

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

ISSN 1435-408X

P09-140

**Informationsbedarf chronisch kranker
Menschen bei der Krankenhauswahl
– Untersucht unter besonderer
Berücksichtigung des Internets**

Gunnar Geuter und Jan Weber

Bielefeld, Januar 2009

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

Chronisch kranke Menschen sind im Verlauf ihrer Erkrankung häufig auf eine stationäre Versorgung angewiesen und haben dann einen hohen Bedarf an Informationen, über dessen Qualität und Art allerdings bisher wenig bekannt ist.

Auf Basis einer internationalen Literaturanalyse wurden deshalb im Rahmen einer qualitativen Untersuchung vier Fokusgruppendifkussionen zum Informationsbedarf bei der Krankenhauswahl mit Patienten mit einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis durchgeführt. Neben der Frage nach den für sie relevanten Informationsinhalten war dabei von besonderem Interesse, welche Bedeutung die Patienten unterschiedlichen Informationsquellen – insbesondere dem Medium Internet – zuschrieben. Die erhobenen Daten wurden in methodischer Anlehnung an die Grounded Theory analysiert.

Die Ergebnisse bestätigen zunächst den hohen Informationsbedarf bei der Wahl eines Krankenhauses. Sie weisen zugleich darauf hin, dass Patienten weniger rein rationale Sachinformation – wie sie beispielsweise die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser vorhält – im Rahmen des Entscheidungsfindungsprozesses für ein Krankenhaus wünschen. Vielmehr benötigen sie individuell und emotional anschlussfähige, auf professionelle Akteure bezogene Informationen, die sie vorwiegend aus ihrem sozialen Netzwerk oder von ihrem Hausarzt beziehen, und die ihnen ermöglichen, Vertrauen zu entwickeln. Vertrauen zu den handelnden Akteuren im Krankenhaus stellt eine zentrale, die Wahl beeinflussende Determinante im Entscheidungsfindungsprozess der Patienten dar. Informationen aus dem Internet spielen dabei eine eher untergeordnete Rolle. Das Internet bietet den Patienten lediglich eine erste Orientierung oder ergänzende Informationen.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Endemische Verbreitung und Bedeutung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises	3
2.1 Zur Bedeutung und Prävalenz der Arthrose	4
2.2 Chronische Polyarthritiden und Morbus Bechterew als verbreitete entzündliche Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises	5
3. Verlaufsdynamik, Komplexität, Versorgungs- und Informationsbedarf bei chronischer Krankheit	8
4. Herausforderungen und Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl	15
4.1 Patienteninformationen, Qualitätsberichterstattung und Qualitätsvergleiche – eine Entscheidungshilfe bei der Krankenhauswahl?	16
4.2 Kriterien und Präferenzen von Patienten bei der Krankenhauswahl	19
5. Die Rolle des Internets bei der Wahl eines Krankenhauses	30
5.1 Internetnutzung in Bezug auf gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen	30
5.2 Chancen und Vorteile des Internets in Bezug auf gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen	32
5.3 Probleme von und Herausforderungen für Patienten im Kontext der Internetnutzung	34
5.4 Relevante Internetinformationen zu Gesundheit und Versorgung sowie zur Krankenhauswahl	39
6. Methodisches Vorgehen	43
7. Empirische Befunde: „Es ist ja nicht eine Wahl des Hauses, es ist eine Wahl des Operateurs!“ – Vertrauen als handlungsleitendes Motiv bei der Krankenhauswahl	46
7.1 Zur Bedeutung persönlicher Erfahrungen im Kontext vertrauensbasierter Entscheidungen	50
7.2 Erfahrungsaustausch als bedeutsamer Weg für wahlbeeinflussende Informationen	55
7.3 Stellenwert von Empfehlungen professioneller Akteure im Kontext der Krankenhauswahl	58
7.4 Medien als Informationsquelle im Rahmen der Krankenhauswahl	61
7.5 Zum Stellenwert und Zusammenwirken der unterschiedlichen Informationsquellen und -wege bei der Entscheidung für ein Krankenhaus	71
7.6 Präferenzen der Patienten bei der Vertrauensbildung im Kontext der Krankenhauswahl	72
7.7 Relevante Informationsinhalte bei der Wahl eines Krankenhauses	75

8. Diskussion der Ergebnisse	81
8.1 Die Abhängigkeit des Informationsbedarfes von krankheits-, geschlechts- und indikationsspezifischen Unterschieden	81
8.2 Zum besonderen Stellenwert emotional anschlussfähiger Informationen in Hinblick auf Vertrauen	83
8.3 Vertrauen als zentrales Kriterium bei der Krankenhauswahl	85
8.4 Qualitätsberichte – Probleme und Potenziale	86
8.5 Die Rolle des Hausarztes bei der Krankenhauswahl	88
8.6 Der Vorteil narrativen Erfahrungsaustausches bei der Krankenhauswahl	89
8.7 Nutzung des Internets – zentrale Erkenntnisse, Chancen und Herausforderungen	90
8.8 Bedeutung des Internets bei der Entscheidung für ein Krankenhaus	91
9. Informationsbedarf bei der Krankenhauswahl: Implikationen für die Versorgungspraxis und -forschung	94
10. Literatur	97

1. Einleitung

Wie in allen westlichen Industrienationen dominieren heute in Deutschland anstelle der Infektionskrankheiten chronische Erkrankungen das Krankheitsspektrum (SVR 2000/01). An erster Stelle stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen (Siegrist 2005). Aber auch Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates haben einen wesentlichen Anteil an der Krankheitslast. Eine exponierte Stellung nehmen dabei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ein, wie zum Beispiel Arthrosen, Chronische Polyarthritiden und Spondylitis Ankylosans/Morbus Bechterew (vgl. Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

So gaben beispielsweise 31 Prozent der im Rahmen des Bundesgesundheits surveys aus dem Jahr 1998 (Statistisches Bundesamt 1998) befragten 18-79-Jährigen an, dass eine ärztlich diagnostizierte Arthrose der Wirbelsäule, der Hüft- oder Kniegelenke oder Verschleißerscheinungen an den Gelenken vorlagen. In Bezug auf stationäre Aufenthalte zählen Hüft- und Kniegelenksarthrosen zu den 30 häufigsten Einzeldiagnosen und verursachten beispielsweise 2002 Behandlungskosten in Höhe von sieben Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

Geschätzte sieben Millionen Bundesbürger sind von einer entzündlich rheumatischen Erkrankung betroffen (DRFZ 2006). Die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis innerhalb der deutschen Gesamtbevölkerung wird mit 3,4 Prozent angegeben (Schneider et al. 2006). Zwei wichtige, primär den Bewegungs- und Stützapparat betreffende Erkrankungen des entzündlich-rheumatischen Formenkreises sind dabei die Chronische Polyarthritiden sowie die Spondylitis Ankylosans. Allein für die stationäre Behandlungen der Chronischen Polyarthritiden werden die Kosten mit durchschnittlich ca. 2.500 Euro pro Patient und Jahr angegeben (Merkesdal et al. 2002; Zink et al. 2001).

Die genannten chronischen Erkrankungen stellen die betroffenen Patienten vor vielfältige Bewältigungsherausforderungen, da sie mit teilweise erheblichen gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen verbunden sind. Im Verlauf der Erkrankung werden zudem häufig stationäre Behandlungen notwendig. Unter anderem aufgrund der sektoralen Aufgliederung und der intransparenten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen ist die Wahl eines entsprechenden Krankenhauses jedoch mit Schwierigkeiten verbunden. Um diese zu bewältigen, benötigen die Patienten Informationen über Krankenhäuser.

Zwar wurden, durch gesetzliche Anreize angestoßen, gerade im deutschen Krankenhaussektor in den vergangenen Jahren Informationsangebote ausgebaut und etabliert. Allerdings verdichten sich die Hinweise darauf, dass diese Angebote erhebliche Defizite hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit aufweisen (Schaeffer 2006a). Bestehende Informationsangebote sind demnach oft nutzerunfreundlich gestaltet und decken offensichtlich den Informationsbedarf der Patienten nur partiell ab.

Um nutzerorientierte Informationsangebote konzipieren und implementieren zu können, müssen die Erwartungen, die subjektiven Wünsche und die Bedürfnisse von Patienten bekannt sein. Bislang fehlt es allerdings an systematischen Erhebungen, die sich der Ermittlung der Informations-

bedürfnisse der Patienten bei der Krankenhauswahl widmen (Rosenbrock 2001; Schaeffer 2006a; Schaeffer et al. 2005; SVR 2003).

An diesem Punkt setzt die vorliegende Untersuchung an und betrachtet den Informationsbedarf von Patienten, hier den von chronisch kranken Menschen, bei der Krankenhauswahl näher. Die Arbeit¹ versteht sich als Beitrag zur Versorgungsforschung und zielt darauf ab, die Perspektive der Patienten als Nutzer von Informationsangeboten in den Blick zu nehmen. Die Untersuchung folgt damit einer Forschungstradition, die sich der Bedeutung des *patient's view* widmet und hierzulande noch zu selten Berücksichtigung findet (Armstrong 1984, 1991; Draper et al. 2001; Schaeffer 2006a).

Um den *patient's view* bzw. die Perspektive der Patienten zu ermitteln, wurde in der vorliegenden Untersuchung ein qualitativer Ansatz gewählt. Mit Hilfe von Fokusgruppendifkussionen wurden Patienten mit Diagnosen aus dem rheumatischen Formenkreis – hier Chronische Polyarthritis und Spondylitis Ankylosans sowie Patienten mit einer manifesten Arthrose (Coxarthrose, Gonarthrose, Omarthrose sowie arthrotische Veränderungen der Articulationes intervertebrales) – zu ihren Vorstellungen und Relevanzkriterien in Bezug auf Informationsinhalte, -quellen und -wege bei der Wahl eines Krankenhauses befragt. Da dem Informations- und Kommunikationsmedium „Internet“ in diesem Zusammenhang ein besonders hohes und schnell anwachsendes Potenzial eingeräumt wird (ex. Brechtel 2004; Fox 2005, 2006), wurde diesem Medium besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

¹ Die vorliegende Publikation basiert auf einer Qualifikationsarbeit der beiden Autoren zum Master of Science in Public Health an der Universität Bielefeld – Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

2. Endemische Verbreitung und Bedeutung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Heute dominieren chronische Erkrankungen das Krankheitsspektrum und sind die Hauptursache für Behinderung, Pflegebedürftigkeit sowie Tod (vgl. Kuhlmeier/Schaeffer 2008, S. 9). Als eine Folge des demographischen Wandels werden chronische Erkrankungen auch künftig einen immer gewichtigeren Anteil an der Krankheitslast ausmachen und einen weiter wachsenden Versorgungsbedarf nach sich ziehen. An erster Stelle stehen dabei Erkrankungen des kardiovaskulären Systems, maligne Neubildungen, Diabetes, Pulmonalerkrankungen und Leberzirrhose (Siegrist 2005). Das Krankheitsspektrum wird weiterhin bestimmt von psychischen Leiden und von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, allen voran Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (Rosenbrock 2003; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Letztere sind – wie viele weitere chronische Erkrankungen auch – typische Erkrankungen des höheren Lebensalters (vgl. Breedveld 2004; D'Astolfo/Humphreys 2006; Haq et al. 2003; Pientka o.J.; Schneider et al. 2005; Swoboda 2001).

22 Prozent aller Männer und 15 Prozent aller Frauen leiden beispielsweise an chronischen Rückenschmerzen (Statistisches Bundesamt 2006). Allerdings ist die Verteilung der Krankheitslast zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen sehr ungleich. So gilt mittlerweile als gesichert, dass besonders Angehörige unterer sozialer Schichten von Rückenschmerzen betroffen sind. Besonders häufig leiden zudem Menschen mit spezifischen Knochen- und Gelenkerkrankungen, wie beispielsweise Arthrose und anderen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, unter Rückenschmerzen (Lenhardt 2001; Raspe 2003; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

Schon heute stehen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises an dritter Stelle aller Behandlungskosten verursachenden Krankheiten (25 Milliarden Euro pro Jahr) und bewirken hohe volkswirtschaftliche Folgekosten (Statistisches Bundesamt 2006; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Da sie mit langen Ausfallzeiten verbunden sind, verursachen sie beispielsweise die meisten Arbeitsunfähigkeitstage. Mehr als ein Viertel (zum Beispiel in 2003: 26,5 Prozent) aller Arbeitsunfähigkeitstage und 18,1 Prozent aller AU-Fälle (ebenfalls in 2003) gehen auf ihr Konto. Sie sind zudem der häufigste Anlass für Rehabilitationsmaßnahmen und bei Männern der häufigste, bei Frauen der zweithäufigste Anlass für vorzeitige Berentung (DRFZ 2008; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Erschwerend kommt hinzu, dass Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises häufig mit weiteren chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen wie beispielsweise der Osteoporose verknüpft sind (vgl. Dahaghin et al. 2005; Dieppe et al. 2005; Marks/Allegrante 2002; Parodi et al. 2005; Peters et al. 2005; Rosemann et al. 2005; Symmons/Silman 2006; Teichtahl et al. 2007; Tuominen et al. 2007; van Schaardenburg et al. 1994; Warrington et al. 2005; Westhoff et al. 2000).

Im Folgenden werden die wichtigsten Eckdaten zur Verbreitung und gesellschaftlichen Bedeutung für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgewählten Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wiedergegeben. Zunächst wird dabei die Arthrose, daran anknüpfend die Chronische Polyarthrititis sowie die Spondylitis Ankylosans in den Blick genommen.

2.1 Zur Bedeutung und Prävalenz der Arthrose

Zwar liegen zur Verbreitung von Arthrosen innerhalb der deutschen Bevölkerung bisher nur wenige Daten vor, dennoch ist klar, dass es sich um eine weit verbreitete Erkrankung handelt (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

„Mit dem Begriff Arthrose wird eine [...] Erkrankungen der Gelenke bezeichnet, [...] die mit steigendem Lebensalter häufiger [wird]. Die Krankheitsursachen sind unterschiedlichster Natur und teilweise noch unbekannt. Gelenkverletzungen, angeborene und im Laufe des Lebens erworbene Gelenkfehlstellungen, Stoffwechselerkrankungen, eine genetische Veranlagung sowie eine mechanische Gelenküberlastung leisten einer Arthrose Vorschub. Zunächst kommt es zur Schädigung und zum Abbau von Gelenkknorpel, langfristig auch zur Zerstörung von Weichteilen (Gelenkschleimhaut, Kapsel und Bänder) sowie gelenknahem Knochen. Besonders häufig sind die Knie (Gonarthrose), die Hüften (Coxarthrose), die Wirbelsäule sowie die Hände von der Erkrankung betroffen. Sie führt zu meist jahrelang bestehenden Gelenkschmerzen und zur Einschränkung der Beweglichkeit. Daraus ergeben sich nicht nur Schwierigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen, sondern auch Veränderungen des sozialen Lebens und Einbußen bei der Lebensqualität.“ (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006, S. 37)

Bei bis zu 40 Prozent aller Deutschen zeigen sich Abnutzungserscheinungen der Gelenke auf ihren Röntgenaufnahmen. Zumindest bei einem Teil der Betroffenen führen diese arthrotischen Veränderungen zu einer manifesten Arthrose mit teilweise starken Gelenkschmerzen und Bewegungseinschränkungen (aktivierte Arthrose) (Wirth 1998). Die differenzialdiagnostische Bestimmung der Arthrose gestaltet sich hingegen schwierig. Klinisch auffällige Symptome wie charakteristische Gelenksbeschwerden (zum Beispiel Anlauf- und Belastungsschmerzen) treten ebenso bei entzündlichen Gelenkerkrankungen wie Arthritis und Chronischer Polyarthrit auf. Auch ein auffälliger Röntgenbefund ist nicht uneingeschränkt aussagefähig, da sich bei 20 bis 40 Prozent der über 60-Jährigen Anzeichen von degenerativen Gelenkerkrankungen röntgenologisch nachweisen lassen. Dieser Befund ist jedoch nur bei ca. einem Drittel der Betroffenen mit der Manifestation von Schmerzen verbunden (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

Für Deutschland liegen kaum Untersuchungen zur Arthroseprävalenz vor. Männer und Frauen scheinen allerdings nahezu gleichermaßen von Arthrose betroffen zu sein (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Im Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 (Statistisches Bundesamt 1998) bejahten 31 Prozent der 18-79-Jährigen das Vorliegen von ärztlich diagnostizierten arthrotischen Veränderungen der Wirbelgelenke, Arthrosen an Hüft- oder Kniegelenken oder das Vorhandensein von allgemeinen Verschleißerscheinungen an den Gelenken. Da die Angaben jedoch nicht anhand von zum Beispiel Röntgenaufnahmen zusätzlich überprüft und gegen andere mögliche Erkrankungen wie Arthritiden oder Meniskusläsionen abgegrenzt werden konnten, bleibt die Aussagekraft der erhobenen Daten eingeschränkt. Schneider et al. (2005) errechneten auf Grundlage dieser Daten eine Gesamtprävalenz ärztlich diagnostizierter Arthrosen an mindestens einer Gelenkregion von 27,7 Prozent. Betroffen sind vor allem handwerklich Tätige, Landwirte und Selbstständige in (meist handwerklichen) Kleinbetrieben. Ein in Bayern in den Jahren

1999/2000 durchgeführter repräsentativer Telefonsurvey (n= 2051) ermittelte eine Arthrosehäufigkeit von 16,6 Prozent. Auch dies kann als ein Beleg für die hervorgehobene epidemiologische Bedeutung der Arthrose angesehen werden (Meyer et al. 2002; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006).

Die Daten bestätigen zudem den bei allen so genannten großen Volkskrankheiten zu beobachtenden Trend, wonach die unteren sozialen Schichten (meist gemessen am jeweils höchsten Bildungs- bzw. Schulabschluss und dem Einkommen) durchgehend wesentlich stärker betroffen sind als höhere Statusgruppen (SVR 2005). Neben dem Alter und der beruflichen Tätigkeit kristallisierte sich Adiposität als wichtiger Einflussfaktor heraus. Damit stehen die Ergebnisse im Einklang mit Befunden einer Vielzahl internationaler Studien (ex. Schneider et al. 2005; siehe auch Swoboda 2001).

Arthrose ist weiterhin einer der häufigsten Gründe für Menschen, mit dem Gesundheitssystem in Kontakt zu treten. Gon- und Coxarthrosen zählen zu den zehn häufigsten Behandlungsgründen in orthopädischen Praxen und sind ebenfalls ein sehr häufiger Behandlungsgrund bei allgemeinärztlichen Konsultationen (Iögd 2003; Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Zur stationären Behandlung von Arthrose kommt es hingegen oft erst, wenn ein Gelenk aufgrund von Dauerschmerzen und erheblichen Bewegungseinschränkungen gegen einen künstlichen (Teil- oder Voll-)Gelenkersatz (Partial- oder Totalendoprothese) ausgetauscht werden muss. Auch in Bezug auf stationäre Aufenthalte gehören Cox- und Gonarthrosen zu den 30 häufigsten Einzeldiagnosen. In 2002 stellte eine Arthrose bei insgesamt 336.833 stationären Behandlungen die Hauptdiagnose dar (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006). Die von Arthrose verursachten Behandlungskosten (zum Beispiel sieben Milliarden Euro im Jahr 2002) bilden damit auch einen bedeutenden Kostenfaktor im deutschen Gesundheitssystem (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006) und (allgemein zu Kosten vgl. außerdem Brenner et al. 2000).

2.2 Chronische Polyarthrititis und Morbus Bechterew als verbreitete entzündliche Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen stellen eine weitere wichtige Größe im Spektrum chronischer Erkrankungen dar. Geschätzte sieben Millionen Bundesbürger sind von einer entzündlich rheumatischen Erkrankung wie beispielsweise der rheumatoiden Arthritis oder entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule betroffen (DRFZ 2006). Obwohl Rheuma häufig als Krankheit des mittleren und späteren Lebensalters beschrieben wurde, sind bis zu 10.000 Kinder von so genannten juvenilen Arthritiden betroffen (Zink et al. 2004).

Die rheumatoide Arthritis, oder auch Polyarthrititis, ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung des rheumatischen Formenkreises und gilt als Autoimmunerkrankung mit noch nicht abschließend geklärter Ätiologie (Thews et al. 1999). Die Krankheit weist einen chronischen, meist schubweisen Verlauf auf und manifestiert sich an den Gelenkinnenhäuten (Synovia), Schleimbeuteln (Bursa) und Sehnenscheiden (Vagina synovialis tendinis) (vgl. Schoppmeyer/Polte 1998, S. 250). Der in den Jahren 1997-

1999 durchgeführte Bundesgesundheitsurvey ergab eine Prävalenz der rheumatoiden Arthritis von 3,4 Prozent in der deutschen Gesamtbevölkerung. Allerdings variiert die Verteilung der Krankheit zwischen den Geschlechtern gravierend. Die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern (4,5% vs. 2,3%) (Schneider et al. 2006; Zink et al. 2001; vgl. auch Raspe 2003). Neben einer deutlichen Zunahme des Erkrankungsrisikos (ebenfalls besonders für Frauen) bei den über 50-Jährigen lässt sich weiterhin ein deutlicher Schichtgradient nachweisen. Demnach erkranken gelernte und ungelernte, körperlich tätige Arbeiter und Landwirte häufiger an Arthritis als Büroangestellte sowie leitende Angestellte, Beamte und Manager. In Bezug auf so genannte Lifestyle-Faktoren konnte insbesondere regelmäßiger Nikotinkonsum (Rauchen) als entscheidender Risikofaktor identifiziert werden. Alkohol- und Koffeinkonsum (Kaffee/schwarzer Tee) scheinen das Risiko, an rheumatoider Arthritis zu erkranken, hingegen nicht zu erhöhen (Schneider et al. 2006).

Zu anderen Erkrankungen aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis, wie der in ihrer Gesamtprävalenz mit der rheumatoiden Arthritis vergleichbaren Gruppe der Spondylarthropathien (Erkrankungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule, zum Beispiel Morbus Bechterew), liegen für Deutschland kaum epidemiologische Daten vor (Haibel et al. 2002).

„Die Spondylitis Ankylosans – oft auch als Spondylarthritis ankylopoetica oder Morbus Bechterew bezeichnet – ist eine chronisch-progredient verlaufende, entzündliche Bindegewebserkrankung, die vornehmlich die Sakroiliakalgelenke [...], die kleinen Wirbelgelenke und den Bandapparat der Wirbelsäule befällt. Außer der Wirbelsäulenmanifestation sind in etwa einem Drittel der Fälle auch die peripheren Gelenke beteiligt.“ (Thews et al. 1999, S. 600).

Schätzungen der deutschen Rheumaliga, nach denen Spondylarthropathien – entgegen früherer Annahmen – relativ gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt scheinen (Deutsche Rheumaliga 2001), lassen sich anhand der Literatur weder eindeutig bestätigen noch widerlegen. Zink et al. (2001) untermauern allerdings die relativ gleichmäßige Verteilung der Spondylarthropathien.

Auf Daten der rheumatologischen Kerndokumentation, die einen repräsentativen Teil der von den 21 (heute 24 – vgl. Zink et al. 2007) deutschen Rheumazentren betreuten und behandelten Patienten erfasst, beruhende Angaben machen deutlich, dass die durchschnittliche Krankheitsdauer von Symptombeginn bis zum Erstkontakt mit einem Rheumatologen 4,9 Jahre beträgt. Dabei ist zu beachten, dass alle nicht von einem internistischen Rheumatologen behandelten Spondylitispatienten nicht von der Datenerhebung erfasst werden und so davon auszugehen ist, dass der durchschnittliche Zeitraum vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung in der Gesamtgruppe der Betroffenen noch wesentlich länger ausfällt. Die Patienten erhalten ihre Diagnose somit zu einem inakzeptabel späten Zeitpunkt im Verlauf der Krankheit, wobei Frauen hiervon prozentual noch stärker betroffen sind als Männer (Haibel et al. 2002; Zink et al. 2000). Bei allen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stellt so besonders der sich häufig über mehrere Jahre und unzählige Arztkonsultationen hinziehende Weg bis zur tatsächlichen Diagnosestellung eine

kritische Phase im Leben der Patienten dar (Haibel et al. 2002; Sanders et al. 2002; Schneider et al. 2006; Zell/Unrath 2001).

Wie bei anderen muskuloskeletalen Erkrankungen, sind bei der rheumatoiden (Poly-)Arthritis neben den direkten Behandlungskosten besonders die indirekten Folgekosten hoch und machen sich in den Sozial- und Rentenversicherungssystemen bemerkbar. Von den durchschnittlich ca. 11.380 Euro pro Patient und Jahr entstehen innerhalb der ersten beiden Erkrankungsjahre bis zu 75% durch Arbeitsunfähigkeit. Im zweiten und dritten Erkrankungsjahr steigen hingegen die Kosten für (Früh-)Berentungen auf durchschnittlich etwa 4.130 Euro pro Patient und Jahr und machen somit die Hälfte der indirekten Erkrankungskosten für dieses Krankheitsintervall aus (Merkesdal et al. 2002; Zink et al. 2001).

3. Verlaufsdynamik, Komplexität, Versorgungs- und Informationsbedarf bei chronischer Krankheit

Obwohl chronische Erkrankungen also den gewichtigsten Teil der Krankheitslast der westlichen Industrienationen – und so auch Deutschlands – ausmachen, findet die Thematik im Versorgungsalltag nach wie vor relativ wenig Aufmerksamkeit (Hurrelmann et al. 2006; Schwartz et al. 2003; SVR 2000/01). Dabei erschöpfen sich die mit chronischer Krankheit verbundenen Problemdimensionen aus der Perspektive der Betroffenen keineswegs in der bloßen Diagnosestellung (Coulter/Magee 2003; Dierks/Schaeffer 2005; Klemperer 2003; Sawicki 2005; Suhonen et al. 2005). Chronische Krankheiten – gleich ob degenerativer oder progredienter Natur – werden vor allem durch das Zusammenwirken unterschiedlichster endogener und exogener Faktoren ausgelöst, weshalb ihre Ursachen im Einzelnen oft nicht klar voneinander abgrenzbar sind (Schaeffer/Moers 2003). Neben dem zum Teil sehr unterschiedlichen Verlauf ist dies ein Grund dafür, dass bis heute keine allgemein akzeptierte Definition chronischer Krankheit vorliegt.²

Allen chronischen Krankheiten ist jedoch gemeinsam, dass sie mit den Mitteln der modernen, kurativ ausgerichteten Medizin, nur bedingt aufzuhalten sind. Obgleich die ressourcenintensive apparate- und pharmakotherapeutische Medizin immer wieder beachtliche Erfolge zu verzeichnen hat, führen diese fast immer zu einer weiteren Chronifizierung und nicht zu der eigentlich anvisierten vollständigen Heilung der betroffenen Patienten (Schaeffer/Moers 2003).

Chronische Krankheiten sind somit besonders durch *Dauerhaftigkeit* gekennzeichnet und unterscheiden sich darin deutlich von Akuterkrankungen, die eher durch ihr episodales Auftreten charakterisiert sind (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer/Moers 2003). Die damit ebenfalls angesprochene *besondere Verlaufsdynamik* ist als ein weiteres zentrales Kennzeichen chronischer Krankheit anzusehen. Gemeint ist damit die typischerweise kontinuierlich wechselnde Abfolge krisenhafter, instabiler und stabiler Phasen im Krankheitsverlauf, die ihrerseits stets mit eigenen Bewältigungsanforderungen und einer Neujustierung des jeweiligen Hilfs-

² Badura gab jedoch bereits 1981 einen interessanten Hinweis darauf, was in einer umfassenden Definition chronischer Krankheit enthalten sein könnte. Im Vorwort eines von ihm herausgegebenen Sammelbandes zum Thema soziale Unterstützung und chronische Krankheit definiert er, dass chronische Krankheiten mindestens eine von zwei möglichen Voraussetzungen erfüllen müssen: Entweder ist die chronische Erkrankung das „[...] Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer oder psychischer Zustände [...]“ oder sie hat „dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderungen zur Folge [...]“ (Badura 1981, S. 7) Von Seiten des deutschen Gesetzgebers ist chronische Krankheit hingegen als Merkmal zur Berechtigung des Bezuges von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V §62) definiert. Demnach liegt eine *schwerwiegende chronische Erkrankung* vor, wenn ein Patient über den Zeitraum von einem Jahr mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung war und ihm eine Pflegebedürftigkeit nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch der Stufen 2 oder 3 attestiert wurde oder aber ein Grad der Behinderung von mindestens 60% nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes vorliegt.

und Informationsbedarfs einhergehen (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004). Patienten befinden sich so häufig über lange Zeiträume hinweg in einer durch *Ambiguität* geprägten Situation, in der sie abwechselnd als *bedingt krank* und *bedingt gesund* beschrieben werden können. Sie schwanken zwischen ihrem Status als Kranker, der es ihnen häufig nicht erlaubt, normal am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren und Phasen, in denen *bedingte Gesundheit* es ihnen ermöglicht, als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu agieren und den an sie gestellten Erwartungen gerecht zu werden (Ironsides et al. 2003; Schaeffer 2004). Für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit näher betrachteten chronischen Erkrankungen Arthrose und Chronische Polyarthritiden sowie Morbus Bechterew gilt dies gleichermaßen. Allerdings müssen in Bezug auf die jeweilige konkrete Verlaufsdynamik krankheitsspezifische Unterschiede konstatiert werden.

So beginnen arthrotische Veränderungsprozesse der Gelenke von den Betroffenen meist kaum wahrnehmbar mit nur leichten Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit und geringer Schmerzsymptomatik. Diese Einschränkungen beeinflussen alltägliche Bewegungsmuster anfangs nur marginal. Der Knorpelverschleiß führt über ein latentes, symptomloses bzw. symptomarmes Stadium schließlich zu deutlich wahrnehmbaren Symptomen (Wirth 1998). Mit zunehmendem Gelenkverschleiß nehmen Schmerzintensität und Häufigkeit und damit verbunden die alltäglichen Einschränkungen in Bewegungsabläufen zu. Dieser Zustand geht also mit einer akuten Verschlimmerung der Symptome einher und wird als aktivierte Arthrose bezeichnet (Wirth 1998). Charakteristisch sind dabei zunächst so genannte „Anlaufschmerzen“ nach längeren Ruhepausen, zum Beispiel beim Aufstehen am Morgen. Diese geben sich häufig nach den ersten Bewegungen und zeigen sich erst bei stärkerer Belastung der entsprechenden Gelenke wieder. Begleitet wird der zunehmende Verschleiß der Gelenkflächen durch gelenkspezifische Bewegungseinschränkungen (Kapselmuster), die sich verstärkt auch bei alltäglichen Verrichtungen bemerkbar machen.

Oft ist die Verlaufsdynamik über Jahre dadurch gekennzeichnet, dass Phasen marginaler Beschwerden Phasen starker Beeinträchtigung ablösen. Die Anlauf- und Belastungsschmerzsymptomatik geht schließlich bei einer weiteren Verschlechterung des Gelenkzustandes und mit zunehmender Progredienz der Erkrankung in Dauerschmerzen (selbst im Ruhezustand) über und beeinflusst somit hochgradig die Mobilität und Lebensqualität der Erkrankten. „Die Erkrankung kann [bis] zur Schwerbehinderung führen.“ (Wirth 1998, S. 390) Spätestens in diesem Stadium der Erkrankung erfolgt jedoch häufig eine operative Behandlung, um das zerstörte Gelenk durch einen künstlichen Gelenkersatz auszutauschen. Bei komplikationslosem und erfolgreichem Verlauf können dadurch die Schmerzsymptomatik sowie die Mobilitätseinschränkungen behoben werden. Die Erkrankten erfahren eine deutliche Linderung ihrer Symptome und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Aufgrund der verbesserten Operationstechniken und -materialien, aber auch durch die gezielte (physiotherapeutische) Vor- und Nachbehandlung kann dieser Zustand lange aufrechterhalten werden. Selbst bei hochaltrigen Patienten führt eine Operation häufig zum erwünschten Erfolg (Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut 2006); (vgl. auch Hinkelmann/Fleischhauer 2007).

Die Chronische Polyarthritiden sind demgegenüber gekennzeichnet durch einen chronisch progredienten, von akuten Krankheitsschüben überlagerten Verlauf. Allerdings ist dieser in hohem Maße variabel und zeigt sich

interindividuell stark unterschiedlich. Der Krankheitsbeginn kann sich dabei sowohl schleichend als auch plötzlich vollziehen. Die Erkrankung wird begleitet von teilweise starken Schmerzsymptomaten, die zum einen auf die Entzündungsherde der Gelenkhäute (Synovia) und zum anderen auf irreversible strukturelle Gelenkveränderungen zurückzuführen sind. Je nach Progredienz finden sich Zeichen der Gelenkzerstörung bereits nach wenigen Monaten der Erkrankung oder aber erst nach einigen Jahren. Der schubweise Verlauf der entzündlichen Gelenksymptomatik beeinflusst die Schmerzsymptomatik der Erkrankten und geht mit einer massiven Einschränkung der Mobilität und Lebensqualität einher. Aufgrund der destrukturierenden Prozesse der Gelenke führt die Chronische Polyarthritid oft zum Verlust des Gelenkknorpels. In der Folge kommt es zu Funktionseinschränkungen oder einem vollständigen Funktionsverlust der Gelenke und damit einhergehend zu umfassender Hilfebedürftigkeit der Betroffenen. Je nach Lokalisation resultieren daraus gelenkspezifische Probleme und Beeinträchtigungen alltäglicher Funktionen. Aufgrund der hohen Variabilität der Erkrankung ergibt sich ein unsicherer Verlauf und Prognosen sind äußerst schwer zu treffen (Kiener 2001).

Ebenso wie der Verlauf der Chronischen Polyarthritid ist auch der Verlauf des Morbus Bechterew durch eine stark schwankende Krankheitsaktivitätskurve gekennzeichnet. So wechseln sich Phasen relativer Beschwerdefreiheit immer wieder mit Phasen erheblicher Einschränkungen und Beschwerden ab. Die Perioden sind dabei, ebenso wie der gesamte Verlauf der Erkrankung, äußerst variabel, was eine Verlaufsprognose auch hier erschwert. Die Progredienz der Erkrankung ist gekennzeichnet durch wiederkehrende Entzündungen im Bereich der Wirbelgelenke (thorakal) sowie der Iliosakralgelenke. Als Folge dieser Entzündungen kommt es zur zunehmenden Verknöcherungen der artikulären Bestandteile der Wirbelsäule und in der Folge zu massiven Bewegungseinschränkungen. Charakteristisch für die Spätphasen der Erkrankung ist die vollständige Verknöcherung der Iliosakralgelenke und der Thoraxpartien. Die wesentlichen Komponenten des Krankheitsverlaufes bei Morbus Bechterew sind zusammenfassend also wiederkehrende Entzündungen (vorwiegend) der Gelenk- und Bandstrukturen im Iliosakralgelenk sowie der Brustwirbelsäule und daraus resultierende Schmerzen und Verknöcherungen (Falkenbach 2004).

Sowohl den Arthrosen als auch der Chronischen Polyarthritid und dem Morbus Bechterew ist gemeinsam, dass im Verlauf der Erkrankung die durch Schmerzen und Gelenkdestruktion hervorgerufenen Mobilitätseinschränkungen zunehmen und die Verwiesenheit auf Hilfe und Unterstützung wächst. Gerade die angesprochenen Erkrankungen des entzündlich-rheumatischen Formenkreises weisen schwer prognostizierbare und interindividuell äußerst unterschiedliche, durch schubartiges Auftreten gekennzeichnete Verläufe auf und führen auch deshalb bei den Betroffenen zu besonders großer Verunsicherung. Oft sind weitere Organsysteme oder die Psyche betroffen und die entsprechenden Symptome überlappen und potenzieren sich. Probleme bei der Diagnose und (vor allem) der medikamentösen Therapie vergrößern die Versorgungs- und Bewältigungsherausforderungen für die Patienten.

Die sich hier andeutende *Komplexität* des Krankheitsgeschehens ist ein weiteres allgemeines Charakteristikum chronischer Krankheit. Sie ergibt sich aus dem Zusammenspiel der bereits erwähnten Faktoren und dem Umstand, dass die meisten chronisch kranken Menschen in den späteren

Phasen des Krankheitsverlaufes an Multimorbidität leiden (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer/Moers 2003). Dies führt zu wiederkehrender Verunsicherung der Patienten und löst Suchbewegungen nach Informationen aus. Die Patienten benötigen diese, um den wachsenden Irritationen entgegenzuwirken und das stetig komplexer werdende Krankheitsgeschehen, sowohl psychisch als auch versorgungsorganisatorisch, bewältigen und in ihren Alltag integrieren zu können.

Chronische Erkrankungen gehen darüber hinaus mit *verminderter Belastbarkeit* einher und führen im Zeitverlauf zu Einschränkungen der Leistungs- und Funktionsfähigkeit, der Selbstversorgungsfähigkeit und der Möglichkeit zu einer autonomen Lebensführung und Alltagsbewältigung (Sanders et al. 2002; Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2003). Bei muskuloskelettalen Erkrankungen stehen hier neben anderen limitierenden Faktoren insbesondere die durch die entzündlichen oder degenerativen Prozesse ausgelösten Funktionseinschränkungen der Gelenke im Vordergrund. Die Erkrankten sind dadurch weniger belastbar und können alltägliche (oder berufliche) Tätigkeiten nur noch eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr ausführen. Sie sind deshalb häufig auf professionelle Hilfe- und Versorgungsleistungen angewiesen.

Im Verlauf der Krankheit kommen die Erkrankten meist mit einer ganzen Reihe an unterschiedlichen professionellen Akteuren und Versorgungsinstanzen in Berührung und blicken in den Spätphasen ihrer Krankheit oft auf *lange, komplizierte und ereignisreiche Versorgungsverläufe* zurück (Schaeffer/Moers 2003). Erschwert wird die Navigation der Erkrankten durch die Intransparenz des Versorgungssystems. Zudem fehlen Informationsangebote und Unterstützungsstrukturen, durch die Patienten auf ihrem Weg durch das Versorgungssystem Orientierung finden könnten. Immer wieder sind die Erkrankten deshalb vor Probleme gestellt, vor allem wenn sie nicht selbst in der Lage sind, nach Informationen zu suchen. Doch auch wer sich selbst auf die Suche nach entsprechenden Informationen macht, ist nicht automatisch besser versorgt. Denn ohne zusätzliche professionelle Unterstützung und passgenaue Orientierungshilfen, bleibt das Versorgungssystem (nicht nur) aufgrund der Vielzahl der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen oft weiterhin undurchschaubar (vgl. auch Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006).³

Belegt wird ein solcher Befund von den bisher durchgeführten, vorwiegend qualitativen Studien. Durchgängig bestätigen diese, dass die Bewältigung chronischer Krankheit mit einem hohen Informationsbedarf verbunden ist (Charmaz 2000; Corbin/Strauss 2004; Coulter/Fitzpatrick 2000; Gerteis et al. 1993b; Schaeffer 2004; Schaeffer 2006a; Schaeffer/Dierks

³ Allen et al. (2004) weisen in einer in Großbritannien durchgeführten Studie unter anderem darauf hin, dass der Weg der Patienten nicht zuletzt durch die mit Instanzenvielfalt einhergehenden interprofessionellen Differenzen, Reibungspunkte und Machtkämpfe behindert wird. Anstatt im interdisziplinären Team zielstrebig zum Wohle des Patienten zu arbeiten, ist häufig zu beobachten, dass die einzelnen Health Professionals die krankheits- und versorgungsbezogene Deutungshoheit für ihre jeweilige Berufsgruppe beanspruchen und danach streben, *ihre* Versorgungsstrategien durchzusetzen. Die Interessen und Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen geraten dabei vielfach in den Hintergrund.

2006). Damit ist auf die Wichtigkeit eines hinreichend ausgebauten Informations- und Wissensangebots hingewiesen, das auf den Alltag und die Lebenswelt der Patienten und Nutzer abgestellt und an deren Problemen orientiert sein muss (Engel et al. 2006; Schmidt-Kaehler 2006). Angedeutet ist damit zudem, dass Informationsangebote stärker als bisher an dem Bedarf und den Bedürfnissen der Nutzer ausgerichtet werden müssen. Wahrlich keine neue Forderung – wie ein Blick in einschlägige Publikationen der Versorgungsforschung sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften beweist (vgl. Badura 1994; Badura 1999; Bauer et al. 2005; Brinkmann-Göbel 2001; Ewers/Schaeffer 2000; Kranich 2000; Schaeffer 2001; Scheibler/Pfaff 2003; Schott 1993; SVR 2003; von Ferber 1991).

Zwar werden die in den letzten Jahren geschaffenen Angebote zur Patienteninformation und -beratung eifrig genutzt, allerdings vorwiegend von Nutzergruppen, denen ohnehin ein verhältnismäßig hohes Maß an Nutzerkompetenz nachgesagt wird, wie beispielsweise jungen Erwachsenen und weiblichen Mittelstandsangehörigen (Dierks/Seidel 2005; 2006). Menschen aus unteren sozialen Schichten und bildungsfernen Milieus finden hingegen nur selten den Weg in die Beratungsstellen. Sie gelten als schwer erreichbar – was jedoch auch der wenig zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Beratungsangebote anzulasten ist. Wie dem spezifischen Bedarf der einzelnen Gruppen, die sich vorwiegend aus Migranten, Menschen mit Behinderungen, Männern und Hochaltrigen zusammensetzen, besser entsprochen werden könnte, ist allerdings weitestgehend unklar. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass über deren Bedarf bisher wenig bekannt ist, wie internationale Studien bestätigen (Ngo-Metzger et al. 2003; Oermann/Templin 2000; Romano/Zhou 2004).

Dieses Ungleichgewicht in der Versorgungslandschaft wiegt um so schwerer, bezieht man die Folgen der seit ca. Mitte der 1990er Jahre vollzogenen Reformen im deutschen Gesundheitswesen in die Betrachtung ein. Hier wurden im Zuge der Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen in die Versorgung sowie der damit verwobenen Diskussion um Qualitätssicherung und Patientenorientierung entscheidende Neuerungen eingeführt. Weitestgehend ohne eigene Beteiligung der Betroffenen, ist die – (vormals) durch paternalistische Interaktions- und Kommunikationsmuster mit den professionellen Akteuren geprägte – Rolle des Patienten neu definiert worden (Schaeffer 2004). Der Patient wurde zum Kunden und Klienten,⁴ womit er von seinem Status als Objekt von Behandlung und Versorgung befreit werden sollte. Seine Rolle als Ko-Produzent von Gesundheit und Krankheit wurde anerkannt und der Patient sollte fortan aktiv in das Bewältigungsgeschehen sowie damit verbundene Therapie- und Versorgungsentscheidungen einbezogen werden (Badura/Schellschmidt 2001; Schaeffer 2004). Der damit intendierte Versuch, das passive und entmündigte Rollenverständnis der Patienten im deutschen Versorgungsgeschehen zugunsten einer selbstbestimmten und eigenen Interessen folgenden Kundenidentität auszutauschen, ging mit der Verpflichtung der Patienten zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung einher (Bauer et al. 2005; Hurrelmann 2001). Diese Entwicklung

⁴ Für eine eingehende Diskussion der mit der Verwendung der Begriffe Patient, Kunde, Klient und Nutzer verbundenen Implikationen siehe Schaeffer (2004, S. 15ff).

ist mit mannigfaltigen Chancen verbunden und daher nicht von vornherein abzulehnen, erfordert aber auch entsprechende Informations- und Unterstützungsangebote für Patienten. Doch auch der seit Beginn der 1990er Jahre forcierte und sich dynamisch entwickelnde Aufbau von Patienteninformations- und Beratungsstellen – und dies sei an dieser Stelle bereits erwähnt – konnte dieser Forderung bislang nur in wenigen Bereichen nachkommen. Beispielsweise gleicht das vielfältig unkoordinierte Entstehen und Nebeneinander von abhängigen und unabhängigen Beratungsangeboten häufig dem Wirrwarr des Versorgungssystems, zu dessen Entwirrung sie eigentlich geschaffen worden sind. Paradoxerweise bräuchten Patienten deshalb häufig Beratungsstellen, um die für sie jeweils passende Beratungsstelle zu finden (Müller-Mundt/Ose 2005; Ose/Schaeffer 2005) und dort die nötigen Informationen über für sie in Frage kommende Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungseinrichtungen einzuholen. Wie die Patienten der ihnen zgedachten Rolle als informierte, mündige, eigenverantwortliche und auf gleicher Augenhöhe mit ihren professionellen Counterparts an der Versorgung partizipierende Kunden und Klienten also gerecht werden sollen, ist angesichts der vorab skizzierten Mängel bei Patienteninformation und -beratung zu hinterfragen (vgl. Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006). Ohne eine verbesserte, sich an empirischer Evidenz orientierende Konzeption und Umsetzung der Informationsangebote für die Patienten und Nutzer des Versorgungssystems besteht die Gefahr, dass das Informationsgefälle zwischen den professionellen Akteuren und den Nutzern des Gesundheitssystems weiter ansteigt, anstatt sich zu egalisieren. Dies gilt insbesondere auch für die Etablierung von Informationsangeboten zur Krankenhauswahl.

