

Projekttitlel:

Qualitätsberichte zur Unterstützung
der ärztlichen Patientenberatung

**Institution:**

Institut für Gesundheitssystemforschung
der Universität Witten/Herdecke

Projektdauer (Beginn/Ende):

04/2009-11/2010

Projektleiter/-in bzw.**Ansprechpartner/-in:**

Univ.-Prof. Dr. M. Geraedts

Kontakt Daten:

Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

Telefon: 02302-926-770

E-Mail: max.geraedts@uni-wh.de

Ziele des Projektes

Ermöglichung einer qualitätsorientierten ärztlichen Patientenberatung zur Auswahl von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch A) Analyse der von Ärzten präferierten Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern und ärztlichen Fachkollegen, um Patienten optimal bei Auswahlentscheidungen beraten zu können; B) Analyse der von Ärzten bevorzugten Darstellungsform für Qualitätsvergleiche.

Hintergrund/Hypothesen

Wesentliche Bedingung einer patienten- und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung ist, dass Patienten und deren beratende Ärzte die Einrichtungen des Gesundheitswesens informiert auswählen können. Dreh- und Angelpunkt des Auswahlprozesses selber stellen dabei Ärzte dar, da diese von Patienten – neben Verwandten und Freunden - als die bedeutendsten Ansprechpartner bei Auswahlentscheidungen zu Gesundheitseinrichtungen benannt werden. Erkenntnisse darüber, welche Informationen in welcher Darstellungsform von Ärzten zur Erfüllung dieser Aufgabe benötigt werden, liegen in der internationalen Literatur kaum vor. Deshalb zielt das Projekt darauf, folgende Hypothesen zu testen: a) der für die Patientenberatung geäußerte Informationsbedarf von Ärzten unterscheidet sich von dem Versicherter und ist von der Facharztgruppe, dem Alter und Geschlecht der Ärzte sowie den jeweils verglichenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung abhängig; b) als präferierte Form vergleichender Qualitätsberichterstattung wird eine differenzierte Einzeldarstellung der Ausprägung von Qualitätsindikatoren einer zusammenfassenden Darstellungsform („Hotelsterne“) vorgezogen.

Vorgehen/Verfahren

a) Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Erfassung der Relevanz verschiedener Qualitätsinformationen zu Gesundheitseinrichtungen und der Eignung qualitätsvergleichender Darstellungsformen als Grundlage einer ärztlichen Patientenberatung im Hinblick auf die Auswahl von Krankenhäusern bzw. ärztlichen Fachkollegen. b) Telefonische, strukturierte Primärbefragung einer geschichteten Zufallsstichprobe von 300 Ärzten verschiedener Facharztgruppen (je 20 Allgemeinärzte, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen, Orthopäden aus 3 Regionen (Ost-, Nord-, Süddeutschland)). c) Auswertung deskriptiv sowie anhand bi- und multivariater Analyseverfahren (Relevanzeinschätzung der einzelnen Informationskriterien; Beurteilung und korrekte Interpretation der Darstellungsformate; Kenntnis und Nutzung der gesetzlichen Qualitätsberichte).

Ergebnisse

Nach Entwicklung des Fragebogens auf der Grundlage international diskutierter Kriterien für die ärztliche Patientenberatung (a) wurden im Zeitraum von Oktober 2009 bis September 2010 Telefoninterviews mit 300 Ärzten aus den KVen Baden-Württemberg, Niedersachsen sowie Thüringen und Sachsen durchgeführt. Die Besetzung der Strata mit je 20 Ärzten je Region und Facharztgruppe war annähernd perfekt. Sowohl die Geschlechtsverteilung der Teilnehmer (31% Frauen) als auch der Anteil von Ärzten in Gemeinschaftspraxen (36%) entsprach in etwa dem Durchschnitt in Deutschland.

