

Informationen für Patienten zur Verbesserung der Qualitäts- und Markttransparenz bezüglich der stationären Angebote



Prof. Dr. rer. medic., MPH
PETER PESCHEL

FH Dresden | Professor für Gesundheitswissenschaften
TU Dresden | wissenschaftlicher Mitarbeiter

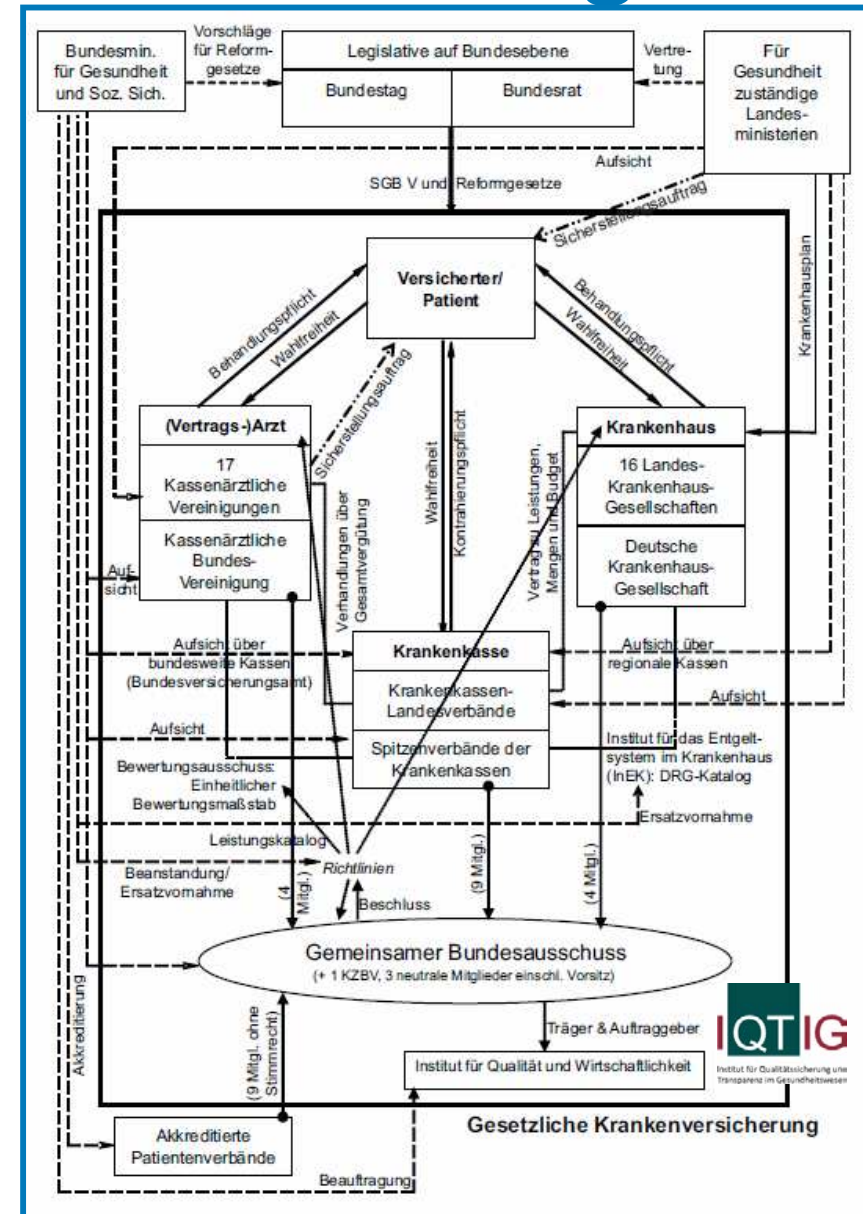
Informations-/Kommunikationswege im Gesundheitswesen

- Patient im Mittelpunkt?

