

## Editorial

Unser Gesundheitswesen wird dem wenig vorteilhaften Bild, das die Bürger sich von ihm schon seit Jahren machen, offenbar immer ähnlicher – wie der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung belegt. Die Skepsis gegenüber dem, was da noch kommen wird, ist seit Jahren ungebrochen. Neu ist, dass die subjektiv erlebte Realität die allgemeine Skepsis überholt zu haben scheint, zumindest was die Wartezeiten und die Dauer der Sprechstunde anbelangt. Damit scheinen wegweisende Erklärungen endgültig fehl am Platz, wonach die schlechte Stimmung einfach nur der Freude am Rummeckern geschuldet wäre. Zumal das geringste Vertrauen bei den unter Vierzigjährigen gemessen wurde, einer Gruppe, die sich eigentlich durch ausgeprägten Optimismus auszeichnen sollte. Von der schlechten Stimmung am wenigsten betroffen sind ausgerechnet Einrichtungen zum Verbraucherschutz, die mit Medizin eher am Rande zu tun haben. Geschätzt wird vor allem ihre Unabhängigkeit.

Wie kann das geringe Vertrauen der Bürger in ihr Gesundheitssystem wieder gestärkt werden? Bessere Information gepaart mit mehr Patientenschutz und Rechtssicherheit sind vertrauensbildende Maßnahmen, auf die man im Ausland setzt. Japan, Neuseeland und Australien haben innovative Lösungen zum Umgang mit Behandlungsfehlern entwickelt. In Israel werden Krankenhauspatienten nach ihrer Entlassung besser unterstützt. Und in Polen sollen sich Geschädigte zukünftig durch einen Ombudsmann vertreten lassen können.

Ganz nach dem Motto: Vertrauen durch Kontrolle.

## Vertrauen ins Gesundheitssystem: Bei Kassenpatienten Fehlanzeige

*Dr. Bernard Braun und Dr. Gerd Marstedt*

In immer mehr Studien über die Lage großer gesellschaftlicher Politikfelder, in den Prognosen zu ihrer künftigen Entwicklung und bei der wissenschaftlichen wie politischen Verständigung über die Bedeutung von „Sozialkapital“ spielt das Vertrauen in ihre strukturelle Leistungsfähigkeit sowie die Kompetenz und „guten Absichten“ ihrer Akteure eine zunehmend wichtigere Rolle. Was Vertrauensverluste praktisch bedeuten können, zeigt die folgende Kernaussage einer Studie zur Bewertung zweier Stützpfeiler der Gesellschaftsordnung in Deutschland: „Die Deutschen blicken skeptisch in das Jahr 2010 und auch in die weitere Zukunft. Eine große Mehrheit hat nach dem Krisenjahr 2008/2009 ihr Vertrauen in zahlreiche Institutionen, Entscheider und Verantwortungsträger verloren. Inzwischen müssen ungefähr 70 Prozent der Bevölkerung als weitgehend resigniert eingeschätzt werden. Beinahe jeder Zweite wünscht sich mittlerweile einen ‚Systemwechsel‘ in Bezug auf repräsentative Demokratie oder Marktwirtschaft.“ Dies ist das Ergebnis einer umfassend angelegten Studie der Bertelsmann Stiftung über das Vertrauen der deutschen Bevölkerung, die der Öffentlichkeit Ende letzten Jahres vorgestellt wurde. Danach ist der breitflächige Vertrauensverlust weniger eine direkte Folge der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise, sondern setzte bereits vor Jahrzehnten als Folge der Globalisierung ein. Kurzfristiges Krisenmanagement ist demnach wenig geeignet, das verlorene Vertrauen zu festigen.

Wer Vertrauen nur als „soft factor“ oder Stimmungsindikator versteht, greift viel zu kurz und verkennt die praktischen Wirkungen, die sein Mangel oder Verlust haben können. Gerade in einem sozialen Bereich, der durch unerwartete und unplanbare Ereignisse wie Erkrankungen und die vielfachen Ungewissheiten der Behandlung von Krankheiten oder der Sicherung von Gesundheit geprägt ist, stoßen selbst Interessierte an die Grenzen ihrer Selbstvergewisserung und einer rationalen kognitiven Durchdringung des Geschehens. Blicke es dabei, würde ausgerechnet in einer ohnehin schon unsicher und gefährlich wirkenden Situation die Ungewissheit über die Lösbarkeit der gesundheitlichen Probleme noch zunehmen und weitere unerwünschte gesundheitliche oder soziale Wirkungen entfalten. Vertrauen ist also gerade für Menschen, die krank und damit in vielerlei Hinsicht eingeschränkt sind, ein Modus, der Kom- →

plexität reduziert, Ängste mindert sowie den letztlich nicht bewältigbaren Aufwand minimiert, die Qualität einer Behandlung nach Evidenzkriterien zu bewerten. Vertrauen kann damit handlungsbereit wie handlungsfähig für den eigentlichen Heilungsprozess machen. Ein Mangel an Vertrauen hat dann natürlich auch negative Wirkungen, ebenso wie „blindes“ oder „missbrauchtes“ Vertrauen.

Der Zusammenhang von Gesundheit und Vertrauen wird in einer aktuellen finnischen Studie wie folgt beschrieben: „The strong positive association between trust and psychological well-being persisted after controlling for all the other factors in our model. Conclusions: Our findings suggest that trust and reciprocity and social participation and networks contribute to good self-rated health and psychological well-being“ (Nieminen 2010). Zu einem ähnlichen Fazit kommt auch die Studie von Mohseni/Lindstrom 2007. Der vorliegende Beitrag greift in diesem Zusammenhang folgende Fragestellungen auf:

- a) Zeigen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre Veränderungen im Hinblick auf das Vertrauen ins Gesundheitssystem? Wie sieht dies in Bezug auf andere gesellschaftliche Bereiche aus?
- b) Welche konkreten Entwicklungen oder Veränderungen im Gesundheitssystem sind es im Einzelnen, die in der Bevölkerung mit Sorge betrachtet werden?
- c) Gibt es Bevölkerungsgruppen, die sich durch ein besonders hohes oder niedriges Maß an Vertrauen auszeichnen?
- d) Welchen Einrichtungen und Verbänden im Gesundheitssystem wird stärker und welchen weniger stark vertraut?

### Vertrauen in das Gesundheitssystem 2001 bis 2009

Seit der ersten Erhebung des Gesundheitsmonitors im Herbst 2001 wurden kontinuierlich vier Fragen gestellt, die das Vertrauen der Bevölkerung in die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems erfassen. Angesprochen wurden dabei zunehmende Zeiten des Wartens auf medizinische Interventionen, die Ausgrenzung von Leistungen aus der GKV, die allgemeine Befürchtung einer schlechteren Versorgung im Alter und schließlich das zunehmende Risiko medizinischer Behandlungsfehler. Die Entwicklung dieser Wahrnehmungsmuster im Zeitraum 2001 bis 2009 ist in Abbildung 1 dargestellt. – Zum Vergleich und um mögliche Unterschiede in der Bewertung des Gesundheitssystems sowie anderer gesellschaftlicher Felder zu erkennen, werden auch zwei Zeitreihen aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) abgebildet. Es zeigt sich:

*Erstens:* Die Veränderungen im fast zehnjährigen Beobachtungszeitraum sind – zumindest, was das Gesundheitssystem anbetrifft – nicht gravierend, auch wenn die Befürchtungen für zwei Aspekte um knapp 10 Prozentpunkte steigen: Leistungsausgrenzungen aus der GKV und Wartezeiten. Für die beiden übrigen Merkmale, unzureichende medizinische Versorgung im Alter und Behandlungsfehler, ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Im Vergleich dazu sind die im Sozioökonomischen Panel (SOEP) beobachteten Veränderungen, was Sorgen um die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung oder die Friedenserhaltung anbetrifft, erheblich größer. Die maximalen Differenzen liegen hier bei etwa 30 Prozentpunkten.

