

Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung

Grundlagen für eine informierte Arztwahl
durch Verbraucherinnen und Verbraucher

STUDIEN
BERICHT

Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung

Grundlagen für eine informierte Arztwahl
durch Verbraucherinnen und Verbraucher

Martin Albrecht
Iris an der Heiden
Hendrik Bock

Unter Mitarbeit von
Franziska Carow

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektbericht

Berlin, April 2021

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Iris an der Heiden
Hendrik Bock
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	9
1. Hintergrund	14
1.1 Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung	14
1.2 Patientenorientierung in der ärztlichen Behandlung	15
1.3 Arztbewertungsportale	17
1.4 Patient-reported Experiences und Outcomes	21
1.5 Public Reporting	22
2. Analyse der Ausgangslage	25
2.1 Analyse bestehender Arztbewertungsportale	25
2.2 Internationaler Vergleich	28
3. Wissenschaftliche Erhebung der Transparenzbedarfe aus Verbrauchersicht	33
3.1 Projektziel	33
3.2 Methodisches Vorgehen	34
3.2.1 Bevölkerungsbefragung	36
3.2.2 Fokusgruppen	38
3.2.3 Befragungsbegleitende Prototyp-Entwicklung	40
3.2.4 Qualitativer Prototypentest	41
3.2.5 Online-Conjoint-Analyse	42
4. Empirische Ergebnisse	45
4.1 Repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Arztsuche	45
4.1.1 Arztgruppen und Anlässe der Arztsuche	45
4.1.2 Erfahrungen mit der Arztsuche	50
4.1.3 Verbreitung und Bewertung von Arztbewertungsportalen	53
4.2 Fokusgruppen	58
4.3 Qualitativer Prototypentest	60
4.4 Conjoint-Befragung	63
4.4.1 Erfahrungen bei der Arztsuche ausgewählter Arztgruppen	64
4.4.2 Ergebnisse der Conjoint Befragung	70
4.5 Zentrale Erkenntnisse der Erhebungen	82
5. Handlungsempfehlungen	85
5.1 Prototyp eines verbraucherfreundlichen Informationsangebots im Internet	85
5.2 Verbraucherpolitische Schlussfolgerungen	87
6. Literatur	91
Anhang: Prototyp für eine verbraucherfreundliche Arztwahl im Internet	97

Abbildungen	5
Tabellen	6
Abkürzungsverzeichnis	7

Abbildungen

Abbildung 1:	Strukturierung von Einflussfaktoren der Arztwahl	33
Abbildung 2:	Mehrstufiges methodisches Vorgehen	35
Abbildung 3:	Qualitätsdimensionen der Arztsuche	37
Abbildung 4:	Sind Sie aktuell auf der Suche nach einem oder mehreren Ärzten? Falls ja, welche Arztgruppe?	46
Abbildung 5:	Welchen Ihrer Ärzte haben Sie zuletzt gesucht?	46
Abbildung 6:	Aus welchem Anlass haben Sie Ihren letzten Arzt gesucht?	47
Abbildung 7:	Haben Sie in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, einen Ihrer behandelnden Ärzte zu wechseln?	48
Abbildung 8:	Warum haben Sie darüber nachgedacht, Ihren Arzt zu wechseln?	48
Abbildung 9:	Haben Sie schon einmal aus eigener Initiative einen Arzt gewechselt?	49
Abbildung 10:	Warum haben Sie den Arzt gewechselt?	49
Abbildung 11:	Haben Sie ihre Praxis selbst ausgesucht?	50
Abbildung 12:	Wie haben Sie sich bei der Arzt-Suche informiert?	51
Abbildung 13:	Welche Informationen waren für Sie entscheidend für die Arztwahl?	52
Abbildung 14:	Haben Sie sich für Ihre Arztsuche ausreichend informiert gefühlt? Verteilung nach Arztgruppen	53
Abbildung 15:	Welche Arztbewertungsportale sind Ihnen bekannt, haben Sie bereits zur Informationsgewinnung genutzt und haben Sie zur Arztbewertung genutzt?	55
Abbildung 16:	Wie hilfreich finden Sie die Informationen, die Sie auf den Arztbewertungsportalen erhalten?	56
Abbildung 17:	Werden Sie sich zukünftig auf Arztbewertungsportalen über Ärzte informieren?	57
Abbildung 18:	Entscheidungskriterien bei der Arztwahl: Priorisierung nach Arztgruppe	60
Abbildung 19:	Beispielhafte Unterschiede der Darstellungsweisen von aggregierten Bewertungen	61
Abbildung 20:	Beispielhafte Unterschiede der Darstellungsweisen von Fragebogenergebnissen und Einzelbewertungen	62

Abbildung 21:	Haben Sie sich für Ihre Arzt-Suche ausreichend informiert gefühlt?	64
Abbildung 22:	Welche der folgenden Informationen zu dem Arzt waren für Sie entscheidend für die Arztwahl? – Verteilung nach Arztgruppen	66
Abbildung 23:	Wie viele Arzt-Praxen haben Sie im Rahmen Ihrer letzten Suche kontaktiert, bevor eine verfügbar war?	67
Abbildung 24:	Welche Art der Terminabstimmung ist für Sie am besten? – Verteilung nach bisheriger Nutzung der Online-Terminvergabe	68
Abbildung 25:	Würden Sie unter bestimmten Bedingungen* lange Wartezeiten in Kauf nehmen?	69
Abbildung 26:	Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Hausarzt-Suche relevant sein könnten?	71
Abbildung 27:	Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Haus-/Kinderarztsuche eine besondere Rolle?	72
Abbildung 28:	Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Orthopäden-Suche relevant sein könnten?	72
Abbildung 29:	Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Orthopäden-Suche eine besondere Rolle?	73
Abbildung 30:	Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Zahnarzt-Suche relevant sein könnten?	73
Abbildung 31:	Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Zahnarzt-Suche eine besondere Rolle?	74
Abbildung 32:	Beispiel eines Auswahlzenarios in der Conjoint-Befragung	75
Abbildung 33:	Nutzen von Informationen für die Arztwahl	77
Abbildung 34:	Relative Nutzenwerte von Informationen bei der Arztwahl	78
Abbildung 35:	Wichtigkeit der Qualifikation des Arztes – Verteilung nach Vorerkrankungen der Patienten	80
Tabellen		
Tabelle 1:	Studiensteckbrief Ist-Analyse der Arztsuche in der Bevölkerung	38
Tabelle 2:	Studiensteckbrief Fokusgruppen zu Erfahrungen und Verbesserungspotenzialen der Arztsuche	40
Tabelle 3:	Studiensteckbrief Einzelinterviews zu Bewertung alternativer Informationsangebote/Prototypen-Test	42

Tabelle 4:	Studiensteckbrief Conjoint-Analyse von Informationsangeboten bei der Suche von Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen	43
Tabelle 5:	Welche Informationen haben Ihnen bei der Arzt-Suche gefehlt?	65
Tabelle 6:	Merkmale und Ausprägungen der Conjoint-Befragung	75
Tabelle 7:	Unterschiede von Entscheidungspräferenzen in der Arztsuche nach soziodemografischen Merkmalen	81

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in Abbildungen und Tabellen auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
a.a.O.	am angegebenen Ort
ACBC	Adaptive Choice-Based Conjoint
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR-Drs.	Bundesrats-Drucksache
CAWI	Computer-assisted web interviewing
DMP	Disease-Management-Programm
DVPMG	Digitale-Versorgung- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz
ePA	elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggü.	gegenüber
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PREM	Patient-Reported Experience Measure
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
QOF	Quality and Outcomes Framework
QuATRo	Qualität in Arztnetzen - Transparenz mit Routinedaten
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf

Zusammenfassung

Höhere Anforderungen an Informationen für die Arztwahl

Für Patientinnen und Patienten gilt in Deutschland die freie Arztwahl (vgl. für gesetzlich Versicherte § 76 Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V)). Um eine Ärztin oder einen Arzt bzw. eine Arztpraxis auszuwählen, die den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen gerecht wird, benötigen Patientinnen und Patienten adäquate Informationen.

Die Anforderungen an die für eine optimale Wahlentscheidung erforderlichen Informationsgrundlagen haben tendenziell zugenommen:

- ◆ Ein kontinuierlich wachsendes medizinisches Angebot, das durch zunehmende Spezialisierung gekennzeichnet ist, steigert die Komplexität der Wahlentscheidung.
- ◆ Ausgehend von den Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz bei Krankenhausleistungen sowie der Diskussion über Patientenrechte hat das öffentliche Bewusstsein für Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung zugenommen. Auch im Hinblick auf die ambulante ärztliche Versorgung mehren sich die Forderungen nach größerer Qualitätstransparenz.
- ◆ Schließlich haben sich in anderen Produkt- und Dienstleistungsbereichen neue Informationsstandards und -ansprüche der Konsumenten herausgebildet, möglichst schnell und effizient Leistungsangebote nicht nur in preislicher, sondern auch in qualitativer Hinsicht detailliert vergleichen zu können. Verbraucher nutzen für ihre Wahlentscheidungen zunehmend neuartige Informationsformate wie z. B. anbieterunabhängige Plattformen, die bislang fragmentierte Informationsangebote bündeln.

Bestehende Informationsangebote im Gesundheitsbereich werden mit Blick auf diese Anforderungen daran gemessen, inwiefern sie Patientinnen und Patienten optimale Entscheidungen bei der Wahl von Leistungsangeboten ermöglichen. Eine wesentliche Funktion der Informationsangebote besteht darin, Entscheidungsunsicherheit der Verbraucherinnen und Verbraucher zu reduzieren. Dies gilt in besonderer Weise für die Arztwahl, weil Arzt-Patienten-Beziehungen häufig längerfristiger Natur sind und eine besondere Vertrauensbasis voraussetzen. Die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation beeinflusst nachweislich den Behandlungserfolg.

Ziel: Voraussetzungen für informierte Arztwahl verbessern

Ziel des Projekts, dessen Ergebnisse der vorliegende Bericht zusammenfasst, ist es, die Voraussetzungen für eine informierte Arztwahl in der ambulanten Versorgung zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden Ansätze für die Gestaltung eines verbraucherorientierten Informationsangebots entwickelt. Diese stützen sich auf repräsentative Erhebungen zu der Frage, wie Patientinnen und Patienten aktuell Ärzte suchen, auswählen und mit welchem Erfolg dies aus ihrer Sicht gelingt. Hieraus

wurden Erkenntnisse darüber gewonnen, welche und in welcher Form Informationen aus Verbrauchersicht fehlen, um eine bedarfs- und präferenzgerechte Arztwahl zu treffen.

Mehrstufiges methodisches Vorgehen

Für eine Bestandsaufnahme wurden zunächst Erkenntnisse zur Arztwahl und diesbezüglichen Informationsangeboten aus vorliegenden Studien und Fachliteratur ausgewertet. Dies umfasste insbesondere eine inhaltliche und strukturelle Analyse der aktuellen Informationsangebote zur Arztsuche im Internet (Portale). Im Ergebnis zeigt sich ein fragmentiertes, heterogenes Angebot mit sehr unterschiedlichen Ansätzen des Informationsumfangs und der Informationsdarstellung.

Durch repräsentative Bevölkerungsbefragungen wurde ermittelt, welche Erfahrungen Verbraucher mit der Arztsuche und speziell mit Arztbewertungsportalen gemacht und welchen Informationsbedarf sie für zukünftige Arztsuchen haben; zudem wurde vertiefend untersucht, in welcher Form Informationen zur Verfügung stehen sollten und welche, über die aktuellen hinausgehenden Informationsangebote nutzenstiftend wären.

Die Untersuchung umfasste vier aufeinander aufbauende Erhebungen:

1. eine bevölkerungsrepräsentative Befragung von etwas mehr als 2.000 Personen,
2. vier Fokusgruppen-Diskussionen über die Suche von Kinder-, Haus und Zahnarztpraxen sowie von Orthopädinnen und Orthopäden,
3. Einzelinterviews mit zwölf Personen, die zuletzt eine der ausgewählten Arztgruppen gesucht haben, zur Qualität vorhandener Informationsangebote sowie zu Vor- und Nachteilen alternativer Informationsangebote,
4. eine Conjoint-Analyse mit etwas mehr als 1.500 Befragten zur Gewichtung des Nutzens von Informationsangeboten für die Wahl von Kinder-, Haus und Zahnarztpraxen sowie von Orthopädinnen und Orthopäden.

Die zentralen Ergebnisse dieser Erhebungen werden im Folgenden zusammengefasst.

Hohe Alltagsrelevanz der Arztsuche und Informationsbedürfnis

Die Arztsuche ist ein relevantes Thema für die Bevölkerung: Etwa die Hälfte der repräsentativ ausgewählten Befragten war aktuell auf der Suche nach mindestens einer Ärztin bzw. einem Arzt. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung denkt darüber nach, eine Arztpraxis zu wechseln. Gründe dafür sind Unzufriedenheit, das Gefühl, dass der Patientin bzw. dem Patienten in der Arztpraxis nicht geholfen werden konnte und ein besserer Zugang zu einer anderen Praxis. Es zeigt sich weiterhin, dass die Transparenz des ärztlichen Behandlungsangebots und damit die Voraussetzungen für eine optimale Arztwahl aus Sicht der Verbraucher verbesserungswürdig sind: So gab die Hälfte der Befragten an, sich bei der letzten Arztsuche unzureichend informiert gefühlt zu haben.

Wunsch nach Qualitätstransparenz betrifft vor allem ärztliche Kommunikationsfähigkeit und fachliche Kompetenz

Die Kommunikationsfähigkeit sowie die fachliche Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten werden als die wichtigsten Qualitätskriterien aus Verbrauchersicht benannt. Informationen dazu werden den Patientinnen und Patienten bisher nicht systematisch zur Verfügung gestellt.

Bei den verfügbaren Informationsquellen zum Vergleich der ärztlichen Kommunikationsfähigkeit und Fachkompetenz handelt es sich im Wesentlichen um Empfehlungen und Bewertungen durch Patientinnen und Patienten. Diese werden aufgrund ihrer Subjektivität und Selektivität vielfach als wenig aussagekräftig bzw. belastbar, teilweise sogar als verzerrend betrachtet. Auch wird häufig grundsätzlich an der Bewertungskompetenz von Patientinnen und Patienten gezweifelt.

Die Befragungsergebnisse zeigen jedoch zweierlei:

- ◆ Für die Verbraucherinnen und Verbraucher sind Patientenbewertungen bei der Arztwahl von großer Bedeutung, weil diese Informationen zu zentralen Qualitätsaspekten enthalten, für die es häufig keine alternative Quelle gibt. Empfehlungen in Form von Bewertungen im Internet sind bereits nahezu genauso relevant wie persönliche Empfehlungen. Sie können diese ergänzen oder ersetzen. Insbesondere offene Freitextbewertungen können Informationen zur Kommunikationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie zum persönlichen Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten enthalten, die für die individuelle Wahlentscheidung essentiell sind.
- ◆ Die Verbraucherinnen und Verbraucher sind sich der Limitationen dieser Informationsquelle durchaus bewusst und berücksichtigen diese bei der Informationsnutzung. So werden offene Freitextbewertungen der typischerweise stark subjektiven und situativen Komponente der Qualitätsaspekte Kommunikationsfähigkeit und persönlicher Umgang gerecht und von den Patientinnen und Patienten auch dementsprechend interpretiert.

Die Ergebnisse machen jedoch ebenfalls deutlich, dass sich die Aussagekraft der Patientenbewertungen und -empfehlungen im Internet noch verbessern lässt. Dies betrifft etwa eine zu geringe Anzahl an Bewertungen und damit eine mangelnde Intersubjektivität, außerdem Probleme in der Zuordnung von Bewertungen zu konkreten Ärzten, z. B. nach Praxisübergaben oder bei Berufsausübungsgemeinschaften. Die Texte werden zudem umso hilfreicher bewertet, je konkreter Erfahrungen der Patientinnen und Patienten beschrieben werden.

„Objektive Daten“ nur ergänzend als hilfreich bewertet

Quantitative Daten zur vergleichenden Darstellung von Qualitätsaspekten, beispielsweise zur Häufigkeit und Struktur ärztlicher Leistungen oder behandelter Patienten, sind für Verbraucherinnen und Verbraucher bislang nicht auf Ebene einzelner Arztpraxen verfügbar, obwohl dies auf Grundlage der vorhandenen

administrativen Daten grundsätzlich möglich wäre. Die Nutzung dieser Daten im Sinne eines „Public Reportings“ zur Erhöhung der Leistungs- und Qualitätstransparenz für die Arztwahl ist aktuell Gegenstand der fachlichen Diskussion.

Quantitative bzw. statistische Daten zu Behandlungshäufigkeiten sind aus Verbrauchersicht dann hilfreich, wenn aus ihnen relativ spezifische Behandlungserfahrungen eines Arztes hinsichtlich ihrer konkrete Beschwerden hervorgehen, die sich nicht allein aus der Angabe der ärztlichen Fachgruppe entnehmen lassen (z. B. bei Migräne, chronischen Schmerzen, Schilddrüsenerkrankungen). Auch können Leistungsdaten bereits bei der Arztsuche und vor Kontaktaufnahme mit einer Arztpraxis darüber Aufschluss geben, welche Praxen bestimmte Behandlungen grundsätzlich anbieten.

Für die Wahlentscheidung sind aus Verbrauchersicht solche Informationen über spezifische ärztliche Erfahrung jedoch nachgelagert. Hierbei dürfte auch eine Rolle spielen, dass Patientinnen und Patienten Informationen dieser Art noch nicht kennen. Die Nutzung quantitativer bzw. statistischer Daten als Informationsgrundlage für die Arztsuche bedarf daher einiger Vorarbeiten. Neben der Klärung datenschutzrechtlicher Fragen ist hinsichtlich der Veröffentlichung von Statistiken auf Praxisebene arztgruppenspezifisch zu ermitteln, welche Daten in welchem Detailgrad und in welcher Darstellungsform von Verbraucherinnen und Verbrauchern als hilfreich angesehen werden. Die Ergebnisse der vertiefenden Befragungen geben hierzu erste Hinweise: So werden einfache Häufigkeiten gegenüber abstrakteren Angaben wie Prozentwerten, Mittelwerten und Benchmarks bevorzugt, und visuelle Symbole erleichtern den Zugang zu den Daten (Icons/Symbole/Farben/Check-boxen). Dabei wird eine Orientierung an Darstellungsformen als hilfreich angesehen, die zur Unterstützung von Verbraucherentscheidungen in anderen Produkt- und Dienstleistungsbereichen etabliert sind. Die Verbraucher verhalten sich in dieser Hinsicht pragmatisch und sehen keine Notwendigkeit, der Gesundheitsversorgung eine Sonderrolle zuzugestehen.

Defizite bei Informationen über den Zugang zu Arztpraxen

Bei der Arztsuche fehlen Verbraucherinnen und Verbrauchern nicht nur Informationen zu Dimensionen der Versorgungsqualität, die aus ihrer Sicht für die Arztwahl entscheidend sein können. Bei der Arztsuche fehlen häufig auch grundlegende Zugangsinformationen.

- ◆ Aufgrund der bisher noch gering ausgeprägten Digitalisierung der Arztpraxen ist die telefonische Kontaktaufnahme bisher der wichtigste Zugangsweg – mit den entsprechenden Einschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit gegenüber Online-Informationsangeboten und nicht selten mit schlechter Erreichbarkeit.
 - ◆ Die wesentliche Information, ob neue Patientinnen und Patienten von der Praxis angenommen werden, fehlt bei den meisten Informationsangeboten.
-

- ◆ Information zu Terminverfügbarkeit oder zu Akutsprechstunden sind nicht standardmäßig verfügbar und müssen, wenn es keine Möglichkeit für eine Onlinebuchung gibt, telefonisch erfragt werden.
- ◆ Wesentliche weitere Informationen, wie das Angebot von Videosprechstunden, Preisinformationen von Zahnärzten oder Wartezeitenmanagement bei Kinderärzten sind nur teilweise auf den Internetseiten der Arztpraxen verfügbar.

Patientinnen und Patienten müssen somit bisher einen vergleichsweise hohen Aufwand betreiben, um herauszufinden, ob und wann eine Praxis für sie grundsätzlich verfügbar ist, und um den Zugang und das Leistungsangebot von Praxen zu vergleichen.

Ansätze für ein verbraucherorientiertes Informationsangebot

Das gegenwärtige Informationsangebot für die individuelle Arztsuche ist lückenhaft. Informationen zum Zugang sind oft unzureichend: Dies betrifft die Terminverfügbarkeit, das Angebot von Telemedizin und Angaben zu Aufnahmestopp, Akut-Sprechstunden und telefonischer Erreichbarkeit. Insgesamt gibt es zu vielen Ärzten nur wenige aktuelle Bewertungen, teilweise fehlt es an einer eindeutigen Zuordnung oder hilfreichen Verknüpfungen (z. B. mit Kartenansicht). Quantitative bzw. statistische Daten (z. B. zu Behandlungshäufigkeiten, Patientenstruktur) werden auf Ebene einzelner Praxen nicht genutzt, um die Leistungs- und Qualitätstransparenz zum Zweck der Arztsuche/-wahl zu erhöhen.

Erweiterungen des Informationsangebots sollten sich aus Verbrauchersicht demnach vor allem auf folgende Aspekte beziehen:

- ◆ umfassende Darstellung der Möglichkeiten und Voraussetzungen des Zugangs zu Arztpraxen,
- ◆ Ausweitung der Verfügbarkeit offener (Freitext-) Bewertungen in Bezug auf nicht oder nur begrenzt quantitativ darstellbare Qualitätsdimensionen,
- ◆ ergänzende, verbraucherorientiert aufbereitete quantitative bzw. statistische Daten zur Darstellung ärztlicher Erfahrungen mit spezifischen Behandlungen, Diagnosen und Patientengruppen.

Für die Informationsangebote zur Arztsuche im Internet bestehen demnach inhaltliche und strukturelle Verbesserungspotenziale, um die Arztwahl verbraucherfreundlicher zu gestalten und Qualitätsinformationen in größerem Umfang zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen des Projektes wurde ein Prototyp entwickelt, der die Inhalte eines verbraucherfreundlichen Informationsangebots detaillierter beschreibt. Dieser wurde im Rahmen einer Fachtagung im November 2020 diskutiert und kann als Modell genutzt werden, um bestehende Informationsangebote zu erweitern: <https://www.iges.com/presse/2020/fachtagung-internet-arztsuche>.

1. Hintergrund

1.1 Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung

In der gesundheitspolitischen Diskussion haben Fragen nach der Qualität der Versorgung – neben den Themen Leistungsumfang, Zugang und Finanzierung – zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dabei werden verstärkt Qualitätstransparenz und Nachweise einer hohen Versorgungsqualität eingefordert. Dies schlägt sich nicht nur in der Gesetzgebung nieder, auch unter den Verbrauchern hat das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede in der gesundheitlichen Versorgung in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. z. B. Gesundheitsmonitore der Bertelsmann Stiftung 2001 bis 2016).

Für den Bereich der stationären Versorgung wurden bereits vor längerer Zeit die Grundlagen für qualitätsorientierte Leistungsvergleiche gelegt: Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, in Form von so genannten strukturierten Qualitätsberichten über ihre Strukturen, Leistungsangebote und Behandlungsergebnisse zu informieren. Ursprünglich im Zweijahresabstand, hat jedes zugelassene Krankenhaus einen solchen Bericht mittlerweile jährlich vorzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür Inhalt, Umfang und Format fest (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V). In einer Referenzdatenbank werden die jährlichen Qualitätsberichte ab dem Berichtsjahr 2012 als PDF-Dokumente bereitgestellt. Die Informationen der Qualitätsberichte fließen zudem in sogenannte Kliniksuchmaschinen ein, die von Krankenkassen und ihren Verbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie von Patientenorganisationen auf deren Internetseiten angeboten werden.

Für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung gibt es bislang keine vergleichbaren Grundlagen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz. Ausgewählte Indikatoren der Qualität der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden weitestgehend aggregiert auf regionaler Ebene durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung dargestellt. Die Qualitätsberichte der KVen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) enthalten keine Berichterstattung auf Einrichtungsebene und bieten Versicherten und Patientinnen und Patienten daher keine Anhaltspunkte für konkrete qualitätsorientierte Wahlentscheidungen mit Blick auf Versorgungsangebote bzw. -anbieter. Es existieren nur vereinzelt Projekte bzw. Initiativen, über die grundsätzlich Qualitätsdaten zum (ambulanten) Leistungsgeschehen auf Einrichtungsebene systematisch erhoben werden¹.

¹ Z. B. das Projekt QuATRo („Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“) der AOK zur Qualitätstransparenz in Ärztnetzen. Die methodische Grundlage für QuATRo liefert das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung QISA der AOK (<https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/versorgungsqualitaet-aerzte/quatro>).

Angaben zum praxisindividuellen Leistungsangebot und damit zu Teilaspekten der Strukturqualität – u. a. zu Öffnungszeiten, Praxiszugang (Barrierefreiheit), Fachgebietsbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen, Genehmigungen zum Durchführen besonderer Leistungen – werden in Deutschland auf Ebene einzelner Leistungsanbieter durch die KVen im Rahmen der sogenannten „Arztsuchen“ veröffentlicht (Online-Portale für die Arztwahl der Versicherten). Die Angaben werden jedoch nicht regelhaft auf Aktualität geprüft, und wesentliche Qualitätsaspekte werden nicht abgebildet.

Vor diesem Hintergrund ist eine ganze Reihe von „Arztbewertungsportalen“ entstanden, die u. a. die Unterstützung der Versicherten bei der Arztauswahl zum Ziel haben (z. B. Jameda, Sanego, Docinsider, Weisse Liste). Neben Informationen zu Fachrichtung, Öffnungszeiten etc., wie sie auch von den KVen bereitgestellt werden, enthalten diese Portale Bewertungen einzelner Ärztinnen und Ärzte von Patienten. Auch Google bzw. Google Maps bietet Informationen und Bewertungen zu Arztpraxen an. Die Darstellungen der Qualitätsbewertung durch Patienten auf Ebene einzelner Praxen bzw. Ärzte unterscheiden sich zwischen den Portalen in Art und Umfang der Informationen. Einen Überblick über die deutschen Portale und ihre Nutzungshäufigkeit im Jahr 2017 geben Emmert & Mezmer (2018) (vgl. ausführlicher Kapitel 2.1).

1.2 Patientenorientierung in der ärztlichen Behandlung

Verbraucher wünschen Qualitätstransparenz bei der Arztsuche insbesondere auch im Hinblick darauf, dass ihre Wahlentscheidung in der ambulanten Versorgung häufig mit dem Ziel einer längerfristigen Arzt-Patienten-Beziehung getroffen wird. Dies gelingt vor allem in einem vertrauensvollen, von gegenseitigem Respekt geprägten Verhältnis zwischen Arzt und Patient, in dem beide Seiten offen und gut miteinander kommunizieren. Diese – häufig als subjektiv oder „weich“ bezeichneten – Qualitätsaspekte sind für viele Verbraucher maßgeblich für ein langfristig stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis. Es ist daher nachvollziehbar, dass bei der Arztwahl in der ambulanten Versorgung auch Anhaltspunkte dafür gesucht werden, ob bzw. inwieweit man eine solche „Beziehungsqualität“ erwarten kann.

Gestützt werden diese Wünsche nach mehr Qualitätstransparenz bei der Arztsuche durch neuere Konzepte der Arzt-Patienten-Beziehung, die sich unter verschiedenen Bezeichnungen präsentieren, in mehrfacher Hinsicht aber einer ähnlichen Ausrichtung folgen. Hierzu zählen die „partizipative Entscheidungsfindung“, „Patientenorientierung“, „patientenzentrierte Kommunikation“ und das „patient empowerment“. Diese Konzepte werden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Ärztinnen und Ärzten zunehmend befürwortet, weil man erwartet, dass sich mit ihnen das Zusammenwirken in der Arzt-Patient-Beziehung und damit letztlich die Behandlungsergebnisse verbessern lassen.

Der Schwerpunkt der „partizipativen Entscheidungsfindung“ („shared decision making“) liegt auf einem gemeinsamen Prozess der Entscheidung über Behandlungsalternativen. Ärztinnen und Ärzte geben dabei Patientinnen und Patienten

die nötige Unterstützung, um Behandlungsoptionen abwägen und dabei die eigenen Präferenzen einfließen lassen zu können (Fried 2016). Umfrageergebnisse für den „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung haben bereits vor Jahren gezeigt, dass eine deutliche Mehrheit von Patientinnen und Patienten bzw. Ärztinnen und Ärzten eine gemeinsame Entscheidungsfindung gegenüber autonomen arzt- bzw. patientenzentrierten Entscheidungen bevorzugen (vgl. Butzlaff et al. 2003, Böcken et al. 2004). „Partizipative Entscheidungsfindung“ kann die Behandlungszufriedenheit, den Behandlungserfolg und die Lebensqualität nach der Behandlung aus Patientensicht erhöhen (Shay & Lafata 2015; Sepucha et al. 2018). Untersuchungen zu Effekten auf objektive Behandlungsergebnisse kommen bisher jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen (Shay & Lafata 2015).²

Das Konzept einer fokussierten Patientenorientierung ist vor allem auf die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten gerichtet mit dem Ziel, deren Partizipation zu verbessern (Breuning et al. 2017).

Eine „patientenfreundliche Kommunikation“ wird als zentraler Aspekt einer qualitativ hochwertigen Behandlung angesehen, bei der Patientinnen und Patienten auch dazu befähigt werden sollen, Behandlungsoptionen abzuwägen. Dabei sollten Ärzte idealtypischerweise die Patientenperspektive bezüglich der Krankheit und des psychosozialen Kontexts verstehen und bei der gemeinsamen Entscheidung über die Behandlung berücksichtigen (Hashim 2017).

Gemäß dem „patient empowerment“ nehmen Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle im eigenen Krankheitsgeschehen ein als bisher und sollen die eigene Krankheitserfahrung, durch Wissen über Bedürfnisse und Kontrolle über Entscheidungen, steuern können. Das traditionelle Arzt-Patienten-Gefälle wird dadurch infrage gestellt; Ärztinnen und Ärzte agieren gemäß diesem Konzept eher beratend und unterstützend bei der aktiven Auseinandersetzung und dem Umgang der Patientinnen und Patienten mit ihrer Erkrankung (Garcimartin et al. 2017). Ein Ansatz, Patienten stärker in die Behandlung einzubeziehen ist die Akteneinsicht („Open Notes“), d. h. die ärztlichen Notizen den Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Für einen solchen individuellen Aktenzugriff sowie eine patientengesteuerte Speicherung gesundheitsrelevanter Dokumente entstehen aktuell neue technische Möglichkeiten mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und erste Pilotprojekte zum Aktenzugriff finden in Deutschland statt (Bertelsmann Stiftung 2020). Im Zusammenhang mit einer informierten Arzt-suche kann es zukünftig für Patientinnen und Patienten relevant sein, zu erfahren, ob eine Arztpraxis regelmäßig Arztnotizen in ihrer ePA abspeichert.

Vor dem Hintergrund dieser neueren Konzepte für die Arzt-Patienten-Beziehung und den damit verbundenen Erwartungen eines wachsenden Anteils der Patien-

² Positive Effekte wurden beispielsweise im Zusammenhang mit der Verhütungsberatung von Frauen festgestellt, vgl. Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittziel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*, 95(5), 452-455. Online-Quelle: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782417300021>

tinnen und Patienten werden die Kommunikationsfähigkeit, Empathie und Freundlichkeit von Ärztinnen und Ärzten zu (zumindest mit-) entscheidenden Qualitätskriterien für die Arztsuche bzw. -wahl.

Inwieweit sich Patientenorientierung und „patient empowerment“ in der Arzt-Patienten-Beziehung realisieren lassen, hängt u. a. auch von der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten ab, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln („health literacy“). Die zunehmend „engagierten“ Patientinnen und Patienten haben ein entsprechend höheres Informationsbedürfnis (Timmermanns 2020). Die Förderung von Gesundheitskompetenz soll Patientinnen und Patienten zu gesundheitsbewussterem Verhalten befähigen und gesundheitliche Folgen durch Fehlentscheidungen bzw. -verhalten vorbeugen. Eine unzureichende Gesundheitskompetenz führt, neben verstärkten Krankheitsfolgen, zu einer höheren Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit Ärztinnen und Ärzten und dem gesamten Gesundheitssystem (MacLeod et al. 2017). Zunehmend kritisch wird in diesem Zusammenhang der Zugang zu und der Umgang mit Gesundheitswissen diskutiert und die zunehmende Verfügbarkeit von Gesundheitsinhalten im Internet stellt sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte vor Herausforderungen. So bewerteten im Jahr 2015 Ärztinnen und Ärzte die informationsbezogene Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten deutlich negativer als noch im Jahr 2003 (vgl. z. B. Bittner 2016).

Das Ausmaß bzw. die Förderung von Gesundheitskompetenz hat somit auch unmittelbare Auswirkungen auf die Arztsuche: Sie beeinflusst den inhaltlichen Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten sowie ihre Anforderungen an das Informationsdesign bei der Arztsuche, z. B. hinsichtlich der notwendigen Darstellungsformen, der Informationstiefe und -selektion für ihre Arztwahl. Die Gesundheitskompetenz beeinflusst zudem auch die Zufriedenheit mit der getroffenen Wahlentscheidung.

1.3 Arztbewertungsportale

Der Bundesgerichtshof (BGH) spricht Arztbewertungsportalen eine „erhebliche“ gesellschaftliche Relevanz zu. Sie dienen der Leistungstransparenz im Gesundheitswesen und seien wichtige Hilfestellung bei der Ausübung des Rechts auf freie Arztwahl (Haak 2017). Dies geschieht nach wie vor nicht konfliktfrei: So gibt es sowohl Einspruch von Ärzten gegen Bewertungen von Patientinnen und Patienten oder Löschanträge von Ärztinnen und Ärzten (z. B. zm online 2021) ebenso wie Einsprüche von Portalbetreibern gegen durch Ärzte manipulierte Bewertungen (z. B. Medical Tribune 2020). Dennoch haben sich Arztbewertungen im Internet inzwischen weitgehend etabliert, auch wenn viele Patientinnen und Patienten persönliche Empfehlungen durch Verwandte und Freunde weiterhin präferieren (McLennan et al. 2017). Gegen manipulierte Bewertungen wird mittlerweile verstärkt vorgegangen (z. B. mithilfe von Algorithmen, vgl. Hildebrandt 2019) und Ärzte können teilweise gegen negative Bewertungen Einspruch erheben, worauf-

hin Portale auch einzelne Bewertungen überprüfen. Vor diesem Hintergrund bewertete das Bundeskartellamt in seiner Sektorenuntersuchung zu Nutzerbewertungen im Internet das größte Arztbewertungsportal in Deutschland, jameda, vergleichsweise gut (Ärzte Zeitung 2020, Bundeskartellamt 2019). Es verbleibt eine Restunsicherheit, dass Bewertungen manipuliert sein könnten oder ggf. auch zu Unrecht zurückgewiesen wurden (Lagu et al. 2019b, McLennan 2020), die von den Nutzerinnen und Nutzern der Portale einzuschätzen ist.

