

WidOmonitor

Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Ausgabe 2/2008

Versorgungsgeschehen aus der Versichertenperspektive

Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten

Von Klaus Zok

Abstract

Thema des aktuellen WidO-monitors sind zentrale Merkmale des ambulanten Versorgungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Aus der Perspektive der Versicherten werden neben der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung auch die Wahrnehmung und Einschätzung neuer Versorgungsformen erhoben. Die Umfrageergebnisse zeigen: Auch wenn einzelne Begriffe wie „Integrierte Versorgung“ im Allgemeinen wenig bekannt sind, so sind die Inhalte neuer Versorgungsangebote weitgehend geläufig. Zudem hält die Mehrheit charakteristische Merkmale einer strukturierten Behandlung wie die Kooperation der Ärzte und eine Koordination der Therapie für wichtig. Insgesamt elf Prozent der Befragten geben an, an einem Hausarztmodell oder Arztnetz teilzunehmen. 4,6 Prozent sind in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben; die Mehrheit von ihnen äußert, gut über die Programme informiert zu sein. Bei den Aussagen zu den Versorgungserfahrungen zeigt sich, dass die Versicherten, die an einem Hausarztmodell und insbesondere einem DMP teilnehmen, ihre Versorgungssituation häufig besser beurteilen als Patienten aus der Regelversorgung.

The current issue of the WidO-monitor is about key characteristics of ambulatory care. From the perspective of insurees covered by statutory health insurance (SHI), it analyses their satisfaction with physician care as well as their perception and assessment of new forms of SHI health care provision. Even if terms such as "integrated health care" or "DMP" in general are little known, poll results show that many insurees know about the features of new forms of health care supply. They also believe that issues like a cooperation of the physicians involved in the treatment and a coordination of therapy is important. In the context of the overall sample, eleven percent of the surveyed SHI insurees claim that they participate in a gatekeeper model or physician network; 4.6 percent are registered in a disease management program (DMP). The majority claims to be well informed about the programs. The statements on insurees' experience with different health care supply show that participants in gatekeeper models and particularly DMP participants often assess their health care supply situation as better than patients participating in regular supply. ■

KOMMENTAR

Patienten sind Koproduzenten ihrer Gesundheit: *Zwar ist es wichtig, dass Behandlungspfade adäquat modelliert, Schnittstellen richtig definiert und Therapien evidenzbasiert eingesetzt werden. Diese Maßnahmen können aber nur dann Erfolg haben, wenn informierte Patienten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind. Die Versichertenperspektive ist daher eine wichtige Dimension der Erfolgsmessung besonderer Versorgungsformen. Dem aktuellen WidO-monitor zufolge fühlen sich Teilnehmer an Hausarztmodellen und Disease-Management-Programmen (DMP) besser informiert und sind mit dem Behandlungsgeschehen zufriedener. Das gilt im größeren Maß für DMP. Dies kann wenig überraschen: Die Evidenz dafür, dass die spezifische Ausgestaltung von Hausarztmodellen in der gesetzlichen Krankenversicherung nützt, ist dünn. Umso fragwürdiger ist es, dass die Krankenkassen nunmehr dazu verpflichtet werden sollen, mit Gemeinschaften von Hausärzten flächendeckende Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen. Eine Reihe von Studien zeigt demgegenüber, dass DMPs, auch nach objektiv messbaren Parametern, eine Erfolgsgeschichte zu sein scheinen.*



Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

1 Das Thema

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen – das ist seit Langem ein gesundheitspolitisches Kernziel von Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit Hilfe neuer Versorgungsformen wird bereits seit Ende der 90er-Jahre eine enge Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, Vertragsärzten und Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und damit eine interdisziplinäre Versorgung der Patienten angestrebt.

Schwerpunkt des aktuellen WIdO-monitors ist zum einen die Bewertung der Qualität der ambulanten Behandlung sowie die Versorgungssituation aus der Perspektive von GKV-Versicherten. Zum anderen wird der Frage nachgegangen, wie Patienten die neuen Versorgungsangebote wahrnehmen, nutzen und bewerten.

