



Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin



Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

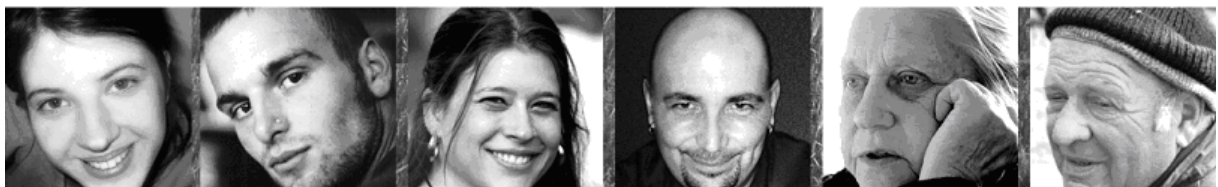


Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Ärzte ■ Krankenhäuser ■ Beratungsstellen ■ Neue Medien

Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bremer Bevölkerung

Kurzfassung



Dritter Ergebnisbericht der Bremer Umfrage GESUNDHEIT!

Im Juli 2006

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Impressum

Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bremer Bevölkerung Dritter Ergebnisbericht der Bremer Umfrage GESUNDHEIT!

Bremen, im Juli 2006

Herausgeber/Bezug

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
Abteilung Gesundheitswesen
Referat Gesundheitsberichterstattung
Bahnhofplatz 29
28195 Bremen

Tel.: 0421 / 361 4804

Email: janine.pfuhl@gesundheit.bremen.de

Fragebogenentwicklung und wissenschaftliche Beratung

Dr. Gerd Marstedt
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
- Barkhof -
Parkallee 39
28209 Bremen

Dr. Ingeborg Jahn
Bremer Institut für Präventionsforschung und
Sozialmedizin
Linzerstr. 10
28359 Bremen

Titelblatt:

Fotomontage, Fotos von www.photocase.de

Druck:

Hausdruckerei Senator für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales

Auflage:

100

Inhalt:

1.	Einleitung	1
2.	Ergebnisse	5
2.1.	Die Suche nach dem richtigen Arzt: eher „Trial and Error“ als qualitätsorientiert!	5
2.2.	Bremer Patienten meinen: Arzt ist nicht gleich Arzt!	5
2.3.	Welcher Arzt kann was? Über 90% der Befragten wünschen ein Ärzteverzeichnis über Fachkenntnisse und Spezialisierungen.	6
2.4.	Von Ärztevertretern abgelehnt - bei Patienten sehr gefragt: der „Ärzte-TÜV“.	7
2.5.	Gütesiegel: auch bei Informationen über Krankenhäuser hoch im Kurs.	8
2.6.	Jeder zweite Bremer fände für die Krankenhausausswahl Ergebnisse von Patientenbefragungen im Krankenhaus hilfreich.	10
2.7.	Wer soll über Ärzte und Kliniken informieren? Die Bremer votieren für Patientenberatungsstellen.	10
2.8.	Information und Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde: insgesamt gut, aber es gibt auch Schwachstellen.	11
2.9.	Wer wegen einer Geburt ein Krankenhaus auswählt, tut das nach anderen Kriterien als bei einer planbaren Behandlung.	13
2.10.	75% der Bremer Patienten fühlen sich im Krankenhaus gut informiert.	15
2.11.	Patienten wollen mitbestimmen – Anspruch und Wirklichkeit.	16
2.11.1.	Bei neuen gesundheitlichen Beschwerden stellen viele Patienten eine Laiendiagnose auf.	17
2.11.2.	Die eigenständige Suche nach Informationen zusätzlich zum Arztbesuch ist für viele Patienten Normalität – aber jeder dritte Arzt regiert auf mitgebrachte Informationen negativ.	17
2.11.3.	Die schriftliche Patienteninformation: eine sinnvolle Ergänzung?	18
2.11.4.	Viele Patienten sind auch mal anderer Meinung als der Arzt – aber nur relativ wenige teilen dem Arzt ihre Ansichten mit.	19
2.11.5.	Shared Decision Making: Patientenansprüche nach aktiver Teilhabe an Therapie-Entscheidungen werden überschätzt.	20
2.12.	Wer von gesundheitlichen Problemen selbst betroffen ist, beurteilt die Informationslage deutlich kritischer als „Nichtbetroffene“.	22
2.13.	Beratungsstellen: Das Image ist indifferent – aber wer sie nutzt, ist zufrieden.	24
2.14.	Das Internet: ein Allheilmittel gegen Informationsdefizite?	25
2.15.	Gesundheitliche Beratung am Telefon wird eher skeptisch bewertet.	28
2.16.	Bewertungen von Frauen und Männern unterscheiden sich kaum.	28
2.17.	Es fehlt der Überblick: Vermisst werden nicht standardisierte laienmedizinische Informationen, sondern Wegweiser und Lotsen!	29
3.	Ausblick	31

1. Einleitung

Der vorliegende Kurzbericht¹ ist im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen entstanden. Er ist der dritte Ergebnisbericht der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!², die in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) im Herbst 2004 in den Städten Bremen und Bremerhaven durchgeführt wurde. Der Bericht fokussiert auf das Schwerpunktthema der Umfrage, nämlich ‚gesundheitsliche Information und Beratung‘.

Was ist der Hintergrund für das Thema ‚Information und Beratung‘?

Im deutschen Gesundheitssystem sind Veränderungen zu beobachten. Wurde die Gesundheitsversorgung bislang in erster Linie von den Institutionen der Selbstverwaltung gestaltet, so erheben zunehmend die Nutzer³ – Versicherte bzw. Patienten – den Anspruch nach mehr Transparenz und Mitgestaltung.

- Patienten, die einen neuen Arzt oder ein Krankenhaus für eine geplante Behandlung suchen, fordern verlässliche Informationen, z.B. über Schwerpunkte und Spezialisierungen, sowie insbesondere über die Qualität der medizinischen Behandlung.
- Patienten wollen vermehrt in Therapie-Entscheidungen einbezogen werden. Auch hierfür benötigen sie entsprechende Informationen - z.B. über Krankheiten und deren Ursachen, über Therapien und deren Nebenwirkungen - aber ebenso einen Arzt, der kompetent und bereit ist zu einem Dialog ‚auf gleicher Augenhöhe‘.
- Gleichzeitig setzt auch die Gesundheitspolitik auf den ‚informierten Patienten‘: Nach dem Urteil einschlägiger Experten wirken sich umfassendere und bessere Informationen positiv auf den Therapieerfolg aus und ermöglichen zudem Einsparungen im Gesundheitswesen.

Die Menge der leicht zugänglichen Informationen, auch zu gesundheitlichen Themen, ist in den letzten Jahren rasant gestiegen, insbesondere im Zuge der Verbreitung des Internet. Die Qualität der für Patienten verfügbaren Informationen in unterschiedlichen Medien und Einrichtungen jedoch unterliegt bislang kaum einer Prüfung. Es gibt einen "grauen Markt" von Gesundheitsinformationen (Printmedien, TV-Sendungen, Internet, Beratungseinrichtungen), der in qualitativer Hinsicht weitgehend unkontrolliert agiert und z.T. stark von kommerziellen Interessen durchsetzt ist. Auch bei der Dienstleistung "Gesundheitsberatung" hat sich ein für den Nutzer schwer integrierbares Nebeneinander diverser ‚Anbieter‘ entwickelt - von niedergelassenen Ärzten über Medien bis zu Krankenkassen (Callcentern) und gemeinnützigen Einrichtungen (Beratungsstellen).

Wie gut informiert ist der Patient nun wirklich? Die vorliegende Untersuchung stellt die Hypothese vom ‚mündigen Patienten‘ auf den Prüfstand. Gefragt wird:

- Wie gut fühlen sich Bremer Bürger und Patienten heutzutage tatsächlich über die Themen Krankheit und Gesundheit informiert?
- Wie erleben sie die Fülle öffentlich zugänglicher Informationen zu Gesundheit/Krankheit?

¹ Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse ist dem „Arbeitsband“ zu entnehmen.

² Der erste Ergebnisbericht (8/2005) lieferte Informationen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten der Bremer Bevölkerung. Der zweite Bericht (3/2006) identifizierte Risikogruppen in der Bevölkerung und damit Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen.

³ Zur besseren Lesbarkeit wurde stets die männliche Sprachform verwendet – sie bezieht sich jedoch grundsätzlich auf beide Geschlechter.

- Nach welchen Kriterien wählen die Bremer einen Arzt oder ein Krankenhaus aus und welche Erfahrungen machen sie mit Information und Beratung in den klassischen Einrichtungen des Gesundheitssystems – Arztpraxis, Krankenhaus, Beratungsstelle?
- Inwieweit wollen Bremer Patienten bei ihrer Behandlung mitentscheiden?
- Und nicht zuletzt: Wie gehen aus Sicht der Befragten die Einrichtungen des Gesundheitssystems mit den gestiegenen Erwartungen ‚informierter Patienten‘ um?

Warum eine Bevölkerungsumfrage?

Populationsbezogene Gesundheitssurveys sind inzwischen ein international anerkanntes und genutztes Instrument in der Gesundheitsberichterstattung. Sie stellen eine wertvolle Quelle für Informationen dar, die auf anderem Weg nicht zu erhalten sind. Die verfügbaren Routinestatistiken ermöglichen beispielsweise keine umfassenden Aussagen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten einer Bevölkerung oder ihre Erfahrungen mit dem Versorgungssystem, die in einen Zusammenhang mit der sozialen Lage, Lebensstilen und Lebenswelten gestellt sind. Ebenso sind aktuelle gesundheitliche Themen oder spezifisch regionale Fragestellungen auf der Basis von Routinestatistiken nicht zu erschließen – insbesondere dann, wenn es nicht nur um Abfrage von Fakten, sondern um Einschätzungen, Erfahrungen und Bewertungen der Nutzer des Gesundheitssystems geht.

Die Bremer Bevölkerungsumfrage hat sich an einschlägigen Surveys in Deutschland orientiert, wie beispielsweise den Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts, dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung und dem Gesundheitsreport der Gmündner Ersatzkasse. Ebenso wurde auf eine Umfrage zu Gesundheit und Lebensqualität in der Bremer Region Bezug genommen, die 1993 von der Angestelltenkammer Bremen initiiert wurde. Zum Zweck besserer Vergleichbarkeit wurden im Rahmen der Möglichkeiten einzelne Fragestellungen an diese Surveys angelehnt.

Die Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! gibt am Beispiel des Bremer Gesundheitssystems differenzierte Antworten auf ein komplexes, gesundheitspolitisch hochaktuelles und wissenschaftlich - insbesondere regionalspezifisch - bislang erst wenig beforschtes Themenfeld.

Wie wurde die Bevölkerungsumfrage durchgeführt und für den dritten Ergebnisbericht ausgewertet?

Im Herbst 2004 erhielten ca. 10.000 per Zufall ausgewählte erwachsene Bürger in Bremen und Bremerhaven per Post einen Fragebogen. Dieser enthielt 69 Fragen, die sich – neben der Erhebung sozialstatistischer Merkmale - auf folgende Aspekte bezogen:

- Gesundheitszustand der Bremer Bevölkerung,
- Gesundheitsverhalten unter dem Aspekt der Prävention von Krankheiten,
- Informations- und Beratungsbedarf in Fragen von Gesundheit und Krankheit,
- Suchstrategien und Erfahrungen der Bürger mit Informationsmedien,
- Erfahrungen mit Information und Beratung durch Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arztpraxen, Krankenhäuser, Beratungsstellen).

Zwei Erinnerungsschreiben wurden versandt. Insgesamt haben sich 3.614 Personen, das sind 39,4% der Befragten⁴, an der Umfrage beteiligt. Die Beteiligung ist in verschiedenen Gruppen unterschiedlich: Sie ist bei Frauen höher als bei Männern (43,2% gegenüber

⁴ Dies ist die Rücklaufquote auf Basis der bereinigten Brutto-Stichprobe, d.h. Adressaten, über die Rückmeldungen wie z.B. „unbekannt verzogen“, „verstorben“ o.ä. vorlagen - insgesamt ein Anteil von 3,7%, - wurden bei der Response-Berechnung ausgenommen.

35,2%), in Bremen höher als in Bremerhaven (40,3% gegenüber 34,5%), bei Jüngeren niedriger als bei Älteren. Im Hinblick auf die Erhebungsmethode – schriftliche postalische Befragung mit zwei Nachfasswellen – kann die erreichte Rücklaufquote von rund 40% als außerordentlich befriedigend bewertet werden.

Die erhobenen Daten wurden in der Regel mithilfe bi- und multivariater Analysen ausgewertet. Multivariate Analysen erlauben es, den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen gleichzeitig zu messen und zu erkennen, welche Einflussfaktoren in welchem Ausmaß für die beobachteten Effekte verantwortlich sind. Die Ergebnisse der statistischen Analysen wurden Signifikanztests unterworfen (Signifikanz-Niveau: $p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$); es werden nur Ergebnisse berichtet, die statistisch signifikant sind.

Anmerkung zur grafischen Darstellungsweise: Um Zusammenhänge zwischen mehreren Variablen zu veranschaulichen, wurden auch grafische Darstellungsformen gewählt, ein Teil davon sind sogenannte Liniendiagramme. Im allgemeinen bringen Liniendiagramme Verläufe zum Ausdruck, also beispielsweise eine Entwicklung in Abhängigkeit eines kontinuierlich steigenden Lebensalters von 18 bis 80 Jahre. Dies trifft für diesen Bericht nicht zu. Hier werden i.d.R. zusammengefasste Gruppen (z.B. drei Altersgruppen: 18- bis unter 40-Jährige, 40-59-Jährige, über 60-Jährige) miteinander verglichen. Die Linien in den Diagrammen sind also als unterstützende Verbindungslinien zwischen unterschiedlich hohen Einzelwerten zu verstehen, sie bringen nicht kontinuierliche Verläufe zum Ausdruck. Diese Darstellungsform wurde gewählt, weil sie gegenüber anderen Diagrammart den Vorteil bietet, auch geringfügige Unterschiede zwischen Merkmalsausprägungen auf einen Blick gut erfassbar zu präsentieren.

2. Ergebnisse

2.1. Die Suche nach dem richtigen Arzt: eher „Trial and Error“ als qualitätsorientiert!

Wer sich vor einem Arztbesuch über die fachliche Qualität eines Arztes informieren möchte, hat es derzeit schwer, geeignete Informationen zu finden. Dies meinen knapp drei Viertel der Bremer. Sie erkennen Defizite, wenn sie sich über Behandlungserfolge, Spezialisierungen und Weiterbildungsmaßnahmen von Ärzten erkundigen wollen.

Menschen mit höherem Bildungsabschluss scheinen die Situation kritischer einzuschätzen als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss. Sie sind es als Konsumenten vermutlich eher gewohnt, sich bei der Entscheidung für oder gegen Leistungen gut informieren zu können – und übertragen dieses Verhaltensmuster auf den medizinischen Bereich. Hier ist die Informationslage jedoch vergleichsweise schlechter.

Vor allem Menschen im mittleren Alter äußern ihre Unzufriedenheit mit der derzeitigen Informationslage im Vorfeld eines Arztbesuches. Dies ist plausibel, weil Jüngere weniger betroffen von gesundheitlichen Einschränkungen sind und Ältere oftmals ein eher paternalistisches Verhalten von Ärzten akzeptieren. D.h. sie stellen ärztliche Empfehlungen weniger in Frage und sind insgesamt weniger arztkritisch. Aber hier scheint sich eine Veränderung anzubahnen.

