

**new
business**

Edition

Sonderdruck

Dr. Karen Döring / Dr. Uwe Lebok, Konzept & Analyse AG, Nürnberg

Nur behandelt ist nicht gut genug!

Der Patient und seine Gefühle im Gesundheitssystem heute

HEALTHCARE MARKETING

2009

Nur behandelt ist nicht gut genug!

Der Patient und seine Gefühle im Gesundheitssystem heute

Liberalisierung oder Regulierung – eine Frage der Perspektive

Kein Markt befindet sich in einem derartigen Widerstreit zwischen Liberalisierung (und damit „echten“ Marktgesetzen) und Regulierung (= marktbeschränkenden Struktureingriffen) wie der Gesundheitsmarkt. Immer dann, wenn an einer Stelle des Gesundheitswesens die Kosten (scheinbar) überproportional ansteigen, wird in das Sozialversicherungsmodell der Bundesrepublik regulierend eingegriffen. Bereits seit den 1970-er Jahren wurden durch den Gesetzgeber die Rahmenbedingungen der Krankenversicherung korrigiert, um Kosten zu reduzieren bzw. die Versorgung auf einem adäquaten Level langfristig gewährleisten zu können (Specke, 2006). Trotz Reformen über Reformen steigen die Ausgaben im Gesundheitssystem ungebrochen (vgl. OECD, 2008), das Gespenst der sog. Kostenexplosion zieht weiterhin virulente Kreise (vgl. Lebok, 2000; Oberender et al, 2005; Kogon, 2006; Horn, 2007), und seit 20 Jahren zählt das Wort „Gesundheitsreform“ zu den Unwörtern der deutschen Sprache (GfdS, 2008).

Laut Sozialversicherungsmodell ist die freie Arztwahl der Patienten einer der zentralen liberalen Aspekte im System. Tatsächlich ist aber die Funktion des Patienten stark eingeschränkt – insbesondere bei Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen (GKV): Zwar kann er (noch) über die Wahl seines Hausarztes verfügen, ansonsten aber befindet er sich im Fadenkreuz der (freiberuflichen) Expertenmeinungen (= Ärzte, Kliniker, Apotheker) sowie der kostenregulierenden Controller (= Krankenkassen). Bezüglich der Wahl von medikamentösen Therapien hat der Patient nur bei OTC Wahlfreiheiten (► Abb. 1).

Gegenwärtig wird in Deutschland das im Februar 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz umgesetzt, das u.a. die Einführung einer individuellen Krankenversicherungspflicht sowie

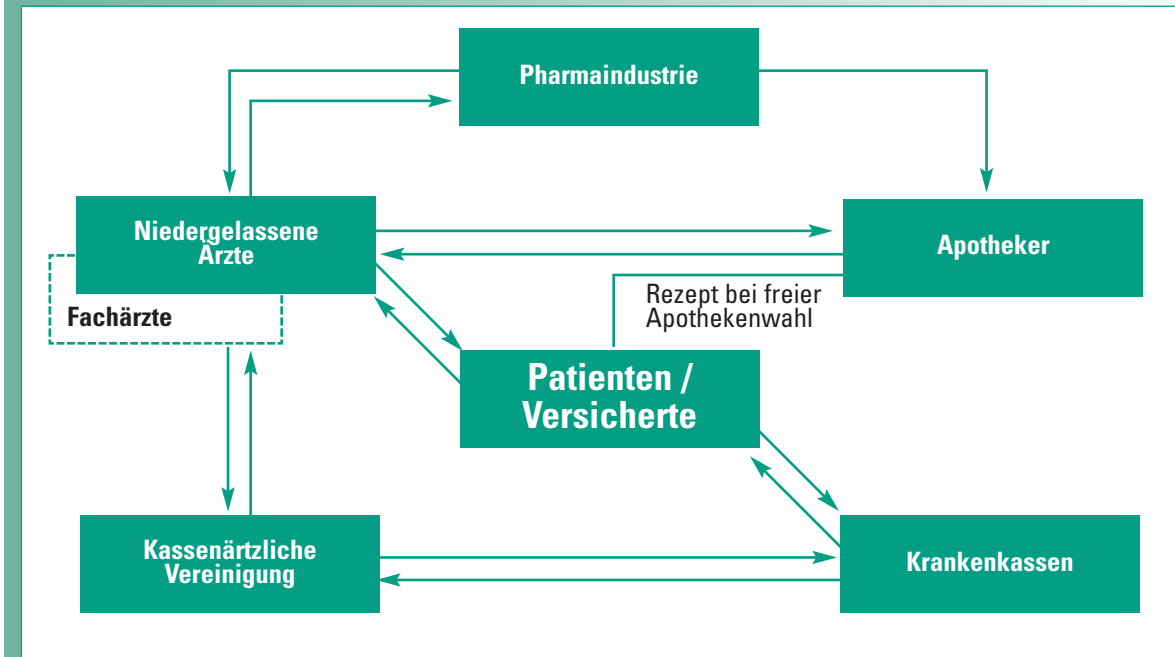
eines einheitlichen Beitragssatzes vorsieht (beides ab 1. Januar 2009; vgl. BMG, 2008). Zielsetzung ist laut Gesundheitsministerium eine „Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die neue Möglichkeiten in ihrer Vertrags- und Tarifgestaltung erhalten, um so Kosten einsparen zu können“. Dies soll letztlich den Versicherten zugutekommen, an deren Wünschen und Bedürfnissen sich die Kassen orientieren sollen (BMG, 2008; Orłowski/Wasem, 2008; Schroeder/Paquet, 2008).

