

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P06-131

**Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur
Patientenberatung und Nutzerinformation**

Petra Lummer

Bielefeld, Januar 2006

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Internet: <http://www.uni-Bielefeld.de/IPW>

Abstract

Zukünftig sollen Patienten und Nutzer eine aktive, mündige und eigenverantwortliche Rolle im Gesundheitswesen einnehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen sie niederschwellige Informations- und Beratungsangebote. Der Gesetzgeber ermöglichte mit der Einführung des § 65b SGB V erstmalig den Ausbau einer unabhängigen Beratungsstruktur für Patienten und Nutzer. Die unabhängige Patientenberatung und -information hat seitdem im Gesundheitswesen enorm an Bedeutung gewonnen und dehnt sich zunehmend weiter aus.

In der vorliegenden Veröffentlichung wird der Zugang (access) zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation in den Blick genommen. Dabei werden auf der theoretischen Grundlage wichtige Aspekte zur Patientenberatung und Nutzerinformation dargestellt und diskutiert. Der Begriff access wird im anglo-amerikanischen Raum – anders als in Deutschland – häufiger verwendet und zudem differenzierter betrachtet. Access beinhaltet einzelne Dimensionen, wobei wichtige Aspekte der Zugänglichkeit und Erreichbarkeit an Patientenberatung und Nutzerinformation in der vorliegenden Untersuchung herausgestellt und untersucht werden.

Um den Zugang zu untersuchen, wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt, die auf einem Methodenexperiment „Hidden Customer“ basierte. Aus der Nutzerperspektive konnten wesentliche Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie die Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende erreichbar ist. Die Ergebnisse dokumentieren, dass nicht alle der untersuchten Patientenberatungseinrichtungen problemlos für Patienten und Nutzer zugänglich sind. Es konnten neben Zugangsmöglichkeiten ebenfalls potenzielle Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende identifiziert werden.

Auf der Grundlage der ermittelten Forschungsergebnisse werden Empfehlungen für einen leichteren Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation diskutiert. Sie richten sich an Träger bzw. Berater sowie Evaluatoren von Patientenberatungsstellen. Darüber hinaus werden Aspekte dargestellt, die eine Entwicklung der Patientenberatung und Nutzerinformation in der Zukunft positiv beeinflussen können.

Inhalt

Einleitung	3
1 Steigender Bedarf an Patientenberatung und Nutzerinformation	5
2 Patientenberatung und Nutzerinformation	11
2.1 Wandel der Patientenrolle im Gesundheitswesen	11
2.2 Ziele und Aufgaben der Patientenberatung	14
2.3 Heutige Beratungs- und Informationsangebote für Patienten und Nutzer	18
2.4 Exkurs: Patientenberatung in Großbritannien	27
2.5 Zusammenfassung	32
3 Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation	34
3.1 Erläuterungen zum Begriff „Zugang“	34
3.2 Zugang zum Gesundheitswesen	37
3.2.1 Zugänglichkeit zu den Gesundheitseinrichtungen des Gesundheitswesens	38
3.2.2 Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen für einzelne Bevölkerungsgruppen	40
3.2.3 Zugangswege zu Präventionsangeboten des Gesundheitswesens	42
3.3 Zugang zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation	43
3.4 Zugangsmöglichkeiten zur Patientenberatung und Nutzerinformation	46
3.4.1 Zugang durch das Telefon	47
3.4.2 Zugang durch das Internet	49
3.5 Zugang in Abhängigkeit von der Gestaltung von Beratungseinrichtungen	51
3.6 Zusammenfassung	54
4 Methodisches Vorgehen	56
4.1 Qualitative Forschung	56
4.2 Auswahl der Fälle	58
4.3 Datenerhebung aus Nutzerperspektive	58
4.3.1 Teilnehmende Beobachtung	59
4.3.2 Methodenexperiment „Hidden Customer“	61
4.4 Grounded Theory	62
5 Präsentation der Ergebnisse	69
5.1 Such- und Findeprozesse	70

5.1.1	Zugangswege über Medien und Institutionen	70
5.1.2	Bedingungen für den Such- und Findeprozess	73
5.1.3	Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren durch Medien und Institutionen	80
5.2	Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme	84
5.2.1	Kontaktaufnahme zur Einrichtung	84
5.2.2	Wochentage und Öffnungszeiten	87
5.2.3	Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren bezogen auf die Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme zur Einrichtung	90
5.3	Aufsuchen und Auffinden	92
5.3.1	Geographische Lage und Verortung	93
5.3.2	Auffindbarkeit	95
5.3.3	Bauliche und räumliche Situation	98
5.3.4	Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren beim Aufsuchen und Auffinden	104
5.4	Kosten	109
5.5	Welche Nutzergruppen erhalten bzw. erhalten keinen Zugang?	109
6	(K)ein Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation	112
6.1	Zugangswege über Medien und Institutionen	112
6.2	Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme von Patientenberatungsstellen	116
6.3	Aufsuchen und Auffinden von Patientenberatungsstellen	120
6.4	Finanzielle Barrieren erschweren den Zugang	127
7	Schlussbetrachtung und Empfehlungen	128
8	Literaturverzeichnis	135
	Abbildungsverzeichnis	147
	Tabellenverzeichnis	147

Einleitung

Der Bereich der Patientenberatung und Nutzerinformation hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wichtigen Segment des Gesundheitswesens entwickelt. Im Rahmen einer zeitgemäßen Prävention und bedarfsgerechten Versorgung chronisch Kranker stellt die Patientenberatung und Nutzerinformation ein unverzichtbares Element dar (Schaeffer et al. 2005). So hat sich der Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 ausführlich mit der Frage beschäftigt, wie Patienten¹ als Nutzer des Gesundheitswesens durch die Entwicklung von Kompetenz und Partizipation gestärkt werden können. Als grundlegende Voraussetzungen für die Zielerreichung empfiehlt der SVR, niedrigschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informationen, Beratungen sowie Schulungen für Patienten, Nutzer², Versicherte und Bürger im Gesundheitswesen bereitzustellen (SVR 2001/2002, 2003). Ebenfalls setzt sich die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder in Abstimmung mit der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und den Organisationen der Selbstverwaltung, den Verbraucherverbänden sowie den Selbsthilfegruppen für verbesserte Informationsangebote für Patienten und Nutzer ein (SVR 2003). Es wird vermutet, dass gut informierte und beratene Patienten sich kosten- und qualitätsbewusster verhalten sowie auch Gesundheitsleistungen kritischer nutzen und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter umgehen (Wasem/Güther 1998; SVR 2000/2001, 2003; Badura/Schellschmidt 1999).

In Deutschland existiert mittlerweile eine Vielzahl abhängiger und unabhängiger Informations- und Beratungsangebote unterschiedlicher Leistungserbringer und Kostenträger. Doch in weiten Teilen erscheint der Beratungssektor unorganisiert und wildwüchsig. Die Vielzahl an Beratungsstellen ist für den (potenziellen) Nutzer kaum mehr überschaubar. Neben fehlendem Wissen über das Beratungsgeschehen im Gesundheitswesen mangelt es ebenfalls an Informationen, die nähere Auskunft über die Gesamtstruktur des vorgehaltenen Beratungsangebots bieten (Bergmann et al. 1998). Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Förderung unabhängiger Patientenberatung (§ 65b SGB V) verpflichtet worden. Damit wurde erstmalig ein konkreter Schritt unternommen, Beratungs- und Informationsangebote als Teil des Versorgungssystems zu stärken und zu systematisieren. Dadurch sollen vor allem chronisch kranke, multimorbide sowie pflegebedürftige Patienten und ihre Angehörigen kompetente Antworten auf Fragen zu ihren Gesundheits-, Sozial- sowie sonstigen Versorgungsproblemen in den „Anlauf- und Beratungsstellen“ erhalten (SVR 2003). Patienten und Nutzer nehmen Beratungs- und Informationsangebote aus unterschiedlichen Gründen in Anspruch oder auch nicht. Eine maßgebliche Ursache, die in der vorliegenden Masterarbeit näher analysiert werden soll und die für die Nutzung

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit die männliche Form gewählt. Frauen sind gleichermaßen gemeint.

² Im Folgenden wird vornehmlich der weitgehend neutrale Begriff Nutzer sowie der Patientenbegriff verwendet.

verschiedener Beratungsangebote von vorrangiger und entscheidender Bedeutung ist, ist die jeweilige Zugänglichkeit und Erreichbarkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende. Es stellt sich die Frage, ob die zur Verfügung stehenden Patientenberatungsangebote und Nutzerinformationen tatsächlich so niederschwellig angelegt sind, dass alle Ratsuchenden im Bedarfsfall problemlos auf sie zurückgreifen können. Konkret soll im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit aus der Nutzerperspektive die Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation analysiert werden, um so wichtige Hinweise zu den „Zugangsmöglichkeiten“ und den „Zugangsbarrieren“ zu erhalten.

1 Steigender Bedarf an Patientenberatung und Nutzerinformation

Die Patientenberatung und Nutzerinformation ist ein an Relevanz gewinnendes Segment im Gesundheitswesen, über das noch wenige Informationen vorliegen. So hat auch die Frage nach der Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation in der wissenschaftlichen Diskussion bislang kaum ihre Beachtung gefunden. Dass es sich dennoch um ein Public Health relevantes Thema handelt, erschließt sich aus den nachfolgend angeführten Aspekten.

Demographische Entwicklung

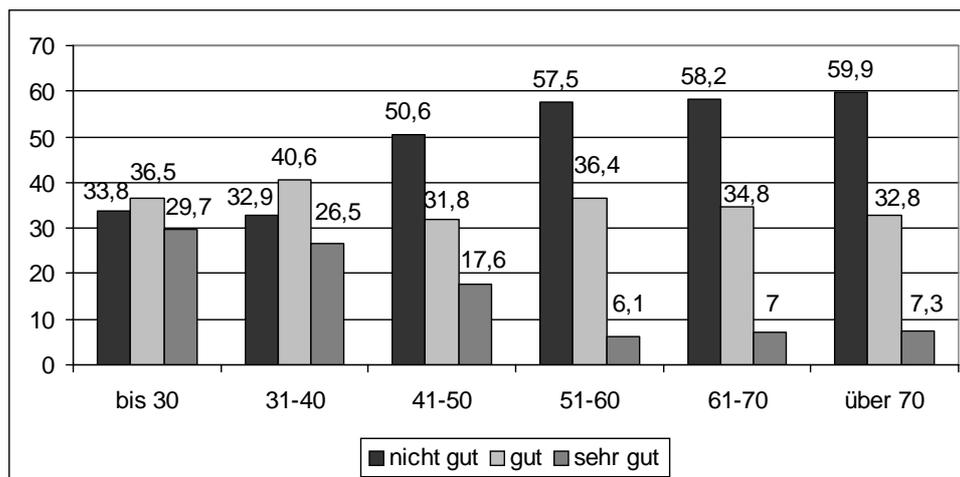
Die demographische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland wird nach Schätzungen des statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 durch zwei grundlegende Entwicklungen geprägt (Statistisches Bundesamt 2003). Zum einen ist es die Erhöhung der Lebenserwartung und zum anderen der Rückgang der Geburtenraten. In Deutschland werden jedes Jahr weniger Kinder geboren, als Menschen sterben. Zu Beginn der 1990er Jahre lag die Geburtenrate noch bei 1,45 Geburten pro Frau (Birg 2003). Derzeit liegt diese bei 1,38 Geburten pro Frau (Statistisches Bundesamt 2003). Die durchschnittliche Lebenserwartung für ein neugeborenes Mädchen lag im Jahr 1998 bei 80,3 Jahren, für einen neugeborenen Jungen bei 74,0 Jahren. Nach Schätzungen wird bis zum Jahr 2050 ein Anstieg der Lebenserwartung bei den Frauen auf 86,6 Jahre und bei den Männern auf 81,1 Jahre erwartet (Statistisches Bundesamt 2003).

In Deutschland sind zurzeit 16 Millionen Menschen 60 Jahre und älter. Bereits heute ist jeder fünfte Bürger im Seniorenalter. Es ist weiterhin eine Zunahme der Hochbetagten (80 Jahre und älter) zu erwarten. Im Jahr 2030 wird der Altenanteil voraussichtlich über ein Drittel an der Gesamtbevölkerung betragen. Es ist davon auszugehen, dass allein aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung und der Zahl der Hochaltrigen auch der Anteil kranker und pflegebedürftiger älterer Menschen zukünftig ansteigen wird. Hier entsteht ein spezieller Beratungsbedarf an Unterstützungs- und Hilfsangeboten, der sich an dem Umfeld des älteren Menschen sowie den pflegenden Angehörigen ausrichten wird (Weritz-Hanf 2001). Ebenso ist davon auszugehen, dass auch die Gesundheits- und Krankheitsprobleme im Alter insgesamt komplexer werden. Diese beschränken sich nur selten auf körperliche Beschwerden, sondern gehen zudem häufig mit funktionellen, psychischen und sozialen (oft sogar ökonomischen) Implikationen einher. Weiter ist mit dem zunehmenden Alter eine verminderte physische und psychische Belastbarkeit und Adaptabilität verbunden, die oft zur schnellen Erschöpfung der Reservekapazitäten führt. Normale Belastungen können von den Betroffenen zwar noch problemlos bewältigt werden, doch die Leistungsgrenze wird schnell überschritten. Sind bereits latente Störungen vorhanden, so können auftretende Belastungen zur Dekompensation führen (Garms-Homolova/Schaeffer 1998).

In der Evaluationsstudie der Modellprojekte nach § 65b SGB V wurden die Nutzer unterschiedlicher Altersgruppen nach ihrem derzeitigen Gesundheitszustand befragt. Von 1.224 Befragten teilten 68,7 % mit, dass sie an einer Erkrankung oder Behinderung leiden. 75,8 % (n = 385) der

befragten Männer und 65,6 % (n = 809) der befragten Frauen sind chronisch krank. Ältere Nutzer und Ratsuchende mit zunehmendem Alter (ab dem 41. Lebensjahr) beurteilten ihren Gesundheitszustand als „nicht gut“. Die Abbildung 1 zeigt, dass die Beurteilung des „nicht guten“ Gesundheitszustandes in den verschiedenen Altersgruppen (41-50, 51-60, 61-70, über 70 Jahre) sogar von 50,6 % bis auf 59,9 % ansteigt. Darüber hinaus konnte statistisch nachgewiesen werden, dass ältere Ratsuchende und Nutzer mit einem niedrigen Bildungsstand am häufigsten einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (Seidel/Dierks 2004a).

Abbildung 1: Altersgruppen und Gesundheitszustand (n = 1.086)
Quelle: Seidel/Dierks 2004a, S. 18



Epidemiologische Entwicklungen - Zunahme von chronischen Krankheiten

In den letzten 50 Jahren wurden, überwiegend bei den akuten Erkrankungen, große medizinische Fortschritte in Diagnostik und Therapie erzielt. Auch sind heute chronische Krankheiten besser zu behandeln. Problematisch ist allerdings die steigende Anzahl von chronischen Krankheiten. Diese verursachen zudem mehr Kosten als Akutkrankheiten (Wirth 2004). Die Therapien werden aufwendiger, gleichzeitig verkürzt sich jedoch die Krankenhausverweildauer aufgrund struktureller Veränderungen des gesundheitlichen Versorgungswesens mit dem Ziel, Kosten einzusparen (Abt-Zeglin 2003).

Mit steigender Anzahl von chronischen, nicht heilbaren Krankheiten nimmt der Bedarf an Informationen zu. Diese beziehen sich auf Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, Stärkung verbliebener Gesundheitspotentiale und angemessener Behandlungs- und Betreuungsstrategien (Hurrelmann 2001). Aktuelle Studien stellen insbesondere eine zunehmende Bedeutung hinsichtlich chronischer Krankheiten wie z. B. Asthma, Allergien, Essstörungen und Diabetes mellitus bei der Bevölkerungsgruppe von Kindern und Jugendlichen fest (Hurrelmann 1995). Damit wird vermutlich auch der Beratungs- und Informationsbedarf von Eltern chronisch kranker Kinder ansteigen. Besonders alarmierend ist die weiter ansteigende Zahl von Diabetes-Erkrankungen auch in allen anderen Bevölkerungsgruppen. Mehr als vier Millionen Menschen sind in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt (RKI 2005).

Chronische Erkrankungen sind im Gegensatz zu den Akuterkrankungen zeitlich nicht begrenzt, sondern sie besitzen einen andauernden Charakter. Häufig dauern chronische Erkrankungen sogar den gesamten weiteren Lebensweg an. Darüber hinaus zeichnen sie sich durch ihre besondere Verlaufsdynamik aus. Typisch für den Verlauf ist die stets wechselnde Abfolge von stabilen, instabilen und krisenhaften Phasen. Außerdem lässt sich der Charakter einer chronischen Erkrankung durch eine spiralförmige Verlaufskurve mit oszillierenden Auf- und Abwärtsbewegungen beschreiben, wobei deren Richtung langfristig gesehen nach unten weist (White/Lubkin 2002; Corbin/Strauss 2004; Schaeffer/Moers 2000; Garms-Homolova/Schaeffer 1998). Das bedeutet, dass die unterschiedlichen Phasen jeweils mit eigenen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung verbunden sind und fast immer Veränderungen des Versorgungsbedarfs nach sich ziehen (Schaeffer 2004).

Bei den chronischen Krankheiten steht nicht die Heilung im Mittelpunkt des Behandlungskonzeptes, sondern die Befähigung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zur Krankheitsbewältigung im Alltag. Oftmals fehlt es chronisch kranken Menschen dabei an Informationen, Wissen und auch an Kompetenzen, um angemessene Antworten auf Probleme, die sich aufgrund ihrer Erkrankung entwickeln, in Erfahrung zu bringen (Ewers/Schaeffer 2000). Die Probleme treten bereits mit der Abklärung der Diagnose auf und erstrecken sich über die Suche nach geeigneten Behandlungsinstanzen und -methoden bis hin zu den Schwierigkeiten im Umgang mit krankheitsbedingten Symptomen. Damit ein Patient handlungsfähig wird und Sicherheit im Umgang mit seiner chronischen Erkrankung erlangt, benötigt er fundierte, im wirklichen Sinne aufklärende Informationen. Diese müssen sowohl die Vor- und Nachteile eines Verfahrens, als auch die Versorgungsstrukturen und alternativen Modelle thematisieren, um dem Patienten und Nutzer somit Entscheidungsgrundlagen zu bieten (Schaeffer et al. 2005). Doch gerade für kranke und behinderte Menschen und ihre Angehörigen reicht die bloße Information allein meist nicht aus. Sie bedürfen einer fachlichen Beratung, um die Veränderungen in ihrem Leben bewältigen zu können (Pinkert et al. 1999).

Neben der Verfügbarkeit und angemessenen Vermittlung relevanter Informationen gehört zugleich die Fähigkeit, diese Informationen zu den persönlichen Lebensumständen und Problemen in Beziehung setzen zu können. Auf der Basis der zur Verfügung stehenden Informationen können individuelle Ziele und Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit erfasst werden (Dierks et al. 2001a). In Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei chronischen Schmerzpatienten, bei Diabetikern, Rheumatikern und Patienten mit chronischen psychischen Problemen sowie bei Patienten, die an den Folgen einer schweren Kopfverletzung litten, mittels einer verbesserten Informations- und Entscheidungsbeteiligung auch bessere gesundheitliche Ergebnisse erzielt werden konnten (Segal 1998). Aber nicht nur das gesundheitliche Ergebnis verbessert sich, sondern darüber hinaus nimmt auch die Lebensqualität in der Krankenversorgung zu (Rosenbrock 2001). Die unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation erhält somit, insbesondere für chronisch Kranke, einen wichtigen Stellenwert im Versorgungswesen. Für Betroffene muss dieses Angebot allerdings auch auffindbar und ohne große Hürden und Anstrengungen zugänglich sein.

Informationsvielfalt im Bereich Gesundheit und Krankheit

In Deutschland steht den Patienten und Nutzern ein vielfältiges Angebot an Medien zur Verfügung, um sich über Gesundheit und Krankheit zu informieren (Dierks et al. 2000). Es gibt derzeit mehr als 400 medizinische bzw. medizinrelevante Fachzeitungen und Zeitschriften. Darüber hinaus existieren mehr als 40 Wellness- oder Gesundheitszeitschriften für Laien. Hierin sind die Zahl der Versichertenzeitschriften der Krankenkassen oder die Medizinjournalen unterschiedlicher Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht inbegriffen. In fast allen Zeitungen und Zeitschriften sind Gesundheitsrubriken vorzufinden. Des Weiteren besitzen Radio und Fernsehen feste Sendeplätze für gesundheits- und krankheitsrelevante Themen. Das Internet als jüngstes Medium der Informationsvermittlung bietet für Patienten mehr als 100 deutschsprachige Gesundheitsportale (Altgeld/Bächlein 2004). Das vielfältige Angebot mit den verschiedensten Informationen zu den Themen Gesundheit und Krankheit ist für viele Patienten und Nutzer unüberschaubar geworden. Der Nutzer ist mit der Flut an Informationen überfordert und benötigt Hilfestellung und Unterstützung bei deren Beurteilung (Bergmann et al. 1998; Bohle 2002). Vorliegende Informationen können möglicherweise für die individuelle Problemsituation nicht eingeschätzt werden. Des Weiteren ergeben sich Fragen hinsichtlich der Gültigkeit von Informationen, da sie eventuell veraltet sind oder weil andere Informationen ihnen widersprechen. In diesen Situationen können Patientenberatungsstellen dem Patienten und Nutzer „informative Informationen“ zur Verfügung stellen. Das heißt, Patienten und Nutzer erlangen dort Orientierungswissen, um individuelle Entscheidungen treffen zu können (Bergmann et al. 1998).

Intransparenz und Unüberschaubarkeit des Gesundheitssystems

Bei den derzeitigen und zukünftigen dominanten Gesundheitsproblemen werden multiprofessionelle Behandlungs- und Versorgungsstrategien notwendig (Schaeffer/Ewers 2002). Häufig kennen die (potenziellen) Patienten und Nutzer jedoch die vorhandenen Möglichkeiten an Beratungs- und Unterstützungsangeboten nicht (Schienkiewitz/Dierks 2001). Erschwerend kommt die zunehmende Vielfalt an medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie Versorgungsangeboten hinzu. Gleichzeitig herrscht zudem eine Instanzenvielfalt vor. Die Folgen sind Intransparenz und Unübersichtlichkeit (Burton/Tradwell 2002; Ewers/Schaeffer 2000; SVR 2003). Diese Unüberschaubarkeit der Angebote des Gesundheitswesens überfordert im Bedarfsfall nicht nur viele Patienten und Nutzer, sondern auch so manchen Experten, sich im Dschungel der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebote zurechtzufinden (Behnke et al. 2001). Dabei ist es insbesondere für chronisch Kranke, multimorbide sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen oft sehr belastend und darüber hinaus kostenintensiv, in der Vielzahl von unterschiedlichen Beratungsangeboten das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu finden (SVR 2003). Häufig irren sie durch die Versorgungslandschaft. Dabei ist dann das Auffinden der richtigen Stelle oft zufällig. Aus diesem Grunde ist ein leichter und jederzeit möglicher Zugang für Patienten und Nutzer unbedingt notwendig. Bereits Einzelinformationen und punktuelle Zugangsebnungen zu einzelnen Diensten können für Patienten und Nutzer sehr hilfreich und wichtig sein (Schaeffer et al. 2005). Grundsätzlich ist die

Herstellung von Transparenz in der Versorgungslandschaft für Patienten und Nutzer von immenser Wichtigkeit. Alle Menschen sollen den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation erhalten, die diesen benötigen: Gesunde, Gefährdete und Erkrankte (Rosenbrock 2002).

Zusammenfassend lässt sich die gesundheitswissenschaftliche Relevanz der vorliegenden Masterarbeit aus den nachfolgend angeführten Aspekten ableiten:

- Zukünftig erwarteter Anstieg von Hochaltrigen sowie von älteren, kranken und pflegebedürftigen Menschen. Damit werden Gesundheits- und Krankheitsprobleme im Alter insgesamt komplexer. Aufgrund dessen wird ein spezieller Beratungsbedarf an Unterstützungs- und Hilfsangeboten entstehen.
- Steigende Anzahl chronischer Krankheiten. Damit ein Patient während seines chronischen Krankheitsverlaufes handlungsfähig wird, benötigt er fundierte Informationen und eine fachliche Beratung über Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung und über angemessene Behandlungs- und Betreuungsstrategien.
- Überfülle an Informationen führt zur Überforderung. Der Patient und Nutzer benötigt Hilfestellung und Unterstützung bei der Beurteilung von Informationen.
- Intransparenz und Unübersichtlichkeit an medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie an Versorgungs- und Unterstützungsangeboten. Besonders für chronisch Kranke, multimorbide sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ist die Suche nach den jeweils adäquaten Angeboten sehr belastend und darüber hinaus kostenintensiv. Deshalb ist ein leichter und jederzeit möglicher Zugang für Patienten und Nutzer unabdingbar.

In Deutschland existiert bereits eine vielfältige Beratungslandschaft für Patienten und Nutzer (vgl. Kap. 2.4). Dabei handelt es sich jedoch vorwiegend um abhängige Informations- und Beratungsangebote, die z. B. von Leistungserbringern oder Kostenträger zur Verfügung gestellt werden. Mit der Einführung des § 65b SGB V wurde von politischer Seite erstmalig die Möglichkeit geschaffen, die unabhängige Beratungsstruktur für Patienten und Nutzer auszubauen. Seitdem hat das Segment der unabhängigen Patientenberatung und -information im Gesundheitswesen enorm an Bedeutung gewonnen und dehnt sich zunehmend weiter aus (Schaeffer/Dierks 2006).

Das Wissen über dieses Segment ist jedoch bislang noch sehr gering. Diese Masterarbeit will dazu beitragen, diesen innerhalb des Gesundheitssystems zunehmend an Bedeutung gewinnenden Sektor näher zu beleuchten. Aus forschungspragmatischen Gründen konzentriert sich die Studie nur auf einige exemplarisch ausgewählte unabhängige Patientenberatungsstellen in Deutschland. Dabei setzt sie sich vor allem mit der Frage auseinander, wie der Zugang und die Erreichbarkeit zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation aus Nutzersicht beschaffen sind. Im Einzelnen soll die Untersuchung folgende Fragen beantworten:

- a) Wie ist die Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende erreichbar?

- b) Welche Zugangsmöglichkeiten und welche Zugangsbarrieren existieren für Nutzer?
- c) Welche Nutzergruppen erhalten den Zugang bzw. erhalten keinen Zugang zur Beratungseinrichtung?

Am Ende der Masterarbeit werden dann auf der Basis der analysierten Daten Empfehlungen für die Optimierung der Zugänglichkeit zur unabhängigen Patientenberatungsstelle gegeben.

2 Patientenberatung und Nutzerinformation

In diesem Kapitel wird der Wandel der traditionellen Patientenrolle diskutiert. Im Mittelpunkt stehen hierbei die wesentlichen Entwicklungen, die zur Veränderung der Patientenrolle beigetragen haben. Die Patientenberatung als neues Segment im Gesundheitswesen kann einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientenrolle beitragen. Aus diesem Grunde wird die Patientenberatung ausführlich erläutert. In diesem Zusammenhang werden auch die beiden Begriffe Patient und Nutzer beschrieben. Anschließend wird die heutige Beratungslandschaft in Deutschland vorgestellt. Hierzu wird eine Einteilung in abhängige bzw. unabhängige Patientenberatungs- und Informationsangebote vorgenommen. Abschließend erfolgt ein Exkurs nach Großbritannien, weil dort ein höherer Entwicklungsstand bezüglich der Patientenberatung vorliegt als in Deutschland. Es wird zunächst kurz auf das Gesundheitssystem dieses Landes eingegangen. Nachfolgend werden einige interessante Beratungs- und Informationsangebote für Patienten und Nutzer aus Großbritannien vorgestellt. Insbesondere hat sich dort landesweit der NHS Direct etabliert und es liegen bereits Evaluationsergebnisse hinsichtlich der Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation vor, die ebenfalls vorgestellt werden.

2.1 Wandel der Patientenrolle im Gesundheitswesen

Bereits vor Jahren hat ein tiefgreifender Wandel der Patientenrolle im Gesundheitswesen eingesetzt. Der Schwerpunkt dieses Prozesses liegt in den Veränderungen der Rollenauffassung und im Rollenverhalten. Der Wandel vollzieht sich von einem bislang eher passiven hin zu einem zunehmend aktiven, mündigen und eigenverantwortlichen Patienten (Bohle 2002). Zukünftig sollen Patienten und Nutzer die Rolle als eigenständige „dritte Kraft“, neben der Ärzteschaft und den Krankenkassen im Gesundheitswesen, einnehmen (SVR 2000/2001).

Historisch betrachtet ist die älteste Rollendefinition zwischen Patienten und Health Professionals im Gesundheitswesen, insbesondere zwischen Arzt und Patient, im benevolenten Paternalismus zu sehen. Dieses Modell hat bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein das gesellschaftliche Bild der Arzt-Patienten-Beziehung dominiert. Der Patient befand sich in der Rolle des unmündigen, passiven und leidenden Kranken und hatte sich den ärztlichen Entscheidungen zu fügen. Die Rolle des Arztes hingegen reichte vom Heiler und Helfer bis zum „Halbgott in Weiß“ (Rosenbrock 2001; Dierks et al. 2001a; Dierks/Schwartz 2003). Unterschiedliche Entwicklungen haben zum Wandel dieser Patientenrolle im Gesundheitswesen beigetragen. Welche Entwicklungen maßgeblich dazu beigetragen haben, sollen im Folgenden erläutert werden.

Wertewandel und Emanzipierung von Patienten

In den 1970er Jahren vollzog sich auf allen gesellschaftlichen Ebenen ein Wertewandel. Humanität und Demokratisierung gehörten nunmehr zu den gesellschaftlichen Leitbildern (Trojan 1998). Gleichzeitig setzte auch ein Prozess zunehmender Emanzipierung von Patienten ein. Der benevo-

lente Paternalismus wurde, zumindest theoretisch, durch ein partnerschaftlicheres Leitbild abgelöst (Dierks/Schwartz 2003). Ebenfalls trug die damalige Gesundheitsbewegung dazu bei, dass die traditionellen Rollen in der Arzt-Patienten-Beziehung sich veränderten (Heimbach 1987). Aus der Gesundheitsbewegung heraus entstanden in den 1970er und 1980er Jahren erste Patientenberatungsstellen (Kranich 1999). Zu diesen historisch gewachsenen Patientenberatungsstellen gehören Patientenstellen, Gesundheitsläden und -häuser, Patienteninformationsstellen, Verbraucherszentralen sowie Frauengesundheitszentren (Berger 2003). Dabei stellen die Patientenstellen und Gesundheitsläden in Deutschland die älteste Form unabhängiger und patientennaher Unterstützung dar. Diese niederschwellig arbeitenden Gesundheitseinrichtungen wurden zu einer wichtigen Anlaufstelle für alle Personen, die im Widerspruch zum konventionellen Gesundheitssystem standen. Die Gründung der alternativen Gesundheitseinrichtungen in unterschiedlichen Städten und Gemeinden der Bundesrepublik kann als wichtiger Meilenstein für strukturelle Veränderungen im damals starren Gesundheitssystem gewertet werden (Kastenbutt/Westen 2004). Mittlerweile wird der Arzt nicht mehr als alleiniger Ratgeber in Anspruch genommen. Verordnete Therapien, die nicht laienverständlich erklärt worden sind, werden von den Patienten nicht mehr ohne weiteres hingenommen (Böcken/Schnee 2002). Das Informationsbedürfnis und auch das Bedürfnis nach Autonomie ist vom jeweiligen Krankheitszustand abhängig. So fordern relativ gesunde Nutzer eine deutlich aktivere Rolle im Gesundheitswesen ein als Erkrankte (Stiggelbout/Kiebert 1997).

Entwicklung eines veränderten Körperbewusstseins und Gesundheitsverhaltens

Eine weitere Entwicklung, die zum Wandel der Patientenrolle geführt hat, ist allgemein auf ein verändertes Körperbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zurückzuführen. Auf der einen Seite offenbart sich diese Entwicklung, indem Patienten und Nutzer über präzisere Kenntnisse über Entwicklungen in der Medizin verfügen. Auf der anderen Seite zeigen sie einen bewussteren Umgang im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Durch sein aktives und gestaltendes Handeln für die eigene Gesundheit übernimmt der Patient und Nutzer Selbstverantwortung (Bohle 2002). Es gaben etwa die Hälfte der Befragten in der Bertelsmann-Studie (2004) an, „stark“ oder „sehr stark“ auf ihre Gesundheit zu achten. Diese Personen fühlten sich zunehmend für ihre eigene Gesundheit verantwortlich (Altgeld/Bockhorst 2004). Die Studie belegte auch, dass ein ausgeprägtes Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen bestand. Vier von fünf befragten Erwachsenen suchten bereits selbstständig nach Informationen zur Gesundheit und Krankheit. Mehr als ein Drittel der Befragten recherchierten schon vor dem Arztbesuch entsprechende gesundheitsrelevante Informationen und ließen diese beim Arztbesuch in das Gespräch einfließen (Isfort et al. 2004).

Entwicklung eines kritischeren Verbraucherverhaltens

Nutzer haben ein kritischeres Verbraucherverhalten entwickelt. So ist empirisch nachgewiesen worden, dass Patienten und Nutzer mit den Informations- und Beratungsangeboten der medizinischen Leistungserbrin-

ger und der Krankenkassen zunehmend unzufrieden sind (Hauss/Gatermann 2004). Patienten und Nutzer benötigen präzise und sachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage. Dazu gehört ein höheres Maß an Transparenz von Leistungsangeboten im Gesundheitswesen sowie Information und Kommunikation von Seiten der Akteure (Bohle 2002).

Gravierende Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor

Es hat eine rasante Entwicklung der neuen Medien stattgefunden. Insbesondere das Internet hat diesbezüglich einen wichtigen Stellenwert erhalten. Das Internet hat zu einer gestiegenen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des Patienten und Nutzers beigetragen. Im Internet ist ein ständig anwachsendes Angebot an medizinischen Webseiten zu verzeichnen. Auf diesen Webseiten werden dem Nutzer verständlich aufbereitete Krankheitsinformationen, Forschungsergebnisse und neue Therapieformen bereitgestellt. Auf diesem Wege erlangen Ratsuchende heute z.T. umfangreiche Kenntnisse über ihre Erkrankungen, Diagnosemöglichkeiten sowie mögliche Therapieformen (Bohle 2002).

Strukturreformen im Gesundheitswesen

Strukturreformen im Gesundheitswesen haben zur Veränderung der Patientenrolle beigetragen. Die Reformen haben u. a. zu neuen Aufgabenschwerpunkten, Ausgrenzungen von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), erhöhten Selbstbeteiligungen sowie gestiegenen Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenkassen, Tarifen und Leistungsangeboten geführt (Bohle 2002). Seit 1997 haben Versicherte die Möglichkeit der freien Kassenwahl (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Der Patient und Nutzer kann nunmehr zwischen unterschiedlichen Versicherungsprodukten mit heterogenen Leistungspaketen als auch zwischen vorab definierten Versorgungspfaden auf dem Gesundheitsmarkt wählen. Des Weiteren haben Versicherte die Möglichkeit, einen erheblichen und immer noch wachsenden Teil von Krankenversorgungsleistungen „über den Markt“ auszuwählen und diese käuflich zu erwerben. Es handelt sich hierbei um nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel oder um nicht-ärztliche Therapien, wie z. B. die Inanspruchnahme von Heilpraktikern. Für den Versicherten entsteht ein erheblicher Bedarf an qualitativ hochwertigen und neutralen Informationen, um seine Interessen durch qualifizierte Wahlentscheidungen (für eine Kasse bzw. für eine Versorgungsform) zu realisieren (Rosenbrock 2001). Denn nur ein „informierter Kunde“ kann die für ihn besten Versicherungsprodukte auswählen (Dierks/Schwartz 2001; Rosenbrock 2001). Nutzerinformationen dienen somit als Entscheidungsgrundlage und Orientierungshilfe im Gesundheitswesen. Um jedoch an die dafür notwendigen Nutzerinformationen zu gelangen, benötigt der Nutzer ebenso das Wissen über die Struktur und Organisation des Gesundheitswesens (Pichler 1992).

Für eine aktive Nutzerbeteiligung im Gesundheitswesen sind jedoch derzeit die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen nicht ausreichend entwickelt (Dierks et al. 2001b). So sind beispielsweise die individuellen Patientenrechte in Deutschland nicht zusammenfassend festgeschrieben, sondern in unterschiedlichen Gesetzestexten verstreut

vorzufinden (Hart/Francke 2002). Damit der Patient seine individuellen Rechte durchsetzen kann, muss er diese zunächst einmal kennen. Darüber hinaus benötigt er intellektuelle und soziale Fähigkeiten, um seine Ansprüche formulieren zu können (Dierks et al. 2001b). Die im Oktober 2002 vorgelegte Charta „Patientenrechte in Deutschland“ soll dazu beitragen, Patienten über ihre Rechte zu informieren und somit ihre Position im Gesundheitswesen künftig zu stärken. Da dieses Papier nicht über die bereits vorhandenen Informationsmaterialien hinausgeht, ist allerdings fraglich, ob dadurch der Patient bessere Informationen, Vertrauen und Patientenschutz erhalten kann (Bundesministerium für Justiz 2002). Es werden vor allem auch geregelte, transparente Informations- und Beschwerdewege für Patienten benötigt. Denn Patienten finden noch nicht überall kompetente Ansprechpartner für ihre Fragen zu medizinischen Versorgungsleistungen und insbesondere dann nicht, wenn der Verdacht auf einen Behandlungsfehler besteht (SVR 2003). Den meisten Patienten und Nutzern sind die bestehenden Rechte und Pflichten allerdings kaum bekannt. Zurzeit übernehmen einige Verbraucherzentralen, Patientenstellen und Patienten-Initiativen Informations- und Unterstützungsaufgaben für Patienten und Nutzer (v. Reibnitz 2001).

Im Gesundheitswesen existieren mittlerweile „alte“ und „neue“ Patientenrollen durchaus parallel. Der Nutzer bewegt sich in seinen Rollen im Gesundheitswesen in einem Spannungsfeld zwischen Paternalismus und Autonomie, zwischen Sozialstaat und freiem Markt, zwischen Ausschluss und Partizipation und zwischen Nicht-Wissen und Expertenwissen (Dierks/Schwartz 2003). Damit die Rolle des Patienten und Nutzers gestärkt werden kann, gehört im Übrigen neben einer Beseitigung der zahlreichen Kommunikationsmängel bzw. -hindernisse auf Seiten der Leistungserbringer ebenso eine Bereitstellung qualitativ hochwertiger, verständlicher und leicht erreichbarer Informationen für Patienten und Nutzer dazu (SVR 2000/2001). So besteht für Patienten und Nutzer die Chance, dass sie zukünftig eine aktive, mündige und eigenverantwortliche Rolle und Position im Gesundheitswesen einnehmen können.

2.2 Ziele und Aufgaben der Patientenberatung

Als wesentliche Voraussetzung zur Stärkung der Rolle und Position der Patienten und Nutzer im Gesundheitswesen wird seit Mitte der 1990er Jahre das Vorhandensein niederschwelliger Beratungs- und Informationsangebote angesehen. Seitdem ist ein fortschreitender Ausbau der Patientenberatung und Nutzerinformation zu beobachten (Schaeffer/Dierks 2006; Schaeffer et al. 2005). Mit der Einführung des § 65b SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde erstmalig ein konkreter Schritt unternommen, niedrigrschwellige und unabhängige Beratungs- und Informationsangebote für Patienten als Teil des Versorgungssystems zu stärken und tendenziell zu systematisieren (SVR 2000/20001; 2003). Die Spitzenverbände der Krankenkassen wurden vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur unabhängigen Verbraucher- oder Patientenberatung finanziell zu fördern (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2003).

Patientenberatung³ kann sich an Patienten und Nutzer⁴, an ihre Angehörigen oder auch an die Bevölkerung und bestimmte Bevölkerungsgruppen richten. Der Begriff „Nutzer“ beinhaltet zwei wesentliche Sichtweisen. Auf der einen Seite zielt er primär auf die im Fall von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheit notwendige Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten des Gesundheitswesens ab. Auf der anderen Seite wird auf die aktive Rolle des Nutzers hingewiesen. Er ist nicht nur passiver Leistungsempfänger, sondern auch mitgestaltender und mitentscheidender Akteur und damit aktiver Teil im Versorgungsgeschehen. Der „Patient“ hingegen wird in seiner Rolle als Erkrankter angesprochen, der Unterstützung durch das professionelle (und informelle) Hilfesystem benötigt, weil er sich in einer individuell nicht lösbaren Problemsituation befindet. Mit der Verwendung beider Begriffe wird einerseits auf die Schutz- und Hilfeerwartung eines Patienten in einer krankheitsbedingten bzw. einer gesundheitlichen Problemsituation hingewiesen. Andererseits soll verdeutlicht werden, dass durch Information und Beratung, die durch eine Patientenberatung geleistet werden sollte, die aktive Rolle als Nutzer gefördert und damit die Position und die Partizipationsmöglichkeiten der Patienten und Nutzer im Gesundheitswesen gestärkt werden kann (Schaeffer et al. 2005).

Das Ziel und die zentrale Aufgabe der Patientenberatung besteht darin, den Patienten in seinen Kompetenzen und Fertigkeiten zu stärken und somit den souveränen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu fördern (Francke/Mühlenbruch 2004). Die Patientenberatung kann dabei auf eine konkrete Behandlungssituation abzielen oder aber auch unabhängig davon erfolgen. Eine Patientenberatung, die nicht auf eine Behandlungssituation ausgerichtet ist, kann mit dem Ziel verfolgt werden, Wissen über Gesundheit, wie z. B. Kenntnis über die Entstehung von Krankheiten, Krankheitsvorbeugung oder Interventionsmöglichkeiten bei häufigen Krankheiten, zu vermitteln.

Patientenberatung kann darüber hinaus eine Wegweiserfunktion übernehmen und Nutzern auf dem Weg durch das Dickicht des Versorgungswesen behilflich sein. Viele Nutzer haben im Fall von Gesundheitseinbußen, Krankheit oder funktionalen Beeinträchtigungen Schwierigkeiten, sich einerseits in der Instanzenvielfalt des Versorgungswesens zurechtzufinden. Andererseits fühlen sie sich überfordert, die für sie tauglichen und angemessenen Versorgungs- und Unterstützungsangebote auszuwählen. Das betrifft vor allem chronisch Kranke, denen sich im Verlauf des andauernden Krankheitsgeschehens eine Vielzahl unterschiedlichster Behandlungs- und Versorgungserfordernisse entgegenstellen. Sie sind auf geeignete Vermittlungsinstanzen wie die Einrichtungen der unabhängigen und neutralen Patientenberatung angewiesen, um die erforderlichen Nutzerinformationen als auch die Unterstützung zu erhalten (Schaeffer et al. 2005). Aber auch multimorbide sowie pflegebedürftige Menschen und ihre An-

³ Häufig steht der Begriff „Patientenberatung“, je nach Perspektive und nach Schwere der persönlichen Betroffenheit des Ratsuchenden, auch für Bürger-, Verbraucher- oder ebenso für Gesundheitsberatung (Brinkmann-Göbel 2001).

⁴ Der Begriff „Nutzer“ ist ein weitgehend neutraler Begriff, der sich nunmehr auch in Deutschland durchgesetzt hat. In der internationalen Diskussion wird er bereits seit langem verwendet (Schaeffer et al. 2005).

gehörigen erhalten auf Fragen zu ihren Gesundheits-, Sozial- sowie sonstigen Versorgungsproblemen selten kompetente Antworten (SVR 2003).

Die Umsetzung dieser Aufgaben erfolgt u. a. über Informationsvermittlung und Beratung. Beides sollte neutral und unabhängig durchgeführt werden. Während der Begriff „Beratung“ eine Interventionsstrategie darstellt, gibt der Begriff „Information“ lediglich die Wirkungsabsicht an. In dem Bereich der Patientenberatung handelt es sich um die Vermittlung von gesundheitlichen Informationen. Im engeren Sinne gehören dazu Informationen über Gesundheits- und Krankheitsprobleme, Krankheitsverläufe, Probleminterventionen und Behandlungsalternativen. Gesundheitliche Informationen umfassen im weiteren Sinne auch andere, für die Gesundheit relevante Hinweise. Dazu gehören Informationen, die im Zusammenhang mit der Gesundheit und der Krankheitsbewältigung von Bedeutung sind, wie etwa spezialisierte Leistungserbringer, das Versorgungssystem und mögliche Hilfestellungen. Weiterhin zählen hierzu ebenso Informationen zu sozialen und rechtlichen Fragestellungen.

Bei der Informationsvermittlung wird davon ausgegangen, dass der Empfänger der Information ein erweitertes Wissen erlangt und aufgrund dessen eine kompetente, selbständige Entscheidung treffen kann. Es wird also die Kompetenz vorausgesetzt, Informationen zum eigenen gesundheitlichen Nutzen verwerten zu können (Francke/Mühlenbruch 2004).

Der Beratungsbegriff kann dagegen wie folgt definiert werden:

„...Beratung ist ein zwischenmenschlicher Prozess (Interaktion), in welchem eine Person (der Ratsuchende oder Klient) in und durch die Interaktion mit einer anderen Person (Berater) mehr Klarheit über eigene Probleme und deren Bewältigungsmöglichkeiten gewinnt. Das Ziel ist die Förderung von Problemlösungskompetenz“ (Rechtien 1998, S. 16).

Die Beratung geht somit über die reine Vermittlung von Informationen hinaus. Im Vordergrund einer Beratung steht die Ermittlung des Informations- und Kenntnisstandes des Ratsuchenden sowie seines Informationsbedarfes. Es geht letztendlich darum, die für den Ratsuchenden erforderlichen Informationen im Gespräch herauszufiltern. Diese müssen dann kompetent und patientengerecht vermittelt werden, damit der Ratsuchende sie aufnehmen kann. Insofern vermittelt die Beratung zwischen den Betroffenen und dem professionellen Wissen. Überdies beinhaltet Patientenberatung auch, Rat zu geben, um bei der Einschätzung eines Problems und seiner Bewältigung zu helfen. Dabei kann auch eine Stellungnahme des Beraters erforderlich sein. Im Gegensatz zur Informationsvermittlung zielt die Beratung darauf ab, nicht nur Wissen zu vermitteln, sondern sie bemüht sich auch, dass dieses Wissen zum eigenen gesundheitlichen Nutzen umgesetzt werden kann. Es ist allerdings wichtig, das entsprechende Beratungsangebot auf die Lebenslage, die Fertigkeiten sowie die individuellen Patientenbedürfnisse auszurichten (Francke/Mühlenbruch 2004; Petermann 2003; Schmidt/Dlugosch 1997).

Beratung kann je nach Beratungssituation und Beratungsbedürfnis einen unterschiedlichen Schwerpunkt haben. Ein Beratungsbedarf vermag darin bestehen, zu einer Diagnose und einem Behandlungsvorschlag eine zweite Meinung einholen zu wollen. Ebenfalls ist es möglich, dass ein Beratungsbedürfnis sich auf die Bewältigung von Krankheitsfolgen oder das Leben mit chronischen Erkrankungen bezieht und somit einen konkreten

Bezug zu einer Behandlungssituation hat. Des Weiteren können Nutzer der Patientenberatung nicht nur einen konkreten Rat brauchen, sondern auch ebenso tatsächliche Hilfestellung in einer konkreten Behandlungs- oder Anspruchssituation. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn Kommunikationsprobleme zwischen Patient und Arzt auftreten oder Konflikte im Umgang mit dem Versorgungswesen bestehen. Diese Dimension der Beratung könnte als anwaltschaftliches Eintreten (Advocacy) bezeichnet werden (Francke/Mühlenbruch 2004).

Die individuelle Vermittlung gesundheitlicher Informationen auf Anfrage als auch die Beratung kann in einem persönlichen Gespräch vor Ort, telefonisch, schriftlich oder über das Internet erfolgen. Die Informationsvermittlung erfordert allerdings nicht unbedingt ein persönliches Gespräch vor Ort. Gute Vermittlungschancen bieten das Telefon und, insbesondere für jüngere Patienten und Nutzer, das Internet (Francke/Mühlenbruch 2004). Die Bedeutung der persönlichen Patientenberatung (Face-to-Face) wird allerdings unterschätzt, wenn diese nur als eine sinnvolle Ergänzung zur Vermittlung medizinischen Wissens gesehen wird. Die Face-to-Face-Beratung kann einen wichtigen Beitrag zur patientenorientierten Aufnahme und Verarbeitung von Nutzerinformationen leisten. Darüber hinaus bietet sie als Beziehungsarbeit potenzielle Hilfen zur Emotionsregulierung an, da für die meisten Menschen Krankheiten eine immense Stresssituation darstellen. Diese Situation bedarf nicht nur der Problemlösung, sondern auch der Emotionsregulierung. Erst dann können Nutzerinformationen besser wahrgenommen und im Zuge der Problembewältigung verarbeitet werden. Insbesondere profitieren solche Zielgruppen von der persönlichen Beratung, deren gesundheitliches Risiko am größten und deren Informationsstand bezüglich der Gesundheitsangebote und -leistungen am geringsten ist (Brinkmann-Göbel 2001).

Sozial schwächere Personen (z. B. Migranten) suchen dem Anschein nach von sich aus seltener nach gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten als beispielsweise Personen aus der Mittelschicht. Im Rahmen einer persönlichen Kommunikation und Beratung könnte bei den sozial Schwächeren eine Verhaltensprävention am ehesten erfolgreich greifen, wenn es dem Berater gelingt, positive soziale Anreize zu setzen und zur persönlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheit anzuregen (Brinkmann-Göbel 2001). Patientenberatung muss daher auf unterschiedliche soziale Schichten, ethnische und religiöse Hintergründe und Bildungsgrade eingehen. Oft trauen sich beispielsweise die weniger gebildeten Nutzer nicht in die Beratung. Sie werden auch durch reine Sachinformationen kaum erreicht werden, wenn ihre eigene spezifische Bedürfnislage nicht angesprochen wird (Kolip/Hurrelmann 2002).

Darüber hinaus muss Patientenberatung Geschlechtsunterschiede berücksichtigen. Frauen sind im Gegensatz zu Männern viel eher dazu bereit, sich Informationen und Beratung einzuholen, um ihre individuelle Lebenssituation zu verbessern (Kolip/Hurrelmann 2002). So zeigte sich auch in der schriftlichen Nutzerbefragung der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V, dass der Anteil der Frauen, die eine Patientenberatung aufsuchten, bei insgesamt 67,9 % lag. Dagegen nahmen nur 32,1 % der Männer die Beratung in Anspruch (Schaeffer et al. 2005).

2.3 Heutige Beratungs- und Informationsangebote für Patienten und Nutzer

In den vergangenen Jahren sind in fast allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, wie dem Erziehungs- und Bildungswesen, dem Sozialwesen etc. zahlreiche Beratungsangebote entstanden (Schaeffer/Dierks 2006). Mit einiger Zeitverzögerung hat sich auch im Gesundheitswesen eine vielfältige Beratungs- und Informationslandschaft entwickelt. Die vorhandenen Institutionen sind durch ihre Vielfalt an inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und Trägern bzw. organisatorischen Ausprägungen gekennzeichnet. Außerdem unterscheiden sie sich hinsichtlich ihrer Professionalität, ihrer Verbreitung und der Zugänglichkeit (Schienkiewitz/Dierks 2001). Häufig bestehen allerdings inhaltliche und zum Teil auch institutionelle Überschneidungen zum Beratungsbereich des Sozialwesens. So berühren Beratungsanlässe oft gesundheitsbezogene und auch soziale Problemsituationen (Müller-Mundt/Ose 2005).

Die heutige Beratungslandschaft lässt sich in einen „abhängigen“ und in einen „unabhängigen“ Bereich einteilen. „Abhängige“ Beratung bedeutet, dass die Beratung und Information durch Leistungserbringer bzw. Kostenträger im Gesundheitswesen erbracht wird. Da diese in der Regel nicht frei von eigenen Interessen handeln, gelten sie als „abhängig“ (Schaeffer/Dierks 2006; Schaeffer et al. 2005). Die „unabhängige Beratung“ ist dagegen finanziell, ideell und organisatorisch nicht mit den leistungserbringenden Instanzen verbunden. Sie verfolgt ausschließlich die Interessen der Patienten und sollte den patientenseitigen Nutzen in den Vordergrund des Beratungshandelns stellen. Beide Segmente, sowohl die abhängige als auch die unabhängige Beratung, stehen unverbunden nebeneinander und zeigen wenig kooperative Beziehungen zu dem in anderen Bereichen (z. B. im Sozialwesen) entstandenen Beratungsangebot auf (Schaeffer/Dierks 2006; Schaeffer et al. 2005).

Das mittlerweile vorhandene Spektrum abhängiger und unabhängiger Patientenberatungs- und Informationsangebote lässt sich zahlenmäßig nicht darstellen (Schaeffer/Dierks 2006). Schon Bergmann et al. (1998) machten darauf aufmerksam, dass keine verlässlichen Daten zum immensen Wachstum des Beratungsangebots in Deutschland vorliegen. Aus diesem Grunde wird nachfolgend nur eine allgemeine Übersicht über die wichtigsten Bereiche der abhängigen und unabhängigen Patientenberatungs- und Informationsangebote gegeben.

Abhängige Patientenberatungs- und Informationsangebote

Ärzte

Ärzte bleiben erste Ansprechpartner für Patienten mit gesundheitlichen Beschwerden. Sie stellen damit die wichtigste Informationsquelle im Gesundheitswesen dar (Lerch/Dierks 2001; Schaeffer 2004; Wasem/Güther 1998). Dies gilt auch für fortschrittliche Patienten und Nutzer, die nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet recherchieren. Die auf diese Weise gewonnenen Informationen fließen dann in das Gespräch mit dem Hausarzt ein (Adelhard 2000; Isfort et al. 2004). Die Informations- und Beratungsfunktion wird somit insbesondere dem Hausarzt zuge-

schrieben (Behnke et al. 2001). Vor allem ältere Patienten holen bei ihrem Arzt gesundheitliche Informationen ein. Für viele Patienten ist der Arzt sogar die einzige Informationsquelle (Makoul et al. 1995). In einer Studie wurden ca. 1000 Patienten zwischen 18 und 80 Jahren in niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen nach ihrem Bedürfnis nach umfassender verständlicher Information durch den Arzt befragt. 93 % der Befragten stufen dieses Bedürfnis als „sehr wichtig“ ein. Jedoch waren nur 50 % mit den erhaltenen Informationen „sehr zufrieden“ (Dierks et al. 2000).

Durch die fortschreitende Technisierung in der Medizin und den zunehmenden Zeitdruck der behandelnden Ärzte ist das persönliche Gespräch als ein wichtiger Bestandteil ärztlichen Handelns weiter entwertet worden. Dieses wird nicht zuletzt durch den Gesetzgeber unterstützt (z. B. Gebührenordnung für Ärzte). Im europäischen Vergleich mit sechs anderen Ländern nimmt sich der deutsche Arzt mit durchschnittlich 7,6 Minuten die geringste Zeit für seine Patienten (Wöllenstein 2003). Aufgrund des Zeitmangels verläuft die Aufklärung des Patienten durch den Arzt meist weniger ausführlich und er nimmt weniger Rücksicht auf ihre Fragen. Patienten scheinen in ihrem Vertrauen gegenüber den Ärzten besonders verunsichert zu sein, wenn es um schwerwiegende Entscheidungen geht. So wünschten sich bei einer Fokus-Umfrage 84 % der Befragten eine Zweitmeinung, insbesondere vor komplizierten Eingriffen (Fokus 1997).

Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern

Seit einiger Zeit sind Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und fast alle 16 Landesärztekammern direkte Ansprechpartner für Patienten und Nutzer. Sie bieten verstärkt ihre Beratungsdienste an. Die Beratung ist insbesondere auf medizinische Fragen ausgerichtet und bei der Suche nach Ärzten mit speziellen Qualifikationen wird der Nutzer unterstützt (Behnke et al. 2001). Darüber hinaus sind die Ärztekammern gleichzeitig auch Gutachter- und Schlichtungsstellen für Patienten (Dierks/Schwartz 2002). Im Rahmen des Modellprojektes des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen „Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsinformation, Bürgerkompetenz, Gesundheitsfragen und gesundheitlicher Verbraucherschutz“ wurde im Jahr 1999 eine Beratungsstelle für Bürger und Patienten in der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) in Münster eingerichtet. Es handelt sich hierbei um eine „Bürgerinformation“, die von Ratsuchenden telefonisch in Anspruch genommen werden kann. Diese Einrichtung soll mit ihrem Informations- und Beratungsangebot die Kompetenz der Bürger im Gesundheitswesen stärken, um so den Zugang zu und den Umgang mit medizinischer Information zu fördern (Maienborn 2001).