*Zweitens:* Die Befürchtungen in der Bevölkerung sind groß. Mit Leistungsausgrenzungen aus der GKV und zunehmend längeren Wartezeiten rechnen über 70

Prozent, seit 2008 sogar über 80 Prozent. Immerhin noch mehr als die Hälfte, etwa 60 Prozent, sehen sich im Alter nicht ausreichend medizinisch versorgt. Ärztliche Behandlungsfehler rangieren am unteren Ende, aber auch hier sind es immerhin noch 40 bis 50 Prozent, die diese Probleme befürchten.

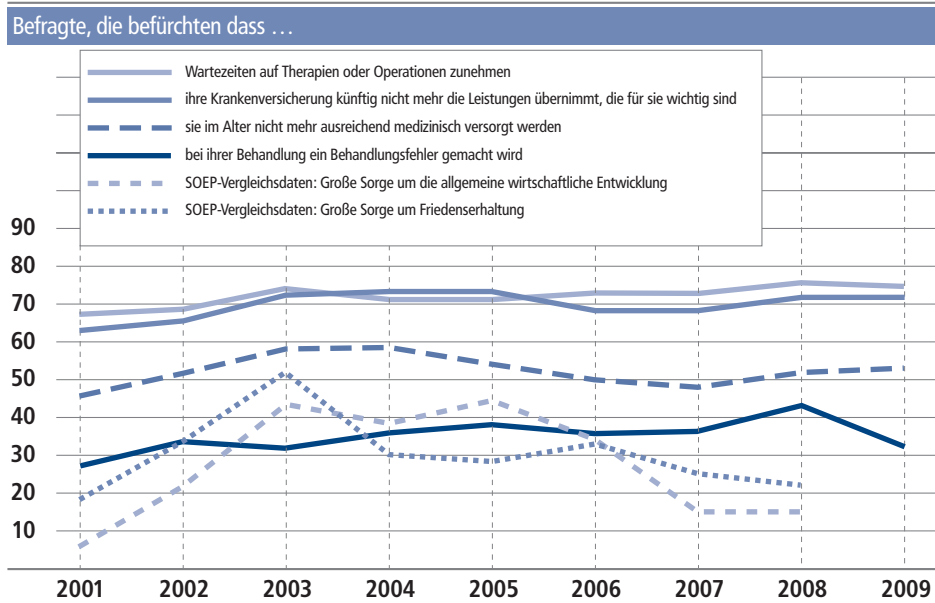
*Drittens:* Bemerkenswert scheint schließlich, dass auch bedeutsame Veränderungen im Gefolge von Gesundheitsreformen (wie das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 oder das Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007) in den Bewertungen kaum nachhaltige Spuren hinterlassen, weder in Richtung einer Stärkung des Systemvertrauens, noch – was eher zu erwarten gewesen wäre – in Richtung eines Vertrauensverlusts. Die jeweils sehr großen Gesetzespakete wurden vermutlich gar nicht als systemrelevante Interventionen wahrgenommen. Und das was über die Medien erfahrbar war, waren nur partielle, besonders auffällige Veränderungen (wie z. B. die Praxisgebühr).

Die im SOEP beobachtete Veränderung der Sorgen über die wirtschaftliche Entwicklung bildet demgegenüber reale Veränderungen ab: Von 2001 auf 2005 stieg die Arbeitslosenquote von gut zehn auf dreizehn Prozent und sank 2007 wieder leicht auf zehn Prozent ab. Diese Entwicklung lässt sich in den artikulierten Sorgen recht deutlich ablesen. Auch die Entwicklung der Sorgen, die die Friedenserhaltung anbetrifft, ist mit Blick auf den zweiten Irakkrieg (März bis Mai 2003) sehr plausibel.

### Implikationen mangelnden Vertrauens

Welche Aspekte des Gesundheitssystems sind es nun im Einzelnen, deren zukünftige Entwicklung von der Bevölkerung mit Sorge betrachtet werden? Die hierzu im Gesundheitsmonitor seit 2007 gestellten Fragen betreffen verschiedene Aspek-

### Aspekte des Vertrauens in das Gesundheitssystem 2001 bis 2009 (in Prozent)

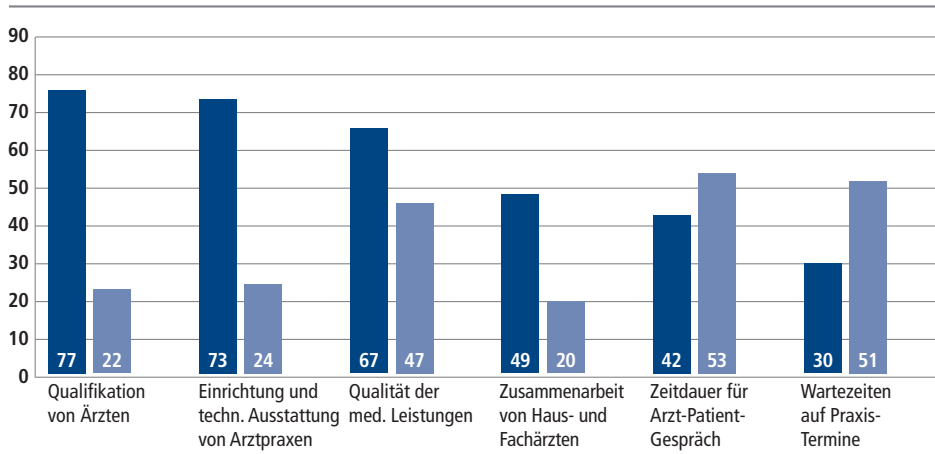


Quelle: Gesundheitsmonitor 2001–2009, N=23.317; SOEP 2001–2008, N=19.602

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

### Bewertung der aktuellen und zukünftigen Versorgungsqualität (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2007–2009, N=7.530

■ Aktuelle Bewertung sehr gut oder gut    ■ Annahme einer Verschlechterung in den nächsten fünf Jahren

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

te (Abbildung 2). Die Einschätzung der Veränderungen in den nächsten fünf Jahren wurde dabei ergänzt um eine Bewertung des Status quo, um zu sehen, ob

eventuell befürchtete Verschlechterungen auf einem Sockel eher zufriedener oder eher unzureichender Versorgungsqualität basieren.

Es zeigt sich zunächst, dass zwei Aspekte weniger positiv eingestuft werden: Die Dauer des Arzt-Patient-Gesprächs und das Warten auf den Praxis-Termin. Hier sind es lediglich 42 Prozent bzw. 30 Prozent, die die aktuellen Gegebenheiten mit sehr gut oder gut einstufen. Bei exakt diesen beiden Versorgungsmerkmalen herrscht zugleich die größte Sorge, dass sich hier schon in der näheren Zukunft weitere Verschlechterungen einstellen werden.

Könnte man die Zukunftsbefürchtungen, was längere Wartezeiten für Arzttermine anbetrifft, noch als bedauerliche, aber medizinisch zumeist unproblematische Service-Verschlechterung diskutieren, so betrifft die ebenfalls befürchtete Verkürzung der Zeiträume für die Arzt-Patient-Kommunikation ein zentrales Merkmal der Versorgungsqualität. Viele Studien haben gezeigt, dass eine befriedigende Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Therapieerfolg positiv beeinflusst (Geisler 2003). Auch in der Wertehierarchie der Patienten selbst steht diese Kommunikation ganz weit oben.

