

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

Aktualisierter Abschlussbericht

31. März 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten. Aktualisierter Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. Martina Groß

Datum der Abgabe 28. März 2024

Datum aktualisierte Abgabe 31. März 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

Datum des Auftrags 6. September 2023

Kurzfassung

Hintergrund

Die Transparenz über die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung soll durch einheitliche Anforderungen an die Informationen, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, gefördert werden. Die Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz (QbT-RL) bildet die Grundlage für die Bearbeitung der Beauftragung. Ziele der Richtlinie sind:

- Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung
- Unterstützung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen in ihrer Auswahlentscheidung sowie Unterstützung einer unabhängigen und neutralen Patientenberatung
- Unterstützung der überweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahlentscheidung für Leistungserbringer
- Motivation der Leistungserbringer zu weiteren Qualitätsverbesserungen

Auftrag und Auftragsverständnis

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG am 6. September 2023 mit der Entwicklung eines Konzepts für die zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von leistungserbringerbezogenen Vergleichsdaten. Der Beschluss für die Beauftragung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung gemäß § 137a Abs. 3 SGB V gefasst. Grundlage für die Bearbeitung der Beauftragung sollte eine Richtlinie mit sektorenübergreifender Ausrichtung sein. Diese Richtlinie wurde jedoch nicht beschlossen.

Am 16. Januar 2025 hat der G-BA die QbT-RL gemäß § 136a Abs. 6 SGB V beschlossen. Die Richtlinie ermöglicht einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Damit stellt die QbT-RL die Grundlage für die aktuelle Bearbeitung der Beauftragung dar. Zudem sind bei der Bearbeitung des Auftrags die jährlichen Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung der Vergleichsdaten sowie die Vorschläge aus dem Abschlussbericht für das G-BA-Qualitätsportal (Q-Portal) und die entsprechende Kommentierung durch den G-BA zu berücksichtigen.

Gemäß Beauftragung soll das IQTIG

- Zielgruppen und Nutzungskontexte definieren und identifizieren,
- Darstellungsformate für Vergleichsdaten von Vertrags(zahn-)ärztinnen und -ärzten aus der ambulanten Versorgung entwickeln und Szenarien für die Umsetzung einer Veröffentlichung im Internet darstellen,
- begleitende Informationen zur Unterstützung bei der Interpretation der Vergleichsdaten gemäß Zielgruppe und Nutzungskontext entwickeln,
- ein Darstellungsformat für eine Kommentar- und Korrekturfunktion für Leistungserbringer entwickeln,
- Darstellungsformate dahingehend überprüfen, ob sie verständlich und geeignet sind, um Auswahlentscheidungen, Qualitätstransparenz und Qualitätsvergleiche zu unterstützen,

- Anforderungen an die barrierefreie Veröffentlichung berücksichtigen,
- Limitationen der Darstellung beschreiben sowie
- methodische und formale Voraussetzungen berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung der Vorarbeiten zum Q-Portal versteht das IQTIG die vorliegende Beauftragung als eine Prüfung auf Transfer und mögliche Weiterentwicklung der bereits erfolgten Arbeitsschritte. Vor diesem Hintergrund und mit möglichen Erweiterungen zu Zielgruppen, Nutzungskontexten und Anforderungen im Umgang mit Vergleichsdaten entwickelte das IQTIG Darstellungsformate, um Daten aus der ambulanten Versorgung zugänglich, verständlich und nutzbar zu machen. Am 28. März 2024 legte das IQTIG dem G-BA den Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzeptes zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ vor. Zur Klärung offener Beauftragungspunkte wurde eine Nachbearbeitungszeit bis zum 31. März 2025 erteilt. Der vorliegende aktualisierte Abschlussbericht adressiert alle Beauftragungspunkte.

Methodisches Vorgehen

Basierend auf den Ergebnissen aus dem Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal hat das IQTIG geeignete Darstellungsformate für Vergleichsdaten entwickelt und angepasst. Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt, um spezifische Anforderungen der Zielgruppen (Patientinnen, Patienten und Angehörige, ambulante Leistungserbringer, beratende Stellen, öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger) festzustellen. Zudem hat das IQTIG die entwickelten und angepassten Darstellungsformate für Vergleichsdaten mittels einer Onlinebefragung dahingehend überprüft, ob sie für die identifizierten Zielgruppen und deren Nutzungskontexte verständlich und geeignet sind. Hierzu wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die entwickelten Darstellungsformate als Abbildungen ohne interaktive Funktionen präsentiert. Während der Entwicklungsarbeiten hat das IQTIG externe Expertise gemäß seinen methodischen Grundlagen sowie gemäß § 137a Abs. 3 SGB V eingebunden.

Ergebnisse und Empfehlungen

Zielgruppen, Nutzungskontexte und Anforderungen für die Darstellung von Qualitätsinformationen

Das IQTIG identifizierte folgende vier Zielgruppen:

1. Patientinnen und Patienten sowie Angehörige
2. Ambulante Leistungserbringer
3. Beratende Stellen
4. Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

Die Zielgruppen teilen ähnliche Herausforderungen im Umgang mit Vergleichsdaten. Das Auffinden von Qualitätsinformationen und der Qualitätsvergleich zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern ist für alle Zielgruppen ein Nutzungskontext von Vergleichsdaten. In Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe (1 bis 4) bestehen spezifischere Nutzungskontexte:

- Aktive Auswahl eines Leistungserbringers sowie Absichern der Auswahl (1)
- Beratung (1, 2, 3)

- Qualitätsvergleiche und Qualitätsförderung (2, 4)

Daraus lassen sich übergreifende Anforderungen an die Informationsvermittlung ableiten. Das betrifft insbesondere die strukturierte Bündelung und verständliche Darstellung relevanter Informationen, eine leichte Verständlichkeit sowie die Förderung des Vertrauens der Nutzerinnen und Nutzer in die Datengrundlage.

Datengrundlage

Datenquelle für Qualitätsinformationen im Sinne der QbT-RL sind die Qualitätsergebnisse gemäß der Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Zum aktuellen Zeitpunkt (Stand März 2025) erfassen die folgenden drei Qualitätssicherungsverfahren Qualitätsindikatorergebnisse von Leistungserbringern, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen: *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* und *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*. Für die Qualitätssicherungsverfahren werden fallbezogene und einrichtungsbezogene Dokumentationen, Patientenbefragungen und Sozialdaten der Krankenkassen genutzt. Daten aus klinischen Krebsregistern folgen ab dem Erfassungsjahr 2025.

Zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

- Inhaltliches Konzept: Für die vorliegende Beauftragung hat das IQTIG relevante Inhalte und Ergebnisse aus den Arbeiten zum Konzept des Q-Portals identifiziert. Diese wurden auf Transferfähigkeit im Hinblick auf die aktuelle Beauftragung geprüft sowie der Bedarf für Weiter- und Neuentwicklung für die Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten abgeleitet und bearbeitet. Dabei wurde insbesondere geprüft, inwiefern die Datengrundlage der Beauftragung Auswirkungen auf das inhaltliche Konzept sowie auf die Aufbereitungen und Darstellungen hat. Die Ergebnisse sind Abschnitt 9.1 zu entnehmen.
- Methodisches Konzept: Das IQTIG empfiehlt eine Aggregation von Ergebnissen einzelner Qualitätsindikatoren, um die Komplexität der Informationen zu reduzieren und eine verständliche Darstellung zu ermöglichen (vgl. Abschnitt 9.2). Für die Darstellungsformate schlägt das IQTIG zwei Aggregationsstufen vor: Erstens die Aggregation von Qualitätsindikatoren zu Teilindizes und zweitens die Aggregation der Teilindizes zu einem Gesamtindex. Diese hierarchische Struktur erlaubt sowohl eine schnelle Orientierung anhand des Gesamtindex als auch eine detaillierte Analyse einzelner Qualitätsaspekte anhand der Teilindizes und der einzelnen Qualitätsindikatoren.
- Visualisierungskonzept: Grundlage für das Visualisierungskonzept bilden die Ergebnisse des Konzepts zum Q-Portal (IQTIG 2021a, Kapitel 12). Diese wurden im Rahmen der aktuellen Beauftragung erweitert, um für alle Zielgruppen verständliche und nützliche Qualitätsinformationen (vgl. Kapitel 6 und 7) anzubieten. Die Darstellungsformate umfassen verschiedene Ebenen der Informationsaufbereitung sowie eine Vergleichsansicht. Bei Umsetzung und Inbetriebnahme eines Online-Portals sind universelle Anforderungen an die Darstellungsformate wie Datenschutz, Benutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit zu erfüllen. Die Ergebnisse sind im Abschnitt 9.3 zu finden.

Ergebnisse der Onlinebefragung

Die Darstellungsformate wurden im Rahmen einer Onlinebefragung auf Verständlichkeit und Geeignetheit überprüft. Die Ergebnisse der Überprüfung der Darstellungsformate zeigen über alle Zielgruppen hinweg tendenziell hohe Bewertungen für Verständlichkeit und Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen und Qualitätsvergleichen (vgl. Kapitel 10).

Ableitung von Erkenntnissen und Empfehlungen

Das IQTIG empfiehlt einen zielgruppenübergreifenden Ansatz bei der Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten. Das IQTIG schlägt vor, das grundlegende Darstellungsformat für Qualitätsinformationen aus dem Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal mit Anpassungen bezogen auf den ambulanten Sektor zu übernehmen. Die abgeleiteten Erkenntnisse und Empfehlungen sind in Kapitel 11 zu finden. Hinzu kommen Weiterentwicklungen, wie eine zielgruppenspezifische Navigationshilfe für unterschiedliche Informationsbedürfnisse. Das IQTIG skizziert dazu Umsetzungsszenarien für ein mögliches Online-Portal (vgl. Abschnitt 11.2).

Limitationen

Das IQTIG stellt Limitationen für die Aufbereitungen und Darstellungsformate fest (vgl. Abschnitt 11.3). Die Überprüfung der Darstellungsformate erfolgte anhand von Abbildungen ohne interaktive Funktionen. Eine Bewertung der vorgeschlagenen Darstellungsformate kann erst nach Untersuchungen im Rahmen einer Umsetzung des Online-Portals erfolgen. Diese Untersuchungen sollten parallel zur Umsetzung erfolgen und nach der Inbetriebnahme kontinuierlich fortgesetzt werden. Zudem ist sicherzustellen, dass die Darstellungsformate auf Barrierefreiheit geprüft werden. Da nicht alle Qualitätsinformationen zwingend mit den Indikatoren abgedeckt werden, bilden diese einen Ausschnitt der Qualität in der Versorgung ab. Aktuell sind für das Qualitätsthema „Abläufe vor Ort“ nur wenige Qualitätsindikatoren vorhanden. Das Qualitätsthema „Kommunikation und Interaktion“ wird derzeit ausschließlich für das Qualitätssicherungsverfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* erhoben.

Fazit und Ausblick

Die mögliche Umsetzung des Konzepts zur Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten trägt zur Förderung der Transparenz und Qualität in der Versorgung bei. Die empfohlenen Darstellungsformate erlauben den Nutzerinnen und Nutzern, die Vergleichsdaten mit steigendem Detailgrad zu verwenden, gemäß den individuellen Ansprüchen und Nutzungskontexten. Es ermöglicht informierte Entscheidungen. Die kritische Reflexion der hier erarbeiteten Ergebnisse unterstreicht, dass eine kontinuierliche und dynamische Weiterentwicklung des Konzepts notwendig ist, um die Verständlichkeit und Geeignetheit der Darstellungsformate zu optimieren. Zudem muss die Datengrundlage um Qualitätsindikatoren, insbesondere zu Themen wie Interaktion und Kommunikation (z. B. mittels Patientenbefragungen), erweitert werden. Dabei sollten auch externe Faktoren berücksichtigt werden, da sie die Interpretation und Nutzung der Vergleichsdaten beeinflussen können. Dazu gehören z. B. Veränderungen im Versorgungsangebot sowie Entwicklungen in den entsprechenden Qualitätssicherungsverfahren. Zukünftig müssen das Konzept und die zugrunde liegenden Methoden dynamisch angepasst werden, um medizinischen und technologischen Entwicklungen gerecht zu werden. Um die Akzeptanz und Nutzung der Daten zu

fördern, ist eine umfassende Informations- und Bildungsarbeit der Zielgruppen notwendig. Dies soll sowohl das Vertrauen als auch das Verständnis der Nutzerinnen und Nutzer stärken.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	11
Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	14
Teil I: Einleitung	16
1 Hintergrund und Begrifflichkeiten	17
1.1 Abschlussbericht Q-Portal: Kernergebnisse.....	18
1.2 Abschlussbericht Q-Portal: Kommentierung durch den G-BA	19
2 Auftrag und Auftragsverständnis	20
Teil II: Methodisches Vorgehen	22
3 Orientierende Literaturrecherche	23
4 Onlinebefragung	24
4.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	25
4.2 Fragebogen.....	28
4.3 Datenauswertung.....	30
5 Beteiligung externer Expertise.....	31
5.1 Expertengremium	31
5.2 Beteiligungsverfahren	33
Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen	35
6 Identifikation von Zielgruppen und deren Nutzungskontexten	36
6.1 Patientinnen, Patienten und Angehörige.....	37
6.2 Ambulante Leistungserbringer	39
6.3 Beratende Stellen	44
6.4 Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger	45
7 Anforderungen an die Darstellung von Qualitätsinformationen	46
7.1 Kenntnis über Qualitätsinformationen	47
7.2 Verarbeitung von Qualitätsinformationen	48
7.3 Bewertung von Qualitätsinformationen.....	51
8 Datengrundlage	53
9 Zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten	55
9.1 Inhaltliches Konzept als Ausgangspunkt	55

9.2	Methodisches Konzept.....	56
9.2.1	Gruppierung von Qualitätsindikatoren	57
9.2.2	Aggregation der Indikatorergebnisse.....	58
9.2.3	Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens	62
9.3	Visualisierungskonzept.....	63
9.3.1	Zielgruppenübergreifende Strategie.....	63
9.3.2	Darstellung der Einrichtungsart	64
9.3.3	Behandlungsfälle.....	64
9.3.4	Hygiene und Infektionen	65
9.3.5	Qualitätsindikatoren	65
9.3.6	Kommentar- und Korrekturfunktion	68
9.3.7	Begleitende Informationen.....	69
9.3.8	Vergleichsansicht.....	70
10	Ergebnisse der Onlinebefragung	72
10.1	Selbsteingeschätzte Verständlichkeit der Darstellungsformate.....	72
10.1.1	Patientinnen, Patienten und Angehörige.....	72
10.1.2	Ambulante Leistungserbringer	73
10.1.3	Beratende Stellen	74
10.1.4	Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger	75
10.1.5	Zielgruppenvergleich.....	75
10.2	Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen und Qualitätsvergleichen	77
10.2.1	Patientinnen, Patienten und Angehörige.....	78
10.2.2	Ambulante Leistungserbringer	79
10.2.3	Beratende Stellen	80
10.2.4	Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger	81
10.2.5	Zielgruppenvergleich.....	82
10.3	Limitation des methodischen Vorgehens der Onlinebefragung	84
11	Ableitung von Erkenntnissen und Empfehlungen	86
11.1	Empfohlene Darstellungsformate	86
11.2	Mögliche Umsetzungsszenarien	92
11.3	Beschreibung der Limitationen der entwickelten Darstellungsformate.....	98

Teil IV: Fazit und Ausblick	100
Literatur	102
Impressum.....	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dargestellte (Qualitäts-)Informationen auf den verschiedenen Ebenen der Informationsaufbereitung	24
Tabelle 2: Übersicht der Zielgruppen und zugehörigen Nutzungskontexte.....	36
Tabelle 3: Übersicht über die Arten der Datenquellen nach Qualitätssicherungsverfahren, die Daten von ambulanten Leistungen erfassen (Erfassungsjahr 2023)	53
Tabelle 4: QS-Verfahren mit Anzahl an ambulanten Leistungserbringern (Erfassungsjahr 2023) (IQTIG 2024a)	54
Tabelle 5: Übersicht beispielhafter Versorgungsanlässe	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht zu Rekrutierungsstrategien sowie zur Anzahl eingegangener, ausgeschlossener und eingeschlossener Onlinefragebögen	27
Abbildung 2: Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte in den Arztgruppen im Jahr 2023	40
Abbildung 3: Anzahl der Praxen nach Einrichtungsart im Jahr 2023 (KBV 2025a)	41
Abbildung 4: Anzahl der zahnärztlichen Einrichtungen von 2013 bis 2023 (KZBV 2024)	41
Abbildung 5: Versorgungsanlass und Indexbildung	58
Abbildung 6: Potenziell verfügbare Qualitätsindikatoren für den Versorgungsanlass Herzkatheteruntersuchung (Erfassungsjahr 2023)	61
Abbildung 7: Zuordnung der Indexwerte zu Kategorien.....	62
Abbildung 8: Darstellung von Behandlungsfällen und Gesamtindex „Qualität“ (versorgungsanlassspezifisch) sowie Hygiene und Infektion (einrichtungsbezogen).....	64
Abbildung 9: Darstellung aggregierter Qualitätsindikatorergebnisse als Gesamtindex „Qualität“ sowie als Teilindizes.....	64
Abbildung 10: Darstellung einzelner Qualitätsindikatorergebnisse.....	67
Abbildung 11: Darstellung der Kommentarfunktion (Beispiel 1)	68
Abbildung 12: Darstellung der Kommentarfunktion (Beispiel 2).....	69
Abbildung 13: Darstellung des Informations-Icons für das übergeordnete Thema Qualität	70
Abbildung 14: Darstellung einer Vergleichsansicht	71
Abbildung 15: Mittelwerte und Standardabweichung der Zielgruppen zu der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“.....	76
Abbildung 16: Mittelwerte und Standardabweichungen der Zielgruppen zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Darstellung insgesamt	77
Abbildung 17: Mittelwerte und Standardabweichung der Zielgruppen zur Nutzung der Darstellung im (beruflichen) Alltag entsprechend des Anwendungsfalls.....	83
Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Zielgruppen zur Auswahlentscheidung	84
Abbildung 19: Empfohlene Darstellung der Behandlungsfälle und Gesamtindex „Qualität“ (versorgungsanlassspezifisch) sowie Hygiene und Infektion (einrichtungsbezogen).....	87
Abbildung 20: Empfohlene Darstellung bei fehlender Bewertung des Gesamtindex „Qualität“	88
Abbildung 21: Empfohlene Darstellung der Behandlungsfälle, wenn die Fallzahl unter 4 liegt	88
Abbildung 22: Empfohlene Darstellung aggregierter Qualitätsindikatorergebnisse als Gesamtindex „Qualität“ sowie als Teilindizes	89
Abbildung 23: Empfohlene Darstellung des Informations-Icons für das übergeordnete Thema Qualität	89
Abbildung 24: Empfohlene Darstellung einzelner Qualitätsindikatorergebnisse	90
Abbildung 25: Empfohlene Darstellung der Kommentarfunktion	91
Abbildung 26: Empfohlene Darstellung der Vergleichsansicht	92

Abbildung 27: Empfohlene Darstellung einer möglichen zielgruppenorientierten Navigationshilfe	94
Abbildung 28: Empfohlene Darstellung einer Ergebnisseite	95
Abbildung 29: Empfohlene Darstellung einer Filterfunktionen.....	96
Abbildung 30: Empfohlene Darstellung der Detailseite einer ambulanten Einrichtung	97

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BITV 2.0	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung Version 2.0
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HI	Hygiene- und Infektionsmanagement
HOV	Zertifizierungen der Health on Net Foundation
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
MW	Mittelwert
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QbT-RL	Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz
QM-RL	Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser
Q-Portal	G-BA-Qualitätsportal
QS	Qualitätssicherung
QS NET	Qualitätssicherungsverfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen</i>
NET-DIAL	Qualitätssicherungsverfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen</i> , Auswertungsmodul <i>Dialyse</i>
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>

Abkürzung	Bedeutung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SD	Standardabweichung
süQbT-RL	Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Teil I: Einleitung

1 Hintergrund und Begrifflichkeiten

Am 6. September 2023 wurde das IQTIG beauftragt, die bestehenden Vergleichsdaten von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten sowie von Krankenhäusern¹ aus der ambulanten und stationären Versorgung zu nutzen, um Formate für eine online-basierte, transparente, zielgruppenadäquate und verständliche Online-Darstellung zu entwickeln. Vergleichsdaten sind Qualitätsdaten, die nach den vom G-BA beschlossenen Kriterien für die Veröffentlichung geeignet und erforderlich sind. Der G-BA legt die konkreten Vergleichsdaten jeweils durch Beschluss fest (QbT-RL, Stand: 16.01.2025).

Hierbei sind die unterschiedlichen Nutzungskontexte von Zielgruppen zu beachten. Die entwickelten Darstellungsformate des Konzepts sollen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit, ihrer Geeignetheit für die Unterstützung von Auswahlentscheidungen sowie ihrer Wirksamkeit zur Förderung von Qualitätstransparenz und Qualitätsvergleichen überprüft werden. Unter Nutzungskontext sind spezifische Situationen, Bedingungen und Zwecke zu verstehen, unter denen verschiedene Zielgruppen Daten verwenden, z. B. Vergleichsdaten. Der Nutzungskontext umfasst die Gründe, Ziele und die Art und Weise, wie die Daten von den jeweiligen Zielgruppen genutzt werden, um Entscheidungen zu treffen, Qualität zu beurteilen oder Informationen zu beziehen und zu kommunizieren. Ein Darstellungsformat legt fest, auf welche Art und Weise Daten strukturiert, geordnet und angezeigt werden.

Grundlage für die Beauftragung war die geplante Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz (süQbT-RL)² des G-BA zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung gemäß § 136a Abs. 6 SGB V. Sie ist jedoch nicht in Kraft getreten. Am 22. März 2024 trat schließlich das Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)³ in Kraft. Damit wurden die Qualitätsergebnisse der stationären Versorgung in das Transparenzverzeichnis überführt (heute bekannt als Bundes-Klinik-Atlas⁴).

Am 28. März 2024 legte das IQTIG dem G-BA fristgerecht den Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzeptes zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“ vor. Um offene Beauftragungspunkte wie die Überprüfung der Darstellungsformate hinsichtlich der Verständlichkeit und Geeignetheit zur Auswahl von Leistungserbringern zu adressieren, wurde eine Nachbearbeitung bis zum 31. März 2025 durch den G-BA gefordert.

¹ Die Beauftragung bezog sich noch auf die süQbT-RL und beinhaltete noch den stationären Sektor. Im Folgenden wird im vorliegenden Bericht gemäß der QbT-RL auf die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung gelegt.

² Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Abs. 6 SGB V [unveröffentlicht]. Die süQbT-RL ist nicht in Kraft getreten. Stand: 22.11.2023.

³ Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz. In der Fassung vom 22. März 2024, in Kraft getreten am 27. März 2024. URL: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/105/VO.html> (Abgerufen am: 21.02.2025).

⁴ Vgl. <https://bundes-klinik-atlas.de>

Am 16. Januar 2025 wurde die Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz (QbT-RL)⁵ gemäß § 136a Abs. 6 SGB V beschlossen. Diese regelt die Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung auf Basis einrichtungsbezogener Auswertungen nach Maßgabe des § 299 SGB V (Qualitätsdaten). Diese Richtlinie bildet die Grundlage für die Beauftragung und bezieht sich ausschließlich auf Leistungserbringer, die an der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmen. „Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte [...] sind Ärztinnen und Ärzte, die im Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind. Die Zulassung ist an Voraussetzungen gebunden wie zum Beispiel die Approbation, eine Eintragung in das Zahn- bzw. Arztregister sowie eine Verpflichtung auf die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen der gesetzlichen Krankenkasse (GKV)“ (BMG 2024). Im vorliegenden Abschlussbericht wird für jene Leistungserbringer die Bezeichnung *ambulante Leistungserbringer* verwendet.

Bislang gibt es kein unabhängiges *public reporting* für die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren der ambulanten Leistungserbringer. Bei der Konzeptentwicklung sind die Vorschläge aus dem Abschlussbericht für das G-BA-Qualitätsportal (Q-Portal) vom 15. November 2021 sowie die Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung des entsprechenden Abschlussberichts vom 15. Dezember 2021 zu berücksichtigen (G-BA [2022], IQTIG 2021a). Zudem sind die jährlichen Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung der Vergleichsdaten einzubinden.

1.1 Abschlussbericht Q-Portal: Kernergebnisse

Im Januar 2015 trat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQVG) in Kraft. Es verpflichtet den G-BA, das IQTIG mit der Entwicklung eines Online-Vergleichsportals für die Krankenhausversorgungsqualität zu beauftragen. Der Auftrag des G-BA vom 17. Januar 2019 (G-BA 2019) zielte auf die Konzeption und Schaffung eines Online-Informationsangebots, das Patientinnen, Patienten und Angehörige über Qualität in der Krankenhausversorgung informiert und einen fairen, transparenten Krankenhausvergleich ermöglicht. Damit sollte es Patientinnen, Patienten und Angehörige bei der Krankenhauswahl unterstützen. Das Konzept des Q-Portals ist in sechs Teile gegliedert: Inhaltliches Konzept, Methodik für die Aggregation und Visualisierung von Indikatorergebnissen, Visualisierungskonzept, Informationstechnisches Konzept, Evaluationsrahmenkonzept.

Für das Konzept zum Q-Portal wurden relevante Versorgungsanlässe gebildet sowie die dynamische Weiterentwicklung des Informationsangebots und der Website dargestellt. Es wurden zehn Informationsmodule⁶ vorgeschlagen, die auf den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser basieren. Das IQTIG riet aufgrund von fachlichen und methodischen Herausforderungen in den Darstellungen zum damaligen Zeitpunkt davon ab, Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog in die Qualitätssicherung aufzunehmen.

⁵ Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Abs. 6 SGB V. In der Fassung vom 16. Januar 2025. Die QbT-RL wurde noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht. URL: <https://www.g-ba.de/beschlusse/7034/> (abgerufen am: 27.03.2025).

⁶ Informationsmodule beschreiben Themenkomplexe, die unter Berücksichtigung der Patientensicht zur Veröffentlichung empfohlen werden (IQTIG 2021a: 149).

Unter Berücksichtigung der Barrierefreiheit wurden Empfehlungen für die Verdichtung, Aufbereitung und Darstellung von Qualitätsindikatoren sowie für das Corporate-Design und das User-Interface-Design des Portals entwickelt und überprüft. Das Konzept der Website wurde nutzerfreundlich und einfach aufgebaut (IQTIG 2021a) und sollte als Ausgangspunkt für eine kontinuierliche und dynamische Weiterentwicklung begriffen werden.

1.2 Abschlussbericht Q-Portal: Kommentierung durch den G-BA

Vor der Abgabe des Abschlussberichts „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ wurde ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt. Dementsprechend wurden verschiedene Institutionen und Fachgesellschaften des Gesundheitswesens sowie die Trägerorganisationen des G-BA und die Patientenvertretung an der Erstellung des Abschlussberichts beteiligt. Das IQTIG würdigte die eingereichten Stellungnahmen im Anschluss ausführlich. Der G-BA verfasste im Anschluss eine Kommentierung zur Veröffentlichung des Abschlussberichts (G-BA [2022]). Dort wurde Überarbeitungsbedarf im Hinblick auf die Aufbereitung und Darstellung von Qualitätsinformationen (Informationsaggregation) und den Umgang mit qualitativen Bewertungsergebnissen des Stellungnahmeverfahrens geäußert.

Darüber hinaus wurde in der Kommentierung ein Weiterentwicklungsbedarf der Qualitätssicherungsverfahren durch die Integration zusätzlicher Qualitätsaspekte für die jeweils entsprechenden Qualitätsdimensionen (IQTIG 2021a: 165) als notwendig angesehen. Aus Sicht des IQTIG kann dies jedoch nicht Teil eines Konzepts zur Darstellung von Vergleichsdaten sein. Außerdem wurde zusätzlicher Weiterentwicklungsbedarf aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben mit dem Fokus auf vertragsärztliche Leistungen zum Ausdruck gebracht. Eine Umsetzung des entwickelten Konzepts wurde nicht beauftragt.

2 Auftrag und Auftragsverständnis

Die vorliegende Beauftragung basiert auf den Zielen der QbT-RL. Auf dieser Grundlage soll die Konzeptentwicklung, wie unter Punkt 2 der Beauftragung, folgende Punkte adressieren:

1. Durch die Bereitstellung klarer und verständlicher Vergleichsdaten wird das Ziel verfolgt, die Qualität der Versorgung transparent zu machen und zu verbessern.
2. Die Vergleichsdaten sollen Patientinnen, Patienten und Angehörige bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Ebenso soll eine unabhängige und neutrale Patientenberatung in ihrer Tätigkeit unterstützt werden.
3. Die Daten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Auswahlentscheidungen von Leistungserbringern für ihre Patientinnen und Patienten unterstützen.
4. Die öffentliche Bereitstellung dieser Daten soll Leistungserbringer dazu motivieren, ihre Qualität weiter zu verbessern.

Bei der Konzeptentwicklung sind laut Punkt 3 der Beauftragung die Vorarbeiten zum Q-Portal vom 15. November 2021 sowie die Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung des entsprechenden Abschlussberichts vom 15. Dezember 2021 zu berücksichtigen (G-BA [2022], IQTIG 2021a) (vgl. Abschnitt 1.2). Unter Berücksichtigung der oben genannten Ziele versteht das IQTIG die vorliegende Beauftragung als einen Transfer und ggf. eine Weiterentwicklung der für das Q-Portal vorgeschlagenen Aufbereitungen und Darstellungsformate (vgl. Punkt 3 der Beauftragung).

Zielgruppen, Darstellungsformate und Umsetzungsszenarien: Ausgehend von der Identifikation und Definition von Zielgruppen und der Bestimmung ihrer Nutzungskontexte soll das IQTIG ein Konzept für die Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten entwickeln. Es soll möglich sein, diese Darstellungen online zu veröffentlichen. Die auf ambulante Leistungsbringer bezogenen Vergleichsdaten aus der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung sollen gemäß den Zielen der QbT-RL für verschiedene Zielgruppen verständlich und zugänglich sein. Sie sollen außerdem unterschiedliche Nutzungskontexte berücksichtigen. Hierfür soll das IQTIG eine Übersicht über die Zielgruppen und Nutzungskontexte bereitstellen (vgl. Punkt 3a der Beauftragung). Die Darstellungsformate sollen die Anforderungen und möglichen Herausforderungen von spezifischen Zielgruppen und ihren Nutzungskontexten berücksichtigen (vgl. Punkt 3b der Beauftragung). Hierbei sind auch die Anforderungen an die Barrierefreiheit zu berücksichtigen (vgl. die Punkte 3c und 3h der Beauftragung). Das IQTIG soll Darstellungsformate zudem beispielhaft abbilden. Mögliche Umsetzungsszenarien sollen erarbeitet werden (vgl. Punkt 3f der Beauftragung). Die entsprechende Empfehlungen finden sich in den Kapiteln 6, 7 und 11.

Entwicklung von begleitenden Informationen: Entsprechend der unterschiedlichen Zielgruppen und ihrer Nutzungskontexte sollen begleitende Informationen zur Unterstützung bei der Interpretation der Vergleichsdaten bereitgestellt werden, wie in Punkt 3g der Beauftragung erläutert. Die entsprechenden Empfehlungen finden sich in den Abschnitten 9.3.7 und 11.1.

Entwicklung eines Darstellungsformats für eine Korrektur- und Kommentarfunktion: Es soll ein Darstellungsformat für Korrekturen und Kommentare, die durch Leistungserbringer vorgenommen werden können, entwickelt werden (vgl. Punkt 3e der Beauftragung). Umsetzungsszenarien sollen unter Berücksichtigung von abzubildenden Korrekturen und Kommentaren erarbeitet werden (vgl. Punkt 3f der Beauftragung). Das IQTIG versteht die Beauftragung dahingehend, dass Leistungserbringer eine Rückmeldung zu ihren Ergebnissen abgeben können. Diese sollen in einer möglichen Online-Veröffentlichung abgebildet werden. Leistungserbringer sind für die sachliche und inhaltliche Richtigkeit von Korrekturen und Kommentaren verantwortlich. Die entsprechenden Empfehlungen sind in den Abschnitten 9.3.6 und 11.1 zu finden.

Berücksichtigung methodischer und formaler Voraussetzungen: Die entwickelten Darstellungsformate sollen einen fairen Vergleich ermöglichen, Bewertungsergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach §17 DeQS-RL (falls zutreffend) integrieren und fallzahlabhängige Unsicherheiten berücksichtigen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Verhinderung der Identifikation einzelner Patientinnen und Patienten sind essenziell und daher für eine Veröffentlichung der Vergleichsdaten zu beachten (vgl. Punkte 4a bis 4d der Beauftragung). Empfehlungen zu den entsprechenden Voraussetzungen sind in Kapitel 9 und Abschnitt 11.1 zu finden.

Überprüfung der Darstellungsformate hinsichtlich Verständlichkeit und Geeignetheit: Die Darstellungsformate sollen auf Verständlichkeit und Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen, Qualitätstransparenz und Qualitätsvergleichen geprüft werden (vgl. Punkt 3c der Beauftragung). Das methodische Vorgehen, einschließlich der Operationalisierung von Verständlichkeit und Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen, ist in Abschnitt 4.1 zu finden. Die Ergebnisse der Überprüfung sind in Kapitel 10 und die kritische Reflektion der Ergebnisse ist in Abschnitt 10.3 dargestellt.

Beschreibung der Limitationen der Darstellungsformate: Limitationen, die bei der Zielerreichung und Erreichbarkeit der unterschiedlichen Zielgruppen entstehen können, sollen aufgeführt und beschrieben werden (vgl. Punkt 3d der Beauftragung). Diese sind in Abschnitt 11.3 zu finden.

Teil II: Methodisches Vorgehen

3 Orientierende Literaturrecherche

Die Literaturrecherche unterstützt bei der Identifizierung, Analyse und Beschreibung spezifischer Themen für die Konzeptentwicklung zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung der Vergleichsdaten. Ausgehend von den Erkenntnissen aus den Literaturrecherchen zum Q-Portal (IQTIG 2021a) erfolgte für die aktuelle Beauftragung eine Unterteilung der zu berücksichtigenden Zielgruppen sowie die Formulierung von Hauptfragen. Zu den Zielgruppen zählen Patientinnen, Patienten und Angehörige, Ambulante Leistungserbringer, beratende Stellen sowie öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger. Die orientierende Recherche untersuchte folgende Fragen:

- Was sind die Nutzungskontexte, in denen die o. g. Zielgruppen auf onlinebasierte Qualitätsinformationen zugreifen?
- Welche Herausforderungen haben die Zielgruppen, wenn sie online auf Qualitätsinformationen zugreifen und diese anwenden sollen?
- Wie verständlich sind Informationen aus den Qualitätsberichten bzw. darauf basierende Informationsangebote und deren Aufbereitungsformen für die Zielgruppen in Deutschland?
- Welche Präferenzen und Bedürfnisse haben die neuen Zielgruppen, wenn sie Qualitätsinformationen im Internet abrufen?

Für eine ausführliche und zielgruppenspezifische Beantwortung der Hauptfragen im Rahmen der aktuellen Beauftragung wurde ein sogenanntes *citation searching* durchgeführt. Dazu wurde zunächst die umfangreiche Literatur aus den Recherchen zum Q-Portal (IQTIG 2021a) erneut gesichtet und auf ihre Relevanz in Bezug auf die aktuelle Beauftragung und der damit einhergehenden Hauptfragen geprüft. Ausgehend von diesen Publikationen erfolgte für die aktuelle Beauftragung eine Recherche über die Funktion *similar articles* in PubMed, um weitere Publikationen zu identifizieren, die den Ausgangsartikeln thematisch ähnlich sind und sich auf den ambulanten Sektor beziehen. Weiterhin wurden mittels Google Scholar Publikationen gesichtet, die die Ausgangsartikel zitieren.

Durch *citation searching* wurden insgesamt 71 Publikationen zur Beantwortung der Hauptfragen herangezogen, diese finden sich in Kapitel 6 und 7.

