Warum nutzen Selbsthilfegruppen-Teilnehmer ambulante Dienste auf andere Weise als Nicht-Teilnehmer? Ergebnisse ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors

Stefan Nickel, Kirstin Grosse Frie
[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 16 (2011), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Ziele: Mit Hilfe ausgewählter Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung (8. Erhebungswelle im März / April 2005) von 1.539 Befragten im Alter zwischen 18 und 79 Jahren wurde die Frage untersucht, ob und in welchem Maße die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen sich von Nicht-Teilnehmern in ihrer Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen unterscheiden.
Methodik: Alle Personen wurden schriftlich befragt. Der Fragebogen umfasste 103 gesundheitsspezifische Fragen (davon 6 zur Selbsthilfe) und 15 soziodemografische Fragen. Die Stichprobe wurde nach Bundesland, Geschlecht und Alter gewichtet.
Ergebnisse: Die Kontaktrate mit Allgemeinmedizinern, Zahnärzten und dem Hausarzt ist bei Selbsthilfegruppen-Teilnehmern signifikant höher als bei Nicht-Teilnehmern. Auch die Gründe für den letzten Hausarztkontakt unterscheiden sich: Selbsthilfegruppen-Teilnehmer hatten ihren letzten Kontakt häufiger wegen eines Überweisungsschreibens oder Praxisbesuchs ohne Arztkontakt. Außerdem nehmen Teilnehmer von Selbsthilfegruppen häufiger Medikamente zu sich und haben bereits mehr Erfahrung mit verschiedenen alternativen Heilungsmethoden.
Schlussfolgerung: Obwohl der größere Anteil chronisch Kranker und Behinderter in Selbsthilfegruppen viele der Befunde relativiert, besitzt die Teilnahme an Selbsthilfegruppen einen "Mehrwert" bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Diesen gilt es im Rahmen künftiger Forschung deutlicher herauszuarbeiten.

Schlüsselwörter: Selbsthilfegruppen, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, ambulante Versorgung, Bertelsmann Gesundheitsmonitor

Summary

Why do participants in self-help groups use ambulatory health services differently than non-participants? Results of questions selected from the Healthcare Monitor

Objectives: Using selected data collected by the Healthcare Monitor (Bertelsmann Stiftung) from 1,539 adults in the age between 18 and 79, this article describes whether and to what extent participants in self-help groups differ from non-participants referring to primary health care utilisation.
Methods: All persons were asked in written form. The questionnaire included 103 health-related items (6 about self-help), and 15 demographic characteristics. The sample was weighted statistically by federal state, sex, and age.
Results: Participants of self-help groups have a significantly higher contact rate with general practitioners, dentists, and the family doctor than non-participants. The reasons for the last GP contact distinguished: Participant had their last contact more frequently because of a letter of referral or consultation without doctor contact. Additionally, participants more often use medicaments and already have more experience with various complementary therapies.
Conclusion: Although the greater proportion of chronically ill and disabled persons in self-help groups

diminishes many of our results, participation in self-help groups seems to have a "value added in the use of ambulatory care. This has to be revealed more clearly in future research.

Key words: self-help groups, health care utilisation, primary health care, Healthcare Monitor

Einleitung

Im System der gesundheitlichen Versorgung werden überwiegend Dienstleistungen zur Behandlung und Vermeidung von Erkrankungen erbracht sowie Produkte (darunter vor allem Arzneimittel) verbraucht, die zur Verbesserung gesundheitlicher Störungen angeboten werden. Die Betrachtung der Inanspruchnahme dieser Leistungen ermöglicht tiefe Einblicke in die Funktionsweise und Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems (Thode et al., 2004; Häussler & Gothe, 2006). Zugleich spiegeln sich in der Inanspruchnahme die demographische Situation und Morbidität der Bevölkerung wie auch die Präferenzen von "Laien", d.h. den Patienten und deren Angehörigen, und professionellen Leistungsanbietern wider. Mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind darüber hinaus große Teile der im Gesundheitssystem eingesetzten Finanzmittel angesprochen. Für die Gesundheitswissenschaften, insbesondere die sich rasant entwickelnde Versorgungsforschung, bietet sich daher ein Untersuchungsgegen¬stand von größter Bedeutung (Borgetto & Knesebeck, 2009).

In diesem Beitrag wird auf Datenbasis des "Gesundheitsmonitors 2005" die spezielle Frage untersucht, ob und warum sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Selbsthilfegruppen, außer in sozialen und krankheitsbezogenen Merkmalen (Trojan et al., 2006) und ihren Einstellungen zum Gesundheitssystem und seiner Reform (Nickel & Trojan, 2006), auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Versorgung im Vergleich zu Nicht-Teilnehmenden unterscheiden. Ein wichtiger Grund hierfür ist der bisher uneindeutige Wissensstand zur quantitativen und qualitativen Veränderung des Nutzungsverhaltens durch Selbsthilfegruppen (Trojan, 1986; Borgetto & Knesebeck, 2009). Eine Hypothese in diesem Zusammenhang lautet, dass die Teilnehmer solcher Gruppen *häufiger* Versorgungsdienste nutzen, weil sie schwerer erkrankt und/oder informierter über das Angebot auf dem Gesundheitsmarkt sind. Umgekehrt ist es aber auch denkbar, dass Selbsthilfegruppen-Teilnehmer im Allgemeinen medizin-kritischere, mündigere Patienten sind und daher zu den *Wenig-Nutzern* ambulanter (und stationärer) Dienste gehören. Schließlich lässt sich vermuten, dass mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen - ebenfalls ein Effekt der besseren Informiertheit - eine *gezieltere* und sinnvollere Nutzung von Versorgungsmöglichkeiten einhergeht.

