

Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland

Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer

Eine angemessene Bürger- und Patientenorientierung des Gesundheitswesens wird nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen westlichen Ländern bereits seit Jahren als ein wesentlicher Beitrag zu mehr Qualität und Bedarfsgerechtigkeit angesehen. In diesem Kontext haben sich in Deutschland seit dem Jahr 2000 die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für mehr Bürger- und Patientenorientierung weiterentwickelt. Dazu gehören unter anderem die Förderung der Aktivitäten der organisierten Selbsthilfe und der unabhängigen Patientenberatung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Ernennung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung, die Etablierung des Mitberatungs- und Antragsrechts der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien, die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit oder die Verankerung des Themas im nationalen Zieleprozess „gesundheitsziele.de“ [1, 2]. Auch sind Patientenvertreter aktiv an der Erstellung von Leitlinien und Patientenleitlinien beteiligt.

In unmittelbarem Zusammenhang und enger Wechselwirkung mit diesen Entwicklungen ist die neue Rolle von Nutzern des Gesundheitswesens zu sehen, die als Patienten, aber auch als Verbraucher und Kunden und schließlich als Bewerter der gesundheitlichen Versorgung auftreten. Sie werden von der Gesundheitspolitik, aber auch von Sachverständigen und Wissenschaftlern als wichtige Koprodu-

zenten sowie als Experten für ihre eigene Gesundheit definiert [3, 4] und somit als wichtige Akteure im Gesundheitswesen betrachtet. Der Paradigmenwechsel vom eher passiven Patienten hin zum mitbestimmenden Nutzer von Gesundheitsleistungen führt dabei zu einer Neubestimmung der Beziehungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen. In diesem Kontext ist auch der Wechsel von einer bislang überwiegenden Bewertung von Gesundheitsdefiziten zu einer mehr ressourcenorientierten Betrachtung (Potenziale) des Erhalts, der Wiederherstellung und der Verbesserung der individuellen Gesundheit, aber auch der Bevölkerungsgesundheit insgesamt zu sehen. Dies sollte sich unter anderem in einem veränderten Gesundheitsbewusstsein, in Veränderungen des Informations- und Kommunikationsverhaltens und einem kritischeren Verbraucherverhalten widerspiegeln. Die ressourcenorientierte Sichtweise wertet Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen, die „... einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben“ ([4], S. 40). Ziel der Verbraucherpolitik im Gesundheitswesen sind souveräne Bürger und Patienten, die sich eine gesunde Lebensweise zu Eigen gemacht haben sowie medizinische Angebote kritisch abwägen und bewusst in Anspruch nehmen. Um diese Anforderung als Bürger umsetzen zu können, bedarf es eines ausgeprägten Maßes an Gesundheitskompetenz.

Das Konzept der Gesundheitskompetenz wird im englischsprachigen Raum schon seit Langem diskutiert – vorrangig unter dem Begriff „health literacy“; in Deutschland steht die Diskussion darüber noch am Anfang. Ausgehend von der Begriffsbestimmung der WHO „Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health“ [5], wurden Definitionen und Konzepte unter anderem von Nutbeam [6], Abel und Bruhin [7], Committee on Health Literacy [8], Kickbusch et al. [9, 10] und Dierks [11] entwickelt.

Gesundheitskompetenz, so die Konzepte, entsteht durch persönliche Gestaltung der Gesundheit auf individueller Ebene und im sozialen Umfeld sowie am Arbeitsplatz und im Gesundheitssystem allgemein. Sie entwickelt sich durch Lern- und Sozialisationsprozesse, die eingebettet sind in soziokulturelle und sozioökonomische Lebensbedingungen [12], und kann durch gezielte Maßnahmen gefördert werden [11]. Gesundheitskompetenz zielt sowohl auf das Gesund-Leben (Gesundheitsförderung), Gesund-Bleiben (Prävention) als auch auf das Gesund-Werden (Kuration). Dabei gilt es, Bürger im Gesundheitswesen im Umgang mit der eigenen Gesundheit und bei Krankheit zu stärken [13, 14, 15].

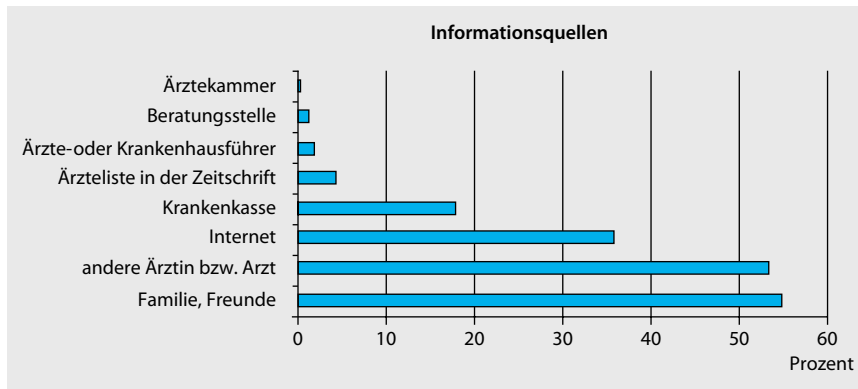


Abb. 1 ▲ Informationsquellen vor Arzt- oder Krankenhausbesuch (in Prozent) (N = 2998). (Datenbasis: GEDA-Zusatzbefragung 2009)

