

U. Sander

*Verstehen Laien Qualitätskonzepte der
gesetzlichen Qualitätssicherung?*

**Das Beispiel
risikoadjustierte Mortalität**

Verständlichkeit risikoadjustierte Todesrate: Studie I

- Emmert M, Hessemer S, Meszmer N, Sander U et al. Health policy 2014; **Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care?**
- Zehn deutschen Krankenhausführer
- Qualitätsindikator: risikoadjustierte Todesrate bei Ballonkatheterbehandlung der Herzkranzgefäße
- Zur Bestimmung der Verständlichkeit : Wahlentscheidung für eines von fünf Krankenhäusern



Verständlichkeit risikoadjustierte Todesrate: Studie I

Ergebnis:

- Nur 60,7 % aller 6081 Wahlentscheidungen für das Krankenhaus mit der geringsten RAM
- Bei Älteren (61+): 50,8%
- Mit geringerer Schulbildung: 50,9 %

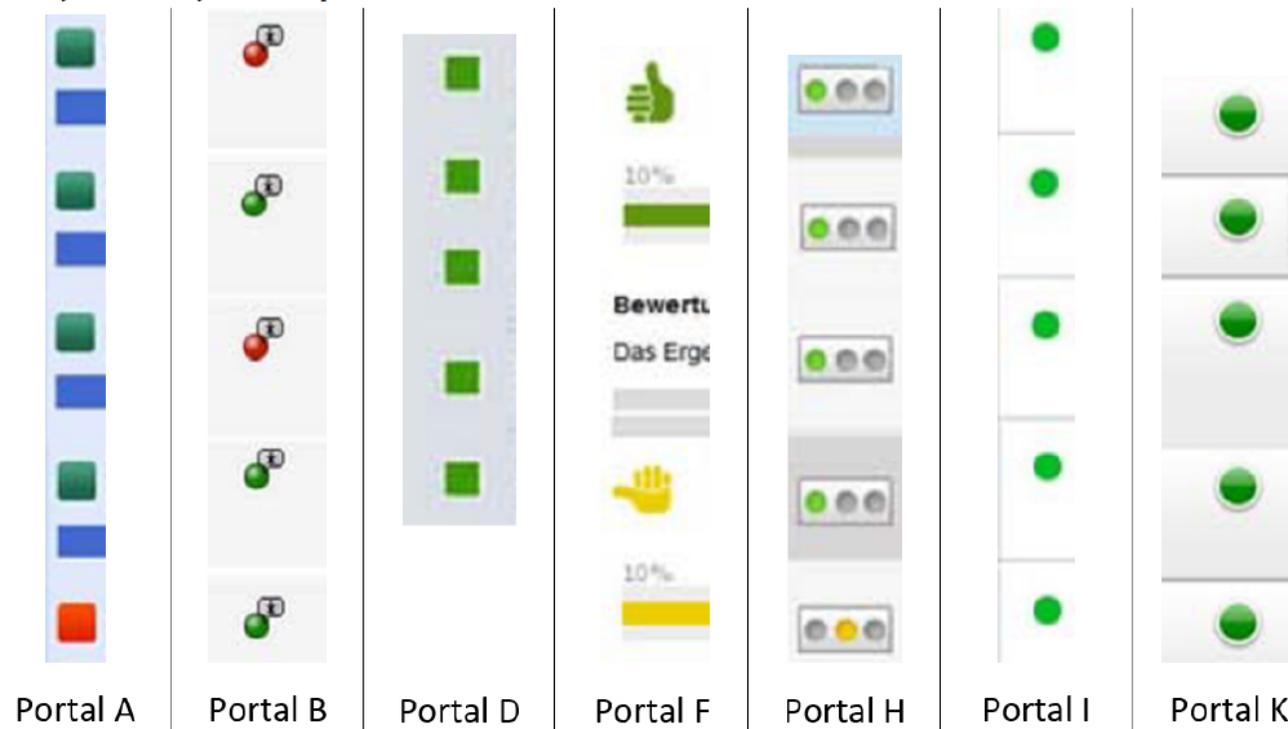
Schlussfolgerung: Verständlichkeit deutscher Krankenhausvergleichsportale sollte künftig verbessert werden



Verständlichkeit risikoadjustierte Todesrate: Studie II

- Sander U, Emmert M, Dickel J et al. Information Presentation Features and Comprehensibility of Hospital Report Cards: Design Analysis and Online Survey Among Users. J Med Internet Res 2015;

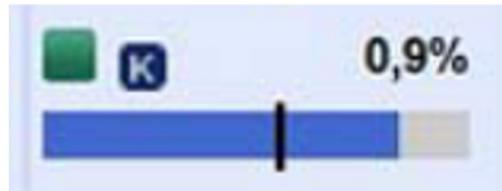
Figure 2. Symbols used by 7 of the 10 portals.



