Zuweisung und Patientennavigation ins Krankenhaus

Max Geraedts und Werner de Cruppé

Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Zugang zum Krankenhaus: rechtlicher Rahmen – 27**
- 2.2 Erkrankungsspektrum elektiver Krankenhauspatientinnen und -patienten – 27**
 - 2.2.1 Elektive Fälle und Prozeduren – 27
 - 2.2.2 Elektives Fall- und Prozedurenspektrum – 29
- 2.3 Krankenhauswahlverhalten aus Sicht vollstationär aufgenommener Krankenhauspatientinnen und -patienten – 33**
- 2.4 Beratung zur Krankenhauswahl durch zuweisende Ärztinnen und Ärzte – 33**
- 2.5 Internetportale zur Krankenhaussuche – 35**
- 2.6 Weitere Entwicklungen – empirisch kaum zugänglich – 40**
- 2.7 Fazit – 40**
- Literatur – 41**

■ ■ Zusammenfassung

2

Rechtlich gesehen dürfen nur Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt werden, die ambulant nicht behandelt werden können. Empirisch sieht es jedoch so aus, dass viele elektive Patienten in Krankenhäuser stationär eingewiesen und dort behandelt werden, obwohl deren Erkrankungen oder zumindest Teile der notwendigen Prozeduren auch ambulant hätten behandelt bzw. durchgeführt werden können. Ob dieser Zuweisung der Patienten eine informierte Krankenhauswahl zugrunde lag, muss zumindest bezweifelt werden – weder Patientinnen und Patienten noch zuweisende Ärztinnen und Ärzte nutzen bisher in größerem Umfang die zur Verfügung stehenden objektiven Informationen. Stattdessen dominieren bei der Krankenhauswahl und -zuweisung weiterhin die eigenen oder die Erfahrungen von Angehörigen und Bekannten. Dabei hat sich das Informationsangebot über Krankenhäuser vor allem durch vergleichende Internetportale, die die Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nutzen, in den letzten Jahren stetig erhöht. Jedoch sind die grundlegenden Fragen der Krankenhauswahl für den Großteil der Patienten kaum mit Hilfe dieser Portale zu beantworten – verfügt das Krankenhaus über die zur Behandlung notwendige technische und personelle Ausstattung, behandelt das Krankenhaus nach den aktuell effektivsten und sichersten Methoden, welche Ergebnisse können Patienten erwarten, welche Erfahrungen haben vergleichbare Patienten gemacht? Entweder fehlen diese Informationen, sie sind schwer zu finden oder sie sind nicht laienverständlich. Darüber hinaus wird die Krankenhauswahl und Zuweisung von Patienten durch interessengebundene Informationen und Aktivitäten professioneller Informationsvermittler, aber auch Krankenhäuser beeinflusst, sodass vermutlich zuweilen auch in nicht geeignete Krankenhäuser zugewiesen wird. Von einer sorgfältig abgewogenen Krankenhauswahl bzw. -zuweisung, bei der

Patienten und einweisende Ärzte auch digital verfügbare Informationen berücksichtigen, um das geeignetste Krankenhaus zu finden, sind wir noch weit entfernt.

Legally speaking, only patients who cannot be treated on an outpatient basis may be treated as inpatients. Empirically, however, it seems that many elective patients are admitted to hospitals and treated there, although their diseases or at least parts of the necessary procedures could have been treated or performed on an outpatient basis. Whether this allocation of patients was based on an informed choice of hospital must at least be doubted – neither patients nor referring doctors have so far made extensive use of the available objective information. Instead, their own experience or that of relatives and acquaintances continues to dominate the choice and allocation of hospitals. In this context, the supply of information about hospitals has increased steadily in recent years, especially through comparative Internet portals that use the data from the hospitals' quality reports. However, for the majority of patients the basic questions of hospital selection can hardly be answered with the help of these portals: does the hospital have the technical and personnel equipment necessary for treatment, does the hospital treat according to the currently most effective and safest methods, what results can patients expect, what experiences have comparable patients made? Either the information is missing, it is difficult to find or it is not understandable for laymen. In addition, the choice of hospital and the allocation of patients is influenced by information and activities of professional information brokers and also by hospitals, so that patients are probably sometimes allocated to unsuitable hospitals. We are still a long way from a carefully controlled hospital selection and allocation process which supports patients and referring doctors on the basis of digitally available information, to find the most suitable hospital.

2.1 Zugang zum Krankenhaus: rechtlicher Rahmen

Den Zugang für elektive Patientinnen und Patienten regeln das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V), der Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und verschiedene Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (B-BA). § 39 des SGB V – genauso wie § 26 BMV-Ä – sehen vor, dass Versicherte „Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus“ haben, „wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung deren Notwendigkeit begründen, wenn sich dies nicht aus der Diagnose oder den Symptomen ergibt. Der Verordnung sollen sie die für die Indikation der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten bedeutsamen Unterlagen zu Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beifügen. Zudem sollen einweisende Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung „in geeigneten Fällen“ auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Behandlung geeigneten Krankenhäuser angeben und die Versicherten gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) des G-BA zu geeigneten Krankenhäusern beraten. Wählen Versicherte ein anderes Krankenhaus als auf der Verordnung angegeben, können die Krankenkassen eventuell entstehende Mehrkosten zurückverlangen. Seit 2018 sind einweisende Ärztinnen und Ärzte gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des G-BA verpflichtet, bei der Indikation zu bestimmten planbaren Eingriffen (z. Zt. Tonsillektomie/Tonsillotomie, Hysterektomie, arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk) den Patienten auf das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung hinzuweisen, ge-

eignete „Zweitmeiner“ bzw. das entsprechende Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zu benennen und ihm die Indikationsstellung begründende Befunde auszuhändigen.

2.2 Erkrankungsspektrum elektiver Krankenhauspatientinnen und -patienten

Der rechtliche Rahmen gibt also vor, dass nur solche Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt werden dürfen, bei denen keine ambulante oder teilstationäre Alternative existiert. Ein Blick auf die Realität der stationären Inanspruchnahme lässt zumindest bezweifeln, dass diesem Grundsatz in allen Fällen gefolgt wird. Zur Beschreibung der Versorgungswirklichkeit wurden die beim WiDO gespeicherten Daten zu den Krankenhausbehandlungen der AOK-Versicherten des Jahres 2019 analysiert und zum Teil mit einer repräsentativen Befragung von knapp 2.000 Krankenhauspatienten aus dem Jahr 2012 kontrastiert. Bei dieser Befragung wurden Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts zur Krankenhauswahl und zu den Aufnahmegründen befragt (de Cruppé und Geraedts 2017).

