

## Editorial

Einer steuert, und keiner merkt's

Wer sich tagein, tagaus mit den Spezialitäten eines komplizierten Gesundheitswesens befasst, kommt gar nicht auf die Idee, dass der größte Teil seiner Mitbürger von dessen elementaren Grundlagen kaum eine Ahnung haben könnte. Und doch ist es so, wie die Erhebung des Gesundheitsmonitors belegt. In der Politik müsste diese Erkenntnis eigentlich einen nachhaltigen Eindruck hinterlassen. Da wird über Anreize „feingesteuert“, es wird philosophiert darüber, von welchen anderen als finanziellen Antrieben der Versicherte sich leiten lässt. Nur das Nächstliegende bleibt außer Betracht: dass das Objekt von den ausgefeilten Steuerungstechniken im politischen Cockpit schlicht nichts mitkriegen könnte.

Je unübersichtlicher ein System wird, desto wichtiger wird der Faktor Information – eine Erfahrung, die gerade die USA machen, wo die Ergebnisse der Gesundheitsreform nun ins allgemeine Bewusstsein dringen müssen. Israel und Estland gehen in der Kommunikation mit den Versicherten neue Wege. Die große Hadassah-Klinik in Jerusalem hat einen Flur für ein Info-Zentrum leer geräumt, das jetzt auch Lotsenfunktionen übernimmt. Die Esten haben eine Hotline eingerichtet. Beide Einrichtungen geben vor allem konkrete Auskünfte; nebenbei vermitteln sie aber allgemeines Systemwissen. Zentrum wie Hotline können auch ihren Betreibern Aufschluss darüber geben, wie eine gewünschte Steuerung „unten“ ankommt. Was die Mitarbeiter dort erfahren, ist ungleich präziser, als alle statistische Daten es sein können.

## Die GKV, das unbekannte Wesen

*Bernard Braun und Gerd Marstedt*

Das Konzept des „informierten Patienten“ ist seit einigen Jahren mehr als nur die Zielvorstellung vom mündigen Bürger, der auch in gesundheitlicher Hinsicht ein hohes Maß an „Selbstverantwortung“ übernimmt. Auch die gesundheitsökonomischen Effekte von Patienteninformationen rücken zunehmend in den Vordergrund. So erklärte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler unlängst auf dem Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit 2010“, dass es zwar derzeit eine Informationsasymmetrie zwischen Patient und Therapeut gebe und auch weiterhin geben werde. Dem könne aber, zitiert ihn eine Presserklärung seines Hauses, „ein aufgeklärter Patient mit kritischen Fragen begegnen und einen Preis-Leistungsvergleich anstellen. Als Voraussetzung hierfür nannte Rösler Transparenz: Transparenz für Versicherte als Basis ihrer Patientenrechte, Transparenz bezüglich der Ergebnisse von Gesundheit und auch Transparenz bei Abrechnungen“ (BMG 2010).

Tatsächlich gibt es in den letzten Jahren zunehmend Bemühungen, das Geschehen im Versorgungssystem transparenter zu machen, etwa im Rahmen von Portalen zur Qualitätsbewertung von Ärzten, Kliniken oder Pflegeeinrichtungen. Allerdings fehlt es bei vielen Patienten und Versicherten an grundlegenden Kenntnissen, um sich im Versorgungssystem zurechtzufinden und legitime Ansprüche geltend zu machen. Empirische Befunde hierzu haben wir an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Marstedt 2010). So bestehen erhebliche Wissensdefizite nicht nur im Hinblick auf Portale zur Arzt- oder Kliniksuche, sondern auch über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder die Patientenquittung beim Kontakt mit dem Arzt, über Nutzen und Risiken von Früherkennung, Original-Medikamente und Generika. Von Bedeutung ist dies, weil Wissensdefizite über Versorgungsstrukturen, eigene Rechte und Anspruchsgrundlagen stets auch bedeuten, dass individuelle Freiheit eingeschränkt und damit präventiv ebenso wie kurativ orientierte Verhaltensoptionen reduziert werden – mit potenziellen Negativfolgen für Leib und Leben.

Der folgende Aufsatz beschäftigt sich mit einem benachbarten Thema: Kenntnisse über die Krankenversicherung, über Ansprüche und Leistungen, Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitssystems, Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Dass dies keineswegs ein im Alltag irrelevanter Wissensfundus ist, der bestenfalls in TV-Quizsendungen von Vorteil sein kann, →

hat sich in einer Studie über Kassenwechsel und Selbstverwaltung gezeigt (Braun et al. 2008). Deutlich wurde dort, dass irrtümliche Vermutungen von Versicherten über Nachteile, die durch einen Kassenwechsel entstehen, ein bedeutsames Hemmnis darstellen, dass Versicherte in eine für sie finanziell oder hinsichtlich des Leistungskatalogs günstigere Kasse wechseln.

Die im Folgenden vorgestellten Daten basieren auf der jüngsten Erhebung des Gesundheitsmonitors vom Mai 2010, bei der eine repräsentative Stichprobe von 1.789 Bürgern und Bürgerinnen der Bundesrepublik Deutschland im Alter von 18-79 Jahren befragt wurde. Fragestellungen des vorliegenden Aufsatzes sind:

- Welche Kenntnisse haben Versicherte von den Rahmenbedingungen in der gesetzlichen und auch der privaten Krankenversicherung, welches Wissen über Leistungen, Beiträge und angekündigte Reformvorhaben?
- Gibt es hier Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Mitgliedern? Welchen Effekt haben Schulbildung und andere soziodemografische sowie morbiditätsbezogene Merkmale?
- Wie wirken sich Lesegewohnheiten aus, also Häufigkeit und Art der individuell genutzten Informationsquellen, von Internetseiten über Zeitschriften und Bücher bis hin zu Krankenkassen-Callcentern und Patienten-Beratungsstellen?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Kenntnisstand und Einstellungen zum Gesundheitssystem und zum Solidarprinzip in der GKV?

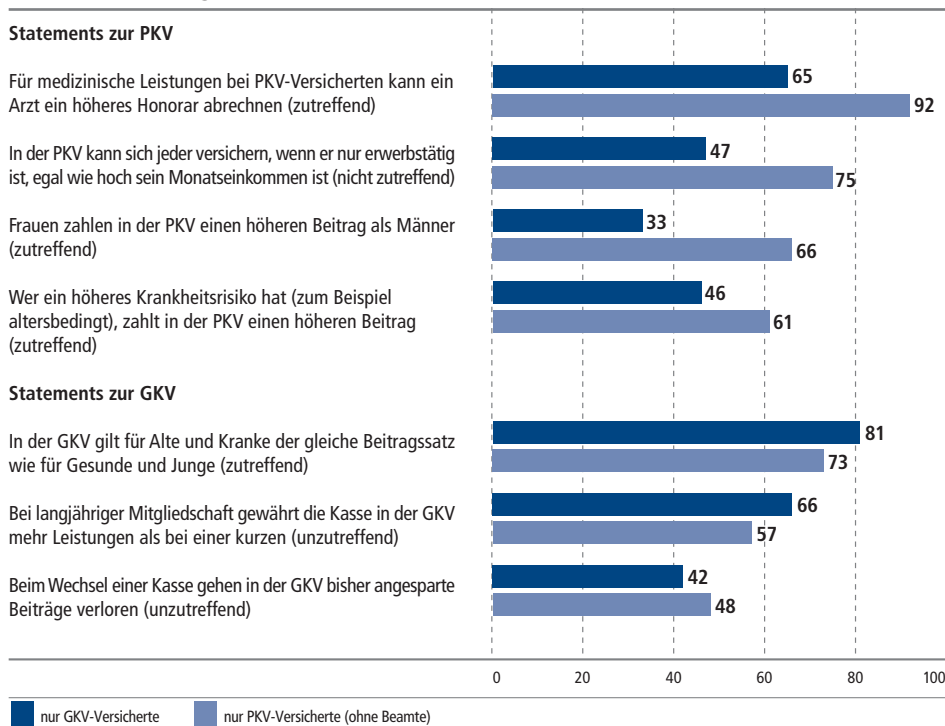
## GKV und PKV – Rahmenbedingungen und Unterschiede

Inwieweit kennen Versicherte die grundlegenden Unterschiede zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, bestehen hier Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten? In den Medien wird dazu oft nur das Bild vermittelt, Versorgung von Privatpatienten sei besser, und sie bekämen schneller Arzttermine (Stichwort „Zwei-Klassen-Medizin“). Allenfalls wird noch über Kosten- und Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV informiert.