Bewertungen über das Verhalten des Arztes, die Patientinnen und Patienten online abgeben, können durchaus ein Ausschlusskriterium bei der Arztsuche sein (Bidmon et al. 2020) und, besonders bezogen auf die fachlichen Kompetenzen und die Arzt-Patient-Beziehung, letztendlich entscheidend für die Wahl des Arztes sein (Bertelsmann Stiftung 2017, Li et al. 2019). Eine Studie in der Schweiz hat ergeben, dass sich fast die Hälfte aller Kommentare auf die Bewertung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten bezieht. Da sich ca. 83 % der Kommentare auf den Arzt/die Ärztin, nur rund 7 % auf das Personal und 10 % auf die Praxis beziehen, ist die Relevanz der Bewertung der Ärztinnen und Ärzte selbst sehr hoch (McLennan et al. 2018). Dabei zeigte sich, dass Nutzer besonders auf Bewertungen der Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte und deren medizinischen Fähigkeiten achteten. Wurde die Kompetenz des Arztes positiv bewertet, so wurde dieser öfter ausgewählt als im Fall einer negativen Bewertung. Die Bewertungen hatten nicht nur einen Einfluss auf die Arztwahl, auch die Einstellung und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten wurden dadurch geprägt (Schulz & Rothenfluh 2020). Eine Untersuchung von Kommentaren auf dem Arztsuche-Portal Jameda ergab, dass die am häufigsten geäußerten Bedenken die ärztliche Kompetenz und die Freundlichkeit der Ärztin/des Arztes betrafen. Fast 80 % aller Kommentare waren allerdings positiv, 4 % neutral und 16 % negativ (McLennan et al. 2018). Ein Großteil negativer Kommentare auf einer chinesischen Plattform war auf eine unzureichende Behandlungsdauer, einen ungeduldigen Arzt und eine geringe wahrgenommene therapeutische Wirksamkeit gerichtet (Zhang et al. 2018).

Bei Patientinnen und Patienten, die auf der Suche nach einer Zahnarztpraxis waren, zeigte sich nicht nur, dass auf Arztportalen die offen formulierten Kommentare die größte Hilfe waren, sondern auch, dass negativen Kommentaren mehr Vertrauen geschenkt wurde als positiven. Entscheidend war primär der Inhalt der Kommentare. Arztbewertungen, die neben der geschlossenen Bewertung einen Kommentar enthielten, erleichterten Patientinnen und Patienten das Verständnis der Bewertung. Da Kommentare eine erklärende Dimension enthalten, konnten Studienteilnehmer so nachvollziehen, aus welchen Gründen Bewertende in der geschlossenen Befragung diese Angabe gemacht hatten. Das erleichterte die Verständlichkeit, da zur Erklärung der Angaben weniger eigene Annahmen getroffen werden mussten (Khasawneh et al. 2018). Eine weitere Untersuchung, in diesem Fall von negativen Bewertungen von Urologen, hat für den stationären Bereich ähnliches untermauert: Patientinnen und Patienten bemängelten den Umgang der Ärztinnen und Ärzte am Krankenbett, technische Pflegeaspekte und Kommunikations- bzw. Erklärungsfähigkeiten besonders häufig (Policastro et al. 2019).

Einschränkungen der Arztportale werden unter anderem in zu wenigen Bewertungen von Patientinnen und Patienten gesehen, da Ärztinnen und Ärzte meist nur bewertet werden, wenn besonders schlechte oder besonders gute Erfahrungen gemacht wurden. McLennan et al. (2018) benennen technische Hürden und Bedenken bei Patientinnen und Patienten, die Beziehung zur Arztpraxis durch die Bewertung zu gefährden. Eine vergleichende Studie von Patientenbefragungen und Online-Bewertungen zeigte für Patientenbefragungen durchschnittlich höhere Zufriedenheitswerte und höhere Teilnehmerzahlen (Ricciardi et al. 2017). Hat eine Ärztin oder ein Arzt viele Bewertungen, so haben Patientinnen und Patienten ihr bzw. ihm gegenüber eine positivere Einstellung als gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die auf Portalen nur wenige Bewertungen haben. Außerdem schätzen Nutzerinnen und Nutzer die fachliche Kompetenz des Bewertenden höher ein, wenn die Kommentare eher sachlich und weniger emotional formuliert waren (Grabner-Kräuter & Waiguny 2015). Die Anzahl der Bewertungen hat von 2008 bis 2018 auf dem deutschen Portal Jameda deutlich zugenommen (Meszmer 2020).

Im Wissensgefälle zwischen Ärztinnen und Ärzten und deren Patientinnen und Patienten werden gewisse Grenzen einer Arztbewertung durch Patientinnen und Patienten gesehen. Befragte Patientinnen und Patienten aus der Schweiz fühlten sich in der Lage, die Infrastruktur, das Personal und die Organisation bewerten zu können. Auch bei der zwischenmenschlichen Kompetenz waren sich Arzt- und Patientenseite einig, dass diese durchaus aus Patientensicht eingeordnet werden könne. Nicht in der Lage fühlten sie sich hingegen, technische Fähigkeiten der Ärztin bzw. des Arztes und das Ergebnis einer Behandlung zu bewerten. Somit waren sich Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten einig, dass Patientinnen und Patienten durchaus, mit gewissen Grenzen, Einschätzungen zu Ärztinnen und Ärzten geben können. (Rothenfluh & Schulz 2017)

Die visuellen Darstellungsformen von Bewertungen auf Arztportalen sind vergleichsweise weniger untersucht. In einer experimentellen Studie mit offenen Kommentaren in Kombination mit unterschiedlichen Varianten von Gesamtbewertungen wurden Balkendiagramme gegenüber Durchschnittsnoten präferiert, (Reinhardt, Weber & Rossmann 2018).

Ein wesentliches Element der Arztportale zur Darstellung von Patientenbewertungen sind offene Kommentare bzw. Freitextfelder. Sie erlauben es bereits behandelten Patienten, ihre positiven und negativen Erfahrungen zu teilen und Patienten, die sich auf Arztsuche befinden, ein darauf basiertes Meinungsbild zu entwickeln. Arslan (2018) konnte in einer sprachlichen Analyse zeigen, wie komplex sich die Rezeption der Arztbewertungen bei Leserinnen und Lesern gestaltet: Es werden Inhalte der Bewertungen (Themenselektivität, Faktenselektivität, Beschreibungen, explizite Bewertungen), Stil der Formulierungen, Informationen über den Bewertenden mit der Prüfung von Rechtschreibung und Grammatik in der Interpretation verknüpft. Welche Informationen einen höheren Stellenwert erhalten, entschied sich für die Studienteilnehmer individuell sehr verschieden. Die Studienteilnehmer zeigten darüber hinaus ein Bewusstsein dafür, dass sie Vertrauen auf der Basis un-

genügenden Wissens als auch mit einem gewissen Risikobewusstsein für die Arztwahl aufbauen müssen und konzentrierten sich auf die einzelne Bewertung und weniger auf die Glaubwürdigkeit des gesamten Portals.

Kritisch kann die Informationsbreite auf den Portalen bewertet werden. Burn et al. (2018) analysierten am Beispiel von Großbritannien, dass Portale Behandlungsergebnisse oder kritische Behandlungsaspekte nicht oder unzureichend von den Nutzern erfragen. Diese werden durch Konzepte faktenorientierter Patientenbefragungen (Patient-reported Experiences bzw. Outcomes) deutlich stärker in den Blick genommen (vgl. Kapitel 1.4).

Ärztinnen und Ärzte können von den Bewertungen ebenfalls profitieren: Sie können diese nutzen, um auf Basis der subjektiven Erfahrungen ihrer Patientinnen und Patienten die Organisation und Behandlungsprozesse in ihrer Praxis zu verbessern (Emmert et al. 2016, Shah et al. 2021) oder ihre Kommunikation patientenorientierter zu gestalten (Kee et al. 2018). So ist es neben der Unterstützung anderer bei der Arztsuche das Hauptmotiv der Patientinnen und Patienten, die Bewertungen verfassen, durch ihre Anmerkungen das entsprechende Verhalten in den Arztpraxen zukünftig zu verbessern (Haug & Gewalt 2019). Eine hohe Anzahl an Bewertungen kann hilfreich für eine Ärztin oder einen Arzt sein, da diese in der Regel überwiegend positiv sind und den Eindruck vermittelt, die Ärztin bzw. der Arzt hätte einen guten Ruf bzw. würde oft aufgesucht werden (Grabner-Kräuter & Wai-guny 2015). Ärztinnen und Ärzte bewerten Online-Bewertungen im Vergleich zu Patientinnen und Patienten jedoch häufig als weniger hilfreich und bevorzugen objektive Angaben wie die Angabe ihrer Fachrichtungen und Spezialisierungen (z. B. Lagu et al. 2019a).

Arztportale enthalten nicht nur Bewertungen von Patientinnen und Patienten, sondern auch Angaben der Praxis selbst über ihr Leistungsangebot und die in ihr beschäftigten Ärztinnen und Ärzte. Je nach Portal, zum Teil auch kostenpflichtig, können sie das Profil bearbeiten, Informationen hinzufügen und somit z. B. vielfältige Zugangsinformationen hinterlegen. Hierbei gelten die Einschränkungen des Arztwerberechts³: Ärztinnen und Ärzte dürfen nur in einem begrenzten Umfang für ihre Leistungen werben und die Kommunikation über ärztliche Leistungen soll sich vor allem auf sachliche Informationen stützen. Studien zu den Angaben der Arztpraxen sind im Vergleich zur Analyse der Patientenbewertungen selten. Eine Analyse von Kałasznik (2019) stellt jedoch für deutsche Arztbewertungsportale fest, dass die sprachliche Ausgestaltung der Texte zur Selbstpräsentation von Ärzten an vielen Stellen den Texten in Bewerbungen und Stellenangeboten ähneln sowie verschiedene verwendete Mittel der Übertreibung für Werbetexte charakteristisch sind.

³ Das Arztwerberecht ist als Gesamtheit verschiedener Gesetze und Vorgaben zu verstehen und setzt sich wie folgt zusammen: Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), das Heilmittelwerbegesetz (HWG) und die Berufsordnungen der Landesärztekammern bzw. Landeszahnärztekammern in den einzelnen Bundesländern

Erste Ansätze, auch Daten aus Sekundärquellen auf Arztbewertungsportalen darzustellen, gibt es zur Strukturqualität beim AOK Gesundheitsnavigator, der seit Ende 2020 die Teilnahme von Haus- und Fachärzten an Selektivverträgen der AOKs sowie zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen der AOK transparent macht (Ärzteblatt.de 2020).

1.4 Patient-reported Experiences und Outcomes

Bei der Messung von Versorgungsqualität aus Patientensicht lassen sich mehrere Ansätze unterscheiden. Die gegenwärtig – auch auf den Arztportalen – dominierende Form ist die Erhebung von Patientenzufriedenheit als Indikator der Behandlungsqualität. Die Aussagekraft der Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen gelten jedoch aufgrund ihrer hohen Subjektivität als stark eingeschränkt (vgl. IQTIG 2018). Zumindest spiegeln sich gemessene Unterschiede klinischer Outcomes häufig nicht in Unterschieden der gemessenen Patientenzufriedenheit wider, z. B. aufgrund sog. „Deckeneffekte“ gleichermaßen hoher Patientenzufriedenheit (z. B. Heidegger et al. 2008).

Aus wissenschaftlich-fachlicher Sicht werden daher faktenorientierte Befragungsansätze bevorzugt, die sich auf Aspekte beziehen, welche von Patientinnen und Patienten gleichermaßen und weitgehend objektiv beantwortet werden können (IQTIG 2018). Hierbei sind zwei Ansätze zu unterscheiden: Zum einen werden von Patientinnen und Patienten gemachte Erfahrungen im Behandlungsprozess erhoben (**Patient-Reported Experience Measure, „PREM“**), zum anderen von Patientinnen und Patienten berichtete Behandlungsergebnisse (**Patient-Reported Outcome Measure, „PROM“**). Letztere beziehen sich auf Gesundheitsaspekte, die typischerweise von Patientinnen und Patienten zu beurteilen sind, wie z. B. das Vorliegen bestimmter Symptome, Schmerzen, funktionelle Einschränkungen oder Lebensqualität). Im Folgenden werden diese beiden Ansätze kurz vorgestellt. Anschließend wird beschrieben, wie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sie in Patientenbefragungen umsetzt.

PREM-Erhebungen erfassen bestimmte Ereignisse und Erfahrungen im Ablauf des Behandlungsprozesses, die als Grundlage zur Beurteilung der Prozessqualität aus Patientensicht herangezogen werden. Typische Indikatoren von PREMs sind z. B. Zugang und Wartezeiten, Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess, Erhalt von Informationen über den Behandlungsablauf und Behandlungsalternativen, Kommunikation. Ein Schwerpunkt solcher ereignisorientierter Patientenbefragungen liegt auf Schlüsselsituationen mit hoher Relevanz für die Versorgungsqualität, wie z. B. Aufklärung über Medikamenteneinnahme (vgl. IQTIG 2018). Als Instrumente zur Messung dienen in der Regel validierte Fragebögen oder Umfragen.

In PROM-Erhebungen wird der subjektive Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten in der Regel durch spezifisch dafür entwickelte Fragebögen erfasst. Da der subjektive Gesundheitszustand durchaus stark vom objektiven oder von dem durch die Ärztin oder den Arzt festgestellten Gesundheitszustand abweichen

kann, stellt die Messung von PROMs eine weitere wesentliche Dimension für eine patientenzentrierte Erfassung von Versorgungsqualität im Gesundheitswesen dar. Es werden zwei Arten von PROMs unterschieden. Die **generischen** PROMs sind diejenigen, die allgemeine Gesundheitsaspekte der Patientinnen und Patienten abbilden, wie zum Beispiel die allgemeine Mobilität, die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und den Gesundheitszustand am Tag der Messung. Die **krankheitsspezifischen** PROMs sind gezielt auf die Symptome einer bestimmten Erkrankung gerichtet und umfassen die Erhebung des Gesundheitsstatus und der Lebensqualität einer Patientengruppe. PROMs werden oft in Langzeitstudien verwendet, in denen für einen Vergleich mindestens eine Nachuntersuchung geplant ist. Eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung der Fragebögen wird empfohlen, um tatsächlich patientenrelevante (und somit aus ärztlicher Sicht ggf. nicht bedachte) Aspekte tatsächlich abbilden und bei der Qualitätssicherung umsetzen zu können.

Im Zuge der Entwicklung neuer Verfahren und Instrumente zur Qualitätssicherung erarbeitet das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Operationalisierungen für PREMs zur Messung der Prozessqualität und für PROMs zur Messung der Ergebnisqualität. Die vom IQTIG entwickelten Patientenfragebögen beziehen sich bisher auf die Bereiche Koronarintervention, Schizophrenie, Nierenersatztherapie, ambulante Psychotherapie und das Krankenhaus-Entlassmanagement (aktuell noch laufend).

PREMs und PROMs bieten grundsätzlich ein großes Potenzial, die auf Patientenzufriedenheitserhebungen konzentrierten Ärztebewertungen fakten- und ereignisorientiert zu ergänzen, um so eine umfassendere Qualitätsbeurteilung im Rahmen der Arztsuche zu ermöglichen.

Mit der Weissen Liste wurde versucht, die Praxisinformationen der KBV mit systematisch erhobenen Patientenerfahrungen zu verknüpfen. Dafür wurden an der Systematik der PREMs orientierte Erhebungsinstrumente entwickelt. Dieses Reporting wurde jedoch aufgrund von zu geringen Nutzerzahlen eingestellt und ist seit Anfang des Jahres 2021 nicht mehr verfügbar.

1.5 Public Reporting

Eine wesentliche Voraussetzung, um Informationsgrundlagen für die Anbieterwahl im Gesundheitswesen zu schaffen, ist die öffentliche Berichterstattung („Public Reporting“) über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des Leistungsgeschehens.

Cacace, Geraedts & Berger (2019) fassen in einer Veröffentlichung der Organisation for Co-Operation and Development (OECD) den Stand und die Herausforderungen des Public Reportings in Europa zusammen. Während in einigen Ländern das Public Reporting Teil outcome-orientierter Vergütungssysteme ist (z. B. Pay-For-Performance-Programme in Großbritannien), gibt es in vielen Ländern, insbesondere in Bezug auf den ambulanten Bereich, nur vereinzelte Ansätze für ein

Public Reporting. Auch der Nutzen des Public Reportings für die Qualität der medizinischen Versorgung ist umstritten und vergleichsweise wenig wissenschaftlich untersucht (a.a.O.).

In Deutschland bilden die gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser seit Jahren als Form des Public Reporting die Grundlage für Informationsangebote zur Kliniksuche und -auswahl (vgl. Kapitel 1.1). Für die ambulante Versorgung gibt es kein vergleichbares Public Reporting auf Ebene einzelner Einrichtungen bzw. Praxen.

In jüngerer Zeit hat die Bertelsmann Stiftung mehrfach gefordert, auch für die ambulante ärztliche Versorgung ein Public Reporting zu etablieren und hierfür Abrechnungsdaten bzw. sogenannte „Routinedaten“ zu nutzen (Bertelsmann Stiftung 2016, Albrecht und Ochmann 2018, Reuter 2020). Dadurch sei es möglich, ohne zusätzlichen Aufwand für die Arztpraxen Patientinnen und Patienten umfangreiche Qualitätsinformationen über Arztpraxen als Entscheidungshilfe zur Verfügung zu stellen. Hierfür wurde zuletzt zunächst ein Rechtsgutachten zu der Frage erstellt, wie Abrechnungsdaten zukünftig ohne Einschränkung des Datenschutzes von Patientinnen und Patienten sowie den Betriebsgeheimnissen der Leistungserbringer verwendet werden könnten (Reuter 2020).

Offen bleibt, wie die Abrechnungsdaten aufbereitet werden sollten, um entscheidungsrelevante Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher darstellen zu können. Der OECD-Bericht zum Public Reporting (Cacace, Geraedts & Berger 2019) verdeutlicht, dass es eine erhebliche Herausforderung darstellt, die Informationen im Rahmen eines Public Reportings nutzerorientiert zu veröffentlichen, um damit die Auswahl von Arztpraxen mit hoher Versorgungsqualität durch die Patientinnen und Patienten bzw. eine Steigerung der Qualität in den Arztpraxen zu erreichen. Für die bisherigen Ansätze werden in Europa geringe Nutzerzahlen, fehlende Nachweise eines Nutzens für die Arztwahl, geringe Evidenz zu Qualitätssteigerungen sowie zudem auch Hinweise auf negative Effekte für die Qualitätsentwicklung und fehlende Kosten-Nutzen-Bewertungen konstatiert. Um für Verbraucherinnen und Verbraucher nützlich zu sein, z. B. für die informierte Arztwahl, müssten entsprechende Informationsangebote nach Ansicht der Autoren den Entscheidungsprozess durchgängig unterstützen, d. h. sie müssen bekannt sein, die Patientinnen und Patienten müssen in der Lage sein, die Informationen richtig zu interpretieren und die Informationen müssen vertrauenswürdig und wertvoll sein, um für eine Arztwahl bzw. einen Arztwechsel hinreichend relevant zu sein. (a.a.O.)

In Deutschland wird eine grundlegende Ausweitung des Public Reporting geplant. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG, Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2020), das sich aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindet, sollen die Grundlagen für die regelmäßige Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen von Leistungserbringern in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen werden. Ziel ist die Erhöhung von Qua-

litätstransparenz, wodurch Patientinnen und Patienten bei ihren Auswahlentscheidungen unterstützt werden, zudem soll der Qualitätswettbewerb gestärkt und schließlich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung stetig verbessert werden. Hierfür ist vorgesehen, die zum Zweck der Qualitätssicherung erhobenen personen- oder einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und Leistungserbringer (Qualitätsdaten) zu nutzen. Zuständig für die Umsetzung ist der G-BA, der bis Jahresende 2022 in einer Richtlinie konkrete, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit durch Vergleiche der Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer festlegen soll. Die Anforderungen sollen allgemein verständliche, zugängliche und übersichtliche Einrichtungsvergleiche gewährleisten. Damit die Vergleiche auf objektiven Auswertungsergebnissen beruhen, sind hohe methodische Standards – vor allem zur Risikoadjustierung – zugrunde zu legen.

Begründet wird dieser Gesetzesvorstoß auch damit, dass bestehende Regelungen in der Praxis nicht ausreichen, Patientinnen und Patienten für den Vergleich von Einrichtungen über Qualitätsunterschiede zu informieren. Dies gelte insbesondere für den Bereich der ambulanten Versorgung sowie im Hinblick auf wesentliche patientenrelevante Qualitätskriterien. Im Hinblick auf die stationäre Versorgung werden die gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichte als Informationsgrundlage als unzureichend angesehen. Daher wurde das IQTIG bereits damit beauftragt, auf Basis der Daten dieser Berichte bis Jahresende 2021 vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung in allgemeinverständlicher Form zu erstellen und zu veröffentlichen (G-BA 2019).

In Ergänzung sollen mit einem weiteren Gesetzesvorhaben zusätzliche Informationsangebote zur ärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Der Entwurf des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG, vgl. BR-Drs. 0052-21) sieht vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zukünftig ihre Angebote an Videosprechstunden an die Kassenärztlichen Vereinigungen melden können, um diese strukturiert zu erfassen und bei der Terminvermittlung durch die Terminservicestellen einzubeziehen. Darüber hinaus soll die KBV ein zentrales Portal zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen an Versicherte errichten und betreiben, so dass Versicherte zu solchen Leistungsangeboten mehr Informationen und einen besseren Zugang erhalten. Dabei ist vorgesehen, dass auch andere (gewerbliche und nicht-gewerbliche) Anbieter von Gesundheitsinformationen die von der KBV bereitgestellten Informationen auf Basis international anerkannter Schnittstellenstandards gebührenpflichtig nutzen können. Schließlich enthält der Gesetzentwurf als Aufgabe für die KBV, an das Nationale Gesundheitsportal arztbezogene Informationen für Suchanfragen zu übermitteln, darunter Sprechstundenzeiten, Barrierefreiheit und Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung.

2. Analyse der Ausgangslage

2.1 Analyse bestehender Arztbewertungsportale

Im Rahmen des Projekts wurden 14 in Deutschland verfügbare und über Suchmaschinen leicht zugängliche Arztsuche-Portale miteinander verglichen (Jameda, der AOK-Arztnavigator, Arzt-Auskunft, Sanego, die Weisse Liste, der TK-Ärzteführer, ärzte.de, DocInsider, vdek-Arztlotse, die Arztempfehlung, med.de, der BKK-Arztfinder, Doctolib und Google/Google Maps). Ausgeschlossen wurde vorab das BARMER-Arztnavi, welches eingestellt wurde und auf der Internetseite auf den vdek-Arztlotsen verweist. Regionale Arztsuchen sind über die KVen verfügbar, die keine Arztbewertungen von Patientinnen und Patienten beinhalten.

Die meisten in die Analyse eingeschlossenen Portale haben die Arztsuche als primäres Ziel. Ausnahmen stellen Doctolib als originäres Online-Terminbuchungstool und Google bzw. Google Maps als nicht-primäres Arztsuche-Tool, sondern allgemeine Suchmaschine, dar. Da beide Portale in Struktur und Funktionalität der Arztsuche jedoch mit den anderen vergleichbar sind und als häufig genutzte Online-Anlaufstellen bei der Arztsuche dienen, wurden sie in die Analyse einbezogen. Betrieben werden die Portale von unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens, z. B. Krankenversicherungen (AOK-Arztnavigator, TK-Ärzteführer, BKK-Arztfinder, vdek-Arztlotse), Stiftungen und Patienten- und Verbraucherorganisationen (Arzt-Auskunft, Weisse Liste) oder Unternehmen (Bsp.: Sanego, Jameda, die Arztempfehlung, med.de, DocInsider). Nach einer kurzen Beschreibung des Portalaufbaus werden die Portale im Folgenden im Hinblick auf sechs Kategorien analysiert: Bewertungsprozess, Bewertungskriterien, allgemeine Informationen, Filter bei der Suche, Sortierfunktionen und geographische Variablen. Zudem enthält die Analyse weitere Informationen u. a. zu folgenden Fragen: „Gibt es eine App?“, „Wer steht in der Darstellung der Bewertungen zuoberst?“ und „Wer ist der Betreiber?“.

Die Portale sind in ihren Grundzügen ähnlich aufgebaut, unterscheiden sich jedoch teils stark in Details der Bewertungs- und Informationsausgestaltung. Acht von vierzehn Portalen bieten „Premiumprofile“ an. Ein Premiumprofil können Ärztinnen und Ärzte kostenpflichtig erwerben, um zusätzliche Informationen wie z. B. Informationen zur Biographie, zum Leistungsspektrum oder Bilder anzeigen zu lassen. Die Suchergebnisanzeige kann vom Umfang des Profils abhängen und durch weitere Faktoren beeinflusst werden, wie zum Beispiel dem verfügbaren Platz pro Eintrag auf der Ergebnisliste. Fünf der verglichenen Portale zeigen Werbung.

Bewertungsprozess

Der Bewertungsprozess ist in den genannten Portalen ähnlich strukturiert. Unterschiede finden sich vor allem in Aufbau, spezifischer Ausgestaltung und darin, wer bewerten kann. So konnten bei der Weissen Liste lediglich Mitglieder der Bertelsmann BKK oder der AOK⁴, beim AOK-Arztnavigator nur Mitglieder der AOK eine

⁴ Zu Jahresbeginn 2021 wurde die Bewertungsfunktion auf der Weissen Liste eingestellt.

Bewertung erstellen. Bei Google muss die Nutzerin bzw. der Nutzer über ein Google-Konto verfügen, und bei DocInsider wird eine Registrierung per E-Mail-Adresse verlangt.

Bewertungskriterien

Die Gesamtbewertung selbst erfolgt über Sterne-, Noten- oder Punktevergabe durch die Nutzerinnen und Nutzer. Bei der Hälfte der Portale (7 von 14), darunter Google, werden 1-5 Sterne vergeben. Auch Noten von 1 bis 6, wie z.B. bei Jameda und Arztauskunft, sind möglich, ebenso wie Punktebewertungen von 1-5 (Sanego) oder 1-10 (TK-Ärzteführer) und Prozentangaben von 0-100% (Weisse Liste und AOK-Arztnavigator).

Bei den vorgegebenen Bewertungskriterien gibt es starke Unterschiede zwischen den Portalen. In der Weissen Liste und vier weiteren Portalen werden die Bewertungen durch vollständige Fragen erfasst, während andere Portale (3 von 14) Einzelbegriffe verwenden (z. B. „Organisation und Service“). Drei weitere Portale (u. a. Jameda) kombinieren Fragen und Begriffe. Zusätzlich hat der Bewertende bei 11 der 14 Portale die Möglichkeit, einen Freitext zu verfassen. Während die Weisse Liste auf einen detaillierten Fragebogen mit präzisen geschlossenen Fragen setzt, legen andere Portale (z. B. Jameda) den Fokus auf weniger Begriffe bzw. Fragen und dafür die Möglichkeit, sich in einem Freitext auszudrücken. Auf Google wiederum kann zusätzlich zur Gesamtbewertung nur ein Freitext geschrieben werden.

Die Items „Organisation und Service“ (8 von 14), „Praxis und Personal“ (10 von 14) und „Arzt-/Ärztinnen-Kompetenz“ (10 von 14) werden unter den genannten Portalen am häufigsten verwendet. Jedes Portal, das eine Bewertungsmöglichkeit anbietet (ausgenommen Doctolib und Google), erfragt außerdem, ob die Nutzerin bzw. der Nutzer die Ärztin bzw. den Arzt „weiterempfehlen“ (12 von 14) würde. Etwas weniger Portale informieren sich über die „Behandlung“ (7 von 14), die „Wartezeit in der Praxis“ (7 von 14) und die „Praxisausstattung“ (6 von 14). Auch der Umfang der Befragung ist unterschiedlich: Der Fragebogen von Jameda besteht aus 17 Items (bzw. 18 bei Zahnmedizin), der der Weissen Liste aus 35 bis 42 Fragen, je nach Fachgebiet des Arztes.

Praxisinformationen

Des Weiteren unterscheiden sich die Portale nach den Praxisinformationen, also den Angaben, die zur jeweiligen Ärztin / zum jeweiligen Arzt gemacht werden. Bestimmte Informationen sind oft nur dann hinterlegt, wenn ein Premiumprofil vorliegt. Auf mehreren Arztportalen haben nur sehr wenige Ärztinnen und Ärzte ein Premiumprofil, dementsprechend sind auch weniger Informationen dargestellt. Zusätzlich basieren einige Informationen zur Praxis ebenfalls auf Einschätzungen der Patientinnen und Patienten. So sind auf Jameda beispielsweise Angaben zur Kinderfreundlichkeit, Barrierefreiheit, zu Parkmöglichkeiten und zur Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel nur ersichtlich, wenn mindestens eine Bewertung vorhanden ist. Bei der Weissen Liste (und dem AOK-Arztnavigator) gal-

ten mind. fünf Bewertungen als Voraussetzung für die Veröffentlichung des Ergebnisses. Gleiches galt somit für die Angaben zur Wartezeit auf einen Termin und zur Wartezeit in der Praxis. Bis auf eines der 14 Portale (med.de) umfassen alle Informationen zu Öffnungszeiten der Praxis sowie die Fachrichtung der Ärztin / des Arztes. Die Telefonnummer der Praxis wird auf allen Portalen angezeigt. Häufig wird zudem die Nähe zum Wohnort bzw. zum Postleitzahlbereich (9 von 14), die Wartezeit in der Praxis (9 von 14) sowie die Kassenzulassung bzw. Behandlung von gesetzlich Versicherten (9 von 14) aufgeführt. Bilder der Ärztin bzw. des Arztes oder der Praxis können in 8 von 14 Fällen vorhanden sein, dies ist meist jedoch nur mit Premiumprofil möglich. Bei 8 von 14 Portalen wird auf Fremdsprachenkenntnisse eingegangen, was zum Beispiel bei Google nicht der Fall ist. Auch Barrierefreiheit (6 von 14) und das Leistungsspektrum der Praxis (5 von 14) werden weniger häufig abgebildet.

Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Online-Terminen wird auf Jameda, ärzte.de und Doctolib angeboten. Auch hier braucht die Ärztin bzw. der Arzt ein Premiumprofil.

Filterfunktionen

Bei den möglichen Filterfunktionen für die Suche gibt es ebenfalls variierende Ausgestaltungen. Alle Portale bieten an, nach Fachrichtung oder Name der Ärztin / des Arztes und der Stadt (außer DocInsider) oder PLZ (außer DocInsider) zu suchen. Bei DocInsider kann nur im Umkreis des eigenen Standortes gesucht werden. Ungefähr die Hälfte der Portale bieten zudem an, nach Durchschnittsnote (6 von 14), Stadtteil (7 von 14), Geschlecht (7 von 14) und Abrechnungsart (6 von 14) zu filtern. Außerdem lässt sich die Suche bei acht Portalen nach Anzahl der Bewertungen, bei fünf alphabetisch und bei fünf nach Entfernung sortieren. Filterfunktionen beziehen sich zudem z. B. auf das Geschlecht des Arztes oder die Barrierefreiheit oder fachliche Spezialisierungen (jeweils bei bis zu sieben Portalen), vereinzelt kann nach Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Apotheke im Haus oder Parkmöglichkeiten gefiltert werden.

Geografische Angaben

Geographischen Angaben umfassen eine Kartenansicht (13 von 14), eine Wegbeschreibung oder Route zur Arztpraxis (6 von 14) und die Entfernung zum Wohnort (9 von 14). Nur drei Portale zeigen den eigenen bzw. Nutzer-Standort an, bei zwei davon über einen Link zu Google Maps. Gibt man eine genaue Adresse, also PLZ/Ort + Straßename (+ Hausnummer) in die Suchleiste ein, finden sechs Portale ein Ergebnis. Jameda erfüllt alle Kriterien über ein Link zu Google Maps. Bei der Weissen Liste gibt es eine Kartenansicht, die Entfernung zum Wohnort wird angezeigt und die Auswahl des kleinsten möglichen Umkreises liegt bei 5 km. In dieser Kategorie hebt sich Google Maps dadurch ab, dass alle Kriterien zur geografischen Suche erfüllt sind.

Anzahl an Bewertungen

Eine Analyse der Bewertungsumfänge für 30 Allgemeinmediziner aus 30 zufällig ausgewählten Gemeinden (geschichtet nach Verstädterung), zeigt für die jeweils gleichen Ärztinnen und Ärzte deutliche Unterschiede zwischen den Portalen Weisse Liste, Jameda und Google bei der Anzahl von Bewertungen. Die Weisse Liste hatte im Schnitt 1,4 Bewertungen, Jameda 4,7 Bewertungen und Google 11,4 Bewertungen. Diese vergleichsweise große Bedeutung von Google für Arztbewertungen wird auch für die Schweiz berichtet (McLennan 2019b).

Fazit

Die Arztbewertungsportale bieten in der Regel Adress- und Telefonkontaktdaten von Arztpraxen, die nach Fachrichtung in einer PLZ-Region gesucht werden können. Darüber hinaus werden meist eine Gesamtbewertung sowie freie Textbewertungen zur Verfügung gestellt. Die Portale unterscheiden sich wesentlich in ihrem Informationsumfang, d. h. der Anzahl an Bewertungskriterien, Praxisinformationen und Möglichkeiten der Filterung, die sie für die Suche zur Verfügung stellen.

Der Großteil der Portale verfügt pro Arztpraxis nur über eine geringe Anzahl an Bewertungen. Die Ausnahme bilden Jameda und Google mit vergleichsweise hoher Anzahl an Bewertungen, wobei Google mit Abstand über die meisten Bewertungen verfügt. Jameda und Google sind somit die Portale, die überwiegend für die Arztsuche im Internet genutzt werden. Jameda verfügt dabei über vergleichsweise umfangreiche Informationen und Filtermöglichkeiten sowie umfangreiche Praxisinformationen besonders bei Bezahlprofilen. Auf Jameda ist neben der Verlinkung zu Doctolib auch direkt die Online-Terminbuchung möglich.

Die Weisse Liste unterschied sich bis zur Einstellung des Bewertungsangebots wesentlich von den anderen Portalen, da sie auf einer wissenschaftlich fundierten Befragung der Patientinnen und Patienten beruhte, keine Freitexte vorsah und Fragebogenergebnisse als Mittelwerte mit Benchmarks zur Verfügung stellte, sobald fünf Bewertungen für eine Arztpraxis vorlagen. In der breiten Nutzung konnte sich dieses Angebot jedoch nicht durchsetzen. Seit Jahresende 2020 kann über das Nationale Gesundheitsportal <https://gesund.bund.de/> über die sogenannte „Expertensuche“ auf die Krankenhaus- und Arztsuche der Weissen Liste zugegriffen werden, die für die Arztsuche Angaben zur Fachrichtung, Kontaktdaten und Öffnungszeiten sowie die Annahme gesetzlich Versicherter umfasst, aber keine Patientenbewertungen mehr enthält.

2.2 Internationaler Vergleich

Eine Analyse der Arztbewertungs- und Public-Reporting-Systeme für ausgewählte Länder des IGES Instituts im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zeigte im Jahr 2018 ein breites Spektrum hinsichtlich Aufbau, Ausrichtung und Umfang einer Veröffentlichung von Qualitätsdaten für die ambulante ärztliche Versorgung in den USA, England, den Niederlanden und Dänemark (Albrecht & Ochmann 2018). Schwerpunkte der Analyse sind neben der Beschreibung der Informationsangebote in den

Ländern die Rolle des Staates in der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen sowie Impulse für Deutschland hinsichtlich der Darstellung von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie zusammengefasst sowie um aktuelle Beispiele aus den untersuchten Ländern ergänzt.

