

# Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen?

von Matthias Gruhl<sup>1</sup> und David Klempner<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Wegen weitgehend fehlender Zielorientierung** gilt das deutsche Gesundheitssystem trotz überdurchschnittlicher materieller Ausstattung als nicht sonderlich effektiv. Qualität der Versorgung ist aus Sicht der Nutzer durch zwei Aspekte bestimmt – durch die richtige, individuell passende Behandlungsentscheidung und durch die optimale Erbringung der Behandlung. Bürger und Patienten können an dieser Stelle einen eigenständigen Beitrag zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Systems erbringen, wenn sie über eine ausreichende Kompetenz zur Entscheidung über die objektiv und subjektiv beste Behandlung sowie über den besten Behandler verfügen. Im folgenden Beitrag wird dargestellt, wie sich die Erhöhung dieser Nutzerkompetenz auf die Wahl von Behandlung, Leistungserbringer und auf das Gesundheitssystem auswirken können.

**Schlüsselwörter:** Qualitätssicherung, Transparenz, qualitätsorientierte Informationskultur, Patientenentscheidung, evidenzbasierte Medizin, Wettbewerbssteuerung

**Due to a considerable lack of objectives,** Germany's health care system – despite its above-average material equipment – is regarded as being not particularly effective. From a user perspective, quality of care is determined by two aspects: by individual, appropriate decisions about which treatment should be chosen, and by providing the best possible treatment. At this point, citizens and patients can make their own personal contribution to improve the efficiency of the system if they have sufficient expertise to decide on the objectively and subjectively best treatment and the best provider. The article shows what impact an increased user competence may have on the choice of treatment, health service providers and the health care system as a whole.

**Keywords:** quality assurance, transparency, quality-oriented information culture, patient decisions, evidence-based medicine, competition control

## 1 Einleitung

Die Nutzung und der Nutzen von Qualität im deutschen Gesundheitswesen haben in den letzten 20 Jahren eine beachtliche Entwicklung durchlaufen. Nach der paternalistischen und der kooperativen Form der Qualitätssicherung folgt nun das System-Modell, in dem Qualität die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems prägen wird. Qualität soll dazu dienen, den Einzelnen durch das Gesundheitssystem zu begleiten, indem der Beleg für Qualität dem Patienten und damit dem „Kunden“ zur Verfügung steht. Auch

dadurch, dass Qualität als Kriterium der (Selbst-)Steuerung des Gesundheitswesens genutzt wird, hilft sie, das System zu entwickeln (Robra 2004).

Der Sachverständigenrat versteht Nutzerkompetenz als die Fähigkeit, „Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen zum Ausdruck zu bringen, sich zu informieren, zu wählen, zu entscheiden, also urteilen zu können, mitzubestimmen, zu steuern und zu kontrollieren“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2001,

<sup>1</sup> Dr. med. Matthias Gruhl, Abteilungsleitung Gesundheit bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Freie Hansestadt Bremen, Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen · Telefon: 0421 361-9328 · Fax: 0421 4969326  
E-Mail: matthias.gruhl@gesundheit.bremen.de

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. David Klempner, Fachhochschule Regensburg, Fakultät Sozialwesen, Seybothstraße 2, 93053 Regensburg  
Telefon: 0941 409-2971 · Fax: 0941 409-2969 · E-Mail: david.klempner@soz.fh-regensburg.de

Ziffer 315). Voraussetzung für Nutzerkompetenz ist eine qualitätsorientierte Informationskultur im Gesundheitswesen. Die Politik hat sich hier engagiert und neue Informationsstrukturen geschaffen. Fortschritte sind deutlich spürbar, empirische Belege für die Verbesserung der Entscheidungsqualität liegen aber bislang nicht vor. Es ist erforderlich, die Akteure, die einer unabhängigen Patienteninformation verpflichtet sind, konzeptionell verstärkt auf eine evidenzbasierte Information und Beratung breiter Bevölkerungsschichten auszurichten, damit sie alle Bürger erreichen kann.

Qualitätstransparenz wird also wissenschaftlich, aber auch gesellschaftlich eingefordert: Die Bevölkerung wünscht Qualitätsinformationen über die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens. Dabei möchte der Einzelne einfache, verlässliche, nachvollziehbare und auf seine Bedürfnisse zugeschnittene Informationen, die ihm von neutralen Institutionen oder unabhängigen Personen zur Verfügung gestellt und gegebenenfalls erläutert werden. Abbildung 1 gibt Aufschluss darüber, welche Einrichtungen besonders geeignet erscheinen, um über die Qualität von Ärzten oder Kliniken zu informieren.

Ohne eine verständliche Aufbereitung nutzen Patientinnen und Patienten Qualitätsinformationen (noch zu) wenig für ihre Wahl eines geeigneten Arztes oder Krankenhauses. Dabei sind Patienten sehr wohl in der Lage, die Qualität zum Beispiel in der ambulanten Versorgung zu erkennen und sind dann konsequent bereit, den Arzt aufgrund von persönlich erfahrenen Qualitätsdefiziten zu wechseln (Stroth et al. 2007, 14).

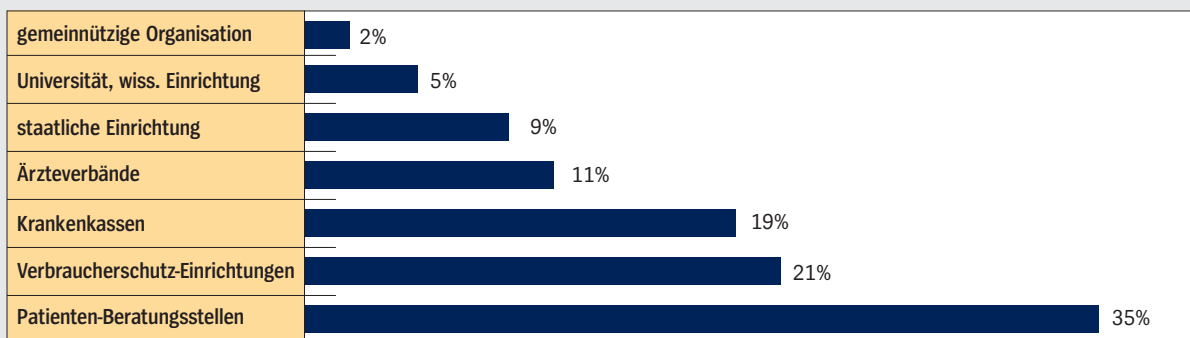
## 2 Wer hat Interesse an Qualitätstransparenz?

