

**Dr. Bernard Braun**  
**Zentrum für Sozialpolitik der**  
**Universität Bremen**

(erscheint im September 2005 in einem Sammelband über die Delmenhorster Public Health Summer School 2004)

## **Wunsch und Wirklichkeit der Rolle von Versicherten- und Patientenwahrnehmungen in der Gesundheitspolitik**

Zum festen Bestandteil der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen "Sonntags-Rhetorik" gehört "der Patient im Mittelpunkt". Danach ersetzt das neue Leitbild des allseits informierten mündigen Patienten den alten Paternalismus kontinuierlich und nachhaltig. An die Stelle der Expertendominanz tritt der kooperative "informed consent" und statt des als "Halbgott in Weiß" auftretenden ärztlichen Alleinentscheiders herrsche nun „shared und informed decision making“. Betrachtet man sich die Wirklichkeit der Patientenorientierung aus der „Werktags-Perspektive“ haben uneingeschränkt positive Entwicklungen oder gar Strukturen Seltenheitswert und schwindet der Glanz mancher Vorzeige-Beispiele. Pointiert formuliert: Der Patient steht zwar immer mehr im Mittelpunkt, aber dort auch vielen Akteuren im Wege.

Wir wollen dies an zwei inhaltlich notwendigen Ausschnitten und Elementen von und für Patientenorientierung darstellen: Den Bemühungen, eine kontinuierliche Informationsbasis über die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen von Versicherten und Patienten im Bereich der ambulanten gesundheitliche Versorgung sowie der Gesundheitspolitik zu gewinnen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bereiche, in denen sich aktuell weitere Belege für die Geringschätzung oder eingeschränkte Nutzung der Versicherten-/Patientenperspektive finden lassen, sind z.B. der fast strukturelle Ausschluss der meisten GKV-Versicherten von der dieses Jahr stattfindenden (Sozial-)Wahl der formellen Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsorganen oder die Reduktion der Arbeit der so genannten "Patientenbank" im Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen auf Mitberatung und ihren Ausschluss aus Entscheidungen. Offensichtlich schwindet die Bereitschaft zur Patientenorientierung mit der Nähe zur Macht rapide.

# 1 Defizite der patientenorientierten Berichterstattung in Deutschland

Wenn man die Patientenorientierung ernst nimmt, müssen insbesondere die traditionell die Wahrnehmungen und Orientierungen beherrschenden Feststellungen, Bewertungen und Informationen Dritter oder Experten durch die eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen der Versicherten und Patienten ergänzt, angereichert, modifiziert oder vollständig ersetzt werden.

Gemessen an der gesundheitlichen, ökonomischen und sozialen Bedeutung der ambulanten Versorgung<sup>2</sup> ist eine solche Art der Berichterstattung in Deutschland durchweg defizitär. Sie beschäftigt sich weder mit der inhaltlichen Fülle des Geschehens noch erfolgt sie kontinuierlich und meistens auch nicht repräsentativ. Außerdem beruhen die meisten der wenigen Berichtssysteme ausschließlich auf den Wahrnehmungen und Beurteilungen diverser Experten und nutzen für ihre Berichte wie Handlungsempfehlungen nicht oder nur am Rande die möglichen Inputs der Patienten.

Dass es anders gehen kann, zeigen die etablierten versicherten- und patientenbasierten Informationssysteme in Großbritannien oder den USA.<sup>3</sup> Ein weiteres Beispiel für die Machbarkeit, den Nutzen und die methodischen Entwicklungsmöglichkeiten eines Patientensurveys liegt mit der aktuellen europaweit durchgeführten einmaligen Querschnitts-Studie zur Zukunft von Patienten (Coulter/Magee 2003) vor.

---

<sup>2</sup> Seit Jahren geben rund 90 Prozent der Bevölkerung an, mindestens einen Kontakt mit einem ambulanten Versorger pro Jahr gehabt zu haben. 2002 gab es in der Folge 565 Millionen Arztkontakte, die zu einer enormen Anzahl von selbst erbrachten und veranlassten Leistungen (z.B. die meisten Krankenhausaufenthalte und die Arzneimittelverordnungen) führten.

<sup>3</sup> In Großbritannien existiert für die im National Health Service (NHS) krankenversicherte Bevölkerung seit Jahren ein regelmäßig und umfangreich bei Zigtausenden von Versicherten durchgeführtes System allgemeiner und spezieller Surveys über Versicherte und Patienten (als Überblick: <http://www.nhssurveys.org/>). Auch in den USA gibt es eine Reihe von sehr differenzierten und regelmäßig durchgeführten Versicherten- und Patientensurveys zum allgemeinen Versicherungsschutz, zur Praxis der Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung, der Qualität und des Outcomes ambulanter und stationärer Versorgung: Dies reicht von den Qualitäts-Surveys der "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)" bis zu Studien der zahlreichen Stiftungen wie der Kaiser Family Foundation oder des Commonwealth Fund.

## 2 Möglichkeiten und Nutzen von bürgerInnenorientierter Berichterstattung im Gesundheitswesen am Beispiel des Bertelsmann Gesundheitsmonitor

### 2.1 Methodische und inhaltliche Charakteristika

In Deutschland stellt der Bertelsmann Gesundheitsmonitor (GeMo), beginnend im Jahre 2001 und derzeit bis 2007 projiziert, den einzigen Versuch dar, mit einem relativ einheitlichen und in regelmäßigen zeitlichen Abständen gestellten Fragenprogramm, repräsentative Versicherten- und Patienteninformationen zur ambulanten Versorgung und zu gesundheitspolitischen Innovationen zu erheben. Hinzu kommen noch jährliche Befragungen von niedergelassenen Ärzte zu ihrer Wahrnehmung des Behandlungsgeschehens sowie ihren Eigeninteressen (z.B. Weiterbildung). Die wichtigsten methodischen Charakteristika sind in der Abbildung 1 zusammengefasst (vgl. Güther/Schnee/Potthoff 2002).