Ob dem so sein wird, bleibt abzuwarten. Zwar haben dann die Versicherten mehr Wahlfreiheit zwischen Kassen, Tarifen und Versorgungsformen, müssen sich aber auch mit weiteren Regulierungen auseinandersetzen. Die meisten Patienten nehmen die gegenwärtigen Reformen erst dann wahr, wenn sie mehr bezahlen müssen oder fühlbar in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt werden: Rabattverträge der Krankenkassen mit bestimmten Arzneimittelherstellern, die Notwendigkeit einer Zweitmeinung für die Verordnung bestimmter innovativer Medikamente, Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) oder auch die bereits 2004 vereinbarte Aut-idem-Regelung. Alle Regulierungen sollen zwar der Kostenreduktion dienen, führen aber beim Versicherten in der Masse zu Verwirrung und Unverständnis: Der Nutzen für den Versicherten wird nicht erkannt, wenn er von diesem nicht verstanden wird!

Gesetzlich versichert und unzufrieden?

Deutschland befindet sich in einem nachhaltigen Wandel: Aufgrund der demographischen Alterung werden altersbedingte Volkskrankheiten zunehmen – mit entsprechenden Auswirkungen auf das Versorgungssystem (Lebok/Döring, 2005). Immer häufiger wird in öffentlichen Diskussionen das Argument der „Zweiklassenmedizin“ hervorgeho-

Abb. 1: Marktbeziehungen im deutschen Gesundheitswesen (ohne stationäre Einrichtungen)



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lebok, 2000

ben (Deppe/Burkhardt, 2002; Herbert, 2008). In zahlreichen psychologischen Studien mittels K&A Psychodrama®-Ansatz konnte der singuläre Effekt des Versicherungsstatus (privat vs. gesetzlich vs. AOK) auf das Therapieverhalten der Ärzte nachgewiesen werden. Ob und inwieweit gesetzlich versicherte Patienten diese Selektionsmechanismen wahrnehmen, wurde bislang nur am Rande thematisiert.

Aus diesem Grunde wurde eine repräsentative Eigenstudie mit gesetzlich krankenversicherten Personen im Alter von 40 bis 70 Jahren durchgeführt. Neben wahrgenommenen Beschwerden und Angaben zur persönlichen Lebenszufriedenheit stand vor allem die gefühlte Akzeptanz des Gesundheitssystems und seiner aktuellen Reformen im Vordergrund. Von den befragten Personen waren 60 Prozent in den letzten 12 Monaten akut erkrankt (vor allem Grippe und Erkältungskrankheiten) und ungefähr genauso viele gaben an, an chronischen Krankheiten zu leiden. Vor allem bei der Behandlung chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Gelenkerkrankungen usw. wurden zu nahezu 90 Prozent verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen.