4 Onlinebefragung

Gemäß Punkt I.3.c. wurde das IQTIG beauftragt, die entwickelten Darstellungsformate für leistungserbringerbezogene Vergleichsdaten zu überprüfen. Zu dem Zweck wurde eine Onlinebefragung unter Einbezug der in Kapitel 6 hergeleiteten Zielgruppen und Nutzungskontexten durchgeführt. Die zu überprüfenden Darstellungsformate umfassten drei Ebenen der Informationsaufbereitung sowie eine Vergleichsansicht (vgl. Tabelle 1). Das Darstellungsformat der Vergleichsansicht zeigte Qualitätsinformationen auf allen drei Ebenen zu drei ambulanten Leistungserbringern. Den Teilnehmenden wurden die entwickelten Darstellungsformate als Abbildungen ohne interaktive Funktionen präsentiert. Die Beschreibung aller Frageformulierungen und Antwortmöglichkeiten ist Anhang A.2 und A.3 zu entnehmen:

Tabelle 1: Dargestellte (Qualitäts-)Informationen auf den verschiedenen Ebenen der Informationsaufbereitung

Darstellungsformat	Begriff	Abgebildete Inhalte
Ebene 1	Übergeordnete Themen	Behandlungsfälle
		Gesamtindex „Qualität“
		Hygiene und Infektionen
Ebene 2	Teilindizes der Qualitätsthemen	Behandlungsergebnisse
		Abläufe vor Ort
		Kommunikation und Interaktion
Ebene 3	Aufbereitete Qualitätsindikatoren	Anhaltende Empfindungsstörung
		Behandlungsbedürftige Blutergüsse

Mithilfe der Onlinebefragung wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Sind die Darstellungsformate der drei Ebenen der Informationsaufbereitung (Ebene 1: übergeordnete Themen, Ebene 2: Teilindizes der Qualitätsthemen, Ebene 3: Aufbereitete Qualitätsindikatoren) sowie der Vergleichsansicht ausreichend verständlich für alle Zielgruppen?
- Sind die begleitenden Informationen (z. B. Informations-Icons) für alle Zielgruppen ausreichend verständlich?
- Sind die Darstellungsformate der drei Ebenen der Informationsaufbereitung sowie der Vergleichsansicht für alle Zielgruppen ausreichend geeignet, um die Auswahlentscheidung zu unterstützen?
- Wie relevant schätzen die Zielgruppen einzelne Qualitätsinformationen auf den Darstellungsformaten ein?

Die Überprüfung zielte darauf ab, Potenziale für Verbesserungen sowie Limitationen der Darstellungsformate im Hinblick auf Verständlichkeit und Geeignetheit zu identifizieren. Zudem dienen

die Ergebnisse der Onlinebefragung als Grundlage für mögliche Weiterentwicklungen und Anpassungen der Darstellungsformate entlang der zielgruppenspezifischen Anforderungen.

Vor Beginn der Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Onlinebefragung erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im November 2024 ein positives Ethikvotum. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor. Darin wurde das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Teilnahme und Durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial. Die Teilnahme an der Onlinebefragung war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten vor Teilnahme eine Datenschutz- und Einwilligungserklärung und mussten ihre Einwilligung zur Teilnahme geben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zielgruppe Patientinnen, Patienten und Angehörige sowie die ambulanten Leistungserbringer erhielten für ihre Teilnahme eine finanzielle Teilnahmevergütung im Sinne einer Aufwandsentschädigung.

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen bei der Überprüfung der entwickelten Darstellungsformate auf ihre Verständlichkeit und Geeignetheit in Form einer Onlinebefragung beschrieben.

4.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden deutschlandweit rekrutiert. Die Teilnahme an der Onlinebefragung war freiwillig. Die angestrebte Stichprobe sollte im Hinblick auf das Alter, Geschlecht und den Bildungsabschluss ausgewogen zusammengesetzt sein. Bei der Zielgruppe der ambulanten Leistungserbringer wurden Personen, die ausschließlich in einem Krankenhaus oder einer Klinik arbeiten, ausgeschlossen. Die weiteren berücksichtigten Kriterien waren:

- Volljährigkeit
- ausreichende Deutschkenntnisse
- körperlich und psychisch in der Lage, eine Onlinebefragung zu beantworten
- in den letzten drei Monaten keine Teilnahme an einer anderen Studie zu Vergleichsdaten
- der Besitz eines onlinefähigen Endgerätes (Computer, Laptop oder Tablet)

Bei der Rekrutierung der Zielgruppen Patientinnen, Patienten und Angehörige und den ambulanten Leistungserbringern wurde das IQTIG von externen Dienstleistern unterstützt. Die Rekrutierung der die Zielgruppen beratenden Stellen und öffentlicher Interessengruppen sowie politischer Entscheidungsträger erfolgte durch das IQTIG. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der Rekrutierungsstrategien, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

Rekrutierung durch das IQTIG

Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich vom 29. November 2024 bis zum 2. Februar 2025. Die Rekrutierung erfolgte über einen E-Mail-Aufruf zur Teilnahme an der Onlinebefragung und zur Weiterleitung über verschiedene Kanäle.

Gezielte Anschreiben wurden an Akteurinnen und Akteure der ärztlichen und medizinischen Selbstverwaltung, Krankenkassen, deren Verbände sowie politische Vereinigungen versandt. Die

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wurde zur Weiterleitung und Teilnahme aufgerufen. Ambulante Leistungserbringer wurden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) rekrutiert. Zusätzlich erfolgte eine direkte Kontaktaufnahme mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Länder per Telefon und E-Mail. Ergänzend wurden vereinzelt Aufrufe über deren Webseiten initiiert. Die Rücklaufquoten blieben jedoch unzureichend. Erinnerungsschreiben, verlängerte Erhebungszeiträume und bilaterale Gespräche führten nicht zu einer Verbesserung. Daher wurde ein externer Dienstleister für die Rekrutierung ambulanter Leistungserbringer eingesetzt. Zur Wahrung der Stichprobenkonsistenz wurden nur dessen eingegangene Fragebögen ausgewertet.

Um mehrfache Teilnahmen auszuschließen erforderte die Teilnahme an der Onlinebefragung eine Registrierung. Die Vorregistrierung erfolgte anhand eines Kurzfragebogens mittels der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey der Version 6.10.1. Der Kurzfragebogen kann Anhang A.1 entnommen werden.

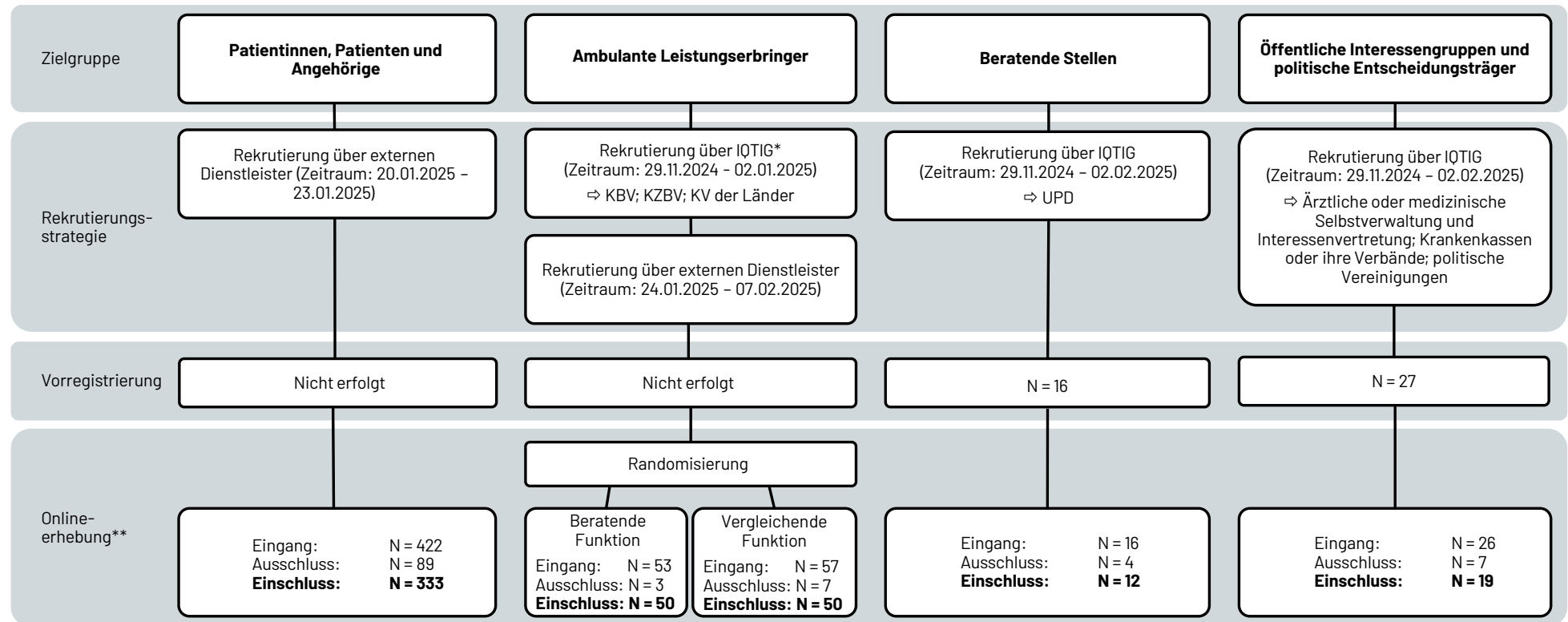


Abbildung 1: Übersicht zu Rekrutierungsstrategien sowie zur Anzahl eingegangener, ausgeschlossener und eingeschlossener Onlinefragebögen

* Aufgrund unzureichender Rücklaufquoten wurde die Rekrutierung von einem externen Dienstleister übernommen.

** Hierbei wird die Anzahl der eingegangenen ausgefüllten Fragebögen (Eingang), die davon ausgeschlossenen (Ausschluss) und eingeschlossenen (Einschluss) Fragebögen berichtet.

Eine detaillierte Darstellung der mittels der eingeschlossenen Onlinefragebögen erhobenen Beschreibungen der eingeschlossenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Zielgruppe kann Anhang A.4 entnommen werden.

4.2 Fragebogen

Zur Überprüfung der Darstellungsformate wurde ein Fragebogen mithilfe von LimeSurvey der Version 6.10.1 entwickelt. Für die Beantwortung des Onlinefragebogens wurde eine Dauer von ca. 20 Minuten angesetzt. Die Methodik, die Verständlichkeit und technische Fehler wurden durch interne Beratungen und interne Vorabtestungen geprüft.

Der Fragebogen wurde in vier zentrale Abschnitte unterteilt: (1) Merkmale zur Beschreibung der Stichprobe; (2) Angaben zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Darstellungsformate; (3) Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen und Qualitätsvergleichen sowie (4) Erfassung von relevanten (Qualitäts-)Informationen. Im Folgenden werden die Abschnitte im Einzelnen beschrieben.

Merkmale zur Beschreibung der Stichprobe

Im ersten Teil des Fragebogens wurden allgemeine demografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, schulischer Bildungsabschluss sowie Erfahrungen im Umgang mit Qualitätsinformationen erhoben. Eine Übersicht der Frageformulierungen und Antwortmöglichkeiten aus dem Fragebogen der Zielgruppe Patientinnen, Patienten und Angehörige ist Anhang A.2. zu entnehmen. Zudem wurden folgende zielgruppenspezifische Merkmale erfasst (siehe Anhang A.2 und A.3):

Patientinnen, Patienten und Angehörige

- Wohngebiet (ländliches oder städtisches Gebiet, gemischtes Gebiet)
- Erfahrung mit dem ambulanten Versorgungssystem (Häufigkeit von Arztbesuchen in den letzten 24 Monaten)

Ambulante Leistungserbringer

- Facharztrichtung
- Erfahrung als Ärztin bzw. Arzt (in Jahren)
- Primärer Tätigkeitsort
- Anzahl aktiver Überweisungen (pro Quartal)

Beratende Stellen

- Erfahrung (in Jahren)
- Erfahrung in der Funktion als Beraterin bzw. Berater (in Stunden)
- durchschnittliche Anzahl an Beratungsgesprächen (pro Woche)

Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

- Einordnung der Tätigkeitsstelle
- Erfahrung (in Jahren)

Angaben zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Darstellungsformate

Für jede Zielgruppe wurde ein spezifischer Anwendungsfall entwickelt, der einem Nutzungskontext entspricht, in dem das Online-Portal künftig bei der Auswahl eines Leistungserbringers unterstützen soll. Eine Übersicht aller Anwendungsfälle ist Anhang A.3 zu entnehmen. Beispielsweise wurden Patientinnen, Patienten und Angehörige gebeten, sich in die Situation hineinzusetzen, eine geeignete Arztpraxis für eine bevorstehende Herzkatheteruntersuchung zu suchen. Nach jedem präsentierten Darstellungsformat pro Ebene (vgl. Tabelle 1) wurden die Teilnehmenden um ihre Einschätzung in Bezug auf die selbsteingeschätzte Verständlichkeit gebeten:

- Zunächst beurteilten die Teilnehmenden, wie verständlich sie die dargestellten Qualitätsinformationen auf einer Skala von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) einstufen.
- Im nächsten Schritt gaben die Teilnehmenden an, inwieweit das präsentierte Darstellungsformat für die Beurteilung der einzeln dargestellten Qualitätsinformationen hilfreich ist. Die Antwort erfolgte auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu).
- Anschließend bewerteten sie, wie hilfreich sie die Inhalte der Informations-Icons einstufen. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich).
- Falls eine oder mehrere begleitende Informationen als wenig hilfreich oder unverständlich bewertet wurden (Werte kleiner/gleich 3), folgte eine Abfrage der möglichen Gründe. Dabei konnten die Teilnehmenden angeben, ob die Verständlichkeit durch zu viele Fachbegriffe, eine unzureichende Erklärung, einen unangemessenen Textumfang oder fehlende Hintergrundinformationen beeinträchtigt wurde. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, weitere Gründe in einem offenen Textfeld anzugeben.
- Zum Abschluss beurteilten die Teilnehmenden die Verständlichkeit der gesamten Darstellung anhand einer Skala von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich).

Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidung und Qualitätsvergleichen

Der Fragebogen untersuchte zudem, wie hilfreich die Darstellungsformate für die Wahl einer Arztpraxis sind. Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich in eine Entscheidungssituation hinein zu versetzen. Die Darstellungsformate bildeten Leistungserbringer ab, die sich in den Qualitätsinformationen Gesamtindex „Qualität“, Teilindizes und aufgearbeitete Qualitätsindikatoren unterschieden. Für die Auswahlentscheidung auf Ebene 1 erhielten Patientinnen, Patienten und Angehörige folgenden Anwendungsfall (siehe Anhang A.2.4):

„Für Ihre geplante Herzkatheteruntersuchung können Sie zwischen drei Arztpraxen in Ihrer Umgebung wählen. Die Praxen unterscheiden sich hinsichtlich des Merkmals [übergeordnetes Thema] 'Qualität' (rot gestrichelte Umrandung). In der Darstellung sehen Sie die drei Arztpraxen.“

- Zunächst sollten die Teilnehmenden die Praxis mit der besten Bewertung auswählen. Falls sie keine Entscheidung treffen konnten, wurden sie gebeten, die Gründe dafür anzugeben. Dabei konnten sie auswählen, ob die Begriffe unverständlich waren, die Informationen unzureichend

oder zu umfangreich erschienen oder ob die Darstellung unübersichtlich war. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, einen weiteren Grund in einem offenen Textfeld anzugeben.

- Teilnehmende, die sich für eine Praxis entschieden, sollten im nächsten Schritt angeben, wie leicht oder schwer ihnen die Entscheidung fiel. Wer die Entscheidung als schwierig empfand, konnte spezifische Gründe nennen, beispielsweise unverständliche Begriffe oder eine unübersichtliche Darstellung. Wer die Entscheidung als leicht einschätzte, konnte angeben, welche Faktoren dabei halfen, sie zu treffen, etwa verständliche Begriffe oder eine klare Struktur der Informationen.
- Abschließend wurde erhoben, ob die Teilnehmenden sich vorstellen könnten, eine solche Darstellung im Alltag zu nutzen, um eine geeignete Arztpraxis zu finden. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu).

Erfassung der Relevanz einzelner (Qualitäts-)Informationen

Abschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, auf einer Skala von 1 (nicht wichtig) bis 5 (wichtig) die Relevanz einzelner (Qualitäts-)Informationen einzuschätzen. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, weitere (Qualitäts-)Informationen in einem offenen Textfeld anzugeben. Die Auflistung aller Items und Antwortmöglichkeiten ist Anhang A.2.10 zu entnehmen.

4.3 Datenauswertung

Die Daten wurden vor der Auswertung bereinigt. In die Analyse wurden ausschließlich Fälle mit einem vollständig ausgefüllte Fragebögen einbezogen, um eine konsistente Datenbasis zu gewährleisten (listenweiser Ausschluss). Darüber hinaus wurde eine Mindestbearbeitungsdauer von 7,5 Minuten aufgrund der Vorabtestungen als Plausibilitätskriterium definiert, um sicherzustellen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Fragebogen mit der erforderlichen Sorgfalt bearbeitet haben. Für die Analysen wurde eine Software für die statistische Datenanalyse verwendet (IBM SPSS Statistics 24). Die Zielgruppen wurden anhand der soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand) sowie den zielgruppenspezifischen Merkmalen beschrieben. Das IQTIG berechnete deskriptive Statistiken, einschließlich Häufigkeitsverteilungen sowie Mittelwerte und Standardabweichungen für die erfassten Variablen innerhalb der jeweiligen Zielgruppen. Ab Mittelwerten von 3,5 auf den Skalen von 1 bis 5 wurden die Bewertungen als verständlich und geeignet definiert. Für die Auswahlentscheidung wurde ausgewertet, wie viel Prozent der Stichprobe sich anhand der aufgeführten Beispielpraxen jeweils für die Praxis mit der höchsten Bewertung entschieden haben. Für das Darstellen der Zielgruppenunterschiede wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen mithilfe von Microsoft Excel als Balkendiagramm abgebildet.

5 Beteiligung externer Expertise

Gemäß seinen Methodischen Grundlagen (IQTIG 2024b) hat das IQTIG während der Entwicklung des Konzeptes im Rahmen der aktuellen Beauftragung externe Expertise hinzugezogen. Dies wurde zum einen durch ein beratendes Expertengremium umgesetzt. Zum anderen führte das IQTIG ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137 a Abs. 7 SGB V durch.

5.1 Expertengremium

Das Expertengremium hatte die Aufgabe, das IQTIG im Hinblick auf die Verständlichkeit und Eignetheit der vom IQTIG entwickelten Darstellungsformate für die identifizierten Zielgruppen und deren Nutzungskontexte (vgl. Kapitel 6) zu beraten. Die Einbindung der Expertinnen und Experten diente dazu, die inhaltliche, wissenschaftliche und praktische Validität der entwickelten Darstellungsformate im Hinblick auf die Zielgruppen und deren Nutzungskontexte zu erhöhen.

Bei der Beratung waren folgende Fragen leitend:

- Wie beurteilen Sie die Darstellungsformate für die jeweilige Zielgruppe sowie deren Nutzungskontext?
- Inwieweit unterstützen die Darstellungsformate bei der Auswahl eines Leistungserbringers und bei Qualitätsvergleichen?

Auswahl der Expertinnen und Experten

Das IQTIG kontaktierte insgesamt 28 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Verbände, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autorinnen und Autoren einschlägiger Fachliteratur), um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen bzw. den Aufruf zur Weiterleitung zu verbreiten. Die Registrierung war vom 29. Oktober 2024 bis zum 8. November 2024 möglich.

Die Expertinnen und Experten sollten dabei folgende Anforderungen erfüllen:

Wissenschaftliche Expertinnen und Experten

- Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit besonderer Expertise in der Auseinandersetzung mit Fragen der Qualitätsmessung und des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen
- Fachexpertinnen und -experten aus den übergeordneten Versorgungs- und Wissenschaftskontexten der Entwicklung von Onlineformaten für Qualitätsinformationen über Leistungserbringer (z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung, Public Health)
- Fachexpertinnen und -experten aus dem Bereich Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten (insbesondere basierend auf Daten der externen Qualitätssicherung), *public reporting*
- Fachexpertinnen und -experten aus dem Bereich Kommunikation gesundheitsrelevanter Informationen für Patientinnen und Patienten sowie evidenzbasierte Patienten-/Verbraucherinformation zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und Beurteilung in gesundheitlichen Kontexten

Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung im ambulanten Bereich

- Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens
- Expertinnen und Experten mit praktischen Erfahrungen im Bereich der Information oder Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen zur Auswahl eines Leistungserbringers oder zur Förderung von Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten
- Gegebenenfalls Expertinnen und Experten mit Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung)

Expertinnen und Experten der Patientenvertretung

- Patientenvertreterin oder Patientenvertreter einer Patienten- oder Verbraucherschutzorganisation als Gruppe derer, an die sich die entwickelten Darstellungsformate richten

Durch diese Hintergründe und Erfahrungen sollten die Expertinnen und Experten eine möglichst hohe relevante fachliche Kompetenz einbringen. Für die Auswahl wurden folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- Formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenkonflikte
- Inhaltlich: Erfüllung der genannten Anforderungen
- Ausgewogenheit und Heterogenität des Gremiums in Bezug auf
 - das Geschlecht,
 - die beteiligten Professionen bei Expertinnen und Experten in der Patienteninformation oder -beratung und wissenschaftliche Expertinnen und Experten,
 - die Schwerpunkte der zugrunde liegenden Expertise sowie
 - die Erfahrung mit der Kommunikation gesundheitsrelevanter Informationen für Patientinnen und Patienten.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte unter Berücksichtigung der genannten Anforderungen und Kriterien durch das IQTIG. Die Auswahlkriterien zielen sowohl auf die oben genannten persönlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber als auch auf eine ausgewogene und heterogene Zusammensetzung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen geachtet. Ein Ausschluss von Expertinnen und Experten erfolgte beim Vorliegen unvollständiger Unterlagen oder relevanter Interessenkonflikte (IQTIG 2024b). Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte durch eine Interessenkonfliktkommission (IQTIG 2024b). Insgesamt wurden 20 Expertinnen und Experten für die Teilnahme am Expertengremium ausgewählt. Eine detaillierte Auflistung ist in Anhang B.1 zu finden.

Die Beratung durch das Expertengremium folgte einem mehrstufigen Verfahren:

- Online-Vorabbefragung anhand aktueller und zu beratender Entwicklungsergebnisse
- Sichtung Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“
- Abgabe von Kurzstatements von Expertinnen und Experten zu den entwickelten Darstellungsformaten

- Durchführung eines Expertenworkshops

Die Ergebnisse der Vorabbefragung und die eingegangenen Einschätzungen wurden vom IQTIG aufbereitet und dienten als Moderationsinstrument für den Expertenworkshop, der am 13. Januar 2025 virtuell stattfand. Nach einer ausführlichen Diskussion zur Verständlichkeit und Geeignetheit der Darstellungsformate wurden die zentralen Punkte festgehalten. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Darstellungsformate einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den Darstellungsformaten der einzelnen Ebenen bezogen auf die jeweilige Zielgruppe und deren Nutzungskontext durch das Expertengremium ist Anhang B.2 zu entnehmen.

5.2 Beteiligungsverfahren

Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V wurden im Rahmen der Bearbeitung der aktuellen Beauftragung verschiedene Institutionen und Fachgesellschaften des Gesundheitswesens sowie Trägerorganisationen des G-BA beteiligt. Das IQTIG führte ein mehrstufiges Verfahren durch.

Die Registrierung der zu beteiligenden Organisationen war vom 31. Oktober bis zum 27. November 2024 möglich. Zur Vorbereitung erhielten die teilnehmenden Institutionen die Möglichkeit, an einer Vorabbefragung teilzunehmen, analog zum Vorgehen im Expertengremium. Der Fokus lag auf der Frage, wie verständlich die Darstellungsformate für die Zielgruppe der öffentlichen Interessengruppen und politischen Entscheidungsträger sind und inwieweit sie geeignet sind, um einen Leistungsbringer auszuwählen bzw. die Qualität transparent zu machen sowie Qualitätsvergleiche vorzunehmen.

Darüber hinaus erhielten die teilnehmenden Organisationen am 16. Dezember 2024 den Abschlussbericht „Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten“, in dem die Identifikation der Zielgruppen und deren Nutzungskontexte sowie die Entwicklung der Darstellungsformate dargelegt sind. Die Organisationen wurden darum gebeten, ein zusammenfassendes Statement von max. 800 Wörtern zu den bisherigen Entwicklungsergebnissen zu den Zielgruppen, Nutzungskontexten und Darstellungsformaten abzugeben. Die Frist für die Abgabe endete am 5. Januar 2025. Insgesamt sind fünf Statements fristgerecht eingegangen. Die eingegangenen Statements wurden gesichtet, fachlich geprüft und der Abschlussbericht wurde auf Basis der Statements überarbeitet.

Am 20. Januar 2025 fand der Beteiligungsworkshop virtuell statt. Schwerpunkt des Beteiligungsworkshops war die Verständlichkeit und Geeignetheit der Darstellungsformate. Es nahmen elf Personen für die folgenden sechs zu beteiligenden Institutionen teil:

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (hat auf ein Statement verzichtet)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- Maßgebliche Patientenverbände nach §140 f SGB V (PatV)

Das IQTIG hat alle schriftlichen und mündlichen Hinweise und Anregungen dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung der Darstellungsformate für Vergleichsdaten ergeben. In einem dem vorliegenden Abschlussbericht zugehörigen Würdigungsdokument sind die zentralen Themen der Organisationen aus dem Beteiligungsverfahren zusammenfassend dargestellt. Es wird zudem erläutert, wie das IQTIG mit den Hinweisen umgegangen ist. Gleichzeitig werden Aussagen der Expertinnen und Experten aus dem Workshop, der am 13. Januar 2025 stattfand, zusammenfassend tabellarisch dargestellt. Hinweise, die sich nicht direkt auf den Abschlussbericht vom 28. März 2024 bzw. der Überprüfung der Darstellungsformate beziehen, wurden dabei nicht berücksichtigt.

Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen

6 Identifikation von Zielgruppen und deren Nutzungskontexten

Entsprechend der Ziele der QbT-RL sollen leistungserbringerbezogene Vergleichsdaten aus der ambulanten Versorgung für verschiedene Zielgruppen verständlich und zugänglich gemacht werden. Grundlage für die identifizierten Zielgruppen und Nutzungskontexte sind die gewonnenen Erkenntnisse aus der orientierenden Literaturrecherche (vgl. Kapitel 3). Im Folgenden werden die identifizierten Zielgruppen und Nutzungskontexte nach ihrer jeweiligen Rolle im Versorgungsgeschehen betrachtet (vgl. Tabelle 2). Das Auffinden von Qualitätsinformationen sowie der Vergleich von unterschiedlichen Leistungserbringern werden als Nutzungskontexte von Vergleichsdaten betrachtet, die für alle Zielgruppen von Bedeutung sind. Darüber hinaus bestehen in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe spezifischere Nutzungskontexte, welche in den folgenden Abschnitten beschrieben werden. Kapitel 6 beschreibt die Anforderungen und mögliche Herausforderungen in den jeweiligen Nutzungskontexten.

Tabelle 2: Übersicht der Zielgruppen und zugehörigen Nutzungskontexte

Zielgruppen	Nutzungskontexte			
	Aktive Leistungserbringerwahl	Absichern der Leistungserbringerwahl	Beratung	Qualitätsförderung
Patientinnen, Patienten und Angehörige	x	x	x	
Ambulante Leistungserbringer			x	x
Beratende Stellen			x	
Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger				x

6.1 Patientinnen, Patienten und Angehörige

Die Zielgruppe Patientinnen, Patienten und Angehörige⁷ wurde im Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal ausführlich beschrieben. Im Folgenden wird auf wesentliche und ergänzende Merkmale der Zielgruppe eingegangen. Weitere Informationen sind Abschnitt 10.2 des Abschlussberichts zum Q-Portal zu entnehmen (IQTIG 2021a).

Patientinnen und Patienten sind die Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsversorgung. Sie befinden sich aufgrund einer Erkrankung oder einer anstehenden Behandlung in einer vulnerablen Situation und haben einen hohen Bedarf an Qualitätsinformationen (Horch 2021). Mehr als ein Drittel der Befragten (37,2 %) einer Studie des Robert Koch-Instituts (RKI 2019) gaben an, dass sie sich hinsichtlich der Qualität von Ärztinnen und Ärzten eher schlecht informiert fühlen. Patientinnen und Patienten stellen eine heterogene Zielgruppe dar. Die Heterogenität der Zielgruppe entsteht durch die Vielfalt an Voraussetzungen und Merkmalen bei der Nutzung von Vergleichsdaten. Auch in ihrer Internetnutzung zeigen sich Unterschiede. Für bestimmte Teilzielgruppen könnte daher eine spezifische Anpassung der Vergleichsübersichten erforderlich sein. Im Rahmen der Entwicklung des Konzepts zum Q-Portal wurden beispielsweise Schwangere, onkologische Patientinnen und Patienten sowie Eltern kranker Kinder als spezielle Teilzielgruppen identifiziert. Für Patientinnen, Patienten und Angehörige konnten die Nutzungskontexte „Auswahlentscheidung“, „Absichern einer Entscheidung“ und „Unterstützung und Beratung durch Angehörige/Außenstehende“ identifiziert werden. Letzteres bezieht sich dabei ausschließlich auf Angehörige oder Außenstehende, die Patientinnen und Patienten bei ihrer Entscheidung unterstützen.

Aktive Leistungserbringerwahl

Im Nutzungskontext der aktiven Leistungserbringerwahl sind sich Patientinnen und Patienten der Qualitätsunterschiede und verschiedenen Versorgungsschwerpunkte von Krankenhäusern, Praxen oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) teilweise bewusst (Prang et al. 2021). Im Krankheitsfall befassen sie sich häufig intensiv mit der Wahl eines geeigneten Leistungserbringers und nutzen dafür z. B. das Internet, um auf Qualitätsinformationen zurückzugreifen. Die Situation der Patientinnen und Patienten, die z. B. vor einem Krankenhausaufenthalt stehen, ist oftmals von Unsicherheit, Angst und Stress geprägt (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.3.1). Für die Auswahlentscheidung werden in einem iterativen Informations- und Entscheidungsprozess von Patientinnen und Patienten verschiedene Informationsquellen hinzugezogen (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.3). Dazu nutzen sie die Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte, Mitglieder nicht ärztlicher Heilberufe, Erfahrungsberichte anderer Betroffener, die eigene Erfahrung und – mit (bis-

⁷ Zur Zielgruppe der Patientinnen, Patienten und Angehörigen werden auch gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer gezählt. Zur besseren Lesbarkeit werden Angehörige und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer im Folgenden nicht jedes Mal mit angeführt. Sie gehören jedoch gleichermaßen zur Gruppe der Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

lang) eher geringerer Bedeutung – auch das Internet (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.3.2.1). Informationspräferenzen werden in Abhängigkeit von den persönlichen Erfahrungen herausgebildet (Fasolo et al. 2010, Victoor et al. 2012).

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 die sie ihre Krankenhauswahl stützen, sondern entwickeln diese in dem Moment, in dem sie danach gefragt werden (Hibbard et al. 2002, Slovic 1995). Shaller et al. (2014) beschreiben vier Entscheidungssituationen, in denen Personen der Öffentlichkeit eher dazu geneigt sind, für ihre Auswahlentscheidung auf Qualitätsinformationen zuzugreifen:

- Bevorstehende kurzzeitige (elektive) Behandlungen
- Äußere Veränderung, wie bspw. ein Wohnortwechsel
- Chronische Erkrankung der Patientinnen und Patienten
- Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leistungserbringer

Auf die vier Entscheidungssituationen wird nachfolgend näher eingegangen. Ergänzend führen Bhandari et al. (2019) an, dass die Bedeutsamkeit von Vergleichsdaten auch dann zunimmt, wenn Patientinnen und Patienten über eine große Auswahl an potenziellen Leistungserbringern verfügen sowie ein Bewusstsein für Qualitätsunterschiede in der Versorgung haben.

Bevorstehende kurzzeitige (elektive) Behandlungen

Betroffene, die kurzzeitige medizinische Behandlungen oder Dienstleistungen suchen, haben möglicherweise keine langjährige Beziehung zu einem bestimmten Leistungserbringer und sind aktiv auf der Suche nach einer geeigneten Option für ihre aktuellen medizinischen Bedürfnisse. Da elektive Behandlungen im Vorfeld geplant werden können, haben Betroffene die Möglichkeit, einen passenden Leistungserbringer auszuwählen. Diese Entscheidungssituation kann je nach Behandlung von Zeitdruck und psychischer Belastung geprägt sein.

Äußere Veränderung

In dieser Situation sind die Betroffenen aufgrund eines externen Ereignisses gezwungen, einen neuen Leistungserbringer zu suchen. Dies kann z. B. durch einen Umzug oder die Schließung des derzeitigen Leistungserbringers verursacht werden.

Chronische Erkrankung der Patientinnen und Patienten

Chronische Erkrankungen sind mit erheblichen und andauernden Gesundheitsproblemen verbunden (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.4.1.4). Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen benötigen eine kontinuierliche und spezialisierte medizinische Versorgung. Die Wahl des Leistungserbringers ist für sie deshalb von besonderer Bedeutung und entscheidend für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung.

Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leistungserbringer

Sind Patientinnen und Patienten derzeit oder in der Vergangenheit mit der Versorgungsqualität eines bestimmten Leistungserbringers unzufrieden, werden sie infolgedessen möglicherweise den Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer erwägen.

Absichern der Leistungserbringerwahl

Im Nutzungskontext „Absichern einer Leistungserbringerwahl“ informieren sich Patientinnen und Patienten zum bereits ausgewählten Leistungserbringer, um weitere Informationen zu erhalten oder ihre Entscheidung, auch im direkten Vergleich, abzusichern. Hierfür nutzen sie Qualitätsinformationen. Weiterhin können sich Angehörige oder Außenstehende von Betroffenen anhand von Qualitätsinformationen beispielsweise vergewissern, dass diese sich in eine Einrichtung mit hoher Versorgungsqualität begeben oder Unterstützung bei der Auswahl anbieten.

Unterstützung und Beratung durch Angehörige/Außenstehende

Die Beratung durch Angehörige oder Außenstehende ist eine wichtige Unterstützung für Patientinnen und Patienten, z. B. bei einem bevorstehenden Eingriff. Dies kann in ganz unterschiedlichen Situationen eintreten, bspw. bei Eltern erkrankter Kinder oder z. B. auch bei betagteren Patientinnen und Patienten, die sich von der Komplexität der Entscheidung überfordert fühlen. Angehörige bzw. Außenstehende können dann auf Vergleichsdaten und Strukturinformationen zugreifen, um eine Einrichtung zu wählen, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechen (IQTiG 2021a, Abschnitt 10.5).

6.2 Ambulante Leistungserbringer

Ambulante Leistungserbringer stellen eine zentrale Zielgruppe von Vergleichsdaten dar (vgl. Kapitel 1). Diese Zielgruppe umfasst Ärztinnen und Ärzte (Haus-, Zahn- und Fachärztinnen und -ärzte), die ambulante Leistungen zu einem bestimmten Versorgungsanlass erbringen (Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, MVZ, Praxen). Im Rahmen dieses Berichts sind nur Leistungserbringer gemeint, die zu der definierten Datengrundlage von Vergleichsdaten beitragen.⁸

An der vertragsärztlichen Versorgung waren im Jahr 2023 nach Statistik des Bundesarztregisters 153.726 Ärztinnen und Ärzte tätig (KBV 2025a). Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Arztgruppen. Die hausärztlichen Fachgruppen machen dabei mit 55.327 Personen die größte Gruppe aus. Das Durchschnittsalter der Vertragsärztinnen und -ärzte in Deutschland lag im Jahr 2023 bei 54,1 Jahren (KBV 2025b). Besonders in der hausärztlichen Versorgung ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 36,9 % überdurchschnittlich hoch, während die Altersstruktur in der Kinder- und Jugendmedizin deutlich jünger ist – hier sind 27,2 % der Fachkräfte 60 Jahre oder älter (KBV 2025b).

⁸ Hierunter fallen nur Leistungserbringer, welche Daten gemäß den Richtlinien des G-BA für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung erheben.