	<b>Versichertenbefragung</b>	<b>Ärztebefragung</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren	Niedergelassene Ärzte
<b>Befragungsmethode</b>	Schriftlich/postalisch	Telefonisch
<b>Stichprobenbasis</b>	ACCESS-Panel (ca. 71.000 „befragungsbereite Haushalte“/ 165.000 Pers.)	Adresspool
<b>Stichprobengröße (netto)</b>	2x1500 pro Jahr	500 pro Jahr
<b>Schichtung der Stichprobe</b>	Keine Schichtung	50 Prozent Primärärzte (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, Kinder- und Frauenärzte) 50 Prozent Fachärzte (alle Facharztgruppen über 1000 Mitglieder außer Anästhesisten)

Abbildung 1: Methodische Charakteristika des Bertelsmann Gesundheitsmonitors

Zwischen Herbst 2001 und Herbst 2004 wurden in sieben Wellen insgesamt 10.582 Versicherte und in vier Wellen insgesamt 2.017 niedergelassene Ärzte befragt. Die Befragungen der Versicherten wurden im späten Frühjahr und Herbst jedes Jahres durchgeführt, die der Ärzte lediglich einmal pro Jahr im Spätherbst. Die Frühjahrserhebung ist in den folgenden Übersichten mit einer 1, der Herbsttermin mit einer 2 gekennzeichnet. Die Erhebungsarbeiten werden von Infratest

Gesundheitsforschung durchgeführt. Das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen führt Datenanalysen durch und erstellt einen Teil der Berichterstattung.

Die inhaltlichen Befragungs-Schwerpunkte liegen vor allem

- auf der Status-quo-Erhebung der ambulanten Versorgung (z.B. Häufigkeit der Inanspruchnahme, differenzierte Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion und ihre Bewertung, Informationsbedürfnisse) und des Krankenversicherungsschutzes (z.B. persönliche Gesundheitsausgaben),
- auf der Erhebung von Anforderungen und Erwartungen der Versicherten und Patienten an die ambulante Gesundheitsversorgung und
- auf der Erhebung von Kenntnissen und Bewertungen der Versicherten zu aktuellen, potenziellen oder zukünftigen politischen Reformprojekten zur Versorgung, Finanzierung und Organisation im Gesundheitswesen.

Hinzu kommen eine grobe Abfrage der selbst wahrgenommenen Gesundheit der Versicherten, ihres Gesundheitsverhaltens und ihrer soziodemografischen Merkmale. Ungefähr drei Viertel der Fragen des rund 25 Seiten umfassenden Fragebogens für Versicherte werden identisch in jeder Welle gestellt. Auf dem restlichen Platz werden ein- oder mehrmalig inhaltlich wechselnde Fragen bzw. Fragenblöcke z.B. nach Alternativmedizin, Vertrauen in Eigenschaften und Akteure des Gesundheitswesens oder den Folgen von Gesundheitsreform-Maßnahmen gestellt.

## **2.2 Beispiele für patientenorientierte Erkenntnisse zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung**

Zu den wichtigsten Bedingungen einer wirksamen und effizienten Arzt-Patientbeziehung gehören eine nichtpaternalistische geführte Kommunikation sowie die durchgängig aktive Beteiligung von Patienten bei der Vorbereitung und dem Treffen von Behandlungsentscheidungen. Wie weit dieser Idealtypus des „informed and shared decision making“ bereits die Behandlungswirklichkeit in Deutschland prägt, zeigt die Abbildung 2. In ihr ist die von Patienten wahrgenommene Häufigkeit von Erfahrungen mit ausgewählten Komponenten und Indikatoren dieser Art von Arzt-Patientbeziehung im Laufe der letzten drei Jahre zusammengestellt .

Die Befragten sollten jeweils angeben, was beim "letzten Mal" passierte, als "im Rahmen einer Behandlung durch Ihren Hausarzt, eine Entscheidung über das

weitere Vorgehen gefällt werden musste". Dass die Fokussierung auf Entscheidungskontakte verstanden wurde, zeigt der in allen Wellen ausgeprägte Anteil von Befragten, die auf Antworten verzichteten.

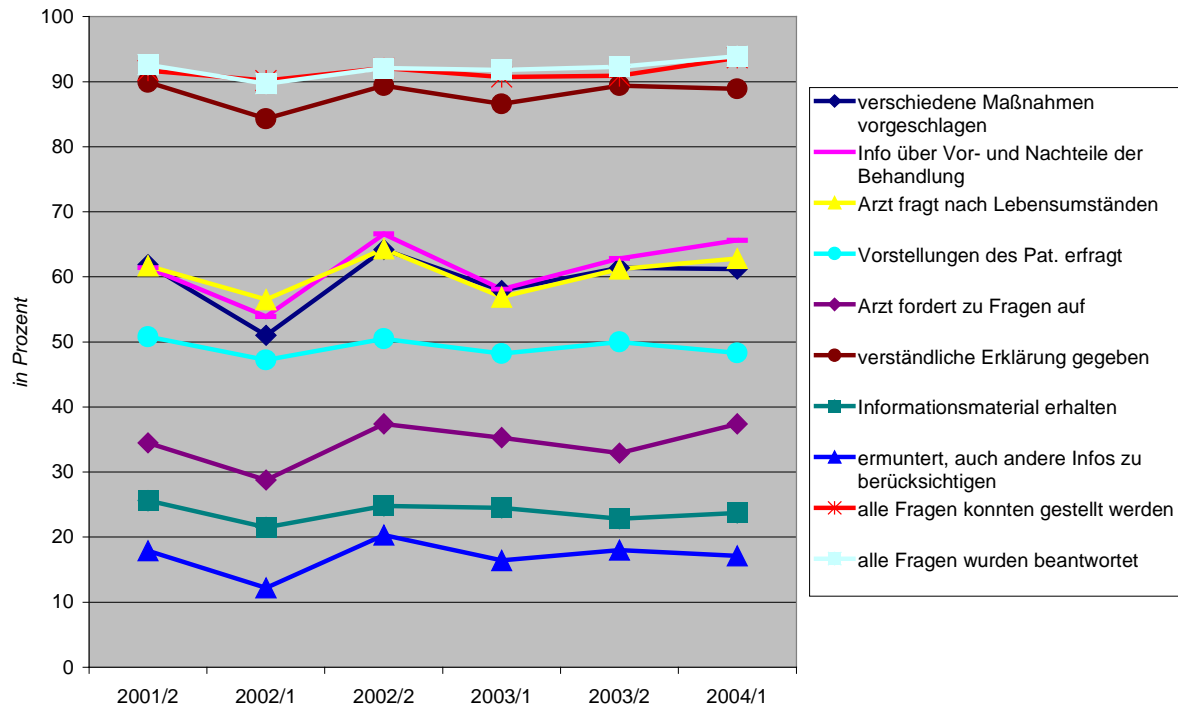


Abbildung 2: "Informed und shared decision making"-Elemente in der ambulanten Versorgung aus Sicht von Patienten - Gesundheitsmonitor Herbst 2001 bis Frühjahr 2004