Im vorliegenden Beitrag sollen deshalb die folgenden Fragen behandelt werden:

- Wie oft werden ambulante Leistungen und Produkte von Teilnehmern an Selbsthilfegruppen im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern in Anspruch genommen?
- Lässt sich aus dem Vergleich erkennen, ob Teilnehmer von Selbsthilfegruppen tatsächlich aus überwiegend mündigen, konstruktiv-kritischen Patienten bestehen?
- Welche sozidemografischen oder krankheitsbezogenen Faktoren haben Einfluss auf das (mutmaßlich unterschiedliche) Inanspruchnahmeverhalten?

Der Beitrag soll helfen, das derzeitige Nutzungsverhalten in der Bevölkerung auf vergleichender empirischer Basis abzubilden und Potenziale für die zukünftige Entwicklung in der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Patientinnen und Patienten einzuschätzen. Damit geraten zugleich wesentliche Aspekte gesundheitsbezogenen "Laienhandelns" wieder stärker in das Blickfeld der Forschung. Nach einer kurzen Darstellung der Methodik werden im dritten Abschnitt die Ergebnisse der Datenanalyse zusammengefasst, die dann abschließend diskutiert werden.

Methodik

Im Rahmen des "Gesundheitsmonitors" befragt die Bertelsmann Stiftung seit 2001 halbjährlich einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung und einmal im Jahr niedergelassene Ärzte zum deutschen Gesundheitswesen. Im Mittelpunkt stehen dabei Erfahrungen in der ambulanten Versorgung, gesundheitspolitische Grundeinstellungen sowie Reformbedarf und Veränderungsbereitschaft von Leistungserbringern und -empfängern. Einzelheiten des methodischen Vorgehens bei der Befragung sind bereits an anderer Stelle ausführlich berichtet worden (Trojan et al., 2006; TNS Healthcare, 2006).

Die hier vorgestellten Ergebnisse stammen aus der Bevölkerungsbefragung im März und April 2005 (achte Erhebungswelle des Gesundheitsmonitors). Die Bruttostichprobe bestand aus 2.201 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren, von denen 1.539 mit vollständigem Fragebogen geantwortet haben. Hinsichtlich Ausmaß und Art der gefundenen Unterschiede muss allerdings eine relativierende methodische Warnung vorangestellt werden: Die Ergebnisse zur Selbsthilfe beruhen auf den Aussagen von nur 139 Personen mit unterschiedlichen "Teilnahmeerfahrungen" in irgend¬einer längeren oder kürzeren Periode ihrer gesamten Lebenszeit (das sind 9 Prozent von 1.539 Personen in der Stichprobe). Trotz methodisch gut kontrollierter Repräsentativität des Gesundheitsmonitors können Zufälle eine Rolle dabei spielen, welche Erfahrungen in den Antworten dieser 139 Befragungsteilnehmer repräsentiert sind. Insofern ist unser Beitrag lediglich als eine erste Annäherung an das Thema zu verstehen.

Bei der Untersuchung wurde auch geprüft, ob sich die gemessene Inanspruchnahme seitens Selbsthilfegruppen-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ändert, wenn Subgruppen mit gleichem Sozial- und Krankheitsstatus (Geschlecht, Alter, soziale Schicht, chronische Krankheit und/oder Behinderung, aktueller Gesundheitsstatus) miteinander verglichen werden. Dann wäre der Einfluss dieser "Störvariablen" bei der Erklärung bzw. Interpretation der Ergebnisse nach Teilnahmeerfahrung zu beachten. Insgesamt ließen sich allerdings bei nur wenigen Themen und Fragen deutliche Effekte finden, auf die wir an den entsprechenden Stellen im Text eingehen werden.

Für die Analyse des nach bundesrepräsentativen Kriterien gewichteten Datensatzes wurden vorrangig deskriptive Verfahren eingesetzt. Gruppenunterschiede wurden mit t-Tests oder Chi-Quadrat-Tests auf ihre statistische Signifikanz überprüft.

Ergebnisse

Im Folgenden sollen zunächst die Häufigkeit der Arztkontakte der beiden Vergleichsgruppen sowie die Gründe für deren Inanspruchnahme beschrieben werden. Daran schließen sich weiterführende Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Hausarzt bzw. der Akzeptanz des Hausarztmodells ebenso an wie die nach der Nutzung von Arzneimitteln und dem Hilfesuchen außerhalb der etablierten Schulmedizin ("alternative" Heilmethoden).

