

**Qualitative Evaluation
von
patienten- und bedarfsgerechten
Informationen
über
Gesundheitseinrichtungen**

**Ergebnisbericht
Oktober 2006**



| BertelsmannStiftung

TK
Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Inhaltsverzeichnis

1.	Hintergrund und Zielsetzung	3
2.	Methode und Stichprobe	4
3.	Untersuchungsablauf	5
4.	Wahl des ambulanten Pflegedienstes	6
4.1.	Entscheidungskontext	6
4.2.	Informationsquellen	8
4.3.	Entscheidungskriterien	9
4.3.1.	Kriterien mit hoher Relevanz	9
4.3.2.	Kriterien mit mittlerer Relevanz	12
4.3.3.	Kriterien mit geringer Relevanz	14
4.4.	Bewertung des geplanten Informationssystems	14
5.	Wahl des Hausarztes	16
5.1.	Entscheidungskontext	16
5.2.	Informationsquellen	17
5.3.	Entscheidungskriterien	18
5.3.1.	Kriterien mit hoher Relevanz	18
5.3.2.	Kriterien mit mittlerer Relevanz	21
5.3.3.	Kriterien mit geringer Relevanz	23
5.4.	Bewertung des geplanten Informationssystems	23
6.	Wahl des Krankenhauses	25
6.1.	Entscheidungskontext	25
6.2.	Informationsquellen	26
6.3.	Entscheidungskriterien	27
6.3.1.	Kriterien mit hoher Relevanz	27
6.3.2.	Kriterien mit mittlerer Relevanz	30
6.3.3.	Kriterien mit geringer Relevanz	31
6.4.	Bewertung des geplanten Informationssystems	33
7.	Wahl der Reha-Klinik	34
7.1.	Entscheidungskontext	34

7.2.	Informationsquellen	36
7.3.	Entscheidungskriterien	37
7.3.1.	Kriterien mit hoher Relevanz	37
7.3.2.	Kriterien mit mittlerer Relevanz	39
7.3.3.	Kriterien mit geringer Relevanz	42
7.4.	Bewertung des geplanten Informationssystems	42
8.	Fazit	44
8.1.	Entscheidungsprozesse	44
8.2.	Das geplante Informationssystem	45

1. Hintergrund und Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des Aufbaus eines umfassenden patientenorientierten Informationssystems über Angebot und Qualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen möchte die Bertelsmann Stiftung in einer qualitativen empirischen Untersuchung den objektiven Informationsbedarf von potenziellen Patienten erheben. Es besteht das Ziel, Informationsparameter/ -indikatoren zu ermitteln, die bislang von der bisherigen Datenbasis (BQS, Qualitätsberichte) noch nicht berücksichtigt wurden.

Folgende Kernfragen sind zu beantworten:

- Welche Informationen benötigen Patienten, um sich für einen Leistungserbringer zu entscheiden?
- Wie groß ist der (objektive) Bedarf an Informationen zur Ergebnisqualität von Leistungserbringern?

Mit der Erhebung soll der Informationsbedarf bei der Entscheidung für folgende medizinische Leistungserbringer überprüft werden:

- ambulanter Pflegedienst
- Hausarzt
- Krankenhaus
- Reha-Klinik

2. Methode und Stichprobe

Zu jeder der vier Versorgungseinrichtungen wurde eine zweistündige Fokusgruppe mit jeweils acht Probanden durchgeführt. Die Gruppen fanden am 29. und am 30. August 2006 in Hamburg statt. Die Organisation, Durchführung und Auswertung erfolgte durch das Picker Institut Hamburg gGmbH.

Alle Teilnehmer haben sich innerhalb des letzten Jahres für einen Leistungsanbieter entschieden (Mix über den Zeitraum). Es wurden nur Personen befragt, deren Entscheidungsprozess bereits beendet war:

- Personen, die einen ambulanten Pflegedienst für sich selbst oder für pflegebedürftige Angehörige gewählt haben (Gruppe 1)
- Personen, die den Hausarzt gewechselt haben (Gruppe 2)
- Personen, die sich im Rahmen einer Krankheit für ein Krankenhaus entschieden haben (Gruppe 3)
- Personen, die im Rahmen einer Anschlussbehandlung eine Reha-Klinik gewählt haben (Gruppe 4)

Als Indikator für die Sozialstruktur wurde der Bildungsstand der Probanden herangezogen. Über den Schulabschluss (Hauptschule, Mittlere Reife und Hochschulreife) wurde ein Mix gebildet.

In den Gruppen wurde jeweils ein Mix über das Alter (25 bis 75 Jahre) und das Geschlecht gebildet.

Soweit sich in den Ergebnissen Unterschiede nach der Soziodemographie feststellen lassen, werden diese im nachfolgenden Ergebnisbericht gesondert ausgewiesen.

3. Untersuchungsablauf

Zur Überprüfung der o. g. Fragestellungen wurde ein Diskussionsleitfaden entwickelt, der unabhängig vom evaluierten Leistungserbringer folgenden Ablauf vorsah:

- Beurteilungshintergrund
 - ◆ Sammlung von Eckdaten (z.B. Name des gewählten Leistungserbringers)
 - ◆ Spontane Assoziationen zum Leistungserbringer
 - ◆ Erwartungen an den Leistungserbringer
- Ermittlung der Informationsquellen und ihrer jeweiligen Relevanz
- Ermittlung der Entscheidungskriterien
 - ◆ Zunächst ungestützte Erhebung der Informationen, die zur Verfügung standen. Anschließend gestützte Vorlage von Entscheidungskriterien und Ermittlung der jeweiligen Relevanz.
 - ◆ Ermittlung des objektiven Informationsbedarfs: Welche Informationen waren bzw. wären wichtig für die Genesung/ den Behandlungserfolg?
- Bewertung des geplanten Informationssystems
 - ◆ Ungestützte Bewertung, im Anschluss daran gestützte Vorlage des Konzeptes
 - ◆ Umsetzbarkeit der als relevant ermittelten Entscheidungskriterien

Vorgestelltes Konzept

Die Bertelsmann-Stiftung möchte eine unabhängige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Internetseite einrichten mit leicht verständlichen Informationen über das Angebot und die Qualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Reha-Kliniken, niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste). Diese Internetseite soll den Patienten die Entscheidung für einen Leistungsanbieter erleichtern. Das Projekt verfolgt keine kommerziellen Interessen.

4. Wahl des ambulanten Pflegedienstes

4.1. Entscheidungskontext

Die Entscheidungsprozesse der Angehörigen von Pflegebedürftigen beginnen oft erst nach einem Vorfall, d.h. erst wenn es nicht mehr anders geht. Der Verlust der Selbständigkeit und eine „fremde“ Person im Haus werden als unangenehm empfunden und so lange wie möglich herausgezögert. Häufig ist die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes mit einem schlechten Gewissen der Angehörigen verbunden.

„Man hat ein schlechtes Gewissen, weil man es nicht selbst macht. Aber man kann es nicht selbst machen, weil man seinen Lebensunterhalt bestreiten muss.“

Die erste Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes wird oft durch die Angehörigen getroffen. Anschließend werden persönliche Gesprächstermine vereinbart, bei denen auch die Pflegebedürftigen anwesend sind. Zum großen Teil finden Auswahlgespräche mit mehreren Diensten statt.

„Kommen, Sehen und Zeigen lassen, was die Leistungen sind.“

Am Anfang der Pflegearbeit sind die Angehörigen anwesend, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der zu pflegenden Personen erfüllt werden. Die getroffene Entscheidung wird ständig überprüft, indem die Pflegebedürftigen über ihre Zufriedenheit befragt werden. Wenn sich die Pflegebedürftigen selbst nicht artikulieren können, wird der Pflegedienst kontrolliert.

„Es kommt auf die Person an, die gepflegt wird. Wenn nur ein Verband gewechselt werden muss, kann der Betroffene selbst den Dienst beurteilen. Bei anderen, die sich nicht äußern können, da ist Kontrolle wichtig.“

„Eine Woche begleiten und dann muss es laufen.“

„Ich frage immer wieder nach, wie meine Mutter den Pfleger findet.“

„Ich schaue immer wieder mal zu.“

Die Auswahl und die Bezahlung des Pflegedienstes sind zunächst mit hoher Unsicherheit verbunden:

- Der Markt an ambulanten Pflegediensten wird als unübersichtlich empfunden. In der Großstadt Hamburg gibt es viele Anbieter, über deren Qualität nur wenige Informationen vorliegen.
- Zu Beginn des Entscheidungsprozesses besteht Unklarheit über die Leistungen, die dem Pflegbedürftigen zustehen sowie über die damit verbundenen Kosten. Eine endgültige Sicherheit über die Höhe der Kosten bzw. des Eigenanteils besteht oft erst, wenn die Arbeit des Pflegedienstes bereits begonnen hat. Bis zum Bescheid der Pflegekasse und zur Ermittlung der Pflegestufe müssen die Kosten aus eigener Tasche getragen werden.

„Etwas mehr Transparenz hätte ich mir schon gewünscht. Man muss sich selbst schlau machen.“

„Über die Kostenübernahme habe ich mir vorher keine Gedanken gemacht. Ich dachte, das geht automatisch.“

„Wir wussten gar nicht, was uns zusteht. Was müssen wir bezahlen? Reicht die Rente meiner Mutter aus?“

- ➔ Entscheidung wird hinausgezögert, „bis es nicht mehr geht“.
- ➔ Erstentscheidung wird meist von Angehörigen und Pflegebedürftigen zusammen getroffen.
- ➔ Während der Vertragsschließung bzw. Festlegung der Leistungen des Pflegedienstes besteht noch keine Klarheit über die damit verbundenen eigenen Kosten.

4.2. Informationsquellen

Zu den wichtigsten Informationsquellen über ambulante Pflegedienste zählen Ärzte und Krankenhäuser. Diese weisen zunächst auf die Notwendigkeit einer Pflege hin und treiben den Entscheidungsprozess voran. Zum Teil stellen sie auch den ersten Kontakt zu ambulanten Pflegediensten her.