Vier Statements über Rahmenbedingungen der PKV und drei zur GKV haben wir in unserer Befragung vorgegeben

und gebeten, diese hinsichtlich ihres Wahrheitsgehalts einzuschätzen. Dabei werden auch Differenzen zwischen GKV- und PKV-Versicherten deutlich (Abbildung 1). Durchgängig zeigen PKV-Mitglieder (Beamte wurden in der Analyse außen vor gelassen) ein fundierteres Wissen, was ihr Krankenversicherungssystem anbetrifft: Bei den einzelnen Statements bewerten 15 bis 33, im Durchschnitt etwa 25 Prozentpunkte mehr Privat- als Kassenversicherte die jeweils benannten Sachverhalte korrekt als zutreffend oder nicht zutreffend. Überraschend ist jedoch, dass gut ein Drittel der PKV-Mitglieder nicht über das Äquivalenzprinzip informiert ist, also die Beitragsbemessung in Abhängigkeit vom persönlichen Krankheitsrisiko. Und

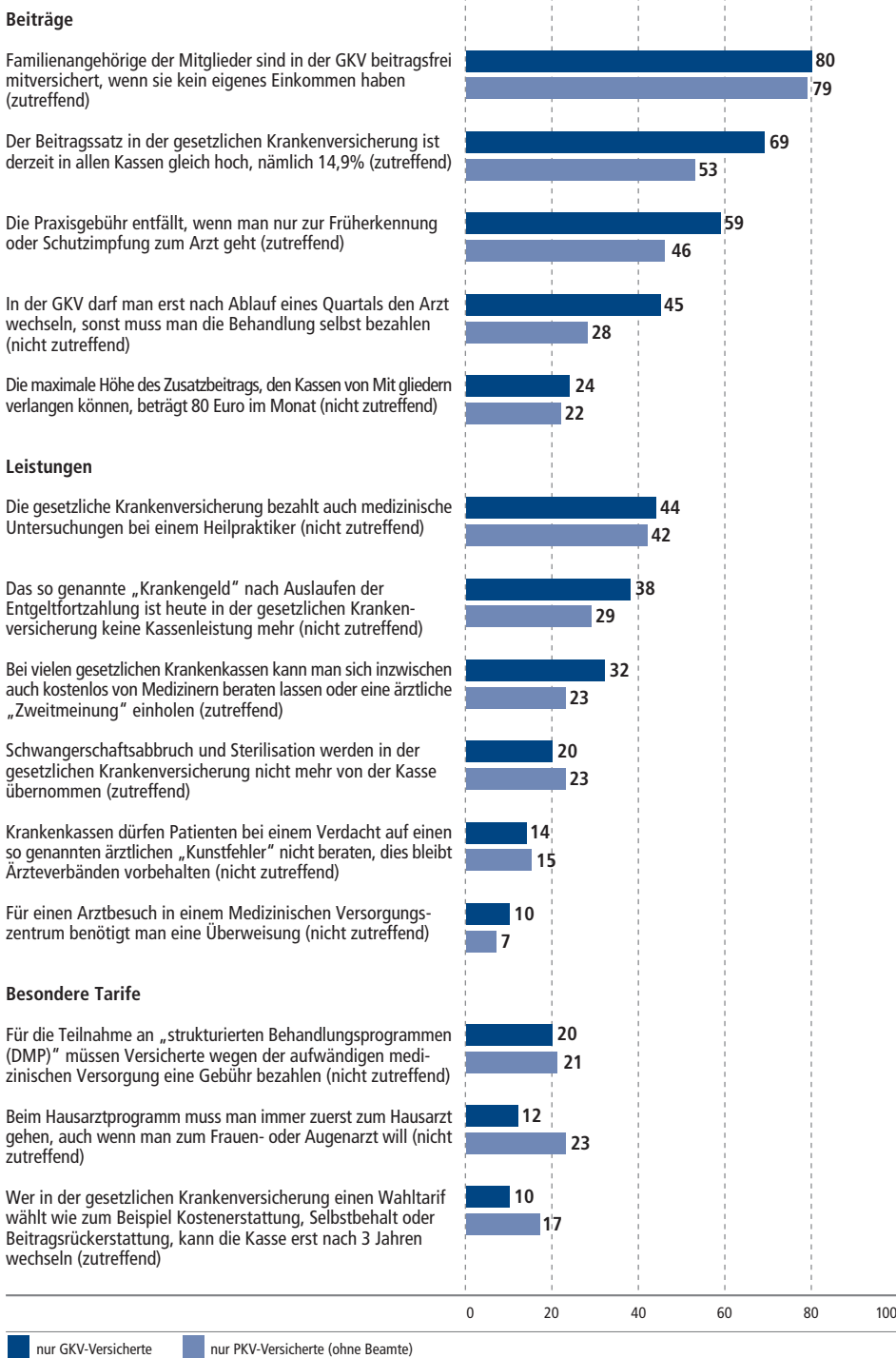
### Kenntnisse über Rahmenbedingungen in der GKV und PKV: Korrekte Bewertungen der Statements (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.673 – 1.715

Abbildung 1

## Kenntnisse über Leistungen, Beiträge und besondere Tarife in der GKV: Korrekte Bewertungen der Statements (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.699–1.714

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

immerhin noch jeder vierte Befragte in der PKV weiß nicht, dass die PKV-Mitgliedschaft bei Arbeitnehmern ein Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze voraussetzt.

GKV-Versicherte sind nur sehr geringfügig oder gar nicht besser informiert, was die Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft (Abbildung 1, Statements zur GKV). Dass Beiträge wie auf einem Sparkonto individuell angesammelt und dann für die jeweilige Bezahlung medizinischer Leistungen verwendet würden, ist ebenso falsch wie die Behauptung, dass bei einem Kassenwechsel dieses ersparte Guthaben verloren ginge. Nur vier von zehn Befragten (42 %) wissen das. Knapp 60 Prozent der GKV-Versicherten kennen die sozialen Ausgleichsmechanismen in der Krankenversicherung bei der Beitragserhebung und -verwendung nicht genau.

In unserer Befragung wurden weiterhin auch detailliertere Aussagen zu Rahmenbedingungen in der GKV vorgegeben, die die Befragten dann als zutreffend oder als falsch qualifizieren sollten. Dies betrifft zum ersten Beiträge (z. B. Beitragssatzhöhe, kostenlose Mitversicherung, Praxisgebühr), zum zweiten konkrete Leistungen der Krankenversicherung (z. B. Krankengeld, Beratungsleistungen, früher gewährte, aktuell aber gestrichene Leistungen wie Sterilisation) und zum dritten besondere Tarife und Versorgungsmodelle (z. B. Hausarztprogramm, DMP, Wahltarife).

