

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Leiter: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

**Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung: Eine  
empirisch-ethische Untersuchung**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Fabian Sinowatz

aus München

2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Scriba

Mitbetreuung durch den

promovierten Mitarbeiter: Dr. phil. Oliver Rauprich, Dipl.-Biol.

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser,  
FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 05.02.2015

Meiner Familie

und

Julie

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
1.1	Gesundheitsausgaben in Deutschland und anderen OECD-Staaten .....	10
1.1.1	Berechnung und Definition von Gesundheitsausgaben.....	11
1.1.2	Gesundheitsausgaben in Deutschland von 1992 bis 2011.....	12
1.1.3	Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich von 1992 bis 2011..	14
1.1.4	Demografischer Wandel in Deutschland.....	15
1.1.5	Medizinisch-technischer Fortschritt .....	18
1.2	Strategien im Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen .....	19
1.2.1	Rationalisierung (Effizienzsteigerung).....	19
1.2.2	Erhöhung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen .....	20
1.2.3	Rationierung (Leistungsbegrenzung) .....	21
1.2.4	Zum Begriff der Priorisierung .....	22
1.3	Konsequenzen für die ärztliche Versorgung.....	23
2	Zielsetzung.....	25
3	Methoden .....	26
3.1	Erstellung und Validierung des Fragebogens .....	27
3.1.1	Literaturrecherche.....	28
3.1.2	Interviewleitfaden.....	28
3.1.3	Auswahl der Interviewpartner und Durchführung der Interviews.....	28
3.1.4	Auswertung der qualitativen Leitfadeninterviews.....	30
3.1.5	Kognitive Interviews .....	31
3.1.6	Pilottestung des Fragebogens .....	32
3.2	Durchführung der Onlineumfrage.....	34
3.2.1	EFS Survey Befragungssoftware der Questback GmbH.....	34
3.2.2	Untersuchungskollektiv .....	34
3.2.3	Onlinefragebogen .....	35

3.2.4	Teilnahmebereitschaft an der Onlineumfrage .....	36
3.3	Statistische Analyse .....	37
3.3.1	Dateneingabe .....	37
3.3.2	Datenauswertung .....	37
3.3.2.1	Datenselektion .....	37
3.3.2.2	Datenexploration .....	37
3.3.2.3	Deskriptive Auswertung .....	38
3.3.2.4	Auswertung der offenen Fragen .....	38
4	Ergebnisse .....	39
4.1	Soziodemografische Angaben zu den Fragebogenteilnehmern .....	39
4.1.1	Alter und Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer .....	39
4.1.2	Geschlecht der Fragebogenteilnehmer .....	41
4.2	Angaben zur Praxis .....	42
4.2.1	Praxisgröße .....	42
4.2.2	Art der Einrichtung .....	43
4.2.3	Tätigkeitsjahre als niedergelassener Hausarzt .....	43
4.2.4	Herkunft der Fragebogenteilnehmer .....	44
4.2.5	Selbstständigkeit oder Arbeit als angestellter Hausarzt .....	45
4.2.6	Erfahrungen mit Regressforderungen .....	45
4.2.7	Höhe der Regressforderungen .....	46
4.3	Ergebnisse der Umfrage .....	48
4.3.1	Fragenkomplex A: Zeitliche Ressourcen .....	49
4.3.1.1	Durchschnittliche Zeit für einen Patientenkontakt .....	49
4.3.1.2	Einschätzung der Behandlungszeit .....	50
4.3.1.3	Beeinträchtigung der Arbeitszufriedenheit durch Zeitmangel .....	51
4.3.1.4	Gründe für knappe zeitliche Ressourcen .....	52
4.3.1.5	Einsparung an sprechender Medizin .....	54
4.3.1.6	Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Zeitmangel .....	55

