

Urologische Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar  
der Technischen Universität München  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. E. Gschwend)

# Der Qualitätsbericht – Eine Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von Prostatakarzinompatienten?

Julia Katharina Neugebauer

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen  
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. J. E. Gschwend
2. Priv.-Doz. Dr. U. R. Treiber

Die Dissertation wurde am 03.09.2009 bei der Technischen Universität  
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 24.03.2010  
angenommen.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	5
1.1	Fragestellung .....	11
2	Material und Methodik .....	15
2.1	Gesetzliche Vorgaben zum Qualitätsbericht .....	15
2.2	Der Fragebogen .....	17
2.2.1	Erstellung der Qualitätsberichte .....	17
2.2.2	Der Fragenteil .....	28
2.2.3	Anhang original Fragebogen .....	31
2.3	Patientenrekrutierung .....	34
2.4	Durchführung der Befragung .....	34
2.5	Datenauswertung .....	35
2.6	Statistische Tests .....	36
3	Ergebnisse .....	37
3.1	Beschreibung des Patientenkollektivs .....	37
3.1.1	Alter bei Befragung .....	37
3.1.2	Familienstand .....	37
3.1.3	Höchster Berufsabschluss .....	38
3.1.4	Wohnortgröße .....	38
3.1.5	Versicherungsstatus .....	38
3.1.6	Haushaltsnettoeinkommen .....	39
3.1.7	Internetzugang .....	40
3.2	Internetzugang in Abhängigkeit soziodemographischer Faktoren ....	41
3.2.1	Internetzugang in Abhängigkeit des Alters bei Befragung .....	41
3.2.2	Internetzugang in Abhängigkeit des Versicherungsstatus .....	42

3.3	Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte .....	43
3.3.1	Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Alters bei Befragung .....	44
3.3.2	Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Versicherungsstatus .....	44
3.3.3	Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens .....	45
3.3.4	Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Internetzugangs.....	46
3.4	Informationsgehalt und Verständlichkeit der Qualitätsberichte .....	47
3.5	Informationsgehalt der Qualitätsberichte in Abhängigkeit ihrer Bekanntheit bei den Nutzern .....	49
3.6	Klinikwahl anhand der drei Qualitätsberichte .....	50
3.6.1	Erste Wahl anhand der Qualitätsberichte .....	51
3.6.2	Letzte Wahl anhand der Qualitätsberichte.....	53
3.7	Klinikwahl in Abhängigkeit soziodemographischer Faktoren .....	55
3.7.1	Klinikwahl in Abhängigkeit des Alters bei Befragung .....	55
3.7.2	Klinikwahl in Abhängigkeit des Versicherungsstatus .....	55
3.7.3	Klinikwahl in Abhängigkeit der Wohnortgröße .....	56
3.7.4	Klinikwahl in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens .....	57
4	Diskussion .....	58
5	Zusammenfassung.....	72
6	Literaturverzeichnis .....	75
7	Danksagung .....	80

## Abkürzungsverzeichnis

---

BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	International Classification of Diseases
OPS	Operationsschlüssel
PC	Prostatakarzinom
PDF	portable document format
PSA	Prostata spezifisches Antigen
PZV	private Zusatzversicherung
QB	Qualitätsbericht
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
XML	extensible markup language

---

# 1 Einleitung

In den vergangenen Jahren ist der Bedarf der Bevölkerung an Information und Aufklärung bezüglich gesundheitlicher Versorgung erheblich angestiegen. Jene, die es als Bürger maßgeblich finanzieren und als Patienten nutzen, haben zunehmendes Interesse an einem optimal für sie ausgerichteten Gesundheitssystem. Woher rührt dieser Wandel?

Schaeffer und Schmid-Kaehler [35] sehen grundlegende Entwicklungen in der modernen Gesellschaft als Voraussetzung: Traditionelle Strukturen brechen auf und früher allgemein gültige Normen und Vorstellungen verlieren an Bedeutung. Dies lässt zwar eine freiere Lebensgestaltung und Individualisierung jedes einzelnen zu, andererseits besteht die Gefahr der Orientierungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit. In einer Gesellschaft, in der alles möglich erscheint, wird umso mehr Orientierungshilfe und Unterstützung benötigt.

Inwieweit dies auch für das Gesundheitswesen zutrifft, zeigt sich bei der näheren Betrachtung einiger Punkte.

Zunächst sei betont, dass das Gesundheitswesen ein besonderes Dienstleistungsorgan der Öffentlichkeit darstellt. Geht man davon aus, dass die Gesundheit eines jeden Menschen ein schützenswertes Gut ist, welches mehr Aufmerksamkeit, als andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einnimmt.

Als grundlegende Ursache für den Wandel in der Gesundheitsversorgung sei der demografische Wandel der Bevölkerung zu nennen [35]: Menschen in den Industriestaaten werden heute älter, als noch vor 50 Jahren. Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitswesen mit mehrfach oder chronisch erkrankten Patienten konfrontiert ist. Krebserkrankungen gewinnen in einer stetig alternden Bevölkerung zunehmend an Bedeutung und nehmen in ihrer Inzidenz stetig zu [1].

Zudem entsteht mit dem medizinischen Fortschritt eine Fülle an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Abwägung von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Behandlungsstrategien erfordert einen aufgeklärten und informierten Patienten [27].

Andererseits begann man ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, den Segen der Medizin durchaus kritisch zu betrachten. Spätestens nach den tragischen Thalidomid Vorfällen in den 1960er Jahren zeigte sich, dass die Wissenschaft auch unbeabsichtigt Schaden zufügen kann. Das einst große Vertrauen der Gesellschaft in die Medizin – man denke nur an das Bild des „Halbgottes in Weiß“ – erhielt begründete Zweifel.

Dies spiegelt sich besonders im wandelnden Arzt-Patienten Verhältnis wider. Die noch vor einigen Jahren fest etablierte paternalistische Arzt-Patienten Beziehung, in welcher der Arzt zum Wohle des Patienten dominierte, weicht zunehmend einem gleichberechtigten Miteinander von behandelndem Arzt und Patient [32]. Dieses so genannte „shared decision making“ ist Ausdruck eines wechselseitigen Austausches an Informationen und gemeinsamen Entscheidungsfindungen [37]. So soll der Patient ermutigt werden, eine aktivere Rolle in seinem Krankheitsprozess einzunehmen. Denn Studien zeigten, dass Patienten, die an Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit beteiligt sind, insgesamt zufriedener mit der Behandlung sind [28] und eine höhere Compliance aufweisen [27].

Einen Schritt weiter führt das informative Modell, oder in englischsprachiger Literatur „Consumerism“ genannt. Hier dient der Arzt lediglich als Informationsmedium, um den Patienten über Krankheit und Behandlungsoptionen aufzuklären [37]. Der Patient entscheidet letztendlich allein über das weitere Vorgehen. In diesem Sinne finden sich in der Literatur immer häufiger Synonyme, wie Nutzer, Verbraucher oder Konsument, um Patienten zu beschreiben [3, 35, 41]. Auch wenn dieses Modell Medizinern fremd erscheinen mag, da hierbei die Rolle des Arztes zu der des Dienstleistenden degradiert wird, zeigt sich doch besonders darin der Wunsch der Gesellschaft nach Patientenautonomie.

Mit dem Ausbau der gesundheitlichen Versorgung eröffneten sich zwar für deren Nutzer neue Möglichkeiten, andererseits entstand auch ein komplexes und intransparentes Netzwerk, dessen einzelne Instanzen für den Laien nicht mehr nachvollziehbar und einsehbar sind. Hinzu kommt der Ausbau der Kommunikationsmedien. Hier sei als wichtigstes Beispiel das Internet genannt, welches in den letzten zehn Jahren zu einem unüberschaubaren Informationspool anwuchs. Schaeffer und Schmidt-Kaehler sehen somit die Herausforderung des Patienten weniger im „Auffinden relevanter Informationen“, als „...in deren Auswahl, Filterung und Bewertung.“ [35] (S.13)

Zuletzt sollten auch wirtschaftliche und finanzielle Faktoren erwähnt werden. Hieß es noch Ende der 1990er Jahre „Ärztlichem Handeln ist Qualität immanent.“ [24] (S. 30), zeigte dies das blinde Vertrauen der Öffentlichkeit in die schwer messbare Qualität medizinischer Versorgung. Krankenkassen kamen jeglichen Zahlungen nach, solange das System über ausreichend Geld verfügte. Heute werden in einem durch Kostendeckung und Einsparungen zunehmend marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem Qualität und Effektivitätsnachweise verlangt.

Die weit höchsten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen schlagen sich in der Krankenhausbehandlung nieder. So ist von 1995 bis 2006 ein Anstieg dieser jährlichen Kosten von 40,8 Mrd. Euro auf 50,3 Mrd. Euro zu verzeichnen. Dies entsprach im Jahr 2006 34,1% der Jahresausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen im Gesundheitssystem [26]. Demnach liegen vor allem wirtschaftliche Aspekte vor, die Krankenhausversorgung einer intensiven Qualitätskontrolle zu unterziehen. Hierbei sollte nicht vernachlässigt werden, dass dabei der Patient, im Sinne eines Verbrauchers oder Kunden, Angebot und Nachfrage regulieren kann.

In Deutschland widmet man sich seit ca. einem Jahrzehnt verstärkt der Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen und der Förderung mündiger

Patienten. Um eine stärkere Patientenbeteiligung zu etablieren, wurden im Rahmen des zum 1. Januar 2004 in Kraft tretenden „Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherungen“ einige Neuerungen festgehalten.

Hier sei die Einführung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu nennen. Der G-BA vereinte die bisher existenten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Er setzt sich aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, des Deutschen Pflegerats, Patientenfürsprechern, der Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherung zusammen. Er ist hiermit das oberste Gremium zur gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Kernaufgabe des G-BA ist die Umsetzung von parlamentarischen Gesetzen in die Praxis durch konkrete und verbindliche Richtlinien. Die rechtliche Gültigkeit seiner Arbeit basiert auf dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) [16]. Hierbei regelt § 137 SGB V die „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser“.

Ein wesentlicher Bestandteil des Modernisierungsgesetzes von 2004 war die Vereinbarung zum Qualitätsbericht von Krankenhäusern. Mit dem Inkrafttreten des § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V „über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts“ am 17. August 2004 wurde die praktische Umsetzung und die inhaltliche Gestaltung eines solchen Qualitätsberichts festgehalten, die für jedes Krankenhaus bindend ist.

Die strukturierten Qualitätsberichte verfolgen drei Ziele [10]. Sie sollen primär Versicherten und Patienten als Entscheidungshilfe bei der Wahl eines Krankenhauses dienen. Ferner sollen einweisende Ärzte und Krankenkassen die Qualitätsberichte als Orientierungshilfe zu Rate ziehen. Nicht zuletzt haben Krankenhäuser damit ein Instrument zur Verfügung, ihre Leistungen und Qualität einheitlich und vergleichbar offen zu legen.

Zastrau und ter Haseborg sehen darin für Krankenhäuser „...eine quasi gesetzgeberisch sanktionierte Ermutigung, die bislang geübte werblich-



kommunikative Zurückhaltung aufzugeben und die Black Box medizinischer Leistungsqualität öffentlich auszuleuchten.“ [40] (S. 152)

Die Veröffentlichung von Qualitätsberichten in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Nationen eine junge Disziplin. Mit den so genannten „report cards“ existiert in den Vereinigten Staaten schon seit Mitte der 1990er Jahre ein ähnliches System zur Qualitätsbewertung von Krankenhäusern [30, 36]. Hierzulande fanden sich lediglich einige Krankenhäuser, meist privater Träger, die freiwillig in Jahresabschluss- oder Geschäftsberichten Daten veröffentlichten. Diese Daten dienten jedoch eher der Werbung in eigener Sache und waren nicht objektiviert. Einige Projekte, wie zum Beispiel der „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ seit 2004 [25] oder der „Große Berliner Klinikvergleich“ des Tagesspiegels seit 2006 [5] unternahmen erste Schritte im Sinne eines Benchmarkings von Krankenhäusern. Sie verfügten zwar über eine unabhängigere Berichterstattung, wiesen jedoch den Nachteil auf, lediglich regional und auf einzelne medizinische Fachabteilungen beschränkt zu sein.

Die gesetzlichen Bestimmungen sehen die verpflichtende Erstellung von Qualitätsberichten alle zwei Jahre vor. Dabei gelten gerade Jahre als Berichtsjahre, in den folgenden ungeraden Jahren müssen die Daten von den Kliniken zusammengestellt werden. Die „erste Generation“ der Qualitätsberichte bezog sich somit rückwirkend auf das Berichtsjahr 2004. Vorgabe an die Krankenhäuser ist die fristgerechte elektronische Übermittlung an eine gemeinsame Annahmestelle der Landesverbände der Krankenkassen im Internet ([www.g-qb.de](http://www.g-qb.de)). Hierbei handelt es sich um eine Homepage, auf welcher die Qualitätsberichte aller Häuser bis zum jeweiligen Stichtag geladen werden müssen. Bisher ist das Internet das vorrangige Medium zur Weitergabe und Nutzung der Berichte.

Inhaltlich soll in den Qualitätsberichten ein vom G-BA festgelegtes Schema verfolgt werden [11]. So sieht die Gliederung zunächst die Darstellung von Struktur- und Leistungsdaten des gesamten Krankenhauses vor. Hier werden z.B. Kontaktdaten und Organisationsstrukturen dargelegt, sowie die Größe

des Hauses anhand von Betten- und Fallzahlen beziffert. Ebenso sollen hier fachabteilungsübergreifende Einrichtungen und Versorgungsschwerpunkte genannt werden.

Im zweiten Punkt wird auf die Struktur- und Leistungsdaten der jeweiligen Fachabteilungen im Einzelnen eingegangen. Hier werden die zehn häufigsten Diagnosen einer Fachabteilung innerhalb eines Berichtsjahres sowie die zehn am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffe aufgelistet. Angaben zu apparativer und personeller Ausstattung der Fachabteilungen sind ebenso nötig.

Der dritte und vierte Teil der Qualitätsberichte widmet sich dem Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement innerhalb der Krankenhäuser.

Die für die „erste Generation“ der Qualitätsberichte festgelegte Gliederung in „Basisteil“ (Information über Struktur- und Leistungsdaten) und „Systemteil“ (Beschreibung des internen Qualitätsmanagements) erwies sich als ungeeignet. Zudem waren Informationen über Behandlungsergebnisse nicht vorgesehen.

In der „zweiten Generation“ der Qualitätsberichte des Berichtsjahres 2006 sollte neben Struktur- und Prozessqualität erstmals konkret Ergebnisqualität der Kliniken sichtbar sein. Dies sollte durch die Veröffentlichung von Daten der externen vergleichenden Qualitätsberichterstattung, der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) geschehen [12].

Hierbei handelt es sich um eine Institution, welche die gesetzlich festgeschriebene „externe Qualitätssicherung“ bundesweit durchführt. Ca. 1500 Krankenhäuser übermitteln jährlich in 26 vom G-BA festgelegten Versorgungsbereichen ihre Ergebnisse der medizinisch-pflegerischen Leistung. Hierzu müssen seitens der Krankenhäuser ca. 180 Qualitätsindikatoren engmaschig dokumentiert werden. So wird beispielsweise in der Herzchirurgie die Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts nach Bypass-Operationen aufgezeichnet. Die übermittelten Daten werden von der BQS ausgewertet. Im nächsten Schritt wird den Krankenhäusern mitgeteilt, inwieweit ihre durchgeführten

Qualitätsmaßnahmen im bundesweiten Referenzbereich stehen. Dies kann Krankenhäusern zum internen Benchmarking dienen, um medizinische Leistungen über den bundesweiten Durchschnitt anzuheben. Seit 2007 fließen Teile der Ergebnisse des BQS-Qualitätsreports nun auch in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ein.

Zugleich wurden zum besseren Vergleich von Kliniken Begriffe in den neuen Qualitätsberichten vereinheitlicht. Eine Umstrukturierung der Gliederung sollte der besseren Übersicht dienen. Durch feste Vorgaben zum Kapitel „Qualitätsmanagement“ erhoffte man sich hierzu klare und konkretere Angaben [4, 29].

Mit der Verabschiedung des § 137 SGB V zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten wurde einem seit den 1990er Jahren bestehendem Wunsch nach Patientenpartizipation und Transparenz im Gesundheitswesen erstmalig Rechnung getragen. Dagegen garantiert lediglich die Veröffentlichung von Daten noch nicht eine kompetente Nutzung seitens der Patienten [6].

## **1.1 Fragestellung**

Die gesetzliche Regelung, die die Krankenhäuser zur Publikation von Qualitätsberichten verpflichtet, stellte einen wichtigen Schritt zur Patienteninformation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dar. Allerdings blieben gerade im Rahmen der Praktikabilität der Berichte gewisse Fragen offen, welche durch vorliegende Arbeit beantwortet werden sollten: Entscheidend bei der Nutzung der Qualitätsberichte ist ihre primäre Zugänglichkeit über das Internet. Doch beim Internet handelt es sich um ein vergleichsweise junges Medium, welches der Gesamtheit der Bevölkerung nach wie vor eingeschränkt zugänglich ist. Gleichzeitig wird als höheres Ziel der Qualitätsberichte, nebst Information für zuweisende Ärzte, Krankenkassen, etc., Aufklärung für Patienten deklariert, welche, z.B. durch Krankheit erhöhten Informationsbedarf aufweisen.

