
Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen

Ein aktuelles Patientenmeinungsbild

**Carsten J. Krones, Stefan Willis, Gerhard Steinau,
Volker Schumpelick**

Die Knappheit der Mittel im deutschen Gesundheitssystem ist mittlerweile eine allgemein verbreitete Erkenntnis. Auch die Ursachen sind bereits lange bekannt. Die Abnahme der Beschäftigung und der nur mäßige Lohnanstieg haben in Verbindung mit der steigenden Zahl der Rentner einen progressiven Einnahmeverlust der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt. Die lahrende Ökonomie und die demografische Entwicklung führen in Deutschland zu einer Erosion der Beiträge, die in die Sozialsysteme fließen.

Der steigende wirtschaftliche Druck erzeugt bei Kostenträgern, Gesetzgebern und Leistungserbringern einen enormen Handlungsdruck. Die wichtigsten Protagonisten des Systems konzentrieren sich jedoch entweder auf ihre ureigenen Mittel oder beschränken sich auf Lobbyarbeiten und berauben sich so in ihrem Reformeifer wichtiger Synergien. Moderne Managementkonzepte entlehnen sich der produzierenden Industrie und reduzieren Medizin am Menschen auf die Fertigung eines Werkstücks. Pharmaindustrie und Medizintechnik argumentieren in ihren Forderungen mit dem nicht aufzuhaltenden und notwendigen Fortschritt. Demgegenüber konzentriert sich die Ärzteschaft überwiegend auf ihren genuinen Auftrag des Heilens. In dieser Entwicklung tritt der Leistungsempfänger – oder ökonomisch betrachtet der Markt – deutlich in den

Hintergrund. Was der Patient von der unstrittig notwendigen Reform erwartet, ist weitgehend unbekannt.

Daher war es unser Anliegen, die Meinung und den Willen der Hauptbeteiligten, d. h. der Patienten, durch eine repräsentative Umfrage abzubilden. Hierzu führten wir am Universitätsklinikum Aachen eine standardisierte Patienten-Umfrage zu den Erwartungen an eine gerechte Verteilung der Gesundheitsressourcen in Deutschland durch.

Material und Methoden

In einem Zeitraum von fünf Wochen wurden stationäre Patienten des Universitätsklinikums Aachen in einem Outbound-Projekt durch das Call Center des Hauses zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung befragt. Ausgeschlossen waren Personen unter 18 Jahren, Intensivpatienten, monitorpflichtige Patienten der Intermediate Care, Patienten der geschützten Psychiatrie und Personen mit Auskunftsperre.

Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch durch unabhängige, in kundenorientierter Kommunikation und professionellem Telefonverhalten geschulte Call-Center-Agenten. Alle Agenten besaßen medizinische Vorkenntnisse aus der Krankenpflege, Schwesternhilfe oder Stationsassistenten. Genutzt wurde eine Automatic Call Distribution Software (ACD) mit Zugriff auf die Telekommunikationsanlage des Universitätsklinikums Aachen. Die Kontaktzeit wurde zwischen 9 und 17 Uhr gelegt. Einzeladressen wurden bei Nichterreichen maximal dreimal angewählt. Alle Telefonate wurden online in eine speziell erstellte Projektsoftware eingelesen. Jeder Kontakt wurde neben der Interviewzeit von 10–15 Minuten zur Datensatzpflege zusätzlich bis zu zwei Minuten nachbearbeitet. Die interne Identifikation der Befragten erfolgte über Altersklassen, Geschlecht und

Klinikzugehörigkeit. Zusätzlich wurde als exemplarischer Risikofaktor ein möglicher Nikotinkonsum erfasst. Die Einhaltung des Datenschutzes wurde durch den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Aachen kontrolliert.

