

Informiert und zufrieden? – Auf dem Weg zum mitbestimmenden Nutzer des Gesundheitswesens

Informed and satisfied? – Towards a participating user of the healthcare system

Livia Ryl, Kerstin Horch

Abstract

Different roles are fulfilled as healthcare user: patient, consumer, customer or a person, who evaluates the healthcare. A change is taking place from a more passive patient to a participant, which requires that relationships and behavior in healthcare need to be redefined. The focus, therefore, is to increase transparency, develop skills, strengthen patients' rights and improve complaint management. Data about these parameters and the satisfaction with the last contact in the healthcare system were collected in the GEDA 2009 survey „Health literacy and competent acting in healthcare system“ by RKI. Results show deficits in knowledge of selected areas of health care, awareness of patients' rights and on how to handle complaints. These deficits vary according to demographic and socioeconomic criteria. Therefore it is important to recognize the different needs of population groups in respect of raising knowledge and health literacy.

Zusammenfassung

Als Nutzer des Gesundheitswesens nimmt man verschiedene Rollen ein: Patient, Verbraucher, Kunde oder die Person, die gesundheitliche Versorgung bewertet. Der zunehmend stattfindende Wechsel vom eher passiven Patienten zum mitbestimmenden Nutzer von Gesundheitsleistungen erfordert, Beziehungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen neu zu bestimmen. Im Vordergrund stehen hierbei: Transparenz erhöhen, Kompetenz entwickeln, Rechte der Patientinnen und Patienten stärken, Beschwerdemanagement verbessern. Mit dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz (Bundesgesetzblatt 2013) werden die Einflussmöglichkeiten der Patienten und ihre Rechte auf eine klare gesetzliche Grundlage gestellt. Die neuen Regelungen stärken die Rolle des mündigen Patienten. Wie es bisher mit der Rolle der Patientinnen und Patienten aussah, ermittelte die GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell)-Zusatzbefragung 2009 des RKI „Gesundheitskompetenz und souveränes Handeln im Gesundheitswesen“. Hier wurden Daten zur Zufriedenheit mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen erhoben. Wissensdefizite in der Bevölkerung hinsichtlich ausgewählter Bereiche des Gesundheitswesens werden mit den Daten deutlich: bei Patientenrechten und bezüglich des Umgangs mit Beschwerden. Diese Defizite variieren nach demographischen und sozioökonomischen Kriterien. Deutlich werden unterschiedliche Bedürfnisse je nach Bevölkerungsgruppe, um Wissen und Kompetenzen zielgruppengerecht vermitteln zu können.

Souveränes Handeln im Gesundheitswesen

Beteiligungsrechte der Bürgerinnen und Bürger auf der Basis von Sachkenntnis spielen auch im Bereich des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen wird als ein wesentlicher Beitrag zu mehr Qualität und Bedarfsgerechtigkeit in der medizinischen Versorgung angesehen. In diesem Kontext haben sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für mehr Bürger- und Patientenorientierung weiterentwickelt. Dazu gehören unter anderem die Unabhängige Patientenberatung Deutschland

(UPD) durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Ernennung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung oder die Etablierung des Mitberatungs- und Antragsrechts der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (Dierks et al. 2006; Horch et al. 2009). Mit dem neuen Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 wurde nun zur Stärkung der Patientenrechte auch die gesetzliche Grundlage geschaffen (Bundesgesetzblatt 2013).

Nutzt man das Gesundheitswesen, kann dies auf unterschiedliche Art erfolgen: als Patient, Verbrau-

cher und Kunde oder als Person, die gesundheitliche Versorgung bewertet. Der in diesem Gefüge zunehmend stattfindende Wechsel vom eher passiven Patienten zum mitbestimmenden Nutzer von Gesundheitsleistungen macht es erforderlich, dass Beziehungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen neu bestimmt werden. In diesem Zusammenhang wechselt die bislang überwiegende Bewertung von Gesundheitsdefiziten zu einer mehr ressourcenorientierten Betrachtung von individueller und Bevölkerungsgesundheit: Gesundheit erhalten, wiederherstellen und verbessern. Dies sollte sich unter anderem im veränderten Gesundheitsbewusstsein, Informations- und Kommunikationsverhalten und kritischerem Verbraucherverhalten widerspiegeln. Bei der ressourcenorientierten Sichtweise werden Gesundheitskompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen gewertet, die die Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Gesundheitssystems beeinflussen (SVR 2001).