Lenkungsfunktion des Staates

Im Vergleich zu Deutschland werden in den benannten Ländern Public-Reporting-Systeme entwickelt, die sich hinsichtlich der Organisation und der Kooperation der beteiligten Akteure sowie der Lenkungsfunktion des Staates („Governance“) unterscheiden. Es wurden in der Studie drei Ansätze unterschieden: (1) Aufteilung/Kooperation staatlich/privat, (2) staatlich zentriert mit Beteiligung mehrerer Akteure, (3) staatlich dominiert. Der Ausbau der Public-Reporting-Systeme in den betrachteten Ländern stand oft in engem Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen Entwicklungen, z. B. in Bezug auf das Ziel, Anreize zur Erhöhung der Qualität im Rahmen der Leistungsvergütung zu setzen („Pay for Performance“, vgl. „Affordable Care Act“ in den USA und Quality and Outcomes Framework (QOF-Programm) in England). Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren auch verstärkt die technischen Voraussetzungen geschaffen, Public-Reporting-Strukturen kosteneffizient auszubauen (z. B. im Zuge der zunehmenden Digitalisierung der Dateninfrastruktur).

In England wird ein breites Spektrum an Qualitätsdaten staatlicher Portale (v. a. „NHS Choices“ und QOF) ergänzt um Ergebnisse von Patientenbefragungen sowie Patientenbewertungen, die von privaten Informationsportalen und auch dem National-Health-Service (NHS) selbst veröffentlicht werden. Hier finden sich im Ländervergleich die einzigen Angebote, die darauf abzielen, einzelne Ärztinnen und Ärzte einer Gesamtbewertung zu unterziehen, in einem Ranking anhand ausgewählter Qualitätsmerkmale zu vergleichen und die Ergebnisse nutzerorientiert darzustellen („NHS Choices“).

Das niederländische Public-Reporting-System hingegen befindet sich für die ambulante Versorgung im Unterschied zur stationären noch im Aufbau und ist – vor dem Hintergrund einer krankenhauszentrierten fachärztlichen Versorgung – weitestgehend auf den hausärztlichen Bereich ausgerichtet. Es ist geprägt von intensiver Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitswesens an gemeinsamen Qualitätsinitiativen. Dabei werden die Initiativen und Programme typischerweise innerhalb der staatlichen Strukturen zentral organisiert (z. B. durch das Nationale Gesundheitsinstitut). Die in diesem Rahmen gesammelten Daten werden zentralisiert auf staatlich betriebenen Portalen veröffentlicht (z. B. „Zorgkaart“). Krankenkassen und Patientenorganisationen bringen Daten aus Patientenbefragungen auf diese Portale ein. Darüber hinaus existieren parallel betriebene Initiativen von Leistungserbringern, die Qualitätsdaten aus ihren Qualitätsmanagementprozessen veröffentlichen können. Rein privat betriebene Portale beschränken sich bei diesem Ansatz überwiegend auf die Durchführung von Befragungen und ergänzen damit, unabhängig von dem Datenangebot der zentralen staatlichen Portale, die Darstellung der Patientenzufriedenheit.

In Dänemark wird das Public Reporting im ambulanten Sektor von Angeboten staatlicher Portale dominiert. Eine zentrale Gesundheitsplattform („Sundhed“) ermöglicht Versicherten einen umfassenden Zugang zu ihren persönlichen Gesundheitsdaten. Qualitätsdaten werden über mehrere staatliche Akteure generiert und ebenfalls zentral zusammengeführt. Die Daten werden auf verschiedenen, in der Regel auf die zugrundeliegenden Initiativen bezogenen Portalen veröffentlicht, auf die die Versicherten über die zentrale Plattform Zugriff haben. Darüber hinaus bestehen mit der aus Gründen des Patientendatenschutzes abgeschalteten DAMD-Datenbank („Sentinel Data Capture Project“) zumindest die Strukturen für eine systematische Erhebung sowie Veröffentlichung von Qualitätsdaten mit dem Ziel eines Benchmarkings. Ärztinnen Ärzte werden zudem bei Vorliegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers namentlich auf einer veröffentlichten Liste aufgeführt.

In den USA wird durch staatliche Trägerorganisationen eine umfangreiche Datengrundlage zu Einzelleistungen und Zahlungsströmen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer veröffentlicht. Damit wird das Ziel verfolgt, die Qualitätstransparenz des Leistungsgeschehens zum einen direkt über die Darstellung von Qualitätsinformationen sowie indirekt durch das Setzen von Anreizmechanismen (erfolgs- und publikationsabhängige Vergütung) zu erhöhen. Auf dieser Datenbasis setzen weitere Portale mit dem Ziel auf, diese Informationen nutzerorientiert aufzubereiten und ggf. mit weiteren Angaben, die z. B. über Patientenbefragungen generiert wurden, zu verknüpfen. Diese Portale werden vornehmlich von privaten Anbietern betrieben.

Während in Deutschland demnach von staatlicher Seite bisher im Wesentlichen Ärztelisten mit Kontaktdaten und Zuordnung zum Wohnort verfügbar gemacht werden und durch private Portale Zusatzinformationen sowie Patientenbewertungen veröffentlicht werden, sind in den betrachteten Ländern die Informationsangebote stärker integriert, d. h. verknüpfen verschiedene Informationsquellen, beinhalten Public-Reporting-Elemente sowie systematische Patientenbefragungsergebnisse auch im ambulanten Sektor.

Aus den im Rahmen der Länderanalyse für die Bertelsmann Stiftung betrachteten Informationsangeboten zur Qualität der ambulanten Versorgung lassen sich zudem einige Referenzmaßstäbe für Maßnahmen ableiten, um die Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung in Deutschland hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erhöhen.

Strukturqualität

In den betrachteten Ländern sind Informationen über die Möglichkeiten des Zugangs zur ambulanten Versorgung verfügbar, die über Kontakt- und Lagedaten hinausgehen. Hierzu zählen u. a. detailliertere Informationsangebote über Tätigkeitsschwerpunkte, z. B. in Form von Listen konkreter Behandlungen und Leistungsspektren der Arztpraxen, sowie systematische Informationen zur aktuellen Terminalsituation, Patientenneuaufnahme und Wartezeiten.

Prozessqualität

Für eine Erhöhung der Transparenz der Prozessqualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung ergab die Länderanalyse öffentlicher Informationsangebote nur vereinzelte Praxisbeispiele. Hier werden die aktuell noch bestehenden Grenzen des Public Reportings deutlich (vgl. Kapitel 1.5): Insbesondere Informationen über das Verordnungsverhalten (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) sind für Patienten wegen wesentlicher weiterer Einflussfaktoren (Patientenstruktur, Einfluss der Kostenträger bzw. weiterer Beteiligte am Behandlungsprozess) nur begrenzt aussagekräftig. Einzelne Patientenbewertungen, die in den betrachteten Ländern auf einigen privaten Portalen ähnlich wie in Deutschland veröffentlicht werden, werden in England und Dänemark durch systematische Patientenzufriedenheitsbefragungen im Zwei-Jahres-Rhythmus ergänzt.

Ergebnisqualität

In Bezug auf die Darstellung von Ergebnisqualität ambulanter ärztlicher Versorgung ergaben sich aus den Länderanalysen ebenfalls Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Als geeignet erweisen sich auf Basis der internationalen Erfahrungen insbesondere etablierte Indikatoren wie Zielparame- ter aus strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen. Meist handelt es sich dabei um Surrogatparameter (z. B. Blutzuckerwerte), während endpunktbezogene Parameter wie Mortalität wegen der hohen methodischen Anforderungen (Risikoadjustierung, Zurechenbarkeit) deutlich seltener herangezogen werden. Darüber hinaus werden relativ häufig Zielgrößen für die Bereiche Früherkennung und Vorsorge erfasst (z. B. Impf-/Screeningraten). Auch Angaben zur Patientenzufriedenheit sind Bestandteil der Darstellung von Ergebnisqualität.

Beispiele

Der Ländervergleich für die Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2018 wird im Folgenden durch aktuelle Beispiele ergänzt, die Informationsangebote darstellen, die in Deutschland bisher nicht verfügbar sind. Die Terminverfügbarkeit ist z. B. in den USA durchgängig für alle Arztpraxen veröffentlicht und kann auch gefiltert werden (Termin am gleichen Tag oder innerhalb von drei Tagen). Zudem werden konkrete Leistungsangebote gelistet und als Filter zur Verfügung gestellt. Öffentliche Datenbanken, z. B. von Medicare, enthalten verschiedene Qualitätsindikatoren auf Praxisebene im Rahmen von Qualitätssicherungs- bzw. -förderungsprogrammen. Diese Datenbanken werden jedoch nicht von privaten Portalen aufgegriffen, um sie für die Arztsuche nutzbar zu machen.

In Großbritannien werden ebenfalls Qualitätsindikatoren auf Praxisebene veröffentlicht, z. B. aus dem QOF-Programm, das Indikatoren im Vergleich zum Landes- und Regionendurchschnitt auf Praxisebene aufzeigt oder Ergebnissen der der zwei- jährlich durchgeführten Patientenbefragungen („GP Patient Survey“).

Auch in den Niederlanden besteht die Möglichkeit bei der Arztsuche u. A. auch nach Terminverfügbarkeit zu filtern. Es werden umfangreiche Informationen zu digitalen Dienstleistungen gegeben und es liegen Ergebnisse aus regelmäßigen Patientenzufriedenheitsbefragungen vor.

In Dänemark werden im staatlichen Sundhed-Portals eigene Gesundheitsdaten, Datenaustausch und Qualitätsdaten von Arztpraxen gebündelt. Das Portal umfasst festgelegte Indikatoren, die Qualitätsvergleiche ermöglichen. Versicherte haben dafür Zugriff auf Abrechnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte (Datenquellen reichen zurück bis 1977). Für die Abbildung von Behandlungsergebnissen (Outcome-Daten) ist eine Datenbank geplant, die jedoch aufgrund von Patientendatenschutzproblemen nur als Demo-Version vorliegt (z. B. für Kennzahlen der Diabetest-Behandlung).

Wie die Beispiele aus den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Dänemark zeigen, sind international bereits Ansätze des Public Reportings vorhanden, die auch für Verbraucherinnen und Verbraucher umfangreichere Informationen über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stellen. Aus Verbrauchersicht sind Zugangsinformationen zu den Arztpraxen, z. B. zur Terminverfügbarkeit und zu digitalen Dienstleistungen, in größerem und systematischerem Umfang verfügbar als bisher in Deutschland.

3. Wissenschaftliche Erhebung der Transparenzbedarfe aus Verbrauchersicht

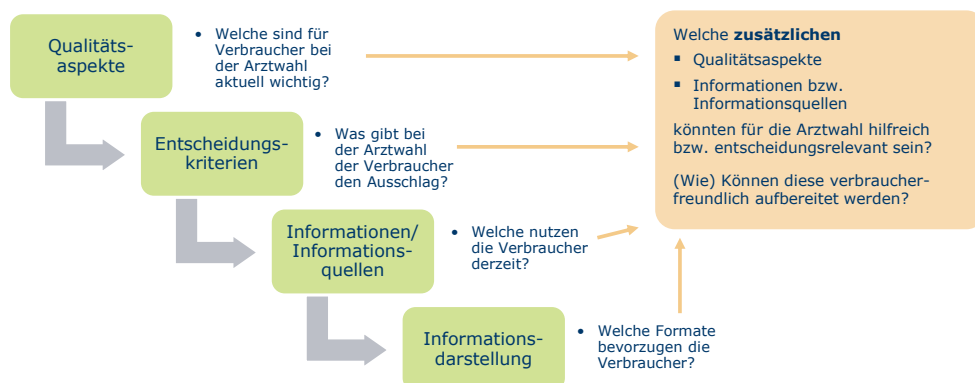
3.1 Projektziel

Das Ziel des diesem Bericht zugrundeliegenden Projektes ist es, im Sinne der Patientensouveränität die Voraussetzungen für informierte Wahl- und Entscheidungsprozesse der Patientinnen und Patienten in der ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden Ansätze zur Stärkung der Qualitätstransparenz in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und zur bedarfsgerechten Gestaltung eines geeigneten Informationsangebots entwickelt.

Um diese Ansätze zu entwickeln, wurden Erkenntnisse darüber gewonnen, wie transparente Qualitätsinformationen über das vertrags(zahn)ärztliche Leistungsangebot Verbraucher befähigen können, eine informierte Anbieterwahl zu treffen. Hierfür wurde erhoben, welche Faktoren aktuell die Arztwahl beeinflussen und welche darüber hinaus gehenden Faktoren aus Verbrauchersicht hilfreich sein könnten. Dabei lassen sich diese Fragen nach vier Gesichtspunkten strukturieren (Abbildung 1):

- ◆ Welche **Qualitätsaspekte** sind aus Verbrauchersicht gegenwärtig für die Arztwahl relevant?
- ◆ Welche Qualitätsaspekte bilden für die Verbraucherinnen und Verbraucher gegenwärtig die maßgeblichen **Entscheidungskriterien** für die Arztwahl?
- ◆ Welche **Informationen bzw. Informationsquellen** nutzen die Verbraucherinnen und Verbraucher hierfür gegenwärtig?
- ◆ Welche Formen der **Informationsaufbereitung bzw. -darstellung** bevorzugen die Verbraucherinnen und Verbraucher gegenwärtig?

Abbildung 1: Strukturierung von Einflussfaktoren der Arztwahl



Quelle: IGES

Das Projekt ermöglicht wissenschaftlich fundierte, repräsentative Aussagen, wie sich diese Faktoren gegenwärtig bei der Anbieterwahl der Verbraucherinnen und Verbraucher darstellen und darüber, welche Potenziale bestehen, die Grundlagen für eine informierte Anbieterwahl zu verbessern.

Dabei war zudem zu prüfen, inwiefern die zu gewinnenden Aussagen zwischen verschiedenen Verbrauchergruppen variieren, z. B. hinsichtlich der Gewichtung einzelner Qualitätsaspekte oder der Präferenzen bei unterschiedlichen Informationsangeboten. In Bezug auf die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sind geeignete Kriterien zur Unterscheidung von Verbrauchergruppen: Soziodemografischer und sozioökonomischer Status, Wohnort (Stadt/Land) und Gesundheitszustand. Unterschieden werden auch die Anlässe der Arztsuche (akut/langfristig; Umzug oder Praxisaufgabe/Unzufriedenheit).

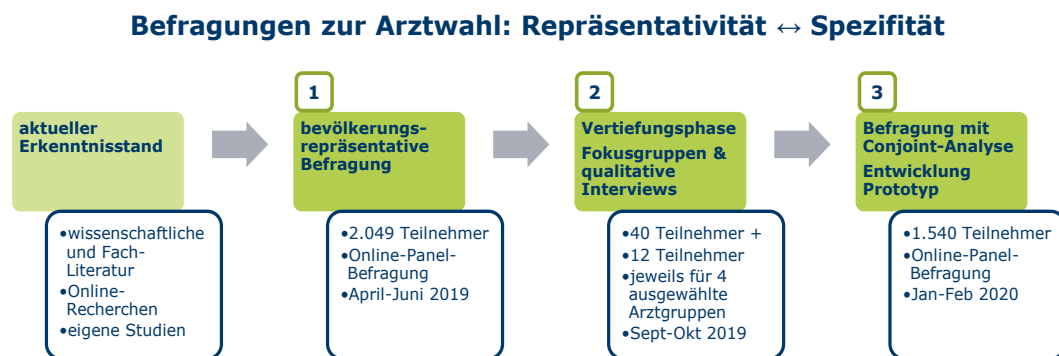
3.2 Methodisches Vorgehen

Zentrale Annahme für das Studiendesign ist, dass die Informationsbedürfnisse nicht nur hinsichtlich verschiedener Verbrauchergruppen, sondern auch (für identische Verbraucher) je nach Anlass einer Anbieterwahl sehr unterschiedlich ausfallen können. Zu möglichen Anlässen zählen u. a. die Suche nach einer langfristig betreuenden Ärztin bzw. Arzt oder einer Ärztin/einem Arzt nur für ein einmaliges Ereignis (akute Beschwerden, eine Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt), die Suche nach einem Spezialisten, ein Arztwechsel (wegen Unzufriedenheit, Wohnortwechsel, Praxisaufgabe der bisherigen Ärztin bzw. des bisherigen Arztes) oder ein Wunsch nach Zweitmeinung.

Bei unspezifischen und damit verallgemeinerbaren Informationsbedürfnissen der Anbieterwahl handelt es sich dagegen häufig um nur beschränkt objektivierbare Qualitätsaspekte (z. B. Freundlichkeit, Verständnis). Objektivierbare generische Kriterien wie die Terminwartezeit sind wiederum hinsichtlich ihrer Entscheidungsrelevanz oft ebenfalls anlassabhängig (z. B. akut vs. Vorsorge).

Um im Studiendesign sowohl dem Anspruch der Repräsentativität als auch dem Erfordernis der Spezifität gerecht werden, wurde ein mehrstufiges methodisches Vorgehen gewählt (Abbildung 2).

Abbildung 2: Mehrstufiges methodisches Vorgehen



Quelle: IGES

Die Projektschritte gliedern sich in eine Analyse des aktuellen Erkenntnisstands und drei Stufen der Erhebung und Ableitung von Anforderungen an eine informierte Arztwahl:

- ◆ Den Erhebungen vorangestellt wurde eine Auswertung des aktuellen Erkenntnisstandes zu den aus Verbrauchersicht relevanten Einflussfaktoren der Anbieterwahl in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Dabei wurden auch internationale Erfahrungen einbezogen.
- ◆ Zusätzlich zu den aus Verbrauchersicht relevanten Einflussfaktoren wurden aktuell verfügbare Datenbestände zur Qualität in der ambulanten Versorgung analysiert, welche Daten regelmäßig zugänglich sind und den Verbraucherinnen und Verbrauchern zugänglich gemacht werden könnten.
- ◆ In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung wurden in einem ersten Erhebungsschritt das Spektrum sowie die relativen Häufigkeiten von Anlässen der Anbieterwahl sowie deren Kontextfaktoren, differenziert nach Verbrauchergruppen, erhoben. Darüber hinaus diente die Befragung dazu, generische Qualitätsaspekte und Entscheidungskriterien zu identifizieren und von den – nachfolgend vertiefend zu untersuchenden – spezifischen abzugrenzen.
- ◆ Anschließend wurde in einer Vertiefungsphase für ausgewählte Anlässe der Anbieterwahl erhoben, welche spezifischen Qualitätsaspekte und Entscheidungskriterien für eine informierte Verbraucherentscheidung maßgeblich sind bzw. sein können. Hierfür erfolgte eine Fokussierung auf bestimmte Arztgruppen. Darüber hinaus wurden alternative Sets an (arztgruppen-)spezifischen Qualitätsinformationen entwickelt und im Rahmen von Fokusgruppen sowie qualitativen Interviews im Hinblick auf ihre Verbraucherfreundlichkeit getestet.

- ◆ Auf Basis der Ergebnisse der vorangehenden Arbeitsschritte wurde schließlich ein Prototyp verbrauchergerechter Qualitätsinformationen für die Anbieterwahl in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung entwickelt. Dieser Prototyp wurde zunächst im Rahmen vertiefender Interviews getestet und anschließend im Rahmen einer – für die relevanten arztgruppenrelevanten Personengruppen – repräsentativen Befragung.

Das skizzierte Vorgehen wird im Folgenden weitergehend konkretisiert.

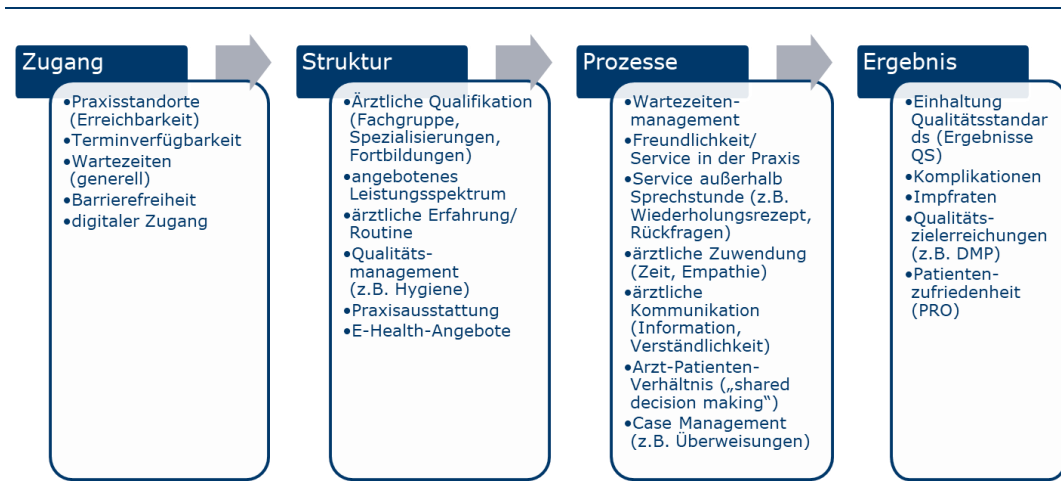
3.2.1 Bevölkerungsbefragung

Ziel der repräsentativen Bevölkerungsbefragung war es, belastbare Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Faktoren für Verbraucherinnen und Verbraucher gegenwärtig für die Anbieterwahl in der ambulanten (zahn-)ärztlichen Versorgung maßgeblich sind.⁵ Die Befragungsinhalte wurden auf Basis der o. a. Faktoren und Fragestellungen konkretisiert (vgl. Abbildung 1). Der Schwerpunkt der Befragung lag auf der Erhebung der Ist-Situation und ermöglichte insbesondere eine Unterscheidung nach Anlass der Anbieterwahl sowie nach Verbrauchergruppen. Darüber hinaus wurden zusätzliche Informationsbedürfnisse erhoben, denen derzeit aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher nicht entsprochen wird. Konkrete Ausgestaltungsmöglichkeiten diesbezüglicher Qualitätsinformationen waren dann Gegenstand der Vertiefung im Rahmen von Fokusgruppen und qualitativen Interviews.

Der Fragebogen wurde auf Basis der wissenschaftlichen Literatur zu den Prozessen der Arztwahl sowie möglichen Qualitätskriterien in der ambulanten Versorgung entwickelt. Abbildung 3 zeigt das Spektrum der Qualitätsdimensionen, die für die Arztsuche relevant sein können. Hierbei bietet sich eine Gliederung nach den drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an, wobei für die Arztsuche den Aspekten des Zugangs als Teil der Strukturqualität eine herausgehobene Bedeutung zukommt und die diesbezüglichen Qualitätsaspekte daher als gesonderte Kategorie aufgeführt sind.

⁵ Von der Notfallversorgung wurde dabei abgesehen, weil hier aufgrund des Notfallcharakters eine systematisch andersartige Entscheidungssituation vorliegt (zeitlicher Abstand zwischen Information und Anbieterwahl muss für informierte Entscheidung größer sein).

Abbildung 3: Qualitätsdimensionen der Arztsuche



Quelle: IGES

Der Fragebogen wurde in einem Pretest auf die Verständlichkeit der Fragen und der Antwortmöglichkeiten sowie der Filterführung getestet. Die Befragung wurde in Form computergestützter webbasierter Interviews (CAWI) durchgeführt. Für die Durchführung wurde ein Befragungsinstitut beauftragt, das über ein Befragungspanel verfügt, das bevölkerungsrepräsentative Befragungen erlaubt, d. h. Personen hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bildung und Regionalität proportional zur Gesamtbevölkerung lt. Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes zu befragen. Um insbesondere auch die ältere Bevölkerung und Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss zu erreichen, wurden diese bevölkerungsrepräsentativ quotiert bzw. gezielt zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Es wurden bevölkerungsrepräsentative Quoten nach den folgenden Merkmalen verwendet: Alters- und Geschlechtsstruktur, Bildungsabschluss, Verteilung der Bevölkerung nach Bundesland. Einschränkend ist hinsichtlich dieser Befragungsmethode und zur Interpretation der Ergebnisse zu erwähnen, dass die Panelteilnehmer eine Teilgruppe der Bevölkerung darstellen, die das Internet nutzen sowie bereit sind, an Befragungen teilzunehmen. Damit deckt die Bevölkerungsbefragung den Teil der Bevölkerung ab, der auch durch Informationsangebote im Internet erreicht werden kann.

Um repräsentative Aussagen über die Befragungsinhalte hinsichtlich der unterschiedlichen Verbrauchergruppen zu erhalten, liegt der empfohlene Stichprobenumfang (netto) bei einer zugrunde gelegten Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten und einer Sicherheit (Konfidenzintervall) von 95 % bei jeweils rd. 385 zu befragenden Personen. Bei Unterscheidung von z. B. fünf Gruppen beträgt die Nettostichprobengröße rd. 2.000 ausgefüllte Fragebögen. Es wurden daher 2.000 Personen befragt. Der Studiensteckbrief in Tabelle 1 fasst das Studiendesign zur repräsentativen Ist-Analyse der Bevölkerung zusammen.

Tabelle 1: Studiensteckbrief Ist-Analyse der Arztsuche in der Bevölkerung

Studie	Ist-Analyse der Arztsuche in der Bevölkerung
Zeitraum	25.04 – 17.06.2019
Stichprobe	2.049 Teilnehmer
Quoten	Quotierung: bevölkerungsrepräsentativ verteilt nach soziodemographischen/sozioökonomischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildung, Haushaltsnettoeinkommen) und Wohnort (Kreistyp & Bundesland)
Methode	computer-gestützte, webbasierte Panel-Befragung
Kurzbeschreibung des Studieninhalts	Gliederung der Befragung in vier wesentliche Abschnitte: 1. Informationen zur letzten Arztsuche 2. Erfahrungen mit der Arztsuche 3. Informationsbedarf für zukünftige Arztsuche 4. Verbreitung und Bewertung von Arztbewertungsportalen

Quelle: IGES

3.2.2 Fokusgruppen

Für eine vertiefende Analyse, welche spezifischen Qualitätsaspekte und Entscheidungskriterien für eine informierte Verbraucherentscheidung maßgeblich sind bzw. sein können, wurden vier Arztgruppen ausgewählt. Die Arztgruppen sollen dabei hinsichtlich der verschiedenen Anlässe einer Anbieterwahl sowie der verschiedenen Patientengruppen möglichst wenige Überschneidungen aufweisen. Ausgewählt wurden auf dieser Grundlage:

- ◆ Hausarztpraxen,
- ◆ Kinderarztpraxen,
- ◆ Praxen für Orthopädie, und
- ◆ Zahnarztpraxen.

Bei Haus- und Kinderärzten handelt es sich um Arztgruppen der Primärversorgung mit einem breiten Spektrum angebotener Leistungen. Für Verbraucherinnen und Verbraucher kann es bei beiden Arztgruppen um eine langfristige Anbieterentscheidung gehen. Die zunehmende fachliche Spezialisierung auch innerhalb von Arztgruppen betrifft mittlerweile ebenso die Allgemeinmediziner, woraus zusätzli-

che Informationsbedürfnisse entstehen. Über die Wahl der Kinderärzte entscheiden i. d. R. die Eltern, für die hierbei ggf. weitere, zusätzliche Kriterien relevant sind.

Weitere Arztgruppen sollten aus dem Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung gewählt werden. Hier eignet sich die Fachgruppe der Orthopädie: Einerseits aufgrund der Abgrenzbarkeit der Behandlungs- bzw. Anbieterwahanlässe (begrenzt Spektrum spezifischer Erkrankungen, Patientengruppe), andererseits ist davon auszugehen, dass die relevante Patientengruppe für die im Projektrahmen vorgesehenen Erhebungen ausreichend groß ist. Da die vertragszahnärztliche Versorgung expliziter Bestandteil des Projektvorhabens ist, sind Zahnärzte eine der ausgewählten Arztgruppen. Sie eignen sich auch deshalb, weil finanzielle Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten in der zahnärztlichen Versorgung im Vergleich zu anderen Arztgruppen von größerer Bedeutung sind und damit spezifische Informationsbedürfnisse einhergehen.

Je Arztgruppe wurde eine Fokusgruppen-Diskussion mit Verbraucherinnen und Verbrauchern durchgeführt, die in den letzten 12 Monaten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gesucht haben. Gegenstand der Diskussion waren:

- ◆ Spezifizierung der Anlässe und Kontextfaktoren der arztgruppenspezifischen Anbieterwahl,
- ◆ Identifizierung maßgeblicher Faktoren der Anbieterwahl (gemäß Struktur in Abbildung 1 und Abbildung 3),
- ◆ Operationalisierung/Spezifizierung häufig genannter generischer Faktoren auf Basis der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung,
- ◆ Entwicklung konkreter „Transparenzvorschläge“.

Für den letztgenannten Punkt wurden für die Fokusgruppen-Diskussion mehrere Vorlagen mit verschiedenen Qualitätsinformationen in unterschiedlichen Aufbereitungsformen vorbereitet, die sowohl bereits verfügbare als auch zusätzliche (hypothetisch verfügbare) Qualitätsinformationen auf Einrichtungsebene enthielten. Im Rahmen der Fokusgruppen-Diskussion wurden die Relevanzbewertung (inklusive Begründungen), das Verständnis und die Präferenzen der Teilnehmer hinsichtlich der alternativen Vorlagen erhoben. Die Fokusgruppen-Diskussionen wurden von Mitgliedern des Projektteams des IGES Instituts geleitet.

Zur Gewinnung von arztgruppenrelevanten Teilnehmern der Fokusgruppen-Diskussionen wurde aus dem Kreis der Teilnehmer der Bevölkerungsbefragung rekrutiert. Über die Panel-Strukturen konnten zudem weitere Teilnehmercharakteristika berücksichtigt werden, um eine nach soziodemografischen und sozioökonomischen Aspekten gemischte Diskussionsgruppe zu realisieren. Der Studiensteckbrief in Tabelle 2 fasst das Studiendesign der Fokusgruppen zusammen.

Tabelle 2: Studiensteckbrief Fokusgruppen zu Erfahrungen und Verbesserungspotenzialen der Arztsuche

Studie	Erfahrungen und Verbesserungspotenziale bei der Arztsuche
Zeitraum	03.09. - 04.09.2019
Stichprobe	40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Quote	4 Gruppen mit jeweils 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die ausgewählten Arztgruppen: Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen; hat die jeweilige Arztpraxis in den letzten 12 Monaten gesucht weitere Quotierung: gleichmäßige Verteilung nach Alter, Geschlecht, Bildung, Haushaltsnettoeinkommen, Wohnort, Art der Krankenversicherung
Methode	qualitative Fokusgruppen/Gruppeninterviews à 2,5 Stunden
Kurzbeschreibung des Studieninhalts	Gliederung der Fokusgruppeninterviews in drei wesentliche Teile: <ol style="list-style-type: none"> 1. Darstellung von eigenen Erfahrungen und des eigenen Vorgehens bei der Arztsuche 2. Diskussion von Erkenntnissen der Bevölkerungsbefragung 3. Bewertung und Diskussion von möglichen Informationsangeboten.

Quelle: IGES

3.2.3 Befragungsbegleitende Prototyp-Entwicklung

Neben der Analyse der aktuellen Zugänge der Verbraucherinnen und Verbraucher in der Arztsuche war die Entwicklung von zukünftigen Optionen für Qualitätsinformationen in der ambulanten Versorgung ein wesentliches Projektziel. Zu diesem Zweck wurde ein Prototyp entwickelt, der konkret aufzeigt, wie den Informationsbedürfnissen der Verbraucherinnen und Verbraucher mit verfügbaren bzw. zukünftig möglicherweise verfügbaren Daten und situationsspezifischen Informationsangeboten entsprochen werden kann.

Die Prototypen-Entwicklung verlief in folgenden Stufen:

- ◆ Erarbeitung alternativer Sets an (arztgruppen-)spezifischen Qualitätsinformationen auf Basis der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung und der Auswertung bestehender Datenquellen;

- ◆ Vorlage der Sets in den Fokusgruppen mit dem Ziel der Bewertung, Priorisierung und Erweiterung;
- ◆ Ausgestaltung von Prototypen auf Basis der Fokusgruppen-Ergebnisse
- ◆ Evaluierung der Prototypen in qualitativen Einzelgesprächen (qualitativer Prototyp-Test, vgl. ausführlich Kapitel 3.2.4);
- ◆ quantitative Bewertung der Prototypen und Messung des Nutzens für die Entscheidungsfindung unterschiedlicher Personengruppen und in unterschiedlichen Situationen (Conjoint-Analyse, vgl. ausführlich Kapitel 3.2.5).

Im Ergebnis verbinden die Prototypen die Erfahrungen und Bedürfnisse der Verbraucherinnen und Verbraucher, ausgestaltet in unterschiedlichen Darstellungsweisen und Nutzungsszenarien.

3.2.4 Qualitativer Prototypentest

Auf Basis der Ergebnisse der Fokusgruppen-Diskussionen wurden die „Transparenzvorschläge“ zu alternativen Sets an (arztgruppen-)spezifischen Qualitätsinformationen für die Anbieterwahl in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung weiterentwickelt.

Diese Informationsangebote wurden als Informationsprototypen anschließend im Rahmen qualitativer Einzelinterviews mit Verbraucherinnen und Verbrauchern getestet, wobei den Interviewteilnehmern die arztgruppenspezifischen Qualitätsinformationen präsentiert wurden (inklusive Darstellungselemente und interaktiven Elementen wie Filtermöglichkeiten). Im Rahmen der Interviews wurde erhoben,

- ◆ ob die Interviewteilnehmer die arztgruppenspezifischen Informationssets adäquat für eine Anbieterwahl nutzen können (Verständnis, Handhabung),
- ◆ wie sie die Relevanz der enthaltenen Qualitätsinformationen bewerten (inkl. Begründung),
- ◆ ob aus ihrer Sicht enthaltene Informationen verzichtbar oder zusätzliche Informationen ergänzt werden sollten,
- ◆ wie sie die Aufbereitung der Informationen bewerten bzw. welche alternativen Darstellungsformen für sie ggf. die Verbraucherfreundlichkeit erhöhen könnten.

Für jede der ausgewählten Arztgruppen wurde eine vorab festgelegte Anzahl von Einzelinterviews durchgeführt (je Arztgruppe drei Interviews, insgesamt zwölf). Die Interviewteilnehmer wurden ebenfalls aus dem Kreis der Teilnehmer der Bevölkerungsbefragung rekrutiert, jedoch nicht aus der Gruppe der Fokusgruppenteilnehmer.

Der Interviewleitfaden sowie die Beispielformate/Prototypen der arztgruppenspezifischen Qualitätsinformationen wurden durch das IGES Institut anhand bestehender Informationsangebote ausgewählt, aus den bisherigen Befragungsergebnissen entwickelt und getestet. Die Einzelinterviews wurden ebenfalls durch das IGES Institut durchgeführt und ausgewertet. Auf der Basis der Auswertung der qualitativ erhobenen Befragungsdaten wurden die arztgruppenspezifischen Prototypen verbrauchergerechter Qualitätsinformationen für die Anbieterwahl überarbeitet. Der Studiensteckbrief in Tabelle 3 fasst das Studiendesign der Einzelinterviews zusammen.

