
Innovationen in der Medizin – Eine Zielgruppenanalyse

Carsten J. Krones, Gerhard Steinau,
Volker Schumpelick, Raphael Rosch

Das Innovationstempo in der Gesundheitsindustrie schreitet rasant fort. Diese Entwicklung betrifft sowohl die konservativen als auch die operativen Fächer. Während es in den nicht-schneidenden Disziplinen die ständig neuen Entwicklungen der Pharmaforschung sind, treiben im chirurgischen Bereich vor allem medizintechnische Produkte den Markt voran. Alle Neuentwicklungen müssen neben ihrem Sinn auch ihre Praktikabilität unter Beweis stellen. Auch wenn der Druck des Marktes oftmals dazu führt, dass die Neuentwicklungen bereits vor dem Nachweis, dass es sich um eine echte Verbesserung handelt, zur Anwendung kommen, bleibt diese Praktikabilität eine unumgängliche Hürde. Zu den entscheidenden Parametern im Gesundheitssystem gehört dabei außer der Anwendbarkeit und den Kosten auch die Kundenmeinung. Im Gesundheitswesen ist dieser Kunde der Patient. Einstellungen und Haltungen der Patienten unterliegen je nach dem jeweiligen Thema aber auch regional unterschiedlichen Einflüssen und sind dabei nicht immer vernunftgesteuert. Ungeachtet dessen müssen sich alle medizinischen Fortschritte auch dieser Beurteilung stellen.

Die vorliegende standardisierte Patientenumfrage stellt deshalb als Zielgruppenanalyse eine Marktmeinung zum Thema Innovationen dar. Die abschließende diskutierende Interpretation respektiert die Tatsache, dass es sich um

eine Momentaufnahme handelt. Auf eine statistische Auswertung wurde deshalb auch verzichtet.

Material und Methoden

Innerhalb von fünf Wochen wurden gesamt 509 stationäre Patienten des Universitätsklinikum Aachen zum Thema Innovationen telefonisch interviewt. Der Kontakt erfolgte durch unabhängige, professionelle Callcenter-Agenten. Genutzt wurde eine Automatic-Call-Distribution-Software (ACD) mit Zugriff auf die Telekommunikationsanlage des Universitätsklinikums. Die Kontaktzeit betrug im Mittel zweieinhalb Minuten. Jede Person wurde maximal dreimal angewählt. Alle Telefonate wurden online in die Projektsoftware eingelesen. Die interne Identifikation der Befragten erfolgte über Alter, Geschlecht und Klinik. Alle Vorgaben des Datenschutzes wurden berücksichtigt.

Das strukturierte Interview umfasste acht geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwort-Alternativen. Drei Fragen verlangten eine semiquantitative Beurteilung, zwei Fragen mussten gewichtet und drei Fragen mit ja oder nein beantwortet werden. Alle Fragen und Antwortmöglichkeiten konnten mehrfach gestellt, erklärt oder vorgelesen werden. Die Reihenfolge der Fragen und der Wortlaut des Gesprächsscripts waren vorgegeben.

Der Inhalt der Befragung wurde unter kommunikationswissenschaftlicher Führung von den Autoren festgelegt.

Die Fragen behandelten

- die Bedeutung von Innovation für die medizinische Versorgung der Bevölkerung,
- die Priorisierung innovationspflichtiger Bereiche,
- die Priorisierung innovationspflichtiger Erkrankungen,
- erwartete medizinische Fortschritte,

- die Bewertung bereits etablierter medizinischer Fortschritte,
 - die Steuerung medizinischer Innovationen,
 - die Finanzierung medizinischer Innovationen und
 - den Innovationsbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen.
- Der genaue Fragebogen ist auf Wunsch bei den Autoren erhältlich.

Insgesamt wurden 1196 Datensätze durch das Callcenter bearbeitet. 439 Patienten waren zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bereits entlassen oder verlegt. 195 Patienten hatten kein Interesse oder brachen das Interview ab. 22 Patienten waren zum Ende der Erhebung nicht erreicht und ausgeschlossen worden (time-out) oder befanden sich in der Wiedervorlage.