Es stellte sich die Frage, inwieweit bestimmte Patientengruppen überhaupt Zugang zum Internet besitzen. Dabei muss vor Augen geführt werden, dass Alter oder Morbidität, welche oft gemeinsam einhergehen, dabei hinderlich sein können. Zudem sollte in dieser Arbeit untersucht werden, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die um die Existenz der Informationsquelle Qualitätsbericht überhaupt wissen, bzw. diese auch nutzen.

Eine effektive Nutzung der Qualitätsberichte von Patienten, welche durch die unmittelbare Diagnosestellung belastet sind, kann sich als problematisch erweisen. Um eine Effektivität der Qualitätsberichte für den Nutzer zu sichern, muss der Inhalt auch für Laien leicht verständlich sein. Somit war ein weiteres Ziel dieser Arbeit, zu ermitteln, inwieweit betroffene Patienten das Informationsmedium Qualitätsbericht verstehen und darin beinhaltenen Daten interpretieren können.

Anhand welcher Kriterien Patienten generell Kliniken für einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt auswählen, schien unzureichend erforscht. Da diese Arbeit aus einer urologischen Abteilung stammt, interessierte hierbei explizit das Verhalten urologischer Patienten. So sollte untersucht werden, welche Präferenzen urologische Patienten bei der Krankenhauswahl vorweisen, und was letztendlich auslösende Faktoren bei der Entscheidung für eine Klinik darstellen.

Es schien nahe liegend, dies anhand von Patienten mit Prostatakarzinom (PC) zu untersuchen, da das PC in Deutschland mittlerweile als häufigste Krebsart bei Männern auftritt [1]. Es wird jährlich bei über 58.000 Patienten diagnostiziert und ist somit für 25,4% aller bösartigen Neubildungen des Mannes verantwortlich [1]. Die steigende Inzidenz (vgl. 2002 noch 48.700 geschätzte jährliche Neuerkrankungen) kann einerseits durch die demographische Entwicklung in Deutschland erklärt werden. Durch das steigende mittlere Bevölkerungsalter steigt auch das Risiko einer Krebserkrankung. Andererseits ist auch eine verbesserte Diagnostik für eine wachsende Anzahl an Neuerkrankungen, besonders in früheren Stadien, und

in einem vorgezogenen Alter verantwortlich. Mittelpunkt der Diskussion ist hierbei das Screeningverfahren mittels Prostata spezifischem Antigen (PSA-Wert im Blut). Die vermehrte Diagnosestellung früher Tumorstadien ermöglicht es, erkrankte Patienten in den meisten Fällen kurativ zu therapieren. So ist das PC lediglich für 10,1% der krebsbedingten Sterbefälle bei Männern verantwortlich. Darm- und Lungenkrebs weisen nach wie vor höhere Mortalitätsraten auf [1].

Als Befragungsinstrument wurde ein Fragebogen entworfen, welchem ein Teil mit Qualitätsberichten voranging. Es wurden Qualitätsberichte dreier fiktiver urologischer Kliniken entworfen. Diese sollten sich in ihrer Größe, der angenommenen Entfernung zum Wohnort der Patienten, in ihrer Ausstattung sowie medizinischem Leistungsangebot unterscheiden. Als Maßstab diente jeweils in etwa die Ausstattung, bzw. das Leistungsspektrum einer Belegklinik, eines Kreiskrankenhauses sowie einer Universitätsklinik. Dabei sollte für die Befragten nicht auf den ersten Blick (z.B. mittels Überschrift) erkenntlich sein, um welche Kliniktypen es sich handelte.

Bei der Darstellung dieser drei unterschiedlichen Kliniken sollte bewusst auf das Format eines Qualitätsberichts zurückgegriffen werden. Mittels Zuhilfenahme der vom G-BA vorgegebenen Gliederung und Terminologie zur Erstellung eines Qualitätsberichts sollte dessen „Alltagstauglichkeit“ beim lesenden Patienten überprüft werden.

Ein angeschlossener Fragebogen sollte in Erfahrung bringen, welche Klinik die Patienten nach Durchsicht der drei Qualitätsberichte am ehesten sowie am wenigsten wählen würden. Dabei sollten die Befragten annehmen, dass ihnen eine Prostatektomie noch bevor stünde. Die Angabe zweier Gründe der Klinikwahl sollte Einblicke in das Verständnis der Patienten für die Qualitätsberichte geben. Zudem sollten somit auch Präferenzen bei der Wahl eines Krankenhauses und Entscheidungsprozesse der Patienten nachvollzogen werden.

Der letzte Teil des Fragebogens diente der Erfassung soziodemographischer Angaben der befragten Patienten. So sollte untersucht werden, ob

Unterschiede in der Klinikwahl hinsichtlich des Einkommens oder des Versicherungsstatus der Befragten existieren.

Dafür wurde beim Befragungsdesign großer Wert auf Anonymität gelegt. Patienten sollten durch einen anonym gehaltenen Rücklauf des Fragebogens motiviert werden, auch in persönlichen Fragen, wie eben zu Versicherungsstatus und Haushaltsnettoeinkommen, repräsentative Angaben zu machen.

## 2 Material und Methodik

### 2.1 Gesetzliche Vorgaben zum Qualitätsbericht

Der G-BA sieht in seinen Bestimmungen ab 2006 die Abgabe von zwei Versionen des Qualitätsberichts vor. Eine lesbare Version im portable document format (PDF), der Berichtsteil, dient zur Einsicht auf diversen Internetportalen oder auf der Homepage des Krankenhauses selbst. Eine Datenbankversion, der Datenteil im extensible markup language Format (XML), soll eine vergleichende maschinelle Auswertung oder die Einspeisung der Informationen, z.B. in Suchmaschinen, möglich machen.

Inhaltlich gliedert sich ein Qualitätsbericht in folgendes Schema:

#### **A Struktur- und Leistungsdaten des gesamten Krankenhauses**

- allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses und Standortnummer
- Name und Art des Krankenhausträgers
- Organisationsstruktur des Krankenhauses
- Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
- Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte (z.B. spezielle Tumorzentren oder interdisziplinäre Einrichtungen)
- Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote
- Allgemeine Serviceangebote des Krankenhauses (Ausstattung, besondere Serviceangebote des Krankenhauses)
- Forschung und Lehre des Krankenhauses
- Fallzahlen\* (es zählt jeder stationär behandelte Patient ohne interne Verlegungen) und Anzahl der Betten

---

\* Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung 2006

**B Struktur- und Leistungsdaten der einzelnen Fachabteilungen**

- Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung
- nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung (Ausstattung der Patientenzimmer, Verpflegung, Räumlichkeiten)
- Fallzahlen der Fachabteilung
- Auflistung der am häufigsten vorkommenden Krankheiten bei Patienten einer Fachabteilung → Hauptdiagnosen nach der „International Classification of Diseases“ (ICD)
- Auflistung der am häufigsten durchgeführten Eingriffe innerhalb einer Fachabteilung → Hauptprozeduren nach dem Operationsschlüssel (OPS)
- ambulante Behandlungsmöglichkeiten und Operationen
- apparative Ausstattung
- personelle Ausstattung (Ärzte, Pflegepersonal und spezielles therapeutisches Personal)

**ICD** ist die internationale Klassifikation der Krankheiten, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt wird. Die aktuell gültige Version wird als ICD-10 bezeichnet. Sie dient der weltweit einheitlichen Zuordnung und Erfassung von Erkrankungen [42].

**OPS**, der Operationsschlüssel nach § 301 des SGB V, klassifiziert jegliche Eingriffe, Operationen und Prozeduren. Er wird offiziell zur Leistungsabrechnung der Kliniken herangezogen. Die Dokumentation der Diagnosen nach ICD und der Leistungen nach OPS ist für deutsche Krankenhäuser gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vorgaben des GB-A verlangen bei der Aufführung der Hauptdiagnosen und Hauptprozeduren umgangssprachliche Begriffe. So soll z.B. die Beschreibung einer laparoskopischen Appendektomie als „Blinddarmentfernung mittels Schlüsselloch-Operation“ zum leichteren Verständnis beim Leser führen.



**C Qualitätssicherung**

- Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren)
- weitere Einrichtungsübergreifende Qualitätsmaßnahmen (Teilnahme an Disease-Management-Programmen, Umsetzung von Mindestmengenvereinbarungen, etc.)

**D Qualitätsmanagement (QM)**

- Darstellung von Qualitätspolitik und Qualitätszielen des Krankenhauses
- Aufbau und Instrumente des internen QM (Befragungen, Beschwerde- und Risikomanagement, Leitlinien und Standards)
- Offenlegung und Bewertung der internen QM-Projekte (z.B. durch externe Zertifizierungen)

**2.2 Der Fragebogen****2.2.1 Erstellung der Qualitätsberichte**

Kernstücke der Befragung zum Thema Krankenhauswahl bei PC-Patienten waren die Qualitätsberichte dreier fiktiver Kliniken. Hierzu wurde der strukturierte Qualitätsbericht nach § 137 SGB V, wie oben erläutert, gekürzt. Hauptaugenmerk sollte auf eine urologische Fachklinik oder Fachabteilung gelegt werden. Daher wurde aus Punkt A (Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses) lediglich der Indikator „Entfernung zum Wohnort“, als abgeänderter Teil der Kontaktdaten übernommen.

Punkt B (Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen) enthält die für die vorliegende Patientenbefragung wichtigsten Informationen. An den Richtlinien des GB-A orientiert, beinhalteten die Qualitätsberichte der Befragung:

- Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

- nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung
- zehn häufigste Hauptdiagnosen nach ICD
- zehn häufigste Prozeduren nach OPS

Die Auflistung von Fallzahlen wurde zugunsten der zehn häufigsten Hauptdiagnosen und Prozeduren weggelassen. Dabei wurde auf die Angabe von ICD-10- und OPS-301-Ziffern zur genaueren Einteilung der Krankheiten, bzw. Eingriffe, verzichtet. Allerdings wurde auf eine umgangssprachliche Bezeichnung von Krankheiten und Prozeduren geachtet, wie es auch der GB-A vorsieht, um die Qualitätsberichte leichter verständlich zu halten.

Auf die Beschreibung der ambulanten Versorgung wurde verzichtet, da Prostatektomien bis heute ausschließlich stationär durchgeführt werden. Zudem wurde nicht näher auf die apparative Ausstattung und die personelle Ausstattung mit Pflegekräften eingegangen.

Die Qualitätsberichte der Patientenbefragung wurden geringfügig in der Gliederung und der Benennung einzelner Überschriften geändert. Somit erhielt die Darstellung der drei Kliniken folgende Qualitätsindikatoren:

- angenommene Entfernung zum Wohnort
- Leitung und Anzahl der Ärzte
- Bettenzahl
- Ausstattung und Serviceangebote
- medizinisches Leistungsspektrum
- weitere Leistungsangebote
- zehn häufigste Hauptdiagnosen nach ICD-10
- zehn häufigste Prozeduren nach OPS-301

Die drei fiktiven Kliniken sollten in ihren unterschiedlichen Ausstattungen und Leistungsspektren in etwa die urologischen Abteilungen einer Belegklinik, eines Kreiskrankenhauses und eines Universitätsklinikums widerspiegeln. Folgend finden sich die einzelnen Beschreibungen zur Ausstattung der drei konstruierten Kliniken sowie deren Qualitätsberichte aus dem Fragebogen.

Die **Belegklinik** (siehe Abdruck des Qualitätsberichts aus dem Fragebogen auf S. 20) wies die geringste hypothetische Entfernung (10km) zum Wohnort der befragten Patienten auf. Sie wurde von einem Team aus zwei Fachärzten für Urologie betreut. Hierbei oblag die Leitung der Klinik hypothetisch dem behandelnden Urologen. Damit sollte der Patient annehmen, dass es sich beim Operateur um einen ihm bekannten Urologen handelte. Insgesamt verfügte die Klinik über 19 Belegbetten. Sie besaß die komfortabelste Ausstattung der drei Kliniken (ausschließlich Ein-Bett-Zimmer, Wellnessbereich, etc.). Unter den zehn häufigsten Diagnosen der Klinik nahm Prostatakrebs den fünften Rang ein. Unter den Prozeduren belegte die Prostatektomie den sechsten Rang, bei 72 jährlich durchgeführten Operationen.

## Qualitätsbericht Belegklinik

Angenommene Entfernung zum Wohnort: 10km

**Leitung:** Dr. med. C. Mustermann  
(angenommen Ihr eigener behandelnder Urologe)

**Team:** Dr. med. X. Urologe (Facharzt für Urologie)  
Dr. med. Y. Urologe (Facharzt für Urologie)

**Bettenzahl:** 19 (Belegabteilung)

### **Ausstattung:**

- 19 Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- Fernsehgerät am Bett
- Rundfunkempfang am Bett
- Telefon am Bett
- Aufenthaltsraum für Patienten und Besucher
- Zimmer mit Balkon oder Terrasse
- Parkanlage
- Andachtsraum
- Cafeteria inkl. Kiosk
- Wellness-Bereich

### **Medizinisches Leistungsspektrum:**

- urologische Onkologie
- urologische Endoskopie
- urologische Laparoskopie
- Andrologie
- Nierensteintherapie

### **Weitere Leistungsangebote:**

- Inkontinenztraining
- Schmerztherapie
- Tagesklinik
- Naturheilmedizin
- Krankengymnastik in angegliederter Kur-Klinik

**Die 10 am häufigsten gestellten Haupt-Diagnosen in dieser Klinik:**

1. Nieren- und Harnleitersteine
2. Harnblasenkrebs
3. Prostatavergrößerung
4. Harnverhalt
5. Prostatakrebs
6. Krankheiten der Harnblase
7. Nierenkrebs
8. Blutausscheidung im Urin
9. akute Nierenentzündung
10. Leistenbruch

**Die 10 am häufigsten durchgeführten Eingriffe in dieser Klinik:**

Rang	Fälle	Eingriff
1	202	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase
2	196	Einschneiden, Herausschneiden oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
3	160	Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Prostata mit Zugang durch die Harnröhre
4	75	Nierensteinzertrümmerung mit Hilfe eines Ultraschallgerätes
5	74	Entnahme einer Gewebeprobe aus der Prostata über den Mastdarm
6	72	ausgedehnte Entfernung der Prostata und der Samenblasen
7	48	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschiene
8	45	Entfernung einer/ beider Nieren
9	34	Spiegelung des Harnleiters
10	28	Einschneiden der Niere, Anlegen einer äußeren Nierenfistel, Steinentfernung und/ oder Nierenbeckenplastik mit minimal-invasivem Zugang über die Niere

Das **Kreiskrankenhaus** (siehe Abdruck des Qualitätsberichts aus dem Fragebogen auf S. 23) wurde mit einer Entfernung zum Wohnort von 70km angegeben. Die Leitung der urologischen Klinik, mit drei Oberärzten, zwei Fachärzten und fünf Assistenzärzten, unterlag einem Professor. Die Hauptabteilung umfasste 53 Betten. Die Ausstattung dieser Klinik zeichnete sich durch die Belegung in Zwei-Bett-, bzw. Ein-Bett-Zimmern, eine frei wählbare Essenszusammenstellung sowie die Unterbringungsmöglichkeit für Begleitpersonen aus. Allerdings waren die Patientenzimmer nicht mit Fernsehgeräten ausgestattet. Das medizinische Leistungsspektrum war umfassender, als das der Belegklinik. Zudem gab das Kreiskrankenhaus als einziges der drei Kliniken die Spezialisierung auf nerverhaltende Operationsverfahren in seinem Leistungskatalog an. Unter den zehn häufigsten Diagnosen der Klinik nahm Prostatakrebs den dritten Rang ein. Mit 199 jährlich durchgeführten Operationen lag die Prostatektomie auf Rang zwei der zehn am häufigsten durchgeführten Eingriffe des Kreiskrankenhauses.

