



# GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

48

## **Patientenrelevante Informationen als Entscheidungsgrundlage beim Erstzugang zur Krankenversorgung**

Eine Forschungsempfehlung für Österreich

Sabine Weißenhofer



Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: [sekretariat.dgw@ooegkk.at](mailto:sekretariat.dgw@ooegkk.at)

Linz 2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung und Problemstellung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Ziel der Arbeit</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>10</b>
3.1	Krankenversorgungssystem	11
3.1.1	<i>Das Krankenversorgungssystem in Österreich</i>	11
3.1.2	<i>Laienversorgung/Selbstversorgung</i>	11
3.1.3	<i>Zugang, Gatekeeping und Patientensteuerung</i>	13
3.1.4	<i>Krankenversorgungssysteme mit freiem Zugang zur Sekundärversorgung</i>	13
3.2	Health Literacy	14
3.2.1	<i>Definition und theoretische Verortung</i>	14
3.2.2	<i>Health Literacy in der Anwendung</i>	17
3.2.3	<i>Einflüsse auf Informationssuche</i>	19
3.3	Inanspruchnahme	19
3.3.1	<i>Begriffsklärung</i>	19
3.3.2	<i>Prozess des Hilfesuchens</i>	20
3.3.3	<i>Einflussfaktoren auf die Wahl im Zuge der Inanspruchnahme</i>	21
3.3.4	<i>Nutzertypen in Österreich</i>	23
3.4	Behavioral Model of Health Services Use	25
3.5	Zusammenfassung und Ableitung eines Arbeitsmodells	28
3.6	Stand der Forschung	29
<b>4</b>	<b>Methoden</b>	<b>30</b>
4.1	Forschungsfragen	30
4.2	Methodisches Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche	31
4.2.1	<i>Suchstrategie</i>	31
4.2.2	<i>Selektionskriterien</i>	32
4.2.3	<i>Analyseraster</i>	33
4.3	Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des Forschungskonzepts	33

<b>5</b>	<b>Literaturrecherche geeigneter Forschungsansätze</b>	<b>34</b>
5.1	Recherche und Selektion	34
5.2	Ergebnisdarstellung	36
5.2.1	<i>Beschreibung der Studien</i>	36
5.2.2	Verwendete Methoden	41
5.2.3	Messgrößen in quantitativen Studien	41
5.2.4	<i>Leitfadenthemen der qualitativen Studie</i>	46
5.2.5	<i>Stärken und Limitationen</i>	46
5.2.6	<i>Ableitungen für eine österreichische Studie</i>	46
<b>6</b>	<b>Diskussion der Literaturanalyse</b>	<b>49</b>
6.1	Diskussion der Rechercheergebnisse	49
6.2	Diskussion der möglichen Erhebungsarten	50
6.2.1	<i>Zielgruppen, Vor- und Nachteile von Onlineerhebungen</i>	50
6.2.2	<i>Zielgruppen, Vor- und Nachteile von postalischen (schriftlichen) Befragungen</i>	52
6.2.3	<i>Zielgruppen, Vor- und Nachteile von Telefonbefragungen</i>	54
6.2.4	<i>Zielgruppen, Vor- und Nachteile von persönlichen Befragungen</i>	55
6.3	Fazit	56
<b>7</b>	<b>Forschungsempfehlung für Österreich</b>	<b>57</b>
7.1	Zielsetzung	57
7.2	Forschungsfrage	57
7.3	Design	57
7.3.1	<i>Studientyp</i>	57
7.3.2	<i>Studienbasis für beide Studienteile</i>	58
7.3.3	<i>Qualitativer Studienteil</i>	59
7.3.3.1	Forschungsfrage für den qualitativen Studienteil	59
7.3.3.2	Methodenwahl	59
7.3.3.3	Erläuterung der Fokusgruppen-Methode	60
7.3.3.4	Umfang und Rekrutierung	60
7.3.3.5	Durchführung der Fokusgruppen	61
7.3.3.6	Datenerfassung und Datenanalyse	61

7.3.3.7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung . . . . .	62
7.3.3.8 Maßnahmen für die Gewährleistung des Datenschutzes . . . . .	62
<b>7.3.4 Quantitativer Studienteil . . . . .</b>	<b>62</b>
7.3.4.1 Forschungsfrage für den quantitativen Studienteil. . . . .	62
7.3.4.2 Studienbasis. . . . .	62
7.3.4.3 Studienumfang und Stichprobenziehung . . . . .	65
7.3.4.4 Empfehlungen zu Methodenwahl und Umsetzung. . . . .	66
7.3.4.5 Datenerfassung und Datenanalyse . . . . .	69
7.3.4.6 Maßnahmen zur Qualitätssicherung . . . . .	69
7.3.4.7 Maßnahmen für die Gewährleistung des Datenschutzes . . . . .	69
<b>7.3.5 Darstellung und Veröffentlichung . . . . .</b>	<b>70</b>
<b>7.3.6 Zusammenfassung der Empfehlungen . . . . .</b>	<b>70</b>
<b>7.4 Organisatorische Aspekte . . . . .</b>	<b>71</b>
<b>8 Schlussbemerkungen und Ausblick . . . . .</b>	<b>72</b>
<b>Literaturverzeichnis . . . . .</b>	<b>73</b>

## Abbildungen

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead adaptiert durch den Fonds Gesundes Österreich . . . . .	6
Abbildung 2: Gesundheitsstörungen pro Monat und deren Ebene der Versorgung . . .	12
Abbildung 3: Integriertes Modell der Health Literacy von Sorensen et al. 2012 . . . . .	16
Abbildung 4: Behavioral Model of Health Services Use, sixth revision (Lengerke et al., 2014) nach (Andersen et al., 2013) . . . . .	25
Abbildung 5: Arbeitsmodell . . . . .	29
Abbildung 6: Selektionsprozess und Ergebnis . . . . .	34
Abbildung 7: Personen mit Internetnutzung in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt . . . . .	51

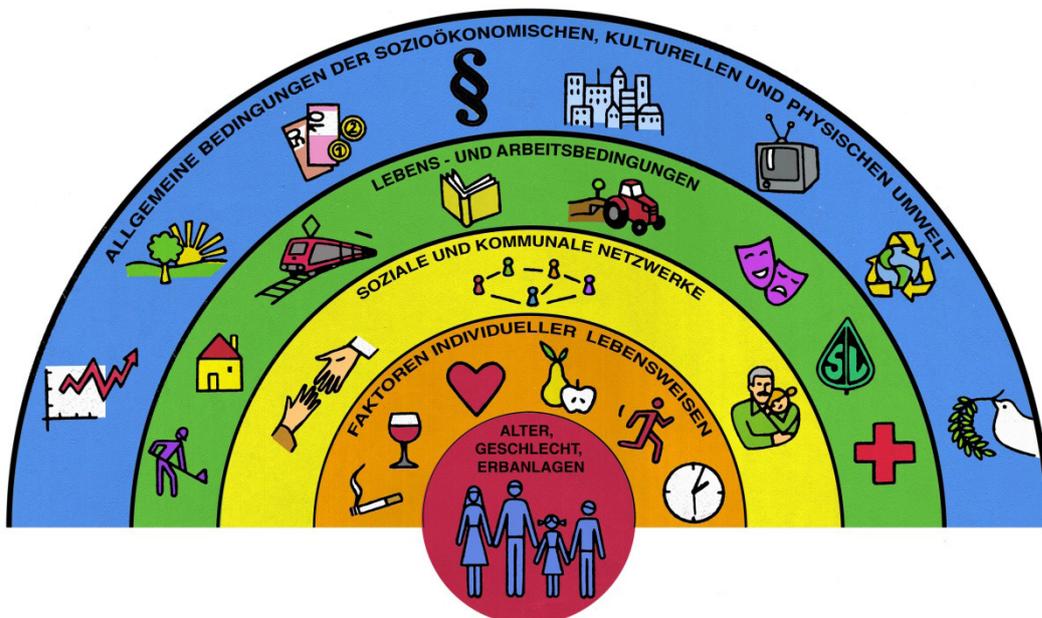
## Tabellen

Tabelle 1: Matrix zur Einordnung von Fähigkeiten in vier Dimensionen der Health Literacy und drei Gesundheitsbereichen . . . . .	15
Tabelle 2: Matrix zur Einordnung von Systemvoraussetzungen in vier Dimensionen der Health Literacy und drei Gesundheitsbereichen . . . . .	16
Tabelle 3: Prädisponierende und ermöglichende Faktoren bei der Nutzung der Versorgung (Lengerke et al., 2014) . . . . .	26
Tabelle 4: Schlagworte für die systematische Literatursuche . . . . .	31
Tabelle 5: In der Zweitselektion ausgeschlossene Studien . . . . .	35
Tabelle 6: Analysierte Studien . . . . .	37
Tabelle 7: Zuordnung der recherchierten Erhebungsbereiche zu den interessierenden Aspekten . . . . .	47
Tabelle 8: Theoretische Stichprobengröße (Nettostichprobengröße). . . . .	66
Tabelle 9: Tatsächliche Stichprobengröße bei einer postalischen Befragung (angenommene Rücklaufquote von 30%). . . . .	66
Tabelle 10: Interessierende Aspekte, recherchierte Erhebungsbereiche und Erweiterungen . . . . .	67

# 1 Einleitung und Problemstellung

Die Gesundheit der Bevölkerung wird nur zu einem Teil durch das Gesundheits- und Krankenversorgungssystem geprägt. Zahlreiche Determinanten wirken sich auf die Gesundheit aus. Diese reichen von Aspekten der Person bis hin zu Aspekten der Gesellschaft. Im Kern des Determinantenmodells stehen personenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen und Faktoren individueller Lebensweisen wie Bewegung und Ernährung. Der Einfluss auf die Gesundheit erstreckt sich aber auf weiter greifende Determinanten der sozialen und kommunalen Netzwerke, der Lebens- und Arbeitsbedingungen und der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. (Dahlgren und Whitehead, 1991) Folgende Grafik gibt einen Überblick (Fonds Gesundes Österreich, 2008):

**Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead adaptiert durch den Fonds Gesundes Österreich**



Health Literacy (Gesundheitskompetenz) bezeichnet das Verhältnis von individuellen Kompetenzen der Person und den externen Anforderungen, die gestellt werden, um Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Kickbusch und Maag, 2008). Health Literacy ist ein Faktor, der durch verschiedene Bereiche wie beispielsweise Bildung, Medien, das soziale Umfeld und das Krankenversorgungssystem beeinflusst wird und sich dabei auch auf vielen der dargestellten Determinanten-Ebenen auswirkt.

Österreich wird oft attestiert, eines der „besten Gesundheitssysteme“ zu haben. Während in Österreich die Gesamtzahl der zu erwartenden Lebensjahre bei der Geburt 2010 knapp über dem EU-15-Schnitt lag, waren die zu erwartenden gesunden Lebensjahre weit unter dem EU-15-Schnitt und sogar unter dem EU-Gesamtschnitt. Demgegenüber stehen überdurchschnittliche Ausgaben für das Krankenversorgungssystem (Bachner et al., 2013). Eine Steigerung der gesunden

Lebensjahre kann, unter Beachtung des Determinantenmodells, durch Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen erzielt werden. Ein möglicher Aspekt ist hierbei die Verbesserung der Health Literacy, die nicht nur bei der Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems eine Rolle spielt, sondern auch gesundheitsrelevante Entscheidungen beeinflusst. Die Anhebung der gesunden Lebensjahre setzt unter anderem die Fähigkeit und Möglichkeit des Treffens von gesundheitsrelevanten Entscheidungen voraus. Die Senkung der Ausgaben für die Krankenversorgung erfordert neben anderen Aspekten eine zielgerichtete und bedarfsorientierte Versorgung.

In Österreich wird an der freien Arztwahl im niedergelassenen Bereich und damit auch am direkten Zugang zu Fachärztinnen/-ärzten sowie insgesamt an einem sehr freien Zugang zu den Versorgungsebenen ohne Gatekeeping oder umfassende Koordinationsstrukturen festgehalten. Der sehr leichte und freie Zugang ist einer der Gründe, warum Personen in Österreich mit dem Gesundheitssystem zufrieden sind (Hofmarcher, 2013). Dass diese Freiheit und insbesondere der direkte Zugang (ohne vorherige Konsultation einer Allgemeinmedizinerin/eines Allgemeinmediziners) auch Probleme verursachen können, ist unbestritten und wird z. B. anhand von Inanspruchnahmeinformationen gezeigt (Hoffman et al., 2013). Es ist daher davon auszugehen, dass Personen mit Versorgungsbedarf nicht immer dort Hilfe suchen, wo dies nach objektiven Gesichtspunkten (unter Beachtung von Ressourcen- und Qualitätsaspekten) für sie oder für das System am sinnvollsten ist. Auf die Bedürfnisse abgestimmte Informationen könnten dazu beitragen, dass Inanspruchnahmeentscheidungen fundierter und Interaktionen mit den Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern informierter werden, um damit auch einer möglicherweise bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Pelikan beschreibt „Gesundheitskompetenz als eine Grundlage für effektive Koproduktion in der Krankenbehandlung“, um [...] „evidenz-basiert der Qualität der Krankenversorgung (Effektivität, Effizienz & Nachhaltigkeit) zu dienen“ (Pelikan, 2014, 19). Er fasst zusammen, dass eine adäquate Health Literacy zu einem richtigeren Einstieg (Ebene der Inanspruchnahme) in die professionelle Krankenbehandlung, zu einem besseren Mitwirken der Patientinnen/Patienten bei Diagnose und Therapie, zu einer besseren Diagnosestellung, zu mehr „Compliance“ bei der Therapie und weniger Fehlern bei der Behandlung führt (Pelikan, 2014).

Eine ausreichende Health Literacy als Voraussetzung für die Navigation im freien und fragmentierten österreichischen Krankenversorgungssystem zu schaffen, scheint daher ein geeigneter Schritt zur Verbesserung der Qualität und Effizienz. Die Wichtigkeit einer ausreichenden Health Literacy wurde in Österreich erkannt und in den Rahmen-Gesundheitszielen im Ziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ niedergeschrieben (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Um die im Rahmen-Gesundheitsziel 3 beschriebene Unterstützung der Patientinnen und Patienten bzw. Personen in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) zu ermöglichen, ist es nicht nur nötig, qualitätsgesicherte Information bereitzustellen. Es ist darüber hinaus zu beachten, dass die Informationen für die Personen relevant und brauchbar für die Entscheidungsfindung sind und dort zur Verfügung stehen, wo die Personen die entscheidungsrelevanten Informationen auch tatsächlich beziehen. Ohne Wissen über diese Aspekte scheint eine zielgerichtete, wirkungsvolle, verständliche und nutzbare Informationsbereitstellung schwer realisierbar.

Als ein neuer Ansatz zur Deckung der Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten und zur Verbesserung des Fragmentierungsproblems im Gesundheitswesen wird derzeit im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit ein „telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice“ konzipiert. Damit soll auch eine Verbesserung der Steuerung der Versorgungsprozesse erreicht werden (Nowak et al., 2013). In anderen europäischen Ländern zeigten Evaluationen, dass die Patientinnen und Patienten mit den telefon- und webbasierten Beratungsleistungen zufrieden waren. Die beratende Zuweisung zum richtigen Gesundheitsdiensteanbieter reduzierte aber meist nur geringfügig die Frequenzen bei den Rettungsdiensten, Arztpraxen oder Ambulanzen. In der Schweiz und in England hingegen zeigte die Evaluation, dass die Gesundheitsprobleme von 50 Prozent der Anruferinnen und Anrufer bereits durch die Beratung am Telefon gelöst werden konnten (Nowak et al., 2013). Das Wissen über die zur Entscheidungsfindung genutzten Informationen und die bevorzugten Bezugsquellen hierfür kann dazu beitragen, dieses Service entsprechend bedarfs- und bedürfnisgerecht auszugestalten.

Das komplexe österreichische Gesundheitssystem und die laut HLS-EU-Studie geringe subjektiv wahrgenommene Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium, 2012) ergeben hier ein Handlungsfeld. Für die Navigation im komplexen österreichischen Gesundheitssystem ist es daher besonders bedeutend, Informationen zum System einfach zu gestalten, bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen und eine hohe Kompetenz bei den Nutzerinnen und Nutzern des Systems zu entwickeln. Die vorliegende Arbeit soll Hinweise für die Forschung in Österreich zu diesem Themenfeld liefern.

## 2 Ziel der Arbeit

Vor dem einleitend dargestellten Hintergrund stellt sich generell die Frage, basierend auf welchen Informationen Personen mit Versorgungsbedarf und Versorgungsbedürfnis in Österreich entscheiden, wann und wo sie in das Krankenversorgungssystem eintreten und wie dieser Aspekt untersucht werden kann. Dabei liegt der Fokus auf dem Ersteintritt (Wechsel vom Laienversorgungssystem in das professionelle Versorgungs-/Behandlungssystem) beim konkreten Versorgungsbedarf, da bei Übertritten (z. B. Wechsel der Versorgungsebene nach Zuweisung) auch die Kommunikation mit der Erstbehandlerin/dem Erstbehandler eine Rolle spielt.

Zur Bearbeitung dieses Themengebiets müssen aufgrund des Systemkontexts und der Komplexität eine Reihe theoretischer und methodischer Fragen berücksichtigt werden. Daher werden im Rahmen dieser Arbeit zunächst die theoretischen Grundlagen aufbereitet. Darauf aufbauend wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt und eine Forschungsempfehlung für Österreich von den Ergebnissen abgeleitet, welche als Ergebnis der vorliegenden Arbeit für Folgearbeiten zur Verfügung stehen wird.

Dabei werden folgende Ziele verfolgt:

1. Darstellung, Analyse und Bewertung bisher angewandter Messgrößen und Methoden, um die Informationsgrundlagen<sup>1</sup> für die Entscheidung zur Inanspruchnahme<sup>2</sup> des Krankenversorgungssystems zu erforschen.
2. Auf dem Ergebnis der Literaturrecherche basierende Erarbeitung einer Forschungsempfehlung zur Frage, welche Informationen zur Entscheidungsfindung beim Erstzugang zum Krankenversorgungssystem in Österreich herangezogen werden und wo diese Informationen bezogen werden.

Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit soll dazu beitragen, Forschungsarbeiten im Bereich des Systemaspekts der Health Literacy in Österreich mit bewährten und aussagekräftigen Messgrößen/Methoden zu erstellen. In Zukunft kann damit fundiertes und international vergleichbares Wissen zur Verfügung stehen, um Initiativen zur Informationsbereitstellung zielgerichtet auszugestalten und damit Personen in ihrer Inanspruchnahmeentscheidung unterstützen zu können.

---

1 Im Rahmen dieser Arbeit werden unter dem Begriff Informationsgrundlagen Informationsarten (welche Information) und Informationsquellen (wo die Information bezogen wird) summiert. Decision-Aid-Systeme (Systeme/Programme zur Unterstützung der Entscheidungsfindung) werden im Rahmen ihrer Einzelkomponenten (Informationsquelle und Informationsart) berücksichtigt, nicht aber als System/Programm per se.

2 Der Begriff Inanspruchnahmeentscheidung wird hier für jene Entscheidung verwendet, die eine Person mit Versorgungsbedarf trifft. Damit ist die Entscheidung gemeint, bei welcher Versorgungsebene/welchem Gesundheitsdiensteanbieter und der Zeitpunkt, wann professionelle Krankenversorgung in Anspruch genommen wird.

### 3 Theoretischer Hintergrund

Den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit mit dem Titel „Patientenrelevante Informationen als Entscheidungsgrundlage beim Erstzugang zur Krankenversorgung“ bilden Ausführungen zum Krankenversorgungssystem, der Health Literacy und zur Inanspruchnahme.

Dabei werden die Rahmenbedingungen des österreichischen Krankenversorgungssystems für eine Inanspruchnahmeentscheidung aufgezeigt, indem die Laien- bzw. Selbstversorgung diskutiert und der Zugang zum Krankenversorgungssystem sowie Aspekte der Patientensteuerung erläutert werden. Zudem werden andere Krankenversorgungssysteme mit einem ähnlich freien Zugang zur Sekundärversorgung wie in Österreich ermittelt, um weitere Recherchen auf Gesundheitssysteme mit vergleichbaren Rahmenbedingungen einschränken zu können.

Health Literacy, als zentrales Konzept der patientenrelevanten Information, wird definiert und diskutiert. Anhand des integrierten Modells der Health Literacy von Sorensen et al. (2012) werden Aspekte mit Einfluss auf Health Literacy sowie Einflüsse der Health Literacy auf die Inanspruchnahme/die Outcomes diskutiert. Auch Einflüsse auf den Prozess des Informierens (das Suchen bzw. Erhalten, Verarbeiten und Nutzen von Informationen) werden erläutert. Damit wird die Grundlage für die Einordnung von patientenrelevanter Information im Zuge der Inanspruchnahmeentscheidung dargestellt.

Inanspruchnahme wird aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Dabei stellt der Prozess des Hilfesuchens (Siegrist, 2005) eine Erklärung für das Zustandekommen der Inanspruchnahme dar. Es werden für Österreich recherchierte Nutzertypen des Versorgungssystems beschrieben, die das Verständnis von personenbezogenen Einflüssen auf die Inanspruchnahme konkretisieren. Im Zuge einer Inanspruchnahmeentscheidung ist im österreichischen Versorgungssystem häufig eine Wahl der Versorgungsebene und/oder der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers zu treffen. Relevant für die vorliegende Arbeit sind daher auch all jene Faktoren, die eine konkrete Wahlentscheidung beeinflussen.

Neben den einzelnen relevanten Theorieaspekten wurde das Behavioral Model of Health Services Use ausgewählt, um die verschiedenen Einflüsse auf die Inanspruchnahme im Rahmen eines Modells abzubilden. Das Behavioral Model of Health Service Use findet breite Verwendung in der Literatur und berücksichtigt sowohl die individuelle Ebene als auch die Systemebene bei der Darstellung des Gesundheitsverhaltens (z. B. Inanspruchnahme) und der Outcomes. Da das Behavioral Model of Health Services Use aber insgesamt zu breit für diese Arbeit gefasst ist, wird basierend auf den theoretischen Grundlagen dem integrierten Modell der Health Literacy und dem Behavioral Model of Health Services Use ein Arbeitsmodell für diese Arbeit abgeleitet.

Der theoretische Hintergrund wurde mittels selektiver Literaturrecherche (themengeleitete, zielgerichtete Literatursuche) in OvidSP (ACP Journal Club, EMBASE, Medline, Pascal Biomed, Cochrane Library) sowie mithilfe der Suchmaschinen Google und Google Scholar erstellt. Darü-

ber hinaus wurden Literaturverzeichnisse relevanter Publikationen nach weiterführenden Quellen durchsucht.

## **3.1 Krankenversorgungssystem**

### **3.1.1 Das Krankenversorgungssystem in Österreich**

Das österreichische Krankenversorgungssystem wird den Bismarck'schen Systemen zugerechnet. Es ist geprägt durch eine in vielen Bereichen hohe Anbieterdichte, wie beispielsweise eine hohe Ärztedichte pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner und eine sehr hohe Anzahl an Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner (Bachner et al., 2013), sowie einen freien Zugang zu den Leistungen auf verschiedenen Ebenen des Versorgungssystems. Es steht Personen überwiegend frei, sich direkt an eine/n (niedergelassene/n) Fachärztin/Facharzt zu wenden, ohne vorher eine Allgemeinmedizinerin/einen Allgemeinmediziner aufzusuchen. Darüber hinaus können Personen auch Krankenhausambulanzen als ersten Kontaktpunkt wählen. Selbsteinweisungen in Krankenanstalten sind bei Anstaltspflegebedürftigkeit ebenfalls zulässig (Hofmarcher, 2013, 76-79, 196-209). Aus der Eurobarometer-Erhebung geht hervor, dass in Österreich im Vergleich zu den EU-15-Ländern der Zugang zum Krankenhaus als am einfachsten eingeschätzt wird. Auch der Zugang zur Hausärztin/zum Hausarzt wird von Personen in Österreich mit 94 Prozent als „sehr einfach“ und „einfach“ angegeben (Eurobarometer, 2007). Basierend auf den Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 untersuchten Hoffmann et al. die Eintrittspunkte in die unterschiedlichen Ebenen der Gesundheits- und Krankenversorgung sowie die beeinflussenden demografischen Variablen in Österreich. Sie konnten zeigen, dass 15,1 Prozent eine Fachärztin/einen Facharzt, 8,5 Prozent eine Ambulanz und 8,1 Prozent ein Spital ohne vorherige Zuweisung durch eine Allgemeinmedizinerin/einen Allgemeinmediziner aufsuchten (Hoffman et al., 2013).

In vielen Fällen ist in Österreich die Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen nur unzureichend vorhanden. Ein Gatekeeping, wie beispielsweise in vielen steuerfinanzierten Krankenversorgungssystemen, gibt es nicht. Vor dem Hintergrund des sehr freien Zugangs und der Fragmentierung des Gesundheitssystems gestaltet es sich vor allem für Personen mit komplexem Versorgungsbedarf oder chronischen Krankheiten schwierig, die richtige Versorgung aus vielen Angeboten zu finden (Hofmarcher, 2013, 196-197). Auch in der „Zielsteuerung Gesundheit“ (Gesundheitsreform) rückt das Problem der Fragmentierung in den Fokus. Als Lösungsansatz wird der „Best Point of Service“ als Ort der bevorzugten Versorgung definiert. Unklar ist bisher allerdings, wie der „Best Point of Service“ genau festzulegen ist (Bundes-Zielsteuerungsvertrag, 2013). Um einen optimierten Zugang zum „Best Point of Service“ zu gewährleisten, ist die Frage der Informationsbereitstellung und -weitergabe zur Steuerung zentral.

### **3.1.2 Laienversorgung/Selbstversorgung**

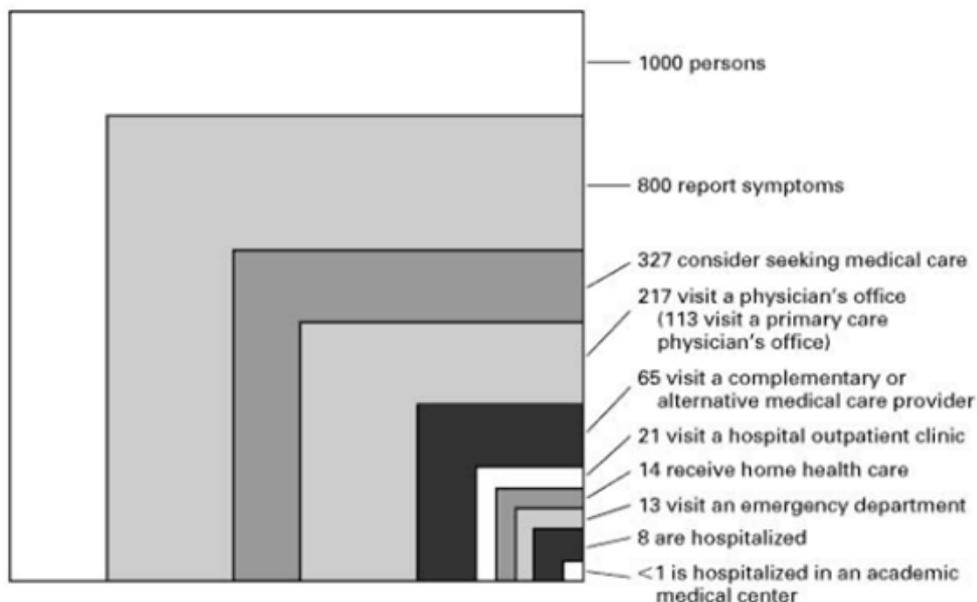
Die Krankenversorgung findet aber nicht nur im sogenannten Krankenversorgungs- oder Ge-

sundheitssystem statt. Den größten Systembereich stellt die Selbst- und Laienversorgung dar (Sprenger, 2012).

