

Bund-Länder-Konferenz Kardiologie 2024

29. November 2024

Public-Reporting von Ergebnissen der datengestützten einrichtungs- übergreifenden Qualitätssicherung - Hintergrund und Historie

Dr. med. Klaus Döbler

Leiter KCQ – Kompetenzzentrum Qualitätssicherung beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg



Bundesgesetzblatt

Teil I

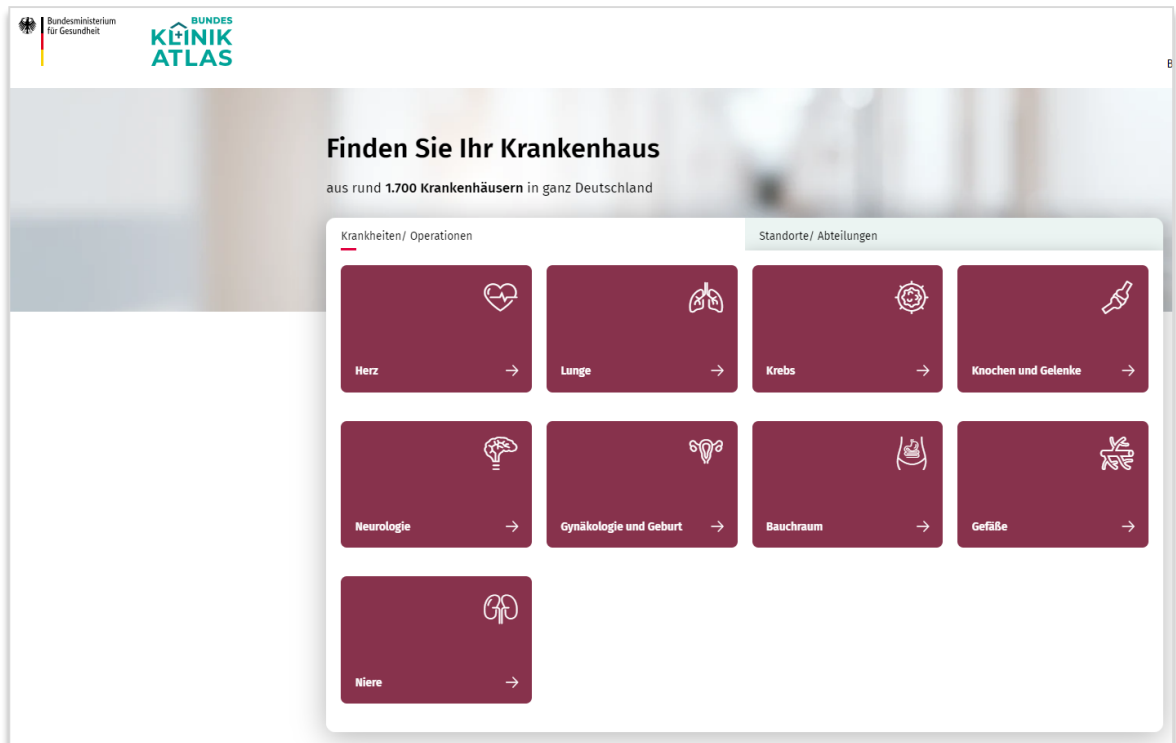
2024 Ausgegeben zu Bonn am 27. März 2024 Nr. 105

Gesetz
zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)

Vom 22. März 2024

§135 d SGB V

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht ab dem 1. Mai 2024 in einem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet insbesondere die in Absatz 3 genannten Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form“



The screenshot shows the 'BUNDES KLINIK ATLAS' website. At the top left, there is a logo for the 'Bundesministerium für Gesundheit' and the 'BUNDES KLINIK ATLAS' logo. The main heading is 'Finden Sie Ihr Krankenhaus' with the subtitle 'aus rund 1.700 Krankenhäusern in ganz Deutschland'. Below this, there are two tabs: 'Krankheiten/ Operationen' (selected) and 'Standorte/ Abteilungen'. Under the 'Krankheiten/ Operationen' tab, there is a grid of 13 red buttons, each with a white icon and a right-pointing arrow. The buttons are labeled: Herz, Lunge, Krebs, Knochen und Gelenke, Neurologie, Gynäkologie und Geburt, Bauchraum, Gefäße, and Niere.