## Qualitätsbericht Kreiskrankenhaus

Angenommene Entfernung zum Wohnort: 70km

**Leitung:** Prof. Dr. med. A. Mustermann

**Team:** 3 Oberärzte, 2 Fachärzte, 5 Assistenzärzte

**Bettzahl:** 53 (Hauptabteilung)

**Ausstattung:**

- 23 Zwei-Bett-Zimmer, 7 Ein-Bett-Zimmer (jeweils mit eigener Nasszelle)
- Rundfunkempfang am Bett
- Telefon am Bett
- Fernsehraum
- Teeküche für Patienten
- Kiosk
- Kapelle
- Cafeteria
- Unterbringung einer Begleitperson möglich

**Verpflegung:** frei wählbare Essenszusammenstellung

**Medizinisches Leistungsspektrum:**

- urologische Onkologie
- urologische Endoskopie
- urologische Laparoskopie
- Tumorzentrum
- Andrologie
- Nierensteinzentrum
- urologische Chemotherapie
- Lasertherapie

**Weitere Leistungsangebote:**

- urologische Tumorsprechstunde
- Inkontinenzberatung und -training

- Spezialisierung auf nerverhaltende Operationsverfahren
- Tagesklinik
- Intensivbetten
- Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und Selbsthilfegruppen

### Die 10 am häufigsten gestellten Haupt-Diagnosen in dieser Klinik:

1. Harnblasenkrebs
2. Nierenkrebs
3. Prostatakrebs
4. Prostatavergrößerung
5. Nieren- und Harnleitersteine
6. Krankheiten der Harnblase
7. Metastasen
8. Harnverhalt
9. Blutausscheidung im Urin
10. akute Nierenentzündung

### Die 10 am häufigsten durchgeführten Eingriffe in dieser Klinik:

Rang	Fälle	Eingriff
1	241	Einschneiden, Herausschneiden oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
2	199	ausgedehnte Entfernung der Prostata und der Samenblasen
3	186	Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Prostata mit Zugang durch die Harnröhre
4	184	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschiene
5	175	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase
6	133	Nierensteinzertrümmerung mit Hilfe eines Ultraschallgerätes
7	90	Entnahme einer Gewebeprobe aus der Prostata über den Mastdarm
8	86	Entfernung einer/ beider Nieren
9	80	nicht komplexe Chemotherapie
10	59	Einschneiden der Niere, Anlegen einer äußeren Nierenfistel, Steinentfernung und/ oder Nierenbeckenplastik mit minimal-invasivem Zugang über die Niere



Die **Universitätsklinik** (siehe Abdruck des Qualitätsberichts aus dem Fragebogen auf S. 26) wurde mit einer hypothetischen Entfernung zum Wohnort von 120km angegeben. Die Leitung der 64 Betten zählenden Hauptabteilung oblag ebenfalls einem Professor. Die Teamgröße belief sich auf fünf Oberärzte, sieben Fachärzte und zwölf Assistenzärzte. Die Unterbringung verteilte sich auf Vier-Bett- und Zwei-Bett-Zimmer. Die Universitätsklinik verfügte über das größte Leistungsspektrum der drei Kliniken. Im Angebot befanden sich Spezialsprechstunden für Inkontinenz und erektile Dysfunktion. Prostatakrebs nahm hier den zweiten Rang unter den zehn häufigsten Diagnosen ein. Bei jährlich 395 durchgeführten Prostatektomien stellte dies zugleich den häufigsten Eingriff der Klinik dar.

## Qualitätsbericht Universitätsklinik

Angenommene Entfernung zum Wohnort: 120km

**Leitung:** Prof. Dr. med. B. Mustermann

**Team:** 5 Oberärzte, 7 Fachärzte, 12 Assistenzärzte

**Bettenzahl:** 64 (Hauptabteilung)

**Ausstattung:**

- 4 Vier-Bett-Zimmer, 24 Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- Fernsehgerät im Zimmer
- Rundfunkempfang am Bett
- Telefon
- Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten
- Kapelle
- Cafeteria
- Friseursalon

**Medizinisches Leistungsspektrum:**

- urologische Onkologie
- urologische Endoskopie
- urologische Laparoskopie
- interdisziplinäres Tumorboard
- Andrologie
- Nierensteinzentrum
- urologische Chemotherapie
- Lasertherapie
- Harninkontinenztherapie mit körpereigenen Stammzellen

**Weitere Leistungsangebote:**

- urologische Tumorsprechstunde
- Spezialsprechstunde für Inkontinenz
- Spezialsprechstunde für erektile Dysfunktion
- Schmerztherapie

- Tagesklinik
- Intensivbetten

### Die 10 am häufigsten gestellten Haupt-Diagnosen in dieser Klinik:

1.	Prostatavergrößerung
2.	Prostatakrebs
3.	Harnblasenkrebs
4.	Nierenkrebs
5.	Nieren- und Harnleitersteine
6.	Harnverhalt
7.	Metastasen
8.	Blutausscheidung im Urin
9.	Krankheiten der Harnblase
10.	Verengung der Harnröhre

### Die 10 am häufigsten durchgeführten Eingriffe in dieser Klinik:

Rang	Fälle	Eingriff
1	395	ausgedehnte Entfernung der Prostata und der Samenblasen
2	390	Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Prostata mit Zugang durch die Harnröhre
3	346	Einschneiden, Herausschneiden oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
4	241	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase
5	195	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschiene
6	152	Entfernung einer/ beider Nieren
7	140	Entnahme einer Gewebeprobe aus der Prostata über den Mastdarm
8	111	Nierensteinzertrümmerung mit Hilfe eines Ultraschallgerätes
9	88	Einschneiden der Niere, Anlegen einer äußeren Nierenfistel, Steinentfernung und/ oder Nierenbeckenplastik mit minimal-invasivem Zugang über die Niere
10	82	nicht komplexe Chemotherapie

Es ist zu beachten, dass die Kliniken im Fragebogen nicht Universitätsklinik, Belegklinik und Kreiskrankenhaus genannt wurden, sondern lediglich als Klinik A, bzw. B und C angeführt wurden. Dies sollte Assoziationen der befragten Patienten verringern und Beeinflussungen im Antwortverhalten verhindern.

Dabei wurden die Fragebögen in drei Versionen versandt. Zu jeweils drei gleichen Teilen wurde die Reihenfolge der Qualitätsberichte, und somit der Name der Kliniken (A, B, C) im Fragebogen vertauscht. So sollte vermieden werden, dass Befragte sich lediglich den „erstbesten“ Qualitätsbericht durchlasen und jene Klinik wählten.

### **2.2.2 Der Fragenteil**

Die Patientenbefragung wurde anhand eines Selbstausfüller-Fragebogens vorgenommen. Der beidseitig bedruckte Bogen im Format Din-A4 umfasste jeweils drei Qualitätsberichte à zwei Seiten. Zusätzlich der insgesamt 15 Fragen und einer Seite Anschreiben belief sich der Umfang des Fragebogens auf zehn Seiten.

Im ersten Teil des Fragebogens wurde der Kenntnisstand der Patienten über das Thema Qualitätsberichte geprüft. Auf die Frage „Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?“ konnte wie folgt geantwortet werden:

- Ja, ich habe schon davon gehört
- Ja, ich habe mich damit schon über Krankenhäuser informiert
- Nein
- Weiß nicht

Der zweite Teil mit vier Fragen bezog sich auf die in den drei Qualitätsberichten dargestellten Kliniken. Die Patienten sollten jeweils eine der drei Kliniken nennen, in der sie sich am ehesten sowie am wenigsten einer hypothetischen Prostatektomie unterziehen würden. Als Information

diente ihnen die Beschreibung der Klinik im Rahmen des Qualitätsberichts. Zudem sollte, unter Angabe zweier Gründe als Freitext, die Wahl begründet werden.

Der dritte Teil (zwei Fragen) bezog sich auf die Verständlichkeit und den Informationsgehalt der obigen Qualitätsberichte. Die Fragestellung wurde hierbei als Aussagesatz gehalten und konnte auf einer Vier-Punkte-Skala von „stimme voll und ganz zu“, über „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“, bis „stimme überhaupt nicht zu“ sowie mit „weiß nicht“ beantwortet werden.

Die zu bewertenden Aussagen waren:

- Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden
- Ich fand die drei Qualitätsberichte eher unverständlich

Zudem erfasste eine Frage, ob Patienten bei einer erneuten Krankenhauswahl einer Universitätsklinik den Vorzug vor anderen Häusern geben würden. Der Satzteil „Ein Universitätsklinikum...“ konnte folgend ergänzt werden:

- ... würde ich eher bevorzugen bei der Krankenhauswahl.
- ...würde ich eher meiden bei der Krankenhauswahl.
- ist mir egal.

Ebenso wurde anhand einer geschlossenen Frage ermittelt, ob der Patient über einen Internetzugang verfügte. Antwortmöglichkeiten waren ja, bzw. nein. Es ist zu beachten, dass die Patientengruppe, welche über keinen Internetzugang verfügte, im Ergebnisteil als Offliner bezeichnet wird.

Es wurde allgemein abgefragt, ob eine Möglichkeit, das Internet zu nutzen bestünde. Wo sich diese zum Zeitpunkt der Befragung befand, ging nicht in die Antwort ein.

Der letzte Teil des Fragebogens (sechs Fragen) befasste sich mit den soziodemographischen Daten des Ausfüllenden:

- Geburtsjahr zur Ermittlung des Alters bei Befragung
- aktueller Familienstand (Anzukreuzen unter der Auswahl ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden oder verwitwet)
- höchster Berufsabschluss (Anzukreuzen unter der Auswahl ohne Abschluss, Lehre, Meister/ Fachschule, Fachhochschule/ Universität oder freie Angabe unter „sonstiges“)
- Wohnortgröße (Anzukreuzen anhand einer Sieben-Punkte-Skala von unter 2.000, bis über 500.000 Einwohner des Wohnorts)
- Art der Krankenversicherung (Anzukreuzen unter der Auswahl gesetzlich, gesetzlich mit privater Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte oder privat)
- monatliches Haushaltsnettoeinkommen (Anzukreuzen anhand einer Sieben-Punkte-Skala von unter 500 Euro, bis über 3.000 Euro)

### 2.2.3 Anhang original Fragebogen

Im Folgenden befindet sich ein Abdruck des versandten Fragebogens. Eine einleitende Erklärung sollte das Ausfüllen für den Patienten erleichtern:

***Bitte beantworten Sie den Fragebogen vollständig und ehrlich, damit wir die Ergebnisse korrekt auswerten können. Kreuzen Sie bei jeder Aussage die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an.***

***Seit 2005 sind alle deutschen Krankenhäuser verpflichtet, ihre Leistungen in Form von Qualitätsberichten zu veröffentlichen. Das soll Patienten helfen, Krankenhäuser besser miteinander vergleichen zu können. Als Beispiel finden Sie am Anfang des Fragebogens die Qualitätsberichte von drei urologischen Kliniken. Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch, um die folgenden Fragen zu beantworten.***

1. Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?
  - Ja, ich habe schon davon gehört
  - Ja, ich habe mich damit schon über Krankenhäuser informiert
  - Nein
  - Weiß nicht
  
2. Stellen Sie sich vor, Ihnen stünde die Entfernung der Prostata noch bevor. In welcher der drei oben zur Auswahl stehenden urologischen Kliniken würden Sie sich **am ehesten** operieren lassen?
  - Klinik A
  - Klinik B
  - Klinik C
  
3. Nennen Sie die zwei wichtigsten Gründe für Ihre Wahl:  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
  
4. In welcher der drei oben zur Auswahl stehenden urologischen Kliniken würden Sie sich **am wenigsten** operieren lassen?
  - Klinik A
  - Klinik B
  - Klinik C

5. Nennen Sie die 2 wichtigsten Gründe für Ihre Wahl:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

6. Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden:

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu
- Weiß nicht

7. Ich fand die drei Qualitätsberichte eher unverständlich:

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu
- Weiß nicht

8. Ein Universitätsklinikum...:

- ...würde ich eher bevorzugen bei der Krankenhauswahl.
- ...würde ich eher meiden bei der Krankenhauswahl.
- ist mir egal

9. Verfügen Sie über einen Internetzugang?

- Ja
- Nein

***Die letzten Fragen beziehen sich auf einige Angaben zu Ihrer Person:***

10. Ihr Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

11. Derzeitiger Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet



**12. Höchster Berufsabschluss:**

- ohne Abschluss
- Lehre
- Meister/ Fachschule
- Fachhochschule/ Universität
- sonstiger Abschluss: \_\_\_\_\_

**13. Wie viele Einwohner hat Ihr Wohnort?**

- bis 2.000
- bis 5.000
- bis 20.000
- bis 50.000
- bis 100.000
- bis 500.000
- über 500.000

**14. Wie sind Sie krankenversichert?**

- gesetzlich
- gesetzlich mit privater Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte
- privat

**15. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen:**

- unter 500 Euro
- 500-1.000 Euro
- 1.000-1.500 Euro
- 1.500-2.000 Euro
- 2.000-2.500 Euro
- 2.500-3.000 Euro
- über 3.000 Euro

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!***

## 2.3 Patientenrekrutierung

Seit 1994 wird die nationale Datenbank des familiären Prostatakarzinoms aufgebaut, welche seit 2006 an der urologischen Klinik des Klinikums rechts der Isar angesiedelt ist. In dieser Datenbank werden die Angaben von PC-Patienten aus ganz Deutschland gesammelt, um familiäre Formen zu identifizieren und näher zu untersuchen.

Die auf im Jahr 2007 angewachsene Zahl der registrierten Patienten von über 30.000 diente als Grundlage für die Auswahl des Patientenkollektivs.

Angeschrieben wurden ausschließlich Patienten, die folgende Kriterien aufwiesen:

- sporadische Form des PC
- Therapie: radikale Prostatektomie
- Zeitspanne zwischen durchgeführter Prostatektomie und Befragung mindestens vier Monate, bis maximal acht Monate

Da die sporadische Form des PC die häufigste darstellt, sollten hereditäre und familiäre Formen in dieser Patientenbefragung vernachlässigt werden. Zur Befragung wurden Patienten bei Zustand nach radikaler Prostatektomie ausgewählt, da diese einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderte. Ambulante Therapien können sich unterschiedlich gestalten und stellten nicht Inhalt der Fragestellung dar. Die Zeitspanne zwischen Operation und Befragung wurde so gewählt, dass der Prozess der Krankenhauswahl zeitnah zurücklag und zugleich eine ausreichende postoperative Rehabilitationsphase gewährleistet wurde.

## 2.4 Durchführung der Befragung

Der Fragebogen und das persönliche Anschreiben wurden in Microsoft Word® 2003 erstellt und anschließend auf Din-A4-Bögen ausgedruckt.

Die verschickten Briefe beinhalteten nebst Fragebogen ein persönliches Anschreiben. Darin wurde auf das Ziel der Befragung eingegangen und um Mithilfe der Patienten gebeten. Zudem lag ein frankierter Umschlag zur

Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen bei, um den Rücklauf positiv zu beeinflussen. Dabei wurde auf die vollständige Anonymität der befragten Patienten geachtet. Den versandten Fragebögen wurden keine Nummern vergeben, und durch die Rückumschläge konnte nicht auf die Absender geschlossen werden.

Der Versand an das ausgewählte Patientenkollektiv verlief in zwei Etappen.

1. Sendung à 100 Briefe: Versandzeitraum 29. - 31. August 2007

2. Sendung à 500 Briefe: Versandzeitraum 15. Oktober - 2. November 2007

Der Rücklauf der anonym ausgefüllten Fragebögen wurde im Herbst 2007 gesammelt und in eine mit Microsoft Access® 2003 erstellte Datenbank eingepflegt. Dabei wurde unter Berücksichtigung der Anonymität lediglich das Alter der befragten Patienten, mittels Geburtsjahr, in Verbindung mit den Antworten gespeichert.

## 2.5 Datenauswertung

Bei der Datenauswertung wurde zunächst auf das korrekte Ausfüllen des Fragebogens geachtet. Wurde eine Antwortmöglichkeit einer Frage nicht oder nicht eindeutig nachvollziehbar angekreuzt, oder wurde das Antwortfeld einer offenen Frage nicht ausgefüllt, galt diese als nicht beantwortet.

Den meisten Fragen des Fragebogens wurde die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ (siehe auch unter 2.2.2 *Der Fragenteil*) zugefügt. Dies sollte die Patienten motivieren, auch evtl. schwierige Fragen zu beantworten, und somit einem vorzeitigen Abbruch der Befragung vorbeugen.

Bei der Auswertung des Fragebogens wurden die Beantwortung einer Frage mit „weiß nicht“ und das Nichtausfüllen nicht gezählt. Dies hatte zur Folge, dass sich die Gesamtheit der Antworten bezüglich einer Frage nicht auf den kompletten Rücklauf bezog, sondern sich jeweils um die nicht gewerteten Fragen reduzierte.

Um eine Vergleichbarkeit einzelner Angaben der Patienten mit ihrem sozioökonomischen Status zu erleichtern, wurden die ausgewerteten Antwortmöglichkeiten gewisser Fragen zusammengefasst:

Bei Frage 13 im Fragebogen zur Wohnortgröße der befragten Patienten konnte auf einer siebenstufigen Skala von unter 2.000 bis über 500.000 Einwohner geantwortet werden. Im Ergebnisteil wurden diese sieben Antwortmöglichkeiten in drei Gruppen zusammengefasst. Eine Gruppe wurde von Patienten mit einer Einwohnerzahl des Wohnorts von bis zu 5.000 gebildet, die zweite Gruppe bei einer Einwohnerzahl von über 5.000 bis 100.000, die dritte Gruppe bei einer Einwohnerzahl von über 100.000.