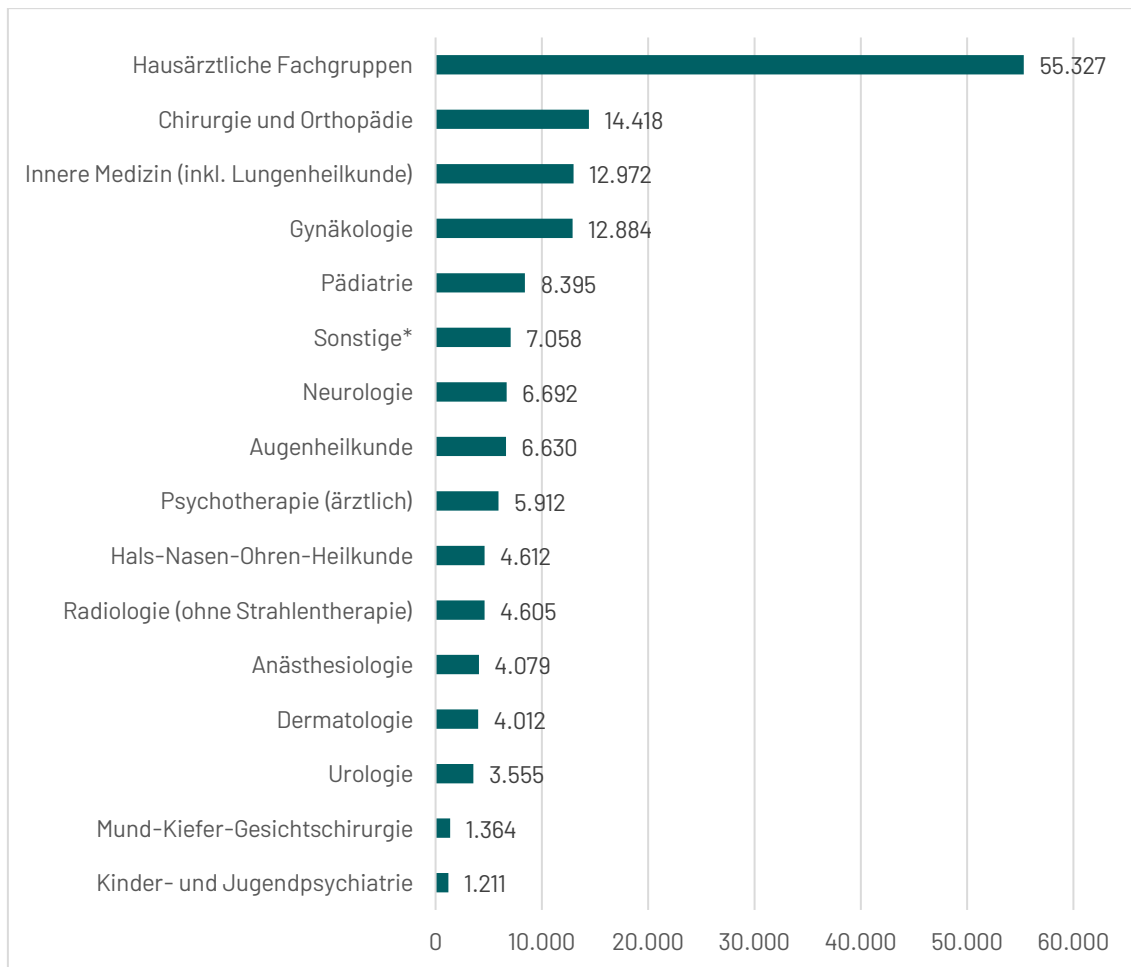


Abbildung 2: Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte in den Arztgruppen im Jahr 2023 (KBV 2025b)

* Sonstige: Gesonderte fachärztliche Versorgung und übrige Arztgruppen

Die Anzahl der Praxen in Deutschland, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, war in den vergangenen zehn Jahren rückläufig. Einzelpraxen sind derzeit zwar noch immer die am stärksten vertretene Praxisform, allerdings hat ihre Anzahl innerhalb der letzten zehn Jahre überproportional abgenommen. Der Rückgang bei hausärztlichen Praxen fiel stärker aus als bei fachärztlichen. Seit der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2004 hat die Zahl dieser Einrichtungen stetig zugenommen. MVZ machten im Jahr 2023 mehr als 4 % aller Praxen bzw. Einrichtungen aus. Abbildung 3 zeigt die Anzahl der Praxen nach Praxisart im Jahr 2023. Nicht aufgelistet wurden psychologische psychotherapeutische Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie gemischte ärztlich-psychologische psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ tätig waren, stieg stärker an, als in Einzelpraxen. Im Jahr 2023 arbeiteten rund 47 % aller Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb kooperativer Strukturen. Besonders hoch ist dieser Anteil in den Fachbereichen Radiologie (93 %), gesonderte fachärztliche Versorgung (85 %) und Innere Medizin (76 %).

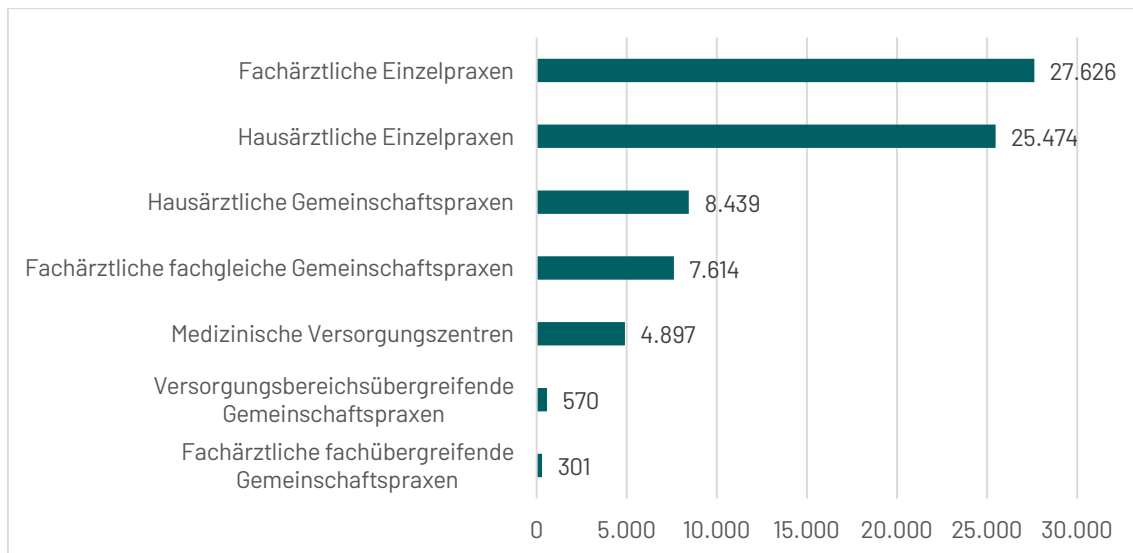


Abbildung 3: Anzahl der Praxen nach Einrichtungsart im Jahr 2023 (KBV 2025a)

Im Jahr 2023 haben insgesamt 44.052 Vertragszahnärztinnen und -ärzte an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen (KZBV 2024). Davon waren 2.844 Vertragszahnärztinnen und -ärzte nur für Kieferorthopädie zugelassen (KZBV 2024). Der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland ist bei einer abnehmenden Anzahl an Vertragszahnärztinnen und -ärzten relativ konstant geblieben, da die Anzahl aller angestellten Zahnärztinnen und -ärzte gestiegen ist (KZBV 2024). Die Gesamtzahl der Vertragszahnärztinnen und -ärzte sowie aller angestellten Zahnärztinnen und -ärzte in Praxen oder in MVZ lag 2023 bei 62.869 (+ 0,2 % gegenüber 2022) (KZBV 2024).

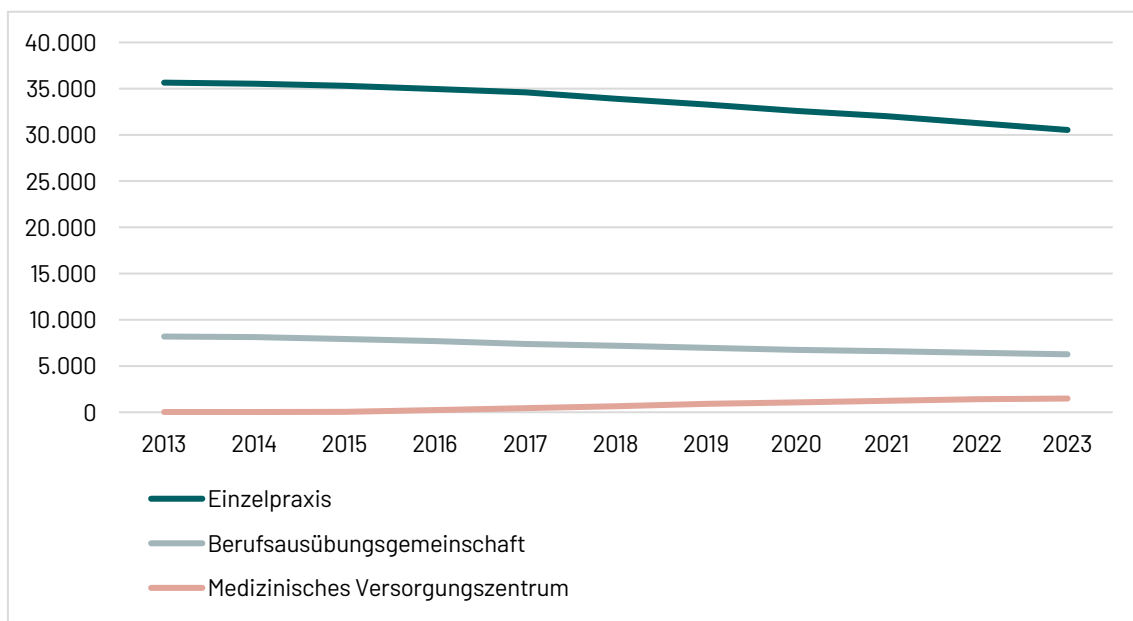


Abbildung 4: Anzahl der zahnärztlichen Einrichtungen von 2013 bis 2023 (KZBV 2024)

Wie in Abbildung 4 dargestellt, verteilten sich die zahnärztlichen Einrichtungen im Jahr 2023 auf 30.531 Einzelpraxen (79,8 %), 6.268 Berufsausübungsgemeinschaften (16,4 %) und 1.483 MVZ (3,9 %) (KZBV 2024). Die Behandlerzahl je zahnärztlicher Einrichtung lag im Jahr 2023 bei durchschnittlich 1,64 (+ 17,99 % gegenüber 2013) (KZBV 2024). Seit Jahren ist ein kontinuierlicher Rückgang der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zu verzeichnen, während die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ stetig zunehmen (+ 5,55 % gegenüber 2022) (KZBV 2024). Dies ist seit dem 2015 geltenden Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) und den damit einhergehenden geänderten Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beobachten (KZBV 2024). Das Durchschnittsalter der Vertrags- und angestellten Zahnärztinnen und -ärzten in Deutschland liegt im Jahr 2023 bei 50,5 Jahren (KZBV 2024).

Beratendes Arztgespräch

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte stellen eine wichtige Schnittstelle zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten dar. Sie beraten Patientinnen und Patienten im Behandlungsgespräch oder stellen zur weiterführenden Behandlung bei einem geeigneten Leistungserbringer einen Überweisungsschein aus. Damit nimmt die Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte für die Patientinnen und Patienten in vielen Fällen eine Schlüsselposition bei der Auswahlentscheidung für einen Leistungserbringer ein. Patientinnen und Patienten nutzen die Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte als Informationsquelle und überlassen ihnen teilweise die Entscheidung für einen Leistungserbringer (Birk und Henriksen 2012, de Crupé und Geraedts 2017, Robinowitz und Dudley 2006, Schwartz et al. 2005, Victoor et al. 2012). Ärztinnen und Ärzte können dann ihre Patientinnen und Patienten über die Qualitätsunterschiede in der Versorgung informieren und gemeinsam eine Einrichtung identifizieren, die den Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten entspricht (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.5). Gemäß § 1 Abs. 2 QbT-RL sollen die überweisenden Ärztinnen und Ärzte durch die öffentliche Berichterstattung von leistungserbringerbezogenen Vergleichsdaten bei der Auswahlentscheidung für Leistungserbringer unterstützt werden. Dazu eignen sich neben den Vergleichsdaten auch andere Qualitätsinformationen wie Strukturinformationen.

Es ist denkbar, dass sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Zeitmangel bereits im Vorfeld informieren, welcher Leistungserbringer für bestimmte Behandlungen die am qualitativ hochwertigsten Leistungen erbringt bzw. entsprechende Anforderungen erfüllt. Die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit der Informationsnutzung einer onlinebasierten Darstellung von Vergleichsdaten würde es Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, flexibel auf die Bedürfnisse und Fragen ihrer Patientinnen und Patienten einzugehen und den für sie geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Auch sie haben den Bedarf, möglichst schnell und einfach zu interpretierende Informationen zu erhalten.

Qualitätsförderung durch Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine onlinebasierte Qualitätsberichterstattung und in Anlehnung an die Ziele aus der DeQS-RL (G-BA 2023b) ist die Verbesserung der Versorgungsqualität ein weiteres Ziel der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen. Gemäß Teil 1 §1 Abs. 2 Satz 3 DeQS-RL sollen „valide und

vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“ sowie „Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale“ gewonnen werden können. In neun europäischen Ländern wird beispielsweise für die Bewertung der Qualität des Managements in der Allgemeinmedizin ein entwickeltes Set von validen Indikatoren eingesetzt. Diese Indikatoren konnten im Rahmen einer Studie trotz der Unterschiede in den Gesundheitssystemen und Kulturen aus Befragungen von Allgemeinmedizinern aus sechs Ländern entwickelt werden (Engels et al. 2005).

Für Leistungserbringer ist gemäß Teil 1 §18 DeQS-RL die jährliche Übermittlung einer Gesamtauswertung (Rückmeldeberichte) vorgesehen. Dabei werden Indikator- und Kennzahlergebnisse zurückgemeldet, wodurch Leistungserbringer ihre eigene Versorgungsqualität einschätzen und Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität eigenständig umsetzen können. Darüber hinaus zeigt sich, dass *public reporting* ein zusätzlicher Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann (Oakley und Clarke 2007). Dementsprechend ist ein Ziel der QbT-RL die Motivation der Leistungserbringer zu weiteren Qualitätsverbesserungen durch Veröffentlichung der leistungserbringerbezogenen Vergleichsdaten (§ 1 Abs. 2 QbT-RL). Dies wird auch als Benchmarking bezeichnet, welches in internes und externes Benchmarking unterteilt werden kann. Beim internen Benchmarking vergleicht sich der Leistungserbringer mit sich selbst bspw. in Bezug auf vergangene Qualitätsberichte oder verschiedene Qualitätssicherungsverfahren. Beim externen Benchmarking vergleichen Leistungserbringer sich mit anderen Leistungserbringern oder dem Bundes- bzw. dem Landesdurchschnitt. Bei beiden Arten des Benchmarkings können so die Wirkung bereits eingeleiteter Maßnahmen überprüft, Ursachen für eine Qualitätsverschlechterung erörtert und im Zuge dessen neue Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Die Ergebnisse eines systematischen Reviews konnten zeigen, dass Benchmarking im Gesundheitswesen Qualitätsverbesserungen fördern kann (Willmington et al. 2022). In diesem Zusammenhang können auch ergänzende Maßnahmen die Qualitätsverbesserung verstärken. Die Maßnahmen reichten dabei von gemeinsamen Treffen unter den Teilnehmenden bis hin zu Plänen zur Qualitätsverbesserung und zu finanziellen Anreizen (Willmington et al. 2022).

Darüber hinaus sind alle an der stationären, vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM-RL)⁹ beschreibt Qualitätsmanagement als „die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten [...], mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll“. Dazu sind „Erkenntnisse aus und Ergeb-

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 17. Dezember 2015, zuletzt geändert am 18. Januar 2024, in Kraft getreten am 20. April 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87> (abgerufen am: 07.03.2025).

nisse von interner und externer Qualitätssicherung [...] in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einzubinden“. Demnach sieht die QM-RL vor, dass Leistungserbringer Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung nutzen, um ihre Qualität zu fördern.

6.3 Beratende Stellen

Neben den Ärztinnen und Ärzten gibt es für Betroffene weitere Möglichkeiten, sich bei der Wahl eines Leistungserbringers beraten zu lassen. Der Nutzungskontext für die beratenden Stellen sind Beratungsgespräche.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Die UPD berät in Deutschland Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen unabhängig, qualitätsgesichert, verständlich und kostenfrei.¹⁰ Darunter fällt auch die Aufgabe, Patientinnen und Patienten bei der Krankenhaussuche und -auswahl zu beraten. Patientinnen und Patienten können die UPD auf den gängigen Kommunikationskanälen kontaktieren (z. B. per Telefon oder E-Mail).

Die UPD hat im Jahr 2022 etwa 124.000 Beratungen dokumentiert. Davon wurden bei etwa 5.500 Beratungen Patientinnen und Patienten bei ihrer Leistungserbringersuche unterstützt. Die Zahl ist im Vergleich zum Vorjahr um 1.500 Beratungen gestiegen, was darauf hindeutet, dass die Bedeutung dieses Themengebiets weiterhin zunimmt (UPD 2023). Im Jahr 2023 wurden lediglich Beratungen der Monate von Januar bis April ausgewertet (UPD 2023). Da es sich um einen gekürzten Beobachtungszeitraum handelt, ist die Vergleichbarkeit der Daten zu den Jahren zuvor eingeschränkt und wird daher nicht berichtet. Die Beraterinnen und Berater zeigen Ratsuchenden, wie sie nach geeigneten Anlaufstellen recherchieren können und erläutern Aussagekraft, Nutzen und Einschränkungen unterschiedlicher Suchmöglichkeiten. Derzeit nutzen sie dabei nach Möglichkeit qualitätsgesicherte, umfassende Suchportale wie die Weisse Liste¹¹, das Nationale Gesundheitsportal <https://gesund.bund.de/> Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und der berufsständischen Kammern (UPD 2023). In diesem Nutzungskontext informiert die UPD Ratsuchende bei der Leistungserbringersuche, indem sie auf entsprechende Angebote hinweist, die auf Vergleichsdaten zurückgreifen.

Selbsthilfe

Die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie den weiteren nach § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen sind ebenfalls Zielgruppen für die Nutzung von Vergleichsdaten. Auf der Website der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung der Selbsthilfe (NAKOS) sind Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen, wie z. B. der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. oder der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) aufgelistet (NAKOS 2024).

¹⁰ Website der Stiftung UPD. URL: <https://patientenberatung.de/> (abgerufen am 14.02.2025).

¹¹ Die unabhängige Krankenhaussuche der Weissen Liste wurde Ende März 2024 eingestellt.

6.4 Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger umfassen als Zielgruppe alle Akteure, die an der Umsetzung, Gestaltung und Regulierung der Gesundheits- und Versorgungspolitik in Deutschland beteiligt sind. Die Arbeit von politischen Entscheidungsträgern und Institutionen hat direkte Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Zu ihnen zählen insbesondere der Bundestag, der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit und der G-BA. Dementsprechend gehören auch die Trägerorganisationen des G-BA zur Zielgruppe: die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).

Qualitätsförderung durch öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

Vergleichsdaten werden von öffentlichen Interessengruppen und politischen Entscheidungsträgern genutzt, um einen Überblick über die Gesundheitsversorgung zu erlangen und regulatorische Anpassungen im Sinne der Qualitätsförderung vorzunehmen. Der G-BA ist nach § 136d SGB V dazu verpflichtet, den Stand der Qualitätssicherung festzustellen und Weiterentwicklungsbedarfe zu benennen. Dazu sollen eingeführte Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf ihre Wirksamkeit hin bewertet werden. Hierfür wird in regelmäßigen Abständen ein Bericht erstellt (vgl. G-BA 2023a). In diesem Sinn können Vergleichsdaten dem G-BA und dessen Trägerorganisationen als Anhaltspunkt dienen, um die Wirksamkeit der eingeführten Maßnahmen einzuschätzen und den Bedarf für Weiterentwicklungen zu identifizieren. Darauf aufbauend könnten Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden, unterhalb derer keine Versorgung im GKV-System stattfinden sollten (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Ferner können Vergleichsdaten bspw. zur Festlegung von Mindestmengen herangezogen werden, unterhalb derer Leistungserbringer bestimmte Leistungen nicht erbringen dürfen (§ 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Versicherer, welche durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ebenfalls als Trägerorganisation im G-BA vertreten sind, werden durch Vergleichsdaten befähigt, qualitativ besonders hochwertige bzw. minderwertige Leistungserbringer zu identifizieren. Dies kann in der ambulanten ärztlichen Versorgung als Grundlage für den Abschluss von Selektivverträgen genutzt werden. Diese ermöglichen einzelnen Leistungserbringern, einer Gemeinschaft von Leistungserbringern oder z. B. auch einem Berufsverband individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln (BMG 2011).

7 Anforderungen an die Darstellung von Qualitätsinformationen

Mit den Vergleichsdaten gemäß QbT-RL sollen Qualitätsinformationen für unterschiedliche Zielgruppen und Nutzungskontexte bereitgestellt werden¹². Nachfolgend wird auf die Nutzung von Qualitätsinformationen eingegangen und daraus abgeleitete Anforderungen an die Informationsvermittlung sowie Darstellung beschrieben. Dabei wird auf die Kenntnis von Qualitätsinformationen sowie deren Verarbeitung und Bewertung seitens der Zielgruppen eingegangen.

Verfügbarkeit von Qualitätsinformationen

Im Vergleich zum stationären Bereich, in dem bereits seit dem Jahr 2005 in Form von strukturierten Qualitätsberichten über Qualitätsinformationen informiert wird, gibt es für die ambulante Versorgung keine vergleichbare Grundlage zur Informationsbeschaffung bzw. kein vergleichbares *public reporting* auf der Ebene einzelner Einrichtungen (Albrecht et al. 2021, Cacace et al. 2019, Etgeton et al. 2021). Im internationalen Vergleich verfolgen andere Länder strukturierte Ansätze hinsichtlich der öffentlichen Qualitätsberichterstattung zu Qualitätsinformationen aus der ambulanten Versorgung (Etgeton et al. 2021). So haben beispielsweise Estland und England die öffentliche Berichterstattung mit finanziellen Anreizen im Rahmen eines *Pay-for-Quality* (P4Q) verknüpft (Cacace et al. 2019). Infolge dessen ziehen die folgenden Abschnitte insbesondere Erkenntnisse zur Nutzung von Qualitätsinformationen aus der stationären Versorgung und aus internationalen Studien heran.

Um Transparenz und Qualität zu stärken, ist in Deutschland mit der QbT-RL eine einheitliche Anforderung an die öffentliche Qualitätsberichterstattung geplant. Dafür werden für die Öffentlichkeit „einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ anhand der Vergleichsdaten ermöglicht (§1 Abs. 1 QbT-RL). Neben der Relevanz von *public reporting* im Gesundheitswesen ist es wichtig, die Qualitätsinformationen auf den Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzerinnen und Nutzer auszurichten, sowohl inhaltlich als auch bezüglich der Darstellungsmethode (Cacace et al. 2019). In einer Studie zum Stand des *public reporting* in Europa (Cacace et al. 2019) wird dargelegt, dass Länder eine unterschiedliche Vielzahl an Qualitätsinformationen aus dem ambulanten Bereich beim *public reporting* berücksichtigen. Dabei bildet England in seinen Online-Portalen das breiteste Spektrum an Qualitätsinformationen ab (Prozess-, Ergebnis-, Strukturinformationen sowie Patientenerfahrungen, zusammengesetzte Indizes und offene Kommentare). Laut einer Umfrage finden Nutzerinnen und Nutzer in Deutschland bei der Suche nach einer Arztpraxis insbesondere Informationen zur Fachkenntnissen und Erfahrungen der Ärztin bzw. des Arztes bei einer Erkrankung (75 %) sowie Maßnahmen zur Hygiene in der Arztpraxis (70 %) sehr wichtig (Etgeton et al. 2021).

¹² Aufgrund der mangelnden Forschungsarbeiten zu der Nutzung von Qualitätsinformationen bzw. Vergleichsdaten durch politische Entscheidungsträger wird hier auf das allgemeinere Thema der Nutzung von Forschungsevidenz Bezug genommen.

7.1 Kenntnis über Qualitätsinformationen

Patientinnen und Patienten wie auch Ärztinnen und Ärzte kennen selten die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung. Ein Großteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat ebenso keine Kenntnis von der Existenz von Vergleichsdaten. In einer Studie von Hermeling und Geraedts (2013) wussten 39 % der Ärztinnen und Ärzte (116 von 300) von der Existenz der gesetzlichen Qualitätsberichte. Nur 31 dieser 116 Ärztinnen und Ärzte gaben an, diese aktiv zu verwenden. Eine neuere Befragung unter AOK-Versicherten ergab, dass 35 % (136 von 292) bereits Erfahrungen mit sogenannten *Hospital Report Cards* gemacht haben (Emmert et al. 2022). Mit *Hospital Report Cards* sind dabei Krankenhausvergleichsportale wie z. B. die Weisse Liste gemeint. Bei einer Befragung unter uro-onkologischen Patientinnen und Patienten in Deutschland gaben nur 4 % (35 von 812) an, eine *Hospital Report Card* für die Wahl ihres Leistungserbringers genutzt zu haben. Als häufigster Grund für die Nicht-Nutzung wurde angegeben, dass ihnen diese Möglichkeit nicht bewusst war (Groeben et al. 2023). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nur bis zu etwa einem Drittel der Allgemeinbevölkerung von Qualitätsberichten und entsprechenden Informationsangeboten wissen und/oder diese nutzen.

Patientinnen und Patienten fehlt teilweise noch das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede. Sofern sie der Ansicht sind, dass es keine bzw. kaum Unterschiede in der Qualität der Versorgung gibt, haben sie entsprechend wenig Anreiz dafür, Vergleichsdaten zu nutzen (Bhandari et al. 2019, Kumpunen et al. 2014, Magee et al. 2003). Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass Patientinnen und Patienten nicht wissen, dass sie ihren Leistungserbringer selbst wählen können. Dies wird auch in der Interview-Studie von Hoffstedt (2022) als Thema identifiziert. Bei der Wahl einer Schule oder eines Pflegeheims berichteten die interviewten Personen, dass sie aktiv dazu aufgerufen wurden, Vergleiche anzustellen und Alternativen zu identifizieren. Bei der Wahl eines Leistungserbringers im Gesundheitswesen wurde diese Möglichkeit nicht wahrgenommen. In einer Interview-Studie wurde das Vergleichsverhalten der Befragten zwischen verschiedenen Dienstleistungen (Bildungsangebot, Mobilfunkanbieter) und der medizinischen Versorgung gegenübergestellt (Hoffstedt 2022). Ein dort identifiziertes Motiv bezog sich auf das wahrgenommene Ausmaß, mit dem Leistungsunterschiede beworben wurden. Bei der Wahl eines Bildungsangebots oder eines Mobilfunkanbieters erlebten die Befragten deutliche Qualitätsunterschiede und nahmen wahr, dass die Dienstleister diese Unterschiede aktiv bewarben. Bezüglich der medizinischen Versorgung hatten die Befragten hingegen nicht den Eindruck, dass Qualitätsunterschiede beworben wurden.

Gleichzeitig besteht in der Bevölkerung scheinbar ein hoher Unterstützungsbedarf bei der Auswahl von Gesundheitseinrichtungen. In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung der UPD im Jahr 2022 zeigte sich, dass 28 % der Befragten (n = 1.007) bereits Unterstützungsbedarf bei der Auswahl von Gesundheitseinrichtungen hatten (UPD 2022). Allerdings gaben 79 % der befragten Frauen (n = 513) sowie 87 % der befragten Männer (n = 494) an, noch nicht von der UPD gehört zu haben. Der mangelnde Bekanntheitsgrad der UPD führt also dazu, dass sie ihr Unterstützungspotenzial trotz des hohen Bedarfs nicht ausreichend ausschöpfen kann.

Zusammenfassung und Anforderungen an die Darstellung

Insgesamt scheinen sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte über geringe Kenntnisse über Ergebnisse der Qualitätssicherung zu verfügen. Darüber hinaus sind sich Patientinnen und Patienten teilweise nicht über bestehende Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern und diesbezüglichen Auswahlmöglichkeiten bewusst. Gleichzeitig legen andere Studienergebnisse einen hohen Unterstützungsbedarf bei der Auswahl von Gesundheitseinrichtungen offen. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich, dass ein Aufklärungsbedarf über das Vorhandensein von Qualitätsunterschieden in der Gesundheitsversorgung und die Möglichkeit der Leistungserbringerauswahl anhand von Vergleichsdaten besteht. Gleichzeitig müssen diese Informationen für alle Zielgruppen leicht zugänglich gemacht werden. Deshalb sollte ein einfacher und konsistenter Aufbau der onlinebasierten Darstellung gewährleistet sein, um Nutzerinnen und Nutzer eine zielgerichtete Navigation zu den gewünschten Informationen und eine einfache Nutzung zu ermöglichen (vgl. Kapitel 9).

7.2 Verarbeitung von Qualitätsinformationen

Hinsichtlich der Verarbeitung von Qualitätsinformationen existieren unterschiedliche, zumeist zielgruppenübergreifende Herausforderungen. Diese reichen von einer unzureichenden Bündelung von Informationen über mangelnde Verständlichkeit bis hin zu fehlenden Informationen, fehlenden zeitlichen Ressourcen und einer geringen Auswahl an Leistungserbringern. Davon lassen sich Anforderungen an die Informationsvermittlung und Darstellung ableiten.

Unzureichende Informationsbündelung

Die Wahl eines Leistungserbringers ist für viele Patientinnen und Patienten eine komplexe Situation. Oft ohne feste Präferenzen, formen sie ihre Auswahlkriterien erst im Moment der Entscheidungsfindung (*Theory of Constructed Preferences*) (Hibbard et al. 2002, Slovic 1995). Diese konstruierten Präferenzen sind dabei nicht verlässlich und können sich schnell ändern. Dies wird auch in Ergebnissen verschiedener Fokusgruppen bestätigt, bei denen sich die Präferenzen innerhalb der Zeitspanne einer einzigen Fokusgruppe änderten (Hibbard et al. 1996, Pillittere et al. 2003, Saintfort und Booske 1996). Zudem greifen die meisten Patientinnen und Patienten auf verschiedene Informationsquellen zurück, um ihre Entscheidung zu treffen. Das können beispielsweise Empfehlungen von Leistungserbringern, der Familie und aus dem Bekanntenkreis sein (Hildon et al. 2015). Die Herausforderung besteht darin, diese verschiedenen Variablen in der Entscheidung zu berücksichtigen und untereinander abzuwägen (Tversky et al. 1988). Dass sich eine große Menge von Informationen hinderlich auf die Nutzung von Qualitätsinformationen auswirken kann, zeigen eine grundlegende Literaturanalyse sowie ein Framework zum Verständnis der geringen Auswirkungen von vergleichenden Qualitätsinformationen auf Verbraucherinnen und Verbraucher auf (Bhandari et al. 2019). Zu viele Informationen und Daten können Personen frustrieren und überfordern, sodass sie Informationen nur selektiv nutzen. Daher ist es wichtig, Informationen klar und kompakt aufzubereiten, damit sie verständlich und leicht zu verarbeiten sind. Shaller et al. (2014) und Emmert et al. (2019) zeigten in ihren Studien, dass die Entscheidungsqualität abnahm, wenn den Patientinnen und Patienten mehr Leistungserbringer zur Auswahl ge-

stellt wurden. Die UPD berichtet, dass Ratsuchende häufig „spezialisierte oder besonders qualifizierte Kliniken oder Arztpraxen“ (UPD 2023: 96) suchen, bspw. eine Augenarztpraxis, die intravitreale operative Medikamentenapplikation anbietet. Hier besteht die Herausforderung darin, dass sich viele Anfragen nicht über eine einzige Anlaufstelle beantworten lassen. Stattdessen muss die UPD die Ratsuchenden auf mehrere Informationsquellen hinweisen, bspw. Angebote der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Versorgung, Angebote von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kompetenznetzen und bundesweiten Selbsthilfegruppen.

Fehlende zeitliche Ressourcen

Zeitmangel wurde sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von politischen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen als Hindernis für die Nutzung von Qualitätsinformationen und Forschungsergebnissen genannt. Allgemeinärztinnen und -ärzte gaben an, dass es zu zeitaufwändig sei, sich kontinuierlich über Vergleichsdaten zu verschiedenen Erkrankungen und Patientengruppen zu informieren (Ketelaar et al. 2014). Während des Arzt-Patienten-Gesprächs sei außerdem keine Zeit, um nach Vergleichsdaten zu suchen (Prang et al. 2018). Zeitmangel und fehlende Gelegenheiten hindern Entscheidungsträger häufig daran, evidenzbasierte Daten zu nutzen. 21 % der politischen Entscheidungsträger berichteten, dass sie Forschungsergebnisse aus Zeitmangel nicht berücksichtigen können (Campbell et al. 2009). Gleichzeitig erschweren organisatorische Faktoren die Nutzung von Evidenz. Als wesentliche Hindernisse werden hier fehlende Unterstützung durch Führungskräfte, unzureichende materielle und/oder personelle Ressourcen sowie hohe Personalfuktuationen berichtet (Oliver et al. 2014). Hinzu kommen finanzielle Einschränkungen und konkurrierende wirtschaftliche, soziale, politische und kulturelle Faktoren, die die Gestaltung einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik zum Teil erschweren (Oliver et al. 2014, Orton et al. 2011). Außerdem müssen Entscheidungsträger lokale politische Zielsetzungen und andere Faktoren berücksichtigen, die evidenzbasierten Daten mitunter entgegenstehen (Campbell et al. 2009).

Mangelnde Verständlichkeit und Hürden bei der numerischen Informationsverarbeitung

Eine wesentliche zielgruppenunabhängige Aufgabe ist, Qualitätsinformationen verständlicher zu machen. In Deutschland hat nahezu jede dritte Person (31,9 %) eine als problematisch eingestufte Gesundheitskompetenz und für beinahe jede achte Person liegt eine als inadäquat (12,3 %) bewertete Gesundheitskompetenz vor (Jordan und Hoebel 2015). Untersuchungen weisen auf einen beachtlichen Anteil an Menschen mit niedrigen Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen hin (Grotlüschen et al. 2019, Grotlüschen et al. 2012, Maehler et al. 2013, OECD 2013, Rammstedt 2013, Zabal et al. 2013). Patientinnen und Patienten konnten laut der Studie von Emmert et al. (2014) nur etwa in 60 % der dort durchgeführten Experimente das Krankenhaus mit der niedrigsten risikoadjustierten Mortalitätsrate korrekt identifizieren. Die Verständlichkeit von gesundheitsrelevanten Statistiken und numerischen Angaben kann sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Expertinnen und Experten verbessert werden (Gigerenzer et al. 2007, Kause et al. 2014, Prinz et al. 2015). Viele Menschen haben Schwierigkeiten beim Verstehen von und im Umgang mit Risiken, Wahrscheinlichkeiten oder relativen Angaben. Gigerenzer et al. (2007) verdeutlichten, wie Informationen in Form von relativen Risiken und Prozentangaben oft zu Missverständnissen führen. Aber auch Expertinnen und Experten, einschließlich medizinischen Fachpersonals, stehen vor

Herausforderungen beim Verständnis statistischer und gesundheitsrelevanter Daten. In Interviews gaben einige Allgemeinärztinnen und -ärzte an, dass sie sich unsicher seien, ob sie die Qualitätsinformationen interpretieren und Abwägungen treffen können (Ketelaar et al. 2014, Prang et al. 2018). Bei einer Befragung von Allgemeinärztinnen und -ärzten stimmten 23,5 % der Befragten zu, dass Qualitätsindikatoren nicht oder überhaupt nicht verständlich seien (Ferrua et al. 2016). Obwohl Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bessere rechnerische Fähigkeiten aufzeigen (*Numeracy*), konnten in einer Studie von Gigerenzer et al. (2007) nur 72 % der Ärztinnen und Ärzte alle drei grundlegenden Rechenfragen korrekt beantworten. Ebenfalls hatten Ärztinnen und Ärzte Schwierigkeiten mit der Umwandlung von 1 in 1.000 in eine Prozentzahl. Trotz ihres Fachwissens sind auch sie nicht vor Missverständnissen und Schwierigkeiten im Umgang mit numerischen Informationen geschützt. Des Weiteren zeigt die Übersichtsarbeit von Oliver et al. (2014), dass fehlende Kenntnisse über Forschungsmethoden bei den politischen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen die Nutzung von Evidenz erschweren. Andere Studien zeigten, dass diese Zielgruppe nicht die notwendige Unterstützung erhielt, um sich die erforderlichen Fähigkeiten anzueignen, wie z. B. durch Schulungen (Lavis et al. 2005, Mitton und Patten 2004, Ritter 2009). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Statistiken und Daten zu stärken, um Fehlinterpretationen zu reduzieren. Die Situation verdeutlicht auch nochmals die Notwendigkeit, Qualitätsinformationen transparent und verständlich aufzubereiten.

