

EXECUTIVE SUMMARY

Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus (SOZU_AKUT)

Ziel: Durchführung einer quantitativen Studie an Patienten im Akutkrankenhaus zur Evaluation sozioökonomischer Ungleichheiten in der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualität.

Hintergrund/Forschungsstand: Die Erkenntnis, dass der Gesundheitszustand durch sozioökonomische Merkmale mitbestimmt wird, ist auch für Industrienationen akzeptiert. Während Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten, psychosozialen Belastungen und gesundheitsfördernden Ressourcen bestätigt wurden, sind **Erkenntnisse zu möglichen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung rar** (Janßen et al 2009). Relevant sein könnte dabei beispielsweise der generelle Zugang zu bestimmten Maßnahmen oder die erhaltene bzw. erlebte Qualität gesundheitlicher Versorgung. International – und hier vor allem für den anglo-amerikanischen Sprachraum – konnten gewisse Unterschiede bereits im Zugang zu verschiedenen Maßnahmen (z.B. invasive Eingriffe bei Herzinfarkt, Teilnahme an Rehabilitationsprogrammen) (Jackson et al 2005; Philbin et al 2001) festgestellt werden. Allerdings sind solche Ergebnisse kaum auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar. Für Deutschland liegen wenige Befunde vor allem für den Bereich Prävention (Vorsorge, Impfung) bzw. ambulante zahnmedizinische Versorgung vor (vgl. Janßen et al 2009). Zum akutstationären Bereich gibt es in Deutschland quasi keine Informationen. Im Kontext der Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheit wird daher inzwischen ein besonderer Bedarf in der Forschung zu potenziellen Versorgungsungleichheiten gesehen (Mielck 2008).

Für den Einsatz des Patienten als Qualitätsevaluator sprechen ethische, ökonomische und gesundheitliche Gründe. **Erfahrungen von Patienten beeinflussen deren zukünftige Entscheidung hinsichtlich Auswahl der stationären Einrichtung.** Insbesondere Patienten, die ihre Behandlung kritisch einschätzen, stellen zumindest bei elektiven Eingriffen ein gewisses „Risiko“ für Kliniken dar, weil sie ihre Unzufriedenheit überproportional häufig kommunizieren. Zudem hat sich gezeigt, dass eine von Patienten erlebte hohe Versorgungsqualität auch gesundheitliche Merkmale beeinflussen kann. So wird eine Relevanz für den Behandlungserfolg, das Schmerzempfinden, die psychische Belastung oder die Compliance der Patienten diskutiert (Pfaff et al 2009).

Im Rahmen einer Vorstudie wurden in drei Akutkrankenhäusern Daten zu sozioökonomischen Determinanten subjektiver Versorgungsqualität erhoben. Während bei einer Reihe der erhobenen Parameter wie dem Vertrauen gegenüber Ärzten und Pflegekräften oder in der Bewertung des Aufnahme- oder des Entlassungsmanagements keinerlei Differenzen gemessen wurden, scheinen demgegenüber in der Kommunikation mögliche Unterschiede zu bestehen. Hier hatten Patienten niedrigerer Statusgruppen angegeben, dass sie sich durch Ärzte (n.s.) oder Pflegekräfte etwas mehr vernachlässigt fühlen ($p=.01$) (Abb. 1 und 2).

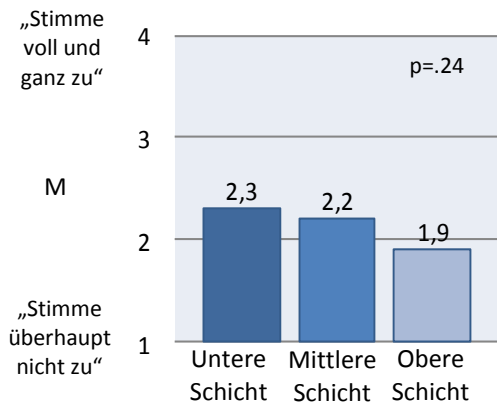


Abb. 1: Vernachlässigung durch Ärzte (N=98)