„Kennen Sie einen guten Zahnarzt? In welchem Krankenhaus soll ich mich behandeln lassen?“ – Diese in Deutschland allein im ambulanten Bereich täglich 17.000 Mal gestellte Frage (Marstedt 2007, 11) zeugt von dem Bedürfnis der Patienten, die Qualität eines möglichen Behandlers einschätzen zu können, um so eine bessere Wahl treffen zu können. Laut einer Befragung wünschen sich 80 bis 90 Prozent der deutschen Bevölkerung Informationen zur Qualität medizinischer Leistungen (Geraedts 2006, 161). Ob sich Patienten für oder gegen einen Arzt entscheiden, soll davon abhängen, wie stark die Gesundheitseinrichtungen die Qualität ihrer Leistungen sichtbar machen (Stiftung Praxissiegel 2007). So wollen 71 Prozent der Patienten die Entscheidung für die Krankenhauswahl selbst treffen (Helios Herbstumfrage 2005). Dies entspricht auch internationalen Erfahrungen (Sloane et al. 1999).

Der Anteil der Patienten, die die Absicht äußern, ihre Wahl für eine Einrichtung selbst treffen zu wollen, stellt für die Einrichtung durchaus eine relevante Größe dar (Dietrich und Grapp 2005, 214). Dies wird auch von politischer Seite unterstützt. Bereits 1999 forderte die Gesundheitsministerkonferenz in ihren Zielen zu einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, dass „alle Einrichtungen in jährlichen Qualitätsberichten die Qualität ihrer Leistung dokumentieren sollen und diese in geeigneter Form veröffentlichen“ (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2006). Die Bedeutung der Qualitätstransparenz

ABBILDUNG 1

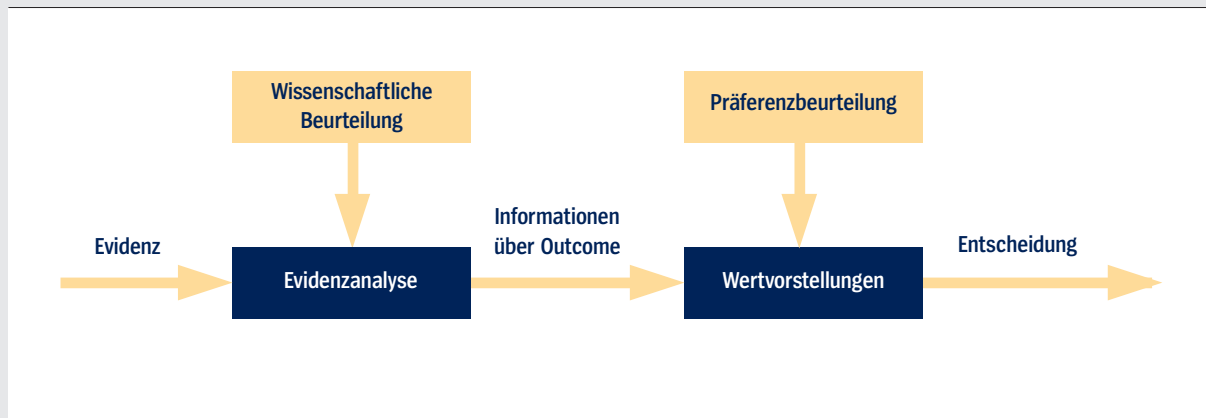
### Einrichtungen, die besonders geeignet erscheinen, um über die Qualität von Ärzten/Kliniken zu informieren



Quelle: Stroth et al. 2007, 31

ABBILDUNG 2

## Anatomie einer Entscheidung



wird heute politisch konstant als Voraussetzung für Patientenentscheidungen und damit als Kriterium des Wettbewerbs betont.

Transparenz gilt als wichtige Voraussetzung für das Funktionieren demokratischer Gesellschaften (Marshall et al. 2004, 157). Insofern ist es gerechtfertigt, nicht mehr über das „Ob“, sondern über das „Wie“ von Qualitätsinformationen zu diskutieren.

### 3 Nutzerkompetenz und Entscheidungsqualität

Patienten möchten wissen, welche Maßnahme die besten Behandlungsergebnisse erwarten lässt und welcher Behandler dafür am besten qualifiziert ist. Eddy hat diese Hauptkomponenten von Qualität mit „What to do and how to do it“ zusammengefasst (Eddy 1990). Mit der Frage nach den besten Behandlungsergebnissen aus Patientensicht befasst sich die Medizin verstärkt seit Anfang der 1990er Jahre. Die Erfassung, Analyse und Bereitstellung des aktuellen Wissensstandes der Forschung als Grundlage für eine Behandlungsentscheidung ist das Anliegen der evidenzbasierten Medizin. Diesen explizit wissenschaftlichen Aspekt der Entscheidungsfindung zeigt die linke Seite der Abbildung 2. Die hier einfließenden Beurteilungen und Entscheidungen beziehen sich darauf, welche wissenschaftlichen Arbeiten den hoch anzusetzenden Qualitätskriterien genügen und welche nicht. Die so generierten Informationen über patienten-

tenrelevante Outcome-Parameter sind die Grundlage für die eine informierte Entscheidung (rechte Seite der Abbildung 2). Der Patient bewertet die Informationen über die zu erwartenden Behandlungsergebnisse, wägt den potenziellen Nutzen und Schaden ab und entscheidet gemäß seinen persönlichen Wünschen, Bedürfnissen und Behandlungszielen. Dieser Aspekt der Entscheidungsfindung – das Einbringen der individuellen Präferenz – ist persönlicher und subjektiver Natur. Das Konzept des Shared Decision Making dient der Strukturierung der dafür erforderlichen Kommunikation von Arzt und Patient.

Beide Aspekte der Entscheidung, der aktuelle Wissensstand als objektive Komponente und die Präferenzen des Patienten als subjektive Komponente, sind Bestandteil der folgenden wegweisenden Definition von Qualität in der Medizin und im Gesundheitswesen: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (Lohr 1990). (Die Qualität der Behandlung ist das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.)

Die Evidenzanalyse beinhaltet die Recherche und das Urteil darüber, welche Forschungsergebnisse von angemessener Qualität sind, um als Wissensgrundlage herangezogen zu werden. Das Wissen um Behandlungsergebnisse, die aus Sicht des Patienten wichtig sind, steht im Vordergrund.