Fehlende Informationen

Eine Herausforderung im ambulanten Bereich ist, dass verständliche und transparente Informationen über die Qualität der Versorgung fehlen. Die UPD kritisiert, dass im niedergelassenen Bereich transparente und öffentliche Qualitätsindikatoren, Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen, mit deren Hilfe Patientinnen und Patienten geeignete Praxen auswählen können (UPD 2023, Weigand et al. 2022). Des Weiteren werden Informationen zur apparativen Ausstattung, spezialisierten Leistungen, Hygiene, Barrierefreiheit sowie Behandlungsfallzahlen bislang nicht systematisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlicht. Oliver et al. (2014) führen in ihrer Übersichtsarbeit fehlende Verfügbarkeit und Zugang zu Forschungsergebnissen als häufigsten Grund für die Nichtnutzung von Evidenz von politischen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen an. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen von Orton et al. (2011) und Campbell et al. (2009).

Geringe Auswahl an Leistungserbringern

Eine weitere Herausforderung für Patientinnen und Patienten ist die geringe Auswahl an Leistungserbringern in ländlicheren Regionen. Insbesondere dann, wenn eine längere Anfahrt ausgeschlossen ist, fällt die Entscheidung auf den nächstgelegenen Leistungserbringer. Ein Vergleich der Qualität von Leistungserbringern erübrigt sich damit (Bhandari et al. 2019, Kumpunen et al. 2014: 5). So analysierte die UPD (2023: 96), dass sich über die Hälfte der Ratsuchenden (n = 551) eine geeignete Praxis im Umkreis von 10 Kilometern von ihrer Wohnadresse wünschen. Durch eine geringe Auswahl an Leistungserbringern, insbesondere in Bezug auf die Auswahl einer Praxis, verliert der Vergleich von Leistungserbringern an Bedeutung.

Zusammenfassung und Anforderungen an die Darstellung

Alle beschriebenen Zielgruppen können von einer allgemeinverständlichen Aufbereitung und angemessenen Bündelung der Qualitätsinformationen profitieren. Neben einer zielgruppengerechten Sprache und Darstellung ist auch die sinnvolle Aggregation von Informationen notwendig.

Die Verfügbarkeit von Qualitätsinformationen im ambulanten Bereich bietet eine Möglichkeit, die Informationsbasis zu erweitern und Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, politische Akteurinnen und Akteure bei der Entscheidung für eine geeignete medizinische Einrichtung zu unterstützen; dies gilt besonders für ländliche Regionen, in denen die Suche z. B. nach einer nahegelegenen Praxis herausfordernd sein kann. Hier kann eine Umkreissuche, die Qualitätsinformationen integriert, die Auffindbarkeit und Auswahl von Leistungserbringern zusätzlich zu zielgruppenspezifischen Darstellungsformaten erleichtern.

7.3 Bewertung von Qualitätsinformationen

Jede Zielgruppe nimmt anhand ihrer Präferenzen (IQTIG 2021a, Abschnitt 4.2.4) und im Rahmen des jeweiligen Nutzungskontexts eine Bewertung von Qualitätsinformationen vor. Dabei kann eine angemessene Informationsaufbereitung unterschiedliche Bedürfnisse adressieren.

Mangelnde Nützlichkeit

In verschiedenen Studien zweifelten Ärztinnen und Ärzte die Nützlichkeit von Qualitätsinformationen an (Emmert et al. 2022, Ferrua et al. 2016, Geraedts et al. 2007, Prang et al. 2018). Bei Doering und Maarse (2015) gaben nur 13 % der befragten niederländischen Allgemeinärztinnen und -ärzte (n = 170) an, dass die verfügbaren Qualitätsinformationen nützlich für ihre Beratungsgespräche seien. Als mögliche Gründe können ein zu hoher Detailgrad (Emmert et al. 2017), mangelnde Differenzierung zwischen den Bewertungen sowie widersprüchliche Bewertungen genannt werden (Ikkersheim und Koolman 2013). Eine Befragung unter Kardiologinnen und Kardiologen (n = 317) ergab, dass 35 % der Befragten veraltete Informationen als sehr oder äußerst wichtige Einschränkungen sahen (Brown et al. 2013). Bei der Studie von Doering und Maarse (2015) stimmten nur 5 % der Allgemeinärztinnen und -ärzte der Aussage zu, dass die Qualitätsinformationen aktuell seien (Doering und Maarse 2015). In einer Untersuchung von Auras et al. (2012) gaben Krankenhausleiterinnen und -leiter an, dass die gesetzlichen Qualitätsberichte zwar geeignet seien, um die Anzahl der erbrachten Leistungen darzustellen, jedoch weniger geeignet, um deren Art und Qualität abzubilden. Zudem wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Berichterstellung bemängelt. Dies weist darauf hin, dass der mit der Erstellung der Berichte verbundene Aufwand möglicherweise in keinem angemessenen Verhältnis zum wahrgenommenen Nutzen steht, was ein potenzielles Hindernis für die Nutzung der Berichte darstellen kann.

Für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger kann es herausfordernd sein, die Vielzahl an Forschungsarbeiten und Qualitätsberichten gezielt zu sichten, um jene Informationen zu identifizieren, die für ihre spezifischen Fragestellungen relevant sind. In der Übersichtsarbeit von Oliver et al. (2014) werden umfangreiche und teilweise themenfremde Informationen als eine der zentralen Barrieren für die Nutzung von Forschungsevidenz im politischen Kontext benannt. Auch die Übersichtsarbeit von Orton et al. (2011) zeigt, dass häufig akademisch geprägte

Präsentationsformate die direkte Anwendbarkeit von Forschungsergebnissen in politischen Entscheidungsprozessen erschweren können.

Misstrauen gegenüber Qualitätsinformationen

Zielgruppenübergreifend herrscht Misstrauen gegenüber Qualitätsdaten. Verschiedene Studien ergaben, dass Patientinnen und Patienten Qualitätsinformationen bzw. deren Herausgebern misstrauten und sie daher nicht nutzten. Eine Befragung von uro-onkologischen Patientinnen und Patienten in Deutschland ergab beispielsweise, dass 5 % (36 von 777) der Befragten keine Qualitätsinformationen nutzten, da sie den Herausgebern misstrauten (Groeben et al. 2023). Ärztinnen und Ärzte äußern oftmals Bedenken hinsichtlich der Validität und Zuverlässigkeit der Qualitätsdaten. Sie bemängeln bspw. die Risikoadjustierung sowie geringe Fallzahlen und befürchten, dass die Ergebnisse auf falschen Selbstauskünften oder auf Zufall basieren (Sanderson et al. 2013). Auch hinterfragten sie die Datenherkunft oder die Herausgeber der Qualitätsinformationen (Ketelaar et al. 2014).

Übernahme der Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes

Magee et al. (2003) berichteten, dass sich Fokusgruppen erheblich auf das Urteil der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin verließen. Sie gehen davon aus, dass diese Qualitätsdaten verstünden und für Überweisungen von Patientinnen und Patienten nutzten. Zudem ist bekannt, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten in Deutschland an der Entscheidung für einen Leistungserbringer beteiligt sein möchte (de Cruppé und Geraedts 2011). De Cruppé und Geraedts stellten fest, dass 63 % der Patientinnen und Patienten das Krankenhaus selbst wählen, während 16 % angaben, dass die Entscheidung vom Haus- oder Facharzt getroffen wurde.

Zusammenfassung und Anforderungen an die Darstellung

Es gibt Hinweise, dass alle Zielgruppen die Nützlichkeit von Qualitätsinformationen bzw. Forschungsergebnissen anzweifeln. Häufig liegt das an der Relevanz oder Präsentation von Qualitätsdaten. Eine regelmäßige Aktualisierung der Informationen kann deren Nützlichkeit steigern. Qualitätsinformationen sollten klar und zugänglich gestaltet werden, damit alle Zielgruppen die benötigten Daten schnell und einfach finden und interpretieren können.

Um das Vertrauen in Qualitätsinformationen zu fördern ist es wichtig, Darstellungsformate zu entwickeln, die allen Zielgruppen einen niedrigschwiligen Zugang zu Informationen über die Herkunft, Aufbereitung der Datengrundlagen sowie die Methodik fairer Leistungserbringervergleiche ermöglichen (vgl. Abschnitt 9.5 des Abschlussberichts G-BA-Q-Portal, IQTIG 2021a: 80 sowie Kapitel 11). Diese Informationen sollten möglichst verständlich aufbereitet und mit unterstützenden Informationen begleitet werden. Darüber hinaus sollten weitere Maßnahmen entwickelt werden, um die Transparenz der Versorgungsqualität zu fördern und in verständlicher Form zu kommunizieren.

8 Datengrundlage

Die QbT-RL¹³ definiert die Datengrundlage für Vergleichsdaten. Datenquellen für Qualitätsdaten im Sinne der QbT-RL sind die Qualitätsergebnisse gemäß DeQS-RL. Folgende Daten werden daher gemäß DeQS-RL verwendet:

- Daten aus fallbezogener Dokumentation durch die Einrichtungen
- Daten aus einrichtungsbezogener Dokumentation durch die Einrichtungen
- Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Daten aus Patientenbefragungen

Im Erfassungsjahr 2023 wurden 15 Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der DeQS-RL durchgeführt. Datenerhebungen für den ambulanten Sektor bestehen für die QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* und *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Arten der Datenquellen nach QS-Verfahren.

Tabelle 3: Übersicht über die Arten der Datenquellen nach Qualitätssicherungsverfahren, die Daten von ambulanten Leistungen erfassen (Erfassungsjahr 2023)

QS-Verfahren	Datenquelle			
	Fallbezogene Dokumentationen	Einrichtungsbezogene Dokumentationen	Patientenbefragungen	Sozialdaten bei den Krankenkassen
QS PCI	X	-	X	X
QS NET	X	-	-	X
QS WI	X	X	-	X

PCI = Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention; NET = Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen; WI = Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Das QS-Verfahren *QS PCI* umfasst die sektorenübergreifende Versorgungsqualität bei elektiver oder akuter Koronarangiographie und/oder perkutaner Koronarangiographie. Zudem beinhaltet das QS-Verfahren die erste Patientenbefragung der gesetzlichen Qualitätssicherung (vgl. Teil 2 Verfahren 1 (*QS PCI*) DeQS-RL). Das QS-Verfahren *QS NET* beurteilt sektorenübergreifend die Versorgungsqualität bei Dialysen, Nieren- und Pankreastransplantationen (vgl. Teil 2 Verfahren 4 (*QS NET*) DeQS-RL). Das sektorenübergreifende QS-Verfahren *QS WI* erfasst die Qualität der Maßnahmen zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen (vgl. Teil 2 Verfahren 2 (*QS WI*) DeQS-RL).

¹³ Stand 16. Januar 2025

Die Qualitätsindikatorergebnisse werden in den Quartals- und Jahresberichten der Leistungserbringer veröffentlicht. Die Bundesauswertung bei den QS-Verfahren *QS PCI* und *QS NET* erfolgen pro Betriebsstättennummer eines ambulanten Leistungserbringers bzw. pro stationärem Standort. Aktuell beschränkt sich die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung gemäß Richtlinie (DeQS-RL) für ambulante Leistungserbringer ausschließlich auf die QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule *QS PCI*, *Hygiene- und Infektionsmanagement (WI HI)* und *Nierenerersatztherapie-Dialyse (NET-DIAL)*. Aus Tabelle 4 geht die Anzahl ambulanter Leistungserbringer sowie die Anzahl gelieferter Datensätze hervor. Insgesamt liegen von 2.510 ambulanten Leistungserbringern 145.309 Datensätze zu den drei QS-Verfahren aus dem Erfassungsjahr 2023 vor (vgl. Tabelle 4). Die Anzahl der ambulanten Leistungserbringer entspricht einem Anteil von 1,5 % aller ambulant tätigen Leistungserbringer (n = 168.285) (BÄK [2024]).

Tabelle 4: QS-Verfahren mit Anzahl an ambulanten Leistungserbringern (Erfassungsjahr 2023) (IQTIG 2024a)

QS-Verfahren	Gelieferte Datensätze von ambulanten Leistungserbringern zu QS-Verfahren	Anzahl an ambulanten Leistungserbringern
PCI	69.109	254
WI HI	2.256	2.256
NET-DIAL	73.944	-
Gesamt	145.309	2.510

PCI = Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention; NET-DIAL = Nierenersatztherapie-Dialyse; WI HI = Hygiene- und Infektionsmanagement

9 Zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten

Die Entwicklung universeller Darstellungsformate für Vergleichsdaten soll für alle Zielgruppen gleichermaßen anwendbar und verständlich sein. Auch sollen sie unterschiedliche Anforderungen und Nutzungskontexte abdecken (vgl. Kapitel 6 und 7). Damit sollen die Zielgruppen angemessene Unterstützung erhalten. Grundlegende Anforderungen wie Diversitätssensibilität, Datenschutz, Barrierefreiheit, Benutzerfreundlichkeit, Allgemeinverständlichkeit, Transparenz und Sachlichkeit können aus dem Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal übernommen werden (IQTIG 2021a, Kapitel 9).

Das inhaltliche Konzept des IQTIG (vgl. Abschnitt 9.1) bildet den Ausgangspunkt für die Entwicklung einer zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten. In Abschnitt 9.2 wird die Methodik für die Informationsaggregation beschrieben (methodisches Konzept). Diese Ausführungen orientieren sich an den Empfehlungen des Abschlussberichts zum G-BA-Q-Portal (IQTIG 2021a). Für die Entwicklung eines zielgruppenorientierten Konzepts zur Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten sind gemäß Beauftragung unterschiedliche Anforderungen zu berücksichtigen. Um den Nutzerinnen und Nutzern faire Vergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen, müssen leistungserbringerbezogene und risikoadjustierte Qualitätsinformationen abgebildet werden (vgl. Abschnitt 9.2). In Abschnitt 9.3 wird das Visualisierungskonzept vorgestellt, unter Berücksichtigung der Anpassungen der Darstellungsformate aus dem Konzept zum Q-Portal. Für die Darstellung möglicher Rückmeldungen durch die Leistungserbringer beinhaltet Abschnitt 9.3.6 Empfehlungen zur Abbildung einer Korrektur- und Kommentarfunktion. Entsprechend der unterschiedlichen Zielgruppen und ihrer Nutzungskontexte finden sich in Abschnitt 9.3.7 begleitende Informationen. Diese sollen die Interpretation der Vergleichsdaten unterstützen.

9.1 Inhaltliches Konzept als Ausgangspunkt

Aus Sicht des IQTIG sind die Entwicklungsergebnisse der Vorarbeiten aus dem Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal weitestgehend übertragbar (IQTIG 2021a). Das betrifft insbesondere die empfohlenen Informationsmodule aus dem inhaltlichen Konzept zum Q-Portal (vgl. IQTIG 2021a, Abschnitt 10.6). Vergleichsdaten bieten Ergebnisse für die Informationsmodule „Qualität“ und „Allgemeine Patientenerfahrungen“¹⁴, die im Rahmen dieser Beauftragung auf notwendige Anpassungen geprüft wurden. Grundlegende Weiter- bzw. Neuentwicklungen der Informationsmodule „Qualität“ und „Allgemeine Patientenerfahrungen“ sind nicht notwendig. Die Anpassungen sind Abschnitt 9.3 zu entnehmen.

¹⁴ Das Informationsmodul „Allgemeine Patientenerfahrungen“ des Abschlussberichts zum G-BA-Q-Portal bezieht sich auf den in Abschnitt 9.3 beschriebenen Teilindex „Kommunikation und Interaktion“.

Mögliche Versorgungsanlässe

Die Definition der Versorgungsanlässe kann analog zum Abschlussbericht des G-BA-Q-Portals erfolgen (vgl. IQTIG (2021a, Kapitel 10)). Patientinnen und Patienten gehen bei der Suche nach geeigneten medizinischen Einrichtungen in der Regel von einem konkreten Versorgungsanlass aus – also einer spezifischen Diagnose, Prozedur und/oder Indikation.

Tabelle 5 zeigt beispielhaft Versorgungsanlässe von aktuell bestehenden QS-Verfahren. Zukünftig sollten auch zu weiteren Versorgungsanlässen spezifische Qualitätsinformationen verfügbar sein, z. B. für die ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021b). Qualitätsinformationen zu postoperativen Wundinfektionen aus dem QS-Verfahren *QS WI* sind versorgungsanlassübergreifend. Das IQTIG empfiehlt eine übergreifende Abbildung von *QS WI*: Sofern Ergebnisse vorliegen, können diese unabhängig vom gesuchten Versorgungsanlass dargestellt werden. Über die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen ist es möglich, Wundinfektionsraten der Einrichtungen zu ermitteln und vergleichend darzustellen.

Tabelle 5: Übersicht beispielhafter Versorgungsanlässe¹⁵

Versorgungsanlass aus Patientensicht	Zuordenbares QS-Verfahren	Zuordenbare ICD-Kodes (Beispiele)	Zuordenbare OPS-Kodes (Beispiele)	Zuordenbare EBM-Kodes (Beispiele)
Herzkatheteruntersuchung	<i>QS PCI</i>	-	1-275	00034291, 50034291
Blutwäsche (Dialyse)	<i>QS NET (NET-DIAL)</i>	N18, Z49	8-853, 8-854, 8-855	04562, 04564, 13610

QS PCI = QS-Verfahren *Koronarangiographie (PCI) und Perkutane Koronarintervention*; *QS NET* = QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*

9.2 Methodisches Konzept

Eine verständliche, zugängliche und zielgruppenorientierte Darstellung von Vergleichsdaten vereinfacht, verdichtet und visualisiert komplexe Informationen. Die Aggregation von Qualitätsinformationen spielt daher eine zentrale Rolle: Sie reduziert die Komplexität und erleichtert damit den Vergleich von Leistungserbringern.

Um eine fundierte Entscheidung bei der Auswahl eines Leistungserbringers zu treffen, müssen Patientinnen und Patienten aus einer Vielzahl von Indikatoren die für sie relevanten Informationen identifizieren und gewichten. Gerade der Vergleich mehrerer Leistungserbringer kann die Zielgruppen überfordern (vgl. Kapitel 6). Weitere Herausforderungen sind eine unzureichende Bündelung von Informationen und Zeitmangel (vgl. Abschnitt 7.2). Eine onlinebasierte Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten muss daher sicherstellen, dass unterschiedliche Zielgruppen angemessen und verständlich über die Versorgungsqualität im ambulanten Sektor informiert

¹⁵ Die Angabe der beispielhaften ICD-/OPS- und EBM-Kodes erfolgte anhand der QS-Filter-Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023.

werden. Dafür ist eine vereinfachte und visuell ansprechend aufbereitete Darstellung essenziell (Prang et al. 2021).

Das IQTIG empfiehlt für alle identifizierten Zielgruppen eine Darstellung der Qualitätsergebnisse auf mehreren Ebenen mit zunehmendem Detailgrad (vgl. Abschnitt 4.2, Tabelle 1). Die empfohlene Methodik zur Aggregation von Indikatorergebnissen bezieht sich auf Qualitätsindikatoren, die in dem Gesamtindex „Qualität“ abgebildet werden. Je Versorgungsanlass und je Leistungserbringer (Standort) empfiehlt das IQTIG eine zweistufige Aggregation:

- Stufe 1: Aggregation von Qualitätsindikatoren zu Teilindizes („Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“, „Kommunikation und Interaktion“)
- Stufe 2: Aggregation der Teilindizes zu einem Gesamtindex („Qualität“)

Um zu verhindern, dass Leistungserbringer anhand einzelner Qualitätsindikatoren verglichen werden, empfiehlt das IQTIG, versorgungsanlassbezogene Sets von Qualitätsindikatoren festzulegen.

Im Folgenden wird die Methodik zur Aggregation und Visualisierung von Indikatorergebnissen beschrieben. Diese orientiert sich an den Empfehlungen des Abschlussberichts zum G-BA-Q-Portal (IQTIG 2021a). Ziel ist eine übersichtliche, allgemein verständliche und anwendbare Darstellung von Qualitätsinformationen, die einen fairen, risikoadjustierten Vergleich im Rahmen einer onlinebasierten Qualitätsberichterstattung ermöglicht.

9.2.1 Gruppierung von Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren der QS-Verfahren werden thematisch einem Versorgungsanlass, beispielsweise einer Herzkatheteruntersuchung, zugeordnet. Anschließend erfolgt eine Einteilung der Qualitätsindikatoren in Teilindizes der Qualitätsthemen Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort und Kommunikation und Interaktion (IQTIG, Abschnitt 10.6).

Für Kommunikation und Interaktion existieren in den aktuell umgesetzten QS-Verfahren der ambulanten Versorgung ausschließlich Qualitätsindikatoren im Verfahren QS PCI (vgl. Kapitel 7, Tabelle 3). Aus den Teilindizes wird ein Gesamtindex „Qualität“ gebildet. Abbildung 5 zeigt schematisch die Gruppierung der Qualitätsindikatoren zu den Teilindizes und dem Gesamtindex.

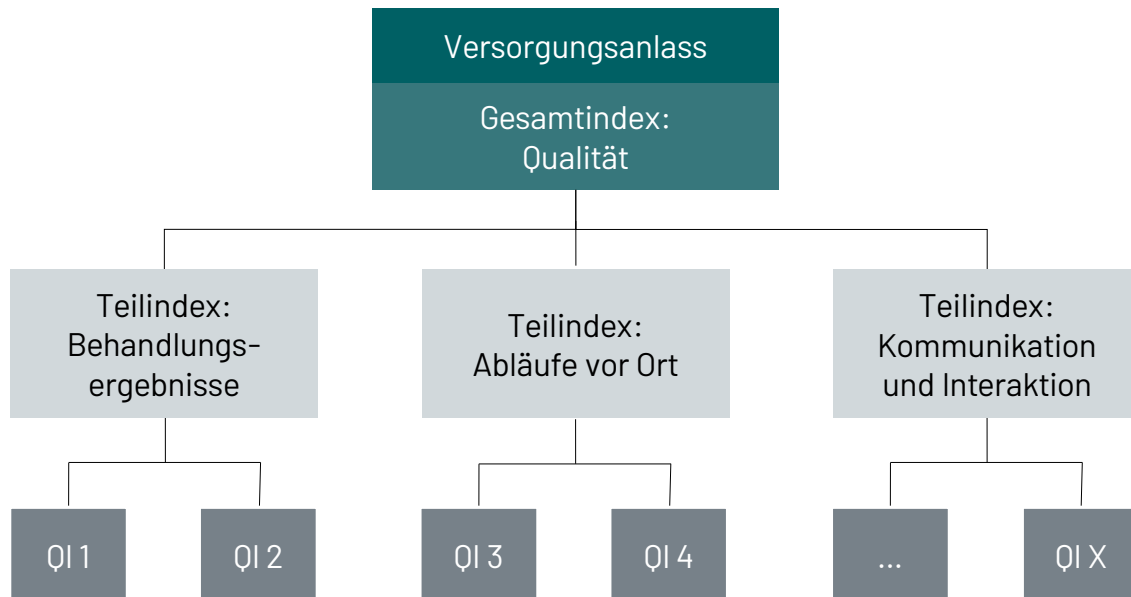


Abbildung 5: Versorgungsanlass und Indexbildung

Um einen fairen Vergleich zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen, sollten diese anhand der gleichen Qualitätsindikatoren bewertet werden. Gleichzeitig ist es für eine qualitätsorientierte Arztpraxiswahl entscheidend, möglichst viele patientenrelevante Qualitätsinformationen bereitzustellen. Da nicht alle Arztpraxen für jeden Indikator Fälle aufweisen, können einige Leistungserbringer nicht zu allen Indikatoren Daten liefern. Um diesem Umstand gerecht zu werden, trifft das IQTIG eine kriteriengeleitete Auswahl der Indikatoren, die zu einem Teilindex aggregiert werden. Dies erfolgt für jeden Versorgungsanlass. Dabei wird zwischen einer möglichst umfassenden Darstellung der bestehenden Indikatoren und der Berücksichtigung eines hohen Anteils an Leistungserbringern mit Indexbildung abgewogen, die Daten für alle relevanten Indikatoren bereitstellen können.

Im Folgenden werden die Empfehlungen des IQTIG zur Aggregation und Visualisierung der Indikatorergebnisse sowie zur Aggregation und Darstellung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens beschrieben.

9.2.2 Aggregation der Indikatorergebnisse

Im ersten Schritt ist es notwendig, die Ergebnisse der unterschiedlichen Indikatoren wie O/E-Indikatoren (observed/expected) und ratenbasierte Indikatoren auf eine einheitliche Skala zu übertragen. Für die einheitliche Skalierung wird für jeden Qualitätsindikator ein Vergleichswert festgelegt. Der Vergleichswert hat einen Einfluss darauf, in welchem Bereich von Indikatorwerten Unterschiede besonders gut differenziert werden können.

Das IQTIG schlägt vor, als Vergleichswert das zugehörige Bundesergebnis festzusetzen (verteilungsbezogener Referenzbereich). Dafür wird der Referenzbereich durch Bezug auf einen geeigneten Mittelwert der Indikatorergebnisse definiert, beispielsweise auf das arithmetische Mittel der Indikatorergebnisse aller Leistungserbringer. Mithilfe verteilungsbezogener Referenzbereiche können Leistungserbringer als über- oder unterdurchschnittlich eingestuft werden (IQTIG 2024b).

Die beobachteten Ergebnisse sollen Rückschlüsse auf die Gestaltung der Versorgung eines Leistungserbringers zulassen und einen aussagekräftigen Vergleich von Leistungserbringern ermöglichen. Dafür wird bei der analytischen Zielsetzung statistische Unsicherheit aufgrund von Stochastizität bei der Bewertung von Ergebnissen der Leistungserbringer berücksichtigt (IQTIG 2024b).

Menschen unterschiedlicher Zielgruppen verstehen Maße für statistische Unsicherheit (z. B. Konfidenzintervalle) häufig nicht (Hildon et al. 2012). Deshalb empfiehlt das IQTIG, den beobachteten Indikatorwert mit der fallzahlabhängigen statistischen Unsicherheit bei der einheitlichen Skalierung der Indikatoren zu kombinieren. Eine zielgruppenunabhängige Darstellung der fallzahlabhängigen Unsicherheit wird empfohlen. Das IQTIG empfiehlt, für jeden ambulanten Leistungserbringer und jeden Qualitätsindikator die Wahrscheinlichkeit zu berechnen (0 bis 100 %), die angibt, dass der zugrunde liegende Indikatorwert mindestens so gut ist wie das Bundesergebnis für diesen Indikator. Diese Wahrscheinlichkeit hängt dabei mit der Fallzahl zusammen. Je weniger Fälle ein Leistungserbringer behandelt, desto größer ist die statistische Unsicherheit seines aggregierten Leistungserbringerergebnisses. Dies muss explizit bei der Modellierung auf aggregierter Ebene berücksichtigt werden, um Fehlschlüsse zu vermeiden (IQTIG 2024b). Dadurch resultieren für Leistungserbringer mit wenigen Behandlungsfällen in der Regel keine extremen Wahrscheinlichkeiten (nahe 0 % oder nahe 100 %), selbst wenn die beobachteten Indikatorwerte besonders gut oder schlecht erscheinen.

Die skalierten Werte (Wahrscheinlichkeiten) kombinieren zwei Informationen: Erstens, den Abstand des beobachteten Indikatorwerts eines Leistungserbringers zum Bundesergebnis des jeweiligen Indikators sowie zweitens, die statistische Unsicherheit hinsichtlich der Lage des zugrunde liegenden Indikatorwerts. Ein hoher Wert zeigt, dass hohe Evidenz dafür besteht, dass ein Leistungserbringer mindestens so gut abschneidet wie das Bundesergebnis. Ein niedriger Wert bedeutet, dass hohe Evidenz vorliegt, dass ein Leistungserbringer den Bundesdurchschnitt nicht erreicht.

Im nächsten Schritt werden die berechneten Wahrscheinlichkeiten für jeden Leistungserbringer über alle Indikatoren des jeweiligen Versorgungsanlasses separat pro Teilindex aggregiert.

Das IQTIG empfiehlt, die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zunächst innerhalb der Teilindizes Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort und Kommunikation und Interaktion zu themenspezifischen Indizes zusammenzuführen. Anschließend sollen diese Teilindizes zu einem Gesamtindex aggregiert werden. Hierfür wird für jedes Qualitätsthema d das gewichtete, arithmetische Mittel über die A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten PW_{dk} berechnet:

$$\overline{PW}_d = \sum_{k=1}^{K_d} PW_{dk} \cdot w_{dk},$$

mit $w_{dk}, d = 1, \dots, D, k = 1, \dots, K_d$, als Gewichte, die zu 1 summieren.

Im zweiten Schritt werden die gemittelten Werte \overline{PW}_d über alle Teilindizes über die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts zu einem Gesamtindex aggregiert:

$$\overline{PW} = \sum_{d=1}^D \overline{PW}_d \cdot w_d,$$

wiederum mit Gewichten w_d , die über alle Teilindizes hinweg zu 1 summieren.

In der ersten Aufbaustufe empfiehlt das IQTIG eine Gleichgewichtung der Qualitätsindikatoren jedes Teilindizes sowie eine Gleichgewichtung der Teilindizes für die Gesamtdarstellung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers pro Versorgungsanlass. Die Gleichgewichtung von Indikatoren dient primär der Komplexitätsreduktion, da Patientinnen und Patienten sowie andere Nutzerinnen und Nutzer die zusammenfassende Bewertung von Leistungserbringern dadurch leichter und schneller nachvollziehen können. Dies ist auch in Anbetracht des Zeitmangels insbesondere für Leistungserbringer eine Erleichterung (vgl. Abschnitt 7.2).

Eine unterschiedliche Gewichtung der Indikatoren ist grundsätzlich möglich. Das IQTIG sieht darin jedoch keinen Vorteil für eine zielgerichtete Berücksichtigung der Informationsbedürfnisse und -präferenzen der Nutzerinnen und Nutzer. Stattdessen könnte sie die allgemeine Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung beeinträchtigen und zu Intransparenz führen. Auch das CMS-Star-Rating-System der U.S.-amerikanischen Centers for Medicare & Medicaid Services zur Visualisierung der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten wurde aus diesen Gründen von unterschiedlichen Gewichtungen auf eine Gleichgewichtung der Indikatoren umgestellt (Bilimoria und Barnard 2021). Darüber hinaus ermöglichen die unterschiedlichen Detailebenen eine Priorisierung einzelner Informationen durch die Nutzerinnen und Nutzer.

Abbildung 6 zeigt die verfügbaren Qualitätsindikatoren für den Versorgungsanlass Herzkatheteruntersuchung. Der Teilindex Behandlungsergebnisse setzt sich aus fünf, der Teilindex Abläufe vor Ort aus acht und der Teilindex Kommunikation und Interaktion aus sieben Qualitätsindikatoren zusammen. Alle potenziellen Qualitätsindikatoren fließen mit gleicher Gewichtung in die Berechnung der jeweiligen Teilindizes ein. Im Zuge einer Umsetzung muss versorgungsanlassspezifisch geprüft werden, ob die verfügbaren Qualitätsindikatoren fachlich und methodisch für die Einbindung in den Gesamtindex geeignet sind. Die Bezeichnung der einzelnen Qualitätsindikatoren aus Abbildung 6 sind Anhang C zu entnehmen.

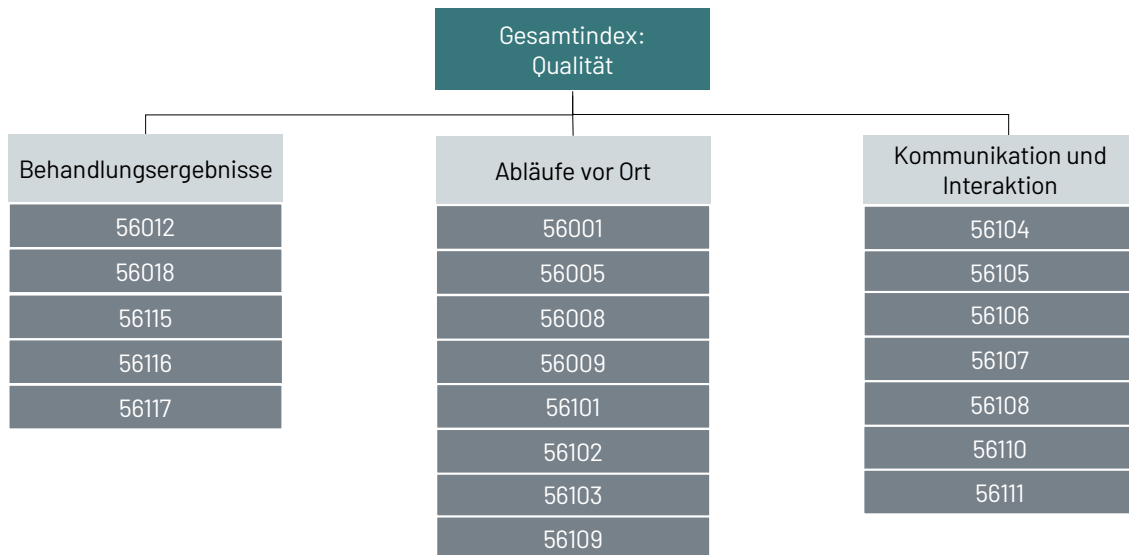


Abbildung 6: Potenziell verfügbare Qualitätsindikatoren für den Versorgungsanlass Herzkatheteruntersuchung (Erfassungsjahr 2023)

Am Ende des Aggregationsprozesses erhält jeder Leistungserbringer pro Versorgungsanlass Werte für den Gesamtindex und die Teilindizes mit einem Wert zwischen 0 % und 100 %, wobei 100 % der bestmögliche Wert ist. Zur besseren Verständlichkeit werden diese Werte in einer visuellen Skala mit fünf Kategorien dargestellt (vgl. Abbildung 7). Die Kategoriengrenzen werden um den mittleren Wert von 50 % der Skala festgelegt. Die Berechnung der Indexwerte erfolgt im Vergleich zum Bundesergebnis, also einem durchschnittlichen Indikatorergebnis. Durch die Festlegung der Kategoriengrenzen lassen sich unter- und überdurchschnittliche Leistungserbringer einheitlich interpretieren. Zudem wird empfohlen, die Randkategorien schmäler zu wählen als die mittlere Kategorie. Sind die Randkategorien zu breit, könnten auch Indexwerte dort eingeordnet werden, für die eine extrem hohe oder niedrige Bewertung nicht angemessen wäre. Schmalere Randkategorien erhöhen die Diskriminationsfähigkeit und ermöglichen eine präzisere Differenzierung zwischen deutlich unter- und überdurchschnittlichen Leistungserbringern. Das IQTIG empfiehlt die Zuordnung der Indexwerte zu fünf Kategorien (vgl. Abbildung 7).