Die Versicherten- und Patientensicht ist ein integraler Bestandteil der Erfolgsmessung neuer Versorgungsangebote. Während jedoch in den gesetzlich vorgeschriebenen, programmbezogenen Evaluationen eher medizinische Ergebnisparameter untersucht werden, steht in der WIdO-monitor-Stichprobe die Wahrnehmung und Zufriedenheit der GKV-Versicherten im Mittel-

punkt. Dazu wurden im Juni und Juli 2008 bundesweit 3.000 Personen telefonisch befragt. Der Erhebung (einfache Zufallsstichprobe) liegt ein getesteter standardisierter Fragebogen zugrunde. Datenbasis ist die Grundgesamtheit aller GKV-Versicherten ab 18 Jahre.

Im Folgenden werden die Antworten von Versicherten, die nach eigenen Angaben an einem Hausarztmodell teilnehmen beziehungsweise in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben sind, mit den Aussagen von Patienten in der Regelversorgung verglichen. Darüber hinaus bewerten die Befragten relevante Versorgungsparameter im Vergleich zu früher.

In Hausarztmodellen können sich Versicherte auf freiwilliger Basis bei einem Hausarzt einschreiben, der als Gatekeeper die Steuerung der weiteren Behandlung übernimmt, zum Beispiel die Überweisung zu den Fachärzten. An die Programmteilnahme sind die Versicherten in der Regel für ein Jahr gebunden. Sie erwerben dadurch häufig finanzielle Vorteile; zum Beispiel wird ihnen die Praxisgebühr erlassen, oder sie müssen weniger zuzahlen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 verpflichtet Krankenkassen ausdrücklich, ihren Versicherten eine solche Versorgung flächendeckend anzubieten.

Die Patientensicht bestimmt den Erfolg neuer Versorgungsformen wesentlich mit.

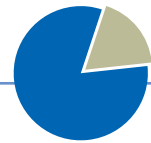
Tabelle 1

Kenntnis über neue Versorgungsformen bei GKV-Versicherten (in %)

	N	nach Altersgruppen [Jahre]					
		<30	30≤40	40≤50	50≤60	60≤70	≥70
Haben Sie schon mal von ... gehört?		478	520	690	541	426	341
...Integrierter Versorgung...	16,6	9,4	12,5	15,5	21,8	21,4	21,1
...Disease-Management oder DMP...	27,7	20,9	22,9	28,0	31,4	35,9	27,9
...ambulanten Gesundheits- bzw. Versorgungszentren...	54,1	48,1	51,2	56,7	58,0	59,9	47,5
...Hausarztmodell oder Arztnetzen...	60,0	41,8	52,9	64,2	69,7	69,2	61,6
Wissen Sie, dass ...							
...Patienten sich in Behandlungsprogramme einschreiben können, in denen ihre Therapie einheitlich erfolgt?	43,6	36,4	38,3	42,9	50,5	50,5	43,7
...Patienten in manchen Programmen einen finanziellen Vorteil erhalten?	63,4	51,9	64,2	66,4	68,4	67,8	58,9
...Patienten in manchen Programmen über eine Schulung den Umgang mit ihrer Krankheit lernen?	68,4	63,4	64,6	68,3	74,1	70,0	69,8
...Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser mehr zusammenarbeiten sollen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden?	70,3	51,3	60,2	74,6	81,3	80,8	73,0
...Patienten in manchen Programmen bei Beschwerden zuerst den Hausarzt aufsuchen müssen, der dann die weitere Behandlung steuert?	84,8	75,3	78,8	87,1	89,5	92,0	86,5

Das Wissen um neue Versorgungsformen steigt mit dem Alter an – auch wenn Fachbegriffe wie „Integrierte Versorgung“ oder „Disease Management“ insgesamt weniger bekannt sind. Am besten sind die 50- bis 70-Jährigen informiert.

Quelle: WIdO-monitor 2008



Disease-Management ist eine Versorgungsform, bei der die Behandlung der Patienten nach evidenzbasierten Vorgaben erfolgt. Die Programme haben das Ziel, die verschiedenen Fachdisziplinen bei der Behandlung chronisch kranker Patienten stärker zu vernetzen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Kernelemente der Programme sind regelmäßige Folgeuntersuchungen, eine bundesweit einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung, die Vereinbarung individueller Therapieziele zwischen Arzt und Patient sowie die Schulung und aktive Beteiligung der Patienten an der Therapie. Seit 2003 existieren DMP zu folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen und Brustkrebs. Diese Krankheiten wurden vor allem nach der Zahl der betroffenen Versicherten und den damit verbundenen hohen Kosten für die Behandlung, aber auch nach der Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien und der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Patienten ausgewählt.