Ähnliches geschah mit Frage 15 im Fragebogen zum monatlichen Haushaltsnettoeinkommen. Die siebenstufige Antwortskala (Einkommen von unter 500€ bis über 3.000€) wurde ebenfalls im Ergebnisteil zu drei Gruppen zusammengefasst. Die erste Gruppe verfügte über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von unter 500€ bis 1.500€, die zweite von 1.500€ bis 3.000€, die dritte Gruppe von über 3.000€.

Frage 14 (Krankenversicherungsstatus) sollte mittels der Auswahl unter gesetzlich, gesetzlich mit privater Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte oder privat beantwortet werden. Im Ergebnisteil wurden Privatversicherte und Inhaber einer privaten Zusatzversicherung als gemeinsame Gruppe betrachtet.

## **2.6 Statistische Tests**

Sämtliche ermittelte Daten des Fragebogens wurden einer quantitativen statistischen Auswertung unterzogen. Zur Beschreibung des Alters bei Befragung des Patientenkollektivs wurde der Mittelwert, der Median sowie Minimum und Maximum ermittelt.

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Beschreibung des Patientenkollektivs**

Die postalische Befragung von 600 PC-Patienten, bei Zustand nach radikaler Prostatektomie, zur Klinikwahl anhand dreier fiktiver Qualitätsberichte wurde im Herbst 2007 durchgeführt. Bis Dezember 2007 lag der Großteil der zurückgesandten und beantworteten Fragebögen vor. Somit ergab sich beim cut-off Ende des Jahres 2007 ein Rücklauf von 61,5% (369 ausgefüllte und ausgewertete Fragebögen).

#### **3.1.1 Alter bei Befragung**

Anhand der angegebenen Geburtsjahre der Patienten wurde das Alter ermittelt. Der jüngste Patient war zum Zeitpunkt der Befragung 44 Jahre, der älteste Patient 78 Jahre alt. Insgesamt war knapp ein Drittel der Befragten 65 Jahre und älter (60,9%; 223/366). 39,1% der Patienten waren jünger als 65 Jahre. Der Mittelwert des Alters zum Zeitpunkt der Befragung lag bei 65,7 Jahren. Dies entsprach dem durchschnittlichen Alter aller 600 angeschriebenen Patienten, welches in der Datenbank vor Versand der Fragebögen auf 65,3 Jahre ermittelt wurde. Das mediane Alter der Befragten lag bei 66 Jahren.

#### **3.1.2 Familienstand**

Beim aktuellen Familienstand der Befragten ergab sich folgendes Bild: Der Großteil war verheiratet, was einem Prozentanteil von 86,1% (317/368) entsprach. 23 Befragte waren geschieden (6,3%) und 16 Befragte verwitwet (4,4%). Der Anteil der ledigen oder getrennt lebenden war mit jeweils 1,6% vernachlässigbar gering.

### 3.1.3 Höchster Berufsabschluss

Die Mehrzahl der Patienten gab als höchsten Berufsabschluss eine Lehre an (41,6%; 152/365). Etwa jeweils ein Viertel der Befragten verfügte über eine Ausbildung zum Meister (28,0%) oder gar einen Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität (24,7%). Der geringste Teil konnte keinen Berufsabschluss vorweisen (3,0%) oder nannte sonstige Abschlüsse (2,7%).

### 3.1.4 Wohnortgröße

Rund ein Drittel der Befragten (34,6%; 126/364) gab an, in einem Wohnort mit weniger als 5.000 Einwohnern zu leben. Der Großteil der Befragten (47,8%) lebte in Orten mit einer Größe von 5.000 bis 100.000 Einwohner. Die restlichen 17,6% verteilten sich auf Bewohner von Städten ab einer Größe von 100.000 Einwohnern.

*Tabelle 1: Wohnortgröße der Befragten, gemessen an der Einwohnerzahl (EW)*

Wohnortgröße	n	n gebündelt	Prozent
bis 2.000 EW	53	126	34,6%
bis 5.000 EW	73		
bis 20.000 EW	94	174	47,8%
bis 50.000 EW	55		
bis 100.000 EW	25		
bis 500.000 EW	31	64	17,6%
über 500.000 EW	33		
gesamt	364	364	100%

### 3.1.5 Versicherungsstatus

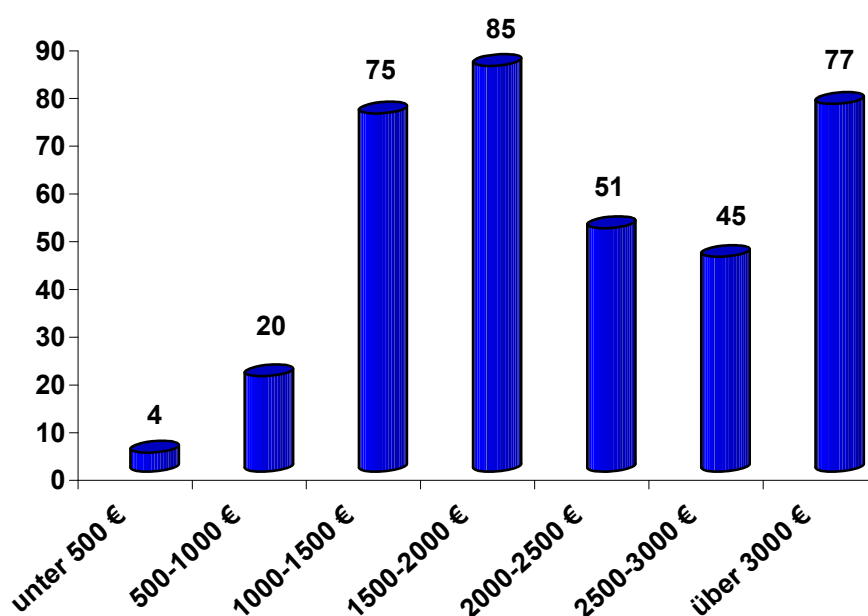
Rund zwei Drittel der Befragten verfügte über eine gesetzliche Krankenversicherung (65,0%; 238/366). Die Patientengruppen, welche eine private Krankenversicherung oder eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte angaben, wurden als eine Gruppe zusammen betrachtet. Somit war ca. ein Drittel (35,0%) des Kollektivs privat kranken-, bzw. zusatzversichert.

### 3.1.6 Haushaltsnettoeinkommen

Bei der Frage zum monatlichen Haushaltsnettoeinkommen der Befragten wurde die siebenstufige Rankingskala in drei Abschnitte zusammengefasst (siehe *Tabelle 2: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten in Euro*). Hiervon gaben 27,7% (99/357) an, eine monatliche Summe von unter 1.500€ in ihrem Haushalt zur Verfügung zu haben. Die Hälfte der Befragten (50,7%) kam auf ein mittleres Einkommen von 1.500€ bis 3.000€ monatlich. Bei 21,6% belief sich diese Summe auf über 3.000€ monatlich.

*Tabelle 2: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten in Euro (€)*

Einkommen	n	n gebündelt	% gebündelt
unter 500 €	4	99	27,7%
500-1.000 €	20		
1.000-1.500 €	75		
1.500-2.000 €	85	181	50,7%
2.000-2.500 €	51		
2.500-3.000 €	45		
über 3000 €	77	77	21,6%
gesamt	357	357	100%



*Abbildung 1: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten in Euro (€)*

### 3.1.7 Internetzugang

Die Frage nach einem Internetzugang wurde von 46,6% (172/369) der Befragten verneint. Die restlichen 53,4% der Befragten besaßen einen Internetzugang zum Zeitpunkt der Befragung.

*Tabelle 3: Internetzugang der Befragten*

Verfügt Patient über Internetzugang?	n	Prozent
ja	197	53,4%
nein	172	46,6%
gesamt	369	100%



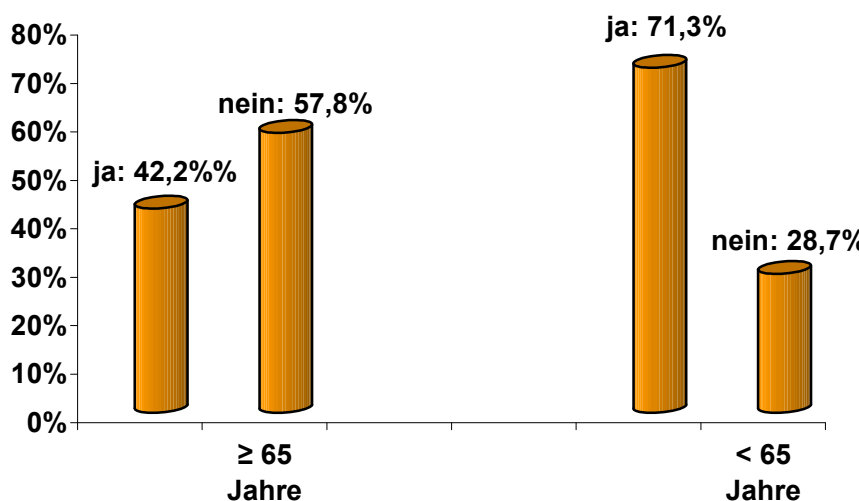
## 3.2 Internetzugang in Abhängigkeit soziodemographischer Faktoren

### 3.2.1 Internetzugang in Abhängigkeit des Alters bei Befragung

Die Häufigkeit eines Internetzugangs wurde mit dem Alter der Befragten verglichen. Auf die Frage nach einem Internetzugang gaben insgesamt 53,4% diesen an. Aufgeschlüsselt in zwei Altersgruppen von 223 über 65-jährigen, bzw. 143 unter 65 Jahre alten Befragten, ergab sich folgende Abweichung: In der älteren Gruppe belief sich die Angabe eines Internetzugangs auf weniger als die Hälfte (42,2%), wobei 57,8% diesen verneinten. In der jüngeren Altersgruppe verfügten 71,3% über einen Internetzugang. Hier waren lediglich 28,7% der Befragten „offline“, d.h. ohne Internetzugang (siehe *Abbildung 2: Internetzugang der Befragten in Abhängigkeit ihres Alters bei Befragung*).

*Tabelle 4: Internetzugang der Befragten in Abhängigkeit ihres Alters bei Befragung*

Internetzugang	n	Alter ≥ 65 Jahre (n)		Alter < 65 Jahre (n)	
ja	196	42,2%	94	71,3%	102
nein	170	57,8%	129	28,7%	41
gesamt	366	100%	223	100%	143



*Abbildung 2: Internetzugang der Befragten in Abhängigkeit ihres Alters bei Befragung*

### 3.2.2 Internetzugang in Abhängigkeit des Versicherungsstatus

Der Internetzugang wurde innerhalb des Patientenkollektivs mit den verschiedenen Krankenversicherungsgruppen verglichen. Als Referenz wird erneut auf die Frage nach einem Internetzugang im gesamten Kollektiv verwiesen. 53,4% beantworteten hierbei die Frage nach einem Internetzugang positiv. Unterschied man zwischen 238 gesetzlich Versicherten und jenen, die über eine private Versicherung oder Zusatzversicherung für stationäre Leistungen verfügten (128 Personen), änderte sich dies wie folgt:

In der Gruppe der gesetzlich Versicherten lag der Anteil derer mit einem Internetzugang bei 41,6%, wie in *Tabelle 5* ersichtlich. Der Anteil der „Offliner“ überwog mit 58,4%. 75,8% der privat Versicherten oder Inhaber einer privaten Zusatzversicherung (PZV) verfügten ebenfalls über einen Internetzugang. Verneint wurde dieser lediglich von einem Viertel (24,2%).

*Tabelle 5: Internetzugang der Befragten in Abhängigkeit ihres Versicherungsstatus*

Internetzugang?	n	gesetzlich (n)		privat oder PZV (n)	
ja	196	41,6%	99	75,8%	97
nein	170	58,4%	139	24,2%	31
gesamt	366	100%	238	100%	128

### 3.3 Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte

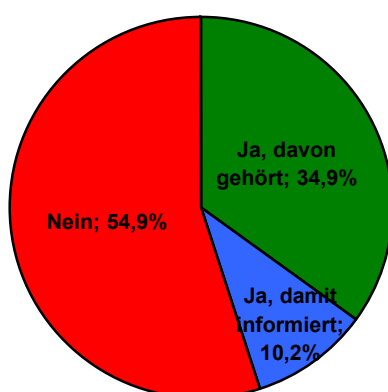
Wie in der Beschreibung des Fragebogens erläutert, wurde anhand einer Frage ermittelt, wie bekannt Qualitätsberichte (QB) innerhalb des Patientenkollektivs waren. Der Frage „Kennen Sie die Qualitätsberichte im Allgemeinen?“ standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

- Ja, ich habe schon davon gehört
- Ja, ich habe mich damit schon über Krankenhäuser informiert
- Nein
- Weiß nicht

Über die Hälfte, genauer 54,9% (195/355) der Befragten, kannten die Qualitätsberichte im Allgemeinen nicht. Rund ein Drittel (34,9%) hatte in einem gewissen Maße schon einmal etwas über dieses Thema gehört. Lediglich 10,2% gaben an, sich in der Vergangenheit mithilfe eines Qualitätsberichts über Krankenhäuser informiert zu haben. Siehe hierzu folgende Abbildung:

*Tabelle 6: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB)*

Kennt der Patient QB?	n	Prozent
ja, davon gehört	124	34,9%
ja, damit informiert	36	10,2%
nein	195	54,9%
gesamt	355	100%



*Abbildung 3: Antwort auf die Frage: „Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?“ von 355 befragten Patienten*

### 3.3.1 Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Alters bei Befragung

Im Fragebogen wurde anhand der Frage „Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?“ der Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte innerhalb des befragten Patientenkollektivs ermittelt. Nun sollte dies in Abhängigkeit des Alters der Befragten untersucht werden, siehe *Tabelle 7: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Alters der Befragten.*

Dabei wurden die Patienten wiederum in zwei Altersgruppen getrennt betrachtet: 33,3% (72/216) der über 65-jährigen gaben an, schon einmal davon gehört zu haben. 10,7% informierten sich mittels Qualitätsberichten bereits über Krankenhäuser. 56,0% kannten die Qualitätsberichte nicht.

In der Gruppe der unter 65-jährigen (136 Befragte) kam es zu folgendem Ergebnis: 36,8% hatten schon etwas über Qualitätsberichte gehört. 9,5% nutzten diese schon zur Informationssuche über Krankenhäuser. Verneint wurde die Frage von 53,7%.

*Tabelle 7: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Alters der Befragten*

Kennt der Patient QB?	n	Alter ≥ 65 Jahre (n)		Alter < 65 Jahre (n)	
ja, davon gehört	122	33,3%	72	36,8%	50
ja, damit informiert	36	10,7%	23	9,5%	13
nein	194	56,0%	121	53,7%	73
gesamt	352	100%	216	100%	136

### 3.3.2 Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Versicherungsstatus

Es sollte untersucht werden, ob der Versicherungsstatus der Befragten in Zusammenhang mit dem Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte stand. Als Referenz diente wiederum das Antwortverhalten des gesamten Kollektivs zu dieser Frage.

Wie in *Tabelle 8* ersichtlich, beantworteten 229 gesetzlich Versicherte die Frage „Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?“.

Dies wurde von 33,2% (76/229) bejaht, 10,0% informierten sich damit bereits. Die Mehrheit (56,8%) verneinte die Frage.

Die 123 privat versicherten Patienten oder Inhaber einer privaten Zusatzversicherung für stationäre Leistungen antworteten wie folgt: 38,2% (47/123) hatten schon einmal etwas über Qualitätsberichte gehört, 10,6% diese aktiv benutzt. In dieser Gruppe kannten 51,2% die Qualitätsberichte nicht.

*Tabelle 8: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Krankenversicherungsstatus der Befragten*

Kennt der Patient QB?	n	gesetzlich (n)		privat oder PZV (n)	
ja, davon gehört	123	33,2%	76	38,2%	47
ja, damit informiert	36	10,0%	23	10,6%	13
nein	193	56,8%	130	51,2%	63
gesamt	352	100%	229	100%	123

### 3.3.3 Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens

Der Kenntnisstand der Befragten um die Qualitätsberichte, in Abhängigkeit ihres Haushaltsnettoeinkommens, sollte untersucht werden. Hierzu *Tabelle 9: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens der Befragten in Euro:*

94 Befragte gaben ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen unter 1.500€ an. Darunter befanden sich 31,9% welche die Qualitätsberichte im Allgemeinen kannten. 9,6% informierten sich damit bereits über mögliche Kliniken. 58,5% kannten die Qualitätsberichte nicht.

Bei 177 Befragten belief sich das monatliche Haushaltsnettoeinkommen auf 1.500 – 3.000€. Hiervon hatten 36,2% schon einmal etwas über Qualitätsberichte vernommen. 10,7% nutzten diese bereits als Informationsmittel zur Klinikwahl. Die restlichen 53,1% verneinten die Frage nach der Allgemeinen Bekanntheit der Berichte.