Betrachtet man sich zuerst die Entwicklung der untersuchten Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung über die gesamten untersuchten drei Jahre, sind die meisten von ihnen durch eine relative Konstanz oder Stabilität geprägt. Die im Befragungszeitraum (weiter-)geführte Debatte über die Notwendigkeit einer anderen Arzt-Patient-Beziehung hat also wenig Auswirkungen auf das Niveau der Erfahrungen gehabt. Innerhalb der Jahre 2001-2004 gibt es allerdings eine Reihe von Zu- und Abnahmen, die stärker als Zufallsschwankungen sind. So nimmt im Zeitraum 2001 bis 2003 z.B. der Anteil von Ärzten, die nach den Lebensumständen fragen oder den Patienten ermuntern, auch andere Informationen zu berücksichtigen vom Herbst zum Frühjahr ab und steigt zum Herbst wieder an. Seit 2003 verschwinden diese Schwankungseffekte und das im Frühjahr 2003 erreichte Niveau bleibt bis in die Gegenwart prägend.

Im Einzelnen gibt es drei klar unterscheidbare Qualitäten der Erfahrungen mit den hier erfragten Elementen der Arzt-Patient-Beziehung:

- Um die 90 Prozent der befragten Patienten gaben an, sie hätten alle Fragen stellen können, alle ihre Fragen wären beantwortet worden und ihr Hausarzt habe ihnen verständliche Erklärungen gegeben.
- Nur noch 50 bis rund zwei Drittel der Befragten wurden von ihrem Arzt gezielt nach ihren Vorstellungen und ihren Lebensumständen befragt, wurden über Vor- und Nachteile der Behandlung informiert und bekamen verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen.
- 15 bis knapp 40 Prozent der Patienten wurden schließlich ermuntert, auch andere Informationen zu nutzen, haben zusätzliches Informationsmaterial ihres Arztes erhalten oder wurden von ihm aufgefordert, Fragen zu stellen.

Alles in Allem kommen also Aktivitäten des Arztes, die den Patienten in Entscheidungssituationen über dessen spontanen gestellten oder auch ausbleibenden Fragen hinaus differenziert informieren und aktiv einbeziehen wollen, nur bei einer rasch kleiner werdenden Patientengruppe vor.

Auch wenn wir nicht die Ärzte der GeMo-Patienten oder die Patienten der GeMo-Ärzte befragten, bekamen beide Gruppen Fragen zu identischen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung gestellt. Die Häufigkeiten der Wahrnehmungen und Bewertungen von sechs Merkmalen in der Abbildung 3 deuten auf eindeutige und erhebliche Wahrnehmungsdivergenzen hin. Durchweg sind deutlich mehr Ärzte als Patienten der Ansicht, die Vorstellungen der Patienten einbezogen zu haben oder ihnen Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungen erklärt zu haben. Dies ist deshalb praktisch bedeutsam, weil die Unterschiede der Wahrnehmung meist so groß sind, dass bloße Appelle, z.B. mehr zu kommunizieren, bei derartig stark vom Gegenteil überzeugten Betroffenen wahrscheinlich nur sehr wenig verändern.

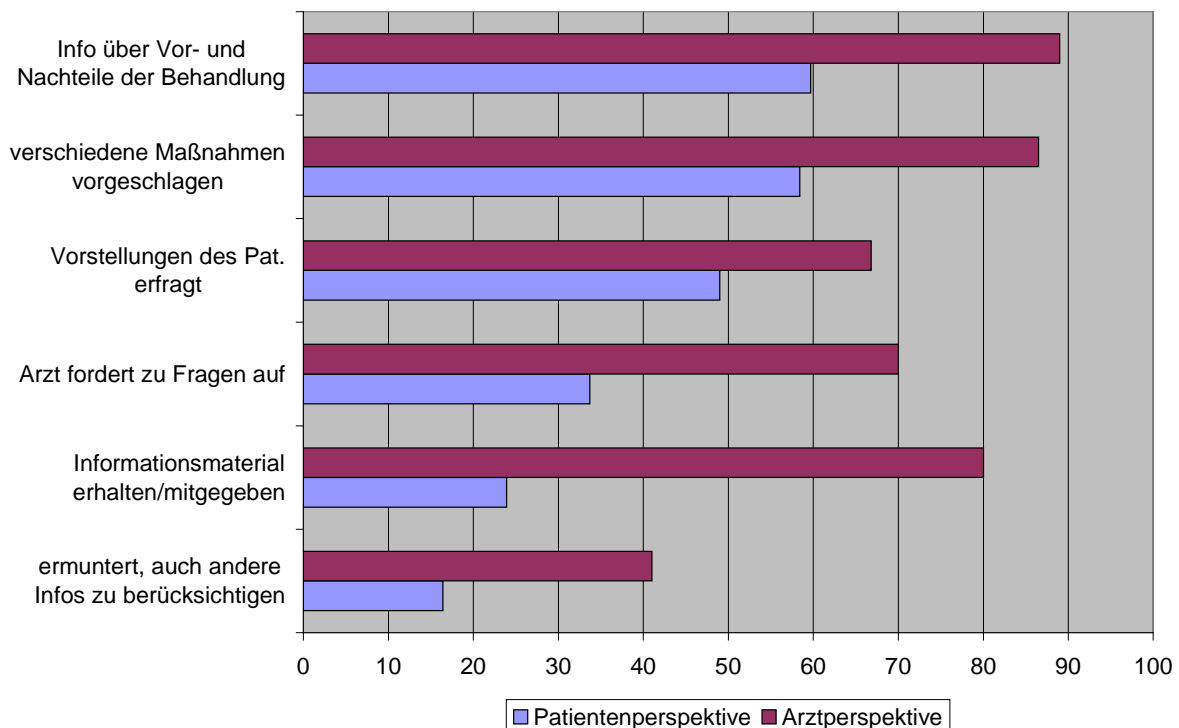


Abbildung 3: Unterschiede der Wahrnehmung ausgewählter Aspekte der Arzt-Patientenbeziehung zwischen Ärzten und Patienten - Gesundheitsmonitor 2001-2003 und 2003

