

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 93-104



7	Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten	93
	<i>Max Geraedts und Werner de Cruppé</i>	
7.1	Einleitung	93
7.2	Freie Krankenhauswahl – die Gesetzeslage	94
7.3	Freie Krankenhauswahl – Epidemiologie	95
7.4	Patientenrelevante Qualitätsinformationen	96
7.5	Quellen für Qualitätsinformationen	99
7.6	Medien für Qualitätsinformationen.....	100
7.7	Auswahl von Krankenhäusern.....	100
7.8	Fazit.....	102
7.9	Literatur	103

7 Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten

Max Geraedts und Werner de Cruppé

Abstract

Obwohl Informationsangebote zur Qualität der Gesundheitsversorgung zunehmen, äußern Patienten einen weiterhin unbefriedigten Informationsbedarf. Am Beispiel der Krankenhauswahl stellt der Beitrag rechtliche und epidemiologische Rahmenbedingungen dar und resümiert den derzeitigen Wissensstand, welche Informationen für Patienten relevant sind, aber auch, wie geringe Verständlichkeit und Zugänglichkeit die Verwendung bestehender Informationsangebote einschränken. Hierbei können alters-, schicht- und geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden. Abschließend wird ein Ausblick auf neue Angebote vergleichender Qualitätsinformationen gegeben, die zukünftig eventuell den Entscheidungsprozess für Patienten besser unterstützen können.

Although information on the quality of health care increases, patients still express an unmet need for information. Using choice of hospitals as an example we describe the legal and epidemiological background in Germany and review the state of the art concerning patients' information needs and how limited clarity and accessibility restricts the use of already available information. At this, age, gender, and socioeconomic status related differences have been observed. Finally, we provide an outlook on new choices of comparative quality information that might provide patients with better support for their decision making in the future.

7.1 Einleitung

Eigentlich sollten Patienten, die auf der Suche nach einem Krankenhaus sind, das zu ihrem Behandlungsbedarf und ihren Präferenzen am besten passt, heute keine Schwierigkeiten mehr haben, ein geeignetes Krankenhaus zu finden. Denn Informationsangebote über die Qualität der Gesundheitsversorgung erfreuen sich in den letzten Jahren einer stetigen Zunahme. Sei es in Form nationaler oder regionaler Hitlisten der „besten“ Krankenhäuser in Zeitschriften oder Büchern, in Form gesetzlicher, strukturierter Qualitätsberichte oder in Form von Vergleichsdatenbanken im Internet – Patienten steht potenziell eine Fülle von Informationen zur Verfügung, die eine autonome Wahlentscheidungen eines geeigneten Behandlungsorts unterstützen könnten. Oberflächlich betrachtet wird dadurch endlich das bislang im Gesundheitswesen fehlende (Salisbury 1989) aktive Verbraucherverhalten bei der

Krankenhauswahl ermöglicht: Der Patient denkt über seine Auswahlkriterien nach, holt Informationen über den Erfüllungsgrad der einzelnen Krankenhäuser ein und entscheidet sich für die passendste Einrichtung.

Im krassen Gegensatz dazu äußern Patienten bei Befragungen aber weiterhin einen hohen unbefriedigten Informationsbedarf, wie er in der Literatur seit langem beschrieben wird (Robinson und Brodie 1997; Schneider und Epstein 1998; Marshall et al. 2000). Wenn die Entscheidung tatsächlich getroffen wurde, dass beispielsweise eine Kniegelenks-Endoprothese implantiert werden soll, fühlen sich die meisten Patienten ratlos, wo sie den Eingriff am besten machen lassen sollten. Am Ende nutzen sie die vorhandenen Informationen nur in geringem Maß. Stattdessen treffen sie die Krankenhauswahl zumeist auf der Basis von Empfehlungen von Freunden, Bekannten und Verwandten oder Ärzten.

Der folgende Beitrag diskutiert auf der Basis einer selektiven Literaturrecherche sowie der Ergebnisse eigener Forschungsarbeiten Gründe für diese Diskrepanz. Dabei wird thematisiert, wie Patienten Qualität wahrnehmen und welche Rolle die Qualität bei der Beurteilung und Auswahl von Krankenhäusern spielt. Zudem werden die Medien und Quellen angesprochen, die für eine qualitätsorientierte Auswahl von Krankenhäusern zur Verfügung stehen und wie diese von Patienten genutzt und beurteilt werden.