Ziel der Studie

Ausgehend von der skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklung und einer Public-Health relevanten Einordnung von Gesundheitskompetenz und -souveränität ergeben sich das Anliegen und die Zielstellung der Studie „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Anhand der Ergebnisse dieses Projektes soll beschrieben werden, wie Bürger und Patienten mit den Herausforderungen und Entwicklungen des gegenwärtigen Gesundheitssystems umgehen, welche Kompetenzen vorhanden sind oder fehlen. Betrachtet werden Aspekte des Informationsverhaltens, der Kenntnisstand zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen, Hinweise auf das aktive Handeln der Bürger im Gesundheitswesen, aber auch deren Zufriedenheit mit Kontakten im Gesundheitswesen und mit ihren Möglichkeiten der Einflussnahme. Somit geht es um eine Analyse ausgewählter Indikatoren, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten beeinflussen, die jede und jeder Einzelne braucht, um sich souverän im Gesundheitswesen zu bewegen. Zugleich wird untersucht, ob sich Kompetenzen, Einstellungs-, Handlungs- und Zufriedenheitsparameter nach sozioökonomischen und anderen Kriterien (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, sozialer Status, Krankenkassenstatus) unterscheiden.

Material und Methode

Im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) des Robert Koch-Institutes (RKI) [16] wurde die allgemeine Wiederbefragungsbereitschaft der 24.989 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erfragt. Die Personen, die diese Frage bejahten, wurden in die Zusatzstudie „Gesundheitskompetenz und souveränes Handeln im Gesundheitswesen“ integriert. Eingesetzt wurde in der nachgeschalteten Studie ein standardisiertes, schriftlich auszufüllendes Erhebungsinstrument, das unter anderem Items zum Informationsverhalten und zur Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en enthielt.

Von den Studienteilnehmern erklärten 5296 Frauen und Männer ihre Bereitschaft, an der Zusatzbefragung teilzunehmen. Die Daten wurden bei der Auswertung nach Geschlecht, Alter, chronischen Erkrankungen und Schulbildung gewichtet, um mögliche Abweichungen der hier integrierten Untersuchungsgruppe zur GEDA-Studie auszugleichen.

Für die Klassifikation des Bildungsstatus wurde die ISCED-Klassifikation (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens) zugrunde gelegt [29]. Diese Klassifikation erlaubt eine Verdichtung zu drei Qualifikationsniveaus: einfache, mittlere und hohe Bildung. Der Sozialstatus wird ebenfalls in drei Klassen abgebildet: niedrig, mittel und hoch. Zur Berechnung des Sozialstatus wurden das Einkommen, die klassifizierte Bildung (Schul- und Berufsbildung) und die berufliche Stellung herangezogen [29]. Ein-

flussfaktoren auf die erfragten Aspekte (Alter, Geschlecht, Sozialschicht, Gesundheitszustand, Krankenversicherung) wurden bivariat auf der Basis von Kreuztabellen betrachtet und mit χ^2 getestet, als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

1542 Frauen und 1456 Männer nahmen an der schriftlichen Zusatzbefragung im Jahr 2009 teil. Die Responserate betrug 57,3%. Betrachtet werden die Altersgruppen 18–39 Jahre (33%), 40–59 Jahre (37%) sowie 60 Jahre und älter (30%). Die Mehrheit der Personen der Stichprobe ist dem mittleren Sozialstatus zuzuordnen. Mehr Frauen als Männer gehören der unteren Sozialstatusgruppe an und weisen auch deutlich häufiger einen niedrigeren Bildungsstatus auf.

Informationsverhalten und -bedarf

Informiertheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Bürger und Patienten, wenn sie Partner bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen sein wollen [17]. Ausreichendes Wissen schafft eine Basis für befriedigende Gesundheitskommunikation, zum Beispiel bei der Auswahl von Leistungen und Produkten des Gesundheits- und Versicherungssektors oder bei der Wahrnehmung von Patientenrechten. Gute und leicht erreichbare Informationen wiederum schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Bürger Wissen erwerben und für sie adäquate Entscheidungen treffen können. Informationen tragen somit zum Empowerment bei.