72 Patienten, welche die Frage „Kennen Sie die so genannten Qualitätsberichte im Allgemeinen?“ beantworteten, gaben gleichzeitig ein

monatliches Haushaltsnettoeinkommen von über 3.000€ an. Hiervon bejahten 37,5% die Frage. 9,7% der Befragten hatten sie schon einmal genutzt. In dieser Gruppe kannten 52,8% die Berichte nicht.

*Tabelle 9: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens der Befragten in Euro*

Kennt der Patient QB?	n	< 1.500 € (n)		1.500 – 3.000 € (n)		> 3.000 € (n)	
ja, davon gehört	121	31,9%	30	36,2%	64	37,5%	27
ja, damit informiert	35	9,6%	9	10,7%	19	9,7%	7
nein	187	58,5%	55	53,1%	94	52,8%	38
gesamt	343	100%	94	100%	177	100%	72

### 3.3.4 Allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte in Abhängigkeit des Internetzugangs

Der Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte wurde in Abhängigkeit des Internetzugangs der Befragten geprüft.

In der Gruppe der Patienten, die über einen Internetzugang verfügten, hatten 33,3% (64/192) in jedweder Form schon etwas über das Thema gehört. 11,5% gaben an, sich in der Vergangenheit mithilfe eines Qualitätsberichts über Krankenhäuser informiert zu haben. 55,2% waren die Berichte unbekannt.

36,8% (60/163) der Offliner (siehe rechte Spalte in *Tabelle 10*) kannten die Qualitätsberichte im Allgemeinen. Hier nutzten lediglich 8,6% die Berichte zur Informationssuche über Krankenhäuser. Der Großteil (54,6%) kannte sie nicht.

*Tabelle 10: Allgemeiner Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit des Internetzugangs der Befragten*

Kennt der Patient QB?	n	Internetzugang (n)		kein Internetzugang (n)	
ja, davon gehört	124	33,3%	64	36,8%	60
ja, damit informiert	36	11,5%	22	8,6%	14
nein	195	55,2%	106	54,6%	89
gesamt	355	100%	192	100%	163

### 3.4 Informationsgehalt und Verständlichkeit der Qualitätsberichte

Zwei Fragen des Fragebogens widmeten sich der Verständlichkeit sowie dem Informationsgehalt der drei fiktiven Qualitätsberichte. Der Aussage „Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden.“ konnte auf einer vierstufigen Skala zugestimmt, bzw. nicht zugestimmt werden (siehe *Tabelle 11: Informationsgehalt der Qualitätsberichte*).

32,7% (104/318) der Befragten stimmten „voll und ganz“ dem oben genannten Aussagesatz zu. 49,7% stimmten „eher“ zu. Zusammen ergab dies eine positive Antwort von 82,4% der Befragten. 17,6% stimmten dem nicht zu, wobei 3,8% dies ausdrücklich („stimme überhaupt nicht zu“) verneinten.

*Tabelle 11: Informationsgehalt der Qualitätsberichte*

...wichtige Info leicht finden	n	Prozent	Zustimmung
... stimme voll und ganz zu	104	32,7%	82,4%
... stimme eher zu	158	49,7%	
... stimme eher nicht zu	44	13,8%	17,6%
... stimme überhaupt nicht zu	12	3,8%	
gesamt	318	100%	100%

Zur Ermittlung der Verständlichkeit der Qualitätsberichte, sollte der Aussagesatz „Ich fand die drei Qualitätsberichte eher unverständlich.“ auf einer vierstufigen Skala bewertet werden. Dieser Aussage stimmten 8,5% (26/305) der Befragten „voll und ganz“ zu, 24,6% „eher“ zu. Dies ergab einen Anteil von 33,1% der Patienten, welcher die Qualitätsberichte für mehr oder weniger unverständlich hielt. Demgegenüber standen 66,9% der Befragten, die eine Unverständlichkeit der Qualitätsberichte nicht nachvollziehen konnten. Siehe hierzu *Tabelle 12: Verständlichkeit der Qualitätsberichte (QB)* auf der folgenden Seite.

*Tabelle 12: Verständlichkeit der Qualitätsberichte (QB)*

...QB eher unverständlich	n	Prozent	Zustimmung
... stimme voll und ganz zu	26	8,5%	33,1%
... stimme eher zu	75	24,6%	
... stimme eher nicht zu	131	43,0%	66,9%
... stimme überhaupt nicht zu	73	23,9%	
gesamt	305	100%	100%



### 3.5 Informationsgehalt der Qualitätsberichte in Abhängigkeit ihrer Bekanntheit bei den Nutzern

Wie unter obigem Punkt beschrieben, wurden die Patienten zum Informationsgehalt der Qualitätsberichte befragt. Der Aussage im Fragebogen „Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden.“ stimmten 82,4% der Befragten zu. Die restlichen 17,6% lehnten dies ab.

Es sollte nun untersucht werden, ob Patienten, welche die Qualitätsberichte kannten oder schon zu Rate zogen, die für sie wichtigen Informationen zur Klinikwahl leichter im Qualitätsbericht fanden. Dabei wurden die Antworten zum Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte mit jenen zu ihrem Informationsgehalt verknüpft. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 13* dargestellt.

85,3% (99/116) der Befragten, welche um die Existenz von Qualitätsberichten wussten, konnten die für sie wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten des Fragebogens leicht finden. 14,7% stimmten dem nicht zu. In der Gruppe jener, welche sich mittels Qualitätsberichte schon über mögliche Krankenhäuser informierten, attestierten ihnen 88,2% (30/34) einen suffizienten Informationsgehalt. Die restlichen 11,8% konnten die für sie wichtigen Informationen nur schwer finden. Unter den Befragten, welche Qualitätsberichte nicht kannten, stimmten 78,0% (124/159) dem Satz „Ich konnte die für mich wichtigen Informationen in den Qualitätsberichten leicht finden“ zu. 22,0% lehnten diese Aussage ab.

*Tabelle 13: Informationsgehalt der Qualitätsberichte (QB) in Abhängigkeit ihrer Bekanntheit bei den Nutzern*

...wichtige Info leicht finden	n	QB ja, davon gehört (n)		QB ja, damit informiert (n)		QB nein (n)	
... stimme voll zu + eher zu	253	85,3%	99	88,2%	30	78,0%	124
... stimme eher zu + überhaupt nicht zu	56	14,7%	17	11,8%	4	22,0%	35
gesamt	309	100%	116	100%	34	100%	159

### 3.6 Klinikwahl anhand der drei Qualitätsberichte

Die fiktiven Qualitätsberichte dreier Kliniken stellten den Schwerpunkt der Patientenbefragung dar. Hierbei wurden anhand der Richtlinien zur Erstellung von Qualitätsberichten drei in ihrer Ausstattung und Größe unterschiedliche urologische Kliniken dargestellt. Die befragten Patienten sollten anhand dieser Informationen daraus eine bevorzugte Klinik für eine hypothetische, erneute Prostatektomie wählen.

Diese Entscheidung sollte unter Nennung zweier Gründe untermauert werden. Eine Klinik sollte – wiederum mit der Angabe zweier Gründe – genannt werden, in welcher sie sich am wenigsten operieren lassen würden.

Die drei mittels Qualitätsberichte dargestellten Kliniken wurden im Fragebogen als Klinik A, B, bzw. C bezeichnet. So war die Einteilung in Belegklinik, Kreiskrankenhaus und Universitätsklinik für die Befragten nicht erkenntlich. Zudem wurde der Fragebogen in drei verschiedenen Versionen versandt, in welchen die Bezeichnungen Klinik A, B und C jeder der drei Kliniken zu gleichen Teilen zufielen.

Bei der Auswertung ergab sich jedoch kein Zusammenhang des Antwortverhaltens der Befragten mit der Bezeichnung der Klinik A, B oder C. Es konnte ausgeschlossen werden, dass durch andere Einflussfaktoren überzufällig häufig Klinik A beispielsweise Klinik C vorgezogen wurde, gleich, welche der drei Kliniken sich hinter dieser Abkürzung verbarg.

Das medizinische Leistungsspektrum einer der drei Kliniken entsprach dem eines Universitätsklinikums. Es sollte untersucht werden, ob die Befragten bei einem theoretischen Krankenhausaufenthalt ein Universitätsklinikum generell bevorzugen oder bewusst meiden würden. Die Ergebnisse finden sich in *Tabelle 14: Beliebtheit eines Universitätsklinikums bei einer hypothetischen Klinikwahl*.

38% (138/360) der Befragten würden ein Universitätsklinikum bei der Krankenhauswahl eher bevorzugen. 16% würden sich bewusst gegen ein

Universitätsklinikum entscheiden. 46% der Befragten wäre dieser Umstand bei der Klinikwahl gleichgültig.

*Tabelle 14: Beliebtheit eines Universitätsklinikums bei einer hypothetischen Klinikwahl*

Ein Universitätsklinikum...	n	Prozent
... würde ich eher bevorzugen	138	38,0%
... würde ich eher meiden	57	16,0%
... ist mir egal	165	46,0%
gesamt	360	100%

### 3.6.1 Erste Wahl anhand der Qualitätsberichte

Bei der Frage nach der bevorzugten Klinik anhand der drei Qualitätsberichte, entschieden sich 47,2% (168/356) der Befragten für das Kreiskrankenhaus, siehe in *Tabelle 15*. Der meistgenannte Grund für diese Wahl war die Spezialisierung auf nerverhaltende Operationsverfahren. Diese führte das Kreiskrankenhaus, als einzige der drei Kliniken, im Qualitätsbericht unter medizinischen Leistungen auf. Als zweithäufigster Grund wurde die relative Wohnortnähe, welche sich auf 70km belief, aufgezählt. Ebenfalls attraktiver Faktor war die Unterbringung in Zwei-Bett-Zimmern (dritthäufigste Nennung).

34,5% der Befragten entschied sich anhand der Informationen aus den Qualitätsberichten für die Universitätsklinik. Als häufigster Grund wurde hier die hohen Operationszahlen der Prostatektomie genannt. Zur Erinnerung: Bei der Auflistung der zehn am häufigsten durchgeführten Eingriffe belegte hier die „ausgedehnte Entfernung der Prostata und der Samenblasen“ mit 395 Operationen jährlich den ersten Rang. Eine Menge, die keines der anderen beiden Häuser aufwies. An zweiter Stelle wurde die „Erfahrung des Teams“ als Grund genannt. Zudem überzeugten die Größe und/ oder die Zusammensetzung des Teams sowie der Umfang des medizinischen Leistungsspektrums im Vergleich zu den anderen zwei Kliniken.

18,3% der Befragten wählten nach Durchsicht der Qualitätsberichte die Belegklinik. Als häufigster Grund für diese Entscheidung wurde die Nähe dieser Klinik zum Wohnort angegeben. Im Qualitätsbericht belief sich die hypothetische Entfernung hier auf lediglich 10km. Zudem wurde seitens der Befragten die generelle Unterbringung in Ein-Bett-Zimmern positiv bewertet. Ein weiterer Grund stellte die Therapie durch einen dem Patienten bekannten Urologen, bzw. Operateur dar. Im Qualitätsbericht wird unter dem Stichpunkt „Leitung“ darauf hingewiesen, der Patient solle annehmen, es handle sich dabei um seinen ihn behandelnden Urologen.

*Tabelle 15: Bevorzugte Klinik bei der Klinikwahl*

Kliniktyp	n	Prozent
Belegklinik	65	18,3%
Kreiskrankenhaus	168	47,2%
Universitätsklinik	123	34,5%
gesamt	356	100%

Als Zusammenfassung werden in *Tabelle 16* nochmals die häufigsten Gründe zur Wahl der verschiedenen Kliniken aufgelistet:

*Tabelle 16: Die am häufigsten genannten Gründe zur Wahl der jeweiligen Klinik*

<b>Gründe zur Wahl des Kreiskrankenhauses:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezialisierung auf nerverhaltende Operationsverfahren</li> <li>▪ Nähe der Klinik zum Wohnort</li> <li>▪ Unterbringung in Zwei-Bett-Zimmern</li> </ul>
<b>Gründe zur Wahl der Universitätsklinik:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operationszahlen der Prostatektomie</li> <li>▪ Erfahrung des Teams</li> <li>▪ Konstellation/ Größe des Teams</li> <li>▪ medizinisches Leistungsspektrum</li> </ul>
<b>Gründe zur Wahl der Belegklinik:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nähe der Klinik zum Wohnort</li> <li>▪ Unterbringung in Ein-Bett-Zimmern</li> <li>▪ bekannter Urologe bzw. Operateur</li> </ul>

### 3.6.2 Letzte Wahl anhand der Qualitätsberichte

Die Frage „In welcher der drei zur Auswahl stehenden urologischen Kliniken würden Sie sich am wenigsten operieren lassen?“ beantworteten 65,3% (216/331) zum Nachteil der Belegklinik. Hier wurde vor allem die geringe Zahl der jährlich durchgeführten Prostatektomien bemängelt. Die Belegklinik bildete hierbei mit einer Anzahl von 72 dieser Eingriffe das Schlusslicht der drei Kliniken im Vergleich. Ebenso wurde das Team von zwei behandelnden Ärzten, von den Befragten als zu klein erachtet. Dadurch wurde auch die Erfahrung des Teams in Frage gestellt. Als vierthäufigsten Grund nannten die Befragten den geringen Umfang des medizinischen Leistungsspektrums in der Belegklinik.

Rund ein Drittel der Befragten (29,9%) lehnte eine hypothetische Behandlung in der Universitätsklinik ab, siehe im Folgenden *Tabelle 17*. Als wichtigster Grund wurde die große Distanz zum Wohnort genannt. Die Entfernung sollte hierbei im Qualitätsbericht mit 120km angenommen werden. Zweitens wurde die „Größe der Klinik“ als Nachteil gesehen. Es wird daran erinnert, dass die Bettenzahl der Universitätsklinik mit 64 sowie das ärztliche Team mit insgesamt 24 Ärzten umfangreicher, als in den beiden anderen Kliniken ausfielen. Dritthäufigste Nennung gegen die Universitätsklinik war die Unterbringung in Vier-Bett-Zimmern. Davon besaß diese Klinik als einzige der drei zu vergleichenden Kliniken immerhin vier Zimmer.

Das Kreiskrankenhaus wurde von lediglich 4,8% der Befragten als unattraktivste Klinik befunden. Hierbei wurden unterschiedliche Gründe genannt. Eine Tendenz oder die überzufällig häufige Ablehnung eines im Qualitätsbericht beschriebenen Details war nicht zu erkennen.

*Tabelle 17: Unattraktivste Klinik bei der Klinikwahl*

Kliniktyp	n	Prozent
Belegklinik	216	65,3%
Kreiskrankenhaus	16	4,8%
Universitätsklinik	99	29,9%
gesamt	331	100%

Eine kurze Übersicht zu den am häufigsten genannten Gründen gegen eine jeweilige Klinik bietet *Tabelle 18*.

*Tabelle 18: Die am häufigsten genannten Gründe gegen die jeweilige Klinik*

<b>Gründe zur Wahl gegen die Belegklinik:</b>
▪ zu geringe Operationszahlen der Prostatektomie
▪ zu kleines Team
▪ fehlende Erfahrung des Teams
▪ zu kleines Leistungsspektrum
<b>Gründe zur Wahl gegen die Universitätsklinik:</b>
▪ zu große Entfernung vom Wohnort
▪ Größe der Klinik
▪ Unterbringung in Vier-Bett-Zimmern
<b>Gründe zur Wahl gegen das Kreiskrankenhaus:</b>
▪ verschiedene Gründe

### 3.7 Klinikwahl in Abhängigkeit soziodemographischer Faktoren

#### 3.7.1 Klinikwahl in Abhängigkeit des Alters bei Befragung

Zur genauen Untersuchung des Antwortverhaltens wurde die Klinikwahl der Patienten mit ihren soziodemographischen Angaben, beginnend mit dem Alter bei Befragung, verglichen. Das Kollektiv wurde in jeweils zwei Altersgruppen (älter, bzw. jünger als 65 Jahre) aufgeteilt (siehe auch *Tabelle 19: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit des Alters der Befragten*).

In der Gruppe der über 65-jährigen würden sich 20,9% (44/210) bei einer hypothetischen Prostatektomie für die Belegklinik entscheiden. Die größte Anzahl von Nennungen erhielt das Kreiskrankenhaus mit 46,7%. Die Universitätsklinik wählten 32,4% der über 65-jährigen.

In der Gruppe der unter 65-jährigen wählten 48,9% (70/143) das Kreiskrankenhaus für eine hypothetische Prostatektomie. 37,1% entschieden sich für das Universitätsklinikum. 14,0% der Befragten unter 65 Jahre nannten die Belegklinik als bevorzugte Klinik bei einer angenommenen, erneuten Prostatektomie.