7

7.2 Freie Krankenhauswahl – die Gesetzeslage

Sind Patienten wirklich frei, sich zum Beispiel nach Durchsicht einiger gesetzlicher Qualitätsberichte für ein Krankenhaus ihrer Wahl zu entscheiden? Dies zumindest suggeriert die Einführung der gesetzlichen Qualitätsberichte, die gemäß Gemeinsamen Bundesausschuss u. a. für Patienten als Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses dienen sollen. Ein genauer Blick in die gesetzlichen Regelungen zur Krankenhauswahl offenbart jedoch, dass eine völlig freie Krankenhauswahl eigentlich gar nicht vorgesehen ist. Außer bei Notfällen bedarf eine Krankenhausbehandlung einer Verordnung durch einen niedergelassenen Arzt. Dieser prüft und begründet deren Notwendigkeit, die auf dem dafür laut Bundesmantelverträgen vorgesehenen Vordruck zu erläutern ist. Auf dem Vordruck sind „in den geeigneten Fällen“ die zwei nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Sowohl im § 73 SGB V als auch in den Krankenhausbehandlungs-Richtlinien nach § 92 SGB V wird nicht spezifiziert, welche Fälle „geeignet“ sind. Bei Aushändigung der Verordnung soll der Vertragsarzt aber den Patienten auf die Genehmigungspflicht der Krankenhausbehandlung durch die Krankenkasse hinweisen. Auf dem Vordruck wird dazu spezifiziert, dass die Krankenkasse die Kostenübernahme der Krankenhausbehandlung ansonsten ablehnen kann.

In der Konsequenz führen diese Regelungen in Einzelfällen dazu, dass Krankenkassen höhere Behandlungskosten oder aber Krankentransportleistungen von den Versicherten zurückverlangen, wenn diese „teurere“ oder entfernt liegende Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Deshalb kann Patienten nur geraten werden, nicht darauf zu setzen, dass sie ihr Krankenhaus frei wählen können. Stattdessen bedarf

es einer gemeinsamen Entscheidung mit dem einweisenden Arzt, der dann zwei Krankenhäuser benennt, die vom Patienten akzeptiert werden und trotzdem die Kriterien „geeignet“ und „nächsterreichbar“ erfüllen.

7.3 Freie Krankenhauswahl – Epidemiologie

Wissenschaftliche Untersuchungen darüber, wie häufig und welche Patienten in Deutschland vor einer Krankenhausaufnahme dieses überhaupt wählen konnten oder an der Krankenhauswahl beteiligt waren, sind bis dato sehr spärlich. Allein Dierks et al. (2001) befragten Krankenhauspatienten, von denen 50% angaben, selber die Wahl getroffen zu haben. Diese Angaben decken sich gut mit einer ersten Abschätzung des Potenzials für eine aktive Krankenhauswahl durch Patienten auf der Basis von Daten der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes. Demnach waren auf der Basis der Fallpauschalen-Statistik 2008 (ohne psychiatrische und psychosomatische Behandlungen) von insgesamt 16,9 Millionen stationären Fällen 37% (6,3 Millionen) als Notfälle ausgewiesen, 60% (10 Millionen) der Fälle wurden mit Arzteinweisung oder als Geburten aufgenommen und die restlichen Fälle waren Krankenhausverlegungen (Statistisches Bundesamt 2009a). Unbekannt bleibt hierbei, ob die ohne Einweisung eingelieferten Patienten (Notfälle) durchweg keine Wahlentscheidung hatten und ob die eingewiesenen Fälle tatsächlich die Zeit und Möglichkeit hatten, vor der Aufnahme Informationen zur Krankenhauswahl zu nutzen.

Die Hauptdiagnosestatistik aller Krankenhausfälle für 2008 (Statistisches Bundesamt 2009b) ergab auch für die 50 häufigsten Diagnosen, die 45% aller Krankenhausfälle umfassen, in einer eigenen Zuordnung zu den drei Kategorien „hauptsächlich chronische“, „akute“ und „akute Diagnosen bei chronischer Erkrankung“, ein Drittel akuter Erkrankungen mit Notfallaufnahme. Ein zweites Drittel betraf chronische Erkrankungen, die notfallmäßig ins Krankenhaus mussten und ein weiteres Drittel waren Aufnahmen zur elektiven Behandlung bei chronischer Erkrankung.

Man kann also davon ausgehen, dass zumindest potenziell für rund 60% aller Krankenhausfälle in Deutschland eine Wahlentscheidung möglich wäre. Bei diesen Überlegungen muss noch die Zeit beachtet werden, die für eine Informationssuche notwendig ist. Zwar fehlen Studienangaben bisher vollständig darüber, wie viel Zeit den Patienten vor Aufnahme für eine Informationssuche zur Verfügung steht, jedoch muss davon ausgegangen werden, dass eine aktive, informierte Wahlentscheidung in der Realität allein aufgrund fehlender Zeit nur in wesentlich geringerem Umfang möglich sein wird.

Dieses Potenzial kann aber nur dann ausgeschöpft werden, wenn die für Patienten relevanten Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen und diese patientengerecht von akzeptierten Quellen aufbereitet wurden. Mit diesen Aspekten beschäftigen sich die folgenden Abschnitte.

7.4 Patientenrelevante Qualitätsinformationen

Im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung werden regelmäßig repräsentative Bevölkerungsbefragungen zum deutschen Gesundheitswesen durchgeführt. Die Frühjahrsbefragung 2006 widmete sich unter anderem dem Thema Qualitätsvergleiche (Geraedts 2006). Den Befragungsergebnissen zufolge wünschen sich 86% der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern.¹ Um herauszufinden, welche konkreten Informationen gewünscht werden, erhielten die Befragten eine Liste von 33 Items, deren Relevanz für eine Krankenhauswahl beurteilt werden sollte. Diese 33 Items waren folgenden fünf Rubriken von Qualitätsinformationen zugeordnet: 1. Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik (8 Items), 2. Qualifikation des Personals (4 Items), 3. Behandlungsverfahren und deren Erfolge (8 Items), 4. Allgemeine Serviceleistungen der Klinik (6 Items) und 5. Sonstige Ausstattungs- und Leistungsmerkmale (7 Items).