Verständlichkeit risikoadjustierte Todesrate: Studie II

- Ergebnisse: Empfehlungen zur Nutzung von Balkendiagrammen, Tabellen, Symbolen, Rangfolgen etc.

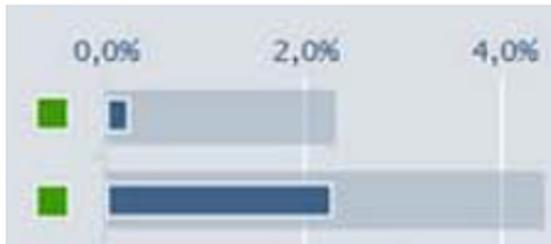
Portal A



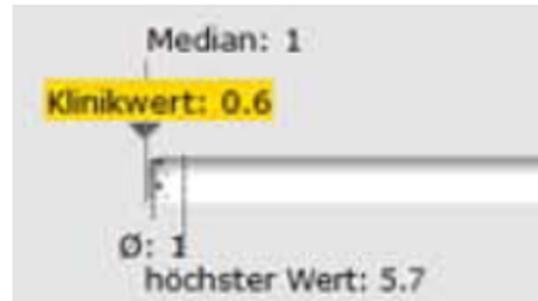
Portal H



Portal D



Portal G



Portal F



Verständlichkeit risikoadjust. Todesrate: Studie III

Sander U, B. Kolb, C. Christoph M. Emmert

Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen.

Gesundheitswesen 2015

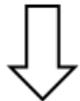
- Lesbarkeit deutlich eingeschränkt
- 7 % der verwendeten Wörter: Fachwörter
- Texte waren kompliziert



Verständlichkeit risikoadjust. Todesrate: Studie IV

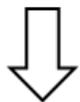
- Verstehen Laien Qualitätskonzepte der gesetzlichen Qualitätssicherung? Das Beispiel risikoadjustierte Mortalität

A) 10 Online-Darstellungen



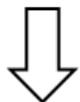
Ranking im Rahmen einer Online Befragung mit 2027 Probanden