Kontakte mit Ärzten oder deren Praxispersonal

Zunächst wurde untersucht, inwieweit sich Befragte, die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen oder jemals an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, sich in ihrer Kontaktrate bei verschiedenen Ärzten in den letzten 12 Monaten von anderen Befragten unterscheiden. Die Mittelwerte der angegebenen Arztkontakte wurden für Selbsthilfegruppen-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer errechnet und auf ihre statistische Signifikanz geprüft (vgl. Abbildung 1; ohne die Kategorien "Werks-/Betriebsarzt/Arbeitsmediziner", "Arzt für öffentliches Gesundheitswesen/Amtsarzt" und "sonstiger Arzt", da nur sehr wenige Befragte angaben, mit diesen Ärzten in

Kontakt gewesen zu sein). Die mittlere Kontaktrate von Selbsthilfegruppen-Teilnehmern unterscheidet sich signifikant von denen der Nicht-Teilnehmer in Bezug auf den Allgemein-, Zahn- und Hausarzt ($p \leq 0{,}05$). Insgesamt liegt die mittlere Kontaktrate unabhängig vom Fachgebiet des Arztes bei Teilnehmern über denen der Nicht-Teilnehmer und zeigt sich besonders deutlich bei der Inanspruchnahme des Hausarztes: Teilnehmer von Selbsthilfegruppen gaben an, ihren Hausarzt durchschnittlich 6,4 Mal im Jahr zu kontaktieren, während Nicht-Teilnehmer einen Wert von 4,8 erreichen - also ungefähr einmal im Quartal.

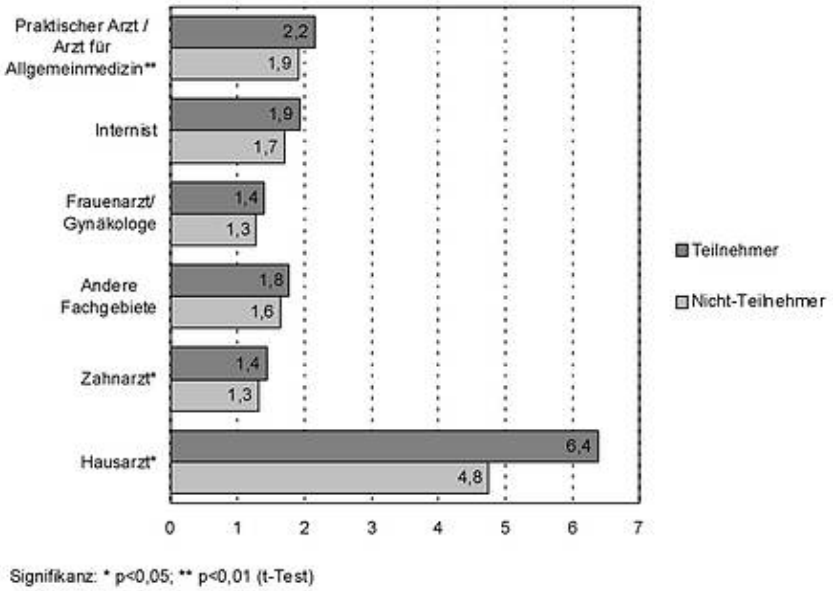


Abb. 1: Kontaktrate zu verschiedenen Ärzten oder deren Praxispersonal innerhalb der letzten 12 Monate (Mittelwerte)

In der Annahme, dass die Unterschiede in den Kontaktraten dadurch erklärt werden können, dass aktuelle oder ehemalige Teilnehmer von Selbsthilfegruppen häufiger chronisch krank und/oder behindert sind (Verhältnis: 48,2% zu 26,9%), wurden die Kontaktraten jeweils für chronisch Kranke/Behinderte und nicht-chronisch Kranke/nicht-behinderte Menschen getrennt untersucht. Nur die Kontaktrate zum praktischen Arzt bzw. Allgemeinmediziner unterschied sich in der Gruppe der chronisch Kranken/Behinderten zwischen Teilnehmern von Selbsthilfegruppen (Mittelwert: 2,4) und Nicht-Teilnehmern (2,2) signifikant, wenngleich geringfügig. Der zunächst deutliche Unterschied in der Kontakthäufigkeit des Hausarztes reduzierte sich zumindest, wenn nach chronischer Erkrankung oder Behinderung aufgeschlüsselt wurde (ohne Abbildung).

Im Weiteren wurde untersucht, ob auch die Anlässe für den Arztbesuch zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern von Selbsthilfegruppen differieren. In Abbildung 2 ist der jeweilige Anteil für die einzelnen Gründe der Inanspruchnahme des (Haus-) Arztes oder dessen Praxispersonals zusammengefasst. "Unfall" und "ärztliches Gutachten" wurden nur von sehr wenig Befragten als Grund genannt und sind deshalb nicht dargestellt. "Beratung bei Belastungen", "schwere Erkrankung" und "Behinderung" wurden ebenfalls nur selten angegeben, dafür aber signifikant häufiger von Selbsthilfegruppen-Teilnehmern. Diese geben auch signifikant häufiger einen "Praxisbesuch ohne Arztkontakt", "Abholen eines Überweisungsscheins" und "chronische Erkrankung" als Anlass für den letzten (Haus-) Arztkontakt an. Die Befunde verändern sich in der Regel, wenn der Krankheits- oder Behinderungsstatuts der Befragten kontrolliert wird: Danach zeigen Selbsthilfegruppen-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer nur noch signifikante Unterschiede beim "Abholen eines Überweisungsscheins" und "Besuchen einer Praxis ohne Arztkontakt". Die Unterschiede bei den anderen Anlässen verschwinden hingegen nach Kontrolle des medizinischen Behandlungsbedarfs.