*Tabelle 19: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit des Alters der Befragten*

Klinik	n	Alter ≥ 65 Jahre (n)		Alter < 65 Jahre (n)	
Belegklinik	64	20,9%	44	14,0%	20
Kreiskrankenhaus	168	46,7%	98	48,9%	70
Universitätsklinik	121	32,4%	68	37,1%	53
gesamt	353	100%	210	100%	143

#### 3.7.2 Klinikwahl in Abhängigkeit des Versicherungsstatus

Es wurde ermittelt, ob unterschiedliche Präferenzen bei der Klinikwahl in Abhängigkeit des Versicherungsstatus der Befragten auftraten. Dabei wurden die Patientengruppen der gesetzlich Versicherten mit jenen einer privaten Versicherung oder privaten, stationären Zusatzversicherung

verglichen, *Tabelle 20: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit des Versicherungsstatus der Befragten.*

In der Gruppe der gesetzlich Versicherten wählten 48,0% (109/227) das Kreiskrankenhaus anhand der Qualitätsberichte. 31,7% entschieden sich für die Universitätsklinik. Die restlichen 20,3% würden die Belegklinik für eine hypothetische Prostatektomie wählen.

Patienten mit privater Kranken- oder Zusatzversicherung entschieden sich in 46,8% (59/126) für das Kreiskrankenhaus. 39,7% wählten das Universitätsklinikum. Die Belegklinik wurde von 13,5% der Befragten bevorzugt.

*Tabelle 20: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit des Versicherungsstatus der Befragten*

Klinik	n	gesetzlich (n)		privat oder PZV (n)	
Belegklinik	63	20,3%	46	13,5%	17
Kreiskrankenhaus	168	48,0%	109	46,8%	59
Universitätsklinik	122	31,7%	72	39,7%	50
gesamt	353	100%	227	100%	126

### 3.7.3 Klinikwahl in Abhängigkeit der Wohnortgröße

Zur Klinikwahl sollten gleichzeitig Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung untersucht werden. Dabei wurde die Frage nach der bevorzugten Klinik mit der Wohnortgröße der Befragten verglichen. Zur Einteilung der Wohnortgröße siehe *Tabelle 21: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit der Wohnortgröße der Befragten, gemessen in Einwohnern (EW).*

122 Befragte wohnten in Wohnorten mit weniger als 5.000 Einwohnern. Hiervon wählten 54,1% das Kreiskrankenhaus. 25,4% entschieden sich anhand der Qualitätsberichte für die Universitätsklinik, 20,5% für die Belegklinik. 167 Befragte gaben an, in Orten von 5.000 bis 100.000 Einwohnern zu leben. Darunter entschieden sich 45,5% für das Kreiskrankenhaus. 38,3% bevorzugten die Universitätsklinik. Die restlichen 16,2% stimmten für die Belegklinik. In der Gruppe jener Befragten, welche in Städten mit über 100.000 Einwohnern wohnten, wählten 41,9% (26/62) das



Kreiskrankenhaus. 43,6% stimmten für eine hypothetische Prostatektomie in der Universitätsklinik. 14,5% entschieden sich für die Belegklinik.

*Tabelle 21: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit der Wohnortgröße der Befragten, gemessen in Einwohnern (EW)*

Klinik	n	< 5.000 EW (n)		5.000 - 100.000 EW (n)		> 100.000 EW (n)	
Belegklinik	61	20,5%	25	16,2%	27	14,5%	9
Kreiskrankenhaus	168	54,1%	66	45,5%	76	41,9%	26
Universitätsklinik	122	25,4%	31	38,3%	64	43,6%	27
gesamt	351	100%	122	100%	167	100%	62

### 3.7.4 Klinikwahl in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens

Zum Vergleich der Klinikwahl mit dem Haushaltshaltsnettoeinkommen der befragten Patienten wurden drei Einkommensgruppen gebildet (*Tabelle 22*).

In der Gruppe der Patienten, welche in ihrem Haushalt über weniger als 1.500€ monatlich verfügen, stimmten 43,6% (41/94) für das Kreiskrankenhaus. 29,8% wählten die Universitätsklinik, 26,6% entschieden sich für die Belegklinik. 176 Patienten gaben ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 1.500€ bis 3.000€ an. Hiervon stimmten 51,1% für das Kreiskrankenhaus. 31,3% nannten die Universitätsklinik als bevorzugte Einrichtung bei der Klinikwahl. 17,6% wählten die Belegklinik. 74 Befragte hatten monatlich 3.000€ oder mehr zur Verfügung. Darunter wählten 45,9% das Kreiskrankenhaus. 47,3% entschieden sich für die Universitätsklinik. 6,8% bevorzugten die Belegklinik.

*Tabelle 22: Bevorzugte Klinik in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens der Befragten in Euro*

Klinik	n	< 1.500 € (n)		1.500 – 3.000 € (n)		> 3.000 € (n)	
Belegklinik	61	26,6%	25	17,6%	31	6,8%	5
Kreiskrankenhaus	165	43,6%	41	51,1%	90	45,9%	34
Universitätsklinik	118	29,8%	28	31,3%	55	47,3%	35
gesamt	344	100%	94	100%	176	100%	74

## 4 Diskussion

Die im Herbst 2007 durchgeführte postalische Befragung von 600 PC-Patienten bei Zustand nach Prostatektomie sollte untersuchen, ob Qualitätsberichte derzeit eine Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl darstellen, bzw. darstellen könnten.

Die versandten Fragebögen beinhalteten die Qualitätsberichte dreier fiktiver urologischer Kliniken, welche sich unter anderem in Ausstattung, medizinischem Leistungsspektrum, Fallzahlen und Hauptprozeduren unterschieden. Strukturell entsprachen die fiktiven, gekürzten Qualitätsberichte den gesetzlichen Vorgaben zur Verfassung eines Qualitätsberichts [11].

Nach Durchsicht dieser drei Qualitätsberichte sollten die Patienten, unter der Nennung von Gründen, jene Klinik wählen, in welcher sie sich am ehesten sowie am wenigsten, einer „erneuten“ Prostatektomie unterziehen würden. Zudem wurde im Fragebogen erfasst, ob die Patienten das Informationsmittel Qualitätsbericht im Allgemeinen kannten und wie verständlich sie diesen anhand der Beispiele einschätzten.

Mit 369 ausgewerteten Fragebögen lag der Rücklauf bei 61,5%. Dies ist äußerst zufrieden stellend, da weder mit Erinnerungsschreiben noch mit materiellen Anreizen gearbeitet wurde, um die Rücklaufquote zu steigern. Zudem wurden im oben erwähnten Rücklauf so genannte non-respondents durch Adressirrtümer oder Todesfälle nicht berücksichtigt. Wären z.B. die ca. 20 unzustellbaren Fragebögen vom gesamten Versand abgezogen worden, läge der Rücklauf somit noch um einige Prozentpunkte höher.

Die Frage nach einem Internetzugang, elementare Voraussetzung zur Nutzung der Qualitätsberichte, bejahten 53,4% der Befragten. Aktuelle Zahlen von 2008 bezifferten die Verbreitung des Internets folgend: 65,8% der Deutschen verfügten über einen Internetzugang, wobei die Tendenz im Laufe der letzten Jahre weiter stieg. Unter den 60- bis 79-jährigen waren die

größten Zuwachsraten zu verzeichnen. Hier belief sich die Rate mittlerweile auf 29% [2]. Insgesamt lag die Häufigkeit von Internetzugängen in dem in dieser Arbeit befragten Patientenkollektiv unter dem bundesweiten Mittel. Jedoch zeigte sich unter Rücksichtnahme des Alters (42,2% der über 65-jährigen Befragten besaßen einen Internetzugang) ein Vorsprung gegenüber dem deutschen Durchschnitt. Demnach ist die primäre Voraussetzung zur Nutzung der Qualitätsberichte, in Form eines Internetzugangs, im befragten Patientenkollektiv überdurchschnittlich häufig gegeben.

Über ein Drittel der Befragten (34,9%) kannte die Qualitätsberichte im Allgemeinen. 10,2% gaben explizit an, sich damit bereits informiert zu haben. Dies scheint zunächst nicht eindrucklich, bedeutet dies doch ebenfalls, dass mehr als der Hälfte der Befragten Qualitätsberichte gänzlich unbekannt waren. In früheren Studien, nach Veröffentlichung der ersten Generation der Qualitätsberichte, wurde der Bekanntheitsgrad mit 19% beziffert [17-18]. Bei der Frage, ob die Qualitätsberichte auch genutzt wurden, lag die Quote in der Studie bei nur 4% [17-18]. Dabei ist zu beachten, dass jene Befragung innerhalb eines repräsentativen Querschnitts der Bundesbürger durchgeführt wurde. Bei den in der vorliegenden Arbeit befragten Patienten lag jedoch ein Krankenhausaufenthalt in der unmittelbaren Vergangenheit.

Es ist anzunehmen, dass diese Befragten aufgrund der zurückliegenden Krankheitsgeschichte besser informiert, bzw. für das Thema sensibilisiert waren, als die durchschnittliche Bevölkerung. Ähnliches, in Bezug auf die Informationsbedürfnisse von Patienten, vermutete auch Hibbard: „Healthy consumers are less concerned about performance information on specific conditions.“ [23] (S. 401)

Es ließen sich Unterschiede hinsichtlich des Versicherungsstatus, des sozioökonomischen Status (gemessen am Einkommen) und des Alters, in Bezug auf den Kenntnisstand über Qualitätsberichte, erkennen.

Wie auch bei Geraedts gaben privat Versicherte (38,2%) häufiger als gesetzlich Versicherte (33,2%) an, die Qualitätsberichte im Allgemeinen zu

kennen [17]. Auch jüngere (36,8%) und besserverdienende Patienten (37,5%) verfügten über einen besseren Kenntnisstand. Allerdings zeigte sich hierbei keine signifikant größere Gruppe, welche angab, die Qualitätsberichte bereits genutzt zu haben. Lediglich bei der Unterteilung des Kollektivs in Onliner und Offliner zeigten sich hierbei deutliche Unterschiede. So gaben 11,5% der Patienten mit Internetzugang an, sich anhand von Qualitätsberichten schon über Krankenhäuser informiert zu haben. Bei den Offlinern lag diese Quote bei nur 8,6%.

Die Patienten attestierten den fiktiven Qualitätsberichten der Studie durchaus Informationsgehalt und Verständlichkeit. 82,4% der Befragten konnten die für sie wichtigen Informationen den Qualitätsberichten entnehmen. Geraedts kam dabei auf 65% [17]. Wie bereits erwähnt, kann die Diskrepanz aufgrund eines besseren Informationsstands – nach erfolgtem Krankenhausaufenthalt – des in dieser Arbeit untersuchten Patientenkollektivs vereinbar sein.

8,5% der Befragten beklagten größere Verständnisprobleme. Im Gesundheitsmonitor 2006 gaben dies mehr als 15% der Befragten wider [17]. Weitere Fragestellungen wären nötig, um konkret jene, für Patienten unverständliche, Informationspassagen ausfindig zu machen.

Die Ergebnisse zur Klinikwahl legten den Schluss nahe, dass es sich beim Thema Informationsgehalt nicht um falsch positive Antworttendenzen innerhalb des Fragebogens handelte. Die Freitextantworten zur Begründung der Wahl waren quantitativ äußerst zufrieden stellend und vermittelten den Eindruck, dass die Befragten den Inhalt der Qualitätsberichte verstanden.

Häufig wurden die OP-Zahlen der Prostatektomien für, bzw. gegen die Wahl einer Klinik genannt. Eine höhere Anzahl von durchgeführten Prostatektomien signalisierte augenscheinlich einen Vorsprung an know-how und skills gegenüber anderen Häusern. Gerne wurde seitens der befragten Patienten somit auf eine größere Erfahrung und Spezialisierung der Ärzte und des Pflegepersonals geschlossen, was sich auch in Befragungen anderer Autoren ergab [31]. Aus diesem Grund wurde der Punkt Erfahrung

besonders oft in den Freitextantworten bei der Wahl der Universitätsklinik genannt, welche die größte Zahl an jährlich durchgeführten Prostatektomien aufwies. Gleichzeitig unterstellten die Befragten der Belegklinik, mit der geringsten Anzahl an Prostatektomien jährlich, mangelnde Erfahrung.

Doch vermeintliche fachliche Kompetenz allein ist nicht ausschlaggebend für die Wahl eines Krankenhauses [17].

Im Fokusgruppenbericht 2006 des Picker Instituts wurden Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl in drei Gruppen aufgeteilt.

Von hoher Relevanz waren der medizinische Schwerpunkt der Klinik sowie die fachliche Kompetenz des Personals, als Garanten für den Behandlungserfolg. Fallzahlen galten auch hier als Indikator für Erfahrung. Mittlere Relevanz wurde subjektiven Kriterien, wie Verpflegung, Sauberkeit, und Einrichtung der Zimmer, zugesprochen. Die räumliche Nähe und die Zahl der Betten pro Zimmer wurden hingegen als Kriterien von niedriger Relevanz eingestuft [31].

Im Gegensatz hierzu zeigten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deutlich, dass diese scheinbar unerheblichen Merkmale bei der Klinikwahl nicht zu vernachlässigen sind. Gerade die Entfernung zum Wohnort wurde als häufiger Grund bei der Wahl für, bzw. gegen eine Klinik genannt. Auch Vier-Bett-Zimmer wurden überzufällig häufig abgelehnt. Wohingegen die Belegklinik von vielen Patienten aufgrund der Unterbringung in Ein-Bett-Zimmern gewählt wurde. Es ist zu beachten, dass die Bettenzahl pro Zimmer bis dato nicht explizit in den aktuellen Qualitätsberichten abgebildet wird.

Der Großteil der Patienten (47,2%) sprach sich theoretisch für eine Behandlung im Kreiskrankenhaus aus. Ob das Kreiskrankenhaus die qualitativ beste Klinik unter den drei fiktiven Kliniken darstellt, sei dahin gestellt. Es scheint jedoch, dass die Befragten bei der Wahl des Kreiskrankenhauses einen Kompromiss zwischen medizinischer Leistung und der Umgebungsgestaltung schlossen. In dieser Klinik lag ein vertretbarer Umfang des medizinischen Leistungsspektrums sowie der OP-Zahlen bei

gleichzeitiger relativer Wohnortnähe und angemessener Hotelausstattung der Klinik vor. Offenbar lehnten Patienten die Behandlung in einem qualitativ hochwertigen Zentrum ab, wenn ihnen die Distanz zu ihrem Wohnort als zu weit, oder die Unterbringung in Mehrbett-Zimmern als unzumutbar erschien. So zeigten auch Losina et al., dass die Nähe des Krankenhauses unter den wichtigsten Faktoren bei der Klinikwahl rangiert [28].

Allerdings soll dabei nicht vergessen werden, dass auch im Zeitalter von Qualitätsberichten und BQS-Daten, Qualität in der Medizin nach wie vor eine schwer zu beurteilende Größe für den Laien darstellt [21, 33]. Einige Autoren stellten fest, dass bei einem Überangebot an Information Patienten diese durch Überforderung nicht mehr effektiv nutzen können. In einem Review von 1997 fassten Hibbard et al. zusammen, dass Nutzer, sehen sie sich komplexen Qualitätsinformationen gegenübergestellt, eher auf präzise, leichter zu verstehende Informationen zurückgreifen [23]. Schaeffer vermutete sogar, dass Patienten sich bei der Wahl zwischen zwei Krankenhäusern eher für das besser erreichbare entscheiden, obwohl sie wüssten, dass die medizinische Leistung der anderen Klinik besser bewertet wurde [34]. Dass Patienten in der vorliegenden Arbeit Daten der Prozessqualität zugunsten nachvollziehbarer Kriterien (Entfernung zum Wohnort, Hotelausstattung einer Klinik, etc.) in den Qualitätsberichten vernachlässigten, ist unwahrscheinlich. Die qualitative Auswertung der jeweiligen Freitextfelder zur Klinikwahl zeigte häufig eine Kombination der beiden Parameter.

Ein nicht zu vernachlässigender Faktor stellt die Vertrauenswürdigkeit der Einrichtung dar [31]. Der dritthäufigste Grund für die Wahl der Belegklinik war die fiktive Aussicht auf eine Operation durch den eigenen behandelnden Urologen. In jenem Qualitätsbericht wurde – im Gegensatz zu den beiden anderen – darauf hingewiesen, dass die Leitung des Hauses einem dem Patienten bereits bekannten Urologen unterlag. Man sollte sich dabei vor Augen führen, dass gerade bei der Krankenhauswahl dem Patienten als vertrauenswürdig geltende Institutionen gesucht werden [20]. Oft ist erst bei

schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen oder Krankheiten, die nicht ambulant therapierbar sind, ein Krankenhausaufenthalt von Nöten. Dieser Umstand kann bei Patienten Ängste und Unsicherheit auslösen [34]. Ein dem Patienten im Vorfeld bereits bekannter Operateur könnte Sicherheit implizieren und Ängsten entgegensteuern.

Ein Augenmerk sollte auf den häufigstgenannten Grund bei der Wahl des Kreiskrankenhauses gerichtet werden: Unabhängig vom Alter oder Tumorstadium schienen nerverhaltende Operationsverfahren besonderes Interesse bei den befragten Patienten zu wecken.