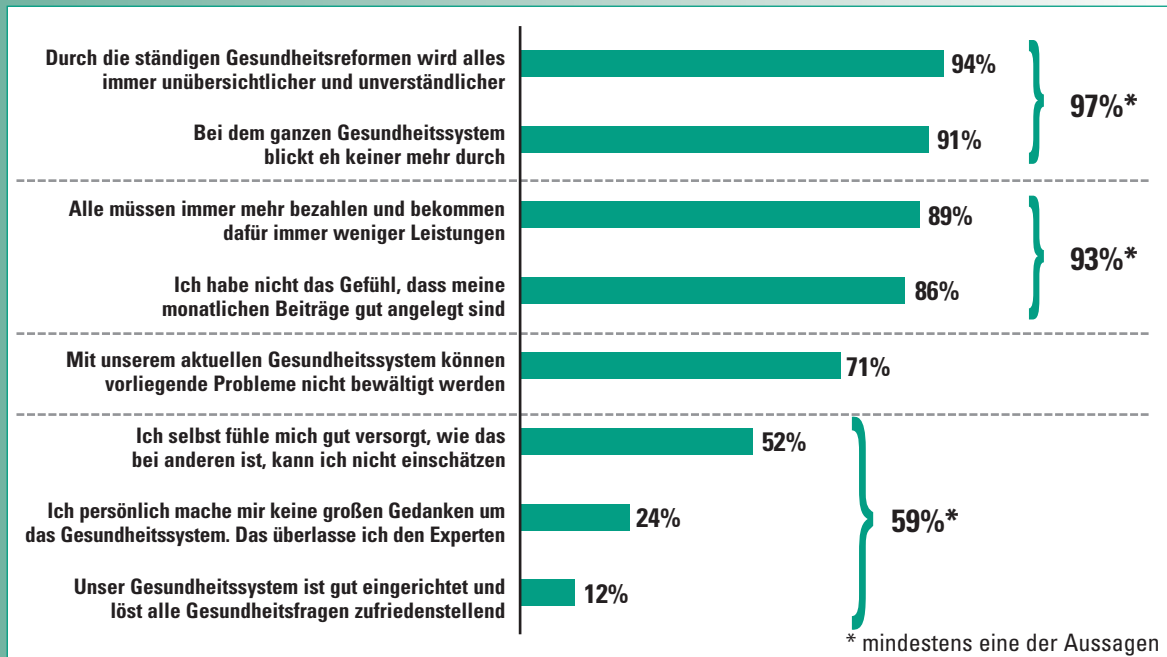
Wenn GKV-Mitglieder über 40 nach ihrer Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung befragt werden (► Abb. 2), empfinden sich zwar nahezu 97 Prozent

aufgrund der „Reformitis“ im deutschen Gesundheitswesen völlig überfordert, aber bislang nicht schlecht versorgt. Auch wenn die zukünftigen Probleme durch das bestehende Gesundheitssystem nicht gelöst werden können und letztlich immer weniger medizinische Leistungen den Versicherungsbeiträgen (gefühl!) gegenüber stehen, machen sich die gesetzlich Versicherten wenige Gedanken über das Gesundheitssystem: Man zahlt Beiträge, erhält Leistungen und kümmert sich eigentlich gar nicht um Weiteres. Der Arzt ist der Experte und verordnet, der Patient bekommt das, wofür er bezahlt. Das Gefühl einer „guten“ Gesundheitsversorgung ist zudem noch ausgeprägter bei chronisch Kranken (im Vgl. zu Akuterkrankungen) und bei Männern (im Vgl. zu deutlich kritischer eingestellten Frauen). Auch wenn das Vertrauen ins deutsche Gesundheitssystem insgesamt sinkt, es wird schon irgendwie geholfen werden ...

Wenn Patienten eifersüchtig werden

Trotz mangelndem Durchblick mit dem deutschen Gesundheitssystem ist die Informationsbereitschaft bei Versicherten weiter angestiegen: Gerade einmal 14 Prozent geben an, sich über Medikamente zur Behandlung von Krankheiten nicht zu informieren. Der Arzt ist dabei immer noch die mit Abstand wichtigste Informations- und Beratungsquelle (86%), gefolgt von eigenen Internet-Recher-

Abb. 2: Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung bei gesetzlich Versicherten im Alter von 40–70 Jahren



Quelle: K&A-GKV40+-Eigenstudie, Oktober 2008

chen und Gesprächen mit Apothekern. Unter diesen Bedingungen verwundert es auch wenig, dass die Zuzahlungsbereitschaft bei gesetzlich Versicherten über 40 Jahren vergleichsweise gering ausgeprägt ist (24%).