Die Gesundheitskompetenz bezeichnet „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen“ (Kickbusch 2006). Gesundheitskompetenz entwickelt sich durch Lern- und Sozialisationsprozesse, die eingebettet sind in soziokulturelle und sozioökonomische Lebensbedingungen (Sommerhalder, Abel 2007). Sie kann durch gezielte Maßnahmen gefördert werden (Dierks 2008) und strebt sowohl das Gesund-Leben (Gesundheitsförderung), Gesund-Bleiben (Prävention) als auch das Gesund-Werden (Kuration) an (Scheibler, Pfaff 2003; Dierks, Seidel 2005; Dierks, Schaeffer 2006).

Die Studie „Gesundheitskompetenz und souveränes Handeln im Gesundheitswesen“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) am Robert Koch-Institut (RKI) beschreibt, wie Nutzer des Gesundheitswesens mit den Herausforderungen und Entwicklungen des gegenwärtigen Gesundheitssystems umgehen. Die Daten ermöglichen einen Überblick über vorhandene oder fehlende Kompetenzen bei Nutzern des Gesundheitswesens. Analysiert werden ausgewählte Indikatoren, die die Fähigkeiten

und Fertigkeiten beeinflussen, die Personen brauchen, um sich selbstbestimmt im Gesundheitswesen zu bewegen. Zugleich wird untersucht, ob sich Kompetenzen, Einstellungs-, Handlungs- und Zufriedenheitsparameter nach sozioökonomischen und anderen Kriterien (z. B. Alter) unterscheiden. Bei der Studie handelt es sich um eine schriftliche Zusatzbefragung im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des RKI aus dem Jahr 2009 (RKI 2011). Die Methode der Zusatzbefragung erläutert Horch et al. 2012.

Ergebnisse

1.542 Frauen und 1.456 Männer nahmen an der Zusatzbefragung im Jahr 2009 teil. Die Responserate betrug 57,3%. Betrachtet werden die Altersgruppen 18 bis 39 Jahre (33%), 40 bis 59 Jahre (37%) sowie 60 Jahre und älter (30%). Die Mehrheit der Personen der Stichprobe ist dem mittleren Sozialstatus zuzuordnen. Mehr Frauen als Männer weisen deutlich häufiger einen niedrigeren Bildungsstatus auf.

