

Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten

– Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 2

In der Ausgabe 5/2008 von „Gesundheits- und Sozialpolitik“ wurden erste Ergebnisse der zweiten Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgestellt. Der Fokus der Darstellung lag im ersten Teil auf dem Inanspruchnahmeverhalten und der Zufriedenheit der Versicherten mit der ärztlichen Versorgung, wobei der Aspekt der Wartezeiten auf einen Termin und in der Arztpraxis ausführlich behandelt wurde. Insgesamt ist eine hohe Inanspruchnahme der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung zu konstatieren sowie eine überwiegende Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung. Die Ergebnisse zu den Wartezeiten auf einen Arzttermin spiegeln im Vergleich zu öffentlich geführten Debatten ein differenziertes Bild wider.

Im zweiten Teil werden folgende Fragen vertiefend diskutiert: Welche Kriterien sind neben der fachlichen Kompetenz (für die Versicherten) für die Wahl der Arztpraxis relevant? Welche Bedeutung haben Gütesiegel als Qualitätsmarker für die Versicherten? Welche Erfahrungen haben die Versicherten mit Änderungen in der Medikamentenverordnung gemacht? Nehmen die Versicherten an Hausarztmodellen teil und wie bewerten sie die Versorgungsqualität? Welche Akzeptanz haben unterschiedliche Wahltarife bei den gesetzlich Versicherten?

■ Susanne Schnitzer, Stefanie Richter, Andreas Walter, Klaus Balke, Adelheid Kuhlmei

1. Daten und methodisches Vorgehen

Basierend auf einem internen Priorisierungsverfahren zu Befragungszielen und zu bearbeitenden Themenfeldern, entwickelte eine Arbeitsgruppe aus Vertretern¹ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin einen Fragenkatalog zur telefonischen Befragung (siehe Tabelle 1).

Die telefonische Befragung von insgesamt 6.114 zufällig ausgewählten Bürgern zwischen 18 und 79 Jahren wurde im Zeitraum vom 13. Mai bis 9. Juni 2008 von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (FGW) durchgeführt.

Adelheid Kuhlmei, Stefanie Richter, Susanne Schnitzer – Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klaus Balke, Andreas Walter – Kassenärztliche Bundesvereinigung

Für die Stichprobe wurde eine zweifach geschichtete Zufallsauswahl verwendet. Zunächst erfolgte die Auswahl der Privathaushalte nach dem RLD-Verfahren (randomize last digit) aus der Gesamtheit der Privathaushalte mit Eintrag im Telefonbuch (Haushaltsstichprobe). Durch Ersatz der letzten Ziffer der eingetragenen Telefonnummern mittels einer Zufallsziffer konnten auch Haushalte ohne Telefonbucheintrag erreicht werden. Basierend auf dieser Brutto-Haushaltsstichprobe wurden Personen zwischen 18 und 79 Jahren je Haushalt per Zufall bestimmt (Personenstichprobe).

Die Auswertung der Telefonerhebung erfolgte gewichtet. Die erste Gewichtungsstufe beinhaltete eine Transformation der haushaltsrepräsentativen Stichprobe in eine Personenstichprobe, da die Wahrscheinlichkeit eines Haushaltsmitglieds befragt zu werden, umgekehrt proportional zur jeweiligen Haushaltsgröße ist (Designgewichtung). In einem zweiten Schritt wurde die Personenstichprobe unter Berücksichtigung der amtlichen Statistik nach Geschlecht, Alter und Bildung gewichtet, um die durch Random-Aus-

Tabelle 1: Fragenkatalog der Versichertenbefragung

Themenbereiche	Beispiele	Anzahl Fragen
Haus- und Fachärztliche Versorgung	Häufigkeit Haus- bzw. Facharztbesuch, hausärztl. Versorgung, Wegezeiten	9
Praxisführung und -organisation	Wartezeiten, Bewertung Arztbesuch, Gütesiegel, Kriterien Praxiswahl	9
Arzneimittelversorgung	Medikamentenwechsel durch Arzt bzw. Apotheke, Einnahmeverhalten bei Änderung der Verordnung	7
Hausarztmodelle/-verträge	Teilnahme an Hausarztmodellen, Gründe, Informationsquellen, Bewertung	7
Gesundheitsreform	Auswirkungen, Bereitschaft und Voraussetzungen an bestimmten Wahlтарifen teilzunehmen	4
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	Angebot, Nachfrage, Auswirkungen auf das Arzt-Patientenverhältnis	7
Umgang mit Versorgungsproblemen	Unzufriedenheit, Beschwerdepotenzial, Erfahrungen mit Beschwerden, Adressaten	5
Soziodemographie	Geschlecht, Alter, Haushaltsgröße, Wohnortgröße, Krankenversicherungsart, Bildungsstand, Erwerbsstatus, Gesundheitszustand	11

Quelle: Eigene Darstellung

fälle bedingten Verzerrungen auszugleichen (Anpassungsgewichtung). Für deutschsprachige Ausländer liegt keine amtliche Statistik vor, so dass für diese Bevölkerungsgruppe keine Gewichtung vorgenommen werden konnte. Die gewichteten Ergebnisse dieser Umfrage sind repräsentativ für die Wohnbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 79 Jahren, für die deutsch sprechenden ausländischen Mitbürger in Deutschland gilt dies nur eingeschränkt.

Bivariate Zusammenhänge wurden, abhängig vom Skalenniveau der Variablen, unter Anwendung des Chi²-Tests, des U-Tests nach Mann und Whitney oder des H-Tests nach Kruskal und Wallis ermittelt. Die Befragungsstichprobe kann nach folgenden ausgewählten soziodemographischen Merkmalen charakterisiert werden: (siehe Tabelle 2)

Darüber hinaus wurden Angaben zur Erwerbssituation, Haushaltsgröße und zu Zukunftsvorstellungen erfasst. Diese Merkmale werden hier nicht näher ausgeführt, da sie in der vorliegenden Darstellung nicht berücksichtigt wurden.

2. Ergebnisse der Befragung

Gütesiegel und Auswahlkriterien für Arztpraxen

Im Zuge von Gesundheitsreform und erhöhter Kundenorientierung spielen Maßnahmen des Qualitätsmanagements eine zunehmend wichtigere Rolle. Hierbei ist zunächst zu fragen, nach welchen Kriterien die Versicher-

ten ihren Arzt wählen. Gütesiegel können dabei als Indikatoren einer qualitativ guten ärztlichen Praxis verstanden werden. In der KBV-Befragung wurden die Versicherten einerseits um ihre Bewertung verschiedener Kriterien der Arztwahl gebeten. Andererseits wurde die Wahrnehmung von Gütesiegeln für Qualitätsstandards in Arztpraxen erfragt sowie deren Relevanz bei der Suche nach einem Arzt.

