

Editorial

Erinnern Sie sich noch an Mrs. Murphy, die alte Dame aus dem Gesundheitsmonitor Newsletter 2/2007? Trotz einiger Krankheiten ist Mrs. Murphy recht rüstig und kann gut zu Hause leben. Allerdings hat sie Schwierigkeiten mit dem Koordinieren der vielen Arzttermine und Untersuchungen. Zum Glück ist sie jedoch bestens versorgt: Der für die Dame zuständige Internist Dr. Z. weiß zum Beispiel genau, welche Behandlung gerade beim Kardiologen durchgeführt wurde und wegen welcher Beschwerden Mrs. Murphy beim Hausarzt war. Und er steht in direktem Kontakt mit Mrs. Murphy. Als sie eines Tages nicht zu einem Termin erscheint, ruft er seine Patientin an und erfährt so, dass sie unter akuten Beschwerden leidet und eine Einweisung ins Krankenhaus notwendig ist. Diese Information leitet Dr. Z. auch an die anderen beteiligten Ärzte weiter.

Am Beispiel von Mrs. Murphy haben wir damals beschrieben, wie eine lückenlose, schnittstellenübergreifende Versorgung aussehen könnte. Grundlage dafür war das in den USA entwickelte Konzept des Advanced Medical Home. In diesem „medizinischen Zuhause“ kooperieren alle an der Versorgung eines Patienten beteiligten Ärzte eng miteinander. Der Patient steht im Mittelpunkt der Versorgung, nicht die vorhandenen Versorgungsstrukturen.

Dass wir in Deutschland trotz integrierter oder hausarztzentrierter Versorgung in einigen Bereichen noch weit entfernt von einer solchen schnittstellenübergreifenden Versorgung sind, zeigt der aktuelle Gesundheitsmonitor Newsletter. Aussagen der Gesundheitsmonitor-Befragten wie „Mir wurden widersprüchliche Untersuchungsergebnisse und Behandlungsmöglichkeiten mitgeteilt“ oder „Ich habe nicht verstanden, warum verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt waren“ belegen dies. Neben den Erfahrungen der Versicherten mit Schnittstellen im Gesundheitssystem skizziert der vorliegende Newsletter außerdem mögliche Lösungsansätze, mit denen man die Versorgung „aus einer Hand“ weiter fördern könnte.

Mehr über Mrs. Murphy und das „medizinische Zuhause“ erfahren Sie übrigens unter www.gesundheitsmonitor.de →Newsletter und www.acponline.org/running_practice/pcmh/.

Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem

Bernard Braun, Gerd Marstedt, Christoph Sievers

„Schnittstellen“ und „Übergänge“ zwischen Behandlungs- oder Versorgungsbereichen und die dabei entstehenden so genannten „Schnittstellenprobleme“ sind Klassiker in den Funktions- und Strukturdefizitanalysen des deutschen Gesundheitswesens. Das bestehende Gesundheitssystem ist trotz jahrzehntelanger Bemühungen des Gegensteuerns bis heute nicht auf die möglichst nahtlose Befriedigung des oft gleichzeitig vorhandenen Bedarfs an präventiven, kurativen, rehabilitativen oder pflegerischen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ausgerichtet. Stattdessen existieren die einzelnen Sektoren weiterhin oft unverbunden nebeneinander: der ambulante allgemeinärztliche neben dem fachärztlichen Sektor, der ambulante neben dem stationären Sektor, die kurativen Sektoren neben dem rehabilitativen Leistungsbereich und schließlich alle kurativen und rehabilitativen Bereiche neben dem pflegerischen oder gar sozialen Bereich. Für die Beständigkeit dieser fragmentierten Struktur, ihrer Schnittstellen sowie für die Unterschiede der Sicht- und Handlungsweisen und die Fülle von Verständigungs- und Kooperationsproblemen sorgt ein Bündel von Faktoren. Dazu zählen die oft völlig unterschiedlichen institutionellen Bedingungen und Anreizstrukturen der Behandlungsbereiche (z. B. private Einzel-/Gruppenpraxis neben zumindest teilweise noch öffentlichen Krankenhäusern; freier Arzt-Beruf neben angestellten Ärzten, Umsatz-/Gewinnorientierung neben Gehaltszahlung), die Zuständigkeit verschiedener Sozialversicherungsträger und unterschiedliche verhaltenssteuernde Vergütungsformen.

Die Versuche, die Übergänge zwischen den Sektoren z. B. durch Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) oder Verträge zur integrierten Versorgung (u. a. § 140a SGB V) zu verbessern, sind bisher nicht optimal. Dies liegt u. a. daran, dass die ambulant tätigen Ärzte nicht als wirkliche „gate keeper“ wirken und dass die Mehrheit der IV-Verträge entweder nur zwei Versorgungssektoren zusammenführt oder auch nur die Versorgung in einem Sektor optimiert. 2007 wurde mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement „zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen



Versorgungsbereiche“ verankert. Allerdings wurden bereits vor dem Inkrafttreten Zweifel an der Wirksamkeit dieser Maßnahme geäußert. Anlass ist die Gesetzesformulierung, dass „die betroffenen Leistungserbringer ... für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten (sorgen) und ... sich gegenseitig die erforderlichen Informationen (übermitteln)“ sollen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, sind sie dann „von den Krankenkassen zu unterstützen“. Was dies genau bedeutet bleibt im Unklaren.

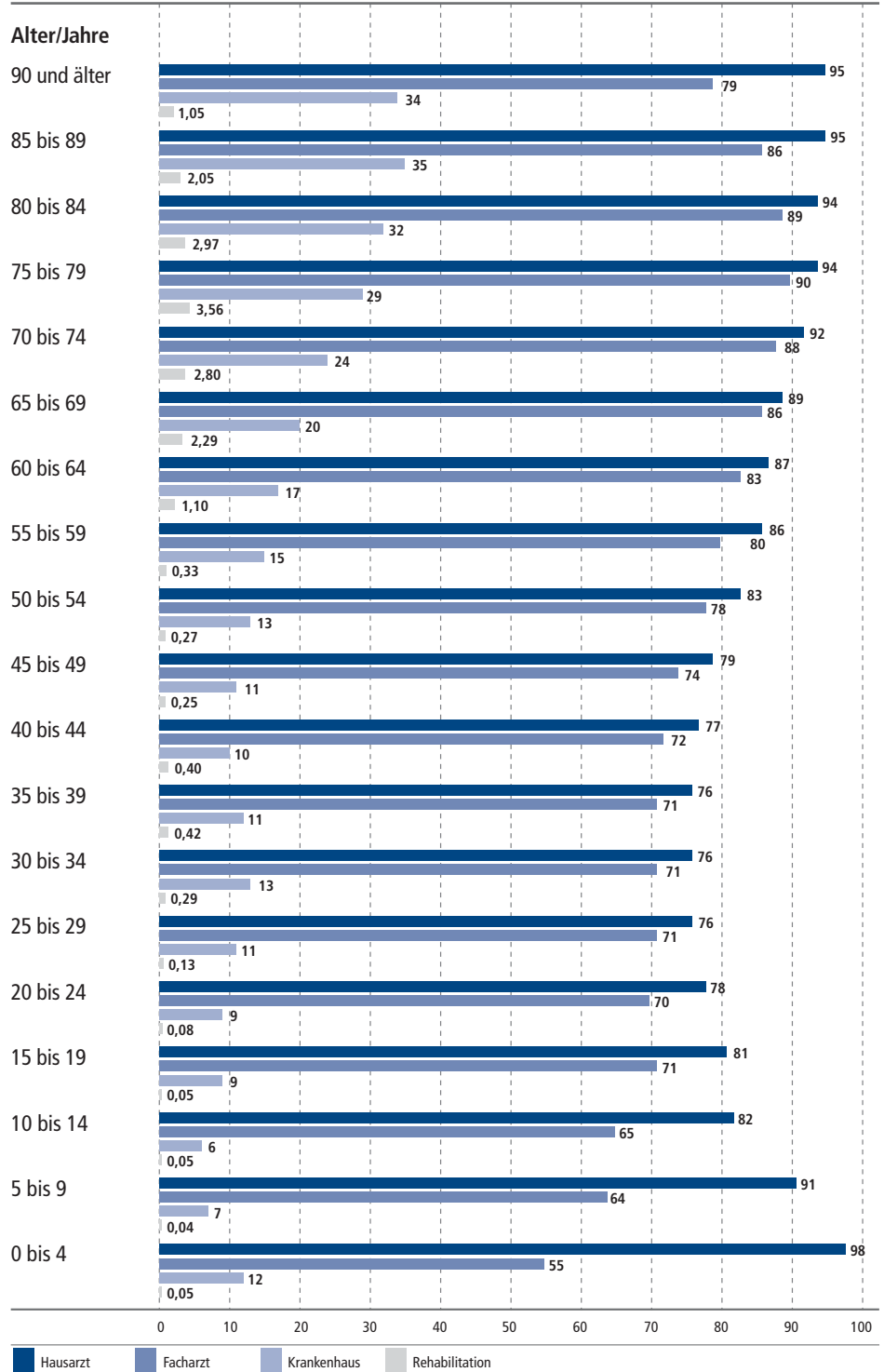
Dass die hier genannten Ansätze zur Optimierung der Schnittstellen und der Kooperation und Koordination bisher nicht im erhofften Umfang zur Geltung kamen, zeigt z. B. eine aktuelle Bevölkerungsumfrage. Demnach meinen 65 Prozent der befragten BundesbürgerInnen, mangelnde Abstimmung oder Vernetzung zwischen Ärzten, Krankenhäusern und auch Krankenkassen führten häufig zu ineffizienten Behandlungswegen (Microsoft 2011).