4.3.1.7	Offene Frage: Vorschläge zur Schaffung von mehr Zeit .....	56
4.3.2	Fragenkomplex B: Regressforderungen .....	58
4.3.2.1	Regressforderungen als Instrument zur Kostenkontrolle .....	58
4.3.2.2	Wahrnehmung von Regressforderungen in der Hausärzteschaft .....	60
4.3.2.3	Regressforderungen bei medizinisch notwendiger Rezeptierung .....	63
4.3.2.4	Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit .....	64
4.3.2.5	Offene Frage: Strategien zur Beeinflussung der Patientenstruktur .....	71
4.3.2.6	Auswirkungen von Regressforderungen auf das Verordnungsverhalten .....	73
4.3.2.7	Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Regressforderungen .....	77
4.3.2.8	Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zu den Regressregelungen .....	78
4.3.3	Fragenkomplex C: Auswirkungen des Vergütungssystems .....	80
4.3.3.1	Einfluss des Vergütungssystems auf die Versorgung .....	80
4.3.3.2	Offene Frage: Beeinflussung der Versorgung durch das Vergütungssystem .....	81
4.3.3.3	Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit .....	83
4.3.3.4	Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit .....	90
4.3.3.5	Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zum Vergütungssystems .....	91
4.3.4	Fragenkomplex D: Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation .....	93
4.3.4.1	Umfang der finanziellen Mittel im hausärztlichen Bereich .....	93
4.3.4.2	Verteilung der finanziellen Mittel in der GKV .....	94
4.3.4.3	Modus der Ressourcenallokation bei Mittelknappheit .....	95
4.3.4.4	Offene Frage: Präferenz zur Entscheidung über GKV-Leistungen .....	97
4.3.4.5	Häufigkeit von Leistungsbegrenzung aus Kostengründen .....	99
4.3.4.6	Offene Frage: Sparen an medizinisch nützlichen Maßnahmen .....	101
4.3.4.7	Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Leistungsbegrenzungen .....	103
4.3.4.8	Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zur Versorgungssituation .....	104

5	Diskussion.....	106
5.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	106
5.2	Diskussion der Methoden .....	107
5.2.1	Fragebogeninstrument .....	107
5.2.2	Durchführung der Befragung über das Internet.....	107
5.2.3	Selektionsbias .....	109
5.3	Diskussion der Ergebnisse .....	109
5.3.1	Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation.....	109
5.3.2	Zeitliche Ressourcen.....	115
5.3.3	Regressforderungen .....	118
5.3.4	Auswirkungen des Vergütungssystems .....	127
5.4	Ausblick.....	131
6	Zusammenfassung .....	135
7	Literaturverzeichnis .....	136
8	Anhang.....	142
8.1	Anhang I: Fragebogen .....	142
8.2	Anhang II: Grundversion des Interviewleitfadens.....	159
8.3	Anhang III: Gesundheitsausgaben Deutschland 1992 – 2011 .....	163
8.4	Anhang IV: Gesundheitsausgaben OECD 1992 - 2011.....	164
9	Danksagung .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
10	Lebenslauf.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## **Abkürzungsverzeichnis:**

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CAGR	Compound Annual Growth Rate = Durchschnittliche Wachstumsrate
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DHÄV	Deutscher Hausärzteverband
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GTM	Grounded-Theory-Methodologie
HTML	Hypertext Markup Language
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KKP	Kaufkraftparität
LÄK	Landesärztekammer
MPH	Master of Public Health
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SGB	Sozialgesetzbuch
ZEKO	Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

## 1 Einleitung

*„Auf die Frage nach der Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine einfachen, keine bequemen und keine konfliktfreien Antworten. Die Wege zu einer zukunftssicheren und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln sind so komplex wie das System selbst. Dies wird ein langer und schmerzhafter Prozess, bei dem viele lieb gewonnenen Vorstellungen über Bord geworfen werden müssen und bei dem es auch um zutiefst ethische Fragen gehen wird.“*

*Professor Dr. med. Fritz Beske, MPH[1 S. 1]*

Nach Einschätzung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer wird sich die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den kommenden Jahren weiter verschärfen.[2] Der zunehmende Bedarf an Gesundheitsleistungen wird nach Ansicht von Experten vor allem durch den sogenannten demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt verursacht.[3] Durch den steigenden Bedarf werden die Gesundheitskosten weiter zunehmen[4], während die Alterung der Gesellschaft mit einer Senkung der Einnahmen für die sozialen Sicherungssysteme einhergehen wird.[5] Angesichts dieser Herausforderungen ist eine breite öffentliche Diskussion dringend notwendig. Schließlich sind in Deutschland fast 70 Millionen Menschen in der GKV versichert. Während in medizinischen Fachkreisen weithin anerkannt ist, dass die verfügbaren Mittel schon bald nicht mehr ausreichen werden, alles medizinisch sinnvoll Mögliche solidarisch zu finanzieren, wird dies von politischer Seite häufig bestritten.[6] Dabei stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits im Jahr 1991 in einem Gutachten fest: „Eine Allokation von Ressourcen für einen Patienten auf Kosten eines anderen, wird mit dem weiteren Fortschritt und dem Auftreten von Kapazitätsengpässen immer häufiger auftreten müssen.“[7 S. 208]