Da bereits die heute 50 Jährigen deutliche Qualitätsunterschiede bei Ärzten sehen, ist anzunehmen, dass sie in höherem Alter diese Haltung beibehalten und dass dann bald alle Altersgruppen mehr Informationen einfordern werden.

2.2. Bremer Patienten meinen: Arzt ist nicht gleich Arzt!

Im Hinblick auf Behandlungserfolge, den Umgang mit Patienten oder neuere medizinische Fachkenntnisse sehen vier von zehn Befragten sehr große Differenzen und weitere vier zumindest einige Unterschiede zwischen Ärzten. Ein jüngeres Lebensalter, ein höheres Bildungsniveau und medizinische Laienkompetenz führen zu einer besonders kritischen Sichtweise.

Zwar kann eine Bevölkerungsumfrage objektive Maßstäbe für Qualitätsunterschiede nicht liefern – Studien belegen jedoch, dass es tatsächlich Qualitätsunterschiede zwischen den Ärzten gibt.⁵

Unabhängig davon, wie groß denn nun „objektiv“ die Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten sind und ob es in nennenswerter Zahl Ärzte gibt, deren diagnostische, therapeutische und soziale Qualifikationen weit unter dem Durchschnitt liegen, so dass man hier auch Risiken für die Patientensicherheit unterstellen könnte, bleibt festzuhalten, dass die Bremer einerseits erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Ärzten sehen. Daraus ist abzuleiten, dass sie aus verschiedenen Alternativen auch eine fundierte Entscheidung treffen möchten. Andererseits existieren fast keinerlei Informationsmöglichkeiten über fachliche und soziale Kompetenzen von Ärzten, sieht man von eher rudimentären Hinweisen über Fachrichtung, Zusatzbezeichnungen oder Schwerpunkten einmal ab. Die von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie von den großen Selbsthilfedachverbänden herausgegebene Checkliste „Woran erkenne ich eine gute Arztpraxis?“ wäre für verdeckte

⁵ vgl. z.B. WIdO Presseinformation, Bonn, 7.Juli 2005, Frauenärzte unterschätzen Gesundheitsrisiken, WIdO veröffentlicht Studie zur Hormontherapie in den Wechseljahren; im Internet: <http://wido.de/meldungakt+M55fb4e16ef1.html> sowie auch Kolip, P. (2004). Hormontherapie in den Wechseljahren. Die Qualität der Informationen auf Internetseiten niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen. *impulse*, 42/2004;

Untersuchungen der Stiftung Warentest ein nützlicher Kriterienkatalog, für Patienten, die einen „guten Arzt“ suchen, ist sie keine echte Hilfe.

Hier nach Möglichkeiten der Abhilfe zu suchen, erscheint als ein dringendes gesundheitspolitisches Gebot. Denn: Wenn Patienten mit Ärzten nicht zufrieden sind, wechseln sie den Arzt (siehe dazu die folgende Abbildung). Dies ist nicht nur aufwändig für die Patienten, sondern auch teuer für die Kostenträger.

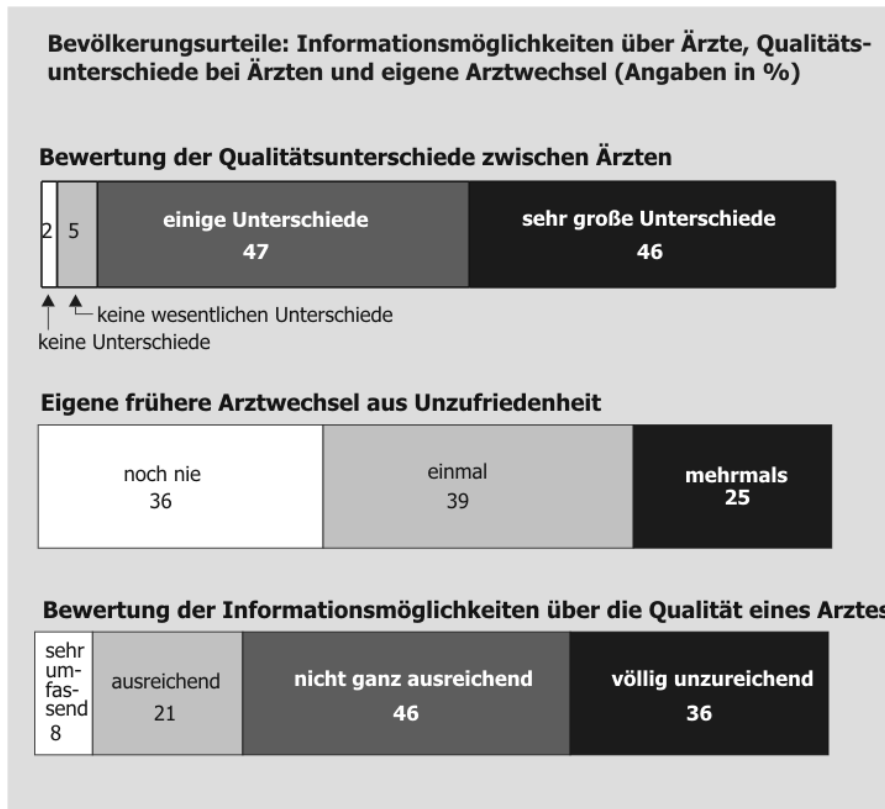


Abbildung 1

Knapp 40% der befragten Bremer haben einen solchen Arztwechsel aus Unzufriedenheit bereits einmal und exakt ein Viertel bereits mehrfach praktiziert. Darunter sind viele Patienten, die unzufrieden sind mit der ärztlichen Information und Kommunikation und die sich häufiger zusätzlich zu Arztbesuchen informieren (in Büchern oder im Internet). Es sind also gerade die „gebildeten“, „informierten“ oder „mündigen“ Patienten – und eher Frauen als Männer - die innerhalb der ambulanten Versorgung Bremens „Ärzte-Hopping“ praktizieren.

2.3. Welcher Arzt kann was? Über 90% der Befragten wünschen ein Ärzteverzeichnis über Fachkenntnisse und Spezialisierungen.

Besonders gefragt bei den Bremer Bürgern sind Informationen über Fachkenntnisse und Spezialisierungen von Ärzten. Dreiviertel der Befragten wünschen sich diese Informationen – und zwar weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsabschluss. D.h., der Bedarf an solchen Information ist „durch die Bank“ sehr hoch.

Andere Aspekte wie z.B. Informationen über Wartezeiten, Patientenurteile und Weiterbildung sind weniger relevant, wurden aber immerhin von jedem zweiten Befragten genannt. Insbesondere verwundert, dass nicht mehr Menschen „Informationen über die Weiterbildung“ angekreuzt haben, da für eine gute Behandlungsqualität nicht nur wichtig ist, dass Fachkennt-

nisse erworben wurden, sondern dass sie auch laufend auf den neuesten Stand gebracht werden. Möglicherweise ist der Begriff „Weiterbildung“ etwas unklar gefasst, denn auf der anderen Seite wünschen viele Patienten einen sogenannten Ärzte-TÜV (siehe nächsten Abschnitt), so dass hier grundsätzlich schon der Wunsch besteht, Informationen über regelmäßige Überprüfungen zu erhalten, dass die Behandlung nach aktuellem Erkenntnisstand erfolgt.

Auf die Frage, in welcher Form Informationen über Ärzte bereitgestellt werden sollen, antworteten über 90% der Befragten – und zwar ebenfalls recht unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsabschluss: ein Ärzte-Verzeichnis mit Tätigkeitsschwerpunkten und Spezialisierungen (z.B. Dr. med. Mustermann, Spezialgebiete: Rückenbeschwerden, Raucherentwöhnung, Kopfschmerzen). Dies ist überraschend, da es mit dem Bremer „Ärzt navigator“ der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bereits ein internetgestütztes Ärzte-Verzeichnis gibt, in dem zumindest Fach- und Zusatzbezeichnungen und besondere ärztliche Tätigkeiten wie z.B. ambulantes Operieren aufgeführt sind.

Aber: Über 90% der Befragten kennen diese Internetseiten nicht. Immerhin 73% sind jedoch interessiert, sie kennen zu lernen. Ob es ausreicht, allein den Bekanntheitsgrad des Bremer Ärztenavigators zu verbessern, ist unklar. Denn der Ärztenavigator gibt z.B. keine Auskunft über diagnostische und therapeutische Schwerpunkte und Spezialisierungen (wie z.B. die „Arzt-Auskunft“ der Stiftung Gesundheit) oder über qualitätsgesicherte Leistungen (wie z.B. die Berliner Arzt- und Therapeutensuche). Zudem ist das Internet eine Informationsquelle, die (noch) nicht von allen Bürgern selbstverständlich genutzt wird, um sich über Ärzte und Kliniken zu informieren.

2.4. Von Ärztevertretern abgelehnt - bei Patienten sehr gefragt: der „Ärzte-TÜV“.

Hoch im Kurs beim Wunsch nach Informationen über die Qualität von Ärzten steht der sogenannte Ärzte-TÜV, d.h. eine Zertifizierung, die nach einer Qualitätsprüfung für begrenzte Zeit vergeben wird. Hierfür haben sich etwa 70% der Befragten ausgesprochen – und zwar ebenfalls unabhängig vom Alter, Geschlecht oder dem Bildungsniveau.

Dieses vor ein paar Jahren politisch und öffentlich diskutierte Konzept einer regelmäßigen Überprüfung ärztlicher Leistungen wurde von großen Teilen der Ärzteschaft vehement abgelehnt. Statt dessen wurde beschlossen, verpflichtende Fortbildungen nach bestimmten Vorgaben einzuführen. Inwieweit das Konzept der verpflichtenden Fortbildungen bei der Bevölkerung überhaupt bekannt ist, können wir nicht belegen. Fakt ist, dass der Wunsch nach solchen Zertifizierungen immer noch sehr groß ist. In unserer Befragung sind es vor allem diejenigen, die bereits negative Erfahrungen mit der Information und Kommunikation in Arztpraxen gemacht haben und auch schon häufiger den Arzt aus Unzufriedenheit gewechselt haben, die eine Praxis-Zertifizierung hilfreich fänden.

Hier ist die Ärzteschaft gefragt, die der Offenlegung ihrer Behandlungsqualität sowie externen Qualitätsprüfungen traditionell und auch heute (noch) wenig aufgeschlossen gegenüber steht.

Inwieweit die Einführung des gesetzlich verpflichtenden Qualitätsmanagements von Arztpraxen dem Patientenwunsch entspricht, bleibt abzuwarten. Zwar benennt die entsprechende Richtlinie⁶ als Grundelemente auch die

- ▶ „Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ und die

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren

- ▶ „Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung“,

aber letztendlich ist der Handlungsspielraum für die Arztpraxen sehr groß, eine Überprüfung findet lediglich in 2,5% der Praxen statt.

Eine weitere Möglichkeit, sich über Arztpraxen zu informieren, sind Bewertungen, die Patienten über die jeweiligen Arztpraxen abgeben. Die Einführung dieser Alternative wurde von jedem zweiten Befragten als hilfreich erachtet. Im Vergleich zu den vorgenannten Informationsmöglichkeiten wird den Patientenurteilen weniger Bedeutung beigemessen. Dies könnte mit der Fragestellung zusammenhängen. Gefragt wurde, ob eine öffentlich zugänglichen Kartei, in der Patienten ihr Urteil abgeben, hilfreich sei. Die Befragten sind hier möglicherweise eher skeptisch, weil eine solche Kartei sehr subjektive und individuelle Urteile enthalten würde. Anders verhält es sich bei Patientenbefragungen, bei denen ggf. spezifischer nach ausgewählten Themen gefragt wird und deren Ergebnisse zusammengefasst dargestellt werden. Diese werden von Patientenseite häufig gewünscht (vgl. z.B. die Auswertung von Informationsmöglichkeiten über Krankenhäuser im Kapitel 2.6 oder auch die starke Nachfrage des Klinikführers Rhein-Ruhr).

2.5. Gütesiegel: auch bei Informationen über Krankenhäuser hoch im Kurs.

Auf die Frage, welche Informationsmöglichkeiten über Krankenhäuser für zukünftige Aufenthalte besonders hilfreich sind, haben die Bremer am häufigsten ein Gütesiegel für die Behandlung von bestimmten Erkrankungen und Operationen genannt, das von unabhängigen Einrichtungen vergeben wird.

Im Vergleich mit anderen Studien⁷ liegen die Bremer damit insofern im Trend, als bei Patienten der entscheidende Faktor bei der Wahl eines Krankenhauses die überlegene Qualität der medizinischen Leistungen ist. Andere Kriterien sind demgegenüber nachrangig.

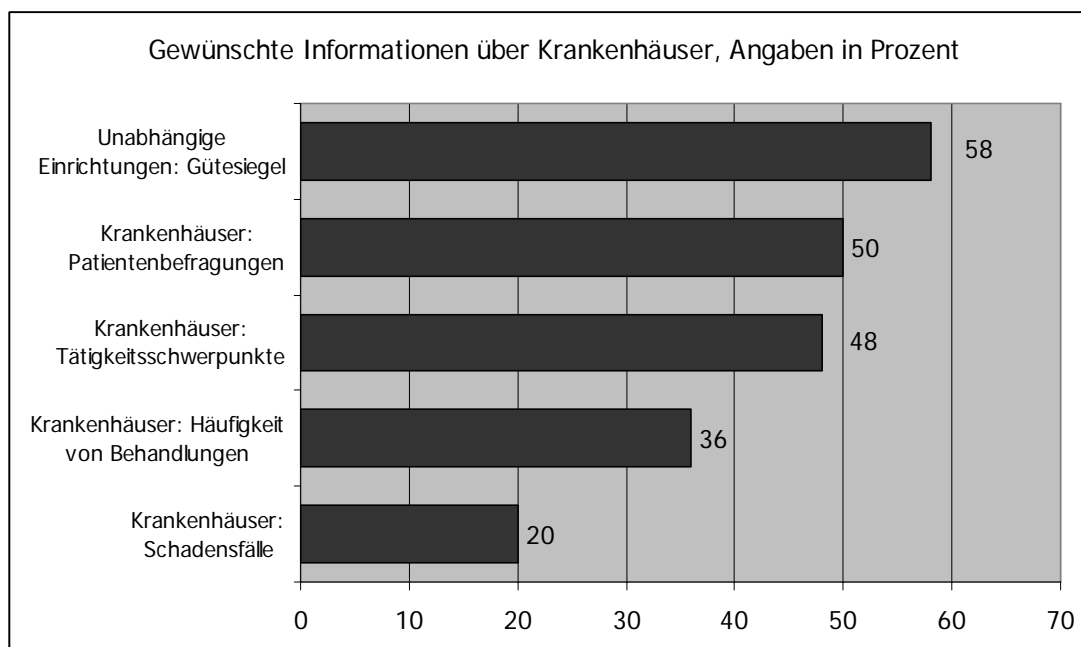


Abbildung 2

⁷ Braun/Müller (2003). Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung, Herausgeber GEK – Gmündner Ersatzkasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 26; Haseborg F., Zastrau R. (2005). Qualität, Markenbildung und Krankenhauswahlentscheidung – Implikationen der neuen Qualitätstransparenz für das Krankenhaus-Marketing, S. 157 aus: Krankenhaus-Report 2004, Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Schattauer, Stuttgart 2005

Die derzeitigen Berichte und Zertifizierungen scheinen diesen Patientenwunsch nur sehr unzureichend zu erfüllen:

Acht Krankenhäuser im Land Bremen haben – auf freiwilliger Basis – eine sogenannte KTQ-Zertifizierung⁸ erlangt („Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“). Die KTQ-Berichte sind jedoch nur sehr bedingt geeignet, für Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus zu sein. Die medizinischen outcome-Indikatoren sind eine quantitative Zusammenstellung bestimmter erbrachter Leistungen. Sie bleiben ohne Erläuterung. Die Berichte zeigen dem Patienten im wesentlichen, dass ein Krankenhaus die Bereitschaft gezeigt hat, definierte Qualitätskriterien zu beschreiben.