Die Forderung, die sektorale Zergliederung des Gesundheitssystems im Interesse und zum Nutzen von PatientInnen zu überwinden, steht im Mittelpunkt mehrerer Gutachten und Enqueten zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems (z. B. Enquetekommission des Deutschen Bundestages zur GKV-Strukturreform 1989, Sachverständigenrat Gesundheit 2009). Die Zergliederung war außerdem der Anlass gesundheitspolitischer Initiativen wie z. B. der Bremer Patienteninitiative „Ambulante Versorgungslücken“.

Bisher gibt es keine Untersuchungen, wie viele und welche Erfahrungen GKV-Versicherte und -patientInnen mit den diversen Schnittstellen haben.

Im Frühjahr 2011 wurden daher im Rahmen der 18. Welle des Gesundheitsmonitors 1.782 Personen zu ihrer

Anteil der Patienten in Behandlungssektoren nach Altersgruppen 2010 (in Prozent)



Quelle: Abrechnungsdaten der BARMER-GEK; in 2010 ganzjährig Versicherte der BARMER-GEK eines ausgewählten Bundeslandes: 660.918

Abbildung 1

Nutzung und ihrer Erfahrung mit einer Reihe von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen befragt. Gefragt wurde außerdem nach der Kenntnis des Versorgungsmanagements und Erfahrungen mit dessen Angeboten. Zweitens wurde auf der Basis von Routinedaten die Anzahl der Übergänge zwischen den ausgewählten Behandlungssektoren in diesem Jahr ausgewertet. Aufgrund der großen Datenmengen wurden exemplarisch die Daten eines Bundeslandes mit 660.918 im Jahr 2010 bei der BARMER GEK versicherten Personen ausgewertet. Diese Stichprobe bietet sich aufgrund der guten Vergleichbarkeit zum Gesamtversichertenbestand der BARMER GEK an.

Häufigkeit von ausgewählten Übergängen zwischen Behandlungsbereichen

Ergebnisse der Analyse von Routinedaten der Barmer GEK

Die Auswertung der Abrechnungsdaten ergibt folgendes Bild. Von 660.918 Versicherten waren im Jahr 2010 insgesamt 84 Prozent in hausärztlicher und 77 Prozent in fachärztlicher Behandlung, insgesamt waren 91 Prozent der Versicherten mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Mindestens 15 Prozent waren im selben Jahr einmal im Krankenhaus und 0,9 Prozent traten eine Rehabilitationsmaßnahme an.

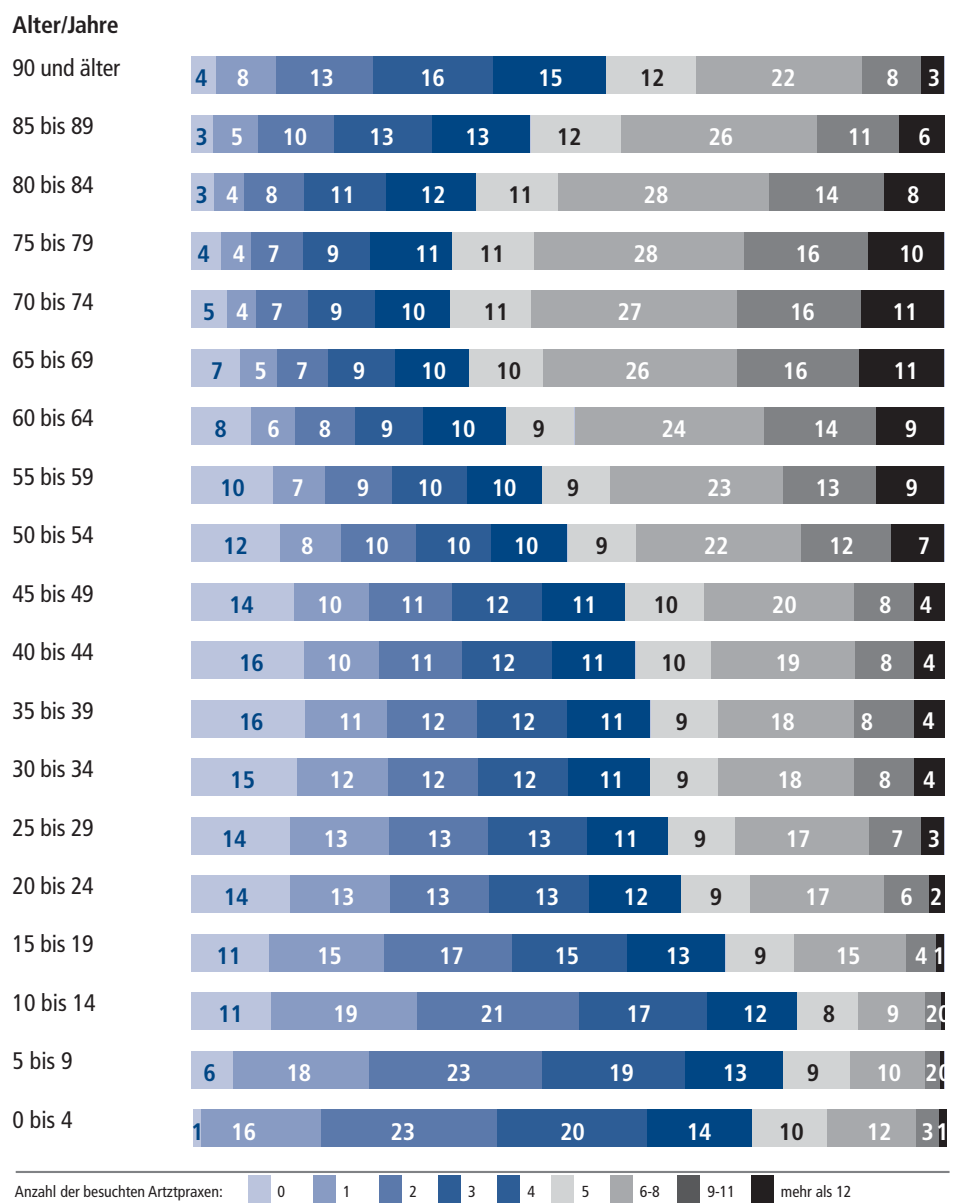
Wie Abbildung 1 zeigt, werden hausärztliche Behandlungen über alle Altersgruppen hinweg von mindestens drei Viertel aller Versicherten in Anspruch genommen, bis zum Alter von 9 Jahren und bei den über 70-Jährigen sogar von mehr als 90 Prozent. Der Anteil von Versicherten, die sich fachärztlich behandeln ließen, steigt von rund 55 Prozent bei den bis zu 4-Jährigen in Wellenbewegungen