Von allen Befragten, die angeben, im letzten Jahr beim Arzt gewesen zu sein (n=5106), haben insgesamt 14,2% ein Gütesiegel über Maßnahmen zum Qualitätsmanagement wahrgenommen. Der überwiegenden Mehrheit (85,8%) ist keine entsprechende Auszeichnung aufgefallen. Während im Westen (15,2%) signifikant häufiger als im Osten (10,4%) von einem entsprechenden Gütesiegel für Qualitätsstandards berichtet wird (p<0.001), gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Groß- und Kleinstädten.

Für die Wahl einer neuen Hausarztpraxis sind Gütesiegel für die Befragten partiell relevant. 43,0% aller Befragten, die hierzu eine Angabe machten (n=5754), nennen ein Gütesiegel als ein wichtiges Kriterium für die Hausarztwahl. Dabei unterscheidet sich die Bewertung der Relevanz eines Gütesiegels für die Hausarztwahl signifikant nach Geschlecht, Gemeindegröße, Migrationsstatus sowie Versichertenstatus. So halten mehr Frauen (45,3%) als Männer (40,5%) eine entsprechende Auszeichnung für relevant (p<0.001) sowie mehr Befragte aus Kleinstädten (43,6% versus 40,1% Großstadt; p<0.05). Für nichtdeutsche Befragte ist ein Gütesiegel wichtiger als für Deutsche (p<0.01):

Tabelle 2: Soziodemographische Basisdaten:

Basisdaten der telefonisch befragten Versicherten, gewichtet		
	N*	%
Gesamt	6114	
Geschlecht		
Männlich	2935	48,0
Weiblich	3180	52,0
Altersgruppe		
18 bis 34 Jahre	1459	23,9
35 bis 59 Jahre	2990	48,9
60 bis 79 Jahre	1666	27,2
Ortsgröße**		
Bis 5.000 Einw. Land	2141	37,4
Bis 20.000 Einw. Kleinstadt	1234	21,6
Bis 100.000 Einw. Mittelstadt	1160	20,3
Bis 500.000 Einw. Großstadt	601	10,5
Über 500.000 Einw. Großstadt	590	10,3
Region		
Westdeutschland incl. ehem. Westberlin	4923	80,5
Ostdeutschland incl. ehem. Ostberlin	1191	19,5
Bildungsstatus (höchster Abschluss)		
Keinen Schulabschluss	72	1,2
Hauptschulabschluss	2548	42,4
Realschulabschluss	1862	31,0
(Fach-)Hochschulreife	1524	25,4
Krankenversicherung		
Gesetzlich	5295	86,6
Privat	775	12,7
Staatsangehörigkeit		
Deutsch	5870	96,2
Ausländisch	235	3,8
Gesundheitszustand		
Ausgezeichnet	870	14,3
Sehr gut	1356	22,3
Gut	2691	44,2
Weniger gut	905	14,9
Schlecht	262	4,3

* Differenz der Summen zu 6.114 = keine Angabe

** Einteilung für die statistischen Analysen (Kleinstadt bis 100.000 Einw.; Großstadt mehr als 100.000 Einw.)

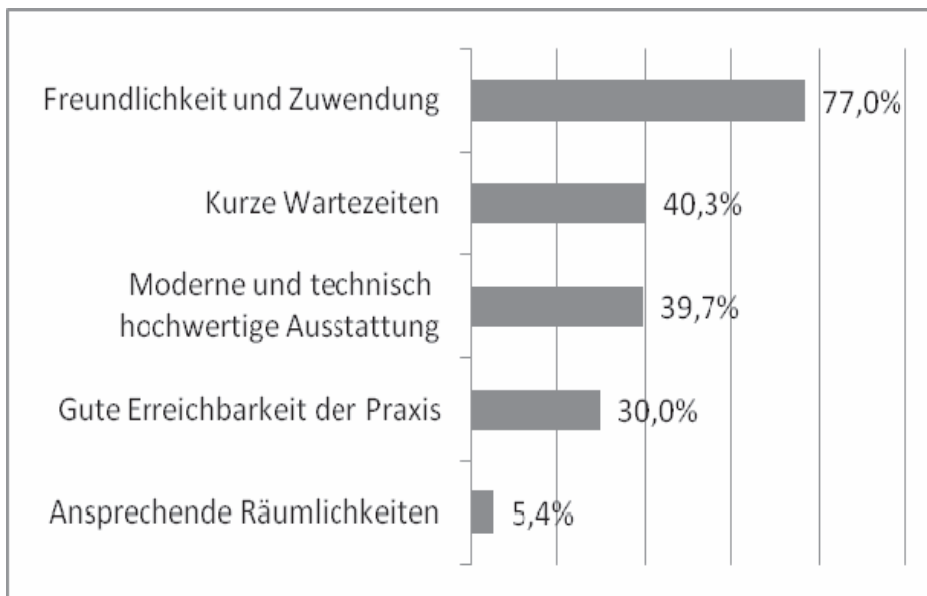
(Quelle: Eigene Darstellung)

Gut die Hälfte der Migranten (51,9%) bewertet entsprechende Qualitätsstandards für entscheidend bei der Wahl eines Arztes, demgegenüber teilen 42,7% der Deutschen diese Ansicht. Während der Bildungsstand keinen statistisch relevanten Einfluss auf die Einschätzung der Relevanz eines Gütesiegels hat, können signifikante Unterschiede zwischen den Versichertengruppen festgestellt werden ($p < 0,05$): Gesetzlich Versicherte (43,5%) sprechen sich häufiger für ein Gütesiegel als entscheidendes Kriterium bei der Hausarztwahl aus als privat Versicherte (38,7%).

Im Falle einer neuen *Facharztwahl* wäre ein Gütesiegel ähnlich relevant für die Befragten wie bei der Hausarztwahl. Anders als bei der Hausarztwahl stehen Staatsangehörigkeit, Gemeindegroße und Versichertenstatus in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Bewertung der Relevanz von Qualitätssiegeln.