2.2.1 Elektive Fälle und Prozeduren

Die bundesweite Gesamtzahl vollstationär behandelter Patientenfälle betrug im Jahr 2018 19,4 Mio., an denen 61,4 Mio. nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodierte Maßnahmen vorgenommen wurden (3,2 OPS/Fall). Bei der AOK sind aktuell rund 26,8 Menschen versichert – dass sind 32,2 % der der 83,2 Mio. Bundesbürger und 36,7 % der 73 Mio. gesetzlich Versicherten. Betrachtet man nun die in Tab. 2.1 angeführte Fallzahl sowie Anzahl verschlüsselter Prozeduren, dann lässt sich daraus schließen, dass diese Kennziffern bei den AOK-Versi-

	Gesamt		<60 Jahre		≥ 60 Jahre		Männer		Frauen	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ICD-10-AOK-Patientenfälle										
Gesamtfallzahl	6.531.081	100,0	3.074.490	100,0	3.456.591	10,00	2.912.987	100,0	3.618.094	100,0
Elektive Fälle	3.804.865	58,3	1.878.947	61,1	1.925.918	55,7	1.658.924	56,9	2.145.941	59,3
Notfälle	2.726.216	41,7	1.195.543	38,9	1.530.673	44,3	1.254.063	43,1	1.472.153	40,7
OPS-AOK-Patientenfälle										
OPS-Gesamtzahl	21.933.795	100,0	8.300.683	100,0	13.693.112	100,0	10.797.637	100,0	11.196.158	100,0
OPS-Anzahl bei elektiven Fällen	13.327.025	60,6	5.500.469	66,3	7.826.556	57,2	6.472.504	59,9	6.854.521	61,2
OPS-Anzahl bei Notfällen	8.666.770	39,4	2.800.214	33,7	5.866.556	42,8	4.325.133	40,1	4.341.637	38,8
Stichprobe Krankenhauspatienten										
Patienten	1.911	100,0	854	100,0	1.056	100,0	865	100,0	1.046	100,0
Elektive Aufnahme	841	44,0	386	45,2	454	43,0	383	44,3	458	43,8
Akute Aufnahme*	1.070	56,0	468	54,8	602	57,0	482	55,7	588	56,2
* = am gleichen oder am Folgetag der Indikationsstellung Krankenhaus-Report 2021										

* = am gleichen oder am Folgetag der Indikationsstellung
Krankenhaus-Report 2021

cherten sehr ähnlich zum Bundesdurchschnitt ausgeprägt sind. Auch wenn es aufgrund der unterschiedlichen Sozialstruktur der AOK-Versicherten (u. a. höheres Durchschnittsalter, weniger Männer, schlechtere Schulabschlüsse, schlechterer selbst eingeschätzter Gesundheitszustand (Hoffmann und Icks 2012)) im Vergleich zu den Versicherten anderer gesetzlicher Krankenkassen und privater Krankenversicherungsunternehmen Unterschiede in der Verteilung der Behandlungshauptdiagnose und der durchgeführten OPS gibt, kann die hier vorgenommene Gesamtbetrachtung elektiver Krankenhausbehandlungen dieses Patientendrittels als hinreichend genau für alle Patienten angesehen werden, weshalb bei den vorliegenden Analysen von den AOK-Versicherten auf die Gesamtheit der Bundesbürger geschlossen wird.

■ Tab. 2.1 zeigt die Zahl der stationären Fälle AOK-Versicherter sowie die Zahl der bei diesen Fällen kodierten Prozeduren. Dabei werden jeweils die Gesamtzahlen und die Zahlen differenziert für Männer und Frauen sowie Jüngere/Ältere (< oder $\geq$ 60 Jahre) berichtet.

Vergleichbar zum Bundesdurchschnitt (ein Krankenhausfall pro 4,3 Bürger, im Durchschnitt 23,3 % aller Bürger) wurde 2019 unter den AOK-Versicherten jeweils ein Krankenhausfall pro 4,1 Versicherte (24,4 % der Versicherten) gezählt.

Die vielfach kritisch gesehene Einteilung der Aufnahmesituation aus Arzt- und Krankenhaussicht in Notfall versus elektiv (Krämer et al. 2019) gemäß der Kodierung in der Krankenhausstatistik zeigt auf Fallebene eine Verteilung von 58,3 % elektiven zu 41,7 % Notfallaufnahmen. Diese Einteilung scheint aus der Perspektive der Wahlmöglichkeiten für Patienten, bei der davon ausgegangen wird, dass elektive Fälle eine solche Wahlmöglichkeit besitzen, unzureichend genau. Die Analyse der Befragung vollstationär aufgenommener Patienten zeigt nämlich, dass 56,0 % angeben, am gleichen oder am Folgetag der Indikationsstellung stationär aufgenommen worden zu sein (Notfall oder dringlicher Krankenhausaufenthalt) und 44,0 % nach mehr als einem Tag

(frühelektiv oder aber elektiv). Aus Patientensicht ist der Anteil sehr kurzfristiger Aufnahmen also höher als die Zahl der fachlich geschätzten Notfallaufnahmen und damit liegt der Anteil geplanter, mit mehr Zeit verbundener, elektiver Aufnahmen vermutlich niedriger als die hier nach Aufnahmeanlass definierte Angabe von 58,3 % der Krankenhausaufnahmen. Im Hinblick auf den Anteil elektiver Fälle in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht liegen insgesamt nur geringe Unterschiede vor, wobei diese in den Abrechnungsdaten höher ausfallen als in den Befragungsdaten; Ältere und Männer weisen jeweils höhere Notfalleile auf.

Ebenfalls vergleichbar, mit leichter Tendenz zu höheren Zahlen, war die Zahl der kodierten Prozeduren mit 3,36 pro AOK-Fall. Auch hier sind bei Männern (3,7 OPS/Fall) und Älteren (4 OPS/Fall) höhere Raten als im Durchschnitt festzustellen. Die geringsten Raten sind bei jüngeren, als Notfall aufgenommenen Patienten zu verzeichnen (2,3 OPS/Fall), die höchsten Raten bei elektiven Fällen $\geq$ 60 Jahre (4,1 OPS/Fall).