Ärzte und Krankenhäuser liefern zwar zum Teil Informationen über erforderliche Pflegeleistungen, aber nicht über damit verbundene Kosten bzw. Zuzahlungen.

Als sehr wichtig werden Erfahrungen empfunden, die Freunde, Verwandte und Bekannte gemacht haben. Die von ihnen gegebenen Empfehlungen gelten zwar als subjektiv, aber auch als zuverlässig und glaubwürdig.

Weitere Informationsquellen spielen eine eher geringe Rolle:

- Printmedien (regionale Wochenblätter, Branchenbücher) und das Internet werden lediglich zur Suche von Adressen und Ansprechpartnern verwendet. Broschüren und Internetseiten der Anbieter gelten als Werbung und sind damit weniger glaubwürdig als andere Quellen.
- Krankenkassen liefern keine Informationen über ambulante Pflegedienste, obwohl es von ihnen erwartet wird.
- Über Pflegekassen sind zwar Informationen erhältlich, jedoch wird die Reaktionszeit als zu lang empfunden.

Nachdem schließlich ein Vertrag geschlossen ist, fungiert der ambulante Pflegedienst als Informationsgeber über mögliche Leistungen und Kosten. Zum Teil übernehmen Pflegedienste den Kontakt mit der Pflegekasse.

- ➔ Hauptinformationsquellen sind Ärzte und Krankenhäuser.
 - ➔ Erfahrungen von Familie und Bekannten sind sehr wichtig.

4.3. Entscheidungskriterien

Eine Genesung bzw. Heilung wird durch einen ambulanten Pflegedienst nicht erwartet. Die Tätigkeit eines Pflegedienstes wird als erfolgreich eingestuft, wenn die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet ist und wenn ein gutes Verhältnis zur Pflegekraft besteht (=“objektiver“ Informationsbedarf).

Der Erfolg eines Pflegedienstes ist somit nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt messbar, sondern ergibt sich aus einem lang andauernden Prozess.

4.3.1. Kriterien mit hoher Relevanz

Die zentralen Entscheidungskriterien beziehen sich auf das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem bzw. auf die **soziale Kompetenz** der Pflegekraft:

- Die Pflegekraft soll sympathisch wirken und auf den Pflegebedürftigen eingehen.

„Wenn Sympathie rüber kommt, ist das gut.“

„Sie müssen Herzlichkeit und Wärme ausstrahlen!“

„Menschlichkeit ist das wichtigste, wenn man schon hilflos ist. Nicht nur eine Abfertigung.“

- Achtung der Privatsphäre der zu pflegenden Person.

„Beim Waschen wichtig. Dass man nachfragt, ob es dem Betroffenen recht ist, wenn man ihn anfasst.“

„Dazu gehört auch Ehrlichkeit. Dass nicht in den Schubladen gekramt wird.“

- Unterstützung der Autonomie/ Eigenständigkeit des Pflegebedürftigen.

„Es geht ja darum, den Betroffenen nicht zu entmündigen.“

- Die Person bzw. das Erscheinungsbild des Pflegepersonals sollte auf die Wünsche des Pflegebedürftigen abgestimmt werden.

„Meiner Tante war es anfangs unangenehm, weil sie von einem Mann gepflegt wurde. Sie hatte darum gebeten, dass nur Damen kommen. Darauf ist der Dienst eingegangen.“

„Mein Vater war bockig gegen junge Mädchen mit langen Fingernägeln und Stöckelschuhen.“

Ob die „menschlichen“ Komponenten der Pflegekraft und die „Chemie“ zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem stimmen, lässt sich erst nach einem ersten Ausprobieren des ambulanten Pflegedienstes feststellen.

„Das muss man einfach selbst probieren. Wenn was nicht stimmt, muss man den Pflegedienst ansprechen und notfalls wechseln.“

„Was bei dem Einen gut ist, kann bei dem Anderen schlecht sein.“

Ebenfalls sehr relevant sind alle Anforderungen, die die **pflegerische Versorgung** des Patienten sicherstellen:

- Grundsätzlich sollte der Pflegedienst jederzeit telefonisch erreichbar sein, so dass der Pflegebedürftige bei Notfällen nicht auf sich alleine gestellt ist.

„Sie müssen auch schnell mal kommen können.“

- Die räumliche Nähe des ambulanten Pflegedienstes zum Pflegebedürftigen ist ebenfalls wichtig, um schnell verfügbar zu sein.

„Hab mich für den Dienst entschieden der nah dran ist.“

„Räumliche Nähe [hat bei der Entscheidung eine Rolle gespielt].“

- Zuverlässigkeit des Pflegedienstes.

„Sie sollten anrufen, wenn sie sich verspäten. Das machen sie aber leider meistens nicht.“

„Der Pflegedienst ist bei einer Dame, die ich kenne, mal gar nicht gekommen. Meine Freundin kam dorthin und das Essen stand vor der Tür. Es wurde kein Ersatz geschickt. Das finde ich ganz schlimm.“

- Hygiene wird als sehr wichtig eingestuft, während Sauberkeit/ Putzen nicht zu den Kernanforderungen gehört.

„Dass sie hygienisch sind, gehört einfach zu ihrem Job.“

„Die müssen das Badezimmer nicht immer spiegelblank hinterlassen, solange ich weiss, dass sie gut mit meinem Mann umgehen.“

Während der Entscheidung für einen ambulanten Pflegedienst liegen bezüglich der Versorgungsleistungen lediglich über die räumliche Nähe (als Voraussetzung für schnelle Erreichbarkeit) Informationen vor. Die Qualität anderer Leistungen wie Zuverlässigkeit und Hygiene lassen sich erst durch Erfahrungen, also im Laufe des Pflegeprozesses feststellen.

Am Anfang des Entscheidungsprozesses wird der **transparenten Darstellung** von Leistungen und Kosten der Pflegedienste eine hohe Relevanz eingeräumt. Nachvollziehbare Angebote und klare Informationen über Ablauf und Zuständigkeiten tragen dazu bei, die Unsicherheit während der Suche zu verringern.

„Ich habe das Rote Kreuz genommen. Die waren sehr professionell. Gesprächsführung, Angebotsabgabe, Preissituation. Deswegen habe ich auch nicht mehr nach weiteren Angeboten gesucht.“

„Bei den Angeboten gibt es große Unterschiede in der Qualität. Man muss ein Bauchgefühl entwickeln, wenn man mehrere Gespräche führt.“

Das Leistungsangebot bzw. die Kostenstrukturen selbst sind kein Differenzierungsmerkmal und werden nicht als entscheidungsrelevant eingestuft.

„Leistungs- und preismäßig tun die sich nicht viel. Da sind sie alle vergleichbar.“

„Die bieten alle das gleiche an. Das ist nicht so wichtig.“

- ➔ Der persönliche Kontakt ist ausschlaggebend für die Entscheidung. Da der Umgang stark sympathiegeprägt ist, können Empfehlungen nur subjektiven Charakter haben.
- ➔ Pflegerische Versorgung muss sichergestellt sein: telefonische Erreichbarkeit, räumliche Nähe, Hygiene und Zuverlässigkeit.
- ➔ Der Entscheidungsprozess dauert auch nach der Vertragsschließung mit dem Pflegedienst noch an.

4.3.2. Kriterien mit mittlerer Relevanz

Die **Qualifikation** der Pflegekräfte und die **Spezialisierung** des Pflegedienstes sind in der Regel weniger entscheidungsrelevant. Nur bei anspruchsvollen Tätigkeiten (z.B. Spritzen geben) sind besondere Qualifikationen erforderlich.

„Das ist nicht immer ganz so wichtig. Wenn der Patient geduscht wird und es kommt jemand nicht qualifiziertes, aber sehr menschliches, dann ist das gut. Oder Essen reichen und Kochen, das können auch Nicht-Qualifizierte.“

„Was sie brauchen, ist eine psychologische Ausbildung, eine Heranführung an das Berufsfeld.“

Mehrere Kriterien werden zwar als wünschenswert, aber **in der Realität nur bedingt** als **umsetzbar** eingeschätzt:

- Das Aufbringen von Zeit und Geduld.

„Wichtig, aber nicht immer machbar. Damit überfordern wir den Pflegedienst.“

„Wenn er später dran ist, ist es nicht einfach, ruhig zu bleiben.“

„Ist auch nur ein Mensch.“

„Zeitdruck ist sehr unangenehm. Man bräuchte Springer, die es übernehmen können.“

- Kein Wechsel des Pflegepersonals.

„Für den Betroffenen ist es nicht schön, wenn man immer wieder neue Gesichter sieht.“

„Die haben Schichtdienst und können nun mal nicht immer arbeiten.“

- Pünktlichkeit des Pflegepersonals.

„Demenzkranken merken die Uhrzeit. Es ist schwer, den Kranken ruhig zu halten, wenn der Dienst unpünktlich ist. Das ist schlimm für ihn.“

„Es kann mal sein, dass er nicht pünktlich kommt. Das ist zum Teil höhere Gewalt.“

„Ab einer viertel Stunde Verspätung sollten sie grundsätzlich Bescheid sagen.“

- Flexibilität des Pflegedienstes.

„Wäre schön, aber ist schwer möglich. Die haben ihre festen Zeitpläne.“

Der **Ruf des ambulanten Pflegedienstes** wirkt ebenfalls auf die Entscheidung, jedoch nicht an zentraler Stelle. Er entsteht meist durch Mundpropaganda.

Der Einfluss des Rufs wird zumeist etwas relativiert, da er auf persönlichen Erfahrungen basiert, die sehr subjektiv geprägt sind (Sympathie, Antipathie). Auf der anderen Seite wird gerade zu Beginn des Entscheidungsprozesses jede Information „aufgesogen“, die helfen könnte, eine Entscheidung zu erleichtern.