509 Interviews kamen zur Auswertung. Das Geschlechtsverhältnis war mit 49 % Frauen (n=250) und 51 % Männern (n=259) ausgeglichen. 41 % der Patienten stammten aus nicht-operativen und 59 % aus operativen Fächern. 8 % gehörten zur Klientel der Chirurgischen Klinik. Der Altersverteilung gibt mit einem Gipfel (49 %) zwischen 60 und 79 Jahren die typische Belegung einer deutschen Großklinik wider (Abb. 1, s. S. 123).

Nach Auswertung der Grundgesamtheit wurde die Befragung nach Geschlecht und Alter getrennt ausgewertet. Die Klientel wurde dazu in die Altersgruppen wurden in 18–39 (n=74), 40–59 (n=158), 60–79 (n=251) und 80 Jahre und älter (n=26) eingeteilt. Da es sich um ein aktuelles Meinungsbild handelt, wurde auf eine eingehendere statistische Auswertung verzichtet.

Ergebnisse

1. Innovationen in der medizinischen Versorgung

Die Bedeutung medizinischer Innovationen für die Versorgung der Bevölkerung wird extrem hoch eingeschätzt. 99 % der Befragten halten Fortschritte auf diesem Gebiet mindestens für wichtig, 70 % sogar für sehr wichtig. Bei dieser Einschätzung zeigt sich keine alters- oder klinikabhängige Differenzierung. Lediglich in der obersten Altersgruppe wird die Bedeutung des Fortschritts geringfügig niedriger bewertet.

2. In welchen Bereichen sind Innovationen besonders wichtig?

Größte Bedeutung schreiben die Befragten hier der ärztlichen Aus- und Weiterbildung (100 %), der medizinischen Versorgung der Bevölkerung (99 %) und der Medizintechnik (99 %) zu. Fortschritte in der Pharmaindustrie (85 %), der Gesundheitspolitik (82 %) oder dem Verwaltungs- und Versicherungswesen (78 %) treten dagegen deutlich zurück. (Abb. 2, s. S. 124). Die Finanzierung des Systems halten wiederum 92 % für innovationsbedürftig. Männer sind grundsätzlich technikorientierter, während Frauen sich etwas mehr auch für Verwaltungsfragen (Politik, Verwaltung, Finanzierung) interessieren. Mit dem Alter nimmt die Bedeutung der Systemfragen und der Gesundheitspolitik ab.

3. Erkrankungen mit Innovationsbedarf

Die *top five* der fortschrittsbedürftigen Erkrankungen stellen Krebs (93 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (54 %), Demenz (49 %), Diabetes mellitus (29 %) und Infektionskrankungen (19 %) dar. Unfallforschung, Genfehler, Adi-

positas und Rheuma werden dagegen deutlich seltener genannt (Abb. 3, s. S. 125). Frauen gewichten Demenz und Adipositas auffallend stärker, während das männliche Geschlecht den Fokus eher bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Unfällen sieht. Mit zunehmendem Alter werden die altersabhängigen Erkrankungen Demenz und Diabetes mellitus sowie die Adipositas tendenziell häufiger genannt, während die subjektive Bedeutung der Genetik und der Infektionen zurückgeht.

4. Erkrankungen mit Fortschrittpotenzial

Die größten Therapiefortschritte erwarten die Befragten bei den zuvor am stärksten gewichteten Erkrankungen: Die Medizin werde sich in den Therapien von Krebs (86 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (58 %), Demenz (44 %), Infektionen (34 %) und Diabetes mellitus (26 %) verbessern (Abb. 4, s. S. 126). Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich hier nicht. Die jüngste Altersgruppe hat höhere Erwartungen an die Behandlung von Infektionen, Unfällen und Genfehlern, während mit steigendem Alter insbesondere die Demenzforschung als bedeutsamer angesehen wird.

5. Bewertung bereits etablierter Fortschritte

Bei den bereits etablierten Innovationen werden insbesondere die Krebsvorsorge (96 %) und neue Medikamente gegen Diabetes mellitus (82 %) gut bewertet. Disease-Management-Programme (DMPs) (69 %) und Cholesterinsenker (68 %) fallen dagegen schon deutlich ab (Abb. 5, s. S. 127). Das DRG-Abrechnungssystem halten dagegen 48 % und OP-Robotersysteme sogar 50 % für schlecht. 33 % kennen das DRG-System gar nicht, und 23 % sind DMPs unbekannt. Geschlechtsunterschiede fallen nicht auf. Mit zu-

nehmendem Alter wird die Beurteilung von DMPs und Krebsvorsorge positiver.