auf fast 90 Prozent bei den 75-79-Jährigen und sinkt danach wieder ab. Mit rund 35 Prozent ist der Anteil der Versicherten, die Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen, bei den 85-89-Jährigen am höchsten. Mit 3,6 Prozent ist schließlich

die Gruppe, die auch medizinische Rehabilitationsleistungen erhält, bei den 75-79-jährigen Versicherten am größten.

Insgesamt wird in Abbildung 1 deutlich, dass ein großer Teil der Versicherten

Anzahl der besuchten Haus- und Facharztpraxen nach Altersgruppen 2010 (in Prozent)



Anzahl der besuchten Arztpraxen: 0 1 2 3 4 5 6-8 9-11 mehr als 12
 Quelle: Quelle: Abrechnungsdaten der BARMER-GEK; in 2010 ganzjährig Versicherte der BARMER-GEK eines ausgewählten Bundeslandes; 660.918
 Abbildung 2 gesundheitsmonitor

innerhalb eines Jahres in mehreren Sektoren behandelt wird, Schnittstellen oder Übergänge also in fast allen und besonders den höheren Altersgruppen alltäglich sind.

Dies wird noch dadurch verstärkt, dass ein erheblicher Anteil der Versicherten nicht nur bei einem Haus- oder Facharzt in Behandlung ist, sondern recht häufig bei mehreren (siehe Abbildung 2). Übergangsprobleme kann es also nicht nur zwischen einer Hausarzt- und einer Facharztpraxis geben, sondern zwischen einer oder mehreren Hausarzt- und Facharztpraxen.

Lediglich 10 Prozent aller Versicherten, die 2010 mindestens einen Arztbesuch hatten, waren nur in einer Arztpraxis in Behandlung und konnten daher im ambulanten Bereich kein Schnittstellenproblem haben. Jeweils 12 Prozent dieser Versicherten besuchten aber bereits zwei oder drei, 11 Prozent vier, 10 Prozent fünf, 20 Prozent sechs bis acht, 10 Prozent neun bis elf und 6 Prozent mehr als 12 Arztpraxen.

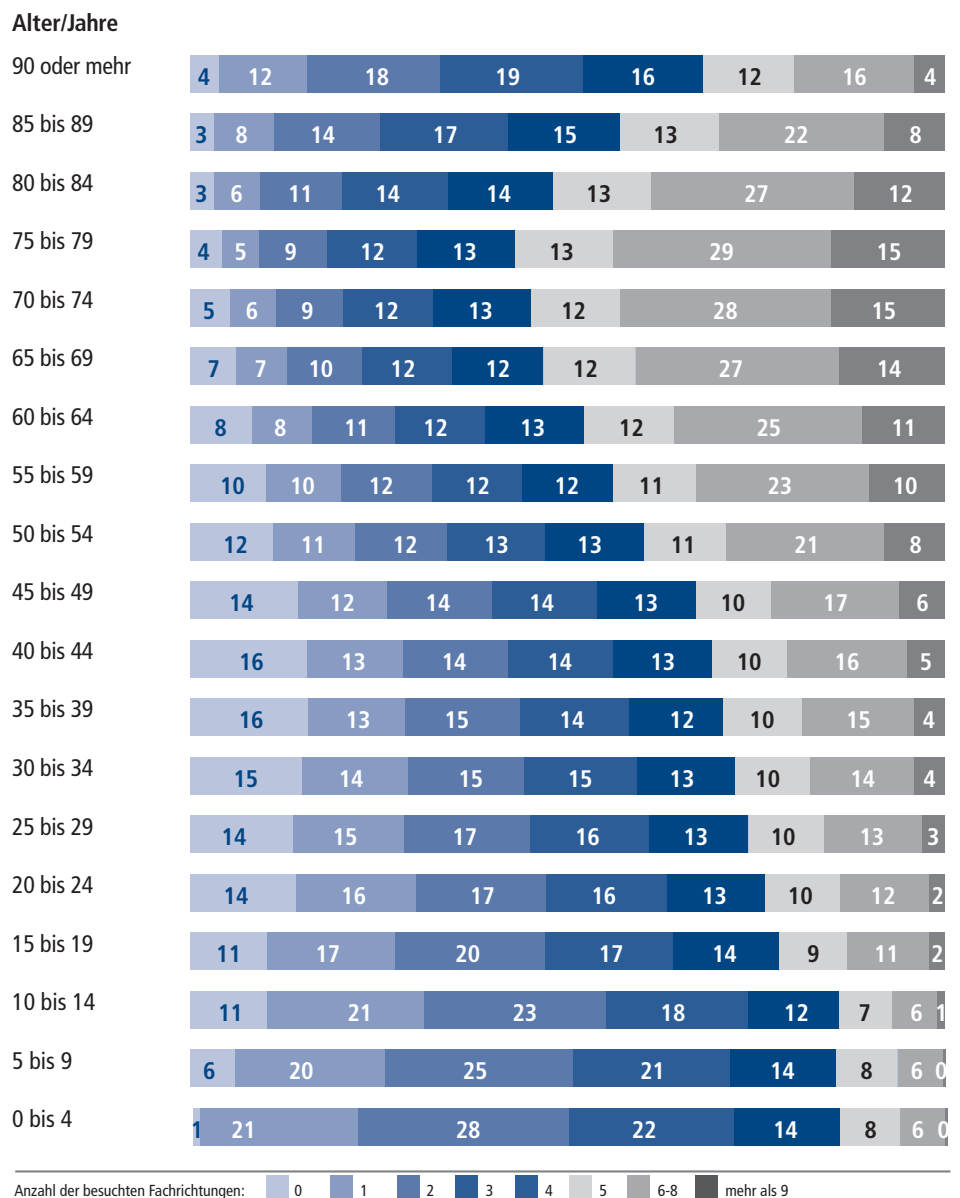
Wenn man davon ausgeht, dass der Hausarzt im Idealfall für viele Versicherte die Ergebnisse fachärztlicher Diagnostik und Therapie zusammenführt, kommuniziert und evtl. weitere Behandlungsschritte durchführt und initiiert, ist auch die Anzahl der in Anspruch genommenen Fachrichtungen und damit die Anzahl der möglichen Schnittstellen vom fach- in den hausärztlichen Versorgungssektor wichtig. Wie Abbildung 3 zeigt, ist auch die Inanspruchnahme einer einzigen ärztlichen Fachrichtung eher die Ausnahme und der Besuch mehrerer Facharztpraxen und -fachrichtungen der Regelfall.