Apotheken

Die Apotheke ist verstärkt zu einem Ort der Beratung geworden. Dies betrifft sowohl Fragen der (Selbst-) Medikation als auch allgemeine Gesundheitsfragen (Schwartz/Klein-Lange 2003). Bereits seit 1994 können die Apotheker in einer Weiterbildung die Zusatzbezeichnung Gesundheitsberater erhalten (Walter/Schwartz 1998). Die Beratungsleistung in den Apotheken hat durch das seit dem 01. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz weiter an Bedeutung gewonnen. Un-

abhängig vom Einkaufspreis wird auf rezeptpflichtige Arzneimittel ein einheitliches Abgabehonorar („Beratungshonorar“) von 8,10 Euro aufgeschlagen. Ziel ist es, den Bruttogewinn der Apotheken weitgehend vom Preis der Arzneimittel abzukoppeln und sicherzustellen, dass auch bei kostengünstigen Arzneimitteln eine ausreichend finanzierte Beratungsleistung angeboten wird (Glaeske 2004; Stiftung Warentest 2004). Im Jahr 2004 bemängelte die Stiftung Warentest allerdings die Beratung in den Apotheken. In einer durchgeführten Untersuchung zeigte sich, dass die Qualität der Beratungstätigkeit nicht ausreichend ist (Stiftung Warentest 2004).

Weiter besteht die gesetzliche Verpflichtung (§ 12a, Apothekengesetz), dass die vertraglich gebundene Apotheke eines Heimes die Heimbewohner unter anderem mit Informationen und Beratung zu versorgen hat. Dadurch soll insgesamt die Qualität der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern verbessert werden. Darüber hinaus besteht seit 2005 für die Apotheken auch die Möglichkeit, sich an einer Studie zu beteiligen. Diese wird im Rahmen einer Untersuchung mit der Landesapothekerkammer und dem Zentrum für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis (ZAPP) durchgeführt. Ziel ist es, die täglich erbrachten Beratungsleistungen in Alten- und Pflegeheimen zu erfassen, um diese in der Öffentlichkeit und Politik belegen zu können (Apothekerkammer 2005).

In Deutschland existieren erst seit ca. fünf Jahren für Ärzte telefonische Arzneimittelberatungsdienste. Diese stehen den Ärzten z. B. in Hannover, Bremen, Frankfurt am Main, Berlin und Dresden zur Verfügung. Neuerdings wurde z. B. am Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden neben dem Informationsdienst für Ärzte auch ein Arzneimittelberatungssystem für Patienten eingerichtet. Der telefonische Beratungsdienst hält kostenlos allgemeine und spezielle Fragen zu allen Bereichen der Arzneimittelanwendung für Patienten und Nutzer bereit (Krappweis/Kirch 2003).

Gesetzliche und private Krankenkassen

Gesetzliche und private Krankenkassen bieten ihren Mitgliedern die Möglichkeit, Beratungs- und Informationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Der Einzug marktwirtschaftlicher Elemente in das Gesundheitssystem wirkte sich auch auf die Entwicklungen der Krankenkassenangebote zur Information, Beratung und Schulung aus. Je nach Marktposition stellt sich das Informations- und Beratungsangebot der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich dar. Laut Sozialgesetzbuch (SGB I, § 14) hat jeder Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Beratung in Bezug auf seine Rechte und Pflichten. Der Träger der Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung ist verpflichtet, über alle im Sozialgesetzbuch geregelten sozialen Angelegenheiten Auskunft und Informationen zu erteilen. Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Aufgabe, „...die Gesundheit des Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern“ (SGB V § 1). Die Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu unterstützen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Eine weitere Rechtsgrundlage für die Beratungstätigkeit der Krankenkassen bietet der § 66 SGB V. Er ermöglicht den Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen, sollte der Verdacht von Behandlungsfehlern bestehen. Entsprechend des Paragraphen

66 SGB V beraten Pflegekassen seit dem Januar 2002 ihre Versicherten bei Schadenersatzansprüchen gegenüber Pflegeeinrichtungen (Wöllenstein 2004).

In den letzten vier bis fünf Jahren wurden sowohl von den gesetzlichen als auch von den privaten Krankenkassen medizinische Call-Center eingerichtet. Sie bieten ihren Mitgliedern eine kostenlose telefonische Beratung zu den Themen Gesundheit und Krankheit an. So richtete beispielsweise die Gmünder Ersatzkasse den „Patienteninformationsdienst“ oder der AOK-Bundesverband das Beratungstelefon „Medicus Tel“ ein (Lerch/Dierks 2001). Die Beratung von Versicherten und Patienten erlangte aufgrund der Ausdifferenzierung von Leistungen im Gesundheitswesen sowie Leistungskürzungen und Eigenbeteiligungen zunehmend an Bedeutung. Patienten und Nutzer müssen nun zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Behandlungs- und Versorgungsangebote selbst entscheiden. Daraus resultiert ein empirisch nachweisbarer Beratungsbedarf für Versicherte und Patienten (Haus i. E.).

Pflegeberatungsstellen und Pflegekassen

1994 wurde das Pflegeversicherungsgesetz (Pflege VG) eingeführt. Die Umsetzung des Gesetzes obliegt den Ländern. Somit entstand bundesweit ein unterschiedliches Pflegeberatungsangebot. In Nordrhein-Westfalen ist beispielsweise den Kommunen ein eigenständiger Beratungsauftrag zugewiesen worden (§ 4 Abs.1, Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen). Durch die Anbindung an bereits bestehende Strukturen und in Kooperation mit den Pflegekassen wurden die Kommunen dazu verpflichtet, Pflegeberatungsstellen zu etablieren. Die Krankenkassen richteten aufgrund des Pflege VG Pflegekassen ein. Pflegekassen und kommunale Pflegeberatungsstellen⁵ wurden zur Gewährleistung von Beratung und Information über die pflegerische Versorgung verpflichtet (§ 7 SGB XI, § 72 Abs.5 SGB XI). Ihre Aufgabe ist es, den Pflegebedürftigen eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen. Durch Beratung und Information sollen Ratsuchende in der unübersichtlichen Angebots- und Anbieterlandschaft der pflegerischen Versorgung unterstützt werden (Schaeffer/Dierks 2006).

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der Öffentliche Gesundheitsdienst⁶ (ÖGD) wird auf der kommunalen Ebene (untere Gesundheitsbehörde) durch die Gesundheitsämter verkörpert (Brand et al. 2003). Sie erbringen wichtige bevölkerungsbezogene Versorgungsleistungen in den Aufgabenbereichen Infektionsschutz, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Begutachtung und Medizinalaufsicht, Umwelthygiene, Gesundheitsförderung und Prävention. Beratung und Aufklärung gehören bereits seit langem zu den traditionellen

⁵ Im Rahmen einer Masterarbeit wird von D. Ose untersucht, wie sich die Beratungsgespräche aus Nutzersicht in den kommunalen Pflegeberatungsstellen zurzeit darstellen.

⁶ Es ist nicht ganz eindeutig, ob der ÖGD dem abhängigen oder unabhängigen Bereich zugeordnet werden kann. Er wird durch Steuern finanziert und sollte aufgrund seiner Aufgabenstellung unabhängig sein. Jedoch ist er als öffentliche, staatliche Instanz nicht immer interessenungebunden (z. B. Zeit des Nationalsozialismus) und kann daher nicht dem unabhängigen Beratungsbereich zugeordnet werden (Schaeffer/Dierks 2006).

Aufgaben der Gesundheitsämter. Insbesondere sind hier die Impfberatung, Schwangeren- und Mütterberatung, Konfliktberatung, psychosoziale Beratung, Suchtberatung und HIV-/AIDS-Beratung zu nennen (Gostomzyk 1998).

Im Rahmen der Strukturveränderungen des Gesundheitswesens und der allgemeinen Lebensbedingungen wird der ÖGD verstärkt gesundheitsfördernde und präventive Funktionen in der Kommune wahrnehmen müssen. Daneben werden die gesundheitlichen Belange des Bürgers im Aufgabenbereich der Beratungsfunktion in den Vordergrund treten. Einige Gesundheitsämter entwickelten Anfang der 1990er Jahre aufgrund der anwachsenden Zahl von Asylsuchenden und Aussiedlern einen integrierten Untersuchungs- und Beratungsansatz für diese Bevölkerungsgruppen. Es entstand, z. T. in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, auf der einen Seite eine eigene Beratungsstelle für Gesundheitsberatung von Zuwanderern. Auf der anderen Seite versteht sich der ÖGD als Anwalt der gesundheitlichen Belange von Migranten und bietet Unterstützung bei Überwindung zuwanderungsspezifischer Barrieren an (Brand et al. 2003).

Informationszentren in Krankenhäusern

Nach dem Vorbild der US-amerikanischen „Patient Learning Center“ wurden in Nordrhein-Westfalen bislang an einem Krankenhaus in Lüdenscheid und in der Kommune Bad Lippspringe Patienteninformationszentren (PIZs) etabliert (v. Reibnitz 2001). Im Mittelpunkt der Informationszentren stehen eine Bibliothek sowie eine Mediothek mit Internet- und Videoausstattung für interessierte Nutzer bereit. Literatur, Datenbanken und Kontaktadressen gehören zur Infrastruktur dieser Einrichtungen. Daneben werden zugleich persönliche Beratungen durch qualifizierte Experten aus dem Pflegebereich angeboten. Das Ziel der Informationszentren liegt in der Bereitstellung von Medien, die über Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten laienverständlich informieren. Patienten und Nutzer erhalten wichtige Adressen und Anlaufstellen, die für die Bewältigung von Krankheiten notwendig sind. Grundsätzlich sehen die Patienteninformationsstellen jedoch ihre Aufgabe darin, die Patienten und Nutzer auf einen souveränen Umgang mit Ärzten und Leistungsanbietern vorzubereiten (v. Reibnitz 2001).

Servicestellen der Rehabilitationsträger

Die Leistungserbringer der Rehabilitation wurden durch das ab Mitte 2001 geltende Sozialgesetzbuch IX verpflichtet, in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens eine gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft etc.) einzurichten. Ratsuchende können sich an diese Servicestellen wenden, um eine trägerübergreifende, umfassende Beratung und Auskunft zu erhalten. Des Weiteren sollen diese Stellen den Patienten und Nutzer sowohl durch das Rehabilitationswesen mit seiner komplexen rechtlichen Struktur begleiten als auch eine auf die individuelle Situation zugeschnittene Rehabilitation arrangieren (Schaeffer/Dierks 2006).

Internet

Das Internet hat in den 1990er Jahren eine rasante Entwicklung vollzogen. Diese reichte von einem exklusiven Wissenschaftsnetz bis hin zu einer weltumspannenden Informations- und Kommunikationsplattform (Klar/Schulz 2003). So ist das Internet als neues Medium auch für die Anbieter und Nutzer von Gesundheitsinformationen zu einer wichtigen Ressource geworden (Lerch/Dierks 2001). Allerdings schwankt die Qualität der Gesundheitsinformationen. Des Weiteren bewegen sich diese einerseits zwischen neutraler, evidenz-basierter Information und andererseits zwischen eindeutiger Produktwerbung.

Das Internet stellt mittlerweile für Patienten und Nutzer eine reichhaltige Informationsquelle für Gesundheits- und Medizininformationen dar. Somit lassen sich alle Informationen von fast jedem Ort der Welt aus und 24 Stunden am Tag abrufen. Insbesondere chronisch Kranke und vom Heilungsprozess ihrer Erkrankung enttäuschte Patienten holen oftmals über elektronische Medien einen Rat ein (Eysenbach/Diepgen 1999). Doch das Angebot an Gesundheitsinformationen im Internet nimmt ständig zu. Das vielfältige Informationsangebot ist für viele Nutzer mittlerweile unüberschaubar geworden (Lerch/Dierks 2001). Viele Informationen, die beispielsweise in der medizinischen Datenbank Pubmed⁷, der deutschen Zentralbibliothek für Medizin⁸ oder der Arzneimittelbank der Stiftung Warrentest⁹ Patienten und Nutzern bereitgestellt werden, sind oft nur in englischer Sprache verfügbar oder für Fachleute verfasst worden. Damit sind diese Informationsangebote für den Laien nicht ohne weiteres zugänglich (Schaeffer et al. 2005).

Eine Beratung über das Internet, die einen wechselseitigen Kommunikationsprozess zwischen Ratsuchenden und Ratgebern voraussetzt, findet bislang eher selten statt. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich mit der technischen Weiterentwicklung und einer fortschreitenden Entwicklung der Angebots- und Kommunikationsstruktur des Internets auch die computergestützte Beratung grundsätzlich ändern wird (Bergmann et al. 1998).

Kommerzielle Informations- und Beratungsanbieter

Im Bereich der abhängigen Beratung ist eine wahre Flut von privatkommerziellen Informations- und Beratungsdiensten zu verzeichnen. Als ein Beispiel sei an dieser Stelle die Firma „Medinform (medizinischer Informationsdienst) – der schnelle Weg zum richtigen Arzt“ genannt. Es handelt sich hierbei um einen kostenpflichtigen telefonischen Informationsdienst bei München. Über eine kostenpflichtige 0190-Nummer (1,20 Euro/pro Min.) können Anrufer nach 45 verschiedenen Auswahlkriterien (Spezialisierungsgrad des Arztes, Weiterbildung, Größe, Lage und Ausstattung der Praxis etc.) ihren persönlichen Arzt selbst definieren. Die Anrufer erhalten anschließend sofort telefonisch das Ergebnis (Kranich 1999).

⁷ <http://www.pubmed.de>

⁸ <http://www.zbmed.de>

⁹ <http://www.medikamente-im-test.de>

Patientenschulungen und Patientenseminare

In den mittlerweile zahlreich vorhandenen Patientenschulungen und Patientenseminaren werden den Patienten Beratungs- und Informationsangebote angeboten. Diese finden zu unterschiedlichen Erkrankungen und möglichen Therapieformen (schulmedizinisch vs. alternativ) und auch in unterschiedlichen Settings (ambulant – stationär) statt. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 sind Patientenschulungen zu einem festen Bestandteil von Disease Management Programmen (§ 43, Abs.3 SGB V) eingefordert worden (Dierks et al. 2003). Daneben werden derzeit Patientenschulungen und Patientenseminare in Modellen zur integrierten Versorgung oder auch in Gesundheitszentren eingeführt. Diese zielen grundlegend auf die Optimierung der medizinischen Versorgung ab (Schaefer/Dierks 2006).

Unabhängige Patientenberatungs- und Informationsangebote

Verbraucherzentralen

Bundesweit existieren 16 Verbraucherzentralen. Sie gehören der Dachorganisation „Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) e.V.“ an. Verbraucherzentralen sind unabhängig vom medizinischen Versorgungssystem und ihr Zugang ist niederschwellig. Dabei ist die Akzeptanz der Verbraucherzentralen in der Bevölkerung hoch (Schienkiewitz/Dierks 2001). Verbraucherzentralen sind in allen Bundesländern mit nahezu einheitlicher und vergleichbarer Struktur vorhanden. Ihnen wurden durch verschiedene Gesetze hoheitliche Aufgaben zugetragen, wie z. B. die Rechtsberatungs-, die Verbandsklage- und die Abmahnungsbefugnis. Verbraucherzentralen haben insgesamt eine große Stabilität und Standfestigkeit erhalten (Kranich 1999). In den Verbraucherzentralen der einzelnen Bundesländer sind Patienteninformations- und Beratungsstellen angesiedelt (Dierks/Schwartz 2001). Sie bieten neben Informationen im Gesundheitsbereich auch jedem Ratsuchenden eine Unterstützung bei Rechtsfragen (z. B. Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler oder bei Konflikten mit Krankenkassen) an (Kranich 1999).

Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfeorganisationen sind mit ihren Kontaktstellen und Beratungseinrichtungen mittlerweile zu einer festen Größe im Gesundheitswesen geworden. So konnten in den vergangenen 20 Jahren in über 250 Städten und Kreisen Anlaufstellen für Selbsthilfegruppen¹⁰ eingerichtet werden. In Deutschland gibt es mehr als 70.000 Selbsthilfegruppen (SHG), die sich größtenteils auf Gesundheits- und Krankheitsthemen beziehen. SHG organisieren sich selbst, arbeiten in eigener Verantwortung und sind ohne fachliche Leitung. Somit gestalten sich ihre Organisationsstruktur, ihre finanzielle und personelle Situation sowie ihr Beratungskonzept sehr unterschiedlich. Die Selbsthilfe hat mittlerweile ein differenziertes Experten-

¹⁰ Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die mit anderen Betroffenen gemeinsam ihre Krankheiten, psychischen oder sozialen Probleme bewältigen wollen (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW 2003).

wissen aufgebaut und stellt ihr Erfahrungswissen den Betroffenen zur Verfügung (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW 2003; Schaeffer/Dierks 2006). Unabhängigkeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern ist die Neutralität in der Regel gewährleistet. Größere Dachverbände und Selbsthilfeorganisationen entwickelten für die Selbsthilfe Leitlinien, in denen die Kooperation mit Sponsoren und finanziellen Förderern festgelegt sind. Diese wurden in einer „Selbstverpflichtungserklärung“ verabschiedet (Hundertmark-Mayser/Möller 2004).

Patientenstellen

Bereits 1989 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP) gegründet. Sie versteht sich als Dachverband für alle Patientenstellen. Die heute existierenden Patientenstellen werden von gemeinnützigen Vereinen (Gesundheitsläden, Gesundheitszentren) getragen und erhalten eine geringe öffentliche Förderung (Kranich 1999; Schaeffer/Dierks 2006). Patientenstellen werden heute als das aussichtsreichste Modell der Patientenunterstützung bezeichnet. Auch sie gelten als niederschwellige Anlaufstellen und stehen dem Ratsuchenden für ein großes Spektrum an Fragen und Problemen zur Verfügung. Außerdem bieten sie eine kompetente Unterstützung, z. B. für die Vermittlung von Adressen und Ansprechpartnern. Darüber hinaus nehmen sie eine Lotsenfunktion im Gesundheitswesen ein (Seidel/Dierks 2004b). Durch Beratung, Information und Edukation (Gesundheitsbildung) soll der Patient in die Lage versetzt werden, seine Interessen zu artikulieren und durchzusetzen. Darüber hinaus fühlen sich Patientenstellen auch für die Vertretung von Patienteninteressen und -rechten zuständig. Sie greifen bestehende Missstände und Mängel im Gesundheitswesen auf und versuchen durch Aufklärung, Projekte und gesundheitspolitisches Engagement, politisch-strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen zu erzielen (Kranich et al. 1995; Kranich 1993, 1999; Schaeffer/Dierks 2006).

Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V

Ab dem 01 Juli 2001 wurden bundesweit 30 Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung von den gesetzlichen Krankenkassen in eine drei- bzw. vierjährige Förderphase aufgenommen. Die erste Modellphase endete definitiv am 30. Juni 2005 (Dehlinger 2005). Die Einführung dieser Modellprojekte ist eine Reaktion der Gesundheitspolitik auf die zunehmende Desintegration und die damit verbundene Intransparenz und Unübersichtlichkeit von Informationen und Strukturen im deutschen Gesundheitssystem. Den (potentiellen) Nutzern sollen unabhängige Beratungen und Informationen über Leistungen, Prozesse und Strukturen der gesundheitlichen Versorgung offeriert und Wege durch den „Dschungel des Gesundheitssystems“ aufgezeigt werden (Ewers/Badura 2004). Bei den ausgewählten Modellprojekten handelt es sich um insgesamt 88 Teilprojekte, die in der gesamten Bundesrepublik Deutschland anzutreffen sind. Zu den Trägern gehören unter anderem Wohlfahrtsverbände, Fachverbände, Gesundheitsämter, freie Träger, Verbraucherzentralen, Forschungszentren und Institute sowie die Selbsthilfe. Insgesamt lassen sich die Modellprojekte drei Schwerpunkten zuordnen:

- 15 Modellprojekte halten personalkommunikative Beratungs- und Informationsangebote vor. Der Schwerpunkt dieser Projekte liegt im persönlichen und telefonischen Kontakt mit den Nutzern.
- 7 Modellprojekte haben ihren Schwerpunkt im Bereich der virtuellen Kommunikation. Sie beschäftigen sich in erster Linie mit der Entwicklung von internetgestützten Gesundheitsinformationen und der Erprobung neuer internetgestützter Interaktionsformen.
- 8 Modellprojekte beschäftigen sich mit übergeordneten Themen, wie Bedarfsermittlung, Qualitätsentwicklung und Qualifizierung von Patientenberatern. In diesen Projekten besteht nicht zwingend ein direkter Kontakt mit den Nutzern (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005).

Alle Modellprojekte nach § 65b SGB V weisen eine große Vielfalt an unterschiedlichen inhaltlichen Akzentuierungen und organisatorischen Ansätzen auf. So finden beispielsweise in manchen Projekten allgemeine Beratungen (zu Krankenkassenleistungen, Krankheitsbildern, Behandlungsformen) oder auch themenspezifische Beratungen (zu Krebschmerz, Zahngesundheit und Erkrankungen der Haut) statt. Andere Projekte dagegen konzentrieren sich auf Rechts- und Kostenfragen. Darüber hinaus zeichnen sich die Projekte dadurch aus, dass sie auf regionaler und/oder überregionaler Ebene tätig sind. Doch im Rahmen der Evaluation konnte festgestellt werden, dass nicht alle Ratsuchenden nach einer Beratung den Eindruck hatten, ausreichend Hilfe und Unterstützung bekommen zu haben. Einige gaben sogar an, nicht in der Lage zu sein, auf der Grundlage des Beratungsergebnisses eine Entscheidung treffen zu können. Im Anschluss an ein Informations- oder Beratungsgespräch waren ca. 15% aller Beratenen noch unsicher, welche Schritte sie nun einleiten sollen. Damit zeigt sich, dass bei einzelnen Projekten die Beratungsqualität noch entwicklungsfähig ist (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005; Seidel/Dierks 2004a).

Der allgemeine Überblick über die wichtigsten Bereiche der abhängigen und unabhängigen Patientenberatungs- und Informationsangebote zeigt, dass in Deutschland bereits eine pluralistische Beratungslandschaft existiert. Diese ist von unterschiedlichen Gestaltungsinteressen der verschiedenen Anbieter geprägt (v. Reibnitz et al. 2001). Die Beratungs- und Informationsangebote werden auch zukünftig weiter expandieren und ebenso in ihrer Form sehr vielfältig sein. Das Spektrum der Beratungs- und Informationsangebote für Patienten und Nutzer stellt sich allerdings sehr unterschiedlich dar und ist zudem nicht flächendeckend eingerichtet. Dadurch ist für Patienten und Nutzer nur sehr schwer zu erkennen, in welcher Beratungsstelle sie schnellstmöglich kompetente Unterstützung erhalten können. In Deutschland ist es bislang nicht gelungen, eine transparente und leicht zu durchschauende Struktur für Patienten und Nutzer zu entwickeln. Somit steht derzeit einem intransparenten Gesundheitswesen eine intransparente Beratungslandschaft gegenüber (Schneider 2004).

In vielen Ländern haben gesetzliche Regelungen und eine patientenorientierte Politik die Grundlage für den strukturellen Aufbau eines Informations- und Beratungsangebotes für Patienten und Nutzer geschaffen. Sie erhalten die verschiedensten Möglichkeiten, um sich umfassend zu informieren (Kranich et al. 2002a). Großbritannien gehört zu den Ländern, in

denen bereits eine weit entwickelte Struktur von Beratungs- und Informationsangeboten für Patienten vorliegt. Aus diesem Grunde werden im Folgenden einige ausgewählte Möglichkeiten der Patientenberatungs- und Nutzerinformationsangebote vorgestellt, wie sie in Großbritannien verfügbar sind.

2.4 Exkurs: Patientenberatung in Großbritannien

Großbritannien blickt auf jahrelange Erfahrungen in dem Bereich Patientenberatung und Nutzerinformation zurück. Der Ursprung lag in den USA, wobei nur kurze Zeit später auch Großbritannien über entsprechende Strukturen und Angebote verfügte. Da das Gesundheitssystem in Großbritannien sich grundsätzlich von dem deutschen System unterscheidet, soll dieses kurz vorgestellt werden. Anschließend werden einige dort für Patienten und Nutzer vorgehaltene interessante Angebote zur Patientenberatung und Nutzerinformation vorgestellt. Darüber hinaus werden Evaluationsergebnisse bzgl. der Zugänglichkeit zu Walk-in Centres und NHS Direct angeführt.

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Großbritannien wird seit 1948 durch den National Health Service (NHS) gewährleistet. Der NHS ist ein staatlich verwaltetes Gesundheitssystem, das zum größten Teil aus Steuern finanziert wird. Von der zentralstaatlichen Ministerialbürokratie sowie den Gesundheitsministerien der vier Länder England, Wales, Schottland und Nordirland wird ein verbindliches Gesamtbudget für die nationale Gesundheitsversorgung aufgestellt. Dieses wird nach demographischen Kriterien gewichtet und an die regionale Verwaltungsebene (NHS Executives) weitergeleitet („top down“). Im Zuge der Reformen aus dem Jahr 1998 wurde die Verteilung des Gesamtbudgets auf die einzelnen Leistungsbereiche und die Leistungserbringung neu strukturiert (Böcken et al. 2003; Small 2005). Es wurden ambulante Netzwerke auf der Distriktebene eingerichtet. Die sogenannten Primary Care Groups (PCGs) sind dafür zuständig, entsprechend dem regionalen Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln Gesundheitsleistungen zu planen und nachzufragen. Diese ambulanten Netzwerke bestehen aus ca. 50 Hausarztpraxen, die für ein Versorgungsgebiet von 250.000 Menschen zuständig sind. Sie sind den übergeordneten Gesundheitsbehörden (Health Authorities und NHS Executives) rechenschaftspflichtig. In Großbritannien kommt dem Hausarzt (General Practitioner (GP)) eine besondere Bedeutung zu (Gatekeeper Funktion). Er entscheidet, ob eine Behandlung durch einen Facharzt bzw. ein Krankenhausaufenthalt nötig ist und stellt danach eine hausärztliche Überweisung aus. Ist der Patient privat versichert, so kann er den Facharzt, ohne Überweisungsschein, selbst aufsuchen (Böcken et al. 2003).

Seit 1997 wird in Großbritannien versucht, ein „nutzerorientiertes“ System der Gesundheitsversorgung zu entwickeln (Small 2005). Dem Einzelnen wird die Rolle des „aktiven Bürgers“ zugeschrieben. Im Regierungsdokument „Shifting the Balance of Power“ (Department of Health 2001) wird bereits anerkannt, dass nicht nur eine angemessene politische Umsetzung und Etablierung entsprechender Strukturen notwendig, sondern vielmehr ein kultureller Wandel innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung erforderlich ist. Damit ist gemeint, dass Patienten und Mitar-

beiter in den Mittelpunkt des NHS gerückt werden sollen. Zur Umsetzung gehören u. a. die Verbesserung von Wahlmöglichkeiten und Informationsangeboten für Patienten und Nutzer, die Einführung nationaler Versorgungsstandards sowie der grundsätzliche Aufbau partnerschaftlicher Beziehungsstrukturen (Small 2005). Welche Wahlmöglichkeiten und Informationsangebote der NHS beispielsweise für Patienten und Nutzer des Gesundheitswesens bereithält, soll im Folgenden vorgestellt werden.

Community Health Councils (CHCs)

Die Community Health Councils (CHCs) sind kommunale Gesundheitsräte, die auf einer gesetzlichen Grundlage basieren und aus dem nationalen Budget finanziert werden. Damit sind sie nicht unabhängig vom NHS. 1974 wurden sie als gesetzliche Organisationen innerhalb des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS) eingeführt. CHCs verfügen über eine flächendeckende Versorgungsstruktur mit ca. 220 niedrigschwellig erreichbaren Büros, die von ehrenamtlich tätigen Personen geführt werden. Die CHCs arbeiten zwar autonom, doch es wird kritisch angemerkt, dass Mitarbeiter häufig ihre eigenen Interessen vertreten (Schienkiewitz/Dierks 2001). Zu den Schwerpunktaufgaben gehören unter anderem die Überwachung lokaler Gesundheitseinrichtungen und ähnlicher Einrichtungen. Besonders beschäftigen sie sich mit der Aufgabe, den Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu fördern. Ebenso gehört die individuelle Beratungs- und Unterstützungsfunktion für Patienten zu den Aufgaben der CHCs. Das bedeutet, sie informieren Patienten über das lokale Angebot an Gesundheitsdienstleistungen (Gesundheitsanbieter und Selbsthilfegruppen), beraten zu Patientenrechten, helfen bei Beschwerden und zeigen Beschwerdewege auf. Aufgrund ihrer gesetzlichen Möglichkeit, Kliniken zu überwachen, nutzen sie die Möglichkeit, die klinikspezifischen Informationen den Patienten informell zur Verfügung zu stellen (Kranich et al. 2002b; Dabbs 2001; Berger 2003).

Help for Health Trust

Das NHS richtete den Help for Health Trust als wesentlichen Unterstützer von Verbraucherinformationen ein. Zu den bestehenden Unterabteilungen gehört u. a. das Centre for Health Information Quality (ChiQ)¹¹. Hier erfolgt gemeinsam mit verschiedenen Anbietern und Patientenselbsthilfegruppen die Zusammenstellung und Veröffentlichung qualitativ hochwertiger Informationen. Es werden spezielle Krankheits- und Behandlungsinformationen bereitgestellt (Kranich et al. 2002b).

College of Health

Das College of Health (CoH)¹² ist eine gemeinnützige Organisation und bietet einen einzigartigen, landesweiten, spezialisierten Wartezeitenservice sowohl für Patienten als auch für Hausärzte an. Hier können sie erfahren, wie lang die konkreten Wartezeiten auf eine Facharztberatung sind. Des Weiteren erteilt das CoH Informationen über Patientenrechte, Struk-

¹¹ <http://www.hfht.org/about.htm> (13.03.2005).

¹² <http://www.tcoh.demon.co.uk> (13.03.2005).

turinformationen über Ärzte, Beschwerdewege, Selbsthilfegruppen und Wartelisten der Krankenhäuser. Außerdem haben die Mitarbeiter, aber auch die Nutzer des NHS die Möglichkeit, an Trainingsprogrammen teilzunehmen. Dort stehen Themen im Vordergrund, die sich mit der Einbeziehung des Nutzers in das Gesundheitswesen befassen (Kranich et al. 2002a, 2002b).

NHS Direct

Im Jahr 1998 wurde von der Regierung Großbritanniens der National Health Service Direct (NHS Direct), ein nationaler Telefon-Hilfsdienst eingerichtet. Dieser ist unter einer landesweit einheitlichen Telefonnummer zu erreichen. Mit der Etablierung des NHS Direct ist eine grundsätzliche Basis für die Weiterentwicklung und dauerhafte Etablierung der Patientenberatung geschaffen worden.

Ziel ist es,

- der gesamten Bevölkerung „rund um die Uhr“ einen schnellen und bequemen Zugang zu Gesundheitsinformationen bereitzustellen und
- unter Verwendung aller zur Verfügung stehenden Medien professionelle Hilfe bei der Lösung individueller Gesundheitsprobleme anzubieten (Gann 2004).

Die Einrichtung von NHS Direct ist eine Reaktion der Regierung auf die angestiegene Hausarztbelastung. Im Zeitraum von 1990 bis 2000 war eine Zunahme von Patientenfragen beim Hausarzt um 300 Prozent zu verzeichnen, wobei die Zahl der ernstesten Notfälle nicht zugenommen hatte (Albrecht 2000). Grundsätzlich soll nun der telefonische Informationsdienst NHS Direct dazu beitragen, die Inanspruchnahme der primären ärztlichen Versorgung durch Patienten zu reduzieren (Gann 2004).

Mittlerweile existieren 22 NHS Direct Call Center, in denen ca. 1.200 speziell für die Patientenberatung geschulte Pflegekräfte beschäftigt sind. Unter einer landesweiten Hotline können Patienten den telefonischen Informationsdienst „24 Stunden am Tag“ in Anspruch nehmen. Jeder Nutzer erhält dadurch einen schnellen Zugang zu Gesundheitshinweisen und Behandlungen (Gann 2004). Erfahrende NHS Nurses bieten den Ratsuchenden unter anderem:

- Information und Behandlungshinweise zu geringfügigen Erkrankungen und leichten Verletzungen,
- Hinweise zur gesunden Lebensweise,
- Informationen über außerhalb der Praxiszeiten verfügbare Hausärzte und Zahnärzte,
- Informationen über lokale Apothekendienste,
- Informationen über lokale Gesundheitsanbieter (National Health Service 2004).

Die NHS Nurse entscheidet am Telefon jeweils individuell, ob und welcher Spezialist zum Einsatz kommen soll oder ob der Patient sich einfach selbst behandeln kann. Für die Entscheidungsfindung hilft ein computergestütztes „Single Decision Support System“ (CAS). Dadurch wird das Ge-

sprach strukturiert und die Patientendaten werden für weitere Anfragen aufgenommen (Gann 2004a, 2004b; Albrecht 2000).

Für den Ausbau der Patientenberatung und Information stehen in Großbritannien jährlich 100 Millionen Pfund zur Verfügung. Somit konnten NHS Experten neben dem NHS Direct weitere Informationsdienste entwickeln und erproben (Gann 2004a, 2004b). Diese werden im Folgenden aufgeführt.

Der National Health Service Direct bietet seinen Service für durchschnittlich zwei bis drei Millionen Menschen der Bevölkerung an (Donaldson 2000). Zu Beginn konnte NHS Direct sechs Millionen Anrufer im Jahr verzeichnen. Innerhalb von nur zwei Jahren stieg die Zahl der Anrufer auf sechzehn Millionen (Gann 2004a, 2004b). Evaluationen haben nachweisen können, dass die Tätigkeit des NHS Direct bereits dazu geführt hat, dass die allgemeine Arbeitsbelastung der Hausärzte um die Hälfte reduziert werden konnte. Insbesondere führte der leichte und schnelle Zugang zu Informationen und Hinweisen zur Gesundheit, Krankheit und Dienstleistungen zu einer Entlastung der Hausärzte außerhalb der Sprechzeiten (Lattimer et al. 1998; Munro et al. 2001; Vass 2002). Evaluationen haben auch keinen Hinweis darauf gegeben, dass der Service ungerechterweise Nutzer bevorzugt, die aus der Mittelschicht stammen. Es scheint im Gegenteil eher so zu sein, dass der Zugang für benachteiligte Nutzergruppen verbessert wurde (Donaldson 2000). Andere Studien weisen jedoch eine geringere Inanspruchnahme des telefonischen Informationsdienstes insbesondere durch Männer, ethnische Minderheiten, Personen über 65 Jahre und andere benachteiligte Gruppen nach (Vass 2002; Coulter/Magee 2003).

NHS Walk-in Centres

Es existieren in England landesweit 43 Beratungsbüros, die sogenannten NHS Walk-in Centres. Die Einrichtungen werden von Krankenschwestern geführt. Falls erforderlich, können sie auch den Zugang zur hausärztlichen Versorgung herstellen. Walk-in Centres haben längere Öffnungszeiten als die traditionellen Hausarztpraxen. Sie sind auch an Wochenenden zugänglich. So haben Ratsuchende die Möglichkeit, an allen Wochentagen zwischen 07:00 Uhr und 22:00 Uhr die Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Die Einrichtungen befinden sich häufig in zentraler und gut erreichbarer Lage. Sie können beispielsweise in Einkaufsbereichen, Ärztezentren oder Krankenhäuser angesiedelt sein (Salisbury et al. 2002). Diese Einrichtungen sollen Patienten und Nutzern einen schnelleren und angenehmeren Zugang zu Diensten des Gesundheitswesens ermöglichen (Beech 2003; Gann 2004). Sie wurden insbesondere für Personen eingerichtet, die eine persönliche Beratung (Face-to-Face) bevorzugen (Gann 2004a, 2004b).

Statistiken der Regierung zeigen, dass pro Monat 100.000 Personen die Walk-in Centres nutzen (Department of Health 2001). Eine Studie, die Salisbury et al. 2002) über die ersten 39 Walk-in Centres durchgeführt haben, zeigte, dass die Zahl der Besucher pro Einrichtung und Monat bis um das vierfache schwanken kann. Solche Variationen und Ungewissheiten über wahrscheinliche Nachfrage von Ratsuchenden erzeugen Planungsprobleme bei der Einführung eines solchen Dienstleistungsangebotes. Ohne das Wissen um die wahrscheinliche Frequentierung einer Ein-

richtung ist es schwierig, Kapazitäten angemessen zu planen. Zuviel Personal bedeutet, das Angebot ist ineffizient und es entstehen höhere Kosten als nötig. Eine Unterbesetzung hingegen zieht lange Wartezeiten für Ratsuchende nach sich. Bei der Betrachtung der Nutzergruppen, die Walk-in Centres nutzen, war festzustellen, dass junge Erwachsene die größte Gruppe der Nutzer darstellten, während die älteren Nutzer relativ gering vertreten waren (Salisbury et al. 2002). Interessanterweise war die Anzahl der Nachfragenden außerhalb der normalen Arbeitszeiten relativ gering. Dies deutet darauf hin, dass Patienten und Nutzer aufgrund des bequemeren Zugangs eher die Walk-in Centres aufsuchen, als einen Termin für einen Besuch beim Hausarzt zu vereinbaren. Die Einrichtungen werden gewissermaßen als Ersatz für einen Besuch beim Hausarzt genutzt. So gaben 78 % der Befragten einer Studie Salisbury et al. (2002) an, dass nach in Anspruchnahme des Walk-in Centre ein Besuch beim Hausarzt anschließend nicht mehr erforderlich war (Salisbury et al. 2002).

NHS Direct Online Website

NHS Direct richtete 1999 eine Website (www.nhsdirect.nhs.uk) mit einem entsprechenden Beratungsangebot für Ratsuchende ein. Neben Informationen zu den aktuellen gesundheitlichen Themen findet der Patient und Nutzer ebenso Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und weitere nützliche Informationen (Gann 2004a, 2004b).

NHS Digital TV

Über die Hälfte der Haushalte in Großbritannien verfügt bereits über digitales Fernsehen. Seit dem Sommer 2004 wird dieses Medium auch für den Transport von Gesundheitsinformationen eingesetzt. Dabei kann es sich um originäre Textinformationen handeln oder es werden per Video gesundheitliche Informationen vermittelt. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass beispielsweise auch sozial schwache Bevölkerungsgruppen Informationen erhalten können (Gann 2004a, 2004b).

NHS Direct Information Points (Touch Screen Kiosks)

Für die Personen, die zu Hause nicht über einen eigenen Computer mit Internetzugang verfügen, stehen an öffentlichen Plätzen Information Points, sogenannte „Touch Screen Kiosks“ zur Verfügung. Sie befinden sich an öffentlichen Standorten wie Krankenhäusern, Apotheken, Büchereien oder Supermärkten und sind damit leicht zugänglich. Jede Person kann sich an den Information Points über gesundheitsbezogene Themen informieren. Diese Information Points sind bislang von ca. 60.000 Personen im Monat genutzt worden. Derzeit sind bereits 200 dieser Touch Screen Kiosks an den öffentlichen Plätzen installiert. Der NHS Plan sieht weiter vor, bis zu 500 Information Points einzurichten (Gann 2004a, 2004b).

NHS Direkt Self-Help Guide bzw. Health-Care Guide

Der NHS Self-Help Guide bzw. Health-Care Guide ist sowohl im Internet als auch als kostenlose Broschüre verfügbar. Hiermit wird den Patienten und Nutzern eine weitere Möglichkeit geboten, Gesundheitsinforma-

tionen zu erhalten. Zwei Millionen Exemplare wurden mittlerweile über Hausärzte, Apotheken etc. an Interessierte verteilt. Darüber hinaus erhielten im Jahr 2004 ca. 20 Millionen Haushalte die Broschüre, in der Informationen zu den 44 häufigsten Krankheitsbildern zusammengefasst sind. Ebenfalls werden laienverständliche Erläuterungen zur Selbstheilung gegeben. Ziel ist es, unnötige Arztbesuche zu vermeiden und Behandlungskosten zu reduzieren. Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung konnten eine Erhöhung der Nutzerkompetenz und einen ressourcenschonenden Umgang der Verbraucher mit den Leistungen des Versorgungssystems in Großbritannien nachweisen. Aufgrund dieser positiven Bilanz wird ein weiterer Ausbau der bewährten Beratungsangebote erfolgen. Zudem wird die kontinuierliche Aktualisierung und Ergänzung der vorgehaltenen Informationen zukünftig zu den Schwerpunktaufgaben von NHS Experten gehören (Gann 2004a, 2004b).

2.5 Zusammenfassung

Unterschiedliche Entwicklungen haben bereits vor Jahren zum Wandel der traditionellen Patientenrolle beigetragen. Neben der zunehmenden Emanzipierung der Patienten hat ebenso ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen einsetzender Wertewandel diese Veränderungen ausgelöst. Ferner hat sich in den vergangenen Jahren das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verändert und die Menschen haben ein kritischeres Verbraucherverhalten entwickelt. Auch die rasante Entwicklung im Informations- und Kommunikationssektor hat dazu beigetragen, dass Patienten und Nutzer, insbesondere über das Medium Internet z. T. umfassende Kenntnisse zu gesundheits- und krankheitsspezifischen Themen erlangen können.

Nicht weniger haben die Strukturreformen im Gesundheitswesen dazu geführt, dass der Patient und Nutzer eine größere Verantwortung bei der Wahrnehmung seiner Rechte und Pflichten übernehmen muss. Er kann zwischen unterschiedlichen Versicherungsprodukten und Versorgungspfaden auf dem Gesundheitsmarkt wählen. Derzeit sind allerdings die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen nicht ausreichend entwickelt, so dass eine aktive Nutzerbeteiligung gegenwärtig kaum möglich ist.

Patientenberatung und Nutzerinformationen können dazu beitragen, Patienten und Nutzer in ihrer Rolle und Position im Gesundheitswesen zu stärken. Das Ziel der Patientenberatung besteht darin, den Patienten zu einem souveränen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu befähigen. Aus diesem Grunde muss er in seinen Kompetenzen und Fertigkeiten gestärkt werden. Darüber hinaus kann die Patientenberatung für Patienten und Nutzer eine Wegweiserfunktion auf dem Weg durch das Versorgungswesen übernehmen. Die Umsetzung von Aufgaben der Patientenberatung erfolgt u. a. über Informationsvermittlung und Beratung. Dabei kann besonders die Face-to-Face-Beratung als eine Vermittlungsart zwischen Ratsuchenden und Beratern einen bedeutsamen Beitrag zur patientenorientierten Aufnahme und Verarbeitung von Nutzerinformationen leisten.

Das mittlerweile vorhandene Spektrum von abhängigen und unabhängigen Patientenberatungs- und Informationsangeboten lässt sich zahlen-

mäßig nicht darstellen. Es konnten nur einige wichtige Beispiele aufgeführt werden. Der allgemeine Überblick zeigt jedoch, dass in Deutschland bereits eine pluralistische Beratungslandschaft existiert.

Großbritannien gehört zu den Ländern, in denen bereits eine weiter entwickelte Struktur von Beratungs- und Informationsangeboten für Patienten und Nutzer vorliegt, als dies beispielsweise in Deutschland der Fall ist. Die Ursache liegt in dem Gesundheitssystem begründet, welches es erforderlich macht, dass Patienten Beratung und Informationsangebote erhalten. Für die Bereitstellung dieser Angebote werden von den Regierungen dementsprechend finanzielle Ressourcen bereitgestellt. Dadurch wird der Ausbau flächendeckender Strukturen gewährleistet, um so die Zugänglichkeit für Patienten und Nutzer zur Patientenberatung und Nutzerinformation zu ermöglichen. Evaluationsergebnisse weisen eine positive Wirkung auf die Nutzerkompetenz und einen ressourcenschonenden Umgang der Verbraucher mit den Leistungen des Versorgungssystems in Großbritannien nach.

3 Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation

Dieses Kapitel behandelt das Thema des Zugangs zur Patientenberatung und Nutzerinformation. Bevor allerdings ausführlich auf dieses spezielle Segment des Gesundheitswesens eingegangen wird, soll zuvor die Zugänglichkeit zum allgemeinen Gesundheitswesen in Deutschland näher beleuchtet werden. Der Begriff Zugang (access) ist, bezogen auf das Gesundheitswesen, in der deutschen Literatur eher selten zu finden. Häufiger ist dagegen der Begriff „Niederschwelligkeit“ anzutreffen. Aus diesem Grunde erfolgt einleitend eine Erläuterung des Begriffes „Zugang“.

Anschließend wird der grundsätzliche Zugang zum Gesundheitswesen für Patienten und Nutzer betrachtet. Dabei wird der Blick auf die wichtigsten Gesundheitseinrichtungen der einzelnen Subsysteme des Gesundheitswesens gerichtet. Am Beispiel von Bevölkerungsgruppen wie Migranten, Kinder und Jugendliche sowie chronisch Kranke werden die jeweils bestehenden Hindernisse im Zugang herausgestellt.

Es liegen auch kaum nähere Informationen über die Zugänglichkeit zur Beratungslandschaft im Gesundheitswesen vor. Existierende Studien gehen selten über die Analyse der strukturellen Implementation hinaus. Meistens handelt es sich um Evaluationsstudien zu speziellen Förderprogrammen bzw. wissenschaftliche Begleitforschung zur modellhaften Einrichtung von Beratungsstellen. So liegen erste Informationen bezüglich der Zugänglichkeit zu den Modellprojekten zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V vor, die in diesem Kapitel vorgestellt werden. Speziell sind hierbei Zugangsmöglichkeiten sowie die Zugangswege zu den Beratungs- und Informationsangeboten von Interesse.

Weiter werden Aspekte, die mit der Zugänglichkeit in Abhängigkeit von der Gestaltung von Beratungsräumlichkeiten wichtig sind, aufgezeigt. Insbesondere wird der Zugang über Internet und Telefon betrachtet. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die relevanten Erkenntnisse, die für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind, zusammengefasst.

3.1 Erläuterungen zum Begriff „Zugang“

Der Begriff „Zugang“ (engl. access) wird in Bezug auf die Zugänglichkeit zu den Leistungsangeboten und Institutionen des Gesundheitswesens in der deutschen Literatur selten verwendet. Dagegen haben sich bereits in den 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts viele amerikanische Autoren intensiv bemüht, den Begriff access näher zu erläutern. Es wurde grundsätzlich als sehr schwierig erachtet, access ausreichend zu definieren, für Untersuchungen zu operationalisieren und zwischen weiteren Begriffen wie Verfügbarkeit (availability) und Annehmbarkeit (acceptability) zu differenzieren (U.S. House of Representatives 1976). Access wurde oft zur Charakterisierung der Faktoren eingesetzt, die den Eintritt in das Gesundheitssystem oder dessen Nutzung beeinflussen. Jedoch gingen die Einschätzungen bezüglich des Umfangs der Faktoren auseinander, die der Begriff access beinhaltet. Zusehend stellte sich die Frage, ob access zur Charakterisierung der Ressourcen und Fähigkeiten des Nutzers herangezogen werden kann. Konkret wird access als ein Konzept betrachtet, dass sich auf

die Fähigkeit oder Bereitschaft des Nutzers bezieht, Zutritt zum Gesundheitssystem zu erlangen (Penchansky/Thomas 1981). Nach Penchansky/Thomas (1981) ist access als ein umfassendes Konzept zu verstehen und muss daher differenzierter betrachtet werden. Das bis zu diesem Zeitpunkt vage und widersprüchliche Konzept access sollte in verschiedene Teilaspekte, sogenannte Dimensionen, differenziert werden.

„...the concept of 'access' described the 'degree of fit' between clients and the health system" (Gulliford et al. 2003, p. 5).

Das Konzept beschreibt die Überschneidungsbereiche, die zwischen Patient und Gesundheitssystem existieren bzw. inwiefern diese zueinander passen. Folgende Dimensionen wurden von Penchansky/Thomas (1981) vorgeschlagen:

- Verfügbarkeit (availability)

Die Verfügbarkeit ist die Beziehung zwischen der Anzahl und Art der existierenden Leistungsangebote (Ressourcen) wie z. B. Haus-, Fachärzte, Kliniken etc. zur Anzahl und Art der Bedürfnisse des Nutzers (Penchansky/Thomas 1981).

- Zugänglichkeit (accessibility)

Die Zugänglichkeit ist die Beziehung zwischen dem Standort des Leistungsangebotes und dem Standort des Nutzers. Dabei werden Transportmöglichkeiten, Reisekosten, Reisezeit und Abstand zum Kunden einbezogen (Penchansky/Thomas 1981).

- Erreichbarkeit (accommodation)

Die Erreichbarkeit ist die Beziehung zwischen der Art und Weise, wie die Leistungen den Kunden angeboten werden und der Möglichkeit der Kunden, sich diesen Bedingungen anzupassen. Weiter beinhaltet dieser Begriff die Aspekte wie die Terminvereinbarung, die Öffnungszeiten, die Sprechzeiten und die Erreichbarkeit über das Telefon. Insbesondere ist dabei die Wahrnehmung des Kunden von großer Bedeutung, ob diese Aspekte für ihn angemessen sind (Penchansky/Thomas 1981).

- Erschwinglichkeit (affordability)

Die Erschwinglichkeit ist die Beziehung zwischen den Preisen der gesundheitlichen Leistungen und dem Einkommen des Kunden. Dies beinhaltet zum einen die Fähigkeit, die Leistungen bezahlen zu können und zum anderen die grundsätzliche Existenz einer Krankenversicherung. Damit der Nutzer den Wert gesundheitlicher Leistungen beurteilen kann, benötigt er entsprechende Informationen über die jeweiligen Preise, Behandlungskosten in ihrer Gesamtheit sowie die Möglichkeit, Kredite in Anspruch zu nehmen (Penchansky/Thomas 1981).

- Akzeptanz (acceptability)

Die Akzeptanz ist die Beziehung zwischen den Vorstellungen des Nutzers von den persönlichen Eigenschaften und den jeweiligen Handlungsweisen der Leistungsanbieter und den tatsächlich existierenden Charakteristika der vorhandenen Anbieter. Zudem sind hier auch die Vorstellungen des Anbieters hinsichtlich der persönlichen Eigenschaften der Nutzer von Bedeutung. Zu den aus der Sicht des Anbieters re-

levanten Eigenschaften zählen unter anderem das Geschlecht, das Alter, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, die Art der Räumlichkeiten, die Umgebung, in der die Einrichtung verortet ist sowie die Religionszugehörigkeit. Wiederum haben Anbieter bestimmte Einstellungen zu den gewünschten Eigenschaften des Nutzers oder deren finanzielle Situation. Die Anbieter können zum Teil Einfluss darauf nehmen, ob sie bestimmte Nutzer bedienen (z. B. Sozialhilfeempfänger) oder nicht. Die Gestaltung der Erreichbarkeit führt zur Selektion von Nutzergruppen (Penchansky/Thomas 1981).

Penchansky/Thomas haben das Konzept außerdem über die reine Messbarkeit der zur Verfügung stehenden Gesundheitsdienste hinaus erweitert, indem sie ebenso die personellen, organisatorischen und finanziellen Barrieren betrachten, die bei der Nutzung der Dienste auftreten (Millman 1993). Der Begriff „Barriere“ bezieht sich auf die Wahrnehmung der Hindernisse, die sich dem Nutzer bei seiner Absicht, den Zugang zu erhalten entgegenstellen (Gulliford et al. 2003).

Der erste Schritt in dem Prozess, auf die Dienste des Gesundheitswesens zuzugreifen; wird dadurch bestimmt, dass Patienten für sich grundsätzlich einen Bedarf erkennen und die Entscheidung treffen, die medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (*personelle Barrieren*). Die Wahrscheinlichkeit, dass Dienstleistungen genutzt werden, hängt von der Balance zwischen den Einstellungen des Individuums, dessen Überzeugungen und den bereits gemachten Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen ab. Der Zugang zu den Gesundheitsdiensten impliziert, dass Individuen einen Bedarf für das Angebot identifizieren und bereit sind, das Angebot zu nutzen. Die Wahrnehmung der Prozesse, die den Zugang beeinflussen, ist sozialen und kulturellen Einflüssen, aber auch umweltabhängigen Beschränkungen unterworfen (Mechanic 1978 zit. n. Gulliford et al. 2003).

Der Zugang zum Gesundheitswesen kann ebenfalls durch *organisatorische Barrieren* gegeben sein. Zu den Indikatoren zählen lange Wartelisten und lange Wartezeiten auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems. Diese sind vielleicht auf einen Mangel an Kapazitäten oder auf eine ineffektive Nutzung von existierenden Dienstleistungsangeboten zurückzuführen. Ein weiterer Grund kann auch darin liegen, dass die Gestaltung der Angebote nicht den Bedürfnissen der Patienten entspricht (Gulliford et al. 2003).

Finanzielle Barrieren können auf verschiedenen Ebenen existieren und beeinflussen ebenfalls die Verfügbarkeit und die Nutzung der Angebote (Gulliford et al. 2003).

In Deutschland ist eine Definition des Begriffes „Zugang“ erst vor einiger Zeit in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur vorzufinden. Schwartz/Busse (2003) siedeln Zugang zwischen „Nachfrage“ und „Inanspruchnahme“ der Gesundheitsversorgung an. Hierunter sind die finanziell und rechtlich mögliche, sowie die tatsächliche Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu verstehen. Dazu zählen vor allem Aspekte der räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen. Für die Ermittlung des Bedarfs in Einrichtungen des Gesundheitswesens muss daher bedacht werden, dass nur der Bedarf derjenigen ermittelt werden

kann, die bereits den Zugang erhalten und mögliche Barrieren überwunden haben (Schwartz/Busse 2003).

In der deutschen Literatur ist in Bezug auf die Zugänglichkeit häufig die Begrifflichkeit „Niederschwelligkeit“ anzutreffen. Berger (2003) bezieht den Begriff Niederschwelligkeit insbesondere auf die Patientenberatung und versteht darunter das Vorhandensein, die Auffindbarkeit und die Zugänglichkeit von Beratungseinrichtungen. Zugleich schließt dieser Begriff auch die Zugangswege zur Patientenberatung ein, die bestmöglich zu ebener sind (Schaeffer et al. 2005).

Für die vorliegende Arbeit soll die folgende Definition des Begriffes Zugang als Grundlage für die Bearbeitung der Forschungsfrage dienen.

„The potential for or actual entry of a population into the health system. Entry is dependent on the wants, resources, and needs that individuals bring to the care-seeking process. Ability to obtain wanted or needed services may be influenced by many factors, including travel distance, waiting time, available financial resources and availability of a regular source of care“ (Turnock 2004, p. 379).

Zugang wird definiert als ein potenzieller oder tatsächlicher Zutritt einer Bevölkerungsgruppe zum Gesundheitssystem. Er ist abhängig vom Willen, von den Ressourcen und den Bedürfnissen, die Individuen in den Suchprozess einbringen. Die Fähigkeit, gewünschte oder benötigte Dienstleistungen zu erhalten, kann durch viele Faktoren beeinflusst sein. Zu diesen gehören die Entfernung zur Beratungseinrichtung, die Wartezeit, finanzielle Ressourcen und die reguläre Bereitstellung der Versorgung (Turnock 2004).

In der deutschen Literatur sind „Zugangsbarrieren“ als Hindernisse bzw. Hürden definiert, die zwischen den Angeboten des Gesundheitssystems und den Patienten und Nutzern stehen. Sie werden für einzelne Bevölkerungsgruppen differenzierter betrachtet (vgl. Kap. 3.2.2). Welche möglichen Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen und im besonderen in der Patientenberatung und Nutzerinformation bestehen, soll in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

3.2 Zugang zum Gesundheitswesen

In Deutschland hat die Frage des Zugangs zum Gesundheitswesen eine geringere Bedeutung als beispielsweise in Großbritannien oder in den USA. Es existieren zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema access to health care (exemplarisch: Shepperd et al. 1999; Donaldson 2000; Coulter/Magee 2003; Fox 2001; Benzeval/Judge 1996; Goddard/Smith 2001; Kasper 2000). Auch sind viele Studien zum Thema access to health care durchgeführt worden. Bei den Untersuchungen wurden die Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen herangezogen, um Schlüsselaspekte des Zugangs zu erforschen. Dabei schließen die Forscher in ihre Studien die geographische Zugänglichkeit zu den Gesundheitsdiensten, die sozioökonomische Gleichheit beim Zugang, das hilfeschende Verhalten der Patienten, die organisatorischen Probleme sowie finanzielle Barrieren und Anreize mit ein (Gulliford et al. 2003).

Die Ursache für die intensiver geführte Diskussion in Großbritannien liegt in den im Vergleich zu Deutschland unterschiedlichen Gesundheitssystemen (staatliches System vs. Sozialversicherungssystem) begründet (Kranich et al. 2002a; Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Im Gutachten des SVR von 1992 wird darauf hingewiesen, dass alle Patienten in Deutschland das Recht auf gleichen Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, „...unabhängig von ihrer Nationalität oder Religion, ihrem sozialen Status, ihrem Wohnort oder ihrem Geschlecht“ (SVR 1992, S. 365). In Deutschland wird der Zugang zum Gesundheitswesen formal durch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ermöglicht. Gegenwärtig gehören ca. 90 % der Bevölkerung einer gesetzlichen Pflichtversicherung (GKV) an. 10 % sind Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV). Die Versicherten haben somit grundsätzlich einen gesetzlichen Anspruch auf eine umfassende Behandlung im Krankheitsfall. Hierfür liegt ein einheitlicher Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vor. Darüber hinaus sind ebenso präventive Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zahnmedizinische Prophylaxen und Schutzimpfungen im Versicherungsschutz enthalten. Ein Großteil der GKV-Leistungen sind als Regelleistungen gesetzlich festgelegt. Im Rahmen der Gesundheitsreformen hat der Gesetzgeber unter anderem verschiedene Leistungsausgrenzungen aus dem GKV Leistungskatalog vorgenommen, beziehungsweise für einzelne Leistungen Zuzahlungen eingeführt. Diese gesundheitspolitischen Steuerungsmaßnahmen wurden durchgeführt, um den steigenden Gesundheitsausgaben entgegenzuwirken. Im Vergleich zu den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts haben sich diese Zuzahlungen, die von den Versicherten getragen werden müssen, deutlich erhöht (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Diese finanziellen Belastungen stellen für manchen Patienten und Nutzer Zugangsbarrieren dar.