Zwischenfazit

Chronische Krankheiten werden auf absehbare Zeit das Krankheitspektrum der Industriestaaten dominieren. Aus Sicht der Betroffenen sind chronische Erkrankungen mit einer Vielzahl an Herausforderungen hinsichtlich der Bewältigung, des Krankheits- und Therapiemanagements sowie der Versorgungserfordernisse verbunden. Der Eintritt einer chronischen Erkrankung ist für Betroffene häufig gleichbedeutend mit einer radikalen Umstellung ihres Lebens. Notwendig werden Verarbeitung, Integration und Akzeptanz des Krankheitsgeschehens, der Umgang mit Symptomen und die Auswahl geeigneter therapeutischer Maßnahmen und Hilfen. Aufgrund dessen entsteht ein umfangreicher, sich kontinuierlich wandelnder und stetig wachsender Informationsbedarf.

Dieser ist vor allem dann besonders hoch, wenn Veränderungen und krisenhafte Zuspitzungen der Erkrankung zu einer Neujustierung eines eventuell gerade routinisierten Alltagshandelns führen. Darüber hinaus – und dies ist hervorzuheben – werden gerade in jenen Phasen intensive Kontakte zum Versorgungssystem notwendig und es sind vielfach wichtige Entscheidungen und Weichenstellungen in Bezug auf Therapie und Leistungsanbieter zu treffen. Um jedoch diese Entscheidungen treffen zu können, benötigen chronisch kranke Menschen eben auch eine große Anzahl versorgungsrelevanter Informationen. Diesem Bedarf angemessen zu begegnen, ist eine große Herausforderung für das Versorgungswesen. Bislang scheint dieses jedoch weit davon entfernt, seinen Nutzern durch bedarfsgerechte Information eine adäquate Nutzung seiner Angebote und Leis-

tungen zu ermöglichen und die Patienten bei der Navigation durch den Dschungel der Versorgungslandschaft sinnvoll begleiten und unterstützen zu können.

Stattdessen bleibt das Versorgungsgeschehen für die übergroße Mehrzahl seiner Nutzer weitestgehend intransparent. Dies hat zur Folge, dass es durch fehlende und/oder falsche Informationen zu Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt und Ressourcen durch suboptimalen Einsatz verschwendet werden (SVR 2000/01). Durch mangelnde Orientierung am Bedarf der potentiellen Nutzer werden in der momentanen Versorgungspraxis beispielsweise bevorzugt diejenigen Nutzergruppen angesprochen, die bereits über ein hohes Maß an Nutzerkompetenz verfügen. Als Konsequenz für das Versorgungswesen kann somit abgeleitet werden, dass es auch weiterhin enormer Anstrengungen und umfangreicher struktureller Verbesserungen speziell im Bereich der Patienteninformation bedarf, um den (chronisch kranken) Patienten eine bedarfsgerechte Nutzung der vorgehaltenen Versorgungs- und Therapieangebote zu ermöglichen.

Dazu fehlt allerdings – so kann konstatiert werden – sowohl auf Seiten der professionellen Akteure, aber auch auf Seiten der Forschung das Wissen über die inhaltlichen Dimensionen des Informationsbedarfs chronisch kranker Menschen. Insbesondere ihr Bedarf bei der Wahl von Versorgungseinrichtungen ist bisher weitestgehend unerschlossen. Auch deshalb hat sich die vorliegende Untersuchung zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Verringerung dieser Lücke im Wissenskorpus der Versorgungsforschung zu leisten. In einer ersten explorativen Annäherung konzentriert sie sich dabei auf den Informationsbedarf chronisch kranker Menschen mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (hier: Arthrose und Chronische Polyarthrititis sowie Morbus Bechterew) bei der Wahl eines Krankenhauses.

4. Herausforderungen und Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl

Chronisch kranke Menschen sind im Verlauf ihrer Erkrankung auf wiederkehrende Krankenhausaufenthalte angewiesen (vgl. Schmidt/Möller 2007). Konkrete Zahlen werden allerdings bisher nur selten veröffentlicht. Für Berlin wurde beispielsweise errechnet, dass sich im Schnitt jeder zehnte von einer chronisch-entzündlich rheumatischen Erkrankung Betroffene einmal im Jahr in stationäre Krankenhausbehandlung begeben muss. Außerdem weisen Rheumapatienten eine um eine Woche längere Verweildauer als durchschnittlich auf. Liegt die durchschnittliche Verweildauer für alle Diagnosen bundesweit bei 9,7 Tagen, so werden für Chronische Polyarthrititis 18,2 Tage und für Spondylitis Ankylosans 19,2 Tage angegeben. (Senatsverwaltung Berlin 2002; Statistisches Bundesamt 2008). Zurückzuführen sind die wiederkehrenden stationären Aufenthalte sowie die deutlich längeren Liegezeiten vor allem auf die vorab beschriebene besondere Verlaufsdynamik und Komplexität des Krankheitsgeschehens. Dabei werden Krankenhausaufenthalte aus unterschiedlichen Gründen notwendig. Meist ist das auslösende Moment eine massive Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Patienten, also eine weitere krisenhafte Erfahrung und Zäsur (Bury 1982) in der Verlaufskurve der Erkrankung. Nicht selten sind die Erkrankten deshalb in jenen Momenten in ihrer Autonomie stark eingeschränkt und durch die erneute Veränderung – aufgrund von Zukunftssorgen – emotional stark belastet; ein Umstand, der Ängste und Unsicherheiten mit sich bringt und Fragen aufwirft.

Handelt es sich bei dem notwendigen Krankenhausaufenthalt nicht um eine Notfalleinweisung sondern – und nur dies soll in der vorliegenden Untersuchung betrachtet werden – um einen geplanten (elektiven) Aufenthalt, das heißt eine reguläre Einweisung, so müssen Patienten in der ohnehin belastenden Situation überdies entscheiden, in welche Einrichtung sie gehen wollen. Auch hier stehen sie vor diffizilen Entscheidungserfordernissen, für deren Bewältigung ihnen häufig die erforderlichen Informationsgrundlagen fehlen (Schaeffer 2004, S. 31f). Denn, wie der gesamte Verlauf der Erkrankung sind Krankenhausaufenthalte nur begrenzt kalkulier- und damit antizipierbar und gestalten sich äußerst unterschiedlich. So ist es, um nur einige Beispiele zu nennen, ein bedeutsamer Unterschied, ob Patienten das Krankenhaus zu Kontrolluntersuchungen oder zu aufwändigen und bezüglich des Ausgangs unklaren differenzialdiagnostischen Untersuchungen aufsuchen, ihre medikamentöse Therapie überprüft wird und gegebenenfalls Medikamente neu eingestellt oder ob operative Eingriffe vorgenommen werden. Anlass und Situation der Krankenhauswahl unterscheiden sich also von Mal zu Mal. Dies hat auch einen Einfluss auf den entsprechenden Informationsbedarf der Patienten.

Überschattet werden die Suchbewegungen nach geeigneten Versorgungseinrichtungen und -informationen darüber hinaus durch bereits gesammelte – häufig negative – Erfahrungen mit dem Versorgungssystem (vgl. erneut Coulter 2002; Coulter/Fitzpatrick 2000; Coulter/Jenkinson 2005; Dierks/Seidel 2005; Schaeffer 2004; Wingenfeld 2003). Dies verursacht neuerliche Ängste und führt zu weiterer Verunsicherung. Verstärkt wird diese durch die Intransparenz des Versorgungswesens, durch die die Suche nach einer passenden Einrichtung für die Patienten zu einem Spiel mit vielen Unbekannten wird. Gleichzeitig zeigt dieser Umstand das Di-

lemma auf, in dem sich Patienten in einer solchen Situation befinden. Auf der einen Seite wollen und sollen sie im Zuge des Wandels der Patientenrolle eine Abkehr von der passiven Empfängerrolle von Behandlungs- und Versorgungsleistungen vollziehen, auf der anderen Seite fehlen ihnen dazu entsprechend aufbereitete Informationen und transparente Strukturen (Dierks et al. 2001; Schaeffer 2006a; Streuf et al. 2007).

4.1 Patienteninformationen, Qualitätsberichterstattung und Qualitätsvergleiche – eine Entscheidungshilfe bei der Krankenhauswahl?

Gerade im Krankenhaussektor werden in Deutschland erst in den vergangenen Jahren entsprechende Informationsangebote ausgebaut und etabliert. Systematische Analysen des tatsächlichen Informationsbedarfs der Patienten als Nutzer entsprechender Angebote liegen allerdings bislang noch nicht vor (Schaeffer 2006a). Der quantitative Zuwachs an Informationsangeboten sagt somit noch nichts über den Bedarf an Information aus. Vielmehr verdichten sich trotz der sehr dünnen Datenlage die Hinweise darauf, dass die etablierten Angebote Defizite hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit aufweisen (Braun 2007; Schaeffer/Dierks 2006; Schwenk/Schmidt-Kaehler o.J.). Bestehende Informations- und Beratungsangebote entsprechen häufig nicht dem Bedarf und den realen Bedürfnissen der Patienten. Der Eindruck scheinbar befriedigender Informations- und Beratungsangebote kann demnach von Betroffenen, die sich um Informationen bemühen, nicht bestätigt werden (Stroth et al. 2007). Ob die Angebote ihr eigentliches Ziel also erreichen, ist deshalb offen. Oft sind sie zudem aus Sicht der professionellen Akteure konzipiert, schwer aufzufinden, qualitativ sehr unterschiedlich, oft nutzerunfreundlich gestaltet und nicht selten widersprüchlich (Schaeffer 2006a).

Angestoßen durch gesetzliche Anreize (Gesundheitsreformgesetz 1989, Gesundheitsstrukturgesetz 1993, GKV-Neuordnungsgesetz 1997, GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, Fallpauschalengesetz 2002 und GKV-Modernisierungsgesetz 2004) sowie Wettbewerbsmechanismen sind unter anderem derzeit Bemühungen zur Bereitstellung von Basisinformationen und Qualitätsdaten über Krankenhäuser zu beobachten. Seit 2006 müssen Krankenhäuser beispielsweise „externe Qualitätsvergleiche, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Qualitätsberichte vorweisen.“ (Geraedts 2007, S. 187) Intention der Qualitätsberichte ist unter anderem, „Informationen und Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten vor einer geplanten Krankenhausbehandlung bereitzustellen“ (Lütticke/Schellschmidt 2005, S. 199). Ziel ist es, ein transparentes Informations- und Unterstützungssystem für Patienten, aber auch für einweisende Ärzte aufzubauen, um ihnen die Navigation durch die unübersichtliche Krankenhauslandschaft zu erleichtern und sie bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu unterstützen (Braun 2007; Geraedts 2007; Hesse/Podding 2006; Lütticke/Schellschmidt 2005; Schaeffer 2006a; Simanski et al. 2006)⁵.

⁵ International ist diese Entwicklung bereits weiter fortgeschritten. In den USA werden beispielsweise bereits seit bald zwei Dekaden Qualitätsdaten zu Krankenhäusern publiziert (Marshall et al. 2000; Marshall et al. 2003;

Die Implementation erfolgte allerdings ohne systematische Begleitevaluationen und so lassen sich mögliche Auswirkungen auf die Qualität von Leistungen nur schwer beurteilen (Geraedts 2007; Lütticke/Schellschmidt 2005). Außerdem geben die Ergebnisse vorliegender Evaluationsuntersuchungen aus Ländern, in denen entsprechende Daten bereits vorliegen, Hinweise darauf, dass sich Patienten nach wie vor noch nicht ausreichend über das Versorgungswesen (und hier besonders über Krankenhäuser) informiert fühlen (Coulter 2004; Dealey 2005). Gleichzeitig greifen sie aber bei Entscheidungen wie beispielsweise der Wahl eines Krankenhauses in geringerem Maße als erwartet auf die bereitgestellten Angebote zurück (Braun 2007; Coulter 2004; Dealey 2005; Geraedts 2006; Hibbard/Jewett 1996, 1997; Mannion/Goddard 2003; Marshall et al. 2000; Mukamel/Mushlin 2001; Romano/Zhou 2004; Schaffler/Mordavsky 2001). Der Grund für diese Schieflage könnte – so der Befund mehrerer Arbeiten – im Wesentlichen sein, dass die bereitgestellten Informationen für Patienten unverständlich sind, nicht den Kern des Interesses treffen und als nicht vertrauenswürdig erscheinen (Dealey 2005; Mannion/Goddard 2003; Marshall et al. 2000; Mukamel/Mushlin 2001; Romano/Zhou 2004; Streuf et al. 2007; Suhonen et al. 2005).

Die mangelnde Rezeption resultiert also vermutlich aus der unzureichenden Nutzerorientierung der verfügbaren Informationen und nicht etwa aus der fehlenden Bereitschaft oder Motivation, Informationen zu suchen und zu finden (Schaeffer 2006a; Siewert et al. 2008). Im Gegenteil, das Interesse an Qualitätsvergleichen zwischen Krankenhäusern zeigt sich beispielsweise in den Auflagensteigerungen der Zeitschrift „Focus“ bei den Ausgaben, in denen vergleichende Krankenhausbewertungen veröffentlicht wurden (Dierks et al. 2001), oder in einem entsprechenden Beitrag der Zeitschrift „test“ (Stiftung Warentest) im November 2007, der genau die geschilderte Problematik zum Thema macht (Stiftung Warentest 2007). Die internationalen Befunde scheinen also durchaus auf Deutschland übertragbar zu sein und sind auch deshalb von besonderer Bedeutung, da im Krankensektor mit viel Energie an der Konzeption von Informationsangeboten gearbeitet wird (Schaeffer 2006a; Schaeffer et al. 2005). Sie könnten außerdem Ergebnisse des von der Bertelsmannstiftung in 2006 durchgeführten Gesundheitsmonitors teilweise erklären. Demzufolge hatte sich innerhalb der ersten sieben Monate nach dem Erscheinen der Qualitätsberichte nur ein verschwindend geringer Anteil an Patienten

Mukamel/Mushlin 2001; Schaeffer 2006a; Schaffler/Mordavsky 2001). Eine ähnliche Entwicklung lässt sich für Australien, Kanada und Neuseeland (Barr et al. 2002) sowie für weitere Länder Europas (Großbritannien, Italien, Niederlande, Skandinavien) beobachten (Bevan 2005; vgl. auch Klauber et al. 2005; Marshall et al. 2003; Mason/Street 2006). Grundsätzlich leisten diese Daten sicherlich ihren Beitrag zu einem Mehr an Transparenz. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass mit der Berichterstattung durchaus unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Diese sind neben der Erleichterung der Orientierung für Nutzer entsprechender Leistungen insbesondere Kostenkontrolle und Wettbewerbsgesichtspunkte. Dieser Mix an Zielen ist auch in Deutschland zu erkennen (Schaeffer 2006a). Allerdings überwiegt hier die Hoffnung, dass die entwickelten und die noch zu entwickelnden Angebote vor allem zu mehr Transparenz für Patienten beitragen werden (Geraedts 2006; Lütticke/Schellschmidt 2005).

– nämlich 2,6 Promille – im Vorfeld elektiver Krankenhausaufenthalte über das Internet und die Qualitätsberichte vor der Wahl kundig gemacht (Geraedts 2006, 2007); (vgl. auch Braun 2007). Hierfür mag neben dem geringen Bekanntheitsgrad und der bestenfalls geringen Nutzerorientierung der Qualitätsberichte auch ein weiteres Problem verantwortlich sein (vgl. Bates/Gawande 2000). Denn ein Vergleich der Daten ist selbst für ausgewiesene Experten schon allein aufgrund fehlender einheitlicher Vorgaben praktisch nicht möglich (Bates/Gawande 2000; Drösler 2007; Lütticke/Schellschmidt 2005; Shaller et al. 2003; Streuf et al. 2007). Wie also sollten Patienten diese Daten heranziehen und in einer sowohl emotional als auch körperlich belastenden gesundheitlichen Situation und unter relativem Zeitdruck entsprechende Informationen zur Qualität der vorgehaltenen Leistungen finden und miteinander vergleichen, um eine Entscheidung zu treffen?

Die entsprechenden Berichte enthalten außerdem momentan keine Angaben zur Ergebnisqualität (wie beispielsweise Sterbe- und Komplikationsraten, Erfolgsbewertungen aus Patientensicht und aus Sicht des einweisenden Arztes). Über Behandlungsergebnisse finden Nutzer und Patienten bisher also keine Angaben (Lütticke/Schellschmidt 2005; Streuf et al. 2007).

Es ist anzunehmen, dass die bereitgestellten Informationen somit bisher nicht spürbar zu einer Verbesserung der Transparenz der stationären Krankenhausversorgung beitragen (vgl. Amhof/Galkowski 2007; Streuf et al. 2007). Das gilt auch und besonders für die Informationsbereitstellung über das Internet (Drösler 2007). Dies ist deshalb bemerkenswert, da in Zukunft mit einer „verstärkten Nachfrage nach vergleichenden Darstellungen zur Ergebnisqualität im Internet zu rechnen [ist]“ (Drösler 2007, S. 220; vgl. auch Bates/Gawande 2000; Schaeffer et al. 2005). Insgesamt ist, wie in der Literatur mehrfach betont wird, mit einem steigenden Bedarf an internetbasierter Information zu rechnen, wenngleich hierbei beachtet werden muss, dass zum Beispiel ältere und alte Menschen auf das Medium Internet bisher noch eingeschränkt zugreifen, bzw. noch keinen Internetzugang besitzen (Braun 2007) – ein Aspekt, der noch ausführlicher betrachtet wird. Eine Herausforderung könnte demnach darin bestehen, die bisher wenig bekannten Präferenzen der Nutzer qualitätsrelevanter Daten bei der Entwicklung nutzerfreundlicher Darstellungsformen und Darstellungswege zu ermitteln und im Etablierungsprozess zentral zu berücksichtigen (Schauffler/Mordavsky 2001). Unumstritten ist bisher nur, dass Qualitätsberichte für Nutzer und Patienten verständliche und verwendbare Informationen beinhalten müssen, um überhaupt rezipiert zu werden (Rudd/Glanz 1989; Shaller et al. 2003; Streuf et al. 2007). Außerdem sollten, so erste Befunde, die Botschaften einfach und überschaubar sein (Rudd/Glanz 1989).

An dieser Stelle ist allerdings auch zu erwähnen, dass noch nicht ausreichend untersucht ist, wie hoch der Einfluss der Qualitätsberichterstattung und der von Qualitätsvergleichen auf die Krankenhauswahl tatsächlich ist (Romano/Zhou 2004; Rudd/Glanz 1989). Teilweise wird der Nutzen entsprechender Berichte bei der Entscheidung für ein Krankenhaus sogar grundsätzlich in Frage gestellt (Romano/Zhou 2004).

Eine weitere, bisher wenig betrachtete Frage ist, welchen Einfluss die zahlreichen Qualitätssiegel oder Zertifikate auf die Entscheidung von Pati-

enten haben. Speziell hier ist die Landschaft im Klinikbereich mittlerweile fast unüberschaubar, so dass es für Patienten zunehmend schwerer ist, sich im Dickicht unterschiedlicher Zertifikate und Siegel zurechtzufinden⁶. Ganz in diesem Sinne mehren sich die Hinweise darauf, dass diese Auszeichnungen einen eher untergeordneten Einfluss auf die Wahl haben (Streif et al. 2007). „Notwendig sind für jeden zugängliche Informationsquellen, die objektive, aussagekräftige und vergleichbare Informationen über [...] Einrichtungen [...] enthalten, die gleichzeitig aber auch relevante Kriterien für den Bürger mit seinen rational, aber auch emotional geprägten Entscheidungsprozessen darstellen.“ (Streif et al. 2007, S. 114)

4.2 Kriterien und Präferenzen von Patienten bei der Krankenhauswahl

Erste Hinweise auf Kriterien und Präferenzen bei der Krankenhauswahl finden sich unter anderem in einer vom Picker Institut Deutschland (2006) vorgelegten Studie zum Informationsbedarf von Patienten bei der Wahl einer Einrichtung im Gesundheitswesen. Mit Blick auf das Krankenhaus zeigt diese, dass die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus stark durch Ängste und Befürchtungen geprägt ist, da Patienten die Konsequenzen und Ergebnisse medizinischer Interventionen nur schwer abschätzen können. Informationsbedürfnisse bestehen laut Picker Institut deshalb vor allem in Bezug auf den zu erwartenden medizinischen Behandlungserfolg. Mit entsprechenden Informationen erhoffen sich Patienten, Sicherheit aufbauen zu können. Patienten interessieren sich laut Picker insbesondere für Informationen hinsichtlich der Spezialisierung der Klinik und der Kompetenz der Ärzte. Die Nähe zum Wohnort hingegen scheint eine weit untergeordnete Rolle bei der Wahl eines Krankenhauses zu spielen (Picker Institut 2006).

Zu einem anderen Ergebnis kommt eine Studie von Burge et al. (2005). Sie betonen auf der Basis ihrer in Großbritannien durchgeführten Untersuchungen, dass vor allem der Ruf eines Krankenhauses und – konträr zu den Ergebnissen des Picker Instituts (2006)⁷ – die Wohnortnähe ein bedeutendes Kriterium bei der Entscheidung von Patienten im Kontext einer elektiven stationären Behandlung ist. Die Wohnortnähe ist für die Patienten vor allem dann entscheidend, wenn die Kosten für den Krankentransport nicht übernommen werden (Burge et al. 2005).

Dierks et al. fragten Patienten in einem deutschen Krankenhaus, warum sie sich für eben dieses Haus entschieden haben.

⁶ Zum Beispiel Gütesiegel "Babyfreundliches Krankenhaus" von der Weltgesundheitsorganisation und UNICEF, Zertifikat "Brustzentrum" der Deutschen Krebsgesellschaft, Zertifikat für die Mitgliedschaft im "Deutschen Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser", Gütesiegel "Energie sparendes Krankenhaus" des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) e.V., Zertifikat "Qualifizierte Schmerztherapie" von Paincert, Qualitätsmanagement-Zertifikat der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), Zertifikat "Rauchfreies Krankenhaus" des "Deutschen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser".

⁷ Deren Daten basieren allerdings vorwiegend auf der Befragung von in der Großstadt lebenden Patienten.

„Von den Befragten gaben 50,6 % an, dass sie selbst sich für das Haus entschieden hätten, 25,3 % der Befragten waren auf ausdrückliche Empfehlung ihres niedergelassenen Arztes zur stationären Behandlung in gerade dieses Haus gekommen. Für die Befragten war zu 45 % die räumliche Nähe ein Auswahlkriterium, gefolgt vom Ruf des Hauses (26,3 %) und von Empfehlungen aus dem Familien- und Freundeskreis (26,3) [...]“ (Dierks et al. 2001, S. 70).

Geraedts (2006) ermittelte anhand vorgegebener Items die Relevanz unterschiedlicher Aspekte bei der Krankenhauswahl und stellt die „Top-Ten“ der Kriterien vor, die Versicherte für eine Krankenhauswahl als wichtig erachten: An erster Stelle steht die Qualifikation der Ärzte, gefolgt von der Sauberkeit der Klinik und der Patientenzimmer, der Qualifikation des Pflegepersonals, der Behandlung nach dem neuesten und derzeit besten medizinischen Verfahren, der Freundlichkeit des Personals, der Einbeziehung der Patienten bei der Behandlung, der Spezialkompetenz der Klinik, der Zufriedenheit der Patienten mit dieser Einrichtung, der Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik sowie der Empfehlung der Klinik durch Spezialisten.

In einer Studie von Simanski et al. (2006) wurden chirurgische Patienten zu Beginn ihres Krankenhausaufenthaltes im Rahmen einer anonymen, standardisierten Umfrage zu zehn ausgewählten Wahlkriterien befragt und gebeten, diese Kriterien der Wichtigkeit nach einzustufen. Die Kriterien wurden wie folgt geordnet: Am wichtigsten war Patienten die ärztliche Versorgung, gefolgt von der pflegerischen Versorgung und einer guten Schmerztherapie. Die weiteren Ränge belegten die Qualität der apparativen Ausstattung, ein gutes Betriebsklima, der Ruf des Hauses, die moderne räumliche Ausstattung, die Qualität des Essens, die Empfehlung anderer sowie an letzter Stelle die Grünpflanzen/Gartenanlagen (Simanski et al. 2006).

Das Picker Institut Deutschland ermittelte Kriterien von Patienten bei der Weiterempfehlung für ein Krankenhaus (Picker Institut). Der wichtigste Grund für die Bereitschaft eines Patienten, ein Krankenhaus weiterzuempfehlen, ist demnach das Arzt-Patienten-Verhältnis, gefolgt vom Pflegepersonal, der Ausstattung der Zimmer, dem Erfolg der Behandlung, dem Essen, der Sauberkeit, dem Aufnahmeverfahren, der Vorbereitung auf die Entlassung, der Zimmeratmosphäre und schließlich der Einbeziehung der Familie.

Kriwy und Aumüller (2007) untersuchten im Rahmen einer schriftlichen Mehrthemenbefragung mit 970 Befragten in Bayern die Präferenzen bei der Hausarzt- und Krankenhaussuche. Den Befragten wurde „der Sachverhalt präsentiert, dass eine Diagnose eine Operation und einen einwöchigen Krankenhausaufenthalt erfordern würde.“ (Kriwy/Aumüller 2007, S. 467) Alters- und versicherungsstatusübergreifend gab dabei ein Großteil der Befragten an, bei der Wahl des Krankenhauses dem Rat des diagnostizierenden Haus- oder Facharztes zu folgen. Außerdem wurde der Befragung von Freunden, Bekannten und Arbeitskollegen ein zwar deutlich geringerer, dennoch großer Stellenwert eingeräumt. Als wichtige Informationsquelle bei der Entscheidung für ein Krankenhaus gaben die Befragten zudem an, sich vor Ort in der Klinik beraten zu lassen. Über Fachzeitschriften, Informationsmaterial von Kliniken, über das Branchenbuch oder Apotheken informierten sich demgegenüber eher wenige der Befragten über

ein Krankenhaus (Kriwy/Aumüller 2007). Die wichtigsten Kriterien waren auf ihr Fachgebiet spezialisierte Ärzte, der Ruf der Klinik, die Ausstattung der Klinik mit modernen Geräten, ein freundliches Pflegepersonal sowie die Betreuung durch den operierenden Arzt. Weniger wichtig waren den Befragten zum Beispiel Ausstattungsmerkmale wie ein Schwimmbad oder der Internetzugang auf dem Krankenzimmer (Kriwy/Aumüller 2007, S. 468).

Streif et al. (2007) nutzten die von der BARMER Ersatzkasse routinemäßig durchgeführten und standardisierten telefonischen Befragungen von mehr als 2.000 Versicherten, um diese nach den Informationsquellen und deren Wichtigkeit, den Kriterien bei der Wahl eines Krankenhauses sowie der bevorzugten Form eines Informationsmediums bei der Wahl zu befragen (Streif et al. 2007, S. 113). Danach stellt der Hausarzt die wichtigste Informationsquelle dar; seinen Empfehlungen wird auch die größte Bedeutung zugemessen.

„An zweiter Stelle der Inanspruchnahme liegen Zeitungen, Zeitschriften und das Internet [...]. An der Spitze der Auswahlkriterien liegt der gute Ruf (62% sehr wichtig), die gute Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt (57%) und die Fallzahl (55%). Gute Hotel- und Serviceleistungen (24%) und die Existenz von Krankenhauszertifikaten (20%) bilden das untere Ende der sehr wichtigen Auswahlkriterien.“ (Streif et al. 2007, S. 113f)

Ähnliche Befunde ermittelten Heischmidt und Heischmidt (1991). Sie stellten fest, dass vor allem das ärztliche Personal, der Ruf einer Einrichtung sowie eigene Erfahrungen mit einem Haus eine prominente Rolle im Entscheidungsprozess der Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus spielen.

Gooding (1995) untersuchte den Einfluss von Mundpropaganda, Expertenmeinung, anderen Informationsquellen (beispielsweise Werbung und Zeitschriften sowie Fernsehen) und Erfahrungen auf die Entscheidungsfindung bei der Wahl eines Krankenhauses im Verhältnis zueinander. Eigene Erfahrungen haben den Ergebnissen Goodings (1995) zufolge das größte Gewicht und rangieren noch vor der Meinung von Experten und Mundpropaganda.

Erstmals ausführlicher hat sich Schaeffer (2006a) im deutschsprachigen Raum im Rahmen einer Literaturanalyse den Informationsbedürfnissen von Patienten bei der Krankenhauswahl genähert (Schaeffer 2006a). Die Ergebnisse der Literaturanalyse bestätigen zunächst die beschriebene Forschungslücke. Demnach liegen sowohl national als auch (mit wenigen Einschränkungen) international kaum Studien zum Thema vor. Aus den bisher publizierten Befunden zum *patient's view* lassen sich – allerdings nur mittelbar – zusätzliche Hinweise auf die Informationsbedürfnisse und Präferenzen von Patienten bei der Krankenhauswahl ableiten.

Insbesondere zur Problemwahrnehmung der stationären Versorgung und den Qualitätsanforderungen aus Nutzersicht – und damit einem thematisch eng angrenzenden Themenfeld – liegen, mehrere internationale Arbeiten vor, denen durchaus wichtige Anregungen hinsichtlich der Präferenzen und Erwartungen von Patienten an die Krankenhausversorgung entnommen werden können. Zentrale Ergebnisse werden in der Folge tabellarisch dargestellt. Zusammenfassend lassen sich in Bezug auf die

prioritären Erwartungen von Patienten an die Versorgung im Krankenhaus aus den vorliegenden Studien sechs übergeordnete Themenbereiche ableiten (vgl. Schaeffer 2006a, S. 19).⁸

⁸ Eine ausführliche Betrachtung der genannten Themenbereiche finden sich in Schaeffer (2006a, S. 18ff).

Tabelle 1: Zusammenfassung der Erwartungen von Patienten an die Versorgung im Krankenhaus (vgl. Schaeffer 2006a)

Erwartungen von Patienten an die Versorgung im Krankenhaus	Auswahl relevanter Literatur
Vertrauen gegenüber der/den (be-)handelnden Person(en) und der Institution	(Gerteis/Roberts 1993; Gerteis et al. 1993a; Gerteis et al. 1993b; Ruprecht 2001; Thiede 2005)
Fallgemessene und individualisierte fachliche Kompetenz und Qualifikation insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Therapie und Diagnostik, aber auch der pflegerischen und therapeutischen Versorgung sowie der Patientenbetreuung im Allgemeinen	(Anderson et al. 2001; Coulter/Fitzpatrick 2000; Coulter/Cleary 2001; Geraedts 2006; Gerteis/Roberts 1993; Gerteis et al. 1993b; Grande/Romppel 2005; Infante et al. 2004; Jun et al. 1998; Larrabee/Bolden 2001; Oermann et al. 2000; Radwin 2000; Shank et al. 1992; Sofaer/Firminger 2005; Sofaer et al. 2005; Stichler/Weiss 2000; Witte 1996)
Von Respekt, Akzeptanz und Empathie vor der Person, ihrer Privatsphäre und ihren subjektiven und individuellen Bedürfnissen geprägte Beziehung der Gesundheitsprofessionen zum Patienten und seinen Angehörigen	(Allhouse 1993; Anderson et al. 2001; Anselm 2003; Bauer 2005; Coulter 2002; Coulter/Cleary 2001; Draper et al. 2001; Geraedts 2006; Gerteis et al. 1993b; Grande/Romppel 2005; Grol et al. 1999; Infante et al. 2004; Johnson et al. 2004; Larrabee/Bolden 2001; Larsson et al. 1998; Lovgren et al. 1996; Moers/Schaeffer 1992; Müller-Mundt 2006; Müller/Thielhorn 2000; Ngo-Metzger et al. 2003; Ruprecht 2001; Sawicki 2005; Schaeffer 2001; Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2003; Schilder et al. 2001; Scott et al. 2003; Stevens et al. 1977; Stichler/Weiss 2000; Välimäki et al. 2004; Weingart et al. 2006; Wingenfeld 2005; Witte 1996)
Zeitlich und inhaltlich adäquate, verständliche und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Kommunikation und Information über Diagnose, Behandlungsoptionen, Therapie, Entlassung, aber auch hinsichtlich der Routinen und Abläufe	(Attree 2001; Hurrelmann/Leppin 2001; Klempner 2003; Müller-Mundt 2005; Sawicki 2005; Schaeffer 2006b; Scheibler 2004; Scheibler/Pfaff 2003; Scheibler et al. 2003; Sofaer et al. 2005; Suhonen et al. 2002; Suhonen et al. 2005; Wingenfeld 2005; Witte 1996)
Organisation und Management der Krankenhausversorgung, insbesondere kurze Wartezeiten, ausreichende Zeit für Patienten und Kontinuität in der Versorgung sowie personelle Kontinuität, Flexibilität, Transparenz und ein guter und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmter Service	(Anderson et al. 2001; Bethell 2000; Dealey 2005; Douglas/Douglas 2004; Draper et al. 2001; Eilers/Walker 1993; Gerteis et al. 1993b; Iurrita 1999; Lovgren et al. 1996; Radwin 2000; Ruprecht 2001; Sawicki 2005; Schaeffer 1999; Schaeffer 2001; Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2002; Sixma et al. 1998; Sofaer et al. 2005; Stichler/Weiss 2000; Weingart et al. 2006; Wingenfeld 2005; Witte 1996)
Umgebungsgestaltung und Atmosphäre im Sinne der geographischen und räumlichen Situierung (Stichwort Wohnortnähe), der infrastrukturellen Gegebenheiten der Einrichtung, aber auch deren Umgebung sowie ihre baulich-architektonische Gestaltung	(Concato/Feinstein 1997; Dealey 2005; Douglas/Douglas 2005; Douglas/Douglas 2004; Draper et al. 2001; Gerteis et al. 1993a; Gerteis et al. 1993b; Infante et al. 2004; Jun et al. 1998; Larsson et al. 1998; Ngo-Metzger et al. 2003; Oberlander 1979; Sixma et al. 1998; Sofaer et al. 2005; Stichler/Weiss 2000; Walker 1993; Weingart et al. 2006)

Es kann vermutet werden, dass die genannten Aspekte auch bei der Wahl eines Krankenhauses, also bei der Informationssuche *im Vorfeld* der stationären Behandlung, von den Patienten als wichtig erachtet werden. Darauf deuten auch die zu Anfang dieses Kapitels zitierten Befunde hin. Dennoch merkt Schaeffer (2006a) an, dass dies derzeit nicht sicher aus den Ergebnissen nationaler und internationaler Forschung zum Themengebiet des *patient's view* abgeleitet werden kann. Wahrscheinlich scheint indes nur, dass reine Sach- und Leistungsinformationen, wie sie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten, das Interesse und die Präferenzen der Patienten nur sehr eingeschränkt treffen (vgl. Schaeffer 2006a, S. 38); (vgl. auch Bates/Gawande 2000; Braun 2007).

Doch nicht nur der Inhalt der Informationen entscheidet darüber, ob diese von Patienten als hilfreich empfunden werden. Eine vermutlich ebenso große Rolle spielen die *Informationswege* und die *Aufbereitung* der Informationen. Einfach ausgedrückt: Informationen können wahrscheinlich erst dann von Patienten abgerufen werden, wenn sie auch (leicht) auffindbar sind, bzw. ein Zugang zur Informationsquelle besteht. Braun kritisiert in diesem Zusammenhang, dass gerade ältere Patienten durch eine ausschließliche Veröffentlichung der Qualitätsberichte über das Internet nur eingeschränkt erreicht werden können (Braun 2007). Informationen können zudem erst dann rezipiert werden, wenn sie aus Sicht der Patienten auch verständlich und ansprechend gestaltet sind – Erkenntnisse, die fast banal anmuten, denen allerdings bei der Informationspolitik der Krankenhäuser noch zu wenig Beachtung geschenkt wird (ex. Braun 2007; Geraedts 2006; Manero 2005; Schaeffer 2006a).

Studien weisen darauf hin, dass Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses vor allem auf *mündliche Informationen* zurückgreifen. Neben eigenen Erfahrungen werden demnach insbesondere der Rat behandelnder Ärzte, aber auch Hinweise von Angehörigen, Verwandten und Bekannten von Patienten genutzt (vgl. Schaeffer 2006a, S. 39); (Andersen/Schwarze 2000; Gooding 1995; Kaiser Family Foundation et al. 1996; Streuf et al. 2007). Dieser Befund scheint den Ergebnissen zahlreicher Studien und Überblicksarbeiten zufolge nicht nur auf die Wahl eines Krankenhauses zuzutreffen, sondern kann generell auf die Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen übertragen werden (Braun 2007; Cleary/Edgman-Levitan 1997; Coulter/Magee 2003; Dealey 2005; Geraedts 2006; Kaiser Family Foundation et al. 1996; Kempson 1987; Schaeffer 2006a; Spadaro 2003). Bemerkenswert ist, dass Patienten offensichtlich ihre Entscheidung zu einem hohen Anteil auf der Basis von Informationen oder Erfahrungen nicht-professioneller Akteure treffen (Andersen/Schwarze 2000; Bates/Gawande 2000; Loos-Elßer/Sichermann 2003; Schaeffer 2006a).

Grundsätzlich muss dies jedoch nicht bedeuten, dass schriftliche Informationen von Patienten nicht gewünscht würden. So ermitteln O'Connor et al. (2001) beispielsweise im Kontext von „decision making needs“ im Versorgungsgeschehen, dass Patienten mehrheitlich einen *Mix aus mündlicher und schriftlicher* Information wünschen. Dabei spielt offenbar auch das Internet eine wachsende Rolle (Dierks/Schaeffer 2005; Geraedts 2006; Schaeffer 2006a; Schmidt-Kaehler 2005b). Dies ist ein Aspekt, dem im Rahmen dieser Arbeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Warum Patienten dennoch vor allem mündliche Informationen nutzen und weshalb für sie Informationen aus dem nicht-professionellen System bei einer Wahlentscheidung teilweise über diejenigen aus dem System der professionellen Akteure gestellt werden, bleibt vor dem Hintergrund der momentanen Datenlage allerdings offen. Vermutet werden kann, dass die Patienten entsprechende schriftliche Informationen bisher nur schwer finden können, dass Informationen hinsichtlich Sprache und Darstellung oft unverständlich sind oder aber dass Patienten lieber – quasi im Sinne eines interindividuell handlungsleitenden Referenzsystems – eigenen Präferenzen und denen anderer Patienten folgen als sich an objektivierbaren Informationen zu orientieren (Dierks/Schaeffer 2005; Schaeffer 2006a).

Exkurs: Wahlmöglichkeit von Krankenhäusern in Deutschland – zu ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, Angebotsstruktur und Ergebnisqualität

An dieser Stelle soll ein weiterer wichtiger Aspekt im Kontext der Krankenhauswahl eingeschoben und erörtert werden, der in der bisherigen Diskussion meist nur gestreift oder überhaupt nicht beachtet wird. Es kann angenommen werden, dass die Grundvoraussetzung für eine Wahl zu allererst einmal Wahlfreiheit und Wahlmöglichkeit sind. Daher werden nachfolgend zwei Dimensionen beleuchtet und diskutiert:

- (1) Inwieweit ermöglichen die gesetzlichen Grundlagen grundsätzlich eine Wahlfreiheit der Versicherten (ordnungspolitische Dimension)?
- (2) Unterscheiden sich Krankenhäuser überhaupt hinsichtlich ihres Portfolios (Leistungsspektrum, Ausrichtung, etc.) oder der Qualität der Leistungserbringung (Angebots- und Qualitätsdimension)?

Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

Grundsätzlich steht die Wahl eines Krankenhauses den Versicherten von gesetzlicher und ordnungspolitischer Seite in Deutschland frei⁹. Allerdings

⁹ International ist das Bild hinsichtlich der Wahlfreiheit durchaus unterschiedlich. In Großbritannien werden Patienten seit Ende 2005 beispielsweise bei geplanten Krankenhausaufenthalten vom Hausarzt vier bis fünf geeignete Krankenhäuser (NHS-Krankenhäuser und private Häuser) genannt, aus denen sie sich eines für die Behandlung aussuchen können (Manero 2005). In Norwegen besteht seit 2001 die Möglichkeit der freien Wahl öffentlicher Krankenhäuser (Norum/Moen 2004). Auch in Japan können sich die Patienten für ein Krankenhaus frei entscheiden (vgl. Matsumoto 2007). Ebenso ist es in Australien, Belgien, Frankreich, Italien, in den Niederlanden, in Österreich und der Schweiz (Fritz Beske Institut 2005). Anders sieht es beispielsweise in Dänemark, Kanada und Schweden aus. Hier ist die Wahl beschränkt (Fritz Beske Institut 2005). Für die USA ist die Einschätzung unterschiedlich. Während Bates (2000) konstatiert, dass Patienten häufig das Krankenhaus wählen können, kommt die Analyse des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel zu einem anderen Ergebnis. Demnach können Patienten in den USA das Krankenhaus nicht frei wählen (Fritz Beske Institut 2005). Ein Grund für diese unterschiedlichen Ergebnisse könnten unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des Einflusses von Versicherungs- und Krankenhausträgern in den USA sein.

gibt es zwischen Versicherten der privaten und der gesetzlichen Krankenkassen Unterschiede bei der Kostenübernahme. Dies ist mit Konsequenzen für Patienten verbunden und ein bisher nur wenig beachteter und gleichsam komplexer Aspekt der Diskussion über die Krankenhauswahl. Für gesetzlich Versicherte sind so zunächst die Regelungen in § 39 (Regelungen zur Krankenhausbehandlung) und § 76 (Regelungen die freie Arztwahl betreffend) SGB V bindend. In den „Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)“ von 2003 heißt es darüber hinaus: „In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind [...] vom behandelnden Arzt die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.“ (Jung 2003, S. A215) Ergänzend ist dabei das „Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung“ nach § 39 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen, in dem es heißt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse erstellen gemeinsam unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, dass sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.“

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit schränkt das Gesetz damit die Wahlfreiheit der Versicherten faktisch ein. Zwar kann der Arzt grundsätzlich festlegen, welches Krankenhaus er als geeignet ansieht. Bei der Verordnung muss er jedoch im Rückgriff auf das genannte Verzeichnis die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Häuser angeben. Auch um mögliche Zusatzkosten zu vermeiden, können die Versicherten also nur zwischen diesen Einrichtungen wählen. Ob ein Krankenhaus als nächsterreichbar gilt, wird dabei grundsätzlich anhand der räumlichen Entfernung bestimmt. Es muss ein Krankenhaus sein, durch dessen Inanspruchnahme keine höheren als geringfügige Mehrkosten entstehen. Dementsprechend ist es nicht ausreichend, wenn ein Krankenhaus das zweitnächsterreichbare ist, aber weit entfernt liegt. Sollte dies der Fall sein, so entfällt praktisch die Wahlfreiheit des Versicherten (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 2005, S. 4).

Der Versicherte muss also grundsätzlich das vom Arzt ausgewählte Krankenhaus aufsuchen. In Paragraph 39, Absatz 2 SGB V heißt es weiterhin: „Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.“ Zwingende Gründe können beispielsweise dann gegeben sein, wenn der Versicherte oder seine Angehörigen bereits erhebliche negative Erfahrungen bei früheren Behandlungen gemacht hat und das Verhältnis mit den behandelnden Krankenhausärzten gestört ist. Dann ist das vom Arzt genannte Krankenhaus dem Versicherten nicht zuzumuten (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 2005, S. 5).

Die Wahlfreiheit von Versicherten, so kann zusammenfassend konstatiert werden, ist – zumindest aus monetären Gründen – nicht in vollem Maße gegeben, teilweise erheblich eingeschränkt oder gänzlich verwehrt. Benachteiligt sind hier insbesondere diejenigen Versicherten, die sich gegebenenfalls anfallende Mehrkosten finanziell nicht leisten können. Außerdem benachteiligt die Regelung diejenigen Versicherten, die in Gebieten mit einer geringen Krankenhausedichte, wie beispielsweise dem ländlichen Raum, leben und nicht zuletzt diejenigen, die sich mit ihrem behandelnden Arzt nicht über eine geeignete Einrichtung einigen oder ihre Interessen nicht in ausreichendem Maße wahrnehmen oder vertreten können. Diese Begrenzung der Wahlfreiheit machen sich viele private Versicherungsträger zu Nutze. Sie bewerben private Zusatzversicherungen damit, dass entsprechende Policen die Wahlfreiheit ihrer Versicherungsnehmer vergrößern – beispielsweise dadurch, dass Mehrkosten einer Behandlung in einem frei gewählten Vertragskrankenhaus übernommen werden (ex. Allianz 2007; HUK-Coburg 2007).

Angebotsstruktur und Ergebnisqualität

Nach den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wird nachfolgend die Angebots- und Qualitätsdimension bei der Krankenhauswahl betrachtet. Denn auch dieser Punkt könnte einen großen Einfluss auf die Wahl haben. Nur wenn die einzelnen Häuser unterschiedliche Leistungen, Angebote und Qualitäten aufweisen, ist es für die Patienten sinnvoll, einzelne Krankenhäuser zu vergleichen und sich dann für ein bestimmtes Haus zu entscheiden.

Geht man den neueren Entwicklungen im Krankensektor in Deutschland nach, so werden auf unterschiedlichen Ebenen verortete Veränderungen und Umwälzungen sichtbar, die nicht ohne Auswirkungen auf das Leistungs- und Angebotsspektrum der Häuser geblieben sind. So wird mittlerweile „das selbstständige, allein agierende Einzelkrankenhaus [...] in Deutschland zusehends als Auslaufmodell [bezeichnet]. Noch vor wenigen Jahren dominierte sektorweit der Typ des völlig autarken Einzelkrankenhauses mit breitem Leistungsspektrum und voll integrierten Service- und Supportfunktionen.“ (Wettke 2007, S. 27) In einem immer stärker ausgebauten Wettbewerb untereinander erwiesen sich die großen Häuser, wie zum Beispiel Unikliniken, aufgrund ihrer Komplexität als zu unflexibel (Wettke 2007). In der Folge hat eine Neuordnung des Krankensektors begonnen, die mit großen Veränderungen im Leistungs- und Angebotsspektrum einhergeht. So greifen in den Krankenhäusern Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse um sich (Neubauer et al. 2007).