Von den 50- bis 89-jährigen Versicherten besuchten im gesamten Jahr 2010 beispielsweise durchweg mehr als 50 Prozent

vier und mehr Fachrichtungen. Selbst bei der Gruppe mit dem kleinsten Anteil von Versicherten mit dieser Facharzt-Kontaktanzahl, den 10- bis 14-Jährigen, betrug er noch 26 Prozent.

Dies stellt aber nicht nur eine mögliche quantitative Herausforderung an die Koordinationsfähigkeit von Hausärzten dar. Bei den Facharztkontakten ist auch noch der qualitative Aspekt der gleich-

Anzahl der unterschiedlichen besuchten Fachrichtungen (Haus- und Fachärzte) nach Altersgruppen 2010 (in Prozent)



Anzahl der besuchten Fachrichtungen: 0 1 2 3 4 5 6-8 mehr als 9

Quelle: Abrechnungsdaten der BARMER-GEK: in 2010 ganzjährig Versicherte der BARMER-GEK eines ausgewählten Bundeslandes: 660.918

Abbildung 3

zeitigen Inanspruchnahme von Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zu beachten. So hatten 14 Prozent aller Versicherten Kontakte mit drei, 13 Prozent mit vier oder 11 Prozent mit fünf fachlich verschiedenen Fachärzten. In absoluten Zahlen hatten z.B. 238.184 Versicherte im Jahr 2010 mit fünf oder mehr verschiedenen Fachärzten einen Behandlungskontakt.

Ergebnisse der Analyse von Befragungsdaten des „Gesundheitsmonitors“

Mit der Auswertung der BARMER GEK Routinedaten konnte gezeigt werden, dass die Versicherten innerhalb eines Jahres sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen in Anspruch nehmen. Ob die verschiedenen Ärzte allerdings wegen ein und derselben Erkrankung aufgesucht wurden und damit tatsächlich eine Schnittstelle vorliegt, geht aus den Routinedaten nicht hervor. Hier liefern die Daten der Bevölkerungsbefragung weitere Ergebnisse, da konkret nach der Behandlung derselben Erkrankung durch mehrere Ärzte bzw. Sektoren gefragt wurde.

Von den 1.782 befragten Personen gaben 23,9 Prozent an, dass zwischen dem Frühjahr 2010 und 2011 an einer Untersuchung oder Behandlung derselben Erkrankung außer ihrem Hausarzt auch ein oder mehrere ambulant niedergelassene Fachärzte beteiligt waren (siehe Abbildung 4). 10,7 Prozent der Befragten waren in diesem Zeitraum wegen derselben Erkrankung sowohl bei ihrem Hausarzt als auch in einem Krankenhaus in Behandlung und hatten somit sowohl zum Übergang von ambulanter in stationäre Behandlung als auch umgekehrt zum Übergang von stationärer in die nachstationäre ambulante Behandlung Erfahrungen. Eine spezielle nach-

stationäre aber zum Teil auch zusätzlich zur ambulanten Versorgung verordnete Behandlung, nämlich medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, erhielten in den letzten 12 Monaten 4,8 Prozent der Befragten. Der Anteil der Befragten, der nach der Behandlung eines akuten Gesundheitsproblems durch einen niedergelassenen Arzt oder in einer

Klinik vorübergehend oder dauerhaft auf Pflege angewiesen war und Leistungen der ambulanten oder stationären Pflege erhielt, war mit 0,6 Prozent am geringsten. Die Erfahrungen dieser Gruppe mit Koordinationsproblemen werden wegen der geringen Anzahl von betroffenen Personen (insgesamt 9 Personen) im weiteren Verlauf nicht weiter untersucht.

Häufigkeit der Erfahrungen mit Übergängen zwischen Behandlungsbereichen nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen (Angaben in Prozent)

	Übergang Hausarzt/ Facharzt	Übergang ambulant/ stationär	Übergang ambulant/ Rehabilitation
bis 29	16,3***	7,1***	2,5***
30-64	24,9	9,8	4,1
65 und älter	29,7	19,2	10,2
Chronisch krank	40,9***	18,3***	11***
Nicht chronisch krank	17,9	8,1	2,5
Unterschicht	21,3	9,2	5,9
Mittelschicht	25,5	10,5	4,5
Oberschicht	23,4	13,4	4,6
Eher schlechter Gesundheitszustand	42,4***	24,3***	15,8***
Eher guter Gesundheitszustand	19,3	7,5	2,2

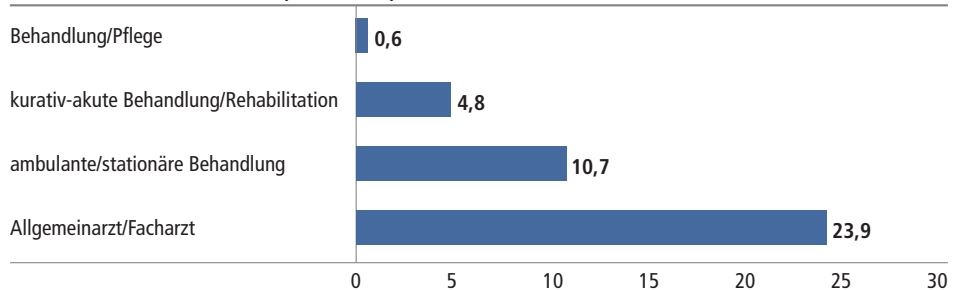
*: Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; **: Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ***: Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1 Prozent; berechnet mit dem Chi-Quadrat-Test

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2011: 1.782 Personen

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

Anteil der Befragten mit Übergängen zwischen Behandlungs- und Versorgungsbereichen in den letzten 12 Monaten (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2011, 18. Erhebungswelle, N=1.782

Abbildung 4

gesundheitsmonitor

Die Analyse der Erfahrungen mit den drei Schnittstellen im Behandlungssystem nach dem Alter, der sozialen Schicht, dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und der Selbstbewertung als chronisch krank oder nicht (siehe Tabelle 1), offenbart eine Reihe signifikanter und relevanter Unterschiede. Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der Personen mit Schnittstellenerfahrung mit dem Alter an, und auch chronisch Kranke und Personen mit eher schlechtem Gesundheitszustand haben hier mehr Erfahrungen als eher Gesunde und nicht chronisch Kranke. Wie die Signifikanzprüfung zeigt, handelt es sich dabei auch durchweg um statistisch signifikante, also nicht zufällige Unterschiede.

Auch wenn die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind, haben Angehörige der Mittel- und Oberschicht mehr Erfahrungen mit einem Übergang in die fachärztliche und stationäre Behandlung als Angehörige der Unterschicht. Nur bei der Anzahl der Personen, die neben ihrer ambulanten oder stationären Behandlung auch rehabilitativ behandelt werden, liegen die Angehörigen der Unterschicht etwas über dem Niveau von Mittel- und Oberschicht. Die Ergebnisse der Gesundheitsmonitor-Befragung und der Routinedatenauswertung der Barmer GEK zur Inanspruchnahme der verschiedenen Behandlungssektoren unterscheiden sich an mehreren Stellen. Die quantitativen Unterschiede lassen sich dadurch erklären, dass im Gesundheitsmonitor ausdrücklich nach der gleichzeitigen Behandlung derselben Erkrankung in verschiedenen Sektoren gefragt wurde. Dies erklärt zum Teil die niedrigeren Inanspruchnahmewerte bei den Befragungsdaten.

Beide Quellen belegen aber qualitativ und grundsätzlich die Existenz von Schnittstellen und Übergängen zwischen verschiedenen Behandlungssektoren.