2.2.2 Elektives Fall- und Prozedurenspektrum

Eine weitergehende Analyse der den Fällen zugrunde liegenden Hauptdiagnosen sowie der insgesamt erbrachten Prozeduren offenbart, dass sich die elektiven Anlässe zum Teil mit den Notfällen überschneiden und in beiden Rubriken zumindest bei oberflächlicher Betrachtung Anteile ambulant behandelbarer Anlässe zu finden sind. Die Darstellung wurde in ■ Tab. 2.2 dahingehend begrenzt, dass nur solche Hauptdiagnosen betrachtet werden, bei denen deutschlandweit vermutlich mehr als 100.000 Fälle vorliegen – entsprechend Hauptdiagnosen, die bei mehr als 33.000 AOK-Versicherten im Jahr 2019 kodiert wurden. Dem Konzept der ambulant-sensitiven Krankenhausaufnahmen (ASK = Krankenhausfälle, die durch effektives Management chro-

Tabelle 2.2 Häufigste ICD-Hauptdiagnosen der AOK-Krankenhauspatienten im Jahr 2019 bei elektiven Fällen und Notfällen (ASK nach Sundmacher et al. 2015 sind fett dargestellt)

Elektive ICD-Fälle				ICD-Notfälle					
Rang	ICD-Code	ICD-Name	N	% dieser ICD	Rang	ICD-Code	ICD-Name	N	% dieser ICD
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	205.143	99,9	1	I50	Herzinsuffizienz	112.756	55,6
2	I50	Herzinsuffizienz	90.202	44,4	2	S06	Intrakranielle Verletzung	71.518	80,0
3	I70	Atherosklerose	60.604	80,9	3	J44	Sonst. chron. obstruktive Lungenkrankheit	63.807	60,3
4	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	57.256	95,6	4	I63	Hirninfarkt	60.624	67,5
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	54.902	76,5	5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	58.737	72,6
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	53.731	55,9	6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	54.444	64,5
7	K80	Cholelithiasis	52.292	62,9	7	I21	Akuter Myokardinfarkt	52.154	68,9
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	51.378	82,8	8	S72	Fraktur des Femurs	47.682	70,2
9	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	47.693	95,2	9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	42.440	44,1
10	K40	Hernia inguinalis	46.440	89,3	10	A09	Sonst. Gastroenteritis und Kolitis	39.684	65,7
11	I20	Angina pectoris	43.421	54,9	11	R55	Synkope und Kollaps	37.322	74,5
12	J44	Sonst. chron. obstruktive Lungenkrankheit	41.938	39,7	12	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	37.090	74,5
13	M54	Rückenschmerzen	40.949	57,3	13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	36.672	58,8
14	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	35.796	55,3	14	E86	Volumenmangel	36.446	68,2
15	O80	Spontangeburt eines Einlings	33.472	64,1	15	A41	Sonstige Sepsis	35.891	71,8
					16	I20	Angina pectoris	35.677	45,1
					17	G40	Epilepsie	35.609	67,0
					18	R07	Hals- und Brustschmerzen	34.887	68,5

Tabelle 2.3 Häufigste OPS der AOK-Krankenhauspatienten im Jahr 2019 bei elektiven Fällen und Notfällen

Elektive OPS-Fälle					OPS-Notfälle				
Rang	OPS-Code	OPS-Name	N	% dieser OPS	Rang	OPS-Code	OPS-Name	N	% dieser OPS
1	9984	Pflegebedürftigkeit	712.627	47,3	1	9984	Pflegebedürftigkeit	794.129	52,7
2	8930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne PAP- u. ZVD-Messung	309.727	43,0	2	3200	Natives CT des Schädels	501.780	69,6
3	3990	Computergestützte Bild Datenanalyse mit 3D-Auswertung	275.420	42,6	3	8930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne PAP- u. ZVD-Messung	410.188	57,0
4	9262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	263.243	96,4	4	3990	Computergestützte Bild Datenanalyse mit 3D-Auswertung	370.621	57,4
5	1632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	255.692	52,1	5	1632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	234.807	47,9
6	1208	Registrierung evozierter Potentiale	228.003	83,0	6	3225	CT des Abdomens mit Kontrastmittel	194.850	48,5
7	3200	Natives CT des Schädels	219.120	30,4	7	3222	CT des Thorax mit Kontrastmittel	164.900	47,9
8	3225	CT des Abdomens mit Kontrastmittel	206.939	51,5	8	8800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	149.098	47,8
9	3222	CT des Thorax mit Kontrastmittel	179.497	52,1	9	1275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	136.509	45,8
10	8800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	162.965	52,2	10	1207	Elektroenzephalographie (EEG)	129.518	58,7
11	1275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	161.711	54,2	11	1440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	123.748	46,2
12	8522	Hochvoltstrahlentherapie	151.620	75,9	12	8837	PTCA	117.240	47,2
13	1710	Ganzkörperplethysmographie	147.953	64,7	13	3800	Natives MRT des Schädels	112.250	59,4
14	1650	Diagnostische Koloskopie	147.636	61,1	14	8831	Legen und Wechsel eines ZVK	111.073	49,7

■ **Tabelle 2.3** (Fortsetzung)

Elektive OPS-Fälle			OPS-Notfälle					
Rang	OPS-Code	OPS-Name	N	% dieser OPS	Rang	OPS-Code	OPS-Name	N
15	1440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungsstrakt, Gallengängen und Pankreas	144.288	53,8				
16	1620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	132.561	63,3				
17	8837	PTCA	131.035	52,8				
18	5984	Mikrochirurgische Technik	121.577	82,8				
19	8831	Legen und Wechsel eines ZVK	112.259	50,3				
20	9401	Psychosoziale Interventionen	108.329	60,4				

Krankenhaus-Report 2021

nischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können) und der von Sundmacher (Sundmacher et al. 2015) veröffentlichten Liste ambulant-sensitiver Diagnosen folgend, gehörten im Jahr 2019 acht von 15 elektiven und neun von 18 Notfall-Anlässen mit jeweils mehr als 100.000 Betroffenen zu den ASK. Bei beiden Anlässen dominieren die Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Bei Betrachtung des Spektrums der häufigsten im Krankenhaus durchgeführten und kodierten Prozeduren fällt auf, dass sich die aufgeführten – in der Mehrzahl diagnostischen Prozeduren – bei den elektiven und Notfällen vielfach überschneiden. ■ Tab. 2.3 führt diejenigen OPS auf, die mindestens 100.000-mal bei Krankenhausaufenthalten AOK-Versicherter im Jahr 2019 kodiert wurden. Bei durchschnittlich etwas mehr als drei OPS pro Fall wird also wieder auf rund 33.000 Fälle und damit 100.000 Fälle im Bundesdurchschnitt Bezug genommen.

Die Analyse der Unterschiede bei den häufigsten Prozeduren in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter ergab – bis auf die nur jeweils einem Geschlecht zuzuordnenden Prozeduren – keine auffälligen Befunde, sodass diese nicht tabellarisch aufgeführt werden.