In der Bevölkerung besteht ein hohes Interesse an Gesundheitsinformationen. Nach Angaben der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des jährlich durchgeführten „Gesundheitsmonitors“ suchen vier von fünf Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit [18]. Auch im telefonischen Gesundheitssurvey des Jahres 2003 des RKI wird dieses hohe Interesse deutlich [17]. Mit zunehmender Zahl und Vielfalt unterschiedlicher Informationsangebote steigen auch die Anforderungen an die Nutzer, qualitativ gute von schlechten Gesundheitsinformationen zu unterscheiden [3, 19].

K. Horch · B. Hintzpetner · L. Ryl · M.-L. Dierks

Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer**Zusammenfassung**

Die zunehmende Bürger- und Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen spiegelt einen gesundheitspolitischen Prozess wider, der die individuelle und gesellschaftliche Verantwortung sowie mehr Autonomie der Nutzerinnen und Nutzer der Gesundheitsversorgung zum Ziel hat und zugleich als ein wesentlicher Baustein einer zukunftsorientierten Qualitätsentwicklung angesehen wird. Dazu gehören: Transparenz erhöhen, Kompetenz entwickeln, Patient(inn)enrechte stärken, Beschwerdemanagement verbessern. Zu diesen Parametern und zur Zufriedenheit mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen wurden in der GEDA-Befragung 2009 des Robert Koch-Instituts (RKI) „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ repräsentative Daten erhoben. Es zeigen sich Wissensdefizite in der Bevölkerung über ausge-

wählte Bereiche des Gesundheitswesens, Defizite auch bei der Kenntnis und Wahrnehmung von Rechten und zum Umgang mit Beschwerden. Diese variieren nach demographischen und sozioökonomischen Kriterien (Alter, Geschlecht, Bildungs- und Sozialstatus, Krankenkassenstatus). Deutlich werden unterschiedliche Bedarfslagen für verschiedene Bevölkerungsgruppen, die für eine Zielgruppenorientierung in Bezug auf Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung herangezogen werden können.

Schlüsselwörter

Bürger- und Patientenorientierung · Informationsverhalten · Informationsbedarf · Patientenrechte · Beschwerdeverhalten · Zufriedenheit

Mit den Ergebnissen der Zusatzbefragung der GEDA-Studie 2009 wurden das Informationsverhalten zur Entscheidungsfindung vor einem Arzt- und Krankenhausbesuch und Informationsdefizite in der Bevölkerung beleuchtet. Damit werden die Ergebnisse vorliegender Studien, wie zum Beispiel der Prognos-Studie [27] oder des Bertelsmann Gesundheitsmonitors [18], ergänzt. Die Prognos-Studie liefert beispielsweise Aufschluss über den konkreten Informations- und Beratungsbedarf von Patienten und Verbrauchern in Gesundheitsangelegenheiten sowie über Gewohnheiten und Präferenzen bei der Nutzung entsprechender Angebote.

Vor einem Arzt- oder Krankenhausbesuch, so die von uns durchgeführte Befragung, informieren sich 28% der Befragten, signifikant mehr Frauen als Männer (31% beziehungsweise 26%) darüber, ob sie in der gewählten Einrichtung in den richtigen Händen sind. Mit zunehmendem Alter der Befragten wird diese Informationssuche häufiger betrieben. Die Differenzierung der Daten nach Sozialstatusgruppen verdeutlicht, dass signifikant mehr Personen der mittleren und höheren Statusgruppen auf Informationssuche gehen. Die Informationen über die Einrichtungen oder Ärzte werden über verschiedene Stellen eingeholt, darunter das Internet, die Krankenkasse, andere Ärzte (▣ **Abb. 1**).

Sowohl Frauen als auch Männer informieren sich am häufigsten in der Familie und bei Freunden sowie bei anderen Ärzten. Das Internet wird signifikant häufiger von den Befragten in der Altersgruppe 18–39 Jahre (54%) und von Personen mit hohem Bildungsstatus genutzt (48%). Im höheren Alter (60-Jährige und älter) spielt dieses Informationsmedium eine geringere Rolle (18%). Signifikant mehr Personen mit niedrigem Bildungsstatus (25%) nutzen die Krankenkasse als Ort der Informationsgewinnung als jene mit hohem Status (12%).

Häufig wünschen sich Patienten mehr Informationen über bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens. In unserer Befragung wurden die Nutzer um eine Einschätzung ihrer Informiertheit zu verschiedenen Bereichen gebeten („eher gut“ oder „eher schlecht“). Über Quali-

Selected aspects of citizen and patient orientation in Germany. Assessment from the point of view of users**Abstract**

The growing citizen and patient orientation of the German healthcare system reflects a health policy process which aims to achieve more individual and social responsibility as well as more autonomy on the part of healthcare users. At the same time the process is regarded as an essential component of a future oriented quality development involving raising transparency, developing competence, strengthening patient rights and improving complaints management. Representative data on these parameters and on people's level of satisfaction with their most recent contact with the healthcare service were collected in the 2009 GEDA survey 'Information Behaviour and Self-determination of Citizens and Patients' by the Robert Koch Institute. It reveals knowledge deficits in the population relat-

ing to selected areas of the healthcare service and there are also deficits in people's knowledge and assertion of their rights and in the way complaints are handled. These deficits vary according to demographic and socio-economic criteria (age, sex, educational and social status, status vis à vis health insurance companies). It emerges that different population groups have different needs, which can be used for a target group orientation in the communication of knowledge and the development of competencies.

