Michael Siewert
Anja Schweitzer

Versorgungsmanagement aus Versichertensicht. Anforderungen und Auswirkungen

Abstract

Die Akzeptanz von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung auf Versichertenseite ist unverzichtbarer Bestandteil für das optimale Ausschöpfen ihres Potentials. Der IGES Kompass Gesundheit® 2010 stellt das Thema „Versorgungssteuerung aus Versichertensicht" ins Zentrum seiner Untersuchung. Dabei werden vier Grundanforderungen herausgearbeitet, die bei einer ganzheitlichen Beachtung in Gestaltung und Kommunikation von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung die Basis der Akzeptanz bilden. Die Ergebnisse zeigen jedoch nicht nur eine Erhöhung der Akzeptanz von Versorgungssteuerung, sondern Auswirkungen auf das Erleben des gesamten GKV-Systems. Die konkret erlebbaren Leistungen vermögen es im Idealfall, einen Beitrag zu einer Vertrauensstärkung in das GKV-System zu leisten.

Keywords

Case Management, DMP, Kosteneffizienz, Kommunikation, Krankenkassen, MVZ, Patientenorientierung, Versorgungssteuerung, Versorgungsmanagement

Patienten sind es in Gesundheitsbelangen alles andere als gewohnt, Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen. Bereits das SGB V unterstreicht, dass sie zwar Mitverantwortung und Mitwirkungspflicht haben. Die Hauptverantwortung weist es jedoch der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Auch die herkömmliche Denkwelt in der Medizin führte in der Vergangenheit häufig dazu, dass Patienten als Objekte der Medizin ohne eigene Verantwortung gesehen wurden (Schmid et al., Seite 14). Konkret angeführt wird in diesem Zusammenhang die Ausrichtung der Versorgung auf akute, episodale und eindimensionale Krankheiten, nicht zuletzt bedingt durch immer weitergehende Spezialisierungen (Müller-Mundt und Schaeffer, Seite 143).

>> So ist es auch kein Wunder, dass Patienten sich eher zurückhalten. Die verhaltensbedingten finanziellen und gesundheitlichen Folgekosten haben durchaus beträchtliches Ausmaß. Eine erste Ahnung bekommt man bereits, wenn man sich vor Augen führt, dass 30-70% der ärztlichen Anstrengungen von den Patienten mit Non-Compliance beantwortet werden (Schmid et al., Seite 11). Bedenklich wird dies spätestens beim Gedanken, dass chronische Krankheiten gar in erster Linie Patientenarbeit erfordern (Müller-Mundt und Schaeffer). Dieses Versorgungspotential gerät zunehmend ins Visier der Kostenträger, gerade vor dem Hintergrund des Einheitsbeitrags für gesetzliche Krankenkassen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Dieser setzt Leistungsträgern auf der Einnahmenseite recht enge Grenzen, die auch Zusatzbeiträge aus verschiedensten Gründen nur unzureichend erweitern. Umso bedeutender gestaltet sich die Ausgabenseite der Krankenkassen.

An Ansätzen und konkreten Instrumenten zur Kontrolle der Ausgabenseite mangelt es nicht, insbesondere seit dem GKV-WSG. Das gängige Zauberwort lautet Versorgungsmanagement, dessen Ziel gemeinhin die Kosten-Effizienz der Versorgung ist. Einzelne Untersuchungen bestätigen die erhoffte Effizienz, wie beispielsweise im Projekt ‚Patientenbegleitung' der Bosch BKK aufgezeigt wurde („Monitor Versorgungsforschung" 6/2010 Seite 18). Die Studie belegt, dass nach einer Anlaufphase von rund einem Jahr positive Kosteneffekte in Höhe von durchschnittlich 21,5 % ermittelt wurden.

Doch eine optimale Ausnutzung der Möglichkeiten kann letztlich nur bei entsprechender Akzeptanz auf der Mitgliederseite gelingen. Ohne ihre Mitarbeit ist eine Ausschöpfung des Steuerungspotentials nicht möglich. Grundlegende Überlegungen zu einer Steigerung der Mitgliederakzeptanz gab es in der Vergangenheit zwar. Allerdings bergen Leistungsgestaltung und -kommunikation noch beträchtliche Optimierungspotentiale, wie bereits Räbiger am Beispiel der Integrierten Versorgung herausstellt (Seite 171). Sie führt aus, dass es für die Integrierte Versorgung von hoher Bedeutung sei, potentielle Teilnehmer über die Pogrammteilnahme nicht lediglich zu informieren, sondern zu überzeugen, damit sich das Angebot überhaupt lohnen kann. Dies sei angesichts der niedrigen Einschreibequoten in der Vergangenheit offensichtlich noch nicht geglückt. Zudem weist sie darauf hin, dass Marktforschung in diesem Feld weitgehend nicht erfolgt sei, mit der Konsequenz, dass die Versichertenpräferenzen (noch) nicht adäquat berücksichtigt worden seien.