Entscheidungen

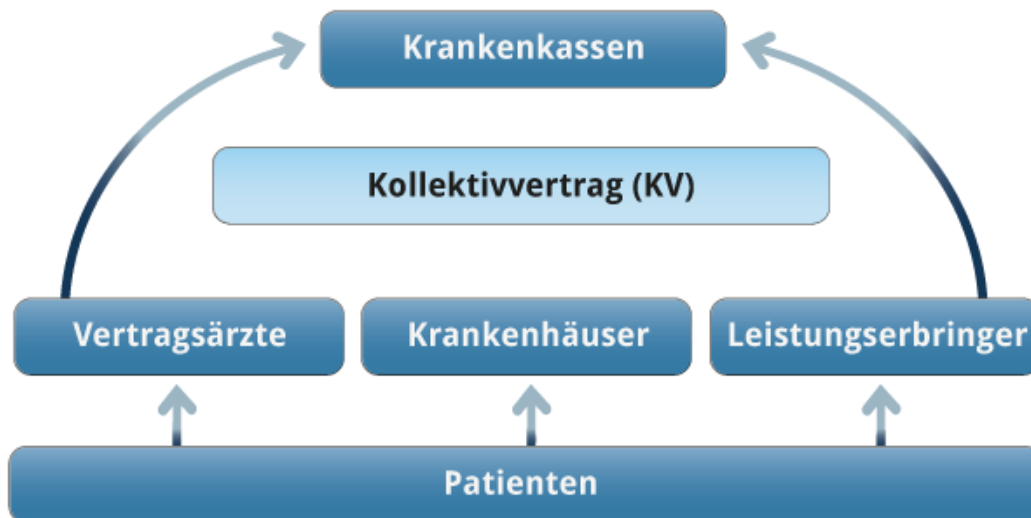
**SGB V:
Seit 1988
über 100x
geändert**

Verträge

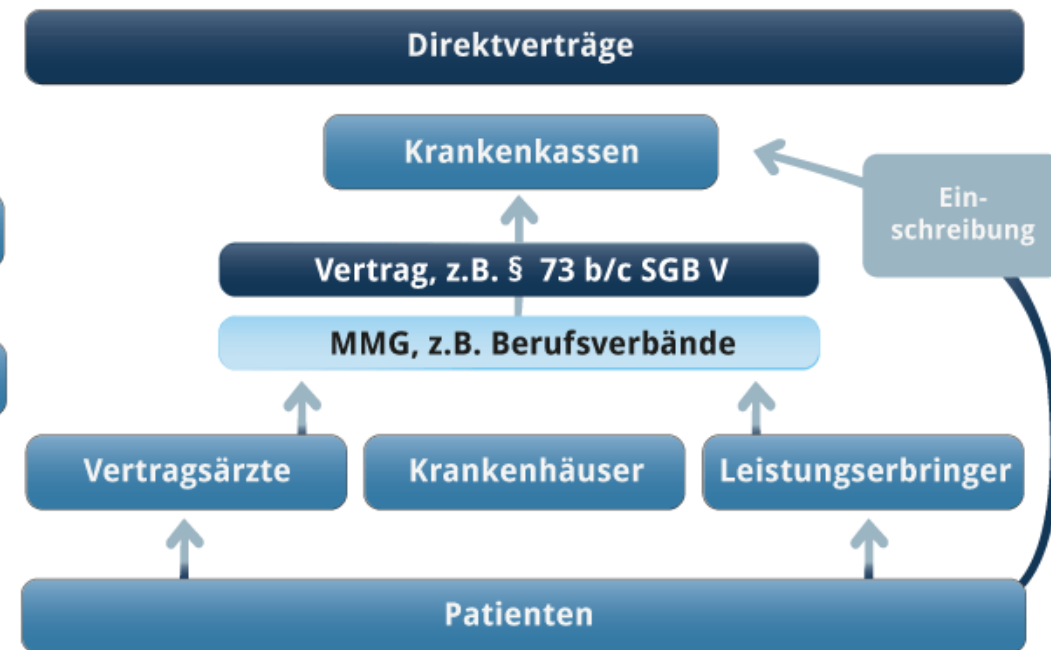


Verträge im Gesundheitswesen: Kollektivverträge vs. Selektivverträge

Regelversorgung



Direktverträge



Veränderung der Patienten- und Arzt-Rolle

- Patientenorientierung im Gesundheitswesen eng im Zusammenhang mit der Veränderung der Patienten- und Arzt-Rolle
- vier Phasen als Akzentverschiebung, warum Patientenorientierung im allgemeinen und Patientenbefragungen als spezifisches Instrument sinnvoll und gut sind für den Einzelnen und die Gesellschaft (Nickel 2006)

Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung

Konzepte des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten-Rolle	Aspekte der komplementären Arzt-Rolle	Interaktionskennzeichen der Arzt-Patient-Beziehung	Gesellschafts- und gesundheitspolitische Thematisierung
I Heil-System	Leidender (Schuldiger) Armer Kranker	Helfer, Helfer („Halbgott“) Für-Sorger	Asymmetrie Ärztlicher Paternalismus	„Professionelle Dominanz der Medizin“ (60er Jahre)
II Gesellschaftlich-staatliches Subsystem	Mensch Bürger (Steuerzahler)	Mitmensch Mitbürger	Humanität Demokratisierung	„Humanisierung des Krankenhauses“ (70er Jahre)
III Sektor sozialer Sicherung des Allgemeinguts „Gesundheit“	Versicherter (Beitragszahler) Ko-Produzent von Gesundheit	Leistungserbringer Haupt-Produzent	Bürokratie Kooperation Selbsthilfe	Grenzen des Sozialstaats (80er Jahre)
IV Markt für den Erwerb des individuellen Guts „Gesundheit“	Konsument / Verbraucher / Nutzer Kunde / Käufer (direkt u. indirekt)	Anbieter Verkäufer	„Informierte Wahl“ des souveränen Konsumenten Angebot / Nachfrage	Effektivität, Effizienz, Kundenzufriedenheit (=Qualitätsziele) (90er Jahre)

Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung seit 1990er Jahren

- verstärktes Bemühen um Qualitätssicherung und Selbstkontrolle
- gesundheitspolitische Thematisierung unter Effektivität, Effizienz und Kundenzufriedenheit
- Etikettierung des Patienten als Konsument, Verbraucher oder Käufer
- dem gegenüber Arzt als Anbieter und Verkäufer

Leitbild für die Arzt-Patient-Beziehung seit 1990er Jahren

- „informierte Wahl“ des „souveränen Konsumenten,,
- immer mehr direkte Zuzahlungen des Patienten
- zunehmende privat zu zahlende Angebote als Entwicklung zum Marktmodell für das Gesundheitswesen

Leitbild für die Arzt-Patient-Beziehung seit 1990er Jahren

- Aufklärung des Patienten (z.B. durch Broschüren etc.)
- dem gegenüber gleichzeitig Versuche der „Verdummung“ der Patienten, um Gesundheitsprodukte und Gesundheitsdienstleistungen besser zu verkaufen

Kritik an der Umwandlung des Patienten zum Kunden

- grundsätzlich unterschiedliche Situation von Patienten und Konsumenten
(Theorien der Konsumentenforschung in Patientenzufriedenheitsforschung kaum übertragbar)
(R.-M. Fitzpatrick & Hopkins, 1983)
- Konzentration auf Hotelleistungen und Wartezeiten genügt nicht, um Patientensicht komplett zu erfassen (Hopkins, 1990)

Kritik an der Umwandlung des Patienten zum Kunden

- Grundannahmen der Konsumentenforschung treffen auf die meisten Patienten nicht zu:
 - Konsument hat eine Meinung/Erwartung
 - Konsument glaubt an die Legitimation seiner Meinung
 - Konsument ist bereit, diese Meinung zu äußern

(Williams 1994)

Kritik an der Umwandlung des Patienten zum Kunden

- Annahmen widersprechen in vielen Punkten der Beobachtung vom passiven Patienten: im hohem Alter neue Behandlungsformen => Pat. nicht in der Lage, seine Meinung selbstbewusst zu äußern (Williams, 1994)
- Patienten wollen oft gar keine Kunden sein wollen, sondern eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt (Lewis, 1994; L. M. Jones, 1989; Lupton, Donaldson, & Lloyd, 1991)

Patienten als Kunden

- Veröffentlichung objektiver und subjektiver Parameter der Versorgungsqualität
- potenziellen Patienten wird ein Vergleich der stationären Leistungserbringer ermöglicht

Braucht der Patient Informationen?

Wenn ja, welche? (I)

- Interaktion
(z.B. emotionale Unterstützung, Angstkontrolle, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Erreichbarkeit des Personals),
- Kommunikation
(z.B. Aufklärung, Information, Beratung, Mitsprache, Einflussmöglichkeiten, Eigenverantwortung),

Braucht der Patient Informationen?

Wenn ja, welche? (II)

- Organisation
(z.B. Hotelleistungen, Zugänglichkeit, Wartezeiten, interprofessionelle Kooperation, Versorgungskontinuität),
- Funktionalität
(z.B. Behandlungserfolg, Schmerzkontrolle, Bereitschaft zur Weiterempfehlung/
Wiederwahl der Klinik)

Patienteninformation = Patientenzufriedenheit?