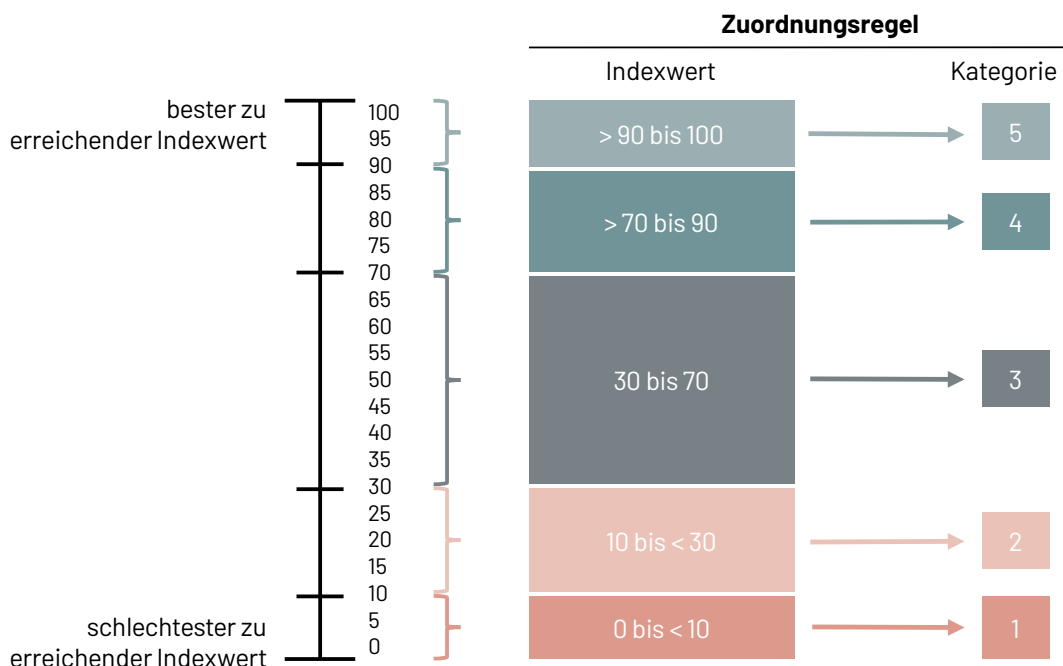


Abbildung 7: Zuordnung der Indexwerte zu Kategorien

9.2.3 Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens

In der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland sollen Indikatorergebnisse, die außerhalb der in der DeQS-RL definierten Referenzbereiche liegen, einem Stellungnahmeverfahren unterzogen werden (§ 17 DeQS-RL). Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens werden Leistungserbringer gebeten, zu Indikatorergebnissen, die die definierte Referenzwerte verfehlen, eine Erklärung in Form einer schriftlichen Stellungnahme an die zuständige Stelle auf Landes- oder Bundesebene abzugeben. Auf Grundlage dieser Stellungnahme bewerten Fachkolleginnen und -kollegen das Indikatorergebnis und klassifizieren es gemäß den Kategorien der Qb-R.

Für ein aussagekräftiges *public reporting* und einen fairen Vergleich von Leistungserbringern sind die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens derzeit nur bedingt geeignet. Das Stellungnahmeverfahren wird nur bei den Leistungserbringern durchgeführt, die die Referenzwerte in ihren Indikatorergebnissen verfehlen. Aufgrund der Auslastung der Landesarbeitsgemeinschaften erfolgt dies außerdem nicht konsequent für alle Indikatorergebnisse außerhalb der Referenzbereiche. Außerdem findet das Stellungnahmeverfahren nicht nach bundesweit einheitlichen Standards statt. Aufgrund unterschiedlicher Vorgehensweisen und Bewertungskriterien der zuständigen Stellen, hängen die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens von der durchführenden Stelle und Fachkommission ab. Dies bedeutet Einschränkungen in der Reliabilität bzw. Objektivität der Ergebnisse. Die Ergebnisse sind damit nur eingeschränkt zwischen Leistungserbringern vergleichbar. Daher empfiehlt das IQTIG, diese Ergebnisse nur als ergänzende Information bereitzustellen.

Das IQTIG schlägt vor, die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens abzubilden, sofern diese Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel geben. Dieses Ergebnis wird unter „Bewertung durch Fachexpertinnen und -experten“ als „Verbesserungsbedarf festgestellt“ für Nutzerinnen und Nutzer eingeordnet.

Das IQTIG empfiehlt, die Darstellung des Ergebnisses „Verbesserungsbedarf festgestellt“ auf der Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren vorzunehmen. Ein entsprechender Hinweis kann bereits bei der Darstellung des Gesamtindex abgebildet werden.

9.3 Visualisierungskonzept

Im Folgenden erläutert das IQTIG grundlegende Anforderungen im Umgang mit statistischen und numerischen Informationen und schildert Voraussetzungen für eine verständliche visuelle Aufbereitung und Darstellung. Zudem werden die Darstellungsformate vorgestellt.

Die Ergebnisse des Abschlussberichts zum G-BA-Q-Portal dienen hierbei als Grundlage (IQTIG 2021a, Kapitel 12) und wurden mit Blick auf die neuen Zielgruppen sowie deren Nutzungskontexte teils erweitert. Hierzu hat das IQTIG geprüft, inwieweit es notwendig ist, die Darstellungsformate aus dem Q-Portal anzupassen, um für alle Zielgruppen (vgl. Kapitel 6) verständliche und nützliche Qualitätsinformationen (vgl. Kapitel 7) anzubieten. Zudem soll sich das Informationsangebot auf den ambulanten Sektor ausrichten (vgl. Kapitel 1).

9.3.1 Zielgruppenübergreifende Strategie

Das Verständnis von numerischen und statistischen Informationen ist essenziell für die Anwendung solcher Informationen. Das gilt insbesondere im Kontext der evidenzbasierten Entscheidungsfindung in der Medizin und des Gesundheitswesens. Vergleichsdaten können wichtige Einblicke in die Qualität der Leistungserbringer liefern. Sie geben Aufschluss über die Versorgungsqualität. Das Verständnis und die Anwendung dieser Daten stellt für alle Zielgruppen eine Herausforderung dar (vgl. Kapitel 7). Angesichts der in Kapitel 7 genannten Anforderungen wird deutlich, dass eine zielgruppenübergreifende Strategie erforderlich ist, um die Verständlichkeit und Anwendbarkeit von numerischen und statistischen Informationen wie den Vergleichsdaten zu verbessern. Eine effektive Strategie besteht darin, Informationen in vereinfachter und aggregierter Form darzustellen, in der Verwendung absoluter Zahlen sowie der Vermeidung relativer Angaben und Maße (Gigerenzer et al. 2007, Kause et al. 2014, Prinz et al. 2015).

Numerische Informationen können auf verschiedene Arten dargestellt werden. Absolute Maße sind oft den relativen Maßen überlegen, da letztere zu Fehlinterpretationen führen können. Patientinnen und Patienten bevorzugen Informationen in absoluten Maßen, da sie diese besser akzeptieren und präferieren (IQTIG 2021a, Abschnitt 12.2). Grafiken, insbesondere Balkendiagramme oder Icon-Arrays können ebenfalls ein transparentes und schnell verständliches Informationsformat darstellen und eignen sich gut, um Risiken und Wahrscheinlichkeiten verständlich zu kommunizieren (IQTIG 2021a, Abschnitt 12.2).

Abbildung 8 zeigt exemplarisch, wie aggregierte Maße in Form des Gesamtindex für eine onlinebasierte Qualitätsberichterstattung implementiert werden können. Für „Qualität“ und „Hygiene

und Infektionen“ wird jeweils ein Index mit fünf Kategorien (Skala von 1 bis 5) dargestellt, der an- gibt, wie der Indexwert im Vergleich zum Bundesergebnis eingeordnet wird.

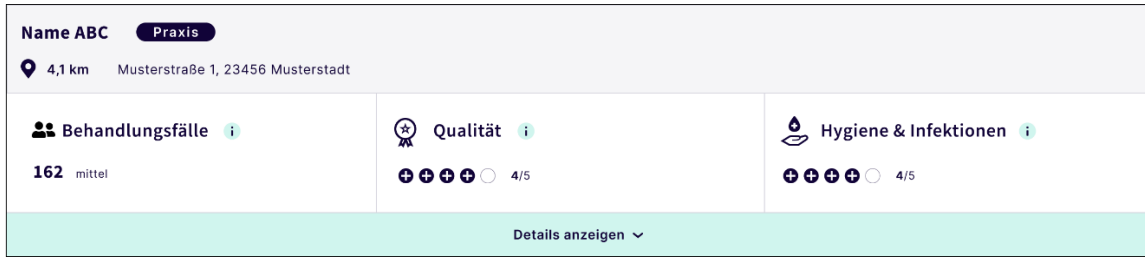


Abbildung 8: Darstellung von Behandlungsfällen und Gesamtindex „Qualität“ (versorgungsanlassspezifisch) sowie Hygiene und Infektion (einrichtungsbazogen)

9.3.2 Darstellung der Einrichtungsart

Das IQTIG schlägt zur Darstellung der Einrichtungsart die allgemeinverständlichen Bezeichnungen „Ambulanz“, „MVZ“ und „Praxis“ als Label vor. Für das Label „MVZ“ wird empfohlen, eine begleitende Information bereitzustellen, da nicht alle Nutzerinnen und Nutzer mit dieser Abkürzung vertraut sind. Die Information könnte als *Mouseover* beim Überfahren mit dem Cursor eingeblendet werden. Das Label der Einrichtungsart sollte in allen Darstellungsformaten ersichtlich bleiben, wie z. B. in Abbildung 8 oder Abbildung 9 dargestellt.

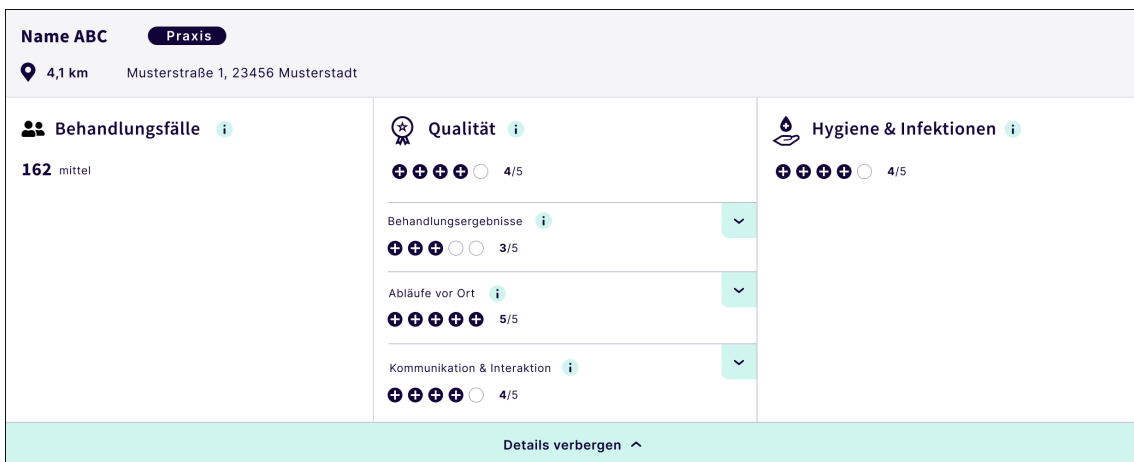


Abbildung 9: Darstellung aggregierter Qualitätsindikatorergebnisse als Gesamtindex „Qualität“ sowie als Teilindizes

9.3.3 Behandlungsfälle

Gemäß den aktuellen Datenschutzbestimmungen werden Fallzahlen im Bereich von 1 bis 3 nicht direkt in den strukturierten Qualitätsberichten aufgeführt, sondern stattdessen mit dem Hinweis „Datenschutz“ ausgewiesen. Das IQTIG empfiehlt, dieses Vorgehen auch für die Berichterstattung von Vergleichsdaten beizubehalten und hier „unter 4“ anzugeben.

Zusätzlich schlägt das IQTIG vor, die rein numerische Angabe der Fallzahlen um eine textbasierte Einordnung zu erweitern. Diese Einordnung soll es den Nutzerinnen und Nutzern ermöglichen,

einfach nachzuvollziehen, wie hoch die Anzahl der Behandlungsfälle einer ambulanten Einrichtung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist. Das IQTIG schlägt auf Grundlage der Beauftragung ein diagnose- bzw. prozedurenbezogenes Vorgehen vor. Das Ergebnis der Fallzahlen basiert auf einem QS-Filter. Der QS-Filter ist für jedes QS-Verfahren festgelegt und spezifiziert für Leistungserbringer aus dem ambulanten Sektor, welche Behandlungsfälle in ein QS-Verfahren eingeschlossen werden und welche nicht. Somit resultiert aus dem QS-Filter die Fallzahl für jedes QS-Verfahren. Für die textuelle Einordnung der Fallzahlen wird konkret eine perzentilbasierte Einstufung in die Kategorien „wenige“, „mittel“ und „viele“ empfohlen. Diese Einstufung ist bei ungleichmäßigen Verteilungen von Fallzahlen robuster gegenüber Verzerrungen als die Angabe des Bundesdurchschnitts und gibt einen besseren Überblick über die Gesamtverteilung. Das IQTIG empfiehlt bei der Einstufung der Fallzahlen (nach Erfassungsjahr) in Kategorien wie folgt vorzugehen¹⁶:

- Kategorie „wenige“: Weniger als der Durchschnitt: < 10 Fälle und/oder 1. Quartil mit ≥ 10 Fällen
- Kategorie „mittel“: Durchschnitt: 2. und 3. Quartil mit ≥ 10 Fällen
- Kategorie „viele“: Mehr als der Durchschnitt: 4. Quartil mit ≥ 10 Fällen

9.3.4 Hygiene und Infektionen

Ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten hat ein grundsätzliches Interesse daran, sich über die Qualität der implementierten Hygienemaßnahmen zu informieren. Dies bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung bestimmter Hygienestandards (de Cruppé und Geraedts 2017, Fasolo et al. 2010, Geraedts 2006, Geraedts und Amhof 2008, Hildon et al. 2015, Laverty et al. 2015, Shah und Dickinson 2010, Simon 2011, Vonberg et al. 2008). Ebenso ist das Auftreten nosokomialer Infektionen in der ambulanten und stationären Versorgung von Bedeutung.

Das IQTIG empfiehlt vor diesem Hintergrund, das einrichtungsbezogene Qualitätsthema „Hygiene und Infektionen“ als übergeordnetes Qualitätsthema zu berücksichtigen, zusätzlich zu den versorgungsanlassspezifischen Qualitätsinformationen („Behandlungsfälle“ und „Qualität“). Die eigenständige Darstellung des Qualitätsthemas „Hygiene und Infektionen“ ermöglicht insbesondere jenen Nutzerinnen und Nutzern, für die (vorläufig) keine spezifischen Qualitätsinformationen verfügbar sind, sich über ein übergreifendes und für sie bedeutsames Qualitätsthema zu informieren. Diese Empfehlung steht im Einklang mit der Feststellung, dass vor allem versorgungsanlassspezifische Informationen aus Sicht der Patientinnen und Patienten angeboten werden sollten. Weitere Ausführungen dazu bietet der Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal in Abschnitt 10.6.5 (IQTIG 2021a). Für die Umsetzung des Qualitätsthemas „Hygiene und Infektionen“ empfiehlt das IQTIG, Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren QS WI zu verwenden.

9.3.5 Qualitätsindikatoren

Im Sinne der Verständlichkeit und Benutzerfreundlichkeit ist die Menge an dargestellten Qualitätsinformationen zu berücksichtigen (Ossebaard et al. 2012, Sinaiko et al. 2012). Eine Möglichkeit,

¹⁶ Die Darstellung orientiert sich an dem Vergleichsportal [kliniksuche.at](https://www.kliniksuche.at) des österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

die Informationsmenge und die damit verbundene kognitive Belastung zu reduzieren, ist die Darstellung von Qualitätsinformationen in aggregierter Form (vgl. Abschnitt 9.2). Im Rahmen einer Umsetzung sind eine sinnvolle Gestaltung der Website und Menüführung notwendig, um die vielfältigen Daten vom Gesamtindex „Qualität“ über die Qualitätsthemen bis hin zu den einzelnen Indikatoren zugänglich zu machen

Für die Darstellung von Qualitätsindikatoren empfiehlt das IQTIG eine Kombination aus allgemeinverständlichen Bezeichnungen, unterstützenden Icons, numerischen Angaben und Icon-Arrays. Diese Empfehlungen orientieren sich an den Vorschlägen aus dem Abschlussbericht des G-BA-Q-Portals (IQTIG 2021a, Abschnitt 12.2.2) und den Anforderungen für die Darstellung von Qualitätsinformationen (vgl. Kapitel 6). Diese Darstellungsform unterstützt die verständliche Einordnung von Indikatorergebnissen und trägt dazu bei, dass Nutzerinnen und Nutzer weiterführende Informationen und Details zu den aggregierten Darstellungen nachvollziehen können. Die Verwendung von Begriffen wie „besser als der Durchschnitt“ oder „schlechter als der Durchschnitt“ hilft den Nutzerinnen und Nutzern, die Ergebnisse einzuordnen.

Abbildung 10 zeigt beispielhaft das Darstellungsformat für einzelne Qualitätsindikatorergebnisse aus dem QS-Verfahren *QS PCI*. Die Empfehlung zur Darstellung leitet sich einerseits aus den Erkenntnissen aus den Kapiteln 6 und 7, von Leitlinien zur verständlichen Aufbereitung von Risikoangaben und der Wirkung verschiedener Darstellungsformate sowie der Nutzertesting aus dem Abschlussbericht G-BA-Q-Portal ab (IQTIG 2021a).



Abbildung 10: Darstellung einzelner Qualitätsindikatorergebnisse

Abbildung 10 zeigt einen Qualitätsindikator des Teilindizes „Behandlungsergebnisse“. Für die Legende des Icon-Arrays empfiehlt das IQTIG Begriffe, die sich auf den Qualitätsindikator beziehen, hier „Keine Blutergüsse“ und „Blutergüsse“. Die Darstellung der (aggregierten) Qualitätsindikatorergebnisse umfasst:

- eine allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators (einschließlich begleitender Informationen über ein Informations-Icon mit Erklärung)
- eine durch Informations-Icons unterstützte textuelle Einordnung des Ergebnisses in Bezug auf den Vergleichswert
- eine numerische Angabe des Qualitätsindikatorergebnisses, umgerechnet pro 1.000 Fälle inkl. begleitender Informationen
- ein Icon-Array zur Visualisierung des Qualitätsindikatorergebnisses
- eine textuelle Einordnung der (qualitativen) Bewertung des Stellungnahmeverfahrens, sofern ein solches Verfahren durchgeführt und Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel festgestellt wurde
- die Option, weitere Hinweise zur Berechnung des Qualitätsindikators in einfacher Sprache über das Informations-Icon aufzurufen.

Das IQTIG empfiehlt darüber hinaus, das Ergebnis der rechnerischen Bewertung im Vergleich zum Abschlussbericht des G-BA-Q-Portal zukünftig mit den Bezeichnungen „schlechter als der Durchschnitt“, „entspricht dem Durchschnitt“ und „besser als der Durchschnitt“ zu versehen. Hintergrund ist die in Abschnitt 9.2 aufgeführte, geänderte Vorgehensweise zur einheitlichen Umrechnung der Qualitätsindikatorergebnisse. Im Vergleich zu den Vorschlägen für das Q-Portal werden in diesem Darstellungsformat zusätzlich die Ergebnisse der qualitativen Bewertung aus dem Stellungnahmeverfahren dargestellt, sofern ein Hinweis auf Struktur- oder Prozessmangel festgestellt wurde (vgl. Abschnitt 9.2.3).

9.3.6 Kommentar- und Korrekturfunktion

Die Korrektur- und Kommentarfunktion dient gemäß QbT-RL dem Ziel, dass ambulante Leistungserbringer die zur Veröffentlichung auf einem Online-Portal vorgesehenen Ergebnisse eigenständig bewerten und eine Rückmeldung dazu abgeben können. Das IQTIG stellt in Abbildung 11 einen Kommentar exemplarisch dar. Ambulante Leistungserbringer sollen für jeden Qualitätsindikator einen Kommentar hinterlegen können, der von Personen aller Zielgruppen eingesehen werden kann (vgl. Kapitel 6). Das IQTIG empfiehlt, die Inhalte der Kommentarfunktion qualitätsindikatorbezogen darzustellen. Dies stellt sicher, dass die Kommentare der Leistungserbringer direkt im Kontext der jeweiligen Qualitätsindikatoren ausgewiesen werden. Optional kann bereits bei der Darstellung des Gesamtindex sowie der Teilindizes ein Hinweis erfolgen, dass ein Kommentar eines Leistungserbringers vorliegt. Grund hierfür ist, dass sich die Kommentare der Leistungserbringer direkt auf die Qualitätsindikatoren beziehen und dort auch ausgewiesen werden sollen. Optional kann bereits auf Ebene 1 oder Ebene 2 ein Hinweis erfolgen, dass ein Kommentar des Leistungserbringers auf der Ebene der Qualitätsindikatoren vorliegt.

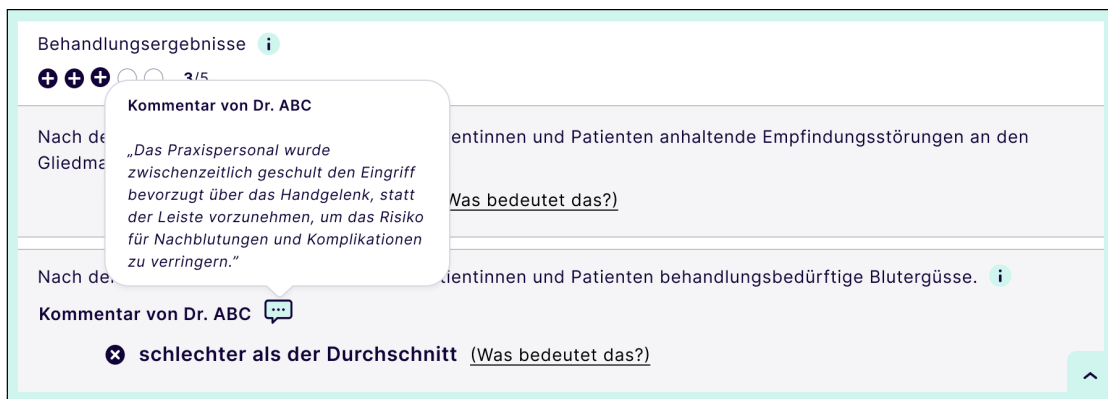


Abbildung 11: Darstellung der Kommentarfunktion (Beispiel 1)

Abbildung 12 zeigt beispielhaft einen für die Allgemeinbevölkerung nicht verständlichen Kommentar. Ohne Überprüfung jedes einzelnen Kommentars kann die inhaltliche Korrektheit und Verständlichkeit nicht garantiert werden. Das IQTIG weist darauf hin, dass Kommentare der Leistungserbringer zu Problemen und/oder Falschinformationen führen können, wenn sie unverständlich, abgekürzt oder sachlich bzw. inhaltlich falsch sind.



Abbildung 12: Darstellung der Kommentarfunktion (Beispiel 2)

Damit die Kommentare bei der Veröffentlichung allgemeinverständlich sind und somit einen Mehrwert und Nutzen für die Zielgruppen haben, müsste vorgelagert eine entsprechende Übersetzung erfolgen. Dieser Prozess würde neben einem großen personellen Aufwand auch einen hohen technischen und zeitlichen Aufwand nach sich ziehen (bspw. durch die Etablierung von Datenflüssen und entsprechenden Eingabefeldern, das Monitoring der Korrekturen und Kommentare sowie die Übersetzung in eine allgemeinverständliche Sprache). Diese Aufgabe kann das IQTIG nicht übernehmen. Die Kommentar- und Korrekturfunktion ist in der QbT-RL geregelt, jedoch empfiehlt das IQTIG, Kommentare ohne Prüfprozess und Übersetzung nicht darzustellen.

9.3.7 Begleitende Informationen

Wie in den Anforderungen dargestellt (vgl. Kapitel 6), sind Qualitätsinformationen auf Vergleichsportalen und in den Berichten der Krankenhäuser für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung schwer verständlich oder weitestgehend unbekannt. Zielgruppenübergreifend bestehen Schwierigkeiten, numerische Informationen einzuschätzen. Des Weiteren führt eine komplexe Informationsdarstellung zu Verständnisproblemen. Die Komplexität ist geprägt von einer Vielzahl von Tabellen, langen Sätzen und Fachbegriffen. Eine klare und verständliche Präsentation solcher Informationen ist jedoch unerlässlich für die Aufklärung und für die Möglichkeit, informierte Entscheidungen zu treffen. Hierbei spielen nicht nur eine zielgruppengerechte Sprache und Darstellung eine Rolle, sondern auch ein angemessener Umfang der präsentierten Informationen. Das IQTIG schlägt daher vor, für die Darstellungsformate eine klare, allgemeinverständliche Sprache zu nutzen und begleitende Informationen sinnvoll anzubieten (z. B. mittels des Informations-Icons „i“). Abbildung 13 veranschaulicht, wie bei Interaktion mit dem Informations-Icon mit dem Cursor (*Mouseover*) eine Erläuterung des Begriffs „Qualität“ erfolgt. Die begleitende Information erklärt, dass es sich nur um einen Ausschnitt der Qualität handelt, der auf verfügbaren und geeigneten Qualitätsinformationen basiert. Ein Beispiel für zusätzliche begleitende Informationen im Vergleich zum Q-Portal könnte die Risikoadjustierung sein. Neben einer einfachen Erklärung des Begriffs können auch tiefergehende Informationen aufgeführt werden, bspw. die einbezogenen Risikofaktoren einzelner Qualitätsindikatoren. Durch die Verwendung eines einfachen Labels sollen die Zielgruppen nicht überfordert bzw. mit dem Begriff vertraut gemacht werden. Es unterstützt auch diejenigen, die bereits mit dem Begriff vertraut und an detaillierten Informationen zu

den Risikofaktoren interessiert sind (z. B. Leistungserbringer). Grundsätzlich sollen die Darstellungsformate nur auf relevantes Wissen beschränkt sein, um eine größtmögliche Übersichtlichkeit der Darstellungsformate zu gewährleisten. Im Rahmen der Darstellungsformate wurden die begleitenden Informationstexte ebenfalls überprüft.

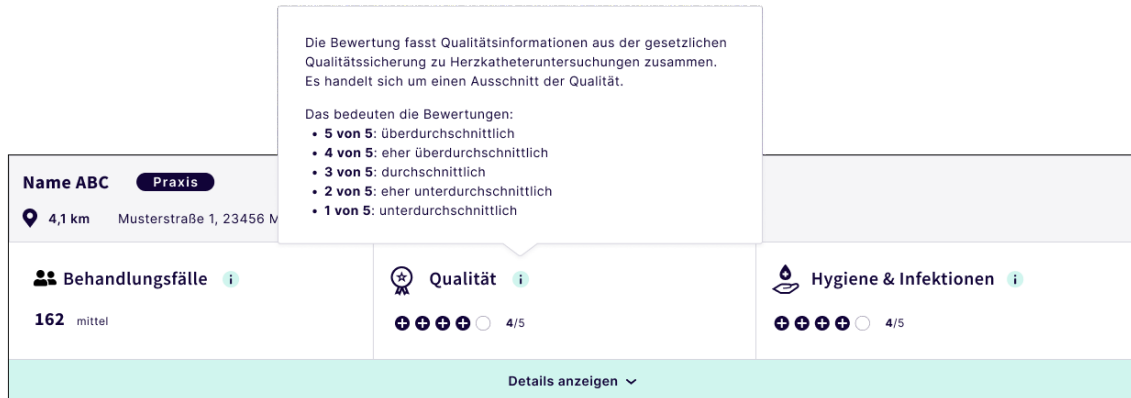


Abbildung 13: Darstellung des Informations-Icons für das übergeordnete Thema Qualität

9.3.8 Vergleichsansicht

Nutzerinnen und Nutzer sollen einzelne ambulante Leistungserbringer auswählen können, um diese anschließend übersichtlich in einer Ansicht zu vergleichen (vgl. Punkt I.2.j der Beauftragung). Ein Beispiel hierfür ist in Abbildung 14 dargestellt. In der Vergleichsansicht erscheinen die ausgewählten Einrichtungen oberhalb der Ergebniskacheln mit den zusammengefassten Vergleichswerten, einschließlich Entfernungsangabe und Webadresse. Zudem besteht die Möglichkeit, weitere Qualitätsinformationen mit zunehmendem Detailgrad einzublenden.

← Ergebnisliste			
Vergleichsansicht zu Ihrem Behandlungsanlass "Herzkatheteruntersuchung"			
	Name ABC ×	Name DEF ×	Name GHI ×
	Praxis 3,1 km www.nameABC.de	Praxis 3,4 km www.nameDEF.de	Praxis 3,2 km www.nameGHI.de
Behandlungsfälle ⓘ	189 mittel	232 mittel	175 mittel
Qualität ⓘ	++++○ 4/5	+++○○ 3/5	++++○ 4/5
Behandlungsergebnisse ⓘ	++++○○ 3/5	++○○○○ 2/5	+++++++ 5/5
Nach dem Eingriff haben möglichst wenige Patientinnen und Patienten anhaltende Empfindungsstörungen an den Gliedmaßen in der Nähe der Einstichstelle.	✓ besser als der Durchschnitt ⓘ	✗ schlechter als der Durchschnitt ⓘ	✓ besser als der Durchschnitt ⓘ
Nach dem Eingriff haben möglichst wenige Patientinnen und Patienten behandlungsbedürftige Blutergüsse.	⊖ entspricht dem Durchschnitt ⓘ	⊖ entspricht dem Durchschnitt ⓘ	✓ besser als der Durchschnitt ⓘ
Nach dem Eingriff spüren möglichst viele Patientinnen und Patienten eine deutliche Verbesserung ihrer Symptome.	✗ schlechter als der Durchschnitt ⓘ	✗ schlechter als der Durchschnitt ⓘ	✓ besser als der Durchschnitt ⓘ
Abläufe vor Ort ⓘ	+++++ 5/5	++++○ 4/5	++++○○ 3/5
Kommunikation & Interaktion ⓘ	++++○ 4/5	+++○○ 3/5	++++○ 4/5
Hygiene & Infektionen ⓘ	++++○ 4/5	++++○ 4/5	++++○ 4/5

Abbildung 14: Darstellung einer Vergleichsansicht

10 Ergebnisse der Onlinebefragung

Das IQTIG hat gemäß Punkt I.3.c. der Beauftragung die entwickelten Darstellungsformate mittels einer Onlinebefragung überprüft (vgl. Kapitel 4). In Abschnitt 10.1 werden die Ergebnisse in Bezug auf die selbsteingeschätzte Verständlichkeit berichtet. Anschließend wird in Abschnitt 10.2 auf die Ergebnisse im Kontext der Qualitätsvergleiche und der Unterstützung von Auswahlentscheidungen eingegangen. Eine detaillierte tabellarische Auflistung der Ergebnisse kann Anhang A.5 entnommen werden.

10.1 Selbsteingeschätzte Verständlichkeit der Darstellungsformate

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten die selbsteingeschätzte Verständlichkeit der Darstellungsformate auf fünfstufigen Skalen. Bewertet wurden die übergeordneten Themen, Teilindizes und einzelne Qualitätsindikatoren sowie begleitende Informationen. Höhere Werte signalisieren dabei eine höhere Bewertung.¹⁷ Die Ergebnisse zeigen, dass die Verständlichkeit von allen Zielgruppen als tendenziell hoch bewertet wird. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellungen aus Kapitel 4 je Zielgruppe dargestellt. Eine detaillierte tabellarische Auflistung der Ergebnisse kann Anhang A.5.1 in den Tabellen 5 und 6 entnommen werden.

10.1.1 Patientinnen, Patienten und Angehörige

Patientinnen, Patienten und Angehörige (N = 333) beurteilten die Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). Sie bewerteten auf Ebene 1 „Qualität“ (Gesamtindex) durchschnittlich mit 4,12 (SD = 0,83), auf Ebene 2 „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion“ (Teilindizes) mit 4,06 (SD = 0,82) und auf Ebene 3 „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ (Qualitätsindikator) mit 3,84 (SD = 0,98).

Die Zielgruppe beurteilte die „Darstellung insgesamt“ von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) auf allen Ebenen als verständlich. Sie bewertete Ebene 1 durchschnittlich mit 4,20 (SD = 0,78), Ebene 2 mit 4,11 (SD = 0,85) und Ebene 3 mit 3,89 (SD = 0,94). Patientinnen, Patienten und Angehörige schätzten die dargestellten Qualitätsinformationen im Einzelnen als verständlich ein. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Behandlungsfälle“ durchschnittlich mit 4,33 (SD = 0,76), „Qualität“ mit 4,35 (SD = 0,74) sowie „Hygiene und Infektionen“ mit 4,30 (SD = 0,76). Auf Ebene 2 bewerteten sie „Behandlungsergebnisse“ mit 4,26 (SD = 0,78), „Abläufe vor Ort“ mit 4,11 (SD = 0,85) und „Kommunikation und Interaktion“ mit 4,16 (SD = 0,82). Auf Ebene 3 bewerteten sie „Anhaltende Empfindungsstörung“ mit 3,88 (SD = 0,93) und „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ mit 3,93 (SD = 0,96).

¹⁷ Beispielhafte Kategorienbenennung: sehr verständlich (5), verständlich (4), weder noch (3), wenig verständlich (2), gar nicht verständlich (1).

Patientinnen, Patienten und Angehörige bewerteten die begleitenden Informationstexte von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich) insgesamt als hilfreich, wobei die Mittelwerte zwischen 3,97 (SD = 0,96) und 4,22 (SD = 0,88) lagen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gründe angeben, warum sie die begleitenden Informationstexte als nicht hilfreich („weder noch“, „hilfreich“ oder „gar nicht hilfreich“) bewerteten. Auf jeder Ebene wurden am häufigsten ein zu großer Umfang des Textes sowie das Fehlen von Hintergrundinformationen genannt. Zudem wurden Fachbegriffe teilweise als hinderlich wahrgenommen, insbesondere auf Ebene 3 (vgl. Anhang A.5.1, Tabelle 6).

10.1.2 Ambulante Leistungserbringer

Beratendes Arztgespräch

Ambulante Leistungserbringer in der beratenden Funktion (N = 50) stimmten der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) insgesamt zu. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Qualität“ (Gesamtindex) durchschnittlich mit 3,64 (SD = 1,05), Ebene 2 „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion“ (Teilindizes) mit 3,78 (SD = 1,02) und Ebene 3 „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ (Qualitätsindikator) mit 3,70 (SD = 1,11).

Die Zielgruppe beurteilte die „Darstellung insgesamt“ von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) auf allen Ebenen als verständlich. Sie bewertete Ebene 1 durchschnittlich mit 4,02 (SD = 1,02), Ebene 2 mit 3,96 (SD = 0,88) und Ebene 3 mit 3,80 (SD = 0,99). Ambulante Leistungserbringer mit beratender Funktion schätzten die dargestellten Qualitätsinformationen im Einzelnen als verständlich bis sehr verständlich ein. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Behandlungsfälle“ durchschnittlich mit 4,50 (SD = 0,74), „Qualität“ mit 4,08 (SD = 0,99), und „Hygiene und Infektionen“ mit 3,96 (SD = 1,07). Auf Ebene 2 bewerteten sie „Behandlungsergebnisse“ mit 4,08 (SD = 0,90), „Abläufe vor Ort“ mit 3,82 (SD = 1,02) und „Kommunikation und Interaktion“ mit 3,90 (SD = 0,97). Auf Ebene 3 bewerteten sie „Anhaltende Empfindungsstörung“ mit 3,82 (SD = 1,08) und „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ mit 3,90 (SD = 1,09).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stufen die begleitenden Informationstexte von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich) insgesamt als hilfreich ein, mit Mittelwerten im Bereich von 3,76 (SD = 1,19) bis 4,30 (SD = 1,04).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gründe angeben, warum sie die begleitenden Informationstexte als nicht hilfreich („weder noch“, „hilfreich“ oder „gar nicht hilfreich“) bewerteten. Auf jeder Ebene wurden am häufigsten fehlende Hintergrundinformationen genannt (vgl. Anhang A.5.1, Tabelle 6).