- Hintergrund und Historie

	Historie
	Diskussionspunkte
	Chancen

- Hintergrund und Historie

Historie	Historie
Diskussionspunkte	Diskussionspunkte
Chancen	Chancen

ab 1986

New York State Cardiac Surgery Registries

December 5, 1990

Adult Open Heart Surgery in New York State An Analysis of Risk Factors and Hospital Mortality Rates

Edward L. Hannan, PhD; Harold Kilburn Jr, MA; Joseph F. O'Donnell, MA, MS; et al

JAMA. 1990;264(21):2768-2774. doi:10.1001/jama.1990.03450210068035

Journal of the American College of Cardiology
© 2012 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

Vol. 59, No. 25, 2012
ISSN 0735-1097/\$36.00
doi:10.1016/j.jacc.2011.12.051

STATE-OF-THE-ART PAPER

The New York State Cardiac Registries

History, Contributions, Limitations, and Lessons for
Future Efforts to Assess and Publicly Report Healthcare Outcomes

Edward L. Hannan, PhD,* Kimberly Cozzens, MA,* Spencer B. King III, MD,† Gary Walford, MD,‡
Nirav R. Shah, MD§

Albany, New York; Atlanta, Georgia; and Baltimore, Maryland

In 1988, the New York State Health Commissioner was confronted with hospital-level data demonstrating very large, multiple-year, interhospital variations in short-term mortality and complications for cardiac surgery. The concern with the extent to which these differences were due to variations in patients' pre-surgical severity of illness versus hospitals' quality of care led to the development of clinical registries for cardiac surgery in 1989 and for percutaneous coronary interventions in 1992 in New York. In 1990, the Department of Health released hospitals' risk-adjusted cardiac surgery mortality rates for the first time, and shortly thereafter, similar data were released for hospitals and physicians for percutaneous coronary interventions, cardiac valve surgery, and pediatric cardiac surgery (only hospital data). This practice is still ongoing. The purpose of this communication is to relate the history of this initiative, including changes or purported changes that have occurred since the public release of cardiac data. These changes include decreases in risk-adjusted mortality, cessation of cardiac surgery in New York by low-volume and high-mortality surgeons, out-of-state referral or avoidance of cardiac surgery/angioplasty for high-risk patients, alteration of contracting choices by insurance companies, and modifications in market share of cardiac hospitals. Evidence related to these impacts is reviewed and critiqued. This communication also includes a summary of numerous studies that used New York's cardiac registries to examine a variety of policy issues regarding the choice and use of cardiac procedures, the comparative effectiveness of competing treatment options, and the examination of the relationship among processes, structures, and outcomes of cardiac care. (J Am Coll Cardiol 2012;59:2309-16)
© 2012 by the American College of Cardiology Foundation

1991

„Freedom of Information Law“: Beginn Public Reporting

NEWSDAY ADMINISTRATION

10.21.1991 15:37

NO. 5 P. 2

SUPREME COURT OF THE STATE OF NEW YORK
COUNTY OF ALBANY

In the Matter of the Application of

NEWSDAY, INC., and DAVID ZINMAN,
Petitioners,

-against-

MEMORANDUM DECISION
Index No. 3406-91

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH,
COMMISSIONER of the New York State
Department of Health, DONALD
MACDONALD, Records Access Officer
of the New York State Department of
Health, and PETER SLOCUM, Records
Access Appeals Officer of the New
York State Department of Health,
Respondents.

"It is settled that FOIL is based on the overriding policy consideration that "the public is vested with an inherent right to know and that official secrecy is anathematic to our form of government" (Matter of Fink v. Leikowitz, 47 NY2d 567, 571). Indeed, in enacting FOIL, the Legislature specifically declared "that government is the public's business and that the public, individually and collectively and represented by a free press, should have access to the records of government in accordance with the provisions of this article." We have held, therefore,

"patients and referring physicians are expected to use this information to assist them in making decisions on the choice of institutions for cardiac procedures. Patients should be able to obtain from their doctor or hospital:

1. The performance history of each hospital.
2. The performance record of individual surgeons.
3. The risk of mortality for patients based on their individual risk factors."

ab 1994 Public Reporting

CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY in New York State 1994-1996