Des Weiteren kommen alle Bremer Krankenhäuser ihrer Verpflichtung nach, Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung an die „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS)“ zum bundesweiten Vergleich der Qualität in Medizin und Pflege zu liefern; diese werden aber – wie insgesamt für Deutschland – nicht als Vergleichsdaten für einzelne Kliniken ausgewiesen, sondern lediglich zusammengefasst veröffentlicht. Das Bremer Qualitätsbüro veröffentlicht regelmäßig einen an die Fachöffentlichkeit gerichteten Bericht, in dem Ergebnisse für Bremen zusammengefasst werden (mit Angabe der Spannbreite zwischen den Häusern)⁹. Hier scheint sich jedoch eine Trendwende anzubahnen: Das DIAKO Bremen und der Klinikverbund Bremen Gesundheit Nord haben Ergebnisse der BQS-Daten veröffentlicht - der Verbund jedoch lediglich für die vier Häuser zusammengefasst. Die erste komplette Veröffentlichung der BQS-Daten eines Krankenhauses ist kürzlich durch die Universitätskliniken Eppendorf erfolgt. Aber: Unaufbereitet und ohne Interpretationshilfe kann die reine Veröffentlichung nur ein erster Schritt sein, denn für Laien ist es sehr schwierig, aus den bloßen Daten Qualitätsunterschiede zu deuten.

Weitere Informationen über Krankenhäuser können die Bürger über die ebenfalls verpflichtend erstellten „Strukturierten Qualitätsberichte“ erhalten. Diese sollen gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁰ u.a. „Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung“ sein. Obgleich es standardisierte Vorgaben gibt (eine wesentliche Grundlage für Vergleiche), eignen sich diese Berichte derzeit (noch) nicht als Grundlage für eine Krankenhauswahl:

Angaben zur Bewertung der Qualität (z.B. BQS-Daten) finden sich kaum. Allerdings werden erlangte Gütesiegel und Zertifizierungen veröffentlicht. Diese scheinen von der Bevölkerung aber möglicherweise nicht wahrgenommen zu werden.

Dies könnte mit der Art der Veröffentlichung der Daten zusammenhängen. Wer verschiedene Krankenhäuser vergleichen will, muss zunächst für jedes in Frage kommende Krankenhaus einen umfangreichen Bericht durchsehen, um zu den Themen zu gelangen, die ihn interessieren. Zwar haben mittlerweile etwa 98% der Krankenhäuser die Strukturierten Qualitätsberichte im Internet veröffentlicht und es gibt auch Suchmaschinen¹¹ - aber es gibt keine Möglichkeiten, sich Daten zu einem medizinischen Eingriff aus verschiedenen Strukturierten Qualitätsberichten vergleichend anzeigen zu lassen.

⁸ Von der Selbstverwaltung der Krankenkassen- und Krankenhauseite wurde – erweitert um die Bundesärztekammer und den Deutschen Pflegerat – in Folge des § 137 SGB V eine gemeinnützige GmbH „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ®) gegründet. Nach einem festgelegten Verfahren (mit Selbst- und Fremdbewertung) erteilt die KTQ® Zertifikate, die jeweils 3 Jahre gültig sind. Die beiden konfessionellen Krankenhausverbände bieten unter der Bezeichnung Pro Cum Cert (pCC) eine leicht ergänzte Variante des KTQ an.

⁹ http://www.gesundheit-hb.de/uploads/Qualitaetssicherungs_Bericht_2004.pdf

¹⁰ 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; http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/content/partnerkrankenhaus/pdf2/vereinbarung_qualitaetsbericht_2004.pdf

¹¹ Z.B. die von der BKK, IKK, Knappschaft, LSV, VdAK und PKV entwickelte Seite www.g-qb.de mit Links zu den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Hier ist zu fordern, dass geeignete Daten zur Behandlungsqualität der Öffentlichkeit anwenderfreundlich zugänglich gemacht werden, so dass ein Anbietervergleich möglich ist.

2.6. Jeder zweite Bremer fände für die Krankenhausauswahl Ergebnisse von Patientenbefragungen im Krankenhaus hilfreich.

Patientenbefragungen werden in den meisten Bremer Krankenhäusern durchgeführt, häufig in Form von sogenannte Feedbackbögen, aber z.T. auch mit Studiencharakter als nachstationäre Befragung und Auswertung durch ein externes Institut.

Der Wunsch der Patienten, Ergebnisse von solchen Befragungen zu erhalten, impliziert, dass man die Ergebnisse verschiedener Kliniken vergleichen kann. Um dies zu erreichen, müssten die Patientenbefragungen in den einzelnen Kliniken die gleichen Fragen umfassen, und die Erhebungen sowie Auswertungen müssten nach der gleichen Methode erfolgen. Von einer solchen Synchronisation sind wir in Deutschland flächendeckend derzeit weit entfernt. Dies liegt vor allem daran, dass Patientenbefragungen hauptsächlich als Instrument der internen Qualitätsverbesserungen genutzt werden.

Eine Synchronisation ihres Feedback-Systems ist zwischen den Kliniken des Klinikverbundes Bremen Gesundheit Nord angestrebt.¹² Es wäre sinnvoll, wenn innerhalb des Landes Bremen alle Krankenhäuser ihre Befragungen mit gleichen Fragestellungen und gleicher Methodik durchführen und die Ergebnisse dann veröffentlichen würden. Damit könnte eine Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken zu ermöglicht werden.

2.7. Wer soll über Ärzte und Kliniken informieren? Die Bremer votieren für Patientenberatungsstellen.

Wenn man die Informationslage zur Qualität von Ärzten und Kliniken verbessern möchte, sollte auch berücksichtigt werden, welche Einrichtungen bei den Patienten großes Vertrauen genießen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Informationen dann auch genutzt werden.



Abbildung 3

¹² http://www.gesundheitnord.de/internet/holding/de/ueberuns/gesch__ftsbericht/gb_Version_2.pdf

Bei den Bremern sind Patientenberatungsstellen hier die erste Wahl. 35% der Befragten haben sie als besonders geeignet genannt. Diese Einrichtung scheint nach Meinung der Befragten die Informationsinteressen von Patienten am besten zu vertreten. Es folgen mit gewissem Abstand Verbraucherschutzinstitutionen und Krankenkassen. Deutlich weniger wurden Ärzteverbände, aber auch staatliche Einrichtungen, Universitäten und wissenschaftliche Einrichtungen sowie gemeinnützige Organisationen genannt.

2.8. Information und Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde: insgesamt gut, aber es gibt auch Schwachstellen.

Insgesamt bewerten die Bremer Patienten die Information und Kommunikation in der Arztpraxis positiv: Zwei Drittel der Befragten fühlen sich gut informiert und sind mit der Kommunikation mit ihrem Arzt zufrieden.

Aber es gibt auch kritische Töne. Nahezu jeder dritte Befragte bemängelt unzureichende Informationen über Medikamente und mögliche Nebenwirkungen, 29% hätten gern mehr Hinweise, wie sie durch ihr eigenes Gesundheitsverhalten Krankheiten vorbeugen können und etwa ein Viertel würde gern mehr über die Krankheitsursachen erfahren.

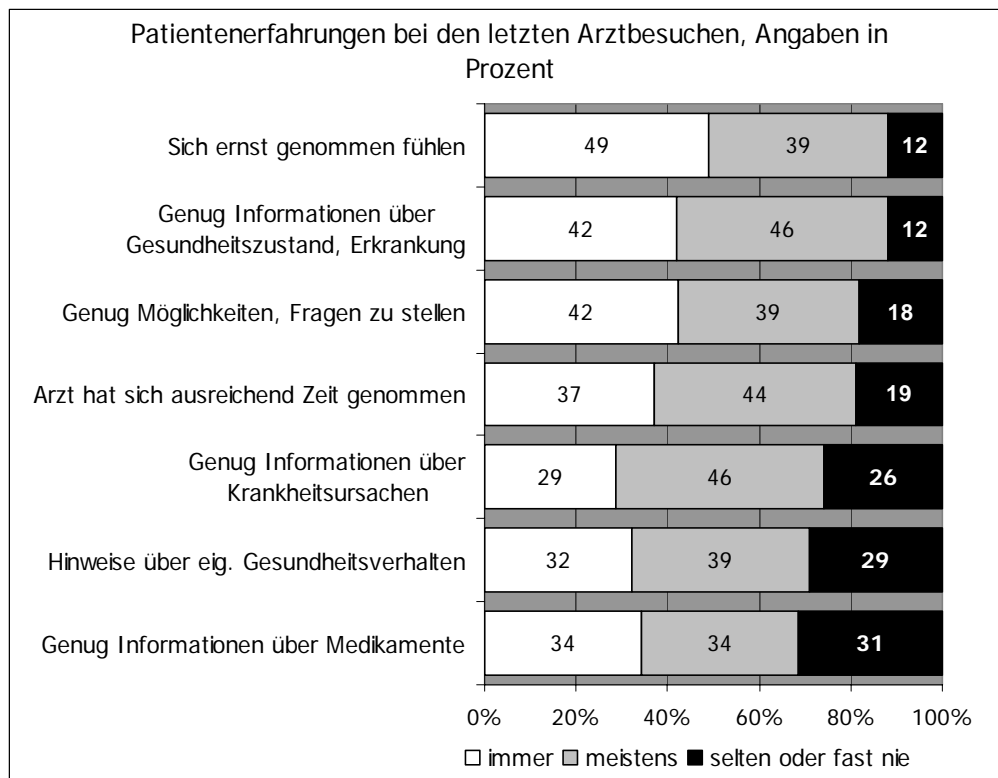


Abbildung 4

Unzureichende Informationen über die Einnahme von Medikamenten wurden in unserer Befragung auch in einem anderen Zusammenhang thematisiert: Die Unbedenklichkeit von Medikamenten wurde als eine der häufigsten gesundheitlichen Fragen genannt, mit denen sich die Bremer im Alltag im letzten Jahr beschäftigt haben. Jeder zweite Befragte, der sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat, bemängelte die Informationslage hierzu (siehe dazu auch Kapitel 2.12). Insofern überrascht es nicht, dass die Nebenwirkungen von Medikamenten als häufigstes Informationsproblem in der Arztpraxis angegeben wurden. Und das Problem scheint kein neues zu sein. Bereits vor 13 Jahren antworteten ein Drittel der Befragten aus Bremen und einigen Umlandgemeinden, dass sie von ihrem Arzt nie oder fast nie auf

Nebenwirkungen aufmerksam gemacht werden¹³. Dass es auch besser geht, zeigt der internationale Vergleich. Patienten aus anderen Ländern haben deutlich häufiger angegeben, von ihren Hausärzten über die Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt worden zu sein.¹⁴

Die kritischsten Patienten sind Jüngere, die bei neu auftretenden Gesundheitsbeschwerden eher zuerst zum Facharzt (als zum Hausarzt) gehen und in Gesundheitsfragen informiert sind. Ältere, die bevorzugt Hausärzte aufsuchen, sind zufriedener (siehe nachfolgende Abbildung).

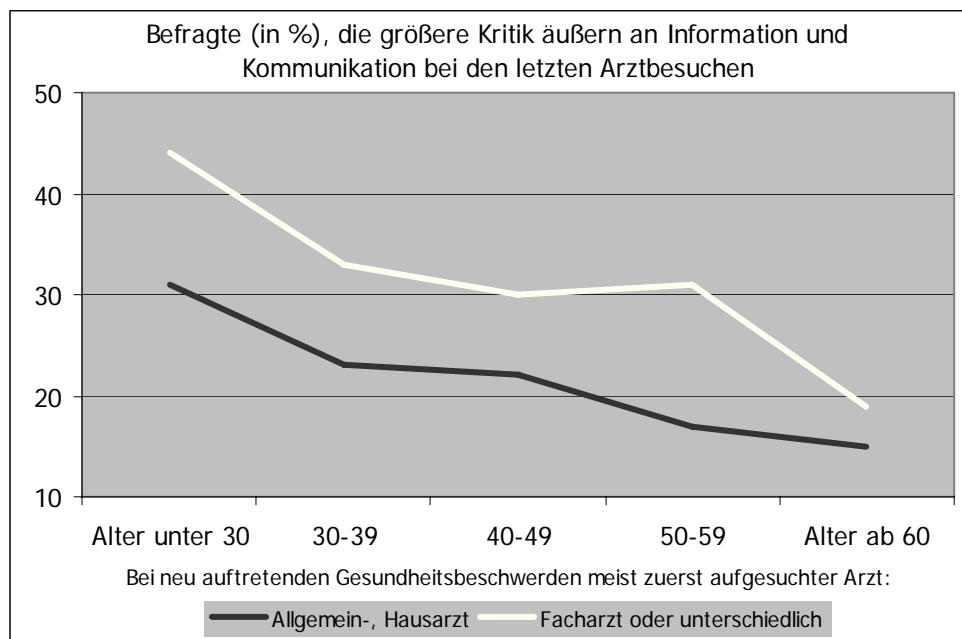


Abbildung 5

Dies könnte zum einen die - auch gesundheitspolitisch vertretene - These bestätigen, dass Hausärzte aufgrund ihrer generalistischen Ausrichtung und der Kenntnis der Lebens- und Krankheitsgeschichte ihrer Patienten dem Bedürfnis nach ‚sprechender Medizin‘ besser entgegen kommen als Fachärzte dies können. Andererseits haben Jüngere eine höhere Erwartungshaltung an den Arzt als Ältere – und daher ist ihre Kritik auch größer.

Kommunikative Fähigkeiten werden zunehmend zu Schlüsselqualifikationen ärztlichen Handelns. Sie müssen integraler Bestandteil in Aus-, Fort- und Weiterbildung werden. Beratungsleistungen und ‚sprechende Medizin‘ sollten gemäß ihrer Bedeutung aufgewertet werden, nicht zuletzt durch entsprechende Änderungen in der Gebührenordnung. Denn zur ärztlichen Kompetenz gehört heutzutage auch, dass Grundzüge der evidenzbasierten Medizin angemessen und verständlich in der Sprechstunde vermittelt werden. Patienten sollten – auf der Basis einer persönlichen Vertrauensbeziehung – eine rationale Aufklärung erhalten, um Entscheidungen nicht ‚eminenzbasiert‘, sondern auf der Basis verfügbarer Daten und Fakten zu treffen.

¹³ Angestelltenkammer Bremen (1993). Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen.

¹⁴ Peter T. Sawicki: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Ein randomisierter simultaner Sechsländer-Vergleich aus Patientensicht, in: Medizinische Klinik, Nr.11, 2005, S.755-768; im Internet: http://www.igwig.de/media/presse/mediendownloads/files/Druckfahnen_CWF_MK.pdf

2.9. Wer wegen einer Geburt ein Krankenhaus auswählt, tut das nach anderen Kriterien als bei einer planbaren Behandlung.

Bei der Auswahl eines Krankenhauses – untersucht haben wir hier nur Behandlungsanlässe, die absehbar waren (keine Notfälle) - richten sich die Patienten am häufigsten nach der Empfehlung ihres Arztes. Aber: Dies gilt nicht für alle Behandlungsanlässe. Während bei planbaren Behandlungen die Empfehlung durch den Arzt dominiert, sind bei Geburten andere Kriterien wesentlich wichtiger, nämlich der gute Ruf der Klinik, gefolgt von der Empfehlung von Freunden/Verwandten sowie die Wohnortnähe der Klinik (siehe nachfolgende Abbildung).