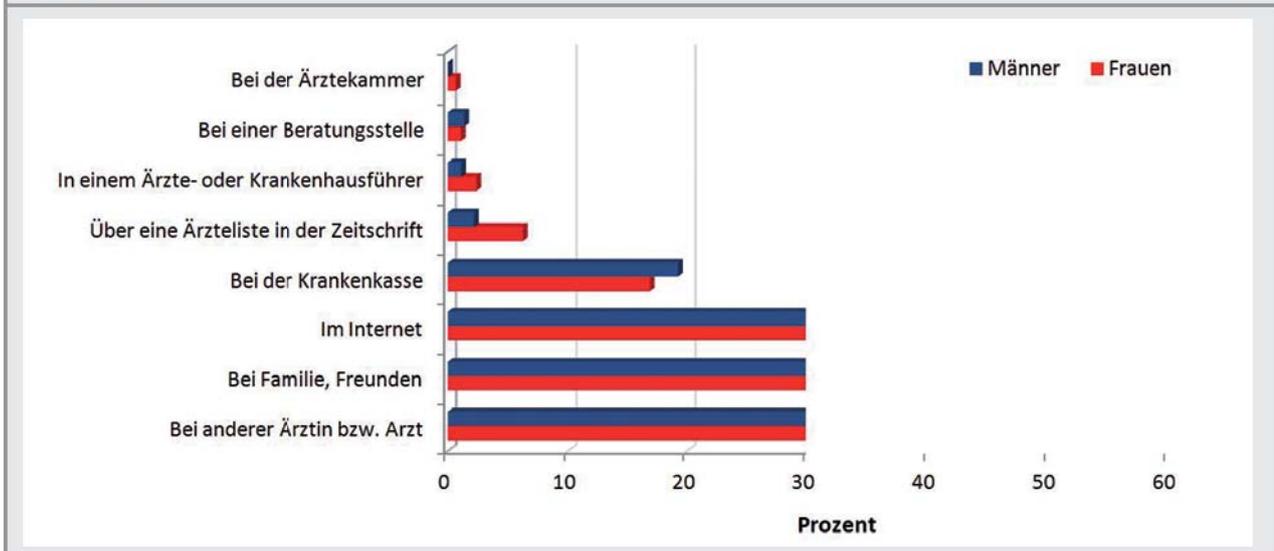
Informationsverhalten und -bedarf

Informiert zu sein ist eine wesentliche Voraussetzung, um auf einer partnerschaftlichen Ebene gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen (Horch, Wirz 2005). Zum Beispiel bei der Wahl von Gesundheitsleistungen oder um Patientenrechte wahrzunehmen. Verständliche und leicht zugängliche Informationen wiederum sind die Grundlage dafür, dass Wissen erworben wird.

Vor einem Arzt- oder Krankenhausbesuch informieren sich 28% der Personen, ob sie in der gewählten Einrichtung in den richtigen Händen sind (31% der Frauen, 26% der Männer), wobei mit zunehmendem Alter häufiger Informationen gesucht werden. Die Differenzierung nach Sozialstatus verdeutlicht, dass mehr Personen der mittleren und höheren Statusgruppen auf Informationssuche gehen. Frauen und Männer informieren sich am häufigsten bei der Familie und Freunden sowie bei anderen Ärzten (**Abbildung 1**). Das Internet als Informationsquelle wird vor allem von Personen der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre (54%) und von Personen mit hohem Bildungsstatus genutzt (48%).

Da sich Patienten häufig mehr Informationen über bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens wünschen, wurden die Teilnehmenden um eine Einschätzung („eher gut“ oder „eher schlecht“) ihrer

Abbildung 1: Informationsquellen vor Arzt- oder Krankenhausbesuch in Prozent (N=2.998). Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009.



Informiertheit in verschiedenen Bereichen gebeten. Über die Qualitäts- und Kostenaspekte sowie die Rechte als Patient war die Mehrheit eher schlecht informiert. In Abhängigkeit vom Bildungsstatus wird deutlich, dass sich Personen mit hohem Status schlechter informiert fühlen. Als Ausnahmen gelten hierbei die Bereiche ‚Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten‘ und ‚Kosten einer ärztlichen Behandlung‘: Hier geben mehr Personen mit niedrigem als mit hohem Bildungsstatus an, sich schlecht informiert zu fühlen.

Wie diese Daten zeigen, besteht in der Bevölkerung ein Interesse an Gesundheitsinformationen. Auch andere Studien wiesen bereits darauf hin: Nach Angaben der Bertelsmann Stiftung suchen vier von fünf Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit (Bertelsmann Stiftung 2004). Mit zunehmender Anzahl und Vielfalt unterschiedlicher Informationsangebote steigen dabei auch die Anforderungen an die Nutzer, qualitativ gute von schlechten Gesundheitsinformationen zu unterscheiden (Dierks, Schwartz 2011; Weithe 2011).

