearly 80% (79.04%, 1833/2358) of online American adults have used the Internet to look for health information for themselves and 57.04% (1342/2358) have used the Internet to look for health information for someone else. Approximately 42.98% (925/2358) have used the Internet in the past year to help with diet, weight, or physical activity, but far fewer have used it to download health information to a mobile device (11.70%, 261/2358). In terms of engagement with user-generated content, only a small proportion of the population (3.26%-4.63%, 76-110/2358 of online US adults) took advantage of interactive Web features, such as participating in an online support group or health-related blog. Use of social networking sites (SNS) for health is a bit higher, with 16.80% (345/2358) of online Americans saying they have visited sites such as Facebook or LinkedIn to read or share about medical topics.“	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	4	„Among online adults, there was little evidence of a digital use divide by race/ethnicity. Generally, non-Hispanic blacks, Hispanics, and people of other races were no more or less likely than non-Hispanic whites to engage in eHealth activities. Being of other race was predictive of almost a 3-fold increase in the odds of downloading health information to a mobile device and twice the odds of using the Internet to look for a health care provider. However, the most significant differences in eHealth use were across SES (either by education, income, or both) and by age and sex.“			
Koppe et al. (2012)	141 f.	„Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass für die Merkmalsausprägungen von Kliniken unterschiedliche Präferenzen existieren, die den Bürgern im Vergleich einen signifikant größeren Nutzen stiften als andere Merkmalsausprägungen. Den höchsten Teilnutzwert und die höchste Effektstärke hat die Merkmalsausprägung ‚sehr gute Abstimmung der Behandlungsschritte‘ (0,59186). Sehr dicht gefolgt von der Merkmalsausprägung ‚sehr gute medizinisch-technische Ausstattung und Ausbildung‘ (0,57441). Mit größerem Abstand folgt die Reinigung und Desinfektion (pro Tag) (0,28774), woran sich 45 min Betreuungszeit (0,16531) und sehr freundliches Personal (0,14672) schließen. Die Fahrzeit (Maximum 0,02394) und die Ausstattung der Zimmer (Maximum 0,09113) sind eher unbedeutend. Entscheidend für die Wahl einer Klinik sind somit die Abstimmung der Behandlungsschritte sowie die medizinisch-technische Ausstattung und Ausbildung.“	Nein	Nein	n. a.
Kriwy und Aumüller (2007)	466	<i>Hausarztsuche:</i> „Für alle befragten Personen sind die Bereiche Vertrauenswürdigkeit und ein ausgezeichneter Ruf des Arztes besonders wichtig. Eher unwichtig sind die Bereitschaft zum Hausbesuch, die ärztlichen Zusatzqualifikationen und die Praxisausstattung mit modernen Geräten.“	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	467 f.	<p><i>Krankenhaussuche:</i></p> <p>„Unabhängig von Alter und Versicherungsstatus gibt ein Großteil der Patienten an, dem Rat des diagnostizierenden Haus- bzw. Facharztes zu folgen.</p> <p>[...] Die Kliniksuche über das Internet wird eher von jüngeren gesetzlich versicherten Patienten betrieben.</p> <p>[...] Die wichtigsten Aspekte bei der Krankenhaussuche sind für alle Patienten auf ihr Fachgebiet spezialisierte Ärzte, ein ausgezeichneter Ruf der Klinik, die Klinikausstattung mit modernen Geräten, ein freundliches Pflegepersonal und die Betreuung durch den operierenden Arzt.“</p>			
Kurup et al. (2013)	55 f.	<p>„Patients who reported using the Internet were mostly in the 45–60 yr of age (39 %), and about two-thirds of them had a higher education (bachelor’s, master’s, or doctorate degrees).</p> <p>[...] In contrast, almost half (n=356, 41 %) of the respondents used the Internet to find information regarding their medical condition, while about one-third used the Internet to get information pertaining to their surgery (n=321, 37 %) or surgeon (n=279, 32 %) and about 19 % of them used the Internet to get information about the hospital where they will have their procedure (Table 2).</p> <p>[...] Importantly, a majority (503/831, 57 %) of the respondents who did not use the Internet for information on anaesthesia indicated that, if they had known where to look or were told about a specific website by their physician, they would have used it to obtain information about anaesthesia for their procedure. It was also noted that patients with a higher educational level were more likely to be receptive to recommendations for websites (P<0.001, Fig. 1).</p> <p>Several reasons were given by the 831 patients who did not use the Internet to look for information about anaesthesia. Two hundred and sixty-six (32 %) said that they do not have any unanswered questions about anaesthesia, 184 (22 %) did not know where to look for reliable information for anaesthesia on the Internet, 145 (17 %) said that they spoke to their primary care provider (PCP) or to their surgeon about anaesthesia or that</p>	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		they trusted their surgeons, and 199 (14 %) did not have easy access to the Internet or did not have a computer (Table 4). We also observed that respondents over 45 yr of age had significantly higher level of difficulty accessing the Internet or not owning a computer (18–44 vs 45–83 yr; $P < 0.001$; Fig. 2). They also had more difficulty finding reliable anaesthesia information (18–44 vs 45–83 yr; $P = 0.04$; Fig. 2).“			
	180	<i>Information needs:</i> „Parents stated two stages of information needs. In first stage, they emphasised their information needs after learning their child’s diagnosis. Their greatest information needs pertained to the therapy process, prognosis, illness, therapy complications, caring for the child and approaches to the child. The second stage concerned the information requirements during the illness and treatment. They stated that they wanted to learn about the prognosis, how to approach their child, how to care for the child, treatment complications, coping skills, new therapy methods, illness and medications.“			
	180	<i>Factors affecting information-seeking:</i> „The parents stated that the factors affecting information-seeking included feeling that they were given inadequate information or care; their child’s health care providers’ interest; communication with the health care providers; and time since diagnosis. Most of the parents said that if the information or care they received from health care providers was inadequate, they sought additional information (n = 10).“			
	180	<i>The decision-making process:</i> „Most parents (n = 11) said that their physicians directed them to choose their child’s therapy, health care team, and institute. The primary physician, in particular, made decisions about the health institute and team during the diagnosis.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	180 f.	<p><i>Factors affecting decision-making:</i></p> <p>„Parents defined factors affecting decision-making as the illness situation, trust in and communication with the health care team, economic factors, resources and their expectations of the health care team. The illness situation was the factor that the parents most often cited as affecting their decision-making (n = 13). Shock, the seriousness of the illness, limited choices, urgency and the child’s suffering were the illness situation components that parents mentioned.</p> <p>[...] Trust (n = 6) and communication (n = 5) with the health care team were other factors affecting decision-making.</p> <p>[...] Parents also cited economic factors that affect their decision-making (n = 4).</p> <p>[...] If parents have choices, then they explore their resources (n = 2) when making decisions about team quality and equipment.“</p>			
	181	<p><i>Expectations from the health care members:</i></p> <p>„Most of the parents (n = 10) expected detailed information from health care providers.</p> <p>[...] Second, most parents (n = 9) expected written information to accompany the spoken information from health care providers during the information-seeking process. The parents said that written information could prevent them from forgetting and could provide consistency.</p> <p>[...] The other defined expectation from health care team members was communication and interaction (n = 8) throughout the illness and therapy process.“</p>			
Lako und Rosenau (2009)	27	<p>„Most of the patients in our study state that they were referred to the hospital by their general practitioner (69%). The remaining 31% made their own decision and obtained a letter for referral to the hospital of their choice. The reputation of the hospital was mentioned by 14% of the interviewees as the main basis for their choice. Other elements, including the location of the hospital, were mentioned by the remaining 17% of the sample. Gynaecology patients were less likely than other patients to mention the</p>	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		role of the general practitioner in their decision (Table 1). However, the reputation of the hospital is mentioned more often by the gynaecology patients than by the others ($\chi^2 = 13.8$, $df = 4$, $p \leq 0.01$).“			
Laverty et al. (2015)	1129	<i>Factors influencing choice of hospital by patient characteristics:</i> „The factors most important to patients when choosing a hospital were quality of care (93.3%), cleanliness (92.6%), standard of facilities (90.3%) and reputation (80.3%) (see Table 2). There were no significant differences in factors influencing choice of hospital by age group. Women were more likely to report that personal experience (76.4 vs. 66.0%, $P = 0.01$) and family experience (56.3 vs. 44.3%, $P < 0.01$) were important than men. Non-white patients were more likely than white patients to report that timing of appointment was an important factor (79.7 vs. 62.2%, $P = 0.02$). Those with no formal qualifications were more likely than those with a degree or more to report that personal experience (82.0 vs. 60.3%, $P < 0.01$), location of hospital (74.3 vs. 65.3%, $P = 0.03$) and timing of appointment (69.3 vs. 53.2%, $P < 0.01$) were important when choosing a hospital.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	1130	<i>The relationship between the importance of different factors and attendance at local hospital:</i> „Table 3 presents the percentage of patients attending what they considered to be their local hospital by the factors they considered important in choosing their hospital provider. It also shows the Adjusted Odds Ratios (AOR) from logistic regression comparing the odds of attending the local hospital between those who did and did not use these sources of information. Respondents who stated that personal experience was important were nearly three times more likely to attend the local hospital than those who did not select this factor as important (AOR 2.95, 95% CI 1.88; 4.64). Respondents who stated that cleanliness (AOR 2.54, 95% CI 1.34; 4.82), location (AOR 3.68, 95% CI 2.44; 5.57) and quality of care (AOR 2.67, 95% CI 1.32; 5.41) were important were more likely			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		to attend a local provider than those who did not select these factors as important (Table 3). The only factor to be associated with being less likely to attend the local provider was waiting time for an appointment (AOR 0.61, 95% CI 0.37; 1.00).“			
	1130	<p><i>Demographic breakdown of sources of information used to choose the hospital attended:</i></p> <p>„The sources of information most commonly used by patients when choosing a hospital were their own experience (40.9%), their GP (36.0%) and family and friends (17.5%) (see Table 4). The NHS Choices website and telephone line booking advisors were used by only 4.3% and 9.1% of respondents, respectively. Patients aged over 80 years old were less likely to use family and friends than those aged 16–35 (11.6 vs. 26.4%, $P < 0.01$). Women were more likely than men to report that they had used their own experience (43.6 vs. 37.0%, $P < 0.01$) and were less likely to have used staff at a referral centre (4.9 vs. 2.1%, $P < 0.01$). Non-white patients were more likely than white patients to report that they had used a telephone line booking advisor (18.7 vs. 8.4%, $P < 0.01$). Those who had been to the GP more than 10 times in the last year were more likely than those who had been to the GP only once in the last year to report that they used a leaflet (10.5 vs. 1.8%, $P = 0.03$) and the hospital’s own website (5.6 vs. 1.8%, $P < 0.01$).“</p>			
	1130 f.	<p><i>The effect of sources of information on health-care quality on likelihood of attending local provider:</i></p> <p>„Patients who reported using their GP (AOR 0.64, 95% CI 0.44; 0.93), their family and friends (AOR 0.36, 95% CI 0.23; 0.57), staff at a referral centre (AOR 0.29, 95% CI 0.10; 0.88) and a telephone line booking advisor (AOR 0.51, 95% CI 0.28; 0.93) were all less likely to attend their local provider (see Table 5). Patients who reported using their own experience (AOR of 2.04, 95% CI 1.35; 3.07) were more than twice as likely to attend their local hospital as those who did not report basing their choice on personal experience. Those who used none of these sources of information (AOR 2.49, 95% CI 1.10; 5.64) were also more than twice as likely to attend their local provider as those who reported using at least one of the sources of information mentioned.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Leister und Stausberg (2007)	22–24	„The patients interviewed trust their own experience more than any other criteria. This is followed by their general practitioner’s judgment, a certified quality management system and positive press reports. On the other hand, recommendations by relatives, friends and acquaintances, the distance to the hospital as well as the hospital reception area and personnel do not receive much attention. The same accounts for the hospital’s website which is the (significant) factor with the least importance for the first model. [...] In the absence of experience-based factors the importance of the remaining factors increases considerably. Henceforth the hospital reception area and personnel as well as the certified quality management system are patients’ main consideration. Moreover, the quality report and the hospital website have an increased impact within the choice decision. However, the hospital website itself is still less important to patients.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	24	<i>Hospital Classification:</i> „In case of the city hospital the certified quality management system receives an increased relevance even if experience-based criteria can be considered (see Table 7). However, recommendations by relatives and acquaintances are less relevant for city hospital patients compared to university hospital patients. For the university hospital the quality management system receives an increased importance when experience based criteria are not at hand.“			
Lux et al. (2011)	561	„Physicians in private practice were the most important source of a recommendation for 55.4% of the patients at the Breast Center; in obstetric patients, the figure was 22.0%. Among obstetric patients, the most important reason given for presentation was their own earlier experience of the center (26.5%).“	Ja	Nein	Für sich selbst
	562 f.	„In statements regarding all potential information sources, the gynaecological oncology patients regarded private-practice physicians and postal information as 1.5 times more important than the obstetric patients did (OR 1.520 and OR 1.630) (Table 3). For obstetric patients, the Internet was twice as important in comparison (OR 0.575).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	563	<i>Reasons for evaluation of the care provided by a center:</i> „In all, 99.5% of the patients stated that they would be willing to receive treatment at the same institution again. In addition, 99.5% of the patients stated that they would recommend the center or hospital to others. Of all gynaecological oncology patients, 74.8% stated that the quality of treatment was the most important reason for accepting treatment at the breast center again. Only 44.1% of the obstetric patients mentioned it (P < 0.001).“			
	564 f.	„By comparison, the friendliness of the staff was more than twice as important for obstetric patients (85.0 vs. 69.9%; OR 0.409). In addition, service and nearness to home were twice or more than twice as important (24.0 vs. 13.7%; OR 0.502 and 55.9 vs. 33.5%; OR 0.399). Another highly significant difference was seen in connection with the quality and furnishing of the rooms. While 69.0% of the obstetric patients mentioned these as a reason for being willing to accept treatment again, only 25.4% of the gynaecological oncology patients did so (OR 0.153).“			
Manganello und Clayman (2011)	168 f.	„Table 3 presents data examining differences in health-information seeking for those with lower and higher numeracy. Both groups report looking for health information in almost equal numbers (61% vs. 65%), and report using similar information sources, with an overwhelming number reporting the Internet as the first place they went to on their most recent search for health information (75% both groups). However, those with lower numeracy were significantly more likely to say that their most recent search took a lot of effort (p = .001), was frustrating (p = .004), and yielded information that led to concerns about quality (p = .03); search effort and frustration continued to be significant even in adjusted models.“	Nein	Nein	Für sich selbst
	169–171	„People in the lower numeracy group were more likely to rate their quality of care as fair=poor than those in the higher numeracy group (p = .003). They were also less likely to feel that they could rely on their provider (p<.0001) and were less likely to say that their provider made efforts to make sure they understood the information (p = .0001) and helped with any uncertainty (p <.0001). Finally, those in the lower numeracy group			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		also appeared to have lower self-efficacy than those in the higher numeracy group. They were significantly less likely to be confident that they could take care of their health ($p < .0001$) and obtain health information if necessary ($p < .0001$). Numeracy remained significant in adjusted models with the exception of avoiding doctors (Table 4), and was the only significant predictor in many of the models.“			
Marang-van de Mheen et al. (2010)	3	<i>Information for current hospital choice:</i> „Reputation and hospital atmosphere are mentioned by most patients in all four groups as information used to choose a hospital in the period 2005-2006 (table 2). Few information items on quality of care were available then and used by few patients. Patients with in-hospital adverse outcomes, more often than patients without adverse outcomes, indicated that they used ‘the fact that they were already treated in that hospital’ (odds ratio (OR) 1.77 (1.26-2.48)), while distance to the hospital was mentioned less frequently (OR 0.70 (0.50-0.99)) (table 2).“	Ja	Nein	Für sich selbst
	3 f.	<i>Information for future hospital choice:</i> „Patients with adverse outcomes would use more information for a future hospital choice (9.1 vs 8.4 items, $t = -2.54$, $p = 0.01$), particularly patients with postdischarge adverse outcomes only (on average 10 items, ie, 1.6 items more). [...] Most patients mention hospital reputation and previous treatment in that hospital as information items they would use for a future hospital choice (table 3). Although more quality-of-care items have become available and would be used by more patients than in the period 2005-2006, these quality-of-care items are still mentioned by fewer patients than some of the general items. [...] Furthermore, patients with postdischarge adverse outcomes also indicated more often that they would use various other quality-of-care items (table 3). Patients with in-hospital adverse outcomes, on the other hand, more often indicated that they would			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		use the percentage of patients dying after surgery (OR 1.93 (1.27-2.94)) and the percentage of patients with extended hospital stay (OR 1.61 (1.10 to 2.36)), while no differences were found on any other quality-of-care items.“			
	4	<i>Priority of information:</i> „Since multiple information items could be mentioned for future hospital choice, it is important to assess which item patients considered to be the most important. Previous treatment in that hospital was mentioned by most patients (32%), followed by reputation and waiting time (figure 1). Previous treatment was mentioned as the most important item regardless of adverse outcome occurrence and by approximately the same percentage of patients in all four groups.“			
Marang-van de Mheen et al. (2011)	822	„Overall, surgery-specific information had more impact on patients’ choices than the second most important attribute, the percentage of patients with ‘textbook outcome’, as the 95% confidence intervals do not overlap (Table 4). However, the importance of surgery-specific information differed between surgery groups (Table 4). No differences were found between surgery groups presented with different information (e.g., possibility of minimally invasive procedure v. experience of this procedure indicated for cancer).“	Ja	Nein	n. a.
	823	„Adverse outcomes were experienced by 27.3% of patients during the initial hospitalization and by 25.0% of patients after discharge, with 13.0% experiencing both. However, a similar relative importance was assigned to the attribute ‘percentage of patients with textbook outcomes’ by patients with different adverse outcome experience (Figure 1). Differences in this attribute were observed between surgery groups: patients who were presented with smaller hospital differences in general assigned lower importance to this attribute than those presented with greater differences, although the increasing importance was not consistently shown for every increase in hospital difference (Table 4). [...] Attributes with larger hospital differences may thus have greater impact on patients’ choices but should be studied in more detail.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Marshall et al. (2018)	525	„These findings imply that patients would be willing to wait 10 months for a visit with the excellent surgeon before accepting a good surgeon. Simulations showed that patients would not switch from an excellent surgeon to a surgeon with a satisfactory reputation even if they had to wait longer than 18 months. And, a wait of longer than the 18 months (maximum time included in this questionnaire) would not convince patients to switch to a surgeon whose reputation was unknown.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	525	„Surgeon reputation had the widest range in partworth utilities (Fig. 2) and was the attribute with the greatest relative impact on patient choices. Notably, not knowing the reputation of the surgeon was significantly worse than even a satisfactory reputation. Waiting time to surgeon visit and waiting time to surgery after deciding to have surgery had the next greatest relative impact on choices and were similar in magnitude. This was followed by the referral to surgeon attribute, in which selecting the surgeon oneself was most preferred while taking the next available surgeon was least preferred.“			
	525	„Simulations indicated that patients in the low pain category (0-49) have stronger preferences for choosing their surgeon themselves than those in the highest pain category (81-100) across the range of surgery waiting times (Fig. 4). Patients in the highest pain category were willing to wait only 7.3 months before accepting the next available surgeon. In contrast, those in the low pain category were willing to wait until 12 months before accepting the next available surgeon.“			
Maurer et al. (2016)	1194 f.	<p><i>Fokusgruppen:</i></p> <p><i>Perceptions of High-Quality Maternity Care:</i></p> <p>„Focus group participants were asked what it meant to get high-quality maternity care, and alternatively, low-quality maternity care. When discussing maternity care, participants described a broad range of services, including prenatal care, labor and delivery, and the recovery period in the hospital. Overall, most discussion of quality focused on the interactions between the woman and her doctors or nurses;“</p>	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	1197	<i>Perceptions of Maternity Care Quality Measures:</i> „After the discussion on high-quality maternity care, focus group participants read plain language explanations of measures, rating the importance and likely variation by hospital for each measure. Overall, participants were not familiar with the quality measures, but they still found the information important.“			
	1199 f.	<i>Umfrage:</i> <i>Factors Important in Choosing a Hospital:</i> „In the survey, we asked about the importance of different factors when choosing a hospital for their baby’s birth (Table 4). Accepting health insurance was the most highly rated factor, followed by good experiences in the past. The lowest rated factor was getting good ratings from other patients on a website that compares hospitals, but even that factor was very important or somewhat important to 86 percent of participants.“			
	1200 f.	<i>Awareness of Comparative Quality Information and Maternity Care Quality Measures:</i> „Forty percent reported having read information comparing how good care is at different hospitals and 71 percent of those having read it reported using this information to choose a hospital; thus, 28 percent of survey respondents reported using comparative quality information to choose a hospital. In addition, 68 percent of respondents indicated that they were very or somewhat likely to use comparative information when choosing a hospital for this pregnancy or a future pregnancy.“			
Mazor et al. (2009)	112 f.	„Statistical analyses using chi-square statistics to compare understandability ratings across consistency of indicators (same hospital is best across all 3 indicators, or 1 hospital is best on safe practice score, but a different hospital is best on infection rates and mortality rates), presentation format (words vs graphs), and confidence intervals (present or absent) revealed no statistically significant differences in ratings for any comparison for any booklet section;“	Ja	Nein	n.a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	113	<p>„When asked which hospital would be their first choice, a large majority (83%) of respondents who received the report wherein a single hospital had the best ratings for all 3 reported indicators (highest safe practice score, lowest infection rate, and lowest mortality rate) selected the hospital with the best ratings. For participants who received a report in which 1 hospital had the highest (best) safe practice score, but a different hospital had the lowest (best) infection rates and mortality rates, 46% selected the hospital that had the highest (best) safe practice score, and 34% selected the hospital that had the lowest (best) infection and mortality rates.</p> <p>[...] Thus, faced with inconsistent data, respondents were more likely to rely on safe practice scores to decide which hospital to choose, but tended to rely on infection rates and mortality rates to decide which hospital to avoid.“</p>			
	113 f.	<p>„The inclusion of confidence intervals had no statistically significant impact on participants' reports of perception of a difference between the two hospitals. When confidence intervals were provided, 23% perceived the 2 hospitals as about the same, compared to 21% when no confidence intervals were provided (P > .05).“</p>			
	114	<p>„Overall, respondents appeared to be more influenced by their own prior experience at a hospital than by infection rate or mortality rate.“</p>			
Mazor und Dodd (2009)	414–416	<p><i>Responses and reactions to reporting:</i></p> <p>„Overall, interviewees favored increasing public awareness of HAIs [healthcare-associated infections]. Most interviewees were interested in comparative information on the various indicators, and viewed the information as important.</p> <p>[...] Comments indicated interviewees were interested in both what preventive steps consumers could take to protect themselves and family members, and what procedures hospitals had in place to prevent infection. If preventive information was not included in a report, many interviewees noted the absence.</p> <p>[...] Most interviewees appeared to understand the fictitious 'safe practice score' developed for this study and to value information on hospital practices. Some indicated they</p>	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>would want detailed information on the actual practices used to assign this score, whether the score was based on objective measures of compliance, who set the standards for compliance, and protocols to carry out if practices were not followed or an outbreak of infection occurred.</p> <p>[...] Overall, interviewees tended to prefer actual numbers over symbols, and to view symbols as confusing or more difficult to interpret.</p> <p>[...] However, most interviewees noted other factors that would influence their hospital choice, including insurance coverage, past experiences at a given hospital, and recommendations from friends and family;</p> <p>[...] Interviewees recognized and valued that a great deal of information could be made available via the Internet but seemed to feel that finding the appropriate Web sites and navigating through the various pages was effortful, time consuming, and sometimes frustrating. Even when a key or explanation was provided on the same Web page (which was not always the case), it sometimes was not possible to view the key simultaneously with the report, making interpretation difficult.“</p>			
	416	<p><i>Recommendations:</i></p> <p>„Asked for recommendations on how best to disseminate information on HAIs to the public, some interviewees suggested this information should be given to patients at the time a surgery or procedure was scheduled.</p> <p>[...] Many felt that the paper report developed as part of this study would be of interest and that they would save it or share it with friends or family.“</p>			
	28	<p>„Patients reported that information about the professional skills of physicians practicing at a hospital was considered ‘very important’ in making hospital choice (91%). Information about access was considered ‘very important’ by 49% of the patients whereas only 20% considered location of the hospital ‘very important’. “</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
McLennan et al. (2017)	4	<i>Awareness of Rating Websites:</i> „Overall, 72.5% (200/276) of the respondents were aware of PRWs. Respondents' awareness of PRWs was significantly lower than their awareness of rating websites for hotels and restaurants ($\chi^2=52.3$, $P \leq .001$), technical products ($\chi^2=36.2$, $P \leq .001$), and media ($\chi^2=18.8$, $P \leq .001$), though significantly higher than that for hospitals ($\chi^2=33.9$, $P \leq .001$).“	Nein	Ja	Für sich selbst
	5	<i>Factors Predicting Awareness and Use of PRWs:</i> "Standardized coefficients of all predictors across all 3 outcomes were generally very low, suggesting that except for the impact of responders' gender (higher for females than for males) and marital status (higher if married or in a civil partnership than if not) on awareness of PRWs and responders' age on use of PRWs (higher for younger), no other predictors had a relevant impact.“			
	6	<i>Selecting a new Physician:</i> „Whereas 31.8% (85/267) of the respondents reported that PRWs were a very important or somewhat important information source when searching for a new physician, they significantly more often reported that other factors were very important or somewhat important information sources, with 93.5% (259/277) endorsing family, friends, and colleagues, 79.9% (219/274) other physicians, and 40.6% (108/266) practice websites ($P \leq .001$ for all three comparisons; see Table 1). There were significant differences between frequency of residency changes and importance placed on PRWs as an information source when searching for a new physician, with 24% considering PRWs as somewhat or very important among those who never moved, 41% among those who moved 1 to 2 times, and 46% among those who moved 3 or more times ($\chi^2=10.3$, $P=.006$).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Melling et al. (2015)	689	<p><i>Patienten:</i></p> <p>„In Abb. 1 sind die Antworten auf die Frage, nach welchem Kriterium die Patienten ihre Behandlungsstätte ausgesucht hatten (bei einer erlaubten Antwort), aufgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aufgrund einer Empfehlung des niedergelassenen Arztes (40%), -aufgrund des Rufes der Klinik (24%), -aufgrund einer Empfehlung von Bekannten (16%), -aufgrund eigener Internetrecherche (6%), -aufgrund einer vorliegenden Zertifizierung (6%), -aufgrund der Entfernung vom Wohnort (4%), -aus sonstigen Gründen (4%), wobei hier zu 75% eine Spezialisierung der Klinik aufgeführt wurde.“ 	Ja	Ja	n. a.
	690	<p><i>Zuweiser:</i></p> <p>„Die erste Frage im Zuweiserfragebogen (Anhang 2) bezog sich auf die Kriterien, die die Auswahl eines Krankenhauses für die Zuweisung beeinflussten [...]. Die Ergebnisse sind in Abb. 2 graphisch dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -persönliche Bekanntschaft zu einem in dem Zielkrankenhaus tätigen Kollegen (38,1%), -Empfehlung durch einen Kollegen (16,7%), -Ruf der avisierten Abteilung (16,7%), -bisher gemachte positive Erfahrungen mit der Klinik (Kategorie Sonstige; 16,7%), -Entfernung (7,1%), -weitere Antwortmöglichkeiten wurden nur vereinzelt gegeben.“ 			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	691	<p><i>Chefärzte:</i></p> <p>„Zunächst wurde nach der Bedeutung von Zertifizierung in der eigenen Klinik gefragt, hierbei waren wiederum Mehrfachnennungen erlaubt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbesserung der Reputation (48,5%), -fachliche Gesichtspunkte (33,3%), -Maßnahme zur Verbesserung der internen Organisation (Kategorie Sonstige; 9,1%), -Zertifizierung hat in der eigenen Klinik keine Relevanz (6,1%).“ 			
	691	<p>„Die nächste Frage bezog sich auf den Fall einer Weiterverlegung eines Patienten. Inwieweit würde dann eine Zertifizierung in der Zielklinik für die Weiterverlegung ausschlaggebend sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Zertifizierung ist nicht relevant für eine Weiterverlegung (53,8%), -ausschlaggebend ist die fachliche Kompetenz der Zielklinik (30,8%), -ausschlaggebend ist die Reputation (11,5%).“ 			
Merle et al. (2009)	265	<p>„Among participants, 293 (77%; 95% CI: 72.3-81.0) declared that they wanted to know the hospital's ICALIN [mandatory report card on infection control activity] before being admitted. However, ICALIN was ranked only in sixth position for choosing a hospital (Figure 1).</p> <p>[...] After adjustment, the only factors independently associated with a declared interest for ICALIN were: placing importance on knowing whether a hospital is active in infection control (adjusted OR: 5.0; 95% CI: 1.3-19.5), and feeling able to judge the hospital activity in infection control by its ICALIN score (2.8; 1.1-6.7) or class (2.6; 1.3-5.2).“</p>	Ja	Nein	n. a.
	267	<p>„Declared attitude of participants if the hospital had a low ICALIN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I would ask the advice of my general practitioner 54.9% (49.7-59.9%) ▪ I would not accept admission to this hospital 24.1% (20.0-28.2%) 			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ I would be concerned, but I would nevertheless accept admission to this hospital without further inquiry 12.1% (9.1-15.9%) ▪ I would not be concerned 6.3% (4.2-9.4%) ▪ Other, or no answer 2.6% (1.3-4.9%).“ 			
Moscelli et al. (2016)	117	„The results suggest the effect of readmission rates, mortality, and waiting times changed after the relaxation of constraints on patient choice in 2006 and 2008. From 2008 patients were willing to travel 0.5 additional kilometers to avoid an increase of one standard deviation in emergency readmissions and 0.25 additional kilometers to avoid an increase of one standard deviation in waiting times.“	Nein	Nein	Für sich selbst
Moser et al. (2010a)	1264	„The content analysis revealed three categories which, together, influence the selection of a hospital among the study respondents: information sources, criteria in decision making and decision-making styles.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	1264	<p><i>Information sources:</i></p> <p>„Respondents explored information about: the quality of hospitals (the way personnel approaches patients), the reputation and quality of the orthopaedic specialists (technical expertise and communication with patients), aftercare, rehabilitation and waiting time. They actively sought the information they needed and wanted.</p> <p>[...] Interestingly, most respondents searched for information concerning orthopaedic specialists across several information sources. Participants used a variety of information sources, some simultaneously, to get the information they desired. They named medical sources, their social network and mass media. However, the GP was considered to be the key source of medical information and respondents claimed that they received comprehensive, up-to-date and high-quality information.“</p>			
	1265	<p><i>Criteria in decision making:</i></p> <p>„For the participants in our study, the main criterion for selecting a certain hospital was proximity of the hospital. Most patients preferred a nearby hospital to minimize the</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>time and distance travelled. Several participants repeatedly selected the same hospital because they were satisfied with the quality of care they received during previous stays. They had never encountered problems of any kind related to their arthritis or other conditions. Quality of care included: the organization of care (all pre-surgery examinations are scheduled efficiently and not scattered over several days), a particular outpatient aftercare service in a certain hospital, the atmosphere of a hospital and waiting time.</p> <p>[...] Participants perceived that the work of health care professionals is determined by the human factor. Respondents named it 'peoples' work', which means that health care is done with people as people, which, according to our participants, differs from professional to professional. They were concerned that comparative consumer information insufficiently reveals the quality of interpersonal skills of individual specialists."</p>			
Moser et al. (2010a)	1265	<p><i>Decision-making styles within the GP-patient relationship:</i></p> <p>„The participants in this study reported two decision-making styles typical within their doctor–patient relationship. The first is: integrating personal concerns and the GP’s advice and the second is: delegating decision making to the GP.“</p>			
Moser et al. (2010b)	367	<p>„More than half of the respondents had some previous experience using the internet, while three occasionally received internet support from their children. The analysis of the individual interviews and focus groups resulted in four themes: decision making, perceived benefits, unmet information needs, and trustworthiness.“</p>	Ja	Ja	Für sich selbst
	367	<p><i>Decision making:</i></p> <p>„[...] The respondents used different strategies to browse through the information presented. Some skimmed through the list of quality indicators to identify indicators that were crucial to them, whereas others perceived every quality indicator as essential.</p> <p>[...] Many respondents gave the highest priority to the hospital with the best overall outcome, by adding up all scores, whereas others used various exclusion criteria in their</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		selection process. Several respondents excluded hospitals they did not know from personal experience or from stories by relatives and friends. Some respondents excluded hospitals with indicator scores below average (three stars) or hospitals with the lowest score on any indicator.“			
	368	<i>Perceived benefits:</i> „The respondents mentioned several potential benefits of CCI. They perceived CCI as a supplementary source of information, next to personal experience. Several appreciated CCI as a source of information allowing them to prepare themselves with facts. The respondents with internet experience appreciated the fact that CCI would be made available on the web. Some considered it mainly useful for people who do not ask the doctor many questions and even hesitate to communicate their needs. They also thought it would support ‘novice’ patients in their decision making. Others would consider using CCI when they had to undergo a future medical treatment other than orthopedic surgery.“			
	368 f.	<i>Unmet information needs:</i> „Several respondents had problems with the lack of specificity of the information presented to them. Some noticed that the CCI provided unspecific information in several respects: the indicators were too vague; the results were too general; there was not much difference between the scores of the hospitals. Also the level of detail in which the hospitals were presented caused some confusion. [...] Many respondents preferred quality information on aspects not covered by the CCI website, viz. on the skills of the surgeons and physical therapists; the safety of the hospital (e.g., presence of intensive-care unit or hygiene); waiting lists; the organization of pre-care and after-care; the access to medical records from prior admissions, accessibility by public transport; or travel distance.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	369	<i>Trustworthiness:</i> „Some respondents worried about the methodology behind the quality scores, and wanted more transparent information about the content of the Consumer-Quality-Index questionnaires and the data analysis. They complained that they just had to accept the results as they were presented to them, and indicated that the lack of transparency affected the trustworthiness of the quality scores.“			
Mühlbacher et al. (2015)	342	<i>Wichtigkeit und durchschnittliche relative Wichtigkeit je DCE-Block:</i> „In allen 4 DCE-Blöcken hat das Attribut ‚Zusätzliche Kosten‘ den höchsten Koeffizienten und damit den stärksten Einfluss auf die Entscheidung der Probanden (Tab. 1) und dies sowohl in der Höhe des stärksten Levels als auch in der Berechnung des relativen Attributgewichtes (Leveldifferenz (LD)). Bei der weiteren Diskussion werden die Preisattribute daher nicht berücksichtigt.“	Nein	Ja	n. a.
	342	<i>Block 1:</i> „Block 1 beschreibt die Offenheit und die Sensitivität des Systems bzw. der handelnden Akteure, die Bedürfnisse der Patienten aufzugreifen und darauf zu reagieren (Abb. 3–6). Fast gleichrangig liegen hier die Attribute ‚Verlässliche Gesundheitsinformationen‘ (LD 0,441) und ‚Aufklärung und Schulung‘ (LD 0,438) an erster Stelle. Mit sehr geringem Abstand folgen ‚Vertrauen und Respekt‘ (LD 0,396) und ‚Überleitungsmanagement‘ (LD 0,385). Am wenigsten entscheidungsrelevant ist die ‚Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen‘ (LD 0,308).			
	346	<i>Block 2:</i> „Block 2 bezieht sich auf Struktur- und Prozessparameter, die in der Patientenversorgung eingesetzt werden und deren Ergebnisse direkte therapeutische Konsequenzen haben. Es werden Merkmale betrachtet, die wichtig sind, sobald sich der Patient im Versorgungssystem befindet (Abb. 4). ‚Wartezeit auf einen Termin‘ an oberster Stelle (LD 0,625) wird gefolgt von der Präferenz für ‚Orientierungshilfen‘ (LD 0,548). Auch hier gibt			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		es 3 Attribute, die sich nur minimal in der Gewichtung unterscheiden: ‚Proaktive Versorgung‘ (LD 0,405), ‚Zugriff auf Patientendaten‘ (LD 0,374) und ‚Gemeinsame Entscheidungsfindung‘ (LD 0,358).“			
	346	<i>Block 3:</i> „Dieser Block berücksichtigt die Merkmale zur persönlichen Einstellung und Qualifikation der in der Versorgung tätigen medizinischen Leistungserbringer (Abb. 5). Die ‚Berufserfahrung‘ der Leistungserbringer (LD 0,683) hat die höchste Entscheidungsrelevanz, gefolgt von der ‚Aufmerksamkeit des Leistungserbringers‘ (LD 0,548), ‚Informationen zur Qualität‘ (LD 0,432) und ‚Multidisziplinäre Versorgung‘ (LD 0,410). Die ‚Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft‘ (LD 0,275) hat den geringsten Einfluss.“			
	346	<i>Block 4:</i> „Dieser Block berücksichtigt die für die Umsetzung notwendigen organisatorischen bzw. strukturellen Merkmale eines Versorgungssystems (Abb. 6). ‚Medizinische Geräte & Einrichtung‘ (LD 1,119) sind das wesentliche Entscheidungskriterium. Es folgt ‚Fahrzeit zur Behandlung‘ (LD 0,501), ‚Austausch klinischer Informationen‘ (LD 0,463) sowie ‚Behandlungsleitlinien‘ (LD 0,4442), die alle nur geringfügig differieren. An letzter Stelle steht das ‚Fall-Management‘ (LD 0,171).“			
	346	<i>Relative Gewichtung über alle Attribute:</i> „Es wurden alle 20 Attribute der 4 DCE-Blöcke aus dem Gesamtmodell berücksichtigt um die MRS zu ermitteln und dementsprechend in die Berechnung einbezogen (Abb. 7). Dabei ergab sich die folgende Präferenzreihenfolge (Auszug): Rang 1: Medizinische Geräte und Einrichtung Rang 2: Wartezeit auf einen Termin Rang 3: Berufserfahrung Geringste Relevanz bei der Entscheidung (Auszug): Rang 16: Überleitungsmanagement Rang 17: Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen Rang 18: Information zur Qualität Rang 19: Gemeinsame Entscheidungsfindung Rang 20: Fallmanagement“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Nostedt et al. (2014)	401	<p><i>Decision-maker:</i></p> <p>„Patients were referred to their surgeon by their family doctors, gastroenterologists, oncologists or another surgeon. At this referral decision point, 2 subthemes emerged: the patient had some input into the decision, or the patient was not offered a choice as to where they would have surgery. Patients who had input in the referral decision cited many treatment-related factors (described below) as reasons for their decisions. Patients who were not offered the choice of surgical location fell into 2 categories: those who needed tertiary care for medical reasons and those who were referred without any perceived doctor–patient discussion. Some patients had extensive disease or significant medical comorbidities that required care at a tertiary centre. Other patients were simply referred without any discussion of options regarding surgeon or treatment location.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	402	<p><i>Treatment factors:</i></p> <p>„The treatment factors taken into account when participants made their decisions were divided into 2 subthemes: surgeon and hospital factors. Participants described how the surgeon’s skill and case volume, reputation and interpersonal relationship with them affected their decisions about where to have surgery. Some participants wanted to be referred to a specialist who was experienced in that particular field and who had performed the required operation many times. Others asked to be referred to the ‘best’ doctor or had heard about a particular surgeon and asked to be referred to that surgeon. Participants often expressed establishing a good and trusting relationship with their surgeons after meeting them, which seemed to make them more comfortable about the location of surgery and the treatment process. Hospital factors that influenced where participants chose to have surgery included the hospital’s reputation and case volume, other medical specialists and resources, participants’ previous experience with that hospital and the coordination of care. First, it was important to patients that the hospital they chose had a good reputation and substantial experience in the type of surgery they would be undergoing. Second, participants also mentioned the hospital’s</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		medical expertise (including the concentration of other medical specialists) and resources as a factor in their decisions. This was especially important for those with other significant medical conditions who may have required tertiary care support in the peri- or postoperative periods.“			
	402	<p><i>Personal factors:</i></p> <p>„Personal factors, including travel, support, accommodation, finances and work, were considerations in participants’ decisions. However, for our study participants, all of whom travelled for treatment, these were less often described as primary reasons to have surgery in a given location. Exceptions to this included patients who actually had more personal supports in Winnipeg than in their local communities. Rather, most participants described these factors as something of a burden or trade-off that required their acquiescence in order to receive surgery at a tertiary care centre. Many patients described travelling for long distances to appointments, some up to 9 hours of driving. This travel took up a lot of time and often negatively affected their work, personal supports and finances, but many accepted it as a necessary trade-off to receive treatment at their desired or prescribed location. However, many of the participants who had no choice but to have treatment at a tertiary care centre because of comorbidities expressed a preference to have surgery closer to home. Other participants stated that because they lived in rural locations, they were used to travelling long distances, and for some patients, travelling to their local hospitals was only marginally closer than travelling to Winnipeg.“</p>			
Ossebaard et al. (2012)	378	<p><i>eHealth literacy scale:</i></p> <p>„Most respondents believe they have the skills and interest to use on line health information and 90% would appreciate the use of the Internet for health-related decisions. However only 40% believe the information on the net is reliable enough to use for personal health decisions.</p> <p>[...] They report to be able to search and find health information and to be able to discriminate between high and low quality information.“</p>	Ja	Ja	Für sich selbst Für Angehörige