Qualitätsförderung durch den Leistungserbringer

Ambulante Leistungserbringer im Nutzungskontext der Qualitätsförderung (N = 50) stimmten der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort,

Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) insgesamt zu. Sie bewerteten Ebene 1 „Qualität“ (Gesamtindex) im Durchschnitt mit 3,80 (SD = 1,13), Ebene 2 „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort und Kommunikation und Interaktion“ (Teilindizes) mit 3,64 (SD = 1,20) und Ebene 3 „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ (Qualitätsindikator) mit 3,62 (SD = 1,28).

Die Zielgruppe beurteilte die „Darstellung insgesamt“ von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) auf allen Ebenen als verständlich. Sie bewertete Ebene 1 durchschnittlich mit 3,94 (SD = 1,19), Ebene 2 mit 3,96 (SD = 1,01) und Ebene 3 mit 3,78 (SD = 0,95). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten die dargestellten Qualitätsinformationen im Einzelnen als verständlich bis sehr verständlich ein. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Behandlungsfälle“ durchschnittlich mit 4,52 (SD = 0,74), „Qualität“ mit 4,00 (SD = 1,20) und „Hygiene & Infektionen“ mit 4,02 (SD = 1,15). Auf Ebene 2 bewerteten sie die Teilindizes „Behandlungsergebnisse“ mit 3,88 (SD = 1,22), „Abläufe vor Ort“ mit 3,74 (SD = 1,24) und „Kommunikation und Interaktion“ mit 3,78 (SD = 1,22). Auf Ebene 3 bewerteten sie die Qualitätsindikatoren „Anhaltende Empfindungsstörung“ durchschnittlich mit 3,62 (SD = 1,19) und „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ mit 3,90 (SD = 0,97).

Die Befragten stufte die begleitenden Informationen von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich) insgesamt als hilfreich ein, mit Mittelwerten im Bereich von 3,60 (SD = 1,14) bis 4,28 (SD = 0,99).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gründe angeben, warum sie die begleitenden Informationstexte als nicht hilfreich („weder noch“, „hilfreich“ oder „gar nicht hilfreich“) bewerteten. Auf jeder Ebene wurden am häufigsten fehlende Hintergrundinformationen genannt (vgl. Anhang A.5.1, Tabelle 6).

10.1.3 Beratende Stellen

Vertreterinnen und Vertreter der beratenden Stellen (N = 12) stimmten der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) insgesamt zu. Sie bewerteten Ebene 1 „Qualität“ (Gesamtindex) im Durchschnitt mit 3,83 (SD = 0,72), Ebene 2 „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion“ (Teilindizes) mit 4,17 (SD = 0,58) und Ebene 3 „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ (Qualitätsindikator) mit 4,33 (SD = 0,89).

Die Zielgruppe beurteilte die „Darstellung insgesamt“ von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) auf allen Ebenen als verständlich. Sie bewerteten Ebene 1 durchschnittlich mit 4,00 (SD = 1,04), Ebene 2 mit 4,17 (SD = 0,84) und Ebene 3 mit 4,42 (SD = 0,67). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten die dargestellten Qualitätsinformationen im Einzelnen als verständlich bis sehr verständlich ein. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Behandlungsfälle“ durchschnittlich mit 4,75 (SD = 0,45), „Qualität“ mit 4,25 (SD = 0,75) und „Hygiene und Infektionen“ mit 4,33 (SD = 0,65). Auf Ebene 2 bewerteten sie „Behandlungsergebnisse“ mit 4,42 (SD = 0,52), „Abläufe vor Ort“ mit 4,33 (SD = 0,49) und „Kommunikation und Interaktion“ mit 4,17 (SD = 0,72). Auf Ebene 3 bewerteten sie

„Anhaltende Empfindungsstörung“ mit 4,17 (SD = 1,12) und „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ mit 4,42 (SD = 0,90).

Ebenfalls bewerteten sie die begleitenden Informationstexte von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich) insgesamt als hilfreich, mit Mittelwerten im Bereich von 3,67 (SD = 1,23) bis 4,58 (SD = 0,52).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gründe angeben, warum sie die begleitenden Informationstexte als nicht hilfreich („weder noch“, „hilfreich“ oder „gar nicht hilfreich“) bewerteten. Auf jeder Ebene wurden am häufigsten fehlende Hintergrundinformationen genannt (vgl. Anhang A.5.1, Tabelle 6).

10.1.4 Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

Vertreterinnen und Vertreter der öffentlichen Interessengruppen und politische Entscheidungsträger (N = 19) stimmten der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) insgesamt zu. Sie bewerteten Ebene 1 „Qualität“ (Gesamtindex) im Durchschnitt mit 3,72 (SD = 0,96), Ebene 2 „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion“ (Teilindizes) mit 3,47 (SD = 0,84) und Ebene 3 „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ (Qualitätsindikator) mit 3,84 (SD = 0,77).

Die Zielgruppe beurteilte die „Darstellung insgesamt“ von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich) auf allen Ebenen als verständlich. Sie bewerteten Ebene 1 durchschnittlich mit 4,21 (SD = 0,54), Ebene 2 mit 3,89 (SD = 0,47) und Ebene 3 mit 3,84 (SD = 0,77). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten die dargestellten Qualitätsinformationen im Einzelnen als verständlich ein. Sie bewerteten auf Ebene 1 „Behandlungsfälle“ durchschnittlich mit 4,26 (SD = 0,93), „Qualität“ mit 4,26 (SD = 0,73) und „Hygiene und Infektionen“ mit 4,37 (SD = 0,60). Auf Ebene 2 bewerteten sie „Behandlungsergebnisse“ mit 3,84 (SD = 0,60), „Abläufe vor Ort“ mit 3,74 (SD = 0,73) und „Kommunikation und Interaktion“ mit 3,79 (SD = 0,63). Auf Ebene 3 bewerteten sie „Anhaltende Empfindungsstörung“ mit 3,72 (SD = 0,90) und „Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ mit 3,84 (SD = 0,77).

Ebenfalls bewerteten sie die begleitenden Informationstexte von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich) insgesamt als hilfreich, mit Mittelwerten im Bereich von 3,53 (SD = 1,07) bis 4,16 (SD = 0,90).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gründe angeben, warum sie die begleitenden Informationstexte als nicht hilfreich („weder noch“, „hilfreich“ oder „gar nicht hilfreich“) bewerteten. Auf Ebene 1 und 2 wurden am häufigsten fehlende Hintergrundinformationen genannt und auf Ebene 3 zu viel Textumfang (vgl. Anhang A.5.1, Tabelle 6).

10.1.5 Zielgruppenvergleich

Abbildung 15 zeigt die durchschnittlichen Bewertungen der Zielgruppen zur Nützlichkeit der Darstellung bei der Einschätzung des übergeordneten Themas „Qualität“, der Teilindizes „Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion“ sowie des Qualitätsindikators

„Behandlungsbedürftige Blutergüsse“ im direkten Vergleich. Die Bewertungen erfolgen auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass alle Zielgruppen die Darstellung überwiegend als nützlich einschätzen.

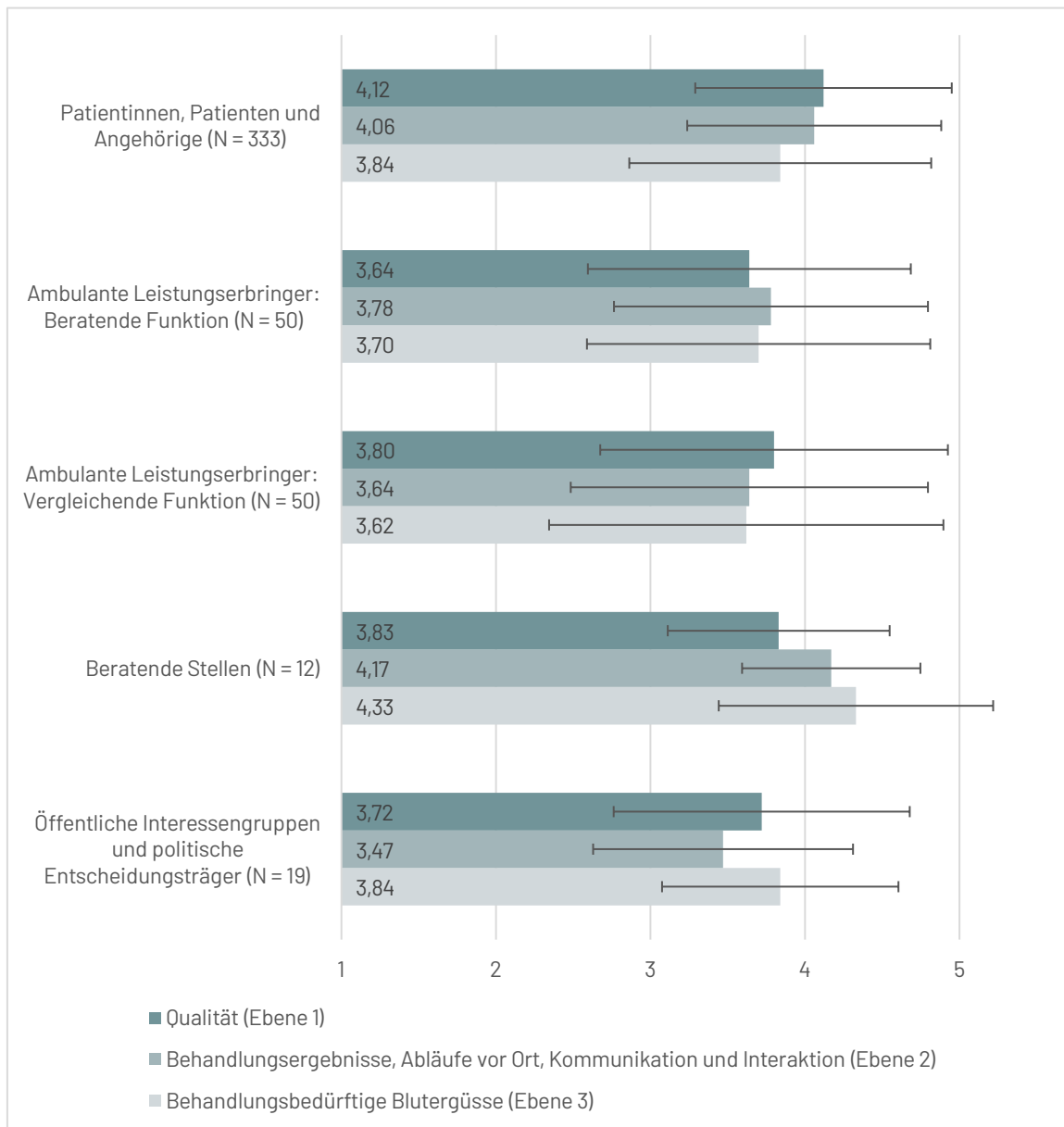


Abbildung 15: Mittelwerte und Standardabweichung der Zielgruppen zu der Aussage „Ich finde die Darstellung hilfreich, um [Qualität/Behandlungsergebnisse, Abläufe vor Ort, Kommunikation und Interaktion/Behandlungsbedürftige Blutergüsse] der Arztpraxis einzuschätzen“ auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu)

Abbildung 16 zeigt die durchschnittliche Bewertung der Zielgruppen zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Darstellung insgesamt. Die Bewertungen erfolgen auf einer Skala von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass alle Zielgruppen die Darstellung überwiegend als verständlich einschätzen.

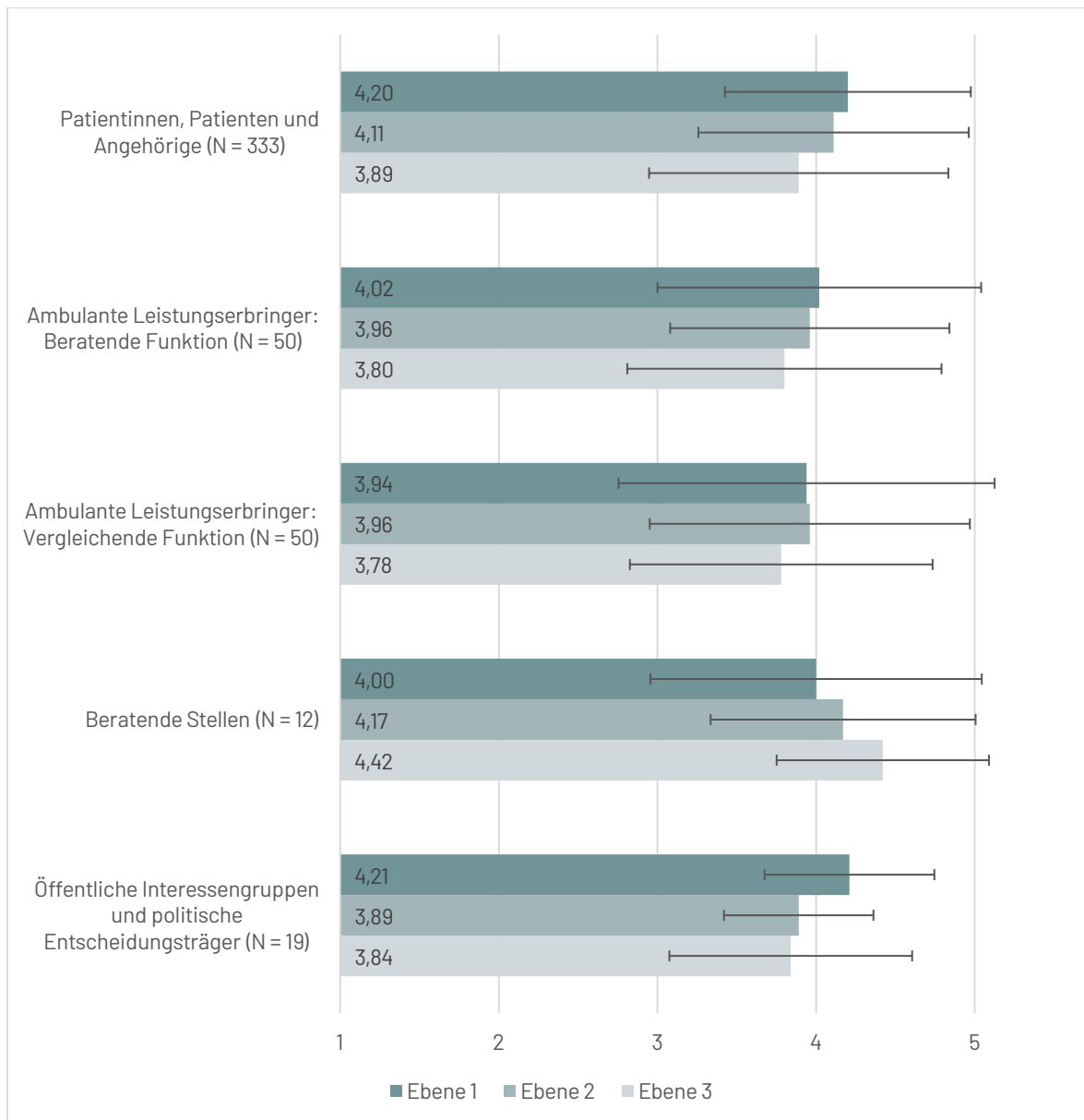


Abbildung 16: Mittelwerte und Standardabweichungen der Zielgruppen zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Darstellung insgesamt auf einer Skala von 1 (gar nicht verständlich) bis 5 (sehr verständlich)

10.2 Geeignetheit zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen und Qualitätsvergleichen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten zentrale Aspekte der Auswahlentscheidung für eine Praxis auf fünfstufigen Skalen. Zudem wurde die Anwendung im (Berufs-)Alltag und die Relevanz bestimmter (Qualitäts-)Informationen betrachtet. Höhere Werte signalisieren dabei eine höhere Bewertung.¹⁸ Die Ergebnisse zeigen, dass die Geeignetheit zur Unterstützung von Aus-

¹⁸ Beispielhafte Kategorienbenennung: sehr leicht (5), leicht (4), weder noch (3), schwer (2), sehr schwer (1).

wahlentscheidungen von allen Zielgruppen als tendenziell hoch bewertet wird. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der einzelnen Zielgruppen dargestellt. Eine detaillierte Auflistung der Ergebnisse kann den Tabellen 7 bis 12 in Anhang A.5.2 entnommen werden.

10.2.1 Patientinnen, Patienten und Angehörige

Patientinnen, Patienten und Angehörige (N = 333) entschieden sich auf allen drei Ebenen am häufigsten für die Praxis mit der höchsten Bewertung. 273 Personen (82,0 %) wählten auf Ebene 1 (Gesamtindex), 274 Personen (82,3 %) auf Ebene 2 (Teilindizes) und 257 Personen (77,2 %) auf Ebene 3 (Qualitätsindikator) die Praxis mit der höchsten Bewertung aus. Für eine andere Praxis entschieden sich auf allen Ebenen jeweils 40 Personen (12,0 %). Ein Teil der Befragten konnte anhand der angebotenen Darstellungsformate und begleitenden Informationstexte keine Entscheidung für eine Praxis treffen: Diese Antwortkategorie nahm von Ebene 1 mit 20 Personen (6,0 %), Ebene 2 mit 19 Personen (5,7 %) bis hin zu Ebene 3 mit 36 Personen (10,8 %) leicht zu. Mithilfe der Vergleichsansicht haben sich 310 Personen (93,1 %) für eine Praxis entschieden, bei der sie die beste medizinische Behandlung erwarten. 23 Personen (6,9 %) haben keine Entscheidung getroffen.

Von den Personen, die auf den jeweiligen Ebenen eine Praxis gewählt haben, ergänzten 237 bis 262 Personen die Aussage „Mich für eine Praxis zu entscheiden fällt mir...“ mit „leicht“ oder „sehr leicht“. 17 bis 23 Personen gaben an, dass ihnen die Entscheidung „schwer“ oder „sehr schwer“ fiel. Bei der Bewertung zur Auswahlentscheidung anhand der Vergleichsansicht gab die Mehrheit (n = 247) an, dass ihnen die Entscheidung „leicht“ bis „sehr leicht“ fällt.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, Gründe dafür anzugeben, weshalb sie keine Auswahlentscheidung treffen konnten bzw. weshalb ihnen die Entscheidung leicht („leicht“ oder „sehr leicht“) oder nicht leicht („weder noch“, „schwer“ oder „sehr schwer“) fiel. Eine detaillierte Auflistung der Gründe ist den Tabellen 9 und 10 in Anhang A.5.2 zu entnehmen. Die Befragten gaben für die Kategorie „leicht“ oder „sehr leicht“ am häufigsten an, dass sie die Begriffe als verständlich, die Informationen als ausreichend und die Darstellungsformate als übersichtlich bewerteten. Befragte, die „weder noch“, „schwer“, „sehr schwer“ oder „keine Entscheidung“ ausgewählt haben, begründeten dies überwiegend mit unpassenden Informationsmengen (zu viele Informationen oder nicht ausreichende Informationen).

Patientinnen, Patienten und Angehörige bewerteten die Aussage „Ich würde in meinem Alltag eine solche Darstellung nutzen, um eine geeignete Arztpraxis zu finden“ von 1 (stimme voll zu) bis 5 (stimme gar nicht zu) durchschnittlich wie folgt: Ebene 1 mit 3,98 (SD = 1,02), Ebene 2 mit 3,97 (SD = 0,99), Ebene 3 mit 3,83 (SD = 1,01) und die Vergleichsansicht mit 3,92 (SD = 0,10).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) anzugeben, wie wichtig ihnen einzelne (Qualitäts-)Informationen in der ambulanten Versorgung sind. Im Durchschnitt werteten sie Qualität (MW = 4,65; SD=0,73), Hygiene und Infektionen (MW = 4,46; SD = 0,87) sowie die medizinischen Schwerpunkte (MW = 4,42; SD = 0,83) am wichtigsten (vgl. Anhang A.5.2, Tabelle 12). Als weniger wichtig wurden im Durchschnitt Barrierefreiheit (MW = 3,19; SD = 1,34), Anzahl der Behandlungsfälle (MW = 3,90; SD = 1,06) und aussagekräftige Zertifikate (MW = 3,94; SD = 1,00) bewertet.

10.2.2 Ambulante Leistungserbringer

Beratendes Arztgespräch

Ambulante Leistungserbringer in der beratenden Funktion (N = 50) entschieden sich auf allen drei Ebenen am häufigsten für die Praxis mit der höchsten Bewertung des Gesamtindex, Teilindizes bzw. Qualitätsindikatoren. 50 Personen (100,0 %) wählten auf Ebene 1 (Gesamtindex), 46 Personen (92,0 %) auf Ebene 2 (Teilindizes) und 47 Personen (94,0 %) auf Ebene 3 (Qualitätsindikatoren) die Praxis mit der höchsten Qualitätsbewertung aus. Für eine andere Praxis entschieden sich 2 Personen (4,0 %) auf Ebene 2 und eine Person (2,0 %) auf Ebene 3. Vereinzelt haben die Befragten anhand der angebotenen Darstellungsformate und begleitenden Informationstexte „Keine Entscheidung“ für eine Praxis getroffen: Auf Ebene 2 und Ebene 3 betraf dies jeweils 2 Personen (4,0 %). Mithilfe der Vergleichsansicht konnten sich alle Personen (100 %) für die Praxis entscheiden, bei der sie die beste medizinische Behandlung erwarten.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf den jeweiligen Ebenen eine Praxis gewählt haben, ergänzten die Aussage „Mich für eine Praxis zu entscheiden fällt mir...“ mehrheitlich (33 bis 36 Personen) mit „leicht“ oder „sehr leicht“. Der Anteil der Kategorien „schwer“ oder „sehr schwer“ blieb auf allen Ebenen gering. Bei der Bewertung zur Auswahlentscheidung anhand der Vergleichsansicht gab die Mehrheit (n = 38) an, dass ihnen die Entscheidung „leicht“ bis „sehr leicht“ fällt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, Gründe für die jeweiligen Bewertungen der Auswahlentscheidung anzugeben. Eine detaillierte Auflistung der Gründe ist den Tabellen 9 und 10 in Anhang A.5.2 zu entnehmen. Verständliche Begriffe und Übersichtlichkeit der Darstellung wurden am häufigsten als Gründe für die Kategorie „leicht“ oder „sehr leicht“ genannt. Befragte, die „weder noch“, „schwer“, „sehr schwer“ oder „keine Entscheidung“ antworteten, begründeten dies überwiegend damit, dass ihnen nicht ausreichend Informationen zur Verfügung stünden.

Ambulante Leistungserbringer in beratender Funktion (überweisend) wurden zudem befragt, inwieweit sie der Aussage von 1 (stimme voll zu) bis 5 (stimme gar nicht zu) zustimmen: „Ich würde in meinem beruflichen Alltag eine solche Darstellung nutzen, um Informationen zu Arztpraxen miteinander zu vergleichen“. Die Ergebnisse zeigen, dass der Grad der Zustimmung überwiegend im Bereich „weder noch“ (3) bis „stimme zu“ (4) liegt. Sie bewerteten Ebene 1 durchschnittlich mit 3,38 (SD = 1,11), Ebene 2 mit 3,44 (SD = 1,09), Ebene 3 mit 3,70 (SD = 1,04) und die Vergleichsansicht mit 3,68 (SD = 1,02).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) anzugeben, wie wichtig ihnen einzelne (Qualitäts-)Informationen in der ambulanten Versorgung sind. Im Durchschnitt werteten sie Qualität (MW = 4,62; SD = 0,92), Hygiene und Infektionen (MW = 4,52; SD = 0,91) sowie medizinische Schwerpunkte (MW = 4,48; SD = 1,00) am wichtigsten (vgl. Anhang A.5.2, Tabelle 12). Am wenigsten wichtig waren ihnen im Durchschnitt aussagekräftige Zertifikate (MW = 3,32; SD = 1,33) und Barrierefreiheit (MW = 3,50; SD = 1,15).

Qualitätsförderung durch den Leistungserbringer

Ambulante Leistungserbringer im Nutzungskontext der Qualitätsförderung (N = 50) entschieden sich auf allen drei Ebenen am häufigsten für die Praxis mit der höchsten Bewertung des Gesamtindex, Teilindizes bzw. Qualitätsindikatoren. 46 Personen (92,0 %) wählten auf Ebene 1 (Gesamtindex), 44 (88,0 %) auf Ebene 2 (Teilindizes) und 44 Personen (88,0 %) auf Ebene 3 (Qualitätsindikatoren) die Praxis mit der höchsten Qualitätsbewertung aus. Für eine andere Praxis entschieden sich jeweils eine Person (2,0 %) auf Ebene 1 sowie Ebene 2 und 2 Personen (4,0 %) auf Ebene 3. Ein Teil der Befragten hat anhand der angebotenen Darstellungsformate und begleitenden Informationstexte keine Entscheidung für eine Praxis getroffen: Auf Ebene 1 betraf dies 3 Personen (6,0 %), 5 Personen (10,0 %) auf Ebene 2 und 4 Personen (8,0 %) auf Ebene 3. Mithilfe der Vergleichsansicht haben sich 47 Personen (94 %) für eine Praxis entschieden, bei der sie die beste medizinische Behandlung erwarten. 3 Personen (6 %) konnten keine Entscheidung treffen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf den jeweiligen Ebenen eine Praxis gewählt haben, ergänzten die Aussage „Mich für eine Praxis zu entscheiden fällt mir...“ mehrheitlich (33 bis 39 Personen) mit „leicht“ oder „sehr leicht“. Der Anteil der Kategorien „schwer“ oder „sehr schwer“ blieb auf allen Ebenen gering. Bei der Bewertung zur Auswahlentscheidung anhand der Vergleichsansicht gab die Mehrheit (n = 37) an, dass ihnen die Entscheidung „leicht“ bis „sehr leicht“ gefallen ist.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, Gründe für die jeweiligen Bewertungen der Auswahlentscheidung anzugeben. Eine detaillierte Auflistung der Gründe ist den Tabellen 9 und 10 in Anhang A.5.2 zu entnehmen. Verständliche Begriffe wurden am häufigsten als Gründe für die Kategorie „leicht“ oder „sehr leicht“ genannt. Befragte, die „weder noch“, „schwer“, „sehr schwer“ oder „keine Entscheidung“ antworteten, begründeten dies überwiegend damit, dass ihnen nicht ausreichend Informationen zur Verfügung stehen.

Ambulante Leistungserbringer im Nutzungskontext der Qualitätsförderung wurden zudem befragt, inwieweit sie der Aussage von 1 (stimme voll zu) bis 5 (stimme gar nicht zu) zustimmen: „Ich würde in meinem beruflichen Alltag eine solche Darstellung nutzen, um die Informationen zu meiner Arztpraxis mit denen anderer zu vergleichen“. Die Ergebnisse zeigen, dass der Grad der Zustimmung überwiegend im Bereich „weder noch“ (3) liegt. Sie bewerteten Ebene 1 durchschnittlich mit 2,94 (SD = 1,48), Ebene 2 mit 3,08 (SD = 1,43), Ebene 3 mit 3,12 (SD = 1,52) und die Vergleichsansicht mit 2,98 (SD = 1,45).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) anzugeben, wie wichtig ihnen einzelne (Qualitäts-)Informationen in der ambulanten Versorgung sind. Im Durchschnitt werteten sie medizinische Schwerpunkte (MW = 4,58; SD = 0,58), Qualität (MW = 4,56; SD = 1,07) sowie Hygiene und Infektionen (mit 4,38; SD = 0,90) am wichtigsten (vgl. Anhang, A.5.2 Tabelle 12). Weniger wichtig waren ihnen im Durchschnitt aussagekräftige Zertifikate (MW = 3,26; SD = 1,07) und Barrierefreiheit (MW = 3,46; SD = 1,09).

10.2.3 Beratende Stellen

Alle Befragten der beratenden Stellen (N = 12) entschieden sich auf den drei Ebenen für die Praxis mit der höchsten Bewertung des Gesamtindex, Teilindizes bzw. Qualitätsindikatoren. Mithilfe der

Vergleichsansicht haben sich 11 Personen (91,7 %) für eine Praxis entschieden, bei der sie die beste medizinische Behandlung erwarten.

5 bis 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Praxis gewählt haben, ergänzten die Aussage „Mich für eine Praxis zu entscheiden fällt mir...“ mit „leicht“ oder „sehr leicht“. Der Anteil der Kategorien „schwer“ oder „sehr schwer“ blieb auf allen Ebenen gering. Bei der Bewertung zur Auswahlentscheidung anhand der Vergleichsansicht gab die Mehrheit (n = 8) an, dass ihnen die Entscheidung „leicht“ bis „sehr leicht“ fällt.

Die Gründe, weshalb keine Auswahlentscheidung getroffen wurde bzw. die Entscheidung als leicht („leicht“, „sehr leicht“) oder als nicht leicht („weder noch“, „schwer“, „sehr schwer“) eingeschätzt wurde, sind den Tabellen 9 und 10 in Anhang A.5.2 zu entnehmen.

Zudem bewerteten Vertreterinnen und Vertreter der beratenden Stellen die Aussage „Ich würde in meinem beruflichen Alltag eine solche Darstellung nutzen, um Informationen zu Arztpraxen miteinander zu vergleichen“ von 1 (stimme voll zu) bis 5 (stimme gar nicht zu) durchschnittlich wie folgt: Ebene 1 mit 4,17 (SD = 0,94), Ebene 2 mit 4,33 (SD = 0,65), Ebene 3 mit 4,17 (SD = 1,19) und die Vergleichsansicht mit 4,17 (SD = 1,12).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) anzugeben, wie wichtig ihnen einzelne (Qualitäts-)Informationen in der ambulanten Versorgung sind. Im Durchschnitt legten sie den größten Wert auf die Anzahl der Behandlungsfälle (MW = 4,83; SD = 0,39) und die Qualität (MW = 4,75; SD = 0,45) (vgl. Anhang A.5.2, Tabelle 12). Die durchschnittlich geringste Bewertung haben Personalausstattung (MW = 3,58; SD = 1,24) und aussagekräftige Zertifikate (MW = 3,92; SD = 1,00).

10.2.4 Öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger

Die Mehrheit (17 bis 19 Personen) der Zielgruppe öffentliche Interessengruppen und politische Entscheidungsträger (N = 19) entschieden sich auf allen drei Ebenen für die Praxis mit der höchsten Bewertung des Gesamtindex, Teilindizes bzw. Qualitätsindikators. Mithilfe der Vergleichsansicht konnten sich 18 Personen (94,7 %) für eine Praxis entscheiden, bei der sie die beste medizinische Behandlung erwarten.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf den jeweiligen Ebenen eine Praxis gewählt haben, ergänzten die Aussage „Mich für eine Praxis zu entscheiden fällt mir...“ mehrheitlich (14 bis 17 Personen) mit „leicht“ oder „sehr leicht“. Der Anteil der Kategorien „schwer“ oder „sehr schwer“ blieb auf allen Ebenen gering. Bei der Bewertung zur Auswahlentscheidung anhand der Vergleichsansicht gab die Mehrheit (N = 14) an, dass ihnen die Entscheidung „leicht“ bis „sehr leicht“ fällt.

Die Gründe, weshalb keine Auswahlentscheidung getroffen wurde bzw. weshalb die Entscheidung als leicht („leicht“, „sehr leicht“) oder als nicht leicht („weder noch“, „schwer“, „sehr schwer“) eingeschätzt wurde, sind den Tabellen 9 und 10 in Anhang A.5.2 zu entnehmen.

Vertreterinnen und Vertreter öffentlicher Interessengruppen sowie politischer Entscheidungsträger wurden zudem befragt, inwieweit sie der Aussage von 1 (stimme voll zu) bis 5 (stimme gar nicht zu) zustimmen: „Ich würde in meinem beruflichen Alltag eine solche Darstellung nutzen, um mich

über die Versorgungssituation zu einem Suchanlass, zum Beispiel Herzkatheteruntersuchung, zu informieren“. Die Ergebnisse zeigen, dass der Grad der Zustimmung überwiegend im Bereich „weder noch“ (3) liegt. Sie bewerteten Ebene 1 durchschnittlich mit 3,28 (SD = 1,23), Ebene 2 mit 3,28 (SD = 1,23), Ebene 3 mit 3,17 (SD = 1,15) und die Vergleichsansicht mit 3,17 (SD = 1,10).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) anzugeben, wie wichtig ihnen einzelne (Qualitäts-)Informationen in der ambulanten Versorgung sind. Im Durchschnitt werteten sie Qualität (MW = 4,95; SD = 0,23) sowie Hygiene und Infektionen (MW = 4,95; SD = 0,23) am höchsten (vgl. Anhang A.5.2, Tabelle 12). Barrierefreiheit (MW = 3,05; SD = 1,35) und aussagekräftige Zertifikate (MW = 3,32; SD = 1,16) wurden durchschnittlich am niedrigsten bewertet.

10.2.5 Zielgruppenvergleich

Abbildung 17 zeigt die durchschnittlichen Bewertungen der Zielgruppen zur Frage, ob sie eine solche Darstellung im (beruflichen) Alltag entsprechend des Anwendungsfalls nutzen würden, in einem direkten Vergleich. Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). Während die Zielgruppen der ambulanten Leistungserbringer in beratender und vergleichender Funktion sowie die öffentlichen Interessengruppen und politischen Entscheidungsträger der Aussage eher neutral gegenüberstehen, zeigen sich Patientinnen, Patienten und Angehörige sowie beratende Stellen eher zustimmend (vgl. Anhang A.5.2, Tabelle 11).

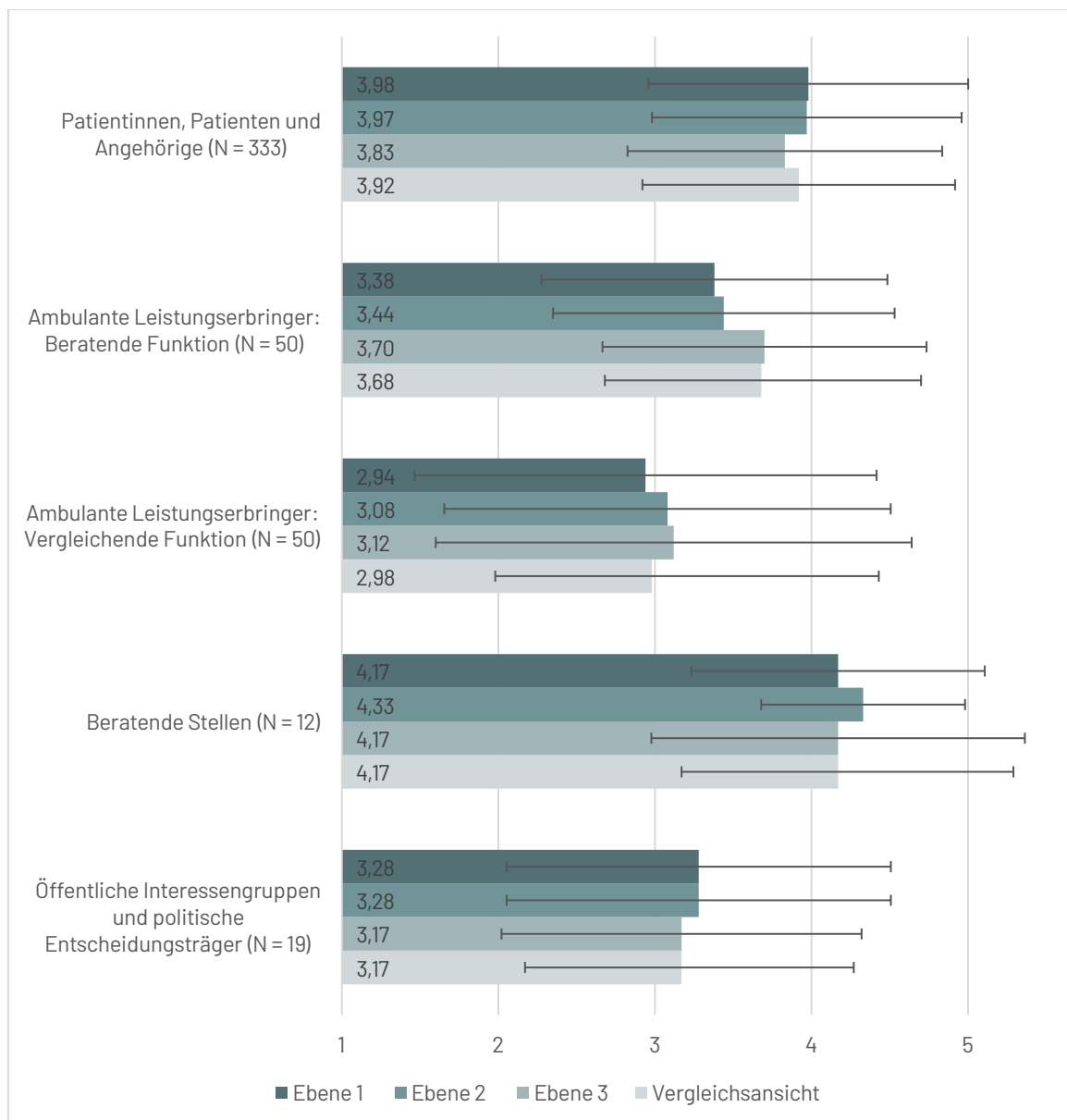


Abbildung 17: Mittelwerte und Standardabweichung der Zielgruppen zur Nutzung der Darstellung im (beruflichen) Alltag entsprechend des Anwendungsfalls, auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu)

Abbildung 18 zeigt die prozentuale Verteilung der Zielgruppen zur Auswahlentscheidung. Die Bewertung der Auswahlentscheidung erfolgt auf einer Skala von 1 (sehr schwer) bis 5 (sehr leicht). Die Kategorisierung erfolgte in leichte Entscheidung (sehr leicht, leicht), keine leichte Entscheidung (weder noch, schwer, sehr schwer), keine Entscheidung und keine Angabe. Über alle Zielgruppen hinweg konnten die Befragten anhand der Darstellung zu den Ebenen bzw. der Vergleichsansicht mehrheitlich eine Auswahl zwischen den Arztpraxen je Anwendungsfall treffen. Überwiegend wurde dabei die Auswahlentscheidung als „Leichte Entscheidung“ bewertet. Eine Ausnahme stellt die Bewertung der beratenden Stellen (N = 12) zur Darstellung der Ebene 1 dar (vgl. Abbildung 18).