Selbstversorgung wird als jene Funktion definiert, welche Individuen ausüben, um das Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden erhalten zu können. Sie wird auch als die Fähigkeit des Managements von Krankheiten bezeichnet (Apps et al., 2014). Dabei kümmert sich eine Person, die keine professionelle Rolle im Gesundheits- und Krankenversorgungssystem ausübt, um Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention und um das Erkennen von Krankheiten sowie die grundlegende Versorgung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen (Bhuyan, 2004). Das Laienversorgungssystem wird als Netzwerk sozialer Kontakte, auch über die Familie hinaus, beschrieben, welches beim Hilfesuchen in Anspruch genommen wird. Ein Beispiel für das Hilfesuchen ist das Einholen von Ratschlägen bei Kolleginnen/Kollegen. (Siegrist, 2005)

Basierend auf Daten aus den USA kann davon ausgegangen werden, dass knapp unter 75 Prozent der Personen, die in einem Monat über Symptome berichten, außerhalb der professionellen Krankenversorgung versorgt werden bzw. das Ende der Symptome abwarten (Green et al., 2001). Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der Erhebung bezogen auf 1000 Personen aller Altersgruppen in einem Monat, wobei jedes Feld eine Subgruppe des größeren Felds darstellt:

**Abbildung 2: Gesundheitsstörungen pro Monat und deren Ebene der Versorgung**



Quelle: Green et al. (2001)

Die Laienversorgung wurde in Österreich bisher wenig beforscht. Studien in anderen Ländern konnten zeigen, dass eine große Anzahl an Symptomen selbst versorgt oder im Laiensystem bewältigt wurden. Basierend auf einer Liste von 25 Symptomen, von leichten, unwesentlichen Gesundheitsstörungen bis zu solchen, die auf eine ernsthafte Krankheit hinweisen können, konnte für Großbritannien dargestellt werden, dass bei knapp der Hälfte aller Symptome nichts unter-

nommen wird. Bei 35 Prozent der Symptome wurde Laienversorgung in Anspruch genommen. In zwölf Prozent der Fälle wurde eine Primärversorgungseinrichtung aufgesucht. (Elliott et al., 2011)

Mütter übernehmen am häufigsten die Laienversorgung von Kindern in der Familie. Die Anwendung von rezeptfreien Medikamenten ist die am häufigsten gesetzte Selbstbehandlungsmaßnahme. Die Familie fungiert dabei vielfach als erste Instanz der Versorgung und ist in einem komplexen Rahmen aus Wertvorstellungen und Abläufen eingebettet. Die vorhandenen Wertvorstellungen bestimmen daher auch, wie die Versorgung durchgeführt wird, welche Tabus es gibt und wann eine professionelle Versorgung hinzugezogen wird. (Bhuyan, 2004)

### **3.1.3 Zugang, Gatekeeping und Patientensteuerung**

Beim Zugang zur Versorgung können Gesundheitssysteme mit Gatekeeping von jenen mit freiem Zugang zu Spezialistinnen/Spezialisten (und sogar Krankenhausversorgung) unterschieden werden (Reibling und Wendt, 2012). Gatekeeping wird dabei als ein Instrument zur Patientensteuerung angesehen, in dem der Gatekeeper den Ablauf der Behandlung über die Sektorengrenzen hinweg sicherstellt (Amelung und Schumacher, 2004).

Über die Effekte beider Varianten besteht noch Unklarheit. Generell schreibt man Systemen mit Gatekeeping eine höhere Effizienz und Gleichbehandlung zu und erwartet durch das Gatekeeping Kosteneinsparungen zum Preis verminderter Patientenautonomie (Reibling und Wendt, 2012). Konkret bestehen Hinweise darauf, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme bei Fachärztinnen/-ärzten im niedergelassenen Bereich sowie der Ambulanzen senkt. Darüber hinaus dürfte damit eine Reduktion der Gesundheitsausgaben pro Kopf und eine Reduktion der Ausgaben für die ambulante fachärztliche Versorgung verbunden sein. (Zentner et al., 2008)

Systeme mit freier Wahlmöglichkeit bieten hingegen mehr Anreize für das Empowerment der Patientinnen und Patienten; man erwartet eine höhere Qualität. Es wird Systemen mit freier Wahl für Patientinnen und Patienten aber auch die Förderung gesundheitlicher Ungleichheit unterstellt, da nicht alle Menschen im gleichen Maß die Fähigkeit besitzen, eine informierte Entscheidung zu treffen (Reibling und Wendt, 2012).

### **3.1.4 Krankenversorgungssysteme mit freiem Zugang zur Sekundärversorgung**

Im österreichischen Krankenversorgungssystem wird ein großer Teil der Versorgung durch Spezialistinnen und Spezialisten (Fachärztinnen und Fachärzte) erbracht, das Primärversorgungssystem ist im Vergleich dazu weniger stark ausgeprägt. Andere Länder mit einem ähnlich starken Fokus auf Versorgung außerhalb des Primärversorgungssystems sind beispielsweise Deutschland oder zum Teil Frankreich oder Belgien (Hoffman et al., 2013). Eine Wahl beim Zugang zur Versorgung (Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner, Spezialistinnen/Spezialisten, Krankenanstalt) besteht neben Österreich auch in Griechenland, Schweden, der Schweiz sowie im herkömmlichen System in den USA (Reibling und Wendt, 2012). Auch in anderen europäischen Ländern wie England wurden in den letzten Jahren Wahlmöglichkeiten im Krankenversorgungssystem eingeführt (Beckert et al., 2012).

## 3.2 Health Literacy

### 3.2.1 Definition und theoretische Verortung

Health Literacy (Gesundheitskompetenz) bezeichnet, wie bereits einleitend erwähnt, das **Verhältnis von individuellen Kompetenzen der Person und den externen Anforderungen, die gestellt werden, um Gesundheitsentscheidungen zu treffen** (Kickbusch und Maag, 2008). Hierbei wurden früher eher die individuellen Kompetenzen der Person in den Mittelpunkt gerückt, wohingegen nun immer mehr die Anforderungen des Gesundheitssystems an die Bevölkerung im Zentrum stehen (Sorensen et al., 2012).

Sorensen et al. haben, basierend auf einer systematischen Literaturrecherche, eine Definition von Gesundheitskompetenz entwickelt, die auf die Kompetenz der Person fokussiert und auch eine Public-Health-Perspektive inkludiert: *“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health-care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”* (Sorensen et al., 2012, 3) Diese Definition bezieht sich auf die vier Dimensionen Zugang zur gesundheitsbezogenen Information, Verständnis dieser Information, Aufnahme und Bewertung dieser Information und Anwendung dieser Information. Diese vier Dimensionen stehen in Verbindung mit drei Gesundheitsbereichen (health domains – Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversorgung) und ermöglichen so die Einordnung von Fähigkeiten in eine Health-Literacy-Matrix. Die vier Typen der Kompetenzen umfassen dabei (Sorensen et al., 2012):

1. Zugang (access): Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden und zu beziehen
2. Verstehen (understand): Fähigkeit, diese Information zu erfassen
3. Bewerten (appraise): Fähigkeit zu interpretieren, zu filtern, einzuordnen und zu bewerten
4. Anwendung (apply): Fähigkeit zu kommunizieren und die Information für Entscheidungen zu nutzen.

Durch die Einordnung ergibt sich ein umfassendes Bild der Fähigkeiten, die eine ausreichende Health Literacy charakterisieren. Folgende Fähigkeiten wurden darin verortet:

**Tabelle 1: Matrix zur Einordnung von Fähigkeiten in vier Dimensionen der Health Literacy und drei Gesundheitsbereichen**

	<b>Zugang zu/Bezug von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Verstehen von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Bewerten und Interpretieren von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Anwendung/Verwendung von gesundheitsrelevanter Information</b>
<b>Krankenversorgung</b>	Fähigkeit, Informationen zu medizinischen oder klinischen Aspekten zu erhalten	Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen und Bedeutung/Sinn davon abzuleiten	Fähigkeit, medizinische Information zu interpretieren und zu beurteilen	Fähigkeit, informierte Entscheidungen bei medizinischen Problemen zu treffen
<b>Prävention</b>	Fähigkeit, Informationen zu Risikofaktoren für Erkrankungen zu erhalten	Fähigkeit, Informationen zu Risikofaktoren für Erkrankungen zu verstehen und Bedeutung/Sinn davon abzuleiten	Fähigkeit, Informationen zu Risikofaktoren für Erkrankungen zu interpretieren und zu beurteilen	Fähigkeit, informierte Entscheidungen bei Risikofaktoren für Erkrankungen zu treffen
<b>Gesundheitsförderung</b>	Fähigkeit, aktuelle Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld zu erhalten	Fähigkeit, Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld zu verstehen und Bedeutung/Sinn davon abzuleiten	Fähigkeit, Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld zu interpretieren und zu beurteilen	Fähigkeit, informierte Entscheidungen bei Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld zu treffen

Quelle: Sorensen et al. (2012), übersetzt durch die Autorin

Um dem relationalen Ansatz der Health Literacy gerecht zu werden (Verhältnis von individuellen Kompetenzen und Anforderungen des Systems), können die Aspekte der Tabelle auch auf die Systemebene übertragen werden.

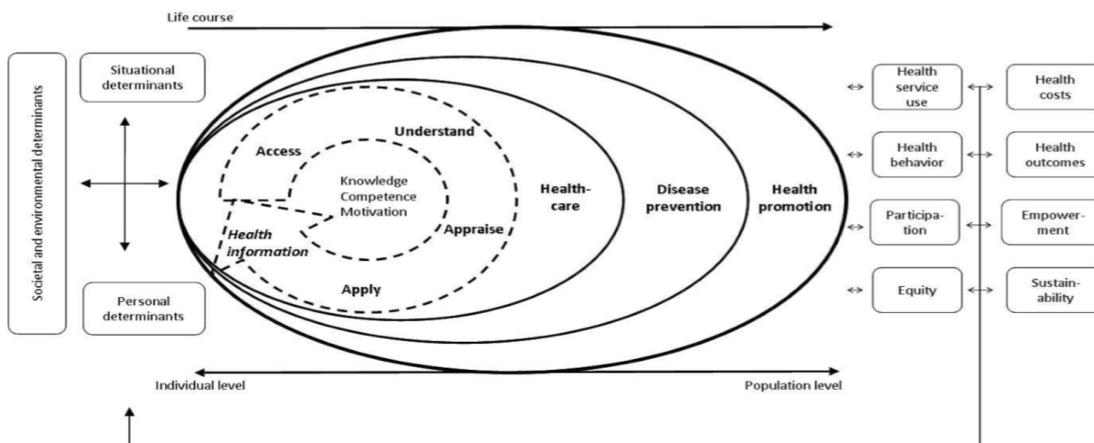
**Tabelle 2: Matrix zur Einordnung von Systemvoraussetzungen in vier Dimensionen der Health Literacy und drei Gesundheitsbereichen**

	<b>Bereitstellung von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Verständlichkeit von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Bewertbarkeit von gesundheitsrelevanter Information</b>	<b>Handhabbarkeit von gesundheitsrelevanter Information</b>
<b>Krankenversorgung</b>	Möglichkeit, Informationen zu medizinischen oder klinischen Aspekten zu erhalten	Vorhandensein von verständlichen medizinischen Informationen	Befähigung zur Interpretation und Beurteilung von medizinischer Information	Ermöglichung informierter Entscheidungen bei medizinischen Problemen
<b>Prävention</b>	Möglichkeit, Informationen zu Risikofaktoren für Erkrankungen zu erhalten und diese zu vermeiden	Vorhandensein von verständlichen Informationen zu Risikofaktoren für Erkrankungen	Befähigung zur Bewertung und Interpretation von Information zu Risikofaktoren für Erkrankungen	Ermöglichung informierter Entscheidungen bei Risikofaktoren für Erkrankungen
<b>Gesundheitsförderung</b>	Möglichkeit, aktuelle Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld zu erhalten	Vorhandensein von verständlichen Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld	Befähigung zur Bewertung und Interpretation von Informationen zu Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld	Ermöglichung informierter Entscheidungen bei Gesundheitsdeterminanten im sozialen und physischen Lebensumfeld

Quelle: Adaptiert nach Sorensen et al. (2012)

Im integrierten Modell der Health Literacy werden die beschriebenen Dimensionen und Bereiche in den Kontext der vorhandenen Voraussetzungen und folgenden Konsequenzen gesetzt. Dabei wird nicht nur die individuelle Perspektive, sondern auch die Systemperspektive (Public-Health-Perspektive) berücksichtigt.

**Abbildung 3: Integriertes Modell der Health Literacy von Sorensen et al. 2012**



Wie in Abbildung 3 dargestellt, finden sich im Kern des Modells Wissen, Kompetenzen und Motivation zur Nutzung von Gesundheitsinformationen. Diese bedingen die Fähigkeit, sich kompetent in den Bereichen Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu bewegen. Dabei ist ein Kontinuum von einer individuumsbezogenen Perspektive im Bereich Krankenversorgung hin zu einer bevölkerungsbezogenen Perspektive im Bereich Gesundheitsförderung ausgebildet. Im Laufe des Lebens entwickelt sich die Health Literacy. Gesellschaftliche und Umfeld-Faktoren sowie persönliche und situationsbezogene Faktoren interagieren als voraussetzende/ermöglichende Elemente mit der Health Literacy. Eng mit der Gesundheitskompetenz in wechselseitiger Einflussnahme verbunden sind auf der Outcome-Seite die Inanspruchnahme der Krankenversorgung, Gesundheitsverhalten, Partizipation, Verteilungsgerechtigkeit, Kosten der Versorgung, Gesundheitsoutcomes, Empowerment und Nachhaltigkeit. Diese Aspekte beeinflussen wiederum die Voraussetzungen für das Zustandekommen einer ausreichenden Gesundheitskompetenz. Dieses Modell bietet daher auch einen Rahmen zur Untersuchung der Einflüsse der Health Literacy auf Gesundheitsoutcomes und Systemaspekte wie Systemnutzung oder Gerechtigkeit. (Sorensen et al., 2012) Es wurde auch als Grundlage für die HLS-EU-Studie und den darin verwendeten Fragebogen herangezogen (HLS-EU Consortium, 2012). Das Modell eignet sich als eine theoretische Grundlage für die Untersuchung von Informationsnutzung und Inanspruchnahme.

Besonders relevant für diese Arbeit ist der im Modell enthaltene Kreislauf aus Zugang, Verstehen, Bewerten und Anwenden der Gesundheitsinformation (access, understand, appraise, apply) in Verbindung mit der Inanspruchnahme (health service use). Diese Aspekte werden daher im Arbeitsmodell für diese Arbeit berücksichtigt.

### **3.2.2 Health Literacy in der Anwendung**

Im Rahmen-Gesundheitsziel drei der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele wird für Österreich folgendes Ziel festgesetzt:

*„Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, 8)*

Von besonderem Interesse ist dabei, die für Entscheidungen tatsächlich benötigte, gewünschte und akzeptierte Information dort zur Verfügung zu stellen, wo sie von Personen tatsächlich ge-

nutzt wird. Als generelle Informationsquellen zu Gesundheitsthemen wurden in Österreich bei einer Erhebung 2009 folgende Quellen genannt (Hofmarcher, 2013):

- Internet (29 Prozent)
- Hausärztinnen/Hausärzte (24 Prozent)
- Fachärztinnen/Fachärzte (23 Prozent)
- andere Massenmedien (16 Prozent)

Besondere Glaubwürdigkeit wurde dabei Hausärztinnen/-ärzten (38 Prozent) und Fachärztinnen/-ärzten (33 Prozent) zugeschrieben. Wenig Vertrauen wird dem Internet entgegengebracht (4 Prozent) (Gesundheitsbarometer, BMG/ISA, 2009 zitiert nach Hofmarcher, 2013, 76-77). Auch eine aktuelle Umfrage vom Institut für Markt- und Sozialanalysen Ges.m.b.H. (IMAS) zeigte, dass 35 Prozent der befragten Österreicherinnen und Österreicher ab 14 Jahren schon einmal das Internet für die Recherche zu persönlichen Gesundheitsfragen genutzt haben, allerdings nur sechs Prozent dieser Quelle sehr stark vertrauen. Der Ärztin/dem Arzt hingegen wird von 70 Prozent der Befragten sehr starkes Vertrauen entgegengebracht (Institut für Markt- und Sozialanalysen Ges.m.b.H, 2014). Nicht bekannt ist allerdings, welche Informationen Personen tatsächlich für die Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems heranziehen und woher sie diese Informationen beziehen.

Die Weltgesundheitsorganisation fasst in ihrem Bericht „Health Literacy, the solid facts“ zusammen, dass viele westliche Gesellschaften nicht in der Lage sind, ihren Bürgerinnen und Bürgern die notwendigen Fertigkeiten und das notwendige Wissen zu vermitteln, um die komplexen Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme zu verstehen, den richtigen Zugang zu ihnen zu finden und sie adäquat zu nutzen (World Health Organization, 2013).

Die Indikatoren psychische Gesundheit, sportliche Aktivität, Geschlecht, Schulbildung und Einkommen haben gemäß einer Umfrage bei AOK-(Allgemeine Ortskrankenkasse-)Versicherten einen Einfluss auf die Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Betrachtet man aber ihren Einfluss in einem Regressionsmodell, erklären diese Einflussvariablen nur einen kleinen Teil der Varianz bei der Gesundheitskompetenz (Zok, 2014). Es ist daher davon auszugehen, dass noch weitere, bisher nicht ausreichend erforschte Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz bestehen.

Eine Studie basierend auf den Daten des European Social Survey der Runde 2 (durchgeführt im Jahr 2004) konnte einen Zusammenhang zwischen Ausbildungsunterschieden der befragten Personen und dem Zeitpunkt, wann Personen angeben, dass sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, finden. Personen mit geringerer Bildung empfinden demnach in Bismarck'schen Versorgungssystemen (beispielsweise Österreich, Deutschland) häufiger, dass es notwendig sei, bei starken Halsschmerzen, starken Kopfschmerzen, schweren Schlafstörungen und starken Rückenschmerzen eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen als in anderen Systemen. (Grosse Frie et al., 2010)

Im Health Literacy Survey, welcher in acht EU-Staaten durchgeführt wurde, zeigte sich hingegen, dass die personenbezogene Health Literacy insgesamt betrachtet keinen Einfluss auf das

Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes hat. Ein Einfluss, der in Rohdaten sichtbar ist, verschwindet, wenn für Alter, Gesundheitsstatus und Einkommen/finanziellen Status kontrolliert wird. Relevante Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der Arztbesuche sind laut der HLS-EU-Studie Krankheiten mit langer Dauer, der subjektive Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht, finanzielle Deprivation und der Body-Mass-Index. Darauf hinzuweisen ist, dass für Österreich die Einflussfaktoren finanzielle Deprivation und BMI bei einem  $p$  von 0,05 keinen signifikanten Einfluss zeigten (HLS-EU Consortium, 2012, 88-89). Die HLS-EU-Studie zeigte aber auch, dass bei separater Betrachtung der Länderdaten in Österreich ein Zusammenhang zwischen geringer Health Literacy und häufigen Krankenhausaufenthalten bzw. einer etwas häufigeren Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste (Krankenversorgung insgesamt) besteht. (HLS-EU Consortium, 2012, 83-87)

### **3.2.3 Einflüsse auf Informationssuche**

Die Informationswissenschaften haben eine Reihe von Modellen hervorgebracht, die das menschliche Informationsverhalten beschreiben. Diese unterscheiden sich im Fokus, in der Terminologie und zum Teil in der zu Grunde liegenden Theorie (beispielsweise Evolutionspsychologie, anthropologische Ansätze), haben aber im Kern jeweils die Grundlagen des menschlichen Informationsverhaltens. Das Suchen (bzw. Erhalten), Verarbeiten und Nutzen von Informationen ist getrieben davon, Probleme und Aufgaben lösen zu müssen oder Geschehnisse zu erklären, ihnen einen Sinn zu geben. Das kann beispielsweise das Überleben, die Arbeit oder das tägliche Leben betreffen. Dabei kann Information aktiv, also zielgerichtet, oder passiv bezogen werden und wird in das bestehende Wissen von Personen integriert. Wie die Information dabei gesucht wird, wird von den Kommunikationsmustern der betreffenden Person, sozialen und psychologischen Voraussetzungen und der Zugehörigkeit zu einer Lebenswelt beeinflusst. Dabei werden Informationen aus dem Inneren dieser Lebenswelt eher akzeptiert als Informationen, die von außerhalb kommen. Zu beachten ist, dass nicht nur formelle Quellen (wie Bücher, Informationsschreiben) zur Informationsbeschaffung herangezogen werden, sondern auch informelle Quellen wie Gespräche mit Kolleginnen/Kollegen, Bekannten und Verwandten, die zum Teil den formellen Quellen vorgezogen werden. (Spink und Cole, 2006, Case, 2002)

Zugang zu Verarbeiten (Verstehen und Bewerten) und Anwenden von Informationen zum Treffen von Entscheidungen wurden bereits als für diese Arbeit relevante Modellaspekte identifiziert. Darüber hinaus sind, unter Berücksichtigung der Theorien der Informationswissenschaften, Kommunikationsmuster und soziale bzw. psychologische Voraussetzungen einer Person im Zuge des Arbeitsmodells zu berücksichtigen. Dazu kommen noch Einflüsse auf die Akzeptanz durch die Zugehörigkeit zu Lebenswelten und dadurch bevorzugte Quellen.

## **3.3 Inanspruchnahme**

### **3.3.1 Begriffsklärung**

Bei der Nutzung des Versorgungssystems werden Bedarf, Nachfrage, Inanspruchnahme und Zugang unterschieden (Pfaff et al., 2011):

**Bedarf:** Ein objektiver Bedarf liegt vor, wenn eine medizinisch nachweisbare Krankheit inkl. Behandlungsmöglichkeit vorliegt (Schwarz et al. zitiert nach Pfaff et al., 2011).

**Nachfrage:** Der subjektive Wunsch, eine Versorgungsleistung in Anspruch zu nehmen (Versorgungsbedürfnis) (Pfaff et al., 2011).

**Inanspruchnahme:** Tatsächliche Nutzung des Versorgungssystems nach der getroffenen Inanspruchnahmeentscheidung (Pfaff et al., 2011).

**Zugang:** Voraussetzung für Inanspruchnahme. Ein Zugang besteht, wenn die Leistung angeboten wird und von der nachfragenden Person tatsächlich genutzt werden kann (Pfaff et al., 2011).

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Inanspruchnahme.

### **3.3.2 Prozess des Hilfesuchens**

Der Begriff „Hilfesuchen“ bezeichnet laut Siegrist „die Handlungsentscheidungen, die aus Einstellungen und Motivation angesichts von Symptomwahrnehmung und -bewertung bei neu bzw. wieder auftretenden Krankheiten resultieren. Der Prozess des Hilfesuchens wird idealtypisch in verschiedene Stufen unterteilt, die vom Laiensystem zum System professioneller Hilfe führen“ (Siegrist, 2005, 357). Am Ende der Prozesskette des Hilfesuchens steht die Inanspruchnahme, die von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Die Dringlichkeit der Symptome oder Beschwerden oder die Tatsache, dass diese besorgniserregend oder sehr offensichtlich erscheinen, führt zu einer schnelleren Inanspruchnahme des professionellen Versorgungssystems. (Siegrist, 2005) Weiteren Einfluss haben personenbezogene Faktoren, Geschlecht, Gesundheitszustand, systembezogene Faktoren (wie finanzielle Aspekte), die Einstellung zum Versorgungssystem und das Wissen um Versorgungseinrichtungen. Wird das professionelle Versorgungssystem in Anspruch genommen, obwohl kein Bedarf besteht, besteht die Gefahr der Überversorgung (Lengerke et al., 2014). Die Phasen des Hilfesuchens laufen oft aufeinanderfolgend ab, können aber auch übersprungen werden. Folgende Phasen werden von Siegrist definiert:

1. Selbstbehandlung/Selbstversorgung
2. Einholen des Rats naher Verwandter oder Freundinnen/Freunde
3. Laienversorgungssystem
4. Professionelles Versorgungssystem (unterteilt in nichtärztliche und ärztliche Versorgung) (Siegrist, 2005)

Barrieren beim Zugang zur Versorgung können unterschiedliche Aspekte umfassen. Vor allem die Distanz und eine fehlende Transportmöglichkeit, zum Teil geringe Literacy, Informationsdefizite, subjektive Normen hinsichtlich Angebot bzw. Versorgungsleistung, Organisations- und Integrationsaspekte sowie persönliche Merkmale der Patientinnen und Patienten sind hier zu nennen (Cortes et al., 2004, Berkelmans et al., 2010, Neumann et al., 2010, zitiert nach Babitsch et al., 2014).

Die im Rahmen dieser Arbeit im Fokus stehenden Aspekte des Prozesses des Hilfesuchens sind jene der Literacy (z. B. Wissen um die Versorgungsangebote und davon abgeleitete Einstellungen auf individueller Ebene und Informationsverfügbarkeit auf Systemebene).

### **3.3.3 Einflussfaktoren auf die Wahl im Zuge der Inanspruchnahme**

Wenn bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems eine Wahl getroffen wird, wird zwischen der Wahl der Ebene der Versorgung (z. B. Allgemeinmedizinerin/-mediziner, Spezialistin/Spezialist, Spital) und der Wahl der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers (z. B. welche/r Allgemeinmedizinerin/-mediziner aufgesucht wird) unterschieden (Reibling und Wendt, 2012).