Für Patienten bleiben diese Umbrüche und Veränderungen nicht ohne Konsequenzen. Das „Einheitskrankenhaus“, das für sie in allen Fragen der stationären Krankenhausversorgung zuständig war, gibt es immer seltener.

Patienten sehen sich dadurch mit der Herausforderung konfrontiert, nach dem für ihre Bedürfnisse „richtigen“ Haus suchen zu müssen. Um es zu finden, müssen sie das Angebots- und Leistungsspektrum der Krankenhäuser vergleichen und Unterschiede bewerten – eine auf einem immer noch sehr undurchsichtigen Krankenhausmarkt und vor dem Hintergrund der gesetzlichen und ordnungspolitischen Hürden keinesfalls leichte Aufgabe. Für deren Bewältigung benötigen sie leicht auffindbare, verständlich

aufbereitete sowie vergleichbare Informationen über die Angebote, aber auch die Qualität der Leistungen. Ohne zielgerichtete und nutzerorientierte Unterstützungs- und Informationsangebote scheint dies nur sehr schwer möglich.

Zwischenfazit

Patienten haben in Deutschland also, wenn auch eingeschränkt, grundsätzlich die Wahl zwischen mindestens zwei Krankenhäusern. Um wählen zu können, benötigen sie Informationen. Die Beantwortung der Frage nach der Art der Informationen stellt sich allerdings zum jetzigen Zeitpunkt als nicht einfach dar. Denn zur Frage „Was wollen Patienten/Nutzer über das Krankenhaus wissen, was ist für sie relevant, auch um Entscheidungen treffen zu können, und wie wollen sie informiert werden?“ (Schaeffer 2006a, S. 13) liegen bisher nur wenige Studien vor. Insbesondere in Deutschland fehlt es, wie gezeigt wurde, an hierzu notwendigen Nutzer- und Patientenuntersuchungen (Badura/Schellschmidt 1999). So wird hierzulande ein eklatanter Mangel an systematischen Erhebungen zum Bedarf an Patienteninformation beklagt (Krause et al. 2004; Rosenbrock 2001; Schaeffer 2006a; Schaeffer et al. 2005; SVR 2003; Wingenfeld 2003). Dies gilt besonders für die Erwartungen, die subjektiven Wünsche und die Bedürfnisse von Patienten im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung (Schaeffer 2006a).

International firmiert die sich damit verbindende Forschungstradition unter dem Label *patient's view* und hat viel beachtete Erkenntnisse hervorgebracht (ex. Cleary/Edgman-Levitan 1997; Coulter/Fitzpatrick 2000; Coulter/Cleary 2001; Coulter/Magee 2003; Gerteis/Roberts 1993; Schaeffer 2006a). Hierzulande kann bis dato erst auf verhältnismäßig wenige Ergebnisse zurückgegriffen werden (ex. Dierks/Schaeffer 2006; Grande/Romppel 2005; Müller-Mundt 2005; Müller/Thielhorn 2000; Ruprecht 2001; Sawicki 2005; Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2003; Witte 1996).

Lückenhaft ist zudem der Forschungsstand zum Thema Krankenhauswahl. Zu Informationswünschen und Kriterien von Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses liegen nur sehr begrenzt Ergebnisse vor. Wenig verwunderlich sind deshalb auch die Ergebnisse einer von Coulter/Magee (2003) durchgeführten Repräsentativbefragung. 58% der befragten Deutschen gaben hier an, zu wenige Informationen zu haben, um den für sie besten Leistungserbringer im Krankensektor wählen zu können.¹⁰ Es kann also, wie Schaeffer (2006a, S. 16) zutreffend formuliert, von einem „großen Bedarf an Informationen über das Versorgungswesen und speziell das Krankenhaus ausgegangen werden [...], über dessen Umfang, qualitative Dimensionen und [...] über dessen Verteilung in der Bevölkerung wenige Erkenntnisse vorliegen“ (vgl. Dierks et al. 2001).

¹⁰ Dies ist ein Befund, der nach den Ergebnissen von Wildner et al. (2002) durchaus auf den gesamten Gesundheitssektor zu übertragen ist. Denn in der von Wildner et al. durchgeführten Telefonbefragung gaben die Hälfte der 3000 befragten Personen an, unzureichend über Gesundheits- und Versorgungsinformationen zu verfügen (Schaeffer 2006a; Wildner et al. 2002).

Die Studien, die hierzu ermittelt werden konnten, ergeben noch kein belastbares Bild und sind hinsichtlich ihrer Ergebnisse zwar ähnlich, keinesfalls jedoch widerspruchsfrei. So deutet sich an, dass es Unterschiede hinsichtlich der Präferenzen zwischen Menschen mit akuten und Menschen mit chronischen Erkrankungen (Dealey 2005), zwischen jüngeren und älteren Menschen (Schaeffer 2004; Shank et al. 1992; Wingenfeld 2003; Witte 1996), zwischen Frauen und Männern (Anderson et al. 2001; Suhonen et al. 2005) und zwischen Menschen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund gibt (Johnson et al. 2004; Ngo-Metzger et al. 2004; Ngo-Metzger et al. 2003; Schaeffer 2006a). Außerdem scheint es wahrscheinlich, dass auch hinsichtlich unterschiedlicher Erkrankungen oder Indikationen Unterschiede bestehen. Hierzu liegen jedoch bisher keine detaillierten Kenntnisse vor (Schaeffer 2006a).

Dem von Patienten im Kontext der Entscheidung für ein Krankenhaus geäußerten großen Bedarf an Informationen, so kann zusammenfassend festgehalten werden, wird bisher noch zu wenig nachgekommen. Patienten erhalten zu wenig Unterstützung und Hilfestellung. Es fehlt insbesondere an aus Patientenperspektive aufbereitetem, leicht zugänglichem und auffindbarem Material.

5. Die Rolle des Internets bei der Wahl eines Krankenhauses

Bevor näher auf die Rolle des Internets im Rahmen der Krankenhauswahl eingegangen werden kann, erscheint es zunächst notwendig, einige grundlegende Überlegungen zur Relevanz des Internets als Kommunikations- und Informationsmedium speziell bei der Rezeption gesundheits- und versorgungsrelevanter Informationen voranzustellen.

Verbreitung und Nutzung des Internets als Kommunikations- und Informationsmedium wachsen stetig. Weltweit haben im Jahr 2007 bereits über eine Milliarde Menschen das Internet genutzt. In Deutschland nutzen je 100 Einwohner bereits 60 das Internet und fast zwei Drittel der deutschen Bevölkerung besitzen privat einen Computer mit Internetanschluss. Vor allem Breitbandanschlüsse und schnelle Internetverbindungen für einen komfortablen Datentransfer entwickeln sich dynamisch (BITKOM 2007a). Das Internet ist in verhältnismäßig kurzer Zeit vom ausschließlich militärisch genutzten Kommunikationsmedium mit exklusivem Nutzerkreis zum weltumspannenden Massenmedium geworden (Griffith 2007).¹¹

Die Nutzungsmöglichkeiten des Internets sind vielfältig. Neben der Nutzung des World Wide Webs (WWW) spielen auch weitere Funktionen des Internets wie die Email-Funktion eine große Rolle. Mit dem Internet, insbesondere dem World Wide Web, ist vor allem die Publikation von Informationen sehr einfach geworden. Jede Privatperson kann mit relativ geringem Wissen, niedrigen Kosten und nahezu ohne Beschränkungen weltweit Informationen in das weltumspannende Datennetz einstellen und/oder aus dem World Wide Web abrufen. Dadurch ist es für den Einzelnen wesentlich einfacher geworden, schnell, niederschwellig und rund um die Uhr an Informationen zu nahezu jedem Thema zu gelangen oder entsprechende Informationen zu verbreiten (Akerkar/Bichile 2004; Anderson et al. 2003; Bansil et al. 2006; Brooks 2001; Chen/Yeh 2006). Gleichzeitig bietet das Internet – beispielsweise über die Nutzung von Emails – hervorragende Möglichkeiten, um schnell und direkt Rückmeldungen über publizierte Inhalte oder Fragen zu bekommen (Anderson et al. 2003). Ein besonderer Vorteil des Internets im Zusammenhang mit der Verbreitung und Rezeption von Informationen besteht darin, dass Informationen im Internet schnell, kostengünstig und flexibel an die jeweiligen Bedürfnisse der Nutzer angepasst (Anderson et al. 2003; Schmidt-Kaehler 2005b) und in gleicher Weise aktualisiert werden können (Dierks/Schaeffer 2005; Embi et al. 2006).

5.1 Internetnutzung in Bezug auf gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen

Führt man sich die vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten des Mediums Internet vor Augen, so ist wenig verwunderlich, dass dem Internet auch im Kontext von Gesundheits- und Versorgungsfragen ein hohes und dynamisch anwachsendes Potenzial eingeräumt wird (ex. Hurrelmann/Leppin

¹¹ Gab es in 1992 weltweit gerade einmal 50 Internetseiten, waren es in 2001 bereits 30.000.000 (Griffith 2007).

2001; Schmidt-Kaehler 2004; Schmidt-Kaehler 2005a, b). In gleichem Maße, wie die Anzahl an Internetseiten und privaten Internetzugängen steigt, wächst auch die Anzahl der Internetseiten mit gesundheits- und versorgungsrelevanten Inhalten bzw. die Anzahl derer, die im Internet nach eben diesen Inhalten suchen (Cline/Haynes 2001; Madden/Fox 2006). So rangiert die Suche nach entsprechenden Informationen in den USA bereits an dritter Stelle nach der Nutzung von Emails und der Suche nach Produktinformationen vor einem Kaufentscheid. 70 Prozent der amerikanischen Nutzer gaben sogar an, dass die Informationen aus dem Internet ihre Behandlungsentscheidungen beeinflusst haben (Akerkar/Bichile 2004). Anderson et al. (2003) bemerken, dass die Suche nach Gesundheitsinformationen einer der häufigsten Gründe für die Internetnutzung ist (vgl. Alpay et al. 2004) und nach den Ergebnissen einer amerikanischen Studie von Licciardone et al. (2001) ist das Internet nach Zeitschriften und Magazinen sowie dem Fernsehen bereits das drittwichtigste Informationsmedium, wenn es um gesundheits- und versorgungsrelevante Fragestellungen geht. Dies sind Ergebnisse, die durch Brechtel (2004) im Gesundheitsmonitor in 2004 in ähnlicher Weise Bestätigung finden. Diese Rangfolge ist ein erster Hinweis für den auch hierzulande steigenden Stellenwert des Internets für die Beschaffung gesundheits- und versorgungsrelevanter Informationen. Nach den Niederlanden und Finnland rangiert Deutschland in 2006 mit 34,6 Prozent der Bevölkerung, die sich im Internet über Verletzungen, Krankheiten oder Ernährung informieren, in der EU an dritter Stelle (BITKOM 2007b). Den Ergebnissen Brechtels (2004) folgend, ergab die Auswertungen einer Befragung von 3.000 Menschen aus allen Altersgruppen zum Thema „Internet-Nutzung und Gesundheitsinformationen“, dass zwei Drittel der Befragten das Internet im letzten Jahr für die Suche nach entsprechenden Informationen genutzt zu haben.

Nach den Ergebnissen internationaler Untersuchungen geben Nutzer und Patienten als Grund hierfür an, dass es wesentlich bequemer ist, Informationen über das Internet abzurufen als professionelle Akteure zu fragen (Ansani et al. 2005), die sich aus Sicht der Patienten oft zu wenig Zeit für Informationen nehmen (Diaz et al. 2002) oder bei denen lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen, um einen Termin zu erhalten (Ilic et al. 2005). Außerdem scheint den Patienten die Suche nach Informationen aus dem Internet komfortabler zu sein, als in anderen Informationsmedien wie Büchern, Magazinen, Zeitungen oder Broschüren nach entsprechenden Informationen zu suchen (Anderson et al. 2003; Broom 2005; Ilic et al. 2005). Insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität (Broom 2005; Nguyen et al. 2004) oder für die ländliche Bevölkerung (Weinert et al. 2005) bietet das Internet einen dezentralen Zugang zu Informationen.

Außerdem verdichten sich Hinweise darauf, dass die Nutzung des Internets unter anderem dazu führt, dass professionelle Akteure nicht länger die Rolle des Gatekeepers hinsichtlich der Informationen über Gesundheit und Versorgung innehaben – ein Aspekt, der auch zu einer Veränderung in der Kommunikation zwischen Patienten und professionellen Akteuren zu führen scheint (ex. Broom 2005; Hesse et al. 2005; Schmidt-Kaehler 2003). Schaeffer et al. (2005, S.125) sprechen in diesem Zusammenhang von der „wachsenden Bedeutung des Internets im Bereich der patienten-

zentrierten Gesundheitskommunikation". Die Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet kann nach Cline und Haynes (2001) als die häufigste Anwendung interaktiver Gesundheitskommunikation bezeichnet werden. Dadurch kann auch die Veränderung der Rolle des Patienten vom passiven Empfänger hin zu einem aktiven Nutzer von Gesundheitsinformationen gefördert werden (McMullan 2006). Akerkar und Bichile (2004) bezeichnen das Internet als die größte medizinische Bibliothek und konstatieren, dass das Internet auch das Suchverhalten nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen verändert. Broom (2005) spricht dem Internet eine herausragende Bedeutung bei der Befähigung von Patienten zur partizipativen Entscheidungsfindung zu, da es helfen kann, die Dysbalance des Wissens zwischen professionellem Akteur und Patienten auszubalancieren. Auch Radin (2006, S. 600) bestätigt dies und führt aus: Informationen aus dem Internet „...are helping to shatter the professional 'information monopoly', allowing lay people to understand their situation in detail, compare notes with others, reconstruct knowledge, and thereby to form opinions and find support." In diesem Sinne ist das Internet also auch ein Instrument der Edukation und der Förderung des Empowerments von Patienten.

5.2 Chancen und Vorteile des Internets in Bezug auf gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen

Aus Nutzer- und Patientensicht bietet das Internet gegenüber anderen Medien vielfältige Chancen. In erster Linie sind hier die niederschwellige Zugänglichkeit und der – zumindest theoretisch erreichbare – hohe Aktualitätsgrad zu nennen (Anderson et al. 2003; Ansani et al. 2005; Brechtel 2004; Broom 2005; Dierks/Schaeffer 2005; Gerber 2006; Schmidt-Kaehler 2005b). Außerdem können Patienten und Nutzer im Internet zu nahezu jeder individuellen Fragestellung Inhalte finden (Brechtel 2004; Cline/Haynes 2001). Zudem ist es möglich, Informationen aus dem Internet rund um die Uhr abzurufen (Anderson et al. 2003; Bates/Gawande 2000; Brechtel 2004; Cline/Haynes 2001; Gerber 2006). Die Informationen stehen überdies meist kostenfrei zur Verfügung (Bates/Gawande 2000). Der jederzeitige Zugang kann dabei unter anderem dazu beitragen, dass Patienten eine Situation als besser kontrollierbar einschätzen und dass das Gefühl von Isolation verringert wird (Nguyen et al. 2004).

Darüber hinaus – und dies wird von vielen Patienten und Nutzern als großer Vorteil benannt – bietet das Internet als interaktives Medium die Möglichkeit der Kommunikation mit anderen Betroffenen und professionellen Akteuren unter nahezu anonymen Bedingungen (Anderson et al. 2003; Bates/Gawande 2000; Broom 2005; Cline/Haynes 2001; DeGuzman/Ross 1999; Gerber 2006; Lorence/Park 2006b; Nguyen et al. 2004; Schmidt-Kaehler 2005b). "The Internet is a new but rapidly growing channel for exchanging illness experiences. There are forums, chat rooms and websites that enable patients to exchange illness experiences." (Overberg et al. 2006, S.435) Entsprechende Foren, Chats und Internetseiten werden offenbar von vielen Nutzern besucht, um verschiedene Meinungen, Erfahrungen und Ideen in vergleichsweise kurzer Zeit einholen zu können (Cline/Haynes 2001). Dadurch werden mitunter Kontakte oder Netzwerke unter Peers gefördert (Lorence/Park 2006b; Overberg et al.

2006). Außerdem bieten die Foren und Chats die Möglichkeit einer „offenen Beratung“ (Lorence/Park 2006b). „The increasing number of people who communicate over the Internet via mailing lists, news and discussion groups underscores that people find the internet a valuable and effective way to communicate, especially about health-related issues [...]“ (Zrebiec/Jacobson 2001, S. 154) Besonderes Potenzial erwächst aus der Kombination von Informationen, Online-Peer-Support, Entscheidungs- oder Unterstützungshilfen sowie Erfahrungsberichten und Krankheitsgeschichten und damit aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Kommunikationsformen (Gerber 2006; Overberg et al. 2006; Schmidt-Kaehler 2005b). Darüber hinaus bietet das Internet die Chance der multimedialen Darstellung, um Informationen besonders nutzerfreundlich aufzubereiten. Durch „die Hypertextstruktur des World Wide Web lassen sich Informationsbausteine vernetzen, stufenweise vertiefen und für heterogene Zielgruppen individualisieren“ (Schmidt-Kaehler 2005b, S. 480). Des Weiteren können durch die elektronische Datenverarbeitung Informationen schnell und kostengünstig für einen großen Adressatenkreis nutzbar gemacht werden (Schmidt-Kaehler 2005b).

Mögliche Chancen der Internetnutzung für Menschen mit chronischer Erkrankung

Insbesondere chronisch kranke Menschen könnten vom Medium Internet profitieren (Gerber 2006; Litzka et al. 2005; Nguyen et al. 2004; Schmidt-Kaehler 2003). So wird dem Internet das Potenzial zugesprochen, die Versorgungs- und vor allem Lebensqualität chronisch kranker Menschen zu verbessern (Kalichman et al. 2002). Auch Wagner (2004, S. 1) äußert sich dahingehend: „The Internet is a source of health information and advice for individuals with chronic conditions and shows promise for helping individuals manage their conditions and improve their quality of life.“

Anderson et al. (2003) sprechen dem Internet großes Potenzial für die Bewältigung von chronischen Krankheiten zu (vgl. auch Bansil et al. 2006; Madden/Fox 2006). Befragungen chronisch kranker Menschen zeigen, dass Informationen aus dem Internet den Erkrankten dabei helfen, ihre Erkrankung und mögliche Therapien besser zu verstehen und sie in ihren Selbstmanagementkompetenzen unterstützen (Baker et al. 2003; Bansil et al. 2006; Lorig et al. 2006). Broom (2005) kommt in einer qualitativen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass das Internet bei den Nutzern die Kontrolle über ihre Erkrankung und die damit verbundenen Entscheidungsfindungsprozesse fördern kann. Overberg et al. (2006) untersuchten den Einfluss von Erfahrungsberichten und Krankheitsgeschichten aus dem Internet bei Brustkrebspatienten und stellten einen positiven Einfluss auf Depressionen, auf Stresserleben, auf das Ausmaß des mit der Erkrankung erlebten Traumas sowie das Schmerzerleben fest. Dies sind Befunde, die erklären können, warum dem Internet eine steigende Bedeutung in der Diskussion um Patientenedukation, Selbstmanagementförderung, Empowerment sowie der Patientenberatung zugesprochen wird (Broom 2005; Ilic et al. 2005; Jones et al. 2001; Lewiecki et al. 2006; Lorence/Park 2006b; Lorig et al. 2006; Nobel/Cherry 1999). Thakurdesai (2004, S. 309) führt dazu aus: „Patient education is widely regarded as an essential component of chronic disease care and effective health promotion. Internet is extremely useful medium in this respect.“ Allerdings sind die Erfahrungen

beispielsweise mit spezifischen Programmen zur Patientenedukation oder Selbstmanagementförderung im Kontext chronischer Erkrankung bisher noch sehr begrenzt. Hier besteht also Forschungsbedarf, um zu belastbaren Aussagen zu kommen (Nguyen et al. 2004).

Das Internet scheint, so dürfte deutlich geworden sein, eine Vielzahl an Chancen im Kontext von Gesundheits- und Versorgungsinformation zu bieten und hat offenbar großes Potenzial insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Allerdings sind die bisherigen Forschungsbefunde noch nicht ausreichend: „Die einschlägige theoretische Diskussion innerhalb der Gesundheitswissenschaften steht noch am Anfang und wird immer wieder durch die große Dynamik der neuen Medien überholt“ (Schmidt-Kaehler 2005b, S. 472). Und obwohl die Anzahl der Publikationen vor allem seit der Jahrtausendwende sprunghaft ansteigt, muss zum jetzigen Zeitpunkt festgehalten werden, dass national und international bisher nur wenige Ergebnisse zu den aus der Nutzung erwachsenden Konsequenzen auf Nutzer- und Patientenseite vorliegen (vgl. Broom 2005).

5.3 Probleme von und Herausforderungen für Patienten im Kontext der Internetnutzung

Trotz der geschilderten Chancen ist allerdings davon auszugehen, dass das Internet sein volles Potenzial im Kontext patientenzentrierter Gesundheitskommunikation momentan nur teilweise entfalten kann und den Chancen große Probleme und Herausforderungen gegenüberstehen. Die wichtigsten Diskussionslinien und Ergebnisse dazu sollen nachfolgend in einem kurzen Überblick dargestellt werden.

Auffindbarkeit von Nutzerinformationen

Eine wesentliche Hürde bei der Nutzung des Internets zur Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Inhalten besteht in der schier endlosen Fülle von Informationen (Aeree/Mee-Kyung 2001). Nutzer geben beispielsweise an, dass es alleine dadurch schwierig ist, die jeweils interessierenden Informationen innerhalb eines akzeptablen Zeitkorridors zu finden (Brechtel 2004; Cline/Haynes 2001; Eysenbach/Jadad 2001; Ilic et al. 2005; Wagner et al. 2004). Gleichzeitig erschwert die Quantität die Orientierung bei der Suche nach individuell relevanter und qualitativ hochwertiger Information (Aeree/Mee-Kyung 2001; Brechtel 2004; Gattoni/Sicola 2005; Ilic et al. 2005). Das Internet hält außerdem keine einheitliche Systematik bei der Informationspräsentation bereit (Cline/Haynes 2001). Für die Suche nach Informationen verwenden die meisten Nutzer themen- und bereichsunspezifische Suchmaschinen wie zum Beispiel „Google“ oder Internetportale wie „MSN“, „AOL“ oder „Yahoo“ und offenbar nur sehr selten spezielle, auf Gesundheitsinformationen ausgerichtete Portale (Fox 2002; Liszka et al. 2005; Lorence/Greenberg 2006). Erstere ordnen die Treffer zu einem Suchbegriff allerdings nach ganz eigenen Aspekten, von denen nicht zwangsläufig auf die Qualität der entsprechenden Seiten geschlossen werden kann. So spielen beispielsweise die Anzahl der Besuche einer Seite oder auch gekaufte Platzierungen eine große Rolle bei der Position einer einzelnen Homepage innerhalb der

Trefferliste (Ansani et al. 2005; Lorence/Greenberg 2006; Maloney et al. 2005).

Nutzerunfreundliche Präsentation der Inhalte

Ein weiteres Problem stellt die Aufbereitung der Inhalte auf Internetseiten dar. Aus Nutzer- und Patientensicht ist die oft wenig nutzerfreundliche Präsentation der Informationen ein zentraler Aspekt (Alpay et al. 2004; Cline/Haynes 2001; Mira et al. 2006; Nelson 2007; Schaeffer 2006a; Schmidt-Kaehler 2003; Stableford/Mettger 2007). Stableford und Mettger (2007, S. 71) führen dazu aus: „Most text-based health information continues to be too hard for most adults to read.“ Texte bleiben für medizinische Laien unverständlich, da sie oft mit zu vielen Fachbegriffen gespickt sind (Cline/Haynes 2001; Eysenbach/Jadad 2001).

“The greatest contribution of consumer health informatics research to the healthcare sector may eventually be found in its attempts to systematise and codify consumers' needs, values, and preferences; in its research into how information is digested and is best presented to consumers; and in its research into how these variables influence outcome measures.” (Eysenbach 2000, S. 1715)

Häufig werden entsprechende Informationen zudem gewollt oder ungewollt immer noch aus der Akteurs-, statt aus Nutzersicht zusammengestellt. Insbesondere im Internet folgt ein Großteil der zur Verfügung gestellten Informationen dem, was professionelle Akteure im Gesundheitswesen für Nutzer und Patienten als wichtig und hilfreich erachten (Schaeffer 2006a). Es ist zu vermuten, dass es Nutzern und Patienten deshalb schwer fällt, Anknüpfungspunkte an ihre individuelle Situation zu finden (Glenton et al. 2006). Alltagssprachliche Darstellungen oder exemplarische, persönliche Krankheitsgeschichten und Erfahrungsberichte dürften sich hingegen besser eignen, denn die Erfahrungen anderer sind offensichtlich für Patienten wichtig (Glenton et al. 2006; Overberg et al. 2006; Stableford/Mettger 2007). Bei der Entwicklung entsprechender Internetseiten sollten Nutzer und Patienten deshalb einbezogen werden (Grama et al. 2005): “In the final analysis, however, quality, like beauty, is in the eye of the beholder, and it is users' views we should be seeking.” (Purcell et al. 2002, S. 558) Dazu müssen jedoch die Sichtweisen und der Bedarf an Informationen von Nutzen und Patienten bekannt sein.

Qualität von gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen

Breit diskutiert wird die Qualität der auf Internetseiten aufbereiteten Informationen (Childs 2004). Zahlreiche Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das größte Manko von gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen aus dem Internet in den eklatanten Qualitätsunterschieden liegt (ex. Ansani et al. 2005; Childs 2004; Europäischer Rat 2000; Gattoni/Sicola 2005; Griffiths/Christensen 2005; Mira et al. 2006). Maloney et al. (2005, S. 382) führen dazu aus: „The greatest barrier to the Internet reaching its potential to inform health care is not the difficulty in finding information, rather finding valid, reliable information.“ Oft sind Informationen aus dem Internet – auch diejenigen, die von Angehörigen der Gesundheitsprofessionen eingestellt wurden – inadäquat, ver-

altet, irreführend oder sogar gesundheitsgefährdend (Brechtel 2004; Childs 2004; Fox/Rainie 2000; Lewiecki et al. 2006; Lorence/Greenberg 2006). Auf der Basis der Ergebnisse zahlreicher Studien kommen Purcell et al. (2002, S. 557) zu dem Schluss: „We need no more convincing that the quality of information on the web varies as widely as it does in other media.“ Baker et al. (2003) warnen vor den möglichen Gefahren für Nutzer und Patienten. Der Schaden und die Risiken für die Gesundheit, die durch inadäquate Informationen verursacht werden, wird als bedeutend bezeichnet (Cline/Haynes 2001). Denn fällt ein Nutzer oder Patient eine Entscheidung auf der Basis einer Fehlinformation, so kann es mitunter zu lebensgefährlichen Komplikationen kommen (Aeree/Mee-Kyung 2001; Brechtel 2004). Da im Internet Informationen nicht nur niederschwellig abgerufen, sondern auch ohne umfangreiche Kenntnisse eingestellt werden können, ist es – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt möglich, die Qualität eingestellter gesundheits- und versorgungsrelevanter Informationen zu beeinflussen oder gar zu kontrollieren (Peterson et al. 2003). Vielmehr sind Patienten und Nutzer bei der Suche nach Informationen hinsichtlich der recherchierten Ergebnisse aufgerufen, vorsichtig zu sein und die Ergebnisse kritisch zu hinterfragen (Anaglostelis 2002) oder die gefundenen Informationen mit einem professionellen Akteur im Gesundheitswesen zu diskutieren. Dies geschieht wahrscheinlich noch zu selten, denn zu häufig werden beispielsweise die Aktualität und die Quelle der Information von den Patienten und Nutzern nicht überprüft. Die Informationen werden sogar – leider oft voreilig – als vertrauenswürdig eingestuft (Akerkar/Bichile 2004; Fox/Rainie 2000; Lorence/Park 2006a) oder wichtige Informationen werden überlesen oder übersehen (Lorence/Greenberg 2006). Besonders problematisch wird es dann, wenn Patienten lieber auf Informationen aus dem Internet vertrauen, als einen Angehörigen einer Gesundheitsprofession zu fragen, oder das Internet gar als Ersatz beispielsweise des Arztbesuches sehen (ex. Aeree/Mee-Kyung 2001; Diaz et al. 2005; Lorence/Greenberg 2006).

Gleichwohl gibt es Hinweise darauf, dass Patienten Strategien entwickeln, um den Wahrheitsgehalt von Informationen zu überprüfen. Denn viele Nutzer und Patienten scheinen sich der Gefahren inadäquater und fehlerhafter Informationen aus dem Internet durchaus bewusst zu sein, wie eine qualitative Untersuchung Rozmovits und Zieblands (2004, S.63) ergab:

„Many are not only aware of the possible pitfalls, but have strategies to overcome them. Participants described being wary of commercial health sites and sceptical about the stories presented by other individual patients. They describe assessing the accuracy of Internet information by checking several sources to ensure that the facts are replicated elsewhere. In this way, they can be seen as triangulating information to establish the credibility of what they read and hear.“ (vgl. auch Fox 2002)

Dennoch ist anzunehmen, dass es für Nutzer und Patienten sehr schwierig und zeitaufwendig bleibt, gute Qualität zu finden und schlechte von guter Qualität zu unterscheiden (Cline/Haynes 2001; Rosenvinge et al. 2003). Um die Nutzer und Patienten zu befähigen, qualitativ hochwertige, valide Informationen aufzuspüren und von denen schlechter Qualität oder kommerziellen Informationen zu unterscheiden oder aber thematisch relevante Informationen zu finden, fordern viele Autoren Angebote zur Unterstüt-

zung, Anleitung und Schulung (Anderson et al. 2003; Gattoni/Sicola 2005; Greenberg et al. 2004; Griffiths/Christensen 2005; HAI Europe et al. 2007; Ilic et al. 2005; Kalichman et al. 2002; Lewiecki et al. 2006; Lorence/Park 2006a; Lorence/Greenberg 2006; Maloney et al. 2005; Peterson et al. 2003; Schmidt-Kaehler 2003; Schmidt-Kaehler 2005b; Selman et al. 2006).

Momentan jedoch stellt sich die Situation bei der Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanter Information wie folgt dar: „A rocky road, few shoes and no maps to find the wells.“ (Eysenbach/Jadad 2001, E19) Fertigkeiten und Kompetenzen anzubahnen, ist also vermutlich ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung von Medienkompetenz und nicht zuletzt zur Selbstmanagementförderung von Patienten (Peterson et al. 2003). Wie dies geschehen kann und welche Rolle professionelle Akteure an dieser Stelle spielen könnten, ist bisher erst in Ansätzen untersucht (Selman et al. 2006). Fest steht allerdings, dass Gesundheitsprofessionen sich den damit verbundenen Herausforderungen stellen sollten (Anderson et al. 2003; Ansani et al. 2005; Bansil et al. 2006; Diaz et al. 2005; Liszka et al. 2005). „It is important that health professionals acknowledge patients' search for knowledge, that they discuss the information offered by patients and guide them to reliable and accurate health websites. It is recommended that courses, such as 'patient informatics' are integrated in health professionals' education.“ (McMullan 2006, S. 24) Als weitere Möglichkeit wird angesprochen, auch über technische Instrumente wie beispielsweise spezielle Suchmaschinen oder Portale (Anderson et al. 2003; Griffiths/Christensen 2005; Maloney et al. 2005) und Qualitätskriterien (Anderson et al. 2003; Greenberg et al. 2004) zur Unterstützung der Patienten bei der Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen nachzudenken. Erste Kriterienkataloge zur Einschätzung der Qualität von Internetseiten sind bereits entwickelt (ex. Akerkar/Bichile 2004; Europäischer Rat 2000), allerdings sind alle bisherigen Systeme noch nicht valide und reliabel, um die Qualität entsprechender Informationen aus dem Internet sicher zu ermitteln (Ansani et al. 2005; Diaz et al. 2002).

Zur Problematik ungleicher Zugangsmöglichkeiten zum Internet

Das Internet ermöglicht einer breiten Öffentlichkeit Zugang zu gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen (Aeree/Mee-Kyung 2001), erreicht aber bei weitem nicht alle Nutzer und Patienten in gleicher Weise (ex. Baker et al. 2003; Brechtel 2004; Diaz et al. 2002; Kalichman et al. 2002; Lorence et al. 2006; Morrell et al. 2000; Navarro/Wilkins 2001; Norum/Moen 2004). So haben viele Menschen noch keinen barrierefreien Zugang zum Internet (Lorence/Park 2006b). Dies hängt zum einen mit den unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zusammen, aber auch – wie bereits beschrieben – mit fehlenden Kompetenzen sowie mit psychischen, physischen oder kognitiven Einschränkungen der Nutzer. Unterschiede zeigen sich in Bezug auf den Zugang und – mit Einschränkungen – auch auf das Nutzerverhalten insbesondere entlang der Kriterien:

- Alter
- Geschlecht

- Bildungsstand
- Einkommen

Außerdem zeigen sich Unterschiede zwischen:

- Menschen mit und ohne Migrationshintergrund
- Menschen mit und ohne Behinderungen

Hinsichtlich des *Alters* zeigen die Befunde, dass Menschen mit zunehmendem Alter – obwohl die Gruppe der über 65-jährigen Internetnutzer besonders dynamisch ansteigt – seltener nach gesundheits- und krankheitsrelevanten Informationen im Internet suchen als jüngere Menschen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren (ex. Bansil et al. 2006; Braun 2007; Brechtel 2004; Brooks 2001; Chen/Yeh 2006; EIAA 2007; Hesse et al. 2005; Licciardone et al. 2001; Liszka et al. 2005; Lorence et al. 2006; Manero 2005; Morrell et al. 2000; Nahm et al. 2004; Navarro/Wilkins 2001; Schmidt-Kaehler 2005b; Stoevesandt/Diez 2006). Als Grund dafür wird angegeben, dass die ältere Generation mit dem Kommunikations- und Informationsmedium Internet, das ja erst seit 1991 für die breite Öffentlichkeit zur Verfügung steht, noch nicht so vertraut ist (Bansil et al. 2006; Griffith 2007; Morrell et al. 2000). Ein weiterer Grund liegt darin, dass insbesondere diese Altersgruppe noch keinen Internetanschluss hat (Morrell et al. 2000). Ähnlich sieht es mit den PC-Kenntnissen aus. Viele – insbesondere ältere und alte Menschen – haben Hemmungen hinsichtlich der Nutzung von Computern, da ihnen Kenntnisse zur Bedienung fehlen. Deshalb umgehen sie dieses Medium lieber, als sich als unwissend zu outen (Cashen et al. 2002). Nach internetbasierten Gesundheitsinformationen suchen bislang vor allem diejenigen, die auf eine große Erfahrung mit dem Medium Internet zurückgreifen können. Einfach ausgedrückt: Wer das Internet täglich nutzt, nutzt es auch zur Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen (Fox 2005).

Dabei suchen Frauen häufiger als Männer im Internet nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen (ex. Bansil et al. 2006; Fox 2005; Hesse et al. 2005; Lorence et al. 2006; Navarro/Wilkins 2001; Schmidt-Kaehler 2005b). Dieser Befund könnte widerspiegeln, dass Frauen in der Regel besser auf ihre Gesundheit achten als Männer (ex. Bansil et al. 2006). Gleichwohl nutzten im deutschsprachigen Raum bisher mehrheitlich Männer das Internet, wenngleich neuere Untersuchungen eine Veränderung der *geschlechtsspezifischen Nutzerstruktur* zeigen (Lummer 2006). Einer aktuellen Marktanalyse des Verbandes europäischer Online-Vermarkter (EIAA) zufolge nutzen europaweit vor allem immer mehr Frauen das Internet. In den meisten Altersgruppen liegen sie mittlerweile gleichauf mit den Männern (EIAA 2007).

Darüber hinaus nutzen Menschen mit *niedrigerem Bildungsstand* das Internet in geringerem Maße, um nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen zu suchen (Baker et al. 2003; Bansil et al. 2006; Broom 2005; Fox 2005; Hesse et al. 2005; Licciardone et al. 2001; Lorence/Park 2006b; Manero 2005; Navarro/Wilkins 2001; Schmidt-Kaehler 2005b; Stoevesandt/Diez 2006; Tu/Hargraves 2003). Dabei spielen sowohl Zugangsbarrieren zum Internet oder zu Computern wie auch Verständnisprobleme eine Rolle (Fox 2003; Kalichman et al. 2002; Lorence/Park 2006a; Lorence et al. 2006). Die Suchstrategien scheinen

sich allerdings im Gegensatz zu den Inhalten der recherchierten Information (Navarro/Wilkins 2001) nicht wesentlich zwischen Menschen unterschiedlichen Bildungsgrads zu unterscheiden (Lorence et al. 2006) und steht in engem Zusammenhang mit Bildungsaspekten.

Das Nutzungsverhalten wird außerdem durch das *Einkommen* der Nutzer und Patienten beeinflusst. Menschen mit niedrigerem Einkommen nutzen das Internet seltener als Menschen mit höheren Einkommen und besserem sozioökonomischem Status (Bansil et al. 2006; Brodie et al. 2000; Broom 2005; Fox 2003, 2005; Hesse et al. 2005; Lorence/Park 2006a; Lorence/Park 2006b; Manero 2005; Navarro/Wilkins 2001; Schmidt-Kaehler 2005b; Stoevesandt/Diez 2006). Auch dieser Befund erklärt sich durch Zugangsbarrieren und Verständnisprobleme (Fox 2003; Lorence et al. 2006).

Benachteiligt im Sinne schlechteren Zugangs oder Verständnisses der recherchierten Informationen sind – wie in der Literatur immer wieder betont wird – insbesondere Menschen mit *Migrationshintergrund* oder *Menschen mit Behinderungen*, beispielsweise mit Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens (Appleyard 2003, S.778; Fox 2003; Zeng/Parmanto 2003).

In Folge der ungleichen Zugangsmöglichkeit zu Informationen aus dem Internet entstehen zusehends Informationsdisparitäten zwischen verschiedenen Patientengruppen. Lorence et al. (2006, 251) sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Digital Divide“. Verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass vor allem vulnerable Patientengruppen von Informationen ausgeschlossen werden (ex. Bauer et al. 2005; Mielck 2005; Schmidt-Kaehler 2005b). Eine Herausforderung wird es deshalb sein, Zugangsbarrieren abzubauen und die Chancengleichheit für den Zugang zu und das Verständnis von Informationen zu fördern (Kalichman et al. 2002; Schmidt-Kaehler 2005b): „Equality of access, skills and aspirations are essential to ensure that the gap between information rich and poor does not extend to gaps in access to electronically based participatory mechanisms.“ (Manero 2005, S. 4)

Dazu müssen unter anderem Nutzergruppen identifiziert und ihre Rezeptionsgewohnheiten und Informationsbedürfnisse analysiert werden (Greenberg et al. 2004; Sutherland et al. 2005). Schmidt-Kaehler (2003, S. 89) drückt es treffend aus: „Der Nutzwert eines Internetangebots für Patienten muss zentraler Messstab bei der Entwicklung und Beurteilung einer Website sein.“ (vgl. Purcell et al. 2002) Manero (2005, S. 5) bestätigt dies und führt ergänzend aus: „The only way to find out what is important to these groups is to involve them at the very earliest stage in the design of an information template and of a menu of ways in which that information would be offered.“ Dies ist eine Forderung, die in dieser Arbeit aufgegriffen wird.

5.4 Relevante Internetinformationen zu Gesundheit und Versorgung sowie zur Krankenhauswahl

Das Spektrum an Gesundheits- und Versorgungsinformationen, zu denen Patienten und Nutzer im Internet recherchieren, wird als sehr umfangreich beschrieben (Diaz et al. 2002) und scheint sich über alle Gebiete der Medizin zu erstrecken (Cline/Haynes 2001): An erster Stelle stehen dabei of-

fenbar Informationen über Erkrankungen, deren Symptome (inklusive des Symptomverständnisses und der Symptomdeutung) und Diagnosemöglichkeiten sowie deren Versorgung (wie zum Beispiel mögliche Behandlungsoptionen, -maßnahmen und -abläufe, neue Behandlungsverfahren), etc. (ex. Anderson et al. 2003; Ansani et al. 2005; Bansil et al. 2006; Brechtel 2004; Fox 2005; Fox/Fallows 2003; Kalichman et al. 2002; Madden/Fox 2006). Außerdem informieren sich Nutzer und Patienten über Medikamente, die eigene Medikation, Neben- und Wechselwirkungen sowie Wirkweisen der medikamentösen Therapie oder sie bestellen Medikamente über das Internet (ex. Anderson et al. 2003; Bansil et al. 2006; Diaz et al. 2002; Fox 2005; Madden/Fox 2006; Peterson et al. 2003). Auch die Suche nach Internetseiten von Selbsthilfegruppen zur Kontaktaufnahme mit Peers oder um Peereinformatoren abzurufen, ist nach derzeitiger Studienlage ein wichtiger Anlass zur Nutzung des Internets (ex. Anderson et al. 2003; Bansil et al. 2006; Cline/Haynes 2001; Madden/Fox 2006). Nutzer und Patienten suchen im Internet zudem Antworten auf Fragen zu Gesundheitsförderung und Prävention (zum Beispiel gesunde Ernährung oder Diät, Fitness) und zu Krankenversicherungen (Bansil et al. 2006; Diaz et al. 2002; Fox 2005; Madden/Fox 2006). Es mehren sich allerdings Hinweise, dass das Internet dabei häufig nicht die einzige Informationsquelle ist, sondern von Nutzern und Patienten gezielt dazu verwendet wird, sich eine zweite Meinung zu einem Sachverhalt einzuholen (Diaz et al. 2002). Zu den genannten Aspekten liegt eine Vielzahl (vor allem internationaler) Studien vor. Was die Rolle und Bedeutung des Internets bei der Wahl eines Krankenhauses angeht, wurde dagegen bislang sowohl national als auch international nur rudimentär geforscht. Auch der Bedarf an internetbasierter Patienteninformation wurde noch nicht systematisch analysiert. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit ein Schwerpunkt der Betrachtung auf das Internet gelegt.

Erste Forschungsergebnisse zeigen, dass Nutzer und Patienten im Internet auch gezielt nach Anbietern von Gesundheitsleistungen recherchieren. Gesucht werden Ärzte und Spezialisten sowie Institutionen wie beispielsweise Krankenhäuser und Spezialkliniken (Brodie et al. 2000; Fox 2005, 2006; Madden/Fox 2006; Mira et al. 2006). Die Patienten informieren sich scheinbar gezielt über Qualifikation von Ärzten, nach deren Fortbildungen, ihren Erfahrungen, ihrer Reputation in Fachkreisen sowie über die Qualität der Versorgung (Brechtel 2004; Stausberg et al. 2001). Auch gibt es erste Hinweise darauf, dass die Patienten nach der Leistungsbilanz von Krankenhäusern suchen (Cline/Haynes 2001). Brechtel (2004) ermittelt für den Gesundheitsmonitor, dass sich Patienten (insbesondere die der Altersgruppe zwischen 18 und 39) im Internet gezielt nach geeigneten Krankenhäusern für einen geplanten stationären Aufenthalt umsehen. Kriwy und Aumüller (2007) ermittelten, dass sich vor allem die Patienten im Alter bis 49 im Internet über Krankenhäuser informieren würden, wenn ein elektiver Aufenthalt bevorstünde. Diese Ergebnisse ermitteln Brodie et al. (2000) auch für die USA und Norum und Moen (2004) führen sie für Norwegen aus. Welche Informationen Patienten dabei allerdings suchen, ob sie die entsprechenden Informationen finden können und anhand welcher Kriterien sie eine Entscheidung treffen, bzw. inwieweit die recherchierten Informationen auch in die Entscheidung einfließen, ist bisher nicht untersucht.

Doch nicht nur Nutzer und Patienten fragen diese Informationen nach. Die Internetseiten von Krankenhäusern sind auch für Angehörige interessant. Ebenso sind die Präsentationen der Krankenhäuser sowie Qualitätsberichte und -vergleiche scheinbar für professionelle Akteure – wie beispielsweise Hausärzte – eine wichtige Informationsquelle, auf deren Basis sie ihren Patienten ein Krankenhaus empfehlen können (Stausberg et al. 2001). Dies steigert die Bedeutung der Krankenhaus-Webseiten (Norum/Moen 2004). Auf der Seite der Anbieter scheint dieser Bedarf damit beantwortet zu werden, dass nahezu alle Krankenhäuser in den letzten Jahren eine Internetpräsenz aufgebaut haben (Mira et al. 2006; Stausberg et al. 2001). Quantitativ und qualitativ unterscheiden sich diese Seiten jedoch deutlich (Mira et al. 2006; Norum/Moen 2004; Stausberg et al. 2001) und sind nicht selten sehr spärlich mit Informationen ausgestattet. Stausberg et al. (2001) vergleichen die Internetseiten deutscher chirurgischer Abteilungen aufgrund der Quantität der enthaltenen Informationen mit Türschildern und problematisieren, dass Patienten vor dem Hintergrund dieser eher kryptischen Informationen – die zudem hinsichtlich ihrer Qualität als unzufriedenstellend beschrieben werden müssen – wohl kaum eine Entscheidung treffen können. Den Aspekt der Qualität von Internetseiten norwegischer Krankenhäuser untersuchen Norum (2001) und Norum et al. (2003) und ermitteln ebenfalls, dass die Qualität der Seiten im Durchschnitt nicht überzeugend ist und überdies große Qualitätsunterschiede zu finden sind. Allerdings wird dem Internet im Kontext von Entscheidungsfindungsprozessen oft eine zentrale Rolle zugewiesen (Dierks/Schaeffer 2005). Demgegenüber sprechen Streuf et al. (2007) dem Internet auf Grundlage einer telefonischen Befragung im Rahmen der Informationssuche zwar einen hohen Stellenwert zu, allerdings wird die Bedeutung des Internets im Rahmen der Wahl offensichtlich von den befragten Versicherten deutlich zurückhaltender eingeschätzt.