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	378	<i>Search strategies:</i> „From the analysis it appears that 'orienting' is the search strategy most subjects used: of all recorded occurring actions that make up a strategy 65% concern primarily menu functionalities to complete a scenario (Table 2).“			
	379	<i>Think-aloud protocol:</i> „Most expressions concern Navigation (80.6%) followed at a great distance by comments on Content (18%). Most negative comments are made with regard to Content (64.8%) and by Navigation (56%).“			
	379	<i>Interviews:</i> „Of all expressions (1013) 61.2% are positive and affirmative with respect to usability categories, 35.5% are negative and unenthusiastic, while just over 3% are of a neutral character. Most verbal expressions concern Content (46.7%) followed closely by remarks on Navigation (33.4%). Interviews bring out relatively (much) more positive comments on Content (74%), followed by Satisfaction (67.3%) and Acceptance (60.4%) and Lay out (55.3%).“			
	379	<i>Examining the outcomes in more detail:</i> „Understandability was generally appreciated by most respondents. But among diabetes patients problems are observed with understanding and relevance of information. Positive expressions on completeness regard the amount and the scope of information presented. Negative references concern the incidental use of 'difficult' terms ('protocol', 'restitution'). [...] Most patients indicate that though the general medical information is accurate it is hardly relevant, since they are used to deal with specific and detailed information due to their chronic condition.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Paddock et al. (2015)	131	„Column (b1) of table 2 shows that, for each outcome measure displayed in column (a), 100% of the top-tier hospitals do not significantly differ from at least one mid-tier hospital, while 91.5–94.8% of mid-tier hospitals do not significantly differ from at least one top-tier hospital (table 2, Column (b2)). Column (b3) of table 2 shows that the average percentage of mid-tier hospitals that do not statistically significantly differ from a given top-tier hospital varies between 74.3% and 81.1% across the six measures, reflecting the difference in results obtained by comparing provider tiers versus testing the significance of the difference between a top-tier and a mid-tier provider. Columns (c1)–(c3) of table 2 show analogous results for the comparison of bottom-tier and mid-tier providers.“	Nein	Nein	n. a.
Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018) Prang et al. (2018)	5 5 5	„Almost half (48%) of respondents attended their preferred hospital, 28% did not have a choice in hospital and 25% did not have a hospital preference. Of those who did not have a choice of hospital, 37% indicated that they would have liked to have had a choice.“ <i>Awareness and use of PPR information:</i> „Ninety-two per cent of respondents reported no awareness of PPR [Public performance reporting] information. Of those who were aware of it, 88% did not use it when selecting a hospital and 56% considered PPR to be of little or no importance to inform their choice of hospital. Reasons cited for not using PPR information included limited choice of hospital, as well as prior experience with certain hospitals, and trust in the advice of their doctor.“ <i>Factors influencing hospital choice:</i> „PPR data did not influence choice of hospital for any respondent. The most common factors that impacted hospital selection were: specialists (90%); reputation of the hospital (24%); distance to the hospital from home (24%); patients' previous experience (18%) and GPs' advice (17%).“	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	5	<i>Barriers affecting the use of PPR:</i> „The most common barriers impeding the use of PPR data included: lack of PPR awareness (74%); lack of PPR relevance (11%) and interested in PPR for their condition solely (10%).“			
	5	<i>Source of PPR information:</i> „Despite the lack of PPR awareness and barriers to the use of PPR, overall, 71% of respondents considered PPR to be ‘very important’ or ‘important’ to inform their choice or family members’ future choice of hospital. However, most did not want to access PPR information themselves, preferring their GPs or other healthcare providers to tell them about it (40%).“			
	6	<i>Preferred types of PPR information:</i> „Over half of all respondents considered costs of surgery (59%), complication rates (58%), recovery success rates (57%) and information on patient’s experience and satisfaction (54%) to be important areas to report on.“			
	6	<i>Decision-making factors:</i> „Consistent with the quantitative findings, choice of hospital was determined by advice from specialists or GPs rather than PPR information.“			
	6	<i>Data credibility:</i> „Although over 90% of respondents reported not being aware of PPR, they nonetheless raised concerns with the reliability, validity and timeliness of the data.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Pross et al. (2017)	6 f.	<p><i>Hospital quality information supplied vs. demanded:</i></p> <p>„The two primary diagnostic groups for which users want to compare hospitals are cancer and orthopedics, contributing 10 and 5 search terms to the top 20 diagnoses, respectively. While these 15 diagnoses generate substantial patient interest in public reporting of hospital quality, process or outcome quality of care indicators are only available for two orthopedic (arthrosis in knee or hip) and two cancer diagnoses (breast- and ovarian cancer). For highly demanded diagnoses, such as prostate, esophageal and colon cancer or spinal disc herniation, internal derangement of knee, and depression, no process or outcome quality indicators are available on WL.de or the mandatory quality reporting program.“</p>	Nein	Ja	n. a.
	8	<p><i>User clustering:</i></p> <p>„The two largest groups are the Intensive Work Time users (19% user share), which have 100% work time usage and a higher share of returning visitors, and the Intensive Free Time users (17%), which have 0% work time usage and have a small share of returning visitors. Both groups view hospital quality results in 100% of cases. On average, both groups spent 11–12 min on the website and conduct 15–16 clicks per visit. Both groups also have 100% desktop usage and all enter the WL.de Hospital Search via search engines. The third largest group is the Diagnosis Translators (13%), which, on average, only spend 3.2 min during working hours on the website and do not view any results, but instead translate their ICD diagnosis or OPS procedure code into understandable descriptions, with a 20% share of returning users. No one of the Diagnosis Translators is using the hospital search function for the inquired medical condition or respective postal codes. The fourth largest group, the Challenged Aborts (12%) abandon their search after only 6 clicks and 4 min on the website, without viewing any results information. All enter through search engines, one third uses a mobile device and most access the page during non-working hours. Furthermore, the Patient Experts (9%) access the portal directly, mostly after hours during the week. One third uses a mobile device and two thirds their desktop computers. They have the highest number of clicks (17), spent almost 16 min on the page, have a higher share of returning visitors and all</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		of them view hospital results. Similarly, the Professionals (7%) spend more than 16 min on the website, conduct 16 clicks and view results in 100% of visits, but access the portal 100% during working hours and 100% through their desktop machines. Importantly, 100% of Professionals access the website directly and more than half of them are returning visitors (highest share of all user types).“			
	10	„Most users access the hospital search portal via the WL.de gateway. From the hospital search entry page, 37% of users enter hospital search information correctly and go directly to the hospital results list. 48% of users require support in their hospital search, with 21% selecting a medical condition based on a drop down list, 8% via body parts display and 19% hospital search window. From the hospital search entry page, 55% of users complete the search correctly and arrive at the initial results view. 13% have to reselect a medical condition, 10% return to the body parts display and 3% re-select a post code. 10% of users exit prematurely from the hospital search entry page. When viewing the initial hospital results, 48% of users click on a specific hospital to view detailed results, 26% return to the hospital search page to change their search parameters or conduct a new search, 16% exit without viewing more detailed results, 7% of users look for more detailed explanations via the info popups and only 3% actually navigate to the benchmarking function. A large share of users of the diagnosis translator function (76%) exit without searching for hospital quality results (i.e. the Diagnosis Translators). Likewise, a significant share of users exits directly from pages with additional information, such as background info (13%) and info popups (20%). Furthermore, a considerable share of users exits during the assisted search process (10% from the hospital search entry page, 9% while using the body parts display and 7% while selecting a medical condition from the drop down.“			
Rademakers et al. (2014)	203	„The majority of our respondents (59.6%) indicated that, after a referral from their general practitioner, they would not search for information on the basis of which they themselves could select the best medical specialist or hospital, the remainder four out of 10 (40.4%) would do so. Analyses show significant differences between low and high literate respondents: whereas 67.6% of the people with a low literacy level would not	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		look for information, this percentage was 57.2% for the high literate ($\chi^2 = 11.22$; $p < 0.001$; Kendall's tau-b: 0.087). Comparing respondents in the four levels of patient activation yielded similar results: 66.1% (level 1) would not look for information, compared to 63.1% (level 2), 59.0% (level 3) and 51.3% (level 4) ($\chi^2 = 16.65$; $p < 0.001$; Kendall's tau-b: 0.096). The regression analysis illustrates that gender and educational level are the most significant predictors of active provider choice (Table 4): women and higher educated people are more likely to seek information in order to select the best provider or hospital. Adding health literacy to model 0 (model 1) does not produce significant results. People in the highest level of patient activation, however, are significantly more likely to seek information (model 2).“			
	203	„The main reason not to look for information is that many respondents (39.2%) already know which medical specialist or hospital they want to visit. Another 30.8% indicates that they do not know where to base their decision on and one in five (20.7%) does not know how to judge the information. Low literate respondents less often know which specialist or hospital they want to go to ($\chi^2 = 7.57$; $p < 0.01$; Kendall's tau-b: -0.094), as do people with lower patient activation levels ($\chi^2 = 12.56$; $p < 0.01$; Kendall's tau-b: -0.097).“			
Raven et al. (2012)	316	„Our model consists of 2 layers: factors affecting patient decision making, and views of hospital quality. Hospital quality data were not identified by any participant as a factor affecting health care decision making or choice of hospital.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	317	„Across all groups, choice seemed to be something that participants generally felt that they exercised, and there were no apparent differences in how group members viewed and felt about choice.“			
	318	„Participants believed in their roles as active, empowered health care decision makers and consumers and were able to pinpoint specific standards that they expected hospitals to meet.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Personal experiences were an important influence on how participants defined quality; they provided perspective on what constitutes poor and high quality care and allowed participants to define minimum care standards.</p> <p>[...] Patients cited social influences on views of quality and how to decide where to seek care. These influencers were both indirect, in the form of general reputation, and direct, in terms of specific advice or professional referral about where participants should go to get their health care.</p> <p>[...] When faced by the focus group facilitator with choosing family and friends' word-of-mouth recommendation versus information from another source, most expressed a preference for the information they received from people they knew."</p>			
	318	„All but one participant confirmed that they had never seen the HHC quality data (the one participant who had seen the HHC data had done so while searching out information on where to get a flu shot), almost all reported not having seen any hospital quality data, although with further probing, a few agreed that they had seen advertisements touting particular hospitals as top rated.“			
	321	<p>„Almost universally, respondents trusted their own experience over quality data (Table 5, quote 6). However, at least in the abstract, participants did articulate an awareness that experiences could vary (Table 5, quote 7).</p> <p>[...] Physician competence was something many (20/24) focus group participants stated was an absolutely essential aspect of quality.</p> <p>[...] Physician competence was also judged based on thoroughness and a clear intent to help the patient.“</p>			
	321	<p>„The physician's ability to communicate with patients was considered to be an essential aspect of quality, particularly the doctor's ability to explain things.</p> <p>[...] While individual physicians were important, participants also discussed wanting a hospital that provided a full range of high quality services.</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] Views on care quality centered on structural elements of care rather than outcomes. Focus group participants rarely dwelled on whether the care they received would lead to better health.“			
Ringard (2012)	13	„As can be seen in Table I, a hospital was reported to have been chosen by 34.3% of patients. [...] Women were more likely to have chosen a hospital than men, as were older patients (aged 67 years or more) compared with younger patients. The relationship between education and choice takes the form of a social gradient, indicating that the likelihood of having chosen a hospital increases with educational level. [...] Similarly, an increase in income made patients more likely to select a hospital. [...] Patients with primary education only were less likely to have made a choice, followed by those with secondary education or a lower university degree. Patients with a higher university education were most likely to have chosen. Thus, the relationship continues to resemble a social gradient.“	Ja	Nein	n. a.
Robertson und Burge (2011)	24 f.	„When controlling for other factors, respondents aged 51–80 years were around twice as likely (odds ratios [OR] of 1.87 and 2.18) to think choice was either ‘important’, or ‘very important’, than younger respondents (aged 16–35 years) (Table 2). Those from mixed and non-white backgrounds were also more likely to rate choice as important, as were women and those with no qualifications (when compared to those holding a degree). Choice was also more important to patients who had a bad previous experience of their local hospital.“	Ja	Nein	n. a.
	25	„Respondents who lived in small towns and to a lesser extent in villages and rural locations (the latter drops out of the model when the data are weighted) were more likely to be offered a choice than residents of large cities, towns or their suburbs (Table 3). Respondents who’s referral was urgent were less likely to be offered a choice than those who were routinely referred (OR 0.6), but those who rated their health status in			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		the top quartile using the EQ-VAS, or anticipated needing an operation or stay in hospital were more likely to be offered a choice.“			
	26	„Patients with a bad or mixed past experience of their local hospital were nearly 25 times more likely to choose an alternative provider than those with a good past experience.“			
	26	<i>Analysis of the data from the discrete choice experiment:</i> „Figure 1 shows that the following groups of people would be more likely to select their local hospital (irrespective of that hospital’s characteristics): Those without Internet access; Those with no formal qualifications or GCSE/O level equivalent; Those that normally do not travel by car to their local hospital; Those living in a city or large town; Those who knew about their right to choose a hospital before visiting their GP. Looking across all of the characteristics of the respondents, the absence of Internet access had the strongest relationship with the decision to stay with the local provider.“			
	26 f.	„Conversely, Figure 2 shows that the following groups would be more likely to select an alternative to the local hospital: Those who said they would like more information to help them choose a hospital; Those with either bad or mixed past experience of their local hospital; Those who have heard about the performance of hospitals in their area from the local media; Those attending their chosen hospital in local health economy A; Those being referred for trauma or orthopaedics; Those who have visited their GP six times or more in the last 12 months.“			
Rothberg et al. (2009)	541	<i>Recommendations to Make Data Salient for Patients: Prioritize Elective Procedures:</i> „Hospital quality is not uniform across conditions. For data to be salient, then, it should be disease-specific and focus on common elective procedures, for which consumer choice is possible.“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	542	<i>Include Quality of Life and Outcome Data:</i> „Outcomes are more valuable to patients than process measures, but the risk adjustment needed to compare outcomes requires considerable effort. So far, public reporting of risk adjusted outcomes has been limited almost exclusively to mortality. Yet a patient contemplating knee replacement surgery would find no meaningful difference in mortality—there were only 510 deaths nationally in year 2006—but might be interested in whether patients return to full mobility after surgery, and all patients should compare rates of nosocomial infections.”			
	542	<i>Include Measures of Patient Experience, Such as Satisfaction and Service Measures:</i> „Beyond outcomes, patients want to know about the experience of others. Satisfaction surveys should be standardized and made disease-specific, since patients’ experiences may differ between the cardiology suite and the delivery unit. Questions could address the attentiveness of the nursing staff, how well privacy was respected, how easy it was to deal with insurance issues, whether patients were promptly informed of test results, and whether the care team answered questions fully.”			
	542	<i>Offer Composite Measures That Are Weighted and Evidence-Based:</i> „Because patients may be overwhelmed by data, public reports should include evidence-based, weighted measures of overall care for a given condition, with higher weights attached to those process measures most likely to have clinical benefit, and careful attention to visual representations that convey relative differences. More sophisticated measures should be developed to guard against overuse.”			
	543	<i>Recommendations to Ensure That Data Reflects Hospital Quality:</i> <i>Adjust Outcomes for Severity and Risk:</i> „More difficult operations [...] will have more complications; similarly, patients with serious comorbidities will experience worse outcomes. Since hospitals which specialize in			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		a procedure will attract complicated cases and higher risk patients, it is important to adjust outcomes to account for these differences."			
	543	<i>Identify Differences Not Due to Chance:</i> „As a result of random variation, during any period, some hospitals will appear better than average and others worse. Statistical tests should be employed to identify hospitals that differ from the mean, and to allow consumers to compare 2 hospitals directly, with appropriate caveats when the hospitals serve very different patient populations.“			
	544	<i>Standardize Reporting Periods:</i> „In a world of continuous quality improvement, public reporting should represent a hospital's recent performance, but reporting periods also need to be long enough to provide a stable estimate of infrequent events, especially at low-volume institutions.“			
	544	<i>Utilization Rates Should Be Evidence-Based:</i> „Although utilization rates for most procedures vary as much as 2-fold by state or institution, there is little evidence for a "best" rate. [...] At present, there are no standards for these, and it is possible that utilization could be too low in some places.“			
Russo et al. (2019)	3	„The main patient priority for participants was their current surgery. [...] There was a mixture of patients who wanted to know more, and others who were concerned that too much information would increase anxiety, in the context that HAI was an unlikely event. Having the choice not to know was important for some people. [...] Knowing the rate of HAIs at the different hospitals was not the main determinant for the participants when choosing where to go for care, although it was a potential consideration for some. Other factors such as their previous relationship with the surgeon and staff and the reputation of the hospital were more important in the decision-making process.“	Ja	Ja, teilweise	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Saley et al. (2018)	136	„Table 2 shows that the posterior mean of 1h are negative for all hospitals. This indicates that the mean of the Poisson distribution, or equivalently hospital attractiveness, decreases as one moves away from the hospital. Such behaviour could be expected since, as identified by prior studies (Victoor et al. 2012), distance is a factor that negatively affects hospital choice. Although the Clinique Le Millénaire is slightly less attractive, the CHU Montpellier appears to be the most attractive hospital.“	Nein	Nein	n. a.
Sander et al. (2015)	5	<i>Identification of Information Presentation Elements Used in Public Reporting Initiatives in Germany:</i> „The formats used to present information about RAMR in coronary catheterization by the 10 public reporting websites (see Multimedia Appendix 2) that we studied are summarized in Table 2. Tables (5 sites) and bar charts (5 sites) were equally popular; 4 sites presented reports with incomplete or missing data („N. A.“ as a value). Symbols such as traffic lights were commonly used (7 sites), sometimes in combination with bar charts (4 sites) or tables (5 sites) (see Figure 1). Five report cards used low values (for the mortality rate) to indicate good performance and we identified 2 report cards which indicated a „good quality“ range for the RAMR.“	Nein	Ja	n. a.
	7	<i>Were Respondents Able to Identify the Hospital With the Lowest Risk-Adjusted Mortality Rate?</i> „Table 4 shows the results of the survey. Three of the 10 report cards were presented to each respondent (N=2027) for a total of 6081 observations. For each site, a mean 60.68% (1230/2027) of respondents successfully identified the hospital with the lowest RAMR, and 6.81% (138/2027) (range 0.8%-14.0%) selected the hospital with the highest RAMR. In approximately 14.60% (296/2027) of all observations, respondents stated they were unable to provide an answer. Only 32.02% (649/2027) of respondents selected the hospital with the lowest RAMR on all 3 randomly assigned report cards, whereas 14.01% (284/2027) did not identify the hospital with the lowest RAMR on any report card.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	8	<p><i>Were Respondents' Hospital Choices Associated With Particular Information Design Elements?</i></p> <p><i>Table Without Symbols:</i></p> <p>„Two of 10 portals presented tables without symbols (Table 3). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly less often than respondents using other portals did (46.18%, 575/1245 vs 64.50%, 3119/4836, P<.001). They also rated the comprehensibility of the presentation significantly lower (mean 3.07, SD 1.85 vs mean 3.77, SD 1.92; Table 5). This corresponded with negative comments about tables given in response to the open-ended question.“</p>			
	9	<p><i>Table With Symbols:</i></p> <p>„Three of 10 portals presented tables with evaluative symbols (Table 2). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly less often than respondents using other portals (51.93%, 928/1787 vs 64.42%, 2766/4294; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation lower (without meeting statistical significance) (Table 5). This corresponded to mainly negative comments about tables and positive ones about symbols given in response to the open-ended question (Table 6). In combination with tables or bar charts, 6 of 10 portals (Table 5) used green, yellow, or red symbols; 1 (Portal F) presented thumbs (thumbs up or thumbs down) symbols in these colors (see Figure 2). Red (3/51) and yellow (4/51) symbols were displayed less often than green ones (44/51, 86%). Three portals presented green symbols for all 5 displayed hospitals.“</p>			
	11	<p><i>Bar Chart With Symbols:</i></p> <p>„Four of 10 portals used bar charts with symbols (Table 2 and Figure 2). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (73.70%, 1799/2441 vs 52.06%, 1895/3640; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation higher (mean 4.11, SD 1.92</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		vs mean 3.31, SD 1.86; P<.001) (Table 5). Comments about symbols were mostly positive, but comments about bar charts were mixed (Table 6).“			
	11	<i>Bar Chart With Traffic Light Symbols:</i> „Three of 10 portals used bar charts with traffic light symbols (Table 3 and Figure 2). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (73.70%, 1341/1814 vs 52.06%, 2353/4267; P<.001); they also rated the comprehensibility of the presentation higher (mean 4.25, SD 1.93 vs mean 3.36, SD 1.86; P<.001) (Table 5). Comments about symbols were mostly positive, but comments about bar charts were mixed (Table 6).“			
	11	<i>Bar Chart With Thumb Symbols:</i> „One of 10 portals used bar charts with thumb symbols (Table 3 and Figure 2). Respondents using this portal chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (73.05%, 458/627 vs 59.33%, 3236/5454, P<.001), but assigned a similar rating to the comprehensibility of the presentation (mean 3.70, SD 1.83 vs mean 3.62, SD 1.94; P=.30) (Table 5). Comments about symbols were positive, but the few comments about bar charts were mixed (Table 6).“			
	11	<i>Ranking Providers by Performance:</i> „Two of the 10 portals ranked providers by performance (Table 2 and Figure 2). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (72.32%, 883/1221 vs 57.84%, 2811/4860; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation higher (mean 4.29, SD 1.91 vs mean 3.46, SD 1.89; P<.001) (Table 5).“			
	11	<i>Explicit Statement That Low Values Indicate Good Performance:</i> „Five of 10 portals explicitly stated that lower values indicated better performance (Table 3). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (68.91%, 2079/3017 vs 52.71%,			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		1615/3064; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation higher (mean 3.85, SD 1.97 vs mean 3.41, SD 1.86; P<.001) (Table 5).“			
	12	<i>No Explicit Statement About Scale Direction, But „Good Quality“ Range Identified:</i> „Two of 10 portals explicitly gave a ‘good quality’ range (Table 3 and Figure 2). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly more often than respondents using other portals (72.46%, 884/1220 vs 57.81%, 2810/4861; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation higher (mean 4.04, SD 1.91 vs mean 3.52, SD 1.92; P<.001) (Table 5).“			
	12	<i>Incomplete Data (N. A. as a Value):</i> „Four of the 10 portals presented incomplete data (N. A. as a value) (Table 3) for 1 or more measures (confidence intervals, frequency of cases treated, frequency of mortality, mortality rates, comments about hospital or quality controlling agency). Respondents using these portals chose the hospital with the lowest RAMR significantly less often than respondents using other portals (49.57%, 1212/2445 vs 68.30%, 2483/3636; P<.001) and rated the comprehensibility of the presentation lower (mean 3.32, SD 1.87 vs mean 3.84, SD 1.93; P<.001) (Table 5).“			
Sander et al. (2016)	830	<i>Computergestützte Erfassung und Bewertung der formalen Textmerkmale mit den Lesbarkeitsindizes:</i> „Bei der Anwendung von Flesch (dt. Formel) betrug der Durchschnittswert für alle für die Präsentation des Qualitätsindikators verwendeten Sätze 29 (sehr schwierig; min. 17, max. 36). Der entsprechende Ergebniswert von WTF1 war 13 (min. 11, max. 14). Dieser Wert kann so interpretiert werden, dass die Texte nur für Leser mit einer mindestens 12-jährigen Schulbildung verständlich waren. Beide Messansätze erbrachten schlechte Lesbarkeitswerte.“	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
830–832		<p><i>Expertenbasierte heuristische Analyse der Lesbarkeit und Verständlichkeit der präsentierten Texte durch eine Erfassung der Merkmale Einfachheit sowie Kürze und Prägnanz des Hamburger Verständlichkeitsmodells sowie der Anzahl von Fachbegriffen:</i></p> <p>„Bei der Anwendung der Dimension Einfachheit zeigte der Durchschnittswert von – 0,3 (min. – 1,7, max. + 1,0), dass die Texte zu kompliziert waren.</p> <p>[...] Bei der Dimension Kürze/Prägnanz lagen die Texte im Durchschnitt mit 0,4 (min. – 1,0, max. + 1,0) in einem optimalen Bereich, nur ein präsentierter Text (KRHde) wurde mit – 1,0 als zu weitschweifig bewertet (Tab. 1). Im Durchschnitt konnten für die jeweilige Präsentation des Qualitätsindikators 19 Fachbegriffe (min. 4; max. 39) pro Portal gezählt werden, bei einem durchschnittlichen Fachwortanteil von 6,8 % (min. 1,1; % max. 17,3 %) (Tab. 1). Die am häufigsten verwendeten Fachbegriffe waren ‚strukturierter Dialog‘ (23x in allen Texten identifiziert) sowie ‚Referenzbereich‘ und ‚Qualitätsindikator‘ (je 16x).“</p>			
832		<p><i>Befragung von Probanden zur Verständlichkeit von Fachbegriffen, zu ihrer Einschätzung der Verständlichkeit der Präsentationen und zu ihren Entscheidungen bei der Bevorzugung einer von 5 Kliniken aufgrund der besseren Qualitätsdaten:</i></p> <p>„ [...] Von insgesamt 10 unterschiedlichen Präsentationen des Qualitätsindikators wurden jedem Befragten (N = 2 027) 3 Präsentationen randomisiert zugewiesen und vorgestellt, woraus insgesamt 6 081 (3 × 2 027) Befragungsergebnisse resultierten. 60,7 % der Befragten identifizierten erfolgreich das Krankenhaus mit der niedrigsten risikoadjustierten Todesrate.</p> <p>[...] Bei dem am häufigsten verwendeten Fachbegriff ‚strukturierter Dialog‘ gaben Teilnehmende: bei fast der Hälfte der Antworten (44,3 %) an, nicht zu wissen, was damit gemeint war. Nur in 10 % der Antworten gaben die Probanden an, zu wissen, was gemeint war.</p> <p>[...] Ähnlich verhält es sich beim 9 Mal verwendeten Fachwort ‚O/E‘, bei dem bei 56,7 % der Antworten angegeben wurde, nicht zu wissen, was darunter zu verstehen ist (Tab.2).</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] Fast zwei Drittel der Probanden waren der Meinung, dass unklare Fachbegriffe ihr Verständnis der angebotenen Informationen verschlechtert haben (62,4 %) (Tab. 1).“			
	832 f.	<i>Korrelation der Ergebnisse der computergestützten und expertenbasierten Textanalysen mit Ergebnissen aus der Befragung von Probanden:</i> „Ein niedriger Anteil an Fachwörtern korrelierte damit, dass die Präsentation verständlicher wahrgenommen (Abb. 1a) und die Klinik mit der niedrigsten Mortalitätsrate ausgewählt wurde (Abb. 1b). Schlechtere Lesbarkeitswerte bei Flesch (dt. Formel) korrelierten jeweils damit, dass die Präsentation verständlicher wahrgenommen (Abb. 1c) und die Klinik mit der niedrigsten Mortalitätsrate ausgewählt wurde (Abb. 1d). Schlechtere Lesbarkeitswerte bei der 1. Wiener Sachtextformel korrelierten damit, dass die Präsentationen verständlicher wahrgenommen wurden (Abb. 1e). Bessere Werte für die Dimension Einfachheit korrelierten damit, dass die Präsentation verständlicher wahrgenommen (Abb. 1g) und dass die Klinik mit der niedrigsten Mortalitätsrate ausgewählt wurde (Abb. 1h). Bessere Werte für die Dimension Kürze/Prägnanz korrelierten damit, dass die Präsentation verständlicher wahrgenommen (Abb. 1i) wurde.“			
	119	„The marginal utility for readmission rates was positive for rural patients in the pre-choice years before 2005. Similarly, the marginal utility for waiting times was positive for rural patients before 2007. It is unlikely that patients prefer high emergency readmissions or long waits. We interpret these counterintuitive results as evidence that hospital choice was constrained, i.e. patients were effectively allocated to hospitals, and that rural patients were the most penalized by such constraints to hospital choice.“			
	121	„Fig. 8(a) shows that in 2004/5 semi-elasticities with respect to emergency readmissions were positive (on average equal to 0.8%). The correlation between semi-elasticity of demand and number of rival hospitals was positive and significant (at 5%). In contrast, in 2008/9 the semi-elasticities with respect to emergency readmissions were negative (on average equal to -2.5%, varying between -0.35% and -4.8%) and negatively correlated with the number of rival hospitals. This suggests that after the introduction of choice,			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		hospital demand responded to quality and the percentage demand change was larger for hospitals facing more potential competitors.“			
Sander et al. (2017)	25	„Bei der Prüfung des Verstehens der Fachbegriffe a) bis e) zeigte sich, dass, dass zwischen 23,8% und 5,1% der Probanden nicht in der Lage waren, eine Antwort zu geben. Während für die Fachbegriffe b) Tatsächliche Todesrate (5,1%), c) Erwartete Todesrate (7,4%) Und e) Bundesdurchschnitt (7,9%) nur wenige nicht antworten wollten, war diese Rate für d) Referenzbereich (23,8%) und a) Risikoadjustierte Todesrate (26,6%) deutlich höher. Die Anteile der korrekten Antworten zu den Fachbegriffen lagen zwischen 75,0% und 60,2%. Die Fachbegriffe d) Referenzbereich (60,2%) und a) Risikoadjustierte Todesrate (67,0%) hatten den geringsten Anteil an korrekten Antworten.“	Nein	Nein	n. a.
	25	„Dabei war ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Verstehen der Fachbegriffe und der Auswahl des besten Krankenhauses feststellbar. Diejenigen Probanden, die keine Antworten zu den folgenden vier Fachbegriffe geben konnten, wählten signifikant seltener das jeweils beste Krankenhaus aus (b) Tatsächliche Todesrate $\Phi = -0,246$, $p = 0,000$; e) Bundesdurchschnitt $\Phi = -0,229$, $p = 0,000$; c) Erwartete Todesrate $\Phi = -0,220$, $p = 0,000$; a) Risikoadjustierte Todesrate $\Phi = -0,112$, $p = 0,035$). Wurden die Fragen zu den beiden Fachbegriffen c) Erwartete Todesrate ($\Phi = 0,242$, $p = 0,001$) oder d) Referenzbereich ($\Phi = 0,233$, $p = 0,006$) richtig beantwortet, so korrelierte dies signifikant mit der Wahl des jeweils besten Krankenhauses.“			
Scanlon et al. (2015)	238 f.	<i>Availability of Comparative Quality Reports:</i> „The total number of publicly available hospital quality reports went up from 76 in June 2007, to 87 in August 2011. Over this period, there were increases in the number of publicly available physician reports (16 to 41), quality reports with diabetes measures (9 to 25), and quality reports with depression measures (5 to 7). The estimated percentage of the overall population that had access to health plan-sponsored quality reports went up for hospital CQI (from 29.2% to 42.4%) and for physician CQI (from 21.5% to 40.4%) between June 2007 and August 2011 (not shown in figures). While all AF4Q regions had at least 1 publicly accessible hospital quality report at the baseline (June 2007), 6 sites	Nein	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		(Cincinnati, Cleveland, Kansas City, Memphis, Puget Sound, and Willamette Valley) did not have a publicly available physician quality report at baseline. Regional availability of quality reports with diabetes measures was higher than the quality reports with depression measures— both at baseline and in August 2011.“			
	239	<p><i>Awareness of Comparative Quality Reports:</i></p> <p>„The change in awareness of CQI among the chronically ill population between 2008 and 2012 was 0.54 percentage points for hospital CQI (25.5% to 26.5%), and 3.47 percentage points for physician CQI (12.8% to 16.2%). Although the level of awareness of CQI increased slightly between 2008 and 2012 for both types of quality reports, the percentage increase was statistically significant (P <.05) only for awareness of physician CQI (Table 2). Among the subpopulation who had diabetes or depression, awareness of physician CQI increased by 2.32 percentage points (14.1% to 16.1%; P <.05) and by 3.6% percentage points (12.5% to 16%; P <.01), respectively (Table 3). There was significant regional variation in awareness of CQI for both periods and for both types of quality reports (Table 2). For instance, in 2008, the awareness of physician CQI ranged from 6.9% (Maine) to 19.3% (Detroit, Michigan), and awareness of hospital CQI ranged from 17% (Humboldt County, California) to 34.7% (Cleveland, Ohio). Similarly, in 2012, the awareness of physician CQI ranged from 9.8% (Humboldt County, California) to 22.6% (Detroit, Michigan), and awareness of hospital CQI ranged from 19.2% (Humboldt County, California) to 39% (Detroit, Michigan).“</p>			
	239 f.	<p><i>Relationship between Availability of CQI and Awareness:</i></p> <p>„None of the correlation coefficients examining the correlation between regional availability of publicly available quality reports and change in awareness of CQI were statistically significant (physician quality reports [-0.09; P = .74]; hospital quality reports [-0.18; P = .54]; reports with diabetes measures [0.03; P = .91]; and reports with depression measures [0.35; P = .22]). The correlation between the change in the percentage of the regional population aware of quality reports and the change in access to health</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		plan-sponsored quality reports was not significant for physician quality reports (0.5226; P <.10), but was significantly negative for hospital quality reports (-0.6035; P <.05).“			
Schuldt et al. (2017)	1042 f.	<i>Preferences regarding vignette attributes and individual characteristics:</i> „The strongest impact by far had the attribute ‘complication rate’, increasing the chance for the assessed hospital vignette by more than 10 times. In contrast, none of the two-way interactions between any vignettes attributes contributed significant explanatory power to the model, as assed by likelihood-ratio tests (lowest p = 0.08 between the distance and the information attribute). Consequently, we refrained from including interaction terms between vignettes attributes. At the level of individuals, most interactions of participants’ characteristics and hospital attributes were not significant; e.g. gender, age, employment status, questionnaire version (‘star rating’), and kind of diagnosis. We observed only few significant positive interactions. One between own hospitalization in the last twelve months and the importance of ‘level of information’ to the respondent (OR: 1.42, confidence limits (CL) 1.12–1.81). Another interaction was between a high status of education (university degree) and the complication rate (OR: 1.28, CL 1.05–1.56) as well as a negative interaction between status of education (university degree) and distance to the hospital (OR: 0.80, CL 0.65–0.99). Participants in good health state and participants having a hospital usually attended for treatment gave a significantly better judgment on the gauging vignette.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	1043	<i>Decision confidence:</i> „That means, addressees were more likely to accept a vignette for treatment with a high confidence if it had positive features. Again, the highest impact had the complication rate (OR 4.29, CL 3.34–5.50), followed by the quality of information (OR 3.09, CL 2.48–3.80), number of treatments (OR 2.62, CL 2.13–3.22) and distance from home (OR 1.26, CL 1.04–1.54). See also Table A2 (Supplementary material). We observed significant effects for education (participants with an academic degree were more certain in their choices) and the existence of a hospital usually attended for treatment (higher confidence, if such a hospital existed). Men were significantly more confident than			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		women. Hospital experience (hospital stay in the past twelve months) was also associated with higher choice confidence. Employed respondents had a significantly smaller decision confidence. The own general health status showed almost no effect at all.“			
	1043	<i>Market simulation – centralised vs. Decentralised inpatient care:</i> „Almost all respondents preferred a distant but specialized treatment center (93.7 %; Confidence interval (CI) 92.1–95.3 %) to a nearer one with lower expectable quality of care (6.3 %; CI 4.7–7.9 %).e analyzed our results for sensitivity regarding the distance of the specialized but distant hospital. For this purpose, we focused on nine latent distance levels between the two manifest boarders incorporated in the study (1 km and 20 km). To infer individual utilities for these levels, we relied on linear interpolation between the utilities of both extremes [50,53], a practice which seems to be reasonable [54], as previous research often found a (near) linear relationship between travel distance and consumers’ utility [21,28]. Fig. 2 presents the results. The analysis underscores that the loss in welfare for the little fraction of consumers is relatively insensitive regarding the distance of the centralized treatment center. The fraction of consumers that will incur a loss by shutting down the nearby hospital only reduces to approximately four percent, if the centralized treatment center is approx. 10 km away (compared to 20 km).“			
Schwappach und Strasmann (2006)	168	<i>Präferenzstrukturen:</i> „Bei den Auswahlentscheidungen zeigt sich, dass die Befragten offen für die verschiedenen Behandlungsalternativen waren und ihre Wahl abhängig von den jeweiligen Merkmalskombinationen machten. [...] Die Teilnehmende präferierten Behandler mit Spezialisierung und Erfahrung im Umgang mit Komplikationen und risikoreichen Situationen gegenüber jenen ohne diese Expertise, kürzere gegenüber längeren Wartezeiten, die kontinuierliche Betreuung durch einen Behandler gegenüber mehreren Behandlern, kürzere gegenüber längeren Anfahrtszeiten sowie die ambulante Behandlung im Krankenhaus gegenüber der ambulanten Behandlung in der Praxis oder der stationären Aufnahme im Krankenhaus. Die	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		stärksten positiven Effekte auf die Auswahlentscheidungen hatten dabei die Spezialisierung, eine nur einwöchige Wartezeit und die kontinuierliche Behandlung durch eine Person.“			
	170	„Das wichtigste singuläre Entscheidungskriterium für die Studienteilnehmer war die institutionelle Erfahrung mit schwierigen, komplexen Situationen so wie Komplikationen.“			
Schwappach und Strasmann (2007)	261	„Responders preferred specialized institutions with a documented experience in the management of risks and complications, shorter waiting times, being cared for by the same doctor, shorter travel times and surgery at an outpatient clinic. [...] The relative importance weights (Table 3) show that the attributes ‘provider specialization’, ‘waiting times’ and ‘staff continuity’ had the largest impact on choices as a whole. Surprisingly, decisions were only marginally affected by location of care. The rates of substitution between the attributes indicate that subjects would accept a 4-week waiting time to obtain surgery at a highly specialized institution.“	Nein	Nein	n. a.
	261	„Responders that had experienced surgery were more opposed to inpatient care delivery, had a stronger preference towards treatment provided by a single person and were less sensitive to longer waiting times. Interestingly, a preference towards outpatient clinics versus office-based surgery and a neutral attitude regarding team organization in care delivery was confirmed for subjects who had undergone surgery in the past.“			
Shah und Dickinson (2010)	26	„For the total group of respondents, hospital cleanliness was the most important factor when choosing a hospital, followed by hospital reputation, and then the reputation of the consultant. Parking facilities ranked the lowest (Table 2).“	Ja	Nein	n. a.
	27	„However, differences emerged when the respondents were divided by sex. Although male respondents ranked hospital cleanliness as the most important factor, female patients rated the reputation of the hospital as most important. In addition, differences in opinion were noted between age groups; although both the under 30-year-old and over			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		60-year-old patients rated hospital cleanliness as the priority, the 31—59-year-old age group placed hospital reputation first.“			
	27	„Patients distinguish between different hospitals’ reputations through both written and verbal communications. Although factors such as cleanliness and waiting times contribute to this reputation, it is unclear exactly what aspect of the reputation is being evaluated by the patient. Despite this uncertainty, hospital star ratings and rankings obviously exert an influence on choice, and this data is now more readily available to patients and thus is more likely to be incorporated in the decision-making process. Occasionally media filtered information is at odds with reality.“			
	28	„Another factor noted as important to several patients in our study was access to refreshment facilities. Although not a priority for most patients in the outpatient setting, it is an aspect for consideration when waiting times are long or when dealing with an elderly population.“			
Simon (2011)	75	„Die hoch signifikanten Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse (Signifikanz auf dem 1%-Niveau), bezogen auf das Konstrukt zweiter Ordnung, zeigen des Weiteren, dass das Sicherheitsbedürfnis als verursachender Faktor des Patienteninvolvements ein höheres Gewicht hat (Faktorladung 0,85), als das Partizipationsbedürfnis (Faktorladung 0,57) und die generelle Wichtigkeit der Qualitätsinformationen für die Befragten (Faktorladung 0,70).“	Ja	Nein	n. a.
	75	„Die Präferenzmessung ergab ein stabiles Ergebnis mit folgenden Erkenntnissen (Mean-RLH 0,507; Percent-certainty-Wert 0,564): Am höchsten werden Qualitätsinformationen zur Strukturqualität präferiert. Vor allem die Qualifikation der Ärzte (Rang 1) und des Pflegepersonals (Rang 3) sowie klinische Leistungsmerkmale, wie die Schwerpunkte bzw. Spezialkompetenzen der Klinik (Rang 2) und die Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten (Rang 4) führen die Hitliste der gewünschten Qualitätsinformationen an.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	75 f.	„Die Informationspräferenzen zur Prozessqualität bewegen sich eher im Mittelfeld der Nutzenwahrnehmung, z. B. Wartezeit bis zur Aufnahme (Rang 15) sowie Zeitmanagement während der Behandlung (Rang 16). Lediglich das Qualitätsmerkmal Sauberkeit und Hygiene nimmt mit Rang 5 eine besondere Bedeutung in der Wahrnehmung der befragten Patienten ein.“			
	76 f.	„Ein differenziertes Bild ergeben die Präferenzurteile der Probanden bei der Ergebnisqualität, die insgesamt keine überragend hohe Bedeutung einnahm. Tendenziell wurden objektive Merkmale der Ergebnisqualität vor subjektiven Qualitätsinformationen bevorzugt. So wünschen sich die Probanden v. a. objektive Informationen zur Erfolgsrate (Rang 6), zu Qualitätsbewertungen unabhängiger Institutionen (Rang 8), zur Anzahl und Art medizinischer Behandlungsfehler (Rang 12) und zur Komplikationsrate (Rang 13).“			
	77	„Zwischen den Befragungsgruppen der KH und potenziellen Patienten waren lediglich marginale Präferenzunterschiede bei 7 Qualitätsmerkmalen feststellbar.“			
Sinaiko et al. (2012)	604	<p><i>Interviews:</i></p> <p>„Twelve of the twenty-nine interviewees thought current report cards either required modest changes or needed to be totally revamped; thirteen of the interviewee responses fell between these two options.</p> <p>[...] When considering consumer-directed reporting initiatives to date, interviewees noted that placing performance information in the public domain has in some cases motivated providers to focus on their own quality improvement (for example, due to reputational concerns or in response to media reports or the attention of hospital boards)and has legitimized the notion that variations in provider quality exist. However, the majority of interviewees felt that consumers were unaware of the publicly available reports or unable to use the information provided.</p> <p>[...] Interviewees also felt that the content and presentation of consumer-directed report cards have hindered their usefulness.“</p>	Nein	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	606	„Finally, interviewees from all the stakeholder groups said that inherent weaknesses in the quality of data on provider performance must be improved. Government, provider and quality organization and research representatives all suggested that implementing some form of accreditation process for report cards might be an effective strategy to address this gap in current report cards.“			
	607	<i>Befragung:</i> „The idea that the format and presentation of report card data should allow search and customization by consumers was clearly supported by the majority of conference attendees (74 percent). [...] We also asked about the optimal source for provider performance information. Survey respondents were more likely to indicate that an independent organization—such as Consumer Reports or Angie’s List (40 percent) or a local multi stakeholder coalition (33 percent)—should release this information, as opposed to a governmental entity (18 percent). [...] Nearly three-quarters of survey respondents said that they believed that lack of consumer understanding and appreciation of quality variation among providers was a significant impediment. (46 percent) of survey respondents.“			
Smith et al. (2015)	3265	<i>Patient activation:</i> „The majority of people were classified as being in the most activated category (level 4: 45.9%), with 29.8, 13.0 and 11.3% placed in levels 3, 2 and 1 respectively. As shown in Table 1, activation was associated with age [$\chi^2(17.41) = 95.03, P < 0.001$]. Younger groups achieved similar scores, while respondents aged 61–70 had the highest activation (level 4: 53.7%). Activation was lowest among those aged 71–80 (level 4, 37.4%) and 80+ (level 4, 32.0%). Higher income was also associated with higher activation levels [$\chi^2(11.40) = 69.39, P = 0.001$]. Over half (52.1%) of respondents with an income >\$50 000 were classified as having level 4 activation. Patient activation scores increased with education [$\chi^2(8.42) = 38.69, P = 0.010$], with steady increases in the prevalence of level 4 activation in each education category. There was no overall effect of ethnicity	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>$[\chi^2(8.57) = 29.71, P = 0.149]$; however, Asian or Pacific islanders (31.7%) and the 'other' ethnicity category (39.0%) had notably lower levels of activation. Respondents with better health as measured by the number of chronic conditions $[\chi^2(5.89) = 26.07, P = 0.050]$ and self-rated health $[\chi^2(11.41) = 324.62, P < 0.001]$ had higher patient activation levels. Respondents using the Internet for more than 1 h per week were more likely to have a higher level of activation $[\chi^2(2.84) = 70.27, P < 0.001]$."</p>			
	3265	<p><i>Accessing online health information and patient activation:</i> „Nearly half of the sample accessed information about medical conditions or treatments (48.3%) or about preventive health and well-being (45.9%). Approximately one-fifth of respondents reported accessing their medical record (21.6%), treatment cost estimation tools (17.3%) and hospital and physician quality comparison tools (21.8%). In univariable analyses, self-reported access generally increased across patient activation levels for the following: medical records ($P = 0.009$); hospital and physician quality comparison tools ($P < 0.001$); information about conditions and treatments ($P < 0.001$); and information about preventive health and well-being ($P < 0.001$) (Table 2). Patient activation was not related to accessing treatment cost estimation tools ($P = 0.511$).“</p>			
Smith et al. (2018)	265	„Using the LLR, we test the goodness-of-fit of the MNL model and a reference model, which takes no account of the hospital characteristics. This shows that the MNL is statistically significantly better at explaining the data than the reference model.“	Nein	Nein	n. a.
	266	„The UMNL model has a lower <i>AIC</i> than the MNL model for both the electives and non-electives, suggesting the additional parameters are justified by the improved fit. Nonetheless, the IV values for all of the UMNL models lie outside the acceptable range, suggesting that the nesting structure used may not be valid for these data. As a result we conclude that the MNL model is likely to give more accurate predictions for these data.“			
	266	„We find that data derived from web sources does not have a significant impact on choices made by elective patients and appears to be unreliable for non-elective patients. This situation could arise either if most patients do not consult websites for data			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		concerning hospitals in the region, or, alternatively, because physicians are advising patients based on personal knowledge, for example concerning consultants in particular specialties.“			
Streif et al. (2007)	115	<i>Inanspruchnahme von Informationsquellen:</i> „Wie durch andere Untersuchungen [5] schon belegt wenden sich fast alle Versicherten (93%) bei der Wahl eines Krankenhauses in erster Linie an ihren behandelnden Arzt (Abb. 1). Allerdings geschieht das nicht ausschließlich. Ca. 70% würden zudem zur Selbstinformierung Printmedien oder das Internet heranziehen bzw. Angehörige und Bekannte fragen (69%).“	Nein	Ja	Für sich selbst
	118	<i>Wichtigkeit von Kriterien bei der Auswahl eines Krankenhauses:</i> „Der Ruf des Krankenhauses bzw. seiner Ärzte, ihre Erfahrungen mit den jeweils notwendig gewordenen Behandlungen und die enge Zusammenarbeit mit den ambulant tätigen Ärzten stehen mit über 96% (wichtig und sehr wichtig) ganz oben auf der Informationswunschliste der Bürger und Patienten. Mit einigem Abstand folgt die Offenlegung von Behandlungsergebnissen (82%), die auch verstanden sein wollen. Die klassischen Eigenschaften eines Krankenhauses wie Lage (75%) und Hotelleistungen (74%) haben im Vergleich zu den engeren Gesundheitsleistungen eine nachrangigere Bedeutung.“			
	118	<i>Bevorzugtes Medium für Informationen über Krankenhäuser:</i> „Den vielen Möglichkeiten dialogfähiger Online-Versionen zur aktiven Suche nach Informationen stehen die geringer einzuschätzenden Nachteile einer nicht-ubiquitären Verwendbarkeit entgegen. 33% der Befragten würden derzeit einen Online-Krankenhausführer bevorzugen, zwei Drittel (66%) eine gedruckte Version, 3% beide.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Tayyari Dehbaraz et al. (2018a)	724	„Of the 134,049 women who were living close to a non-highly specialized hospital, 16,426 (12%) bypassed their nearest hospital to up-specialize.“	Nein	Nein	Für sich selbst
	724	„The results confirm the association between high levels of education and up-specializing; women with high and medium levels of education were significantly more likely to up-specialize. However, the results show that there is no employment-or income-related inequity of access. With respect to the effect of individuals' risk attitude on hospital choice, the results confirm our hypotheses that up-specialization is associated with having no birth experience and not smoking.“			
Tayyari Dehbaraz et al. (2018b)	e391	<i>Decision-making:</i> „In general, the women's or their peers' experiences with a hospital seemed to be the primary source of information that the women referred to in their decision-making processes.“	Ja	Nein	Für sich selbst
Tayyari Dehbaraz et al. (2018b)	e391	<i>Women's priorities regarding hospital characteristics:</i> <i>Experience:</i> „In summary, the women relied extensively on their own and others' experiences when choosing their birthing hospital.“			
	e392	<i>Safety:</i> „The women's perceptions of safety affected their choice of hospital; in addition, their perceptions prompted some of them to request extra ultrasound scan at private clinics. [...] However, some associated a shorter travel distance with increased safety. [...]			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p><i>Distance and accessibility:</i></p> <p>All the women who selected the nearest hospital mentioned the close distance and short travel time as a major reason for their choice.</p> <p>[...] For women who lived closer to the regional hospital, but chose the university hospital. 'Being in safe hands of qualified staff' and the 'availability of different specialists' at the university hospital outweighed the extra distance to be covered while in labor pain.</p> <p>[...]</p> <p>Continuity of care: Most of the women agreed that continuity of midwifery care during the prenatal period and birth represented an ideal birth experience.</p> <p>[...] Service attributes: When choosing a birthing hospital, the women paid attention to several aspects of the hospital services on offer. Among others, the possibility of laboring in water, which was understood to represent a calm and naturalistic birth, was of interest to some women. Both the university and regional hospitals have adjacent rooms with bathtubs for some or all of their birthing rooms; however, availability depends on the hospital workload.</p> <p>[...] Moreover, all the women, especially those who were pregnant for the first time, considered adequate postnatal hoteling and support e.g. length of stay at hospital after birth, if the father can stay at hospital) to be important. However, only a few of the women knew about the hoteling policy at their hospital of choice. They mostly gained this information from their peers' experiences."</p>			
Tayyari Dehbarez et al. (2018c)	617	„Respondents assigned positive utility to an improvement in the level of attributes. The availability of a NICU was the key driver of women's preferences, as indicated by the significantly large impact on utility. As expected, a longer travel time had a significant and negative effect on utility.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	618	„The estimated SD showed that, for the availability of NICU and hospital's level of specialization, there was heterogeneity among the levels of the attributes, but the SDs were smaller than the estimated coefficients and all women had positive utility for			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		these two attributes. The only attribute level with an SD larger than the estimated coefficient was the highest level of continuity of midwifery care. The significant SD showed that women had different preferences; the SD was larger than the coefficient, which means that some women might have had negative utility for having continuity of midwifery care versus not having continuity of midwifery care. Table 5 shows the WTT for improvements in the level of attributes. As expected, women were willing to spend a longer time travelling to hospital as a trade-off for better hospital attributes. Notably, women were willing to travel 30 min longer to reach a hospital with a highly specialized NICU department.“			
	621	„The subgroup analyses indicated a substantial heterogeneity regarding prior birth experience. There was a tendency toward a greater WTT for a higher level of hospital attributes among women that did not have birth experience. We observed a greater WTT to access a specialized hospital that can handle complicated birth among women who had prior experience with abortion. Women who had planned for a future pregnancy were more willing to travel to access a hospital with a NICU department and a highly specialized hospital that can handle complicated births.“			
	621	„We also found that a high score on both health literacy scales reduced the importance of continuity of midwifery care and the availability of a highly specialized NICU and a highly specialized hospital for handling complicated births. Significant heterogeneity was also observed among women with different risk attitudes, indicating that risk-averse women were willing to travel further for higher levels of all hospital attributes except for hospital services offered. With regard to regret attitude, women who displayed regret were more willing to travel for a longer time for most levels of hospital attributes, but significant heterogeneity was observed for availability of a NICU and hospital services offered.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das Online-Nutzungsverhalten Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Thielscher et al. (2014)	66 f.	„Für insgesamt 96 Kliniken lagen Daten von Krankenhaus-Directory und Qualitätskliniken vor. Zum gleichen Ergebnis kamen die beiden Krankenhausführer in 45 von 96 Fällen, zu unterschiedlichen in 51 von 96 Fällen. Cohens weighted Kappa betrug 0,1697, was einer geringen Korrelation entspricht (Tab.3). Bei 878 Kliniken konnten die Ergebnisse von KrankenhausDirectory und Weisser Liste verglichen werden. In 441 Fällen stimmten die Bewertungen überein, in 437 wichen sie voneinander ab. In diesem Fall betrug Cohens weighted Kappa 0,1493. Der Grad der Übereinstimmung zwischen beiden Ratern ist demnach niedrig (Tab.4). Bei 115 Kliniken schließlich konnten Qualitätskliniken und Weisse Liste verglichen werden. In 37 Fällen stimmten sie überein, in 78 wichen sie voneinander ab (Tab.5). Cohens weighted Kappa betrug -0,0406. Bei insgesamt 92 Kliniken konnten wir alle drei Krankenhausführer miteinander vergleichen. Fleiss' Kappa ergab 0,0598, also ebenfalls eine sehr geringe Korrelation.“	Nein	Nein	n. a.
Varkevisser et al. (2010)	52 f.	<i>Estimation results:</i> „The coefficient for <i>travel time</i> is negative and statistically significant at 1 % indicating that in general patients are averse to travel. The estimation results for the hospital attributes show that patients are generally less likely to choose a university medical centre for their first outpatient neurosurgical hospital visit. There are two plausible explanations for this. First, for non-tertiary care Dutch physicians, nurses and hospital managers do not classify university medical centres among the best hospitals they know (Elsevier 2003) which may explain patients' preferences for general hospitals. Second, patients may expect to get more personal attention in a general hospital than in a university medical centre that is aimed at scientific research as well as medical education and where it is more likely for them to be (initially) treated by a medical resident instead of a fully qualified physician. From the estimation results overall reputation significantly affects patients' choices. A good overall reputation increases a hospital's attractiveness. [...] Patients are in general also more likely to choose hospitals for which waiting time is below the national average.“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	56	<p><i>Using time-elasticities to assess hospital competition:</i></p> <p>„As revealed by Table 6, all hospitals in our study sample face substitutes. When a hospital would become less attractive, other hospitals will experience an increase in market share. If we identify competitors as those hospitals that at least 5% of the patients would substitute toward, Table 6 reveals that for all hospitals the number of competitors is fairly high. The minimum number of substitutes is 4 (hospitals 22, 37, and 48) and the maximum number is 7 (hospitals 3, 56, 63, and 64). However, the hospital substitution patterns found here reveal that overall about 25% of all switching patients are adopted by hospital j's closest substitute. The three closest substitutes jointly adopt more than half of the patients predicted to leave hospital j following an artificial increase in travel time. Hence, the vast majority of hospital alternatives are only appealing to relatively few patients each.“</p>			
Varkevisser et al. (2012)	375	<p>„Overall, the estimation results suggest that PCI patients prefer hospitals nearby and hospitals with high quality ratings.</p> <p>[...] This implies that being listed as a hospital with an above average reputation for cardiology is a positive incentive for almost nine out of every ten PCI patients. Hospitals with an above average overall reputation were preferred by almost three-quarters (74 percent) of the PCI patients, all else equal.“</p>	Nein	Nein	n. a.
	375 f.	<p>„We found the estimated coefficient of the prevalence of pressure ulcers not to vary between patients. Its positive sign indicates that patients are more likely to choose providers with high hospital-wide percentages of pressure ulcers. This counterintuitive and unlikely effect suggests that this general quality indicator is either misinterpreted by patients or inversely correlated with an unobserved hospital attribute that has a positive effect on patient choice.“</p>			
	376	<p>„Hence, the vast majority prefers hospitals with low readmission rates.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	376	„From these simulation results it follows that changes in overall hospital reputation are predicted to have a strong impact on patient choice. Averaged across all hospitals in our sample, an improvement in overall reputation by one point - given an average score of 7.2 on a scale of 1-10 this change implies an increase of 14 percent - would result in an increase in demand of 65 percent or 92 patients.“			
	377	„Overall, our findings suggest that changes in reported readmission rates may have a considerable impact on hospitals' market shares.“			
Varughese (2016)	60	„[...] the bivariate analysis results indicate that reputation, cost, distance, and servicescape did not correlate with either patient choice or patient satisfaction. The results demonstrated good correlation between patient satisfaction and patient choice. Similarly, servicescape moderation indicated good correlation with distance. The multivariate regression analysis indicate that reputation and servicescape have borderline significance on patient choice, while distance indicated a significant negative correlation with patient choice. Also noted in the results were a significant positive impact of patient satisfaction on patient choice and significant positive servicescape moderation on distance. Among the servicescape components, only servicescape-social demonstrated a significant relationship with patient choice. It also demonstrated a significant positive moderation on distance.“	Ja	Nein	Für sich selbst
Victoor et al. (2012)	8	<i>[D]o patients actively choose their healthcare providers?</i> „Research shows that few patients actively choose their healthcare provider [...]. For example, Schwartz (2005) found that only ten per cent of patients seriously considered an alternative to their local hospital when undergoing surgery [49]. Generally, patients rely on their GP to choose for them [...] or go to the nearest provider [...]. Furthermore, patients rely on their previous healthcare experiences when deciding where to receive care [...]. [...] According to several studies, a substantial fraction of the patients does not consider choice to be very important [...].“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] A second reason for patients not to choose actively is that the degree of choice they experience or their ability to exercise their choice is limited.“			
	8	<p><i>Patients' decision-making processes:</i></p> <p>„According to several studies, the degree to which patients are capable of processing the information rationally is influenced by their health literacy [...] and their numeracy [...] For example, low numeracy leads to people being influenced more often by factors that are irrelevant to the choice problem.</p> <p>Furthermore, a patient's activation level (i.e. the extent to which patients seek and use healthcare information and actively choose between providers) also influences patients' choice processes, according to several studies. Some patients actively search for providers, while others rely on their GP for advice [...]. How active patients are depends on their characteristics [...].“</p>			
	8 f.	<p><i>Use of information sources:</i></p> <p>„Patients appear to use comparative information only in certain circumstances, such as when there is a single outcome of major importance and the data can be easily understood, or in the absence of a meaningful and trusting doctor-patient relationship [16,60]. Patients with low health literacy in particular find insufficiently clear presentation formats more of a problem [...].</p> <p>[...] Finally, research indicates that explicitly giving or making patients aware of comparative information [...] and improving the presentation format [...] increases its use.</p> <p>Research shows that patients use other information sources more often than comparative information. A patient's own previous care experience, for example, is the most important information source for many patients [...]. A positive experience with a particular provider positively influences the future choice for that provider [...]. Patients' general care experiences also influence their choices.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	9	<p><i>[W]hich provider characteristics do patients base their choice of healthcare provider on?</i></p> <p><i>Structure:</i></p> <p>„Seven factors can be distinguished for the structure aspect, namely the availability of providers, the accessibility of the providers, the type and size of the providers, the availability/experience/quality of the staff, the organization of healthcare, the cost of treatment and socio-demographic factors of the individual doctors.“</p>			
	10	<p><i>Process:</i></p> <p>„Five factors can be distinguished for the process aspect, namely interpersonal factors, availability of information, continuity of treatment, waiting time and the quality of treatment.</p> <p>[...] Generally, patients prefer a provider with a friendly and understanding communication style who listens to the patient and with whom the patient has a good relationship or feels a personal click. Other factors that are found to influence choice positively are whether the patient is involved in decision making about care (n = 12) [...] and a friendly provider atmosphere (n = 7) [...].“</p>			
	11	<p><i>Outcome:</i></p> <p>„Although many studies (n = 30) found that outcome indicators such as mortality or pressure sore rates had a strong or moderate influence on choice [...], about half that number (n = 15) found that the influence was weak or that there was no influence at all [...]. Generally, other characteristics are found to be more important than outcome, such as GP referral and distance [...].</p> <p>[...] Patients with more complex or severe diseases attach less importance to outcome characteristics (n = 2) [...] and the specific disease influences the importance that the patient attaches to outcome characteristics (n = 7) [...].“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Victoor et al. (2014)	6 f.	„Of the respondents, 609 (41.2%) indicated that they would look for information to help them to choose a hospital/specialist. Whether they would search for information is significantly influenced by the proximity of the nearest alternative hospital. Every one-unit increase in the absolute distance to the nearest alternative leads to a 4% ($p = 0.018$) decrease in the odds to search for information. Table 2 shows the results of the bivariate analyses. Because only the absolute distance to the second nearest hospital has a significant influence on whether respondents search for information, the relative distance was not included in the models. Interaction terms were only reported when significant. The absolute distance to the nearest alternative hospital negatively influences information seeking. Additionally, the odds for women to search for information are 66% higher than the odds for men, and the odds for respondents with chronic diseases to search for information are 37% lower than the odds for respondents without. The effect of the distance to the nearest alternative provider on information seeking varies for different patient groups. For respondents aged 65 or above, every one-unit increase in the absolute distance to the nearest alternative leads to a 12% decrease in the odds to search for information, and for less highly educated respondents, every one-unit increase leads to a 7% decrease (Figure 1). Table 3 shows the final multiple logistic regression model. Similar results were found, but the effect of distance had to be calculated for four different groups. For younger, more highly educated respondents, every one-unit increase in the distance to the nearest alternative leads to an 11% increase in the odds to search for information, while for older and less educated respondents, every one-unit increase leads to a 15% decrease (Figure 2).“	Nein	Nein	Für sich selbst
	6	„Of the respondents, 609 (41.2 %) indicated that they would look for information to help them to choose a hospital/specialist. Whether they would search for information is significantly influenced by the proximity of the nearest alternative hospital. Every one-unit increase in the absolute distance to the nearest alternative leads to a 4 % ($p = 0.018$) decrease in the odds to search for information.“	Ja	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	6–9	„The absolute distance to the nearest alternative hospital negatively influences information seeking. Additionally, the odds for women to search for information are 66 % higher than the odds for men, and the odds for respondents with chronic diseases to search for information are 37 % lower than the odds for respondents without. The effect of the distance to the nearest alternative provider on information seeking varies for different patient groups. For respondents aged 65 or above, every one-unit increase in the absolute distance to the nearest alternative leads to a 12 % decrease in the odds to search for information, and for less highly educated respondents, every one-unit increase leads to a 7 % decrease (Figure 1).“			
	9	„Table 3 shows the final multiple logistic regression model. Similar results were found, but the effect of distance had to be calculated for four different groups. For younger, more highly educated respondents, every one-unit increase in the distance to the nearest alternative leads to an 11 % increase in the odds to search for information, while for older and less educated respondents, every one-unit increase leads to a 15 % decrease (Figure 2).“			
Victoor et al. (2016)	19	<i>Reputation:</i> „Passive patients indicated that there was no reason to choose, because the default option was good or had a good reputation. These factors led them to be content with the hospital they visited. Therefore, they were not concerned about choosing, actively, a hospital.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	19	<i>Quality of care:</i> „Patients did not see any reason to choose because they either saw no difference in the quality of care offered, thought hospitals will improve to maintain their ranking, or thought that every hospital is able to help them, especially with relatively routine operations.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	19	<i>Organization:</i> „Factors relating to the organization of hospitals also led passive patients to be content with their hospital. Consequently, they were not concerned about choosing, actively, a hospital.“			
	19	<i>Attitude towards making choices:</i> „Passive patients did not attach much importance to actively choosing a hospital. [...] Patients believed that they could always switch hospitals when dissatisfied; they generally did not like changes; they were easily satisfied; they felt that they were empowered enough to insist upon changes; they did not need to acquire information about quality because they worked as a doctor and; they indicated that there was no common tradition of making a choice. Asked why they did not question the referrer's choice of destination, they answered that they had confidence in their referrer.“			
	19	<i>Information on quality of care:</i> „Passive patients found it difficult to choose. They did not consider themselves experts on the quality of hospitals. [...] Patients feared too that searching might uncover incorrect information. [...] Furthermore, patients explained that their current problem was addressed while they were already being treated in a particular hospital or stayed at a particular hospital because they were diagnosed there.“			
	19	<i>Distance to the hospital:</i> „In addition to hospital characteristics, interaction factors such as the distance to the hospital also caused patients to be unconcerned about choosing, actively, a hospital.“			
	19 f.	<i>Previous experiences:</i> „Satisfaction or familiarity with the default hospital also caused passive patients to see no reason to make a choice. Factors here include their care history is there; they trust			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		their consultant; they stayed there out of habit; they had bad experiences in other hospitals; they did not have a relationship with another hospital or; they wanted to be hospitalized close to family members.“			
Vonberg et al. (2008)	57	„General cleanliness of the hospital and the rate of nosocomial infections were significantly more important for potential patients than any other factor considered. In contrast, the hospital’s reputation in the public media, such as newspapers or television, was significantly less important compared to all other categories. Although these findings were alike in all subgroup analyses regardless of age, gender, or level of education, there was a tendency for people with higher educational levels to be more influenced by higher nosocomial infection rates (pupils from lower level schools [mean] = 8.01, middle level = 9.11, and upper level = 9.91).“	Nein	Nein	n. a.
Ward et al. (2015)	5	<i>Trust considerations in public hospitals</i> <i>Blind faith in experts:</i> „A common theme expressed by public patients was having no choice in which doctors they consulted, but also not necessarily seeing this in negative terms. Public patients, without exception, talked about the knowledge and expertise of doctors and their own relative lack of knowledge, which for them set up an innate trust, or at least faith, in the doctors.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	6 f.	<i>Pragmatic acceptance:</i> „An over-riding theme from public patients was their acknowledgement of the various ‘problems’ associated with public hospitals, and the publicly funded healthcare system in general. There was a mix of personal experiences and exposure to negative media reporting, predominantly about long waiting lists and ramping (patients remaining in ambulances outside emergency departments, sometimes for long periods of time, until beds become free in the emergency department).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	7	<i>Sustained optimism:</i> „Public patients were uncomfortable being seen to complain about or criticise public hospitals, and when they made seemingly negative comments in interviews, they countered these with excuses or justifications. All of the public patients in our study ‘justified’ potentially negative elements of public hospitals through what we argue is sustained optimism (i.e. the individual doctors are still trying to do their best under difficult circumstances), for example:[...]“			
	8	<i>Trust considerations in private hospitals:</i> „In non-emergency health scenarios, a division between public and private participants interpretations/consideration of trust appears: For the private patients, the central foci related to a choice of hospital and physician/ surgeon. Private patients had a number of explanations for their trust in private hospitals, relative to public hospitals. Choice is a concept not really up for offer in public hospitals:[...]“			
Wascher et al. (2018)	500	„Women whose primary hospital was Catholic were almost six times as likely to misidentify the religious affiliation of that hospital compared to women seeking care at non-Catholic hospitals: 62.9% (11= 125/199) of women whose primary hospital was Catholic correctly identified their hospitals as Catholic [95% confidence interval (CI): 54.5%-70.7%] compared to 93.4% (11=1009/1080) of women who correctly identified their hospital as non-Catholic.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	501	„Participants whose primary hospital had a very religious name were almost three times more likely to identify that hospital as Catholic than those whose primary hospital had a non-religious name.“ [...] “While many women need further education on how religious affiliation can influence reproductive healthcare, awareness of a hospital's religious affiliation is an important step in making an informed decision about where to seek care.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende: nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Wiedenhöfer und Keppler (2017)	469	„Abb. 1 zeigt, dass die wichtigste Informationsquelle die Empfehlung von Freunden ist, gefolgt von der Erfahrung im Rahmen eines früheren Aufenthaltes, den Empfehlungen des Facharztes oder der Familie. Ebenfalls als bedeutende Informationsquelle kann das Internet (Homepage des Krankenhauses) eingestuft werden. Die Unterscheidung der Frauen hinsichtlich erstgebärend und nicht erstgebärend zeigt, dass erstgebärende Frauen Informationsquellen wie Empfehlung von Freunden, der Familie, des Facharztes, das Internet (Homepage), öffentliche Vorträge des Krankenhauses deutlich stärker nutzen als die Gruppe der nicht erstgebärenden Frauen (Chi-Quadrat-Test; p-Wert < 0,05). Nicht erstgebärende Frauen greifen erwartungsgemäß stärker auf die Erfahrungen eines früheren Aufenthaltes zurück als erstgebärende Frauen.“	Ja	Ja	Für sich selbst
	469 f.	„Bei der Wahl des Krankenhauses für die bevorstehende Geburt wurden Faktoren wie z. B.: Fachkompetenz und gute Betreuung durch die Ärzte, gute geburtshilfliche Kompetenz, Fachkompetenz und gute Versorgung durch Pflegekräfte und eine gepflegte Atmosphäre als wichtig eingestuft (Mittelwerte über 3,5). Als eher wichtig sahen Frauen Faktoren an, die sich in den Kategorien wie z. B. Sauberkeit, Ruf des Krankenhauses, Nähe zum Wohnort, gute Nachbetreuung, Neonatologische Angebote, Kompetenzzentrum für Pränataldiagnostik, Empfehlungen seitens des Facharztes, von Freunden, der Hebamme, Familie, Einsatz von alternativen Behandlungsmethoden oder Hotellerie einordnen lassen (Mittelwerte zwischen 3,43 und 2,81). Die tiefsten Mittelwerte (2,64–2,71) erreichten Faktoren wie z. B. ausreichend Parkplätze, Umgebung des Krankenhauses (z. B. Lage) oder die Empfehlung des Hausarztes.“			
Yahanda et al. (2016)	46	<i>Surgeon characteristics:</i> „Notably, surgeon reputation and competency stood out as the most frequently mentioned professional attributes, being cited in 14 different articles (Table 2). Studies indicated that patients ranked surgeon reputation to be one of the most important factors when selecting surgical care [9–15]. This was true across several surgery subspecialties including orthopedic surgery, cancer surgery, cardiovascular surgery, and plastic surgery [9–15].“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	47	„Similar to surgeon reputation is a surgeon’s perceived expertise or clinical competence. Patients desired surgeons who they felt had high levels of medical and technical skill [16, 17]. [...] Surgeons’ personal attributes have been shown to be influential as well. Patients who are unable to fully judge a surgeon’s professional skills may use personal attributes as a way to infer quality of care [23]. Patients strongly preferred surgeons who were compassionate, empathetic, trustworthy, and understanding [17, 23–25].“			
	47	<i>Hospital attributes:</i> „Eleven studies examined the importance patients place on particular hospital attributes when undergoing surgery. Hospital reputation was the most important hospital-related factor for patients choosing a location for surgery (Table 2; Fig. 2). Patients wanted hospitals that were viewed as providers of superior care or that were valued highly by the community [9, 10, 14, 15, 19, 22, 29].“			
	49	„Many patients may opt for treatment at their local hospital, though several studies have noted that surgical patients were more willing to travel beyond a local hospital than nonsurgical patients [41–43].“			
	51 f.	<i>Performance Data:</i> „When patients have been asked to name important factors in choosing surgical care, patients often cited their desire to avoid morbidity and mortality [13, 18, 48]. Similarly, retaining a high postsurgical quality of life was also a major factor both for electing to have surgery and for choosing a particular surgeon or hospital [49–52].“			
	52	„Patients may never have previously used performance data, but those who were introduced to the concept of QI during a study questionnaire or interview believed that it would be influential on subsequent surgical choices [14, 30, 31].“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	52	<i>Word-of-mouth:</i> „The importance of family and friends in a patient’s decision-making is variable. The same Moser et al. Study reported that several surgical patients only considered hospitals about which they had information from family or friends [58]. Of note, how influential family and friends are to a patient was dependent on his or her social context [15, 59, 60]. Patients in rural areas were more likely to rely on family and friends than those in urban areas, which may speak to a greater dependence by rural patients on their social networks [60]. For some patients, family and friends did not have a very strong influence at all [12, 22].“			
	53	<i>Referrals or information from surgeon or referring doctor:</i> „Regardless of how prominent a role they played in patients’ surgical decision-making, referring physicians or surgeons were likely to be a trusted source of information [10, 17]. In the case of passive decision-making, referrals are potentially a principle way by which patients got matched with surgeons. In a study by Carlin et al. [60], referral patterns differed among patients depending on their demographic context. Patients in urban areas relied more on referrals than those in rural areas [60].“			
	53	<i>QI sources or report cards:</i> „In one study it was reported that as few as 12 % of surgery patients were aware of mortality data that was available to them before surgery [54]. Few states offer publicly available information on surgical mortality rates. QI has the potential to be a primary part of a patient’s decision-making, but thus far it has produced only marginal effects due to the barriers to access and comprehension that exist with current QI sources [73, 74]. Of note, review of the current literature did not yield data that demonstrated the use of national based registers to inform patients on outcome data for the surgical procedures.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	53	<i>The Internet:</i> „The Internet is now a fairly widely used tool to aid in healthcare choices, with 65 % of Americans knowing that physicians may be reviewed online [75]. Online sources are becoming more popular, yet are still viewed sceptically. Patients may be unsure of a website’s credibility or overwhelmed by the amount of information presented online [25]. Patient narratives were the most common source of information on health-related websites [76]. For surgery, between 36 and 51 % percent of patients used the Internet to research particular hospitals or surgeons [77, 78]. Nevertheless, online information on surgeries has been deemed by experts to be quite variable and often of questionable quality [79–83].“			
Yang et al. (2018)	e505	„The majority of patients were involved in selecting a hospital for surgery (68%) and were satisfied with the quality of their surgical experience (86%). Approximately 65% reported that their physicians were involved in these decisions.“	Ja	Nein	Für sich selbst
	e508	„One quarter (27%) of patients tried to find information that compared the selected hospital with another hospital before making a decision (Table 2). When asked what they would have wanted to know when selecting a hospital for cancer surgery, patients were most interested in the hospital’s reputation for cancer surgery (55%) followed by patient satisfaction (44%), volume of surgeries performed at the hospital (36%), and hospital’s reputation for any type of care (33%).“			
	e509	„We determined the unadjusted rates for patients’ reported interest in data on at least one of three clinical outcomes: 4-year survival, 30-day mortality after surgery, and complications from surgery (Data Supplement). Approximately 40% expressed interest in at least one of these clinical outcomes when selecting a hospital for cancer surgery.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Zwijnenberg et al. (2011)	5	<p><i>What do THA/TKA patients find most important?</i></p> <p>„As regards the patient experience indicators (CQI themes), participants ranked the conduct of doctors as most important (M = 3.76). The most important clinical performance indicator for participants was the presence of procedures to prevent adverse effects of thrombosis (M = 4.38). Whether orthopaedists have one or more specialist area was ranked as most important indicator about hospital services (M = 5.46).“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst
	5	<p><i>Differences in mean scores and ranking between patient subgroups:</i></p> <p>„Men ranked information about new medication (patient experience indicator) as more important than women (see Additional file 1, Table S2). Participants with a higher educational level ranked the number of yearly performed total knee- or hip replacements among adults (indicator about hospital services) as more important than participants with a lower educational level.</p> <p>[...] When we look at the ranking of the clinical performance indicators, we saw that younger patients, men and patients with a lower educational level ranked information provision before surgery as most important instead of the presence of procedures to prevent adverse effects of thrombosis, which was ranked overall as most important</p> <p>[...] Concerning the ranking of the other indicators, every patient subgroup ranked the conduct of doctors as the most important patient experience indicator (see Additional file 1, Table S2) and the specialist area of orthopaedists as the most important indicator about hospital services.“</p>			
	6	<p><i>Other important choice aspects:</i></p> <p>„Sixty-five participants (59%) filled out the open-ended question in which they could report indicators that they thought were missing in this survey, but that they would use when choosing a hospital. Some indicators were mentioned several times by participants: distance to the hospital/accessibility, waiting times, reputation of the hospital and facilities of the hospital (e.g. rehabilitation and physical therapy options, recreational space, extended visiting hours).“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Zwijnenberg et al. (2012)	6f.	<i>Comprehension of information:</i> „The third (full) regression model explained 27 % of the variance in the comprehension of information. Age, education, literacy, numeracy and the amount of information were significant predictors of the comprehension of information. Age ($\beta = -0.29$) was the most influential predictor and had a moderate effect; older participants had more difficulty comprehending the information than younger participants. The amount of information had a weak ($\beta = -0.12$) but significant effect; participants provided with seven aspects had more difficulty comprehending the information than participants who saw three aspects Inclusion of the amount of information in the third model did not result in a significant change in R-square (0.01).“	Ja	Nein	n. a.
	7	<i>Ease of hospital choice:</i> „The third (full) regression model explained 11 % of the variance in the ease of making a hospital choice. Only age ($\beta = -0.15$) and literacy ($\beta = 0.15$) had a significant but weak effect; younger and more literate participants considered it easier to choose a hospital compared to older and less literate participants.“			
	7	<i>Usefulness of information:</i> „The third (full) regression model explained 11 % of the variance in the perceived usefulness of information. Age, active choice behaviour and the amount of information were significant predictors of the perceived usefulness of information. The active choice behaviour of participants ($\beta = 0.23$) was the most influential predictor and had a moderate effect. Younger and more active persons found the information more useful than older and less active persons. [...] Participants who were shown seven items perceived the information as more useful than participants who saw three items.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Zwijnenberg et al. (2016)	4	„The following main themes emerged from the analysis: (1) number of health care providers to be presented, (2) order in which health care providers are presented, (3) relevancy of tailoring patient reviews, and (4) concerns about tailoring. Although we presented the choice of a hospital for hip surgery as a case example, the discussion revolved around choosing a hospital in general.“	Ja	Ja	Für sich selbst
	5	<i>Number of Health Care Providers:</i> „Most participants preferred a website with an overview of information about different health care providers, rather than information about one specific hospital only. Concerning the number of providers to be presented, different preferences emerged. Some wanted to compare approximately 5 providers, sometimes supplemented with a more specialized provider. Most of these participants wanted to select these providers based on the distance from their home to the hospital. On the other side, one participant preferred to compare all possible providers including providers from abroad. Others preferred to decide for themselves how many providers are shown:“			
	5	<i>Order of Health Care Providers:</i> „As for the order of health care providers, participants also varied in their preferences. Some liked to see providers ordered from short to long distance, a few preferred to see providers ordered from good to bad on a specific quality criterion, whereas others wanted to decide themselves how providers were ordered:“			
	5	<i>Concerns of Tailoring:</i> „Several participants were concerned about the representativeness of information when only subgroup-specific information would be provided.“			
	5	<i>Level of Information:</i> „It is important to note that the need to compare medical specialists instead of hospitals was a recurring topic discussed in all 4 groups. Most participants wanted to choose a particular specialist instead of a hospital:“			

Anhang A.2.2: Recherche nach Büchern und Hochschulschriften

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 1

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Dietrich und Grapp (2005)	Deutschland	„Wie lässt sich die Relevanz von Qualitätsinformationen für den Wettbewerb im Krankenhauswesen konzeptionell und empirisch hinsichtlich des Verhaltens von Patienten als wichtige Zielgruppe von Krankenhäusern begründen? [...] Welche Bedürfnisse hinsichtlich der Art der Informationen und hinsichtlich der Kanäle von Qualitätsinformationen haben Patienten? Unterscheiden sich die Qualitätsbedürfnisse von Patienten in Abhängigkeit von spezifischen Patientenmerkmalen?“	213	Quantitative Studie	Befragung	2003	Potenzielle Krankenhauspatientinnen und -patienten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im süddeutschen Raum	240 Teilnehmende: 51,2 % Frauen	45 %: (25–44 Jahre)
Göthel (2016)	Deutschland	„Ziel dieser Arbeit ist es, erneut alle orthopädischen Patienten der Orthopädischen Universitätsklinik bezüglich ihres Informationsverhaltens zu befragen und dabei die	6	Quantitative Studie	Befragung	2014–2015	1. Fragebogen: Alle angemeldeten Patientinnen und Patienten der orthopädischen Ambulanz 2. Fragebogen: Patientinnen und Patienten der	1. Fragebogen: 600 Teilnehmende: 58% Frauen	51,6 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		Rolle des Internets herauszuarbeiten, um festzustellen, ob sich eine Veränderung im Vergleich zur früheren Studie vollzogen hat. Es wird davon ausgegangen, dass dem Internet eine bedeutendere Rolle zukommt, als noch vor 9 Jahren. Des Weiteren ist von Interesse, wie zufrieden die Patienten mit dem Internetauftritt der Orthopädischen Universitätsklinik sind und ob bei diesem Verbesserungsbedarf besteht.“					Ambulanz, die eine krankheitsbezogene Internetrecherche durchgeführt haben		
Grohman (2015)	Deutschland	„Die Arbeit stellt sich dem Ziel, praxisrelevante Grundlagen zum Entwurf und der Planung von Geburtsräumen zu entwickeln. Die Ergebnisse sollen in Form eines verständlichen Katalogs Orientierung und Anregung für den Dialog zwischen späteren Nutzern und den Planern liefern. Der Geburtsraum als Raum zum Gebären und Geborenwerden soll als	4	Quantitative Studie	Befragung	2010–2011	Teilnehmende, rekrutiert aus Internetforen mit dem Thema Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft	392 Teilnehmende: 388 Frauen 4 Männer	29 Jahre (Median); (19–49 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		Baufgabe mit Lösungsvorschlägen verständlich werden. Darin sollen sowohl die Anforderungen aus dem Geburtsprozess, seinem physiologischen Optimum, die Anforderungen der Geburtshilfe und insbesondere die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer einfließen.“							
Haselhoff (2010)	Deutschland	„Zentrales Ziel der Arbeit ist [...] die Rolle und Bildung von Vertrauen im System Krankenhaus zu erfassen, zu verstehen und umfassend abzubilden. Hierfür sollen von Patienten Vertrauensebenen und -objekte/-personen im Krankenhaus identifiziert, ihre Relationen zueinander untersucht und beeinflussende Faktoren bewertet werden. Die gewonnenen Erkenntnisse geben Anhaltspunkte für Vertrauensmechanismen, und somit auch dafür, wie Patientenvertrauen positiv beeinflusst werden kann.“	4	Qualitative Studie	20 Halb-strukturierte episodische Einzelinterviews, 2 Fokusgruppen mit 5-6 Teilnehmern (Vorstudie)	n. a.	Potenzielle Krankenhauspatientinnen und -patienten; Probandinnen und Probanden mussten innerhalb der letzten 12 Monate einen Krankenhausaufenthalt gehabt haben	20 Teilnehmende	n. a.; (24–85 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Hohls (2014)	Deutschland	„Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung des Informationsverhaltens von Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Internet und die Darstellung von Unterscheidungsmerkmalen zwischen Internetnutzern und Nichtnutzern. Zudem sollte eine Aussage gemacht werden, welche Faktoren ausschlaggebend sind für die Wahl einer Klinik bei elektiven Operationen.“	5	Quantitative Studie	Befragung	2008–2009	Patientinnen und Patienten mit elektiver Operation	511 Teilnehmende: 48,3 % Frauen	53,4 Jahre
Köhler und Gründer (2017)	Deutschland	„Das Buch wird Ihnen einen Überblick über die Welt des Online-Marketings verschaffen und Ihnen konkrete Anleitungen und Tipps für die Umsetzung in Ihrem Krankenhaus an die Hand geben. Inspirieren können Sie sich durch die Interviews am Ende eines jeden Kapitels sowie mit Hilfe der Praxisberichte und -beispiele von verschiedenen Kliniken. Inhaltlich erwartet Sie Folgendes: Marke-	V f.	Theoretische Arbeit	Literaturauswertung (allerdings sind nur wenige Quellen angegeben)	n. a.	Ratgeber für Personen, die eine Krankenhaus-Website erstellen	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		ting Grundlagen [...] beispielsweise Presse mit dem Internet verknüpfen [...]. Das Wichtigste zur Praxis-Website, die zentrale Anlaufstelle im Internet und damit ein Muss für das Onlinemarketing, [...] [Erzielung von hohen Trefferzahlen bei der Google Suche], Hintergründe und Tipps zum Social-Media-Marketing [...], [Umsetzung eines eigenen Blogs],[...] Zuweiser Marketing“							
Poll (2008)	Deutschland	„In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, unter welchen Bedingungen Krankenhausdatenbanken im Internet einen Beitrag zur Patienteninformation leisten können, so dass Personen, die sich in naher Zukunft stationär behandeln lassen müssen, auch ohne medizinisches Fachwissen I der Lage sind, eine Entscheidung für eine bestimmte Klinik leisten zu können [...]. Die Krankenhausdatenbanken werden hierbei aus einem	2–4	Systematisches Review, Quantitative Studie	Befragung (Websiteanalyse)	2007	Potenzielle Krankenhauspatientinnen und -patienten	Pen to Paper-Befragung bei eingewiesenen (Nicht-Notfall-) Patienten: 187 Teilnehmende 46,33 % Frauen Onlinebefragung von Nutzerinnen und Nutzern des „Medführers“ – einer bereits etablierten Datenbank: 127 Teilnehmende	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		<p>umfassenden Blickwinkel betrachtet. Es wird nicht nur untersucht, welche Messgrößen für die Patienten hilfreich und wichtig sind, sondern auch die mediengerechte Präsentation dieser Größen betrachtet, da die Datenbanken nur dann bei einer Klinikwahl hilfreich sind, wenn die gesuchten Angaben schnell und mühelos gefunden werden können und sie so dargestellt sind, dass sie richtig aufgenommen und interpretiert werden. [...] Um dieser Fragestellung nachzugehen, wird vorab herausgestellt, welche verbrauchspolitische Relevanz Verbraucherinformationen haben und wie diese systematisiert werden können. [...] da in dieser Arbeit die Patientensicht ausschlaggebend ist, wird kein reines Indikatorensystem erarbeitet[...] Es wird berücksichtigt, dass Patienten ihre Krankenhauswahl nicht ausschließlich auf Indikatoren</p>							

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studiendesign	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		stützen sondern auch auf weitere Aspekte“							
Raab und Konrad (2014)	Deutschland	„Neben den durchgeführten Analysen wurde folgende Zielsetzung verfolgt: Es wurden verschiedene Thesen zum Thema Einweiser und Fälle aufgestellt. Dabei wurden arztbezogene Merkmale, wie Entfernung der Praxis zum Krankenhaus, Fallzahl eines Einweisers oder durchschnittliches Effektivgewicht eines Einweisers über seine Patienten und patientenbezogene Merkmale, wie Alter, Wohnort oder Verweildauer eines Patienten, untersucht. Tab. 1 zeigt die Thesen im Überblick, aufgeteilt in die beiden Gruppen Thesen mit Einweiserbezug und Thesen mit Fallbezug.“	4	Quantitative Studie	Sekundärdatenanalyse	2011	Krankenhäuser, deren Fälle und Einweiser	9 Krankenhäuser: 6.570 Einweiser 175.024 Fälle	n. a.