Im Rahmen dieser repräsentativen Befragung wurde ausschließlich nach der Teilnahme an Hausarztmodellen und DMP gefragt. Weitere Formen der Integrierten Versorgung eignen sich nicht, um von einer breit angelegten GKV-Versichertenstichprobe angemessen erfasst zu werden.

2 Die Umfrageergebnisse

2.1 Kenntnisstand zu neuen Versorgungsformen

Bei der Vielfalt von Konzepten, Modellen und Programmen zur Optimierung der sektorübergreifenden Versorgung stellt sich die Frage, was davon bei den GKV-Versicherten überhaupt ankommt. Die Befragungsergebnisse zeigen vor allem, dass Fachbegriffe, wie „Integrierte Versorgung“ und „Disease-Management“ oder „DMP“ nur wenigen Versicherten bekannt sind (16,6 Prozent beziehungsweise 27,1 Prozent) (Tabelle 1). Institutionen, die Patienten sektorübergreifend und vernetzt behandeln, sind da vergleichsweise bekannter: Jeder Zweite (54,1

Tabelle 2

Angaben zur Morbidität von eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten (in %)

	N	Teilnehmer		Nichtteilnehmer 2.542
		HM*	DMP*	
Alter (Jahre)	<i>Durchschnitt</i>	50,7	60,2	45,7
subjektive Gesundheit	<i>nicht gut</i>	41,5	55,8	38,9
	<i>chronisch krank</i>	54,2	96,4	38,9
	<i>Bluthochdruck</i>	33,4	58,7	24,5
Indikationen	<i>Diabetes</i>	6,0	60,1	5,4
	<i>Herzerkrankungen</i>	9,0	33,3	9,1
	<i>Asthma</i>	7,8	26,1	6,4
	<i>Krebs</i>	4,2	10,1	5,5
Arztkontakt im zurückliegenden Jahr	<i>ohne Arztkontakt</i>	2,1	0,7	8,9
	<i>1≤4</i>	46,1	29,2	54,0
	<i>5≤9</i>	24,4	27,0	17,1
	<i>≥10</i>	27,4	43,1	19,7
	<i>Durchschnitt</i>	7,9	12,2	6,4
Krankenhausaufenthalt im zurückliegenden Jahr	<i>ohne Aufenthalt</i>	80,7	56,2	83,9
	<i>1≤4</i>	5,4	8,7	5,5
	<i>5≤9</i>	4,8	10,1	4,9
	<i>≥10</i>	8,7	15,2	5,8
	<i>Durchschnitt</i>	2,8	4,4	2,2

*HM = Hausarztmodell, *DMP = Disease-Management-Programm

Die Morbidität von eingeschriebenen Versicherten ist deutlich höher als bei nicht eingeschriebenen. Bei DMP-Teilnehmern ist sie wiederum stärker ausgeprägt als bei Teilnehmern an Hausarztmodellen.

Quelle: WIdO-monitor 2008

Prozent) hat schon mal von ambulanten Gesundheits- beziehungsweise Versorgungszentren gehört. Drei Fünftel der Versicherten (60,1 Prozent) kennen Begriffe wie „Hausarztmodell“ oder „Arztnetze“ (siehe auch KBV 2008).

Die Aussagen zu zentralen Merkmalen, die die neuen Versorgungsformen inhaltlich charakterisieren, fallen indes differenzierter aus. Von der Möglichkeit, dass sich Versicherte in bestimmte Behandlungsprogramme einschreiben können, in denen ihre Therapie einheitlich und standardisiert erfolgt, haben zwei Fünftel (43,6 Prozent) der Befragten schon einmal gehört. 63,4 Prozent wissen, dass Versicherte für die Teilnahme an bestimmten Behandlungsprogrammen einen finanziellen Bonus erhalten können oder dass sie von der Praxisgebühr befreit werden. Mehr als zwei Drittel (68,4 Prozent) haben Kenntnis davon, dass in manchen Programmen Patienten über eine spezielle Schulung einen besseren Umgang mit ihrer Krankheit lernen.

Fachbegriffe wie „Integrierte Versorgung“ oder „Disease Management“ sind nur wenigen Versicherten bekannt.

DMP-Patienten haben einen größeren Behandlungsbedarf als Teilnehmer an Hausarztmodellen.