Figure 1: Risk-Adjusted Mortality Rates for CABG in New York State, 1996 Discharges (Listed Alphabetically by Hospital)



Table 3: Observed, Expected and Risk-Adjusted Hospital and Surgeon In-Hospital Mortality Rates for CABG Surgery, 1994-1996

	Cases	No. of Deaths	OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR
Albany Medical Center Hospital						
##Banker M	232	5	2.16	1.44	3.70	(1.19, 8.64)
#Bennett E	56	0	0.00	2.71	0.00	(0.00, 5.99)
#Britton L	473	5	1.06	1.70	1.54	(0.50, 3.60)
#Canavan T	600	5	0.83	1.75	1.18	(0.38, 2.76)
##Dal Col R	3	0	0.00	0.84	0.00	(0.00,100.0)
Ferraris V	229	9	3.93	2.76	3.54	(1.61, 6.72)
Foster E	276	4	1.45	2.37	1.51	(0.41, 3.88)
Kelley J	438	7	1.60	2.04	1.95	(0.78, 4.01)
Luber J	528	14	2.65	2.42	2.71	(1.48, 4.55)
##Miller S	458	3	0.66	2.25	0.72**	(0.15, 2.11)
##Saifi J	2	0	0.00	3.24	0.00	(0.00,100.0)
All Others	171	1	0.58	1.30	1.12	(0.01, 6.22)
TOTAL	3466	53	1.53	2.04	1.86 **	(1.40, 2.44)

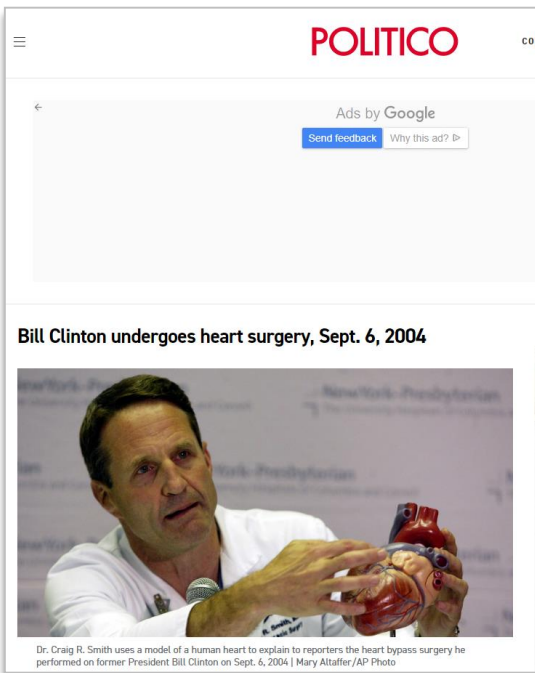
ab 1995

Public Reporting PCI

**PERCUTANEOUS
CORONARY
INTERVENTIONS
(Angioplasty)
in
New York State
1995-1997**

Table 3 Cardiologist Observed, Expected, and Risk-Adjusted Mortality Rates (RAMR) for PCI in New York State, 1995 - 1997 Discharges

	Cases	Deaths	All Cases				Non-Emergency	
			OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR	Cases	RAMR
Albany Medical Center Hospital								
Breisblatt W	441	4	0.91	0.60	1.39	(0.38, 3.57)	425	0.77
#Delago A	980	6	0.61	0.92	0.61	(0.22, 1.33)	931	0.33
#Desantis J	2	0	0.00	3.27	0.00	(0.00,51.80)	0	-
#Esper D	175	3	1.71	0.77	2.04	(0.41, 5.97)	164	1.34
Houghton J	459	4	0.87	0.65	1.24	(0.33, 3.17)	428	0.57
Macina A	179	1	0.56	0.74	0.69	(0.01, 3.86)	159	0.00
#Marmulstein M	32	0	0.00	0.73	0.00	(0.00,14.45)	25	0.00
#Martinelli M	53	1	1.89	1.07	1.62	(0.02, 9.02)	50	2.83
#Papandrea L	31	0	0.00	0.82	0.00	(0.00,13.39)	27	0.00
#Roccario E	30	1	3.33	1.99	1.55	(0.02, 8.61)	26	0.00
All Others	152	1	0.66	0.39	1.54	(0.02, 8.57)	148	1.08
TOTAL	2534	21	0.83	0.78	0.99	(0.61, 1.51)	2383	0.53
Arnot-Ogden Memorial Hospital								
Laifer L	291	6	2.06	1.00	1.91	(0.70, 4.16)	254	1.04
Salimi A	567	9	1.59	0.81	1.80	(0.82, 3.42)	509	1.44
TOTAL	858	15	1.75	0.88	1.84 *	(1.03, 3.04)	763	1.29 *