Wenn nun im Folgenden der Zugang zum Gesundheitswesen in Deutschland näher betrachtet wird, so kann dies nur im Zusammenhang mit den strukturellen und den organisatorischen Bedingungen von Gesundheitseinrichtungen erfolgen. Darüber hinaus entscheiden auch die sozioökonomischen Schichtmerkmale¹³ von Patienten und Nutzern über den Zugang zum Gesundheitswesen. Es hat sich bereits herausgestellt, dass trotz grundsätzlich bestehender rechtlicher Gleichheit durchaus Unterschiede in der Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen bestehen (Schwartz/Busse 2003).

3.2.1 Zugänglichkeit zu den Gesundheitseinrichtungen des Gesundheitswesens

Gesundheitseinrichtungen sind den verschiedenen Subsystemen des Gesundheitswesens zuzuordnen. Diese Untergliederung ist einerseits traditionell gewachsen und andererseits durch sozialrechtliche Abgrenzungskriterien entstanden. Zu den wichtigsten Subsystemen des deutschen Gesundheitswesens gehören der stationäre und ambulante Versorgungssektor (medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgung), der Arz-

¹³ Zu den drei häufig genannten sozioökonomischen Schichtmerkmalen gehören Bildung, beruflicher Status und Einkommen. Diese stehen eng miteinander in Verbindung (Mielck 2000).

neimittelsektor, der zahnmedizinische Sektor sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst (Badura/Strodtholz 1998; Beske et al. 1995). Die daraus resultierende Instanzenvielfalt und die gewachsene Intransparenz der Angebote als auch die Strukturen und Abläufe in der gesundheitlichen Versorgung erschweren den Zugang für Patienten und Nutzer (Schaeffer et al. 2005; Bahlo/Kern 1999). Es gibt beispielsweise nahezu für alle Fachgebiete niedergelassene Ärzte. So gibt es ca. 11.000 niedergelassene Ärzte in Deutschland (Kranich et al. 2002b).

Ein besonderes Merkmal des deutschen Gesundheitswesens ist die strenge institutionelle als auch sozialrechtliche Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern. Ansätze der integrierten Versorgung zwischen den beiden Bereichen sind in Deutschland bislang unzureichend (Böcken et al. 2003). Es wird strikt zwischen Kostenträgern (Krankenkassen und -versicherungen) und Leistungserbringern getrennt. Daneben herrscht eine klare institutionelle Trennung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, wie z. B. zwischen allgemein- und fachärztlicher ambulanter Versorgung und stationärer Versorgung (Kranich et al. 2002b). Ein besonderes Problem zeigt sich für Patienten und Nutzer im Bereich der Rehabilitation. Bürokratische und intransparente Verfahren bezüglich der Rehabilitation stellen für so manchen Patienten und Nutzer Hindernisse dar. Die Intransparenz bezieht sich auf die (Kosten-)Trägervielfalt sowie unklare Zuständigkeiten. Mit der Einrichtung sogenannter regionaler „Servicestellen für Rehabilitation“, die bei allen Rehabilitationsträgern wie Kranken-, Unfall-, oder Rentenversicherungen eingerichtet werden konnten, können Patienten und Nutzer Auskunft und Beratung zur Rehabilitation erhalten (BAR 2001).

Die strenge Abgrenzung der verschiedenen Versorgungsbereiche sowie die Fragmentierung des Leistungsgeschehens schafft strukturelle Gegebenheiten für Intransparenz. Damit sind bereits entscheidende Bedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungsangeboten des Gesundheitswesens für potenzielle Nutzer vorgegeben (Arnold 1998). Nachfolgend soll der Zugang am Beispiel des ambulanten Sektors vorgestellt werden. Patienten und Nutzer haben einen uneingeschränkten Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen des ambulanten Sektors. Zudem hat jeder Versicherte das Recht, einen niedergelassenen Arzt¹⁴, Facharzt oder Zahnarzt frei zu wählen. Darüber hinaus hat jeder Patient und Nutzer auch die Möglichkeit, aus der Vielzahl nicht-ärztlicher Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (Krankengymnasten, Logopäden, häusliche Krankenpflege etc.) zu wählen (Schwartz/Busse 2003). Zugangsprobleme ergeben sich allerdings, wenn niedergelassene Ärzte gegen Ende des Monats behaupten, ihr zur Verfügung stehendes Budget bereits aufgebraucht zu haben. In diesem Fall können Patienten von ihren Ärzten abgewiesen werden. Weitere Probleme in Bezug auf die Zugänglichkeit zur ambulanten Versorgung können die Einhaltung von Sprechstundenzeiten, die Wartezeit für Termine mit Ärzten sowie die Wartezeit in den Praxen und Kliniken gezählt werden (Güther/Potthoff 2003).

¹⁴ Seit dem 01.01.2004 wird dem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Praxisgebühr von zehn Euro beim Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal in Rechnung gestellt (BMGS 2005).

Insgesamt ist festzustellen, dass oftmals systembedingte Hürden den Zugang zu den Leistungsangeboten der Gesundheitseinrichtungen für Patienten und Angehörige erschweren. Diese Hürden beziehen sich auf lange Anfahrtswege, mangelnde Erreichbarkeit mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln sowie Wartezeiten in Praxen bzw. Kliniken. Zugleich zählt auch eine unzulängliche architektonische Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen, wie zu enge Türöffnungen, Treppen oder abschüssige Bereiche sowie fehlende auditive und visuelle Orientierungsmöglichkeiten zu den hinderlichen Faktoren (Schwartz/Busse 2003; Kohler et al. 2002).

3.2.2 Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen für einzelne Bevölkerungsgruppen

Die Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen gestaltet sich für einzelne Bevölkerungsgruppen mitunter besonders schwierig. Es finden diesbezüglich Untersuchungen statt, welche die kulturellen und gesellschaftlichen Einflüsse erforschen (Schwartz/Busse 2003). Bereits seit längerem wird die Bedeutung von sozioökonomischen Schichtmerkmalen und, eng damit verbunden, die soziale Ungleichheit im Rahmen der Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung wissenschaftlich diskutiert (Mielck 2000). Menschen aus unteren Lebenslagen verfügen häufig über mangelnde Kenntnisse über das Gesundheitssystem und über die Gesundheit. Hinzu kommt, dass die grundsätzliche Entscheidung, ob der Zugang zur professionellen Hilfe gesucht wird, oftmals von der Meinung der Laien im Umfeld der Betroffenen abhängt (Freidson 1970). Hauptsächlich in der bildungsfernen Schicht und in sozialen Randlagen (Migranten, Flüchtlinge, Arme etc.) bilden sich zunehmend Gruppen heraus, die trotz objektivem medizinischen Behandlungsbedarfs den Weg zur medizinischen Versorgung nicht finden (Rosenbrock 1999; Razum/Geiger 2003). Studien haben den Nachweis erbracht, dass für *Migranten* im Vergleich zur deutschen Bevölkerung häufig ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung besteht (Razum/Geiger 2003). Doch auch für bestimmte (Rand-) Gruppen der einheimischen Bevölkerung sind die Zugangsbarrieren häufig ähnlich. Allerdings sind sie für Migranten meist noch schwieriger zu überwinden (Geiger 2000).

Im Gegensatz zur Zugänglichkeit zu den medizinischen Leistungen werden insbesondere die präventiven Angebote von Personen aus dem sozial schwachen Milieu nicht in Anspruch genommen. Dies trifft z. B. auf die Bereiche Schwangerschaftsvorsorge und Geburt, Infektionskrankheiten sowie auf den Bereich der Zahngesundheit zu (Mashkooi et al. 1998). Notfallambulanzen dagegen werden von Migranten sehr häufig aufgesucht (Mashkooi et al. 1998; David et al. 1998). Eine im Rems-Murr-Kreis durchgeführte Untersuchung zum Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellungen zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern zeigte, dass im Vergleich zu deutschen Klein- und Kindergartenkindern türkische Kinder später und weniger häufig den Zahnarzt aufsuchten. Hierfür lag bei türkischen Eltern die Vorstellung zugrunde, den Zahnarzt nur dann aufsuchen zu müssen, wenn Zahnschmerzen vorliegen (v. Steenkiste 2004). Weitere Studien belegen, dass Migrantenkinder eine niedrigere Impfabdeckung aufweisen als deutsche Kinder. Auch die Ergebnisse des Bielefelder Grundschulgesundheitsurvey aus dem Jahr 2002 bestätigen

ebenfalls eine geringere Durchimpfungsrate und eine geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen von Flüchtlingskindern im Vergleich zu den deutschen Kindern. Migranten gaben vier Mal häufiger als Deutsche an, über die Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen nicht informiert worden zu sein (Keller 2003).

Die Ursachen für die geringere Inanspruchnahme durch Migranten werden auf finanzielle, rechtliche¹⁵, kulturelle, soziale und psychologische Zugangshemmnisse zu dem Regelsystem gesundheitlicher Versorgung zurückgeführt (Rosenbrock 1999; Gardemann/Mashkooori 1998). Zu den weiteren Ursachen zählen neben Sprachbarrieren auch migrationsspezifische Erfahrungen, unterschiedliche kulturelle Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Befürchtungen ausländerrechtlicher Konsequenzen bei Inanspruchnahme, Komm-Struktur und Wohnortferne, Geschlechterstruktur der Mitarbeiterschaft in den Versorgungs- und Beratungseinrichtungen, keine flexiblen Zeitstrukturen bei hohen Alltagsbelastungen v. a. von Frauen sowie grundlegende Informationsdefizite (Razum/Geiger 2003; Gaitanides 2004). So wurde bei Migranten im Rahmen einer vom DRK (1991) durchgeführten Studie ein erhebliches Informationsdefizit im Bereich sozialer und gesundheitlicher Leistungsangebote festgestellt. Abgesehen von den zentralen medizinischen Versorgungsangeboten besaßen die Befragten nur eine geringe oder verzerrte Vorstellung von sozialen und pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten. Zum Teil fehlte es gänzlich an grundlegenden Informationen über die generelle Existenz von Angeboten zur sozialen, medizinischen und pflegerischen Unterstützung. Dies lässt sich u. a. damit begründen, dass diese Leistungsangebote in den Herkunftsländern teilweise nicht vorhanden waren (Wingefeld 2003).

Auch die Bevölkerungsgruppe der *Kinder und Jugendlichen* hat häufig Schwierigkeiten, den Zugang zum Gesundheitswesen zu finden. Sie wenden sich selten an medizinische und psychosoziale Einrichtungen. Auch wenn eine Erkrankung vorliegt, lässt sich etwa nur jeder dritte Jugendliche im Alter von 13-16 Jahren von einem Arzt behandeln (Palentien 2003). Häufig sind psychische, soziale und räumliche Barrieren gegenüber helfenden Institutionen zu beobachten. Für diese Bevölkerungsgruppe stellt sich die Kontaktaufnahme zu den Personen in den Einrichtungen außerhalb ihrer bisher erlebten Sozialbeziehungen als eine grundlegend neue Situation dar. Mangelnde Information über die Struktur und Leistungsangebote der Dienste können dabei Ängste und Verunsicherung auslösen. Erschwerend kommt die räumliche Entfernung zu einem Arzt, Psychologen oder Pädagogen als weiteres Hindernis hinzu. Durch die Nähe zu Bildungs- und Erziehungseinrichtungen können die Zugangsprobleme für Kinder und Jugendliche vermindert werden (Palentien 2003).

Eine weitere Gruppe, die Probleme insbesondere beim Zugang zu Versorgungsangeboten hat, sind *chronisch Kranke*. Sie haben häufig Schwierigkeiten, einen direkten Zugang zu den für sie nützlichen und angemessenen Versorgungsangeboten sowie zu den sozialen Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten. Nur wenige von ihnen bewegen sich relativ sicher durch das Versorgungswesen und besitzen eine hinreichende Nutzungsex-

¹⁵ Der rechtliche Status von Migranten hat Einfluss auf die Nutzung des Gesundheitssystems. So haben beispielsweise Asylsuchende entsprechend des Asylbewerber-Leistungsgesetzes einen deutlich eingeschränkten Leistungsanspruch in Bezug auf medizinische Versorgung (Zenker et al. 1999; Rosenbrock/Gerlinger 2004; Razum/Geiger 2003).

pertise. Dem überwiegenden Teil der chronisch Kranken fehlt es an Informationen, Wissen und auch an Kompetenzen, sich im Versorgungswesen zurechtzufinden. Mit Beginn einer chronischen Krankheit müssen sie jedoch das Versorgungswesen in Anspruch nehmen, da sie ihre Situation sonst nur schwer bewältigen können. Dabei stoßen sie auf systembedingte Faktoren des Versorgungswesens, dem eigene Regeln und eine eigene Ordnung zugrunde liegen. Deren Funktionsweise ist intransparent und in Anbetracht der vorhandenen Instanzenvielfalt für manchen Patienten unüberschaubar und widersprüchlich. Als Weiteres kommt hinzu, dass im Wesentlichen den professionellen Akteuren (vor allem Mediziner) die Zuweisung von Versorgungsmaßnahmen obliegt. Erst dadurch wird den chronisch Kranken der Zugang zum Versorgungssystem eröffnet (Schaeffer 2004). Der Zugang zu den medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen als auch die Qualität der Versorgungsangebote sind für die Krankheitsbewältigung des Patienten mit entscheidend. Dementsprechend hat die Zugänglichkeit auch Auswirkungen auf den gesamten Gesundheits- und Krankheitsverlauf (Hurrelmann 2003).

Wie die Ausführungen gezeigt haben, kann der Patient und Nutzer den Zugang zum Gesundheitswesen erhalten. Er benötigt allerdings Informationen über die Organisation und die Struktur des Systems. Gegenwärtig ist der Erwerb von Informationen und Beratungsangeboten nicht nur im Gesundheitswesen insgesamt, sondern auch in der unmittelbaren Begegnung zwischen Patienten und Leistungserbringern unzureichend (SVR 2000/2001). Deswegen suchen Patienten und Nutzer des Gesundheitswesens mittlerweile verstärkt Beratung und Hilfe außerhalb der Versorgungseinrichtungen und der Kostenträger. Ein Informationsbedarf entsteht insbesondere dann, wenn Patienten und Nutzer zusätzliche Informationen benötigen oder wenn sie in Konfliktsituationen mit medizinischen Einrichtungen (Behandlungsfehler) oder den Krankenkassen (Gewährung von Leistungen) stehen (Schienkiewitz/Dierks 2001). In diesen Situationen haben Patienten und Nutzer die Möglichkeit, auf die verschiedensten Medien zurückzugreifen und Institutionen in Anspruch zu nehmen, um Nutzerinformationen einzuholen bzw. sich beraten zu lassen.

3.2.3 Zugangswege zu Präventionsangeboten des Gesundheitswesens

Aufgrund der Evaluation präventiver Maßnahmen der AOK Niedersachsen im Jahr 2000 liegen erstmals Ergebnisse zur Identifikation, Selektion und Erreichbarkeit definierter Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen vor. Es zeigte sich, dass insbesondere Informationen in (regionalen) Printmedien wie Zeitungen sich als ein effektiver Zugangsweg darstellten. Daneben waren direkte Anschreiben und Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift der AOK ein weiterer Zugangsweg, der von den Interessenten genutzt wurde. Die Krankenkassen organisierten und führten darüber hinaus Aktionstage in den Geschäftsstellen und Fußgängerzonen durch. Dadurch wurde ebenfalls ein Zugangsweg für die Rekrutierung von Interessierten für Präventionsmaßnahmen beschritten. Die Ergebnisse der Evaluation zeigten weiter, dass kaum geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Zugangswegen bestanden. Männer reagierten etwas häufiger als Frauen auf Aushänge. Außerdem konnten sie besser als Frauen über Aktionen erreicht werden. Frauen dagegen fühlten sich vermehrt über direkte

Anschreiben angesprochen. Allerdings zeigten die Evaluationsergebnisse, dass altersspezifische Differenzen vorlagen. So wurden über Zeitungen vor allem über 40-Jährige auf das Präventionsprogramm der Krankenkassen aufmerksam, wobei sich Männer über dieses Medium etwas stärker angesprochen fühlten als Frauen. Auch die Mitgliederzeitschrift der Krankenkassen erreicht insbesondere die Zielgruppe der 40- bis 60-Jährigen. Über diesen Zugangsweg konnten auch die bis 40-Jährigen etwas häufiger angesprochen werden als Personen im mittleren Alter. Auf Aushänge reagierten vor allem 30- bis 50-Jährige. Die wenigen Personen, die über ihren Arzt informiert wurden, gehörten der Altersgruppe der über 60-Jährigen an. Die Ergebnisse der Evaluation konnten belegen, dass innovative Zugangswege durchaus Interessenten für Präventionsprogramme erreichen konnten. Allerdings war ebenso ein zeitlicher Mehraufwand durch die Mitarbeiter der Krankenkassen nötig, um Zugangswege zu gestalten (Walter et al. 2002).

3.3 Zugang zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation

Das Thema Zugang zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation hält in Deutschland erst seit kurzem verstärkt Einzug in die wissenschaftliche Diskussion. Mit der Verabschiedung des § 65b SGB V wurden von der politischen Seite erstmals strukturelle und finanzielle Spielräume für die unabhängige Patientenberatung in Deutschland geschaffen. Infolgedessen sind 30 Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in eine dreijährige Förderphase aufgenommen worden. Alle Modellprojekte wurden extern durch die Fakultät Gesundheitswissenschaften in Bielefeld sowie durch die Medizinische Hochschule Hannover wissenschaftlich begleitet und erforscht. Das Ziel der Evaluation bestand darin, Erkenntnisse zu erarbeiten, die für die Weiterentwicklung von bedarfs- als auch bedürfnisgerechter Angebote der Patientenberatung bzw. Nutzerinformationen herangezogen werden können. Außerdem sollen die gewonnenen Erkenntnisse dazu beitragen, die Fachlichkeit, die Qualität und Transparenz der Patientenberatungen und Nutzerinformationen, die angeboten werden, zu erhöhen (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005; Seidel/Dierks 2004a).

In der Evaluation der Modellprojekte wurden u. a. schriftliche Nutzerbefragungen, leitfadengestützte Telefoninterviews mit Nutzern der Modellprojekte sowie qualitative Gruppendiskussionen (Focus Groups) mit potenziellen Nutzern durchgeführt. Bei den potenziellen Nutzern handelte es sich um die bislang unterrepräsentierten¹⁶ Bevölkerungsgruppen in der Patientenberatung (Schaeffer et al. 2005).

Die Ergebnisse der Begleitevaluation, die hinsichtlich der Zugänglichkeit und der Erreichbarkeit zu den Beratungs- und Informationsangeboten ermittelt wurden, deuten daraufhin, dass diesbezüglich Mängel vorliegen. So konnte festgestellt werden, dass alle Projekte, die telefonische oder Face-to-Face-Beratungsangebote vorhalten, nur zum Teil niederschwellig

¹⁶ Dazu zählten Migranten, Frauen aus unteren sozialen Schichten und Personen aus sozialen Brennpunkten.

angelegt sind. In vielen Fällen sind die Beratungsstellen nur in einem eingeschränkten Zeitfenster für die Ratsuchenden erreichbar. Dieses Ergebnis ist vor allem auf die zumeist sehr dünne Personaldecke der Patientenberatungsstellen zurückzuführen, die in Analogie zur finanziellen Ausstattung steht. Des Weiteren konnte in der Evaluation festgestellt werden, dass die Auffindbarkeit bei einigen Projekten mit Schwierigkeiten verbunden ist. Auch wurde in der Evaluation darauf hingewiesen, dass bei manchen Modellprojekten ein barrierefreier Zugang nur bedingt möglich ist (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005; Seidel/Dierks 2004a).

In den leitfadengestützten Telefoninterviews mit insgesamt 80 Nutzern von 19 Patientenberatungsstellen zeigte sich, dass vor allem gut gebildete Personen höherer Altersgruppen die Beratungsstellen frequentierten. Dagegen sind etliche Nutzergruppen, wie Männer, Migranten, Jugendliche/junge Erwachsene und Angehörige unterer sozialer Schichten im Spektrum der Nutzer, die die Patientenberatung in Anspruch genommen haben, unterrepräsentiert. Nutzer¹⁷, die den Zugang zur Patientenberatungsstelle erhalten haben, wiesen die folgenden Charakteristika auf. Frauen stellten mit 67,9 %, einem durchschnittlichen Alter von 52 Jahren und einem mittleren Bildungsgrad den größten Anteil der befragten Nutzer dar. Bei den Männern mit einem durchschnittlich hohen Bildungsgrad lag das Durchschnittsalter bei 57 Jahren. Die Berufsgruppe der Angestellten war sowohl bei Frauen (67,5 %) als auch bei Männern (51,5 %) am häufigsten vertreten. 97,9 % der Befragten waren Deutsche. 81,2 % (n = 1262) nahmen erstmalig den Kontakt zu einer Patientenberatungsstelle auf (Seidel/Dierks 2004a). Insgesamt war festzustellen, dass die vorgehaltenen Beratungsangebote besonders von älteren Nutzern, chronisch Kranken und Personen mit einem mittleren bis hohen Bildungsstand in Anspruch genommen wurden (Krause/Schaeffer 2005). Menschen mit niedrigem sozialem Status, Männer Jugendliche/junge Erwachsene und Migranten nahmen die Angebote bislang kaum in Anspruch. Auffällig war dagegen, dass besonders die Zielgruppen mit niedriger Schulbildung die Patientenberatung beim Sozialverband in Anspruch nahmen. Offenbar war das „klassische“ Klientel dieses Trägers auch für das neue Angebot zu interessieren (Schaeffer et al. 2005).

Ein erster wichtiger Anhaltspunkt für die Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation ergibt sich aus der geographischen Lage der Modellprojekte. Diese verteilen sich auf 22 Haupt- und 46 Nebenstandorte¹⁸ und sind in der gesamten Bundesrepublik Deutschland anzutreffen. Am häufigsten kommen sie in der Mitte Deutschlands vor, wo sie vor allem von Westen nach Osten folgend in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Thüringen und Sachsen vorzufinden sind. Wie die Abbildung 2 zeigt, ist eine weitere Ansammlung von Projekten rund um den Großraum Berlin vorhanden. Ebenso sind im Saarland und in Schleswig-Holstein im Bereich der Landeshauptstädte Saarbrücken bzw. Kiel gleich mehrere Modellprojekte präsent. Dagegen sind verhältnismäßig wenig in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg

¹⁷ Es handelt sich hierbei um diejenigen Nutzer, die den Nutzerfragebogen im Rahmen der Evaluation zurückgesendet haben (n = 1292).

¹⁸ Die geringe Zahl von Haupt- und Nebenstandorten (n = 68) ist im Vergleich zur absoluten Zahl von Projektstandorten (n = 88) auf Projektüberschneidungen an einem Standort zurückzuführen. In einigen Städten sind bis zu fünf Projekte vorzufinden.

und Bayern anzutreffen. Zwischen einigen Standorten existieren jedoch relativ große regionale Lücken (Schaeffer et al. 2005). In diesen Regionen müssen Nutzer, die eine persönliche Beratung in Anspruch nehmen möchten, weite Anfahrtswege in Kauf nehmen. Insgesamt hat die Modellförderung jedoch einen wichtigen Beitrag zur Strukturentwicklung geleistet und das Angebot zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation sehr ausgeweitet. Zugleich wurden etliche der bestehenden infrastrukturellen Lücken geschlossen. Eine ausgewogene regionale Verteilung ist allerdings noch nicht erreicht. Infrastrukturelle Defizite bestehen derzeit in vielen ländlichen und kleinstädtischen Regionen. Dagegen verfügen städtische und insbesondere großstädtische Regionen inzwischen über ein vielfältiges Beratungsangebot. Es existiert aber bislang noch kein flächendeckendes Angebot an unabhängigen Beratungs- und Informationsanbietern für Patienten und Nutzer in Deutschland (Schaeffer et al. 2005).

Abbildung 2: Modellprojekte nach § 65b SGB V in Deutschland
 Quelle: Schaeffer et al. 2005, S. 51

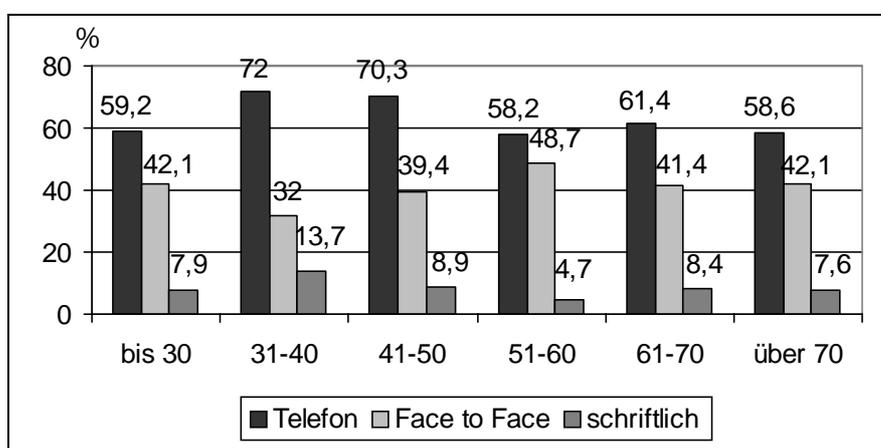


3.4 Zugangsmöglichkeiten zur Patientenberatung und Nutzerinformation

Im Rahmen der Evaluation der unabhängigen Modellprojekte nach § 65b SGB V gaben 99,5 % der befragten Nutzer Auskunft darüber, welche Zugangsmöglichkeit sie zur Beratung gewählt haben (Abbildung 3). In allen Altersgruppen ist die *telefonische Beratung* neben der *Face-to-Face-*

Beratung und der *schriftlichen Form* (E-Mail oder Brief) gewählt worden. Von den drei Möglichkeiten wurde besonders häufig das Telefon als Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation genutzt. Die Nutzer in den beiden Altersgruppen 31 bis 40 Jahre (72 %) und 41 bis 50 Jahre (70,2 %) lassen sich besonders häufig telefonisch beraten. Die Altersgruppe der 51 bis 60-Jährigen nahm mit 58,2% etwas mehr das telefonische als das persönliche Gespräch (48,7 %) in Anspruch. Dagegen nimmt die Diskrepanz zwischen den beiden Möglichkeiten in den Altersgruppen der 61-70-Jährigen (61,4 % und 41,4 %) und der über 70-Jährigen (58,6 % und 42,1 %) wieder zu (Seidel/Dierks 2004a). Weiter konnten auch soziodemographische Besonderheiten aufgezeigt werden. Es stellte sich heraus, dass besonders ältere Menschen sowie Personen unterer sozialer Schichten und Ratsuchende mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen die Face-to-Face-Beratung bevorzugten (Krause/Schaeffer 2005).

Abbildung 3: Art der Beratung nach Alter (n = 1.113, Mehrfachnennungen möglich), Quelle: Seidel/Dierks 2004a, S. 22



3.4.1 Zugang durch das Telefon

In den letzten Jahren hat sich neben der persönlichen Beratung (Face-to-Face) das „Servicetelefon“ etabliert. Damit ist für Patienten und Versicherte ein weiterer Beratungsservice entstanden, über den Informationen zu Gesundheitsthemen abgerufen werden können. Der Zugang durch das Telefon kann über eine kostenlose oder über eine kostenpflichtige Telefonnummer bereitgestellt werden. Üblicherweise wird die Beratungsleistung über reguläre Telefonnummern und entsprechende Tarife angeboten. Damit bleiben die Kosten eines Gespräches für den Anrufenden noch erschwinglich. Beratungsangebote, die allerdings über eine 0190-Nummer angeboten werden, können für den Anrufenden sehr hohe Kosten zur Folge haben. Diese kostenpflichtigen Beratungsangebote sind beispielsweise unter dem Stichwort „Guter Rat“-Hotlines zu Ärzten, Psychologen und Heilpraktikern etc. zu finden. Nutzer, die diese telefonischen Beratungsangebote wählen, müssen mit einer Telefongebühr von ca. zwei Euro pro Minute rechnen (Dierks et al. 2000).

Im Rahmen des Modellprojektes des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen „Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsinformation, Bürgerkompetenz, Gesundheitsfragen und gesundheitlicher Verbraucherschutz“ richtete die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) im Jahr 1999 in Münster unter anderem eine Beratungsstelle für Bürger und Patienten ein. Ziel ist es, Patienten und Nutzer in der Entwicklung ihrer Kompetenz beim Zugang zu und im Umgang mit medizinischer Information zu stärken. Der Zugang zur Beratungsstelle selbst erfolgt telefonisch oder in schriftlicher Form (Brief, Fax, E-Mail). Von Januar 1999 bis August 2000 ist die Beratungsstelle von 3028 Nutzern telefonisch und schriftlich in Anspruch genommen worden. Die Mehrheit der Anfragen kamen direkt aus Münster. Es konnte jeweils ein Anstieg von Telefonanfragen registriert werden, wenn zuvor in der Presse Informationen über die Arbeit der Bürger- und Patientenberatung bei der Ärztekammer veröffentlicht wurden. Zudem erlangten die Nutzer Kenntnis von der Beratungsstelle durch Krankenkassenmitarbeiter, die die Telefonnummer an ihre Versicherten weitergaben (Maienborn 2001). Dadurch konnte der Weg zur Beratungseinrichtung geebnet werden.

Erst seit kurzer Zeit werden auch die telefonischen Hotlines bzw. Callcenter der Krankenkassen als Komponenten des Versorgungssystems angesehen (Hild/Beck 2002). Sie stellen damit eine weitere Zugangsmöglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende dar. Inzwischen bieten fast alle Krankenversicherungen ihren Versicherten und Patienten einen kostenlosen telefonischen Informations- und Beratungsdienst zu den Themen Krankheit und Gesundheit an. Etwa ein bis acht Prozent der Versicherten einer Krankenkasse nehmen die Leistungen der Callcenter in Anspruch. Häufig handelt es sich hierbei um Nutzer, die ein medizinisch bedingtes Anliegen und einen entsprechenden Beratungsbedarf haben. Den „typischen Nutzer“ eines Callcenters gibt es allerdings nicht. Grundsätzlich lassen sich folgende allgemeine Aussagen treffen: „Je höher der durchschnittliche Bildungsabschluss der Versicherten einer Krankenkasse ist, desto

- eher nutzen auch Männer und jüngere Versicherte das Angebot
- eher werden auch Fragen von Prävention, alternativen Behandlungsmöglichkeiten und gesunder Lebensweise gestellt“ (Haus i. E.).

Im Rahmen von „Kampagnen“ der Krankenkassen („Winterspeck im Frühjahr - das muss nicht sein“) bieten die Callcenter auch spezialisierte Beratungen an. Die veröffentlichten Informationen hatten zur Folge, dass die Inanspruchnahme der medizinischen Callcenter um das Dreifache des Ausgangswertes anstieg. Versicherte holten dann weitergehende Informationen ein (Haus i. E.).

Viele Nutzer beurteilten die Erreichbarkeit des Callcenter in Befragungen als „sehr gut“ und „gut“. Das positive Ergebnis wird auf eine entsprechende personelle Besetzung und technische Ausstattung eines Callcenters zurückgeführt (Strukturqualität). Würden die Krankenkassen an diesen beiden Positionen Kosten einsparen wollen, hätte dies Auswirkungen auf die Erreichbarkeit. Dann würden mehr Anrufer „verloren gehen“ und mehr Anrufer würden in einer telefonischen Warteschleife landen. Damit sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass der Ratsuchende nochmals anruft. Die Folge

ist, der potenzielle Nutzer erhält keinen Zugang und damit auch keine Beratung (Hauss i. E.). In einer Begleitevaluation eines Informationsdienstes der gesetzlichen Krankenversicherung teilten die Versicherten mit, dass es für sie besonders wichtig sei, mittels des telefonischen Informationsdienstes schnell und kontinuierlich einen Ansprechpartner zu erhalten. Und genauso wichtig sei für sie die Möglichkeit, im persönlichen Gespräch Fragen behandeln zu können (Schwarz et al. 2001).

Eine weitere Zugangsmöglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation bietet auch der telefonische Krebsinformationsdienst (KID) in Heidelberg. 20 Personen aus den Bereichen Medizin, Biologie und Psychologie beraten kostenlos in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr bei Fragen zum Thema Krebs. Die telefonische Erreichbarkeit scheint jedoch nicht für alle Nutzer des KID problemlos zu sein, da einige Anrufer darüber klagen, dass die Leitungen tagelang belegt seien (Lerch/Dierks 2001). Die Zahl derjenigen, die es nicht geschafft haben den telefonischen Zugang herzustellen, ist allerdings nicht bekannt.

3.4.2 Zugang durch das Internet

Patienten und Nutzer können für ihre Informationsrecherche den Zugang zu den Kontaktinformationen über eine Patientenberatungsstelle durch das Internet erhalten. Dazu sind allerdings einige Voraussetzungen notwendig. Sie benötigen neben der sogenannten Hardware wie Computer, Modem, Telefonanschluss oder ISDN-Anschluss auch die entsprechende Software. Obwohl ein großer Teil an Internet-Software kostenfrei im Internet zum Herunterladen zur Verfügung steht, sind neben den einmaligen Anschaffungskosten vor allem die laufenden Kosten ein dauerhafter finanzieller Posten. Neben den Grundgebühren für das Telefon oder den ISDN-Anschluss fallen ebenfalls monatliche Beiträge für den Internet-Provider, Telefonkosten für die Verbindungszeit sowie Kosten für weitere Internetaktivitäten an. Von den laufenden Kosten hängt es häufig ab, ob und wie lange sich eine Person den Zugang zum Internet finanziell leisten kann. Zu den weiteren Voraussetzungen für eine erfolgreiche Internet-Nutzung gehören neben den finanziellen Ressourcen zusätzlich auch der persönliche zeitliche Einsatz und das eigene Lernengagement, denn das Internet erfordert vom Patienten und Nutzer eine Fülle von Fertigkeiten (Medienkompetenz). Dazu gehören technische Fertigkeiten, wie z. B. den Zugang zum Internet herzustellen oder Informationen aus dem Internet herunterzuladen. Des Weiteren benötigt der Patient und Nutzer eine gewisse Orientierungsfertigkeit, sich im Internet zurechtzufinden, um die gewünschten Informationen recherchieren zu können. Dazu gehört auch, dass der Nutzer bei der Informationsrecherche mittels einer Suchmaschine mit der Bedienung vertraut sein muss (Döring 1999). Bei der großen Anzahl von Internetseiten ist es unmöglich, auch nur annähernd einen Überblick über das bestehende Angebot zu erhalten. Mit der Flut von Informationen ergeben sich neue Probleme. So ist der Nutzer nur selten in der Lage, die Qualität und Authentizität der Informationen zu beurteilen (Viell 2002).

Das Internet bietet einen weltweiten Zugang zu Informationen, die fast von jedem Ort der Welt aus sowie rund um die Uhr abgerufen werden können (Schmidt-Kaehler 2003). Mittlerweile nutzen 52,6 % der Bundes-

bürger in Deutschland über 14 Jahre das Internet (Fittkau/Maas 2004). 41 % der Deutschen, die mehrheitlich weiblichen Geschlechts sind, formal über eine geringe Bildung und ein niedriges Einkommen verfügen, nutzen das Internet nicht. Sie gehören zu der sogenannten Gruppe der „Offliner“. Die Hälfte der Offliner ist älter als 63 Jahre (TNS EMNID 2004). Bislang dominieren die Männer das deutschsprachige Internet. Neuere Onlinestudien zeigen jedoch Veränderungen in der Nutzerstruktur auf. Der Frauenanteil unter den Internetnutzern wächst in der Bundesrepublik kontinuierlich an (Tautz 2002). Derzeit liegt der Anteil der Frauen zwischen 42,9 % (Fittkau/Maas 2004) und 45,6 % (TNS EMNID 2004). Internetnutzer zwischen 30 bis 39 Jahre (27,7 %) nutzen das Medium am häufigsten (Fittkau/Maas 2004). Besonders hohe Zuwachsraten sind in der Altersgruppe der über 50-Jährigen zu verzeichnen. Der Anteil derer, die über einen Internetzugang verfügen, stieg hier von 11,9 % in 1999 auf 20,1 % in 2004 an (Fittkau/Maas 2004). TNS EMNID (2004) stellte in dieser Altersgruppe sogar einen Onliner-Anteil von 28,2 % fest. Bei den über 60-Jährigen wuchs der Anteil von 14,6 % in 2003 auf 17,4 % (TNS EMNID 2004). Damit nehmen die Hemmschwellen im Umgang mit den neuen Technologien auch in der älteren Bevölkerung scheinbar zunehmend ab. Dennoch steht das Internet noch immer nur einem begrenzten Teil der Bevölkerung zur Verfügung. Das Medium bleibt bis heute als Zugangsweg zur Patientenberatung und Nutzerinformation für den überwiegenden Teil der älteren Generation und damit für die Mehrzahl der chronisch Kranken verschlossen (Meierjürgen 2002). Daraus erwächst möglicherweise auch eine Ungleichheit in der Versorgung der Patienten mit den Angeboten zur Patientenberatung und Nutzerinformation (Schmidt-Kaehler 2003).

Im Rahmen der Modellförderung nach § 65b SGB V wurden insbesondere Modellprojekte, die sich auf virtuelle Beratungsangebote spezialisiert haben, finanziell gefördert. Sieben der insgesamt 30 Modellprojekte beschäftigten sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung von internetgestützten Gesundheitsinformationen sowie der Bereitstellung und Erprobung von interaktiven Beratungsformen. In der Begleitevaluation konnten wichtige Ergebnisse hinsichtlich der Zugänglichkeit zur internetgestützten Patientenberatung und Nutzerinformation gewonnen werden (Schaeffer et al. 2005). Um eine gute Erreichbarkeit und Zugänglichkeit zu diesen Informations- und Beratungsangeboten zu realisieren, kann das Internet zur Schließung infrastruktureller Lücken in ländlichen Regionen einen wichtigen Beitrag leisten. Ein weiterer Vorteil des Internets gegenüber konventionellen Beratungsangeboten mag für manche Patienten und Nutzer darin liegen, dass der Kontakt zum Hilfesystem anonym aufgenommen werden kann. Darüber hinaus setzten Systeme wie der E-Mail-Dienst Kommunikationsbarrieren herab. Ferner können schwer erreichbare Zielgruppen sowie Menschen mit Behinderungen einen weitgehend barrierefreien Zugang zu Gesundheitsinformationen erhalten (Schaeffer et al. 2005; Schmidt-Kaehler 2003). Gerade das Internet stellt besonders für Menschen, die aufgrund einer Behinderung in ihrer räumlichen und sozialen Mobilität eingeschränkt sind, ein bereits umfangreich und zunehmend aktiv genutztes Medium zur Informationsrecherche, zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung dar. Dies gilt auch für die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten und die Gruppe der pflegebedürftigen älteren Menschen und ihren Angehörigen (Kirschning/v. Kardorff 2002). Ab dem Jahr 2005 ist die Zugänglichkeit für behördliche Internetangebote für Be-

hinderte mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben. Auch für alle anderen Internetanbieter sollte es selbstverständlich sein, die Zugänglichkeit einer Internet-Seite für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Besonders für Websites, die sich mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen, sollte dies selbstverständlich sein. Doch leider sind bis heute nicht alle Websites barrierefrei gestaltet. Durch die Verwendung von Frames und Tabellen sowie durch die Notwendigkeit von Java-Unterstützung der Internet-Software wurden künstliche Zugangsbarrieren geschaffen (Schaeffer et al. 2005).

3.5 Zugang in Abhängigkeit von der Gestaltung von Beratungseinrichtungen

Eine Beratungseinrichtung ist zu allererst einmal ein Ort, zu dem ein von außen kommender Patient und Nutzer hingehet. Er kommt mit einem mehr oder weniger klaren Anliegen. Da das Aufsuchen einer Beratungseinrichtung keine alltägliche Selbstverständlichkeit ist, sind gerade für den Erstkontakt die Räumlichkeiten und die Lage einer Beratungsstelle von erheblicher Bedeutung. Wenn aber das Thema Beratung diskutiert wird, dann steht eher der kommunikative Prozess zwischen den beteiligten Personen im Vordergrund. Dass ein Beratungsgespräch in einer Beratungseinrichtung stattfindet, wird dabei als notwendige Infrastruktur vorausgesetzt, die eben vorhanden sein muss. Für die Nutzer eines Beratungsangebotes hat jedoch das Gesamtsetting der Beratungsstelle Auswirkungen auf den gesamten Beratungsprozess. Viele kleine Eindrücke wirken auf den Nutzer der Beratungsstelle und strukturieren die Kommunikationsmöglichkeiten (Großmaß 2002).

Das institutionelle und räumliche Setting soll dazu beitragen, dass möglichst viele Personen den Zugang zur Beratung erhalten, d.h. das Setting darf nicht auf Individuelles zugeschnitten sein (Großmaß 2004). Daher sind durchaus viele Aspekte zu bedenken, die für das Gelingen eines Beratungsangebotes unabdingbar sind.

„Wer ein Beratungsangebot ansprechend findet und folglich nutzt, hängt stark vom Image und dem äußeren Setting einer Einrichtung ab“ (Großmaß 2002, S. 188).

Mit einem Gedankenexperiment, das in Anlehnung an Großmaß (2002) im Folgenden geschildert wird, soll das persönliche Aufsuchen einer Patientenberatungsstelle aus Nutzersicht verdeutlicht werden:

Ein chronisch kranker Nutzer befindet sich in einer Phase der Verschlechterung seines Krankheitsverlaufes. Von seinem Hausarzt hat er einen neuen Therapieversuch erhalten. Der Patient fühlt sich nicht ausreichend informiert und möchte sich über die vom Hausarzt vorgeschlagene Therapiemöglichkeit weiter informieren und beraten lassen¹⁹. Zu diesem Zeitpunkt ist der Nutzer insgesamt verunsichert und ist über seinen gesundheitlichen Zustand beunruhigt. Von Freunden erfährt er, dass Patien-

¹⁹ In der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V gehörte die Nachfrage nach krankheitsbezogenen bzw. gesundheitsbezogenen Informationen zu den häufigen Nutzeranfragen in den unabhängigen Patientenberatungsstellen.

tenberatungseinrichtungen existieren, die ihm in seiner Situation die nötige Beratung und Informationen bieten können. Der Patient hat sich dazu entschlossen, eine Patientenberatungsstelle persönlich aufzusuchen. Was könnte er sich von dem Ort wünschen, den er aufsuchen möchte?

- Der Nutzer möchte die Beratungsstelle schnell finden, ohne jemanden danach fragen zu müssen. Er möchte auch nicht lange vor Schildern mit zahlreichen Angaben verweilen.
- Beim Aufsuchen der Beratungsstelle möchte der Nutzer nicht von Bekannten gesehen werden.
- Ist der Nutzer in der Einrichtung angekommen, so möchte er sich dort schnell zurechtfinden können. Seine innere Unsicherheit will er nicht auch noch durch äußere Irritation verstärken.
- Er will nicht, wie beispielsweise in einem Wartezimmer des Arztes, für alle anderen sichtbar auf die „Behandlung“ warten.
- Er möchte auf der einen Seite nicht mit Eindrücken überflutet werden, auf der anderen Seite möchte er aber doch etwas vorfinden, worauf sein Blick ruhen kann. Eventuell möchte er auch etwas Interessantes in die Hand nehmen, um darin blättern zu können.
- Er möchte in der Beratungsstelle weder mit dem privaten Anliegen anderer Menschen konfrontiert, noch mit Schmutz in der Einrichtung belästigt werden.
- Er will sich auch nicht „Fehl am Platz“ fühlen – weder bezüglich seines Geschlechts, noch seiner sozialen Schicht, noch hinsichtlich seiner inneren Überzeugungen (Großmaß 2002).

Wie sollte eine Patientenberatungsstelle gestaltet sein, um den individuellen Bedürfnissen des Nutzers auch nur halbwegs zu genügen? Nach Großmaß (2004) sollten daher folgende Kriterien bei der Gestaltung von Beratungsräumen berücksichtigt werden:

- Verortung der Beratungsstelle

Die Beratungsstelle sollte für (potenzielle) Nutzer geografisch günstig verortet und leicht erkennbar sein. Darüber hinaus sollte sie für den Nutzer einen unauffälligen Zugang ermöglichen, so dass er beim Zutritt in die Einrichtung nicht sofort als Betroffener identifiziert wird. Diese Anforderung bezieht sich hauptsächlich auf themenspezifische Beratungsstellen wie z. B. Suchtberatungseinrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen oder Aids-Beratung. Diese Einrichtungen sollten an Orten untergebracht sein, die für die Nutzer zu den selbstverständlich genutzten Ausschnitten des öffentlichen Raumes gehören (Großmaß 2004).

- **Eingangsbereich**
 Der Eingangsbereich einer Beratungsstelle sollte freundlich-sachlich gestaltet sein. Die räumliche Struktur muss eine schnelle Orientierung des Ratsuchenden zulassen. Diese neutrale Beschreibung kann jedoch von Ratsuchenden individuell wahrgenommen werden. Was auf einen Personenkreis, der an den Besuch von Institutionen gewohnt ist, hell und freundlich wirkt, kann für andere Personen, die sich nur in privat-familialen Räumen sicher fühlen, abschreckend und steril sein. Das Personal einer Einrichtung sollte aus diesem Grunde die Ratsuchenden in den Räumlichkeiten aktiv empfangen, ohne dabei die individuellen Grenzen der Personen zu überschreiten. Mit der Bearbeitung des jeweiligen Anliegens sollte ein potenzieller Nutzer auch mit den Abläufen in der Einrichtung vertraut gemacht werden (Großmaß 2004).
- **Sitzmöglichkeiten**
 Die Sitzmöglichkeiten in einer Beratungseinrichtung sind so zu gestalten, dass sie zum einen Übersicht und Beweglichkeit ermöglichen. Zum anderen sollten sie den Ratsuchenden Sichtschutz bieten, indem sie nicht von allen Seiten einsehbar sind (Großmaß 2004).
- **Raumstruktur**
 Die Raumstruktur muss so gestaltet sein, dass persönliche Gespräche in geschützten Räumen (Beratungsräume) stattfinden können. Ebenso muss der öffentliche Bereich der Beratungsstelle auch die der Öffentlichkeit zugewandten Seite des Ratsuchenden wahren (Großmaß 2004).
- **Raumästhetik und Mobiliar**
 Die Raumästhetik und das Mobiliar sollten einladend und ansprechend sein, jedoch keine Exklusivität (welcher Art auch immer) ausdrücken. Auch sollte das Mobiliar keine privat-persönlichen Stile wiedergeben (Großmaß 2004).
- **Symbole von Religionszugehörigkeit und kultureller Verortung**
 Eine Beratungsstelle, die für alle Nutzergruppen zugänglich sein will, darf keine Symbole von Religionszugehörigkeit und kultureller Verortung verwenden (Großmaß 2004).
- **Erreichung von Zielgruppen**
 Soll eine bestimmte Zielgruppe wie Kinder, Jugendliche, Frauen, Männer, Senioren etc. angesprochen werden, dann sind auch die Räumlichkeiten entsprechend zu gestalten. Dieses bezieht sich vorwiegend auf ausliegende Informationsmaterialien, die Verwendung der jeweiligen Sprachen und Sprachstile bei den Aushängen von Plakaten u.ä. und auf das Mobiliar, dass auf die entsprechenden Lebensgewohnheiten der Zielgruppen ausgerichtet sein sollte. Eine Beratungsstelle, die ebenfalls informative Aufgaben ausübt, sollte in den Räumen entsprechende Plakate platzieren und andere Materialien zur Selbstbedienung auslegen (Großmaß 2004).

3.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde der Begriff „Zugang“ ausführlich erläutert. Während der Literaturrecherche war festzustellen, dass in der deutschen Literatur eher der Begriff „Niedrigschwelligkeit“ zu finden ist. Penchansky/Thomas (1981), zwei amerikanische Autoren, haben sich bereits in den 1970er Jahren bemüht, den Begriff Zugang (access) zu definieren. Access wird oft zur Beschreibung der Faktoren verwendet, die den Eintritt in das Gesundheitssystem oder dessen Nutzung (access to health care) beeinflussen. Die Autoren schlagen vor, access als ein umfassendes Konzept zu verstehen und differenzierter zu betrachten.

Auch in Deutschland wird seit geraumer Zeit das Thema Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen wissenschaftlich diskutiert. Schwartz/Busse (2003) siedeln den Begriff „Zugang“ zwischen „Nachfrage“ und „Inanspruchnahme“ der Gesundheitsversorgung an. Die Autoren zählen neben den von Penchansky/Thomas (1981) genannten Aspekten ebenso die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen dazu. Dabei steht insbesondere die soziale Ungleichheit im Mittelpunkt der Diskussion. Einzelne Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Migranten, Kinder- und Jugendliche sowie chronisch Kranke finden oftmals nicht den Weg zum Gesundheitswesen. Es ist zu fragen, inwieweit für diese Nutzergruppen der Weg zur Patientenberatung geebnet werden kann.

In der vorliegenden Arbeit wird überwiegend der allgemeine Begriff „Zugang“ bzw. „Zugänglichkeit“ verwendet. Dieser umfassende Begriff wird in dem empirischen Teil dieser Masterarbeit ebenfalls differenzierter betrachtet werden. So geben die von Penchansky/Thomas (1981) eingeführten Dimensionen mit ihren einzelnen Aspekten wichtige Anhaltspunkte für die Untersuchung der Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation. In der Untersuchung müssen daher Aspekte wie Öffnungszeiten, Sprechzeiten oder auch die Erreichbarkeit über das Telefon näher betrachtet werden. Des Weiteren wurde in der Literatur auf die gewachsene Intransparenz der Angebote als auch auf die Strukturen und Abläufe in der gesundheitlichen Versorgung hingewiesen, die ebenfalls dazu beitragen können, die Zugänglichkeit für Nutzer zu erschweren.

Die Verortung und die Gestaltung von Beratungsräumen nehmen Einfluss auf die Zugänglichkeit für Patienten und Nutzer. In der Studie muss daher ein besonderes Augenmerk auf die Räumlichkeiten der Einrichtungen während der Beobachtung gerichtet werden. Es ist von großem Interesse zu erfahren, inwiefern die exemplarisch ausgewählten Patientenberatungsstellen diese von Großmaß als wichtig erachteten Kriterien bereits erfüllen.

Erste Ergebnisse, die im Rahmen der Abschlussevaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V ermittelt wurden, deuten daraufhin, dass Zugangsprobleme zur Patientenberatung und Nutzerinformation existieren. Die qualitative Untersuchung wird Aufschluss darüber geben können, wie sich diese Probleme aus Nutzersicht darstellen.

Der Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation kann sowohl durch das Telefon als auch durch das Internet erfolgen. Im Gegensatz zur telefonischen Kontaktaufnahme bedarf es beim Internet allerdings einiger

Voraussetzungen. Nutzer benötigen neben den finanziellen Ressourcen außerdem Kompetenzen im Umgang mit diesem Medium. Nicht alle Nutzer erfüllen diese Voraussetzungen, so dass dieser Zugangsweg zur Patientenberatung von diesen Personen nicht genutzt werden kann. Wie in diesem Kapitel bereits gezeigt werden konnte, haben sich einzelne Institutionen (z. B. Krankenkassen) speziell auf die telefonische Patientenberatung eingestellt. Evaluationen konnten nachweisen, dass der Zugang für Nutzer durch das Telefon u. a. von den strukturellen Bedingungen abhängig ist. Es wird sich bei der Durchführung der Untersuchung zeigen, ob die strukturellen Gegebenheiten der untersuchten Patientenberatungsstellen eine ausreichende Erreichbarkeit über das Telefon ermöglichen.

In der Literaturstudie wurde bereits deutlich, dass für manche Nutzergruppen Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen bestehen. Die vorliegende Untersuchung soll Aufschluss darüber geben, welche potenziellen oder tatsächlichen Probleme aus Nutzersicht für die Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation vorhanden sind.

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen vorgestellt. Im Einzelnen wird dargestellt, wie die Datenerhebung und -analyse konzipiert und wie die Auswahl der Fälle gestaltet wurde, um die Forschungsfrage dieser Masterarbeit zu beantworten. Zu Beginn dieses Kapitels werden typische Merkmale der qualitativen Forschung aufgezeigt, die eine qualitative Vorgehensweise im Forschungsprozess begründen. Des Weiteren wird auf die Auswahl der Fälle für die Datenerhebung eingegangen. Im Folgenden wird die Methode der teilnehmenden Beobachtung sowie das Methodenexperiment „Hidden Customer“ beschrieben, die für die Datenerhebung ausgewählt wurden. Für die Datenanalyse wurde die Grounded Theory als qualitativer Untersuchungsansatz gewählt, da sie die zu untersuchende Fragestellung am besten erfasst. Dieser ist durch spezifische Merkmale gekennzeichnet, die detailliert aufgeführt werden. Darüber hinaus zeichnet sich die Grounded Theory durch ihre methodische Arbeitsweise aus. Die einzelnen Arbeitsschritte und verwendeten Arbeitstechniken zur Datenanalyse werden ausführlich beschrieben. Exemplarisch wird ein Beispiel der verwendeten Arbeitstechniken angeführt, um das Vorgehen in der Analyse zu verdeutlichen.

4.1 Qualitative Forschung

„Qualitative Forschung ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs (Felderkundung) mit Hilfe von sensibilisierenden Konzepten²⁰ geht“ (Blumer 1973 zit. n. Flick et al. 2004, S. 25).

Die Patientenberatung und Nutzerinformation ist ein solch kaum erforschter Bereich im Gesundheitswesen, über den bislang noch wenige Erkenntnisse vorliegen. Es handelt sich jedoch um ein an Relevanz gewinnendes Segment, da die Patientenberatung und Nutzerinformation ein unverzichtbares Element im Rahmen einer zeitgemäßen Prävention und bedarfsgerechten Versorgung, insbesondere für chronisch Kranke, darstellt. Um aus der Sicht eines (potenziellen) Nutzers den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation untersuchen zu können, wurde für die vorliegende Studie ein qualitatives Vorgehen gewählt.

Ein qualitatives Vorgehen ist für diese Untersuchung besonders gut geeignet, weil qualitative Forschung sehr stark das Alltagsgeschehen und/oder das Alltagswissen der Untersuchten beforscht. Die Untersuchung wird in natürlichen Settings durchgeführt, wobei die Erhebung subjektiver Daten besonders relevant ist. Die dafür notwendigen qualitativen Methoden zur Datenerhebung (Interview, biographische Erzählungen, ethnographische Beschreibungen des Alltags, Beobachtungen etc.) geben häufig ein wesentlich konkreteres und klareres Bild der zu untersuchenden Situation wieder als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann. Die Herangehensweisen zu den untersuchten Phänomenen

²⁰ Sensibilisierende Konzepte sind als Leitideen Ausgangspunkt der Forschung und haben den Charakter offener Fragen. Eine offene Frage kann zum Beispiel sein: „Wie geht etwas vor?“ (Böhm 2004).

sind in der qualitativen Untersuchung häufig offener und dadurch näher am Geschehen als quantitative Forschungsstrategien (Flick et al. 2004).

Der Anspruch qualitativer Forschung besteht darin, „Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al. 2004, S. 14). Damit zielt die qualitative Forschung darauf ab, soziale Phänomene (Sinnzusammenhänge) des beispielsweise im Interview Gesagten oder der beobachteten Handlungsweisen direkt zu erschließen (Strauss/Corbin 1996). Die Aufgabe des Forschers ist dann die verstehende „Rekonstruktion“ dieser Zusammenhänge und deren deutende Auslegung. Qualitative Verfahren haben ein Vorverständnis von sozialer Wirklichkeit und beziehen sich bei der Rekonstruktion und Deutung auf eine oder mehrere soziale Theorien. Zu den wichtigsten Theorien zählen z. B. Sozialphänomenologie, Deutungsmusteranalyse, Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie (Peter 2005).