- mit Messung der Patientenzufriedenheit keine Aussagen über Kernbereich der stationären Versorgung (medizinisch-technische Qualität)
- jedoch:
psychosoziale Faktoren beeinflussen die Versorgungsqualität
=> Wirkung auf die subjektive Gesundheit und Lebensqualität der Patienten

Patientenzufriedenheit – Gesundheitsverhalten – Ko-Therapeut

- sozial-kognitiven Modell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer 1996) + Kotherapie-Konzept (Forschungsverbund Laienpotential 1987)
=> Inhaltsaspekte psychosozialer Versorgung bestimmen, um Patienten stärker als Ko-Produzenten der medizinischen Leistungserstellung zu gewinnen

Positives Gesundheitsverhalten – Ko-Therapeut

- eher, wenn den Patienten ein sachlich richtiges und verständliches Wissen um die Krankheit, ihre Hintergründe und das Behandlungsgeschehen vermittelt wird und
- wenn sie zugleich befähigt werden, eigene Handlungsabsichten zu formulieren und mehr Einfluss auf die Therapie zu nehmen (Pfaff et al. 2003)

Patienten- zufrieden- heit bei unter- stützender Versorgung

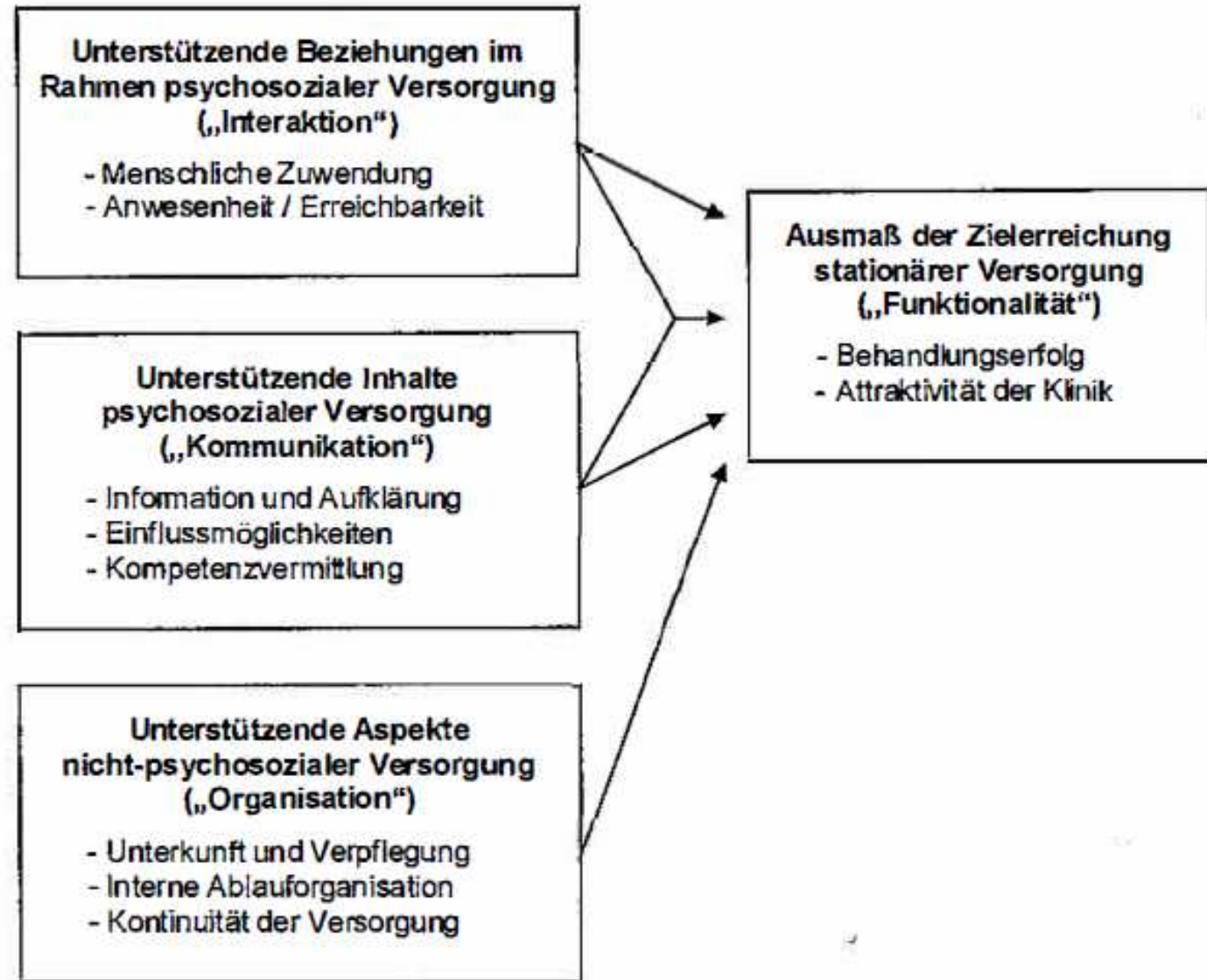


Abb. 5: Dimensionen der Patientenzufriedenheit nach dem Konzept der unterstützenden Versorgung (modifiziert nach Pfaff et al. 2003)

Patientenzufriedenheit – Subjektive Kennzahlen der Qualität

- Patientenzufriedenheit neben klinisch orientierten Messgrößen weiterer wichtiger Indikator für die Ergebnisqualität im Krankenhaus (Ziesche 2008, Zinn 2010)
- theoretisches Konzept:
unzählige verschiedene Definitionen und Konzepte => Forschungslage noch inkonsistent (Zinn 2010, Batbaatar 2015)

Patientenzufriedenheit – zweistufiges Konzept (1)

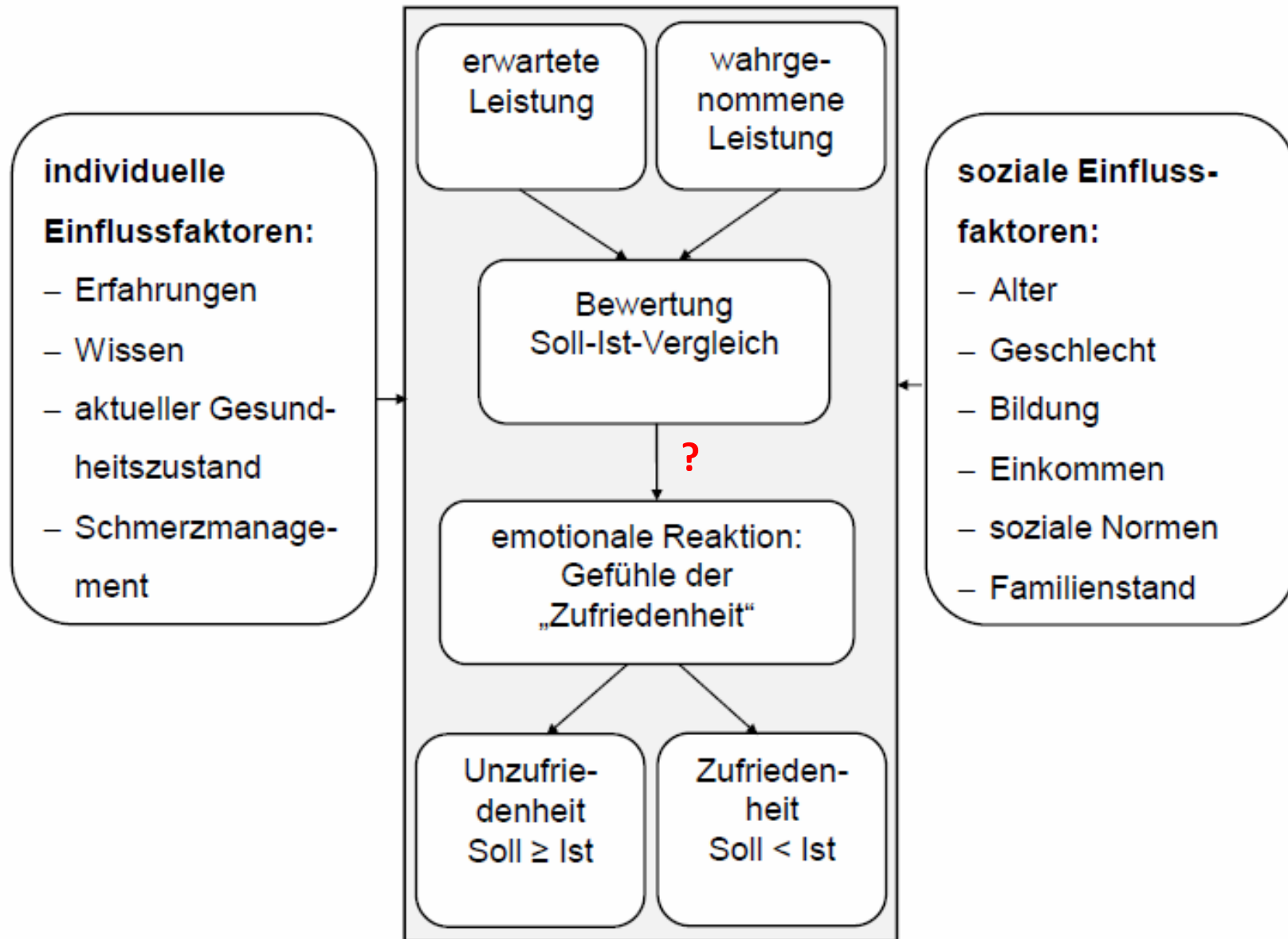
- Bewertungsprozesse: Patient bewertet wichtige Aspekte der Struktur, des Prozesses und des Ergebnisses der Behandlung, indem hervorstechende Merkmale der empfangenen Leistungen mit subjektiven Standards verglichen werden
- Innerhalb dieses Vergleiches sowohl kognitive Evaluation als auch emotionale Reaktion auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Patientenzufriedenheit – zweistufiges Konzept (2)