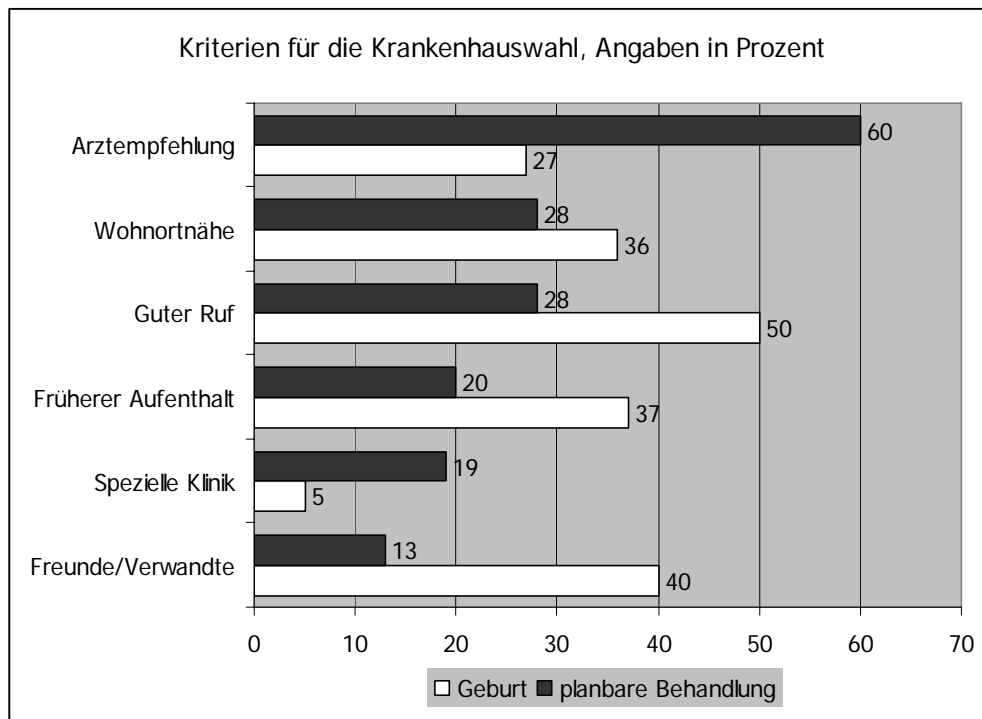


Abbildung 6

Dieses unterschiedliche Auswahlverhalten könnte mit verschiedenen Aspekten zusammenhängen:

- Zum einen gibt es über Geburtskliniken umfangreiche Informationsmöglichkeiten - von Broschüren über einen Geburtsklinikenvergleich im Internet bis hin zu Informationsveranstaltungen, bei denen künftige Eltern einen Einblick in die medizinischen und geburtshilflichen Möglichkeiten erhalten. D.h. es gibt hier de facto mehr Möglichkeiten, sich vorab zu informieren als dies bei planbaren Behandlungen der Fall ist. Wie stark das Interesse an solchen Informationen ist, zeigt z.B. eine Auswertung der Nutzung des Internetportals www.gesundheit-in-bremen.de des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Hier ist der „Geburtsklinikenvergleich“ die mit Abstand am meisten besuchte Seite.
- Weiter ist anzunehmen, dass im Freundes- und Verwandtenkreis häufiger - und ggf. auch offener - über eine anstehende Geburt gesprochen wird als über behandlungsbedürftige Erkrankungen. Und die Wahrscheinlichkeit, dass im sozialen Umfeld Menschen sind, die bereits selbst einmal vor dieser Situation standen, eine Geburtsklinik auszuwählen, ist deutlich größer, als dass man Menschen mit dem gleichen gesundheitlichen Problem kennt. D.h. es gibt im Falle einer anstehenden

Geburt rein quantitativ mehr Freunde und Verwandte, die über ihre Erfahrungen in der Geburtsklinik sprechen.

- Ein weiterer Faktor für die Bedeutung von Freunden/Verwandten könnte auch damit zusammenhängen, dass insbesondere bei Geburten die Orientierung an der Patientin und die Atmosphäre der Geburtsumgebung eine wichtige Rolle spielt – und dass nahe stehenden Menschen hier eine angemessenere Einschätzung zugebraucht wird als Medizinern.
- Zudem finden vorbereitende Gespräche nicht nur mit dem Arzt oder im Familien- und Freundeskreis statt, sondern häufig auch im Rahmen von sogenannten Geburtsvorbereitungskursen. In diesen Kursen – wie auch auf den Informationsveranstaltungen der Krankenhäuser – entstehen Kontakte zu Menschen in gleicher Situation. Dass sich dabei auch ein Austausch über die „beste“ Geburtsklinik ergibt, ist nachvollziehbar.
- Und schließlich ist eine Geburt keine behandlungsbedürftige Krankheit, sondern ein natürliches, häufig freudiges Ereignis. Auch wenn eine anstehende Geburt mit Ängsten verbunden sein kann, ist davon auszugehen, dass sich Frauen im Vorfeld aus einem anderen Antrieb heraus mit ihr auseinandersetzen als mit einer Behandlung zur Behebung oder Linderung einer Erkrankung bzw. gesundheitlicher Beschwerden.

Es zeigt sich schließlich, dass – wenn es vielfältige Möglichkeiten der Information gibt – diese von den Bremern auch in Anspruch genommen werden. Die Bemühungen der Bremer Krankenhäuser in den letzten Jahrzehnten, über ihre Geburtskliniken patientenah zu informieren, haben offenbar Früchte getragen.

Es wäre daher wünschenswert, wenn in der Bremer Krankenhauslandschaft, die derzeit von der Bildung von Kompetenzzentren und damit einer Verschiebung von Leistungsbereichen zwischen den einzelnen Krankenhäusern geprägt ist, medizinische Schwerpunkte und Kompetenzen auch für andere Bereiche (als der Geburtshilfe) noch qualitätsorientierter und offensiver als bisher der Öffentlichkeit präsentiert würden.

Ein Angebot, das vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales herausgegebene „Bremer Krankenhauswegweiser“ – zugänglich im Internet¹⁵ und als gedruckte Broschüre - spielt bei der Krankenhauswahl derzeit (noch) keine Rolle. In diesem Wegweiser wird vor allem das Leistungsspektrum der Bremer Krankenhäuser sowie Ansprechpartner in den einzelnen Fachabteilungen und Instituten dargestellt. Der geringe Nutzungsgrad verwundert insofern nicht, da nur etwa jeder 10. Bremer diesen Wegweiser kennt. Auch Krankenkassen werden von den Befragten für die Wahl eines geeigneten Krankenhauses nicht genutzt.

Die Ergebnisse belegen aber auch die wichtige Rolle der Ärzte bei der Wahl eines Krankenhauses bei planbaren Behandlungen. D.h., nicht nur Patienten, sondern auch die niedergelassenen Ärzte brauchen gute Informationen über die Behandlungsqualität von Krankenhäusern, um ihre Patienten gut beraten zu können.

2.10. 75% der Bremer Patienten fühlen sich im Krankenhaus gut informiert.

Die meisten Befragten, die schon einmal oder mehrmals im Krankenhaus waren, waren mit der Informationslage dort zufrieden. Am zufriedensten sind die Bremer mit den Informationen zur Entlassung. Hier äußerten sich 80% der Bremer Krankenhauspatienten positiv.

¹⁵ <http://www2.bremen.de/info/krankenhaus/home.html>

Aber es gibt auch Verbesserungspotential: Mehr als ein Viertel der Patienten hätten gern mehr bzw. bessere Informationen vor der Behandlung (z.B. Hinweise zur Aufenthaltsdauer oder zur Art der Behandlung oder Operation) (siehe nachfolgende Abbildung).

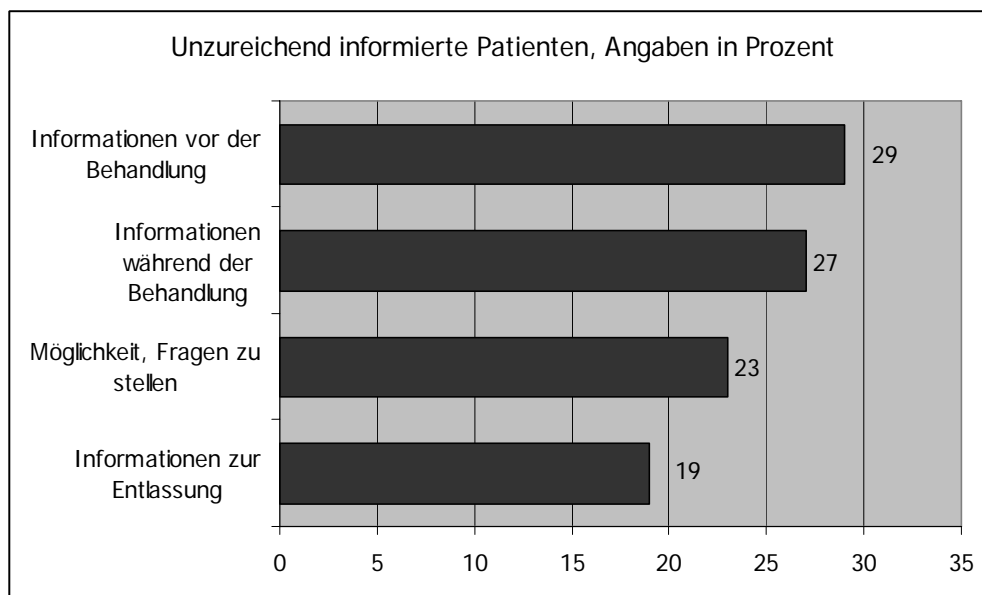


Abbildung 7

Kritisch zur Informationspolitik des Krankenhauses äußern sich vor allem

- jüngere Patienten,
- Patienten mit eher negativen Erfahrungen im ambulanten Bereich,
- Patienten, die sich eigenständig um Informationen vor oder nach dem Arztbesuch bemühen,
- gesetzlich versicherte Patienten.

Dass jüngere Menschen sich häufiger kritisch gegenüber Krankenhausinformationen äußern, ist sicherlich dem zitierten normativen Wandel geschuldet. Ähnlich wie im ambulanten Bereich zeigt sich außerdem, dass konkrete Erfahrungen ‚am eigenen Leib‘ häufig eine kritischere Einstellung zur Folge haben: Patienten, die negative Erfahrungen im Gespräch mit ihrem Arzt gemacht haben, bewerten auch die Informationslage im Krankenhaus kritischer. Ähnliches gilt für die eigenständige Informationssuche: Wer sich um bestimmte gesundheitliche Informationen außerhalb der Arztpraxis bemüht, beurteilt die Informationspolitik des Krankenhauses in einem anderen Licht. Eigenständige Informationssuche schärft ganz offensichtlich den Blick für die Bewertung der Informationslage.

Dass das Entlassungsgeschehen in den Bremer Krankenhäusern vergleichsweise positiv beurteilt wurde, mag auf die Anstrengungen der Bremer Kliniken in den letzten Jahren zurückzuführen sein. Eine Aufwertung der Arbeit der Krankenhaus-Sozialdienste, insbesondere die Verbesserung der klinikinternen Kooperation zwischen Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern, aber auch die Kontaktpflege zu externen Dienstleistern hat offenbar dazu beigetragen, dass Patienten und ihre Angehörigen auf ihre Entlassung bzw. Überleitung in nachstationäre Versorgungsformen besser vorbereitet sind.

2.11. Patienten wollen mitbestimmen – Anspruch und Wirklichkeit.

Immer mehr Patienten wünschen eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient („Shared-Decision-Making“), wenn es um ihre Behandlung geht. Zum besseren Verständnis seien hier die drei grundlegenden Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses kurz skizziert.

Beim *traditionellen paternalistischen Modell* entscheidet der Arzt über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Dabei enthält er dem Patienten nicht notwendig Informationen vor. Ebenso kann ein Kommunikationsprozess stattfinden, wenngleich dieser strukturiert wird durch die Informationsinteressen des Arztes. Nicht selten allerdings erhält der Patient nicht alle Informationen, vermeintlich zu seinem Besten, um nicht Skepsis oder Entscheidungskonflikte aufkommen zu lassen.

Beim *informativen Modell*, auch „Konsumenten-Modell“ genannt, wird der Patient vom Arzt mit einer Vielzahl von Informationen versorgt, angefangen von Hypothesen über mögliche Krankheitshintergründe über diagnostische Erkenntnisse bis hin zu therapeutischen Alternativen samt ihren Vor- und Nachteilen. Der Patient sortiert und strukturiert die Informationen und entscheidet dann selbst über den weiteren Fortgang der Behandlung. Persönliche Erfahrungen, Bedürfnisse oder auch Ängste von Patienten werden hier nicht gelehrt, aber doch aus der Arzt-Patient-Beziehung ausgeblendet.

Das Modell des *Shared Decision Making (SDM)* hingegen ist gekennzeichnet durch „eine gegenseitige Information zwischen Arzt und Patient, gemeinsames Abwägen und gemeinsames Entscheiden. Der Patient informiert dabei den Arzt auch über seine subjektiven behandlungsrelevanten Bedürfnisse und Präferenzen.“¹⁶ D.h. es werden auch emotionale und teilweise wenig rationale Momente im Rahmen des Krankheitserlebens und der Rekonvaleszenz berücksichtigt. Die Interaktionsrichtung in diesem Konzept ist zweiseitig: Arzt und Patient stellen Fragen und beantworten Fragen.

Unsere Befragungs-Ergebnisse stimmen sehr stark mit Befunden anderer Erhebungen überein¹⁷. Die große Mehrheit von 74% der Befragten befürwortet eine gemeinsame Entscheidung (SDM), nur eine sehr kleine Minderheit (8%) favorisiert das traditionelle paternalistische Modell und möchte die Entscheidung allein dem Arzt überlassen. Auch die hierzu konträre Position, die Bevorzugung einer autonomen Patienten-Entscheidung ist (mit 18% Befürwortern) nicht sehr stark verbreitet. Formiert sich hier ein allgemeiner Trend über alle Bevölkerungsgruppen?

Um diese Frage zu beantworten, wurden einige Aspekte des Patientenverhaltens untersucht, die für eine aktive Entscheidungsteilnahme unabdingbar sind, und zwar mit folgenden Ergebnissen:

2.11.1. Bei neuen gesundheitlichen Beschwerden stellen viele Patienten eine Laiendiagnose auf.

Ein erster Schritt, sich aktiv um seine Genesung zu kümmern, ist das Aufstellen einer Laiendiagnose, die u.a. darin mündet, zum Arzt zu gehen oder eine Selbstmedikation vorzuziehen. Etwa drei Viertel der Befragten haben beim Auftreten neuer Beschwerden mindestens gelegentlich eine Vorstellung davon, worum es sich handeln könnte und welche Behandlung zweckmäßig wäre. Insbesondere höher Gebildete stellen solche Überlegungen an.

¹⁶ Klemperer/Rosenwirth 2005, Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen, und politische Implikationen, Chartbook, S. 6, im Internet: <http://www.klemperer.info/publikationen.html>

¹⁷ PIA-Studie Ruhrgebiet; Bertelsmann-Gesundheitsmonitor, Telefonsurvey Europa

2.11.2. Die eigenständige Suche nach Informationen zusätzlich zum Arztbesuch ist für viele Patienten Normalität – aber jeder dritte Arzt regiert auf mitgebrachte Informationen negativ.

Zwar ist der Arzt noch immer die Anlaufstelle erster Wahl, wenn es um vertrauenswürdige gesundheitliche Informationen geht. Allerdings lassen sich heute bei der Mehrheit der Befragungsteilnehmer parallel zum Aufsuchen der ärztlichen Praxis immer auch noch zusätzliche Informationsanstrengungen beobachten (siehe nachfolgende Abbildung).