Viele Überlegungen die Arzt-Patientenbeziehung zu verbessern und die Patientenrolle zu stärken, konzentrieren sich darauf, die Patienten umfassend und gut zu informieren. Mehr und bessere Informationen scheinen die entscheidende Grundlage für den "mündigen Gesprächspartner Patient" zu sein. Schon theoretisch ist daran mehrerlei problematisch: Zum ersten wird damit die Beziehung von Patienten und Ärzten auf kognitive, informationelle, wissensrationale und in diesem Kontext diskursivfähige Aspekte reduziert. Zum zweiten schwingt die Annahme mit, es ginge in dieser Beziehung um mehrheitlich eindeutige und lineare Zusammenhänge. Diese theoretischen Einwände bestätigen sich, wenn man sich z.B. die praktische Relevanz und die tatsächliche Nutzung von Informationen durch Patienten etwas genauer ansieht.

Selbst unter den Patienten, die einen Fachhochschulabschluss oder das Abitur als höchsten Bildungsabschluss haben, gaben im GeMo 2003 weniger als die Hälfte an, vor einem Arztbesuch Informationen gesammelt zu haben. Über 35 Prozent verneinten dies sogar ausdrücklich. Unter den Befragten mit Hauptschulabschluss waren es gerade mal 30 Prozent, die aktiv Informationen suchten, aber über 45 Prozent, die dies ausdrücklich nicht taten. Hier deutet sich ein soziales Dilemma an: Die Gruppe mit dem oftmals höchsten Risiko zu erkranken und dem höchsten

Informationsbedarf, verfügt über die geringsten Ressourcen (u.a. der Bildung), um sich eine größere Transparenz über ihre gesundheitliche und Behandlungslage zu verschaffen.

Auf die praktischen Schwierigkeiten, stimmiges und handlungsbefähigendes Wissen in seiner ganzen Komplexität an Patienten wie Ärzte zu vermitteln, sei hier nur hingewiesen. Wie eine umfangreiche Review-Studie aus Großbritannien über das Problem des "Getting evidence into practice" (NHS 1999) im Detail zeigt, sind praktisch alle eindimensionalen oder -modalen Strategien untauglich und für wirksame Vermittlungsstrategien durchweg vielseitige Methoden erforderlich.

Zu den sozialen Schwierigkeiten einer besseren Information von Patienten kommen noch reale Abweichungen vom Idealbild des informierten Patienten. Anders als erwartet oder erwünscht, führt nämlich Information keineswegs automatisch und direkt zu aufgeklärtem Handeln. Über 20 Prozent der Patienten mit Hauptschulabschluss und rund 18 Prozent derjenigen mit Abitur und Fachhochschulabschluss, die sich vor einem Arztbesuch Informationen besorgt hatten, kommunizierten oder nutzten diese nämlich nicht. Über die Gründe wissen wir zwar konkret nichts, aber um die Informations- und Kommunikationssituation zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern bedarf es offensichtlich nicht nur eines "Mehr an guten Informationen".

Noch etwas mehr über die komplexe soziale Wirklichkeit der Arzt-Patientbeziehung und die damit verbundenen Schwierigkeiten für einfache Problemlösungen erfährt man in der Abbildung 4 durch ein zweites Ergebnis der Versichertenbefragung des GeMo. Dabei geht um die Existenz von Dissens über die Art der Behandlung zwischen Arzt und Patient und dessen praktische Folgen. Zunächst einmal führte ein seit 2001 fast stetig abnehmender Anteil der Befragten beim letzten Kontakt mit der Praxis ihres Hausarztes ein persönliches Gespräch mit diesem: Im Herbst 2004 waren es noch knapp 85 Prozent aller Befragten mit "Hausarztpraxis-Kontakt".

Ein von 2001 bis 2004 um rd. 7 Prozentpunkte auf 18 Prozent sinkender Anteil der Patienten lehnte einen Behandlungsvorschlag ihres Arztes ab und sagten ihm dies auch. Ein nahezu unveränderter Anteil der Befragten von knapp unter 20 Prozent lehnte einen Behandlungsvorschlag ebenfalls ab, ohne dies aber ihrem Arzt zu sagen. Bei durchweg 30 Prozent der Patienten hat ein solcher Dissens dann auch bereits einmal zu einem Hausarztwechsel geführt.



Dieser hohe Anteil von Hausarzt-Wechslern ist nicht nur ein Kratzer auf dem "Sonntags"-Bild des Hausarztes, sondern wirft sehr praktische Fragen auf. So muss etwa für die erwarteten positiven Effekte einer beim Hausarzt zentralisierten Behandlungsdokumentation wahrscheinlich mehr getan werden als dies ohne die Kenntnis der Häufigkeit des Hausarzt-Wechsels und der damit verbundenen Probleme bei der Weitergabe von Information oder Dokumenten als notwendig erschien. Fasst man die Patienten mit einem gegenüber dem Arzt erklärten oder unerklärten Behandlungsdissens zusammen, handelt es sich immerhin um ca. 35 bis 45 Prozent der Patienten. Inwieweit dadurch ihr Verhalten verändert wurde, also z.B. die Behandlungs-Compliance beeinträchtigt wurde oder sonstige unerwünschte Wirkungen eintraten wissen wir nicht, Probleme liegen aber nahe.