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 2

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Dietrich und Grapp (2005)	222 f.	„Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, kann Hypothese H1, nach der ein hoher Informationsstand eine höhere Zufriedenheit zur Folge hat, als unterstützt angesehen werden. Der positive Zusammenhang ist signifikant, aber nicht sonderlich stark ausgeprägt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Zufriedenheit von Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängig ist, unter denen die Informiertheit von Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt einer von vielen, und wie sich zeigt auch ein signifikanter ist. Ebenso kann die Hypothese H2 unterstützt werden, gemäß der eine hohe Zufriedenheit negativ auf die Wechselabsichten wirkt und die Wechselabsicht von Patienten einen positiven Einfluss auf das zukünftige Informationssuchverhalten hat. [...] Schwächer, aber noch als signifikant zu bezeichnen ist der direkte negative Einfluss der Zufriedenheit auf das Informationssuchverhalten, so dass die unterstellten Wirkungszusammenhänge und deren Wirkungsrichtung insgesamt empirisch nachgewiesen werden können. Die konzeptionelle Bedeutung der Informationspolitik aufgrund ihrer hier nachgewiesenen wettbewerbsrelevanten Wirkungsweise wird damit empirisch fundiert.“	Ja	Ja	Für sich selbst
	225	„Die Struktur der für die potenziellen Patienten relevanten Qualitätsinformationen ist gemäß der empirisch ermittelten Faktorenlösung eine andere als die Strukturierung der Qualität der Krankenhausleistungen nach den Potenzial-, Prozess- und Ergebnisdimensionen. Der erste Faktor fasst Variablen von Informationen über die pflegerische Betreuung zusammen, während der zweite Faktor Informationen über nichtmedizinische und nicht-pflegerische Aspekte zusammenfasst. Der dritte Faktor umfasst Variablen der objektiven Ergebnisqualität, während der vierte und letzte Faktor Aspekte der medizinischen Behandlung umfasst. [...] Für schwere Fälle stellen der Faktor der pflegerischen Betreuung, der medizinischen Behandlung und der objektiven Outcome-Kriterien gleichermaßen wichtige Qualitätsinformationen dar, während nichtpflegerische und nichtmedizinische Qualitätsinformationen deutlich weniger wichtig sind. Im Vergleich hierzu werden von der Gruppe der leichten Fälle die Qualitätsinformationen zur pflegerischen Betreuung und der medizinischen Behandlungen weniger wichtig erachtet wie auch die			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		objektiven medizinischen Qualitätsinformationen für weniger wichtig erachtet werden. Deutlich wichtiger als den schweren Fällen sind den leichten Fällen Qualitätsinformationen über die nichtpflegerischen und nichtmedizinischen Leistungsmerkmale von Krankenhäusern, wobei jedoch auch diese Informationen von den leichten Fällen insgesamt als am wenigsten bedeutsam angegeben wurden.“			
	226 f.	„Auch wenn weiter oben ermittelt werden konnte, dass sich die potenziellen Patienten zum größten Teil selbst die Wahl eines entsprechenden Krankenhauses vorbehalten wollten (44,6 % aller Fälle), so wird doch die Bedeutung der Ärzte als Informationsquellen über Krankenhäuser und deren Qualität mit 91,8 % aller Fälle klar unterstrichen. Als zweithäufigstes wurden mit 59,5 % Freunde, Bekannte und Verwandte genannt, während an dritter Stelle mit 34,9 % das Internet als die relevante Informationsquelle genannt wurde. Mit 20 % der Nennungen spielt die Anforderung von Informationsmaterial von Krankenhäusern wie auch mit 16,4 % der Tag der offenen Tür von Krankenhäusern noch eine gewisse Rolle. Informationen über die Presse und sonstige Informationsquellen wie z. B. Radio oder Fernsehen sind hingegen kaum relevant. Eine Analyse des Antwortverhaltens aufgeteilt nach der Fallschwere ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der leichten und der Gruppe der schweren Fälle“			
Göthel (2016)	19	„Als häufigste Informationsquelle wurde der Facharzt genannt, gefolgt vom Hausarzt und dem Internet, danach kamen die Auswahlmöglichkeiten bei Bekannten, Familie, im Fernsehprogramm, Andere, in Zeitschriften oder keine Informationsrecherche. Insgesamt gaben nur 8 (1,4%) Teilnehmer an, sie hätten sich vor ihrem Besuch nicht informiert.“	Ja	Ja	Für sich selbst
	19	„Die am häufigsten genannten Gründe für die Informationsrecherche waren der Bedarf an Informationen über Behandlungsoptionen (85%), Operationsverfahren (38%) und –risiken (35%), Erfahrungen anderer Patienten (33%) sowie die Bewertung der Orthopädischen Universitätsklinik im Asklepios-Klinikum Bad Abbach (26%). Medikamente (15%) und Bewertungen anderer Kliniken (61%) wurden weniger oft gewählt.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	22	„Von den 600 Teilnehmern gaben 340 an (56,7%), sich vorher im Internet informiert zu haben. Diese sollten genauer differenzieren, von welchen Anbietern die von ihnen besuchten Seiten bereitgestellt wurden. Am häufigsten wurde die Internetseite des Asklepios-Klinikums Bad Abbach besucht (176), Seiten anderer Kliniken waren dagegen nicht so beliebt (62). Ebenfalls häufig gewählte Anbieter waren Foren im Internet (140) und die Kategorie Andere (98), unter die z. B. Google und Wikipedia fielen, oder die Internetseiten von Ärzten (90). Eine kleinere Rolle spielten die Seiten von Krankenkassen, privaten Anbietern, gemeinnützigen Vereinen (z. B. Selbsthilfegruppen), Apotheken oder Pharmafirmen.“			
	31 f.	„Es fällt auf, dass bis einschließlich 60 Jahre der Anteil der Internetnutzer größer ist, als der der Nichtnutzer, und sich das Verhältnis danach (ab 60 Jahren) umkehrt. Am stärksten sind die Internetnutzer in der Altersgruppe von 20 -39 Jahren vertreten, hier beträgt das Verhältnis von Nutzern zu Nichtnutzern 4:1.“			
	32	„Vor allem in den Kategorien ‚Abitur‘ (21,7%) und ‚Realschulabschluss‘ (34,6%) liegen die Internetnutzer deutlich vor den Nichtnutzern. In der Kategorie ‚Hauptschulabschluss‘ dagegen, überwiegt der Anteil der Nichtnutzer (61,9%). Insgesamt erzielen die Internetnutzer signifikant höhere Schulabschlüsse, als die Gruppe der Nichtnutzer.“			
Grohmann (2015)	435	<i>Der optimale Geburtsraum:</i> „Die Geburtsklinik ist gut erreichbar, verfügt über eine Wochenbett- und eine Kinderstation. Der Entbindungsbereich der Einrichtung ist einfach auffindbar und bildet einen abgegrenzten Bereich, der nur nach Anmeldung betretbar ist. Der Kreißaalbereich umfasst mehrere ähnlich gestaltete und ausgestattete Geburtsräume, die jeweils über ein en-suit liegendes WC mit Dusche verfügen. Der Operationssaal des Entbindungsbereichs weist eine besondere Gestaltung auf. Die Wochenbettversorgung erfolgt als 24-Stunden-Rooming-In oder als Rooming-In nach Wunsch ausschließlich in Familien- und Einzelzimmern.“	Nein	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	435	<p>„Der Geburtsraum verfügt über folgende Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ variables, rasch regelbares Raumklima ▪ Geräusch- und Schalldämmung nach außen ▪ natürliche, blendungsfreie Belichtung ▪ eine rasch regelbare, variable und indirekte künstliche Beleuchtung ▪ eine Farbgestaltung in warmen Tönen ▪ Die optimale Ausstattung des Geburtsraumes umfasst: <ul style="list-style-type: none"> ▪ breites und höhenverstellbares Geburtsbett ▪ Gebärhocker ▪ Gebärwanne oder -becken ▪ Seil oder Tuch von der Decke ▪ Wickeltisch zur Neugeborenenversorgung ▪ Reanimationsausrüstung für Notfälle“ 			
	435	<p>„Der optimale Geburtsraum wirkt gemütlich, wohnlich, bequem, freundlich, heiter, unbeschwert und locker. Seinen Nutzern bietet er eine beruhigende, entspannende, ermutigende, Zuversicht spendende, Sicherheit vermittelnde, Halt gebende, enthemmende und private Atmosphäre. Er wirkt vertraut.“</p>			
Haselhoff (2010)	118	<p>„Die Patienten gaben unterschiedliche Intensitätsgrade der Informationssuche an, manche haben sich intensiv und über längere Zeit hinweg informiert, andere gar nicht (meist weil die Erkrankung plötzlich auftrat. Das spiegelt sich auch in den Gründen für die Krankenhauswahl wieder. Die drei häufigsten sind die Empfehlung durch Dritte (Bekannte oder Ärzte), die Bekanntheit und Nähe zum Wohnort.“</p>	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	172 f.	„Thorne und Robinsons drei Stufen des ‚Naive trusting‘, ‚Disenchantment‘ und ‚Guarder alliance‘ von Familienmitgliedern chronisch Kranker lassen sich gut auf Krankenhauspatienten übertragen, die zu Beginn mit einem institutionellen Vertrauensvorschuss [...] ins Krankenhaus gehen ohne es näher zu kennen, bei zu hohen Erwartungen aufgrund des Abgleichs mit ihren Erlebnissen negative Erfahrungen und somit Misstrauen entwickeln, was schließlich zu einer Modifikation der Rolle, daher veränderten realistischeren Erwartungen [...] führen kann.“			
	216	„Aber auch die beste Öffentlichkeitsarbeit reicht nicht aus, wenn die Patienten ihre Aufenthalte im Krankenhaus als negativ erleben und dies an andere Menschen weitergeben. Zahlreiche Passagen in den Interviews legen das, dass die Reputation sich neben der medialen Berichterstattung zum großen Teil aus den persönlichen Erlebnisberichten Dritter bildet, über die zu weilen intensiv und mit vielen anderen Personen besprochen wird.[...] Zudem verlassen sich Konsumenten bei einem Vertrauensgut wie eine Krankenhausleistung am ehesten auf Empfehlungen und Meinungen anderer vertrauensvoller Personen.“			
Hohls (2014)	36 f.	„Mehr als die Hälfte der Patienten ist auf Überweisung des behandelnden Hausarztes hin in die Klinik gekommen, lediglich 4,6% der Patienten der Gesamtgruppe aufgrund von Internet-Recherchen. 97,1% der Patienten, die mit hausärztlicher Überweisung zur Aufnahme gekommen waren und sich selbst zuvor im Internet informiert hatten, waren jünger als 65 Jahre. Knapp 60% aller Patienten, die im Internet nach Informationen gesucht haben, messen diesen eine sehr große bis große Bedeutung bei. Etwa zwei Drittel der Befragten hat sich im Internet über die eigene Erkrankung informiert; ein Fünftel über Behandlungsmethoden. Nur Wenige suchten nach speziellen Therapien oder bestimmten Ärzten. Patienten mit chronischen Erkrankungen - hier Patienten mit CED - informierten sich in hohem Maße zu ihrer Erkrankung. Drei Viertel der Sucher haben sich selbst im Internet informiert, wobei Frauen tendenziell eher Andere für sich nach Informationen im Internet suchen ließen. Über 75% aller Befragten haben die gewünschten Informationen im Internet zwar gefunden, hielten diese jedoch zur Hälfte für nicht aus-	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		reichend. Etwa zwei Drittel der Befragten messen den über das Internet erhältlichen Informationen eine Bedeutung für ihre persönliche Klinikwahl bei. Jeweils ein Drittel der von uns befragten Patienten gab an, dass die klinikeigene Webseite der Chirurgischen Klinik I der Charité - Campus Benjamin Franklin ihre Wahl der Klinik in hohem, mittlerem bzw. nur geringen Maße beeinflusst habe. 13,4% der ‚Internet-Sucher‘ haben sich aufgrund der Informationen aus dem WWW für die Klinik entschieden.“			
Köhler und Gründer (2017)	86	„Nicht jede Position in den Suchergebnissen zu einer Suchanfrage ist gleich viel wert. Das liegt wesentlich in der Art, wie sich Nutzer Informationen im Internet aneignen. Studien haben ergeben, dass die Wahrnehmung viel selektiver und ungeduldiger abläuft als beispielsweise beim Lesen eines Buches oder einer Zeitung.“	Nein	Nein	n. a.
Poll (2008)	214	„Die Befragten hatten demnach einen Einfluss auf die Klinikwahl oder waren an der Entscheidung beteiligt. In diesen Fällen lag offenbar eine partizipative oder informierte Entscheidungssituation vor [...]“	ja	ja	Für sich selbst Für Angehörige
	237	„Auffällig ist, dass die Nutzer [der Onlinebefragung] am ehesten an Informationen zu der Struktur- oder Prozessqualität der Einrichtung interessiert waren, und weniger Angaben zur Ergebnisqualität gesucht wurden.“			
	243	„So konnte auch in dieser Arbeit anhand von drei Patientenbefragungen gezeigt werden, dass das Modell der paternalistischen Entscheidungsfindung mehr und mehr in den Hintergrund rückt. Patienten nehmen ihr Recht auf freie Krankenhauswahl wahr und wünschen sich Informationen zur Versorgungsqualität einzelner Krankenhäuser.“			
	243 f.	„Durch die vom Gesetzgeber eingeführte Veröffentlichungspflicht solcher Messgrößen in den strukturierten Qualitätsberichten nach § 137 SGB V ist ein erster wichtiger Schritt in Richtung Verbraucherinformation und Transparenz [...] getan. Krankenhausdatenbanken im Internet greifen sowohl diese Größen, als auch weitere Angaben und Informationen auf und können durch deren strukturierte und systematische Aufbereitung einen gegenüber [...] Printmedien einen besonders nutzerfreundlichen Beitrag zur Patienteninformation leisten. Sie fördern die Möglichkeit eines Krankenhausvergleichs, in dem für			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		die Nutzer die interessierenden Merkmale [...] erfasst und gegenüber gestellt werden können.“			
Raab und Konrad (2014)	8	„Die erste zu prüfende These lautet wie folgt: ‚Einweiser mit einer geringeren Durchschnittsentfernung ihrer Patienten zum Krankenhaus überweisen mehr Fälle als Einweiser, deren Patienten im Durchschnitt weiter vom Krankenhaus entfernt sind.‘ Die untersuchten Variablen sind die ‚durchschnittliche Entfernung Patient zum KH‘ und die ‚Fallzahl‘. Der Mittelwert der Variablen ‚Fallzahl‘ liegt in der Stichprobe (n = 6.618) bei ca. 14 Fällen, die Durchschnittsentfernung über alle Patienten eines Einweisers liegt bei ca. 52 km. Laut linearer Regressionsanalyse können 2,6% (= R-Quadrat) der Abweichung der Variablen ‚Fallzahl‘ durch die Variable ‚durchschnittliche Entfernung Patient zum KH‘ erklärt werden. Erhöht sich die Entfernung um einen Kilometer, so sinkt die Fallzahl um 0,092 (Regressionskoeffizient; Sig. 0,000). Eine Varianzanalyse (Tab. 2) zeigt weiterhin, dass sich die Anzahl der überwiesenen Fälle bei einer Fahrtstrecke von 30km und mehr für den Patienten stark verringert. Mit einer 95%igen Wahrscheinlichkeit liegt der Wert in der Grundgesamtheit bei einer Fahrtstrecke von >= 30 km zwischen 4 und 6 Fällen, während bei einer Fahrtstrecke von < 30 km zwischen 20 und 24 Fällen überwiesen werden (Sig. 0,000).“	Nein	Nein	n. a.
	8 f.	„Überweisen Einweiserpraxen, die näher am Krankenhaus liegen, mehr Fälle als Einweiserpraxen, die sich weiter entfernt vom Krankenhaus befinden? An dieser Stelle soll zusätzlich neben der Entfernung der Praxis zum Krankenhaus auch der Einfluss des Fachgebietes auf die Fallzahlen untersucht werden. Die durchschnittliche Entfernung der Praxis des niedergelassenen Arztes zum KH liegt bei Fachärzten bei 36,6km und bei Allgemeinärzten bei 40,8km. Allgemeinärzte überweisen im Durchschnitt 11 Fälle, während Fachärzte ca. 15 Fälle schicken. Die multiple Regressionsanalyse in Tab. 3 ergab, dass 3,5% (= R-Quadrat) der Abweichung in der Fallzahl durch die Variablen ‚Luftlinie‘ und ‚Fachrichtungsgruppe‘ erklärt werden kann. Erhöht sich die Entfernung der Einweiserpraxis zum Krankenhaus um einen Kilometer, sinkt die Fallzahl um 0,130 (= Regressionskoeffizient ‚Luftlinie‘; Sig. 0,000), ändert sich dagegen die Fachrichtungsgruppe			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		(Facharzt oder Allgemeinarzt) sinkt die Fallzahl um 2,5 (=Regressionskoeffizient ‚Fachrichtungsgruppe‘; Sig. 0,005). Die Variable ‚Fachrichtungsgruppe‘ hat mit -0,034 (= standardisierter Koeffizient) einen größeren Einfluss auf die Fallzahl als die Variable ‚Luftlinie‘ mit -0,182 (= standardisierter Koeffizient).“			
Raab und Konrad (2014)	9 f.	„Einweiser mit im Durchschnitt jüngeren Patienten generieren kürzere durchschnittliche Verweildauern als Einweiser mit durchschnittlich älteren Patienten.‘ Neben dem durchschnittlichen Alter der Patienten eines Einweisers soll auch der Einfluss des Fachgebiets des Einweisers untersucht werden. Das Durchschnittsalter über alle Patienten eines Einweisers beträgt in der Gruppe der Fachärzte ca. 51 Jahre während Patienten von Allgemeinärzten ca. 9 Jahre älter sind. Die durchschnittliche Verweildauer liegt zwischen 6 und 7 Tagen. Eine multiple Regressionsanalyse zeigt, dass 6,2% (= R-Quadrat) der Abweichung in der Verweildauer eines Einweisers durch die Variablen ‚Alter‘ und ‚Fachrichtungsgruppe‘ erklärt werden können. Tab. 4 zeigt folgendes Ergebnis: Erhöht sich das Durchschnittsalter über alle Patienten eines Einweisers um ein Jahr, so steigt die durchschnittliche Verweildauer des Einweisers um 0,077 Tage (=Regressionskoeffizient ‚Alter‘; Sig. 0,000). Ändert sich die Fachrichtung (Allgemeinarzt oder Facharzt) des Einweisers so erhöht sich die durchschnittliche Verweildauer um 0,519 Tage (=Regressionskoeffizient ‚Fachrichtungsgruppe‘; Sig. 0,000). Die Variable ‚Alter‘ hat einen größeren Einfluss auf die Verweildauer (Standardisierter Koeffizient: 0,236) als die Variable ‚Fachrichtungsgruppe‘ (Standardisierter Koeffizient: 0,043).“			
	10 f.	„Überweisen Einweiserpraxen, die weiter entfernt vom Krankenhaus liegen, Fälle mit einem höheren Effektivgewicht als niedergelassene Arztpraxen, die näher am Krankenhaus liegen? Weiterhin soll der Einfluss des Fachgebietes des Einweisers untersucht werden. Der Mittelwert des durchschnittlichen Effektivgewichts pro Einweiser über alle seine Fälle liegt in der Gruppe der Fachärzte bei 1,23 (n=2.918) und in der Gruppe der Allgemeinärzte bei 1,48 (n=3.237). Praxen von Fachärzten befinden sich im Durchschnitt ca. 36km vom Krankenhaus entfernt, Praxen von Allgemeinärzten ca. 40 km. Die multiple Regressionsanalyse (Tab. 5) zeigt, dass 1,3% (= R-Quadrat; Sig. 0,000) der Abwei-			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>chung des durchschnittlichen Effektivgewichtes durch die Variablen ‚Luftlinie‘ und ‚Fachrichtungsgruppe‘ erklärt werden können. Erhöht sich also die Entfernung um 1 km, so steigt das durchschnittliche Effektivgewicht um 0,002 (Regressionskoeffizient ‚Luftlinie‘; Sig. 0,000). Ändert sich dagegen die Fachrichtung (Allgemeinarzt oder Facharzt), so erhöht sich das durchschnittliche Effektivgewicht um 0,242 (Regressionskoeffizient ‚Fachrichtungsgruppe‘; Sig. 0,000). Dabei hat die Variable ‚Fachrichtungsgruppe‘ einen größeren Einfluss mit 0,087 (= Standardisierter Koeffizient) als die Variable ‚Luftlinie‘ mit 0,067 (= Standardisierter Koeffizient).“</p>			

Anhang A.2.3: Handsuche auf Websites

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 1

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichproben- charakteristik	Durchschnitts- alter; Range (von–bis)
Braun-Grüneberg und Wagner (2009)	Deutschland	„In diesem Beitrag sollen im ersten Teil die Ergebnisse der Befragungen von Patienten aus drei sehr unterschiedlichen Regionen gegenübergestellt und die für sie nützlichsten Informationsquellen ermittelt werden. Im darauf folgenden Teil werden die Wünsche von allen Patienten zusammengefasst und ihrer wirklichen Wahl gegenübergestellt.“	220	Quantitative Studie	Standardisierte Interviews	2007	Patientinnen und Patienten von je einer Klinik in einer Großstadt, am Rand einer Großstadt und auf dem Land (bei Unter-16-jährigen wurden die Eltern befragt)	407 Teilnehmende Großstadt: 75 Teilnehmende Rand der Großstadt: 169 Teilnehmende Land: 163 Teilnehmende	42 %: (40–65 Jahre)
Dietrich und Lindenmeier (2009)	Deutschland	„Es stellt sich zunächst die grundsätzliche Frage, ob die mengenbezogenen Qualitätsindikatoren von Patienten für deren Wahlentscheidungen überhaupt relevant sind. Zusätzlich lässt sich die Frage stellen, wie sich diese auf Fallzahlen beruhenden Wahlentscheidungen bei zusätzlich präsentierten Qualitätsinformationen ändern. Aus der Beantwortung dieser Fragen lassen sich Schlussfolgerungen für die Kommunikation von Qualitätsinformationen ziehen, die sowohl im Hinblick auf die wirkungsvolle Steuerung des Qualitäts- und Leistungswettbewerbs im Gesundheitswesen insgesamt als auch für die Gestaltung von Qualitätsinformationen	874	Quantitative Studie	Discrete-Choice-Experimente	n. a.	Studierende	1. Experiment: 257 Teilnehmende: 56,3 % Männer 2. Experiment: 254 Teilnehmende: 49,2 % Männer	1. Experiment: 22,1 Jahre 2. Experiment: 21,7 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von-bis)
		aus Sicht von Krankenhäusern relevant sind.“							
Dreus und Gebele (2015)	Deutschland	„Die Vorstellung der Gesundheitspolitik, die Patienten ausschließlich mit genügend Qualitätsinformationen versorgen zu müssen, damit diese darauf aufbauend rationale Entscheidungen bei der Wahl von Krankenhäusern treffen, geht an der Realität vorbei. Der Beitrag räumt mit diesem Bild auf und versucht ein realistisches Bild zu zeichnen, über welche Informations- und Entscheidungswege Patienten in ein Krankenhaus kommen. Es werden wichtige Empfehlungen gegeben, w/e Krankenhäuser mit ihrer Kommunikationspolitik den Patienten ein attraktives Bild ihres Angebots übermitteln können.“	109	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Emmert et al. (2017c)	Deutschland (bezieht sich aber auf das System des UK und der USA)	„Zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten haben untersucht, ob Public Reporting zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen führt. Im Folgenden erfolgt eine Übersicht über die Ergebnisse von neun Übersichtsarbeiten der vergangenen zehn Jahre.“	68	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	Systematische Reviews, die den Einfluss von Public Reporting thematisieren	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von-bis)
Geraedts (2006)	Deutschland	„Deshalb stellt sich die Frage, ob die Gruppe der Versicherten die vorliegenden Qualitätsberichte trotzdem nutzte und auf deren Basis bei Bedarf eine informierte Auswahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens treffen kann, oder ob ganz andere Informationen aus Sicht der Versicherten notwendig wären. Vor allem diesem Fragenkomplex widmet sich der folgende Beitrag. Dabei stehen aber nicht nur die gesetzlichen Qualitätsberichte im Fokus, sondern auch das Interesse der Versicherten an Qualitätsvergleichen von Gesundheitseinrichtungen im Allgemeinen und ihr Umgang damit.“	155	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Stichprobe krankensversicherter Bürger im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2006, repräsentativ für deutsche Bevölkerung	1.524 Teilnehmende	n. a.
Geraedts (2018)	Deutschland	„Der vorliegende Beitrag nähert sich der Beantwortung dieser Fragestellung auf der Basis veröffentlichter repräsentativer Befragungs- und Studienergebnisse der letzten Jahre, die überblicksartig zusammengefasst werden; wo immer möglich werden auch zeitliche Trends berichtet.“	71	Systematisches Review	Systematische Literaturlauswertung	n. a.	Befragungen zum Gesundheitssystem, zur Funktionalität des Krankenhaussektors, zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, sowie Sekundärdatenanalysen zu Patientenverhalten	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Geraedts et al. (2010)	Deutschland	„Hauptziel der Befragungen war es, die konkreten Informationsbedürfnisse der in den Regelungen zum Qualitätsbericht vorgesehenen Nutzer der Qualitätsberichte – Patienten, Einweiser und Krankenhäuser - in Bezug auf Relevanz und Nützlichkeit der Qualitätsberichte bei der Entscheidungsfindung bzw. Auswahl eines Krankenhauses in Erfahrung zu bringen.“	4	Mixed Methods	Befragung, Interviews, Fokusgruppen	2009–2010	Krankenhausbefragung: Deutsche Krankenhäuser Patientenbefragung: Stationäre Patientinnen und Patienten der Bereiche Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in NRW Ärztebefragung: Ärztinnen und Ärzte verschiedener Facharztgruppen aus Nord-, Ost- und Süddeutschland	333 Krankenhäuser 48 Patientinnen und Patienten: 58 % Frauen 234 Ärztinnen und Ärzte: 33 % Frauen	Patientinnen und Patienten: 62 Jahre
Geuter und Weber (2009)	Deutschland	„Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl zu untersuchen und die bisher nur rudimentär bekannten Präferenzen und Motive chronisch kranker Menschen bei der Informationssuche zur Entscheidung für ein Krankenhaus zu explorieren und zu analysieren.“	43	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2007	Manifestiert chronisch-erkrankte Personen (Chronische Polyarthrit, Morbus Bechterew, Arthrose)	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichproben- charakteristik	Durchschnitts- alter; Range (von–bis)
Hermeling und Geraedts (2013)	Deutschland	„Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie, inwieweit Ärzte in Deutschland Qualitätsberichte direkt, also im Broschüren- bzw. pdf-Format oder aber indirekt, also in Form von Vergleichsportalen im Internet kennen und Informationen daraus gezielt im Rahmen der Patientenberatung für ihre Einweisungsentscheidung nutzen. Zudem wird untersucht, inwieweit Ärzte über die vom G-BA bereitgestellte Lesehilfe für Patienten informiert sind.“	156	Quantitative Studie	Interviews	2009–2010	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus Nord-, Ost- und Süddeutschland	300 Teilnehmende	n. a.
Mansky (2013)	Deutschland	„In dieser Befragung wurde daher versucht, die Prioritäten potenzieller Patienten unter eingeschränkten Auswahlbedingungen und in Abhängigkeit von ihren Vorerfahrungen zu ermitteln.“	137	Quantitative Studie	Befragung	n. a.	Potenzielle Patientinnen und Patienten, repräsentativ für die deutsche Bevölkerung hinsichtlich Altersgruppen, Geschlecht, Region, Bildung und Einkommen	1.740 Teilnehmende Mit keiner Vorerfahrung einer Krankenhausbehandlung: 307 Teilnehmende Mit Vorerfahrung aufgrund leichter Erkrankung: 918 Teilnehmende Mit Vorerfahrung aufgrund chronischer oder schwerer Erkrankung: 515 Teilnehmende	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von-bis)
Marstedt (2018)	Deutschland	„In einer standardisierten Telefonbefragung von 1.074 deutschen Internetnutzern im Alter zwischen 18 und 80 Jahren wurde untersucht, welche Bedeutung das Internet als Ratgeber in Gesundheitsfragen hat. Darüber hinaus wurde die Reaktion der Ärzte thematisiert.“	9	Quantitative Studie	Befragung	2017	Internetnutzerinnen und -nutzer, gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Haushaltsgröße, Region und Erwerbstätigkeit, repräsentativ für deutsche Bevölkerung Alter: 18–80 Jahren	1.074 Teilnehmende	n. a.
Messer und Reilley (2015)	Deutschland	„Ziel des Artikels ist es, eingehender zu betrachten, wie diese akteurseigenen Rationalitätskriterien mit der Schaffung strukturierter Qualitätsberichte nach § 137 SGB V aufeinandertreffen und wie diese spezifischen Rationalitäten zwischen den Akteuren in Einklang gebracht werden. In diesem Netzwerk fungieren die Qualitätsberichte als zentrale Vermittlungsinstanz. Ein besonderer Fokus in der nachfolgenden Betrachtung liegt auf den Patienten, die zwar die zentralen Adressaten der Qualitätsberichte darstellen, aber im Vergleich zum Akteur Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) einen deutlich geringeren Einfluss im Gesundheitssystem haben. Beide Akteure bilden, gemeinsam mit den Qualitätsberichten,	63	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichproben- charakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		die zentralen Elemente des zu betrachtenden Netzwerkes. Dieses fungiert als analytischer Ausschnitt aus einem in der Versorgungsrealität sehr viel komplexeren und umfassenderen Geflecht aus Beteiligten, um das Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Rationalitätskriterien im Zusammenspiel der Akteure beleuchten zu können.“							
Neugebauer ([2010])	Deutschland	„Somit war ein weiteres Ziel dieser Arbeit, zu ermitteln, inwieweit betroffene Patienten das Informationsmedium Qualitätsbericht verstehen und darin beinhaltete Daten interpretieren können. [...] So sollte untersucht werden, welche Präferenzen urologische Patienten bei der Krankenhauswahl vorweisen, und was letztendlich auslösende Faktoren bei der Entscheidung für eine Klinik darstellen.“	12	Quantitative Studie	Befragung	2007	Patienten mit radikaler Prostatektomie bei Prostatakarzinom 4 bis 8 Monate vor der Befragung	369 Teilnehmende Männer	65,7 Jahre; (44-78 Jahre)
Picker Institut Deutschland (2006)	Deutschland	„Vor dem Hintergrund des Aufbaus eines umfassenden patientenorientierten Informationssystems über Angebot und Qualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen möchte die Bertelsmann Stiftung in einer qualitativen empirischen Untersuchung den objektiven Informationsbedarf von potenziellen Patienten erheben. Es besteht das Ziel, Informationsparameter/ -indikatoren zu ermitteln, die bislang von der	3	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2006	Personen, die einen ambulanten Pflegedienst gewählt haben(Gruppe 1), die den Hausarzt gewechselt haben (Gruppe 2), die sich im Rahmen einer Krankheit für ein	32 Teilnehmende (8 pro Gruppe)	25—75 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von-bis)
		<p>bisherigen Datenbasis (BQS, Qualitätsberichte) noch nicht berücksichtigt wurden.</p> <p>[...] Mit der Erhebung soll der Informationsbedarf bei der Entscheidung für folgende medizinische Leistungserbringer überprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulanter Pflegedienst ▪ Hausarzt ▪ Krankenhaus ▪ Reha-Klinik“ 					Krankenhaus entschieden haben (Gruppe 3), oder die im Rahmen einer Anschlussbehandlung eine Reha-Klinik gewählt haben (Gruppe 4)		
Rossmann et al. (2018)	Deutschland	<p>„Der vorliegende Bericht fasst die wissenschaftlichen Befunde zum Gesundheitsinformationsverhalten sowie zur Verbreitung und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen zusammen und wird von den folgenden Fragen geleitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wovon hängt das Gesundheitsinformationsverhalten der Menschen ab? ▪ Wie verläuft die Gesundheitsinformationssuche im Krankheitsfall? ▪ Über welche Kanäle werden Gesundheitsthemen verbreitet und welches Potenzial bieten unterschiedliche Kommunikationswege? ▪ Wie müssen Gesundheitsinformationen vor dem Hintergrund wissen- 	8	Systematisches Review	Systematische Literatursauswertung	Literatur von 2006–2016	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichproben- charakteristik	Durchschnitts- alter; Range (von–bis)
		schäftlicher Erkenntnisse zur Informationsverarbeitung aufbereitet und präsentiert werden?“							
Schaeffer (2006)	Deutschland	„Ziel der Literaturanalyse war es, Aufschlüsse darüber zu erlangen, welche Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse Patienten und Nutzer an Informationsangebote und -medien richten, vor allem, wenn sie sich über Krankenhäuser, aber auch andere Versorgungseinrichtungen informieren wollen, und konkreter noch: was sie an Information suchen und welche Informationswege sie beschreiten, um sich bei einem anstehenden Krankenhausaufenthalt für eine konkrete Einrichtung zu entscheiden.“	7	Systematisches Review	Systematische Literaturliteraturauswertung	n. a.	Literatur zum Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl	28 eingeschlossene Publikationen Zusätzliche Betrachtung von 15 Beiträgen in den Zeitschriften „Health Expectations“ und „Patient Education and Counseling“	n. a.
Schaeffer et al. (2016)	Deutschland	„Mit dem HLS-GER, der hier im Mittelpunkt steht, folgt ein weiterer Schritt, denn mit ihm erfolgte erstmals eine repräsentative Erhebung zum Ausmaß und zur Verteilung von Health Literacy in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland – dies auf der Basis des Vollinstruments des HLS-EU und einer face-to-face Befragung. Denn nur dies ermöglicht einen Vergleich mit den bereits 2012 vorgestellten Daten des HLS-EU, der bislang aussteht. Auch zum Thema Konsequenzen niedriger Health Literacy fehlen in Deutschland repräsentative Daten. Auch dazu soll der HLS-GER wichtige Erkenntnisse liefern	13	Quantitative Studie	Befragung	2014	Bundesbürger Alter: ≥ 15 Jahre	2.000 Teilnehmende 51,1 % Frauen 25 % mit chronischer Erkrankung	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		und überdies soll er den Anschluss an die internationale Diskussion sichern.“							
Schwartz (2007)	Deutschland	„Diese Arbeit möchte mithilfe einer empirischen Befragung potenzieller Adressaten (Nutzer) zukünftiger Informations- und Datenvergleiche medizinischer Leistungserbringer einen Beitrag dazu leisten, dass das Verfahren in Zukunft erfolgreicher umgesetzt werden kann.“	5 f.	Quantitative Studie	Standardisiertes Interview	2005	Patientinnen und Patienten von Allgemeinarztpraxen in Nordrhein-Westfalen sowie Studenten (Hälfte Medizin)	100 Teilnehmende: 59 Frauen 41 Männer 50 Patientinnen und Patienten 25 Medizinstudierende 25 Studierende anderer Fachbereiche	41,6 Jahre; (18–81 Jahre)
Seifert (2015)	Deutschland	„Ziel dieses Beitrags ist es, das Informations- und Kommunikationsverhalten von Patienten mithilfe einer Typologie zu beschreiben.“	142	Mixed Methods	Leitfadenterviews, Befragung	2014	Stationäre Patientinnen und Patienten des Helios Klinikum Erfurt	Interviews: 19 Teilnehmende Befragung: 421 Teilnehmende 47 % Frauen	Befragung: 54 Jahre
Simon (2010)	Deutschland	„Die Tragweite dieses Forschungsansatzes zeigte sich in der Durchführung der vorliegenden Untersuchung. So entstammt der Ansatzpunkt aus der Praxis und drehte sich um die pragmatisch formulierten Fragen: Was wollen Patienten (eigentlich) zur KH-Qualität wissen? Wie hoch ist der Informationsbedarf ausgeprägt? Auf welche Informationen zur KH-Qualität richten sich die Bedürfnisse von Patienten?“	248	Quantitative Studie	Befragung, Discrete-Choice-Experiment	2008	Versicherte Bürgerinnen und Bürger und Krankenhauspatientinnen und -patienten, repräsentativ für die Bundesbevölkerung hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozialer Schicht	276 Teilnehmende: 142 KH-Patientinnen und -patienten; 134 potenzielle Patientinnen und Patienten 55,9 % Frauen	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Steinhaus r (2015)	Deutschland	„Die vorliegende Untersuchung soll das Krankenhausmanagement über die Determinanten der Krankenhauswahl von Patienten und zuweisenden Ärzten informieren sowie den Erfolg von Maßnahmen zur Patientengewinnung abschätzen.“	16	Quantitative Studie (Feldstudie)	Discrete-Choice-Experiment	2013	Patientinnen und Patienten und zuweisende Ärztinnen und Ärzte	661 Patientinnen und Patienten 54% Frauen 727 Ärztinnen und Ärzte 28% Frauen	Patientinnen und Patienten: 41%: (45–64 Jahre) Ärztinnen und Ärzte: 54 Jahre
Universität Witten/Herdecke ([kein Datum])	Deutschland	„Ziel des Projektes ist es, das Krankenhauswahlverhalten aus Sicht der Patienten zu erheben, die gerade im Krankenhaus aufgenommen worden sind und daher ihren Aufnahmeprozess, ihre Vorbereitung und ihre Möglichkeiten bei der Wahl des Krankenhauses mitzuentscheiden, berichten können. Damit soll patientennah eine wissenschaftliche Grundlage für patientenorientierte Krankenhausinformationen erarbeitet werden.“	5	Quantitative Studie	Querschnittsstudie	2012	Konsekutiv aufgenommene vollstationäre Patientinnen und Patienten in 46 Fachabteilungen aus 17 Krankenhäusern	1925 Teilnehmende 55% Frauen	58,5 Jahre

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Verbraucherzentrale NRW (2014)	Deutschland	„Die Verbraucherzentrale NRW geht mit dem folgenden Bericht der Frage nach, inwieweit die vorhandenen Qualitätsdaten in der Lage sind, Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt eine sinnvolle Entscheidungsgrundlage zu bieten. Dabei sollen die Daten und ihre Aufbereitung aus dem Blickwinkel der Patientenbedürfnisse betrachtet werden. Die zentrale Frage ist, ob ein Laie anhand der vorhandenen Daten zu einer sinnvollen Wahl gelangen kann und welche Hürden dabei zu überwinden sind.“	11	Explorative Studie	Krankenhaussuche über Internetportal	n. a.	Internetportal Weisse Liste	n. a.	n. a.