Zu Beginn eines qualitativen Forschungsprozesses liegen Daten in Form von Texten als Arbeitsgrundlage vor. Diese werden z. B. als Interviewtranskripte schriftlich verfasst. Diese Daten werden durch interpretative Methoden analysiert. Mit Hilfe von Methodenwerkzeugen lassen sich die erhobenen Daten dann genauer betrachten. Vom Einzelfall ausgehend werden über induktive Vorgehensweisen die einzelnen bedeutsamen Phänomene des Falles analysiert (Flick et al. 2004). Obgleich mehrere Fälle untersucht werden, ein solches einzelfallanalytisches oder fallrekonstruktives Vorgehen wird häufig in allen Fällen durchgeführt (Flick 1996 zit. n. Brüsemeister 2000). Aus einzelnen Beobachtungen werden verallgemeinerte Aussagen abgeleitet. Schritt für Schritt werden aus dem Datenmaterial jene Sinnstrukturen rekonstruiert, die die untersuchte soziale Lebenswelt (mit) konstituieren. So können „Ursache-Folge-Beziehungen“ beschrieben und Handlungen nachvollzogen werden (Brüsemeister 2000).

Die Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung bestand darin, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie der Zugang und die Erreichbarkeit zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende beschaffen sind. Darüber hinaus sollten aus der Nutzerperspektive die realen Zugangswege, Zugangsmöglichkeiten sowie Zugangsbarrieren zur Patientenberatung erforscht werden. Wie sich die Zugänglichkeit tatsächlich gestaltet, ist nur durch die subjektive Wahrnehmung eines handelnden Menschen zu erfassen. Deshalb wurde während des Forschungsprozesses die Rolle eines Nutzers (Alltagsmensch) eingenommen. So konnte der Verlauf, beginnend mit der Suche nach den nötigen Kontaktinformationen bis hin zum persönlichen Aufsuchen einer Patientenberatungsstelle, nachempfunden werden. Des Weiteren ist es ebenso möglich, Erkenntnisse über die individuell genutzten Zugangswege (Gepflogenheiten) der einzelnen Forscher zu erlangen.

Für das Vorgehen eignete sich die Methode der verdeckten teilnehmenden Beobachtung in Anlehnung an das Methodenexperiment „Hidden Customer“ (vgl. Kap. 4.3.1; Kap. 4.3.2). Die Aufgabe der Forscher bestand darin, die eigenen durchgeführten Handlungen, die zum erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Zugang zur Patientenberatungsstelle geführt haben, zu beobachten und zu beschreiben (ethnographische Beschreibung²¹). Dabei lassen sich insbesondere die strukturellen

bung²¹). Dabei lassen sich insbesondere die strukturellen Gegebenheiten einer exemplarisch ausgewählten Patientenberatungsstelle erforschen, die aus Nutzersicht (Forscherperspektive) zu einem leichten bzw. schwierigen Zugang führen. Auch lassen sich Erkenntnisse darüber gewinnen, welche Nutzergruppen die Beratungseinrichtung erreichen oder auch nicht. Darüber hinaus ist es möglich, Aussagen dahingehend zu treffen, inwiefern bereits Nutzergruppen vorstrukturiert bzw. selektiert werden.

4.2 Auswahl der Fälle

In der Grounded Theory ist der Fall eine eigenständige Untersuchungseinheit. Als „Fall“ wird dort eine autonome Handlungseinheit verstanden, die eine Geschichte beinhaltet. Das kann eine Institution, eine Familie oder aber auch eine Person sein (Strauss 1991). In der vorliegenden Untersuchung ist ein Fall eine unabhängige Patientenberatungsstelle in Deutschland. Für die Auswahl der Fälle stand unter anderem eine Liste der unabhängigen Patientenberatungsstellen, die nach § 65b SGB V durch die Krankenkassen finanziell gefördert werden, zur Verfügung. Darüber hinaus wurden ebenfalls Patientenberatungsstellen²² ausgewählt, die nicht zu den geförderten Modellprojekten gehören. Sowohl die Auswahl der Fälle als auch die Datenerhebung erfolgte innerhalb eines Lehrforschungsprojektes des Sommersemesters 2004 in den Studiengängen Master of Public Health (MPH) und Bachelor of Health Communication (BHC) der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Die Auswahl der Fälle wurde vornehmlich von den Studierenden aufgrund der Nähe zu ihrem Lebensfeld (Wohnort) getroffen. Insgesamt wurden für die qualitative Untersuchung 16 Patientenberatungsstellen aus Deutschland exemplarisch ausgewählt. Davon zählen 13 Einrichtungen zu den Modellprojekten nach § 65b SGB V, 3 weitere Patientenberatungsstellen sind keine gesetzlich geförderten Einrichtungen. Die Untersuchung wurde nicht flächendeckend durchgeführt. Bei den ausgewählten Fällen handelt es sich um unabhängige Patientenberatungsstellen aus Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg und Berlin.

4.3 Datenerhebung aus Nutzerperspektive

In der qualitativen Forschung stehen verschiedene Methoden zur Datenerhebung und -auswertung zur Verfügung. Diese dienen dazu, das Handeln von Menschen, ihre Alltagspraxis und Lebenswelten empirisch zu untersuchen. Es können entweder Gespräche (z. B. Experteninterviews, Leitfaden-Interviews, Gruppendiskussionen) geführt und entsprechende Dokumente gesammelt werden, um so wichtige Informationen über die interessierende Praxis zu erhalten, oder es wird nach Wegen und Strategien gesucht, die es ermöglichen, an dieser Alltagspraxis möglichst längerfristig teilzunehmen und mit ihr vertraut zu werden, um sie in ihren alltäglichen Handlungen beobachten zu können. Die zweite Möglichkeit wird

²¹ Durch die ethnographische Beschreibung wird häufig ein wesentlich konkreteres und anschaulicheres Bild aus der Perspektive des Betroffenen gegeben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann (Flick et al. 2004).

²² Diese Einrichtungen zählen auch zu den unabhängigen Patientenberatungsstellen.

als Methode der teilnehmenden Beobachtung bezeichnet, welche zu den klassischen Erhebungsmethoden in der qualitativen Forschung zählt (Lüders 2004).

Die qualitative Methode wurde für die Datenerhebung ausgewählt, weil der gesamte Prozess, beginnend mit der Informationsrecherche bezüglich der Patientenberatungseinrichtung bis hin zum Aufsuchen der Institution vor Ort, beobachtet werden sollte. Daneben wurden ebenso die strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung in den Blick genommen, die den Zugang ermöglichten oder verhinderten.

4.3.1 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist die Methode der ethnographischen²³ Feldforschung. Die ethnographische Feldforschung untersucht eine räumlich und sozial abgegrenzte Untersuchungseinheit (z. B. eine Person, eine Gruppe, eine Institution). Dazu nimmt der Forscher für einen bestimmten Zeitraum aktiv am Alltagsleben des Feldes teil. Die Entstehung und der Ablauf der natürlichen Situationen werden nicht von Forscherseite initiiert, sondern es kommt darauf an, dass alltägliche Leben, die anderen Akteure einschließlich sich selbst zu beobachten. Durch die teilnehmende Beobachtung soll das Alltagsleben des Feldes erfasst werden. Dazu gehören u. a. Handlungen, Gewohnheiten, Rituale, implizites Wissen und Routinen. Daneben soll durch die Untersuchung möglichst wenig eingegriffen oder verändert werden. Der Forscher beobachtet, befragt, erhebt Material und dokumentiert die gefundenen Daten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Lüders 2004; Friebertshäuser 1997). Dadurch, dass der Forscher persönlich anwesend ist, ist es ihm möglich, Wissen aus der eigenen Betrachtung heraus zu gewinnen. Aufgrund dieser aufgeführten Aspekte wird der teilnehmenden Beobachtung Authentizität zugeschrieben (Bergner 2002).

In der teilnehmenden Beobachtung übernimmt der Forschende im Beobachtungsfeld eine oder mehrere definierte soziale Rollen und verhält sich entsprechend. Er beobachtet dabei die anderen Akteure einschließlich sich selbst und zeichnet die Beobachtungen auf. Im Wesentlichen wird bei der teilnehmenden Beobachtung zwischen der offenen und der verdeckten Beobachterrolle unterschieden. Es geht um die Frage, inwieweit den Beobachteten der Vorgang der Beobachtung offenbart wird. Bei der offenen Form ist den beobachteten Personen bekannt, dass sie beobachtet werden. Das bedeutet, das „Feld“ ist über den „Fremden“ informiert. Das hat die Konsequenz, dass von Seiten der Feldakteure dem Beobachter Grenzen gesetzt werden, in dem, was er wissen darf und wo er teilnehmen darf. Bei der verdeckten teilnehmenden Beobachtung dagegen gibt der Forschende seine Identität nicht zu erkennen. Damit sind ebenfalls gewisse Konsequenzen verbunden. Und zwar werden sich kaum Veränderungen des Feldes gegenüber den „Fremden“ ergeben. Der Forscher wird auch nicht in das Feld integriert werden. Darüber hinaus muss er

²³ „Ethnographien“ sind Untersuchungen, in denen Forscher die Menschen in alltäglichen Situationen, i.d.R. über einen längeren Zeitraum, beobachten“ (Joas 2001, S. 55). Mittlerweile wird die Ethnographie als eine flexible Forschungsstrategie anerkannt (Lüders 1995).

eine Rolle im Feld spielen (Lüders 2004), wie z. B. in dieser Untersuchung als „Hidden Customer“.

Die teilnehmende Beobachtung lässt sich zudem fokussiert oder nicht fokussiert praktizieren. Bei der fokussierten teilnehmenden Beobachtung wird der Beobachtungsfokus auf spezielle Fragestellungen verengt. Oftmals wird dann mit einem Beobachtungsleitfaden oder einer Themenliste gearbeitet, um sicherzustellen, dass alle für das untersuchte Thema relevanten Aspekte einer Untersuchungseinheit ihre Berücksichtigung finden (Friebertshäuser 1997). Für die durchzuführende qualitative Studie wurden folgende forschungsleitende Fragen formuliert, um die Fragestellung der Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation im Feld untersuchen zu können:

- Wie gestaltet sich die Adresssuche?
- Wie ist die zeitliche Erreichbarkeit (Öffnungszeiten)?
- Wie gestaltet sich die Zugänglichkeit zur Einrichtung (telefonisch und/oder persönliche Kontaktaufnahme etc.)?
- Wie ist die örtliche Erreichbarkeit (Beschilderung, Verkehrsanbindung, barrierefrei)?
- Wie gestaltet sich die räumliche Umgebung in Bezug auf den Zugang?

Diese Fragen dienten dazu, während der teilnehmenden Beobachtung einige Aspekte der Zugänglichkeit stärker in den Blick zu nehmen.

Weiter zählt ebenso das Aufschreiben und die Darstellung des Beobachteten und Erlebten zu einem wesentlichen Schritt in der Datenerhebung. Dieser stellt gleichzeitig eine Herausforderung für jeden Beobachter dar. Während der aktiven Teilnahme im Feld wurden bereits Beobachtungsnotizen schriftlich festgehalten. Anschließend wurden auf deren Basis ethnographische Beobachtungsprotokolle angefertigt. Durch die ethnographische Beschreibung wird häufig ein wesentlich konkreteres und anschaulicheres Bild aus der Perspektive des Betroffenen gegeben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann. Diese dürfen nicht als wortgetreue Wiedergaben oder problemlose Zusammenfassungen des Beobachteten und Erfahrenen begriffen werden. Es handelt sich hierbei um Texte, die durch die einzelnen Forscher mit den ihnen jeweils zur Verfügung stehenden sprachlichen Mitteln entstanden sind (Lüders 2004). Dabei wurden Beobachtungen und Erinnerungen nachträglich sinnhaft verdichtet und liegen nun der Autorin als nachvollziehbare Beobachtungsprotokolle zur Analyse vor.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die verdeckte teilnehmende Beobachtung durchgeführt. Von den insgesamt 16 Patientenberatungsstellen (= 16 Fälle) wurden drei Einrichtungen sowohl von Master of Public Health (MPH)-Studierenden als auch von Bachelor of Health Communication (BHC)-Studierenden aufgesucht. Aus diesem Grunde liegen für die Datenanalyse insgesamt 19 Beobachtungsprotokolle²⁴ vor.

²⁴ Mit Einverständnis der Studierenden wurde das Datenmaterial für die vorliegende Analyse bereitgestellt.

4.3.2 Methodenexperiment „Hidden Customer“

In Anlehnung an die Methode der verdeckten teilnehmenden Beobachtung wurde das Methodenexperiment „Hidden Customer“ durchgeführt. Studierende nahmen die Rolle eines „Hidden Customers“, also eines verdeckten Nutzers, ein. Diese Rolle erwies sich als besonders geeignet, weil der Beobachtende die Perspektive eines Nutzers einnehmen konnte. Aus der Nutzerperspektive ist die eigene Vorgehensweise beobachtet worden, als der Zugang zur Patientenberatung gesucht bzw. hergestellt wurde. Dabei trägt die Reflexivität²⁵ des Forschers wesentlich zur Erkenntnisgewinnung bei. Die Reflexivität ist daher nicht als eine zu kontrollierende bzw. auszuschaltende Störquelle zu betrachten (Flick et al. 2004).

Die Rolle als „Hidden Customer“ einzunehmen bedeutet für den Forscher auch, sich als „Nutzer“ zu fühlen. Wie erlebt er den Versuch, den telefonischen Kontakt zur Patientenberatungseinrichtung herzustellen bzw. diese persönlich aufzusuchen? Ebenso wird sich der Forscher in seiner Rolle als „Hidden Customer“ fragen, wie ein „potentieller Nutzer“ wohl vorgehen würde, um den Kontakt zu einer Patientenberatungsstelle herzustellen bzw. zu erhalten? Der erste Schritt würde darin bestehen, dass er nach den grundlegenden Informationen, die für die Kontaktaufnahme nötig sind, wie die Telefonnummer, Öffnungszeiten und ggf., für die persönliche Kontaktaufnahme, nach der Anschrift der Einrichtung suchen müsste. Um an die gewünschten Informationen zu gelangen, wird der Nutzer seine individuellen Suchstrategien einsetzen. Dabei werden die Suchbewegungen u. a. von den Gewohnheiten der einzelnen Forscher abhängen. Die Untersuchung erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit von Suchbewegungen und der dazu herangezogenen Medien, die beispielsweise zur Recherche von Informationen über die unabhängigen Patientenberatungsstelle möglich gewesen wären.

In der Rolle als „Hidden Customer“ geht es nicht darum, die Zugangsmöglichkeiten zur Patientenberatung kontrollieren zu wollen. Vielmehr liegt der Schwerpunkt auf der Beschreibung der Zugänglichkeit zur Einrichtung der Patientenberatung und Nutzerinformation im Sinne von Erreichbarkeit und Auffindbarkeit. Dabei sind die strukturellen Aspekte der Patientenberatungsstellen von besonderer Bedeutung. Sie geben entscheidende Informationen darüber, inwiefern den Nutzern dadurch der Zugang zur Beratungsstelle ermöglicht, erschwert bzw. sogar verhindert wird.

An dieser Stelle sei auf zwei wichtige Aspekte in Bezug auf die Datenerhebung aus der Nutzerperspektive hingewiesen. Die für die Datenerhebung ausgewählten Patientenberatungsstellen befanden sich zum größten Teil nicht in den Wohnorten der Studierenden. Aus diesem Grunde wird angemerkt, dass keine „Innenperspektive“ während der Untersuchung vorgelegen hat. Das bedeutet, der Forscher lebt nicht in dem Ort, in dem eine Patientenberatungsstelle existiert. Daher konnte während der Informationsrecherche beispielsweise nicht auf die örtlichen Tageszeitungen oder andere örtliche Medien zurückgegriffen werden. Die Untersuchung erfolgte daher aus der „Außenperspektive“, das heißt, es konnten nur die

²⁵ Die Reflexivität des Forschers fehlt allerdings in den vorliegenden Beobachtungsprotokollen.

Medien für die Suche nach Informationen in Anspruch genommen werden, die in dem eigenen Wohnort zur Verfügung standen.

Der andere Aspekt bezieht sich auf die Forschergruppe selbst. Sie stellt keine repräsentative (potenzielle) Nutzergruppe dar. Bei der Forschergruppe handelt es sich um eine relativ homogene Zielgruppe von männlichen und weiblichen Studierenden, die über einen höheren Bildungsgrad verfügen. Somit stellt diese Forschergruppe eine potenzielle Nutzergruppe dar. Die gewonnenen Erkenntnisse in der Rolle als „Hidden Customer“ können jedoch Auskunft darüber geben, welche Zugangsprobleme für andere Nutzergruppen wie z. B. chronisch Kranke, ältere Personen, Geh- und Sehbehinderte, Migranten etc. bestehen werden.

4.4 Grounded Theory

In dieser Untersuchung wurde für die Analyse der Daten die Methode der gegenstandsbezogenen Theoriebildung (Grounded Theory) verwendet. Das Vorgehen nach der Grounded Theory wurde gewählt, weil sie eine Methode der rekonstruktiven Sozialforschung ist und sie sich gerade dann bewährt, wenn nur wenige Erkenntnisse über eine spezifische Fragestellung vorliegen (Kelle 1997). Sie war außerdem für die Datenanalyse der Beobachtungsprotokolle besonders gut geeignet, weil sie ein sehr offener und kreativer methodischer Ansatz ist.

Das vorliegende Datenmaterial wurde entsprechend der Forschungsstrategie der Grounded Theory analysiert, wobei das geeignete analytische „Rüstzeug“ (Arbeitstechniken) verwendet wurde, welches für die Analyse wichtig war. Dazu gehörten im Einzelnen das *offene* und *axiale Kodieren*, das *Kodierparadigma*, das Erstellen von *Arbeitsdiagrammen* sowie das Schreiben von *Memos*. Während der Datenanalyse wurde die gegenstandsbezogene Fallebene verlassen und eine mittlere Abstraktionsebene erreicht. Eine Theoriebildung war nicht das Ziel dieser Untersuchung. Im Folgenden werden die einzelnen durchgeführten Arbeitsschritte nach Grounded Theory erläutert. Zudem wird jeweils ein Beispiel aus der Untersuchung angeführt.

Arbeitsschritte und Datenanalyse nach Grounded Theory

Für die Datenerhebung im Feld wurden forschungsleitende Fragen entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine relativ große Anzahl von Fragen, weil einerseits möglichst umfassend beobachtet werden sollte. Andererseits sollte die Beobachtung auf wichtige Aspekte im Rahmen der Zugänglichkeit fokussiert werden. Wie bereits erwähnt, erfolgte die Datenerhebung innerhalb eines Lehrforschungsprojektes der Fakultät Gesundheitswissenschaften. Aus diesem Grunde standen der Autorin für die Datenanalyse bereits schriftliche Beobachtungsprotokolle zur Verfügung.

Ein erster Arbeitsschritt in der Datenanalyse bestand nun darin, forschungsleitende Fragen zu entwickeln und die vorliegenden 19 Beobachtungsprotokolle anhand dieser Fragen zu untersuchen.

Forschungsleitende Fragen:

- Wie gestaltete sich die Informationssuche?
- Welche Medien (Telefonbuch, Branchenbuch, Telefonische Auskunft (Telekom), Internet etc.) wurden zur Informationsrecherche (Telefonnummer, Adresse) genutzt?
- Unter welchen Stichworten hat die Informationssuche stattgefunden (Patientenberatung, Beratungsstelle, Bürgerbüro etc.)?
- Unter welchen Stichworten fand die Informationssuche speziell im Internet statt (Patientenberatung, Beratungsstelle, Patienteninformation etc.)?
- Wie gestaltete sich die Erreichbarkeit der Patientenberatungsstelle (Verweisketten, Anrufbeantworter, besetzte Telefonleitung etc.)?
- Wie sind die Öffnungszeiten der Patientenberatungsstellen (für jeden erreichbar, z. B. auch für berufstätige Nutzer)?
- Was wurde zur örtlichen Lage der Einrichtung und zur örtlichen Auffindbarkeit gesagt (zentral in der Stadt oder am Stadtrand)?
- Wie gestaltete sich die Auffindbarkeit der Patientenberatungsstelle (Hinweisschilder, Wegweiser etc.)?
- Wie ist die Erreichbarkeit mit dem PKW bzw. mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Parkplätze, kostenpflichtige Parkangebote, Behindertenparkplätze, Haltestellen in der Nähe der Einrichtung etc.)?
- Wie ist die bauliche Situation der Patientenberatungsstelle (alternativ/modern, Haus oder nur die Bereitstellung einzelner Räume in einem Haus, barrierefreier Zugang etc.)?
- Wie ist die räumliche Gestaltung der Patientenberatungsstelle (Schreibtisch, Sitzecken, Glaswände etc.)?

Die für die Untersuchung wichtigen Textpassagen wurden in den Protokollen identifiziert und diesen entnommen. Dieser Arbeitsschritt war insofern wichtig, da der gesamte Forschungsprozess sowohl die Untersuchung der Zugänglichkeit zur Patientenberatung als auch die Untersuchung des Beratungsverlaufes in der Einrichtung beinhaltete. Für die im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit durchgeführte Datenanalyse waren jedoch nur solche Daten relevant, die sich auf die Zugänglichkeit der Beratungsstelle bezogen.

Nachdem die vorliegenden Beobachtungsprotokolle²⁶ anhand der forschungsleitenden Fragen untersucht wurden, sind die entsprechenden Textpassagen in eine dafür entwickelte Tabellenmatrix (Tabelle 1) übernommen worden.

²⁶ Aus Gründen der Anonymisierung wurden die einzelnen Patientenberatungseinrichtungen (Fälle) mit einer fortlaufenden Nummerierung codiert. Des Weiteren erfolgt eine zusammenfassende Auswertung aller untersuchten Fälle, um jeweilige Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen zu verhindern.

Tabelle 1: Tabellenmatrix

Beobachtungen/Beschreibungen	Dateninterpretation (<i>Was sagen die Daten aus? Was beantworten sie nicht?</i>)	Bedeutung für die Frage- stellung der Masterarbeit (<i>Entwicklung von Hypo- thesen</i>)
------------------------------	---	--

Nach der Grounded Theory beginnt die Datenanalyse i.d.R. damit, dass bereits nach den ersten erhobenen Daten generierende Fragen an das Material gestellt werden. Einzelne Datensegmente werden mit anderen Datensegmenten verglichen (Corbin 2002). Vergleichen bedeutet hier weniger die Suche nach identischen Inhalten, sondern die Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden (Busse 1994). Dadurch werden erste Hypothesen und Zusammenhänge entwickelt, welche die weitere Datenerhebung im Feld leiten. Datenerhebung und Datenanalyse finden im stetigen Wechsel (zirkulär) statt (Corbin 2002). In der durchgeführten Untersuchung hat dieser stetige Wechsel von Datenerhebungen im Feld und Datenanalyse nicht stattgefunden. Die *zirkuläre Arbeitsweise* der Grounded Theory ist jedoch insofern durchgeführt worden, als dass die entwickelten Konzepte und Kategorien anhand der insgesamt 19 zur Verfügung stehenden Beobachtungsprotokolle immer wieder überprüft wurden. So sind in den ersten Protokollen Codes und Kategorien analysiert worden. Danach wurden weitere Protokolle herangezogen, um diese mit den bereits untersuchten Protokollen zu vergleichen. Darüber hinaus wurde nach Unterschieden und Ähnlichkeiten gesucht. Falls keine entsprechenden Daten in den Beobachtungsprotokollen vorhanden waren, wurden weiterführende theoretische Überlegungen unternommen.

Ein grundlegender Analyseschritt in der Grounded Theory ist das *Kodieren* von Daten. Der allgemeine Begriff Kodieren steht für das Konzeptualisieren von Daten. Kodieren bedeutet, „..., dass man über Kategorien und deren Zusammenhänge Fragen stellt und vorläufige Antworten (Hypothesen) darauf gibt“ (Strauss 1991, S. 48). Ein Ergebnis dieser Analyse wird als Kode bezeichnet. Dabei kann ein Kode eine Kategorie oder eine Beziehung zwischen zwei oder mehreren Kategorien sein (Strauss 1991).

Ein Interview oder eine Beobachtung kann eine Vielzahl von Phänomenen enthalten, die als ein einzelnes Konzept kodiert werden. Diese Phänomene werden anschließend einer Klasse, einer Kategorie oder Theorie zugeordnet. Dabei wird die Idee für diese Klassifizierung nicht zu Beginn des Forschungsprozesses entwickelt, sondern die Daten selbst rufen dazu auf, einer bestimmten begrifflichen Kategorie zugeordnet zu werden (Strauss/Corbin 1996). Sind im Datenmaterial keine neuen Konzepte oder neuen Eigenschaften und Dimensionen von Konzepten mehr zu finden, dann wird dieser Punkt als „Sättigung“ bezeichnet (Strauss 1991).

Die erste Art von Kodiervorgang wird als das *offene Kodieren* bezeichnet. Beim offenen Kodieren werden die Daten analytisch aufgeschlüsselt. Offenes Kodieren bedeutet, uneingeschränkt auf bestimmte Interessen, Dimensionen oder auf etwas anderes hin zu kodieren (Peter 2004). Ziel ist es, Konzepte zu entwickeln, die den Daten angemessen erscheinen. An dieser Stelle hat jede Art von Interpretation noch den Stellenwert eines

Versuches. In erster Linie werden auch nicht die Inhalte des Beobachtungsprotokolls bearbeitet, sondern es geht vielmehr darum, wie diese für die nächsten Schritte der Forschungsarbeit nutzbar gemacht werden können. Das eigentliche Ziel besteht darin, Ideen zu generieren, neue Fragestellungen zu entwickeln und sich vom Datenmaterial zu lösen (Strauss 1991). Das Arbeitsergebnis ist ein Interpretationstext, der das analytische Denken bezüglich der Fragestellungen festhält (Böhm 2004).

In einem weiteren anschließenden Arbeitsschritt erfolgte das offene Kodieren hinsichtlich der Bedeutung für die Fragestellung der Masterarbeit. Es wurden Hypothesen entwickelt, die eine vorläufige Antwort auf Fragen zu konzeptionellen Bezügen gaben (Strauss 1991). Mit dem Arbeitsschritt des offenen Kodierens, soll „...das Denken in Kategorien über den Fall“ (Strauss 1991, S. 91) begonnen und eine reine Paraphrasierung vermieden werden. Das folgende Beispiel (Tabelle 2) soll das offene Kodieren während der Datenanalyse verdeutlichen. Aus dem Protokoll (Fall 02) ist die Beobachtung herausgegriffen worden, dass die Informationsrecherche bezüglich der Patientenberatungsstelle über das „Internet“ (Kode) erfolgte. Die im Zuge der Dateninterpretation entwickelten Codes bzw. Kategorien sind in Fettdruck hervorgehoben.

Tab. 2: Beispiel für offenes Kodieren

Beobachtungen/Beschreibungen	Dateninterpretation	Bedeutung für die Fragestellung der Masterarbeit
<p>Fall 02:</p> <p><i>„Der Zugang zu der Patientenberatungsstelle erfolgte über eine Internetrecherche über die Suchmaschine „Google“ mit dem Stichwort Patientenberatung.“</i></p>	<p><i>Frage: Welche Nutzer können im Internet nach Informationen recherchieren?</i></p> <p>Nutzer, die mit einem Computer und mit dem Internet umgehen können. Sie müssen darüber hinaus die notigen Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit einer „Suchmaschine“ im Internet besitzen.</p> <p>Der Umgang mit dem Internet ist möglicherweise im Rahmen der beruflichen Tätigkeit erlernt worden. Diese Erfahrung kann der Nutzer jetzt auch im Privatleben nutzen.</p> <p>Das Internet wird von der älteren Generation vermutlich seltener in Anspruch genommen, sollten sie während ihrer beruflichen Tätigkeit den Umgang mit dem Internet nicht erlernt haben. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass ältere und auch jüngere Nutzergruppen sich den Umgang mit dem Internet aus persönlichem Interesse angeeignet haben. Daraus lässt sich schließen, dass diese „Nutzertypen“ an neuen Medien, wie z.B. dem Internet, interessiert sind. Das heißt auch, sie möchten den Umgang mit dem Internet erlernen.</p> <p>Daneben gibt es Personengruppen, die den Computer aus fehlendem Interesse oder mangelnder Kenntnis zur Suche von Informationen nicht nutzen.</p> <p>Das Medium Internet kann ebenso nicht eingesetzt werden, wenn der Nutzer keinen Computer besitzt oder nicht die Möglichkeit hat, den Zugang zum Internet (z.B. Internetcafé) herzustellen. Es wird auch Nutzergruppen geben, die sich die Anschaffung eines Computers sowie die Bereitstellung eines Internetzugangs aus finanziellen Gründen nicht leisten können. Dazu gehören evtl. Nutzer, die der niedrigen sozialen Schicht (geringes Einkommen) angehören.</p>	<p>Fehlende bzw. mangelnde Kenntnis und Erfahrungen in der Internetnutzung stellt eine Barriere dar. Aus diesem Grunde wird das Medium zur Informationsrecherche nicht eingesetzt werden.</p> <p>Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit dem Internet ermöglichen dagegen den Zugang zum Internet. Somit können Nutzer den Zugang zu den Informationen, die im Internet über die Patientenberatung bereitgestellt werden, erhalten.</p> <p>Nutzer, die über keine finanziellen Ressourcen verfügen, werden sich keinen Computer mit Internetzugang anschaffen. Daher können sie auf dieses Medium zur Informationsrecherche nicht zurückgreifen.</p>

Die im Prozess des Kodierens entwickelten Konzepte müssen im Folgenden gruppiert werden. Das Gruppieren von Konzepten, welche zu demselben Phänomen gehören, wird *Kategorisierung* genannt. Der Kategorie wird ein konzeptueller Name zugewiesen. Dieser sollte abstrakter sein, als die um das Phänomen gruppierten Konzepte (Strauss/Corbin 1996). In der Untersuchung wurden zum Beispiel die Beobachtungen mit Begriffen wie „Stichwortsuche“, „Kenntnis des Einrichtungsnamens“ und „Anfrage in öffentlichen Einrichtungen“ kodiert. Diese Codes können der entwickelten Kategorie „Zugangswege über Medien“ zugeordnet werden, da sie sich alle auf das Phänomen des „Zugangs zu Informationen über eine Patientenberatungsstelle“ beziehen.

Die zweite Art des Kodiervorgangs ist das *axiale Kodieren*. Die durch das offene Kodieren „aufgebrochenen“ Daten werden beim axialen Kodieren auf eine neue Art wieder zusammengefügt, „...indem Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien ermittelt werden“ (Strauss/Corbin 1996, S. 76). Dabei wird eine Kategorie in die Mitte gestellt und um sie herum ein Beziehungsnetz erarbeitet. Die Analyse dreht sich an einem bestimmten Punkt um die „Achse“ einer Kategorie (Strauss 1991), denn während des offenen Kodierens werden viele verschiedene Kategorien „entdeckt“. Von diesen Kategorien werden einige zu spezifischen Phänomenen gehören. Andere Kategorien werden auf Bedingungen verweisen, die sich auf diese Phänomene beziehen. Wiederum andere Kategorien werden schließlich auf Konsequenzen der Handlung/Interaktion verweisen, und zwar wieder in Bezug zu einem spezifischen Phänomen (Strauss/Corbin 1996). Für diesen Analyseschritt eignete sich das *Kodierparadigma* als analytisches Werkzeug der Grounded Theory. Mit Hilfe dieses konzeptionellen Instrumentes werden Phänomene (Kategorien) in einen Kontext gestellt und die wesentlichen Variablen bzw. Einflussfaktoren identifiziert (Corbin 2002). Das folgende Beispiel soll diese Vorgehensweise verdeutlichen.

Beispiel:

Der Nutzer benötigt während der Suche in den verschiedenen „Medien“ (Kategorie), sei es im Telefonbuch, Branchenbuch oder im Internet, ein entsprechendes „Stichwort“ (Bedingung), um die Telefonnummer in Erfahrung zu bringen. Falls der Name der Patientenberatungsstelle dem Nutzer nicht bekannt ist, wird er „Ideen“ entwickeln (Bedingung) müssen, um ein geeignetes „Stichwort“ (Konsequenz) zu finden. Das gefundene Stichwort kann den „Zugang“ (Konsequenz) zur gewünschten Telefonnummer ermöglichen. Voraussetzung ist jedoch, dass dieses auch tatsächlich in dem „Medium veröffentlicht“ worden ist (Bedingung).

Während der Datenanalyse wird zwischen dem offenen und axialen Kodieren hin und her gewechselt, obgleich es sich um getrennte analytische Vorgehensweisen handelt (Strauss/Corbin 1996).

Im fortgeschrittenen Stadium der Auswertung sind parallel zur Kategorienbildung und axialen Kodierung *Arbeitsdiagramme* erstellt worden. Die Arbeitsdiagramme haben dazu beigetragen, einerseits die Zusammenhänge zwischen den Konzepten graphisch darzustellen und andererseits „dünne“ Stellen aufzudecken (Peter 2004). Im Rahmen der Ergebnispräsentation (Kapitel 5) werden die entwickelten Arbeitsdiagramme abgebil-

det und die daraus hervorgehenden Analyseergebnisse vorgestellt und interpretiert.

Der Kodierprozess wird häufig unterbrochen, um ein *Theorie-Memo* zu schreiben. Das Schreiben von Memos ist ein wesentliches Hilfsmittel in der Grounded Theory. Memos sind „...laufende Aufzeichnungen von Einsichten, Ideen, Hypothesen und Diskussionen über die Implikationen von Kodes, weiterführenden Gedanken und so fort“ (Strauss 1999, S. 152). Memos sollen dazu führen, Ideen über Konzepte und die Verbindungen zwischen ihnen systematisch weiterzuverfolgen. Ideen, die sich währenddessen entwickeln, sollen somit sofort festgehalten werden. Memos tragen dazu bei, die Analyse zu steuern und voranzutreiben (Hildenbrand 2002). Das folgende Memo wurde im Rahmen der Kategorie „zeitliche Erreichbarkeit der Patientenberatungsstelle“ geschrieben.

Beispiel für ein Memo:

Memo: 10.11.04

“E-Mail”

Bei einer E-Mail handelt es sich um einen zeitversetzten Austausch von Nachrichten, i.d.R. sind es Textbotschaften. Dabei werden „Formalien“ nicht immer beachtet.

Das Versenden einer Nachricht per E-Mail ist schneller, als die Nachricht per Briefpost zu verschicken. Darüber hinaus ist das Versenden einer E-Mail kostengünstiger.

Eine E-Mail wirkt weniger aufdringlich als ein Telefonat. Die Kontaktaufnahme ist insgesamt angenehmer, da kein Besetzt-Zeichen erscheint. Auch für den Empfänger kann die Kontaktaufnahme per E-Mail angenehmer sein als die telefonische Anfrage. Der Empfänger wird nicht durch ein penetrantes Klingeln gestört. Weiter kann er den Zeitpunkt der Bearbeitung (Antwort) selbst bestimmen.

Lit.: Döring (1999): Sozialpsychologie des Internets, S. 36

5 Präsentation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des Analyseprozesses präsentiert. Dabei wird nicht fallspezifisch, sondern summierend vorgegangen. Es werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt, die mit Blick auf die zu Beginn der Arbeit aufgeführten Forschungsfragen bedeutsam sind. In der qualitativen Analyse konnten insgesamt vier Kategorien identifiziert werden, denen die Analyseergebnisse zugeordnet wurden. Es handelt sich dabei um die Kategorien *Such- und Findeprozesse*, *Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme zur Einrichtung*, *Aufsuchen und Auffinden vor Ort* sowie um die Kategorie *Kosten*. Die Analyseergebnisse werden im Rahmen der Vorstellung der jeweiligen Kategorien ausführlich dargestellt und mit Passagen aus den Beobachtungsprotokollen unterlegt.

In der ersten Auswertungskategorie „Such- und Findeprozesse“ werden die Medien dargestellt, die während der Recherche verwendet wurden, um den Kontakt zur Einrichtung der Patientenberatung herstellen zu können. Dabei werden durch den „Hidden Customer“ wahrgenommene Zugangsbarrieren aufgeführt. Die Analyse ergab weiter, dass einige Kategorien auf Bedingungen verweisen, die zu einem erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Such- und Findeprozess führen. Die identifizierten Kategorien werden ausführlich beschrieben und daraus resultierende Zugangsmöglichkeiten und Barrieren aufgeführt und interpretiert. Anschließend erfolgt eine zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse. Diese werden insgesamt in einer Abbildung erfasst und dargestellt. Zudem werden in der ersten Auswertungskategorie die Arbeitsdiagramme, die während des axialen Kodierens erarbeitet wurden, vorgestellt. Sie zeigen die in der Untersuchung von den Forschern gewählten Zugangswege auf und sollen den Analyseprozess verdeutlichen.

In den Kategorien „Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme zur Einrichtung“ sowie „Aufsuchen und Auffinden vor Ort“ werden die Untersuchungsergebnisse vorwiegend beschreibend dargestellt. Anschließend erfolgt ebenfalls eine Analyse und Interpretation der Zugangsmöglichkeiten und Barrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation, wobei die Ergebnisse ebenfalls zusammengefasst und in einer Abbildung dargestellt werden.

Die Kategorie „Kosten“ beinhaltet die Untersuchungsergebnisse, die hinsichtlich der Kosten eines Beratungsangebotes ermittelt wurden. Da es sich um einen einzigen Fall handelt, werden die Ergebnisse anschließend nicht in einer Abbildung dargestellt.

Zum Abschluss dieses Kapitels werden aufgrund der analysierten Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren die Nutzer vorgestellt, die den Zugang zur Patientenberatung erhalten bzw. nicht erhalten. Dabei konnten auch Nutzergruppen herauskristallisiert werden.

5.1 Such- und Findeprozesse

In der Kategorie *Such- und Findeprozesse* werden die Ergebnisse²⁷ präsentiert, die im Zusammenhang mit der Suche nach den notwendigen Informationen zur telefonischen und/oder persönlichen Kontaktaufnahme zu Patientenberatungsstellen analysiert wurden. Die Informationsrecherche bezog sich im Einzelnen auf die Strukturinformationen über die Beratungseinrichtungen. Dazu gehörten u. a. die Telefonnummer, die Adresse und andere Kontaktdetails wie Öffnungszeiten oder Ansprechpersonen. Diese Informationen sind „grundlegend“, sowohl für die Herstellung eines telefonischen Kontaktes als auch für das Aufsuchen der Beratungsstelle für ein persönliches Gespräch. Es kann kein Kontakt zur Einrichtung aufgenommen werden, wenn dem Nutzer diese Informationen fehlen.

Während des Forschungsprozesses nahmen die Forscher die Zugangswege über Medien und/oder Institutionen, um die notwendigen Informationen in Erfahrung zu bringen. Es konnte weiter aufgezeigt werden, dass für den Rechercheprozess Bedingungen nötig sind. Des Weiteren ließen sich unter Verwendung der Medien zum Teil Zugangsbarrieren für Nutzer analysieren, denn der Zugang zu den Informationen einer ausgewählten Patientenberatungsstelle führte nicht immer zu einer erfolgreichen Suche.

5.1.1 Zugangswege über Medien und Institutionen

Die Suche nach der Telefonnummer bzw. der Anschrift einer ausgewählten Patientenberatungsstelle erfolgte auf verschiedenen Wegen. Je nach persönlicher Gepflogenheit verwendeten manche Forscher *Medien* für die Informationsrecherche. So sind das Telefonbuch, das Branchenbuch (Gelbe Seiten), der Computer mit Internetzugang sowie ein Flyer (Öffentlichkeitsmaterialien der Patientenberatungsstelle) genutzt worden. Andere Forscher fragten telefonisch in *Institutionen*, wie einer kommunalen öffentlichen Bürgerberatung, einer Stadt und bei der Auskunft der Deutschen Telekom AG nach einer Patientenberatungsstelle. Neben den beiden Institutionen hätten die Forscher auch in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Gesundheitsamt) nachfragen können, um Informationen zur Patientenberatung einzuholen. Diese Möglichkeiten sind von den Forschenden allerdings nicht genutzt worden. Ferner wurden die nötigen Informationen aus einer Fachzeitschrift ermittelt.

Wie bereits im Kapitel 4.4.1 erwähnt, konnten die Forscher während der Datenerhebung keine „Innenperspektive“ einnehmen. Daher sind Medien, wie die jeweiligen regionalen Tageszeitungen, Informationsanzeiger oder Rundbriefe, nicht zur Suche herangezogen worden. Ebenfalls wurde auch nicht in den örtlichen Arzt- und Facharztpraxen, Kliniken sowie in anderen Beratungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nach der Patientenberatungsstelle gefragt. Dagegen setzten die Forscher sehr häufig das „Internet“ zur Informationsrecherche ein.

²⁷ Die Ergebnisse des Suchprozesses beziehen sich auf die Datenerhebung im Zeitraum von Juli bis November 2004.

„Da Frau F. häufige Nutzerin des Internets ist, versucht sie über Suchmaschine „Google“ die Patientenberatung in XY ausfindig zu machen“ (Fall 16).

Das Internet ist als Medium deshalb am häufigsten eingesetzt worden, weil es sich bei den Forschern um Studierende handelt, die einen Computer mit Internetzugang als Arbeitsmittel während des Studiums verwenden.

Teilweise gestalteten sich jedoch die genommenen Zugangswege nicht so problemlos wie im Fall des Zugangs über das Internet. So konnten aus der Nutzerperspektive Zugangsbarrieren zur unabhängigen Patientenberatung bei der Verwendung anderer Medien identifiziert werden. Diese Barrieren beziehen sich auf die durch den Nutzer „wahrgenommenen Hindernisse“, wenn dieser den Zugang zu den Kontaktinformationen über den Weg der Medien und/oder Institutionen erhalten wollte. Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse bezüglich der genommenen Zugangswege über Medien und Institutionen vorgestellt und beschrieben.

Computer mit Internetzugang

Die Suche nach der Telefonnummer über das Internet erfolgte über die „Suchmaschine Google“ oder über die bereits „bekannte Homepage“ der jeweiligen Patientenberatungsstelle. Auf der Homepage waren alle nötigen Informationen zur Kontaktaufnahme aufgeführt. Für die Recherche über „Google“ wurden die Suchbegriffe (Stichworte) „Patientenberatung“ und der dazugehörige „Ort“ oder der Begriff „Modellprojekte nach 65b“ verwendet. In allen Fällen gelangten die Forscher dann problemlos entweder auf die jeweilige Homepage oder auf eine andere Internetseite, die ebenfalls die gesuchten Informationen vorhielt. Nur in einem Fall handelte es sich bei der recherchierten Telefonnummer auf einer Internetseite nicht um die der eigentlichen Patientenberatungsstelle.

„Anhand des Suchbegriffes „Modellprojekte § 65 b“ wurde mit Hilfe der Suchmaschine „Google“ eine Liste aller 65b Projekte recherchiert. Diese Liste enthielt alle Namen, Ansprechpartner, Adressen, Telefonnummern, E-Mail – und Faxadressen der Projekte. Sabine²⁸ ruft die angegebene Nummer der gewünschten Beratungsstelle an. Sie erfragt, ob sie dort bei der Patientenberatungsstelle sei. Ihr Gesprächspartner verneint dies und erklärt, dass sie bei einer übergeordneten Stelle angerufen habe, die für die Beratung der Patientenberatungsstellen zuständig sei – also keine direkte Patientenberatung durchführe. ... erhält sie von ihrem Gesprächspartner eine weitere Telefonnummer, die für die gewünschten Dienste zuständig sei“ (Fall 10).

Während der telefonischen Kontaktaufnahme stellte sich heraus, dass es sich um die Telefonnummer einer „Koordinationsstelle von Patientenberatungseinrichtungen“ handelte. Diese Stelle trägt zwar auf der einen Seite dazu bei, dass der Weg zur Patientenberatung vor Ort geebnet wird. Auf der anderen Seite wurde sie jedoch als eine Hürde wahrgenommen, da der Anrufer mit diesem Anruf seine Erwartung, eine Beratung und Nut-

²⁸ Namen sind frei erfunden.

zerinformationen erhalten zu können, nicht erfüllen konnte. Er musste ein weiteres Telefonat führen, um eine Beratung und Nutzerinformationen zu erhalten.

Des Weiteren ist über das Internet auf das „Telefonbuch der Deutschen Telekom AG“ zur Informationsrecherche zurückgegriffen worden. Um den Suchprozess starten zu können, musste der Forscher den jeweiligen „Ort“ und zugleich den „Namen“ eingeben. Der Suchbegriff „Patientenberatung“ und die Angabe des „Ortes“ führten nicht bei allen Einrichtungen zur erfolgreichen Suche. Dieser Zugangsweg wurde als schwierig empfunden, da teilweise nicht einmal die Eingabe des „offiziellen Einrichtungsnamens“ (Eigenname) und die dazugehörige Ortsangabe zur gewünschten Telefonnummer führten. Nutzer erhalten keinen Zugang zu den Telefonnummern über öffentliche Adressverzeichnisse, wenn die Patientenberatungsstellen keinen Eintrag veranlasst haben.

Telefonbuch / Branchenbuch (Gelbe Seiten)

Bei der Suche nach der Telefonnummer einer Patientenberatungsstelle in einem örtlichen Telefonbuch bzw. Branchenbuch (Gelbe Seiten) traten in einem Fall (32) große Schwierigkeiten auf. Die Informationen konnten erst ermittelt werden, als unter dem Namen einer „anderen öffentlichen Institution“, in der die Patientenberatung untergebracht ist, recherchiert wurde. Dieser Institutionsname war den Forschern bekannt und führte dann zur erfolgreichen Suche.

„Zur ersten Kontaktaufnahme wurde in den Gelben Seiten nach der Beratungsstelle gesucht. Dort war die Einrichtung jedoch nicht verzeichnet. Erst nachdem unter dem Punkt XX nach der Adresse geforscht wurde, wurde die Telefonnummer gefunden“ (Fall 32).

Die Informationsrecherche über das Telefon- bzw. Branchenbuch erforderte vom Suchenden bereits vorhandenes Wissen über die Verortung der Beratungsstelle. Fehlt diese Information, werden Nutzer die Patientenberatung in den Adressverzeichnissen nicht finden können. In dieser Untersuchung war dem Forscher der Name der Einrichtung, in der sich die Patientenberatung befindet, allerdings bekannt, so dass diese Hürde genommen werden konnte. Nutzer haben keinen Zugang zu den Kontaktinformationen von Patientenberatungsstellen, wenn die Beratungsstellen unter den Namen anderer Institutionen geführt werden.

Persönliche / telefonische Anfragen bei Institutionen

Probleme traten auch dann auf, wenn über „öffentliche Auskunftsstellen“ nach Informationen zu den Patientenberatungseinrichtungen gesucht wurde. So ist in einem Fall (16) in einer kommunalen öffentlichen Einrichtung für Bürger nach einer Patientenberatungseinrichtung gefragt worden.

„Bei einer Nachfrage in einer Bürgerberatung einer Stadt reagieren die angesprochenen Damen erst mit Achselzucken und empfehlen dann in einem bestimmten Krankenhaus nachzufragen, da gibt es ja dann auch immer Sozialarbeiter, die eine Patientenberatung machen können“ (Fall 16).

Die Mitarbeiter dieser Institution waren über die lokal ansässige Beratungseinrichtung für Patienten nicht informiert und konnten dem Forscher die notwendigen Informationen nicht mitteilen. Da die Informationen über die Funktionsweisen einer Patientenberatung gänzlich fehlten, wurde der Forscher an eine falsche Instanz weitergeleitet.

Des Weiteren wurde telefonisch bei der „Auskunft der Deutschen Telekom AG“ angefragt. Auf diesem Wege konnte ein positives Ergebnis erzielt werden. Öffentliche Institutionen, die nicht über die notwendigen Informationen einer Patientenberatungsstelle verfügen, stellen eine Zugangsbarriere für Nutzer dar.

Flyer²⁹

Die für die Kontaktaufnahme mit der Patientenberatung erforderlichen Informationen konnten in einem Fall (25) einem Flyer entnommen werden. Der Forscher suchte gezielt nach diesem Flyer in zwei öffentlichen Einrichtungen.

„Der Flyer lag im Rathaus und in der Universitätsklinik in der Stadt XY an entsprechender Stelle aus“ (Fall 25).

In beiden öffentlichen Einrichtungen lagen die Flyer der Patientenberatungsstelle aus. Der „Hidden Customer“ konnte problemlos darauf zugreifen.

Nutzer können den Zugang zu den wichtigen Kontaktinformationen über einen Flyer der Patientenberatungsstelle erhalten, wenn er in geeigneten öffentlichen Einrichtungen, wie z. B. Krankenhäuser, Apotheken und Arztpraxen, ausliegt.

Fachzeitschrift

In einer „Fachzeitschrift für Ärzte“ wurde auf das Vorhandensein einer unabhängigen Patientenberatungsstelle in einer Stadt hingewiesen. Da jedoch in dem Artikel keine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme bekannt gegeben wurde, wählte der Forscher zur Informationsrecherche im Internet die Suchmaschine „Google“. Die Telefonnummer der Einrichtung wurde dann problemlos gefunden.

Informationen über Patientenberatungsstellen in Fachzeitschriften gelangen nur zum Patienten, wenn diese von den Lesern (Mediziner, Health Professionals etc.) weitergegeben werden.

5.1.2 Bedingungen für den Such- und Findeprozess

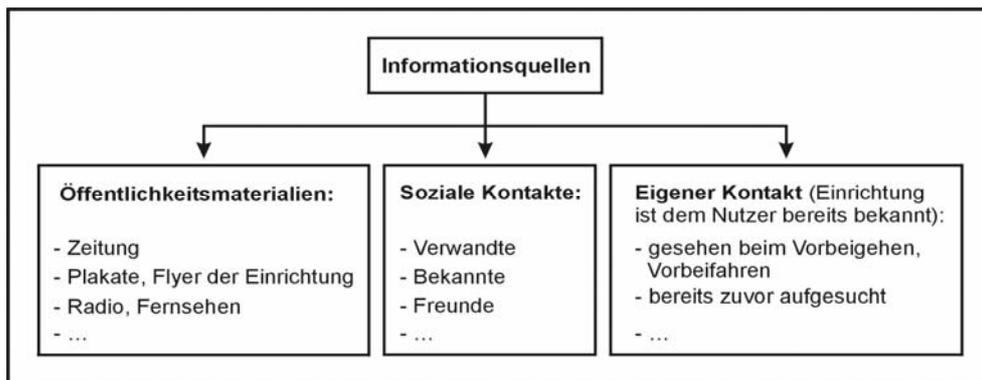
Im Rahmen der Analyse konnten Kategorien ermittelt werden, die auf Bedingungen verweisen, die einen erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Such- und Findeprozess über Medien und Institutionen zur Folge (Konsequenz) hatten. So verwendete der „Hidden Customer“ „Suchbegriffe“ (Stichwörter), um in den ausgewählten Adressverzeichnissen zu recher-

²⁹ Ein Flyer gehört zu den Öffentlichkeitsmaterialien. Über einen Flyer werden die wichtigsten Informationen veröffentlicht.

chieren. Dabei ist der Begriff „Patientenberatung“ am häufigsten zur Suche eingesetzt worden. Einige Patientenberatungsstellen sind nicht unter ihrer Funktion Patientenberatung in Adressverzeichnissen registriert, sondern firmieren sich unter ihrem „Eigennamen“. Damit der Forscher an Informationen dieser Einrichtungen gelangen kann, musste dieser den Einrichtungsnamen bereits kennen.

Nutzer können Informationen, die sie für den Suchprozess verwenden können, eventuell aus unterschiedlichen Informationsquellen beziehen. So kann der Nutzer an den Einrichtungsnamen und an weitere Strukturinformationen über die Patientenberatungsstelle gelangt sein (Abbildung 4). Die notwendigen Informationen zur Kontaktaufnahme können über Öffentlichkeitsmaterialien wie Zeitungen, Flyer oder Plakate zu den Nutzern gelangen. Zu den weiteren Informationsquellen gehören auch das Radio und Fernsehen. Häufig beziehen Ratsuchende Informationen über die Existenz einer Einrichtung für Patientenberatung über soziale Kontakte wie Freunde, Bekannte oder Verwandte. Ebenso kann der Nutzer selbst die Patientenberatung beim Vorbeigehen oder Vorbeifahren gesehen und dadurch Kenntnis von der Einrichtung erlangt haben.

Abbildung 4: Informationsquellen für Nutzer



Nutzer haben jedoch große Schwierigkeiten, Kenntnis über den Eigennamen einer Patientenberatung zu erhalten, wenn diese Informationsquellen nicht vorhanden sind bzw. diese nicht die nötigen Informationen bereithalten.

Darüber hinaus können große Schwierigkeiten auftreten, wenn die teilweise sehr langen Eigennamen der Einrichtungen abgekürzt werden. Diese „Abkürzungen“ sind, ohne Kenntnis des vollständigen Einrichtungsnamens, jedoch für manchen Nutzer verwirrend und irreführend. Darüber hinaus trug eine Patientenberatungsstelle (Fall 02) eine englische Bezeichnung. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass alle Nutzer über englische Sprachkenntnisse verfügen, so dass diese Einrichtung möglicherweise gar nicht in Anspruch genommen wird. Das folgende fiktive Beispiel soll die möglichen Schwierigkeiten, die bei der Suche nach einer Patientenberatung für Patienten und Nutzer auftreten können, verdeutlichen:

Beispiel:

Eine Praxis für Ernährungsberatung ist im Adressverzeichnis nicht unter ihrer grundlegenden Funktion verzeichnet. Die Praxis ist unter dem Na-

men „Nutrition Consulting“ (NuCon) firmiert. Anstelle des ausführlichen Einrichtungsnamens erscheint die Praxis in den Medien unter der Abkürzung „NuCon“. Ein Nutzer, der diese Praxis nicht bereits kennt, wird durch diese Abkürzung keinesfalls auf eine Praxis für Ernährungsberatung schließen. Nutzer werden diese Praxis nur in Anspruch nehmen, wenn ihnen die Bedeutung der verwendeten Abkürzung bereits bekannt ist. Bereits der Praxisname kann eine Selektion von Zielgruppen vornehmen. Es werden Nutzer angesprochen, die über englische Sprachkenntnisse verfügen. Diese Nutzergruppe wird vermutlich einen höheren Bildungsabschluss und ein höheres Einkommen haben. Nutzer mit keinen bzw. nur geringen Englischkenntnissen werden sich daher nicht an diese Praxis wenden. Der Praxistitel lässt ebenfalls darauf schließen, dass es sich im genannten Beispiel um ein Privatunternehmen handelt. Möglicherweise wird der Nutzer ein kostenpflichtiges Angebot vermuten. Er wird daher im Vorfeld abwägen, ob er sich eine kostenpflichtige Beratung leisten kann und ob er generell dazu bereit ist, für die Informationen Geld zu bezahlen.

Die Analyse der vorliegenden Untersuchung ergab, dass die „Kenntnis des Einrichtungsnamens“ und die „Suchbegriffe“ zu den ausschlaggebenden Bedingungen für den Suchprozess gehören. Der eingesetzte Suchbegriff entscheidet oftmals darüber, ob die Suche erfolgreich bzw. erfolglos verläuft.

„Anhand des Suchbegriffes „Modellprojekte § 65b“ wurde mit Hilfe der Suchmaschine „Google“ eine Liste aller 65b Projekte recherchiert“ (Fall 10).

Der in diesem Fall gewählte Suchbegriff „Modellprojekte § 65b“ ist sehr speziell und wird vermutlich nicht von potenziellen Nutzern gewählt werden. Dieser Begriff ist nur den Personen bekannt, die im Rahmen der Modellprojekte tätig sind, wie z. B. Mitarbeiter der Projekte, Wissenschaftler oder Finanziere.

In anderen Suchprozessen wurden neben dem Begriff „Patientenberatung“ beispielsweise auch Suchbegriffe wie „Patientenstelle“ oder „Verbraucherberatung“ verwendet. Diese Begriffe führten im Adressverzeichnis des Telefonbuches der Deutschen Telekom AG im Internet zur erfolgreichen Suche. Um verschiedene Begriffe für die Suche verwenden zu können, müssen Nutzer und Patienten „Ideen entwickeln“ können. Auch benötigen sie Ideen für die Suche in anderen Medien, wenn die Recherche in dem von ihnen gewählten Medium erfolglos blieb.

Ideenentwicklung

Ein Nutzer benötigt Ideen, um neue Suchbegriffe im Suchprozess verwenden zu können. Für die Ideenentwicklung sind „Kreativität“, „Wissen“ und „Bildung“ notwendig (Abbildung 5). Unter Kreativität wird die Fähigkeit eines Menschen verstanden Produkte, Ideen und Begriffe sowie neue Beziehungen, Arbeits-, Lern- und Lösungsstrategien zu entwickeln, die in wesentlichen Merkmalen neu und vorher unbekannt waren. Zum Wissen gehören alle Erfahrungen, Kenntnisse, Erkenntnisse, die ein Mensch durch Lernen, Üben und Wiederholen erworben hat. Im Zusammenhang mit Wissen ist auch der Begriff der Bildung zu nennen. Nutzer mit einer höhe-

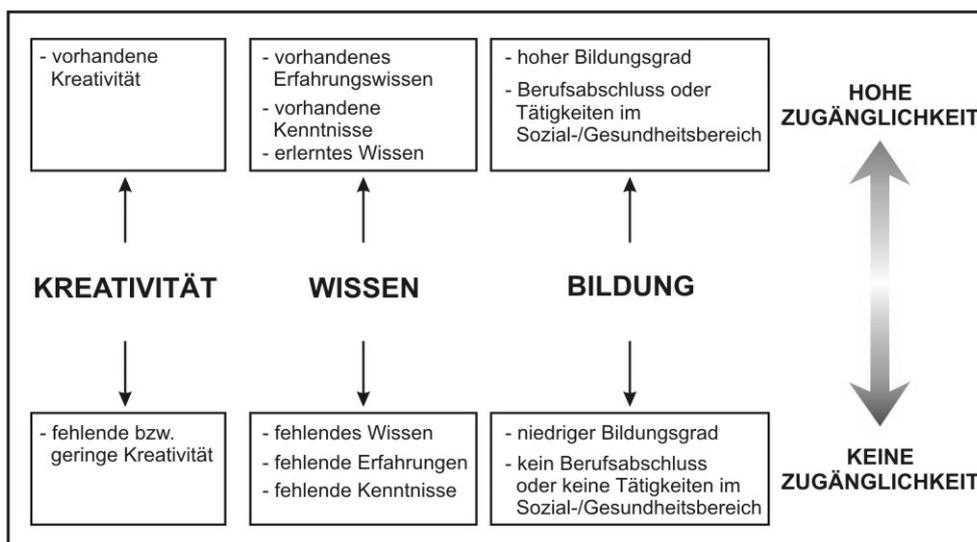
ren Bildung verfügen häufiger über mehr Wissen, auf das sie bei der Informationsrecherche zurückgreifen können (Köck/Ott 1997).