Hier möchten die neuesten Erkenntnisse der Studienreihe ‚IGES Kompass Gesundheit®' aus dem Jahr 2010 ansetzen. Neben der kontinuierlichen Befragung von GKV-Mitgliedern zu verschiedensten Themen aus dem Krankenkassenbereich greift der ‚IGES Kompass Gesundheit®' in jeder Welle zusätzlich ein aktuelles Thema auf, das einmalig behandelt wird. In der neuesten Ausgabe ist dies das Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht, das in zwei vierstündigen Kreativ-Workshops mit je 10 Teilnehmern und einer Repräsentativbefragung von 3.000 GKV-Mitgliedern behandelt wurde. Sie können im Wesentlichen für das gesamte Versorgungsmanagement bestätigen, was Räbiger bereits für die Integrierte Versorgung beschrieb. Nämlich, dass eine ‚echte' Einbindung bisher noch nicht gelungen ist. Zudem arbeitet die Studie grundlegende Versichertenpräferenzen heraus, die die Akzeptanz von Versorgungssteuerung entscheidend steigern können.

Erleben von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung zeichnet zwiespältiges Bild

Dabei ist das Bild der Maßnahmen zur Versorgungssteuerung weder eindeutig positiv noch negativ. Auffallend sind zunächst die hohen Eintrittsbarrieren in die Auseinandersetzung mit ihnen. Sie geht deutlich über allgemeine Abwehrhaltungen hinaus, die in der Marktforschung bei der Besprechung bis dato weitgehend unbekannter Ansätze klassischerweise zu beobachten sind. Hintergrund ist eine aus mehreren Richtungen herrührende ablehnende Vor-Verurteilung der Maßnahmen zur Versorgungssteuerung bereits vor der eigentlichen Konfrontation mit ihnen. Dieser Umstand führt dazu, dass eine Akzeptanz von Versorgungsmaßnahmen nur mit erheblichem zeitlichem Aufwand und hoher Überzeugungskraft erreicht werden kann.

Doch auch wenn es gelingt, Versicherte in eine Auseinandersetzung zu ziehen, stellen Vorbehalte und Attraktivität oft eher zwei Seiten derselben Medaille dar. Beispielsweise können einzelne Maßnahmen durchaus den Eindruck hoher Versorgungsqualität erzeugen (Wahrnehmung des Angebots als Paket hochwertiger Leistungsbatterien). Doch gerade dieser Eindruck erregt häufig auch Misstrauen, da Versicherte

sich in Zeiten enger Finanzspielräume der Krankenkassen erhöhte finanzielle Aufwände für Versicherte kaum vorstellen können.

Somit gibt es bereits zwei Herausforderungen zu bewältigen, wenn eine Krankenkasse Akzeptanz bei Versicherten erzeugen möchte. Einerseits gilt es aufgrund der Eintrittsbarrieren, hohen Kommunikationsaufwand zu betreiben. Andererseits zeigt die oben angesprochene Metapher der zwei Seiten einer Medaille die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Kommunikationsstrategie auf, falls Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erzeugt werden sollen. Das bedeutet konkret, dass die sich im Rahmen der IGES-Studie herauskristallisierenden Grundanforderungen an Versorgungssteuerung in der gestalterischen und kommunikativen Umsetzung gemeinsam bedient werden sollten. Im Folgenden wird dies an zwei bekannten Maßnahmen exerziert. Dazu werden zunächst die Grundanforderungen an Versorgungssteuerung angerissen und daraufhin DMP und MVZ anhand dieser Grundanforderungen ansatzweise im Hinblick auf Versichertenwahrnehmung und Akzeptanzpotential evaluiert.