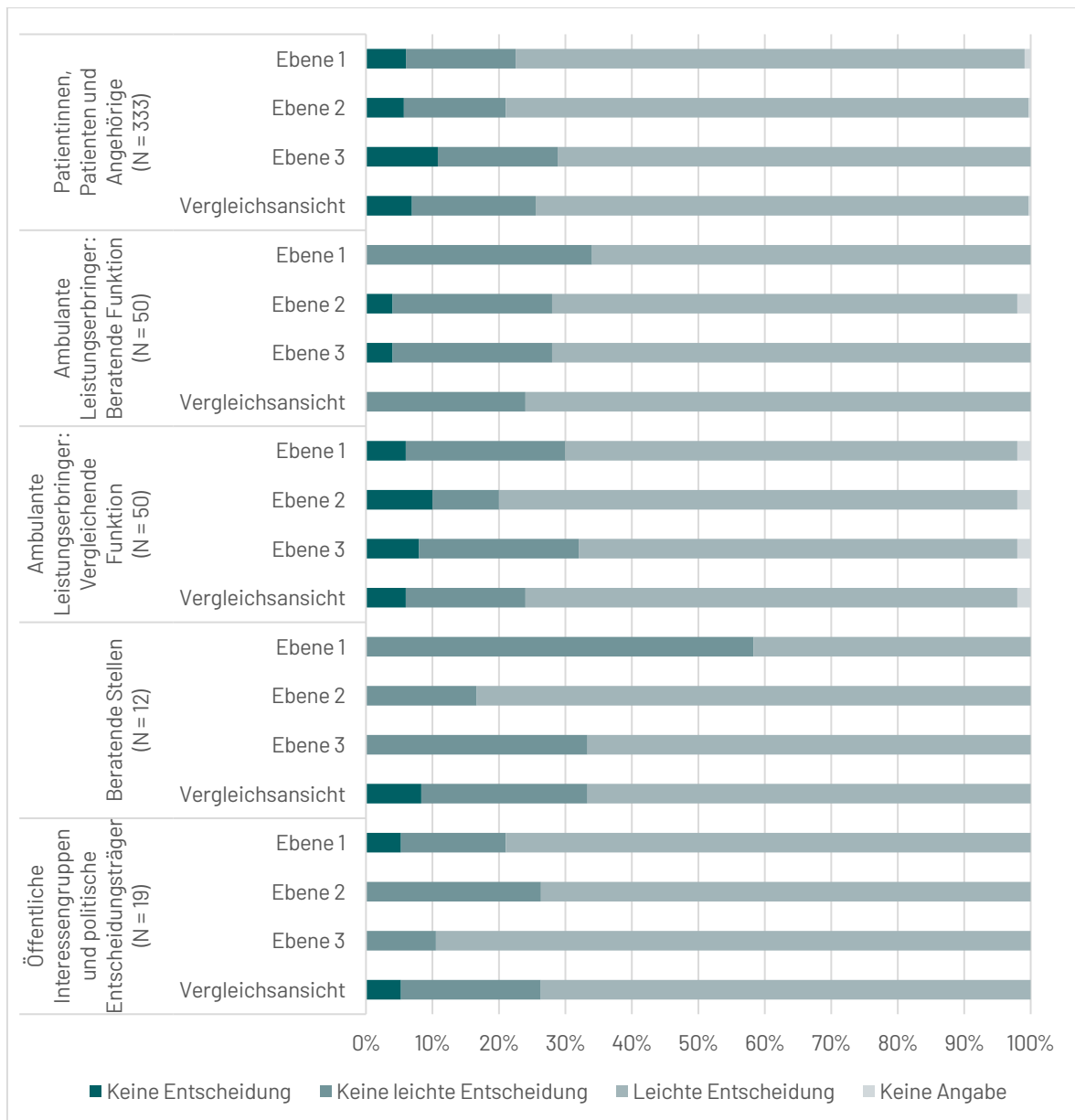


Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Zielgruppen zur Auswahlentscheidung, Kategorisierung in leichte Entscheidung (sehr leicht, leicht), keine leichte Entscheidung (weder noch, schwer, sehr schwer), keine Entscheidung und keine Angabe

10.3 Limitation des methodischen Vorgehens der Onlinebefragung

Im Rahmen einer Vorabtestung wurden durch Einzelinterviews mit vier Testpersonen potenzielle Probleme bei der Interpretation und Beantwortung der Items identifiziert, analysiert und entsprechende Anpassungen vorgenommen. Obwohl bereits bei einer geringen Anzahl an Interviews schwerwiegende Probleme erkannt werden können (Willis 2005), erhöht eine größere Stichprobe die Wahrscheinlichkeit, weitere Schwierigkeiten aufzudecken (Blair und Conrad 2011). Daher sind die Ergebnisse der Vorabtestung durch Einzelinterviews als eingeschränkt zu betrachten.

Für die Auswertung der Onlinebefragung wurden ausschließlich deskriptive Analysen durchgeführt. Das bedeutet, dass keine Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Population gezogen werden können. Darüber hinaus erfolgte die Stichprobenziehung nicht zufällig. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die zugrunde liegenden Zielgruppen. Diese methodischen Einschränkungen können zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen.

Die entwickelten Darstellungsformate wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einer einheitlichen Form als Abbildungen ohne interaktive Funktionen präsentiert, wodurch eine konsistente Bewertung sichergestellt wurde. Die begleitenden Informationen wurden nummeriert und als Fußnoten hinterlegt, um eine klare Orientierung zu ermöglichen. Zu beachten ist, dass interaktive Funktionen wie einblendbare begleitende Informationstexte sowie Variationen in den Gesamtindizes, Teilindizes und Qualitätsindikatoren in dieser Testphase der Konzeptentwicklung nicht möglich waren. Dies unterstreicht die Bedeutung weiterführender Nutzertestungen unter realen Bedingungen bzw. anhand eines Prototypen.

Diese methodischen Einschränkungen begrenzen die Aussagekraft der Ergebnisse. Zukünftige Testungen sollten eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Informationen und Darstellungsformate berücksichtigen.

11 Ableitung von Erkenntnissen und Empfehlungen

Die durchgeführte Überprüfung lieferte Hinweise für Verbesserungen zu Verständlichkeit, Geeignetheit und Anwendbarkeit der Darstellungsformate von Vergleichsdaten. Daraus leitet das IQTIG im nachfolgenden Abschnitt 11.1 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Darstellungsformate ab. In Abschnitt 11.2 werden darauf basierend mögliche Umsetzungsszenarien eines Online-Portals skizziert. Die empfohlenen Darstellungsformate werden beispielhaft anhand des Versorgungsanlasses Herzkatheteruntersuchung (vgl. Abschnitt 11.2) abgebildet. Weiterentwicklungen und Verbesserungen sind im Rahmen einer Umsetzung und Inbetriebnahme kontinuierlich zu prüfen, u. a. durch Nutzertestungen und die Einbindung externer Expertise. Die aus der Überprüfung abgeleiteten empfohlenen Darstellungsformate von Vergleichsdaten werden im Folgenden dargelegt.

11.1 Empfohlene Darstellungsformate

Die Grundlage für die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Darstellungsformate liefern die Ergebnisse der Onlinebefragung (vgl. Kapitel 10), die gewonnenen Erkenntnisse aus der Beratung durch Expertinnen und Experten (vgl. Anhang B.2) und die Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren.

Das IQTIG entwickelte zielgruppenübergreifende und verständliche Darstellungsformate. Diese bieten Transparenz und Nachvollziehbarkeit durch unterschiedliche Detailebenen. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Überprüfung durch die Onlinebefragung, der Beratung durch ein Expertengremium und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren untermauern den Ansatz, dass die dargelegte Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten für alle Zielgruppen grundsätzlich verständlich ist. Die gewählten Darstellungsformate sind für die Qualitätsvermittlung an die jeweiligen Zielgruppen geeignet. Die aggregierte Aufbereitung von Qualitätsinformationen ist für eine gezielte Informationsbeschaffung für alle Zielgruppen sinnvoll und anwendungsorientiert. Im Rahmen des Expertengremiums wurde ebenfalls angemerkt, dass die damit einhergehende Verminderung von Komplexität die Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit von Qualitätsinformationen für alle Zielgruppen fördere. Aufgrund dessen nimmt das IQTIG keine grundlegenden Anpassungen der in Kapitel 9 aufgeführten Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten vor. Aus der Überprüfung gehen Verbesserungspotenziale insbesondere hinsichtlich der Transparenz und begleitender Informationen hervor. Diese sowie die daraus abgeleiteten Weiterentwicklungen für die Darstellungsformate werden folgend aufgeführt.

Transparenz der Daten- und Informationsgrundlage

Das IQTIG empfiehlt aufgrund der Erkenntnisse aus der Beratung durch ein Expertengremium und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren, dass anhand der Darstellungsformate mehr Transparenz hinsichtlich der verfügbaren Informationen geschaffen werden sollte. Das bezieht sich sowohl auf die Datenherkunft als auch die zur Aggregation bzw. Berechnung der (Teil-)Indizes

zugrunde liegenden Qualitätsindikatoren. Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit das Vertrauen in die Verlässlichkeit der Informationen stärken kann. Aufgrund dessen nimmt das IQTIG folgende Überarbeitungen an den Darstellungsformaten vor:

- Für den Gesamtindex „Qualität“ wird angegeben, auf wie vielen Qualitätsindikatoren dieser basiert. Wie in Abbildung 19 beispielhaft dargestellt stehen bei dem Versorgungsanlass Herzkathe-therunter- suchung potenziell 20 Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Zur besseren Verständlichkeit wird ausgewiesen: „basiert auf 20 Bewertungsmerkmalen“. Die Anzahl der zugrunde liegenden Qualitätsindikatoren ist abhängig vom gegebenen QS-Verfahren und der Geeignetheit für die öffentliche Berichtserstattung.
- Die Indizes, die nicht versorgungsanlassspezifisch, sondern über die gesamte Einrichtung hinweg ausgewertet werden, werden nachfolgend als „einrichtungsbezogen“ bezeichnet. Dies trifft beispielsweise auf das übergeordnete Qualitätsthema „Hygiene und Infektionen“ zu (vgl. Abbildung 19).
- Die Option „Details anzeigen“ bzw. „Details verbergen“ wurde angepasst, sodass diese nur unter den übergeordneten Qualitätsthemen „Qualität“ und „Hygiene und Infektionen“ aufgeführt ist (vgl. Abbildung 19).
- Sollte die Berechnung des Gesamtindex bzw. der Teilindizes (Qualitätsthemen) nicht vorgenommen werden (z. B. aufgrund nicht verfügbarer Daten), wird dies sowohl grafisch als auch in Textform aus dem Darstellungsformat hervorgehen (vgl. Abbildung 20). Hierfür wird das Icon grau eingefärbt, der Hinweis „keine Bewertung möglich“ aufgeführt und ein begleitender Informationstext über ein Informations-Icon hinterlegt (vgl. Anhang D).
- Wie in Abschnitt 9.3.3 erläutert, werden aus Datenschutzgründen keine Fallzahlen kleiner als 4 angegeben. Um dahingehend Transparenz zu schaffen, empfiehlt das IQTIG die Angabe „unter 4“ mit folgenden Informations-Icons (vgl. Abbildung 21).
- In den begleitenden Informationstexten sollte den Zielgruppen bei Bedarf der Aufruf von detaillierten Informationen z. B. zur Datengrundlage ermöglicht werden. Dies kann über Verlinkungen in den Informations-Icons eingebaut werden (vgl. Anhang D).

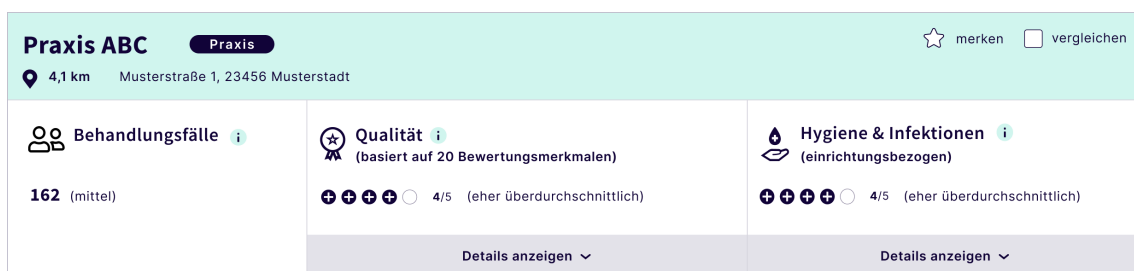


Abbildung 19: Empfohlene Darstellung der Behandlungsfälle und Gesamtindex „Qualität“ (versorgungsanlassspezifisch) sowie Hygiene und Infektion (einrichtungsbezogen)

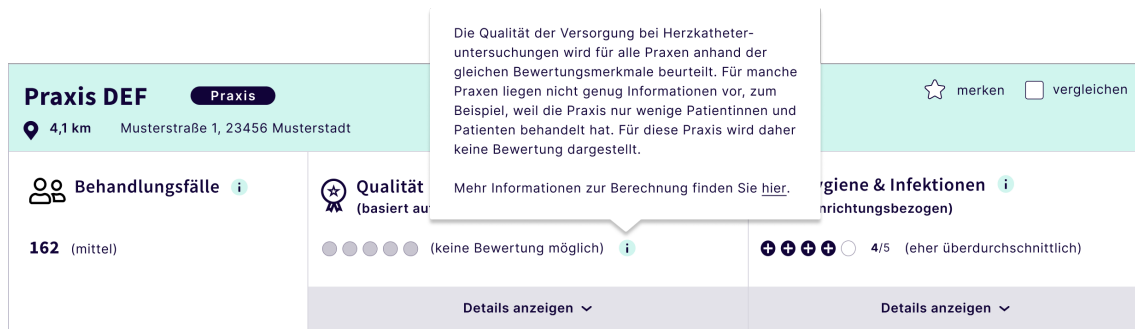


Abbildung 20: Empfohlene Darstellung bei fehlender Bewertung des Gesamtindex „Qualität“

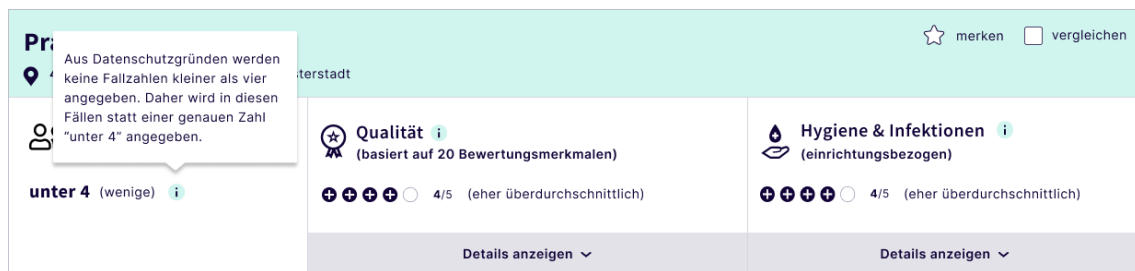


Abbildung 21: Empfohlene Darstellung der Behandlungsfälle, wenn die Fallzahl unter 4 liegt

Die Einordnung der Qualitätsindikatorergebnisse in Bezug zum Vergleichswert (Bundesdurchschnitt) sollte grafisch und textuell auf allen Ebenen der Informationsaufbereitung transparent dargestellt werden. Die Expertinnen und Experten merkten bspw. an, dass dadurch die konstante Bezugsgröße deutlicher aufgezeigt werden kann. Deshalb werden die Darstellungsformate wie folgt überarbeitet:

- Die Verortung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt „eher überdurchschnittlich, durchschnittlich, eher unterdurchschnittlich“ wird bei den übergeordneten Themen sowie bei den Teilindizes (Qualitätsthemen) ergänzend in Textform aufgeführt. Dies ist beispielhaft in Abbildung 22 dargestellt.
- Der Bundesdurchschnitt wird bei der Darstellung einzelner Qualitätsindikatorergebnisse in das Icon-Array eingebettet. Die mögliche Visualisierung ist in Abbildung 24 skizziert und bedarf einer Überprüfung hinsichtlich der Verständlichkeit und Barrierefreiheit.

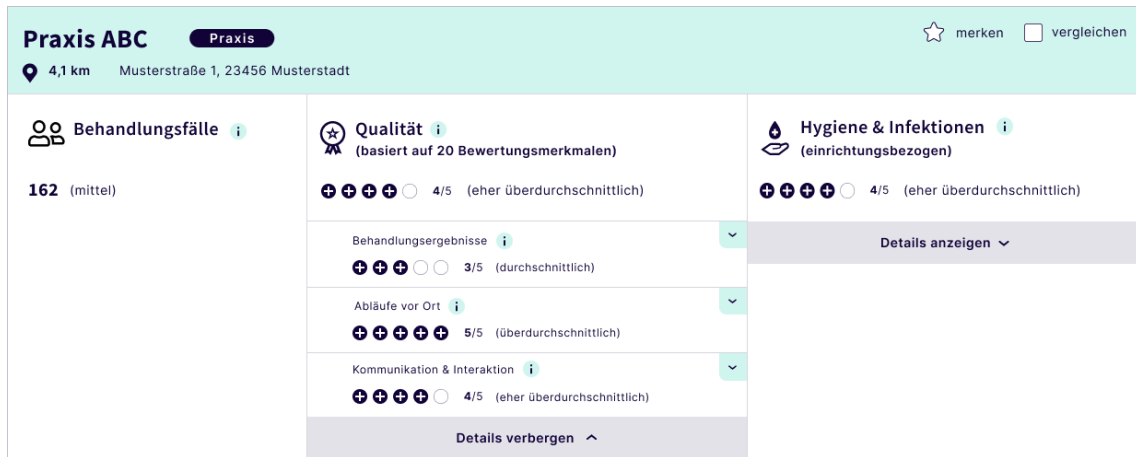


Abbildung 22: Empfohlene Darstellung aggregierter Qualitätsindikatorergebnisse als Gesamtindex „Qualität“ sowie als Teilindizes

Begleitende Informationen in Textform

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Onlinebefragung sowie der Beratung durch ein Expertengremium überarbeitete das IQTIG die begleitenden Informationen unter Berücksichtigung der Verwendung einfacher Sprache und der Vermeidung von Fachbegriffen. Diese sind in Anhang D zu entnehmen. Abbildung 23 skizziert das empfohlene Darstellungsformat für Informations-Icons aus Abschnitt 9.3.7 unter Berücksichtigung der vorher aufgeführten Verbesserungspotenziale. Das IQTIG hebt hervor, dass die Verständlichkeit von Begriffen wie „Qualität“ oder „Kommunikation und Interaktion“ anhand einer Nutzertesting im Rahmen der Umsetzung und Inbetriebnahme eines Online-Portals evaluiert werden sollte.

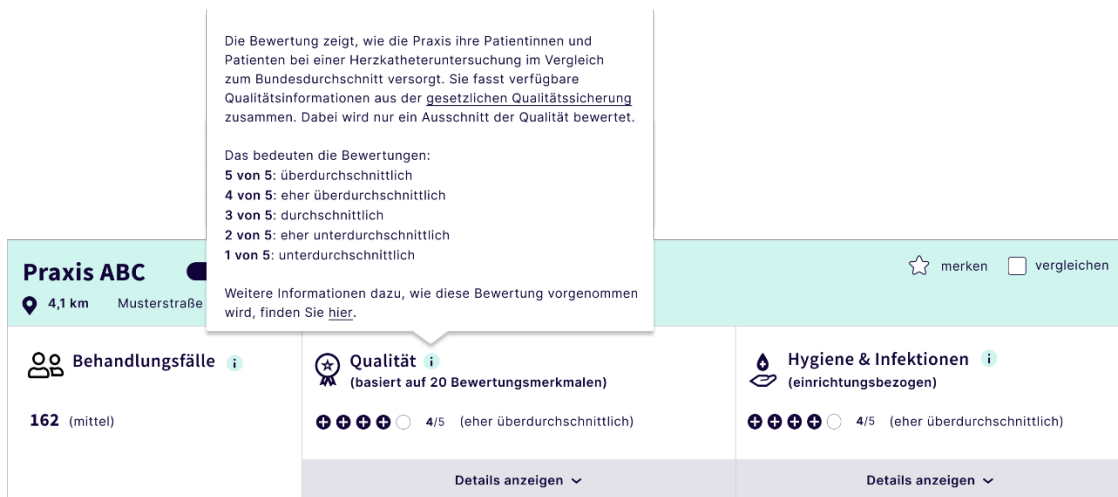


Abbildung 23: Empfohlene Darstellung des Informations-Icons für das übergeordnete Thema Qualität

Ergänzend schlägt das IQTIG vor, zu den übergeordnete Themen Behandlungsfälle, Qualität, Hygiene und Infektionen kurze prägnante begleitende Informationen in Form von Texten zu ergänzen, zur Unterstützung bei der Interpretation und Bewertung der Begriffe. Beispielsweise

könnte zu dem Gesamtindex „Qualität“ folgender Einleitungstext aufgeführt werden: „Die Bewertung zeigt, wie die Praxis ihre Patientinnen und Patienten bei einer Herzkatheteruntersuchung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt versorgt“. Ein solcher Einleitungstext könnte in die begleitenden Informationstexte aufgenommen werden oder in einem Online-Portal anderweitig eingebettet werden (vgl. Abbildung 23).

Das IQTIG entwickelte zudem die Darstellungsformate mit Blick auf die Barrierefreiheit weiter (vgl. Abbildung 24). Dabei wurde insbesondere darauf geachtet, Informationen auf den Darstellungsformaten sowohl grafisch als auch in Textform zu vermitteln und Fachbegriffe zu vermeiden. Um eine hohe digitale Barrierefreiheit der Website zu erreichen, sollte sich die Umsetzung des Online-Portals an der Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung Version 2.0; BITV 2.0) orientieren und überprüft werden. Dahingehend empfiehlt das IQTIG, die Entwicklung eines weitestgehend barrierefreien Informationsangebots anzustreben.

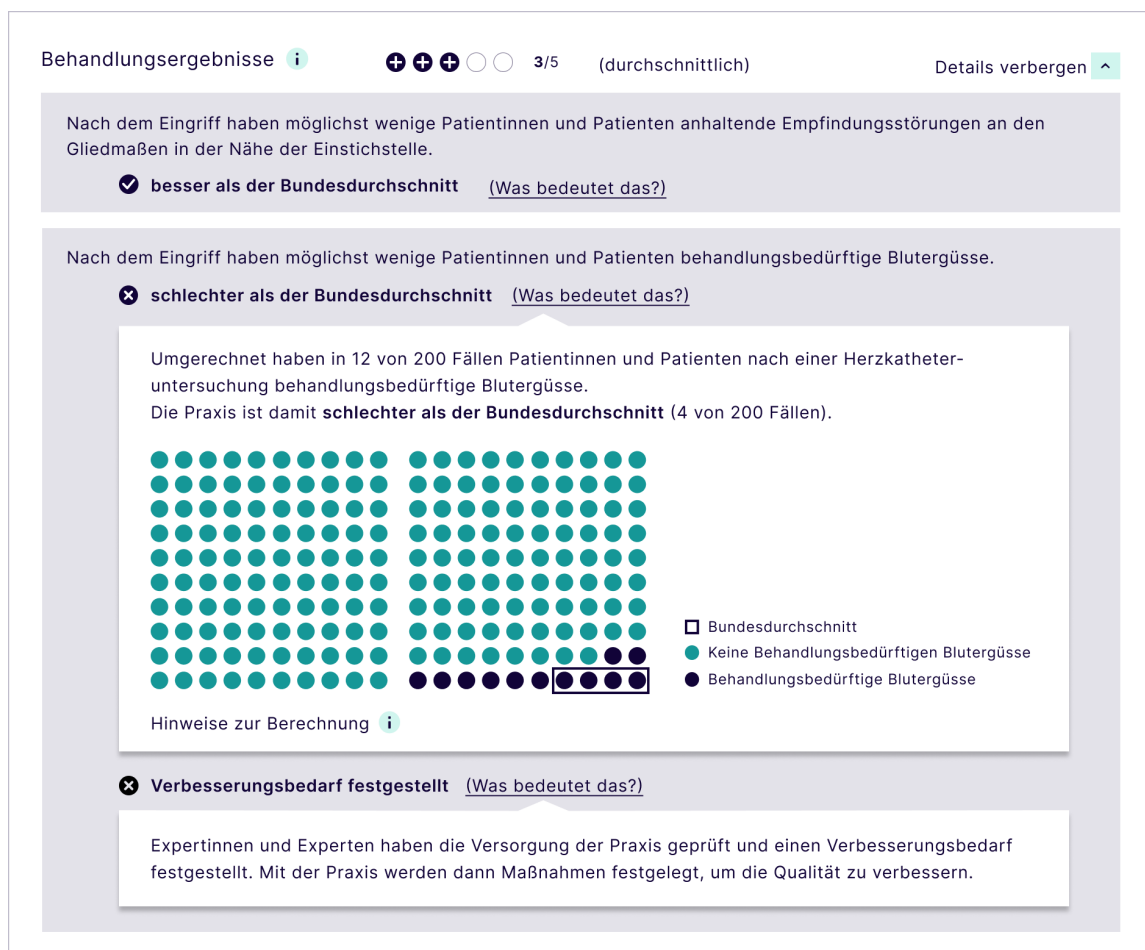


Abbildung 24: Empfohlene Darstellung einzelner Qualitätsindikatorergebnisse

Ergänzend zu den bisher aufgeführten Verbesserungspotenzialen und abgeleiteten Überarbeitungen der Darstellungsformate wurde im Rahmen des Beteiligungsverfahrens angemerkt, dass die Visualisierung der Indikatorergebnisse im Icon-Array pro 200 Fälle umgerechnet werden

könnte. Dies wird beispielhaft in Abbildung 24 skizziert. Dahingehend sollte bei einer Umsetzung des Online-Portals die Bezugsgröße je QS-Verfahren bzw. je Versorgungsanlass angemessen nach bundesweit behandelten Fällen definiert werden. Die Bezugsgröße innerhalb eines Versorgungsanlasses ist konstant zu halten.

Abbildung 25 skizziert das empfohlene Darstellungsformat zur Kommentarfunktion aus Abschnitt 9.3.6 unter Berücksichtigung der vorher aufgeführten Verbesserungspotenziale.

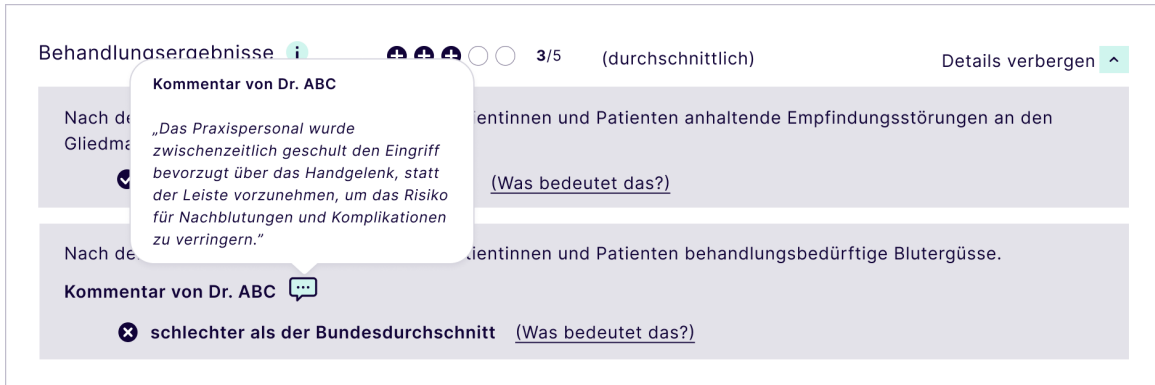


Abbildung 25: Empfohlene Darstellung der Kommentarfunktion

Aus der Beratung durch das Expertengremium ging hervor, dass das Darstellungsformat der Vergleichsansicht in Bezug auf die Überschaubarkeit nachgebessert werden sollte. Abbildung 26 skizziert eine überarbeitete Vergleichsansicht unter Berücksichtigung der vorher aufgeführten Verbesserungspotenziale.

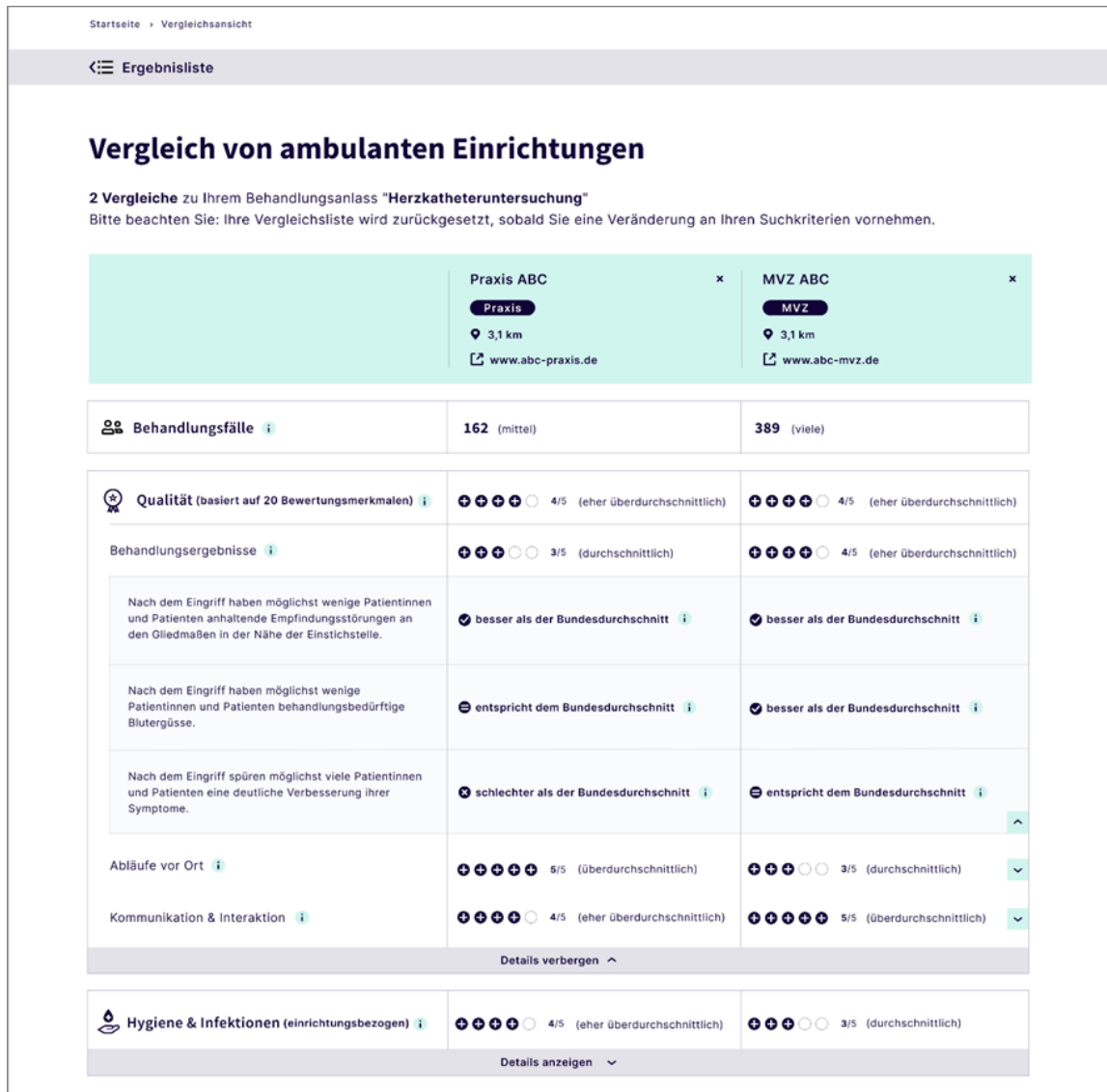


Abbildung 26: Empfohlene Darstellung der Vergleichsansicht

11.2 Mögliche Umsetzungsszenarien

Der folgende Abschnitt skizziert mögliche Umsetzungsszenarien eines Online-Portals basierend auf den überarbeiteten Darstellungsformaten (vgl. Abschnitt 11.1) sowie den Hinweisen aus der Beratung durch ein Expertengremium und aus dem Beteiligungsverfahren. Das IQTIG empfiehlt bei der Gestaltung und Veröffentlichung von Vergleichsdaten im Internet einen universellen Ansatz, der für alle Zielgruppen, Nutzungskontexte und Daten angemessen ist. Die Umsetzung kann entsprechend über eine einzige Plattform erfolgen. Dadurch wird gewährleistet, dass alle Zielgruppen Zugang zu den gleichen Informationen erhalten. Das IQTIG empfiehlt im Rahmen einer möglichen Umsetzung eines Online-Portals die Überarbeitungen und Empfehlungen des IQTIG hinsichtlich Verständlichkeit und Geeignetheit zu prüfen. Das beinhaltet u. a. Nutzertestungen durchzuführen, die Barrierefreiheit auf Basis der Umsetzung der BITV-2.0 zu prüfen sowie die Transparenz durch jährliche HONcode-Zertifizierungen der Health on Net Foundation (HON) zu

überprüfen. Allgemein sollte das Online-Portal kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt werden.

Das IQTIG geht davon aus, dass unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlich ausgeprägte Präferenzen für die darzustellenden Qualitätsinformationen haben (vgl. Kapitel 6). Dies wurde auch vonseiten der Expertinnen und Experten angemerkt. So können z. B. Patientinnen und Patienten eher an dem Gesamtindex und den Teilindizes interessiert sein, als an den einzelnen Qualitätsindikatoren. Gleiches könnte auch für ambulante Leistungserbringer in beratender Funktion (überweisend) zutreffen, welche angesichts knapper zeitlicher Ressourcen einen schnellen Einblick hinsichtlich der Qualität bestimmter Einrichtungen erhalten möchten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass gerade Leistungserbringer an detaillierteren Informationen auf der Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren interessiert sind, da sie regelhaft mit den Ergebnissen der Indikatoren im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätsförderung arbeiten. Es ist daher davon auszugehen, dass Leistungserbringer direkt die Qualitätsergebnisse ihrer ambulanten Einrichtung einsehen und diese mit anderen Leistungserbringern vergleichen möchten, z. B. in der näheren Umgebung ihres Standorts. Auch für die Zielgruppe der beratenden Stellen ist davon auszugehen, dass der Zugang zu detaillierten Informationen im Kontext individueller Beratungsgespräche von Relevanz ist.