Wichtige Kriterien für die Patientenberatung: Die Befragten sprachen solchen Kriterien für die Patientenberatung die höchste Relevanz zu, die die persönliche Erfahrung des Arztes mit dem Krankenhaus bzw. spezialisiertem Facharzt sowie die Rückmeldungen der Patienten in Bezug auf einen respektvollen Umgang durch die Weiterbehandler widerspiegeln. Dabei wurde deutlich, dass für Ärzte insbesondere die Qualität des Kommunikationsprozesses mit den Kollegen eine Schlüsselrolle einnimmt. Gleich 4 der ‚Top Ten‘ Informationskriterien zur Einweisung in ein Krankenhaus beziehen sich direkt auf einen reibungslosen und zeitnahen Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt bzw. mit einem kompetenten Ansprechpartner vor Ort. Weitere Kriterien von hoher Relevanz waren die Schwerpunktkompetenzen, Fallzahl- und Leistungsdaten über Behandlungserfolge sowie Informationen zur Sauberkeit und Hygiene. Einige der genannten Informationen sind – zumindest ansatzweise – in den gesetzlichen Qualitätsberichten enthalten. Insgesamt 14 der 39 direkt abgefragten Items der Qualitätsberichte wurden von mehr als der Hälfte der Befragten als wichtige oder sehr wichtige Informationen für die Patientenberatung angesehen. Dagegen spielten andere Kriterien der Qualitätsberichte, wie zum Beispiel die Krankenhausträgerschaft, Organisationsstruktur des Krankenhauses sowie nicht-medizinische Serviceleistungen (Hotelfaktoren) für die Einweisungsentscheidung kaum eine Rolle.

Aus der deskriptiven Analyse konnten Unterschiede bei der Relevanzbeurteilung einzelner Informationen hinsichtlich der 5 untersuchten Einflussfaktoren der Facharztgruppe, dem Alter und Geschlecht der Ärzte, der Praxisart sowie der KV-Region festgestellt werden. Ein Unterschied, der sich beispielsweise zwischen den Geschlechtern herauskristallisierte – neben der Beobachtung, dass Frauen dazu tendieren, die Wichtigkeit der einzelnen Informationen höher zu bewerten als Männer – war, dass Frauen der Zeit, die ein Arzt in der direkten Interaktion mit dem Patienten aufbringt, eine relativ höhere Bedeutung zuordnen, während sie Ergebnisindikatoren und Infektionsraten relativ niedriger gewichten als Männer. Eine Regressionsanalyse der ‚Top Ten‘ Informationspräferenzen zeigte zwar einzelne signifikante Assoziationen, die Beurteilungsunterschiede bezüglich der untersuchten Einflussfaktoren fielen insgesamt aber nur marginal und inkonsistent aus.

Ferner äußerten die Befragten nur unwesentliche Präferenzunterschiede hinsichtlich Krankenhauseinweisungs- oder Facharztüberweisungsentscheidungen. Darüber hinaus deckten sich die von Ärzten genannten wesentlichen Kriterien im Kern mit den in vergleichbaren Studien geäußerten Informationspräferenzen Versicherter und Patienten.

Vergleichende Darstellungsformen: In Bezug auf die Darstellungsformen vergleichender Qualitätsdarstellung bevorzugten die Ärzte eine differenzierte Einzeldarstellung der Ausprägung von Qualitätsangaben in Verbindung mit einem hohen Grad an Evaluierbarkeit gegenüber einer simplifizierenden Darstellungsform wie ‚Hotelsterne‘ ($p < 0.01$). Dabei fand die Kombination aus differenziertem Zahlenwerk und einer visuellen Interpretation in Form einer dreistufigen Ampel die höchste Akzeptanz unter den befragten Ärzten, deren Einschätzung nach dieses Darstellungsformat, auch eine gute Übersichtlichkeit, Verständlichkeit und guten

Informationsgehalt bot. Zudem wurde bei der genannten Darstellungsform die zweitniedrigste Fehlerquote bei der Interpretation der Grafiken erzielt.

Die multivariate Analyse ergab drei signifikante Trends: Ärzte aus den östlichen KV-Regionen beurteilten einige Darstellungsformen signifikant besser als Ärzte aus Niedersachsen und Baden-Württemberg. Ärzte in der höchsten Altersklasse sprachen sich signifikant häufiger für die Verwendung einiger Darstellungsformate aus, die eine schlechte Gesamtbewertung erhielten. Außerdem gab es Hinweise über einen Zusammenhang zwischen der Fehlerhäufigkeit und dem Alter; bei 2 der 8 Darstellungsformate machten Ärzte in der Altersklasse ab 57 Jahren signifikant häufiger Fehler als Ärzte in der Altersklasse bis 50 Jahren.