Diese Analyse ist rein wissenschaftlicher Natur. Demgegenüber stehen die Wertvorstellungen des Patienten. Hier geht es um seine individuellen Präferenzen. Dieser Teil der Entscheidung besteht aus dem Abwägen des Patienten von Nutzen und Schaden, je nach individuellem Wissensstand, um die Sicherheit beziehungsweise Wahrscheinlichkeit, mit der Nutzen beziehungsweise Schaden durch eine Behandlung zu erwarten sind. Diese Beurteilung ist subjektiv und nicht wissenschaftlicher Natur. Für beide Entscheidungskomponenten stehen Patienteninformationen zur Verfügung:

- Originalstudien,
- systematische Übersichtsarbeiten sowie
- in unterschiedlichen Formen aufbereitete Evidenz für Patienten.

### 3.1 Quellen für Patienteninformationen

Im Folgenden werden einige für Patienten zugängliche Quellen genannt.

1. Originalstudien über medizinische Interventionen sind in verschiedenen öffentlich zugänglichen Datenbanken zu finden. Der Anbieter mit der größten Zahl aufgenommener Studien ist hier die US-amerikanische National Library of Medicine<sup>1</sup>. Da die Originalstudien zumeist englischsprachig sind, besteht jedoch eine Barriere für viele Patienten. Dem Patienten bleibt die Aufgabe, geeignete Suchstrategien zu entwickeln und die erzielten Ergebnisse zu interpretieren. Dies erscheint zwar grundsätzlich möglich, setzt aber ein gewisses Maß an Gesundheitsbildung (health literacy) voraus, das systematisch erworben werden muss.

2. Die Zusammenstellung von Evidenz zu spezifischen Fragestellungen wird auch als aufbereitete Evidenz bezeichnet. Sie bildet die wissenschaftliche Grundlage für den subjektiven Teil der Entscheidungsfindung. Beispiele hierfür sind evidenzbasierte Gesundheitsinformationen wie die Gesundheitsbuchreihe der Stiftung Warentest oder die Patienteninformationen zu den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Eine besondere Form aufbereiteter Evidenz sind die Cochrane Reviews<sup>2</sup>. Für Patienten werden Kurzzusammenfassungen erstellt, sogenannte plain language summaries, die in zunehmender Zahl auch in deutscher Sprache zur Verfügung stehen.

3. Decision aids (Entscheidungshilfen) sind eine besondere Form von Information zur Unterstützung des Patienten in spezifischen Entscheidungssituationen, in denen mehr als eine vernünftige Option besteht (Elwyn et al. 2006). Hier handelt es sich um sogenannte präferenzsensitive Entscheidungen. Entscheidungshilfen enthalten Fakten über die Krankheit, Optionen, Resultate und Wahrscheinlichkeiten. Sie klären, welche Ergebnisse dem Patienten am wich-

tigsten sind und unterstützen ihn in der Abwägung für eine Entscheidung, die seinen Präferenzen entspricht.

Die Entscheidungshilfen sind unter den Patienteninformationen besonders hervorzuheben, weil sie sich als ein Tool erwiesen haben, mit dem die Entscheidungsqualität verbessert und Überversorgung gemindert werden kann. Bei traditioneller Beratung ist die Qualität von Behandlungsentscheidungen, auch „decision quality“ genannt, nicht selten schlecht. Patienten haben häufig unrealistische Erwartungen von Nutzen und Schaden einer Behandlung und Ärzte zeichnen sich nicht dadurch aus, die Wünsche, Wertvorstellungen und Präferenzen ihrer Patienten zu erfassen (O'Connor et al. 2007). Je nach Beratungsstrategie kann sich die Zustimmung- und Durchführungsrate für eine Intervention um den Faktor 2 bis 5 unterscheiden. Die Integration von Entscheidungshilfen in den Entscheidungsprozess hat für sechs größere chirurgische Interventionen wie etwa koronarer Bypass, Gebärmutterentfernung oder Brustentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium eine Senkung der Zustimmung der Patienten zwischen 21 und 44 Prozent ergeben – ohne negative Beeinflussung der Gesundheitsergebnisse (O'Connor et al. 2003).

### 3.2 Shared Decision Making

Shared Decision Making ist ein Konzept der Arzt-Patient-Kommunikation. Durch seine Systematik berücksichtigt es beide Komponenten der Entscheidungsfindung. Aufgabe des Arztes ist die verständliche Vermittlung der evidenzbasierten Informationen über die Behandlung, insbesondere die patientenrelevanten Outcomes. Außerdem erörtert er mit dem Patienten dessen Wertvorstellungen und Wünsche, um sicherzustellen, dass die Entscheidung den Präferenzen des Patienten entspricht (Klemperer und Rosenwith 2005).

Die Patienten wünschen umfassende Informationen über ihre Krankheit und die Auswirkungen von Krankheit auf unterschiedliche Lebensbereiche (Coulter et al. 1999), aber der biomedizinische Wissenschaftsbetrieb gibt auf diese Fragen kaum Antworten. In zunehmendem Umfang haben Patienten jedoch Zugang zu hochwertigen Informationsquellen, die wesentlich zu einer informierten Behandlungsentscheidung beitragen können. Die neu geschaffenen öffentlich finanzierten Institutionen zur Information der Öffentlichkeit über gesundheitsrelevante Fragen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland e.V. können der Informationskultur wichtige Impulse geben, wenn sie den Bürgern und Patienten Informationen sowohl für die objektiven wie auch die subjektiven Aspekte der Entscheidung anbieten. In diesem Zusammenhang verdient die englischsprachige Database of Perso-

nal Experiences of Health and Illness (www.dipex.org) besondere Erwähnung. Auf Grundlage systematisch ausgewerteter Interviews können hier Erfahrungen von Patienten mit bestimmten Krankheiten oder in bestimmten Entscheidungssituationen abgefragt werden (*Herxheimer und Ziehl-land 2003*)<sup>3,4,5</sup>.

## 4 Qualitätstransparenz in Deutschland

Gemessen an dem Konzept des Shared Decision Making stellt sich die Frage, ob für Patienten in Deutschland die Bedingungen für partizipative Entscheidungsfindungen vorhanden sind. Das Ausmaß von Qualitätstransparenz ist für die einzelnen Sektoren des deutschen Gesundheitswesens sehr unterschiedlich ausgeprägt.