Abgesehen von der fachlichen Qualifikation des Arztes existieren weitere *Faktoren, die für die Wahl einer Praxis* von entscheidender Bedeutung sind, deren Priorität für die Versicherten ebenso erfragt wurde. Für die überwiegende Mehrheit aller Befragten sind „Freundlichkeit und Zuwendung“ am wichtigsten. Als weitere ausschlaggebende Bedingungen für die Wahl einer Praxis werden „kurze Wartezeiten“, eine „moderne Ausstattung“ und eine „gute Erreichbarkeit der Praxis“ genannt (siehe Abbildung 1). Die Bewertung des wichtigsten Kriteriums für die Qualität einer Arztpraxis ist von verschiedenen Parametern beeinflusst. So sind jüngeren Befragten eine „moderne Ausstattung“ (18,0% der bis zu 34-Jährigen versus 14,5% der 60- bis 79-Jährigen) und kurze Wartezeiten (19,7% der bis zu 34-Jährigen versus 10,0% der 60- bis 79-Jährigen) wichtiger als älteren Befragten. Demgegenüber wird die „gute Erreichbarkeit“ der Praxis umso häufiger als relevantes Kriterium genannt, je älter die Befragten sind. Während 9,2% der bis zu 34-Jährigen diese als wichtigstes Kriterium angeben, sind es 11,9% der 35- bis 59-Jährigen und 16,4% der 60- bis 79-Jährigen. Der Unterschied zwischen den

Abbildung 1: Kriterien für die Wahl einer Praxis (Mehrfachnennungen)



(Quelle: Eigene Darstellung)

Altersgruppen in der Beurteilung der wichtigsten Kriterien ist signifikant ($p < 0.001$). Darüber hinaus existiert auch ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten ($p < 0.001$): Für Frauen ist die menschliche Komponente („Freundlichkeit und Zuwendung“) entscheidender als für Männer (59,3% versus 44,4%). Letztere nennen wiederum häufiger als Frauen „kurze Wartezeiten“ (20,0% versus 12,9%), „gute Erreichbarkeit“ (14,4% versus 10,6%) und eine „moderne Ausstattung“ (20,3% versus 15,9%) als Hauptkriterien einer guten Praxis. Eine „technisch hochwertige und moderne Ausstattung“ steht zudem mit Bildung ($p < 0.001$), Staatsangehörigkeit ($p < 0.05$) und Versichertenstatus ($p < 0.001$) in Verbindung: Vor allem höher Gebildete (21,9% mit Abitur versus 13,7% mit Hauptschulabschluss), Nichtdeutsche (23,9% versus 17,7% Deutsche) und privat Versicherte (24,7% PKV versus 17,0% GKV) nennen eine moderne Praxis als wichtigstes Kriterium – abgesehen von der Fachkompetenz des Arztes. Für Befragte mit niedrigerem Bildungsstatus steht vermehrt die „Freundlichkeit und Zuwendung“ im Vordergrund (60,2% ohne Abschluss, 55,8% Hauptschulabschluss, 50,4% mittlere Reife, 48,2% Abitur). Im Vergleich zwischen Groß- und Kleinstädtern zeigt sich, dass eine kurze Wegezeit zur Arztpraxis von mehr Befragten aus Kleinstädten als wichtigstes Kriterium angegeben wird. Zwischen Ost- und Westdeutschland gibt es keine statistisch relevanten Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Kriterien. Ansprechende Räumlichkeiten in Arztpraxen sind für alle Bevölkerungsgruppen von eher nachrangiger Bedeutung.

Einschätzung der Arzneimittelversorgung

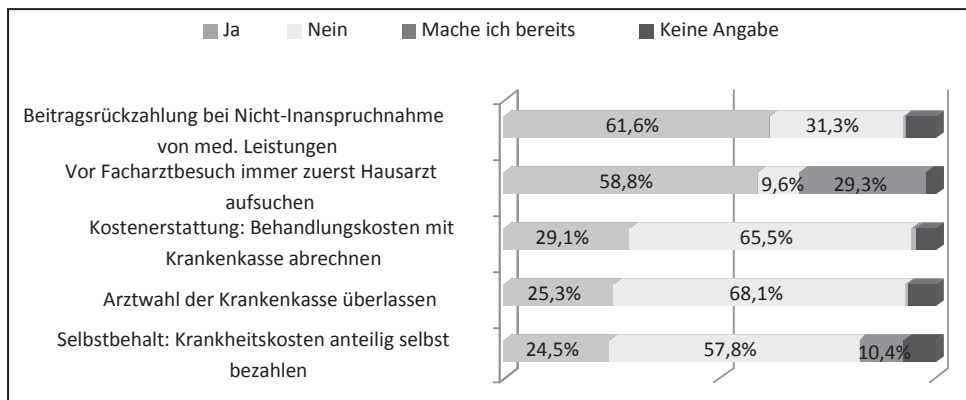
In der Debatte um wachsende Gesundheitsausgaben wird immer wieder auf die Kostenentwicklung im Bereich Arzneimittel rekurriert. Zwischen 1995-2004 gab es in diesem Bereich einen jährlichen Ausgabenzuwachs von durchschnittlich 3,6%. Da dieser stärker als in anderen Leistungsbereichen war (wie z. B. bei den ärztlichen Leistungen mit einem Mittel von 2,4% Zuwachs), sollten eine Reihe von Regelungen die Ausgaben im Arzneimittelbereich begrenzen helfen. Der Austausch von Medikamenten durch wirkstoffgleiche Präparate zu günstigeren Preisen steht exemplarisch für solche Maßnahmen. Die befragten

GK-Versicherten beurteilen dieses Vorgehen ambivalent: Während 50,2% die Meinung vertreten, dass dieser Schritt prinzipiell richtig ist, sagen 42,8% der Befragten, dass die Substitution nicht richtig sei. Von denjenigen, die regelmäßig Medikamente nehmen müssen, bewerten sogar 47,0% diese Substitution als nicht richtig. Die eigene Betroffenheit erhöht die Ablehnungsquote. Mit steigendem Lebensalter, d.h. auch mit zunehmendem Bedarf an Arzneimitteln, nimmt der Anteil derer, die dem Austausch von Medikamenten zustimmen, ab. Während 36,3% der bis zu 34-Jährigen die Substitution ablehnen, sprechen sich über die Hälfte der 60- bis 79-Jährigen dagegen aus ($p < 0.001$). Auch das Geschlecht und der Bildungsstand beeinflussen die Einstellung: Frauen lehnen den Arzneimittelaustausch häufiger als Männer ab ($p < 0.001$) und Personen mit einem niedrigen Bildungsstand beurteilen den Austausch häufiger negativ als Personen mit einem höheren Bildungsstand ($p < 0.001$).