Aus dem Bereich „Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik“ erreichte nur der Faktor „Spezialkompetenz der Klinik“, der von knapp 89% der Befragten für wichtig erachtet wurde, einen Rangplatz unter den zehn wichtigsten Informationen (Abbildung 5–1). Fünf der übrigen Faktoren dieser Rubrik erhielten Rangplätze im Mittelfeld und zwei Faktoren, „Angebot alternativer Heilmethoden“ und „Anzahl der medizinischen Fachabteilungen“ fielen unter die Gruppe der zehn als am wenigsten wichtig beurteilten Faktoren für eine Krankenhauswahl.

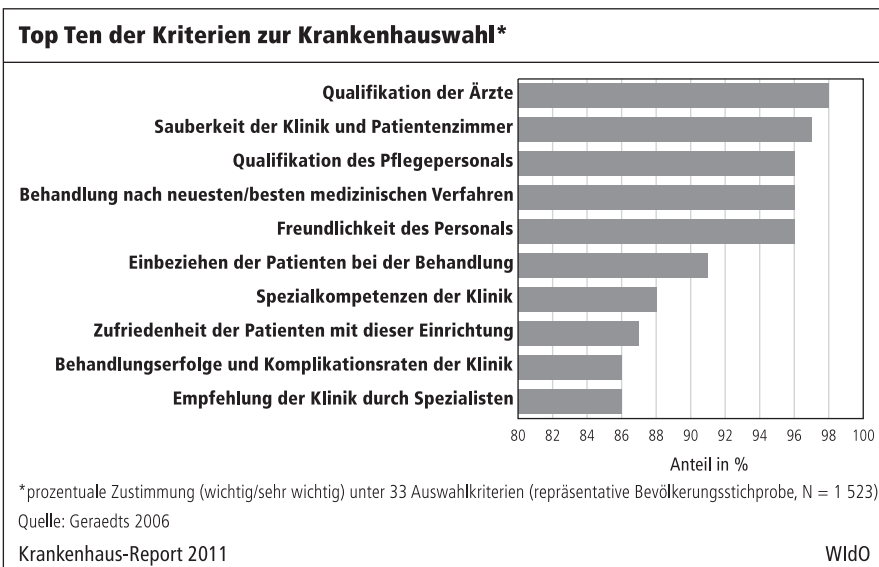
Die Qualifikation des Personals nahm mit den Rängen eins und drei Spitzenplätze unter den Faktoren für eine Krankenhauswahl ein. Wesentlich niedriger wurde u. a. die Relevanz der Leistungsmenge von den Befragten eingeschätzt. Dieses Kriterium spielt demnach für die Versicherten nicht die prominente Rolle, die ihm in der gesundheitspolitischen Diskussion um Mindestmengen beigemessen wird.

Ebenfalls als äußerst wichtig zur Krankenhauswahl wurden Faktoren der Rubrik „Behandlungsverfahren und deren Erfolge“ beurteilt. Versicherte würden also gerne wissen, ob zum Beispiel nach neuesten Verfahren behandelt wird, wie die Patienten bei der Behandlung einbezogen werden, wie deren Zufriedenheit aussah und ob die Klinik hervorragende Ergebnisse erzielte. Dabei spielte nur für rund die Hälfte der Befragten die Wirtschaftlichkeit der Behandlung in Form ressourcensparender Vorgehensweisen eine Rolle.

Unter den „allgemeinen Serviceleistungen der Klinik“ kam nur ein Faktor unter die ersten zehn: Die Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer wurde von 96,5% aller Befragten als wichtiges Auswahlkriterium genannt. In die Mittelgruppe der Rangplätze fielen die Ausstattung der Zimmer und die Qualität des Essens, während

¹ Im Rahmen des Gesundheitsmonitors wird jeweils eine Stichprobe von rund 1 500 deutschsprachigen Personen im Alter von 18–79 Jahren aus einem Access-Panel von insgesamt rund 30 000 Haushalten mit rund 60 000 Personen rekrutiert und schriftlich befragt. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, wird jede Antwort mit einem entsprechenden Gewichtungsfaktor korrigiert. Dem Datensatz der Befragung im Frühjahr 2006, der die Basis der vorliegenden Analysen bildet, lagen Antworten von N = 1 523 Befragten (N = 774 Frauen, N = 749 Männer) zugrunde. Insgesamt beantworteten die Befragten N = 139 Fragen, wovon sich 12 Fragen dem Thema „Qualitätsvergleich von Gesundheitseinrichtungen“ widmeten. Jede Frage umfasste eine unterschiedliche Anzahl von Items zur Beurteilung, die entweder dichotom oder aber in Form von 4- oder 5-stufigen Skalen zu beurteilen waren.