B) Auswahl von 3 Online-Darstellungen



Entwicklung 3 weiterer Online-Darstellungen

C) 6 Online-Darstellungen



Ranking im Rahmen einer Online Befragung mit 535 Probanden

D) Auswahl von 2 Online-Darstellungen



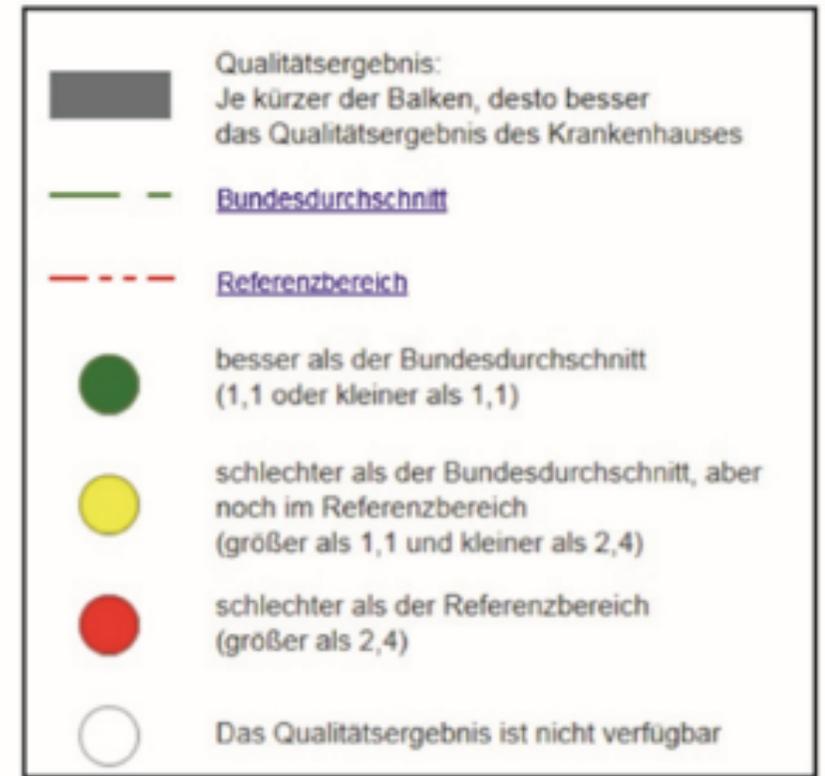
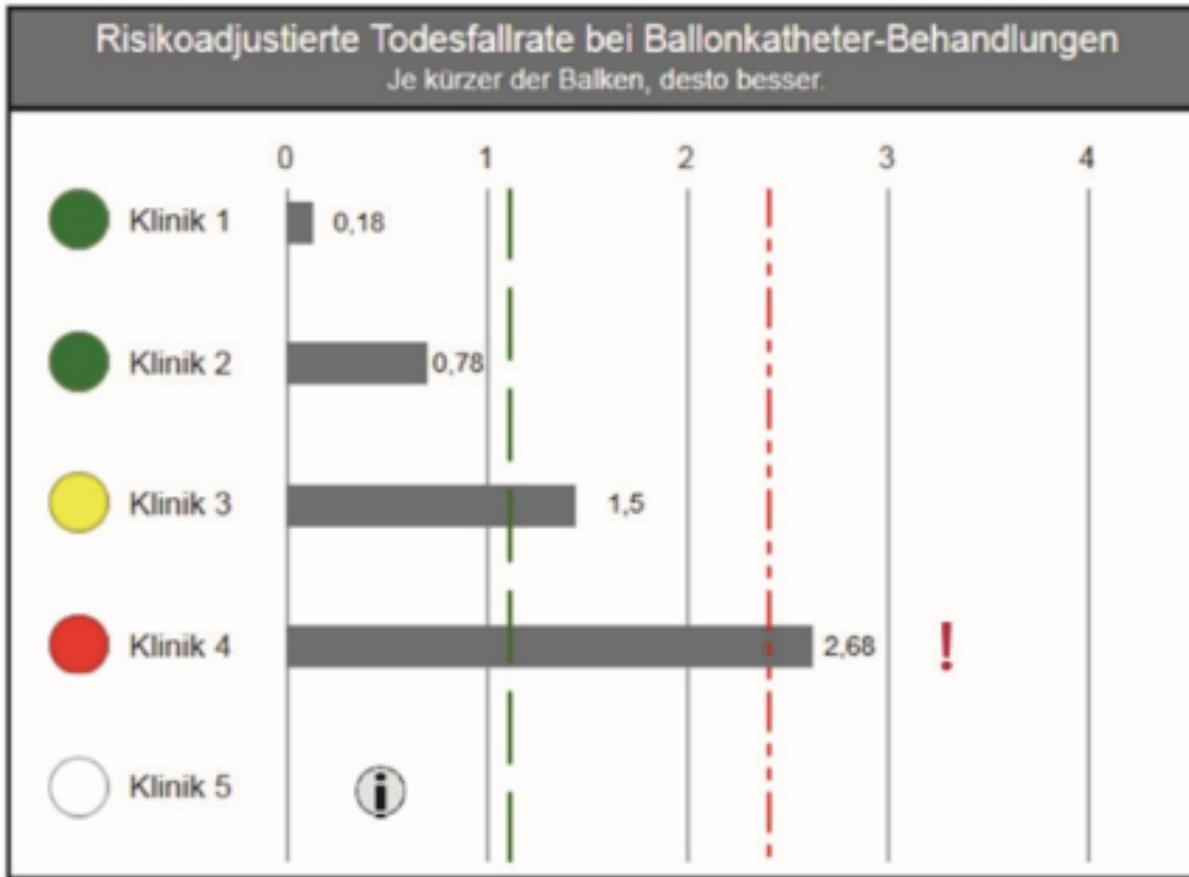
Variante 1

Todesfälle bei Ballonkatheter-Behandlungen

Ein gutes Qualitätsergebnis eines Krankenhauses zeichnet sich durch eine möglichst niedrige risikoadjustierte Todesfallrate aus.