Probleme beim Übergang zwischen Behandlungsbereichen

Übergang von der haus-/allgemeinärztlichen in fachärztliche Behandlung

Von der relativ größten Gruppe der Befragten, die aufgrund derselben Erkrankung zusätzlich zu ihrer hausärztlichen eine fachärztliche Behandlung in Anspruch nahmen, gaben zunächst zwischen 71 Prozent und 92 Prozent an, keines der in Abbildung 5 vorgegebenen Probleme mit dem Nebeneinander der behandelnden Ärzte gehabt zu haben. Außer dem maximal rund 11 Prozent umfassenden Teil dieser Gruppe, der keine Antwort zu geben wusste, geben bei den einzelnen Punkten aber zwischen 6 Prozent und 25 Prozent Probleme an der Schnittstelle von Haus- und Fachärzten an: 25 Prozent der Befragten mit Erfahrungen an dieser Schnittstelle sind der Überzeugung, dass die Behandlungskonstellation zu Doppeluntersuchungen geführt habe und 19 Prozent berichten, dass es lange gedauert hat, einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen. Knapp 10 Prozent haben die Erfahrung gemacht, dass ihr Hausarzt lange auf die Ergebnisse der fachärztlichen Behandlung warten musste, was wahrscheinlich u. a. auch dazu beitrug, dass 11 Prozent lange auf eine Besprechung der Ergebnisse bei ihrem Hausarzt warten mussten. Möglicherweise könnte ein Teil der Verantwortung beim letzten Problem beim Patient und dessen Terminkalender liegen. Bei den anderen Problemen liegt aber die Verantwortung bei den Ärzten. Für die rund 6 Prozent, denen widersprüchliche Untersuchungsergebnisse mitgeteilt wurden, und die rund 8,5 Prozent der haus- und fachärztlich Behandelten, die widersprüchliche Informationen zu ihren Heilungsaussichten und widersprüchliche Behandlungen vorgeschlagen bekamen oder bekommen

haben wollen, stellt dies zunächst und ohne Lösung der Probleme eine erhebliche und möglicherweise folgenreichere gesundheitliche Belastung dar.

Insgesamt hatten 6,4 Prozent der haus- und fachärztlich Behandelten nicht verstanden, warum verschiedene Ärzte an ihrer Behandlung beteiligt waren.

Von den Befragten, die Probleme beim Übergang von der hausärztlichen zur fachärztlichen Behandlung hatten, baten 85,4 Prozent ihren Arzt um weitere Aufklärung und Informationen, 29,1 Prozent wandten sich an andere Personen, um dort einen Rat zu bekommen, 63,1 Prozent haben nichts unternommen und weiterhin an den Untersuchungen und Behandlungen teilgenommen. Jeweils 15,5 Prozent hatten das Problem entweder zu spät bemerkt, um etwas dagegen zu unternehmen, oder hatten nicht mehr an der Behandlung teilgenommen.

Das inhaltliche Gewicht der identifizierten Probleme zwischen Haus- und Fachärzten nimmt noch zu, wenn man sich die bei der Analyse der Barmer GEK-Daten deutlich gewordene Intensität der Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung und des damit verbundenen Informationsaufwands zwischen den beiden Behandlern konkret vor Augen führt.

Übergang von ambulanter in stationäre Behandlung

Wie Abbildung 6 zeigt, haben beim Übergang in die stationäre Behandlung bis zu 12 Prozent der davon Betroffenen Probleme. Diese Gruppe der Patienten erhielt von ihrem Hausarzt keine Hilfe bei der Krankenhausauswahl. Obwohl sie es sich anders gewünscht hätten, dauerte es bei 10 Prozent der Befragten länger bis sie einen Aufnahmetag bekamen. 3,2 Prozent berichten schließlich, dass

ihr Krankenhausarzt lange auf Unterlagen zur Erkrankungs- und Behandlungsvorgeschichte warten musste.

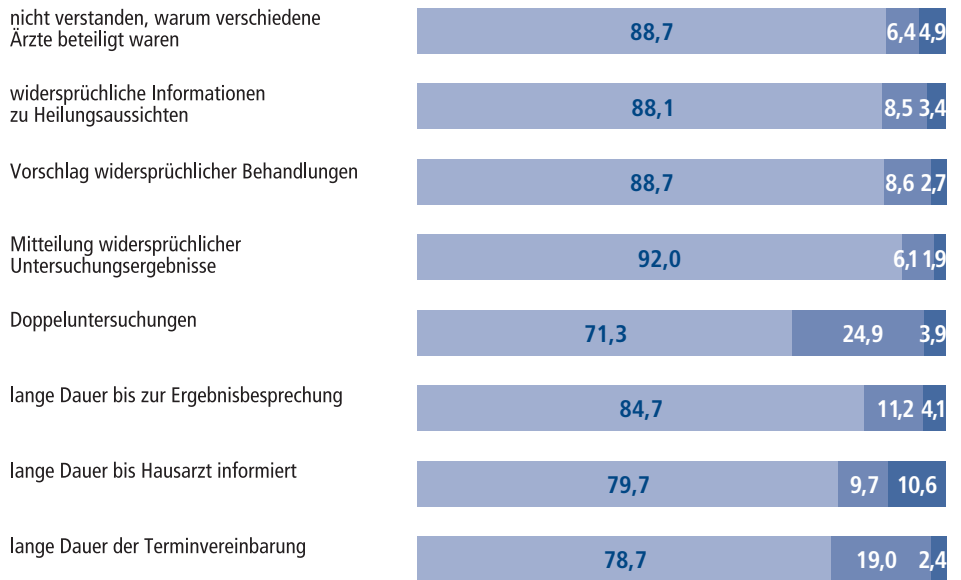
Übergang von stationärer in ambulante Behandlung

Beim Übergang von der stationären in eine nachstationäre ambulante Behandlung berichten zwischen rund 6 Prozent und 27 Prozent der mit dieser Schnittstelle erfahrenen Befragten eine Reihe von Problemen bei der Nahtlosigkeit und Zügigkeit der Behandlung (siehe Abbildung 7). Dies bedeutet aber auch, dass durchweg eine deutliche Mehrheit dieser Gruppe von Patienten keines der von uns abgefragten Probleme hatte bzw. für berichtenswert hielt.

Die Spitzenreiter bei den erlebten Problemen sind auch hier die Doppeluntersuchungen bzw. das was 27,5 Prozent der Patienten als solche wahrnehmen. Bereits bei der gesundheitsbezogenen Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus sieht eine nicht geringe Gruppe dieser Patienten zahlreiche Probleme: 10,4 Prozent bemängeln, dass nicht bereits im Krankenhaus Kontakte mit anderen ambulanten Ärzten oder Behandlungseinrichtungen hergestellt oder vermittelt wurden. 12,8 Prozent erhielten trotz offenkundiger weiterer Behandlungsbedürftigkeit keine Aufklärung über den weiteren Behandlungsverlauf, 12 Prozent trotz ausdrücklichen Interesses keine Aufklärung darüber, auf welche Symptome vorsichtshalber nach der Entlassung geachtet werden sollte. 10,4 Prozent erhielten trotz Nachfrage keine Aufklärung über die verordneten Medikamente und Einnahmeverfahren.