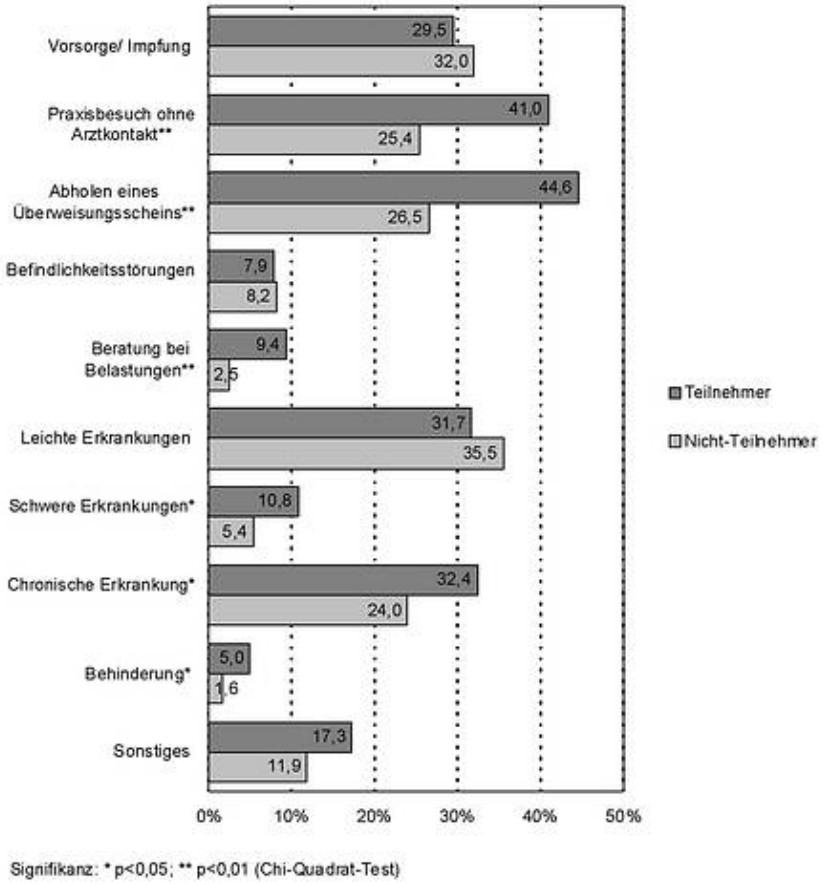


Abb. 2: Gründe für die letzte Inanspruchnahme des (Haus-)Arztes oder dessen Praxispersonals (Angaben in %)

Anhand der Frage "Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten ohne Überweisung zu einem Facharzt gegangen bzw. von ihrem Hausarzt an einen Facharzt überwiesen worden?" wurde ergänzend untersucht, ob Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer von Selbsthilfegruppen sich bezüglich des Umgangs mit Überweisungen zu einem Facharzt unterscheiden. Die Analyse ergab, dass Teilnehmer signifikant häufiger an einen Facharzt überwiesen wurden als Nicht-Teilnehmer (63,5% versus 49,2%). Hingegen unterscheiden sich beide Gruppen nicht darin, ob sie ohne Überweisung einen Facharzt aufsuchen. Wird für chronisch Kranke oder Behinderte kontrolliert, verschwindet der signifikante Unterschied ebenfalls.

Zufriedenheit mit Hausarzt und Akzeptanz des Hausarztmodells

Die Inanspruchnahme von Leistungen ist nicht nur von deren Verfügbarkeit, sondern auch von der Qualität des Angebots abhängig. Daher wurden Fragen gestellt, wie zufrieden die Betroffenen mit ihrem Hausarzt und seiner Praxis sind und ob es schon einmal vorgekommen ist, dass jemand mit einem Behandlungsvorschlag des Hausarztes nicht einverstanden war bzw. deshalb schon einmal den Hausarzt gewechselt hat. Zwischen beiden Gruppen gab es hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Hausarzt keine signifikanten Unterschiede, allerdings war ein etwas höherer Anteil der Teilnehmer von Selbsthilfegruppen "vollkommen zufrieden" (auf einer 5-stufigen Punkteskala) mit dem Hausarzt und seiner Praxis. Insgesamt ist die Zufriedenheit mit dem Hausarzt bei beiden Gruppen sehr hoch. Nur 3,7% der Selbsthilfegruppen-Teilnehmer und 4,2% der

Nicht-Teilnehmer gaben an, mit ihrem Hausarzt weniger zufrieden oder unzufrieden zu sein.

In Abbildung 3 sind die Antworten für die Handlungsoptionen "Behandlungsvorschlag abgelehnt" und "Hausarzt gewechselt" nach der Teilnahmeerfahrung in Selbsthilfegruppen zusammengefasst. Das Ergebnis zeigt, dass Selbsthilfegruppen-Teilnehmer signifikant häufiger Behandlungsvorschläge des Hausarztes ablehnen und etwas häufiger den Hausarzt wechseln, wenn sie mit der Behandlung nicht einverstanden sind. Unter den chronisch Kranken oder behinderten Menschen bleibt der Unterschied, ob ein Behandlungsvorschlag abgelehnt wird oder nicht, auf dem 5%-Niveau signifikant.