„Wenn sie drei Leute fragen, bekommen sie drei verschiedene Aussagen.“

„Davon kann man sich nicht ganz freimachen. Ein schlechter Ruf ist ein Ausschlusskriterium.“

4.3.3. Kriterien mit geringer Relevanz

Die **Zahl der Mitarbeiter** als Indikator für die Größe des ambulanten Pflegedienstes ist wenig entscheidungsrelevant. Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt, dass ausreichend Pflegekräfte vorgehalten werden, um mögliche Ausfälle zu ersetzen.

„Es sagt doch nichts aus, wie viele in welchem Bezirk arbeiten.“

Auch die **Zeit des Bestehens** am Markt ist als Entscheidungskriterium unwichtig. Nur sehr vereinzelt wird angenommen, dass „junge“ Betriebe über mangelnde professionelle Erfahrung verfügen könnten.

4.4. Bewertung des geplanten Informationssystems

Spontan wird kaum für möglich gehalten, über das Internet die als relevant eingestuften Informationen zu ambulanten Pflegediensten zu bekommen. Es ist schwer vorstellbar, wie das zentrale Entscheidungskriterium „Sympathie/ Antipathie“ abgebildet werden könnte, da es vom persönlichen Verhältnis zwischen Pfleger und Pflegebedürftigem abhängt.

„Ich würde mich auf das Internet nicht verlassen. Ich kann mir darüber Adressen und Ansprechpartner suchen. Aber wie gut welcher Pflegedienst ist, darauf würde ich mich nicht verlassen.“

Die Neutralität von Informationen wird ebenfalls spontan angezweifelt. Erst nach Vorlage des Konzeptes und Nennung der Stiftung als Absender wird Neutralität glaubwürdig vermittelt.

„So etwas wie ‚Wir sind hygienisch‘ könnte doch jeder von sich behaupten.“

„Bertelsmann ist ein großer Verlag. Die sind doch nicht neutral.“

„Wenn das die Stiftung ist, kann ich mir vorstellen, dass die neutral sind.“

Mit der alleinigen Auflistung von Adressen würde die Internetseite im Vergleich zu Printmedien lediglich ein Me Too-Produkt bilden.

Patientenbefragungen oder Foren, in denen sich Betroffene äußern können, werden ungestützt genannt und sind als ein mögliches Mittel vorstellbar, um den „objektiven“ Informationsbedarf (Versorgung und Wohlbefinden des Pflegebedürftigen) zu decken. Patientenurteile helfen vor allem, wenn keine persönlichen Beziehungen zu Personen bestehen, die aus eigenen Erfahrungen berichten können. Aufgrund der Individualität der Erfahrungen werden Patientenbefragungen aber grundsätzlich nur als Anhaltspunkt eingestuft.

„Ich weiß nicht. Das sind doch nur persönliche Äußerungen.“

„Aber das ist doch das, wovon wir sprechen. Man hört doch auf den Ruf. Wenn da steht, dass fünfzehn Leute zufrieden sind und fünf unzufrieden sind, dann bekommt man ein Bild.“

„Das ist schwierig. Denn kleine Pflegedienste bekommen nicht so viele Betroffene, die es verbindlich bewerten könnten.“

Eine Transparenz erhöhende **Gegenüberstellung von Leistungen und Kosten** wird ebenfalls auf der Internetseite gewünscht, da sie die Anfangsunsicherheit verringern würde. Sie ist dem „subjektiven“ Informationsbedürfnis zuzurechnen, da sie nicht unmittelbar zum Erfolg der Behandlung beiträgt.

- ➔ Bei der Wahl des ambulanten Pflegedienstes sind die Erwartungen an eine Internetseite insgesamt relativ gering.
- ➔ Der Stiftungsgedanke sollte hervorgehoben werden, um den neutralen Charakter der geplanten Internetseite zu verbriefen.

5. Wahl des Hausarztes

5.1. Entscheidungskontext

Der Wechsel eines Hausarztes wird häufig durch einen Umzug des Patienten, Ruhestand des alten Hausarztes oder Unzufriedenheit mit dem bisherigen Hausarzt ausgelöst.

„Ich habe gewechselt, weil mir mein Hausarzt desinteressiert vorkam.“

„Mein Hausarzt war alt. Es ist manchmal eingenickt, wenn man da saß. Er hat immer nur Schmerzmittel gegeben. Ich bin dann zu einer jungen Ärztin gewechselt.“

Der Anspruch an Hausärzte ist - insbesondere bei Jüngeren - gering. Hausärzte gelten insgesamt als austauschbar. Dementsprechend ist die Schwelle, einen neuen Arzt auszuprobieren, eher niedrig.

„Die können gar nicht alles wissen. Sie müssen ein gutes medizinisches Allgemeinwissen besitzen.“

„Wenn ich spezielle Dinge habe, gehe ich eh' zu Fachärzten. Der Hausarzt ist dafür da, wenn ich vergrippt bin.“

„Wenn er nicht gut ist, gehe ich einfach zum Nächsten.“ (Jüngere)

„Andererseits ist es wichtig, wenn der Hausarzt einen ein Leben lang kennt. Er weiß genau, was ich möchte.“ (Ältere)

„Aber zum Hausarzt geht man doch am häufigsten.“ (Ältere)

► Der Entscheidungsprozess für einen neuen Hausarzt verläuft in der Regel mit geringem Engagement der Patienten.

5.2. Informationsquellen

Persönliche Empfehlungen durch Familie, Freunde und Bekannte werden am häufigsten genutzt. Diese Quellen berichten aus eigener Erfahrung und tragen so dazu bei, vor dem Besuch des Arztes einen Eindruck zu gewinnen. Als weitere wichtige Informanten gelten andere behandelnde Ärzte.

„Wenn mir jemand sagt: ‚Ich bin schon ewig bei...‘, dann ist das für mich am meisten wert.“

Zur Ermittlung von Adressen spielen das Branchenbuch und das Internet eine wichtige Rolle. Zur vertieften Information werden zum Teil die Internetseiten von Praxen angesteuert.

„Unsere Kinderärztin hat eine eigene Seite im Internet. Man bekommt dort einen ersten Überblick über die Räumlichkeiten und das Team.“

Selten werden auch Apotheken und Reformhäuser als Informationsquellen genutzt, da ihnen medizinische Kompetenz bzw. Kompetenz in Naturheilkunde zugeschrieben wird. Eine Nutzung von Krankenkassen wird kaum in Erwägung gezogen, da diese teilweise als wenig serviceorientiert und kompetent gelten.

„Krankenkassen kann man heutzutage echt vergessen. Im Call Center sitzen nur Studenten.“

„Bei denen hängt man ewig in der Warteschleife.“

Aufgrund der geringen Relevanz des Entscheidungsprozesses werden zum Teil gar keine bzw. nur wenige Informationsquellen genutzt.

„Ich habe mich nirgendwo erkundigt. Ich wollte jemanden in meiner Nähe haben und hatte Glück. Das war ein guter Treffer.“

„Ich bin einfach zum nächsten Arzt in derselben Straße gegangen.“

„Es ist einfach ein Unterschied zwischen Facharzt und Hausarzt. Um einen guten Orthopäden zu finden, da frage ich viele Freunde. Für den Hausarzt nicht.“

- ➔ Hauptinformationsquelle sind Familie, Freunde und Bekannte.
- ➔ Aufgrund des geringen Anspruchs an Hausärzte werden zum Teil gar keine bzw. nur wenige Informationsquellen genutzt.

5.3. Entscheidungskriterien

Hausärzte gelten als „Durchgangsärzte“ und als austauschbar. Die Behandlung durch Hausärzte gilt als erfolgreich, wenn diese eine gute Diagnosefähigkeit besitzen und zu den richtigen Fachärzten überweisen.

5.3.1. Kriterien mit hoher Relevanz

Am wichtigsten für den „objektiven“ Informationsbedarf ist die **medizinische Kompetenz** und **Qualifikation** des Arztes. Die Kompetenz wird an mehreren Aspekten festgemacht:

- Korrekte Bestimmung von Krankheiten.

„Er soll hellhörig sein. Ein guter Detektiv.“

„Es soll mir besser gehen, dass ich keine zweite Meinung brauche.“

„Er muss eigene Ideen einbringen, Anstöße geben.“

- Korrekte Bestimmung des Facharztes bei Überweisungen.

„Man wird immer von Pontius zu Pilatus geschickt.“

„Er muss eine umfassende Ausbildung als Allgemeinmediziner haben, damit er mich in die richtige Richtung weiterleitet.“

- Der Hausarzt sollte seine fachliche Kompetenz durch regelmäßige Fortbildungen auffrischen. Idealerweise findet eine Fortbildung alle ein bis zwei Jahre statt. Ein schnellerer Rhythmus weckt zum Teil das Gefühl, dass der Arzt zu selten ansprechbar ist. Als Fortbildungsnachweise können Zertifikate dienen. Die Fortbildungspflicht der Ärzte ist weitgehend unbekannt.

„Weiterbildung ist sehr wichtig, damit er nicht stehen bleibt auf seinem Stand.“

„Fortbildungen bedeuten auch, dass er viel unterwegs ist.“

„Ich habe einen Augenarzt, der sich alle Zertifikate ins Wartezimmer hängt. Einerseits ist das schrecklich. Aber es ist auch gut. Man sieht, dass er am Ball bleibt.“

- Die Kompetenz kann durch Zusatzqualifikationen wie Naturheilkunde oder Akupunktur untermauert werden.

„Für mich ist es wichtig, dass er sich in der Naturheilkunde auskennt. Dann verschreibt er nicht gleich Bomben.“

„Das ist sehr wichtig. Bekommt immer mehr Gewicht.“

- Als Indiz für die medizinische Kompetenz werden Erfolgs- bzw. Komplikationsraten gewünscht. Sie stoßen auf große Resonanz, werden aber als schwer realisierbar vermutet.