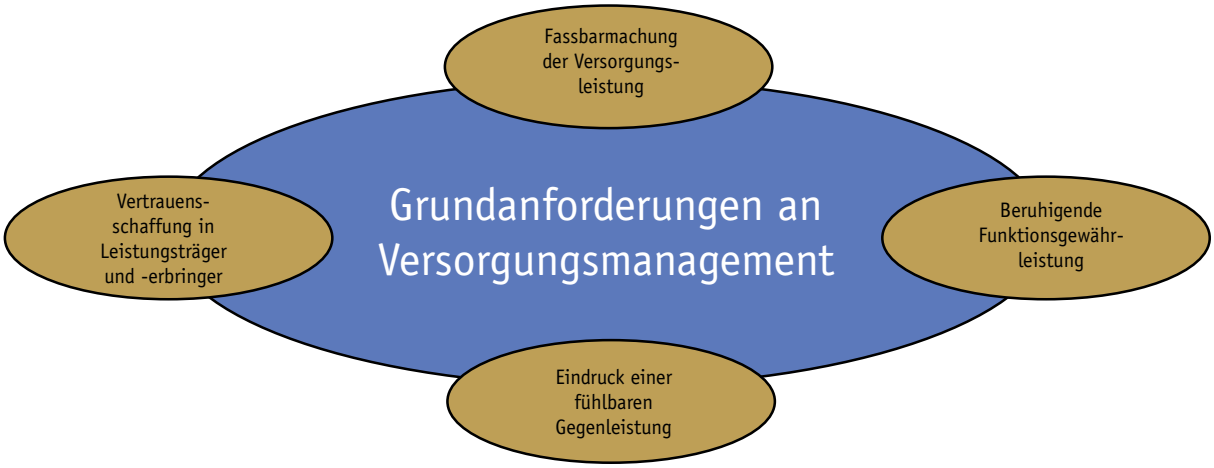


Abb. 1: Grundanforderungen an das Versorgungsmanagement

Die Grundanforderungen

1. Fassbarmachung der Versorgungsleistung

Das GKV-System wird von vielen Versicherten als undurchschaubar und intransparent erlebt. Das damit einhergehende Ohnmachtsgefühl führt dazu, dass viele Versicherte sich innerhalb des GKV-Systems eine Opferrolle zuschreiben. Infolgedessen setzt man sich mit Details im Gesundheitssystem nur wenig auseinander und kann (auch) die Qualität von Versorgungsleistungen nur unzureichend einordnen. Einerseits ist man für die erhaltene Versorgung dankbar, da sie Heilung bzw. Linderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung verschafft. Andererseits ist man sich unsicher, ob die Leistung das Optimum an Versorgung darstellt. Auf entsprechende Unsicherheiten treffen auch Maßnahmen zur Versorgungssteuerung. Um eine hohe Akzeptanz zu erreichen, ist eine Einordnung der Leistung vonnöten, die ihren Umfang und ihre Qualität fassbar macht (konkrete Vorschläge dazu siehe beispielsweise Sander und Scherenberg). Dabei geht es weniger um eine detaillierte Darlegung als vielmehr um eine grobe und laiengerechte Einordnung der Möglichkeiten und Grenzen.

2. Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer

Neben der reinen Fassbarmachung der Maßnahme zur Versorgungssteuerung geht es auch darum, Vertrauen in sie zu schaffen. Dieses ist untrennbar mit dem Vertrauen in ihre Absender verknüpft (vor allem der Ärzte und Krankenkassen). Hier kommt zum Tragen, dass Angebote an die Versicherten oft die Vorteile für die Versicherten selbst darstellen. Doch die Interessen der anderen Akteure bleiben oft unklar. Viele Versicherte bringen einer Maßnahme mehr Akzeptanz entgegen, wenn ein transparentes Vertragswerk mit den Vor- und Nachteilen der einzelnen Akteure offengelegt wird, in dem idealer Weise Eindruck einer Win-Win-Situation und der Kooperation zwischen Akteuren erzeugt wird.

3. Beruhigende Funktionsgewährleistung

Viele Versicherte sehen das solidarisch aufgebaute GKV-System zwar als nahezu idealen Ansatz der Gesundheitsversorgung. Doch seit die bestehenden Finanzlücken öffentlich diskutiert werden, werden Schutz und Versorgungssicherheit in Frage gestellt. Die aus Versichertensicht zahlreichen Versuche, die finanziellen Engpässe zu überwinden, sehen sie als in der Mehrzahl gescheitert an. Auch hier findet eine Übertragung auf die Versorgungssteuerung statt. Oft wird sie als Maßnahme zur Kostenkontrolle erlebt und als Erhaltungsversuch des gewünschten Solidarsystems in der GKV durchaus akzeptiert. Allerdings sehen Versicherte die Betonung der Kostenkontrolle so einseitig, dass die Qualität der Versorgung in Frage gestellt wird. Doch vornehmlich eine gleichzeitige Kommunikation von Qualität und Kostenkontrolle erzeugen bei Versicherten das Gefühl einer beruhigenden Funktionsgewährleistung im GKV-System. Im Falle der Versorgungssteuerung als konkret erlebbarem Leistungsangebot kann die Beruhigung sogar besonders glaubwürdig erscheinen.

4. Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung

Leistungserbringung im Versorgungsfall und Krankenkassenbeiträge der Versicherten werden oft getrennt voneinander betrachtet, so dass Versicherte vielfach denken, eine Krankenkasse sei nicht an der Versorgung beteiligt (sondern nur der Leistungserbringer, dem der Versicherte persönlich begegnet). Dies führt in vielen Fällen zu der Ansicht, dass eine Gegenleistung für die hohen Beitragszahlungen nicht vorhanden ist, ein Umstand, den Versicherte häufig kritisieren. Ein zentraler Ansatzpunkt ist folgerichtig die stärkere Sichtbarmachung des Engagements von Krankenkassen, beispielsweise über eine proaktive Kommunikation im Rahmen von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung. Dazu entscheidet der Grad an Selbstbestimmtheit in verschiedenen Situationen auf Versichertenseite darüber, ob eine Maßnahme als ‚fühlbare' Gegenleistung oder eine erlebte Gängelung erlebt wird. Bei schwerer/chronischer Erkrankung (insbesondere zu Beginn) ist eine erhöhte Fürsorge und vorgegebene Struktur durchaus erwünscht. Doch in Situationen, in denen man das Gefühl hat, den Alltag (noch

oder wieder) selbst bewältigen zu können, erwünschen sich Versicherte höhere Anteile an Freiheit und Selbstbestimmtheit.

Die konkreten Kurzbewertungen

Die unterschiedliche Akzeptanz konkreter Angebote zur Versorgungssteuerung lässt sich bei Berücksichtigung der Grundanforderungen trefflich erklären. Im Folgenden soll dies an zwei Beispielen näher erläutert werden:

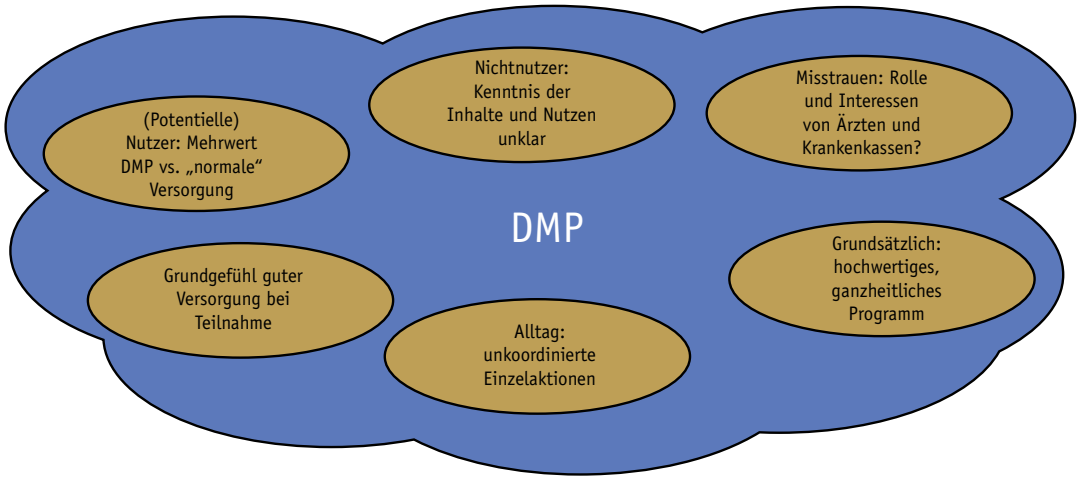


Abb. 2: Fassbarmachung der Versorgungsleistung (DMP)

Beispiel 1: DMP

Fassbarmachung der Versorgungsleistung: Sofern man nicht selbst potentiell an einem DMP teilnimmt bzw. an ihm teilnehmen könnte, ist ein DMP aktuell oft nicht bekannt und nur schwer vorstellbar. Selbst potentiellen und tatsächlichen Nutzern erschließt sich der Mehrwert des Programms nicht bzw. nur vage. Gleichwohl führen die konkreten ärztlichen Untersuchungen zu einer persönlichen Erlebbarkeit des Programms.

Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer: Rolle und Interessen von Ärzten und Krankenkassen sind den meisten Versicherten nicht ersichtlich. Gleichzeitig werden krankenkassenseitige Datenerhebungen (DMP-Dokumentationen) wahrgenommen, so dass vorhandenes Misstrauen noch verstärkt wird.

Beruhigende Funktionsgewährleistung: In Ansätzen wird ein DMP zwar als ganzheitliches Programm eingeordnet. Doch gegenläufige Alltagserfahrungen lassen ein DMP oft eher als unkoordinierte Ansammlung von Einzelaktionen erscheinen, so dass Qualität und Ökonomie in Frage gestellt werden. Festgemacht wird dies beispielsweise an fehlenden erlebten Verknüpfungen bei mehreren chronischen Erkrankungen.

Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung: Grundsätzlich erfolgt die Kommunikation meist zu einem geeigneten Zeitpunkt, auch im folgenden Zeitverlauf haben Teilnehmer oft das Gefühl einer guten Versorgung. Teils werden jedoch Unterschiede zur Behandlung bei einer Nicht-Teilnahme an einem DMP nicht erkannt.

Schlussfolgerungen: Insgesamt weisen DMP ein vergleichsweise hohes Potential auf. Um dieses auszuschöpfen, sollte vor allem folgende Ansätze weiterverfolgt werden:

- Kommunikation eines DMP als Ausschöpfung des GKV-Leistungsangebots mit den Zielen einer effizienten Versorgung sowie einer Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität.
- Entwicklung von Programmen zur Zusammenfassung mehrerer DMP/ mehrerer chronischer Erkrankungen.
- Grundverständnis, Aufbau und Kommunikation von DMP als zweiphasiges Steuerungsinstrument mit intensiverer Betreuung in einer ersten Phase und einer stärker selbstbestimmten, aber immer noch kontrollierten zweiten Phase.

Beispiel 2: MVZ

Fassbarmachung der Versorgungsleistung: Der Zusammenschluss von Leistungserbringern unter einem Dach erzeugt eine gut vorstellbare Räumlichkeit. Ehemalige DDR-Bürger sehen zudem eine Verwandtschaft zu den bekannten Polikliniken, was zu einer gesteigerten Akzeptanz führt.

Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer: Durch die erlebte Festlegung auf ein MVZ sieht man sich von einzelnen Ärzten abhängig. Die erlebte Abhängigkeit stärkt das bereits vorhandene Misstrauen in die Akteure.

Beruhigende Funktionsgewährleistung: Eine höherwertige und auch effizientere Versorgung durch eine Kooperation von Leistungserbringern mit kurzen Abstimmungswegen erscheint gut vorstellbar. Insbesondere bei klar ersichtlicher Notwendigkeit der Kooperation von Leistungserbringern ist die Akzeptanz recht hoch.

Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung: Patientenseitige Vorteile in der Versorgung können zwar gesehen werden, und zwar in Form kurzer Wege und schneller(er) Behandlung. Doch fehlende Wahlmöglichkeiten innerhalb einer Fachdisziplin schränken die Selbstbestimmung aus Sicht der Versicherten ebenso ein wie die erweiterten Absprachemöglichkeiten der Behandler.

Schlussfolgerungen: Ähnlich wie DMP weisen auch MVZ ein ver-

Literatur

IGES Institut GmbH (2010): IGES Kompass Gesundheit 2010 - Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht. Berlin: Eigenverlag.
Report Monitor Versorgungsforschung: Evidenz für das Case Management. In: Monitor Versorgungsforschung 06/2010.
Müller-Mundt; Schaeffer: Patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. In: Pfaff; Schrappe; Lauterbach; Engelmann; Halber (Hrsg., 2003): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern. Verlag Hans Huber.
Räbiger: Integrierte Versorgungsformen erfordern neue Kommunikationsstrukturen. In: Roski, R. (Hrsg.) (2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Sander; Scherenberg: Versorgungsmanagement aus Marketingsicht: Beispiele für innovative Ansätze. In: Monitor Versorgungsforschung 06/2010.
Schmid; Weatherly; Meyer-Lutterloh; Seiler; Lägel (2008): Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

gleichsweise hohes Potential auf. Um ihr Attraktivitätspotential auszuspielen, sollten jedoch einige Gestaltungsmöglichkeiten ausgenutzt werden:

- Angebot des ‚Ausprobierens' der Versorgungsleistung. Im Nachgang telefonische oder persönliche Rückmeldung zu den Behandlungseindrücken.
- Kommunikation des Angebots nicht als Verpflichtung, sondern als höherwertige Versorgung (z.B. bessere Qualifikation der Ärzte).
- Garantie besserer Versorgungsservices (z.B. kürzere Wartezeiten).