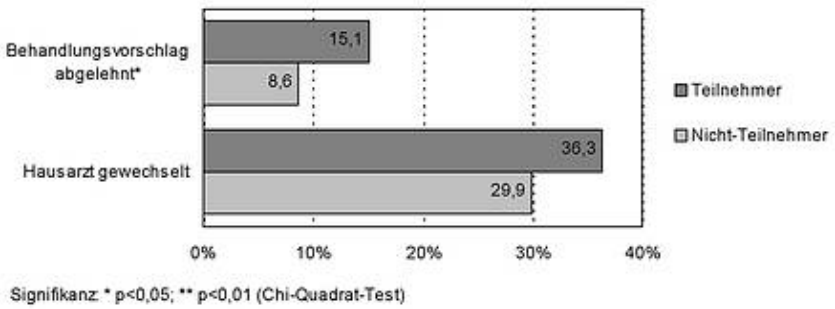


Abb. 3: Personen, die mit einem Behandlungsvorschlag des Hausarztes nicht einverstanden waren bzw. die schon einmal den Hausarzt gewechselt haben (Angaben in %)

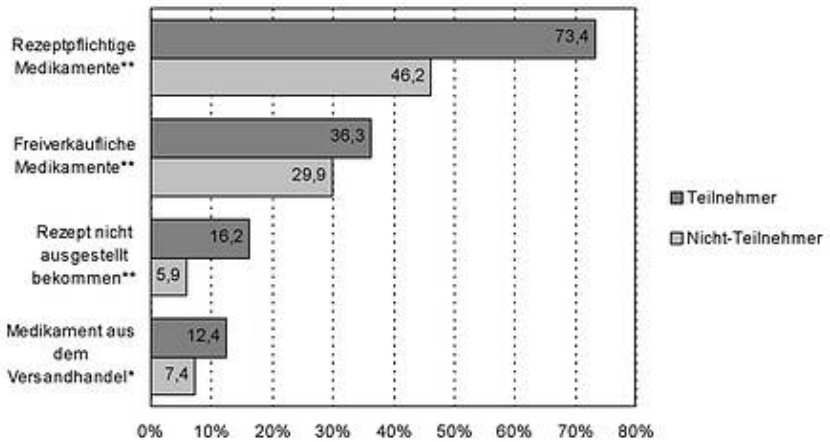
Anhand der Frage "Nehmen Sie bereits an einem Hausarztmodell teil?" wurde zudem untersucht, ob Selbsthilfegruppen-Teilnehmer häufiger an der hausarztzentrierten Versorgung, in der ein Hausarzt als erste Anlaufstelle für den Patienten sämtliche Behandlungsschritte koordiniert, teilnehmen als Nicht-Teilnehmer. Die Analyse zeigt, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen signifikant häufiger an diesen Modellen partizipieren, wobei insgesamt die Teilnahmerate noch sehr gering ausfällt (7,8% aller Befragten). Dieser Unterscheid bleibt allerdings bei Kontrolle von Drittvariablen nur signifikant innerhalb der Gruppe der chronisch Kranken und Behinderten (ohne Abbildung).

Seit dem 1. Januar 2004 gibt es eine Reihe von weiteren Möglichkeiten der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. Disease Management, Bonusregelungen). Eine vergleichende Auswertung der Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen war angesichts der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. Ersatzweise wurde die geplante Inanspruchnahme untersucht, welche die Wahrscheinlichkeit umschreibt, eine der Möglichkeiten "in nächster Zeit" zu nutzen. Die Ergebnisse hierzu sind uneinheitlich: Die Mehrheit der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen hat ebenso wie die Nicht-Teilnehmer "sehr wahrscheinlich" oder "wahrscheinlich" vor, ein Bonusprogramm zu nutzen (ca. 37%).

Nutzung und Zugänglichkeit von Arzneimitteln

Ein erheblicher Teil der Leistungen, die ein Gesundheitssystem zur Verfügung stellt, entfällt auf Arzneimittel. Besonders hoch ist der Verbrauch bei älteren und chronisch kranken Menschen, wobei die Verordnungen größtenteils durch den Hausarzt erfolgen (Gieselmann & Amhof, 2007, S. 4). Um den Umfang ihrer Nutzung im Vergleich einschätzen zu können, wurde ermittelt, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten länger als vier Wochen rezeptpflichtige und/oder freiverkäufliche Medikamente zur Behandlung einer Krankheit eingenommen haben. In Abbildung 4 ist der Anteil in den einzelnen Kategorien für Selbsthilfegruppen-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer dargestellt. Außerdem zeigt die Abbildung, wie hoch der Anteil aus beiden Gruppen ist, der die folgenden Fragen bejaht hat: "Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ein Arzt Ihnen ein Rezept für ein Medikament nicht ausgeteilt hat, obwohl Sie dieses

Medikament für sich persönlich für wichtig hielten?" und "Haben Sie schon einmal ein Medikament über den Versandhandel ('Internet-Apotheke') bestellt?"



Signifikanz * p<0,05 p<0,01 (Chi-Quadrat-Test)

Abb. 4: Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate rezeptpflichtige bzw. freiverkäufliche Medikamente länger als vier Wochen einnahmen, ein Rezept nicht vom Arzt ausgestellt bekamen und Medikamente im Versandhandel bestellten (Angaben in %)

Es finden sich bei allen untersuchten Fragestellungen signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern von Selbsthilfegruppen. Insgesamt nahm ungefähr die Hälfte aller Befragten innerhalb der letzten 12 Monate länger als vier Wochen ein Medikament ein, wobei der Anteil der Selbsthilfegruppen-Teilnehmer bei 73,4% liegt und damit weit über dem Durchschnitt. Auch der Anteil derjenigen, die schon einmal ein Medikament über den Versandhandel erworben haben, ist höher bei den Teilnehmern von Selbsthilfegruppen.