Die Analysen belegen, dass diejenigen Erkrankungen bzw. elektiven Prozeduren, zu denen explizite Zweitmeinungsverfahren eingeführt wurden (Tonsillektomie/Tonsillotomie, Hysterektomie, Schultergelenksarthroskopie), nicht zu den häufigsten Erkrankungen bzw. Prozeduren gehören. Dagegen führen Erkrankungen, die den elektiven endoprothetischen Eingriffen an Knie- und Hüftgelenk sowie der Wirbelsäulenchirurgie zugrunde liegen, häufig zu Krankenhausaufenthalten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei elektiven Fällen viele Prozeduren vorgenommen werden, die auch zum ambulanten Leistungsspektrum gehören und damit eventuell ambulant oder prästationär erbracht werden könnten.

2.3 Krankenhauswahlverhalten aus Sicht vollstationär aufgenommener Krankenhauspatientinnen und -patienten

Wie kommen nun Patientinnen und Patienten, bei denen die im vorigen Abschnitt genannten Erkrankungen oder die Indikation zu solchen Prozeduren vorliegen, in welches Krankenhaus? Bevor diese Frage aus Sicht der Zuweisenden beantwortet wird, soll zunächst einmal die Sicht der Patienten selbst beleuchtet werden. Denn die relevanten Personen für die freie Krankenhauswahl sind Patienten, die wissen, dass für sie eine Krankenhausbehandlung notwendig ist und damit eine Aufnahme ansteht. Eine prospektive, repräsentative Erhebung des Krankenhauswahlverhaltens von Patienten mit gerade erfolgter Indikationsstellung ist logistisch sehr aufwändig. Praktikabel ist es hingegen, gerade stationär aufgenommene Patienten nach ihrem Vorgehen bei der Krankenhauswahl zu befragen. Eine solche Studie wurde in Deutschland von den Autoren mit 1.925 konsekutiv stationären Patienten aus elf Fachgebieten von 46 Fachabteilungen in 17 Krankenhäusern unterschiedlicher Regionen Nordrhein-Westfalens in den Jahren 2012 und 2013 durchgeführt (de Cruppé und Geraedts 2017). Folgende Ergebnisse dieser Studie beschreiben Möglichkeit und Vorgehen aus Patientensicht: 63 % der Patienten entscheiden selbst über das Krankenhaus und 80 % werden binnen sieben Tagen stationär aufgenommen. Die wichtigsten Informationsquellen der Patienten sind die eigene Vorkenntnis des Krankenhauses, Angehörige sowie ihre ambulanten Behandler. Die relevanten Kriterien, nach denen sie entscheiden, sind wiederum die eigene Krankenhausvorerfahrung, die Empfehlung Angehöriger und der Behandler sowie die Wohnortnähe; Qualitätsberichte und ihre objektiven Angaben verwenden Patienten praktisch nicht. Dies bestätigt frühere Ergebnisse einer repräsentativen Befragung in der Allgemeinbevölkerung, wonach wenige Personen von den Qualitätsbe-

richten gehört, noch weniger diese angeschaut und diejenigen mit bevorstehender elektiver Krankenhausaufnahme die Berichte praktisch nicht zu Rate gezogen hatten (Geraedts 2006). Dabei sind die Informationen auch weiterhin für Patienten mitunter schwer verständlich (Sander et al. 2017; Emmert et al. 2014).

2.4 Beratung zur Krankenhauswahl durch zuweisende Ärztinnen und Ärzte

Für Patientinnen und Patienten sind also nicht objektive Daten von Qualitätsberichten ausschlaggebend für die Krankenhauswahl, stattdessen sind ihre ambulanten Behandler eine wichtige fachkompetente Informationsquelle über Krankenhäuser und deren Empfehlung ein wichtiges Entscheidungskriterium. In dieser Vermittler- und Beraterrolle sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte potenzielle Nutzer und insofern auch Übersetzer der Informationen aus den Qualitätsberichten für ihre Patienten.

Schaut man sich den Anteil elektiver Einweisungen unter allen in den einzelnen Fachabteilungen stationär behandelten Patienten an, dann sind es eher die kleineren Fachabteilungen, bei denen eine Beratung zur Krankenhauswahl häufig möglich ist. ■ Tab. 2.4 zeigt eine entsprechende Analyse aus der bereits erwähnten Befragung stationärer Krankenhauspatienten. Demnach werden in der Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gynäkologie und Orthopädie am häufigsten Patientinnen und Patienten behandelt, die zwischen Indikationsstellung und Krankenhausaufnahme mehr als einen Tag Zeit hatten.

Aber wie gehen einweisende Ärztinnen und Ärzte typischerweise bei der Beratung vor? Werden bei der Beratung die folgenden grundsätzlichen Fragen einbezogen, die einer Krankenhauswahl zugrunde liegen sollten?

- a) Ist das Krankenhaus so ausgestattet (Medizintechnik und Personal), dass die indizierte Behandlung dort sicher möglich ist?

Tabelle 2.4 Anteil Krankenhausaufnahmen mit mehr als einem Tag zwischen Mitteilung einer anstehenden stationären Behandlung und Aufnahme aus Patientensicht, nach Fachgebieten

Urologie	72 %	Geriatric	59 %	Innere Medizin	33 %
HNO	66 %	Chirurgie	54 %	Neurologie	28 %
Gynäkologie	65 %	Geburtshilfe	53 %	Pädiatrie	18 %
Orthopädie	64 %	Psychiatrie	45 %		

Krankenhaus-Report 2021

- b) Arbeitet das Krankenhaus nach den aktuell anerkannten Regeln von Wissenschaft und Kunst?
- c) Welche Ergebnisse zeigt die Behandlung in diesem Krankenhaus bei vergleichbaren Patienten?
- d) Welche Erfahrungen haben vergleichbare Patienten mit der Behandlung in diesem Krankenhaus gemacht?

Aspekte dieser Fragen lassen sich in Deutschland, aber auch vielen anderen Ländern, auf der Basis strukturierter Qualitätsberichte der Krankenhäuser beantworten, die zur Beratung genutzt werden könnten. Ob die Qualitätsberichte zur Patientenberatung tatsächlich genutzt werden und welche anderen Erkenntnisse zur Beratungssituation vorliegen, soll im Folgenden kurz anhand einiger Studienergebnisse vorgestellt werden.