Vorhandene Kreativität, verfügbares Wissen oder eine höhere Bildung zählen zu den Bedingungen, um Ideen für geeignete Suchbegriffe zu entwickeln. Es ist eine hohe Zugänglichkeit für den Nutzer zu den Suchbegriffen gegeben und damit schließlich auch die Möglichkeit, Informationen über die Patientenberatung zu erhalten. Dagegen finden Nutzer nur sehr schwer bzw. keinen Zugang zu den nötigen Suchbegriffen, wenn mangelnde Kreativität, geringes Wissen oder geringere Bildung vorhanden sind. Die fehlende Ideenentwicklung kann ein „Hindernis“ (Barriere) darstellen, um zu den Kontaktinformationen zu gelangen. Ein Nutzer ist jedoch ein lernendes Subjekt und kann sich das nötige Wissen bzw. Bildung gegebenenfalls aneignen und Kreativität entwickeln. Es ist durchaus möglich, dass ein Nutzer beispielsweise Wissen darüber erlangt, dass sich die Räumlichkeiten der Patientenberatung in einer anderen Institution befinden. Aufgrund dieses Wissens wird der Nutzer im Adressverzeichnis nicht nur unter dem Stichwort „Patientenberatung“, sondern auch unter dem entsprechenden „Institutionsnamen“ suchen können.

Ein kreativer Nutzer wird vermutlich bei einem nicht erfolgreichen Suchprozess, z. B. über das Adressverzeichnis des Telefonbuches, vielleicht im Branchenbuch nachschauen oder beim Gesundheitsamt nachfragen. Auch können Nutzer, die einen Berufsabschluss im Sozial- und Gesundheitsbereich erworben haben bzw. in diesen Bereichen tätig sind, von Patientenberatungsstellen in ihrer Nähe erfahren haben und deren Eigennamen kennen.

Je mehr Kreativität, Wissen oder Bildung ein Nutzer besitzt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, die gesuchten Informationen recherchieren zu können, um den Zugang zu erhalten. Im Gegensatz dazu können geringe Kreativität, Wissen oder Bildung den Zugang zu den gewünschten Informationen verhindern. Es handelt sich hierbei jedoch um eine „variable“ Zugangsbarriere. Das bedeutet, dass ein Nutzer z. B. Wissen über den Eigennamen der Patientenberatungsstelle erlangen und den Namen wiederum für einen positiven Suchprozess verwenden kann.

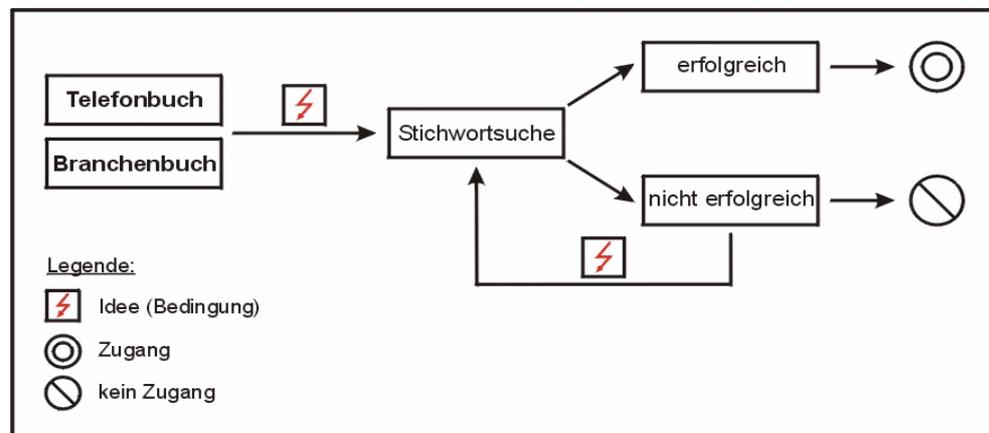
Abbildung 5: Bedingungen für die Ideenentwicklung



Stichwortsuche im Telefon- oder Branchenbuch

Nutzer, die in Adressverzeichnissen wie Telefon- oder Branchenbüchern nach den Patientenberatungsstellen recherchieren, benötigen „Ideen“ bei der Stichwortsuche. Diese Stichwortsuche kann solange durchgeführt werden, wie der Nutzer Ideen zu den Suchbegriffen entwickeln kann. Entweder wird der Prozess dann erfolgreich oder erfolglos beendet werden, d.h., entweder erhält der Forscher den Zugang zu den wichtigen Informationen zur Kontaktaufnahme oder er erhält ihn nicht. Das folgende Arbeitsdiagramm veranschaulicht einen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Suchprozess, wenn ein Telefon- bzw. Branchenbuch genutzt wird (Abbildung 6).

Abbildung 6: Arbeitsdiagramm - Zugang über das Branchen- bzw. das Telefonbuch

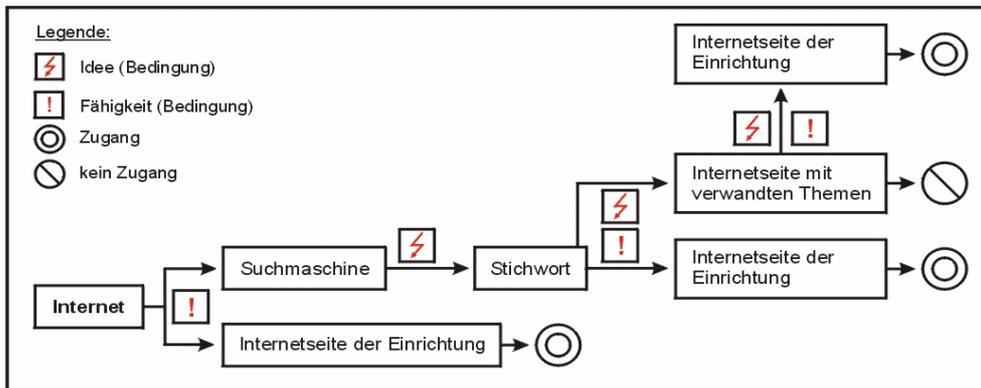


Kompetenzen im Umgang mit dem Internet

Wählt der Nutzer zur Informationsrecherche das Medium Internet, benötigt er, wie bei der Recherche über das örtliche Telefon- oder Branchenbuch, ebenfalls Ideen für die Stichwortsuche. Die Suchbegriffe werden dann in eine Suchmaschine im Internet eingegeben. In den meisten der untersuchten Fälle führten die verwendeten Suchbegriffe auf diesem Wege zu den notwendigen Kontaktinformationen. Nutzer, die über das Medium Internet die Informationen beziehen möchten, benötigen neben „Ideen“ für Suchbegriffe auch „Kompetenzen“ im Umgang mit dem Internet (Bedingungen). Insbesondere muss der Nutzer die Bedienung einer „Suchmaschine“ im Internet beherrschen. Die notwendigen Kompetenzen für den Umgang mit dem Computer kann der Nutzer z. B. aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit erlernt haben. Die erlangten Kenntnisse und Erfahrungen kann er nun auch im privaten Bereich nutzen und die notwendigen Kontaktinformationen zur Patientenberatung über das Internet recherchieren. Ebenso kann er aus privatem Interesse einen Computer besitzen und sich die notwendigen Kompetenzen für den Umgang selbst angeeignet haben. Fehlen die nötigen Kompetenzen im Umgang mit dem Internet, bestehen aus Nutzersicht Zugangsbarrieren. Nutzer können die Kompetenzen jedoch z. B. durch Schulungen erlangen. Hingegen können Nutzer, die keinen Computer mit Internetzugang besitzen, dieses Medium zur

Recherche nicht verwenden. Es besteht allerdings die Möglichkeit für Nutzer in einem sogenannten Internetcafe die dort bereitgestellten kostenpflichtigen Computer für ihre Recherche in Anspruch zu nehmen. In der folgenden Abbildung 7 ist ein möglicher Suchprozess unter Verwendung des Internets nachgezeichnet worden.

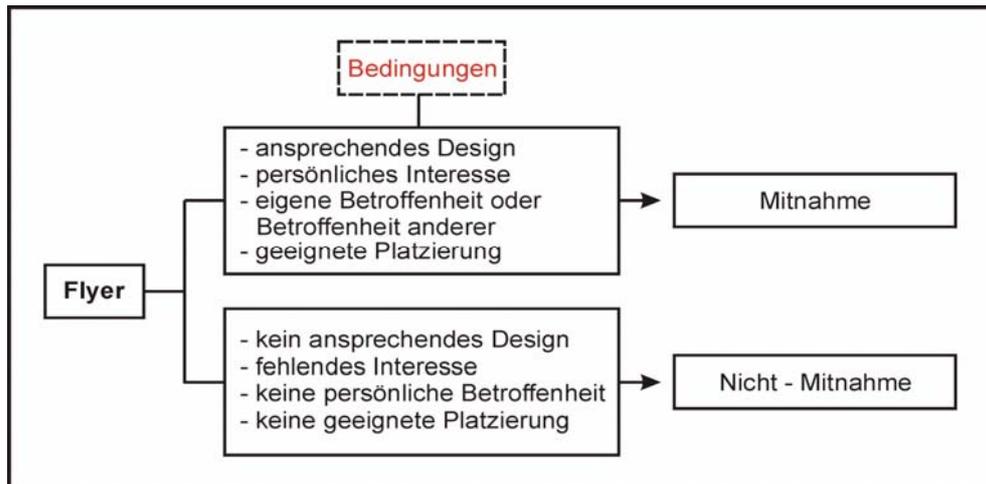
Abbildung 7: Arbeitsdiagramm - Zugang über Internet und Homepage



Öffentlichkeitsmaterialien (z. B. Flyer)

Nutzer können den Zugang zu den Strukturinformationen einer Patientenberatung erhalten, indem sie auf die Öffentlichkeitsmaterialien einer Einrichtung zurückgreifen. Zum Beispiel bieten Flyer dem Nutzer die wichtigsten Informationen, um den Kontakt zur Einrichtung bei Bedarf aufnehmen zu können. Ob ein Flyer allerdings mitgenommen bzw. liegen gelassen wird, hängt von unterschiedlichen Bedingungen ab. Häufig wird ein Flyer mitgenommen, wenn ein persönliches Interesse für eine Patientenberatung vorhanden ist. Die Gründe dafür könnten darin liegen, dass er selbst oder eine andere Person aus seinem Bekannten- bzw. Verwandtenkreis von einer Erkrankung betroffen ist und daher ein Beratungsbedarf vorhanden ist. Des Weiteren wird ein Flyer der Patientenberatung eher mitgenommen, wenn er an geeigneten Orten wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken etc. ausliegt. Weiter sorgen ein ansprechendes Design sowie die sichtbare Platzierung in Augenhöhe für die eventuelle Mitnahme des Flyers (Abbildung 8). Dagegen existieren Orte, die für die Auslage von Flyern der Patientenberatung eher ungeeignet sind. Zum Beispiel gehört die Notfallambulanz in einer Klinik nicht zu den Plätzen, die für die Auslage geeignet sind. An diesem Ort warten Menschen auf eine notfallmäßige Behandlung. Es steht entweder das eigene schwerwiegende gesundheitliche Problem oder jenes eines nahestehenden Menschen im Vordergrund. Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei diesen Personen unter der gegebenen Ausnahmesituation kein Interesse für Flyer besteht. Auch eine nicht sichtbare Platzierung sowie ein nicht ansprechendes Design können zu den Zugangsbarrieren gezählt werden.

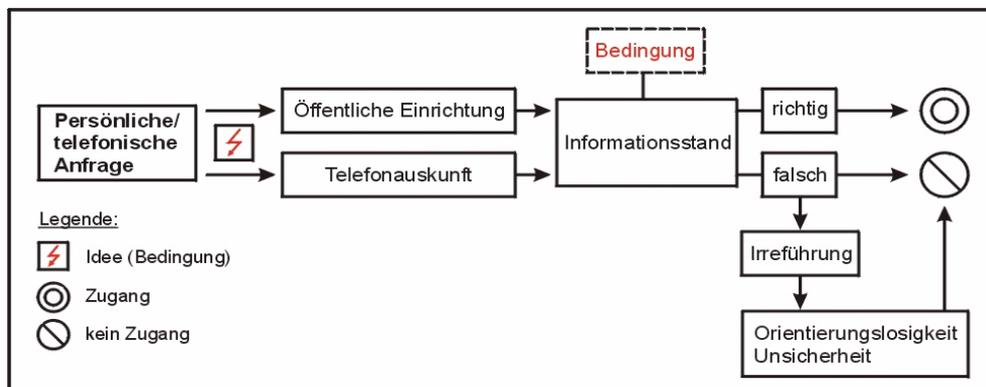
Abbildung 8: Arbeitsdiagramm - Zugang über einen Flyer der Patientenberatung



Informationsstand

Nutzer, die in Institutionen telefonisch nach einer unabhängigen Patientenberatung anfragen, benötigen ebenfalls Suchbegriffe oder die Kenntnis über den Einrichtungsnamen. Ob der Nutzer die gewünschten Informationen dann erhält, ist abhängig vom aktuellen Informationsstand der jeweiligen Institution. Die Einrichtungen können nur „zielführende“ Informationen an die Nutzer weitergeben, wenn sie über die Existenz einer unabhängigen Patientenberatungsstelle sowie deren Funktion informiert sind. Der aktuelle Informationsstand ist eine grundlegende Bedingung, um bei Anfragen die Kontaktinformationen an Nutzer weitergeben zu können (Abbildung 9). Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass ein Informationsdefizit bei den öffentlich zugänglichen Einrichtungen vorliegt. Außerdem wurden falsche Informationen an den Nutzer herausgegeben. Diese führen ihn auf Irrwege, welche wiederum Unsicherheit und Orientierungslosigkeit auslösen können. Diese Barriere ist insofern als variabel zu bezeichnen, als öffentliche Institutionen über die Existenz von Patientenberatungsstellen sowie deren Funktion aufgeklärt werden können.

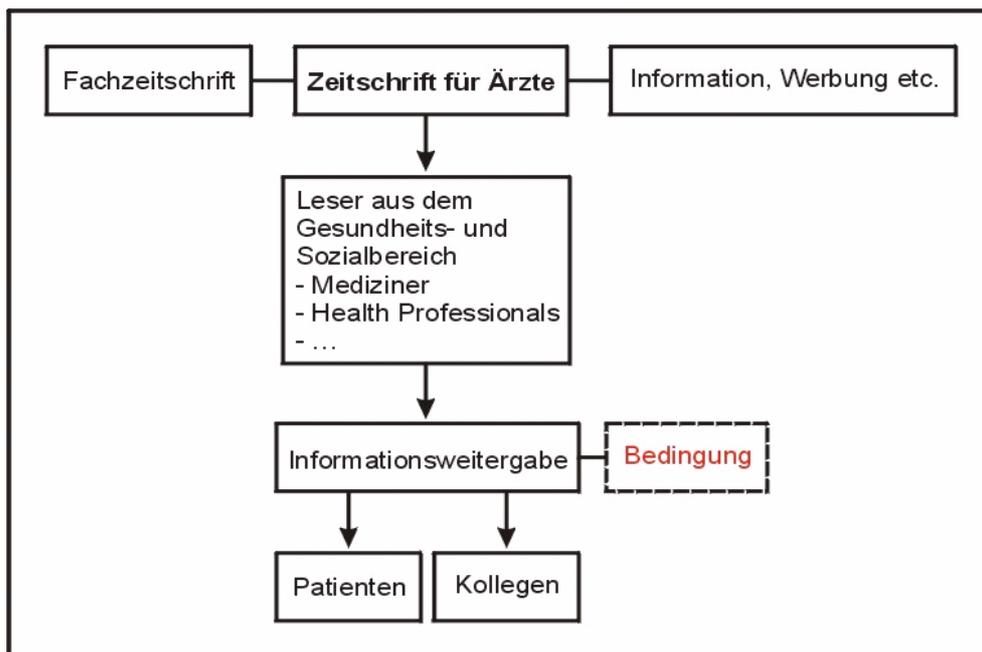
Abbildung 9: Arbeitsdiagramm - Zugang über öffentliche Einrichtungen



Informationsweitergabe durch Multiplikatoren

Die Zeitschrift für Ärzte gehört allgemein zu den Fachzeitschriften, die aktuelle Informationen für interessierte Berufsgruppen bereitstellen. Zu den interessierten Berufsgruppen einer Fachzeitschrift für Ärzte gehören insbesondere Personen aus dem Gesundheits- und Sozialbereichen, wie z. B. Mediziner oder Health Professionals. Der potentielle Nutzer einer unabhängigen Patientenberatungsstelle gehört nicht zum Klientel der Leser einer Fachzeitschrift für Ärzte und wird darüber auch nicht den Zugang zu den nötigen Kontaktinformationen erhalten können. Die Informationen, die in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden, gelangen nur zu den Patienten und Nutzern, wenn diese durch die Leser der Fachzeitschrift (Multiplikatoren) weitergegeben werden. Damit stellt die Informationsweitergabe durch Multiplikatoren eine Bedingung für die Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation dar (Abbildung 10). Da Ärzte allerdings die Patientenberatung zu ihrem Aufgabengebiet zählen, werden sie ihre Patienten vermutlich nur selten auf die unabhängigen Stellen aufmerksam machen oder sogar an diese verweisen.

Abbildung 10: Arbeitsdiagramm - Zugang zur Information über eine Fachzeitschrift



5.1.3 Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren durch Medien und Institutionen

Im Folgenden werden die Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren durch *Medien* und *Institutionen*, die während der Analyse identifiziert werden konnten, aufgezeigt. Im Einzelnen wird dargestellt, inwiefern aus Nutzersicht eine hohe Zugänglichkeit bzw. keine Zugänglichkeit (Zugangsbarriere) zu den Kontaktinformationen zur unabhängigen Patientenberatung gegeben sein kann.

Im Zuge der Untersuchung wurden die Kontaktinformationen über *Medien*, wie z. B. über das *Telefon- und Branchenbuch*, recherchiert. Dieser Zugangsweg gestaltete sich in einigen Fällen schwierig, da die Patientenberatungsstellen nicht unter ihren Funktionen in den Adressverzeichnissen hinterlegt waren und daher keine Informationen hinsichtlich der Kontaktaufnahme ermittelt werden konnten. Erst durch die Kenntnis des Eigennamens der Beratungsstelle wurden die nötigen Informationen gefunden. Dieser Zugangsweg führt Nutzer auch nur dann zu den gesuchten Informationen, wenn die dafür notwendigen Informationen (Name der Einrichtung, Telefonnummer, Anschrift) im Telefon- oder Branchenbuch veröffentlicht sind. Die gewünschten Informationen sind teilweise auch nur erhältlich gewesen, wenn dem Nutzer der Name der Einrichtung (Eigennamen) oder der Institutionsname, in der die Patientenberatung untergebracht ist, bekannt war. War dem Forscher der Name der Einrichtung gänzlich unbekannt, so wurde zudem versucht, über Stichwörter, die in Zusammenhang mit einer Patientenberatung stehen, die Telefonnummer zu recherchieren. Es zeigte sich, dass nicht nur das Stichwort „Patientenberatung“ für den Suchprozess verwendet wurde, sondern auch andere Suchbegriffe, die mit diesem im Zusammenhang stehen, wie z. B. Patientenstelle oder Verbraucherberatung. Letztendlich muss nicht nur die Veröffentlichung dieser Begrifflichkeiten gegeben sein, sondern der Nutzer muss ebenso auch entsprechende Ideen entwickeln können. Ist der Suchende nicht in der Lage, weitere Ideen in Bezug auf den Begriff der Patientenberatung zu entwickeln oder andere Möglichkeiten zur Suche in Erwägung zu ziehen, so ergeben sich Zugangsbarrieren.

Das Internet stellt einen weiteren Zugangsweg dar, um Informationen zur Einrichtung der Patientenberatung und Nutzerinformation zu erhalten. So nutzten die Forscher zur Recherche hauptsächlich das *Internet*, wobei sie problemlos an die gesuchten Informationen gelangten. Der Zugang zu den gewünschten Informationen wird somit ermöglicht, indem der Nutzer für die Recherche eine Suchmaschine im Internet benutzt. Wie bei der Recherche über das Telefon- oder Branchenbuch benötigt der Suchende auch hier Ideen für die Stichwortsuche. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, für die Suche direkt die Internetadresse der Beratungsstelle zu verwenden. Diese Adresse kann der Nutzer beispielsweise über Medien in Erfahrung gebracht haben. Mit Hilfe einer Suchmaschine im Internet sind die gewünschten Informationen zur Patientenberatungsstelle in den meisten Fällen leicht zugänglich gewesen. Es sind allerdings einige Voraussetzungen für den Zugang zu den gewünschten Informationen über dieses Medium notwendig. Der Nutzer muss zum einen über einen Computer mit Internetzugang verfügen und zum anderen sind Kompetenzen im Umgang mit dem Internet erforderlich. Ist kein Computer mit Internetzugang vorhanden oder fehlen die notwendigen Kompetenzen, so bestehen Zugangsbarrieren zur Informationsrecherche über dieses Medium.

Einige Patientenberatungsstellen bieten *Öffentlichkeitsmaterialien* an, welche die wichtigsten Informationen für eine Kontaktaufnahme enthalten. Häufig werden hierzu *Flyer* oder *Folder* eingesetzt. Auf einen solchen Flyer griff ein Forscher während der Untersuchung zurück und erhielt die nötigen Kontaktinformationen. Ein Flyer wird jedoch nur mitgenommen, wenn das persönliche Interesse für eine unabhängige Patientenberatung besteht. Dieses Interesse kann zum einen aus der eigenen Betroffenheit oder aus der Betroffenheit von Bekannten, Freunden etc. resultieren. Um

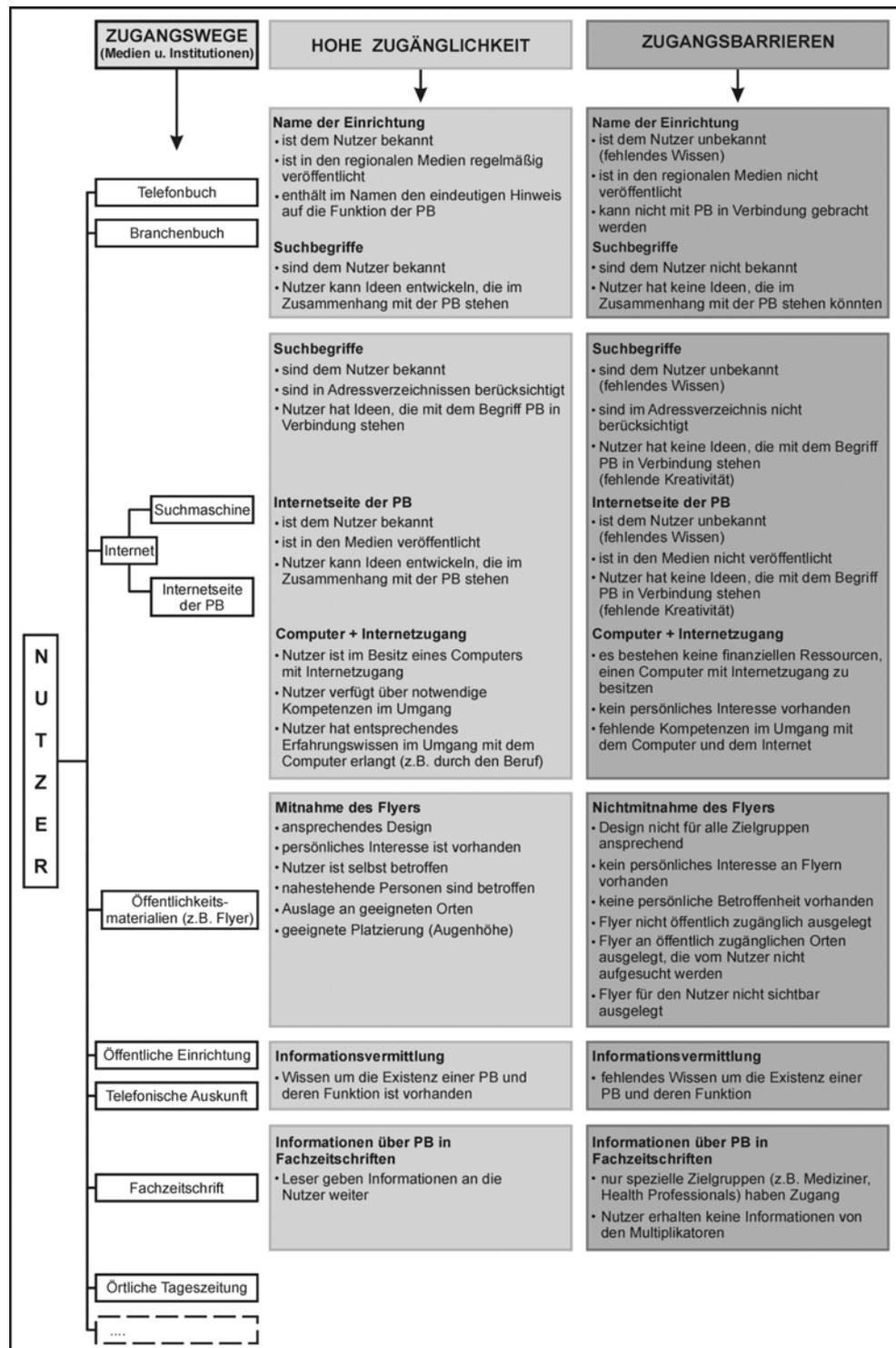
die Mitnahme des Flyers zu gewährleisten, ist es sinnvoll, geeignete Orte wie Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken etc. für deren Auslage zu wählen. Weiter sorgen ein ansprechendes Design sowie die sichtbare Platzierung in Augenhöhe für die eventuelle Mitnahme eines Flyers. Somit ist die Möglichkeit gegeben, dass Nutzer und Patienten darüber die nötigen Informationen zur Kontaktaufnahme zur Patientenberatung erhalten.

Während einige Forscher zur Informationsrecherche auf Medien zurückgriffen, fragten andere in einer *öffentlichen Einrichtung* und bei der *telefonischen Auskunft* der Deutschen Telekom AG an. Bei der Telefonauskunft konnten die nötigen Informationen in Erfahrung gebracht werden, dagegen erhielten die Forscher bei der öffentlichen Einrichtung keinen Zugang zu den Kontaktinformationen. Aufgrund des dort vorliegenden Informationsdefizits hinsichtlich der vor Ort ansässigen Beratungsstelle für Patienten sowie deren Funktion wurde der Anrufer an eine falsche Institution verwiesen. Fehlendes Wissen in Bezug auf die vor Ort befindlichen Patientenberatungseinrichtungen stellt eine Zugangsbarriere für Nutzer dar.

Die Information über das Vorhandensein einer Patientenberatungsstelle wurde darüber hinaus auch einem Artikel einer *Fachzeitschrift* für Ärzte entnommen. Diese Möglichkeit des Zugangs erhalten allerdings nur bestimmte Zielgruppen (Mediziner, Health Professionals etc.). Sie können jedoch als Multiplikatoren wichtige Funktionen übernehmen und diese Informationen an andere Personen (Patienten, Kollegen etc.) weitergeben. Durch die Multiplikatoren kann dann auch der Zugang zur Patientenberatung ermöglicht werden. Nutzer werden allerdings über diesen Zugangsweg keine Informationen erhalten können, wenn bei den Lesern dieser Fachzeitschrift kein Interesse besteht, diese weiterzugeben.

In der Abbildung 11 werden die Analyseergebnisse noch einmal zusammenfassend graphisch dargestellt.

Abbildung 11: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation durch Medien und Institutionen



5.2 Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme

Bei der Zugänglichkeit spielt auch die *Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme* einer Patientenberatungsstelle eine wichtige Rolle. Erst durch den erfolgreichen Kontakt zur Beratungsstelle erhalten Nutzer und Patienten die Möglichkeit, ein Beratungsgespräch oder Nutzerinformationen in Anspruch nehmen zu können. Nutzer können telefonisch, schriftlich oder persönlich den Kontakt zur Patientenberatungsstelle herstellen. An den jeweiligen Wochentagen und in den jeweils ausgewiesenen Öffnungszeiten besteht für Nutzer die Möglichkeit, mit der Einrichtung in Kontakt zu treten. Der Kontakt kommt allerdings erst zustande, wenn die Einrichtung für den Ratsuchenden auch erreichbar ist.

Nachdem die Forscher im ersten Untersuchungsschritt die nötigen Kontaktinformationen recherchiert haben, bestand ein weiterer Schritt darin, als „Hidden Customer“ einen telefonischen Kontakt zur exemplarisch ausgewählten unabhängigen Patientenberatungseinrichtung herzustellen. Der telefonische Zugang wurde gewählt, um einen persönlichen Gesprächstermin zu vereinbaren. In drei Fällen ist zwar der telefonische Kontakt zur Einrichtung aufgenommen worden, ein persönlicher Gesprächstermin wurde allerdings nicht vereinbart, da die Beratungsstelle für den „Hidden Customer“ zu weit entfernt war. Daher ist die Einrichtung auch nicht aufgesucht worden.

In der vorliegenden Kategorie *Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme* werden die Forschungsergebnisse, die sich auf die Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit zur Beratungsstelle beziehen, präsentiert. Darüber hinaus ist die zeitliche Erreichbarkeit (Öffnungszeiten) der jeweiligen Einrichtung von entscheidender Bedeutung, ob Nutzer die Patientenberatungsstelle telefonisch oder persönlich in Anspruch nehmen können. Aus diesem Grunde wurden die Zeitfenster, in denen die Beratungsstellen für Nutzer erreichbar sind, separat betrachtet und qualitativ ausgewertet.

5.2.1 Kontaktaufnahme zur Einrichtung

In einem Fall (21) wurde die Kontaktaufnahme zur Patientenberatung per „E-Mail“ problemlos hergestellt. Am häufigsten wurde jedoch versucht, „telefonisch“ mit der Beratungseinrichtung während der Öffnungszeiten in Kontakt zu treten. Die telefonische Kontaktaufnahme stellte sich jedoch insgesamt als sehr schwierig dar. Den „Hidden Customer“ war häufig kein sofortiger telefonischer Zugang zu den Patientenberatungsstellen möglich. Eine Beratungsstelle (Fall 20) konnte telefonisch sogar die gesamte Woche während der Öffnungszeiten nicht erreicht werden. Entweder nahm „auch nach mehrmaligem Telefonklingeln“ (Fall 06) niemand das Gespräch entgegen oder die Telefonleitung war „permanent belegt“ (Fall 20).

„Der erste Kontakt zur Patientenberatung gestaltete sich besonders schwierig, da trotz mehrfacher Versuche (insgesamt 15-20) das Telefon ein ständiges Besetzt-Zeichen aufwies, sowohl bei der Telefonnummer des Sekretariats als auch bei der Nummer der Beraterin“ (Fall 22).

Es wurden zahlreiche Versuche unternommen, mit dieser Patientenberatung telefonisch in Kontakt zu treten. Dem Forscher lagen in diesem Fall sogar zwei Telefonnummern vor, um entweder mit dem Sekretariat oder mit der Beraterin direkt den Kontakt aufnehmen zu können. Beide Telefonleitungen waren jedoch ständig belegt. Die telefonische Erreichbarkeit der Patientenberatungsstelle ist eher dem Zufall überlassen. Im vorliegenden Fall zeigte der Anrufer eine immense Ausdauer bei dem Versuch, die Einrichtung telefonisch erreichen zu wollen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass ein durchschnittlicher Ratsuchender diese Beharrlichkeit nicht an den Tag legen würde. Wenn eine Patientenberatungseinrichtung beim ersten Versuch telefonisch nicht zu erreichen ist, wird der Ratsuchende es zu einem späteren Zeitpunkt evtl. noch ein weiteres Mal versuchen. Falls er dann zum wiederholten Male keinen Zugang erhalten sollte, wird er mit größter Wahrscheinlichkeit sein Vorhaben aufgeben. Auch in der Untersuchung brach im Fall (19) ein „Hidden Customer“ den Versuch, die Patientenberatungsstelle telefonisch erreichen zu wollen, nach zahlreichen Versuchen ab. Er konnte erst mit der Einrichtung in Kontakt treten, nachdem er sich dazu entschlossen hatte, diese während der Öffnungszeiten persönlich aufzusuchen.

Voraussetzung für die telefonische Erreichbarkeit von Patientenberatungseinrichtungen ist zum einen eine freie Telefonleitung. Zum anderen muss das Gespräch auch von einer Person oder von einem Anrufbeantworter entgegengenommen werden. So kann es sein, dass die Telefonleitung einer Beratungsstelle für einen Nutzer permanent belegt ist, wenn diese telefonisch stark in Anspruch genommen wird oder aber auch, wenn der Berater „absichtlich“ den Hörer neben das Telefon gelegt hat.

„...Dauer des Gespräches 45 Minuten. Der Telefonhörer liegt während dieser Zeit neben der Muschel und der Anrufbeantworter ist auf stumm geschaltet. Lediglich ein Piepsen zeigt jeden weiteren Anruf an. Während der Wartezeit gingen insgesamt 4 Anrufe ein“ (Fall 16).

Während des 45 Minuten andauernden persönlichen Beratungsgespräches erhalten die Anrufer nur die Möglichkeit, auf einen Anrufbeantworter der Einrichtung zu sprechen. Ratsuchende können jedoch nicht den telefonischen Zugang zum Berater herstellen, da er das Telefon durch den abgehobenen Hörer blockiert hat. Der Berater möchte ein ungestörtes persönliches Beratungsgespräch mit dem Nutzer führen und hat deshalb den telefonischen Zugang für weitere Anfragen gesperrt. Das persönliche erhält damit den Vorrang vor einem telefonischem Gespräch. Nutzer erhalten somit eher ein Beratungsgespräch, wenn sie die Einrichtung persönlich aufsuchen.

Nur eine Einrichtung (Fall 18) wurde außerhalb der Öffnungszeiten telefonisch kontaktiert. Hier wurde dem Anrufer die Möglichkeit gegeben, eine Nachricht auf einem „automatischen Anrufbeantworter“ zu hinterlassen. Des Weiteren gelangte ein anderer Forscher bei dem Versuch der telefonischen Kontaktaufnahme in eine „Warteschleife“. Der Versuch wurde jedoch durch den „Hidden Customer“ abgebrochen, da die zeitliche Dauer der kostenpflichtigen Warteschleife nicht absehbar war. Erst zu einem späteren Zeitpunkt konnte die Beratungsstelle zwar telefonisch erreicht werden, doch der „Hidden Customer“ erhielt keine Nutzerinformationen, da der zuständige Berater in der Einrichtung nicht zur Verfügung

stand. Auch andere Forscher machten ähnliche Erfahrungen (Fall 02, 18). So ist der zuständige Berater nicht anwesend oder auch aus anderen Gründen nicht erreichbar gewesen. Obwohl der telefonische Kontakt zur Beratungsstelle hergestellt werden konnte, hat der Anrufer sein Anliegen bzw. seine Problemsituation nicht sofort klären können.

„Sabine erklärt ihr Anliegen: sie möchte eine Beratung in Anspruch nehmen. Frau Müller erklärt, dass dafür Frau Göbel zuständig sei, diese aber momentan nicht im Hause sei. Auf Nachfrage von Sabine, wann sie denn Frau Göbel erreichen könne erklärt Frau Müller, dass Frau Göbel am kommenden Tag nicht zu erreichen sei, da sie dienstlich unterwegs sei und erst in zwei Tagen wieder in der Dienststelle erreichbar sei“ (Fall 10).

In dieser Patientenberatungseinrichtung war die zuständige Beraterin mehrere Tage nicht vor Ort erreichbar. In dieser Zeit konnten Nutzer keine Beratungsgespräche in Anspruch nehmen. Das Beratungsanliegen konnte erst zu einem späteren Zeitpunkt angebracht werden. So musste der Ratsuchende sich ein weiteres Mal an die Einrichtung wenden. In einigen Fällen (02, 18) wurde von der Patientenberatungseinrichtung das Angebot unterbreitet, den Anrufer „zurückzurufen“, wenn der Berater sich zum Zeitpunkt des Anrufes gerade in einem persönlichen Gespräch befand. Der Rückruf erfolgte in einem Fall (18) bereits nach zehn Minuten. In einem anderen Fall (02) erhielt der Nutzer den Rückruf erst nach mehr als drei Stunden.

Auch die Vereinbarung von persönlichen oder telefonischen Beratungsterminen war von der Anwesenheit der Berater in den Beratungsstellen abhängig. Ein Forscher konnte den Termin nicht frei wählen, sondern musste den von der Einrichtung vorgegebenen Termin in Anspruch nehmen, um ein Beratungsgespräch erhalten zu können.

„Der von mir gewünschte Termin konnte nicht gegeben werden, da unklar war, wie viele Berater an diesem Tag im Haus sind. Deshalb musste auf einen anderen Termin zurückgegriffen werden“ (Fall 18).

Aufgrund der strukturellen und organisatorischen Bedingungen kann der Forscher nicht zu einem für ihn passenden Termin in die Patientenberatung kommen. Die Terminvergabe ist abhängig von den organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtung. Wie in einer Arztpraxis hat der Nutzer also einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Das aktuelle Beratungsanliegen eines Nutzers kann somit nicht sofort bearbeitet werden, sondern der Ratsuchende muss sich noch gedulden, um die gewünschten Nutzerinformationen erhalten zu können.

Neben der telefonischen Kontaktaufnahme wurden anschließend, bis auf drei Ausnahmen, alle anderen Einrichtungen „persönlich“ aufgesucht. Es zeigte sich, dass die „persönliche Kontaktaufnahme“, d. h. der Zutritt in die Beratungsstellen in den meisten Fällen für Nutzer sehr leicht möglich war. Nur bei wenigen Einrichtungen gestaltete sich die persönliche Kontaktaufnahme für den „Hidden Customer“ schwieriger. So konnten einige Forscher direkt in die Beratungsstelle eintreten, „ohne eine Eingangstür manuell öffnen zu müssen“. Entweder war die Tür bereits geöffnet vorzufinden oder der Zugang wurde durch eine „automatische Tür“ gewährleistet. In einem Fall (18) wurde der Zugang zur Beratungsstelle allerdings

durch eine verschlossene Eingangstür verhindert. Der Forscher musste eine Klingel betätigen, um eingelassen zu werden.

„Die Tür ist verschlossen und auf mein Klingeln wird nach einiger Wartezeit reagiert“ (Fall 18).

Die Beratungseinrichtung ist verschlossen und kann nicht ohne weiteres betreten werden. Der Forscher steht vor einer verschlossenen Tür. Er muss eine Klingel betätigen, um sich „anzumelden“. Auch nach Betätigung der Klingel wurde die Tür nicht sofort geöffnet. Erst nach einiger Wartezeit wurde die Tür geöffnet und der Forscher durfte eintreten. Eine verschlossene Eingangstür zur Beratungsstelle stellt zunächst für jeden Nutzer ein Hindernis dar. Ein Nutzer, der vor der verschlossenen Tür einer Beratungsstelle steht, könnte auch den Eindruck gewinnen, die Beratungsstelle sei „geschlossen“, weil er möglicherweise die Öffnungszeiten der Einrichtung nicht genug kenne. Genauso können die Berater der Einrichtung darüber entscheiden, welche Personen eingelassen werden und welche nicht. Dagegen erlauben nicht verschlossene Türen einen sofortigen Einlass für Ratsuchende. Insbesondere ermöglichen Automatiktüren einen behindertengerechten Zugang zur Patientenberatung.

5.2.2 Wochentage und Öffnungszeiten

Für die zeitliche Erreichbarkeit einer unabhängigen Patientenberatungsstelle sind u. a. die Wochentage und die tatsächlichen Zeitfenster, innerhalb derer die Einrichtungen geöffnet sind, für den Nutzer entscheidend. Sie geben Auskunft darüber, wann die Einrichtungen für Nutzer zugänglich sind. Deshalb werden im Folgenden die Öffnungszeiten der untersuchten Patientenberatungsstellen quantifiziert und anschließend qualitativ ausgewertet. Die Öffnungszeiten wurden im Rahmen der Informationsrecherche ermittelt. Sie waren für die telefonische und persönliche Kontaktaufnahme während des Forschungsprozesses von Bedeutung.

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, an welchen Wochentagen und zu welchen Tageszeiten die untersuchten Beratungsstellen zugänglich sind, werden in der Tabelle 3 die jeweiligen Öffnungszeiten zusammenfassend dargestellt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in der Tabelle 3 sowie in der Abbildung 14 nur 16 Fälle der gesamten 19 Fälle abgebildet sind, weil während der Untersuchung drei Patientenberatungsstellen von jeweils unterschiedlichen Forschern doppelt besucht wurden. Einige der Einrichtungen bieten auch Gesprächstermine außerhalb der Öffnungszeiten an oder halten mobile Beratungsangebote vor. Diese wurden in der Darstellung ebenso nicht berücksichtigt. Ziel der Untersuchung war es, in Erfahrung zu bringen, an welchen Tagen und zu welchen Zeiten Nutzer die Einrichtung erreichen können.

Aus der Tabelle 3 wird ersichtlich, dass an unterschiedlichen Wochentagen und zu unterschiedlichen Zeiten die Einrichtungen für Nutzer zugänglich sind. Von den untersuchten Einrichtungen ist nur eine Einrichtung von Montag bis Sonntag für Nutzer zugänglich. Andere Patientenberatungsstellen haben an drei bis fünf Tagen in der Woche geöffnet. Nur eine der untersuchten Einrichtungen bietet lediglich an zwei Tagen in der Woche Nutzern den Zugang. Die anderen untersuchten Beratungsstellen

sind jeweils am Montag, Mittwoch und am Freitag für Ratsuchende geöffnet.

Es zeigt sich auch, dass alle untersuchten Patientenberatungsstellen unterschiedliche Öffnungszeiten anbieten. Darüber hinaus konnten in drei Fällen die genauen Öffnungszeiten nicht ermittelt werden. Zwei Beratungsstellen (Fall 06, 25) bieten nur einmal in der Woche Öffnungszeiten bis 18:00 Uhr und zwei weitere Einrichtungen (Fall 16/19, 26) sind einmal in der Woche bis 19:00 Uhr geöffnet. Nur eine Beratungsstelle (Fall 24) ist für Nutzer einmal in der Woche bis 20:00 Uhr zugänglich. Zwei Einrichtungen (Fall 30, 32) sind an allen ihren Öffnungstagen bis 18:00 Uhr für den Nutzer erreichbar, wobei die Beratungsstelle des Falles 30 auch am Wochenende geöffnet hat. Früh morgens (ab 8:00 Uhr) bietet keine der untersuchten Einrichtungen ihre Beratungsdienste an. Vier von den untersuchten Patientenberatungsstellen (Fall 02, 24, 30, 32) eröffnen Ratsuchenden die Möglichkeit, an ihren Öffnungstagen auch am Nachmittag erreichbar zu sein. Eine Einrichtung (Fall 18/23) ist dienstags, mittwochs und donnerstags bereits mittags ab 12:00 Uhr für Nutzer nicht mehr zugänglich. Eine andere Beratungsstelle (Fall 20) ist von Montag bis Donnerstag bis 14:00 Uhr geöffnet.

Tabelle 3: Wochentage und Öffnungszeiten der untersuchten Patientenberatungsstellen

Fälle	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Insgesamt
02	10:00-16:00	10:00-16:00	10:00-16:00	10:00-16:00	10:00-16:00			30 Std.
06	09:00-14:00	09:00-14:00	09:00-14:00	14:00-18:00				19 Std.
10/31								"
22								"
16/19		10:00-12:00	15:00-19:00	10:00-13:00				9 Std.
18/23		09:00-12:00	09:00-12:00	09:00-12:00				12 Std.
20	11:00-14:00	11:00-14:00	11:00-14:00	11:00-14:00				14 Std.
21	ab 10:00			32				
24	09:00-15:00	12:00-20:00	09:00-15:00	09:00-15:00				32 Std.
25	10:00-13:00	10:00-13:00	10:00-13:00	10:00-13:00 15:00-18:00	10:00-13:00			18 Std.
26	16:00-19:00	10:00-13:00		10:00-13:00				9 Std.
27	09:30-12:00	09:30-12:00 14:00-15:30	09:30-12:00	09:30-12:00 14:00-15:30	09:30-12:00			15,5 Std.
28		09:00-11:00	09:00-11:00		15:00-16:30			5,5 Std.
29		10:00-12:00	10:00-12:00 14:00-16:00					6 Std.
30	09:00-12:00 14:00-18:00	09:00-12:00 14:00-18:00	09:00-12:00 14:00-18:00	09:00-12:00 14:00-18:00	09:00-12:00 14:00-18:00	10:00-12:30 14:00-18:00	10:00-12:30 14:00-18:00	41,5 Std.
32		11:00-13:30 14:30-18:00		11:00-13:30 14:30-18:00	11:00-13:30 14:30-18:00			18 Std.

³⁰ Öffnungszeiten waren im Fall 10/31 nicht zu ermitteln.

³¹ Öffnungszeiten waren im Fall 22 nicht zu ermitteln.

³² Auch in dem Fall 21 waren keine genaueren Öffnungszeiten zu ermitteln.

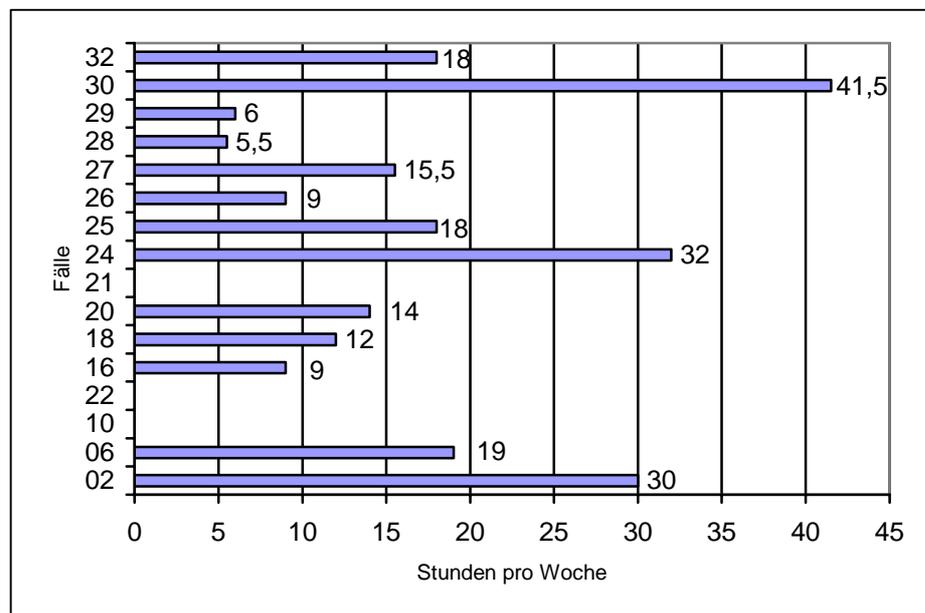
In zwei Fällen (10/31, 22) konnten die Öffnungszeiten jedoch nicht ermittelt werden und in einem Fall (21) nur unvollständig. In den meisten Fällen konnten die Zeiten, in denen die untersuchten Einrichtungen geöffnet sind, allerdings recherchiert werden. Sie waren im Internet den jeweiligen Homepages sowie den Öffentlichkeitsmedien (Flyer) zu entnehmen. So versuchten die Forscher, während der Öffnungszeiten den Kontakt mit den Beratungsstellen telefonisch herzustellen. Forscher, die außerhalb der Öffnungszeiten den telefonischen Kontakt suchten, gelangten an einen Anrufbeantworter der Beratungsstelle.

„Beim ersten Versuch der Kontaktaufnahme war nur der Anrufbeantworter zu hören, da der Anruf außerhalb der Öffnungszeiten lag. Die Öffnungszeiten konnten dem Text des Anrufbeantworters entnommen werden“ (Fall 18).

Durch die Schaltung eines Anrufbeantworters (AB) erhält der Anrufer Informationen über die Zeiten, zu denen die Einrichtung erreichbar ist. Darüber hinaus besteht für den Anrufer die Möglichkeit, auch wenn er keinen telefonischen Kontakt zum Berater herstellen konnte, sein Anliegen auf dem AB zu hinterlassen. Es gibt jedoch Personen, die die Nutzung eines AB ablehnen. Zum Teil spielen hierbei Hemmungen und Ängste, auf einen AB zu sprechen, eine Rolle. Diese Nutzer werden entweder versuchen während der Öffnungszeit noch einmal anzurufen oder sie brechen ihren Kontaktversuch ab und gehen den Beratungsstellen als Anrufer verloren.

Neben der Erreichbarkeit in Tagen pro Woche können auch Aussagen über die Erreichbarkeit in Stunden pro Woche getroffen werden. Die Spannweite der Öffnungszeiten ist auffallend hoch. Sie reicht von 5,5 bis 41,5 Stunden pro Woche. Einige Beratungsstellen bieten jedoch noch weitere Beratungstermine außerhalb der regulären Öffnungszeiten an. Die Abbildung 12 bietet einen Überblick über die Erreichbarkeit in Stunden pro Woche der untersuchten Einrichtungen.

Abbildung 12: Gesamtdarstellung der angebotenen Stunden im Überblick



In vielen Fällen sind die unabhängigen Patientenberatungseinrichtungen nur in einem eingeschränkten Zeitfenster für die Ratsuchenden erreichbar. Daher werden nicht alle Nutzergruppen den Zugang erhalten können. Zum Beispiel erhalten viele Berufstätige keinen Zugang zu den Einrichtungen, wenn diese bereits am Nachmittag schließen. Je weiter die Zeitfenster gefasst werden, desto größer ist für Nutzer die Möglichkeit, die Patientenberatung in Anspruch nehmen zu können. Eine breitere Öffnungszeit setzt allerdings voraus, dass die Einrichtungen auch über ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen verfügen.

5.2.3 Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren bezogen auf die Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme zur Einrichtung

Während des Forschungsprozesses wurden die Erreichbarkeit sowie die Kontaktaufnahme zur unabhängigen Patientenberatungsstelle untersucht. Dabei waren Faktoren wie *zeitliche, telefonische, persönliche und schriftliche* (per E-Mail) *Erreichbarkeit* von Bedeutung. Daneben ließen sich ebenso Zugangsbarrieren analysieren.

Die Analyse der *zeitlichen Erreichbarkeit* ergab, dass die Einrichtungen in den meisten Fällen an unterschiedlichen Wochentagen und zu unterschiedlichen Zeiten für Nutzer zugänglich sind. Die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Einrichtung ist für Nutzer teilweise auf wenige Stunden am Tag sowie auf wenige Tage in der Woche beschränkt. Dagegen ermöglichen breit angelegte Zeitfenster an allen Tagen in der Woche eine hohe Zugänglichkeit für Nutzer. Die Forscher gelangten an die Informationen über die zeitliche Erreichbarkeit hauptsächlich über die Homepage der jeweiligen Patientenberatungsstelle. Ferner konnten die Kontaktinformationen auch einem Flyer (Öffentlichkeitsmaterialien) entnommen werden. Nutzer können die Öffnungszeiten auch aus den regionalen Medien entnehmen, wenn diese dort regelmäßig veröffentlicht sind.

Es zeigten sich große Schwierigkeiten hinsichtlich der *telefonischen Erreichbarkeit*. Die telefonische Kontaktaufnahme war in einigen Fällen aufgrund ständig belegter Telefonleitungen in den ausgewiesenen Öffnungszeiten nicht möglich. In anderen Fällen, in denen es gelungen war, die Beratungsstelle telefonisch zu kontaktieren, konnte das Beratungsgespräch allerdings nicht durchgeführt werden, da der zuständige Berater nicht anwesend war. Nutzer können erst einen Zugang zur unabhängigen Patientenberatung erhalten, wenn zum einen die telefonische Erreichbarkeit gewährleistet und zum anderen der zuständige Berater ebenfalls erreichbar ist. Die Untersuchungsergebnisse lassen jedoch eher die Vermutung zu, dass der Anrufer gerade das Glück haben muss, die Beratungsstelle telefonisch erreichen zu können. Dazu müssten die Beratungsstellen mehrere Telefone und auch mehr Personal zur Verfügung stellen. Beides erfordert allerdings entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen.

Die Schaltung eines Anrufbeantworters ermöglicht auf der einen Seite, dass Nutzer ihre Anfragen hinterlassen können und somit ein grundsätzlicher Zugang zur Beratungsstelle hergestellt werden kann. In diesem Fall ist für die Zugänglichkeit zur Patientenberatung eine zeitnahe Beantwortung

des eingegangenen Anrufes wichtig. Auf der anderen Seite kann ein Anrufbeantworter dagegen auch ein Hindernis für Nutzer darstellen, da es möglicherweise Nutzer gibt, die einen Anrufbeantworter meiden. Diese Nutzer hinterlassen keine Nachricht und erhalten somit auch keinen Zugang.

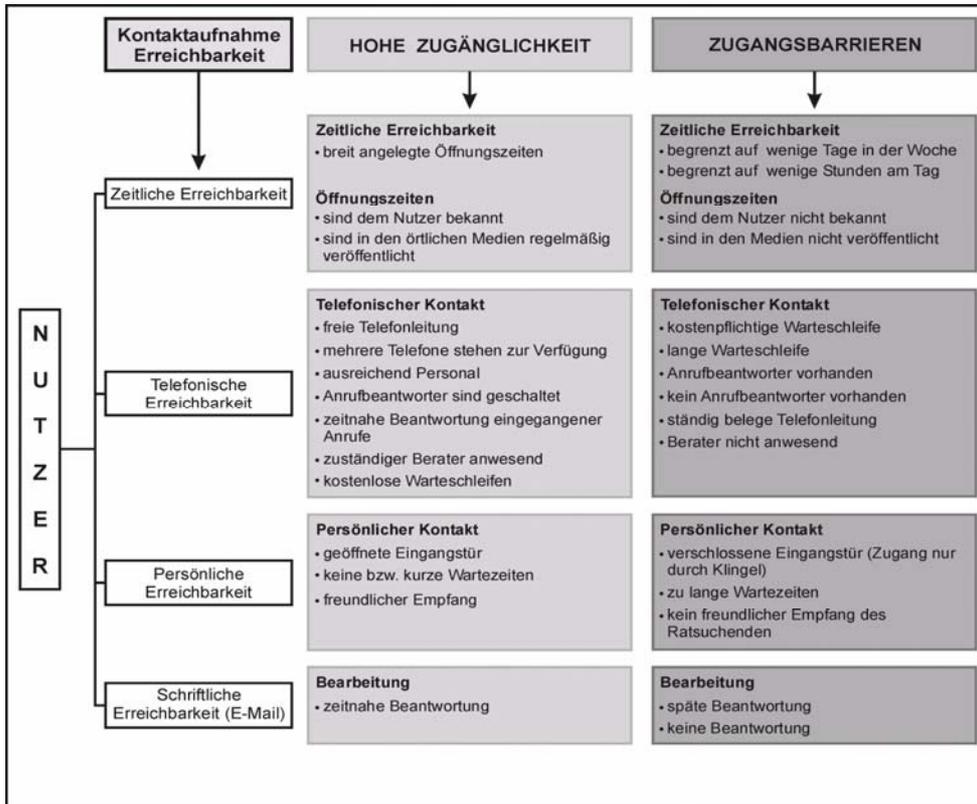
Wie sich in der Untersuchung ebenfalls zeigte, kann die Schaltung einer telefonischen Warteschleife bei der Kontaktaufnahme zur Patientenberatung hinderlich sein. Oftmals ist die zeitliche Dauer der Warteschleife nicht absehbar und darüber hinaus entstehen für den Nutzer finanzielle Belastungen, wenn es sich um eine kostenpflichtige Warteschleife handelt.