Kenntnis und Wahrnehmung von Rechten

Souveränes, also selbstbestimmtes Handeln im Gesundheitswesen erfordert die Strukturen der Versorgung zu kennen und über die Rechte als Bürger, Versicherter und Patient Bescheid zu wissen. Mit der Entwicklung des vielschichtigen und sektoralen Gesundheitswesens sowie der Ausweitung von Ge-

sundheitsleistungen sowie des Gesundheitsmarktes wurde ein umfangreiches System von Regel-, Rechts- und Gesetzesvorschriften aufgebaut. Hier sind wesentliche Patientenrechte, wie das Recht auf freie Arztwahl oder das Recht auf Schadenersatz bei Behandlungsfehlern, festgeschrieben. Diese Patientenrechte sind seit Februar dieses Jahres im Patientenrechtegesetz gebündelt (www.bmg.bund.de/patientenrechtegesetz; Abrufdatum: 13.06.2013). Davor waren sie in verschiedenen Gebieten des Straf-, Zivil-, Krankenversicherungs-, Haftungs- und Berufsrechts verankert. Für Patienten war dies nicht überschaubar.

Wie werden aktuell die Patientenrechte in der Bevölkerung wahrgenommen? Mit der Zusatzbefragung der GEDA-Studie 2009 wurde dies untersucht. Hier wurde ebenfalls erfragt, ob der Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>; Abrufdatum: 13.06.2013) und die Funktion des Patientenbeauftragten der Bundesregierung bekannt sind.

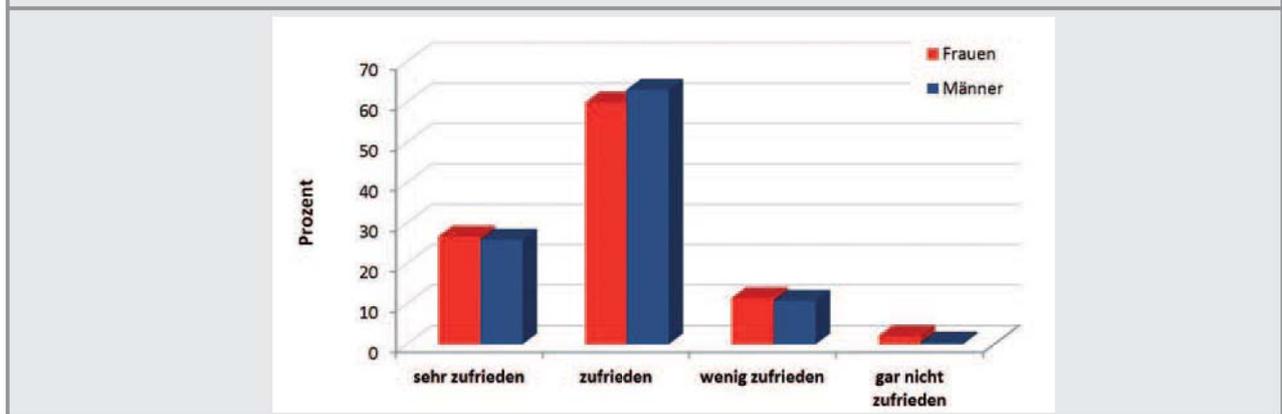
Insgesamt ist der Bekanntheitsgrad individueller Patientenrechte relativ hoch. Am bekanntesten sind dabei die Rechte auf freie Arztwahl und auf vertrauliche Datenbehandlung (Tabelle 1). Während bei Frauen das Recht auf Schadenersatz am wenigsten bekannt ist, ist es für Männer das Recht auf Selbstbestimmung. In der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren kennen gerade einmal 34% das Recht

Tabelle 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=1.542)	93,1	71,2	44,3	48,1	41,3	60,1	46,4	83,4	38,7
Männer (n=1.456)	95,2	65,2	52,3	49,1	43,2	64,6	49,4	87,6	46,8
Gesamt (n=2.998)	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=1.097)	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=1.545)	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

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit letztem Kontakt im Gesundheitswesen in Prozent (N=2.998). Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009.



auf Schadenersatz; die 18- bis 39-Jährigen sind dagegen weniger mit dem Recht auf Beratung durch die Krankenkasse vertraut (41%). Hinsichtlich des Bildungsstatus zeigt sich, dass Patientenrechte bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus weniger bekannt sind als bei Personen mit mittlerem und hohem Bildungsstatus.