Um den diversen Informationsbedürfnissen der Zielgruppen gerecht zu werden, empfiehlt das IQTIG eine zielgerichtete Navigationshilfe. Diese sollte den Nutzerinnen und Nutzern eine an ihren spezifischen Voraussetzungen und Bedürfnissen ausgerichtete Auswahl bieten. Dies kann über ein Pop-up-Fenster beim Starten der Suche bzw. beim Öffnen des Online-Portals eingebettet werden. Eine mögliche Visualisierung dessen stellt Abbildung 27 dar. Innerhalb dieses Fensters können sich Nutzerinnen und Nutzer für oder gegen die Navigationshilfe entscheiden. Im zweiten Fenster werden sie auf die für unterschiedliche Zielgruppen angepasste Navigationshilfe weitergeleitet. Zudem sollten Begleitseiten erstellt werden, z. B. mit umfangreichen Informationen zur Methodik und Datengrundlage. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Rubrik „Hilfe“ implementiert werden, welche Bedienhinweise und Antworten auf oft gestellte Fragen anbietet (vgl. Abbildung 28). Das IQTIG empfiehlt, im Rahmen einer möglichen Umsetzung eines Online-Portals diese Navigationshilfe sowie mögliche Zugangswege zu den Daten hinsichtlich der unterschiedlichen Informationsanforderungen der Zielgruppen u. a. mittels Nutzertestungen zu prüfen.

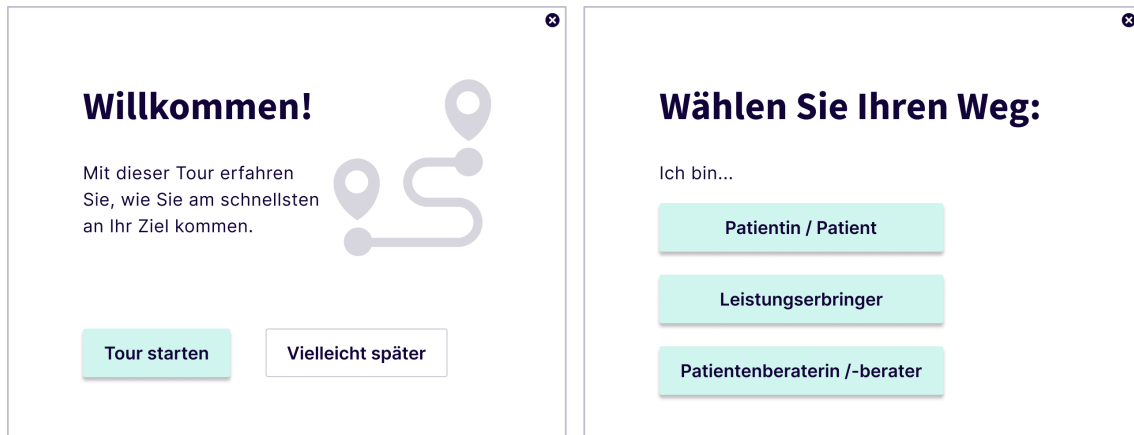


Abbildung 27: Empfohlene Darstellung einer möglichen zielgruppenorientierten Navigationshilfe

Abbildung 28 verdeutlicht die Informationsaufbereitungen auf den drei Ebenen mit unterschiedlichem Detailgrad anhand einer Ergebnisseite und skizziert den Auswahlprozess bestimmter Einrichtungen für einen Vergleich:

- Auf der Ergebnisseite wird eine erste Übersicht aller ambulanten Einrichtungen gelistet, die dem eingegebenen Suchbegriff (Versorgungsanlass) entsprechen. Die einrichtungsspezifischen Informationen werden in Form der empfohlenen Darstellungsformate der Ebene 1 abgebildet (vgl. Abschnitt 11.1).
- Mit einem Klick auf „Details anzeigen“ werden beim Gesamtindex „Qualität“ die zugrunde liegenden themenspezifischen Teilindizes „Behandlungsergebnisse“, „Abläufe vor Ort“ und „Kommunikation und Interaktion“ angezeigt.
- Zusätzlich kann die Möglichkeit geschaffen werden, bestimmte ambulante Einrichtungen auf eine persönliche Merkliste zu setzen, indem „merken“ angeklickt wird.
- Zudem können ambulante Einrichtungen auf einer Vergleichsansicht angezeigt werden (vgl. Abschnitt 11.1, Abbildung 26), indem die zuvor ausgewählten Einrichtungen (durch Markieren von „vergleichen“; vgl. Abbildung 28) durch einen Klick auf „Jetzt vergleichen“ aufgerufen werden.

Platzhalter Merkliste Gebärdensprache Leichte Sprache EN

Hilfe Methodik Datengrundlage Über uns

Startseite Einrichtungssuche 2 Jetzt vergleichen

Suchanlass / Behandlung: Herzkatheteruntersuchung
 Ort/ PLZ / Einrichtungsname: deutschlandweit Suchen

Sortiert nach Ergebnisse filtern Kartenansicht

74 Suchergebnisse für "Herzkatheteruntersuchung"

Erhebungsjahr der Daten: 2023

Praxis ABC	Ambulanz ABC	MVZ ABC
4,1 km Musterstraße 1, 23456 Musterstadt 162 (mittel) Qualität: 4/5 (eher überdurchschnittlich) Hygiene & Infektionen: 4/5 (eher überdurchschnittlich)	3,2 km Musterstraße 12, 34567 Musterstadt 309 (viele) Qualität: 2/5 (eher unterdurchschnittlich) Hygiene & Infektionen: 4/5 (eher überdurchschnittlich)	7,9 km Musterstraße 123, 45678 Musterstadt 389 (viele) Qualität: 4/5 (eher überdurchschnittlich) Hygiene & Infektionen: 3/5 (durchschnittlich)

< 1 2 3 4 5 6 7 ... 9 >

Abbildung 28: Empfohlene Darstellung einer Ergebnisseite

Um individuellen Anforderungen und Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden, sollte eine Filterfunktion zur Verfügung stehen (vgl. Abbildung 29).

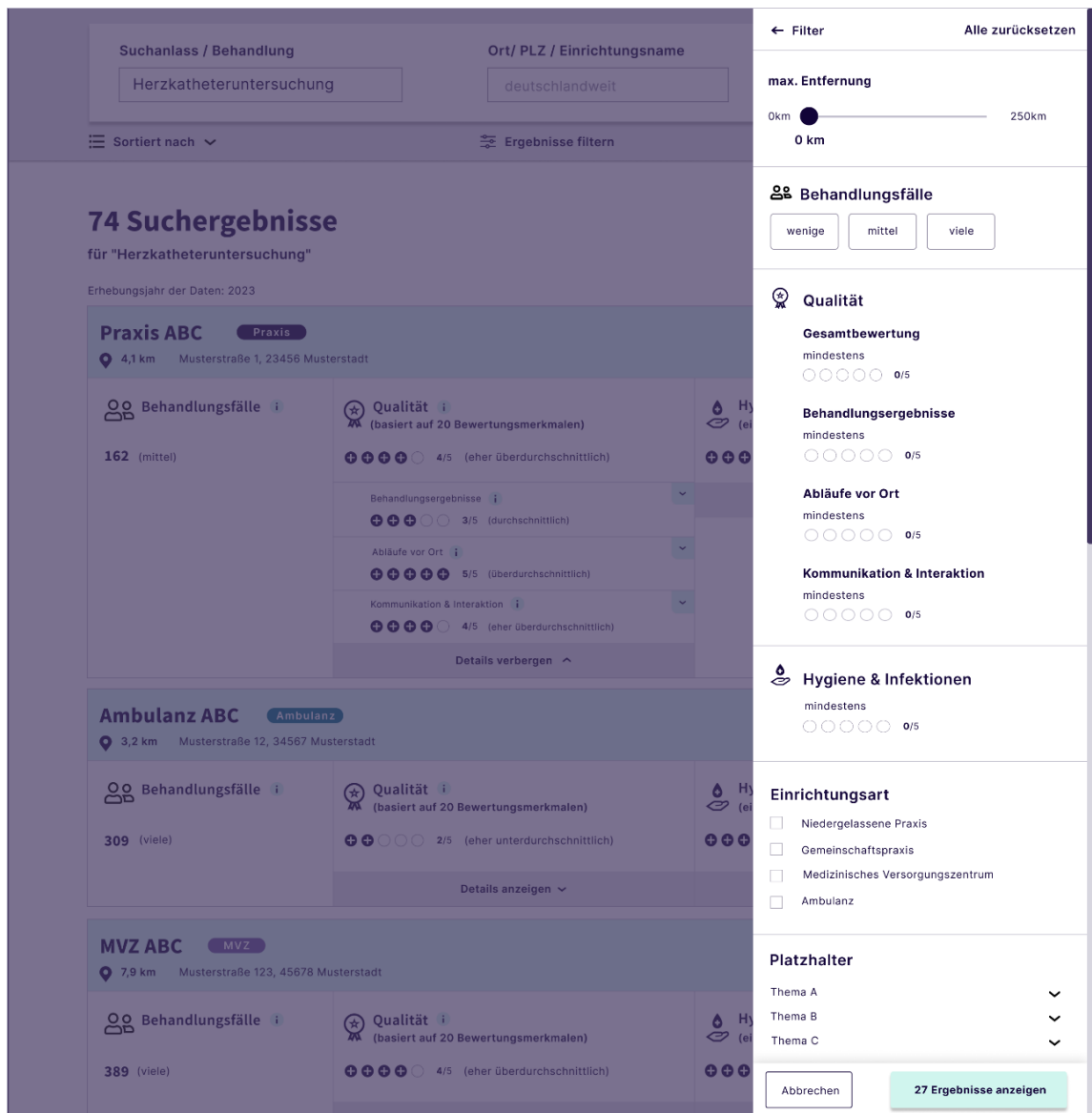


Abbildung 29: Empfohlene Darstellung einer Filterfunktionen

Detaillierte Informationen zu einer ambulanten Einrichtung werden über Detailseiten dargestellt (vgl. Abbildung 30). Neben den Qualitätsthemen Behandlungsfälle, Qualität sowie Hygiene und Infektionen sollten hier allgemeine sowie weiterführende Informationen zu den ambulanten Einrichtungen ersichtlich sein. Diese sind in Abbildung 30 in Form der Platzhalter skizziert.

Platzhalter

[Merkliste](#)
[Gebärdensprache](#)
[Leichte Sprache](#)
[EN](#)

Hilfe Methodik Datengrundlage Über uns

Startseite > Einrichtungssuche > Praxis ABC

Ergebnisliste
2 Jetzt vergleichen

Seiteninhalt

- Allgemeine Informationen
- Behandlungsfälle
- Qualität
- Hygiene & Infektionen
- Platzhalter A
- Platzhalter B
- Platzhalter C

Praxis ABC

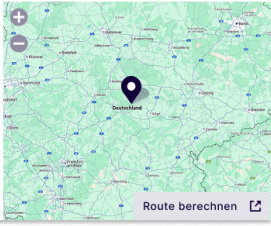
Praxis

Musterstraße 1, 2345 Musterstadt
4,1 km entfernt

[merken](#)
[vergleichen](#)
[teilen](#)

Allgemeine Informationen

- [www.abc-praxis.de](#)
- +49 123456 / 789
- kontakt@praxis-abc.de
- Art: Niedergelassene Arztpraxis



Route berechnen

Sie sehen Informationen zum gewählten Behandlungsanlass **Herzkatheteruntersuchung**
Behandlungsanlass ändern

Erhebungsjahr der Daten: 2023

Behandlungsfälle (mittel)

162

Qualität (basiert auf 20 Bewertungsmerkmalen) (eher überdurchschnittlich)

4/5

Die Bewertung zeigt, wie die Praxis ihre Patientinnen und Patienten bei einer Herzkatheteruntersuchung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt versorgt.

Behandlungsergebnisse (durchschnittlich) 3/5

Nach dem Eingriff haben möglichst wenige Patientinnen und Patienten anhaltende Empfindungsstörungen an den Gliedmaßen in der Nähe der Einstichstelle.

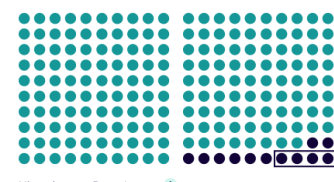
besser als der Bundesdurchschnitt

Nach dem Eingriff haben möglichst wenige Patientinnen und Patienten behandlungsbedürftige Blutergüsse.

schlechter als der Bundesdurchschnitt

Ungerechnet haben in 12 von 200 Fällen Patientinnen und Patienten nach einer Herzkatheteruntersuchung behandlungsbedürftige Blutergüsse.

Die Praxis ist damit **schlechter als der Bundesdurchschnitt** (4 von 200 Fällen).



- Bundesdurchschnitt
- Keine Behandlungsbedürftigen Blutergüsse
- Behandlungsbedürftige Blutergüsse

Hinweise zur Berechnung

Verbesserungsbedarf festgestellt

Expertinnen und Experten haben die Versorgung der Praxis geprüft und einen Verbesserungsbedarf festgestellt. Mit der Praxis werden dann Maßnahmen festgelegt, um die Qualität zu verbessern.

Abläufe vor Ort (überdurchschnittlich) 5/5

Kommunikation & Interaktion (eher überdurchschnittlich) 4/5

Hygiene & Infektionen (einrichtungsbezogen) (eher überdurchschnittlich) 4/5

Abbildung 30: Empfohlene Darstellung der Detailseite einer ambulanten Einrichtung

© IQTIG 2025

97

Eine Suchfunktion ist für ein Online-Portal essenziell. Sie stellt für Nutzerinnen und Nutzer den Einstieg in das Informationsangebot dar. Die Suche muss dabei auf eine niederschwellige Nutzung ausgerichtet werden (z. B. durch einfache Begriffe), aber auch eine Fachsuche ermöglichen (z. B. nach EBM-Ziffern oder OPS-Codes). Dabei müssten die von Nutzerinnen und Nutzern eingegebenen Suchbegriffe durch den Suchkatalog bzw. Thesaurus mit thematisch passenden ICD- bzw. OPS-Kodes/EBM-Ziffern verknüpft werden (IQTIG 2021a, Abschnitt 10.1.3). Im Anschluss können Nutzerinnen und Nutzer nach ihren Präferenzen zwischen ambulanten Leistungserbringungen auswählen, beispielsweise über eine Filterfunktion für die Art der Einrichtung (vgl. Abbildung 29).

11.3 Beschreibung der Limitationen der entwickelten Darstellungsformate

Gemäß Punkt 3d der dem vorliegenden Abschlussbericht zugrunde liegenden Beauftragung sollen Limitationen, die bei der Zielerreichung und Erreichbarkeit der unterschiedlichen Zielgruppen entstehen können, beschrieben werden. Basierend auf dem aktuellen Wissensstand zu den Zielgruppen, ihren spezifischen Nutzungskontexten und den damit verbundenen Herausforderungen gibt es keine Hinweise darauf, dass das im Abschlussbericht zum G-BA-Q-Portal vorgeschlagene Darstellungsformat wesentliche Einschränkungen aufweist, die eine nutzerorientierte und transparente Vermittlung von Qualitätsinformationen oder eine effektive Unterstützung der Entscheidungsfindung beeinträchtigen würden.

Die Onlinebefragung zur Verständlichkeit und Eignung für verschiedene Zielgruppen ergab, dass die Verständlichkeit insgesamt als hoch eingeschätzt wird. Mögliche Einschränkungen ergeben sich daraus, dass ambulante Leistungserbringer in beiden Nutzungskontexten – sowohl in beratender Funktion als auch in der vergleichenden Funktion (Qualitätsförderung) – die Relevanz für ihren Berufsalltag eher neutral bewerten. Hier könnte noch deutlicher herausgearbeitet werden, welche Anreize das *public reporting* bietet und wie gezielt auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe eingegangen werden kann.

Begleitende Informationstexte verdeutlichen, dass die Qualität eines Leistungserbringers möglicherweise nur teilweise dargestellt wird. Dies sollte transparent sein, um das Risiko von Fehlinterpretationen zu minimieren. Im Sinne der Transparenz ist es entscheidend, klar offenzulegen, auf welchen Daten die verwendeten Darstellungsformate basieren (vgl. Abschnitt 11.1).

Die in der Überprüfung präsentierten Darstellungen enthielten keine interaktiven Funktionen (z. B. einblendbare begleitende Informationstexte und Klickpfade), die erst mit einer Nutzertestung unter realen Bedingungen getestet werden können. Das IQTIG empfiehlt, eine endgültige Bewertung der vorgeschlagenen Darstellungsformate erst nach umfassenden Untersuchungen im Rahmen einer Umsetzung in Zusammenarbeit mit den Zielgruppen vorzunehmen. So können mögliche Einschränkungen offengelegt und Anpassungen vorgenommen werden.

Dabei ist sicherzustellen, dass die Darstellungsformate auch auf Barrierefreiheit geprüft werden. Dies umfasst unter anderem die Zugänglichkeit für Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, die Bedienbarkeit mit assistiven Technologien sowie die Verständlichkeit für Menschen mit

unterschiedlichen kognitiven und sprachlichen Voraussetzungen. Um eine hohe digitale Barrierefreiheit der Website zu erreichen, sollte sich die Umsetzung des Online-Portals an der Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach BITV 2.0 orientieren.

Außerdem ist zu empfehlen, die vorgeschlagenen Aufbereitungen und Darstellungen im Rahmen der Umsetzung und Inbetriebnahme regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Dabei sollten auch externe Faktoren berücksichtigt werden, welche die Interpretation und Nutzung der Vergleichsdaten beeinflussen können. Hierzu zählen unter anderem politische Entscheidungen, Veränderungen im Versorgungsangebot sowie Weiterentwicklungen in der Qualitätssicherung, den entsprechenden QS-Verfahren und den Qualitätsindikatoren.

Für eine fundierte und praxisnahe Nutzung sind neben den Vergleichsdaten zudem ergänzende Informationen bereitzustellen. Dazu gehören detaillierte Angaben zu Kontaktmöglichkeiten, Praxismerkmalen, Personalschwerpunkten und Spezialisierungen, Mehrsprachigkeit, Barrierefreiheit sowie Öffnungszeiten. Erst durch eine solche ganzheitliche Informationsbasis wird eine evidenzbasierte und patientenorientierte Entscheidungsfindung ermöglicht.

Teil IV: Fazit und Ausblick

Das vorliegende Konzept zur Aufbereitung und Darstellung von Vergleichsdaten zielt darauf ab, die Qualitätstransparenz und -sicherung im deutschen Gesundheitswesen zu fördern. Dies gelingt durch eine zielgruppenorientierte, verständliche Darstellung von leistungserbringerbezogenen Vergleichsdaten. Die mögliche Umsetzung des Konzepts trägt dazu bei, die Transparenz und Qualität der Versorgung zu erhöhen, dabei zu unterstützen, zu informierten Entscheidungen zu gelangen und Leistungserbringer zu Qualitätsverbesserungen zu motivieren. Es stellt damit einen entscheidenden Beitrag in der Zielerreichung der QbT-RL und § 136a Abs. 6 SGB V dar. Ein strukturierter und zielgruppenorientierter Ansatz zur Darstellung von Vergleichsdaten kann die Vermittlung und Anwendung von Qualitätsinformationen vorantreiben.

Die empfohlene Aggregation und Darstellung von Vergleichsdaten trägt wesentlich dazu bei, Komplexität zu reduzieren. Dadurch können unterschiedliche Zielgruppen die Qualität der Versorgungseinrichtungen einfacher und schneller erfassen, Unterschiede erkennen und die Qualität zwischen Leistungserbringern besser vergleichen. Die dargestellten Informationsformate bieten unterschiedliche Detailebenen, die aggregierte Maße und Qualitätsindikatoren umfassen. Das schafft Transparenz und macht die Informationen nachvollziehbar. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird statistische Unsicherheit berücksichtigt. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, da die Ergebnisse der Leistungserbringer auf unterschiedlich vielen bzw. zum Teil nur wenigen Behandlungsfällen basieren. Die Berücksichtigung statistischer Unsicherheit soll Fehlschlüsse vermeiden. Das vorgeschlagene Umsetzungsszenario, das alle Zielgruppen anspricht und die Berücksichtigung individueller Präferenzen ermöglicht, ist ein pragmatischer Ansatz, der die Nutzbarkeit der Online-Veröffentlichung maximieren soll.

Zusätzlich schätzt das IQTIG ein, dass die Informationsbedürfnisse der Zielgruppen an verschiedenen Stellen variieren können. Der Umgang mit Vergleichsdaten kann von unterschiedlichen Nutzungskontexten abhängig sein und somit Herausforderungen unterliegen. Die vorgeschlagenen Aufbereitungen und Darstellungen adressieren diese Umstände, sollten jedoch im Rahmen der Umsetzung und Inbetriebnahme eines Online-Portals kontinuierlich überprüft und ggf. weiterentwickelt werden. Dabei sollten auch externe Faktoren berücksichtigt werden wie politische Entscheidungen, Veränderungen im Versorgungsangebot sowie Entwicklungen in der Qualitätssicherung, den entsprechenden QS-Verfahren und den Qualitätsindikatoren. Die Förderung von Akzeptanz und Nutzung der Daten erfordert umfassende Informations- und Aufklärungsarbeit, um sowohl das Vertrauen, das Bewusstsein als auch das Verständnis bei den Zielgruppen zu stärken.

Eine Erweiterung der Datengrundlage um Qualitätsindikatoren, insbesondere zu Themen wie Interaktion und Kommunikation (z. B. mittels Patientenbefragungen), stellt eine notwendige Neu- und Weiterentwicklung dar. Die Indikatorensets und QS-Verfahren müssen umfassend erweitert werden, um dem Auftrag gerecht zu werden, Qualität und Unterschiede der Versorgung umfassend zu erfassen und darzustellen. Dieser grundlegende Weiterentwicklungsbedarf lässt sich nicht nur durch die Nutzung von Daten aus anderen Quellen lösen, sondern erfordert insbesondere

im ambulanten Bereich Neu- und Weiterentwicklungen von QS-Verfahren und Indikatorensets. Unabhängig von der Menge der Daten ist es im Sinne der Transparenz entscheidend, stets offenzulegen, auf welchen Daten die verwendeten Darstellungsformate basieren.

Mit dem vorgestellten Konzept adressiert das IQTIG die Ziele der QbT-RL. Es umfasst Anforderungen und Anpassungen an die sich wandelnden Informationsbedürfnisse sowie damit verbundene kontinuierliche Weiterentwicklungen und fördert bei einer Umsetzung die Transparenz und Qualität in der Versorgung.

Literatur

- Albrecht, M; an der Heiden, I; Bock, H (2021): Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung. Grundlagen für eine informierte Arztwahl durch Verbraucherinnen und Verbraucher. Projektbebericht [Stand:] April 2021. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e26312/e26734/e26735/e26737/attr_objis26740/IGES_Studie_Transparenz_ambulante_Versorgung_2021_ger.pdf (abgerufen am: 13.03.2025).
- Auras, S; de Cruppé, W; Blum, K; Geraedts, M (2012): Mandatory quality reports in Germany from the hospitals' point of view: a cross-sectional observational study. *BMC: Health Services Research* 12: 378. DOI: 10.1186/1472-6963-12-378.
- BÄK [Bundesärztekammer] ([2024]): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. Bundesgebiet gesamt. [Update Juni 2024]. [Berlin]: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf (abgerufen am: 21.03.2025).
- 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; Henriksen, LO (2012): Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC: Health Services Research* 12: 126. DOI: 10.1186/1472-6963-12-126.
- Blair, J; Conrad, FG (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636-658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2011): Selektivvertrag. Stand: 01.06.2011. Berlin: BMG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selektivvertrag.html> (abgerufen am: 20.02.2024).
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2024): Vertragsärzte und Vertragszahnärzte. Stand: 26.02.2024 Berlin: BMG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/vertragsaerzte.html> (abgerufen am: 21.03.2025).
- Brown, DL; Epstein, AM; Schneider, EC (2013): Influence of Cardiac Surgeon Report Cards on Patient Referral by Cardiologists in New York State After 20 Years of Public Reporting. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 6(6): 643-648. DOI: 10.1161/circoutcomes.113.000506.

- Cacace, M; Geraedts, M; Berger, E (2019): Public reporting as a quality strategy. Chapter 13. In: Busse, R; Klazinga, N; Panteli, D; Quentin, W; Hrsg.: *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. (Health Policy Series, No. 53). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], 331-355. ISBN: 978-92-890-5175-0. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf> (abgerufen am: 13.03.2025).
- Campbell, DM; Redman, S; Jorm, L; Cooke, M; Zwi, AB; Rychetnik, L (2009): Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Australia and New Zealand Health Policy* 6: 21. DOI: 10.1186/1743-8462-6-21.
- 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.
- Doering, N; Maarse, H (2015): The use of publicly available quality information when choosing a hospital or health-care provider: the role of the GP. *Health Expectations* 18(6): 2174-2182. DOI: 10.1111/hex.12187.
- 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; Jablonski, L; Zinth, L; Schöffski, O; Taheri-Zadeh, F (2017): Public release of hospital quality data for referral practices in Germany: results from a cluster-randomised controlled trial. *Health Economics Review* 7: 33. DOI: 10.1186/s13561-017-0171-5.
- Emmert, M; Kast, K; Sander, U (2019): Characteristics and decision making of hospital report card consumers: Lessons from an onsite-based cross-sectional study. *Health Policy* 123(11): 1061-1067. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.07.013.
- Emmert, M; Schindler, A; Drach, C; Sander, U; Patzelt, C; Stahmeyer, J; et al. (2022): The use intention of hospital report cards among patients in the presence or absence of patient-reported outcomes. *Health Policy* 126(6): 541-548. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.03.015.
- Engels, Y; Campbell, S; Dautzenberg, M; van den Hombergh, P; Brinkmann, H; Szécsényi, J; et al. (2005): Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice* 22(2): 215-222. DOI: 10.1093/fampra/cmi002.
- Etgeton, S; Schwenk, U; Strotbek, J (2021): Public Reporting über Arztpraxen. Qualitätstransparenz für Patienten durch Nutzung von Routinedaten. *Monitor Versorgungsforschung* 14(1): 69-74. DOI: 10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2282.
- 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.

- Ferrua, M; Sicotte, C; Lalloué, B; Minvielle, E (2016): Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS One* 11(2): e0147296. DOI: 10.1371/journal.pone.0147296.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): 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: 25.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Bericht gemäß § 136d SGB V über den Stand der Qualitätssicherung – Wirksamkeit der eingeführten Maßnahmen und Weiterentwicklungen. Stand: 20.07.2023. [Berlin]: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5517/2023-07-20_Bericht-nach-%C2%A7-136d-Stand-der-QS.pdf (abgerufen am: 20.02.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung der Vergleichsdaten. [Stand:] 06.09.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6156/2023-09-06-IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Konzept-Vergleichsdaten.pdf (abgerufen am: 21.08.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([2022]): Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung des Abschlussberichts „Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“ durch das IQTIG. [Berlin]: G-BA. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/2022-12-15-Anlage_2_zu_B_Kommentierung_Q-Portal_G-BA_2022-10-26_mit_Logo.pdf (abgerufen am: 26.02.2024).
- 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.
- 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.
- 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.

- Groeben, C; Boehm, K; Koch, R; Sonntag, U; Nestler, T; Struck, J; et al. (2023): Hospital rating websites play a minor role for uro-oncologic patients when choosing a hospital for major surgery: results of the German multicenter NAVIGATOR-study. *World Journal of Urology* 41(2): 601-609. DOI: 10.1007/s00345-022-04271-1.
- Grotlüschen, A; Riekmann, W; Buddeberg, K (2012): Hauptergebnisse der leo. – Level-One Studie. In: Grotlüschen, A; Riekmann, W: *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der ersten leo. – Level-One Studie.* (Alphabetisierung und Grundbildung, Band 10). Münster: Waxmann, 13-53. ISBN: 978-3-8309-2775-4. URL: <https://www.waxmann.com/index.php?elD=download&buchnr=2775> (abgerufen am: 26.03.2025).
- Grotlüschen, A; Buddeberg, K; Dutz, G; Heilmann, L; Stammer, C (2019): LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität. Pressebroschüre. Hamburg: Universität Hamburg. URL: <https://leo.blogs.uni-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/09/LEO2018-Presseheft.pdf> (abgerufen am: 26.03.2025).
- Hermeling, P; Geraedts, M (2013): Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? *Das Gesundheitswesen* 75(3): 155-159. DOI: 10.1055/s-0032-1321744.
- 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: 20.02.2024).
- 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.
- 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.
- Hoffstedt, C (2022): Informed patient choice – chimera or reality? Understanding how patients engage in information-seeking when choosing a provider in Swedish primary care [Dissertation]. (Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1829). Uppsala, SE: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN: 978-91-513-1465-5. URL: <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1648392/FULLTEXT01.pdf> (abgerufen am: 20.02.2024).

- Horch, K (2021): Informationsbedarf der Bevölkerung Deutschlands zu gesundheitsrelevanten Themen – Ergebnisse der KomPaS-Studie. *Journal of Health Monitoring* 6(2): 62-70. DOI: 10.25646/7142.
- Ikkersheim, D; Koolman, X (2013): The use of quality information by general practitioners: does it alter choices? A randomized clustered study. *BMC: Family Practice* 14: 95. DOI: 10.1186/1471-2296-14-95.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Abschlussbericht. Stand: 15.11.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Gesamtkonzept-G-BA-Qualitaetsportal_Abschlussbericht_2021-11-15_01.pdf (abgerufen am: 26.03.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 01.03.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Bundesqualitätsbericht 2024. [Stand:] 22.10.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2024_2024-10-22.pdf (abgerufen am: 13.02.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27-1.pdf (abgerufen am: 28.01.2025).
- Jordan, S; Hoebel, J (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58(9): 942-950. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z.
- 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.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2025a): Gesundheitsdaten: Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (abgerufen am: 21.03.2025).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2025b): Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (abgerufen am: 21.03.2025).
- Ketelaar, NABM; Faber, MJ; Elwyn, G; Westert, GP; Braspenning, JC (2014): Comparative performance information plays no role in the referral behaviour of GPs. *BMC: Family Practice* 15: 146. DOI: 10.1186/1471-2296-15-146.

- Kumpunen, S; Trigg, L; Rodrigues, R (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. (Policy Summary 13). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144007/Policy-summary-13-2077-1584-eng.pdf> (abgerufen am: 26.03.2025).
- KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2024): Jahrbuch 2024. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich GOZ-Analyse. [Stand:] Dezember 2024. Köln: KZBV. ISBN: 978-3-944629-12-4. URL: <https://www.kzbv.de/kzbv2024-jahrbuch-web-ohne-goz.download.4e8f06a1daff57b65752c2477a8c9b0a.pdf> (abgerufen am: 03.02.2025).
- 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.
- Lavis, J; Davies, H; Oxman, A; Denis, J-L; Golden-Biddle, K; Ferlie, E (2005): Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research & Policy* 10(Suppl 1): 35-48. DOI: 10.1258/1355819054308549.
- 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 (abgerufen am: 26.03.2025).
- Magee, H; Davis, LJ; 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.
- Mitton, C; Patten, S (2004): Evidence-based priority-setting: what do the decision-makers think? *Journal of Health Services Research & Policy* 9(3): 146-152. DOI: 10.1258/1355819041403240.
- NAKOS [Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen] (2024): Grüne Adressen. [Stand:] 16.02.2024. Berlin: NAKOS. URL: <https://www.nakos.de/adressen/gruen/> (abgerufen am: 05.03.2024).
- Oakley, J; Clarke, S (2007): Introduction: Accountability, informed consent and clinician performance information. In: Clarke, S; Oakley, J; Hrsg.: *Informed Consent and Clinician Accountability: The Ethics of Report Cards on Surgeon Performance*. Cambridge, GB: Cambridge University Press, 1-22. ISBN: 978-0-521-68778-2.
- OECD [Organisation for Economic Co-Operation and Development] (2013): OECD Skills Outlook 2013. First Results from the Survey of Adult Skills. Revised version. [Stand:] November 2013. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/9789264204256-en.

- Oliver, K; Innvar, S; Lorenc, T; Woodman, J; Thomas, J (2014): A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC: Health Services Research* 14: 2. DOI: 10.1186/1472-6963-14-2.
- Orton, L; Lloyd-Williams, F; Taylor-Robinson, D; O'Flaherty, M; Capewell, S (2011): The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review. *PLoS One* 6(7): e21704. DOI: 10.1371/journal.pone.0021704.
- 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.
- Pillittere, D; Bigley, MB; Hibbard, J; Pawlson, G (2003): Exploring Consumer Perspectives on Good Physician Care: A Summary of Focus Group Results. [Stand:] January 2003. [New York, US-NY]: Commonwealth Fund. URL: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2003_jan_exploring_consumer_perspectives_on_good_physician_care__a_summary_of_focus_group_results_pillittere_consumerperspectives_578_.pdf (abgerufen am: 27.02.2024).
- Prang, K-H; Canaway, R; Bismark, M; Dunt, D; Kelaher, M (2018): 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.
- Prang, K-H; Maritz, R; Sabanovic, H; Dunt, D; Kelaher, M (2021): Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000-2020). *PLoS One* 16(2): e0247297. DOI: 10.1371/journal.pone.0247297.
- 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.
- 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 (abgerufen am: 26.03.2025).
- Ritter, A (2009): How do drug policy makers access research evidence? *International Journal of Drug Policy* 20(1): 70-75. DOI: 10.1016/j.drugpo.2007.11.017.
- RKI [Robert Koch-Institut] (2019): Sachbericht zur Studie "Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung" (KomPaS). Berlin: RKI. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf (abgerufen am: 13.03.2025).

Robinowitz, DL; Dudley, RA (2006): Public Reporting of Provider Performance: Can Its Impact Be Made Greater? *Annual Review of Public Health* 27: 517-536. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102210.

Sainfort, F; Booske, BC (1996): Role of information in consumer selection of health plans. *Health Care Financing Review* 18(1): 31-54. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193622/pdf/hcfr-18-1-31.pdf> (abgerufen am: 27.02.2024).

Sanderson, M; Allen, P; Peckham, S; Hughes, D; Brown, M; Kelly, G; et al. (2013): Divergence of NHS choice policy in the UK: what difference has patient choice policy in England made? *Journal of Health Services Research & Policy* 18(4): 202-208. DOI: 10.1177/1355819613492716.

Schwartz, LM; Woloshin, S; Birkmeyer, JD (2005): How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *BMJ* 331(7520): 821. DOI: 10.1136/bmj.38614.449016.DE.

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 (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.

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.

UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland] (2022): (Nicht-) Nutzerbefragung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung durchgeführt von Kantar Public [Memento vom 31.05.2023 im Internet Archive]. [Stand:] Mai 2022. Berlin: UPD. URL: https://web.archive.org/web/20230531125151if_/https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD_Nutzer_Befragung_2022.pdf (abgerufen am: 04.03.2024).

UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland] (2023): Monitor Patientenberatung 2022. Berichtszeitraum: 01.01.2022-31.12.2022. Berlin: UPD. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/beratung/2022_UPD_Monitor_Patientenberatung.pdf (abgerufen am: 21.02.2024).

Victoor, A; Delnoij, DMJ; Friele, RD; Rademakers, JJJJM (2012): Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC: Health Services Research* 12: 272. DOI: 10.1186/1472-6963-12-272.

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.

Weigand, M; Krumwiede, T; Emmert, M (2022): Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier [Memento vom 10.05.2023 im Internet Archive]. Stand: 23.02.2022. [Berlin]: UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland]. URL: https://web.archive.org/web/20230510134249if_/https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD_Positionspapier_Qualita%CC%88tstransparenz_2022.pdf (abgerufen am: 04.03.2024).

Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool for Improving Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-76-192803-0.

Willmington, C; Belardi, P; Murante, AM; Vainieri, M (2022): The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC: Health Services Research* 22: 139. DOI: 10.1186/s12913-022-07467-8.

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 (abgerufen am: 26.03.2025).

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org