6. Steuerung von medizinischer Innovation

Die Einführung medizinischer Innovationen sollen vor allem die klinische Forschung in Krankenhäusern (92 %) und unabhängige Expertengremien (63 %) steuern (Abb. 6, s. S. 128). 48 % fordern zusätzlich eine Kostenkontrolle. Die Krankenkassen und der Staat werden dagegen mit 71 bzw. 70 % als Regulatoren der Innovation zurückgewiesen. 63 % lehnen zusätzlich den freien Markt – jeder darf einführen, was er will – ab. Mit dem Alter nimmt dieser Regulationswunsch zu. Die forschende Pharmaindustrie wird ambivalent beurteilt. Unterschiede zwischen den Geschlechtern treten hier nicht auf.

7. Finanzierung medizinischer Innovation

Die Finanzierung innovativer Entwicklungen in der Medizin obliegt nach Meinung der Befragten zuallererst dem Staat (83 %), der Industrie (76 %) und den Krankenkassen (74 %). Die Gemeinschaft der Versicherten wollen 69 % mit den Innovationskosten belasten, 30 % lehnen dies aber auch ab. Die Universitäten (31 %) und die Patienten (10 %) treten dagegen deutlich in den Hintergrund (Abb. 7, s. S. 129). Frauen und Männer beurteilen diese Frage gleich. Je höher das Alter der Befragten, desto höher wird die Verantwortung der Industrie, der Krankenkassen, der Versicherten und der betroffenen Patienten eingeschätzt.

8. Erhöhung der Kassenbeiträge zur Innovationsfinanzierung

Eine Erhöhung der Kassenbeiträge zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts wird zwiespältig beurteilt. 46 % stimmen einer solchen Maßnahme zu, während 29 % sie ablehnen. 25 % ziehen eine private Zuzahlung in Erwägung. In dieser Frage finden sich keine geschlechts- oder altersabhängigen Unterschiede.

Diskussion

Grundsätzlich schätzt die befragte Patientenklientel die Bedeutung von Innovationen in der Medizin sehr hoch ein. Dabei betrifft diese Bewertung alle angebotenen Bereiche und dehnt sich so neben den konkreteren Feldern der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, der ärztlichen Weiterbildung, der Pharmazie und der Medizintechnik in etwas geringerem Umfang auch auf die technokratischeren Ebenen von Verwaltung und Finanzierung aus. Diese breite Streuung spiegelt primär die Sehnsucht nach einer umfassenden Versorgung wider, die aus Voruntersuchungen der Autorengruppe zu ähnlichen Themen bereits bekannt ist. Fortschritte sollen generell in allen Bereichen gemacht werden. Gleichzeitig lässt sich damit aber auch in allen Antwortkategorien hoher Innovationsbedarf unterstellen, welcher die Patienten treibt, hier auf eine Weiterentwicklung zu hoffen.

Bei der Gewichtung der fortschrittsbedürftigen Erkrankungen führt klar der Krebs – hier könnten die größten Ängste existieren, noch nicht ausreichend versorgt werden zu können. Es folgen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen – immer noch Todesursache Nummer 1 – und die Demenz. Bei den übrigen angebotenen Krankheiten variieren die Antworten nach dem Alter der Befragten, und hier offenbart sich ein Phänomen, das sich auch bei anderen Fragen wiederfindet:

Die Patienten gewichten die Einzelbereiche in Abhängigkeit von ihrer aktuellen Erlebniswelt. Infektionen, Unfälle und Genfehler beschäftigen eher die jüngeren Altersgruppen, während im Senium die typische Alterserkrankung Demenz mehr im Vordergrund steht. Diese Einschätzung wiederholt sich bei den erwarteten Fortschritten, die ebenfalls bevorzugt bei den Krankheiten gesehen werden, welche die eigene Altersgruppe eher betreffen.

