

Ergebnisse einer Versichertenbefragung zur Versorgung im Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2 bei der BARMER Neubrandenburg

Elkeles, Thomas (Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Prof. Dr.), Heinze, Sandra (Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit und Pflege, B.Sc. in Public Health and Administration), Eifel, Roland (BARMER Ersatzkasse, Geschäftsführer Regionalgeschäftsstelle Neubrandenburg)

Hintergrund und Ziele

Seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre gibt es in Deutschland intensivierte gesetzgeberische Bemühungen um eine Integration der fragmentierten Versorgungssektoren. Eines der Instrumente sind Disease Management Programme (DMPs). Die Barmer Ersatzkasse Neubrandenburg schloss im Juli 2004 einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zur Durchführung eines DMP Diabetes mellitus Typ 2.

Daten und Methoden

Die Befragungsadressen wurden aus der Liste eingeschriebener Teilnehmer am Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2 bei der BARMER Regionalgeschäftsstelle Neubrandenburg gezogen (Grundgesamtheit). Aus der Gesamteinnehmerliste wurde jeder x-te als potentieller Teilnehmer der Befragung ausgewählt. Dadurch ergab sich eine Brutto-Stichprobe von N=197. Als Erhebungsverfahren wurde eine telefonische Befragung gewählt. Die Befragung wurde im Juni 2005 durchgeführt, und zwar an acht Werktagen (vom 02. bis 13. Juni 2005). Qualitätsneutrale Ausfälle gab es bei n=71 Versicherten. Lediglich zwei Ausfälle kamen durch fehlende Teilnahmebereitschaft („Desinteresse“) zustande. Bezieht man die Ausschöpfungsquote auf alle Ausfälle, betrug diese 62,9% (N=124). Werden lediglich die nicht qualitätsneutralen Ausfälle einbezogen, betrug die Ausschöpfungsquote sogar 99%. Damit kann die Ausschöpfungsquote in jedem Falle als überdurchschnittlich für Versichertenbefragungen gewertet werden.

Ergebnisse

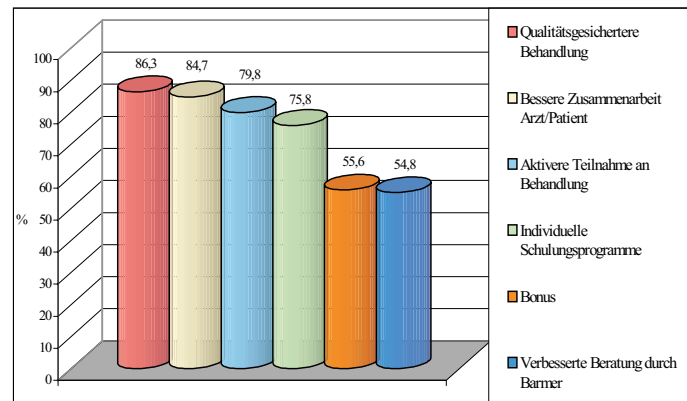
Tab. 1: Erkrankungs- und Behandlungsdauer der Befragten (in %)

Zeitraum	Erkrankungsdauer	Behandlungsdauer
bis 5 Jahre	37,1	38,7
5 - 10 Jahre	25,8	28,2
10 - 20 Jahre	25,8	25,8
über 20 Jahre	11,2	7,2

Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

Die Geschlechterverteilung in der realisierten Stichprobe wich leicht zugunsten der Frauen ab (51,6%). An der Erkrankungs- und Behandlungsdauer (Tab. 1) ist deutlich erkennbar, dass praktisch alle DMP-Teilnehmenden bei der BARMER Neubrandenburg chronisch krank sind. Die Betrachtung der Altersstruktur zeigte, dass es sich ganz überwiegend um ältere Versicherte handelt.

Abb. 2: Wichtigste Beweggründe zur Teilnahme am DMP (in %)



Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

In Abb. 2 sind die häufigsten Teilnahmegründe dargestellt. Auf die Verbesserung der Versorgungsqualität und auf eine Aktivierung der Patientenrolle gerichtete Gründe und Motive stehen damit deutlich an der Spitze der Nennungen. Eine monetäre Motivation, wie sie in Deutschland häufig als Steuerungsinstrument in den gesundheitspolitischen Diskurs eingebracht wird, ist für deutlich weniger Versicherte entscheidend.

Tab. 3: Gegenwärtig behandelnder Praxistyp nach Schul- und Berufsbildung (in %)

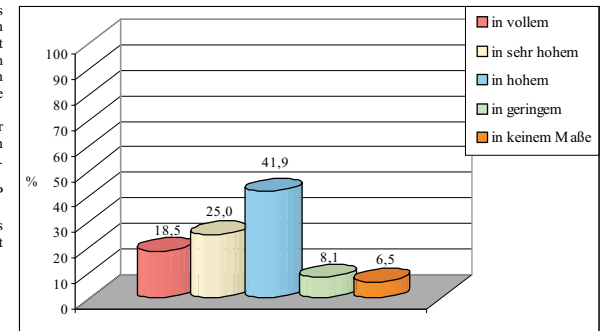
	Allg./Prakt. Arztpraxis	Internist. Arztpraxis	Diab. SPP
Förderschule/Hauptschulabschluss	52,2	27,1	20,3
Realschulabschluss/Fachabitur/EOS/Abitur	47,7	12,3	40,0
Lehre	70,2	17,0	12,8
Fachschule/Fachhochschule/Universität	37,7	20,8	41,6

Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

Die Erwartungen an das DMP aus Sicht der Versicherten haben sich insgesamt in hohem Maße erfüllt (Abb. 1). Diejenigen mit in vollem und in sehr hohem Maße erfüllten Erwartungen haben mehr folgende Eigenschaften:

- in diabetologischer Schwerpunktpraxis in Behandlung gewesen bzw. derzeit in Behandlung
- länger als 6 Monate im DMP eingeschrieben
- Verbesserung des Gesundheitszustandes seit DMP-Teilnahme.