Zusätzlich zu der Frage, ob in den letzten 12 Monaten ein Rezept nicht ausgestellt wurde, wurde gefragt, welche Gründe der Arzt dafür nannte, das Rezept nicht auszustellen und was er stattdessen tat. Die Antworten auf beide Fragen zeigten keine große Varianz und ließen sich daher nicht näher zwischen Selbsthilfegruppen-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern untersuchen. Der häufigste Grund für das Nichtausstellen eines Rezeptes war, dass es nicht mehr verschreibungspflichtig gewesen ist (also selbst bezahlt werden muss), und als Alternative wurde entweder kein Rezept für ein Medikament ausgestellt oder aber eines für ein günstigeres. Ob ein Medikament nicht ausgestellt wurde und/oder ob ein Medikament schon mal aus dem Versandhandel bestellt wurde, bleibt bei Kontrolle nur unter chronisch Kranken oder Behinderten signifikant häufiger bei Selbsthilfegruppen-Teilnehmern.

Alternative Heilmethoden und Naturheilverfahren

Die Enttäuschung von Versorgungs- und Heilungserwartungen kann ganz allgemein dazu führen, Hilfe außerhalb der Schulmedizin zu suchen. Entsprechend wurde auch die Inanspruchnahme von "alternativen" oder "komplementären" Behandlungsmethoden zwischen Teilnehmern und Nicht-Teil¬neh¬mern von Selbsthilfegruppen miteinander verglichen. Dafür wurde die Fragenbatterie aus dem Gesundheitsmonitor zu Erfahrungen mit unterschiedlichen alternativen Behandlungsmethoden herangezogen.

Abbildung 5 zeigt für die jeweiligen Heilmittel den Anteil an Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern, die jemals ("in den letzten 12 Monaten" oder "vor mehr als 1 Jahr") mindestens eines dieser Verfahren ausprobiert

haben. Insgesamt gab ein großer Teil der Befragten an, die eine oder andere Heilmethode ausprobiert zu haben, wobei der Anteil für die verschiedenen Heilmethoden unterschiedlich hoch ist. So gaben beispielsweise 64,7% aller Befragten an, schon einmal "Naturheilmittel" ausprobiert zu haben, während dies nur 3,5% für "Anthroposophische Medizin" taten. Bei jedem alternativen Heilverfahren zeigt sich, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen diese häufiger ausprobiert haben als Nicht-Teilnehmer. 40 Prozent von ihnen würden auch einem guten Freund aufgrund anhaltender Gesundheitsbeschwerden "ganz sicher" oder "wahrscheinlich" empfehlen, alternative Heilmethoden auszuprobieren (Nicht-Teilnehmer: 30 Prozent).

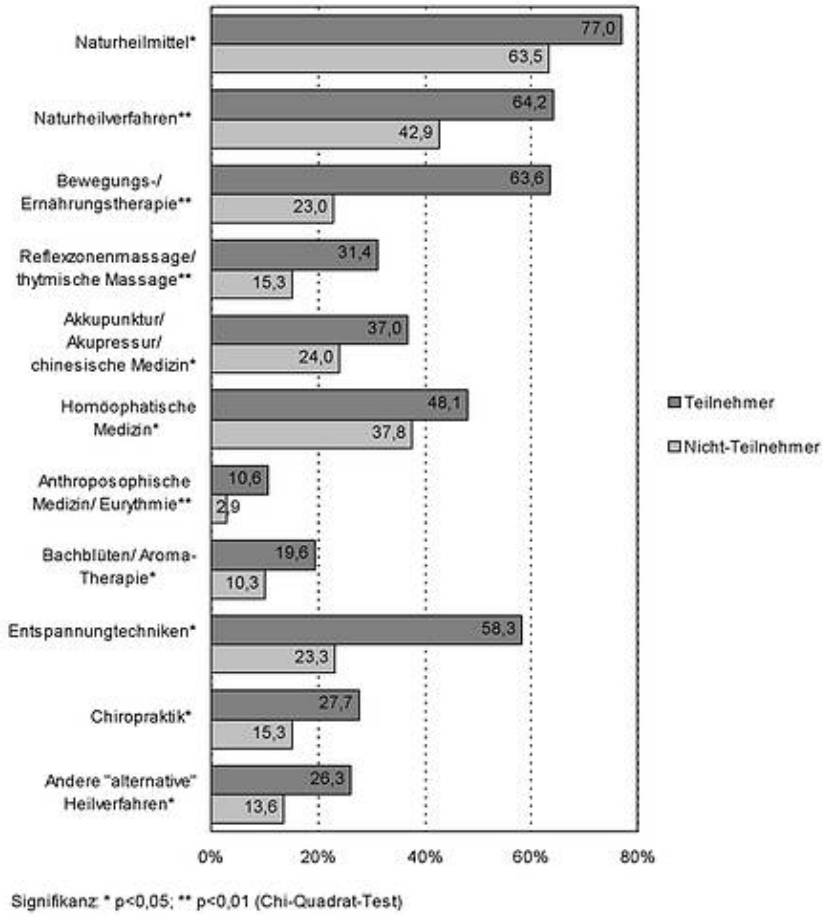


Abb. 5: Personen, die jemals "alternative" Heilverfahren ausprobiert haben (Angaben in %)