Das strukturierte Interview umfasste acht geschlossene Fragen mit jeweils mehreren vorgegebenen Antwort-Alternativen und lag damit im Maximalbereich eines soziologisch verwertbaren Telefon-Interviews. In den Antwortklassen waren – sofern es sich nicht um semiquantitative Beurteilungen handelte (Fragen 3, 4, 6 und 7) – jeweils nur Einzelnennungen (Fragen 1, 2, 5 und 8) zugelassen. Alle Fragen und Antwortmöglichkeiten durften mehrfach vorgelesen bzw. erklärt werden, um so dem hohen Anforderungsniveau der Telefonbefragung und den unterschiedlichen Altersklassen der Befragten gerecht zu werden. Die Reihenfolge der Fragen wurde strikt beibehalten.

Die Thematik der Befragung wurde von den Autoren vorgegeben, die mit kommunikationswissenschaftlicher Unterstützung durch externe Berater und das Call Center auch die Formulierung der Fragen übernahmen.

Die Fragen erforschten

- die Akzeptanz von Zuzahlungen zu einer Basis-Krankenversicherung,
- die Akzeptanz von Wartelisten bei unterschiedlichen Therapien,
- die Merkmale des idealen Gesundheitssystems,
- die Wünsche im Hinblick auf Kürzungen und Stärkungen in unterschiedlichen Teilen bzw. bei unterschiedlichen Leistungen des Gesundheitssystems,
- mögliche Sparpotenziale im Gesundheitssystem,
- die Notwendigkeit der Verlagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor,
- mögliche Verzichtspotenziale,
- die größten Probleme des Gesundheitssystems.

Der genaue Fragebogen ist auf Wunsch bei den Autoren erhältlich.

Gesamt wurden 1378 Datensätze der hausinternen Dokumentation durch das Call Center bearbeitet. Angewählt werden konnten davon 1063 Patienten, da 315 bereits entlassen oder zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme auf eine der Intensivstationen des Hauses verlegt worden waren. 306 Patienten hatten kein Interesse an der Befragung oder lehnten Telefon-Interviews grundsätzlich ab. 167 Patienten wurden in mehrfachen Versuchen nicht erreicht und von der Befragung ausgeschlossen (time out) oder befanden sich bei Studienabschluss aus dem gleichen Grund noch in der Wiedervorlage. In 51 Fällen war die Kontaktaufnahme aufgrund klinischer oder technischer Probleme nicht möglich, 7 Befragte brachen das Interview ab.

Erfolgreich befragt und ausgewertet wurden gesamt 532 Patienten (50 % der Angewählten). Das Geschlechterverhältnis war mit 48 % Frauen (n=255) und 52 % Männern (n=277) ausgeglichen. Die Befragten lagen zum Zeitpunkt des Telefoninterviews zu 49 % (n=262) in nicht-operativen Kliniken und zu 51 % (n=270) in operativen Kliniken. 19 % (n=51) der Patienten stammten aus dem Klientel der Chirurgischen Klinik. Die Altersverteilung der Interviewten spiegelte die typische Belegung unserer Klinik wider: Die meisten Befragten gehörten der Altersklasse zwischen 60 und 79 Jahren an (Abb.1).

Die Auswertung der Umfrage erfolgte zunächst für alle Befragten. Im Anschluss daran wurden alle Fragen getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen analysiert. Ergänzend wurden die Ergebnisse der operativen und nicht-operativen Fächer einander gegenübergestellt. Die Antworten auf die Fragen 3 und 5 wurden zusätzlich für Nichtraucher und Raucher getrennt ausgewertet. Da es um ein aktuelles Meinungsbild ging, wurde auf eine eingehendere statistische Auswertung verzichtet.