Die Beurteilung bereits etablierter Neuerungen spiegelt neben der Bewertung der Einzelbereiche auch den Informationsstand der Befragten. Hier fallen einige Lücken auf. Disease-Management-Programme, die lange Zeit ein insbesondere von den Kassen forciertes Thema darstellten, sind über 20 % der Befragten gar nicht bekannt. Mehr als ein Drittel kennt außerdem das DRG-Abrechnungssystem nicht. Die Patienten konzentrieren sich hier ebenfalls auf die eigenen Bedürfnisse. DMPs interessieren damit eher die Betroffenen – und über das Abrechnungsverfahren macht man sich nicht unbedingt viele Gedanken. Die Bewertung selbst lässt Rückschlüsse auf die Meinung der Laienpresse zu, die ganz erheblich das Meinungsbild der Patienten prägt. Die Krebsvorsorge wird überragend gut bewertet, während die schlecht beleumundeten OP-Robotersysteme und das aus der Finanznot geborene DRG-System negativ assoziiert werden.

Zusätzlich offenbart die Befragung ein großes Sicherheitsbedürfnis. Innovationen sollen nicht wie auf einem freien Markt von jedem jederzeit angeboten werden können. Die Mehrheit wünscht sich die klinische Forschung oder unabhängige Expertengremien als Kontrollinstanz. Eingriffe von Staat oder Krankenkasse sind dagegen nicht beliebt. Die Industrie steht etwas außen vor. Davon fast dichotom getrennt wird die Finanzierung dagegen vornehmlich genau den zuvor ausgeschlossenen Systemvertretern – Staat, Krankenkassen und Industrie – aufgebürdet. Die Ver-

sichertengemeinschaft wird beteiligt, der betroffene Patient aber klar ausgeschlossen. Damit wiederholt sich die bereits angesprochene Grundhaltung, welche eine umfassende Leistung fordert, die jedoch außerhalb von Anforderung und Erbringung institutionell bezahlt werden soll. Höhere Kassenbeiträge werden in diesem Zusammenhang unterschiedlich beurteilt. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen steigt die Zuzahlungsbereitschaft allerdings an.

Insgesamt unterliegt die medizinische Versorgung vonseiten der Patienten einem deutlichen Erwartungsdruck. Der Fortschrittsglaube ist ungebrochen. Der Fokus liegt dabei deutlich auf der eigenen Erlebniswelt. Notwendige Leistungen sollen grundsätzlich von den etablierten Institutionen bereitgestellt werden.

Literatur

Beske, Fritz / Becker, Ekkehard / Katalinic, Alexander / Krauss, Christian / Pritzkeleit, Ron (Hrsg.): Gesundheitsversorgung 2050. Kiel 2007.

Häussler, Bertram / Paquet, Norbert / Klusen, Norbert (Hrsg.): Gesundheit im Jahr der Innovationen (= Jahrbuch der medizinischen Innovationen 2), Stuttgart 2006.

Novotny, Ulrike: Innovationen gestalten den demographischen Wandel. Deutsche Zeitschrift für Klinische Forschung 10/1–2 (2006), 18–22.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn 2007.

Schneider, Markus / Hofmann, Uwe / Knöse, Aynur / Biene, Peter / Krauss, Thomas: Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Augsburg 2007.

Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.): Was ist uns die Gesundheit wert? Freiburg 2007.

Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Freiburg 2008.