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 2

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Braun-Grüneberg und Wagner (2009)	225 f.	<p><i>Art der Informationsquellen</i></p> <p>„Von den vorgegebenen Informationsquellen (Zeitungsartikel über die Klinik, Anzeigen sowie Informationsbroschüren, Internetauftritt und Qualitätsberichte der Kliniken) wurden die Informationsbroschüren am häufigsten genutzt.</p> <p>[...] Trotz des Informationsgehaltes wurden Qualitätsberichte nur sehr selten zur Informationsbeschaffung genutzt. Dies liegt einerseits daran, dass viele Patienten diese Informationsquelle (noch) nicht kennen. Andererseits sind diese Berichte für die meisten Patienten nicht verständlich genug aufbereitet.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst Für angehörige Kinder
	229 f.	<p><i>Auswahl von Kliniken</i></p> <p><i>Das ideale Krankenhaus</i></p> <p>„Die Kompetenz des medizinischen und nicht-medizinischen Personals sowie sein Umgang mit den Patienten haben bei der Auswahl offenbar erste Priorität (Abbildung 4).</p> <p>[...] Weitere wichtige Auswahlkriterien waren für 6% der Befragten die Nähe zum eigenen Wohnsitz und für 6,6% eine gute Erreichbarkeit der Klinik—unabhängig vom Verkehrsmittel.</p> <p>[...] An dritter Stelle der Clusterbetrachtung in Abbildung 4 steht mit 12,5% die Summe der Kriterien, die nicht zur medizinischen Versorgung eines Krankenhauses gehören, und daher unter Hoteldienstleistungen zusammengefasst wurden.“</p>			
	231—233	<p><i>Die Auswahl in der Realität</i></p> <p>„In der Realität wählte fast jeder zweite Befragte das konkrete Klinikum aufgrund einer Empfehlung oder der eigenen Erfahrung aus.</p> <p>[...] Jeweils knapp 14% verlassen sich auf die Empfehlung von Medizinern oder den guten Ruf des Klinikums.</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] In der Gesamtbetrachtung an zweiter und dritter Stelle fast gleichauf finden sich die Antwortpakete zum Personal (16,7%) sowie Wohnortnähe, Erreichbarkeit und Lage (16,4%).“			
	235	<p><i>Wunsch und Wirklichkeit</i></p> <p>„Besonders interessant ist, ob die konkrete Auswahl der behandelnden Klinik nach den gleichen Kriterien erfolgte, die von den Patienten allgemein für die Wahl eines Krankenhauses angegeben werden.</p> <p>[...] Wie Abbildung 8 zeigt, besteht bei den Kriterien ‚Guter Ruf‘ und Wohnortnähe nahezu Übereinstimmung. Der Ruf des Krankenhauses wurde bei beiden Fragen annähernd von jedem fünften Patienten genannt, die Wohnortnähe von ca. 15% bzw. 17%. Die größten Abweichungen mit jeweils rund 30 Prozentpunkten finden sich in den drei Rubriken Pflege- und Betreuungspersonal, Ärzte sowie Erfahrungen mit dem Krankenhaus (persönlich bzw. aus dem Familien-, Freunds- oder Bekanntenkreis). Dennoch bestehen zwischen allen drei Differenzen erhebliche qualitative Unterschiede.</p> <p>[...] In der Realität ist offenbar das Kriterium der bisherigen Erfahrungen mit dem Krankenhaus ausschlaggebend für die Klinikwahl, da es von einem Drittel der Befragten benannt wurde.“</p>			
Dietrich und Lindenmeier (2009)	881 f.	<p><i>Ergebnisse der ersten Studie</i></p> <p>„Die Analyse der Daten ergab, dass die veröffentlichten Fallzahlen (mengenbezogene Qualitätsindikatoren) einen signifikanten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses haben. Das Test-Krankenhaus mit höheren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus wurde ohne weitere Informationen deutlich häufiger gewählt (81,1%) während das Test-Krankenhaus mit geringeren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus seltener gewählt wurde (15,4%). Diese Wahlentscheidungen fallen weniger deutlich aus, wenn zusätzlich zu den mengenbezogenen Qualitätsindikatoren ein bundesweiter Durchschnitt des Qualitätsindikators angegeben wird, der niedriger ist als die Fallzahlen von Test- und Referenzkrankenhaus. Das Test-Krankenhaus mit den höheren Fallzahlen wurde dem Referenz-Krankenhaus in diesem Fall nur noch in 61,4% der Fälle vorgezogen, während das</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>Test-Krankenhaus mit den geringeren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus mit einer Häufigkeit von 29,3% gewählt wurde. Wurde eine zusätzliche verbal formulierte Information zur krankenhausspezifischen Qualität angegeben (Kompetenzteam), wurde das Test-Krankenhaus mit den höheren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus in 86,0% der Fälle vorgezogen, während das Test-Krankenhaus mit den niedrigeren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus von 70,5% der Befragten vorgezogen wurde. Die Unterschiede in den Verteilungen der Krankenhauswahl sind hoch signifikant ($\chi^2(5; 0,95) = 70,292$, $p < 0,001$).</p> <p>[...] Nahezu vollständig überlagert wird der separierende Effekt der mengenbezogenen, also quantitativen Qualitätsindikatoren durch die Angabe zusätzlicher verbaler, also qualitativer Qualitätsinformationen zu spezifischen Kompetenzen des Krankenhauses. Hier wird das gemessen an den mengenmäßigen Qualitätsindikatoren schlechtere Krankenhaus in 70% der Fälle vorgezogen, das nach mengenmäßigen Qualitätsindikatoren bessere Krankenhaus in 86% der Fälle. Die qualitative Information hat in diesem Fall eine deutlich stärkere Wirkung als der mengenbezogene Qualitätsindikator und lässt diesen mehr oder weniger irrelevant werden.“</p>			
	887	<p><i>Ergebnisse der zweiten Studie</i></p> <p>„Wie die Ergebnisse zeigen, steigt die Häufigkeit, mit der das Test-Krankenhaus gewählt wird, mit der Höhe der Fallzahlen (Faktor 1).</p> <p>[...] Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die Häufigkeiten, mit der das gemessen an den mengenbezogenen Qualitätsindikator [sic!] schlechtere Krankenhaus gewählt wurde, von der Höhe der Fallzahlen abhängig ist (Tab. 2). Bei einem hohen bundesweiten Durchschnitt wurde das Testkrankenhaus mit geringeren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus von 18,4% der Befragten gewählt, bei einem mittleren bundesweiten Durchschnitt von 27,9% und bei einem niedrigen bundesweiten Durchschnitt von 38,1% der Probanden. Die Wahl des – gemessen an den mengenbezogenen Qualitätsindikatoren – besseren Krankenhauses scheint hingegen kaum abhängig von der Angabe zusätzlicher bundesweiter Durchschnittszahlen zu sein. Bei einem hohen bundesweiten Durchschnitt wurde das Testkrankenhaus mit den höheren Fallzahlen als das Referenz-Krankenhaus</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		von 74,3% der Studienteilnehmer gewählt, bei einem mittleren bundesweiten Durchschnitt von 73,3% und bei einem niedrigen bundesweiten Durchschnitt von 82,5% der Studienteilnehmer. Die Variationen in den Wahlentscheidungen sind statistisch gemäß χ^2 -Test signifikant ($\chi^2(5; 0,95) = 65,299, p < 0,001$).“			
Dreves und Gebele (2015)	114 f.	<p>„Die bereits angesprochenen Schwierigkeiten in der Einschätzung der medizinischen Qualität der Leistungen eines Krankenhauses führen dazu, dass Patienten über Indikatoren versuchen, dennoch ein Urteil über die Qualität eines Krankenhauses zu fällen. Da die mangelnden Vorerfahrungen mit den Leistungserbringern fehlen, können sie auch nicht auf bestehende Vertrauensbeziehungen zurückgreifen. Als zentrales Beurteilungskriterium dient daher eine Vorstufe, nämlich die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit eines Krankenhauses. Man kann diese auch als Vorschusslorbeeren bezeichnen, die Patienten einem Krankenhaus vor ihrer Entscheidung zugestehen. Die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit setzt sich laut einer Studie von Dreves (2013) aus zwei Beurteilungsdimensionen zusammen, nämlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der wahrgenommenen Umsetzungskompetenz und ▪ der wahrgenommenen sozialen Kompetenz.“ 	Nein	Ja	n. a.
	115	<p>„Durch die Fokussierung auf die Kernfrage, ob sie einem bestimmten Krankenhaus vertrauen sollen oder nicht, reduzieren die Patienten die Informationsvielfalt bzw. kompensieren den Informationsmangel. Um die Vertrauenswürdigkeit einschätzen zu können, greifen sie dabei auf Heuristiken im Bewertungsverhalten zurück. Folgende Heuristiken werden zur Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit herangezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekannte Krankenhäuser werden als etablierter und damit langfristig erfolgreicher eingeschätzt und gelten daher als vertrauenswürdiger. ▪ Krankenhäuser in der unmittelbaren Umgebung sind nicht nur bekannter, sondern werden als Teil der Heimat, in der man lebt, als vertrauenswürdiger empfunden als ein weit entferntes Krankenhaus. 			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Bekanntheitseffekt funktioniert auch, wenn Patienten bereits einmal in einer Informationsquelle (Flyer, Website) die Gebäude des Krankenhauses bzw. die dort arbeitenden Personen auf Bildern gesehen haben. Damit erhöht sich die gefühlte Vertrauenswürdigkeit. ▪ Wie bereits in Kapitel 1.3.3 angeschnitten, empfinden daher auch Patienten Erfahrungsberichte anderer früherer Patienten eines Krankenhauses, die in Form einer Storytelling-Perspektive geschrieben sind, als sehr informativ. Durch die damit gewonnene Vorstellung über das Krankenhaus können sie leichter ein Urteil über die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit des Krankenhauses fällen. ▪ Gemeinnützige bzw. konfessionelle Krankenhäuser gelten als weniger profitorientiert, was Patienten mit einer höheren sozial [sic] Kompetenz und somit höheren Vertrauenswürdigkeit verbinden, da das Risiko aus Kostengründen schlechter behandelt zu werden, als geringer eingeschätzt wird. ▪ Andererseits werden profitorientierte Krankenhäuser als leistungsfähiger angesehen (höhere Umsetzungskompetenz), was wiederum vertrauensfördernd wirkt. ▪ Größere Krankenhäuser werden als anonym und weniger patientenorientiert eingeschätzt (niedrige soziale Kompetenz), da man davon ausgeht, dass einem weniger Nähe und Aufmerksamkeit geschenkt wird.“ 			
	116 f.	<p>„Grundlegend ist es Krankenhäusern zu empfehlen, in ihrer Kommunikationspolitik gegenüber Patienten auf die großen vertrauensschaffenden Dimensionen der sozialen Kompetenz und Umsetzungskompetenz zu fokussieren und sich nicht in dem typischen Klein-Klein einzelner Werbebotschaften und vermeintlichen USPs zu verzetteln. Eine Kommunikationsstrategie, die eine vertrauensschaffende Wirkung über die zwei genannten Dimensionen auf die Patienten ausstrahlt, kann als deutlich effektiver angesehen werden. Eher operative Hinweise, beispielsweise zur Gestaltung der eigenen Krankenhauswebsite, sind in der obenstehenden Check-up-Liste angegeben.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Emmert et al. (2017c)	49—52	<p><i>Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung</i></p> <p>„Im Vergleich der drei Bereiche ist es für die Bevölkerung in Deutschland am einfachsten, Informationen aus dem Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung zu verarbeiten (vgl. Abbildung 8-1). Mit 12,7 Prozent ist im Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung der höchste Anteil exzellenter Gesundheitskompetenz zu finden. Beispielsweise ist es für 94,6 Prozent der Befragten sehr einfach oder ziemlich einfach, im Notfall einen Krankenwagen zu rufen (vgl. Abbildung 8-2). Auch den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen, stellt keine Aufgabe dar, die die Befragten überfordert oder in eine schwierige Situation bringt. Im Gegensatz dazu ist es für knapp die Hälfte der Deutschen sehr oder ziemlich schwierig zu beurteilen, ob Gesundheitsinformationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig [sic!] sind. Auch Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen, wird als nicht einfach empfunden. Insgesamt beträgt der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung/-versorgung 42,0 Prozent.</p> <p>[...] Im Bereich Prävention hat knapp die Hälfte der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 8-1). Beispielsweise bereitet es fast 46 Prozent der Befragten Schwierigkeiten, Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden.</p> <p>[...] Knapp 60 Prozent der Befragten verfügen lediglich über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung, der sich auf den Umgang mit Informationen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit bezieht (vgl. Abbildung 8-1). Beispielsweise ist es für die Befragten besonders schwierig, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Dies bewerten 57,3 Prozent der Befragten als ‚schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘. Auch sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung verbessern, empfinden 4 von 10 Befragten als schwierig (vgl. Abbildung 8-4).“</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	59 f.	<p><i>Schritte der Informationsverarbeitung</i></p> <p>„Eher einfach fällt es den Befragten gesundheitsrelevante Informationen zu nutzen: In diesem Bereich haben 15,4 Prozent eine exzellente und weitere 46,5 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Lediglich 6,9 Prozent finden es ‚ziemlich schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘ Gesundheitsinformationen zu nutzen – zum Beispiel, um den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen. Etwas schwieriger ist es für die Befragten, Informationen zu verstehen. Mehr als 40 Prozent der Deutschen verfügt in diesem Bereich über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Die Schritte, Gesundheitsinformationen zu finden und zu beurteilen, stellen die Befragten vor besondere Herausforderungen. Für mehr als ein Fünftel der Befragten ist es ‚sehr schwierig‘ gesundheitsrelevante Informationen zu beurteilen.</p> <p>[...] Ähnlich hoch ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz, wenn es darum geht, Informationen zu suchen. 54,0 Prozent fällt es schwer, sich gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen (vgl. Abbildung 9-1). Dies betrifft beispielweise Informationen über Krankheiten und Therapiemöglichkeiten.“</p>			
	65 f.	<p><i>Informationsverhalten</i></p> <p>„Zunächst zu der Frage, wer für die Befragten die erste Anlaufstelle darstellt, wenn gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen gesucht werden. Nach wie vor ist der Hausarzt die erste Anlaufinstanz. 80 Prozent der Befragten geben an, sich bei Bedarf an Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten an ihren Hausarzt zu wenden (vgl. Abbildung 10-1).</p> <p>[...] Das Internet wird lediglich von rund 25 Prozent als Informationsquelle in Krankheitsfragen genutzt und steht an vierter Stelle.</p> <p>[...] Mehr als 30 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz nutzen das Internet als Informationsquelle (vgl. Abbildung 10-1). Lediglich jeder Fünfte der Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sucht im Internet nach relevanten Informationen.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	68	<p><i>Selection: Beeinflusst Public Reporting die Wahl des Leistungserbringers?</i></p> <p>„Wie in Tabelle 1 dargestellt, konnten einige Reviews hierbei keinen bzw. einen nur schwachen Effekt auf die Patientensteuerung nachweisen.</p> <p>[...] Die Hauptgründe hierfür liegen darin, dass Patienten nichts von den veröffentlichten Qualitätsinformationen wissen, sie nicht dem Bedarf der Patienten entsprechen, sie nicht vorhanden sind, wenn sie für die Krankenhauswahl benötigt werden oder in einer unverständlichen Art und Weise präsentiert werden (Totten et al. 2012).“</p>			
	68	<p><i>Change: Verändert Public Reporting die Versorgungsqualität?</i></p> <p>„Die Übersichtsarbeiten finden einheitlich einen Einfluss auf Qualitätsverbesserungen im Krankenhausbereich, so beispielsweise Fung et al. (2008).</p> <p>[...] Im Hinblick auf die Verbesserungen klinischer Outcomes fallen die Ergebnisse uneinheitlicher aus. Zwei Reviews ziehen ein gemischtes Fazit („mixed evidence for using publicly released performance results to improve outcomes“ [Fung et al. 2008]), während zwei andere Reviews ein eher positives Fazit ziehen.“</p>			
	70 f.	<p><i>Informationsdefizite</i></p> <p>„Über das Thema Behandlungsfehler fühlt sich ein Großteil der deutschen Bevölkerung nicht gut informiert. Insgesamt 61 Prozent der Befragten sind nach eigenen Aussagen schlecht über Anlaufstellen bei Verdacht auf Behandlungsfehler informiert. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist dieser Anteil noch höher: Knapp 70 Prozent weist hier Informationsdefizite auf.</p> <p>[...] An zweiter und dritter Stelle rangiert das Thema Pflege: 58,6 Prozent fühlen sich schlecht über die Qualität von Alten- und Pflegeheimen und 55,5 Prozent über die Qualität von ambulanten Pflegediensten informiert. Die Unterschiede zwischen Befragten mit eingeschränkter und ausreichender Gesundheitskompetenz sind hier gering.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	73 f.	<i>Orientierung im Gesundheitssystem</i> „Mehr als ein Fünftel (21,4 Prozent) der Befragten hatte bereits gesundheitliche Schwierigkeiten und wusste nicht, wen er im Gesundheitssystem ansprechen sollte. Mit über 70 Prozent derjenigen, die schon einmal Probleme hatten, machten Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz den größten Anteil aus (vgl. Abbildung 10-6).“			
Geraedts (2006)	157 f.	<i>Kenntnis und Gebrauch der gesetzlichen Qualitätsberichte</i> „So geben im Durchschnitt 19% der Befragten an, von den Qualitätsberichten schon einmal gehört zu haben. Dabei verwundert nicht, dass der Kenntnisstand zu den Qualitätsberichten bei denjenigen mit Berufserfahrung im Gesundheitswesen höher liegt (29%). [...] Demnach haben nur 2,6 von Tausend Bürgern vor elektiven Eingriffen im Krankenhaus die Qualitätsberichte zurate gezogen.“	Nein	Nein	n. a.
	158 f.	<i>Beurteilung der gesetzlichen Qualitätsberichte</i> „Die Beurteilung der in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen fiel zu rund zwei Dritteln positiv aus (siehe Abbildung 1). [...] Eine 75-prozentige Zustimmung erhielt die Aussage, dass die Qualitätsberichte genau die Informationen enthielten, die die Befragten für eine Krankenhauswahl bräuchten. Jedoch schienen nicht alle Informationen der Qualitätsberichte nützlich zu sein, da mehr als die Hälfte der Befragten angab, dass einige Informationen für sie unverständlich seien.“			
	162–164	<i>Anbieter und Medien für Qualitätsvergleiche</i> „Informationsbroschüren und das Internet wurden von 71 Prozent beziehungsweise 70% für geeignet gehalten, während Zeitungen und Zeitschriften sowie Radio und Fernsehen zu 58 Prozent beziehungsweise 48 Prozent Zustimmung fanden. Die Präferenzen waren jedoch signifikant von der jeweiligen Altersgruppe abhängig.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	166	<i>Qualitätsinformationen zur Krankenhauswahl</i> „Die Qualifikation des Personals nimmt mit den Rängen eins und drei Spitzenplätze unter den Faktoren für eine Krankenhauswahl ein. Wesentlich niedriger wurde die Relevanz der Leistungsmenge von den Befragten eingeschätzt. Dieses Kriterium spielt demnach für die Versicherten nicht die prominente Rolle, die ihm zurzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion um Mindestmengen beigemessen wird.“			
Geraedts (2018)	72	<i>Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen</i> „Im Einklang mit anderen Untersuchungen zur gleichen Fragestellung berichten auch die im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2016 durchgeführten Analysen über eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem deutschen Gesundheitssystem (Marstedt und Reiners 2016). [...] Trotzdem und eventuell gerade wegen der Vielzahl der immer wieder diskutierten Reformen sehen die Befragten für das deutsche Gesundheitssystem insgesamt einen hohen Reformbedarf, wobei auch dieser Wert in den letzten Jahren abgenommen hat. Während im Jahr 2001 noch 28 % der Befragten nur kleinere Verbesserungen für notwendig erachteten, 60 % einschneidende Maßnahmen zur Verbesserung für nötig hielten und 12 % urteilten, dass von Grund auf verändert werden müsse, lagen diese Anteile im Jahr 2014 bei 43 %, 52 % und nur 5 %.“	Nein	Nein	n. a.
	73— 75	<i>Krankenhauswahl</i> „Werden Bürger nach den konkreten Auswahlkriterien befragt, die sie zur Krankenhauswahl anlegen wollen, muss unterschieden werden, ob hier freie Antworten oder aber die Beantwortung einer vorgelegten Auswahlliste analysiert werden. In der genannten Studie wurde den Befragten eine Liste mit 33 konkreten Kriterien aus den Bereichen medizinisches Leistungsspektrum, Qualifikation des Personals, Behandlungsverfahren und deren Erfolge, allgemeine Serviceleistungen der Klinik und sonstige Ausstattung und Leistungsmerkmale vorgelegt. Die Top Ten der am häufigsten genannten Kriterien sah wie folgt aus:			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Qualifikation der Ärzte 2. Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer 3. Qualifikation des Pflegepersonals 4. Behandlung nach den neuesten und derzeit besten medizinischen Verfahren 5. Freundlichkeit des Personals 6. Einbeziehung der Patienten bei der Behandlung 7. Spezialkompetenzen der Klinik 8. Zufriedenheit der Patienten mit dieser Einrichtung 9. Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik 10. Empfehlung der Klinik durch Spezialisten <p>[...] Auf diese Weise gefragt, präferierten die Befragungsteilnehmer am meisten ‚überdurchschnittlich gute medizinische Behandlungsergebnisse des Krankenhauses‘ (28 % bei leichtem, 35 % bei schwerem Anlass), dann den Ruf des Krankenhauses (19 % bzw. 17 %) oder die Empfehlung durch behandelnde Ärzte (19 % bzw. 18 %).“</p>			
	76— 78	<p><i>Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung</i></p> <p>„Analysen mit den PEQ-Daten der Befragungen aus dem Jahr 2013, bezogen nur auf diejenigen 999 Krankenhäuser, von denen mehr als 75 Fragebögen vorlagen (insgesamt 300 200 Fragebögen), erbrachten folgende Erkenntnisse im Hinblick auf potenzielle Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Patienten (Kraska et al. 2017): Die allgemeine Zufriedenheit bzw. Weiterempfehlung war auch in dieser multivariaten linearen Regressionsstudie signifikant mit der Krankenhausgröße assoziiert (je größer, desto schlechter), zudem mit der Region (Osten besser als Süden und wesentlich besser als Nordwesten Deutschlands), der Personalausstattung (je mehr Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, desto besser), der Krankenhausträgerschaft (freigemeinnützig besser als öffentlich; am</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>schlechtesten schnitten privat getragene Krankenhäuser ab) und der Qualität der Versorgung – gemessen anhand der Daten der externen stationären Qualitätssicherung (insbesondere höhere Zufriedenheit bei höherer Prozessqualität).</p> <p>[...] Eine kleinere Stichprobe lag dem Picker-Bericht 2016 zugrunde; hier waren 38 000 Erwachsene aus 83 Krankenhäusern beteiligt, die 2014 oder 2015 befragt worden waren (Picker-Institut 2016). Kommunikationsprobleme spielten auch hier wieder die Hauptrolle: 29 % der Befragten monierten unverständliche Erklärungen von Untersuchungsergebnissen, dass Ärzte nicht für Ängste, Befürchtungen und Sorgen verfügbar seien (36 %), dass die häusliche Medikation nicht verständlich erklärt wurde (34 %) oder dass über zu beachtende Gefahrensymptome nach der Entlassung (43 %) und die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (50 %) unzureichend informiert wurde.“</p>			
	79	<p><i>Vertrauen in Krankenhäuser</i></p> <p>„Im Vergleich zum Vertrauen in Hausärzte (83 % im Jahr 2003, Kategorien viel/sehr viel) und Krankenpflegekräfte (57 %) lag das Vertrauen in Krankenhäuser 2002 und 2003 jeweils nur bei 47 %, im Jahr 2010 vertrauten aber 65 % den Krankenhäusern. Im Jahr 2012 wurde nochmals nach dem Vertrauen in Krankenpflegekräfte und zudem nach dem Vertrauen in Krankenhausärzte gefragt. Während das Vertrauen in Krankenpflegekräfte mit 91 % viel höher als im Jahr 2003 lag, war das Vertrauen in Krankenhausärzte mit 80 % zwar niedriger als bei Pflegekräften, jedoch weitaus höher als in die ‚Organisation Krankenhaus‘ (Bertelsmann Stiftung 2017). Auch im Picker-Bericht 2016 wird der Anteil Befragter mit keinem/wenig Vertrauen in Krankenhausärzte mit 17 % angegeben (Picker-Institut 2016).“</p>			
Geraedts et al. (2010)	24—30	<p><i>Patientenbefragung: Ergebnisse</i></p> <p>„Drei Viertel der Teilnehmer gaben an, selber das konkrete Krankenhaus ausgewählt und die Entscheidung dazu selber getroffen zu haben. Sehr wichtig war diese persönliche Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit für über die Hälfte.</p>	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Als weit verbreitete Kriterien wurden erwarteterweise die Wohnortnähe des Krankenhauses (50%) und die Qualifikation der Ärzte (44%) angegeben. Da es sich wie vorerwähnt um einen krankenhauserfahrenen Teilnehmerkreis handelt, spielte die Vorerfahrung mit dem Krankenhaus, in dem sie sich gerade wieder befanden, eine wichtige Rolle (50%), sowohl als aktive Entscheidung, sich dort erneut behandeln zu lassen, als auch bei einigen wenigen Patienten, die klar benannten, sich in einem Krankenhaus nicht erneut behandeln zu lassen, mit dem sie medizinisch zuvor nicht zufrieden waren.</p> <p>[...] Das Internet spielt als Informationsquelle bisher nur eine eingeschränkte Bedeutung und seine Verfügbarkeit ist noch altersabhängig. So gaben fast alle Gebärenden an, das Internet zur Information über das Krankenhaus genutzt zu haben, aber nur weniger als die Hälfte der anderen Patienten (Tabelle 4.13).</p> <p>[...] Zur Internetnutzung fiel auf, dass die Internetnutzer dieses vor allem nutzten, um sich über Diagnose und Therapieverfahren zu informieren, gelegentlich auch noch, um sich über das ausgewählte Krankenhaus zu informieren. Der Schritt vorher, das Ausschuchen eines Krankenhauses erfolgte nicht unter Verwendung internetbasierter Informationen. Lediglich 2 Patienten gaben an, schon einmal mit Internetportalen Krankenhausvergleiche angeschaut zu haben (Tab. 4.14).</p> <p>[...] Die Gesamtbeurteilung der eigentlichen Krankenhausqualitätsberichte war bei der Hälfte eher positiv, bei der anderen Hälfte eher negativ. Als informativ stuften 60% die Berichte ein, jedoch wurde Kritik klar benannt. Für drei Viertel der Teilnehmer waren die Berichte wesentlich zu lang und für fast ebenso viele sprachlich schwer verständlich, so dass nur 2 Patienten (5%) die Berichte als potenziell relevant für ihre Krankenhauswahl qualifizierten (Tab. 4.15).</p> <p>[...] Mit den Angaben zu den Qualitätsindikatoren kamen fast alle Patienten nicht zu recht. 2 Patienten konnten ansatzweise umschreiben, was ein konkreter Qualitätsindikator, der einen Aspekt des eigenen Eingriffs betraf, bedeutete. Für alle anderen war dies gar nicht möglich.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Geuter und Weber (2009)	56	<p>„Folgt man der dargestellten Logik bei der Krankenhauswahl, sind folgende Fragen wesentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Fragen stellen sich Patienten in diesem Zusammenhang? ▪ Welche Informationen benötigen sie? ▪ Wer benötigt welche Informationen? ▪ Wie kommen Patienten an entsprechende Informationen oder wo holen sie sich diese? Wen fragen sie? Wo lesen sie nach? ▪ Welche Informationen sind die ‚geeigneten‘? ▪ Wie müssen die Informationen aufbereitet sein, damit sie bei der Wahlentscheidung berücksichtigt werden? <p>Die Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppendifkussionen deuten diesbezüglich auf zentrale Informationsquellen und -wege, die Patienten nutzen, um zu ermitteln, welchen handelnden Akteuren sie vertrauen oder einen Vertrauensvorschuss geben können:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive persönliche Erfahrungen ▪ Erfahrungsaustausch/-weitergabe ▪ Empfehlungen durch einen professionellen Akteur ▪ Weitere Informationsquellen und -medien [...].“ 	Ja	Ja	Für sich selbst
	65	<p>„Dem Kommunikations- und Informationsmedium Internet schreiben die Diskussions- teilnehmer eine wachsende Bedeutung auch für die Krankenhauswahl zu (1M1615). So teilen sie gruppenübergreifend die Meinung, dass das Internet für Gesundheitsinfor- mationen und auch für die Krankenhauswahl genauso genutzt wird wie für andere Bereiche des Lebens. Internetnutzer, die mit dem Medium vertraut sind, nutzen es relativ inten- siv für die Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen. Nutzer</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		hingegen, die das Internet nur wenig oder überhaupt nicht frequentieren, recherchieren auch nicht nach entsprechenden Informationen (1F1565, 1616, 1M1611, 2M1739).“			
	69	„Im Internet publizierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern sind den Diskutanten nur wenig bekannt. Oft wissen sie nicht einmal, wo sie entsprechende Berichte abrufen können.“			
Hermeling und Geraedts (2013)	157	<i>Kenntnis über die Existenz der Qualitätsberichte</i> „39 % der Ärzte wussten von der Existenz der gesetzlichen Qualitätsberichte. [...] Weitere 11 % hatten indirekte Kenntnis über die Berichte, indem sie von Krankenhausvergleichsportalen wussten, die auf den Berichten beruhten. Fasst man diese beiden ersten Ergebnisse zusammen und bereinigt die Überschneidungen, so zeigte sich, dass insgesamt rund 46 % der befragten Ärzte auf direktem oder indirektem Wege über die Existenz dieses Berichtsinstruments wussten (s. Abb. 1).“	Nein	Nein	n. a.
	157	<i>Kenntnisnahme der Qualitätsberichte</i> „Unter der Voraussetzung, dass sie die Qualitätsberichte kannten (n = 116), gaben 43 % der Ärzte an, einen Qualitätsbericht direkt von einem Krankenhaus der Region zugesendet bekommen zu haben. [...] Die Frage, wie die Ärzte auf ein Krankenhausvergleichsportale im Internet aufmerksam geworden sind, konnte nur bei denjenigen Ärzten weiter spezifiziert werden, die angegeben hatten, eine solche Webseite zu kennen (n = 34). Von knapp einem Drittel dieser Ärzte wurde eine Fachzeitschrift als Informationsquelle genannt. Ein Viertel der Ärzte führte die eigene Recherche auf.“			
	158	<i>Verwendung der Qualitätsberichte für die Patientenberatung</i> „Jeder dritte Arzt, der Kenntnis über die Existenz der Qualitätsberichte in vollständiger Fassung hatte, gab an, Qualitätsinformationen aus den Qualitätsberichten gezielt für eine Einweisungsentscheidung genutzt zu haben.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] Bei der Verwendung von Informationen auf Basis der Internetvergleichsportale zeichnete sich ein ähnliches Ergebnis ab.</p> <p>[...] Führt man die Ergebnisse der direkten Nutzung (Broschüre bzw. pdf-Format) und indirekten Verwendung (Internetportale) zusammen, so ergibt sich eine kumulierte (bereinigte) Nutzung der Qualitätsberichte von knapp 14 % (Abb. 1).“</p>			
Mansky (2013)	139— 143	<p><i>Welche Kriterien beeinflussen die Krankenhauswahl?</i></p> <p>„Es zeigt sich, dass in beiden Auswahl-situationen die medizinische Qualität das dominante Wahlkriterium ist. Für das Kriterium ‚Die medizinischen Behandlungsergebnisse des Krankenhauses sind überdurchschnittlich gut‘ entscheiden sich bei leichten Behandlungsanlässen 59 Prozent der Befragten ohne Vorerfahrung und 62 beziehungsweise 66 Prozent derjenigen mit Vorerfahrung aufgrund leichter beziehungsweise schwerer Krankheit. Bei einer anstehenden Behandlung anlässlich schwerer Krankheiten ist dieses Kriterium für 70 Prozent (ohne Vorerfahrung), 77 Prozent (mit Vorerfahrung aufgrund leichter Krankheit) beziehungsweise 75 Prozent (mit Vorerfahrung aufgrund schwerer Krankheit) wesentlich.</p> <p>[...] Ein zweites für die Patienten wichtiges Kriterium ist das Renommee einer Klinik. Im Falle eines leichteren Behandlungsanlasses ist der gute Ruf des Krankenhauses für 43 bis 45 Prozent der Befragten wichtig. Die Vorerfahrung spielt hier keine wesentliche Rolle. Bei schwerwiegenden Behandlungsanlässen zählt der Ruf für 33 bis 42 Prozent mit stärkerer Abhängigkeit von der Vorerfahrung. Die Empfehlung durch den Hausarzt oder behandelnden Arzt zählt für 37 bis 44 Prozent bei leichten Anlässen und für 33 bis 43 Prozent bei schwerwiegenden Anlässen.</p> <p>[...] Sauberkeit und Komfort des Krankenhauses sind bei leichten Behandlungsanlässen für 16 bis 20 Prozent der Befragten wichtig, bei schweren Anlässen nur für 11 bis 17 Prozent. Bei schweren Behandlungsanlässen ist dieser Punkt für die Befragten ohne Krankenhausvorerfahrung wichtiger als für solche mit Vorerfahrung. Die schnelle Erreichbarkeit des Krankenhauses ist bei leichten Anlässen wichtiger (16 bis 20 %) als bei schwerwiegenden Behandlungsanlässen (11 bis 16 %).“</p>	Nein	Ja	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
144— 148		<p><i>Will und kann ich mich über Qualität informieren?</i></p> <p>„Es wird immer wieder diskutiert, welche Informationen potenzielle Patienten überhaupt haben wollen. Deshalb wurde gefragt, ob Vergleiche anhand konkreter medizinischer Qualitätsmerkmale, die in der gestellten Frage bewusst auch anhand von Beispielen näher spezifiziert wurden (Todesfälle, Komplikationsraten, notwendige Nachbehandlungen), gewünscht sind. 36 Prozent der Patienten wünschen sich derartige Informationen grundsätzlich immer und weitere 28 Prozent zumindest bei schwierigen Behandlungen. Nur 17 Prozent wollen diese Information nicht, 18 Prozent sind unentschieden (siehe dazu auch die Ausführungen im Folgenden zu Unsicherheiten in der Beurteilung).</p> <p>[...] Klar im Widerspruch zu dem hohen Informationsbedürfnis der potenziellen Patienten steht allerdings die Einschätzung der tatsächlichen Möglichkeiten zur Information. Auf die Frage, ob sie glauben, sich über die genannten Qualitätsmerkmale ausreichend informieren zu können, antworten nur neun Prozent mit ‚ja, auf jeden Fall‘. 36 Prozent der Befragten sagen ‚ja, aber nur unvollständig‘, 47 Prozent ‚vermutlich nicht‘ und acht Prozent ‚sicher nicht‘.</p> <p>[...] Unter der Annahme, dass entsprechende Informationen über Qualitätsmerkmale einer Klinik verfügbar wären, würden sich 84 Prozent der Befragten wünschen, dass ihr behandelnder Arzt ihnen ausführliche Erläuterungen dazu gibt.</p> <p>[...] Immerhin 57 Prozent der Befragten wären bereit, sich das erforderliche Wissen zur Interpretation der Qualitätsmerkmale mittels Broschüren oder über das Internet selbst anzueignen. 69 Prozent wären auch bereit, andere Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen (Krankenkasse, andere).“</p>			
149— 152		<p><i>Werden Internetinformationen zur Qualität der Krankenhäuser genutzt?</i></p> <p>„Obwohl der größte Teil der Befragten Vorerfahrungen mit Krankenhausbehandlungen hat (davon immerhin 40 % auch in den letzten fünf Jahren, in denen Internetangebote sicher verfügbar waren), geben nur elf Prozent an, dass sie sich für sich selbst oder andere im Internet informiert haben. Weitere drei Prozent haben sich über andere mittels</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>des Internets informieren lassen. Immerhin 86 Prozent geben an, das Internet noch nie zum Zweck der Information über Krankenhausqualität genutzt zu haben.</p> <p>[...] Weit im Vordergrund stehen die Internetseiten des Krankenhauses. Der konkrete Qualitätsbericht des Krankenhauses wird demgegenüber deutlich seltener genannt. Da allerdings der Qualitätsbericht in der Regel auch über die Internetseiten des Krankenhauses zugänglich ist, kann zwischen diesen Kategorien nicht immer klar unterschieden werden. Die Internetseiten der eigenen Krankenkasse werden deutlich seltener genutzt.</p> <p>[...] Immerhin 52 Prozent der vergleichsweise wenigen Internetnutzer unter den Befragten fanden aber dennoch die Internetseiten, die sie jeweils genutzt haben, ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘. Ein ‚Befriedigend‘ wurde bei 39 Prozent vergeben. Schlechte Benotungen sind die Ausnahme. Gefragt wurde auch, ob die im Internet gefundenen Informationen die Krankenhauswahl beeinflusst haben. Dies war bei neun Prozent der Befragten uneingeschränkt und bei 59 Prozent wenigstens zum Teil der Fall. Gar keinen Einfluss hatten die Informationen lediglich bei 32 Prozent.“</p>			
Marstedt (2018)	10 f.	<p><i>Genutzte Quellen zur gesundheitsbezogenen Informationssuche</i></p> <p>„Die Frage nach den hier am häufigsten genutzten Quellen zeigt zunächst, dass traditionelle Medien wie Radio und Fernsehen oder auch Printmedien mit 62 Prozent der Nennungen ganz oben rangieren (vgl. Abbildung 1).</p> <p>[...] Das Internet liegt quantitativ gesehen im vorderen Bereich der genutzten Quellen, gleichauf mit kostenlosen Broschüren und Zeitschriften von Krankenkassen, Apotheken und ähnlichen Herausgebern (je 46 %). Die Vermutung, dass das Netz bereits auf Platz eins liegt, ist aber nicht zutreffend. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird dies jedoch in Kürze eintreten, wenn die hier noch zurückstehenden Angehörigen der Ü60- und Ü70-Generationen bei der Webnutzung aufgeholt haben. Hervorzuheben bleibt schließlich, dass die persönliche Kommunikation, mit medizinischen Professionals ebenso wie im persönlichen sozialen Umfeld, immer noch eine überaus große Rolle spielt.“</p>	Nein	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	11— 13	<p><i>Häufigkeit und Motive bei der Internetsuche zu gesundheitlichen Fragen</i></p> <p>„Zur Häufigkeit der Internetsuche zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53 %) sich zumindest einmal im Monat im Netz informiert, jeder Sechste (16 %) sogar einmal oder öfter pro Woche (vgl. Abbildung 2).</p> <p>[...] Welche Ziele verfolgen Internetnutzer mit ihrer Suche? Hier zeigt sich eine große Vielfalt der Motive und Interessen (vgl. Abbildung 3). An oberster Stelle steht ein Wissensmotiv in Bezug auf Krankheiten und Krankheitsrisiken, das mehr als zwei Drittel aller Befragten (73 %) nennen.</p> <p>[...] An zweiter Stelle folgen Wissensbedürfnisse im Hinblick auf eine Veränderung des eigenen Gesundheitsverhaltens oder des Verhaltens einer Person im sozialen Umfeld (58 %). Dieser Aspekt der Beratung anderer, in der Familie oder im Freundeskreis, findet sich auch explizit und steht an vierter Stelle der genannten Suchmotive (46 %). Eine akute Erkrankung und die Suche nach Lösungen, die noch nicht die Inanspruchnahme eines Arztes umfassen, nennt fast jeder zweite Befragte (52 %). Parallel dazu sind auch Informationen vor und nach einem Arztbesuch von größerem Interesse (31 bzw. 40 %), sei es zur eigenen Sicherheit oder zur Kontrolle und Überprüfung der ärztlichen Anordnungen. Sozial-kommunikative Bedürfnisse führen ebenfalls zur Suche im Internet: Den Wunsch nach sozialer Unterstützung, möglicherweise auch nach Trost und Zuspruch, nach Beruhigung und Hoffnung in der Krankheit, nennen 16 Prozent, einen Meinungs- und Erfahrungsaustausch mit anderen sogar 30 Prozent.“</p>			
	14— 16	<p><i>Genutzte Informationsquellen und Bewertung der Internetinformationen</i></p> <p>„Ganz oben auf der Liste der genutzten Quellen (von 72 % der Befragten) stehen Online-Lexika und ‚Wikipedia‘. Gesundheitsportale (42 %) sind ebenfalls hoch im Kurs und auch Internetseiten von Krankenkassen (49 %). Offensichtlich wissen Nutzer, dass Kassen hier seit einiger Zeit ebenfalls gesundheitsbezogene und medizinische Informationen publizieren und ihre Websites damit einer Enzyklopädie recht nahekommen. Die große Bedeutung von Ratgeberplattformen oder Frage-Antwort-Communitys (wie gute-</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>frage.net, wer-weiss-was.de) belegt, dass die Suche im Internet nach Gesundheitsinformationen selten auf spezialisierten Websites durchgeführt wird.</p> <p>[...] Elf Prozent der Befragten sind immer zufrieden, 41 Prozent sind es meistens. Zusammen machen diese beiden Kategorien gut die Hälfte der Antworten aus. ‚Teils, teils‘ urteilen immerhin noch 44 Prozent. Explizit negative Bewertungen wie ‚selten zufrieden‘ oder ‚nie zufrieden‘ finden sich jedoch so gut wie gar nicht und werden lediglich von drei Prozent geäußert. Zumindest teilweise zufrieden sind damit 96 Prozent der Befragten.</p> <p>[...] Die vordergründig hohe Zufriedenheit der Nutzer mit den eigenen Suchergebnissen steht im Widerspruch zu allgemeinen Bewertungen des wachsenden Angebots von Internetinformationen (vgl. Abbildung 5): 65 Prozent kritisieren da [sic!] die Intransparenz der Angebote hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit, 51 Prozent bemängeln eine Verwirrung von Patienten durch die Fülle der Informationen, ebenso viele beklagen eine Verunsicherung und Beunruhigung von Patienten. Und im Statement ‚Patienten haben dadurch erhöhte Erwartungen und Ansprüche an den behandelnden Arzt‘ klingt vermutlich oft auch Kritik mit, die auf den Effekt überhöhter und unrealistischer Erwartungen an den Arzt zielt (56 %).</p> <p>[...] Im Vergleich dazu nennen weniger als ein Drittel der Befragten positive, durch die Internetrecherche bewirkte Effekte: Eine Stärkung der Patientenposition gegenüber Ärzten und ebenso einen Schutz vor ärztlicher Willkür erkennen etwas mehr als 30 Prozent, mehr persönliche Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden ähnlich viele. Eine eher neutrale Bewertung, die Internetrecherchen als inhaltliche Ergänzung der Arztinformationen sieht, nennt mit 49 Prozent knapp die Hälfte der User.“</p>			
	16 f.	<p><i>Strategisches Verschweigen der Internetsuche gegenüber dem Arzt</i></p> <p>„Dass ‚Dr. Google‘ den Arzt auch aus Sicht der Patienten nicht gänzlich ersetzen kann und soll, aber eine wichtige Ergänzung ist, wird bereits daran deutlich, dass die Internetsuche häufig vor einem Arztbesuch (58 %) oder nach einem Arzttermin (62 %) stattfindet. Aufmerksamkeit verdient das Ergebnis, dass fast jeder dritte Patient sich vor einem</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		anstehenden Arztbesuch schon mindestens einmal im Internet um Gesundheitsinformationen bemüht, dies aber dem Arzt dann verschwiegen hat. Bei der Frage nach den Gründen für dieses Verhalten deutet sich ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient an: 23 Prozent befürchten, dass der Arzt sich ärgert und sie als schwierige Patienten einstuft. Ähnlich viele (24 %) möchten in der Arztpraxis medizinisch kompetent erscheinen, sei es, weil sie über ein mangelndes Selbstbewusstsein verfügen, sei es, weil die ärztliche Ausdrucksweise, der medizinische Fachjargon sie einschüchtert oder weil sie befürchten, als inkompetenter Patient weniger gut behandelt zu werden. Die große Mehrheit jedoch (62 %) agiert strategisch und ‚möchte erst einmal abwarten, wie der Arzt reagiert‘.“			
	17 f.	<p><i>Die Reaktion der Ärzte</i></p> <p>„Aus Abbildung 7 geht deutlich hervor, dass es eher die Ausnahme ist, wenn Ärzte sich über die Eigeninitiative der Patienten ausdrücklich ärgern – sowohl in der Selbstwahrnehmung der befragten Ärzte als auch aus Sicht der Patienten: Nur jeder zehnte Befragte (Arzt wie Patient) berichtet davon, 70 bis 80 Prozent aber dementieren es. Eine positive Reaktion, also Freude über die selbstständige Patienteninformation im Internet, findet sich häufiger, allerdings ist auch dies nicht das quantitativ dominante Verhalten: 28 Prozent der Patienten und 41 Prozent der Ärzte berichten davon.</p> <p>[...] Hier zeigt sich (vgl. Abbildung 8), dass die Verhaltensmuster der Ärzte sehr unterschiedlich ausfallen. Zwar rät nur eine kleine Minderheit von einer eigenständigen Informationssuche explizit ab; allerdings ermuntern auch nur wenige Ärzte (Patientenurteil 20 %, Arzturteil 30 %) zu diesem Verhalten. Immerhin 40 bzw. 49 Prozent weisen aber zumindest auf gute Informationsquellen hin und 43 bzw. 55 Prozent geben laienverständliches bzw. vertrauenswürdige Informationsmaterial direkt an Patienten weiter.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	19	<p><i>Die Internetsuche nach einem Arztbesuch</i></p> <p>„Fragt man nach den Gründen, warum ein Arztbesuch noch einmal im Internet nachbereitet wurde, zeigen einige Antworten, dass die ärztlichen Informationen für eine Reihe von Patienten unzureichend waren (vgl. Abbildung 9): 15 Prozent haben dem Arzt nicht voll vertraut, 18 Prozent wollten lieber noch einmal anonym suchen (weil ihnen vermutlich Fragen an den Arzt peinlich gewesen wären), für 22 Prozent hat sich der Arzt nicht ausreichend Zeit genommen und 34 Prozent gaben an, sie hätten die ärztlichen Ausführungen nicht so schnell verstanden. 44 Prozent waren an Meinungen und Tipps anderer Betroffener interessiert.“</p>			
	19 f.	<p><i>Bekanntheit und Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen im Internet</i></p> <p>„Analog zur Ärztebefragung von 2016 sollten die Teilnehmenden dieser aktuellen Befragung aus einer Liste ausgewählter Websites benennen, welche der Seiten sie kennen und welche sie für besonders vertrauenswürdig halten. Abbildung 10 zeigt die Ergebnisse für beide Kriterien der Beurteilung, Bekanntheit und Vertrauenswürdigkeit. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen beiden Merkmalen, die allerdings unterschiedlich groß ausfällt. Nimmt man beispielsweise nur die drei bekanntesten Websites – Wikipedia, Apotheken-Umschau und NetDoktor –, dann halten 67 Prozent derjenigen, die die Apotheken-Umschau kennen, sie für vertrauenswürdig, 54 Prozent der Wikipedia-Kenner halten Wikipedia und 43 Prozent der NetDoktor-Kenner eben diese Website für vertrauenswürdig. Demzufolge wäre die Apotheken-Umschau aus Sicht der Internetnutzer die vertrauenswürdigste der drei bekanntesten Quellen. Mit Ausnahme von Wikipedia sind unabhängige Angebote weitgehend unbekannt und genießen kein größeres Vertrauen als kommerzielle Websites: Die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlichte Website gesundheitsinformation.de kennen 26 Prozent der Befragten, aber nur 30 Prozent derjenigen, die die Website kennen, halten sie für vertrauenswürdig. Auch das Webangebot patientenberatung.de der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ist nur einem knappen Viertel der Befragten bekannt, und nur 38 Prozent derjenigen, die das Angebot kennen, vertrauen ihm.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Messer und Reilley (2015)	76 f.	<p>„Es lassen sich drei zentrale Aspekte ausmachen, in denen die Harmonisierung zwischen den Rationalitäten der Akteure noch im Wesentlichen aussteht: den Informationsthemen, den Informationswegen und den Informationsmedien. Die Patienten werden im Qualitätsnetzwerk als Mitglieder der Wissensgesellschaft adressiert, die auf das ‚Produkt Krankenhausqualitätsinformation‘ zurückgreifen, um Entscheidungen zu treffen. Gesetzt der zugrunde liegenden Annahme, die auch in empirischen Erhebungen immer wieder Zustimmung findet, dass die Patienten mehr Informationen wünschen, heißt ein Mehr an zur Verfügung gestellten Informationen jedoch nicht zwangsläufig, dass sich die Patienten auch tatsächlich besser informiert fühlen. Vielmehr müssen diese Informationen für die Patienten vor dem Hintergrund ihrer subjektiven Rationalitäten auch verarbeitbar sein. Das heißt, die Informationsrationalitäten der initiiierenden Akteure im Qualitätsnetzwerk müssen an die Beurteilungs- und Verstehenskompetenzen der Patienten anknüpfen. Mit den Qualitätsberichten wird jedoch ein vermeintlich objektives Wissen zur Verfügung gestellt, das primär einer ökonomischen Rationalität folgt und den Patienten in die Lage versetzen soll, in intellektuellen Prozessen problemlösungsorientiert zu agieren. In den wenigen empirischen Untersuchungen zeichnet sich jedoch ab, dass die Patienten andere Inhalte, Formen und Aufbereitungsweisen von Informationen präferieren. So werden in der jetzigen Konzeption des Netzwerkes des Qualitätswettbewerbs, aber auch in den vorliegenden Untersuchungen z. B. Fragen nach einer emotionalen Belastung, Verunsicherung, Informationsüberlastung und nach den Sicherheitsbedürfnis von Patienten sowie nach einem Entscheidungsdruck auf Patienten, denen ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht, durch die ökonomische Rationalitätsperspektive ausgeblendet. Auch die Erprobung von Themenzuschnitten steht noch aus, die sich stärker an den indikations- oder krankheitsspezifischen Fragestellungen der Patienten orientieren und eine rigidere Anpassung des Vermittlers ‚Qualitätsbericht‘ an deren Erwartungen vornehmen, die über eine sprachlich-symbolische Übersetzung der Institutionenrationalität hinausgeht. Mit Blick auf die Informationswege, die maßgeblich mit der prozeduralen Rationalität verknüpft sind, zeigt sich, dass zumindest ein großer Teil der Patienten anderen Suchwegen nach Informationen folgt, wie sie derzeit im Netzwerkkonstrukt über die Qualitätsberichte im Internet angeboten werden. So geben Pati-</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>enten in Befragungen an, sich neben dem Rat von Familie und Freunden an den Hinweisen ihres behandelnden Arztes im ambulanten Bereich zu orientieren, wenn sie ein Krankenhaus auswählen. Bei den niedergelassenen Ärzten sind die Qualitätsberichte jedoch kaum bekannt. Obgleich sich auch hier neue Herausforderungen im Übersetzungsprozess zwischen unterschiedlichen Akteursrationalitäten stellen, schlummern womöglich bei den einweisenden Ärzten als einer weiteren Akteursgruppe für die perspektivische Netzwerkentwicklung noch ungenutzte Potenziale. Eine Öffnung gegenüber neuen Informationswegen, die nicht nur näher an der Versorgungsrationalität, sondern auch näher an der Versorgungsrealität der Patienten liegen, könnte auch eine weitergehende Auseinandersetzung über geeignete Informationsmedien anstoßen. So ist die derzeitige Aufbereitungsform an die Internetnutzung gebunden und stellt an die Nutzer hohe Anforderungen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten zur Informationssuche sowie ihrer Lese- und Verständniskompetenzen. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie bildungsferne Menschen oder hochaltrige bzw. internetunerfahrene Bürger, stellt dies eine zusätzliche Hürde dar. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Patienten ihrer Entscheidung für die Auswahl eines Krankenhauses weiterhin überwiegend ihre eigenen, individuellen Rationalitätsmaßstäbe zugrunde legen, die sich nicht mit denen decken, die ihnen die Qualitätsberichte bzw. der G-BA anbieten. Gegenüber den Versuchen der professionellen Akteure, die ihre eigenen Rationalitätsmaßstäbe beim Patienten platzieren wollen, erweisen sich viele Patienten als resistent.“</p>			
Neugebauer ([2010])	47	<p><i>Informationsgehalt und Verständlichkeit der Qualitätsberichte</i></p> <p>„Der Aussage ‚Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden.‘ konnte auf einer vierstufigen Skala zugestimmt, bzw. nicht zugestimmt werden (siehe Tabelle 11: Informationsgehalt der Qualitätsberichte).</p> <p>32,7% (104/318) der Befragten stimmten ‚voll und ganz‘ dem oben genannten Aussagesatz zu. 49,7% stimmten ‚eher‘ zu. Zusammen ergab dies eine positive Antwort von 82,4% der Befragten.</p>	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		[...] Dies ergab einen Anteil von 33,1% der Patienten, welcher die Qualitätsberichte für mehr oder weniger unverständlich hielt. Demgegenüber standen 66,9% der Befragten, die eine Unverständlichkeit der Qualitätsberichte nicht nachvollziehen konnten.“			
	50 f.	<p><i>Klinikwahl anhand der drei Qualitätsberichte</i></p> <p>„38% (138/360) der Befragten würden ein Universitätsklinikum bei der Krankenhauswahl eher bevorzugen. 16% würden sich bewusst gegen ein Universitätsklinikum entscheiden. 46% der Befragten wäre dieser Umstand bei der Klinikwahl gleichgültig.</p> <p>[...] Bei der Frage nach der bevorzugten Klinik anhand der drei Qualitätsberichte, entschieden sich 47,2% (168/356) der Befragten für das Kreiskrankenhaus, siehe in Tabelle 15. Der meistgenannte Grund für diese Wahl war die Spezialisierung auf nerverhaltende Operationsverfahren. Diese führte das Kreiskrankenhaus, als einzige der drei Kliniken, im Qualitätsbericht unter medizinischen Leistungen auf. Als zweithäufigster Grund wurde die relative Wohnortnähe, welche sich auf 70km belief, aufgezählt. Ebenfalls attraktiver Faktor war die Unterbringung in Zwei-Bett-Zimmern (dritthäufigste Nennung).“</p>			
Picker Institut Deutschland (2006)	25 f.	<p>Wahl des Krankenhauses</p> <p><i>Informationsquellen</i></p> <p>„Wichtigste Informationsquellen sind behandelnde Ärzte, die – häufig in Absprache mit den Patienten – Empfehlungen aussprechen. Wenn möglich findet eine Rückversicherung durch das Urteil weiterer Ärzte oder durch persönliche Erfahrungen von Familie, Freunden und Bekannten statt.</p> <p>[...] Teilweise wird das Internet zur gezielten Suche verwendet. Auf den Internetseiten der Krankenhäuser werden u. a. Informationen über Spezialgebiete und Kapazitäten gesucht.“</p>	Ja	Nein	Für sich selbst Für Angehörige

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	27— 29	<p><i>Entscheidungskriterien</i></p> <p>„Entscheidend für den ‚objektiven‘ Informationsbedarf sind der medizinische Schwerpunkt des Krankenhauses sowie die fachliche Qualifikation der Krankenhausärzte. Informationen über die medizinische Spezialisierung eines Krankenhauses werden in der Regel über den behandelnden Arzt, zum Teil über die Internetseiten der Krankenhäuser und von einigen über Printmedien gewonnen, während Informationen und Belege über die ärztliche Kompetenz weitgehend fehlen. Erfolgs- bzw. Komplikationsraten werden als sehr interessant eingestuft, da sie als Anhaltspunkt für Kompetenz gelten. Allerdings wünscht nicht jeder Patient diese Informationen, da sie die ohnehin vorhandene Unsicherheit der Patienten verstärken können.</p> <p>[...] Zu den wichtigsten ‚subjektiven‘ Entscheidungskriterien zählt die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient, die insbesondere durch Aufklärung und verständliche Informationsvermittlung entsteht. Durch sein Auftreten sollte der Arzt Interesse am Patienten vermitteln, wobei ihm Zeitmangel ‚verziehen‘ wird.“</p>			
	33	<p><i>Bewertung des geplanten Informationssystems</i></p> <p>„Vergleichende Gegenüberstellungen von Krankenhausleistungen werden ungestützt gefordert – Indiz für das sehr hohe Interesse an Informationen. Publikationen wie der „Klinikführer Rhein-Ruhr“ und die durch das Magazin „Focus“ vorgenommenen Krankenhausvergleiche sind vereinzelt bekannt.</p> <p>[...] Die präsentierte Idee eines Internetportals wird sehr positiv bewertet, da Transparenz, Wettbewerb und objektive Aufklärung impliziert wird. Um hohe Akzeptanz zu erzielen, wird eine Nachvollziehbarkeit der Bewertungen vorausgesetzt. Als über das Portal verfügbare Informationen werden alle behandlungserfolgsrelevanten Bewertungsmaßstäbe gewünscht. Diese könnten durch Fallzahlen, Erfolgsraten, Patientenbefragungen und Zertifikate dargestellt werden.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Rossmann et al. (2018)	25	„Betrachtet man das Gesundheitsinformationsverhalten der breiten Bevölkerung, so sind Ärzte und Ärztinnen sowie traditionelle Massenmedien nach wie vor wichtige und vertrauenswürdige Quellen (Baumann und Czerwinski 2015). Das Internet hat jedoch insbesondere für die aktive Suche an Bedeutung gewonnen. E-Health-Angebote werden dabei vor allem von Frauen, Jüngeren und Menschen mit höherem sozioökonomischem Status genutzt. Neben der Informationssuche spielt im Internet auch der Austausch mit anderen eine Rolle. Der Einstieg erfolgt online meist über Suchmaschinen, wobei sich die Suchstrategien je nach genutztem Gerät unterscheiden. Zudem verweisen die Befunde darauf, dass ein Internetzugang allein für eine kompetente Suche nicht ausreicht – die Nutzerinnen und Nutzer müssen auch über eine gewisse Medien- und Gesundheitskompetenz verfügen.“	Nein	Ja	n. a.
	25	„In der Forschung zum Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall zeichnet sich ab, dass ein starker Fokus auf dem Online-Informationsverhalten und den Auswirkungen der Informationssuche auf die Arzt-Patient-Beziehung liegt. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem weit verbreitete chronische Erkrankungen (z. B. Krebs); akute oder seltene Erkrankungen werden deutlich weniger berücksichtigt. Auch über das Gesundheitsinformationsverhalten von jüngeren Betroffenen und über das im Krankheitsverlauf liegen bislang kaum Studien vor. In der Regel wird das Verhalten zu bestimmten ‚Schlüsselmomenten‘ (Diagnose, Therapie-Entscheidung, Behandlung, Kontrolluntersuchung; Neverla et al. 2007) in den Blick genommen. Dabei scheint auch bedeutsam, die Informationssuche im Krankheitsfall nicht als isoliertes Handeln der Betroffenen zu betrachten, sondern als gemeinsamen Prozess mehrerer Beteiligter (andere Betroffene, Angehörige). Entsprechend scheint es sinnvoll, neben der reinen Informationssuche auch die ‚kooperativen Informationsprozesse‘ (ebd.) bzw. das Informationsverhalten der sogenannten ‚surrogate seekers‘ (Cutrona et al. 2015) zu betrachten.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	25 f.	[...] „Über die Verarbeitung hinaus beeinflusst die Art der Darstellung auch die Wirkung auf Einstellungen und auf das Verhalten der Nutzerinnen und Nutzer. Ob und wie verschiedene Frames und Narrative in der Gesundheitskommunikation eingesetzt werden sollten, ist zum Teil noch offen. In jedem Fall bietet das Internet aufgrund der Multimedialität spezifische Voraussetzungen für die Darbietung von Informationen.“			
Schaeffer (2006)	13	<p><i>Präferenzen und Erwartungen von Patienten und Nutzern an die Krankenhausversorgung</i></p> <p>„Betrachtet man die vorliegenden internationalen und nationalen Studien über die Erwartungen von Patienten und Nutzern an die stationäre Versorgung, lassen sich sechs große Themenbereiche identifizieren, die sich jeweils abweichend formuliert wie ein roter Faden durch die Literatur ziehen (siehe auch Dierks/Schaeffer 2005):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertrauenswürdigkeit 2. Fachliche Expertise und Kompetenz 3. Verhältnis/Beziehung zum Patienten 4. Kommunikation/Information 5. Organisation/Management der Krankenhausversorgung 6. Umgebungsgestaltung/Atmosphäre.“ 	Nein	Nein	n. a.
	26	<p><i>Informationswege bei der Suche nach Patienteninformation über das Krankenhaus</i></p> <p>„Patienten präferieren bislang vor allem zwei Informationswege. Sie suchen den Rat ihres behandelnden Arztes¹⁰ und/oder folgen Hinweisen in ihrem sozialen Netz, in erster Linie von Angehörigen, aber auch von Freunden und Bekannten.</p> <p>[...] Anders stellen sich die Studienergebnisse der Bertelsmann Stiftung dar. Ihnen zufolge zählen zu den am häufigsten genutzten Quellen für Gesundheitsinformationen Zeitungen/Zeitschriften (ca. 74 %), gefolgt von Erfahrungsberichten von Freunden/Familienangehörigen (ca. 48 %), Hinweisen aus dem Internet (ca. 40 %), des Hausarztes (ca.</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		30 %), Informationen aus Büchern/Printmedien (24 %) und der eigenen Krankenkasse (ca. 18 %) (Brechtel 2004, S. 4).“			
	29	<i>Exkurs: zur Bedeutung der Informationsquelle Internet</i> „Einer repräsentativen Befragung der European Opinion Research Group in Deutschland zufolge wird das Internet von ca. jedem vierten Bürger für gesundheitsbezogene Informationen genutzt (Spadaro 2003). Die Ergebnisse einer Studie der Bertelsmann Stiftung weisen auf einen noch höheren Stellenwert des Internet als Informationsquelle hin. Danach umfasst der Anteil der Nutzer, der für gesundheitsbezogene Informationen das Internet heranzieht, etwa 40 % (Brechtel 2004, S. 4). Studienergebnisse aus anderen Ländern bestätigen in etwa diese Größenordnung (Hesse et al. 2005; Navarro/Wilkins 2001, S. 39; O'Connor et al. 2001), zum Teil wird sie noch höher veranschlagt (Fulda/Kwasik 2004). Eine in den USA durchgeführte repräsentative Studie von Hesse (2005) zeigt, dass innerhalb der Gruppe derjenigen, die das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen nutzt, bereits heute knapp jeder Zweite das World Wide Web als erste Informationsanlaufstelle wählt, noch bevor er seinen Hausarzt befragt.“			
	33	<i>„Usability“ – Nutzbarkeit von Informationen</i> „Durchgängig wird in der Literatur betont, dass schwer auffindbare Informationen – egal, ob im Internet oder anderswo – und unverständliche Informationen, die von den Nutzern nicht dekodiert werden können, nicht verwendet werden. Anders formuliert: Informationen müssen also leicht zugänglich und erschließbar und sie müssen verständlich sein (ebd., Robinson/Brodie 1997; SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003) – eine selbstverständlich anmutende Forderung, der indes nur ein Teil der Patienteninformation bislang entspricht, weil sie vielfach aus der Akteursperspektive erstellt wurde und Nutzer Gesichtspunkten zu wenig Beachtung beimisst (ebd., auch Schaeffer/Dewe 2006).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Schaeffer et al. (2016)	39 f.	<i>Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland</i> „Von den insgesamt 2.000 Befragten des deutschen Health Literacy-Survey verfügen 7,3 Prozent über eine exzellente Gesundheitskompetenz. Damit hat nur jeder siebte von 100 Deutschen keine Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen (vgl. Abbildung 6-1). Deutlich größer ist der Anteil an Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz: 38,4 Prozent der Befragten verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Insgesamt verfügen jedoch 54,3 Prozent – also mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung – über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung sind dies etwa 40 Millionen Bürger. Von ihnen haben 44,6 Prozent eine problematische und weitere 9,7 Prozent eine inadäquate Gesundheitskompetenz, d.h. sie haben in allen drei erfragten Bereichen erhebliche Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, beurteilen und nutzen.“	Nein	Nein	n. a.
Schwartz (2007)	79 f.	<i>Informationsgehalt der Abbildung</i> „Beim Vergleich der Beurteilung des Informationsgehaltes der einzelnen Gruppen wird das Format ‚Ranking‘ von allen Gruppen nahezu identisch informativ eingeschätzt. Die Formate ‚einfache Balken‘ und ‚einfaches Starrating‘ werden von der Gruppe der Patienten als informativer beurteilt (Median bei 4 gegenüber 5 bei den Gruppen 80 M und N; 1. Quartil bei 2,75 bzw. 3 (M= 4/4; N= 5/4,5); 3. Quartil bei 5 (M= 5/5,5; N=5,5/6)). Für die anderen Formate gilt, dass sie tendenziell von den verschiedenen Gruppen als ähnlich informativ beurteilt werden (Median jeweils identisch bei 2). Sie unterscheiden sich jedoch in der Boxlänge und –richtung.“	Ja	Nein	n. a.
	82	<i>Verständlichkeit der Formate</i> „Die Formate ‚Ranking‘, ‚einfaches Starrating‘ und ‚einfache Balken‘ werden als die verständlichsten Abbildungen beurteilt. Die Verteilung der Noten dargestellt durch die Boxplots ergibt ein nahezu identisches Bild (Median bei 2; Boxlänge zwischen 1 und 3). Dem gegenüber werden die beiden Formate ‚Tabelle mit Infos‘ und ‚komplexes Starrating‘ etwas schlechter beurteilt (Median ebenfalls jeweils bei 2; Boxlänge zwischen 2			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		und 3). Deutlicher heben sich die drei übrigen Formate ‚komplexe Balken‘, ‚JCAHO‘ und ‚Spinnennetz‘ ab, welche als am schlechtesten verständlich beurteilt wurden (Median 3, Boxlänge leicht variabel).“			
	88	<i>Verständlichkeit der Indikatoren</i> „Es ist erkennbar, dass die meisten der Indikatoren für die überwiegende Zahl der Befragten verständlich ist. So sind 4 Indikatoren für sämtliche Befragten verständlich, 11 weitere Indikatoren für über 90 Prozent der Befragten verständlich. Weitere 6 Indikatoren werden insgesamt noch von über 85 Prozent der Befragten verstanden. Die Indikatoren ‚Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis‘, ‚Ergebnisse externer Qualitätssicherung‘, ‚Durchführung externer Qualitätssicherung‘ und ‚Gewohnheit‘ werden noch von zwischen 70 und 80 Prozent der insgesamt Befragten verstanden (‚Gewohnheit‘ 83 Prozent). Die Indikatoren ‚Krankenhaus hat eine Poliklinik‘, ‚Zulassung zum Durchgangsarztverfahren‘, ‚Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um‘ und ‚Krankenhaus nimmt an 89 DMP's teil‘ werden von vielen bzw. der Mehrheit der Befragten nicht verstanden (64 bis 68 Prozent, Poliklinik 48 Prozent).“			
	90 f.	<i>Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren</i> „Bei der Beurteilung der Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren ist die Verteilung aller Befragten in Graphik 12 dargestellt. Besonders positiv heben sich hier die Indikatoren ‚Personalqualifikation des ärztlichen Dienstes‘ und ‚Häufigkeit der operativen Eingriffe‘ ab (Median bei 1, 91 Boxenlänge zwischen 1 und 2).“			
Seifert (2015)	148	„Abbildung 2: Patiententypologie auf Basis der Daten des zweiten Untersuchungsschrittes (n=421) Skeptisch-Desinteressierte (n=202) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altersverteilung entspricht der Gesamtstichprobe (M=54,5; SD=15,55) ▪ durchschnittlich schwer krank (M=38,31; SD=13,86) ▪ unterdurchschnittliche Nutzung aller Informationsquellen 	Ja	Ja	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ wichtigstes Attribut: Qualifiziertes Personal <p>Aktive Onliner (n=66)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tendenziell jünger (M=49,0; SD=15,01) ▪ überdurchschnittlich schwer krank (M=43,00; SD= 11,43) ▪ herausragend intensive Nutzung spezifischer Internetquellen ▪ wichtigstes Attribut: Qualifiziertes Personal <p>Kommunikativ-Vernetzte (n=109)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tendenziell älter (M=58,6; SD=14,90) ▪ durchschnittlich schwer krank (M=37,17; SD=14,40) ▪ verstärkte Nutzung interpersonaler Quellen ▪ wichtigstes Attribut: Qualifiziertes Personal <p>Bequeme Allrounder (n=44)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altersverteilung entspricht der Gesamtstichprobe (M=52,7; SD=16,03) ▪ überdurchschnittlich schwer krank (M=42,17; SD=11,80) ▪ vorrangige Nutzung der allgemeinen medialen Berichterstattung ▪ wichtigstes Attribut: Vertrauen in die behandelnden Personen/Krankenhaus“ 			
	149	<p>„Während die Skeptisch-Desinteressierten – denen die Hälfte aller Befragten zuzuordnen ist - im Vorfeld einer Krankenhauswahl eher sehr selten Informationsquellen nutzen, sind die Bequemen Allrounder (10 %) aktiver: Sie tendieren eher dazu, die klassischen Medien wie Zeitungen zu nutzen und schätzen sich gleichzeitig überdurchschnittlich als schwer krank ein. Ähnlich aktiv informieren sich die Kommunikativ-Vernetzten (26 %): Diese Patientinnen und Patienten sind tendenziell älter und suchen eher das Gespräch mit Familien, Freunden und Fachärzten, um einen Rat zu einer behandelnden Klinik einzuholen. Während die eher jüngeren Aktiven Onliner (16 %), die</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		ihre Krankheit überdurchschnittlich als schwer einschätzen, auch Internetquellen wie Websites und digitale Klinikführer nutzen, dominieren entsprechend dem aktuellen Forschungsstand dennoch insgesamt die interpersonalen Quellen.“			
	149	„Auch wenn sich in Bezug auf das Informations- und Kommunikationsverhalten ein teilweise recht differenziertes Bild bei den Befragten zeigt, so dominiert ein Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses in fast allen Typen: Skeptisch-Desinteressierten, Kommunikativ-Vernetzten und Aktiven Onlinern ist ein qualifiziertes Fachpersonal in Kliniken am wichtigsten. Einzig den Bequemen Allroundern ist das Vertrauen in die behandelnden Personen bzw. Klinik noch wichtiger. Wenn sich Patientinnen und Patienten also über Kliniken informieren, dann ist davon auszugehen, dass der allergrößte Teil vor allem nach Informationen zur Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte sucht, unter anderem nach Vorerfahrungen oder abgeschlossenen Weiterbildungen der Fachärzte. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich der überwiegende Teil aller Befragten der zweiten, quantitativen Untersuchung im Vorfeld ihres Krankenhausaufenthalts gar nicht über behandelnde Kliniken informiert hat (55 %).“			
	224	„Die Auswertungsergebnisse zeigen insgesamt, wie bereits angenommen, dass die Probanden einzelnen Qualitätsmerkmalen zur Beurteilung der KH-Qualität sehr unterschiedliche Bedeutungen beimessen bzw. einen sehr differenzierten Nutzen je Qualitätsinformation für die Beurteilung der KH-Leistung sehen (m.a.W., es liegt eine Präferenzstruktur vor). Bei Betrachtung der einzelnen Qualitätsmerkmale ergibt sich ein interessantes Bild. Die Top-Ten der Qualitätsinformationen mit der höchsten Präferenz bzw. Nutzeneinschätzung wird von Informationen zur Strukturqualität dominiert, wobei Informationen zur Qualifikation von Ärzten und Pflege sowie zum Leistungsangebot der Klinik die ersten drei Plätze belegen: 1. Fachliche Qualifikation der Ärzte 2. Schwerpunkte bzw. Spezialkompetenzen der Klinik 3. Fachliche Qualifikation des Pflegepersonals	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>4. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten</p> <p>5. Sauberkeit und Hygiene</p> <p>6. Erfolgsrate</p> <p>7. Anzahl der bereits behandelten Patienten mit meiner Krankheit</p> <p>8. Qualitätsbewertung durch unabhängige Institutionen</p> <p>9. Anzahl bzw. Häufigkeit von Eingriffen bzw. Behandlungsverfahren</p> <p>10. Reputation und Qualifikation des Chefarztes</p> <p>Während am oberen Ende die fachliche Qualifikation der Ärzte mit Abstand das Qualitätsmerkmal mit der höchsten Präferenz für die Patienten ist, wird das ‚Schlusslicht‘ von den Qualitätsmerkmalen ‚Alter der Ärzte‘, ‚Länge der Wege innerhalb des KH‘ und ‚Größe des KH‘ gebildet.“</p>			
Simon (2010)	259— 260	„Des Weiteren müssen die gesetzlichen Vorgaben den Rahmen für eine deutlich spezifischere Qualitätsberichtserstattung, welche den Informationspräferenzen der Patienten weitgehend entspricht, definieren. Die momentan einerseits eher undefinierten allgemeinen Forderungen zur obligatorischen Einführung eines Qualitätsmanagements, verbunden mit den andererseits sehr eingeschränkten Vorgaben für den strukturierten Qualitätsbericht können den Patientenwünschen nur zum geringen Teil gerecht werden.“			
Steinhauser (2015)	226	<p><i>Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Präferenzen von Ärzten und Patienten</i></p> <p>„Es zeigt sich, dass sich Ärzte und Patienten über die beiden wichtigsten Ausprägungen, die in beiden Untersuchungen einbezogen wurden, einig sind: Die jeweils schlechteste Ausprägung der Komplikationsrate und der durchschnittlich bei Entlassung erreichten Lebensqualität haben in beiden Gruppen die beiden höchsten Effekte auf die Marginale Zahlungsbereitschaft, wobei bei den Ärzten die Komplikationsrate von 10% und bei den Patienten die Lebensqualität von 60% die Spitzenpositionen einnehmen [...]. Weitere Gemeinsamkeiten bestehen hinsichtlich der fehlenden Signifikanz des Unterschieds zum</p>	Ja	Nein	Für sich selbst

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>jeweiligen Referenzlevel bei den Aspekten der aktiven Einbindung des ambulanten Arztes, der Internetseite, der Behandlung nach gemeinsamen Leitlinien und der Ausprägung der Krankenhausgröße ,800 Betten“.</p> <p>Wesentliche Unterschiede bestehen dagegen darin, dass der Aspekt, über Erfahrungen mit dem Krankenhaus zu verfügen, bei Ärzten einen signifikanten Effekt auf die Marginale Zahlungsbereitschaft hat [...], während dieser Faktor bei den Patienten keine Signifikanz erreicht. Gleiches gilt für das Angebot von Vorträgen, kurze Wartezeiten auf einen Aufnahmetermin und die mittlere Krankenhausgröße (400 Betten). [...] Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der Bewertung des Angebots eines persönlichen Ansprechpartners: Dieser ist für Patienten sehr wichtig [...].“</p>			
	229	„[...] Dies zeigt, dass Ärzte in der Krankenhauswahl prinzipiell etwas stärker auf qualitative Aspekte reagieren als ihre Patienten, allerdings hinsichtlich der Bereitschaft, weite Entfernungen in Kauf zu nehmen, so deutlich hinter den Patienten zurückbleiben, dass dies insgesamt betrachtet überkompensiert wird. [...] Durch die Abneigung gegen weite Entfernungen treffen sie jedoch letztlich eine Krankenhauswahl, die von der Entscheidung, wie sie Patienten treffen oder treffen würden, abweicht.“			
	234	<p><i>Unterschiede in Bezug auf Krankheitsbild und Fallschwere</i></p> <p>„In Bezug auf die Fallschwere konnte in der Patientenbefragung kein signifikanter Koeffizient für den Interaktionsterm mit der Fallkomplexität festgestellt werden. Die Nullhypothese, dass Unterschiede in der Bewertung der Entfernung bei unterschiedlichen Krankheitsbildern bestehen, kann somit nicht verworfen werden. Der Behandlungsbedarf hinsichtlich der Fallschwere stellt damit keinen moderierenden Einflussfaktor auf die Präferenzen der Patienten hinsichtlich der Entfernung des Krankenhauses dar.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Universität Witten/Herdecke ([kein Datum])	63 f.	<p>„Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 63% aller Patienten aus ihrer Sicht selber über das behandelnde Krankenhaus entscheiden. Die Möglichkeit zu dieser selbstbestimmten Teilhabe an der Krankenhauswahl hängt weder bei den 85% nicht chronisch Kranken der Geburtshilfe und der Pädiatrie noch bei den 78% chronisch Kranken der anderen 9 Fachgebiete mit Alter, Geschlecht, Sozialschicht oder dem Migrationsstatus zusammen, sondern wird mitbestimmt durch Aspekte der Krankheits- und Krankenhauserfahrung sowie Dringlichkeit der Behandlung und das notwendige medizinische Fachgebiet. Für die Hälfte aller Patienten, die am gleichen Tag der Indikationsstellung zu einer Krankenhausbehandlung auch aufgenommen werden und für weitere 30%, die binnen 1 Woche aufgenommen werden, bleibt keine oder kaum ausreichend Zeit sich über Krankenhäuser vorab umfänglicher zu informieren; dies bleibt eher den 20% der Patienten mit mehr Zeit vorbehalten. Tatsächlich informiert sich nur ein Drittel aller Patienten vor der Aufnahme über ein Krankenhaus und ein Viertel gar nicht. Wesentlichste Informationsquelle und Entscheidungskriterium ist für 44% aller Patienten die eigene Erfahrung mit dem Krankenhaus durch einen Voraufenthalt. Die wichtigsten externen Informationsquellen sind die im Krankheits- und Behandlungsprozess für Patienten vertrauensvollen Ansprechpartner, die behandelnden Ärzte und Angehörige; das Internet so wie alle anderen Informationsquellen ohne persönliche Beziehung, stehen dem nach. Die wesentlichen Kriterien für die Entscheidung zum richtigen Krankenhaus sind neben der eigenen Vorerfahrung, die professionellen Erfahrungen der ambulant behandelnden Ärzte, die persönlichen Erfahrungen der Angehörigen und Erfahrungen der Umgebung, ausgedrückt im Ruf des Krankenhauses. Als praktisches Kriterium zählt für 20% auch die Entfernung vom Zuhause als wichtiges Kriterium. Operationalisierte und messbare Kriterien wie Komplikationsraten, Hygieneregeln und Leitlinienbehandlung sind für die meisten Patienten als Einzelkriterien kaum entscheidungsrelevant, sondern eingebunden in die Komplexkriterien der Empfehlungen ihrer Behandler und Angehörigen. Im Hinblick auf die einzelnen Informationsquellen und Kriterien sind Männer im Vergleich zu Frauen und Angehörige der Unterschicht im Vergleich zur Oberschicht weniger informationssuchend und entscheiden weniger mit.“</p>	Ja	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Verbraucherzentrale NRW (2014)	22	„Entscheidend ist jedoch, dass es mit Hilfe der Weissen Liste möglich ist, anhand ausgesuchter Kriterien passende Krankenhäuser aus einer ausreichend großen Menge auszuwählen. Es lassen sich in allen Testdurchgängen eindeutig ein bis zwei Krankenhäuser identifizieren, die alle oder fast alle gesetzten Kriterien aufweisen. Damit erfüllen die Daten und die Weisse Liste ihren Zweck, bei der Auswahl eines Krankenhauses im Vorfeld einer Behandlung eine Entscheidungshilfe zu sein. Die Auswahl stützt sich auf objektiv vergleichbare Daten in einem breiten Spektrum relevanter Merkmale, angefangen von fachlicher Qualifikation bis hin zu Serviceaspekten. Die Ergebnisse einer solchen Recherche können Patienten nutzen, um sich mit dem behandelnden und einweisenden Arzt über die Wahl des Krankenhauses zu verständigen.“	Nein	Nein	n. a.
	23 f.	<p><i>Geeignete ärztliche Funktion</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Bei der ärztlichen Qualifikation wird angegeben, welche für das Krankheitsbild geeignet sind und ob diese im Krankenhaus vorhanden sind. Für das Einsetzen der Hüftprothese sind sehr viele Arztgruppen genannt. Für Patienten ist es schwer einzuschätzen, welche Facharztgruppen evt. besser geeignet sind oder ggf. unter welchen Bedingungen eine Facharztgruppe besser geeignet ist.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: In der Weissen Liste wird über die Vergleichsansicht nicht deutlich, welcher Abteilung die Ärzte zugeordnet sind.</p>			
	23 f.	<p><i>Schwerpunkt bzw. Spezialkompetenz der Klinik</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Die passenden Versorgungsschwerpunkte werden für das gewählte Krankheitsbild vorgegeben. Welche Leistungen im Einzelfall jedoch sinnvoll sind oder nicht, kann ein Laie ohne medizinisches Wissen nicht beurteilen.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Je nachdem, ob man den Zugang über das Krankheitsbild oder den Behandlungswunsch eingrenzt, ist die Auswahl der genannten Versorgungsschwerpunkte eine andere. Bei dem ‚Vergleich nach eigenen Kriterien‘ in der Weissen Liste wird außerdem nicht deutlich, welcher Fachabteilung die Versorgungsschwerpunkte zuzuordnen sind.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	24 f.	<p><i>Weitere geeignete (pflegerische) Qualifikation</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Die Zahl der zu betreuenden Patienten pro Arzt und Pflegekraft werden angegeben. Wie hoch der Betreuungsschlüssel sein sollte, wird nicht angegeben.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Je nachdem, ob man den Zugang über das Krankheitsbild oder den Behandlungswunsch eingrenzt, ist die Auswahl der pflegerischen bzw. sonstigen Betreuungsangebote eine andere. Nur über den Suchweg Behandlungswunsch bekommt man auch spezielles therapeutisches Personal und das medizinisch/pflegerische Leistungsangebot angezeigt.“</p>			
	25	<p><i>Ausstattung mit medizinischen Geräten und Diagnostik</i></p> <p>„Die Anzeigepflichten der apparativen Ausstattung wurden verkürzt. Ein Teil der Geräte muss ab 2012 nicht mehr aufgeführt werden, weil sie als selbstverständlich vorausgesetzt werden.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Je nachdem, ob man den Zugang über das Krankheitsbild oder den Behandlungswunsch eingrenzt, ist die Auswahl der möglichen Geräte eine andere. Über die Profilansicht jedes Krankenhauses sind Zusatzinformationen zur technischen Ausrüstung abrufbar, z. B. ob die Geräte 24 Stunden zur Verfügung stehen und ob die Geräte evt. mit anderen Einrichtungen geteilt werden.“</p>			
	26	<p><i>Angaben zur Hygiene</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Ab 2012 werden Angaben zum Hygienepersonal gemacht. Es gibt jedoch keine Angaben, welche Personalausstattung angemessen wäre. Es gibt keine Hinweise auf die Hygiene im Krankenhaus.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Die Darstellung zum Hygienepersonal ist uneinheitlich. Fehlende Werte werden bei manchen Krankenhäusern als fehlende Werte dargestellt, bei anderen erscheint die Kategorie erst gar nicht, so dass man ohne den Vergleich mit anderen Krankenhäusern und ohne Vorkenntnisse gar nicht weiß, dass Angaben fehlen.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	27	<p><i>Anzahl der bereits behandelten Patienten</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Die Fallzahlen sind absolut und relativ dargestellt und sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für die Fachabteilungen.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Die Fallzahlen werden 2010 und 2012 unterschiedlich dargestellt. Einige Detailangaben wurden gekürzt und beschriftet. Das ist übersichtlicher und besser verständlich. Bei den Fallzahlen sind die Angaben auch für die Fachabteilungen einsehbar. Man kann aber immer nur das Krankenhaus in die Auswahlliste nehmen, nicht die konkrete Fachabteilung.“</p>			
	28 f.	<p><i>Qualitätssicherung</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Teilweise fehlen die Angaben, z. B. bei der Anzahl auffälliger Ergebnisse. Da der prozentuale Ergebniswert jedoch häufiger größer als null ist, müssen kritische Ergebnisse vorgelegen haben. Teilweise ist das Ergebnis des strukturierten Dialogs dann trotzdem unauffällig, auch wenn die auffälligen Werte jenseits des Referenzbereichs gelegen haben oder wenn bei einem Indikator jedes Ereignis unerwünscht ist.</p> <p>[...] Darstellung im Internet: Die Detailinformationen zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung sind schwer verständlich.“</p>			
	29	<p><i>Patientenzufriedenheit</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Die Patientenzufriedenheit wird über Befragungen nach der Entlassung erfasst. Es liegen Angaben zu den Kategorien Weiterempfehlung von Patienten, Zufriedenheit mit ärztlicher Versorgung, Zufriedenheit mit pflegerischer Versorgung und Zufriedenheit mit Organisation und Service vor. Auch wenn hier nur ein Teil der Patienten befragt wird, liefern die Daten wertvolle Zusatzhinweise, die nicht über die Qualitätsdaten der Krankenhäuser erfahrbar sind.</p> <p>Darstellung im Internet: Ein Krankenhaus kann nur insgesamt für die Patientenzufriedenheit ausgewählt werden. Die Detailfragen sind jedoch so interessant, dass auch eine</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmenden nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		Auswahl nach Unterpunkten interessant wäre. Sie erscheinen bei dem ‚Vergleich mit eigenen Kriterien‘ jedoch nur, wenn man mit dem Mauszeiger über den Balken streicht. Eine vergleichende Darstellung ist damit nicht möglich.“			
	31 f.	<p><i>Service</i></p> <p>„Daten der Krankenhäuser: Ab dem Datenjahr 2012 (Veröffentlichung 2014) liegen Angaben zu den Kosten von Fernsehen, Telefon, Internet, Radio und Parkplatz vor. Anders als bei diesen Zusatzangaben sind die Kosten und die Ausstattungsmerkmale für Zwei-Bett-Zimmer nicht vorhanden.</p> <p>Darstellung im Internet: Die Angaben zu den Kosten sind in der Weissen Liste nur über den Link ‚vollständiges Profil anzeigen‘ abrufbar, nicht über den direkten Krankenhausvergleich. Die Zusatzinformationen zur Zimmerausstattung, z. B. zum Preis oder der Abteilung, in der die Zimmer vorhanden sind, können nicht über den Vergleich abgerufen werden, sondern nur über den Link ‚vollständiges Profil anzeigen‘. Anders als die Kosten zu Telefon und Fernsehen verbergen sie sich noch unter einem weiteren Link. Das Auffinden ist damit sehr schwer.“</p>			

Anhang A.2.4: Similiar-Article-Suche**Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 1**

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Bhandari et al. (2019)	USA	„In this article, we provide such a framework for understanding why so few consumers use CQI. We begin by asking a specific question: Under what conditions would consumers be able to make effective use of report cards? Applying this lens, we identify four conditions that, if present in combination, would maximize the odds of consumer use of CQI. [...] We proceed to examine the extent to which these conditions are fulfilled for contemporary public reporting, and ways in which current efforts are falling short.“	2	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Damman et al. (2009)	Niederlande	„To be able to understand the difficulties and bottlenecks consumers face, an open, qualitative approach using real online information is therefore needed. With this study, we aimed to gain insight into consumers' own thoughts, interpretations, and evaluations of this kind of information. Our research question was: 'How	2	Qualitative Studie	Semi-strukturierte kognitive Interviews	n. a.	Teilnehmer eines Panels einer niederländischen Krankenversicherung	20 Teilnehmende: 9 Frauen 11 Männer	36,8 %: (55–64 Jahre)

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien- design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
		do consumers process and evaluate comparative healthcare information?“							
Damman et al. (2010)	Niederlande	„The aim of the present paper was to describe how different types of information are presented on websites containing public comparative health care information.“	3	Systematisches Review	Content-Analyse	2008	Websites mit vergleichenden Informationen zu Krankenversicherung oder Gesundheitsplänen	42 Websites aus 10 verschiedenen Ländern	n. a.
Hildon et al. (2012a)	Vereinigtes Königreich	„Our aim was to review the research evidence on the impact of compositional format and content of quantitative data display across these three domains.“	56	Systematisches Review	Systematische Literatursauswertung	n. a.	Studien im Gesundheitsbereich zu quantitativer Datenpräsentation und dem Einfluss unterschiedlicher Formate und Inhalte	30 Studien	n. a.
Hildon et al. (2012b)	Vereinigtes Königreich	„We aim to build on these existing studies and to develop a set of practical recommendations for PROMs quality indicators informed by end-users; we therefore undertook to qualitatively observe and explain known aspects of quantitative presentational methods and to include format and content variations that have been so far neglected. We explored the following formats: The bar (Fig. 1) and caterpillar chart (Fig. 2), different tables (Fig. 3), and funnel plot (Fig. 4).“	299	Qualitative Studie	Fokusgruppen	2010	Patientinnen und Patienten mit vergangener oder bevorstehender Knie-OP, Teilnehmer des POiS-Audit mit vergangener oder geplantem elektiven Eingriff, sowie deren Partner und Pflegende	45 Teilnehmende: 23 Frauen 22 Männer	(40–55 Jahre): 9 Teilnehmende (56–75 Jahre): 21 Teilnehmende (>75 Jahre): 15 Teilnehmende

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Kurtzman und Greene (2016)	USA	„Specifically, it examines the empirical evidence on how format and presentation styles of comparative performance information impacts consumers' comprehension, decision-making, and other responses. Ultimately, this synthesis provides an empirical basis for enhancing public reporting – and engaging consumers in the use of comparative performance information – through optimal design.“	37	Systematisches Review	Systematische Literaturauswertung	2014	Experimentelle, quantitative Studien, die Verbraucherreaktionen auf Performance-Informationen zu Gesundheitsthemen vergleichen, falls ein oder mehrere Präsentationsformate verändert worden (2003-2013)	31 Studien	n. a.
Schmidtke et al. (2017)	Vereinigtes Königreich	„The current paper compares people's use of between group and time-series control charts to commonly used non-control charts.“	1116	Quantitative Studie	Choice-Experiment	n. a.	1. Experiment: Laien 2. Experiment: Hochrangige Entscheidungsträger einer UK-Krankenversicherung	1. Experiment: 170 Teilnehmende: 59% Frauen 2. Experiment: 47 Teilnehmende: 45% Frauen	1. Experiment: 21,3 Jahre 2. Experiment: 68,1 %: (31–50 Jahre)
Shaller et al. (2014)	USA	„In this article, we suggest that low levels of consumer awareness and use of public reports have resulted at least in part because most reports have failed to deliver relevant information at the time and in the form appropriate to the context in which consumers actually make choices among health care providers.“	18S	Theoretische Arbeit	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

Referenz	Land	Ziel der Studie	Seite	Studien-design	Erhebungsmethode	Jahr der Datenerhebung	Zielpopulation	Stichprobencharakteristik	Durchschnittsalter; Range (von–bis)
Stafoggia et al. (2011)	Italien	„The aim of this article was to investigate the pros and cons of target plots, radar plots, and ‘spie’ charts to determine which was best suited to summarize outcomes and processes of health care for comparative evaluations of clinical performance among populations or health care providers.“	771	Theoretische Arbeit	n. a.	2007	n. a.	n. a.	n. a.