Für mehrere Aspekte der Versorgung, so hatten wir festgestellt (Abbildung 1), werden in besonders deutlicher Weise Verschlechterungen befürchtet. Offen geblieben ist dabei, ob dies flächendeckend befürchtet wird. Die Befragungsergebnisse (Tabelle 1) dokumentieren eine Größenordnung pessimistischer Sichtweisen, die so deutlich nicht zu erwarten waren.

Hervorzuheben ist hier insbesondere, dass die antizipierten Verschlechterungen im Versorgungssystem in allererster Linie Kassenpatienten betreffen. Im Vergleich dazu fallen die Benachteiligungen von Kindern oder alten Menschen, chronisch Kranken und Behinderten eher gemäßigt aus. Über 80 Prozent der Bevölkerung

**Befürchtungen zu Verschlechterungen im Gesundheitssystem**

| Es ist zu befürchten, dass zukünftig ...   | Prozent |
|--|---------|
| Leistungskürzungen dazu führen, dass das Gesundheitssystem insgesamt schlechter wird                                   | 89      |
| Kassenpatienten noch deutlich länger auf eine medizinische Behandlung warten müssen als Privatpatienten                | 86      |
| Kassenpatienten deutlich schlechter medizinisch versorgt werden als Privatpatienten                                    | 84      |
| mehr medizinische Leistungen gekürzt werden als medizinisch vertretbar ist   | 78      |
| Kassenpatienten solche lebensrettenden Therapien vorenthalten werden, die sie bekämen, wenn sie privatversichert wären | 56      |
| alte Menschen bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden  | 50      |
| chronisch Kranke/Behinderte bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden                            | 37      |
| Kinder bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden   | 15      |

Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, N=1.440

Tabelle 1

| BertelsmannStiftung

erkennen jedoch in der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssystems das Menetekel einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

**Vertrauensunterschiede zwischen Versichertengruppen**

Die Frage, für welche sozialen Gruppen in besonders starkem Maße zukünftige Verschlechterungen im Versorgungssystem befürchtet werden, lässt sich differenziert beantworten. Wir haben dazu einen Index „Gesamtvertrauen in das Gesundheitssystem“ gebildet, der die in Abbildung 1 genannten vier Aspekte (Wartezeiten, Ausgrenzung von Leistungen, schlechtere Versorgung, medizinische Behandlungsfehler) additiv zusammenfasst. Die Befragungsteilnehmer werden dafür zwei Gruppen zugeordnet, einer mit eher niedrigem und einer mit eher höherem Vertrauen.

Im Rahmen einer multivariaten Analyse (binäre logistische Regression), wurde anschließend untersucht, bei welchen Bevölkerungsgruppen ein hohes Maß an Systemvertrauen zu finden ist. Dabei wurden die Merkmale Lebensalter, Geschlecht, höchster Schulabschluss, sozioökonomische Schichtzugehörigkeit, Selbsteinstufung des Gesundheitszu-

stands, chronische Erkrankung, Anzahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten und Art der Krankenversicherung berücksichtigt.

Als Ergebnis dieser Analyse zeigt sich, dass drei Merkmale einen besonders nachhaltigen Effekt haben: Lebensalter, Gesundheitszustand und Versicherung in der GKV oder PKV. Für Ältere (ab 60) und auch „mittelalte“ Versicherte (40-59) zeigt sich ein besonders hohes Chancenverhältnis (Odds Ratio, OR) für ein höheres Vertrauen. Ältere haben 2,6mal so oft ( $p < 0,001$ ) und Mittelalte 1,4mal so oft ( $p < 0,001$ ) ein höheres Vertrauen in die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystem als Jüngere. Ähnlich große Unterschiede zeigen sich mit Blick auf die Krankenversicherung. PKV-Versicherte haben 2,6mal häufiger ( $p < 0,001$ ) ein hohes Vertrauen im Vergleich zu den GKV-Versicherten. Auch der Gesundheitszustand spielt eine Rolle: Im Vergleich zu denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder sogar schlecht definieren, haben Befragte mit guter oder sehr guter Gesundheit 2,2mal öfter hohes Vertrauen ( $p < 0,001$ ). Keine Rolle spielt in diesem Zusammenhang die

Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung oder die Zahl der Arztkontakte. Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit (OR Oberschicht im Vergleich zu Unterschicht: 1,4,  $p < 0,001$ ) oder Schulbildung (OR Abitur im Vergleich zu Hauptschule: 1,2,  $p < 0,001$ ) ist zwar statistisch signifikant, fällt aber niedriger als für die drei oben genannten Merkmale aus.

Was diese Ergebnisse aussagen, wenn man Bevölkerungsgruppen direkt miteinander vergleicht, zeigt Abbildung 3. Die Grafik zeigt deutlich den Kumulationseffekt von Lebensalter und Art der Krankenversicherung. Geringes Vertrauen zeigt sich bei Jüngeren in der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr als doppelt so häufig (71%) wie bei Älteren in der PKV (31%). Wie ist es zu interpretieren, dass Ältere deutlich öfter ein höheres Maß an Vertrauen in die zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen haben?

Aus biografischer Perspektive ließe sich argumentieren, dass mit fortschreitendem Lebensalter auch eine gewisse „Desensibilisierung“ eintritt: Befürchtungen einer schlechteren Versorgung im Gefolge einer Vielzahl von Gesundheitsreformen haben sich im Zuge des Älterwerdens relativiert. Sie haben zwar erfahren müssen, dass Gesundheitsleistungen für sie zunehmend teurer geworden sind – durch Praxisgebühr, Zuzahlungen, Ausgrenzung von zahnmedizinischen und anderen Leistungen. Und ebenso wurden von vielen sicher auch Qualitätseinbußen bemerkt. Gleichwohl ist für die meisten immer noch ein relativ akzeptables Versorgungsniveau feststellbar. Jüngeren fehlt diese erfahrungsbasierte Zuversicht meist, die Konturen zukünftiger Risiken sind deutlich verschwommener, schlechter einschätzbar und erscheinen daher auch bedrohlicher.

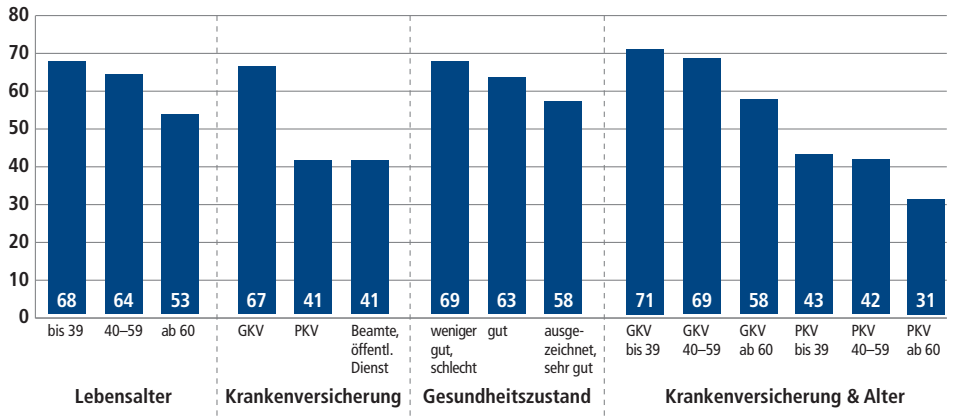
Dazu kommt, dass Jüngere eine (mit dem höheren Bildungsniveau zusammenhängende) stärker ausgeprägte Anspruchshaltung haben und damit vermutlich zu einer schärferen Auseinandersetzung mit dem Status quo der aktuellen Versorgung neigen. Diese Interpretation wird durch die generelle Bewertung des deutschen Gesundheitssystems gestützt, die in Abbildung 4 dargestellt ist. Hier zeigt sich deutlich, dass kritische Einschätzungen bei älteren Befragten seltener zu finden sind als bei Jüngeren.