Tabelle 3: Studiensteckbrief Einzelinterviews zu Bewertung alternativer Informationsangebote/Prototypen-Test

Studie	Bewertung alternativer Informationsangebote bei der Arztsuche
Zeitraum	24.10 – 25.10.2019
Stichprobe	12 Teilnehmer
Quote	<p>Je 3 Interviewteilnehmer für die ausgewählten Arztgruppen (Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen), die die jeweilige aktuelle Arztpraxis in den letzten 12 Monaten gesucht und gefunden haben.</p> <p>weitere Quotierung: gleichmäßige Verteilung nach Alter, Geschlecht, Bildung, Haushaltsnettoeinkommen, Wohnort, Art der Krankenversicherung</p>
Methode	qualitative vertiefende Einzelinterviews à 45 Minuten
Kurzbeschreibung des Studieninhalts	<p>Gliederung der Interviews in drei wesentliche Teile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Darstellung von eigenen Erfahrungen und des eigenen Vorgehens bei der Arztsuche 2. Bewertungen der Bedeutung verschiedener Informationen für die Arztsuche 3. Diskussion verschiedener Möglichkeiten von Informationsangeboten

Quelle: IGES

3.2.5 Online-Conjoint-Analyse

Der qualitativ erarbeitete Prototyp für Qualitätsinformationen wurde in einer abschließenden Befragung auf einer größeren quantitativen Basis hinsichtlich seines Nutzens bewertet. Dies ermöglichte, situative und personenspezifische Aspekte der Bewertung, wie akuter Bedarf oder chronische Erkrankungen, in der Analyse zu berücksichtigen.

Für die Evaluation von Entscheidungsprozessen ist die Conjoint-Analyse als Methode zur Simulation von Entscheidungsverhalten und des Messens von Nutzenwerten die Methode der Wahl. Im Rahmen der Conjoint-Analyse wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung mit konkreten Informationspaketen konfrontiert und nach ihrer Entscheidung befragt, welche Informationen ihnen den größten Nutzen für die Entscheidung stiften, in diesem Fall, welche Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der vorliegenden Informationen für sie in Frage kommen und welche sie auf Grundlage der Informationen präferieren.

Mithilfe dieser Methode war es möglich, Entscheidungskriterien nach ihrem Nutzen aus Verbrauchersicht zu priorisieren und z. B. die Frage zu beantworten, welche Empfehlungsinhalte ausschlaggebend für die Entscheidung sind. Zusätzlich wurde dieser Nutzen nach Personenmerkmalen getrennt analysiert, z. B. nach Alter oder Bildungsabschluss.

Die Ergebnisse bilden eine fundierte Grundlage für einen Informationsprototyp, der für die Arztsuche nutzenstiftende Informationen enthält. Relevante Filterebenen für Informationsportale können auf der Basis der Ergebnisse zudem z. B. die Auswahl von Informationen nach Nutzereigenschaften strukturieren (z. B. hinsichtlich Vorerkrankungen) und damit ein ggf. erweitertes Informationsangebot trotz Komplexität für die Verbraucherinnen und Verbraucher handhabbar halten.

In der Conjoint-Analyse wurden pro Arztgruppe 380 Patientinnen und Patienten (davon mind. 1/3 mit Arztsuche innerhalb der letzten zwölf Monate, alle mit Arztsuche dieser Arztgruppe in den letzten 3 Jahren) befragt. Der Studiensteckbrief in Tabelle 4 fasst das Studiendesign der Conjoint-Analyse zusammen.

Tabelle 4: Studiensteckbrief Conjoint-Analyse von Informationsangeboten bei der Suche von Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen

Studie	Bedeutung verschiedener Informationen für die Entscheidung bei der Arztsuche
Zeitraum	22.01. – 09.02.2020
Stichprobe	1.540 Teilnehmer
Quote	bevölkerungsrepräsentativ nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland eingeladen quotiert: 385 Teilnehmer pro Arztgruppe (Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen) sowie priorisiert nach zeitlicher Nähe der Arztsuche, max. 3 Jahre zurückliegend
Methode	Adaptive Choice-Based Conjoint (ACBC); Panel-Befragung

Studie	Bedeutung verschiedener Informationen für die Entscheidung bei der Arztsuche
Kurzbeschreibung des Studieninhalts	Gliederung der Befragung in vier wesentliche Abschnitte: <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="699 416 1225 443">1. Befragung zu Erfahrungen bei der Arztsuche<li data-bbox="699 461 1310 517">2. gesundheitlicher Hintergrund und Behandlungsschwerpunkte der Befragten<li data-bbox="699 535 1310 636">3. Conjoint Teil I: Entscheidungsszenario (Entscheidung, ob vorgeschlagene Ärztinnen/Ärzte mit den gegebenen Merkmalsausprägungen bei der Arztsuche ausgewählt werden)<li data-bbox="699 654 1310 732">4. Conjoint Teil II: Entscheidungsszenario zwischen zwei Ärztinnen/Ärzten mit verschiedenen Merkmalsausprägungen (Auswahl 1 von 2 Ärztinnen/Ärzten)

Quelle: IGES

4. Empirische Ergebnisse

4.1 Repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Arztsuche

Um die Ist-Situation sowie generische Qualitätsaspekte und Kriterien für die Arztsuche abzubilden, wurden in einer computer-gestützten Online-Panel-Befragung 2.049 Personen – repräsentativ im Hinblick auf die Verteilung der soziodemografischen und sozioökonomischen Kriterien Alter, Bildungsstand, Berufsausbildung, Haushaltsnettoeinkommen und Wohnort – befragt (vgl. Kapitel 3.2.1). Die Befragung gliedert sich in fünf wesentliche Teilabschnitte:

- ◆ gesuchte Arztgruppen und Anlässe der Arztsuche
- ◆ Informationen zur letzten Arztsuche,
- ◆ Erfahrungen mit der Arztsuche,
- ◆ Verbreitung und Bewertung von Arztbewertungsportalen und
- ◆ Informationsbedarfe für zukünftige Arztsuchen.

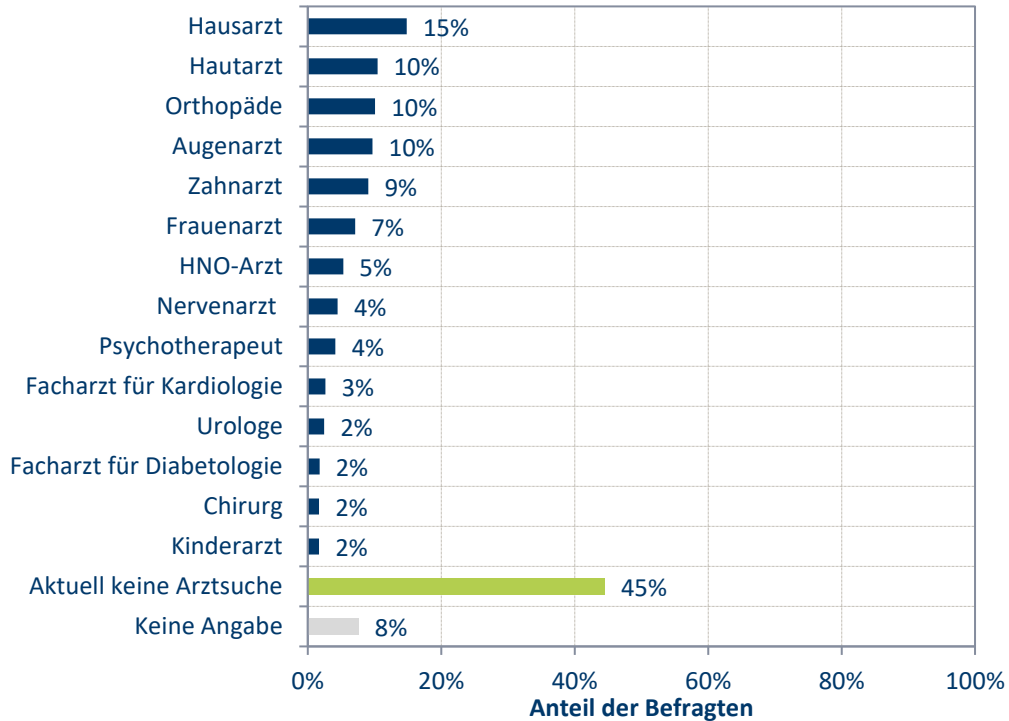
Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Befragung dargestellt.

4.1.1 Arztgruppen und Anlässe der Arztsuche

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass sich ein bemerkenswert hoher Anteil der Bevölkerung aktuell auf Arztsuche befindet. Über die Hälfte der Befragten gaben an, gegenwärtig auf der Suche nach einer Arztpraxis zu sein, auf 45 % traf dies nicht zu (Abbildung 4). Die meisten suchten zum Befragungszeitpunkt nach einer Hausarztpraxis (15 %), gefolgt von der Suche nach Hautarzt-, Orthopädie-, Augenarzt- und Zahnarztpraxen (jeweils ca. 10 %). Die in der letzten Zeit am häufigsten gesuchten Ärztinnen und Ärzte waren mit 38 % die Hausärztinnen und Hausärzte (Abbildung 5). Knapp ein Fünftel (19 %) der Befragten gaben an, zuletzt eine Praxis für Orthopädie und 8 % zuletzt eine Zahnarztpraxis gesucht zu haben.

Der Anlass für die Arztsuche variiert je nach Fachrichtung. Hinsichtlich der Praxen für Orthopädie, sonstigen Facharztpraxen, Haus- und Zahnarztpraxen waren die häufigsten Gründe für eine Arztsuche akute Beschwerden/Symptome (Abbildung 6). Die weiteren Angaben beziehen sich, nach Fachrichtung variierend, überwiegend auf die Suche einer langfristigen Betreuung, z. B. infolge der Praxisaufgabe der bisherigen Ärztin bzw. des bisherigen Arztes bei durchschnittlich einem Zehntel der Befragten, infolge eines Umzugs (9 bis 26 %) oder einer neuen Diagnose (4 bis 14 %). Die gezielte Suche nach einem Fachexperten auf einem bestimmten Gebiet gab durchschnittlich ein Zehntel der Befragten an. Nur für Frauenärztinnen und Frauenärzte bildete – angesichts des Bedarfs an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen – die Suche nach einer langfristigen Betreuung häufiger den Anlass für eine Arztsuche als akute Beschwerden. Unzufriedenheit mit der bisherigen Praxis wurde von bis zu einem Viertel der Befragten als Grund der letzten Arztsuche angegeben.

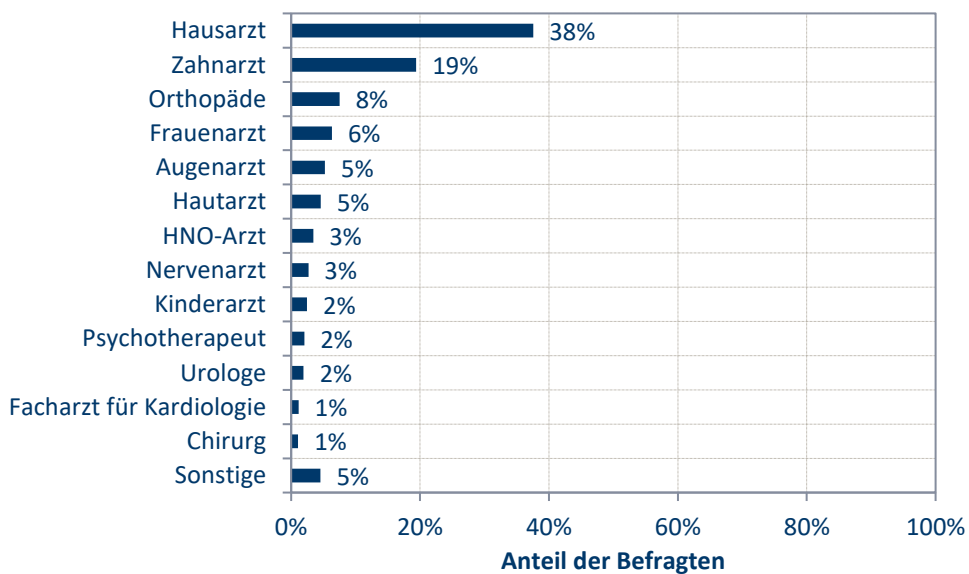
Abbildung 4: Sind Sie aktuell auf der Suche nach einem oder mehreren Ärzten?
Falls ja, welche Arztgruppe?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=2.049

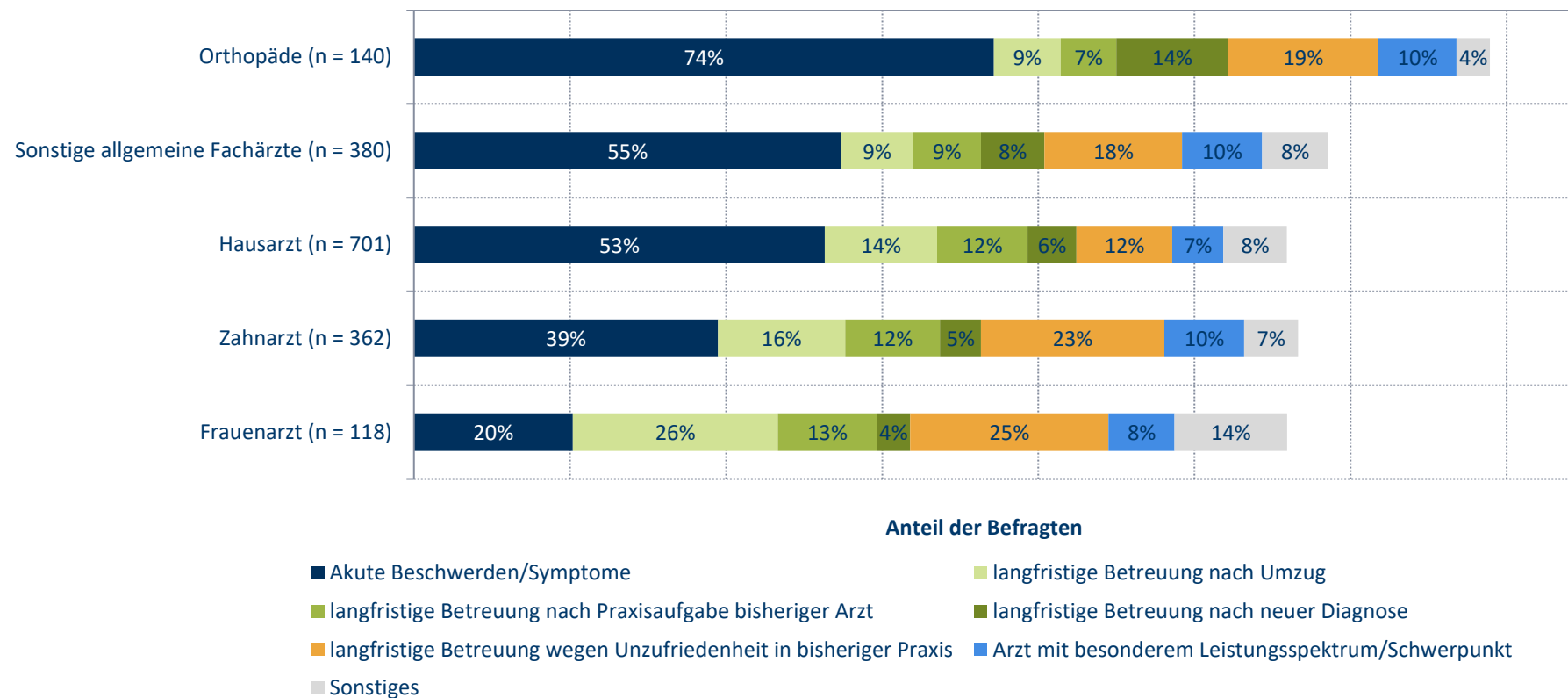
Anmerkungen: Darstellung nur von Arztgruppen mit $n \geq 30$ Angaben. Mehrfachangaben waren möglich.

Abbildung 5: Welchen Ihrer Ärzte haben Sie zuletzt gesucht?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.866

Abbildung 6: Aus welchem Anlass haben Sie Ihren letzten Arzt gesucht?

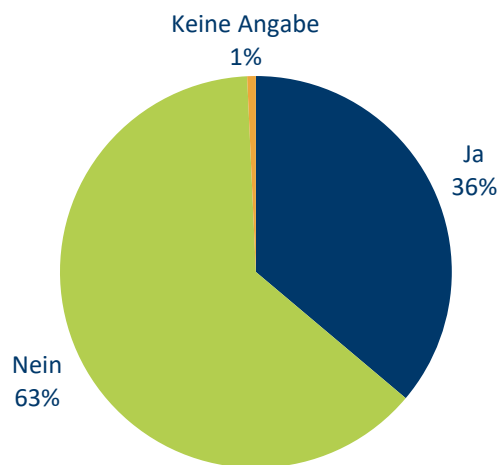


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.866 (Mehrfachnennungen; Berücksichtigung von Arztgruppen mit n ≥ 30 Angaben)

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich, daher aufaddiert >100%; Berücksichtigung von Arztgruppen mit n ≥ 30 Angaben; Sonstige allg. Fachärzte: Augenarzt, Hautarzt, HNO-Arzt, Nervenarzt, Kinderarzt

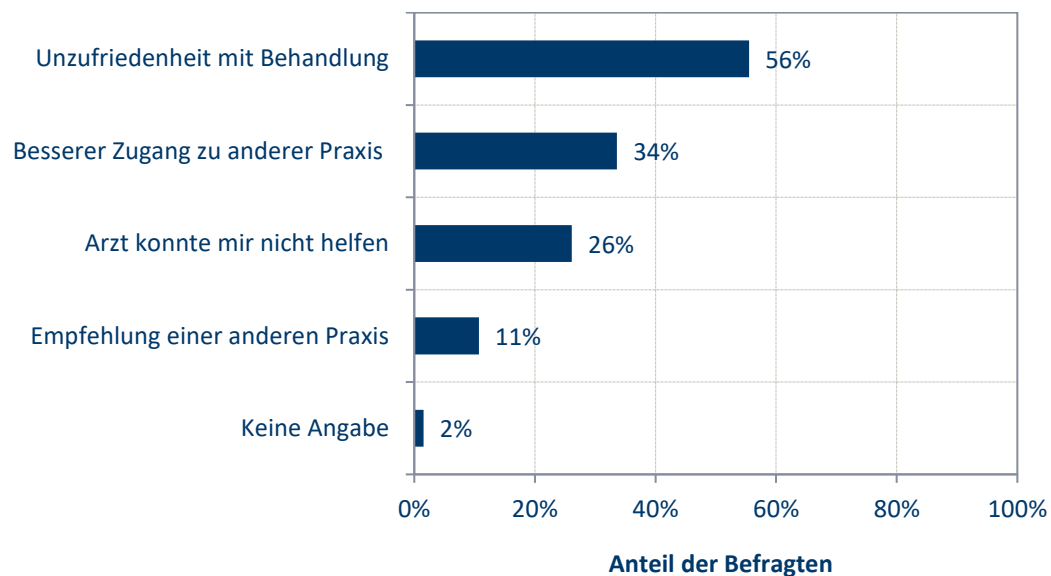
Ein Drittel der Befragten gab an, im letzten Jahr darüber nachgedacht zu haben, einen ihrer behandelnden Ärztinnen oder Ärzte zu wechseln (Abbildung 7). Die Gründe dafür waren bei über der Hälfte davon Unzufriedenheit mit der Behandlung, bei ca. einem Drittel ein leichter Zugang zu einer anderen Praxis und bei einem Viertel das Gefühl, die Ärztin bzw. der Arzt könne ihnen nicht helfen (Abbildung 8).

Abbildung 7: Haben Sie in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, einen Ihrer behandelnden Ärzte zu wechseln?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.959

Abbildung 8: Warum haben Sie darüber nachgedacht, Ihren Arzt zu wechseln?

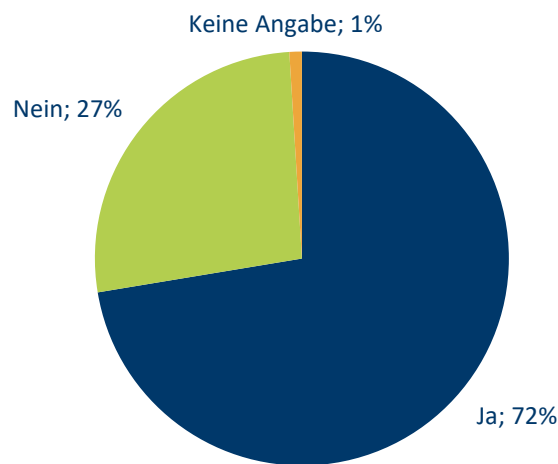


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=708

Einen tatsächlichen Arztwechsel haben bisher über zwei Drittel der Befragten mindestens einmal in ihrem Leben vollzogen (Abbildung 9). Insbesondere die Unzufriedenheit mit der Behandlung und zum Teil die bessere Zugänglichkeit zu einer anderen Praxis waren Gründe für den Arztwechsel (Abbildung 10).

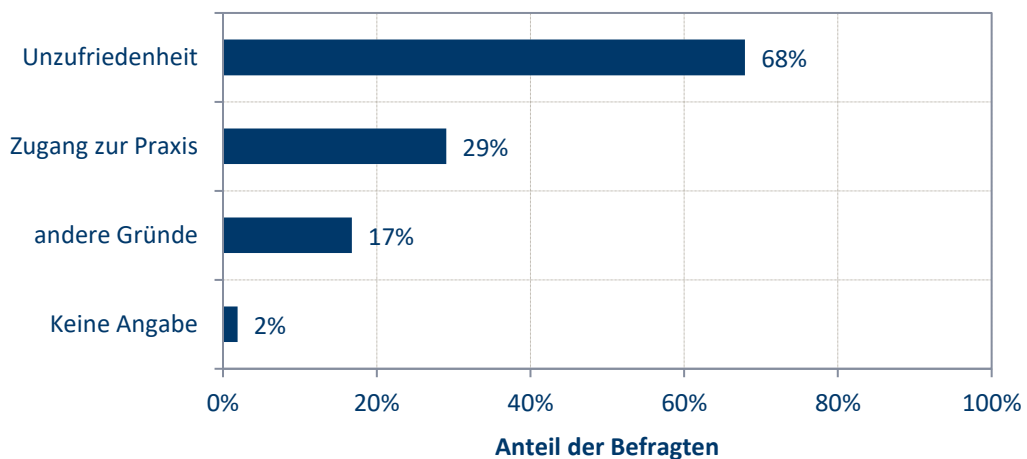
Die Anlässe zur Arztsuche stellen sich somit insgesamt vielfältig dar und variieren für die unterschiedlichen Arztgruppen. Die hohen Anteile an Unzufriedenheit mit Arztpraxen unterstreichen das Bedürfnis nach einer informierten Arztwahl.

Abbildung 9: Haben Sie schon einmal aus eigener Initiative einen Arzt gewechselt?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.959

Abbildung 10: Warum haben Sie den Arzt gewechselt?

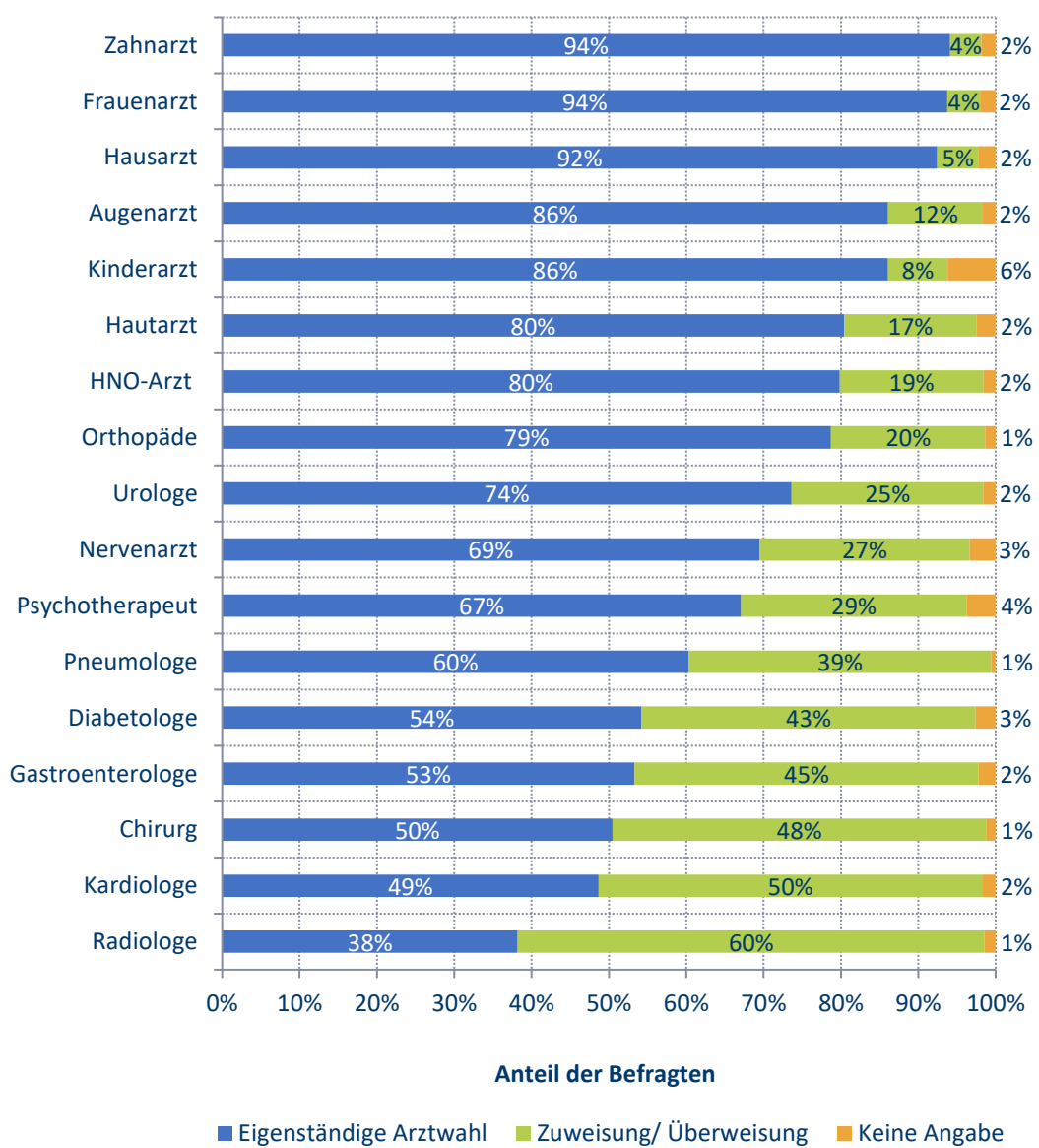


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.640

4.1.2 Erfahrungen mit der Arztsuche

Die freie Arztwahl geht mit einer überwiegend eigenständigen Arztsuche durch die Verbraucherinnen und Verbraucher einher. In Abbildung 11 wird für die verschiedenen Arztgruppen ersichtlich, wie viel Prozent der Befragten angaben, Ärztinnen und Ärzte selbst ausgewählt zu haben und wie viel durch Zuweisung oder Überweisung Praxen auswählten. Mit zunehmender Spezialisierung nimmt der Anteil der Zu- und Überweisungen zu konkreten Arztpraxen zu, liegt jedoch selbst bei Radiologen nur bei knapp 60 %, d. h. 40 % der Patientinnen und Patienten suchen bzw. wählen ihren Radiologen eigenständig.

Abbildung 11: Haben Sie ihre Praxis selbst ausgesucht?

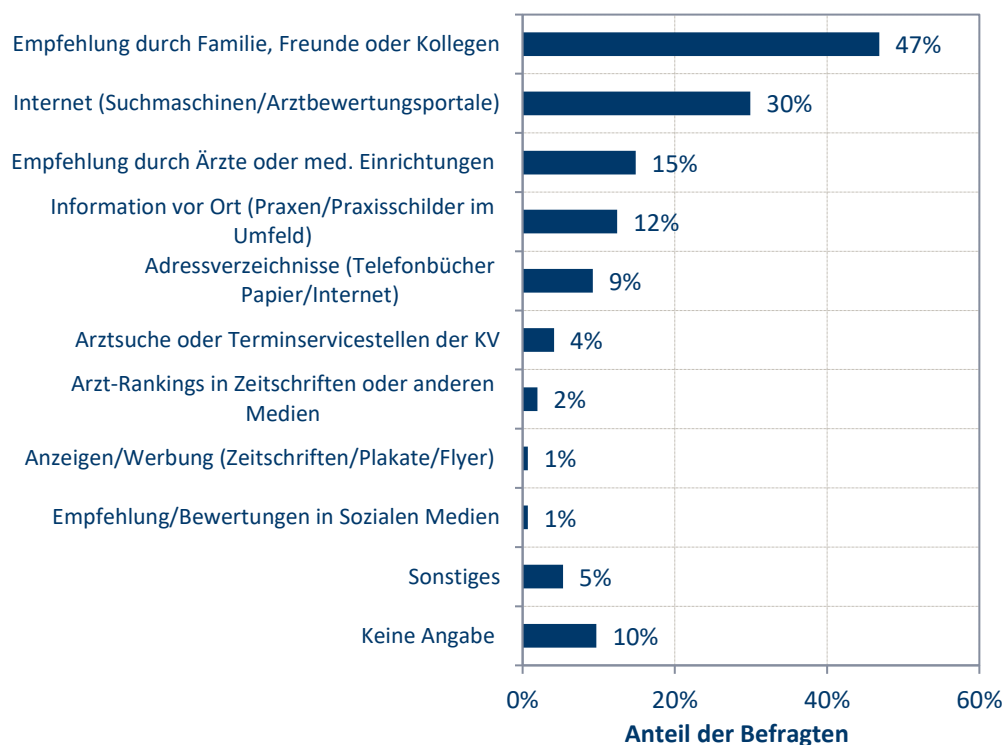


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.959

Anmerkungen: Darstellung nur von Arztgruppen mit n>100 Angaben

Persönliche Empfehlungen sind die wichtigsten Informationsquellen für die Arzt-suche: Fast die Hälfte der Befragten gaben in Bezug auf ihre letzte Arzt-suche an, bei der Informationssuche Empfehlungen von Familie, Freunden oder Bekannten bekommen zu haben. Fast ein Drittel gab an, sich über das Internet informiert zu haben und ca. 15 % suchten auf Basis von Informationen, die sie von Ärztinnen und Ärzten oder medizinischen Einrichtungen bekamen, Ihre Arztpraxis aus (Abbil-dung 12).

Abbildung 12: Wie haben Sie sich bei der Arzt-Suche informiert?

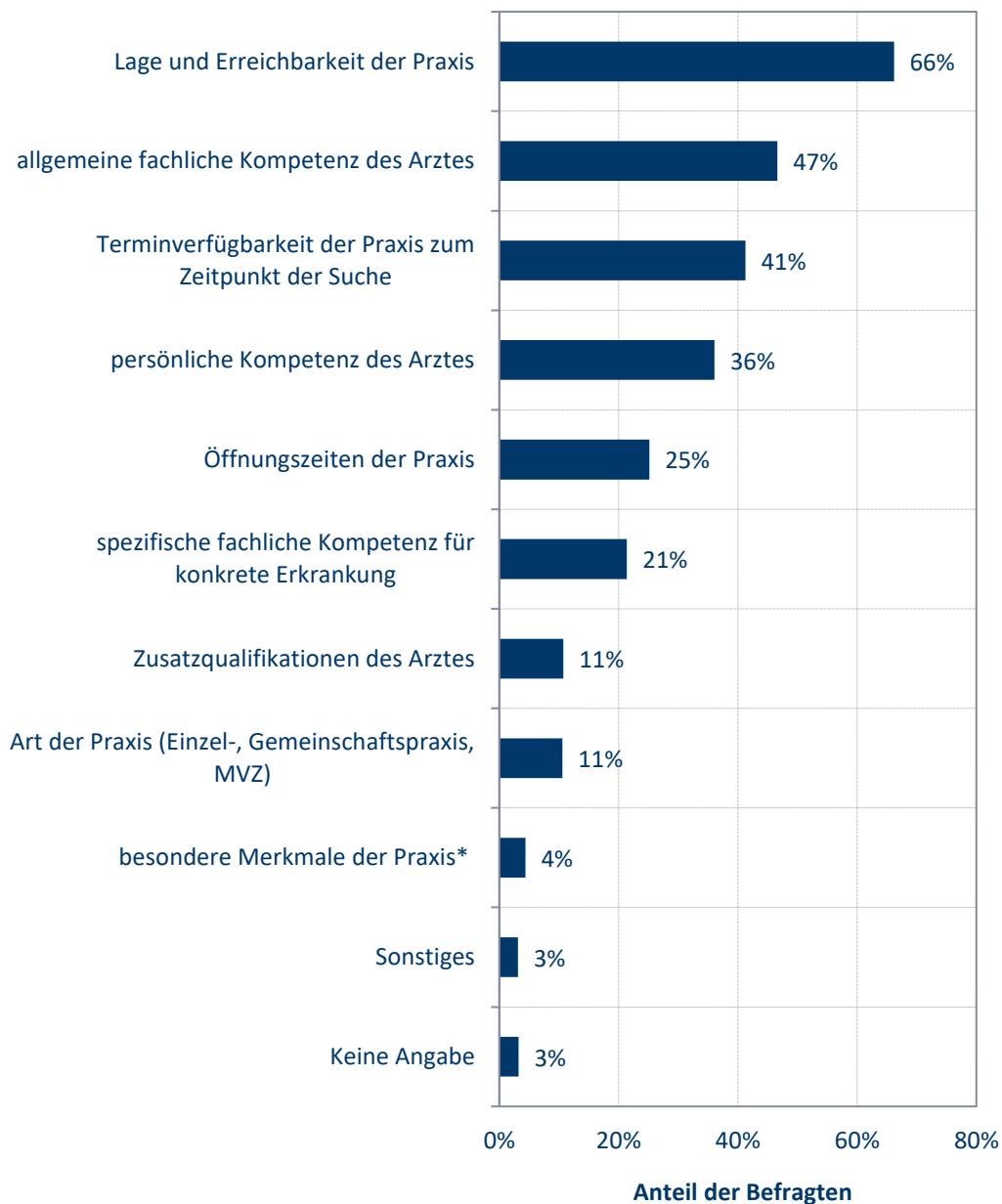


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.866 (Mehrfachnennungen waren möglich)

Die Abbildung 13 zeigt, welche Informationen für die Arztwahl für die Verbraucherinnen und Verbraucher entscheidend sind. Lage und Erreichbarkeit der Praxis wurden dabei am häufigsten als entscheidungsrelevantes Kriterium für die Arztwahl genannt. Die allgemeine fachliche Kompetenz der Ärztin oder des Arztes steht an zweiter Stelle, noch vor der Terminverfügbarkeit. Ein Drittel der Befragten gab die persönliche Kompetenz der Ärztin bzw. des Arztes als maßgebliches Entscheidungskriterium an. Weitere genannte Gründe für die Arztwahl sind Öffnungszeiten der Praxis, fachliche Spezialisierungen hinsichtlich der konkreten Erkrankung der Befragten und, in selteneren Fällen, weitere Praxismerkmale wie die Größe der Praxis, Barrierefreiheit oder Onlineterminvergabe. Das Ranking verdeut-

licht, dass sowohl organisatorische als auch fachlich-persönliche Eigenschaften einer Arztpraxis für die Arztwahl der Verbraucherinnen und Verbraucher relevant sind.

Abbildung 13: Welche Informationen waren für Sie entscheidend für die Arztwahl?