Zwischenfazit

Festhalten lässt sich, dass die Studienlage zur Bedeutung des Internets bei der Krankenhauswahl bisher äußerst beschränkt ist. Zwar entwickelt sich das Kommunikations- und Informationsmedium Internet zu einer wichtigen Quelle für gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen. Bezogen auf die Entscheidung für ein Krankenhaus ist sein Einfluss aber bisher nicht geklärt. Ebenso wie zur Frage des Informationsbedarfes bei der Krankenhauswahl wird also ein ausgewiesenes Forschungsdesiderat sichtbar. Ungeklärt ist demnach, welche Informationen welche Patienten, von wem, zu welchem Zeitpunkt, in welcher Phase der Erkrankung, wie aufbereitet und auf welchen Wegen benötigen, um eine informationsbasierte Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus zu treffen. Unbeantwortet bleibt zudem, welche Rolle die von den Patienten und Nutzern recherchierten Informationen für den Entscheidungsfindungsprozess spielen. Zu klären gilt es demnach, welchen Bedarf an Informationen chronisch kranke Menschen bei der Krankenhauswahl aufweisen. En detail ist zu untersuchen:

- (1) Wie Informationen aufbereitet sein müssen, damit sie von den Patienten rezipiert werden,
- (2) wo Patienten nach Informationen suchen, bzw. wo sie entsprechende Informationen finden,

- (3) welchen Stellenwert unterschiedliche Medien wie Fernsehen, Radio, Zeitungen und Zeitschriften sowie Bücher für die Patienten haben,
- (4) welche Rolle das Internet als neues Kommunikations- und Informationsmedium spielt und welche Bedeutung den darin veröffentlichten Qualitätsberichten der Krankenhäuser zukommt,
- (5) ob es geschlechts- und krankheitsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Informationsverhaltens der Patienten gibt und
- (6) auf Basis welcher Informationen sich Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses für eine bestimmte Einrichtung entscheiden.

6. Methodisches Vorgehen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl zu untersuchen und die bisher nur rudimentär bekannten Präferenzen und Motive chronisch kranker Menschen bei der Informationssuche zur Entscheidung für ein Krankenhaus zu explorieren und zu analysieren.

Dazu wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Anknüpfend an eine in 2006 durchgeführte Voruntersuchung wurden vier Fokusgruppendifkussionen mit Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises durchgeführt. Die Daten wurden auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. In einem zweiten Schritt folgte die Analyse der erhobenen Daten. Diese lehnte sich an das methodische Vorgehen der Grounded Theory an.

Datenerhebung

Konkret wurden für die vorliegende Studie im Juli und August 2007 insgesamt vier Fokusgruppendifkussionen durchgeführt.¹² Die Gruppengröße variierte zwischen vier und sechs Teilnehmern. Das verbindende Merkmal aller befragten Teilnehmer war eine jeweils manifeste chronische Erkrankung (hier: Chronische Polyarthriti, Morbus Bechterew oder Arthrose). Um gegebenenfalls vorhandene krankheits- und geschlechtsspezifische Unterschiede des Informationsbedarfs bei der Krankenhauswahl analysieren zu können, wurden die Fokusgruppendifkussionen nach krankheits- und geschlechtsspezifischen Merkmalen zusammengestellt. Die Gruppenzusammensetzung gestaltete sich wie folgt: Es wurde eine Gruppe mit männlichen, eine mit weiblichen an chronisch-entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises¹³ Erkrankten und je eine mit männlichen und eine mit weiblichen an Arthrose¹⁴ erkrankten Diskussteilnehmern zusammengestellt. Die Entscheidung zur Eingrenzung der Untersuchung auf die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises gründet insbesondere auf deren eingangs dargelegter, herausragender epidemiologischer Bedeutung.

Die Diskutanten konnten allesamt auf bereits mehrjährige Krankheitsverläufe zurückblicken und hatten entweder mindestens einen (meist jedoch mehrere) Krankenhausaufenthalt(e) hinter sich und/oder planten zeitnah einen solchen. So wurde gewährleistet, dass die Diskutanten gleichsam als „Betroffene“ konkret und nicht etwa abstrakt sowohl retro-

¹² Fokusgruppendifkussionen zeichnen sich dadurch aus, dass Teilnehmer in Kleingruppen im Rahmen eines von einem (mehreren) Moderator(en) initiierten und begleiteten Kommunikationsprozess über bestimmte Themen diskutieren und sich gegenseitig austauschen. Die Diskussionen werden protokolliert und auf Tonträger aufgenommen. Sie dienen dazu, Einstellungen, Sichtweisen und Meinungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bzw. einzelner Gruppenmitglieder zu ermitteln und dadurch Hinweise über Einstellungen und Meinungen in der Gesamtpopulation abzuleiten.

¹³ Hier: Chronische Polyarthriti und Morbus Bechterew

¹⁴ Hier: Arthrose der großen Gelenke (Hüfte, Knie, Schulter) sowie der Wirbelsäule

spektiv als auch prospektiv über den Informationsbedarf bei der Wahl eines Krankenhauses diskutieren konnten, also für die im Fokus stehende Themenstellung geeignet waren.

Die Rekrutierung der Teilnehmer der Fokusgruppen gelang in Kooperation mit zwei Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie (Rekrutierung der Patienten mit chronischer Polyarthritits und Morbus Bechterew) sowie einer großen physiotherapeutischen Praxis aus dem norddeutschen Raum (Patienten mit Arthrose). Zusätzlich wurden private Kontakte genutzt. Alle Diskussionsgruppen fanden in für die Diskutanten neutralen Räumlichkeiten statt und dauerten zwischen zwei und vier Stunden.

Analyse der Daten

Die – aufgrund der langen und intensiven Diskussionen und Erzählungen der Diskutanten umfangreichen – Transkriptionen der digitalen Audioaufnahmen mündeten in einer ersten Sichtung der Daten. Nachdem sich die Verfasser so einen ersten Überblick über das nun in Textform vorliegende Datenmaterial verschafft hatten, wurde ein Transkript ausgewählt und mittels des offenen Kodierverfahrens bearbeitet (Glaser/Strauss 1967; Strauss 1998). Textpassagen, die als besonders inhaltsreich oder prägnant erschienen, wurden dabei einer *Zeile-für-Zeile* und stellenweise einer noch intensiveren *Wort-für-Wort-Analyse* unterzogen. Dabei wurden die jeweiligen Zeilen und/oder Wörter dekontextualisiert und interpretiert. Im Anschluss wurden (in wechselndem Umfang) jeweils einige Folgehypothesen gebildet, das heißt die Zeilen und Wörter wurden mit möglichen bzw. denkbaren Fortführungen des Textes konfrontiert. Im Anschluss wurden die Folgehypothesen dann anhand des tatsächlichen Fortgangs der Textpassagen bzw. Sätze überprüft (siehe hierzu ausführlich Strauss/Corbin 1998). Der Vorteil dieses Vorgehens ist in der erreichbaren analytischen Tiefe zu sehen, die es ermöglicht, die im Transkriptionstext verborgenen, tiefer liegenden Sinnstrukturen freizulegen. Auch verringert sich die Gefahr, dass mögliche Interpretationen und inhaltslogische Auslegungen übersehen und durch vorschnelle Deutungen falsche Schlussfolgerungen gezogen werden.

Regelmäßig unterbrochen wurde das offene Kodieren durch das Verfassen von konzeptuellen Memos, in denen unter anderem die Ergebnisse der Interpretationen der besonders aussagekräftigen Textpassagen festgehalten wurden. Nach Abschluss der Kodierarbeiten am ersten Transkript wurden nacheinander auch die Textfassungen der drei weiteren Fokusgruppendifkussionen kodiert. Dabei konnten die bis dato rohen und keinerlei analytischer Bearbeitung zugeführten Transkripte als voneinander unabhängige Fälle (sowohl in Bezug auf die einzelnen Diskussionsgruppen als auch auf die einzelnen, sich in den Gruppen äußernden Diskutanten) analysiert und später miteinander verglichen werden (siehe in Bezug auf den Vergleich: Glaser/Strauss 1979). Nach der Analyse eines Transkriptes sowie der Fixierung der Ergebnisse in konzeptuellen Memos wendeten sich die Verfasser somit immer wieder neuen, unbearbeiteten und inhaltsreichen Daten zu. Diese Vorgehensweise erlaubte es, den Zielen der vorliegenden Untersuchung zu entsprechen, weil damit die Kontrastierung der Gruppen entlang der geschlechts- und krankheitsspezifischen Merkmale eingeleitet wurde. Unterstützt und fortgeführt wurde die Kontrastierung der Fälle durch das sich an das offene Kodieren anschließende axiale

und später selektive Kodieren in allen vorliegenden Transkripttexten. Auf diese Weise konnten sich inhaltlich gleichende Codes zusammengeführt, Kategorien gebildet und in ihre Dimensionen und Subkategorien ausdifferenziert sowie die sich in allen Gruppen gleichenden oder unterscheidenden Phänomene identifiziert werden. Damit einhergehend wurden die gleichzeitig entstehenden Memos und Konzepte weiter spezifiziert und ausgearbeitet und solche Textstellen ausgewählt, die aufgrund ihrer prägnanten und präzisen Ausdrucksform sowie ihres illustrierenden Charakters besonders geeignet schienen, in die späteren theoretischen Ausführungen integriert zu werden. Der besondere Wert der Aufnahme solcherlei Auszüge aus den Transkripten in die Ergebnisdarstellung ist dabei in deren Fähigkeit zu sehen, die sonst für den Leser häufig wenig nachvollziehbare Verwurzelung der Ergebnisse in den Daten zu unterstreichen. Die Auszüge und Zitate aus Transkriptionstexten entstammen der Lebenswelt der Menschen im Untersuchungsfeld und bringen deren empirisch-lebensweltliche Sicht der Dinge häufig ohne Umschweife auf den Punkt (siehe auch Glaser/Strauss 1979).

Die Auswahl bzw. Identifikation von Schlüsselkategorien während der Analyse der einzelnen Textfassungen der Gruppendiskussionen gestaltete sich verhältnismäßig einfach, da sie bzw. die auf sie hinweisenden Indikatoren immer wieder in den Vordergrund traten. Gestützt wurden die Entscheidungen zur Erhebung einiger Kategorien innerhalb eines Transkriptes zu Schlüsselkategorien durch ihr wiederkehrendes Auftreten in einigen oder allen anderen Transkripten, was sich besonders in den vergleichenden Kontrastierungen herauskristallisierte. Andererseits wurden auch einige Kategorien zu Schlüsselkategorien, die nur in jeweils einem Transkripttext vorkamen, dann jedoch von besonderer Prominenz waren. Die identifizierten Schlüsselkategorien und die in Memos festgehaltenen und ausdifferenzierten Analyseergebnisse haben entschieden zur Sättigung und Integration der theoretischen Konzepte beigetragen und sind als zentraler Bestandteil in die nachstehende interpretativ-deskriptive Darstellung der theoretischen Ergebnisse eingeflossen.

7. Empirische Befunde: „Es ist ja nicht eine Wahl des Hauses, es ist eine Wahl des Operateurs!“ – Vertrauen als handlungsleitendes Motiv bei der Krankenhauswahl

Bei der Betrachtung des vorliegenden Datenmaterials aus den Fokusgruppen fällt sofort ein Aspekt ins Auge, der allen Diskussionsgruppen gemeinsam ist und dem für die Beantwortung der Fragestellung eine exponierte Bedeutung zuzuschreiben ist. Deshalb wird er auch gleich zu Beginn genannt und als Basis der nachfolgenden Ausführungen herangezogen. Die Erkrankten - so einer der zentralen Befunde – entscheiden sich bei der Wahl eines Krankenhauses nicht primär für die eine und gegen die andere Einrichtung bzw. Institution. Im vorliegenden Datenmaterial wird vielmehr deutlich, dass sich Patienten konsequent für oder gegen einzelne beziehungsweise mehrere professionelle Akteure entscheiden. Sie orientieren sich also bei ihrer Entscheidung in erster Linie an *handelnden Personen* und nicht an Institutionen. Für Patienten scheinen demnach primär Faktoren und Prozesse auf der Mikrobene, dem unmittelbaren Nahraum des Patienten im Krankenhaus, vorrangig zu sein und nicht auf der institutionellen Mesoebene oder gar der gesellschaftlichen Makroebene zu liegen. Diese Präferenz ist für das vorliegende Material typisch, lässt sich durch viele Äußerungen belegen und weist bestenfalls marginale indikationspezifische Unterschiede auf. Die nachfolgende Äußerung eines Diskutanten ist deshalb exemplarisch für das erhobene Material und bringt die Orientierung bei der Wahl eines Krankenhauses auf den Punkt:

„Es ist ja die Wahl des Operateurs. An der hängt ja das Krankenhaus ...!
Es ist ja nicht eine Wahl des Hauses, es ist eine Wahl des Operateurs!“
(1M735)¹⁵

Die Frage nach den Kriterien von Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses muss also vor dem Hintergrund des hier vorliegenden Materials modifiziert, wenn nicht gar grundlegend überdacht werden. Sie ist nicht institutionsbezogen, sondern personen- oder akteursbezogen zu stellen. Für Patienten könnten zentrale Fragen demnach lauten: Wie finde ich die „richtige“ Person, den richtigen „Akteur“? Was muss gegeben sein, dass ich mich für eine bestimmte Person und gegen eine andere entscheide?

Betrachtet man das erhobene Datenmaterial unter diesem Aspekt, so zeigt sich, dass die zentrale Kategorie, das für Diskussionsteilnehmer bei der Beantwortung der skizzierten Fragen handlungsleitende Motiv *Vertrauen* ist. Im Sinne einer „nur wenn-dann-Aussage“ bedeutet dies: Nur wenn Patienten Vertrauen zu einem professionellen Akteur haben oder Vertrauen zu ihm aufbauen können, dann wählen sie ihn aus, um sich von ihm behandeln zu lassen (vgl. erneut: „Vertrauen zum Operateur steht an erster Stelle!“ 1M845-846; vgl. 1F711). Wie bereits beschrieben, ist mit dieser Entscheidung auch die Entscheidung über das Krankenhaus bereits gefallen. Vertrauen gegenüber den handelnden Akteuren ist für die Disku-

¹⁵ Um Rückschlüsse auf die tatsächliche Identität der Diskutanten unmöglich zu machen, wurden die Gruppen und die jeweiligen Namen maskiert. Die Kürzel 1M, 1F, 2M und 2F dienen dazu, den zitierten Textstellen die jeweiligen Passagen des Transkriptes zuzuordnen.

tanten die entscheidende Determinante bei der Entscheidung für ein Krankenhaus und kann damit als zentraler Beweggrund oder Antrieb bezeichnet werden. Das erhobene Material weist eine Vielzahl entsprechender Belege auf und die Diskussionsteilnehmer, die Vertrauen zu einem professionellen Akteur als das „A und O“ (1M701-702) der Wahl bezeichnen, erhalten von den anderen Gruppenmitgliedern große Zustimmung.

„Und wenn ich kein Vertrauen [zum behandelnden Arzt] habe, dann kann man das [eine Behandlung] – glaub ich – auch gar nicht machen lassen!“ (1M747)

Der sich hier äussernde Teilnehmer bezeichnet das Vertrauen zu dem verantwortlichen Arzt als Grundvoraussetzung dafür, dass er sich überhaupt einer Behandlung unterzieht. Besteht dieses Vertrauensverhältnis nicht oder kann er dem handelnden Akteur keinen Vertrauensvorschuss geben, kann er sich auch keine Behandlung vorstellen. Ähnlich äußert sich auch ein weiterer Patient:

„Man muss vertrauen! Mir geht es so; wenn ich zum Beispiel zum Arzt reinkomme und ich kann den nicht leiden,... dann kann der noch so gut sein! ...Dann brauch ich da gar nicht hingehen. Dann kann ich gleich weitergehen!“ (1F756-764)

Aus den beiden zitierten Aussagen lässt sich noch ein weiterer Aspekt entnehmen, der in den Fokusgruppendifkussionen ebenfalls auffällig ist: Im Zentrum der Betrachtung der Patienten stehen die behandelnden Ärzte, insbesondere die leitenden Mediziner. Diese werden von ihnen besonders kritisch unter die Lupe genommen und ihre Einschätzung wird zur Grundlage der Entscheidung gemacht („dann brauch ich gar nicht hingehen“). Für die Diskutanten in den durchgeführten Fokusgruppendifkussionen ist dann durchaus ein einzelner Arzt „der Auslöser“ (2M1386) oder ein „Glücksfall für Menschen, die operiert werden müssen“ (2M638-689). Falls Patienten nicht das entsprechende Vertrauen aufbauen können, wenden sie sich offenbar ab und setzen ihre Suche nach einer Person, der sie vertrauen können, fort („Dann kann ich gleich weitergehen!“). Die Diskutanten wollen dabei als mündige Bürger mit den verantwortlichen Ärzten persönlich sprechen und im direkten Kontakt eruieren, ob sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen können oder nicht. Es erscheint ihnen wichtig:

„dass man ja heutzutage als Patient den Arzt vorher auch kennen lernt und mit ihm ins Gespräch kommt... Da lernt man den Arzt ja auch schon kennen, da kann man ja auch noch mal zusätzlich entscheiden: der war sehr sympathisch und das war auch nett! ...Oder halt, wie gesagt, der war ja total scheiße! Was war denn mit dem? Da geh ich doch nicht wieder hin!“ (2F1695-1704)

Die sich hier äussernde Fokusgruppenteilnehmerin begrüßt die Möglichkeit, vor Ort ins Gespräch mit den handelnden und verantwortlichen Ärzten zu kommen und scheint von der eingeräumten Möglichkeit auch Gebrauch zu machen. Die geführten Gespräche und der daraus erwachsende Eindruck beeinflusst direkt die anstehende Wahl. Die Gespräche mit handelnden Akteuren können offenbar als konstitutiv für den Aufbau von Vertrauen gesehen werden:

„das konkrete Vertrauen entsteht dann eben bei den Vorgesprächen... wenn man selber jetzt den Kontakt hergestellt hat... Dann hat man ja auch ein gewisses Empfinden dafür; was hab ich da jetzt von zu halten, wie geht der mit mir um.“ (1M872-880)

Das persönliche Gespräch vor Ort, die Betrachtung „von innen“ (vgl. erneut 2M982) ermöglicht erst, dass Patienten die Ärzte kennenlernen und eine Einschätzung treffen können, obwohl noch keine eigenen Versorgungserfahrungen gemacht wurden. Die Diskussionsteilnehmer erachten es gruppenübergreifend als wichtig, Kontakte aufzunehmen und ein persönliches Beratungsgespräch „mit dem potenziellen Operateur“ (1M716-718) zu führen, um „schon mal die Ärzte kennen“ zu lernen (1F820-821). *Sympathie* und *Antipathie* sind für die Diskussionsteilnehmer offenbar sehr wichtige Entscheidungskriterien und die deutlichen Worte (vgl. erneut „der war ja total scheiße“ 2F1704) zeigen, wie ernst es ihnen ist, in ihrer Handlungsautonomie und mit ihren Wünschen und Bedürfnissen ernst genommen zu werden. Dass sie sich vor Ort über Ärzte informieren, zeigt überdies, wie bereits angedeutet, wie substanziell die persönlichen Erfahrungen, der eigene, unverfälschte Eindruck für den Vertrauensaufbau und damit für die Wahlentscheidung sind.

Im Umkehrschluss ist dies jedoch nicht gleichbedeutend damit, dass weitere Gesundheitsprofessionen auf einer Station oder in einer Abteilung eines Krankenhauses für die Wahl unbedeutend wären. Vielmehr scheint die Konzentration auf die ärztliche Profession einer pragmatischen Vorgehensweise bei dem Entscheidungsfindungsprozess geschuldet zu sein. Diese wird durch gesammelte positive Erfahrungen gerechtfertigt. Eine ganze Station – geschweige denn eine ganze Institution – zu überblicken, ist für Patienten offenbar mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, wenn nicht sogar unmöglich. Ihren Erfahrungen zufolge sind die zentralen Personen die leitenden Ärzte. Können sie zu ihnen Vertrauen fassen, so werden alle weiteren handelnden Akteure gleichsam mit einem Vertrauensvorschuss ausgestattet. Eine Diskutantin drückt in diesem Zusammenhang das aus, was an vielen Stellen des erhobenen Materials deutlich wird und fasst die gesammelten Erfahrungen zurückliegender Klinikaufenthalte zusammen:

„Wenn ein Chefarzt in Ordnung ist, dann ist das gesamte Klima in Ordnung.“ (2F997-998)

Der Chefarzt hat aus Sicht der Diskussionsteilnehmerin einen entscheidenden Einfluss auf das Klima der ihm jeweils unterstellten Station oder Abteilung eines Krankenhauses. Dieser Erkenntnis muss an dieser Stelle noch weitere Beachtung geschenkt werden. Denn die Schlussfolgerung der Diskutantin erhärtet die vorab beschriebene Konzentration von Patienten auf die ärztlichen Akteure – genauer: die leitenden Ärzte. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Patienten dadurch versuchen, das äußerst undurchschaubare institutionelle Ganze zu vereinfachen und damit handhabbar und bewertbar zu machen, um eine Entscheidung treffen zu können. Sollte dem so sein, und darauf weist das vorliegende Material hin, so könnte hierin auch ein systembedingter Grund für das personenbezogene Vorgehen bei der Wahl eines Krankenhauses liegen.

Ein weiterer, aus den vorliegenden Daten entnommener Aspekt verdient es, vertiefend betrachtet zu werden: Sprechen die Diskussionsteil-

nehmer im Rahmen der durchgeführten Fokusgruppendifkussionen von *dem Ruf* eines Hauses, so zielen sie ebenfalls auf die Ebene einzelner Personen ab. So ist der Ruf einer Einrichtung in erster Linie davon abhängig, welchen Ruf die dort tätigen Ärzte haben, beziehungsweise wie es um das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und professionellen Akteuren bestellt ist. Hier nehmen Patienten also offensichtlich eine Übertragung von der Person auf die Institution vor. Dies bestätigen auch Aussagen von Diskutanten, die eine Klinik in einer bestimmten Stadt in guter Erinnerung haben, eine erneute Operation aber nicht in dieser Klinik durchführen lassen, weil der entsprechende Arzt, mit dem sie die positiven Erfahrungen verbinden, „nicht mehr da“ ist (2F235), respektive das „entsprechende Personal [nicht mehr] das gleiche ist“ (1M1447). Die vorliegenden Daten legen an mehreren Stellen nahe, dass Patienten zwar explizit vom Ruf einer Institution sprechen, implizit jedoch das Vertrauensverhältnis zu den dort handelnden Personen meinen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass der Ruf eines Hauses durchaus deutlichen Schwankungen ausgesetzt sein kann.

Nicht in jedem Fall führt der Weggang eines handelnden Akteurs (vor allem eines Arztes) jedoch wie in den zitierten Diskussionspassagen dazu, dass sich die Patienten von einer Einrichtung abwenden. Vielmehr scheint es auch Einrichtungen zu geben, die von den Diskussionsteilnehmern – zwar interindividuell unterschiedlich – dennoch als gleichbleibend positiv eingeschätzt werden. Hier ist anzunehmen, dass die entsprechenden Häuser beispielsweise durch eine konsistente Personalpolitik oder überdauernde „Philosophien“ oder „Leitbilder“ eine besondere Kontinuität hinsichtlich der Qualität der handelnden Akteure bieten, auch wenn diese wechseln. Dies führt dann dazu, dass die Patienten diese Einrichtungen als besonders vertrauenswürdig einstufen und auch neuen handelnden Akteuren einen gleichsam generalisierten Vertrauensvorschuss gewähren (ex. 2M72). Gleichwohl ist auch hier davon auszugehen, dass personelle Veränderungen (insbesondere im ärztlichen Bereich) in einer Abteilung oder auf einer Station eine Neubewertung der Situation und neuerliche vertrauensbildende Maßnahmen durch die neuen Akteure erfordern, um den ihnen von den Patienten gegebenen Vertrauensvorschuss zu rechtfertigen.

Grundsätzlich, so kann bereits an dieser Stelle konstatiert werden, orientieren sich die Teilnehmer der durchgeführten Fokusgruppendifkussionen im Rahmen der Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus also daran, wie (und ob) sie Vertrauen zu den handelnden Akteuren (insbesondere den Ärzten oder dem Chefarzt) aufbauen können oder anhand welcher Kriterien sie einen oder mehrere Akteure finden, denen sie ihr Vertrauen schenken können, um sich dann für eine Einrichtung zu entscheiden.

Folgt man der dargestellten Logik bei der Krankenhauswahl, sind folgende Fragen wesentlich:

- Welche Fragen stellen sich Patienten in diesem Zusammenhang?
- Welche Informationen benötigen sie?
- Wer benötigt welche Informationen?
- Wie kommen Patienten an entsprechende Informationen oder wo holen sie sich diese? Wen fragen sie? Wo lesen sie nach?
- Welche Informationen sind die „geeigneten“?
- Wie müssen die Informationen aufbereitet sein, damit sie bei der Wahlentscheidung berücksichtigt werden?

Die Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppendifkussionen deuten diesbezüglich auf zentrale Informationsquellen und -wege, die Patienten nutzen, um zu ermitteln, welchen handelnden Akteuren sie vertrauen oder einen Vertrauensvorschuss geben können:

- Positive persönliche Erfahrungen
- Erfahrungsaustausch/-weitergabe
- Empfehlungen durch einen professionellen Akteur
- Weitere Informationsquellen und -medien

In der Folge sollen diese zunächst einzeln näher betrachtet und auch voneinander abgegrenzt werden, um darauf aufbauend eine Gewichtung im Sinne eines hierarchischen Verhältnisses der einzelnen Informationsquellen und -wege zueinander vorzunehmen.

7.1 Zur Bedeutung persönlicher Erfahrungen im Kontext vertrauensbasierter Entscheidungen

Als eine wichtige Möglichkeit, Vertrauen aufzubauen, dienen den Diskussionsteilnehmern offensichtlich insbesondere *persönliche Erfahrungen* mit dem Versorgungssystem Krankenhaus. Diese bilden quasi einen sicheren Handlungsrahmen, um (nicht nur) im Kontext der Krankenhauslandschaft wählen und entscheiden zu können. Es zeigt sich dabei, dass *sowohl positive als auch negative Erfahrungen* eine wichtige Rolle spielen. Gleichsam prägen diese maßgeblich das neuerliche Such- und Entscheidungsverhalten der befragten Patienten. Stellvertretend für viele weitere Aussagen, die den Stellenwert persönlicher Erfahrungen im Kontext der Krankenhauswahl verdeutlichen, soll die nachfolgende Äußerung eines Diskutanten wiedergegeben werden:

„Bin auch schon in andern Häusern gewesen – auch hier in [Stadt] – aber, wie gesagt, wenn es irgendwo knacken sollte, dann würde ich immer wieder nach [Stadt-Klinik] gehen.“ (2M311-313)

Offenbar führten bei diesem Diskussionsteilnehmer die gesammelten – und ersichtlich unterschiedlichen – Erfahrungen in mehreren Krankenhäusern dazu, dass er derjenigen Einrichtung, in der er die besten Erfahrungen gesammelt hat, den bereits an anderer Stelle angesprochenen generalisierten Vertrauensvorschuss gewährt. Persönliche Erfahrungen haben also offensichtlich einen hohen Stellenwert bei der Entscheidungsfindung.

Der Stellenwert positiver persönlicher Erfahrungen

Liegen *positive Erfahrungen* vor, so ist die Entscheidung für ein Krankenhaus bereits im Voraus für den Fall getroffen, dass „es irgendwo knacken sollte“. Wenn also die gesundheitliche Situation einen erneuten Krankenhausaufenthalt notwendig werden ließe, so würde der oben zitierte Diskutant ohne weitere Überlegungen sofort in das entsprechende Krankenhaus gehen. Eine Haltung, die auch in der nachfolgenden Passage bestätigt wird:

„Und jetzt muss der Finger operiert werden, da muss ich im September hin und weil eben in [Stadt-Klinik] einmal die Ärzte gut waren und ich diese vielen Male schon dort war, kennt man viele Ärzte und viele Schwestern. Also für mich bleibt nur noch [Stadt-Klinik]! Es ist zwar ein bisschen umständlicher mit dem Hinkommen aber ich würde da immer wieder hingehen. Und das ist eben jetzt auch ... Professor Doktor [Name], der hat mich schon am Knie operiert“ (2F333-338)

Deutlich wird hier erneut, dass aufgrund der positiven Erfahrungen ein Vertrauensverhältnis zu den handelnden Akteuren (zu Ärzten, genauer zu Prof. Dr. [Name] und zu den Schwestern) aufgebaut werden konnte. Vertrauen – und dies wird in vielen Passagen des erhobenen Materials sowohl explizit als auch implizit deutlich – fassen die Fokusgruppendifkussions Teilnehmer offenbar durch positive persönliche Erfahrungen. Vertrauen aufzubauen wiederum braucht Zeit, muss gleichsam wachsen. Mehrere positive Erlebnisse führen dann, wie aus der vorangegangenen Passage deutlich wird, offenbar zu einem tieferen, besonders gefestigten Vertrauensverhältnis. Dieses ist in erster Linie durch die Vertrautheit den entsprechenden Personen gegenüber geprägt. Von zentraler Bedeutung hierfür scheint es zu sein, dass sich die Patienten gut aufgehoben fühlen oder – wie es eine Diskutantin an anderer Stelle beschreibt – „dass die [handelnden Akteure] so gut auf mich aufgepasst haben“ (2F1119). Gleichzeitig wird deutlich, dass die Diskussionsteilnehmer positiven Erfahrungen und dem sich darauf stützenden Vertrauen ein hohes Gewicht im Kontext erneuter Wahlentscheidungen beimessen. Nach dem nachvollziehbaren Prinzip: „ich bin schon mal da operiert worden, deswegen bin ich noch mal dort hin“ (2F1229), werden positive persönliche Erfahrungen sogar primär handlungsleitend und die Diskussionsteilnehmer sind froh, „dass sie...klar haben“ (2F1247-1248) in welches Krankenhaus sie gehen, wenn ein erneuter stationärer Aufenthalt notwendig wird. Steht die konkrete Entscheidung dann an, müssen sie, wie bereits beschrieben, nicht erst noch überlegen, abwägen oder recherchieren. Die gesammelten positiven Erfahrungen haben längst zu einer festen „Bindung“ (2F1231) an die handelnden Personen einer Einrichtung geführt und geben den Patienten Sicherheit. Vor allem vor dem Hintergrund eigener Unsicherheiten und Ängste die sich aus ihrer chronischen Krankheit ergeben, ist dies offensichtlich besonders wichtig. Problematisch gestaltet sich die Situation nur dann, wenn – wie vorab bereits beschrieben – die handelnden Akteure, zu denen ein entsprechendes Vertrauensverhältnis besteht, die Einrichtung verlassen. Dann – so einer der Diskussionsteilnehmer – „muss man natürlich von vorne beginnen“ (1M1468).

Die Bedeutung negativer persönlicher Erfahrungen

Oft haben Patienten „schon viele Krankenhäuser in ihrer Umgebung durch“, bis sie wissen, „wo sie hingehen können“ (1F581-582). *Negative Erfahrungen* sind offenbar an der Tagesordnung. Diskutanten, die von negativen Erfahrungen verschont blieben, geben an, „Glück“ (1M1361) gehabt zu haben. Gleichzeitig zeigen sie sich in hohem Maße überrascht und verunsichert, wenn sie negative Erfahrungen machen müssen, wie die nachfolgende Passage verdeutlicht, die als exemplarisch für eine Vielzahl ähnlicher Aussagen angesehen werden kann:

„So nachdem ich diese ganzen Erfahrungen mit Krankenhäusern gemacht hatte. Am Anfang war mir das egal, wo ich hinkam. Wichtig war nur, dass einem weitergeholfen wurde. Da habe ich auch noch überhaupt nicht gewusst, dass es solche Unterschiede gibt! Ich habe immer gedacht, dass mir geholfen wird, wenn ich zum Arzt gehe. Wie auch immer, es war eine vollkommen irrige Annahme. Aber so war es; damit bin ich losgegangen.“ (2M1317-1322)

So sehr negative Erfahrungen helfen, zukünftige Entscheidungen zu treffen, so zeigt der Textauszug auch, wie ernüchternd und bitter entsprechende Erfahrungen für Patienten sein können. Ein anderer Diskutant würde beispielsweise „nie wieder, nie, nie wieder“ (2M495-496) in eine bestimmte Klinik und zu einem bestimmten Arzt gehen. Negative Erfahrungen, das wird mehrfach deutlich, stellen demnach (ebenso wie positive Erfahrungen) einen orientierenden Handlungsrahmen für Entscheidungen dar. Im Gegensatz zu positiven Erfahrungen entfalten negative ihre Wirkung im Sinne des Ausschlussprinzips.

Vor diesem Hintergrund kann die oben beschriebene „Treue“ zu vertrauten professionellen Akteuren, mit denen positive Erfahrungen verknüpft werden, noch besser nachvollzogen werden. Gute Erfahrungen führen ebenso dazu, bewusst weitere Wege in Kauf zu nehmen und auch erschwerende Umstände zu akzeptieren. So verzichten die Diskutanten mitunter auf regelmäßigen Besuch von Angehörigen, Freunden, Bekannten und Kollegen oder nehmen lange Anfahrtswege in Kauf („auch wenn wir eine Stunde fahren müssen, um da jemanden [hier den Ehepartner] zu besuchen“ 2M912), was beispielsweise zwischen Ehepartnern ein Mehr an Abstimmungsarbeit erfordert. Gleichzeitig ist dies, insbesondere bei eingeschränkter Mobilität als problematisch zu bezeichnen, da die wertvolle soziale Unterstützung, zum Beispiel durch den Partner oder die Partnerin, dadurch erschwert wird. Überdies wird im obigen Zitat deutlich, wie schwierig und wie langwierig der Prozess des Vertrauensaufbaus im Einzelfall sein kann. Gründe hierfür könnten unter anderem darin liegen, dass Patienten aufgrund negativer Erfahrungen im Krankenhaus ein ‚gesundes Misstrauen‘ gegenüber den handelnden Akteuren entwickeln. Es kann angenommen werden, dass es besonderer Anstrengungen der professionellen Akteure bedarf, um das entstandene Misstrauen in Vertrauen zu überführen. Mitunter sind mehrere positive Erfahrungen mit der stationären Versorgung notwendig, bevor aus einem relativ labilen Vertrauen ein tiefes Vertrauensverhältnis erwachsen kann.

Der Stellenwert des interdisziplinären Teams im Krankenhaus bei der Entscheidung der Patienten

Ein weiterer interessanter Aspekt im Zusammenhang mit Vertrauen ist auch, dass Patienten, die bereits auf einen gewissen Erfahrungsschatz zurückgreifen können, vermehrt auf die hohe Bedeutung der Pflege hinweisen. Offensichtlich können Patienten den Anteil der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen an der Versorgung erst dann verlässlich einschätzen, wenn sie auf persönliche Erfahrungen zurückgreifen können: „Aber wie gesagt, man muss dann auch erstmal drin sein, um das festzustellen.“ (2F1606-1607) Liegen keine entsprechenden Erfahrungen vor, so neigen die Diskussionsteilnehmer dazu, von den Ärzten auf das gesamte Personal zu schließen.

Gleichwohl scheinen den vorliegenden Daten zufolge insbesondere diejenigen Diskutanten, die sich tendenziell auf längere stationäre Aufenthalte einstellen, ein hohes Interesse an den anderen Gesundheitsprofessionen zu haben. Diejenigen, die sich nur auf eine sehr kurze Liegezeit einstellen, messen diesen Professionen hingegen weniger Bedeutung bei. In diesem Punkt deutet sich demnach ein – wenn auch geringer – indikationsabhängiger Unterschied zwischen den befragten Patienten an. Dieser ist jedoch unabhängig von der entsprechenden Grunderkrankung zu sehen, ein Aspekt, auf den an anderer Stelle vertiefend einzugehen ist.

Das „erweiterte Verständnis“ persönlicher Erfahrungen bei der Krankenhauswahl

Bemerkenswert erscheint in diesem Kontext auch die Tatsache, dass sich die gesammelten Erfahrungen nicht nur auf die persönlichen Erlebnisse einer konkret erlebten Versorgungssituation beziehen. Die Diskussionsteilnehmer machen sich bereits bei Krankenbesuchen ein erstes Bild von der Einrichtung („wenn du mal jemanden [im Krankenhaus] besuchst, dann guckst du dir das ja auch an“; 2F1123-1124). Ein Diskutant hatte beispielsweise beruflich in einer Klinik zu tun („Gasanschluss“; 2M975) und sich darüber schon einen Eindruck verschafft, der ihn dann beim Vergleich mit einem anderen Haus dazu bringt, sich gegen die Einrichtung zu entscheiden, in der er beruflich tätig war. Nicht nur *unmittelbare Erfahrungen* mit der Versorgung spielen also offenbar für Entscheidungen eine Rolle, sondern auch *mittelbare Erfahrungen* und Eindrücke. Dies ist ein Grund dafür, dass von Diskussionsteilnehmern neben dem ärztlichen Personal, den Pflegenden und den Angehörigen weitere Gesundheitsprofessionen beispielsweise die Personen und die *Atmosphäre* am Empfang eines Krankenhauses sehr genau betrachtet werden. Daraus schließen sie dann auf andere handelnde Personen und das *Klima* in einem Haus und überprüfen kritisch ob man zu den handelnden Akteuren ein Vertrauensverhältnis aufbauen könnte oder nicht. Auch die *Optik des Krankenhauses* hat im Sinne des ersten Eindruckes durchaus eine Bedeutung (2F1520). Die *Umgebungsgestaltung* sollte so sein, dass sich die Patienten wohlfühlen können (2F1545).

„Und wenn das vorne schon einigermaßen gestimmt hat, ...dann hab ich mich ganz gut gefühlt,... das war wirklich so und es war einfach maßgebend!“ (1F1395-1402)

Die Diskussionsteilnehmer möchten sich – und dies wird an mehreren Äußerungen deutlich – „von außen und von innen“ (2M981-982) ein eigenes Bild von einer Einrichtung machen. Dabei reicht ihnen der flüchtige Blick in ein Prospekt nicht, denn darüber können sie sich nur die Außensicht der Klinik und eventuell die Umgebungsgestaltung erschließen: „ist natürlich wie im Reisekatalog; es werden nur die schönsten Seiten dargestellt.“ (1M1783-1784) Das heißt, die Patienten wissen offensichtlich, dass sie einem Prospekt gegenüber kritisch eingestellt sein sollten und den darin enthaltenen Informationen nicht uneingeschränkt glauben können. Deshalb wollen sie sich auch von innen einen Eindruck verschaffen, um Vertrauen aufzubauen und zwischen verschiedenen Krankenhäusern vergleichen zu können. Dabei spielt der erste Eindruck eine große Rolle.

Vertrauen, so kann festgehalten werden, entsteht am besten durch persönlichen Kontakt mit Einrichtungen und dort tätigen Personen. Die Diskussionsteilnehmer bekommen „ganz schnell mit“ (1F1169), entscheiden aus dem „hohlen Bauch“ (1F1172) und haben „ein gewisses Empfinden dafür“ (1M879), ob sie einem Arzt bzw. einem Krankenhaus vertrauen können und sich in die entsprechende Einrichtung begeben wollen oder nicht. „Vertrauenswürdigkeit entsteht sozusagen im ersten Kontakt“ (1F1164-1165) und wird danach beurteilt, „wie der Arzt auf [die Patienten] reagiert“ (1F1166). Menschenkenntnis scheint demnach eine große Rolle bei der Beurteilung der professionellen Akteure zu spielen. Sicherlich spielen dabei bereits gesammelte Erfahrungen mit professionellen Akteuren eine große Rolle.

Vertrauen durch persönliche Bekanntschaft

Die vorangestellten Ausführungen können auch erklären, warum es für Patienten besonders wertvoll ist, wenn sie einen professionellen Akteur im Krankenhaus, also einen Insider des Systems *persönlich kennen*:

S: „Wichtig ist deswegen halt das Vertrauen zum Operateur...“

K: „das muss natürlich. Jaja!“

S: „...wenn man da jemanden kennt ist das auch noch irgendwo ganz anders!“ (1M287-289)

Diese Passage unterstreicht noch einmal, wie wichtig das Vertrauen in den behandelnden Arzt ist, und zeigt, wie hilfreich private Kontakte oder positive persönliche Erfahrungen für die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses als Basis der Entscheidung für eine bestimmte Einrichtung sein können. Aus Unsicherheit wird dann offenbar Sicherheit und die Wahlentscheidung kann relativ leicht getroffen werden.

Eingeschränkte Bedeutung objektiver Kriterien bei der Entscheidung für ein Krankenhaus

Interessant ist zudem, dass die Diskussionsteilnehmer im Zusammenhang mit Vertrauen nur sehr begrenzt von eher objektiveren Kriterien sprechen. Es sind offensichtlich zwischenmenschliche Aspekte, die darüber entscheiden, ob ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann oder nicht. Dies bedeutet allerdings nicht, dass beispielsweise die fachliche Kompetenz, die Qualifikation und die Erfahrung der handelnden Akteure nicht relevant für die Diskutanten sind. Allerdings – und dies wird im vor-

liegenden Material immer wieder deutlich – spielen sie keine besonders exponierte Rolle für die Wahl. Vielmehr reihen sie sich in eine ganze Anzahl weiterer Kriterien ein und sind dem Wahlkriterium Vertrauen untergeordnet. Dieser Gesichtspunkt verdient eine genauere Untersuchung. Zunächst soll der Schwerpunkt der weiteren empirischen Ergebnispräsentation allerdings auf andere entscheidende Aspekte für die Entscheidungsfindung gelegt werden. So sind für sie neben den persönlichen positiven und negativen Erfahrungen ergänzend weitere Informationsquellen und -wege von offenbar großer Bedeutung bei der Wahl eines Krankenhauses.

7.2 Erfahrungsaustausch als bedeutsamer Weg für wahlbeeinflussende Informationen

Eine weitere wichtige Informations- und Vertrauensquelle für die Diskussionsteilnehmer ist der Erfahrungsaustausch mit anderen. Dabei lassen sich im vorliegenden Material unterschiedliche Formen identifizieren, deren Grenzen jedoch fließend sind. Dennoch soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die Nuancen herauszuarbeiten, um damit, ohne die semantischen Unschärfen und Ausfransungen zu negieren, ein besseres Verständnis der im Material gefundenen Formen zu ermöglichen.

Direkter Erfahrungsaustausch von Mensch zu Mensch – die Mundpropaganda

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung ist an erster Stelle die *Mundpropaganda* zu nennen. Diese wird explizit benannt und kann als die direkte Weitergabe gesammelter Erfahrungen von Patient zu Patient (also innerhalb einer Gruppe von Peers) beschrieben werden. Gemeint ist damit die Aufnahme von Mitteilungen von „Patienten, die schon [in einer bestimmten Einrichtung] gewesen sind“ (2F942) und die man privat oder beruflich kennt. Durch Mundpropaganda aus dem Familien-, Verwandten-, Bekannten-, Kollegen- und Freundeskreis (diese Personen werden von den Diskutanten genannt) scheinen Patienten insbesondere dann zu profitieren, wenn ihnen keine persönlichen Erfahrungen vorliegen, sie also über keinen eigenen orientierungstiftenden Erfahrungsschatz verfügen, um eine Entscheidung zu treffen. Die Erfahrungen anderer sind dann besonders wichtig, geben erste Anhaltspunkte und dienen dazu, vermeintliche Fehler anderer zu vermeiden, Fehlentscheidungen, Enttäuschungen, Unsicherheiten und Ärger zu verhindern. Entsprechende Erfahrungsberichte von Patienten, zu denen man Vertrauen hat, werden dementsprechend dankbar aufgenommen („weil man tauscht sich dann natürlich auch aus, wenn man da mal jemanden gefunden hat“; 2M1198-1199). Im erhobenen Material finden sich mehrfach Belege für den großen Einfluss entsprechender Informationen auf die Entscheidung. Das nachstehend aufgeführte Statement einer Diskutantin unterstreicht die Bedeutung der Mundpropaganda:

„Nach [Stadt] bin ich auch gekommen, weil ich eine Bekannte habe, die dort sehr häufig war und auch sehr gut dabei weggekommen ist... und [von dieser Einrichtung] habe ich durch diese Bekannte gehört und dadurch bin ich da hingegangen.“ (2F925-931)

Die Diskutantin stützte sich bei ihrer Entscheidung offensichtlich auf die positiven Krankenhauserfahrungen einer Bekannten, zu der sie offensichtlich großes Vertrauen hat.