Die *persönliche Erreichbarkeit* der Patientenberatungsstelle wurde durch eine verschlossene Eingangstür zur Einrichtung erschwert. Diese wurde erst auf ein Klingeln hin geöffnet. Auf einen Nutzer kann eine verschlossene Eingangstür zur Beratungsstelle, die erst durch ein Klingelzeichen geöffnet wird, als Hindernis wirken. Genauso kann ein unfreundlicher Empfang durch die Mitarbeiter der Beratungsstelle die Zugänglichkeit erschweren. Für unsichere und schüchterne Personen können sich diese Faktoren hinderlich auf den persönlichen Zugang auswirken. Dagegen sind geöffnete Eingangstüren als nutzerfreundlich einzustufen. Ebenso erleichtert ein freundlicher Empfang durch die dort tätigen Personen den Weg zur Beratung. Keine oder relativ kurze Wartezeiten auf ein Beratungsgespräch sind ebenfalls nutzerfreundlich.

Die *schriftliche Erreichbarkeit* (per E-Mail) einer Einrichtung war für einen „Hidden Customer“ ohne Schwierigkeiten gegeben. Der schriftliche Kontakt per E-Mail stellt eine weitere Möglichkeit für Ratsuchende dar, den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation herzustellen. Die E-Mail sollte allerdings von der Beratungsstelle möglichst zeitnah beantwortet werden. Eine späte bzw. nicht beantwortete E-Mail wirkt dagegen als Barriere und ermöglicht somit keinen Zugang. Eine weitere Möglichkeit, den Kontakt zu einer Patientenberatungsstelle herzustellen, stellt der postalische Weg (Brief) dar.

In der Abbildung 13 werden zusammenfassend alle Analyseergebnisse, die sich auf die Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit der unabhängigen Patientenberatung beziehen, dargestellt.

Abbildung 13: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren bei der Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme



5.3 Aufsuchen und Auffinden

In der Kategorie *Aufsuchen* und *Auffinden* werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt, die im Rahmen des persönlichen Aufsuchens und Auffindens der exemplarisch ausgewählten Patientenberatungsstellen analysiert wurden. Da die Einrichtungen sich teilweise nicht in unmittelbarer Nähe der Forscher befanden, mussten sie entweder mit einem PKW oder mit den Öffentlichen Personen Nahverkehrsmitteln (ÖPNV) anreisen.

In dieser Kategorie werden zugleich Untersuchungsergebnisse präsentiert, die sich auf die geographische Lage (städtisch oder ländlich) beziehen und daneben mit der Verortung der jeweiligen Patientenberatungs-einrichtungen zusammenhängen. Damit verbunden ist die Auffindbarkeit der Einrichtung. Sowohl die Lage als auch die Räumlichkeiten einer Beratungsstelle sind gerade für den Erstkontakt von großer Bedeutung, da das Aufsuchen einer Patientenberatungsstelle nicht zu den alltäglichen Ver-richtungen eines Patienten und Nutzers gehört. Aus diesem Grunde sind insbesondere die räumliche Gestaltung als auch die Ausstattung der Ein-richtung beschrieben worden.

Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der „geographischen Lage und Verortung“ und der „Auffindbarkeit“ sowie der

„baulichen und räumlichen Situation“ der jeweiligen Patientenberatungsstelle vorgestellt.

5.3.1 Geographische Lage und Verortung

Die Hälfte der untersuchten Patientenberatungsstellen befinden sich in kleinstädtischen, städtischen und großstädtischen Regionen. Eine der untersuchten Beratungsstelle ist im ländlichen Raum angesiedelt. Um die Beratungsstellen persönlich aufsuchen zu können, nutzten einige Forscher den PKW und andere die Öffentlichen Verkehrsmittel (ÖPNV). Die zentral und die am Stadtrand gelegenen Einrichtungen waren größtenteils sowohl mit dem PKW als auch mit dem ÖPNV leicht zu erreichen.

„Die Beratungsstelle liegt zentral in der Innenstadt und ist mit dem Auto, als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln und der Bahn sehr gut zu erreichen. Große Hinweisschilder am Gebäude lassen sich nicht übersehen und weisen den Weg“ (Fall 31).

Die zentrale Lage bietet die Möglichkeit, die Beratungsstelle mit dem PKW oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen zu können. Der Forscher konnte in diesem Fall vom Auto aus erkennen, wo die Beratungsstelle verortet ist, da am Gebäude große Hinweisschilder angebracht sind. Er musste sich somit nicht an den nicht immer gut erkennbaren Straßennamen orientieren. Die zentrale Lage ermöglicht auch eine leichte Zugänglichkeit durch öffentliche Verkehrsmittel. Die Haltestellen befinden sich zum Teil in unmittelbarer Nähe, so dass der Nutzer die Einrichtung auf einem kurzen Fußweg erreichen kann.

Eine zentrale Lage einer Beratungsstelle kann sich allerdings für von außerhalb anreisende Nutzer auch sehr schwierig gestalten, wie sich in der Untersuchung herausstellte.

„Die Anreise aus dem ca. 40 km entfernten XY zu der Beratungsstelle gestaltete sich jedoch mit ca. 1 ½ Stunden als langwierig und umständlich. In Anbetracht der Tatsache, dass die unabhängige Patienteninformation für eine große Region wie das XX-Gebiet zuständig ist, muss man sagen, dass sich eine persönliche Beratung für Patienten, die außerhalb von XY wohnen und sich dort nicht auskennen, in dieser Hinsicht als recht schwierig darstellt“ (Fall 26).

In diesem Fall wird auf der einen Seite besonders deutlich, wie aufwendig es ist, eine Beratungsstelle aufzusuchen, die sich nicht in der Nähe des Wohnortes befindet. Es müssen lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden, um eine persönliche Beratung erhalten zu können. Auf der anderen Seite wird ebenso erkennbar, wie schwierig es für Ortsunkundige ist, eine Patientenberatungsstelle in einer Stadt ausfindig zu machen, wenn eine entsprechende Ausschilderung zur Einrichtung fehlt. Wenn ein Forscher ohne gesundheitliche Probleme die Anreise zur Patientenberatungsstelle als „langwierig“, „umständlich“ und „recht schwierig“ empfindet, ist davon auszugehen, dass für Ratsuchende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine solche Anreise vermutlich eine große Anstrengung darstellen wird. So werden diese Personen wahrscheinlich auf ein persönliches Beratungsgespräch verzichten und möglicherweise eine telefonische oder E-Mail Beratung vorziehen.

Erleichtert wird der Zugang zur Patientenberatungsstelle für Nutzer, die mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen, wenn direkt vor der Einrichtung Haltestellen verortet sind. So kann die Beratungsstelle über einen kurzen Fußweg erreicht werden.

„In unmittelbarer Nähe befinden sich die Haltestellen der Öffentlichen Verkehrsmittel, sowie der Hauptbahnhof. Aber auch für motorisierte Betroffene gibt es vor dem Haus Parkmöglichkeiten mit einer Parkzeit von bis zu zwei Stunden“ (Fall 31).

In diesem Fall können Nutzer sowohl mit dem PKW als auch mit den ÖPNV anreisen und direkt vor der Beratungsstelle in einer begrenzten Zeit parken bzw. in unmittelbarer Nähe von der Haltestelle die Einrichtung erreichen.

Die im ländlichen Raum gelegenen Patientenberatungsstellen sind mit dem PKW leichter zu erreichen als mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Für Nutzer, die mit Bus oder Bahn anreisen, ist die Zugänglichkeit zur Beratungsstelle fahrplanbedingt oftmals nur eingeschränkt möglich.

„In XY ist auf Grund der ländlichen Lage der Einrichtung die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln eingeschränkt. Ansonsten ist die Beratungsstelle mit PKW gut zu erreichen“ (Fall 28).

Nutzer, die nicht mit dem PKW anreisen können und auf den ÖPNV angewiesen sind, haben nicht die Möglichkeit, die Einrichtung zu individuellen Zeiten persönlich aufzusuchen. Das Aufsuchen der Einrichtung ist abhängig von den Fahrplänen des ÖPNV. Häufig werden die ländlichen Regionen seltener angefahren. Darüber hinaus ist für den Ratsuchenden die Nutzung von Bussen oder Bahnen zudem oftmals zeitlich aufwendiger als mit dem PKW anzureisen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die finanziellen Belastungen, die entstehen, sucht man eine Beratungsstelle mit dem Auto oder auch mit den ÖVP auf.

Die Verortung einer Patientenberatungsstelle stellt einen weiteren wichtigen Aspekt im Rahmen der Zugänglichkeit dar. Insgesamt war zu beobachten, dass die untersuchten Patientenberatungsstellen an verschiedenen Standorten untergebracht waren. So wurde festgestellt, dass einige Beratungseinrichtungen an Hauptstraßen, in Seitenstraßen, in Wohnvierteln sowie in der näheren Umgebung eines Geschäftes der „modernen Körperkunst“ verortet sind. Die untersuchten Patientenberatungen befinden sich beispielsweise in dem Gebäude einer „großen Versicherung“ oder in einem „Mehrfamilienhaus“. Eine der Beratungsstellen ist in einer „öffentlichen Einrichtung“ einer Stadt und eine andere in der „unmittelbaren Nähe von Einrichtungen des Versorgungswesens“ angesiedelt. Andere Patientenberatungen sind im Haus der jeweiligen „Trägerorganisation“ untergebracht. Ihnen wurden entweder ein separater Raum oder mehrere Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt.

„Direkt neben dem Eingang befindet sich zudem ein großes Schild, auf dem in blau-grünen³³ Buchstaben noch einmal der Träger vermerkt ist sowie alle Beratungsstellen aufgelistet sind, die in diesem Bürogebäude untergebracht sind“ (Fall 10).

³³ Farben wurden fiktiv gewählt.

Die Patientenberatungsstelle ist eine von vielen Beratungsstellen, die in einem Bürogebäude verortet ist. Nutzer erhalten den Hinweis auf die Patientenberatung durch ein gut sichtbares Schild direkt neben dem Eingang. Der Zugang zur Beratung könnte trotzdem für Nutzer erschwert sein, da die Einrichtung sich in einem Bürogebäude befindet und nicht auf alle Nutzer einladend wirkt. Dagegen kann die Unterbringung im Gebäude einer Trägerorganisation erleichternd für den Zugang sein, wenn dieser Träger bei den Nutzern bereits bekannt und anerkannt ist.

Eine weitere Einrichtung befindet sich in zentraler Lage einer Stadt in einer „gehobeneren“ Geschäftsstraße. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese Geschäftsstraße eher von Personen, die der oberen sozialen Schicht angehören, aufgesucht wird. Daher werden vermutlich eher Nutzer aus oberen sozialen Schichten die Patientenberatungsstelle beim Vorbeigehen sehen und diese bei Bedarf aufsuchen.

„Die Einrichtung ist zwar zentral gelegen und in der Nähe einer großen Einkaufsstraße angesiedelt, jedoch in einer Straße, die eher einer „gehobeneren“ Geschäftsstraße gleicht“ (Fall 21).

Nutzer aus den unteren und den mittleren sozialen Schichten dagegen werden diese Geschäftsstraße vermutlich nur selten nutzen und somit die Beratungsstelle durch Vorbeigehen z.T. nicht kennen lernen. So kann bereits die Lage dieser Patientenberatungsstelle zur Selektion von Nutzergruppen beitragen.

5.3.2 Auffindbarkeit

Für die Auffindbarkeit der zu untersuchenden Patientenberatungsstelle hatten die Forscher zuvor die dazu nötige Anschrift in den bereits dargestellten Medien recherchieren können. So konnten Forscher die Anfahrtsbeschreibung von der Homepage der jeweiligen Einrichtung erhalten (Fall 31). In einem anderen Fall (Fall 18) erhielt der Forscher eine Wegbeschreibung bei der telefonischen Kontaktaufnahme, wobei der Forscher selbst ausdrücklich danach verlangt hatte. Die Anreise mit dem PKW zu den im Stadtzentrum befindlichen Patientenberatungsstellen gestaltete sich dann zum Teil für die von außerhalb anreisenden Forscher schwierig. Die Gründe lagen in einer unübersichtlichen Verkehrsführung, in der fehlenden Ausschilderung zur Beratungsstelle oder dem Fehlen entsprechender Ortskenntnisse. Darüber hinaus wurde auf keine der untersuchten Beratungsstellen frühzeitig mit einem Hinweisschild hingewiesen. Die Forscher mussten sich an Straßennamen und Hausnummern orientieren, um die Patientenberatungsstelle im Zentrum der Stadt ausfindig zu machen. Nicht immer sind die Hausnummern an den Gebäuden deutlich zu erkennen. Insbesondere fällt es manchen Suchenden während der Autofahrt im Stadtverkehr schwer, sich auf diese Hinweise zu konzentrieren.

„Durch eine fehlende Ausschilderung ist die Einrichtung auch Vorort nicht einfach zu finden, es sei denn, man verfügt über entsprechende Ortskenntnisse“ (Fall 26).

Die Patientenberatungsstelle scheint regelrecht versteckt zu sein, da der Forscher über Schwierigkeiten berichtet, die Einrichtung vor Ort auf-

finden zu können. Auch in diesem Fall werden entsprechende Ortskenntnisse vorausgesetzt, um die Beratungsstelle auffinden zu können. Hinweisschilder, die frühzeitig in der Stadt auf die Patientenberatung verweisen, können diesbezüglich zum leichteren Auffinden beitragen.

Für die Auffindbarkeit der Beratungseinrichtung erwiesen sich Hinweisschilder, die direkt am Gebäude oder an den Eingangstüren angebracht sind, teilweise als sehr hilfreich.

„Die Aufteilung der Räumlichkeiten bzw. Zuständigkeiten innerhalb des Gebäudes wird dem Besucher mittels Aufschriften auf den zwei Eingangstüren kenntlich gemacht“ (Fall 31).

Ein Nutzer erhält bereits vor dem Eintritt in ein Gebäude, in dem die Patientenberatung untergebracht ist, Hinweise darüber, wo sich die Beratungsstelle innerhalb des Gebäudes befindet. Dies trägt zur Orientierung bei und bringt dem Nutzer Sicherheit beim Betreten eines Gebäudes, in dem mehrere Einrichtungen mit unterschiedlichen „Zuständigkeiten“ verortet sind.

Auch andere Beratungsstellen (Fall 10/31, 16, 18) machen mit großen übersichtlichen Schildern oder Plakaten an der Hauswand oder in den Fenstern auf sich aufmerksam. Daneben gab es auch Einrichtungen (Fall 20, 23, 26), auf die nur mit einem kleinen Schild an der Hauswand hingewiesen wurde. Patientenberatungen, die sich zusammen mit anderen Institutionen in einem Gebäude befinden (Fall 20, 18, 26), verzichteten zum Teil auf weitere Hinweisschilder in den Fluren. Dabei würde eine Ausschilderung zur Beratungsstelle, die von der Eintrittstür des Gebäudes bis zur Eingangstür der Einrichtung leitet, dem Nutzer den direkten Weg weisen und ihm damit Sicherheit geben. Daneben fehlten in allen Institutionen Unterstützungs- oder Orientierungsmöglichkeiten für sehbehinderte oder blinde Menschen. Für diese Zielgruppen gestaltet sich der Zugang besonders schwierig.

Eine untersuchte Patientenberatungseinrichtung wurde nur als solche identifiziert, weil sie sich auf großen Plakaten, die in den Fenstern hängen, vorstellt. Ansonsten unterscheidet sie sich äußerlich nicht von der öffentlichen Einrichtung, in der sie untergebracht ist.

„Es gibt keine Tür, die die Beratungsstelle von der übrigen öffentlichen Einrichtung trennt. In den Fenstern hängen große Plakate, auf denen die Einrichtung sich vorstellt. Durch diese Plakate wird von außen deutlich, dass es an dieser Stelle eine Beratungsstelle gibt. Wären sie nicht vorhanden, würde sich die Stelle kaum von der übrigen Einrichtung abheben“ (Fall 32).

Diese Beratungsstelle befindet sich in einer öffentlichen Institution, die zudem durch einen gemeinsamen Eingang zu erreichen ist. Die Patientenberatung ist nur aufgrund der großen Plakate im Fenster von der öffentlichen Institution zu unterscheiden. Fehlten diese Plakate, so wäre die Patientenberatungsstelle auch nicht als solche zu identifizieren. Erst durch die Anbringung der großen Plakate im Fenster werden vorbeigehende oder vorbeifahrende Personen auf diese Patientenberatungsstelle aufmerksam gemacht. Die Einrichtung nutzt die Fenster, um ihre Funktion als Patientenberatung nach Außen für den Suchenden kenntlich zu machen.

Eine andere untersuchte Patientenberatungsstelle (Fall 18) befindet sich in einem Mehrfamilienhaus. Ein an der Hauswand angebrachtes Hinweisschild deutet daraufhin, dass sich in diesem Gebäude eine Patientenberatungsstelle befindet. Ein Klingelschild, das zwischen den Klingeln anderer Privatwohnungen angebracht ist, gibt dem Forscher den Hinweis, auf welcher Etage sich in dem Haus die Patientenberatungsstelle befindet.

„Die Klingel befindet sich zwischen weiteren Klingeln, wobei dies eher Privatwohnungen sind. Die Klingel der Beratungsstelle ist nicht besonders gekennzeichnet, sondern nur mit „Patientenberatungsstelle“ beschriftet...“ (Fall 18).

Das Klingelschild mit dem Namen „Patientenberatungsstelle“ zwischen allen anderen Klingeln von Privatwohnungen erweckt den Anschein, dass es sich auch um eine „private“ Patientenberatungsstelle handelt. Diese Patientenberatung wird von Nutzern aufgesucht werden, die zuvor einen telefonischen Kontakt mit der Einrichtung hergestellt und einen persönlichen Beratungstermin vereinbart haben. Es handelt sich dabei um Nutzergruppen, die gezielt diese Einrichtung aufsuchen werden. Kein Nutzer würde beim Vorbeigehen an einem Mehrfamilienhaus in diesem Gebäudekomplex eine Patientenberatungsstelle vermuten. Sie bleibt infolgedessen auch für (potentielle) Nutzer, die an diesem Haus vorbeigehen oder vorbeifahren trotz eines Hinweisschildes vermutlich unentdeckt.

Nicht nur die Auffindbarkeit der Beratungsstelle gestaltete sich bei den Untersuchungen schwierig, sondern auch die Auffindbarkeit eines Parkplatzes konnte zu einem Problem werden. In den meisten untersuchten Fällen waren direkt vor der Beratungsstelle entsprechende Besucherparkplätze ausgewiesen. In anderen Fällen (18, 26) fehlten allerdings Parkplätze in unmittelbarer Nähe der Einrichtung. Sie waren kostenfrei „in den umliegenden Seitenstraßen“ vorhanden. Der Nutzer muss daher möglicherweise einen längeren Fußweg bis zur Beratungsstelle zurücklegen. Gehbehinderte und andere gesundheitsbeeinträchtigte Personen können diesen Fußweg vermutlich nicht oder nur unter großen körperlichen Anstrengungen durchführen. Für diese Personengruppe sind Behindertenparkplätze vor der Patientenberatungsstelle unabdingbar. Doch diese fehlten in einem Fall (16) vor der Einrichtung.

„Für die Erreichbarkeit mit dem PKW steht kein direkt für die Beratungsstelle ausgewiesener, evtl. behindertengerechter Parkplatz zur Verfügung“ (Fall 16).

Das Fehlen ausgewiesener Behindertenparkplätze ist als besonders problematisch einzustufen, da gehbehinderte Menschen und Rollstuhlfahrer keine Möglichkeit erhalten, direkt vor der Beratungsstelle zu parken. Diese Nutzergruppen werden die Einrichtung daher persönlich nicht aufsuchen können.

In einem weiteren Fall (32) existieren zwar Parkmöglichkeiten direkt vor der Einrichtung, doch diese können nur aus einer bestimmten Fahrtrichtung angefahren werden.

„Die Anfahrt zu der Beratungseinrichtung mit dem PKW ist aufgrund einer recht unübersichtlichen Straßenführung mit vielen Einbahnstraßen etwas schwierig. Aus diesem Grund sind auch die Behinderten-

parkplätze und die anderen Parkplätze direkt vor der Beratungseinrichtung nur von einer ganz bestimmten Anfahrtsrichtung zu erreichen“ (Fall 32).

Hier zeigte sich, dass, sollten entsprechende Ortskenntnisse und Hinweisschilder fehlen, Schwierigkeiten beim Auffinden der Einrichtung auftreten. Nutzer, die in einem Ort leben, in der eine Patientenberatungsstelle angesiedelt ist, kennen oftmals die Straßenführungen und haben daher einen leichteren Zugang sowohl zur Patientenberatung als auch zu den ausgewiesenen Parkmöglichkeiten.

5.3.3 Bauliche und räumliche Situation

Die „bauliche und räumliche“ Situation der untersuchten Patientenberatungsstellen stellt sich sehr unterschiedlich dar. Einerseits sind Beratungsstellen zum Teil in Gebäuden untergebracht, die sich beispielsweise „nicht im baulich guten Zustand befinden“ oder sie sind in einem „älteren Wohnhaus“ lokalisiert und wirkten daher auf manchen „Hidden Customer“ nicht sehr einladend. Hingegen sind andere Beratungseinrichtungen in „modernen architektonisch ansprechenden neuen Gebäuden“ untergebracht.

„Das Haus der Trägerorganisation XY gleicht einer modernen und gut situierten Behörde“ (Fall 22).

Diese Patientenberatung, die ihre Räumlichkeiten in der Trägerorganisation vorhält, wird vom „Hidden Customer“ mit einer modernen und gut situierten Behörde verglichen. Die modernen Varianten können ebenso unterschiedliche Wirkungen auf die Zugänglichkeit von Nutzern zur Patientenberatung haben. Ein von außen modern wirkendes Gebäude wird wahrscheinlich eher von jüngeren Nutzergruppen als einladend empfunden. Beratungsstellen, die nach außen als gut situierte Behörde wirken, könnten für manche Nutzergruppe allerdings ein Zugangshemmnis darstellen.

Für die Zugänglichkeit vor Ort spielt bereits die Gestaltung des Eingangsbereiches der Einrichtung eine wichtige Rolle. Beim Aufsuchen einer Patientenberatung fiel einem Forscher eine von außen auffällig mit „Graffiti und leuchtenden Farben bemalte Eingangstür“ der Beratungsstelle auf. Für junge Nutzer stellt diese farbige Tür vermutlich kein Hindernis dar. Dagegen könnte die auffällig bemalte Eingangstür auf ältere Nutzergruppen eine abweisende Wirkung haben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf den Eingangsbereich stellt der behindertengerechte Zugang zur Einrichtung dar. Fast alle untersuchten Patientenberatungsstellen konnten einen entsprechenden Zugang aufweisen. Entweder befand sich die Beratungsstelle im Erdgeschoss und konnte daher ohne Hindernisse erreicht werden oder es waren Fahrstühle vorhanden, wenn die Einrichtung sich in einem anderen Stockwerk befand. Ebenso sorgten fehlende Stufen und Schwellen im Eingangsbereich für einen barrierefreien Zugang. Teilweise verfügten einige Einrichtungen zudem über Eingangstüren, die sich beim Zutritt zur Einrichtung automatisch öffneten. In einem Fall (18) war dagegen kein barrierefreier Zugang für behinderte Patienten und Nutzer gegeben. So erhalten beispielsweise

Rollstuhlfahrer dort nur unter großen Mühen oder aber auch gar keinen Zutritt zu den Räumlichkeiten der Patientenberatungseinrichtung.

„Vor der Eingangstür sind Stufen, so dass kein behindertengerechter Eingang vorhanden ist“ (Fall 18).

Auch das Treppenhaus kann für manche Nutzergruppen ein Hindernis darstellen. So führte im Fall 18 der Weg zu einer in einem höher gelegenen Stockwerk befindlichen Beratungsstelle über einen „sehr beengten Treppenaufgang“. Zudem fehlte ein Aufzug, so dass Menschen, die sich in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden sowie auch Rollstuhlfahrer diese Einrichtung persönlich nicht aufsuchen werden können.

Weiter konnte in der Untersuchung beobachtet werden, dass Beratungsstellen existieren, die aufgrund der strukturellen Bedingungen über keinen separaten Eingangsbereich verfügen.

„In XY sind Beratungsraum, Büro und Anlaufstelle in einem Raum, der direkt von der Straße her zugänglich ist. Eine private und ungestörte Gesprächsatmosphäre ist nur möglich, wenn die Tür zur Straße versperrt wird, wodurch wiederum andere Ratsuchende vor verschlossener Türe stehen“ (Fall 29).

Der Ratsuchende gelangt beim Zutritt direkt in die Räumlichkeit der Patientenberatung. Durch das Eintreten eines weiteren Ratsuchenden wird ein gerade geführtes Beratungsgespräch gestört. Des Weiteren wird der Nutzer in diesen Räumlichkeiten auch Schwierigkeiten haben, Persönliches im Beratungsgespräch anzusprechen, sollten andere Personen sich mit im Raum befinden. Die Eingangstür während eines Gespräches abzuschließen, kann für den Ratsuchenden irritierend wirken. Zudem stoßen Ratsuchende, die den Zugang zur Einrichtung suchen, auf eine verschlossene Eingangstür. Sie erhalten somit keinen Zugang zur Beratungsstelle.

Die Patientenberatungsstellen sind sowohl in ihrer räumlichen Struktur als auch in ihrer räumlichen Gestaltung sehr verschiedenartig. Es existieren Beratungseinrichtungen, die über eine „unterschiedliche Anzahl von separaten Räumen“ verfügen. Andere Beratungsstellen besitzen lediglich einen einzigen Raum, in dem sowohl die allgemeinen Bürotätigkeiten als auch die Beratungsgespräche durchgeführt werden. Diese Einrichtungen unternahmen den Versuch, durch entsprechende Stellwände, Regale oder auch Pflanzen, einen provisorischen Beratungsbereich herzustellen.

„Da der Beratungsbereich jedoch nur durch ein Regal abgetrennt ist, könnte durch wartende Ratsuchende die Intimsphäre ggf. eingeschränkt bleiben“ (Fall 20).

Trotz eines Raumteilers ist keine separate Räumlichkeit entstanden. Auf diesem Wege kann oftmals nur ein grober Sichtschutz ermöglicht werden und es existiert keine Raumstruktur, die es ermöglicht, Persönliches zu besprechen. Ein Nutzer, der ein Beratungsgespräch in Anspruch nimmt, ist nicht nur in seiner „Intimsphäre“ eingeschränkt, sondern diese kann auch aufgrund der räumlichen Gegebenheiten keinesfalls gewahrt werden. So konnte in einigen Patientenberatungsstellen beobachtet werden, dass aufgrund solcher strukturellen Gegebenheiten persönliche oder telefonische Beratungsgespräche zwischen Beratern und Ratsuchenden von ande-

ren Personen „ohne Mühe mitverfolgt“ werden konnten. Dies ist insbesondere immer dann gegeben, wenn die Beratungseinrichtung nur aus einem einzigen Raum besteht.

Auch wenn die Beratungsstelle über mehrere Räume verfügt, können geöffnete Türen während des Beratungsgesprächs ebenfalls ein vertrauliches Gespräch mit dem Nutzer verhindern.

„Da alle Türen in der Beratungsstelle offen stehen, kann ich das Gespräch zwischen der Beraterin und der Ratsuchenden ohne Mühe mitverfolgen“ (Fall 18).

Diese Beratungsstelle ist von der Raumstruktur her prinzipiell für eine Beratungstätigkeit geeignet. Voraussetzung ist jedoch, dass Nutzern geschützte Räume für Beratungsgespräche geboten werden. Dies kann in dem genannten Fall sehr einfach erreicht werden, in dem die Türen geschlossen werden. Doch in diesem Fall blieben die Türen während der Beratungen geöffnet und der wartende „Hidden Customer“ konnte ohne Anstrengungen den Gesprächsverlauf verfolgen. Diese Situation, dass wartende Nutzer das persönliche Gespräch problemlos mithören können, könnte für machen Nutzer ein Hemmnis darstellen, Persönliches mit dem Berater zu besprechen.

Aus Nutzersicht wurde die räumliche Aufteilung in einer Einrichtung (Fall 23) als „besonders ungünstig“ wahrgenommen. Ein Beratungsraum konnte nur aufgesucht werden, indem ein davor liegender Beratungsraum durchquert werden musste.

„Die Raumaufteilung kann als ungünstig angesehen werden, da man durch das erste Beratungszimmer gehen muss, um in das zweite zu gelangen, was laufende Beratungsgespräche stören kann. Ein Wartezimmer oder eine Sitzecke sind nicht vorhanden“ (Fall 23).

Der erste Raum ist nicht nur ein Beratungsraum, sondern er wird ebenso zum Durchgangsraum, wenn Personen in den dahinter gelegenen zweiten Raum gelangen möchten. Darüber hinaus erhält der Raum die Funktion eines Aufenthaltsraumes, da ein Wartezimmer oder eine Sitzecke fehlen, wo sich andere Nutzer, die auf ein Gespräch warten müssen, aufhalten können. Im ersten Raum können daher keine ungestörten Beratungsgespräche stattfinden. Hier wird dem Nutzer auch kein geschützter Raum geboten. Daneben wird auch deutlich, dass Nutzer, die auf ein Beratungsgespräch warten müssen, keine Gelegenheit erhalten, sich hinsetzen zu können. In Anbetracht der Tatsache, dass manche Nutzer, die die Beratungsstelle aufsuchen, gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, kann die Wartezeit ein beschwerliches Unterfangen darstellen. Andere Nutzer werden vermutlich die Beratungsstelle wieder verlassen, wenn der Berater sich im Beratungsgespräch befindet und keine Möglichkeiten in den Räumen angeboten werden, warten zu können.

Neben der räumlichen Aufteilung ist eine Beratungsstelle u. a. auch durch ihre alternative Einrichtung aufgefallen. Diese war überwiegend mit älteren Möbeln und offenen Holzregalen ausgestattet. Die Einrichtung erlangte dadurch einen „alternativen Charakter“. Kombiniert wurde diese ältere Ausstattung mit einigen modernen Acrylbildern. Zum Teil wirkten die verwendeten Accessoires „kitschig“. Forscher stellten darüber hinaus

in einer Beratungsstelle (Fall 16) einen unangenehmen Geruch sowie mangelnde Sauberkeit fest.

„...drei ältere, hölzerne Schreibtische. An der Wand hinter den Schreibtischen stehen offene Holzregale mit vielen, unterschiedlich etikettierten Aktenordnern. Über dem Tisch hängt ein überdimensionales Plüschtier... An der Wand gegenüber der Tür sind einige moderne Acrylbilder. Es fällt ein etwas muffiger Geruch, trotz offener Tür auf. ..., wobei einige Spinnenweben auffallen“ (Fall 16).

Diese Einrichtung wird von ihrem Ambiente her vermutlich eher Zielgruppen aus der „alternativen“ Szene ansprechen. Auf Zielgruppen, die eher den modernen Stil bevorzugen, könnten solche Beratungsstellen von ihren Einrichtungsgegenständen her eher nicht einladend wirken. Ebenso könnten Ratsuchende sich in Beratungsräumen nicht wohl fühlen, wenn unangenehme Gerüche vorhanden sind oder Beratungsgespräche in unsauberen Räumen durchgeführt werden. Mangelnde Sauberkeit kann ein Ausdruck von fehlenden finanziellen Ressourcen sein.

Bezogen auf die Gestaltung und Ausstattung der Räumlichkeiten ähneln einige der untersuchten Patientenberatungsstellen einer Arztpraxis. Sie besitzen wie eine solche eine Empfangstheke und ein Wartezimmer für Ratsuchende. Daneben existieren auch Patientenberatungsstellen, die ihre Räumlichkeiten nicht in Anlehnung an Arztpraxen oder Büros gestaltet haben. Einrichtungen, die über keine ausgewiesenen Wartezimmer verfügen, bieten den wartenden Nutzern jedoch andere Sitzgelegenheiten an. Hier wurden zum Beispiel sogenannte „Bistrotische“ mit dazugehörigen Stühlen auf den Fluren platziert.

Beratungseinrichtungen, die ihre Räumlichkeiten „freundlich und hell“ gestalten sowie „ausreichend Raum“ für wartende Nutzer bieten, wirken „sehr einladend“.

„Insgesamt sind die Räumlichkeiten freundlich und hell gestaltet und haben nur wenig mit herkömmlichen Büroräumen oder Wartezimmern gemein. Für wartende Personen bietet der Eingangsbereich genügend Platz und ist einladend mit drei kleinen „Sitzgruppen“ gestaltet“ (Fall 31).

Die freundliche und helle Gestaltung der Räumlichkeiten kann zu einer leichteren Zugänglichkeit für Nutzer beitragen. Auch der fehlende Bürocharakter sowie das Fehlen des üblichen Wartezimmers vermögen die Zugänglichkeit für Nutzer zu erhöhen, da diese Räumlichkeiten „Offenheit“ signalisieren. Wartende Nutzer erhalten die Gelegenheit, in den vorhandenen Sitzgruppen Platz zu nehmen. Die angebotenen Sitzgelegenheiten können dem Nutzer gleichzeitig eine überschaubare Struktur in der Einrichtung bieten. Diese kann zu einer schnelleren Orientierung beitragen. Der große Eingangsbereich bietet ausreichend Platz für mehrere wartende Nutzer.

Die von den „Hidden Customer“ als „hell und freundlich“ empfundene Beratungseinrichtung ist u. a. auf das dort vorzufindende Mobiliar zurückzuführen. Die in den Einrichtungen aufgestellten Möbel (Regale, Tische oder Schreibtische) unterscheiden sich hinsichtlich der verwendeten Materialien, Farben und ihres Alters. Weiterhin haben einige Beratungsstellen zusätzliche Accessoires für die Raumgestaltung verwendet.

„Durch die hellen Möbel, die Bilder an den Wänden sowie einige Pflanzen und Bücher auf der Fensterbank wirkt das Büro zudem recht freundlich“ (Fall 10).

Der „Hidden Customer“ hat das „Büro als recht freundlich empfunden“. Ausschlaggebend waren die hellen Möbel und die übrigen verwendeten Materialien. Diese entsprachen dem Geschmack des Forschers. Trotzdem nimmt er den Raum nicht unter der Funktion eines Beratungsraumes wahr. Die Räumlichkeit wird als „Büro“ betitelt. Dass es sich tatsächlich um einen Beratungsraum handelt, wird mit der Bezeichnung „Beratungsbüro“ belegt. So werden einige Beratungsräume multifunktional genutzt. Es wird dort nicht nur eine Beratungstätigkeit ausgeführt, sondern der Raum ist gleichzeitig auch Arbeitsplatz für alle weiteren anfallenden organisatorischen Tätigkeiten. Darüber hinaus bieten einige Beratungsstellen in ihren Beratungsräumen zusätzlich auch Sitzecken an. Diese werden ebenso für Beratungsgespräche genutzt.

In den untersuchten Patientenberatungsstellen wurde von den Forschern außerdem beobachtet, dass alle Arbeitsplätze der Mitarbeiter mit einem Schreibtisch und mit einem Computer ausgestattet sind. Neben der Beratungstätigkeit können auch allgemeine Bürotätigkeiten ausgeübt werden. Dadurch sind büroähnlich eingerichtete Beratungsräume entstanden. Die Schreibtische, die in den Beratungsstellen vorzufinden sind, besitzen entweder die klassische rechteckige Grundform oder sind eher modern gestaltet. Die modernen Schreibtischformen weisen häufig eine am runden Tisch angebaute „Zusatzfläche“ auf. Das Beratungsgespräch kann somit an das seitliche Ende des Tisches verlagert werden. Es findet keine eindeutige Trennung zwischen Bürotätigkeit und Beratungstätigkeit statt. Dagegen schaffen separate Beratungstische eine eindeutige Beratungssituation, wie sie u. a. in einigen Einrichtungen auch vorzufinden waren.

Zur weiteren Ausstattung der Patientenberatungsstellen gehören neben dem Mobiliar zum Teil auch Internetplätze für Ratsuchende. Einige Beratungseinrichtungen stellen Videogeräte für die Nutzer zur Verfügung, so dass z. B. bestimmte Operationstechniken angesehen werden können. Des Weiteren wird unterschiedlichstes Informationsmaterial in Form von Literatur, Zeitschriften, Broschüren, Flyer etc. für die Nutzer bereitgestellt. Nutzer können bereits selbständig, ohne ein Beratungsgespräch in Anspruch nehmen zu müssen, den Zugang zu den bereitgestellten Nutzerinformationen erhalten. Um ungestört recherchieren zu können, ist überdies eine ruhige Atmosphäre in den Räumlichkeiten erforderlich. Einige der untersuchten unabhängigen Patientenberatungseinrichtungen sind aus Nutzersicht von ihrer Atmosphäre her als „angenehm“, „gemütlich“ oder „behaglich“ wahrgenommen worden. So vermittelte ein Beratungsraum in einer Einrichtung in seiner Gestaltung nahezu eine „Wohnzimmeratmosphäre“.

„Die Beratungen finden dort in einem sehr gemütlich wirkenden Zimmer statt, das fast so etwas wie eine „Wohnzimmeratmosphäre“ vermittelt und auch der Arbeitsraum der Beraterin ist“ (Fall 28).

Die Beraterin hat ihren Arbeitsplatz nach ihren persönlichen Vorlieben gestaltet. In diesem Arbeitsraum möchte sich in erster Linie die Beraterin wohl fühlen. Der „Hidden Customer“ vergleicht die wahrgenommene Atmosphäre mit einem „Wohnzimmer“. Für manchen Nutzer mag diese be-

hagliche Atmosphäre zuträglich sein, für andere Nutzer jedoch eher nicht. Nutzergruppen, die eher eine sachliche Beratung bevorzugen, könnten die vorgefundene Atmosphäre als unangenehm und damit als hinderlich empfinden.

Die Atmosphäre in den Beratungsräumen wurde auch als angenehm beschrieben, wenn sehr gute Lichtverhältnisse in den Räumen vorherrschten. Dagegen wirkten andere Einrichtungen, die aufgrund ihrer örtlichen Lage nicht genügend Tageslicht erhalten, weniger einladend auf den „Hidden Customer“. Das fehlende Tageslicht löste in den Räumen eine „gedrückte Atmosphäre“ aus.

„Durch die Lage der Einrichtung in einer schmalen Straße ist auch der Einfall von Tageslicht etwas dürftig. Insgesamt entstand eine eher gedrückte räumliche Atmosphäre...“ (Fall 29).

Das mangelnde Tageslicht in dieser Patientenberatungsstelle ist auf die örtliche Lage zurückzuführen. In engen Straßen haben die Einrichtungen in den unteren Bereichen der Gebäude oftmals schlechtere Lichtverhältnisse. Die Räume sind daher insgesamt dunkler. Ausreichende Helligkeit in den Räumlichkeiten kann jedoch zum Wohlfühlen in der Patientenberatung beitragen. Die vom „Hidden Customer“ wahrgenommene Helligkeit in den Räumen ist häufig auf große Fenster, auf die Verwendung von Milchglas oder auf das Vorhandensein von Glaswänden in den Einrichtungen zurückzuführen.

„Es handelt sich um einen Eckraum, der durch große Glasfronten von außen einsehbar ist. Ebenso haben Besucher aus der Einrichtung heraus einen weiten Blick“ (Fall 32).

Die Glasfronten in dieser untersuchten Patientenberatungsstelle ermöglichen, dass auf der einen Seite von Außen Personen hereinschauen können und auf der anderen Seite Nutzer aus der Beratungsstelle heraus einen „weiten Blick“ haben. Es handelt sich um eine Beratungsstelle, die insgesamt sehr „transparent“ erscheint. Ein persönliches Beratungsgespräch wird hingegen vermutlich nur von Ratsuchenden in Anspruch genommen, für die große Glasfronten kein Hindernis darstellen. Auch können Glaswände, die in den Einrichtungen verwendet werden, für Beratungsgespräche hinderlich sein. Hier haben wartende Nutzer und die Mitarbeiter der Einrichtung uneingeschränkte Einsicht in die Räumlichkeit. Die Privatsphäre des Nutzers als auch des Beraters können nicht gewahrt werden.

„Der Beratungsraum ist zwar materiell gut ausgestattet und eine Sitzecke ermöglicht eine Beratung in behaglicher Atmosphäre, jedoch ist zum einen die Geräuschkulisse aufgrund des Straßenlärms immens und zum anderen wird der Beratungsraum durch eine große Fensterfront, vor allem für andere Mitarbeiter extrem einsehbar“ (Fall 22).

Nicht nur die extreme Einsehbarkeit der Beratungsräume wurde hier als Problem identifiziert, sondern daneben herrschte zudem eine sehr große „Geräuschkulisse“. Dadurch, dass sich diese Beratungseinrichtung an einer sehr stark befahrenen Straße befindet, führt der Straßenlärm zu einem hohen Geräuschpegel in der Patientenberatungseinrichtung. Aufgrund dieser strukturellen Gegebenheiten kann daher kein Beratungsgespräch in ruhiger Atmosphäre stattfinden.

5.3.4 Zusammenfassende Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren beim Aufsuchen und Auffinden

Auf der Grundlage der qualitativen Untersuchung konnten wichtige Ergebnisse hinsichtlich des Aufsuchens und Auffindens einer Patientenberatung analysiert werden. Die Analyse ergab, dass die *geographische Lage und Verortung*, die *Auffindbarkeit* sowie die *bauliche und räumliche Situation* für den Zugang zur Patientenberatung eine wichtige Rolle spielen.

Die in der vorliegenden Untersuchung aufgesuchten Patientenberatungsstellen befinden sich von der *geographischen Lage* her betrachtet in kleinstädtischen, städtischen, großstädtischen und ländlichen Regionen. Um die exemplarisch ausgewählten Einrichtungen aufsuchen zu können, mussten die Forscher zum Teil lange Anfahrtswege mit dem PKW oder mit dem ÖVP auf sich nehmen. Insbesondere waren die Wege für die von außerhalb anreisenden Forscher teilweise sehr zeitaufwendig. Patientenberatungsstellen, die nicht in der Nähe des Wohnortes eines (potenziellen) Nutzers angesiedelt sind, werden möglicherweise aufgrund der langen Anreise nicht aufgesucht. Um die Zugänglichkeit zur Patientenberatungsstelle zu erhöhen, sind wohnortnahe gelegene Beratungsstellen nötig. Diese sollten sowohl mit dem PKW als auch mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein. Nutzer, die über keinen eigenen PKW verfügen und auf den ÖVNP angewiesen sind, können ebenso einen leichten Zugang erhalten, wenn die Haltestellen in unmittelbarer Nähe der Beratungsstellen vorzufinden sind. Im Gegensatz dazu erschweren weitentfernte Haltestellen den Zugang zur Patientenberatung. Dies trifft insbesondere auf Nutzergruppen zu, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind, weite Fußwege zu unternehmen.

Eine zentral in der Stadt gelegene Patientenberatung kann einen leichteren Zugang für die in der näheren Umgebung lebenden Einwohner ermöglichen. Dagegen erreichen Nutzer aus ländlichen und kleinstädtischen Regionen diese zentral in der Stadt gelegenen Patientenberatungsstellen häufig nur unter schwierigen Bedingungen. Damit verbunden sind oftmals zeit- sowie kostenintensive Anfahrten mit dem PKW oder mit Öffentlichen Verkehrsmitteln (ÖPNV). Die Zugänglichkeit zur Patientenberatung mit dem ÖPNV ist insbesondere für Nutzer aus den ländlichen Regionen nicht ohne weiteres möglich. Oftmals fahren die Öffentlichen Verkehrsmittel den ländlichen Raum seltener an.

Es zeigte sich in der Untersuchung weiter, dass auch die *Verortung* einer Patientenberatungsstelle Auswirkungen auf die Zugänglichkeit haben kann. Eine der untersuchten Beratungsstellen ist in einer „gehobenen“ Geschäftsstraße angesiedelt. Vermutlich werden Nutzer aus den niedrigen sozialen Schichten diese Straße nur selten aufsuchen. Wenn alle Nutzergruppen angesprochen werden sollen, ist es wichtig, eine Patientenberatungsstelle in einer neutralen Umgebung anzusiedeln, die zu den selbstverständlich genutzten Ausschnitten des öffentlichen Raumes gehört (z. B. Einkaufsstraßen, Einkaufspassagen). Einige der untersuchten Patientenberatungsstellen sind institutionell in eigene Trägerorganisationen eingebunden. Das jeweilige Image einer Trägerorganisation kann ebenfalls ein Hindernis für Nutzer darstellen, eine dort verortete Patientenberatungsstelle

aufzusuchen. Dagegen können Patientenberatungsstellen, die in einer Trägerorganisation untergebracht sind, die dem Ratsuchenden bereits bekannt ist und als Organisation anerkannt wird, die Zugänglichkeit für diese Nutzergruppen erhöhen.

Des Weiteren zeigte sich, dass Hinweisschilder für das *Auffinden* der Einrichtung von entscheidender Bedeutung sind. Es traten große Probleme beim Auffinden der Einrichtung auf, wenn die Anreise mit dem PKW erfolgte. Insbesondere fehlten entsprechende Ortskenntnisse, teilweise war die Verkehrsführung unübersichtlich gestaltet und zudem fehlten Hinweisschilder zur Beratungsstelle. Eine rechtzeitige Ausschilderung, die den Weg zur Patientenberatung weist, kann die Zugänglichkeit für Nutzer immens erleichtern. Insbesondere dann, wenn die Patientenberatungsstelle in eine trügereigene Institution integriert ist oder die Räumlichkeiten der Patientenberatung in anderen öffentlichen bzw. nicht öffentlichen Institutionen untergebracht worden sind, ermöglichen Hinweisschilder das Auffinden der Patientenberatung. Eine ausreichende Ausschilderung und zudem eine sichtbare Anbringung der Hinweisschilder erleichtern das Auffinden. Dagegen können fehlende, mangelhafte Ausschilderungen oder nicht sichtbare Hinweisschilder den Zugang erschweren bzw. verhindern.

Einige Beratungsstellen verfügen für Nutzer, die mit dem Auto anreisen, über eigene ausgewiesene Parkmöglichkeiten, so dass diese über einen kurzen Fußweg die Einrichtung erreichen können. Probleme traten dann auf, wenn der ausgewiesene Parkplatz für Nutzer nur aus einer bestimmten Fahrtrichtung angefahren werden konnte. Auch konnte festgestellt werden, dass eine Einrichtung keine Behindertenparkplätze vorhielt. Fehlende Parkplätze in unmittelbarer Nähe der Einrichtung sowie das Fehlen von Behindertenparkplätzen erschweren bzw. verhindern, insbesondere für behinderte und ältere Nutzer, den Zugang zur Beratungsstelle. Das bedeutet, es müssen für eine leichte Zugänglichkeit ausreichende Parkmöglichkeiten in unmittelbarer Nähe der Patientenberatung gegeben sein. Ebenfalls sorgen direkt vor der Einrichtung befindliche Haltestellen des ÖPNV für einen leichten Zugang. Dem Nutzer bleiben lange Fußwege erspart. Ebenso sind ausgewiesene Behindertenparkplätze unabdingbar für die Zugänglichkeit.

Die *bauliche und räumliche Situation* der untersuchten Patientenberatungsstellen wurde von den Forschern sehr unterschiedlich wahrgenommen. So konnte festgestellt werden, dass die räumliche Struktur und die räumliche Gestaltung einer Patientenberatungsstelle Auswirkungen auf die Zugänglichkeit von Nutzern haben kann.

Manche Gebäude wirkten nicht sehr einladend, andere dagegen sehr ansprechend auf die Forscher. Ob ein Gebäude als ansprechend empfunden wird, ist u. a. abhängig vom baulichen Zustand und von der Architektur des Gebäudes. Ein von Außen ansprechendes Gebäude erleichtert häufig den Zugang für Nutzer.

Aufgrund der baulichen Gegebenheiten verfügen manche Beratungsstellen über nur einen Raum. Einrichtungen, die nur mit einem Raum ausgestattet sind, versuchen mit entsprechenden Hilfsmitteln (Stellwände, Regale etc.) die Räumlichkeit in einzelne Bereiche aufzugliedern. Die Zugänglichkeit wird in diesem Zusammenhang für den Nutzer erleichtert, wenn er in der Beratungseinrichtung eine räumliche Struktur vorfindet, in

der er sich schnell zurechtfindet. Dagegen kann eine unübersichtliche Raumstruktur Nutzer verunsichern und möglicherweise sogar abschrecken, ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen.

Einrichtungen, die nur über einen Raum verfügen, nutzen diesen multifunktional. Diese räumliche Situation gestaltet sich sowohl für Nutzer als auch für die dort tätigen Mitarbeiter schwierig. Mitarbeiter nutzen die Räumlichkeit gleichzeitig für Büro- und Beratungstätigkeiten. Sie werden während ihrer Bürotätigkeit durch Nutzeranfragen „gestört“. Nutzer dagegen, die den Zugang in eine Beratungsstelle nehmen, treffen somit eher auf eine Büro- als auf eine Beratungsatmosphäre. Diese Situation herrschte auch in Beratungsstellen vor, in denen mehrere Räume zur Verfügung standen. Das Problem könnte durch eine räumliche oder zeitliche Trennung von Büro- und Beratungstätigkeit gelöst werden.

Ein weiteres Problem wurde während des Aufenthaltes eines „Hidden Customers“ in der Beratungseinrichtung beobachtet. Es konnten persönliche und auch telefonische Beratungsgespräche teilweise problemlos mitverfolgt werden. Nutzer halten somit keine Privatsphäre. Auch wurden persönliche Beratungen durch ständig eingehende Telefonate unterbrochen und gestört. Eine räumliche oder zeitliche Trennung von persönlicher und telefonischer Beratungssituation kann dazu beitragen, dass der Nutzer in einem geschützten Raum ein ungestörtes Beratungsgespräch in Anspruch nehmen kann.

Einige Patientenberatungsstellen besitzen eine ähnliche Struktur wie beispielsweise Arztpraxen (Wartezimmer, Empfangstheke etc.). Daneben gibt es Einrichtungen, die andere räumliche Strukturen wählten. Sie bieten innerhalb der Beratungsstelle anstatt eines Wartezimmers mehrere kleinere Sitzgelegenheiten für Nutzer an. Diese Gestaltung kann sich positiv auf die Zugänglichkeit für Nutzer auswirken. So wirken ausreichend vorhandene Sitzgelegenheiten, die nicht von allen Seiten einsehbar sind, oftmals einladend. Fehlende Plätze hingegen bieten Nutzern nicht die Möglichkeit, sich längere Zeit in den Räumen aufhalten zu können. Insbesondere ältere, gesundheitsbeeinträchtigte Personen müssen die Gelegenheit erhalten, sich hinsetzen zu können, wenn sie auf ein Beratungsgespräch warten müssen. Sitzgelegenheiten sind auch für Nutzer nötig, die selbstständig Informationen in der Patientenstelle recherchieren möchten.

Fast alle untersuchten Patientenberatungsstellen weisen einen behindertengerechten Zugang auf. Die Beratungsstellen konnten ohne Hindernisse wie Schwellen, Stufen oder Treppen erreicht werden. Darüber hinaus existieren in fast allen Einrichtungen Fahrstühle, wenn sich die Einrichtung beispielsweise in einem höheren gelegenen Stockwerk befindet. Eine Patientenberatungsstelle konnte nur über das Treppenhaus erreicht werden. Dort fehlt ein Aufzug. Weiterhin ließen sich die Eingangstüren teilweise automatisch öffnen und ermöglichten so einen barrierefreien Zugang. Besteht kein barrierefreier Eintritt in die Einrichtung, so können insbesondere Rollstuhlfahrer und ältere Personen mit gesundheitlichen Problemen die Patientenberatungsstelle persönlich nicht aufsuchen. Darüber hinaus müssen die Räumlichkeiten die Möglichkeit bieten, dass Rollstuhlfahrer sich dort ungehindert bewegen können. Ebenso sollten im Rahmen der Zugänglichkeit behindertengerechte Sanitäreinrichtungen zur Ausstattung einer Patientenberatungsstelle gehören.

Das Mobiliar sowie die dort verwendeten Materialien zur Raumausstattung sind in den untersuchten Einrichtungen verschiedenartig. So wurden die Institutionen aufgrund ihrer Ausstattung von einigen Forschern als hell und freundlich beschrieben. Ansprechendes und einladendes Mobiliar erleichtert den Zugang zur Patientenberatung. Dagegen stellt eine exklusiv ausgestattete Beratungseinrichtung für manche Zielgruppen ein Zugangshemmnis dar.

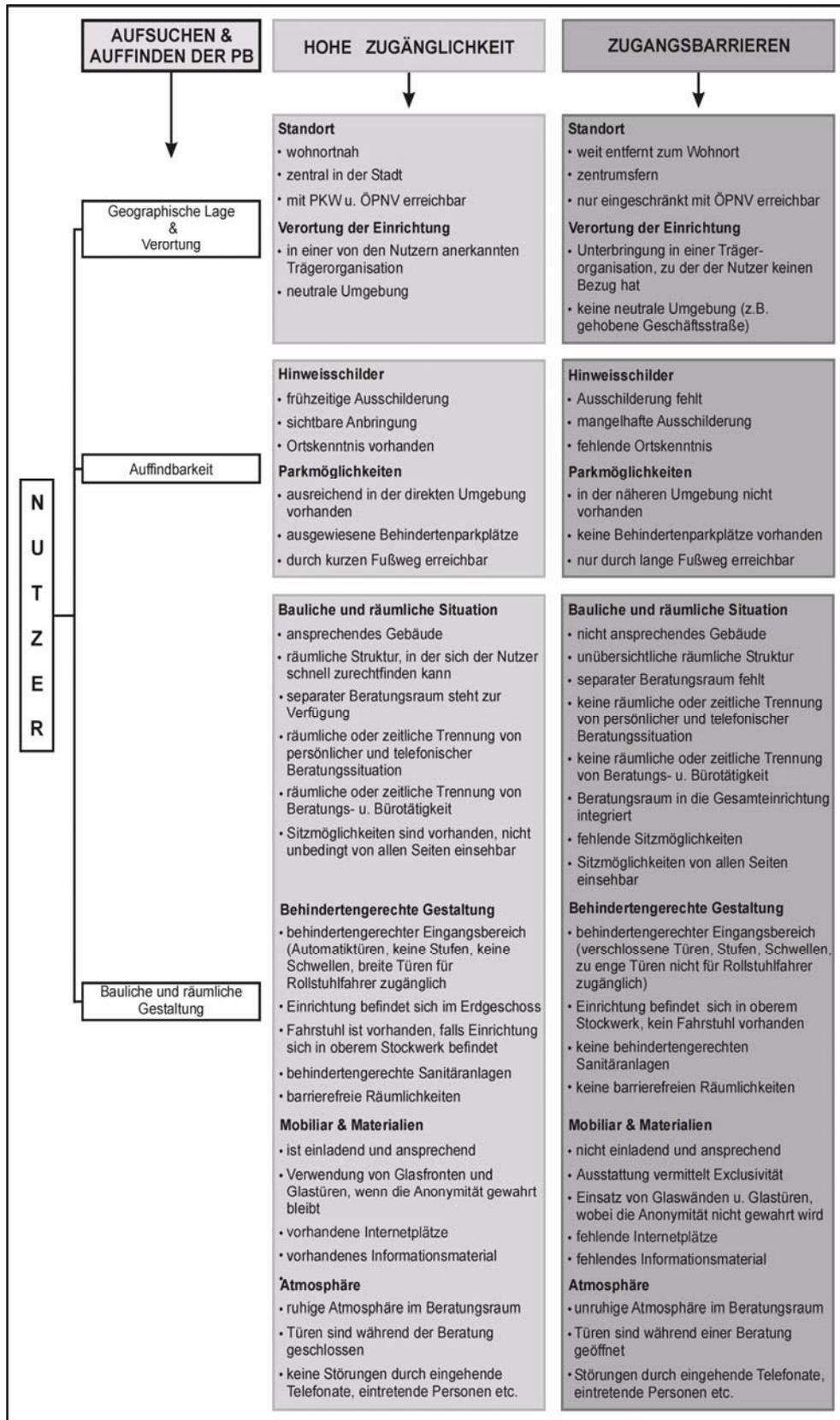
Einige der untersuchten Patientenberatungseinrichtungen wirkten insgesamt sehr hell. Häufig trugen zur Helligkeit nicht nur die Möbel bei, sondern in manchen Fällen konnten die hellen Räumlichkeiten auf die Verwendung von Milchglas oder auf das Vorhandensein von Glaswänden in den Einrichtungen zurückgeführt werden. Auf manche Nutzer wirken helle Räume sehr einladend. Doch Glaswände und Glastüren sollten in einer Patientenberatungseinrichtung nur Verwendung finden, wenn die Anonymität des Ratsuchenden weiterhin gewährleistet bleibt. Anderenfalls können diese Materialien auch Hemmnisse bei der Inanspruchnahme eines Beratungsgespräches darstellen, da Nutzer sich von anderen Ratsuchenden oder Mitarbeitern beobachtet fühlen könnten und daher nicht den Zugang zur Beratungsstelle nehmen.

Der Zugang zu Nutzerinformationen wurde Ratsuchenden beispielsweise durch unterschiedlichste Informationsmaterialien, die in der Beratungsstelle ausliegen, ermöglicht. Zudem bieten manche Patientenberatungsstellen sowohl Internetplätze als auch Videogeräte für die Recherche von Nutzerinformationen an. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass Ratsuchende selbständig nach individuellen Gesundheitsinformationen recherchieren können. Beratungseinrichtungen, die den Ratsuchenden diese Möglichkeiten nicht offerieren, geben ihnen nicht die Chance, selbständig nach Nutzerinformationen zu suchen.