Abbildung 7–1



allgemeine Ausstattungsmerkmale wie eine Cafeteria oder Bibliothek kaum als wichtig erachtet wurden.

Zuletzt fanden sich auch in der Rubrik „Sonstige Ausstattungs- und Leistungsmerkmale“ noch Faktoren, die von den Befragten als sehr wichtig für eine Krankenhauswahl beurteilt wurden. Hierbei wurde insbesondere die Freundlichkeit des Personals herausgestellt. Dagegen scheinen Faktoren wie die Zusammenarbeit der Kliniken mit Selbsthilfegruppen oder die Verfügbarkeit von Patientenfürsprechern nur eine unbedeutende Rolle zu spielen.

Die Abbildung 7–1 stellt zusammenfassend die „Top Ten“ der Kriterien dar, die Versicherte für eine Krankenhauswahl für wichtig erachten.

Dabei muss beachtet werden, dass diese Relevanzbeurteilungen von soziodemografischen Faktoren beeinflusst werden. Vertiefende Analysen der Gesundheitsmonitordaten ließen folgende Tendenzen ablesen: Personen über 60 Jahre, Frauen und solche, die aufgrund von Krankheit das Gesundheitssystem im letzten Jahr öfter nutzen mussten, beurteilten fast alle Faktoren signifikant wichtiger als Jüngere, Männer und Gesunde. Die Schichtzugehörigkeit spielte eine Rolle, indem Angehörige der untersten im Vergleich zur obersten Schicht fast alle Faktoren signifikant wichtiger bewerteten.² Nur bei den Faktoren „Spezialkompetenz der Klinik“ und „Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik“ waren signifikant unterschiedliche Bewertungen in umgekehrter Form – also höher bewertet durch Oberim Vergleich zu Unterschicht-Angehörigen – zu verzeichnen.

2 Im Gesundheitsmonitor wird ein fünfstufiger Schichtindex aus den Variablen Beruf (Stellung), berufliche Ausbildung und Haushaltseinkommen/-größe gebildet.

Vergleichbare Ergebnisse zu den für Patienten wichtigen Qualitätsinformationen liegen international und auch aus Studien aus Deutschland vor. Lingenfelder et al. (2010) untersuchten beispielsweise eine Gruppe Patienten und Versicherter zu ihrem Informationsbedürfnis bei der Krankenhauswahl mit dem methodischen Verfahren des Best-Worst-Scaling (Finn und Louviere 1992; Finn et al. 2007).³ Zum einen bestätigten die Antworten zu insgesamt 35 Auswahlkriterien die bereits benannten Auswahlkriterien. Zum anderen leiteten die Autoren zwei präferenzbasierte Patiententypologien ab, die die Patienten in etwa gleich große Gruppen teilen: a) einen ergebnisorientierten Typ, der hauptsächlich Informationen zur Ergebnisqualität wünscht und b) einen leistungsorientierten Typ, der serviceorientierte und medizinische Leistungsmerkmale wünscht (Lingenfelder et al. 2010).

In einem anderen Ansatz eruierte das Picker Institut (2005), wann Patienten das von ihnen besuchte Krankenhaus weiterempfehlen würden. Wesentliche Kriterien waren hier das Arzt-Patienten-Verhältnis, das Pflegepersonal, die Zimmerausstattung, der Behandlungserfolg, Essen, Sauberkeit, Aufnahmeverfahren, Vorbereitung auf die Entlassung, die Zimmeratmosphäre und die Einbeziehung der Familie.

Schaeffer (2006) kristallisierte aus einer internationalen Literaturanalyse folgende Faktoren als wichtigste für eine Krankenhauswahl heraus: a) Vertrauenswürdigkeit, b) Fachliche Expertise und Kompetenz, c) Verhältnis/Beziehung zum Patienten, d) Kommunikation/Information, e) Organisation/Management der Krankenhausversorgung, f) Umgebungsgestaltung/Atmosphäre.

Sehr ähnlich drückte sich das Informationsbedürfnis in einer qualitativen Fokusgruppenuntersuchung⁴ an Patienten mit rheumatischen Erkrankungen aus. Geuter und Weber (2009) benannten als wichtigste Kriterien für eine Krankenhauswahl: a) den Patienten als Person ernst nehmen, b) Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, c) Spezialisierung von professionellen Akteuren – Qualifikation und Kompetenz, d) Entfernung zum Wohnort, e) Sauberkeit und Hygiene, f) Umgebungsgestaltung und Atmosphäre. Die Autoren beschrieben das Ergebnis ihrer Fokusgruppeninterviews wie folgt: „Patienten wünschen weniger rein rationale Sachinformation – wie sie beispielsweise die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser vorhält – im Rahmen des Entscheidungsfindungsprozesses für ein Krankenhaus. Vielmehr benötigen sie individuell und emotional anschlussfähige, auf professionelle Akteure bezogene Informationen, die sie vorwiegend aus ihrem sozialen Netzwerk oder von ihrem Hausarzt beziehen, und die ihnen ermöglichen, Vertrauen zu entwickeln. Vertrauen zu den handelnden Akteuren im Krankenhaus stellt eine zentrale, die Wahl beeinflussende Determinante im Entscheidungsfindungsprozess der Patienten dar.“