### Vertrauenswürdigkeit von Einrichtungen im Gesundheitssystem

Bereits im Gesundheitsmonitor 2002 (Braun/Schnee 2002) war deutlich geworden, dass es ganz massive Vertrauensunterschiede in der Wahrnehmung der Bevölkerung gibt. Personen wie Hausarzt und Facharzt wird ein deutlich höheres Maß an Vertrauen geschenkt als Einrichtungen wie Altenheim und Pflegeheim. Aber auch zwischen den einzelnen Personen und Einrichtungen gibt es markante Unterschiede: Während über 80 Prozent der Bevölkerung Haus- und Fachärzten (sehr viel oder viel) Vertrauen schenken, ist dies bei Anbietern von Alternativmedizin nur bei etwas mehr als 40 Prozent der Fall.

In der Erhebung von 2002 wurden in erster Linie Anbieter von Medizin- und Pflegeleistungen (Ärzte, Physiotherapeuten, Alten- und Pflegeheime, Kliniken) hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit bewertet. In den darauf folgenden Jahren tauchten im Kontext unterschiedlicher Themen des Öfteren Fragen auf, die nach Vertrauen zu verschiedensten Einrichtungen, Organisationen oder Verbänden im oder am Rande des Gesundheitssystems fragten. Diese Ergebnisse haben wir in Tabelle 2 zusammengefasst. Die Fragen benutzten sehr unterschiedliche Skalierungen: Zum Teil war aus x vorgegebenen Einrichtungen eine auszuwählen, der man am meisten vertraute, zum Teil waren Mehrfachnennungen möglich, zum Teil waren x Einrichtungen in einzelnen

### Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Vertrauen in zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem (in Prozent)



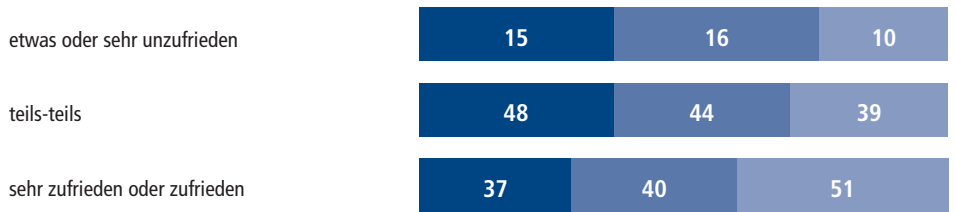
Quelle: Gesundheitsmonitor 2001-2009, N=21.800

Abbildung 3

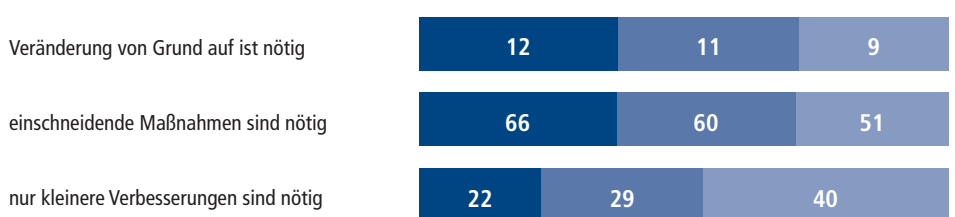
BertelsmannStiftung

### Bewertungen des deutschen Gesundheitssystems nach Alter (in Prozent)

#### Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem



#### Notwendigkeit von Veränderungen



Lesebeispiel: Innerhalb der Gruppe Jüngerer (bis 39) sind 15% etwas oder sehr unzufrieden, 48% teils-teils, 37% sehr zufrieden; insgesamt = 100%

Quelle: Gesundheitsmonitor 2001-2009, N=23.929

Alter bis 39    Alter 40-59    Alter ab 60

Abbildung 4

BertelsmannStiftung

nen Einrichtungen eine auszuwählen, der man am meisten vertraute, zum Teil waren Mehrfachnennungen möglich, zum Teil waren x Einrichtungen in einzelnen

Fragen benannt oder jede war quantitativ einzustufen hinsichtlich ihres Grades an Vertrauenswürdigkeit.

Wegen dieser heterogenen Skalen finden sich für das jeweilige Maß an Vertrauen in Tabelle 2 keine Prozentwerte, sondern Rangplätze. Eine 1 bedeutet, dass dieser Einrichtung das größte Maß an Vertrauen zugesprochen wurde bzw. von den meisten Befragungsteilnehmern als vertrauenswürdig beurteilt wurde.

Aufgaben und Funktionen, hinsichtlich derer die Vertrauenswürdigkeit der Einrichtungen zu bewerten waren, betrafen überwiegend Informations- und Beratungsleistungen in medizinischen und gesundheitlichen Fragen. Teilweise ging es auch um Kontrollfunktionen (z. B. Versorgungsqualität), Teilhabe an Entscheidungen (Rationierung) oder juristische Beratungen (bei Behandlungsfehlern).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass die Bürger tatsächlich primär die Vertrauenswürdigkeit und Unabhängigkeit der Einrichtungen bewerteten und nicht deren fachliche Kompetenz oder Zuständigkeit. Nur so ist zu erklären, dass Verbraucherschutz-Einrichtungen (Verbraucherzentrale, Stiftung Warentest) ganz oben in der Vertrauens-Hierarchie rangieren, selbst dann, wenn es um medizinische und gesundheitliche Fragen geht. Zwar haben sich diese Einrichtungen in der letzten Zeit teilweise auch um medizinische Themen gekümmert, mit Handbüchern zur Alternativmedizin und Früherkennung oder auch einer im Internet veröffentlichten Arzneimitteldatenbank. Gleichwohl waren und sind zentrale Adressaten dieser Einrichtungen Konsumenten und nicht Patienten. Offensichtlich ist bei den Verbrauchern aber „angekommen“, dass hier eine unabhängige Einrichtung informiert, die keinen kommerziellen oder beruflichen Interessen folgt.

Dass Krankenkassen im Hinblick auf Information und Beratung auch in medi-

**Rangplätze für verschiedene Einrichtungen hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit für verschiedene Funktionen (Kontrolle, Information, Entscheidungen)**

|   | Med Info | Vqual Ärzte | Bqual Ärzte | ges Ber | ärztl. BehF | QGes Info | Vqual Ärzte kt | Rat reg | Durchschn. Rangplatz |
|---|----------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------|----------------|---------|----------------------|
| Verbraucherschutz-Einrichtungen (z. B. Verbraucherzentrale, Stiftung Warentest) | 1        | 1           | 1           | 1       | 4           | 1         | 2              | 2       | 1,6                  |
| Krankenkassen   |          | 3           | 2           | 3       | 1           | 2         | 3              | 4       | 2,6                  |
| Ärzteverbände (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer)                  |          | 4           |             | 2       | 3           | 4         | 1              |         | 2,8                  |
| Patientenberatungsstellen   |          | 2           | 3           | 4       | 2           |           | 6              |         | 3,4                  |
| Universitäten, wissenschaftliche Einrichtungen                                  | 2        | 6           | 6           | 6       |             |           | 5              | 3       | 4,7                  |
| Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeeinrichtung, Patientenverband                    | 3        | 7           | 4           | 5       | 5           | 3         | 7              | 1       | 5,0                  |
| Staatliche Einrichtungen (z. B. Gesundheitsbehörden, Gesundheitsamt)            |          | 5           | 5           | 7       |             |           | 4              | 5       | 5,2                  |
| Gemeinnützige Organisationen (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz)             |          | 8           | 7           | 8       |             |           | 8              | 6       | 7,4                  |