Auch bei der Koordination zwischen Krankenhaus und Hausarzt sehen die Befragten Probleme: Für 10,2 Prozent hat es lange gedauert, bis der Hausarzt

Probleme beim Übergang von der hausärztlichen zur fachärztlichen Behandlung (in Prozent)



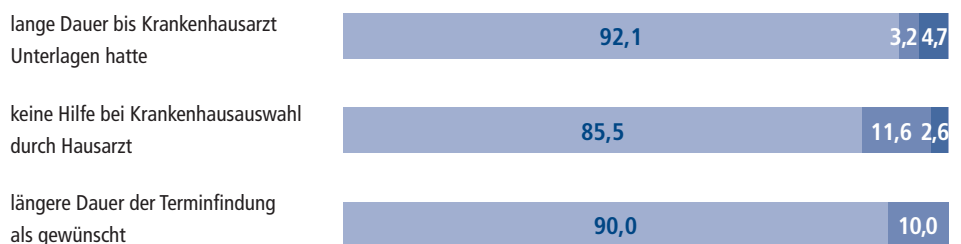
nein ja weiß nicht

Quelle: Gesundheitsmonitor 2011, 18. Erhebungswelle, n=424

Abbildung 5

gesundheitsmonitor

Probleme beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung (in Prozent)



nein ja weiß nicht

Quelle: Gesundheitsmonitor 2011, 18. Erhebungswelle, n=191

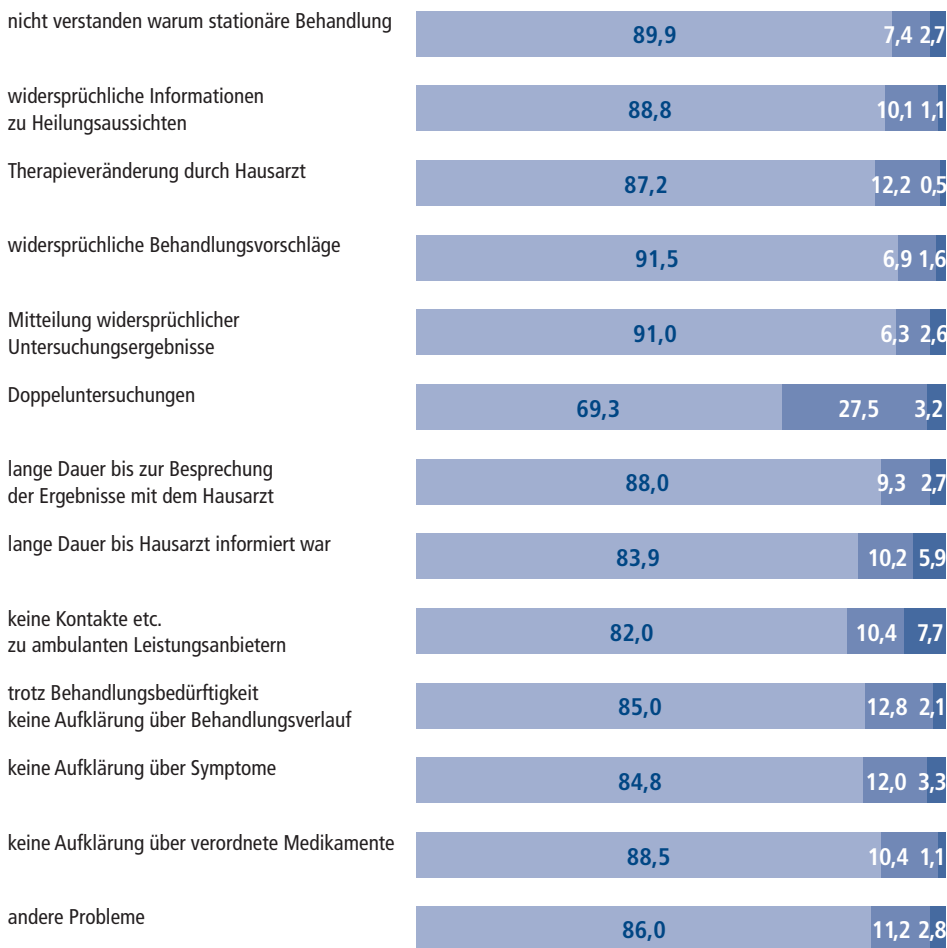
Abbildung 6

gesundheitsmonitor

informiert war und 9,3 Prozent sagten, die Besprechung der Krankenhaus-Ergebnisse mit dem Hausarzt habe lange gedauert. Nach Vorliegen aller Informationen sahen sich 10,1 Prozent der Patienten mit widersprüchlichen Informationen zu den Heilungsaussich-

ten, 6,9 Prozent mit widersprüchlichen Behandlungsvorschlägen und 6,3 Prozent mit widersprüchlichen Untersuchungsergebnissen konfrontiert. Bei 12,2 Prozent änderte auch der Hausarzt die zuvor im Krankenhaus verordnete Therapie.

Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten nachstationären Behandlung (in Prozent)



nein ja weiß nicht

Quelle: Gesundheitsmonitor 2011, 18. Erhebungswelle, n=179 -191

Abbildung 7

gesundheitsmonitor

Ein Ergebnis dieser Widersprüche ist, dass 7,4 Prozent dieser Patientengruppe nicht verstanden, warum sie stationär behandelt wurden.

Übergang von ambulanter oder stationärer Behandlung in rehabilitative Behandlung

Auch der Übergang in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist aus Sicht

der davon Betroffenen nicht ohne Probleme. Der Anteil der Patienten mit Problemen ist hier sogar fast immer größer als bei den anderen Übergängen.

Bei 4,1 Prozent aller Patienten hat es in ihrer subjektiven Wahrnehmung „länger gedauert als für sie gut war“, bis ihnen ihr Hausarzt oder ihr Krankenhaus zu einer stationären oder ambulanten

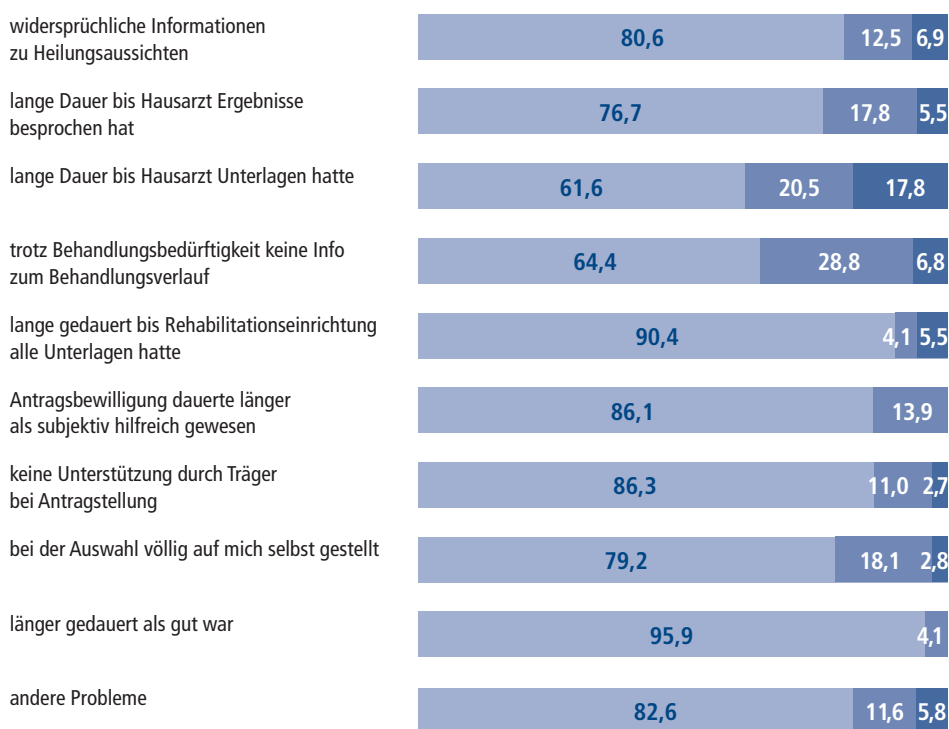
medizinischen Reha-Maßnahme geraten haben. 18,1 Prozent aller Patienten hatten dann keine begründete Empfehlung ihres Hausarztes oder des Krankenhauses für eine Rehabilitationseinrichtung erhalten und waren völlig auf sich selbst gestellt. 11 Prozent der Rehabilitationspatienten erhielten durch die zuständigen Rehabilitationsträger oder die gemeinsamen Servicestellen keine Unterstützung bei der aufwändigen Antragstellung.