On this day in 2004, Bill Clinton, who left the White House in 2001 after serving two terms in the presidency, underwent a four-hour quadruple bypass operation at the Columbia campus of New York Presbyterian Hospital. He was

Dr. Craig R. Smith uses a model of a human heart to explain to reporters the heart bypass surgery he performed on former President Bill Clinton on Sept. 6, 2004 | Mary Altaffer/AP Photo

**ADULT
CARDIAC
SURGERY**
in
New York State
2002 – 2004

Isolated CABG

	Cases	No of Deaths	OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR
Columbia Presbyterian-NYP						
Argenziano M	114	2	1.75	1.54	2.10	(0.24, 7.59)
#Chen J M	2	0	0.00	0.54	0.00	(0.00,100.0)
Esrig B	3	0	0.00	3.46	0.00	(0.00,65.32)
Mosca R S	1	0	0.00	0.32	0.00	(0.00,100.0)
Naka Y	227	5	2.20	2.07	1.97	(0.63, 4.59)
Oz M	451	2	0.44	1.44	0.57	(0.06, 2.05)
Quaegebeur J	(. , .)
Rose F	26	0	0.00	0.57	0.00	(0.00,45.58)
Smith C	380	6	1.58	1.15	2.54	(0.93, 5.54)

Beobachtete Sterblichkeit knapp 40% höher als die risikoadjustiert erwartete Sterblichkeit

https://www.health.ny.gov/statistics/diseases/cardiovascular/heart_disease/docs/2002-2004_adult_cardiac_surgery.pdf
<https://www.politico.com/story/2017/09/06/bill-clinton-undergoes-heart-surgery-sept-6-2004-242298>

Bundesministerium für Gesundheit
[1906 A]
**Bekanntmachung
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
nach § 91 Abs. 7
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
zur Neufassung der Vereinbarung
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang
eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V
zugelassene Krankenhäuser
Vom 17. Oktober 2006**

I. Die Anlage 1 der Vereinbarung unter Punkt C Qualitätssicherung – Unterpunkt C-1.2 „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren“ – wird wie folgt geändert:

1. Die Fußnote 4 an der Beschriftung „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren“ wird gestrichen.
2. Ziffer C-1.2 wird wie folgt gefasst:

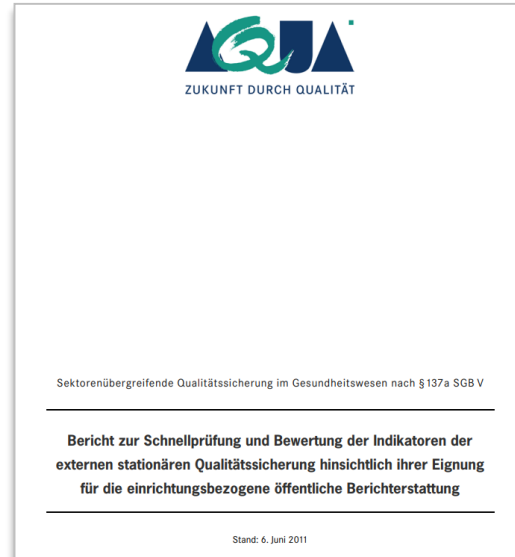
„[Datenbank]

1 Leistungs- bereich (LB) und Qualitäts- indikator (QI)	2 Kennzahl- bezeich- nung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauens- bereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/ Nenner	7 Referenz- bereich (bundes- weit)	8 Kommentar/ Erläuterung
LB 1: QI 1							
LB 1: QI 2							
LB 2: QI 1							
LB 2: QI 2							
...							