In Abbildung 2 sind die Ergebnisse für GKV- und PKV-Versicherte dargestellt, wobei wir der Übersicht halber nur die Werte für korrekte Antworten abgebildet und falsche Einstufungen sowie „weiß-nicht“-Antworten weggelassen haben. Wie man sieht, schwankt die Quote der zutreffenden Bewertungen ganz erheblich.

Es zeigt sich deutlich, dass die Kenntnisse über Beiträge am besten ausfallen und jene über besondere Tarife wie das Hausarztmodell oder Disease Management Programme (DMP) am wenigsten fundiert sind. Im mittleren Bereich rangiert das Wissen über Kassenleistungen. Insgesamt ist das Wissen jedoch als niedrig zu bewerten: Bei den 14 vorgegebenen Statements weiß im Durchschnitt nur jeder dritte GKV-Versicherte (34 %) hinreichend Bescheid.

Beim Thema finanzielle Aspekte und Beiträge fallen die Kenntnisse der GKV-Versicherten sehr viel besser aus: Bei drei der fünf Statements haben sie bessere Kenntnisse als privat Versicherte (jeweils um 13-17, im Mittel 15 Prozentpunkte). Bei nahezu allen übrigen vorgegebenen Sachverhalten sind die Differenzen jedoch nur marginal. In Bezug auf besondere GKV-Tarife und Versorgungsmodelle wissen privat Versicherte tendenziell sogar besser Bescheid. Hervorzuheben bleibt in diesem Kontext das hohe Maß an Irrtümern und Unwissen über diese Angebote, die ja nicht zuletzt auch installiert wurden, um die Attraktivität der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Informationen hierzu werden bei den Versicherten bislang nur rudimentär oder gar nicht zur Kenntnis genommen.

## Vorhaben zur Reform der GKV-Finanzierungsgrundlagen

Analysiert haben wir zudem, wie viel in der Bevölkerung über Reformvorhaben für die GKV bekannt ist. Einige Elemente, wie zum Beispiel „einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, die sozial ausgeglichen werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86), wurden im Koalitionsvertrag zwischen den gegenwärtigen Regierungsparteien einvernehmlich fixiert. Allerdings rücken, wie zahlreiche Berichte in

den Medien zeigen, die Unionsparteien und vorrangig die CSU zunehmend von einer strikten Umsetzung dieses Vorhabens ab. (Spiegel Online 2010, Sueddeutsche.de 2010)

Auch wenn über Details der „Kopfpauschale“ bzw. „Gesundheitsprämie“ noch keine Einigkeit herrscht, lassen sich einige Kernelemente ausmachen. Dies sind: Der für alle Versicherten gleich hohe und unabhängig vom Einkommen festgelegte Beitragssatz, das Ende der kostenlosen Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen, die beabsichtigte finanzielle Entlastung der Arbeitgeber durch Festschreibung des aktuellen Arbeitgeber-Anteils. Um nicht nur zutreffende Statements vorzugeben, haben wir in der Umfrage ergänzend auch eine falsche Behauptung hinzugenommen (Tabelle 1).

Es zeigt sich, dass lediglich das Statement über die einkommensunabhängige Beitragshöhe von mehr als der Hälfte der Bevölkerung korrekt bewertet wird. Etwas weniger als die Hälfte weiß immerhin, dass Arbeitgeber finanziell entlastet werden sollen. Massive Irrtümer oder Wissenslücken bestehen jedoch zu zukünftigen Regelungen für die aktuell beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und die Berücksichtigung von Kindern bei der Festlegung des Beitragssatzes. Hier ist nicht einmal jeder dritte Befragte zutreffend informiert. Überraschenderweise zeigt sich zudem, dass der Kenntnisstand bei FDP-Sympathisanten, also Befragten, die bei der „Sonntagsfrage“ zu ihrer Parteipräferenz („Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre ...“) die FDP nennen, nur marginal besser ist. Eine korrekte Bewertung der vier Statements zur Gesundheitsprämie fällt jeweils nur um maximal 8, im Durchschnitt 4 Prozentpunkte besser aus als in der Gesamtbevölkerung.

Das bedeutet, dass Kenntnisse über das FDP-Vorhaben selbst in der eigenen Wählerschaft überaus lückenhaft sind.

## Was beeinflusst Kenntnisse zur Krankenversicherung?

Offen geblieben ist bislang die Frage, ob es Bevölkerungsgruppen mit fundierteren Kenntnissen gibt. Überprüft haben wir dies für soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand), Morbiditäts-Aspekte (Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung, Zahl der Arztbesuche), Krankenversicherung (GKV-PKV, freiwillig GKV-Versicherte) und darüber hinaus auch in Bezug auf das Informationsverhalten zu Gesundheitsfragen (bevorzugte Quellen oder Medien, Häufigkeit der Suche nach Informationen).

Um nicht alle in der Befragung vorgegebenen Statements einzeln zu untersuchen (insgesamt wären dies 25 Variablen), haben wir entsprechend den oben dargestellten thematischen Blöcken Skalen gebildet, bei denen das Antwortverhalten zu verschiedenen Fragen summiert wurde: Für eine richtige Antwort gibt es einen Pluspunkt, für eine falsche Antwort einen Minuspunkt, „weiß nicht“ wird mit null Punkten kodiert. Die so gebildeten sechs Skalen dokumentieren den Umfang der Kenntnisse zu: (1) Rahmenbedingungen in der GKV, (2) Rahmenbedingungen in der PKV, (3) der geplanten Gesundheitsprämie bzw. Kopfpauschale, (4) finanzielle Aspekte der GKV (Beiträge etc.), (5) Leistungen der GKV, (6) besondere Tarife der GKV. Für jede Skala wurden zwei Gruppen gebildet, eine mit eher hohem Kenntnisstand und die andere mit niedrigem bis durchschnittlichem Wissen. Trennfaktor zwischen den Gruppen war, ob der Befragte das obere Drittel der möglichen Punktzahl erreicht

### Kenntnisstand über die geplante „Kopfpauschale“ und „Gesundheitsprämie“ (in Prozent)

	Alle Befragten			Nur FDP-Sympathisanten		
	falsche Bewertung	weiß nicht	korrekte Bewertung	falsche Bewertung	weiß nicht	korrekte Bewertung
Jeder gesetzlich Versicherte soll zukünftig den gleichen Krankenkassenbeitrag zahlen, egal wie hoch das Einkommen ist (zutreffend)	16	29	56	14	24	62
Arbeitgeber werden finanziell entlastet (zutreffend)	11	43	46	13	40	48
Auch Ehepartner ohne eigenes Einkommen zahlen zukünftig Beiträge (zutreffend)	16	55	29	15	48	37
Die Beitragshöhe hängt zukünftig auch von der Anzahl der Kinder in der Familie ab (unzutreffend)	16	63	22	14	64	22

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.761–1.774 bzw. 62–63 FDP-Sympathisanten

Tabelle 1

BertelsmannStiftung

hatte. Aufgrund der Vielzahl potenzieller Einflussfaktoren wurden multivariate Analysen (binäre logistische Regressionen) unter Einschluss folgender Variablen durchgeführt: Informationssuche und verwendete Medien, Lebensalter, Familienstand, Geschlecht, Schulbildung, Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Zahl der Arztbesuche, Krankenversicherung GKV-PKV, freiwillige GKV-Versicherung. Die Ergebnisse sind folgende:

- Überraschenderweise verhilft eine häufige Lektüre von Krankenkassen-Zeitschriften, die wohl fast jeder GKV-Versicherte kostenlos ins Haus zugestellt bekommt, nur sehr begrenzt zu relevantem Wissen über das Krankenversicherungssystem und angrenzende Themen.
- Mit zunehmender Schulbildung steigt das Wissen über Krankenversicherungsaspekte. Da dies weder in der Schule noch in Hochschulen in gängigen Studienfächern gelehrt wird, dürfte dieses Wissen ein Effekt von weiterreichenden politischen Informationsinteressen sein.
- Dass PKV-Versicherte sich in Bezug auf ihr „System“ besser und in Bezug auf Beitragsaspekte der GKV weniger gut auskennen, war zu erwarten. Überraschend ist jedoch, dass diese Versicherte

tengruppe auch über besondere Tarife und Versorgungsmodelle in der GKV deutlich besser informiert ist. Vermutlich haben diese Tarife die Neugier der privat Versicherten geweckt und auch zu Überlegungen geführt, ob ein Wechsel in die GKV für sie möglich und lohnend wäre.