Charakteristika der Publikationen zu den Themen A bis E – Teil 2

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Bhandari et al. (2019)	3 f.	<p><i>Conceptual Framework for Understanding Limited Consumer Appeal of CQI [comparative provider quality information]</i></p> <p>„Consumers generally do not lack information on provider quality even in markets devoid of CQI. For example, surveys indicate that most consumers still rely on advice from friends and family members to choose doctors and hospitals (Kaiser Family Foundation, 2011, Pew Research Center, 2013). Some consumers utilize unsolicited, unselected online patient reviews of provider care (such as Yelp) to choose doctors (Bumpass & Samora, 2013).</p> <p>[...] Our framework views consumers as overwhelmingly reliant on informal information unless a set of conditions is met that increases consumer willingness and/or ability to use CQI. We broadly classify these conditions into four categories: high salience of CQI</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		for consumers, optimal design of CQI, targeted dissemination to consumers for whom CQI is salient, and low-search costs for consumers actively looking for CQI. We argue that while each of these conditions alone may help somewhat in improving consumer use of CQI, their presence in combination is necessary to maximize the potential for effective use (i.e., consumer use intensity that can sufficiently influence provider care practices so as to eventually improve care quality).“			
	5	<p><i>Salience of CQI for Consumers</i></p> <p><i>Consumers That Face a Wide Provider Choice Set</i></p> <p>„Many consumers looking for new providers may just have a single or a very few providers to choose from, thus sharply reducing the utility of CQI.</p> <p>[...] Given these circumstances, the decision by many consumers to ignore CQI is quite rational; targeting them for CQI use without regard to their actual choice sets seems a waste of resources. Much, however, can be done to increase such consumers’ provider choices; policies that expand their choice set (e.g., expanding health insurance, regulating network adequacy, increasing provider reimbursements) may bring many consumers into the zone where effective use of CQI becomes realistic over time.“</p>			
	5	<p><i>Consumers Searching for a New Provider</i></p> <p>„A common circumstance arises out of ‘shoppable’ treatments, that is, brief episodes when people need often ‘one-off’ procedures such as maternity care or elective surgery. Other opportunities for engagement may emerge out of ‘external disruptions’ in peoples’ lives that necessitate choosing a new provider (e.g., loss of regular job or moving to a new place to live) or when patients suffer from ‘problematic medical experiences’ (such as poor medical care or medical errors). Chronically ill individuals represent a relatively large subgroup that may be especially interested in using report cards, owing to unique information needs of managing complex symptoms and keeping abreast of optimal processes of care.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	6	<p><i>Consumers Who Perceive Quality Differentials Among Providers</i></p> <p>„Consumers looking to choose a new provider from among multiple available providers may still not feel motivated to seek out CQI if they strongly believe that all providers are roughly equal in quality.</p> <p>[...] There is some empirical evidence for the notion that many consumers do not discern meaningful differences in care quality among providers. When we tested this proposition in a large survey of chronically ill consumers living in 16 diverse communities throughout the United States, nearly 40% of respondents agreed with the statement that the doctors in their communities provided care of roughly equal quality.”</p>			
	7	<p><i>Consumers With Malleable Beliefs Regarding Provider Quality Rankings</i></p> <p>„Due to a variety of reasons, even consumers who acknowledge provider quality differentials may not be open to changing their beliefs regarding provider quality rankings after exposure to new evidence in CQI. Some consumers may strongly believe that the information in report cards is redundant in that it will largely confirm their preexisting notions or provide no new information over that available more easily from the informal sources. Indeed, for a subset of consumers, new information may end up confirming their preexisting provider quality beliefs, reinforcing notions of its redundancy. Others may place a premium on the kind of information that is available through the informal sources but is perceived to be lacking in CQI.“</p>			
	8 f.	<p><i>Design of Report Cards</i></p> <p><i>Applicability of CQI</i></p> <p>„Surveys suggest that consumers find much of the information in public reports not relevant to their clinical needs. For instance, in one national survey, 53% of respondents complained that the information available in the report cards ‘was not specific to their personal health conditions or concerns’ (Kaiser Family Foundation, 2004).</p> <p>[...] The study by Shi et al. (2016) showed that higher applicability of CQI increases the odds of its awareness and use by consumers. Interestingly, improvements in consumer</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		awareness and use were only seen when an applicable report card became available for the first time, suggesting that the first release of a report may generate higher odds of consumer exposure to CQI than subsequent releases or updates. This study's findings suggest that greater customization of CQI to consumers' clinical needs may prove effective in improving consumer use. One potential way to do this is to design reports wholly dedicated to specific clinical conditions (e.g., diabetes, asthma) that can then be narrowly targeted to distinct but large population subgroups.“			
	9	<i>Credibility of CQI</i> „[...] For example, some consumers may consider information provided directly by health plans or employers as less credible than if the same data were provided by non-profits that have health plans as partners or members. Some studies found higher consumer trust in sources validated by the federal or state government agencies (Dutta-Bergman, 2003).“			
	10 f.	<i>Consumer Friendly Design</i> „Some consumers may be overwhelmed due to cognitive difficulties in handling information dense in numerical comparisons or medical jargon. Experiments indicate that information with excessive detail imposes a substantial 'cognitive burden' on users, who may screen out important contextual information, and make incorrect inferences (Hibbard et al., 1997). [...] A recent review, summarizing findings from a broad swath of literature on presentation of provider performance measures, concluded that most consumers understand simplified metrics and displays better and use them effectively to choose higher quality providers (Kurtzman & Greene, 2016).“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	11	<i>Standardization in Content and Presentation</i> „A somewhat distinct worry is the existence of multiple quality measures for identical clinical problems, mirroring the considerable variation in measurement and presentation approaches of CQI producers (Austin et al., 2015). Such variations may confuse users by yielding conflicting provider rankings (Rau, 2013; Rothberg, Morsi, Benjamin, Pekow, & Lindenauer, 2008).“			
	12	Targeted Dissemination (Organizational “Push”) of CQI <i>Producer Dissemination of CQI</i> „Our sense of the field (based on our experience in evaluating a pioneering national program that involved production and dissemination of CQI by multistakeholder alliances) is that many CQI sponsors have neglected to adequately invest in crafting well-targeted dissemination strategies, perhaps owing to a naïve belief that the consumers will jump at the chance of using well-designed CQI once it becomes available online. This attitude seems to be shifting, with more resources now flowing into identifying and reaching consumer subgroups via aggressive outreach strategies.“			
	14	<i>Provider Dissemination of CQI</i> „Many providers now advertise their quality to the general public through a variety of marketing strategies. Typically, these initiatives offer informal provider quality information to consumers. For example, most hospitals have their own Facebook pages and websites, with a vast majority offering star ratings (1-5 stars) drawn from unsolicited consumer feedback (Glover et al., 2015).“			
	15	<i>Role of Media in Dissemination of Report Cards</i> „Indeed, periodic press releases that accompany public release of data have become staples of media outreach efforts of many CQI sponsors. For example, releases of hospital quality rankings produced by high-profile private sponsors (such as the U.S. News &			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		World Report) typically occasion a cluster of press reports in the national media. However, the effect of these reports on consumer use may be limited if consumers discount the credibility of information that appears in the guise of advertising or promotion. On the other hand, many media outlets cover issues related to provider quality independent of CQI release events (e.g., safety record of local hospitals, sentinel events like major surgical mishaps). Such 'neutral' news reports may carry more weight in terms of shaping opinion about provider quality.“			
	16 f.	<p>Consumers' "Pull" of CQI</p> <p>„Instead of passively reacting to organizational 'push' of quality reports, consumers can be viewed as 'pulling' needed information from sources around them. In surveys, nearly a third say they would look for information online, in a newspaper or a magazine, or request their health plan for quality information (Kaiser Family Foundation, 2000). Yet even active CQI dissemination to select groups who are primed to use it effectively may be insufficient if consumers find the information difficult to locate, access, or verify.</p> <p>[...] Huesch, Currid-Halkett, and Doctor (2014) built on these smaller studies by using proprietary social media monitoring tools to assess nationwide consumer search patterns for hospitals and for six specific quality report cards. More than half a million monthly searches related to hospital quality were performed nationally on Google and Google Trends, testifying to the high level of public interest in hospital quality. Interestingly, 'Hospital Compare' was the term that was used most often when searching for hospital quality information generally, although when consumers searched by entering the name of a specific report card, more looked for private commercial report cards like 'Healthgrades' than for 'Hospital Compare.'“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
Damman et al. (2009)	5 f.	<p><i>Response to the design</i></p> <p>„Participants wanted to go quickly through the information and preferred information that is clear at first sight.</p> <p>[...] It was striking how often consumers said that it was too much immediately after providing them with the information.</p> <p>[...] These quotes tell us that the vertical display of quality indicators and the clickability of aspects of choice are barriers to an easy use of the information.“</p>	Nein	Nein	n. a.
	7–9	<p><i>Response to the content of information</i></p> <p>„Many interviewees spontaneously attributed importance to the presented quality indicators (theme 5), and further focused on those aspects that they prioritized:</p> <p>[...] Almost all information was considered important, and some interviewees even wanted more detailed information, which is hard to reconcile with their feelings of being overwhelmed by the amount of information.</p> <p>[...] Most participants tried to interpret the information, and misunderstood a lot of it (theme 6):</p> <p>[...] Furthermore, participants found it hard to understand conflicting information when, for example, some hospitals performed good on one quality aspect, but bad on another aspect.</p> <p>[...] We further learned that many participants were comparing the presented information to their own experiences and ideas (theme 7):</p> <p>[...] From these quotes, we see that questions were raised about the completeness and reliability of the information. In addition to these issues, interviewees also commented on the magnitude of quality differences.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	9 f.	<p><i>Use of information</i></p> <p>„How the information could be used in daily life (theme 9) appeared to be associated with the design and content of the website, such as the amount of information, and with the perceived relevance of quality indicators.</p> <p>[...] Several participants systematically weighted the information. For example, they examined quality aspects one by one (WADD) or first defined most important aspects and then compared performance (LEX). Additionally, strategies by which providers were excluded one by one when performance did not meet requirements were often used (EBA). Frequently observed as well was the strategy to count up the number of good and bad scores on different aspects (FRQ).“</p>			
	10	<p><i>Purpose of the information</i></p> <p>„Although a few consumers thought that the information was designed to inform health insurance companies or hospitals themselves, most participants related the information to consumer choice in healthcare:</p> <p>[...] Most consumers were able to describe the purpose of different quality indicators, in particular when they saw benefits of presenting the information:[...]“</p>			
Damman et al. (2010)	8	<p>„Most websites contained, in one way or another, both summary and more detailed information. Summary information was usually presented in tabular formats using rows to display providers and columns to display attributes (see Figure 1).“</p>	Nein	Nein	n. a.
	13	<p><i>Health Care Sectors</i></p> <p>„On 32 of the 42 websites (76%), information about hospitals was presented. Although in recent years more information has become available in other health care sectors, such as nursing homes and home care (found on 10 websites; 24%), and health plans (found on 10 websites; 24%), hospital information clearly had the largest share on the Internet.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	13	<i>Types of Information</i> „The most common type of information found on the reviewed websites was quality information based on performance indicators (found on 37 websites; 88%). Information on health care providers’ characteristics and services was also common (found on 34 websites; 81%); this information was usually presented for each provider separately.“			
	13	<i>Integration of Different Information Types</i> „The degree of integration of different information types was most often classified as type 0 (no integration of different types of information; different types of information on different pages). This type of information integration was found on 15 websites (36%). Type 3 (high level of integration of different information types; different types of information presented in one table) was found on 17 websites (41%). The two integration structures falling in between these extremes were less often found: type 1 on 10 websites (24%) and type 2 on 9 websites (21%), respectively.“			
Hildon et al. (2012a)	58	<i>Impact of compositional format</i> „Tables and pictographs seemed generally better understood than bar charts. The study on clinician’s decision-making found pictographs were the best understood; 82% made correct decisions with pictographs compared with 68% when using tables and only 43% for bar charts [21]. [...] Comprehension of pictographs was found to be generally good [27, 28, 31, 38]. For instance, in a task for estimating chance of survival using this format 86% of responses were correct [38]. [...] Pictographs have also been found to increase people’s perception of risk. Younger, less educated people perceived their life-time risk of breast cancer to be higher when conveyed with pictographs (human figures) than bar charts [34]; only 28% perceived their risk to be low with bar charts compared with 49% with pictographs [35].“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	58–60	<p><i>Impact of content</i></p> <p>„Ranking health plans in tables improved comprehension, particularly in older groups, made options easier to identify and significantly reduced poor decisions from 46 to 30% [15].</p> <p>[...] Too much content can be confusing resulting in ‘information overload’ [43] and, although accuracy of choice was not necessarily affected, information processing was slower [25].</p> <p>[...] Giving instruction can improve comprehension [46, 47]. Understanding of survival curves was improved from 74 to 83% by the use of a practice exercise, although worked examples only helped with simpler graphics [47].</p> <p>[...] Confidence intervals are often poorly understood not only by the public but by some professionals.“</p>			
Hildon et al. (2012b)	301	<p><i>Compositional formats</i></p> <p><i>Numerical table</i></p> <p>„It was sometimes noted that numerical tables lacked visual clarity; as such participants found them ‘busy’ or a ‘bit technical’. This format was also seen as suited to comparison of small numbers.“</p>	Ja	Nein	n. a.
	301	<p><i>Bar chart (with and without error bars)</i></p> <p>„Even though performance was seemingly harder to identify in the bar charts, these were liked because they were considered visually clear and facilitated appraisal at a glance,</p> <p>[...] this might also account for inaccuracies in reading the graphs, people perhaps felt they did not need guidance on interpretation.“</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	301 f.	<i>Caterpillar plot</i> „Caterpillar plots were seen as visually clearer and to as giving more information than the bar chart without CIs: [...] Nevertheless, choices of ‘best’ provider were often quick and accurate with this format although participants had benefited from assimilating the meaning of the traffic light scheme from other formats.“			
	302	<i>Funnel plot</i> „An initial lack of understanding was married to a range of creative meanings, as participants grappled to make sense of this display. Speculation around the number of procedures led to much overinterpretation of the data.“			
	302	<i>Tables with icons</i> „It was by far the most liked of the displays, and needed less explanation than other formats, partly because it was viewed as visually clear, the ‘simpler’ format.“			
	302 f.	<i>Content</i> <i>How should uncertainty be displayed?</i> „Representations of uncertainty were mostly new to this audience: [...] A shared finding across all formats, except the tables housing icons (which in themselves were symbolic/explanatory), was that statistically accurate choice of hospital often relied on the highlighting, adapted from traffic light colors.“			
	303	<i>How many providers should be shown?</i> „Many people only wanted data at a local level. Local providers were a common practical choice, [...] In contrast, many also asked for enough providers to judge the range of performances:[...]“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	303	<p><i>What colors should be used?</i></p> <p>„Traffic light colors were described as universally recognized. Because of this it was noted that we could have used the full range of colors, as amber and red are more meaningful than yellow and amber. It was argued that red might cause undue alarm, it was also noted that red would help speed up processing and possibly accuracy of choice. Alternative color schemes were not welcomed.</p> <p>[...] Using colors consistently was important, as this enabled understanding across formats.“</p>			
	303	<p><i>What icons or words should be used?</i></p> <p>„There was a strong consensus that star charts including grayed out possibilities (of five) was the clearest display:</p> <p>[...] Words (these were ‘at average’ ‘better’, ‘worse’, etc.) were liked because they were perceived as needing no personal interpretation.“</p>			
	303	<p><i>In what order should providers be shown?</i></p> <p>„Views of ordering were influenced by participants’ use and knowledge of available providers.</p> <p>[...] Rank ordering (in tables) according to absolute outcome rather than statistical significance caused some confusion, as a few people questioned why highlighted ‘green’ providers were not ranked top.“</p>			
Kurtzman und Greene (2016)	38— 40	<p><i>Quantity of Information</i></p> <p>„The choice set size findings were relatively consistent. When there were more choices, participants generally reported feeling more informed and were more likely to indicate that their choices matched their preferences [25]. However, as choice set size increased beyond a comfortable threshold, participants exhibited less control, had more difficulty making a choice – for example, requiring more time, considering less of the available information, and shifting from alternative-based (i.e., studying all the attributes of one</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		option before considering another) to attribute-based (i.e., comparing available alternatives on a single attribute) search strategies [25,26] – and their accuracy in making high quality choices diminished [21,22,27–29]. [...] Consumers' responses to the number of attributes per choice were similar, but slightly more nuanced. These studies generally acknowledge an optimal number of attributes that follows an inverted 'U'-shape—as the number increases, respondents' processing measured by the number of related thoughts and decision quality initially increases and then decreases [13,29].“			
	41	<i>Simplifying and clarifying techniques</i> „[...] Findings from these studies suggest that using straightforward and uncomplicated language and situating results in common contexts improves comprehension and assists consumers in making better – and higher-value – choices.“			
	41	<i>Order and sequence</i> „Reordering by common attribute [19] or by cost and quality information [31,32] improved participants' comprehension, though in two of the three studies the improvement was only for subsets of participants [19,31].“			
	41	<i>Type of display</i> „[...] First, numeric formats that included considerable text or characters (e.g., frequencies expressed as '1 in 250') were generally not as effective as simple formats employing straightforward graphs or familiar icons. Second, while graphical displays were generally more beneficial than numeric formats, respondents' reactions to bar graphs tended to be problematic. [...] Finally, displays that provided interpretive features were influential in consumers' decision outcomes. For example, structuring alternatives to signal or steer consumers to a particular outcome – referred to as alternating the 'choice architecture' – was influential in 'nudging' respondents to preassigned, but not necessarily optimal, choices without resulting in lower satisfaction or increased choice deferral [39]. Using evaluative			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		presentations to clarify and/or explain different choices had beneficial effects on a range of outcomes including comprehension, decision quality, confidence, and satisfaction; yet, no single display was found to be superior – benefits were realized from symbols (e.g., shaded circles [36], stars [37]) and word icons [37,40] – and not every person responded equally well.“			
	41	<i>Use of color</i> „[...] While these studies provide some indication that color may be a simple device to emphasize a result or encourage a decision outcome, the combination of the interventions tested and other methodological limitations (e.g., pre-test/post-test cohort design) make them difficult to interpret.“			
Schmidtke et al. (2017)	1120 f.	EXPERIMENT 1. LAYPEOPLE <i>Between-hospitals comparisons</i> „No matter which chart participants viewed, their responses were largely accurate. Of participants who saw a funnel chart, 77% correctly identified the lowest and 70% the highest performing hospital; 85% correctly identified the smallest and 82% the largest sized hospital. Of those who saw a league table, 77% correctly identified the lowest and 84% the highest performing hospital; 93% correctly identified the smallest and 87% the largest sized hospital. [...] Funnel charts increased participants' ability to identify the specialcause datum. Given a funnel chart, 51% correctly identified the special-cause datum; [...] Participants struggled to identify the hospital that would most likely see them within two weeks, no matter which graph they saw. Given a funnel chart, 43% chose the statistically recommended hospital, 31 % chose the other hospital, 24% said they were equal, and 2.4% reported that they did not know. For the league table, 49% chose the statistically recommended hospital, 27% chose the other hospital, and 24% said they were equal.“	Nein	Nein	n. a

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	1121	<p><i>Time-series comparisons</i></p> <p>„No matter which chart participants viewed, their responses were largely accurate. Of participants who saw a run chart with control lines, 88% correctly identified the lowest and 93% the highest performing hospital. Of those who saw a run chart without control lines, 96% correctly identified the lowest and 100% the highest performing hospital.</p> <p>[...] Run charts with control lines increased participants' ability to identify the presence or absence of the special-cause datum. Of participants who saw a run chart with control lines, 64% correctly identified the presence or absence of the special-cause datum, 16% were incorrect, and 20% said they could not tell.</p> <p>[...] When asked whether they would call for an investigation, participants struggled no matter which graph they saw. Of participants who saw a run chart with control lines, 56% chose the statistically recommended course of action, 40% chose the other course of action, 4% had no preference, and 1 % did not understand the question. Of participants who saw a run chart without control lines, 48% chose the statistically recommended course of action, 45% chose the other course of action, 6% had no preference, and 1% indicated they did not understand the question“</p>			
	1123	<p>EXPERIMENT 2. HOSPITAL DECISION-MAKERS</p> <p>„No matter which chart participants viewed, their responses were largely accurate. Of participants who saw a run chart with control lines, 100% correctly identified the lowest and 100% the highest performing hospital. Of those who saw a run chart without control lines, 96% correctly identified the lowest and 91% the highest performing hospital.</p> <p>[...] The control charts increased participants' ability to identify the presence or absence of the special-cause datum. Of participants who saw a run chart with control lines, 63% correctly identified the presence or absence of the special-cause datum, 13% were incorrect, and 25% said they could not tell. Of participants who saw a run chart without control lines, only 4% correctly identified the special-cause datum, 17% selected incorrect data, and 78% said they could not tell.</p>			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		<p>[...] The statistical recommendations given by control charts were accurately interpreted by most participants. Of the participants who saw a run chart with control lines, 79% correctly identified the course of action the control chart recommended, 8% chose the other course of action, and 13% said the chart made no recommendations. Of the participants who saw a run chart without control lines, 9% chose the recommended course of action, 26% chose the other course of action, 61 % said the chart made no recommendations, and 4% did not understand the question.</p> <p>[...] The recommendations made by the control charts were largely followed by our participants. Of the participants who saw a run chart with control lines, 68% said they would follow the statistically recommended course of action, 29% chose the other course of action, and 4% did not know. Participants who saw a run chart without control lines were more evenly split; 39% would follow the statistically recommended course of action, 22% chose the other course of action, and 40% said they did not know.“</p>			
Shaller et al. (2014)	31S	<p>Practical Implications for Report Developers <i>Identify a Target Audience for Decision Making</i></p> <p>„A key strategy for promoting consumer engagement with public reports is to identify and target consumers who are ‘in the market’ to make a decision about choosing among health care providers.</p> <p>[...] Report developers may therefore want to consider such transitional triggers in identifying specific target audiences. When consumers are not in these receptive states, reporting arrangements should focus instead on cultivating skills related to information acquisition that can be used by consumers at a later date when they are more relevant, and providing consumers with easy-to-follow instructions on how they can find such information when they need it. Once target audiences have been identified, it is necessary to provide them with relevant information at a time they are likely to use it. This often requires customizing the content—for example, designing a report for people contemplating hip replacement surgery that provides quality and cost measures specifically for that surgery rather than a broad array of measures that span many surgical and non-surgical treatments. Targeted dissemination strategies may also be necessary, using</p>	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
		marketing and promotion or disseminating reports in partnership with groups or organizations whose mission it is to help those in the target audience.“			
	31S	<i>Use Emotional Cues and Content to Engage Consumers</i> „Messaging strategies in public reports should engage people by conveying information in a manner that is emotionally resonant with the target audience. Specifically, report developers should (a) pay more attention to the emotional or affective power of words used in reports, (b) recognize that choosing a health care provider can create anxiety, and (c) provide messages that help consumers reduce anxiety by gaining a sense of control.“			
	32S	<i>Provide Content That Is Relevant to the Choice Situation</i> „Specifying and collecting quality metrics to address specific contexts will be a significant undertaking, but one that is essential if public reporting is to fulfill its potential in facilitating better choices. [...] It also follows, from these same considerations, that public reports may need to increasingly rely on interactive websites to be effectively tailored to different target audiences. Because different subsets of consumers will find different aspects of care salient, it is essential that they have the capacity to ‘probe down’ into aggregated performance metrics where they are so motivated, but presented with other information that has been ‘rolled up’ into a limited number of aggregate measures. In other words, public reports need to be made more adaptive—and to convey to users a better understanding of how to make use of their interactive features.“			

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	32S	<i>Integrate and Summarize Information and Measures</i> „Because people are not very good at integrating information about several disparate attributes into an overall evaluation, quality reports should help with integration, for example, by providing ‘roll-up’ scores that summarize across dimensions. And because consumers are often unfamiliar with the quality concepts underlying some measures, quality reports must explain the data they provide and educate consumers how to think about quality (Hibbard, Greene, & Daniel, 2010).“			
	33S	<i>Provide Personal Navigation and Support</i> „The challenges of interpreting even the best designed performance reports suggest that many consumers—particularly when their capacity for learning is constrained by debilitating illness or failed medical care—will find it daunting to make sense of public reports in ways that feel relevant to their personal circumstances, unless they are supported by individuals serving as interpreters, translators, and navigators. Past demonstration projects have shown that this sort of personalized support and assistance can effectively increase access and reduce anxiety for patients (Aiello Bowles et al., 2008; Dohan & Schrag, 2005). In our assessment, this sort of assistance should be expanded beyond disadvantaged communities, to provide enhanced public investments in interpretation and guidance for a wider array of vulnerable consumers.“			
Stafoggia et al. (2011)	773 f.	„The target plot (panel A) was immediately interpretable, because all the dots converged toward the center of the target, conveying an impression of good global performance. However, all the clinical categories (the ‘dots’) were considered equally relevant, and the plot failed to distinguish categories with values that were close or superimposed (e.g., three values of 100 could only be distinguished by the labels). The radar plot (panels B1 and B2) also provided an immediate picture of good performance, because the filled surface was very wide and covered most of the circle. However, the shape and the size of the enclosed surface were different with a different ordering of the clinical categories.“	Nein	Nein	n. a.

Referenz	Seite	Kernaussagen	Wurden Patientinnen bzw. Patienten direkt befragt?	Ist das <i>Online-Nutzungsverhalten</i> Gegenstand der Studie?	Für wen haben die Teilnehmende nach Informationen gesucht? a) für sich selbst b) für Angehörige c) für angehörige Kinder
	775	„Finally, the ‘spie’ chart (panel C) also highlighted the overall good performance of the institution. Furthermore, the clinical categories were weighted according to their relevance (based on predetermined criteria), and the ease of comparing the filled areas did not depend on ordering. In addition, the plot is well suited to provide an easy summary measure of global performance of the institution, by calculating the ratio of the gray area to the total circle area. The global score of 70 (data not shown) efficiently summarized the information in the figure.“			

Literatur

- 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.
- Asada, Y; Abel, H; Skedgel, C; Warner, G (2017): On Effective Graphic Communication of Health Inequality: Considerations for Health Policy Researchers. *The Milbank Quarterly* 95(4): 801-835. DOI: 10.1111/1468-0009.12300.

- Austin, PC; Reeves, MJ (2013): The Relationship Between the C-statistic of a Risk-adjustment Model and the Accuracy of Hospital Report Cards: a Monte Carlo Study. *Medical Care* 51(3): 275-284. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31827ff0dc.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Braun-Grüneberg, S; Wagner, K (2009): Unterschiede im Informationsverhalten und in der Entscheidungsfindung von Patienten bei der Auswahl von Kliniken. In: Roski, R: *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer, 219-238. ISBN: 978-3-531-15907-2.
- 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.
- Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Prang, K-H; Kelaher, M (2018): “What is meant by public?”: Stakeholder views on strengthening impacts of public reporting of hospital performance data. *Social Science & Medicine* 202: 143-150. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.02.019.
- 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.
- 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.
- 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; 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.

- Damman, OC; De Jong, A; Hibbard, JH; Timmermans, DR (2015): Making comparative performance information more comprehensible: an experimental evaluation of the impact of formats on consumer understanding. *BMJ: Quality & Safety* 25: 860-869. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004120.
- 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.
- 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.
- Dietrich, M; Renner, S (2015): Subjective Quality Information: Effects of Patient Experience Outcomes and Display Formats on Evaluation and Choice Intentions. *Health Marketing Quarterly* 32(3): 234-249. DOI: 10.1080/07359683.2015.1061850.
- 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.
- 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.

- 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; Taheri-Zadeh, F; Kolb, B; Sander, U (2017b): Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results. *Health Policy* 121: 17-26. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.11.004.
- Emmert, M; Meszmer, N; Sander, U (2017c): 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.
- Englich, H; Fischer, B (2016): Worüber sagen AOK-Lebensbäume mehr aus: über Qualität oder über Fallzahlen? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 21(03): 158-162. DOI: 10.1055/s-0035-1554015.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Entwicklung von G-BA-Maßnahmen zum Thema Akutschmerzmanagement. [Stand:] 19.12.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4117/2019-12-19_TuP_Akutschmerzmanagement.pdf (abgerufen am: 31.08.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): 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).
- Gaglio, B; Glasgow, RE; Bull, SS (2012): Do Patient Preferences for Health Information Vary by Health Literacy or Numeracy? A Qualitative Assessment. *Journal of Health Communication* 17(Suppl. 3): 109-121. DOI: 10.1080/10810730.2012.712616.
- 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 Sichtensicht. 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 (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).
- 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).
- Graffigna, G; Barello, S; Bonanomi, A; Riva, G (2017): Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model. *Patient Education and Counseling* 100(10): 1918-1927. DOI: 10.1016/j.pec.2017.05.033.
- 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.
- 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.gucosa.de/api/gucosa%3A29118/attachment/ATT-0/> (abgerufen am: 03.07.2019).
- 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.
- Haselhoff, V (2010): Patientenvertrauen in Krankenhäuser. Eine qualitative Analyse zur Bedeutung, Bildung und unterschiedlichen Vertrauensebenen [Dissertation]. Wiesbaden: Gabler. ISBN: 978-3-8349-2631-9.
- Hermeling, P; Geraedts, M (2013): Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? *Das Gesundheitswesen* 75(3): 155-159. DOI: 10.1055/s-0032-1321744.
- Hildon, Z; Allwood, D; Black, N (2012a): 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 (2012b): Making data more meaningful: Patients' views of the format and content of quality indicators comparing health care providers. *Patient Education and Counseling* 88(2): 298-304. DOI: 10.1016/j.pec.2012.02.006.
- 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.

- Huerta, TR; Hefner, JL; Ford, EW; McAlearney, AS; Menachemi, N (2014): Original Paper Hospital Website Rankings in the United States: Expanding Benchmarks and Standards for Effective Consumer Engagement. *Journal of Medical Internet Research* 16(2): e64. DOI: 10.2196/jmir.3054.
- Huerta, TR; Walker, M; Ford, EW (2016): An Evaluation and Ranking of Children's Hospital Websites in the United States. *Journal of Medical Internet Research* 18(8): e228. DOI: 10.2196/jmir.5799.
- 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.
- Huppertz, JW; Carlson, JP (2010): Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice. *Health Services Research* 1(6, Pt 1): 1602-1613. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01153.x.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Kiel, S (2012): Bewertung von Internetportalen zur Suche und Beurteilung von Ärztinnen/Ärzten und Krankenhäusern aus Patientenperspektive [*Bachelor*]. Hamburg: HAW Hamburg [Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg], Department Gesundheitswissenschaften. URL: http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2012/1728/pdf/Isab12_51.pdf (abgerufen am: 30.03.2020).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- Magee, H; Davis, L-J; Coulter, A (2003): Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *Journal of the Royal Society of Medicine* 96(7): 338-342. DOI: 10.1258/jrsm.96.7.338.
- 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.
- 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.
- 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.
- Massey, PM (2014): Adoption and Use of Internet Technologies in Health Communication: Examining Disparities in Diffusion Patterns, Health Information Sources, and Patient-Provider Encounters [*Dissertation*]. Los Angeles, US-CA: University of California, Public Health. UMI Number: 3563351.
- 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.
- 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.
- McGee, J; Kanouse, DE; Sofaer, S; Hargraves, JL; Hoy, E; Kleimann, S (1999): Making Survey Results Easy to Report to Consumers: How Reporting Needs Guided Survey Design in CAHPS™ [Supplement]. *Medical Care* 37(3): MS32-MS40.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Nath, C; Huh, J; Adupa, AK; Jonnalagadda, SR (2016): Website Sharing in Online Health Communities: A Descriptive Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 18(1): e11. DOI: 10.2196/jmir.5237.

- 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).
- 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.
- 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.
- Panozzo, G (2018): Reach for the Stars. *Home Healthcare Now* 36(3): 185-188. DOI: 10.1097/nhh.0000000000000654.
- 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).
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- 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.
- Prang, K-H; Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Miller, JA; Kelaher, M (2018): 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Rossmann, C; Lampert, C; Stehr, P; Grimm, M (2018): Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. [Stand:] Januar 2018. Gütersloh: Bertelsmann. DOI: 10.11586/2017051.
- Rothberg, MB; Morsi, E; Benjamin, EM; Pekow, PS; Lindenauer, PK (2008): Choosing The Best Hospital: The Limitations Of Public Quality Reporting. *Health Affairs* 27(6): 1680-1687. DOI: 10.1377/hlthaff.27.6.1680.
- 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.
- 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.
- 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; Emmert, M; Dickel, J; Meszmer, N; Kolb, B (2015): Information Presentation Features and Comprehensibility of Hospital Report Cards: Design Analysis and Online Survey Among Users. *Journal of Medical Internet Research* 17(3): e68. DOI: 10.2196/jmir.3414.

- 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 Patienteninformatoren über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann. URL: https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisseliste/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.
- Schmidtke, KA; Watson, DG; Vlaev, I (2017): The use of control charts by laypeople and hospital decision-makers for guiding decision making. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology* 70(7): 1114-1128. DOI: 10.1080/17470218.2016.1172096.
- 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; Strassmann, 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; Strassmann, 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).
- 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.
- Shaller, D; Kanouse, DE; Schlesinger, M (2014): Context-based Strategies for Engaging Consumers with Public Reports about Health Care Providers. *Medical Care Research and Review* 71(5 Suppl.): 17S-37S. DOI: 10.1177/1077558713493118.
- 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.
- 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.
- Stafoggia, M; Lallo, A; Fusco, D; Barone, AP; D'Ovidio, M; Sorge, C; et al. (2011): Spie charts, target plots, and radar plots for displaying comparative outcomes of health care. *Journal of Clinical Epidemiology* 64(7): 770-778. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.10.009.
- 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.
- Tayyari Dehbaraz, N; Gyrd-Hansen, D; Uldbjerg, 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; Uldbjerg, 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; Uldbjerg, N; Søgaard, 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.
- 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).
- 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, JJJM (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.

- 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.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003. Shaping the Future*. Genf, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 16.04.2019).
- 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.
- 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.
- Zwijnenberg, NC; Damman, OC; Spreeuwenberg, P; Hendriks, M; Rademakers, JJJM (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; Damman, OC; Bloemendal, E; Wendel, S; de Jong, JD; et al. (2012): Understanding and using comparative healthcare information; the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills. *BMC: Medical Informatics and Decision Making* 12:101. DOI: 10.1186/1472-6947-12-101.
- Zwijnenberg, NC; Hendriks, M; Bloemendal, E; Damman, OC; de Jong, JD; Delnoij, DM; et al. (2016): Patients' Need for Tailored Comparative Health Care Information: A Qualitative Study on Choosing a Hospital. *Journal of Medical Internet Research* 18(11): e297. DOI: 10.2196/jmir.4436.

Anhang B: Fokusgruppen

vertraulich

Anhang B.1: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
1	Patientinnen und Patienten 18–44 Jahre Elektiver operativer oder diagnostischer Eingriff am Bewegungsapparat (Ortho- pädie)	5–8	Harte Quotierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ▪ Alter: 18–44 Jahre ▪ Erkrankung/Behandlung beim letzten Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. arthroskopischer Eingriff am Knie, Operation an Rücken, Fuß, Hüfte oder Schulter ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
2	<p>Patientinnen und Patienten 18–44 Jahre</p> <p>Länger andauernde elektive operative oder nicht-operative Behandlung (z. B. auch Bestrahlung, Chemotherapie) einer sehr schwerwiegenden Erkrankung</p>	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 24 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 18–44 Jahre ■ Erkrankung/Behandlung beim letzten elektiven Krankenhausaufenthalt: Krebserkrankung: mind. 6 TN oder andere elektive sehr schwerwiegende, längerfristige Behandlung, z. B. Brustkrebs, Morbus Hodgkin, Leukämie, Eierstockkrebs ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
3	Patientinnen und Patienten 45–65 Jahre Elektiver operativer oder diagnostischer Eingriff am Bewegungsapparat (Orthopädie)	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 45–65 Jahre

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 55 Jahre: mind. 4 TN ▪ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankung, keine Notfall-/Unfallbehandlung), z. B. arthroskopischer Eingriff am Knie, Operation an Rücken, Fuß, Hüfte oder Schulter, Hernien-OP ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
4	<p>Patientinnen und Patienten 45–65 Jahre</p> <p>Elektive nicht-operative Behandlung, operativer oder diagnostischer Eingriff bei chronischen Erkrankungen (gemischte Gruppe)</p>	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 45–65 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 55 Jahre: mind. 4 TN ■ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Lungenerkrankung, nicht-operative Behandlung von Diabetes, Behandlung einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa), Rheuma <p>Bei Rekrutierungsausfällen: Epilepsie, psychosomatische Behandlung, Migräne und andere Kopfschmerzformen, Behandlung der Haut etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
5	Patientinnen und Patienten 45–65 Jahre Elektive Operation gemischt	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ▪ Alter: 45–65 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 55 Jahre: mind. 4 TN ▪ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Operationen an der unteren Nasenmuschel, Nase der Nasennebenhöhle, an der Gallenblase oder am Gallengang, am Darm, gynäkologische Operation, Mandelentfernung (Tonsillektomie) <p>Bei Rekrutierungsausfällen: Operationen an den Blutgefäßen (Varizen), an der Schilddrüse, am Harnsystem, an den Ohren, an den Augen</p>

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
6	Patientinnen und Patienten 45–65 Jahre Längere elektive operative oder nicht-operative Be-	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 24 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 %

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
	handlung (z. B. auch Bestrahlung, Chemotherapie) einer sehr schwerwiegenden Erkrankung		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 45–65 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 55 Jahre: mind. 4 TN ■ Erkrankung/Behandlung beim letzten elektiven Krankenhausaufenthalt: Krebserkrankung z. B. Brustkrebs, Lungenkrebs, Blasenkrebs, Darmkrebs, Hautkrebs etc. ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40)

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
7	Patientinnen und Patienten 66 Jahre und älter Elektiver operativer oder diagnostischer Eingriff am Bewegungsapparat (Ortho- pädie)	5–8	Harte Quotierung <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter Krankenhausaufenthalt stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 66 Jahre und älter <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 70 Jahre: mind. 2 TN ■ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B: Kniearthroskopie, neues Kniegelenk, neues Hüftgelenk, Arthroskopie und/oder Operation an der Schulter, Hernien-Operation (Leistenbruch), Operation am Rücken ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Monat: 100 % der Teilnehmenden ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende
8	Patientinnen und Patienten 66 Jahre und älter Elektiver operativer, nicht-operativer oder diagnostischer Eingriff am Herzen	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 66 Jahre und älter <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 70 Jahre: mind. 2 TN ■ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflattern und Vorhofflimmern), Herzkatheteruntersuchung, Herzschrittmacher, Stentimplantation etc.

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Monat: 100 % der Teilnehmenden ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
9	Patientinnen und Patienten 66 Jahre und älter Elektiver operativer oder diagnostischer Eingriff im Bauchraum	5–8	Harte Quotierung <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 66 Jahre und älter <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 70 Jahre: mind. 2 TN ■ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Behandlung oder Operationen am Darm, Gallenblasenoperation, Behandlung oder Operation der Niere ■ Bei Rekrutierungsausfällen (keine Krebserkrankungen): Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Behandlung/Operation an der Leber (z. B. bei Leberzirrhose) etc. ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Monat: 100 % der Teilnehmenden ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende
10	Patientinnen und Patienten 66 Jahre und älter nicht-operative Diagnostik und Behandlung von chronischen Erkrankungen	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 66 Jahre und älter <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 70 Jahre: mind. 2 TN ■ Erkrankung/Behandlung im Zusammenhang mit dem elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Behandlung Lungenerkrankungen, nicht-operative Behandlung von Diabetes, Bluthochdruck oder Hauterkrankungen, Nierenerkrankungen, Behandlung von Rheuma und/ oder Arthritis bzw. den Folgeerscheinungen

Fokusgruppen-nummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Rekrutierungsausfällen: Epilepsie, Psychosomatische Behandlung, Migräne und andere Kopfschmerzformen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Nervenschmerzen, Neuralgien, Schmerzen nach Unfallschäden ▫ Behandlung der Haut (z. B. Neurodermitis) ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Monat: 100 % der Teilnehmenden ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ■ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
11	<p>Patientinnen und Patienten 66 Jahre und älter</p> <p>Längere elektive operative oder nicht-operative Behandlung (z. B. auch Bestrahlung, Chemotherapie) einer sehr schwerwiegenden Erkrankung</p>	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 24 Monaten hat mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. 2 Teilnehmende waren in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter: 66 Jahre und älter <ul style="list-style-type: none"> ▫ älter als 70 Jahre: mind. 2 TN ■ Erkrankung/Behandlung beim letzten elektiven Krankenhausaufenthalt: Krebserkrankung, z. B. Brustkrebs, Lungenkrebs, Blasenkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs etc. ■ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ■ Nutzung des Internets mind. 1x pro Monat: 100 % der Teilnehmenden ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende
12	Eltern 18 Jahre und älter mit Entbindungserfahrung Reifgeborene im Krankenhaus	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 12 Monaten hat mind. eine Geburt eines reifgeborenen Kindes (nach der 37. Schwangerschaftswoche) im Krankenhaus stattgefunden: 100 % ▪ Alter: 18–45 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▫ 18–34 Jahre: 2-4 TN ▫ 35 Jahre und älter 2-4 TN ▪ Geburtserfahrung, z. B. vaginale Entbindung nach der 37. Schwangerschaftswoche ohne Komplikationen; mit Dammriss, der genäht wurde und/oder mit Einsatz von Saugglocke oder Geburtszange; Kaiserschnitt nach der 37. Schwangerschaftswoche ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen Weiche Quotierung ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Geschlechterverhältnis gemischtgeschlechtlich: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Männer: mind. 2, max. 40 % der Gesamtgruppe ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
13	Eltern 18 Jahre und älter mit Entbindungserfahrung elektive Frühgeburt oder Risiko einer elektiven Frühgeburt im Krankenhaus	5–8	<ul style="list-style-type: none"> Harte Quotierung ▪ In den letzten 12 Monaten hat mind. eine Geburt eines Kindes im Krankenhaus stattgefunden, dass frühgeboren oder von einer Frühgeburt bedroht war (s.u.): 100 % ▪ 100 % Geburtserfahrung, z. B. Mehrlingsgeburt, elektive Frühgeburt vor der 29. Schwangerschaftswoche ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ■ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ■ Geschlechterverhältnis ausgewogen gemischtgeschlechtlich: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Männer: mind. 2, max. 40 % der Gesamtgruppe ■ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende
14	Eltern von Kindern im Alter zwischen 0 und 10 Jahren Kinder mit elektivem Krankenhausaufenthalt aufgrund von schweren Erkrankungen	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In den letzten 12 Monaten hat beim Kind mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. bei 2 Teilnehmende war das Kind in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ■ Alter der Eltern: 18 Jahre und älter ■ Alter des im Krankenhaus behandelten Kindes: 0-10 Jahre

Fokusgruppen-nummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkrankung/Behandlung des Kindes beim elektiven Krankenhausaufenthalt (keine Krebserkrankungen), z. B. Mandel-Operation, Leistenbruch (Hernien-Operation), Asthma und Atemwegserkrankungen, Operation an den Ohren, Operationen am Harntrakt oder den männlichen Geschlechtsorganen ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss Eltern (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Eltern ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 4 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
15	Eltern von Kindern im Alter zwischen 0 und 10 Jahren	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 12 Monaten hat beim Kind mind. ein elektiv geplanter stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung stattgefunden: 100 % <ul style="list-style-type: none"> ▫ Optionale Ausnahme: insgesamt max. bei 2 Teilnehmende war das Kind in den letzten 12 Monaten zu u. g. Behandlung elektiv ambulant im Krankenhaus (keine Behandlung in der Notaufnahme oder durch den ärztlichen Notdienst) ▪ Alter der Eltern: 18 Jahre und älter ▪ Alter des im Krankenhaus behandelten Kindes: 0-10 Jahre ▪ Erkrankung/Behandlung des Kindes beim elektiven Krankenhausaufenthalt, z. B. onkologische Erkrankung, Skoliose, Neurodermitis oder andere Hauterkrankungen, Herzerkrankungen etc. ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Vorerfahrung bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ mind. 5 Teilnehmende ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildungsabschluss Eltern (ausgewogen): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hoch: 2 Teilnehmende

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mittel: 2 Teilnehmende ▫ Niedrig: 4 Teilnehmende ▪ Eltern ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40) ▪ Teilnehmende, die sich vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv über ein Krankenhaus informiert haben ▫ mind. 4 Teilnehmende
16	Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedergelassen als Hausarzt, Praktischer Arzt, niedergelassener Internist mit hausärztlicher Tätigkeit oder Kinderarzt ▪ Mind. 5 Jahre Berufserfahrung als Haus- oder Kinderarzt ▪ Mind. 5 Patienten mit elektiver Krankenhauseinweisung in den letzten 12 Monaten ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40)

Fokusgruppennummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
17	Gesundheitsberaterinnen und -berater (Rekrutierung wird vom IQTIG übernommen)	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsberaterin oder -berater in einer Gesundheitseinrichtung z. B. UPD, Gesundheitsladen ▪ Mind. 3 Jahre Berufserfahrung in der Gesundheitsberatung ▪ Mind. 5 Patienten mit elektiver Krankenhauseinweisung in den letzten 12 Monaten beraten ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40)
18	Gesundheitsberaterinnen und -berater (Rekrutierung wird vom IQTIG übernommen)	5–8	<p>Harte Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsberaterin oder -berater in einer Gesundheitseinrichtung z. B. UPD, Gesundheitsladen ▪ Mind. 3 Jahre Berufserfahrung in der Gesundheitsberatung ▪ Mind. 5 Patienten mit elektiver Krankenhauseinweisung in den letzten 12 Monaten beraten

Fokusgruppen- nummer	Zielgruppe	geplante Teilnehmerzahl	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besitz von Handy, Tablet oder Notebook oder andere Wege des Internetzugangs: 100 % der Teilnehmenden ▪ Nutzung des Internets mind. 1x pro Woche: 100 % der Teilnehmenden ▪ Keine Teilnahme an einer Fokusgruppe/Gruppendiskussion innerhalb der letzten 3 Monate ▪ Teilnehmende fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage an einer 1,5- bis 2-stündigen Diskussion über die Krankenhaussuche und Behandlung teilzunehmen <p>Weiche Quotierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgewogen gemischtgeschlechtlich (50:50 oder 60:40)

Anhang B.2: Moderationsleitfäden (Topic Guides) für die Fokusgruppen

Alle Fokusgruppen begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin bzw. den Moderator. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Im Anschluss an die Gruppendiskussionen wurden durch die Moderation die wichtigsten Themen vor der Gruppe zusammengefasst. So hatten die Teilnehmenden hierbei die Gelegenheit, weitere Punkte zu ergänzen. Abschließend wurden die Teilnehmenden von der Moderation gebeten einen Kurzfragebogen auszufüllen, der Fragen zur Stichprobenbeschreibung enthielt.

Anhang B.2.1: Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Warm-up und Einstieg

Thematischer Einstieg

Bitte denken Sie an den Moment zurück, als feststand, dass Sie wegen [xy] ins Krankenhaus müssen. Beschreiben Sie bitte zunächst, wer Ihnen mitgeteilt hat, dass Sie ein Krankenhaus aufsuchen sollten.

Thema 1: Informationen und Entscheidungen im Arztgespräch bzw. beim Praxisbesuch

Wenn Sie an das Gespräch mit Ihrem Hausarzt bzw. mit dem Facharzt zurückdenken, der Ihnen mitgeteilt hat, dass Sie in ein Krankenhaus müssen: Was haben Sie mit dem Arzt zu der Frage besprochen, in welches Krankenhaus Sie gehen können?

Thema 2: Informelle Informationsverarbeitung

Erinnern Sie sich nun bitte an die Zeit direkt nach dem Arztgespräch, bei dem Sie erfahren haben, dass Sie ein Krankenhaus aufsuchen sollen: Welche Überlegungen hatten Sie nach dem Arztgespräch zu der Frage, in welches Krankenhaus Sie gehen?

Thema 3: Informationssuche in Medien

Erzählen Sie doch mal, ob Sie auch über Krankenhäuser nachgelesen haben. Was haben Sie dabei erfahren? Was war dabei besonders interessant für Sie?

Thema 4: Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus

Was hat letztlich für Sie den Ausschlag gegeben, dass Sie genau in das Krankenhaus gegangen sind, in dem Sie dann schließlich auch behandelt wurden?

Thema 5: Spezifische Themen zum Behandlungsverlauf und den -ergebnissen

Welche Rolle hat das Thema Behandlungsergebnisse bei der Frage gespielt, in welches Krankenhaus Sie gehen werden?

Thema 6: Rückblick auf den Krankenhausaufenthalt und Bündelung der Präferenzen

Wir haben über einige Themen gesprochen, die für Sie vor Ihrem Krankenhausaufenthalt wichtig waren. Wenn Sie nun zurückblicken: Welche Informationen über das Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden, haben sich als besonders wichtig herausgestellt?

Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderation.

Anhang B.2.2: Fokusgruppen mit Eltern mit Entbindungserfahrung

Warm-up und Einstieg

Thematischer Einstieg

Bitte denken Sie an den Moment zurück, als Sie sich zum ersten Mal damit auseinandergesetzt haben, dass die Entbindung im Krankenhaus stattfinden soll.

Beschreiben Sie bitte, wann in der Schwangerschaft Sie sich damit zum ersten Mal bewusst auseinandergesetzt haben. Was waren Ihre ersten Überlegungen zu der Frage, in welches Krankenhaus Sie zur Entbindung gehen möchten?

Thema 1: Informelle Informationsverarbeitung – Vor der Geburt

Auf was haben Sie bei den Angeboten der Krankenhäuser geachtet für die Zeit bis zur Aufnahme für die Geburt?

Thema 2: Informelle Informationsverarbeitung – Während der Geburt

Was wollten Sie bei der Krankenhaussuche dazu wissen, welche Angebote das Krankenhaus für die Zeit während der Entbindung bereithält?

Thema 3: Informelle Informationsverarbeitung – Nach der Geburt

Inwiefern haben Sie bei der Krankenauswahl darauf geachtet, was das Krankenhaus für die Zeit nach der Entbindung anbietet? Auf was haben Sie dabei geachtet?

Thema 4: Informationssuche in Medien

Erzählen Sie doch mal, ob bzw. was genau Sie über Krankenhäuser nachgelesen oder recherchiert haben. Was war dabei besonders interessant für Sie?

Thema 5: Informationen und Entscheidungen im Gespräch mit Arzt bzw. Hebamme

Wenn Sie an Gespräche mit Ihrem Gynäkologen oder auch Ihrer Hebamme zurückdenken: Was haben Sie mit diesen zu der Frage besprochen, in welches Krankenhaus Sie gehen können?

Thema 6: Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus und Bündelung der Präferenzen

Wir haben über einige Themen gesprochen, die für Sie vor Ihrer Entbindung im Krankenhaus wichtig waren. Wenn Sie nun zurückblicken: Was hat letztlich für Sie den Ausschlag gegeben, dass Sie genau in das Krankenhaus gegangen sind, in dem Sie dann schließlich auch entbunden haben?

Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderation.

Anhang B.2.3: Fokusgruppe mit Eltern von Kindern mit elektivem Krankenhausaufenthalt

Warm-up und Einstieg

Thematischer Einstieg

Bitte denken Sie an den Moment zurück, als feststand, dass Ihr Kind wegen [xy] ins Krankenhaus muss. Beschreiben Sie bitte zunächst, wer Ihnen mitgeteilt hat, dass Sie mit Ihrem Kind ein Krankenhaus aufsuchen sollten.

Thema 1: Informationen und Entscheidungen im Arztgespräch bzw. beim Praxisbesuch

Wenn Sie an das Gespräch mit dem Kinderarzt zurückdenken, der Ihnen mitgeteilt hat, dass Ihr Kind in ein Krankenhaus muss: Was haben Sie mit dem Arzt zu der Frage besprochen, in welches Krankenhaus Sie mit Ihrem Kind gehen können?

Thema 2: Informelle Informationsverarbeitung

Erinnern Sie sich nun bitte an die Zeit direkt nach dem Arztgespräch, bei dem Sie erfahren haben, dass Sie mit Ihrem Kind ein Krankenhaus aufsuchen sollen: Welche Überlegungen hatten Sie nach dem Arztgespräch zu der Frage, in welches Krankenhaus Sie gehen?

Thema 3: Informationssuche in Medien

Erzählen Sie doch mal, ob Sie auch über Krankenhäuser nachgelesen haben. Was haben Sie dabei erfahren? Was war dabei besonders interessant für Sie?

Thema 4: Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus

Was hat letztlich für Sie den Ausschlag gegeben, dass Sie mit Ihrem Kind genau in das Krankenhaus gegangen sind, in dem es dann schließlich auch behandelt wurde?

Thema 5: Spezifische Themen zum Behandlungsverlauf und den -ergebnissen

Welche Rolle hat das Thema Behandlungsergebnisse bei der Frage gespielt, in welches Krankenhaus Sie gehen werden?

Thema 6: Rückblick auf den Krankenhausaufenthalt und Bündelung der Präferenzen

Wir haben über einige Themen gesprochen, die für Sie vor dem Krankenhausaufenthalt Ihres Kindes wichtig waren. Wenn Sie nun zurückblicken: Welche Informationen über das Krankenhaus, in dem Ihr Kind behandelt wurde, haben sich als besonders wichtig herausgestellt?

Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderation.

Anhang B.2.4: Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten

Warm-up und Einstieg

Thematischer Einstieg

Wenn Sie sich die letzte Krankenhauseinweisung oder -überweisung zu einer elektiven Untersuchung oder Behandlung ins Gedächtnis rufen: Bitte beschreiben Sie den Anlass und den Ablauf des Gesprächs, in dem Sie einem Patient bzw. den Eltern des erkrankten Kindes mitgeteilt haben, dass eine Behandlung im Krankenhaus nötig ist.

Thema 1: Informations- und Entscheidungsempfehlungen durch Ärztinnen und Ärzte

Wenn es nun um die Frage geht, welche Empfehlung Sie als Arzt dem Patienten bzw. den Eltern zur Krankenhauswahl geben: Was empfehlen Sie Patienten worauf sie achten sollen?

Thema 2: Informationsbedürfnisse und -präferenzen von Patientinnen und Patienten

Was wollen Patienten bzw. Eltern von Ihnen über Krankenhäuser wissen, wenn sie erfahren, dass ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist?

Thema 3: Informationssuche in Medien

Wenn Patienten sich über Krankenhäuser informieren wollen, fragen sie oft als erstes ihren Hausarzt bzw. ihren Kinderarzt. Viele nutzen heute aber auch andere Informationsquellen wie das Internet oder Zeitschriften.

Was ist Ihre Erfahrung: Welche Themen oder auch Fragen werden von Patienten an Sie herangetragen, wenn diese selbst im Internet oder in Zeitschriften recherchiert haben?

Thema 4: Anforderungen an Qualitätsinformationen in der Patientenberatung

Sprechen wir noch darüber, welche Informationen Sie sich als niedergelassene Ärzte wünschen.

Welche Qualitätsinformationen über Krankenhäuser sind für Sie als Arzt hilfreich, um Patienten eine Empfehlung geben zu können?

Thema 5: Bündelung der Informationsempfehlungen und Entscheidungskriterien

Thema: Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderation.

Anhang B.2.5: Fokusgruppen mit Gesundheitsberaterinnen und -beratern

Warm-up und Einstieg

Thematischer Einstieg

Wenn Sie sich die letzte Patientenberatung zu einem geplanten Krankenhausaufenthalt ins Gedächtnis rufen: Was war der Anlass für den Termin? Bitte schildern Sie kurz den Ablauf des Gesprächs.

Thema 1: Informationsbedürfnisse und -präferenzen von Patienten

Was wollen Patienten bzw. Eltern von Ihnen über Krankenhäuser wissen, wenn sie erfahren, dass ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist?

Thema 2: Informationssuche in Medien

Wenn Patienten sich über Krankenhäuser informieren wollen, fragen sie oft als erstes ihren Hausarzt bzw. ihren Kinderarzt. Viele nutzen heute aber auch andere Informationsquellen wie das Internet oder Zeitschriften.

Was ist Ihre Erfahrung: Welche Themen oder auch Fragen werden von Patienten an Sie herangetragen, wenn diese selbst im Internet oder in Zeitschriften recherchiert haben?

Thema 3: Informations- und Entscheidungsempfehlungen durch Gesundheitsberater

Wenn es nun um die Frage geht, welche Empfehlung Sie als Berater dem Patienten bzw. den Eltern zur Krankenhauswahl geben: Was empfehlen Sie Patienten worauf sie achten sollen?

Thema 4: Anforderungen an Qualitätsinformationen in der Patientenberatung

Sprechen wir noch darüber, welche Informationen Sie sich als Berater wünschen. Welche Qualitätsinformationen über Krankenhäuser sind für Sie als Beratung hilfreich, um Patienten eine Empfehlung geben zu können?

Thema 5: Bündelung der Informationsempfehlungen und Entscheidungskriterien

Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderation.

Anhang C: Entwicklung der Informationsmodule

vertraulich

Anhang C.1: Konkretisierung der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

Die in der Literaturrecherche, den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung identifizierten Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl wurden zu Themenbereichen, Themen und Unterthemen gebündelt. Darin flossen auch Erkenntnisse zum Nutzungskontext und dem Nutzungsverhalten ein. Die nachfolgenden Ausführungen stellen den Entwicklungsstand dar, der die Grundlage der Beratungen im Expertengremium (vgl. Anhang C.2) bildete.

Jedes Thema wird zunächst definiert und es werden eventuelle Unterthemen genannt. Daran schließt sich eine Beschreibung des Hintergrunds an, in der die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, den Fokusgruppen sowie der Bedarfserhebung synthetisiert dargestellt werden. Jedes Thema schließt mit einer tabellarischen Übersicht ab, aus der hervorgeht, welche Quellen aus den Wissensbeständen der Ableitung der Themenbereiche, Themen bzw. Unterthemen zugrunde gelegt wurden. Diese sind in der Tabelle mit x gekennzeichnet. Themenbereiche, Themen bzw. Unterthemen, die mit (x) gekennzeichnet sind, lassen sich nur indirekt aus dem jeweiligen Wissensbestand ableiten. Themenbereiche, Themen bzw. Unterthemen, die aus keinem der drei Wissensbestände abgeleitet werden konnten, stellen fachliche Ergänzungen dar, z. B. um Themenbereiche inhaltlich zu vervollständigen. Abschließend wird einer tabellarischen Übersicht dargelegt, ob und inwiefern Informationen zu dem Themenbereich, Thema bzw. Unterthema grundsätzlich über die Datenquelle der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser³ verfügbar sind.