Zusammenfassend spielen für Patienten außer einigen der bisher in den gesetzlichen Qualitätsberichten publizierten Faktoren im Wesentlichen viele qualitative, auf eigenen Erfahrungen oder der anderer Patienten mit den Einrichtungen beru-

3 Beim Best-Worst-Scaling (BWS), das vor allem im Bereich von Marketingstudien verwendet wird, werden Probanden gebeten, das für sie wichtigste und unwichtigste Merkmal aus einer überschaubaren Menge von Merkmalen auszuwählen. Präferenzen unter sehr ähnlichen Merkmalen sind damit besser herauszufinden als mit einfachen Einschätzungsfragen.

4 Moderierte Gruppendiskussion mit offenen Fragen. Die Diskussion wird zumeist transkribiert und inhaltsanalytisch aufbereitet.

hende Informationen eine Rolle für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl. Daneben wird auch den konkreten Versorgungsergebnissen der Leistungserbringer ein hoher Wert beigemessen. An diesem Informationsbedarf sollte sich eine Qualitätsberichterstattung für Patienten orientieren.

7.5 Quellen für Qualitätsinformationen

Vergleicht man diese als wichtig erkannten Kriterien für eine Krankenhauswahl mit denjenigen, die im derzeit prominentesten Medium für eine Unterstützung der Krankenhauswahl – den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser – aufgeführt werden, dann muss konstatiert werden, dass nur wenige der von Patienten präferierten Kriterien bisher abgebildet werden (Geraedts 2006; Altenhöner et al. 2007; Braun 2007; Norgall 2007). Aber auch die ansonsten verfügbaren Medien und Quellen scheinen die Patientenanforderungen nur zum Teil zu erfüllen. Darauf deuten zumindest die folgenden beispielhaften Forschungsergebnisse hin.

Ein Teil der geringen Nutzung lässt sich sicherlich auf die schwere Lesbarkeit der Qualitätsberichte für die allgemeine Bevölkerung zurückführen (Friedemann et al. 2009). Auf die Problematik der bislang unzureichenden Gestaltung wurde auch international vielfach hingewiesen. Bisherige Studien zeigen insbesondere, dass Versicherte die Qualitätsinformationen oftmals kaum verstehen und von der Informationsfülle sowie Komplexität der Daten überfordert werden (Jewett und Hibbard 1996; Schaffler und Mordavsky 2001; Hibbard et al. 1997; Marshal et al. 2004; Lubalin und Kojetin 1999). Deshalb wird allgemein geraten, dass bei Publikationen von Qualitätsvergleichen mehr Wert auf die Verständlichkeit, Verfügbarkeit, Gestaltung und Bedeutung der Informationen für Verbraucher gelegt werden muss und die Daten von glaubwürdigen, unabhängigen Quellen publiziert werden sollten (Marshall et al. 2004; Fasolo et al. 2010).

Dementsprechend erhielten bei der Frage nach den geeigneten Quellen für Informationen zur Krankenhauswahl bzw. zu Qualitätsvergleichen die Organisationen des Verbraucherschutzes und der Selbsthilfe mit durchschnittlich 79% bzw. 74% die weitaus größte Zustimmung (Geraedts 2006). Die Versicherten bevorzugten für die Erstellung von Vergleichsberichten also diejenigen Institutionen, die als unabhängig und verbraucher- bzw. patientenorientiert gelten. Dagegen bekamen die vom Gesetzgeber für die Verbreitung der gesetzlichen Qualitätsberichte zuständigen Krankenkassen nur zu 62% Zustimmung als Anbieter von Qualitätsvergleichen. Eher noch traut man Gesundheitsämtern diese Rolle zu (64%), während Ärzte- (52%) oder Krankenhausverbände (47%) nur bei rund der Hälfte der Befragten Zustimmung fanden. Eine weitergehende Analyse der Daten ergab jedoch, dass bei über 60-Jährigen die Krankenkassen sogar die größte Zustimmung fanden und die hohen Werte für die Verbraucherschützer und Selbsthilfeorganisationen aus der signifikant höheren Zustimmung durch die unter 60-Jährigen stammten.