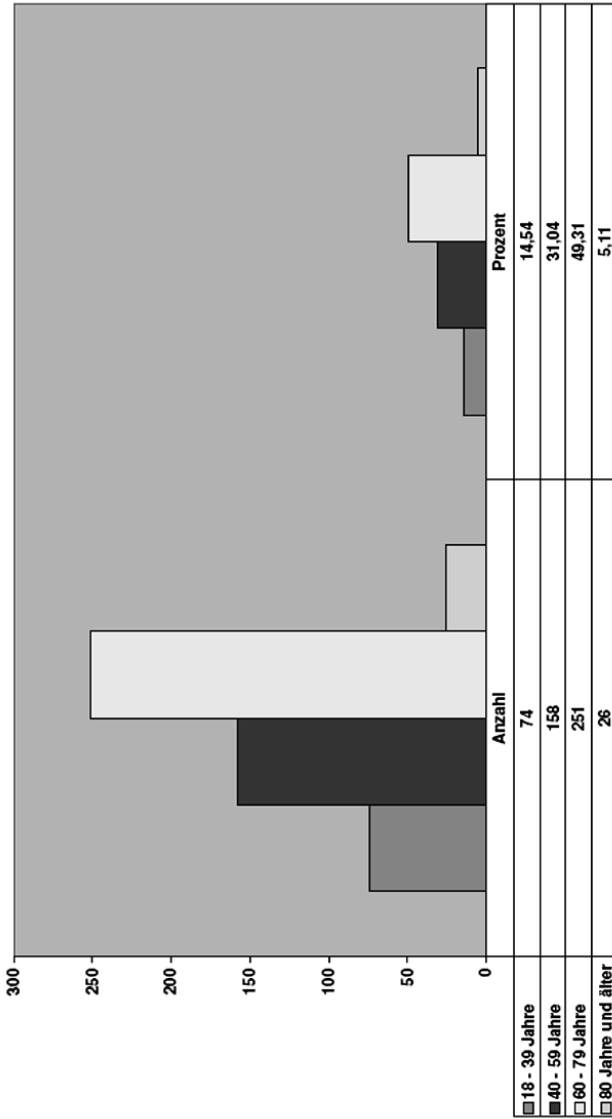


Abb. 1: Altersverteilung der befragten Patienten

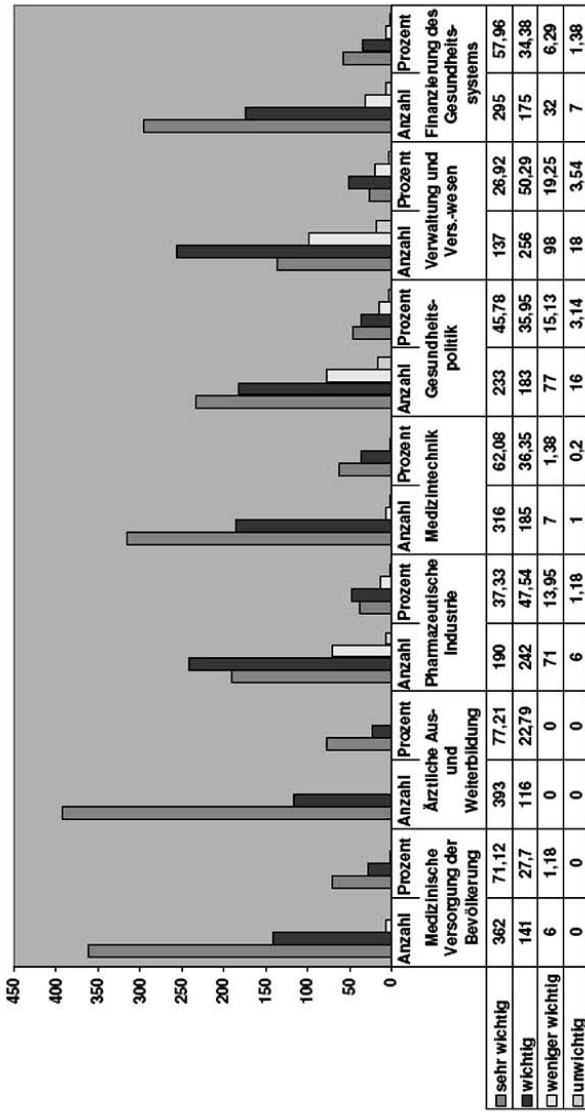


Abb. 2: Bereiche mit Innovationsbedarf