Das Vertrauen ist also auch hier wesentlich für die Akzeptanz einer Empfehlung und die Glaubwürdigkeit der entsprechenden Informationen. Dennoch reflektieren die Diskussionsteilnehmer kritisch, dass den Erfahrungen anderer gegebenenfalls auch abweichende Präferenzen zugrunde liegen können. Hätten die Diskutanten die Erfahrungen persönlich gemacht, so wäre die Beurteilung eventuell ganz anders ausgefallen, denn: „jeder Patient ist anders“ (2M1159). Dies ist ein Aspekt, der offensichtlich dazu führt, dass Entscheidungen nicht unreflektiert und ebenso wenig ausschließlich auf Basis der Erfahrungsberichte anderer getroffen werden. Interessant im Zusammenhang mit der Mundpropaganda ist auch, dass die Diskussionsteilnehmer es durchaus als ihre Aufgabe sehen, persönliche Erfahrungen an andere weiterzugeben und Empfehlungen auszusprechen (vgl. 1M101; 2F1409).

Erfahrungsaustausch über Dritte – das Hörensagen

Neben der Mundpropaganda wird auch das *Hörensagen*, wiederum über den Familien-, Verwandten-, Bekannten-, Kollegen- und Freundeskreis, benannt und als Informations- und Erfahrungsweitergabe *über dritte oder weitere Personen* beschrieben:

„also wir sind auf [Stadt] gekommen, ... über eine Bekannte meiner Frau...und das war dann auch ein guter Griff!“ (2M1853-1857).

Der Textauszug verdeutlicht, welche prominente Stellung das Hörensagen für die Patienten haben kann und wie groß sein Einfluss auf den Entscheidungsfindungsprozess bei der Wahl eines Krankenhauses ist. Zudem wird deutlich, dass sich der durch Hörensagen entstehende Vertrauensvorsprung für Patienten auszahlen kann (vgl. „guter Griff“ (ebd.) oder „also: da habe ich gute Erfahrungen mit gemacht“ 1F625), wenngleich gewisse Unschärfen hinsichtlich des Informationsgehaltes vermutet werden, die durchaus auch zu Problemen führen können. Denn die über mehrere Stationen transportierten Informationen – und diese Erkenntnis erscheint banal – verlieren mitunter deutlich an Gehalt, können verengt oder verfälscht wiedergegeben werden und subjektive Interpretationen enthalten. Dazu folgende Passage:

„Ich hatte eine Tante, die kannte eine, die das Problem hatte. Da hat meine Tante der erzählt: meine Nichte, die hat keine Schmerzen! Als [die Tante] mir das erzählte, habe ich gesagt: Wie bitte? Wie kannst du so etwas erzählen, nur weil ich nicht mit hängendem Gesicht da sitze und stöhne und jammere? Durch so etwas kommen solche Leute auf die Idee ich hätte keine Schmerzen!“ (2F1412-1417)

Das Zitat zeigt erneut, was die Diskussionsteilnehmer unter Hörensagen verstehen. Informationen werden demnach beim Hörensagen nicht direkt, sondern über weitere Personen transportiert, wodurch Informationen verfälscht oder falsch werden können. Den Diskutanten scheint diese Problematik allerdings bewusst zu sein und es ist anzunehmen, dass sie Informationen und Erfahrungen, die sie über den Weg des Hörensagens erhalten haben, kritisch hinterfragen und sich weitere Meinungen einholen, um

den Inhalt der Information abzusichern und sich eine eigene Meinung zu bilden (1F615). Vor allem der Umstand, dass Außenstehende, nicht Erkrankte nur begrenzten Einblick haben und demzufolge Informationen eher aus einer Outsiderperspektive weitergeben, scheint einen großen Unsicherheitsfaktor hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der transportierten Informationen darzustellen.

Ein Diskutant gibt an, dass er den Erfahrungsberichten dritter grundsätzlich mit Skepsis entgegentritt und ergänzt: „wenn ich davon die Hälfte glaube, ist das okay.“ (2M1237-1238) Und auch hier gilt, dass Patienten die aufgenommenen Informationen und Erfahrungen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen einordnen und für sich gewichten.

Sowohl die Suche nach Informationen über Mundpropaganda als auch durch das Hörensagen werden von den Diskussionsteilnehmern häufig als relativ ungerichtet beschrieben:

„Man hört dann einfach, man beschäftigt sich mit dem Thema, erzählt hier und da und so kommt das irgendwie automatisch zustande. Und dann wundert man sich, wie viele Leute auch orthopädische Betroffene sind und schon eine Operation hinter sich haben oder jemanden kennen, [der bereits eine Operation hatte] das sind so Sachen.“ (1M859-863)

Dieser Fokusgruppendifkussionsteilnehmer steht offenbar in absehbarer Zeit vor der Entscheidung, einen operativen Eingriff vornehmen lassen zu müssen. Sensibilisiert für die Krankenhauswahl und offensichtlich noch nicht mit persönlichen Erfahrungen ausgestattet hört er sich also um, lenkt – beispielsweise im Gespräch mit Bekannten und Kollegen – den Blick der Gesprächspartner auf das Thema und sucht eher zufällig die für ihn relevanten ersten Informationen. Dabei bedient er sich offenbar im Sinne der Mundpropaganda oder des Hörensagens aus dem Erfahrungsschatz anderer Betroffener und zeigt sich überrascht darüber, wie viele Menschen ihm Informationen geben können.

Während der Beschäftigung mit einem Thema „schnappen“ die Diskussionsteilnehmer also oft wenig zielgerichtet „einmal hier und einmal dort“ Informationen auf und sammeln dadurch erste Puzzleteile, die sie dann nach und nach zu einem Bild zusammenfügen. Dies geschieht allerdings eher unbewusst (vgl. erneut: „irgendwie automatisch“) und beiläufig („von einem Kunden gehört“; 1F596) denn als Folge von gezielten Suchbewegungen. Gleichwohl kann auf Basis des erhobenen Materials davon ausgegangen werden, dass sowohl die Mundpropaganda, als auch das Hörensagen wichtige Wege darstellen, um sich wahlentscheidende Informationen aus dem Familien-, Verwandten-, Bekannten-, Kollegen- und Freundeskreis zu erschließen. Besonders positive Erfahrungen werden nach den Aussagen der Diskutanten dauerhaft behalten („dann behält man das sofort!“; 2F1193).

Sowohl die Mundpropaganda als auch das Hörensagen haben aus Sicht der Diskussionsteilnehmer eine Gemeinsamkeit. Sie können persönliche Erfahrungen nicht ersetzen. Dennoch führen sie durchaus zu einem „Vertrauensvorschuss, [der sich]... natürlich dann am eigenen Leibe auch bestätigen muss. Das ist ganz klar.“ (1M848-850)

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass über neue Kommunikations- und Informationsmedien, allen voran das Internet, Erfah-

rungsberichte zugänglich werden, die nicht über den eigenen Freundes- und Bekanntenkreis durch Mundpropaganda oder Hörensagen transportiert werden. Hier werden von den Diskutanten vor allem Erfahrungen von Peers aus Internetforen und Chats genannt. Auf diesen Aspekt wird ebenfalls zurückzukommen sein.

7.3 Stellenwert von Empfehlungen professioneller Akteure im Kontext der Krankenhauswahl

Als eine weitere wichtige Informationsquelle fungieren für die Diskussteilnehmer professionelle Akteure sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Allen voran sind die behandelnden Hausärzte sowie entsprechende Fachärzte zu nennen. Deren *Empfehlungen* einzelner Kollegen, die in Krankenhäusern tätig sind, werden von den Diskutanten als sehr hilfreich und wertvoll für die Krankenhauswahl eingestuft. Viele der Diskussteilnehmer entscheiden sich demnach auf Basis des Votums ihres Haus- oder Facharztes für eine entsprechende Einrichtung. Allerdings – und dies zieht sich durch das gesamte Datenmaterial – wird der Empfehlung von behandelnden Haus- oder Fachärzten nur dann ein großes Gewicht gegeben, wenn die Diskutanten ein gutes und gewachsenes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt haben:

„Ich habe zu meinem Hausarzt, Dr. [Name], der meine ganzen Krankheiten herausgefunden hat, der auch vor über zwanzig Jahren herausgefunden hat, dass ich Diabetiker wurde großes Vertrauen – auch heute noch. Über ihn habe ich [auch die Kliniken gefunden].... Er hat mich dann immer weiter empfohlen zu anderen Ärzten. Ich war also meistens, wenn ich im Krankenhaus war, in [Klinikname].“ (1M126-133)

Dieser Diskutant bezeichnet das über lange Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis zu seinem Hausarzt als Grund dafür, sich auch bei der Krankenhauswahl auf seinen Arzt zu verlassen. Da er diesbezüglich offenbar immer gute Erfahrungen gemacht hat, sieht er sich in seinem Vorgehen bestätigt.

Vertrauen zu professionellen Akteuren spielt also für die Diskussteilnehmer die zentrale Rolle, nicht nur um eine Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus zu treffen. Vielmehr benötigen sie auch zu denjenigen Personen Vertrauen, die ihnen Informationen geben oder die Empfehlungen aussprechen. Dieses entsteht auch dadurch, dass sie positive Erfahrungen mit den entsprechenden Ärzten sammeln. Ein bestehendes Vertrauensverhältnis scheint zudem lange Zeit zu überdauern. Nicht nur hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Versorgung folgen die Diskussteilnehmer dann den Empfehlungen des behandelnden Arztes, sondern auch bei der Wahl und den entsprechenden Empfehlungen eines Krankenhauses.

Netzwerke bieten Sicherheit in unsicherem Terrain

Patienten bewegen sich häufig innerhalb eines bestimmten *Netzwerkes professionell handelnder Akteure*. Den Zugang zu diesen Netzwerken verschaffen sie sich über Angehörige der Gesundheitsprofessionen, zu denen sie ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben. Den Mitgliedern des professionellen Netzwerkes wird dann ein Vertrauensvorschuss gewährt, denn „da kennt man sich“ (2M304). Der Vertrauensbonus scheint deshalb aus

der Sicht der Diskutanten gerechtfertigt. Als erster „Ansprechpartner“ (AM178) eines Netzwerkes fungiert dabei häufig der Hausarzt, der nicht selten die Rolle des Gatekeepers übernimmt („der hat das vorgeschlagen“; 1F480) und Lotse für Patienten ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Diskussionsteilnehmer durchaus davon ausgehen, dass die ambulant tätigen Ärzte oft in diejenigen Kliniken überweisen, in denen sie selber gelernt haben oder tätig waren. Dies wird von den Diskutanten keinesfalls als Nachteil, etwa im Sinne von ‚Vetternwirtschaft‘ empfunden, sondern dankbar als Möglichkeit des Zugangs zu einem bestimmten Netzwerk in Anspruch genommen (vgl. 2F1329; 1M854).

Die Voraussetzung eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses, um entsprechenden Informationen und Empfehlungen zu folgen, kann eine Erklärung dafür sein, dass für Patienten vor allem diejenigen Personen zu wichtigen Informationsgebern werden, die als Insider im System verankert sind und zu denen sie darüber hinaus Kontakt haben. Diese Personen scheinen – quasi als *vertrauenswürdige Instanz* – eine besonders wertvolle Quelle bei der Suche nach Informationen darzustellen, denn sie vereinen Fach- und Sachverstand mit wichtigen Aspekten auf der Beziehungsebene. Ihr Votum gilt bei den Diskussionsteilnehmern als in hohem Maße vertrauenswürdig und entsprechende Empfehlungen haben einen besonders hohen Einfluss auf ihre Entscheidung. Dies drückt sich nicht zuletzt darin aus, dass die Diskutanten angeben, sich von einem „befreundeten“ (1F224) oder bekannten („kannten wir gut“; 2F1053, „kenne ich durch meinen Beruf“; 1M972-973) Arzt oder Angehörigen einer anderen Gesundheitsprofession beraten lassen zu haben. „Gute Beziehungen zum Krankenhaus und zu Professor [Name]“ (1M92-93) scheinen dabei besonders wertvoll für die Diskussionsteilnehmer zu sein. Insider im System haben aus ihrer Sicht einen weiteren Vorteil. Sie können mitunter sehr schnell Türen zu Netzwerken öffnen („der hat mich da reingebracht“; 1F346) und auf dem *kleinen Dienstweg* Vorgänge beschleunigen, wie die nachfolgende Passage eindrucksvoll verdeutlicht:

„Und dann sind wir nach Hause gefahren und haben diesen Bekannten angerufen. Und ich hatte dann montags meinen Termin im [Klinik] und bin einen Tag später operiert worden... Geht doch!“ (1F660-664)

Dieser Diskutant profitiert offensichtlich von seinem Insiderkontakt und bekommt sehr schnell einen Operationstermin zugewiesen.

Das geschilderte Vorgehen beschreiben insbesondere diejenigen Diskussionsteilnehmer, die positive Erfahrungen sammeln durften, wenn sie der Empfehlung des Haus- oder Facharztes oder der von befreundeten oder ihnen bekannten Insidern gefolgt sind. Patienten lernen also offenbar, dass sie sich auf das Votum des ihnen vertrauten Ansprechpartners verlassen können und folgen diesem immer wieder. Fehlt dieses über Jahre (vgl. erneut: „vor über zwanzig Jahren“) gewachsene Vertrauensverhältnis oder sind Patienten aufgrund persönlicher Erfahrungen anderer Meinung als der behandelnde Arzt, werden die entsprechenden Informationen kritisch hinterfragt oder es wird eine „zweite Meinung“ (1M766) eingeholt. Offensichtlich entwickeln Patienten dann eine eigene Vorstellung und leiten daraus spezifische und sehr klare Erwartungen an die stationäre Versorgung ab, die sie entschieden vortragen und mitunter auch energisch durchsetzen, denn: „von alleine sind die Ärzte nicht so offen ... [und] man muss... ganz viel Initiative ergreifen“ (1F921-925), wie eine Diskutantin

aus eigener Erfahrung berichtet. Dies ist eine Herausforderung, von der die Diskussionsteilnehmer in den unterschiedlichen Gruppen immer wieder berichten. Wenn sie sich aufgrund eigener Vorstellungen bewusst gegen die Empfehlung des Haus- oder Facharztes stellen, hat dies teilweise drastische Auswirkungen, wie in der folgenden Passage deutlich wird und verlangt von Patienten ein hohes Maß an Selbstbewusstsein und Durchsetzungskraft:

„Dann hat er [Facharzt] mich an einen anderen [stationär tätigen] Arzt überweisen wollen nach [Ort]. Und dann habe ich gesagt: nee! Erstens hat meine Frau keinen Führerschein und zweitens geh ich nicht nach [Ort]. Da fragte der Doktor [Name] mich: wo willst du denn hin? Ja, sagte ich, für mich gibt es nur ein Krankenhaus, die [Klinikname]! Dort arbeitete ein Kollege von ihm und die beiden konnten sich überhaupt nicht. Da schmiss der mir die Krücken ins Kreuz! Das ist eine Tatsache! Ins Kreuz und sagte: Mach, was du willst, meine Praxis brauchst du nicht mehr betreten. Ich habe dann gesagt: ist ja gut, ist ja in Ordnung, was regst du dich auf? Ich kann doch selber beurteilen wohin ich gehe?! Über meinen Körper kann ich noch bestimmen und deswegen geh ich zur [Klinikname] und dann bin ich bei Professor [Name] gewesen... und da muss ich sagen: meine erste Knieoperation ist absolute Spitze gewesen.“ (1M462-478)

In der Passage wird die eben geschilderte Problematik deutlich. Außerdem offenbart die Äußerung des Diskussionsteilnehmers auch einen Nachteil der Netzwerke. Die Grenzen des Netzwerkes zu überschreiten, kann zum Spießrutenlauf werden und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt stark belasten. Es ist zu vermuten, dass das Vertrauensverhältnis sogar zerstört werden kann und sich Patienten nach einem neuen Haus- oder Facharzt umsehen müssen. Gleichzeitig zeugt das ausgewählte Zitat auch von einer paternalistischen Haltung des behandelnden Arztes, die der Vorstellung von einem mündigen Patienten und einem partnerschaftlichen Umgang diametral entgegensteht und für mündige Patienten zu einer großen Belastung werden kann. Gleichzeitig wird erneut offensichtlich, dass Patienten Netzwerkstrukturen durchaus durchschauen und sich der Probleme an den Schnittstellen unterschiedlicher Netzwerke bewusst sind. Vor allem, wenn – wie im Textauszug angedeutet – eher persönliche und emotionale Gründe und nicht fachliche Differenzen die Empfehlung der Ärzte beeinflussen, ist es für Patienten schwer, sich zwischen verschiedenen Netzwerken zu bewegen.

Eine spezielle Form der Empfehlung durch professionelle Akteure stellen *Tipps* oder, wie ein Patient es nennt, „*Geheimtipps*“ (2M1368) dar. Diese scheinen im vorliegenden Material eng mit dem beschriebenen Netzwerkgedanken verbunden zu sein und werden sowohl mittels Mundpropaganda als auch Hörensagen weitergegeben. Dennoch sollen Tipps aufgrund ihres offensichtlich außerordentlichen Wertes kurz gesondert betrachtet werden.

Tipps beziehen sich offenkundig immer auf handelnde Personen, hier ausschließlich auf ärztliches Personal. Selten wird allerdings das Wort Tipp, bzw. Geheimtipp explizit ausgesprochen. Die Diskussionsteilnehmer sprechen eher von *dem* „Professor“ (2M1387), der „Koryphäe Professor [Name]“ (1F441), dem „entsprechenden Mann“ (1M868), dem „Knie-Experten“ (2F801), den „Spitzenkräften“ (2F804), dem „Glücksfall“ (2M638) oder „einem Spezialisten“ (2M885). Die befragten Patienten

verstehen unter einem Tipp einen herausragenden Experten, einen einzigartigen Operateur, eine Größe seines Faches, der von Patienten in der Regel mit einem besonderen Vertrauensvorschuss versehen wird. Ein Tipp vereint jedoch ein ganzes Bündel an Informationen und positiven Erfahrungen und wird so im Rahmen der Krankenhauswahl zu einer besonders wertvollen Information, die – das Vertrauen dem Tippgeber gegenüber vorausgesetzt – nicht weiter hinterfragt wird. Interessanterweise werden Tipps durchaus auch von professionellen Akteuren gegeben und zwar als Information aus dem eigenen professionellen Netzwerk. Daher kann vermutet werden, dass Tipps zum Teil die Empfehlung innerhalb eines Netzwerkes beschreiben.

7.4 Medien als Informationsquelle im Rahmen der Krankenhauswahl

Als weitere Informationsquellen, die von den Diskussionsteilnehmern genutzt werden, um eine Entscheidung für ein Krankenhaus zu treffen, dienen – allerdings mit sehr unterschiedlichen Anteilen – folgende Medien:

- Fernsehen
- Radio
- Zeitungen/Zeitschriften
- Bücher
- Internet
- Qualitätsberichte

Die Nutzung der einzelnen Medien im Zusammenhang mit der Krankenhauswahl soll nachfolgend aufgezeigt werden. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf der Bedeutung des Internets bei der Krankenhauswahl.

Das Fernsehen

Das Fernsehen, so können die Aussagen der Diskussionsteilnehmer zusammengefasst werden, wird grundsätzlich als Informationsmedium wahrgenommen („es gibt ja auch viele interessante Gesundheitssendungen im Fernsehen“; 1M945). Allerdings werden Beiträge eher beiläufig ‚mitgenommen‘ („Guck ich mir mal an“; 1F1052), was unter anderem daran liegen könnte, dass die entsprechenden Berichte nur zu einem bestimmten Sendetermin ausgestrahlt werden. In einem ersten Schritt müssen Patienten demzufolge entweder zufällig oder beim Studieren des Fernsehprogramms auf entsprechende Beiträge „aufmerksam“ (1M942) werden. Das Fernsehen ist somit ein *Bringmedium*, das sich weder am individuellen Zeitrahmen noch an den individuellen Interessen der befragten Patienten orientiert („jeder sieht ja auch so ganz andere Dinge“; 2M1260-1261). Demzufolge nehmen viele Patienten entsprechende Sendungen nur zufällig wahr. Gleichwohl werden Sendungen durchaus mit Interesse verfolgt. Im Rahmen der Krankenhauswahl werden vor allem Berichte über einzelne Kliniken, insbesondere über deren spezifische (innovative) Therapieangebote und die sie durchführenden professionellen Akteure wahrgenommen und führen, wie im nachfolgenden Beispiel deutlich wird, mitunter dazu, dass Entscheidungen befördert werden:

„Und [Klinik] war auch schon im Fernsehen mit dieser Kältekammer und da habe ich gedacht: wenn sonst nichts hilft... Und denn habe ich gedacht, probiere es mal in der Kältekammer. Und das hat mir außer den Medikamenten am besten geholfen.“ (1F1490-1495)

Die hier zitierte Diskutantin schildert, dass sie aufgrund eines Fernsehberichtes auf eine bestimmte Behandlungsmethode aufmerksam wurde, die in einer Klinik angeboten wird. Sie hat sich daraufhin für das entsprechende Krankenhaus entschieden und war mit ihrer Entscheidung offenbar sehr zufrieden.

Dies verdeutlicht exemplarisch den Einfluss des Mediums Fernsehen, der von mehreren Diskutanten beschrieben wird („das sind so Sachen, die Sie vielleicht im Fernsehen einmal sehen, neue Techniken“; 1M910-911). Insbesondere innovative Therapien (zum Beispiel „minimalinvasive Eingriffe“; 1M904f, 915f) sind offensichtlich von übergeordnetem Interesse für die Diskussionsteilnehmer. Basale, krankheitsspezifische Informationen scheinen demgegenüber weniger interessant zu sein. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass das Medium Fernsehen hinsichtlich seines allgemeinen Informationsgehaltes zu bestimmten chronischen Krankheiten für bereits expertisierte Patienten wenig oder gar keine neuen Informationen über die Erkrankung bieten kann. Zwei Patientinnen sprechen außerdem an, dass sie sich durch Gesundheitssendungen, in denen ihre Erkrankung thematisiert wurde, eher erneut an ihre Erkrankung und deren Progredienz erinnern fühlen („ich habe immer das Gefühl, als wenn es schlimmer wird“; 1F1062) und sich dadurch noch mehr Sorgen machen („das regt mich immer mehr auf“; 1F1059-1060). Sie sind offensichtlich froh, wenn sie nicht durch ein Medium (hier: das Fernsehen) an ihre Erkrankung erinnert werden und vermeiden deswegen, entsprechende Sendungen zu schauen („wenn man selber genug [erlebt] hat,... dann will man da gar nicht mehr soviel [darüber sehen]...“; 1F1054-1057). Wichtige Informationen für die Wahl eines Krankenhauses scheinen jene Diskussionsteilnehmer jedenfalls nicht im Fernsehen zu erwarten. Diese Sichtweise kann zu einem bestimmten Anteil auch dem geschilderten Vermeidungsverhalten geschuldet sein. Offensichtlich sehen das andere Diskutanten anders. Bemerkenswert ist zudem, dass auch hinsichtlich der Informationen, die über das Fernsehen aufgenommen werden, – neben innovativen Therapien – insbesondere die handelnden Personen auf Interesse der Diskussionsteilnehmer stoßen:

„Und da gab es auch eine Fernsehsendung darüber [über ein neues Medikament], dort wurde der Professor [Name] gezeigt... Der hat auch hervorragende Fernsehauftritte! Unter anderem, wo er mal so in die Gelenke reingucken ließ bei der OP hat man ihn also filmen dürfen – über seine Schulter hinweg, wie er diese Kleingelenke auswechselte... Ich hatte das gesehen, habe also Professor [Name] gesehen in der Klinik.“ (2M1090-1104)

Hier wird der Inhalt einer Fernsehsendung geschildert, in der sich einer der Diskutanten über einen Arzt in einem Krankenhaus informiert. Dieser Arzt wird dabei gezeigt, wie er neue Medikamente anwendet und Endoprothesen operativ einsetzt. Der Arzt scheint den Diskutanten durchaus beeindruckt zu haben – ein Beispiel, das erneut die Interpretation stützt, dass es nicht vornehmlich Institutionen sind, für die sich Patienten interessieren, sondern Personen. Die Kurzberichte im Fernsehen werden of-

fensichtlich durchaus auch dazu benutzt, sich ein Bild von den Ärzten zu machen. Die Diskussionsteilnehmer gelangen also über das Fernsehen an Informationen zu Personen und nutzen diese, neben anderen Quellen, um die Vertrauenswürdigkeit einzelner Personen einzuschätzen.

Besonders positiv werden Ärzte eingeschätzt, die medizinische Sachverhalte „anschaulich schildern“ und „nicht nur mit diesen Fremdwörtern herumschmeißen“ (1M1197-1199). Scheinbar sind Diskussionsteilnehmer gerade an *diesem* Expertenwissen interessiert und im Fernsehen werden entsprechende Inhalte redaktionell aufbereitet und nachvollziehbar „erklärt“ (1M1195). Dabei werden vor allem die Beiträge der öffentlich-rechtlichen Sender als positiv bewertet. Ihnen unterstellen die Fokusgruppenteilnehmer am wenigsten, „dass sie Lobbyismus vertreten“ (1M1229), und sie empfinden die entsprechenden Informationen deshalb als besonders verlässlich. Dennoch wird fokusgruppendifkussionsübergreifend die Bedeutung des Fernsehens trotz expliziter Nachfragen durch die Moderatoren als eher moderat bezeichnet: „Das sind ja nur Kurzberichte letztendlich. Ich weiß nicht, vielleicht kann man sich da ein bisschen Anregung holen – vielleicht“ (2M1255-1257).

Das Radio

Die Aussagen zur Bedeutung des Radios für die Krankenhauswahl ähneln den Äußerungen zum Fernsehen. Allerdings scheint das Radio für die Diskussionsteilnehmer eine noch untergeordnetere Rolle zu spielen als das Fernsehen. Nur in einer Fokusgruppendifkussion wird das Radio als Medium benannt, das bei der Krankenhauswahl eine Rolle spielt. Erneut scheint die Rezeption entsprechender Sendungen eher zufällig zu sein. Ein Diskutant wird von einer Bekannten, die offensichtlich häufig Radio hört, sporadisch auf Beiträge zu seiner Erkrankung hingewiesen. Besonders die Erfahrungsberichte von Peers interessieren ihn dabei:

„Wo dann Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung... Erfahrungsberichte weitergeben und sagen: das Krankenhaus ist gut und das Krankenhaus ist nicht so gut, die Leute sind gut – eben so!“ (2M1230-1233)

Als rezipierte Radiostationen werden im vorliegenden Material ausschließlich öffentlich-rechtliche Sendeanstalten genannt („WDR 5 und WDR 4“; 2M1226). Auch hier ist anzunehmen, dass die Seriosität entsprechender Sendungen als besonders hoch eingeschätzt wird, weil dem jeweiligen Sender nur geringe ökonomische Interessen unterstellt werden. Zudem sind über private Radiostationen scheinbar eher selten ausführliche Sendungen zu einer spezifischen Erkrankung zu erwarten.

Zeitungen und Zeitschriften

Krankheitsspezifische Beiträge in Zeitungen und Zeitschriften werden von den Diskussionsteilnehmern regelmäßig gelesen. Auch hier ‚stolpern‘ sie allerdings eher zufällig über entsprechende Informationen und Artikel und nehmen diese eigentlich erst bewusst wahr, wenn sie betroffen sind:

„Ist eigentlich so wie immer im Leben. Wenn man sich mit neuen Themen befasst, dann fliegt einem auch Vieles zu, man wird einfach offener, sensibler für das Thema.“ (1M931-933)

Obwohl die Diskutanten offenbar in bestimmten Phasen ihrer Erkrankung aufmerksamer nach Informationen Ausschau halten, um Antworten auf die dann drängenden Fragen zu erhalten, führt dies nicht dazu, dass sie beispielsweise in Bibliotheken nach entsprechenden Artikeln in alten Ausgaben von Zeitungen und Zeitschriften recherchieren. Aktuelle Berichte, die sie zufällig wahrnehmen, werden jedoch aufmerksam und offen zur Kenntnis genommen. Eine Diskutantin gibt beispielsweise an, seit der Diagnose ihrer Erkrankung krankheitsspezifische Informationen aus Zeitschriften, Zeitungen und Illustrierten zu sammeln (vgl. 1F855ff) und sich Informationsmappen zusammenzustellen, auf die sie dann „zurückkommt“, wenn sie entsprechende Informationen benötigt (ebd.).

Eine Zeitschrift, die in den Fokusgruppendifkussionen immer wieder genannt wurde, ist die Apothekenumschau, die für die Krankenhauswahl vor allem Adressen von Kliniken beisteuert (2F1488), anhand derer – so ist zu vermuten – die Patienten ergänzende Informationen einholen.

Interessante, für die Krankenhauswahl nützliche Informationen aus Zeitungen und Zeitschriften stellen personenbezogene Daten über handelnde Akteure aus den Rankings in Zeitschriften (wie beispielsweise dem Nachrichtenmagazin Focus) dar. Die zwei nachstehenden Ausschnitte aus zwei unterschiedlichen Diskussionsgruppen geben exemplarisch wieder, welche Bedeutung den entsprechenden Ranglisten zukommen kann.

„Und dann habe ich eine Abhandlung im Focus gelesen. Da wurden solche Spezialisten vorgestellt und da stand dieser Professor [Name] an erster Stelle. Also einen besseren konnte ich gar nicht nehmen! Ich habe bis heute keine Beschwerden; keine, gar keine. Es ist alles in Ordnung!“ (2M1294-1297)

Der Diskutant hat in einem Nachrichtenmagazin ein Ranking über Spezialisten für bestimmte Operationen gelesen und seine bereits zuvor getroffene Entscheidung dadurch bestätigt gesehen. Mit der Wahl zeigt er sich zufrieden, da die Operation aus seiner Sicht gut verlaufen ist. Den entsprechenden Rankings wird also, vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrung eine hohe Aussagekraft zugesprochen. Allerdings gehen die Meinungen zur Bedeutung der Ranglisten stark auseinander:

H: „Also das überfliegt man schon.“

M: „Das wird...“

J: „Und da ist ja dieses [Krankenhaus], also pflegemäßig sind die ja ganz weit vorne.“

H: „Weiß ich, weiß ich! Das hab ich gelesen!“

J: „Mhm.“

L: „[Stadt-Krankenhaus]“

H: „Da habe ich mich mit [Name Ehemann] noch drüber unterhalten und ich habe zu ihm gesagt: guck, wo die stehen! Aber trotzdem! Da ich diese [negativen] Erfahrung dort gemacht habe, möchte ich da nicht mehr hin.“ (1F1075-1085)

Die vorliegende Passage beinhaltet eine Gesprächssequenz mehrerer Diskutanten zur Bedeutung von Leistungsvergleichen in einer großen Zeitung aus dem norddeutschen Raum. Eine Diskutantin gibt dabei an, entspre-

chende vergleichende Darstellungen durchaus zu überfliegen, allerdings führt sie auch aus, dass sie ihnen aufgrund negativer persönlicher Erfahrung nur wenig Bedeutung für die eigene Entscheidung zumisst.

Dennoch werden Ranglisten offensichtlich – und dies wird von mehreren Diskutanten unterschiedlicher Gruppen angeführt – gelesen („Ja, das ist wichtig!“ 2M1304; „Ja, natürlich! Das wird gelesen!“ 1M1312, „also das überfliegt man schon“; 1F1075, „Ja, es wird wahrgenommen“; 1M1313). Allerdings werden auch die Rankings nur dann intensiv studiert, wenn zeitnah eine eigene Entscheidung ansteht (1M1314). Außerdem wird der Einfluss auf die Entscheidungsfindung bei der Krankenhauswahl unterschiedlich bewertet. Ein Grund hierfür könnten die unterschiedlichen Erfahrungshorizonte der Diskussionsteilnehmer sein. So ist es wahrscheinlich, dass die entsprechenden Vergleiche vor allem bei fehlender persönlicher Erfahrung als Orientierung herangezogen werden. Sie können also durchaus ihren Beitrag für die Entscheidungsfindung leisten. Allerdings wird auch hier deutlich, dass sie lediglich einen ersten Vertrauensvorschuss begünstigen, der sich dann im Kontext anderer Informationen oder persönlicher Erfahrung bewähren muss. Machen Patienten gute Erfahrungen („alles in Ordnung!“; 2M1297), dann beurteilen sie die Aussagekraft der Rankings offensichtlich als sehr hoch und schätzen auch deren Nutzen hoch ein. Es ist allerdings anzunehmen, dass sie sich bei einer erneuten Krankenhauswahl *dem* Operateur anvertrauen werden, bei dem sie gute Erfahrungen gesammelt haben und zu dem sie bereits ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnten. Fraglich dürfte indes sein, ob sie sich bei einer erneuten Operation wieder an aktuellen Ranglisten orientieren, da diese – wie aus der zweiten zitierten Passage des erhobenen Materials deutlich wird – persönlichen Erfahrungen untergeordnet werden (2M1316). Externe und objektivierbare Daten haben für Patienten scheinbar einen geringeren Wert als subjektive, auf persönlichen Erfahrungen beruhende Eindrücke. Dies zeigt sich erneut besonders im zweiten Textauszug. Obwohl hier ein bestimmtes Krankenhaus offenbar gut bei einem Ranking abgeschlossen hat, würde sich die Patientin aufgrund negativer persönlicher Erfahrung dennoch gegen dieses Haus entscheiden.

Bücher

Bücher scheinen für die Diskussionsteilnehmer keine Bedeutung zu haben. Dies verwundert wenig, da das Thema Krankenhauswahl bestenfalls in der Fachliteratur und hier vorrangig in einschlägigen Fachzeitschriften aufgegriffen wird und im deutschsprachigen Raum auch in Fachkreisen bisher kaum diskutiert wurde (Schaeffer 2006a). Lediglich hinsichtlich allgemeiner Krankheitsinformationen greifen die Diskutanten im Einzelfall auf entsprechende populärwissenschaftliche (1M936) oder über befreundete professionelle Akteure auch auf fachwissenschaftliche (1M966) Literatur zurück, um sich über ihre Erkrankung zu informieren.

Internet

Dem Kommunikations- und Informationsmedium Internet schreiben die Diskussionsteilnehmer eine wachsende Bedeutung auch für die Krankenhauswahl zu (1M1615). So teilen sie gruppenübergreifend die Meinung, dass das Internet für Gesundheitsinformationen und auch für die Kran-

kenhauswahl genauso genutzt wird wie für andere Bereiche des Lebens. Internetnutzer, die mit dem Medium vertraut sind, nutzen es relativ intensiv für die Suche nach gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen. Nutzer hingegen, die das Internet nur wenig oder überhaupt nicht frequentieren, recherchieren auch nicht nach entsprechenden Informationen (1F1565, 1616, 1M1611, 2M1739). Zugleich weist die Internetnutzung generationspezifische Zugänge auf: „die heutige Jugend oder Kinder wachsen schon mit den Medien auf und nutzen das auch“ (1M1813-1814; vgl. 2F2539). Manche Diskussionsteilnehmer frequentieren das Internet sehr häufig (ex. „Momentan gibt es ja nur ein Medium!“ 2M956), andere eher mäßig (ex. „ein wenig im Internet gestöbert“; 1M1592) weitere (noch) überhaupt nicht (ex. „ich habe kein Internet“; 1M1580) beziehungsweise mittelbar (ex. „bei mir macht es mein Sohn“; 2F2477, „häufig durch die Tochter“; 2F2510, „ein Freund von mir hat Internet und der hat geguckt“; 1F299-300). Das Nutzungsverhalten der Teilnehmer unterscheidet sich jedoch nicht primär entlang der Merkmale Alter oder Geschlecht, sondern danach, ob die entsprechende berufliche Tätigkeit den Umgang mit dem Internet erfordert (1M1818) oder wie die Einstellung zum Internet gelagert ist („wir sind ein bisschen konservativer“; 1M1809-1810). Die Unterstützung bei der Recherche durch den Sohn, die Tochter, die Enkelin, den Ehemann oder Freunde scheint dabei weit verbreitet zu sein. Bei fehlenden eigenen Kompetenzen oder bei *Angst* vor dem neuen, unbekanntem Medium („Angst, ich begreife es nicht“; 2F2526) wird die Informationssuche im Internet häufig durch das familiäre und soziale Netzwerk unterstützt. Die Diskussionsteilnehmer sind also durchaus erfinderisch, wenn es darum geht, an Informationen zu gelangen. Als einen großen Vorteil nennen sie, dass sie über das Internet jederzeit relativ bequem (1M1832; 2F2447) und vor allem sehr schnell (1M1788, 1834; 2F2434) an aktuelle Informationen („auf dem neuesten Stand“ 1M1187, vgl. 1833) zu dringenden Fragen kommen. Informationen zu nahezu jeder Frage stehen rund um die Uhr bereit und können dann abgerufen werden; wenn sie für den Einzelnen relevant sind:

„Wenn... man selbst betroffen ist, erinnert man sich halt: Da hast du ja was gesehen! Also rein ins Internet und mal nachgucken und sehen, was da war.“ (1M953-956)

Der Diskutant erinnert sich also offensichtlich an Informationen, die er über Hörensagen oder aber über einen Beitrag im Fernsehen oder in einem Artikel einer Zeitschrift aufgenommen hat. Diese Erinnerung ist für ihn ein erster Anhaltspunkt von dem aus er mit der Recherche im Internet starten kann. Die angeführte Passage verdeutlicht erneut, dass Informationen vor allem dann gesucht und rezipiert werden, wenn Patienten aktuell betroffen sind, wenn beispielsweise ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird. Das Internet kann auf Basis bruchstückhafter Erinnerungen den „akuten“ Bedarf an Informationen decken und wird deshalb zur wichtigen Anlaufstelle (vgl. „also rein ins Internet“; „ich möchte das Internet nicht mehr missen!; 1M1624, „Als erste Information [ist das Internet] aufgrund der schnellen Zugänglichkeit das erste [Medium], das A und O!“; 1M1834-1835).

Allerdings wird das Internet von den Diskutanten keinesfalls als das einzige Medium angesehen. Gleichwohl scheint es immer häufiger die ersten Antworten bei Fragen zu liefern („ich will nur erst mal Informatio-

nen" 1M1152). Dies gilt grundsätzlich auch bei der Krankenhauswahl („wenn ich ein Krankenhaus suchen müsste, dann würde ich das Internet auf jeden Fall erstmal nutzen" 1M1593-1594; vgl. 1F1619). Dabei ist das Internet für sie nur ein Medium unter anderen Informationsquellen, aus dem sie „Zusatzinformationen" (1M1150) beziehen.

Das Internet scheint auch aus einem weiteren Grund vornehmlich als Medium für ergänzende Informationen zu fungieren:

K: „[das Internet] kann ja in keiner Weise das persönliche Gespräch ersetzen!"

S: „Das ist klar!"

K: „Trägt ja nur zur Anonymisierung des Lebens bei." (1M1955-1959)

Im vorliegen Textausschnitt sind sich zwei Diskutanten darüber einig, dass das Internet persönliche Gespräche nicht ersetzen kann. Ein Gesprächsteilnehmer bemerkt zudem kritisch, dass das Internet das gesamte Leben anonymisiert. Exemplarisch verdeutlicht dies, warum Patienten Informationen aus dem Internet zwar schätzen, aber nur als Zusatzinformation einstufen. Denn aus ihrer Sicht fehlt ein wichtiges vertrauensbildendes Kriterium: „das persönliche Gespräch" – ein Aspekt, der bereits an anderer Stelle diskutiert wurde und auch für das Internet zu gelten scheint. Das Internet ermöglicht nämlich vor allem einen Blick von außen, nicht aber von innen, wie er von Patienten gewünscht wird. Um etwas über das Innere eines Krankenhauses (also die handelnden Personen und die Prozesse) zu erfahren, sind auch im Internet vor allem personenbezogene Informationen sowie Informationen über Therapien für die Diskussteilnehmer von übergeordnetem Interesse. „Dank Internet kann man sich ja [hier: über Ärzte] bilden" (1F577) und nach entsprechenden Hintergrundinformationen zu Ärzten suchen, die für Patienten sonst nur schwer oder überhaupt nicht zugänglich sind:

„Aber wenn jetzt was anstehen würde, und ich müsste beispielsweise in die Universitätsklinik oder so. Dann würde ich doch schon mal schauen. Und dann heißt es ja der Professor sowieso macht das. Ich würde mich über den Professor im Internet informieren. Eine andere Möglichkeit habe ich ja nicht. Also würde ich den Namen eingeben und da steht dann halt auch irgendetwas über den Professor. Ob er was veröffentlicht hat, was er macht und so weiter... Und das ist halt die bequemste und ich meine auch die aktuellste Lösung!" (1M1823-1833)

In der vorliegenden Textpassage beschreibt ein Diskutant, dass er sich bei der Entscheidung für eine Klinik über den behandelnden Professor informieren und seine Publikationen und Arbeitsschwerpunkte ansehen würde. Durch das Internet haben sich offenbar die Zugangsmöglichkeiten zu Informationen entscheidend verändert. Vormalig nicht zugängliche (vgl. 1F1767) oder nur schwerlich auffindbare Informationen – beispielsweise über handelnde Akteure – sind nun wesentlich leichter zugänglich und scheinen von den Patienten zunehmend genutzt zu werden. So suchen sie neben Tätigkeitsbeschreibungen und Forschungsaktivitäten auch Informationen über die Erfahrung des Operateurs sowie zu Fallzahlen (1M1078; 2F2073), aber eben auch zur jeweiligen Spezialisierungen der Ärzte (2F1033). Dabei kann das Internet insbesondere dann hilfreich sein, wenn Patienten Fragen haben (2F2100), die ihnen der Hausarzt nicht beantworten kann (1F1757). Außerdem suchen die Diskutanten im Internet nach

ausgewiesenen Experten für spezifische Operationen und Behandlungsverfahren (1M902-908).

Darüberhinaus besorgen sich die Diskussionsteilnehmer viele der aufgezählten Informationen in Internetforen von Peers – sozusagen als Erfahrungsberichte im Sinne der Mundpropaganda:

„Also ich kann nur berichten von Leuten, die in dem Forum sind [das ich immer besuche]. Die fragen ganz oft: Ich gehe da und dort hin [in ein Krankenhaus]. War schon einmal jemand von euch da? Wie ist es da?... Das ist einfach so Erfahrungsaustausch. Die versuchen dann herauszufinden, wie es da ist und wie derjenige sich da gefühlt hat.“ (2F2023-2029)

Der voranstehende Transkriptauszug gibt die Beobachtungen einer Diskutantin wieder, die sie bei Besuchen in einem Internetforum gemacht hat. Im Forum werden im Sinne des Erfahrungsaustausches zwischen Peers Informationen über Einschätzungen einzelner Kliniken ausgetauscht. Aus den Statements wird erneut deutlich, was die Diskussionsteilnehmer über eine Einrichtung wissen möchten. Sie stellen eher Fragen auf der emotionalen Ebene („sich da gefühlt hat“); und sehr offene Fragen („wie es da ist“). Für sie ist offenbar entscheidend, von den Erfahrungen der Peers zu profitieren und – bei fehlenden persönlichen Erfahrungen – herauszufinden, wie sie in einer entsprechenden Einrichtung behandelt würden und ob sie sich dort wohl fühlen könnten. Hier wird ein entscheidender Vorteil der Internetforen sichtbar. Es sind emotional gefärbte Insiderinformationen und Erfahrungsberichte, die Patienten hier austauschen können. Auf diese Weise erhalten sie für die Vertrauensbildung wesentliche, auf Personen bezogene Informationen, die sie auf anderen Internetseiten nur schwer finden können. Herkömmliche Seiten enthalten nämlich eher objektivierbare und sehr sachliche Informationen. Ein weiterer Vorteil der Internetforen gegenüber normalen, statischen Homepages ist, dass die Foren interaktiven Charakter aufweisen. Das bedeutet, dass Erfahrungen schnell und innerhalb einer großen Gruppe ausgetauscht und diskutiert werden können:

„Bei mir ist das eher so, dass ich mir Foren suche, wo ich diskutieren kann, und wo ich dann einfach auch Fragen stellen kann: Ey, was habt ihr für Erfahrungen gemacht? Und dann gibt's halt auch immer ein paar Leute, die wirklich sehr Gesprächig sind. Mit denen kannst du dich dann zwei drei Stunden unterhalten – tippen, nicht unterhalten – und das finde ich teilweise informativer, als wenn ich mich irgendwo auf einer [krankheitsspezifischen Seite] informiere... Und, wie gesagt, was ich am tollsten finde, sind die Foren, weil die meisten Patienten, die ich dort antreffe, haben auch schon wirklich zehn oder zwanzig Jahre [Erkrankung] und die können einem ja auch wirklich Genaues sagen.“ (2M18051821)

Dieser Diskutant wählt Internetforen aus, in denen er gezielt Fragen an ebenfalls Betroffene stellt und sich teilweise mehrere Stunden mit anderen Patienten austauscht. Die Insiderinformationen, die er von den oft sehr krankheitserfahrenen Peers bekommt, haben für ihn mitunter einen höheren Informationswert als Informationen krankheitsspezifischer Internetseiten.