Nach dem Stellenwert der Qualitätsberichte befragt, beurteilen niedergelassene Hausärzte, Internisten, Orthopäden und Chirurgen in Deutschland diese für ihre Praxis zurückhaltend und setzen sie selten in der Patientenberatung zur Krankenhauswahl ein (Hermeling und Geraedts 2013). In den Berichten fehlen ihnen Angaben zur Erfahrung mit dem Krankenhaus aus Arzt- und Patientensicht (Geraedts et al. 2007, 2018; Kolb et al. 2018) sowie relevante Ergebnisangaben, die – wenn vorhanden – in der von ihnen gewünschten Weise dargestellt werden sollten (Geraedts et al. 2012). Studien aus dem europäischen Ausland vertiefen sowohl mit qualitativen als auch quantitati-

ven Befragungen, wie vor allem Hausärzte bei der Krankenhauszuweisung ihrer Patienten vorgehen. Da die spezialfachärztliche Versorgung in vielen Ländern überwiegend an Krankenhäusern angesiedelt ist, bezieht sich die Zuweisung auf ambulante Behandlungen im Krankenhaus wie auch elektive Einweisungen zu stationären Behandlungen in der Routineversorgung. Für diese Behandlungen können Patienten das Krankenhaus auch in den oft staatlich organisierten Gesundheitssystemen frei wählen und entscheiden sich wie in Deutschland häufig in Absprache mit ihren Hausärzten. In Frankreich geben Hausärzte an, ihre Empfehlung nach der eigenen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, in informellen Netzwerken, nach dem Ruf des Krankenhauses und nach Wohnortnähe für die Patienten auszurichten; die öffentliche Qualitätsberichterstattung spielt für Hausärzte in Frankreich dabei keine Rolle (Ferrua et al. 2016), ebenso wenig in den Niederlanden (Ketelaar et al. 2014). Zwar sehen Hausärzte sehr wohl die Bedeutung der Krankenhausqualität auch im Gespräch mit ihren Patienten, doch Qualitätsberichte werden hierzu nicht genutzt und Patienten nicht auf sie hingewiesen – sei es, weil sie nicht die relevanten Angaben enthalten oder ihnen nicht vertraut wird (Doering und Maarse 2015). Zentral in der Beurteilung und Empfehlung auch in den Niederlanden ist die eigene Erfahrung mit dem Krankenhaus und mit den dortigen Spezialisten (Doering und Maarse 2015). Gleichsinnig gehen auch dänische Hausärzte in ihrer Bera-

tung der Patienten bei Krankenhauszuweisungen vor: Wohnortnähe für die Patienten, die eigene Erfahrung in der Zusammenarbeit wie auch die berichtete Erfahrung der Patienten mit dem Krankenhaus sind die wesentlichen Empfehlungskriterien (Birk und Henriksen 2012). Wenig untersucht scheint bisher, ob Hausärzte ihre Patienten aktiv bei ihren Empfehlungen zur elektiven Krankenhauswahl einbeziehen. Eine Studie aus Schweden zeigt, dass schwedische Hausärzte nur sehr selten Patienten bei der Frage einbeziehen, in welchem Krankenhaus sie bei elektiven operativen Eingriffen behandelt werden, sondern entscheiden selbst nach medizinischen Kriterien (Winblad 2008). Ebenso gehen holländische Hausärzte vor, die Patienten für Diagnostik oder Therapie einem Krankenhaus zuweisen (Victoor et al. 2013).

Aus der Studienlage aus europäischen Ländern, in denen Patienten wie in Deutschland ein Krankenhaus wählen können, lässt sich daher schlussfolgern, dass zuweisende Ärztinnen und Ärzte bisher wenig als Vermittler und Übersetzer externer, objektiverer qualitätsbezogener Informationen bei der Krankenhauswahl auftreten. Stattdessen beraten sie weiterhin vor allem auf der Basis eigener Erfahrungen und der Erfahrungen ihrer Patientinnen und Patienten.

2.5 Internetportale zur Krankenhaussuche

Gemäß aktueller Befragungsergebnisse der Initiative D21 e. V. nutzen inzwischen 86 % der Bundesbürger das Internet. Mit der Verbreitung der Internetnutzung gerade auch in den Altersgruppen, die in besonderem Maße von elektiven Krankenhausaufenthalten betroffen sind, könnte die Bedeutung des Internets auch für die Krankenhauswahl zunehmen. Dabei bietet das Internet bei der Krankenhaussuche unterschiedliche Vorgehensweisen. Ausgangspunkt kann für Patientinnen und Patienten oder Angehörige zum einen die Suche nach Informationen in einer der allgemeinen

Suchmaschinen zu einer Erkrankung, einer bevorstehenden Diagnostik oder Behandlung sein. Zum anderen können sie aber auch direkt mit der Suche nach einem Krankenhaus beginnen. Hierbei ermöglichen Krankenhaussuchportale eine Krankenhauswahl nach verschiedenen Kriterien und Filtereinstellungen. Wenn Patienten bereits entschieden haben, wo sie sich behandeln lassen wollen, können sie auch gezielt Internetseiten von Krankenhäusern beziehungsweise Verbundträgern aufsuchen, um dort Auskünfte zu finden. Nachfolgend wird auf einige bundesweite Krankenhaussuchportale und einige Unterschiede im Hinblick auf Trägerschaft, Datenquellen sowie Such-, Filter- und Vergleichsmöglichkeiten eingegangen. Die Zusammenstellung in Tab. 2.5 orientiert sich dabei an einer ähnlichen Zusammenstellung von Emmert et al. 2016.

Die wesentliche Datenquelle für den Großteil der Internetangebote zur Krankenhaussuche sind die von allen Krankenhäusern gesetzlich verpflichtend zu erstellenden Qualitätsberichte. Über eine Referenzdatenbank macht der Gemeinsame Bundesausschuss diese Qualitätsberichte ab dem Berichtsjahr 2012 allgemein zugänglich (g-ba-qualitaetsberichte.de), ergänzt um eine erläuternde Patienteninformation, eine Leseanleitung und ein Glossar. Gleichwohl ist der Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte gering (Geraedts 2006) und die Lektüre sprachlich für medizinische, statistische und wissenschaftliche Laien schwer verständlich (Friedemann et al. 2009). In zahlreichen Krankenhaussuchportalen sind die Angaben der Qualitätsberichte dennoch die entscheidende Datengrundlage und dort aufbereitet durchsuchbar. So bietet der „Klinikfinder“ des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und des Betriebskrankenkassen Dachverbandes e. V. eine Portalsuche nach Krankenhäusern auf dieser Datengrundlage an. Als Stichwort bei der Suche können Patienten eine Krankheit, eine Behandlung oder einen Krankenhausnamen eingeben und auf Wunsch Ort oder Postleitzahl sowie einen km-Umkreis. Als Filterkriterien können zahlreiche Struktur-