Die Möglichkeit Patientenrechte in Deutschland wahrzunehmen wurde von 36% als sehr gut bis gut eingeschätzt (48% weniger gut, 13% schlecht, 3% sehr schlecht). Jüngere schätzen diese Möglichkeiten häufiger als weniger gut bis schlecht ein als die

älteste Altersgruppe. Personen mit niedrigem Bildungsstatus beurteilen im Vergleich zu Personen anderer Statusgruppen die Wahrnehmungsmöglichkeiten häufiger als sehr gut.

Zufriedenheit

Der Großteil der Befragten (88%) ist mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen sehr zufrieden oder zufrieden (Abbildung 2). Frauen sind etwas häufiger wenig bis gar nicht zufrieden als Männer. Wird der Altersverlauf betrachtet, sind es die Jüngeren, die häufiger nicht zufrieden sind. Personen mit niedriger Bildung geben häufiger an, wenig bis

Abbildung 3: Zufriedenheit mit letztem Kontakt im Gesundheitswesen in ausgewählten Bereichen in Prozent (n=2.589). Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009.

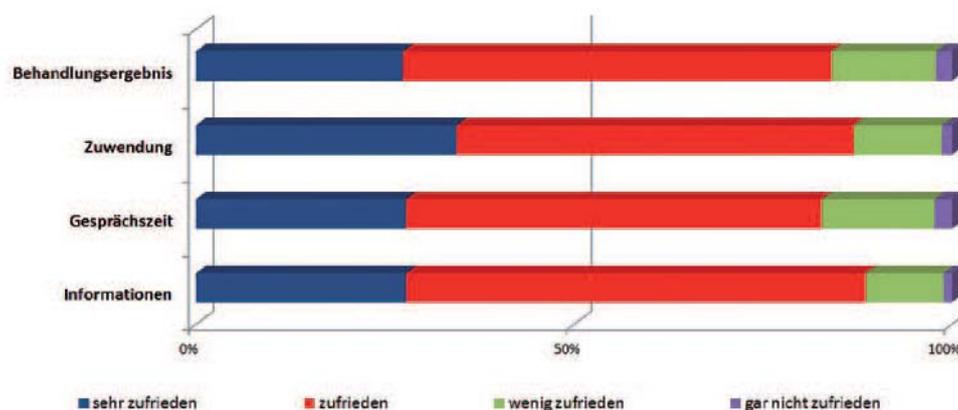
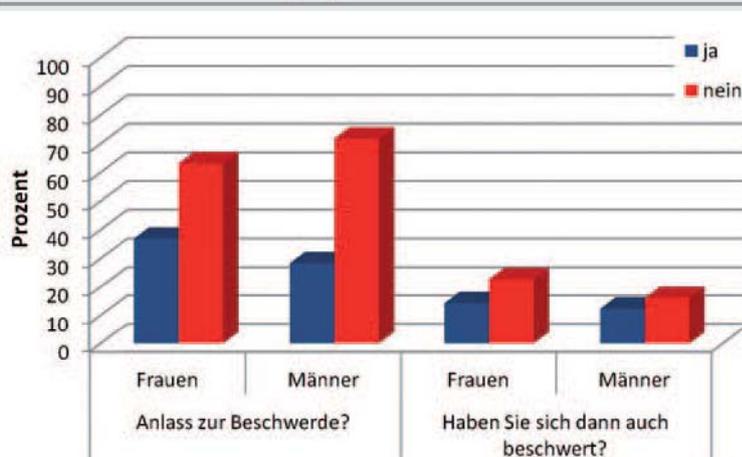


Abbildung 4: Personen, die Anlass zur Beschwerde hatten (n=964) und Personen, die sich tatsächlich beschwerten (n=383) in Prozent. Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009.



gar nicht zufrieden zu sein, im Vergleich zu Personen der höheren Bildungsgruppen.

Die größte Unzufriedenheit wurde hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Gesprächszeit (17%) und des Behandlungsergebnisses (16%) geäußert (**Abbildung 3**).