Keywords

Citizen and patient orientation · Information behaviour · Information needs · Patient rights · Complaints behaviour · Satisfaction

täts- und Kostenaspekte sowie zu ihren Rechten als Patient fühlt sich die Mehrheit der Befragten weniger gut informiert. Abhängig vom Bildungsstatus wird deutlich, dass sich Personen mit hohem Status häufig eher schlecht informiert fühlen. Als Ausnahmen gelten die Bereiche „Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krank-

heiten“ und „Kosten einer ärztlichen Behandlung“: Hier geben signifikant mehr Personen mit niedrigem als mit hohem Bildungsstatus an, sich eher schlecht informiert zu fühlen.

Tab. 1 Bekanntheit der Patientenrechte (in Prozent) Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009

Recht auf ...	Freie Arztwahl	Zweitmeinung	Sorgfältige Behandlung	Beratung durch die Krankenkasse	Selbstbestimmung	Umfassende Aufklärung	Einsicht in Unterlagen	Vertrauliche Datenbehandlung	Schadenersatz
Geschlecht	*	**	***			*		**	***
Frauen (n=1542)	93,1	71,2	44,3	48,1	41,3	60,1	46,4	83,4	38,7
Männer (n=1456)	95,2	65,2	52,3	49,1	43,2	64,6	49,4	87,6	46,8
Gesamt (n=2998)	94,1	68,3	48,1	48,6	42,2	62,3	47,8	85,5	42,6
Altersgruppen	*	***	***	***	**		*	***	***
18–39 Jahre (n=990)	93,9	73,6	54,4	40,7	46,3	63,9	44,2	92,0	47,3
40–59 Jahre (n=1097)	95,6	70,9	46,9	51,3	40,1	63,2	49,0	88,1	45,9
60 Jahre und älter (n=912)	92,4	59,3	42,8	53,7	40,5	59,3	50,4	75,1	33,7
Bildungsstatus	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Niedrig (n=676)	89,5	61,1	33,5	42,8	31,4	53,0	38,5	80,5	29,6
Mittel (n=1545)	95,3	71,4	49,6	51,9	44,0	66,0	50,4	86,2	45,7
Hoch (n=777)	95,7	67,7	59,5	46,0	48,9	62,2	51,1	88,9	48,3
Sozialstatus	**		***		***	**	***	***	***
Niedrig (n=459)	91,1	66,9	36,6	51,4	36,6	55,8	38,1	77,1	31,7
Mittel (n=1868)	94,3	68,2	46,4	48,3	40,2	62,6	48,0	85,8	42,0
Hoch (n=564)	95,6	69,8	63,9	46,9	54,3	67,4	55,5	91,7	54,4
Krankenversicherung	**	***	***	**	***	***	**	***	***
Gesetzlich (n=2467)	93,5	67,1	45,2	49,7	40,0	60,5	46,6	84,1	40,7
Privat (n=349)	97,1	72,2	70,7	42,2	58,9	75,9	56,6	93,4	53,9

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Kenntnis und Wahrnehmung von Rechten

Bürger und Patienten, die souverän im Gesundheitswesen handeln wollen, müssen die Strukturen der Versorgung kennen und über ihre Rechte als Bürger, Versicherte und Patienten Bescheid wissen. Mit der Entwicklung des vielschichtigen und sektoralen deutschen Gesundheitswesens und der Ausweitung von Gesundheitsleistungen sowie des Gesundheitsmarktes wurde ein umfangreiches System von Regel-, Rechts- und Gesetzesvorschriften aufgebaut. Wesentliche Patientenrechte wie das Recht auf freie Arztwahl, auf Informationen und umfassende Aufklärung, auf Einsichtnahme in die Krankenunterlagen oder das Recht auf Schadenersatz bei Behandlungsfehlern werden hier festgeschrieben. Diese Rechte sind bislang noch in verschiedenen Gebieten des Straf-, Zivil-, Krankenversicherungs-, Haftungs- und Berufsrechts verankert und für Patienten nicht überschaubar. Der von den Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz im Jahr 2007 herausgegebene Leitfaden für Patienten

und Ärzte „Patientenrechte in Deutschland“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>) sollte hier mehr Transparenz ermöglichen. Der Leitfaden informiert Patienten und Ärzte über die wesentlichen Rechte und Pflichten im Rahmen einer medizinischen Behandlung und enthält außerdem Hinweise für den Fall einer fehlerhaften Behandlung. Gegenwärtig wird von der Politik und Ärzteschaft ein Patientenrechtegesetz diskutiert (http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=11). Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, mehr Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patienten herzustellen, die Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern und Patienten im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.