- Insgesamt sollte durch die Darstellung der Einflussfaktoren für ein umfassendes Wissen nicht der Eindruck entstehen, dass der Wissensfundus von Versicherten im Durchschnitt sehr hoch wäre. Hier ist noch einmal daran zu erinnern, dass bei 11 von 14 vorgegebenen Statements über Beiträge, Leistungen und besondere Tarife in der GKV (Abbildung 2) nicht einmal die Hälfte der GKV-Versicherten zutreffend informiert ist.

## Wissen und Einstellungen zum Gesundheitssystem

Welche Bedeutung hat das Wissen über das Gesundheitssystem für politische Meinungen, für Kritik und Zustimmung in diesem Kontext? Zur Überprüfung dieser Frage haben wir zunächst die Kenntnisse zu den oben beschriebenen

insgesamt 25 Einzelaspekten in eine Gesamtskala überführt und hier die Befragungsteilnehmer nach der erzielten Gesamtpunktzahl in drei Gruppen mit eher geringem, durchschnittlichem und großem Wissen eingeteilt. Für diese drei Gruppen ergeben sich zunächst keinerlei statistisch signifikante Differenzen, etwa was die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem anbetrifft, das Ausmaß des subjektiv erkannten Veränderungsbedarfs, das Vertrauen in aktuelle und zukünftige Entwicklungen oder auch die Qualität der medizinischen Versorgung.

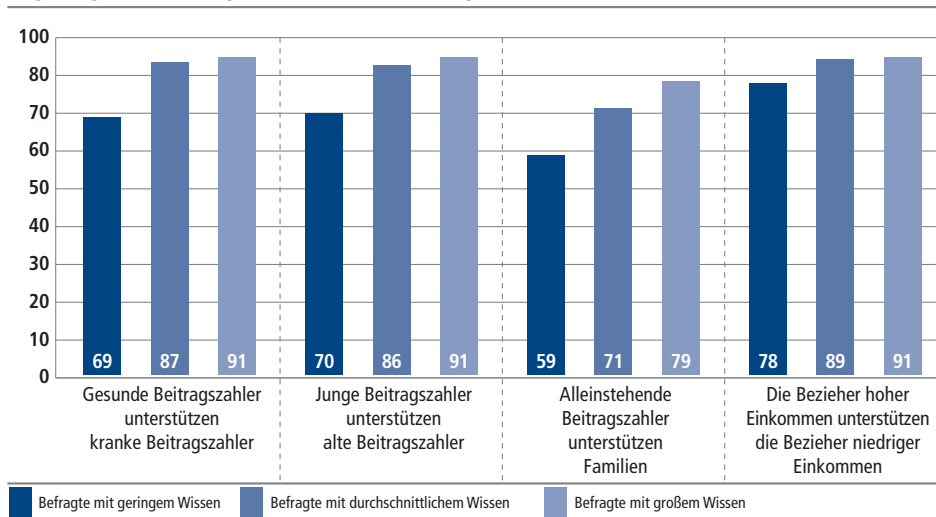
Deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn man das Merkmal „Kassenwechsel“ betrachtet. Nur 27 Prozent der Versicherten mit niedrigem Systemwissen haben früher schon einmal oder öfter die Kasse gewechselt. Bei Versicherten mit großem Wissen ist dies jedoch bei einem größeren Anteil, nämlich bei 37 Prozent der Fall. Noch deutlicher werden die Differenzen, wenn man Versicherte betrachtet, die schon mehrfach die Kasse gewechselt haben: In der Gruppe mit geringen Kenntnissen sind dies nur 6 Prozent, in der Gruppe mit großen Kenntnissen aber 15 Prozent. Entweder ist hier das Ziel des Kassenwechsels der zentrale Anlass, sich eingehender zu informieren. Oder ein geringes Wissen über GKV und PKV ist umgekehrt ein Hemmnis für einen Kassenwechsel, weil man diesen Schritt irrtümlich mit großen Risiken assoziiert.

Lässt sich dieses Ergebnis noch sehr plausibel erklären, so fällt die Interpretation eines anderen empirischen Befunds deutlich schwerer. Wie in Abbildung 3 deutlich wird, steigt mit zunehmendem Wissen zugleich auch die Zustimmung zum Solidarprinzip in der GKV und den darin implizierten sozialen Ausgleichsmechanismen. In der Abbildung dargestellt sind nur

Befunde für GKV-Versicherte. Eine Analyse für PKV-Versicherte ergibt jedoch nahezu identische Werte mit Abweichungen um maximal zwei bis drei Prozentpunkte.

Dieser Befund bestätigt sich, wenn man multivariate Analysen durchführt, also überprüft, ob sich hinter dem Aspekt „Kenntnisse über das Gesundheitssystem und die Krankenversicherung“ nicht andere Merkmale wie zum Beispiel das Bildungsniveau verbergen. Tatsächlich zeigt sich im Rahmen logistischer Regressionen, dass auch bei Kontrolle anderer potenzieller Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Krankenversicherung) das „Systemwissen“ der bedeutendste Einflussfaktor dafür ist, ob man dem Solidarprinzip eher zustimmt oder nicht. Bei den hierzu analysierten vier Prinzipien des Sozialausgleichs zeigt neben dem Systemwissen nur das Lebensalter durchgängig signifikante Einflüsse auf die Zustimmung zum Solidarprinzip und den implizierten Ausgleichsregelungen. Das Systemwissen weist jedoch deutlich höhere Odds-Ratios mit zugleich höheren Signifikanzniveaus auf. Um ein Beispiel zu nennen: Die Wahrscheinlichkeit einer Zustimmung dazu, dass in der GKV Ältere durch Jüngere unterstützt werden, beträgt für Befragte mit großem Systemwissen (Referenzgruppe niedriges Wissen) 4,3 ( $p < 0,001$ ), für Befragte im Alter über 60 (Referenzgruppe Alter bis 39) 2,3 ( $p < 0,01$ ). Der Einfluss des Bildungsniveaus ist in diesem Beispiel nicht signifikant. Ähnliche Befunde ergeben sich für die anderen Statements. Insgesamt wird deutlich, dass das „Systemwissen“ als Einflussfaktor bedeutsamer ist als das allgemeine Bildungsniveau.

