

Leipziger Senioren und die Gesundheitsreform

1	Ziele und Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes.....	1
2	Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes	3
3	Erfahrungen Leipziger Senioren mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz ...	4
3.1	Ziel der Befragung	4
3.2	Zusammensetzung der Stichprobe	5
3.3	Versorgungssituation.....	8
3.3.1	Aktuelle gesundheitliche Situation	8
3.3.2	Haus- und fachärztliche Versorgung	10
3.3.3	Verhalten im Krankheitsfall	13
3.3.4	Zufriedenheit mit der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung.....	17
3.3.5	Kenntnis der Zuzahlungsregelungen und Bonusprogramme der Krankenkassen.....	18
3.3.6	Zuzahlungsbefreiung im ersten Jahr des GMG	20
3.3.7	Verbesserungswünsche	21
4	Empfehlung für den Umgang mit den Ergebnissen	23
5	Abbildungsverzeichnis.....	25

1 Ziele und Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes¹

Unter der Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“ heißt es in §1 des SGB V: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

¹ Bundesgesetzblatt ,Teil I G 5702, 2003 Ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003 Nr. 55 14.11.2003 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) 2190

Mit dem am 01. Januar 2004 von der Bundesregierung beschlossenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) sollte im Sinne dieses Auftrages der gesetzlichen Krankenversicherungen erreicht werden,

- die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu stoppen,
- die medizinische Versorgung auf dem modernen Stand der Wissenschaft weiterhin zu gewährleisten,
- mit verschiedenen Aktivitäten der Krankenkassen die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken (Bonusprogramme, Chroniker-Programme),
- die Belastung für Patienten durch erhöhte Eigenbeteiligung in Grenzen zu halten durch Senkung der Krankenkassenbeiträge und die Beibehaltung der Zuzahlungsbe freiung für chronisch kranke Patienten in modifizierter Form.

Mit dem GMG werden in insgesamt 37 Artikeln Änderungen im Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung vorgenommen. Für die Patienten werden dabei unmittelbar Zuzahlungsregelungen, Bonusprogramme oder Reglementierungen der Arztinanspruchnahme sichtbar, mittelbar über die Qualität der Betreuung sowohl die durch Behandlungsleitlinien gesicherte Verbesserung der Versorgung einerseits, durch Budgetregelungen für Ärzte indizierte Verzögerungen andererseits.

Die prozentualen Zuzahlungen zu Leistungen der Gesundheitsversorgung betragen seit 01. 01. 2004 10% der Leistung, höchstens jedoch 10€ und mindestens 5€. Die Belastungsobergrenze beträgt für die jährliche Eigenbeteiligung beträgt 2% der Bruttoeinnahmen eines Versicherten, für chronisch kranke Menschen 1% und für Familien gibt es spezielle Kinderfreibeträge. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind nach dem Gesetz generell von Zuzahlungen befreit. Bei der Inanspruchnahme von speziellen Präventionsmaßnahmen gibt es Bonusprogramme der Krankenkassen, ebenso für Patienten, die am Hausarztssystem, einem Chronikerprogramm (z. B. strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2) oder einer integrierten Versorgung teilnehmen².

In allen offiziellen Verlautbarungen zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz wird bekräftigt, dass alle medizinisch notwendigen Maßnahmen in einer dem aktuellen medizinischen Wissensstand entsprechenden Qualität weiter erbracht werden.

Nach nunmehr fast zweijähriger Praxis mit dem GMG wird jedoch deutlich, dass einerseits zwar tatsächlich Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ver-

² Eine Gesamtübersicht des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. über Zuzahlungsregelungen sowie der Gesetzestext zu den Zuzahlungsregelungen in der Anlage

zeichnen sind, insbesondere durch Einsparungen für Medikamente und Heilmittel, andererseits aber eine höhere Belastung der Patienten stattfindet, die angekündigte deutliche Senkung der Krankenversicherungsbeiträge nur sehr gering ausfällt und es erhärtet sich der Verdacht, dass besonders Menschen in schlechter sozialer Lage auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verzichten. Somit mehren sich die Bestandsaufnahmen zu den Folgen des GMG. Der 108. Deutsche Ärztetag widmete diesem Thema einen breiten Raum und auf dem 2. Workshop der Clearingstelle für Versorgungsforschung in NRW³ wurde erste Ergebnisse zur Evaluierung der Auswirkungen des GMG vorgestellt.

2 Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes

So betonte der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe in seiner Eröffnungsrede auf dem 108. Deutschen Ärztetag, er „... glaube auch nicht, ..., dass mit der jüngsten Gesundheitsreform ein ... 'Kulturwandel im Gesundheitswesen' eingeleitet worden ist. Wohl aber erleben wir einen Paradigmenwechsel in der Steuerung des Gesundheitswesens: Die Behandlungsprozesse werden veradministriert, währenddessen die flächendeckenden Versorgungsstrukturen marktwirtschaftlich - wie die Ökonomen es zu sagen pflegen - bereinigt werden; in Wahrheit aber verlieren wir schlicht das Soziale in unserem Gesundheitswesen. Wir erleben eine weitere Bürokratisierung des ärztlichen Alltags und eine Konzentration der Versorgungslandschaft. Gleichzeitig sollen Patienten zu Verbrauchern und wir Ärzte zu Dienstleistungs-Erbringern umdefiniert werden.

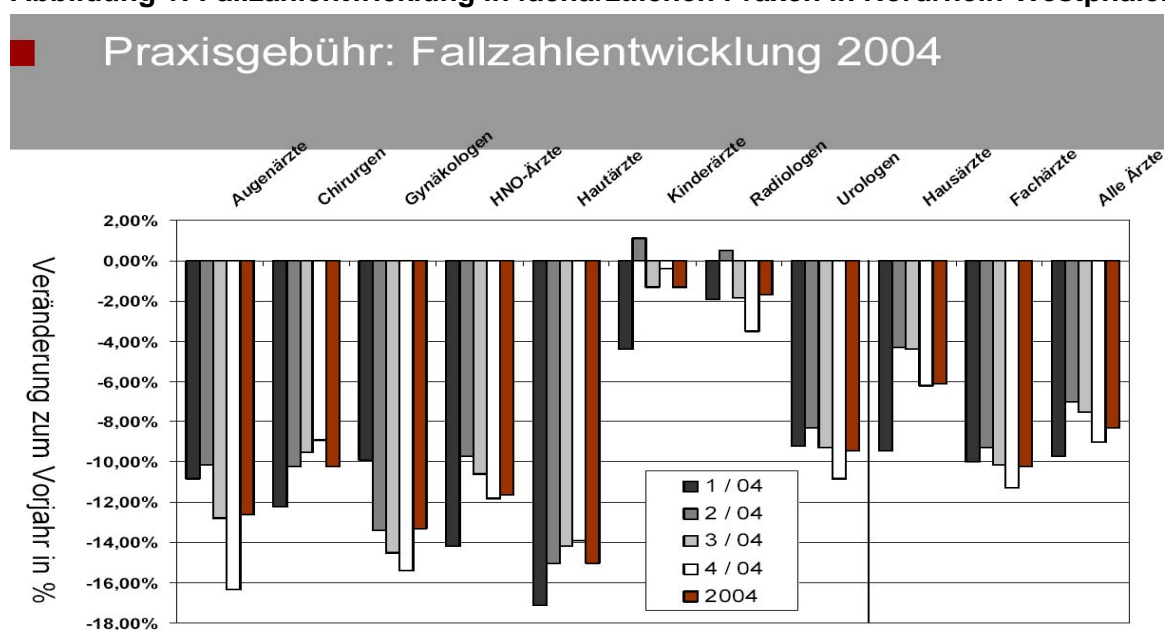
Aber ich habe manchmal das Gefühl, dass wir Ärzte da gar nicht mehr wirklich gefragt sind, dass es nicht mehr um die erfolgreiche Behandlung des einzelnen Patienten geht, sondern nur noch um die Effizienz steigernde gesundheitsökonomische Steuerung - natürlich in abstrakter Verantwortung⁴. Und Henke verwies in seinem Referat auf die sozialen Probleme in der Gesellschaft und ihren Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Patienten: „Wir stellen in unserer täglichen Arbeit in der Praxis wie in der Klinik fest, wie sehr die finanziellen Probleme von Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren zugenommen haben: Schon die im europäischen Vergleich durchaus niedrigen Zuzahlungen werden für Patienten immer häufiger zu einem ernstem Problem, und mit Hartz IV scheint auch die Zahl der Patienten wieder zuzunehmen, die über keinen Krankenversi-

³ Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, 2. Workshop, Köln, 13. April 2005

⁴ Hoppe Jörg-Dietrich (2005): Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages zum 108. Deutschen Ärztetag in Berlin am 3. Mai 2005

cherungsschutz verfügen bzw. bei denen dieser ungeklärt ist.“ (Henke 2005)⁵. Diese Aussage unterstrich er durch Daten, die einen Zusammenhang zwischen dem Anteil der sozialhilfebedürftigen Bevölkerung in Berliner Stadtteilen und dem Rückgang der Fallzahlen der ärztlichen Behandlungsfälle im I. Quartal 2004 (nach Einführung der Gesundheitsreform) und 2003 belegten. Auch Hansen (2005)⁶ bestätigt die deutlichen Rückgänge der Fallzahlen in den ärztlichen Praxen in NRW, wobei besonders die Konsultationen beim Facharzt zurückgingen, aber auch bei Haus- und Kinderärzten (Abbildung 1).

Abbildung 1: Fallzahlentwicklung in fachärztlichen Praxen in Nordrhein-Westfalen



Dr. Leonhard Hansen, Clearingstelle Versorgungsforschung, 13.04.2005 Folie 3



Rückgänge der Konsultationszahlen begründen sich auch daraus, dass besonders in ländlichen Regionen das Netz der Fachärzte ausgedünnt ist, Fahrtkosten zu notwendigen Konsultationen von den Kassen aber nur noch sehr begrenzt erstattet werden.