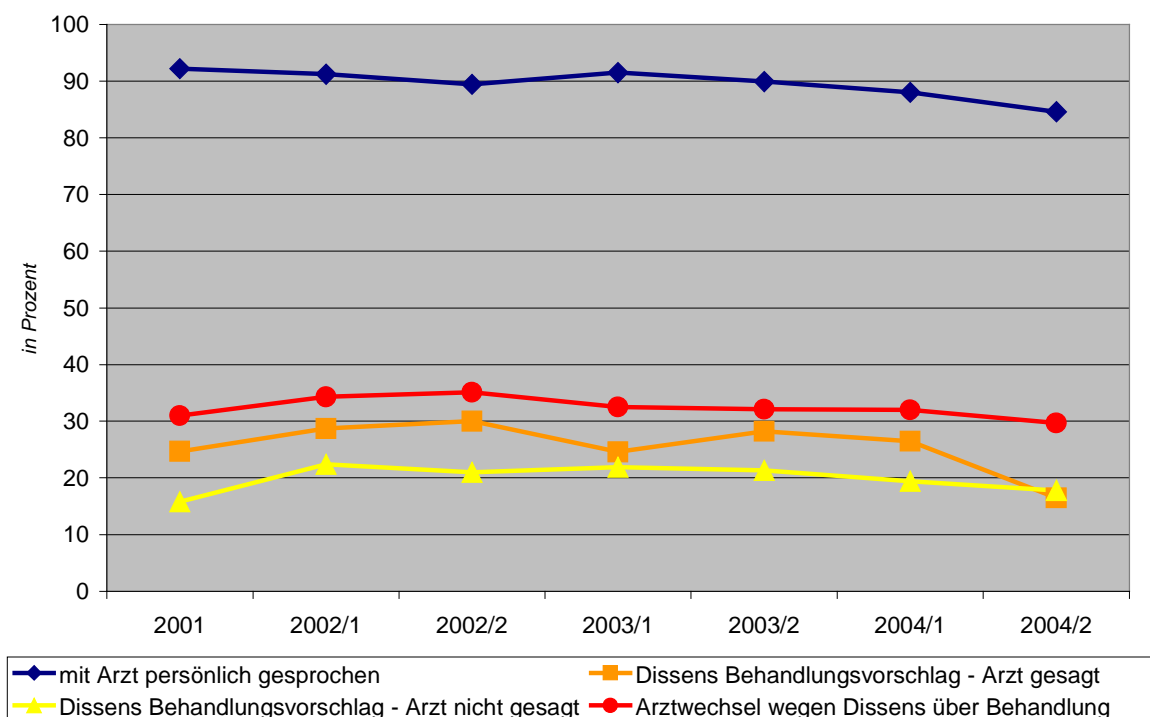


Abbildung 4: Häufigkeit eines Gesprächskontakts Hausarzt-Patient, erklärten oder unerklärten Dissens mit Behandlungsvorschlägen und Arztwechsel - Gesundheitsmonitor Herbst 2001 bis Herbst 2004

### 2.3 Beispiele für patientenorientierte Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik

Aus der Fülle der wichtigen und interessanten Informationen, die man von Versicherten und Patienten über die Bedingungen sowie die Effekte von Gesundheitspolitik in Erfahrung bringen kann, haben wir vier ausgewählt:

- Erkenntnisse über das Vertrauen in Akteure, Einrichtungen und Eigenschaften des deutschen Gesundheitswesens,
- Erkenntnisse über Befürchtungen zur Zukunft wichtiger Elemente der gesundheitlichen Versorgung,
- Vorstellungen der Versicherten zur künftigen Finanzierungsform des Gesundheitswesens und
- Informationen über die Bekanntheit und Nutzung ausgewählter gesundheitspolitischer Innovationen.

Zu einer der unterschätzten materiellen Bedingungen der Stabilität wie der Entwicklungsfähigkeit eines sozialen Systems wie des Gesundheitswesens gehört die immaterielle Ressource des Vertrauens. Sie ist eine wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit und damit auch Effizienz weiter Teile der gesundheitlichen Versorgung, weil häufig ohne die Vertrauenswürdigkeit z.B. der Handlungen des Arztes und die vertrauensvolle Offenheit des Patienten über sein Gesundheitsverhalten gar keine oder keine erfolgreiche Behandlung zustandekommt. Fehlen Vertrauenswürdigkeit und Vertrauen oder sind unterentwickelt, müssen behandlungsrelevante Informationen und individuelle Verhaltensweisen auf anderen, meist bürokratischen Wegen und mittels anderer, meist materieller Anreize gewonnen und organisiert werden. Selbst wenn also das Ergebnis gleich gut ist, erfordert es einen wesentlich höheren Zeit- und Geldaufwand. Auf diesem Hintergrund zeigen die in Abbildung 5 zusammengefassten Erkenntnisse zur Existenz und zum Niveau von Vertrauen im deutschen Gesundheitswesens u.a. folgende Problempunkte:

- Über vier Fünftel der Befragten haben vollkommenes oder starkes Vertrauen in die ärztlichen Versorgungspersonen,
- weit weniger BürgerInnen vertrauen dann schon den Versorgungsinstitutionen, was bei den Pflegeheimen einen absoluten Tiefpunkt erreicht,
- nur die Hälfte der BürgerInnen oder sogar noch weniger von ihnen nutzen die hier ausgewählten wie eine Reihe weiterer Versorgungstätigkeiten vertrauensvoll, obwohl es sich meistens um Aktivitäten von jenen Ärzten handelt, denen als "ganzer Person" im gleichen Augenblick wesentlich mehr Befragte uneingeschränkt vertrauen.

Ob und wie diese Vertrauensverhältnisse verändert werden müssen und können, und z.B. an die in vergleichbaren europäischen Gesellschaften deutlich besseren Werte (vgl. Braun et al. 2003) angeglichen werden, sollte angesichts der materiellen Effekte von Vertrauen und Nichtvertrauen überlegt werden. Die dafür notwendigen "vertrauensbildenden Maßnahmen" dürften allerdings komplexer Natur sein und sich zwischen dem Abbau rigider Verrechtlichung, der Verbesserung von Transparenz, dem Abbau der "deutschen Angst" und der Erosion rein formaler Autoritätsgläubigkeit bewegen.