Aktueller Stand zur Kenntnis und Nutzung der Qualitätsberichte: Die Auswertungen zur Adoption der gesetzlichen Qualitätsberichte zeigten, dass weniger als die Hälfte der befragten Ärzte von der Existenz der Berichte wusste und knapp ein Drittel einzelne Qualitätsberichte angeschaut hatten. 43% der Ärzte, die angaben den Qualitätsbericht zu kennen, waren auf Initiative eines Krankenhauses aus der Region auf die Berichte aufmerksam geworden; sie erhielten den Bericht zugesendet. Unter 50-jährige Ärzte waren signifikant häufiger mit den Qualitätsberichten vertraut, jedoch nutzten sie die Qualitätsberichte nicht häufiger als ihre älteren Kollegen. Nur knapp ein Zehntel der Ärzte hatten Druckversionen der Qualitätsberichte in der Vergangenheit aktiv in der Patientenberatung genutzt. Erweitert man die Betrachtung auch auf die Verwendung der Daten in Form von Krankenhausvergleichsportalen im Internet, erhöhte sich der Nutzeranteil auf 14%.

Gestaltung von Qualitätsberichten: Erstens, das zeigen die Untersuchungen der Informationspräferenzen, müssen Überlegungen angestoßen werden, die von den Ärzten genannten Schlüsselfaktoren stärker in die Qualitätsberichte einzubinden. Denkbar ist eine Umsetzung durch eine strukturierte Einweiser- und Patientenbefragung. Die Implementierung dieser oben genannten „weichen“ Faktoren ist mit hohen Anforderungen an die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren verbunden.

Der zweite elementare Baustein liegt darin, die Qualitätsberichte bekannter zu machen und Qualitätsvergleiche in den von Ärzten bevorzugten Formaten zu präsentieren, damit diese besser in den Praxisbetrieb integriert werden.

Drittens ist es erforderlich, das Vertrauen der Ärzteschaft in ein solches Berichtsinstrument zu stärken. Dabei ist es dringend erforderlich die Glaubwürdigkeit der Berichte dahingehend zu vermitteln, dass es sich um objektive, strukturierte und somit vergleichbare Leistungsdaten aller in Deutschland zugelassenen Krankenhäuser handelt. Deshalb sollten die Leistungsdaten von einer unabhängigen Institution geprüft werden. Ziel der Gestaltung der Qualitätsberichte muss die klare Ausrichtung auf die Unterstützung des Arztes für seine Entscheidungsfindung sein. Qualitätsberichte können und sollen die Erfahrungen der Ärzte nicht ersetzen, aber sie können sie sinnvoll und zielführend ergänzen.

Ausblick: Publikationen aus dem Forschungsprojekt werden zurzeit erstellt; zudem sind die Ergebnisse dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt worden, der diese für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätsberichte nutzen will.

Bisher liegen folgende Abstracts anlässlich von Konferenzpräsentationen vor:

- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Doctors' information needs for referral decisions. Eur J Public Health. 2010; 20 / Supplement 1: 192.

- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung. Monitor Versorgungsforschung 2010; Abstractband DKVF APS 2010: 61-62.

- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung. Das Gesundheitswesen. 2011; 73: 564. (DOI: 10.1055/s-0031-1283480)
- Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W. Ärztliche Präsentationspräferenzen für vergleichende Qualitätsinformationen. In: Abstractband des 10. Kongresses für Versorgungsforschung. www.egms.de/static/resources/meetings/dkvf2011/Abstractband.pdf, S. 15. (DOI: 10.3205/11dkvf019)

Zeitschriftenartikel:

- Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W. Communicating quality of care information to physicians: A study of eight presentation formats. Patient Educ Couns 2011, doi:10.1016/j.pec.2011.11.005 (im Druck)