Neben Beratungsstellen, die eine ruhige Atmosphäre ausstrahlen, trafen die Forscher auch auf eine Beratungsstelle, die durch den eindringenden Straßelärm sehr laut wirkte. Von den Forschern konnte beobachtet werden, dass aufgrund geöffneter Beratungstüren beispielsweise das Mit-hören anderer Beratungsgespräche problemlos möglich war. Das Beratungsgespräch sollte jedoch in einer ruhigen Atmosphäre und in einem geschützten Raum stattfinden. Wird diesen Aspekten von Seiten des Beraters keinerlei Bedeutung beigemessen, so kann sich diese Situation hinderlich auf ein Beratungsgespräch auswirken. Ratsuchende können Schwierigkeiten haben, sich für ein Beratungsgespräch zu öffnen.

In der Abbildung 14 werden die Ergebnisse, die sich bei der Untersuchung der Kategorie Aufsuchen und Auffinden ermittelt werden konnten, zusammenfassend dargestellt. Dabei werden die Bedingungen, die für das Aufsuchen und Auffinden einer unabhängigen Patientenberatungsstelle von Bedeutung sind, aufgeführt. Es handelt sich um Bedingungen, die eine hohe Zugänglichkeit ermöglichen oder auch Zugangsbarrieren für Patienten und Nutzer darstellen können.

Abbildung 14: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren beim Aufsuchen und Auffinden



5.4 Kosten

Die Kategorie *Kosten* beinhaltet die Untersuchungsergebnisse eines Falles (02). In den anderen Fällen lagen diesbezüglich keine Ergebnisse vor. Der Aspekt der Kosten spielt zwar auch in der Kategorie des Aufsuchens und Auffindens, z. B. im Rahmen von Fahrtkosten eine Rolle, doch in dieser Kategorie geht es grundsätzlich um die Kosten, die ein Patient und Nutzer zu begleichen hat, wenn er ein Beratungsangebot der Einrichtung in Anspruch nehmen möchte.

Nur in einem Fall (02) werden dem Nutzer für die Inanspruchnahme der Beratungsdienstleistung Kosten in Rechnung gestellt.

„Das telefonische Erstgespräch ist kostenfrei bis zu einer Dauer von 30 Minuten. Dann wird eine Pauschale festgelegt für den weiteren Verlauf, diese ist abhängig von dem geschätzten Aufwand“ (Fall 02).

Zu Beginn der Kontaktaufnahme ist das Telefonat kostenfrei. Der Ratsuchende kann sein Anliegen innerhalb von 30 Minuten kostenfrei vorbringen. Sollte die Zeit dafür nicht ausreichen, wird während des Telefonates von dem Berater eine Pauschale für den weiteren Verlauf des Gespräches festgelegt. Der „Hidden Customer“ blieb während seines Anrufes in der kostenfreien Zeit. Anschließend wurden dem Anrufer die Kosten mitgeteilt, die für das Beratungsangebot einschließlich der erforderlichen Informationsrecherche anfallen würden, wenn er den Beratungsauftrag dazu erteilt.

„Nach einer kurzen Bedenkzeit nennt mir Frau S. einen Betrag von 280,- € für eine entsprechende Recherche und Beratung,...“ (Fall 02).

Es handelt sich um einen sehr hohen Geldbetrag, den sich nur Patienten und Nutzer leisten können, die über ein entsprechendes Einkommen verfügen. Darüber hinaus ist es auch fraglich, ob ein Patient und Nutzer generell dazu bereit ist, einen solch beträchtlichen Betrag für eine Patientenberatung zu bezahlen.

5.5 Welche Nutzergruppen erhalten bzw. erhalten keinen Zugang?

Die Untersuchungsergebnisse lassen erkennen, dass manch potenzieller Nutzer aufgrund der ermittelten Zugangsbarrieren Schwierigkeiten haben wird, den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation zu erhalten. In den vorgestellten Ergebnissen wurde bereits auch auf die Nutzer hingewiesen, die vermutlich große Probleme haben werden, bei Bedarf die Beratungsstelle zu erreichen und/oder in Anspruch nehmen zu können. Andere dagegen werden möglicherweise nicht auf diese Hindernisse stoßen und somit leichter den Zugang zur Beratungsstelle erhalten können. Im Folgenden werden die Ergebnisse präsentiert, die darüber Aufschluss geben konnten, welche Nutzergruppen den Zugang erhalten bzw. nicht erhalten:

- Personen aus der *mittleren* und *oberen sozialen Schicht*, die über Kreativität, Wissen und Bildung verfügen, werden den Zugang zu den Kontaktinformationen über eine Patientenberatungsstelle recherchieren

können. Sie sind vermutlich eher in der Lage, entsprechende Ideen zur Stichwortsuche, die für den Suchprozess notwendig sind, zu entwickeln. Primär fehlendes Wissen (z. B. über den Eigennamen der Einrichtung) kann allerdings sekundär erlangt werden, so dass Nutzern, für die zunächst aufgrund mangelnden Wissens eine Zugangsbarriere vorhanden war, dann ebenfalls der Zugang zu den Kontaktinformationen ermöglicht wird. Darüber hinaus wird diese Nutzergruppe nach einem erfolglosen Suchprozess möglicherweise auch Ideen für weitere Recherchemöglichkeiten entwickeln können. Dagegen wird es Personen aus den *unteren sozialen Schichten* vermutlich schwieriger fallen, Ideen zur Informationsrecherche zu entwickeln (vgl. 5.1.2).

- Nutzergruppen, die über entsprechende *finanzielle Ressourcen* und über *notwendige Kompetenzen* verfügen, werden das Medium Internet nutzen können. Nutzergruppen, denen die finanziellen Mittel fehlen, um einen eigenen PC zu besitzen, können möglicherweise den PC von Freunden nutzen oder ein Internetcafe aufsuchen. Nutzer erhalten jedoch keinen Zugriff auf das Internet, wenn sie nicht über die nötigen Kompetenzen im Umgang mit diesem Medium verfügen.
- *Akut* oder *chronisch erkrankte Personen* erhalten den Zugang zu den Kontaktinformationen über die Einrichtung, wenn sie sich von ausgelegten Flyern der Patientenberatungsstelle angesprochen fühlen und diese mitnehmen. Dagegen werden Nutzergruppen, die *nicht selbst betroffen* sind, die Kontaktinformationen nicht erhalten, da sie ausliegende Flyer nicht mitnehmen, es sei denn, sie möchten einem erkrankten Angehörigen oder einem Freund diese Informationen zu kommen lassen.
- Patienten, die *von ihren Ärzten darüber informiert* werden, dass Patientenberatungsstellen existieren, haben so die Möglichkeit, den Zugang zu bekommen.
- Ratsuchende, die *keiner* oder einer *Berufstätigkeit in Teilzeit* nachgehen, werden den Kontakt in den eingeschränkten Öffnungszeiten aufnehmen können. Auch werden Nutzergruppen, die zeitlich sehr flexibel sind, die Beratungsstelle in den engen Zeitfenstern telefonisch oder persönlich in Anspruch nehmen können. Dagegen werden *vollzeitbeschäftigte Personen* während der eingeschränkten Öffnungszeiten aufgrund des engen, ihnen zur Verfügung stehenden Zeitfensters nur sehr schwierig den Zugang zur Patientenberatungsstelle erhalten.
- Einen persönlichen Kontakt zur Beratungsstelle werden diejenigen Ratsuchenden herstellen können, die in der Lage sind, *lange Anfahrtswege auf sich zu nehmen*. Darüber hinaus wird es sich um Nutzergruppen handeln, die *mobil genug sind*, u. U. längere Fußwege zurückzulegen, sollten keine Parkmöglichkeiten vor der Beratungsstelle vorhanden sein. Dagegen erhalten *gesundheitsbeeinträchtigte* und *gehbehinderte Ratsuchende* vermutlich keinen Zugang, wenn die Einrichtungen über keinen behindertengerechten Eingangsbereich verfügen und die Räumlichkeiten nicht barrierefrei gestaltet sind.
- Es erhalten die Patienten und Nutzer einen leichteren Zugang zur Beratungsstelle, wenn sie die bauliche und räumliche Situation der Einrichtung als *angenehm* und *einladend empfinden*.

- Nutzergruppen, die *anonym bleiben wollen* und keine Face-to-Face-Beratung in Anspruch nehmen möchten, können trotzdem den Zugang zu Nutzerinformationen erhalten, wenn diese in der Einrichtung zur Mitnahme ausliegen. Auch *unsichere Patienten und Nutzer* erhalten auf diesem Wege über die ausgelegten Informationsmaterialien den Zugang. Diese Nutzergruppen erhalten keine Informationen, wenn die Beratungsstellen diese Möglichkeiten nicht öffentlich zugänglich anbieten.
- *Sozial benachteiligte* Nutzergruppen werden nur selten kostenpflichtige Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Auch Patienten und Nutzer, die *nicht bereit sind*, für Beratungsleistungen *zu bezahlen*, werden diese ebenfalls nicht nutzen. Somit werden kostenpflichtige Beratungsangebote nur von Ratsuchenden in Anspruch genommen, die über die *notwendigen finanziellen Ressourcen* verfügen und/oder *bereit sind*, für dieses Leistungsangebot *zu bezahlen*.

6 (K)ein Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation

Die vorliegende Untersuchung hat dazu beigetragen, wichtige Erkenntnisse über den Zugang und die Erreichbarkeit zur unabhängigen Patientenberatungsstelle und Nutzerinformation aus Nutzersicht zu gewinnen. Es konnten Ergebnisse dahingehend ermittelt werden, wie sich der Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende gestaltet. In diesem Zusammenhang wurden sowohl Zugangsmöglichkeiten als auch potenzielle Zugangsbarrieren analysiert. Die in der Untersuchung erforschten Hindernisse können für manche Patienten und Nutzer den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation erschweren bzw. sogar verhindern.

Im Folgenden soll der Zugang und die Erreichbarkeit der Patientenberatung und Nutzerinformation vor dem eingangs dargelegten theoretischen Hintergrund und im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die Gestaltung von Zugangswegen für Patienten und Nutzer diskutiert werden. Danach werden Ergebnisse erörtert, die im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit einer Patientenberatungsstelle stehen. Dabei steht vor allem die Bedeutung einer leichten Zugänglichkeit im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Anschließend werden in der Diskussion die Ergebnisse der Kategorie Auffinden und Aufsuchen einer Patientenberatungsstelle aufgegriffen. Hier wird insbesondere der Standort und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Auffindbarkeit für Ratsuchende diskutiert. Außerdem soll der Einfluss der baulichen Gestaltung sowie die räumliche Ausstattung einer Patientenberatungsstelle und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Zugänglichkeit von Patienten und Nutzern näher beleuchtet werden. Der letzte Punkt der Diskussion bezieht sich auf die finanziellen Barrieren, die im Rahmen des Zugangs zur Patientenberatung von Bedeutung sind.

6.1 Zugangswege über Medien und Institutionen

Patienten und Nutzer, die eine Patientenberatungsstelle in Anspruch nehmen möchten, benötigen grundlegende Strukturinformationen wie z. B. Telefonnummer, Öffnungszeiten und Anschrift. In der Untersuchung zeigte sich, dass die Forscher für das Suchen und Finden der notwendigen Informationen zur Kontaktaufnahme unterschiedliche *Zugangswege* wählten. Diese waren mehr oder weniger erfolgreich. Die Forscher recherchierten nach den Kontaktinformationen in *Medien* oder fragten bei *Institutionen* an.

In der vorliegenden Untersuchung traten Schwierigkeiten auf, wenn die gesuchten Informationen in den üblichen Medien wie dem Telefon- bzw. Branchenbuch recherchiert wurden. Es stellte sich das Problem, dass die Beratungsstellen, die nicht unter ihrer Funktion der Patientenberatung, sondern unter ihren Eigennamen oder unter den Institutionsnamen der Einrichtungen, in denen sie untergebracht sind, erschienen. Auch führten Stichworte wie „Patientenberatungsstelle“ oder „Patienteninformation“ zu keiner erfolgreichen Suche im Telefon- bzw. Branchenbuch, da diese von den Beratungsstellen nicht ausdrücklich eingetragen wurden. Die gleichen

Probleme traten auch dann auf, wenn im Internet das Telefonverzeichnis der Deutschen Telekom AG zur Informationsrecherche genutzt wurde. Dort führte teilweise nicht einmal die Eingabe des offiziellen Einrichtungsnamens (Eigenname) und die dazugehörige Ortsangabe zur gewünschten Telefonnummer. Dieses Untersuchungsergebnis macht deutlich, dass einige Patientenberatungsstellen nicht in alle öffentlichen Adressverzeichnisse aufgenommen wurden. Des Weiteren zeigte sich, dass Telefon- bzw. Branchenbücher, die normalerweise für die Suche von Kontaktinformationen eingesetzt werden, keine Zugangsmöglichkeiten für Patienten und Nutzer bieten, wurden die Einrichtungen nicht unter ihrer gesuchten Funktion Patientenberatung eingetragen. Sind die Patientenberatungsstellen unter ihrem Eigennamen in den Adressverzeichnissen hinterlegt, erhalten nur die Patienten und Nutzer den Zugang zu den notwendigen Kontaktinformationen, die die Einrichtung bereits unter ihrem Eigennamen (oder ihrer Abkürzung) kennen.

Ratsuchende können die Informationen über eine Patientenberatungsstelle aus verschiedenen Informationsquellen erlangt haben. Wie die Evaluationsergebnisse der Modellprojekte nach § 65b SGB V zeigen, bezogen die befragten Nutzer ihre Informationen über die Existenz einer Patientenberatungsstelle aus verschiedenen Informationsquellen. Von 97,9 % (n = 1.292) der Befragten gaben 33,8 % an, durch Massenmedien, 20,0 % durch Freunde/Bekannte, 13,0 % durch Werbung der Beratungsstellen, 11,2 % durch einen früheren Kontakt zur Beratungsstelle und 8,8 % durch Krankenkassen von der Patientenberatungsstelle erfahren zu haben. Selten erlangten die Nutzer durch die Ärzte (5,8 %) Kenntnis von der Patientenberatungsstelle (Schaeffer et al. 2005). Hier wird deutlich, dass primär Massenmedien dazu beigetragen haben, Nutzer über die Existenz einer Patientenberatungsstelle aufzuklären und nicht der Arzt als erster direkter Ansprechpartner für den in Gesundheitsbelangen ratsuchenden Patienten und Nutzer. Des Weiteren bestimmen weitgehend auch informelle soziale Netzwerke den Zugang zur Patientenberatung (Müller-Mundt/Ose 2005). Auch die Werbung durch die Beratungsstellen selbst stellt eine Informationsquelle für Ratsuchende dar. So wurde beispielweise auch in der vorliegenden Untersuchung von einem Forscher auf die Öffentlichkeitsmaterialien (Flyer) der untersuchten Patientenberatungsstelle zurückgegriffen. Der Flyer enthielt alle notwendigen Informationen zur Kontaktaufnahme. Die Öffentlichkeitsmaterialien können über öffentliche Einrichtungen, wie z. B. Arztpraxen, Kliniken und Apotheken insbesondere den Patienten zugänglich gemacht werden. Sie müssen allerdings an geeigneten Plätzen in den Einrichtungen ausgelegt werden. So gehören Ambulanzen in Kliniken vermutlich eher zu den ungeeigneten Plätzen, da Patienten und ihre Angehörigen, die mit akuten gesundheitlichen Problemen dort eintreffen, zu diesem Zeitpunkt für Öffentlichkeitsmaterialien eher nicht zugänglich sind.

Weiterhin zeigen die Evaluationsergebnisse der Modellprojekte nach § 65b SGB V, dass besonders die Akteure (z. B. Ärzte) in den Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens Informationen über das neue Angebot der Patientenberatung an ihre Patienten scheinbar nicht weitergeben. Entweder sind sie, wie die befragten öffentlichen Einrichtungen auch, nicht über die Existenz der Patientenberatungseinrichtungen informiert, oder sie geben die Informationen nicht an ihre Patienten weiter, weil sie sich möglicherweise als diejenigen ansehen, die die Patientenberatung zu ihren originären Aufgaben zählen. Studien belegen jedoch, dass

der deutsche Arzt sich im europäischen Vergleich die geringste Zeit für seine Patienten nimmt. Damit verläuft die Aufklärung des Patienten durch den deutschen Arzt meist weniger ausführlich und viele Fragen der Patienten bleiben unbeantwortet (vgl. Kap. 2.3). So wurde auch in der Evaluation der Modellprojekte deutlich, dass Nutzer, die eine Patientenberatungsstelle in Anspruch nehmen, häufig ein ausführliches Gespräch suchen und auf der Suche nach einer zweiten Meinung sind. Zentrale Fragen beziehen sich dabei vor allem auf gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Themen wie z. B. Fragen zum Krankheitsbild, zu Behandlungsmethoden oder zum Arzneimittelgebrauch (Schaeffer et al. 2005).

Ärzte sind erste Ansprechpartner für Patienten mit gesundheitlichen Beschwerden (vgl. Kap. 2.3) und gehören damit zu den wichtigen Multiplikatoren, die insbesondere den Zugangsweg der Nutzergruppe der Patienten zur unabhängigen Patientenberatungsstelle ebnen können. Wenn Patienten regelmäßig durch ihre Ärzte auf eine Patientenberatungsstelle hingewiesen würden, so bestünde die Möglichkeit, dass sie durch die Patientenberatung in ihren Kompetenzen und Fertigkeiten gestärkt und somit im souveränen Umgang mit der eigenen Gesundheit gefördert würden (vgl. Kap. 2.2). Inwiefern Ärzte über das neue Segment der Patientenberatung im Gesundheitswesen informiert sind und ob sie ihre Patienten auf die neuen Beratungsstellen hinweisen, darüber liegen noch keine Erkenntnisse vor. Dass Ärzte jedoch durchaus über Einrichtungen der Patientenberatung informiert werden, konnte u. a. auch in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden. Aus einer ärztlichen Fachzeitschrift wurden in einem Fall Informationen über eine Patientenberatungsstelle entnommen. Der dort veröffentlichte Artikel setzt die Ärzteschaft hauptsächlich über dieses neue Angebot für Patienten in Kenntnis. Durch die gezielte Weitergabe dieser Informationen können Ärzte einen wichtigen Beitrag leisten, den Zugangsweg zur Patientenberatung für Patienten zu ebnen.

Die vorliegende Untersuchung konnte weiter belegen, dass die Informationen über die exemplarisch ausgewählten Patientenberatungsstellen im Internet problemlos aufzufinden waren. Damit zeigte sich auf der einen Seite, dass alle untersuchten Patientenberatungsstellen die Veröffentlichung ihrer Kontaktinformationen in dem Medium Internet veranlasst hatten. Auf der anderen Seite offenbarte die Untersuchung auch die Gepflogenheiten der jungen Forscher. Sie nutzten am häufigsten das Internet für den Suchprozess nach den Kontaktinformationen über die Patientenberatungsstelle. Dagegen wurden andere Medien, wie z. B. das Telefonbuch, für den Suchprozess kaum eingesetzt. Dieses Phänomen wird auch durch die Bertelsmann Studie (2004) bestätigt, nach der das Internet von jungen Altersgruppen (bis 39-Jährige) zur schnellen Recherche nach Telefonnummern, Adressen und Öffnungszeiten am häufigsten genutzt werde (Böcken et al. 2004). Welche Suchstrategien beispielsweise chronisch Kranke oder sozial benachteiligte Nutzergruppen zur Informationsrecherche wählen, darüber können in dieser Untersuchung keine Aussagen getroffen werden. Eine Befragung dieser Nutzergruppen würde weitere Erkenntnisse über deren Zugangswege geben.

Das Medium Internet wird allerdings noch immer nicht von allen Patienten und Nutzern als Zugangsmöglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation genutzt. Auch wenn alle Patientenberatungsstellen ihre Informationen im Internet bereitstellen, werden insbesondere das weibli-

che Geschlecht und Personen, die der unteren sozialen Schicht angehören, durch dieses Medium oft nicht erreicht. Frauen nutzen generell das Internet weniger häufig als Männer (vgl. Kap. 3.4.2). Sozial schlechter gestellten Personen mangelt es häufig an finanziellen Ressourcen, einen Computer mit Internetzugang anzuschaffen. Des Weiteren weisen sie häufig nicht die entsprechende Medienkompetenz im Umgang mit dem Internet auf.

Auch für den überwiegenden Teil der älteren Generation (älter als 63 Jahre) – und damit für die Mehrzahl der chronisch Kranken – bleibt der Zugangsweg zu den Kontaktinformationen der Patientenberatungsstelle durch das Internet verschlossen. Obwohl die Hemmschwellen bei der Nutzung des Internets bei den älteren Personen weiter abnehmen und sie durch entsprechende Internet-Schulungen die nötige Medienkompetenz erlangen können, nutzt der überwiegende Teil dieser Altersgruppe das Internet allerdings noch nicht (vgl. Kap. 3.4.2). Die Verfügbarkeit eines eigenen Computers und der alltägliche Umgang damit können bei der älteren Bevölkerung nicht vorausgesetzt werden (Brinkmann-Göbel 2001).

Das Medium Internet stellt allerdings nur eine von vielen weiteren Zugangsmöglichkeiten zu den Kontaktinformationen von Patientenberatungsstellen dar. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Informationen über eine öffentliche Einrichtung wie z. B. über eine Bürgerberatung der Stadt in Erfahrung zu bringen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen allerdings, dass der Zugangsweg zu den Kontaktinformationen über eine öffentliche Einrichtung ebenfalls mit Schwierigkeiten verbunden war. Diesen Einrichtungen mangelte es gänzlich an Information über die Existenz als auch über die Funktionsweisen einer Patientenberatung. Ratsuchende wurden zudem an falsche Instanzen weitergeleitet, wodurch sich der Zugang verkomplizierte. Damit zeigt sich, dass die Existenz und die Funktion des „neuen“ Beratungsangebotes für Patienten bei den öffentlichen Einrichtungen noch nicht bekannt ist. Das deutet darauf hin, dass die Öffentlichkeitsarbeit der Patientenberatungsstellen vermutlich nicht ausreichend war.

Neben der Anfrage in einer öffentlichen Einrichtung wurde auch bei der Auskunft der Deutschen Telekom AG nach Kontaktinformationen über eine Patientenberatung recherchiert. Hier zeigte sich erfreulicherweise, dass die notwendigen Informationen vorlagen und an den Anrufer weitergegeben werden konnten. Dieses Ergebnis zeigt, dass die untersuchte Patientenberatungsstelle ihre Kontaktinformationen dort hinterlegt hatte und diese für jeden Anrufer zugänglich sind. Das Einholen von Telefonnummern über die telefonische Auskunft der Deutschen Telekom AG stellt einen einfachen Weg für Patienten und Nutzer dar, um an die Kontaktinformationen einer Patientenberatungsstelle zu gelangen. Es muss allerdings vorausgesetzt sein, dass die gewünschten Informationen von den Beratungsstellen dort hinterlegt wurden. Da es sich bei der telefonischen Auskunft um eine kostenpflichtige Dienstleistung handelt (Inlandsauskunft 0,20 Euro + 0,99 Euro je angefangene Minute)³⁴, werden nicht alle Patienten und Nutzer diese Möglichkeit wählen.

³⁴ Die Angaben wurden dem Branchenbuch der Deutschen Telekom AG - „Gelbe Seiten 2004/2005“ - entnommen.

Diese vorliegenden Untersuchungsergebnisse stimmen auch mit den Ergebnissen, die im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V hinsichtlich der Zugangswege zu den Beratungsangeboten ermittelt wurden, überein. Auch dort zeichneten sich in punktuellen Testversuchen ebenfalls die Probleme ab, wenn beispielsweise in kommunalen Auskunftstellen angefragt oder in den Adressverzeichnissen die Kontaktinformationen der Einrichtungen gesucht wurden (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005). Damit wird einerseits deutlich, dass die Patientenberatung bei den öffentlichen Einrichtungen noch nicht zum etablierten Bestandteil des Beratungsangebotes im Gesundheitswesen gehört. Andererseits bestätigen die Evaluationsergebnisse ebenso die Schwierigkeiten, die bei der Suche in den üblichen Adressverzeichnissen, welche als grundlegende Recherchemöglichkeit von Patienten und Nutzern in Anspruch genommen werden, auftreten.

6.2 Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme von Patientenberatungsstellen

Die Erreichbarkeit und die Kontaktaufnahme stellen weitere bedeutende Aspekte im Rahmen des Zugangs zur Patientenberatungsstelle dar. In der Ergebnisdarstellung wurde zwischen Einzelaspekten wie *zeitlicher*, *telefonischer*, *persönlicher* und *schriftlicher Erreichbarkeit* unterschieden. Diese einzelnen Aspekte werden bis auf die schriftliche Erreichbarkeit ebenfalls in der Dimension „Erreichbarkeit“ (accommodation) von Penchansky/Thomas (1981) beschrieben (vgl. Kap. 3.1). Im Folgenden werden die Aspekte aufgegriffen und diskutiert.

Die Kontaktaufnahme zur Patientenberatungsstelle ist abhängig von deren *zeitlicher*, *telefonischer*, *persönlicher* und *schriftlicher Erreichbarkeit*. Die *zeitliche Erreichbarkeit* für Patienten und Nutzer ist abhängig von den Öffnungszeiten einer Patientenberatungsstelle. Die Auswertung der Öffnungszeiten der untersuchten Patientenberatungsstellen veranschaulicht, dass die untersuchten Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeiten und an unterschiedlichen Tagen in der Woche geöffnet haben. Nur eine einzige Beratungsstelle war an allen Wochentagen einschließlich des Wochenendes bis abends 18:00 Uhr erreichbar. Alle anderen Einrichtungen sind nur an einigen Tagen in der Woche für Patienten und Nutzer zugänglich. Weiter war festzustellen, dass einige wenige Beratungsstellen bereits mittags schließen (vgl. Kap. 5.2.2, Tabelle 2). Des Weiteren ist die Spannweite der Öffnungszeiten auffällig groß. Sie reicht von 5,5 bis 41,5 Stunden pro Woche (Abbildung 12).

Die Ergebnisse zeigen zuerst einmal, dass jede der untersuchten Patientenberatungsstellen an unterschiedlichen Tagen und zu unterschiedlichen Zeiten für Patienten und Nutzer zugänglich ist. Damit ist insgesamt eine große Vielfalt an Öffnungszeiten gegeben. Daneben entsteht gleichzeitig eine große Verwirrung darüber, welche Einrichtung an welchen Tagen und zu welchen Zeiten geöffnet bzw. geschlossen hat. Es gestaltet sich für Patienten und Nutzer vermutlich sehr schwierig, sich die Öffnungszeiten zu merken und bei Bedarf abzurufen. Diese Informationen müssen i.d.R. nachgelesen bzw. erfragt werden.

Patientenberatungsstellen, die in nur sehr eingeschränkten Zeitfenstern (nur wenige Stunden pro Woche) zugänglich sind, werden voraussichtlich von Patienten und Nutzern, die einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen, selten in Anspruch genommen werden können. Ebenso werden berufstätige Patienten und Nutzer, die bis zum Nachmittag beruflich tätig sind, Schwierigkeiten haben, mit einer Patientenberatungsstelle, die bereits ab mittags geschlossen hat, in Kontakt zu treten. Es werden vermutlich eher Frauen sein, die aufgrund der Kindererziehung entweder keiner oder einer teilzeitmäßigen Berufstätigkeit nachgehen, welche die Beratungsstellen in den eingeschränkten Öffnungszeiten aufsuchen können. Um jedoch genauere Aussagen darüber treffen zu können, wie sich die Frequentierung von Patientenberatungsstellen durch berufstätige Nutzergruppen, die ganztags, halbtags, in Teilzeit oder im Schichtdienst beschäftigt sind sowie durch Arbeitslose, Selbständige etc. darstellt, müssten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Dann könnten genauere Aussagen darüber getroffen werden, welche Nutzer zu welchen Zeiten die Patientenberatungsstelle in Anspruch nehmen. Ohne das Wissen um die wahrscheinliche Frequentierung einer Einrichtung ist es für die Patientenberatungsstelle schwierig, Kapazitäten angemessen zu planen. Zu wenig Personal bedeutet für den Patienten und Nutzer, längere Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Dagegen würde eine Überbesetzung zu einem ineffizienten Angebot führen und es würden höhere Kosten als nötig entstehen (vgl. Kap. 2.4).

In Großbritannien beispielsweise sind die Angebote zur Patientenberatung und Nutzerinformation für Nutzer innerhalb sehr weiter Zeitfenster zugänglich. Von den in Großbritannien vorherrschenden Öffnungszeiten sind die in Deutschland untersuchten Beratungsstellen allerdings noch weit entfernt. So können Ratsuchende z. B. einen telefonischen Informationsdienst (NHS Direct) „24 Stunden am Tag“ in Anspruch nehmen. Auch die sogenannten Walk-in Centres sind an allen Wochentagen zwischen 07:00 Uhr und 22:00 Uhr sowie an Wochenenden für Ratsuchende zugänglich (vgl. Kap. 2.4). Damit Patienten und Nutzer in Deutschland einen vergleichbaren Service erhalten können, müssen den Beratungsstellen sowohl entsprechende finanzielle als auch personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

In der Erforschung der Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit der Beratungsstellen wurde sehr deutlich, auf welche Schwierigkeiten Patienten und Nutzer stoßen können, wenn sie eine Patientenberatungsstelle in den Öffnungszeiten telefonisch erreichen möchten. In der vorliegenden Untersuchung konnte festgestellt werden, dass insbesondere die *telefonische Erreichbarkeit* der Patientenberatungsstellen nicht in allen untersuchten Fällen von den Forschern als zufriedenstellend wahrgenommen wurde. So waren während der Öffnungszeiten teilweise mehrere Versuche nötig, um einen telefonischen Kontakt zur Patientenberatungsstelle herzustellen. In den untersuchten Fällen waren die Leitungen entweder ständig belegt oder es nahm niemand das Gespräch entgegen. Ein Grund für eine belegte Telefonleitung ist natürlich die rege Inanspruchnahme einer Beratungsstelle. Ein weiterer Grund sind lang andauernde telefonische Beratungsgespräche. Die Beratungen dauern maximal eine halbe Stunde (Schaeffer et al. 2005). In dieser Zeit erhalten andere Ratsuchende keinen telefonischen Zugang zur Patientenberatungsstelle, wenn die Einrichtung nur über einen telefonischen Anschluss verfügt.

Aus der Nutzerperspektive wurde sehr deutlich, dass eine „ständig belegte Telefonleitung“ eine durchaus harte (unüberwindbare) Barriere für einen ratsuchenden Anrufer darstellen kann. In der Untersuchung zeigte sich, dass z. B. ein Forscher nach mehrmaligen Versuchen, die Einrichtung telefonisch erreichen zu wollen, letztendlich aufgegeben hat. Auch bei einigen anderen untersuchten Beratungsstellen mussten Forscher sehr viel Ausdauer und eine Menge an zeitlichen Ressourcen aufbringen, um einen ersten telefonischen Kontakt herstellen zu können. So werden Patienten und Nutzer, die nicht über die nötigen zeitlichen Ressourcen und die entsprechende Ausdauer verfügen, ebenso aufgeben, den telefonischen Kontakt herstellen zu wollen. Besonders werden chronisch Kranke Nutzer Schwierigkeiten haben, diese Ausdauer an den Tag zu legen. Sie sind i.d.R. vermindert belastbar und haben während des Krankheitsverlaufes mittel- oder langfristig Einschränkungen ihrer Leistungs- und Funktionsfähigkeit erfahren müssen (Schaeffer/Moers 2000). Diese Anrufer gehen den Einrichtungen verloren und bleiben unberaten.

Des Weiteren wurde die telefonische Kontaktaufnahme auch insofern erschwert, als dass der zuständige Berater nicht anwesend war und das Anliegen des Anrufers nicht sofort bearbeitet werden konnte. Bei der Suche nach einem Beratungstermin zeigte sich dann, dass die Terminvereinbarung allerdings von der Anwesenheit des Beraters abhängig war. Grundsätzlich ist die Vergabe von telefonischen und/oder persönlichen Beratungsterminen als positiv zu bewerten. Bei der Vergabe von persönlichen Beratungsterminen bleibt den Patienten und Nutzern somit unnötige Wartezeit erspart. Dies erfordert von der Beratungsstelle jedoch eine sehr gute organisatorische Planung und entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen.

In der Nutzerbefragung der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V waren 70,6 % der Befragten (n = 1.192) mit der telefonischen Erreichbarkeit³⁵ weitgehend „sehr zufrieden“, 23,3 % „eher zufrieden“ und 6,2 % „unzufrieden“ (Seidel/Dierks 2004a). Bei der Betrachtung dieses Evaluationsergebnisses ist zu beachten, dass es sich hierbei um die Zufriedenheit von Ratsuchenden handelt, die den Weg in die Beratungsstelle bereits gefunden haben. Ihnen ist es gelungen, den Zugang zu erhalten und sie haben mögliche Barrieren überwunden. Bei Patienten- und Nutzerbefragungen muss allerdings berücksichtigt werden, dass aufgrund mangelnder Problemsensitivität der Befragten, insbesondere bei Zufriedenheitsbefragungen, Verzerrungen in die positive Richtung auftreten können (Schaeffer et al. 2005).

Die Ergebnisse, die in der qualitativen Untersuchung hinsichtlich der telefonischen Erreichbarkeit zu den untersuchten Patientenberatungsstellen ermittelt wurden, stellen allerdings keine Ausnahmeerscheinung in der Beratungslandschaft dar. So stellten auch Eifert et al. (1999) in einer Studie fest, dass von zehn zufällig ausgewählten kommunalen Pflegeberatungsstellen nur fünf telefonisch erreichbar waren. Auch in der explorativen Feldstudie, die im Rahmen eines im Sommersemester 2004 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführten Studienprojektes erhoben wurde, erwies sich die telefonische

³⁵ In die Bewertung der Erreichbarkeit sind nur die Projekte eingegangen, die Face-to-Face Beratungen anbieten.

Kontaktaufnahme zu exemplarisch ausgewählten kommunalen Pflegeberatungsstellen als sehr hürdenreich. So war es keinesfalls selbstverständlich, dass über die Telefonzentralen der Bürgerinformationen zu den in den Behördenzentren angesiedelten Pflegeberatungsstellen direkt vermittelt wurde. Als sehr hinderlich offenbarten sich hier die nahezu durchgängig vorhandenen längeren telefonischen Verweisketten (Ose/Schaeffer 2005).

Die telefonische Erreichbarkeit zur Patientenberatung erlangt jedoch insbesondere für Patienten und Nutzer, die nicht über ein wohnortnahes Angebot verfügen, welches sie eventuell auch persönlich aufsuchen könnten, einen hohen Stellenwert. So zeigen sich diesbezüglich vor allem in ländlichen Regionen und in den neuen Bundesländern infrastrukturelle Mängel (vgl. Kap. 3.3). Damit ist eine Verfügbarkeit (availability) (vgl. Kap. 3.1) des Patientenberatungsangebotes für alle Patienten und Nutzer nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Dies kann somit zu Zugangsproblemen führen. Ältere sowie behinderte und chronisch kranke Menschen sind möglicherweise nur eingeschränkt mobil. Oft fehlen ihnen auch einfach die nötigen Kraft- und die Zeitreserven, um eine Patientenberatungsstelle persönlich aufzusuchen (Müller-Mundt/Ose 2005). Hier stellt der telefonische Zugang u. U. die einzige Möglichkeit dar, um Beratung und Informationen in Anspruch nehmen zu können. Aus diesem Grunde ist die telefonische Erreichbarkeit von Patientenberatungsstellen besonders für diese Nutzergruppen zu sichern. In Anbetracht des wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung muss der telefonische Zugang auch zukünftig eine besonders Berücksichtigung in der Patientenberatung finden (vgl. Kap. 1).

Der Zugang durch das Telefon ermöglicht Patienten und Nutzern, dass sie neben Informationen auch eine telefonische Beratung erhalten können. Die telefonische Beratung wird von Ratsuchenden sehr geschätzt, weil sie eine Form der Hilfe darstellt, die flexibel, anonym und leicht zugänglich ist. Die leichte Zugänglichkeit bezieht sich darauf, dass es für Ratsuchende oft leichter ist, einen Telefonhörer in die Hand zu nehmen und direkt mit einem Berater zu sprechen als einen Termin für ein persönliches Gespräch in der Beratungsstelle in der nahen Zukunft zu vereinbaren. Damit erfüllt die telefonische Beratung eine wichtige präventive Funktion, weil sie den Menschen einen Dienst anbietet, die sich selbst nicht um andere Formen von Unterstützungsmöglichkeiten bemühen würden oder weil sich die Probleme des Ratsuchenden noch nicht in einem fortgeschrittenen Stadium befinden (McLeod 2004).

Neben der telefonischen Erreichbarkeit der Patientenberatung ist ebenso die *persönliche Erreichbarkeit* für Patienten und Nutzer nicht minder von Bedeutung. Neben vielen Einrichtungen, die eine leichte persönliche Erreichbarkeit zur Beratungsstelle, beispielsweise durch geöffnete Eingangstüren ermöglichten, war in einem Fall der persönliche Kontakt durch eine verschlossene Eingangstür während der Öffnungszeiten etwas schwieriger herzustellen. Patienten und Nutzer, die eine Patientenberatung persönlich aufsuchen, möchten eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch nehmen oder schriftliche Informationsmaterialien einholen. Sie könnten durch eine verschlossene Eingangstür verunsichert werden und sich von ihrem Vorhaben, eine Patientenberatungsstelle aufsuchen zu wollen, möglicherweise abbringen lassen.

Welchen hohen Stellenwert die persönliche Erreichbarkeit zur Patientenberatungsstelle hat, belegen die Daten der Evaluation der Modellpro-

jekte nach § 65b SGB V. In der Untersuchung der jeweiligen Beratungsformen (persönlich, telefonisch, schriftlich) ließen sich soziodemographische Besonderheiten erkennen. So zeigte sich, dass besonders ältere Menschen sowie Personen unterer sozialer Schichten und Ratsuchende mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen den Zugang zur Face-to-Face-Beratung (persönliche Beratung) bevorzugten (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005). Diese Zielgruppen profitieren am meisten von einer Face-to-Face-Beratung (vgl. Kap. 2.2).

Auch die Bedarfsanalyse im Jahre 2002 zur Ermittlung des Beratungsbedarfs von Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im Land Brandenburg konnte darlegen, dass die meisten Ratsuchenden, sowohl Stadt- als auch Landbewohner, sich eine Face-to-Face-Beratung, und diese möglichst wohnortnah, wünschen. Dagegen wird die Beratung über das Internet von den Ratsuchenden in der Studie kaum als Wunsch geäußert. Die Analyseergebnisse stimmten auch mit den Erfahrungen in den dortigen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in Brandenburg überein (DPW 2003).

Die *schriftliche Erreichbarkeit* einer untersuchten Patientenberatungsstelle per E-Mail erfolgte problemlos. Der E-Mail Kontakt ist unabhängig von den Öffnungszeiten einer Beratungsstelle. Mittlerweile ist die Versendung von E-Mails sogar von jedem Ort der Welt aus möglich. Voraussetzung ist allerdings die dazu nötige technische Ausstattung. Bei einer E-Mail handelt es sich um einen zeitversetzten Austausch von Nachrichten, i.d.R. sind es Textbotschaften. Das Versenden einer Nachricht per E-Mail ist insgesamt schneller, als die Nachricht per Briefpost zu verschicken. Darüber hinaus ist das Versenden einer E-Mail zudem noch kostengünstiger. Die Kontaktaufnahme ist insgesamt angenehmer, da kein Besetzt-Zeichen erscheint. Auch für den Empfänger kann die Kontaktaufnahme per E-Mail angenehmer sein als die telefonische Anfrage. Mit dem Eingang einer E-Mail geht nicht, wie bei einem Telefon, ein penetrantes Klingeln einher. Darüber hinaus kann der Empfänger den Zeitpunkt der Bearbeitung (Antwort) selbst bestimmen (Döring 1999). Es sollte allerdings von Seiten der Beratungsstelle eine möglichst zeitnahe Beantwortung der E-Mail stattfinden. Eine späte bzw. nicht beantwortete E-Mail verhindert für Patienten und Nutzer den Zugang zur Beratungsstelle.

Eine weitere Möglichkeit, um den Kontakt zur Patientenberatungsstelle herzustellen, wäre in der Untersuchung auch über den postalischen Weg möglich gewesen. Dieser Zugangsweg wurde von den Forschern jedoch nicht gewählt. Auch in der Evaluation zeigte sich, dass in allen Modellprojekten postalische Anfragen recht selten erfolgten (Schaeffer et al. 2005).

6.3 Aufsuchen und Auffinden von Patientenberatungsstellen

Aufgrund der *geographischen Lage* und der *Verortung* der untersuchten Beratungsstellen waren diese für die Forscher unterschiedlich erreichbar. Für manche Forscher befand sich die zu untersuchende Einrichtung in Wohnortnähe. Andere Forscher dagegen hatten weite Anfahrtswege zu bewältigen, um die nächstgelegene Patientenberatungsstelle persönlich aufzusuchen.

Aufgrund der nicht flächendeckenden Etablierung und der noch relativ niedrigen Verteilungsdichte besteht noch keine ausreichende Verfügbarkeit (availability) von Patientenberatungsstellen für Patienten und Nutzer in Deutschland (vgl. Kap. 3.3). Der Standort einer Beratungsstelle hat Einfluss auf die Nutzbarkeit von Diensten. Der Patient und Nutzer ist vielleicht nicht bereit, lange Anfahrtszeiten in Kauf zu nehmen oder er hat Schwierigkeiten, einen Fahrdienst zu organisieren. Manche Ratsuchenden haben auch Furcht, eine Beratungsstelle in einer Großstadt aufzusuchen (Burton/Trandwell 2002). Die „Zugänglichkeit“ (accessibility) zur Beratungsstelle wird vermutlich für Nutzergruppen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, sehr beschwerlich sein. Dies sind häufig die älteren Personen. Aufgrund der langen Reisezeit und der eingeschränkten Fahrzeiten des ÖPNV in den ländlichen Regionen werden (potenzielle) Nutzer wohnortferne Patientenberatungsstellen zur Face-to-Face-Beratung vermutlich eher nicht aufsuchen. Deshalb wäre es sinnvoll, die Zugänglichkeit zur Patientenberatungsstelle für diese Nutzergruppen durch wohnortnah gelegene Beratungsstellen zu gewährleisten. Die Patientenberatungsstellen müssten insgesamt ausgewogener verteilt werden. Es ist allerdings wichtig, dass diese Einrichtungen für eine ausreichende telefonische und persönliche Erreichbarkeit für Patienten und Nutzer sorgen. Vermutlich wäre es sinnvoller, die telefonische Erreichbarkeit der bereits existierenden Einrichtungen zu intensivieren als neue Beratungsstellen zu etablieren (Schaeffer et al. 2005).

Die aufgesuchten Patientenberatungsstellen sind an verschiedenen Standorten untergebracht. Diese liegen zentral in der Stadt oder am Stadtrand. Eine im Zentrum der Stadt gelegene Patientenberatung kann einen leichteren Zugang zur Face-to-Face-Beratung, insbesondere für die in der näheren Umgebung lebenden Einwohner, ermöglichen. Im Rahmen der Evaluation der „Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle im Kreis Gütersloh“ im Jahre 2003 zeigte sich deutlich, dass mehr als die Hälfte (61 %) der Ratsuchenden, die in der Stadt Gütersloh leben, eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch nahmen. 30 % der Befragten gaben an, aus dem Kreis Gütersloh zu kommen und nur 7 % der Ratsuchenden waren von außerhalb des Kreises angereist. Es wurden in einer schriftlichen Nutzerbefragung (n = 54) die Einzugsgebiete der Ratsuchenden ermittelt. Befragt wurden nur diejenigen, die auch eine Face-to-Face-Beratung erhalten hatten (Lummer/v. Borstel 2003). Patienten und Nutzer haben durch die räumliche Nähe einen leichten Zugang zur Patientenberatungsstelle. Ratsuchende, die in ihrer Nähe keine Einrichtung vorfinden, werden seltener weiter entfernte Beratungsstellen persönlich aufsuchen. Für diese Nutzergruppen muss eine telefonische Erreichbarkeit zur Patientenberatung gewährleistet sein.

Die *Auffindbarkeit* der Patientenberatungsstellen gestaltete sich in einigen Fällen sehr schwierig. So mussten die untersuchten Beratungsstellen u. a. in Seitenstraßen, an Hauptstraßen sowie in Wohnvierteln aufgesucht werden. Andere Patientenberatungsstellen sind in einer öffentlichen Einrichtung der Stadt oder in der unmittelbaren Nähe von Einrichtungen des Versorgungswesens verortet. Die meisten Patientenberatungen sind jedoch im Haus der jeweiligen „Trägerorganisation“ untergebracht. Die Unterbringung einer Patientenberatung in einer Trägerorganisation hat den Vorteil, dass Ratsuchende, die bereits den Kontakt zu den jeweiligen Trägern aus anderen Gründen gesucht haben, diese bereits kennen und somit

leichter auffinden, um nun auch das neue Angebot der Patientenberatung in Anspruch nehmen zu können.

Die Frage des Standortes ist insofern von Bedeutung, als das einige Patienten und Nutzer, die eine Einrichtung aufsuchen, sich nicht sofort als Klient „outen“ möchten. Themenspezifische Beratungsstellen wie z. B. Suchtberatungseinrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen, Aids Beratung, Krebsberatung etc. sollten an Orten untergebracht sein, die für die Patienten und Nutzer dieser Einrichtung zu den selbstverständlich genutzten Ausschnitten des öffentlichen Raumes gehören (vgl. Kap. 3.5).

Es ergaben sich im Rahmen der durchgeführten Untersuchung insbesondere dann Schwierigkeiten bei der Auffindbarkeit, wenn die Einrichtung sich in einer anderen Stadt befand und die Anreise mit dem PKW erfolgte. Fehlende Ortskenntnisse, fehlende Ausschilderungen zur Beratungsstelle und eine teilweise unübersichtliche Verkehrsführung führten zu großen Problemen bei der Auffindbarkeit der Patientenberatungsstelle.

Patienten und Nutzer, die über die notwendigen Ortskenntnisse verfügen, werden vermutlich weniger Schwierigkeiten haben, den Standort der Patientenberatungsstelle zu finden. Dagegen werden Ratsuchende, denen entsprechende Ortskenntnisse in der Stadt fehlen, Schwierigkeiten haben, die Beratungsstelle problemlos aufzufinden. Deshalb sollten Beratungsstellen für Patienten und Nutzer geographisch günstig verortet und leicht erkennbar sein (vgl. Kap. 3.5). Daneben sind Ratsuchende auf frühzeitige und richtungsweisende Orientierungshilfen in der jeweiligen Stadt, in der sich eine Patientenberatungsstelle befindet, angewiesen.

Einige Forscher hatten zudem Schwierigkeiten, die Beratungsstelle vor Ort ausfindig zu machen. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die Patientenberatungseinrichtungen nicht unmittelbar für Laufkundschaft zugänglich sind. Diese Einrichtungen befinden sich in regelrecht versteckter Lage (z. B. in einem Mehrfamilienhaus). Bereits in der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V wurde auf das Problem der nicht immer leichten Auffindbarkeit bei einigen wenigen Projekten hingewiesen. So hatten auch die Mitarbeiter der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Teil Schwierigkeiten, die jeweiligen Beratungsstellen bei den Standortbesuchen ausfindig zu machen (Schaeffer et al. 2005).

Auch die Unterbringung der Patientenberatung in trügereigenen Institutionen oder öffentlichen Einrichtungen waren für die „Hidden Customer“ zum Teil nicht sofort von Außen erkennbar. Es fehlten bei manchen Einrichtungen Hinweisschilder direkt am Gebäude, die auf das spezielle Angebot der Patientenberatung ihrer Institution hinweisen. Als hilfreich wurden von den Forschern auch weitere Hinweisschilder in den Fluren des jeweiligen Gebäudes empfunden, wenn die Beratungsstelle in einem höher gelegenen Stockwerk verortet ist.

Hinweisschilder, auf denen die Funktion Patientenberatung und die jeweiligen Öffnungszeiten aufgeführt sind, können beim Aufsuchen der Beratungsstelle dem Patienten und Nutzer Orientierung bieten. Sowohl für die Laufkundschaft als auch für Ratsuchende, die gezielt eine Patientenberatungsstelle für eine Face-to-Face-Beratung persönlich aufsuchen, ermöglichen Hinweisschilder einen leichteren Zugang. Damit kann gewährleistet werden, dass der Patient und Nutzer die Beratungsstelle schnell findet, ohne jemanden danach fragen zu müssen (vgl. Kap. 3.5).

Hinweisschilder, die den Weg zur Beratungsstelle weisen, geben dem Patienten und Nutzer Sicherheit beim Aufsuchen eines fremden Ortes.

Weiterhin konnte aus der Nutzerperspektive beobachtet werden, dass die Beratungsstellen leicht mit dem ÖPNV zu erreichen sind, da sich die Haltestellen meist in unmittelbarer Nähe der Einrichtungen befinden. Die Anreise mit dem PKW gestaltete sich jedoch bei einigen Einrichtungen etwas schwierig, wenn keine ausgewiesenen Besucherparkplätze direkt vor der Einrichtung vorhanden waren. Die Forscher mussten z. B. in den angrenzenden Seitenstraßen nach einem Parkplatz suchen. Die dadurch möglicherweise entstehenden längeren Fußwege bis zur Beratungseinrichtung können besonders für gehbehinderte und andere gesundheitsbeeinträchtigte Personen schwierig zu absolvieren sein. Für diese Personengruppen sind Behindertenparkplätze vor der Patientenberatungsstelle unabdingbar. Wenn diese, wie in es in einem Fall der Untersuchung aufgefallen ist, fehlen, ist die Zugänglichkeit zur Face-to-Face-Beratung für diese Nutzergruppen sehr schwierig.

Die Ergebnisse der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V zeigen, dass die vorgehaltenen Beratungsangebote besonders von älteren und chronisch Kranken Nutzern in Anspruch genommen wurden. Nahezu die Hälfte der Befragten in der Altersgruppe der 51 bis 60-Jährigen nutzte eine Face-to-Face-Beratung. Auch in den weiteren Altergruppen ab 60 Jahren ist die Inanspruchnahme eines persönlichen Beratungsangebotes mit über 40 % als relativ hoch zu bewerten (vgl. Kap. 3.4). Damit wird deutlich, dass Patientenberatungsstellen direkt vor ihren Einrichtungen ausgewiesene Besucher- und insbesondere auch Behindertenparkplätze vorhalten müssen, um den gesundheitsbeeinträchtigten Personen den Zugang zur Beratungsstelle zu erleichtern.

Es konnten große Unterschiede in der *baulichen und räumlichen* Situation der untersuchten Beratungseinrichtungen festgestellt werden. So sind die Gebäude der Beratungsstellen hinsichtlich ihres Baujahres und ihrer Architektur unterschiedlich. Sie wirkten auf manche Patienten und Nutzer ansprechend und einladend, andere fühlten sich beispielsweise von älteren Gebäuden weniger angesprochen.

Ein wichtiger bedeutsamer baulicher Aspekt ist die Gestaltung eines behindertengerechten Eingangsbereiches einer Patientenberatungsstelle. In der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass einige der untersuchten Patientenberatungsstellen über keinen behindertengerechten Zugang verfügen. So waren zum Teil im Eingangsbereich Barrieren (z. B. Stufen, Schwellen) vorzufinden. Außerdem ist der Zugang zu den in den höheren Stockwerken gelegenen Beratungseinrichtungen für gehbehinderte Nutzer nicht möglich, wenn z. B. ein Aufzug fehlt. Um den gesundheitsbeeinträchtigten und/oder gehbehinderten Personen den Zugang zur Beratungsstelle grundsätzlich zu ermöglichen, sind neben der Bereitstellung von Behindertenparkplätzen auch die Vorhaltung eines behindertengerechten Eingangsbereiches sowie barrierefreie Räumlichkeiten als unbedingt notwendig zu erachten. Wie bereits zuvor in dieser Diskussion herausgestellt wurde, sind es besonders die älteren und die chronisch kranken Nutzer, die eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch nehmen (vgl. Kap. 3.4). Diesen Nutzergruppen sollte ein besonders „leichter“ Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation ermöglicht werden, da sie

häufig den größten Beratungsbedarf haben und durch die Patientenberatungsstellen die nötigen Hilfestellungen erhalten können (vgl. Kap. 2.2).

Ebenso wie die bauliche Situation wirkt sich auch die *räumliche Situation* der Patientenberatungsstelle auf die Zugänglichkeit von Patienten und Nutzern aus. Diese umfasst sowohl die Raumstruktur als auch die Ausstattung und die verwendeten Materialien. Manche Patientenberatungsstellen verfügen über nur einen einzigen Raum. Dieser wurde dann multifunktional genutzt. Neben Büro- und Beratungstätigkeiten war dieser gleichzeitig Aufenthaltsraum für wartende Nutzer oder der Raum diente Ratsuchenden ebenso zur selbständigen Recherche von Informationen. Aber auch in den Beratungseinrichtungen, in denen mehrere Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, wurde von den Mitarbeitern häufig ebenfalls keine Trennung zwischen Büro- und Beratungstätigkeit vorgenommen. So herrschte auch in diesen Patientenberatungsstellen häufig eher eine Büro- als eine Beratungsatmosphäre vor. Auch in der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V wurde auf die dort zum Teil vorherrschende Büro- anstatt Beratungsatmosphäre in den Patientenberatungsräumlichkeiten hingewiesen (Schaeffer et al. 2005). Ein Büro kann auf den Ratsuchenden wie eine Dienststelle, ein Amtszimmer oder wie ein Geschäftsraum wirken. Es wird dem Ratsuchenden daher vermutlich schwer fallen, sich auf ein Beratungsgespräch einzulassen, um individuelle Probleme zu besprechen, wenn die Patientenberatungsstelle eine „Büroatmosphäre“ ausstrahlt.

Auch konnte weiter festgestellt werden, dass aufgrund der räumlichen Struktur, insbesondere dann, wenn die Beratungsstelle nur über einen Raum verfügt, die Privatsphäre eines Nutzers nicht gewahrt werden konnte. In diesen Beratungsstellen war es durchaus möglich, andere persönliche als auch die telefonischen Beratungsgespräche problemlos zu verfolgen.

In der Patientenberatung werden sehr oft intime Belange, wie z. B. das Thema Inkontinenz, besprochen. Andere Ratsuchende befinden sich in Belastungssituationen oder Krisen und benötigen einen Raum, in dem Beratung eine sie stärkende Neuorientierung ermöglichen soll. Patientenberatungsstellen sollten deshalb so gestaltet sein, dass Persönliches in geschützten Räumen besprochen wird und dass der öffentlich zugängliche Bereich der Beratungsstelle auch die der Öffentlichkeit zugewandte Seite der Person wahrt (vgl. Kap. 3.5). In einigen der untersuchten Beratungsstellen finden Nutzer keine geschützten Räume vor. Vor allem, wenn Einrichtungen nur über eine einzige Räumlichkeit verfügen, gestaltet es sich schwierig, Nutzern diesen geschützten Raum zu bieten. Aber auch die nötige Sensibilität des Beraters, die Türen während eines Face-to-Face-Beratungsgespräches zu schließen, können dazu beitragen, dass die Privatsphäre von Nutzer gewahrt wird.

Beratern ist häufig nicht bewusst, wie Ratsuchende, die eine Beratungsstelle aufsuchen, diese wahrnehmen (Großmaß 2002). Für den Beratungsprozess ist die Sichtweise der Ratsuchenden jedoch von besonderer Bedeutung, da das Gesamtsetting der Beratungsstelle durchaus positive oder negative Auswirkungen auf den Ratsuchenden haben kann (vgl. Kap. 3.5). In der Beratungspraxis wird unter „Setting“ häufig nur das professionell hergestellte Arrangement der Beratungskommunikation verstanden. Dazu zählen allerdings auch die Räumlichkeiten der Beratungsstelle sowie

ihre institutionelle Verflechtung mit den sie umgebenden Organisationen. Auch die Formen von Zeitplanung und Terminvergabe, die sich in einer Einrichtung etabliert haben, sind unter dem Begriff Beratungssetting zu erfassen.

Die Räumlichkeiten der untersuchten Patientenberatungsstellen sind sehr verschiedenartig ausgestattet. Das Alter und die Farben des Mobiliars sowie die verwendeten Materialien waren ausschlaggebend dafür, ob eine Einrichtung als einladend empfunden wurde oder nicht. Die Ausstattung soll keine Exklusivität ausdrücken und ebenso sollen auch keine privat-persönlichen Stile des Personals in der Einrichtung widergespiegelt werden (vgl. Kap. 3.5). Teilweise waren in den untersuchten Beratungsstellen allerdings privat-persönliche Ausstattungsstile zu beobachten. Besonders für potentielle Nutzer hat die räumliche Seite einer Beratungsstelle eine große Bedeutung. Nutzer, die den Weg zur Patientenberatung erst einmal gefunden und einen Kontakt zum Berater hergestellt haben, können sich an den äußeren Rahmen der Einrichtung gewöhnen. Es werden Möglichkeiten gefunden, um die Randerscheinungen, die persönlich als unangenehm empfunden werden, zu tolerieren oder zu umgehen. Verläuft ein Beratungsgespräch positiv, dann wird der Nutzer diese Einrichtung wahrscheinlich, mit dem Hinweis auf die „Merkwürdigkeiten“ der Beratungsstelle, weiterempfehlen. Über diese Prozesse bilden Beratungseinrichtungen eigene Milieus aus. Wie alle sozialen Milieus schließen sie Personengruppen nicht nur ein, sondern sie schließen diese auch aus (Großmaß 2004).