3 Erfahrungen Leipziger Senioren mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz

3.1 Ziel der Befragung

Auf Initiative der AG Soziales des Seniorenbeirates der Stadt Leipzig war geplant, im dritten Quartal 2004 eine Analyse zu Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Versorgung der Senioren der Stadt Leipzig zu erstellen. Aktivitäten des Beirates, die Stadt Leipzig und den Freistaat Sachsen für diese Befragung zu interessieren, blie-

⁵ Henke Rudolf (2005): Krankheit und Armut. Referat auf dem 108. Deutschen Ärztetag. http://www.baek.de/30/Aerztetag/108_DAET/24Referate/Top04Henke.html

⁶ Hansen, Leonhard (2005): „Das GMG und seine Folgen ... für die ambulante Versorgung“. Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, 2. Workshop, Köln, 13. April 2005

ben ohne Erfolg. Damit konnte eine finanzielle Förderung des Anliegens nicht gewährleistet werden. Dass die Analyse dennoch vorgenommen werden konnte, ist der ehrenamtlichen Arbeit der Seniorinnen und Senioren in Leipzig zu verdanken, die im I. Quartal 2005 in Leipziger Seniorenverbänden die Daten erhoben.

Ausgehend von der Tatsache, dass die mit dem GMG verbundenen Reformen in der Gesundheitspolitik zu weiteren finanziellen Belastungen der Bürger führen, wollte der Seniorenbeirat ermitteln, ob in Folge dieser Veränderungen das Inanspruchnahmeverhalten und die Qualität der medizinischen Versorgung beeinflusst werden.

Aussagen der Bürgerumfrage 2002 und des Seniorenreports 2003 (basierend auf der Bürgerumfrage 2002)⁷ belegten eindeutig sinkende Einkommen in den jüngeren Seniorengenerationen und der rentennahen Bevölkerungsgruppe. Zunehmende finanzielle Belastungen in allen Bereichen des Lebens sowie Verunsicherungen in Bezug auf künftige Entwicklungen führten zu der Annahme, dass Senioren seltener zum Arzt gehen, besonders um den Quartalswechsel herum Arztbesuche verzögern und Veränderungen bis Kürzungen bei Leistungen der diagnostischen und therapeutischen Versorgung erfahren. Ausgehend von diesen Annahmen wurde ein Fragebogen entwickelt, der sowohl soziodemographische Fragestellungen enthält als auch geschlossene und offene Fragen zur Versorgungssituation, zur Zufriedenheit mit und Wünschen an die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Die soziodemographischen Fragen basieren auf den Items, die in der Bürgerumfrage Leipzig verwendet werden, die Fragen zur Versorgungssituation weitgehend auf einer Befragung, die der Seniorenbeirat im Jahr 2000 bei Senioren der Stadt zur damaligen Etappe der Gesundheitsreform durchführte. Nachdem der Fragebogen zunächst in einer Gruppe von 24 Seniorinnen und Senioren und eine Kurzversion bei einer Straßenbefragung anlässlich der Campustages der Universität Leipzig getestet wurde, erfolgte nach einer geringfügigen Überarbeitung des Bogens im I. Quartal 2005 die Befragung in den Seniorenverbänden.

Während der Campusbogen insgesamt 13 Items umfasste, bestand der Seniorenbogen aus 44 Fragekomplexen.

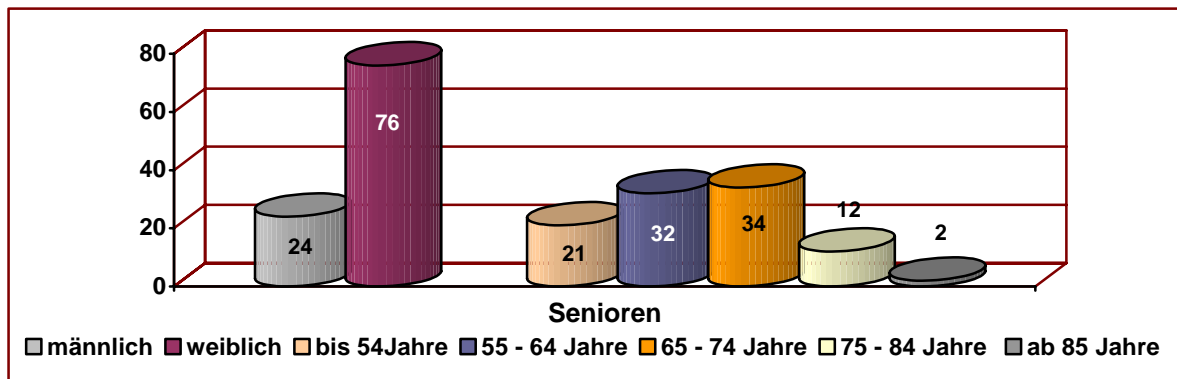
3.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Insgesamt liegen 258 auswertbare Fragebogen vor, darunter 34 Bogen, die im Rahmen des Campustages 2004 von jüngeren Besuchern dieser Veranstaltung ausgefüllt wurden. Diese 34 Bogen beinhalten jedoch nur eine gekürzte, in den übernommenen Fragen je-

⁷ Bürgerumfrage ...

doch identische Version des Seniorenbogens. Die Stichprobe verteilt sich wie folgt (Abbildung 2):

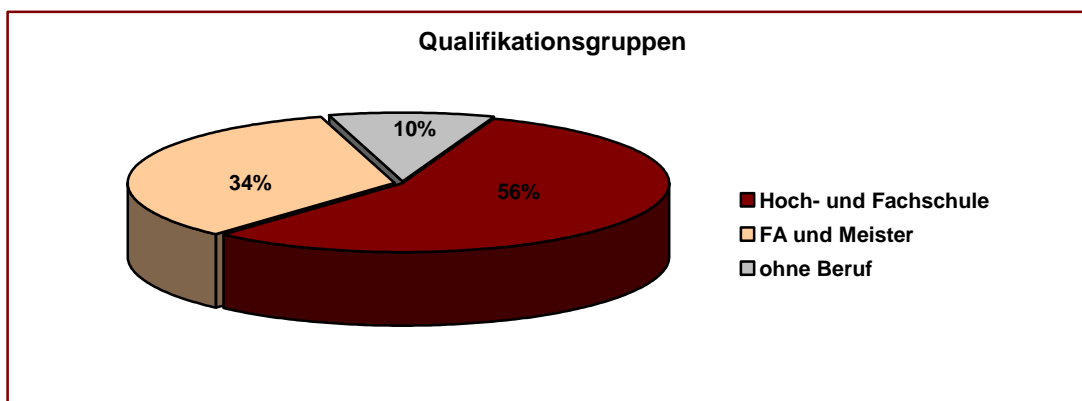
Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe (in Prozent)



Erwartungsgemäß liegt in der Stichprobe das Verhältnis Männer zu Frauen bei 1 : 3, zwei Drittel der Befragten befinden sich im Alter von 55 bis 74 Jahren, nur ein relativ kleiner Teil kommt aus der Gruppe der Hochaltrigen.

Nach der Qualifikation besteht die Gruppe der Befragungsteilnehmer zu einem überdurchschnittlichen Teil aus Angehörigen der Bildungsschicht (Abbildung 3).

Abbildung 3: Qualifikationsstruktur



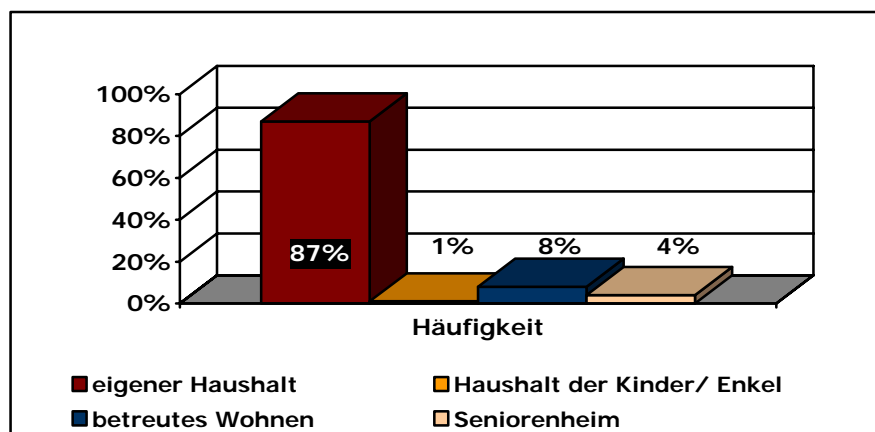
Es ist davon auszugehen, dass die Ansprüche an die medizinische Versorgung höher und die Informiertheit über die Veränderungen besser sind, als im Durchschnitt der Bevölkerung, da bildungsfernere Schichten über geringere Informationsmöglichkeiten verfügen. Es wäre deshalb sinnvoll, zumindest ausgewählte Fragestellungen in einer repräsentativen Umfrage erneut aufzugreifen, um Schwerpunkte der Unterversorgung deutlicher ermitteln zu können.

Die Senioren wurde nach der Wohn- und Einkommenssituation befragt.

Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, lebte die übergroße Mehrheit in einem eigenen Haushalt. Daraus wird ersichtlich, dass die Befragungsteilnehmer überwiegend selbstständig sind, auch wenn gesundheitliche Einschränkungen bestehen. 13 Prozent der Befragten

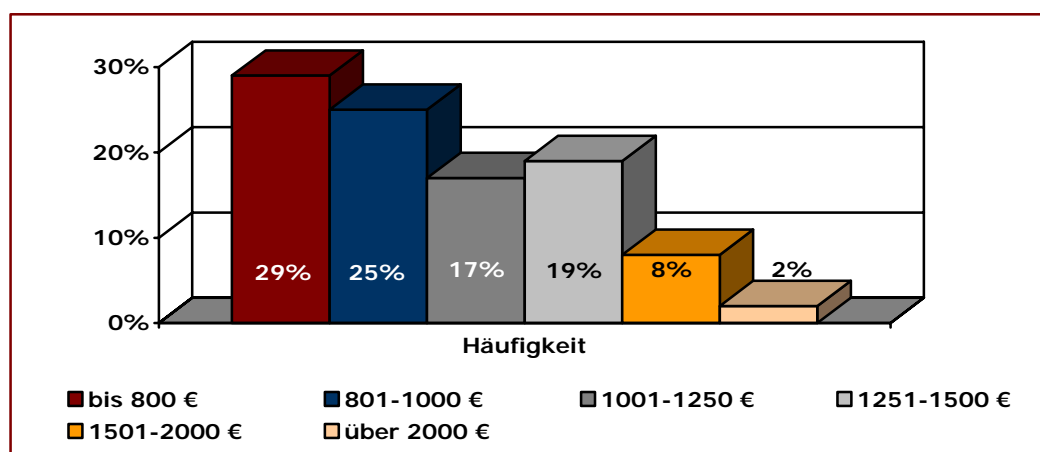
leben nicht mehr selbstständig, sondern im Betreuten Wohnen (8 Prozent), einem Heim (4 Prozent) bzw. bei ihren Kindern (1 Prozent). Etwas mehr als die Hälfte (52 Prozent) wohnten allein, 46 Prozent hingegen in einem Zwei-Personenhaushalt.