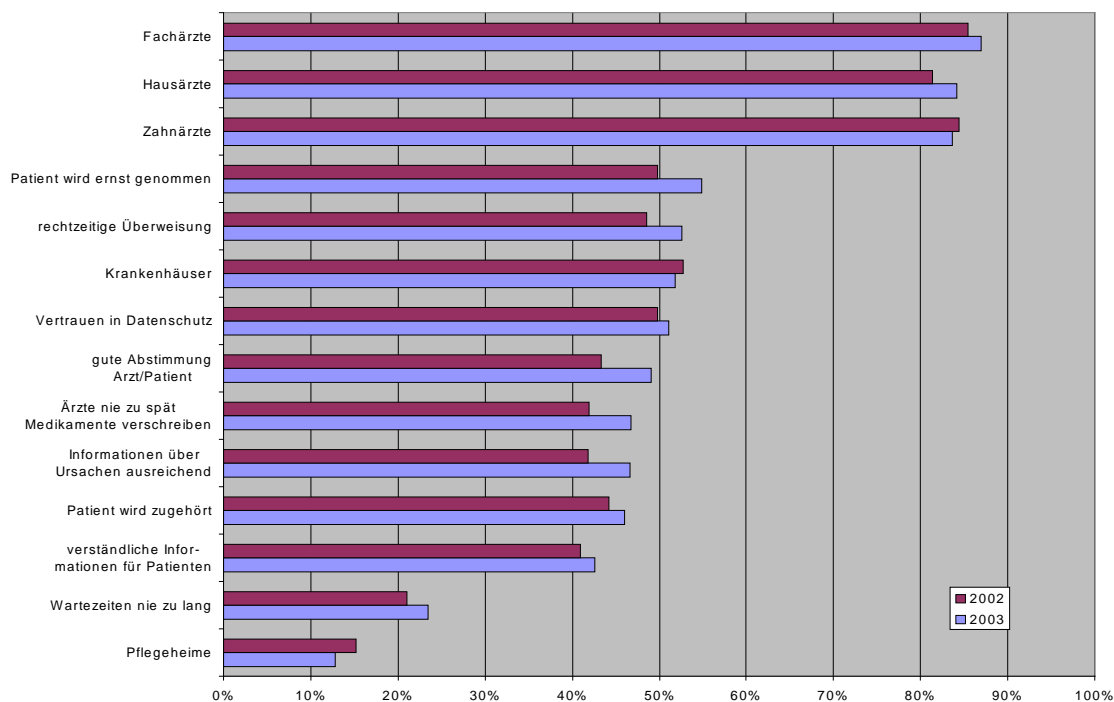


Abbildung 5: Vertrauen in ausgewählte Akteure, Einrichtungen und Eigenschaften des deutschen Gesundheitssystems 2002 und 2003

Die leichten Verbesserungen der Vertrauensniveaus oder Potenziale von 2002 auf 2003 zeigen, dass es mit Sicherheit keine Art von natürlichen Vertrauenswerte gibt, die nicht verändert werden können. Ob sich dahinter aber eine wirklich nachhaltige Veränderung verbirgt, können erst weitere Befragungen zeigen.

Wenn es um die ausreichende medizinische Versorgung im Alter, den Erhalt wichtiger Leistungen als Kassenleistung oder die Zunahme von Wartezeiten geht, befürchtet eine deutliche Mehrheit zwischen knapp 60 und über 80 Prozent der Befragten Verschlechterungen. Nur bei zwei der fünf vorgegebenen Versorgungserwartungen, der Entwicklung von Behandlungsfehlern und des

Schutzes von Gesundheits- und Behandlungsdaten, liegt der Anteil der Pessimisten (fast) durchweg unter 50 Prozent.

Bis zum Herbst 2002 und ins Frühjahr 2004 stieg der Anteil der Befragten mit pessimistischen Erwartungen insgesamt an. Mit Ausnahme der befürchteten Zunahme von Behandlungsfehlern, sank der Anteil der Befragten mit Befürchtungen in allen anderen Bereichen bis zum Herbst 2004 bis zu 10 Prozentpunkten.

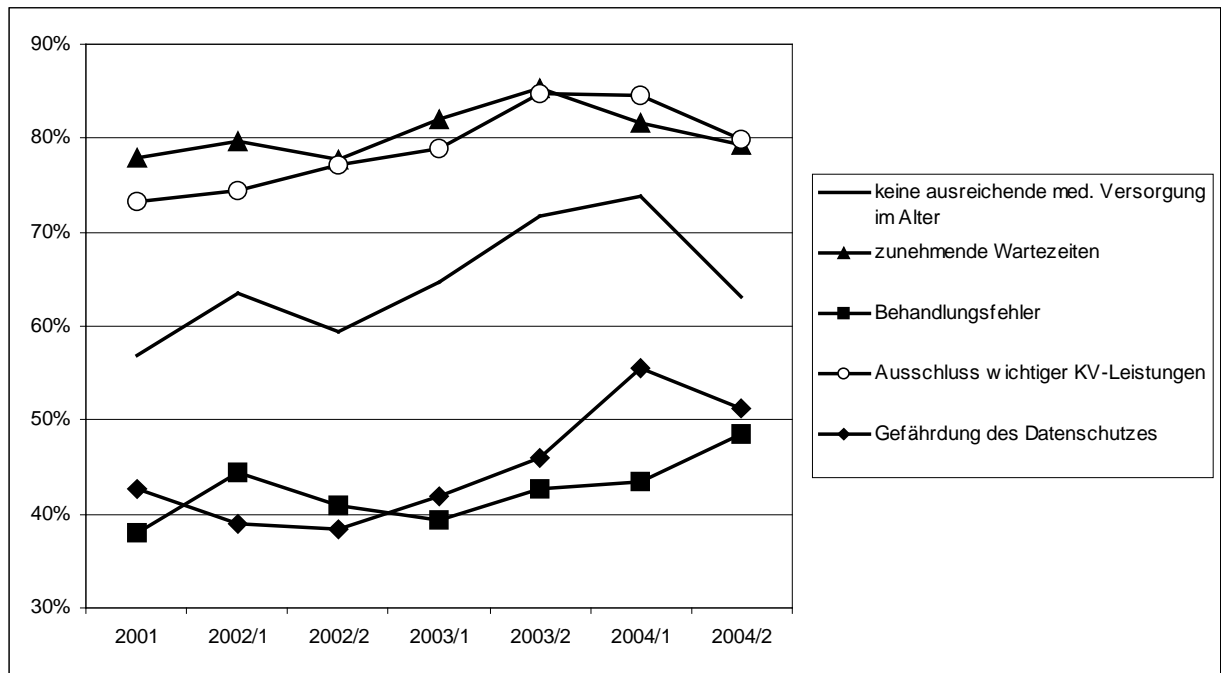


Abbildung 6: Veränderungen von Befürchtungen für die Zukunft ausgewählter Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung - Gesundheitsmonitor Herbst 2001 bis Herbst 2004