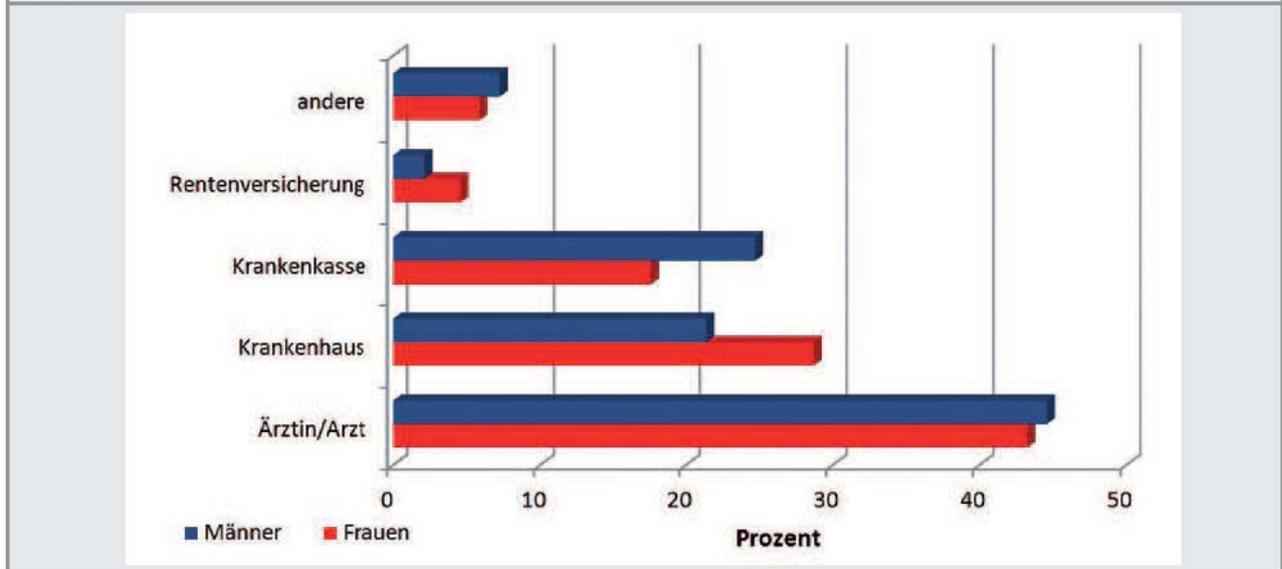
Beschwerden

Die Frage, ob es im vergangenen Jahr zu Situationen beim Kontakt mit Akteuren im Gesundheitswesen gekommen ist, über die man sich gerne beschwert hätte, wurde von 33% der Personen bejaht (37% der Frauen, 28% der Männer) (**Abbildung 4**). Dem stimmten vor allem 18- bis 39-jährige Personen zu. Von den Personen mit hohem Bildungsstatus geben knapp 40% an, einen Anlass zur Beschwerde zu haben. Diese Situationen traten vor allem im Kontakt mit Ärzten und Krankenhäusern auf. Von den insgesamt 964 Personen, die einen Anlass zur Beschwerde

hatten, haben sich 383 (40%) tatsächlich beschwert (**Abbildung 4**). Dabei waren es häufiger ältere Personen, die sich beschwerten. Mit steigendem Bildungsstatus steigt auch die Zahl der Beschwerden.

Des Weiteren wurde erfragt, an wen man sich im Fall einer Beschwerde gewandt hat. Am häufigsten werden der betreffende Arzt (44%), Krankenhaus (26%) und die Krankenkasse (21%) angeführt (**Abbildung 5**). Die Daten zeigen, dass sich Männer und Frauen am häufigsten bei der Ärztin beziehungsweise dem Arzt selbst beschwerten; Frauen führen zudem häufiger als Männer Beschwerden im Krankenhaus durch. Während sich die jüngste Altersgruppe (18 bis 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 Patien-

Abbildung 5: Stellen, an die sich bei Beschwerden gewandt wurde in Prozent (n=383). Datenbasis: GEDA Zusatzbefragung 2009.



tenberatungsstelle auf, vor allem Personen mit hohem Bildungsstatus.