Ob Personen eine aktive Entscheidung bei der Wahl im Zuge der Inanspruchnahme, insbesondere bei der Wahl der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers oder der Einrichtung treffen, ist von verschiedenen Faktoren abhängig (Lako und Rosenau, 2009):

- Vorhandensein von Information, die für eine informierte Entscheidungsfindung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen benötigt werden
- Zugänglichkeit von Leistungsinformationen zu Versorgungseinrichtungen (Krankenhäusern, Praxen) für Patientinnen und Patienten
- Verständlichkeit der veröffentlichten Informationen zur Leistung von Versorgungseinrichtung
- Ausreichende Health Literacy der Patientinnen/Patienten, um verfügbare Leistungsinformationen (Performance hinsichtlich Qualität, Ergebnisse, Sicherheit etc.) für die Entscheidungsfindung heranziehen zu können; je höher der Bildungsstand, desto eher sind Personen in der Lage, objektive Performanceinformationen für die Entscheidungsfindung heranzuziehen
- Informationsverhalten der Patientinnen/Patienten (Victoor et al., 2014); z. B. tatsächliche Verwendung der Daten über Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch Patientinnen/Patienten bzw. Wunsch nach/Akzeptanz solcher Daten
- Information muss vertrauenswürdig sein (Lako und Rosenau, 2009)

Studien weisen darauf hin, dass der Rat von vertrauenswürdigen Freundinnen/Freunden, Peers und Familienmitgliedern objektiver Information zur Qualität vorgezogen wird. Generell wird der Rat von Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegepersonen oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sehr geschätzt (Lako und Rosenau, 2009). Bei der Wahl der Versorgungseinrichtung spielen Distanz und Gewohnheit (Standardanbieter) sowie die persönliche Vertrautheit mit der Einrichtung eine ausschlaggebende Rolle, wobei beispielsweise die Bekanntheit eines Spitals einer höheren Qualitätsbewertung vorgezogen wird (Lako und Rosenau, 2009, Victoor et al., 2014).

Basierend auf aktueller Literatur konnten Patientengruppen, die weniger häufig aktive Entscheidungen bei der Leistungserbringerwahl bzw. bei der Wahl der Versorgungseinrichtung treffen, ermittelt werden. Charakteristika der Personen, die seltener aktive Entscheidungen treffen, sind (Victoor et al., 2014):

- Höheres Alter
- Männliches Geschlecht

- Geringerer Bildungsstand
- Schlechterer Gesundheitszustand
- Vorliegen einer chronischen Erkrankung
- Vorhandensein einer Universitätsklinik oder eines Krankenhauses mit umfassendem Spezialversorgungsangebot als nächstgelegenes Krankenhaus zum Wohnort (Victoor et al., 2014)

Darüber hinaus weist eine Studie darauf hin, dass Personen, deren nächstgelegenes Krankenhaus weiter vom Wohnort entfernt liegt, weniger nach Informationen über alternative Krankenhäuser suchen, sofern sie älter, weniger gebildet oder ungesünder sind oder eine chronische Erkrankung haben. Als ein möglicher Grund dafür wird die geringere Mobilität dieser Gruppe genannt. Die Distanz zum ersten verfügbaren Krankenhaus ist bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit höherem Bildungsstand mit einem Anstieg der Häufigkeit der Informationsbeschaffung verbunden. Beim Einfluss der Distanz alternativ zur Auswahl stehender Krankenanstalten auf aktive Entscheidungen der Patientinnen/Patienten führte eine geringe absolute Distanz zum nächstgelegenen Krankenhaus zu einem geringeren Informationsverhalten der Befragten. (Victoor et al., 2014)

In einem Scoping-Review, der die Determinanten der Patientenentscheidung bei der Leistungserbringerwahl untersuchte, zeigte sich, dass aktive Entscheidungen unter Berücksichtigung von objektiven Informationen (z. B. Qualität) oft nicht zu Stande kommen. Allerdings ist das Zustandekommen einer aktiven Entscheidung stark vom vorherrschenden Versorgungssystem und den Inanspruchnahmebedingungen abhängig. Diese lassen in vielen Fällen freie Entscheidungen nicht zu bzw. machen diese Entscheidungen durch Regulierungen unnötig. (Victoor et al., 2012) Eine starke Einschränkung der Inanspruchnahmeentscheidung können Gatekeeping-Systeme darstellen.

Gibt ein Versorgungssystem die Ebene des Eintritts und gegebenenfalls bis zu einem gewissen Grad sogar die Leistungserbringerin/den Leistungserbringer vor, so sind Entscheidungen über die Wahl der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers und die Ebene der Leistungserbringung entweder nicht möglich oder aber auch nicht relevant. In Österreich ist einerseits sowohl die Ebene der Leistungserbringung als auch der Gesundheitsdiensteanbieter (jedenfalls im niedergelassenen Bereich) selbst sehr frei wählbar, sofern Alternativen zur Verfügung stehen<sup>3</sup>. Andererseits gibt es wenig Koordination und Anleitung für Personen mit Versorgungsbedarf. Es ist daher davon auszugehen, dass eine zumindest grundlegende Entscheidung über die Ebene der Inanspruchnahme generell und die Leistungserbringerin/den Leistungserbringer im Speziellen in Österreich notwendig ist.

Die dargestellte Literatur weist darauf hin, dass das Treffen einer Inanspruchnahmeentscheidung per se und das Treffen einer Wahl zwischen verschiedenen zur Verfügung stehenden Versorgungsoptionen (Leistungsebene, Leistungserbringerin/Leistungserbringer) auf ähnlichen Voraussetzungen beruht. Relevant scheinen jedenfalls das Vorhandensein und der Zugang zur richtigen Information, Verständlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Information sowie Fähigkeiten der Patientinnen/Patienten zu sein. Aber auch die Distanz zur nächsten Einrichtung/zur nächs-

<sup>3</sup> Regionen, die aufgrund ihrer Topografie dünn besiedelt sind, bieten zum Teil keine einfach erreichbaren Alternativen.

ten Leistungserbringerin bzw. zum nächsten Leistungserbringer und deren Anzahl in Reichweite der Patientinnen/Patienten. Diese Aspekte sind daher im Arbeitsmodell zu berücksichtigen.

### **3.3.4 Nutzertypen in Österreich**

Im Zuge einer qualitativen Studie im Jahr 2010 konnten für Österreich fünf unterschiedliche Nutzertypen des Versorgungssystems (mit Fokus auf Allgemeinmedizinerin/-mediziner bzw. Hausärztin/-arzt) identifiziert werden. Diese sind (Fischer et al., 2001):

1. Reflektierter Hausarztnutzer
2. Hausarztverweigerer (mit Untergruppen „Eigener Gesundheitscoach“ und „Hausarzt-Verweigerer/Skeptiker“)
3. Treuer Hausarzt-Fan
4. Effizienter und flexibler Gesundheitssystemnutzer
5. Beziehungsorientierter Gesundheitssystemnutzer

Bisher konnte keine Studie ermittelt werden, die die Größe und Verteilung der einzelnen Nutzertypen untersuchte.

#### **Reflektierter Hausarztnutzer**

Dieser Nutzertyp hat eine positive Einstellung zur Hausärztin/zum Hausarzt und nimmt diese/n als Gesundheitscoach und Ansprechpartner für Gesundheitsfragen wahr. Er agiert aktiv und stellt Anordnungen in Frage, nicht allerdings die Kompetenz der Hausärztin/des Hausarztes. Fachärztinnen/Fachärzte werden überwiegend mit einer Überweisung aufgesucht, wobei Zahnärztinnen/Zahnärzte und Spitalsambulanzen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. Neben der Empfehlung der Hausärztin/des Hausarztes spielt auch Mundpropaganda bei der Inanspruchnahme von Fachärztinnen/-ärzten und Spitalsambulanzen eine wichtige Rolle. Systemnutzer dieses Typs waren im Sample mittleren Alters, gehörten der mittleren oder gehobenen Mittelschicht an und hatten etwas eingeschränkte räumliche Mobilität. Darüber hinaus waren sie eher krank und hatten viele Arztkontakte. (Fischer et al., 2001)

#### **Hausarztverweigerer**

Dieser Nutzertyp hat eine generell negative Einstellung der Hausärztin/dem Hausarzt gegenüber, sieht sich aber auf Augenhöhe mit der Ärztin/dem Arzt. Dabei wird hier in zwei Untertypen, den „eigenen Gesundheitscoach“ und den „Hausarzt-Verweigerer/Skeptiker“, gegliedert. Angehörige beider Untertypen im Sample wurden der (gehobenen) Mittelschicht zugerechnet, hatten einen hohen Bildungsstand, pendelten über große Strecken und verfügten über knappe Zeitressourcen. (Fischer et al., 2001)

*Untertyp „eigener Gesundheitscoach“:* Die Hausärztin/der Hausarzt hat keinen besonderen Stellenwert. Insgesamt werden Qualität und fachliches Wissen einer Ärztin/eines Arztes als essenziell gesehen, wobei fachliche Qualität als Erfahrung und Wissen definiert werden. Ein weiterer wichtiger Qualitätsaspekt ist die Zeit beim Arzt-Patienten-Kontakt. Die Wahl der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes wird mittels eigener Recherche und durch Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis getroffen. Die Qualität wird durch online verfügbare Informationen recher-

chert. Für konkrete Fragestellungen werden Fachärztinnen/Fachärzte bevorzugt. Generell besteht eine positive Einstellung zu Wahlärztinnen/Wahlärzten. (Fischer et al., 2001)

*Untertyp „Hausarzt-Verweigerer/Skeptiker“:* Dieser Typ sieht es überhaupt nicht als notwendig an, zur Hausärztin/zum Hausarzt zu gehen, da es als zu umständlich empfunden wird. Außerdem wird es als unnötig angesehen, eine Hausärztin/einen Hausarzt aufzusuchen, da diese/r ohnehin nicht helfen kann. Stattdessen wird direkt die Fachärztin/der Facharzt aufgesucht. Die Hausärztin/der Hausarzt wird nur für Arbeitsunfähigkeitsmeldungen genutzt. Außerdem sieht dieser Typ Qualitätsunterschiede zwischen Regionen. Dieser Nutzertyp hat mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten schlechtere Erfahrungen gemacht als bei Spitalsaufenthalten. (Fischer et al., 2001)

### **Treuer Hausarzt-Fan**

Hier wird die Hausärztin/der Hausarzt bei allen Gesundheitsfragen als Ansprechperson gesehen und ihr/ihm wird volles Vertrauen entgegengebracht. Personen dieses Nutzertyps sehen die Hausärztin/den Hausarzt als jene Person, die alle Gesundheitsprobleme kennt und auch über die Lebens- und Familiengeschichte sowie die gesamte Krankengeschichte Bescheid weiß. Fachärztinnen/-ärzte werden mit Überweisung in Anspruch genommen und die Befunde im Anschluss mit der Hausärztin/dem Hausarzt besprochen, damit diese/r einen umfassenden Überblick behält und weiterhin eine qualitativ hochwertige Behandlung durchführen kann. Außerdem werden keine Facharztbesuche ohne Überweisung in Anspruch genommen, um die Hausärztin/den Hausarzt nicht zu übergehen bzw. dadurch zu verärgern. Personen des Samples, die diesem Typ angehören, wohnten überwiegend in ländlichen Regionen und waren eher nicht berufstätig. Sie gehörten der Unterschicht oder unteren Mittelschicht an und empfanden einen großen sozialen Abstand zwischen den Ärztinnen/Ärzten und sich. (Fischer et al., 2001)

### **Effizienter und flexibler Gesundheitssystemnutzer**

Zeiteffizienz ist ebenso ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der ärztlichen Versorgung wie ein „problemloses Erledigen“. Die Hausärztin/der Hausarzt wird eher gemieden, stattdessen wird direkt eine Fachärztin/ein Facharzt in Anspruch genommen. Beim Handeln in der Krankenversorgung steht Zweckmäßigkeit im Vordergrund, die Ärztin/der Arzt wird als anonymes Dienstleistungsgesehen. Angebote werden dort genutzt, wo die Person wohnt oder arbeitet. Sofern die Anbieter effizient sind und die Patientinnen/Patienten zufrieden, wird der Anbieter nicht gewechselt. Dieser Nutzertyp ist grundsätzlich mit dem Versorgungssystem zufrieden, hat aber Verbesserungsvorschläge auf organisatorischer Ebene. Personen des Samples, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, fühlen sich gesund, sind 50 bis 60 Jahre alt und haben bereits viele Erfahrungen mit diversen Gesundheitsdienstleistern gemacht. Sie gehören der gehobenen Mittelschicht an, haben eine hohe räumliche Mobilität und sind bei der Arbeit und am Wohnort sozial integriert. (Fischer et al., 2001)

### **Beziehungsorientierter Gesundheitssystemnutzer**

Das wesentlichste Merkmal dieses Nutzertyps ist der Wohlfühlfaktor bei der Arztwahl, wobei Wohlfühlen in erster Linie mit Sympathie gleichgesetzt wird. Die Hausärztin/der Hausarzt wird für Tipps zu Fachärztinnen und Fachärzten aufgesucht; wenn diese Tipps kein Wohlfühlen erzeugen, greifen Personen dieses Nutzertyps auf Empfehlungen von Bekannten zurück oder führen

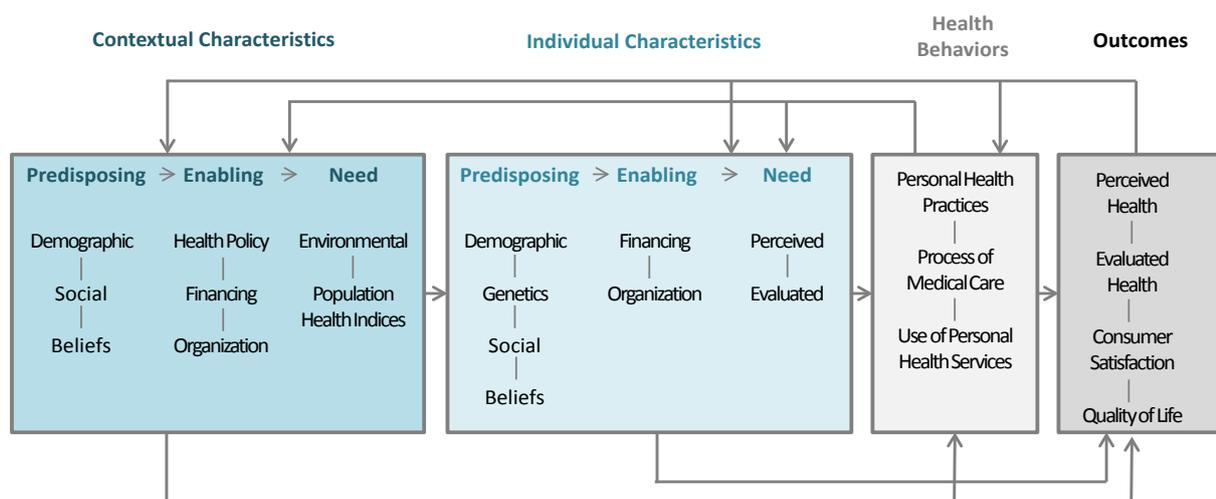
selbst eine Recherche durch. Gesundheit und die fachliche Qualität der Behandlung sind wichtig. Die Qualität der Versorgung wird anhand der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung gemessen. Dieser Typ nimmt gerne eine/n als gut bewertete/n Hausärztin/Hausarzt in der Nähe in Anspruch, nimmt aber auch längere Distanzen in Kauf, wenn ein/e als gut eingestufte/r Ärztin/Arzt weiter entfernt ist. Die Versorgung wird als Dienstleistung angesehen, allerdings wird ein sozialer Abstand zur Ärztin/zum Arzt erlebt. Personen, die diesem Typ zugeordnet wurden, waren zwischen 50 und 60 Jahre alt, gehörten der Mittelschicht an, verfügten über hohe Mobilität und hatten jeweils städtischen und ländlichen Lebenshintergrund. (Fischer et al., 2001)

Die unterschiedlichen Nutzertypen des österreichischen Gesundheitssystems zeigen ein breites Spektrum an persönlichen Präferenzen. Sie verweisen auf unterschiedliche Herangehensweisen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems angewandt werden, und betonen damit, dass der individuelle Kontext bei der Analyse von Inanspruchnahmeentscheidungen berücksichtigt werden muss. Die zitierte Studie zeigte auch, dass zumindest ein Nutzertyp des österreichischen Krankenversorgungssystems Onlineinformationen zur Ermittlung der Qualität von Ärztinnen/Ärzten nutzt und diese Information für die Wahlentscheidung heranzieht. Obwohl der Fokus der Studie nicht auf dem Informationsverhalten/der Informationsnutzung lag, gibt sie damit bereits erste Hinweise darauf, welche Informationen für Wahlentscheidungen herangezogen werden.

### 3.4 Behavioral Model of Health Services Use

Eine Reihe von Faktoren beeinflusst die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Versorgungsleistungen. Das Behavioral Model of Health Services Use („Health Behavior Model“) von Andersen et al. ist ein häufig verwendetes Verhaltensmodell, das einen Überblick über diese Faktoren gibt und sie zueinander in Beziehung setzt. In Abbildung 4 ist das Modell nachgebildet.

**Abbildung 4: Behavioral Model of Health Services Use, sixth revision (Lengerke et al., 2014) nach (Andersen et al., 2013)**



Im Zuge einer Studie in Deutschland zeigte sich, dass der Faktor „Need“ (Bedürfnis/Bedarf) am ausschlaggebendsten für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen war (Lengerke et al., 2014). Auch Siegrist erwähnt, dass das Durchlaufen der Phasen des Hilfesuchens schneller vor sich geht, wenn der Zustand als dringlicher oder beängstigender empfunden wird und damit der Bedarf/das Bedürfnis nach Hilfe größer ist (Siegrist, 2005).

Lengerke et al. fassen, basierend auf der Arbeit von Andersen, Davidson und Baumeister (2013), prädisponierende und ermöglichende Faktoren (Unterstützungsfaktoren) jeweils auf der individuellen und auf der Kontext-/Umfeldebene zusammen (Lengerke et al., 2014). Folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber.

**Tabelle 3: Prädisponierende und ermöglichende Faktoren bei der Nutzung der Versorgung (Lengerke et al., 2014)**

Ebene des Individuums		Kontext-/Umfeldebene	
Prädisponierend	Ermöglichend	Prädisponierend	Ermöglichend
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografische Faktoren: Alter, Geschlecht/Gender</li> <li>• Genetische Anfälligkeit für Krankheiten</li> <li>• Soziale Faktoren: Bildung, Beschäftigung, Ethnizität, Soziales Netzwerk (inkl. Familienstand)</li> <li>• Gesundheitseinstellungen: Werte, Meinungen, Wissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung: Einkommen/Vermögen, das zur Bezahlung von Leistungen zur Verfügung steht; Kosten bzw. Abdeckung durch Versicherung, Zuzahlungen</li> <li>• Organisation der Versorgung: Vorhandensein und Art der regulären Versorgung, Transportmöglichkeiten, Reise- und Wartezeiten beim Zugang zur Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografische und soziale Zusammensetzung von Gemeinden</li> <li>• Gemeinsame Werte</li> <li>• Kulturelle Normen</li> <li>• Politische Perspektiven bei der Organisation, Finanzierung und beim Zugang zur Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung: Pro-Kopf-Einkommen der Gemeinde; Möglichkeit, als Gemeinschaft die Ressourcen für das Vorhalten der Versorgung aufzubringen; Anreize dafür, Leistungen zu kaufen oder bereitzustellen (Tarife, Zahlungsmodalitäten, Abrechnung, Verhältnis der Kosten für medizinische Versorgung im Vergleich zu anderen Gütern und Leistungen)</li> <li>• Organisation: Anzahl und Verteilung der Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer, Angebote, Strukturen wie das Verhältnis zwischen Ärztinnen/Ärzten, Spitalsbetten, Populationsgröße und Leistungsangebot der einzelnen Einrichtungen (z. B. Öffnungszeiten, Ort, Angebotsmix, Nutzung, Qualitätskontrolle)</li> <li>• Gesundheitspolitik für den öffentlichen und privaten Bereich</li> </ul>

Health Literacy als relationales Konzept beschreibt das Verhältnis der Kompetenzen des Einzelnen zu den Anforderungen des Systems, um Gesundheitsentscheidungen treffen zu können (Kickbusch und Maag, 2008). Auch das Behavioral Model of Health Services Use bezieht die Ebenen des Individuums und des Umfelds als wesentliche Faktoren für die Beschreibung des Inanspruchnahmeverhaltens mit ein. Berücksichtigt werden sowohl Bildung, Gesundheitszustand, Alter, Werte und Wissen auf der Ebene des Individuums als auch die strukturellen, politischen und organisatorischen Voraussetzungen beim Zugang zu Versorgungs- und Vorsorgeleistungen (Lengerke et al., 2014). Vor diesem Hintergrund ist das Konzept der Health Literacy im Behavioral Model of Health Services Use verortbar. Es zeigt sich die implizite Einflussgröße von Health Literacy in diesem Modell sowohl auf der Umfeldebene (Gesundheitssystem und Lebenswelten) als auch bei den personenbezogenen Charakteristiken (Bedürfnis und Bedarf, Demografie, Gesundheitseinstellungen, soziale Unterstützungssysteme und persönliche Ressourcen) (Thode et al., 2004).

Wie alle Modelle weist auch das Behavioral Model of Health Services Use Limitationen auf. Lengerke et al. weisen auf folgende Limitationen hin:

- Psychologische Faktoren werden nicht als Aspekt des ungleichen Zugangs berücksichtigt (sondern ausschließlich als mögliche Ressourcen für den Zugang zur Versorgung). Die Möglichkeit eines Zugangs ohne entsprechenden Bedarf (Übersversorgung) wird daher nicht abgedeckt.
- Soziale und psychologische Faktoren wurden sowohl auf den Aspekt „prädisponierend“ als auch auf den Aspekt „ermöglichend“ aufgeteilt; die Zuordnung selbst bleibt unklar. Ein Beispiel hierfür ist die Verwendung der drei am häufigsten genutzten Indikatoren für sozioökonomischen Status (Bildung, Beschäftigung, Einkommen). Diese drei wurden auf die Bereiche „prädisponierend“ und „ermöglichend“ aufgeteilt und nicht wie üblich gemeinsam verwendet.
- Gesundheitspsychologische Theorien werden bisher nur in einem kleinen Umfang berücksichtigt.
- Das Modell bezieht sich auf das individuelle Inanspruchnahmeverhalten, wobei das Inanspruchnahmeverhalten von Populationen bzw. Subpopulationen nicht ausreichend erklärt werden kann. (Lengerke et al., 2014)

Trotz dieser Limitationen ist das Modell weit verbreitet und bietet eine sehr gute Arbeitsgrundlage für die Erklärung einzelner Aspekte beim Zugang zur Krankenversorgung. Da das zentrale Thema dieser Arbeit die patientenrelevante Information als Grundlage für die Inanspruchnahmeentscheidung auf individueller Ebene ist, können aus dem Modell auf der Kontextebene die Organisation des Krankenversorgungssystems und auf der Ebene des Individuums soziale Faktoren wie Bildung und der Faktor Einstellungen und Werte als Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme herausgegriffen werden.

### 3.5 Zusammenfassung und Ableitung eines Arbeitsmodells

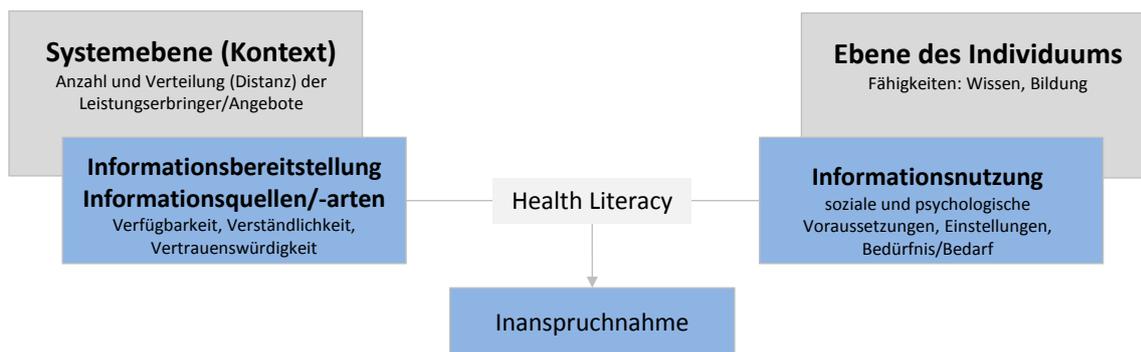
Die zuvor dargestellten theoretischen Aspekte und Modelle bieten zahlreiche Erklärungsansätze für die Inanspruchnahme, die beispielsweise neben Information auch ökonomische und andere Faktoren einbeziehen, aber als Grundlage für die weiteren Arbeiten insgesamt zu breit gefasst sind. Die weiteren Arbeiten fokussieren darauf, welche Informationen Personen für die Inanspruchnahmeentscheidung nutzen, und bauen daher auf den vorab beschriebenen theoretischen Aspekten zum Informationsangebot (Informationsart und Informationsquelle), zur Informationsnutzung und zur Inanspruchnahme auf. Dabei bilden das Behavioral Model of Health Services Use von Andersen et al. (2013) und das integrierte Modell der Health Literacy von Sorensen et al. (2012) die Grundlagen, die durch die weiteren vorab beschriebenen theoretischen Aspekte für die vorliegende Arbeit konkretisiert und eingeschränkt werden.

Die Eckpunkte des Arbeitsmodells bilden einerseits die Systemebene und andererseits die Ebene des Individuums. Auf der Ebene des Systems sind als Rahmenbedingung für die Information die Organisation des Krankenversorgungssystems (Komplexität, Anbieterdichte und Verteilung der Anbieter/Distanz), die Informationsverfügbarkeit (Vorhandensein der relevanten Information – Informationsarten, Zugang zu Informationen – Informationsquellen), Verständlichkeit (auch die Verstehbarkeit des Versorgungssystems) und Vertrauenswürdigkeit der Information jene Parameter, die im Rahmen der weiteren Arbeiten berücksichtigt werden. Das österreichische Krankenversorgungssystem wurde bereits als komplex charakterisiert (fragmentiert, hohe Anbieterdichte, freier Zugang, wenig Koordination/Leitung durch das System). Die Berücksichtigung des Versorgungssystems ist zur Beschreibung der vorhandenen Informationsquellen und -arten notwendig.

Die Ebene des Individuums setzt sich aus jenen Parametern zusammen, die die Informationsnutzung (Verstehen, Bewerten, Anwenden) beeinflussen. Dazu zählen Fähigkeiten/Kompetenzen (z. B. Bildung, Wissen, vorhandene Kommunikationsmuster), soziale bzw. psychologische Voraussetzungen einer Person ebenso wie Einflüsse auf die Akzeptanz durch die Zugehörigkeit zu Lebenswelten und bevorzugte Quellen, Wissen um die Versorgungsangebote und davon abgeleitete Einstellungen. Auch die Stärke/Dringlichkeit des Bedürfnisses/Bedarfs ist relevant, da dadurch sowohl der Prozess des Hilfesuchens als auch die Beschaffung von Informationen beeinflusst werden. Diese Parameter werden in der vorab dargestellten Literatur zur Erklärung der Informationsnutzung und der Inanspruchnahme herangezogen und daher auch für das Arbeitsmodell verwendet.