Das ändert sich aber, wenn persönliche Erfahrungen mit den Regulierungen im Gesundheitssystem gemacht und diese für den Patienten „nachfühlbar“ wurden, z.B. wenn der Apotheker Patienten anstelle des vom Arzt verordneten Präparats ein „anderes Medikament mit gleichem Wirkstoff“ aushändigt. 22 Prozent der Befragten geben an, das noch nie erlebt zu haben (➤ Abb. 3). Für rund 40 Prozent ist ein Austausch der Medikamente prinzipiell auch egal („es wird schon auch helfen“). Etwa 38 Prozent der Versicherten erheben Zweifel oder spüren Verunsicherung und Ärger, aber nur jeder 12. GKV-Patient hat sich aufgrund solch eines Erlebnisses beschwert (8%).

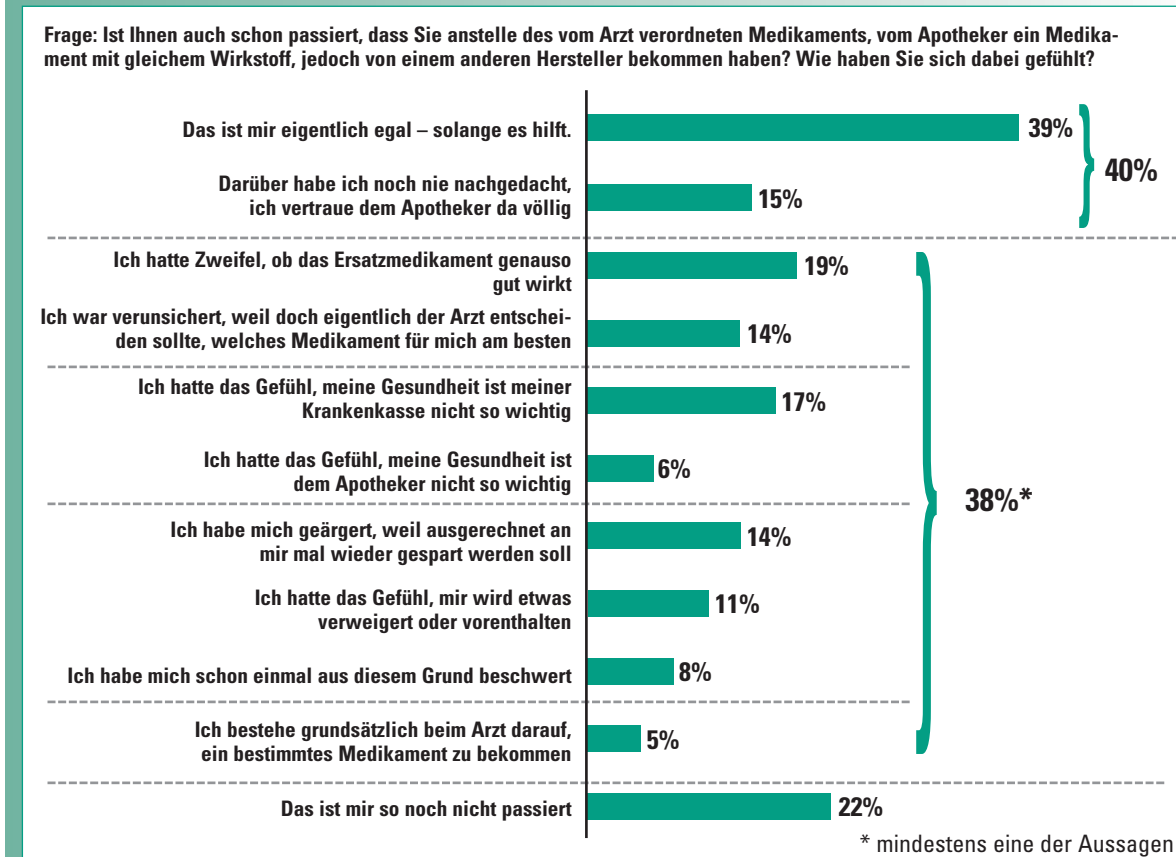
Auch wenn derzeit nur jeder dritte GKV-Versicherte in gewisser Weise eine Benachteiligung in der medikamentöse Therapie verspürt, interessiert es um so mehr, was letztlich für dieses Gefühl den Ausschlag gab. Da quantitative Befragungen in der Analyse emotionaler Beweggründe stets begrenzt sind, wurde ein eigens von K&A entwickeltes Online-Tool (sog. K&A-PsychoBlox®) eingesetzt. Blogs und Foren erlauben es, unter Anleitung von Psycho-

logen als unerkannt agierenden Diskussionsleiter individuelle Meinungen, emotionale Reaktionen aber auch Tabubrüche zu verstehen. Im Fall der GKV-40+-Studie wurden Foren mit Versicherten installiert, die bereits negative Erlebnisse aufgrund der Regulierungen erlebt hatten.