Abbildung 4: Wohnsituation der Befragungsteilnehmer



In der öffentlichen Diskussion wird immer wieder auf die finanziell gut abgesicherten Senioren verwiesen. Das GMG bringt für Patienten eine Reihe an finanziellen Mehrbelastungen. Es sollte deshalb analysiert werden, wie weit Seniorenhaushalte in Leipzig in der Lage sind, diesen Mehrbelastungen gerecht zu werden. Aus diesem Grund wurde zunächst nach dem persönlichen Einkommen gefragt. Mehr als die Hälfte der Befragten verfügte über ein persönliches Nettoeinkommen von maximal 1.000€ (Abbildung 5).

Abbildung 5: Prozentuale Verteilung des persönlichen Nettoeinkommens



Leider kann kein Vergleich zur Einkommenssituation Leipziger Bürger bzw. Leipziger Senioren insgesamt gezogen werden, da im Seniorenreport das Haushaltsnettoeinkommen erfasst wurde, hier das persönliche. Auch die Daten des Mikrozensus sind wenig hilfreich, da hier eine andere, ungeeignete Gruppierung vorgenommen wurde. In neueren Armutsberichterstattungen wird das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen gemessen, das das Pro-Kopf-Einkommen zu Grunde legt. Es kann aber auch hier davon ausgegan-

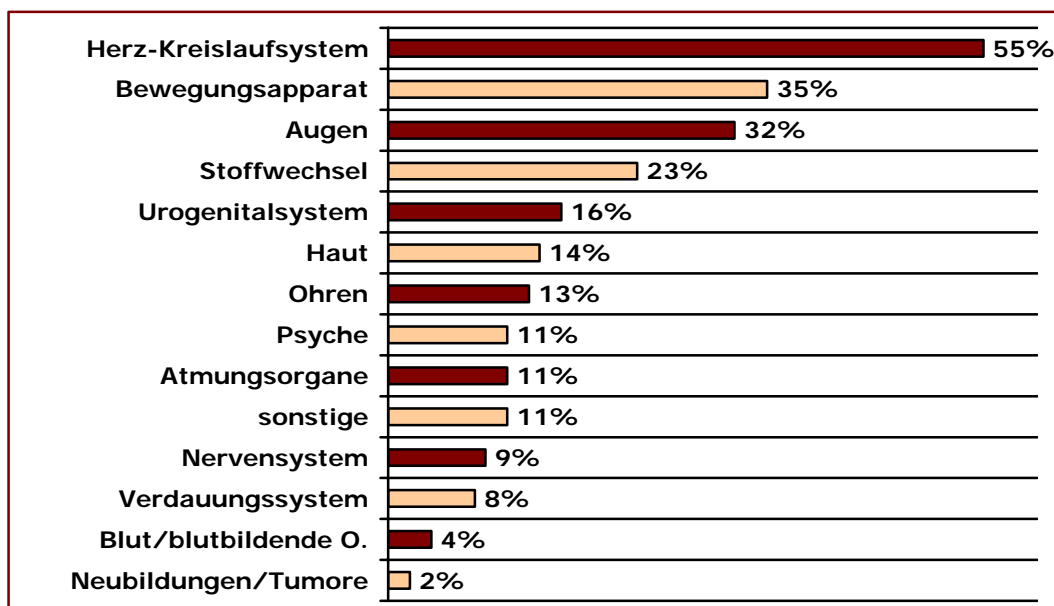
gen werden, dass die Angaben etwas über dem Durchschnitt der Senioren liegt, da auch das Qualifikationsniveau überdurchschnittlich war.

3.3 Versorgungssituation

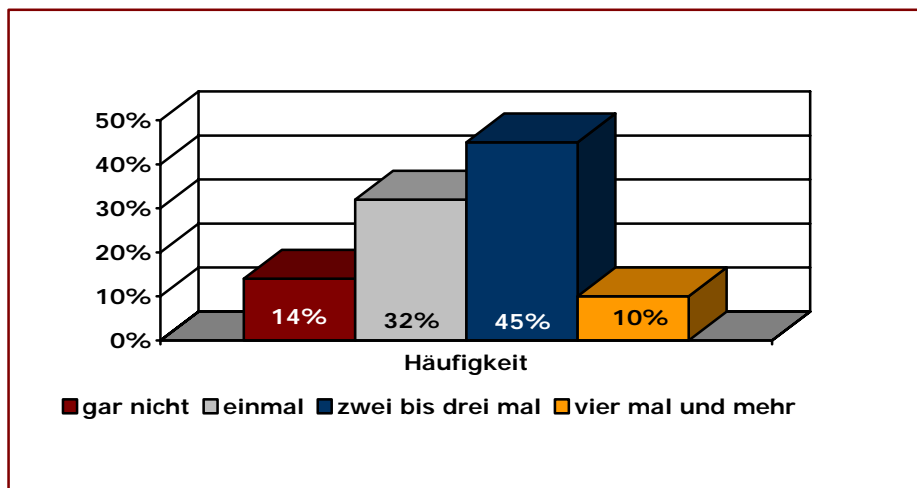
3.3.1 Aktuelle gesundheitliche Situation

Menschen im höheren Lebensalter weisen oft mehrere chronische Erkrankungen auf, die eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen nach sich ziehen. Es interessierte deshalb zunächst, welche Erkrankungen bei den befragten Senioren bestehen (Abbildung 6). Erwartungsgemäß dominieren die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Augen und Stoffwechselerkrankungen. Lediglich 10 Senioren gaben an, an keiner chronischen Erkrankung zu leiden. Damit bestand bei nahezu allen Senioren ein Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen. Wobei nicht alle befragten Personen tatsächlich im letzten Monat in ärztlicher Behandlung waren (Abbildung 6).

Abbildung 6: Verteilung chronischer Erkrankungen (Mehrfachantworten)

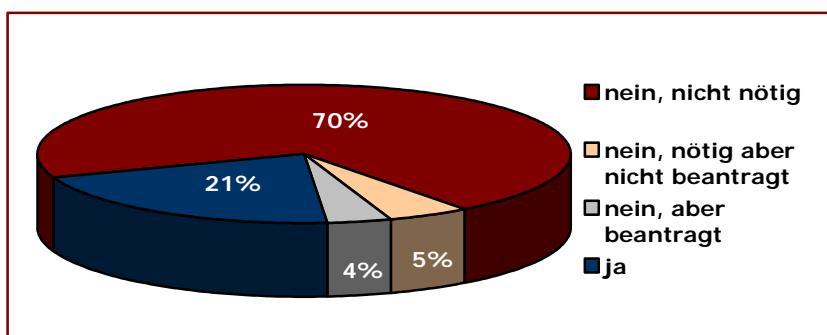


Mehr als drei Viertel aller Befragten suchten im letzten Monat ein- bzw. zwei- bis dreimal einen Arzt auf, jeder 10. sogar häufiger. 14 Prozent nahmen keine ärztliche Hilfe im letzten Monat in Anspruch, von ihnen (n= 21) waren 29 Prozent im letzten Halbjahr, 43 Prozent im letzten Jahr und 29 Prozent vor zwei Jahren oder länger zum letzten Mal bei einem Arzt. Und schließlich mussten im letzten Jahr 13 Prozent einmal und 5 Prozent sogar mehrmals stationäre medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. 14 Prozent mussten im letzten Halbjahr einen Notarzt rufen, 2 Befragte gaben an, wegen der 10€ darauf verzichtet zu haben (Abbildung 7).

Abbildung 7: Anzahl der Arztbesuche im letzten Monat

Der hohe Anteil der Seniorinnen und Senioren, die sich im letzten Monat vor der Befragung in ärztlicher Behandlung befanden, lässt den Schluss zu, dass somit auch die Mehrzahl zum Befragungszeitpunkt Erfahrungen mit den Veränderungen in der Versorgungspraxis gemacht hatte. Als Anlässe der Konsultationen dominierten Wiederholungskonsultationen und Befundbesprechungen, in 37 Prozent der Fälle auch das Ausstellen von Überweisungsscheinen, allerdings nur in drei Fällen als ausschließlicher Grund für die Arztkonsultation.

Es ließen sich keine Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen nach Alter, Geschlecht oder Bildungsstand der Befragten nachweisen.

Abbildung 8: Vorhandensein eines Schwerbehindertenausweises

Schließlich sei noch darauf verwiesen, dass ein Fünftel der Befragten über einen Schwerbehindertenausweis verfügten, jeder Zehnte aber einen benötigt, allerdings nur die Hälfte dieser Gruppe tatsächlich einen Ausweis beantragt hatte (Abbildung 8).

Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen sechs Prozent der Befragten, bei weiteren fünf Prozent wäre es nötig, jedoch nur jeder Fünfte dieser Gruppe hatte einen Antrag auf diese Leistungen gestellt. Auch wenn die Zahlen relativ klein sind, zeigt sich doch immer wieder, dass Seniorinnen und Senioren nicht immer die Leistungen in Anspruch

nehmen, die sie infolge ihres Gesundheitszustandes benötigen würden. Gerade in dieser Beziehung müssten Hausärzte beratend wirksam werden, um eine bedarfsgerechte Unterstützung älterer Menschen zu gewährleisten.

3.3.2 Haus- und fachärztliche Versorgung

95 Prozent der Befragten gaben an, einen Hausarzt zu haben, einige wenige jedoch erst seit Beginn des Jahres 2004. In der Altersgruppe unter 55 Jahre gaben jedoch 14 Prozent an, keinen passenden Hausarzt gefunden bzw. keinen nötig zu haben (Abbildung 9). In der Altersgruppe ab 65 gaben alle Befragten an, einen Hausarzt zu haben, zwei davon erst seit Anfang 2004. Die Ergebnisse entsprechen den Angaben von Zok (2005), der in einer bundesweiten Befragung Angaben zur Hausarztbindung erhob⁸.

Abbildung 9: Haben Sie einen Hausarzt?