„Ich wäre sehr dankbar, wenn es das geben würde. Aber es wird nie dazu kommen.“

„Welcher Arzt gibt das schon freiwillig raus? So was bekommt man ja nicht. Außer durch Erfahrungen von Freunden.“

„Wer legt das fest? Wann ist eine Behandlung erfolgreich?“

Über die **räumliche Nähe** des Arztes werden ebenfalls Informationen gewünscht. Der Weg zum Hausarzt sollte im Falle von Krankheiten möglichst kurz sein. Auch aufgrund des geringen Anspruchs an Hausärzte besteht eine geringe Bereitschaft, weite Wege zurückzulegen. Während des Entscheidungsprozesses sind Informationen über Adressen problemlos verfügbar.

„Da muss man schnell mal hin können. Für einen Facharzt würde ich auch weiter fahren.“

„Wenn ich krank bin, kann ich nicht stundenlang durch die Stadt fahren.“

Verhaltensspezifische Eigenschaften des Arztes sind dem „subjektiven“ Informationsbedarf zuzuordnen:

- Der Arzt sollte Interesse zeigen und auf den Patienten eingehen. Viele Ärzte werden als „gehetzt“ empfunden.

„Er muss sich Zeit nehmen bei Bedarf. Wenn nichts Wichtiges anliegt, kann er auch mal flott machen.“

„Ich möchte gefragt werden, was in der Familie an Krankheiten vorkommt. Er soll darauf aufmerksam machen, dass man in bestimmten Dingen vorbeugen muss.“

„Wichtig ist, dass der Arzt bei mir ist. Nicht noch nebenbei telefonieren und Rezepte ausfüllen.“

- Der Arzt sollte den Patienten als mündigen Patienten behandeln und Informationen verständlich vermitteln.

„Aufklärung muss sein. Wäre das nicht, dann wären wir fünfzig Jahre zurück.“

Es wird ein **Vertrauensverhältnis** gewünscht, das durch Kompetenz auf der einen Seite und Sensibilität auf der anderen Seite entsteht. Zum Zeitpunkt der Wahl liegen diese Informationen noch nicht bzw. nur „in Bruchstücken“ – vermittelt durch Mundpropaganda - vor. Erst mit dem persönlichen Kontakt kann sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen.

„Den Hausarzt muss man ausprobieren. Ob er gut ist, stellt man erst nach der Behandlung fest.“

„Man kann die Kompetenz nicht ersehen. Man muss es ausprobieren.“

„Mein Arzt ist meiner Krankheit nicht auf den Grund gegangen. Das kann man vorher aber nicht wissen.“

- ➔ Ähnlich wie beim ambulanten Pflegedienst dauert der Entscheidungsprozess auch nach der Auswahl noch an, da eigene Erfahrungen gemacht werden müssen. Allerdings spielt die Sympathie beim Hausarzt eine geringere Rolle.
- ➔ Wichtig ist die medizinische Kompetenz, die an korrekter Diagnose und Überweisung an den richtigen Facharzt festgemacht wird.
- ➔ Für den Besuch von Hausärzten besteht eine geringe Bereitschaft, weite Wege zurückzulegen
- ➔ Die Erwartungen an Hausärzte sind geringer als an Fachärzte

5.3.2. Kriterien mit mittlerer Relevanz

An Hausärzte werden diverse Anforderungen gestellt, die aber bei Nichterfüllung weitgehend auf Verständnis stoßen:

- Der Wunsch nach geringen Wartezeiten wird als nicht erfüllbar gesehen, zumal beliebte Ärzte stark frequentiert sein können. Bei Hausärzten wird eine Wartezeit bis zu einer halben Stunde akzeptiert, bei Fachärzten auch länger.

„Ich finde nichts schlimmer, als wenn ich mich zwei Stunden wie ein Schluck Wasser in der Kurve in ein Wartezimmer setzen muss.“

„Gut wäre, wenn man vorher anrufen könnte, damit man auch weiß, wie man sich den Tag einteilt.“

- Auch die Anzahl der Patienten wird mit der Beliebtheit des Arztes in Zusammenhang gebracht. Allerdings werden mit einer hohen Patientenzahl lange Wartezeiten verbunden.

„Wenn ein Arzt viele Patienten hat, muss man lange warten. Aber wenn er nur wenige hätte, würde man einen Schreck bekommen.“

- Es wird eine möglichst große Flexibilität bei Terminvereinbarungen gewünscht. In der Regel werden die üblichen Sprechzeiten, d.h. Schließung an einem Nachmittag in der Woche, akzeptiert. Häufigere Schließungen (z.B. Mittwochnachmittag plus Freitagnachmittag) stoßen auf geringe Akzeptanz.

„Meist überfällt einen die Grippe nachts. Da möchte man am liebsten morgens einen Termin für den Tag bekommen.“

„Wenn er zu oft geschlossen hat, bin ich eingeschränkt.“

„Der Arzt kann nicht immer beurteilen, wie schlecht es dem Patienten geht.“

- Die telefonische **Erreichbarkeit** von Hausärzten wird häufig als mangelhaft empfunden.

„Wie oft ruft man an und es ist ständig besetzt oder es geht keiner ran!“

- Die **Freundlichkeit von Arzthelferinnen** wird zum Teil ebenfalls als verbesserungswürdig betrachtet.

„Sie ist das Aushängeschild des Arztes. Manche nehmen einen gar nicht ernst.“

„Sie ist nicht so wichtig wie der Arzt.“

„Man hat mal einen schlechten Tag.“

Wie beim ambulanten Pflegedienst hat auch der **Ruf des Arztes** einen eingeschränkten Einfluss auf die Entscheidung, da ihm Einzelerfahrungen zugrunde liegen.

5.3.3. Kriterien mit geringer Relevanz

Die **Ausstattung / Modernität** der Praxis und die **Berufserfahrung** des Arztes spielen insgesamt nur eine geringe Rolle im Entscheidungsprozess.

„Junge Ärzte müssen auch eine Chance haben.“

„Ein alter Arzt ist vielleicht schon abgestumpft und behandelt immer noch nach den Methoden von vor zwanzig Jahren.“

5.4. Bewertung des geplanten Informationssystems

Obwohl der generelle Informationsbedarf aufgrund der niedrigen Ansprüche an Hausärzte schwach ausgeprägt ist, wird die Idee eines Internetportals überwiegend positiv bewertet. Der mit dem Portal implizierte schnelle und unkomplizierte Informationszugang kommt der geringen Relevanz des Entscheidungsprozesses für Hausärzte entgegen.

„Geballte Information zur schnellen Orientierung.“

„Man sitzt eh viel am PC. Da kann man mal eben schauen.“

„Man muss sich nicht mit Bekannten über den Arzt unterhalten.“

Wie bei der Portalbewertung für ambulante Pflegedienste wird Neutralität als wichtige Voraussetzung erachtet.

„Das kommt darauf an, wer die Seite füttert. Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus.“

Neben Adressen und Links zu Praxen werden Informationen über Qualifikationen und Schwerpunkte der Ärzte als Seiteninhalt gewünscht. Als Beleg sollten auch Zertifikate abrufbar sein.

Auf große Zustimmung stößt eine Darstellung von Patientenurteilen durch Befragungen oder Foren, da sich diese Erfahrungen schnell abrufbar machen. Erfolgsraten und Rankings z.B. über Punktesysteme sind umstritten, da sie überwiegend als schwer umsetzbar eingeschätzt werden.

„Man kriegt schnell einen Eindruck, wenn Patienten zur Sprache kommen.“

„Durch Befragungen erfährt man, ob er sich zum Beispiel Zeit nimmt. Wenn man eine Meinung von vielen Patienten hat, dann würde es schon helfen.“

„Ärzte kann man doch nicht mit einer Stiftung Warentest beurteilen.“

- ➔ Die Internetseite sollte einfache und schnelle Informationen liefern, da die Suchbereitschaft gering ist.

6. Wahl des Krankenhauses

6.1. Entscheidungskontext

Die Entscheidungsprozesse sind durch zahlreiche Ängste und Befürchtungen geprägt, da die Krankheit sowie Verlauf und Ausgang einer evtl. erforderlichen Operation starke Unsicherheit mit sich bringen. Ärzte, Pflegepersonal und Abläufe im Krankenhaus sind nicht bekannt. Mit dem Gang ins Krankenhaus haben viele Patienten das Gefühl, einen Teil ihrer Freiheit bzw. Selbstbestimmung einzubüßen.

„Mein erster Gedanke war: Komme ich da wieder raus? Man weiß nicht, wie die Krankheit ausgeht.“

„Eine Garantie gibt es in nichts. Mit der Angst ist man allein gelassen.“

„Man hat es noch nie mitgemacht. Da ist man automatisch unsicher, auch wenn man Informationen hat. Es kann trotzdem alles ganz anders laufen.“

„Man weiß nicht, was auf einen zukommt und hat das Gefühl, man ist ausgeliefert.“

„Man weiß nicht, an wen man gerät. Den eigenen Arzt kennt man. Im Krankenhaus ist man ausgeliefert an Fremde.“

Wenn Krankenhausbesuche wiederholt notwendig sind, besteht die Neigung, das gleiche Krankenhaus wieder zu wählen. Auf diese Weise lässt sich die Unsicherheit etwas reduzieren.

„Die haben schon meine Akte und kennen mich.“

„Man kennt den Ablauf. Man weiß, was einen erwartet. Wenn man in ein anderes Krankenhaus kommt, dann ist wieder alles neu.“

Die Relevanz des medizinischen Behandlungserfolgs und das Informationsbedürfnis sind sehr hoch. Allerdings besteht keine Verfügbarkeit von Informationen zur Ergebnisqualität, so dass eine ausführliche Informationssuche unterbleibt.

„Das Wichtigste ist, dass man wieder gesund wird. Am Anfang fragt man sich, wo man es machen lässt. Wo man in den besten Händen ist.“

„Ich hätte gerne mehr Informationen gehabt, aber es gibt keine. An wen sollte ich mich wenden?“

- ➔ Die Suchsituation ist generell durch hohe Unsicherheit geprägt. Auch Informationen können die Unsicherheit nicht ausräumen, sondern nur reduzieren.
- ➔ Aufgrund der Relevanz des medizinischen Behandlungserfolgs ist das Informationsbedürfnis sehr hoch.