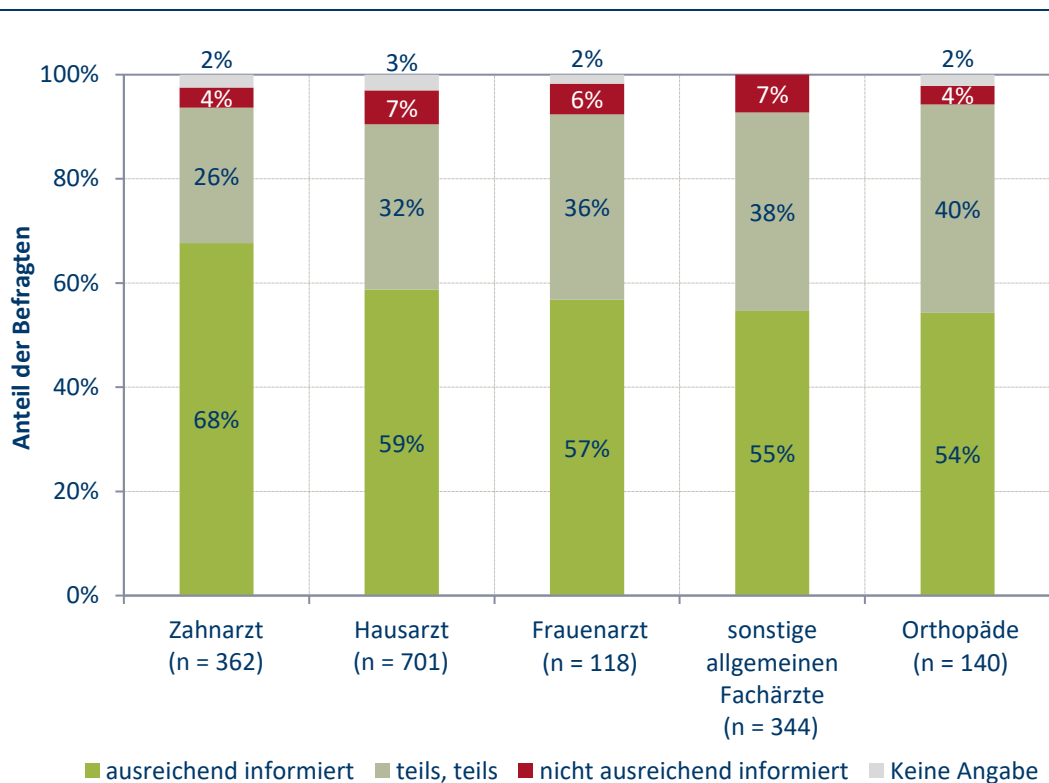


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.866 (Mehrfachnennungen waren möglich)

Anmerkung: *z. B. Barrierefreiheit, Online-Terminvergabe, Fremdsprachenkenntnisse, Hausbesuche

Je nach Facharzttrichtung fühlten sich bei der Arztsuche jedoch zwischen 30 % und 45 % nicht ausreichend informiert, wobei die Informationslage bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten im Urteil der Befragten am besten und bei den sonstigen Facharztgruppen und den Orthopädinnen und Orthopäden am schlechtesten war (Abbildung 14).

Abbildung 14: Haben Sie sich für Ihre Arztsuche ausreichend informiert gefühlt? Verteilung nach Arztgruppen



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.866;

Anmerkungen: Berücksichtigung von Portalen mit n ≥ 30 Angaben; Sonstige allg. Fachärzte: Augenarzt, Hautarzt, HNO-Arzt, Nervenarzt, Kinderarzt

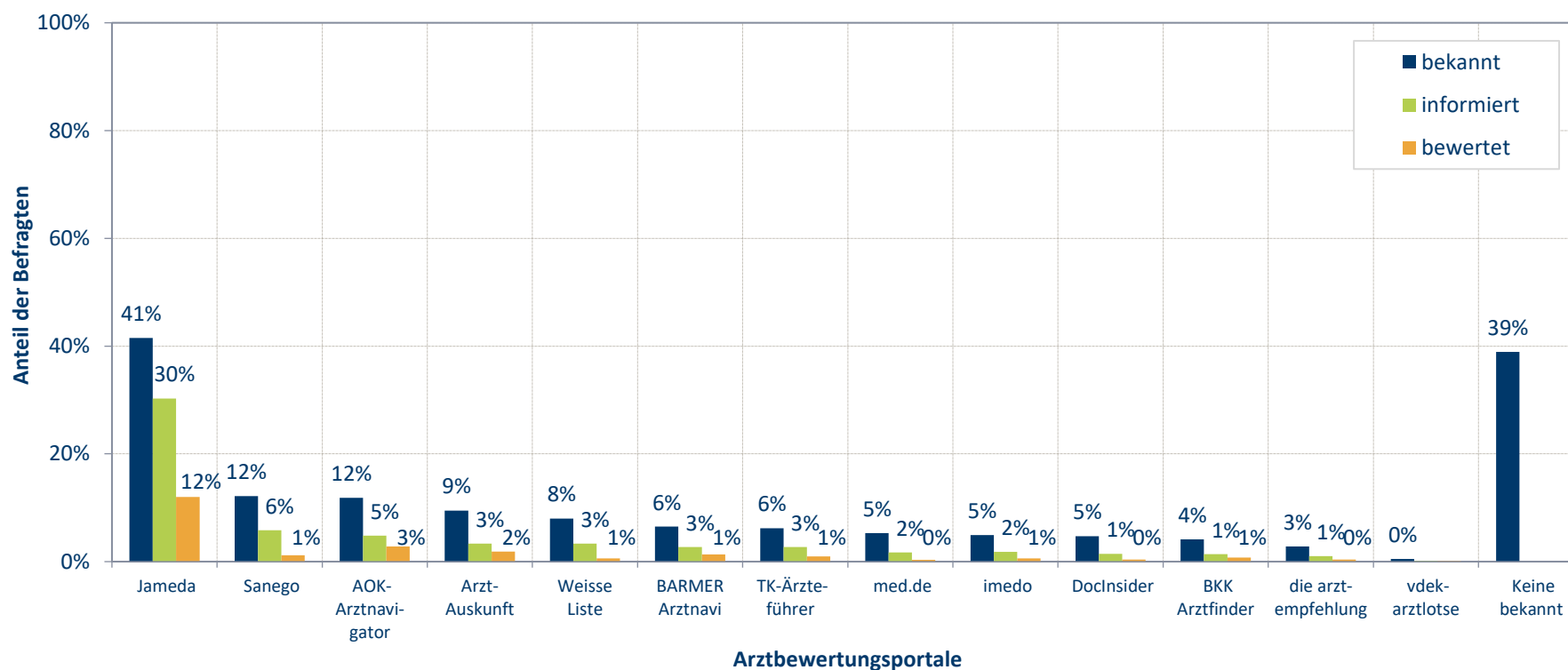
4.1.3 Verbreitung und Bewertung von Arztbewertungsportalen

Das Internet ist inzwischen eine wesentliche Informationsquelle bei der Arztsuche (Abbildung 12). Deutlich mehr als ein Drittel und damit relativ viele der Befragten kennen jedoch gar keine Arztbewertungsportale konkret und informieren sich somit entweder außerhalb des Internets oder unabhängig von den Portalen über Google oder Websites der Arztpraxen (Abbildung 15). Dies gilt für die Gesamtbevölkerung vermutlich in noch größerem Maße, da die Bevölkerungsbefragung nur Personen mit Zugang zum Internet einschließt.

Von den Arztbewertungsportalen verfügt zudem lediglich das Portal „Jameda“ über größere Bekanntheit (41 % der Befragten) und mit 30 % die höchste Nut-

zungshäufigkeit. Auch bei eigenen Bewertungen, die insgesamt nur wenige der befragten Nutzer selbst vorgenommen haben, liegt Jameda mit 12 % vorn. Google wurde in der Befragung nicht auf Bekanntheit und Nutzung abgefragt, da es sich dabei nicht um ein Arztbewertungsportal handelt.

Abbildung 15: Welche Arztbewertungsportale sind Ihnen bekannt, haben Sie bereits zur Informationsgewinnung genutzt und haben Sie zur Arztbewertung genutzt?

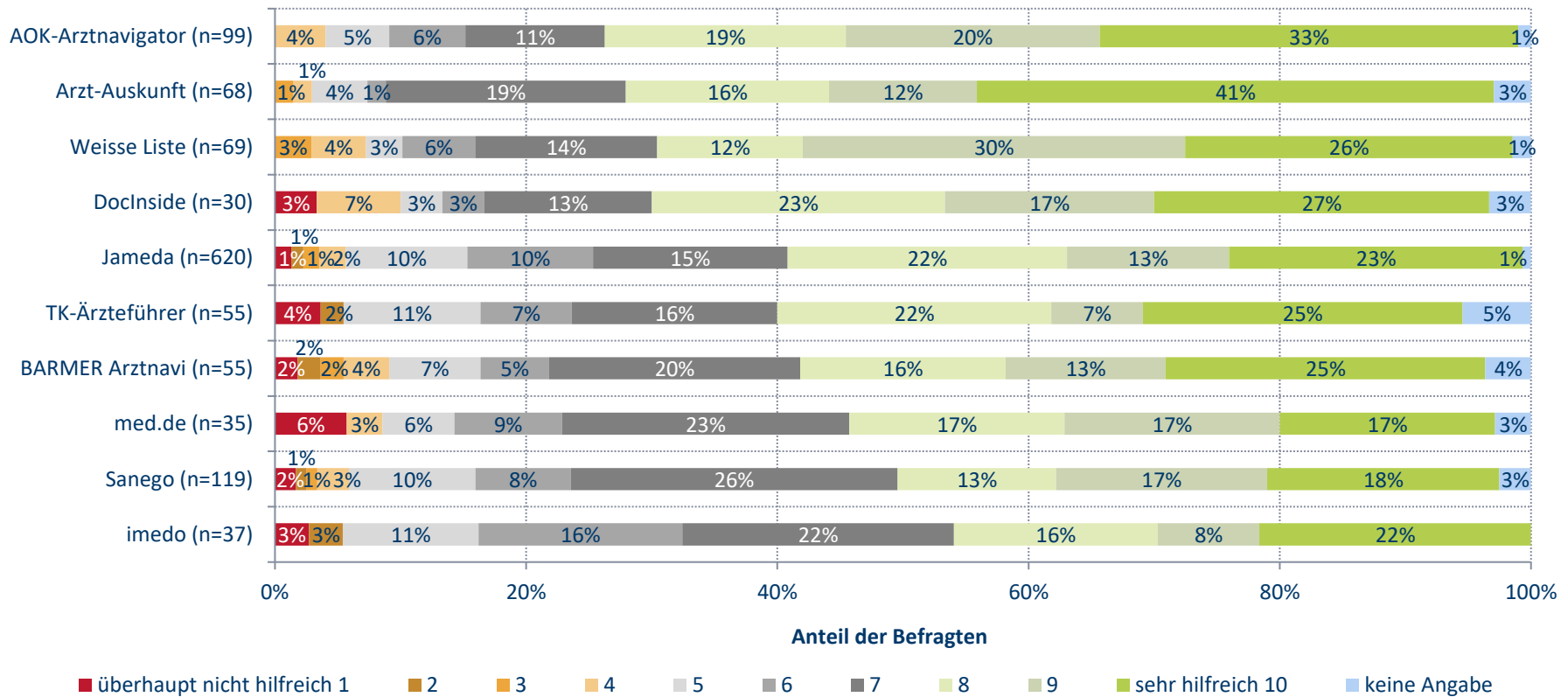


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=2.049 (Mehrfachnennungen möglich)

Von denjenigen, die Arztbewertungsportale kannten, stuften mehr als zwei Drittel sie als eher hilfreich ein, ca. ein Viertel als sehr hilfreich (Abbildung 16). Personen, die die Portale als eher und überhaupt nicht hilfreich einschätzen, liegen für die bewerteten Portale bei unter 10 % der Nutzerinnen und Nutzer. Das Portal „Arztauskunft“ wird von denjenigen, die es kennen, am besten bewertet, am zweitbesten der

„AOK-Arzt-Navigator“. Da die Portale nur einem kleinen Anteil der Bevölkerung bekannt sind, sind diese Ergebnisse auf Portalebene jedoch lediglich als Tendenzaussagen zu bewerten.

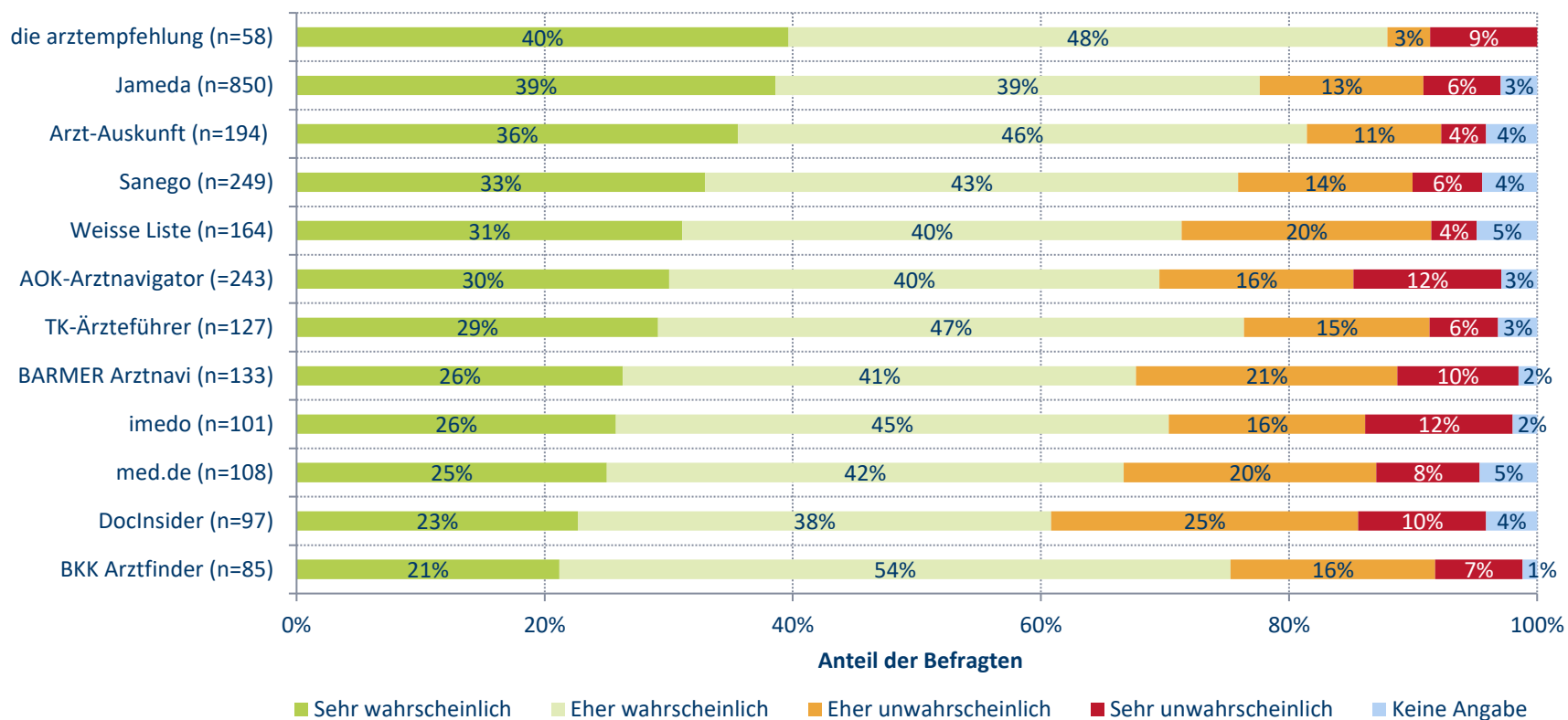
Abbildung 16: Wie hilfreich finden Sie die Informationen, die Sie auf den Arztbewertungsportalen erhalten?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=874
 Anmerkung: Berücksichtigung von Portalen mit n ≥ 30 Angabe

Für zukünftige Arztsuchen halten es etwa zwei Drittel der Befragten für sehr oder eher wahrscheinlich, sich weiter bei den ihnen bekannten Arztbewertungsportalen zu informieren, bis zu 35 % werden jedoch die Portale zukünftig ggf. nicht mehr nutzen (Abbildung 17).

Abbildung 17: Werden Sie sich zukünftig auf Arztbewertungsportalen über Ärzte informieren?



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung; n=1.251
 Anmerkungen: Berücksichtigung von Portalen mit n ≥ 30 Angaben

4.2 Fokusgruppen

In den Fokusgruppen wurden die konkreten Erfahrungen mit der Suche nach Haus-, Kinder- und Zahnarztpraxen sowie Praxen für Orthopädie mit Verbraucherinnen und Verbrauchern diskutiert, die in den letzten 12 Monaten nach einer neuen Arztpraxis gesucht hatten (vgl. Kapitel 3.2.2).

Die meisten der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer nutzen Arztbewertungsportale bereits, wobei auch sie angaben, dass die Arztsuche häufig aufwendig und nicht immer erfolgreich verlief.

Arztbewertungsportale werden bei der Suche nach Fachärztinnen und Fachärzten gemäß Auskunft der Diskutanten nicht bewusst ausgewählt oder auf Qualität überprüft, es wird primär nach (offenen) aktuellen und den Ärztinnen und Ärzten eindeutig zuzuordnenden Patientenbewertungen gesucht, unabhängig von dem Ort der Veröffentlichung. Dieses Ergebnis steht im Kontrast dazu, dass über die Qualität der Portale in Fachkreisen intensiv diskutiert wird. Die Verbraucherinnen und Verbraucher gehen vielmehr insgesamt davon aus, dass sie die Bewertungen ihrerseits auf Glaubwürdigkeit zu prüfen haben.

Um sich eine Meinung zu einer Praxis bzw. einer Ärztin oder einem Arzt verschaffen zu können, seien offene Kommentare besonders hilfreich, auch wenn sie interpretationsbedürftig sind. Die Patientinnen und Patienten sehen sich als ausreichend kompetent, um die Informationen zu prüfen, die sie lesen. Das heißt, sie analysieren negative Bewertungen z. B. auf Relevanz und Pauschalität der Kritikpunkte („man merkt, wenn jemand einfach nur Dampf ablassen will“; „Aspekte, die mir nicht wichtig sind, lasse ich außen vor, z. B. ob das Personal am Empfang freundlich ist“). Negative Bewertungen könnten besonders interessante Informationen liefern und seien durch den Stil der Bewertungen deutlich in qualifizierte und unqualifizierte Kritik zu unterscheiden. Bei positiven Bewertungen wird geprüft, ob diese mit konkreten und nachvollziehbaren Verhaltensweisen der Ärztinnen und Ärzte belegt sind. Bewertungen würden untereinander auf Konsistenz oder auch zu große Ähnlichkeit/Pauschalität verglichen, die auf Manipulation schließen lassen könnte.

Insgesamt sind sich die Nutzerinnen und Nutzer darüber bewusst, dass Bewertungen nicht immer glaubwürdig, vollständig oder nach den individuellen Bewertungsmaßstäben zutreffend sind. Die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer bestätigen in ihrer ausführlichen Rezeption der Bewertungen entsprechende Forschungsergebnisse (vgl. Kapitel 1.3, S. 17). Welche Kriterien bei der Entscheidung bevorzugt werden, war individuell verschieden. Einig waren sich die Befragten jedoch darüber, dass (Freitext-) Kommentare, die konkrete Beschreibungen enthielten, als besonders hilfreich erachtet werden. Um sich ein umfassenderes Bild machen zu können, sei es oft zudem notwendig, mehrere Quellen zu verknüpfen, weil nicht immer ausreichend viele Bewertungen vorlägen. Wenn es jedoch hinreichend viele Patientenbewertungen gibt, sind aus ihrer Sicht potenziell Informationen zu vielen, für sie relevanten Qualitätsaspekten enthalten, so dass von

den Diskutanten keine Informationsarten benannt wurden, die gar nicht zu erhalten seien.

Im Vergleich zu persönlichen Empfehlungen hätten Empfehlungen im Internet Nachteile, aber auch Vorteile. Persönliche Empfehlungen seien oft besser einzuschätzen, da man die empfehlende Person besser kenne. Andererseits seien nicht immer Personen verfügbar, die Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten der gesuchten Fachrichtung bzw. zu den eigenen spezifischen Beschwerden hätten und die Empfehlungen seien auch im persönlichen Umfeld sehr subjektiv und somit bestehe Bedarf, diese zu überprüfen bzw. zu ergänzen. Ein weiterer Grund, auf persönliche Empfehlungen zu verzichten, kann gegeben sein, wenn Verbraucherinnen und Verbraucher nicht über ihre Erkrankung sprechen möchten.

Als zusätzliche wichtige Informationsquelle nannten die Teilnehmer der Befragung die Internetseite der Arztpraxis, die umfangreiche Informationen z. B. die Ausbildung der Ärztin bzw. des Arztes enthalten sowie Fotos von Praxis, Ärztinnen und Ärzten und ihren Teams. Dadurch könne ein umfassender Eindruck gewonnen werden. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten, sich für die Recherche der Internetseiten viel Zeit zu nehmen.

Für die zukünftige Arztsuche wünschen sich die Befragungsteilnehmer insbesondere mehr Informationen zum Zugang (z. B. telefonische Erreichbarkeit, Aufnahmestopps in Praxen und Wartezeiten), die aus ihrer Sicht in Bewertungsportalen nicht hinreichend dargestellt würden. Informationen zur Terminverfügbarkeit seien ebenfalls kaum vorhanden, nur bei Onlineterminbuchungsportalen. Online-Terminvergaben wurden dementsprechend allgemein als hilfreich und positiv bewertet. Zudem sollten nach Ansicht der Befragten mehr Bewertungen verfügbar sein. Sie hatten bereits oft den Bewertungen widersprechende eigene Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten gemacht (sowohl positiver als auch negativer Art). Bemängelt wurden zudem Schwächen der Portale hinsichtlich der validen Zuordnung von Bewertungen zu konkreten Ärztinnen und Ärzten. Mehrfach wurde berichtet, dass Bewertungen nach Praxiswechseln auf neue Ärztinnen und Ärzte übergegangen seien oder bei Berufsausübungsgemeinschaften nicht ersichtlich sei, welcher der dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in der Bewertung gemeint sei.

Wie auch bei der repräsentativen Befragung zeigten die Fokusgruppen, dass die Entscheidungskriterien für die Arztwahl je nach Fachrichtung der Ärztinnen und Ärzte variierten. In der Abbildung 18 ist dargestellt, welche Kriterien die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung in der Bewertung von Kinder-, Zahn-, Hausarztpraxen und Orthopädinnen und Orthopäden priorisieren würden. Während bei Kinderärztinnen und Kinderärzten Informationen zu bestehenden Aufnahmestopps und zu telefonischer Erreichbarkeit sowie zu dem Umgang der Praxen mit akuten Besuchen ohne Termin besonders relevant sind und der Umgang mit der Impfung und mit Antibiotika unterschiedlich bewertet werden kann, sind bei Orthopädinnen und Orthopäden Spezialisierungen relevant sowie der Umgang mit Alternativen zu Operationen. Diese Informationen sollten möglichst schon vor

dem ersten Besuch vorliegen, da Termine mit Orthopädinnen und Orthopäden besonders schwer zu erhalten seien. Bei der Zahnarztsuche kommt der Kostentransparenz eine größere Rolle zu.

Abbildung 18: Entscheidungskriterien bei der Arztwahl: Priorisierung nach Arztgruppe

<p>Kinderarztpraxen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmestopp • Telefonische Beratung • Wartezeit/Wartezeitmanagement • Umgang der Praxis mit ansteckenden Kindern • Fähigkeit des Arztes im Umgang mit Kindern • Umgang mit Antibiotika 	<p>Zahnarztpraxen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Angstpatienten • Kostentransparenz • Füllungsmaterialien/Alternativen
<p>Praxen für Orthopädie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsalternativen zur Operation • Spezialisierung (Knie, Schulter, etc.) • Terminverfügbarkeit 	<p>Hausarztpraxen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerung an Vorsorgetermine • Öffnungszeiten/Hausbesuche • Akut-Sprechstunde/Terminvergabe

Quelle: IGES auf der Basis von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Von den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde die Arztsuche insgesamt als aufwändig, intransparent und nicht immer erfolgreich beschrieben. Die Informationen in Arztbewertungsportalen, oder im Internet im Allgemeinen, sollten dementsprechend möglichst aktuell, Bewertungen von Patientinnen und Patienten in ausreichender Anzahl verfügbar und spezifisch sein und zusätzliche Informationen zu Zugang und Erreichbarkeit bieten.

4.3 Qualitativer Prototypentest

Aus den Erkenntnissen der Bevölkerungsbefragung sowie der Fokusgruppen wurden konkrete aktuelle Informationsangebote inklusive ihrer Darstellungsformen als Informations-Prototypen zusammengestellt und im Einzelinterview mit Verbraucherinnen und Verbrauchern diskutiert, die in den letzten 12 Monaten Haus-, Kinder-, Orthopädie- oder Zahnarztpraxen gesucht haben (vgl. Kapitel 3.2.4).

Wie in den Fokusgruppen wurde auch in den Interviews eine starke Bevorzugung von offenen Bewertungen für die Arztwahl deutlich. Entsprechend wichtig war es, sich schnell einen Überblick darüber zu verschaffen, wie viele Bewertungen für welche Arztpraxen vorliegen und ob es negative Bewertungen gibt, die priorisiert zu lesen sind.

Abbildung 19: Beispielhafte Unterschiede der Darstellungsweisen von aggregierten Bewertungen



Quelle: IGES auf der Basis von Darstellungen der Weissen Liste und Jameda

In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die weiteren Informationen, die zur Verfügung gestellt werden, wie Praxisdaten oder quantitative Bewertungen, möglichst einfach und den allgemeinen Lesegewohnheiten entsprechend aufbereitet sein sollten. Schulnoten und Farblogiken entsprachen dabei eher den Sehgewohnheiten der Befragten als statistische Darstellungen wie Mittelwerte oder Benchmarks.

Die Information sollte zudem auf den ersten Blick leicht sein und sich erst bei weiterem Informations- oder Filterbedarf vertiefen. D. h., dass zunächst wichtige Filter, wie Fachrichtung und Entfernung, dargestellt und vertiefende Filter erst zusätzlich angeboten werden sollten.

Für die Detailebene wurden die Vorteile von Freitexten und Noten gegenüber Fragebogenergebnissen deutlich. Die Fragebogenergebnisse werden den Nutzerinnen und Nutzern in der Regel vollständig zur Verfügung gestellt, ggf. einfach in chronologischer Reihenfolge des Fragebogens. Es erfolgt in der Darstellung keine praxisindividuelle Auswahl besonders wichtiger oder besonders auffälliger Ergebnisse. Es fällt daher den Verbraucherinnen und Verbrauchern schwer, die Relevanz der Fragen für die konkret betrachtete Arztpraxis zu erfassen. Aufgrund der insgesamt ähnlich hohen Zustimmungswerten bei Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen (in Abbildung 20 viele ähnlich lange Balken), wird dieser Effekt fehlender Priorisierung bzw. einer fehlenden Wichtigkeitsdimension verstärkt und relevante Mängel oder auch Stärken einer Praxis sind schwer visuell ersichtlich. Auch die in dieser Darstellung hinterlegten Benchmarks gleichen diesen Effekt aus Nutzersicht

nicht aus. Freitexte sind dagegen zunächst per se für die jeweilige Praxis wichtig, da sich die Verfasserinnen und Verfasser entschieden haben, diese Aspekte als die wichtigsten für diese Praxis aufzuschreiben. Auch in Zusammenhang mit Freitexten erhobene und dargestellte Noten dienen nur teilweise der Erfassung der Höhe der Note, sondern auch der schnellen Identifizierung von schlechten Bewertungen im Sinne von Ausschlusskriterien, die auch in der Detaildarstellung durch die Farblogik unterstützt wird.

Abbildung 20: Beispielhafte Unterschiede der Darstellungsweisen von Fragebogenergebnissen und Einzelbewertungen



Quelle: IGES auf der Basis von Darstellungen der Weissen Liste und Jameda

Die Fragebogendarstellung bietet somit im Vergleich zu der Kombination Note/Farbe + Freitext zu wenige visuelle Einstiegspunkte, an welcher Stelle im Fragebogen besonders relevante Information zu finden ist, die im zweiten Schritt ein tieferes Verständnis der Statistiken (in diesem Fall Mittelwerte und Benchmarks) rechtfertigen könnte. Dieses Verständnis bleibt jedoch ggü. Freitexten, die zumindest prinzipiell konkrete Erfahrungen schildern könnten, abstrakt. Die Bedeutung einer Zustimmung von unter 100 %, z. B. 85 %, ist schwer zu erfassen, selbst wenn es sich um ein sehr konkretes Fragebogenitem handelt. Fragebogenergebnisse sollten daher priorisiert nach Wichtigkeit dargestellt werden (z. B. Items zuerst darstellen, die sich in wissenschaftlichen Studien als besonders entscheidungsrelevant für Patientinnen und Patienten erwiesen haben) und möglichst konkret sein. Im Beispiel werden jedoch gerade auf oberer Ebene eher abstrakte Kennzahlen dargestellt (Weiterempfehlung), während eine mittlere Ebene, die z. B. wichtige Faktoren wie die Terminverfügbarkeit oder die fachliche und persönliche Kompetenz des Arztes hervorhebt, fehlt.

In den Einzelinterviews wurden darüber hinaus neue, über die bisherigen Angebote hinausgehende Informationsinhalte präsentiert und diskutiert. Hinsichtlich Möglichkeiten der Darstellung von Statistiken im Sinne eines Public Reportings wurden Bedenken hinsichtlich der Interpretation der Daten („Heißt viel wirklich gut?“) benannt. Auch mögliche externe Inspektionen oder Qualitätssiegel wurden kritisch gesehen. Die Verbraucherinnen und Verbraucher zeigten ihrerseits Interesse, die Ärztinnen und Ärzte durch Transparenzmaßnahmen nicht zeitlich zu belasten, da sie lieber mehr Zeit für Ihre Behandlung in Anspruch nehmen möchten. Zudem solle die Basiskompetenz der Ärztinnen und Ärzte nicht pauschal in Frage gestellt werden. Interessant waren für die Arztsuchenden lediglich Angaben, die Ihnen Aufschluss über den Bezug der Arztpraxis zu ihren konkreten Beschwerden erlauben würde, bei Kinderärztinnen und Kinderärzten etwa der Umgang mit Antibiotika oder der Impfberatung. Statistiken zu Anzahlen verschiedener Gruppen chronischer Patienten in einer Praxis, wie sie in Großbritannien zur Verfügung gestellt werden, ließen für die Teilnehmer der Einzelinterviews keine hilfreichen Rückschlüsse auf ihren eigenen Arztbesuch zu. Hinsichtlich der Darstellung von Behandlungsstatistiken konnten aufgrund des hypothetischen Charakters keine konkreten Beispiele in den Einzelinterviews besprochen werden. Absolute Zahlen wurden ggf. prozentualen Angaben oder Mittelwerten hinsichtlich der Darstellung von Behandlungshäufigkeiten jedoch tendenziell präferiert. Dies verdeutlicht die großen Herausforderungen, komplexe Versorgungsdaten zum Zweck der Orientierung für Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Arztsuche zu nutzen sowie einfach und eindeutig darzustellen.

4.4 Conjoint-Befragung

In der letzten empirischen Befragung wurde im Anschluss an die qualitativen Erhebungen erneut eine quantitative Erhebung mit belastbarem Stichprobenumfang durchgeführt. Diese dient einerseits der Validierung der Ergebnisse der qualitativen Erhebungsteile an einer größeren Stichprobe, andererseits der Anwendung der Conjoint-Methode, mittels der sich der Nutzen verschiedener Informationen im Vergleich zueinander und im Gesamtzusammenhang einer Arztwahlentscheidung aufzeigen lässt.

Für die Conjoint-Analyse wurden in einer Panel-Befragung Personen bevölkerungsrepräsentativ nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland eingeladen. Sie nahmen an der Befragung teil, wenn sie eine der untersuchten Arztgruppen gesucht hatten (385 Teilnehmer pro Arztgruppe). Insgesamt wurden 1.540 Personen befragt (vgl. Kapitel 3.2.5). Die Befragung erfolgte zudem priorisiert nach zeitlicher Nähe der Arztsuche, die möglichst innerhalb der letzten 12 Monate, max. drei Jahre zurückliegend sein sollte. Die Befragung gliedert sich in zwei Abschnitte:

- ◆ Befragung zu Erfahrungen bei der Arztsuche
- ◆ Conjoint Befragung

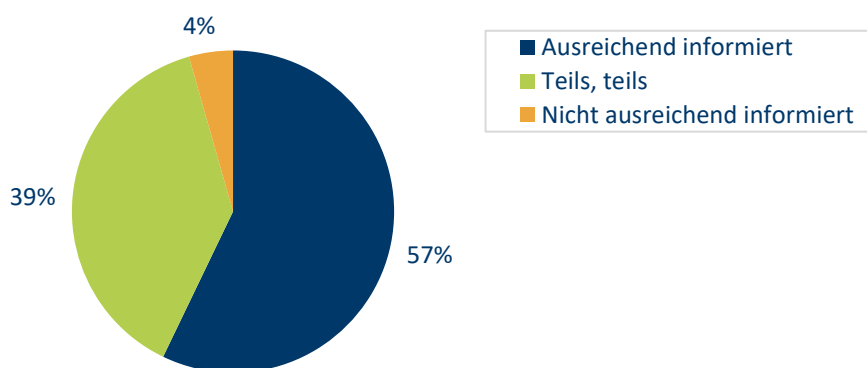
Durch Fragen zu Erfahrungen bei der Arztsuche der ausgewählten Arztgruppen konnten weitere Hypothesen, die sich im Projektverlauf ergeben hatten, in der abschließenden Befragung anhand einer großen Stichprobe verifiziert werden.

4.4.1 Erfahrungen bei der Arztsuche ausgewählter Arztgruppen

4.4.1.1 Informationsdefizite bei der Arztsuche

Insgesamt fühlte sich auch bei der Befragung zu den ausgewählten Arztgruppen fast die Hälfte der Befragten nur teilweise oder nicht ausreichend informiert (Abbildung 21). Dies ist vergleichbar zu dem Ergebnis der bevölkerungsrepräsentativen Befragung zu dieser Frage (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 21: Haben Sie sich für Ihre Arzt-Suche ausreichend informiert gefühlt?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=1.540

In der Befragung nach Arztgruppen wurde eine offene Nachfrage ergänzt, welche Informationen den Befragten fehlten, falls sie sich nur teilweise oder nicht ausreichend informiert gefühlt haben. Es wurden insgesamt 540 offene Antworten gegeben, die in Tabelle 5 kategorisiert dargestellt sind. Die Häufigkeit der Nennung von fehlenden Informationen hinsichtlich der Qualifikation des Arztes, zu Behandlungsmethoden und zum Leistungsspektrum unterstützen die Relevanz dieser Themen für die Arztsuche bzw. Arztwahl. Die Fachgruppe stellt offenbar keine vollständige Informationsgrundlage dar. Besonders häufig werden diese Aspekte bei der Suche nach Orthopädinnen und Orthopäden genannt. Dies ist insbesondere mit den weiteren Informationsdefiziten hinsichtlich dieser Arztgruppe kritisch zu bewerten, die sich auf das Terminmanagement und die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten beziehen. Explizit werden zu wenige Bewertungen und Erfahrungsberichte zu Ärztinnen und Ärzten als Ursache für Informationsdefizite genannt, die die gewünschten Informationen enthalten können. Zur Persönlichkeit der Ärztin / des Arztes bzw. zu ihrem bzw. seinem Umgang mit Patientinnen und

Patienten hätte aus Sicht vieler Befragten bereits vor dem Praxisbesuch mehr Information verfügbar sein können, insbesondere bei Kinderärztinnen und Kinderärzten. Insgesamt ca. 140 offenen Nennungen beziehen sich auf organisatorische Aspekte des Zugangs: Termin-Management, Aufnahme neuer Patienten und Wartezeit. Mögliche Kosten spielen insbesondere bei der Suche eines Zahnarztes eine Rolle. Information über die Praxisorganisation wird bei Haus- und Kinderarztpraxen am häufigsten genannt. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieser Frage die Ergebnisse der Fokusgruppen und Einzelinterviews.