Fazit, Weiterführung und Ausblick

Versorgungsmanagement ist bereits heute ein wichtiges Instrument, das in Zukunft noch weitere Bedeutung gewinnen wird. Grundsätzlich weist der Ansatz hohes Potential zu einer versichertenseitigen Akzeptanz auf. Doch sowohl in Leistungsgestaltung als auch -kommunikation sind einige Grundanforderungen zu berücksichtigen.

Wird eine Maßnahme zur Versorgungssteuerung akzeptiert, kann sie nicht nur eine optimale Kosteneffizienz herstellen. Es ist als konkret erlebbares Instrument dazu geeignet, auf Versichertenseite das Vertrauen in eine Funktionsfähigkeit des GKV-Systems (mit) wiederherzustellen. <<

Care management from the insurant's view. Requirements and effects

The acceptance of managed care measures by the insured is an indispensable component for the optimal delivery of their potential. The IGES Kompass Gesundheit ® 2010 places the subject ‚the insurer's view on managed care' in the centre of its research. Four basic requirements are being identified, which form the supply base of acceptance while handling an integral consideration of design and communication of managed care measures. The results show not only an increase in acceptance of managed care, but effects on the experience of the entire statutory health insurance system. Ideally, the tangible care that patients can actually experience can contribute to a strengthened confidence in the statutory health insurance system.

Keywords

case management, DMP, cost efficiency, communication, health insurance, ambulatory healthcare center, patient orientation, managed care, care management

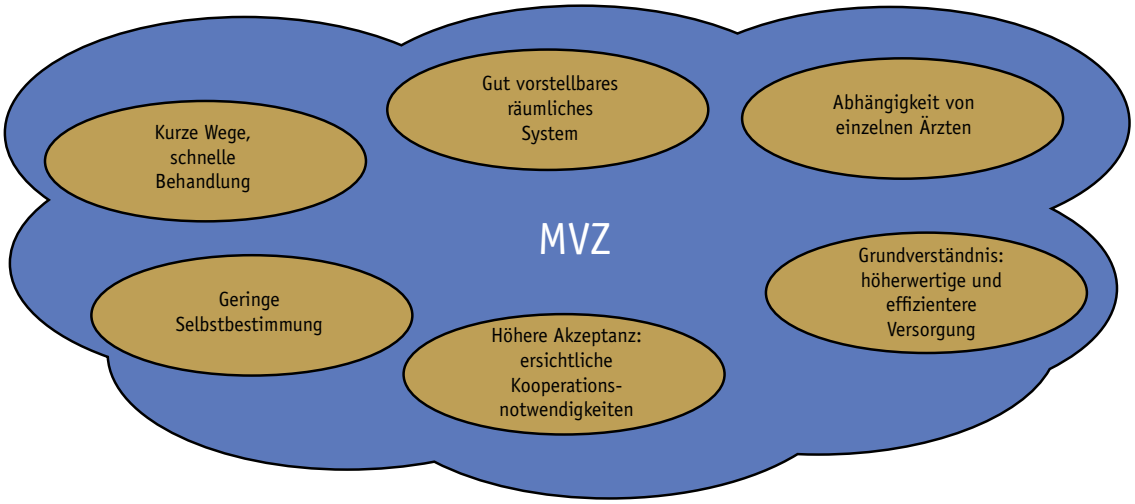


Abb. 3: Fassbarmachung der Versorgungsleistung (MVZ)

Michael Siewert

Diplom-Geograph. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zertifikatsstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Über zehn Jahre (Senior) Projektleitungen in der Gesundheits- und Versorgungsforschung auf nationaler und internationaler Ebene (Institute: I+G Gesundheitsforschung, psychonomics AG, IGES Institut). Seit April 2011 Geschäftsführer von medpirica. Kontakt: michael.siewert@medpirica.com



Anja Schweitzer

Diplom-Volkswirtin. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln. 1996 Einstieg bei psychonomics. 2001 bis 2004 Leitung des Ressorts Zielgruppenforschung. 2005 Leitung der Healthcare Forschung der psychonomics AG. Ab Mai 2007 Senior Managerin und Leitung der neuen Niederlassung in Berlin. Seit 2009 Leitung des Bereichs Marktforschung im IGES Institut. Kontakt: anja.schweitzer@iges.de