6.2. Informationsquellen

Zum Teil treten die Patienten selbst mit der Bettenvergabe der Krankenhäuser in Kontakt, teilweise wird dies vom behandelnden Arzt übernommen. Lediglich in Notfallsituationen erfolgt eine Einweisung durch den Notarzt, so dass keine eigene Entscheidung stattfindet.

Wichtigste Informationsquellen sind behandelnde Ärzte, die – häufig in Absprache mit den Patienten – Empfehlungen aussprechen. Wenn möglich findet eine Rückversicherung durch das Urteil weiterer Ärzte oder durch persönliche Erfahrungen von Familie, Freunden und Bekannten statt. Zum Teil fließen auch eigene Erfahrungen, die durch Krankenhausbesuche bei anderen Personen gemacht werden, in das Urteil mit ein.

„Ich wollte nicht nach Eppendorf. Da hat mir mein Arzt etwas anderes empfohlen.“

„Erfahrungen von anderen sind ein persönliches Echo. Der Arzt hat da ja noch nicht gelegen.“

„Mein Mann musste sofort ins Krankenhaus. Der Arzt empfahl das Krankenhaus (...). Aber da war ganz viel Dreck.“

Printmedien, insbesondere regionale Tageszeitungen, spielen ebenfalls eine Rolle im Entscheidungsprozess über Krankenhäuser. Die Rolle des Fernsehens ist eher gering, da dieses in erster Linie als überregionales Medium wahrgenommen wird.

Informationen aus Tageszeitungen werden zwar nicht gezielt recherchiert, tragen aber als ständiger News-Flow zur Meinungsbildung bei. Am besten werden Berichte über Fachgebiete und insbesondere über Behandlungsfehler erinnert. Es besteht die Tendenz, publik gewordene Behandlungsfehler auf die gesamte Krankenhausleistung zu projizieren.

„In Zeitungen wird meist das Schlechte geschrieben.“

„Wenn man von Behandlungsfehlern hört, wäre ich auch vorsichtig.“

Teilweise wird das Internet zur gezielten Suche verwendet. Auf den Internetseiten der Krankenhäuser werden u. a. Informationen über Spezialgebiete und Kapazitäten gesucht.

➔ Hauptinformationsquelle sind behandelnde Ärzte.

6.3. Entscheidungskriterien

Mit dem Gang in das Krankenhaus ist der aktuelle Entscheidungsprozess beendet und nicht mehr revidierbar.

Da nicht jede Krankheit heilbar ist, wird der Krankenhausbesuch als erfolgreich betrachtet, wenn eine bestmögliche Heilung der Krankheit unter Ausschöpfung aller medizinisch möglichen Mittel erzielt wird.

6.3.1. Kriterien mit hoher Relevanz

Entscheidend für den „objektiven“ Informationsbedarf sind der **medizinische Schwerpunkt** des Krankenhauses sowie die **fachliche Qualifikation der Krankenhausärzte**. Informationen über die medizinische Spezialisierung eines Krankenhauses werden in der Regel über den behandelnden Arzt, zum Teil über die Internetseiten der Krankenhäuser und von einigen über Printmedien gewonnen, während Informationen und Belege über die ärztliche Kompetenz weitgehend fehlen.

Erfolgs- bzw. Komplikationsraten werden als sehr interessant eingestuft, da sie als Anhaltspunkt für Kompetenz gelten. Allerdings wünscht nicht jeder Patient diese Informationen, da sie die ohnehin vorhandene Unsicherheit der Patienten verstärken können. Die Bereitschaft von Krankenhäusern, Komplikationsraten zu publizieren, wird angezweifelt.

„Ich glaube nicht, dass ein Krankenhaus eine Komplikationsrate heraus gibt.“

„Es ist doch gut zu wissen, ob das Krankenhaus prozentual in der Norm liegt.“

„Gibt mir aber auch keine hundertprozentige Sicherheit. Ich kann der erste Unglücksfall sein.“

„Wenn ich als Notfall in ein Krankenhaus mit einer schlechten Komplikationsrate komme, dann bekomme ich ein schlechtes Gefühl.“

Fallzahlen über die Art der Operationen gelten als Indiz für Erfahrung und Spezialisierung. Im Vergleich zu Komplikationsraten wird die Aussagekraft von Fallzahlen als etwas geringer eingeschätzt. Dafür wird die Publikationsbereitschaft durch Krankenhäuser als realistischer gesehen.

„Wenn ich von einem kleinen Krankenhaus sehe, wo dreihundert Hüften im Jahr gemacht werden, da würde ich nicht hingehen. Ich würde in ein großes Krankenhaus gehen, wo zehntausend Hüften gemacht werden. Wegen der größeren Erfahrung.“

„Die können ja am Fließband operieren und es geht oft schief. So eine Zahl sagt wenig aus.“

„Viele [der beurteilten Krankenhäuser] sind unten im Rheinland. In Hamburg schneiden wir schlecht ab. Dabei stand auch, wie viel Operationen gemacht wurden. Das war interessant.“

Der Behandlungserfolg wird eher als gewährleistet gesehen, wenn Behandlungsverfahren nach **neuesten medizinischen Erkenntnissen** angeboten werden.

„Früher musste man nach einem Bandscheibenvorfall vier Wochen liegen, heute soll man sofort aufstehen.“

Kooperationen bzw. die Zusammenarbeit zwischen mehreren Krankenhäusern werden ebenfalls sehr positiv bewertet, da sie die fachliche Kompetenz sicherstellen bzw. erhöhen.

„Als ich gehört habe, dass das Bethesda Krankenhaus mit Eppendorf zusammenarbeitet, war es kein Problem für mich dort hinzugehen. Da wird nach den OP's zusammen beraten, wie es weiter geht.“

Zertifikate sind geeignet, die fachliche Qualifikation sowie die Aktualität der Kenntnisse durch Fortbildungen zu belegen. Auch diese Informationen sind in den aktuellen Entscheidungsprozessen der Patienten nicht verfügbar.

„Zertifikate hängen meistens in den Eingangshallen. Warum kann man sie nicht auch im Internet abbilden?“

Zu den wichtigsten „subjektiven“ Entscheidungskriterien zählt die **vertrauensvolle Beziehung** zwischen Arzt und Patient, die insbesondere durch Aufklärung und verständliche Informationsvermittlung entsteht. Durch sein Auftreten sollte der Arzt Interesse am Patienten vermitteln, wobei ihm Zeitmangel „verziehen“ wird.

„Ich hatte eine schwierige Operation vor mir und wollte noch mal alles erklärt bekommen. Er hat mir die Angst genommen. Man ist dann beruhigter.“

„Ich muss doch wissen, was der Arzt mit mir macht.“

- ➔ Um den Behandlungserfolg zu erzielen, werden Informationen über den medizinischen Schwerpunkt und die fachliche Kompetenz am wichtigsten erachtet.
- ➔ Fallzahlen als Indiz für Erfahrung und Spezialisierung gewertet.
- ➔ Durch den Aufbau von Vertrauen lassen sich generelle Ängste reduzieren.

6.3.2. Kriterien mit mittlerer Relevanz

Informationen über die Eigenschaften des **Pflegepersonals** werden zwar insgesamt als wichtig, aber im Vergleich zu den Eigenschaften der Ärzte als weniger wichtig eingestuft. Dazu zählen die Qualifikation sowie das hilfsbereite und freundliche Verhalten des Pflegepersonals. Eine verständliche Aufklärung über Krankheit und Therapie wird nur von den Ärzten, nicht aber vom Pflegepersonal erwartet.

„Die Kompetenz des Arztes ist wichtiger. Die Krankenschwester operiert mich nicht.“

„Wenn sie mir eine falsche Dosis geben, dann nützt mir die Operation auch nichts.“

„Keine Massenabfertigung. Das Personal muss zuvorkommend sein.“

Anforderungen wie die **medizinische Ausstattung** und die **Sauberkeit** des Krankenhauses werden als relevant für den Behandlungserfolg gesehen, werden aber als selbstverständlich vorausgesetzt. Im Entscheidungsprozess liegen in der Regel keine Informationen über diese Aspekte vor.

„Es gibt Geräte, die ganz neu sind. Denn dann muss ich nicht überlegen, wo ich hin geh.“

„Man hat ein Gefühl dafür, wenn es ein altes Krankenhaus ist. Da kann es schon mal passieren, dass man in einem Bett mit durchgelegener Matratze liegt.“

„In jedem Krankenhaus hat man gute Apparate. Für mich ist die Ausstattung nicht wichtig.“

Anforderungen wie das Essen, die Zimmeratmosphäre und die Zimmerausstattung werden in erster Linie als wichtig für die **Befindlichkeit** betrachtet.

„Essen ist wichtig. Man hat ja nichts anderes.“

„Wenn man ins Krankenhaus geht, fragt man sich: Mit welchen Leuten liege ich da?“

„Wir waren alle im höheren Alter zusammen. Das war schön. Es ist gut, wenn die Schwestern die Zimmernachbarn passend zusammenlegen.“

„Wegen des Fernsehers gibt es meistens Streit. Besser ist, jeder hat einen eigenen über seinem Bett.“

Der **Ruf** bzw. das Image hat – wie bei den Entscheidungen für die anderen Leistungserbringer – einen Einfluss auf die Entscheidung, der eher auf emotionaler als auf rationaler Ebene wirkt. Aus rationaler Sicht wirkt relativierend, dass der Ruf auf Einzelfällen und subjektiven Erlebnissen beruht.

„Wenn mir jemand sagt, dass da jemand vergessen wurde, dann gehe ich da nicht rein.“

„Ich bilde mir lieber meine eigene Meinung.“

6.3.3. Kriterien mit geringer Relevanz

Teilweise wird der Krankenhausaufenthalt als unpersönlich und das Personal als „gehetzt“ und wenig interessiert empfunden. **Wartezeiten** bei der Aufnahme und bei Untersuchungen innerhalb des Krankenhauses sowie eine fehlende Vorbereitung auf die Entlassung werden oft bemängelt. Der **Zeitmangel** der Ärzte und Pflegekräfte wird auf die knappe Personalsituation in Krankenhäusern zurückgeführt, so dass für die einzelnen Mitarbeiter weitgehend Verständnis aufgebracht wird. Die Auswirkung auf den Entscheidungsprozess ist gering.