Gegenüber Befragten mit gelegentlicher Medikamenteneinnahme berichten Befragte mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme ($p < 0.001$) signifikant häufiger darüber, in der Apotheke ein wirkstoffgleiches Präparat, das sich von dem gewohnten Arzneimittel unterschied, erhalten zu haben. Von den GK-Versicherten, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, geben 55,8% an, dass ihnen in den letzten zwölf Monaten in der Apotheke ein anderes als das bislang gewohnte Medikament ausgehändigt wurde. Demgegenüber haben 34% derjenigen mit gelegentlicher Medikamenteneinnahme ein solches Austauschpräparat erhalten.

Beeinflusst nun der Erhalt eines wirkstoffgleichen Medikaments die Compliance des Patienten oder bleibt das

Abbildung 2: Würden Sie folgende Tarife wählen, wenn das Ihren Beitrag zur Krankenversicherung senken würde? (Mehrfachnennungen)



(Quelle: Eigene Darstellung)

Einnahmeverhalten und die wahrgenommene Wirkung des Präparats vom Austausch unberührt? Trotz der teilweise kritischen Haltung zur Aut-idem-Regelung zeigt sich in der Befragung, dass 94,2% aller Medikamentennutzer, denen ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgehändigt wurde, dieses wie ärztlich verordnet eingenommen haben. Dabei konnten 73,5% keinen Unterschied zum bislang gewohnten Medikament feststellen. Allerdings geben auch 14,8% eine schlechtere Wirkung an (weitere 1,4% berichten von einer besseren Wirkung, 10,3% machten keine Angaben). Die schlechtere Wirkung ist darüber hinaus einer der drei Hauptgründe für die Nichteinnahme der ausgehändigten Medikamente. Unter denen, die das Medikament nicht wie vorgeschrieben einnahmen (n=85), geben 14,1% an, das ausgetauschte Arzneimittel wegen schlechterer Wirkung nicht weiter eingenommen zu haben, 16,2% erfuhren eine Nichtverträglichkeit. Der mit Abstand wichtigste Grund war allerdings „Misstrauen“ (52,2%), d.h. das substituierte Medikament wurde gar nicht erst eingenommen.

Immer wieder kommt es vor, dass Medikamente aus Sparzwängen nicht verordnet werden; jeder zehnte GKV-Arzneimittelnutzer (10,4%) war in den letzten zwölf Monaten nach eigenen Angaben davon betroffen. Ältere Patienten berichten signifikant häufiger gegenüber jüngeren, dass ihnen ein bestimmtes Medikament aus Budgetgründen nicht verordnet wurde ($p < 0.001$). Dagegen geben 88,5% der Befragten an, die regelmäßig Medikamente nutzen, dass ihnen kein Medikament, das für sie wichtig war, vorenthalten wurde.

Akzeptanz von Wahlтарifen und Teilnahme am „Hausarztmodell“

Die gesetzlich Versicherten in der Gesamtstichprobe wurden danach befragt, welche *Wahlтарife* sie akzeptieren würden, wenn damit eine Senkung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung verbunden wäre. Dabei

standen fünf – seit 2007 für die gesetzlich Versicherten eingeführte – Optionen zur Auswahl, deren Akzeptanz sehr unterschiedlich hoch ausfällt (siehe Abbildung 2).

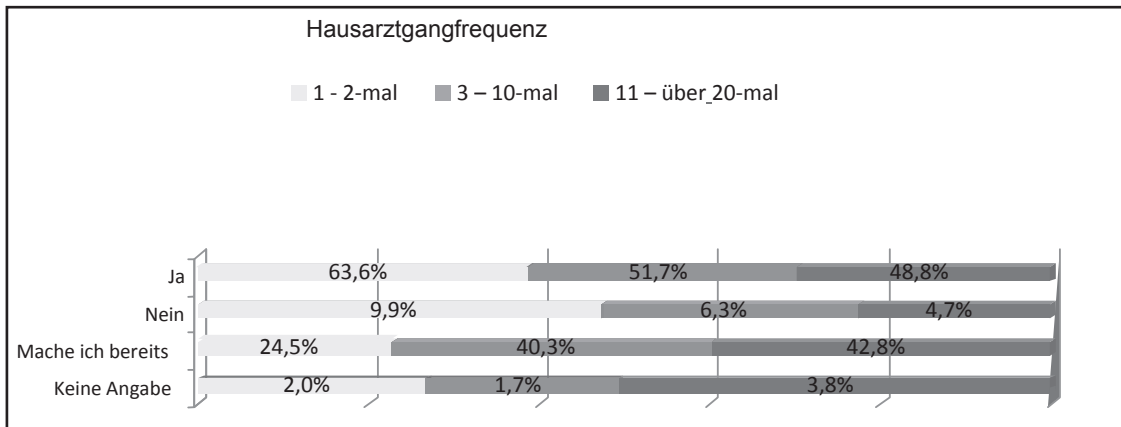
Deutlich wird, dass der sog. „Hausarztтарif“ („vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufsuchen“) sowie die „Beitragsrückzahlung bei Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ die höchste Akzeptanz bei den gesetzlich Versicherten finden. Wahlтарife wie „Selbstbehalt“ („Krankheitskosten anteilig

selbst bezahlen“), „Arztwahl durch Krankenkasse“ sowie „Kostenerstattungstarif“ („ausgelegte Behandlungskosten selbst mit Krankenkasse abrechnen“) stoßen hingegen überwiegend auf Ablehnung (siehe Abbildung 2).

Die Bereitschaft zur Wahl eines „Hausarztтарifs“ ist in jeder Altersgruppe hoch. Zugleich zeigt sich, dass dieses Vorgehen mittlerweile von Versicherten aller Altersgruppen praktiziert wird, allerdings in einem unterschiedlichen Ausmaß. So steigt die Zahl derer, die bereits heute schon vorab den Hausarzt konsultieren, mit zunehmendem Alter an und erreicht bei den 60- bis 79-Jährigen bereits 50,5% der Befragten dieser Altersgruppe. Wird die Gruppe der Hausarztbesucher (n=3733) genauer betrachtet, wird deutlich, dass besonders häufig die Befragten mit einer hohen Arztgangfrequenz zuerst den Hausarzt kontaktieren ($p < 0.001$). Wie Abbildung drei zeigt ist darüber hinaus die Bereitschaft zur Wahl eines solchen Tarifes durchgehend hoch.