Einrichtungbezogene Ergebnisveröffentlichung / Public Reporting Qualitätsbericht der Krankenhäuser



2006
31 Indikatoren empfohlen
26 beschlossen



2011
ca. 110 Indikatoren
(laut Bericht 182, umfasste allerdings auch Nebenkennzahlen)



2023
199 Indikatoren

DEUTSCHES KRANKENHAUS VERZEICHNIS
Transparenz seit 2002

SUCHEN ▾

WO? In welcher Region suchen Sie ein Krankenhaus?
Oder suchen Sie ein bestimmtes Krankenhaus?

PLZ, Ort oder Name eines Krankenhauses

WAS? Krankheit, Fachabteilung, Ausstattung? Suche mit mehreren Worten in Anführungszeichen: "Grauer Star"

z.B. Tinnitus, "Grauer Star", Park

Zur Transparenz-Suche Erweitern

WEITERE SUCHMÖGLICHKEITEN

Nutzung und Aufbereitung von Daten des Qualitätsberichts in verschiedenen Portalen

AOK

Leistungen & Services Beiträge & Tarife Medizin & Versorgung Pflege Gesundheitsmagazin

Mitglied werden

Medizin & Versorgung Suche nach Ärzten, Krankenhäusern und Hebammen Krankenhaussuche

Der AOK-Gesundheitsnavigator

Die AOK-Krankenhaussuche: Einfach die passende Klinik finden

Behandlung, Erkrankung, Fachgebiet, Einrichtung

Hier direkt suchen:

Geburt → Künstliches Hüftgelenk →

bremer krankenhausspiegel
qualität offenheit vertrauen

Qualitätsergebnisse Kr

Bremer Krankenhausspiegel > Startseite

Startseite

- Qualitätsergebnisse A-Z
- Krankenhausportraits A-Z
- Medizinische Informationen A-Z

Die Qualität der Bremer Krankenhäuser

Im Bremer Krankenhaus... ihre medizinische Qualität... Behandlungsbereichen... Verbraucherschutz und...

Das Projekt wird unterstützt von... Bremen und der Technischen Universität...

vdek vdek-Kliniklotse

Glossar Leichte Sprache

Finden Sie das passende Krankenhaus!

Wo möchten Sie suchen?
PLZ oder Ort Ganzer Ort

Wonach möchten Sie suchen?
Suchbegriff (z.B. Klinikname, Krankheit, Abteilung)

Ergebnisse anzeigen (2.540)

Weitere Suchmöglichkeiten

Sie sind auf der Suche nach einem Krankenhaus in Ihrer Region oder mit einem ganz bestimmten Spezialgebiet? Der vdek-Kliniklotse unterstützt Sie dabei, ein Krankenhaus nach Ihren Wünschen zu finden.

Für Ihre Suche stehen vielfältige Suchoptionen zur Verfügung, beispielsweise nach Fachgebieten, behandelten Krankheiten, Therapieformen, Personal oder medizinischen Ausstattungsmerkmalen.

- Hintergrund und Historie

Historie

Diskussionspunkte

Chancen

Journal of the American College of Cardiology
© 2012 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

Vol. 59, No. 25, 2012
ISSN 0735-1097/\$36.00
doi:10.1016/j.jacc.2011.12.051

STATE-OF-THE-ART PAPER

The New York State Cardiac Registries

History, Contributions, Limitations, and Lessons for
Future Efforts to Assess and Publicly Report Healthcare Outcomes

Edward L. Hannan, PhD,* Kimberly Cozzens, MA,* Spencer B. King III, MD,† Gary Walford, MD,‡
Nirav R. Shah, MD§

Albany, New York; Atlanta, Georgia; and Baltimore, Maryland

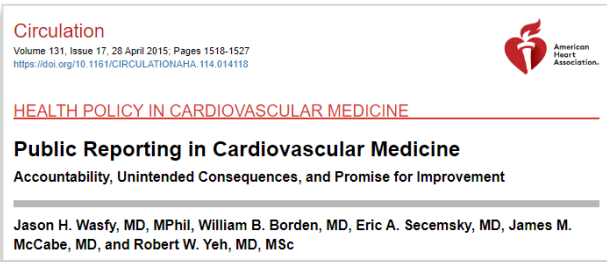
„Hospital quality improvement activities related to registry information.

...