Unter den Befragten, die eine chronische Krankheit oder Behinderung haben, bleiben die Signifikanzen meist auf einem 5%-Niveau bestehen. Bei den nicht-chronisch Kranken und Nicht-Behinderten verschwindet der signifikante Unterschied zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern von Selbsthilfegruppen, nur nicht bei "Naturheilmitteln", "Bewegungstherapie", "Entspannungstechniken" und "anderen alternativen Heilmethoden". Mit anderen Worten: Nur innerhalb der Gruppe der chronisch Kranken und Behinderten wenden Teilnehmer von Selbsthilfegruppen häufiger eine ganze Palette von Strategien der Hilfesuche an, die parallel oder nacheinander verfolgt werden.

Diskussion

Die methodischen Einschränkungen des "Gesundheitsmonitors" bei der Beantwortung unserer oder ähnlicher Forschungsfragen wurden bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Trojan et al., 2006; THS

Healthcare, 2006). Trotz aller Würdigung muss die Forschung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ebenfalls als unzureichend betrachtet werden. Dies liegt an dem Problem, dass die empirischen Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher theoretischer und methodischer Zugänge oft inkonsistent sind oder - wie in unserem Fall - andere Interessenschwerpunkte gelegt werden, wobei die "Selbsthilfe" weitgehend ausgeblendet ist (Thode et al., 2004; Borgetto & Knesebeck, 2009). Zusätzliche Schwierigkeiten entstehen bei der Interpretation grundlegender Begriffe wie "Selbsthilfegruppe" und "Teilnahmeerfahrung" sowie durch oftmals unzureichende Angaben zu Methoden und Studiendesigns in vorliegenden Forschungsberichten (Borgetto & Knesebeck, 2009). Ein direkter Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien aus der Selbsthilfe- und/oder Versorgungsforschung ist daher nur sehr begrenzt möglich.

Zusammengefasst zeigen unsere Befunde, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten in vielerlei Hinsicht von Nicht-Teilnehmern unterscheiden. Insbesondere scheinen sie häufiger die Hilfe des (Haus-) Arztes und die von Medikamenten und alternativen Heilmethoden in Anspruch zu nehmen. Dieser zunächst rein quantitative Unterschied in der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen deutet darauf hin, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Bereichen des Medizinsystems besseren Zugang haben. Eine naheliegende Erklärung dafür ist, dass Selbsthilfegruppen-Teilnehmer öfter chronisch Kranke oder Behinderte sind und somit auch einen größeren Bedarf ("need") an medizinischer Versorgung haben (Andersen & Newman, 1973; Bergmann et al., 2005). Und in der Tat: Nach statistischer Kontrolle dieses Einflussfaktors zeigte sich, dass die Nachfrage zumindest bei den Arztkontakten nicht den "wahren" Bedarf übersteigt, d.h. Teilnehmer von Selbsthilfegruppen nicht häufiger die verfügbaren Angebote nutzen als Nicht-Teilnehmer. Eine interessante Ausnahme bilden dabei Kontakte, die *nicht* die ärztlichen Leistungen im Kern betreffen (z.B. häufigeres Abholen eines Überweisungsscheins, Praxisbesuch ohne Arztkontakt).

In der Häufigkeit der Arztbesuche und mehr noch an der geäußerten Zufriedenheit mit dem Hausarzt lässt sich ablesen, dass die Selbsthilfe in Gruppen vor allem als Ergänzung und Korrektiv des professionellen Systems und als Form des Bürgerengagements angesehen werden kann, jedoch keinesfalls eine "antiprofessionelle" Haltung bedeutet. Dies entspricht dem Ergebnis einer Studie in Hamburg, wonach nur 11% der befragten 345 Kontaktpersonen die Selbsthilfe als Ersatz für professionelle Versorgung betrachteten (Trojan & Estorff-Klee, 2004, S. 64). Im Selbstverständnis der weitaus meisten Gruppen (62%) bietet ihre Form der Selbsthilfe in jenen Bereichen eine Problemlösung, in denen das professionelle Versorgungssystem (noch) Lücken, Mängel und Grenzen aufweist; ein geringerer Teil der Gruppen (28%) zielt jedoch auch auf prinzipiell gleichwertige Angebote zu den sozialstaatlich vorgegebenen Lösungen - eine Auffassung, die durch die Entstehung der Anonymen Alkoholiker stark beeinflusst wurde (Moeller, 1986). Eine jüngere Studie über Einstellungen zum Gesundheitssystem und seiner Reform kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen trotz aller Kritik am professionellen Versorgungssystem große Erwartungen und Wünsche an eben dieses System haben und bereit sind, zu einer Reform der Versorgungsstrukturen beizutragen (Nickel & Trojan, 2006).