- Vergleich erklärend für das anschließende Gesundheitsverhalten sowie die Wiederkehr zu dem gleichen Leistungserbringer (Pascoe 1983)
- v.a. Erwartungshaltung der Patienten an die verschiedenen Komponenten der Versorgung sowie die Erfüllung dieser im Mittelpunkt

Patientenzufriedenheit – zweistufiges Konzept (2)

- kognitiver Vergleichsprozess der erwarteten und tatsächlich erlebten Leistungen:
Soll-Ist-Vergleich ...
...bei Bestätigung = Zufriedenheit,
...bei Nichtbestätigung = Unzufriedenheit
(Nickel 2006; Zinn 2010)



- Konstruktmodell der Patientenzufriedenheit , modifiziert nach Nickel (2006, S.45)

Patientenzufriedenheit – Ist-Komponente

- Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Realität (Tse u. Wilton 1988)
- subjektive Leistung der objektiven Leistung vorgezogen (Homburger 2006):
individuell wahrgenommene Realität bzw.
persönlich erfahrene Situation
=> Problem: Wahrnehmungsverzerrungen

Ist-Komponente – Wahrnehmungsverzerrungen (I)

- Reizschwellen:
manches erst wahrgenommen, wenn
deutlicher Unterschied zu früheren Reizen
- Assimilationseffekte:
erwartungsnahes als erwartungsidentisch
- Kontrast-Effekte:
erwartungsfernes noch entfernter als
eigentlich

Ist-Komponente – Wahrnehmungsverzerrungen (II)

- Stereotypbildung:
komplexitätsreduzierend
- Halo-Effekt:
durch logische Schlüsse von einem Merkmal
auf alle anderen geschlossen
- Primacy-Effekt:
erster Eindruck überstrahlt alle nachfolgenden

Ist-Komponente – Wahrnehmungsverzerrungen (III)

- **Recency-Effekt:**
letzter Eindruck entscheidend für
Gesamtbeurteilung
- **Projektion:**
Erfolge eher für sich beanspruchen,
Unangenehmes/Fehler eher auf andere
projizieren (Abwehrmechanismus)

Ist-Komponente – Wahrnehmungsverzerrungen (IV)

- Kognitive Dissonanz:
dissonante Informationen, die eigenen
Erwartungen widersprechen, werden gefiltert,
umgedeutet, verdrängt oder überhaupt nicht
wahrgenommen (Abwehrmechanismus)
(vom Holtz 1998)

=> trotzdem Lücke, die nicht zu schließen ist

Soll-Komponente

- erwartetet Leistung, mit der die Ist-Leistung verglichen wird
- synonym in Studien: Bedürfnisse, Werte, Erfahrungen, Anspruchsniveau, Wichtigkeit, ...
- Kein Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Wichtigkeit (Iversen et al. 2009)