Die in ➤ Abb. 4 beispielhaft aufgeführten Reaktionen sind unabhängig davon, ob sich jemand mit Gesundheitsthemen beschäftigt oder nicht. Die kritischen Äußerungen entsprechen aber durchweg dem bereits quantitativ ermittelten (faktischen) Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem. Der Nutzen verschiedener Maßnahmen bleibt dem Versicherten unklar und reduziert sich aufgrund des information overload allein auf die eigenen Erfahrungen und Erlebnisse. Dabei zeigt sich relativ schnell, dass Verunsicherung, Zweifel und Ärger nur dann entstehen, wenn die eigene Behandlung mit Dritten verglichen wurde: Erst wenn ein Patient seine Behandlung mit einem Korrektiv vergleichen kann (z.B. vermeintlich Bessergestellte wie Privatpatienten, Ärzte, Gesetzgeber, Kasse), erlebt er eine gefühlte „Schlechterbehandlung“, die er sonst gar nicht wahrgenommen hätte. Gefühle von Eifersucht, Neid und Missgunst sind letztlich die eigentlichen Triebfedern dieser emotionalen Reaktionen.

Und diese qualitativen Ergebnisse lassen sich wiederum auch quantifizieren! Mit Hilfe eines Logit-

Abb. 3: Patientengefühle bei der Herausgabe von Ersatzmedikamenten



Quelle: K&A-GKV40+-Eigenstudie, Oktober 2008

Modells wurden Zusammenhänge mit der Zuzahlungsbereitschaft ermittelt. Während das Alter der Versicherten überhaupt keinen Einfluss hat, wirken Geschlecht und chronische Herzerkrankungen positiv. Das bestätigt wieder einmal mehr, dass sich Frauen grundsätzlich intensiver mit ihrer eigenen Gesundheit und Gesundheitsthemen auseinandersetzen. Auch scheint die Erkrankung am Herzen eine deutliche Signalwirkung zu haben (anders als etwa bei Diabetes und Gelenkerkrankungen).

Eine negative Wirkung auf die Zuzahlungsbereitschaft haben dagegen mehr oder weniger resignierende oder fatalistische Einstellungen (u.a. fehlender Glaube in das Gesundheitssystem bzw. vorherrschende Gleichgültigkeit nach Austausch des verordneten Präparats durch den Apotheker). Wenn solche Einstellungen die Persönlichkeitsstrukturen bestimmen, besteht wenig aktives Interesse an Zuzahlung im Sinne einer vermeintlich „besseren“ Behandlung.