Tabelle 2.5 Übersicht zu Internetportalen zur Krankenhaussuche

Portalname (Träger)	Datenquellen	Qualitäts- angaben	Struktur- angaben	Patientenerfahrungen, Zufriedenheit, Kom- mentare, individuelle Bewertungen	KH-Vergleichs- funktion
Qualitätsberichte.de (G-BA)	QB*	QB	QB	Nein	Nein
Deutsches Krankenhausverzeichnis (DKG)	QB, Aktualisierung durch KH** möglich	QB	QB	Nein	Ja
Weisse Liste (Bertelsmann-Stiftung, Ko- operation mit AOK, Barmer, KKH, AXA)	QB, PEQ***	QB	QB	Ja	Ja
Kliniklotse/-finder (vdek, BKK Dachver- band)	QB	QB	QB	Nein	Ja
oncomap (Dt. Krebsgesellschaft)	Daten der Zertifizierungsstelle der DKG	Nein	Nein	Nein	Nein
DKV- Webseite (Dt. Krankenversicherung)	DKV- KH- Vertragsdaten	Nein	Nein	Nein	Nein
derprivatpatient.de (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.)	QB, PKV- KH- Vertragsdaten	QB	Ja	Nein	Ja
Klinikbewertungen.de (MedizInfo®, Jür- gen Wehner)	Name und Adressangaben durch MedizInfo®, alles Weitere durch KH selbst	Nein	Nein	Patientenbewertungen	Nein
krankenhausbewertungen.de (Stephan Brandstaetter)	QB, Patientenbewertungen	Nein	QB	Individuelle Patientenbe- wertung	Nein
Jameda (Jameda)	Name und Adressangaben durch jameda, alles Weitere durch KH selbst	Nein	Nein	Individuelle Patientenbe- wertungen, arztbezogen	Nein
Sanago (ärzte.de MediService Verwaltungs GmbH)	Name und Adressangaben durch sanago, alles Weitere durch KH selbst	Nein	Nein	Individuelle Patientenbe- wertungen, arztbezogen	Nein
medführer.de (Deutscher Verlag für Ge- sundheitsinformation GmbH)	Name und Adressangaben durch medführer, alles Weitere durch KH selbst	Nein	Nein	Nein	Nein
Klinikkompass.com (Lukas Hoffmann)	KH können selbst kostenpflichtig Informa- tionen einstellen, Focus-Klinikbewertung, Zertifizierungslisten, QB	Nein	Nein	Nein	Nein

gaben aus den Qualitätsberichten festgelegt werden – beispielsweise Fachgebiet, Barrierefreiheit, medizinische, pflegerische oder allgemeine Leistungsangebote, apparative Ausstattung oder Personalqualifikation. Aus den Ergebnissen können dann mehrere Krankenhäuser in eine Vergleichsübersicht gebracht werden. Auch das als Suchportal verfügbare Krankenhausverzeichnis der Deutschen Krankenhausgesellschaft basiert auf den Qualitätsberichtsdaten, wobei Krankenhäuser hier bestimmte Angaben auch selbstständig aktualisieren können. Die Such-, Filter- und Vergleichsmöglichkeiten entsprechen weitgehend dem Klinikfinder. Die „Weisse Liste“ als Suchportal für Krankenhäuser, getragen von der Bertelsmann Stiftung und den gesetzlichen Krankenkassen AOK, Barmer und KKH sowie der privaten Krankenversicherung Axa, erweitert die Datengrundlage um Patientenzufriedenheitsbewertungen auf Krankenhaus- und teilweise auf Fachabteilungsebene. Diese Angaben werden stetig von zufällig ausgewählten Krankenhauspatienten der teilnehmenden Krankenkassen nach deren Entlassung schriftlich mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ)-Fragebogen (Gehrlach et al. 2010) erhoben und gibt Auskunft über die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, der pflegerischen Betreuung, mit der Organisation und dem Service sowie der Bereitschaft, das erlebte Krankenhaus an Angehörige weiterzuempfehlen. Freitextkommentare sind hierbei nicht vorgesehen. Als weitere Datenquelle gehen die Qualitätsangaben aus dem QSR-System (Qualitätssicherung mit Routinedaten der AOK) in das Portal ein. Dementsprechend ist die Such- und Filterfunktion in der „Weisse Liste“-Suche um diese Kriterien im Vergleich zum Klinikfinder erweitert.

Spezifisch für Krebserkrankungen bietet die Deutschen Krebsgesellschaft mit „oncomap“ eine Suche in der Gesamtliste der von ihr zertifizierten Krebszentren an, zu denen Adress- und Kontaktangaben hinterlegt sind. Ob diese Information einen Beitrag zu der in Deutschland zu beobachtenden Konzentration der Krebsversorgung in Zentren geleistet hat,

ist bisher nicht belegt (Henning et al. 2018; Lewers und Geraedts 2015).

Für privat versicherte Patienten bietet der Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. eine Krankenhaussuche an, die sich einerseits auf die Qualitätsberichtsdaten stützt, die um Angaben zu Direktabrechnungsverträgen ergänzt werden. Zudem hebt diese Seite sogenannte „Partnerkliniken“ hervor, die in der externen Qualitätssicherung überdurchschnittliche Werte erreichen und besondere Wahlleistungskriterien des Verbandes erfüllen.

Vier kommerzielle Portale setzen ganz auf die direkte individuelle Bewertung durch Patienten und deren Erfahrungsberichte in Freitextform als Datenquellen. Diese Portale beschreiben ausführlich, was Patienten beim Abfassen ihrer Bewertung beachten sollen, wie sie sie einreichen können und dass sie durch eine redaktionelle Sichtung gehen, bevor sie eingestellt werden. Im Portal „klinikbewertungen.de“ bewerten Patienten ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung mit bis zu fünf Sternen in Bezug auf ihre Gesamtzufriedenheit, Qualität der Beratung, medizinische Behandlung, Verwaltung und Abläufe sowie Ausstattung und Gestaltung und können als Freitexte Pros, Kontras, Krankheitsbild, Versichertenstatus und einen Erfahrungsbericht abgeben. Als Portalnutzer sucht man dann gezielt interessierende Krankenhäuser und erhält deren Bewertungen; weitere Angaben zum Krankenhaus gibt es nur, wenn Krankenhäuser kostenpflichtig eigene Informationen hinterlegen. Zwei der vier Portale, die auf Patientenbewertungen basieren, „Jameda“ und „Sanego“, sind auf Krankenhausärzte ausgeweitete Arztbewertungsportale; krankenhausbezogene Informationen können Krankenhäuser kostenpflichtig hinterlegen. Ein weiteres kommerzielles Portal kombiniert eine umfängliche Suche nach Kriterien anhand der Qualitätsberichtsdaten zusammen mit auf der Seite erhobenen Patientenbewertungen der Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen.