Ein weiteres Merkmal Integrierter Versorgung, die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und dadurch die Versorgung der Patienten zu verbessern, ist im Gegensatz zum Fachbegriff fast drei Vierteln der Versicherten (70,3 Prozent) bekannt. Auch die Rolle des Hausarztes als steuernder „Lotse“ und „Gatekeeper“ der ärztlichen Versorgung ist der breiten Mehrheit bekannt; 84,8 Prozent wissen von Modellen, in denen Patienten im Fall einer Erkrankung immer zuerst den Hausarzt konsultieren müssen, der dann die weitere Behandlung steuern soll.

Die Differenzierung nach Altersgruppen offenbart deutliche Unterschiede: Versicherte unter 30 Jahren kennen Begriffe und Inhalte neuer Versorgungsformen erwartungsgemäß am wenigsten. Am besten informiert sind die 50- bis 70-Jährigen.

2.2 Teilnahme an neuen Versorgungsformen

Elf Prozent der hier befragten GKV-Versicherten geben an, an einem Hausarztmodell oder Arztnetz, 4,6 Prozent an einem DMP teilzunehmen. Auf der Basis der Stichprobe ergibt sich durch Hochrechnung, dass in Deutschland rund 6,7

Millionen Versicherte in einem Hausarztmodell beziehungsweise Arztnetz und 2,7 Millionen in einem DMP eingeschrieben sind. Damit liegt der errechnete Anteil der teilnehmenden Versicherten relativ nah an den tatsächlichen Teilnehmerszahlen; der Statistik aus dem Jahr 2007 zufolge sind 5,9 Millionen Versicherte in einem Hausarztmodell und 3,2 Millionen in einem DMP eingeschrieben.

Die Morbiditätsstruktur von eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten unterscheidet sich erwartungsgemäß stark (Tabelle 2) (siehe auch Häußler und Storz 2005). Mehr als die Hälfte der DMP-Teilnehmer (55,8 Prozent) stuft den eigenen Gesundheitszustand als „nicht gut“ ein; fast jeder (96,4 Prozent) von ihnen gibt chronische Beschwerden an. Der Anteil der DMP-Teilnehmer mit subjektiv schlechter Gesundheit liegt somit deutlich höher als bei Versicherten, die an einem Hausarztmodell oder an keinem Versorgungsmodell teilnehmen.

Der Anlage der DMP entsprechend sind die subjektiven Angaben zu Häufigkeiten von Erkrankungen wie Diabetes, Herzleiden, Asthma und Krebs bei den befragten DMP-Teilnehmern um ein Vielfaches höher als in den Vergleichsgruppen mit Hausarztmodell-Patienten und Versicherten in der Regelversorgung.

Diesen höheren Angaben von Morbidität entspricht eine vermehrte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich: DMP-Teilnehmer haben in den vergangenen zwölf Monaten deutlich häufiger einen Mediziner konsultiert als Versicherte, die in einem Hausarztmodell eingeschrieben waren oder die neuen Versorgungsangebote nicht nutzen. Rund ein Drittel der DMP-Teilnehmer (33,8 Prozent) und ein Fünftel der Hausarztmodell-Teilnehmer (19,3 Prozent) waren in stationärer Behandlung. Hier liegen die Werte für beide Gruppen deutlich über den Angaben der Versicherten aus der Regelversorgung.

Die aktive Mitarbeit der Programmteilnehmer gilt als wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Steuerung der Versorgung und Verbesserung von Gesundheit. Deshalb sind neben den Aussagen zum subjektiven Gesundheitsstatus und zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auch Angaben zum Informationsstand der Teilnehmer von Interesse. Denn neue Versorgungsmodelle

Tabelle 3

Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung aus der Sicht von Patienten

Wie zufrieden waren Sie beim letzten Mal mit ... (sehr zufrieden/zufrieden in %)	Teilnehmer ⁺		Nichtteilnehmer ⁺
	HM*	DMP*	
	325	136	2.302
... der Behandlung insgesamt?	74,0	79,4	71,0
... der fachlichen Qualität?	79,7	88,6	76,9
... der Aufmerksamkeit für Ihren Fall?	80,6	81,6	75,3
... dem Behandlungsfortschritt?	78,4	81,2	73,7
... der Info und Beratung durch den Arzt?	77,8	75,0	70,7
... dem Ergebnis der Behandlung?	76,5	77,4	71,8
... der Gründlichkeit der Untersuchung?	76,0	77,2	70,3
... der Zeit, die der Arzt für Sie aufgewendet hat?	71,4	71,3	67,5
... der Zusammenarbeit der Ärzte?	68,9	72,6	66,4
... der Wartezeit auf einen Termin?	59,1	64,4	57,9

⁺ nur Personen, die im vergangenen Jahr beim Arzt waren

*HM = Hausarztmodell, *DMP = Disease-Management-Programm

Hausarztmodell- und insbesondere DMP-Teilnehmer zeigen sich mit der Versorgung zufriedener als Nichtteilnehmer.