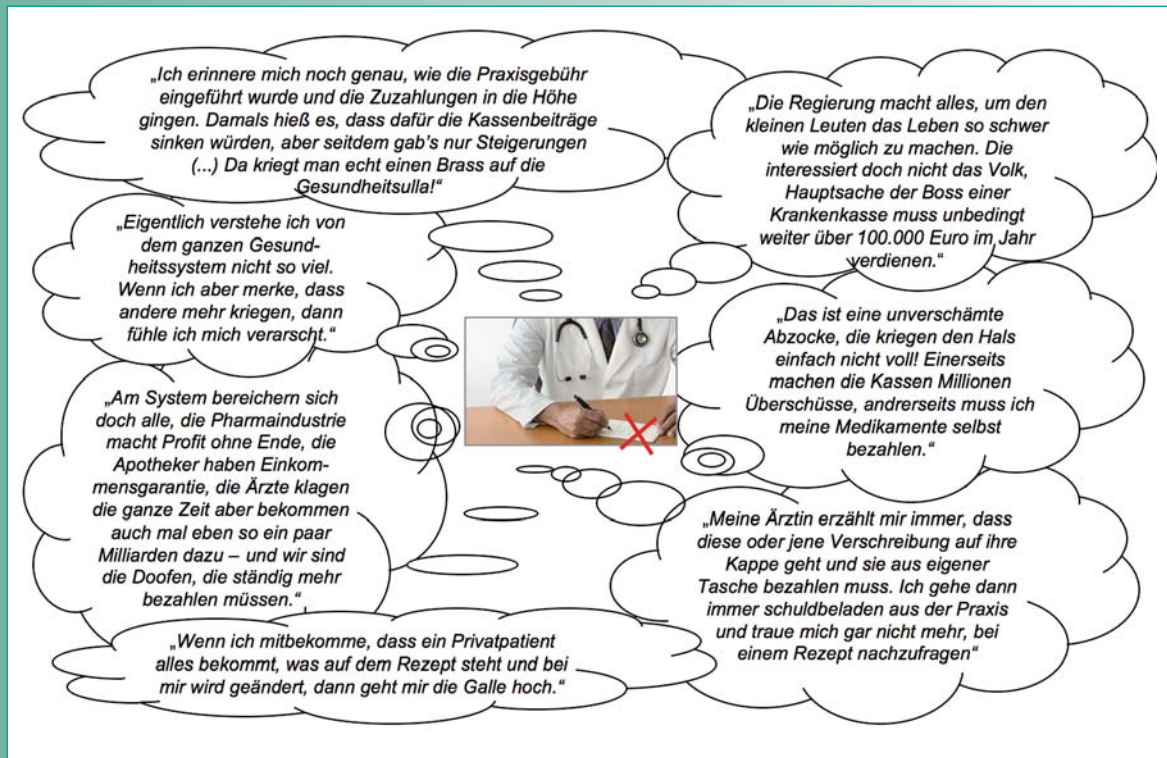
Dagegen wirken mangelnder Durchblick und eine gefühlte Benachteiligung stark stimulierend: Wer

eine psychologische Benachteiligung emotional erlebt hat, setzt sich prinzipiell stärker mit Gesundheitsthemen auseinander. Eine Wahrnehmungsfokussierung entsteht (vgl. Watzlawick; 1976), d.h. die selbst erfahrene Minderbehandlung wird zur persönlichen Benchmark bei der Bewertung aller nachfolgenden Erlebnisse rund um die kassenärztliche Versorgung. Und die Tendenz, über Zuzahlung eine persönliche Aufwertung in der Behandlung zu erleben, steigt.

Ausblick in die Zukunft

Die Zuzahlungsbereitschaft in Deutschland wird wohl auch in Zukunft nur bedingt zunehmen. Unverständnis, Fatalismus und Resignation in Bezug auf das komplizierte deutsche Gesundheitssystem sowie die über Umlageverfahren geprägte „Selbstbedienungsmentalität“ („ich zahle, also kriege ich“) bestimmen noch zu stark das mehrheitliche Verhalten der GKV-Mitglieder. Über Stammtischparolen und Treppenhausgeplauder wird der gefühlte Groll der Versicherten im Regelfall kaum hingenommen.

Abb. 4: Emotionale Reaktion von GKV-Patienten auf erlebte „Zweiklassenmedizin“



Quelle: K&A-PsychoBlox (qualitative GKV40+-Online Studie)

Es sei denn, die Aufmerksamkeit der Versicherten könnte stärker auf empfundene Benachteiligung gelenkt werden. Zwar sind Neid, Eifersucht und Missgunst häufig die emotionalen Motivatoren, doch könnten solche Motive auch gut dazu genutzt werden, um die Versicherten stärker in Richtung Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zu bewegen. Solange aber Qualitätsunterschiede in der Behandlung nicht erlebbar (gemacht) werden, wird sich auch der Aufstand der Benachteiligten in

Grenzen halten: Sie merken ja schließlich nicht, dass sie (vermeintlich) benachteiligt werden!

Die Landkarte des deutschen Gesundheitswesens mit seinen komplexen und stark eingeschränkten Marktbedingungen sowie den immerwährenden Reformen wird ein Normalversicherter (wie auch ein durchschnittlicher Allgemeinarzt!) ohnehin kaum verstehen. Umso mehr helfen stichpunktartige Orientierungshilfen und Markierungen, insbeson-

Tab. 1: Logistisches Regressionsmodell über die Zuzahlungsbereitschaft bei gesetzlich Versicherten im Alter 40–70 Jahre

	Signifikanz	Exp (B)
Alter (40–70 Jahre)	-	1,01
Geschlecht: weiblich	**	2,30
Bluthochdruck	**	2,37
Gleichgültigkeit	**	0,40
Gefühlte Benachteiligung	*	2,52
Mangelnder Durchblick	*	3,28
Fehlender Glaube in das Gesundheitssystem	**	0,37