### 4.1 Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich gibt es bisher nur wenige Möglichkeiten, sich über die Qualität von Ärzten zu informieren. Ärzteverzeichnisse in Telefon- und Branchenbüchern oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind meist auf Angaben zu wenigen Strukturkomponenten beziehungsweise absolvierten Weiterbildungen beschränkt. Erwähnenswert ist der Ärztenavigator der KV Bremen<sup>6</sup>, der zumindest den Erwerb des Fortbildungszertifikats nach Paragraph 95 d Sozialgesetzbuch (SGB) V für die einzelnen Ärzte als Qualitätskriterium ausweist. Erwähnt sei auch die überregionale „Arzt Auskunft“ der Stiftung Gesundheit<sup>7</sup>, die einen höheren Differenzierungsgrad von Spezialgebieten im niedergelassenen Bereich anbietet, und das Internetportal „medmonitor“<sup>8</sup>.

Der Gesetzgeber hat auch Vertragsärzte verpflichtet, „sich an einrichtungübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (Paragraph 135 a Absatz 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18.10.2005 dazu eine entsprechende Richtlinie erlassen. Eine Umsetzung wird jedoch erst 2010 erfolgen. Ob dabei eine Veröffentlichung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt, ist bisher noch unklar.

Als Instrument des Qualitätsmanagements nach Paragraph 136 a SGB V oder unabhängig davon werden jedoch zurzeit in Deutschland mehrere spezifische Qualitätssiegel eingeführt. Beispiele sind das europäische Praxisassessment, das sich primär an Hausärzte wendet<sup>9</sup> oder das chirurgische Qualitätssiegel CQS des Berufsverbandes der deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

(*Betzler et al. 2007*). Patienten können wegen der geringen Verbreitung dieser inhaltlich gut gestalteten Zertifikate aber noch nicht ausreichend partizipieren. Auch fällt die Bereitschaft in der Ärzteschaft, sich einer solchen Zertifizierung zu unterziehen, unbefriedigend aus.

Es muss konstatiert werden, dass im niedergelassenen System noch nicht von einer nutzbaren Qualitätstransparenz gesprochen werden kann.

### 4.2 Pflege

Noch schlechter sind die Offenlegungsbereitschaft und die Informationsmöglichkeit bei Pflegeeinrichtungen. Neben lokalen Broschüren und Werbeauftritten einzelner Einrichtungen gibt es im Internet nur vereinzelte Angebote mit regionalem Zuschnitt. Erwähnt werden kann der AOK-Pflegenavigator<sup>10</sup>, der über eine Suchfunktion für einzelne Postleitzahlenbereiche die bei ihm gelisteten Pflegeeinrichtungen mit Strukturdaten ausweist. Allerdings sind nicht alle Pflegeeinrichtungen in den Navigator eingespeist.

Es zeichnet sich ab, dass künftig die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen aufgrund der sich im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Pflegeversicherungsnovelle in verständlicher Form veröffentlicht werden. Begrüßenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Initiative des Sozialsenators in Bremen, diese Angaben

TABELLE 1

#### Qualitätsinformationen zum Krankenhaussektor

- BQS-Daten
- Qualitätsberichte (nach § 137 a)
- Zertifizierungen (z.B. KTQ)
- Internet-Navigatoren (z.B. der Krankenkassen)
- Klinikführer (z.B. Klinikführer Rhein-Ruhr oder Krankenhausverzeichnis der Freien Hansestadt Bremen)
- Krankenhausvergleiche (Berlin, Hamburg, Bremen)
- Angaben beispielsweise zur Operationshäufigkeit (vorgeschriebene Mindestmengen)
- Selbstdarstellung der Krankenhäuser oder ihrer Verbände
- offizielle Leistungsstatistiken der Krankenhäuser (Daten nach § 301 SGB V)

Quelle: Gruhl 2008

mit Kenntnissen aus der Heimaufsicht und weiteren Strukturdaten zu verknüpfen und zu veröffentlichen (*Krancke 2007*).

### 4.3 Krankenhaus

Im Krankenhaussektor hat sich die Qualitätsdarstellung inzwischen erheblich verbessert. Hier stehen eher zu viel als zu wenig Informationen zur Verfügung. Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur verbindlichen Veröffentlichung von 25 Kriterien des Datensatzes der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) in den jetzt anstehenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß Paragraf 137 SGB V Absatz 1 Ziffer 6 ist ein wichtiger Meilenstein der Qualitätstransparenz erreicht worden. Es bleibt abzuwarten, wie dieser Verpflichtung patientenfreundlich nachgekommen wird. Die Aussagekraft oder der Nutzen der ersten Veröffentlichungsserie von Qualitätsberichten im Krankenhaus aus dem Jahr 2005 wird insgesamt als schlecht bewertet (*Norgall 2007; Haseborg und Zastra 2004, 158*).

Eine Auswahl von Qualitätsinformationen zum Krankenhaussektor zeigt Tabelle 1. Der Klinikführer und die Krankenhausvergleiche haben regionale und auf die jeweiligen medizinischen Fachrichtungen bezogene Bewertungen der Krankenhäuser vorgenommen. Sie beruhen im Wesentlichen auf BQS-Daten, Ärztebewertungen sowie auf Informationen über Patientenbefragungen und bieten eine Vielzahl von Erläuterungen.

Zielführend könnte in Zukunft auch die Absicht der Bertelsmann-Stiftung sein. Ab 2008 sollen nach spezifischen Vorgaben eine einheitliche Bewertungsplattform für Krankenhausqualität geschaffen und der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden<sup>11</sup>.

In den USA wurden die ersten krankenhausbefragten „report cards“ durch die Federal Government Agency bereits vor knapp 20 Jahren veröffentlicht. Seitdem hat sich die Zahl der öffentlichen Qualitätsdarlegungen von Krankenhäusern kontinuierlich vergrößert. Entsprechend liegt für die USA auch eine Vielzahl von wissenschaftlichen Evaluationen zu diesem Thema vor (*Marshall 2003*).

In Großbritannien wurden erste „report cards“ 1990 in Schottland und national 1998 eingeführt. Durch das national einheitlich ausgestaltete Gesundheitswesen war es möglich, einen strategischen und koordinierten Ansatz für die Transparenz einzuführen. Großbritannien setzte hier Standards für die Qualitätstransparenz in Krankenhäusern:

- mit der Einführung eines Rating-Systems für öffentliche Krankenhäuser 2001, das – ähnlich wie bei Hotels – Sterne

für klinische Ergebnisqualität vergab (*Department of Health 1998*),

- mit der Veröffentlichung einer nationalen Patientenbefragung im Auftrag des staatlichen Gesundheitsdienstes durch Picker Europe (*Department of Health 2003*),
- durch private Krankenhausführer (Good Hospital Guide) in Zusammenarbeit mit der Sunday Times<sup>12</sup>.