**Systemwissen und Einstellungen zum Solidarprinzip: GKV-Versicherte, die die jeweilige Regelung als überwiegend oder vollkommen gerecht bewerten (in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.421-1.428

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

**Fazit**

Unsere Analysen haben folgende zentrale Befunde ergeben:

- Es besteht eine große Unkenntnis über die grundsätzlichen Modalitäten der GKV-Finanzierung. Auch das Wissen über grundlegende Reformvorhaben wie die von der FDP forcierte „Kopfpauschale“ bzw. „Gesundheitsprämie“ ist überaus defizitär.
- Das Detailwissen über die GKV ist eher gering: Bei den 14 vorgegebenen Statements weiß im Durchschnitt nur jeder dritte GKV-Versicherte hinreichend Bescheid. Kenntnisse über finanzielle Aspekte fallen noch am besten aus. Im mittleren Bereich rangiert das Wissen über Kassenleistungen. Kenntnisse über besondere Tarife wie das Hausarztmodell oder Disease Management Programme (DMP) sind am wenigsten fundiert.
- Hinsichtlich der grundlegenden Unterschiede zwischen der GKV und PKV zeigen PKV-Mitglieder in der Tendenz ein fundierteres Wissen als Versicherte

der GKV. Allerdings sind auch hier wieder Abstriche zu machen: So ist zum Beispiel gut ein Drittel der PKV-Mitglieder nicht über das Äquivalenzprinzip informiert.

- Eine häufige Lektüre von Krankenkassen-Zeitschriften verhilft nur sehr begrenzt zu besseren Kenntnissen über das Krankenversicherungssystem und angrenzende Themen. Andererseits zeigt sich, dass mit zunehmender Schulbildung auch das Wissen über Krankenversicherungsaspekte steigt.
- Überraschenderweise zeigt sich bei Bevölkerungsgruppen mit fundierter Kenntnis des Gesundheits- und Krankenversicherungssystems (und dies auch unabhängig von Gesundheitszustand oder Bildungsniveau) eine stärkere Befürwortung des Solidarprinzips in der GKV.

Ohne Zweifel ist nicht jedes einzelne der von uns vorgegebenen Statements so praxisrelevant, dass ein Versicherter hierzu aus dem Stegreif Bescheid wissen

müsste. Unser „PISA“-Test über die Krankenversicherung erfasst zu einem ganz erheblichen Teil jedoch Sachverhalte, die für Versicherte in finanzieller und gesundheitlicher Hinsicht bedeutsam sind und bei denen man oft nicht auf die Idee kommt, dass man sich irren könnte. Mehr als die Hälfte, um nur ein Beispiel zu nennen, ist sich im Unklaren, ob sie den Arzt innerhalb eines Quartals wechseln können, ohne die Rechnung selbst zahlen zu müssen. Dieses Unwissen kann dazu führen, dass man bei einem Arzt in Behandlung bleibt, dem man nicht mehr vertraut.

Im Durchschnitt stehen recht ordentliche Kenntnisse über Beitragsaspekte mangelhaften Kenntnissen über Rahmenbedingungen gegenüber, die von vielen Versicherte als potenzielle Risiken eines Kassenwechsels wahrgenommen werden. Diese Disparitäten des Kenntnisstandes spiegeln allerdings recht genau die Themenpalette der Medienberichterstattung über die GKV wider. Während man Basisinformationen über die Prinzipien der GKV fast nirgendwo findet, findet man im Internet über das Suchwort „GKV“ oder „Krankenkassen“ Dutzende von Seiten, die über unterschiedliche Beitragssätze gesetzlicher und privater Krankenkassen, Tarife und mögliche Einsparungen bei einem Wechsel informieren.

Der Wissensfundus der Bevölkerung über die Krankenversicherung spiegelt insofern nur wider, was in den Medien verbreitet wird. Dass eine häufige Lektüre von kostenlosen Apothekenzeitschriften das „Systemwissen“ der Krankenversicherten nicht verbessert, ist nicht überraschend, wohl aber, dass derselbe Befund für Krankenkassen-Zeitschriften gilt. Ob Artikel über das Gesundheitssystem und die Krankenversicherung dort Mangelware sind, von Lesern grundsätzlich übersprungen

werden oder wenig ansprechend und verständlich gestaltet sind, ist mit unseren Daten nicht zu zeigen. Für Entscheidungsträger in Krankenkassen ist damit jedoch ein Gestaltungs- und wohl auch Forschungsauftrag benannt: Hier wären Studien sinnvoll, die über Inhaltsanalysen und Leserbefragungen die Hintergründe für Irrtümer und Wissensdefizite aufzeigen.

Zwei Gründe dafür hat auch unsere Studie aufgezeigt. Wenn bestenfalls 20 Prozent der GKV-Versicherten über Hausarzttarife, DMPs oder Wahltarife fundierte Kenntnisse haben, dann ist hier wohl auch mit ein Grund dafür zu sehen, dass die viel propagierten neuen Konzepte und darin angelegten Wettbewerbsparameter für die gesetzlichen Kassen bislang zu wenig Resonanz gefunden haben. Und wenn sogar Teilnehmer an Hausarztmodellen und Wahlтарifen die genaueren Regularien nicht kennen, so wirft auch dies erhebliche Fragezeichen auf, was die Informationspolitik von Kassen anbetrifft.

Wenn, wie gezeigt, die Zustimmung zum Solidarprinzip in der GKV mit dem Informationsstand steigt, sollte dieses Zusammentreffen erst recht Anlass sein, besser über das Gesundheitswesen und die GKV zu informieren. Auch wenn die Zustimmung zu den verschiedenen Ausgleichsmechanismen (zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken usw.) bereits in der Gesamtbevölkerung sehr hoch ausfällt, so steigt der Anteil unterschiedener Befürworter noch einmal mit dem Kenntnisstand über GKV und PKV, über aktuell geltende Regularien und für die in Zukunft geplanten Reformvorhaben. Wie so oft in der empirischen Forschung muss auch hier offen bleiben, was Ursache und was Wirkung ist. Es könnte sein, dass eine spontane Sympathie für solidarische Regelungen in der

Gesellschaft dazu führt, sich intensiver mit der Krankenversicherung zu beschäftigen. Plausibler erscheint uns jedoch, dass fundierte Kenntnisse über das Äquivalenz- und Solidarprinzip, über Unterschiede zwischen GKV und PKV dazu führen, dass man noch entschiedener die konstitutiven Merkmale der GKV befürwortet.

## Literatur

- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2010): Weniger Bürokratie, mehr Vertrauen, <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/H/Glossar-Hauptstadtkongress/Hauptstadtkongress2010.html>; zuletzt aufgerufen: 1.11.2010
- Marstedt, Gerd (2010): Information und Wissen der Bürger in Gesundheitsfragen, in: Böcken, Jan, Braun, Bernard, Landmann, Juliane: Bürgerorientierung in Gesundheitsfragen, Gesundheitsmonitor 2010, Gütersloh, S. 43 - 90
- Braun, Bernard, Stefan Greß, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem (Hrsg.) (2008): Einfluss nehmen oder aussteigen: Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, Edition Sigma
- CDU/CSU/FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 17. Legislaturperiode, endgültige Version vom 26. Oktober 2009 (PDF) <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>
- Spiegel Online (2010): Scharmützel um die Kopfpauschale – FDP beschwert sich über „Söderei“, 17.2.2010, <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,677552,00.html>
- Sueddeutsche.de (2010): Kopfpauschale: CSU blockt Röslers Gesundheitsreform, 02.06.2010, <http://www.sueddeutsche.de/politik/kopfpauschale-csu-blockt-roeslers-gesundheitsreform-1.953300>

## USA: Wunsch nach Transparenz eint verfeindete Lager

So zerstritten die Lager der Demokraten und der Republikaner in Sachen Gesundheitsreform auch sind: Dass mehr Transparenz und mehr Systemwissen geschaffen werden müssen, ist weitgehend unstrittig. Tatsächlich gehen nationale sowie regionale Transparenz-Gesetze in so unterschiedlich regierten Staaten wie Massachusetts, Colorado und Texas in eine ähnliche Richtung. Mehr Klarheit ist schon deshalb nötig, damit das US-amerikanische Gesundheitswesen tatsächlich nach den Regeln des Marktes funktioniert, hat der texanische Senator Robert Duncan sein Motiv formuliert. Der Gedanke ist für die Republikaner die Brücke zu den ansonsten abgelehnten Reformbausteinen.