Drei dieser Trends verdienen aber jenseits kleinerer gradueller Schwankungen besondere Aufmerksamkeit:

- Der hohe Anteil von Versicherten, die trotz eines in Deutschland immer noch weitgehend barrierefreien Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung künftig zunehmende Wartezeiten befürchtet, weist zum einen auf die mögliche Existenz eines Mechanismus hin, der gerade dort, wo es aktuell relativ günstig aussieht, die Möglichkeit eines künftigen Verlustes am ausgeprägtesten sieht. Zum anderen weist dies aber auch auf die erheblichen Folgen von Änderungen des barrierefreien Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung hin.
- Die Furcht vor einer nicht mehr ausreichenden Versorgung im Alter weist auf erhebliche Legitimationsrisiken bei weiterer Preisgabe eines Kernversprechens

der GKV hin. Wenn sich die Versicherten nicht mehr sicher sind, dann eine ausreichende Leistung zu erhalten, wenn sie wahrscheinlich ihr höchstes Erkrankungsrisiko und ihren dringlichsten Versorgungsbedarf haben, werden sie die kollektive Versicherung bei erstbesten Gelegenheit verlassen und/oder zumindest politische Initiativen mittragen, das gegenwärtige System umzubauen.

- Auch die sich in jüngster Zeit rasch verbreitenden Befürchtungen, persönliche Behandlungsdaten seien nicht mehr sicher, besitzen praktische Sprengkraft. Da der Behandlungserfolg auch von der Bereitschaft des Patienten abhängt, vertrauensvoll selbst intimste Details seines Lebens uneingeschränkt zu offenbaren, beeinträchtigen die genannten Befürchtungen auch die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Ihr Ausmaß sollte auch bei der Debatte um die künftige Krankenversicherungskarte und die Dokumentation, Speicherung und Weitergabe von Krankheits- und Behandlungsdaten z.B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen bedacht werden. Diese Debatten nur über technische Details zu führen, greift viel zu kurz.

Die verbal immer heftiger geführte Debatte um zukünftige Veränderungen der Finanzierungsform des deutschen Gesundheitssystem und die Absicht, sie zu einem Hauptthema des Bundestagswahlkampfes 2006 zu machen, macht die Präferenzen der Bevölkerung bei Finanzierungsfragen interessant. Die Abbildung 7 zeigt die Bewertungen der drei Grundmodelle zwischen 2001 und 2004.

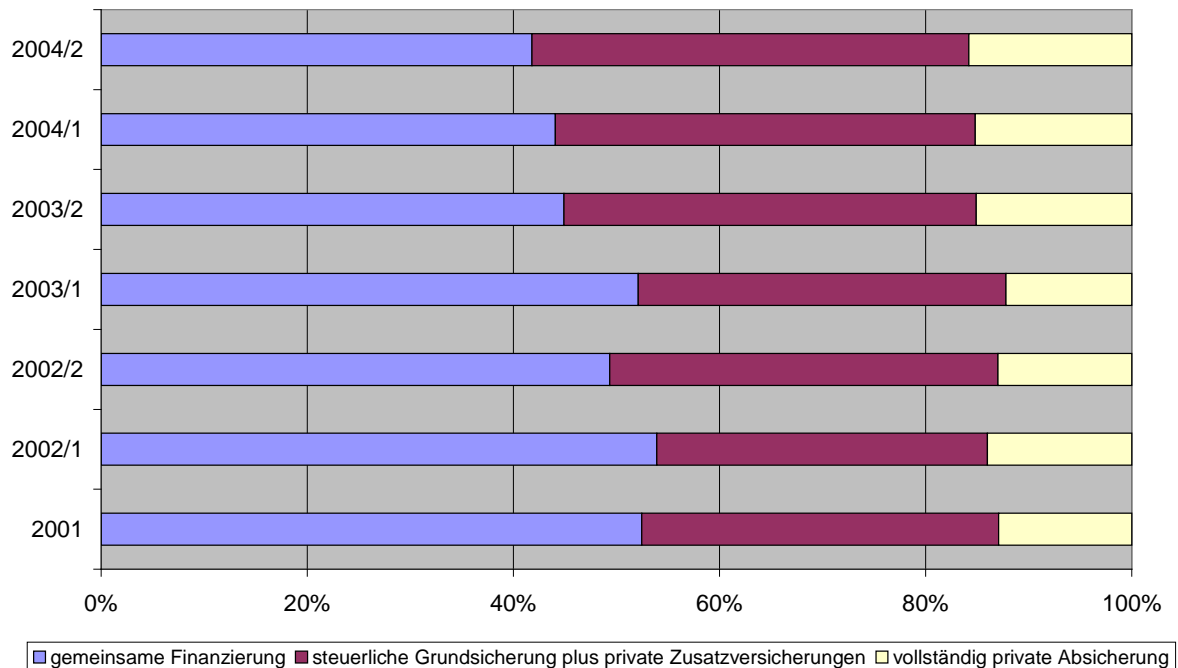


Abbildung 7: Präferenzen der Finanzierung der Gesundheitsversorgung - Gesundheitsmonitor Herbst 2001 bis Herbst 2004

Ein nahezu stabiler Anteil von 15 bis 18 Prozent der Bevölkerung präferierte eine vollständig private Absicherung. Bewegter geht es zwischen den beiden restlichen Modellen zu: Hier sank der Bevölkerungsanteil, der mit der "gemeinsamen Finanzierung" letztlich das existierende Finanzierungssystem bevorzugte, von deutlich über auf deutlich unter 50 Prozent. Dies führte fast vollständig zur Zunahme des Anteils, der eine Mischform von steuerlicher Grundsicherung und privaten Zusatzversicherungen präferierte.