„Man wird meist allein gelassen.“

„Man ist in Wartestellung. Die Spannung baut sich immer weiter auf.“

„Manche liegen stundenlang auf dem Gang. Das finde ich nicht in Ordnung.“

„Das lässt sich nicht vermeiden. Wie sollen sie das anders machen. Wenn da fünfzehn Betten stehen und fünf Röntgenapparate.“

„Wir dürfen nicht erwarten, wie es früher war. Die Gesundheitsreform macht einen Strich durch die Rechnung. Da muss der Patient Abstriche machen.“

Das **Alter** und der **Titel von Ärzten** werden nicht als relevanter Indikator für fachliche Kompetenz eingestuft.

„Der Chefarzt sitzt im Büro. Der Stationsarzt macht Realität.“

„Alte können mehr Erfahrung haben. Junge sind vielleicht mehr mit den modernsten Methoden vertraut.“

„Dafür hat der Chefarzt vielleicht mehr Erfahrung.“

„Der Titel hat nicht unbedingt eine Aussagekraft. Der kann in irgendwas einen Professor haben.“

Die Relevanz einiger Kriterien wird von der Erkrankung abhängig gemacht und daher eher als unwichtig erachtet:

- Wartezeiten auf einen Krankenhausplatz sind nur bei dringenden Erkrankungen relevant.
- Im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten und zu Hausärzten spielt die **räumliche Nähe** bei Entscheidungen für Krankenhäuser nur eine geringe Rolle. Eine gute Erreichbarkeit für Besucher ist zwar wünschenswert, aber nicht entscheidend. Die Spezialisierung des Krankenhauses steht klar im Vordergrund.

Die **Zahl der Betten** pro Zimmer war früher von Interesse, als Zweibettzimmer noch nicht üblich waren. Sie spielt heute eine eher untergeordnete Rolle, da in der Regel die gewünschten Zweibettzimmer angeboten werden. Die Information über die Bettenzahl ist zum Teil aus eigenen Erfahrungen als Krankenhausbesucher bekannt oder wird vom behandelnden Arzt erhalten.

„Nachts werden noch Betten rein geschoben. Das darf nicht sein.“

„Wenn es mir schlecht geht, dann ist mir die Bettenzahl egal.“

„Zweibett ist schon Standard.“

Folgende Kriterien spielen insgesamt nur eine untergeordnete Rolle im Entscheidungsprozess:

- Die Einbeziehung bzw. Aufklärung der Familie ist wünschenswert, stellt aber kein Entscheidungskriterium dar.
- Die frühen Weckzeiten werden kritisiert, bilden aber ebenfalls kein Differenzierungsmerkmal.

- Der Wegfall fester Besuchszeiten wird zum Teil als störend empfunden, da viel Unruhe in den Zimmern entsteht. Besuchsregelungen stellen aber kein Differenzierungsmerkmal zwischen den Krankenhäusern dar.
- Einkaufsmöglichkeiten und Gastronomie werden gewünscht, sind aber nicht relevant für den Behandlungserfolg.

6.4. Bewertung des geplanten Informationssystems

Vergleichende Gegenüberstellungen von Krankenhausleistungen werden ungestützt gefordert – Indiz für das sehr hohe Interesse an Informationen. Publikationen wie der „Klinikführer Rhein-Ruhr“ und die durch das Magazin „Focus“ vorgenommenen Krankenhausvergleiche sind vereinzelt bekannt. In einigen Fällen werden Artikel aufbewahrt.

„Es müsste eine Bewertung durch ein Punktesystem geben. Wie bei Ebay die Bewertung.“

„So eine Art TÜV.“

„Viele [der beurteilten Krankenhäuser] sind unten im Rheinland. In Hamburg schneiden wir schlecht ab. Dabei stand auch, wie viel Operationen gemacht wurden. Das war interessant.“

„Jedes Krankenhaus sollte eine Art Steckbrief haben. Das man sich da ganz genau informieren kann. Dann würde ich über diesen Weg gehen.“

„Befragungen wären gut. Man kann sich da was herausaugen.“

Die präsentierte Idee eines Internetportals wird sehr positiv bewertet, da Transparenz, Wettbewerb und objektive Aufklärung impliziert wird. Um hohe Akzeptanz zu erzielen, wird eine Nachvollziehbarkeit der Bewertungen vorausgesetzt.

Als über das Portal verfügbare Informationen werden alle behandlungserfolgsrelevanten Bewertungsmaßstäbe gewünscht. Diese könnten durch Fallzahlen, Erfolgsraten, Patientenbefragungen und Zertifikate dargestellt werden.

➔ Die Idee eines Internetportals trifft auf sehr hohe Resonanz, da es das hohe Informationsinteresse aufgreift.

7. Wahl der Reha-Klinik

7.1. Entscheidungskontext

Der Besuch einer Reha-Klinik erfolgt zum Teil nach einer Operation, zum Teil aber auch an Stelle einer Operation. Im Gegensatz zur Krankenhaussuche sind die Entscheidungsprozesse für eine Reha-Klinik nicht angstgelagert. Auch die Atmosphäre in einer Reha-Klinik wird als entspannter wahrgenommen als im Krankenhaus.

„Das Schlimmste ist vorbei.“ (Nach-OP)

„Es sind zwar keine gesunden Leute da, aber die Atmosphäre ist etwas besser als im Krankenhaus. Man wird wieder hergestellt.“

Der Wunsch, eine aktive eigene Entscheidung treffen zu können, ist bei der Wahl der Reha-Klinik vergleichsweise hoch, zumal eine eigene Beteiligung der Patienten am Genesungsprozess erforderlich ist. Allerdings wird den Patienten teilweise keine Möglichkeit gegeben, sich selbst zu entscheiden. Krankenhaus, Arzt oder Kostenträger geben Entscheidungen vor. In diesen Fällen kann bei den Patienten das Gefühl von „Kungelei“ entstehen. Die Neutralität von Ärzten und Krankenhäusern wird angezweifelt.

„Ich möchte es entscheiden. Möchte es für mich entscheiden.“

„Mir wurde vorgeschrieben, in welche Klinik ich kommen soll. Man muss darauf vertrauen, dass es gut ist.“

„Die haben alle ihre großen Hände, wo was reinwandern kann.“

„Die Pharmaindustrie gibt sich auch die Klinke in die Hand mit den Ärzten.“

„Ich habe eine Klinik vorgeschlagen. Der Arzt hat schon gesagt, dass sie belegt ist, bevor er mit denen telefoniert hat.“

„Der Markt ist klar aufgeteilt.“

Zum Teil trauen sich die Patienten nicht, die zugewiesenen Reha-Kliniken zu hinterfragen oder anzufechten.

„Heute heißt es immer, man bekommt keine Kur. Deswegen war ich so dankbar und habe nicht weiter nachgefragt.“

Das Informationsbedürfnis über Reha-Kliniken ist sehr hoch, da den Patienten teilweise Entscheidungen abgenommen werden und die Zuweisung der Klinik nicht nachvollziehbar ist. Zudem spielt das Ziel der Genesung bzw. des Behandlungserfolgs eine sehr wichtige Rolle.

Häufig ist eine schnelle Entscheidung erforderlich, wobei kaum Informationen verfügbar sind. Informationen über Reha-Kliniken sind schwerer erhältlich als über Krankenhäuser, da weniger Erfahrungen und somit seltener Gesprächsthemen bestehen.

„Man hat keine Zeit, man muss sich anmelden.“

„Man weiß nicht, wo man die Infos herbekommt.“

„Das Krankenhaus kam erst sehr spät auf mich zu. Nur zwei Tage vorher sagten sie mir, dass ich in die Reha soll.“

„Man bekommt keine leistungsbezogene Information. Man liest nichts über Konzepte, welche Hierarchien. Die lernt man erst kennen, wenn man da ist.“

„Ich war ahnungslos, bis ich da war.“

- ➡ Häufig erfolgt eine „Zuweisung“ der Reha-Klinik und es entsteht das Gefühl, keine eigene Entscheidung treffen zu können. Es besteht der Verdacht auf Beziehungsgeflechte.
- ➡ Der Informationsbedarf über Reha-Kliniken ist sehr hoch. Es gibt aber nur sehr wenige Informationen.

7.2. Informationsquellen

Da nur wenige Informationen vorliegen, tritt keine Informationsquelle besonders stark in Erscheinung. Behandelnde Ärzte, Krankenhäuser und Kostenträger werden aufgrund der „Zuweisung“ tendenziell als wenig glaubwürdig eingestuft. Mundpropaganda durch Verwandte, Freunde und Bekannte gilt als neutraler.

„Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus.“

„Ich würde einem Familienmitglied mehr trauen, als dem Arzt.“

„Freunde sagen, wie es wirklich aussieht.“

Über die Kompetenz der Kostenträger besteht kein klares Meinungsbild. Auskünfte über Klinikleistungen werden zum Teil nicht erteilt oder dauern sehr lange. Es wird überwiegend vermutet, dass die Kosten als Entscheidungskriterium im Vordergrund stehen.

„Die BfA entscheidet über die Kosten. Ich bin mir nicht sicher, ob die sich dafür zuständig fühlt, welche Klinik die beste für mich ist.“

„Die Bearbeitung einer Email dauert zwei Wochen.“

Teilweise versuchen Patienten, mit den Kliniken direkt in Kontakt zu treten. Über Telefonanrufe gelingt es manchmal, die gewünschten Informationen zu erhalten. Prospekte oder Internetseiten gelten als Werbung und werden als wenig aussagekräftig empfunden.

„Ich habe angerufen, weil ich wissen wollte, ob es Einzelzimmer gibt.“

„Im Prospekt stand: In schöner Umgebung. Das sagt mir nichts.“

Krankenkassen werden zum Teil ebenfalls kontaktiert, können aber die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen.