### Bessere Vergleichsmöglichkeiten für Versicherte

Ein Herzstück der Gesundheitsreform von Präsident Barack Obama stellen die neuen Health Insurance Exchanges, eine Art regulierter Marktplatz für private Versicherer, dar. So soll besonders den bisher nicht versicherten Bürgern der Zugang zu einer Versicherung erleichtert werden. Die Versicherungen sperren sich im Prinzip nicht gegen die Neuregelung, verheißt sie ihnen doch einen erweiterten Kundenkreis. Allerdings müssen sie ihre angebotenen Policen standardisieren und damit vergleichbar machen. Einzelversicherten und Kleinbetrieben müssen vier unterschiedliche Verträge angeboten werden, die sich nach der Höhe der Prämie, nach den Zuzahlungen und den Leistungen unterscheiden, welche über das gesetzliche Minimum hinausgehen. Die nach Einkommen gestaffelte staatliche Subvention senkt dann die Prämie. Wer weniger als 133 Prozent des Einkommens an der Armutsgrenze verdient, soll nur zwei Prozent für die Krankenversicherung aufwenden müssen. Wessen

Gehalt maximal viermal so hoch ist wie das Armutseinkommen, zahlt höchstens 9,5 Prozent. Erfahrungen mit einer ähnlichen Regel aus Massachusetts lassen erwarten, dass die Zahl der Versicherten so tatsächlich signifikant steigen wird. Ob allerdings so stark wie erwünscht, ist nicht sicher: Die Prämien könnten für viele immer noch zu hoch sein.

Auch ein weiterer Nachteil wird mit der Einführung der Health Insurance Exchanges behoben: Bisher konnten Einzelversicherte und Kleinunternehmer, die für ihre Belegschaft Versicherungen abschlossen, sich nicht zusammenschließen, Pools bilden und so eine günstigere Risiko-Durchmischung erreichen. Die Folge war, dass viele die hohen Prämien nicht bezahlen konnten und unversichert blieben. Ab 2014 ist dies nun möglich.

### Mehr Licht ins Angebotsdunkel

Texas verlangt dem Grundsatz von Senator Duncan getreu von den Versicherungen jetzt standardisierte Rechnungen für den Patienten. Aus ihnen muss ersichtlich sein, welche Leistungen erbracht und von wo Zusatzleistungen eingekauft wurden. Der Versicherte muss auf der Rechnung eine Ansprechstelle für Nachfragen und Beschwerden finden. Ein Online-Verbraucherguide, der ebenfalls erst per Gesetz durchgesetzt werden konnte, soll die Patienten durch den Angebotsdschungel lotsen. Er klärt zum Beispiel darüber auf, wie viel eine erbrachte Leistung im Durchschnitt kostet und unter welchen Ausnahmehinbedingungen ein Anbieter mehr als den Durchschnittspreis verlangen kann. Schließlich werden die Versicherer verpflichtet, umfassende Daten über Leistungen und Kosten, aber auch selbst erhobene Daten über die Patientenzufriedenheit einmal

jährlich an die Regierung zu schicken, die diese dann statistisch auswerten und veröffentlichen lässt.

### Weniger Fachchinesisch und Bürokratie

Besonders energisch verlangt das demokratisch regierte Colorado mehr Transparenz von den Versicherern. Spiritus rector der Reformen ist der in Gesundheitsfragen besonders engagierte Gouverneur Bill Ritter. Die Versicherungen werden per Gesetz verpflichtet, „standardisierte, lesbare und leicht verständliche Informationen“ über ihre Angebote zur Verfügung zu stellen. In für ein Gesetz ungewöhnlichem Ton wird ihnen verboten, „verwirrende Sprache und Jargon zu benutzen“. Wie in Texas muss in Colorado die Rechnung standardisiert werden. Mit seinen Transparenzanforderungen macht der Staat aber auch vor sich selbst nicht halt. Bisher musste jeder, der Unterstützung durch ein staatliches Hilfsprogramm beantragte wollte, zum Beispiel die Geburtsurkunde vorweisen. Die umständliche und auch teure Beschaffung hat dazu beigetragen, dass die Anzahl der nicht-versicherten potenziellen Hilfeempfänger in den letzten fünf Jahren stark gestiegen ist. Jetzt sind die Behörden verpflichtet, alle nötigen Daten zur Identität der in Colorado geborenen Bürger bei Bedarf direkt an die zuständige Behörde zu übermitteln.

[hpm.org/survey/us/b15/2](http://hpm.org/survey/us/b15/2)

[hpm.org/survey/us/a14/2](http://hpm.org/survey/us/a14/2)

[hpm.org/survey/us/a16/1](http://hpm.org/survey/us/a16/1)

## Dänemark/Polen: Fehlendes Wissen setzt Grenzen

Bei geplanten Behandlungen im Ausland sind Patienten auf besonderes Systemwissen angewiesen, über das sie meistens nicht verfügen. Es fällt ihnen auch schwer, ihre Rechte gegenüber den eigenen nationalen Kassen und Behörden durchzusetzen.

Mit der Öffnung seines staatlichen Gesundheitswesens zum benachbarten Ausland ist Dänemark jetzt in Konflikt mit der EU-Kommission gekommen. Wer nicht innerhalb einer bestimmten Wartezeit in einer staatlichen Klinik Aufnahme findet, hat das Recht, sich im Ausland behandeln zu lassen. Allerdings muss die regionale Gesundheitsbehörde vor dem Beginn der Auslandsbehandlung die Übernahme der Kosten garantieren. Erstattet wird nur, was für eine vergleichbare Behandlung in Dänemark gezahlt würde. Diese letzte Beschränkung wider-

spreche dem europäischen Grundsatz des freien Verkehrs von Dienstleistungen, moniert nun die Europäische Kommission, in einem formellen Schreiben, der letzten Warnstufe vor der Klage beim Europäischen Gerichtshof. Die Obergrenze für die Erstattung sei „nicht zwingend“. Die dänische Regierung hält dagegen, dass der Verkehr von gesundheitlichen Dienstleistungen nach dem EU-Vertrag nur dann frei sei, wenn mehr als 50 Prozent vom Patienten selbst getragen würden.

Ein ähnliches Problem ist in Polen aufgetaucht. Das Gesundheitsministerium in Warschau unterwirft Auslandsbehandlungen strengen Bedingungen: Entweder die nötige Versorgung wird in Polen nicht angeboten, oder aber die Wartezeit muss unzumutbar sein. Anträge von Patienten auf Auslandsbehandlung werden häufig

abgewiesen. Die Verwaltungsgerichte schmettern Beschwerden auf Basis der polnischen Gesetzgebung regelmäßig ab. Für aussichtsreiche Klagen vor dem Europäischen Gerichtshof fehlt den Betroffenen meistens das Wissen.

Im kleineren Dänemark könnte der Streit mit der EU-Kommission zu einem Nullsummenspiel werden. Auch wenn die nationalen Kosten bei der Möglichkeit einer Auslandsbehandlung steigen, können kleine Länder von der Grenzöffnung profitieren: Sie müssen weniger teure Spezialkliniken vorhalten, hochspezialisierte Behandlungen könnten in bestimmten Krankenhäusern gebündelt werden.