Bislang findet die Allokation hausärztlicher medizinischer Leistungen fast ausschließlich durch den Hausarzt statt. In einer Situation knapper Ressourcen müsste somit der Hausarzt alleine entscheiden, welchem Patienten er gegebenenfalls aus Kostengründen eine Leistung vorenthalten muss. Dies bringt den Arzt in eine ethische Zwickmühle: Einerseits soll der Arzt im gesamtgesellschaftlichen Interesse die ihm zur Verfügung gestellten Mittel möglichst wirtschaftlich einsetzen. Andererseits würde das Vorenthalten medizinisch nützlicher Leistungen den Arzt in Konflikt mit seiner

traditionellen Rolle als „Anwalt des Patienten“ bringen. Hinzu kommt, dass Ärzte bislang für solche Entscheidungen keinerlei spezifische Ausbildung erhalten. Dies stellt daher nicht nur die Ärzte vor ein moralisches Dilemma, sondern birgt auch für die Patienten ein Risiko. Bislang werden Allokationsentscheidungen in der täglichen ärztlichen Praxis überwiegend in Form von wissenschaftlich unzureichend begründeten Einzelfallentscheidungen getroffen. Dadurch ist ein chancengleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht ausreichend gewährleistet. Außerdem können Patienten gesundheitliche Nachteile erleiden, wenn medizinisch nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden, ohne dass es dafür wissenschaftlich geprüfte und gesellschaftlich konsenterte Vorgaben gibt.

In der wissenschaftlichen Diskussion herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Gesundheitsausgaben zukünftig ansteigen werden.[3] Dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland und den anderen OECD-Staaten in den zurückliegenden Jahrzehnten kontinuierlich anstiegen, wird in Kapitel 1.1 dargelegt. Im Anschluss werden die zwei Hauptursachen für die steigenden Gesundheitsausgaben diskutiert: Nach Ansicht von Experten sind dies der medizinisch-technische Fortschritt und der sogenannte demografische Wandel.[2 , 3 , 4 , 8] Beide bewirken ein Missverhältnis zwischen zunehmenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen. Diese Diskrepanz lässt eine zunehmende Verknappung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem als ein reales Szenario für die Zukunft erscheinen. In drei qualitativen Studien mit Klinikpersonal konnte gezeigt werden, dass die Mittelknappheit im stationären Bereich jedoch bereits heute Realität ist.[9 , 10 , 11] Welche drei grundsätzlichen Strategien im Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen möglich sind, soll im Kapitel 1.2 gezeigt werden. Zum Abschluss der Einleitung dieser Arbeit soll in Kapitel 1.3 genauer betrachtet werden, welche Konsequenzen sich aus der Mittelknappheit für die ärztliche Versorgung ergeben.

### **1.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland und anderen OECD-Staaten**

In der öffentlichen Diskussion wird vielfach auf die steigenden Gesundheitsausgaben in Deutschland hingewiesen. Dabei gibt es eine Vielzahl von möglichen Ursachen, die hinsichtlich ihres jeweiligen Beitrags zu den steigenden Gesundheitsausgaben bislang unzureichend untersucht sind. Von Experten werden, wie schon erwähnt, im Allgemeinen zwei maßgebliche Gründe für die steigenden Gesundheitsausgaben angeführt: der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt.[2 , 3 , 4 , 8] Im Folgenden soll überprüft werden, in welchem Ausmaß die

Gesundheitsausgaben in Deutschland tatsächlich ansteigen. Dazu wird zunächst präzisiert, wie und durch wen die Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt. Danach soll die Entwicklung der Gesundheitskosten im Zeitraum von 1992 bis 2011 in Deutschland dargestellt und im internationalen Vergleich betrachtet werden. Anschließend wird der Einfluss von demografischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben analysiert.