Auch wenn der prozentuale Anteil von Personen mit diesen Problemen relativ klein ist, verdient sie wegen der bei Rehabilitationsbedürftigkeit im Regelfall notwendigen Zügigkeit des Maßnahmenbeginns eine hohe Aufmerksamkeit. Je später nämlich bei diesen Personen die medizinische Rehabilitationsmaßnahme beginnt, desto unwirksamer und damit unwirtschaftlicher kann sie sein. Hinzu kommt, dass hinter den relativen Zahlen absolut Tausende von Betroffenen stehen können, wenn man allein die von der GKV und der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2009 rund 750.000 bewilligten Fälle von Anschlussheilbehandlungen betrachtet.

Ernst nehmen sollte man auch die Klage von 13,9 Prozent der Rehabilitanden, die Antragsbewilligung durch den zuständigen Träger habe länger gedauert als für ihre subjektiv wahrgenommene Genesung hilfreich gewesen wäre.

Relativ klein war mit 4,1 Prozent die Anzahl von Rehabilitanden, deren Unterlagen über die Erkrankungsgeschichte und die Vorbehandlungen der Rehabilitationsklinik erst relativ spät vorlagen. 20,5 Prozent gaben an, ihr Hausarzt habe lange auf die Unterlagen über den Verlauf und das Ergebnis der Rehabilitation warten müssen. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass auch die 17,8 Prozent der Betroffenen, welche die

Probleme beim Übergang von der ambulanten oder stationären zur rehabilitativen Behandlung (in Prozent)



nein ja weiß nicht

Quelle: Gesundheitsmonitor 2011, 18. Erhebungswelle, n=73

Abbildung 8

gesundheitsmonitor

Frage nach dem Warten auf Informationen nicht beantwortet haben, hiervon ebenfalls betroffen sein könnten, würde dieses, die weitere Gesundung möglicherweise erschwerende Problem bis zu 40 Prozent aller Rehabilitanden betreffen. Dies ist auch deshalb ein Problem, weil 28,8 Prozent der rehabilitativ versorgten Befragten angaben, auch am Ende der Reha-Maßnahme nicht völlig gesund gewesen zu sein, aber trotzdem keine oder nur lückenhafte Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf erhalten zu haben. Zu diesem erheblich fragmentierten und von Unterbrechungen des eigentlich notwendigen kontinuierlichen Behandlungsprozess geprägten Bild passt,

dass 17,8 Prozent lange warten mussten bis ihr Hausarzt die Ergebnisse mit ihnen besprochen hat und es auch hier bei 12,5 Prozent widersprüchliche Aussagen über die Heilungsaussichten gab.

Kenntnis des und Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements

In der Gesundheitsmonitor-Befragung wurden die Teilnehmer auch nach ihrer Kenntnis und ihren Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements gefragt. Insgesamt 3,6 Prozent derjenigen, die auf die Frage nach der Kenntnis des Versorgungsmanagements geantwortet haben, gaben an, sie würden

das gesetzliche Angebot von Versorgungsmanagement „sehr genau“ kennen, 21,9 Prozent charakterisierten ihren Kenntnisstand als „grob“ und 74,5 Prozent kannten das Angebot nicht. Relativ viele aller Befragten, nämlich 9 Prozent beantworteten die Frage überhaupt nicht, was eher dafür spricht, dass sie nichts mit dem Fragengegenstand anzufangen wussten.

Von denjenigen Befragten, welche die Frage nach Erfahrungen mit dem Versorgungsmanagement beantworteten (insgesamt 92,6 Prozent aller Teilnehmer), hatten 6,6 Prozent in den letzten 12 Monaten Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements (z. B. Case Management) von Seiten der Krankenkassen, Krankenhäuser und Arztpraxen gemacht, 81,5 Prozent verneinten dies und 11,9 Prozent konnten sich nicht daran erinnern oder wussten ausdrücklich nichts zu sagen.

Wie Tabelle 2 zeigt, unterscheidet sich das Kenntnisniveau derjenigen, die eine der drei Schnittstellen passierten, statistisch signifikant von dem Niveau derjenigen Befragten ohne Schnittstellenerfahrungen. Eine „sehr genaue“ Kenntnis des Versorgungsmanagements ist bei den Befragten mit Erfahrungen an den drei Übergängen auf durchweg niedrigem Niveau signifikant häufiger vorhanden. Dies trifft auf deutlich höherem Niveau auch für die Befragten zu, die das Versorgungsmanagement „nur grob“ kennen. Wenn aber selbst von denjenigen mit Erfahrung an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Behandlung nur 6,5 Prozent „sehr genaue“ Kenntnisse des Versorgungsmanagements angeben, ist dies als Hinweis auf erhebliche Informationsdefizite zu sehen. Dies gilt in leicht abgeschwächter Form auch für die Erkenntnis, dass maximal 15 Prozent der mit Schnittstellen erfahrenen Befragten direkte Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements gemacht hatten. Die Analyse der Erfahrungen mit den

Kenntnis von und Erfahrungen mit dem Versorgungsmanagement (VM) bei Personen mit Erfahrungen mit Übergängen im Behandlungssystem (Angaben in Prozent)

	Erfahrung mit Übergang Hausarzt/ Facharzt		Erfahrung mit Übergang ambulant/stationär		Erfahrung mit Übergang ambulant/ Rehabilitation	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Kenntnis VM „sehr genau“	4,9	3,2***	6,5	3,2***	6,3	3,5**
Kenntnis VM „nur grob“	28,5	19,8***	32,5	20,6***	29,1	21,5**
Erfahrung mit VM-Angeboten „ja“	10	5,5**	11,5	6*	15	6,2**

*: Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; **: Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ***: Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1 Prozent; berechnet mit dem Chi-Quadrat-Test

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2011: 1.782 Personen

Tabelle 2 gesundheitsmonitor

Kenntnis über und Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen (Angaben in Prozent)

	Kenntnis Versorgungsmanagement „sehr genau“	Erfahrungen Versorgungsmanagement „ja“
bis 29	2,9***	4,9
30-64	3,3	6,3
65 und älter	5,2	9,2
Chronisch krank	4,5***	8,7
Nicht chronisch krank	3,1	5,7
Unterschicht	1,3	5
Mittelschicht	3,7	6,7
Oberschicht	4,9	6,9
Eher schlechter Gesundheitszustand	3,4**	9,2*
Eher guter Gesundheitszustand	3,6	5,6

*: Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; **: Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ***: Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1 Prozent; berechnet mit dem Chi-Quadrat-Test

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2011: 1.782 Personen

Tabelle 3 gesundheitsmonitor

Angeboten des Versorgungsmanagements und der Kenntnis dieser Angebote nach dem Alter, der sozialen Schicht, dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und der Selbstbewertung als chronisch krank oder nicht, offenbart eine Reihe signifikanter und relevanter Unterschiede.

Die Kenntnis der Angebote des Versorgungsmanagements ist bei den älteren, chronisch kranken und auch bei den Befragten signifikant besser, die ihren Gesundheitszustand insgesamt als eher gut bewerten.

Trotz der insgesamt geringen Häufigkeit der Erfahrungen mit Versorgungs-

management-Angeboten gibt es einige Unterschiede, allerdings meist nicht signifikante. Mit steigendem Alter steigt auch der Anteil der Befragten mit Erfahrungen, ebenso mit der Zugehörigkeit zu einer höheren Sozialschicht. Chronisch kranke und Personen mit eher schlechtem Gesundheitszustand berichten auch mehr als die gesünderen Befragten über konkrete Erfahrungen, ohne dass aber der Abstand sehr groß wäre.