Med Info = über rezeptpfl. Medikament informieren; Vqual Ärzte = über Versorgungsqualität von Ärzten informieren; Bqual Ärzte = über Ärzte und Behandlungsqualität informieren; ges Ber = Vertrauen in Qualität gesundheitlicher Beratung im Allgemeinen; ärztl. BehF = Anlaufstelle bei Verdacht auf ärztl. Behandlungsfehler; QGes Info = Qualität von Gesundheitseinrichtungen prüfen und darüber informieren; Vqual Ärzte kt = Versorgungsqualität von Ärzten kontrollieren; Rat reg = gewünschter Einfluss auf Regelungen zur Rationierung

Quelle: Gesundheitsmonitor 2003–2008, 4. bis 5., 10., 11. und 14. bis 16. Erhebungswelle, N=13.207

Tabelle 2

zinischen Fragen noch mehr Vertrauen entgegen gebracht wird als Ärzteverbänden, ist ebenfalls mit solchen Zuschreibungen erklärbar. Patientenberatungsstellen rangieren eher im Mittelfeld, ein Umstand, der zu einem Großteil wohl auf die große Heterogenität der Betreiber zurückzuführen ist. Hervorzuheben ist zudem, dass Universitäten und wissenschaftliche Einrichtungen sowie staatliche Einrichtungen wie Gesundheitsbehörden und Gesundheitsamt weit hinten rangieren. Was im Einzelnen bei Befragungsteilnehmern zu dieser Geringschätzung führt (bei Universitäten das Image des Elfenbeinturms, bei staatlichen Einrichtungen das Image der Bürokratie?) lässt sich mit unseren Daten leider nicht näher untersuchen.

**Fazit und gesundheitspolitischer Ausblick**

Wir fassen die zentralen Befunde unserer Analyse noch einmal kurz zusammen: Im Zeitraum von 2001 bis 2009 zeigt sich ein sehr hohes Niveau an Befürchtungen und Pessimismus, was zukünftige Entwicklun-

gen im Gesundheitssystem betrifft. Allerdings zeigt das Niveau mangelnden Vertrauens nur sehr geringfügige Änderungen und bleibt weitgehend unempfindlich gegenüber Gesundheitsreformen in diesem Zeitraum – so, als hätten sie gar nicht stattgefunden. Im Vergleich dazu fällt die Rezeption gesellschaftlicher Veränderungen wie wirtschaftliche Lage oder Friedensbedrohungen wesentlich deutlicher aus.

Mangelndes Vertrauen in die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems bedeutet nicht, dass ein völliger System-Kollaps befürchtet würde. Vor allem zwei Aspekte sind es, die nicht mehr nur zukünftig sondern bereits in der gegenwärtigen Versorgungsrealität als problematisch wahrgenommen werden: Die Dauer des Arzt-Patient-Gesprächs und die Wartezeiten auf Praxistermine.

Einige Bevölkerungsgruppen zeichnen sich durch ein vergleichsweise hohes Maß an Vertrauen aus. Dies sind insbesondere Versicherte in der PKV, ältere Versicherte

und solche, die ihren Gesundheitszustand als eher gut einstufen. Hier zeigen sich bereits nachdrücklich Effekte der zuletzt gehäuft auftauchenden Schlagzeile über eine drohende oder teilweise auch schon real zu beobachtende „Zwei-Klassen-Medizin“.

Einrichtungen und Verbände, die im Gesundheitswesen oder an dessen Rändern Kontroll-, Informations- und Beratungsaufgaben wahrnehmen, wird ein sehr unterschiedliches Maß an Vertrauen entgegengebracht. Überraschend rangieren hier Verbraucherschutz-Einrichtungen ganz vorne in der Gunst der Versicherten. Wenn es um „Vertrauensbeweise“ geht, ist es offensichtlich die Unabhängigkeit von kommerziellen oder berufsständischen Interessen, der besonders große Bedeutung zuerkannt wird.

Für die Gesundheitspolitik folgt aus diesen Ergebnissen zweierlei: Erstens sollte über das Zustandekommen, den Inhalt und die Wirkungen von Vertrauen auch in Deutschland mehr und facettenreicher geforscht werden. Zwei britische Wissenschaftler, Calnan und Rowe, hatten 2005 festgestellt, dass von allen Vertrauensstudien auf der ganzen Welt 52 Prozent in den USA und zehn Prozent in Kanada durchgeführt wurden. Theoretisch wie praktisch unbefriedigend war ferner, dass sich 82 Prozent der damals beendeten Studien auf das Vertrauen in der Patient-Arztbeziehung konzentrierten und in diesen Studien in knapp 80 Prozent der Fälle allein das Vertrauen des Patienten eine Rolle spielte.

Zweitens wird der Appell an allgemeine „vertrauensbildende Maßnahmen“ nicht ausreichen, um an dem unverändert hohen Niveau fehlenden oder eingeschränkten Vertrauens wirklich nachhaltig etwas zu ändern. Einzelne informatio-

nelle oder technisch-organisatorische Interventionen dürften nicht viel bewirken. Wie bei vielen anderen Handlungsblockaden im Gesundheitswesen dürfte nur eine Kombination von materiellen und immateriellen Maßnahmen Erfolg versprechen. Eine Kombination von handfesten Normen und Instrumenten zur Patientensicherheit in Behandlungsprozessen (z. B. öffentlich zugängliche Fehlerregister mit Angaben zu den daraus folgenden Sicherheitsbemühungen), der Befreiung der Arzt-Patient-Beziehungen vom Lamento über die angeblich oder tatsächlich zu geringe Vergütung der Leistungen oder die nicht finanzierbaren „wirklich guten Leistungen“ durch eine entsprechende Reform des Leistungskatalogs und der Honorierungsform, die Kodifizierung von möglichst konkreten Patientenrechten oder die konsequente Betrachtung und Beachtung von Behandlung aus der Perspektive des Behandlungsergebnisses und die Entwicklung entsprechender Indikatoren wären dafür geeignete Reformansätze. Sicherlich könnten letztlich auch weniger aufwändige Veränderungen der Praxisorganisation oder der Aufklärung der Patienten über die Umstände ihrer Behandlung dazu beitragen, dass bei einer nahezu gleich großen Anzahl von Arzt-Patient-Kontakten viele Patienten seltener und kürzer auf eine Behandlung warten müssten, sich nicht mehr ungerecht und nachrangig behandelt fühlten und Vertrauen in „die“ Ärzteschaft oder „das“ Gesundheitssystem gewinnen oder wenigstens nicht verlieren würden.