### **1.1.1 Berechnung und Definition von Gesundheitsausgaben**

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden veröffentlicht seit dem Jahr 1992 einmal jährlich die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenberechnung. Die Ergebnisse stehen aufgrund der äußerst komplexen Datenakquisition und -berechnung meist erst etwa 15 Monate nach dem Ablauf des aktuellen Berichtsjahrs zur Verfügung.[12] Die Gesundheitsausgabenberechnung aus dem Jahr 2011 war zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit die aktuellste Fassung. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) definiert im Handbuch „System der Gesundheitsausgabenberechnung“ („A System of Health Accounts“), welche Ausgaben bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben einfließen sollen:

*Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen messen den Endverbrauch an den entsprechenden Waren und Leistungen zuzüglich der Investitionsausgaben in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Hierzu zählen Ausgaben öffentlicher und privater Quellen (darunter auch die privaten Haushalte) für medizinische Leistungen und Waren, Programme zur Förderung von öffentlicher Gesundheit und Prävention sowie die Gesundheitsverwaltung.[13 S. 158]*

Bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben in Deutschland folgt das Statistische Bundesamt weitgehend dieser Definition. Sie wird auch bei der Berechnung der Gesundheitsausgabedaten in anderen Ländern herangezogen, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Zudem werden die Gesundheitsangaben aller Länder in US-Dollar umgerechnet.

Um die unterschiedliche Kaufkraft der einzelnen Länderwährungen für den Vergleich zu berücksichtigen, werden die Daten bei der Ergebnispräsentation häufig in US-\$-Kaufkraftparitäten (KKP) angegeben. Die Gesundheitsausgaben werden für den internationalen Vergleich üblicherweise entweder als Anteil des Bruttoinlandsprodukt (BIP) oder als Pro-Kopf-Ausgaben dargestellt.

### 1.1.2 Gesundheitsausgaben in Deutschland von 1992 bis 2011

In der öffentlichen Wahrnehmung wird der Kostenanstieg in Deutschland bei den Gesundheitsausgaben häufig als „Kostenexplosion“ bezeichnet. Inwiefern diese Einstufung realitätsnah ist, kann durch die Angaben des Statistischen Bundesamtes überprüft werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgt die kritische Auseinandersetzung mit der Thematik steigender Gesundheitsausgaben auf der Basis von offiziellen, nachprüfbaren Zahlen und Statistiken.

Eine vollständige, differenzierte Auflistung der Gesundheitsausgaben für den Zeitraum von 1992 bis 2011 ist dem Anhang beigelegt (Anhang III). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Gesundheitsausgaben von 158.656 Millionen Euro im Jahr 1992 auf 293.801 Millionen Euro im Jahr 2011 gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung um 82,2 Prozent für diesen Zeitraum (Abbildung 1).