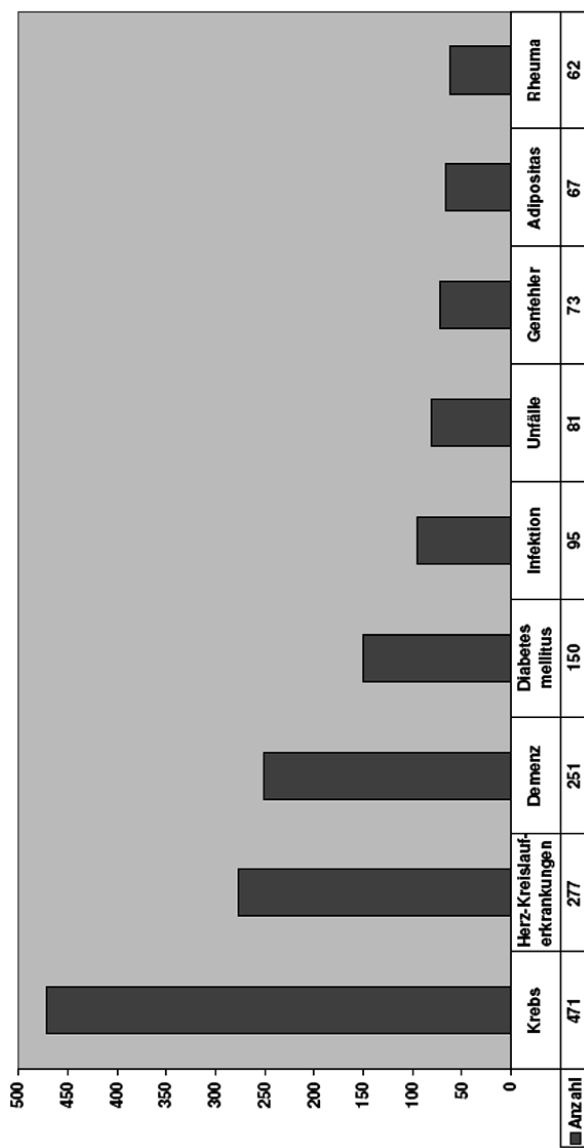


Abb. 3: Erkrankungen mit Innovationsbedarf

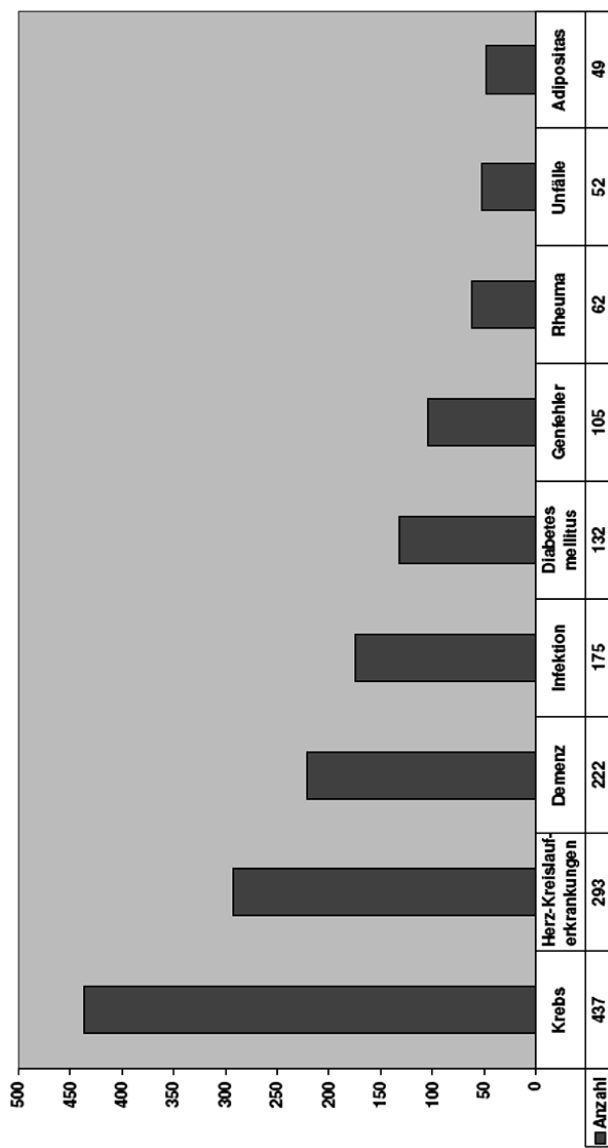


Abb. 4: Erkrankungen mit Fortschrittspotenzial