„Krankenkassen sind kein Partner mehr mit Fachwissen.“

➔ Da kaum Informationen vorliegen, tritt keine Informationsquelle stark in den Vordergrund.

7.3. Entscheidungskriterien

Der aktuelle Entscheidungsprozess ist mit dem Gang in die Reha-Klinik beendet und nicht revidierbar. Die Relevanz der Entscheidungskriterien ist - ähnlich wie bei der Krankenhauswahl - stark am Behandlungserfolg orientiert.

„Für mich sind alle Informationen wichtig, die meiner Gesundheit dienen sollen.“

Eine Behandlung gilt als erfolgreich, wenn bestmögliche Genesung erzielt wird. Bei nicht heilbaren Krankheiten wird die Vermittlung von Informationen erwartet, die es dem Patienten erlauben, später im Alltag mit der Krankheit umzugehen.

7.3.1. Kriterien mit hoher Relevanz

Die relevanten Entscheidungskriterien sind fast identisch mit denen, die für die Krankenhauswahl wichtig sind. Eine zentrale Bedeutung nimmt der **medizinische Schwerpunkt** der Reha-Klinik ein. Zum medizinischen Fachgebiet werden darüber hinaus Anwendungs- und Therapieangebote gezählt. Hierzu liegen häufig keine Informationen vor.

„Gut wäre auch [zu wissen], welche Fachärzte tätig sind. Welches Fachgebiet.“

„Ich wusste nicht, dass Bad Bramstedt für Bandscheibenvorfälle gut ist. Hatte ich vorher nie gehört.“

„Spezialisierung der Klinik [ist für den medizinischen Erfolg relevant].“

„[Therapieangebote sind] sehr wichtig. Das macht doch die Reha aus.“

„[Therapieangebote] sind ein wichtiger Aspekt.“

Ebenso wichtig ist die **fachliche Qualifikation** der Ärzte und der Physiotherapeuten. Weiterbildung und das Angebot von Behandlungsverfahren nach neuesten medizinischen Erkenntnissen werden als relevant erachtet.

„Sie müssen auf dem Laufenden sein.“

„Kompetente Ärzte [machen eine gute Reha-Klinik aus].“

Als objektive Belege für diese Entscheidungskriterien werden wie bei der Krankenhauswahl Erfolgsraten, Fallzahlen und Patientenbefragungen gewünscht:

Die Veröffentlichung von **Erfolgsraten** wird für unwahrscheinlich gehalten, obwohl vermutet wird, dass diese dem Qualitätsmanagement der Kliniken vorliegen. Alle befragten Patienten haben die Erfahrung gemacht, dass sie am Anfang und am Ende des Klinikaufenthaltes einen Fragebogen ausgefüllt haben. Allerdings wird die Vergleichbarkeit von Erfolgszahlen für schwierig befunden.

„Es wäre am einfachsten, wenn das Qualitätsmanagement die Zahlen veröffentlichen würde. Die werden aber nicht bereit dazu sein.“

„Zahlen über Erfolge [haben mir gefehlt].“

„Der eine ist aber auch schon nach vier Wochen fit, der andere nicht.“

„Wir sind alles Menschen. Wir reagieren unterschiedlich auf Sachen. Alles in Fächer zu packen, um bestimmte Zahlen zu finden, ist schwierig.“

„Können das nicht die Ärzte am besten beurteilen, wann jemand geheilt ist?“

Fallzahlen gelten auch bei der Wahl der Reha-Klinik weitgehend als Indikatoren für Erfahrung. Sie sind aber teilweise umstritten, da sie keinen Behandlungserfolg ausdrücken können.

„Lässt auf Erfahrung schließen.“

„[Fallzahlen zu kennen] ist für mich wichtig.“

„So eine Zahl sagt doch überhaupt nichts aus.“

„Wenn man sie objektiv bekommen würde, sehr wichtig.“

Patientenbefragungen werden als eine gute Möglichkeit befürwortet, Urteile über Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung aus subjektiver Sicht „einzufangen“. Sie gelten als sehr glaubwürdig.

„Als Patient ist es doch möglich, wann ich sagen kann, mir geht es gut.“

Als erfolgsrelevant wird auch das **Mitspracherecht bei Anwendungen** bzw. bei der Therapie eingestuft. Die Einbindung des Patienten wird in der Regel von den Kliniken praktiziert. Sie wird als notwendig eingeschätzt, da eine Mitarbeit des Patienten erforderlich ist.

„An sich wurde der Plan mit mir abgestimmt. Wenn mir was nicht gefallen hat, dann wurde das gestrichen.“

„Meine Physiotherapeutin fragte mich nach jeder Behandlung.“

„Mir hat die Massage gut getan. Dann bekam ich gleich dreimal mehr.“

„Sehr wichtig, weil ich ernst genommen werde.“

„Man muss als selbständiger und eloquenter Patient auftreten, um Gehör zu finden. Manche trauen sich nicht, was zu sagen.“

- ➔ Um den Behandlungserfolg zu erzielen, werden Informationen über den medizinischen Schwerpunkt und das Therapieangebot sowie über die Fachkompetenz der Ärzte am wichtigsten erachtet.
- ➔ Fallzahlen werden als Indikator für Erfahrung gewertet, können aber nur eingeschränkt Hinweise auf Behandlungserfolg geben.
- ➔ Patientenurteile werden als Möglichkeit zur Beurteilung des „subjektiven Behandlungserfolgs“ gewertet

7.3.2. Kriterien mit mittlerer Relevanz

Einige Kriterien sind nicht entscheidend für den Behandlungserfolg und werden daher insgesamt als etwas weniger relevant betrachtet. Das **Vertrauen zum Physiotherapeuten** wird als relativ wichtig empfunden. Teilweise wird immer der gleiche Therapeut gewünscht, da vermutet wird, dass eine einzelne Person Veränderungen und Fortschritte besser wahrnehmen kann als mehrere Personen. Teilweise bestehen aber auch positive Erfahrungen mit wechselnden Therapeuten.

„Ich möchte immer den gleichen Therapeuten. Nur der kann den Fortschritt merken.“

„Ein Einzelner kann einen besser einschätzen. Das tut nicht so weh. Die Überschreitung der Schmerzgrenze ist zwar wichtig, darf aber nicht zu weit gehen.“

„Ich finde es langweilig immer mit dem gleichen. Irgendwann hat man sich nichts mehr zu erzählen.“

Die **Freundlichkeit** des Personals wird zwar gewünscht, aber nicht vorausgesetzt.

„Ich kann mit einer unfreundlichen Schwester leben, wenn alles andere stimmt.“

Die **personelle Ausstattung** wird häufig bemängelt. Nachts wird die personelle Besetzung als zu gering empfunden, so dass das Gefühl von Unsicherheit entsteht.

„Nachts gab es für den gesamten Gebäudekomplex nur eine Schwester. Wenn sie einen Notfall hatte, dann konnte ich nicht aufstehen.“

„In Bad Bramstedt gab es viele Zivis. Wenn die durch waren, war niemand mehr da.“

„Die müssen sparen.“

Eine moderne **Ausstattung der Klinik** wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Die Unterbringung in Einzelzimmern und eine eigene Nasszelle wird erwartet. Zum Teil wird auch eine Übernachtungsmöglichkeit für Partner gewünscht. Das Angebot aller Anwendungen unter einem Dach wird nur für Rollstuhlfahrer als wichtig erachtet.

„Da habe ich mir erst Sorgen drum gemacht, ob ich ein Einzelzimmer habe.“

„Bei der Unterbringung muss man wissen, ob die Feuchträume an das Zimmer angebunden sind.“

„Wenn ich sechs Wochen dort bin, ist mir ein Fernseher auf dem Zimmer wichtig.“

Das **Essen** wird zwar als wichtig, aber zumeist nicht als entscheidend für die Genesung wahrgenommen.

„Notfalls kann ich mir immer noch eine Pizza besorgen.“

Die Relevanz der **Wartezeit** auf einen Klinikplatz wird unterschiedlich eingestuft und vom Krankheitsbild abhängig gemacht. Zum Teil ist es wichtig, dass die Reha unmittelbar nach der Operation bzw. nach dem Krankenhausaufenthalt stattfindet.

Obwohl der **Ruf der Reha-Klinik** in erster Linie auf subjektiven Erlebnissen beruht, ist sein tatsächlicher Einfluss auf die Entscheidung tendenziell etwas stärker als bei der Krankenhauswahl. Teilweise liegen bei der Entscheidung für die Reha-Klinik kaum andere Informationen vor als Mundpropaganda.

„Wenn mir jemand sagt, dass es dort nicht gut ist, dann will ich da nicht hin.“

„Man hört nicht so viel über Reha-Kliniken, vor allem wenn sie weiter weg sind. Ich habe mich in der Slowakei behandeln lassen, weil ein Freund dort gute Erfahrungen gemacht hat.“

„Mir hat eine Schwester im Krankenhaus gesagt, dass sie lieber Neustadt nehmen würde als Bad Schwartau. Darauf habe ich mich einfach verlassen.“

7.3.3. Kriterien mit geringer Relevanz

Die **Nähe zum eigenen Wohnort** wird nur teilweise gewünscht und stellt für die Mehrzahl der Patienten kein Entscheidungskriterium dar. Auch ist der Ort bzw. die **Lage der Klinik** insgesamt eher unwichtig, da kein Bezug zur Genesung besteht.

„Ich wollte gern eine Umgebung haben, wo ich mich wohl fühle.“

„Wenn man schwer krank ist, ist es einem egal, wo man hinkommt.“

„Mir soll geholfen werden. Wenn man nicht raus kann, dann ist es Unsinn.“

Ebenfalls wenig relevant für den Behandlungserfolg sind Wellnessangebote wie Sauna und Solarium sowie kulturelle Angebote der Klinik.