** 95% Signifikanz, * 90% Signifikanz

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage der K&A-GKV-40+-Studie (2008)

dere wenn es um die Bewertung und Aufarbeitung persönlicher Krankheitserlebnisse geht. Das Internet ist bereits heute eine zentrale Informationsplattform dafür. Und wenn es der Pharmaindustrie in Zukunft besser gelingen würde, die direkte Kommunikation zum Patienten (in restringierter und visualisierter Form) zu finden (vgl. Abb. 1), wird dieser auch sein Bewusstsein über Qualitätsunterschiede in der Behandlung schärfen: Der Mehrwert von Originalpräparaten forschender Unternehmen wird dann eindeutiger nachvollziehbar gegenüber Generika (vgl. Döring/Lebok, 2008). Dann würde auch das deutsche Gesundheitssystem stärker in Richtung eines „echten“ Marktes unter Wettbewerbsbedingungen geführt und ggf. die Zuzahlungsbereitschaft deutlich erhöht werden. Die Wahlfreiheit wäre vergleichbar wie bei Genussmitteln: Hier kann ein Kunde entscheiden zwischen beworbenen Markenprodukten oder preiswerten Aldi-Me-toos – und bezahlt bei Positiventscheidung auch von sich aus mehr!

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2008, online unter www.diegesundheitsreform.de (13.11.2008)

Deppe, H-U.; Burkhardt, W. (2002): Solidarische Gesundheitspolitik: Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin.

Döring, K.; Lebok, U.: ... worüber man gerne spricht. In: Jahrbuch Healthcare Marketing 2008, S. 164-167

Gesellschaft für deutsche Sprache (GfdS): Unwörter des Jahres www.gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/unwoerter-des-jahres/; 30.11.2008]

Herbert, S. (2008): Diagnose: unbezahlbar: Aus der Praxis der Zweiklassenmedizin.

Horn, N. (2008): Das Gesundheitswesen - Ist die Kostenexplosion unaufhaltsam? Der patientenorientierte Ansatz zur Kostenreduktion

Kogon, E. (1976): Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Was, wo und wie kann gespart werden?

Lebok, U. 2000: Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhausverweildauer in Deutschland

Lebok, U.; Döring, K.: Auswirkungen der demographischen Alterung auf Kaufverhalten und Markenbindung. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. Jg. 30, 1/2005, S. 81-108

Oberender, P.O.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2. überarbeitete Aufl. 2006): Wachstumsmarkt, Gesundheit

OECD Gesundheitsdaten 2008, online unter www.oecd.org/health/healthdata (13.11.2008)

Orlowski, U.; Wasem, J. (2008): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG): Änderungen und Auswirkungen auf einen Block.

Schroeder, W.; Paquet, R. (2008): Nach der Reform ist vor der Reform.

Specke, H.K. (2006): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten – Fakten – Akteure

Watzlawik, P. (1976): Wie wirklich ist die Wirklichkeit – Wahn, Täuschung, Verstehen. In: Piper, München.



Dr. Karen Döring

Diplom-Psychologin, promoviert an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg. Sie ist seit 2002 in der Marktforschung tätig und seit 2003 bei Konzept & Analyse AG, Nürnberg. Parallel ist sie weiterhin Lehrbeauftragte an der Universität Erlangen-Nürnberg. Als Teamleiterin betreut sie überwiegend Kunden aus den Bereichen Konsumgüter, Dienstleistung und der Pharmabranche. Daneben ist sie für die Marktforschung mit Best Agern verantwortlich.

✉ karen.doering@konzept-analyse.de



Dr. Uwe Lebok / COO

ist seit April 2005 im Vorstand der Konzept & Analyse AG, Nürnberg. Vor seiner Tätigkeit im Marketing Research war der promovierte Demograph neun Jahre wissenschaftlich an den Universitäten Bamberg, München und Rostock tätig. Neben bevölkerungsmathematischen Prognoseverfahren beschäftigte er sich vor allem mit gesundheitsökonomischen Themen. Heute ist er für die Entwicklung von Methoden in speziellen Zielgruppen verantwortlich und berät seine Kunden forschungsbasiert bei markentechnischen Umsetzungen.

✉ uwe.lebok@konzept-analyse.de

**new
business**

**Special
Edition**

COMPETITIVE ADVANTAGE

HEALTHCARE MARKETING

2009