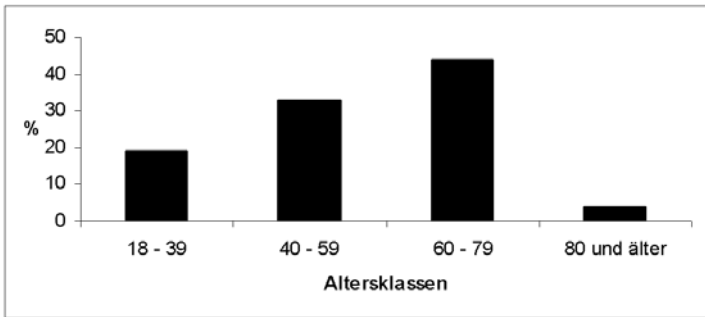


Abb. 1: Altersstatistik der Studien Klientel

Ergebnisse

Die Befragung stellte an Befragte und Interviewer hohe Ansprüche. Fragen und Antworten mussten oft wiederholt oder erklärt werden. Daraus resultierte eine durchschnittliche Interviewzeit von 10–15 Minuten. Da eine systematische Überforderung nicht auftrat und die Abbrecherrate niedrig lag ($n=7$), wurde der Interviewbogen nicht angepasst oder gekürzt. Grundsätzlich wurde die Studie positiv aufgenommen. Im Gespräch fielen regelmäßig Parallelen zur Diskussion in der aktuellen Presse auf.

1. Basisversorgung – Zuzahlung

Eine Krankenversicherung, welche nur die Basisversorgung abdeckt und spezielle Erkrankungen nur bei einer Zusatzversicherung absichert, lehnten 75–82 % der Befragten ab (Abb. 2). Dabei ließen sich keine relevanten alters-, geschlechts- oder klinikabhängigen Unterschiede finden. Auch in der jüngsten Altersgruppe zwischen 18–39 Jahren wurde eine solche dichotome Teilung der Krankenversicherung nur von 24 % der Befragten akzeptiert.

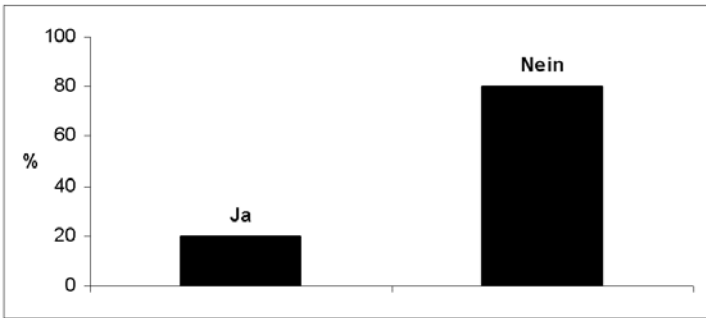


Abb. 2: Basisversorgung durch die Krankenkasse mit optionaler Zuzahlung für ausgewählte Krankheiten

2. Akzeptanz von Wartelisten

Grundsätzlich wurde die Einrichtung von Wartelisten nur für elektive Eingriffe wie die RepARATION einer Leistenhernie oder den Ersatz eines Hüftgelenks akzeptiert. Aber auch bei diesen Therapien erreichte die Zustimmung maximal 55 % (Abb. 3). Unterscheide zwischen Patienten operativer oder nicht-operativer Kliniken ergaben sich dabei nicht. Mit dem Alter sank die Bereitschaft sich auf Wartelisten einzutragen um ca. 10–12 %.

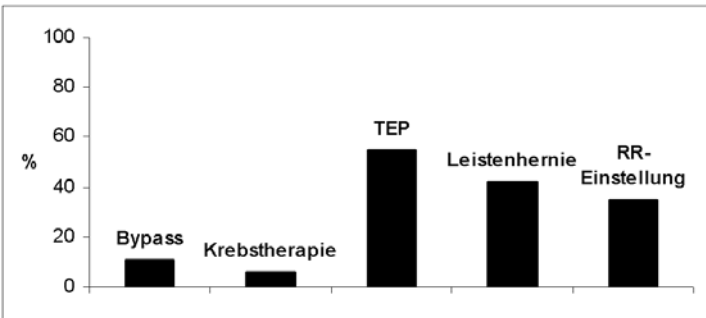


Abb. 3: Akzeptanz von Wartelisten

Frauen Wartelisten in ca. 3–11 % häufiger ab als ihre männlichen Altersgenossen.