[hpm.org/survey/dk/a15/2](http://hpm.org/survey/dk/a15/2)

[hpm.org/survey/pl/a13/1](http://hpm.org/survey/pl/a13/1)

## Israel: Wissen ist Gesundheit

Israels großer Krankenversicherer Maccabi verbessert die Information über sein Leistungsangebot, um Risikogruppen besser erreichen zu können. Neben höherer Morbidität, der geografischen Entfernung von Versorgungseinrichtungen und niedrigerer Versichertenrate sind auch Wissenslücken und sprachliche Hürden dafür verantwortlich, dass sozial schwache Gruppen deutlich schlechtere Gesundheitswerte aufweisen. Besonders betroffen ist der arabische Teil der Bevölkerung, der sich zudem im eher unterentwickelten Norden konzentriert. So lassen sich sozial schwache und von Diabetes betroffene Araberinnen beispielsweise 2,2 Mal weniger oft die Blutzuckerwerte kontrollieren als die Durchschnittsbevölkerung, und noch um 1,5 Mal weniger oft als nicht-arabische Angehörige sozial schwacher Gruppen. Mit speziell auf die Kultur und soziale Lage ausgerichteten Programmen möchte Maccabi diese Unterschiede nun verringern.

[hpm.org/survey/is/a15/2](http://hpm.org/survey/is/a15/2)

## Singapur: Neues für die Alten

Information ist der Schwerpunkt eines groß angelegten Programms in Singapur, das die Lebenssituation älterer Menschen verbessern soll und mit 56 Mio Euro ausgestattet wurde. Ziel ist die Herstellung von sozialem, intellektuellem, körperlichem, beruflichem, emotionalem und seelischem Wohlbefinden. Ein Teil des Programms sind flächendeckende Gesundheitschecks, denen sich bisher 12.000 Senioren unterzogen haben. 9.000 Untersuchte wurden dabei als Risikopersonen identifiziert, mehr als die Hälfte davon erhält nun professionelle Beratung durch Ärzte und Pfleger, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern.

Die Informationsprogramme legen einen Schwerpunkt auf Altenversorgung, Gesundheit und soziale Hilfsleistungen, andererseits aber auch auf Aktivierung und Kontakt zwischen den Generationen. Nach Untersuchungen ist das Risiko, pflegbedürftig zu werden, umso höher, je weniger soziale Kontakte man hat. Auf der anderen Seite sind isoliert lebende Menschen auch am schlechtesten über die bestehenden Angebote informiert.

[hpm.org/survey/sg/a15/1](http://hpm.org/survey/sg/a15/1)

## Israel: Vom Infozentrum zur Beratungsstelle

Das Hadassah-Krankenhaus, eine der größten Kliniken Israels, unterhält ein eigenes Informationszentrum. Freiwillige Mitarbeiter, die meisten von ihnen Rentner mit fachlicher Erfahrung, erteilen den Patienten Auskünfte aller Art, klären sie über ihre Rechte im Gesundheits- und Sozialwesen auf und verschaffen ihnen Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen. 2009, im zweiten Jahr seines Bestehens, stieg die Anzahl der Ratsuchenden um 50 Prozent auf 1260, und die Zahl der freiwilligen Mitarbeiter von 20 auf 40. Die Freiwilligen stehen aber nicht nur auf Anfrage im Informationszentrum zur Verfügung, sondern informieren Patienten und ihre Angehörigen auch direkt vor Ort.

Anfangs ging einige Energie darauf, das Zentrum bekannt zu machen, etwa durch

Links auf der Internet-Seite des Krankenhauses, die Erstellung von Broschüren auf Hebräisch, Arabisch und Russisch und durch viele Gespräche mit Klinik-Mitarbeitern. Ein Übersetzungsdienst für Arabisch und Amharisch (Äthiopisch) wurde auf die Beine gestellt, und ein zusätzliches Informationszentrum eingerichtet, das sich auf die Arbeit mit der arabischen Bevölkerung spezialisiert.

Eine erste Evaluierung nach anderthalb Jahren hat eine positive Bilanz hervorgebracht. Von den freiwilligen Mitarbeitern ist fast niemand abgesprungen. Das Klinikpersonal fühlt sich entlastet. Die Leitung ist nach wie vor bereit, für Verbesserungen, etwa am computerisierten Informationssystem, Geld auszugeben. Aber auch manche Nachjustierung war

erforderlich. So etwa waren die Mitarbeiter unsicher, ob der Fokus nun auf älteren Patienten lag oder ob sie prinzipiell für alle da sein sollten. In der Praxis suchten vor allem Ältere, Chroniker und Krebspatienten das Zentrum auf. Bedient wurden aber auch alle anderen. Auch war nicht klar, ob das Zentrum über die Ansprüche von Patienten nur aufklären oder ob es ihnen auch bei deren Durchsetzung helfen sollte. Bei letzterem waren die Freiwilligen zwar noch überwiegend zögerlich. Die Tendenz geht aber zu eingreifender Hilfe. Oft halten Scheu, bürokratische Hürden und Mangel an rechtlichem Wissen die Patienten davon ab, ihre Ansprüche, und sei es nur auf Steuererleichterungen, tatsächlich geltend zu machen.

[hpm.org/survey/is/a15/3](http://hpm.org/survey/is/a15/3)

## Neuseeland: Patient wird Herr seiner Akte

Krankenakten sollen nicht mehr allein von Arztpraxen oder Krankenhäusern geführt werden, sondern auch vom Patienten selbst. Das ist die Grundidee eines neuseeländischen Projekts, das sich noch in der Entwicklung befindet. Gedacht ist an eine elektronische Krankenakte, die allen Versorgern das gleiche, vollständige Bild von der Krankengeschichte ihres Patienten zeigt. Der Patient selbst kann auf die Akte zugreifen und Beiträge leisten. Die Entwickler versprechen sich davon einen wesentlich verbesserten Informationsfluss in beide Richtungen; der Patient wird vom Objekt zum Manager des Geschehens um ihn herum. Die Daten, die während der Versorgung automatisch gesammelt werden, sollen auch statistischen Zwecken zur Verfügung stehen. Noch nicht ganz gelöst ist die Frage des Datenschutzes. Die niedergelassenen Ärzte, gegen elektronische Krankenakten generell skeptisch, sehen ein Problem darin, dass nur zehn der 21 regionalen Gesundheitsbehörden sich an dem Projekt beteiligen wollen.

[hpm.org/survey/nz/a13/1](http://hpm.org/survey/nz/a13/1)

## USA: Vorerkrankung kein Hindernis mehr

Bestehende Vorerkrankungen dürfen in den USA kein Hindernis mehr für den Abschluss einer Krankenversicherung sein. Für eine Übergangszeit wird Abschlusswilligen eine staatliche Zwischenversicherung angeboten. Ab 2014 gilt auf dem freien Versicherungsmarkt ein vollständiges Diskriminierungsverbot.

Schätzungen zufolge weisen etwa 57 Millionen Amerikaner unterhalb des Rentenalters eine Vorerkrankung auf, die sie von der Versicherung ausschließen könnte. Die Versicherer fürchten eine schlechtere Risikodurchmischung, denn gerade diese Gruppe benötigt intensive Versorgung. Bisher nutzen allerdings nur wenige Bürger die neue Versicherungsmöglichkeit. Die Regierung hat das Programm noch nicht aktiv beworben. Um in die neue Zwischenversicherung hineinzukommen, müssen zudem Anwärter selbst nachweisen, dass sie wegen ihrer Vorerkrankung von einer privaten Versicherung abgewiesen worden sind. Die Prämie für die Zwischenversicherung variiert je nach Alter, Raucherverhalten und Staat zwischen 115 und 1735 Dollar.