In Dänemark wird in Anlehnung an den englischen Ansatz die Vergabe von Qualitätssternen für öffentliche Krankenhäuser nach folgenden Kriterien geplant<sup>13</sup> (*Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik 2007*):

- Art der Erkrankung oder Behandlung,
- Nähe zum Wohnort und
- (Qualitäts-)Bewertungsindikatoren.

## 5 Wer beeinflusst die Krankenhauswahl?

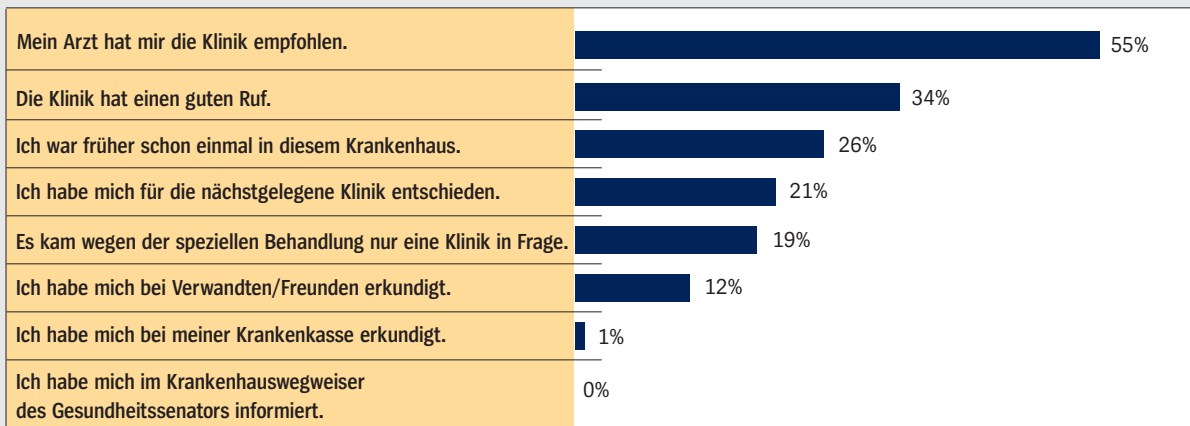
Ein Großteil der Patienten möchte selbst entscheiden, welches Krankenhaus er aufsucht. Tatsächlich kann der Patient diese Wahl nicht immer selbst treffen. Abhängig von der medizinischen Fachrichtung erfolgen bis zu 45 Prozent der Aufnahmen im Krankenhaus als Notfall, wobei nicht differenziert wird zwischen Selbsteinweisung und Einweisung über den Rettungsdienst (*Götz 2007*). Wie viele Patienten in ländlichen Gebieten eine Auswahlmöglichkeit haben, wenn spezielle medizinische Fachgebiete in erreichbarer Nähe nicht vorhanden sind, ist nicht empirisch belegt. Faktische Wahlfreiheit des Patienten gibt es vermutlich nur bei rund 50 Prozent der Behandlungsanlässe.

Nach wie vor dominiert bei den Kriterien für die Krankenhauswahl die Empfehlung des Hausarztes beziehungsweise des einweisenden Arztes, wie die Abbildung 3 veranschaulicht. Die Ergebnisse des Bremer Gesundheitsurvey (*Stroth et al. 2007*), eine repräsentative Bevölkerungsbefragung im Auftrag des Gesundheitsressorts aus den Jahren 2004 und 2005, werden durch andere nationale und internationale Untersuchungen bestätigt (*Geraedts 2006, 160; Helios Herbstumfrage 2005, 2; Sloane et al. 1999, 60*).

In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass der einweisende Arzt sich im Wesentlichen nicht an der Qualität des Krankenhauses orientiert (*Hesse und Schreyögg 2007*). Für seine Empfehlung spielen in erster Linie ökonomische und organisatorisch geprägte Gründe eine zentrale Rolle. Wichtige Entscheidungskriterien sind etwa die Fortführung der hausärztlichen Medikation und die Berücksichtigung des hausärztlichen Budgets bei der Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus. Erst danach werden die Qualität der Pflege und der fachliche Ruf berücksichtigt.

## ABBILDUNG 3

## Kriterien für die Krankenhauswahl



Quelle: Strath et al. 2007

Neben dem behandelnden Haus- oder Facharzt beeinflusst eine Vielzahl anderer Personengruppen mit ihren Empfehlungen die Krankenhauswahl (Tabelle 2). Die Empfehlungsbasis ist subjektiver Natur und beruht auf dem nicht immer nachvollziehbaren „Ruf“ eines Hauses. Marshall bezeichnet die Wahlentscheidung insofern meist als anekdotisch geprägt (Marshall et al. 2000; siehe auch Werner 2005, 1240; Kaiser 2004).

- mangelndes Vertrauen in die Informationen,
- Schwierigkeit des Auffindens der richtigen Informationen,
- Nachvollziehbarkeit der differenzierten Kriterien,
- fehlendes Vermögen zur Interpretation der Daten,
- Übertragbarkeit auf die eigene Fragestellung.

Aus den USA wird berichtet, dass Patienten trotz bekannter hoher Mortalitätsrate schlechte Krankenhäuser unverändert

## 6 Nutzung von Krankenhaus-Qualitätsinformationen durch Patienten

Die Bereitschaft von Patienten, ihre Klinikwahl auf Grundlage von Qualitätsinformationen zu treffen, ist ernüchternd. Obwohl der Bekanntheitsgrad der Qualitätsinformationen aus Krankenhäusern von 27 Prozent im Jahr 2000 auf 35 Prozent in 2004 gestiegen ist (Kaiser 2000, Kaiser 2004), ist die Nutzung dieser Informationen sehr gering. In den USA wird der Prozentsatz von Patienten, die Qualitätsinformationen für ihre Wahl eines Krankenhauses nutzen, zwischen 1 und 19 Prozent angegeben (Marshall et al. 2000, 1869; Werner 2005, 1240). Die Ergebnisse des Bremer Gesundheitssurvey decken sich mit diesen Erkenntnissen. Im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung wird ermittelt, dass nur 0,5 bis 2,6 Prozent der deutschen Bevölkerung Krankenhausvergleichslisten nutzen (Geraedts 2006, 159).