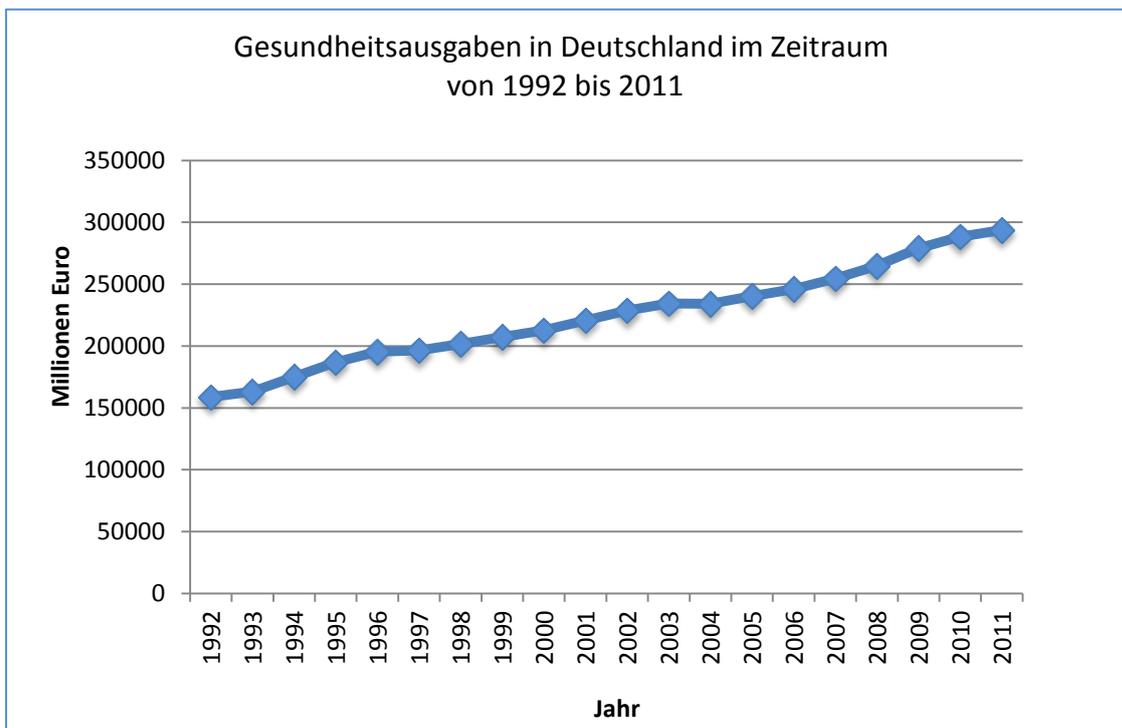


Abbildung 1: Eigene Grafik unter Verwendung von offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden, 2013[14].

Mehr Aussagekraft als der prozentuale Vergleich zwischen den Gesundheitskosten im Jahr 1992 und 2011 bietet die Berechnung der durchschnittlichen Wachstumsrate in diesem Zeitraum (Compound Annual Growth Rate, CAGR) nach folgender Formel:[15 S. 166]

$$CAGR = \sqrt[n]{\left(\frac{WertEndjahr}{WertAnfangsjahr}\right)} - 1$$

Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (= Steigerungsrate) sagt aus, um wie viel Prozent die Gesundheitsausgaben durchschnittlich pro Jahr in diesem Zeitraum gestiegen sind.

$$CAGR = \sqrt[19]{\left(\frac{293801}{158656}\right)} - 1$$

$$= 0,03296 \cong 3,3\%$$

Im Zeitraum von 1992 bis 2011 sind die Gesundheitsausgaben durchschnittlich pro Jahr um 3,3 Prozent gestiegen. Dieser Wert soll im Folgenden mit der durchschnittlichen Teuerungsrate (Inflationsrate) für den gleichen Zeitraum verglichen werden. Die durchschnittliche Inflationsrate für diesen Zeitraum errechnet sich als geometrischer Mittelwert der jährlichen Inflationsraten. Die jährlichen Inflationsraten werden von der OECD veröffentlicht.[16] Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Inflationsrate im Zeitraum von 1992 bis 2011 von **1,49 Prozent**.

Im mathematischen Sinne dürfen die durchschnittliche Wachstumsrate für die Gesundheitsausgaben und die durchschnittliche Inflationsrate nicht direkt mittels einer Differenzbildung miteinander verrechnet werden. Der Vergleich dieser beiden Durchschnittswerte lässt allerdings einen Trend erkennen: Die Gesundheitsausgaben sind im Zeitraum von 1992 bis 2011 deutlich stärker gestiegen als die allgemeine Teuerung. Dieser Trend wird auch ersichtlich, wenn man die jährlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben mit den jährlichen Inflationsraten grafisch vergleicht (Abbildung 2). Dazu wurde mittels einer EXCEL-Tabelle das jährliche Wachstum der Gesundheitsausgaben jeweils im Vergleich zum Vorjahr berechnet.

Die Berechnung der jährlichen Wachstumsraten für Gesundheitsausgaben erfolgte auf Basis der absoluten Gesundheitsausgaben in Euro, die vom Statistischen Bundesamt für jedes Jahr veröffentlicht werden.[17] Die jährliche Inflationsrate wird von der OECD bekanntgegeben.[16] Die Darstellung beginnt in der Grafik ab dem Jahr 1993. Dies hat folgenden Grund: Die Wachstumsraten für Gesundheitsausgaben beziehen sich jeweils auf das Vorjahr. Die erste Wachstumsrate kann daher für den Zeitraum von 1992 bis 1993 angegeben werden.