3. Merkmale des idealen Gesundheitssystems

Bei den angebotenen Merkmalen des „idealen Gesundheitssystems“ wurde unabhängig von Geschlecht und Klinikzugehörigkeit eine möglichst komplette Abdeckung aller Leistungen durch die Krankenversicherung gefordert (87–92 %). Erst mit höherem Alter nahm der Wunsch nach einer solchen Komplettversorgung durch die KV auf 75 % ab. Gleichzeitig verlangten alle Untersuchungsgruppen Beitragsstabilität (89–100 %). Risikozuschläge oder die Möglichkeit einer individuellen Versicherung favorisierten je ca. 64 %. Unterschiede nach Geschlecht, Alter oder Klinik fielen hier nicht auf. Allerdings stimmten Raucher einem Risikozuschlag nur in 39 % der Fälle zu, während 37 % der Patienten dieser Risikogruppe eine Zuzahlung sogar ablehnten (Ablehnung bei Nicht-Rauchern 10 %). Wartelisten akzeptierten aus dieser Gruppe erneut nur ca. 52 %. Eine Konzentration des Gesundheitssystems auf medizinische Zwecke (z. B. unter Ausschluss der Hotellerie) wurde dagegen nahezu durchgehend abgelehnt (Zustimmung ca. 15 %) (Abb. 4).

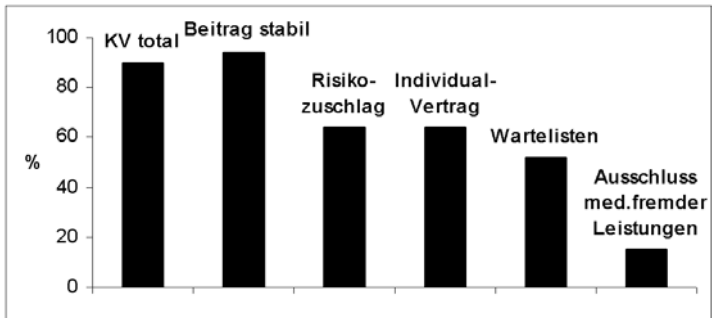


Abb. 4: Merkmale des idealen Gesundheitssystems

4. Kürzungen und Stärkungen von Leistungen des Gesundheitssystems

Grundsätzlich forderte die überwiegende Mehrheit der Befragten eine Stärkung aller angebotenen Bereiche des Gesundheitssystems (Abb. 5). Allenfalls im Kur- und Rehabilitationswesen (21 %) und bei den Medikamentenkosten (20 %) waren relevante Kürzungen vorstellbar. 31 % waren zusätzlich am Kur- und Rehabilitationswesen nicht interessiert. Mit dem Alter nahm die Bedeutung der Fachärzte und des Kur- und Rehabilitationswesens tendenziell ab. Weitere Unterscheide zwischen den Untersuchungsgruppen ließen sich nicht finden.

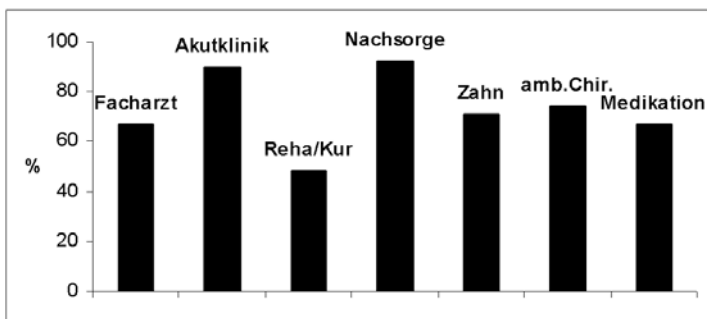


Abb. 5: Gewünschte Stärkungen im Gesundheitssystem

5. Sparpotenziale

Relevante Sparpotenziale sahen die Befragten nur in der Prämienreduktion bei gesundheitsbewusstem Verhalten (ca. 69 %) und der Prämienanpassung bei selbstgewählten Risiken (z. B. Nikotin, Sport – ca. 66 %) (Abb. 6). Dieses Ergebnis war alters-, geschlechts- und abteilungsunabhängig. Die Raucher antworteten ähnlich, lehnten aber mehrheitlich eine Beitragserhöhung als Risikozuschlag erneut ab (53 %).