Die Bereitschaft für den Wahlтарif „Beitragsrückzahlung bei Nicht-Inanspruchnahme“ hängt mit dem Alter ($p < 0.001$) und der Zahl der Hausarztbesuche ($p < 0.001$) zusammen, denn die Versicherten zwischen 18 und 59 Jahren sowie diejenigen, die den Arzt gar nicht bzw. selten frequentieren (1- bis 2-mal) zeigen hier eine deutlich höhere Akzeptanz als die älteren Befragten und „Vielnutzer“. So würden bei den gesetzlich Versicherten bis zu 34 Jahren 74,5%, bei den 35- bis 59-Jährigen 67,2% und bei den 60- bis 79-Jährigen 40,6% diesen Wahlтарif wählen. Von denjenigen, die im letzten Jahr nicht beim Hausarzt waren, sind 72,3% bereit, diesen Tarif in Anspruch zu nehmen, gefolgt von 72,4% der Befragten, die 1-mal und 70,5% derjenigen, die 2-mal beim Hausarzt waren. Demgegenüber lehnen die Befragten mit einer Hausarztfrequenz von mehr als 10-mal im Jahr diesen Wahlтарif überwiegend ab. Nur noch 33,6% würden den Tarif wählen. Die vermehrte Ablehnung dieses Wahlтарifes mit zunehmender Arztgangfrequenz ist auch bei den Facharztbesuchern festzustellen ($p < 0.001$).

Abbildung 3: Akzeptanz und Praktizieren des „Hausarzttarifes“ in Abhängigkeit von der Hausarztbesuchsfrequenz („Wären Sie bereit, vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen?“)



(Quelle: Eigene Darstellung)

Obwohl es seit einigen Jahren Modellversuche zur Integration von „Hausarztmodellen“ gibt und seit April 2007 die Rolle des Hausarztes als „Gatekeeper“ durch Einführung des „Hausarzttarifes“ gesetzlich gestärkt wird, ist der Informationsstand bei den gesetzlich Versicherten noch sehr unterschiedlich. So geben 38% an, noch nie etwas von einem „Hausarztmodell“ gehört zu haben. Das Nicht-Wissen bzw. Wissen ist offenbar von unterschiedlichen Faktoren abhängig wie zum Beispiel Alter ($p < 0.001$), Herkunft bzw. Migrationsstatus ($p < 0.001$), Bildungsabschluss ($p < 0.001$) und Geschlecht ($p < 0.01$). Mehr als die Hälfte (56,3%) der Versicherten bis 34 Jahre hat vom „Hausarztmodell“ noch nichts gehört. Demgegenüber sind es jeweils etwa ein Drittel der 35- bis 59-Jährigen (31,5%) und der 60- bis 79-Jährigen (33,3%). Ein hoch signifikanter Unterschied im Kenntnisstand besteht zwischen Versicherten mit und ohne deutschen Pass: Von den Migranten sind 71,5% nicht über das „Hausarztmodell“ informiert (36,7% der Deutschen). Aber auch der Bildungsstand steht in einem sehr engen Zusammenhang mit dem Wissen über die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Beschwerden immer vorab zum Hausarzt zu gehen und von diesem weitervermittelt zu werden. Wie Abbildung vier zeigt, steigt die Bekanntheit proportional mit dem Bildungsabschluss. Darüber hinaus sind mehr Frauen als Männer über das Hausarztmodell informiert (63,7% Frauen versus 59,9% Männer).

Interessant ist, dass ein Besuch beim Hausarzt kein Garant dafür ist, auch über das „Hausarztmodell“ informiert zu sein. Von den Versicherten, die angeben, in den letzten zwölf Monaten mindestens 1-mal beim Hausarzt gewesen zu sein, war für insgesamt 34,6% der Begriff „Hausarztmodell“ fremd. Selbst zwischen der Häufigkeit des Hausarztbesuches innerhalb des letzten Jahres und dem Informationsgrad im Hinblick auf das „Hausarztmodell“ besteht kein statistisch relevanter Zusammenhang. So haben beispielsweise 33,3% der Hausarztbesucher, die im letzten Jahr 2- bis 5-mal in der Praxis waren, noch nichts von einem

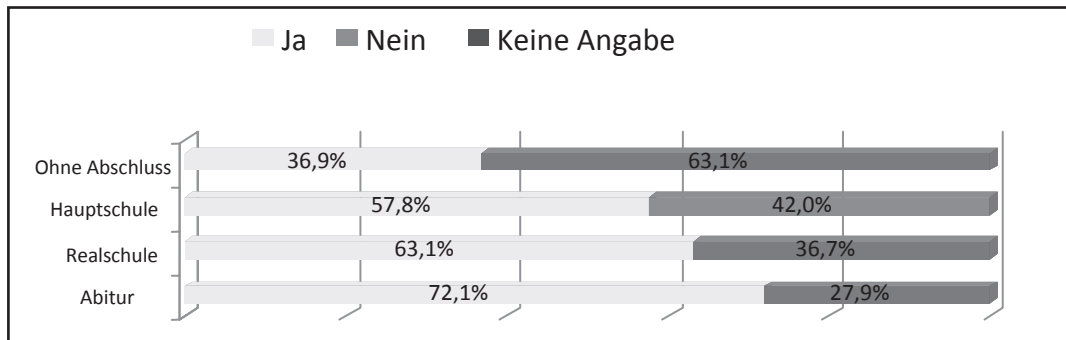
„Hausarztmodell“ gehört. Von der Gruppe, die 11- bis über 20-mal beim Hausarzt war, geben 44,3% an, ein derartiges Modell nicht zu kennen.

Von der Gesamtgruppe der gesetzlich Versicherten nehmen 18,9% ($n=1002$) aktuell an einem „Hausarztmodell“ teil. Das sind 30,6% der Gruppe, die angibt, von dem „Hausarztmodell“ gehört zu haben. Die restlichen 69,4% dieser Gruppe haben bis jetzt das Angebot noch nicht in Anspruch genommen.