Vier weitere Krankenhaussuchportale kommerzieller Anbieter sind unterschiedlich konzipiert. Mal steht eine Liste an

Eingriffen zur Auswahl, zu denen dann in Anlehnung an Klinik-Rankings oder Krankenhauszertifikate eine Handvoll Krankenhäuser empfohlen werden, mal besteht ein Portal nur aus einem Adressverzeichnis und harrt der kostenpflichtigen Eintragungen durch Krankenhäuser, mal werden mehrere Datenquellen wie Qualitätsberichte, Klinik-Rankings oder Krankenhauszertifikate systematisch eingepflegt und können durch Krankenhäuser kostenpflichtig ergänzt werden, mal ist das Ziel, eine solche umfängliche Krankenhaussuche, ergänzt um eigene Expertenbewertungen, in eine individuell organisierte, perioperative Patientenbetreuung durch den Portalanbieter münden zu lassen.

Eine noch zu erwähnende Entwicklung besteht in der Übertragung der Krankenhaussuche auf portable Endgeräte wie Handy oder Tablet, vorzugsweise in Form einer App, die einen direkteren Zugang zu den Kundendaten ermöglicht und filternde Browsereinstellungen vermeidet. Diesen Schritt ist beispielsweise die „Weisse Liste“ oder die BARMER mit ihren Apps zur Krankenhaus- und Arztsuche gegangen. Auch Klinikbetreiber (z. B. Helios) und zunehmend auch einzelne Krankenhäuser (z. B. Uniklinik Heidelberg, Bethesda Krankenhaus Duisburg) bieten ihren Patienten über eine App Zugang zu Informationen über das Krankenhaus. Hier werden sich perspektivisch mit der persönlichen Registrierung personalisierte Termine, Empfehlungen und weitere Behandlungs- oder Präventionsangebote mit gleichzeitiger Kundenbindung integrieren lassen.

Zuletzt sollen noch die als Broschüre publizierten drei Klinik-Rankings der Zeitschriften bzw. Zeitungen „Focus“, „Stern“ und „FAZ“ als mögliche Orientierungshilfen bei der Krankenhaussuche für Patientinnen und Patienten in Deutschland genannt werden. Alle nutzen umfänglich die Qualitätsberichtsdaten, dazu in unterschiedlicher Zusammensetzung selbst eingeholte Expertenmeinungen aus dem Gesundheitssystem, die QSR der AOK, die PEQ-Patientenbefragung oder Patientenbewertungen aus „Klinikbewertungen.de“, und erstellen

daraus nach eigenen Gewichtungen die zahlreichen Listen „bester Krankenhäuser“ bzw. Kliniken – was zumeist Krankenhaussachabteilungen bedeutet – je Region, Erkrankung oder Behandlung. Die vollständigen Informationen werden aber nicht im Internet frei zugänglich zur Verfügung gestellt, sondern müssen jeweils käuflich erworben werden.

In der Zusammenschau der im Internet zur Verfügung gestellten Informationen über Krankenhäuser bleibt der Eindruck, dass es zwar eine Fülle von Informationen gibt, die zur Krankenhauswahl genutzt werden könnten, die Beantwortung der oben genannten grundlegenden Fragen, die sich elektive Patienten und zuweisende Ärzte stellen könnten (adäquate Personalausstattung und Medizintechnik, effektive und sichere Behandlungsverfahren, Ergebnisse und Erfahrungen vergleichbarer Patienten) wird jedoch nur versierten Nutzern der Informationsquellen gelingen. Für die Nutzer der Krankenhausportale besteht zudem die Schwierigkeit, die interessengeleitete Informationsvermittlung gerade bei kommerziellen Angeboten richtig einzuordnen. Weiterhin stellt sich ganz praktisch der entscheidende erste Suchschritt in den Portalen oftmals als schwierig dar. Dies gilt eher nicht, wenn man die vorhandenen wohnortnahen Krankenhäuser aufgelistet bekommen möchte, denn geleitet durch Ort oder Postleitzahl ist das Auffinden meistens leicht. Krankheits- oder eingriffsspezifisch ist die Suche jedoch nicht immer einfach, da frei eingegebene Stichworte in der Suchmaske zumeist in schwer zu verstehende ICD- und OPS-Begrifflichkeiten übersetzt und zur Auswahl angezeigt werden. Dieser Sprachwechsel und die Beurteilung, welcher vorgeschlagene Fachbegriff der richtige ist, dürfte für zahlreiche Suchende eine Hürde sein, um an die für sie persönlich relevanten Suchergebnisse zu kommen. Inwieweit die in Zusammenarbeit mit der „Weissen Liste“ vom Bundesministerium für Gesundheit auf der neuen Internetseite www.gesund.bund.de zur Verfügung gestellte Krankenhaussuche oder aber das vom IQTIG geplante „Qualitätsportal“ diese Probleme be-

wältigen werden, kann noch nicht beurteilt werden.

2

2.6 Weitere Entwicklungen – empirisch kaum zugänglich

Bei der Beantwortung der Frage, wie elektive Patientinnen und Patienten in ein bestimmtes Krankenhaus kommen, müssen weitere Aspekte angesprochen werden, die sich einer typischen empirischen Analyse entziehen. Unbekannt ist beispielsweise, inwiefern das im Qualitätsmanagement propagierte Instrument der Einweiserbefragung heute eher als Instrument des Einweiser- oder Zuweisermanagements genutzt wird. Beratungsfirmen bieten dazu Hilfestellung an, bei der es darum geht, die im Zeitalter der DRG-Vergütung hochrelevante Fallzahl zu beeinflussen. Ein typisches Zitat soll diese Feststellung untermauern: *„Niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen, in Gemeinschaftspraxen und vor allem in Praxisnetzwerken werden als Vermittler oder Lotsen idealer Patientenfälle für das Krankenhaus immer wichtiger. Als Wegweiser für Patienten sichern sie die Auslastung und sind neben den Patienten selbst ohne Zweifel die wichtigste Zielgruppe eines Krankenhauses. ... Eine Hauptaufgabe bei der Befragung der niedergelassenen Ärzte ist es, diejenigen Faktoren zu ermitteln, die konkret zu Nicht-Einweisungen führen.“*¹ Eine weitere Unsicherheit besteht im Bereich der Zielvereinbarungen mit Chefärztinnen und Chefarzten, bei denen trotz der bereits 2013 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft vorgelegten „Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ Klauseln existieren, die Anreize zu einer Fallzahlsteigerung auslösen. Die hierzu genutzten Methoden reichen von Aktivitäten des Einweisermanagements über die vielerorts etablierten Patienteninformationsveranstaltungen, die neben der reinen