Tabelle 5: Welche Informationen haben Ihnen bei der Arzt-Suche gefehlt?

Kategorien offener Antworten (qualitative Inhaltsanalyse)	Anzahl Nennungen	Hausarztpraxen	Kinderarztpraxen	Zahnarztpraxen	Praxen für Orthopädie
Qualifikation des Arztes (Weiterbildung, Kompetenzen)	131	34	30	19	48
Bewertungen/ Erfahrungsberichte	94	16	20	26	32
Angaben Behandlungsmethoden/ Leistungsspektrum	93	20	18	18	37
Persönlichkeit des Arztes (Umgang mit Patienten)	75	22	31	8	14
Termin-Management	57	10	13	6	28
Angaben zur Praxis (Ausstattung und Team)	52	16	15	13	8
zur Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten	46	9	15	3	19
mögliche Kosten	37	2	0	33	2
Wartezeit	37	8	19	1	9
jegliche Information	33	12	9	6	6

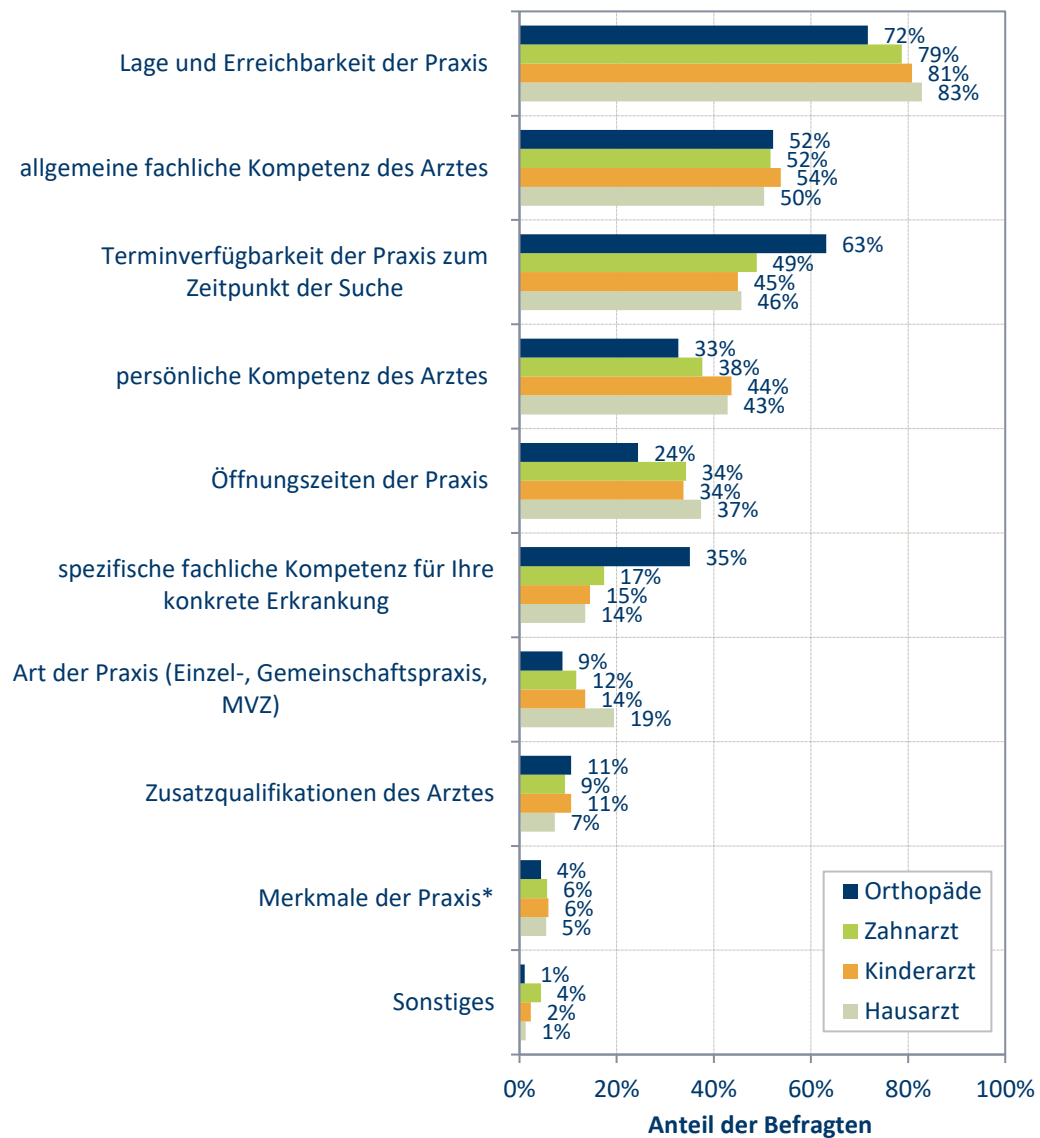
Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=540 offene Nennungen
 Anmerkung: Hervorgehoben: Arztgruppe mit den häufigsten Nennungen je Kategorie

4.4.1.2 Entscheidungskriterien nach Arztgruppe

Beim Vergleich der Facharztgruppen (Abbildung 22) fällt auf, dass die Lage und Erreichbarkeit bei Hausärztinnen und Hausärzten am wichtigsten sind, wichtiger als beispielsweise bei Orthopädinnen und Orthopäden. Hingegen ist bei der Suche von Orthopädinnen und Orthopäden die Terminverfügbarkeit und die spezifische fachliche Kompetenz kritischer als bei Hausarztpraxen. Die persönliche Kompetenz

wiederum ist bei Hausärztinnen und Hausärzten und bei Kinderärztinnen und Kinderärzten entscheidender als bei den Orthopädinnen und Orthopäden.

Abbildung 22: Welche der folgenden Informationen zu dem Arzt waren für Sie entscheidend für die Arztwahl? – Verteilung nach Arztgruppen



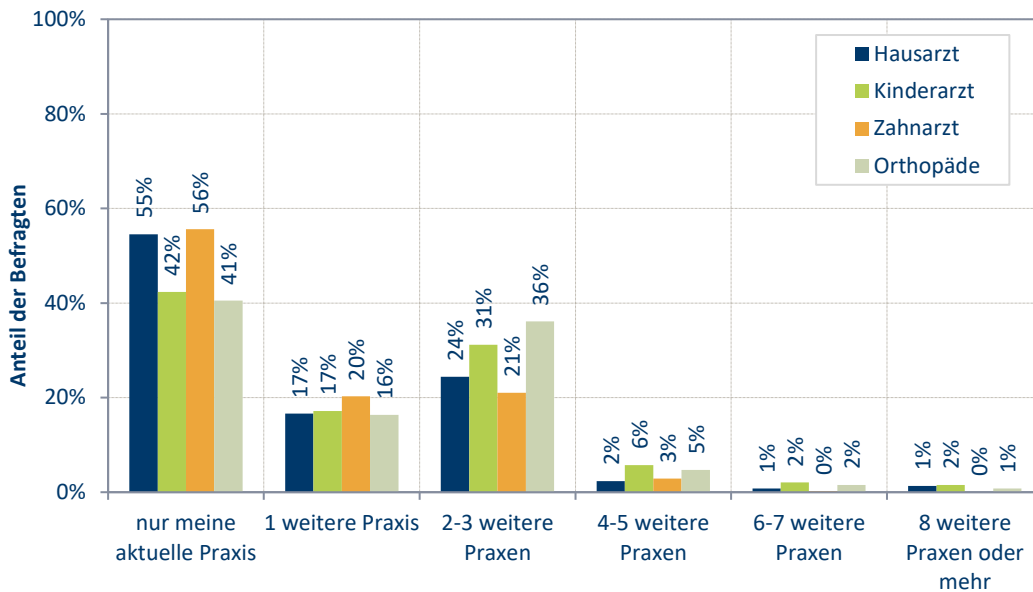
Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=1.540, Mehrfachnennungen möglich

4.4.1.3 Terminierung

Für die Terminierung ist relevant, ob eine Praxis generell Termine in einem angemessenen Zeithorizont zur Verfügung stellen kann und in welcher Form die Terminabstimmung stattfindet. Wie Abbildung 23 zeigt, müssen in der Arztsuche nicht selten mehrere Praxen kontaktiert werden, um einen Termin zu erhalten. Dabei ist davon auszugehen, dass dem Versuch, einen Termin zu erhalten, eine mehr oder

weniger umfangreiche und entsprechend zeitaufwändige Recherche zu der Praxis vorangegangen ist. Ca. ein Drittel der Patientinnen und Patienten kontaktierten mindestens 3 Praxen, um einen Termin zu erhalten. Besonders viele Praxen müssen bei der Orthopäden- und Kinderarztsuche kontaktiert werden.

Abbildung 23: Wie viele Arzt-Praxen haben Sie im Rahmen Ihrer letzten Suche kontaktiert, bevor eine verfügbar war?

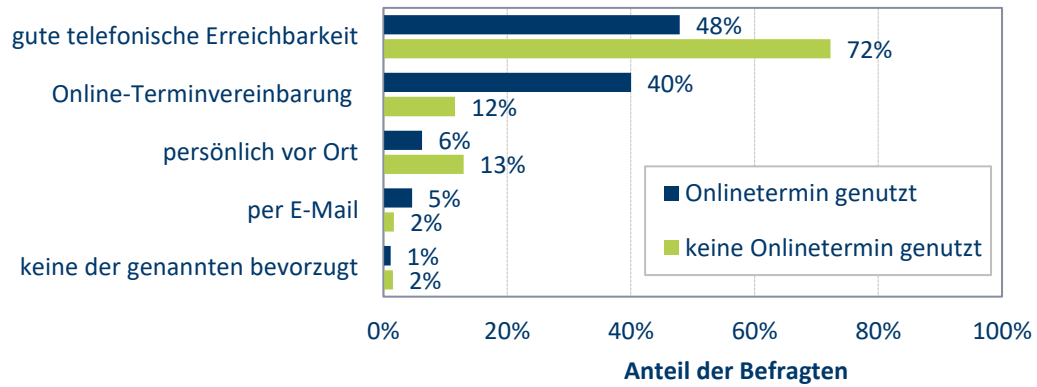


Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen

Anmerkungen: n= 385 je Arztgruppe

Für die Terminabstimmung ist das Anrufen der Arztpraxis bisher noch der hauptsächliche Kommunikationskanal. Für Verbraucherinnen und Verbraucher, die bereits Erfahrung mit Online-Terminvergabe gemacht haben (37 %, ohne Abbildung), wird diese zunehmend zum präferierten Abstimmungsweg (Abbildung 24).

Abbildung 24: Welche Art der Terminabstimmung ist für Sie am besten? – Verteilung nach bisheriger Nutzung der Online-Terminvergabe

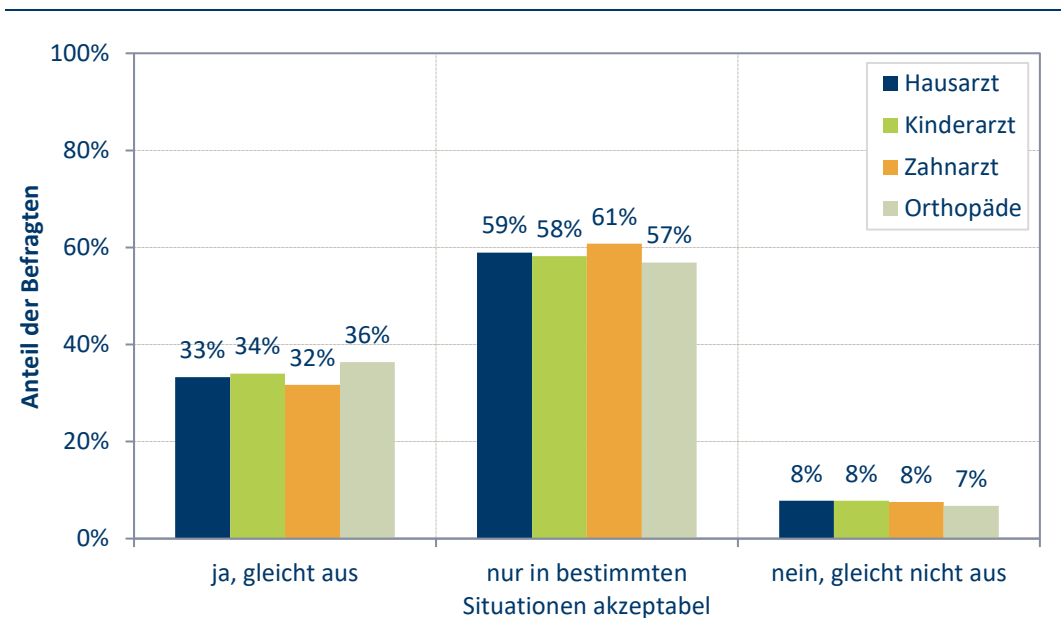


Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen (n= 432; 737)

4.4.1.4 Wartezeitenmanagement

In den Fokusgruppen wurde der Umgang mit den Wartezeiten als relevantes Kriterium für eine positive Praxisbewertung benannt. Demnach sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten Wartezeiten durch die Praxis nur teilweise zu beeinflussen, jedoch kann der Umgang mit Wartezeiten nach ihrer Erfahrung unterschiedlich gestaltet werden. Nur wenige der Befragten gaben auch in der Conjoint-Befragung an, dass sie lange Wartezeiten nicht zumindest in bestimmten Situationen in Kauf nehmen würden, wenn sie die Wartezeit außerhalb der Praxis verbringen könnten oder rechtzeitig eine Nachricht erhalten würden, wann sie in die Praxis kommen können (Abbildung 25). Unterschiede in den verschiedenen Arztgruppen zeigen sich in dieser Frage kaum.

Abbildung 25: Würden Sie unter bestimmten Bedingungen* lange Wartezeiten in Kauf nehmen?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen (n je Arztgruppe =385)

Anmerkungen: *, „Würden Sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn diese außerhalb der Praxis verbracht werden können oder Sie erst später kommen können und rechtzeitig eine Nachricht erhalten, bis wann sich der eigentliche Termin verzögert?“

4.4.2 Ergebnisse der Conjoint Befragung

Die Conjoint Befragung gliedert sich in drei Teile:

- ◆ Conjoint Befragung Teil I: Gesundheitlicher Hintergrund und Behandlungsschwerpunkte der Befragten als Entscheidungshintergrund
- ◆ Conjoint Befragung Teil II: Entscheidungsszenarien mit Entscheidungen, ob vorgeschlagene Ärztinnen und Ärzte mit den gegebenen Merkmalsausprägungen bei der Arztsuche als grundsätzlich vorstellbar ausgewählt werden,
- ◆ Conjoint Teil III: Entscheidungsszenario zwischen zwei Ärztinnen/Ärzten mit verschiedenen Merkmalsausprägungen (bis zu zehn dieser Wahlentscheidungen).

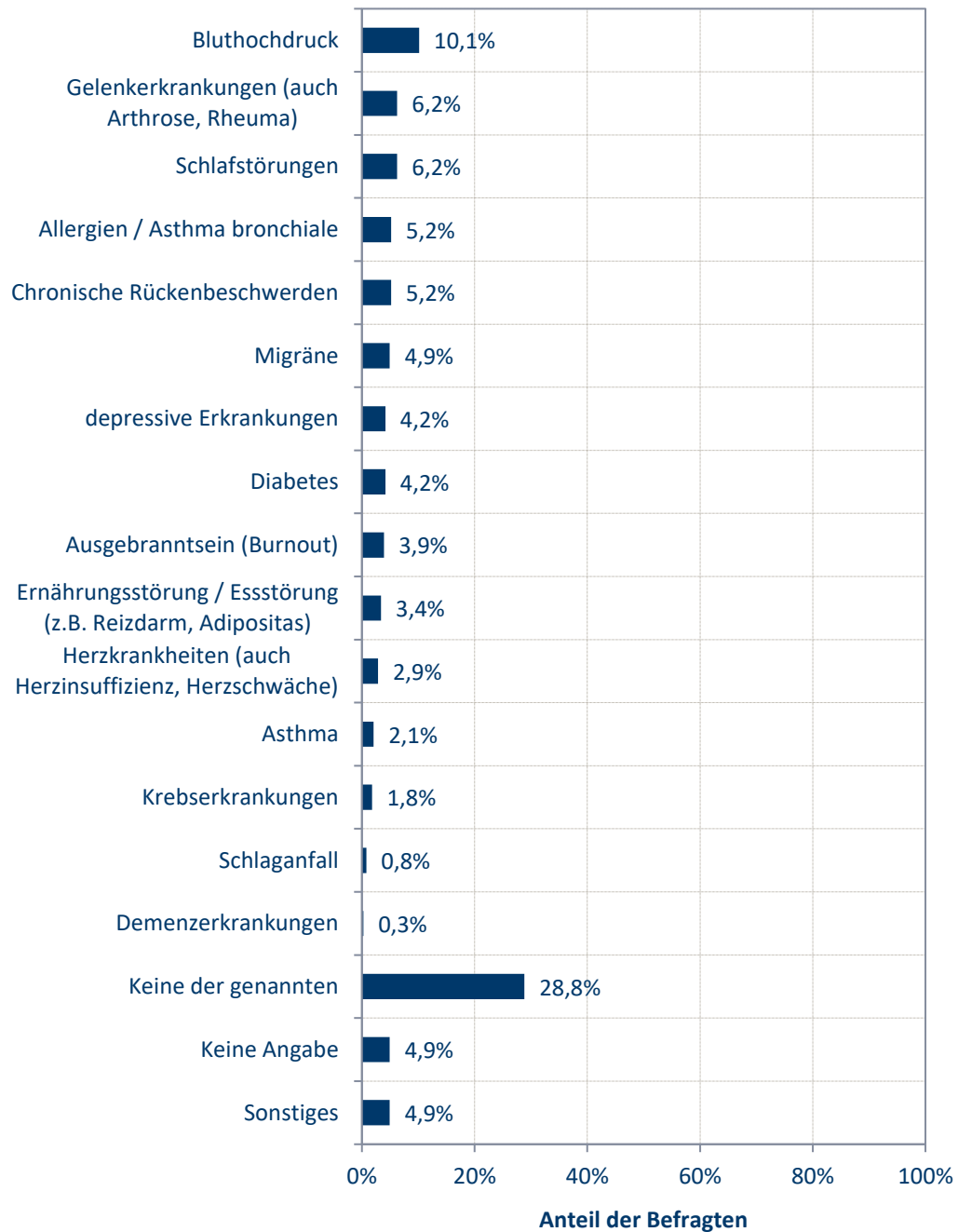
4.4.2.1 Gesundheitlicher Hintergrund und Behandlungsschwerpunkte der Befragten

Bevor die Ergebnisse der Conjoint-Analyse dargestellt werden zeigen die folgenden Abbildungen zunächst den gesundheitlichen Hintergrund der Befragten, die als Einblendungen in die Auswahlentscheidungen der Befragung verwendet wurden. Die Listen der Diagnosen und Behandlungsmethoden haben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit dar und stellen nur einen ersten Versuch dar, die in den vorangehenden Befragungen benannte Relevanz der spezifischen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte sowie den vom Public Reporting erhofften Nutzen in die Befragung mit einzubeziehen.

Abbildung 26 zeigt, inwieweit die Befragten bzw. ihre Kinder langfristigeren Krankheiten benennen, die für eine Hausarzt- oder Kinderarztsuche relevant sein könnten. Zwei Drittel der befragten Teilnehmer gab eine der genannten Krankheiten an. Bluthochdruck war mit 10 % die am häufigsten genannte Erkrankung, gefolgt von Gelenkbeschwerden und Schlafstörungen (jeweils ca. 6 %). Asthma, chronische Rückenbeschwerden und Migräne sowie Depressionen und Diabetes stellen mit etwa 4 % bis 5% die etwas seltener benannten Diagnosen dar, die bei der Kinder- oder Hausarztsuche relevant sein könnten. Hinsichtlich besonderer Behandlungen spielt bei der Kinderarztsuche mit die Impfberatung die größte Rolle, für die Hausarztsuche wurde teilweise Naturheilkunde sowie Ultraschall als relevant benannt (Abbildung 27).

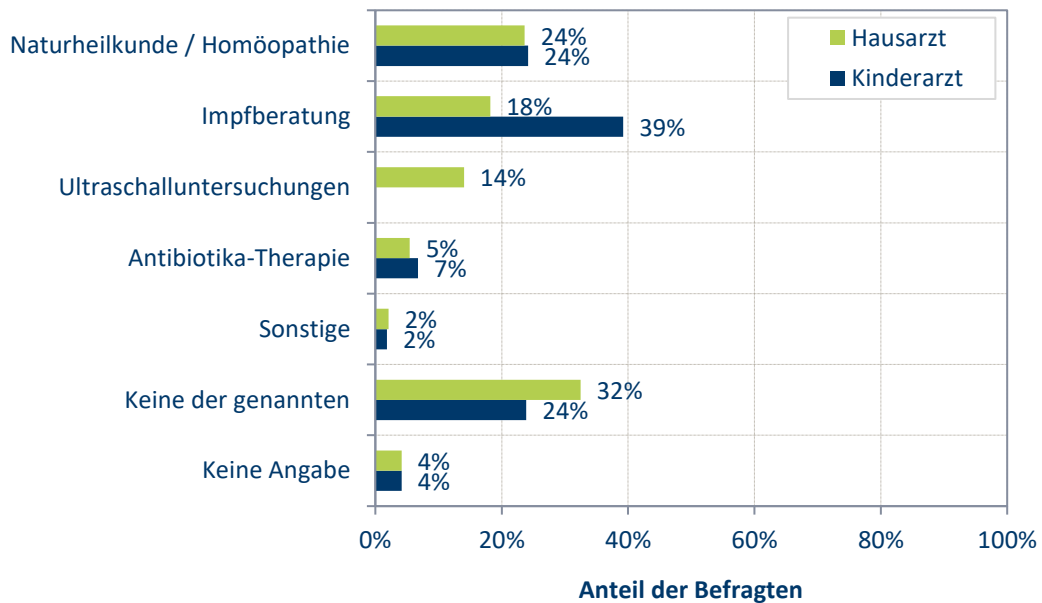
Für die Suche von Orthopädinnen und Orthopäden überwogen bei jeweils ca. einem Viertel der Befragten Rückenbeschwerden und Gelenkerkrankungen inklusive Arthrose und Rheuma (Abbildung 28). Jeweils 11% der Befragten gaben Bandscheibenvorfälle und Unfälle oder Verletzungen zum Zeitpunkt der Befragung an. Auf ca. 15% der Befragten traf keines der genannten Krankheitsbilder zu. Als Grund für das Suchen einer Praxis für Orthopädie bestand bei jeweils ca. einem Drittel ein Bedarf für Schmerztherapie oder für eine Verordnung über physiotherapeutische Leistungen und bei 12% über eine Verordnung über manuelle Therapie (s. Abbildung 29).

Abbildung 26: Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Hausarzt-Suche relevant sein könnten?



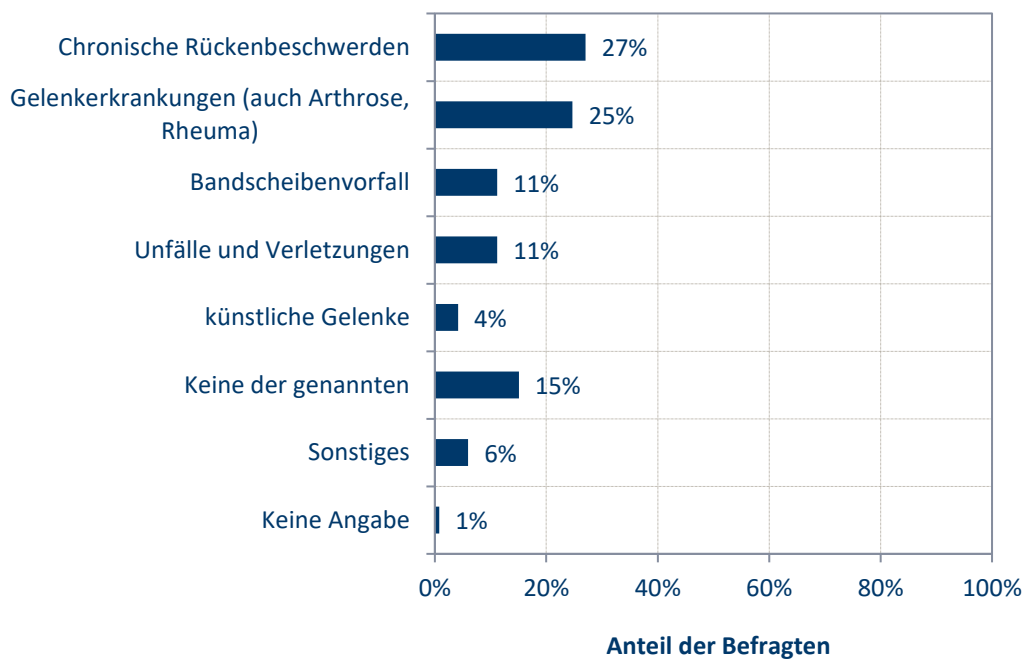
Quelle: IGES auf der Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=385

Abbildung 27: Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Haus-/Kinderarztsuche eine besondere Rolle?



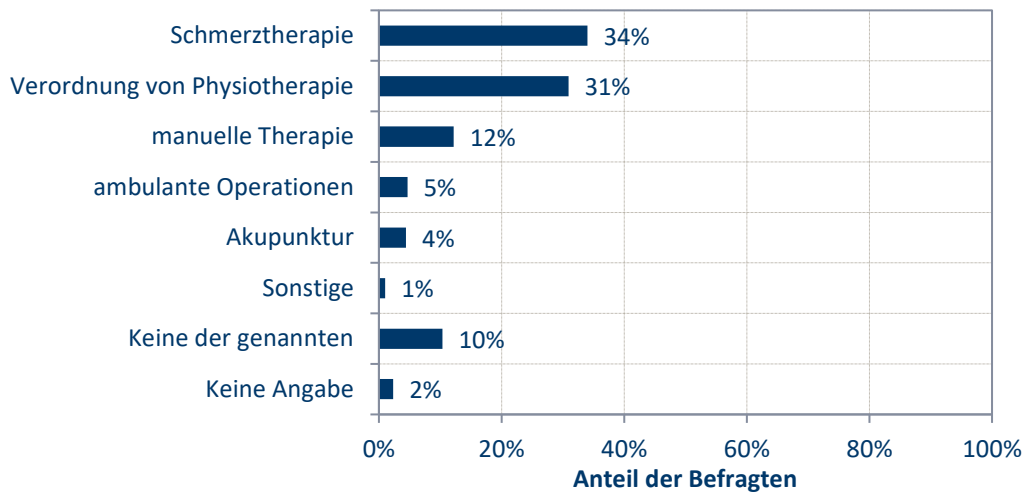
Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n je Arztgruppe =385

Abbildung 28: Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Orthopäden-Suche relevant sein könnten?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=385

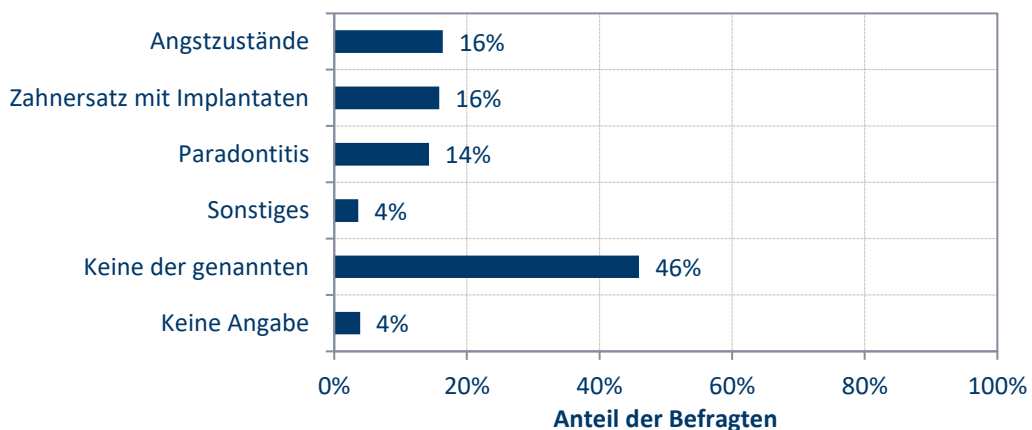
Abbildung 29: Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Orthopäden-Suche eine besondere Rolle?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=385

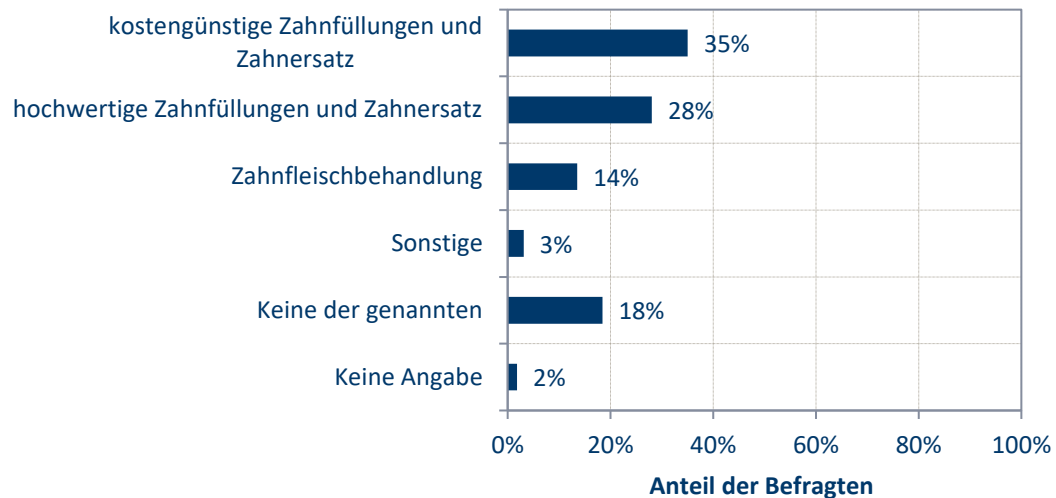
Bei der Zahnarztsuche sind Zahnersatz mit Implantaten, Angstzustände und Parodontitis für ca. 15 % der Befragten von Bedeutung. 46 % der Befragten gab keine der genannten Diagnosen als relevant für die Arztsuche an. Hinsichtlich relevanter Behandlungen überwogen bei über einem Drittel kostengünstige Zahnfüllungen und Zahnersatz, bei ca. 28 % hochwertige Zahnfüllungen oder Zahnersatz als am häufigsten genannte wichtige Optionen im Leistungsspektrum von Zahnärztinnen und Zahnärzten. Wichtig war für 14 % der Befragten außerdem eine Zahnfleischbehandlung im Leistungsspektrum.

Abbildung 30: Sind Sie bzw. Ihre Kinder von einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen betroffen, die bei der Zahnarzt-Suche relevant sein könnten?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n= 385

Abbildung 31: Welche Leistungsangebote spielen für Sie bei der Zahnarzt-Suche eine besondere Rolle?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung nach Arztgruppen; n=385

4.4.2.2 Nutzenanalyse der Informationsangebote für die Arztsuche

Eine Conjoint-Befragung zeichnet sich dadurch aus, dass die Fragen nicht wie in einem normalen Fragebogen Fragen nach Zustimmung oder Wichtigkeit von verschiedenen Aspekten stellt, sondern Auswahlentscheidungen verlangt. Die Befragung, die als Online-Befragung erfolgt, passt sich im Befragungsverlauf an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung individuell an, so dass die Auswahlentscheidungen immer schwerer werden. Als entscheidungsrelevante Kriterien wurden die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen des Projektes einbezogen. In Abbildung 32 ist beispielhaft ein Auswahlzenario dargestellt.

Durch die Abfrage der gesundheitlichen Situation der Befragten, konnten in die Auswahlentscheidung individuell konkrete Beschwerden eingeblendet werden (im Beispiel in Abbildung 32 „chronische Rückenschmerzen“ bei der Suche nach einer Orthopädin bzw. einem Orthopäden). Die Abbildung zeigt dabei zwangsläufig nur einen Ausschnitt der möglichen Merkmalsausprägungen in der Befragung.

Die Tabelle 6 zeigt alle Ausprägungsmöglichkeiten für ein Arztinformationsszenario. Für die Entscheidungssimulation werden zu jeder Arztpraxis zunächst zufällig Ausprägungen für jedes Merkmal ausgewählt und präsentiert. Im weiteren Verlauf werden zunehmend verstärkt Ausprägungen durch das Befragungstool ausgewählt, die sich für die Befragten jeweils im Antwortverhalten als besonders relevant erwiesen haben (Methode „Adaptive Choice-Based Conjoint“ ACBC).