7.6 Medien für Qualitätsinformationen

Diese Unzulänglichkeiten der verfügbaren Quellen können als Erklärung dafür herangezogen werden, dass Qualitätsvergleiche im Allgemeinen nur einen geringen Bekanntheitsgrad erreichen und bisher nur eine untergeordnete Rolle bei der Krankenhauswahl spielen. In der Gesundheitsmonitorbefragung 2006 gaben nur 0,5–2,6% der deutschen Bevölkerung an, Vergleichslisten zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie sie sporadisch in Zeitschriften oder auch im Internet publiziert werden, zu nutzen, um medizinische Leistungsanbieter auszuwählen (Geraedts 2006). Jedoch halten die Versicherten diese Medien grundsätzlich mehrheitlich für geeignet, um die allseits gewünschten Qualitätsvergleiche darzustellen. Informationsbroschüren und das Internet bekamen in der Befragung eine Zustimmung von 71% bzw. 70% der Bürger, während Zeitungen und Zeitschriften sowie Radio und Fernsehen zu 58% bzw. 148% bevorzugt wurden. Hierbei zeigten sich signifikante Präferenzunterschiede zwischen den Angehörigen verschiedener soziodemografischer Gruppen. So bevorzugten die unter 60-Jährigen das Internet (77% der Jüngeren im Vergleich zu 51% der Älteren) und Zeitungen/Zeitschriften (61% der Jüngeren im Vergleich zu 49% der Älteren), während die über 60-Jährigen eher Informationsbroschüren (74% der Älteren im Vergleich zu 66% der Jüngeren) und Radio/Fernsehen (57% der Älteren im Vergleich zu 41% der Jüngeren) als Informationsquellen für geeignet hielten.

In Bezug auf die Internetpräferenz muss bedacht werden, dass bei der Internetnutzung zwar die Lücke zwischen Jung und Alt abnimmt. Jedoch sind in der Gruppe der über 70-Jährigen mit dem höchsten Risiko für chronische Krankheiten und Krankenhausaufenthalte nur 6% der Frauen und 21% der Männer online (Kompetenzzentrum TDC 2007) und damit von vielen Informationsquellen abgeschnitten. Entsprechend nutzen ältere Patienten das Internet seltener als Informationsmedium, um gezielt nach Gesundheitsinformationen zu suchen (Geraedts und Amhof 2008).

Weitere hochsignifikante Unterschiede existieren zwischen den sozialen Schichten (obere zu untere), die sich in gleicher Weise beim Versicherungsstatus (Privat/GKV) manifestieren: In der Gesundheitsmonitorbefragung bevorzugten Angehörige der sozial obersten Schicht und Privatversicherte das Internet (77% für oberste im Vergleich zu 64% unterste Schicht), während die unterste Schicht und GKV-Versicherte die übrigen Medien präferierten (Informationsbroschüren 76% im Vergleich zu 67%, Zeitungen 62%/50%, Radio/Fernsehen 75%/41%, jeweils unterste zu oberster Schicht) (Geraedts 2006).

7.7 Auswahl von Krankenhäusern

In Anbetracht der Probleme der bisher verfügbaren Informationen, Medien und Quellen verwundert es nicht, dass die Patienten bei der Krankenhauswahl kein aktives Verbraucherverhalten zeigen.

Als weitere Ursache für dieses wenig aktive Wahlverhalten kann der geringe Bekanntheitsgrad der speziell für diesen Zweck gedachten Krankenhausqualitätsberichten als Informationsquelle zur selbstbestimmten Krankenhauswahl angeführt

werden. Im Frühjahr 2006, also kurz nach der ersten Veröffentlichung im September 2005, hatten weniger als ein Fünftel der Befragten überhaupt von der Existenz der Berichte gewusst (Geraedts 2006). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen einer AOK-Patientenbefragung aus Niedersachsen (Weber 2004), wohingegen in einer Untersuchung im Freistaat Sachsen sogar weniger als 5 % der befragten Patienten überhaupt Kenntnis von den Berichten hatten (Eberlein und Gonska 2009).

Genauso gering wie der Bekanntheitsgrad stellt sich die theoretische Bedeutung von Vergleichslisten für eine elektive Krankenhauswahl dar. Nur rund ein Fünftel der Patienten würde gemäß den Angaben aus dem Gesundheitsmonitor gerne Vergleichslisten in Zeitschriften oder im Internet nutzen, wenn sie ein Akutkrankenhaus wegen eines planbaren Eingriffs aufsuchen müssten (Geraedts 2006). Damit lag die theoretische Bedeutung von Vergleichslisten für eine elektive Krankenhauswahl auf dem drittletzten Platz, unterboten nur noch vom Aufsuchen von Verbraucherberatungsstellen (15 %) sowie der Ratsuche bei Selbsthilfeorganisationen oder Patientenverbänden (17 %). Das von den Befragten am weitaus häufigsten genannte Vorgehen bei der Krankenhauswahl war, dass sie sich gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten für ein Krankenhaus entscheiden (91 %) oder aber die Entscheidung sogar ganz ihrem Arzt überlassen würden (81 %) (Mehrfachnennungen möglich).

Ein fast ebenso wichtiges Kriterium für die Wahl eines Krankenhauses scheint die Nähe zum Wohnort zu sein, die im Durchschnitt von 79 % der Befragten angeführt wurde. Auch hierbei spielt der Versicherungsstatus eine Rolle, indem privat Versicherte nur zu 69 %, GKV-Versicherte jedoch zu 81 % die Nähe als Kriterium auswählten. Ebenfalls legten Frauen im Vergleich zu Männern ein signifikant höheres Gewicht auf dieses Kriterium (81 %/76 %) (Geraedts und Amhof 2008). Verständlicherweise nehmen Patienten dabei eine Abwägung zwischen der Nähe und potenziell besseren Ergebnissen in weiter entfernt liegenden Krankenhäusern vor (Chang et al. 2004). Jedoch verbleibt immer ein beträchtlicher Anteil an Patienten, die immer ein nahes Krankenhaus bevorzugen würden (Finlayson et al. 1999).