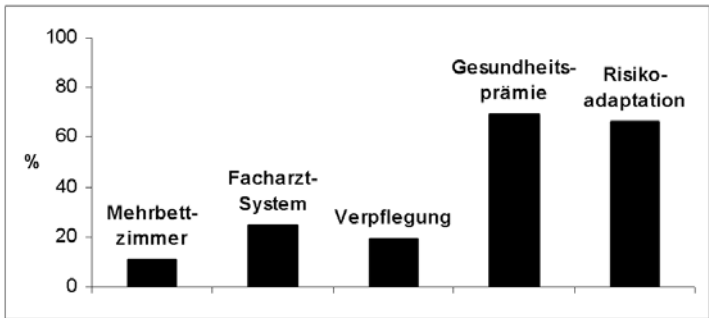


Abb. 6: Sparpotenziale

6. Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich

Die zunehmende Verlagerung von stationären Medizinleistungen in den ambulanten Bereich erachteten ca. 60 % der befragten Patienten als notwendig (Abb. 7). 17 % beurteilten diesen Trend aber auch als falsch. Mit dem Alter sank die Akzeptanz einer solchen Leistungsverschiebung. Geschlechtsabhängige Einflüsse ließen sich bei dieser Frage

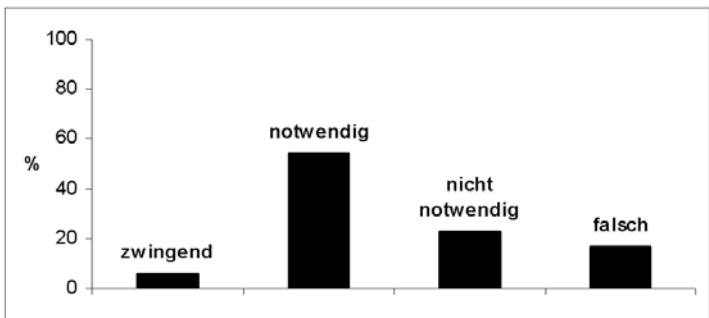


Abb. 7: Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich

nicht feststellen. Auch die Erkrankungskategorie – operativ oder nicht-operativ – war nicht von Bedeutung.

7. Verzicht aus Kostengründen

Bis zu 90 % der Befragten gaben an, aus Kostengründen auf Arztbesuche verzichten zu können (Abb. 8). Dagegen wurden Krankenhausaufenthalte mit 21 %, Medikamente mit 22 % und sogar Doppeluntersuchungen mit 47 % in diesem Bereich deutlich seltener genannt. Mit zunehmendem Alter nahm die Ablehnung von Doppeluntersuchungen (bis zu 65 %) und Krankenhausaufenthalten (bis zu 60 %) allerdings deutlich zu.