Die Zusatzbefragung der GEDA-Studie 2009 des RKI hat sich der Thematik „Wahrnehmung von Patientenrechten in der Bevölkerung“ angenommen. Von Interesse war, welche Patientenrechte in der Bevölkerung bekannt sind und ob die Bürger die oben genannte Broschüre „Pa-

tientenrechte in Deutschland“ kennen. Zugleich wurde erfragt, wie sie die Möglichkeit der Wahrnehmung ihrer Rechte beurteilen und ob sie von der Funktion der/des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wissen. Außerdem wurde eine Frage zur Kenntnis von kollektiven Patientenrechten, hier am Beispiel des Mitberatungsrechtes von Patientenvertretern in wichtigen Entscheidungsgremien des deutschen Gesundheitswesens, aufgenommen.

Der Bekanntheitsgrad individueller Patientenrechte ist relativ hoch. Von den neun in der Zusatzbefragung aufgeführten Rechten sind das Recht auf freie Arztwahl sowie das Recht auf vertrauliche Datenbehandlung unter den Befragten am bekanntesten (■ **Tab. 1**). Frauen ist das Recht auf Schadenersatz am wenigsten bekannt, bei den Männern ist es das Recht auf Selbstbestimmung. In der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren kennen gerade einmal 34% das Recht auf Schadenersatz; die 18- bis 39-Jährigen sind dagegen weniger mit dem Recht auf Beratung durch die Krankenkasse vertraut (41%). Die Betrachtung nach Bildungs-

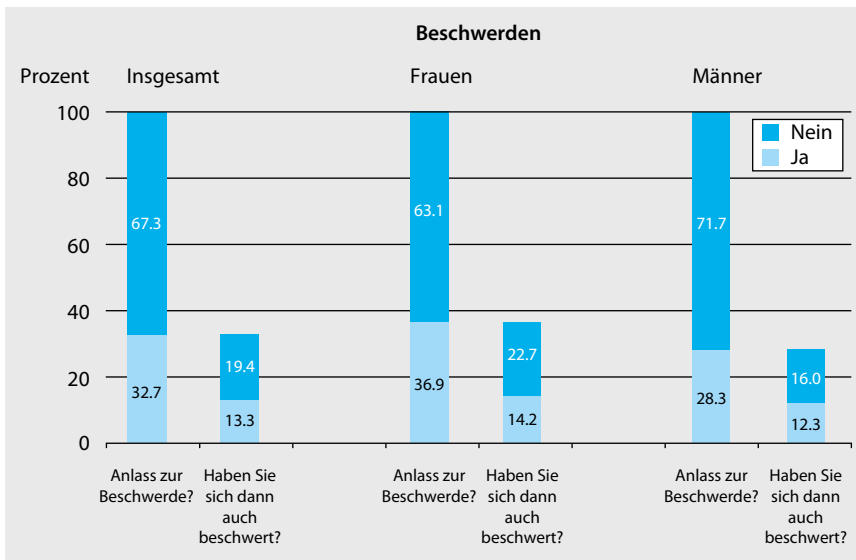


Abb. 2 ▲ Personen, die Anlass zur Beschwerde hatten (n=964), und Personen, die sich tatsächlich beschwerten (n=383) (in Prozent). (Datenbasis: GEDA-Zusatzbefragung 2009)

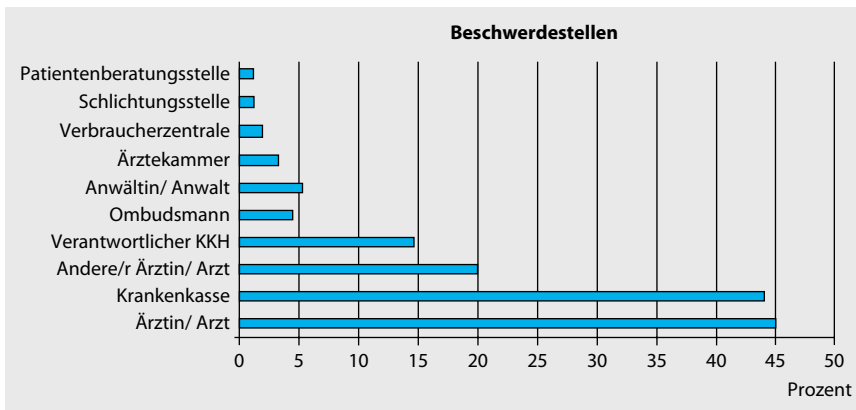


Abb. 3 ▲ Stellen, an die sich bei Beschwerden gewandt wurde (in Prozent) (n=383). (Datenbasis: GEDA-Zusatzbefragung 2009)