Eine Mittelgruppe bei der Krankenhauswahl mit durchschnittlich 62 % bzw. 57 % bildeten die beiden Kriterien „Empfehlung von Freunden/Verwandten“ und „eigene Erfahrungen wichtiger als Empfehlungen“. Dabei wird dem Kriterium „Empfehlung durch Angehörige/Freunde“ international oftmals eine bedeutsamere Rolle zugewiesen, als es sich hier für die deutsche Bevölkerung ausdrückt (Edgman-Levitan und Cleary 1996). In der Gesundheitsmonitorbefragung zeigte sich eine signifikant höhere Zustimmung vor allem bei Personen, die jünger als 60 Jahre und gesund waren und der oberen sozialen Schicht angehörten. Kranke, ältere und Angehörige der sozial unteren Schicht dagegen befürworteten die Empfehlungen in geringerem Maß. Dementsprechend antworteten diese beiden Gruppen auch jeweils entgegengesetzt auf die Frage nach dem Wert der eigenen Erfahrungen im Vergleich zu Empfehlungen.

Ob sich das hier deutlich gewordene Krankenhauswahlverhalten mit den neuen Internet-basierten Krankenhaussuchportalen in jüngster Zeit verändert hat, lässt sich empirisch noch nicht belegen. Zumindest bieten die Vergleichsportale, wie sie u. a. von den gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden, die Option, einige der aufgezeigten Schwächen zu beheben und eine patientengerechte Darstellung zu ermöglichen. Einige Kassen kooperieren zum Beispiel mit dem unabhän-

7

gigen Internetportal www.weisse-liste.de. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Wie auch bei anderen Portalen können Patienten hier aus einer Fülle von Kriterien die für sie wichtigsten auswählen und daraufhin Krankenhausvergleiche anstellen. Die Kriterien beruhen zwar größtenteils auf den Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser, werden aber seit Neuerem ergänzt durch Eigenangaben der Krankenhäuser und zum Teil durch Bewertungen der Patientenzufriedenheit mithilfe eines einheitlichen Befragungsinstruments, dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ), der für die „weisse Liste“ entwickelt wurde. Damit erfüllt dieses Portal einige der oben skizzierten Patientenpräferenzen, zum Beispiel im Bereich Unabhängigkeit des Informationsanbieters, Individualisierung der Auswahlkriterien und der Ergänzung von Strukturdaten durch Patientenerfahrungen bzw. Weiterempfehlungen. Den Angaben der Bertelsmann Stiftung zufolge scheint sich die „weisse Liste“ zum „Industrieführer“ unter den Portalen zu entwickeln. Mit bisher rund 7 Millionen Zugriffen seit Juni 2008 und zur Zeit (Juni 2010) rund 11 000 Zugriffen täglich wird diese Internetseite hoch frequentiert.

Trotzdem bleibt zu bedenken, dass der Großteil derjenigen, die eine Krankenhausbehandlung benötigen, noch nicht in der Lage sein wird, diese rein internetbasierten Informationsmöglichkeiten nutzen zu können. Um eine informationell bedingte Verstärkung der sozialen Disparität zu vermeiden, wird es in Zukunft wichtig sein, die Patienten stärker über die vorhandenen Informationsmöglichkeiten aufzuklären, ihnen persönliche Hilfestellungen bei der Bedienung der Portale anzubieten und auch auf den persönlichen Bedarf fokussierte schriftliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Solche Angebote sollten zum einen von den Krankenkassen und Verbraucherberatungen, zum anderen aber durchaus auch von niedergelassenen Ärzten – als bisher zweitwichtigsten Ansprechpartnern bei der Krankenhauswahl – und den Krankenhäusern selber offeriert werden. So ließe sich eventuell auch das Potenzial heben, das darin besteht, dass Patienten, die ihr Krankenhaus wählen konnten, eher mit der Behandlung zufrieden sind und zufriedene Patienten oftmals auch bessere klinische Ergebnisse sowie eine bessere Lebensqualität berichten (Losina et al. 2005; Sequis et al. 2008; Jayadevappa et al. 2010). Ein entsprechender Nachweis in einer Versorgungsforschungsstudie wäre sicher ein lohnenswertes Unternehmen.

7.8 Fazit

Bisherige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten bei der Krankenhauswahl selten die zum Teil vorhandenen und von ihnen bevorzugten unabhängigen Informationsquellen wahrnehmen und nutzen. Ursächlich scheinen Unzulänglichkeiten vor allem bei den dargestellten Informationen zu sein, da bislang nur wenige der von Patienten für eine Krankenhauswahl gewünschten Auswahlkriterien vergleichend zur Verfügung standen. Zudem entsprechen für den Großteil der tatsächlich betroffenen Patienten weder die Darstellungsformen noch die genutzten Medien den gewünschten Formaten. Die Weiterentwicklungen der jüngsten Zeit in Form von strukturiert vorliegenden Daten aus den Krankenhäusern, die sowohl de-

ren Strukturen, Prozesse und klinische Ergebnisse aber auch Patientenerfahrungen umfassen, lassen hoffen, dass daraus in Zukunft patientengerecht aufbereitete Informationen entwickelt werden, die eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl besser unterstützen.