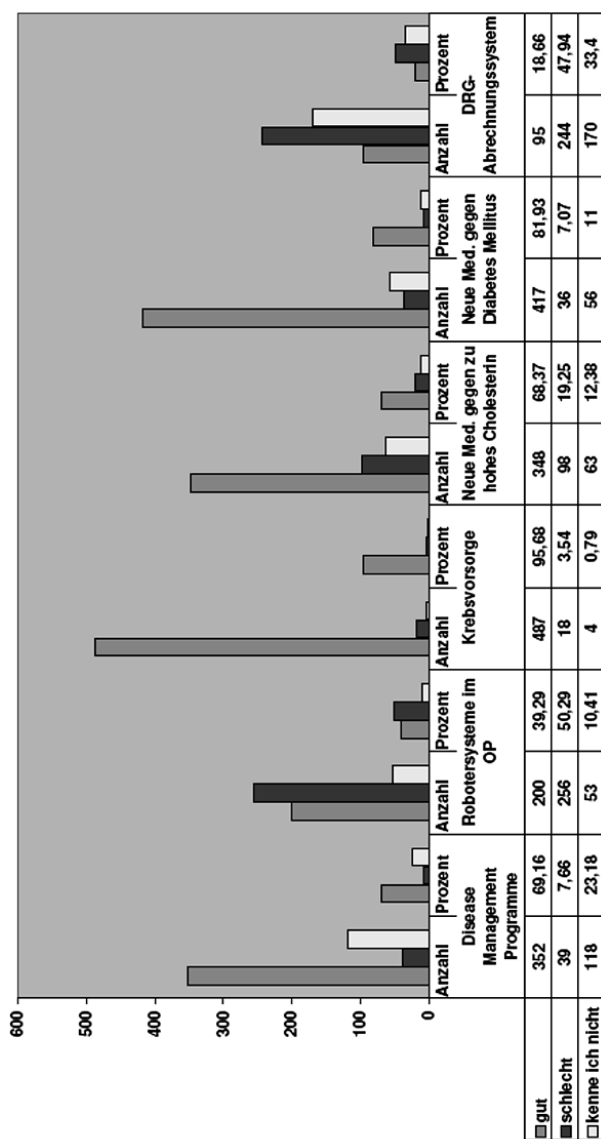


Abb. 5: Bewertung bereits etablierter Fortschritte

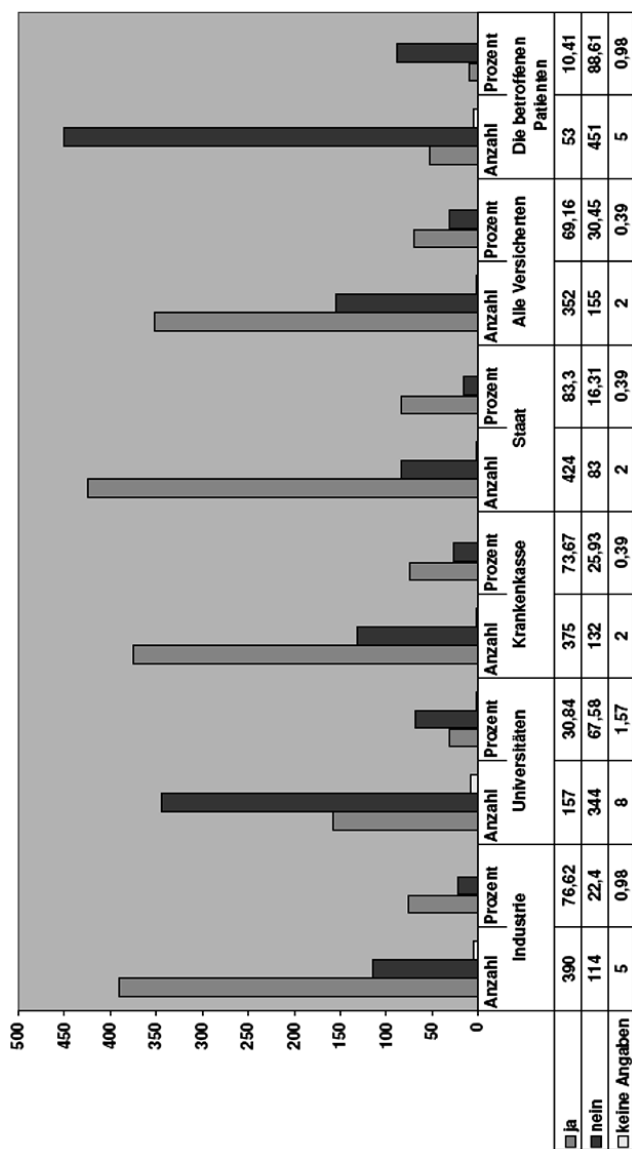


Abb. 7: Finanzierung medizinischer Innovation