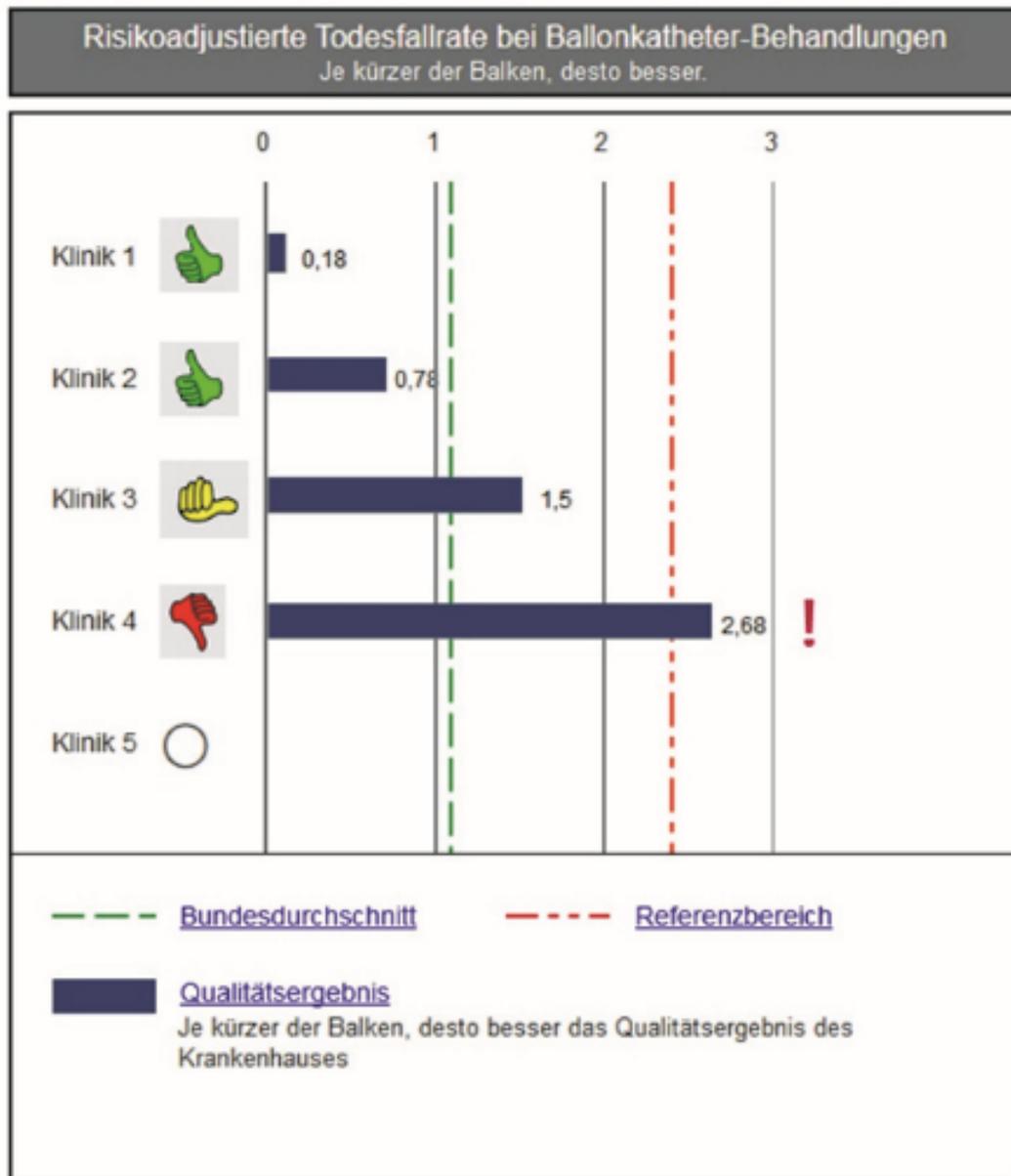
Das Schaubild zeigt, wie häufig Patienten im Zusammenhang mit einer Ballonkatheter-Behandlungen im Krankenhaus sterben.