Quelle: WIdO-monitor 2008

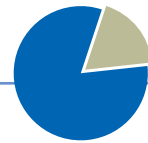


Tabelle 4

Beurteilung von Versorgungsaspekten durch die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) beziehungsweise an Hausarztmodellen (HM) (in %)

Wie zufrieden waren Sie beim letzten Mal mit ...	DMP-Teilnehmer ⁺ im Vergleich zu vorher ...			HM-Teilnehmer ⁺ im Vergleich zu vorher ...		
	gleich	schlechter	besser	gleich	schlechter	besser
... der Behandlung insgesamt?	60,3	2,9	30,1	83,1	4,6	11,1
... der fachlichen Qualität?	67,6	2,9	23,5	84,3	3,7	9,8
... der Aufmerksamkeit für Ihren Fall?	67,6	2,2	22,8	86,8	3,1	9,5
... dem Behandlungsfortschritt?	69,1	2,9	22,1	86,2	3,1	9,5
... der Info und Beratung durch den Arzt?	69,1	4,4	21,3	85,2	4,2	9,2
... dem Ergebnis der Behandlung?	66,9	7,4	19,9	86,8	3,7	8,6
... der Gründlichkeit der Untersuchung?	70,6	5,1	18,4	85,8	4,6	8,3
... der Zeit, die der Arzt für Sie aufgewendet hat?	70,2	4,0	16,9	84,9	5,8	8,0
... der Zusammenarbeit der Ärzte?	74,3	7,4	14,0	87,1	3,1	7,7
... der Wartezeit auf einen Termin?	72,8	11,0	10,3	85,9	3,9	7,1

⁺ nur Personen, die im vergangenen Jahr beim Arzt waren; an 100 Prozent fehlende Werte entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“

Die Mehrheit der eingeschriebenen Patienten sieht im Vergleich zu der Zeit vor der Einschreibung keine große Veränderung bei einzelnen Versorgungsmerkmalen. Dennoch geben die Befragten eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung an.

WiDO-monitor 2008

werden nicht einfach erfolgreich, nur weil sich Menschen darin eingeschrieben haben. Ein möglicher Indikator für eine aktive Mitarbeit ist das Ausmaß der Informiertheit. Die aktuelle Erhebung belegt, dass DMP-Teilnehmer sich mehrheitlich „gut“ beziehungsweise „sehr gut“ (72,2 Prozent) über das Programm, in dem sie eingeschrieben sind, informiert fühlen. 18,8 Prozent werten mit „teils, teils“ und nur neun Prozent fühlen sich schlecht informiert. Teilnehmer an Hausarztmodellen geben in einem deutlich geringerem Maß an, gut informiert zu sein. Immerhin wertet aber auch hier die Mehrheit (58,4 Prozent) mit „gut“ beziehungsweise „sehr gut“. Jeder zehnte Teilnehmer (10,5 Prozent) kritisiert, nicht genügend informiert zu sein.

2.3 Bewertung neuer Versorgungsformen

Bei der Erfassung von subjektiven Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung allgemein wurden zentrale Parameter der Arzt-Patienten-Beziehung erhoben. Dazu wurde den Versicherten, die im Jahr zuvor einen Arzt aufgesucht hatten, eine Reihe von Fragen gestellt, die auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden konnten („sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“).

Die Aussagen zu den einzelnen Fragen (zum Beispiel „Wie zufrieden waren Sie das letzte Mal mit der Gründlichkeit der medizinischen Untersuchung?“, „Wie zufrieden waren Sie das letzte Mal mit der Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes für Sie beziehungsweise für Ihren Fall?“, „Wie zufrieden waren Sie das letzte Mal mit der Information und Beratung durch den behandelnden Arzt?“) waren durchweg positiv. Vier Fünftel der Versicherten (80,3 Prozent) waren mit der ärztlichen Behandlung „sehr zufrieden“ beziehungsweise „zufrieden“, 76,7 Prozent mit der fachlichen Qualität der Behandlung, 75,1 Prozent mit der Aufmerksamkeit des Arztes für den eigenen Fall und 72,5 Prozent mit der Bewertung des Behandlungsfortschritts. Am geringsten ist die Zufriedenheit der Befragten mit der Zusammenarbeit unter den Ärzten (67 Prozent) und der Wartezeit auf einen Behandlungstermin (57,6 Prozent).