Fazit

Die vorliegenden Auswertungen der GEDA-Zusatzbefragung 2009 weisen darauf hin, dass Aspekte der Bürger- und Patientenorientierung auf unterschiedliche Weise von Menschen umgesetzt werden. Entsprechend unterscheidet sich die Bewertung der Versorgungspraxis und des eigenen Informationsstandes. Neben Wissenslücken hinsichtlich ausgewählter Bereiche des Gesundheitswesens gibt es auch Defizite bei der Kenntnis von Patientenrechten sowie im Umgang mit Beschwerden. Als relevante Einflussgrößen gelten dabei Geschlecht, Alter und Bildungsstatus.

Damit wird deutlich, dass differenzierte Unterstützungsangebote notwendig sind, um Bürgern und Patienten die Möglichkeit zu bieten, sich zu kompetenten und aktiven Partnern im Gesundheitssystem zu entwickeln. Die gesetzliche Basis bildet das neue Patientenrechtegesetz, das im Februar dieses Jahres in Kraft getreten ist. Dazu gehört auch, die Patientenberatung (UPD) weiter auszubauen und die Informations- und Schulungsangebote nutzerorientiert weiterzuentwickeln. So interessieren sich Nutzer weniger für Themen, die sich nicht unmittelbar auf den eigenen Gesundheitszustand beziehungsweise Erkrankungsfall beziehen, wie zum

Beispiel Zugang zur Versorgung oder Hinweise auf Leitlinien oder Qualitätsberichte. Gute Erfahrungen werden beispielsweise bei der Integration der Themen in krankheitsspezifische Bildungsangebote – sogenannte En-Passant-Schulungen – gemacht. Hier werden Interessierte zu Bildungsmaßnahmen eingeladen, die sich an Gesundheitsthemen orientieren, beiläufig (en passant) werden dabei die eher systembezogenen Kenntnisse vermittelt (Weithe 2011). Des Weiteren sind die Bedingungen in sozialen Kontexten (Familie, Schule und am Arbeitsplatz) relevant, die es ermöglichen, sich zu entwickeln und sich den Zugang zu Informationen und Wissen zu verschaffen.

Literatur

Bertelsmann Stiftung (2004): Gesundheitsmonitor. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung. 1/04. <http://www.bertelsmann-stiftung.de> (Abrufdatum: 13.06.2013).

Bundesgesetzblatt (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013.

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 – Jena: 314–321.

Dierks M-L (2008): Patientenuniversität – Wege zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Beteiligung. In: Mozygemba K et al. (Hrsg.): Nutzerorientierung. Lässt sich das Gesundheitssystem mitgestalten? Huber. Bern.

Dierks M-L, Seidel G, Schwartz FW, Horch K (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert-Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 32. RKI Berlin.

Dierks M-L, Schaeffer D (2006): Die Nutzerperspektive in der Versorgungsforschung. In: Forum Public Health. Okt (14) 52: 24–5.

Dierks M-L, 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: 35–44.

Horch K, Hintzpeter B, Ryl L, Dierks M-L (2012): Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Die Beurteilung aus Sicht der Nutzer. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55: 739–745.

Horch K, Hölling G, Klärs G et al. (2009): Ansätze zur Evaluation des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken. In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 52: 889–896.

Horch K, Wirz J (2005): Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48: 1250–1255.

RKI (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin.

Scheibler F, Pfaff HH (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa Verlag Weinheim.

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.

Weithe V (2011): Effekte der Nachhaltigkeit von Gesundheitsbildungsmaßnahmen am Beispiel der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover. Masterarbeit Studiengang Public Health Hannover. <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtegesetz.html> (Abrufdatum: 10.06.2013).

Kontakt

Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
FG Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
E-Mail: RylL[at]rki.de

[RKI]