[hpm.org/survey/us/b16/1](http://hpm.org/survey/us/b16/1)

## Estland: Medizinische Tipps am Telefon

Unter der Telefonnummer 1220 kann sich in ganz Estland jeder unabhängig von seinem Versicherungs- oder Aufenthaltsstatus auf Estnisch und auf Russisch rund um die Uhr medizinisch beraten lassen. Die „Familienarzt-Hotline“ fragt nach, macht Vorschläge, vermittelt Kontakte zu Ärzten und Kliniken und gibt auch allgemein Auskunft zu Versorgungsmöglichkeiten. Nach fünf Jahren des Bestehens hat sich herauskristallisiert, dass die Nummer am meisten von einkommens- und bildungsschwachen Bürgern genützt wird. Anrufer werden im Bedarfsfall auch erfolgreich durch ein System navigiert, vor dem sie häufig Schwellenangst haben. Neben konkreten Ratschlägen werden auch Informationen über das Gesundheitssystem vermittelt. Direkte Anfragen zu Systemfragen machen aber weniger als zwei Prozent aller Anfragen aus.

Jeder fünfte kennt die Nummer, 20 Prozent meinen, sie könnten sie sich leicht beschaffen. Die Zahl der Anrufe steigt noch immer kontinuierlich an. Nach einer Umfrage sind drei Viertel der Anrufer zufrieden mit der Beratung, die sie bekommen haben. 15 Prozent sind unzufrieden. In den meisten Fällen ist es mit einem Ratschlag getan. Nur 17 Prozent der Anrufer wird empfohlen, sich professionelle Hilfe zu holen. Die Hoffnung allerdings, dass die Hotline die praktischen Ärzte und die Klinik-Ambulanzen entlasten würde, hat sich nicht erfüllt. In den Notaufnahmestationen des Landes herrscht Argwohn, dass die Zahl der Patienten mit der Einführung der Hotline eher noch gestiegen sei.

[hpm.org/survey/ee/a14/3](http://hpm.org/survey/ee/a14/3)

## Spanien: Kenntnisse erleichtern das Leben

Mehr Wissen über die eigene Erkrankung, ein Wandel in den Gewohnheiten und mehr Zufriedenheit sind die greifbaren Ergebnisse eines „Patienten-Experten-Programms“ in Katalonien. Das Programm soll chronisch Kranke in die Lage versetzen, entspannter mit ihrer Krankheit umzugehen und sie besser zu akzeptieren. Grundlage war ein Kurs mit neun Sitzungen innerhalb von zweieinhalb Monaten, bei dem die Teilnehmer mit Techniken der Entscheidungsfindung und der Problemlösung bekannt gemacht wurden. Für die Kurse wird je ein chronisch Kranker zum „Patienten-Experten“ ernannt und von einem multidisziplinären Team für seine Aufgabe ausgebildet. Das Team teilt dem „Patienten-Experten“ dann auch eine Gruppe von Kursteilnehmern zu. Angesprochen werden in erster Linie Patienten mit Herzschwäche, chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung sowie Patienten mit Blutgerinnungsstörungen.

Bei den Patienten mit Herzschwäche wurde genau evaluiert, was sie gelernt hatten. Wie sich herausstellte, erwies sich der Wissenszuwachs als die nachhaltigste Wirkung. Während sich der Wandel in der Lebensführung mit dem zeitlichen Abstand wieder abschwächte, erlebten die Kenntnisse sogar eine Vertiefung. Auch beim eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit ließen die Patienten mit der Zeit wieder leicht nach. Dennoch setzte sich das größere Wissen in mehr Lebensqualität um: gemessen an zum Beispiel dem subjektiven Wohlbefinden und den körperlichen Beschwerden war gleich nach dem Kurs eine Verbesserung um 7 Prozent messbar, nach sechs Monaten um 7,8 und nach zwölf Monaten um 8,8 Prozent.

[hpm.org/survey/es/a16/3](http://hpm.org/survey/es/a16/3)

## Australien: Krankenhäuser im Vergleich

Alle 768 Krankenhäuser Australiens sollen nach dem Willen der Regierung von jedem interessierten Bürger unter den Aspekten Infektionshäufigkeit, Mortalität auf der Intensivstation, Zahl der Medikationsfehler und Wartezeit verglichen und bewertet werden können. Kaum war der Plan gefasst, kam eine Zeitung seiner Umsetzung zuvor: Der Sun-Herald nutzte andere öffentlich zugängliche Daten, um auf einer eigens dazu installierten Website die Kliniken des Bundesstaates New South Wales miteinander zu vergleichen. Mitgeteilt werden auf der Website unter anderem der Anteil der Notaufnahmepatienten pro Klinik, die innerhalb der festgelegten Wartezeit behandelt werden, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, die durchschnittlichen Kosten pro Aufenthalt je nach Diagnose und das Verhältnis von ambulanten zu stationären chirurgischen Eingriffen. Die Zeitung bemühte sich um seriöse Darstellung und verzichtete etwa auch auf das beliebte Ranking. Als private Initiative kann die Website allerdings auch keinen direkten Einfluss auf Verbesserungen in den Krankenhäusern nehmen.

Die Idee, Daten aus Krankenhäusern für jedermann handhabbar zu veröffentlichen, stößt bei den Betroffenen nicht auf Widerstand. Die staatliche und die katholische Betreibergesellschaft regten lediglich an, im Interesse der Vergleichbarkeit auch Daten über die Risikostruktur hinzuzufügen, etwa den Anteil Schwerkranker.

[hpm.org/survey/au/a16/2](http://hpm.org/survey/au/a16/2)

## Buchtipp: Gesundheitsmonitor 2010

„Bürgerorientierung im Gesundheitswesen“ ist das Thema des Gesundheitsmonitors 2010. Mit dem Informationsstand der deutschen Bevölkerung und den Beteiligungsmöglichkeiten der Bürger werden in diesem Band zunächst zwei zentrale Dimensionen des Begriffs beleuchtet. Wie gut kennen sich die Bürgerinnen und Bürger mit dem deutschen Gesundheitswesen aus? Gibt es auch hierzulande eine „gesundheitliche Legasthenie“? Welche Effekte sind von einer Beteiligung der Bevölkerung in Gesundheitsfragen zu erwarten?

In der Tradition des Gesundheitsmonitors steht im Weiteren die Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand: Wie weit spielt Bürgerorientierung in ausländischen Reformen und Gesundheitssystemen eine Rolle? Wie

bewerten Patienten und Versicherte die Gesundheitsreformen früherer Jahre? Vertrauen die Bürgerinnen und Bürger dem deutschen Gesundheitssystem und empfinden sie es als gerecht?

Da für diese Legislaturperiode ein Patientenrechtegesetz auf der gesundheitspolitischen Agenda steht, wird zum Abschluss geprüft, wer sich aktuell mit welchen Patientenrechten bereits auskennt.

Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann (Hrsg.) • **Gesundheitsmonitor 2010**  
Bürgerorientierung im Gesundheitswesen  
Erscheint: 13. Dezember 2010 • Broschur,  
456 Seiten • ISBN 978-3-86793-305-6  
**38,00 EUR**



# BertelsmannStiftung

### Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren

Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

[www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de)  
[www.hpm.org](http://www.hpm.org)

### Redaktion

Dr. Juliane Landmann,  
Melanie Lisac

### Autoren

Dr. Bernard Braun  
(Universität Bremen),  
Norbert Mappes-Niediek  
(freier Journalist),  
Dr. Gerd Marstedt  
(Universität Bremen)

### Kontakt

Heike Clostermeyer  
Tel.: (05241) 81-8 13 81  
Fax: (05241) 81-68 13 81  
[heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de](mailto:heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de)