Die Teilnahme an einem „Hausarztmodell“ steigt mit dem Alter signifikant an ($p < 0.001$): 11,9% aller gesetzlich Versicherten bis 34 Jahre, 18,2% der 35- bis 59-Jährigen und 26,6% der 60- bis 79-Jährigen nehmen an einem „Hausarztmodell“ teil. Dieser altersspezifische Anstieg deckt sich auch mit den Angaben zum praktizierten Wahltarif „vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufsuchen“. Allerdings liegen hier die Prozentzahlen aller Altersgruppen deutlich höher (13,5% der bis 34-Jährigen, 25,0% der 35- bis 59-Jährigen, 50,5% der 60- bis 79-Jährigen).

Neben den älteren Versicherten nehmen besonders häufig Personen mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme an „Hausarztmodellen“ teil ($p < 0.001$): Über die Hälfte der Teilnehmer an einem „Hausarztmodell“ (58,3%) gibt an, regelmäßig Medikamente einzunehmen. Demgegenüber nehmen 16,1% gelegentlich und rund ein Viertel der Teilnehmer (25,6%) nie Medikamente ein. Ein statistisch relevanter Zusammenhang besteht darüber hinaus mit dem Bildungsstand ($p < 0.01$): Befragte mit Hauptschulabschluss sind häufiger Teilnehmer (21,2%) als Befragte mit Realschulabschluss (18,2%) und diese nehmen wiederum häufiger als Abiturienten (15,9%) an Hausarztmodellen teil. Wie bereits weiter oben dargestellt, steigt der Kenntnisstand bezüglich des Hausarztmodells proportional mit dem Bildungsstatus an: Höher Gebildete sind zwar besser informiert, nehmen diese Leistung jedoch weniger in Anspruch als Befragte mit einem niedrigeren Bildungsstatus.

Abbildung 4: Kenntnis über Hausarztmodell und Bildungsstand



(Quelle: Eigene Darstellung)

Insofern sind offenbar neben Aufklärung und Kenntnisstand weitere Faktoren für die Teilnahme entscheidend.

Die Teilnehmer an Hausarztmodellen wurden gebeten, die *Versorgungsqualität* seit der Teilnahme zu bewerten. Von den 18,9% (n=1002) gesetzlich Versicherten, die an dem sog. „Hausarztmodell“ teilnehmen, konstatieren 75,3% keine Effekte. Für sie hat sich die Versorgung nicht verbessert, aber auch nicht verschlechtert.

Verbesserungen werden von insgesamt 13,0% wahrgenommen („stark verbessert“ 1,8%, „eher verbessert“ 11,2%). Demgegenüber sind es 8,6%, die eine Verschlechterung ihrer Versorgungssituation beobachten („stark verschlechtert“ 2,4%, „eher verschlechtert“ 6,2%). Weitere 3,1% geben hierzu keine Auskunft. Welche Verbesserungen erwartet werden, bleibt an dieser Stelle offen. Ebenso ist nicht abzuschätzen, welchen Einfluss solch eine Bewertung auf die Motivation hat, weiterhin immer vorab den Hausarzt zu konsultieren.

Möglicherweise geben die *Hauptgründe für die Teilnahme* bzw. potentielle Teilnahme darüber etwas Aufschluss: Das meist genannte Motiv in der Gruppe der Teilnehmer ist die „Erstattung der Praxisgebühr“ (64,0%). Somit ist für viele Teilnehmer in erster Linie der Bonus der Kostenerleichterung das Ziel. An zweiter Stelle wird jedoch die „bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt“ (55,5%) angegeben. Eine Verbesserung der Kooperation zwischen Haus- und Facharzt ist zugleich das Hauptmotiv für eine mögliche Teilnahme in der Gruppe der Nichtteilnehmer (n=4273). So würden 75,2% eine bessere Zusammenarbeit als Grund für eine Teilnahme sehen.

Über welche Wege sich die gesetzlich Versicherten *Informationen über das „Hausarztmodell“* beschaffen würden und welche Quellen die bereits Teilnehmenden im Vorfeld ihrer Entscheidung nutzten, wurde ebenfalls erhoben. Der Vergleich der (Mehrfach-)Nennungen zwischen den tatsächlichen Teilnehmern (18,9%, n=1002) und den potenziellen Teilnehmern des „Hausarztmodells“ (81,1%, n=4273) offenbart deutliche Unterschiede (siehe Abbildung 5).

So rangiert bei denjenigen, die bereits am „Hausarztmodell“ teilnehmen, der Arzt als Informationsquelle an

erster Stelle (45,4%), gefolgt von der Krankenkasse (33,5%) und den Printmedien (15,4%). Das Internet ist nur für 5% eine relevante Informationsquelle. Demgegenüber gibt die Gruppe der potenziellen Teilnehmer an erster Stelle das Internet an (31,6%), gefolgt von Krankenkasse (26,7%) und Arzt (16,5%). Betrachten die einen das Internet (insbesondere die 18- bis 59-Jährigen) als die Informationsmöglichkeit, so spielte es für die tatsächlichen Teilnehmer des „Hausarztmodells“ kaum eine Rolle bei der Suche nach Informationen. Selbst die jungen Versicherten verweisen hier stärker auf den Hausarzt bzw. die Krankenkasse.

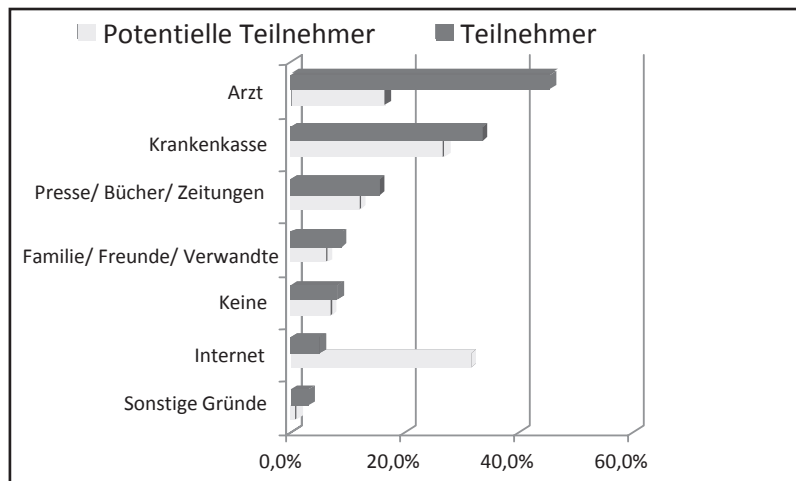
Insgesamt wird deutlich, dass weiterhin der Arzt und die Krankenkasse als bedeutende Informationsquellen betrachtet und auch genutzt werden. Inwieweit der Arzt bei den aktuellen Teilnehmern das „Hausarztmodell“ dem Versicherten offerierte oder aber der Patient den Arzt konkret danach fragte, kann nicht rekonstruiert werden. Lediglich das von 40,1% der „Hausarztmodell“-Teilnehmer angegebene Motiv, dem Rat des Hausarztes gefolgt zu sein, lässt vermuten, dass auch Hausärzte den Versicherten diese Versorgungsform nahe legen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der obige zweite Teil der Ergebnisdarstellung der KBV-Versichertenbefragung 2008 befasst sich schwerpunktmäßig mit den Qualitätskriterien für die Wahl eines Arztes, mit den Erfahrungen von Änderungen in der Medikamentenverordnung sowie mit der Akzeptanz neuer Versorgungsformen und Wahltarife in der GKV.