1 Übergeordnete Themen

1.1 Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen

Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen umfassen Themen, die Patientinnen und Patienten in ansprechender Weise darüber informieren, woher die Daten auf der Website stammen, wie diese geprüft werden und wer für die Website verantwortlich ist, und ggf. über mögliche Unterstützer der Website.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten
- Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website
- Unterstützer des Website-Angebots

³ Der Prüfung und Darstellung in diesem Kapitel liegt die Anlage 1 des Qb-R „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018“ zugrunde. Im weiteren Projektverlauf erfolgte eine erneute Prüfung und Aktualisierung für den Abschlussbericht. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 10.7.1 des Abschlussberichts dargestellt.

In der wissenschaftlichen Literatur und in den Fokusgruppen spielt das Thema „Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus dem Internet“ bei der Krankenhauswahl für Patientinnen und Patienten eine große Rolle. 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.

Tabelle 11: Übersicht Thema „Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten	x	x	-	nein
Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website	x	x	-	nein
Unterstützer des Website-Angebots	x	x	-	nein

1.2 Wissensfördernde Informationen

In diesem Themengebiet können allgemeine und spezifische Hintergrundinformationen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern sowie allgemeine Hinweise und Entscheidungshilfen zur Krankenhaussuche angeboten werden.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland
- Tipps zur Krankenhaussuche
- Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen (z. B. „Hygiene“)

In den Fokusgruppen weisen Patientinnen und Patienten immer wieder darauf hin, dass sie bei der Krankenhauswahl nicht wussten, worauf sie achten sollten, bzw. beschreiben, wie sie sich kleinschrittig und in iterativen Suchprozessen diesem Thema angenähert haben. Zugleich wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten zumeist keinerlei Vorstellung vom Thema „Qualitätssicherung“ haben bzw. sich hier mitunter eine misstrauische Haltung abzeichnet. Patientinnen und Patienten berichten, dass insbesondere Berichte in den Medien, z. B. über Hygieneskandale, oder aber auch Erfahrungen im eigenen Familien- und Bekanntenkreis bei der eigenen Informationssuche verunsichernd wirken können.

Tabelle 12: Übersicht Thema „Wissensfördernde Informationen“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Hintergrundinformationen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland	-	x	-	nein
Tipps zur Krankenhaussuche	-	x	-	nein
Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen (z. B. „Hygiene“)	-	x	-	nein

2 Basisinformationen zum Krankenhaus

2.1 Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort

Die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus ist ein wesentlicher Faktor zur Bestimmung der Erreichbarkeit einer Einrichtung für Patientinnen und Patienten. Unterschiede ergeben sich abhängig von der Lage: In einer ländlichen Region stehen in einem bestimmten Umkreis in der Regel weniger Leistungserbringer zur Auswahl als im gleichen Radius in einem urbanen Umfeld.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Entfernung zum Wohnort

Systematische Reviews sowie quantitative und qualitative Primärstudien deuten darauf hin, dass die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus ein grundlegendes und wesentliches Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl ist. Patientinnen und Patienten ziehen demnach Krankenhäuser vor, die wohnortnah gelegen und gut erreichbar sind. Auch die Erreichbarkeit für die Angehörigen kann die Wahl beeinflussen. Manche Studien deuten darauf hin, dass die Bereitschaft, eine längere Anfahrt in Kauf zu nehmen, bei schwerwiegenden Erkrankungen oder aufwendigen Behandlungen zunimmt. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Bedarfserhebung bestätigen die Relevanz beider Aspekte. In den Fokusgruppen wird zudem deutlich, dass von älteren Patientinnen und Patienten sowie bei Behandlungen, die Patientinnen und Patienten als Routineeingriff verstehen (z. B. die operative Entfernung der Gallenblase), ein Krankenhaus in Wohnortnähe präferiert wird. Darüber hinaus zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten auch bei schwerwiegenden Erkrankungen zwar mitunter erwägen, weiter entfernte Krankenhäuser aufzusuchen, die Behandlung dann letztlich doch auch in näher gelegenen Krankenhäusern aufnehmen.

Informationen zu diesem Thema liegen in den strukturierten Qualitätsberichten in indirekter Form vor: Über die Ortsangabe des Krankenhausstandorts (Straße, PLZ, Ort) lässt sich bspw. über einen integrierten Kartendienst die Entfernung zum Wohnort ermitteln.

Tabelle 13: Übersicht Thema „Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
Entfernung zum Wohnort	x	x	x	indirekt

2.2 Kontakt und Ansprechpartner

Das Thema beschreibt die Verfügbarkeit von Kontaktinformationen des Krankenhauses insgesamt sowie bezogen auf einzelne Organisationseinheiten/Fachabteilungen. Im Einzelnen sind Informationen wie Telefonnummer, Faxnummer und Zeiten der Erreichbarkeit von Interesse.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Kontaktdaten Krankenhaus allgemein
- Kontaktdaten Organisationseinheiten/Fachabteilungen (z. B. zur Terminvergabe)

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zu diesem Thema keine Informationen, während in den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung mitunter von Teilnehmenden der Wunsch nach Informationen zu Kontaktdaten, bspw. zur Terminvergabe, benannt wird.

In den strukturierten Qualitätsberichten sind folgende Informationen verfügbar:

- allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses/Standorts: Name, Haus- und ggf. Postanschrift, Institutionskennzeichen, Standortnummer, Angaben zur Leitung des Krankenhauses (ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung)
- Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: Kontaktdaten der ärztlichen Leitung (Chefärztin oder Chefarzt bzw. Belegärztin oder Belegarzt)

Kontaktdaten mit einem Link zur Website des Krankenhauses, auf der eine Terminvereinbarung möglich ist, enthalten die strukturierten Qualitätsberichte nicht.

Tabelle 14: Übersicht Thema „Kontakt und Ansprechpartner“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Kontakt- daten Krankenhaus allgemein	-	x	x	ja
Kontakt- daten Organisations- einheiten/ Fachabteilungen (z. B. zur Terminvergabe)	-	x	-	teilweise

2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Hier geht es um die Frage, um welche Art von Krankenhaus es sich handelt und in welcher Form der Trägerschaft es sich befindet.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Art des Krankenhauses: Allgemeinkrankenhaus, Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus
- Art der Trägerschaft des Krankenhauses: öffentlich (Gemeinden, Städte, Bundesländer, öffentliche Zweckverbände), freigemeinnützig (kirchliche oder freie Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen, Vereine), privat (Einzelunternehmen, Konzerne)

Ein Scoping Review, quantitative Studien und theoretische Arbeiten zeichnen ein uneinheitliches Bild: Die Informationsbedürfnisse, -präferenzen und Entscheidungskriterien von Patientinnen und Patienten zu diesem Thema scheinen zwar vorhanden, aber nicht stark ausgeprägt zu sein. Manche Patientinnen und Patienten werten bspw. den Status als Universitätsklinik als Zeichen für hohe fachliche Qualität, umfangreiche Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten sowie eine enge Anbindung an die Forschung. Andere stören sich an einer höheren Anonymität, die sie dort erwarten. Sie knüpfen an einen Aufenthalt in einem Allgemeinkrankenhaus die Erwartung, dort mehr persönliche Aufmerksamkeit zu erfahren und eher direkt von einer Fachärztin oder einem Facharzt behandelt zu werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppen decken sich damit. Universitätskliniken wirken aufgrund ihrer Größe und komplexen Organisationsstruktur teilweise beängstigend auf Patientinnen und Patienten, auch entscheiden sich manche dafür, keine Lehrkrankenhäuser aufzusuchen.

Zudem deutet sich in den Fokusgruppen an, dass die Art der Trägerschaft ein relevantes Thema sein kann. So werden bspw. konfessionellen Krankenhäusern bestimmte Eigenschaften zugeschrieben, etwa eine Betreuung, die stärker durch Aufmerksamkeit und Freundlichkeit geprägt ist, als dies in Krankenhäusern in privater Trägerschaft der Fall ist.

Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten Informationen zu:

- Art des Krankenhauses: Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus (wenn zutreffend)
- Trägerschaft: öffentlich, freigemeinnützig oder privat, ohne weitere Angaben zum Träger

Tabelle 15: Übersicht Thema „Art und Trägerschaft des Krankenhauses“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Art des Krankenhauses	x	x	-	teilweise
Art der Trägerschaft des Krankenhauses	x	x	-	teilweise

2.4 Größe des Krankenhauses

Das Thema beschreibt, wie die Größe eines Krankenhauses bestimmt wird und welche Erwartungen Patientinnen und Patienten daran knüpfen.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort

Quantitative und qualitative Studien sowie die Fokusgruppen deuten darauf hin, dass Patientinnen und Patienten an Informationen zu diesem Thema interessiert sind und diese auch bei der Wahl des Krankenhauses berücksichtigen; die inhaltlichen Vorlieben gehen allerdings auseinander. Während einige Patientinnen und Patienten das umfangreichere medizinische Leistungsspektrum in größeren Krankenhäuser bevorzugen, erwarten andere Patientinnen und Patienten in kleineren Krankenhäusern eine persönlichere Atmosphäre und eine stärkere Zuwendung zur einzelnen Patientin bzw. zum einzelnen Patienten als in großen Kliniken.

In den Fokusgruppen wird deutlich, dass manche Patientinnen und Patienten bei der Suche nach Hinweisen auf die Größe eines Krankenhauses Gesamtbettenzahlen, Gesamtfallzahlen und diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen verwechseln bzw. missinterpretieren. Insbesondere zu beachten sind hier mögliche Fehlinterpretationen der Gesamtfallzahl (siehe Themenbereich „9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen“).

Informationen zur Größe des Krankenhauses, gemessen an der Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus, liegen in den strukturierten Qualitätsberichten vor.

Tabelle 16: Übersicht Thema „Größe des Krankenhauses“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort	x	x	x	ja

3 Medizinische Schwerpunkte

3.1 Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)

Versorgungsschwerpunkte beschreiben die Behandlungen bzw. medizinischen Leistungsangebote, auf die sich ein Krankenhaus vorrangig konzentriert. Die Spezialkompetenzen können sowohl in einer bestimmten Fachabteilung gebündelt als auch abteilungsübergreifend und interdisziplinär organisiert sein.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote
- Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren
- Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)
- intensivmedizinische Versorgung im Haus

Laut quantitativen und qualitativen Studien sowie den Fokusgruppen sind die Versorgungsschwerpunkte eines Krankenhauses ein Thema, über das sich Patientinnen und Patienten vorab informieren möchten und das auch maßgeblich für die Qualitätsbewertung und Auswahl eines Leistungserbringers ist. Demzufolge sind Versorgungsschwerpunkte mit einer hohen Kompetenzerwartung hinsichtlich der Behandlungsqualität und eines spezialisierten Diagnostik- und Therapieangebots verknüpft. Im Ergebnis ziehen Patientinnen und Patienten häufig spezialisierte gegenüber nicht spezialisierten Krankenhäusern vor. Beispiele hierfür sind Kliniken mit Behandlungsschwerpunkten bei künstlichem Gelenkersatz, onkologische Zentren oder Hernienzentren.

Die strukturierten Qualitätsberichte informieren detailliert:

- über die vorhandenen Organisationseinheiten/Fachabteilungen, dargestellt anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V: Es können mehrere Fachabteilungsschlüssel genannt werden. Der Name der jeweiligen „Organisationseinheit/Fachabteilung“ wird dabei durch den krankenhausindividuellen Namen ersetzt.
- über die medizinischen Leistungsangebote der Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. Versorgungsschwerpunkte in verschiedenen Bereichen
- über die Einhaltung von Mindestanforderungen für bestimmte Behandlungen zur Erfüllung von Qualitätsstrukturvorgaben

- über die Qualitätssicherung bei Teilnahme an bestimmten Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V. DMP existieren zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1/2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (KHK), Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK), Asthma bronchiale, Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Informationen zu Zentren liegen auf Ebene der Fachabteilungen vor; weitere Angaben sind optional.

Tabelle 17: Übersicht Thema „Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote	x	x	x	teilweise
Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren	x	x	x	teilweise
Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)	-	-	-	teilweise
intensivmedizinische Versorgung im Haus	-	-	-	teilweise

3.2 Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten

Das Thema beschreibt die Ausstattung des Krankenhauses mit besonderen medizinischen Geräten, die nicht zur üblichen apparativen Ausstattung eines Krankenhauses gehören.

Die Wichtigkeit der Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten wird laut quantitativen und qualitativen Studien von Patientinnen und Patienten unterschiedlich bewertet. Eine Ausstattung mit modernen Geräten scheint demnach vor allem dann von Belang zu sein, wenn sie Voraussetzung für oder Bestandteil eines speziellen Behandlungsverfahrens ist. Damit decken sich die Ergebnisse der Bedarfserhebung. In den Fokusgruppen offenbart sich dagegen eher ein allgemeines Interesse an der Verfügbarkeit moderner, neu angeschaffter Geräte sowie bestimmter Geräte, die sich durch zusätzlichen Komfort oder eine geringere Belastung der Patientin oder des Patienten auszeichnen, wie z. B. offene MRT-Geräte.

Die strukturierten Qualitätsberichte geben (fachabteilungsübergreifend) Auskunft zur besonderen apparativen Ausstattung des Krankenhauses. Für bestimmte Geräte ist zudem die Angabe verpflichtend, ob sie jeweils 24 Stunden am Tag verfügbar sind. Beispiele sind ein offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (MRT), ein Gerät für Nierenersatzverfahren und Inkubatoren Neonatologie (Brutkasten).

Tabelle 18: Übersicht Thema „Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten“

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten	x	x	x	ja

3.3 Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Die Anwendung spezieller oder hochmoderner Diagnostik oder Behandlungsmethoden ist eng mit der Verfügbarkeit besonderer medizinisch-technischer Geräte verbunden.

Beispiele für spezielle Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden sind:

- roboterassistierte radikale Prostatektomie (RARP) mit dem Da-Vinci-Operationssystem
- Biomarker-Test zur Ermittlung des Rezidivrisikos bei Brustkrebs
- Nasoalveolar-Molding-Methode bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Quantitative Studien, die Fokusgruppen und die Bedarfserhebung legen nahe, dass manche Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl berücksichtigen, ob die Einrichtung bestimmte Verfahren anbietet.

Informationen zu speziellen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden in den strukturierten Qualitätsberichten nicht systematisch erfasst. Nur über die freiwilligen Kommentare zu medizinischen Leistungsangeboten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen besteht die Möglichkeit, darüber zu informieren.

Tabelle 19: Übersicht Thema „Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden“

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	x	x	x	nein

3.4 Ambulante Behandlungen und Spezialsprechstunden

Das Thema beschreibt die ambulante Behandlung im Krankenhaus sowie die ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten in einer Ambulanz.

Zugehörige Unterthemen sind:

- ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche
- Spezialsprechstunden

Aus den wissenschaftlichen Studien können keine Erkenntnisse zum Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten zu diesem Thema abgeleitet werden. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung und der Fokusgruppen verweisen auf eine mittlere Relevanz von Informationen zu spezialisierten Ambulanzen oder ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Aus den Fokusgruppen geht hervor, dass dieses Thema insbesondere für die Nachsorge relevant ist oder wenn die Patientin oder der Patient zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wählen kann.

Die strukturierten Qualitätsberichte geben Auskunft zu einigen Facetten von ambulanten Behandlungen, entsprechen aber nur teilweise den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Erfasst werden insbesondere:

- Art der Ambulanz
- ambulant angebotene Leistungen basierend auf den in Teil B dargestellten fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangeboten
- ambulant angebotene Leistungen nach § 116b SGB V
- Spezialsprechstunden (als Unterpunkt der medizinischen Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung bzw. Versorgungsschwerpunkte)

Tabelle 20: Übersicht Thema „Ambulante Behandlungen und Spezialsprechstunden“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche	-	x	x	teilweise
Spezialsprechstunden	-	-	-	teilweise

4 Ausstattung und Service

4.1 Ausstattung des Krankenhauses

Das Thema fasst verschiedene Ausstattungs- und Serviceattribute zusammen.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume
- Cafeteria
- verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr
- Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/gebührenpflichtig)
- Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße

Quantitative und qualitative Primärstudien verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten die allgemeine Ausstattung des Krankenhauses zwar als förderlich für die Befindlichkeit betrachten und sich aus diesem Grund durchaus vorab dazu erkundigen, diese Themen aber eher nicht entscheidend sind, wenn es um die Wahl des Krankenhauses geht. Eine ähnliche Einschätzung leitet sich auch aus den Fokusgruppen ab. Hier weisen die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer darauf hin, dass sie die Informationen genutzt haben, um pragmatische Vorbereitungen für den Krankenhausaufenthalt zu treffen.

In den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser finden sich Informationen zur besonderen Ausstattung des Krankenhauses. Diese betreffen:

- Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
- klinikeigene Parkplätze mit Angabe der Kosten pro Stunde/Tag

Informationen zu Betten, Einrichtungen und Geräte zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße sind der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ zugeordnet.

Informationen zur verkehrstechnischen Anbindung sowie zur Verfügbarkeit einer Cafeteria sind nicht in den strukturierten Qualitätsberichten enthalten.

Tabelle 21: Übersicht Thema „Ausstattung des Krankenhauses“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume	-	x	x	teilweise
Cafeteria	-	x	-	teilweise

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr	x	x	x	nein
Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/ gebührenpflichtig)	x	-	-	teilweise
Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße	-	-	-	teilweise

4.2 Ausstattung der Patientenzimmer

Das Thema umfasst Informationen zur Belegung sowie praktische Hinweise zu einzelnen Ausstattungs- und Infrastrukturaspekten.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)
- Vergabeverfahren von Einzel- und Zweibettzimmern (spontan nach Verfügbarkeit, reservierbar bei geplanten Eingriffen etc.)
- Kosten für Einzel- und Zweibettzimmer (oder Zuzahlung)
- WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)
- TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)
- Dusche und WC im Zimmer
- Safe für Wertsachen

Quantitative und qualitative Primärstudien kommen in Bezug auf die Relevanz dieses Themas zu unterschiedlichen Einschätzungen: Zwar gibt es Hinweise darauf, dass die Ausstattung der Patientenzimmer im Vergleich zu medizinischen Qualitätsinformationen als weniger relevant wahrgenommen wird; jedoch wird in anderen Studien hervorgehoben, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten die Ausstattung mit TV oder Internetzugang/WLAN in ihre Wahlentscheidung mit einbeziehen. Ähnliches gilt für das Angebot, ein Ein- oder Zweibettzimmer nutzen zu können. Die Fokusgruppen und die Bedarfserhebung bekräftigen, dass Informationen zur Ausstattung und Belegung der Patientenzimmer als relevante Begleitinformationen erachtet werden. Je nach anstehender Dauer des Krankenhausaufenthalts und persönlicher Behandlungssituation nimmt

die Bedeutsamkeit zu. Für Patientinnen und Patienten sind hier auch Fragen der Kostentransparenz, etwa über die Höhe zu erwartender Zuzahlungen, sowie die tatsächlich zu erwartende Ausstattung relevant.

In den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind folgende Informationen verfügbar:

- Belegung der Patientenzimmer (Einbettzimmer, Zweibettzimmer, Mutter-Kind-Zimmer)
- Einbett-/Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer
- Internetanschluss am Bett / im Zimmer
- Telefon etc. am Bett, mit Angabe der Kosten pro Tag
- Wertfach/Tresor am Bett / im Zimmer

Informationen zur Anzahl der Patientenzimmer mit jeweiliger Belegung sowie zum Vergabeverfahren der Zimmer werden in den strukturierten Qualitätsberichten nur teilweise erfasst.

Tabelle 22: Übersicht Thema „Ausstattung der Patientenzimmer“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbett-zimmer)	x	x	x	teilweise
Vergabeverfahren von Einzel- und Zweibett-zimmern (spontan nach Verfügbarkeit, reservierbar bei geplanten Eingriffen etc.)	(x)	-	(x)	nein
Kosten für Einzel- und Zweibettzimmer (oder Zuzahlung)	-	-	x	nein
WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)	x	x	-	teilweise
TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)	x	x	-	teilweise
Dusche und WC im Zimmer	(x)	x	-	teilweise
Safe für Wertsachen	(x)	(x)	-	teilweise

4.3 Service- und Hilfsangebote

Service- und Hilfsangebote sind heterogene Angebote und Leistungen, die über die reinen Ausstattungsmerkmale der Patientenzimmer hinausgehen.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten
- Essen/Verpflegung sowie die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten
- Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen
- ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher
- Seelsorge
- Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
- Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien

Die Studienergebnisse und auch die Ergebnisse der Fokusgruppen deuten darauf hin, dass das Interesse an diesem Thema abhängig von der persönlichen Situation und dem Anlass für den Krankenhausaufenthalt stark variiert. In den Fokusgruppen liegt ein Schwerpunkt auf gewünschten Informationen zum Essensangebot. Letztlich ist diese Information jedoch nicht entscheidend für die Wahl des Krankenhauses. Ein erhöhtes Informationsbedürfnis besteht laut Bedarfserhebung insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit hohem Begleit- und Unterstützungsbedarf, da manche Service- und Hilfsangebote oft von ihnen in Anspruch genommen werden (müssen).

Informationen zu Service- und Hilfsangeboten bieten die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Teil A über die Auswahlliste zu weiteren nicht medizinischen Leistungsangeboten sowie die Auswahlliste zu Aspekten der Barrierefreiheit:

- Unterbringung Begleitperson
- Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität), z. B. muslimische oder jüdische Speisevorschriften, vegetarische oder vegane Küche
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher
- Seelsorge
- Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienst, Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachliches Personal, mehrsprachige Informationen, Räumlichkeiten zur Religionsausübung
- Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien: allergenarme Zimmer, diätetische Angebote

Tabelle 23: Übersicht Thema „Service- und Hilfsangebote“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten	-	-	x	ja
Essen/Verpflegung sowie die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten	x	x	x	teilweise
Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen	-	-	-	teilweise
ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher	-	-	-	ja
Seelsorge	-	-	-	ja
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung	-	x	-	teilweise
Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien	-	-	-	ja

5 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate

Der Themenbereich bezieht sich auf Qualitätssiegel und Zertifikate für Krankenhäuser, die von übergeordneten Institutionen vergeben werden. Die Prüfkriterien befassen sich in der Regel mit fachlichen Anforderungen bzw. mit Anforderungen an Strukturen und Prozesse. Beispiele sind:

- zertifizierte Krebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.)
- Zertifikat „Aktion Saubere Hände“ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.)

- Qualitätssiegel/Auszeichnung als „Babyfreundliches Krankenhaus“ (Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“)

Quantitative Studien zeigen, dass Zertifizierungen für bestimmte Zielgruppen, etwa bei Krebserkrankungen, eine größere Relevanz haben als bei leichteren Erkrankungen oder Entbindungen. Auch die Bedarfserhebung verdeutlicht, dass Qualitätssiegel als Qualitätskennzeichen wahrgenommen werden und entscheidungsunterstützend wirken. In den Fokusgruppen zeichnet sich einerseits ein großes Interesse an bestimmten Zertifikaten ab, andererseits wird ihre Aussagekraft und Vertrauenswürdigkeit auch kritisch hinterfragt, bspw. hinsichtlich der ausgebenden Institution oder der zugrunde gelegten Bewertungskriterien. Hier besteht der Wunsch einer Einordnung, welche Zertifikate und Siegel vertrauenswürdig sind.

Die strukturierten Qualitätsberichte enthalten keine Informationen zu Qualitätssiegeln und Zertifikaten.

Tabelle 24: Übersicht Themenbereich „Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate“

Themenbereich	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	x	x	x	nein

6 Arzneimittelversorgung

Der Themenbereich „Arzneimittelversorgung“ beschreibt den Umgang mit verordneten Medikamenten und beinhaltet Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Diese müssen die Besonderheiten des Medikationsprozesses im Krankenhaus bis hin zur Entlassung berücksichtigen. In den Wissensbeständen deutet sich das Interesse von Patientinnen und Patienten am Thema ausschließlich mit Fokus auf das Schmerzmanagement an.

Zugehöriges Thema ist:

- Schmerzmanagement

Das Thema beschreibt Ergebnisse von Schmerztherapie bzw. -management im Behandlungsprozess. Konkret sind Patientinnen und Patienten bspw. an Erfahrungen zur Durchführung und zum Erfolg von Schmerzmitteltherapien interessiert.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das Thema nicht diskutiert. In den Fokusgruppen zeigt sich, dass einige Patientinnen und Patienten ein Interesse an Informationen zum Schmerzmanagement während des Behandlungsprozesses haben. Im Mittelpunkt stehen hier besonders Erkenntnisse zur tatsächlich erreichten Schmerzlinderung, etwa bei postoperativen Schmerzen. In der Bedarfserhebung lag der Fokus eher auf dem Umgang mit chronischen Schmerzen.

Die strukturierten Qualitätsberichte geben nur vereinzelt Auskunft zum Thema „Schmerzmanagement“. Die Informationen entsprechen jedoch nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten. Folgende Informationen sind verfügbar:

- medizinisch-pflegerische Leistungsangebote: Schmerztherapie/-management
- klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen: Schmerzmanagement
- Versorgungsschwerpunkt im Bereich Neurologie: Schmerztherapie
- pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation Schmerzmanagement

Tabelle 25: Übersicht Themenbereich „Arzneimittelversorgung“

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
Schmerzmanagement	-	x	-	nein

7 Allgemeine Patientenerfahrungen

Der Themenbereich bezieht sich auf das Interesse an den Erfahrungen, die andere Patientinnen und Patienten bei einem Aufenthalt in einem bestimmten Krankenhaus gemacht haben.

Quantitative Studien deuten darauf hin, 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. Dieser Einschätzung schließt sich auch die Bedarfserhebung an. In den Fokusgruppen werden Bewertungen von Patientinnen und Patienten immer wieder als Informationsquelle genannt. Sie dienen der Orientierung; gleichzeitig wird deren Vertrauenswürdigkeit angezweifelt. Inhaltlich besteht ein hohes Interesse an Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten zu Themen wie:

- Behandlungserfolg (kurzfristig und langfristig nach der Entlassung)
- sichere Behandlungsprozesse
- Schmerzmanagement
- Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts (etwa vor einer Operation)
- Kommunikation und Interaktion des Personals mit Patientinnen und Patienten
- (Verlauf der) Nachsorge

Informationen zur Erfahrung mit der Ausstattung der Patientenzimmer und zum Service werden hingegen eher als weniger relevant betrachtet.

Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser informieren nicht über allgemeine Patientenerfahrungen. Diese Erfahrungen könnten bspw. im Rahmen von Patientenbefragungen nach einem Krankenhausaufenthalt erfasst werden.

Tabelle 26: Übersicht Themenbereich „Allgemeine Patientenerfahrungen“

Themenbereich	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
allgemeine Patientenerfahrungen	x	x	x	nein

8 Personal

8.1 Personalausstattung

Die Personalausstattung beschreibt die Besetzung eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung mit ärztlichem oder pflegerischem Personal. Bedeutsam ist hier eine relevante Bezugsgröße wie das Verhältnis zwischen Personal und Patientinnen bzw. Patienten.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung
- Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung

In der Literatur gibt es nur wenige Anhaltspunkte für ein erhöhtes Informationsbedürfnis zu diesem Punkt: Ein Scoping Review deutet darauf hin, dass die Personalausstattung für eher wenige Patientinnen und Patienten ein relevanter Punkt bei der Wahl des Krankenhauses ist. In der Bedarfserhebung wird in diesem Zusammenhang deutlich, dass Patientinnen und Patienten aus der Personalausstattung ableiten, welche Qualität und Kontinuität des Personals sie in der Versorgung und Betreuung erwarten können. Eng damit verbunden ist das Informationsbedürfnis zur Auslastung des Personals. Dass sich Patientinnen und Patienten für den Personalschlüssel insbesondere in der Pflege interessieren, geht auch aus den Fokusgruppen hervor. An diesem Thema sind besonders Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen vorheriger Krankenhausaufenthalte bzw. schwerwiegender Behandlungen interessiert.

Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser informieren:

- über das Personal des Krankenhauses (Anzahl der Vollkräfte), unterteilt nach Berufsgruppen:
 - Ärztinnen und Ärzte
 - Pflegepersonal
 - therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
 - spezielles therapeutisches Personal

- die personelle Ausstattung der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung (Anzahl der Vollkräfte), unterteilt nach Berufsgruppen:
 - Ärztinnen und Ärzte
 - Pflegepersonal
 - therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik
- das Verhältnis der angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Abteilung zu den Vollkräften/Personen (Fälle je Vollkraft/Anzahl), für die Berufsgruppe:
 - Ärztinnen und Ärzte
 - Pflegepersonal

Tabelle 27: Übersicht Thema „Personalausstattung“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung	x	(x)	x	teilweise
Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung	x	x	x	teilweise

8.2 Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte

Die Qualifikation des Personals beschreibt die Fachkompetenz der im jeweiligen Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, basierend auf Ausbildung bzw. Studium, Zusatzqualifikationen und der Berufserfahrung.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten

Aus den gesichteten Studien, systematischen Reviews und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Bedarfserhebung sowie der Fokusgruppen lässt sich ein großes Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Krankenhausärztinnen und -ärzten ableiten. Das Interesse gilt den Fokusgruppen zufolge insbesondere den

behandelnden Ärztinnen und Ärzten: Wenn möglich, möchten Patientinnen und Patienten konkrete und detaillierte Informationen zu einzelnen Personen abrufen, vom Studium über die Spezialisierung, die Erfahrung/Routine mit bestimmten Behandlungen, Forschungsaktivitäten bis hin zum Profilbild. Die Position der Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Krankenhaushierarchie wird dagegen als weniger wichtig wahrgenommen bzw. wird zum Teil bezweifelt, dass mit einer höheren Position zwangsläufig eine größere Kompetenz einhergeht. Auch die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus wird gemäß Studien und Fokusgruppen stark von der Qualifikation des ärztlichen Personals bestimmt. Diese Bewertung und Priorisierung bestätigt sich auch in den Fokusgruppen.

Die Kompetenzprofile einzelner Krankenhausärztinnen und -ärzte gehen aus den strukturierten Qualitätsberichten nicht hervor. Stattdessen enthalten die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser Informationen zur Qualifikation des Personals auf Ebene der Organisationseinheiten/Fachabteilungen, die allerdings nicht den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten entsprechen. In den strukturierten Qualitätsberichten findet sich die Bezeichnung „Allgemeine ärztliche Fachexpertise der Abteilung mit Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen (nicht personenbezogen)“.

Tabelle 28: Übersicht Thema „Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten	x	x	x	nein

9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen

Der Themenbereich „Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen“ gibt die Gesamtzahl der behandelten Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Prozedur in einem Krankenhaus oder in den Fachabteilungen eines Krankenhauses in einem Jahr an. Die Fallzahlen eines Krankenhauses liefern einen Anhaltspunkt für die Erfahrung des Leistungserbringers in der Häufigkeit der Durchführung einer Untersuchung oder Behandlung.

Zugehörige Themen sind:

- diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts
- diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
- Erfüllung von Mindestmengenvorgaben

Aus systematischen Reviews, quantitativen und qualitativen Studien sowie aus der Bedarfserhebung geht hervor, dass bei Patientinnen und Patienten ein Informationsbedürfnis zu diesem Themenbereich besteht und dass Fallzahlen auch bei der Wahl eines Krankenhauses berücksichtigt werden – vor allem bei schweren Erkrankungen oder größeren Eingriffen. Auch in den Fokusgruppen wird ein sehr großes Interesse an Fallzahlen angegeben, um die Erfahrung einer Klinik mit Behandlungen einzuschätzen.

In den Fokusgruppen deutet sich jedoch an, dass Fallzahlen mitunter auch missinterpretiert werden können, wenn sie als Anhaltspunkt für die Gesamtgröße eines Krankenhauses herangezogen werden. Die Intention der Suchenden ist in diesen Fällen, Leistungserbringer mit kleinen Fallzahlen auszuwählen, da sie sich hier bspw. eine persönlichere Atmosphäre und mehr Zuwendung versprechen als in Krankenhäusern mit großen Fallzahlen. In den Fokusgruppen zeigt sich zudem, dass die 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 fürchten jedoch Unachtsamkeit und damit erhöhte Fehleranfälligkeit infolge zu starker Routine sowie eine weniger individualisierte Behandlung.

In den strukturierten Qualitätsberichten sind Informationen zu Fallzahlen verfügbar. Es werden keine diagnose- oder prozedurenbezogenen Fallzahlen für das gesamte Krankenhaus aufgeführt. Ebenso wenig werden diagnose- und prozedurenbezogene Fallzahlen zu einzelnen Krankenhausärztinnen oder -ärzten berichtet. In den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind folgende Informationen verfügbar:

- Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Reihenfolge, für Organisationseinheiten/Fachabteilungen (voll- und teilstationär)
- durchgeführte Prozeduren mit der jeweiligen OPS-Ziffer mit Häufigkeit in absteigender Reihenfolge, für Organisationseinheiten/Fachabteilungen (voll- und teilstationär)
- Anzahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V mit der jeweiligen OPS-Ziffer
- Menge der mindestmengenrelevanten Leistungen in den vorgegebenen Leistungsbereichen; bei Unterschreitung der Mindestmenge Auswahl der jeweiligen Ausnahme; Angabe, seit wann die Ausnahmetatbestände bestehen; Angaben zur Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Tabelle 29: Übersicht Themenbereich „Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen“

Themen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts	x	x	x	indirekt

Themen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs- erhebung	
diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	x	x	x	ja
Erfüllung von Mindestmengenvorgaben	-	-	-	ja

10 Sichere Behandlungsprozesse

10.1 Angemessene Behandlung

Eine angemessene Behandlung zeigt sich insbesondere in der Indikationsqualität; mit einer angemessenen Versorgung soll eine Über- oder Unterversorgung vermieden werden. Im Zentrum steht auch die Frage, welche Prozesse durchgeführt werden, um die angestrebten Behandlungsergebnisse sicher zu erreichen. Eine konkrete Frage in diesem Zusammenhang ist, ob die angewendeten Behandlungsmethoden den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und dem aktuellen Forschungsstand entsprechen.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind

Laut quantitativen Studien sowie ausgehend von den Ergebnissen der Fokusgruppen und der Bedarfserhebung scheinen Patientinnen und Patienten den Behandlungserfolg eher als gesichert zu betrachten, wenn die Behandlung nach aktuellen medizinischen Standards bzw. Leitlinien erfolgt. Daher berücksichtigen sie diesen Aspekt auch in der Informationsphase und im Entscheidungsprozess.

Informationen hierzu finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten im Teil C. Darin sind Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen.

Tabelle 30: Übersicht Thema „Angemessene Behandlung“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind	x	x	-	teilweise

10.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit

Das Thema beschreibt, welche notwendigen Maßnahmen Krankenhäuser zur Vermeidung unerwünschter, schädlicher Ereignisse im Behandlungsprozess durchführen.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind

In der Literatur und den Bedarfserhebungen wird dieses Thema nicht analysiert. In den Fokusgruppen scheint die Patientensicherheit eher als Ausschlusskriterium für Patientinnen und Patienten mit häufigeren Krankenhausaufenthalten interessant, sofern sie diesbezüglich negative Erfahrungen gemacht haben.

Informationen hierzu finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten im Teil C. Konkret sind darin Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen und übergreifenden QS-Verfahren.

Tabelle 31: Übersicht Thema „Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind	-	x	-	teilweise

11 Hygiene und Krankenhausinfektionen

Der Themenbereich beschreibt das Auftreten von Infektionen als Folge oder Begleiterscheinung der stationären Versorgung, insbesondere von Krankenhausinfektionen, sogenannten nosokomialen Infektionen. Enthalten sind auch Maßnahmen, die zur Vermeidung von (postoperativen) Krankenhausinfektionen ergriffen werden.

Zugehörige Themen sind:

- festgestellte Hygienemängel
- prozessuale Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen
- nosokomiale Infektionen in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen

In der Literatur zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten sich über die Qualität der ergriffenen Hygienemaßnahmen informieren wollen, etwa dazu, ob und wie gut bestimmte Hygienestandards eingehalten werden. Auch das Auftreten nosokomialer Infektionen ist für Patientinnen und Patienten laut quantitativen und qualitativen Studien von Belang. Zumindest manche möchten sich vor einer geplanten Krankenhausaufnahme darüber informieren und stützen teilweise auch die Wahl bzw. Nichtwahl eines Leistungserbringers auf Informationen zu diesem Themenbereich. Allerdings wird diesem Aspekt eine im Vergleich zu anderen Faktoren geringere Bedeutung beigemessen. Es fällt auf, dass Patientinnen und Patienten Ergebnisinformationen zu Infektionsraten vor allem verwenden, um bestimmte Krankenhäuser auszuschließen. Die Fokusgruppen zeigen, dass Patientinnen und Patienten sehr interessiert an Informationen zu Infektionsraten sind, sich dadurch zum Teil jedoch auch verunsichert fühlen. Zudem wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten sich hinsichtlich der Themen „Sauberkeit“ und „Hygiene“ häufig auf den persönlichen Eindruck vor Ort verlassen. In der Bedarfserhebung wurde deutlich, dass Informationen zu diesem Themenbereich gewünscht sind.

In den strukturierten Qualitätsberichten sind folgende Informationen verfügbar:

- Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern: risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Tabelle 32: Übersicht Themenbereich „Hygiene und Krankenhausinfektionen“

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
festgestellte Hygienemängel	x	x	(x)	teilweise
prozessuale Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen	x	x	(x)	teilweise

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
nosokomiale Infektionen in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen	x	x	(x)	teilweise

12 Kommunikation und Interaktion

12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten

Das Thema beschreibt die zwischenmenschliche Kommunikation und Interaktion von medizinischem Personal mit Patientinnen und Patienten.

Zugehörige Unterthemen sind:

- wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten
- wertschätzender Umgang von Pflegekräften mit Patientinnen und Patienten
- angemessene Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen

In verschiedenen systematischen Reviews, quantitativen und qualitativen Studien wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten besonders an Informationen zur Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als Grundlage für eine vertrauensvolle Kommunikation auf Augenhöhe interessiert sind und diesen Punkt als besonders relevant erachten. Dies bestätigt sich auch durch die Ergebnisse der Bedarfserhebung und Fokusgruppen.

Der wertschätzende und angemessene Umgang des medizinischen Personals mit Patientinnen und Patienten wird in den strukturierten Qualitätsberichten nicht erfasst.

Tabelle 33: Übersicht Thema „Umgang mit Patientinnen und Patienten“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten	x	x	x	nein
wertschätzender Umgang von Pflegekräften mit Patientinnen und Patienten	x	x	x	nein

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
angemessene Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen	(x)	-	x	nein

12.2 Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts

Das Thema beschreibt die ärztliche Aufklärung sowie die berufsgruppenübergreifende Information von Patientinnen und Patienten während des gesamten Krankenhausaufenthalts. Aufklärung meint unter anderem die verständliche Darlegung der Diagnose, möglicher therapeutischer Maßnahmen und Alternativen sowie der damit verbundenen besonderen Risiken durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Beispiele für die berufsgruppenübergreifende Information von Patientinnen und Patienten sind Informationen zu Krankheitsbildern, zum Selbstmanagement oder zum Umgang mit Medikamenten.

Zugehörige Unterthemen sind:

- Aufklärung während des Krankenhausaufenthalts
- Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts
- Miteinbeziehen der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen zur Behandlung und Versorgung

Aufklärung oder Patienteninformationen werden in Studien nicht explizit bei der Wahl von Krankenhäusern genannt. Aus der Literaturanalyse lässt sich die Bedeutung dieses Themas daher nicht ableiten. In den Fokusgruppen und der Bedarfserhebung zeigt sich dagegen durchaus die Relevanz einer umfassenden Aufklärung und Entscheidungsbeteiligung. Auch werden die Information und das Einbeziehen des persönlichen Umfelds als wesentlich genannt. Besonders relevant scheint laut den Fokusgruppen zu sein, rechtzeitig, ausreichend und verständlich informiert zu werden sowie als mündige Person wahrgenommen und behandelt zu werden.

Die strukturierten Qualitätsberichte geben nur vereinzelt Auskunft zu Informationsangeboten für Patientinnen und Patienten oder zum Thema „Aufklärung“:

- medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot: spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- weitere nicht medizinische Leistungen: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten
- klinisches Risikomanagement: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Die Informationen entsprechen jedoch nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten.

Tabelle 34: Übersicht Thema „Aufklärung und Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts“

Unterthemen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
Aufklärung während des Krankenhausaufenthalts	-	x	x	nein
Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts	-	x	x	nein
Miteinbeziehen der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen zur Behandlung und Versorgung	-	x	(x)	nein

13 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung

Der Themenbereich beschreibt, ob und inwieweit Versorgungsmaßnahmen aufeinander abgestimmt sind, sowohl zeitlich, innerhalb des Krankenhauses als auch zwischen den Leistungserbringern, damit eine kontinuierliche Versorgung möglich ist.

Zugehörige Themen sind:

- Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts
- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind
- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind

In quantitativen und qualitativen Studien wird deutlich, dass bei manchen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Krankenhauswahl ein Informationsbedürfnis zu Wartezeiten, zur personellen Kontinuität sowie zur Koordination und Vernetzung der Behandlungsschritte sowie einzelner Leistungserbringer vorliegt. Die Bedarfserhebung weist darauf hin, dass bestimmte Zielgruppen wie bspw. Menschen mit Demenzerkrankungen in der zeitlichen Orientierung beeinträchtigt sind und ihre Betreuungspersonen daher bei der Krankenhauswahl Einrichtungen mit geringeren Wartezeiten bevorzugen. Die Ergebnisse der Fokusgruppen deuten darauf hin, dass wenige Patientinnen und Patienten sich zwar mehr Informationen zum Sozialdienst, über den konkreten Ablauf der Entlassung sowie ggf. der Nachbehandlung bzw. Nachsorge wünschen, dass dieses Informationsbedürfnis allerdings in der Regel erst während des Krankenhausaufenthalts entsteht.

Informationen hierzu finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten vereinzelt im Teil C. Darin sind Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen.

Tabelle 35: Übersicht Themenbereich „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“

Themen	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Wartezeiten während des Krankenhausaufenthaltes	x	x	x	nein
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind	x	x	x	teilweise
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind	x	-	(x)	teilweise

14 Behandlungsergebnisse und -erfolg

Die Behandlungsergebnisse bzw. der Behandlungserfolg beschreiben, inwieweit die stationäre Versorgung in bestimmten Leistungsbereichen und für unterschiedliche Krankheitsbilder oder Behandlungen definierten Qualitätsanforderungen gerecht wird, also ob und mit welchem Erfolg Behandlungsziele erreicht wurden.

Beispiele für Behandlungsergebnisse bzw. den Behandlungserfolg sind die Verbesserung der Symptomschwere, die Beweglichkeit bei Entlassung sowie die 1-Jahres-Überlebensrate bei bekanntem Status.

Zugehöriges Thema ist:

- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind

Quantitativen und qualitativen Studien zufolge ist das Bedürfnis und die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, bei der Krankenhauswahl Informationen zu Behandlungsergebnissen zu nutzen, eher gering ausgeprägt. Auch wenn zahlreiche Patientinnen und Patienten angeben,

dass die Qualität der medizinischen Versorgung ihre Wahlentscheidung mitbestimmt, wird dieses Kriterium im Vergleich zu anderen erfahrungsbasierten Informationen teilweise als weniger wichtig eingestuft. Die Bedarfserhebung weist zudem auf das Interesse von Patientinnen und Patienten hin, Informationen zu Behandlungsergebnissen konkret bezogen auf die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bzw. das Behandlungsteam zu erhalten. Auch in den Fokusgruppen zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten am Behandlungserfolg interessiert sind, nicht zuletzt an den Langzeitergebnissen der Behandlung. Es wird jedoch auch deutlich, dass bei ihnen teilweise kaum ein Bewusstsein für mögliche Unterschiede zwischen den Leistungserbringern besteht.

Informationen hierzu finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten im Teil C. Konkret sind darin Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen.

Tabelle 36: Übersicht Themenbereich „Behandlungsergebnisse und -erfolg“

Thema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfserhebung	
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	x	x	x	teilweise

15 Komplikationen und Sterblichkeit

15.1 Komplikationen

Komplikationen beschreiben unvorhergesehene Schwierigkeiten während einer medizinischen Behandlung, bspw. bei einem chirurgischen Eingriff. Komplikationen erschweren, beeinträchtigen oder vereiteln die Heilung.

Beispiele für Qualitätsindikatoren zu Komplikationen sind intraprozedurale sowie neurologische Komplikationen.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind

In quantitativen Primärstudien deutet sich an, dass das Interesse an Ergebnisinformationen zu Komplikationsraten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung gering ausgeprägt ist. Setzen sich Patientinnen und Patienten stärker mit dieser Qualitätsinformation auseinander, etwa, weil sie

unaufgefordert Informationen dazu erhalten, kann sie die Wahl des Krankenhauses jedoch beeinflussen. Die Ergebnisse der Fokusgruppen weisen darauf hin, dass einige Patientinnen und Patienten sich eher nicht mit konkreten Informationen zu Komplikationen auseinandersetzen möchten, da diese sie verunsichern oder ängstigen könnten. In diesem Zusammenhang wird außerdem darauf hingewiesen, dass es Patientinnen und Patienten häufig an Wissen mangelt, welche Ausprägungen von Komplikationen in ihrem Fall relevant sein könnten. Auffällig ist zudem die häufige Gleichsetzung und damit Fehldeutung der Begriffe „Komplikation“, „Risiko“ und „Behandlungsfehler“.

Informationen zu Komplikationsraten finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten im Teil C. Konkret sind darin Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen.

Tabelle 37: Übersicht Thema „Komplikationen“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind	x	x	x	teilweise

15.2 Sterblichkeit

Bei diesem Thema geht es um die Sterblichkeit bzw. Mortalität.

Beispiele für Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit sind die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen.

Zugehöriges Unterthema ist:

- Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur zum Informationsbedürfnis und zur Entscheidungsrelevanz hinsichtlich der Sterblichkeit sind inkonsistent. Es deutet sich jedoch an, dass dieses Thema nur bei wenigen Patientinnen und Patienten die Wahl des Leistungserbringers mitbestimmt. Qualitative Studien und auch die Fokusgruppen weisen darauf hin, dass manche Patientinnen und Patienten die Angabe zur Sterblichkeitsrate als beängstigend empfinden können und daher nicht darüber informiert werden möchten. Es deutet sich zudem an, dass die Angabe von Patientinnen und Patienten als schwer interpretierbar aufgefasst wird.

Informationen hierzu finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten im Teil C. Darin sind Informationen verfügbar zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung in Form von Qualitätsindikatoren zu einzelnen Leistungsbereichen.

Tabelle 38: Übersicht Thema „Sterblichkeit“

Unterthema	Hinweise auf Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten aus folgenden Quellen			Verfügbarkeit in den strukturierten Qualitätsberichten
	Literatur	Fokusgruppen	Bedarfs-erhebung	
Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	x	x	-	teilweise

16 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

In der Analyse der Literatur und der Fokusgruppen sowie der Bedarfsanalyse wurde deutlich, dass für bestimmte Patientengruppen zusätzliche und/oder spezifische Informationsbedürfnisse bestehen. Die folgenden Patientengruppen wurden identifiziert:

- schwangere Frauen und ihre Angehörigen
- Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen
- Menschen mit onkologische Erkrankungen
- Menschen mit Diabetes
- Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)
- Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit onkologischen Erkrankungen wurden dem Expertengremium exemplarisch für die in den Wissensbeständen identifizierte Patientengruppe Menschen mit schweren Erkrankungen vorgestellt. Menschen mit Diabetes wurden beispielhaft für Menschen mit chronischen Erkrankungen im Expertengremium diskutiert.

Anhang C.2: Ergebnisdokumentation der Beratung durch das Expertengremium

Dieses Kapitel fasst die zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium protokollarisch und stichpunktartig zusammen. Hierbei werden für jeden Themenbereich bzw. jedes Thema oder Unterthema die zentralen Diskussionsinhalte sowie kontroverse Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Das Expertengremium wurde darum gebeten eine Gesamteinschätzung abzugeben, inwiefern die vorgestellten Themenbereiche, Themen und Unterthemen in die weitere Konzeption der Website eingehen können.

Zu jedem Themenbereich, Thema oder Unterthema wird abschließend die Gesamteinschätzung des Expertengremiums formuliert. Wenn die Gesamteinschätzung durch das Expertengremium grundsätzlich positiv ausfiel, ist dies mit ↑ gekennzeichnet. Eine Kennzeichnung mit → gibt an, dass hier zumindest von einem Teil des Expertengremiums Bedenken geäußert wurden, die eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen durch das IQTIG erforderlich machten. Für Themenbereiche, Themen oder Unterthemen, für die in der vorgestellten Form seitens der Expertinnen und Experten ein Ausschluss nahegelegt wurde, wird die Kennzeichnung ↓ verwendet. Die Gesamteinschätzungen zur Berücksichtigung der Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen leiten sich entsprechend ab.

1 Übergeordnete Themen

1.1 Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen

1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

1.1.3 Unterstützer des Website-Angebots

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

1.2 Wissensfördernde Informationen

1.2.1: Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

1.2.2: Tipps zur Krankenhaussuche

- Es wird empfohlen, Videos und multimediale Angebote einzubinden.
- Die Expertinnen und Experten schlagen vor, Informationen zu unterstützenden bzw. Beratungsangeboten (z. B. zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, UPD) zur Verfügung zu stellen, da sich aus der Erfahrung bisheriger Websiteangebote zeige, dass Patientinnen und Patienten bei der Krankenhaussuche im Internet mitunter persönliche Beratung suchen. Auch sei das Angebot einer Schulung der Beraterinnen und Berater von Organisationen mit gesetzlichem Beratungsauftrag (z. B. der UPD) zum Umgang mit dem G-BA-Qualitätsportal empfehlenswert.
- Einige Expertinnen und Experten raten, die Bezeichnung „wissensfördernd“ und „vertrauensfördernd“ für die Themenbereiche zu überdenken, da die betroffenen Themenbereiche beide Funktionen erfüllen können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

1.2.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen (z. B. „Hygiene“)

- Die Expertinnen und Experten erachten es als bedeutsam, Spezialthemen der Qualitätssicherung in der Informationsdarstellung und in der Erläuterung separat in diesem Themenbereich zu verorten.
- Die Integration der Unterthemen „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ und „Mindestmengen“ an dieser Stelle sei sinnvoll. Es wird darauf hingewiesen, dass die Zielsetzung von Unterthemen wie „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ und „Mindestmengen“ eine eigene sei und diese Qualitätssicherungsthemen nicht mit dem primären Zweck der Krankenhaussuche erhoben werden. Eine eigene Aufbereitung ermögliche z. B. die Bereitstellung gezielter Begleitinformationen.
- Als weiteres sinnvolles Beispielthema für Hintergrundinformationen nennen die Expertinnen und Experten die gemeinsame Entscheidungsfindung im Krankenhaus.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

2 Basisinformationen zum Krankenhaus

2.1 Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort

2.1.1 Entfernung zum Wohnort

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

2.2 Kontakt und Ansprechpartner

2.2.1 Kontaktdaten Krankenhaus allgemein

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

2.2.2 Kontaktdaten Organisationseinheiten/Fachabteilungen (z. B. zur Terminvergabe)

- Manche Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass das Unterthema mit den derzeit verfügbaren Daten nicht angemessen abbildbar sei und der Aktualisierungsaufwand sehr hoch wäre.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses

2.3.1 Art des Krankenhauses: Allgemeinkrankenhaus, Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus

- Es wird von einigen Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass es bedeutsam sein könnte, dass die hier abgebildete Krankenhausstruktur mit den Strukturen in den Bundesländern übereinstimme.
- Es wird angeregt zu prüfen, ob Krankenhäuser mit Notfallmedizin hier oder anderer Stelle gesondert ausgewiesen werden könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

2.3.2 Art der Trägerschaft: öffentlich, freigemeinnützig, privat

- Es wird von manchen Expertinnen und Experten angemerkt, dass der Begriff „christlich“ bei Patientinnen und Patienten gebräuchlicher sei.
- Die Expertinnen und Experten schlagen vor zu prüfen, ob die Einordnung näher erläutert werden sollte, da die Begriffe schwer verständlich seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

2.4 Größe des Krankenhauses

2.4.1 Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort

- Einige Expertinnen und Experten merken an, dass, ergänzend zur Anzahl der Betten, eine qualitative Einordnung der Bettenzahl (zum Beispiel: Maximalversorger) hilfreich sein könnte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

3 Medizinische Schwerpunkte

3.1 Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)

3.1.1 Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote

- Die Expertinnen und Experten bewerten die Unterthemen, die dem Thema „Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)“ zugeordnet sind, prinzipiell als wichtig. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die zu diesem Thema verfügbaren Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten nur sehr bedingt dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen würden.
- Das Unterthema wird des Weiteren zusammen mit dem Unterthema 3.1.2 „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

3.1.2 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren

- Die Expertinnen und Experten bewerten die Unterthemen, die dem Thema „Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)“ zugeordnet sind, prinzipiell als wichtig. Das Unterthema wird als besonders relevant für Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen oder für Menschen mit unklaren Beschwerden betrachtet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die zu diesem Unterthema verfügbaren Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten nur sehr bedingt dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen würden.
- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass der Begriff „Schwerpunkt“ oder „spezialisiertes Zentrum“ bei Patientinnen und Patienten oftmals mit der Erwartung besonderer Expertise und besonders guter Qualität assoziiert sei. Hier bestünde die Gefahr, falsche Erwartungen zu wecken.
- Es wird der Hinweis gegeben, dass an die Ausweisung eines Krankenhauses als Zentrum oder Schwerpunkteinrichtung bundesweit teilweise sehr unterschiedliche Bedingungen/Kriterien geknüpft seien und es sich nicht um einen geschützten Begriff handle. Es gebe noch keinen einheitlichen Qualitätsstandard. So gebe es die Situation, dass spezialisierte Zentren Mindestmengen unterschreiten. Eine direkte Vergleichbarkeit sei derzeit nicht gegeben.

- Im Expertengremium wird eine Prüfung der Fallzahlen von Zentren diskutiert, da die Angaben einander nicht widersprechen sollten (Beispiel: spezialisiertes Zentrum unterschreitet Mindestmengen).

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

3.1.3: Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)

- Es wird angemerkt, dass das Unterthema nur für bestimmte Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen relevant sei. Das Expertengremium ist sich einig, dass viele Patientinnen und Patienten trotz seiner Relevanz nicht ausreichend über dieses Unterthema informiert seien, um danach zu suchen oder dies als Kriterium bei der Krankenhauswahl einzubeziehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

3.1.4: Intensivmedizinische Versorgung im Haus

- Manche Expertinnen und Experten empfehlen, dieses Unterthema eher als Begleitinformation zu betrachten und darzustellen (z. B. allgemeine Strukturinformation). Es wird angeregt zu prüfen, ob weitere Informationen zur Notfallmedizin berücksichtigt bzw. aufgenommen werden sollten.
- Es wird angemerkt, dass im Bereich der Geburtshilfe ein besonderes Interesse an diesem Unterthema bestünde. Entsprechende Standards seien über die Level der Perinatalzentren abgebildet.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

3.2 Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten

- Die Expertinnen und Experten weisen auf das Spannungsverhältnis bei diesem Thema zwischen den Informationsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und dem Informationsbedarf bzw. der medizinischen Notwendigkeit auf der anderen Seite hin.
- Es wird von einigen Expertinnen und Experten angemerkt, dass bei Patientinnen und Patienten zumeist die gewählten Behandlungsmethoden und -ergebnisse im Vordergrund stünden, nicht die Geräte. Diese würden eher als Add-on betrachtet.
- Das Expertengremium empfiehlt, medizinisch-technische Geräte nur dann darzustellen, wenn diese nachweisbar qualitätsrelevant sind und einen Nutzen haben. Die Expertinnen und Experten weisen auf ein hohes Potenzial für Fehlinformationen hin. Bedeutsam sei es, Patientinnen und Patienten über den Nutzen des Geräteeinsatzes bei der jeweiligen Indikation und die Relevanz dieser Information für die Gesamtqualität bei der jeweiligen Indikation zu informieren, damit sie eine informierte Entscheidung treffen könnten. Dies würde z. B. bedeuten, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen in das G-BA-Qualitätsportal einzubinden.

- Es wird von einzelnen Expertinnen und Experten angeregt, dass geprüft werden könnte, inwiefern für bestimmte Fachabteilungen, Krankheitsbilder oder Behandlungsformen Anforderungen an die Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten richtlinien- oder leitlinienkonform seien, um diese Vorgaben bei der Darstellung des Themas zu berücksichtigen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

3.3 Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

- Das Thema wird im Zusammenhang mit dem Thema 3.2 „Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten“ diskutiert.
- Die Expertinnen und Experten weisen auf das Spannungsverhältnis bei diesem Thema zwischen den Informationsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und dem Informationsbedarf bzw. der medizinischen Notwendigkeit auf der anderen Seite hin.
- Das Expertengremium empfiehlt, spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden nur dann darzustellen, wenn diese nachweisbar qualitätsrelevant sind und einen Nutzen haben. Die Expertinnen und Experten weisen auf ein hohes Potenzial für Fehlinformationen hin. Bedeutsam sei es, Patientinnen und Patienten über den Nutzen spezieller Behandlungs- und Untersuchungsmethoden bei der jeweiligen Indikation und die Relevanz dieser Information für die Gesamtqualität zu informieren, damit sie eine informierte Entscheidung treffen könnten. Dies würde z. B. bedeuten, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen in das G-BA-Qualitätsportal einzubinden.
- Kontrovers diskutiert wurde die Darstellung von komplementärmedizinischen Angeboten. Einzelne Expertinnen und Experten weisen darauf hin, diese seien insbesondere für Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen, in der Kinderheilkunde und der Geburtshilfe bedeutsam. Es wird angemerkt, dass integrative Behandlungsangebote (zum Beispiel Naturheilkunde) aufgrund der stark ausgeprägten Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten dargestellt werden könnten, dass diese aber möglichst an allgemeinverständliche, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen gekoppelt sein sollten. Die Expertinnen und Experten empfehlen, das Thema jedoch nicht themenübergreifend für alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen.
- Kontrovers diskutiert wurde der Vorschlag aus dem Expertengremium zur Aufnahme des zusätzlichen Themas Ergo-, Physiotherapie (Leistungsangebot und Personalausstattung). Mehrere Expertinnen und Experten sprechen sich gegen eine Aufnahme aus, da dieses Thema vor dem Krankenhausaufenthalt kaum nachgefragt werde bzw. bei Nachfrage nicht die generelle Verfügbarkeit im Fokus stehe, sondern die Frage nach dem tatsächlichen Erhalt der Therapie im individuellen Fall.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

3.4 Ambulante Behandlungen und Spezialsprechstunden

3.4.1 Ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche

- Dieses Unterthema ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. Einige Expertinnen und Experten geben zu bedenken, dass es zu einer Marktverzerrung käme, wenn ausschließlich die im Krankenhaus angebotenen ambulanten Leistungen abgebildet würden und nicht die der ambulanten Leistungserbringer (Beispiele: niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, medizinische Versorgungszentren). Jedoch wird auch angemerkt, dass die Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten aus Sicht der Patientinnen und Patienten weder nachvollziehbar noch sinnvoll sei; dies auch vor dem Hintergrund zunehmender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen. So könne es von Interesse sein, wenn Leistungen im Krankenhaus ambulant verfügbar seien. Allerdings sei es für Patientinnen und Patienten oftmals im Vorhinein selbst nicht einschätzbar, ob eine ambulante Behandlung in ihrem Fall aus medizinischer Sicht überhaupt infrage komme.
- Einige Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Verfügbarkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bedeutsam sein könne.
- Einigkeit besteht im Expertengremium darüber, dass weder die Informationsbedürfnisse noch der Informationsbedarf aktuell hinreichend befriedigt würden. Perspektivisch würde ein alleiniger Fokus auf Krankenhäuser nicht ausreichen; auch andere Leistungserbringer sollten zukünftig bei der Darstellung von Qualitätsinformationen berücksichtigt werden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

3.4.2 Spezialsprechstunden

- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass bei Aufnahme des Unterthemas ergänzende Informationen hinsichtlich der Zugangsbedingungen zu Spezialsprechstunden erforderlich seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4 Ausstattung und Service

4.1 Ausstattung des Krankenhauses

4.1.1 Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume

- Das Expertengremium empfiehlt, solche Informationen nicht in einem Portal zur Krankenhausqualität zu veröffentlichen. Bei Bedarf könnten diese direkt von der Krankenhauswebsite abgerufen werden.

- Für die Versorgung von Kindern könne es aus Sicht der Expertinnen und Experten wichtig sein, dass beispielsweise Spielzimmer für erkrankte Kinder vorhanden seien. In diesem Zusammenhang verweisen Teilnehmende auf die Charta für Kinder im Krankenhaus (EACH-Charta), aus der Standards abgeleitet werden könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

4.1.2 Cafeteria

- Das Expertengremium empfiehlt, solche Informationen nicht in einem Portal zur Krankenhausqualität zu veröffentlichen. Bei Bedarf könnten diese direkt von der Krankenhauswebsite abgerufen werden.
- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

4.1.3 Verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr

- Dieses Unterthema ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. Einerseits handele es sich nicht um eine Qualitätsinformation. Folglich sei diese Information besser auf den Websites der Krankenhäuser zu verorten. Kritisch bewertet wird zudem die aufwendige Aktualisierung der Informationen zu diesem Unterthema. Zudem seien diese Informationen zur Erreichbarkeit im Internet heute leicht an anderer Stelle zu finden. Andererseits könnte das Unterthema ein sinnvolles Service-Angebot im Portal sein, da Entscheidungskriterien divers seien. Eine Serviceorientierung jenseits abstrakter Qualitätsinformationen könne ein Faktor für den Erfolg des G-BA-Qualitätsportals sein. Andere Expertinnen und Experten empfehlen, die Informationen im G-BA-Qualitätsportal auf das Nötige zu reduzieren, um Entscheidungsfindung anhand von Qualitätsinformationen zu unterstützen.
- Es wird angemerkt, dass Beschwerden von Patientinnen und Patienten über mangelnde Parkplätze häufig sind und für Angehörige die Erreichbarkeit wichtig sei. Hier sei aber eher das Thema „Barrierefreiheit“ relevant.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

4.1.4 Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/gebührenpflichtig)

- Das Unterthema wird zusammen mit 4.1.3 „Verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

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

- Es wird der Hinweis gegeben, dass es sich bei diesem Unterthema für Menschen mit einem Gewicht von über 200 kg um durchaus bedeutsame Informationen handele. Das Unterthema gewinne zunehmend an Bedeutung.