7.4. Bewertung des geplanten Informationssystems

Vor dem Hintergrund der oft fehlenden eigenen Entscheidungsmöglichkeit und dem Verdacht auf Beziehungsgeflechte werden vergleichende und neutrale Informationen z. B. mittels eines Internetportals besonders stark gewünscht. Ähnlich wie für Krankenhausleistungen werden sie auch für Reha-Kliniken ungestützt genannt.

„Eine neutrale Stelle wäre gut. Wie ein Hotelranking mit Sternen.“

„Geräte unterliegen doch bestimmt auch einem TÜV.“

„In den USA ist es so, dass jedes Krankenhaus nach einem Punktesystem bewertet wird. Das kann man im Internet nachlesen.“

Das vorgestellte Internetportal weckt sehr großes Interesse. Um der Forderung nach Objektivität nachzukommen, wird Nachvollziehbarkeit gewünscht.

„Das ist das, was ich im Internet gesucht habe.“

„Es muss aber auch übersichtlich bleiben.“

„Für mich müsste klar sein, wie die Punkte bewertet werden. Regeln, die ich nachlesen kann.“

Aus Sicht der befragten Patienten sollten alle relevanten Punkte aufgenommen werden, die der Genesung dienen. Aufgrund der hohen Glaubwürdigkeit stoßen insbesondere Patientenurteile (Befragungen, Foren) auf hohe Resonanz.

„Kritiken wie bei Hotelforen. Man kann gute und schlechte Erfahrungen nachlesen. Mit einer Rückkopplung über Ärzte.“

„In den Kliniken müsste es ein öffentliches Terminal geben, wo die Patienten ihre Beurteilung eingeben können.“

„Wenn sich eine Klinik nicht beurteilen lassen möchte, hat sie was zu verbergen.“

„Es muss etwas wie der TÜV da sein, die Erfahrungen von anderen als von uns erfragen. Die Punkte, die uns wichtig sind, haben sie jetzt.“

„Das funktioniert aber nur, wenn sich viele äußern.“

- ➔ Die Internetseite stößt auf sehr großes Interesse, da der Bedarf nach Informationen über Reha-Kliniken sehr hoch ist.
- ➔ Der Wunsch nach Neutralität wird besonders durch Patientenurteile erfüllt, da diese als glaubwürdig gelten.

8. Fazit

8.1. Entscheidungsprozesse

Alle Entscheidungsprozesse für die vier untersuchten Leistungserbringer sind durch hohen Informationsmangel geprägt. Je nach Leistungserbringer differieren die Ausgangslage und die Dauer der Entscheidungsprozesse:

- Die **Entscheidung für einen ambulanten Pflegedienst** wird in der Regel so lange wie möglich hinausgezögert, da der Verlust der Eigenständigkeit vermieden werden soll. Sie beginnt häufig erst nach einem Vorfall. Die Erstentscheidung wird meist von den Pflegebedürftigen zusammen mit ihren Angehörigen getroffen. Auch nach der Vertragsschließung mit dem Pflegedienst dauert der Entscheidungsprozess noch an, da der persönliche Kontakt und die Sympathie zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem ausschlaggebend sind.
Pflegedienst-Suchende sind die einzige Zielgruppe, für die medizinische Kompetenz nicht entscheidungsrelevant ist. Neben der persönlichen Zuneigung spielt die pflegerische Versorgung eine wichtige Rolle, die u.a. über Zuverlässigkeit, Erreichbarkeit und Hygiene definiert wird.
- Der Prozess der Informationssuche und **Entscheidung für einen Hausarzt** verläuft größtenteils mit einem sehr geringen Engagement der Patienten, da keine hohen Erwartungen an Hausärzte bestehen. Hausärzte werden als „Durchgangsärzte“ gesehen und gelten als austauschbar. Ähnlich wie beim ambulanten Pflegedienst ist der Entscheidungsprozess erst nach persönlichem Kontakt abgeschlossen und kann jederzeit revidiert werden. Allerdings spielt die Sympathie eine geringere Rolle.
Bei der Entscheidung für den Hausarzt wird die medizinische Kompetenz an korrekter Diagnose und gegebenenfalls Überweisung zu den richtigen Fachärzten festgemacht. Im Übrigen sind die räumliche Nähe und der Aufbau von Vertrauen z.B. durch Interesse und Aufklärung ein wichtiger Entscheidungsfaktor.
- Die **Entscheidung für ein Krankenhaus** ist sehr stark durch Ängste und Befürchtungen geprägt, da die Krankheit bzw. der Verlauf und der Ausgang einer evtl. erforderlichen Operation Unsicherheit mit sich bringen. Aufgrund der hohen

Relevanz des medizinischen Behandlungserfolgs ist das Informationsbedürfnis sehr hoch. Ist eine Entscheidung getroffen, so ist sie endgültig und kann nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Bei der Entscheidung für ein Krankenhaus steht die Genesung im Vordergrund. Um den Behandlungserfolg zu erzielen, werden Informationen über den medizinischen Schwerpunkt der Klinik und die fachliche Kompetenz der Ärzte benötigt. Im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten und zu Hausärzten spielt die räumliche Nähe bei Entscheidungen für Krankenhäuser nur eine geringe Rolle

Bei der Krankenhaus-Entscheidung wirken sich zusätzlich die Kooperation mit anderen Häusern und der Vertrauensaufbau durch Ärzte positiv aus. Letzterer kann bei der Erstentscheidung noch nicht beurteilt werden, spielt bei einer weiteren Entscheidung jedoch eine maßgebliche Rolle.

- Der **Entscheidungsprozess für eine Reha-Klinik** ist nicht angstgelagert wie bei der Krankenhaussuche. Das Informationsbedürfnis ist sehr hoch, zumal eine eigene Beteiligung der Patienten am Genesungsprozess erforderlich ist. Häufig wird den Patienten jedoch eine Reha-Klinik vorgegeben und es entsteht das Gefühl, keine eigene Entscheidung treffen zu können. Wie bei der Entscheidung für Krankenhäuser kann die aktuelle Entscheidung mit dem Gang in die Klinik nicht mehr revidiert werden.

Auch bei der Entscheidung eine Reha-Klinik steht die Genesung im Vordergrund. Für den Behandlungserfolg werden ebenfalls Informationen über den medizinischen Schwerpunkt der Klinik und die fachliche Kompetenz der Ärzte, aber auch der Physiotherapeuten benötigt. Die räumliche Nähe ist bei der Entscheidung für eine Reha-Klinik zweitrangig.

Bei der Wahl der Reha-Klinik wird auch noch die Einbindung des Patienten bzw. das Mitspracherecht bei Anwendungen als erfolgsrelevant eingestuft.

8.2. Das geplante Informationssystem

Insgesamt wird das geplante Informationssystem von allen Patienten sehr positiv bewertet, da es Transparenz und Vergleichbarkeit vermittelt. Trotzdem dürfte das Portal je nach gesuchtem Leistungserbringer auf unterschiedlich starkes Interesse stoßen.

Für Suchende von **ambulanten Pflegediensten** und von **Hausärzten** dürfte das Informationssystem eine vergleichsweise geringe Relevanz einnehmen:

- Die Entscheidung für ambulante Pflegedienste ist sehr individuell und beruht stark auf persönlicher Zuneigung. Auch wenn es das Portal gibt, kann auf ein Ausprobieren nicht verzichtet werden.
- Bei der Suche von Hausärzten besteht generell eine geringe Informationsbereitschaft.

Eine größere Nachfrage ist bei den Suchenden von **Krankenhäusern** und **Reha-Kliniken** zu erwarten:

- In beiden Fällen steht der medizinische Behandlungserfolg im Mittelpunkt der Informationssuche. Einmal getroffene Entscheidungen sind nicht wieder rückgängig zu machen.
- Bei Reha-Kliniken besteht die besondere Situation, dass nur wenig Einfluss auf die Entscheidung genommen werden kann. Der Wunsch nach Aufklärung ist dadurch noch größer.

Wichtigste Voraussetzung für eine hohe Akzeptanz des geplanten Informationssystems ist Neutralität. Daher wird es unerlässlich sein, die Stiftung als Absender deutlich zu machen. Alle Bewertungen und Vergleichsmethoden sollten nachvollziehbar sein. Um auch bei den weniger aktiven Hausarzt-Suchenden Interesse zu erzeugen, sollten die Informationen schnell und unkompliziert abrufbar sein.

Für den Vergleich der jeweiligen Leistungserbringer und die Darstellung der Entscheidungskriterien erscheinen vor allem Erfolgs-/ Komplikationsraten, Fallzahlen und Patientenbefragungen geeignet. Die Bewertung dieser Vergleichsmethoden führt über alle Zielgruppen hinweg zu sehr ähnlichen Ergebnissen:

- **Erfolgs- bzw. Komplikationsraten** gelten als sehr guter Indikator für fachliche Kompetenz. Es wird vermutet, dass Kliniken mit Hilfe ihres Qualitätsmanagements

bereits über solche Zahlen verfügen. Jedoch wird die Publikationsbereitschaft als sehr gering eingeschätzt.

- Als wesentlich besser realisierbar werden **Fallzahlen** eingestuft. Sie gelten als Indikator für Erfahrung, geben allerdings keine Auskunft über Erfolge.
- Der Wunsch nach Neutralität wird besonders durch **Patientenbefragungen** erfüllt, da diese als sehr glaubwürdig gelten. Es handelt sich um subjektive Urteile, so dass jedoch ausreichend große Stichproben erforderlich sind.

- ➔ Die Entscheidungsprozesse für alle untersuchten Leistungserbringer sind durch ein hohes Informationsdefizit gekennzeichnet.
- ➔ Entscheidungskontext, Dauer des Entscheidungsprozesses und Entscheidungskriterien differieren in Abhängigkeit vom Leistungserbringer.
- ➔ Das geplante Internetportal wird sehr positiv beurteilt, dürfte jedoch je nach gesuchtem Leistungserbringer auf unterschiedlich starkes Interesse stoßen.
- ➔ Wichtigste Voraussetzung für eine hohe Akzeptanz des geplanten Informationssystems ist Neutralität.