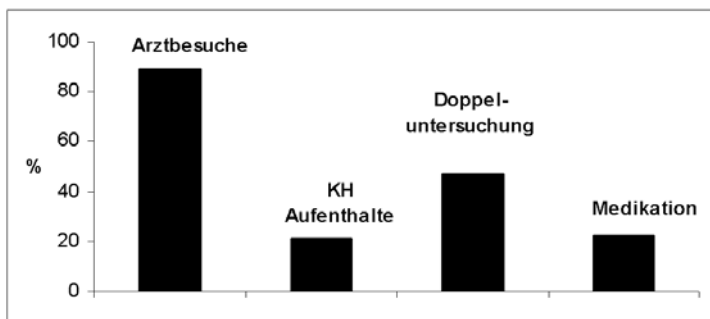


Abb. 8: Verzicht aus Kostengründen

8. Größtes Problem des Gesundheitssystems

Als aktuell größtes Problem des deutschen Gesundheitssystems wurden von allen Gruppen die Kosten (43–50 %) angegeben. Gleichzeitig bemängelte ca. ein Drittel des Kollektivs (27–39 %) eine schlechte Koordination der im System handelnden Akteure. Dagegen traten zu lange Wartezeiten mit ca. 16 % und medizinische Fehler mit ca. 6 % deutlich in den Hintergrund. Umgekehrt bewerteten damit 85–96 % die medizinische Qualität des deutschen Ge-

sundheitssystems als gut, wobei die Zufriedenheit mit dem Alter abnahm. Relevante Unterscheide in Geschlecht und Klinikzugehörigkeit stellten sich nicht dar. (Abb. 9)

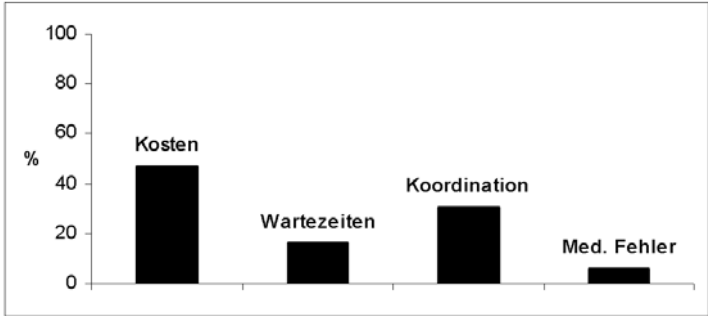


Abb. 9: Größtes Problem des Gesundheitssystems

Diskussion

Das aktuelle Patienten-Meinungsbild zur Frage der gerechten Ressourcenverteilung im deutschen Gesundheitssystem offenbart zwar grundsätzlich ein Kostenbewusstsein. Dagegen scheint die Bereitschaft, Kürzungen oder Rationierungen zu akzeptieren, nur gering ausgeprägt zu sein.

Trotz der sich immer weiter öffnenden Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der Sozialkassen, deren Probleme längst auch die Tages- und Laienpresse bestimmen, scheint die öffentliche Reformdiskussion die Patienten noch nicht erreicht zu haben. Für die weit überwiegende Mehrheit der Befragten stellt eine Krankenkasse, die über einen einzelnen Beitrag alle Leistungen der Krankenversorgung abdeckt, immer noch das Ideal dar. Selbst aus der Gruppe der 18–39-Jährigen, denen zukünftig voraussichtlich erheblich größere Lasten in der solidarischen Finanzierung der Krankenkassen auferlegt werden müssen, akzep-

tiert aktuell nur eine Minderheit das Modell einer Basisversicherung mit optionaler Zuzahlung. Rationierungen z. B. über Wartelisten oder der Ausschluss medizinfremder Leistungen wie der Hotellerie werden dagegen in der Mehrzahl abgelehnt. Nichtsdestoweniger fordern bis zu 100 % der Interviewpartner eine verlässliche Beitragstabilität. Der direkte Zusammenhang zwischen der Leistungserbringung der Kostenträger im Gesundheitssystem und der Systemfinanzierung über Sozialbeiträge wird offenbar noch nicht ausreichend erkannt.