Mögliche Gründe dafür, dass Qualitätsinformationen unzureichend genutzt werden, könnten sein:

TABELLE 2

### Informationsquellen für Krankensempfehlungen

- Vorerfahrung des Patienten selbst
- Verwandte, Bekannte
- ehemalige Patienten
- Beschäftigte des jeweiligen Krankenhauses
- Arzthelferinnen/Praxispersonal
- Krankenwagenpersonal
- Beratungsstellen
- Krankenkassen
- Selbsthilfegruppen
- sonstige „Erfahrene“ im Gesundheitswesen

Quelle: Gruhl 2008

dert gerne frequentieren (*Marshall et al. 2000, 1897*) und die Bevorzugung von Krankenhäusern mit guten Qualitätsergebnissen nach kurzer Zeit nachlässt (*Mukamel und Mushlin 1998, 954*). Mahajan folgert daraus, dass Patienten zwar viele Gesundheitsinformationen zur Verfügung stehen, aber es letztlich an der Fähigkeit und der Kompetenz zur Interpretation fehlt (*Mahadjan 2007*).

Die Patienten selbst bevorzugen als Informationsquelle Gütesiegel für die Behandlung von bestimmten Krankheiten, die von unabhängigen Institutionen vergeben werden. Gütesiegel sind für den Verbraucher eine einfache, klare und einheitliche Kennzeichnung, die sie gern als Entscheidungskriterium heranziehen. Insofern können Gütesiegel wesentlich zu Transparenz und Informiertheit der Marktteilnehmer beitragen (*Mühlenbruch und Buchner 2007*). An zweiter Stelle folgen laut Bremer Gesundheitssurvey Ergebnisse von Patientenbefragungen. Sie haben wegen des subjektiven Erlebens einen hohen Empfehlungscharakter. Die Akzeptanz von Gütesiegeln und Patientenbefragungen als Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl sprechen dafür, dass einerseits einfache und übersichtliche, andererseits aber auch sehr individuelle Informationen gewünscht werden. Allgemeine Datenzugänglichkeit im Internet oder auf Krankenhaus-Websites werden nicht so häufig genutzt wie durchaus erwünscht, da sie selten entsprechend der Patientenbedürfnisse aufgearbeitet sind.

## 7 Wer profitiert noch von Qualitätstransparenz?

Qualitätsinformationen nützen nicht nur den Patienten. Sie erfüllen auch weitere Zwecke, so zum Beispiel

- die innerbetriebliche Nutzung,
- die Möglichkeit der Werbung und der Imagebildung,
- die Information weiterer Zielgruppen, vor allem der einweisenden Ärzte,
- als Steuerungskriterium für Zulassung oder Vergütung.

Der Einsatz von Qualitätsindikatoren zu Werbezwecken und zur Imagebildung ist in Deutschland als Marketingfaktor erkannt worden und wird entsprechend kommerziell genutzt (*Hehner et al. 2007*). Es zeigt sich, dass öffentliche Qualitätsdaten einen starken Einfluss auf die Krankenhäuser selbst ausüben. Krankenhäuser sind sehr bemüht, negative Ergebnisse in Qualitätsvergleichen zu vermeiden oder zu kompensieren. Es wird zu Recht befürchtet, dass Presseberichte über mangelnde Qualität mehr Einfluss auf den Ruf einer Klinik haben können als positive Ergebnisse objektiver Statistiken. Für einweisende Ärzte haben Informationen zur Qualität nur geringe Bedeutung (*Marshall et al. 2000, 1872*).

Qualitätsindikatoren werden aber für die Zulassung und Vergütung von Ärzten international immer wichtiger. Pay for performance ist in Großbritannien und in den USA in unterschiedlichem Maß etabliert und gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung. So sind heute in niedergelassenen Bereichen schon bestimmte Leistungen an Qualitätsanforderungen gebunden, werden Verträge der integrierten Versorgung mit Qualitätsanforderungen kombiniert oder die Mindestmengenregelung zur Leistungsfinanzierung herangezogen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat auf ihrer Sonderkonferenz im März 2007 die Möglichkeit für einen Preiswettbewerb an ein zu entwickelndes System von Qualitätsindikatoren gekoppelt beziehungsweise die Einführung einer qualitätsgesteuerten Zertifizierung von Krankenhäusern als Kriterium für die Zulassung gefordert (*Gesundheitsministerkonferenz 2007*). Ein solches Primat der Qualität hat der Sachverständigenrat mit seinem Jahresgutachten 2007 ebenfalls bekräftigt (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 63 ff.*).

Der Gemeinsame Bundesausschuss und der Sachverständigenrat haben bei einer Anhörung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im September 2007 zur Zukunft des Krankenhauswesens angekündigt, in drei Jahren qualitative Strukturvoraussetzungen für die Zulassung von Fachdisziplinen entwickeln zu können, die zwei Jahre später um ein Set von Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren ergänzt werden können. Damit wäre ein Monitoring der Qualität als Voraussetzung für die Betriebslaubnis eines Krankenhauses möglich.

## 8 Auswirkungen von Qualitätstransparenz auf den medizinischen Erfolg

Die entscheidende Frage ist, ob mit der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen ein gesundheitlicher Mehrwert erreicht werden kann. Es gibt Hinweise darauf, dass die Qualitätstransparenz zu besseren medizinischen Ergebnissen führt. Die wenigen vorhandenen Studien hat Marshall zusammengestellt (*Marshall et al. 2000, 1872*). Am besten belegt wurde dies für Herzkranzgefäßoperationen in New York. Dort wurden von 1989 bis 1993 sämtliche Qualitätsdaten bis auf die Ebene des einzelnen Operators veröffentlicht. In diesem Zeitraum verminderte sich die Sterblichkeit bei entsprechenden Herzerkrankungen um 21 Prozent<sup>14</sup>. Ob es dabei zu einer Risikoselektion kam, wird in der Literatur unterschiedlich bewertet (*Werner 2005, 1241; Peterson 1998, 998*). Auch in Ohio konnte von 1991 bis 1995 eine Reduktion der Mortalität für Krankheiten in solchen Krankenhäusern nachgewiesen werden, die ihre entsprechenden Mortalitätsdaten veröffentlichten (*Rosenthal 1997, 103*).



Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Untersuchung von Wang. Verglichen wurde die 30-Tage-Mortalität in Krankenhäusern, die in einem anerkannten nationalen Krankenhaus-Ranking öffentlich beachtet werden, mit entsprechenden Daten von nicht am Ranking beteiligten Krankenhäusern. Es zeigte sich, dass die Ranking-Krankenhäuser eine bessere Qualität aufwiesen (Wang 2007, 1345). Andere amerikanische Studien bestätigen die bessere Performance von Krankenhäusern, deren Qualitätsinformationen öffentlich beachtet werden (O'Brian und Peterson 2007, 1342).

## 9 Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen steht mit seiner Bereitschaft zur Qualitätstransparenz erst am Anfang. Es zeichnen sich jedoch ermutigende Entwicklungen ab, wie die einheitliche Qualitätserfassung und -bewertung für die Krankenhäuser durch das gemäß Paragraf 137 a SGB V neu zu gründende „Qualitätsinstituts“ die Verpflichtung, Daten der BQS in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen oder das Projekt der „Weißen Liste“ der Bertelsmann-Stiftung.

Bei aller Bereitschaft zur Qualitätstransparenz – dies zeigen die Entwicklungen in den USA – muss berücksichtigt werden, dass der Patient nicht umfassend erkennen kann oder will, welches Krankenhaus oder welche Praxis für sein spezielles Anliegen objektiv am besten geeignet ist. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Patienten über die Nutzung von Qualitätstransparenz zur steuernden Kraft des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen werden. Vielmehr stellt sich die Frage nach anderen Garanten für die Qualität der Institutionen im Gesundheitswesen, zumal die positive Beeinflussung der Gesundheitsergebnisse die Qualitätstransparenz rechtfertigt.

Hier muss auch nach den Pflichten des Staates und seiner Organisationen gefragt werden. Die Debatte um die Nutzung von Qualität als Steuerungskriterium für den Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, für die Zulassung und den Betrieb von Krankenhäusern oder für die Leistungsvergütung muss künftig noch zielorientierter und intensiver geführt werden. Dabei muss betont werden, dass ein Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen ethisch sicherlich besser begründbar sein wird, als ein ausschließlicher Preiswettbewerb. Die Gesundheitsministerien der Länder haben in Fortschreibung der Qualitätsstrategie des Jahres 1999 auf ihrer 79. Konferenz 2006 neue strategische Qualitätsziele für das Jahr 2011 vorgelegt. In der Vision 21 zur Transparenz fordern sie, dass in den nächsten fünf Jahren „die Qualität der Patientenversorgung ergebnis-

patientenorientiert dargestellt wird“ (Gesundheitsministerkonferenz 2006).

Bis dahin bleibt noch ein gutes Stück Wegstrecke. Aber es wird sich lohnen.

## Web-Quellen

(letzter Zugriff im Dezember 2007)

- 1 [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
- 2 [www.cochrane.org/reviews/index\\_de.htm](http://www.cochrane.org/reviews/index_de.htm)
- 3 <http://dipex.org/hypertension>
- 4 <http://dipex.org/antenatalscreening>
- 5 <http://youthhealthtalk.org/longtermhealthconditions>
- 6 [www.kvhb.de/patienten/arztuche.php](http://www.kvhb.de/patienten/arztuche.php)
- 7 [www.arzt-auskunft.de](http://www.arzt-auskunft.de)
- 8 [www.medmonitor.de/suche](http://www.medmonitor.de/suche)
- 9 [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de) → Gesundheit → Gesundheitsversorgung → Versorgungsqualität → (rechts) Projekte „Qualitätsmanagement in der hausärztlichen Versorgung“
- 10 [www.aok-pflegenavigator.de](http://www.aok-pflegenavigator.de)
- 11 [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)
- 12 [www.drfooster.co.uk/](http://www.drfooster.co.uk/)
- 13 [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk)
- 14 [www.whosays.net/NYSCABG.htm](http://www.whosays.net/NYSCABG.htm)

## Literatur

- Betzler M, Rothmund M, Ansorg J (2007):** Das chirurgische Qualitätssiegel (CQS). In: BDC online; [www.bdc.de](http://www.bdc.de), einfach „Das chirurgische Qualitätssiegel“ als Suchbegriff eingeben (17.12.2007)
- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D (1999):** Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*, Band 318, Heft 7179, 318–322
- Department of Health (1998):** A First Class Service, Quality in the NHS. London: Department of Health
- Department of Health (2003):** The National Survey of NHS Patients; [www.doh.gov.uk/nhspatients/chdsurvey2a.htm](http://www.doh.gov.uk/nhspatients/chdsurvey2a.htm)
- Dietrich M, Grapp O (2005):** Qualitätsinformationen im Krankenhaus. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU)*, Band 28, Heft 3, 211–233
- Eddy DM (1990):** Clinical decision making: from theory to practice. *Anatomy of a decision. JAMA*, Band 263, Heft 3, 441–443
- Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. (2006):** Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*, Band 333, Heft 7565, 417