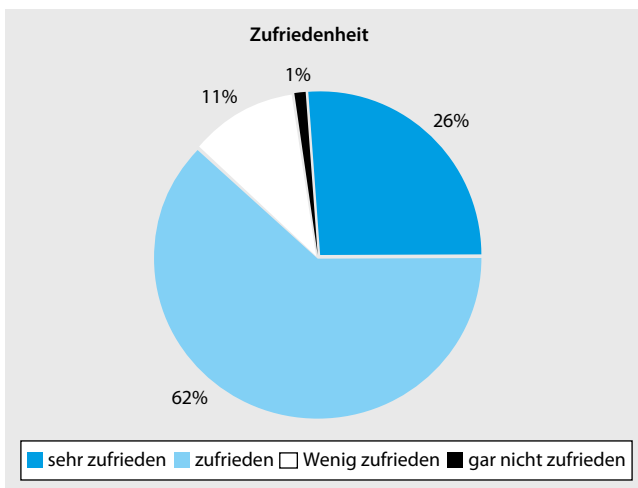


Abb. 4 ◀ Zufriedenheit mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen (in Prozent) (N=2998). (Datenbasis: GEDA-Zusatzbefragung 2009)

status zeigt, dass die Patientenrechte bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus signifikant weniger bekannt sind als bei Personen mit mittlerem und hohem Bildungsstatus.

Die Befragten wurden gebeten, ihre Möglichkeiten einzuschätzen, Patientenrechte in Deutschland wahrzunehmen: 34% bezeichnen dies als gut, 2% als sehr gut. Deutlich mehr Personen beurteilen diese Möglichkeiten als weniger gut (48%), schlecht (13%) und sehr schlecht (3%). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht. In den Altersgruppen werden Unterschiede dahingehend deutlich, dass die Jüngeren diese Möglichkeiten signifikant häufiger als weniger gut und schlecht einschätzen als die älteste Altersgruppe. Personen mit niedrigem Bildungsstatus beurteilen im Vergleich zu Personen anderer Statusgruppen die Wahrnehmungsmöglichkeiten häufiger als sehr gut. Privat Krankenversicherte sind signifikant häufiger als gesetzlich Versicherte der Meinung, dass die Möglichkeiten, Patientenrechte in Deutschland wahrzunehmen, sehr gut oder gut sind.

Beschwerden im Gesundheitswesen

Auch wenn Beschwerden nach wie vor häufig als negative Äußerung von Kunden beziehungsweise Patienten aufgenommen werden, setzt sich ihre Bedeutung im Sinne einer Rückmeldung der Patienten und als Hinweis auf Verbesserungspotenziale oder Systemmängel auch im Gesundheitswesen durch.

Deshalb wurden die Bürger gefragt, ob es in den letzten 12 Monaten für sie Situationen im Kontakt mit Akteuren im Gesundheitswesen gegeben hat, über die sie sich gern beschwert hätten. Von Interesse war insbesondere, ob sie sich dann auch tatsächlich beschwert und an wen sie sich dabei gewandt haben.

Einen Anlass zu einer Beschwerde während eines Kontaktes im Gesundheitswesen haben 33% der Befragten (n=964), signifikant mehr Frauen als Männer (37%, 28%) (Abb. 2). Mehr Personen aus den Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen stimmen dem zu. Von den Personen mit hohem Bildungsstatus geben knapp 40%

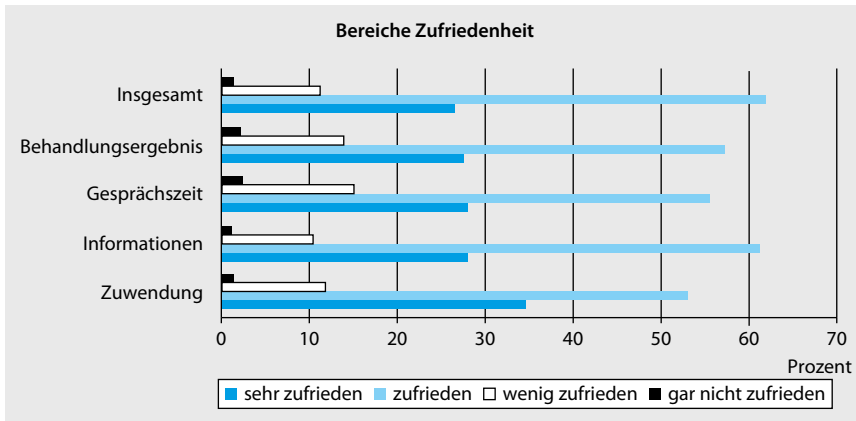


Abb. 5 ▲ Zufriedenheit mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen nach ausgewählten Bereichen (in Prozent) (n = 2589). (Datenbasis: GEDA-Zusatzbefragung 2009)

an, einen Anlass zur Beschwerde zu haben. Privat versicherte Personen haben signifikant weniger häufig als gesetzlich Versicherte einen Beschwerdeanlass. Zusätzlich wurde erfragt, bei welchem Kontakt der Anlass zur Beschwerde bestand: Am häufigsten werden Ärzte und Krankenhäuser genannt.