Das Vorhandensein von Gütesiegeln für Qualitätsstandards in der Arztpraxis wird von lediglich 14,2% der Befragten bejaht. Offenbar sind solche sichtbaren Zertifikate als ein Nachweis für die Einhaltung gewisser Qualitätsstandards noch wenig verbreitet oder sie werden nur von wenigen Versicherten wahrgenommen. Für die Auswahl einer neuen Arztpraxis sind Gütesiegel für die Versicherten partiell relevant, denn für etwas weniger als die Hälfte der Befragten wäre ein Gütesiegel bei der Suche nach einer neuen Praxis ein wichtiger Grund für die Entscheidung.

Abbildung 5: Informationsquellen Teilnehmer und potenzielle Teilnehmer (Mehrfachnennungen)



(Quelle: Eigene Darstellung)

Wird die Bewertung weiterer Qualitätskriterien für die Wahl einer Arztpraxis betrachtet, sind abgesehen von der Fachkompetenz des Arztes vor allem „Freundlichkeit und Zuwendung“, „kurze Wartezeiten“, eine „moderne Ausstattung“ und die „gute Erreichbarkeit der Praxis“ ausschlaggebend. Dabei sind Unterschiede in der Bewertung zwischen verschiedenen Versichertengruppen zu beobachten.

Für die überwiegende Mehrheit der Befragten rangiert „Freundlichkeit und Zuwendung“ an erster Stelle – besonders für Personen mit einem niedrigeren Bildungsstand ist diese Komponente entscheidend. Möglicherweise ist es hier aufgrund des größeren Statusunterschiedes zum medizinischen Experten besonders wichtig, auf „gleicher Augenhöhe“ behandelt und ernst genommen zu werden. Während jüngere Befragte häufig eine „kurze Wartezeit“ als wichtigstes Kriterium angeben, steht bei älteren Befragten die „gute Erreichbarkeit der Praxis“ im Vordergrund. „Kurze Wegezeiten“ und „kurze Wartezeiten“ sind für Männer entscheidender als für Frauen, was mit deren höheren Erwerbsquote zusammenhängen könnte. Lediglich knapp ein Viertel der befragten Frauen ist vollzeitbeschäftigt (24,4%), aber knapp zwei Drittel der befragten Männer (61,4%). Eine „moderne Ausstattung“ ist vor allem Personen mit einem höheren Bildungsstand, Migranten, Männern und privat Versicherten wichtig.

Des Weiteren wurden die gesetzlich Versicherten zu den Erfahrungen mit neuen Regelungen in der Arzneimittelversorgung befragt.

Jeder zehnte GKV-Angehörige berichtet davon, dass der Arzt in den letzten zwölf Monaten aus Kostengründen ein Medikament nicht verordnet hat. Warum ältere Befragte hiervon signifikant häufiger als jüngere betroffen sind, ist ein Ergebnis, das in weiteren Untersuchungen näher betrachtet werden sollte.

Die Aut-idem-Regelung, der Austausch von Medikamenten aus Kostengründen durch wirkstoffgleiche Präparate in der Apotheke, wird sehr ambivalent bewertet: Findet rund die Hälfte der Befragten dieses Vorgehen richtig, wird es von knapp der anderen Hälfte abgelehnt. Dabei steigt die Ablehnerquote mit der Betroffenheit und dem Alter an. Aber auch der Bildungsstand spielt hierbei eine Rolle: Je niedriger der Bildungsstand der Befragten, desto häufiger wird die Aut-idem-Regelung abgelehnt.

Von den Befragten, die Medikamente einnehmen, macht die Hälfte die Erfahrung einer Substitution des verschriebenen Präparates. Für die überwiegende Zahl hatte dies keine Auswirkung auf das Einnahmeverhalten und die wahrgenommene Wirkung. Allerdings berichten fast 15% von einer schlechteren Wirkung.

Dies ist auch ein Grund für die Nichteinnahme eines nicht gewohnten Medikamentes. Diejenigen, die ein ausgehändigtes wirkstoffgleiches Präparat nicht wie vorgeschrieben eingenommen haben, gaben jedoch vor allem ein „Misstrauen“ gegenüber dem Medikament als Grund für ihre Nichteinnahme an.

Die Befürchtung mancher Kritiker, die Aut-idem-Substitution gefährde die Compliance der Patienten (Flintrop 2001), kann anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden, denn 94% nehmen die Medikamente wie gewohnt ein. Allerdings verweisen die Ergebnisse auch darauf, dass bei den Versicherten noch Unsicherheit bzw. Misstrauen besteht, das dazu führen kann, die verschriebenen Medikamente nicht einzunehmen. Zudem ist die Wahrnehmung einer veränderten Wirkung nicht zu ignorieren.

Mit dem am 01. April 2007 in Kraft getretenen „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurden unter anderem der Spielraum der gesetzlichen Krankenkassen für Wahltarife erweitert und somit Bonuszahlungen und Kostenerstattungen für gesetzlich Versicherte eingeführt. Die Entscheidung, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst zum Hausarzt zu gehen, („Hausarzttarif“) wird aufgrund der damit verbundenen finanziellen Anreize für die Versicherten attraktiver. Inwieweit ein Jahr später diese Reformbemühungen in der Versorgungspraxis greifen und wie sie von den Versicherten wahrgenommen und bewertet werden, wurde ebenfalls im Rahmen der zweiten KBV-Versichertenbefragung untersucht.