Auf eine eigenständige Informationssuche begeben sich die Befragten weniger deshalb, um einen Arztbesuch zu vermeiden oder besser darauf vorbereitet zu sein, sondern vor allem, um nach dem Arztbesuch genauere und ausführlichere Informationen zu bekommen.



Abbildung 8

Bei der Frage, ob es hilfreich ist, sich als Patient zusätzlich zum Arztbesuch um eigene Informationen zu bemühen, zeigen die Ergebnisse eine sehr starke Verbreitung der neuen Verhaltensnorm „Patienten sollten sich auch zusätzlich zum Arztbesuch um gesundheits- und krankheitsbezogene Informationen bemühen“. Nur 10% halten dies gar nicht für sinnvoll, eine Mehrheit von 55% hält dies zumindest manchmal für sinnvoll und 35% der Befragten hält dieses Verhalten fast immer für sinnvoll.

Eine Informationssuche wird vor allem deshalb als hilfreich erachtet, um die Zusammenhänge einer Krankheit besser zu verstehen oder um durch das eigene Verhalten zu der Genesung beitragen zu können – eine kritische Haltung zum Wissen des Arztes spielt hierbei eine geringere Rolle.

Die eigenen Bemühungen der Patienten sind zwar an sich positiv zu bewerten, zeigen aber auch, dass den Wünschen nach weiter gehenden Informationen (Krankheitsursachen, eigenes Risikoverhalten, Möglichkeiten der Eigenbeteiligung im Rahmen der Therapie, Nutzen und Risiken der therapeutischen Alternativen etc.) in der ärztlichen Sprechstunde nicht hinreichend entsprochen wird. Es sind vor allem Patienten mit psychosomatischen Beschwer-

den, die sich zusätzlich zum Arztbesuch informieren, was darauf hinweisen könnte, dass sich insbesondere diese Patientengruppe nicht adäquat informiert bzw. behandelt fühlt.

Wenn die Patienten nun mit eigenen Vorstellungen über ihre Krankheit oder selbst recherchierten Informationen in die Praxis kommen, berichten zwei Drittel der Befragungsteilnehmer über positive Reaktionen der Ärzte. Aber: Bei gut einem Drittel der Patienten geht der Arzt über solche Meinungen oder Vorschläge hinweg oder zeigt sich sogar distanziert und abweisend. Da sich hier insbesondere Jüngere kritisch zeigen, scheinen die ärztliche Reaktionen auf laienmedizinische Einlassungen von Patienten zwar den Normen älterer Generationen noch durchaus zu genügen, werden den weiter gehenden Ansprüchen Jüngerer aber oftmals nicht mehr gerecht. Feststellbar bleibt eine Kommunikationslücke zwischen Arzt und Patient, die besonders jene trifft, die sich intensiver um gesundheitliche Informationen bemühen und den Arztbesuch nicht als passiv zu ertragende „Reparatur“ körperlicher Schäden definieren.

Mit Patienten, die sich immer selbstverständlicher zusätzlich zur Arztkonsultation über Krankheitsursachen oder alternative therapeutische Verfahren informieren und den Arzt in der Sprechstunde mit diesem Wissen (oder auch Halb- oder Populärwissen) konfrontieren, stehen Ärzte einem neuen Patiententypus gegenüber, auf den sie in ihrer Berufsausbildung nur unzureichend vorbereitet wurden.

Ohne Zweifel sind durch die Abrechnungsmodalitäten in der Gesetzlichen Krankenversicherung die zeitlichen Ressourcen des Arztes heute beschränkt, besteht nicht in jedem Fall die Möglichkeit zu einer ausgiebigen Kommunikation und Beratung. Und selbst wenn die Rahmenbedingungen verbessert werden würden, wäre es nicht zu vermeiden, dass Patienten mit eigenen Informationen in die Praxis kommen, die fragwürdig und aus medizinischer Sicht bedenklich sind. Dennoch kann gute Information und Beratung durch den Arzt dazu beitragen, dass Patienten kritischer mit Informationen aus den Medien umgehen.

2.11.3. Die schriftliche Patienteninformation: eine sinnvolle Ergänzung?

Der große kommerzielle Erfolg pauschal gehaltener und nicht ganz billiger Krankheits-Merkblätter¹⁸ verdeutlicht, dass das Interesse in der Bevölkerung an vertrauenswürdigen Informationen sehr groß ist, wenn man selbst von Krankheit betroffen ist.

Die Bremer wurden gefragt, ob es für sie von Interesse wäre, nach dem Arztbesuch eine persönlich abgestimmte Patienteninformation zu bekommen mit genauen Angaben zur Erkrankung, zu Medikamenten und wie oft man sie einnimmt, mit Hinweisen zum weiten Vorgehen und zu eigenen Handlungsmöglichkeiten.

Mehr als die Hälfte (56%) der Bevölkerung wünscht sich solch eine Information „eigentlich immer oder meistens“ und weitere 40% „manchmal, bei neuen Erkrankungen oder Veränderungen.“ Dieser starke Informationswunsch zieht sich durch alle Altersgruppen und Bildungsschichten – bei Männern wie auch bei Frauen – und ist besonders ausgeprägt bei denjenigen, die mit der ärztlichen Kommunikation und Information unzufrieden waren.

Vielleicht liegt der Reiz der Informationsblätter nicht nur in der Ausführlichkeit, sondern insbesondere darin, die Informationen mitnehmen zu können - für den Fall, dass man sich nicht alle ärztlichen Informationen merken kann – damit man sich später in aller Ruhe mit den ein-

¹⁸ Der „proCompliance“-Verlag veröffentlicht unter dem Titel „Merkblätter zur Dokumentierten Patientenaufklärung“ insgesamt etwa 1.050 Broschüren, in denen Patienten detailliert über unterschiedliche Krankheiten, deren Ursachen und Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Die Information enthält darüber hinaus auch Eingriffs- und Risikoaufklärungen als auch die therapeutische Sicherungs-Aufklärung, u.a. auch bei der Pharmakotherapie. Nach eigenen Angaben hat der Verlag seit 1981 mehr als 500 Millionen Broschüren zu einem Preis von 3,90 Euro je Merkblatt vertrieben.

zelenen Aspekten noch einmal beschäftigen kann. Diese Vermutungen werden dadurch bestärkt, dass sich jeder zweite Befragte nach dem Arztbesuch eigenständig um Informationen bemüht, um noch genauere und ausführlichere Informationen zu bekommen.

Mögliches Risiko einer schriftlichen Information: Die persönliche Kommunikation mit den Patienten wird zurückgeschraubt mit dem Hinweis auf die ausführlichen schriftlichen Instruktionen. Dennoch wäre eine solche Patienteninformation aus unserer Sicht durchaus ein erprobungswürdiges Modell, das zeitlichen Restriktionen in der ärztlichen Sprechstunde entgegenkommt. Darüber hinaus würde dieses Konzept die Problematik kontroverser Informationen durch den Arzt bzw. andere Quellen (Internet, Callcenter etc.) reduzieren.

Damit sie auch genutzt wird, sollte sie für Laien verständlich aufbereitet und personenbezogen sein, d.h. keine vollständig standardisierten Blätter im Sinne einer allgemeinen Krankheitsinformation. Auch Zusatzkosten (etwa als Igel-Leistung) würden sicherlich nicht zu einer breiten Nutzung beitragen.

2.11.4. Viele Patienten sind auch mal anderer Meinung als der Arzt – aber nur relativ wenige teilen dem Arzt ihre Ansichten mit.

Ein weiterer Schritt einer aktiven Teilhabe ist es, unterschiedliche Vorstellungen über den Behandlungsverlauf dem Arzt auch mitzuteilen. Die Ergebnisse belegen, dass zwar mehr als die Hälfte (57%) der Bremer schon einmal oder auch öfter nicht einverstanden waren mit der ärztlichen Empfehlung, dass aber nur jeder Vierte dies auch dem Arzt offen und freimütig mitgeteilt hat. Es sind vor allem die höher Gebildeten und Menschen mittleren Lebensalters, die hier aktiv auftreten.

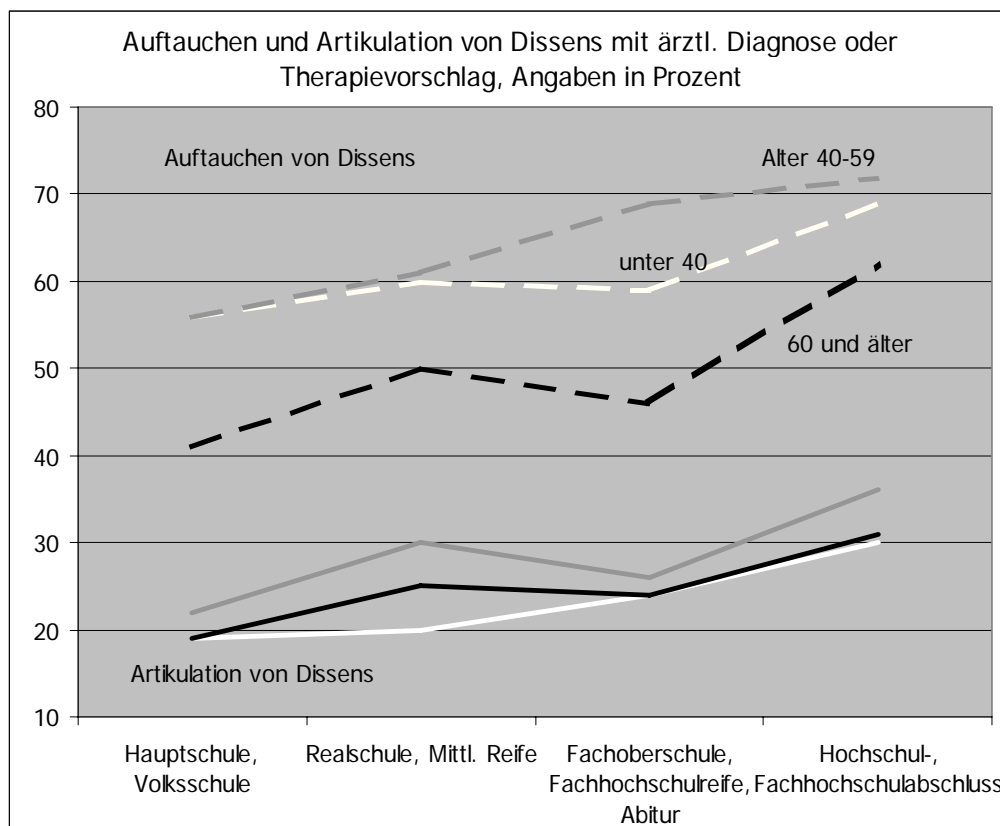


Abbildung 9

Es wird deutlich, dass ein wesentlicher Faktor einer aktiven Teilhabe, dem Gegenüber auch abweichende Meinungen mitzuteilen, noch längst nicht etabliert ist. Insgesamt halten Patienten ihre gewandelten Ansprüche im Versorgungssystem derzeit noch stark zurück und ver-

bergen sie weitgehend vor dem Arzt. Wenn es zu einem gleichberechtigten Dialog kommen soll müssten sich sowohl Ärzte als auch Patienten weiterentwickeln: Patienten müssten mehr Selbstbewusstsein als bisher in die ärztliche Praxis mitbringen. Andererseits zeigt sich auch, dass in vielen Situationen der Arzt derzeit (noch) nicht über die Zeit, die innere Bereitschaft oder die Kompetenz verfügt, mit weiter reichenden Patientenansprüchen adäquat umzugehen.¹⁹ D.h. Ärzte sollten stärker als bisher Patienten ermutigen, ihre Meinung offen sagen zu können.

2.11.5. Shared Decision Making: Patientenansprüche nach aktiver Teilhabe an Therapie-Entscheidungen werden überschätzt

Insgesamt artikulieren die Bremer Patienten ihre Ansprüche im Hinblick auf die Kommunikation mit ihrem Arzt recht klar: Sie möchten in gesundheitlichen Fragen breit informiert werden, sie möchten diese Informationen sowie eigene Fragen mit dem Arzt besprechen und sie möchten an therapeutischen Entscheidungen beteiligt werden.

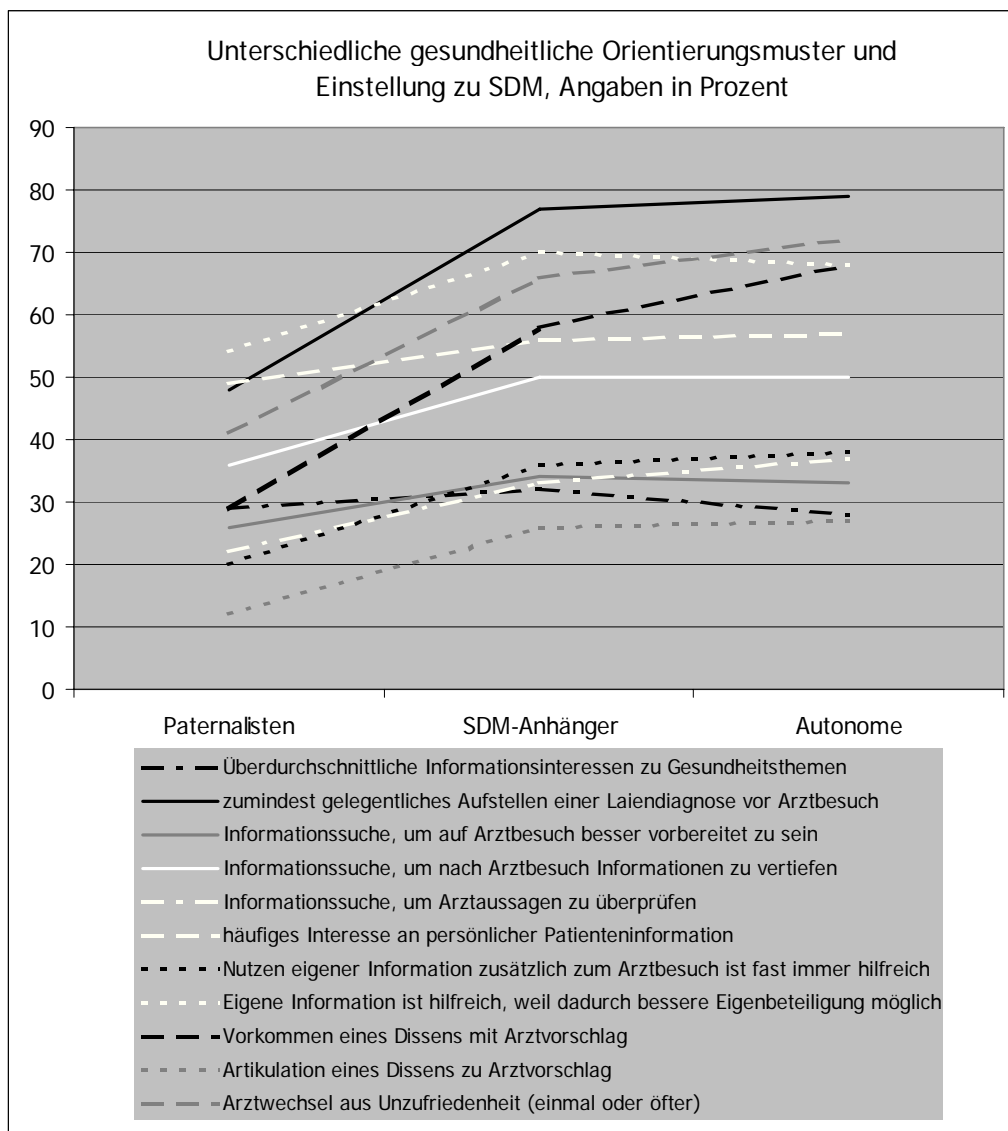


Abbildung 10

¹⁹ Klemperer D., Rosenwirth M. (2005). Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen, Chartbook, S. 24

Aber: Obgleich die meisten Patienten eine aktive Teilhabe wünschen, hat sich der Trend in der Realität noch nicht durchgesetzt. So stellen etwa 30-40% derjenigen, die formal für eine Teilhabe an Therapieentscheidungen plädieren – so gut wie nie eigenständige Bemühungen um gesundheitliche Informationen an und zweifeln auch nicht an Autorität und Entscheidungshoheit des Arztes. Und vier von zehn Befragten, die für eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient votieren, haben noch niemals einen Dissens (z.B. was Diagnosen oder vorgeschlagene Behandlungen betrifft) mit dem Arzt gehabt. Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Einstellungen und Verhaltensweisen der drei Patientengruppen.