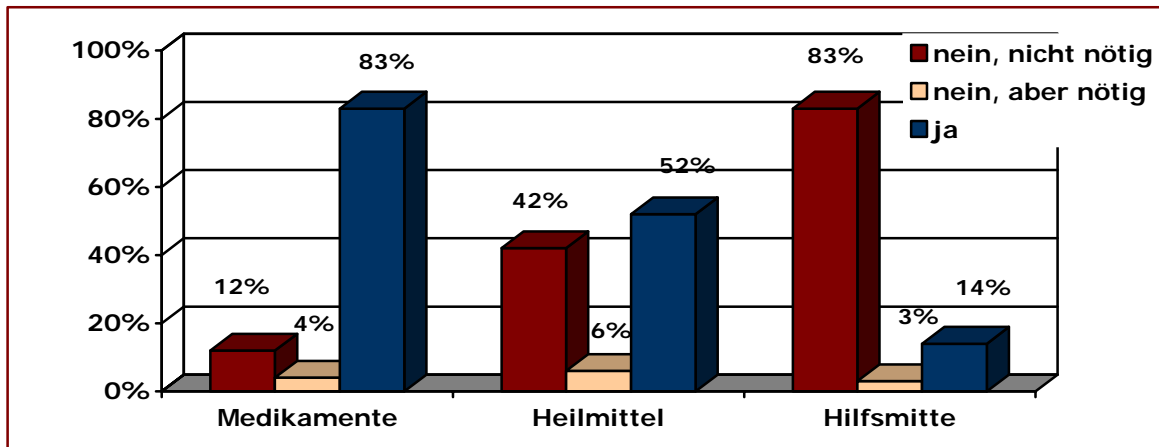


Wie aus

⁸ Zok, Klaus: Auswirkungen der Praxisgebühr – Ergebnisse des WidO-Monitors. Workshop Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, 2. Workshop, Köln, 13. April 2005

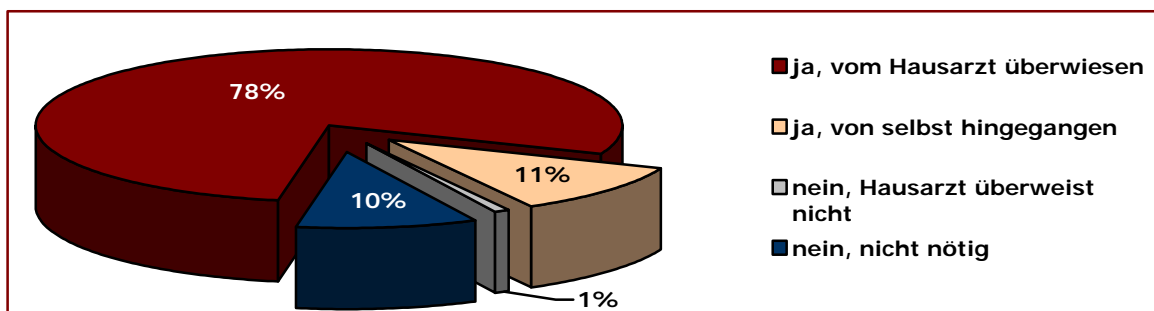
Abbildung 10 hervorgeht, bekommt die überwiegende Mehrzahl der Befragten Medikamente, Heilmittel nur noch etwas mehr als die Hälfte und Hilfsmittel 14 Prozent. Ein kleiner Teil der Befragten gab bei der Versorgung mit Medikamenten (4 Prozent), Heilmitteln (6 Prozent) und Hilfsmitteln (3 Prozent) an, eine Versorgung zu benötigen, aber nicht zu bekommen.

Abbildung 10: Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln



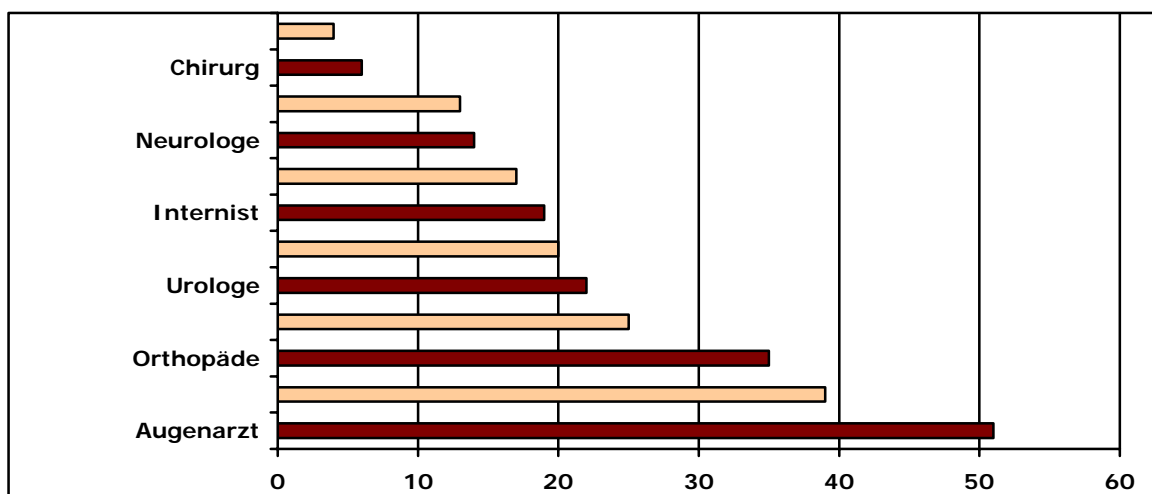
89 Prozent der Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in fachärztlicher Behandlung, wobei die überwiegende Mehrheit durch den Hausarzt überwiesen wurde, 11 Prozent gingen ohne Überweisungsschein zum Facharzt und ein Prozent gab an, dass sie ihr Hausarzt nicht überweist (Abbildung 11).

Abbildung 11: Facharztbehandlung zum Befragungszeitpunkt



Am häufigsten wurde der Augenarzt konsultiert, gefolgt vom Zahnarzt, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Rangfolge der konsultierten Fachärzte

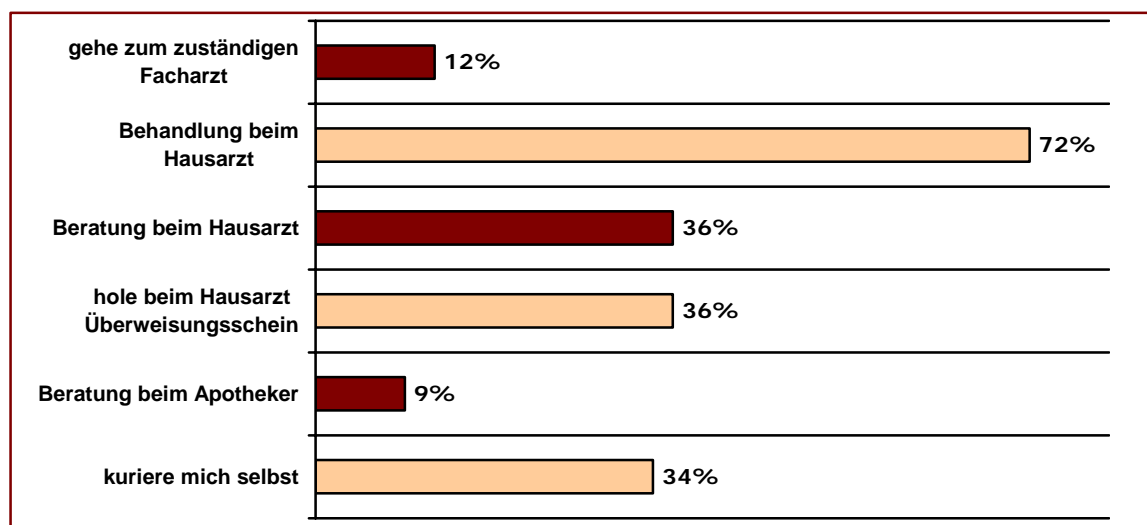


In der bereits erwähnten Analyse von Zok (2005) gaben 92 Prozent der Befragten (ab 18 Jahre) an, im ersten Quartal 2004 nur einmal Praxisgebühr bezahlt zu haben und vom Hausarzt zum Facharzt überwiesen worden zu sein, fünf Prozent hatten mehrmals Praxisgebühr bezahlt und waren von sich aus zum Facharzt gegangen. Mit elf Prozent hatten Patienten in der Altersgruppe ab 65 Jahre am häufigsten drei und mehr Ärzte im Quartal konsultiert.

3.3.3 Verhalten im Krankheitsfall

Da wir vermuteten, dass Senioren im Krankheitsfall aus Kostengründen seltener zum Arzt gehen, fragten wir sowohl danach, wie im Krankheitsfall reagiert wird und welche Veränderungen sich im Vergleich zum Jahr vor Einführung der Praxisgebühr ergeben haben. 72 Prozent der Befragten gingen zum Hausarzt und ließen sich dort behandeln, jeweils 36 Prozent ließen sich vom Hausarzt beraten bzw. holten nur die Überweisungsscheine für den Facharzt (Abbildung 13).