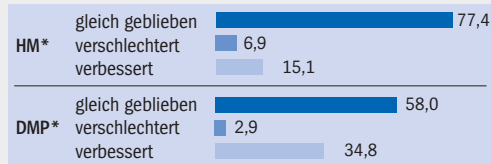
Die Versichertenbewertungen fielen in der aktuellen WiDO-monitor-Befragung zwar nicht so gut aus wie in vergleichbaren Befragungen (KBV 2008). Dennoch entspricht die insgesamt hohe Zufriedenheit den Erkenntnissen der Zufriedenheitsforschung. Diese zeigt, dass – insbesondere im Arzt-Patienten-Verhältnis – offene Unzufriedenheit nur selten beziehungsweise indirekt geäußert wird (Elkeles et al. 2008).

Die Mehrheit der Patienten ist mit der ärztlichen Versorgung zufrieden.

Abbildung 1

Beurteilung des Gesundheitszustandes von Teilnehmern an Disease-Management-Programmen oder Hausarztmodellen (in %⁺)

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seit Ihrer Teilnahme an ... im Vergleich zu vorher verändert?



⁺ an 100 % fehlende Werte entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“

*HM = Hausarztmodell, *DMP = Disease-Management-Programm

DMP-Teilnehmer geben im Vergleich zu HM-Teilnehmern sehr viel häufiger an, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat.

Quelle: WIdO-monitor 2008

Deshalb ist es bemerkenswert, dass Teilnehmer an Versorgungsmodellen stets zu noch positiveren Bewertungen tendieren.

Patienten, die in Versorgungsprogramme eingeschrieben sind, antworten durchgängig häufiger mit „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“ auf Fragen nach subjektiven Versorgungserfahrungen als die Nichtteilnehmer (Tabelle 3). Ein Vergleich zwischen den beiden Gruppen DMP und Hausarztmodell zeigt weiter, dass DMP-Patienten einzelne Versorgungsparameter meist deutlich positiver bewerten als Hausarztmodell-Teilnehmer, zum Beispiel die fachliche Qualität der Behandlung (88,6 Prozent) und die Terminorganisation (64,4 Prozent). Hier liegen die Bewertungen der Hausarztmodell-Teilnehmer sogar nah an denjenigen der Nichtteilnehmer.

Eine vergleichende Vorher-Nachher-Beurteilung von Parametern zur ärztlichen Versorgung aus der Sicht von Teilnehmern an neuen Versorgungsformen fällt auf den ersten Blick verhalten aus (Tabelle 4). So kann die Mehrheit der eingeschriebenen Patienten keine Veränderung bei einzelnen Versorgungsmerkmalen im Vergleich zu früher, also vor der Teilnahme an solchen Angeboten, feststellen (siehe auch KBV 2008). Allerdings erscheint dieses Urteil vor dem Hintergrund der noch recht kurzen Laufzeit der ein-

zelnen Programme verständlich. Gerade für chronisch Kranke können sich die subjektiven Erfolgsfaktoren wie die Verbesserung der Lebensqualität durch mehr Behandlungskontinuität erst nach einem längeren Zeitraum manifestieren.

Zugleich zeigt sich aber auch, dass die eingeschriebenen Patienten häufiger angeben, die ärztliche Versorgung habe sich im Vergleich zu vorher verbessert, als dass sie eine Verschlechterung monieren.

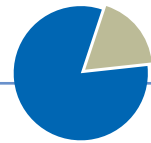
DMP-Patienten geben im Vergleich zu Teilnehmern an Hausarztmodellen deutlich häufiger positive Bewertungen ab. 30,1 Prozent der DMP-Teilnehmer nennen ein verbessertes Behandlungsergebnis und 23,5 Prozent eine verbesserte fachliche Qualität. Gemessen daran, dass chronisch Kranke schon vor der Einführung der Programme umfassend gut versorgt wurden, sind dies beachtliche Veränderungen.