Anscheinend interpretieren die Befragten eine gemeinsame Entscheidungsfindung dahingehend, dass der Arzt die Behandlungsmöglichkeiten umfassend erläutert, diese dann gemeinsam mit dem Patient bespricht und schließlich eine vom Arzt befürwortete Entscheidung getroffen wird, die von individuellen Fehlern exkulpiert. D.h. es besteht hier zwar ein starkes Interesse an ärztlicher Information und Aufklärung und auch an der Möglichkeit, Fragen stellen zu können, aber eine echte Teilhabe zwischen Laie und Experte im Sinne eines Dialogs auch mit unterschiedlichen Meinungen wünscht diese Gruppe eher nicht.

Damit soll das Konzept des Shared Decision Making oder seine zunehmende Akzeptanz bei Patienten nicht in Frage gestellt werden. In quantitativer Hinsicht ist allerdings zu vermuten, dass weniger als drei Viertel der Bevölkerung, die nach unserer Befragung für eine gemeinsame Entscheidung votieren, in der Arztpraxis als „Co-Therapeuten in eigener Sache“ agieren möchten.

Eine Kultur des wirklichen ‚Shared decision making‘ muss erst noch entwickelt werden. Sowohl Arzt als auch Patient sollten gleichermaßen darin unterstützt werden, die klassische, paternalistisch geprägte Arzt-Patient-Beziehung weiterzuentwickeln. D.h. anstelle eines regelkonformen Verhalten des Patienten, sollte ‚Empowerment‘, zum Leitbild der Arzt-Patient-Beziehung werden. Dies beinhaltet ebenso die Infragestellung der tradierten Arztrolle als allmächtige Autoritätsfigur, wie die Befähigung von Patienten zu selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln.

Forschungsperspektivisch bedeuten die Ergebnisse vor allem, dass Präferenzen im Hinblick auf Shared Decision Making zukünftig sehr viel differenzierter erfasst werden sollten. Forderungen nach besserer Kommunikation der Ärzte oder mehr Engagement der Patienten allein genügen nicht, solange noch viele Fragen der Arzt-Patienten-Kommunikation offen sind:

- ▶ Welche Mechanismen stützen das paternalistische Modell?
- ▶ Welche Rolle spielen Vergütungssysteme?
- ▶ Welches Verständnis der Arztrolle wird während der Ausbildung gelehrt?
- ▶ Inwieweit sind Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zu den Ärzten durchgedrungen?

2.12. Wer von gesundheitlichen Problemen selbst betroffen ist, beurteilt die Informationslage deutlich kritischer als „Nichtbetroffene“.

Um zu erfahren, inwieweit die Bremer die Informationslage bei gesundheitlichen Fragen und Problemen im weiteren Sinne (z.B. psychosoziale oder Umweltthemen) einschätzen, haben wir zunächst gefragt, von welchen Problemen die Bremer Bürger im letzten Jahr selbst betroffen waren.

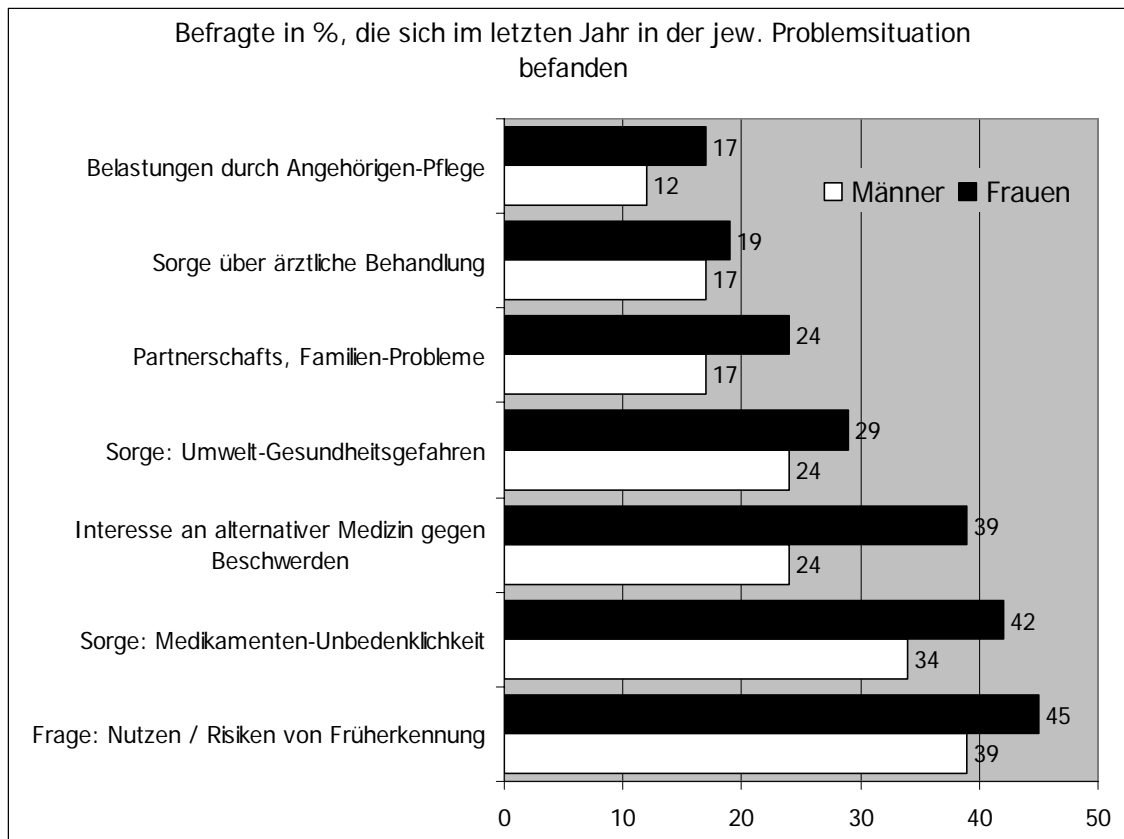


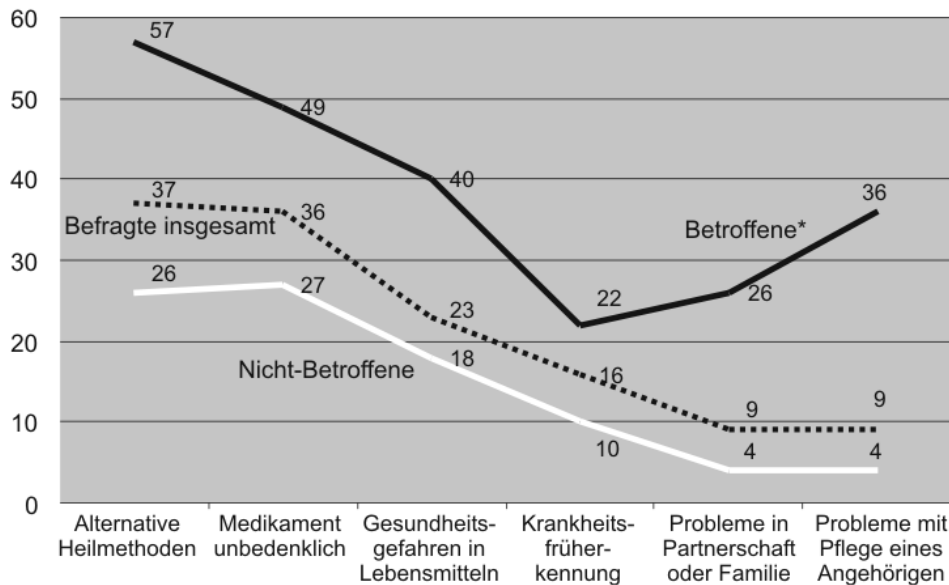
Abbildung 11

Das Ergebnis: Etwa vier von zehn Befragten haben sich im letzten Jahr Gedanken über den Nutzen und die Risiken von Früherkennung gemacht. Ebenso viele hatten Sorge über die Unbedenklichkeit und Nebenwirkungen eines Medikaments. Und jeder dritte Befragte äußerte aufgrund persönlicher Gesundheitsbeschwerden Interesse an alternativer Medizin. Dagegen wurden psychosoziale Probleme (wie z.B. Schwierigkeiten in der Partnerschaft) oder ökologische Fragestellungen (wie z.B. Schadstoffe in Lebensmitteln) weniger häufig genannt. Mit anderen Worten: Aus dem breiten Themenfeld „Gesundheit“ haben die Bremer Bevölkerung insbesondere medizinische Fragen, die mit Diagnostik und Therapie zusammenhängen, beschäftigt.

Gefragt danach, inwieweit es schwierig oder aufwändig ist, einen guten Rat oder genaue Informationen zu diesen Themen zu bekommen, bewerteten die Bremer die Informationslage zunächst recht gut. Aber: Wer gesundheitliche Problemsituationen und drängende Fragen schon einmal selbst erlebt hat bzw. von ihnen betroffen war, bewertet die Informationslage im Vergleich zu „Nicht-Betroffenen“ deutlich schlechter. Die größte Differenz zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen ist bei Problemen mit der Pflege von Angehörigen festzustellen. Während lediglich 4% der Nicht-Betroffenen es als schwierig empfinden, entsprechende Informationen zu bekommen, sind es bei den Betroffenen 36%, die über eine schwierige und/oder aufwändige Informationssuche klagen (siehe nachfolgende Abbildung).

Einschätzung der Schwierigkeiten zur Informationsbeschaffung für bestimmte Gesundheitsfragen

(Befragte in %, die sagen: Es ist schwierig, hierüber befriedigende Informationen zu bekommen)



* Betroffene = Befragte, bei denen die Frage im letzten Jahr auch persönlich aufgetaucht ist

Abbildung 12

Etwa 60% derjenigen, die im letzten Jahr wissen wollten, ob alternative Heilmethoden gegen ihre Beschwerden besser helfen, beurteilen es als schwierig oder aufwändig, hierüber Informationen zu bekommen. Es sind insbesondere Frauen mit höherem Bildungsniveau, die unter einer chronischen Erkrankung mit erheblichen Alltagseinschränkungen leiden, die sich kritisch äußern. Inwieweit diese Bewertung allein in einer schlechten Informationslage begründet ist, kann aus den Ergebnissen unserer Befragung nicht abgeleitet werden. Möglicherweise spielen auch Faktoren der Krankheitsbewältigung eine Rolle, z.B. eine Enttäuschung darüber, dass chronische Erkrankungen in der Regel nicht heilbar sind – und es häufig weder im schulmedizinischen noch im alternativen Bereich eine geeignete Therapie gibt.

Dass es von der Hälfte der Betroffenen als schwierig eingeschätzt wird, Informationen über die Unbedenklichkeit von Medikamenten zu erhalten, mag auf den ersten Blick verwundern. So gib es doch Beipackzettel und den Hinweis: „Bei Fragen zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!“ Aber insbesondere Menschen, die in der letzten Zeit viele Arztkontakte hatten, sind besorgt. Auch ältere Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss fühlen sich nicht ausreichend informiert. Anscheinend reichen die Informationen durch den Arzt oder Apotheker ebenso wenig aus bzw. führen zu Verunsicherung wie die Beipackzettel. Hier scheint Handlungsbedarf zu bestehen, denn die Furcht vor Nebenwirkungen ist eine zentrale Ursache dafür, dass viele Patienten (Schätzungen gehen von etwa zwei Dritteln aus) ihre Medikamente gar nicht oder nicht entsprechend der ärztlichen Vorschrift einnehmen. Dies hat neben gesundheitlichen auch erhebliche ökonomische Folgen.

Die Informationslage hinsichtlich des Nutzens und der Risiken von Früherkennung, womit sich die Befragten am meisten beschäftigt haben, wurde dagegen recht gut bewertet. Lediglich 22% derjenigen Befragten, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben, finden es schwierig, hierüber Informationen zu erhalten. Zu dieser recht positiven Bewertung könnte der öffentlich geführte Diskurs über Früherkennungsmaßnahmen beigetragen haben, der in Bremen insbesondere im Rahmen der Einführung des Modellprojektes „Mammographie-Screening“ befördert wurde. Zahlreiche Veranstaltungen, Berichte in den Medien und nicht zuletzt die Herausgabe einer qualitativ guten Broschüre haben sicherlich einen entsprechenden Beitrag geleistet. D.h., ein breit angelegter, multimedialer Diskurs kann die Informationslage in der gesamten Bevölkerung und – wie unsere Ergebnisse gezeigt haben – nicht nur bei speziellen Altersgruppen oder in bestimmten Bildungsschichten deutlich verbessern.

2.13. Beratungsstellen: Das Image ist indifferent – aber wer sie nutzt, ist zufrieden

Eine Möglichkeit, sich über gesundheitliche Themen zu informieren, bieten Beratungsstellen, von denen es in Bremen eine Vielzahl gibt. Vor dem Hintergrund der im vorigen Abschnitt beschriebenen Problemlagen in der Bevölkerung hat uns gewundert, dass nur etwa jeder zehnte Befragte Bremer eine Beratungseinrichtung in Anspruch genommen hat. Am häufigsten wurden Pro Familia, das Gesundheitsamt, die Verbraucherzentrale sowie die Unabhängige Patientenberatung aufgesucht. Zusätzlich wurden fast 100 weitere Einrichtungen genannt, die aber nur jeweils ein- oder zweimal angeführt werden.

Vom Sachverständigenrat wurde kritisiert²⁰, dass das Beratungsstellenangebot in Deutschland unübersichtlich, intransparent und daher in den Zuständigkeiten schwer durchschaubar ist. In Bremen hat nur jeder Fünfte die Vielzahl der Einrichtungen als verwirrend und unübersichtlich bewertet. Hier auf eine sehr gute Kenntnis des Angebots in der Bremer Bevölkerung zu schließen, wäre jedoch voreilig. Vielmehr scheint es so zu sein, dass nur wenige Befragte die Angebotsvielfalt kennen: Wer überhaupt nicht weiß, dass es beispielsweise in Bremen 60-70 Beratungsstellen nur zu Gesundheitsfragen und etwa 120 Selbsthilfegruppen mit Beratungsangebot gibt, sondern vielleicht nur die 3-4 wichtigsten Stellen kennt, der wird nicht über Intransparenz klagen. Gestärkt wird diese Vermutung dadurch, dass die internetgestützte Übersicht über Beratungsstellen in der Bevölkerung relativ unbekannt ist – und es eine gedruckte Übersicht derzeit für Bremen nicht gibt.