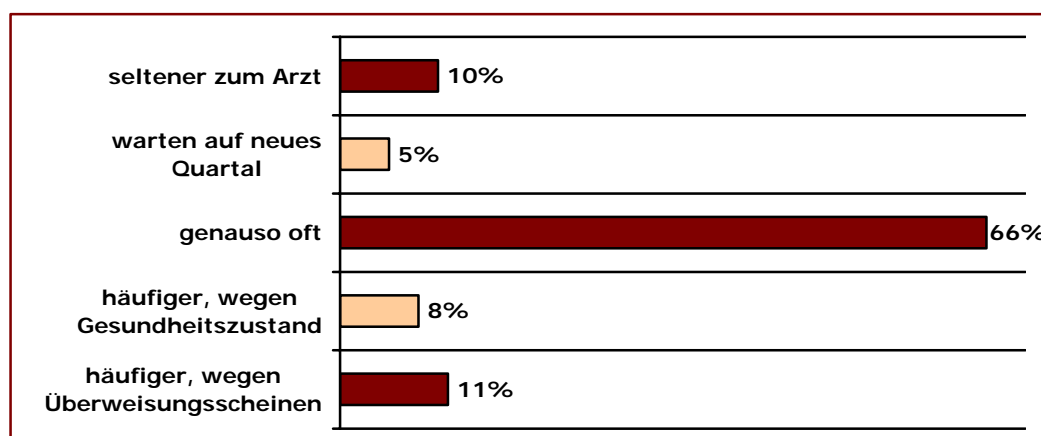
Abbildung 13: Was machen Sie, wenn Sie sich krank fühlen? (Mehrfachantworten)



Mit zwölf Prozent lag der Anteil derer, die sofort zum zuständigen Facharzt gingen höher als in der bundesweiten Befragung. Bedenklich stimmt, dass fast jeder zehnte Befragte angab, sich lediglich durch den Apotheker beraten zu lassen und jeder Dritte, sich selbst zu kurieren. In unserer Befragung traf das vor allem auf jüngere Patienten zu. Ein anderes Krankheitsspektrum bei jüngeren Patienten, aber auch fehlende Zeit für den Arztbesuch und eine andere Anspruchshaltung können für das Ergebnis in der jüngeren Gruppe angenommen werden. Dafür spricht, dass besonders bis 34-Jährige sofort zum Facharzt gehen würden, die über 50-Jährigen bei ihren Hausärzten die Überweisungsscheine holen. Die Altersgruppen bis 49 versuchen außerdem häufiger, sich selbst auszukurieren. Da gerade in den mittleren Altersgruppen zunehmend chronische Erkrankungen

manifest werden, wäre zu prüfen, ob sich diese Verhaltensweise darauf auswirkt, dass Patienten erst zu einem späteren Zeitpunkt fachkompetente medizinische Hilfe in Anspruch nehmen als das früher der Fall war. Ein weiterer Zusammenhang konnte zwischen Arztanspruchnahme und persönlichem Einkommen nachgewiesen werden. Jeder zehnte Befragte mit einem persönlichen Einkommen bis 800€ gab an, sich selbst zu kurieren, in der Einkommensgruppe bis 1.000€ waren es sechs Prozent, in höheren Einkommensgruppen traf das lediglich auf jeweils eine Person zu. Der Zusammenhang zur Verzögerung der Arztkonsultation und der Einkommenssituation wurde sehr deutlich in der bundesweiten Befragung nachgewiesen. Dort gab jeder Fünfte mit einem Haushaltsnettoeinkommen bis 1.000€ an, den notwendigen Arztbesuch bis ins neue Quartal aufgeschoben zu haben, bei einem Haushaltsnettoeinkommen über 3.000€ betraf das nur acht Prozent (Zok 2005). Da Menschen aus schwächeren sozialen Verhältnissen nachweislich höhere gesundheitliche Risiken aufweisen (2. Armutsbericht 2005)⁹ verstärkt das Inanspruchnahmeverhalten diese Situation weiter, wenn bei gesundheitlichen Beschwerden kompetente ärztliche Hilfe verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen wird. Der Vergleich mit Arztbesuchen im Vorjahr bestätigt diese Aussagen weiter, so gaben insgesamt 15 Prozent an, seltener zum Arzt zu gehen oder den Arztbesuch bis ins neue Quartal zu verschieben (Abbildung 14). Auch hier lagen die Werte in den Einkommensgruppen bis 1.000€ höher als in den höheren Einkommensgruppen.

Abbildung 14: Vergleich der Häufigkeit der Arztbesuche zum Vorjahr

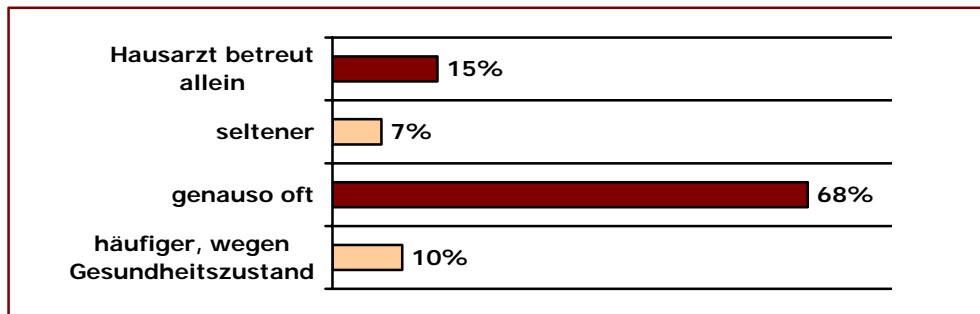


Tendenziell gehen Befragte in der Altersgruppe bis 55 Jahre sowie mit niedrigem Einkommen seltener zum Arzt als ältere oder besser verdienende, ebenso trifft das auf die Inanspruchnahme fachärztlicher Betreuung zu. Insgesamt gehen 22 Prozent seltener zum Facharzt oder werden ausschließlich durch den Hausarzt betreut (Abbildung 15). Da

⁹ 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005

sich die Mehrzahl der Befragten in der Altersgruppe bis 55 Jahre auch in den niedrigsten Einkommensgruppen (bis 1.000€) befindet, überlagern sich beide Ursachen.

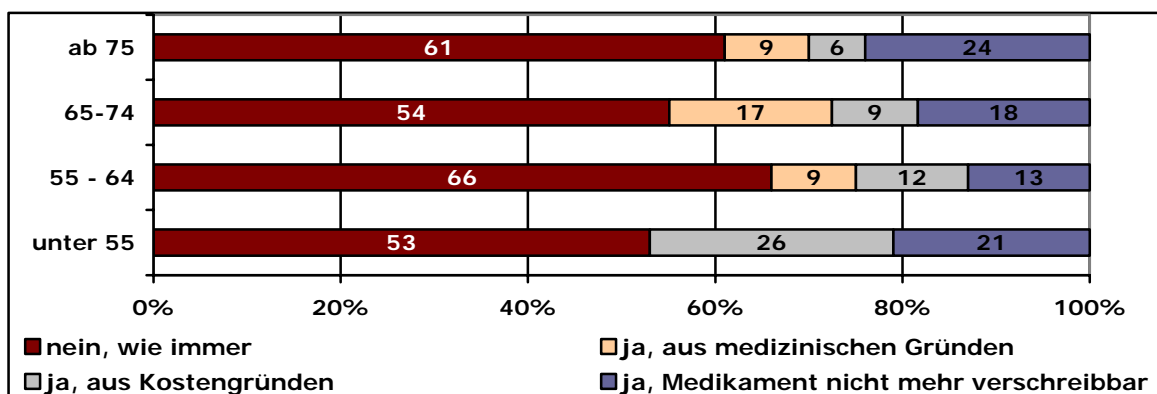
Abbildung 15: Facharztbesuche im Vergleich zum Vorjahr



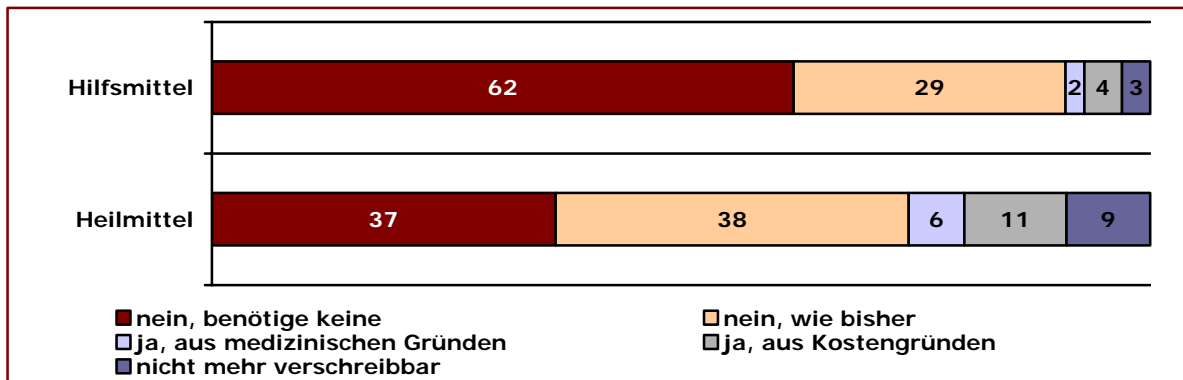
Veränderungen in der Arztinanspruchnahme lassen sich also nach einem Jahr GMG nachweisen, eine Beobachtung der Entwicklung wäre sinnvoll, um abzugrenzen, ob sich diese Entwicklung als tatsächliche Vermeidung unnötiger Facharztconsultationen erweist oder die Entwicklung dazu führt, dass die Qualität der medizinischen Versorgung leidet und Kosten zeitlich versetzt steigen, weil Patienten erst mit schwereren Krankheitsbildern in eine entsprechende fachärztliche Versorgung kommen.

Veränderungen lassen sich nicht nur in der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung nachweisen, sondern auch in den Leistungen selbst gab es durch das GMG deutliche Veränderungen (Abbildung 16).

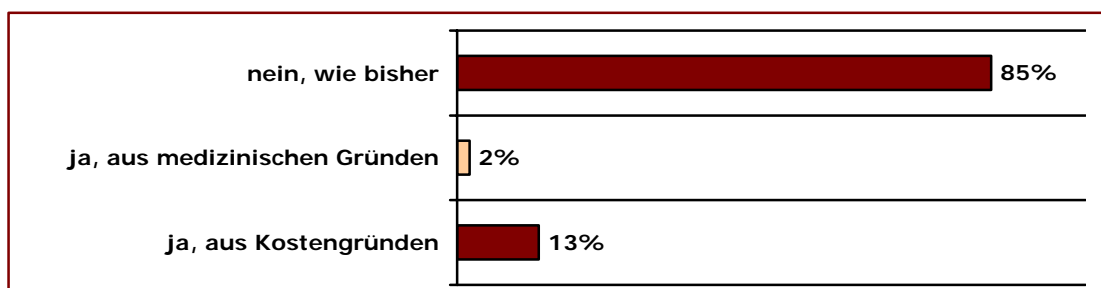
Abbildung 16: Veränderungen in der Medikamentenversorgung nach Altersgruppen (in Prozent)



Sowohl Patienten der jüngsten Altersgruppe als auch der über 75-Jährigen bekommen die benötigten Medikamente nicht mehr verschrieben, sei es aus Kostengründen oder weil die Medikamente nicht mehr verschreibbar sind. Genannt werden neben homöopathischen Mitteln auch Medikamente zur Blutdrucksenkung oder -erhöhung, bei Diabetes mellitus oder Glaukombehandlung. Wenn auch nicht so deutlich, bestätigt sich das Ergebnis auch bei Heil- und Hilfsmitteln (Abbildung 17) bzw. bei diagnostischen Maßnahmen (Abbildung 18).