Health Literacy steht als relationales Konzept zwischen den Anforderungen (Informationsangebot) des Systems und den Kompetenzen (Informationsnutzung) des Individuums. Das Zusammenspiel von Informationsangebot und Informationsnutzung beeinflusst die Inanspruchnahme. Abbildung 5 stellt das Arbeitsmodell, das den weiteren Arbeiten zur Ausrichtung und Abgrenzung zu Grunde gelegt wird, im Überblick dar.

**Abbildung 5: Arbeitsmodell**



### 3.6 Stand der Forschung

In Österreich gibt es bisher keine Untersuchung darüber, welche Informationen für Patientinnen/Patienten entscheidungsrelevant beim Erstzugang<sup>4</sup> zum Versorgungssystem sind. Untersucht wurden aber, wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, Informationsquellen für Gesundheitsfragen im Allgemeinen und Nutzertypen des Hausarzt-Versorgungssystems, die erste Anhaltspunkte für mögliche Informationsquellen und Informationsarten geben. (Hofmarcher, 2013, Institut für Markt- und Sozialanalysen Ges.m.b.H, 2014, Fischer et al., 2001) Die Beschreibung der Nutzertypen enthält Hinweise darauf, welche Informationen aus welchen Quellen herangezogen werden könnten (Fischer et al., 2001).

Inanspruchnahmeforschung ist Teil der Versorgungsforschung und widmet sich folgenden Fragen (Pfaff, 2003):

- In welchem Umfang werden Leistungen in Anspruch genommen?
- In welcher Qualität werden Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen?
- Wovon hängt die Inanspruchnahme ab? (Pfaff, 2003)

Babitsch et al. stellen fest, dass bisher zahlreiche Fragen der Inanspruchnahme-Forschung hinsichtlich des Krankenversorgungssystems noch nicht hinreichend untersucht wurden. Dazu zählen (Babitsch et al., 2014, 96):

- Wie nutzen Personen das Versorgungssystem? Welche vorgelagerten Entscheidungen treffen sie und wie sind diese mit soziodemografischen bzw. krankheitsbezogenen Faktoren verbunden?
- Wie ist das Verhältnis von wahrgenommenem und beobachtetem Zugang zur Versorgung?
- Wie interagieren die Faktoren in Andersens Behavioral Model of Health Services Use und welche Rolle spielen sie in der individuellen Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahmeentscheidung für die Krankenversorgung?
- In welchem Verhältnis zueinander stehen Health Literacy und die Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems? (Babitsch et al., 2014, 96, Übersetzt durch die Autorin)

Die vorliegende Arbeit kann dem Forschungsbereich der Inanspruchnahmeforschung zugerechnet werden.

<sup>4</sup> Entscheidungen beim Erstzugang: Erfolgt eine Inanspruchnahme? Wenn ja, auf welcher Ebene und bei welcher Leistungserbringerin/welchem Leistungserbringer?

## 4 Methoden

Die Forschungsfragen wurden basierend auf einer Literaturrecherche, Analyse und anschließender Zusammenführung der gewonnenen Erkenntnisse zur Generierung der Forschungsempfehlung bearbeitet.

Basierend auf dem erarbeiteten theoretischen Hintergrund wurden die weiteren Inhalte erstellt. Der theoretische Hintergrund sowie das daraus abgeleitete Arbeitsmodell bildeten dabei die Grundlage für die Erstellung der Suchstrategie und des Analyserasters für Ziel 1 „Darstellung, Analyse und Bewertung bisher angewandter Messgrößen und Methoden, um die Informationsgrundlagen für die Entscheidung zur Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems zu erforschen“. Zudem dienten sie als Grundlage für die Formulierung der Forschungsfrage sowie als ergänzende theoretische Grundlage für die Forschungsempfehlung.

### 4.1 Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen werden mit der vorliegenden Arbeit beantwortet:

**Forschungsfrage zu Ziel 1** (Darstellung, Analyse und Bewertung bisher angewandter Messgrößen und Methoden, um die Informationsgrundlagen für die Entscheidung zur Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems zu erforschen.):

1. Welche Studien zu patientenrelevanten Informationen als Entscheidungsgrundlage bei der Erstinanspruchnahme des Krankenversorgungssystems stehen zur Verfügung, und welche Ansatzpunkte für eine österreichische Forschungsempfehlung lassen sich daraus ableiten?
  - a) Welches Studiendesign und welche Methoden wurden in diesen Studien angewandt?
  - b) Welche Messgrößen wurden verwendet bzw. wie wurden die relevanten Aspekte identifiziert/erhoben?
  - c) Was waren die Vor- und Nachteile dieser Studien?
  - d) Welche Methoden und Messgrößen sind im österreichischen Systemkontext zur Beantwortung der Forschungsfrage der zu planenden Studie anwendbar?

**Forschungsfrage zu Ziel 2** (Auf dem Ergebnis der Literaturrecherche basierende Erarbeitung einer Empfehlung für ein Forschungskonzept zur Untersuchung, welche Informationen zur Entscheidungsfindung beim Erstzugang zum Krankenversorgungssystem in Österreich herangezogen werden und wo diese Informationen bezogen werden.):

2. Wie muss die Forschungsempfehlung für Österreich gestaltet sein, um relevante und vergleichbare Ergebnisse zu liefern?
  - a) Wie muss die Forschungsfrage für die zu planende Studie formuliert sein, um relevante und vergleichbare Ergebnisse zu liefern?
  - b) Wie soll ein Forschungsvorhaben konzipiert sein (Design, Studienpopulation, Erhebungsmethode)?

## 4.2 Methodisches Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche

Ziel der Arbeiten zu Forschungsfrage 1 ist die Durchführung und Auswertung einer Literaturrecherche, um wesentliche Grundlagen für die Erarbeitung einer Forschungsempfehlung zu schaffen. Zu diesem Zweck wurde eine systematische Literaturrecherche in themenbezogenen Datenbanken durchgeführt und relevante Studien durch eine Handsuche ergänzt (Durchsicht der Literaturverzeichnisse der identifizierten Literatur, Ergänzung um Quellen, die im Zuge der Vorabrecherche identifiziert wurden). Die Selektion der Studien erfolgte unter Anwendung von definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden im Anschluss anhand eines Analyserasters ausgewertet und dargestellt.

### 4.2.1 Suchstrategie

Die Suche wurde in den Datenbanken OvidSP (ACP Journal Club, EMBASE, Medline, Pascal Biomed, Cochrane Library) und ScienceDirect durchgeführt. Diese Datenbanken wurden ausgewählt, weil sie einerseits Studien mit einem stärkeren medizinischen Fokus und andererseits Studien mit einem stärkeren soziologischen Fokus bei Gesundheitsthemen umfassen.

Folgende Suchwörter wurden für Forschungsfrage 1 aus dem Arbeitsmodell abgeleitet:

**Tabelle 4: Schlagworte für die systematische Literatursuche**

Aspekt der Fragestellung	Suchwort <sup>5</sup>
Informationsnutzung	information usage OR information utilization OR information utilisation OR information use OR information application OR apply information
Informationsangebot/Informationsquellen	offer information OR source information OR information source
Health Literacy	health literacy
Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems	health care usage OR health service usage OR health services usage OR health care use OR health service use OR health services use OR health services demand OR health care utilization OR health care utilisation OR health care demand OR health care seeking OR help-seeking OR demand for health care
Land mit Wahlmöglichkeit im Krankenversorgungssystem	Austria OR Germany OR USA OR United States OR France OR Belgium OR Greece OR Sweden OR Switzerland OR Europe OR EU OR Canada

Die einzelnen Zeilen der Suchworttabelle wurden in der Suche mit AND verknüpft.

<sup>5</sup> Das Suchwort „use“ ist kein gültiger Suchparameter in OvidSP und kam daher dort nicht zur Anwendung.

#### **4.2.2 Selektionskriterien**

Aus den Treffern der Datenbanksuche wurden relevante Studien mittels nachfolgender Selektionskriterien in zwei Stufen identifiziert.

##### **Formale Einschlusskriterien**

- Sprache: Englisch, Deutsch
- Suchzeitraum: Eingeschlossen werden Studien, die ab dem Jahr 2004 publiziert wurden. Die Einschränkung umfasst diesen Zeitraum, um für die Auswertung relevante Änderungen im Krankenversorgungssystem weitgehend zu reduzieren bzw. diese entsprechend nachvollziehen und berücksichtigen zu können.
- Art der Publikation: Publikationen in Peer-Review-Journals

##### **Einschlusskriterien in Bezug auf Qualität**

Studien wurden eingeschlossen, sofern sie allgemein anerkannte Qualitätsstandards erfüllen. Je nach Art der Studie können diese differieren. Folgende Aspekte werden bei der Qualitätsbeurteilung berücksichtigt (Fröschl et al., 2012):

- Klare Forschungsfrage, theoretischer Rahmen
- Eignung der Stichprobe (Art, Größe, Generierung)
- Eignung der Methode
- Eignung der Datenanalyse
- Klare und nachvollziehbare Darstellung
- Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen

##### **Inhaltliche Einschlusskriterien**

- Fokus auf Versorgung (nicht ausschließlich Prävention)
- Erstzugang zum/Erstinanspruchnahme des Versorgungssystem/s (nicht Übertritte im System) für das jeweilige Gesundheitsproblem
- Studie in einem Land mit Wahlmöglichkeit bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems (primär Österreich, Deutschland, USA, Frankreich Belgien, Griechenland, Schweden, Schweiz) oder in Europa/Nordamerika, sofern die Forschungsfrage relevant und die Herangehensweise übertragbar ist

##### **Ausschlusskriterien**

- Publikationen, die nicht in Deutsch oder Englisch verfasst wurden
- Publikationen, die nicht in Peer-Review-Journals publiziert wurden
- Publikationen, deren Qualität nicht den Standards entspricht
- Publikationen, die ausschließlich theoretische Abhandlungen darstellen

##### **Selektionsprozess**

###### *Erstselektion:*

Anhand von Titel und bei Bedarf Abstract wurden die identifizierten Studien in einem ersten Schritt

selektiert. Von Studien, die den Einschlusskriterien und den formalen Kriterien in der Erstselektion entsprachen, wurden die Volltexte bezogen.

#### *Zweitselektion:*

Bei den verbleibenden Studien wurde basierend auf dem Volltext überprüft, ob die Selektionskriterien erfüllt wurden.

### **4.2.3 Analyseraster**

Die Zusammensetzung des Analyserasters leitet sich aus den Subfragen zu Forschungsfrage 1 und aus den inhaltlichen Anforderungen der Forschungsfragen zu Ziel 2 ab. Für die Darstellung und Analyse wurden folgende Kategorien herangezogen:

- Daten zur Studie (Autor, Titel, Erscheinungsjahr, Journal)
- Forschungsfrage
- Design & Methode
- Erhebungsaspekte/Messgrößen/Rahmenthemen
- Land und Gesundheitssystem
- Stärken und Limitationen (Vor- und Nachteile) unter Berücksichtigung der Forschungsfrage 1

### **Kriterien für die Übertragbarkeit der Rechercheergebnisse auf Österreich**

Anhand folgender Kriterien wurde die Eignung von Herangehensweisen für die Planung der Studie im österreichischen Systemkontext diskutiert:

- Eignung des methodischen Ansatzes (geeignete Methode für die Forschungsfrage, Anwendbarkeit der Methode/des Designs im österreichischen Systemkontext)
- Mögliche Kosten für die tatsächliche Durchführung der Studie (die zu planende Studie soll einen realistischen Kostenrahmen nicht überschreiten)
- Machbarkeit (gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen)

## **4.3 Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des Forschungskonzepts**

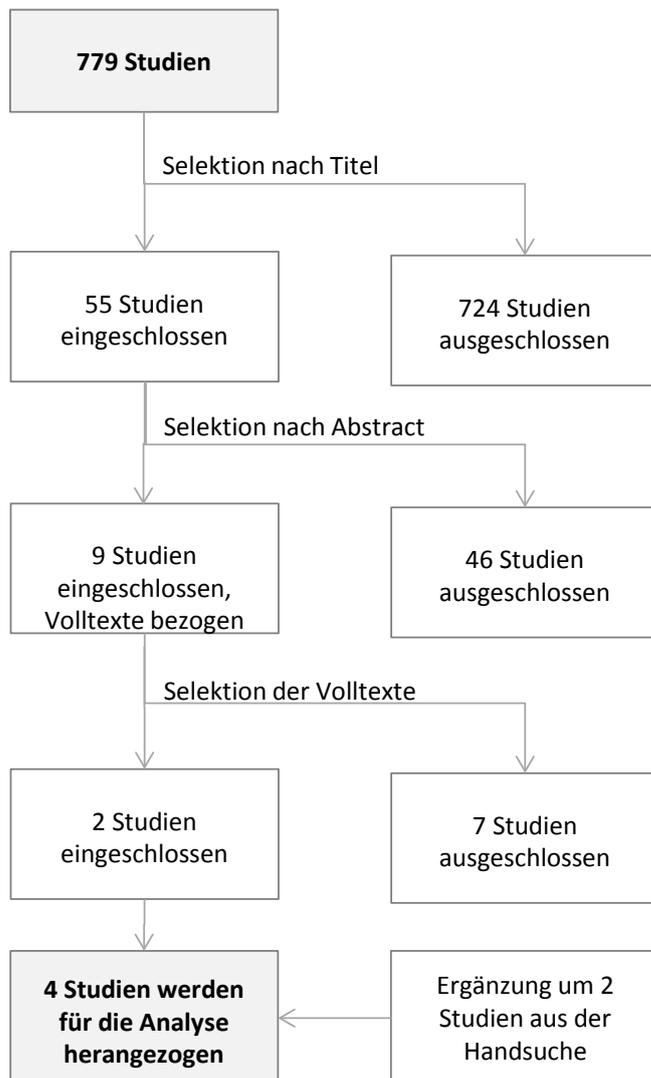
Ausgehend von den im Kapitel 3 „Theoretischer Hintergrund“ erarbeiteten theoretischen Grundlagen und aufbauend auf den Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche wurde unter Berücksichtigung der österreichischen Rahmenbedingungen eine konkrete Empfehlung für eine Forschungsarbeit erstellt.

## 5 Literaturrecherche geeigneter Forschungsansätze

### 5.1 Recherche und Selektion

Die systematische Literaturrecherche erfolgte von 28. Dezember 2014 bis 7. Jänner 2015. Insgesamt ergab die Suche 779 Treffer. Diese wurden dem Selektionsprozess unterzogen.

Abbildung 6: Selektionsprozess und Ergebnis<sup>6</sup>



Aus der systematischen Literaturrecherche konnten zwei Studien (Glenngård et al., 2011, Kim, 2015) ermittelt werden, mittels Handsuche<sup>7</sup> wurden zwei (Shaw et al., 2008, Nicholson et al., 2005) ergänzt.

In der ersten Selektionsrunde (Titel und Abstract) wurden Studien ausgeschlossen, die aufgrund von Titel und, sofern bereits im Titel ersichtlich, Herkunftsregion (nicht Europa und nicht Nord-

<sup>6</sup> 777 Studien wurden in der Datenbank ScienceDirect ermittelt, 2 aus OvidSP bezogen.

<sup>7</sup> Arbeiten, die bereits bei der Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds gefunden wurden bzw. die aus den Literaturlisten der eingeschlossenen Studien ergänzt wurden.

amerika) nicht den Einschlusskriterien entsprachen. Bei jenen Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten und bei welchen Zweifel bestanden, die durch den Titel allein nicht geklärt werden konnten, wurde zusätzlich der Abstract gelesen und danach selektiert. Anschließend wurden die Volltexte bezogen. Bei der Zweitselektion wurden jene Studien ausgeschlossen, die im Volltext nicht den Einschlusskriterien entsprachen (z. B. zwar den inhaltlichen Einschlusskriterien entsprachen, aber reine Literaturarbeiten darstellten). In Tabelle 5 sind die in der Zweitselektion ausgeschlossenen Studien inkl. Ausschlussgrund gelistet.

**Tabelle 5: In der Zweitselektion ausgeschlossene Studien**

Studie	Ausschlussgrund
Fields and pathways: Contrasting or complementary views of information seeking. (Johnson et al., 2006)	Die Studie fokussiert ausschließlich auf Informationsquellen und Informationspfade und weist keinen Inanspruchnahmeaspekt auf.
Social media and online health services: A health empowerment perspective to online health information. (Mano, 2014)	Die Studie wurde in Israel durchgeführt und erfüllt daher die Einschlusskriterien nicht. Darüber hinaus bezieht sie sich ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Online-Gesundheitsdiensten.
Health information seeking: A review of measures and methods. (Anker et al., 2011)	Im Literaturreview über Methoden/Tools zur Erhebung von Gesundheitsinformationsverhalten (health information seeking) wurde das Inanspruchnahmeverhalten nicht untersucht, sondern es wurden nur einige wenige andere Outcomes (beispielsweise Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation) berücksichtigt. Die Studie wird daher im Rahmen der systematischen Literaturrecherche exkludiert. <sup>8</sup>
Do-it-yourself Healthcare: The current landscape, prospects and consequences. (Carrera und Dalton, 2014)	Die Studie fokussiert auf mHealth-Tools (z. B. mobile Geräte, die mit dem Smartphone verbunden sind und den Blutzucker messen und übermitteln). Informationsnutzung zur Inanspruchnahmeentscheidung wird nicht untersucht.
Health literacy, social support, and health: a research agenda. (Lee et al., 2004)	Die Studie stellt eine Literaturarbeit zum Aufzeigen von Forschungsagenden dar. Empirische Erhebungen, Erhebungs- und Untersuchungsmethoden zum Thema Information und Inanspruchnahme sind nicht in der Arbeit umfasst.
Taking part: Engaging knowledge on health in clinical encounters. (Nunes et al., 2014)	Die Arzt-Patienten-Interaktion wurde untersucht, nicht allerdings die Inanspruchnahmeentscheidung basierend auf Informationen.
Decision support systems for choosing a primary health care provider in Sweden. (Ranerup et al., 2012)	Im Rahmen einer Fallstudie wurden Webportale als Entscheidungsunterstützungssysteme bei der Wahl einer Primärversorgungseinrichtung untersucht. Ziel der Studie war es zu untersuchen, auf welche Art das Design von webbasierter Entscheidungsunterstützung die Fähigkeit von Patientinnen/Patienten unterstützt, eine informierte Wahl eines Primärversorgers zu treffen. Hierfür wurden Beamtinnen/Beamte zu den technischen Möglichkeiten der Tools interviewt, eine Testung der Websites durch die Forscherinnen/Forscher durchgeführt und die Projektdokumentation analysiert. Grundlage für die Arbeiten bildete das Modell der Wahl/Kalkulation von Callon und Muniesa. Eine Untersuchung der Informationsnutzung mit potentiellen Patientinnen/Patienten fand nicht statt. Auf Information basierte Inanspruchnahmeaspekte wurden nicht untersucht.

<sup>8</sup> Die Ergebnisse des Reviews zu Messmethoden der Informationssuche sollen ergänzend zu den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche im Zuge der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten herangezogen werden.

## 5.2 Ergebnisdarstellung

### 5.2.1 Beschreibung der Studien

Bisher existieren sehr wenige Studien, die sich im Speziellen mit Informationen als Grundlage für die bzw. als Einflussgröße bei der Inanspruchnahmeentscheidung bei der Krankenversorgung auseinandersetzen. Es konnten insgesamt nur vier Studien identifiziert werden, die die vorab definierten Einschlusskriterien erfüllen. Diese bearbeiten Fragestellungen zu Informationen/Informationsnutzung und der Inanspruchnahme der Krankenversorgung (Ersteintritt) mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Diese Schwerpunkte umfassen:

- Informationsverhalten, Informationsquellen und Inanspruchnahme als Einflussvariable
- Wahl des Anbieters basierend auf Informationen
- Art der Informationsquelle und der Einfluss auf die Inanspruchnahme
- Prozess des Hilfesuchens (Information als Teilaspekt)

Die identifizierten Studien verwenden quantitative oder qualitative Ansätze. Drei Studien verfolgten einen quantitativen Ansatz. Grund hierfür ist, dass in diesen überwiegend die Zusammenhänge und die Stärke der Zusammenhänge untersucht wurden und die Entwicklung neuer Erklärungsansätze nur einmal im Fokus stand. Die drei quantitativen Studien generierten Daten mittels Onlinefragebogen, Papierfragebogen (postalisch) und fragebogengestützter Telefonumfrage.

Zwei Studien legten ihrer Arbeit theoretische Modelle zu Grunde (Johnson's comprehensive model of information seeking und Behavioral Model of Health Services Use mit einer Erweiterung um Informationsnutzung), die qualitative Studie entwickelte einen empirisch begründeten Ansatz für ein neues Modell, welches auf vorangegangene Erklärungen des Prozesses des Hilfesuchens aufbaute.

Die Inanspruchnahme der Zahnversorgung wurde in keiner der Studien untersucht.

Tabelle 6 stellt die Eckpunkte der analysierten Studien (Ziel, Design und Methode, Modelle und Messgrößen, Land/Gesundheitssystem sowie die zentralen Stärken und Limitationen) dar. Im Anschluss werden die zentralen Punkte zusammenfassend erläutert.

:

**Tabelle 6:      Analysierte Studien**

---

Studie	An exploratory study of inactive health information seekers. (Kim, 2015)	Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. (Glenngård et al., 2011)	The association between women's health information use and health care visits. (Nicholson et al., 2005)	How people decide to seek health care: A qualitative study. (Shaw et al., 2008)
<b>Ziel/Forschungsfrage (FF)</b>	FF1: Welche Charakteristika weisen inaktive Informationssucherinnen/Informationssucher <sup>9</sup> hinsichtlich Gesundheitszustand, Inanspruchnahme der Krankenversorgung, Kontakt mit Gesundheitsmedien und Computer-/Internetaktivitäten auf? FF2: Welche Hauptfaktoren beeinflussen inaktives Informationssucherverhalten?	FF: In welchem Ausmaß haben Personen das Gefühl, einen Anbieter gewählt zu haben, warum haben sie eine Wahl getroffen und wo haben sie nach Information gesucht?	Ziel war es, den Effekt der Art (Typ) der genutzten Informationsquelle auf die Inanspruchnahme/Nutzung von Gesundheitsleistungen zu bestimmen.	Beschreibung des Entscheidungsprozesses beim Hilfesuchen (inkl. Informationssuche) von Personen mit Problemen beim Harnlassen („urinary symptoms“, Miktionsbeschwerden) im mittleren und höheren Alter. Ziel dabei war es, die Schritte im Entscheidungsprozess beim Aufsuchen von Krankenversorgern im Allgemeinen zu identifizieren und zu untersuchen, wie der Entscheidungsbaum in Beziehung zu bestehenden Modellen von Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme steht, um darauf aufbauend einen Modellvorschlag zu machen.
<b>Design und Methode</b>	Datenauswertung des 2009 Annenberg National Health Communication Survey (ANHCS) <sup>10</sup> (monatliche Onlineumfrage bei einem für die USA repräsentativen Sample) mittels K-Means Clustering (inaktive und aktive Sucherinnen/Sucher). Darauf aufbauend wurde binäre logistische Regression zur Berechnung der Stärke des Zusammenhangs zwischen Einflussvariable und Informationssuche verwendet.	Populationsbefragung (Fragebogen) in drei schwedischen Verwaltungsbezirken. Die Stichprobe wurde so gewählt, dass in den Gebieten mit erwarteter geringerer Rücklaufquote eine größere Stichprobe gezogen wurde.	Populationsbasierte Random-Digit-Dialing-Umfrage bei 498 Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren zwischen Dezember 1999 und Jänner 2000 in Baltimore zur Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (health visits). Das Vorhandensein und die Stärke der Assoziation zwischen den Charakteristika der Person, Informationsnutzung und der Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen wurden analysiert.	Qualitative leitfadengestützte Tiefeninterviews mit 33 Frauen und Männern, die medizinische Versorgung aufgrund von Problemen beim Harnlassen aufsuchten. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden aus einer epidemiologischen Studie zur Prävalenz von Problemen beim Harnlassen rekrutiert. Die Fragen umfassten Hilfesuchen bzgl. der Probleme beim Harnlassen und Hilfesuchen im Allgemeinen. Eine thematische Analyse mit der Grounded Theory-Methode wurde durchgeführt. Zuerst wurden Interviewpart-

<sup>9</sup> Als inaktive Informationssucherinnen/Informationssucher wurden Personen bezeichnet, die nicht aktiv oder aus eigener Motivation heraus nach Gesundheitsinformationen suchten.

<sup>10</sup> ANNENBERG NATIONAL HEALTH COMMUNICATION SURVEY 2013. ANHCS 2005-2012 User's Guide & Codebook. <http://anhcs.asc.upenn.edu>.

Studie	An exploratory study of inactive health information seekers. (Kim, 2015)	Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. (Glenngård et al., 2011)	The association between women's health information use and health care visits. (Nicholson et al., 2005)	How people decide to seek health care: A qualitative study. (Shaw et al., 2008)
<b>Verwendete Modelle</b>	Johnson's comprehensive model of information seeking (CMIS) → Informationssuche involviert bewusste Entscheidungen zwischen Kanälen und Quellen.		Behavioral Model of Health Services Use <sup>11</sup> als Rahmenwerk für die Analyse und die Integration der Informationsnutzung in das Modell.	nerinnen und Interviewpartner zielgerichtet (Alter, Geschlecht, Schweregrad der Symptome) ausgewählt, danach anhand der aufkommenden Themen. Hier lag der Fokus auf dem variierenden Einfluss der Symptome auf die Lebensqualität. Die Notwendigkeit, Personen, welche lebensbedrohliche Zustände erlebt hatten, zu interviewen, wurde erkannt, dies konnte aber nicht realisiert werden. Die Datenerhebung wurde fortgeführt, bis keine neuen Themen mehr aufkamen.
<b>Erhebungsaspekte/Rahmenthemen</b>	Abhängige Variablen: Informationsuche → Sieben Fragen zur aktiven Suche nach Gesundheitsinformationen in sieben verschiedenen „Medien“ bzw. Quellen: Fernsehen, Zeitungen, Magazine allgemein, Gesundheitsmagazine, Internet, Familie und Freundschaftsnetz.	Fragebogen <sup>12</sup> mit 20 Fragen zu drei Bereichen: Hintergrund (Demografie und Sozioökonomie, Inanspruchnahmeverhalten – Anzahl der Inanspruchnahmen in den letzten 12 Monaten, Gesundheitszustand – EQ-5D und wahrgenommener Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen im selben	Women's Health Care Experiences Survey (WHCES) mit 75 geschlossenen Fragen zu folgenden Bereichen: Bedürfnis/Bedarf basierte Nutzung von Gesundheitsleistungen, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Quellen für Information zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsstatus, soziodemografische Charakteristika. Die einzelnen Variablen wurden jeweils definiert: Quellen für Gesundheitsinformationen (15 Quellen	Interviewleitfaden mit folgenden Themenfeldern, die von den Interviewerinnen und Interviewern adressiert wurden: Erfahrungen mit Hilfesuchen bei Problemen beim Harnlassen, Erfahrungen mit Hilfesuchen bei anderen Beschwerden, Sichtweisen auf die Zusammensetzung des medizinischen Problems und einen angemessenen Kontakt

<sup>11</sup> Die Autorinnen und Autoren bezeichnen das Modell als Behavioral Model of Health Care Utilization und Behavioral Model of Health Care Use. Die Referenz verweist auf das Modell von Andersen und Aday. In dieser Arbeit wird zur einfacheren Lesbarkeit der Name Behavioral Model of Health Services Use beibehalten.