Das Image von Beratungsstellen ist in der Bevölkerung indifferent. Etwa 30% bewerten Beratungsstellen positiv, weil in der Arztpraxis hoher Zeitdruck erlebt wird. Aber gut ein Viertel ist auch skeptisch, was die Kompetenz der Berater angeht und etwa ebenso viele finden es zu umständlich und zeitaufwändig, dorthin zu gehen. Aber: Wer selbst Erfahrungen mit Beratungsstellen gemacht hat, kommt zu einem deutlich positiveren Urteil. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen. Ohne persönliche Erfahrungen bewerten lediglich etwa 30% der älteren Befragten Beratungsstellen als hilfreich – mit Beratungserfahrung sind es über 80%.

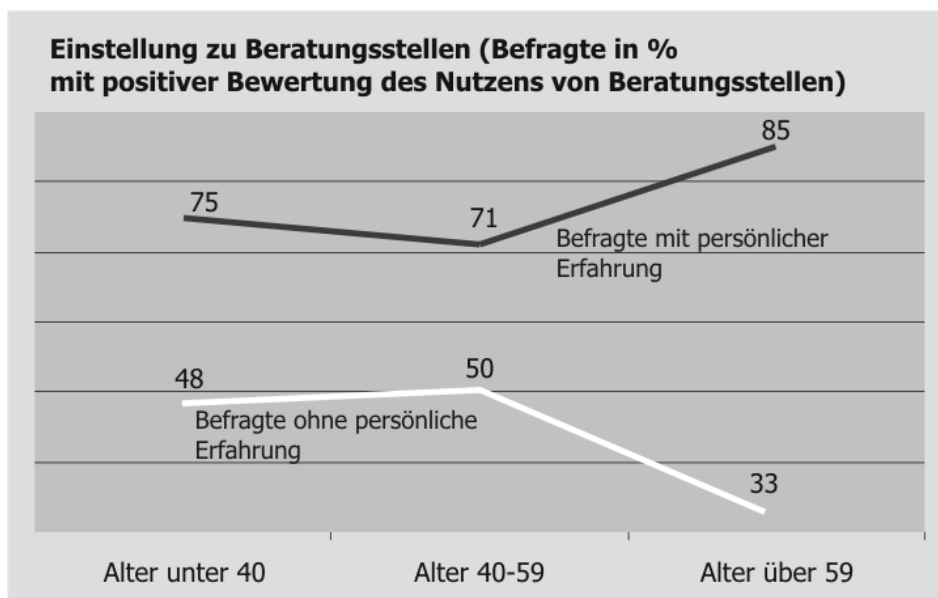


Abbildung 13

Um das Bild von Beratungsstellen in der Bevölkerung zu verbessern, sollten sie bekannter gemacht werden. Ob es hier ausreicht, allein das Internetangebot besser zu präsentieren, darf bezweifelt werden. Zum einen wird eine internetgestützte Übersicht lediglich von einem Viertel der Befragten, vor allem von Jüngeren, gewünscht. Auch eine zentrale Beratungsstel-

²⁰ SVR 2003, Band I, S.103, Punkt 276

le mit Wegweiser- oder Lotsenfunktion, wie sie vom Sachverständigenrat als "Integrierte Beratungsstelle" vorgeschlagen wurde, trifft lediglich bei einem Viertel der Befragten auf Zustimmung. Das Medium der Wahl scheint für mehr als die Hälfte der Befragten eine gedruckte Broschüre zu sein.

Betrachtet man andererseits die überaus positiven Urteile, die jene Befragungsteilnehmer abgeben, die das Angebot einer Beratungsstelle schon einmal persönlich wahrgenommen haben, so wird deutlich, dass hier auch Versäumnisse vorliegen, die sich schlicht als Image- oder Marketing-Mängel charakterisieren lassen.

Um hier Abhilfe zu schaffen, sollten insbesondere Multiplikatoren im Gesundheitswesen wie Mitarbeiter von Krankenkassen, Ärzte, Therapeuten, aber auch Lehrer und Erzieher auf dem aktuellen Stand sein über das Bremer Beratungsangebot, um ihre Klientel im Fall von Problemlagen gezielt darauf aufmerksam machen zu können und damit auch das präventive Potential von Beratung zu nutzen.

2.14. Das Internet: ein Allheilmittel gegen Informationsdefizite?

Seit knapp 10 Jahren ist eine neue und zumindest im quantitativen Umfang gigantische Informationsquelle entstanden: das Internet. Kann die Vielfalt und Detailliertheit der hier angebotenen Texte und Grafiken über Krankheitsursachen und Symptome, über schulmedizinische und „alternative“ Behandlungsmethoden das professionelle Informationsdefizit womöglich kompensieren? Aus quantitativer Sicht besteht hier unseres Erachtens eher ein Überangebot. Was die Qualität der gebotenen Informationen betrifft, sind Verbesserungen erforderlich. Es kann daher nicht verwundern, dass der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2003 zu einer überaus harschen Kritik der im Internet gebotenen Gesundheitsinformationen kommt: „Die Qualität der im Internet verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen ist oft zweifelhaft. Untersuchungen verweisen auf multiple Websites mit unklarem oder unzulänglichem Inhalt [...], es finden sich viele überflüssige, unsinnige und manchmal sogar gefährliche Auskünfte [...]. Das Internet bietet derzeit mehr als andere Medien die relativ einfache Möglichkeit, auch Außenseiterpositionen bis hin zur Scharlatanerie zu veröffentlichen. [...]“

Während bisher vorliegende Studien lediglich untersucht haben, nach welchen Themen vorrangig im Internet gesucht wird, haben wir ermittelt, welche Patientengruppen das Internet wie oft in Anspruch nehmen und vor allem, aus welchen Anlässen und Motiven dies geschieht.

Insgesamt haben knapp die Hälfte der Befragten einen eigenen Internetanschluss. Es sind vor allem Jüngere und Menschen im mittleren Alter, die Gesundheitsinformationen aus dem Internet beziehen. Je höher das Bildungsniveau bei ihnen ist, desto häufiger wird das Internet für Gesundheitsinformationen genutzt.

Eine Grenzlinie ist etwa beim Alter von 60 zu erkennen. Die 50-59 Jährigen sind aktive Internet-Nutzer. Jenseits dieser Linie verfügt nur noch ein kleiner Teil der Bevölkerung (meist Hochschulabsolventen) über einen Internetzugang, und von diesen wiederum sucht nur ein geringer Teil nach Gesundheits-Informationen.

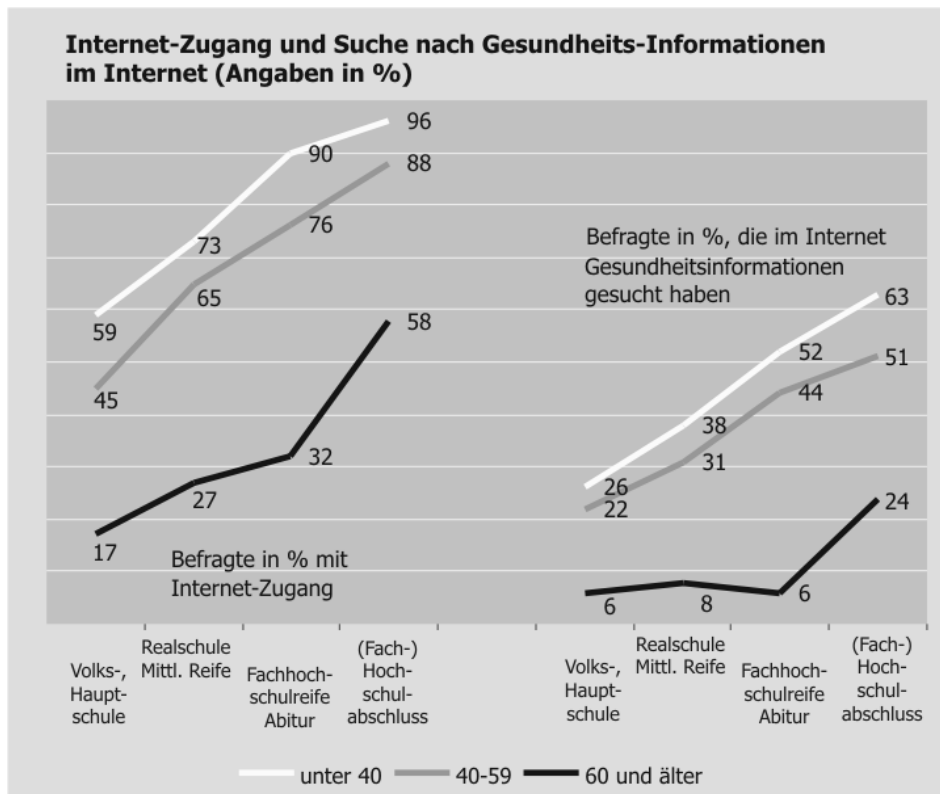


Abbildung 14

Um zu ermitteln, ob das Internet insbesondere von (chronisch) Kranken oder gesundheitlich beeinträchtigten Menschen genutzt wird, haben wir untersucht, inwieweit der Gesundheitszustand einen Einfluss auf die

- Nutzung des Internet zu Gesundheitsfragen und
- auf die Häufigkeit der Nutzung des Internet zu Gesundheitsfragen

hat. Ergebnis: Dies ist nicht der Fall. Stattdessen haben insbesondere das Bildungsniveau, aber auch das Lebensalter und emotionale Beeinträchtigungen einen Einfluss sowohl auf die Nutzung des Internet für Gesundheitsrecherchen überhaupt als auch auf die Häufigkeit der Recherchen.

Zwei Drittel der Befragten, die im Internet nach gesundheitlichen Themen recherchieren, wollen sich über Krankheitsbilder oder Gesundheitsbeschwerden informieren, etwa die Hälfte über neue Behandlungsmethoden.

Unsere Frage, ob die Recherche nach Gesundheitsinformationen im Internet sich erklären lässt aus erlebten Kommunikationsdefiziten in der ärztlichen Praxis, muss in dieser Generalisierung verneint werden. Auch wenn solche Defizite durchaus feststellbar sind, so fungiert die private Informationsbeschaffung in Gesundheits- und Krankheitsfragen im Internet und, wie wir an anderer Stelle in diesem Bericht zeigen, auch über andere Kanäle (wie Familie und Freunde, Bücher und Zeitschriften) in der Mehrzahl der Fälle nicht als Ersatzvornahme. Allerdings zeigt sich auch: Eine spezifische Gruppe von Patienten nutzt das Internet infolge erlebter Defizite in der ärztlichen Praxis, und zwar Jüngere und besser Ausgebildete, die weiter reichende Ansprüche an den Arzt haben, was Shared Decision Making und Beratung betrifft.

Zu erwähnen ist, dass über die Hälfte (55%) der chronisch Erkrankten mit größeren Handicaps über keinen Internetzugang verfügen, während dies bei nicht chronisch Erkrankten oder denjenigen mit chronischer Erkrankung und nur leichten Alltagseinschränkungen nur zu jeweils knapp einem Drittel der Fall ist. Dieser Zusammenhang ist nicht sonderlich überraschend.

schend und leicht erklärbar aus der Altersstruktur. Aber es zeigt auch, dass die Gruppe der schwerwiegend chronisch Erkrankten nur in wenigen Fällen über ein wichtiges neues Medium zur Informationsbeschaffung auch in Gesundheitsfragen verfügt.

Ob dies nun ein gravierender Nachteil ist, kann unterschiedlich bewertet werden. Wenn man das Internet tendenziell charakterisiert als Ansammlung unübersichtlicher, hinsichtlich der Verfasser oft intransparenter und in vielen Fällen unseriöser, allein von kommerziellen Interessen bestimmter Informationen, dann liegt die Wertung auf der Hand.

Andererseits nehmen die Bemühungen um qualitätsgesicherte Informationen zu, z.B. durch verschiedene Gütesiegel²¹ oder die Internetseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.gesundheitsinformation.de) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (www.patienteninformation.de).

Insbesondere für Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, könnten qualitätsgesicherte Informationen im Internet sehr hilfreich sein, was Hintergründe ihrer Krankheit, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten oder auch Hinweise zum eigenen Gesundheitsverhalten angeht. Denkt man dann noch an neuere Entwicklungen in der Telematik wie zum Beispiel die elektronische Gesundheitsakte²², könnten gerade chronisch erkrankte Patienten von den Vorteilen der neuen Informationstechniken profitieren.

Abschließend ist festzuhalten: Je mehr das Internet für gesundheitliche Fragen genutzt wird, desto wichtiger wird es, Bemühungen um Qualität von Gesundheitsinformationen weiterzutreiben und insbesondere Patienten zu einer kritischen Nutzung zu befähigen. Es wäre überaus wünschenswert, wenn nicht nur die oben geschilderten Qualitätsverbesserungen weiterentwickelt werden würden, sondern wenn Ärzte, Therapeuten und andere Gesundheitsdienstleister über diese Entwicklungen fortgebildet würden, damit sie Hinweise auf qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen im Internet oder in anderen Medien an ihre Patienten weitergeben können.

2.15. Gesundheitliche Beratung am Telefon wird eher skeptisch bewertet.

Neben dem Internet als Medium gesundheitlicher Informationen können medizinische Beratungen auch telefonisch eingeholt werden, z.B. von Beratungsstellen oder Callcentern der Krankenkassen.

Etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer steht einer telefonischen Beratung sehr skeptisch gegenüber. Dies wurde vor allem mit der unpersönlichen Atmosphäre eines Telefongesprächs begründet, in der man sein Gegenüber nur akustisch wahrnimmt. Der visuelle Kon-

21 Betreiber von Websites können das afgis-Qualitätslogo 2005 erwerben und dadurch Nutzern signalisieren, dass sie seriöse Informationen bereitstellen. afgis e.V. ist aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten und von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. durchgeführten Projekt "Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) - Entwicklung und Erprobung von Grundlagen und Strukturen für ein qualitätsgesichertes Gesundheitsinformationsnetzwerk im Internet" hervorgegangen, vgl. <http://www.afgis.de>. Ein weiterer Indikator ist der von der Medizinischen Hochschule Hannover erarbeitete Fragebogen „DISCERN“, der seinen Nutzern als verlässliches Instrument für die Bewertung von Patienteninformationen dienen soll. DISCERN kann auch von Autoren und Herstellern als Leitfaden verwendet werden, der sie darüber informiert, welchen Qualitätsstandard Patienten bei Patienteninformationen erwarten dürfen. Vgl.: <http://www.discern.de/>. Das »HON-Gütesiegel« für allgemeine Gesundheitsinformation im Internet, wird von der unabhängigen Schweizer »Health On the Net-Foundation«, vergeben und zertifiziert nach einem »HON Code of Conduct« die Qualität von gesundheitsbezogenen Informationen. Der Zertifizierungsvorgang überprüft die regelmäßige Aktualisierung der angebotenen Information und stellt sicher, dass die Angaben mittels sorgfältiger Quellenangaben auch seriös und nachvollziehbar sind. <http://www.hon.ch/>

22 Die Online-Gesundheitsakte ist ein neuer Weg der Informations-Vernetzung zwischen Ärzten und anderen medizinischen Dienstleistungserbringern, der zugleich für Patienten mehr Information und Transparenz über eigene Behandlungen und Gesundheitszustand bringen soll. Sie wird derzeit im Rahmen eines Vertrags zur hausarztbasierten Integrationsversorgung zwischen der AOK Bayern und dem Münchner Patient-Partner-Verband erprobt. Auch in Bremen erfolgen verstärkte Aktivitäten rund um das Thema „eHealth“; zu nennen seien das Integrative Bremer Onko-Hämatologienetzwerk (iBON) oder die erfolgreiche Bewerbung Bremens als Testregion für die elektronische Gesundheitskarte.

takt scheint bei medizinischen Fragen ein wichtiger Aspekt zu sein. Fast ebenso viele Befragten hegen zudem aber auch noch ein Misstrauen hinsichtlich der Qualifikationen und der Fachkompetenz der Ratgeber und ebenso viele würden eher einen zweiten Arzt in der Sprechstunde zu Rate ziehen.