Nach Kenntnis der häufigstgenannten Gründe für oder gegen die Wahl einer Klinik im Kollektiv, sollte kurz auf Unterschiede bei der Klinikwahl innerhalb bestimmter Patientenuntergruppen eingegangen werden. Dabei wurden die Patienten nach Alter, Krankenversicherungsart, Einkommen und der Größe ihres Wohnorts eingeteilt.

So zeigte sich eine größere Anzahl an Befürwortern der Belegklinik bei den älteren Patienten, wohingegen in der jüngeren Gruppe mehr Patienten der Universitätsklinik den Vorzug gaben, als im Gesamtkollektiv. Da die häufigstgenannten Gründe zur Klinikwahl lediglich für das gesamte Kollektiv ermittelt wurden, lassen sich diese innerhalb einzelner Patientengruppen nur erwägen. Möglich erscheint, dass ältere Befragte durch eingeschränkte Mobilität eher die wohnortnahe Belegklinik wählten, wohingegen für jüngere Befragte und deren Angehörige die Distanz zur Klinik eine geringere Rolle spielte.

Auffallend war, dass im Vergleich weitaus weniger privat versicherte Patienten die Belegklinik wählten, als gesetzlich versicherte Patienten. Im Qualitätsbericht wurde die Belegklinik bewusst als komfortabelste Klinik mit den meisten Serviceleistungen dargestellt. Die Ergebnisse bei der Klinikwahl zeigten jedoch, dass privat versicherte Patienten eine Klinik nicht anhand deren Hotelausstattungen wählten. Zugleich schloss sich die Mehrheit der gesetzlich Versicherten nicht der Meinung eines Befragten an, der im Freitextfeld vermutete, in der Belegklinik seien „...gesetzlich Versicherte nicht

erwünscht“. Eben jene Gruppe wählte die Belegklinik im Durchschnitt sogar häufiger.

Bei der Einteilung des Patientenkollektivs nach Wohnortgröße und Haushaltsnettoeinkommen zeigten sich erhebliche Unterschiede im Antwortverhalten. Es ließ sich eine Tendenz zur Wahl des Kreiskrankenhauses und vor allem zur Belegklinik erkennen, je kleiner der Wohnort der Befragten angegeben wurde. Befragte aus größeren Gemeinden und Städten hingegen tendierten zur Wahl der Universitätsklinik. Bei den Befragten aus Städten über 100.000 Einwohner lag die Präferenz für die Universitätsklinik sogar über dem, im gesamten Kollektiv bevorzugten, Kreiskrankenhaus. So kann auch hier argumentiert werden, dass bei urbanem Hintergrund die Bereitschaft der Patienten größer war, auch weitere Distanzen für die bevorzugte Klinik zurückzulegen.

Die Ergebnisse zeigten zudem, dass Patienten geringeren Einkommens häufiger, als im Kollektiv, die Belegklinik wählten. Besserverdienende entschieden sich deutlich zugunsten der Universitätsklinik.

Damit ein Informationsmedium von Patienten genutzt wird, sollte es gewisse Voraussetzungen erfüllen. Schaeffer zählt in ihrer Literaturanalyse folgende wichtigste Kriterien auf [34]:

- a) leichte Zugänglichkeit
- b) sprachliche Verständlichkeit
- c) inhaltliche Abdeckung der für Patienten wichtigen Kriterien zur Wahl
- d) Übersichtlichkeit, keine Detailfülle
- e) Anpassung an patientenspezifische Problemsituationen
- f) Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen
- g) Anpassung an kognitive Kapazität und Wissen des Benutzers
- h) Koppelung an zusätzliche Informationsmodi



Im Weiteren soll geklärt werden, inwieweit die Punkte auf die Qualitätsberichte, im Hinblick auf PC-Patienten zutreffen:

Zu a) Die leichte Zugänglichkeit ist bislang eingeschränkt möglich, da die Qualitätsberichte nur im Internet aufrufbar sind. Allerdings zeigte die vorliegende Arbeit, dass besonders ältere PC-Patienten bei der Zugangsmöglichkeit zum Internet gleichaltrigen Bundesbürgern überlegen sind.

Zu b) Die sprachliche Verständlichkeit ist durch die in den Bestimmungen festgelegte Vermeidung von Fachtermini festgehalten [12]. Mittels Auswahllisten in einigen Themenbereichen wurden in der zweiten Generation der Qualitätsberichte nochmals Änderungen zu ihrer besseren Vergleichbarkeit erreicht [9].

Zu c) Es zeigte sich anhand der Freitextantworten, dass die Patienten die für sie wichtigen Kriterien zur Wahl einer Klinik den Qualitätsberichten entnehmen und interpretieren können.

Zu d) In einigen Studien wurde bemängelt, dass bis zu einem Drittel der in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen von Patienten als unbrauchbar bei der Klinikwahl eingestuft wurde [19]. Zugleich wurde in vorliegender Arbeit deutlich, dass für Patienten offenbar wichtige Daten, beispielsweise über wie viele Einzel-, bzw. Mehrbettzimmer eine Station verfügt, nach wie vor ungenau in den Berichten beschrieben wurden. Da allerdings in den Qualitätsberichten jegliche Abteilungen einer Klinik dargestellt werden müssen, können die Berichte leicht ein Ausmaß von über Hundert Seiten erreichen. Somit könnten hinsichtlich des Umfangs und der Übersichtlichkeit eines Qualitätsberichts zukünftig Verbesserungen getroffen werden.

Zu e und f) Hierfür ist die gezielte Nutzung der maschinenlesbaren Daten sinnvoll. Wie bereits unter *2.1 Gesetzliche Vorgaben zum Qualitätsbericht* erklärt, sind die Krankenhäuser bei der Abgabe der Qualitätsberichte verpflichtet, zu den PDF-Versionen die so genannten XML-Daten einzureichen. Dabei handelt es sich um eine maschinenlesbare Form der Berichte, welche zur Einspeisung von Informationen in Suchmaschinen oder

Zu g) Die Anpassung an die kognitive Kapazität und das Wissen jedes einzelnen Benutzers ist beim Qualitätsbericht, der sich an unterschiedliche Zielgruppen richtet, schwer möglich. Im Dezember 2007 wurde vom G-BA eine 30-seitige Lesehilfe herausgegeben [13]. Diese erklärt in verständlicher Weise Schritt für Schritt den Aufbau eines Qualitätsberichts und welche Informationen unter den einzelnen Punkten zu erwarten sind. Auch mittels dieser Lesehilfe, quasi als Nutzerhandbuch zur Durchsicht eines Qualitätsberichts zu verstehen, kostet das Verständnis der dargelegten Informationen Zeit, Konzentration und Hintergrundwissen des Nutzers. Ist dies nicht vorhanden, kann sich schnell Überforderung statt Information einstellen. Bauer und Rosenbrock warnten davor, dass sich durch das steigende Niveau der Patienteninformation Nutzungsbarrieren für jene aufürmen könnten, die nicht über persönliche oder soziale Möglichkeiten verfügen, diese effektiv auszuschöpfen [3]. Dies ließ sich auch in vorliegender Arbeit am Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte im Vergleich mit soziodemographischen Faktoren (Alter, sozioökonomischer Status, etc.) vermuten.

Zu h) Um solche Diskrepanzen bei der Patienteninformation auszugleichen, rückt die Koppelung an zusätzliche Informationsmodi in den Mittelpunkt.

Eine weitere Befragung der Münchner Arbeitsgruppe von PC-Patienten zeigte, dass nach wie vor der niedergelassene Urologe wichtigster Ansprechpartner bei der Informationssuche zur Klinikwahl war. Ihm wurde

auch die höchste Vertrauenswürdigkeit zugesprochen, und demnach zur Entscheidungsfindung herangezogen [20].

Erwähnenswert ist, dass zugleich das Internet von nur ca. einem Drittel der Befragten mit Internetzugang als Informationsquelle wirklich herangezogen wurde [20]. Diesem Medium wurde von anderen Autoren ebenfalls eine eher untergeordnete Bedeutung zum Informationsbeitrag bei einer Klinikwahl beigemessen [39].

Im Hinblick darauf, dass das Internet primäre Zugangsmöglichkeit zu den Qualitätsberichten darstellt, ist diese Erkenntnis alles andere als unerheblich.

Somit rückt der Arzt als fachliche Instanz in den Vordergrund. Der sinnvolle, für den Patienten effektive Umgang mit Qualitätsberichten erscheint am ehesten mittels professioneller Hilfe gewährleistet [38]. Der niedergelassene Urologe, seltener auch der Hausarzt, hat erfahrungsgemäß zur Zeit der Diagnosestellung Prostatakrebs den engsten Kontakt zum Patienten. Er besitzt einerseits das nötige Fachwissen, um „zwischen den Zeilen“ eines Qualitätsberichts zu lesen, andererseits kann er auf die Erfahrungen anderer Patienten mit einer Klinik zurückgreifen. So könnte im Idealfall, im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, das geeignete Krankenhaus zur Therapie gewählt werden.

Nachdem die Anforderungen an den Qualitätsbericht im Hinblick auf die Informationsdarstellung besprochen wurde, soll nun auf dessen offensichtliche Mängel und Probleme eingegangen werden.

Es darf nicht vergessen werden, dass Qualitätsberichte zur Information verschiedener Gruppen dienen sollen [10]. Einweisende Ärzte erwünschen sich andere Informationen aus den Berichten, als z.B. Krankenkassen. Die große heterogene Zielgruppe der Patienten setzt sich aus Individuen zusammen, die unterschiedliche Informationsbedürfnisse und Qualitätsansprüche besitzen. So kann ein Qualitätsbericht nie sämtliche, für den einzelnen Nutzer relevanten Kriterien abbilden.

Dass dieses vergleichbar junge Projekt, nach aktuell zwei Berichtsjahren, einem ständigen Wandel zur Verbesserung unterliegt, zeigt sich auch daran: Im März 2009 wurde seitens des G-BA Neufassungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser verabschiedet [15].

Diese sollen bereits für die anstehende Veröffentlichung über das Berichtsjahr 2008 umgesetzt werden. Zwar wurde grundsätzlich an der gewohnten Gliederung der Qualitätsberichte festgehalten, die Auswahllisten zur Darstellung der Leistungsangebote, Versorgungsschwerpunkte, etc. wurden jedoch überholt. Dies soll auch die Erstellung der Berichte erleichtern. Die Erweiterung um weitere Ausfüllmöglichkeiten soll das Leistungsspektrum einer Klinik noch detaillierter und vergleichbarer gestalten. Zudem wurde durch Hinzufügen diverser Erläuterungen sowie Verpflichtung zur umgangssprachlichen Bezeichnung der apparativen Ausstattung, die Terminologie für Laien vereinfacht. Ein Brachytherapiegerät wird so beispielsweise als „Bestrahlung von innen“ aufgeführt [8]. Auch nach mehrmaligen Überarbeitungen der Vorgaben bezüglich des Inhalts werden nach wie vor Fragen seitens der Patienten existieren, auf welche die Berichte keine Antworten liefern.

Die vielleicht größte Problematik der Qualitätsberichte lässt sich schon am Namen erkennen. Qualität ist ein dehnbarer, schwer zu definierender Begriff, und Patienten stellen daran unterschiedliche Anforderungen [33]. Ein korrektes Verständnis von Qualität in den Berichten seitens ihrer Nutzer erfolgt nur, wenn sie auch korrekt gemessen und dargestellt wird [7]. Doch hierbei zeigen sich die konkreten Schwächen der existierenden Qualitätsberichte.

Als Beispiel sei die Auflistung der zehn häufigsten Prozeduren einer Abteilung zu nennen. Dabei handelt es sich auf den ersten Blick um eine solide, leicht zu ermittelnde Messgröße. In der vorliegenden Arbeit wurde die Anzahl der jährlich durchgeführten Prostatektomien von den Patienten als sinnvoller Qualitätsindikator aufgefasst und häufig als Grund bei der Klinikwahl angegeben. Es stellt sich die Frage, ob Nutzer bei einer hohen

Anzahl von in einer Abteilung durchgeführten Prostatektomien überhaupt auf die in den Freitextfeldern so oft erwähnte „Erfahrung des Teams“ schließen können. Die aktuellen Qualitätsberichte beinhalten keine Information darüber, wie oft z. B. Eingriffe von einzelnen Operateuren durchgeführt werden. So kann ein großes, Ausbildung betreibendes Krankenhaus weit weniger Prozeduren pro Operateur aufweisen, als z.B. eine kleine Belegklinik, in der ein Arzt diese regelmäßig selbst durchführt. Auch die mittlerweile in Auszügen im Qualitätsbericht aufgenommenen Komplikationsraten lassen Spielraum für Fehlinterpretationen. Die Problematik der Verzerrung, bedingt z.B. durch unterschiedliches Patienten Klientel der Kliniken, wird bereits in der Lesehilfe zu den Qualitätsberichten den Nutzern nahe gebracht [13].

Ähnliches gilt für Mortalitätsraten, welche bislang noch nicht in den Qualitätsberichten abgebildet werden. Frühere Studien zeigten, dass bei unterschiedlicher Darstellung desselben outcomes Mortalitätsraten wesentlich gravierender von den Lesern eingestuft wurden, als Überlebensraten [22]. Somit sollte besondere Vorsicht auf die Veröffentlichung von Sterberaten gelegt werden, da sie für Krankenhäuser rufschädigend wirken und bei Patienten Ängste hervorrufen könnten.

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie und der bis dato veröffentlichten Literatur könnte der Qualitätsbericht prinzipiell als zweckmäßige Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von informationssuchenden PC-Patienten eingestuft werden. Dies ist unter dem Vorbehalt einer sinnvollen Nutzung, d.h. gegebenenfalls in Rücksprache mit einem behandelnden Arzt und im Bewusstsein der inhaltlichen Grenzen des Qualitätsberichts zu tun. Er ersetzt nicht die Erwägung weiterer Informationsmedien, insbesondere von ärztlicher Seite. Um die objektive Transparenz von Krankenhäusern zu erhöhen, sollte die Darstellung von Komplikationsraten oder operateurbezogenen Daten im Qualitätsbericht weiter ausgebaut werden. Zudem muss im Sinne einer Zielgruppenorientierung der Zugang zu den Qualitätsberichten vereinfacht und deren Bekanntheitsgrad unter potentiellen Nutzern erhöht werden.

Es wurden in den vergangenen Jahren bereits eingehende Untersuchungen durchgeführt, um Ansprüche von Patienten an eine Krankenhausbehandlung aufzudecken [34]. Dabei blieb jedoch die Informationssuche und Entscheidungsfindung der Patienten für eine Klinik weitgehend unbeachtet. Bauer und Rosenbrock kritisierten zum Thema Nutzerorientierung im Gesundheitswesen, dass „...wissenschaftliche Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung der Konzeptionen, zur Überprüfung ihrer Validität und Effektivität, noch immer eine bedeutsame Leerstelle bilden.“ [3] (S. 189)

Obwohl die Qualitätsberichte der ersten Generation bei Planung der vorliegenden Arbeit bereits existierten, war ihre Auswirkung auf deren Nutzer nicht bekannt. Auch bis dato ist die Literatur zu diesem Thema bestenfalls als übersichtlich zu bezeichnen. Um den Qualitätsbericht als Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von einer definierten Patientenzielgruppe, hier PC-Patienten, zu prüfen, lagen demnach keine bekannten Untersuchungsinstrumente vor. Die Fragebogenentwicklung vorliegender Arbeit zum Thema Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte konnte an einer 2006 durchgeführten Umfrage in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe [17] angelehnt werden.

Doch das Kernstück der Befragung – die Erstellung der gekürzten Qualitätsberichte dreier fiktiver Kliniken, um die Klinikwahl der Patienten am Beispiel zu untersuchen – ist als Pilotprojekt anzusehen. Somit war das Antwortverhalten der Befragten nicht vorherzusehen, was den Einbau von Freitextfeldern im Fragebogen erforderlich machte. Trotz der Länge des Fragebogens, bedingt durch die Detailfülle der Qualitätsberichte und dessen kognitive Ansprüche an die Befragten, war der Rücklauf überaus erfreulich. Man kann durchaus quantitativ und vor allem qualitativ von einem gelungenen Projekt sprechen.

Dennoch ergeben sich auch Implikationen für zukünftige Arbeiten. Nachdem die wichtigsten Kriterien zur Wahl einer Klinik nun vorliegen, könnten zukünftig innerhalb bestimmter Patientengruppen, mittels Antwortauswahl im Fragebogen, genauere Tendenzen erfasst werden. Durch die

arbeitsaufwändigere Auswertung der Freitextantworten war dies in der vorliegenden Arbeit lediglich im gesamten Kollektiv möglich.

Zudem zeigten die Ergebnisse zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte im Fragebogen, dass Unklarheiten bestehen. Um inhaltliche, sprachliche oder formelle Unverständlichkeiten in den existierenden Qualitätsberichten expliziter aufdecken zu können, wären weitere Untersuchungen sinnvoll.