Abbildung 32: Beispiel eines Auswahlzenarios in der Conjoint-Befragung

	Arzt/Ärztin 2	Arzt/Ärztin 3
Erreichbarkeit (Kartenansicht/Routenplaner)	nur mit dem Auto innerhalb von 30 Minuten, mit Bus/Bahn/Fahrrad länger	mit Bus/Bahn/Fahrrad innerhalb von 15 Minuten
Terminabstimmung (verschiedene Informationsquellen)	"mittelmäßig telefonisch erreichbar"	auch offene Sprechstunden ohne Termin
Wartezeit in der Praxis (Patientenbewertungen)	"kurz"	"lang, aber mit Benachrichtigungsservice (z.B. Telefon, SMS), wann der Termin tatsächlich beginnt"
Praxis (Patientenbewertungen)	"Praxispersonal sehr freundlich"	"kann gute weiterversorgende Fachärzte, Kliniken und weitere Gesundheitsdienstleister empfehlen"
Qualifikation des Arztes (Krankenkassendaten)	lange Berufserfahrung als Arzt	viel Erfahrung mit chronischen Rückenbeschwerden
Arzt (Patientenbewertungen)	"hat wenig Zeit für Patienten"	"erklärt seine Entscheidungen nicht"
Bewertung des Arztbesuchs (Patientenbewertungen)	hohe Anzahl guter Bewertungen	keine Angaben zum Behandlungsergebnis
	<input type="radio"/> vorstellbar <input type="radio"/> nicht vorstellbar	<input type="radio"/> vorstellbar <input type="radio"/> nicht vorstellbar

(1 von 8)

Quelle: Quelle: IGES, Schmiedl Marktforschung GmbH

Tabelle 6: Merkmale und Ausprägungen der Conjoint-Befragung

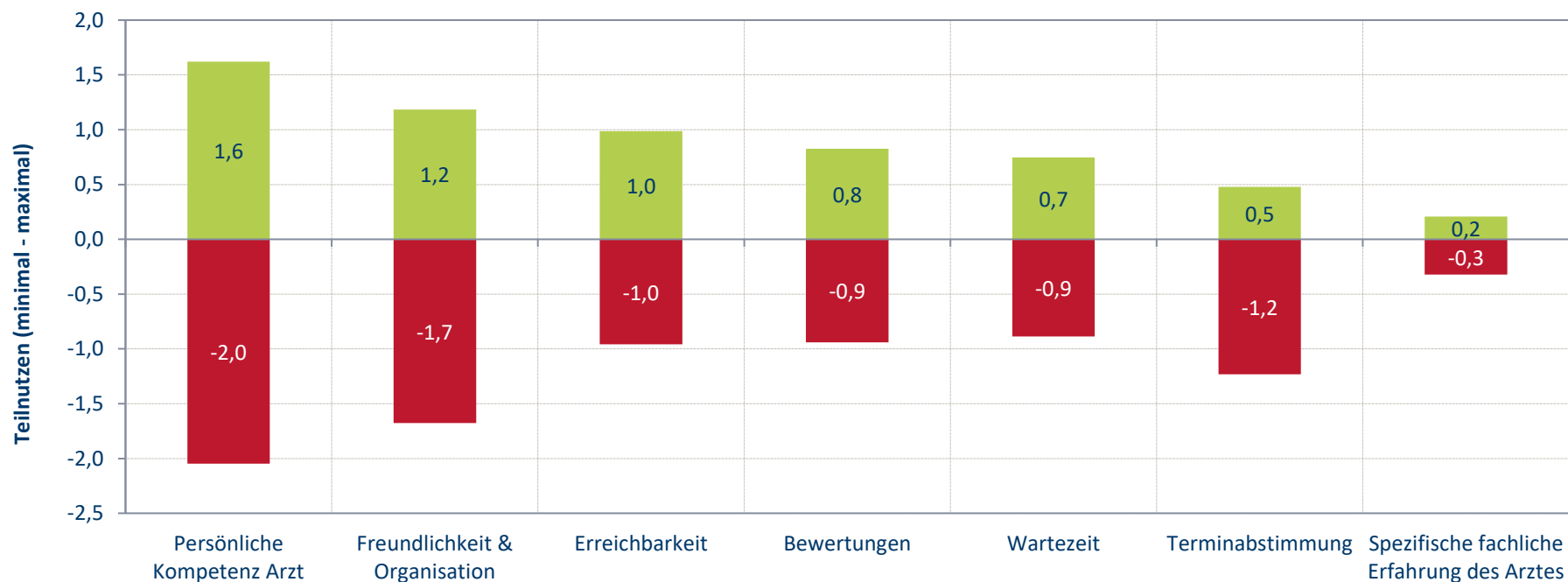
Merkmale/ Quelle	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3	Ausprägung 4	Ausprägung 5
Erreichbarkeit (Kartenansicht/Routenplaner)	mit Bus/Bahn/Fahrrad innerhalb von 30 Minuten	nur mit dem Auto innerhalb von 30 Minuten, mit Bus/Bahn/Fahrrad länger	mit Bus/Bahn/Fahrrad/Auto innerhalb von 15 Minuten	fußläufig	mit Bus/Bahn/Fahrrad oder Auto weiter als 30 Minuten entfernt
Terminabstimmung (verschiedene Informationsquellen)	auch Online-Terminvergabe	"gut telefonisch erreichbar"	"schlecht telefonisch erreichbar", keine Online-Termine	"mittelmäßig telefonisch erreichbar"	auch offene Sprechstunden ohne Termin

Merkmale/ Quelle	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3	Ausprägung 4	Ausprägung 5
Wartezeit in der Praxis (Patientenbe- wertungen)	"kurz"	"lang, aber mit Service: An- ruf/SMS, wann man in der Praxis sein soll"	"lang"	"unsicher: mal kurz, mal lang"	"lang, aber mit Möglichkeit, die Wartezeit außerhalb der Praxis zu ver- bringen"
Praxis (Patientenbe- wertungen)	"Wiederho- lungsrezepte schnell erhält- lich"	"Praxisperso- nal sehr freundlich"	"sauber & mo- dern"	"schlecht or- ganisierte Pra- xis"	"Praxisperso- nal unfreund- lich"
Qualifikation des Arztes (Krankenkas- sendaten)	viel Erfahrung mit [mir wichtigen Diagnosen]	lange Berufs- erfahrung als Arzt	viel Erfahrung mit [mir wichtiger Behandlung]	viel Erfahrung mit ganzheitli- cher Medizin	junger Arzt mit neuer Praxis
Behandlungs- stil des Arztes (Patientenbe- wertungen)	"geht auf Pati- enten ein, un- tersucht gründlich und erklärt das Krankheits- bild"	"berät zu un- terschiedli- chen Behand- lungsmöglich- keiten und be- zieht Patien- ten in die The- rapieentscheid- ung ein"	"hat wenig Zeit für Patien- ten"	"erklärt seine Entscheidun- gen nicht"	"klärt darüber auf, was man selbst zur Hei- lung beitragen kann]"
Bewertung des Arztbe- suchs (Patientenbe- wertungen)	"konnte bei [mir wichtiger Diagnose] gut helfen"	keine Angaben zum Behand- lungsergebnis	hohe Anzahl guter Bewer- tungen	Arzt hat einige schlechte Be- wertungen bei Kriterien, die für Sie wichtig sind. Ansons- ten aber gute Bewertungen	Arzt hat einige schlechte Be- wertungen bei Kriterien, die für Sie NICHT wichtig sind. Ansonsten aber gute Be- wertungen

Quelle: IGES

Das Ergebnis der Conjoint-Analyse sind die berechneten Nutzenwerte aller Merkmals- und Ausprägungskombinationen. Dabei ist der Nutzen relativ zu dem befragten Szenario, d. h. die Nutzenwerte sind jeweils hinsichtlich ihrer Größe in Bezug zu den anderen Nutzenwerten zu interpretieren. Ist ein Nutzenwert doppelt so groß wie ein anderer, ist diese Merkmalsausprägung für die Entscheidung doppelt so wichtig. Abbildung 33 zeigt eine Überblicksdarstellung der Ergebnisse für die Merkmale und die diesbezüglich maximal realisierten Nutzenwerte. Der Nutzen kann dabei positiv sein, also eine Entscheidung für eine Arzt-Variante fördern, oder negativ sein, d. h. zur Ablehnung einer Arzt-Variante führen.

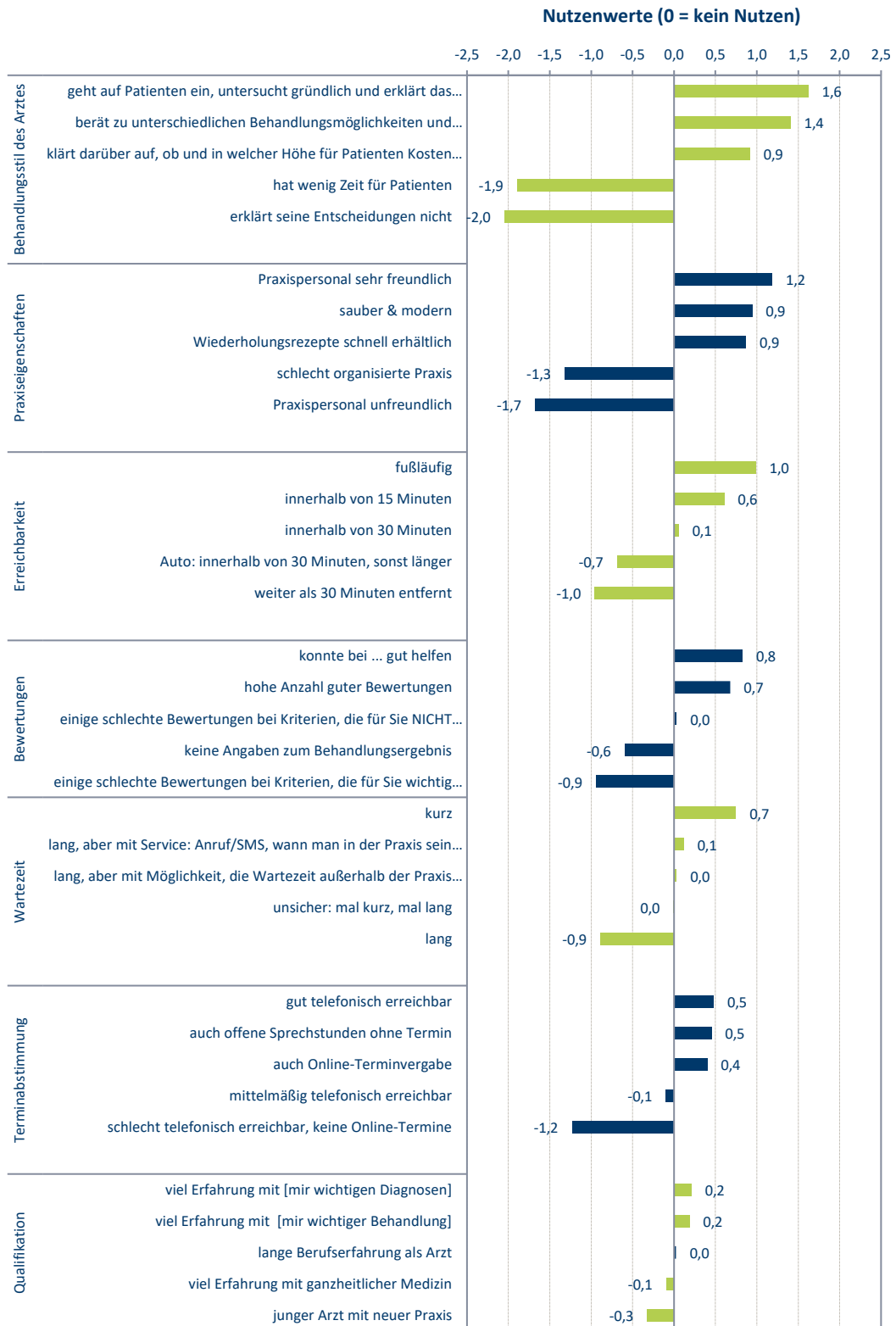
Abbildung 33: Nutzen von Informationen für die Arztwahl



Quelle: IGES auf der Basis einer Conjoint Analyse zur Arztsuche von Orthopädie-, Hausarzt-, Kinderarzt- und Zahnarztpraxen; n= 1.540

Die persönliche Kompetenz der Ärztin bzw. des Arztes ist somit das ausschlaggebende Element, sich für oder gegen eine Arztpraxis zu entscheiden. Die Freundlichkeit in der Praxis umfasst ebenfalls die Ärztin bzw. den Arzt und ist ähnlich wichtig, insbesondere für die Ablehnung der Praxis in der Wahlentscheidung. Mit mittlerer Wichtigkeit folgen Aspekte des Zugangs: Erreichbarkeit, Wartezeiten und Terminabstimmungen. Bewertungen, die über die persönliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte hinausgehen, haben ebenfalls mittlere Entscheidungsrelevanz. Spezifische fachliche Erfahrung dagegen ist vergleichsweise neutral und kann sich gegen die starken übrigen Aspekte in der Entscheidung nicht durchsetzen.

Abbildung 34: Relative Nutzenwerte von Informationen bei der Arztwahl



Quelle: IGES auf Basis der Conjoint-Befragung; n=1.540

Abbildung 34 zeigt die Conjoint-Ergebnisse im Detail für jede Merkmalsausprägung. Es wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten bereits sind, Wartezeit und Wege auf sich zu nehmen, um eine gut organisierte Praxis und Ärztinnen und Ärzte zu finden, die sich Zeit für sie nehmen und gründlich untersuchen. Der Weg sollte jedoch möglichst nicht 30 Minuten überschreiten und die Praxis sollte telefonisch mindestens mittelmäßig erreichbar sein. Der neutralisierende Effekt eines Wartezeitenmanagements wird auch hier deutlich: Eine Nachricht zum Ausmaß der Verzögerung führt im Vergleich zu langen Wartezeiten nicht mehr zur Ablehnung einer solchen Praxis.

Hinsichtlich der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte zeigen sich zwei interessante Aspekte hinsichtlich zukünftiger Informationsangebote: Erstens sind die entsprechenden Merkmalsausprägungen im Vergleich zu den anderen Themen für die Entscheidung relativ unwichtig, andererseits macht es für die Befragten keinen erheblichen Unterschied, ob es sich um eine junge Ärztin bzw. einen jungen Arzt mit neuer Praxis oder um eine Ärztin bzw. einen Arzt mit viel Erfahrung hinsichtlich für den Befragten wichtige Diagnosen hat. D. h. es wird von einer hohen Basiskompetenz der Ärztinnen und Ärzte ausgegangen und die Unterschiede liegen eher im Behandlungsstil. Dass eine spezifische Kompetenz dennoch entscheidungsrelevant werden kann, zeigt die Kategorie „Bewertungen“: Wird erwähnt, dass die Ärztin bzw. der Arzt bei der relevanten Diagnose gut helfen konnte, ist dies von mittlerem Nutzen für die Entscheidung, da hier mit Ärztinnen und Ärzten verglichen wird, die keine oder schlechte Bewertungen haben. Somit ist es für mögliche zukünftige Informationsangebote aus dem Public Reporting wichtig, wenn sie der Arztsuche dienen sollen, als Zusatzinformation im Kontext der noch wichtigeren Qualitätskriterien dargestellt zu werden.

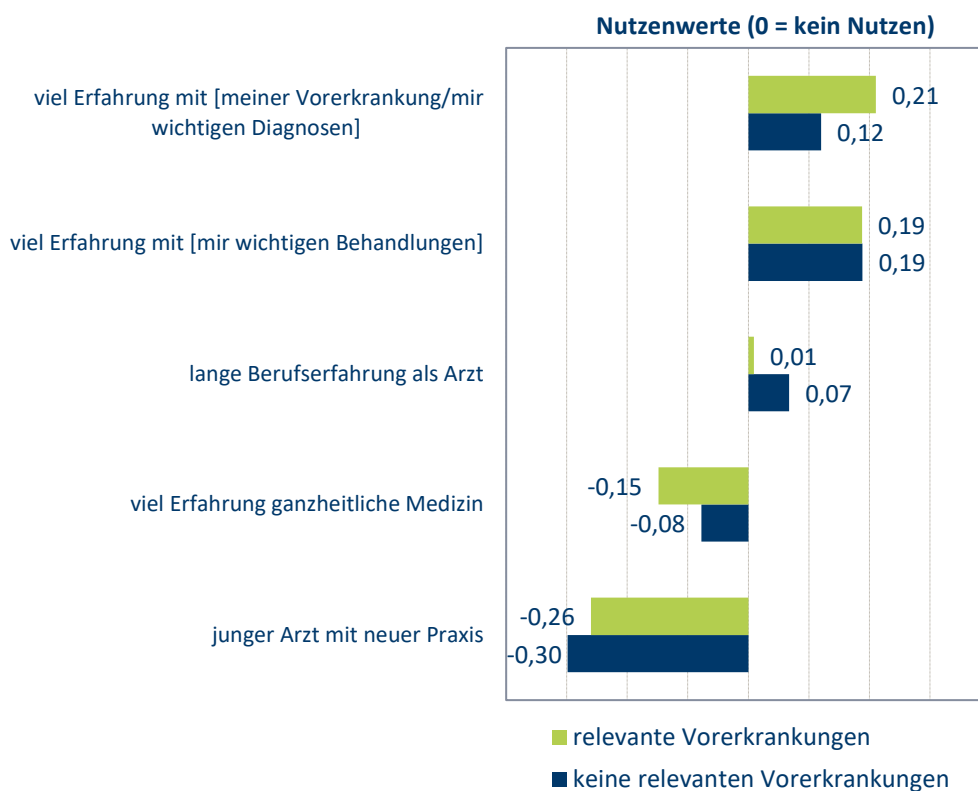
Für die Subgruppe der Befragten, die eine für die Arztsuche relevante Diagnose bzw. Vorerkrankung benannt haben, kann zudem angenommen werden, dass die spezifischen Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte bedeutsamer sind als für Personen ohne langfristigen Krankheitshintergrund. Abbildung 35 zeigt dafür die Nutzenwerte für die beiden Gruppen mit und ohne benannte Vorerkrankungen. Der Nutzen der spezifischen Qualifikation bei Personen mit entsprechenden Vorerkrankungen ist immer noch vergleichsweise niedrig, jedoch bereits doppelt so groß wie bei Personen ohne Vorerkrankungen, für die diese Merkmalsausprägung abstrakt bleibt („Diagnosen, die für mich wichtig sind“).

Die für die Entscheidung wichtigsten Merkmale „Persönliche Kompetenz/Behandlungsstil der Ärztinnen und Ärzte“ (definiert über Zeit, gründliche Untersuchung und Erklärung von Entscheidungen und Behandlungsalternativen) verweisen erneut auf die Bedeutung offener Bewertungen oder persönlicher Empfehlungen, die dementsprechende Informationen vermitteln. Im Rahmen der Bewertungen gelingt es zudem, diese Informationen im Kontext mit weiteren wichtigen Entscheidungsfaktoren zu vermitteln, insbesondere bei der Möglichkeit, die Anreisedauer der in Betracht gezogenen Praxen einzugrenzen. Zukünftige, möglicherweise systematischere Erhebungen und Darstellungen dieser Qualitätskriterien (z. B. über

PREMs und PROMs) könnten die Informationen der offenen Bewertungen erweitern.

Die Praxisorganisation hat auf vielfältige Art und Weise starken Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Versorgung. Eine verbesserte Praxisorganisation kann daher auch eine zufriedenstellende Arztwahl erheblich fördern. Dafür sollte z. B. eine gute Erreichbarkeit über verschiedene Kommunikationskanäle stets einen einfachen Zugang ermöglichen sowie durch die Praxen ein systematisches Wartezeitenmanagement durchgeführt und entsprechend kommuniziert werden.

Abbildung 35: Wichtigkeit der Qualifikation des Arztes – Verteilung nach Vorerkrankungen der Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Conjoint-Befragung; n=1.540

4.4.2.3 Unterschiede in der Arztwahl verschiedener Verbrauchergruppen

Die Ergebnisse haben bisher relevante Unterschiede zwischen den Arztgruppen und hinsichtlich der gesundheitlichen Ausgangslage der suchenden Verbraucherinnen und Verbraucher aufgezeigt. Die Unterschiede beruhen dabei teilweise auch auf den Anlässen, die den Arztsuchen zugrunde liegen. So zeigen sich die größten Unterschiede zwischen Hausarzt- und Orthopädensuche, die gleichzeitig die Pole einer akuten, symptomgetriebenen Arztsuche (Orthopädie) und einer langfristigen

Betreuung (hausärztliche Versorgung) darstellen. Für die langfristige Betreuung erweisen sich die persönliche Kompetenz und die Praxisorganisation als wichtiger als für die akute fachärztliche Behandlung, die die Terminverfügbarkeit und die spezifische Kompetenz für die aktuellen Symptome in den Vordergrund rücken lässt.

Hinsichtlich soziodemografischer Subgruppen zeigen sich Unterschiede nach Bildung, Alter und Geschlecht (Tabelle 7). Keine Unterschiede zeigen sich mit und ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede liegen im Wesentlichen in der Präferenz von Qualitätskriterien mittlerer Wichtigkeit. So haben Personen mit höherem Bildungsabschluss einen höheren Anspruch an die Erreichbarkeit der Arztpraxen und räumen Ihren Kriterien in der Rezeption negativer Bewertungen einen höheren Stellenwert in der Entscheidung ein. Personen mit geringerem Bildungsabschluss erwarten in geringerem Ausmaß, dass sich die Ärztinnen und Ärzte für sie Zeit nehmen. Befragte im Alter von unter 30 Jahren nutzen verstärkt die Online-Terminbuchung und nehmen die Erreichbarkeit der Praxen (Wegezeiten) wichtiger. Älteren Befragten ist dagegen die ärztliche Kommunikation von Entscheidungen, die Erfahrungen hinsichtlich ihrer Diagnosen und die telefonische Erreichbarkeit wichtiger.

Tabelle 7: Unterschiede von Entscheidungspräferenzen in der Arztsuche nach soziodemografischen Merkmalen

Soziodemographische Gruppen		Präferierte Kriterien für die Arztsuche
Bildung	Absolventen von (Fach-) Hochschulen	häufigere Nutzung des <u>Internets</u> für Arztsuche, größere Bedeutung von guter <u>Erreichbarkeit</u> , stärkerer Einfluss von negativen <u>Bewertungen</u> für relevante ihnen wichtige Kriterien
	niedrigerer Bildungsabschluss	<u>geringere Bedeutung</u> der <u>persönlichen Kompetenz</u> des Arztes (insbesondere „Arzt nimmt sich wenig Zeit“)
Alter	unter 30-jährige Teilnehmer	höherer Anteil von <u>Online-Terminbuchung</u> , höhere Bedeutung von guter <u>Erreichbarkeit</u>
	ältere Teilnehmer	höhere Bedeutung der <u>Erfahrung</u> des Arztes mit relevanten Diagnosen, höhere Bedeutung der <u>Kommunikation</u> des Arztes bei Entscheidungen, <u>telefonische Erreichbarkeit</u>
Geschlecht	weibliche Teilnehmer	<u>Bewertungen</u> zu <u>persönlichen Kompetenzen</u> des Arztes besonders wichtig
Migrationshintergrund		<u>keine Auffälligkeiten</u> hinsichtlich des Entscheidungsverhaltens bei der Arztsuche

Quelle: IGES auf Basis der Conjoint-Befragung; n=1.540

Weibliche Befragte bewerten die persönlichen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu organisatorischen Aspekten der Praxis wie Wartezeit und Erreichbarkeit noch höher als männliche Befragte. Die grundsätzliche Präferenz von Merkmalen für die Arztwahl, wie sie die Nutzenwerte der Conjoint-Analyse zeigen, gilt für alle soziodemografischen Gruppen.

4.5 Zentrale Erkenntnisse der Erhebungen

Die repräsentative Bevölkerungsbefragung zeigt, dass die Arztsuche ein relevantes Thema für die Bevölkerung ist: Etwa die Hälfte der repräsentativ ausgewählten Befragten war aktuell auf der Suche nach mindestens einer Ärztin bzw. einem Arzt. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung denkt darüber nach, eine Arztpraxis zu wechseln. Gründe dafür sind Unzufriedenheit, das Gefühl, dass der Patientin bzw. dem Patienten in der Arztpraxis nicht geholfen werden konnte, und ein besserer Zugang zu einer anderen Praxis. Es zeigt sich weiterhin, dass die Transparenz des ärztlichen Behandlungsangebots und damit die Voraussetzungen für eine optimale Arztwahl aus Sicht der Verbraucher verbesserungswürdig sind: So gab die Hälfte der Befragten an, sich bei der letzten Arztsuche unzureichend informiert gefühlt zu haben.

Die Kommunikationsfähigkeit sowie die fachliche Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten werden als die wichtigsten Qualitätskriterien aus Verbrauchersicht benannt. Für die Verbraucherinnen und Verbraucher sind daher Patientenbewertungen bei der Arztwahl von großer Bedeutung, weil diese Informationen zu zentralen Qualitätsaspekten enthalten, für die es häufig keine alternative Quelle gibt. Empfehlungen in Form von Bewertungen im Internet sind bereits nahezu genauso relevant wie persönliche Empfehlungen. Sie können diese ergänzen oder ersetzen. Insbesondere offene Freitextbewertungen können Informationen zur Kommunikationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie zum persönlichen Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten enthalten, die für die individuelle Wahlentscheidung essentiell sind.

Die Fokusgruppen konnten zeigen, dass die Verbraucherinnen und Verbraucher sich der Limitationen dieser Informationsquelle durchaus bewusst sind und diese bei der Informationsnutzung berücksichtigen. So werden offene Freitextbewertungen der typischerweise stark subjektiven und situativen Komponente der Qualitätsaspekte Kommunikationsfähigkeit und persönlicher Umgang gerecht und von den Patientinnen und Patienten auch dementsprechend interpretiert.

Die Fokusgruppenteilnehmer benannten jedoch auch Verbesserungspotenziale zu den Bewertungen, so dass sich die Aussagekraft der Patientenbewertungen und -empfehlungen im Internet noch verbessern ließe. Dies betrifft etwa eine zu geringe Anzahl an Bewertungen und damit eine mangelnde Intersubjektivität, außerdem Probleme in der Zuordnung von Bewertungen zu konkreten Ärzten, z. B. nach Praxisübergaben oder bei Berufsausübungsgemeinschaften. Die Texte werden zudem als umso hilfreicher bewertet, je konkreter Erfahrungen der Patientinnen und Patienten beschrieben werden.

Quantitative Daten zur vergleichenden Darstellung von Qualitätsaspekten, beispielsweise zur Häufigkeit und Struktur ärztlicher Leistungen oder behandelter Patienten, die bislang nicht auf Ebene einzelner Arztpraxen verfügbar sind, sind für Verbraucherinnen und Verbraucher schwer greifbar und zunächst abstrakt, wie insbesondere auch die Fokusgruppen und die qualitativen Interviews zu den Informations-Prototypen herausarbeiten konnten. Quantitative bzw. statistische Daten zu Behandlungshäufigkeiten sind aus Verbrauchersicht erst dann hilfreich, wenn aus ihnen relativ spezifische Behandlungserfahrungen eines Arztes hinsichtlich ihrer konkrete Beschwerden hervorgehen, die sich nicht allein aus der Angabe der ärztlichen Fachgruppe entnehmen lassen (z. B. bei Migräne, chronischen Schmerzen, Schilddrüsenerkrankungen). Auch könnten Leistungsdaten bereits bei der Arztsuche und vor Kontaktaufnahme mit einer Arztpraxis darüber Aufschluss geben, welche Praxen bestimmte Behandlungen grundsätzlich anbieten.

Wie die Conjoint-Analyse mithilfe der Nutzenwerte für die einzelnen Informationsangebote zeigen konnte, sind solche Informationen über spezifische ärztliche Erfahrung für die Wahlentscheidung aus Verbrauchersicht jedoch nachgelagert. Hierbei dürfte auch eine Rolle spielen, dass Patientinnen und Patienten Informationen dieser Art noch nicht kennen. Die Nutzung quantitativer bzw. statistischer Daten als Informationsgrundlage für die Arztsuche bedarf daher noch einiger Vorarbeiten. Hinsichtlich der Veröffentlichung von Statistiken auf Praxisebene ist arztgruppenspezifisch zu ermitteln, welche Daten in welchem Detailgrad und in welcher Darstellungsform von Verbraucherinnen und Verbrauchern als hilfreich angesehen werden. Die Ergebnisse der Interviews zu den Prototypen geben hierzu erste Hinweise: So werden einfache Häufigkeiten gegenüber abstrakteren Angaben wie Prozentwerten, Mittelwerten und Benchmarks bevorzugt, und visuelle Symbole erleichtern den Zugang zu den Daten (Icons/Symbole/Farben/Checkboxes). Dabei wird eine Orientierung an Darstellungsformen als hilfreich angesehen, die zur Unterstützung von Verbraucherentscheidungen in anderen Produkt- und Dienstleistungsbereichen etabliert sind. Die Verbraucher verhalten sich in dieser Hinsicht pragmatisch und sehen keine Notwendigkeit, der Gesundheitsversorgung eine Sonderrolle zuzugestehen. Da sich Bewertungen zu der persönlichen Kompetenz als wichtiger erwiesen haben als die spezifische Erfahrung, sollten die Statistiken zudem möglichst in Kombination mit offenen Bewertungen dargestellt werden können.

Bei der Arztsuche fehlen Verbraucherinnen und Verbrauchern nicht nur Informationen zu Dimensionen der Versorgungsqualität, die aus ihrer Sicht für die Arztwahl entscheidend sein können. Bei der Arztsuche fehlen häufig auch grundlegende Zugangsinformationen, die in den Fokusgruppen benannt wurden und in der Befragung zur Conjoint-Analyse anhand einer breiteren Stichprobe bestätigt werden konnten. Aufgrund der bisher noch gering ausgeprägten Digitalisierung der Arztpraxen ist die telefonische Kontaktaufnahme bisher der wichtigste Zugangsweg – mit den entsprechenden Einschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit gegenüber Online-Informationsangeboten und nicht selten mit schlechter Erreichbarkeit.

Die wesentliche Information, ob neue Patientinnen und Patienten von der Praxis angenommen werden, fehlt bei den meisten Informationsangeboten. Auch Information zu Terminverfügbarkeit oder zu Akutsprechstunden sind nicht standardmäßig verfügbar und müssen, wenn es keine Möglichkeit für eine Onlinebuchung gibt, telefonisch erfragt werden.

Wesentliche weitere Informationen, wie das Angebot von Videosprechstunden, Preisinformationen von Zahnärzten oder Wartezeitenmanagement bei Kinderärzten sind nur teilweise auf den Arztbewertungsportalen oder auf den Internetseiten der Arztpraxen verfügbar, teilweise fehlt es an einer hilfreichen Verknüpfung mit einer Kartenansicht.

Patientinnen und Patienten müssen somit bisher einen vergleichsweise hohen Aufwand betreiben, um herauszufinden, ob und wann eine Praxis für sie grundsätzlich verfügbar ist, und um den Zugang und das Leistungsangebot von Praxen zu vergleichen. Aufgrund fehlender Standards der Information liegen zu einem Teil der Arztpraxen bisher zudem nur Adressdaten vor, so dass die Verbraucherinnen und Verbraucher hier besondere Informationsdefizite bei der Arztsuche benennen, insbesondere bei fehlenden Bewertungen.

5. Handlungsempfehlungen

Aus den beschriebenen Projektergebnissen werden im Folgenden Handlungsempfehlungen für eine informierte Arztsuche durch Verbraucherinnen und Verbraucher abgeleitet. Dies geschieht zunächst in Form eines Prototyps für ein verbraucherfreundliches Informationsangebot, der als Orientierung für bestehende und zukünftige Informationsangebote von (zahn)ärztlichen Praxen oder entsprechenden Informationsportalen dienen kann. Aus den Verbraucherprioritäten ergeben sich zudem weitere verbraucherpolitische Schlussfolgerungen.

5.1 Prototyp eines verbraucherfreundlichen Informationsangebots im Internet

Der Prototyp setzt wesentliche Erkenntnisse des Projekts grafisch um und verdeutlicht zusammenfassend bestehenden Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten. Erweiterungen der bisherigen Informationen sind in drei Bereichen notwendig, um eine informierte Arztwahl zu ermöglichen:

1. Informationen zum Zugang,
2. Verfügbarkeit von offenen Bewertungen von Patientinnen und Patienten,
3. Statistische Informationen zur Behandlungserfahrung der Ärztinnen und Ärzte.

Informationen zum Zugang

Informationen zum Zugang zu den Praxen haben für Patienten einen hohen Stellenwert bei der Arztsuche und -auswahl. Es werden hierzu auf den Informationsplattformen bisher überwiegend nur Kontaktdaten und Öffnungszeiten dargestellt. Eine effiziente Arztwahl setzt erweiterte Informationen zum Zugang zu den Praxen voraus, die für alle Arztpraxen vorliegen sollten. Informationen sollten ergänzt werden zu:

- ◆ Aufnahme neuer Patienten,
 - ◆ nächstmögliche Termine; optimalerweise Online-Terminvergabe,
 - ◆ Zeiten telefonischer Erreichbarkeit,
 - ◆ Erreichbarkeit per E-Mail,
 - ◆ Angabe der Zeiten/Termine der offenen Sprechstunden,
 - ◆ Services zum Wartezeitenmanagement,
 - ◆ Angebot von Telemedizin,
 - ◆ Datenzugriff für Patientinnen und Patienten, sowie
 - ◆ Barrierefreiheit (z. B. bei Gehbehinderung, Sprachbarrieren, kognitiven Einschränkungen).
-

Portale sollten möglichst mit einer Kartenansicht verknüpfte Informationen liefern, z. B. mit Symbolen für Barrierefreiheit bei Gehbehinderung. Die Kartenansicht sollte zudem anhand von Zugangskriterien zu filtern sein. Das heißt z. B., dass die Nutzerinnen und Nutzer in der Karte nur diejenigen Praxen anzeigen lassen können, die neue Patienten aufnehmen und in einem definierten Zeitraum Termine verfügbar haben oder am aktuellen oder nächsten Tag eine offene Sprechstunde anbieten.

Verfügbarkeit von offenen Bewertungen von Patientinnen und Patienten

Indem Patienten auf verschiedenen Plattformen ihre Erfahrungen in Arztpraxen teilen, haben sich die Voraussetzungen für eine informierte Arztwahl aus Verbrauchersicht bereits deutlich verbessert. Verbraucher sehen sich in der Lage, die Texte angemessen zu interpretieren. Sie bevorzugen dies gegenüber der Interpretation numerischer Kennzahlen. Eine Qualitätssicherung der Bewertungen kann aus Sicht der Verbraucher hilfreich sein, ist jedoch keine unabdingbare Voraussetzung, sie zu nutzen. In erster Linie sollte daher die Verfügbarkeit und Qualität von Bewertungen für möglichst viele Arztpraxen weiter erhöht werden:

- ◆ erhöhter Umfang an aktuellen (offenen) Patienten-Bewertungen
- ◆ Sicherstellung der Aktualität der Bewertungen (Datum) sowie der richtigen Zuordnung von Bewertungen zu spezifischem Arzt/Ärztin (z. B. in MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften oder bei Inhaberwechsel)
- ◆ (weiterhin) Absicherung gegen Manipulation von Bewertungen

Neue Portale oder Portale mit geringen Anzahlen an Bewertungen sollten Bewertungen aktiv fördern oder ggf. besser andere Quellen aufgreifen, die mehr Bewertungen anbieten können.

Statistische Informationen zur Behandlungserfahrung der Ärztinnen und Ärzte

Mit den Abrechnungsdaten liegen Informationen zu Häufigkeiten von Diagnosen, Behandlungen sowie zur Patientenstruktur auf Praxisebene vor, die den Patientinnen und Patienten zusätzlich helfen könnten, ihre Ärztinnen und Ärzte stärker in Bezug auf spezifische Behandlungserfahrung auszuwählen. Dies betrifft insbesondere Arztgruppen mit heterogenen Leistungsspektren bzw. starker Spezialisierung:

- ◆ Häufigkeit bestimmter Behandlungen (z.B. ambulante Operationen, Akupunktur)
- ◆ Verordnungszahlen (z.B. Antibiotika, Heilmittel)
- ◆ Häufigkeit der Behandlung bestimmter Patienten-/Diagnosegruppen (z.B. Migräne, Schilddrüsenfunktionsstörungen, chronische Erkrankungen, Knie- oder Schulterbeschwerden)

Aus diesen Daten sollten für die Patientinnen und Patienten einfache Kennzahlen gewonnen und in übersichtlicher Form auf Praxisebene dargestellt werden. Aus den Erhebungen geht zwar hervor, dass ein solches (bisher hypothetisches) Infor-

mationsangebot als weniger relevant im Vergleich zu anderen gewertet wird, dennoch zeigen die Erhebungen ebenfalls, dass es – bei verbraucherorientierter Umsetzung – einen Zusatznutzen für die Arztwahl bieten kann. Hierbei ist auf Praxisebene arztgruppenspezifisch zu ermitteln, welche Daten in welchem Detailgrad und in welcher Darstellungsform von Verbraucherinnen und Verbrauchern als hilfreich angesehen werden.

Die Informationen sollten zudem möglichst in Zusammenhang mit Qualitätsinformationen dargestellt werden, die die persönliche Kompetenz der Ärztin bzw. des Arztes beinhalten, damit beide Qualitätsaspekte in die Wahlentscheidung einbezogen werden können. Da diese Informationen für die Verbraucherinnen und Verbraucher von unterschiedlicher Relevanz sind, sollten sie als zusätzliche Filter bzw. ggf. mit akuten Beschwerden/Diagnosen als Ausgangspunkt der Suche zur Verfügung gestellt werden.