Insbesondere im Rahmen von Callcenter-Beratungen durch die Krankenkassen könnte es sein, dass viele Befragungsteilnehmer von der (fälschlichen) Annahme ausgehen, es handle sich möglicherweise um Krankenkassen-Angestellte mit Kenntnissen im Versicherungsrecht, aber ohne fundierte und geprüfte medizinische Qualifikationen. Insofern wäre ein erheblicher Teil der Vorbehalte dann auf Vorurteile zurückzuführen, die auf einer unzureichenden Informationspolitik der Krankenkassen beruhen. In Anbetracht der weiter unten konstatierten sehr intensiven Suche vieler Bürger und Patienten nach einem persönlichen Rat und einer „Übersetzungshilfe“ in Gesundheitsfragen ist dieses Versäumnis umso bedauerlicher.

Dass diese Vorbehalte aber perspektivisch zurückgehen könnten, sofern zutreffendere Informationen über die Berater-Qualifikation publik werden, lässt sich mit einiger Plausibilität daraus ableiten, dass Jüngere hier – je nach höchstem Schulabschluss – häufiger Aufgeschlossenheit artikulieren, als dies bei Älteren (ab 60) der Fall ist. Immerhin jeder 4. Befragte bewertet eine telefonische Beratung als eine schnelle Möglichkeit, an medizinische Informationen zu kommen.

2.16. Bewertungen von Frauen und Männern unterscheiden sich kaum

Dass das Geschlecht bei den meisten Fragestellungen unserer Studie eine so geringe Rolle spielt, hat uns überrascht. In vielen anderen Untersuchungen ist deutlich geworden, dass Frauen einen anderen Umgang mit ihrer Gesundheit realisieren als Männer. Frauen sind präventionsbewusster, wenn man eine größere Zahl von Verhaltensindikatoren gleichzeitig betrachtet, gehen häufiger zur Früherkennung als Männer, sind überproportional häufig Teilnehmer an Gesundheitskursen bei Krankenkassen oder Volkshochschulen, sind in der Familie die „Manager“ in Gesundheits- und Krankheitsfragen. Dieser überaus deutliche Gender-Effekt zeigt sich in unserer Studie nicht, auch wenn wir bei einigen Fragen Geschlechtsunterschiede herausgestellt haben: Frauen sind interessierter und aufgeschlossener gegenüber „alternativer Medizin“, haben eine positivere Einstellung gegenüber Beratungsstellen, wechseln häufiger aus Unzufriedenheit den Arzt, sind seltener Anhänger eines paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses, kümmern sich etwas öfter als Männer zusätzlich zum Arztbesuch um Gesundheitsinformationen und zeigen auch noch in einigen anderen Aspekten gewisse Abweichungen. Unter dem Strich jedoch ist der Einfluss des Geschlechts, etwa verglichen mit dem von Alter und Bildungsniveau, eher gering.

Wir haben für dieses Ergebnis bislang noch keine rundum befriedigende Interpretation finden können. Es könnte jedoch sein, dass der Schwerpunkt unserer Fragestellungen ein Erklärungsansatz ist. Es geht in unserer Studie ja sehr viel eher um das Thema „Information“ als um das Thema „Gesundheit“, wir erfragen Aspekte des Informationsverhaltens und des Informationsbedarfs, nicht Aspekte des Gesundheitsverhaltens und des Umgangs mit Gesundheitsbeschwerden, der Bewältigung von chronischer Krankheit. Und diese Thematik der Aneignung und Verarbeitung von Wissen ist möglicherweise sehr viel eher von Qualifizierungserfahrungen (Schulbildung) beeinflusst als von kulturellen Normen, die auf familialer und gesellschaftlicher Ebene das geschlechts- bzw. gender-spezifische Rollenverständnis prägen.

Ähnlich wie für das Geschlecht haben wir auch für unterschiedliche Morbiditäts-Indikatoren nur eher geringe Effekte feststellen können, insbesondere hat sich gezeigt, dass chronisch Erkrankte keine grundsätzlich anderen Ansprüche an das Gesundheitssystem zeigen und keine massiv abweichenden Strategien bei der Suche nach gesundheitlichen Informationen aufweisen. Überraschend war in diesem Zusammenhang unter anderem der Befund, dass der Boom des Internet als allgegenwärtiges Informationsmedium auch in Gesundheitsfragen

sich nach unseren Daten nicht erklären lässt als Nachfrage kranker und von der medizinischen Versorgung enttäuschter Patienten. Auch hier sind Alter und Bildungsniveau weitaus mächtigere Differenzierungsfaktoren als alle von uns herangezogenen Morbiditäts-Indikatoren. Auch dies lässt sich wohl so interpretieren, dass subkulturelle, aber auch persönlichkeitspezifische Verhaltensorientierungen – etwa im Sinne der von Miller beschriebenen „Monitorer“ und „Blunter“²³, also Informationssucher und Informationsmeider in Gesundheitsfragen – bedeutsamere Faktoren in unserem Untersuchungsfeld „Patienteninformation“ sind als die Betroffenheit von Erkrankungen.

2.17. Es fehlt der Überblick: Vermisst werden nicht standardisierte laien-medizinische Informationen, sondern Wegweiser und Lotsen

Wenn man sich abschließend die Informationslage im Gesundheitswesen anschaut, zeigt sich, dass standardisiertes, populärwissenschaftlich aufbereitetes Mediziner-Wissen über meist bequem durchzuführende Suchstrategien (im Internet, in Handbüchern, Fernsehsendungen und Zeitschriften) leicht zu finden ist. Erläuterungen und Hintergrundmaterial zu Krankheitsursachen und Symptomen, Therapieformen und Möglichkeiten der Prävention durch das eigene Gesundheitsverhalten finden Bürger und Patienten reichlich: auf dem Buchmarkt, in Fernsehsendungen, im Internet.

Tatsächlich treffen diese Themen auch auf großes Interesse, wenn man die Antworten unserer Befragungsteilnehmer betrachtet, nach welchen Informationen sie im Internet gesucht haben. Rund 70% antworten hier „Informationen über ein Krankheitsbild oder Gesundheitsbeschwerden“, weitere 50% „Informationen über eine medizinische Behandlungsmethode“. Für diesen inhaltlichen Sektor weitgehend standardisierter Erklärungen und Beschreibungen dieses laienmedizinische Basiswissens besteht aus unserer Sicht zumindest quantitativ eher ein Überangebot – auch wenn viele Veröffentlichungen qualitativ noch erheblichen Verbesserungsbedarf aufweisen. Die Kritik an Gesundheitsinformationen für Patienten richtet sich zumeist auf deren mangelnde wissenschaftliche (evidenz-basierte) Grundlage, auf kaschierte kommerzielle Ziele oder auf ihre Lückenhaftigkeit und das Verschweigen von Risiken und Alternativen bei den Therapieformen. So berechtigt diese Kritik in vielen Fällen auch sein mag, so sehr wird ein anderes grundlegendes Manko doch ausgeblendet:

Das im Internet oder anderen Medien vermittelte Wissen ist oftmals nur sehr schwierig auf die eigene Situation und Befindlichkeit übertragbar, die Verhaltensratschläge sind vieldeutig oder abstrakt, die Zuverlässigkeit der Information bleibt nicht selten unklar. An dieser Schnittstelle bleiben dann Fragen offen oder tauchen ganz neue Fragen auf. Vermisst wird eine vertrauenswürdige Einrichtung oder Person (Arzt, Beratungsstelle), die medizinische Informationen hinsichtlich ihrer Relevanz und Verhaltensimplikationen für die persönliche Situation interpretiert.

Dieser Suchprozess gestaltet sich ungleich schwieriger als die schnelle Google-Recherche nach Krankheitssymptomen oder alternativen Heilmethoden. Besonders deutlich wird dieser spezifische und derzeit nur sehr unzureichend befriedigte Informationsbedarf daran, dass elementare Angaben in Form von Übersichten und „Wegweisern“ von weiten Kreisen der Bevölkerung vermisst werden.

²³ Miller S (1987) Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.

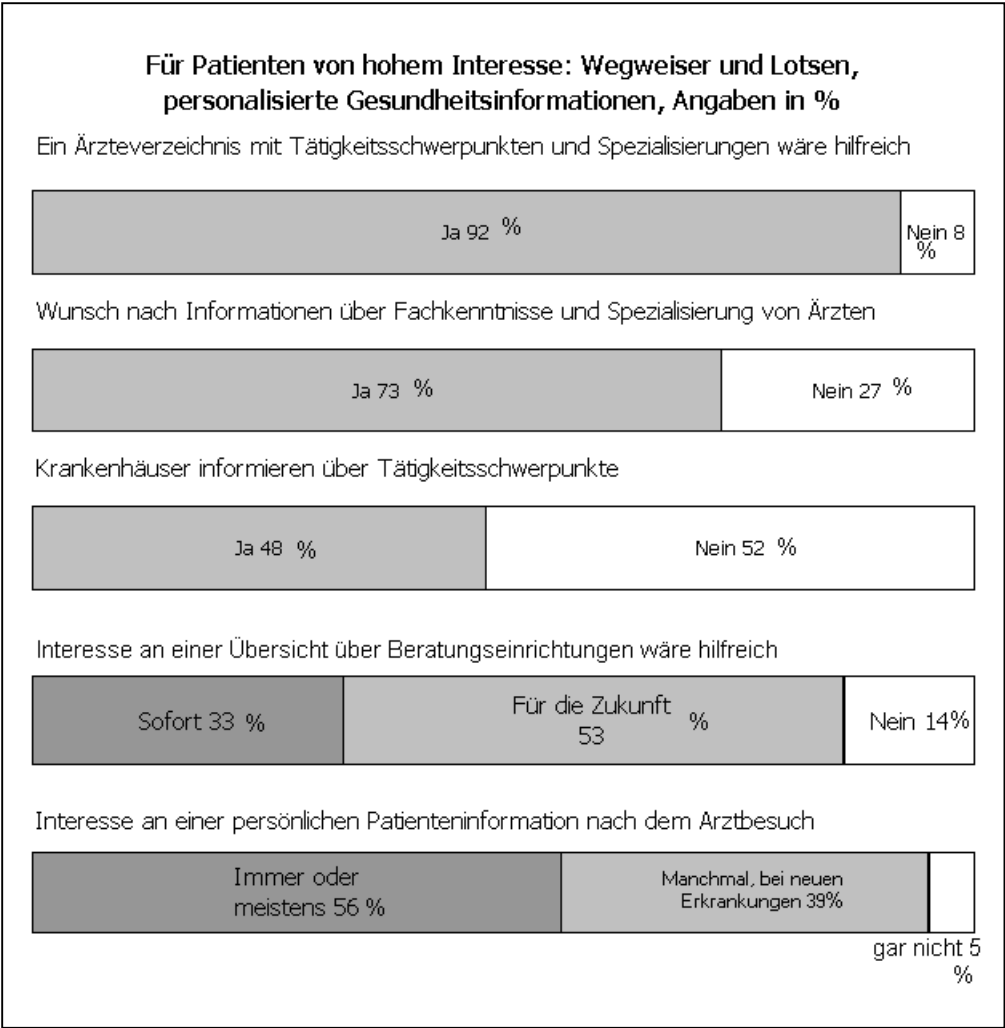


Abbildung 15

Das Fazit dieser Befunde hinsichtlich sinnvoller und für Patienten hilfreicher Verbesserungen lautet daher aus unserer Sicht, dass es primär darauf ankäme, bessere Orientierungshilfen und Wegweiser zu den schon vorhandenen Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen zu geben. Dies betrifft sowohl die Angebotspalette gesundheitlicher Beratungseinrichtungen wie auch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser.

3. Ausblick

Transparenz des Gesundheitswesens ist eine ‚conditio sine qua non‘ für Patientenbeteiligung, Patientenverantwortung und die Entwicklung der Patienten hin zu „Co-Therapeuten“ im Versorgungsgeschehen.

Im Land Bremen wurden hierzu bereits wichtige Akzente gesetzt:

- ▶ Mit dem Bremer Ärztenavigator und dem Krankenhausnavigator stehen landesweite Internet-Angebote für die Arzt- und Krankenhaussuche bereit.
- ▶ Die Krankenhäuser veröffentlichen Qualitätsberichte, die auch Leistungsdaten enthalten.
- ▶ Zwei Patientenberatungsstellen bieten unabhängige individuelle Beratung bei Problemen mit dem Medizinsystem.
- ▶ Mit der Veranstaltungsreihe BREMER GESUNDHEITSDIALOG werden evidenzbasierte Patienteninformationen über Krankheitsbilder, diagnostische und therapeutische Verfahren und gesundheitspolitische Themen angeboten.
- ▶ Über das Netzwerk Selbsthilfe und andere Netzwerke werden Informationen über Selbsthilfegruppen, Projekte und Initiativen auch im gesundheitlichen Bereich gebündelt und der Öffentlichkeit präsentiert.
- ▶ Die neu strukturierten Internet-Seiten des Landes Bremen bieten eine Fülle an gut zugänglichen Informationen, z.B. zu Beratungsstellen und Verbraucherschutz.
- ▶ Durch die Beteiligung Bremens als Testregion bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte will Bremen dazu beitragen, den Patienten als ‚Herrn über seine Daten‘ zu stärken.

In der Zukunft sollten weitere Anstrengungen im Hinblick auf höhere Transparenz und größere Patientensouveränität unternommen werden:

- ▶ Die Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser sollten flächendeckend (und nicht nur vereinzelt) klinikspezifisch und nutzerfreundlich veröffentlicht werden, so dass Patienten sie für einen Vergleich der Behandlungsqualität verschiedener Kliniken in einer Region verwenden können.
- ▶ Konzepte und die Durchführung von Patientenbefragungen in den Bremer Krankenhäusern sollten aufeinander abgestimmt werden. Ihre Ergebnisse sollten - neben der Nutzung für die interne Qualitätssicherung - auch den potentiellen Krankenhauspatienten für die Wahl eines Krankenhauses zur Verfügung stehen.
- ▶ Niedergelassene Ärzte sollten Informationen zur Behandlungsqualität, zu Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungsaktivitäten auch ihren Patienten zugänglich machen, um eine qualitätsbezogene Arztwahl zu ermöglichen.
- ▶ Der Bremer Ärztenavigator sollte um Informationen zu Spezialgebieten sowie diagnostische und therapeutische Schwerpunkte der Ärzte ergänzt werden.
- ▶ Über die Angebote der Bremer Beratungsstellen sollten insbesondere Multiplikatoren – Ärzte, Krankenkassen, Lehrer u.a. – regelmäßig informiert werden.

- ▶ Schriftliche Wegweiser wie der Bremer Krankenhausführer und Internet-Informationen wie der Ärzte- und Krankenhausnavigator sollten stärker bekannt gemacht werden.

Patienten brauchen qualitätsgesicherte Informationen, sie benötigen darüber hinaus Qualifizierung und Unterstützung bei deren Beurteilung und auch in ihrem Auftreten gegenüber Leistungserbringern als ‚kritische Verbraucher‘; und sie brauchen persönliche Anlaufstellen für gesundheitliche Beratung im individuellen Fall – nur dann werden sich die Schlagworte ‚Patientenorientierung‘ und ‚Patientenbeteiligung‘ mit Leben füllen und allmählich zu ‚Labels‘, zu Markenzeichen von Gesundheitsdienstleistern und Versorgungsstrukturen entwickeln.