<sup>12</sup> Der Fragebogen kann von den Studienautorinnen und -autoren auf Anfrage bezogen werden.

Studie	An exploratory study of inactive health information seekers. (Kim, 2015)	Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. (Glenngård et al., 2011)	The association between women's health information use and health care visits. (Nicholson et al., 2005)	How people decide to seek health care: A qualitative study. (Shaw et al., 2008)
	<p>nen/Freunde, Ärztinnen/Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe; Einflussvariablen: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Krankenversicherungssystems (Anzahl der in Anspruch genommenen Services im letzten Jahr), Kontakt mit Medien (Art, Häufigkeit, Glaubwürdigkeit, Einstellungen), Computer-/Internetaktivitäten;</p>	<p>Alter), <u>Treffen einer Wahl eines Primärversorgungsanbieters</u> (Bewertung von Präferenzen und Barrieren bei der Primärversorgung: Befragte wurden gebeten, Aussagen zur Primärversorgung auf einer Likert-Skala (von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme sehr zu“ und „weiß nicht/keine Meinung“) zu bewerten) und darüber, wo Information zum gewählten Anbieter gefunden wurde;</p>	<p>in 7 Fragen abgefragt), für jede Quelle wurden die interviewten Frauen befragt, ob sie die Quelle in den letzten 12 Monaten zumindest einmal genutzt hatten. Zuordnung der Quellen zu Kategorien wurde vorgenommen: gedruckte Gesundheitsmedien (Gesundheitsmagazine, Gesundheitsbücher, Gesundheitsnewsletter), gedruckte Nachrichtenmedien (Zeitungen und Magazine), Übertragungsmedien (Radiosendungen, Fernsehnachrichtenprogramme), Computerressourcen (CD-ROM, Internet), Organisationen (lokale, bundesstaatweite und landesweite Frauengesundheitsgruppen, Gruppen für öffentliche Angelegenheiten) und organisierte Gesundheitsevents (Gesundheitsmessen, Unterstützungsgruppen, Frauengesundheitszentren); Variablen bei Soziodemografie, Gesundheitszustand und Quelle der Versorgung: Charakteristika der Frauen (Ethnizität, Bildung), Alter, Versicherungsstatus, Haushaltseinkommen, Bedarfsfaktoren, Gesundheitssystemfaktoren; als Inanspruchnahme (Health care utilization) wurden ambulante Kontakte für die Krankenversorgung/im Gesundheitssystem definiert. <u>Analysekategorien</u>: Quellen (0-1 Quelle, 2-3 Quellen, 4-5 Quellen, 6 oder mehr Quellen);</p>	<p>zu medizinischer Versorgung, Verhältnis zur Hausärztin/zum Hausarzt und anderen Primärversorgern, persönlicher Kontext des Hilfesuchens, Behandlungspräferenzen. Zum Einstieg wurden die Personen gebeten, in ihren eigenen Worten wiederzugeben, was sie dazu veranlasste, Hilfe bei Problemen beim Harnlassen zu suchen, und was danach passierte.</p>
<b>Land/ Gesundheitssystem</b>	USA, vorwiegend Gesundheitsmarkt	Schweden, Beveridge-System mit neuen Wahlmöglichkeiten	USA, vorwiegend Gesundheitsmarkt	Großbritannien, NHS (Beveridge)
<b>Stärken/Limitationen</b>	Gemessen wurde der Einfluss von Inanspruchnahme (Anzahl) auf Informati-	Informationen bei der Wahl des Primärversorgers. Präferenz der Versorgung durch Spezialistin-	Die Datenerhebung liegt sehr weit zurück, Informationsquellen können sich durch die weitere Ausbreitung der Internetnutzung	Durch die qualitative Untersuchung konnten Aspekte identifiziert werden, allerdings ist nicht geklärt, in

<p><b>Studie</b></p>	<p><b>An exploratory study of inactive health information seekers.</b> (Kim, 2015)</p>	<p><b>Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish countries.</b> (Glenngård et al., 2011)</p>	<p><b>The association between women's health information use and health care visits.</b> (Nicholson et al., 2005)</p>	<p><b>How people decide to seek health care: A qualitative study.</b> (Shaw et al., 2008)</p>
<p>onsquellen/Informations- suche (Anzahl), von Ge- sundheitszustand auf In- formationsquellen/ Informationssuche etc. Die Maßeinheiten für Compu- ter-/Internetaktivität bezog die Kompetenzen nicht ausreichend mit ein. Kogni- tive Faktoren wie Gesund- heitseinstellungen und Verhalten wurden nicht ausreichend untersucht. Die Untersuchung des Zusammenhangs von In- formationssuche und dem Verständnis der Individuen war limitiert. Bildungs- schwächere Gruppen sind unterrepräsentiert. Stärke: umfassende Datenbasis aus landesweitem Survey, die für diese Studie heran- gezogen wurde.</p>	<p>nen/Spezialisten wurde (sys- tembedingt) nur als erklärende Variable berücksichtigt. Antwortende Befragte hatten etwas höhere Bildung als die Durchschnittsbevölkerung. Ein Großteil der Personen gab an, dass ihr Gesundheitsstatus ähnlich oder besser als der von anderen Personen im gleichen Alter ist, auch hierdurch ist ein Bias zu erwarten. Die vorge- nommene Wahl und die ggf. damit in Verbindung stehende Information liegen zum Teil schon längere Zeit vom Befra- gungszeitpunkt zurück. Ein Re- call-Bias ist daher zu erwarten. Auf unterschiedliche Wahzeit- punkte wurde in der Erhebung nicht ausreichend Rücksicht genommen. Bei dieser Erhe- bung ist von vergleichsweise hohen Kosten und einem hohen Aufwand auszugehen, wenn- gleich eine relativ zielgenaue Erhebung möglich ist.</p>	<p>und die neu entstandenen Angebote seit der Erhebung verändert haben und andere Auswirkungen zeigen. Wesentlicher Vorteil der Methode ist die gezielte Abfrage von Aspekten. Recall-Bias ist zu erwarten, die Erhebung basierte auf Angaben der Frauen zu Aspekten, die in der Vergangenheit lie- gen. Mehr Frauen mit höherem Bildungs- stand nahmen an der Befragung teil. Infor- melle Informationsquellen (z. B. Freundin- nen/Freunde, Familie oder Bekannte) wur- den nicht berücksichtigt. Bei dieser Umfrage sind vergleichsweise hohe Kosten und ein hoher Aufwand zu erwarten. Die Qualität der Informationen und der Einfluss der Qua- lität der Information auf die Inanspruch- nahme konnten in dieser Studie nicht be- rücksichtigt werden. Mit diesem Design ist nicht ermittelbar, ob das Informationsverhal- ten die Inanspruchnahme beeinflusst oder umgekehrt. Der ausschließliche Fokus auf Frauen stellt eine weitere Limitation dar.</p>	<p>welchem Ausmaß diese auftreten bzw. Einfluss haben. Durch die Verortung der Studie in Großbri- tannien mit den Primärversor- gungseinrichtungen des NHS als üblichen Erstanlaufpunkt wurde nur untersucht, wie der Prozess des Hilfesuchens abläuft und was ihn auslöst und beeinflusst, nicht aber wo Hilfe gesucht wird. Es wurde zwar der Prozess des Hilfesuchens sowohl bei Problemen beim Harnlassen als auch bei an- deren Beschwerden untersucht, da die Probandinnen/ Probanden aber aus einer epidemiologischen Studie zu Problemen beim Harnlassen rekrutiert wurden, können die Er- gebnisse möglicherweise nur auf Patientinnen/Patienten mit Proble- men beim Harnlassen zutreffen.</p>	

### **5.2.2 Verwendete Methoden**

Die selektierten Studien verwendeten quantitative und qualitative Ansätze. Verwendete quantitative Methoden umfassen:

- Online-Panelerhebung (Onlinefragebogen bei einem repräsentativen Sample, jährliche Wiederholung, wobei nur ein Durchgang ausgewertet wurde)
- Populationsbefragung mittels Fragebogen
- Populationsbasierte Random-Digit-Dialing-Umfrage

Die qualitative Studie zog leitfadengestützte Tiefeninterviews heran.

Diese Erhebungsarten sind gebräuchlich, denkbar wären aber auch weitere Erhebungsarten wie beispielsweise persönliche Interviews für die quantitative Erhebung oder Beobachtungen gewesen.

### **5.2.3 Messgrößen in quantitativen Studien**

In den quantitativen Studien wird eine Reihe von Messgrößen für die Erhebung verwendet. Die genutzten Messgrößen werden zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Information und Inanspruchnahme in folgenden Bereichen herangezogen: Informationsquellen, Kontakt mit Medien, Computer-/Internetaktivität, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Leistungsarten, Häufigkeit/Intensität der Inanspruchnahme, Inanspruchnahmegrund, Inanspruchnahmeart (Vorhandensein eines Standardanbieters), Kostenaspekte der Inanspruchnahme, Soziodemografie, Einstellungen zur Versorgung, Treffen einer Wahl, Versorgungsstruktur.

Im Folgenden werden die recherchierten Messgrößen dargestellt (Nicholson et al., 2005, Kim, 2015, Glenngård et al., 2011). Messgrößen, die für den Erstzugang zur österreichischen Krankenversorgung nicht oder kaum relevant sind, wie beispielsweise Retail-Kliniken oder Kostenunterschiede zwischen verschiedenen zur Verfügung stehenden Leistungen, wurden in der Auflistung nicht berücksichtigt. Für die sozioökonomischen Messgrößen und die Messgrößen zu Leistungsarten wurden die in den Studien verwendeten Ausprägungen nicht im Detail angeführt, da für eine österreichische Studie auf Österreich angepasste Antwortmöglichkeiten verwendet werden müssen. Sinnvoll erscheint hier die Verwendung der Ausprägungen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) (z. B. Alterskategorien) (Statistik Austria, 2014b).

#### **Informationsquellen:**

Ausprägungen: Nutzung in den vergangenen zwölf Monaten bzw. pro Monat; ja/nein bzw. viel, etwas, wenig, gar nicht:

- Fernsehen (TV-Nachrichtenprogramme)
- Radiosendungen
- Zeitungen (Gesundheitsteile)
- Nachrichtenmagazine (Magazine generell)
- Gesundheitsmagazine
- Gesundheitsbücher
- Familie und Freundinnen/Freunde

- Gesundheitsdiensteanbieter (Ärztinnen/Ärzte und andere Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer) (Information beim letzten Besuch; vor der Wahl einer (Primär-)Versorgungseinrichtung)
- Information vom Verwaltungsbezirk/einer für die Versorgung zuständigen Institution/Behörde (z. B. Gebietskrankenkassen) (vor der Wahl einer (Primär-)Versorgungseinrichtung)
- Erhalten von oder Abonnieren von Gesundheitsnewslettern (von Krankenanstalten, Universitäten oder Frauenorganisationen)
- Nutzung von Vereinen/Institutionen für Informationen (lokale Frauen- und Männergesundheitsgruppen, landesweite Frauen- und Männergesundheitsgruppen, nationale Frauen- und Männergesundheitsgruppen, nationale Gruppen für öffentliche Angelegenheiten, Unterstützungsgruppen)
- Teilnahme an Aktivitäten (Gesundheitsmessen, Veranstaltungen in Frauen- oder Männergesundheitszentren)
- Gesehene Medizinsendungsfolgen/Folgen von Serien mit Medizinkontext (The Biggest Loser, Grey's Anatomy, ER, Scrubs, Nip/Tuck, City M.D., House, Dr. 90210, Strong Medicine, 3 lbs., Desperate Housewives)
- Internetnutzung (z. B. vor der Wahl einer (Primär-)Versorgungseinrichtung) für folgende Informationsquellen:
  - Internetnewsletter
  - Blogs
  - Live-Chatroom
  - Foren
  - Qualitätsratings für Ärztinnen/Ärzte
  - Websites von Spitälern und Ambulanzen
  - Gesundheitswebsites
  - Onlinegruppen bzw. soziale Netzwerke
  - Videosharing
  - Seiten von Pharmaunternehmen
  - Seiten für spezifische Medikamente
  - Seiten zu Medizintourismus
  - Regierungsseiten
  - Nachrichtenseiten
  - anderes

### **Computerfähigkeiten (Computer Literacy):**

Ausprägungen: ja/nein

- Editieren von Audio/Video
- Onlinebanking
- Nachrichten lesen
- Websites erstellen
- Bildung (E-Learning)
- Suche (z. B. Jobsuche, Informationssuche)
- Musik hören oder herunterladen

- Anrufe tätigen
- Teilnahme an Chatrooms oder Pinnwänden
- Spiele
- Sofortnachrichtendienste
- Einkaufen (z. B. Kleidung, Aktienkauf oder -verkauf)
- Textverarbeitung/Tabellenkalkulation/Datenbanken – Arbeit am Computer
- E-Mails (erstellen/senden/empfangen/lesen)
- anderes
- keine Computernutzung

### **Gesundheitszustand:**

- Anzahl bestätigter Diagnosen (hoher Blutdruck, hohes Cholesterin, Reflux, Allergien, Depression, chronischer Schmerz, Diabetes, Asthma/chronische Bronchitis/COPD, Arthritis, Schlafstörungen, Angststörungen, Migräne, Krebs (außer Hautkrebs), Herzkrankheiten, andere); Ausprägung: ja/nein
- Medikamentenkonsum (für Allergien, hohen Blutdruck, Sodbrennen oder Verdauungsstörungen, Arthritis, Reflux, Nebenhöhleninfektion, hohes Cholesterin, chronische Rückenschmerzen oder Rückenprobleme, Sehprobleme, Migräne, Depression, Diabetes, Hämorrhoiden, Angstzustände, Fieberblasen); Ausprägung: ja/nein
- Wahrgenommener Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen im gleichen Alter; Ausprägung: schlechter, etwa gleich, besser
- Chronische Erkrankungen; Ausprägung: Liste mit Erkrankungen (aus ATHIS) z. B. Diabetes, Asthma ja/nein
- Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand; Ausprägung: exzellent, gut, ausreichend, schlecht
- EQ-5D<sup>13</sup>

### **Pflegestatus (Erbringung informeller Pflege):**

Ausprägung: ja/nein

- Übernahme der Pflege von Personen mit (Anzahl der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, mit denen eine Person als informelle Pflegekraft umgehen muss):
  - hohem Blutdruck
  - hohem Cholesterin
  - Diabetes
  - Allergien
  - Reflux
  - Depression
  - Asthma/chronische Bronchitis/COPD
  - Krebs (außer Hautkrebs)
  - Hautkrebs
  - chronischem Schmerz

<sup>13</sup> Der EQ-5D ist ein standardisiertes Instrument der EuroQol-Gruppe zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität/ des Gesundheitszustands (health outcomes). Das Instrument eignet sich zum Beispiel für postalische Umfragen, Fragebögen in Kliniken oder persönliche Interviews. EUROQOL. 2015. *About EQ-5D* [Online]. EuroQol. <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html> [Zugriff am 8.2.2015 2015].

- Herzkrankheiten
- Arthritis/Gelenkschmerzen/Entzündungen der Gelenke
- Schlafproblemen
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

### **Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems:**

Ausprägung: Anzahl der Inanspruchnahmen (Kontakte oder in Anspruch genommene Services) in den letzten zwölf Monaten

- Anzahl der Krankenversorgungskontakte gesamt (Health care visits) (0 Kontakte, 1 Kontakt, 2-5 Kontakte, mehr als 6 Kontakte)
- Leistungen
  - Rezepte
  - Medizinische Leistungen
  - Drogenentzug
  - Alternative Heilmethoden
- Grund für die Kontakte:
  - Kontakte aufgrund chronischer Krankheiten (Liste aus ATHIS für Spezifikation)
  - klinische Tests, z. B. Mammografie
  - Unwesentliche Erkrankungen, z. B. Verkühlung
  - Vorsorgeuntersuchungen
  - Depressionen
  - Verletzungen
  - Menstruationsbeschwerden
  - Familienplanung
  - Schwangerschaftsbezogene Kontakte
  - Kontakte im Zusammenhang mit Operationen

### **Soziodemografie:**

- Alter
- Geschlecht
- Geburtsland
- Bildung
- Lebensumstände (gesetzlicher Familienstand/De-Facto<sup>14</sup>-Familienstand)
- Beschäftigung
- Versicherung (Pflichtversicherung – ja/nein/welche; Privatversicherung ja/nein)
- Haushaltseinkommen

### **Einstellung zur Versorgung:**

Ausprägung: Likert-Skalen: z. B. sehr niedrig, niedrig, weder hoch noch niedrig, hoch, sehr hoch bzw. nicht wichtig bis sehr wichtig; weiß nicht/keine Meinung

- Vertrauen in die Leistungen der Primärversorgungseinrichtung
- Verfügbarkeit „Primärversorger in der Nähe des Wohnorts“

<sup>14</sup> Ohne Ehe oder eingetragene Partnerschaft in einer Beziehung lebend.

- freundliches Personal
- Zugang zu verschiedenen Berufsgruppen
- Erhalten von Information über die Behandlung
- Möglichkeit, sich an den Behandlungsentscheidungen zu beteiligen
- Unterstützung bei Überweisungen
- Koordination der Versorgung
- (Direkter) Zugang zur Spezialistin/zum Spezialisten bei spezifischen Bedürfnissen
- Gleichbleibendes Personal bei Folgebesuchen

#### **Treffen einer Wahl/Wahlverhalten:**

- Nutzung der Wahlmöglichkeit („Haben Sie eine Wahl der Primärversorgungseinrichtung in Verbindung mit oder nach der Einführung der Wahlfreiheit in Ihrem Verwaltungsbezirk getroffen?“); Ausprägung: ja/nein
- Gründe für die Wahl (positive Meinung zum gewählten Anbieter, Vorhandensein einer neuen Alternative, Unzufriedenheit mit dem vorangegangenen Anbieter); Ausprägung je Aspekt: Likert-Skala von „stimme stark zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ und „weiß nicht/keine Meinung“
- Barrieren bei der Wahl des Primärversorgers (Interesse „es ist wichtig eine Wahlmöglichkeit beim Primärversorger zu haben“, Information „ausreichend Information für die Wahl eines Primärversorgers haben“, Schwierigkeiten beim Treffen einer Wahl, Vertrauen in die Primärversorgung, Zugang zu unterschiedlichen Einrichtungen, um eine Wahl zu treffen – Vorhandensein von zu wenigen Wahlmöglichkeiten); Ausprägung je Aspekt: Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme absolut zu“ bzw. „nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“ und „weiß nicht/keine Meinung“

#### **Versorgungsstruktur:**

- Wohngemeinde; Messgröße: Bevölkerungsdichte aus Statistikdaten
- Anbieterstruktur; Messgröße: Anzahl und Wahlmöglichkeit – Vorhandensein weiterer (Primär-)Versorger, Entstehen neuer Anbieter, Entfernung zum nächsten Krankenhaus
- Vorhandensein einer/eines regelmäßig aufgesuchten Leistungserbringerin/Leistungserbringers (regular health care provider, z. B. Hausärztin/Hausarzt); Ausprägung: ja/nein

#### **Informationsart:**

Ausprägung: ja/nein

- Themen in den Medien gehört/verfolgt
  - Übergewicht/Adiposität
  - Krebs
  - Herzkrankheiten
  - Genetik und Gesundheit
  - Versicherungsschutz
  - Terroristenattacken
  - HIV oder Aids
  - neue Forschungsergebnisse in Medizinjournalen
  - genetisches Testen/Kauf von genetischen Tests

- Gespräche über Gesundheit, Gespräche über Drogen
- Bewertungen für Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer
- Spitals- oder Ambulanzseiten

#### **5.2.4 Leitfadenthemen der qualitativen Studie**

Die qualitative Studie (Shaw et al., 2008) orientierte sich an folgenden Themenfeldern als Ausgangslage für die Interviews:

- Erfahrungen mit dem Hilfesuchen bei Problemen beim Harnlassen
- Erfahrungen mit dem Hilfesuchen bei anderen Beschwerden
- Sichtweisen auf Aspekte des medizinischen Problems (wodurch ist es entstanden, welche Komponenten sind relevant) und einer angemessenen Konsultation (Arztbesuch, medizinische Beratung) zur medizinischen Versorgung
- Beziehung zur Hausärztin/zum Hausarzt und anderen Primärversorgern
- Persönlicher Kontext des Hilfesuchens
- Behandlungspräferenzen
- Was veranlasste die Personen, aufgrund von Problemen beim Harnlassen Hilfe zu suchen, und was passierte im Anschluss?

#### **5.2.5 Stärken und Limitationen**

Die quantitativen Studien weisen unterschiedliche Stärken und Limitationen auf. Besonders zu berücksichtigen ist, dass mehr Personen mit höherer Bildung als die Durchschnittsbevölkerung an den Befragungen teilgenommen haben. Dadurch ist einerseits diese Gruppe überrepräsentiert, andererseits sind Personen mit niedrigerer Bildung unterrepräsentiert. Da Bildung einen Einfluss auf Health Literacy haben kann, ist diese Limitation besonders bei der Interpretation von Studiendaten zu berücksichtigen. Eine ebenfalls wichtige Limitation der analysierten Studien ist der Recall-Bias, welcher bei retrospektiven Befragungen zu Ereignissen, die bereits weiter zurück liegen, vermehrt auftreten kann. Auch diese Limitation ist bei der Interpretation der Studienergebnisse zu beachten. Andere Limitationen betreffen beispielsweise die Aktualität der Daten, wobei hier darauf zu achten ist, ob die Ergebnisse noch Aussagen über die aktuelle Situation zulassen oder als veraltet anzusehen sind.

Bei allen quantitativen Studien wurde eine umfassende Datenbasis herangezogen.

Die qualitative Studie verfolge eine gut geeignete Erhebungsstrategie. Durch die Andockung der Studie an eine epidemiologische Studie zu Problemen beim Harnlassen sind die Ergebnisse aber möglicherweise nicht auf andere Bevölkerungsgruppen übertragbar.

#### **5.2.6 Ableitungen für eine österreichische Studie**

Wie in Kapitel 3.5 „Zusammenfassung und Ableitung eines Arbeitsmodells“ und Abbildung 5 dargestellt, sind auf Systemebene die Informationsbereitstellung und auf Ebene des Individuums

die Informationsnutzung für die Inanspruchnahmeentscheidung die im Rahmen dieser Arbeit interessierenden Aspekte. Die aus der Recherche ermittelten Erhebungsbereiche können diesen Modellaspekten zugeordnet werden und auch als Basis für eine österreichische Erhebung dienen. In Tabelle 7 ist die Zuordnung dargestellt.

**Tabelle 7: Zuordnung der recherchierten Erhebungsbereiche zu den interessierenden Aspekten**

<b>Interessierender Aspekt</b>	<b>Erhebungsbereich</b>
Systemebene	Versorgungsstruktur
Informationsbereitstellung	Informationsquellen
Individuum	Gesundheitszustand Soziodemografie Einstellungen zur Versorgung Pflegerstatus
Informationsnutzung	Informationsquellen Informationsarten Computerfähigkeiten Treffen einer Wahl
Inanspruchnahme	Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems

Für eine Studie im österreichischen Kontext sind grundsätzlich alle Zugänge und Methoden der identifizierten Studien geeignet. Zu klären ist, ob ein quantitativer Zugang ausreichend ist, um die Informationsnutzung für die Inanspruchnahmeentscheidung im österreichischen Kontext darzustellen. Vorangegangene Untersuchungen in Österreich wiesen aus, welche formalen Quellen für Gesundheitsinformation in Österreich genutzt werden (Hofmarcher, 2013), eine qualitative Studie legte nahe, dass manche Nutzertypen des Krankenversorgungssystems auch den Bekanntenkreis für Empfehlungen oder Informationen bei der Arztwahl heranziehen (Fischer et al., 2001). Auch aus Studien aus anderen Ländern können Messgrößen zu Informationsquellen ergänzt werden. Die in Kapitel 5.2.3 „Messgrößen in quantitativen Studien“ dargestellten Informationsquellen wurden zu einem großen Teil in allen eingeschlossenen quantitativen Studien verwendet. Es ist daher davon auszugehen, dass es sich dabei um eine umfassende Auflistung handelt und alle wesentlichen Informationsquellen für Inanspruchnahmeentscheidungen erfasst sind.

Anders verhält es sich bei der Art der Information, die für die Inanspruchnahmeentscheidung genutzt wird. Die vorweg ermittelte kurze Liste der Informationsarten setzt sich aus wenigen Einzelnennungen in den Studien zusammen und scheint unvollständig. In einer österreichischen Studie wurde ermittelt, dass Empfehlungen und Qualitätsinformationen von einem Nutzertyp des Krankenversorgungssystems verwendet werden. Auch aus anderen Studien zum Informationsverhalten in anderen Ländern kann bezüglich der Art der verwendeten Information keine umfassende Liste mit Messgrößen erstellt werden, da zum einen damit nicht auf den besonders freien Zugang in Österreich Rücksicht genommen werden kann, zum anderen sich Untersuchungen in anderen Ländern häufig auf Leistungs- und Qualitätsinformationen beschränken. Weitere mögliche

Informationsaspekte (z. B. Beschwerden/Symptome, Struktur) werden nicht umfassend berücksichtigt (vgl. z.B. Lako und Rosenau, 2009). Zudem ist davon auszugehen, dass die verwendeten Informationsarten von den tatsächlich im Land verfügbaren Informationsarten abhängig sind.

Zur Ermittlung der verwendeten Informationsarten im Zuge einer Inanspruchnahmeentscheidung ist daher in einem ersten Schritt eine qualitative Untersuchung in Österreich nötig, mit welcher die Grundlagen (Messgrößen) für die Erhebung der Häufigkeit und Größenordnung der Relevanz der Informationsarten ermittelt werden.

Unter Verwendung der identifizierten Studien konnte eine umfangreiche Liste an Messgrößen der Inanspruchnahme ermittelt werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, aus der Studie von Hoffman et al. (2013) und anhand der Charakteristika der österreichischen Krankenversorgungsstruktur jene Messgrößen auszuwählen, die im österreichischen Kontext vorkommen. Für eine Erhebung in Österreich ist es des Weiteren notwendig, sozioökonomische Daten und Leistungsarten mit in Österreich gebräuchlichen Standardmessgrößen zu erheben. Hierfür eignen sich besonders die in der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) verwendeten Messgrößen. (Statistik Austria, 2014b)

Die Kosten potentieller Studiendesigns sollen bereits in der Planungsphase der Studie berücksichtigt werden, um möglichen hohen Kosten als Realisierungshindernis entsprechend begegnen zu können.