Avoidance of high-risk patients by not providing procedures or by out-of-state referrals

...

It is critically important to assure the completeness and accuracy of the data being used because the reports can impact quality of patient care as well as the success and profitability of healthcare



„Fundamentally, it is imperative that our generation of cardiologists and cardiac surgeons holds itself accountable to the public for the outcomes we produce

...

That being said, simply creating composite metrics in star systems may oversimplify complex data and inadequately discriminate between hospitals

...

Ultimately, the research community needs to produce better risk models that incorporate meaningful measures of health status and account for risk factors not traditionally included in risk models

... Risikoadjustierung ist zentrales Thema

Risk Aversion and Public Reporting. Part 1: Observations From Cardiac Surgery and Interventional Cardiology



David M. Shahian, MD, Jeffrey P. Jacobs, MD, Vinay Badhwar, MD, Richard S. D'Agostino, MD, Joseph E. Bavaria, MD, and Richard L. Prager, MD

Department of Surgery, Johns Hopkins St. Petersburg, Florida; Department of Surgery, West Virginia University; Department of Surgery, University of Pennsylvania; Department of Surgery, University of Michigan

Risk Aversion and Public Reporting. Part 2: Mitigation Strategies



David M. Shahian, MD, Jeffrey P. Jacobs, MD, Vinay Badhwar, MD, Richard S. D'Agostino, MD, Joseph E. Bavaria, MD, and Richard L. Prager, MD

Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; Division of Cardiovascular Surgery, Johns Hopkins All Children's Heart Institute, All Children's Hospital, Johns Hopkins University School of Medicine, St Petersburg, Florida, and Baltimore, Maryland; Division of Cardiothoracic Surgery, West Virginia University, Morgantown, West Virginia; Department of Cardiothoracic Surgery, Lahey Health, Burlington, Massachusetts; Division of Cardiovascular Surgery, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania; and Cardiac Surgery Department, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan


Risk aversion is a common feature of health care public reporting. Four possible causes are discussed, including some high-risk patients who require appropriate avoidance of high-risk procedures. We also discuss clinical reports and

Part 1 of this series discusses risk aversion surveys related to cardiac surgery. Part 2 discusses risk aversion—adjustment of their high-risk patients publicly reporting the results as well as risk aversion: c

JACC Journals › JACC › Archives › Vol. 65 No. 11

Previous | Next

Public Reporting of Percutaneous Coronary Intervention Outcomes: Harm or Benefit?*

 FREE ACCESS

Editorial Comment

Mauro Moscucci

JACC. 2015 Mar, 65 (11) 1127–

JACC Journals › JACC: Interventions › Archives › Vol. 9 No. 20

Next

Implications of Public Reporting of Risk-Adjusted Mortality Following Percutaneous Coronary Intervention: Misperceptions and Potential Consequences for High-Risk Patients Including Nonsurgical Patients FREE ACCESS

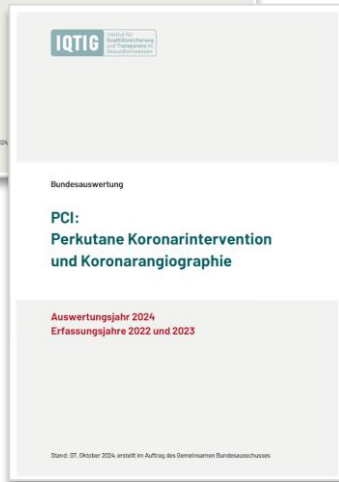
Viewpoint From The Interventional Council

Anuj Gupta, Robert W. Yeh, Jacqueline E. Tamis-Holland, Shalin H. Patel, Robert A. Guyton, Lloyd W. Klein, Tanveer Rab, and Ajay J. Kirtane

J Am Coll Cardiol Interv. 2016 Oct, 9 (20) 2077–2085

Qualität – „Messung“ ?