Abbildung 17: Veränderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung (in Prozent)

Während auch bei Hilfsmitteln Angehörige der Altersgruppe bis 55 häufiger auf Veränderungen der Hilfsmittelversorgung infolge des GMG verweisen, ist das für die Heilmittelversorgung nicht nachweisbar, hier trifft es alle Altersgruppen, wobei zu beachten ist, dass die Gruppen sehr klein sind, da die Mehrzahl der Befragten in allen Altersgruppen darauf verweist, diese Versorgung nicht zu benötigen. In Bezug auf Veränderungen in der Hilfsmittelversorgung wurden besonders Brillen, orthopädische Schuhe und qualitativ gutes Inkontinenzmaterial genannt, das nicht mehr bewilligt wird bzw. wobei eine höhere Eigenbeteiligung nötig wird. Bei Veränderungen in der Heilmittelversorgung wurde vor allem angesprochen, dass physiotherapeutische Leistungen in größeren Abständen und in kleineren Einheiten bewilligt werden, wodurch der Erfolg der Behandlungen eingeschränkt wird. Geht man davon aus, dass ältere Patienten meist multimorbide Gesundheitszustände aufweisen, treffen sie die Einschränkungen durch das GMG meist mehrfach, wird ihre Mobilität und Lebensqualität eingeschränkt und oft ist erst ein Widerspruch gegen Entscheidungen der Krankenkasse oder des MDK nötig. Dazu hat nicht jeder alte Patient die nötige Energie und Kraft.

Abbildung 18: Veränderungen in der Diagnostik (in Prozent)

Während besonders Hochbetagte angaben, dass die Diagnostik wie bisher erfolgte, gab in der Gruppe der unter 55-Jährigen jeder dritte und in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen 15 Prozent Befragte an, aus Kostengründen bestimmte diagnostische Leistungen nicht mehr zu bekommen. Es bleibt zu vermuten, dass besonders bei langjährigen

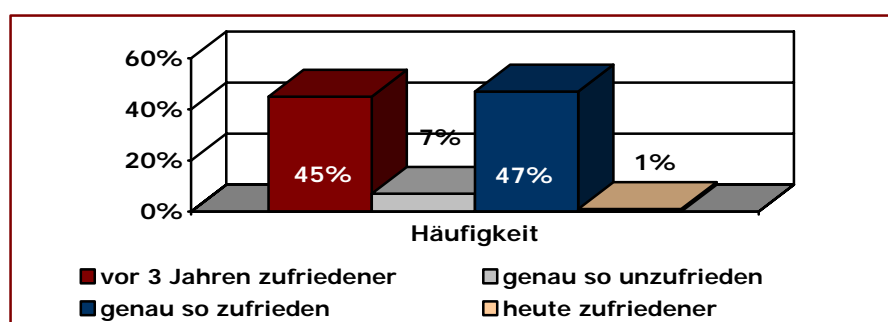
hochbetagten Patienten überwiegend routinemäßige Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden, die zur Grunddiagnostik zu zählen sind, während bei jüngeren Patienten ein größerer diagnostischer Handlungsbedarf besteht und bestimmte Vorsorgeuntersuchungen (Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check up) wahrgenommen werden. Eine Reihe dieser Vorsorgeuntersuchungen wurden aus der Standardversorgung genommen (Glaukom-Untersuchung, bestimmte Maßnahmen der Krebsfrüherkennung) und nur noch gegen Selbstzahlung durch den Patienten erbracht. Das wurde von den Befragten ebenso angesprochen wie auch Äußerungen behandelnder Ärzte, dass bestimmte Erscheinungen nun mal altersbedingt und somit hinzunehmen seien, Aussagen, die durch die moderne Geriatrie widerlegt sind.

Diese Ergebnisse weisen wieder auf die mögliche Gefahr, Erkrankungen zu spät zu erkennen, wodurch zeitversetzt ein höherer Behandlungsbedarf eintreten könnte, aber auch darauf, dass alten Patienten Mut gemacht werden sollte, nicht alle Einschränkungen hinzunehmen, denn damit wird nicht selten nach einem langen, arbeitsreichen Leben die Lebensqualität für die Patienten eingeschränkt.

3.3.4 Zufriedenheit mit der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung

Ausgehend von den geäußerten Veränderungen in der medizinischen Versorgung war zu erwarten, dass viele Patienten unzufrieden sind mit der gesundheitlichen Versorgung. Der Anteil der Befragten, die im Vergleich zur Zeit vor Inkrafttreten des GMG unzufriedener sind hält sich etwa die Waage mit denen, die auch zum Befragungszeitpunkt ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung äußerten (Abbildung 19).

Abbildung 19: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (in Prozent)



Während jüngere Befragte (bis 65 Jahre) dem Gesamtbild entsprachen, stieg mit zunehmendem Alter der Anteil der zufriedenen Patienten. Zufriedenheit wurde fast ausschließlich damit begründet, einen guten Hausarzt zu haben, bei dem man sich wohl- und gut betreut fühlt. Hohe Unzufriedenheit resultierte vor allem aus den Veränderungen in der Gesundheitspolitik, den ständig steigenden Eigenanteilen, die besonders dann

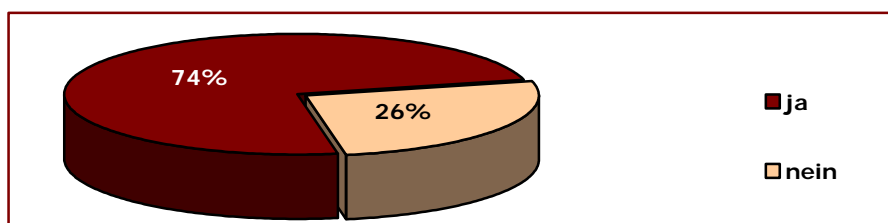
belastend empfunden werden, wenn mehrere Erkrankungen bestehen und nur über ein kleines Einkommen verfügt wird. Dieses System wird als ungerecht erlebt und als Ausgrenzung sozial schwacher Menschen.

3.3.5 Kenntnis der Zuzahlungsregelungen und Bonusprogramme der Krankenkassen

Mit dem GMG soll unter anderem erreicht werden, dass Patienten in höherem Maß selbstbestimmt ihre Rechte und Pflichten als Patienten wahrnehmen. Sie können Bonusprogramme der Krankenkassen nutzen und damit selbst einen gewissen Einfluss nehmen auf die Höhe der Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten. Das setzt jedoch voraus, dass die Patienten gut informiert sind über die bestehenden Regelungen und diese Informationen auch auf ihre eigene Situation anwenden können. Uns interessierte deshalb, in welchem Maß sich die Senioren informiert fühlen, welcher Informationsbedarf besteht und aus welchen Quellen die Informationen hauptsächlich gewonnen werden.

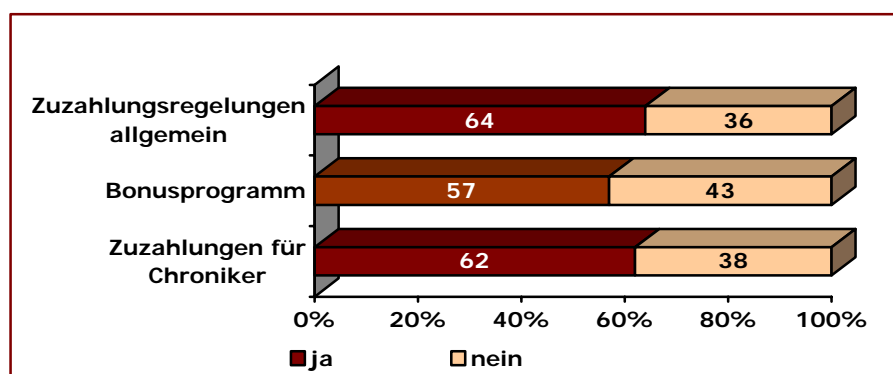
Drei Viertel aller Patienten gaben an, durch ihren Arzt über Veränderungen in der Versorgung informiert worden zu sein (Abbildung 20).

Abbildung 20: Hat Sie Ihr Arzt über die Veränderungen informiert



Über 75-Jährige, wenig qualifizierte Befragte und Patienten ohne Hausarztbindung gehörten etwas häufiger zu den nicht informierten Patienten, wobei zu fragen wäre, ob zwar eine Information erfolgte, diese für den Patienten jedoch nicht verständlich war.

Seit Beginn des Jahres 2004 gelten neue Bonusprogramme der Krankenkassen für präventives Verhalten und neue Zuzahlungsregelungen zur medizinischen Versorgung. Zuzahlungsbefreiungen für Chroniker sind an ganz konkrete Bedingungen geknüpft und haben sich im Vergleich zu bisherigen Befreiungen ebenfalls verändert. Es war deshalb von Interesse, ob die Befragten über diese Regelungen Bescheid wissen (Abbildung 21). Knapp zwei Drittel der Befragten gaben ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG an, über die Zuzahlungsregelungen für Chroniker bzw. die allgemeinen Zuzahlungsregelungen informiert zu sein. Bonusprogramme der Krankenkassen waren bei 57 Prozent der Befragten bekannt. Befragte mit geringer Qualifikation, unter 55-Jährige bzw. über 65-Jährige und Patienten ohne Hausarztbindung waren geringfügig weniger informiert.

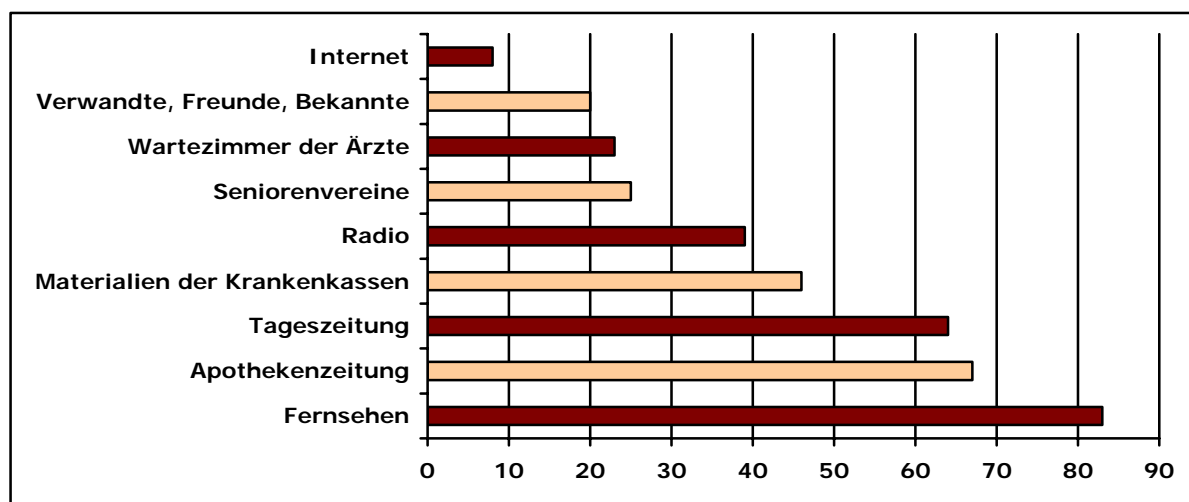
Abbildung 21: Kennen Sie Möglichkeiten, Kosten zu sparen?