Sparpotenziale werden dagegen unterbewertet oder gar nicht akzeptiert. Nur ca. zwei Drittel der Befragten würden eine Anpassung der Prämien an Risiko oder Gesundheitsverhalten begrüßen. Umgekehrt lehnt das verbleibende Drittel diese Maßnahmen zur Kostenreduktion jedoch ab. Und gerade in der Untergruppe der Raucher, die diese Reformierung direkt treffen könnte, steigt die Verweigerung auf bis zu über 50 %. Auch die zunehmende Verlagerung medizinischer Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich lehnen immer noch knapp 20 % der Befragten ab. Und selbst vermeidbare Doppeluntersuchungen werden von der Mehrheit nicht als Problem betrachtet und weiterhin akzeptiert. Ganz konsequent sollen dagegen umgekehrt alle Teile des deutschen Gesundheitssystems eher gestärkt und nicht gekürzt werden. Damit werden Reformschritte wie die Ausdehnung ambulanter Leistungen zulasten der stationären Versorgung (GKV) oder die Individualisierung von Versicherungsverträgen (PKV), die schon eingeleitet sind und aktuell ausgebaut werden, von einem relevanten Anteil der Leistungsempfänger immer noch nicht mitgetragen. Die geforderten Stärkungen lassen zusätzlich erneut grundsätzlich an einem Kostenbewusstsein zweifeln.

Auch in den Antworten auf die Frage nach dem größten Problem des deutschen Gesundheitssystems stellt sich of-

fensichtlich eine mangelhafte Aufklärung der Bevölkerung dar. In Übereinstimmung mit den Vorergebnissen erkennen nur ca. 47 % der Befragten die Kosten als größtes Problem des Systems. Die Mehrheit der Befragten ist sich also der wachsenden Finanzierungslücke nicht bewusst. Ca. ein Drittel kritisiert dagegen Defizite in der Koordination, aber ansonsten wird von über 90 % die gute Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland gelobt.

Zusammenfassend scheinen die umfangreichen Reformbestrebungen im deutschen Gesundheitssystem von der Mehrheit der Patienten noch nicht mitgetragen zu werden. Stattdessen ist man (wie sich auch in anderen Studien gezeigt hat) mit dem hohen Niveau und der guten Qualität der Versorgung sehr zufrieden und wünscht zumindest im Leistungsbereich kaum Änderungen. Die notwendige Individualisierung von Risiko und Versorgung wird überwiegend abgelehnt. Die Patienten offenbaren damit ein ganz urtümliches Verständnis des Solidaritätsprinzips, was offensichtlich zu einer dichotom getrennten Wahrnehmung von medizinischer Leistung und medizinischen Kosten führt. Auf dem schwierigen Weg in eine zukunftsfähige Reform, die nahezu zwangsläufig in eine Neuverteilung und auch Rationierung von Gesundheitsleistungen führen wird, muss der Patient noch mitgenommen werden. Ehrliche Öffentlichkeitsarbeit sowohl auf berufs- als auch auf standespolitischer Ebene in Verbindung mit professioneller Public-Relations-Arbeit könnte die Aufklärungsmängel beheben und über mehr Verständnis auch für unpopuläre Maßnahmen mehr Zustimmung schaffen.

Literatur

- Beske, F.*: Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich hoch effizient. In: *Chirurg BDC* 44 (2005), M338–341.
- Bundesärztekammer*: Die Lohnnebenkosten-Lüge. Berlin 2006.
- Hoppe, J. D.*: Freiheit und Verantwortung in der modernen Medizin. In: *Der Internist* 42 (2001), M174–179.
- Klimpe, D.*: Das modulare Großkrankenhaus. In: *Betriebswirtschaft in Forschung und Praxis* 54 (2002), 118–129.
- Köbele, W.*: Das Gesundheitssystem als Beziehungsgeflecht. In: Volker Schumpelick / Bernhard Vogel (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg 2006, 365–376.
- Krones, C. / Willis, S. / Steinau, G. / Schumpelick, V.*: Der Arzt in der Wahrnehmung des Patienten – ein aktuelles Meinungsbild. In: *Chirurg* 77 (2006), 718–724.
- Naraghi, M.*: Gesundheitswesen 2010: ein Szenario. In: *Medical Solutions* 11 (2004), 36–39.
- Pföhler, W.*: Arzt im Krankenhaus. In: *Das Krankenhaus* 9 (2006), 786–788.