Information eben auch den Aspekt der „Kundengenerierung“ beinhalten, hin zur Etablierung von MVZ am Krankenhaus, der Zusammenarbeit mit Firmen, die international selbstzahlende Patienten rekrutieren oder zum Betreiben von Notfallambulanzen auch ohne Ermächtigung bzw. Erfüllung der Voraussetzungen zur Notfallversorgung. Inwiefern diese Methoden Einfluss auf die Zuweisung von Patienten bzw. die Auswahl eines Krankenhauses durch elektive Patienten ausüben, lässt sich in der qualitätsgesicherten publizierten Forschung nicht erfahren. Ebenfalls zu nennen sind Klinik- und Praxissoftwareanbieter, die eine direkte Kommunikation zwischen Praxen und einzelnen Krankenhäusern – zum Beispiel zur Befundübermittlung – ermöglichen oder aber beim Aufrufen des Einweisungsformulars direkt „passende“ Krankenhäuser anzeigen. Solche Applikationen können gezielt zu den tatsächlich geeignetsten Krankenhäusern steuern – mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für gute Ergebnisse und einer Passung zu den Patientenpräferenzen – oder aber eine dem Wettbewerb und dem vorherrschenden Vergütungssystem geschuldete Zuweisung zu präferierten Krankenhäusern vorschlagen. Letztlich sind der Phantasie kaum Grenzen gesetzt, wenn es darum geht, den Weg potenzieller, möglichst „lukrativer“ Patienten in ein bestimmtes Krankenhaus mit Methoden der Informationsvermittlung zu beeinflussen. Ob dadurch ein Mehr an Gesundheit resultiert, bleibt fraglich.

2.7 Fazit

Ins Krankenhaus werden viele Fälle zugewiesen, bei denen vermutet werden kann, dass ein ambulantes Behandlungspotenzial existiert. Dabei wählen sowohl Patientinnen und Patienten als auch einweisende Ärztinnen und Ärzte ein Krankenhaus – trotz der inzwischen vielfältigen Möglichkeiten der informierten Entscheidung auf der Basis von Internetportalen zur Krankenhaussuche – weiterhin größt-

1 www.iqme.de/befragungen/aerzte.html; Zugriff 19.08.2020.

tenteils aufgrund eigener und der Erfahrungen von Angehörigen/Bekannten aus. Ursächlich ist vermutlich im Wesentlichen, dass Internetportale kein Vertrauen in die Behandler vermitteln können, das nur im Erleben von Sozialbeziehungen entsteht. Darüber hinaus gestaltet sich die Suche auf diesen Portalen für viele Patienten schwierig, da die zur Entscheidung individuell wichtigen Informationen entweder fehlen oder unverständlich präsentiert werden. Zudem wird die Krankenhauswahl und Zuweisung von Patienten durch interessengebundene Informationen und Aktivitäten professioneller Informationsvermittler, aber auch Krankenhäuser beeinflusst, sodass vermutlich zuweilen auch in nicht geeignete Krankenhäuser zugewiesen wird. Von einer sorgfältig abgewogenen Krankenhauswahl bzw. -zuweisung, bei der Patienten und einweisende Ärzte auch digital verfügbare Informationen berücksichtigen, um das geeignetste Krankenhaus mit den wahrscheinlich besten Behandlungsergebnissen zu finden, sind wir noch weit entfernt.

Literatur

- 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 Serv Res* 12:126. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-126>
- de Cruppé W, Geraedts M (2017) Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 17(1):720. <https://doi.org/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 Expect* 18(6):2174–2182. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.006>
- Emmert M, Meszmer N, Simon A, Sander U (2016) Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung. *Gesundheitswesen* 78(11):721–734. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549968>
- Ferrua M, Sicotte C, Lalloué B, Minvielle E (2016) Comparative quality indicators for hospital choice: do general practitioners care? *PLoS ONE* 11(2):e147296. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147296>
- Friedemann J, Schubert H-J, Schwappach D (2009) Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 71(1):3–9. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1086010>
- Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (2010) Der Patients' Experience Questionnaire: Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Geraedts M (2006) Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2006: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 154–170
- Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T (2007) Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Serv Res* 7:157. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-157>
- Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W (2012) Communicating quality of care information to physicians: a study of eight presentation formats. *Patient Educ Couns* 87(3):375–382. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.005>
- Geraedts M, Hermeling P, Ortwein A, de Cruppé W (2018) Public reporting of hospital quality data: What do referring physicians want to know? *Health Policy* 122(11):1177–1182. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.010>
- Henning A, Sibert NT, Bruns J, Wesselmann S (2018) Krebspatienten qualitätsgesichert, multidisziplinär und evidenzbasiert versorgen: das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft. In: *Gesundheitswesen aktuell 2018 – Beiträge und Analysen*, S 136–155
- Hermeling P, Geraedts M (2013) Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? *Gesundheitswesen* 75(3):155–159. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1321744>
- Hoffmann F, Icks A (2012) Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. *Gesundheitswesen* 74(5):291–297. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1275711>
- Ketelaar NABM, Faber MJ, Elwyn G, Westert GP, Braspenning JC (2014) Comparative performance information plays no role in the referral behaviour of GPs. *BMC Fam Pract* 15:146. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-146>

- Kolb B, Emmert M, Sander U, Patzelt C, Schöffski O (2018) Do German public reporting websites provide information that office-based physicians consider before referring patients to hospital? A four-step analysis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 137–138:42–53. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.07.010>
- Krämer J, Schreyögg J, Busse R (2019) Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. *Health Care Manag Sci* 22(1):85–105. <https://doi.org/10.1007/s10729-017-9423-5>
- Lewers D, Geraedts M (2015) Konzentration der stationären Krebsversorgung in zertifizierten Zentren. *Onkologe* 21(2):148–155. <https://doi.org/10.1007/s00761-014-2851-7>
- Sander U, Kolb B, Taheri F, Patzelt C, Emmert M (2017) Verstehen Laien Informationen über die Krankenhausqualität? Eine empirische Überprüfung am Beispiel der risikoadjustierten Mortalität. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 127–128:21–29. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.09.010>
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 119(11):1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007>
- Victoor A, Noordman J, Sonderkamp JA, Delnoij DMJ, Friele RD, van Dulmen S, Rademakers JJJM (2013) Are patients' preferences regarding the place of treatment heard and addressed at the point of referral: an exploratory study based on observations of GP-patient consultations. *BMC Fam Pract* 14:189. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-189>
- Winblad U (2008) Do physicians care about patient choice? *Soc Sci Med* 67(10):1502–1511. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.016>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.