#### Literatur

- Bertelsmann Stiftung: Pressemeldung Gütersloh, 27.12.2009, Wendemarke oder tiefer in die Depression? 70 Prozent der Deutschen haben Vertrauen in Politik und Wirtschaft verloren; <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-224750A9->

A9470C29/bst/hs.xsl/nachrichten\_99289.htm

- Michael Calnan and Rosemary Rowe: Trust Relations in the 'New' NHS: Theoretical and methodological challenges. Vortrag auf der 'Taking Stock of Trust' E.S.R.C Conference London School of Economics am 12. Dezember 2005
- Linus S. Geisler: Das ärztliche Gespräch – eine vernachlässigte Aufgabe; Vortrag am 16.06.2003 in der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0306kommunikation.html>
- SOEP: WWW-SOEPinfo; <http://panel.gsoep.de/soepinfo2008/>
- Bernard Braun, Melanie Schnee: Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Akteuren, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens, S. 173-187, in Bernard Braun, Jan Böcken, Melanie Schnee (Hg.) Gesundheitsmonitor 2002, Gütersloh 2002
- Tarja Nieminen et al: Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being; Int J Public Health, DOI 10.1007/s00038-010-0138-3, published online ahead of print 02 April 2010
- Mohseni M, Lindstrom M.: Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study; Soc Sci Med. 2007 Apr; 64(7):1373-83
- Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.): Deutsche Zustände. Folge 8. Frankfurt/Main 2010

## Mehr Rechte, mehr Schutz, mehr Sicherheit: Vertrauensbildende Maßnahmen in anderen Ländern

Von Marion Grote Westrick und Norbert Mappes-Niediek

Im Gesundheitswesen geben Bürger Informationen über sich preis, die sie sonst vor ihren besten Freunden geheim halten. Nur hier lassen sie sich von fremden Menschen so freimütig befragen, berühren und beraten. Von blindem Vertrauen kann trotzdem keine Rede sein: Wer sich einem Arzt oder einer Klinik anvertraut, muss sicher sein, dass dort die gesundheitlichen Ansprüche des Patienten Priorität haben.

Vertrauen ist ein zerbrechliches Gut – einmal verspielt, kann es nur mühsam zurückgewonnen werden. Was für den einzelnen Arzt mit seinen sehr persönlichen Patientenbeziehungen fast eine Binsenweisheit ist, gilt für die Institutionen, Organisationen und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen nicht weniger. Auch sie müssen ihre Vertrauenswürdigkeit immer

wieder unter Beweis stellen und zeigen, dass sie strukturelle Defizite angehen.

Das institutionelle Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken – dies ist auch Dauerthema in anderen Ländern. Gerade bei Fragen der Gesundheit dürfen einzelwirtschaftliche Interessen nicht den Ausschlag geben. Polen bekämpft die verbreiteten Zahlungen „unter dem Tisch“, die Ärzte für eine rasche und angemessene Behandlung verlangen. Und in Japan ersetzen pauschale Entschädigungen den gerichtlichen Streit um teure Haftungszahlungen. Staatliche Systeme, die die Bürger durch ihre Steuern finanzieren, erfordern besonders hohe Transparenz und Fairness. Die Patienten wollen sich darauf verlassen, dass Wartelisten rasch abgebaut und gerecht geführt

werden. In Australien sorgen jetzt spezielle „Listen-Manager“ dafür, dass es flott und mit rechten Dingen zugeht.

Institutionelle Unübersichtlichkeit und berufsständischer Korpsgeist führen in vielen Ländern zu Vertrauensproblemen. In Jerusalem übernimmt ein neuartiges Informationszentrum daher die Aufgabe, Patienten durch das komplexe System zu lotsen. Australien bemüht sich, Ärzte und andere Mitarbeiter zur Meldung von bisher vertuschten Zwischenfällen zu ermuntern. Österreich und Neuseeland setzen auf zentrale Fehlerregister. Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten schließlich geht die Entwicklung weltweit weg von Standesgerichten zu unabhängigen Schiedsstellen.

### Australien: Transparente Reihenfolge

Australiens Patienten sollen genauer wissen, wie es mit ihnen weiter geht: Einige Bundesstaaten veröffentlichen jetzt im Internet, wie lange es durchschnittlich dauert, bis man auf der Basis einer Überweisung Zugang zu bestimmten Therapien bekommt. Ärzte und Patienten sollen im Wissen um die durchschnittliche Wartezeit möglichen Eilbedarf schneller anmelden und besser entscheiden können, wohin sie sich wenden. Umgekehrt sollen die Krankenhäuser Beschäftigte eigens zum Koordinieren und Umstellen der Wartelisten abstellen. In den „Koordinierern“ haben auch wartende Patienten einen Ansprechpartner. Darüber hinaus machen die Krankenhäuser die klinischen Kriterien, nach denen sie über die Reihenfolge entscheiden, transparent und plausibel. Einfach die Wartelisten ernster zu nehmen, ist für Australien ein neuer Weg, den vielen Beschwerden zu begegnen. Bisher hatte die Regierung stets nur mehr chirurgisches Personal bereitgestellt oder die Auslastung der Operationssäle verbessert.

[www.hpm.org/survey/au/a10/5](http://www.hpm.org/survey/au/a10/5)

### Dänemark: Streik verlängert Wartezeiten

Dänemarks Patienten dürfen sich im Prinzip auf Kosten der öffentlichen Hand in Privatkliniken behandeln lassen, wenn das öffentliche Gesundheitswesen es nicht schafft, ihnen nach zumutbarer Wartezeit ein Bett anzubieten. Ein großer Streik des Klinikpersonals hatte diese Regelung vorübergehend zu Fall gebracht. Wegen des Streiks mussten 50.000 Aufnahmen und Operationen verschoben werden, deckte eine Patientenschutzorganisation auf. Wäre die Wahlfreiheit unverändert bestehen geblieben, hätten die öffentlichen Kliniken alle ihre Patienten an den Privatsektor verloren. Deshalb wurde die Regelung ausgesetzt. Die staatlichen Krankenhäuser sind nun gehalten, mit Privatkliniken Verträge abzuschließen, um sie am Abbau des Staus zu beteiligen. Einstweilen dürfen die Ärzte in den staatlichen Kliniken selbst die Maßstäbe festlegen, nach denen sie ihre Patienten reihen.

[www.hpm.org/survey/dk/a12/5](http://www.hpm.org/survey/dk/a12/5)

## Israel: Info-Zentrum für Klinik-Entlassene

Klinikpatienten sollen in Israel schon vor der Entlassung alle Möglichkeiten der Nachbetreuung kennen lernen. In der Hadassah-Klinik, einem 1000-Betten-Haus in Jerusalem, wurde ein ganzer Flur geräumt, um einem neuartigen Informationszentrum Platz zu machen. Sozialarbeiter und eigens hierfür unterwiesene Freiwillige beraten dort Patienten und deren Angehörige kostenlos über ihre Rechte und über Zugänge zu ambulanten Einrichtungen. Eine Datenbank erlaubt es, für jeden einzelnen eine passende Lösung zurechtzuschneiden.

Die Klinik bekommt für den Unterhalt des Informationszentrums keine besondere Kompensation. Möglich wurde die Einrichtung durch eine zweckgebundene Privatspende. Die freiwilligen Helfer im Zentrum sind samt und sonders Ruheständler

aus Gesundheitsberufen. Verstärkt werden sie durch Sozialarbeiter. Von der Einrichtung profitieren sowohl die Klinik als auch die Patienten und die Krankenkassen: Hadassah pflegt sein Image, das Klinikpersonal wird von Fragen der Patienten entlastet. Die Kassen dürfen sich über sinkende Wiederaufnahmeraten freuen.

Vor Einrichtung des Zentrums konnten nur 25 bis 35 Prozent der Entlassenen mit Kontakt zu einem Sozialarbeiter rechnen und so auch über ihre Rechte aufgeklärt werden. Ältere Patienten sind sich ihrer Rechtsansprüche zwar häufig bewusst, tun sich aber oft schwer mit den bürokratischen Prozeduren, die man durchlaufen muss, um sie geltend zu machen. Websites und Telefon-Hotlines nutzen sie nur spärlich. Als sensible Gruppen gelten darüber hinaus vor allem Menschen ohne soziales

Netzwerk sowie solche, die nach der Entlassung arbeitslos oder erwerbsunfähig sind und Unterstützung benötigen. Nach einer landesweiten Untersuchung aus dem Jahre 2004 bekamen 46 Prozent der Patienten zwei Wochen nach Entlassung aus der Klinik nicht die verordneten Dienstleistungen. 29 Prozent bekamen sogar überhaupt keine Nachbehandlung oder Hilfestellung.