Ausführlichere Informationen sind mit der Maus über Grafiken und Texten abrufbar.



Online-Darstellung der RAM für fünf Krankenhäuser (Variante 1 und 2) Legende: Das Qualitätsergebnis des Krankenhauses wird jeweils mit einem Balken und runden Symbole mit Ampelfarben (Variante 2 Daumensymbole) dargestellt. Erläuterungen zu Fachbegriffen werden durch Mouseover eingeblendet. Bei Variante 2 erscheint auch die Legende als Mouseover.

Variante 2



Erläuterungen

Risikoadjustierten Todesfallrate:

Patienten haben unterschiedliche Risiken, die vom Alter, Geschlecht sowie von Vor- und Begleiterkrankungen abhängen. Ein solches Risikoprofil der Patienten ist Grundlage für die Berechnung der risikoadjustierten Todesfallrate.

Krankenhäuser mit vielen Risikopatienten werden in der Regel mehr Todesfälle haben (tatsächliche Zahl an Todesfällen). Für die Berechnung der risikoadjustierten Todesrate wird für jedes Krankenhaus vorausgesagt, bei wie vielen Patienten nach einer Ballonkatheterbehandlung Todesfälle zu erwarten wären (erwartete Zahl an Todesfällen).

Das Qualitätsergebnis ist umso besser, je geringer das Verhältnis der tatsächlichen Todesrate zu der erwarteten Todesrate ist.

Qualitätsergebnis:

Ein gutes Qualitätsergebnis ist vorhanden, wenn die tatsächliche Todesrate geringer ist als die erwartete Rate.

Referenzbereich:

Gibt an, ob das Ergebnis für die risikoadjustierte Todesfallrate ausreichend gut ist. In diesem Fall ist ein Ergebnis ausreichend gut, wenn es kleiner als 2,4 ist.

Bundesdurchschnitt:

Durchschnittliche risikoadjustierte Todesrate aller Patienten eines Jahres in Deutschland, bei denen eine Ballonkatheterbehandlung durchgeführt wurde. In diesem Fall ist der Bundesdurchschnitt 1,1.

Online-Darstellung der RAM für fünf Krankenhäuser (Variante 1 und 2) Legende: Das Qualitätsergebnis des Krankenhauses wird jeweils mit einem Balken und runden Symbole mit Ampelfarben (Variante 2 Daumensymbole) dargestellt. Erläuterungen zu Fachbegriffen werden durch Mouseover eingeblendet. Bei Variante 2 erscheint auch die Legende als Mouseover.

Verständlichkeit risikoadjust. Todesrate: Studie IV

Forschungsfragen:

- I. Verstehen potentielle Nutzer von Krankenhausvergleichsportalen grundlegende Begriffe und Konzepte zur risikoadjustierten Todesrate (RAM)?
- II. Gibt es einen Zusammenhang des Verständnisses mit den Wahlentscheidungen im Rahmen einer experimentellen Krankenhauswahl?



Methode

- Instrument mit 20 Items (Fragebogen) zur Überprüfung des Verständnisses von Konzepten zur risikoadjustierten Todesrate
- Zwei Online-Präsentation der RAM
- Online-Befragung: eingeschlossen 353 Probanden



Ergebnisse I

Verständlichkeit von 20 Items: Ø 60,9%

- tatsächliche Todesrate: 70,3%
- erwartete Todesrate: 66,9%
- Bundesdurchschnitt: 64,8
- risikoadjustierte Todesrate: 46,1%
- Referenzbereich: 43,3%



Ergebnisse I

Betrachtung der verständlichsten 😊 und unverständlichsten ☹️ Items :

- 😊 Höchster Wert (Ablehnung 86,1 %): *Die erwartete Todesrate ist für alle Krankenhäuser in Deutschland gleich hoch. (12)*
- 😊 Zweithöchster Wert (85,8 % Ablehnung): *Die tatsächliche Todesrate beinhaltet die erwartete Sterblichkeit der Patienten aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung. (7)*



Ergebnisse I

- ☹ Niedrigster Wert für Verständlichkeit (14,2% Zustimmung): *Die risikoadjustierte Todesrate bei Krankenhäusern mit vielen Risiko-Patienten ist in der Regel genauso hoch wie bei Häusern mit wenigen Risiko-Patienten. (2)*
- ☹ Zweitniedrigster Wert (22,4% Zustimmung): *Der Referenzbereich ist für einen Qualitätsindikator für alle deutschen Krankenhäuser gleich. (14)*