- Geraedts M (2006):** Qualitätsbericht deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. Gesundheitsmonitor. Gütersloh: Bertelsmann, 154–170
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2006):** Einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Bremen, Eigen- druck, 14
- Gesundheitsministerkonferenz (2006):** Beschluss der 79. Gesund- heitsministerkonferenz der Länder vom 30.6.2006, TOP 9.2: Weiter- entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie; [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de) -> Beschlüsse der 79. GMK (2007) -> TOP 9.2
- Gesundheitsministerkonferenz (2007):** Beschluss der 80. Gesund- heitsministerkonferenz der Länder vom 8.3.2007, TOP 1: Zukunft der Krankenhausversorgung; [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de) -> Beschlüsse der 80. GMK (2007) -> TOP1
- Götz M (2007):** Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales: „Auslastung der Kliniken mit Notfallpatienten“, Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion der CDU an den Senat
- Haseborg F, Zastrau R (2005):** Qualität, Markenbildung und Kranken- hauswahlentscheidung. Implikationen der neuen Qualitätstransparenz für das Krankenhaus-Marketing. Krankenhaus-Report 2004, Schwer- punkt: Qualitätstransparenz, Stuttgart: Schattauer
- Hehner S, Kloss CH, Lösch M et al. (2007):** Wie Krankenhäuser die Einweiser richtig managen. McKinsey; [www.mckinsey.de/\\_downloads/kompetenz/healthcare/Health7\\_einweiser.pdf](http://www.mckinsey.de/_downloads/kompetenz/healthcare/Health7_einweiser.pdf)
- Helios Herbstumfrage (2005):** Mündige Patienten wählen Kliniken selbst aus; [www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de) -> Presse -> Pressemitteilungen durch- suchen, Suchbegriff „Umfrage“ eingeben
- Herxheimer A, Ziebland S (2003):** DIPEX: Fresh insights for medical practice. J Royal Soc Med, Band 96, Heft 5, 209–210
- Hesse A, Schryögg J (2007):** Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketings für Krankenhäuser – eine explorative Analyse. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12. Jahrgang, Heft 5, 310 ff.
- Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik (2007):** Dänemark: Sterne für den Klinikvergleich. Gesundheit und Gesellschaft, Jahrgang 10, Heft 9, 7
- Kaiser Family Foundation and Agency for Health Care Research and Quality (2004):** National Survey on Consumers' Experiences with Patient Safety and Quality Information, Washington D.C.
- Kaiser Family Foundation and Agency for Health Care Research and Quality (2000):** Americans as Health Care Consumers: An Update on the Role of Quality Information, Washington D.C.
- Klemperer D, Rosenwirth M (2005):** Chartbook Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Bertelsmann: Gütersloh; [www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de) -> Downloads
- Krancke K (2007):** Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Vorlage für die Sitzung der Staatlichen Deputa- tion am 4.10.2007: Pflegequalitätsbericht des MDS – Bericht der Verwaltung zur Pflegequalität in Bremen. Eigendruck, Bremen
- Lohr KN (Hrsg.) (1990):** Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, D.C.: National Academy Press
- Mahadjan A (2007):** Do patients understand risk? Lancet, Band 369, 1243
- Marshall M, Shekelle P, Davies H, Smith P (2003):** Public Reporting on Quality in the United States and the United Kingdom. Health Affairs, Band 22, Heft 3, 134–148
- Marshall M, Shekelle P, Leathermann S, Brook R (2000):** Public Release of Performance Data. JAMA, Band 283, Heft 14, 1866–1874
- Marshall M, Romano P, Davies H et al. (2004):** How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? Int J Qual Health Care, Band 16, Supplement I, i57–i63
- Marstedt G (2007):** Transparenz in der ambulanten Versorgung – Patienten auf der Suche nach einem guten Arzt. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007. Gütersloh: Bertels- mann-Stiftung; 11–34
- Mühlenbruch S, Buchner B (2007):** Kosten und Nutzen der (Nicht-) Prävention in Deutschland – Prävention durch Recht. Rechtsgutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung; [www.igmr.uni-bremen.de](http://www.igmr.uni-bremen.de) -> Forschungsprojekte -> Einzelprojekte, Prof. Dr. Benedikt Buchner
- Mukamel DB, Mushlin A (1998):** Quality of care information makes a difference. Med Care, Band 36, Heft 7, 945–954
- Norgall T (2007):** Qualitätsberichte der Krankenhäuser: eine vertane Chance. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 34–35, A-2367
- O'Brian SM, Peterson E (2007):** Identifying High-Quality Hospitals Consult the Rating or Flip the Coin? Arch Intern Med, Band 167, Heft 13, 1342–1343
- O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V et al. (2003):** Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1
- O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F et al. (2007):** Toward The 'Tip- ping Point'. Decision Aids and Informed Patient Choice. Health Affairs, Band 26, Heft 3, 716–725
- Peterson ED, Delon ER, Jollis JG et al. (1998):** The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcomes in the elderly. J Am Coll Cardio, Band 32, 993–999
- Robra BP (2004):** Qualitätstransparenz – von der Ebene der Indi- vidualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens. Krankenhausreport 2004 – Qualitätstransparenz, Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer
- Rosenthal GE, Quinn L, Harper DL et al. (1997):** Declines in hospital mortality associated with a regional initiative to measure hospital performance. Am J Med Qual, Band 12, Heft 2, 103–112
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesund- heitswesen (2001):** Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientie- rung und Partizipation
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesund- heitswesen (2007):** Gutachten Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung
- Sloane G, Tidwell P, Horsfield M et al. (1999):** Identification of the decision maker for a patient's hospital choice – Who decides which hospital. Journal of Hospital Marketing, Band 13, Heft 1, 57–77

**Stiftung Praxissiegel (2007):** Symposium „Qualität schafft Vertrauen“. Ort: Stiftung Praxissiegel, 5

**Stroth S, Post A, Pfuhl J, Marstedt G (2007):** Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung. Bremen: Edition Temmen

**Wang O, Wang Y, Lichtmann J et al. (2007):** „America's Best Hospitals“ in the Treatment of Acute Myocardial Infarction. Arch Intern Med, Band 67, Heft 13, 1345–1352

**Werner R, Asch D (2005):** The Unintended Consequences of Public Reporting Quality Information. JAMA, Band 10, 1239–1244

**Tunis SR (2007):** Reflections on Science, Judgment, and Value in Evidence-Based Decision Making: A Conversation with David Eddy. Health Affairs, Band 26, Heft 4, w500–515

## DIE AUTOREN



**Dr. med. Matthias Gruhl,**

Jahrgang 1953, Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Von 1979 bis 1986 ärztliche Tätigkeit im In- und Ausland, von 1986 bis 1987 Referatsleiter im Hessischen Sozialministerium. Von 1987 drei Jahre lang

Leiter des Hafengesundheitsamtes Bremen und Referatsleiter beim Senator für Gesundheit in Bremen. Seit 1990 Abteilungsleiter Gesundheitswesen bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen.



**Prof. Dr. med. David Klemperer,**

Jahrgang 1953, Studium der Medizin in Bonn, Köln und Düsseldorf, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Sozialmedizin, Umweltmedizin. Von 1991 bis 1996 Leiter des Gesundheitsamtes Bremen-Nord. Von 1996 bis 2000 Leitung des Projektes „Qualitätssicherung für Gesundheitsfachberufe“ am Gesundheitsamt Bremen, von 2000 bis 2001 Referent für Fragen der Planung und Steuerung

im Gesundheitswesen beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen. Seit 2001 Hochschullehrer an der Fachhochschule Regensburg, Fakultät Sozialwesen. Vorstandsmitglied im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. *(Quelle für verlässliche Gesundheitsinformationen: [www.g-infos.de](http://www.g-infos.de))*