Die Ergebnisse zur Akzeptanz von verschiedenen Wahlтарifen zeigen, dass der „Hausarztтарif“ sowie die „Beitragsrückzahlung bei Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ die höchste Akzeptanz bei den gesetzlich Versicherten finden. Demgegenüber werden Modelle, die

mit einer finanziellen Beteiligung verbunden sind (Kostenerstattung und Selbstbehalt), eher abgelehnt.

Die Bereitschaft, einen „Hausarzttarif“ in Anspruch zu nehmen, ist in allen Altersgruppen sehr hoch. Erwartungsgemäß stimmen jedoch eher jüngere Versicherte einer „Beitragsrückzahlung bei Nicht-Anspruchnahme medizinischer Leistungen“ zu wie auch Befragte, die im letzten Jahr einen Arzt gar nicht bzw. selten frequentiert haben.

Insgesamt verweist die Analyse zur Akzeptanz verschiedener Wahltarife darauf, dass deren Einführung nicht grundsätzlich auf eine breite Zustimmung trifft, vermutlich auch aufgrund langjährig prägender Versorgungsangebote der GKV. Was in privaten Krankenversicherungen selbstverständlich ist, kann für gesetzlich Versicherte eher befremdlich sein. Modelle mit finanzieller Beteiligung stoßen stärker auf Ablehnung. Demgegenüber wird Tarifen mit geringerem Risiko sowie mit Anschluss an gewohntes Inanspruchnahmeverhalten eine höhere Akzeptanz entgegengebracht.

Interessant ist, dass der „Hausarzttarif“ mittlerweile von Versicherten aller Altersgruppen praktiziert wird, wobei der Anteil mit dem Alter steigt. Die Hälfte der 60- bis 79-Jährigen geht bei Beschwerden zunächst immer zum Hausarzt. Auch diejenigen, die den Hausarzt oft frequentieren, geben deutlich häufiger an, den „Hausarzttarif“ zu praktizieren.

Des Weiteren wurde der aktuelle Kenntnisstand der gesetzlich Versicherten zum „Hausarztmodell“ sowie die Teilnahme an solch einem Angebot untersucht. Seit vielen Jahren gibt es Modelle, die die Rolle des Hausarztes als „Gatekeeper“ stärken sollen, um einerseits die Versorgungsqualität insbesondere durch bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten zu verbessern, andererseits Kosten aufgrund von Doppeluntersuchungen usw. zu reduzieren.

Zum Informationsstand ist zu konstatieren, dass mehr als ein Drittel angibt, von einem „Hausarztmodell“ noch nichts gehört zu haben. Dabei zeigt sich, dass das Wissen bei den gesetzlich Versicherten sehr unterschiedlich verteilt ist und von Faktoren wie Alter, Migrationshintergrund bzw. Bildung abhängt. Zudem ist ein häufiger Hausarztbesuch kein Garant für einen hohen Informationsgrad. So verfügen z. B. 44,3% der Versicherten, die im letzten Jahr über 11-mal beim Hausarzt waren, über keine Informationen.

Insgesamt nehmen 18,9% der gesetzlich Versicherten aktuell an einem „Hausarztmodell“ teil. Sie beurteilen die Versorgungsqualität aber überwiegend als unverändert. Da neben der Erstattung der Praxisgebühr an zweiter Stelle die Verbesserung der Kooperation zwischen Haus- und Facharzt als Grund für die aktuelle Teilnahme benannt wird, ist eine unveränderte Versorgungsqualität aus Sicht der Versicherten kritisch zu sehen. Es ist anzunehmen, dass die Versicherten die Zusammenarbeit der Ärzte neben Wartezeiten, Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen usw. als einen Indikator für die Qualität ihrer Versorgung betrachten.

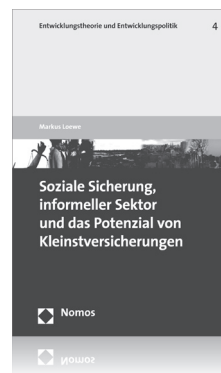
Gerade am Beispiel zum Informationsstand des „Hausarztmodells“ wird deutlich, dass eine zielgruppenspezifische Informationspolitik erfolgen muss. Die Befragung zeigt, dass für viele Versicherte der Arzt und die Krankenkasse bedeutende Informationsquellen darstellen. Der Hausarzt nimmt dabei eine herausragende Rolle ein, denn rund 95% der Befragten geben an, über einen Hausarzt zu verfügen (vgl. Schnitzer, Richter et al. 2008). Bei den Hausarztmodellteilnehmern wird dessen Bedeutung deutlich: Rund 40% konstatieren, dem Rat des Hausarztes gefolgt zu sein. Dass sich Versicherte offenbar eher in ein Hausarztmodell einschreiben, wenn der Arzt es anbietet, geht auch aus einer repräsentativen Erhebung der Bertelsmannstiftung hervor (Rieser 2008). Bezogen auf die oben dargestellte Tatsache, dass nicht genügend Informationen über die Arztpraxen an die Patienten gelangen, wird dieses Potenzial mit Blick auf Stärkung der Gatekeeperfunktion noch ungenügend genutzt.

Literatur:

- Flintrop, Jens (2001): Sparprogramm bei Arzneimitteln: Die Pharmedia ist empört. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 42, S. A 2685-A 2686.
- Rieser, Sabine (2008): Hausarztmodelle in Deutschland: Zweifel an der Wirksamkeit. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 4, S. A 135.
- Schnitzer, S.; Richter, S.; Walter, A.; Balke, K.; Kuhlmeier, A. (2008): Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 1. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 62, Heft 5/2008, S. 11-20.

Fußnoten

- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text zumeist die maskuline Form der Substantive gewählt. In der Regel werden damit beide Geschlechter bezeichnet.



Soziale Sicherung, informeller Sektor und das Potenzial von Kleinstversicherungen

Von Dr. Markus Loewe
2009, 222 S., brosch., 44,- €, ISBN 978-3-8329-4017-1
(Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik, Bd. 4)

Das vorliegende Buch gibt Einblick in die Funktionsweise moderner und traditioneller Systeme der sozialen Sicherung in Entwicklungsländern und zeigt auf, warum viele von ihnen für informell Beschäftigte ungeeignet sind.