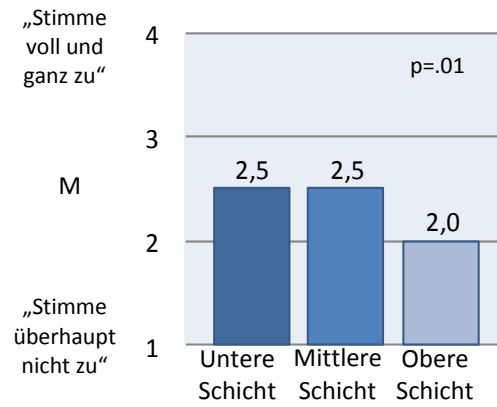


Abb. 2: Vernachlässigung durch Pflege (N=98)

Fragestellung: Auf Basis dieser Vorkenntnisse soll mit der geplanten Studie der Relevanz sozioökonomischer Merkmale für die subjektiv erlebte Versorgungsqualität vertiefend nachgegangen werden. Als unabhängige Einflussgrößen werden soziodemografische Merkmale wie Bildung, Schicht, Versichertenstatus und ggf. soziale Lagen erfasst. Im Hinblick auf die wahrgenommene Versorgung werden allgemeine Qualitätsparameter wie Aufnahmemanagement oder Wartezeiten berücksichtigt, der geplante Fokus liegt allerdings auf kommunikativen Versorgungsaspekten. Entsprechend soll der Bedeutung sozioökonomischer Merkmale z.B. für das Interesse der Patienten an der Versorgungsbeteiligung im Sinne eines Shared decision making nachgegangen werden bzw. der Frage, in welchem Umfang solche Bedürfnisse erfüllt werden.

Methoden: In einem querschnittlichen Design sollen ca. 1800 Patienten aus etwa 6-8 kooperierenden Kliniken mit standardisierten schriftlichen Fragebögen befragt werden. Einbezogen werden deutschsprachige Patienten im Alter von 18 bis 75 Jahren, die mindestens zwei Tage auf einer internistischen, chirurgischen oder orthopädischen Fachabteilung verbracht haben. Pro Fachabteilung sollen etwa 80-100 Patienten befragt werden. Eine manifeste psychiatrische Diagnose nach ICD 10 darf nicht vorliegen. Der Patient sollte die Befragungsunterlagen am Vortag seiner Entlassung erhalten und zeitnah dem Pflegepersonal zurückgeben. Die ausgefüllten Bögen werden in einer dafür vorgesehenen Box gesammelt und regelmäßig vom Projektteam abgeholt. In den Einrichtungen sollte ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der den Ablauf der Befragung koordiniert. Das Projektteam bemüht sich – wegen der bekanntermaßen hohen Arbeitsbelastung – die zeitlichen Aufwendungen der kooperierenden Einrichtungen möglichst gering zu halten. Der Erhebungszeitraum ist für Januar bis März 2011 geplant.

Literatur

- Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart*, 91. 10-14.
- Janßen C, Grosse Frie K, Dinger H, Schiffmann L et al (2009). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag. 149-166.
- Mielck, A (2008). Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K et al (Hrsg.). *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber.
- Pfaff H, Brinkmann A, Jung J, Steffen P (2009). Qualitätserhebungen im Gesundheitswesen. Der Patient als Partner in der Evaluation von Qualität. In: Gehrlach C, Althenhöner T, Schwappach D (Hrsg.). *Der Patients' Experience Questionnaire: Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Philbin EF, McCullough PA, DiSalvo TG, William G, Jenkins PL, Weaver WD (2001). Underuse of Invasive Procedures Among Medicaid Patients With Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Public Health* 91(7). 1082-1088.

Kontakt:

Prof. Dr. Thomas Althenhöner
HTW des Saarlandes
Goebenstr. 40
66117 Saarbrücken

Tel.: +49 681 5867.380
+49 5203 917783
Fax: +49 681 5867379
E-Mail: taltenhoener@htw-saarland.de