- Einzelne Expertinnen und Experten schlagen vor, das Unterthema ggf. im Bereich Barrierefreiheit zu verorten. Andere Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass dabei zu prüfen sei, ob dies von den Nutzerinnen und Nutzern so angenommen wird, da Betroffene sich bzw. das Thema nicht unter der Kategorie „Behinderung“ verorten würden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.2 Ausstattung der Patientenzimmer

4.2.1 Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)

- Es wird angemerkt, dass vor allem das Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten zu diesem Unterthema hoch sei, sich an dieses Unterthema jedoch nicht unbedingt Aussagen zur Qualität knüpfen lassen.
- Die Expertinnen und Experten weisen auf die Gefahr hin, dass mit der Information eine Anspruchshaltung hervorgerufen werden könne, da nur dargestellt werden kann, was grundsätzlich vorgehalten werde, nicht, was individuell verfügbar sei. Zudem sei hier abzuwägen, was medizinisch notwendig und was ein Unterbringungswunsch ist, da Krankenhäuser keine Hotels seien.
- Zugleich wird darauf hingewiesen, dass der Aktualisierungsaufwand der Information sehr hoch sei. Zudem würden Krankenhäuser häufiger umgestaltet. Mitunter seien die Daten in den strukturierten Qualitätsberichten dann bereits veraltet. Daher empfehlen die Expertinnen und Experten zu prüfen, ob zur Umsetzung des Unterthemas auf Fachabteilungsebene Informationen aus den strukturierten Qualitätsberichten verwendet werden können. Eine gesonderte Erhebung sei jedoch nicht angezeigt. Es wird von einigen Expertinnen und Experten angeregt, die Information nur darzustellen, wenn sie in den strukturierten Qualitätsberichten bereits verfügbar sei. Jedoch wird auch der Hinweis gegeben, bei Daten der strukturierten Qualitätsberichte immer zu prüfen, ob diese tatsächlich qualitätsrelevant seien. Zu viele Informationen würden „Nebel“ erzeugen und erschweren die Entscheidungsfindung. Auch sei die Datenqualität dabei zu berücksichtigen. Die Angaben von Krankenhäusern seien sehr heterogen, oftmals würden die Informationen nicht zutreffen.
- Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Belegung der Patientenzimmer von Patientinnen und Patienten als Hinweis auf die Atmosphäre verstanden werden könne. Einige Expertinnen und Experten empfehlen, die Aufnahme des Unterthemas in eine Patientenbefragung zu allgemeinen Patientenerfahrungen zu prüfen, um tatsächliche Erfahrungen abzubilden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.2.2 Vergabeverfahren von Einzel- und Zweibettzimmern (spontan nach Verfügbarkeit, reservierbar bei geplanten Eingriffen etc.)

- Das Unterthema wird zusammen mit dem Unterthema 4.2.1 „Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.2.3 Kosten für Einzel- und Zweibettzimmer (oder Zuzahlung)

- Das Unterthema wird von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert.
- Es wird angemerkt, dass diese Information besser auf den Websites der Krankenhäuser als auf dem G-BA-Qualitätsportal zu verorten und insgesamt nachrangig zu behandeln sei.
- Ein anderer Vorschlag lautet, das Unterthema als Service-Information in das G-BA-Qualitätsportal aufzunehmen, sofern Informationen hierzu in den Qualitätsberichten verfügbar seien.
- Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass der Aktualisierungsaufwand hoch und die Datenqualität nicht gesichert sei. Auch sei die Aktualität der Daten nicht gesichert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

4.2.4 WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)

- Es wird angemerkt, dass es sich hierbei in der Regel um eine allgemeine Aussage für das Krankenhaus handle. Eine Angabe zur Verfügbarkeit von WLAN in allen Patientenzimmern sei in der Regel nicht möglich.
- Ein anderer Vorschlag lautet, das Unterthema als Service-Information in das G-BA-Qualitätsportal aufzunehmen, sofern Informationen hierzu in den Qualitätsberichten verfügbar seien, da dies für Patientinnen und Patienten von Interesse sein könne.
- Die Ausstattung gehöre zum erwartbaren Standard.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

4.2.5 TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)

- Es wird von manchen Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass es sich nicht um Qualitätsinformationen handle. Ein anderer Vorschlag lautet, das Unterthema als Service-Information in das G-BA-Qualitätsportal aufzunehmen, sofern Informationen hierzu in den Qualitätsberichten verfügbar seien, da dies für Patientinnen und Patienten von Interesse sein könne. Die Ausstattung gehöre zum erwartbaren Standard.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

4.2.6 Dusche und WC im Zimmer

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.
- Das Unterthema wird gemeinsam mit dem Unterthema 4.2.1 „Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.2.7 Safe für Wertsachen

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.
- Das Unterthema wird gemeinsam mit dem Unterthema 4.2.1 „Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.3 Service- und Hilfsangebote

4.3.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten

- Als Zielgruppen eines solchen Angebots sehen die Expertinnen und Experten vor allem Eltern von erkrankten Kindern, (Angehörige von) Personen mit Demenz, Menschen mit Behinderung sowie Patientinnen und Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen, und deren Angehörige.
- Für Entbindende sei auch die Frage relevant, ob Familienzimmer verfügbar sind.
- Seitens der Teilnehmenden wird angemerkt, dass dieses Unterthema perspektivisch an Relevanz gewinnen würde, wenn Patientinnen und Patienten für bessere Qualität längere Wege zum Krankenhaus in Kauf nähmen. Dabei wird die Option diskutiert, den Schwerpunkt eher auf Hinweise zu Kooperationen mit Hotels etc. zu legen, als Unterbringungsmöglichkeiten von Begleitpersonen im Krankenhaus abzubilden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

4.3.2 Essen/Verpflegung sowie die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten

- Die Priorität des Unterthemas wird eher gering eingeschätzt.
- Einzelne Expertinnen und Experten weisen darauf hin, auf Aspekte wie diabetische Ernährung, Ernährungsberatung etc. zu fokussieren. Andere Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass besondere Kostformen wie diabetische Ernährung in Krankenhäusern selbstverständlich seien und nicht gesondert ausgewiesen werden müssten.
- Reine Geschmacksbewertungen des Essens seien nach Ansicht des Expertengremiums weniger relevant.
- Es wird empfohlen, dass Unterthema bei Aufnahme über Patientenbefragungen zu PREMS zu erschließen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.3.3 Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilforganisationen

- Aus den Reihen der Expertinnen und Experten wird auf verschiedene Siegel bzw. die Auszeichnung „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ hingewiesen; diese seien allerdings eher kritisch zu bewerten, da sie in der Regel keine Aussagen über die tatsächliche Praxis der Zusammenarbeit erlauben.
- Für dieses Unterthema wird infrage gestellt, ob sich anhand der verfügbaren Daten Qualitätsvergleiche ableiten lassen.
- Einige Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass das Unterthema für Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl keine besondere Bedeutung habe.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

4.3.4 Ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher

- Die Priorität des Unterthemas wird gering eingeschätzt.
- Das Expertengremium betont, dass Lotsen im Gesundheitssystem wichtig seien.
- Sofern das Unterthema aufgenommen wird, sollte seitens der Expertinnen und Experten eine Zusammenfassung bzw. Bündelung mit Themen wie „Kooperation mit Selbsthilfgruppen“, „Ehrenamtlicher Lotsendienst“ etc. in Betracht gezogen werden.
- Auch bei diesem Unterthema sei eine Datenerhebung mittels Patientenbefragungen empfehlenswert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓
--

4.3.5 Seelsorge

- Die Priorität des Unterthemas wird gering eingeschätzt.
- Es wird vorgeschlagen, das Unterthema mit weiteren psychosozialen Angeboten zu kombinieren.
- Das Unterthema wird zusammen mit dem Unterthema 4.3.4 „Ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓
--

4.3.6 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

- Es wird angemerkt, dass Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung getrennt voneinander zu betrachten seien.
- Einige Experten schlagen vor, die im Krankenhaus vorgehaltenen Fremdsprachenkenntnisse aufgrund des hohen Bedarfs aufzuführen. Es wird jedoch auch auf fehlende Qualitätsstandards und Qualifikation beim Dolmetschen hingewiesen. Auch sei die Finanzierung oftmals unklar.
- In diesem Kontext wird angemerkt, dass insbesondere Kooperationen mit professionellen Dolmetscherdiensten (Video-Dolmetschen, Gebärdendolmetscher) relevant seien und diese

abgebildet werden sollten. Dabei müsse differenziert werden, ob es sich um professionelle bzw. qualitätsgesicherte Dolmetscherdienste handle oder ob ungeschultes Personal oder Angehörige das Dolmetschen übernehmen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

4.3.7 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien

- Das Unterthema wird von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert.
- Es bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, inwiefern beispielsweise das Vorhalten von Alternativen (z. B. allergikergeeignetes Verbandsmaterial und latexfreie Handschuhe) zum Standard gehört.
- Ein Vorschlag ist, das Unterthema nicht grundsätzlich darzustellen, sondern als Informationsangebot für spezielle Zielgruppen (beispielsweise für Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen) aufzunehmen.
- Nahrungsmittelallergien seien eher unter Verpflegung zu verorten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

5 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate

- Im Expertengremium wird betont, dass Qualitätsunterschiede der Siegel und Zertifikate berücksichtigt werden müssten. Eine Vorabprüfung und -selektion sei erforderlich. Die Aufnahme von vorab qualitätsgeprüften Qualitätssiegeln und Zertifikaten wird vom Expertengremium als bedeutsam empfohlen. Ergänzend sei es notwendig, Patientinnen und Patienten umfassend über die Aussage der Qualitätssiegel und Zertifikate zu informieren.
- Es wird auf die noch in Bearbeitung befindliche Beauftragung des IQTIG durch den G-BA („Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln“) verwiesen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

6 Arzneimittelversorgung

6.1 Schmerzmanagement

- Die Teilnehmenden merken an, dass dieses Thema schwer zu erfassen sei. Es handle sich um eine Ergebnisinformation; zugleich beinhaltet es Anforderungen an die Struktur, was eine Operationalisierung erschwere.
- Es wird eingeworfen, dass die pharmakotherapeutische Kontinuität zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein relevanteres Thema sein könnte als das Thema „Schmerzmanagement“.
- Dem Expertengremium zufolge habe das Thema eine besondere Relevanz für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Es wird auf den Zusammenhang mit dem Unterthema „Behandlungsschwerpunkte“ hingewiesen.

- Die Expertinnen und Experten regen an, das Thema zu einem übergreifenden Thema „Postoperatives Management“ mit den Unterthemen „Nachsorge“, „Entlassmanagement“ etc. zusammenzufassen.
- Es wird empfohlen, die Aufnahme des Themas im Rahmen einer Patientenbefragung zu prüfen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

7 Allgemeine Patientenerfahrungen

- Das Expertengremium weist auf die hohe Relevanz der Einbindung von allgemeinen Patientenerfahrungen, neben prozedurenspezifischen Befragungen, hin.
- Betont wird die Wichtigkeit als offizielle, methodisch einheitliche Befragung.
- Im Expertengremium werden zwei Varianten zur Abbildung von Patientenerfahrungen diskutiert, die auch gemeinsam Anwendung finden können:
 - Patienten-Narrative, beispielsweise in Form von Erfahrungsberichten: Diese könnten z. B. unterstützen bei einführenden Fragen in die Krankenhausuche wie: „Was ist überhaupt relevant?“, „Was muss ich wissen?“, „Wofür kann ich die Daten nutzen und wofür nicht?“ Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die Nutzung von Narrativen zu einzelnen Krankenhäusern in ausreichender Anzahl nicht realisierbar sei.
 - Patientenbefragungen, basierend auf PREM und PROMs: Die sollten methodisch einheitlich durchgeführt werden. Beispiele, dass dies realisierbar sei, gäbe es bereits.
- Es wird angeregt zu prüfen, ob bereits in der Durchführung befindliche Befragungen (z. B. von Krankenkassen) genutzt werden könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

8 Personal

8.1 Personalausstattung

8.1.1 Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

8.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

8.2 Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte

8.2.1 Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten

- Das Unterthema wird kontrovers diskutiert. Die Expertinnen und Experten geben zu bedenken, dass die Operationalisierung, also das Erstellen von Kompetenzprofilen für sämtliche Ärztinnen und Ärzte, ein schwieriges, kaum lösbares Unterfangen sei.
- Die Expertinnen und Experten weisen bei personenbezogenen Informationen auf die Datenschutzproblematik hin, sowie auf die bereits bestehende Problematik der hochfrequenten, zweckentfremdeten Nutzung von personenbezogenen Daten durch Dritte.
- Auch wenn Qualifikation und Berufserfahrung relevant seien, wird das G-BA-Qualitätsportal nicht als geeignete Plattform für die Abbildung von Profilbildern oder personenbezogenen „weichen“ Informationen von Ärztinnen und Ärzten empfohlen. Diese seien besser auf den jeweiligen Krankenhauswebsites verortet. Bei vielen Informationen, wie die Bewertung von wissenschaftlichen Aktivitäten, sei die tatsächliche Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten zu hinterfragen. Dem Thema Forschungsaktivitäten wird allgemein eine geringere Priorität eingeräumt.
- Die Expertinnen und Experten regen an, in der Weiterentwicklung ggf. den Fokus auf die Entwicklung von Indikatoren zur Qualifikation zu legen (z. B. zu Facharztbezeichnung/Zusatzweiterbildung und praktizierte Jahre/Zeit im Fachgebiet, Fallzahl/Ärztin bzw. Arzt). Dabei seien auch unterschiedliche Ebenen zu berücksichtigen (Chefärztin/Chefarzt, Oberärztin/Oberarzt etc.) und die Informationen ggf. zusammengefasst auf der Ebene der Fachabteilung darzustellen. Zudem sei die Abbildung von Fremdsprachkenntnissen der Ärztinnen und Ärzte als Service-Information aufzunehmen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen

9.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts

- Die Expertinnen und Experten bekräftigen, dass es sich für Patientinnen und Patienten um eine relevante Größe handelt. Insbesondere wenn keine Daten aus QS-Verfahren vorliegen, seien Fallzahlen sehr relevant.
- In diesem Zusammenhang merken die Expertinnen und Experten an, dass geeignete Suchbegriffe bedeutsam sind, damit Patientinnen und Patienten die für sie passenden Fallzahlen finden könnten.
- Gegebenenfalls sei eine zusätzliche qualitative Einordnung der Fallzahlen für Patientinnen und Patienten hilfreich: überdurchschnittlich, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Es wird von einigen Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass diese Einstufung nur bei belegter Evidenz vorgenommen werden sollte, wenn also höhere Fallzahlen für eine konkrete Indikation nachweislich mit besserer Qualität einhergehen.

- Kontrovers wird eine ausschließliche Darstellung von Fallzahlen auf Ebene des Krankenhauses diskutiert. Einige Expertinnen und Experten regen an, Fallzahlen auch auf Ebene der Fachabteilungen und einzelner Ärztinnen und Ärzte darzustellen. Fallzahlen würden häufig keine hohe Varianz zeigen, wenn man sie auf die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt herunterbricht. Hierzu wird angeregt, die Entwicklung einer geeigneten Kennzahl zu prüfen (z. B. Fallzahlen im Verhältnis zur Anzahl der Fachärztinnen und -ärzte), allerdings seien hier definitorische Schwierigkeiten in der Abgrenzung (z. B. Springer-Personal, Funktionsbereiche) abzusehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

9.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

- Die Diskussionen zum Thema 9.1 „Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts“ beziehen sich auch auf dieses Thema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

9.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben

- Das Expertengremium erachtet die Darstellung als bedeutsam.
- Bedeutsam sei eine einfache Darstellung, indem abgebildet wird, wann Mindestmengen erreicht oder nicht erreicht werden. Dies könne beispielsweise im Sinne eines Warnhinweises fungieren. Auch wird auf die Bedeutung einfacher Begriffe und Informationen hingewiesen. Der Begriff Mindestmenge sei nicht sprechend.
- Ein Vorschlag aus dem Expertengremium ist, Krankenhäuser, die Mindestmengen nicht erreichen, nicht in das G-BA-Qualitätsportal aufzunehmen bzw. für die betroffene Prozedur nicht anzuzeigen. Dieser wurde unter den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert, beispielsweise da dies rechtlich schwierig sei.
- In eine andere Richtung verweist der Vorschlag aus dem Expertengremiums, das Erreichen von Mindestmengen positiv darzustellen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

10 Sichere Behandlungsprozesse

10.1 Angemessene Behandlung

10.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind

- Es wird der Hinweis gegeben, dass Informationen über eine angemessene Indikationsstellung Patientinnen und Patienten darin unterstützt, Sicherheit zu gewinnen.
- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass perspektivisch mehr Indikatoren zur Indikationsqualität wünschenswert sind, um das Unterthema darzustellen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

10.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit

10.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind

- Es wird darauf hingewiesen, dass die Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten in Bezug auf dieses Unterthema groß sei.
- Die Expertinnen und Experten schlagen vor, den Begriff der Patientensicherheit zu überdenken. Als Alternative werden die Begriffe „Sichere Behandlungsabläufe“ und „Sicherheit der Behandlung“ vorgeschlagen. Es wird empfohlen, das Unterthema auf Fragen der Prozessqualität zu beziehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

11 Hygiene und Krankenhausinfektionen

11.1 Festgestellte Hygienemängel

- Es wird empfohlen, andere Bezeichnungen als „festgestellte Hygienemängel“ und „nosokomiale Infektionen“ zu wählen. Kontrovers wird diskutiert, ob das Thema positiv gerichtet dargestellt werden sollte, um Patientinnen und Patienten nicht zu ängstigen.
- Es wird darauf hingewiesen, dass aktuell in Deutschland Daten zu entsprechenden Ergebnissen fehlen würden, dies international jedoch ein Thema sei. Es sei üblich, dass im Public Reporting z. B. Kennzahlen zu nosokomialen Infektionen berichtet werden. Perspektivisch seien daher hierzu Ergebnisindikatoren wünschenswert.
- Die Expertinnen und Experten schlagen für die Darstellung dieses Themas vor, die Informationen aus verfügbaren QS-Verfahren wie denen zu postoperativen Wundinfektionen und Sepsis zu nutzen.
- Es wird empfohlen, die Aufnahme des Themas „wahrgenommene Hygiene“ in eine Patientenerbefragung zu allgemeinen Patientenerfahrungen zu prüfen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

11.2 Prozessuale Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen

- Es wird empfohlen, die Aufnahme des Themas „wahrgenommene Hygiene“ in eine Patientenbefragung zu allgemeinen Patientenerfahrungen zu prüfen.
- Das Thema wird zusammen mit 11.1 „Festgestellte Hygienemängel“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

11.3 Nosokomiale Infektionen in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen

- Das Thema wird zusammen mit 11.1 „Festgestellte Hygienemängel“ diskutiert.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

12 Kommunikation und Interaktion**12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten****12.1.1 Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten**

- Das Expertengremium schätzt das Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten als sehr hoch ein.
- Die Expertinnen und Experten empfehlen die Aufnahme in eine Patientenbefragung zu allgemeinen Patientenerfahrungen. Wichtig sei, dass die Daten methodisch belastbar, mit validiertem Instrument als PREMs/PROMs erhoben werden.
- Als besonders bedeutsam wird das Unterthema im Hinblick auf die Pflege erachtet.
- Es wird angemerkt, dass auch die Kontaktdauer zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Bewertung berücksichtigt werden sollte.
- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass eine Berichterstattung auf der Ebene der Fachabteilungen/Organisationseinheiten die Akzeptanz des Unterthemas in den Krankenhäusern und beim medizinischen Personal erhöhen könnte.
- Das Expertengremium empfiehlt, die Unterthemen 12.1.1 bis 12.1.3 sowie das Thema 12.2 unter dem Themenbereich „Kommunikation und Interaktion“ zusammenzufassen. Einzelne Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass zu prüfen sei, ob die Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen aus Sicht von Patientinnen und Patienten unter diesem Themenbereich richtig verortet sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

12.1.2 Wertschätzender Umgang von Pflegekräften mit Patientinnen und Patienten

- Die Diskussionen zum Unterthema 12.1.1 „Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ beziehen sich auch auf dieses Unterthema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

12.1.3 Angemessene Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen

- Ergänzend wird angemerkt, dass die Patientenerfahrungen, die über die aktuell in Entwicklung befindlichen QS-Verfahren abgedeckt werden, nicht repräsentativ für alle Patientengruppen seien.
- Es wird diskutiert, ob dieser Punkt aus Patientenperspektive richtig einsortiert bzw. überhaupt relevant sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

12.2 Aufklärung und Information während des Krankenhausaufenthalts

12.2.1 Aufklärung während des Krankenhausaufenthalts

- Die Diskussionen zum Unterthema 12.1.1 „Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ beziehen sich auch auf dieses Unterthema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

12.2.2 Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts

- Die Diskussionen zum Unterthema 12.1.1 „Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ beziehen sich auch auf dieses Unterthema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

12.2.3 Miteinbeziehen der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen zur Behandlung und Versorgung

- Die Diskussionen zum Unterthema 12.1.1 „Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ beziehen sich auch auf dieses Unterthema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

13 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung

13.1 Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts

- Dem Thema wird eine eher mittlere Priorität eingeräumt.
- Es wird angeregt, das Thema über Patientenbefragungen zu erschließen und in 7 „Allgemeine Patientenerfahrungen“ zu verorten.
- Hinsichtlich der Aggregation von Daten bzw. der Indexbildung wird angemerkt, dass bestimmte Themen oder Kriterien von so hoher Bedeutung seien, dass sie eine maßgebliche Rolle bei der Gesamtbewertung spielen sollten. Als Beispiel werden die Tests der Stiftung Warentest angeführt. Dort könne bei bestimmten Mängeln eine gute Bewertung nicht mehr erreicht werden.

- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Unterschiedlichkeit der Krankenhäuser insbesondere bei der Bewertung der Wartezeiten berücksichtigt werden müsse. Daran schließt sich die Empfehlung einzelner Expertinnen und Experten an, das Thema „Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts“ mit den Themen „Entlassmanagement“ und „Sozialdienst“ zu verknüpfen. Es wird angemerkt, dass jeweils die Indikation zu beachten sei. Auch ob ein Krankenhaus im Vorfeld der stationären Behandlung eine ambulante Vorabinformation anbietet, sollte beachtet werden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

13.2 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind

- Die Diskussionen zum Thema 13.1 „Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts“ beziehen sich auch auf dieses Thema.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

13.3 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind

- Die Diskussionen zum Thema 13.1 „Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts“ beziehen sich auch auf dieses Thema.
- Im weiteren Kontext wird diskutiert, welche Rolle die Kontinuität der Versorgung bei diesem Thema hätte. Auch Kooperationsstrukturen in den ambulanten Versorgungsbereichen werden als mögliches Thema für die Weiterentwicklung benannt, zu dem aktuell jedoch keine Informationen verfügbar seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

14 Behandlungsergebnisse und -erfolg

14.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die große Bedeutung des Themenbereichs „Behandlungsergebnisse und -erfolg“ sowie der ihm zugeordneten Qualitätsindikatoren einig.
- Wichtig sei ein hohes Aggregationsniveau der Daten, um sie für die Zielgruppe gut erfassbar zu machen.
- Bei hoher Aggregation der Daten sollten jedoch zusätzlich noch die Originalindikatoren verfügbar gemacht werden. Es sei jedoch bedeutsam, bei der Darstellung der einzelnen Qualitätsindikatoren diese allgemeinverständlich darzustellen bzw. zu übersetzen.
- Darüber hinaus sei es als vertrauensbildende Maßnahme notwendig und sinnvoll, Hintergrundinformationen zur Datengrundlage zu liefern.

- Es wird vorgeschlagen, das Kategoriensystem und die Benennung einzelner Themen an der Logik der Patientinnen und Patienten auszurichten, nicht an der medizinischen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

15 Komplikationen und Sterblichkeit

15.1 Komplikationen

15.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind

- Die Expertinnen und Experten empfehlen, das Thema „Komplikationen“ mit den dazugehörigen Qualitätsindikatoren in der Darstellung in einen Gesamtindex aufzunehmen, sodass Patientinnen und Patienten wählen können, ob sie sich im Detail mit dem Thema als Unterthema beschäftigen wollen. Es wird darauf hingewiesen, dass das Thema „Komplikationen“ für manche Patientinnen und Patienten sehr angstbesetzt bzw. verunsichernd sei und die direkte, ungewünschte Konfrontation zum Abbruch der Informationssuche führen könne.
- Die Expertinnen und Experten geben zu bedenken, dass die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, sich mit Komplikationen zu befassen, trotz der Relevanz häufig nicht gegeben sein wird. Das Patienteninteresse liege oftmals bei der Suche vor allem auf Maßnahmen bzw. Prozessen zur Vermeidung von Komplikationen. Insofern wird eine Darstellung auf einer untergeordneten Ebene vorgeschlagen.
- Die Konsequenzen, die sich daraus für die Darstellung auf der Website bzw. für die Kategorisierung der Themen ergeben, werden kontrovers diskutiert: Eine Empfehlung ist, das Thema „Komplikationen“ als eigenständiges Thema zu belassen, da dies international üblich, wenn auch kein Standard sei. Es könne jedoch auch dem übergeordneten Themenbereich „Patientensicherheit“ zugeordnet werden. Dagegen spräche, dass der Themenbereich „Patientensicherheit“ eher bei prozessbezogenen Themen zu verorten sei. Ein anderer formulierter Ansatz postuliert, dass der Behandlungserfolg mit erwünschten (Nutzen) und unerwünschten Wirkungen (Schaden), also auch den Komplikationen, zusammengefasst werden sollte. Der Themenbereich wäre in diesem Fall „Behandlungsergebnisse“. Der Vorteil liege darin, dass Patientinnen und Patienten eine Gesamtaussage zum Behandlungserfolg auf Ergebnisebene vorliegen würde und sie diese schwierige Abwägung anhand der Qualitätsindikatoren nicht selbst treffen müssten. Ein weiterer Vorteil liege in der Aufrechterhaltung einer klaren Systematik zu Prozess-, Struktur- und Ergebnisinformationen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

15.2 Sterblichkeit

15.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind

- Die Diskussionen zum Thema 15.2 „Komplikationen“ beziehen sich auch auf das Thema „Sterblichkeit“ und die ihm zugeordneten Qualitätsindikatoren.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

16 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

16.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen

- Die Expertinnen und Experten empfehlen, in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung folgender Themen zu prüfen: Kreissaalführung, Familienzimmer, Rooming-in, Perinatalzentrumlevel (mit entsprechenden Begleitinformationen) und Kaiserschnitttrate.
- Die Expertinnen und Experten weisen patientengruppenübergreifend daraufhin, dass in der weiteren Entwicklung abzuwägen sei, wie die Informationsbedürfnisse am besten abbildbar sind, z. B. als spezielle Filter, Direktsucheinstiege oder über die Integration in die allgemeinen Suchkriterien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

16.2 Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen

- Die Expertinnen und Experten empfehlen, in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung folgender Themen zu prüfen: Spielzimmer, Mitaufnahme eines Elternteils bis zu einem bestimmten Alter und Betreuung schulpflichtiger Kinder.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

16.3 Menschen mit onkologischen Erkrankungen

- Das Expertengremium weist auf eine erhöhte Relevanz folgender Themen hin: Teilnahme an klinischen Studien und psychoonkologische Beratung.
- Es wird angemerkt, dass die Krebsregister als Datengrundlage eruiert werden könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

16.4 Menschen mit Diabetes

- Das Expertengremium weist darauf hin, dass davon auszugehen ist, dass es sich bei diesem Thema häufig nicht um den primären Suchanlass handele. Es seien überwiegend keine spezifischen Informationsbedürfnisse in der Suche nach einem Krankenhaus erwartbar, die über andere chronische Erkrankungen bzw. über die zielgruppenübergreifenden Themen hinausgehen. Themen wie „DMP“ seien zu voraussetzungsvoll und den meisten Patientinnen und Patienten nicht bekannt bzw. spielen bei der Krankenhaussuche eine untergeordnete Rolle.

- Es bestand kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

16.5 Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)

- Es wird diskutiert, ob eine weitere Differenzierung der Gruppe erforderlich sei. Auch sei der Unterschied zwischen Menschen mit Behinderungen als Patientengruppe und Barrierefreiheit als allgemeine Anforderung zu bedenken.
- Zudem wird darauf hingewiesen, dass die derzeitige Datengrundlage zur Barrierefreiheit sich auf die Krankensebene beziehe. Diese würde nicht zwangsläufig die Situation vor Ort z. B. in den Fachabteilungen widerspiegeln. Darüber hinaus seien die Informationen sehr allgemein. Einzelne Expertinnen und Experten schlagen vor zu erwägen, in der Weiterentwicklung eine Erfassung der Daten zur Barrierefreiheit auf Fachabteilungsebene anzulegen.
- Die Expertinnen und Experten schlagen vor, die Kontaktdaten von Ansprechpersonen für Menschen mit Behinderungen in Krankenhäusern aufzuführen. Diese könnten betroffenen Patientinnen und Patienten oftmals die benötigten Informationen individueller zugeschnitten geben, als dies über die derzeitige Datengrundlage möglich sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

16.6 Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen

- Es wird angemerkt, dass ein Siegel für ein „demenzfreundliches Krankenhaus“ existiere.
- Es wird angeregt, die Bildung eigener Indikatoren, z. B. aus der Erfüllung von Strukturvorgaben zur geriatrischen Ausstattung, zu prüfen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

16.7 Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass offen ist, wie das Thema abzubilden sei und ob dies eher spezifisch zu erarbeiten sei, um zu ermitteln, welche besonderen Themen dargestellt werden müssten. Dabei wird angemerkt, dass eine Differenzierung und getrennte Abbildung nach Indikation notwendig sein könnte. Als besondere Herausforderung wird die Differenzierung zwischen Diagnostik, Behandlung und Begleiterkrankung bei anderen primären Behandlungsanlässen betrachtet.
- Es wird darauf hingewiesen, dass es bedeutsam sei, die Zielgruppen nicht aus medizinischer Sicht, sondern aus Informationssicht abzubilden. Dabei könnten auch psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen.
- Als mögliche wichtige Themen werden in diesem Kontext Angebote wie Peer-Strukturen und Vernetzungen mit ambulanten Angeboten genannt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

16.8 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen

- Die Expertinnen und Experten nennen als weitere Patientengruppen, die geprüft werden könnten:
 - hochbetagte/geriatrische Patientinnen und Patienten
 - schwerstkranke Menschen und Sterbende (Palliativversorgung)
 - Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen
 - Menschen mit seltenen Erkrankungen
 - Menschen mit unklaren Beschwerden

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Zusammenfassung

Insgesamt wurden die 15 präsentierten Themenbereiche mit 32 Themen und 50 Unterthemen und die Benennung der 7 besonderen Patientengruppen positiv durch das Expertengremium eingeschätzt. Für 9 Themen und 11 Unterthemen wurde die Empfehlung an das IQTIG gegeben, diese vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Expertengremium kritisch hinsichtlich eines Ausschlusses zu prüfen oder ggf. unter Berücksichtigung der Hinweise zu modifizieren, bevor diese weiterverfolgt werden. Das betrifft folgende Themen und Unterthemen:

- Kontaktdaten Organisationseinheiten/Fachabteilungen (z. B. zur Terminvergabe)
- Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren
- Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten
- spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden
- ambulante Behandlungen und Spezialsprechstunden
- ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche
- Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)
- Vergabeverfahren von Einzel- und Zweibettzimmern (spontan nach Verfügbarkeit, reservierbar bei geplanten Eingriffen etc.)
- Essen/Verpflegung sowie die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten
- Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen
- Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
- Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien
- Schmerzmanagement
- diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts
- festgestellte Hygienemängel
- prozessuale Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen
- nosokomiale Infektionen in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen

- angemessene Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen
- Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts

Für folgende neun Unterthemen wurde im Rahmen des Expertengremiums ein Ausschluss nahegelegt:

- Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)
- Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume
- Cafeteria
- verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr
- Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/gebührenpflichtig)
- Kosten für Einzel- und Zweibettzimmer (oder Zuzahlung)
- ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher
- Seelsorge
- Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten

In Bezug auf die Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen wurde seitens des Expertengremiums lediglich ein Ausschluss für die Patientengruppe der Menschen mit Diabetes nahegelegt.

Für die weitere Entwicklungsarbeit gaben die Expertinnen und Experten Anregungen und Hinweise zu den einzelnen Themenbereichen, Themen und Unterthemen. Die zentralen Hinweise für die Weiterentwicklung bezogen sich dabei auf folgende Punkte:

- Relevanz für Patientinnen und Patienten
- Umgang mit den Informationsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten vs. Informationsbedarf
- Eignung als Qualitätsinformation (Qualitätsaussage)
- begriffliche oder inhaltliche Unschärfe
- Ergänzung oder Bündelung von Themenbereichen, Themen und Unterthemen
- Zu- bzw. Einordnung der Themenbereiche, Themen und Unterthemen
- Eignung der Daten in der verfügbaren Form
- Aufwand zur Aktualisierung von Daten
- Verfügbarkeit bzw. Prüfung weiterer potenzieller Datenquellen
- Einbindung von Informationen aus anderen Portalen
- Eignung zum Vergleich von Leistungserbringern
- Darstellung von sektorenübergreifenden Qualitätsinformationen
- Patientenbefragungen als Datenquelle (Patientenerfahrungen)
- Zusammenfassung bzw. Aggregation von Daten
- Umgang mit der verunsichernden bzw. angstmachenden Wirkung bestimmter Themenbereiche, Themen und Unterthemen

Anhang C.3: Informationsmodule, Themen und Unterthemen

Nach Gesamtschau der Wissensbestände und basierend auf der Beratung des Expertengremiums überprüfte das IQTIG die Themenbereiche, Themen, Unterthemen und den Einschluss von bestimmten Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen hinsichtlich einer Modifikation oder eines Ausschlusses. Die häufigsten Gründe für einen Ausschluss waren ein zu hoher Aufwand bei der Datenbeschaffung oder -aktualisierung, eine geringe inhaltliche Relevanz oder inhaltliche Überschneidungen.

In Anhang C.3.1 werden die zentralen Veränderungen dargestellt, die nach Überprüfung und Reflexion der gewonnenen Erkenntnisse aus dem Expertengremium durch das IQTIG vorgenommen wurden. Auf dieser Grundlage wurden die Informationsmodule für das G-BA-Qualitätsportals abgeleitet.

Informationsmodule beschreiben Themenkomplexe, die basierend auf den Entwicklungserkenntnissen im G-BA-Qualitätsportal adressiert werden sollten. Sie entsprechen dem Informationsbedürfnis und -bedarf einer breiten Gesamtheit von Patientinnen und Patienten. Zu Informationsmodulen liegen belastbare Hinweise vor, dass sie aus Patientensicht als bedeutsam erachtet werden (z. B. auf Basis von Literaturanalysen und Fokusgruppen). Oder es handelt es sich aus fachlicher Sicht um Informationen, die für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen geeignet sind, um sich über die Qualität von Krankenhäusern zu informieren.

Im Anschluss an das gesetzlich vorgeschriebene Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V wurden die Entwicklungsergebnisse erneut geprüft und in der Gesamtschau teilweise überarbeitet. Dabei flossen auch Erkenntnisse aus den Nutzertests im Rahmen der Prototypentwicklung ein (vgl. Anlage 1 zum Abschlussbericht). Die Änderungen sowie die zum Stand des Abschlussberichts empfohlenen Informationsmodule sind Anhang C.3.2 zu entnehmen.

Anhang C.3.1: Übersicht zentraler Veränderungen (Stand: Zwischenbericht)

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
1 Übergeordnete Themen	✓	-	1 Übergeordnete Themen
1.1 Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen	✓	Das IQTIG hat auf Grundlage der Beratung durch das EG, die Bezeichnung des Themas „Vertrauensfördernde Hintergrundinformationen“ angepasst in „Informationen zur Website“.	1.1 Informationen zur Website
1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten	✓	-	1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten
1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website	✓	-	1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website
1.1.3 Unterstützer des Website-Angebots	✓	-	1.1.3 Unterstützer des Website-Angebots
1.2 Wissensfördernde Informationen	✓	Das IQTIG hat auf Grundlage der Beratung durch das EG die Bezeichnung des Themas „Wissensfördernde Informationen“ angepasst in „Themen und Tipps“.	1.2 Themen und Tipps

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
1.2.1 Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland	✓	-	1.2.1 Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland
1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche	✓	-	1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche
-	✓	<p>Das IQTIG empfiehlt insbesondere folgende Hinweise, auch nach Beratung durch das EG, in Form von Informationen und Kontaktmöglichkeiten (ggf. Verlinkung) aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, welche auch persönliche Beratungsangebote bei der Suche nach einem Krankenhaus entsprechend ihrem Auftrag nach § 65b SGB V anbietet ▪ zur Website gesundheitsinformation.de des IQWiG bei Informationsbedarfen zu Krankheitsbildern und Behandlungen ▪ perspektivisch zum Nationalen Gesundheitsportal als zentrales Suchportal zu Themen aus dem Gesundheitsbereich 	1.2.3 Informationen zu unterstützenden Angeboten

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
1.2.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen (z. B. „Hygiene“)	✓	Das IQTIG empfiehlt nach Beratung durch das EG, weitere wesentliche Spezialthemen wie „Mindestmengen“ oder „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ in diesem Informationsmodul zu berücksichtigen. Das Modul sollte perspektivisch um weitere Spezialthemen erweiterbar sein.	1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen
-	✓	-	1.3.1 Mindestmengen
-	✓	-	1.3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
2 Basisinformationen zum Krankenhaus	✓	-	2 Basisinformationen zum Krankenhaus
2.1 Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort	✓	-	2.1 Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort
2.1.1 Entfernung zum Wohnort	✓	-	2.1.1 Entfernung zum Wohnort
2.2 Kontakt und Ansprechpartner	✓	-	2.2 Kontakt und Ansprechpartner
2.2.1 Kontaktdaten Krankenhaus allgemein	✓	-	2.2.1 Kontaktdaten Krankenhaus allgemein

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
2.2.2 Kontaktdaten Organisationseinheiten/Fachabteilungen (z. B. zur Terminvergabe)	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen. Gründe hierfür sind, dass das Unterthema aktuell nicht dem Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten entsprechend in den strukturierten Qualitätsberichten erfasst wird (insbesondere Kontaktdaten zur Terminvergabe), das Potenzial für unzureichende Aktualität (z. B. Sprechzeiten, Telefonnummern, Namen) aufgrund der Dauer der Datenflüsse hoch ist und die Informationen an anderer Stelle (bspw. auf den Websites der Krankenhäuser) aktueller zu finden sind.	-
-	✓	Das IQTIG schlägt aufgrund der Hinweise durch das EG vor, eine Ansprechperson für Patientinnen und Patienten mit Behinderungen bzw. zum Thema „Barrierefreiheit“ aufzuführen.	2.2.2 Kontaktdaten Beauftragte für Menschen mit Behinderung bzw. für Barrierefreiheit
2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses	✓	-	2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
2.3.1 Art des Krankenhauses: Allgemeinkrankenhaus, Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus	✓	-	2.3.1 Art des Krankenhauses: Allgemeinkrankenhaus, Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus
2.3.2 Art der Trägerschaft: öffentlich, freigemeinnützig, privat	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, die Auswahloption „freigemeinnützig“ in den strukturierten Qualitätsberichten durch zusätzliche Angabe der konfessionellen Trägerschaft (evangelisch, katholisch, jüdisch) zu spezifizieren, sofern diese vorliegt. Dies wird durch die Hinweise des EG gestützt.	2.3.2 Art der Trägerschaft: öffentlich, freigemeinnützig, privat
2.4 Größe des Krankenhauses	✓	-	2.4 Größe des Krankenhauses
2.4.1 Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort	✓	-	2.4.1 Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort
-	✓	Das IQTIG empfiehlt, aus Gründen der Transparenz die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als PDF-Datei zum Download zur Verfügung zu stellen. Nutzerinnen und Nutzer haben so die Möglichkeit, alle Informationen, die dem G-BA-Qualitätsportal zugrunde liegen, einzusehen.	2.5 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht des jeweiligen Krankenhauses als PDF-Datei

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
3 Medizinische Schwerpunkte	(✓)	-	11 Medizinische Schwerpunkte
3.1 Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung)	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund einer großen inhaltlichen Überschneidung innerhalb des Themenbereichs „Medizinische Schwerpunkte“ aufzulösen und die ihm zugehörigen Unterthemen „Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote“, „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ und „Intensivmedizinische Versorgung im Haus“ als eigenständige Themen aufzuführen.	-
3.1.1 Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote	(✓)	Das IQTIG geht zum jetzigen Zeitpunkt der Entwicklung davon aus, dass eine Modifikation des Unterthemas nötig sein könnte, und empfiehlt, dies in der späteren Umsetzung der Visualisierung erneut durch das IQTIG zu prüfen. Empfehlungen des IQTIG könnten dann bspw. Anpassungen in der inhaltlichen und sprachlichen Aufbereitung betreffen. Zur besseren Lesbarkeit wurde das Unterthema „Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote“ zum Thema „Behandlungsschwerpunkte“ verkürzt.	11.1 Behandlungsschwerpunkte

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
3.1.2 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren	(✓)	<p>Das IQTIG empfiehlt, auf die Nennung von Selbstbezeichnungen zu verzichten und die im Rahmen der Regelungen gemäß § 136c Abs. 5 SGB V erfassten Daten perspektivisch im G-BA-Qualitätsportal zu berichten. Die Gründe hierfür sind folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus den Wissensbeständen wird deutlich, dass die Ausweisung als Schwerpunkt- bzw. spezialisiertes Zentrum eine für Patientinnen und Patienten interessante Information ist, sie jedoch derzeit nicht in der benötigten eindeutig interpretierbaren Form in den strukturierten Qualitätsberichten vorliegt. ▪ Ergänzend wurde durch das EG darauf hingewiesen, dass mehr Transparenz und Informationen zu Zentren sowie eine Klärung des Begriffs „Zentrum“ notwendig sind, damit Patientinnen und Patienten informierte Entscheidungen treffen können. ▪ Im Dezember 2019 hat der G-BA eine Erstfassung zu Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) beschlossen. 	11.2 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren
3.1.3 Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG, dass das Thema „DMP“ ein fortgeschrittenes Fachwissen	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
		voraussetzt und nur für wenige Patientengruppen bei der Krankenhaussuche relevant ist. Das Informationsbedürfnis zum Thema „DMP“ ist damit bezogen auf die Gesamtheit der Nutzerinnen und Nutzer des Portals als gering einzuschätzen.	
3.1.4 Intensivmedizinische Versorgung im Haus	✓	-	11.3 Intensivmedizinische Versorgung im Haus
3.2 Verfügbarkeit von bzw. Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen, da dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten oft eine unklare Evidenz gegenübersteht. Der Aufwand zu prüfen, inwiefern der Einsatz eines spezifischen medizinisch-technischen Geräts bei einer spezifischen Behandlung einen Nutzen hat, ist sehr hoch und übersteigt die Zielsetzung des G-BA-Qualitätsportals. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
3.3 Spezielle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen, da dem hohen Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten oft eine unklare Evidenz gegenübersteht. Der Aufwand zu prüfen, inwiefern der Einsatz spezieller Behandlungs- und Untersuchungsmethoden bei einem spezifischen Behandlungsanlass einen Nutzen hat, ist sehr	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
		hoch und übersteigt die Zielsetzung des G-BA-Qualitätsportals. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	
3.4 Ambulante Behandlungen und Spezialsprechstunden	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund des Ausschlusses der ihm zugehörigen Unterthemen „Ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche“ und „Spezialsprechstunden“ ebenfalls auszuschließen.	-
3.4.1 Ambulant angebotene Behandlungen und Operationen für ausgewiesene Bereiche	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen. Gründe hierfür sind, dass die Darstellung von im Krankenhaus angebotenen ambulanten Leistungen zu einer Verzerrung des Informationsangebots führen kann, da andere ambulante Leistungserbringer hiervon ausgeschlossen sind. Hinzu kommt, dass die verfügbaren Daten nur eingeschränkt dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
3.4.2 Spezialsprechstunden	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen, da hier das Potenzial für unzureichende Aktualität (z. B. Sprechzeiten, Telefonnummern, Namen) aufgrund der Dauer der Datenflüsse hoch ist.	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
4 Ausstattung und Service	✓	-	3 Ausstattung und Service
4.1 Ausstattung des Krankenhauses	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen. Gründe hierfür ergeben sich aus dem Ausschluss der Unterthemen „Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume“, „Cafeteria“, „Verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr“ und „Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/gebührenpflichtig)“ sowie der inhaltlichen Neuordnung des Unterthemas „Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße“.	-
4.1.1 Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume	x	Das IQTIG empfiehlt den Ausschluss dieser Unterthemen, da die Informationen an anderer Stelle (bspw. auf den Websites der Krankenhäuser) aktueller zu finden bzw. besser verortet sind. Auch ist hier das Potenzial für unzureichende Aktualität aufgrund der Dauer der Datenflüsse hoch. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
4.1.2 Cafeteria	x		
4.1.3 Verkehrstechnische Anbindung: PKW, öffentlicher Personennahverkehr	x		
4.1.4 Parkplätze für Besucherinnen und Besucher (kostenlos/gebührenpflichtig)	x		

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
4.1.5 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße	✓	Das IQTIG empfiehlt, dieses Unterthema aus inhaltlichen Gründen dem Thema 3.2 „Service und Hilfsangebote“ (siehe rechte Spalte) zuzuordnen.	3.2.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
4.2 Ausstattung der Patientenzimmer	✓	Das IQTIG empfiehlt zu prüfen, ob die Ausstattung der Patientenzimmer im Rahmen der empfohlenen Entwicklung einer Patientenbefragung adressiert werden kann. Informationen zu diesem Thema können gemäß den Fokusgruppen als Hinweisgeber für die Atmosphäre eines Krankenhauses dienen.	3.1 Ausstattung der Patientenzimmer
4.2.1 Anzahl der Patientenzimmer mit Belegung (Einzel-, Zweibett-, Dreibett- und Mehrbettzimmer)	x	Das IQTIG empfiehlt, diese Unterthemen auszuschließen, da diese Informationen direkt über die jeweiligen Websites der Krankenhäuser aktueller verfügbar sind und das Potenzial für unzureichende Aktualität aufgrund der Dauer der Datenflüsse hoch ist. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
4.2.2 Vergabeverfahren von Einzel- und Zweibettzimmern (spontan nach Verfügbarkeit, reservierbar bei geplanten Eingriffen etc.)	x		

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
4.2.3 Kosten für Einzel- und Zweibettzimmer (oder Zuzahlung)	x		
4.2.4 WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)	✓	Das IQTIG empfiehlt in der weiteren Entwicklung eine Prüfung der Unterthemen hinsichtlich eines Ausschlusses, da die Erfassung in den strukturierten Qualitätsberichten auf Krankensebene bzw. nur teilweise erfolgt, was nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entspricht. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	3.1.1 WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)
4.2.5 TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)	✓		3.1.2 TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)
4.2.6 Dusche und WC im Zimmer	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen, da die Erfassung in den strukturierten Qualitätsberichten nur bedingt dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entspricht. Die Information kann (aktueller) auch an anderer Stelle (bspw. auf den Websites der Krankenhäuser) abgerufen werden.	-
4.2.7 Safe für Wertsachen	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen, da diese Information direkt über die jeweiligen Websites der Krankenhäuser aktueller verfügbar ist.	-
4.3 Service- und Hilfsangebote	✓	-	3.2 Service- und Hilfsangebote

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
4.3.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten	(✓)	Das IQTIG empfiehlt eine Prüfung des Unterthemas für Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen. Die in der derzeitigen Form und auf Krankenhausbene vorliegenden Daten entsprechen oftmals nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten. Das IQTIG empfiehlt, hier perspektivisch eine Weiterentwicklung der erfassten Informationen zu prüfen.	3.2.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten
4.3.2 Essen/Verpflegung sowie die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, die Aufnahme des Unterthemas im Rahmen der empfohlenen Entwicklung einer Patientenbefragung für den Themenbereich „Allgemeine Patientenerfahrungen“ zu prüfen. Inhaltlich wird empfohlen, den Fokus auf Erfahrungen mit Prozessen der Essensversorgung zu legen und nicht auf Fragen zum Geschmack. In den Fokusgruppen hat sich gezeigt, dass dieses Thema weniger entscheidungsrelevant, jedoch von informativem Interesse für Patientinnen und Patienten ist.	-
4.3.3 Zusammenarbeit mit Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen	x	Das IQTIG empfiehlt den Ausschluss des Unterthemas, da die verfügbaren Daten nur eingeschränkt dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen und nur bedingt die tatsächliche Situation vor Ort widerspiegeln. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
4.3.4 Ehrenamtlicher Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besucher	x	Das IQTIG empfiehlt den Ausschluss der Unterthemen, da den Unterthemen in den Wissensbeständen und im EG eine geringe Priorität einräumt wird. Perspektivisch wird eine Bündelung mit anderen psychosozialen Angeboten angeraten. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
4.3.5 Seelsorge	x		
4.3.6 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung	(✓)	Das IQTIG empfiehlt die Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung als eigenständige Unterthemen zu betrachten. Für die Erstentwicklung der Website empfiehlt das IQTIG, zunächst das Unterthema „Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit“ aufzunehmen und auf professionelle Dolmetschangebote zu begrenzen. Das IQTIG empfiehlt, langfristig eine Überprüfung des Unterthemas in die Evaluation der Website aufzunehmen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	3.2.3 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit
4.3.7 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit schweren Allergien	x	Das IQTIG empfiehlt, das Unterthema auszuschließen, da die verfügbaren Daten nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen und zu unspezifisch sind. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
5 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	(✓)	Das EG weist darauf hin, Qualitätsunterschiede von Siegeln und Zertifikaten zu berücksichtigen, was eine Vorabprüfung und -selektion erforderlich mache. Das IQTIG weist auf die Beauftragung des G-BA („Teil A Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln“) hin und empfiehlt eine erneute Prüfung des Themenbereichs nach Vorlage des Berichts zu „Teil B Kriterien zur Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln“ (Beauftragung vom 16.01.2020).	12 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate
6 Arzneimittelversorgung	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund der Verschiebung des ihm zugehörigen Unterthemas „Schmerzmanagement“ auszuschließen. In den Wissensbeständen und im EG wird dem Thema zudem eine geringe Priorität einräumt.	-
6.1 Schmerzmanagement	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, die Aufnahme des Themas im Rahmen der empfohlenen Entwicklung einer Patientenbefragung für den Themenbereich „Allgemeine Patientenerfahrungen“ zu prüfen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
7 Allgemeine Patientenerfahrungen	(✓)	Das IQTIG empfiehlt 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 der Patientenerfahrung nach dem faktenorientierten Ansatz liegen. Die allgemeine Patientenbefragung ermöglicht in hohem Maße eine Adressierung von übergeordneten patientenrelevanten Informationsbedürfnissen, die über die prozeduren- bzw. indikationsspezifischen Patientenbefragungen nicht abzudecken sind. Das IQTIG empfiehlt, die Entwicklung in einer Beauftragung zu adressieren. Um ggf. zukünftig die Veröffentlichung zu erleichtern, sollte im G-BA-Qualitätsportal bereits eine Möglichkeit zur Integration der Ergebnisse eingeplant werden.	13 Allgemeine Patientenerfahrung
8 Personal	(✓)	-	9 Personal
8.1 Personalausstattung	(✓)	-	9.1 Personalausstattung

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
8.1.1 Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, die Berechnung von Betreuungsschlüsseln auf Ebene der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auf Basis der in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Angaben zu prüfen.	9.1.1 Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung
8.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, die Berechnung von Betreuungsschlüsseln auf Ebene der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auf Basis der in den strukturierten Qualitätsberichten verfügbaren Angaben zu prüfen.	9.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung
8.2 Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund des Ausschlusses des ihm zugehörigen Unterthemas „Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten“ auszuschließen.	-
8.2.1 Kompetenzprofile von einzelnen Ärztinnen und Ärzten	x	Das IQTIG empfiehlt, Kompetenzprofile der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen im G-BA-Qualitätsportals nicht zu berücksichtigen, da das Potenzial für unzureichende Vergleichbarkeit, uneindeutige Rückschlüsse auf Qualität sowie fehlende Aktualität (z. B. Namen, Berufserfahrung,	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
ten mit beruflicher Qualifikation, Berufserfahrung und Forschungsaktivitäten		Forschungsaktivitäten) aufgrund der Dauer der Datenflüsse hoch ist. Hinzu kommen Erwägungen vor dem Hintergrund des Datenschutzes und der Zielsetzung des G-BA-Qualitätsportals, über Leistungserbringer und nicht über Einzelpersonen zu berichten. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	
9 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen	✓	-	7 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen
9.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts	✓	Das IQTIG empfiehlt, in der späteren Umsetzung der Visualisierung durch das IQTIG zu prüfen, ob eine qualitative Bewertungsaussage der Fallzahl des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandorts wie „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“, „überdurchschnittlich“ im Bundesdurchschnitt möglich und hilfreich ist.	7.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses
9.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	✓		7.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen
9.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben	✓	Das IQTIG empfiehlt eine einfache Darstellung von Mindestmengen, z. B. dichotom, wenn Mindestmengen erreicht oder nicht erreicht werden. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	7.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
10 Sichere Behandlungsprozesse	✓	Die Bezeichnung wird infolge inhaltlicher Modifikationen angepasst.	5 Sichere Versorgungsprozesse
10.1 Angemessene Behandlung	✓	Die Themen „Angemessene Behandlung“ und „Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit“ sowie der Themenbereich „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“ mit den zugeordneten Qualitätsindikatoren werden aus inhaltlichen Gründen im Informationsmodul 5 „Sichere Versorgungsprozesse“ zusammengeführt, da sie alle Prozesse der Versorgung abbilden.	5.1 Angemessene Behandlung
10.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind	✓		5.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind
10.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit	✓		5.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit
10.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind	✓		5.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
11 Hygiene und Krankenhausinfektionen	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, ggf. perspektivisch die Qualitätsergebnisse aus dem noch in Erprobung befindlichen QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i> sowie ggf. die Qualitätsergebnisse aus dem zukünftigen QS-Verfahren <i>Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis</i> (G-BA 2020b) dem Informationsmodul 8 „Hygiene und Infektionsmanagement“ zuzuordnen.	8 Hygiene und Infektionsmanagement
11.1 Festgestellte Hygienemängel	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen und stattdessen perspektivisch ggf. die Qualitätsergebnisse aus den noch in Erprobung bzw. Entwicklung befindlichen QS-Verfahren aufzunehmen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG. Auch bewerten die Expertinnen und Experten die Bezeichnung „Festgestellte Hygienemängel“ als problematisch und schlagen vor, die Bezeichnung zu überdenken.	-
11.2 Prozessuale Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen, da die derzeit verfügbaren Informationen für individuelle Entscheidungen zur Krankenhauswahl nur unzureichend interpretierbar sind und nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen.	-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
11.3 Nosokomiale Infektionen in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema auszuschließen. Auch im EG wird angemerkt, dass die verfügbaren Daten nicht dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten entsprechen. Zudem ist das Thema mit den derzeit verfügbaren Daten nicht angemessen abbildbar.	-
-	(✓)	Das IQTIG empfiehlt, in Ergänzung zu den Qualitätsergebnissen aus dem QS-Verfahren <i>Pflege: Dekubitusprophylaxe</i> , perspektivisch die Qualitätsergebnisse aus den zukünftigen QS-Verfahren <i>Entlassmanagement</i> (G-BA 2018) und <i>Akutschmerzmanagement</i> (G-BA 2020a) dem Informationsmodul 10 „Pflege und Entlassmanagement“ zuzuordnen.	10 Pflege und Entlassmanagement
-	✓	-	10.1 Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren <i>Pflege: Dekubitusprophylaxe</i>
12 Kommunikation und Interaktion	✓	-	6 Kommunikation und Interaktion
12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten	✓	-	6.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
-	✓	Perspektivisch kann das Thema „Umgang mit Patientinnen und Patienten“ inhaltlich durch Qualitätsindikatoren berichtet werden, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind. Das IQTIG empfiehlt daher, diese Qualitätsindikatoren als Unterthema mit aufzunehmen.	6.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind
12.1.1 Wertschätzender Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten	x	Die Unterthemen 12.1.1–12.1.3 werden über die modifizierten Themen 6.1 „Umgang mit Patientinnen und Patienten“ sowie 6.2 „Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts“ abgedeckt. Die einzelnen Unterthemen entfallen daher an dieser Stelle.	-
12.1.2 Wertschätzender Umgang von Pflegekräften mit Patientinnen und Patienten	x		-
12.1.3 Angemessene Unterstützung durch Pflegekräfte bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen	x		-

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
12.2 Aufklärung und Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts	✓	-	6.2 Aufklärung und Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts
12.2.1 Aufklärung während des Krankenhausaufenthalts	x	Die genannten Unterthemen 12.2.1–12.2.3 werden über die modifizierten Themen 6.1 „Umgang mit Patientinnen und Patienten“ sowie 6.2 „Aufklärung und Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts“ abgedeckt. Die einzelnen Unterthemen entfallen daher als Einzelthemen an dieser Stelle.	-
12.2.2 Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts	x		
12.2.3 Miteinbeziehen der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen zur Behandlung und Versorgung	x		
-	✓	Perspektivisch kann das Thema „Aufklärung und Patientinformationen während des Krankenhausaufenthalts“ inhaltlich durch Qualitätsindikatoren berichtet werden, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen	6.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
		sind. Das IQTIG empfiehlt daher, diese Qualitätsindikatoren als Unterthema mit aufzunehmen.	gestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind
13 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung	✓	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit dem Informationsmodul 5 „Sichere Versorgungsprozesse“ zusammenzuführen und dort als Thema zu verorten.	5.3 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung
13.1 Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts	x	Das IQTIG empfiehlt, das Thema aufgrund der inhaltlichen Überschneidung mit dem Thema 13.2 „Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind auszuschließen.	-
13.2 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind	✓	-	5.3.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
13.3 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind	✓	-	5.3.2 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind
14 Behandlungsergebnisse und -erfolg	✓	Das IQTIG empfiehlt, auf Grundlage der Beratung durch das EG den Themenbereich 14 „Behandlungsergebnisse und -erfolg“ mit dem Themenbereich 15 „Komplikationen und Sterblichkeit“ zusammenzuführen. Aufgrund der Neuordnung der Inhalte wird der Themenbereich umbenannt in „Behandlungserfolg“. „Behandlungsergebnisse“, „Komplikationen“ und „Sterblichkeit“ werden als Themen aufgeführt.	4 Behandlungserfolg
-	✓	-	4.1 Behandlungsergebnisse
14.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	✓	-	4.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
15 Komplikationen und Sterblichkeit	x	Das IQTIG empfiehlt, auf Grundlage der Beratung durch das EG den Themenbereich 14 „Behandlungsergebnisse und -erfolg“ mit dem Themenbereich 15 „Komplikationen und Sterblichkeit“ zusammenzuführen. Aufgrund der Neuordnung der Inhalte wird der Themenbereich in „Behandlungserfolg“ umbenannt. „Behandlungsergebnisse“, „Komplikationen“ und „Sterblichkeit“ werden als Themen aufgeführt.	-
15.1 Komplikationen	✓	-	4.2 Komplikationen
15.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind	✓	-	4.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind
15.2 Sterblichkeit	✓	-	4.3 Sterblichkeit

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
15.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	✓	-	4.3.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind
16 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen
16.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen
16.2 Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.2 Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen
16.3 Menschen mit onkologischen Erkrankungen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.3 Menschen mit onkologischen Erkrankungen

Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen vor dem Expertengremium	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss auf Basis der Wissensbestände und/oder der Beratung durch das Expertengremium (EG) sowie weitere Entwicklungen	Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (ggf. nach Modifikation)
16.4 Menschen mit Diabetes	X	Das IQTIG empfiehlt, diese Patientengruppe auszuschließen. Es konnten zum jetzigen Zeitpunkt keine zusätzlichen Informationsbedürfnisse identifiziert werden, die über die anderer chronischer Erkrankungen oder patientengruppenübergreifende Themen hinaus gehen. Gestützt wird diese Empfehlung durch Hinweise aus dem EG.	-
16.5 Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.4 Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)
16.6 Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.5 Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen
16.7 Menschen mit psychischen Erkrankungen	(✓)	Das IQTIG wird im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals die stufenweise Aufnahme von Informationsangeboten für bestimmte Patientengruppen prüfen und hierzu eine Empfehlung geben.	14.6 Menschen mit psychischen Erkrankungen

Anhang C.3.2: Übersicht zentraler Veränderungen (Stand: Abschlussbericht)

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
1 Übergeordnete Themen	✓	-	1 Übergeordnete Themen
1.1 Informationen zur Website	✓	-	1.1 Informationen zur Website
1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten	✓	-	1.1.1 Hintergrundinformationen zur Herkunft und Entstehung der Daten
1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website	✓	-	1.1.2 Hintergrundinformationen zum Herausgeber der Website
1.1.3 Unterstützer des Website-Angebots	✓	-	1.1.3 Unterstützer des Website-Angebots
1.2 Themen und Tipps	✓	-	1.2 Themen und Tipps
1.2.1 Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland	✓	-	1.2.1 Hintergrundinformation zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern in Deutschland

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche	✓	Das Thema wurde inhaltlich erweitert und der Name infolgedessen angepasst.	1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche und Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt
1.2.3 Informationen zu unterstützenden Angeboten	✓	<p>Das IQTIG hat den Namen des Unterthemas zur besseren Verständlichkeit adaptiert. Es wird empfohlen, insbesondere folgende Hinweise in Form von Informationen und Kontaktmöglichkeiten (ggf. Verlinkung / Schnittstellen) übergeordnet im G-BA-Qualitätsportal aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, welche auch persönliche Beratungsangebote bei der Suche nach einem Krankenhaus entsprechend ihrem Auftrag nach § 65b SGB V anbietet ▪ zur Website gesundheitsinformation.de des IQWiG und dem Nationalen Gesundheitsportal bei Informationsbedarfen zu Krankheitsbildern und Behandlungen 	1.2.3 Informationen zu unterstützenden Angeboten, Diagnosen und Behandlungen
1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen	✓	-	1.3 Hintergrundinformationen zu ausgewählten Spezialthemen
1.3.1 Mindestmengen	✓	-	1.3.1 Mindestmengen