## 6 Diskussion der Literaturanalyse

### 6.1 Diskussion der Rechercheergebnisse

Die Analyse der identifizierten Studien liefert Hinweise auf geeignete Methoden und eine Liste mit Messgrößen zur Erforschung des Zusammenhangs von Information und Inanspruchnahme. Zudem werden die Ansatzpunkte für eine Studie in Österreich dargestellt. Damit wird die Forschungsfrage 1 beantwortet.

Die gewählte Suchstrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien identifizierten sehr eng gefasst jene Studien, die eine ähnliche Zielsetzung wie diese Arbeit aufweisen. Herangezogen wurden ausschließlich Studien, die sowohl den Informationsaspekt als auch den Inanspruchnahmeaspekt aufgegriffen haben, um alle hierfür relevanten Messgrößen ableiten und als Grundlage für weitere Arbeiten aufbereiten zu können.

Alle eingeschlossenen Studien wiesen eine ausreichende Qualität auf, wobei dennoch für alle Studien relevante Limitationen aufgezeigt werden konnten. Die Limitationen sind im Zuge der Durchführung einer Studie bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen. Die verwendeten Methoden und Messgrößen wurden ausreichend gut beschrieben. Für die Studie von Glengård et al. (2011) konnte das Erhebungstool nicht eingesehen werden, da dieses ausschließlich in schwedischer Sprache vorliegt. Die Beschreibung der Messgrößen im Artikel war allerdings ausreichend, um diese extrahieren zu können.

Keine der recherchierten Studien wurde in Österreich durchgeführt. Eine der identifizierten Studien (Nicholson et al., 2005) verwendete Daten aus den Jahren 1999 und 2000. Hier wurden Computer-/Internetaspekte abgefragt und analysiert, die nicht mehr auf die heutige Situation übertragbar sind. Die beiden anderen Publikationen mit quantitativen Herangehensweisen hingegen sind aktuell und berücksichtigen auch die heutigen Computer- und Internetgegebenheiten. Im Zuge der Synthese der Analyseergebnisse wurden die veralteten Messgrößen der Computer- und Internetnutzung den aktuellen gegenübergestellt und nur jene weiter gelistet, die den aktuellen Rahmenbedingungen entsprechen.

Viele der ermittelten Messgrößen kamen in allen quantitativen Studien zur Anwendung. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Messgrößen eine gute Eignung für die Erforschung von Information und Inanspruchnahme aufweisen.

Insgesamt konnten bei der Literaturrecherche nur vier Studien identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Durch die eng gefasste Vorgehensweise bei der Recherche besteht die Möglichkeit, dass Studien nicht identifiziert wurden, die einen weiteren Beitrag zur Bearbeitung der Forschungsfrage hätten leisten können, aber unspezifischer oder mit einem anderen Fokus angelegt wurden. Insbesondere zum Bereich der Information liegen zahlreiche Studien vor, deren Fokus aber nicht auf der Inanspruchnahme liegt, sondern andere Aspekte, wie beispielsweise

Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient betrifft. Es ist dennoch davon auszugehen, dass die identifizierten Studien durch ihren Umfang und ihre breite Abdeckung verschiedener Informations- und Inanspruchnahmeaspekte alle oder beinahe alle relevanten Messgrößen für die quantitative Erhebung des Zusammenhangs von Information und Inanspruchnahme enthalten. Anders verhält es sich bei den dargestellten methodischen Herangehensweisen. Hier wäre jedenfalls auch die Durchführung von persönlichen Interviews denkbar.

Offen bleibt, welche verwendeten quantitativen Erhebungsarten für die Erforschung des Zusammenhangs von Information und Inanspruchnahme in Österreich am besten geeignet sind. Hier gilt es, die Eignung für Zielgruppen sowie die Vor- und Nachteile der Erhebungsarten gegeneinander abzuwägen.

## **6.2 Diskussion der möglichen Erhebungsarten**

Bei quantitativen Erhebungen sind die in den recherchierten Studien verwendeten telefonischen, postalischen und Online-Erhebungsarten gegeneinander abzuwägen, um Kosten, Vorteile und Nachteile bewerten zu können. Zudem wäre die Methode des persönlichen Interviews denkbar und soll daher ebenfalls bewertet werden. Im Folgenden werden die Erreichbarkeit von Zielgruppen sowie die Vor- und Nachteile der einzelnen Erhebungsarten diskutiert.

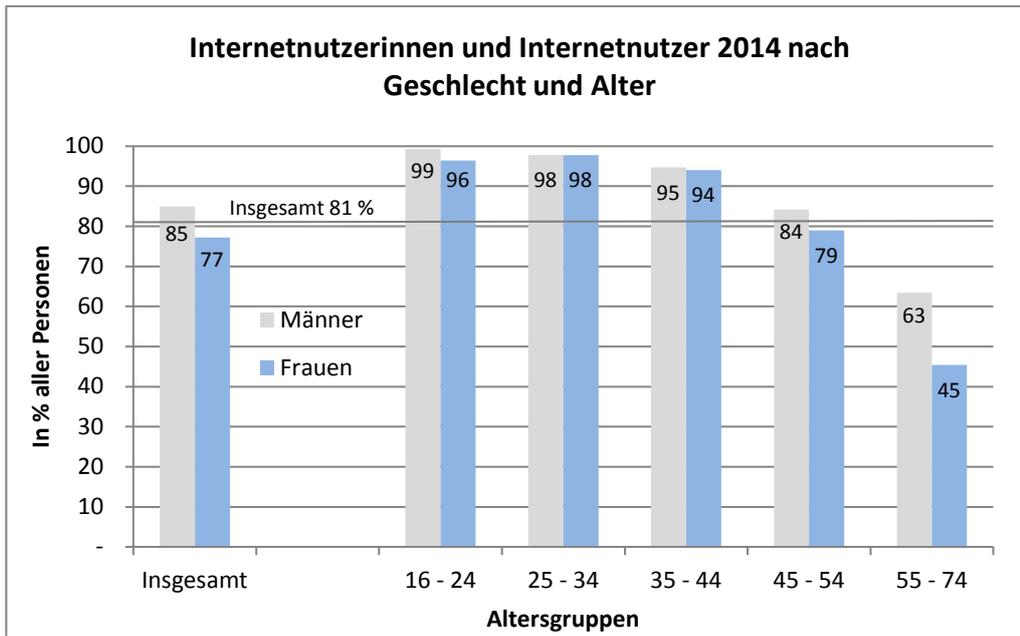
### **6.2.1 Zielgruppen, Vor- und Nachteile von Onlineerhebungen**

#### **Erreichbarkeit von Zielgruppen**

Schriftliche Befragungen eignen sich nur für Personen mit ausreichender Lesekompetenz. Erwachsene (16-65 Jahre) in Österreich haben im internationalen Vergleich eine unterdurchschnittliche Lesekompetenz. Etwa 17,1 Prozent bzw. rund 970.000 der 16- bis 65-Jährigen in Österreich haben eine niedrige Lesekompetenz, die sie im Beruf und Alltag einschränkt. Personen mit höherem Alter, geringer Bildung bzw. geringerer Bildung der Eltern und Personen mit Migrationshintergrund haben häufiger eine geringe Lesekompetenz. (Statistik Austria, 2013b) Es ist davon auszugehen, dass diese Personen nicht im Rahmen einer schriftlichen Befragung erreicht werden können.

Onlineerhebungen sind vor allem für jüngere Probandengruppen geeignet. Ab einem Alter von 45 Jahren nimmt die Internetnutzung stark ab (Statistik Austria, 2014c). Folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Internetnutzerinnen und -nutzer nach Alter und Geschlecht:

**Abbildung 7: Personen mit Internetnutzung in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt**



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2014.  
Erstellt am 21.10.2014. – Befragungszeitpunkt: April bis Juni 2014. (Nachbildung)

Insbesondere bei Altersgruppen über 45 Jahren besteht bei Onlinebefragungen das Risiko, dass diese Personengruppe bzw. Subgruppen dieser Altersgruppe unterrepräsentiert sind.

Umfassende Verzeichnisse, wie etwa Telefonbücher oder Adressen aus Melderegister oder Sozialversicherungsdaten, stehen für E-Mail-Adressen in Österreich bis dato nicht zur Verfügung. Beim Einsatz von Onlineerhebungen muss daher sichergestellt werden, dass die benötigten E-Mail-Adressen aus anderen Quellen (z. B. einem Panel eines Marktforschungsinstituts) zur Verfügung stehen oder ein anderer geeigneter Zugang zur Stichprobe (z. B. postalische Einladung zur Onlinebefragung) gewählt wird. Offene Links zum Erhebungstool auf einer Website oder E-Mails mit offenen Links, die weitergeleitet werden sollen, stellen keine adäquate Zugangsform dar, da auf diese Weise ein systematisch verzerrtes selektives Sample entsteht. Wird ein Sample/eine Stichprobe nicht adäquat aus der Grundgesamtheit gezogen, kann auch keine Aussage über die Grundgesamtheit getroffen werden. (Diekmann, 2007)

### **Vorteile der Erhebungsart**

*Datenerfassung/Vorbereitung der Auswertung:* Eine zusätzliche Datenerfassung ist nicht notwendig, da die Probandinnen/Probanden die Daten direkt online eingeben. Alle so erfassten Daten können direkt als Datenbank weiter verwendet und in einer Analysesoftware weiter bearbeitet werden.

*Datenqualität:* Durch den Einsatz von Pflichtfeldern in Onlinefragebögen kann die Datenvollständigkeit bei essentiellen Fragen sichergestellt werden. Außerdem wird gewährleistet, dass bei Einfachauswahlfeldern tatsächlich nur eine Auswahl getroffen wird, Textfelder mit Text und Zahlen-

felder mit Zahlen befüllt werden. Auch Plausibilitätsprüfungen sind bereits beim Ausfüllen durch den Probanden/die Probandin möglich.

*Anreize für die Teilnahme:* Mit Anreizen können Personen, die nicht aus rein intrinsischer Motivation oder Pflichtgefühl an einer Erhebung teilnehmen, zur Teilnahme motiviert werden. Anreize für eine Teilnahme an der Befragung können bei Onlinebefragungen vergleichsweise einfach eingesetzt werden. Die Teilnahme an Verlosungen oder das Zusenden der Forschungsergebnisse sind bei Angabe einer E-Mail-Adresse ohne großen Aufwand machbar.

*Kosten:* Onlinebefragungen sind im Vergleich zu herkömmlichen postalischen Fragebogenerhebungen und Telefonumfragen mit wesentlich geringeren Kosten verbunden, da keine Kopie-, Porto- oder Telefonkosten bzw. Kosten für Interviewerinnen/Interviewer entstehen.

*Vermeidung von Interviewerfehlern:* Bei Onlinebefragungen werden analog zu schriftliche Befragungen die Fragen von den Personen selbst ausgefüllt, wodurch ein Interviewerfehler/Interviewerbias vermieden werden kann. Außerdem sind überlegtere Antworten der Probandin/des Probanden als bei Interviews möglich. (Paier, 2010, Freise, 2003)

### **Nachteile der Erhebungsart**

*Für spezielle Zielgruppen geeignet:* Nicht alle Altersgruppen und sozialen Schichten sind gleichermaßen mit Onlinefragebögen erreichbar (z. B. kein PC/Internetzugang auf Grund von Armut/Alter; funktionaler Analphabetismus). Daher ergibt sich ein Selektionsbias, der die Ergebnisse beeinflussen kann.

*Möglichkeit der Weitergabe/Verfälschung des Samples:* Es muss sichergestellt werden, dass die Onlinebefragung nicht mehrfach von derselben Person oder von Personen außerhalb der Stichprobe befüllt wird. Die Weiterleitung oder Mehrfachbefüllung ist wahrscheinlicher als bei Papierfragebögen. Darüber hinaus kann nicht festgestellt werden, ob die Zielperson den Fragebogen ausgefüllt oder an eine andere Person weitergegeben hat. (Diekmann, 2007)

*Rücklaufquote:* Die Rücklaufquote muss durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden. (Diekmann, 2007)

*Befragungssituation:* Die Befragungssituation ist nicht kontrollierbar. (Berekoven et al., 2009)

## **6.2.2 Zielgruppen, Vor- und Nachteile von postalischen (schriftlichen) Befragungen**

### **Erreichbarkeit von Zielgruppen**

Postalische Fragebogenerhebungen eignen sich für Zielgruppen, die auf dem Postweg erreichbar sind und einen Fragebogen lesen bzw. ausfüllen können. Für Österreich kann davon ausgegangen werden, dass ein überwiegender Teil der Bevölkerung mit einer postalischen Befragung erreicht werden kann. Allerdings weisen rund 17 Prozent der 16-65 Jährigen in Österreich eine niedrige Lesekompetenz auf (Statistik Austria, 2013b).

### **Vorteile der Erhebungsart**

*Für spezielle Zielgruppen geeignet:* Durch die gute Erreichbarkeit eines großen Teils der Bevölkerung mittels postalischer Befragungen ist diese Befragungsart auch für viele Zielgruppen geeignet. Insbesondere können auch Personen teilnehmen, die auf Grund ihres Alters mit Onlinefragebögen nicht gut zu erreichen sind.

*Möglichkeit der Weitergabe/Verfälschung des Samples:* Per Post zugesandte Fragebögen bergen ein geringeres Risiko, durch die Zielperson vervielfältigt und mehrfach ausgefüllt übermittelt zu werden. Auch das Risiko der Weitergabe an Personen außerhalb der Zielgruppe scheint geringer als bei Onlinefragebögen. Es kann aber nicht sichergestellt werden, dass der Fragebogen tatsächlich von der Zielperson ausgefüllt wird (Diekmann, 2007).

*Vermeidung von Interviewerfehlern:* Schriftliche Befragungen werden von den Personen selbst ausgefüllt, wodurch ein Interviewerfehler/Interviewerbias vermieden werden kann. Darüber hinaus kann von überlegteren Antworten als bei Interviews ausgegangen werden. (Paier, 2010, Freise, 2003)

*Anonymität:* Schriftliche Befragungen gewährleisten ein hohes Maß an Anonymität (Paier, 2010, Freise, 2003).

### **Nachteile der Erhebungsart**

*Anreize für die Teilnahme:* Bei postalischen Befragungen ist die Verwendung von Anreizen möglich, wenn auch schwieriger umzusetzen, da hier z. B. für eine Anmeldung zu einer Verlosung separat Kontaktdaten übermittelt werden müssen, die vom Fragebogen getrennt verarbeitet werden können.

*Erreichbarkeit von Zielgruppen:* Personen mit eingeschränkter Lesekompetenz können mit einem schriftlichen Fragebogen nicht erreicht werden.

*Datenqualität:* Bei postalischen Fragebögen kann nicht restlos sichergestellt werden, dass die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer die vorgesehenen Antwortkategorien (wie beispielsweise Einfachauswahl, Text, Zahl) einhalten. Außerdem besteht keine Möglichkeit, die Angabe von für die Auswertung essentiellen Daten sicherzustellen (anders als beim Onlinefragebogen, der die Definition von Pflichtfeldern zulässt).

*Datenerfassung/Vorbereitung der Auswertung:* Die Angaben auf Papier müssen in eine elektronische Version übertragen werden. Das kann entweder durch den Einsatz von elektronisch lesbaren Fragebögen geschehen oder mittels Erfassung durch eine oder mehrere Personen. Das Erfassen durch Personen birgt aber die Gefahr von Übertragungsfehlern und ist mit einem hohen Zeitaufwand und hohen Kosten verbunden.

*Rücklaufquote:* Die Rücklaufquote muss durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden. Oft sind die Rücklaufquoten ohne geeignete Maßnahmen eher gering. (Diekmann, 2007)

*Befragungssituation:* Die Befragungssituation ist nicht kontrollierbar. (Berekoven et al., 2009)

*Möglichkeit der Weitergabe/Verfälschung des Samples:* Obwohl die Mehrfachbefüllung oder Weiterleitung an andere Personen weniger wahrscheinlich ist als bei Papierfragebögen, besteht dennoch die Möglichkeit, dass nicht die Zielperson den Fragebogen ausfüllt, sondern diese den Fragebogen an eine andere Person weitergibt. (Diekmann, 2007)

*Kosten:* Die Kosten für postalische Befragungen rangieren im Mittelfeld. Durch Druck- und Portokosten (Zusendung und Rücksendung inkl. Kuvert) sind die Kosten wesentlich höher als bei einer Onlinebefragung, aber im Regelfall niedriger als bei Telefonbefragungen. (Diekmann, 2007)

### **6.2.3 Zielgruppen, Vor- und Nachteile von Telefonbefragungen**

#### **Erreichbarkeit von Zielgruppen**

In Ländern wie Österreich sind fast alle Personen mit einem Telefonanschluss ausgestattet und daher grundsätzlich telefonisch erreichbar. Zu beachten ist dabei, dass die Anzahl der Festnetzanschlüsse rückläufig ist und in den Jahren 2009/2010 nur noch knapp 60% betrug. Im selben Zeitraum verfügten bereits über 90% der Haushalte über einen Mobiltelefonanschluss. (Statistik Austria, 2013a) Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklungen anhalten. Mit einer Telefonbefragung können auch ältere Personen und Personen mit Problemen beim Lesen oder Schreiben erreicht werden. Für Bevölkerungsbefragungen ist diese Methode daher geeignet. Sofern eine Gruppe aus der Bevölkerung herausgegriffen wird, ist aber abzuklären, ob für diese Zielpopulation ein Register mit Telefonnummern vorliegt. Sollen beispielsweise Personen mit Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung befragt werden, muss vorab geklärt werden, ob Telefonnummern für Anspruchsberechtigte vorliegen oder ermittelt werden können. Außerdem ist es notwendig, abzuklären, wie vollständig Mobiltelefonnummern vorhanden und zugänglich sind.

#### **Vorteile der Erhebungsart**

*Ausschöpfungsquote:* Die Ausschöpfungsquote von telefonischen Befragungen liegt annähernd so hoch wie bei persönlichen Befragungen (Diekmann, 2007).

*Für spezielle Zielgruppen geeignet:* Durch die gute Erreichbarkeit eines großen Teils der Bevölkerung sind telefonische Befragungen für viele Zielgruppen, auch ältere Personen, geeignet.

*Möglichkeit der Weitergabe/Verfälschung des Samples:* Die telefonische Kontaktaufnahme der Interviewerin/des Interviewers stellt sicher, dass die ausgewählte Person die Fragen beantwortet. Eine Weitergabe wie bei schriftlichen oder Onlinebefragungen ist nicht möglich. (Diekmann, 2007)

*Datenqualität:* Programme für die Durchführung von computerunterstützten Telefoninterviews (CATI) bieten Möglichkeiten der Qualitätssicherung im Zuge der Erhebung (z. B. durch Plausibilitätsprüfungen). (Diekmann, 2007)

*Datenerfassung/Vorbereitung der Auswertung:* Die Daten werden von der Interviewerin/vom Interviewer direkt erfasst. Die Daten können aus den Erfassungsprogrammen exportiert und direkt in Datenauswertungsprogrammen weiter verwendet werden.

*Vermeidung von Unklarheiten:* Es besteht die Möglichkeit rückzufragen. Dadurch können Missverständnisse oder Unklarheiten vermieden werden. (Freise, 2003)

### **Nachteile der Erhebungsart**

*Fehlende Anonymität:* Da Telefoninterviews nicht anonym durchgeführt werden (Ausnahme Random-Digit-Dialing), ist im Vergleich zur postalischen Befragung (hier werden die Fragebögen anonym retourniert) auf Grund der Erhebungssituation vermehrt mit sozial erwünschten und weniger kritischen Antworten zu rechnen. (Freise, 2003)

*Befragungssituation:* Die Befragungssituation ist nicht kontrollierbar (Berekoven et al., 2009).

*Kosten:* Telefonbefragungen sind im Vergleich zu schriftlichen/postalischen Befragungen und Onlinebefragungen im Regelfall die teuerste Methode. Nicht nur die Kosten für das Telefonat, sondern auch für die Interviewerin/den Interviewer wirken sich hier aus.

## **6.2.4 Zielgruppen, Vor- und Nachteile von persönlichen Befragungen**

Auch wenn keine der recherchierten Studien die persönliche Befragung für die quantitative Erhebung von Daten wählte, ist auch dieser Ansatz grundsätzlich möglich.

### **Erreichbarkeit von Zielgruppen**

Die persönliche Befragung ist für die meisten Zielgruppen geeignet. Einschränkungen liegen bei Personen mit Hörbeeinträchtigung oder anderen Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen Kontakt vor.

### **Vorteile der Erhebungsart**

*Ausschöpfungsquote:* Die Ausschöpfungsquote von persönlichen Befragungen ist im Regelfall hoch (Diekmann, 2007).

*Für spezielle Zielgruppen geeignet:* Durch den direkten Zugang sind persönliche Befragungen für viele Zielgruppen und auch ältere Personen oder Personen mit eingeschränkter Lese- und Schreibkompetenz geeignet.

*Möglichkeit der Weitergabe/Verfälschung des Samples:* Die persönliche Kontaktaufnahme der Interviewerin/des Interviewers stellt sicher, dass die ausgewählte Person die Fragen beantwortet. (Diekmann, 2007)

*Datenqualität:* Programme für die Durchführung von computerunterstützten persönlichen Interviews bieten Möglichkeiten der Qualitätssicherung im Zuge der Erhebung (Diekmann, 2007).

*Kommunikation:* Zentraler Vorteil dieser Erhebungsmethode ist die einfachere Kommunikation zwischen Interviewerin/Interviewer und befragter Person. Lesekompetenzen oder Probleme mit dem Hören am Telefon spielen hier keine Rolle.

*Befragungssituation:* Die Interviewsituation ist kontrollierbar.

*Vermeidung von Unklarheiten:* Interviewerinnen/Interviewer können in der persönlichen Befragung durch die Klärung von Unklarheiten und Verständnisproblemen bei Fragen dazu beitragen, Verzerrungen zu vermeiden.

### **Nachteile der Erhebungsart**

*Einfluss der Interviewerin/des Interviewers:* Bei der persönlichen Befragung haben die Merkmale der Interviewerin/des Interviewers die größte Einflussmöglichkeit, da hier die meisten Merkmale wirken können. Neben Stimme und Sprache, die auch bei Telefoninterviews wirken, haben auch optische Aspekte, Mimik und Gestik, Alter, Kleidung einen Einfluss. Ein weiterer Nachteil von persönlichen Interviews ist die Möglichkeit von Fälschungen oder Teilfälschungen von Fragebögen. Da Interviewerinnen/Interviewer pro vollständig erhobenem Interview bezahlt werden und eine kürzere Interviewdauer daher lukrativ ist, besteht ein Anreiz für Fälschungen. (Diekmann, 2007)

*Zeit:* Die Durchführung von persönlichen Befragungen ist sehr zeitintensiv.

*Kosten:* Die Kosten von persönlichen Befragungen liegen über jenen der anderen Erhebungsarten. Besonders Personalkosten (Interviewerschulung, Interview- und Anfahrtszeit) sind bei dieser Erhebungsart sehr hoch. Darüber hinaus wird sowohl entsprechende Infrastruktur als auch eine Finanzierung der Fahrten benötigt.

## **6.3 Fazit**

Die recherchierten Studien sowie die daraus ermittelten geeigneten Methoden und Messgrößen sind grundsätzlich in Österreich anwendbar, müssen jedoch anhand ihrer Vor- und Nachteile in der Anwendung ausgewählt werden. Die Ergebnisse der Arbeiten zu Forschungsfrage 1 stellen eine geeignete Grundlage für die Erarbeitung einer Forschungsempfehlung für Österreich dar und werden im Folgenden dafür herangezogen.

## 7 Forschungsempfehlung für Österreich

Wie bereits einleitend erläutert, besteht in Österreich aufgrund des komplexen Gesundheitssystems und der geringen subjektiv wahrgenommenen Gesundheitskompetenz ein Handlungsfeld. Es liegen bisher aber kaum Forschungsarbeiten vor, die dieses Themenfeld bearbeiten, insbesondere keine, die den Zusammenhang von Information und Inanspruchnahme untersuchen. Aufbauend auf den vorangegangenen Arbeiten wurde eine Forschungsempfehlung für Österreich erstellt, welche im Folgenden beschrieben wird.

### 7.1 Zielsetzung

Folgende Zielsetzung wird für eine Studie empfohlen: Identifikation der Informationsarten und Informationsquellen, die für die Entscheidung zur (Erst-)Inanspruchnahme des professionellen Krankenversorgungssystems in Österreich herangezogen werden.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Informationen und Informationsquellen bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen, um einerseits einen Beitrag zur Patientensteuerung im komplexen österreichischen Krankenversorgungssystem und andererseits einen Beitrag zur Erreichung des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ zu leisten.

### 7.2 Forschungsfrage

Aus der Zielsetzung leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Welche Informationsarten und Informationsquellen ziehen Personen mit Versorgungsbedürfnis im Alter von 18 bis 64 Jahren für die Entscheidung über die (Erst-)Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems in Österreich heran? Welche Zusammenhänge zwischen Informationsart/Informationsquelle und Inanspruchnahmeentscheidung bestehen?

### 7.3 Design

#### 7.3.1 Studientyp

Die Rechercheergebnisse in Kapitel 5 zeigen, dass nur unzureichend bekannt ist, welche Informationsarten (z. B. Qualitätsinformation, Information zur Leistungserbringerin/zum Leistungserbringer, Information zu Symptomen, Information zu Krankheitsbildern etc.) im Zuge der Inanspruchnahmeentscheidung herangezogen werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist es in einem ersten Schritt nötig, relevante Informationsarten für eine Inanspruchnahmeentscheidung zu identifizieren. Zur Ermittlung der in Österreich verwendeten Informationsarten ist ein qualitatives Studiendesign, mit welchem angemessene Typologien und Kategoriensysteme für Informationsarten gebildet werden können, angebracht (Diekmann, 2007).

Um die Größenordnung der Nutzung von Informationsarten und Informationsquellen für die Inanspruchnahmeentscheidung definieren zu können, bedarf es darauf aufbauend und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturrecherche in Kapitel 5 einer quantitativen Erhebung. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird demnach ein zweistufiges Untersuchungsprozedere empfohlen. (Diekmann, 2007)

Die Planung der Studie sollte in Anlehnung an die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) erfolgen (Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE), 2004).

### **7.3.2 Studienbasis für beide Studienteile**

Als Studienbasis werden in Österreich lebende Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren empfohlen. Damit ist jene Bevölkerungsgruppe abgebildet, die im Vergleich zu älteren Personen eine niedrigere zu erwartende Krankheitslast hat (höhere Wahrscheinlichkeit für Erstzugangsentscheidungen/geringere Wahrscheinlichkeit, dauerhaft in Behandlung zu sein) und die auf Grund ihres Alters (Volljährigkeit, der überwiegende Teil der Bevölkerung ist nicht besachwaltet) eher in der Situation sein wird, für sich oder minderjährige Kinder eine Erstzugangsentscheidung zu treffen.