Bei den Hausarztmodell-Teilnehmern fällt die Resonanz auf die Frage nach einer Veränderung der Versorgungslage dagegen deutlich zurückhaltender aus. Ähnlich wie in der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden hier sichtbar weniger positive Bewertungen abgegeben (KBV 2008).

Die Frage nach den Auswirkungen auf die eigene Gesundheit beantworten die beiden Gruppen wieder jeweils unterschiedlich (Abbildung 1). Rund drei Viertel (74 Prozent) der Hausarztmodell-Teilnehmer meinen, dass sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu vorher nicht verändert hat. Auf der anderen Seite sprechen immerhin 15,1 Prozent von einer Verbesserung der eigenen Gesundheit seit der Teilnahme, 6,9 Prozent empfinden sie als schlechter. Bei DMP-Teilnehmern stellt ein weitaus größerer Teil Veränderungen seit der Einschreibung fest: 58 Prozent von ihnen merken keinen Unterschied, 2,9 Prozent sprechen von einer Verschlechterung und mehr als ein Drittel (34,8 Prozent) konstatieren eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands.

Auf die offene Frage nach den Vorteilen einer Einschreibung in ein Programm führen die DMP-Teilnehmer eine gute Betreuung (37,7 Prozent) und eine Verbesserung der eigenen Gesundheit (20,3 Prozent) auf. Hausarztmodell-Teilnehmer benennen dagegen in erster Linie

Eingeschriebene Patienten stellen im Vergleich zu nicht eingeschriebenen häufiger eine Verbesserung in der Versorgung fest.



finanzielle Vorteile wie „Wegfall/Ersparnis der Praxisgebühr“ (32,5 Prozent). Erst danach folgen „gute Betreuung“ (19,3 Prozent) und „bessere Koordination“ (18,4 Prozent). Nachteile werden von den Befragten in deutlich geringerem Maß angegeben. Hausarztmodell-Teilnehmer kritisieren am häufigsten den „zeitlichen Mehraufwand“ (19,9 Prozent). DMP-Teilnehmer geben mehrheitlich „keine Nachteile“ an (72,5 Prozent), lediglich 7,2 Prozent berichten über „negative Erfahrungen“ und 4,3 Prozent kritisieren den Zeitaufwand.

Eine abschließende Einschätzung der Bedeutung von neuen Versorgungsprogrammen für das deutsche Gesundheitssystem fällt aus Sicht der Teilnehmer positiv aus: Fast drei Viertel der Versicherten hält einen Ausbau und die Weiterentwicklung von neuen Modellen der Integrierten Versorgung für „wichtig“ beziehungsweise „sehr wichtig“ (73,2 Prozent).

Auch die empirischen Befunde aus verschiedenen Versichertenbefragungen zeigen, dass die gezielte, morbiditätsorientierte Versorgung von chronisch Kranken in den strukturierten Behandlungsprogrammen der GKV offenbar positive Auswirkungen hat. Diese Ergebnisse sollten bei der Weiterentwicklung einer versorgungsorientierten GKV-Wettbewerbsordnung berücksichtigt werden.



**Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Telefon: 030 34646-2134
E-Mail: klaus.zok@wido.bv.aok.de**

3 Fazit

Bei der Beurteilung von Versorgungsqualität spielt die Versicherten- und Patientensicht eine entscheidende Rolle. Aktuelle Umfrageergebnisse zeigen, dass zentrale inhaltliche Merkmale neuer Versorgungsformen inzwischen vielen GKV-Versicherten bekannt sind. Die Mehrheit von ihnen hält zudem die Kooperation der behandelnden Ärzte und eine Koordination der Therapie für wichtig.

Auch wenn im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung keine Bestnoten vergeben werden, zeigt sich doch, dass die Mehrheit der Patienten mit zentralen ambulanten Versorgungsparametern sehr zufrieden ist. Teilnehmer an besonderen Versorgungsmodellen tendieren dabei stets zu positiveren Bewertungen als Versicherte, die nicht an solchen Programmen teilnehmen.

Auch wird deutlich, dass DMP-Patienten sich mit der fachlichen Qualität der Behandlung und der Terminorganisation deutlich zufriedener zeigen als Patienten in Hausarztmodellen. Während DMP-Patienten Prozess- und Ergebnisqualität der Programme schätzen, loben Teilnehmer an Hausarztmodellen in erster Linie die finanziellen Vorteile.