Abrechnungsdaten werden in einigen Ländern bereits im Rahmen des Public Reportings aufbereitet und dienen dort im Wesentlichen der Qualitätssicherung auf Fachebene. Für die Nutzung der Abrechnungsdaten für die Arztwahl in Deutschland mit überwiegend freier Arztwahl der Verbraucherinnen und Verbraucher sind voraussichtlich andere, einfachere Darstellungsformen zu entwickeln, die die Verbraucherinnen und Verbraucher ggf. schon aus anderen Lebensbereichen gewohnt sind.

Im Anhang ist der Prototyp einer verbraucherfreundlichen Arztwahl im Internet als Broschüre angefügt. Der Prototyp ist zudem online verfügbar unter: <https://www.iges.com/presse/2020/fachtagung-internet-arztsuche>. Der Prototyp fasst die inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten eines Informationsangebotes auf Basis der Projektergebnisse zusammen. Ein Teil der Elemente wird bereits umgesetzt, jedoch meist nicht auf einer Plattform, sondern in verschiedenen Angeboten und nicht durchgängig für alle Arztpraxen. Andere Informationen sind in Deutschland für die Verbraucher noch gar nicht verfügbar. Die Umsetzung des Prototyps kann wiederum an verschiedenen Stellen erfolgen und ist unabhängig von einer Festlegung auf staatliche oder private, zentrale Portale oder dezentrale Betreiber (wie z. B. Websites einzelner Arztpraxen oder Ärztenetze).

5.2 Verbraucherpolitische Schlussfolgerungen

Indem Patienten auf verschiedenen Plattformen ihre Erfahrungen mit Arztpraxen teilen, haben sich die Voraussetzungen für eine informierte Arztwahl bereits deutlich verbessert. Verbraucherinnen und Verbraucher wünschen möglichst viele aktuelle Bewertungen zu Arztpraxen, die schnell und komfortabel verfügbar sind. Komfortabel sind dabei insbesondere Bewertungen, die mit Zugangsinformationen verknüpft sind. Einige entsprechende Informationsangebote haben sich bereits auf dem Markt entwickelt und erreichen hohe Nutzungsraten. Sie kombinieren relativ hohe Anzahlen an Bewertungen mit Möglichkeiten z. B. zur Routenplanung oder Onlineterminbuchung. Somit ergeben sich aus der Marktentwicklung der Informationsangebote Ansatzpunkte auch für andere Portalanbieter

für die Arztsuche, mit niederschweligen Informations- und Bewertungsangeboten wesentliche Qualitätsinformationen zu transportieren, indem man sich an verbreiteten Nutzungsgewohnheiten der Verbraucher im Internet orientiert. Dabei sollten Portalanbieter die Qualität offener Bewertungen kontinuierlich prüfen und sichern, allerdings ist dies aus Patientensicht keine zwingende Voraussetzung für die Nutzung.

Die bisherigen Informationsangebote der Portalanbieter können aus Verbrauchersicht auf drei Arten ergänzt werden, um die Grundlagen für Arztsuchen wesentlich zu verbessern. Die ersten beiden Ansätze beziehen sich auf die Ergänzung der Qualitätsinformationen:

1. Ergänzung der offenen Bewertungen um Ergebnisse aus Patientenbefragungen,
2. Nutzung von Informationen aus Abrechnungsdaten für die Arztsuche.

Der dritte Aspekt zur Verbesserung der Transparenz bezieht sich auf den Umgang mit der eingeschränkten Verfügbarkeit von Arztterminen im Allgemeinen und für einzelne Arztgruppen im Besonderen. Hier ist es aus Patientensicht schwer nachvollziehbar, dass es nicht nur Engpässe in der Versorgung gibt, sondern diese zudem mit vergleichsweise hohem Aufwand zu recherchieren sind. Die Informationsangebote sind somit zu erweitern um

3. zusätzliche Informationen zum Zugang.

Ergänzung der offenen Bewertungen um Ergebnisse aus Patientenbefragungen

Offene Bewertungen decken nicht immer alle für Verbraucherinnen und Verbraucher relevanten Aspekte ab. Die Bundesregierung sollte daher prüfen lassen, wie die individuellen offenen Patientenbewertungen mit Ergebnissen aus faktenorientierten Patientenbefragungen ergänzt werden könnten. Dafür liegen bereits im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA Befragungsansätze des IQTIG vor, die wissenschaftlich entwickelte verhaltens- bzw. erfahrungsorientierten Fragen auch zur ambulanten Versorgung beinhalten (PREMs, vgl. Kapitel 1.4). Diese Ansätze werden bisher indikationsbezogen entwickelt und wären im Hinblick auf die spezifischen Informationsbedürfnisse für die Arztsuche weiterzuentwickeln. So sollten für wesentliche für die Arztsuchen relevante Qualitätsaspekte eigene PREMs entwickelt werden, z. B. die systematische Erhebung von Aspekten der Patientensicherheit in den Arztpraxen. Die neu entwickelten Befragungsdesigns könnten allen interessierten Portalanbietern zur Verfügung gestellt werden, damit diese ihr Informationsangebot auf Basis offener Bewertungen erweitern können.

Nutzung von Informationen aus Abrechnungsdaten für die Arztsuche

Mit den Abrechnungsdaten ist prinzipiell eine Fülle von Informationen zum Leistungsgeschehen in den Praxen verfügbar, aus denen sich Aussagen zu einigen für die Arztsuche relevanten Qualitätsaspekten ableiten lassen. Um sie für die Arztsuche nutzbar zu machen, sind von der Bundesregierung zunächst die rechtlichen

Voraussetzungen zu klären, inwiefern diese Daten – über die Vorhaben der aktuellen Gesetzesentwürfe (vgl. Kapitel 1.5) hinausgehend – zum Zweck der Schaffung von Qualitätstransparenz auf Praxisebene genutzt werden können. Erste Einschätzungen dazu liefert z. B. eine im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung erstellte Expertise (vgl. Reuter 2020). Die Erhebungen und Analysen in der vorliegenden Studie haben zudem die Notwendigkeit aufgezeigt, ein Nutzungskonzept für die Gewinnung zusätzlicher verbraucherorientierter Qualitätsinformationen aus Abrechnungsdaten zu entwickeln. Hierfür konnten im Rahmen der Studie bereits erste Ansatzpunkte zu der Frage gewonnen werden, welche konkreten Indikatoren für die Arztsuche mittels Routinedaten abgebildet werden könnten, die den Informationsbedürfnissen der Verbraucherinnen und Verbraucher entsprechen. Dabei erscheint es sinnvoll, zunächst relativ „einfache“ Indikatoren zur ergänzenden Abbildung von Aspekten der Struktur- und Prozessqualität in den Blick zu nehmen, um die methodische Komplexität gering zu halten (z. B. Behandlungshäufigkeiten bezüglich spezifischer Leistungen oder Indikationen). Die Entwicklung von Informationsangeboten zu Unterschieden der Ergebnisqualität zwischen den Arztpraxen ist dagegen methodisch deutlich herausfordernder, etwa im Hinblick auf Fragen der Risikoadjustierung bei geringen Fallzahlen oder der Zuschreibbarkeit von Behandlungserfolg bei nicht auf einzelne Prozeduren beschränkten Behandlungen.

Zusätzliche Informationen zum Zugang

Fehlende Zugangsinformationen sind Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung in den Diskussionen über Qualitätstransparenz häufig nachgelagert, stellen jedoch zum Teil erhebliche Hürden in der Arztsuche dar und können somit letztlich auch Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben. Das Angebot an Informationen zur Zugangsqualität sollte daher ausgebaut werden, so dass sich für Patienten z. B. die Verfügbarkeit der Arztpraxen tagesaktuell ohne großen Aufwand feststellen lässt. Ansätze zu solchen Informationsangeboten finden sich in den aktuellen Gesetzesentwürfen (vgl. Kapitel 1.5), die jedoch nur teilweise dazu beitragen, das Informationsangebot zur Verfügbarkeit von Praxen zu verbessern. So fehlt es nach wie vor an flächendeckenden Informationen über evtl. für Neupatienten geltende Aufnahmestopp, Informationen zur Terminverfügbarkeit, die über die Angabe der Sprechstundenzeiten hinausgehen, sowie an Informationen zu unterschiedlichen Aspekten der Barrierefreiheit der Praxen. Diese zusätzlichen Informationen zum Zugang könnten analog zu den im GVWG vorgesehenen Regelungen zentral durch die KVen bzw. die KBV gesammelt und zur Verfügung gestellt werden.

Aus Verbrauchersicht wäre es eine deutliche Verbesserung der Informationslage, wenn die zusätzlichen Informationen zur Verfügbarkeit und mögliche Informationen aus Abrechnungsdaten verknüpft zur Verfügung gestellt werden könnten, z. B. in Zusammenhang mit offenen Bewertungen und Entfernungsinformationen (Kartenansichten und Routenplanern). Dies könnte ermöglicht werden, wenn die KBV die Informationen mit offenen Schnittstellen zur Verfügung stellt, wie dies im

DVPMG bereits für die Information zu Videosprechstunden vorgesehen ist, so dass alle interessierten Portale in die Lage versetzt werden, diese Erweiterungen des Informationsangebots vornehmen zu können.

6. Literatur

- Albrecht, M., & Ochmann, R. (2018). Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung: internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland. Bertelsmann Stiftung. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Laendervergleich_PR_Arztpraxen.pdf.
- Arslan, S. C. (2018). Vertrauen in Online-Bewertungen. Integrative Literaturübersicht, theoretisches Modell und empirische Exploration am Beispiel von Arztbewertungen. Dissertation. Universität Mannheim. Online-Quelle: https://madoc.bib.uni-mannheim.de/46742/1/Arslan_Vertrauen%20in%20Online-Bewertungen.pdf.
- Ärzteblatt.de (2020). AOK-Gesundheitsnavigator mit neuen Funktionen. Ärzteblatt.de online 26. 11. 2020. Online-Quelle: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118767/AOK-Gesundheitsnavigator-mit-neuen-Funktionen_
- Ärzte Zeitung (2020). Bundeskartellamt warnt vor Online-Nutzerbewertungen. ÄRZTE ZEITUNG ONLINE 11. 10. 2020. Online-Quelle: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Bundeskartellamt-warnt-vor-Online-Nutzerbewertungen-413604.html>.
- Bertelsmann Stiftung (2017) SPOTLIGHT Gesundheit: Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. Daten, Analysen, Perspektiven. Nr. 1, 2016. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf.
- Bertelsmann Stiftung (2017) SPOTLIGHT Gesundheit: Arztbewertungen Patientenerfahrungen sind für Public Reporting im ambulanten Sektor zentral. Daten, Analysen, Perspektiven. Nr. 3, 2017. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Arztbewertung_dt_web.pdf
- Bertelsmann Stiftung (2020) SPOTLIGHT Gesundheit: Akteneinsicht. Online-Zugang zu Arztnotizen aktiviert Patienten und stärkt das gegenseitige Vertrauen. Daten, Analysen, Perspektiven. Nr. 3, 2020. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/SG_Akteneinsicht_final.pdf
- Bidmon, S., Elshiewy, O., Terlutter, R., & Boztug, Y. (2020). What Patients Value in Physicians: Analyzing Drivers of Patient Satisfaction Using Physician-Rating Website Data. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2), e13830. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2020/2/e13830/>.
- Bittner, A. (2016). Informierte Patienten und unzureichend vorbereitete Ärzte. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GeMo-NL_2016-2_VV.pdf.
-

- BMG (2020). Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWVG). Kabinettsentwurf. Online-Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/20-12-16_GVWVG_Kabinett.pdf
- Breuning, M., Lucius-Hoene, G., Burbaum, C., Himmel, W., & Bengel, J. (2017). Subjektive Krankheitserfahrungen und Patientenorientierung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 60(4), 453-461. Online-Quelle: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-017-2524-y>.
- Bundeskartellamt (2019): Sektoruntersuchung Vergleichsportale. Bericht gemäß § 32e GWB Az. V-21/17. April 2019. Bonn. Onlinequelle: https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Sektoruntersuchungen/Sektoruntersuchung_Vergleichsportale_Bericht.pdf;jsessionid=F20DC6187973A9DA22907BC694F4139C.2_cid378?__blob=publicationFile&v=7.
- Bundesrat-Drucksache 0052-21 (2021): Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz - DVPMG). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Drucksache 52/21 22.01.21. Onlinequelle: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2021/0052-21.pdf>
- Butzlaff, M., Floer, B., & Isfort, J. (2003). Shared decision making: der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag. *Gesundheitsmonitor*, 41-55.
- Burn, M. B., Lintner, D. M., Cosculluela, P. E., Varner, K. E., Liberman, S. R., McCulloch, P. C., & Harris, J. D. (2018). Physician rating scales do not accurately rate physicians. *Orthopedics*, 41(4), e445-e456.
- Cacace, M., Geraedts, M., & Berger, E. (2019). Public reporting as a quality strategy. In: *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series 53. OECD. Online-Quelle: https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=e_q2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA331&ots=zwlUpWRIHE&sig=8BPQJE5EHQ5pRf6WcHiKGgjEgsQ#v=one-page&q&f=false.
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittiel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*, 95(5), 452-455. Online-Quelle: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782417300021>
- Emmert, M., Meszmer, N., & Sander, U. (2016). Do health care providers use online patient ratings to improve the quality of care? Results from an online-based cross-sectional study. *Journal of medical Internet research*, 18(9), e254. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2016/9/e254/>
-

- Emmert, M., & Meszmer, N. (2018). Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. *Das Gesundheitswesen*, 80(10), 851-858.
- Fried, T. R. (2016). Shared decision making - finding the sweet spot. Online-Quelle: <https://psycnet.apa.org/record/2016-03234-002>
- Lagu, T., Haskell, J., Cooper, E., Harris, D. A., Murray, A., & Gardner, R. L. (2019a). Physician beliefs about online reporting of quality and experience data. *Journal of general internal medicine*, 34(11), 2542-2548.
- Lagu, T., Norton, C. M., Russo, L. M., Priya, A., Goff, S. L., & Lindenauer, P. K. (2019b). Reporting of Patient Experience Data on Health Systems' Websites and Commercial Physician-Rating Websites: Mixed-Methods Analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(3), e12007.
- G-BA (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung. Online-Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3650/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_Veroeffentlichung-Uebersichten-stationaer.pdf.
- Garcimartin, P., Comin-Colet, J., Delgado-Hito, P., Badosa-Marcé, N., & Linas-Alonso, A. (2017). Transcultural adaptation and validation of the patient empowerment in long-term conditions questionnaire. *BMC health services research*, 17(1), 324. Online-Quelle: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2271-7>
- Grabner-Kräuter, S., & Waiguny, M. K. (2015). Insights into the impact of online physician reviews on patients' decision making: randomized experiment. *Journal of medical Internet research*, 17(4), e93. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2015/4/e93/>
- Haak, A. (2017). Was tun gegen Häme im Internet?. *Der Freie Zahnarzt*, 61(6), 40-41.
- Haug, M., & Gewalt, H. (2019). Why do I rate?-Shedding Light on the Factors Influencing the Participation on Physician Rating Websites. In *Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Hashim, M. J. (2017). Patient-centered communication: basic skills. *American family physician*, 95(1), 29-34. Online-Quelle: <https://www.aafp.org/afp/2017/0101/p29.html>.
- Heidegger, T., Nuebling, M., Saal, D., & Kreienbühl, G. (2008). Patient-centred outcomes in clinical research: does it really matter?. *British Journal of Anaesthesia*, 100(1), 1-3.
-

- Hildebrandt, M. (2019). „Gefälschte Bewertungen“ – Eine Untersuchung auf TripAdvisor innerhalb der Hotelbranche in Österreich. Masterarbeit. Universität Graz.
- IQTIG (2018): Methodische Grundlagen V1.1s, Entwurf für das Stellungnahmeverfahren, Stand: 15. November 2018.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 219-226. Online-Quelle: <https://www.semanticscholar.org/paper/Systematic-Review-of-the-Effects-of-Shared-on-and-Joosten-DeFuentes-Merillas/b788473b95d6ab96cf42b0cc8ec0c2c2c1965173>
- Kafasznik, M. (2019). Zu ausgewählten Aspekten der Selbstdarstellung von Ärzten auf deutschen Arztbewertungsportalen. *STUDIA GERMANISTICA*, 15.
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97-106.
- Khasawneh, A., Ponathil, A., Firat Ozkan, N., & Chalil Madathil, K. (2018, September). How should i choose my dentist? A preliminary study investigating the effectiveness of decision aids on healthcare online review portals. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting (Vol. 62, No. 1, pp. 1694-1698)*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. Online-Quelle: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1541931218621383>
- Li, S., Lee-Won, R. J., & McKnight, J. (2019). Effects of online physician reviews and physician gender on perceptions of physician skills and Primary Care Physician (PCP) selection. *Health communication*, 34(11), 1250-1258. Online-Quelle: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2018.1475192>
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., ... & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341. Online-Quelle: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216302981>
- McLennan, S. (2019a). The Content and Nature of Narrative Comments on Swiss Physician Rating Websites: Analysis of 849 Comments. *Journal of medical Internet research*, 21(9), e14336. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2019/9/e14336/>
- McLennan, S. (2019b). Quantitative ratings and narrative comments on Swiss physician rating websites: frequency analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(7), e13816.
- McLennan, S. (2020). Rejected Online Feedback From a Swiss Physician Rating Website Between 2008 and 2017: Analysis of 2352 Ratings. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e18374.
-

- McLennan, S., Strech, D., & Kahrass, H. (2018). Why are so few patients rating their physicians on German physician rating websites? A qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 670. Online-Quelle: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3492-0#Tab2>
- McLennan, S., Strech, D., Meyer, A., & Kahrass, H. (2017). Public awareness and use of German physician ratings websites: cross-sectional survey of four north German cities. *Journal of medical Internet research*, 19(11), e387.
- Medical Tribune (2020). Gefälschte Bewertungen: Arztbewertungsportale dürfen verdächtige Profile mit einer Warnung versehen. *Medical Tribune* 05.12.2020. <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/ehealth/artikel/gefaelschte-bewertungen-arztbewertungsportale-duerfen-verdaechtige-profile-mit-einer-warnung-versehen/>
- Meszmer, N. (2020). Eine Trendanalyse von über 190 000 Onlinebewertungen von Orthopäden über die letzten 11 Jahre. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*.
- Policastro, C. G., Carnes, B., Friedman, D., Ginzburg, N., & Ferry, E. K. (2019). Narrative Comments about Urologists on Physician Rating Websites Provide Insight into What Drives Patient Satisfaction Surveys. *Urology Practice*, 6(4), 222-226. Online-Quelle: <https://www.auajournals.org/doi/abs/10.1097/UPJ.0000000000000015>
- Reinhardt, A., Weber, W., & Rossmann, C. (2018). Effects of exemplars and base-rate information on online physician rating sites. *SCM Studies in Communication and Media*, 6(4), 420-443.
- Reuter, B. (2020). Public Reporting in der ambulanten Versorgung. Expertise zur rechtlichen Umsetzung. Bertelsmann Stiftung. Online-Quelle: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_PR_ambulant_Expertise.pdf
- Ricciardi, B. F., Waddell, B. S., Nodzo, S. R., Lange, J., Nocon, A. A., Amundsen, S., ... & McLawhorn, A. S. (2017). Provider-initiated patient satisfaction reporting yields improved physician ratings relative to online rating websites. *Orthopedics*, 40(5), 304-310.
- Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Physician rating websites: What aspects are important to identify a good doctor, and are patients capable of assessing them? A mixed-methods approach including physicians' and health care consumers' perspectives. *Journal of medical Internet research*, 19(5), e127. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2017/5/e127/>
- Shah, A. M., Yan, X., Tariq, S., & Ali, M. (2021). What patients like or dislike in physicians: Analyzing drivers of patient satisfaction and dissatisfaction using a digital topic modeling approach. *Information Processing & Management*, 58(3), 102516.
-

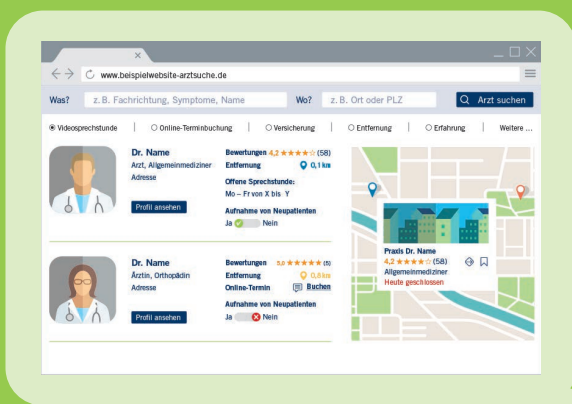
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131.
- Schulz, P. J., & Rothenfluh, F. (2020). Influence of Health Literacy on Effects of Patient Rating Websites: Survey Study Using a Hypothetical Situation and Fictitious Doctors. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e14134. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2020/4/e14134/>
- Sepucha, K. R., Atlas, S. J., Chang, Y., Freiberg, A., Malchau, H., Mangla, M., ... & Cha, T. (2018). Informed, patient-centered decisions associated with better health outcomes in orthopedics: prospective cohort study. *Medical Decision Making*, 38(8), 1018-1026.
- Timmermans, S. (2020). The engaged patient: The relevance of patient–physician communication for twenty-first-century health. *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 259-273.
- Zhang, W., Deng, Z., Hong, Z., Evans, R., Ma, J., & Zhang, H. (2018). Unhappy patients are not alike: content analysis of the negative comments from China's good doctor website. *Journal of medical Internet research*, 20(1), e35. Online-Quelle: <https://www.jmir.org/2018/1/e35/>
- zm online (2021): Oberlandesgericht München lässt Revision zu. Klage gegen jameda ist ein Teilerfolg. zm online 04.02.2021. Online-Quelle: <https://www.zm-online.de/news/praxis/klage-gegen-jameda-ist-ein-teilerfolg/>

Anhang:

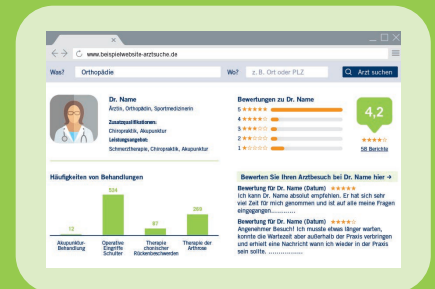
Prototyp für eine verbraucherfreundliche Arztwahl im Internet

Die informierte Arztsuche

Prototyp für eine verbraucherfreundliche Arztwahl im Internet



Woran ich ein fundiertes Online-Angebot zur Arztsuche erkenne...



Informationen zum Zugang

Telemedizin

Informationen zu telemedizinischen Angeboten sollten als Auswahlkriterium verfügbar sein. Sie sind auch eine Voraussetzung für die verstärkte Nutzung dieser Technologie.

Online-Terminübersicht

Informationen zur frühestmöglichen Terminverfügbarkeit (z. B. bei der Online-Terminbuchung) sind wichtig, da Ärzte häufig aufgrund von akuten Beschwerden gesucht werden.

Aufnahmestopp

Informationen zu Aufnahmestopps sind wichtig, um nur verfügbare Ärzte zu finden.

Offene Sprechstunde

Fachärzte sind gesetzlich verpflichtet, mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde, ohne vorherige Terminvereinbarung, anzubieten. Diese Zeiten sollten angezeigt werden.

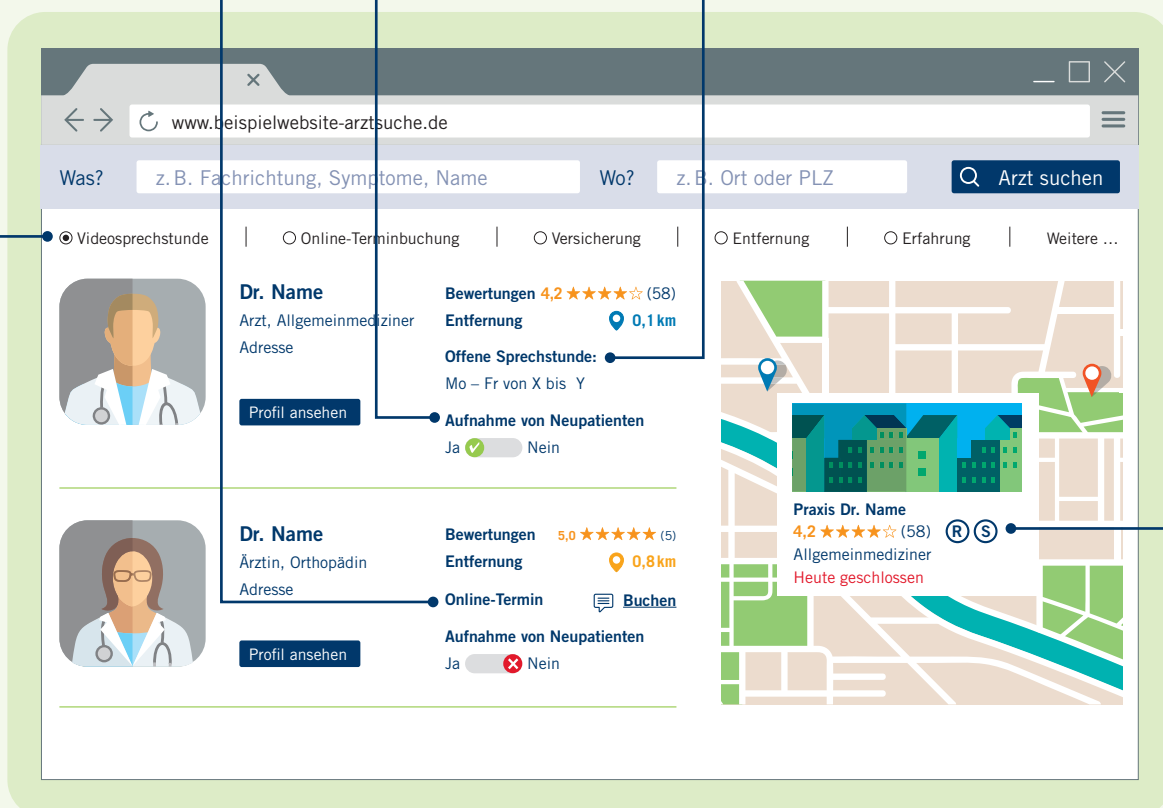
Verknüpfte Suche:

Erreichbarkeit & Qualität

Die parallele Ansicht von Karte, Arztliste sowie erster Bewertungsvorschau ermöglicht es, nach Erreichbarkeit und Qualität gleichzeitig zu filtern.

Barrierefreiheit

Hinweise, ob Praxis rollstuhlgerecht ist oder Praxisteam über besondere Sprachkenntnisse verfügt.



Auf einen Blick erkenne ich, ob ein nahe gelegener Arzt einen Termin anbietet und eine Online-Sprechstunde möglich ist.

Zudem finde ich eine erste gute Übersicht, wie Patienten den Arzt bewerten.



Informationen zur Qualität der Behandlung

Behandlungshäufigkeiten

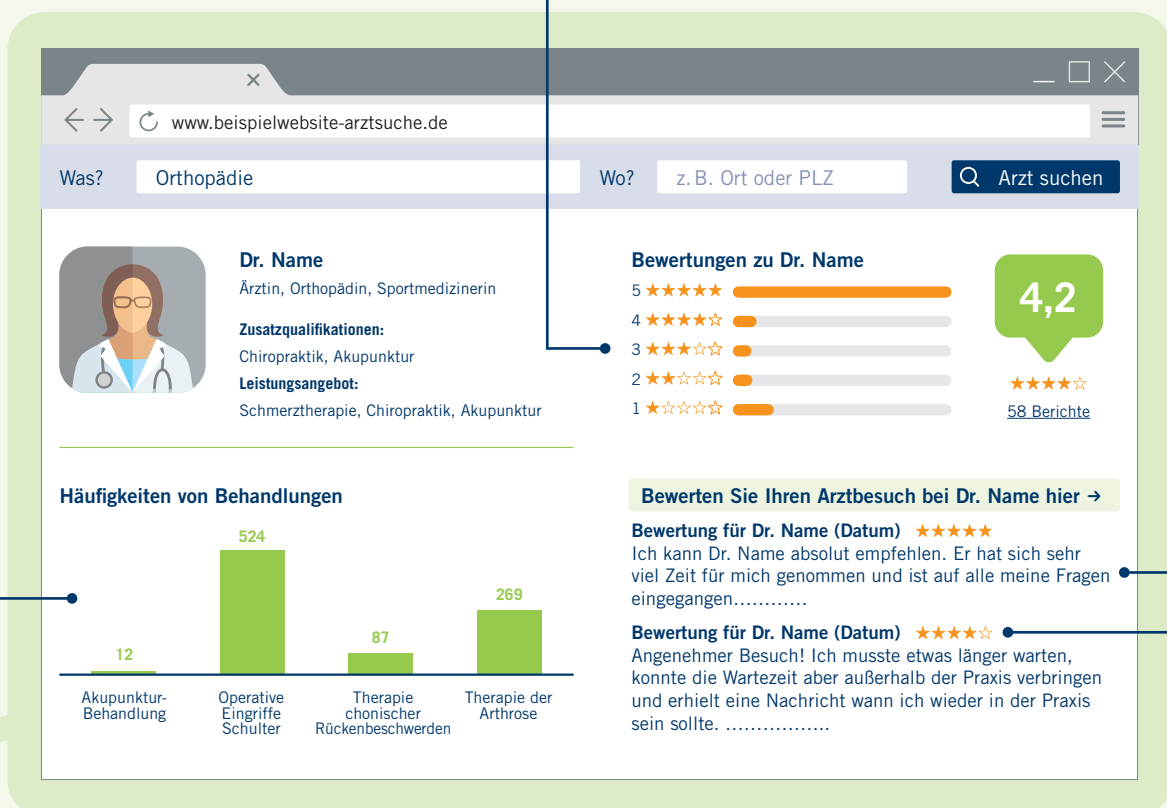
Statistiken auf der Basis von Abrechnungsdaten der Krankenkassen zeigen an, welche Behandlungsschwerpunkte eine Praxis hat. So können Patienten die ärztliche Erfahrung mit Behandlungen besser einschätzen als allein durch Nennung von Fachgebieten und Zusatzqualifikationen.

Bewertungsübersicht

Mit einem guten Überblick über die Patientenbewertungen lässt sich schnell nach Informationen suchen, die für die eigene Arztwahl wichtig sind (z. B. Arzt nimmt sich ausreichend Zeit für Untersuchung oder Aufklärung über Behandlungsalternativen).

Offene Patientenbewertungen

Freitext-Bewertungen enthalten Einschätzungen der persönlichen Kompetenz des Arztes und konkrete Erfahrungen mit der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Patienten sind diese Informationen bei der Arztwahl sehr wichtig. Informationsportale sollten möglichst viele und aktuelle Patientenbewertungen enthalten.



Möglichst aktuelle Patientenbewertungen geben mir Informationen über die persönliche Kompetenz des Arztes.

Angaben zu Häufigkeiten von Behandlungen weisen darauf hin, wie viel Erfahrung ein Arzt mit Diagnosen oder Behandlungen hat, die mich betreffen.

Zusatzinformationen zu Patientenbewertungen

Zusatzinformationen zu offenen Bewertungen wie die Aktualität und die eindeutige Zuordnung zu Ärzten erhöhen die Aussagekraft von Ausführungen.

Hintergrund

Diese Broschüre zeigt einen Prototyp für ein verbraucherfreundliches und fundiertes Online-Angebot zur Arztwahl. Sie beschreibt, welche Informationen Patienten sich wünschen und sie befähigen, den für sie am besten geeigneten Arzt oder Zahnarzt zu finden.

Die dargestellten Inhalte sind das Ergebnis eines vom IGES Institut initiierten Forschungsprojektes. Es wurde mit Fördermitteln des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) realisiert. Für das Vorhaben werteten IGES-Experten Erkenntnisse aus der internationalen Fachliteratur sowie repräsentative Befragungen von mehr als 3.500 Verbrauchern aus.

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Herausgeber:

IGES

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

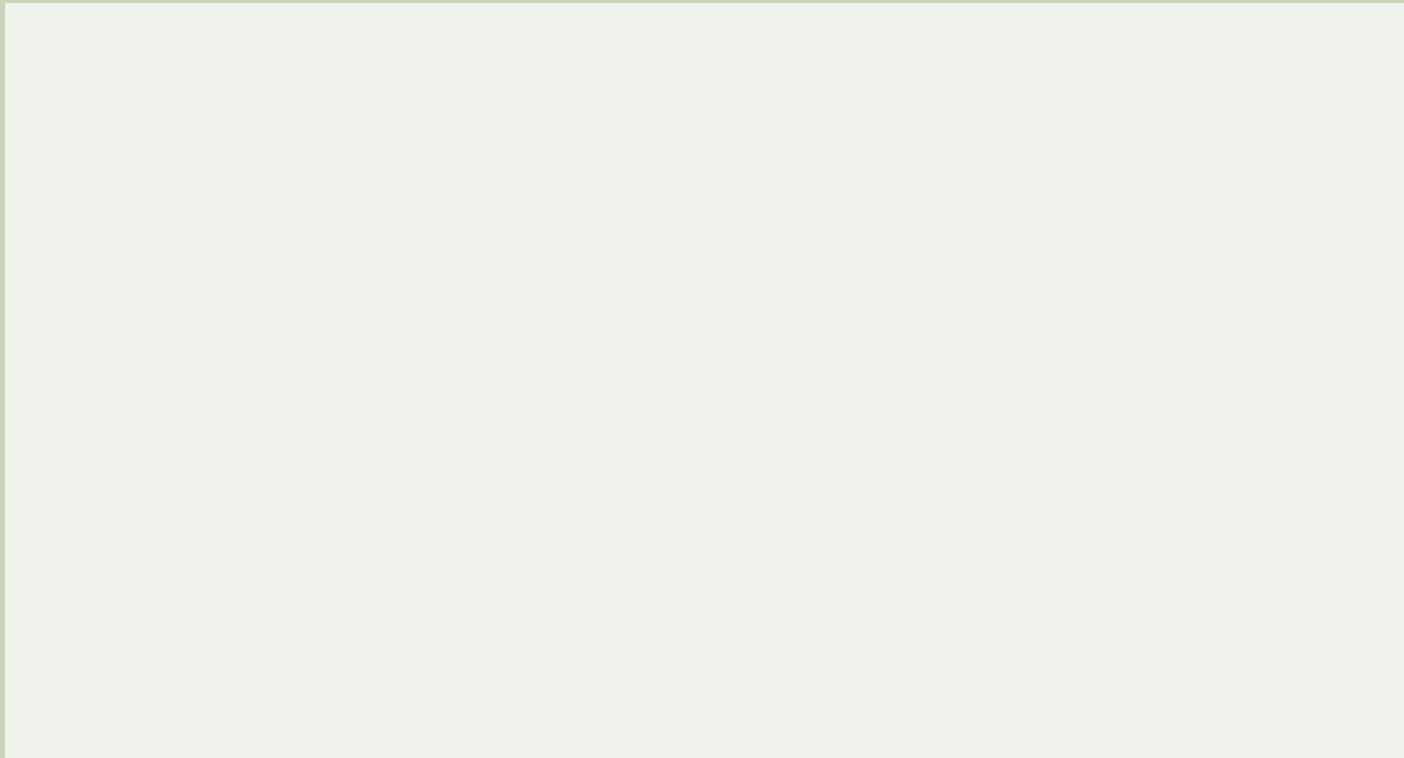
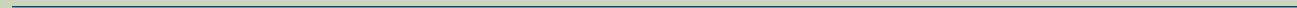
www.iges.com

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com