Personen über 64 Jahre stellen eine wesentliche Inanspruchnahmegruppe im Krankenversorgungssystem dar. Allerdings steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, bereits in einem dauerhaften Versorgungsverhältnis (z. B. aufgrund einer chronischen Erkrankung) zu sein oder bereits in einer Betreuungs- oder Pflegeeinrichtung zu leben. In beiden Fällen ist eine Inanspruchnahmeentscheidung keine reine Erstinanspruchnahmeentscheidung mehr, sondern bereits vom bestehenden Versorgungsverhältnis geprägt. Daher wird empfohlen, diese Altersgruppe nicht in der Studie zu berücksichtigen.

### **7.3.3 Qualitativer Studienteil**

#### *7.3.3.1 Forschungsfrage für den qualitativen Studienteil*

Der qualitative Studienteil soll folgende Forschungsfrage untersuchen:

Welche Informationsarten<sup>15</sup> ziehen Personen zwischen 18 und 64 Jahren heran, um sich für Entscheidungen über die Inanspruchnahme des Krankenversicherungssystems zu informieren?

#### *7.3.3.2 Methodenwahl*

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage bieten sich insbesondere zwei Herangehensweisen, Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews, an.

Qualitative Interviews werden als unstrukturierte oder halbstrukturierte Interviews geführt, um im Rahmen eines alltagsähnlichen Gesprächs eine vertraute Atmosphäre zu schaffen, wodurch Hemmschwellen abgebaut werden sollen. Ziel ist es, tiefere Kenntnisse sozialer Sachverhalte und validere Informationen zu erlangen, als dies mit standardisierten Interviews möglich wäre. (Diekmann, 2007) Qualitative Interviews sind geeignet, um Informationen zu erhalten, für die bislang kein Kategoriensystem existiert.

Im Rahmen von Fokusgruppen werden Kleingruppen angeregt, zu einem bestimmten, vorgegebenen Thema zu diskutieren. Das Thema wird durch das Untersuchungsziel vorgegeben und von einer Moderatorin/einem Moderator in die Gruppe eingebracht. Ziel ist es, möglichst viele unterschiedliche Aspekte eines Themas zu besprechen und aufzuzeigen. Dabei soll keine Übereinstimmung in der Gruppe erzielt, sondern jede Meinung zugelassen und erfasst werden. (Schulz et al., 2012) Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen erhalten durch die Diskussion innerhalb der Gruppe eine Hilfestellung beim Erinnern an mögliche Informationsarten. Es ist davon auszugehen, dass die Diskussion über Informationsarten weder zu persönlich noch peinlich oder unangenehm ist, weswegen die Gruppe hier als Unterstützung und nicht als Hemmnis gesehen werden kann.

Da das Ziel ist, eine möglichst umfassende Liste an genutzten Informationsarten für die Inanspruchnahme zu erstellen, wird für diesen Studienteil die Methode der Fokusgruppen vorgeschlagen. Ein weiterer Grund für die Empfehlung der Fokusgruppe ist, dass tieferegreifende Informationen, die den sozialen Kontext betreffen, nicht benötigt werden und somit die Gruppendiskussion, mit der Möglichkeit der gegenseitigen Inspiration, dem Einzelinterview, mit der Möglichkeit, in die Tiefe zu gehen, vorzuziehen ist.

Ein Vorteil von Fokusgruppen ist beispielsweise die Möglichkeit der Zusammensetzung aus Personen mit sehr unterschiedlichen Hintergründen, wodurch die Abbildung eines breiten Spektrums an Meinungen gefördert wird (Appelbaum et al., 2004). Da im Rahmen der Fokusgruppe bis zu

<sup>15</sup> z. B. Qualitätsinformation, Information zur Leistungserbringerin/zum Leistungserbringer, Information zu Symptomen, Information zu Krankheitsbildern etc.

zwölf Personen in einer relativ kurzen Zeitspanne zu einem Thema diskutieren, stellen sie im Vergleich zu Einzelinterviews ein kostengünstigeres Instrument dar.

Fokusgruppen, mit der darin stattfindenden Gruppendiskussion, sind eine sehr anspruchsvolle Erhebungsmethode, bei welcher es durch die Zusammensetzung der Gruppe auch zu Meinungsverschiedenheiten und zur Eskalation kommen kann (Mayer, 2002). Dieser Limitation muss durch geeignete Moderatorinnen/Moderatoren entgegengewirkt werden.

Die Vorteile und Limitationen anderer qualitativer Erhebungsmethoden (Diekmann, 2007), die sich beispielsweise aus der Art der Datenauswertung ergeben, treffen auch auf Fokusgruppen zu.

### *7.3.3.3 Erläuterung der Fokusgruppen-Methode*

Zu einer Fragestellung werden im Regelfall mehrere Fokusgruppen, entweder mit gleichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu unterschiedlichen Schwerpunkten oder mit unterschiedlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu einem Schwerpunkt, durchgeführt. In der Regel werden drei bis fünf Fokusgruppen im Rahmen einer Forschungsarbeit benötigt (Schulz et al., 2012). An einer Fokusgruppe nehmen dabei maximal zwölf Personen teil, die Diskussionsdauer beträgt je nach Bedarf zwischen 1,5 und 2,5 Stunden (Schupeta und Hildebrandt, 1999, Krippendorff, 2012, Mayer, 2002).

Im Rahmen der Fokusgruppe wird eine offene Diskussion geführt, die durch eine Moderatorin/einen Moderator anhand einer Agenda geleitet wird (Krippendorff, 2012). Die Rolle der Moderatorin/des Moderators ist neutral; Ziel ist es, alle Beteiligten zu einer aktiven Beteiligung zu motivieren und den Fokus der Gespräche auf dem Thema zu halten (Dierks und Bitzer, 1998).

### *7.3.3.4 Umfang und Rekrutierung*

Insgesamt wird empfohlen, drei Fokusgruppen mit jeweils anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchzuführen. Dadurch soll die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass ein möglichst breites Spektrum an Informationsarten genannt wird. Pro Fokusgruppe sind maximal zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgesehen. Insgesamt ergibt sich daher eine maximale Probandenzahl von 36.

Im Zuge der Rekrutierung soll darauf geachtet werden, möglichst viele Bevölkerungsgruppen anzusprechen. Die Rekrutierung muss daher über verschiedene Kanäle (z. B. Rekrutierung durch Partnerinstitutionen wie z. B. die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und deren Mitglieder, Aufruf über Patientenverbände, Einladungsverteilung in Ambulanzen, Bürgermeisterinnen/Bürgermeister und Gemeindenachrichten, Sozialversicherungsträger) und in verschiedenen Bundesländern (z. B. Wien als städtisches Gebiet im Osten, Oberösterreich (ohne Linz)/Salzburg oder Kärnten/Steiermark (nicht in Graz) und Tirol oder Vorarlberg für den Westen) erfolgen. Auch die Fokusgruppen selbst sollen in verschiedenen Bundesländern sowohl im städti-

schen als auch im ländlichen Umfeld stattfinden. Damit wird den Teilnehmerinnen/Teilnehmern eine kurze Anreise ermöglicht. Ziel ist eine breite Streuung innerhalb der Altersgruppe, bei der Bildung und den Lebensumständen der teilnehmenden Personen, um so ein breites Spektrum an eingebrachten Erfahrungshintergründen zu erreichen.

Für die Rekrutierung wird empfohlen, Einladungsschreiben mit der Bitte um Anmeldung (telefonisch oder per E-Mail) zu erstellen, die beispielsweise durch die erwähnten Partnerinstitutionen ausgegeben werden. Im Zuge der Anmeldung werden organisatorische Informationen weitergegeben und der Ablauf besprochen.

#### *7.3.3.5 Durchführung der Fokusgruppen*

Für die Qualität der Erhebung ist die Qualität der Durchführung maßgeblich. Die Moderation der Fokusgruppen soll daher von Personen mit Erfahrung in diesem Bereich durchgeführt werden. Eine Moderatorin/ein Moderator und jeweils zumindest eine weitere Person für die Beobachtung und Dokumentation sollen pro Fokusgruppensitzung eingesetzt werden. Beide benötigen ein eingehendes Briefing sowie alle relevanten Unterlagen, die die Planung und Durchführung der Studie betreffen.

Die Diskussion in den Fokusgruppen soll nach vorheriger Rücksprache mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die spätere Auswertung aufgezeichnet werden. Während der Diskussion ist es empfehlenswert, die genannten Informationsarten von der Moderatorin/vom Moderator auf Kärtchen notieren zu lassen und für die Gruppe sichtbar an einer Pinnwand aufzuhängen. Damit erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Überblick über ihre Diskussion, welche gleichzeitig als Dokumentation und Ergebnisdarstellung dient. Zur Erfassung von Erläuterungen soll durch eine zweite Person, die nicht an der Moderation oder der Diskussion beteiligt ist, eine Mitschrift erstellt und die Stimmung/Interaktion in der Gruppe dokumentiert werden. Gegebenenfalls nicht erfasste Meldungen von Informationsarten können nachträglich durch Auswertung der Tonaufnahme ergänzt werden.

#### *7.3.3.6 Datenerfassung und Datenanalyse*

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen sollen ein Datenblatt mit Angaben zu Alter, Bildung etc. ausfüllen. Diese Angaben können herangezogen werden, um die Fokusgruppe zu beschreiben und den Grad der Abbildung der Bevölkerung darzustellen.

Die Diskussionsergebnisse der Gruppe sollen nicht auf Ebene der Einzelperson, sondern als Gesamtergebnis erfasst werden. Die auf Kärtchen notierten Informationsarten, zugehörige Erläuterungen und etwaige Ergänzungen aus der Tonaufnahme und der schriftlichen Dokumentation durch eine zweite Person sollen elektronisch erfasst und als Grundlage für die Verdichtung herangezogen werden. Die Auswertung der Diskussionsergebnisse kann anhand der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Analysevariante der Zusammenfassung) erfolgen. (Diekmann, 2007)

Die Ergebnisse der drei Fokusgruppensitzungen werden gemeinsam in einem Bericht dargestellt und als Grundlage für die Fragebogenentwicklung des zweiten Teils der Studie herangezogen.

#### *7.3.3.7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung*

Es sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu setzen. Insbesondere der Einsatz erfahrener Fokusgruppenmoderatorinnen/-moderatoren, einer zweiten Person für die Dokumentation und die strukturierte Erfassung und Auswertung der Informationen dienen der Qualitätssicherung.

#### *7.3.3.8 Maßnahmen für die Gewährleistung des Datenschutzes*

Die Angaben und Informationen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden anonym behandelt. Durch die Art der Dokumentation und Auswertung der Daten soll die Rückführbarkeit von Angaben auf einzelne Personen verhindert werden. Das Datenblatt mit den statistischen Angaben zur Person ist anonym zu befüllen.

### **7.3.4 Quantitativer Studienteil**

#### *7.3.4.1 Forschungsfrage für den quantitativen Studienteil*

Unter Verwendung der Ergebnisse des qualitativen Studienteils und der in Kapitel 5 dargestellten Rechercheergebnisse und Ableitungen ist die bereits in Kapitel 7.2 formulierte Forschungsfrage „Welche Informationsarten und Informationsquellen ziehen Personen mit Versorgungsbedarf im Alter von 18 bis 64 Jahren für die Entscheidung über die (Erst)Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems in Österreich heran und welche Zusammenhänge zwischen Informationsart/Informationsquelle und Inanspruchnahmeentscheidung bestehen?“ mit einem quantitativen Ansatz bearbeitbar.

#### *7.3.4.2 Studienbasis*

Zur weiteren Konkretisierung der Studienbasis ist eine Einschränkung auf Personen mit einer tatsächlichen Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems sinnvoll.

Für Patientenbefragungen wird zur Reduktion eines Recall-Bias empfohlen, Personen zu rekrutieren, deren Erfahrungen mit der Versorgung nicht zu weit zurückliegen, wobei es dafür keine einheitlichen Empfehlungen gibt. Schang und Waibel empfehlen in einer aktuellen Arbeit, für Erhebungen zur Messung der Koordination im Gesundheitssystem Personen zu befragen, die in den letzten drei Monaten Kontakt mit dem Gesundheitssystem hatten (Schang und Waibel, 2013), aber auch eine kürzere Dauer scheint machbar und sinnvoll.

Grundsätzlich gibt es in Österreich zwei Möglichkeiten, um Personen mit Leistungsanspruchnahme aus Sekundärdaten zu identifizieren. In den Folgekostendaten (FOKO) der Krankenver-

sicherung sind Informationen zu den abgerechneten Leistungen im niedergelassenen Bereich und zu Krankenhausaufenthalten vorhanden. Nicht bzw. nicht umfassend enthalten sind Informationen zu Ambulanzbesuchen, da hier andere Abrechnungsmechanismen zum Tragen kommen. (Eger et al., 2012) Die FOKO-Daten der Krankenversicherung stehen allerdings aufgrund der Abrechnungs- und Prüfungszyklen erst mit einer Verzögerung von mindestens vier bis etwa sechs bzw. acht Monaten zur Verfügung. Sie eignen sich daher nicht, um Personen mit einer Inanspruchnahme in den letzten drei Monaten vor der Erhebung zu identifizieren. Die zweite Möglichkeit ist, Personen durch ihre im Rahmen des E-Card-Systems in Anspruch genommenen Kontakte mit dem Krankenversorgungssystem zu identifizieren. Diese Daten stehen aktuell zur Verfügung und sind nicht an Abrechnungszyklen gebunden. Es werden alle Kontakte mit dem Krankenversorgungssystem erfasst, bei welchen mit der E-Card Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Verwendung von E-Card-Kontaktdaten ist daher die geeignetste Variante, um Personen mit einer Leistungsanspruchnahme drei Monate vor der Erhebung zu identifizieren.

Sollte für die Studie keine Kooperation mit der österreichischen Sozialversicherung zur Identifikation der Studienpopulation möglich sein, kann diese mit Einschränkungen auch aus der allgemeinen Bevölkerung gezogen werden. Eine Präzisierung der Studienpopulation auf Personen mit Leistungsanspruchnahme in den vergangenen Monaten ist in diesem Fall aber nicht möglich. Im Jahr 2013 waren 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2014). Allgemeinmedizinische Leistungen nahmen laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 vier von fünf Österreicherinnen und Österreicher ab einem Alter von 15 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch. Etwa 18 Prozent bis 19 Prozent suchten im selben Zeitraum ein Spital auf. Bei Fachärztinnen und Fachärzten schwankt der Anteil je nach Fachrichtung zwischen zehn Prozent und 27 Prozent. Dabei nahmen mehr ältere Personen Leistungen in Anspruch als jüngere. Beispielsweise haben nur etwa 70 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher zwischen 15 und 29 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Allgemeinmedizinerin/einen Allgemeinmediziner aufgesucht, während etwa 89 Prozent der Personen im Alter von 60 bis 75 Jahren diese Leistung in Anspruch genommen haben. (Klimont et al., 2007) Es ist daher davon auszugehen, dass die meisten erwachsenen Personen in Österreich zumindest grundlegende Aussagen über ihre Inanspruchnahmeentscheidungen bei der Krankenversorgung treffen können, wenngleich diese Aussagen potentiell mit einem großen Recall-Bias bei weiter zurückliegenden Inanspruchnahmeentscheidungen behaftet sein dürften.

Daraus ergeben sich zwei Möglichkeiten für die Definition der Studienpopulation. Für die Stichprobenziehung empfiehlt sich ein Zufallsverfahren.

### **Variante 1**

*Alter:* 18 bis 64 Jahre

*E-Card-Kontakte:* Studienpopulation sind jene Personen, für die bis maximal drei Monate vor dem Beginn der Erhebung im E-Card-System ein Kontakt mit der Krankenversorgung registriert

wurde. Dabei zählen jene Kontakte, die bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, in Ambulanzen und Krankenanstalten stattgefunden haben. Nicht ermittelbar sind auf diese Weise Kontakte zur Krankenversorgung bei Wahlärztinnen/Wahlärzten, da in diesen Fällen die E-Card nicht verwendet wird.

*Merkmal:* Da die E-Card-Kontaktdaten weder Diagnosen noch andere konkrete Leistungsinformationen enthalten, ist es nicht möglich, anhand dieser Daten festzustellen, ob der Kontakt ein Erstkontakt oder ein Folgekontakt im Rahmen eines bestehenden Behandlungsverhältnisses ist. Die mit dem E-Card-System ermittelten Kontakte können mit Adressdaten der Krankenversicherung ausgewertet werden. Unklar ist, wie vollständig bzw. aktuell Telefonnummern vorhanden sind bzw. wie stark der Grad der Vollständigkeit und Aktualität zwischen den Sozialversicherungsträgern schwankt.

Es ist davon auszugehen, dass diese Variante nur dann realisierbar ist, wenn die Sozialversicherung an der Studie beteiligt ist.

## **Variante 2**

*Alter:* 18 bis 64 Jahre

*Allgemeine Bevölkerung:* Die Studienpopulation ist die österreichische Bevölkerung. Daten für die Stichprobenziehung sind beispielsweise in der Adressdatenbank der Post oder bei Meinungsforschungsinstituten vorhanden. Sowohl bei der Österreichischen Post<sup>16</sup> als auch bei Meinungsforschungsinstituten kann das Nutzungsrecht entsprechender Adressen (eingeschränkt z. B. nach Alter, Wohnort etc.) erworben werden.

*Merkmal:* Eine Einschränkung auf Versicherungsstatus oder vergangene Inanspruchnahme ist nicht möglich. Auch Personen ohne Versicherungsschutz sind Teil der Grundgesamtheit und können Teil der Stichprobe sein, wenngleich ihr Anteil an der Grundgesamtheit sehr gering ist. Unklar ist, ob Personen ohne Versicherungsschutz das österreichische Krankenversorgungssystem auf die gleiche Weise nutzen und ob es andere Informations- und Entscheidungsaspekte bei der Inanspruchnahmeentscheidung gibt als bei Personen mit Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Um hier Personen mit Inanspruchnahme zu identifizieren, ist es empfehlenswert, zum Einstieg in die Befragung zu erheben, ob die Person eine Leistungsanspruchnahme in den vergangenen drei Monaten hatte. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Fragebogen/das Interview nicht durchgeführt werden. Die Verwendung einer Filterfrage eignet sich besonders bei Telefoninterviews.

## **Empfehlung**

Die Auswahl der Variante kann erst getroffen werden, wenn die Finanzierung und die Kooperationspartner der Studie feststehen, da diese Faktoren die tatsächlichen Möglichkeiten maßgeblich bestimmen. Zu bevorzugen ist die Variante 1, da sie eine zielgerichteterere und auch kostengünstigere Erhebung ermöglicht.

---

<sup>16</sup> [https://www.post.at/geschaefftlich\\_adress\\_management\\_fuer\\_neue\\_kundendaten\\_adressen\\_kaufen.php?\\_cc\\_=1#1628](https://www.post.at/geschaefftlich_adress_management_fuer_neue_kundendaten_adressen_kaufen.php?_cc_=1#1628)

#### 7.3.4.3 Studienumfang und Stichprobenziehung

Bei einer Zufallsstichprobe haben alle Personen der Grundgesamtheit die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit. Die Anzahl der benötigten Auswertungsebenen, die Größe der Grundgesamtheit, die Schwankungsbreite und das Signifikanzniveau bestimmen den Umfang der benötigten Stichprobe. (Diekmann, 2007)

Die Ergebnisse sollen zumindest differenziert nach Geschlecht ausgewertet werden, um Unterschiede zwischen Männern und Frauen darstellen zu können. Personen unterschiedlichen Alters nutzen unterschiedliche Informationsquellen und möglicherweise auch andere Informationsarten (insbesondere bei der Internetnutzung sind Unterschiede zu erwarten) (Statistik Austria, 2014c). Empfehlenswert ist daher eine Auswertung von zumindest zwei Altersgruppen, „jüngeres Erwachsenenalter“ (18 bis 44 Jahre) und „älteres Erwachsenenalter“ (45 bis 64 Jahre). Mit diesen vier Auswertungsebenen können Aussagen auf Österreichebene getroffen werden.

Um detailliertere Aussagen treffen zu können, ist es empfehlenswert, auch regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Geeignet hierfür ist einerseits die Auswertung auf Bundeslandebene, da sich die Bundesländer zum Teil sowohl in ihrer Versorgungsstruktur als auch in ihrer Topografie bzw. Besiedlungsdichte unterscheiden. Um Aussagen auf Bundeslandebene treffen zu können, sind zumindest neun Auswertungsebenen zu berücksichtigen. Sofern zusätzlich pro Bundesland Geschlecht (zwei Ebenen) und Altersgruppen (zwei Ebenen) berücksichtigt werden sollen, erhöht sich die Anzahl der Auswertungsebenen um den Faktor vier.

Noch besser geeignet scheint aber eine Berücksichtigung der Unterschiede von städtischen und ländlichen Regionen (Besiedlungsform) im Zuge der Auswertung. Für eine separate Auswertung von eher städtischen und ländlichen Regionen sind die Auswertungsebenen Geschlecht und Altersgruppen um den Faktor zwei zu erhöhen. Möglich wäre auch eine Berücksichtigung von Bundesländern und Besiedlungsform. Mit jeder Auswertungsebene steigt aber die Anzahl der benötigten vollständigen Interviews/Fragebögen. Es ist davon auszugehen, dass die Auswertung der Besiedlungsform des Wohnorts ausreichende Erkenntnisse liefert, da dadurch zumeist auch das Leistungsangebot bzw. die Dichte der verfügbaren Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer bestimmt wird. Es ist davon auszugehen, dass eine zusätzliche Auswertung des Wohnorts nur wenige weitere Erkenntnisse bringen würde und daher den Mehraufwand nicht rechtfertigt.

Die österreichische Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren umfasste im Jahr 2013 5.440.645 Personen (Statistik Austria, 2014a). Bei einer Schwankungsbereite von  $\pm 8$  Prozent und einem Signifikanzniveau von 95 Prozent wird eine Mindestfallzahl von 152 pro Auswertungsebene benötigt. Je niedriger die Schwankungsbreite angesetzt wird, umso höher muss die Fallzahl pro Auswertungsebene sein (Diekmann, 2007).

Bei einer schriftlichen Befragung sind die theoretische Stichprobengröße (benötigtes Sample, wenn alle angeschriebenen Personen an der Befragung teilnehmen) und die tatsächliche Stichprobengröße, die auch das Nichtantworten von potentiellen Befragungsteilnehmerinnen/-teilnehmern berücksichtigt, zu unterscheiden. Tabelle 8 und Tabelle 9 zeigen theoretische und tatsächliche

Stichprobengrößen bei Schwankungsbreiten von fünf Prozent und acht Prozent, einem Signifikanzniveau von 95 Prozent und einer geschätzten Rücklaufquote von 30 Prozent im Vergleich.

**Tabelle 8: Theoretische Stichprobengröße (Nettostichprobengröße)**

Schwankungsbreite	Fallzahl pro Auswertungsebene	Auswertungsebenen			
		4	8	9	36 <sup>17</sup>
8%	152	608	1216	1368	5472
5%	386	1544	3088	3474	13896

**Tabelle 9: Tatsächliche Stichprobengröße bei einer postalischen Befragung (angenommene Rücklaufquote von 30%)**

Schwankungsbreite	Auswertungsebenen (Fallzahl bei 30% Rücklaufquote)			
	4	8	9	36
8%	2027	4053	4560	18240
5%	5147	10293	11580	46320

Für die vorweg beschriebene Erhebung wird eine Schwankungsbreite von +/- 8 Prozent und die Verwendung von acht Auswertungsebenen (Alter und Geschlecht sowie städtisch/ländlich) empfohlen. Diese Rahmenbedingungen lassen bei einem vertretbaren Mitteleinsatz ausreichend genaue Aussagen auf Österreichebene, gegliedert nach städtisch/ländlich sowie Alter und Geschlecht zu. Bei acht Auswertungsebenen sind zwar keine Bundeslandauswertungen möglich, jedoch eine Auswertung von Regionen, sofern insgesamt die Anzahl von acht Auswertungsebenen nicht überschritten wird. Damit kann grundlegend abgeklärt werden, ob sich die Regionen in Österreich unterscheiden.

#### 7.3.4.4 Empfehlungen zu Methodenwahl und Umsetzung

##### Wahl der Methode

Von der Verwendung einer Onlineumfrage wird abgeraten, da Personen ab 45 Jahren in geringerem Ausmaß online erreichbar sind, wodurch ein Teil der Studienpopulation unterrepräsentiert wäre. Für Telefonumfragen ist, basierend auf Erfahrungen der Gesundheit Österreich GmbH, bei einer Dauer von 15 bis 20 Minuten und bei einem Umfang von etwa 1.200 vollständigen Interviews von Kosten in der Höhe von etwa 35.000,- bis 40.500,- Euro auszugehen. Bei einer postalischen/schriftlichen Befragung mit etwa 4000 ausgesandten Fragebögen sind für die Durchführung (Druck, Versand, Rücksendung) in etwa Kosten in der Höhe von 10.000,- Euro zu erwarten (Preisbasis 2015).

Vor dem Hintergrund der Finanzierbarkeit der Studie und nach Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Erhebungsarten (siehe Kapitel 6.2) wird die schriftliche/postalische Befragung empfohlen.

<sup>17</sup> Neun Bundesländer, Alter und Geschlecht

## Fragebogenentwicklung

Für die Fragebogenentwicklung können aus dieser Arbeit Grundlagen herangezogen werden (siehe Kapitel 5). Zudem wurde der Review „Health information seeking: A review of measures and methods“ von Anker et al. (2011) als relevante Grundlage identifiziert. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wird eine die Ausschöpfung fördernde Gestaltung empfohlen (Dillmans (1983) nach Diekmann, 2007):

- Fragebogen in Broschürenform (gebunden), weiß
- Anordnung der Fragen beginnend mit einfachen, interessanten Fragen, gefolgt von komplexen Fragen und sensiblen/eher heiklen Fragen sowie demografischen Fragen am Ende. Thematisch ähnliche Fragen werden zusammengefasst, aufeinander aufbauende Fragen sollen in logischer Reihenfolge und ähnlich strukturiert sein.
- Übersichtliche Anordnung der Fragen und Verwendung von visuellen Hilfsmitteln.

Basierend auf dem entwickelten Arbeitsmodell (siehe Abbildung 5) wurden die vorab erhobenen möglichen Erhebungsbereiche inklusive der recherchierten Messgrößen (Kapitel 5.2.2) den Modellebenen zugeordnet und tabellarisch dargestellt. Dabei zeigte sich die Notwendigkeit einer qualitativen Untersuchung zur Ermittlung relevanter Messgrößen für die quantitative Erhebung von Informationsarten. Zum Aspekt der Informationsnutzung sind aus der Literaturrecherche nur wenige Messgrößen zur Entscheidungsfindung enthalten. Die Aufnahme eines validierten Messinstruments zum Treffen einer informierten Entscheidung scheint daher notwendig. Empfohlen wird beispielsweise die Verwendung der auf Deutsch verfügbaren Preparation for Decision-Making Scale von Graham und O'Connor. (Simon et al., 2007) Tabelle 10 zeigt die Zuordnungen und Ergänzungen.