4 Literatur/Quellen

- Böcken, J. (2006): *Hausarztmodelle in Deutschland. Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt*, in: Böcken, J. et al. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006*, Gütersloh, S. 247–271
- Elkeles, T. et al. (2008): *Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der Barmer*, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik 1/08*, S. 10–18
- Häussler, B./Storz, P. (2005): *Disease-Management-Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung: Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Diabetikern*, in: Böcken, J. et al. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2005*, Gütersloh, S. 32–40
- KBV (2008): *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*, Berlin
- Lente, E. v. (2008): *Auf neuen Wegen gehen*, in: *Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 6/2008 „Neue Versorgungsformen – Ziele, Konzepte, Hintergründe“*, S. 4–6
- Prognos AG (2007): *3. Zwischenbericht „Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell)“*, Basel
- Willenborg, P. (2008): *Volkskrankheiten fest im Griff*, in: *Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 6/2008 „Neue Versorgungsformen – Ziele, Konzepte, Hintergründe“*, S. 12

VORSCHAU 1/09

Der nächste WidO-monitor untersucht die Wahrnehmung und Akzeptanz von Arzneimittel-Rabattverträgen bei GKV-Versicherten.

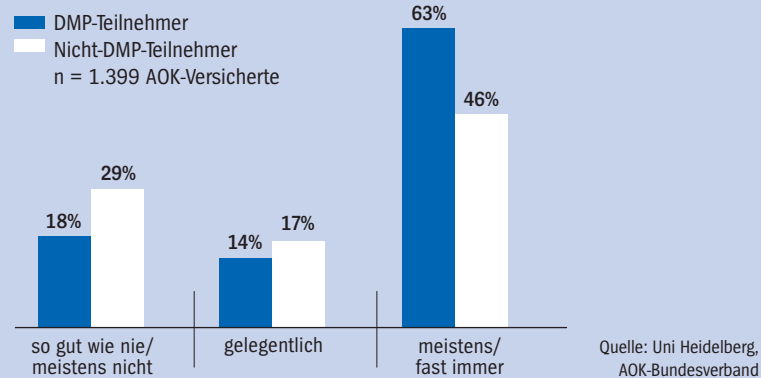
Umfrage

ELSID-Studie: Höhere Zufriedenheit bei DMP-Teilnehmern

Erste Ergebnisse einer Studie der AOK und des Universitätsklinikums Heidelberg (ELSID-Studie) zeigen, dass DMP-Teilnehmer mit Ablauf und Organisation ihrer Behandlung zufriedener sind als Patienten in der Regelversorgung. Mehr als 60 Prozent der eingeschriebenen Typ-2-Diabetiker gaben an, von ihrem Hausarzt fast immer über den Nutzen von Facharzt-Besuchen aufgeklärt worden zu sein.

DMP-Teilnehmer wissen mehr

„In den vergangenen sechs Monaten wurde mir erklärt, wie meine Besuche bei anderen Ärzten, zum Beispiel einem Augenarzt, bei meiner Erkrankung helfen.“



In die Studie fließen sowohl medizinische als auch gesundheitsökonomische Parameter wie Verordnungen und Klinikeinweisungen mit ein. Insgesamt sind Daten von 20.000 Patienten ausgewertet worden. ■

Eurobarometer

Qualität der Pflege in Deutschland und Europa

Eine Folge des demografischen Wandels in Deutschland und Europa ist der Anstieg pflegebedürftiger älterer Menschen. Um diese Herausforderung zu bewältigen, ist es notwendig, die Erwartungen der Bürger zu kennen. Der aktuelle Eurobarometer untersucht daher, welche Pflegeformen in Europa bevorzugt und wie der Zugang, die Qualität und die Bezahlbarkeit der Pflege eingeschätzt werden. Dazu wurden 26.659 Bürger aus 27 EU-Staaten befragt. Ein Ergebnis: Vier Fünftel der EU-Bürger möchten zu Hause gepflegt werden. In Deutschland sind es mehr als vier Fünftel. Ferner bewerten 35 Prozent der Ost- und 42 Prozent der Westdeutschen die Qualität der stationären Pflege als „ziemlich schlecht“ oder „sehr schlecht“. Schlechter urteilen nur noch die osteuropäischen Länder, Griechenland und Italien. ■

Dittmann, J. (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege – Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren, Ausgabe 40