Ergebnis-Komponente

- Kognitive und affektive Bewertungsprozess der Diskrepanz des Soll-Ist-Vergleiches
= eigener Aspekt
- Erlebte Diskrepanz nicht direkt zu (Un-)Zufriedenheit,
erst individuelle Verarbeitung mittels Gefühlen und kognitiven Prozessen führt zum abschließenden Urteil

Beispiel einer Befragung von 2009

- Stichprobe von 8.428 GKV-Patienten
(n=31.600 Rücklaufquote 27 %)
- Chirurgie, Augenheilkunde, Innere, Kinder- und Jugendheilkunde, Urologie und Neurologie
- 2008: 39 KH des RB Dresden und Döbeln stationär behandelt
- nach Entlassung durch deren Krankenkasse ein Fragebogen zugesendet

Beispiel einer Befragung von 2009

- 37 Items (demografische sowie aufenthalts- als auch einrichtungsbezogene Daten)
- subjektive Wahrnehmung des zurückliegenden Krankenhausaufenthalts sowie
- Erwartungen an einen zukünftigen Krankenhausaufenthalt
- geschlossene Fragen mit einer sechs-stufigen Ratingskala (Schulnoten)

Ergebnisse einer Befragung von 2009

- ca. 80 Prozent der Patienten zufrieden mit dem Krankenhausaufenthalt
- ca. 82 Prozent würden sich erneut für die gleiche Einrichtung entscheiden
- Pat. in Augenkliniken im Vergleich zu den übrigen Fachgebieten eine höhere Zufriedenheit an

Ergebnisse einer Befragung von 2009

- Freundlichkeit des Pflegepersonals und der Ärzte sowie die Sauberkeit der Einrichtung am höchsten/besten bewertet
- Vermittlung von verständlichen Informationen zur Medikation, Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung und die Qualität der Mahlzeiten wurden am niedrigsten/schlechtesten bewertet

Ergebnisse einer Befragung von 2009

- stärksten Einfluss auf Gesamtzufriedenheit:
 - Freundlichkeit der Ärzte und des Pflegepersonals,
 - Organisation und der Ablauf von Untersuchungen sowie
 - Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis

Ergebnisse einer Befragung von 2009

- Vermittlung von Informationen zur bevorstehenden Operation,
- verständliche Beantwortung von Fragen durch Ärzte sowie
- Alter und Geschlecht der Patienten keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt

Ergebnisse einer Befragung von 2009

- Pat. der Chirurgie waren weniger zufrieden, wenn sie den Krankenhausaufenthalt als zu lange einschätzten
- eine als zu kurz wahrgenommene Verweildauer hatte hingegen keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit

Informationen für Patienten

- von Patienten (subjektive Zufriedenheit)
- Ablauf der Vor-, Haupt- und Nachbehandlung
- Medikation
- Häufigkeiten von Behandlungsmaßnahmen
- Häufigkeiten von Komplikationen
- Schweregrad der Behandlungsfälle

Prof. Dr. rer. medic. Dipl.-Sportwiss., MPH
PETER PESCHEL

FH Dresden | Professor für Gesundheitswissenschaften

TU Dresden | Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Fachhochschule Dresden | Campus Am Panometer
Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften
Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement

TU Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften/Public Health
LS-Inhaber: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Kugler

Gasanstaltstraße 3-5 | 01237 Dresden

Fetscherstraße 74 | 01307 Dresden

Telefon: 0351 25 85 68 95 70

Telefon: 0351-31 77 125

Fax: 0351 25 85 68 99 0

Fax: 0351-31 77 459

www.fh-dresden.eu

[tu-dresden.de/med/mf/ipas/
forschung/forschungsbereiche/Forschungsbereich-7](http://tu-dresden.de/med/mf/ipas/forschung/forschungsbereiche/Forschungsbereich-7)
peter.peschel@tu-dresden.de

p.peschel@fh-dresden.eu

Verträge im Gesundheitswesen: Selektivverträge

- | **Arzneimittelrabattverträge** zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen (§ 130a SGB V)
- | **Verträge mit Einrichtungen der Rehabilitation**
= selektiv Einrichtungs- und kassenspezifisch (§ 111 SGB V)
- | **Modellvorhaben** „zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ (§ 63 u./o. § 64 SGB V)
- | **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)** (§ 73b SGB V)
- | **Besondere ambulante ärztliche Versorgung** (§ 73c SGB V)
- | **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung** (§ 116b SGB V)
- | **Verträge zur Integrierten Versorgung** (§ 140a SGB V)