Zur Ausstattung der Einrichtungen gehörten auch die dem Nutzer angebotenen Nutzerinformationen. Neben Internet und Videogeräten konnten die Ratsuchenden auch über schriftliche Medien wie Zeitschriften, Bücher oder Broschüren den Zugang zu Gesundheits- bzw. Krankheitsinformationen erhalten. Die ausgelegten Materialien, aber auch die Aushänge in verschiedenen Sprachen und Sprachstilen ermöglichen, dass bestimmte Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugend, Frauen, Männer, Senioren) sich angesprochen fühlen und somit den Zugang zur Patientenberatung erhalten können (vgl. Kap. 3.5). So halten mittlerweile auch einige kommunale Beratungseinrichtungen (Pflegekassen, Gesundheitsämter etc.) schriftliches Informationsmaterial in verschiedenen Muttersprachen vor, um dadurch Migranten den Zugang zu Nutzerinformationen zu ermöglichen. Es wurde allerdings festgestellt, dass nicht nur Migranten, sondern auch viele ältere Menschen deutscher Staatsangehörigkeit, die den Zugang zu den schriftlichen Materialien erhalten haben, dadurch trotzdem keine hinreichenden Informationen bekommen konnten (Wingenfeld 2003). Dieser Aspekt unterstreicht auch noch einmal die Wichtigkeit der Erreichbarkeit einer persönlichen Beratung.

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Aspekte der untersuchten Räumlichkeiten wird deutlich, dass dem sich räumlich vollziehenden Übergang vom Öffentlichen zum Privat-Persönlichen Raum eine ganz besondere Bedeutung hinsichtlich der Zugänglichkeit zukommt. Der Übergang vom Öffentlichen zum Privaten muss so gestaltet werden, dass die persönlichen Grenzen und Rechte des Ratsuchenden gewahrt bleiben. Darüber hinaus muss es möglich sein, (auch) Intimes zu besprechen. Außerdem muss der geschaffene „Privat-Raum“ so gestaltet werden, dass die Themen, die sich auf das Beratungsangebot beziehen, auf der einen Seite

fachlich-kompetent vertreten werden und auf der anderen Seite die Vertraulichkeit der Face-to-Face-Beratung signalisieren. Neben der räumlichen Seite sind natürlich auch die Kommunikationsformen von Beratung und das in Beratungsgesprächen verfügbar werdende Wissen über Personen, soziale Gegebenheiten etc. von immenser Wichtigkeit (Großmaß 2002).

Die institutionelle Einbindung der Patientenberatung in eine Trägerorganisation wirkt sich ebenso auf das Gesamtsetting einer Beratungsstelle aus. Der Träger wirkt auf die Beratungsstelle ein, indem er Einfluss bei der Auswahl der Mitarbeiter nimmt und dadurch inhaltliche Arbeitsakzente setzt. In die Beratungsstelle wirkt die Arbeitskultur, z. B. des jeweiligen Wohlfahrtsverbandes oder der Kommunalverwaltung, hinein. Außerdem müssen die Materialien, die von der Beratungsstelle herausgegeben werden, überwiegend dem Präsentationsstil und Zielen des Trägers entsprechen. Diese Faktoren sind maßgeblich daran beteiligt, dass sowohl innerhalb der Einrichtung als auch in ihrer Außendarstellung eine institutionelle Atmosphäre entsteht. Diese wirkt auf manche Nutzer einladend, andere werden dadurch eher ausgeschlossen (Großmaß 2004).

Die Ergebnisse der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V zeigten, dass es besonders den Trägerorganisationen des Sozialverbandes gelungen war, Nutzergruppen mit niedriger Schulbildung zu erreichen. Dadurch, dass diese Nutzergruppe zum klassischen Klientel dieses Trägers gehört, haben sie nun auch einen leichteren Zugang zu dem neuen Angebot der Patientenberatung erhalten und können dieses in Anspruch nehmen (Schaeffer et al. 2005).

Die vorgehaltenen Beratungsangebote wurden allerdings besonders von älteren Nutzern, chronisch Kranken und Personen mit einem mittleren bis hohen Bildungsstand in Anspruch genommen. Dagegen sind etliche Nutzergruppen, vor allem Männer, Migranten, Jugendliche/junge Erwachsene und Angehörige unterer sozialer Schichten, im Spektrum der Nutzer noch unterrepräsentiert (vgl. Kap. 3.2). Ein möglicher Aspekt, weshalb diese Nutzergruppen nur in geringer Anzahl die Patientenberatungsstelle aufsuchen, kann u. a. auch mit der Besetzung einer Beratungsstelle zusammenhängen. Bislang ist festzustellen, dass die meisten Beratungs- und Therapiedienste mit ethnisch-kulturell dominanten, heterosexuellen, nicht behinderten Beratern/Therapeuten der Mittelschicht besetzt sind und Ratsuchende mit ähnlichen sozialen Merkmalen anziehen. So untersuchte Crouan (1994) in einer Studie 97 Ratsuchende, die den Zugang zu Beratungsstelle in einer englischen Stadt gesucht hatten, bezüglich ethnischer, geographischer, geschlechtsbezogener und ökonomischer Faktoren. Es konnte festgestellt werden, dass die Beratungsstelle trotz ihrer Lage in der Nähe eines von Armut geprägten Stadtteils und trotz ihres ausdrücklichen Auftrages, sich um die Bedürfnisse benachteiligter Menschen zu kümmern, vorwiegend von weißen Frauen aus der Mittelschicht in Anspruch genommen wurde (McLeod 2004). Aufgrund dieser Kenntnisse sind auch Überlegungen dahingehend vorzunehmen, wie Beraterstellen in den Patientenberatungseinrichtungen zu besetzen sind, damit auch die bislang unterrepräsentierten Nutzergruppen den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformation suchen.

6.4 Finanzielle Barrieren erschweren den Zugang

Finanzielle Barrieren erschweren den Zugang für Patienten und Nutzer zur Patientenberatung und Nutzerinformation. In einigen wenigen Beratungseinrichtungen wird dem Ratsuchenden die Beratungsdienstleistung in Rechnung gestellt. Auch die telefonische Beratung kann für Ratsuchende kostenpflichtig sein. So existieren Patientenberatungsstellen, die nur über eine kostenpflichtige Telefonnummer zu erreichen sind (vgl. Kap. 3.4.1). Die *Kosten* für ein Beratungsangebot spielen bei der Zugänglichkeit zur Patientenberatung eine wesentliche Rolle. Ob ein Nutzer ein kostenpflichtiges Beratungsangebot annehmen wird, ist abhängig von seinem Einkommen und den Kosten der Beratung. Diese Beziehung wird in der Literatur als die Dimension „Erschwinglichkeit“ (affordability) beschrieben (vgl. Kap. 3.1).

Insbesondere sind für sozial Benachteiligte kostenpflichtige Beratungsangebote nicht „erschwinglich“. Aufgrund ihres niedrigen Einkommens werden sie keine Patientenberatung in Anspruch nehmen können. Gerade bei den Nutzergruppen aus der unteren sozialen Schicht ist der Gesundheitszustand zumeist erheblich schlechter als bei den Nutzern aus der hohen sozialen Schicht (Mielck 1994, 2000). Sie werden vermutlich aufgrund ihrer höheren gesundheitlichen Gefährdung vermehrt Informationen, Beratung und Unterstützung benötigen. Damit Nutzergruppen mit geringem Einkommen Patientenberatung und Nutzerinformationen erhalten können, müssen diese Angebote kostenfrei sein.

In Ländern wie den USA oder Großbritannien kommt der Dimension „affordability“ aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme eine weitaus größere Bedeutung zu als in Deutschland. Doch auch in Deutschland hat die Kostenbeteiligung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versorgungs- und Gesundheitsleistungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren deutlich zugenommen (vgl. Kap. 3.2). Vermutlich wird zukünftig das Interesse an Informationen über den Wert einer gesundheitlichen Leistung bei zunehmend stärkerer Kostenbeteiligung der Versicherten auch in Deutschland weiter zunehmen.

7 Schlussbetrachtung und Empfehlungen

Als eine zentrale Herausforderung bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland werden die Stärkung der Patientenposition und die intensivere Einbeziehung des Patienten in die Versorgungsgestaltung, in Behandlungsentscheidungen und in Prozessabläufe gesehen. Als grundlegende Voraussetzung hierfür gilt eine qualifizierte unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation, die sowohl auf gesundheitspolitischer als auch auf gesundheitswissenschaftlicher Ebene für wichtig erachtet wird. Sie soll dazu beitragen, den Patienten durch Beratung und Information zu befähigen, sich aktiver einzubringen und souveräner im Versorgungswesen zu bewegen. Außerdem wird vermutet, dass informierte und aufgeklärte Patienten sich kostenbewusster verhalten und so das Gesundheitswesen letztendlich effizienter nutzen.

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte qualitative Untersuchung aus der Nutzerperspektive („Hidden Customer“) hat dazu beigetragen, wesentliche Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Patientenberatung und Nutzerinformation für Ratsuchende erreichbar ist. So konnte aufgezeigt werden, dass nicht alle der untersuchten Patientenberatungseinrichtungen problemlos für Patienten und Nutzer zugänglich sind. Für Ratsuchende wurden neben Zugangsmöglichkeiten ebenfalls potenzielle Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation ermittelt. Bereits bei grundlegenden Rechercheversuchen über allgemein zugängliche Medien traten immense Schwierigkeiten auf. Wenn also bereits Studierende Probleme hatten, den Zugang zur Patientenberatung und Nutzerinformationen herzustellen, wie sollen dann erst gesundheitlich oder sozial benachteiligte Personengruppen wie ältere, chronisch Kranke oder Migranten, den Zugang erhalten?

Auf der Basis der analysierten Daten sollen nun zum Abschluss dieser Masterarbeit Empfehlungen für die *Träger* bzw. *Mitarbeiter in den Beratungsstellen* gegeben werden, die dazu beitragen können, einige der analysierten Barrieren gänzlich aufzuheben. Eine Empfehlung richtet sich auch an die *Evaluatoren von Patientenberatungsstellen*. Sie müssen sich stärker als bisher mit der Qualitätssicherung auf der strukturellen und organisatorischen Ebene von Patientenberatung befassen. Darüber hinaus werden weitere Empfehlungen für die *zukünftige Weiterentwicklung* der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation gegeben.

Empfehlungen für die Träger bzw. Berater in den Beratungsstellen

Sensibilisierung der Berater

Oftmals ist den Beratern die Sichtweise von Ratsuchenden auf die Beratungsstelle nicht sehr vertraut. Deshalb ist es wichtig, Berater dahingehend zu *sensibilisieren*, dass sowohl der Ort, an dem eine Beratungsstelle eingerichtet ist, als auch die Art, wie sie eingerichtet und gestaltet ist, Auswirkungen auf das Image des Beratungsangebotes haben. Berater sollten darüber aufgeklärt werden, dass genau diese vom Beratungsort ausgehenden Faktoren auf manche Nutzergruppen hinderlich bzw. einladend wirken können. Es wäre empfehlenswert, im Rahmen von Schulungspro-

grammen (Curriculum Patientenberatung) *ein Modul zu entwickeln*, welches sich speziell auf die Zugänglichkeit zur Patientenberatung und Nutzerinformation bezieht und dieses zu integrieren.

Auffindbarkeit von Kontaktinformationen

Die derzeit existierenden Patientenberatungsstellen sollten ihre organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen dahingehend überprüfen, ob Patienten und Nutzer problemlos Kontaktinformationen in den Adressverzeichnissen recherchieren können. Es ist deshalb nachzuprüfen, ob die *Kontaktinformationen* in den bestehenden öffentlichen Adressverzeichnissen, wie z. B. dem *Telefon- und Branchenbuch*, aufgeführt werden. Dabei ist die Auffindbarkeit im Telefon- bzw. Branchenbuch durch ein *geeignetes Stichwort* zu sichern. Sinnvoll ist es auch, die *Patienten und Nutzer*, die den Weg in die Beratung gefunden haben, zu *befragen*, ob der von ihnen gewählte Zugangsweg mit Schwierigkeiten verbunden war. Die aufgezeigten Schwierigkeiten sollten dann behoben werden.

Verbesserung der Erreichbarkeit

Die zeitliche Erreichbarkeit ist in vielen der untersuchten Fälle nur eingeschränkt möglich. Daher ist eine weitere *Ausdehnung der Öffnungszeiten* als besonders wichtig zu erachten. Diese sollten jedoch unter Berücksichtigung der zeitlichen Erfordernisse der verschiedenen Nutzergruppen (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Arbeitslose, Alleinerziehende etc.) erfolgen (Schaeffer et al. 2005).

Die größten Schwierigkeiten traten bei der telefonischen Erreichbarkeit einer Patientenberatungsstelle auf. Diese bedarf dringender Verbesserung. Deshalb ist zu empfehlen, die telefonische Erreichbarkeit nicht durch lang andauernde Beratungsgespräche für andere Anrufer zu blockieren. Sinnvoll wäre beispielsweise, *telefonische Beratungstermine* zu vergeben. Telefonische Beratungen sollten entweder auf ein weiteres Beratungsstelefon umgeleitet werden, was allerdings nur bei ausreichenden personellen Ressourcen möglich ist, oder *außerhalb der zugänglichen Öffnungszeiten* geführt werden. Außerhalb der allgemeinen Öffnungszeiten sollte ein *Anrufbeantworter* geschaltet sein, um die eingehenden Anrufe entgegen nehmen zu können. Die eingegangenen Telefonate sollten *zeitnah beantwortet* werden.

Eine Patientenberatungsstelle, die Face-to-Face-Beratungen für Patienten und Nutzer anbietet, sollte in der Einrichtung die *Büro- und Beratungstätigkeiten voneinander trennen*. Ratsuchende müssen die Möglichkeit erhalten, Persönliches in einem geschützten Raum besprechen zu können.

Auffindbarkeit der Patientenberatungsstelle

In den Orten, in denen eine Patientenberatung ansässig ist, erleichtern bereits am Stadtrand angebrachte *Ausschilderungen* die Zugänglichkeit für Ratsuchende. Dies trifft insbesondere auf Ratsuchende zu, die von außerhalb anreisen. Zudem erleichtern gut sichtbare *Hinweisschilder am Gebäude*, auf denen die Funktion der Patientenberatung angegeben ist, das Auffinden der Patientenberatungsstellen vor Ort. Die Schilder sollten mit

großen Aufschriften versehen sein, damit sie von weitem lesbar sind. Des Weiteren sind Hinweisschilder innerhalb von Gebäuden, in denen mehrere Einrichtungen verortet sind, anzubringen. Die Ausschilderung sollte an der Eingangstür des Gebäudes bis zur Einrichtungstür der Beratungsstelle erfolgen. In Bezug auf Hinweisschilder ist auch darauf zu achten, dass besonders Blinde und sehbehinderte Menschen entsprechende *Orientierungshilfen* beim selbständigen Aufsuchen von Patientenberatungseinrichtungen benötigen.

Ausreichende *kostenlose Parkmöglichkeiten* direkt vor der Einrichtung sorgen insbesondere für gesundheitsbeeinträchtigte Personen für eine leichtere Zugänglichkeit. Ebenso sind *ausgewiesene Behindertenparkplätze* für Einrichtungen, die persönliche Beratungsgespräche anbieten, unabdingbar und müssen bereitgestellt werden.

Sind den Mitarbeitern der Beratungsstellen bereits bestimmte Hindernisse bekannt, die für manche Patienten und Nutzer zu einem erschwerten Zugang führen können (z. B. fehlende Parkplätze vor der Einrichtung), sollten Ratsuchende bereits *telefonisch* von den Beratern *auf diese hingewiesen* werden. Gleichzeitig können dem Ratsuchenden dann entsprechende Hinweise für eine leichtere Zugänglichkeit gegeben werden.

Strukturelle Rahmenbedingungen

In Patientenberatungsstellen, denen eine räumliche Struktur fehlt, können Berater die *Nutzer empfangen* und sie entsprechend in die Beratungseinrichtung *einweisen*. Damit kann dem Nutzer der Zugang erleichtert werden.

In den Beratungsstellen könnten z. B. *Spielecken für Kinder* eingerichtet werden, um der Nutzergruppe Mutter mit Kind(ern) den Aufenthalt in der Beratungsstelle zu erleichtern.

Die Beratungsstelle sollte Patienten und Nutzern *ausreichende Sitzgelegenheiten* anbieten. Diese sollten nicht von allen Seiten einsehbar sein. Besonders ältere, gesundheitsbeeinträchtigte Personen als auch selbständig recherchierende Personen müssen die Gelegenheit erhalten, Platz nehmen zu können.

Um Nutzern ethnischer Minderheiten die Zugänglichkeit zur Patientenberatung zu ermöglichen, sollten die Einrichtungen ihre *Angebote entsprechend darstellen und anbieten*. So könnten von Außen *sichtbare Aushänge angebracht werden*, die insbesondere diese Zielgruppe ansprechen. In den Räumlichkeiten sollten entsprechende *mehrsprachige Informationsmaterialien* ausliegen. Darüber hinaus wäre es denkbar, *Außendienstmitarbeiter* zu beschäftigen, *bilinguale oder bikulturelle Mitarbeiter* einzustellen, Beratungseinrichtungen an *besser zugänglichen Stellen* zu eröffnen und *Kinderbetreuung* anzubieten (McLeod 2004).

Damit sozial benachteiligte Nutzergruppen den Zugang zu den Beratungsangeboten und Nutzerinformationen erhalten, müssen diese *Angebote kostenfrei* sein.

Öffentlichkeitsarbeit intensivieren

Um die Patientenberatungsstelle in der Öffentlichkeit bekannter zu machen, ist eine *regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit* nötig. Ebenso bieten sich Fernseh- und Radiosender (lokale Sender) an, um über die Beratungsstelle zu berichten. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass *Berichte über die Patientenberatungsstellen* möglicherweise zur erhöhten Inanspruchnahme der Einrichtung führen können, so dass entsprechende personelle Ressourcen bereitgestellt werden sollten. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollten die *Kontaktinformationen regelmäßig* in den *regionalen Zeitungen veröffentlicht* sein. In den meisten Zeitungen existieren spezielle Rubriken, in denen auf Beratungsstellen des Ortes hingewiesen wird. Auch eine regelmäßige Veröffentlichung in den örtlichen „Gemeindeblättchen“, „Stadtanzeigern“ etc. ist häufig kostenlos möglich und bietet sich an, um Informationen über die Patientenberatungsstelle zu streuen.

Die *Internetseiten der Patientenberatungsstellen* sollten *übersichtlich und barrierefrei* gestaltet sein. Kontaktinformationen wie Öffnungszeiten, Ansprechpartner etc. müssen schnell auf den Seiten zu finden sein. Auch ist zu empfehlen, auf *Besonderheiten* wie Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter etc. *hinzuweisen*. Dadurch können sich spezielle Nutzergruppen konkret angesprochen fühlen.

Um potenzielle Nutzer zu erreichen, bieten sich *Informationsveranstaltungen* zu Gesundheitsthemen an. Diese können genutzt werden, um auf die nächstgelegene Patientenberatungsstelle hinzuweisen.

Jugendliche und junge Erwachsene könnten in *Bildungseinrichtungen* (z. B. Allgemeinbildende Schulen, Berufsschule etc.) über das neue Segment im Gesundheitswesen informiert werden. Schulen eignen sich darüber hinaus, um grundsätzlich über Zugangswege zum Gesundheitswesen aufzuklären.

Akteure im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Apotheken, therapeutische Einrichtungen) sowie *öffentliche Einrichtungen* (z. B. Stadtverwaltungen) können Zugangswege für Nutzer ebnen und müssen daher über das neue Patientenberatungsangebot in Kenntnis gesetzt werden. Neben der Information über die Existenz einer solchen Beratungsstelle muss ebenso bei den Akteuren im Gesundheitswesen die Akzeptanz und Bereitschaft vorhanden sein, Patienten und Nutzer zur Patientenberatung weiter zu vermitteln. Patientenberater können *Gremien* wie z. B. Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsausschüsse, Pflegekonferenzen etc., aber auch *Arbeitskreise* der niedergelassenen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wie beispielsweise Ärztevereine, Apothekervereine, Physiotherapeutenvereine etc. nutzen, um *über ihr Angebot zu berichten*. Darüber hinaus sind insbesondere Beratungsstellen im Sozial- und Pflegewesen zu informieren, die Kontakt zu speziellen Zielgruppen wie Migranten, Menschen mit Behinderungen oder zu älteren Menschen haben.

Empfehlungen für die Evaluatoren von Patientenberatungsstellen

Qualitätssicherung

Als Qualitätssicherung wird das Bemühen, eine hohe oder gute Qualität zu erreichen, bezeichnet. Traditionell wird die Qualitätssicherung auf verschiedenen konzeptionellen Ebenen unterschieden, wobei es sich im Einzelnen um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität handelt (Donabedian 1980). Im Rahmen der Qualitätssicherung von Patientenberatungsstellen können die Ergebnisse dieser Untersuchung dazu beitragen, ein *Erhebungsinstrument zur Erfassung der Strukturqualität der Patientenberatung zu entwickeln*. Dieses soll dazu dienen, die strukturellen und organisatorischen Bedingungen einer Einrichtung zu beurteilen. Für die Qualitätsdimension des „Zugangs“ zur Patientenberatung konnten Einzeldimensionen wie Auffindbarkeit, Erreichbarkeit und räumliche Situation etc. differenziert werden. Ebenso sind diesbezüglich bereits wichtige Qualitätskriterien in dieser Masterarbeit (Abbildung 11, 13, 14) ermittelt worden.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung von unabhängiger Patientenberatung und Nutzerinformation

Etablierung zukünftiger Patientenberatungsstellen

Patientenberatungsstellen, die zukünftig etabliert werden, sollten in einer *zentralen Lage* verortet sein. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass die Einrichtung in einer *neutralen Umgebung* angesiedelt wird und *mit dem PKW sowie ÖVPN leicht zu erreichen* ist.

Damit viele Nutzergruppen den Zugang zur Patientenberatungsstelle erhalten, muss die bauliche und räumliche Situation ebenfalls bedacht werden. Es ist auf eine *behindertengerechte Gestaltung des Eingangsbereiches* sowie auf die *Barrierefreiheit in den Räumlichkeiten* zu achten. Insgesamt sollte für die Einrichtungsgegenstände in der Beratungsstelle *kein individueller Ausstattungsstil* gewählt werden.

Um die Zugänglichkeit zur Patientenberatung für Ratsuchende zu erleichtern, sollten für die zukünftige Etablierung von neuen Patientenberatungsstellen grundlegende Vorüberlegungen dahingehend getroffen werden, welche Trägerorganisationen die geeignetste wäre. Es sollte sich dabei um eine *Trägerorganisation* handeln, die *von vielen Patienten und Nutzern anerkannt* ist.

Es ist zu empfehlen, dass Beratungsstellen, je nach Personalausstattung, einen Beratungsraum bzw. mehrere *separate Beratungsräume* umfassen. Ratsuchende müssen die Möglichkeit erhalten, ungestörte und persönliche Gespräche führen zu können.

Etablierung einer wiedererkennbaren Struktur

Internationale Erfahrungen zeigen, dass der Zugang für Patienten und Nutzer zu den Beratungs- und Informationsangeboten durch klare, *im ganzen Land wiedererkennbare Strukturen* erleichtert wird. Eine *bundesweit einheitliche Telefonnummer*, über die die jeweilige Patientenberatungsstelle vor Ort und auch außerhalb der üblichen Büroöffnungszeiten

für Ratsuchende erreichbar ist, dürfte zu einer deutlichen Verbesserung der Zugänglichkeit führen (Schaeffer et al. 2005).

Zu einer wiederkehrenden Struktur gehört auch ein *einheitliches Logo* aller Patientenberatungsstellen. Dieses trägt dann zur leichteren Wiedererkennung für Patienten und Nutzer bei. Einrichtungen, die sich unter einem Eigennamen firmieren, sollten in ihrer gewählten Bezeichnung in jedem Fall den eindeutigen *Hinweis auf die Funktion der Patientenberatung* enthalten.

Der Zugangsweg zu unabhängigen Beratungs- und Informationsleistungen könnte durch die Bereitstellung eines *übergreifenden Gesundheitsportals* im Internet geebnet werden. Hier könnten seriöse Anbieter gelistet werden und nicht kommerzielle Gesundheitswebsites virtuell vernetzt werden (Schaeffer et al. 2005).

Zugehende Formen der Beratung und Information

Zukünftig müssen neue Wege beschritten werden, um auch potenziellen Nutzern den Zugang zu Beratung und Information zu verschaffen. Dazu sind neue Formen zugehender Beratung und Information, wie es beispielsweise in Großbritannien praktiziert wird, zu erproben. Dort wurden u. a. *Informationsterminals* an Orten mit hoher Publikumsfrequenz (Apotheken, Krankenhäuser oder öffentlichen Einrichtungen Beispiel: Bibliotheken etc.) eingerichtet (Schaeffer et al. 2005).

Weiter besteht die Möglichkeit, in sozialen Brennpunkten Beratungsstunden für Patienten und Nutzer anzubieten. Allerdings ist die Integration von *Personen (Multiplikatoren) aus dem jeweiligen sozialen Milieu* in das Konzept der Patientenberatung notwendig. Sie können den Zugangsweg für Menschen aus diesen Ortsteilen ebnen und ihnen den Zugang zur Patientenberatung erleichtern.

Patientenberatungsstellen könnten in *externen Einrichtungen* wie z. B. in Kliniken, die über keine eigene Patientenberatungseinrichtung verfügen, *Beratungsstunden* für Patienten anbieten. Diese Form der zugehenden Beratung und Information ist allerdings nur möglich, wenn die Einrichtungen über eine ausreichende personelle Besetzung verfügen. Neben wichtigen Informationen über die akute oder chronische Erkrankung könnten Patienten z. B. auch weitere Informationen über notwendige ambulante oder rehabilitative Maßnahmen erhalten. Weiter könnten wichtige und notwendige Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten nach dem Klinikaufenthalt aufgezeigt werden. In vielen Kliniken existieren sog. „Klinikbroschüren für Patienten“. Hier bietet sich die Gelegenheit, die Beratungsstunden von Patientenberatern zu veröffentlichen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die in dieser Masterarbeit aus den theoretischen Erkenntnissen und den Analyseergebnissen der Untersuchung erarbeiteten Empfehlungen einen wichtigen Beitrag für eine verbesserte Zugänglichkeit durch Patienten und Nutzer, sowohl für die bereits bestehenden als auch für zukünftige Patientenberatungsstellen, leisten konnten. Es ist stärker als bisher darauf zu achten, allen Patienten und Nutzern den Zugang zur qualitätsgesicherten Patientenberatung und Nutzerinformation über Gesundheit und Krankheit sowie Möglichkeiten der Prävention/Gesundheitsförderung als auch Behandlung, Versorgung und Unterstützung zu erleichtern. Somit erhalten Patienten und Nutzer die

Chance, sich aktiver einzubringen und sich souveräner im Versorgungswe-
sen zu bewegen.

8 Literaturverzeichnis

- Abt-Zeglin, A. (2003): Informieren, schulen, berate. In: London, F. (Hg.), Informieren, schulen, beraten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Adelhard, K. (2000): Qualitätssicherung medizinischer Informationsangebote im Internet. Deutsches Ärzteblatt 97, Nr. 43, A2863-2866
- Albrecht, H. (2000): Die Galle auf Leitung drei. Britische Kranke können sich mit staatlichem Segen von Schwestern telefonisch beraten lassen. Für deutsche Hausärzte ist das ein Graus
http://www.zeit.de/archiv/2000/11/200011.telemedizin_.xml
(18.10.2004)
- Altgeld, T./Bächlein B. (2004): Durchblick. Niedersächsisches Ärzteblatt.
http://www.haeverlag.de/archiv/n_beitrag.php?id=192 (14.10.2004)
- Altgeld, T./Bockhorst, R. (2004): Neue gesundheitspolitische Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung – alte Verhaltensmuster der Bevölkerung. In: Böcken, J. et al. (Hg.), Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 35-51
- Apothekerkammer (2005): Untersuchung zur Beratungsleistung öffentlicher Apotheken in Alten- und Pflegeheimen.
<http://www.apothekerkammer-nr.de> (14.01.2005)
- Arnold, M. (1998): Gesundheitssystemforschung. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa, 851-873
- Badura, B./Strodtholz, P. (1998): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 145-174
- Badura, B./Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Herausforderung und Chance für das Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.), Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 153-162
- Bahlo, E./Kern, M. (1999): Patientenorientierung 2000 – Ein Zustandsbild, Perspectives on Managed Care. Impulse für das Gesundheits- und Sozialwesen. Band 2, Nr. 1, 7-10
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2001): Wegweiser. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 11. Aufl., Frankfurt a. Main: BAR
- Barmer (2005): Hausarzt/Hausapotheke.
<http://www.barmer.de> (05.03.2005)
- Beech, R. (2003): Organisational barriers to access. In: Gulliford, M./Morgan, M. (Hg.), Access to Health Care. London, New York: Routledge, 84-103
- Behnke, K. et al. (2001): Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hg.), Handbuch der Gesundheitsberater. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 50-62

- Benzeval, M./Judge, K. (1996): Access to health care in England: continuing inequalities in the distribution of GPs. *Journal of Public Health Medicine*. Vol. 18, Nr. 1, 33-40
- Berger, B. (2003): Patientenberatung in Deutschland. *Zeitschrift Dr. Mabuse*, Nr. 145, 50-53
- Bergmann, J. R. et al. (1998): Sinnorientierung durch Beratung? Funktionen von Beratungseinrichtungen in der pluralistischen Gesellschaft. In: Luckmann, T. (Hg.): *Moral im Alltag. Sinnvermittlung und moralische Kommunikation in intermediären Institutionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 143-218
- Bergner, E. (2002): „Ich war da“ – Überlegungen zur Authentizität von Daten teilnehmender Beobachtung. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 375-389
- Beske, F. et al. (1995): *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Birg, H. (2003): *Die demographische Zeitwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa*. 3. Aufl. München: Beck
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005): *Praxisgebühr*. <http://www.praxisgebuehr.die-gesundheitsreform.de> (15.02.2005)
- Böcken, J. et al. (2003): *Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche Carl Bertelsmann-Preis 2000*. 3. überarbeitete Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Böcken, J. et al. (2004): *Gesundheitsmonitor 2004. Ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* Gütersloh. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Böcken, J./Schnee, M. (2002): *Qualität in der ambulanten Versorgung – die Sicht der Patienten*. *Gesundheitsmonitor. Newsletter der Bertelsmann Stiftung*, 1-6
- Böhm, A. (2004): *Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory*. In: Flick, U. et al. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 475-485
- Bohle, F. J. (2002): *Die neue Rolle des Patienten im Kommunikations- und Informationszeitalter*. *Herz* 27, Nr. 2, 193-196
- Brand, H. et al. (2003): *Der öffentliche Gesundheitsdienst*. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.), *Das Public Health Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 367-375
- Brinkmann-Göbel, R. (2001): *Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines „neuen“ Elements im Gesundheitswesen*. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hg.): *Handbuch der Gesundheitsberater* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 13-32
- Brüsemeister, T. (2000): *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Band 6. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Bundesministerium für Justiz (2002): *Patientenrechte in Deutschland*. http://www.bmj.bund.de/ger/themen/mdizin_und_recht (20.02.2005)
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003): *SGB – Sozialgesetzbuch*. 39. Auflage. Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Burton, D./Tradwell, G. (2002): *Behördenschwungel*. In: Lubkin, I. M. (2002): *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege und Gesundheitsberufe*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 715-749

- Busse, D. (1994): Interpretation, Verstehen und Gebrauch von Texten: Semantische und pragmatische Aspekte der Textrezeption. In: Böhm, A. et al. (Hg.): Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: Universitätsverlag, 49-80
- Corbin, J. M. (2002): Die Methode der Grounded Theory im Überblick. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 59-70
- Corbin, J. M./Strauss, A. L. (2004): Weiter leben Lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. überarbeitete Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Coulter, A./Magee, H. (2003): The European Patient of the Future. Maidenhead and Philadelphia: Open University Press
- Crouan, M. (1994): The contribution of a research study toward improving a counselling service. *Counselling* 5, Nr. 1, 32-34
- Dabbs, C. (2001): Eine staatliche Innovation: Community Health Councils in England und Wales. In: Badura, B./Schellschmidt, H. (Hg.): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Band 10. 2. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 157-165
- David, M. et al. (1998): Differences between German and Foreign-born patients with regard to gynaecological care in an emergency department. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 58, 319-329
- Dehlinger, E. (2005): Modellprojekte zur Patienteninformation. Vertrauen ist gut – Beratung ist besser. *Gesundheit und Gesellschaft* 8, Nr. 2, 27-29
- Department of Health (2001): Shifting the Balance of Power. London: Department of Health
- Dierks, M. L. et al. (2001a): Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten. In: Dierks, M. et al. (Hg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung, 4-2
- Dierks, M. L. et al. (2001b): Empowerment und die Einflussmöglichkeiten des Nutzers im Gesundheitswesen. In: Dierks, M. et al. (Hg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung, 58-88
- Dierks, M. L. et al. (2000): Patienten als Kunden. Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek, D. (Hg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 150-163
- Dierks, M. L./Schwartz, F. W. (2001): Rollenveränderungen durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Nr. 44, 796-803
- Dierks, M. L./Schwartz, F. W. (2002): Public Health und die Diskussion um neue Rollen des Patienten im Gesundheitswesen. In: Flick, U. (Hg.): Innovation durch New Public Health Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe, 137-153
- Dierks, M. L./Schwartz, F. W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Public Health. *Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. München, Jena: Urban/Fischer, 314-348

- Dierks, M. L. et al. (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena: Urban/Fischer, 339-348
- Donabedian, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality and Approaches to its Assessment. Mich Ann. Arbor, Vol 1
- Donaldson, L. (2000): Telephone access to health care: the role of NHS Direct. Journal of the Royal College of Physicians of London, Vol. 34, Nr. 1, 33-35
- Döring, N. (1999): Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Band 2. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe
- DPW - Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (2003): Durch Wissen Leben gestalten! Bedarfsanalyse zur Ermittlung des Beratungsbedarfs von Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im Land Brandenburg. Potsdam: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Brandenburg e.V.
- DRK - Deutsches Rotes Kreuz (1991): Ältere Migranten. Förderung des sozialen Engagements junger Menschen zur Vermittlung von Hilfen für ältere ausländische Mitbürger in der Bundesrepublik. Meckenheim-Merl
- Eifert, B. et al. (1999): Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungs-gesetzes (Landespflegegesetz in Nordrhein-Westfalen). Abschlussbericht einer Untersuchung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FFG) im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW. Dortmund: FFG
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2000): Case - Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 7-27
- Ewers, M./Badura, B. (2004): Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V. Teilbericht der wissenschaftlichen Begleitung für die Spitzenverbände der GKV. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Eysenbach, G./Diepgen, T. L. (1999): Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. Arch Dermatol Vol.135, Nr. 2, 151-156
- Fittkau, S./Maaß, H. (2004): 19. WWW-Benutzer-Analyse W3B. <http://www.w3b.org/ergebnisse/w3b19> (31.03.2005)
- Flick, U. et al. (2004): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U. et al. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt, 13-29
- Focus (1997): Krankenhäuser im Vergleich, 39-46
- Fox, M. (2001): Access to complementary health care: why the NHS is the key. Complementary therapies in nursing and midwifery, Vol. 7, Nr. 3, 123-125

- Francke, R./Mühlenbruch, S. (2004): Patientenberatung in Deutschland – Zum Ende der ersten Förderphase nach § 65b SGB V. Gesundheits-Recht, Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht 3, Nr. 5, 161-166
- Freidson, E. (1970): Profession of Medicine. New York: Dodd, Mead/Co.
- Friebertshäuser, B. (1997): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): Handbuch - Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 503-534
- Gaitanides, S. (2004): Interkulturelle Kompetenzen in der Beratung. In: Nestmann, F. et al. (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1, Disziplinen und Zugänge. Tübingen: dgvt-Verlag, 313-325
- Gann, B. (2004a): Patientenberatung in Großbritannien – Die Informationsdienste des NHS Direct. Journal of Public Health, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 12, Supplement 1, S13
- Gann, B. (2004b): Patient information in UK NHS Direct. Vortrag im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, 18. Juni 2004 Bielefeld
- Gardemann, J./Mashkooi, K. (1998): Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. Das Gesundheitswesen, Nr. 60, 686-693
- Garms-Homolova, V. /Schaeffer, D. (1998): Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 536-549
- Geiger, I. (2000): Interkulturelle Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Aufbau des Handlungsfeldes Migration. Band 3. Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Glaeske, G. (2004): Medikamentenkonsum und Verwaltungspraxis – Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. In: Böcken, J. et al. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 52-63
- Goddard, M./Smith, P. (2001): Equity of access to health care services: Theorie and evidence from the UK. Social Science/Medicine, Vol. 53, Nr. 9, 1149-1162
- Gostomzyk, J. G. (1998): Versorgungsleistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 581-593
- Großmaß, R. (2002): Gestaltung von Beratungsräumen als professionelle Kompetenz. In: Nestmann, F./Engel, F. (Hg.): Die Zukunft der Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag, 187-199
- Großmaß, R. (2004): Beratungsräume und Beratungssettings. In: Nestmann, F./Engel, F. (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Tübingen: dgvt-Verlag, 487-496
- Gulliford, M. et al. (2003): Meaning of „access“ in health care. In: Gulliford, M./Morgan, M. (Hg.): Access to Health Care. London, New York: Routledge, 1-12
- Güther, B./Potthoff, P. (2003): Wartezeiten für die fachärztliche Behandlung – Hinweise auf regionale Über- und Unterversorgung? In: Böcken, J. et al. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 12-25

- Hart, D./Francke, R. (2002): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Nr. 45, 13-20
- Hauss, F. (i. E.): Versichertenberatung durch medizinische Callcenter der Krankenkassen. In: Schaeffer, D./Krause, H. (Hg.): Patientenberatung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Hauss, F. /Gatermann, D. (2004): Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten. Band 111, Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung
- Heimbach, G. (1987): Organisierte Patienteninteressen in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation. Marburg, Lahn
- Hild, P./Beck, J. (2002): Callcenter. Unternehmensstrategien und Arbeitssysteme aus markt- und ressourcenbasierter Sicht. Berichte des ISO 65. Köln
- Hildenbrand, B. (2002): Glossar zur fallrekonstruktiven Forschung, Grounded Theory und Ethnographie. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 415-420
- Hundertmark-Mayser, J./Möller, B. (2004): Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Hurrelmann, K. (1995): Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen. Prävention, Nr. 4, 99-102
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: v. Reibnitz, C. et al. (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 35-47
- Hurrelmann, K. (Hg.) (2003): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa
- Isfort, J. et al. (2004): Shared Decision Making – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In Böcken, J. et al. (Hg.), Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 88-100
- Joas, H. (2001): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt, New York: Campus
- Kasper, J. D. (2000): Health-Care Utilization and Barriers to Health Care. In: Albrecht, G. L. et al. (Hg.): Handbook of social studies in health and medicine. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 323-338
- Kastenbutt, B./Westen, H. (2004): Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. Forschungsbericht 314. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Kirschning, S./v. Kardorff, E. (2002): Das Internet – das unkalkulierbare Dritte in der Arzt-Patient-Beziehung. Zeitschrift für Psychologie und Medizin 14, Nr. 4, 240-246
- Kelle, U. (1997): Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. 2. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

- Keller, A. (2003): Gesundheit und Versorgung von Migranten und Deutschen. Ergebnisse eines Surveys unter Eltern von Kindern im schulpflichtigen Alter in Bielefeld. Masterarbeit im Rahmen des Public Health Studiums an der Fakultät Gesundheitswissenschaften Bielefeld
- Klar, R./Schulz, S. (2003): Die Stecknadel im Heuhaufen. Suchen und Finden von Gesundheitsinformationen im Internet. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 46, Nr. 4, 278-284
- Kohler, K. et al. (2002): Eingeschränkte Mobilität. In: Lubkin, I. M. (Hg.): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege und Gesundheitsberufe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 201-243
- Kolip, P./Hurrelmann, K. (2002): Geschlecht, Gesundheit, Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, K./Kolip, P. (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 13-31
- Köck, P./Ott, H. (1997): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. Donauwörth: Auer
- Kranich, C. (1993): Patientenstellung: Orientierung, Hilfe und Ermutigung im Gesundheitswesen, In: Kranich, C./Müller, C. (Hg.), Der mündige Patient - eine Illusion? Frankfurt a. M.: Mabuse
- Kranich, C. (1999): Patientenunterstützung in Deutschland. In: Badura, B. et al. (Hg.): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung. Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Baden-Baden: Nomos, 305-348
- Kranich, C. et al. (1995): Patientenunterstützung. Entwicklung, Praxis, Konzepte. In: Damkowski, W. et al. (Hg.): Patienten im Gesundheitssystem. Patientenunterstützung und -beratung – Notwendigkeit, Konzepte und Erfahrungen. Band 10. Augsburg: Maro, 71-84
- Kranich, C. et al. (2002a): Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1. Der Bericht. Patientennavigation. Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V.
- Kranich, C. et al. (2002b): Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 2. Die Länderberichte. Patientennavigation. Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V.
- Krappweis, J./Kirch, W. (2003): Pharmakoepidemiologie und Qualitätssicherung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 308-312
- Krause, H./Schaeffer, D. (2005): Unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation in Deutschland - Resultate des dreijährigen Modellvorhabens nach § 65b SGB V. G + G Wissenschaft, GGW - Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 5, 14-22
- Lattimer, V. et al. (1998) Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. British Medical Journal, Nr. 17, 1054-1058

- Lerch, M./Dierks, M. L. (2001): Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks, M. L. et al. (Hg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht. Nr. 195, Stuttgart: Akademie für Technikfolgeabschätzung, 119-147
- Lüders, C. (2004): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U. et al. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt, 384-401
- Lummer, P./v. Borstel, J. (2003): BIGS – Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle im Kreis Gütersloh. Modellprojekt. Jahresbericht 2003. Unveröffentlichtes Skript
- Maienborn, A. (2001): Bürgerberatung durch eine Ärztekammer. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 43-49
- Makoul, G. et al. (1995): Health Promotion in Primary Care: Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications. *Social Science and Medicine* 41, Nr. 9, 1241-1254
- Mashkooi, K. et al. (1998): Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskindern in Münster. *Gesundheitsberichte der Stadt Münster*, 7
- McLeod, J. (2004): Counselling – eine Einführung in Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag
- Meierjürgen, R. (2002): Asthmanagement per Mausclick. In: Walter, U. et al. (Hg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim, München: Juventa, 121-131
- Mielck, A. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der Sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske/Budrich
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Millman, M. L. (1993): Access to Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (2003): Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Dokumentation. Duisburg: Fachtagung am 30. September 2003
- Müller-Mundt, G./Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Schwerpunkte. Veröffentlichungsreihe des Instituts Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Munro, J. et al. (2001): Evaluation of NHS Direct first wave sites: Final report of the phase 1 research. Medical Care Research Unit. University of Sheffield
- National Health Service (2004): NHS in England. www.nhs.uk (14.10.2004)
- Nolting, H.-D./Wasem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. Neuss: Eigenverlag
- Ose, D./Schaeffer, D. (2005): Orientierung ist das Ziel – Desorientierung das Ergebnis. *Forum Sozialstation*, Nr. 135, 17-20
- Palentien, C. (2003): Kinder und Jugendliche. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 636-642

- Penchansky, R./Thomas, W. (1981): The concept of access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, Vol. XIX, Nr. 2, 127-140
- Peter, C. M. (2004): Dicke Kinder. Eine Theorie zur sozialen Ausdrucks-gestalt der juvenilen Dickleibigkeit. Dissertation der Universität. Fa-kultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Peter, C. M. (2005): Einführung in die qualitativen Methoden der Ge-sundheitswissenschaften. 2. Studententext Teil B. Universität Bielefeld, Fachhochschule Magdeburg. Unveröffentlichtes Manuskript
- Petermann, F. (2003): Patientenberatung/Patientenschulung. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwaben-heim a. d. Selz: Fachverlag Sabo, 174-176
- Pichler, J. (1992): Internationale Entwicklungen in den Patientenrechten. Wien: Böhlau
- Pinkert, C. et al. (1999): Schulung und Beratung als pflegerischer Auftrag. *Pflege Aktuell*, Nr. 3, 159-161
- Razum, O./Geiger, I. (2003): Migranten. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Auflage. München, Wien, Baltimore: Ur-ban/Schwarzenberg, 686-692
- Rechtien, W. (1998): Beratung – Theorien, Modelle, Methoden. Mün-chen, Wien: Profil
- RKI - Robert Koch Institut (2005): Diabetes mellitus. Heft 24. Gesund-heitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Rosenbrock, R. (1999): Versorgungsqualität – Solidarität – Wirtschaftlich-keit. Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Rosenbrock, R. (2001): Verbraucher, Versicherte und Patienten als han-delnde Subjekte. In: v. Reibnitz, C. et al. (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 25-33
- Rosenbrock, R. (2002): Zur Bedeutung von Information in Beratung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K. et al. (Hg.): Perspektiven für die Patienten- und Verbraucherberatung. Wissenschaftliche Begleit-forschung des Modellprogramms zur Verbraucher- und Patienten-beratung nach § 65 b SGB V. Konferenzdokumentation. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 11-19
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systema-tische Einführung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Salisbury, C. et al. (2002): What is the role of walk-in centres in the NHS? *British Medical Journal*, Nr. 324, 399-402
- Schaeffer, D./Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaften. Weinheim, München: Ju-venta, 447-483
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

- Schaeffer, D. et al. (2003): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65 b SGB V. Erster Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV: Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Schaeffer, D./Dierks, M. L./Hurrelmann, K./Keller, A./Krause, H./Schmidt-Kaehler, S./Seidel, G. (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Schaeffer, D./Dierks, M. L. (2006): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.) (2006): Patientenberatung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 71-94
- Schienkiewitz, A./Dierks, M. L. (2001): Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen und Verbraucherschutz. In: Dierks, M. L. et al. (Hg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung, 179-203
- Schmidt-Kaehler, S. (2003): Internetkompetenz für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Schmidt, L. R./Dlugosch, G. E. (1997): Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung. In: Petermann, F. (Hg.): Patientenschulung und Patientenberatung. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe, 23-51
- Schneider, M. (2004): Informierte Patientinnen und Patienten – kann der Modellversuch der Krankendassen dazu einen Beitrag leisten? Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2. Quartal, 16-17
- Schwartz, F. W./Klein-Lange, M. (2003): Arzneimittelversorgung. Bedeutung und Risiken der Arzneimittelversorgung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 303-308
- Schwartz, F. W./Busse, R. (2003): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 518-545
- Schwarz, G. et al. (2001): Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenz-basierter Gesundheitsinformationen. Ersatzkasse, 109-113.
- Shepperd, D. et al. (1999): Helping patients access high quality health information. British Medical Journal, Nr. 319, 764-766
- Segal, L. (1998): The importance of patient empowerment in health system reform. Health Policy, Vol. 44, 31-44
- Seidel, G./Dierks, M. L. (2004a): Ergebnisse zu Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V – Nutzerbefragung. Hannover: Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV
- Seidel, G./Dierks, M. L. (2004b): Wegweiser. Niedersächsisches Ärzteblatt, 10-11

- Small, N. (2005): Nutzerbeteiligung und Versorgung am Lebensende. Erfahrungen aus Großbritannien. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 197-214
- Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Presseexemplar. Wiesbaden: Eigenverlag
- Stiftung Warentest (2004): Beratung in Apotheken. Mehr schlecht als recht. Test 3, 91-95
- Stiggelbout, A. M./Kiebert, G. M. (1997): A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. Canadian Medicin Association Journal, Vol. 157, Issue 4, 383-389
- Strauss, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildungen der empirischen soziologischen Forschung. München: Wilhelm Fink
- Strauss, A./Corbin, J. M. (1996): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten. Band I und Band II. Bonn: SVR
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten - Band I und Band II. Kurzfassung. Bonn: SVR
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Tautz, F. (2002): E-Health - wie das Internet das Arzt-Patient-Verhältnis und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt/Main: Campus-Verlag
- TNS Emnid (2004): 53 Prozent der Deutschen sind online! Presseinformation vom 23. Juni 2004.
http://www.nonliner-atlas.de/pdf/pressemitteilungen/2004_06_23_NONLINER_Atlas_zE.pdf (31.03.2005)
- Trojan, A. (1998): Warum sollen Patienten befragt werden. In: Ruprecht, T. M. (Hg.): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Band 12. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 15-30
- Turnock, B. J. (2004): Public Health. What it is and how it works. 3. Ed. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers
- U.S. House of Representatives (1976): A discursive dictionary of health care. Prepared by the staff for the use of the Subcommittee on Health and the Environment of the Committee on Interstate and Foreign Commerce. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office
- Vass, A. (2002). NHS Direct underused by ethnic minorities. British Medical Journal, Nr. 324, 190
- Viell, B. (2002): Gesundheitsinformationen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 45, 595-604

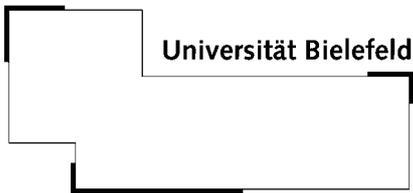
- v. Reibnitz, C. (2001): Die Rolle des Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt. In: v. Reibnitz, C. et al. (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 265-273
- v. Reibnitz, C. et al. (2001): Auf dem Weg zum „souveränen“ Patienten. In: v. Reibnitz, C. et al. (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 13-21
- v. Steenkiste, M. (2004): Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern. Das Gesundheitswesen 66, 93-101
- Walter, U./Schwartz, F. W. (1998): Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 200-212
- Walter, U. et al. (2002): Risikogruppen gezielt auswählen und erreichen. In: Walter, U. et al. (Hg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim, München: Juventa, 97-141
- Wasem, J./Günther, B. (1998): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Delphi. Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss: Janssen-Cilag GmbH
- Weritz-Hanf, P. (2001): Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (Hg.): Dokumentation. Gesundheitsinformationen für jung und alt?. Wie können die Informationsbedürfnisse älterer Menschen befriedigt werden? Hannover, 9-18
- White, N./Lubkin, I. M. (2002): Pflege- und Krankheitsverlaufskurve. In: Lubkin, I. M. (Hg.): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege und Gesundheitsberufe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 93-129
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Erweiterte Neuauflage des Papers PO2-118. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Wirth, A. (2004): Lebensstiländerung zur Prävention und Therapie von arteriosklerotischen Krankheiten, Deutsches Ärzteblatt, Nr. 101, A-1745
- Wöllestein, H. (2003): Mehr Power für Patienten. G + G Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 3, 28-33
- Wöllestein, H. (2004): Der informierte Patient aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 47, Nr. 10, 941-949
- Zenker, H. et al. (1998): Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Landsratsamt Rhein-Neckar-Kreis. Gesundheitsamt (Hg.): Gesundheit und Migration, Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation des Expertenworkshops im Juni 1999. Berlin-Bonn, 29-32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersgruppen und Gesundheitszustand (n = 1.086).....	6
Abbildung 2: Modellprojekte nach § 65b SGB V in Deutschland.....	46
Abbildung 3: Art der Beratung nach Alter	47
Abbildung 4: Informationsquellen für Nutzer	74
Abbildung 5: Bedingungen für die Ideenentwicklung	76
Abbildung 6: Arbeitsdiagramm - Zugang über das Branchen- bzw. das Telefonbuch.....	77
Abbildung 7: Arbeitsdiagramm - Zugang über Internet und Homepage	78
Abbildung 8: Arbeitsdiagramm - Zugang über einen Flyer der Patientenberatung	79
Abbildung 9: Arbeitsdiagramm - Zugang über öffentliche Einrichtungen.....	79
Abbildung 10: Arbeitsdiagramm - Zugang zur Information über eine Fachzeitschrift	80
Abbildung 11: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation durch Medien und Institutionen	83
Abbildung 12: Gesamtdarstellung der angebotenen Stunden im Überblick	89
Abbildung 13: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren bei der Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme	92
Abbildung 14: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren beim Aufsuchen und Auffinden.....	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tabellenmatrix	64
Tabelle 2: Beispiel für offenes Kodieren.....	66
Tabelle 3: Wochentage und Öffnungszeiten der untersuchten Patientenberatungsstellen.....	88



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wurde 1995 gegründet. Es wird von der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (GFP) getragen und vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Familie und Frauen des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) institutionell gefördert. Vom Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (MSWWF) wurde das IPW gemäß § 35 UG als An-Institut der Universität Bielefeld offiziell anerkannt. Die Universität Bielefeld – insbesondere die Fakultät für Gesundheitswissenschaften – und das IPW haben sich in einem Kooperationsvertrag zu einer engen Zusammenarbeit in Forschung und Lehre verpflichtet.

Das IPW beschäftigt sich insbesondere mit folgenden Aufgaben:

- Entwicklung des wissenschaftlichen Fachs Pflege
- Entwicklung und Durchführung von Forschungsprogrammen
- Wissenschaftliche Beratung für öffentliche, frei-gemeinnützige und private Träger
- Förderung der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Institutsleitung: Doris Schaeffer, Prof. Dr. phil.

Geschäftsführung: Klaus Wingenfeld, Dr.

Wissenschaftliche MitarbeiterInnen:

Christa Büker, MPH
Dieter Heitmann, Dipl. Pflegemanager
Thomas Kleina
Ursula Korte-Pötters, Dipl. Med. Päd., MA
Anja Ludwig, MScN
Gabriele Müller-Mundt, Dr.
Karin Tiesmeyer, MPH
Nicole Venohr, Dipl. Pflegewirtin

Anschrift:

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 – 68 80
Telefax: (0521) 106 – 64 37
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Bestellschein

An das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Sekretariat, Universitätsstr. 25, D-33615 Bielefeld, Tel.: 0521/106-6880

Hiermit bestelle ich folgende Discussion-Paper:

IPW-Paper	Anzahl
P96-100 Domscheit/Wingenfeld: Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen	vergriffen
P98-101 Schaeffer: Pflegewissenschaft in Deutschland	
P98-103 Ewers et al.: Pflegewissenschaftliche Promotionen (Synopsis)	
P98-104 Krajic et al.: Ambulante Versorgung Schwerstkranker	
P99-105 Schaeffer: Nursing Science in Germany	
P99-106 Brömme: Eine neue Kultur des Helfens	
P99-107 Ewers/Schaeffer: Herausforderungen für die ambulante Pflege	
P00-108 Caesar et al.: Community Health Assessment für Bielefeld	
P00-109 Wingenfeld et al.: Kooperation, Vernetzung (Bibliographie)	
P00-110 Lademann: Hospital at Home	
P01-111 Müller-Mundt: Schmerztherapie und Pflege (Literaturanalyse)	
P01-112 Ewers: Klinische Pflegeexperten (Infusionstherapie/Bibliographie)	
P01-113 Pleschberger: Palliative Care	
P01-114 Ewers et al.: Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste	
P01-115 Ewers: Anleitung als Aufgabe der Pflege	
P02-116 Wingenfeld: Innov. Ansätze der Sterbebegleitung von Kindern	
Wingenfeld: Pflegebedarf und Leistungsstruktur (Forschungsbericht)	
P02-117 Röttger-Liepmann/Hopf Müller: „Enquête der Heime“ (Dok.)	
P03-119 Braubach: Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter	
P03-120 Schaeffer et al.: Versorgung in der letzten Lebensphase (Fallverläufe)	
P03-121 Ewers/Schaeffer: Palliativ-pflegerisch tätige HBDs (Endbericht)	
P03-122 Schmidt-Kaehler: Internetkompetenz für chronisch erkrankte Menschen	
P03-123 Tiesmeyer: Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung	
P03-124 Wingenfeld: Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege	
P04-125 Ewers/Badura: Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation (Teilbericht)	
P04-126 Schmidt-Kaehler: Ergebnisse zur Evaluation der Internetangebote der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation	
P05-127 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzer-Anfrage-Dokumentation)	
P05-128 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzerbefragung)	
P05-129 Müller-Mundt/Ose: Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen	
P05-130 Anja Ludwig: Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen	
P06-131 Petra Lummer: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation	

Absender:

Name:

Institution:

Anschrift:

Bitte beachten:

Bestellungen von IPW-Papern können nur bearbeitet werden, wenn Sie diesem Bestellformular einen an Sie selbst adressierten und mit EUR 2,25 (pro Exemplar) frankierten Rückumschlag (DIN A 4) beigelegt haben. Anstelle einer Erstattung für die Druckkosten erbitten wir eine Spende zugunsten der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V., WestLB, Kto.-Nr. 494 633, BLZ 300 500 00.