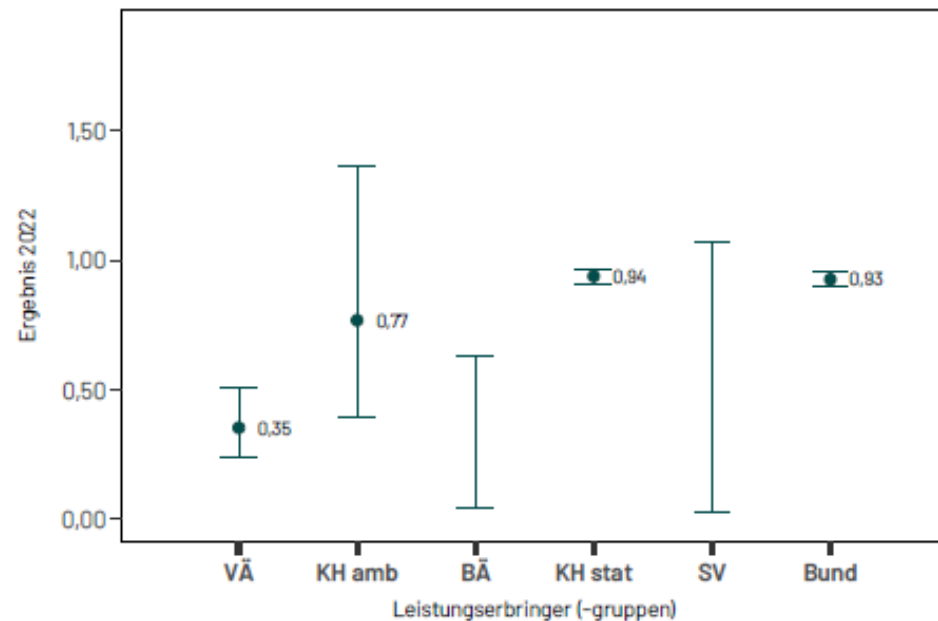
Konstrukt „Sterblichkeit“ / „beeinflussbare Sterblichkeit“



Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

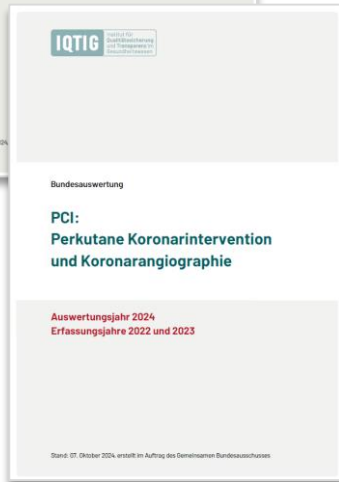
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	
ID	56024
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI, die nicht innerhalb der ersten 7 Tage nach OP verstorben sind
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten zwischen dem 8. und dem 30. postprozeduralen Tag
O (observed)	Beobachtete Anzahl an 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
E (expected)	Erwartete risikoadjustierte Sterblichkeit
Referenzbereich	$\leq 1,07$ (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Qualität – „Messung“ ?

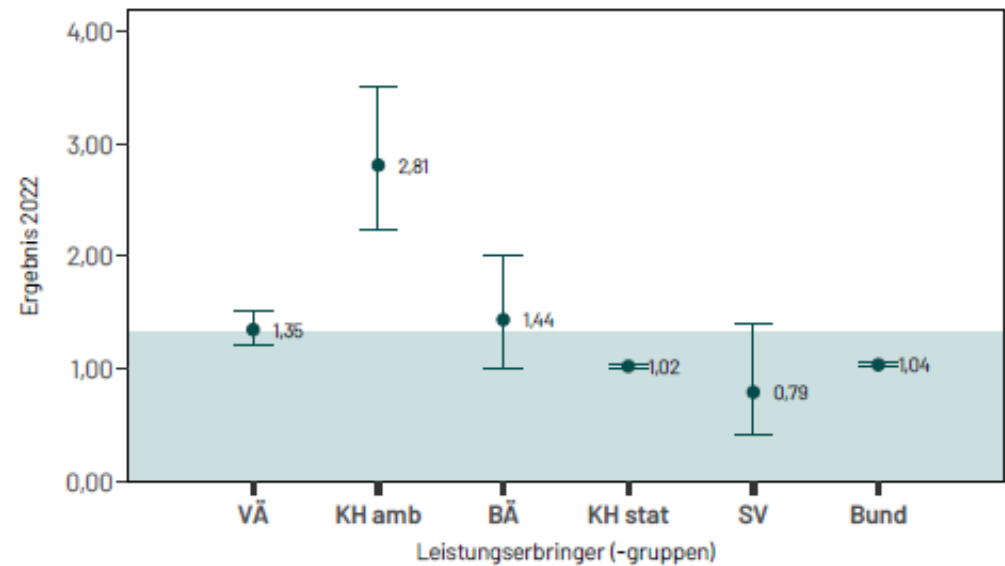
Schwerwiegende (beeinflussbare) Komplikationen