Abb. 1: Erfüllung der Erwartungen (in %)



Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

Bei 18,5% hat sich der Gesundheitszustand seit Teilnahme am DM-Programm positiv verändert. Verbesserungen werden weniger von Versicherten mit Volks-/Hauptschulabschluss (16,9%) als von Versicherten mit höheren Schulabschlüssen (20%) angegeben. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes wurde eher von den langjährig Kranken und deutlich mehr von in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis behandelten Versicherten angegeben (31,6%). (Tab. 2)

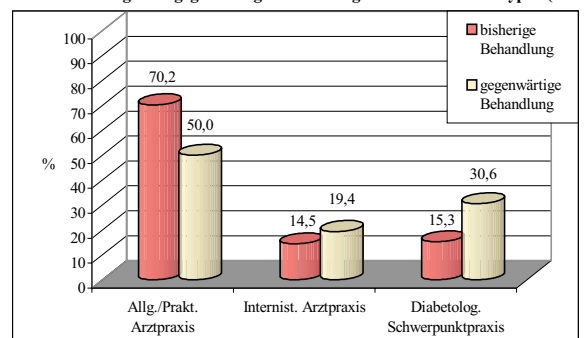
Tab. 2: Veränderung des Gesundheitszustands nach Erkrankungsdauer und Praxistyp (in %)

Veränderung	Erkrankungsdauer		Gegenwärtig behandelnder Praxistyp		
	1-60 Monate	> 60 Monate	Allg./Prakt. Arzt	Intern. Arzt	Diab. SPP
verbessert	13,0	21,8	12,9	12,5	31,6
verschlechtert	2,2	2,6	3,2	0,0	2,6
keine Änderung	84,8	75,6	83,9	87,5	65,8

Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

Beim Vergleich des bisherigen und gegenwärtigen behandelnden Praxistyps zeigen sich deutliche Unterschiede (Abb. 3). Die deutlichste und hoch signifikante Veränderung beträgt den Anteil in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis. Es zeigte sich als Tendenz, dass die Präferenz des Praxistyps u.a. mit der Länge der Schul- und Berufsausbildung zusammenhängt (Tab. 3).

Abb. 3: Bisherige und gegenwärtige Behandlungsanteile nach Praxistypen (in %)



Datenbasis: Versichertenbefragung BARMER Neubrandenburg 2005

Diskussion

Da uns bisher keine Versichertenbefragungen zur Evaluation eines bestehenden DM-Programms in Deutschland bekannt sind, nutzen wir die vorhandenen Möglichkeiten, die Repräsentativität der Ergebnisse hinsichtlich der Alters-, Geschlechts- und Bildungsverteilung durch Vergleich mit einem Bevölkerungssurvey zu Diabetes bzw. die Altersverteilung mit den Diabetes-Qualitätsberichten abzusichern. Weitgehende Übereinstimmungen fanden sich hinsichtlich Alter und Geschlecht. Übereinstimmend ist auch ein hoher Anteil älterer Programmteilnehmer, bei Frauen noch ausgeprägter.

Eine Verbesserung der Versorgung wird aus Sicht der Programmteilnehmenden wahrgenommen und von immerhin 19% eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Programmteilnahme angegeben.

Unsere Analysen haben angedeutet, dass von dem Programm nach eigenen Aussagen offenbar eine Kerngruppe chronisch Kranker älterer Versicherte zu profitieren scheint. Dies ist im Grunde genommen auch eine Hauptzielgruppe für Disease Management Programme.

Eine mögliche Wiederholung sozialer Selektionsprozesse bei gesundheitlichen Programmen bleibt jedoch zu beobachten.

Zum einen haben die bisherigen Qualitätsberichte angedeutet, dass es in DMPs für Diabetes teilweise nicht unproblematische Prozess- und Ergebnissituationen gibt und auch manche Daten noch unzugänglich bleiben. Zum anderen empfiehlt sich die Ergänzung von Qualitätsberichten durch Versichertenbefragungen, da nur so die Perspektive der kranken Subjekte selbst sowie soziale Merkmale und Einflüsse untersucht werden können.

Dieses ist inzwischen sogar ein Grundsatz im deutschen Sozialgesetzbuch, wonach für gesundheitliche Evaluationen „auch subjektive Ergebnisqualitätsparameter (Lebensqualität, Zufriedenheit)“ auf der Basis von Befragungen vorzusehen sind. Anders als in den USA gibt es in Deutschland hierzu noch keine bzw. kaum standardisierte Instrumente, so dass hierzu noch erhebliche Methodenentwicklungsarbeit zu leisten ist. Auch steht die Frage, wie letztlich klinische und nichtklinische Parameter miteinander verknüpft werden könnten, in Deutschland noch für die Zukunft an.