Auch im Hinblick auf die Befragungsdurchführung könnten Änderungen erfolgen. Um Patienten nicht im Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Operation mit einer Befragung zusätzlich zu belasten, wurde der Fragebogen für postoperative Patienten erstellt. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Befragten rückblickend Situationen anders einstufen oder bestimmten Kriterien unterschiedliche Priorität zusprechen [23]. Um die Qualitätsberichte als Hilfestellung eben speziell für die eventuell konfliktreiche Zeit vor einem nötigen Krankenhausaufenthalt zu gestalten, wäre die Ermittlung der Bedürfnisse aktuell betroffener Patienten nötig.

So, wie sich die Veröffentlichung von Qualitätsberichten noch in Kinderschuhen befindet, ist auch jener in der vorliegenden Arbeit verwendete Fragebogen als Befragungsinstrument bei zukünftigen Projekten weiterzuentwickeln.

## 5 Zusammenfassung

Seit 2005 sind Krankenhäuser in Deutschland dazu verpflichtet, ihre Daten in Form von Qualitätsberichten alle zwei Jahre offen zu legen. Grundlage hierzu war eine 2004 vom gemeinsamen Bundesausschuss getroffene Vereinbarung. So sollen Qualitätsberichte primär Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus Informationen liefern und als Entscheidungshilfe dienen. Sie richten sich jedoch auch an zuweisende Ärzte und Krankenkassen, als eine Orientierungshilfe bei der Patientenberatung. Nicht zuletzt können Krankenhäuser die gesetzliche Verpflichtung zum Qualitätsbericht nutzen, um in einem objektiven, vergleichbaren Rahmen ihre Leistungen zu präsentieren.

Ob es sich bei dem vergleichsweise jungen Informationsmedium Qualitätsbericht um eine geeignete Entscheidungshilfe für Patienten bei der Klinikwahl handelt, war bislang wenig untersucht. Als Arbeit einer urologischen Abteilung sollte diese dabei helfen, am Beispiel Qualitätsbericht Präferenzen von Prostatakarzinompatienten bei der Klinikwahl aufzudecken und deren Entscheidungskriterien zu ermitteln.

Hierzu wurde ein Fragebogen erstellt, welcher Qualitätsberichte dreier fiktiver urologischer Kliniken enthielt. Die Kliniken entsprachen in Ausstattung und medizinischer Leistung einer Belegklinik, einem Kreiskrankenhaus und einer Universitätsklinik. Den Befragten war im Fragebogen die Bezeichnung der Kliniken nicht ersichtlich. Diese wurden hierbei lediglich mit Klinik A, B, bzw. C betitelt.

Angelehnt an die gesetzlichen Bestimmungen zur Erstellung eines Qualitätsberichts unterschieden sich die drei urologischen Kliniken in den Items: angenommene Entfernung vom Wohnort, Klinikleitung, Anzahl und Qualifikation der Ärzte, Bettenzahl, Serviceangebote, medizinische Leistungsangebote sowie die zehn häufigsten Hauptdiagnosen und Prozeduren. Dem Berichtsteil folgte ein Fragenteil, in welchem, unter Angabe von zwei Gründen, die bevorzugte und die unattraktivste der drei Kliniken für



eine hypothetische Prostatektomie genannt werden sollte. Zudem wurde innerhalb eines Fragenkomplexes die Bekanntheit der Qualitätsberichte und deren Verständlichkeit ermittelt.

Die anonyme postalische Befragung wurde im Herbst 2007 an 600 Prostatakarzinompatienten bei Zustand nach radikaler Prostatektomie durchgeführt.

Es ergab sich ein Rücklauf von 61%. 53% besaßen einen Internetzugang. Die allgemeine Bekanntheit der Qualitätsberichte belief sich unter den Befragten auf 35%. Lediglich 10% hatten sich damit bereits über Krankenhäuser informiert. Insgesamt wurde den Qualitätsberichten ein hoher Informationsgehalt zugesprochen. 82% der Befragten konnten die für sie wichtigen Informationen den Berichten entnehmen. 8% bemängelten zugleich eine deutliche Unverständlichkeit.

Bei der Klinikwahl am Beispiel der konstruierten Qualitätsberichte entschieden sich 47% für eine hypothetische Behandlung im Kreiskrankenhaus. Häufigstgenannte Gründe hierfür waren vor allem die Spezialisierung des Hauses auf nerverhaltende Operationsverfahren, sowie die relative Wohnortnähe und die Unterbringung der Patienten in Zwei-Bett-Zimmern. 35% gaben der Universitätsklinik den Vorzug. Als Gründe wurden die im Vergleich höchste Anzahl der durchgeführten Prostatektomien der Klinik, das umfassende Leistungsspektrum sowie die Erfahrung und Größe des Teams genannt. 18% wählten die Belegklinik wegen der Wohnortnähe, der Unterbringung in Ein-Bett-Zimmern oder der Behandlung durch einen dem Patienten vertrauten Urologen.

65% lehnten die hypothetische Prostatektomie in der Belegklinik, primär wegen zu geringer Operationszahlen, ab. Die Patienten schlossen so auf fehlende Erfahrung der Operateure. 30% entschieden sich gegen die Universitätsklinik, unter anderem wegen ihrer Größe und Wohnortferne. Nur 5% der Befragten erschien das Kreiskrankenhaus wegen diverser Gründe als völlig ungeeignet.

Die Ergebnisse zeigten, dass die befragten Prostatakarzinompatienten, im Vergleich zum altersentsprechenden Bundesdurchschnitt, häufiger einen Internetzugang besaßen und somit die Voraussetzung zur Nutzung des Qualitätsberichts erfüllten. Auch die Kenntnis über die Qualitätsberichte war in diesem Kollektiv besser, als auf die Gesamtbevölkerung bezogen. Allerdings zeigten sich innerhalb der Patientenuntergruppen Unterschiede: Der Bekanntheitsgrad der Berichte nahm bei älteren, gesetzlich Versicherten und Patienten mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zum Kollektiv ab.

Die für die Patienten als wichtig eingestuften Kriterien zur Klinikwahl waren in den Qualitätsberichten soweit vorhanden. Dabei waren Patienten in der Lage, die Schwerpunkte und Leistung einer Klinik anhand der Hauptdiagnosen und Prozeduren zu beurteilen. Bei der Entscheidungsfindung wurde eine, für den jeweiligen Nutzer, optimale Mischung aus medizinischer Leistungsqualität, sowie Ausstattungsmerkmalen und Strukturdaten (Bettenzahl pro Zimmer, Wohnortnähe) einer Klinik bevorzugt. Letztere, nebensächlich erscheinende Punkte der Strukturqualität, waren bei der Klinikwahl nach wie vor nicht zu unterschätzen. Großes Interesse der Prostatakarzinompatienten bestand an den angebotenen operativen Methoden, insbesondere nervschonenden Verfahren.

Der Qualitätsbericht könnte prinzipiell als Entscheidungshilfe bei der Klinikwahl von Prostatakarzinompatienten dienen. Er sollte jedoch nicht die Zuhilfenahme weiterer Informationsmedien, oder die Rücksprache mit niedergelassenen Ärzten, als fachliche Instanz, ersetzen. Denn selbst detailliert aufgeschlüsselte Struktur- und Leistungsdaten bieten nach wie vor nicht nur medizinischen Laien Interpretationsspielraum. Aufgrund seiner Ausrichtung an mehrere Zielgruppen kann der Qualitätsbericht auch in seiner zweiten Generation nicht sämtliche individuellen Informationsbedürfnisse abdecken.

## 6 Literaturverzeichnis

1. "Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends". Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 6. überarbeitete Auflage: Berlin, 2008.
2. ARD/ZDF-Medienkommission (2008) ARD/ZDF-Onlinestudie 2008. Artikel vom 01.08.2008 [Abrufdatum: 18.06.2009]; ([http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/PM/PM2008\\_2.pdf](http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/PM/PM2008_2.pdf))
3. Bauer, U., Rosenbrock, R., Schaeffer, D.: Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen - gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: "Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation - Beiträge aus der Versorgungsforschung". Badura, B. und Iseringhausen, O. (Hrsg.), Verlag Hans Huber: Bern, 2005, 187-201.
4. Bürgstein, H., Eckardt, J., Fischer, B.: GMDS-Konzept zur Weiterentwicklung des strukturierten Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V ab 2007. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2 (2006) Doc05.
5. Der Tagesspiegel GmbH (2007) Klinikvergleich 2007. Artikel vom 16.06.2007 [Abrufdatum: 18.06.2009]; (<http://www.tagesspiegel.de/berlin/kliniktest/>)
6. Dierks, M.-L., Schaeffer, D.: Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung - Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: "Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz". Klauber, J., Robra, B.-P., und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Schattauer: Stuttgart, 2005, 135-150.
7. Dietrich, M., Grapp, O.: Qualitätsinformationen von Krankenhäusern - Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht. ZögU. 28 (2005) 211-233.
8. Gemeinsamer Bundesausschuss: Regelungen gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Anhang 2 zu Anlage 1 „Auswahllisten“. Fassung vom 19.03.2009 [In Kraft getreten: 22.07.2009]; (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/zur-richtlinie/39/>)
9. Gemeinsamer Bundesausschuss: Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Anhang 1 zu Anlage 2 „Auswahllisten“. Fassung vom 17.10.2006 [Änderung vom 21.06.2007].

10. Gemeinsamer Bundesausschuss: Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. § 1 „Ziele des Qualitätsberichts“. Fassung vom 17.10.2006 [Änderung vom 21.06.2007]; (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/historie/zur-richtlinie/39/>)
11. Gemeinsamer Bundesausschuss: Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Anlage 1. Fassung vom 17.10.2006 [Änderung vom 21.06.2007]; (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/>)
12. Gemeinsamer Bundesausschuss: Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Anlage 2 „Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht“. Fassung vom 17.10.2006 [Änderung vom 21.06.2007].
13. Gemeinsamer Bundesausschuss: "Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen". Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 SGB V: Siegburg, 2007.
14. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) "Gemeinsamer Bundesausschuss schafft Voraussetzungen zur Weitergabe der maschinenlesbaren Daten der Krankenhaus-Qualitätsberichte". Pressemitteilung vom 20.06.2008 [Abrufdatum: 29.07.2009]; (<http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/246/>)
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) "Neuregelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser nun verbindlich beschlossen und veröffentlicht - Abgabetermin 2009: 31. August". Pressemitteilung vom 23.03.2009 [Abrufdatum: 29.07.2009]; (<http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/282/>)
16. Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss und welche Funktion hat er im deutschen Gesundheitswesen? letzte Aktualisierung: 04.05.2009 [Abrufdatum: 10.06.2009]; (<http://www.g-ba.de/institution/sys/faq/zur-faq-kategorie/9/>)

17. Geraedts, M.: Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sicht der Versicherten. In: "Gesundheitsmonitor 2006 - Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten". Böcken, J., Braun, B., Amhof, R., und Schnee, M. (Hrsg.), Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh, 2006, 154-170.
18. Geraedts, M., Amhof, R.: Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 51 (2008) 53-60.
19. Geraedts, M., Schwartze, D., Molzahn, T.: Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. BMC Health Serv Res. 7 (2007) 157.
20. Herkommer, K., Neugebauer, J., Fuchs, T., Gschwend, J.: Was beeinflusst die Klinikwahl von Prostatakarzinompatienten? J Urol Urogynäkol. 15 (Sonderheft 2) (2008) 28.
21. Hibbard, J.H., Jewett, J.J.: Will quality report cards help consumers? Health Aff (Millwood). 16 (1997) 218-28.
22. Hibbard, J.H., Peters, E.: Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. Annu Rev Public Health. 24 (2003) 413-33.
23. Hibbard, J.H., Slovic, P., Jewett, J.J.: Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. Milbank Q. 75 (1997) 395-414.
24. Hildebrand, R.: Qualitätsberichtserstattung in Deutschland heute. In: "Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz". Klauber, J., Robra, B.-P., und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Schattauer: Stuttgart, 2005, 27-47.
25. Initiativkreis Ruhrgebiet Verwaltungs-GmbH (2007) Klinik-Führer Rhein-Ruhr.  
letzte Aktualisierung: Dezember 2007 [Abrufdatum: 18.06.2009];  
(<http://www.kliniken-rhein-ruhr.de>)
26. Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen (2008) Sozialpolitik-aktuell. [Abrufdatum: 18.06.2009];  
(<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/datensammlung/6/abb/abbVI25.pdf>,  
<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/datensammlung/6/tab/tabVI20.pdf>)

27. Klemperer, D.: "Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation". Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB): Berlin, 2003.
28. Losina, E., Plerhoples, T., Fossel, A.H., Mahomed, N.N., Barrett, J., Creel, A.H., Wright, E.A., Katz, J.N.: Offering patients the opportunity to choose their hospital for total knee replacement: impact on satisfaction with the surgery. *Arthritis Rheum.* 53 (2005) 646-52.
29. Lütticke, J., Schellschmidt, H.: Qualitätsberichte nach § 137 SGB V - Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In: "Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz". Klauber, J., Robra, B.-P., und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Schattauer: Stuttgart, 2005, 197-211.
30. Marshall, M.N., Romano, P.S., Davies, H.T.: How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care.* 16 Suppl 1 (2004) i57-63.
31. Picker Institut Deutschland gGmbH (2006) Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen - Ergebnisbericht Oktober 2006. letzte Aktualisierung: 26.02.2009 [Abrufdatum: 29.07.2009]; (<http://www.weisse-liste.de/bedarfsanalyse.75.html>)
32. Rosenbrock, R.: Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: "Der mündige Patient - Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen". von Reibnitz, C., Schnabel, P.-E., und Hurrelmann, K. (Hrsg.), Juventa: München, Weinheim, 2001, 25-34.
33. Ruprecht, T.: Qualität quo vadis - die Perspektive der Patienten. Qualität in der Gesundheitsversorgung. Newsletter der GQMG. 7 (2000) 9-14.
34. Schaeffer, D.: "Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus - Eine Literaturanalyse", Bertelsmann Stiftung: Gütersloh, 2006.
35. Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S.: Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In: "Lehrbuch Patientenberatung". Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), Verlag Hans Huber: Bern, 2006, 7-16.
36. Schauffler, H.H., Mordavsky, J.K.: Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health.* 22 (2001) 69-89.

37. Scheibler, F., Pfaff, H.: Shared decision making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: "Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess". Scheibler, F. und Pfaff, H. (Hrsg.), Juventa: München, Weinheim, 2003, 11-22.
38. Schwartz, L.M., Woloshin, S., Birkmeyer, J.D.: How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *Bmj.* 331 (2005) 821.
39. Streuf, R., Maciejek, S., Kleinfeld, A., Blumenstock, G., Reiland, M., Selbmann, H.K.: Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. *Gesundh ökon Qual manag.* 12 (2007) 113-120.
40. ter Haseborg, F., Zastrau, R.: Qualität, Markenbildung und Krankenhauswahlentscheidung - Implikationen der neuen Qualitätstransparenz für das Krankenhaus-Marketing. In: "Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz". Klauber, J., Robra, B.-P., und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Schattauer: Stuttgart, 2005, 151-162.
41. von Reibnitz, C.: Die Rolle des Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt. Eine Aufforderung zu mehr Mitbestimmung. In: "Der mündige Patient - Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen". von Reibnitz, C., Schnabel, P.-E., und Hurrelmann, K. (Hrsg.), Juventa: München, Weinheim, 2001, 265-273.
42. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, "ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision". 2. Edition, Vol. 2, WHO: Genf, 2004.

## 7 Danksagung

Allem voran danke ich meinem Doktorvater, Prof. Dr. med. Jürgen E. Gschwend, Leiter der Urologischen Klinik der TU München, für die Ermöglichung der Erstellung einer Dissertation in seiner Abteilung.

Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. med. Kathleen Herkommer für die hervorragende Unterstützung. Ihre professionellen Anregungen begleiteten mich während jeder Phase des Projekts. Nicht zuletzt dank ihrer außerordentlichen und zuverlässigen Förderung war es mir möglich, die Arbeit in diesem Zeitrahmen zu verfassen.

Für ihre tatkräftige Hilfe – sei es beim Layout der Fragebögen und Grafiken, der Arbeit mit der Datenbank oder der Auseinandersetzung mit dem Literaturprogramm – danke ich sämtlichen Mitarbeitern des EDV-, Studien- und Datenzentrums der Urologischen Klinik der TU München. Durch ihre geduldige Behebung kleiner und großer Probleme wurde mir viel Mühe erspart.

Ebenfalls zu Dank verpflichtet bin ich Frau Dr. med. Andrea Bernklau, Ansprechpartnerin im Qualitätsmanagement des Klinikums Rechts der Isar. Durch ihren freundlichen Beitrag konnte ich im Vorfeld Einblicke in das Thema Qualitätsberichte von Krankenhäusern gewinnen.

Hiermit bedanke ich mich ebenfalls bei meinen Mitdoktoranden für die angenehme Zusammenarbeit und freundliche Arbeitsatmosphäre.

Zuletzt danke ich herzlich allen Patienten, die an der Befragung teilnahmen und somit eine wichtige Voraussetzung zum Gelingen meiner Arbeit erfüllten.