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
1.3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	✓	-	1.3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
2 Basisinformationen zum Krankenhaus	✓	-	2 Basisinformationen zum Krankenhaus
2.1 Erreichbarkeit bzw. Entfernung zum Wohnort	✓	Aufgrund der inhaltlichen Überschneidung wurden Thema und Unterthema verbunden.	2.1 Entfernung zum Wohnort
2.1.1 Entfernung zum Wohnort	✓		-
2.2 Kontakt und Ansprechpartner	✓	Aufgrund einer Umstrukturierung der Unterthemen wurde das Thema „Kontakt und Ansprechpartner“ aufgelöst. „Kontaktdaten Krankenhaus allgemein“ wird in der Folge als eigenes Thema geführt.	-
2.2.1 Kontaktdaten Krankenhaus allgemein	✓		2.2 Kontaktdaten Krankenhaus allgemein
2.2.2 Kontaktdaten Beauftragte für Menschen mit Behinderung bzw. für Barrierefreiheit	✓		Das IQTIG hat das Unterthema „Kontaktdaten Beauftragte für Menschen mit Behinderung bzw. für Barrierefreiheit“ im neuen Informationsmodul „Barrierefreiheit“ verortet.
2.3 Art und Trägerschaft des Krankenhauses	x		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
2.3.1 Art des Krankenhauses: Allgemeinkrankenhaus, Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus	✓	Das Thema wurde aufgelöst. Die Unterthemen Art und Art der Trägerschaft des Krankenhauses werden als eigene Themen weitergeführt.	2.3 Art des Krankenhauses
2.3.2 Art der Trägerschaft: öffentlich, freigemeinnützig, privat	✓		2.4 Art der Trägerschaft
2.4 Größe des Krankenhauses	✓	Thema und Unterthema wurden im Abschlussbericht zusammengeführt.	2.5 Größe des Krankenhauses
2.4.1 Anzahl der Betten bezogen auf das Krankenhaus bzw. den Standort	x		-
2.5 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht des jeweiligen Krankenhauses als PDF-Datei	✓	-	2.6 Vollständiger strukturierter Qualitätsbericht als PDF-Datei
3 Ausstattung und Service	✓	-	9 Ausstattung und Service
3.1 Ausstattung der Patientenzimmer	x	Das IQTIG empfiehlt das Thema „Ausstattung der Patientenzimmer“ einschließlich der Unterthemen vorerst auszuschließen, da Angaben zu WLAN und TV seit 2019 nicht mehr gesondert in den strukturierten Qualitätsberichten	-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
3.1.1 WLAN (kostenlos, kostenpflichtig, nicht verfügbar)	x	erfasst werden. Die Abbildung von anderen Ausstattungsmerkmalen etwa zur Anzahl der Patientenzimmer und Kosten/Zuzahlung für Einzel- oder Zweibettzimmern wurde, gestützt durch Hinweise aus dem Expertengremium, bereits zum Zwischenbericht ausgeschlossen. Informationen dazu können direkt über die jeweiligen Websites der Krankenhäuser aktueller und umfassender abgerufen werden.	-
3.1.2 TV (gemeinsame Nutzung, Einzelplatz-TV, kein TV)	x	<p>In den Nutzertests äußerten einige Teilnehmende den Wunsch nach entsprechenden Informationen zur Ausstattung der Patientenzimmer und wünschten sich insgesamt Bilder zum Krankenhaus (einschließlich der Patientenzimmer). Entsprechende Informationen und Bilder könnten die Attraktivität des Angebots steigern. Das IQTIG empfiehlt daher, in der weiteren Entwicklung erneut zu prüfen, ob und inwiefern entsprechende Informationen bzw. Bilder nicht doch im G-BA-Qualitätsportal aufgenommen werden sollten (bspw. über eine Schnittstelle, über die Leistungserbringer auf freiwilliger Basis Bilder einstellen können). Letztlich handelt es sich jedoch nicht um Qualitätsinformationen im Sinne des gesetzlichen Auftrags. Die nötigen Entwicklungsarbeiten wären insofern mit nachgeordneter Priorität zu verfolgen.</p>	-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
3.2 Service- und Hilfsangebote	x	Das Thema „Service- und Hilfsangebote“ wird aufgelöst, da die Unterthemen als einige Themen geführt werden.	-
3.2.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten	✓	-	9.1 Unterbringung von Begleitpersonen
3.2.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße	✓	-	9.2 Geeignete Ausstattung für Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder besonderer Körpergröße
3.2.3 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit	✓	Das IQTIG empfiehlt, für die Erstentwicklung der Website das Thema „Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit“ auf professionelle Dolmetscherdienste zu begrenzen (siehe auch Abschnitt 10.6.9.3 im Abschlussbericht). Entsprechend wurde der Titel angepasst.	9.3 Dolmetscherdienst
-	✓	Die Informationsmodule „Behandlungserfolg“, „Sichere Versorgungsprozesse“ sowie „Kommunikation und Interaktion“ wurden (mit zum Teil angepassten Namen) im Informationsmodul „Qualität“ zusammengeführt. Die Zusammenführung erfolgte in erster Linie aus redaktionellen Gründen. Im Kern empfiehlt das IQTIG, in	4 Qualität

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
		Informationsmodul „Qualität“ versorgungsanlassspezifisch Ergebnisse der gesetzlichen QS-Verfahren abzubilden. Bei Suche nach einem Krankenhaus zum „Erstmaligen Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ wären dies bspw. Indikatoren aus dem QS-Verfahren <i>Hüftgelenkversorgung (QS HGV)</i> . Die vormaligen Informationsmodule bilden aus Patientensicht zentrale Themencluster zu verstehen. Detailliertere Informationen zum Modul sind Abschnitt 10.6.4 des Abschlussberichts zu entnehmen.	
4 Behandlungserfolg	✓	Der Name des Moduls wurde zugunsten einer neutraleren Formulierung in „Behandlungsergebnisse“ geändert und als Thema dem Informationsmodul „Qualität“ zugeordnet. Das IQTIG empfiehlt, unter dem Thema „Behandlungsergebnisse“ versorgungsanlassspezifisch Qualitätsindikatoren abzubilden, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG den Qualitätsdimensionen „Wirksamkeit“ oder „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind. Das heißt Qualitätsindikatoren, die sich auf die Ergebnisqualität beziehen. Bei Suche nach einem Krankenhaus zum „Erstmaligen Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ wären dies z. B.	4.1 Behandlungsergebnisse

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
		Indikatoren zu Komplikationen und anderen Behandlungsergebnissen in Zusammenhang mit dem Versorgungsanlass.	
4.1 Behandlungsergebnisse	✓	Die Themen und Unterthemen werden im Abschlussbericht nicht mehr als solche aufgeführt, inhaltlich aber weiterhin unter 4.1 „Behandlungsergebnisse“ adressiert.	-
4.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	✓		-
4.2 Komplikationen	✓		-
4.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Ergebnisqualität) zuzuordnen sind	✓		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
4.3 Sterblichkeit	✓		-
4.3.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ zuzuordnen sind	✓		-
5 Sichere Versorgungsprozesse	✓	Der Name des Moduls wurde infolge der weiteren Entwicklungsarbeiten zu „Abläufe vor Ort“ angepasst und als Thema dem Informationsmodul „Qualität“ zugeordnet. Das IQTIG empfiehlt, unter dem Thema „Abläufe vor Ort“ versorgungsanlassspezifische Qualitätsindikatoren abzubilden, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG den Qualitätsdimensionen „Angemessenheit“, „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozess- und Strukturqualität), „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ oder „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind. Das heißt Qualitätsindikatoren, die sich primär auf die Prozessqualität beziehen.	4.2 Abläufe vor Ort
5.1 Angemessene Behandlung	✓		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
5.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Angemessenheit“ zuzuordnen sind	✓	Die Themen und Unterthemen werden im Abschlussbericht nicht mehr als solche aufgeführt, inhaltlich aber weiterhin unter 4.2 „Abläufe vor Ort“ adressiert.	-
5.2 Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit	✓		-
5.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (bezogen auf Prozessqualität) zuzuordnen sind	✓		-
5.3 Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung	✓		-
5.3.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der	✓		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ zuzuordnen sind			
5.3.2 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ zuzuordnen sind	✓		-
6 Kommunikation und Interaktion	✓	Das Modul wurde als Thema dem Informationsmodul „Qualität“ zugeordnet. Das IQTIG empfiehlt, unter „Kommunikation und Interaktion“ Qualitätsindikatoren abzubilden, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind.	4.3 Kommunikation und Interaktion

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
6.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten	✓	Die Themen und Unterthemen werden im Abschlussbericht nicht mehr als solche aufgeführt, inhaltlich aber weiterhin unter 4.3 „Kommunikation und Interaktion“ adressiert.	-
6.1.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind	✓		-
6.2 Aufklärung und Patienteninformationen während des Krankenhausaufenthalts	✓		-
6.2.1 Qualitätsindikatoren, die gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG der Qualitätsdimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zuzuordnen sind	✓		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
7 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen	✓	Der Modulname wurde zur besseren Verständlichkeit und Darstellbarkeit im G-BA-Qualitätsportal in „Behandlungsfälle“ geändert.	3 Behandlungsfälle
7.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses	✓		3.1 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen des Krankenhauses
7.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	✓		3.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
7.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben	✓		3.3 Erfüllung von Mindestmengenvorgaben
8 Hygiene und Infektionsmanagement	(✓)	Der Modulname wurde zur besseren Verständlichkeit und Darstellbarkeit im G-BA-Qualitätsportal in „Hygiene und Infektionen“ geändert.	7 Hygiene und Infektionen
9 Personal	x	In der Gesamtschau der Entwicklungsarbeiten empfiehlt das IQTIG, das Informationsmodul vorerst auszuschließen. Aufgrund des hohen Weiterentwicklungsbedarfs der Datengrundlage kann das Modul vorerst nicht adäquat umgesetzt werden. Die verfügbaren Angaben in Teil B	-
9.1 Personalausstattung	x		-
9.1.1 Betreuungsschlüssel Ärztinnen und Ärzte / Verhältnis	x		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Fachabteilung		der strukturierten Qualitätsberichte sind aus Sicht des IQTIG in ihrer jetzigen Form nicht für die Patienteneinfor- mation geeignet. Gleiches gilt für die Angaben zu Pflege- personaluntergrenzen, die stationsbezogen erfasst wer- den.	
9.1.2 Betreuungsschlüssel Pflege- personal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung	x	Letztlich deuten die Fokusgruppen und Nutzertests da- rauf hin, dass im Mittelpunkt des Interesses von Patien- tinnen und Patienten nicht unbedingt die Personalaus- stattung selbst steht. Vielmehr werden Angaben zur Personalausstattung dazu genutzt, um daraus Informatio- nen zur Qualität des Versorgungsprozesses („Abläufe vor Ort“) sowie der „Kommunikation und Interaktion“ abzu- leiten. Entsprechende Informationen können bspw. über eine Befragung von Patientinnen und Patienten direkter und spezifischer gewonnen werden (vgl. Abschnitte 10.6.6 und 10.7.3 des Abschlussberichts).	-
10 Pflege und Entlassmanagement	x	Das IQTIG empfiehlt in der Gesamtbetrachtung, das In- formationsmodul vorerst auszuschließen. Nach Inbetrieb- nahme der Website sollte geprüft werden, ob und inwie- fern perspektivisch Qualitätsergebnisse aus dem QS- Verfahren <i>Pflege: Dekubitusprophylaxe</i> sowie den zu- künftigen QS-Verfahren <i>Entlassmanagement</i> (G-BA 2018) und <i>Akutschmerzmanagement</i> (G-BA 2020a) im G-BA- Qualitätsportal integriert werden können.	-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
10.1 Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren <i>Pflege: Dekubitusprophylaxe</i>	x	Das Thema wird aufgrund des Ausschlusses des Informationsmoduls ebenfalls mitausgeschlossen.	-
11 Medizinische Schwerpunkte	✓	-	7 Medizinische Schwerpunkte
11.1 Behandlungsschwerpunkte	✓	Der Name des Themas wurde angepasst, um es sprachlich besser vom Thema „Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren“ abzugrenzen.	7.2 Medizinische und pflegerische Leistungen
11.2 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren	✓	-	7.1 Schwerpunkt- und spezialisierte Zentren
12 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate	(✓)	-	8 Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate
13 Allgemeine Patientenerfahrung	(✓)	-	6 Allgemeine Patientenerfahrungen
	✓	Das IQTIG empfiehlt, im Informationsmodul „Barrierefreiheit“ gebündelt über Aspekte der Barrierefreiheit zu informieren, die in Teil A der strukturierten Qualitätsberichte veröffentlicht werden. Im weiteren Entwicklungsprozesse ist ggf. erneut zu prüfen, ob und inwiefern die Informationsbedürfnisse von Menschen mit	10 Barrierefreiheit

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
		Behinderungen bzw. ihren Angehörigen mit den aktuell verfügbaren Daten tatsächlich adressiert werden.	
	✓		10.1 Ansprechperson für Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen
	✓		10.2 Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen
14 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen	x	Die Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen wurden aufgrund inhaltlicher und struktureller Überarbeitung aus der Übersicht der Informationsmodule entfernt. Sie werden im Abschlussbericht als „besondere Teilzielgruppen des G-BA-Qualitätsportals“ weiter geführt (vgl. Abschnitt 10.2.4).	-
14.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen	x		-
14.2 Eltern von erkrankten Kindern und Jugendlichen	x		-
14.3 Menschen mit onkologischen Erkrankungen	x		-

Informationsmodule, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen (Stand: Zwischenbericht)	Einschluss ✓ Ausschluss x umfangreicher Weiterentwicklungs- oder Neuentwicklungsbedarf (✓)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss nach Gesamtschau der Wissensbestände, Beratung durch das Expertengremium, Rückmeldung zum Zwischenbericht sowie der Prototypentwicklung	Aktualisierung der empfohlenen Informationsmodule, Themen und Unterthemen nach Gesamtschau der Ergebnisse (Stand: Abschlussbericht)
14.4 Menschen mit Behinderungen (Barrierefreiheit)	x	vertraulich	-
14.5 Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen	x		-
14.6 Menschen mit psychischen Erkrankungen	x		-

Anhang D: Beispielrechnung für die Aggregation von Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird anhand hypothetischer Daten für einen Leistungserbringer und des Qualitätsindikatorensatzes zum Versorgungsanlass „Erstmaliger Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ aus dem QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* illustriert, wie die QI-Ergebnisse zu Indizes der einzelnen Qualitätsthemen (Aggregationsstufe 1) und einem Gesamtindex (Aggregationsstufe 2) aggregiert werden.

Für den QI 54001 mit Referenzbereich $\geq 90,00\%$ wird ein hypothetisches Ergebnis von $147 / 153 = 96,08\%$ angenommen. Anhand der A-Posteriori-Verteilung wird für diesen Indikator die Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs anhand einer Beta-Verteilung berechnet:

$$P(\theta \leq R|o, J) = 1 - F_{\text{Beta}}(R|\alpha + o, \beta + J - o),$$

mit $J = 153$, $o = 147$, $R = 90,00\%$ und den (für alle ratenbasierten Indikatoren gleichermaßen angenommenen) Parametern $\alpha = \beta = 0,5$. Für den QI 54001 ergibt sich aus den beobachteten Daten und den a-priori angenommenen Parametern α und β eine A-Posteriori-Wahrscheinlichkeit von $99,71\%$ für die Einhaltung des Referenzbereichs. Für alle weiteren ratenbasierten Indikatoren (QI 54004, 54016 und 54019) wird die Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs analog berechnet, mit entsprechenden Werte für R , α und β (siehe Tabelle 39).

Für risikoadjustierte QI (10271 und 54012) wird die A-Posteriori-Wahrscheinlichkeit berechnet anhand einer Gamma-Verteilung

$$P(\theta \leq R|o, e) = F_{\text{Gamma}}\left(R|\alpha + o, \frac{\alpha}{\mu} + e\right),$$

mit (für alle risikoadjustierten Indikatoren gleichermaßen) a-priori angenommenen Parametern $\alpha = 0,5$ und $\frac{\alpha}{\mu} = 0$. Für die für QI 10271 hypothetischen Beobachtungen $o = 3$ und $e = 2,41$ ergibt sich beispielsweise eine Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs ($\leq 2,83$) von $94,20\%$.

Für die Berechnung der themenspezifischen Indexergebnisse wird der Mittelwert der A-Posteriori-Wahrscheinlichkeiten für alle Indikatoren des jeweiligen Qualitätsthemas gebildet. Für das Thema *Abläufe vor Ort* ergibt sich daraus ein Indexergebnis von $(99,73\% + 99,69\%)/2 = 99,71\%$, für *Behandlungsergebnisse* ein Indexergebnis von $(94,20\% + 86,52\% + 13,80\% + 98,40\%)/4 = 73,23\%$. Das übergreifende Indexergebnis wird berechnet als Mittelwert der qualitätsthemen-spezifischen Indexergebnisse $(99,71\% + 73,23\%)/2 = 86,47\%$. Gemäß der Zuordnungsregel entspräche dies Kategorie 4 von 5.

Tabelle 39: Beispielhafte Aggregation von Qualitätsindikatoren anhand hypothetischer Daten eines Leistungserbringers

Qualitätsthema	Bezeichnung des Qualitätsindikators (QI-ID)	Referenzbereich (Erfassungsjahr 2019)	Hypothetisches QI-Ergebnis eines Leistungserbringers	Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs	Indexergebnis für die themenspezifischen Indizes (Aggregationsstufe 1)	Indexergebnis für den Gesamtindex (Aggregationsstufe 2)
Abläufe vor Ort	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54001)	≥ 90,00 %	147 / 153 = 96,08 %	99,73 %	99,71 %	86,47 %
Abläufe vor Ort	Sturzprophylaxe (54004)	≥ 90,00 %	116 / 120 = 96,67 %	99,69 %		
Behandlungsergebnisse	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (10271)	≤ 2,83	3 / 2,41 = 1,25	94,20 %	73,23 %	
Behandlungsergebnisse	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (54012)	≤ 2,25	2 / 1,87 = 1,07	86,52 %		
Behandlungsergebnisse	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54016)	≤ 5,59 %	11 / 143 = 7,69 %	13,80 %		
Behandlungsergebnisse	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (54019)	≤ 7,45 %	5 / 153 = 3,27	98,42 %		

Anhang E: Beteiligte externer Expertise und Interessenkonflikte

Eine Übersicht zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Expertengremium sowie alle weiteren externen Sachverständigen werden in Tabelle 40 und Tabelle 41 gelistet, die im Rahmen der Konzeptentwicklung zur fachlichen Beratung hinzugezogen wurden. Alle im Rahmen des Projekts konsultierten Expertinnen und Experten haben ihre Interessenkonflikte offengelegt. Die zugrunde liegenden Fragen sind nachfolgend aufgeführt:

- **Frage 1 – Anstellungsverhältnisse:** Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
- **Frage 2 – Beratungsverhältnisse:** Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
- **Frage 3 – Honorare:** Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreter Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
- **Frage 4 – Drittmittel:** Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
- **Frage 5 – Sonstige Unterstützung:** Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
- **Frage 6 – Aktien, Geschäftsanteile:** Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Tabelle 40: Übersicht der Expertinnen und Experten im Expertengremium und ihrer Interessenkonflikte

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikt(e)	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Patientenvertreterinnen							
Frau Petra Fuhrmann	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Frau Cordula Mühr	angegeben/nicht kritisch	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Frau Elisabeth Stegemann-Nicola	angegeben/nicht kritisch	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
Frau Karin Stötzner	angegeben/nicht kritisch	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Medizinische Experten							
Herr Prof. Dr. Andreas Dietz	angegeben/nicht kritisch	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Herr Dr. med. Claus Haeser ⁴	keine angegeben	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Herr Prof. Dr. med. Bernhard Schieffer	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Herr Prof. Dr. med. Johannes Schmidt, MHBA	keine angegeben	Nein	nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Herr Dr. med. Andreas Urban	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein
Expertinnen in der Patienteninformation und -beratung							
Frau Dr. Miriam Mailahn	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Frau Dr. med. Kristina Zappel, MBA	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein

⁴ Der Experte konnte nicht am Expertenworkshop teilnehmen.

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikt(e)	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Wissenschaftliche Expertinnen und Experten							
Frau Prof. Dr. med. habil. Eva-Maria Bitzer, MPH	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Herr PD Dr. Martin Emmert	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Herr Univ.-Prof. Dr. Matthias Hastall	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
Herr Prof. Dr. Uwe Sander	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
Frau Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Sabine Schwarz	angegeben/nicht kritisch	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein

Tabelle 41: Übersicht der externen Sachverständigen und ihrer Interessenkonflikte

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikt(e)	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Beratung zu inhaltlichen Fragestellungen							
Herr Prof. Dr. med. Max Geraedts	angegeben/nicht kritisch	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Beratung zu methodischen Fragestellungen zur Informationsaggregation							
Herr Prof. Dr. Augustin Kelava	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Heuristische Evaluation							
Frau Anika Hellmann	keine angegeben	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Frau Constanze Hahn	keine angegeben	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Frau Claudia Sinnig	angegeben/nicht kritisch	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

Anhang F: Prototypentwicklung

vertraulich

Anhang F.1: Namensfindung

1. Reservierte Domains	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mein-krankenhaus.info ▪ krankenhaussuche.de 	
2. Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beschreibend ▪ enthält Keywords ▪ möglichst kurz ▪ verständlich, nicht zu komplex 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prägnant ▪ phonetisch eindeutig / eindeutige Schreibweise ▪ einprägsam ▪ Differenz zu Namen anderer Krankenhausvergleichsportale
3. Varianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigennamen ▪ Akronym/Kofferwort 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abkürzungen ▪ Entlehnung aus Fremdsprachen
4. Zentrale Begriffe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhaus, Krankenhäuser ▪ Klinik, Klinikum, Kliniken ▪ Hospital ▪ Gesundheitsversorgung / Health care 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitssystem ▪ Gesundheit ▪ Patientinnen und Patienten
5. Begleitende Begriffe		
5.1 Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ finden ▪ suchen ▪ navigieren ▪ informieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wählen ▪ vergleichen ▪ den Weg zeigen, den Weg weisen

5.2 Angebot	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suche ▪ Finder ▪ Portal ▪ Liste ▪ Navigator / Navi ▪ Lotse ▪ (Aus-)Wahl ▪ Führer ▪ Beratung ▪ Check ▪ Vergleich ▪ Bewertung ▪ Verzeichnis ▪ Zentrale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Service ▪ Daten, Datenbank ▪ Wegweiser ▪ Übersicht ▪ Landkarte ▪ Auskunft ▪ Ratgeber ▪ Information, Informationen ▪ Entscheidungshilfe ▪ Fakten ▪ Thema ▪ Profile ▪ A-Z ▪ Karte / map
5.3 Attribute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität ▪ gut, besser ▪ passend ▪ unabhängig ▪ öffentlich ▪ transparent ▪ neutral ▪ vertrauenswürdig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ informativ ▪ verständlich ▪ Hilfe, Unterstützung ▪ evidenzbasiert, faktenbasiert ▪ (wissenschaftlich) fundiert ▪ patientenorientiert, patientenzentriert
5.4 Geografie/Ortsbezug	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutschland ▪ deutsch ▪ national 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bundesweit ▪ Nähe
5.5 Entitäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ G-BA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQTIG
6. Potenzielle Namen/Domains		
6.1 Frei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhausvergleichsportal.de ▪ Krankenhauswahl.de ▪ Krankenhausinformation.de ▪ Krankenhausfakten.de ▪ K-Portal.de ▪ Mein-krankenhaus.de ▪ Mein-krankhaus.info 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thema-Krankenhaus.de ▪ Deutsches-Krankenhaus(-)portal.de ▪ Nationales-Krankenhaus(-)portal.de ▪ Wegweiser-Krankenhaus.de ▪ Krankenhaus-Lotse.de

6.1 Bereits registriert	<ul style="list-style-type: none">▪ Krankenhaus-finden.de▪ Krankenhausfinder.de▪ Krankenhausvergleich.de	<ul style="list-style-type: none">▪ Krankenhausportal.de▪ Krankenhausqualität.de▪ Mein-krankenhaus.de
-------------------------	--	---

vertraulich

Anhang F.2: Textentwürfe für das G-BA-Qualitätsportal

Für die Prototypentwicklung wurden Textentwürfe für das G-BA-Qualitätsportal erstellt. Hierbei handelt es sich zum einen um redaktionelle Texte für weiterführende Inhalte wie „Über uns“, „Häufig gestellte Fragen“ oder „Tipps zur Krankenhaussuche“ sowie um begleitende Textmodule für die Website (z. B. Hinweistexte für Info-Icons). Im Rahmen der Umsetzung des G-BA-Qualitätsportals sollten diese Entwürfe um weitere Texte ergänzt und weiterentwickelt werden.

Startseite

Finden Sie Ihr Krankenhaus

aus rund 2.000 Krankenhäusern in ganz Deutschland

[Suchmaske und Filter]

Wir unterstützen Sie bei Ihrer Krankenhauswahl

- unabhängig
- kostenfrei
- leicht verständlich

[Button-Verlinkung zu den Hintergründen der Datenerhebung]

Suchen

- Mein Krankenhaus hat Daten zu rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland.

Finden

- Praktische Filterfunktionen helfen Ihnen, das Krankenhaus zu finden, das Ihren Bedürfnissen entspricht.

Vergleichen

- Kein Krankenhaus ist wie das andere. Im direkten Vergleich werden Unterschiede sichtbar!

Mein Krankenhaus

Die unabhängige Krankenhaussuche auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Ein Projekt des Gemeinsamen Bundeausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Über uns

Mein Krankenhaus ist das gesetzliche Vergleichsportal für Krankenhäuser. Wir bieten Ihnen gesicherte und leicht verständliche Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus. Wir machen Unterschiede in der Qualität der Versorgung deutlich und unterstützen Sie so bei Ihrer Krankenhauswahl.

Wer wir sind

Herausgeber der Website ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Für den Betrieb der Website ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) verantwortlich.

Was wir bieten

Mit **Mein Krankenhaus** können Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern vergleichen. Ausgehend von Ihrer Erkrankung oder Behandlung erhalten Sie einen Überblick mit Krankenhäusern in Ihrer Nähe. Sie wissen bereits, in welchem Krankenhaus Sie sich behandeln lassen möchten? Dann geben Sie den Namen des Krankenhauses in die Suchmaske ein und lesen Sie alles Wissenswerte zu Ihrem Wunschkrankenhaus.

Neben der Krankenhaussuche bieten wir Ihnen viele hilfreiche Informationen rund ums Krankenhaus: Kennen Sie zum Beispiel schon unsere Tipps zur Krankenhaussuche? Für weitere Hintergrundinformationen zur gesetzlichen Qualitätssicherung geht es hier entlang.

Wie wir arbeiten

Auf **Mein Krankenhaus** haben wir Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser leicht verständlich für Sie aufbereitet. Dabei orientieren wir uns an aktuellen Empfehlungen und Leitlinien für gute Patienteninformationen. Unsere allgemeine Arbeitsweise haben wir hier für Sie zusammengefasst.

An wen kann ich mich wenden?

Mit **Mein Krankenhaus** begleiten wir Sie auf Ihrem Weg zu einer informierten Krankenhauswahl. Aber: Die Informationen auf unserer Website können und sollen einen Arztbesuch oder eine persönliche Beratung durch Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht ersetzen. Nutzen Sie die Informationen auf **Mein Krankenhaus**, um mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ins Gespräch zu kommen!

Sie fragen sich, ob eine bestimmte Behandlung sinnvoll ist oder benötigen aufgrund aktueller Beschwerden eine medizinische Behandlung? Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt. Alternativ können Sie auch die Nummer **116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst** wählen. In medizinischen Notfällen wählen Sie bitte die **Notrufnummer 112**.

[Ggf. Grafik mit den drei Informationsquellen: Ärztin/Arzt, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notruf einfügen]

Unabhängige Informationen zu verschiedenen gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen erhalten Sie darüber hinaus bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

vertraulich

Häufig gestellte Fragen (FAQ)

Wer steht hinter Mein Krankenhaus?

Mein Krankenhaus ist das gesetzliche Vergleichsportal für Krankenhäuser. Herausgeber der Website ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Für den Betrieb der Website ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) verantwortlich.

Wie finde ich das passende Krankenhaus?

Sie wissen nicht worauf Sie bei der Krankenhaussuche achten sollen? Unter Tipps zur Krankenhaussuche haben wir einige hilfreiche Hinweise zusammengestellt, um Sie bei Ihrer Suche zu unterstützen.

Welche Daten werden benutzt?

Unsere Krankenhaussuche basiert auf Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser. In diesen gesetzlich vorgeschriebenen Berichten informieren die Krankenhäuser über ihre Arbeit und Strukturen. In den Berichten finden Sie zum Beispiel Informationen zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Ausstattung oder zur Barrierefreiheit. Außerdem werden darin die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren veröffentlicht.

Die Qualitätsberichte werden regelmäßig aktualisiert. **Mein Krankenhaus** verwendet die aktuellste Auflage der Qualitätsberichte. Die Daten darin beziehen sich auf das Jahr 2019.

[Weitere Fragen werden sukzessive ergänzt.]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA entscheidet, welche medizinischen Leistungen gesetzlich Krankenversicherte in Anspruch nehmen können. Daneben übernimmt der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers viele wichtige Aufgaben in der gesetzlichen Qualitätssicherung.

Was ist der G-BA?

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist besonders geregelt: Der Gesetzgeber gibt bestimmte Rahmenbedingungen vor, für deren genaue Ausgestaltung ist jedoch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zuständig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium dieser Selbstverwaltung.

Der G-BA setzt sich aus insgesamt 13 stimmberechtigten Mitgliedern zusammen:

- drei unparteiische Mitglieder
- fünf Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- fünf Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Auch Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind im G-BA vertreten. Sie beraten die Entscheidungen des G-BA mit und können Anträge einbringen, besitzen jedoch kein Stimmrecht.

Was macht der G-BA?

Der G-BA entscheidet im Auftrag des Gesetzgebers darüber, welche medizinischen Leistungen gesetzlich Krankenversicherte in Anspruch nehmen können. Zudem wurde der G-BA vom Gesetzgeber mit zahlreichen Aufgaben der gesetzlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen betraut. In Richtlinien macht er zum Beispiel Vorgaben dazu, wie ein Krankenhaus ausgestattet sein muss, damit es bestimmte Behandlungen durchführen darf. Oder er legt Mindestmengen für bestimmte medizinische Leistungen fest. Diese Richtlinien sind (ähnlich wie Gesetze) für Krankenhäuser, Arztpraxen und Krankenkassen verbindlich.

Der G-BA und Mein Krankenhaus

Wie finde ich ein passendes Krankenhaus? Um Sie bei Ihrer Krankenhaussuche zu unterstützen und über die Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus zu informieren, beauftragte der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung von **Mein Krankenhaus**. Der G-BA ist Herausgeber der Website.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Das IQTIG arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Es ist wissenschaftlich unabhängig.

Was macht das IQTIG?

Das IQTIG entwickelt Methoden, mit denen die Qualität der medizinischen Versorgung gemessen wird. Zudem ist es an der Durchführung und Auswertung der Messungen beteiligt. Daneben hat das IQTIG die Aufgabe, leicht verständliche Informationen über die Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen zu veröffentlichen. Dies macht es zum Beispiel auf **Mein Krankenhaus**.

Weitere Informationen über das IQTIG und seine Aufgaben finden Sie im Tätigkeitsbericht des Instituts:

[Grafik: aktueller Tätigkeitsbericht zum Download]

Das IQTIG und Mein Krankenhaus

Wie finde ich ein passendes Krankenhaus? Um Sie bei Ihrer Krankenhaussuche zu unterstützen und über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus zu informieren, beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von **Mein Krankenhaus**. Als Betreiber der Website bereitet das IQTIG aktuelle Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung leicht verständlich für Sie auf.

Gesetzliche Qualitätssicherung

Patientinnen und Patienten sollen qualitativ hochwertig und nach dem anerkannten Stand der Forschung versorgt werden. Das sicherzustellen ist die Aufgabe der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die gesetzliche Qualitätssicherung ist rechtlich im § 136 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (kurz: SGB V) verankert. Für die Umsetzung des Gesetzes ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Dabei wird er vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt.

Was sind Ziele der gesetzlichen Qualitätssicherung?

Das übergeordnete Ziel der gesetzlichen Qualitätssicherung ist es, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Wichtige Teilziele der gesetzlichen Qualitätssicherung sind zum Beispiel:

- Qualitätsstandards definieren
- Qualität messen und vergleichen
- Maßnahmen zur Förderung von Qualität entwickeln

Vorgaben zur Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt in Richtlinien Vorgaben zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Dazu gehören zum Beispiel Vorgaben zur Ausstattung eines Krankenhauses (Strukturqualitätsvorgaben) oder die Festlegung von Mindestmengen für bestimmte medizinische Leistungen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, diese Vorgaben einzuhalten. Falls ein Krankenhaus die Vorgaben nicht einhält, darf es bestimmte medizinische Leistungen wie zum Beispiel die Versorgung sehr kleiner Frühgeborener oder schwerwiegende Operationen wie Transplantationen nicht anbieten.

Qualitätssicherungsverfahren

Eine wichtige Säule der gesetzlichen Qualitätssicherung sind Verfahren, mit denen sich die Qualität der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern messen und vergleichen lässt. Diese Qualitätssicherungsverfahren werden vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelt und durchgeführt. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 24 Qualitätssicherungsverfahren in verschiedenen Bereichen wie der Geburtshilfe, Orthopädie und Transplantationsmedizin durchgeführt. Die Ergebnisse werden auf **Mein Krankenhaus** veröffentlicht.

Strukturierte Qualitätsberichte

Alle Krankenhäuser sind seit 2015 gesetzlich dazu verpflichtet, über ihre Arbeit und Strukturen zu informieren. Diese Informationen werden jährlich in einer für alle Krankenhäuser einheitlichen Form veröffentlicht – den „strukturierten Qualitätsberichten“. Die Berichte enthalten zum Beispiel Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Ausstattung oder zu den Ergebnissen der gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherungsverfahren. **Mein Krankenhaus** nutzt die Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und bereitet sie leicht verständlich für Sie auf.

vertraulich

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Ob auf dem Land oder in der Stadt – jedem Menschen steht eine gute medizinische Versorgung zu, unabhängig vom Wohnort. Das setzt aufseiten der zuständigen Landesbehörden und der Krankenhäuser eine aufwendige Planung voraus. 2017 wurden die „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ eingeführt. Ziel der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist es, eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Krankenhausplanung zu schaffen.

Was bedeutet Krankenhausplanung?

Zuständig für die Planung von Krankenhäusern sind die Bundesländer. Sie entscheiden zum Beispiel, welche Krankenhaushäuser zur Behandlung gesetzlicher Versicherter zugelassen sind. Sie entscheiden auch, wie viele Betten in den Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgehalten werden müssen. Dafür stellen die Länder einen Krankenhausplan auf. Die gesetzliche Grundlage dafür sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz und landeseigene Krankenhausgesetze.

Seit 2017 sollen bei der Krankenhausplanung planungsrelevante Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Damit hat der Gesetzgeber eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Krankenhausplanung geschaffen. Die Länder können aber auch abweichende Regelungen treffen.

Was sind (planungsrelevante) Qualitätsindikatoren?

Qualitätsindikatoren erfassen verschiedene Merkmale, mit denen die Qualität der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern gemessen wird. Die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren lassen sich in Zahlenwerten darstellen. Dazu zählt zum Beispiel die Anzahl an Komplikationen in einem Krankenhaus.

Jeder Qualitätsindikator hat einen vorgeschriebenen Zielbereich. Beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks sollten zum Beispiel in maximal 7,5 % der Eingriffe Komplikationen auftreten. Ist der ermittelte Wert (hier: der Anteil an Komplikationen) im vorgeschriebenen Zielbereich, wird die Qualität der medizinischen Versorgung als unauffällig gewertet. Fällt ein Krankenhaus auf, weil der ermittelte Wert nicht im Zielbereich liegt, erhält es Hinweise zur Verbesserung.

In besonders auffälligen Fällen, muss das Krankenhaus genau begründen, warum es den Zielbereich nicht eingehalten hat. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bewertet mit ausgewählten Expertinnen und Experten die Begründung des Krankenhauses. Sie beurteilen, ob die Begründung nachvollziehbar ist oder ob Hinweise für Qualitätsmängel vorliegen. Dieser Prozess wird „Stellungnahmeverfahren“ genannt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind ausgewählte Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung. Bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gilt: Krankenhäuser, die wiederholt erhebliche Qualitätsmängel aufweisen, können ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen werden. Das heißt, sie dürfen zum Beispiel bestimmte medizinische Leistungen nicht mehr anbieten.

Welche planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gibt es?

Derzeit gibt es 11 planungsrelevante Qualitätsindikatoren für folgende Bereiche:

- Geburtshilfe
- gynäkologische Operationen
- Operationen an der Brust (Mammachirurgie)

Ergebnisse 2018 (Sonderveröffentlichung)

- Link zur IQTIG Website (<https://iqtig.org/sonderveroeffentlichung-planqi/>).
- [Excel-Tabellen zum Download]

vertraulich

Mindestmengen

Patientinnen oder Patienten möchten sich in guten Händen wissen – ob bei Routineeingriffen wie dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks oder bei einer komplizierteren Transplantation. Für solche medizinischen Leistungen ist eine ausreichende Erfahrung nötig. Um diese Erfahrung sicherzustellen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Auftrag des Gesetzgebers die Mindestmengen-Regelung eingeführt.

Was sind Mindestmengen?

Mindestmengen sind Untergrenzen für ausgewählte medizinische Leistungen in einem Krankenhaus. Das heißt, ein Krankenhaus darf bestimmte medizinische Leistungen nur vornehmen, wenn es im Jahr eine bestimmte Anzahl an diesen medizinischen Leistungen durchführt. Dahinter steckt folgende Überlegung: Je häufiger ein Krankenhaus eine medizinische Leistung durchführt, desto mehr Erfahrung hat es damit. Studien zeigen: Bei bestimmten medizinischen Leistungen geht eine höhere Zahl an Behandlungsfällen mit weniger Komplikationen und höherer Patientensicherheit einher.

Wichtig zu wissen: Man kann nicht sagen, dass die Behandlungsqualität umso besser ist, je mehr medizinische Leistungen in einem Krankenhaus durchgeführt werden. Mindestmengen sind keine Garantie für gute Qualität. Sie sollen medizinische Leistungen aber sicherer machen. Damit sind Mindestmengen ein wichtiger Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland.

Für welche medizinischen Leistungen gibt es Mindestmengen?

Für welche medizinischen Leistungen Mindestmengen gelten, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er bestimmt auch über die Höhe der Mindestmenge. Dabei berücksichtigt er die aktuelle Forschung zum Thema Mindestmengen. Liegen zu einer bestimmten medizinischen Leistung noch keine ausreichenden wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, gibt der G-BA eigene Studien in Auftrag.

Aktuell gibt es Mindestmengen für folgende medizinische Leistungen:

Medizinische Leistung	Mindestmenge pro Jahr
Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	50
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm	14
Transplantationen	
▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20
▪ Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25
▪ Stammzellentransplantation	25

Medizinische Leistung	Mindestmenge pro Jahr
Komplexe Eingriffe	
▪ an der Speiseröhre	10
▪ an der Bauchspeicheldrüse	10

Was passiert, wenn Mindestmengen nicht eingehalten werden?

Medizinische Leistungen, für die Mindestmengen gelten, dürfen nur von Krankenhäusern durchgeführt werden, die diese Mindestmengen (voraussichtlich) einhalten. Hält ein Krankenhaus die vorgeschriebenen Mindestmengen nicht ein, hat es keinen Anspruch auf eine Vergütung. Es gibt jedoch Ausnahmen. Diese gelten

- wenn das Krankenhaus die medizinische Leistung erstmalig anbieten möchte,
- bei Notfällen,
- wenn die Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein anderes Krankenhaus medizinisch nicht vertretbar ist.

Ergebnisse 2019 (Sonderveröffentlichung)

- [Link zur noch nicht veröffentlichten IQTIG-Website, analog zu (<https://iqtig.org/sonderveroeffentlichung-planqi/>).]
- [Excel-Tabellen zum Download]

Tipps zur Krankenhaussuche

Sie suchen nach dem passenden Krankenhaus, wissen aber nicht worauf Sie achten sollen? Dann sind Sie hier genau richtig! Mit unseren Tipps unterstützen wir Sie bei Ihrer Suche auf **Mein Krankenhaus**.

Wichtig ist: Die Informationen auf unserer Website können und sollen einen Arztbesuch oder eine persönliche Beratung durch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht ersetzen. Nutzen Sie die Informationen auf **Mein Krankenhaus**, um mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ins Gespräch zu kommen. Gemeinsam finden Sie das Krankenhaus, das am besten zu Ihren Bedarfen passt.

✓ Qualitätsbewertung

Achten Sie bei Ihrer Krankenhaussuche auf unsere Qualitätsbewertungen – erkennbar an folgendem Symbol: [Symbol einfügen]. Diese Bewertungen basieren auf Ergebnissen der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren. Je höher die Bewertung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Krankenhaus die Qualitätsziele der gesetzlichen Qualitätssicherung einhält.

Aktuell liegen nur zu ausgewählten Behandlungsanlässen und Themen Qualitätsbewertungen vor (zum Beispiel zur geburtshilflichen Versorgung). Wir arbeiten daran, dass wir Ihnen immer mehr Bewertungen anbieten können.

Was ist eine Qualitätsbewertung? [Text wird bei Klick auf die Frage ausgeklappt]

Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu messen, entwickelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Qualitätssicherungsverfahren. In diesen Qualitätssicherungsverfahren werden Qualitätsindikatoren erhoben. Mithilfe von Qualitätsindikatoren wird gemessen, ob ein Krankenhaus bestimmte Vorgaben erfüllt:

- *Beispiel 1 – Schutz vor Wundinfektionen bei Kaiserschnittentbindung*
Bei einer Entbindung mittels Kaiserschnitt besteht das Risiko für eine mütterliche Infektion. Dieses Infektionsrisiko kann durch Gabe von Antibiotika verringert werden. Der Anteil an Müttern, denen vor ihrer Kaiserschnittentbindung Antibiotika gegeben wird, sollte daher möglichst hoch sein. Ein Krankenhaus erfüllt die Vorgaben, wenn mindestens 90 % der Mütter vor ihrer Kaiserschnittentbindung Antibiotika gegeben wurde. Hält ein Krankenhaus den vorgeschriebenen Zielbereich ein, wird dies auf **Mein Krankenhaus** mit dem Hinweis „Qualitätsziel erreicht“ gekennzeichnet.
- *Beispiel 2 – Besondere Komplikationen beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks*
Bestimmte Komplikationen wie Wundinfektionen oder Blutungen lassen sich beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks nicht immer vermeiden. Trotzdem sollten sie in möglichst wenigen Fällen auftreten. Ein Krankenhaus erfüllt die Vorgaben, wenn in maximal 7,5 % der Eingriffe Komplikationen auftraten.

Auf **Mein Krankenhaus** werden die Ergebnisse mehrere Qualitätsindikatoren für eine Qualitätsbewertung zusammengefasst. Sie erkennen Qualitätsbewertungen an folgendem Symbol: [Symbol einfügen]. Je höher die Bewertung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Krankenhaus vorgeschriebene Qualitätsziele erfüllt. Die Wertung 1 von 5 heißt, dass das Krankenhaus mit einer Wahrscheinlichkeit von 0 bis 60 % die vorgeschriebenen Qualitätsziele erfüllt. Ein Krankenhaus mit der Wertung 5 von 5 erfüllt mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 % und mehr die vorgeschriebenen Qualitätsziele.

Sie wollen wissen, wie genau wir die Bewertung berechnen? Informationen dazu erhalten Sie [hier](#). Alle Qualitätsindikatoren, die einer Qualitätsbewertung zugrunde liegen, können Sie sich auf einer untergeordneten Ebene im Detail anschauen.

✓ Zahl der Behandlungsfälle oder Geburten

Vergleichen Sie die Zahl der Behandlungsfälle oder (bei einer Entbindung) die Zahl der Geburten in den Krankenhäusern. Hohe Fallzahlen können auf besonders spezialisierte Krankenhäuser hindeuten.

Wichtig zu wissen: Hohe Fallzahlen sind keine Garantie für gute Qualität. Sie gehen aber häufig mit einem geringeren Risiko für Komplikationen und höherer Patientensicherheit einher. Aus diesem Grund wurden Mindestmengen für ausgewählte medizinische Eingriffe wie dem künstlichen Kniegelenkersatz oder Transplantationen eingeführt. Diese Eingriffe dürfen nur von Krankenhäusern angeboten werden, die im Jahr eine vorgeschriebene Anzahl von diesen Eingriffen durchführen. Gelten für einen bestimmten Eingriff Mindestmengen, wird dies auf **Mein Krankenhaus** gesondert ausgewiesen.

✓ Medizinische Schwerpunkte

Ihr Wunschkrankenhaus wirbt damit, dass es ein Zentrum ist?

Auf **Mein Krankenhaus** weisen wir spezialisierte Zentren und Schwerpunkte aus, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) besondere Qualitätsanforderungen definiert hat. Zum Beispiel: Perinatalzentren, die auf die Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen spezialisiert sind.

Wichtig zu wissen: Zentren und Schwerpunkte werden häufig mit einer umfassenden Behandlung, Kompetenz und Spezialisierung in Verbindung gebracht. Wie aussagekräftig die Bezeichnung eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung als „Zentrum“ ist, ist teilweise jedoch schwer zu beurteilen. Der Begriff „Zentrum“ ist gesetzlich nicht geschützt. Aus diesem Grund weist **Mein Krankenhaus** nur Zentren und Schwerpunkte gesondert aus, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) besondere Qualitätsanforderungen definiert hat.

✓ Persönliche Ausgangssituation und individuelle Bedürfnisse

Machen Sie sich vor der Krankenhaussuche Gedanken zu Ihrer persönlichen Ausgangssituation und zu Ihren individuellen Bedürfnissen. Mit unseren Filter-Funktionen können Sie die Krankenhaussuche an Ihre Bedürfnisse anpassen.

Hier ein paar Beispiele:

- Ist Ihnen die **Entfernung zum Wohnort** wichtig? Zum Beispiel damit Angehörige und Freunde Sie leichter besuchen können?
- Was ist mit **bestimmten Serviceangeboten** wie der Unterbringung von Begleitpersonen?
- Wie sieht es mit **Barrierefreiheit** aus?

An wen kann ich mich wenden?

Sie fragen sich, ob eine bestimmte Behandlung sinnvoll ist, oder benötigen aufgrund aktueller Beschwerden eine medizinische Behandlung? Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt. Alternativ können Sie auch die Nummer **116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst** wählen. In medizinischen Notfällen wählen Sie bitte die **Notrufnummer 112**.

Unabhängige Informationen zu verschiedenen gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen erhalten Sie darüber hinaus bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

vertraulich

Hinweistexte für Info-Icons

Aktuell relevante Informationstexte

Begriff	Text
Qualität (Gesamtindex)	<p>Die Gesamtbewertung bezieht sich auf [Platzhalter für Versorgungsanlass]. Sie basiert auf Daten aus <u>gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren</u>.</p> <p>Sie wollen genauer wissen, wie wir zu der Bewertung kommen? Informationen dazu erhalten Sie <u>hier</u>.</p>
Behandlungsergebnisse (Index)	<p>Die Bewertung fasst relevante Behandlungsergebnisse zu [Platzhalter für Versorgungsanlass] zusammen. Zum Beispiel zu Komplikationen. Die Daten stammen aus <u>gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren</u>.</p> <p>Sie wollen genauer wissen, wie wir zu der Bewertung kommen? Informationen dazu erhalten Sie <u>hier</u>.</p>
Abläufe vor Ort (Index)	<p>In diese Bewertung gehen Daten zu relevanten Abläufen im Krankenhaus bezogen auf [Platzhalter für Versorgungsanlass] ein. Zum Beispiel [Platzhalter für Themen, die abhängig vom Versorgungsanlass adressiert werden]. Die Daten stammen aus <u>gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren</u>.</p> <p>Sie wollen genauer wissen, wie wir zu der Bewertung kommen? Informationen dazu erhalten Sie <u>hier</u>.</p>
Kommunikation und Interaktion (Index)	<p>Die Bewertung basiert auf Patientenbefragungen zu Themen wie dem Umgang mit Patientinnen und Patienten, der Patienteninformation und Aufklärung. Diese Daten werden im Rahmen der <u>gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren</u> erhoben.</p> <p>Sie wollen genauer wissen, wie wir zu der Bewertung kommen? Informationen dazu erhalten Sie <u>hier</u>.</p>
Hygiene und Infektionen (Index)	<p>Die Bewertung berücksichtigt Daten zu Themen wie der Vermeidung von Wundinfektionen im Krankenhaus. Die Daten stammen aus <u>gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren</u>.</p> <p>Sie wollen genauer wissen, wie wir zu der Bewertung kommen? Informationen dazu erhalten Sie <u>hier</u>.</p>
Behandlungsfälle	<p>Angezeigt wird die Anzahl der Behandlungsfälle zu Ihrer Suche im Jahr [Berichtsjahr]. Die tatsächliche Anzahl kann geringfügig davon abweichen, weil geringe Fallzahlen aus Datenschutzgründen nicht genau abgebildet werden dürfen.</p> <p>Zudem wird die Anzahl der Behandlungsfälle in „wenige“, „mittel“ und „viele“ eingestuft. Weitere Informationen zu dieser Einstufung erhalten Sie <u>hier</u>.</p>

Begriff	Text
Geburten	<p>Angezeigt wird die Anzahl der Geburten im Jahr [Berichtsjahr]. Die tatsächliche Anzahl kann geringfügig davon abweichen, weil geringe Fallzahlen aus Datenschutzgründen nicht genau abgebildet werden dürfen.</p> <p>Zudem wird die Anzahl der Geburten in „wenige“, „mittel“ und „viele“ eingeordnet. Weitere Informationen zu dieser Einstufung erhalten Sie hier.</p>
Mindestmenge eingehalten	<p>Für [Platzhalter für die Art der Mindestmenge] gelten gesetzliche Mindestmengen in Höhe von [Anzahl] Fällen pro Jahr. Das Krankenhaus hat diese Mindestmenge mit [Anzahl] Fällen im Jahr [Berichtsjahr] eingehalten. Im Jahr [Prognosejahr] werden [Anzahl] Fälle erwartet.</p> <p>Eine Abweichung von der Anzahl der Behandlungsfälle ist möglich, da dieser andere Daten zugrunde liegen. Weitere Informationen zu Mindestmengen erhalten Sie hier.</p>
Mindestmenge nicht eingehalten	<p>Für [Platzhalter für die Art der Mindestmenge] gelten gesetzliche Mindestmengen in Höhe von [Anzahl] Fällen pro Jahr. Das Krankenhaus hat diese Mindestmenge mit [Anzahl] Fällen im Jahr [Berichtsjahr] nicht eingehalten. Im Jahr [Prognosejahr] werden [Anzahl] Fälle erwartet.</p> <p>Aufgrund einer [Sondergenehmigung/Übergangsregelung] darf das Krankenhaus die Leistung trotzdem anbieten. / Das Krankenhaus darf die Leistung daher nicht anbieten.</p> <p>Eine Abweichung von der Anzahl der Behandlungsfälle ist möglich, da dieser andere Daten zugrunde liegen. Weitere Informationen zu Mindestmengen erhalten Sie hier.</p>
Größe des Krankenhauses	<p>Die Größe des Krankenhauses bemisst sich an der Anzahl der Betten. „Klein“ bedeutet, das Krankenhaus hat weniger als 250 Betten. „Mittel“ bedeutet, das Krankenhaus hat 250 bis 500 Betten. Als „groß“ wird ein Krankenhaus mit mehr als 500 Betten bezeichnet.</p>
Perinatalzentrum – Level 1	<p>Dieses Krankenhaus ist spezialisiert auf die Versorgung von Schwangeren mit Mehrlingen oder schweren Erkrankungen und sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm.</p> <p>Ein Perinatalzentrum Level 1 bietet die bestmögliche Ausstattung für die Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen. Es hat zum Beispiel eine spezielle Intensivstation. Das Perinatalzentrum wird von spezialisierten Kinderärztinnen oder Kinderärzten geleitet.</p> <p>Zusätzliche Informationen zur Qualität der Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen erhalten Sie unter: www.perinatalzentren.org</p>

Begriff	Text
Perinatalzentrum – Level 2	<p>Dieses Krankenhaus ist spezialisiert auf die Versorgung von Schwangeren mit Zwillingen oder schweren Erkrankungen und sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.250 und 1.499 Gramm.</p> <p>Es hat zum Beispiel eine spezielle Intensivstation für Frühgeborene und wird von spezialisierten Kinderärztinnen oder Kinderärzten geleitet. Ein Perinatalzentrum Level 2 unterscheidet sich von einem Level 1-Zentrum vor allem durch Größe, Ausstattung und Personal. So muss ein Level-2-Zentrum zum Beispiel weniger Intensiv-Pflegeplätze anbieten.</p> <p>Zusätzliche Informationen zur Qualität der Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen erhalten Sie unter: www.perinatalzentren.org</p>
Perinataler Schwerpunkt	<p>Dieses Krankenhaus kann plötzliche Notfälle bei einer regulären Geburt für begrenzte Zeit versorgen. Eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt leitet die Geburtsstation. Die Geburtsstation verfügt über Beatmungsplätze für Neugeborene, hat aber keine spezielle Intensivstation.</p>

Allgemeinverständliche Beschreibungen der Qualitätsindikatoren (Beispiele)

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Beschreibung des Qualitätsindikators
Qualitätsindikatoren zum erstmaligen Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)		
54001	Richtige Entscheidung für den Eingriff	Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks ist ein komplexer Eingriff. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen die Entscheidung für den Eingriff ausreichend medizinisch begründet ist, sollte daher möglichst hoch sein. Wird der Eingriff nicht hinreichend begründet, kann dies ein Hinweis auf Qualitätsprobleme im Krankenhaus sein.
54016	Allgemeine Komplikationen beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Allgemeine Komplikationen lassen sich nicht immer vermeiden. Das Risiko ist zudem abhängig von Faktoren wie Alter und Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten. Trotzdem sollten Komplikationen in möglichst wenigen Fällen auftreten. Treten Komplikationen häufiger auf, kann dies ein Hinweis auf Qualitätsprobleme im Krankenhaus sein.
54019	Spezifische Komplikationen beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Spezifische Komplikationen, zum Beispiel Wundinfektionen oder Blutungen nach der Operation, lassen sich nicht immer vermeiden. Das Risiko ist zudem abhängig von Faktoren wie Alter und Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten. Trotzdem sollten Komplikationen in möglichst wenigen Fällen auftreten. Treten Komplikationen häufiger auf, kann dies ein Hinweis auf Qualitätsprobleme im Krankenhaus sein.
10271	Vorzeitiger Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile aufgrund von Komplikationen	Nach dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks können Lockerungen, Verschleiß oder Infektionen dazu führen, dass das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile vorzeitig gewechselt werden müssen. Muss innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff ein Wechsel durchgeführt werden, wird dies als Komplikation gewertet. Die Anzahl vorzeitiger Wechsel sollte möglichst gering sein. Häuft sich die Zahl an Wechseln, kann dies ein Hinweis auf Qualitätsprobleme im Krankenhaus sein.
54004	Maßnahmen zur Sturzvorbeugung für Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren	Bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren besteht ein erhöhtes Risiko für Stürze. Deshalb sollten bei dieser Patientengruppe das Sturzrisiko ermittelt und Maßnahmen zur Sturzvorbeugung ergriffen werden. Diese Maßnahmen dienen der Patientensicherheit.

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Beschreibung des Qualitätsindikators
54012	Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	Die Gehfähigkeit und Gangsicherheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Genesung. Darum sollte der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen können, möglichst gering sein.
Qualitätsindikatoren zur geburtshilflichen Versorgung bei Reifgeborenen		
50045	Schutz der Mutter vor Wundinfektionen bei Kaiserschnittentbindung durch Antibiotika	Bei einer Entbindung mittels Kaiserschnitt besteht das Risiko für eine mütterliche Infektion. Häufig sind dies Wund- und Harnwegsinfektionen. Ziel ist es, das Infektionsrisiko durch Gabe von Antibiotika zu verringern. Der Wert sollte daher möglichst hoch sein.
51803	Kritischer Gesundheitszustand nach Geburt des Kindes und/oder Tod	In der Mehrheit der Fälle verläuft die Geburt komplikationsfrei und die Neugeborenen kommen gesund auf die Welt. Dennoch kann es in seltenen Fällen vorkommen, dass sich Neugeborene nach der Geburt in einem kritischen (lebensbedrohlichen) Gesundheitszustand befinden und/oder versterben. Tritt dies in einem Krankenhaus häufiger auf, wird dies als Hinweis für Qualitätsprobleme im Krankenhaus gewertet. Für einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern werden bestehende Krankheitsrisiken der Mütter und Kinder bei der Berechnung des Ergebnisses berücksichtigt.
52249	Anteil an Kaiserschnittgeburten	Grundsätzlich ist die vaginale Geburt für viele die sicherste Entbindungsart. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Kinder, die per Kaiserschnitt geboren wurden, häufiger anfällig für Allergien und Asthma sind. Aus diesen Gründen sollte ein Kaiserschnitt in der Regel nur dann durchgeführt werden, wenn dafür gute medizinische Gründe vorliegen. Ist der Anteil an Kaiserschnittgeburten erhöht, wird dies als Hinweis für Qualitätsprobleme im Krankenhaus gewertet. Für einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern werden Faktoren wie das Alter der Mutter, bestimmte Vorerkrankungen und bestimmte Geburtsrisiken (zum Beispiel Frühgeburten) bei der Berechnung des Anteils berücksichtigt.

Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung des Abschlussberichts „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ durch das IQTIG

Hintergrund:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 17.01.2019 mit der Entwicklung eines Konzepts zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in den maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung (G-BA-Qualitätsportal) beauftragt. Die Beauftragung sah vor, dass der Abschlussbericht am 31.12.2020 vorgelegt wird. Mit Schreiben vom 08.05.2020 hat das IQTIG dem G-BA mitgeteilt, dass die Abgabe erst am 15.11.2021 möglich sein wird. Am 09.09.2020 wurde ein Zwischenbericht zum Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal vom IQTIG vorgelegt, der in der Folge im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens von jeder einzelnen Bank ausführlich kommentiert wurde. Die Abgabe des Abschlussberichtes durch das IQTIG erfolgte am 15.11.2021.

Bewertung

Das IQTIG hat bei der Erstellung des Gesamtkonzeptes einen hohen methodischen Aufwand geleistet. Das Gesamtkonzept enthält zahlreiche gute und gut nachvollziehbare Ansätze. Exemplarisch kann hierfür das inhaltliche Konzept des IQTIG zur Struktur des Portals stehen, welches eine Zahl von „Informationsmodulen“, die wiederum in Themen untergliedert werden, vorsieht. Die Trennung in Basisinformationen, die „versorgungsanlassunabhängig“ zur Verfügung stehen, und spezifische Informationen für bestimmte Versorgungsanlässe erscheint sachgerecht und nutzerorientiert. Ebenfalls positiv hervorzuheben sind die Analysen zu den Informationsbedürfnissen und -präferenzen von Patientinnen und Patienten sowie die Überlegungen zu der Visualisierung der Informationen, welche ausführlich und differenziert vorgenommen wurden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem G-BA gemäß § 136a Absatz 6 SGB V einen neuen Auftrag zur sektorenübergreifenden Qualitätsberichtserstattung erteilt. Die im Rahmen dieses Auftrags zu entwickelnde Plattform zur Veröffentlichung der sektorenübergreifenden Qualitätsinformationen wird sich für die Berichterstattung der Krankenhäuser mit der geplanten Berichterstattung im Qualitätsportal überschneiden.

Neben den positiven Aspekten verbleiben Kritikpunkte am Konzept zum Qualitätsportal, die wesentlichen Überarbeitungsbedarf darstellen und im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

Überarbeitungsbedarf

Unabhängig von der Frage, ob eine Informationsaggregation methodisch möglich und sinnvoll ist, könnte das im Abschlussbericht dargestellte theoretische Konzept zur Informationsaggregation ohnehin seine Wirkung nur angemessen entfalten, wenn für die einzelnen Qualitätsthemen Indikatorensets zur Verfügung stehen, die „umfassend“ mit jeweils einer größeren

Anzahl von Indikatoren die einzelnen Qualitätsdimensionen abbilden. Diese Anforderung erfüllen die aktuellen Indikatorensets voraussichtlich nicht. Die Bezeichnungen der vom IQTIG vorgesehenen themenspezifischen Indizes („Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“, „Kommunikation und Interaktion“) suggerieren dem Nutzenden einen spezifischen Inhalt bzw. eine qualitative Bewertung von Themenbereichen im Krankenhaus, die voraussichtlich vielfach nicht von den Inhalten auf Grundlage der verfügbaren Indikatoren erfüllt werden können. Grundlegend hierfür ist, dass die aus den Verfahren der DeQS-Richtlinie resultierenden Daten derzeit nicht ausreichen, um die themenspezifischen Indizes so angemessen zu modellieren, dass sie die im Konzept vorgesehenen Inhalte tatsächlich valide für einen Versorgungsanlass abbilden können. Gleichzeitig kann bezweifelt werden, dass eine angemessene valide Abbildung in absehbarer Zeit erreichbar wäre.

Beispielsweise wäre zu erwarten, dass der Index „Abläufe vor Ort“ der Patientin oder dem Patienten ein repräsentatives Bild über die Abläufe im Krankenhaus vermittelt. Unter den Abläufen könnte man solche der Aufnahme, Behandlung und die Entlassung verstehen. Die für die Indexbildung tatsächlich zu Verfügung stehenden Indikatoren können diesem Anspruch jedoch nicht gerecht werden. Das Konzept des IQTIG sieht etwa vor, dass ein Index auf Basis der Indikatoren „Sturzprophylaxe“ (54004) und „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (54001) ermittelt und mit dem Label Qualität der „Abläufe vor Ort“ versehen werden. Die beiden Indikatoren bilden jedoch nur Informationen zu sehr spezifischen Aspekten dieses Qualitätsthemas ab – deren Erfüllung nicht als generelle Aussage zur Qualität der „Abläufe vor Ort“ interpretiert werden kann. Das im Abschlussbericht vorgeschlagene Vorgehen führt daher nicht nur zu einer Informationsaggregation – sondern auch zu einer unerwünschten Informationsveränderung. Zudem ist zu betonen, dass eine gleichgewichtete Aggregation von Ergebnissen wie „Mortalität“ und „Gefähigkeit“ in einem Index mit einer ethischen Bewertung einhergeht und daher problematisch ist.

Darüber hinaus bedürfte es einer Prüfung, für welche Indikatoren die Aufnahme einer qualitativen Bewertung von Ergebnissen in das Qualitätsportal sinnvoll bzw. notwendig erscheint. Es kann nicht angenommen werden, dass alle Indikatoren als valide „metrische“ Messinstrumente anzusehen sind, deren Ergebnisse keiner qualitativen Bewertung bedürfen. Dies gilt insbesondere – und trotz Risikoadjustierung - für die Feststellung von tatsächlichen Qualitätsdefiziten durch Ergebnisindikatoren.

Vor dem Hintergrund der genannten Kritikpunkte sollte das IQTIG nach Wegen suchen, wie eine angemessene Ergebnispräsentation einer ausreichenden Basis an Qualitätsinformationen erfolgen kann.

Zusätzlicher Weiterentwicklungsbedarf aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben

Neben den genannten fachlich-inhaltlichen Kritikpunkten ist die Weiterentwicklung der gesetzlich vorgesehenen Qualitätsberichterstattung ein wichtiger Aspekt für die Entscheidung des G-BA, die Umsetzung des Gesamtkonzeptes in der jetzigen Form nicht zu beschließen. Mit dem Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 11.07.2019 hat der Gesetzgeber dem G-BA im § 136a Absatz 6 SGB V den Auftrag zur Entwicklung einer Richtlinie für die sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung erteilt. Demnach sollen auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer an einer öffentlich zugänglichen, vergleichenden Qualitätsdarstellung teilnehmen.

Aufgrund der aktuellen Diskussion im G-BA über eine Richtlinie nach § 136a Abs. 6 SGB V und aufgrund des Überarbeitungsbedarfs dieses Konzepts zum Qualitätsportal soll daher aktuell von einer Umsetzung abgesehen werden, bis Klärung über mögliche Synergien in der Qualitätsberichterstattung erreicht ist.

Das diskutierte Gesamtkonzept des IQTIG zum Qualitätsportal berücksichtigt ausschließlich die Daten aus der stationären Versorgung – was der Beauftragung des G-BA aus dem Januar 2019 entspricht. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Ergebnisse aus der Entwicklung des G-BA-Qualitätsportals in der vom G-BA zu entwickelnden Richtlinie zur sektorübergreifenden Qualitätsberichterstattung berücksichtigt werden sollen. Im Rahmen der Beratungen zu dieser Richtlinie soll aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, der DKG und der Patientenvertretung im G-BA auch über die Frage beraten werden, ob die Aufträge zum Qualitätsportal und der sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung in einem gemeinsamen Online-Portal abgebildet werden können.