Zum Bonusprogramm der Krankenkassen heißt es auf der Ratgeberseite des BMGS:

“Mit der Gesundheitsreform haben die Krankenkassen seit Januar 2004 stark erweiterte Möglichkeiten erhalten, ihren Versicherten einen Bonus zu gewähren, wenn sie sich für ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, die erfolgreiche Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder auch die Entscheidung für eine besondere Versorgungsform durch Einschreibung in ein Hausarztssystem, ein Chronikerprogramm oder eine integrierte Versorgung.“

Ein Jahr nach Einführung dieser Regelungen bestanden im Durchschnitt bei jedem Dritten Befragten Unsicherheiten und Informationsdefizite, wobei die Stichprobe ein überdurchschnittlich hohes Qualifikationsniveau verfügte. Fraglich ist, in welchem Maß dann eine repräsentative Gruppe und insbesondere Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigeren Bildungsniveau diese Möglichkeiten kennen und nutzen können. Es bleibt auf der Basis vorliegender Erkenntnisse zur kumulativen Unterversorgung sozial schwächerer Bevölkerungsgruppen zu vermuten, dass sie ihre Rechte kaum kennen und wahrnehmen.

Informationen entnehmen sowohl Senioren als auch Campusteilnehmer in erster Linie aus dem Fernsehen, der Tageszeitung sowie der Apothekerzeitung (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Mehrzahl der Befragten gab jedoch mehrere Informationsquellen an. Das Internet wurde von insgesamt acht Prozent der Befragten genutzt, überwiegend durch jüngere Befragte, in einigen wenigen Fällen auch aus der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre. Auffällig ist, dass weniger als die Hälfte der Befragten die Informationsmaterialien der Krankenkassen zu Veränderungen durch das GMG nutzten, sind doch die Krankenkassen eigentlich die Quelle, die für ihre Mitglieder zugeschnittenen Materialien herausgibt.

Abbildung 22: Informationsquellen zu Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung durch das GMG (in Prozent)

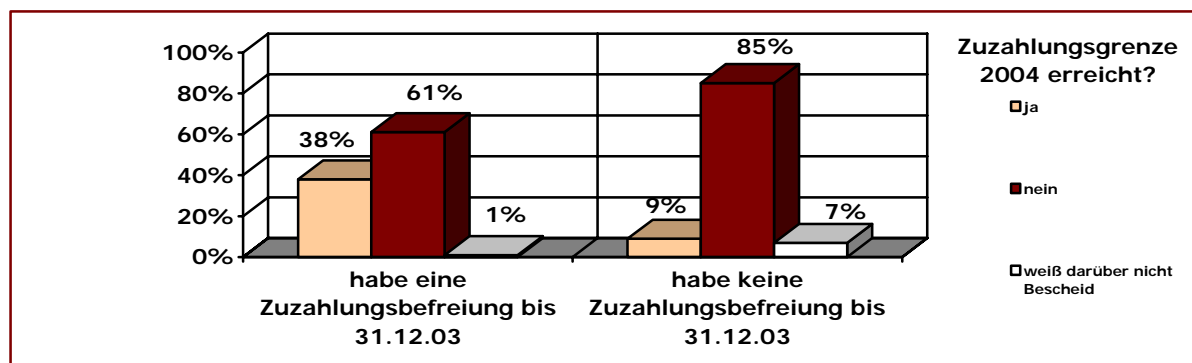
3.3.6 Zuzahlungsbefreiung im ersten Jahr des GMG

Zunächst wollten wir wissen, ob und in welcher Höhe Patienten im ersten Jahr des GMG Zuzahlungen zu ihrer medizinischen Versorgung leisten mussten. Insgesamt gaben 86 Prozent der Befragten an, Zuzahlungen zum Teil auch weit über die Praxisgebühr hinaus geleistet zu haben. So gaben insgesamt 18 Prozent aller Befragten an, innerhalb eines Quartals mehr als 200 € zugezahlt zu haben, darunter Kosten für Kuren, nicht mehr verschreibbare Medikamente oder Hilfsmittelzuzahlungen.

Bis zum 31. Dezember 2003 waren insgesamt 43 Prozent der Befragten von Zuzahlungen befreit, die Zuzahlungsgrenze nach den neuen Regelungen des GMG hatten 2004 nur etwa die Hälfte (21 Prozent aller Befragten) erreicht, vier Prozent gaben an, nicht über diese Regelung Bescheid zu wissen. Vergleicht man einmal die Anzahl der Befragten, die bis 2003 zuzahlungsbefreit waren und 2004 die Zuzahlungsgrenze erreicht hatten, so wird deutlich, dass auch viele ältere Patienten mit knappen finanziellen Budgets seit 2004 in weit höherem Maß für ihre medizinische Betreuung selbst aufkommen müssen (Abbildung 23). Beachtet man, dass eine Vielzahl von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden, in die Zuzahlungsbefreiung aber nur die von den Kassen übernommenen Leistungen Eingang finden, entsteht eine erhebliche Belastung der meisten älteren, chronisch kranken bzw. multimorbiden Patienten bzw. erfolgen möglicher Weise auch Versorgungsleistungen in einer geringeren Qualität. Verbandmaterial für Patienten mit Unterschenkelgeschwüren, Teststreifen für Diabetiker, Batterien für Hörgeräte, Brillengläser sind nur einige Beispiele aus der Praxis bzw. aus

den Angaben der befragten Seniorinnen und Senioren, die das Budget der Patienten erheblich belasten.

Abbildung 23: Vergleich der Zuzahlungsbefreiungen bis 2003 und 2004



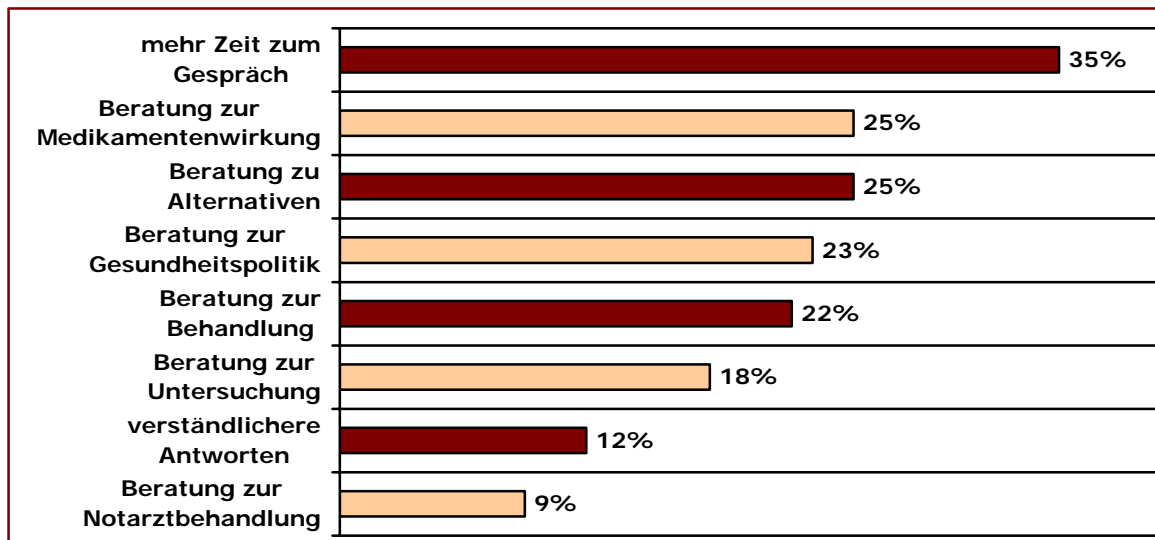
Beispiele aus der Praxis belegen darüber hinaus, dass Patienten oft erst in Widerspruch gegen Entscheidungen des MDK bzw. der Krankenkassen gehen müssen, um Leistungen, die dem Prinzip der medizinischen Versorgung in Deutschland entsprechen (z. B. ambulant vor stationär, Rehabilitation vor Pflege) einzufordern. Als konkrete Beispiele sind die Probleme bei der Bewilligung ambulanter geriatrischer Rehabilitationskuren im Krankenhaus St. Georg in Leipzig zu nennen oder die Ablehnung einer häuslichen Krankenpflege bei einer 79-Jährigen Patienten, der eine tägliche IM-Injektion zur Behandlung einer sehr schmerzhaften Nervenentzündung verordnet wurde und eine Bewilligung der Kostenübernahme erst nach Einspruch des behandelnden Arztes erfolgte. Diese Behandlungspflege war zunächst durch den MDK nach Aktenlage abschlägig beurteilt worden. Eine Analyse der Versorgungsqualität besonders bei hochbetagten Patienten wäre aus den vorliegenden Erkenntnissen heraus angezeigt, es bleibt zu vermuten, dass besonders die Patienten benachteiligt werden, die über geringe finanzielle Mittel sowie geringe soziale Netze verfügen, da diesen Patienten oft die Kraft, das Wissen und die Ausdauer fehlen, gegen Entscheidungen der Kostenträger in Widerspruch zu gehen.