Das Zentrum soll auch der Informationsüberflutung durch Werbung etwas entgegenzusetzen. Pflegestationen, Altenheime, Leiharbeitsfirmen und andere kommerzielle Anbieter überschütten die Patienten mit Angeboten, wobei sie oft in deren Privatsphäre eindringen und fachliche Grenzen überschreiten.

[www.hpm.org/survey/is/a11/3](http://www.hpm.org/survey/is/a11/3)

## Polen: Kampf gegen Korruption

Eigene Erfahrungen mit Korruption im Gesundheitswesen und Presseberichte zum Thema haben das Vertrauen der Polen in eine faire Behandlung deutlich sinken lassen. Dass etwa die Bereitschaft zur Organspende zurückgeht, wird auf die Furcht vor der Verstrickung von Ärzten in Organhandel zurückgeführt. Im Rahmen ihrer „Politik der sauberen Hände“ legt die Regierung nun besonderes Augenmerk auf das Gesundheitswesen. Dabei setzt sie vor allem auf Medienkampagnen, um die Öffentlichkeit auf diesen Missstand aufmerksam zu machen. Zwar wurden so einzelne, besonders drastische Fälle öffentlich bekannt und die Täter bestraft. Experten aber glauben, die Lage werde sich nicht bessern, bis sich die Einstellung zu „kleinen Geschenken“ geändert hätte und die eingefrorenen Gehälter der Ärzte wieder steigen würden. Die Einführung regulärer Zuzahlungen könnte ebenfalls helfen, das System für die Patienten transparenter und gerechter zu machen.

[www.hpm.org/survey/pl/a9/5](http://www.hpm.org/survey/pl/a9/5)

## Singapur: Juristen statt Ärzte

Ärztlichen Disziplinargerichten, die in Singapur über Behandlungsfehler befinden, kann neuerdings statt eines Arztes auch ein erfahrener Richter oder Anwalt vorstehen. Ziel der Maßnahme ist es, das öffentliche Vertrauen in die Standesgerichtsbarkeit zu erhöhen.

Bei Verdacht auf Behandlungsfehler galt in dem Stadtstaat bisher ein standardisiertes Verfahren: Beschwerden gehen an den Disziplinarausschuss der Ärztekammer, der für jeden Fall ein Komitee aus drei Ärzten und einem nicht stimmberechtigten Laien bildet. Dieses kann Strafen bis 100.000 Dollar sowie befristete und dauerhafte Berufsverbote aussprechen. Wenig vertrauenswürdig ist an dem bisherigen Verfahren, dass ausschließlich Ärzte über einen ihrer Kollegen urteilten, und das unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Die vom Gesundheitsministerium eingeführte Neuregelung stößt bei der Ärzteschaft auf breite Ablehnung – in der Bevölkerung hingegen findet sie großen Anklang; kommt sie doch der öffentlichen Forderung nach mehr Rechenschaft und Transparenz seitens der Ärzteverbände entgegen.

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

## Japan: Versicherung statt Zivilprozess

Japanische Familien, deren Babys mit frühkindlicher Hirnschädigung zur Welt gekommen sind, erhalten jetzt pauschal finanzielle Unterstützung von einer Versicherung. Zuvor hatten Eltern in jedem einzelnen Fall nachweisen müssen, dass ein Behandlungsfehler vorlag, wenn sie eine Entschädigung von der Geburtsklinik verlangen wollten. Die gerichtliche Auseinandersetzung darüber zog sich oft lange hin und stellte für die Eltern eine große Belastung dar. Entlasten soll die Neuregelung auch die Geburtskliniken und ihre Mitarbeiter: Geburtshelfer tragen von allen medizinischen Berufen das höchste Prozessrisiko.

Jetzt wird jeder Antrag auf Zuwendungen von dem „Rat für Qualität in der Gesundheitsversorgung“ geprüft und beschie-

den. Gewährt wird die Zuwendung dann im staatlichen Auftrag von einer privaten Versicherung. Ein wissenschaftlicher Beirat untersucht gleichzeitig bei allen eingehenden Fällen die Ursache. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen die Grundlage für eine Präventionsstrategie abgeben. Finanziert wird das neue Versicherungssystem über Prämien der teilnehmenden Geburtskliniken und die gesetzliche Krankenversicherung. Ende 2009 beteiligten sich bereits mehr als 99 Prozent aller Kliniken an dem Fonds.

Geburtshelfer stehen in Japan viermal so häufig vor Gericht wie Internisten. Weil viele junge Ärzte nicht „mit einem Bein im Gefängnis stehen“ wollen, wählen sie meistens andere Fachrichtungen. So hat die Zahl der Geburtshelfer zwischen 1994

und 2006 um ein Viertel abgenommen – während gleichzeitig die Zahl aller Ärzte um ein Viertel stieg. Die Folge war erheblicher Personalmangel und damit eine weitere Verschlechterung der Geburtshilfe. Auch steigende Entgelte konnten daran nichts ändern.

Das neue System stößt in Japan auf breite Zustimmung, findet es doch für alle Beteiligten eine bessere Lösung: für die Geburtshelfer, Geburtskliniken und ihre Mitarbeiter, und vor allem für die betroffenen Familien, die nun mehr finanzielle Absicherung und Rechtssicherheit genießen.

[www.hpm.org/survey/jp/a14/4](http://www.hpm.org/survey/jp/a14/4)

## Neuseeland: Zentrales Fehlerregister

In Neuseeland werden alle ernsten und bedeutungsvollen Zwischenfälle in öffentlichen Krankenhäusern nach einheitlichen Kriterien erfasst und zentral zusammengeführt. Bisher wurden Behandlungsfehler nur auf freiwilliger Basis berichtet. Sinn des nationalen Registers ist nicht die gerichtliche Verfolgung, sondern eine höhere Sicherheit durch das Trockenlegen von Fehlerquellen. Bei 900.000 Aufnahmen im Vorjahr kam es in 258 Fällen zu schweren Zwischenfällen, die zum Tode oder zu lange dauernder Behinderung führten. Nach den nicht repräsentativen Daten resultierten 42 Prozent der Zwischenfälle aus Organisationsfehlern, etwa Verwechslungen. In 23 Prozent kamen gehungssichere Kranke zu Sturz. So genannte bedeutungsvolle Zwischenfälle lassen sich oft nicht auf individuelles Fehlverhalten zurückführen, sondern deuten auf eine ganze Kette von kleineren Organisationsmängeln. Das neue Berichtssystem findet viel Zuspruch, längerfristig soll es auf private Krankenhäuser und Arztpraxen ausgedehnt werden.

[www.hpm.org/survey/nz/a13/5](http://www.hpm.org/survey/nz/a13/5)

## Polen: Ombudsmann für Patienten

Ein Ombudsmann steht im Zentrum des neuen polnischen Gesetzes für Patientenrechte. Er soll die Interessen geschädigter Patienten vertreten und kann Fälle, die ihm bekannt werden, an neu eingerichtete Schiedsgerichte weiterleiten. Bisher kannte Polen nur eine ärztliche Standesgerichtsbarkeit, vor der alle angezeigten Zwischenfälle landeten. Die allgemeinen Gerichte waren nur selten involviert. Vor den Standesgerichten konnten Geschädigte nicht persönlich erscheinen. Sie mussten sich durch einen bevollmächtigten Arzt oder Anwalt vertreten lassen. Erstmals auch schreibt das neue Gesetz den Patienten ihre Rechte individuell und einklagbar zu. Vorher waren die Patientenrechte nur als Pflichten der Anbieter formuliert gewesen.