Zur Erklärung bietet sich nicht nur ein Faktor an. Zum einen könnte die gesetzliche Pflicht zum Versorgungsmanagement auch bei großen Teilen der Leistungserbringer und der gesetzlichen Krankenkassen noch gar nicht angekommen sein oder befindet sich noch in dem vom Gesetzgeber angeregten „Abstimmungskarussell“. Zum anderen könnten der niedrige Bekanntheitsgrad des Anspruchs und das geringe Angebot dieser Leistung damit zusammenhängen, dass die Leistung nicht bei jedem Kranken notwendig ist und auch von den Behandlungsmöglichkeiten abhängt. Möglich ist aber auch, dass PatientInnen die Angebote des Versorgungsmanagements gar nicht als spezielle Leistungen wahrnehmen, unabhängig davon, ob sie explizit von den Erbringern oder Zahlern also solche deklariert wurden oder nicht. Viele Betroffene könnten sie schlicht als „normale“ Leistung der Kassen einordnen.

Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Realistisch ist davon auszugehen, dass die sektorale Gliederung der gesundheitlichen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem auf absehbare Zeit nicht aufgelöst oder grundsätzlich aufgeweicht werden wird. Daher müssen

sich Versuche, die ganzheitlichen, also nicht parzellierbaren gesundheitlichen Bedarfe der Versicherten und Patienten stärker als bisher in den Mittelpunkt der Versorgung zu rücken, auf kleinere und mittlere Reformschritte und Maßnahmen konzentrieren.

Dazu gehören beispielsweise:

- Überlegungen und Modellversuche, das in den USA mittlerweile weit verbreitete und auch in randomisierten kontrollierten Evaluationsstudien erfolgreich wirkende Versorgungsmodell der „medical homes“ auch in Deutschland zu erproben (vgl. Mappes-Niediek, Blum 2007). Die bisherigen Versorgungsformen der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung könnten dafür qualitativ mit dem Angebot sozialer und pflegerischer Leistungen „aus ein und derselben Hand“ angereichert oder erweitert werden (vgl. dazu zur Übersicht Marstedt 2008).
- Die im deutschen Gesundheitssystem seit mehreren Jahren in einigen Bereichen eingeführte prospektive und pauschale Fallhonorierung (z. B. DRGs) könnte für die längere, sektorenübergreifende Versorgung von Patienten in Richtung des ebenfalls in den USA für die Finanzierung von Versorgungsketten erprobten „bundled payment“ oder „episode based payment“ (Pham et al. 2010; Guterman et al. 2009) weiterentwickelt werden.
- Mehrere Forschungsprojekte insbesondere über die Entwicklung wichtiger Übergangsleistungen (z. B. Braun et al. 2010, von Eiff et al. 2011) und auch die GeMo-Befragung haben gezeigt, dass die bisherigen Anreize hier keine tiefgreifenden Verbesserungen bewirken. Daher könnten vor den angesprochenen Veränderungen der Honorierungsformen gezielte finanzielle Anreize dafür sorgen, dass sowohl die direkte Beratung und Vorbereitung von Patienten als auch der schnelle Informations-transfer zwischen den Versorgungsbereichen besser als bisher erfolgen.
- Sowohl die Leistungserbringer als auch die gesetzlichen Krankenkassen sollten stärker als bisher die Versicherten über ihren Anspruch auf Angebote des Versorgungsmanagements informieren und auch seine potenziellen Hilfen im Bedarfsfall zu erkennen geben und aktiv anbieten. Ob die Krankenkassen anstelle oder an der Seite der bisher dafür zuständigen und offenkundig nicht besonders aktiven Leistungserbringer eine aktivere und steuernde Rolle spielen sollten, sollte geprüft werden.

Literatur

- Braun, B., Buhr, P., Klinke, S., Müller, R., Rosenbrock, R. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber
- von Eiff Wilfried, Stefan Schüring und Christopher Niehues (2011): REDIA: Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Ergebnisse einer prospektiven medizinökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011. Münster
- Guterman Stuart, Karen Davis, Cathy Schoen, Kristof Stremikis (2009). Reforming provider payment. Essential Building block for health reform. Commonwealth Fund. (<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2009/Mar/Reforming-Provider-Payment-Essential-Building-Block-for-Health-Reform.aspx>)
- Mappes-Niediek Norbert, Kerstin Blum (2007): „Von „medizinischem Zuhause“ bis „Rent-A-Doctor“: neue Versorgungsformen weltweit.“ In: Schnee Melanie: Neue Versorgungs- und Versicherungsformen in der GKV: Wer kennt sie und wer nutzt sie? GeMo-Newsletter 2/2007, S. 10-14. (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-77980EEF-FE529D25/bst/GemoHealth_0207_final.pdf).
- Marstedt Gerd (2008): Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem. GeMo-Newsletter 1/2008 (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F14-C332B03C/bst/xcms_bst_dms_24059__2.pdf)
- Microsoft (2011): Microsoft-Umfrage: IT macht das Gesundheitssystem zukunftsfähig. Pressemitteilung vom 3. November 2011. (<http://www.microsoft.com/germany/presseservice/news/pressemitteilung.aspx?id=533442>)
- Pham Hoangmai H., Paul B. Ginsburg, Timothy K. Lake, Myles Maxfield (2010): Episode-Based Payments: Charting a Course for Health Care Payment Reform. „National Institute for Health Care reform“ des HSC (<http://www.nihcr.org/Policy%20Analysis%20No.%201.pdf>)

BuchTipp: Gesundheitsmonitor 2011

Was wissen die Bürger über Evidenzbasierte Medizin? Wie stehen sie zum Thema Organspende? Welche Kriterien sind für Versicherte bei der Auswahl eines Pflegeheims von Relevanz? Und wie gehen chronisch kranke Patienten mit ihrer Erkrankung um? In guter Tradition beleuchtet der Gesundheitsmonitor 2011 diese und weitere Fragen aus Bevölkerungssicht, um so Entscheidungsträgern aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft eine aussagekräftige Basis für die Verbesserung der Versorgung aus Versichertenperspektive an die Hand zu geben.

Seit Anfang des Jahres kooperieren die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK bei dieser Aufgabe. Für die Analysen des Gesundheitsmonitors stehen damit neben Daten aus repräsentativen Bevölkerungsumfragen auch Abrechnungsdaten

für mehr als 8,5 Millionen Versicherte zur Verfügung. Der Blick auf das Versorgungsgeschehen wird damit differenzierter und die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors noch aussagekräftiger.

Erstmals macht auch ein Beitrag des aktuellen Buches Gebrauch von dieser Möglichkeit. Das Eingangskapitel geht auf Basis von Befragungs- und Routinedaten der Frage nach, inwiefern Patienten am Quartalsende Schwierigkeiten mit der Terminvergabe bei Ärzten haben.

Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger (Hrsg.) · **Gesundheitsmonitor 2011 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen** · Broschur, 218 Seiten · 25,00 € ISBN 978-3-86793-346-9



Bertelsmann Stiftung

Programm Versorgung
verbessern – Patienten
informieren
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de
www.gesundheitsmonitor.de

Barmer GEK

Lichtscheider Str. 89-95
42285 Wuppertal
www.barmer-gek.de

Redaktion

Melanie Lisac,
Nicole Osterkamp

Autoren

Dr. Bernard Braun
(Universität Bremen),
Dr. Gerd Marstedt
(Universität Bremen),
Christoph Sievers
(BARMER GEK)

Kontakt

Heike Clostermeyer
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de