Diskussion I

- ☺ Bedeutung von „erwarteter Todesrate“ und „tatsächlicher Todesrate“: Überwiegend verstanden

Mögliche Ursache: selbsterklärende Begriffe

- ☹ Bedeutung von „risikoadjustierter Todesrate“ und „Referenzbereich“: Überwiegend nicht verstanden (trotz Erläuterung)

Mögliche Ursachen: nicht selbsterklärende, abstrakte, komplizierte Begriffe



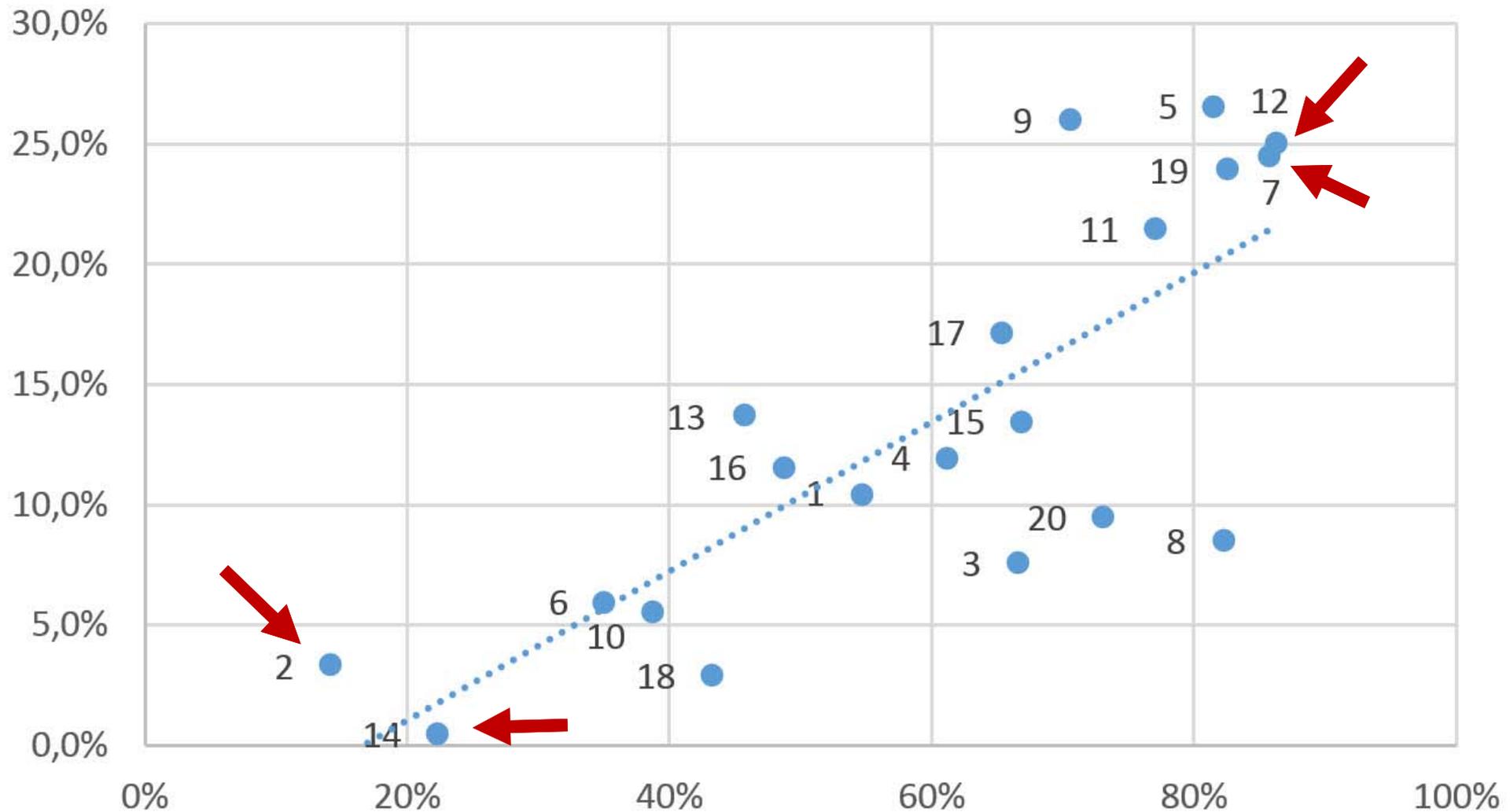
Ergebnisse II

Für 13 Begriffe:

- Signifikanter Zusammenhang zwischen der korrekten Beantwortung der Frage (Konzeptverständnis) mit der Auswahl einer Klinik mit der niedrigsten RAM
- (Wer das jeweilige Konzept verstand, wählte mit höherer Wahrscheinlichkeit die bessere Klinik)



Zusammenhang Konzeptverstehen und Auswahl eines Krankenhauses



X-Achse: Differenz bei der Auswahl des KH mit niedrigster RAM zwischen denjenigen, die ein Item als richtig bzw. nicht als richtig erkannten.

Y-Achse: Ergebnisse des Instruments zur Bestimmung des Konzeptverstehens mit 20 Items.



Empfehlungen für die Darstellung der RAM

Die Begriffe *erwartete Todesrate* und *tatsächliche Todesrate*:

- einfach verständlich
 - ihr Verständnis hängt mit Wahlentscheidungen für „bessere“ Kliniken zusammen
- > Verwendung für die Darstellung der RAM auf der ersten Ebene der Darstellung



Empfehlungen für die Darstellung der RAM

Die Begriffe *risikoadjustierte Todesrate* und *Referenzbereich*:

- erzeugen Verständnisschwierigkeiten
+ Erläuterungsbedarf
- > sollten im Hintergrund oder einer zweiten Informationsebene bleiben
- ggf. ohne Nennung des Fachbegriffs
 - zielgruppengerechte Erläuterung (Beispiele, visuelle Unterstützungen...)





Mortality ratio: deaths in hospital within 30 days of discharge

Why this fact is important:

Whether the number of deaths for an NHS Trust is higher or lower than expected

Things to note:

This mortality ratio compares the actual number of deaths following time in hospital with the expected number of deaths. It covers patients admitted to hospitals in England who died either while in hospital or within 30 days of being discharged.

The expected number of deaths takes into account a range of factors that can affect mortality rates, but which are beyond the control of the individual trust (the condition the patient is in hospital for, other underlying conditions the patient suffers from, age, gender and whether the patient was admitted in an emergency).

NHS Trusts are categorised as having either a higher than expected, as expected or lower than expected number of deaths. For any given number of deaths, a range of observed deaths is considered to be 'as expected' (Blue). If the observed number of deaths falls outside of this range, the trust in question is considered to have a higher (Red) or lower (Green) SHMI than expected. The extremes of this range are called control limits and full details of their calculation are provided in the SHMI methodology specification, which is available to download from the SHMI homepage at <http://digital.nhs.uk/SHMI>.

A higher/lower than expected number of deaths should not immediately be interpreted as indicating poor/good performance and instead should be viewed as a 'smoke alarm' which requires further investigation by the Trust. Further details on the interpretation of this indicator are available at http://digital.nhs.uk/media/16114/SHMI-guidance-for-press-teams-and-journalists/pdf/SHMI_guidance_for_press_teams_and_journalists.pdf

In der ersten Ebene:

- Verwendung *erwartete Todesrate*

In der zweiten Ebene:

- Nennung *tatsächliche Todesrate*
- Nennung von *Referenzwert* (control limits), aber ohne Zahlenangabe
- Keine Verwendung des Begriffs *Risikoadjustierung*



Fazit

1. Vorhanden: Erkenntnisse über grafische Darstellungen, Textgestaltung und Verständlichkeit der RAM
2. Übertragbar: vermutlich auf weitere riskoadjustierte Ergebnisindikatoren
3. Verwendbar: als Grundlage für Portalentwicklungen gemeinsam mit Zielgruppen
4. Verbessert: Qualitätstransparenz insbesondere für vulnerable Zielgruppen der Versorgung



Vielen Dank!
uwe.sander@hs-hannover.



Forschungsverbund Public Reporting
**Qualitätstransparenz
im Gesundheitswesen**