Von den 964 Personen, die einen Grund zur Beschwerde hatten, haben sich 383 (40%) tatsächlich beschwert, das entspricht 13% aller Befragten (■ Abb. 2).

Ältere Personen geben signifikant häufiger an als jüngere, sich beschwert zu haben. Die Zahlen weisen auch auf einen Anstieg von Beschwerden mit steigendem Bildungs- und Sozialstatus hin.

Des Weiteren wurde erfragt, an wen man sich im Fall einer Beschwerde gewandt hat. Am häufigsten werden der betreffende Arzt (45%), die Krankenkasse (44%) oder andere Ärzte (20%) angeführt (■ Abb. 3).

Männer beschweren sich signifikant häufiger bei dem Arzt selbst; Frauen wenden sich am häufigsten an die Krankenkasse. Während sich die jüngste Altersgruppe (18–39 Jahre) am häufigsten beim Arzt selbst beschwert, geben über die Hälfte der 60-Jährigen und Älteren an, sich an die Krankenkasse gewandt zu haben. Lediglich 1% der Befragten sucht bei Beschwerdeanlass eine Patientenberatungsstelle auf, vor allem Personen mit hohem Bildungsstatus.

Zufriedenheit mit Kontakten im Gesundheitswesen

Die Qualität von Leistungen und Institutionen im Gesundheitswesen kann anhand verschiedener Indikatoren bewertet werden. Damit wird versucht, Qualität objektiv messbar zu machen. Nicht jedes Qualitätsmerkmal lässt sich jedoch eindeutig messen, sodass Objektivität allein nicht ausreicht. Die subjektive Wahrnehmung und somit auch die Beurteilung durch die Patienten können zusätzliche Hinweise auf eine gute oder schlechte Qualität geben. Zufriedenheit spiegelt dabei das Verhältnis der Erwartungen an die Qualität im Verhältnis zur wahrgenommenen Qualität wider. Mittlere Qualität führt also bei hohen Erwartungen zu geringer und bei niedrigen Erwartungen zu hoher Qualität.

Zur Beschreibung der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen oder von Einzelaspekten sind bevölkerungsweite Studien hilfreich [20]. Diese finden sich in Deutschland unter anderem im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmannstiftung [21], in Versichertenbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder diverser Krankenkassen, auch sind in den letzten Jahren international vergleichende Analysen durchgeführt worden [22, 23, 24, 25, 26].

In der GEDA-Zusatzbefragung 2009 wurde, ausgehend vom letzten Kontakt der Befragten im Gesundheitswesen, nach der Zufriedenheit mit den Informationen, der Zeit zum Gespräch, der menschlichen

Zuwendung, dem Ergebnis der Behandlung und dem Kontakt insgesamt gefragt.

Der Großteil der Befragten (88%) ist mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen sehr zufrieden oder zufrieden (■ Abb. 4). Frauen geben etwas häufiger als Männer an, wenig bis gar nicht zufrieden gewesen zu sein. Im Altersverlauf sind es die Jüngeren, die häufiger nicht zufrieden sind. Die Betrachtung nach dem Bildungsstatus zeigt, dass Personen mit niedriger Bildung im Vergleich zu Personen der höheren Bildungsgruppen, häufiger angeben, wenig bis gar nicht zufrieden zu sein. Tendenziell trifft dies auch für die Sozialstatusgruppen zu. Privat Krankenversicherte geben signifikant häufiger als gesetzlich Versicherte an, mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen sehr zufrieden gewesen zu sein.

Die zur Verfügung stehende Gesprächszeit (17%) sowie das Behandlungsergebnis (16%) werden am häufigsten als wenig bis gar nicht zufriedenstellend bezeichnet (■ Abb. 5).

Fazit

Die vorliegenden Auswertungen der Daten der Zusatzbefragung zur GEDA-Studie 2009 „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ geben Anhaltspunkte dafür, dass Menschen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen Aspekte der Bürger- und Patientenorientierung in unterschiedlicher Weise realisieren. Entsprechend unterschiedlich ist die Bewertung der Versorgungspraxis und des eigenen Informationsstandes. Neben Wissensdefiziten über ausgewählte Bereiche des Gesundheitswesens gibt es auch Defizite bei der Kenntnis und Wahrnehmung von Rechten sowie im Umgang mit Beschwerden. Geschlecht, Alter, Bildungs- und Sozialstatus erweisen sich dabei als relevante Einflussgrößen. Es wird deutlich, dass es differenzierter und vielseitiger Unterstützungsangebote bedarf, um Bürgern und Patienten Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten, die sie zu kompetenten und aktiven Partnern im Gesundheitssystem befähigen. Dazu gehören ein Ausbau der Patientenberatung und die nutzerorientierte Weiterentwicklung von Informations- und