Foren bieten also offensichtlich die Möglichkeit, im Rahmen eines Diskussionsprozesses mit Gleichgesinnten entscheidende Fragen zu stellen und adäquate Antworten darauf zu bekommen. Diese sind dann scheinbar erfahrungsbasiert und helfen Patienten praktisch und zeitnah weiter. Sie stoßen auf ‚offene Ohren‘, die sich ihre Probleme anhören und Unterstützung leisten. Von diesem Erfahrungs- und Informationsaustausch profitieren Patienten enorm, ebenso von den Erfahrungen anderer Patienten, die sich bereits expertisiert haben. Informationen dieser Peers scheinen Patienten in hohem Maße Orientierung zu geben.

Dabei ist Patienten durchaus bewusst, dass diese Erfahrungen subjektiv sind (2F2405f) und mögliche Fehlinformationen („wird viel Schindluder getrieben“; 1M1951) oder Verzerrungen („das ist nämlich ein Problem! Das schreibt jeder rein, der schlechte Erfahrungen macht... Wer gute gemacht hat, schreibt erst gar nicht da rein.“ 2M996-1000) enthalten können. Deshalb gehen sie entsprechend sensibel damit um („du kannst das zwar aufnehmen, aber du musst halt schauen, wie du dich damit fühlst“; 2M1907). Außerdem glauben die Diskussionsteilnehmer anhand des Duktus und der Inhalte der Erfahrungsberichte in der Lage zu sein, vertrauenswürdige von nicht vertrauenswürdigen (1M1945) Informationen zu trennen (2F2380-2381) und nutzen sie als „zusätzliche Informationen“ (1M1948), wobei sie mehrere Quellen vergleichen (1M1759).

Weitere Informationen, die die Fokusgruppenteilnehmer im Internet recherchieren, sind Hinweise auf Spezialisierungen von Krankenhäusern („dass die sich mit [Erkrankung] auskennen“; 2F2229) sowie Spezialisierungen einzelner Akteure (1F297) und das Profil einer Einrichtung (2F2252). Die Spezialisten können dabei durchaus hohen Stellenwert für die Wahl haben („also, dass ich mich wirklich entscheiden kann“ 2F2285).

Zusammenfassend kann das Internet als eine zunehmend wichtige, allerdings (vor allem für die Krankenhauswahl) keinesfalls alleinige Quelle von Informationen bezeichnet werden. Hinsichtlich seiner Bedeutung für die konkrete Wahl scheint das Internet eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. So werden im Internet zwar erste, orientierungsstiftende und ergänzende Informationen recherchiert. Bezogen auf die recherchierten Inhalte sind es vor allem Erfahrungsberichte anderer Patienten insbesondere in Foren sowie allgemein personenbezogene Informationen, die für Patienten von Interesse sind. Ein Vorteil des Internets ist dabei die als bequem und schnell beschriebene Zugangsmöglichkeit zu relevanten und situativ nachgefragten Informationen sowie deren Aktualität.

Qualitätsberichte

Im Internet publizierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern sind den Diskutanten nur wenig bekannt. Oft wissen sie nicht einmal, wo sie entsprechende Berichte abrufen können („Wie sollte ich da ran kommen?“ 1M1545; „Wo werden die denn rausgegeben?“ 1F1520; „Habe ich noch nicht gewusst“ 1F1527). Ein Diskussionsteilnehmer hatte während eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus wahrscheinlich eine Zusammenfassung oder Teile eines entsprechenden Berichts gesehen („die hingen öffentlich aus...in [Klinik]“ 2M2113-2115), konnte mit den Informationen allerdings offensichtlich wenig anfangen und traute ihnen nicht.

„Ich fand sie fingiert, also ich fand sie ein bisschen komisch... und ich habe mir die Zahlen so angeguckt und habe mir gedacht: Wer hat sich denn da wohl einen zurechtgelogen?... Aber das ist natürlich auch eine sehr subjektive Einschätzung von mir“ (2M2109).

Inhaltlich geht der Diskutant nicht weiter auf den Qualitätsbericht ein. Besonders intensiv hat er sich offenbar nicht damit auseinandergesetzt („Zahlen so angeguckt“). Allerdings kam er schnell zu einer negativen Bewertung der Glaubwürdigkeit der präsentierten Ergebnisse („Wer hat sich denn da wohl einen zurechtgelogen?...“). Es ist anzunehmen, dass der Diskutant davon ausgeht, dass nur unabhängige Qualitätsberichte glaubwürdige Ergebnisse liefern. Den Autoren der Berichte unterstellt er offenbar ein erhebliches Eigeninteresse an einer positiven Ergebnisdarstellung und zieht es in Betracht, dass die Daten zu diesem Zweck manipuliert sein könnten.

Keiner der Diskussionsteilnehmer hatte zum Zeitpunkt der Fokusgruppendifkussionen einen Qualitätsbericht aus dem Internet abgerufen. Die entsprechenden Informationen scheinen nur in geringem Maße interessant zu sein („damit beschäftige ich mich gar nicht“ AF1515). Aussagen, die Diskutanten zu Qualitätsberichten treffen, beziehen sich ausschließlich auf Sekundärquellen, wie zum Beispiel Zeitungsartikel mit einer Auswahl an aufbereiteten Qualitätsdaten (2M2127; 1F1516) oder Zusammenfassungen in Prospekten von Krankenhäusern („so Broschüren“ 1F1528). Was für die Diskussionsteilnehmer jedoch durchaus interessant zu sein scheint, sind veröffentlichte Evaluationsergebnisse von Patientenbefragungen (1M1525ff).

Zwischenfazit zum Nutzungsverhalten von Medien

Fast man die Ergebnisse der Analyse zu Informationsquellen und –medien (Fernsehen, Radio, Zeitungen/Zeitschriften, Bücher, Internet, Qualitätsberichte) zusammen, so wird deutlich, dass die Diskussionsteilnehmer die entsprechenden Medien:

- (1) interindividuell unterschiedlich nutzen,
- (2) insbesondere dann intensiv wahrnehmen und nutzen, wenn eine konkrete Frage (beispielsweise eine Wahl) ansteht,
- (3) nutzen, um personenbezogene Informationen über die handelnden Akteure zu beziehen,
- (4) eher als zusätzliche Informationsquellen ansehen, die das persönliche Gespräch und die Information vor Ort nicht ersetzen können,
- (5) vor allem dann als besonders wertvoll einstufen, wenn Erfahrungsberichte von Peers enthalten sind,
- (6) mit Ausnahme des Internets in der Regel eher zufällig nutzen,
- (7) als Mix mehrerer Informationsquellen bezeichnen, aus denen sie sich bedürfnisorientiert bedienen und Vergleiche ziehen,
- (8) vor allem dann nutzen, wenn sie noch über keine eigenen Erfahrungen verfügen.

Das Internet hat im Gegensatz zu anderen Informationsquellen den Vorteil, dass es besonders aktuell ist und eine dezentrale *Holstruktur* aufweist.

Dies bedeutet, dass Patienten immer dann an entsprechende Informationen gelangen können, wenn es für sie besonders wichtig ist (1F1048) und dass sie nicht von der Programmplanung einer Fernseh- oder Radiostation sowie den redaktionellen Inhalten von Zeitschriften oder Zeitungen abhängig sind.

Im Rahmen der Krankenhauswahl sind die angesprochenen Medien allerdings eher eine Quelle von Zusatzinformationen und haben einen eher nebensächlichen Einfluss auf die Wahl. Am wichtigsten für die Informationssuche scheinen das Internet, Fernsehen und Zeitschriften/Zeitungen zu sein. Qualitätsberichte sind den befragten Patienten demgegenüber nicht oder nur wenig bekannt und werden nicht für die Wahl einer Einrichtung herangezogen.

7.5 Zum Stellenwert und Zusammenwirken der unterschiedlichen Informationsquellen und -wege bei der Entscheidung für ein Krankenhaus

In den vorangegangenen Ausführungen wurden vier als wesentlich ermittelte Informationswege und -quellen (persönliche Erfahrungen, Erfahrungsaustausch- und Weitergabe, Empfehlungen durch professionelle Akteure, Medien) dargestellt, die Patienten nutzen, um ihre Wahl für ein bestimmtes Krankenhaus zu treffen. Aufbauend darauf soll aufgezeigt werden, in welcher Beziehung die einzelnen Informationsquellen und -wege zueinander stehen und wie sie bei der Wahl eines Krankenhauses zusammenwirken können.

Am wertvollsten und direkt handlungsleitend sind von den Diskussionsteilnehmern die persönlichen Erfahrungen (ob positiv oder negativ) beschrieben worden. Sie haben den größten Einfluss auf die Entscheidung. Weitere Informationen und Erfahrungsberichte werden von den Patienten bestenfalls noch marginal wahrgenommen. Bei ihrer Wahl lassen sie sich allerdings nicht von anders lautenden Erfahrungsberichten verunsichern.

Wü: „Nee also ich such nicht extra danach. Wenn ich mal auf einen Artikel stoße, dann lese ich das wohl, aber...ansonsten.“

P: „Das macht man nur am Anfang. Aber wenn man dann weiß worauf es ankommt, dann wissen sie gezielt: da geh ich wieder hin und; zack!“
(2F1462-1464)

Hier tauschen zwei Diskutanten ihre Ansichten zum Stellenwert persönlicher Erfahrungen im Vergleich zu Presseartikeln mit Informationen über Krankenhäuser aus. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sie die entsprechenden Artikel nur noch überfliegen, ihre Entscheidung aber nicht daran orientieren. Vielmehr wissen sie aufgrund persönlicher Erfahrungen bereits, worauf es ihnen bei der Wahl eines Krankenhauses ankommt und wählen zielgerichtet das Haus aus, mit dem sie bereits positive Erfahrungen haben. Nur negative oder fehlende Erfahrungen lösen bei den Diskussionsteilnehmern (erneute) Suchbewegungen aus. Dann stützen sie ihre Entscheidung auf andere Informationsquellen und -medien und erfragen unterschiedlichste Informationen. Besonders wertvoll sind für sie die Erfahrungsberichte von Peers und die Empfehlungen von Haus- und Fachärzten (ein intaktes Vertrauensverhältnis vorausgesetzt). Informationen von Peers können auch über weitere Medien bezogen werden – allen vor-

an das Internet. Sie werden allerdings kritisch hinterfragt und um weitere Einschätzungen und Meinungen ergänzt. (Fach-)Bücher spielen – wie bereits ausgeführt – für die Diskussionsteilnehmer keine Rolle im Zusammenhang mit der Krankenhauswahl.

Wie mehrfach betont, sind personenbezogene Informationen über handelnde Akteure besonders interessant. Entsprechende Informationen werden meist durch Mundpropaganda oder Hörensagen, teilweise aber auch über Internet (Foren), Fernsehen, Radio und Zeitungen sowie Zeitschriften transportiert und aufgenommen. Um sich schließlich für eine bestimmte Einrichtung zu entscheiden, nutzen die Diskussionsteilnehmer außerdem, wann immer möglich, das persönliche Gespräch mit handelnden Akteuren vor Ort, um zu eruieren, ob sie den entsprechenden Personen den so wichtigen Vertrauensvorschuss geben können. Dabei stützen sie sich vorrangig auf ihr eher subjektives, irrational anmutendes – allerdings offensichtlich durch Lebens- und Versorgungserfahrungen als verlässlich eingestuftes – Bauchgefühl als auf objektivierbare Daten, wie zum Beispiel die Qualifikation, die Kompetenz, die Erfahrung und die Spezialisierung entsprechender Akteure. Das angesprochene Bauchgefühl kann als Gradmesser für Vertrauen bezeichnet werden und bietet Patienten ein Gefühl von Sicherheit. Es lässt sie überzeugt davon sein, dass sie ihre Entscheidung richtig treffen.

7.6 Präferenzen der Patienten bei der Vertrauensbildung im Kontext der Krankenhauswahl

Bei der Analyse des vorliegenden Materials wird deutlich, dass sich die Diskussionsteilnehmer während der Vertrauensbildung zu handelnden Akteuren im Zuge der Krankenhauswahl an individuell unterschiedlichen Präferenzen orientieren, die entscheidend von ihren bisherigen Lebens- und Versorgungserfahrungen geprägt sind. Sie nutzen dementsprechend verschiedene Informationswege und auch verschiedene Informationen, um zu ergründen, ob sie Vertrauen aufbauen können. Die Präferenzen entscheiden also über die Relevanz der verschiedenen Informationswege und -inhalte. Gruppen-, geschlechter- und indikationsübergreifend bilden die persönlichen Erfahrungen allerdings, wie bereits beschrieben, die wichtigste und (bei positiven Erfahrungen) teilweise auch die einzige relevante Informationsquelle für die Diskutanten. Die Nutzung aller weiteren Informationswege und -inhalte zeigt demgegenüber interindividuelle Unterschiede, die aufgrund unterschiedlicher Lebens- und Versorgungserfahrungen und in Abhängigkeit von den Indikationen für den Krankenhausaufenthalt variieren.

Vertrauen, darauf lässt das vorliegende Material schließen, entsteht dadurch, dass Patienten die vor dem Hintergrund der individuellen Präferenzen ausgewählten Informationen über die von ihnen bevorzugten Informationswege abrufen und zu einer positiven Bewertung kommen. Weil die Präferenzen (nicht nur aufgrund individueller Erfahrungen) unterschiedlich sind und weil – wie bereits beschrieben – insbesondere personenbezogene, zwischenmenschliche Aspekte eine wichtige Rolle spielen, ist es wenig verwunderlich, dass selbst bei gleicher oder ähnlicher Indikation die Wahlentscheidungen unterschiedlich ausfallen können. Dies wird von den Diskussionsteilnehmern durchaus registriert und auch akzeptiert.

F: „...Und ich geh in die [Klinikname].“

Bu: „Wenn man überzeugt ist, dann soll man das auch machen! Aber ich bin nicht überzeugt.“

F: „Ja, ja. Ich habe auch schon andere gehört, die gesagt haben: da geh' ich nicht mehr hin!“

Bu: „Ja, aber ich habe einen Mitbewohner, der schwört [wie du] auf [diese Klinik].“ (2F339-345)

In der vorliegenden Passage tauschen sich zwei Diskutantinnen darüber aus, wie unterschiedlich die Einschätzungen zu ein und demselben Krankenhaus sein können. Die eine Diskutantin ist überzeugt von einem bestimmten Krankenhaus, die andere nicht. Beide wollen der jeweils anderen allerdings nicht ihre Meinung aufzwingen, sondern können die vorliegende Differenz nachvollziehen und bestärken sich gegenseitig, die Entscheidung zu treffen, von der sie überzeugt sind. Ein weiterer Transkriptausschnitt zeigt ein ähnliches Bild:

„Und das Angebot in [Stadt A] ist ja sehr groß. Wobei mir dann Freunde auch gesagt haben: Lass das doch nicht in [selbe Stadt] machen. Weder in [Klinikname A], noch in [Klinikname B], noch in [Klinikname C] und schon gar nicht in [Klinikname D]! Geh nach [Stadt B] oder geh nach [Stadt C], da ist meine Hüfte gemacht worden und der andere sagt da ist mein Knie gemacht worden und ich war bestens zufrieden. Also, da hat jeder dann seine Meinung gesagt zum jeweiligen Operateur, zu dem er Vertrauen hat. Aber ich habe dann endgültig gesagt: Nein! Ich lasse das [aufgrund meiner bisherigen positiven Erfahrungen] hier in [Stadt A - Klinikname] machen.“ (1M827-834)

Hier berichtet ein Diskutant, dass ihm bei der Wahl eines Krankenhauses Freunde unterschiedliche Häuser empfohlen haben und jeweils gute Gründe (Vertrauen zum Operateur) dafür hatten. Aufgrund eigener Erfahrungen aus der Vergangenheit wählt er dennoch das ihm vertraute Krankenhaus aus und lässt sich nicht irritieren.

Die zitierten Passagen verdeutlichen nochmals, wie unterschiedlich die Einschätzungen zu handelnden Akteuren sind. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass Patienten offenbar genau wissen, wie wichtig es ist, den eigenen Präferenzen zu folgen („dann soll man das auch machen!...“) und sich nicht von den Ansichten und den Erfahrungen anderer verunsichern zu lassen („ich gebe da nichts darauf. Weil ich denke, dass das jeder anders empfindet und bewertet.“ 1F1109-1110). Denn, ob eine Person als vertrauenswürdig eingestuft werden kann und ob sich Patienten von dieser Person während eines Aufenthaltes auch behandeln lassen möchten, hängt in erster Linie davon ab, ob man sich „riechen“ (2F1012) kann und welche Erfahrungen Patienten konkret gemacht haben – ein Aspekt, der erklären kann, warum die Erfahrungen anderer und auch die Empfehlungen der behandelnden Ärzte zwar hilfreich sind, die persönliche Erfahrung aber in keinem Fall ersetzen. Deutlich wird hier jedoch auch, dass Patienten den entsprechenden handelnden Akteuren *treu* bleiben, wenn sie einmal positive Erfahrungen gesammelt haben.

Dem Vertrauen untergeordnet, aber ebenfalls interindividuell sehr bedeutsam ist für die Diskutanten, ob und wie sie einen elektiven Krankenhausaufenthalt in ihren Lebens- und Arbeitsalltag einbauen können. Dementsprechend ist für den einen die Wohnortnähe des Krankenhauses wichtig, da der Lebenspartner eventuell kein Auto besitzt und somit auf

öffentliche Verkehrsmittel oder Verwandte und Bekannte angewiesen ist, um Besuche zu ermöglichen (ex. 2M1151f). Andere Patienten sind darauf angewiesen, entsprechende Behandlungen mit der beruflichen Tätigkeit abzustimmen. Sie werden bei der Wahl ein Krankenhaus bevorzugen, in dem man auf ihre terminlichen Vorstellungen eingeht (ex. 2M1377ff).

Außerdem sind die Diskussionsteilnehmer aufgrund der teilweise jahrelangen Erfahrung mit der Erkrankung oft in hohem Maße expertisiert. Sie wissen demnach genau, was ihnen gut tut und was nicht (ex. 2M388) und welcher professionelle Akteur bereit ist, auf ihre Erfahrungen bei der Behandlungsplanung und -durchführung einzugehen und Interventionen mit ihnen abzusprechen und welcher nicht („Ja, die Ärzte wissen ja auch immer so vieles, aber die haben die Erkrankung ja nicht... Die müssen ja nicht wie wir damit leben!“ 2F1017). Auf den ersten Blick ist dieser Aspekt vor allem für die Diskussionsteilnehmer mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung von Bedeutung (ex. „das ist mein Körper!“ 2F1346), was daran liegen könnte, dass hier die Behandlung und Therapie, aber auch die Verläufe äußerst heterogen sind und die Chancen von operativen Eingriffen von Patienten unterschiedlich bewertet werden. Die an Arthrose erkrankten Diskutanten sehen demgegenüber entsprechende operative Eingriffe als ‚Reparaturmedizin‘ und damit relativ unproblematisch an. Für sie scheint die Operation eine Verbesserung der Krankheitssituation zu bedeuten; die endoprothetische Versorgung, das „Ersatzteil“ (1M501), kann die erkrankungsbedingten Einschränkungen und Probleme auf absehbare Zeit auf ein Minimum reduzieren.

Das Datenmaterial zeigt allerdings auch, dass auch die an Krankheiten des *entzündlich-rheumatischen* Formenkreises leidenden Patienten zu *Anhängern der Reparaturmedizin* werden, wenn die entsprechende Indikation gegeben ist („haben die Hüften eben daran glauben müssen“ 2M36; „da kam ein ganz neues Knie, also ein Ersatzteil rein und seitdem bin ich die Beschwerden los“; 2F329). Interessant ist dieser Aspekt deshalb, weil die Diskussionsteilnehmer offensichtlich nicht primär bei unterschiedlichen Erkrankungen, sondern vielmehr bei unterschiedlicher Indikation auch abweichende Präferenzen hinsichtlich der relevanten Informationen entwickeln. Demnach spielen beispielsweise die fachliche Kompetenz und die Erfahrung der behandelnden Ärzte bei Gelenkersatzoperationen eine größere Rolle. Weniger wichtig ist dieser Aspekt bei konservativen Behandlungen (zum Beispiel Einstellen der Medikation, Schmerzmanagement) für die Diskussionsteilnehmer. Zwar sind die genannten Kriterien auch dann nicht unbedeutend, haben jedoch für die Vertrauensbildung weniger Gewicht als bei operativen Eingriffen. In Bezug auf mögliche Geschlechtsunterschiede wurden auf der Basis der Analyse hingegen keine Hinweise auf unterschiedliche Präferenzen gefunden.

Die Bedürfnisse, die somit den Referenzrahmen zur Auswahl relevanter Informationsinhalte, -quellen und -wege im Kontext der Vertrauensbildung zu handelnden Akteuren in einem Krankenhaus bilden, können zusammenfassend als:

- (1) interindividuell unterschiedlich,
- (2) insbesondere auf subjektive, aber auch auf eher objektivierbare Kriterien bezogen,
- (3) abhängig von bisherigen Lebens- und Versorgungserfahrungen,

- (4) beeinflusst von der individuellen Lebens- und Berufssituation,
- (5) moderat beeinflusst durch die entsprechende Indikation (Grund der Aufnahme) und
- (6) allem Anschein nach geschlechtsunabhängig

bezeichnet werden – eine Erkenntnis die für die Etablierung entsprechender Informationsangebote von zentraler Bedeutung sein dürfte und die in erster Linie eine starke Differenzierung und Individualisierung entsprechender Angebote nach sich ziehen müsste.

7.7 Relevante Informationsinhalte bei der Wahl eines Krankenhauses

Die Diskussionsteilnehmer folgen bei der Suche nach Informationen bei der Krankenhauswahl also konsequent individuellen Präferenzen und bedienen sich unterschiedlicher Informationen. Diese werden quasi aus einem Sammelbecken zur Verfügung stehender Inhalte ausgewählt und bewertet und bilden die Grundlage für die Wahl.

Da die Diskutanten individuell unterschiedlich auf Informationen zurückgreifen, sollen nachfolgend die von ihnen als relevant benannten Informationsinhalte dargestellt werden. Um Redundanzen zu vermeiden, beschränken sich die nachfolgenden Ausführungen deshalb auf die Kernaspekte der von den Diskussionsteilnehmern als relevant eingestuften Informationsinhalte. Die Reihenfolge ist dabei zufällig gewählt.

Den Patienten als Person ernst nehmen

Aus Patientensicht wichtige Informationen sind jene, die es ihnen ermöglichen, Rückschlüsse auf den Umgang der professionellen Akteure mit ihnen zu ziehen. Patienten wollen wissen, ob sie als Person ernst genommen werden, ob ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche, aber auch ihre Ängste berücksichtigt werden und ob sensibel und empathisch mit ihnen umgegangen wird („der [Arzt] setzte sich mit aufs Bett, nahm einen in den Arm und sagte: das kriegen wir schon wieder hin“ 2F1076-1077; vgl. 2M1511). Sie wollen nicht als „Nummer“ (1M689) gelten, als „nur einer, der irgendwie operiert werden muss, sondern Mitgefühl erhalten und menschlich behandelt werden.“ (2M1491-1493). Die Diskutanten wollen von den professionellen Akteuren als Partner angesehen werden, sie wollen „miteinander und nicht gegeneinander Entscheidungen treffen und nicht von oben herab behandelt werden“ (2F1117-1118). Um Vertrauen aufbauen zu können, fordern sie von den handelnden Akteuren darüber hinaus genügend Zeit (2F1006; 1782, 1F696, 2M563, 1M890):

„Im [Klinikname A] da bekommst du keine Informationen, da nimmt sich keiner wirklich einmal Zeit und erklärt dir was – keine Chance!... Aber in [Klinikname B] nehmen die sich wirklich die Zeit... um sich hinzusetzen und zu sagen: das und das hast du, diese und jene Möglichkeiten der Behandlung gibt es, darauf können wir hinarbeiten.“ (2M1199-1210)

In der voranstehenden Textpassage vergleicht ein Diskutant zwei Kliniken miteinander und hebt dabei vor allem auf die Zeit ab, die sich die professionellen Akteure für ihn nehmen. Es ist anzunehmen, dass Zeit, die die Gesundheitsprofessionen für die befragten Patienten erübrigen, deshalb so

wichtig ist, weil sie den Patienten Orientierung und Sicherheit in ihrer von Unsicherheit und Ängsten geprägten Situation gibt.

Zudem lässt die Art des Umgangs mit den Patienten Rückschlüsse auf die Vertrauenswürdigkeit der jeweiligen Akteure zu: Versteht mich der handelnde Akteur? Nimmt er meine Anliegen ernst? Kann er auf die sich mir stellenden Fragen Antworten geben und zeigt er mögliche Handlungsalternativen auf? Räumt er mir die Zeit ein, die ich benötige, um mich zu öffnen und meine Anliegen vorzubringen? Dies alles versuchen die Diskussionsteilnehmer im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes zu erkunden. Ihre Krankenhauswahl hängt offensichtlich stark davon ab, welche Antworten sie auf diese Fragen erhalten. Außerdem ist ihnen wichtig, dass sie ihre Meinungen frei äußern dürfen (2F1009). Haben sie den Eindruck, dass sie paternalistisch bevormundet werden („Arzt ist wie so ein Diktator unterwegs“; 2F1007), entwickeln sie Misstrauen und wenden sich in der Konsequenz auch von der entsprechenden Einrichtung ab.

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung

Da ein Krankenhausaufenthalt in der Regel mit einer akuten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, mit Ängsten, Orientierungslosigkeit und problembeladenen Fragestellungen einhergeht, ist für die Patienten wichtig, dass die professionellen Akteure sie in der Bewältigungsarbeit und dem Selbstmanagement unterstützen. Hierzu benötigen sie unter anderem Informationen, die ihnen Perspektiven im Umgang mit ihrer Erkrankung aufzeigen, ihnen ermöglichen, ihre Erkrankung zu verstehen und Bewältigungsarbeit zu leisten. Dazu gehört beispielsweise auch psychologische Unterstützung („Das hat nicht nur meinen Körper betroffen“; 2F1105-1106). Wichtig ist dabei, dass diese auf die individuelle Situation und die Verarbeitungskapazität der Patienten abgestimmt ist und kein Routine-Programm abgespult wird („ich fand, dass ich noch gar nicht so weit war um darüber zu sprechen. Ich musste das erst einmal verarbeiten“ 2M605).

Spezialisierung von professionellen Akteuren – Qualifikation und Kompetenz

Um zu einer Einschätzung der professionellen Akteure gelangen zu können, halten die Diskussionsteilnehmer außerdem Informationen über die Qualifikation, die Kompetenzen und Erfahrungen sowie Spezialisierung(en) des ärztlichen Personals für wichtig. Auch der Erfahrung messen sie eine hohe Bedeutung bei, denn sie gehen davon aus, dass sie bei erfahrenen Ärzten in sicheren Händen sind („das machte der Professor. Ich meine nicht, dass die anderen Ärzte das nicht können, aber der hatte sich darauf spezialisiert“; 2F237-239). Deshalb recherchieren sie unter anderem nach Fallzahlen (1M1078), wobei ihnen durchaus bewusst ist, dass diese nicht zwangsläufig mit der Erfahrung der sie behandelnden Ärzte übereinstimmen müssen (1M1118). Die Bedeutung der Fallzahlen sollte daher nicht überschätzt werden. Wichtig ist den Diskutanten auch, dass Ärzte ihre Kompetenzgrenzen kennen und gegebenenfalls an weitere Spezialisten verweisen („das fand ich so toll, dass sie das nicht alles an sich reißen“ (2F935-936). Für Patienten ist dies für die Vertrauensbildung offensichtlich entscheidend, denn so können sie sich sicher sein, dass Ärzte

nur die Eingriffe vornehmen, die sie kompetent leisten können. Die Ehrlichkeit der Ärzte bezüglich ihrer Kompetenzgrenzen führt also keineswegs zum Vertrauensverlust, sondern wirkt vertrauensbildend.

Entfernung zum Wohnort

Für einige der Diskussionsteilnehmer ist auch die Wohnortnähe wichtig. Die Information über den Standort des Krankenhauses und die Entfernung zum Wohnort ist allerdings offensichtlich nicht mit der Vertrauensbildung assoziiert. Deshalb wird ihr im Vergleich zu personenbezogenen Informationen eine eher untergeordnete Rolle zugeschrieben (2M1163ff). Gleichwohl stellt sie für manche der Diskussionsteilnehmer eine gewisse Einflussgröße dar. Um eine adäquate fachliche und auf Vertrauen zu den handelnden Akteuren basierende Behandlung zu erhalten, sind sie dennoch übereinstimmend bereit, wenn nötig, weitere Wege in Kauf zu nehmen (vgl. 1F1341f, 1M709, 2M911). Allerdings scheinen sie bei zwei gleichwertigen Wahlalternativen die wohnortnähere Einrichtung zu wählen („warum soll man in die Ferne schweifen?“; 1M867, „ja, aber wenn es was Gleichwertiges gibt, dann würde ich die [nähere Klinik] nehmen!“ 1F1343). Denn die Wohnortnähe hat den Vorteil, dass der Aufenthalt besser in das alltägliche Leben integriert werden kann („damit also die Anbindung an Familie und Lebensgewohnheiten erhalten bleiben“; 1M707-708).

Sauberkeit und Hygiene

Weitere Aspekte, die für einige der befragten Patienten von Interesse sind, sind Information über die Sauberkeit und die hygienischen Bedingungen eines Krankenhauses (1F1458; 2F1924). Allerdings scheint auch diese Information von untergeordneter Bedeutung für die Krankenhauswahl zu sein. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass Sauberkeit und Hygiene im Krankenhaus von den meisten Patienten vorausgesetzt werden. Entsprechende ‚Skandalberichte‘ in der Presse zu Mängeln im Bereich Sauberkeit und Hygiene setzen sich allerdings im Gedächtnis fest und stellen für Patienten eine dem Vertrauen (hier gegenüber dem Krankenhaus auf institutioneller Ebene) abträgliche Einflussgröße dar (vgl. erneut 1F1458; 2F1924).

Umgebungsgestaltung und Atmosphäre

Ebenfalls von untergeordnetem Interesse ist die Umgebungsgestaltung rund um die Klinik. Die Diskussionsteilnehmer sehen eine freundliche Umgebungsgestaltung eher als angenehme Ergänzung, messen ihr allerdings bei der Entscheidung für ein Krankenhaus nicht viel Gewicht bei. Dies könnte auch daran liegen, dass sie davon ausgehen, dass die meisten Kliniken mittlerweile modern eingerichtet sind und über ansprechende Außenanlagen verfügen.

Die ‚gefühlte Atmosphäre‘ hingegen nutzen die Diskussionsteilnehmer durchaus dazu, um Rückschlüsse auf die im Krankenhaus handelnden Akteure vorzunehmen. Dabei kann sogar der erste Eindruck einer Klinik (den die Diskutanten bereits beim Eintritt in die Klinik am Empfangsbereich gewinnen) relativ großen Einfluss auf die Entscheidungsfindung nehmen

(vgl. erneut: 2F1520). Was für die Diskussionsteilnehmer allerdings *Atmosphäre* oder *Klima* genau bedeuten, ist schwer zu fassen. Offensichtlich spielen auch hier personenbezogene Aspekte eine Rolle, die um baulich-architektonische Eindrücke ergänzt werden.

Zwischenfazit

Vertrauen zu den handelnden Akteuren wird von den Diskutanten explizit und implizit als das zentrale Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Krankenhauses benannt. Die Diskussionsteilnehmer suchen deshalb im Rahmen des Entscheidungsfindungsprozesses bei der Wahl eines Krankenhauses nach Informationen, von denen sie Rückschlüsse auf die Vertrauenswürdigkeit von Angehörigen der Gesundheitsprofessionen ziehen können.

Bei der Auswahl relevanter Informationsquellen und -wege sowie der Informationsinhalte dienen ihnen interindividuell unterschiedliche, durch die Lebens- und Versorgungserfahrung stark und die Indikation moderat beeinflusste Präferenzen, die quasi einen Referenzrahmen zur Auswahl relevanter Informationsinhalte und -quellen/-wege im Kontext der Vertrauensbildung darstellen. Entgegen der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegten Annahmen scheinen keine nennenswerten krankheits- und geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Präferenzen zu bestehen.

Als Informationsquellen und -wege greifen die Fokusgruppendifkussionsteilnehmer in erster Linie auf persönliche (positive und negative) Erfahrungen zurück. Vor allem dann, wenn noch keine persönlichen Erfahrungen mit der Krankenhausversorgung vorliegen, nutzen sie zugleich den Erfahrungsaustausch mit anderen, im Krankenhaus behandelten Patienten mit möglichst ähnlicher Indikation. Unterschieden werden kann dabei die Mundpropaganda (direkter Erfahrungsaustausch) und das Hörensagen (Erfahrungsaustausch über Dritte).

Eine weitere Informationsquelle stellen professionelle Empfehlungen dar – vornehmlich von Haus- und Fachärzten. Dabei scheinen sich die Diskutanten durchaus auch innerhalb einzelner, professioneller Netzwerke zu bewegen.

Als weitere Quelle für Informationen dienen Medien wie Fernsehen, Radio, Zeitungen/Zeitschriften, Bücher, Internet, Qualitätsberichte von Krankenhäusern, deren Bedeutung für die Informationssuche jedoch unterschiedlich ist. Insbesondere das Internet bietet mit Foren und Chats eine gute Möglichkeit des Erfahrungsaustausches, die von den Patienten offensichtlich immer häufiger genutzt wird.

Hinsichtlich der Informationsinhalte stellen sich die Diskutanten – ihren Präferenzen folgend – aus einem Sammelbecken zur Verfügung stehender Informationen eine für sie relevante Auswahl zusammen, mit der sie hoffen, Informationen über die Vertrauenswürdigkeit professioneller Akteure zu erhalten. Besonders bedeutsam in Bezug auf die konkrete Entscheidungsfindung bei der Krankenhauswahl sind dabei emotional anschlussfähige, auf Personen (Angehörige von Gesundheitsprofessionen) bezogene Informationen. Eher objektive (Sach-)Informationen ergänzen diese, haben aber insgesamt einen geringeren Stellenwert und sind bei der Vertrauensbildung weniger relevant.

Die Bedeutung der jeweils recherchierten Informationsinhalte ist ebenso wie die zuvor zusammengefassten Informationsquellen und -wege interindividuell unterschiedlich. Abbildung 1 zeigt eine Zusammenschau der identifizierten Aspekte der Informationssuche bei der Entscheidung für ein Krankenhaus.

Vertrauen zu den handelnden Akteuren

Individuelle Präferenzen (in Abhängigkeit von Indikation und Lebens- und Versorgungserfahrung) bilden den Referenzrahmen zur Auswahl relevanter Informationsinhalte/-quellen/-wege im Kontext der Vertrauensbildung

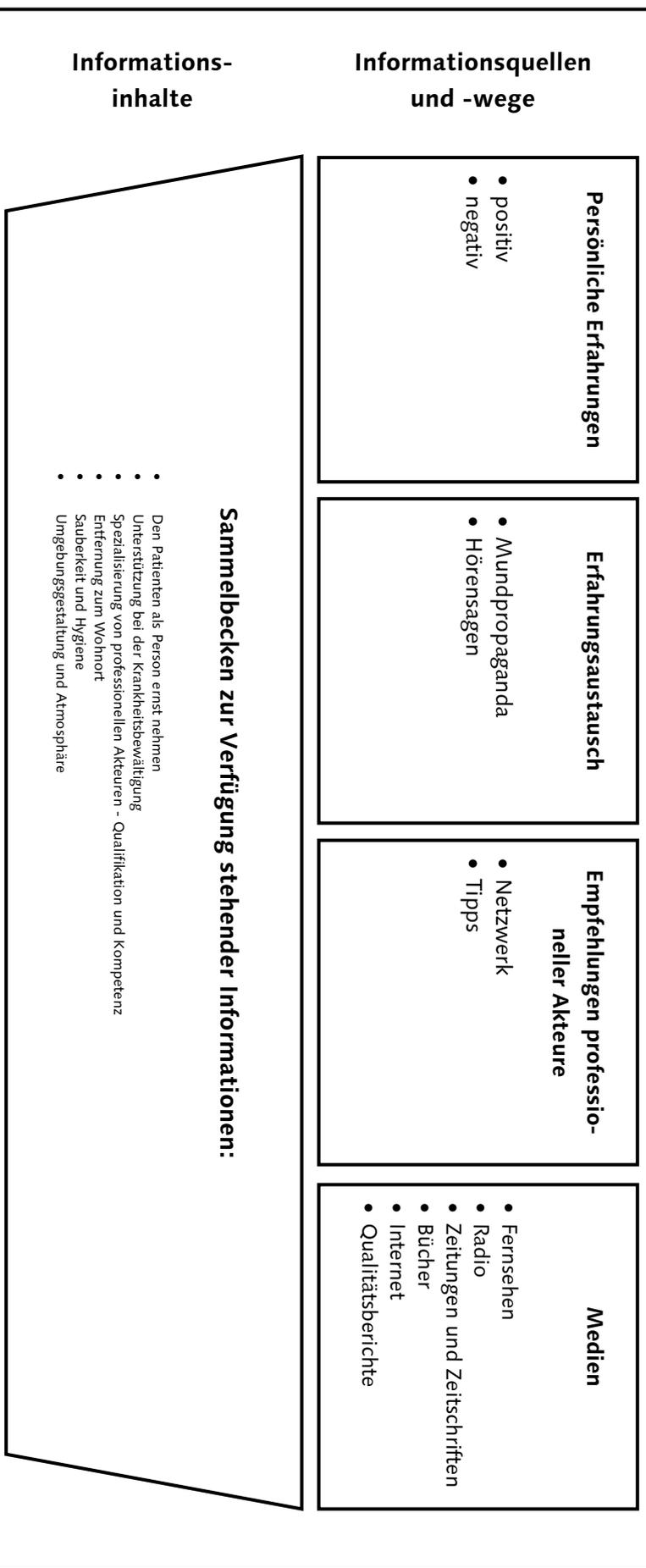


Abbildung 1: Zusammenschau der identifizierten, zentralen Aspekte der Informationssuche bei der Entscheidung für ein Krankenhaus

8. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppendifkussionen bestätigen zahlreiche der in den Eingangskapiteln dargestellten nationalen wie internationalen Forschungsbefunde. Gleichzeitig helfen sie, bestehende Wissenslücken zu verkleinern, da sie zu einem besseren Verständnis der Perspektive chronisch kranker Menschen auf den Entscheidungsfindungsprozess bei der Wahl eines Krankenhauses beitragen. Die zentralen Ergebnisse sollen nun ausführlicher diskutiert werden. Dabei wird unter anderem auf die Abhängigkeit des Informationsbedarfes von krankheits-, geschlechts- und indikationsspezifischen Unterschieden der Patienten eingegangen. Gesondert diskutiert werden auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, da sie in der aktuellen Diskussion über Transparenz in der stationären Versorgung eine prominente Stellung einnehmen. Darüber hinaus wird die Bedeutung des Internets bei der Entscheidung für ein Krankenhaus in den Blick genommen.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt zunächst, dass eine chronische Erkrankung für Patienten mit mannigfaltigen Bewältigungs- und Versorgungsherausforderungen verbunden ist. Sie führen zu einem erhöhten, phasenweise variierenden Informationsbedarf, der durch die bestehenden professionellen Informationsangebote bisher nicht adäquat befriedigt werden kann.

Ebenfalls bestätigt werden kann, dass gerade die Wahl eines geeigneten Krankenhauses bei elektiven Aufenthalten für Patienten mit teilweise erheblichen Suchbewegungen und großer Verunsicherung verbunden ist. Nicht zuletzt, weil ein Krankenhausaufenthalt für Patienten meist mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht oder eine diagnostische Abklärung unklarer Symptome oder Befunde erforderlich ist, die bei den Patienten oft von Ängsten und Verunsicherungen begleitet ist. Die Wahl eines geeigneten Krankenhauses stellt aber auch deshalb eine Herausforderung dar, weil damit ein Übergang in ein völlig anders organisiertes Teilsystem der Versorgung verbunden ist. Auch deshalb benötigen Patienten Informationen.

8.1 Die Abhängigkeit des Informationsbedarfes von krankheits-, geschlechts- und indikationsspezifischen Unterschieden

Dass sich der Verlauf und die Bewältigungsherausforderungen bei den Erkrankungen des entzündlich-rheumatischen Formenkreises (hier: Chronische Polyarthrits sowie Spondylitis Ankylosans) von denen der Arthrose (hier: Coxarthrose, Gonarthrose, Omarthrose sowie arthrotische Veränderungen der Articulationes intervertebrales) unterscheiden, wurde bereits eingangs beschrieben. Doch so unterschiedlich diese sind, hinsichtlich ihres Informationsbedarfes zur Entscheidung für ein Krankenhaus unterscheiden sich – anders als im Vorfeld der Untersuchung vermutet – die Patienten mit einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung nicht von denen mit Arthrose. Nennenswerte *krankheitsspezifische Unterschiede* in Bezug auf den Informationsbedarf (Informationsinhalte), aber auch das Informationssuchverhalten (genutzte Informationsquellen und -wege) konnten vor dem Hintergrund des erhobenen Materials nicht festgestellt werden, obgleich sich die konkreten (krankheitsspezifischen) Inhalte der recherchierten Informationen unterscheiden. Plakativ ausgedrückt: Patien-

ten mit (nicht rheumatisch bedingten) Arthrosen suchen in der Regel nicht nach rheumaspezifischen stationären Behandlungsverfahren und vice versa.

Gleiches gilt für die ebenfalls im Vorfeld der Untersuchung vermuteten *geschlechtsspezifischen Unterschiede*. Auch hier konnten keine Hinweise auf etwaige Differenzen ausgemacht werden. Geschlechterübergreifend weisen Patienten auf übergeordneter Ebene einen gleichgelagerten Informationsbedarf auf, der sich auch auf der Ebene konkreter Inhalte offenbar nicht hinsichtlich des Geschlechts, sondern vielmehr von Person zu Person unterscheidet. Dieser Befund ist ein erster Hinweis darauf, dass von geschlechts- und krankheitsspezifischen Unterschieden im Informationsbedarf, wie sie in der Literatur betont werden (zum Stand der Forschung siehe ex. Schaeffer 2006a), nicht zwangsläufig auf Unterschiede im Bedarf an Informationen bei der Wahl für ein Krankenhaus – also *vor der stationären Aufnahme* – geschlossen werden kann. Eine Übertragung entsprechender Forschungsergebnisse ist somit nicht ohne Weiteres möglich. Dass die meisten zur Verfügung stehenden Informationsangebote, insbesondere die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser, allerdings in Teilen implizit genau diese Übertragung vornehmen und die Angebote inhaltlich daran orientiert sind, könnte genauer als bisher erklären, warum entsprechende Informationen von den Patienten momentan nur sehr zurückhaltend rezipiert werden, wie in der Literatur postuliert wird (Bertelsmann Stiftung 2007; Braun 2007; Geraedts 2006; Hibbard/Jewett 1997; Mannion/Goddard 2003; Romano/Zhou 2004; Schaeffer 2006a).

Unterschiede des Informationsbedarfes zeigen sich allerdings – wenn auch in geringem Maße – entlang unterschiedlicher *Indikationen*. Es kann also vermutet werden, dass weniger die zugrunde liegende Erkrankung als vielmehr die jeweilige, den Krankenhausaufenthalt auslösende Indikation einen Einfluss auf die Einschätzung der Relevanz von Informationsquellen und -wegen sowie auf die jeweiligen Informationsinhalte nimmt – eine Vermutung, die auch in der Literatur zu finden ist (ex. Schaeffer 2006a). Hierzu liefert die Analyse der Ergebnisse deutliche Hinweise: Demnach scheinen diejenigen Patienten, die sich vornehmlich auf einen kurzen Krankenhausaufenthalt im Rahmen eines – vorab als reparaturmedizinisch bezeichneten – operativen Eingriffs einstellen, neben anderen Informationen vermehrt auch auf Informationen zu Qualifikation, fachlicher Kompetenz und Erfahrung der handelnden Akteure zurückzugreifen, um eine Entscheidung zu treffen. Beispielhaft für das vorliegende Material sind endo-prothetische operative Versorgungen. Krankheitsübergreifend tendieren Patienten dann offensichtlich zu dem skizzierten Informationsverhalten. Stellen sich Patienten demgegenüber eher auf einen längeren stationären Aufenthalt ein, so verlieren die genannten Kriterien krankheits- und gruppenübergreifend an Gewicht.

Als weiterer Aspekt tritt im Zusammenhang mit den eben ausgeführten indikationsspezifischen Unterschieden zutage, dass diese offenbar nur dann eine Rolle spielen, wenn Patienten noch keine persönlichen Krankenhauserfahrungen sammeln konnten. Wenn sie bereits aufgrund persönlicher Erfahrungen ein Vertrauensverhältnis zu einem oder mehreren handelnden Akteuren aufgebaut haben, so steuern sie diese auch bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt immer wieder an. Die jeweilige Indikation scheint dann also eine untergeordnete Rolle zu spielen und kommt erst wieder zum Tragen, wenn offensichtlich ist, dass der vertraute

Arzt fachlich nicht geeignet ist, die notwendige Behandlung durchzuführen. Dann müssen sich Patienten erneut auf die Suche nach einem professionellen Akteur begeben und ein neues Vertrauensverhältnis aufbauen. Ein bestehendes Vertrauensverhältnis „überwindet“ also scheinbar unterschiedliche Indikationen und ist für Patienten wichtiger als die jeweilige fachspezifische Spezialisierung der Akteure, es sei denn, Letztere ließe sich nicht mit dem aktuellen Bedarf in Einklang bringen. Es ist anzunehmen, dass sich Patienten, um damit längere und von Ungewissheit geprägte Suchbewegungen abzuwenden, von zurückliegenden positiven Erfahrungen leiten lassen.