7.9 Literatur

- Altenhöner T, Schmidt-Kähler S, Schwenk U, Weber J, Schaeffer D. Was wollen Patienten wissen? Strukturierte Qualitätsberichte sind noch immer nicht patientengerecht. *Krankenhaus Umschau* 2007; 2: 11–112.
- Braun B. Qualitätsberichte – Klartext für Klinikkunden? *Gesundheit und Gesellschaft* 2007; 5: 24–30.
- Chang RR, Joyce JJ, Castillo J, Ceja J, Quan P, Klitzner TS. Parental preference regarding hospitals for children undergoing surgery: a trade-off between travel distance and potential outcome improvement. *Can J Cardiol* 2004 Juli; 20 (9): 877–82.
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW. Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg 2001.
- Eberlein Gonska. Patientenbefragung in 8 Krankenhäusern des Freistaates Sachsen im November 2005. Vortrag am 26. März 2009. www.slaek.de/36quali/08Ausschuss_fobi26032009/index.html (19. Mai 2010).
- Edgman-Levitan S, Cleary PC. What information do consumers want and need? *Health Affairs*. 1996; 15/4: 42–56.
- Fasolo B, Reutskaja E, Dixon A, Boyce T. Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Educ Couns* 2010 März; 78(3): 344–9.
- Finlayson S, Birkmeyer J, Tosteson A, Nease R. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. *Medical Care* 1999; 37(2): 204–9.
- Finn A, Louviere JJ. Determining the appropriate response to evidence of public concern: the case of food safety. *Journal of Public Policy and Marketing* 1992; 11: 12–25.
- Flynn TN, Louviere JJ, Peters TJ, Coast J. Best-worst scaling: What it can do for health care research and how to do it. *Journal of Health Economics* 2007 Jan; 26 (1): 171–89.
- Friedemann J, Schubert HJ, Schwappach D. Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 3–9.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2006; 154–70.
- Geraedts M, Amhof R. Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 2008; 51/1: 53–60.
- Geuter G, Weber J. Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P09-140. Bielefeld 2009. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-140.pdf (18. Mai 2010).
- Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decision in health care: implications from decision-making research. *Milbank Q*. 1997; 75: 395–414.
- Jayadevappa R, Schwartz JS, Chhatre S, Wein AJ, Malkowicz SB. Satisfaction with care: a measure of quality of care in prostate cancer patients. *Med Decis Making* 2010 Apr; 30 (2): 234–45.
- Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financing Review*. 1996; 18/1: 75–94.

- Kompetenzzentrum TDC, Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. mit Unterstützung der Initiative D21 und TNS Infratest (Hg.). Internetnutzung von Frauen und Männern in Deutschland 2007. Sonderauswertung Gender & Diversity des (N)ONLINER Atlas 2007. Bielefeld, 2007. www.kompetenzz.de/nonliner (17. September 2009).
- Lingenfelder M, Simon A, Logemann K. Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. *Das Krankenhaus* 2010; 3: 234–8.
- Losina E, Plerhoples T, Fossel AH, Mahomed NN, Barrett J, Creel AH, Wright EA, Katz JN. Offering patients the opportunity to choose their hospital for total knee replacement: Impact on satisfaction with the surgery. *Arthritis Care & Research* 2005; 53 (5): 646–52.
- Lubalin JS, Kojetin LH. What do consumers want and need to know in making health care choices? *Med Care Res Rev.* 1999; 56: 67–102.
- Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care.* 2004; 16 (Supplement 1): 57–63.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The Public Release of Performance Data – What do we expect to gain? A Review of the Evidence. *JAMA* 2000; 283: 1866–74.
- Norgall T. Strukturierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern – Zwischen Transparenz und Verständlichkeit. In: Roski R (Hrsg.). *Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007: 289–307.
- Picker Institut. *Through the patient's eyes*. Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg 2005.
- Robinson S, Brodie M. Understanding the Quality Challenge for Health Consumers: The Kaiser/AHCPR Survey. *Jt Com J Qual Improv.* 1997; 23/5: 239–44.
- Salisbury CJ. How do people choose their doctor? *BMJ.* 1989; 299: 608–10.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
- Schauffler H, Mordavsky J. Consumer reports in healthcare: do they make a difference? *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 69–89.
- Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. *JAMA* 1998; 279: 1638–42.
- Sequist TD, Schneider EC, Anastario M, Odigie EG, Marshall R, Rogers WH, Safran DG. Quality monitoring of physicians: linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *J Gen Intern Med* 2008 Nov; 23 (11): 1784–90.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.4 Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.2.1 Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.
- Weber J. AOK Niedersachsen. Patientenbefragung „Qualitätsberichte“ 2004. Vortrag am 10.06.2004. www.aok-gesundheitspartner.de/nds/krankenhaus/qualitaetsversicherung/qualitaetsberichte/index_06464.html (19. Mai 2010).