Schulungsangeboten. Gerade bei Themen, die sich nicht unmittelbar auf den eigenen Gesundheitszustand beziehungsweise Erkrankungsfall beziehen, also bei Themen, die sich auf den Zugang zur Versorgung, zu guten Gesundheitsinformationen, zu Hinweisen auf Leitlinien oder Qualitätsberichten richten, ist das genuine Interesse von Nutzern eher gering ausgeprägt. Gute Erfahrungen wurden in diesem Zusammenhang zum Beispiel bei der Integration der Themen in krankheitsspezifische Bildungsangebote – sogenannte En-Passant-Schulungen – gemacht. Hier werden interessierte Bürger und Patienten zu Bildungsmaßnahmen, orientiert an Gesundheitsthemen, eingeladen, zugleich werden dabei auch die oben genannten, eher systembezogenen Kenntnisse vermittelt [30]. Ebenso sind Entwicklungsbedingungen in sozialen Kontexten relevant, wie sie sich beispielsweise in der Familie, Schule und am Arbeitsplatz ergeben. Gefragt sind damit auch Bereiche außerhalb des Gesundheitssektors, wie zum Beispiel das Bildungs- und Sozialwesen, die kompetenzwirksame Voraussetzungen liefern müssen, um den Zugang zu Informationen und Wissen zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Horch

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut
General-Pape-Straße 62, FG 27, 12101 Berlin
horchk@rki.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Dierks ML, Seidel G, Schwartz FW, Horch K (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert-Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 32. RKI, Berlin
- Horch K, Hölling G, Klärs G et al (2009) Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 52:889–896
- Dierks M-L, Schwartz FW (2011) Patienten, Versicherte, Bürger- die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Walter U et al (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München, S 314–321
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege
- WHO (1998) WHO – Definition von Gesundheitskompetenz. In: Nutbeam D (Hrsg) Health promotion glossary. In: Health promotion international, Bd. 13, No. 4. http://www.oxfordjournals.org/our_journals/heapro
- Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International. Bd. 15, No 3. http://www.oxfordjournals.org/our_journals/heapro
- Abel T, Bruhin E (2003) Health Literacy/Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. und erweiterte Aufl. Schwabenheim a.d. Selz, S 128–131
- Committee on health literacy (2004) A prescription to end confusion. In: Nielsen-Bohmann L, Panzer AM, Kindig DA (Hrsg) Institute of medicine (Health Literacy). The National Academies Press, Washington
- Kickbusch I (2006) Gesundheitskompetenz. In: News. Public Health 3. <http://www.public-health.ch>
- Kickbusch I (2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Hamburg
- Dierks ML (2008). Patientenuniversität – Wege zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Beteiligung. In: Mozygema et al (Hrsg) Nutzerorientierung. Lässt sich das Gesundheitssystem mitgestalten? Huber, Bern
- Sommerhalder K, Abel T (2007) Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Universität Bern. Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Abteilung für Gesundheitsforschung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
- Scheibler F, Pfaff HH (2003) Shared – Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa, Weinheim
- Dierks ML, Seidel G (2005) Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Neue Anstöße zum Transfer in die Patientenversorgung. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Dierks ML, Schaeffer D (2006) Die Nutzerperspektive in der Versorgungsforschung. Forum Public Health 52(14):24–25
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Horch K, Wirz J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48:1250–1255
- Bertelsmann Stiftung (2004) Gesundheitsmonitor. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/4194.jsp>
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (Hrsg) (2011) Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Schriftenreihe der GVG, Bd. 67
- Dierks ML (2008) Datenquellen und Methoden zur Erfassung der Versorgungsqualität aus Sicht der Nutzer – Behandlungszufriedenheit, Patientenerfahrungen und -bewertungen. In: Kurth BM (Hrsg) Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 197–208
- Kolip P (2009) Medizin hat ein Geschlecht: Zufriedenheit mit der Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Coulter A, Magee H (2003) The European patient of the future. Open University Press, Philadelphia
- Sawicki P (2005) Quality of health care in Germany. A six-country comparison. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. Med Klin (Munich) 100:755–768
- Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (2009) Der Patients Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Koch K, Schürmann C, Sawicki P (2010) Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten. Dtsch Arztebl 107 (Heft 24)
- Schölkopf M (2011) Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Prognos (2009) Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung. Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGBV. Berlin. Auftraggeber: GKV-Spitzenverband
- Forum Public Health (2011) Patientenorientierung in der gesundheitlichen Versorgung. Jg 19(70)
- Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozio-ökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Weithe V (2011) Effekte und Nachhaltigkeit von Gesundheitsbildungsmaßnahmen am Beispiel der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover. Magisterarbeit Studiengang Public Health. Hannover