Je mehr es in immer kürzeren Abständen gesundheitspolitische Umgestaltungen der gesundheitlichen Versorgung gibt, desto wichtiger ist eine differenzierte Evaluation dieses Geschehens. Dazu gehört es, die Bedarfsgerechtigkeit der Maßnahmen zu ermitteln, die gewünschten und unerwünschte Auswirkungen bei den Zielzuständen und –Personen zu erfahren und heraus zu bekommen, ob die Veränderung bei den potenziellen Nutzern überhaupt „ankommt“. Diese Frage ist angesichts der seit 1977 herrschenden raschen Abfolge von Gesundheitsreformgesetzen als Korrektur unzulänglicher Erfolge der vorhergehenden Reform von enormer praktischer Bedeutung. Vielleicht wird z.B. die Geschwindigkeit, mit der sich das Wissen über neue Versorgungsmöglichkeiten verbreitet und damit die Möglichkeit ihrer Nutzung

überschätzt. Hinzu kommt, wie bereits weiter oben erwähnt, dass Wissen über Leistungen keineswegs automatisch ihre Inanspruchnahme nach sich zieht.

Für einen Teil der Innovationen des GMG fragten wir daher im Herbst 2004 genau nach dem Stand der Wissensverbreitung und der tatsächlichen und beabsichtigten Nutzung.

	<i>DMP</i>	<i>Bonus- regelungen</i>	<i>Kosten- erstattung</i>	<i>Selbst- behalt</i>	<i>Beitragsrück- erstattung</i>
davon gehört	22,4	63,1	26,7	26,1	39,3
aktuelle Nutzung	2,5	13,2	5	3,8	8,3
künftige Nutzung ("sehr wahrscheinlich")	2	10,9	5,7	3,5	8,1
künftige Nutzung ("wahrscheinlich")	5,5	21,9	12,9	7,1	15,7

Abbildung 8: Bekanntheit, aktuelle oder geplante Nutzung gesundheitspolitischer Innovationen – Gesundheitsmonitor 2004

Gut ein Dreivierteljahr oder im Falle der DMP sogar nach längerer Zeit nach Einführung hat nur zwischen einem Viertel bis zwei Dritteln der Bevölkerung zumindest schon einmal von den erfragten Veränderungen bei der Finanzierung und der Versorgung gehört. Von diesen Personen nutzt dann nochmals nur ein kleiner Teil, nämlich zwischen 10 und Prozent, die Möglichkeiten der Beitragsreduktion oder ein Versorgungsprogramm für chronisch Kranke. Selbst wenn man die Versicherten addiert, die diese Möglichkeiten wahrscheinlich zukünftig nutzen wollen, gibt es noch große Differenzen zwischen Möglichkeit und Wissen auf der einen und Nutzung auf der anderen Seite. Trotz des in dieser Befragung betriebenen Aufwands den Fragengegenstand zu erklären, wird es auch hier Befragte gegeben haben, die schlicht und einfach nicht verstehen, wonach gefragt wird. Selbst Experten dürfte es auf Anhieb schwer fallen, beispielsweise alle Besonderheiten und das Pro wie Contra der deutschen DMP im Kontext des Risikostrukturausgleichs überhaupt darzustellen und dann zu bewerten. Um messen zu können ob sie erfolgreich ist, muss Gesundheitspolitik also eine enorm zeitraubende Fülle von Wissens- und Verständnisdefiziten und Nutzungsbarrieren beachten, die erwartete Erfolge verzögern oder minimieren. Weitere Analysen zeigen außerdem noch deutliche soziale Ungleichheiten beim Wissen über und der Nutzung von DMP-Angeboten.

### 3 Schlussüberlegungen

Die hier ausgewählten Ergebnisse einer inhaltlich breit angelegten, mehrjährig und repräsentativ durchgeführten Befragung von BürgerInnen über ihre Erwartungen, Einstellungen und Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitswesen bestätigen

auf repräsentativer Grundlage Erwartetes, beleuchten detailliert Bekanntes, beseitigen manche bisherige Ungewissheit und fördern Unbekanntes zu Tage. Insofern besitzt sie einen vielfältigen Nutzen und stellt eine zuverlässige Grundlage für das gesundheitspolitische Nachdenken und Gestalten dar.

Daneben sollen zwei allgemeinere Erkenntnisse abschließend hervorgehoben werden: Eine Reihe von Problemen sind nicht mit Einfach-Lösungen, Patentrezepten oder durch die Förderung einer einzelnen Ressource wie etwa der Information zu bewältigen. Nur eine Kombination von Ressourcen, Interventionsebenen und -medien sowie Akteuren hilft hier weiter. Eine für die Performanz des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik wahrscheinlich kräftig unterschätzte Ressource ist die Zeit. Zeit, die benötigt wird, damit sich das häufig extrem spezielle Wissen über gesundheitspolitische Innovationen und Lösungen bei den unterschiedlichsten, sich dazu noch im Status oder ihrer Qualifikation erheblich unterscheidenden Akteuren verbreitet, dann im Wettstreit mit zahllosen anderen Themen des Lebens ein Verständnis für ein gesundheitliches Versorgungs- oder Verhaltensproblem entsteht und am Ende dann vielleicht Handlungen oder Verhalten auslöst. Mehr über die Zwischenstände solcher Prozesse z.B. bei den Versicherten und Patienten zu erfahren, ist ein zentraler Nutzen einer kontinuierlichen Berichterstattung im Gesundheitswesen.

### **Literatur:**

- Braun, B.; Calnan, M.; Groenewegen, P.; van der Schee, E.; Schnee, M. (2003): Zeitlicher und internationaler Vergleich des Vertrauens in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.) (2003): Gesundheitsmonitor 2003, Gütersloh, 136-158.
- Coulter, A.; Magee, H. (Hg.) (2003): The European Patient of the Future. Oxford, Open University Press.
- Güther, B.; Schnee, M.; Potthoff, P. (2002): Zur Methode des Gesundheitsmonitors. In: Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002, Gütersloh, 188-199.
- NHS-Centre for Reviews and Dissemination (Hg.) (1999): Getting evidence into practice. In: Effective Health Care. Volume 5, number 1. (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf>).