Gleichzeitig ist dies ein erneuter Hinweis darauf, dass der Informationsbedarf in *unterschiedlichen Phasen der Erkrankung* differiert. In Versorgungsfragen (hier bezogen auf das Krankenhaus) erfahrene Patienten scheinen ihr eigenes Expertenwissen zu entwickeln und sind offenbar in wesentlich geringerem Maße auf externe Informationen angewiesen. Da sich der Versorgungsbedarf und die Versorgungsanlässe jedoch häufig im Verlauf der Krankheit verändern und oft auch intensivieren, muss angenommen werden, dass auch expertisierte Patienten immer wieder an Wendepunkte gelangen, an denen sich (auch) der Informationsbedarf verändert. Neue Versorgungsherausforderungen werfen neue Fragen auf, auf die die Patienten neue Antworten suchen.

Von marginalen indikationsspezifischen Unterschieden abgesehen, differiert der Informationsbedarf chronisch kranker Menschen also in erster Linie entlang interindividuell unterschiedlicher Präferenzen und nicht entlang gruppenspezifischer Merkmale. Die Präferenzen werden darüber hinaus von den bisherigen Lebens- und Versorgungserfahrungen der Patienten beeinflusst und stehen damit auch in Abhängigkeit zur jeweiligen Phase im Krankheitsverlauf.

8.2 Zum besonderen Stellenwert emotional anschlussfähiger Informationen in Hinblick auf Vertrauen

Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass der Einfluss rein rationaler Informationen für die Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus scheinbar noch begrenzter ist, als bisher in der Literatur angegeben. Zwar mehren sich im Kontext der Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern die Zweifel daran, dass die darin enthaltenen eher objektiven Informationen die Entscheidung für ein Krankenhaus wirklich unterstützen können (Romano/Zhou 2004; Rudd/Glanz 1989). Allerdings ist der Tenor, dass die bestehenden Informationsangebote durch emotionale Informationen zu ergänzen seien (ex., Streuf et al. 2007) und an einer nutzerfreundlicheren Aufbereitung entsprechender Informationen gearbeitet werden müsste (Rudd/Glanz 1989, S.249); (vgl. Geraedts 2006; Schaeffer 2006a; Shaller et al. 2003). Dies ist eine Diskussion, die nur zum Teil den Kern des Problems trifft. Denn die Analyse der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lässt den Schluss zu, dass es in erster Linie eben gerade nicht die objektivierbaren Entscheidungskriterien sind, denen Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses folgen. Um die Verunsicherung im Entscheidungsfindungsprozess zu mildern, orientieren sich die Patienten – beeinflusst durch die persönlichen Lebens- und Versorgungserfahrung – an emotional anschlussfähigen, personenbezogenen Informationen, die wiederum nur peripher von der entsprechenden Indikation und offenbar

nicht von der zugrunde liegenden Erkrankung oder dem Geschlecht abhängig sind. Dieses Ergebnis wird in Ansätzen bereits von Streuf et al. (2007, S. 120) vorweggenommen:

„Die Versichertenbefragung macht deutlich, dass ein zielgruppenorientiertes Medium objektive, aussagekräftige und vergleichbare Informationen über eine Einrichtung [...] enthalten muss, die gleichzeitig aber auch relevante Kriterien für den Menschen mit seinen rational, aber auch emotional geprägten Entscheidungsprozessen darstellen.“

Vor dem Hintergrund der Analyse der erhobenen Daten erhärtet sich der Eindruck, dass diese Aussage noch zu moderat ist und dass der von Streuf et al. (2007) als emotional beschriebenen Seite ein deutlich höherer Stellenwert im Rahmen der Entscheidungsfindung bei der Wahl eines Krankenhauses zukommt. Die vorliegenden Ergebnisse lassen vielmehr den Schluss zu, dass eher emotionale Wahlkriterien den Entscheidungsfindungsprozess dominieren. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Rationalisierungsüberlegungen im Versorgungssystem eine wichtige Erkenntnis.

Patienten sind einig darüber, dass Vertrauen zu handelnden Personen im Krankenhaus *die* ausschlaggebende Determinante bei der Entscheidung für oder gegen ein spezielles Krankenhaus darstellt. Dies wird in der Literatur bereits erwähnt: „Vertrauenswürdigkeit hat daher immer mit überzeugender fachlicher Kompetenz zu tun, umfasst aber auch emotionale und normative Implikationen und zielt auch auf das Verhältnis zum Patienten, die Kommunikation und Information sowie Organisation der Krankenhausversorgung.“ (Schaeffer 2006a, S, 14; vgl. auch Gerteis/Roberts 1993; Gerteis et al. 1993a; Gerteis et al. 1993b; Ruprecht 2001; Thiede 2005) Allerdings wird das Vertrauen häufig „nur“ als ein – wenn auch wichtiges – Kriterium unter anderen die Wahl beeinflussenden Kriterien gesehen. Außerdem wurde Vertrauen bisher sowohl auf der Ebene handelnder Personen (Mikroebene) als auch der Ebene der Institution Krankenhaus (Mesoebene) verortet. Die Analyse der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legt demgegenüber nahe, dass Patienten, wenn sie von Vertrauen sprechen, immer einzelne oder mehrere handelnde Akteure und nicht eine Einrichtung als Institution meinen. Außerdem ist Vertrauen im vorliegenden Material nicht nur ein Kriterium unter vielen, sondern die zentrale entscheidungsrelevante Größe für Patienten bei der Krankenhauswahl.

Die von Streuf et al. (2007) im voranstehenden Abschnitt zitierte Aussage¹⁶ müsste somit wie folgt reformuliert werden: *Für die Wahl eines Krankenhauses benötigen Patienten – ihren Präferenzen folgend – emotional anschlussfähige Informationen, um Vertrauen zu den handelnden Akteuren im Krankenhaus aufbauen zu können und auf dieser Grundlage eine Entscheidung zu treffen. Derartige Informationen können dabei sowohl subjektiv empfundene als auch objektiv gemessene Bewertungen beinhalten und sind in erster Linie auf Personen bezogen.*

¹⁶ Siehe erneut Streuf et al. (2007, S. 120)

8.3 Vertrauen als zentrales Kriterium bei der Krankenhauswahl

Wenn Vertrauen zu handelnden Akteuren als zentrale, die Wahl entscheidende Größe angenommen wird, scheinen institutionsbezogene Informationen nur bedingt geeignet zu sein. Dies gilt auch, wenn die jeweils im Rahmen anderer Arbeiten (ex. Burge et al. 2005; Geraedts 2006; Kriwy/Aumüller 2007; Picker Institut 2006; Simanski et al. 2006; Streuf et al. 2007) befragten Patienten entsprechende Informationen als interessant in Hinblick auf die Wahlentscheidung oder die Weiterempfehlungsbereitschaft bewerten. Denn das gezeigte Antwortverhalten könnte auch dem geschuldet sein, dass den Patienten häufig lediglich eine bestimmte Anzahl bereits vorgegebener Kriterien vorgelegt wurde, die diese dann hinsichtlich ihrer Wichtigkeit im Kontext der Entscheidung für ein Krankenhaus ordnen sollten. Ob dabei die für die Patienten besonders relevanten, weil emotional anschlussfähigen Kriterien enthalten waren, bleibt mitunter offen. Dennoch konnten die angesprochenen Studien wichtige Erkenntnisse über Informationspräferenzen von Patienten bei der Entscheidung für ein Krankenhaus generieren. Allerdings ist vor dem Hintergrund dieser Untersuchung fraglich, ob sich Patienten bei einer konkreten Wahl auch zu den jeweils abgefragten Kriterien Informationen einholen oder ob für die Vertrauensbildung nicht andere Informationen wichtig sind.

Außerdem könnte das methodische Vorgehen vorliegender Studien zu bestimmten Ergebnissen geführt haben, die vor dem Hintergrund dieser Untersuchung kritisch hinterfragt werden müssen. In einer Studie von Simanski et al. (2006) gaben die befragten Patienten beispielsweise eine gute postoperative Schmerztherapie als drittwichtigstes Wahlkriterium an – ein Ergebnis, das – ohne die Bedeutung der Schmerztherapie per se bestreiten zu wollen – auch darauf zurückgeführt werden könnte, dass die Patienten gleichzeitig mit der Einführung in den Fragebogen auch das tägliche Schmerzmessungs- und -dokumentationsverfahren sowie die Struktur der klinikinternen Schmerztherapie erklärt bekamen. Zudem wurden auch hier Items vorgegeben und so ist nicht auszuschließen, dass für Patienten ebenfalls wichtige Kriterien nicht angemessen berücksichtigt wurden.

Eine weitere, die Ergebnisse einiger Studien verzerrende Einflussgröße besteht darin, dass die befragten Patienten in Bezug auf die jeweils abgefragten Kriterien ein anderes Begriffsverständnis haben könnten, als von den Forschern angenommen. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung scheint es durchaus wahrscheinlich, dass die abgefragten institutionsbezogenen Kriterien, wie beispielsweise der „Ruf einer Klinik“ (ex. Burge et al. 2005; Dierks et al. 2001; Heischmidt/Heischmidt 1991; Kriwy/Aumüller 2007; Simanski et al. 2006; Streuf et al. 2007) oder die „Spezialisierung eines Krankenhauses“ (ex. Geraedts 2006; Picker Institut 2006), von den Patienten nur vordergründig auf der institutionellen Ebene beantwortet und eingeschätzt wurden. Da die Patienten zwar vom Ruf eines Hauses sprechen, dabei jedoch die Merkmale einzelner oder mehrerer professioneller Akteure meinen, ist wahrscheinlich, dass auch die Teilnehmer anderer Studien dieses Verständnis bei der Beantwortung entsprechender Fragen zu Grunde legten. Denn *Vertrauen bauen Patienten zu Personen auf, nicht zu Institutionen.*

Diese zentrale Erkenntnis der vorliegenden Arbeit kann auch erklären, warum in den eben genannten Studien insbesondere die personenbezogenen Kriterien als besonders wichtig für die Entscheidungsfindung bei der Wahl eines Krankenhauses bezeichnet werden¹⁷.

Die Patienten betrachten demnach vor allem die Personen und auch die Prozesse einer Einrichtung, weniger deren Struktur. Denn in den Prozessen lassen sich die jeweils handelnden Personen erkennen, zu denen die ein Vertrauensverhältnis aufbauen wollen, und die ihnen in der von Unsicherheit geprägten Situation Halt und Orientierung vermitteln können. Die für Patienten als relevant ermittelten Wahlkriterien für ein Krankenhaus sollten deshalb nochmals kritisch mit Patienten diskutiert werden, bevor sie zur Grundlage für die Entwicklung zukünftiger Informationsangebote gemacht werden. Es ist zu erwarten, dass dies den Wert entsprechender Informationsangebote deutlich steigert.

8.4 Qualitätsberichte – Probleme und Potenziale

Viele der momentanen Informationsmedien, allen voran die eingeführten Qualitätsberichte, beinhalten die als relevant identifizierten Informationen noch nicht und müssen somit in ihrer Relevanz grundsätzlich in Frage gestellt werden. Die Routine der bisherigen Qualitätsberichterstattung geht also weitestgehend an den Bedürfnissen der Patienten vorbei. Deshalb werden die Berichte von Patienten nicht rezipiert und verfehlen ihr selbstgestecktes Ziel. Entsprechende Befunde der Literatur lassen sich durch die hier vorliegenden Daten eindeutig bestätigen (Braun 2007; Coulter 2004; Dealey 2005; Geraedts 2006; Hibbard/Jewett 1996, 1997; Mannion/Goddard 2003; Marshall et al. 2000; Mukamel/Mushlin 2001; Romano/Zhou 2004; Schaufler/Mordavsky 2001). Braun (2007, S. 30) führt beispielsweise kritisch aus:

„Vergleicht man die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte mit den Interessenschwerpunkten ihrer potentiellen Nutzer, zeigen sich erhebliche Abweichungen. Zahlreiche, für die Patienten wichtige Merkmale, tauchen bisher gar nicht in den «Strukturierten Qualitätsdaten» auf. Viele der dort ausführlich dokumentierten Aspekte haben für die Patienten nur geringe Bedeutung.“

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Geraedts (2006) und stellt fest, dass nur drei der für Versicherte besonders wichtigen Wahlkriterien in den Qualitätsberichten aufgegriffen werden (Qualifikation der Ärzte, Qualifikation des Pflegepersonals und Spezialkompetenzen der Klinik). „Alle übrigen Faktoren, die die Zielgruppe der Versicherten als besonders wichtige Kriterien einer Krankenhauswahl beurteilt, werden in den von allen deutschen Krankenhäusern publizierten Qualitätsberichten nicht aufgeführt.“ (Geraedts 2006, S. 186f; vgl. im internationalen Kontext auch Commission

¹⁷ Z.B. ärztliche und pflegerische Versorgung (Simanski et al. 2006), Kompetenz und Erfahrung sowie Spezialisierung der behandelnden Ärzte (Geraedts 2006; Heischmidt/Heischmidt 1991; Kriwy/Aumüller 2007; Picker Institut 2006), Freundlichkeit des Personals (Geraedts 2006; Kriwy/Aumüller 2007), Einbeziehung der Patienten bei der Behandlung (Geraedts 2006), Arzt-Patienten-Verhältnis (Kriwy/Aumüller 2007; Picker Institut)

on the Future of Health Care in Canada 2002). Ähnlich äußert sich Nelson (2007, S. 1) zur Situation der Qualitätsberichte in den USA:

„The rationale for publicizing health care quality information, or report cards, was a belief that doing so would facilitate informed choice by consumers and stimulate improvements in the quality of health care [...]. Despite widespread availability of this information, there is little evidence that health care consumers have sought such information on Web sites or that this information has influenced their health care decisions [...]. The lesson here is that providers of health care information need to know their audiences before creating and distributing information.“

Die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen der Qualitätsberichterstattung für Patienten, die beispielsweise Romano und Zhou (2004) sowie Rudd und Glanz (1989) aufgeworfen haben, kann deshalb auf Basis des vorliegenden Materials bestätigt werden. Die Qualitätsberichte sind für Patienten in der heute vorliegenden Form offensichtlich nicht interessant. Sicherlich spielen dabei auch die in der Literatur diskutierten Zugangsbarrieren (Zugriff über das Internet) sowie die Aufbereitung entsprechender Inhalte und deren fehlende Vergleichbarkeit eine Rolle. Aber es ist anzunehmen, dass selbst bei entsprechendem Zugang und bei nutzerfreundlicher vergleichender Informationsaufbereitung die *fehlende Relevanz der Inhalte* dazu führt, dass die entsprechenden Berichte weiterhin nicht rezipiert werden. Es ist eben nicht nur, wie vielfach gefordert, eine Überarbeitung der Darstellungsformen, sondern eine *grundlegende inhaltliche Neuausrichtung* der Qualitätsberichterstattung notwendig.

Damit die Information „rezipiert, angeeignet und genutzt wird, ist es [...] essenziell, dass sie inhaltlich auf die Wünsche und Präferenzen von Nutzern und Patienten ausgerichtet ist.“ (Schaeffer 2006a, S. 64; vgl. auch Geraedts 2006; HAI Europe et al. 2007; Hardyman et al. 2005; Kerr et al. 2006). Dabei sollte vor allem intensiv über Möglichkeiten der Einbeziehung von Erfahrungen anderer Betroffener (im Sinne des Erfahrungsaustausches) nachgedacht werden. Um die Entscheidung für ein Krankenhaus zu unterstützen, sollten die Erfahrungen von Patienten beispielsweise im Sinne vergleichbarer Qualitätsbeurteilungen in die Qualitätsberichte aufgenommen werden (Goldstein et al. 2005). Dies dürfte die Qualitätsberichterstattung deutlich attraktiver für ihre potenziellen Nutzer machen.

8.4.1 Integration von Patientenerfahrungen in die Qualitätsberichterstattung

Durch das Projekt „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung wird die eben erhobene Forderung momentan aufgegriffen und ein unabhängiger Wegweiser im Gesundheitswesen aufgebaut. Ziel ist es dabei, eine vergleichende Darstellung der Behandlungsqualität von Krankenhäusern aus der Patientenperspektive zu entwickeln und im Internet zur Verfügung zu stellen (Bertelsmann Stiftung 2007). Vergleichbare Befragungen von Patienten zur Qualität von Krankenhäusern zu etablieren, kann sicher helfen, die bestehende Lücke der Informationsangebote für Patienten im Zusammenhang mit der Krankenhauswahl zu verkleinern. Entscheidend wird jedoch sein, die für die Patienten relevanten Informationen treffgenau abzubilden (und zwar die Informationen, die für Patienten *vor einem Krankenhausauf-*

enthalt entscheidend sind). Gelingt dies nicht, so werden sich Nutzer und Patienten voraussichtlich weiterhin lieber auf den persönlichen Erfahrungsaustausch verlassen (Bates/Gawande 2000). Sie würden dann zwar über ein entsprechendes Angebot von Qualitätsbeurteilungen durch Patienten (Peers) verfügen, dieses dürfte – so steht zu vermuten – allerdings nur teilweise die für sie relevanten Fragen bei der Krankenhauswahl beantworten.

Allerdings sollte ein solcher Ansatz nicht überschätzt werden. Denn den persönlichen Erfahrungsaustausch oder den Austausch mit dem vertrauten Arzt werden entsprechende Instrumente – auch vor dem Hintergrund der vornehmlich über das Internet vorgesehenen Publikation – nicht ersetzen können (vgl. Hardyman et al. 2005; Schmidt-Kaehler 2003). Insbesondere das Kriterium der Unabhängigkeit wird dabei für Patienten von besonderer Bedeutung für die Glaubwürdigkeit entsprechender Informationen sein. Dies ist eine Forderung, die bereits von Dealey (2005), Mannion und Goddard (2003), Marshall et al. (2000), Mukamel und Mushlin (2001), Suhonen et al. (2005), Riedel et al. (2007) und Romano und Zhou (2004) formuliert wird. Neben vergleichbaren Einschätzungen zur Qualität aus Patientensicht sollten entsprechende Projekte zusätzlich auf narrative Erfahrungsberichte von Patienten zurückgreifen und diese zu einer zweiten tragenden Säule des Informationsangebotes machen. Der administrative Mehraufwand würde sich sicher lohnen und die Relevanz der Informationsangebote deutlich erhöhen.

8.4.2 Der Nutzen der Qualitätsberichte für überweisende Ärzte

Im Zusammenhang mit den Qualitätsberichten und vor dem Hintergrund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, ist ein weiterer Aspekt zu diskutieren. Ziel der Qualitätsberichte ist unter anderem, den einweisenden Ärzten Anhaltspunkte über die Qualität geeigneter Einrichtungen zu geben, damit diese ihr Überweisungsverhalten entsprechend ausrichten können (Braun 2007; Geraedts 2007; Hesse/Podding 2006; Lütticke/Schellschmidt 2005; Schaeffer 2006a; Simanski et al. 2006). Ob die Ärzte dies wirklich tun, scheint fraglich. Denn die Analyse der Daten – auch wenn hier Patienten und keine Ärzte befragt wurden – legen die Vermutung nahe, dass Ärzte vorwiegend innerhalb professioneller Netzwerkstrukturen überweisen und sich dabei selten an Qualitätsberichten orientieren. Dies ist deshalb wenig verwunderlich, weil Vergleiche auf der Basis bisheriger Qualitätsberichterstattung nur eingeschränkt möglich sind und erheblichen zeitlichen Aufwand erfordern (Bates/Gawande 2000; Drösler 2007; Lütticke/Schellschmidt 2005; Shaller et al. 2003; Streuf et al. 2007), so dass auch Ärzte sich vorrangig auf persönliche Erfahrung und Wissen über die Kompetenz ihnen bekannter stationär tätiger Kollegen verlassen, als auf die Inhalte von Qualitätsberichten.

8.5 Die Rolle des Hausarztes bei der Krankenhauswahl

Der den behandelnden Haus- und Fachärzten in der Literatur zugesprochene hohe Einfluss auf die Krankenhauswahl (ex. Dierks et al. 2001; Kriwy/Aumüller 2007; Schaeffer 2006a; Streuf et al. 2007) lässt sich auf Basis der Analyse der vorliegenden Daten nur teilweise bestätigen. Zwar ist der Haus- bzw. Facharzt für viele chronisch Kranke eine wichtige Größe

im Entscheidungsfindungsprozess, allerdings nur dann, wenn die Patienten ein gewachsenes Vertrauensverhältnis zu ihm aufgebaut haben und noch keine persönlichen Erfahrungen mit Krankenhäusern sammeln konnten. Ohne das Vertrauen zum behandelnden Arzt verlassen sie sich lieber auf Informationen von nicht-professionellen Akteuren, wie zum Beispiel Verwandte, Freunde, Bekannte und Kollegen, oder rezipieren Peerinformationen aus Internetforen. Haben sie bereits persönliche Erfahrungen gesammelt, sind diese direkt wahlentscheidend. Die Informationen oder Empfehlungen durch den behandelnden Haus- oder Facharzt (oder durch andere Personen oder Medien) stellen dann bestenfalls Zusatzinformationen dar. Selbst wenn der Empfehlung des Haus- oder Facharztes großes Gewicht beigemessen wird, so versuchen sich Patienten zusätzlich durch Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen abzusichern und eine Zweitmeinung einzuholen. Außerdem suchen sie vor Ort nach Gesprächsmöglichkeiten mit den professionellen Akteuren, um zu eruieren, ob sie ihnen vertrauen können.

Haus- oder Fachärzte sind demzufolge zwar eine durchaus wichtige Informationsquelle, allerdings in der Regel nicht die einzige und weniger oft als angenommen die wichtigste. Gleichwohl werden sie von manchen Patienten als Gatekeeper für den Zugang zu professionellen Netzwerken gesehen. Diese Netzwerkstrukturen scheinen für die Patienten dann besonders attraktiv zu sein, wenn sie noch nicht über einen eigenen Zugang oder über persönliche Erfahrungen verfügen. In jenen Fällen kommt also den Haus- und Fachärzten die Aufgabe zu, die Patienten umfassend zu informieren und zu beraten, was allerdings vor dem Hintergrund des engen Zeitbudgets in der Versorgungspraxis eher die Ausnahme als die Regel sein dürfte. Case-Manager, die anstatt der Ärzte derartige Aufgaben übernehmen könnten, sind bis dato (nicht nur in diesem Kontext) zwar häufig gefordert (Schaeffer/Kuhlmeier 2008), aber nicht flächendeckend etabliert.

8.6 Der Vorteil narrativen Erfahrungsaustausches bei der Krankenhauswahl

Dass Patienten – wie in der Literatur betont – ihre Entscheidung oft auf Basis von Informationen oder Erfahrungen nicht-professioneller Akteure treffen (vgl. erneut Andersen/Schwarze 2000; Bates/Gawande 2000; Loos-Elßer/Sichermann 2003; Schaeffer 2006a), lässt sich vor dem Hintergrund des erhobenen Materials bestätigen und konkretisieren. Demnach spielt für Patienten vor allem der Erfahrungsaustausch im Sinne der Mundpropaganda und des Hörensagens eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung bei der Krankenhauswahl. Hier zeigen sich große Überschneidungen mit den Erkenntnissen Goodings (1995) sowie Kriwys und Aumüllers (2007). Grund hierfür dürfte sein, dass für die Vertrauensbildung insbesondere Informationen, die von Personen kommen, die bereits eine ähnliche Entscheidung zu treffen hatten, von großer Bedeutung sind. Von ihnen erwarten Patienten realistische und vertrauenswürdige Beurteilungen des Krankenhauses, die sie relativ leicht mit den eigenen Präferenzen abgleichen können und die aufgrund ihrer subjektiven „Färbung“ einen entscheidenden Mehrwert gegenüber objektiven, abstrakten Informationen haben.

Der Vorteil der genannten Informationen liegt darüber hinaus darin, dass sie neben den medizinischen Informationen auch Bewältigungsstra-

tegien transportieren, die für chronisch kranke Patienten besonders hilfreich sein können (Glenton et al. 2006). Vor allem narrative Erfahrungsberichte enthalten entscheidende Hinweise, wie die entsprechenden Personen mit der sich ihnen stellenden Herausforderung umgegangen sind, wie sie den Krankenhausaufenthalt in ihr Leben integrieren konnten und wie sie den Bewältigungs Herausforderungen begegnet sind. Die narrative Form der Informationsweitergabe kann also als ein Beitrag von Peers zum Empowerment und zur Selbstmanagementförderung angesehen werden (Anderson et al. 2003; Baker et al. 2003; Bansil et al. 2006; Madden/Fox 2006). Besonders für chronisch kranke Menschen bieten Peerinformationen somit offensichtlich sowohl Unterstützung bei der Entscheidung für ein Krankenhaus als auch Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung und leisten damit einen Beitrag zur Biographiearbeit. Dies scheint neben der besseren Verständlichkeit und höheren Relevanz ein entscheidender Grund dafür zu sein, weshalb sie von Patienten präferiert werden.

8.7 Nutzung des Internets – zentrale Erkenntnisse, Chancen und Herausforderungen

Ein wesentliches Ziel der vorliegenden Arbeit war es, der Bedeutung des Internets bei der Wahl eines Krankenhauses nachzugehen. Dabei soll zunächst auf die Bedeutung des Internets bei der Suche nach allgemeinen gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen eingegangen werden. Die Analyse der Daten bestätigt die Einschätzung in der Literatur, dass dem Internet immer größere Bedeutung zukommt: Je mehr Menschen einen Internetanschluss besitzen und damit Zugang zu Informationen aus dem World Wide Web haben, desto mehr Menschen nutzen das Medium auch, um gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen abzurufen (Broom 2005; Cline/Haynes 2001; Madden/Fox 2006). Dieser Befund lässt sich durch die Ergebnisse der Analyse des Nutzungsverhaltens bestätigen. Ähnliches gilt für generationsbedingte Nutzungsunterschiede (Bansil et al. 2006; Braun 2007; Chen/Yeh 2006; Hesse et al. 2005; Lorence et al. 2006; Nahm et al. 2004; Schmidt-Kaehler 2005b; Stoevesandt/Diez 2006). So ist davon auszugehen, dass bereits die Generation der heute Heranwachsenden mit dem Internet so vertraut ist, dass altersbedingte Unterschiede zukünftig keine Rolle mehr spielen werden. Dem Internet ist also ein weiter wachsendes Potenzial einzuräumen.

Unbestritten ist vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse außerdem, dass sich das Internet zur Abbildung und Vermittlung von Basisinformationen zu Strukturdaten des Gesundheitswesens sowie zu bestimmten Themen und Erkrankungen sehr gut eignet (Schmidt-Kaehler 2005b). Zudem bietet das Internet – auch das bestätigt diese Untersuchung – für Patienten den Vorteil, bequem, niederschwellig, schnell und von zuhause aus Antworten auf dringende Fragestellungen zu erhalten (Anderson et al. 2003; Ansani et al. 2005; Brechtel 2004; Broom 2005; Cline/Haynes 2001; Dierks/Schaeffer 2005; Gerber 2006; Schmidt-Kaehler 2005b). Dies ist ein Aspekt, der von Patienten als Vorteil im Vergleich mit den Medien Fernsehen, Radio oder Zeitungen und Zeitschriften angesehen wird. Die jederzeit zugängliche ‚Holstruktur‘ des Internets hilft Patienten also offensichtlich dabei, Unsicherheiten aufgrund fehlender Informationen zu beseitigen und schwierige Situationen mit Hilfe aktueller Informationen zu meistern.

Die von vielen Autoren als Vorteil beschriebene Anonymität (vgl. erneut: Anderson et al. 2003; Broom 2005; Cline/Haynes 2001; DeGuzman/Ross 1999; Lorence/Park 2006b; Nguyen et al. 2004; Schmidt-Kaehler 2005b) muss jedoch der vorliegenden Untersuchung zufolge differenziert betrachtet werden. Denn die Anonymität des Internets wird von den Patienten auch als Nachteil benannt. Gerade dann, wenn sie Informationen im Kontext der Vertrauensbildung für die Wahl eines Krankenhauses einholen, wollen sie den Absender der entsprechenden Information möglichst persönlich kennen. Dadurch ist es für sie offenbar leichter, die Relevanz der Information und die Vertrauenswürdigkeit des Informationsgebers einzuschätzen. Das Internet kann hier das persönliche Gespräch zwar ergänzen, nicht aber ersetzen. Anders sieht es bei sensiblen Fragestellungen zu Bewältigungsherausforderungen mit der eigenen Erkrankung aus, vor allem dann, wenn es um tabuisierte Themen geht. In diesem Fall bietet die Anonymität von Foren und Chaträumen Vorteile.

Hinsichtlich des Suchverhaltens nach Informationen bestätigt die Analyse die in der Literatur beschriebene Vorgehensweise von Patienten. Sie verfolgen eher unspezifische Suchstrategien, die sie zudem als zeitaufwendig beschreiben. Außerdem nutzen sie zur Recherche vornehmlich allgemeine Suchmaschinen (hier allen voran „Google“) (Cline/Haynes 2001; Fox 2002; Liszka et al. 2005; Lorence/Greenberg 2006; Rosenvinge et al. 2003) und zuweilen – bei der Suche nach einem Krankenhaus – auch die Homepages der Häuser.

Auch die in der Literatur beschriebenen Qualitätsunterschiede (ex. Maloney et al. 2005) der Informationen aus dem Internet sind Patienten durchaus bewusst. Deshalb entwickeln sie individuelle Strategien, um vertrauenswürdige von nicht vertrauenswürdigen Informationen zu unterscheiden. Dies geschieht, indem sie recherchierte Informationen mit anderen Informationen von zum Beispiel Haus- und Fachärzten vergleichen – sich also eine Zweitmeinung einholen – oder indem sie die Seiten im Internet ansteuern, die von staatlichen oder universitären Institutionen erstellt werden und nicht von Pharmaunternehmen oder privatwirtschaftlichen Anbietern. Dies ist ein Vorgehen, wie es ebenfalls in einschlägigen Publikationen beschrieben wird (Akerkar/Bichile 2004; Europäischer Rat 2000). Gleichwohl zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung einen weiteren Unterschied im Verhalten der Patienten. Patienten diskutieren die im Internet recherchierten Inhalte durchaus mit ihren Haus- und Fachärzten. Es zeigen sich weder Hinweise darauf, dass die Ärzte sich nicht auf diese Diskussion einlassen, noch dass sich die Patienten einzig auf Internetinformationen verlassen.

Die Informationen aus dem Internet, dies bestätigt die vorliegende Untersuchung, tragen somit offensichtlich auch zur Stärkung der Nutzerposition bei, verringern die informationsbezogene Dysbalance und verändern die Kommunikation zwischen Patienten und professionellen Akteuren (Broom 2005; Hesse et al. 2005; Schmidt-Kaehler 2003).

8.8 Bedeutung des Internets bei der Entscheidung für ein Krankenhaus

Betrachtet man die Relevanz des Internets für die Informationssuche bei der Wahl eines Krankenhauses, so bestätigt die vorliegende Untersuchung

zunächst die vorliegende Literatur, derzufolge Patienten im Internet Ärzte und Spezialisten in Krankenhäusern, deren Reputation und Leistungsbilanz recherchieren (Brechtel 2004; Brodie et al. 2000; Fox 2005, 2006; Madden/Fox 2006; Mira et al. 2006; Stausberg et al. 2001). Unterschiede hinsichtlich des *Alters*, wie sie in der Literatur beschrieben werden (ex. Bansil et al. 2006; Braun 2007; Brechtel 2004; Chen/Yeh 2006; Hesse et al. 2005; Lorence et al. 2006; Nahm et al. 2004; Schmidt-Kaehler 2005b; Stoevesandt/Diez 2006), existieren nur auf den ersten Blick. Denn die befragten älteren Patienten gleichen den fehlenden Zugang oder die zu geringen Internetkompetenzen aus, indem sie Angehörigen, Freunden oder Bekannten entsprechende Rechercheaufträge erteilen. Patienten nutzen demnach, wenn auch mittelbar, offensichtlich altersunabhängiger als vermutet das Internet. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich künftig aufgrund größerer Vertrautheit mit dem Internet kaum noch altersbedingte Unterschiede im Nutzungsverhalten zeigen werden.

Demgegenüber muss dem Internet bei der Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus eine eher moderate Bedeutung eingeräumt werden. Zwar bietet das Internet wichtige Grund- und Zusatzinformationen über Krankenhäuser, die Wahl wird allerdings aufgrund des Vertrauens zu den professionellen Akteuren getroffen und dabei ist das Internet nicht *die* entscheidende Informationsinstanz. Denn für die Vertrauensbildung spielen, wie gezeigt werden konnte, weitere Aspekte – wie zum Beispiel das Gespräch vor Ort, der Austausch mit Patienten, persönliche Erfahrungen und Empfehlungen von Haus- und Fachärzten – eine wichtigere Rolle. All diese Informationen vermag das Internet nicht zu ersetzen. Zwar erkundigen sich Patienten zum Beispiel über die fachliche Kompetenz der Ärzte im Internet und schauen sich eine Einrichtung auch im Internet an, doch für die konkrete Entscheidungsfindung vertrauen sie lieber ihrem eigenen Gefühl und machen sich ein eigenes Bild. Dieses Ergebnis bestätigt die Einschätzung anderer Autoren, die ebenfalls davor warnen, die Bedeutung des Internets zu überschätzen (ex. Kriwy/Aumüller 2007).

Ein weiterer Grund für die offenbar geringe Bedeutung des Internets bei der Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus könnte, wie in der Literatur diskutiert (ex. Bates/Gawande 2000; Drösler 2007; Lütticke/Schellschmidt 2005; Schaeffer 2006a; Shaller et al. 2003; Stausberg et al. 2001; Streuf et al. 2007), darin bestehen, dass die zur Verfügung stehenden Daten über Krankenhäuser aufgrund der unterschiedlichen Inhalte und Aufbereitungsformen bisher für Patienten nur sehr schwer verständlich und zu wenig vergleichbar sind. Zudem misstrauen Patienten, wie bereits ausgeführt, den von Krankenhäusern veröffentlichten Berichten und wünschen sich unabhängige Informationen. Die unterschiedlichen Präsentationen, die wenig vergleichbaren und interessegeleiteten Inhalte sowie die objektiven Bewertungskriterien scheinen für Patienten weder verständlich noch interessant, glaubwürdig und emotional anschlussfähig zu sein. Narrative Erfahrungsberichte oder vergleichende Patientenbeurteilungen fehlen – von wenigen Pilotprojekten abgesehen – bisher gänzlich. Die Nutzung der im Internet eingestellten Informationen und der Qualitätsberichte scheint sich für Patienten momentan also nicht zu lohnen. Auch deshalb holen sie vorwiegend über andere Quellen Informationen ein.

Zusammenfassend bietet das Internet demnach zwar wichtige erste Informationen und vermag auch später Zusatzinformationen bereitzustellen,

die für die Patienten sehr bequem und zeitnah abrufbar sind. Im Gegensatz zu anderen Medien wie Fernsehen, Zeitschriften, Zeitungen, etc. ist dies ein entscheidender Vorteil, der die im Vergleich zu anderen Medien höhere Bedeutung des Internet erklären kann. Patienten können Informationen aus dem Internet dann abrufen, wenn aktuell eine Wahl ansteht; dies vermag ihnen das Informationsangebot im Fernsehen und in Zeitungen/Zeitschriften nicht zu bieten. Dennoch: die Entscheidung für ein Krankenhaus wird auch von den im Internet verfügbaren Informationen wenig beeinflusst. Neben Defiziten in der Aufbereitung und der Vertrauenswürdigkeit der Inhalte sind es in erster Linie die fehlende emotionale Anschlussfähigkeit und Relevanz der Informationen, die die Bedeutung des Internets bei der konkreten Entscheidung schmälern.

9. Informationsbedarf bei der Krankenhauswahl: Implikationen für die Versorgungspraxis und -forschung

Anliegen der vorliegenden Untersuchung war es, eine bislang vernachlässigte Thematik der Versorgungsforschung aufzugreifen und den Informationsbedarf von Patienten bei der Krankenhauswahl zu erheben. Wenngleich sie eher explorativen Charakter aufweist und einem ersten Schritt gleichkommt, dem zukünftig sicher weitere folgen sollten und müssen, so hat sie doch bereits wichtige Erkenntnisse zutage gefördert, aus denen schon jetzt zahlreiche Konsequenzen für die Konzipierung und Weiterentwicklung von Informationsangeboten über Krankenhäuser und sonstige Versorgungsangebote für Patienten erwachsen. Sie zeitnah umzusetzen, gehört zu den der Zukunft vorbehaltenen Aufgaben.

Dabei besteht die dringlichste Herausforderung darin, bei der Gestaltung von Informationsangeboten – seien sie internetbasiert oder nicht – zu *mehr Nutzer- und Patientenorientierung und -freundlichkeit* zu gelangen. Bislang sind die meisten Patienteninformationsangebote inhaltlich und emotional zu wenig anschlussfähig und bedürfen deshalb einer konzeptionellen und inhaltlichen Neuausrichtung. Dabei ist zu beachten, dass sich die Informationen stärker als bisher an den Bedürfnissen von Patienten und Nutzern orientieren. Nur so können sie den Kern des Interesses treffen und die offenen Fragen der Nutzer und Patienten beantworten. Im Einzelnen sollte eine nutzer- und patientenorientierte Informationsgestaltung durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein:

- Bereitgestellte Informationsangebote sollten zeitnah erreichbar und leicht zugänglich sein. Sie sollten zudem niederschwellig organisiert sein sowie vergleichbare und widerspruchsfreie Information enthalten.
- Informationsangebote müssen Patienten und Nutzern ermöglichen, die Vertrauenswürdigkeit der professionellen Akteure im Krankenhaus abzuschätzen und Vertrauen zu entwickeln.
- Bei der Informationsgestaltung ist zu beachten, dass die bereitgestellten Informationen individuell zugeschnitten und emotional anschlussfähig sind. Von besonderer Bedeutung ist es, Patientenerfahrungen – narrative Erfahrungsberichte sowie vergleichbare Patientenbewertungen von Krankenhäusern – einzubeziehen. Generell sollte die Beachtung des *patient's view* konstitutives Element jeglicher Informationserstellung für Patienten sein.
- Eher sach- und leistungsbezogene Informationen – wie sie bis dato vor allem in der Qualitätsberichterstattung häufig obligat sind – treffen die Interessen und Informationswünsche von Patienten und Nutzern bestenfalls bruchstückhaft und können von ihnen zudem nicht dekodiert werden. Sie zu überarbeiten, nutzerfreundlich und verständlich aufzubereiten, ist eine weitere, dringlich anzugehende Aufgabe. Dabei ist zu bedenken, dass sach- und leistungsbezogenen Informationen aus Patienten- und Nutzersicht ein geringerer Stellenwert zukommt als bislang angenommen. Sie sollten im Informationsmix künftig als ergänzende Informationen vorgehalten werden.
- Da Patienten verschiedene Informationen benötigen und unterschiedliche Informationswege nutzen, sollten unterschiedliche Informationen und Medien zum Einsatz kommen. Dabei sollten unterschiedliche Nut-

zergliedert ebenso berücksichtigt werden wie die Stärken und Schwächen verschiedener Informationsmedien; die Begrenzung auf ein Medium – wie sie beispielsweise bei der Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser üblich ist – hat sich als wenig sinnvoll erwiesen und sollte aufgehoben werden.

- Auch internetbasierte Informationen sollten vergleichbar, qualitätsgesichert, aktuell, vertrauenswürdig und unabhängig aufbereitet sein und sich zudem – wie Informationen in anderen Medien auch – an den zuvor aufgeführten Kriterien der Informationsaufbereitung orientieren. Nutzer und Patienten benötigen zudem – auch das ist künftig intensiver zu beachten – Navigationshilfen im Internet, um gesuchte Informationen auch wirklich zu finden (zum Beispiel spezielle Suchmaschinen oder qualitätsgesicherte Plattformen).

Soweit die wichtigsten, schon jetzt umsetzbaren Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung. Allerdings hat die zurückliegende Analyse auch gezeigt, dass es dringend weiterer *Forschung* zum Thema bedarf. Auch dazu seien die aus Sicht der Autoren wichtigsten Themen abschließend noch einmal aufgeführt:

- So sind die Themen „Informationsbedarf und -bedürfnisse von Patienten und Nutzern“ wie auch „Informationsnutzung bzw. -wege“ in der hiesigen Forschung weitaus zu wenig beleuchtet (siehe auch Schaeffer 2006a). Das gilt mit Blick auf das Krankenhaus, aber auch auf andere Versorgungseinrichtungen – seien es Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen. Es gilt aber auch generell mit Blick auf chronische Krankheit und auch Pflegebedürftigkeit.
- Auch die Frage, wie genau Entscheidungsfindungsprozesse bei der Wahl eines Krankenhauses (wie auch anderer Institutionen des Versorgungswesens) ablaufen und welche Informationen Patienten dazu in welcher Phase der Entscheidungsfindung benötigen und welche Informationswege präferiert und faktisch beschritten werden, bedarf genauerer Untersuchung.
- Wenig empirisches und theoretisches Wissen liegt bislang zudem über die Bedeutung von Vertrauen, dem aus Patienten- und Nutzersicht wichtigsten Kriterium bei der Wahl oder Entscheidung für ein Krankenhaus und sicher auch für andere Versorgungseinrichtungen, vor. Auch darüber, wie Vertrauen zu professionellen Akteuren im Krankenhaus im Kontext der Entscheidungsfindung im einzelnen entsteht und wie Vertrauensbildungsprozesse verlaufen, ist wenig bekannt.
- Darüber hinaus ist zu klären, ob ein Unterschied zwischen dem Informationsbedarf und den -bedürfnissen chronisch kranker und akut erkrankter Menschen besteht oder ob sich Unterschiede auch hier in erster Linie entlang von Indikationen sowie der Lebens- und Versorgungserfahrung manifestieren. Hierbei sind besonders vulnerable Gruppen zu berücksichtigen.
- Außerdem ist zu analysieren, in welcher Form narrative Erlebnisberichte von Patienten sowie vergleichende Patientenbeurteilungen von Krankenhäusern in Informationsangebote integriert werden können. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Entwicklung valider Erhebungsinstrumente zur vergleichenden Patientenbeurteilung gelegt werden.

- In Bezug auf das Internet – aber auch andere Medien – sollte eingehender untersucht werden, wie diese in das Gesamtgefüge zu entwickelnder Informationsangebote integriert werden können. Dabei sollte nochmals kritisch hinterfragt werden, welchen Einfluss Medien bei der Wahl eines Krankenhauses oder einer anderen Versorgungseinrichtung im Vergleich zu Information und Beratung im persönlichen Gespräch für die Patienten haben.

Die hier behandelte Thematik wird in Praxis und Forschung auch künftig eine hohe Relevanz besitzen; nicht nur aufgrund von Marketingüberlegungen der Anbieterseite im Gesundheitswesen, sondern vielmehr in dem Bemühen um ein nutzerorientiertes Versorgungssystem, in dem Nutzer und Patienten eine selbstbestimmte und mündige Rolle einnehmen. Deshalb ist es wichtig, bei der Konzipierung von Informations- und Beratungsangeboten genauer als bisher zu fragen, wie Nutzer und Patienten wirklich „empowert“ und zu einer aktiven Rolle befähigt werden können. Auf wissenschaftlicher Ebene gilt es gleichzeitig, das dazu notwendige empirische und theoretische Wissen zu produzieren und in die Versorgungspraxis zu überführen.