Die Frage, ob Selbsthilfegruppen-Teilnehmer "mündigere" oder "konstruktiv-kritischere" Menschen bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen sind, lässt sich nicht abschließend beantworten. Einerseits ist an vielen Stellen unserer Untersuchung erkennbar, dass mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen die exklusive Rolle des Arztes als bevorzugter Informationsanbieter in den Hintergrund tritt - insbesondere beim Thema Arzneimittel (Macoul et al., 1995) - durch die stärkere Nutzung anderer Informationsquellen (z.B. Internet-Apotheke) oder auch der Komplementärmedizin. Offenbar sind Selbsthilfegruppen aufgrund erfahrener oder befürchteter Versorgungsmängel nicht bereit, den Ärzten "blind" zu vertrauen. Andererseits findet gerade in diesen Bereichen seit geraumer Zeit ein Informationswettbewerb statt, bei dem verschiedene Anbieter versuchen, einem bestimmten Präparat oder Heilverfahren eines Arzneimittelherstellers einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Pharma-Kritiker nehmen dies - wohl auch aufgrund der Einbindung von Patientenvertretern in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) - mitunter zum Anlass, die Selbsthilfebewegung unter den Generalverdacht zu stellen, ihre Glaubwürdigkeit als "Patientenanwältin"

unter anderem durch die Annahme von Spendengeldern aufs Spiel zu setzen (http:/www.nakos.de). Neben dieser möglichen Einflussnahme durch Dritte wird in den letzten Jahren die Gefahr sichtbar, dass bei einer allzu großen Ausweitung des Kooperationswunsches der professionellen Institutionen die organisierte Selbsthilfe schnell an die Grenzen ihrer zeitlichen, fachlichen und kräftemäßigen Ressourcen kommen könnte (Trojan & Nickel, 2011).

Die an keiner Stelle besonders markanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern von Selbsthilfegruppen nehmen etwaigen Befürchtungen den Wind aus den Segeln, dass die Beteiligung einzelner Selbsthilfevertreter an den Gremien zur Gestaltung des Gesundheitswesens zu einer unangemessenen Expansion des Leistungsangebotes oder gar zu undemokratischen Extrempositionen führen könnte. Grundlage für diese Einschätzung ist die an mehreren Stellen dieser und anderer Studien gewonnene Erkenntnis, dass Teilnehmer an Selbsthilfegruppen "eine höhere Bereitschaft mitbringen, sich zusätzliche Informationen anzueignen, sehr differenzierte Positionen sowohl zur Schul- als auch zur Komplementärmedizin haben und sich deutlich dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet fühlen" (Nickel & Trojan, 2006, S. 205). All diese Abweichungen sind als Tendenzen relativ deutlich erkennbar, andererseits weichen die Antworten aber auch nicht substanziell von den Antworten der übrigen Befragten des Gesundheitsmonitors ab. An keiner Stelle ließen sich Verhaltensweisen bei den Teilnehmern von Selbsthilfegruppen erkennen, die im Widerspruch zu den politischen Intentionen der Steuerung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen stehen.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft und der abnehmenden Leistungsfähigkeit primärer Netze wie Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis weiter zunimmt und sich die Versorgungsmöglichkeiten aufgrund der medizin-technischen Fortschritte weiter verbessern und kostenintensiver werden. Umso wichtiger werden die Selbsthilfe als "vierte Säule" im Gesundheitssystem und ihre Erforschung im Rahmen der Versorgungsforschung. Dies schließt den Bedarf an Studien zur Wirkung der Selbsthilfe ebenso ein wie solche zur Einflussnahme im politischen und ökonomischen Kontext (G-BA, Pharma-Industrie usw.).

Literatur

Andersen, R. & Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Quarterly, 51, 95-124.

Bergmann, E., Kalcklösch, M. & Tiemann, F. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 48, 1365-1373.

Borgetto, B. & Knesebeck, O.v.d. (2009). Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 52 (1), 21-29.

Gieselmann, M. & Amhof, R. (2007). Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsmonitor - Health Policy Monitor, 1, 1-6.

Häussler, B. & Gothe, H. (2006). Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), Handbuch der Gesundheitswissenschaften (S. 561-581). Weinheim: Juventa.

Macoul, G., Arnston, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care - physician-patient communication and decision making about prescription medications. Social Science and Medicine, 41, 1241-1254.

Moeller, M.L. (1986). Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe. Reinbek: Rowohlt.

Nickel, S. & Trojan, A. (2006). Einstellungsunterschiede zum Gesundheitssystem und zu seiner Reform zwischen Selbsthilfegruppen-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmer. In J. Böcken, B. Braun, R. Amhof & M. Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten (S. 187-207). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.M. (2004). Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: RKI.

TNS Healthcare (2006). Gesundheitsmonitor. Feld- und Methodenbericht Welle 8. URL: http://www.gesundheitsmonitor.de (Downloads/Gesundheitsmonitor: Feld- und Methodenbericht - Welle 8), Zugriff am 20.01.2006.

Trojan, A. (Hrsg.) (1986). Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Trojan, A. & Estorff-Klee, A. (Hrsg.) (2004). 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. Hamburg: LIT-Verlag.

Trojan, A. & Nickel, S. (2011). Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen - Entwicklungen und Perspektiven. Erscheint in: Das Gesundheitswesen.

Trojan, A., Nickel, S., Amhof, R. & Böcken, J. (2006). Soziale Einflussfaktoren der Teilnahme an Selbsthilfe-Zusammenschlüssen. Ergebnisse ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors. Gesundheitswesen, 68 (6), 364-375.
http://www.nakos.de/site/data/SHSP_SEKISBerlinNewsl2006_03.pdf (Schwerpunktthema Selbsthilfe und Pharma), Zugriff am 15.7.2010.

Autor

Dr. Stefan Nickel
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040/7410-52881
nickel@bitte-keinen-spam-uke.de