**Tabelle 10: Interessierende Aspekte, recherchierte Erhebungsbereiche und Erweiterungen**

Interessierender Aspekt	Erhebungsbereich	Erweiterung zur Vervollständigung des Fragebogens
Systemebene	Versorgungsstruktur	
Informationsbereitstellung	Informationsquellen Informationsarten	
Individuum	Gesundheitszustand Soziodemografie Einstellungen zur Versorgung Pflegerstatus	
Informationsnutzung	Informationsquellen Informationsarten Computerfähigkeiten Treffen einer Wahl	qualitative Erhebung, z. B. Preparation for Decision-Making Scale
Inanspruchnahme	Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems	Erstinanspruchnahme für das den Antworten zu Grunde liegende Gesundheitsproblem

Es wird empfohlen, folgende Ergebnisdimensionen bei der Fragebogenkonstruktion zu berücksichtigen:

- Genutzte Informationsarten; Anteil der Studienpopulation, die eine Informationsart nutzt
- Genutzte Informationsquellen; Anteil der Studienpopulation, die eine Informationsquelle nutzt; Gliederung in formelle/informelle Informationsquellen
- Zusammenhang zwischen Inanspruchnahmeart und Informationsart bzw. Informationsquelle
- Zusammenhang zwischen Informationsart/Informationsquelle und dem Treffen einer informierten Entscheidung
- Zusammenhang zwischen Informationsquelle/Informationsart und Leistungsart/Inanspruchnahmeart/Häufigkeit der Inanspruchnahme/Ebene der Inanspruchnahme

### **Anreize**

Zur Steigerung der Rücklaufquote ist es empfehlenswert, Anreize zu setzen (Diekmann, 2007). Geeignet ist beispielsweise die Verlosung eines Wellnesswochenendes. Um teilnehmende von nichtteilnehmenden Personen unterscheiden zu können, kann auf jedem Fragebogen ein Code aufgedruckt werden, der bei der Teilnahme am Gewinnspiel gemeinsam mit Name und Adresse auf einer Website einzutragen ist. Codes jener Fragebögen, die vollständig ausgefüllt retourniert wurden, nehmen an der Verlosung teil. Den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern kann so zugesichert werden, dass ihre Daten aus der Gewinnspielteilnahme nicht zum Fragebogen zurückgeführt werden. Durch die Trennung von Gewinnspiel und Fragebogen steht es jeder Person frei zu entscheiden, ob sie ihre Daten bekannt geben möchte oder nicht.

Um die Rücklaufquote weiter zu erhöhen, wird empfohlen eine Woche nach dem Versand des Fragebogens ein Erinnerungsschreiben mit Verweis auf die Wichtigkeit der Teilnahme sowie der Bitte, den Fragebogen zu befüllen und diesen zu retournieren, zu verschicken. Untersuchungen zeigten, dass insbesondere Erinnerungen mit der Bitte um Kooperation die Rücklaufquote maßgeblich erhöhen können. (Diekmann, 2007)

### **Versandpaket und Versand**

Für eine optimale Rücklaufquote empfiehlt Dillmans einige Aspekte bezüglich des Versands zu berücksichtigen. Adaptiert für die empfohlene Erhebung können folgende Punkte berücksichtigt werden (Dillmans (1983) nach Diekmann, 2007):

- Anschreiben auf offiziellem Papier mit folgendem Inhalt: exaktes Datum, Erläuterung der Nützlichkeit der Studie, Beschreibung der Wichtigkeit des Befragten, Datenschutz und Vertraulichkeit, Erklärung des Gewinnspiels inkl. Code am Fragebogen, Kontaktdaten für Rückfragen, Motivationssatz, Dank, Unterschrift
- Versand in einem Kuvert inkl. frankiertem Rückkuvert oder Rückkuvert mit Aufdruck „Porto zahlt Empfänger“
- Versandzeitpunkt Fragebogen: Mitte der Woche
- Versandzeitpunkt Erinnerung: Mitte der Folgewoche

#### *7.3.4.5 Datenerfassung und Datenanalyse*

Für die Erfassung der Daten aus den Fragebögen wird ein Codebuch benötigt. Die Fragebögen müssen mit einer laufenden Nummer versehen werden. Es ist empfehlenswert, die Daten automatisiert elektronisch zu erfassen und in einer Datenbank zu speichern. Fragebögen, die nicht automatisiert erfassbar sind, können durch eine Person nacherfasst werden. Der Umgang mit fehlenden Werten ist im Codebuch festzulegen. Empfohlen wird, die Felder leer zu lassen und keinen Code für fehlende Werte zu vergeben, da dies in der Auswertung zu Fehlern durch Unachtsamkeit führen kann. Die Erfassung des Fragebogencodes für das Gewinnspiel erfolgt in einer separaten Datei. Da die erfassten Daten keine nachverfolgbaren personenbezogenen Daten enthalten, sind keine expliziten Datenschutzmaßnahmen notwendig. Es ist sinnvoll, eine Sicherungskopie anzulegen, um einen Datenverlust zu vermeiden.

Die Datenanalyse soll mittels eines geeigneten Datenanalyseprogramms wie beispielsweise SPSS erfolgen.

Zur Auswertung der Daten wären Häufigkeiten und einfache Korrelationen geeignet. Mit Häufigkeiten ist die Größenordnung der Nutzung von Informationsquellen und Informationsarten darstellbar. Die Berechnung der Korrelation zwischen zwei Aspekten ermöglicht das Aufzeigen von Zusammenhängen, wobei die Richtung des Zusammenhangs (welcher Aspekt welchen beeinflusst) nicht ermittelbar ist. (Diekmann, 2007)

#### *7.3.4.6 Maßnahmen zur Qualitätssicherung*

Die Entwicklung des Fragebogens soll durch mindestens zwei Personen anhand gebräuchlicher Regeln für die Frage- und Fragebogenkonstruktion erfolgen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Fragebögen verständlich, logisch aufgebaut und einfach auszufüllen sind.

Die Qualität und Anwendbarkeit sowohl des Fragebogens als auch des Begleitschreibens soll in einem Pre-Test überprüft und bei Bedarf nach Auswertung des Pre-Tests überarbeitet werden. Für den Pre-Test sollen zumindest zehn Personen der Studienpopulation herangezogen werden. Diese zehn Personen sollen ein unterschiedliches Bildungsniveau aufweisen und sich auf die Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren verteilen. Nach Testung des Fragebogens sollen kognitive Interviews mit den zu testenden Personen herangezogen werden, um eventuelle Verständnisprobleme, Missverständnisse oder andere Probleme mit dem Fragebogen aufzeigen zu können. Die Analyse der Interviews soll in die Adaptierung des Fragebogens einfließen.

#### *7.3.4.7 Maßnahmen für die Gewährleistung des Datenschutzes*

Die Fragebogenerhebung soll anonym stattfinden. Am Fragebogen werden keine Daten erfasst, die einen Rückschluss auf die zu befragende Einzelperson zulassen. Es wird nicht erfasst, welcher Fragebogen (Code für Gewinnspiel) an welche Person verschickt wird. Auch die Gewinnspieleingaben werden nicht den Fragebögen zugeordnet.

### 7.3.5 Darstellung und Veröffentlichung

Für die Veröffentlichung soll ein Artikel verfasst und in einem Peer-Review-Journal publiziert werden. Durch die Veröffentlichung stehen die Informationen einem internationalen Adressatenkreis zur Verfügung. Allerdings können vom Zeitpunkt des Einreichens bis zur Veröffentlichung mehrere Monate vergehen. Daher sollen die Ergebnisse zudem in einem Bericht dargestellt und zeitnah nach Fertigstellung für die Arbeiten zum Rahmen-Gesundheitsziels 3 zur Verfügung gestellt werden. Der Adressat des Berichts ist die gesundheitspolitische Ebene inklusive ihrer Organe.

### 7.3.6 Zusammenfassung der Empfehlungen

Für eine erste Bearbeitung des skizzierten Forschungsfelds wird ein zweistufiges Forschungsdesign empfohlen. Für den qualitativen Studienteil umfasst die Forschungsempfehlung folgende Eckpunkte:

- *Forschungsfrage:* Welche Informationsarten<sup>18</sup> ziehen Personen zwischen 18 und 64 Jahren heran, um sich für Entscheidungen über die Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems zu informieren?
- *Studienbasis:* Personen zwischen 18 und 64 Jahren mit städtischem und ländlichem Wohnumfeld.
- *Methode:* Drei Fokusgruppen mit je maximal zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmern.
- *Datenerfassung und Analyse:* Erfassung der Inputs auf Kärtchen, durch Tonbandaufzeichnung und Mitschrift. Für die Analyse wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Analysevariante der Zusammenfassung) empfohlen.

Die Empfehlungen für den quantitativen Studienteil weisen folgende Eckpunkte auf:

- *Forschungsfrage:* „Welche Informationsarten und Informationsquellen ziehen Personen mit Versorgungsbedürfnis im Alter von 18 bis 64 Jahren für die Entscheidung über die (Erst)Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems in Österreich heran und welche Zusammenhänge zwischen Informationsart/Informationsquelle und Inanspruchnahmeentscheidung bestehen?“
- *Studienbasis:* Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, die in den drei Monaten vor der Erhebung eine Krankenversorgungsleistung in Anspruch genommen haben. Die Identifikation kann anhand der im E-Card-System registrierten Kontakte erfolgen.
- *Methode:* Aufgrund der Vor- und Nachteile sowie aus Kostengründen wird die schriftliche Befragung gewählt. Ein elektronisch erfassbarer Fragebogen kann basierend auf den Rechercheergebnissen aus Kapitel 5 sowie der Empfehlungen aus Kapitel 7.3.4.4 entwickelt und getestet werden. Ein Erinnerungsschreiben und ein Gewinnspiel sollen die Rücklaufquote erhöhen.
- *Stichprobengröße:* Empfohlen werden acht Auswertungsebenen mit einer Schwankungsbreite von acht Prozent und einer Nettostichprobengröße von 1.216 vollständigen Fragebögen.
- *Datenerfassung und Analyse:* Es wird empfohlen, die retournierten Fragebögen elektronisch zu erfassen und mit einem geeigneten Statistikprogramm auszuwerten.

---

<sup>18</sup> z. B. Qualitätsinformation, Information zur Leistungserbringerin/zum Leistungserbringer, Information zu Symptomen, Information zu Krankheitsbildern etc.

## 7.4 Organisatorische Aspekte

Einige relevante organisatorische Aspekte des potentiellen Forschungsvorhabens werden hier skizziert, um den zeitlichen und organisatorischen Rahmen einschätzen und vor einer konkreten Umsetzungsentscheidung berücksichtigen zu können.

Primär ist zu klären, wie die Studie finanziert und von welchen Institutionen sie getragen werden soll. Diese Aspekte definieren zudem den konkreten Zeitplan und die projektspezifische organisatorische Struktur sowie die Verantwortlichkeiten.

Wesentlich erscheint, dass die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten geklärt sind, um alle organisatorischen Schritte sowie die wissenschaftliche Arbeit zielgerichtet und zügig durchführen zu können.

Es ist davon auszugehen, dass die Vorprojektphase der Studie mehrere Monate in Anspruch nehmen wird. Hier ist der konkrete Projektaufbau, die Finanzierung und die Detailplanung zu klären. Zudem ist die Finanzierung einer solchen Studie im Regelfall von Jahres- oder Mehrjahresbudgets abhängig und kann daher möglicherweise nicht zu jedem Zeitpunkt beschlossen werden.

In der Vorprojektphase ist auch eine konkrete Kostenkalkulation zu erstellen. Die möglichen Kosten der Studiendurchführung ohne Kosten für Personal und Infrastruktur wurden bereits in den vorangegangenen Kapiteln skizziert. Eine detailliertere Kostenkalkulation ist allerdings erst sinnvoll, wenn die grundlegenden Rahmenbedingungen geklärt sind, da sich diese maßgeblich auf die Kosten auswirken können.

Damit die vorab beschriebenen Empfehlungen insbesondere bei der Identifikation der Studienpopulation umgesetzt werden können, ist jedenfalls die Mitwirkung der österreichischen Sozialversicherung nötig. Es ist davon auszugehen, dass die Sozialversicherung ergänzend zur Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels 3 einen Nutzen aus den Ergebnissen der Studie ziehen kann, da diese für eine Verbesserung der Information der Versicherten und für eine Patientensteuerung durch Information herangezogen werden können. Weitere potentielle Partner und Financiers der Studie sind das Gesundheitsministerium und die Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft.

## 8 Schlussbemerkungen und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war die Aufbereitung von theoretischen Grundlagen für die Untersuchung von Informationen als Entscheidungsgrundlage bei der Erstinanspruchnahme des Krankenversorgungssystems, um darauf aufbauend eine Forschungsempfehlung für Österreich zu erarbeiten. Zu diesem Zweck wurde in einem ersten Schritt der theoretische Hintergrund mit einem geeigneten Arbeitsmodell erstellt. Dabei zeigte sich, dass in Österreich ein komplexes Krankenversorgungssystem mit freiem Zugang zu den verschiedenen Versorgungsebenen sowie wenig Patientenleitung einer subjektiv wahrgenommenen geringen Health Literacy gegenübersteht. Zudem ist bislang wenig darüber bekannt, wie Inanspruchnahmeentscheidungen in Österreich zu Stande kommen. Daraus und in Zusammenhang mit dem Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ ergibt sich ein Forschungs- und Handlungsfeld.

Ausgehend von einem für diese Arbeit entwickelten Arbeitsmodell wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um geeignete Studiendesigns und Messgrößen für die Untersuchung des Zusammenhangs von Information und Inanspruchnahme identifizieren zu können. Daraus ergab sich eine umfassende Liste an Messgrößen, die allerdings den Bereich der Informationsarten nicht ausreichend abdeckte.

Für den dritten Abschnitt der Arbeit, die Erstellung einer Forschungsempfehlung, wurde daher ein zweistufiges Design gewählt, das in einem ersten Schritt mit einer qualitativen Methode für Österreich gültige und für die Inanspruchnahmeentscheidung relevante Informationsarten identifiziert. Der zweite Teil der Forschungsempfehlung umfasst eine quantitative Fragebogenerhebung, mit welcher Zusammenhänge zwischen Informationsnutzung (Informationsquelle und -art) und den Erstinanspruchnahmeentscheidungen von 18- bis 64-jährigen Personen untersucht werden können. Die Entwicklung des Fragebogens stützt sich dabei auf die im Arbeitsmodell identifizierten Bereiche und die dazu recherchierten Messgrößen.

Die vorliegende Arbeit schlägt einen Ansatz als Ausgangspunkt für die Untersuchung von Information als Entscheidungsgrundlage bei der Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems in Österreich vor, welcher zeitnah in einer konkreten Studie umgesetzt werden kann. Damit leistet sie einen Beitrag zur Gestaltung von Patientinnen/Patienten- und Bürgerinformation in Österreich. Zudem ist eine Reihe anderer Forschungsfragen zu diesem Themenfeld in Österreich denkbar. Weitere Forschungsarbeiten sollten sich beispielsweise mit Informationen im Rahmen der Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems durch Personen über 65 Jahren befassen, da Personen dieser Altersgruppe eine wesentliche Patientengruppe darstellen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass das Potential von Health Literacy sowohl zur Steigerung der Qualität als auch der Effizienz des österreichischen Krankenversorgungssystems bisher nicht ausgeschöpft scheint. Es bleibt daher zu hoffen, dass die Bemühungen zur Stärkung der Health Literacy in Österreich durch konkrete Forschungsarbeiten intensiviert und von den Akteurinnen/Akteuren und Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern weiter vorangetrieben werden.

## Literaturverzeichnis

- AMELUNG, V. & SCHUMACHER, H. 2004. *Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden, Gabler.
- ANDERSEN, R. M., DAVIDSON, P. L. & BAUMEISTER, S. E. 2013. Improving access to care in America. In: KOMINSKY, E. F. (Hrsg.) *Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy, and management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ANKER, A. E., REINHART, A. M. & FEELEY, T. H. 2011. Health information seeking: A review of measures and methods. *Patient Education and Counseling*, 82, 346-354.
- ANNENBERG NATIONAL HEALTH COMMUNICATION SURVEY 2013. ANHCS 2005-2012 User's Guide & Codebook. <http://anhcs.asc.upenn.edu>.
- APPELBAUM, R. A., STRAKER, J. K. & GERON, S. M. 2004. *Patientenzufriedenheit: Benennen, bestimmen, beurteilen*, Bern, Verlag Hans Huber.
- APPS, L. D., HARRISON, S. L., WILLIAMS, J. E., HUDSON, N., STEINER, M., MORGAN, M. D. & SINGH, S. J. 2014. How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 9, 257-263.
- ARBEITSGRUPPE EPIDEMIOLOGISCHE METHODEN DER DEUTSCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR EPIDEMIOLOGIE (DAE) 2004. Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie.
- BABITSCH, B., BERGER, C., BORGETTO, B. & CIUPITU-PLATH, C.-C. 2014. Health Care Utilization: Insights from Qualitative Research. In: JANSSEN, C., SWART, E. & LENGGERKE, T. V. (Hrsg.) *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. New York: Springer.
- BACHNER, F., LADURNER, J., HABIMANA, K., OSTERMANN, H., STADLER, I. & HABL, C. 2013. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Gesundheit Österreich GmbH.
- BECKERT, W., CHRISTENSEN, M. & COLLYER, K. 2012. Choice of NHS-funded Hospital Services in England. *The Economic Journal*, 122, 400-417.
- BEREKOVEN, L., ECKERT, W. & ELLENRIEDER, P. 2009. *Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung.*, Wiesbaden, Gabler Verlag.
- BERKELMANS, P., BERENDSEN, A., VERHAAK, P. & VAN DER MEER, K. 2010. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 10, 80.
- BHUYAN, K. 2004. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*, 4, 11.
- BUNDES-ZIELSTEUERUNGSVERTRAG 2013. Zielsteuerung Gesundheit.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2012. Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- CARRERA, P. M. & DALTON, A. R. H. 2014. Do-it-yourself Healthcare: The current landscape, prospects and consequences. *Maturitas*, 77, 37-40.
- CASE, D. O. 2002. *Looking for information: A survey of research on information seeking, needs and behavior*, San Diego, CA, Academic Press.
- CORTES, T., LEE, A., BOAL, J., MION, L. & BUTLER, A. 2004. Using focus groups to identify asthma care and education issues for elderly urban-dwelling minority individuals. *Appl Nurs Res*, 17, 207-212.
- DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- DIEKMANN, A. 2007. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- DIERKS, M.-L. & BITZER, E.-M. 1998. Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement - Focus-group-discussion als qualitatives Erhebungsinstrument. In: RUPRECHT, T. M. (Hrsg.) *Patienten fragen-Experten antworten*. St. Augustin.
- EGER, K., HÖFLER, S., LOHR, C. & CIFCI, S. 2012. Diagnose Brustkrebs. Eine Analyse der Versorgungssituation in Österreich. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung.
- ELLIOTT, A. M., MCATEER, A. & HANNAFORD, P. C. 2011. Revisiting the symptom iceberg in today's primary care: results from a UK population survey. *BMC Fam Pract*, 12, 16.
- EUROBAROMETER 2007. Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer. Brüssel: Europäische Kommission.
- EUROQOL. 2015. *About EQ-5D* [Online]. EuroQol. <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html> [Zugriff am 8.2.2015 2015].
- FISCHER, T., SCHAUPPENLEHNER, M. & SCHMID, T. 2001. Fünf typische Wege ins Gesundheitssystem. *Soziale Sicherheit*, 10, 470-482.
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH 2008. Gesundheitsdeterminanten. <http://www.fgoe.org/presse-publicationen/downloads/fotos-grafiken/infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet>.
- FREISE, D. C. 2003. *Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen*, St. Augustin, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG.
- FRÖSCHL, B., BORNSCHEIN, B., BRUNNER-ZIEGLER, S., ANNETTE, C.-F., EISENMANN, A., GERALD, G., GRILLICH, L., KAMINSKI, A., MÜHLBERGER, N., PERTL, D., SCHNELL-INDERST, P., SROCZYNSKI, G., SIEBERT, U., THALER, K., WILD, C., WURM, J., ZECHMEISTER, I. & ZSIFKOVITS, J. 2012. Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- GLENNGÅRD, A. H., ANELL, A. & BECKMAN, A. 2011. Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103, 31-37.
- GREEN, L. A., FRYER, G. E., YAWN, B. P., LANIER, D. & DOVEY, S. M. 2001. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*, 344, 2021-2025.
- GROSSE FRIE, K., EIKEMO, T. A. & VON DEM KNESEBECK, O. 2010. Education and self-reported health care seeking behaviour in European welfare regimes: results from the European Social Survey. *Int J Public Health*, 55, 217-220.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 2014. Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen.
- HLS-EU CONSORTIUM 2012. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Online Publication [www.health-literacy.eu](http://www.health-literacy.eu).
- HOFFMAN, K., STEIN, K. V., MAIER, M., RIEDER, A. & DORNER, T. E. 2013. Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *European Journal of Public Health*, 23, 933-939.
- HOFMARCHER, M. M. 2013. *Das Österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen.*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH&Co. KG.
- INSTITUT FÜR MARKT- UND SOZIALANALYSEN GES.M.B.H 2014. Gesundheitsfragen im virtuellen Raum.
- JOHNSON, J. D. E., CASE, D. O., ANDREWS, J., ALLARD, S. L. & JOHNSON, N. E. 2006. Fields and pathways: Contrasting or complementary views of information seeking. *Information Processing & Management*, 42, 569-582.
- KICKBUSCH, I. & MAAG, D. 2008. Health Literacy. In: HEGGENHOUGEN, K. & QUAH, S. (Hrsg.) *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press.
- KIM, S. 2015. An exploratory study of inactive health information seekers. *International Journal of Medical Informatics*, 84, 119-133.

- KLIMONT, J., KYTIR, J. & LEITNER, B. 2007. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation Wien: Statistik Austria.
- KRIPPENDORFF, K. 2012. *Die semantische Wende. Eine neue Grundlage für Design: Schriften zur Gestaltung*, Berlin, Birkhäuser Verlag.
- LAKO, C. J. & ROSENAU, P. 2009. Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice. *Health Care Anal*, 17, 20-35.
- LEE, S.-Y. D., AROZULLAH, A. M. & CHO, Y. I. 2004. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309-1321.
- LENGERKE, T. V., GOHL, D. & BABITSCH, B. 2014. Re-visiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. In: JANSSEN, C., SWART, E. & LENGERKE, T. V. (Hrsg.) *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.
- MANO, R. S. 2014. Social media and online health services: A health empowerment perspective to online health information. *Computers in Human Behavior*, 39, 404-412.
- MAYER, H. 2002. *Einführung in die Pflegeforschung*, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- NEUMANN, M., GALUSHKO, M., KARBACH, U., GOLDBLATT, H., VISSER, A., WIRTZ, M., ERNSTMANN, N., OMMEN, O. & PFAFF, H. 2010. Barriers to using psycho-oncology services: a qualitative research into the perspectives of users, their relatives, non-users, physicians, and nurses. *Support Care Cancer*, 18, 1147-1156.
- NICHOLSON, W., GARDNER, B., GRASON, H. A. & POWE, N. R. 2005. The association between women's health information use and health care visits. *Womens Health Issues*, 15, 240-248.
- NOWAK, P., DOMITTNER, B. & FOUSEK, S. 2013. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsgrundlage für eine mögliche Umsetzung in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (unveröffentlicht).
- NUNES, J. A., FERREIRA, P. & QUEIRÓS, F. 2014. Taking part: Engaging knowledge on health in clinical encounters. *Social Science & Medicine*, 123, 194-201.
- PAIER, D. 2010. *Quantitative Sozialforschung: Eine Einführung*, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- PELIKAN, J. M. Health Literacy als bedeutsamer Faktor für die Integrierte Versorgung. INTEGRIERTE VERSORGUNG: „Neu Denken - Innovativ Handeln“, 2014 Linz.
- PFAFF, H. 2003. Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: PFAFF, H., SCHRAPPE, M., LAUTERBACH, K. W., ENGELMANN, U. & HALBER, M. (Hrsg.) *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M., GLAESKE, G. & SCHRAPPE, M. 2011. *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*, Stuttgart, Schattauer.
- RANERUP, A., NORÉN, L. & SPARUD-LUNDIN, C. 2012. Decision support systems for choosing a primary health care provider in Sweden. *Patient Education and Counseling*, 86, 342-347.
- REIBLING, N. & WENDT, C. 2012. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology*, 60, 489-505.
- SCHANG, L. & WAIBEL, S. 2013. Measuring care coordination: health system and patient perspectives. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health.
- SCHULZ, M., MACK, B. & RENN, O. 2012. *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. 1999. *Patientenzufriedenheit messen und steigern, was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Erfahrungen und Folgerungen aus dem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK*, Sankt Augustin, Asgard-Verlag Hippe.

- SHAW, C., BRITAIN, K., TANSEY, R. & WILLIAMS, K. 2008. How people decide to seek health care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45, 1516-1524.
- SIEGRIST, J. 2005. *Medizinische Soziologie*, München, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- SIMON, D., LOH, A. & HÄRTER, M. 2007. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care*, 101, 259-267.
- SORENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J., SLONSKA, Z. & BRAND, H. 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- SPINK, A. & COLE, C. 2006. Human Information Behavior: Integrating Diverse Approaches and Information Use. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57, 25-35.
- SPRENGER, M. 2012. Resonanz der Versorgungsbereiche. *Das österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ*, 53, 17-20.
- STATISTIK AUSTRIA 2013a. Ausstattung der privaten Haushalte.
- STATISTIK AUSTRIA 2013b. Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen – Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12. Wien: Statistik Austria.
- STATISTIK AUSTRIA 2014a. Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. *Bevölkerungszahlen gemäß Bevölkerungsfortschreibung der Statistik Austria*. Wien: Statistik Austria.
- STATISTIK AUSTRIA 2014b. Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS).
- STATISTIK AUSTRIA 2014c. Internetnutzerinnen oder Internetnutzer 2014. *Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2014*. Wien: Statistik Austria.
- THODE, N., BERGMANN, E., KAMTSIURIS, P. & KURTH, M.-M. 2004. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: Robert Koch Institut.
- VICTOOR, A., DELNOIJ, D. M., FRIELE, R. D. & RADEMAKERS, J. J. 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BioMed Central Health Services Research*, 12, 1-16.
- VICTOOR, A., RADEMAKERS, J., REITSMA-VAN ROOIJEN, M., DE JONG, J., DELNOIJ, D. & FRIELE, R. 2014. The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *J Health Serv Res Policy*, 19, 4-11.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. *Health literacy. The solid facts*, Copenhagen, WHO European Office.
- ZENTNER, A., GARRIDO, M. V. & BUSSE, R. 2008. *Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*.
- ZOK, K. 2014. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WldOmonitor*, 11, 1-12.