10. Literatur

- Aeree, S./Mee-Kyung, S. (2001): Evaluating health information sites on the Internet in Korea: a cross-sectional survey. *Asia-Pacific journal of public health* 13, Suppl, 19-22
- Akerkar, S.M./Bichile, L.S. (2004): Health information on the internet: patient empowerment or patient deceit? *Indian journal of medical sciences* 58, Nr. 8, 321-326
- Allen, D./Griffiths, L./Lyne, P. (2004): Understanding complex trajectories in health and social care provision. *Sociology of health & illness* 26, Nr. 7, 1008-1030
- Allianz (2007): Allianz. Verfügbar unter: <http://www.allianz.de/> (Abruf: 24.12.2007)
- Allshouse, K. (1993): Treating Patients as Individuals. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T. (Hg.): *Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient-centered care.* San Francisco: Jossey-Bass, 19-44
- Alpay, L.L./Toussaint, P.J./Ezendam, N.P.M./Rövekamp, T.A.J.M./Graafsmans, W.C./Westendorp, G.J. (2004): Easing Internet access of health information for elderly users. *Health Informatics Journal* 10, Nr. 3, 185-194
- Amhof, R./Galkowski, C. (2007): *Gesundheitsmonitor. Mehr Transparenz über die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung.* Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Anaglostelis, B. (2002): Innovations online. *Health Information and Libraries Journal* 19, 42-48
- Andersen, H./Schwarze, J. – Berliner Zentrum für Public Health (2000): *Der Norvatis Versicherten-Report 99.* Berlin
- Anderson, J.G./Rainey, M.R./Eysenbach, G. (2003): The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems* 27, Nr. 1, 67-48
- Anderson, R.T./Barbara, A.M./Weisman, C./Hudson Scholle, S./Binko, J./Schneider, T./Freund, K./Gwinner, V. (2001): A qualitative analysis of women's satisfaction with primary care from a panel of focus groups in the national centers of excellence in women's health. *Journal of women's health & gender-based medicine* 10, Nr. 7, 637-647
- Ansani, N.T./Vogt, M./Henderson, B.A./McKaveney, T.P./Weber, R.J./Smith, R.B./Burda, M./Kwoh, C.K./Osial, T.A./Starz, T. (2005): Quality of arthritis information on the Internet. *American journal of health-system pharmacy* 62, Nr. 11, 1184-1189
- Anselm, R. (2003): Partner oder Person? Leistungskraft und Grenzen eines Paradigmas. In: Scheibler, F./Pfaff, H. (Hg.): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess.* Weinheim: Juventa, 26-33
- Appleyard, R.J. (2003): Usability of online health information for people with disabilities. *Annual symposium proceeding*, 778
- Armstrong, D. (1984): The patient's view. *Social Science & Medicine* 18, Nr. 9, 737-744
- Armstrong, D. (1991): What do patients want? *British Medical Journal* 303, Nr. 6797, 261-262

- Attree, M. (2001): Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33, Nr. 4, 456-466
- Badura, B. (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Badura, B. (1994): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Feuerstein, G. (Hg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa, 255-313
- Badura, B. (1999): Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. *Gewerkschaftliche Monatshefte* 50, Nr. 6, 349-356
- Badura, B./Schellschmidt, H. (Hg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden Baden: Nomos
- Badura, B./Schellschmidt, H. (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine Länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und Internationale Erfahrungen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Baker, L./Wagner, T./Singer, S./Bundorf, M.K. (2003): Use of the Internet and E-mail for Health Care Information. *Journal of American Medical Association* 289, Nr. 18, 2400-2406
- Bansil, P./Keenan, N.L./Zlot, A.I./Gilliland, J.C. (2006): Health-related information on the Web: results from the HealthStyles Survey, 2002-2003. *Preventing chronic disease* 3, Nr. 2, A36
- Barr, J.K./Boni, C.E./Kochurka, K.A./Nolan, P./Petrillo, M./Sofaer, S./Waters, W. (2002): Public reporting of hospital patient satisfaction: the Rhode Island experience. *Health care financing review* 23, Nr. 4, 51-70
- Bates, D.W./Gawande, A.A. (2000): The impact of the Internet on quality measurement. *Health Affairs* 19, Nr. 6, 104-114
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Versorgungswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, O./Badura, B. (Hg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern: Hans Huber, 187-201
- Bertelsmann Stiftung (2007): Weisse Liste. Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: <http://www.weisse-liste.de/startseite.37.html> (Abruf: 21.12.2007)
- Bethell, C. (2000): Patient-centered quality measures for the national health care quality report. Defining patient-centered care. FACCT - The Foundation for Accountability. Portland
- Bevan, G. (2005): Qualitätsberichterstattung in England seit 1997. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Stuttgart: Schattauer, 95-110
- BITKOM (2007a): Daten zur Informationsgesellschaft. Status quo und Perspektiven Deutschlands im internationalen Vergleich. Berlin
- BITKOM (2007b): Wenn der Arzt per Mausclick kommt. BITKOM. Verfügbar unter: http://www.bitkom.org/43997_43980.aspx (Abruf: 10.11.2007)
- Braun, B. (2007): Qualitätsberichte. *Klartext. Gesundheit und Gesellschaft* 10, Nr. 5, 24-30

- Brechtel, T. (2004): Elektronische Gesundheitsinformationen, oder: Wofür nutzen Versicherte das Internet? Gesundheitsmonitor. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung 3, 2-5
- Breedveld, F.C. (2004): Osteoarthritis - the impact of a serious disease. Rheumatology (Oxford) 43, Suppl 1, i4-8
- Brenner, C./Koch, H./Kerek-Bodden, H./Heuer, J. (2000): Was kostet welche Krankheit? Morbiditäts- und Kostenbelastung durch chronisch kranke Dauerpatienten in Arztpraxen. Der Allgemeinarzt 16, 1204-1210
- Brinkmann-Göbel, R. (2001): Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines „neuen“ Elements im Gesundheitswesen. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Hans Huber, 13-32
- Brodie, M./Flournoy, R.E./Altman, D.E./Blendon, R.J./Benson, J.M./Rosenbaum, M.D. (2000): Health information, the Internet, and the digital divide. Health Affairs 19, Nr. 6, 255-265
- Brooks, B.A. (2001): Using the internet for patient education. Orthopaedic nursing 20, Nr. 5, 69-77
- Broom, A. (2005): Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. Qualitative Health Research 15, 325-345
- Burge, P./Devlin, N./Appleby, J./Rohr, C./Grant, J. (2005): London patient choice project evaluation. A model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data. Rand Europe. Technical Report. London
- Bury, M. (1982): Chronic illness as biographical disruption. Sociology of health & illness 4, Nr. 2, 167-182
- Cashen, M.S./Sklar, B.M./Nguyen, H.H./Just, M./Galzagorry, G./Bakken, S. (2002): Implementing a web-based information resource at an inner-city community church: lessons learned. Computers, informatics, nursing 20, Nr. 6, 244-250
- Charmaz, K. (2000): Experiencing chronic illness. In: Albrecht, G./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S. (Hg.): Handbook of social studies in health and medicine. London: Sage, 277-292
- Chen, H.-H./Yeh, M.-L. (2006): Developing and evaluating a smoking cessation program combined with an Internet-assisted instruction program for adolescents with smoking. Patient Education and Counseling 61, Nr. 3, 411-418
- Childs, S. (2004): Developing health website quality assessment guidelines for the voluntary sector: outcomes from the Judge Project. Health Information and Libraries Journal 21, Suppl 2, 14-26
- Cleary, P.D./Edgman-Levitan, S. (1997): Health care quality. Incorporating consumer perspectives. Journal of the American Medical Association 278, Nr. 19, 1608-1612
- Cline, R.J./Haynes, K.M. (2001): Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. Health Education Research 16, Nr. 6, 671-692
- Commission on the Future of Health Care in Canada – University of Alberta (2002): Consumer Choice in Canada's Healthcare System. Alberta. Verfügbar unter: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/Dialogue_4_Consumer_E.pdf (Abruf: 01.10.2007)
- Concato, J./Feinstein, A.R. (1997): Asking patients what they like: overlooked attributes of patient satisfaction with primary care. American Journal of Medicine 102, Nr. 4, 399-406

- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (2004): Weiterleben lernen - Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber
- Coulter, A. (2002): Patients' views of the good doctor. *British Medical Journal* 325, Nr. 7366, 668-669
- Coulter, A. (2004): What price choice (editorial). *Health Expectations* 7, 185-186
- Coulter, A./Fitzpatrick, R. (2000): The patient's perspective regarding appropriate health care. In: Albrecht, G./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S. (Hg.): *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. London: Sage, 454-464
- Coulter, A./Cleary, P.D. (2001): Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs* 20, Nr. 3, 244-252
- Coulter, A./Magee, H. (2003): *The European patient of the future*. Philadelphia: Open University Press
- Coulter, A./Jenkinson, C. (2005): European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 15, Nr. 4, 355-360
- D'Astolfo, C.J./Humphreys, B.K. (2006): A record review of reported musculoskeletal pain in an Ontario long term care facility. *BMC geriatrics* 6, 5
- Dahaghin, S./Bierma-Zeinstra, S.M./Reijman, M./Pols, H.A./Hazes, J.M./Koes, B.W. (2005): Does hand osteoarthritis predict future hip or knee osteoarthritis? *Arthritis and rheumatism* 52, Nr. 11, 3520-3527
- Dealey, C. (2005): The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *British journal of nursing* 14, Nr. 10, 576-579
- DeGuzman, M./Ross, M. (1999): Assessing the application of HIV and AIDS related education and counselling on the internet. *Patient Education and Counseling* 36, Nr. 3, 209-228
- Deutsche Rheumaliga (2001): *Merkblätter Rheuma*. Nr. 6.7. Deutsche Rheumaliga Bundesverband e.V. Bonn
- Diaz, J./Griffith, R./Ng, J./Reinert, S./Friedmann, P./Moulton, A. (2002): Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine* 17, 180-185
- Diaz, J.A./Sciamanna, C.N./Evangelou, E./Stamp, M.J./Ferguson, T. (2005): Brief report: What types of Internet guidance do patients want from their physicians? *Journal of General Internal Medicine* 20, Nr. 8, 683-685
- Dieppe, P.A./Reichenbach, S./Williams, S./Gregg, P./Watt, I./Juni, P. (2005): Assessing bone loss on radiographs of the knee in osteoarthritis: a cross-sectional study. *Arthritis and rheumatism* 52, Nr. 11, 3536-3541
- Dierks, M.-L./Schaeffer, D. (2005): Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung - Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2004*. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Stuttgart: Schattauer, 135-150
- Dierks, M.-L./Seidel, G. (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten - wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter, M./Loh, A./Spies, C. (Hg.): *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln*. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 35-44
- Dierks, M.-L./Schaeffer, D. (2006): Die Nutzerperspektive in der Versorgungsforschung. *Forum Public Health* 14, Nr. 52, 24-25

- Dierks, M.-L./Seidel, G. (2006): Nutzer der Patientenberatung. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber, 207-220
- Dierks, M.-L./Bitzer, E.-M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwarz, F.-W. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Institut für Sozialmedizin - Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) Hannover in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover - Abteilung Epidemiologie - Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Hannover
- Douglas, C./Douglas, M. (2005): Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. *Health Expectations* 8, Nr. 3, 264-276
- Douglas, C.H./Douglas, M.R. (2004): Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* 7, Nr. 1, 61-73
- Draper, M./Cohen, P./Buchan, H. (2001): Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *International Journal for Quality in Health Care* 13, Nr. 6, 463-468
- DRFZ – Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (2006): Annual Report. Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin. Berlin
- DRFZ - Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin (2008): Rheuma - viele Krankheiten. Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin. Verfügbar unter: <http://www.drfg.de/indexp~1.htm> (Abruf: 26.01.2008)
- Drösler, S.E. (2007): Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet - eine vergleichende Analyse. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer, 207-221
- EIAA – Verband europäischer Online-Vermarkter (2007): EIAA Mediascope Europe Study.
- Ellers, B./Walker, J. (1993): Facilitating the transition out of the hospital. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T. (Hg.): *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 204-223
- Embi, P.J./Acharya, P./McCuiston, M./Kishman, C.P./Haag, D./Marine, S. (2006): Responding rapidly to FDA drug withdrawals: design and application of a new approach for a consumer health website. *Journal of Medical Internet Research* 8, Nr. 3, e16
- Engel, F./Nestmann, F./Sickendiek, U. (2006): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber, 93-126
- Europäischer Rat (2000): Europäischer Rat (Santa Maria de Feira). 19. und 20. Juni 2000. Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Verfügbar unter: http://www.europarl.europa.eu/summits/fei1_de.htm (Abruf: 09.10.2007)
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2000): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber
- Eysenbach, G. (2000): Consumer health informatics. *British Medical Journal* 320, Nr. 7251, 1713-1716
- Eysenbach, G./Jadad, A.R. (2001): Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the Internet age. *Journal of Medical Internet Research* 3, Nr. 2, E19

- Falkenbach, A. (2004): Das Krankheitsbild. In: Falkenbach, A. (Hg.): Morbus Bechterew. Wien, New York: Springer Verlag, 3-13
- Fox, S. (2002): Pew Internet Project Data Memo. Pew Internet & American Life Project. Washington
- Fox, S. (2003): How Californians compare to the rest of the nation: A case study sponsored by the California HealthCare Foundation. Pew Internet & American Life Project. Washington
- Fox, S. (2005): Health Information Online. Pew Internet & American Life Project. Washington
- Fox, S. (2006): Online Health Search 2006. Pew Internet & American Life Project. Washington
- Fox, S./Rainie, L. (2000): The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves. Washington
- Fox, S./Fallows, D. (2003): Internet health resources. Pew Internet & American Life Project. Washington
- Fritz Beske Institut (2005): Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 31. August 2005 in Berlin. Langfassung. Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. Kiel
- Gattoni, F./Sicola, C. (2005): How to evaluate the quality of health related websites. *La Radiologia medica* 109, Nr. 3, 280-287
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M./Amhof, R. (Hg.): Gesundheitsmonitor. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Düsseldorf: Bertelsmann Stiftung
- Geraedts, M. (2007): Auswirkungen von Qualitätsregulierungen auf das Angebot von Krankenhausleistungen. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer, 187-203
- Gerber, B.S. (2006): The chronic disease self-management program: extending reach through the internet. *Medical care* 44, Nr. 11, 961-963
- Gerteis, M./Roberts, M. (1993): Culture, leadership, and service in the patient-centered hospital. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T. (Hg.): *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 227-259
- Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T. (1993a): Introduction: medicine and health from the patient's perspective. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T.L. (Hg.): *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1-5
- Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L. (Hg.) (1993b): *Through the patient's eyes*. Health Series. San Francisco: Jossey-Bass
- Glaser, B.G./Strauss, A. (1967): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction
- Glaser, B.G./Strauss, A. (1979): Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, C./Weingarten, E. (Hg.): *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta

- Glenton, C./Nilsen, E.S./Carlsen, B. (2006): Lay perceptions of evidence-based information--a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC health services research* 6, 34
- Goldstein, E./Farquhar, M./Crofton, C./Darby, C./Garfinkel, S. (2005): Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS hospital survey development process. *Mental health services research* 40, Nr. 6 Pt 2, 1977-1995
- Gooding, S. (1995): The relative importance of information sources in consumers' choice of hospitals. *Journal of Ambulatory Care Marketing* 6, Nr. 1, 99-108
- Grama, L.M./Beckwith, M./Bittinger, W./Blais, D./Lollar, C./Middleswarth, A./Noone, M./Price, D./Quint-Kasner, S./Shields, V./Wright, L.W. (2005): The role of user input in shaping online information from the National Cancer Institute. *Journal of Medical Internet Research* 7, Nr. 3, e25
- Grande, G./Romppel, M. (2005): Qualitätskonzepte von Patienten am Beispiel der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. In: Badura, B./Iseringhausen, O. (Hg.): *Wege aus der Krise der Versorgungssituation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber, 37-62
- Greenberg, L./D'Andrea, G./Lorence, D. (2004): Setting the public agenda for online health search: a white paper and action agenda. *Journal of Medical Internet Research* 6, Nr. 2, e18
- Griffith, R.T. (2007): From APPANET to World Wide Web. Verfügbar unter: <http://www.let.leidenuniv.nl/history/ivh/chap2.htm> (Abruf: 23.10.2007)
- Griffiths, K.M./Christensen, H. (2005): Website quality indicators for consumers. *Journal of Medical Internet Research* 7, Nr. 5, e55
- Grol, R./Wensing, M./Mainz, J./Ferreira, P./Hearnshaw, H./Hjortdahl, P./Olesen, F./Ribacke, M./Spenser, T./Szecsenyi, J. (1999): Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)*. *Family Practice* 16, Nr. 1
- HAI Europe/ISDB/AIM/BEUC/Medicines in Europe Forum (2007): *Relevant Health information for empowered citizens*.
- Haibel, H./Rudwaleit, M./Braun, J./Sieper, J. (2002): Epidemiologie und Versorgung im Bereich der Spondylarthropathien. *Zeitschrift für Rheumatologie* 61, 30-38
- Haq, I./Murphy, E./Dacre, J. (2003): Osteoarthritis. *Postgraduate medical journal* 79, Nr. 933, 377-383
- Hardyman, R./Hardy, P./Brodie, J./Stephens, R. (2005): It's good to talk: comparison of a telephone helpline and website for cancer information. *Patient Education and Counseling* 57, Nr. 3, 315-320
- Heischmidt, K.A./Heischmidt, C.E. (1991): Hospital choice criteria: an empirical evaluation of active hospital clients. *Journal of hospital marketing* 5, Nr. 2, 5-13
- Hesse, B./Nelson, D./Kreps, G./Croyle, R./Arora, N./Rimer, B./Viswanath, K. (2005): Trust and sources of health information. The impact of the internet and its implications for health care providers: findings from the first health information national trends survey. *Archives of Internal Medicine* 165, 2618-2624
- Hesse, G./Podding, F. (2006): Die passende Klinik finden. In: AOK Bundesverband (Hg.): *Bilanz 2005/2006. Starke Partner für Patienten*. Bonn: AOK Bundesverband, 42-43

- Hibbard, J.H./Jewett, J.J. (1996): What type of quality information do consumers want in a health care report card? *Medical care research and review* 53, Nr. 1, 28-47
- Hibbard, J.H./Jewett, J.J. (1997): Will quality report cards help consumers? *Health Affairs* 16, Nr. 3, 218-228
- Hinkelmann, U./Fleischhauer, M. (2007): *Die Endoprothese*. München: Urban & Fischer
- HUK-Coburg (2007): HUK-Coburg. Aus Tradition günstig. Verfügbar unter: <http://www.huk.de/> (Abruf: 24.12.2007)
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: v. Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa, 35-48
- Hurrelmann, K./Leppin, A. (2001): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Huber
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (2006): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa
- Ilic, D./Maloney, S./Green, S. (2005): Guiding users to quality information about osteoarthritis on the Internet: a pilot study. *Telemedicine journal and e-health* 11, Nr. 6, 703-706
- Infante, F.A./Proudfoot, J.G./Powell Davies, G./Bubner, T.K./Holton, C.H./Beilby, J.J./Harris, M.F. (2004): How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Medical Journal of Australia* 181, Nr. 2, 70-73
- Ironside, P.M./Scheckel, M./Wessels, C./Bailey, M.E./Powers, S./Seeley, D.K. (2003): Experiencing chronic illness: cocreating new understandings. *Qualitative Health Research* 13, Nr. 2, 171-183
- Irurita, V.F. (1999): Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice* 5, Nr. 2, 86-94
- Johnson, R./Soha, S./Arbelaez, J./Beach, M./Cooper, L. (2004): Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *Journal of General Internal Medicine* 19, 101-110
- Jones, J./Nyhof-Young, J./Friedman, A./Catton, P. (2001): More than just a pamphlet: development of an innovative computer-based education program for cancer patients. *Patient Education and Counseling* 44, Nr. 3, 271-281
- Jun, M./Peterson, R.T./Zsidisin, G.A. (1998): The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review* 23, Nr. 4, 81-96
- Jung, K. (2003): Bekanntmachungen. Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) vom 24. März 2003. 101, Nr. 4, A214-A215
- Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality/Rockville (1996): Americans as health care consumers: the role of quality information. Highlights of a national survey, Nr. Verfügbar unter: <http://www.ahrq.gov/qual/kffhigh.htm> (Abruf: 13.07.2006)
- Kalichman, S./Weinhardt, L./Benetsch, E./DiFonzo, K./Luke, W./Austin, J. (2002): Internet access and Internet use for health information among people living with HIV-AIDS. *Patient Education and Counseling* 46, Nr. 2, 109-116

- Kempson, E. (1987): Informing health consumers: a review of consumer health information needs and services. London: College of Health, British Library
- Kerr, C./Murray, E./Stevenson, F./Gore, C./Nazareth, I. (2006): Internet interventions for long-term conditions: patient and caregiver quality criteria. *Journal of Medical Internet Research* 8, Nr. 3, e13
- Kiener, H.P. (2001): Chronische Polyarthrit. In: Thumb, N./Bröll, H./Czurda, R./Siegmeier, W./Smolen, J. (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. Wien, New York: Springer Verlag, 157-165
- Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.) (2005): *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz*. Stuttgart: Schattauer
- Klemperer, D. (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Veröffentlichungsreihe des WZB, SPI 2003-302. Berlin
- Kranich, C. (2000): Die neue Rolle von Patientinnen und Patienten und die Professionalisierung ihrer Interessenvertretung. *Neue Soziale Bewegung* 15, 83-88
- Krause, H./Schmidt-Kaehler, S./Keller, A./Seidel, G. (2004): Informierte Patienten sind bessere Patienten. Erste Ergebnisse der begleitenden Patient- und Verbraucherberatung. *Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung* 92, Nr. 1, 12-17
- Kriwy, P./Aumüller, H. (2007): Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaussuche. *Das Gesundheitswesen* 69, 464-469
- Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.) (2008): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber
- Landesozialgericht Berlin-Brandenburg (2005): Urteil - 09.03.2005 - L 24 KR 5/04. Potsdam
- Larrabee, J.H./Bolden, L.V. (2001): Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 16, Nr. 1, 34-60; quiz 74-35
- Larsson, G./Larsson, B.W./Munck, I.M. (1998): Refinement of the questionnaire 'quality of care from the patient's perspective' using structural equation modelling. *Scandinavian journal of caring sciences* 12, Nr. 2, 111-118
- Lenhardt, U. (2001): *Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Veröffentlichungsreihe des WZB. Berlin
- Lewiecki, E.M./Rudolph, L.A./Kiebzak, G.M./Chavez, J.R./Thorpe, B.M. (2006): Assessment of osteoporosis-website quality. *Osteoporosis international* 17, Nr. 5, 741-752
- Licciardone, J.C./Smith-Barbaro, P./Coleridge, S.T. (2001): Use of the Internet as resource for consumer health information: results of the second osteopathic survey of health care in America (OSTEO SURV-II). *Journal of Medical Internet Research* 3, e31
- Liszka, H.A./Steyer, T.E./Hueston, W.J. (2005): How to Guide Patients for Online Informations: Focus on Chronic Disease. *The Journal of the South Carolina Medical Association* 101, Nr. 11, 378-380
- Iögd – Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): *Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung der Länder*. Ministerium für Gesundheit - Soziales - Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF). Düsseldorf

- Loos-Elßer, U./Sichermann, C. (2003): Ergebnisse der Patientenbefragung 2002. Kliniken Dr. Erler gGmbH. Nürnberg
- Lorence, D./Park, H. (2006a): Web-based consumer health information: public access, digital division, and remainders. *Medscape general medicine* 8, Nr. 2, 4
- Lorence, D.P./Park, H. (2006b): Measuring dissimilarity in online health search activities. *Technology and health care* 14, Nr. 2, 79-89
- Lorence, D.P./Greenberg, L. (2006): The zeitgeist of online health search. Implications for a consumer-centric health system. *Journal of General Internal Medicine* 21, Nr. 2, 134-139
- Lorence, D.P./Park, H./Fox, S. (2006): Assessing health consumerism on the Web: a demographic profile of information-seeking behaviors. *Journal of Medical Systems* 30, Nr. 4, 251-258
- Lorig, K.R./Ritter, P.L./Laurent, D.D./Plant, K. (2006): Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. *Medical care* 44, Nr. 11, 964-971
- Lovgren, G./Engstrom, B./Norberg, A. (1996): Patients' narratives concerning good and bad caring. *Scandinavian journal of caring sciences* 10, Nr. 3, 151-156
- Lütticke, J./Schellschmidt, H. (2005): Qualitätsberichte nach § 137 SGB V - Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz*. Stuttgart: Schattauer, 197-211
- Lummer, P. (2006): Zugangsmöglichkeiten und zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld
- Madden, M./Fox, S. (2006): Finding Answers Online in Sickness and in Health. *Pew Internet & American Life Project Report*.
- Maloney, S./Ilic, D./Green, S. (2005): Accessibility, nature and quality of health information on the Internet: a survey on osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 44, Nr. 3, 382-385
- Manero, E. (2005): *The Challenge of Choice - Available but not Accessible? Health Link*. London
- Mannion, R./Goddard, M. (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of evaluation in clinical practice* 9, Nr. 2, 277-286
- Marks, R./Allegrante, J.P. (2002): Comorbid disease profiles of adults with end-stage hip osteoarthritis. *Medical science monitor* 8, Nr. 4, CR305-309
- Marshall, M.N./Shekelle, P.G./Leatherman, S./Brook, R.H. (2000): The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association* 283, Nr. 14, 1866-1874
- Marshall, M.N./Shekelle, P.G./Davies, H.T.O./Smith, P.C. (2003): Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs* 22, Nr. 3, 134-148
- Mason, A./Street, A. (2006): Publishing outcome data: is it an effective approach? *Journal of evaluation in clinical practice* 12, Nr. 1, 37-48
- Matsumoto, K. (2007): *Reformen der sozialen Sicherungssysteme in Japan und Deutschland angesichts der alternden Gesellschaft*. Baden-Baden: Nomos

- McMullan, M. (2006): Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 63, Nr. 1-2, 24-28
- Merkesdal, S./Ruof, J./Mittendorf, T./Mau, W./Zeidler, H. (2002): Gesundheitsökonomische Forschung im Bereich der chronischen Polyarthrit. *Zeitschrift für Rheumatologie* 61, 21-29
- Meyer, N./Fischer, R./Weitkunar, R./Crispin, A./Schotten, K./Bellach, B.-M./Überla, K. (2002): Evaluation des Gesundheitsmonitoring in Bayern mit computer-assistierte Telefoninterviews (CATI) durch den Vergleich mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des Robert Koch-Instituts. *Das Gesundheitswesen* 64, 329-335
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber
- Mira, J.J./Llinas, G./Tomas, O./Perez-Jover, V. (2006): Quality of Websites in Public Spanish Hospitals. *Medical Informatics and the iNternet in Medicine* 31, Nr. 1, 23-44
- Moers, M./Schaeffer, D. (1992): Das Schöneberger Modell. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): *Aids-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*. Berlin: Edition Sigma, 291-305
- Morrell, R.W./Mayhorn, C.B./Bennett, J. (2000): A survey of World Wide Web use in middle-aged and older adults. *Human Factors* 42, Nr. 2, 175-182
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Hans Huber
- Müller-Mundt, G. (2006): Bedarf an Patienteninformation und -beratung aus Sicht chronisch erkrankter Schmerzpatienten. In: Reimers, R. (Hg.): *Onkologie im Zwiespalt zwischen Möglichkeiten und Anforderungen. Eine Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. (LAGO)*. Berlin: LIT, 57-69
- Müller-Mundt, G./Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen - Strukturen und Schwerpunkte. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P05-129. Bielefeld
- Müller, K./Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten. Stuttgart: Kohlhammer
- Mukamel, D.B./Mushlin, A.I. (2001): The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 27, Nr. 1, 20-27
- Nahm, E.S./Preece, J./Resnick, B./Mills, M.E. (2004): Usability of health Web sites for older adults: a preliminary study. *Computers, informatics, nursing* 22, Nr. 6, 326-334; quiz 335-326
- Navarro, F.H./Wilkins, S.T. (2001): A new perspective on consumer health web use: "valuegraphic" profiles of health information seekers. *Managed care quarterly* 9, Nr. 2, 35-43
- Nelson, D.E. (2007): Reducing information pollution in the Internet age. *Preventing chronic disease* 4, Nr. 1, A03
- Neubauer, G./Beivers, A./Minartz, C. (2007): Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer, 65-85

- Ngo-Metzger, Q./Legedza, A./Phillips, R. (2004): Asian Americans' reports of their care experiences. Results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine* 19, 11-119
- Ngo-Metzger, Q./Massagli, M.P./Clarridge, B.R./Manocchia, M./Davis, R.B./Iezzoni, L.I./Phillips, R.S. (2003): Linguistic and cultural barriers to care. *Journal of General Internal Medicine* 18, Nr. 1, 44-52
- Nguyen, H.Q./Carrieri-Kohlman, V./Rankin, S.H./Slaughter, R./Stulbarg, M.S. (2004): Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research. *Computers in biology and medicine* 34, Nr. 2, 95-112
- Nobel, J.J./Cherry, J.C. (1999): IT Helps Manage Patients With Chronic Illness. *Health Management Technology* 20, Nr. 11, 38-40
- Norum, J. (2001): Evaluation of Norwegian cancer hospitals' Web sites and explorative survey among cancer patients on their use of the Internet. *Journal of Medical Internet Research* 3, Nr. 4
- Norum, J./Moen, M. (2004): The Websites of Norwegian hospitals: do they meet national guidelines and patients' expectations? *Journal of Telemedicine and Telecare* 10, 272-276
- Norum, J./Grev, A./Moen, M.A./Balteskard, L./Holthe, K. (2003): Information and communication technology (ICT) in oncology. Patients' and relatives' experiences and suggestions. *Support Care Cancer* 11, Nr. 5, 286-293
- O'Connor, S./Trinh, H.Q./Shewchuk, R.M. (2001): Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care quality. *Health Care Management Review* 25, Nr. 2, 7-23
- Oberlander, R. (1979): Beauty in a hospital aids the cure. *Hospitals* 53, 89-92
- Oermann, M./Templin, T. (2000): Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of Nursing Scholarship* 32, Nr. 2, 167-172
- Oermann, M.H./Dillon, S.L./Templin, T. (2000): Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives. *Journal for Healthcare Quality* 22, Nr. 6, 9-11; quiz 12
- Ose, D./Schaeffer, D. (2005): Orientierung das Ziel – Desorientierung das Ergebnis? *Forum Sozialstation* Nr. 135, 17-20
- Overberg, R./Pieter Toussaint, P./Zwetsloot-Schonk, B. (2006): Illness stories on the Internet: Features of websites disclosing breast cancer patients' illness stories in the Dutch language. *Patient Education and Counseling* 61, Nr. 3, 435-442
- Parodi, M./Bensi, L./Maio, T./Mela, G.S./Cimmino, M.A. (2005): [Comorbidities in rheumatoid arthritis: analysis of hospital discharge records]. *Reumatismo* 57, Nr. 3, 154-160
- Peters, T.J./Sanders, C./Dieppe, P./Donovan, J. (2005): Factors associated with change in pain and disability over time: a community-based prospective observational study of hip and knee osteoarthritis. *The British journal of general practice* 55, Nr. 512, 205-211
- Peterson, G./Aslani, P./Williams, K.A. (2003): How do consumers search for and appraise information on medicines on the Internet? A qualitative study using focus groups. *Journal of Medical Internet Research* 5, Nr. 4, e33
- Picker Institut – Picker Institut Deutschland gGmbH (2005): Through the patient's eyes. Hamburg

- Picker Institut – Picker Institut Deutschland gGmbH. (2006): Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen. Ergebnisbericht 2006. Hamburg
- Pientka, L. (o.J.): Epidemiologie: Welche Risiken birgt die Therapie mit NSAR? Verfügbar unter: <http://www.klinikundforschung.de/sup/vioxx2/pientka.htm> (Abruf: 11.01.2008)
- Purcell, G.P./Wilson, P./Delamothe, T. (2002): The quality of health information on the internet. *British Medical Journal* 324, Nr. 7337, 557-558
- Radin, A. (2006): "To me, it's my life": Medical communication, trust, and activism in cyberspace. *Social Science & Medicine* 62, Nr. 3, 591-601
- Radwin, L. (2000): Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in nursing & health* 23, Nr. 3, 179-190
- Raspe, H. (2003): Rheumatische Erkrankungen. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer, 598-605
- Riedel, R./Worringer, M./Werthebach, S./Schüller, C. – Rheinische Fachhochschule Köln (2007): Qualitätsreport - Krankenhaus. Eine zusammenfassende Betrachtung der Qualitätsberichte 2004. Köln
- Romano, P.S./Zhou, H. (2004): Do well-publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume? *Medical Care (Philadelphia, PA)* 42, Nr. 4, 367-377
- Rosemann, T./Korner, T./Wensing, M./Gensichen, J./Muth, C./Joos, S./Szecsenyi, J. (2005): Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a primary care based intervention to improve the quality of life of osteoarthritis patients. The PraxArt-project: a cluster randomized controlled trial [ISRCTN87252339]. *BMC Public Health* 5, 77
- Rosenbrock, R. (2001): Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: Reibnitz, C.v./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa, 25-34
- Rosenbrock, R. (2003): Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. In: Rennen-Allhof, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 187-216
- Rosenvinge, J.H./Laugerud, S./Hjortdahl, P. (2003): Trust in health Websites: a survey among Norwegian Internet users. *Journal of Telemedicine and Telecare* 9, Nr. 3, 161-166
- Rozmovits, L./Ziebland, S. (2004): What do patients with prostate or breast cancer want from an Internet site? A qualitative study of information needs. *Patient Education and Counseling* 53, Nr. 1, 57-64
- Rudd, J./Glanz, K. (1989): Influencing consumer health-care choices with quality of care information. *Journal of Consumer Policy* 12, Nr. 3, 249-276
- Ruprecht, T. (2001): Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell. In: Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann- Mühlhoff, P. (Hg.): *Patientenbefragung in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin: Asgard, 181-194
- Sanders, C./Donovan, J./Dieppe, P. (2002): The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of health & illness* 24, Nr. 2, 227-253

- Sawicki, P.T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Medizinische Klinik* 100 Nr. 11, 755 - 768
- Schaeffer, D. (1999): Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7, Nr. 3, 233-251
- Schaeffer, D. (2001): Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: v. Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa, 49-60
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber
- Schaeffer, D. (2006a): *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Schaeffer, D. (2006b): *Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und Pflege*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, 192-201
- Schaeffer, D./Moers, M. (2002): *Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für Patienten - Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung*. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.): *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung*. Berlin: Edition Sigma, 171-184
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): *Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege*. In: Rennen-Allhof, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe*. Weinheim: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (2006): *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Hans Huber
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L. (2006): *Patientenberatung in Deutschland*. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Hans Huber, 67-90
- Schaeffer, D./Kuhlmey, A. (2008): *Pflegestützpunkte als neue ambulante Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf*. *Pflege und Gesellschaft* 13, Nr. 1, 90-91
- 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: Hans Huber
- Schauffler, H./Mordavsky, J. (2001): *Consumer reports in health care: do they make a difference?* *Annual Review of Public Health* 22, 69-89
- Scheibler, F. (2004): *Shared Decision Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern: Hans Huber
- Scheibler, F./Pfaff, H. (2003): *Shared Decision-Making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion*. In: Scheibler, F./Pfaff, H. (Hg.): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa, 11-22
- Scheibler, F./Janßen, C./Pfaff, H. (2003): *Shared Decision Making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur*. *Sozial- und Präventivmedizin* 48, 11-24
- Schilder, A./Kennedy, C./Goldstone, I./Ogden, R.D./Hogg, R.S./O'Shaughnessy, M. (2001): *"Being dealt with as a whole person."* *Care seeking and*

- adeherence: the benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine* 52, Nr. 11, 1643-1659
- Schmidt-Kaehler, S. (2003): Internetkompetenz für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld
- Schmidt-Kaehler, S. (2004): Patienteninformation Online. Theoretische Grundlagen, Planung und Entwicklung eines Konzeptes für die Patientenschulung im Internet. Bern: Hans Huber
- Schmidt-Kaehler, S. (2005a): Gesundheitsberatung im Internet. Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. (Dissertation). Universität Bielefeld. Bielefeld
- Schmidt-Kaehler, S. (2005b): Patienteninformation und -beratung im Internet. Transfer medientheoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 53, Nr. 4, 471-485
- Schmidt-Kaehler, S. (2006): Praxisleitfaden Patientenberatung. Fachgutachten auf der Basis der Umsetzung von § 65b SGB V. Im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen.
- Schmidt, C./Möller, J. (2007): Katalysatoren des Wandels. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer, 3-19
- Schneider, S./Schmitt, G./Richter, W. (2006): Prevalence and correlates of inflammatory arthritis in Germany: data from the First National Health Survey. *Rheumatology international* 27, Nr. 1, 29-38
- Schneider, S./Schmitt, G./Mau, H./Schmitt, H./Sabo, D./Richter, W. (2005): Prävalenz und Korrelate der Osteoarthritis in der BRD. Repräsentative Ergebnisse des ersten Bundesgesundheitsurvey. *Orthopädie* 34, 782-790
- Schoppmeyer, M.-A./Polte, M. (1998): Innere Medizin. Dermatologie. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer Verlag
- Schott, T. (1993): Patienten(re)orientierung: Elemente einer Standortbestimmung. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa, 254-269
- Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer
- Schwenk, U./Schmidt-Kaehler, S. (o.J.): Exposé für ein patientenorientiertes Informationssystem über die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Scott, P.A./Välimäki, M./Leino-Kilpi, H./Dassen, T./Gasull, M./Lemonidou, C./Arndt, M./Schopp, A./Suhonen, R./Kaljonen, A. (2003): Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics* 10, Nr. 1, 28-38
- Selman, T.J./Prakash, T./Khan, K.S. (2006): Quality of health information for cervical cancer treatment on the internet. *BMC Womens Health* 6, 9
- Senatsverwaltung Berlin – Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, (2002): Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Berlin

- Shaller, D./Sofaer, S./Findlay, S.D./Hibbard, J.H./Lansky, D./Delbanco, S. (2003): Consumers and quality-driven health care: a call to action. *Health Affairs* 22, Nr. 2, 95-101
- Shank, M.D./Rupich, R.C./Griffin, M.G./Avioli, L.V. (1992): Evaluating health care services from the perspective of the elderly. *Journal of hospital marketing* 6, Nr. 2, 127-147
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Fischer
- Siewert, M./Schweitzer, A./Sattel, C. (2008): Individuelles Erleben von Krankenhausaufenthalten - Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten. *Monitor Versorgungsforschung* 3, 44-74
- Simanski, C./Lefering, R./Paffrath, T./Riess, P./Yücel, N./Maegele, M./Thüsing, C./Neugebauer, E. (2006): Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl. Ergebnisse einer anonymen Patientenumfrage. *Der Schmerz*, 20, Nr. 4, 327-333
- Sixma, H.J./Kerssens, J.J./Campen, C.V./Peters, L. (1998): Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1, Nr. 2, 82-95
- Sofaer, S./Firminger, K. (2005): Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health* 26, 513-559
- Sofaer, S./Crofton, C./Goldstein, E./Hoy, E./Crabb, J. (2005): What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? Health Research and Educational Trust, 2018-2036
- Spadaro, R. (2003): European Union citizens and sources of information about health. The European Opinion Research Group. Directorate-General: SANCO
- Stableford, S./Mettger, W. (2007): Plain Language: A Strategic Response to the Health Literacy Challenge. *Journal of Public Health Policy* 28, 71-93
- Statistisches Bundesamt (1998): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit. Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2008): *Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994 (Fälle/Sterbefälle, Pflegetage, durchschnittliche Verweildauer)*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut (2006): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut
- Stausberg, J./Fuchs, J./Hüsing, J./Hircher, H. (2001): Health care providers on the World Wide Web: quality of presentations of surgical departments in Germany. *Medical Informatics and the internet in medicine* 26, Nr. 1, 17-24
- Stevens, D.P./Stagg, R./Mackay, I.R. (1977): What happens when hospitalized patients see their own records. *Annals of Internal Medicine* 86, Nr. 4, 474-477
- Stichler, J.F./Weiss, M.E. (2000): Through the eye of the beholder: multiple perspectives on quality in women's health care. *Quality management in health care* 8, Nr. 4, 1-13
- Stiftung Warentest (2007): Die beste Klinik gesucht. *Krankenhausportale*. test Nr. 11, 92-95
- Stoevesandt, D./Diez, C. (2006): Is the Internet a useful and relevant source for health and health care information retrieval for German cardiothoracic patients? First results from a prospective survey among 255 Patients at a German cardiothoracic surgical clinic. *Journal of cardiothoracic surgery* 1, 36

- Strauss, A./Corbin, J. (1998): Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage
- Strauss, A.L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Aufl. München: Fink
- Streif, R./Maciejek, S./Kleinfeld, A./Blumenstock, G./Reiland, M./Selmbmann, H.K. (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 12, Nr. 2, 113-120
- Stroth, S./Post, A./Pfuhl, J./Marstedt, G. (2007): Ratlose Patienten: Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung. Bremen: Edition Temmen
- Suhonen, R./Välimäki, M./Leino-Kilpi, H. (2002): "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective. A review of the literature. International Journal of Nursing Studies 39, Nr. 6, 645-654
- Suhonen, R./Nenonen, H./Laukka, A./Valimaki, M. (2005): Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. Journal of Clinical Nursing 14, Nr. 10, 1167-1176
- Sutherland, L.A./Wildemuth, B./Campbell, M.K./Haines, P.S. (2005): Unraveling the web: an evaluation of the content quality, usability, and readability of nutrition web sites. Journal of nutrition education and behavior 37, Nr. 6, 300-305
- SVR (2000/01): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Baden-Baden
- SVR (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Baden-Baden
- SVR (2005): Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Berlin
- Swoboda, B. (2001): Aspekte der epidemiologischen Arthroseforschung. Der Orthopäde, 30, Nr. 11, 834-840
- Symmons, D.P./Silman, A.J. (2006): Aspects of early arthritis. What determines the evolution of early undifferentiated arthritis and rheumatoid arthritis? An update from the Norfolk Arthritis Register. Arthritis research & therapy 8, Nr. 4, 214
- Teichtahl, A.J./Wang, Y./Cicutini, F.M. (2007): Obesity and rural health--a neglected risk factor for knee osteoarthritis. Rural and remote health 7, Nr. 1, 698
- Thakurdesai, P./Kole, P./Pareek, R. (2004): Evaluation of the quality and contents of diabetes mellitus patient education on internet. Patient Education and Counseling 53, Nr. 3, 309-313
- Thews, G./Mutschler, E./Vaupel, P. (1999): Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
- Thiede, M. (2005): Information and access to health care: is there a role for trust? Social Science & Medicine 61, Nr. 7, 1452-1462

- Tu, H.T./Hargraves, J.L. (2003): Seeking health care information: most consumers still on the sidelines. Issue brief (Center for Studying Health System Change) Nr. 61, 1-4
- Tuominen, U./Blom, M./Hirvonen, J./Seitsalo, S./Lehto, M./Paavolainen, P./Hietaniemi, K./Rissanen, P./Sintonen, H. (2007): The effect of co-morbidities on health-related quality of life in patients placed on the waiting list for total joint replacement. *Health and quality of life outcomes* 5, 16
- Välimäki, M./Leino-Kilpi, H./Gronroos, M./Dassen, T./Gasull, M./Lemonidou, C./Scott, P./Benedicta, M. (2004): Self-determination in surgical patients in five European countries. *Journal of Nursing Scholarship* 36, Nr. 4, 305-311
- van Schaardenburg, D./Van den Brande, K.J./Ligthart, G.J./Breedveld, F.C./Hazes, J.M. (1994): Musculoskeletal disorders and disability in persons aged 85 and over: a community survey. *Annals of the rheumatic diseases* 53, Nr. 12, 807-811
- von Ferber, C. (1991): Patientenorientierung im Krankenhaus – immer noch ein Problem. *Krankenhaus-Umschau* 4, 250-256
- Wagner, T.H./Baker, L.C./Bundorf, M.K./Singer, S. (2004): Use of the Internet for health information by the chronically ill. *Preventing chronic disease* 1, Nr. 4, A13
- Walker, J. (1993): Enhancing physical comfort. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Deleay, J./Delbanco, T. (Hg.): *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 119-153
- Warrington, K.J./Kent, P.D./Frye, R.L./Lymp, J.F./Kopecky, S.L./Goronzy, J.J./Weyand, C.M. (2005): Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for multi-vessel coronary artery disease: a case control study. *Arthritis research & therapy* 7, Nr. 5, R984-991
- Weinert, C./Cudney, S./Winters, C. (2005): Social support in cyberspace: the next generation. *Computers, informatics, nursing* 23, Nr. 1, 7-15
- Weingart, S.N./Pagovich, O./Sands, D.Z./Li, J.M./Aronson, M.D./Davis, R.B./Phillips, R.S./Bates, D.W. (2006): Patient-reported service quality on a medicine unit. *International Journal for Quality in Health Care* 18, Nr. 2, 95-101
- Westhoff, G./Listing, J./Zink, A. (2000): Loss of physical independence in rheumatoid arthritis: interview data from a representative sample of patients in rheumatologic care. *Arthritis care and research* 13, Nr. 1, 11-22
- Wettke, J. (2007): Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer, 21-33
- Wildner, M./Brunner, A./Weitkunat, R./Weinheimer, H./Moretti, M./Raghuvanshi, V.S./Aparicio, M.L. (2002): The patient's right to information and citizens' perspective of their information needs. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 10, Nr. 4, 305-315
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Veröffentlichungsreihe des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P03-124. Bielefeld
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Hans Huber
- Wirth, S. (1998): Arthrose (Gelenkverschleiß, Arthrosis deformans). In: Hüter-Becker, A./Schewe, H./Heipertz, W. (Hg.): *Orthopädie*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 390-396

- Witte, K. (1996): The patient looks at the care system. Das stationäre Versorgungsgeschehen aus der Perspektive von Aids-Patienten. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung - Paper der Arbeitsgruppe Public Health, P96-209. Berlin
- Zell, A./Unrath, C. (2001): Rheuma. Früher erkennen - besser behandeln: Das schmerzende Gelenk im Visier der Forschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn
- Zeng, X./Parmanto, B. (2003): Evaluation of web accessibility of consumer health information websites. Annual symposium proceedings, 743-747
- Zink, A./Mau, W./Schneider, M. (2001): Epidemiologische und soziamedizinische Aspekte entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. Der Internist 42, 211-222
- Zink, A./Braun, J./Listing, J./Wollenhaupt, J. (2000): Disability and handicap in rheumatoid arthritis an ankylosing spondylitis - results from the German rheumatological database. Journal of Rheumatology 27, Nr. 3, 613-622
- Zink, A./Listing, J./Niewerth, M./Zeidler, H. (2007): The national database of the German Collaborative Arthritis Centres: II. Treatment of patients with rheumatoid arthritis. Annals of the rheumatic diseases 60, 207-213
- Zink, A./Huscher, D./Thiele, K./Listing, J./Schneider, M. (2004): Die Kerndokumentation der Rheumazentren. Ein Instrument der evaluativen Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 47, 526-532
- Zrebiec, J.F./Jacobson, A.M. (2001): What attracts patients with diabetes to an internet support group? A 21-month longitudinal website study. Diabetic Medicine 18, 154-158