[www.hpm.org/survey/pl/a13/5](http://www.hpm.org/survey/pl/a13/5)

## Kanada: Wartezeiten werden kürzer

Kanada ist in seinem langjährigen Kampf gegen lange Wartezeiten einige Schritte weiter: Ein Zehnjahresprogramm in Höhe von 5,5 Millionen kanadischen Dollar (4,1 Millionen Euro) hat das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen deutlich verbessert. Kern der Strategie waren eigentlich „Termingarantien“ in fünf Operationsfeldern. Weil solche Garantien aber schwer einzuhalten sind, hat die Zentralregierung bisher auf eine entsprechende Gesetzesinitiative verzichtet. Jetzt sollen die Provinzen wenigstens auf einem dieser fünf Felder Garantien einführen. Einen Regressanspruch sieht bisher aber nur der Bundesstaat Quebec vor, und das auch nur für verzögerte Hüft-, Knie- und Staroperationen. Verantwortung für rechtzeitige Bestrahlung, Untersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie für Bypass-Chirurgie hat noch keine Provinz übernommen. Trotzdem gibt es auch anderswo Fortschritte: In Ontario, der bevölkerungsreichsten Provinz, bekommen nun 96 Prozent der Herzpatienten den benötigten Bypass in angemessener Zeit; 2007 waren es nur 82 Prozent. Private Leistungserbringer, an die man wartende Patienten überweisen könnte, gibt es in Kanada nicht. Wer dringend Behandlung braucht, wird entweder in eine Nachbarprovinz oder zur Not auch in die USA geschickt. Als Indiz dafür, wie ernsthaft das Problem mit den Wartezeiten inzwischen angegangen wird, gilt die Zahl der Überweisungen ins Nachbarland, die in Ontario zuletzt um 300 Prozent gestiegen ist.

[www.hpm.org/survey/ca/a11/1](http://www.hpm.org/survey/ca/a11/1)

## Australien: Schutz für „Verpfeifer“

Wer als Mitglied eines Teams schädliche oder verbotene Zwischenfälle meldet, muss eher mit Bestrafung als mit Belohnung rechnen – nicht nur im Gesundheitswesen. Weil der ärztliche Korpsgeist sich aber in Kliniken besonders gravierend auswirken kann, bemüht sich die australische Regierung schon seit langem, ihn zu entschärfen. Bisherige Gesetze, die jeden vor Repressalien schützen sollen, der solche Fälle meldet, haben sich als nicht ausreichend erwiesen. Jetzt wird jeder Meldung nachgegangen. Wer den Fall gemeldet hat, den versetzt die Regierung zum Schutz vor möglichen Repressalien an eine andere, sicherere Stelle im System und hält ihn über die Untersuchung, die er ins Rollen gebracht hat, ständig auf dem Laufenden.

Wie man aber „Whistleblower“ in die Struktur einer Klinik besser integriert, ist auch in Australien noch eine offene Frage. Solange sie nicht geklärt ist, bleiben Meldungen von Zwischenfällen durch Insider für sie selbst gefährlich und die große Ausnahme. Entmutigend auf wachsame interne Kritiker wirken gerade die schon bestehenden Kontrollmechanismen wie Ausbildung und Lizenzierung, Peer Review, Register für Zwischenfälle und Mortalität, externe Prüfungen oder Risiko-Management: Je mehr solcher Instanzen ein Zwischenfall bereits anstandslos passiert hat, desto höher ist die Hürde für ein Team-Mitglied, ihn trotzdem zu melden. Der nun stärkere Schutz findet Zuspruch, trägt das „Verpfeifen“ als letzter Ausweg zur Ahndung und Aufklärung von Zwischenfällen doch zu mehr Sicherheit für die Patienten bei.

[www.hpm.org/survey/au/a10/4](http://www.hpm.org/survey/au/a10/4)

## Neuseeland: Kein Rumsitzen in der Ambulanz

Neuseelands Regierung will nach britischem Vorbild den Notfallstationen der staatlichen Kliniken vorschreiben, jeden eintreffenden Patienten nach spätestens sechs Stunden zu behandeln. Zurzeit schützen die Kliniken sich mit Zugangsblockaden vor dem Patientenansturm: Ist kein Bett frei, werden Hilfesuchende gar nicht erst in die Notfallambulanz vorge lassen.

Hintergrund der Initiative ist der Regierungswechsel von 2008. Die neue Mitte-rechts-Regierung hatte den Abbau von Wartezeiten schon im Wahlkampf zum Thema gemacht. Nach einer Untersuchung aus dem vorigen Jahr dürfen zwar Patienten mit lebensbedrohlichen Zuständen in allen Kliniken des Landes mit sofortiger Behandlung rechnen. Andere dringend Behandlungsbedürftige warten aber in 16 der 21 staatlichen Kliniken länger als die vorgeschriebenen zehn Minuten. Und nur vier Kliniken behandeln Patienten, die eigentlich innerhalb einer halben Stunde an die Reihe kommen sollten, tatsächlich auch in diesem Zeitfenster.

In Neuseeland geht die neue Sechs-Stunden-Regel auf den Vorschlag einer fachlich besetzten Arbeitsgruppe zurück. Für dieses Jahr haben die Experten noch keine feste Stundenvorgabe empfohlen; erst sollen Daten gesammelt werden. Auch später soll die Vorgabe schon dann als eingehalten gelten, wenn 95 Prozent der Patienten in der fixierten Zeit behandelt werden.

[www.hpm.org/survey/nz/a13/2](http://www.hpm.org/survey/nz/a13/2)

## Buchtipp: Gesundheitspolitik in Industrieländern 13

Gesundheitspolitik in Krisenzeiten: Band 13 von Gesundheitspolitik in Industrieländern zeigt die Herausforderungen, in die die Krise so manches Gesundheitswesen gestürzt hat. Während Länder wie Estland ihre Gesundheitshaushalte drastisch zurückfahren, haben Österreich und die USA ihre Ausgaben ausgeweitet. Kann die Krise auch Auslöser für überfällige Reformen sein?

Das Vertrauen in Marktmechanismen wurde durch den Zusammenbruch der Finanzmärkte nur kurzzeitig erschüttert; im Gesundheitswesen gilt Wettbewerb vielen Ländern weiterhin als Königsweg zu mehr Effizienz und Qualität. Doch mehr Markt bedeutet auch mehr Staat: Nur durch besonnene Steuerung lassen sich die positiven Wirkungen des Wettbewerbs nutzen und unerwünschte Nebenwirkungen abmildern. Wie gut

Wettbewerb und Regulierung funktionieren, welche Effekte gesundheitspolitische Entscheidungen zeitigen – dies zu beurteilen bedarf es systematischer Beobachtung. Die Evaluation gesundheitspolitischer Entscheidungen ist demnach ebenso Gegenstand dieses Bandes wie die Koordination der Krankenhausversorgung mit anderen Sektoren, Strategien für mehr Prävention und gegen gesundheitliche Ungleichheit.

Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse (Hrsg.) • **Gesundheitspolitik in Industrieländern 13 Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise, Wettbewerb und Regulierung, Evaluation im Gesundheitswesen**

1. Auflage 2009, 166 Seiten • Broschur  
ISBN 978-3-86793-060-4 • 20,00 EUR



# BertelsmannStiftung

### Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren

Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de  
www.hpm.org

### Redaktion

Marion Grote Westrick,  
Dr. Juliane Landmann

### Autoren

Dr. Bernard Braun  
(Universität Bremen),  
Marion Grote Westrick,  
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