3.3.7 Verbesserungswünsche

Abschließend sollte erfragt werden, welche Veränderungswünsche Patienten in Bezug auf Informationen zur medizinischen Versorgung bzw. die Versorgung selbst haben und welche Wünsche an die Gesundheitspolitik allgemein gerichtet werden. Knapp ein Drittel aller Befragten erklärten, keinen Veränderungsbedarf bei der medizinischen Versorgung zu sehen. 69 Prozent wünschten sich Verbesserungen bei der Information und Beratung der Patienten. An erster Stelle wurde der Wunsch geäußert, dass sich Ärzte mehr Zeit für Gespräche mit ihren Patienten nehmen, ein Wunsch, der immer wieder bei Patientenbefragungen zum Ausdruck gebracht wird. Danach folgten vor allem Informationen zu Me-

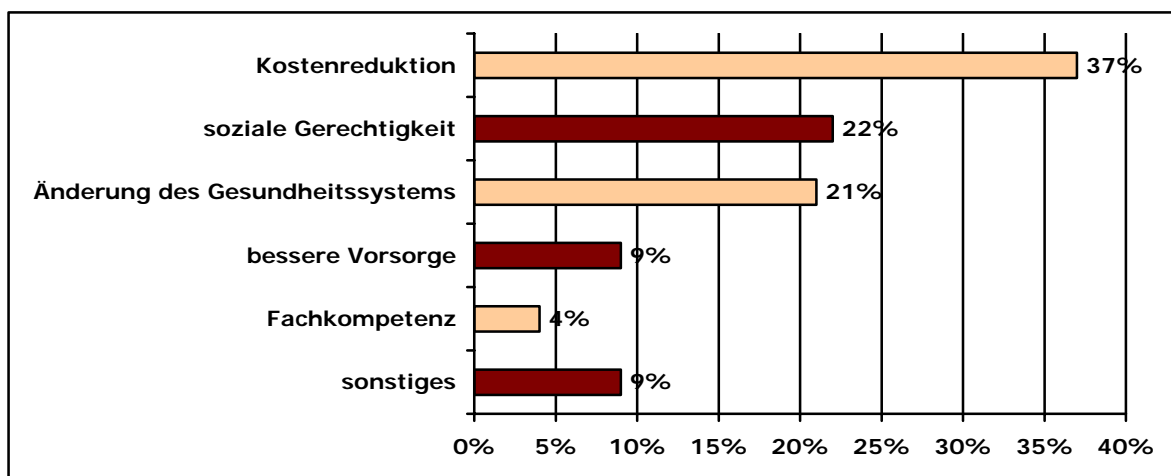
dikamentenwirkungen, zu Diagnostik und Therapie und zu Behandlungsalternativen. Zu beachten ist, dass mehr als jeder zehnte Befragte die Antwort wählte „verständlicher Informationen“ (Abbildung 24). Verständlichkeit von Informationen ist die Grundvoraussetzung dafür, dass diese Informationen auf die eigene Situation angewendet werden können.

Abbildung 24: Wünsche an die medizinische Versorgung



Die Wünsche, die an die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik gerichtet werden, beziehen sich in erster Linie auf den Wunsch nach mehr sozialer Gerechtigkeit, eine Reduktion der Gesundheitskosten für den Patienten und auf eine Effektivierung des Gesundheitssystems statt Leistungskürzungen (Abbildung 25).

Abbildung 25: Wünsche an die Entwicklung der Gesundheitspolitik (in Prozent)



Unter der Rubrik „Kosten“ stehen vor allem Aussagen, die sich auf die Reduzierung der Zuzahlungen und die Abschaffung der Praxisgebühr beziehen. Soziale Gerechtigkeit

fordern bis 64-Jährige etwas häufiger ein als ältere, insbesondere stehen dahinter Aussagen, die sich auf eine gestaffelte Belastung der Patienten, auf stärkere Berücksichtigung der Belange sozial schwächerer Schichten, chronisch Kranker und behinderter und alter Menschen beziehen. Veränderungen im Gesundheitssystem beziehen sich vor allem auf mehr Transparenz bei Leistungen zur medizinischen Versorgung sowohl bezüglich der Leistung selbst als auch der anfallenden Kosten, auf effektivere Versorgung durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Betreuung in Polikliniken bzw. Ärztehäusern. Die Erhöhung der Eigenverantwortung der Patienten durch bessere Angebote an Vorsorgeuntersuchungen und eine Honorierung gesundheitsbewussten Verhaltens stand hinter den Antworten in der Gruppe „Vorsorge“. Fachkompetenz forderten die Befragten dahingehend ein, dass Entscheidungen über die Art der Versorgung von den Ärzten getroffen werden sollten und weniger von Verwaltungsfachkräften und dass Kliniken bzw. Heime mit ausreichendem gut qualifiziertem Personal ausgestattet sein sollten. In der Rubrik „sonstiges“ finden sich vor allem diejenigen, die mit der Versorgung zufrieden sind bzw. die angaben, ihre Meinung werde sowieso nicht gehört. Je ein Befragter würde jedoch diejenigen stärker belasten, die Leistungen in Anspruch nehmen, d. h., dass die Pflegeversicherung von denen zu bezahlen ist, die sie nutzen, bzw. Dicke, Raucher und Personen mit einem erhöhten Alkoholkonsum stärker an den Kosten beteiligt werden sollten, zwei Diskussionsansätze, die immer wieder im Zusammenhang mit der Reduktion der Belastungen der Sozialhaushalte geführt werden, die aber letztlich zu einer weiteren Aushebelung der solidarischen sozialen Sicherungssysteme führen würden.

4 Empfehlung für den Umgang mit den Ergebnissen

Die vorliegenden Ergebnisse können keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, da sie erstens nur eine relativ kleine Stichprobe umfassen, zweitens überdurchschnittlich Vertreter der Bildungsschicht erfasst und durch die Befragung über die Vereine zudem eine Gruppe engagierter Bürger. Da sich aber bereits in dieser „privilegierten“ Stichprobe eine Vielzahl von Problemen zeigen, die letztlich auch zu Belastungen der Kommune führen können, wenn Leistungen der Sozialhilfe stärker abgefordert werden müssen, weil besondere Notlagen im Zusammenhang mit medizinischem Versorgungsbedarf bzw. Unterversorgungen auftreten, sollte die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungssituation in den kommenden Jahren weiter kritisch begleitet werden.

Die Hinweise, dass besonders jüngere Patienten auf Behandlung verzichten, aus welchen Gründen auch immer, sollten zu der Überlegung anregen, im Rahmen einer Bür-

gerumfrage Erfahrungen bei der Umsetzung des GMG in einer repräsentativen Stichprobe zu untersuchen.

Die Bedenken, dass die Befragten ohnehin nur unzufriedener sein würden als vor drei Jahren, können mit den vorliegenden Ergebnissen zerstreut werden. Die differenzierte Beantwortung der Fragen zeigt, dass die Befragten sich mit der Situation auseinandersetzen, Verständnis für die Notwendigkeit von Kosteneinsparungen aufbringen, aber soziale Unausgewogenheit wenig tolerieren.

Die Ergebnisse der Befragung sollten Gesundheitspolitikern aller Ebenen vorgelegt werden, um Berücksichtigung zu finden bei der weiteren Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik in Bund, Land und Kommune.

Der Seniorenbeirat sollte mit den Krankenversicherungen erneut beraten, wie Probleme der Versorgung behoben werden können.

Die Beratungstätigkeit der Vereine muss auf Konsequenzen des GMG eingehen und für die Ratsuchenden verständliche Informationen weiterzugeben.

In der Beratung der Ergebnisse der Befragung im Seniorenbeirat wurden darüber hinaus einige Vorschläge unterbreitet bzw. Praxiserfahrungen angeführt, die diesen Bericht ergänzen sollen:

- v Auf Initiative der Deutschen Rheumaliga besteht die Forderung, Patienten bei Verdacht auf rheumatische Erkrankungen sofort an den Facharzt zu überweisen, denn Ergebnisse aus Studien bei der Erstbehandlung von rheumatischen Erkrankungen beweisen, dass die Heilungsaussichten wesentlich besser sind, wenn umgehend mit der erforderlichen Basistherapie durch den Facharzt begonnen wird. In diesem Zusammenhang sind die Kassenärztliche Vereinigung und die Deutsche Rheuma-Liga übereingekommen, in die ärztliche Weiterbildung für Allgemeinpraktiker das Fachgebiet Rheumatologie einzubeziehen.
- v Die AOK hat ein Formular entwickelt, das zur Hausarztbindung für das laufende Quartal verpflichtet. Der Hausarzt muss die Überweisung an die Fachärzte ausstellen. Die Barmer praktiziert das ebenfalls, dafür wird nur einmal Praxisgebühr erhoben. Da sich nicht alle Hausärzte an diesem Verfahren beteiligen, entsteht daraus sehr viel Bürokratie!
- v Probleme bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen entstehen durch Budgetierungen.

- v In gezielten Veranstaltungen sind mehr Beratungen von Senioren zu Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes nötig, um mehr Sicherheit im Umgang mit den angebotenen Leistungen zu erreichen.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fallzahlentwicklung in fachärztlichen Praxen in Nordrhein-Westphalen	4
Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe (in Prozent).....	6
Abbildung 3: Qualifikationsstruktur.....	6
Abbildung 4: Wohnsituation der Befragungsteilnehmer	7
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung des persönlichen Nettoeinkommens	7
Abbildung 6: Verteilung chronischer Erkrankungen (Mehrfachantworten)	8
Abbildung 7: Anzahl der Arztbesuche im letzten Monat	9
Abbildung 8: Vorhandensein eines Schwerbehindertenausweises	9
Abbildung 9: Haben Sie einen Hausarzt?.....	10
Abbildung 10: Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln	12
Abbildung 11: Facharztbehandlung zum Befragungszeitpunkt	12
Abbildung 12: Rangfolge der konsultierten Fachärzte.....	12
Abbildung 13: Was machen Sie, wenn Sie sich krank fühlen? (Mehrfachantworten).....	13
Abbildung 14: Vergleich der Häufigkeit der Arztbesuche zum Vorjahr	14
Abbildung 15: Facharztbesuche im Vergleich zum Vorjahr.....	15
Abbildung 16: Veränderungen in der Medikamentenversorgung nach Altersgruppen (in Prozent).....	15
Abbildung 17: Veränderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung (in Prozent)	16
Abbildung 18: Veränderungen in der Diagnostik (in Prozent)	16
Abbildung 19: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (in Prozent)	17
Abbildung 20: Hat Sie Ihr Arzt über die Veränderungen informiert.....	18
Abbildung 21: Kennen Sie Möglichkeiten, Kosten zu sparen?.....	19
Abbildung 22: Informationsquellen zu Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung durch das GMG (in Prozent)	20
Abbildung 23: Vergleich der Zuzahlungsbefreiungen bis 2003 und 2004	21

Abbildung 24: Wünsche an die medizinische Versorgung 22

Abbildung 25: Wünsche an die Entwicklung der Gesundheitspolitik (in Prozent) 22