56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

ID	56020
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (Isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten
Referenzbereich	≤ 1,32 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



≤ 1,32 (95. Perzentil)
Referenzbereich

Public Reporting

PRESIDENTIAL ADDRESS

Quality and Innovation in Cardiothoracic Surgery: Colliding Imperatives?

Joseph E. Bavaria, MD

University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Ann Thorac Surg 2018; 106: 1278-82

„... The STS believes that „the public has a right to know the quality of surgical outcomes and considers public reporting an ethical responsibility of the speciality“ ...

„... Many believe that the imperatives of quality and innovation are irreconcilable. That new innovative approaches are inherently higher risk. And that the early adopters will suffer from decreased quality...

- *„Exclusion of certain conditions“*
- *Exclusion of „clinical research“*
- *„... explore the concept of patient-centered or patient-reported outcomes“*

- Hintergrund und Historie


	Historie
	Diskussionspunkte
	Chancen

IQTiG

[Aktuelles](#) [QS-Verfahren](#) [Veröffentlichungen](#) [QS-Instrumente](#)

Start der ersten Patientenbefragung der gesetzlichen Qualitätssicherung im QS-

Start der ersten Patientenbefragung der gesetzlichen Qualitätssicherung im QS-Verfahren QS PCI am 1. Juli 2022



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderung von § 16 Absatz 2, der Anlage für das Berichtsjahr 2023 und des Anhangs 1 für das Berichtsjahr 2023 (Datensatzbeschreibung) sowie Ergänzung des Anhangs 3 für das Berichtsjahr 2023 (Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V) und des Anhangs 4 für das Berichtsjahr 2023 (Plausibilisierungsregeln)

Vom 20. Juni 2024

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2023

Tabelle A:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zu Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2023

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich- ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindicators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindicators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	Patientenbefragung – Risiko-adjustierter QI	DeQS	Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	Patientenbefragung – Risiko-adjustierter QI	DeQS	Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:951–957
DOI 10.1007/s00103-011-1320-3
Online publiziert: 26. Juli 2011
© Springer-Verlag 2011

W. de Cruppé · M. Geraedts
Institut für Gesundheitssystemforschung, Private
Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten

Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe?

Tab. 4 Wo haben Sie sich vor diesem Krankenhausaufenthalt informiert, um die Krankenhauswahl zu treffen? (Mehrfachantworten möglich)

	Herzchirurgie n=10	Gefäßchirurgie n=10	Orthopädie n=10	Gynäkologie n=8	Geburts-hilfe n=10	Gesamt n=48
Angehörige, Freunde	2	5	7	3	7	50%
Ambulanzgespräch im KH	1	7	5	5	1	40%
Facharzt	3	3	3	5	3	35%
Infoveranstaltung KH	0	0	1	0	5	13%
Gar nicht	1	3	1	0	1	13%
Hausarzt	3	2	0	0	0	10%
Persönlich vorgestellt	0	0	0	0	5	10%
Internetseite KH	1	1	1	0	1	8%
Internetbroschüre	0	0	2	0	1	6%
Papierbroschüre KH	1	0	0	2	0	6%
Papierbroschüre	0	0	0	0	2	4%
Vergleichsportal im Internet	0	0	2	0	0	4%
Krankenkasse	0	0	0	1	0	2%
Religiöser KH-Beurteiler	0	0	1	0	0	2%

KH Krankenhaus.

Damit übereinstimmend, spielt die Kenntnis der gesetzlich verpflichtenden Krankenhausqualitätsberichte bei der Entscheidungsfindung praktisch keine Rolle, bisher auch nicht indirekt über aufbereitete Krankenhaussuchportale. Schriftli-



„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“



BMG sorgt für Bekanntheit und Vertrauenswürdigkeit?

IQTIG sorgt für Verständlichkeit und nutzerfreundliche Aufbereitung?