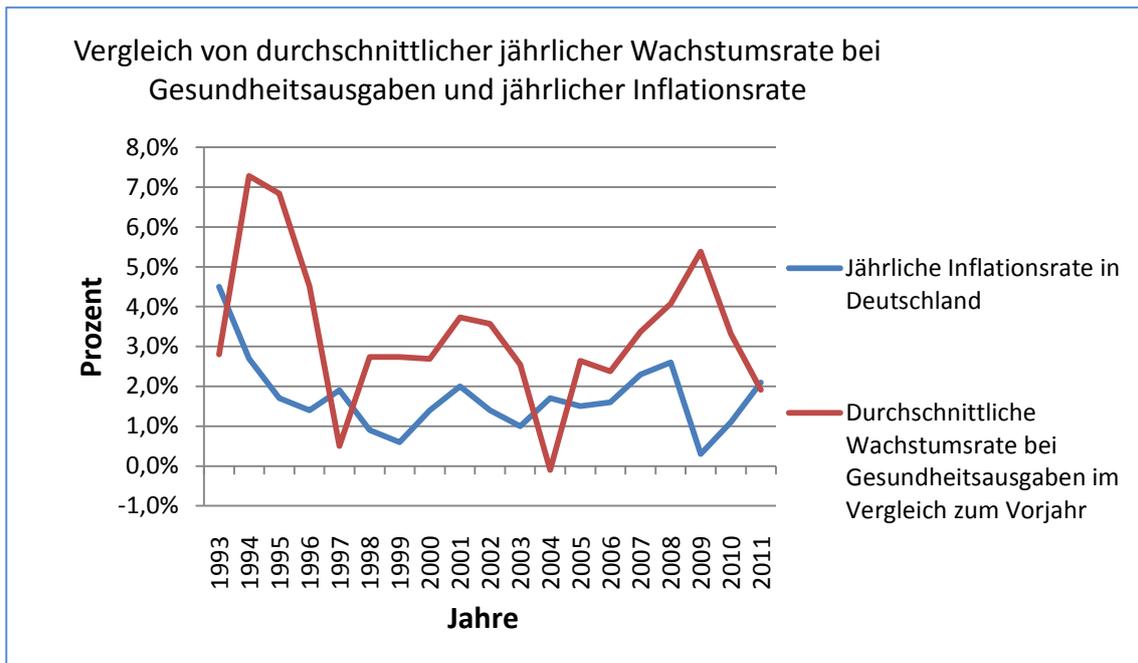


Abbildung 2: Eigene Grafik unter Verwendung von offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes[17] und der OECD[16].

Insgesamt wird ersichtlich, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Zeitraum von 1992 bis 2011 tatsächlich deutlich gestiegen sind. Nach bisher nicht amtlich bestätigten Schätzungen, setzt sich dieser Trend auch bis zum Jahr 2013 fort. Von einer „Kostenexplosion“ kann man dagegen nicht sprechen.

### 1.1.3 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich von 1992 bis 2011

Steigende Gesundheitsausgaben treten nicht nur in Deutschland auf. Der Vergleich der Gesundheitsausgaben in verschiedenen Ländern der OECD (Abbildung 3) zeigt, dass auch andere Länder in unterschiedlichem Ausmaß von dieser Entwicklung betroffen sind. Die in Abbildung 3 aufgeführten Staaten stehen dabei exemplarisch für einen Trend, der bis zum Jahr 2009 bei den meisten OECD-Staaten zu beobachten war. Dies belegen die zugrundeliegenden Daten, welche im Anhang dieser Arbeit beigelegt sind (Anhang IV). Ab dem Jahr 2009 zeigten sich divergente Entwicklungstendenzen: Während in manchen OECD-Staaten wie den USA, Frankreich oder Deutschland die Pro-Kopf-Ausgaben weiter anstiegen, kam es bei anderen Ländern wie beispielsweise Italien oder dem Vereinigten Königreich zu einer Stagnation oder Absenkung. Wie viel ein Land für Gesundheit ausgeben kann, hängt wesentlich von der wirtschaftlichen Situation ab. Die globale Banken- und Finanzkrise seit dem Jahr 2007 wirkte sich spürbar auf die Gesundheitsausgaben aus. In Ländern wie Griechenland oder Irland, die besonders stark von dieser Krise betroffen waren, sanken die Ausgaben für Gesundheit am stärksten.[18]

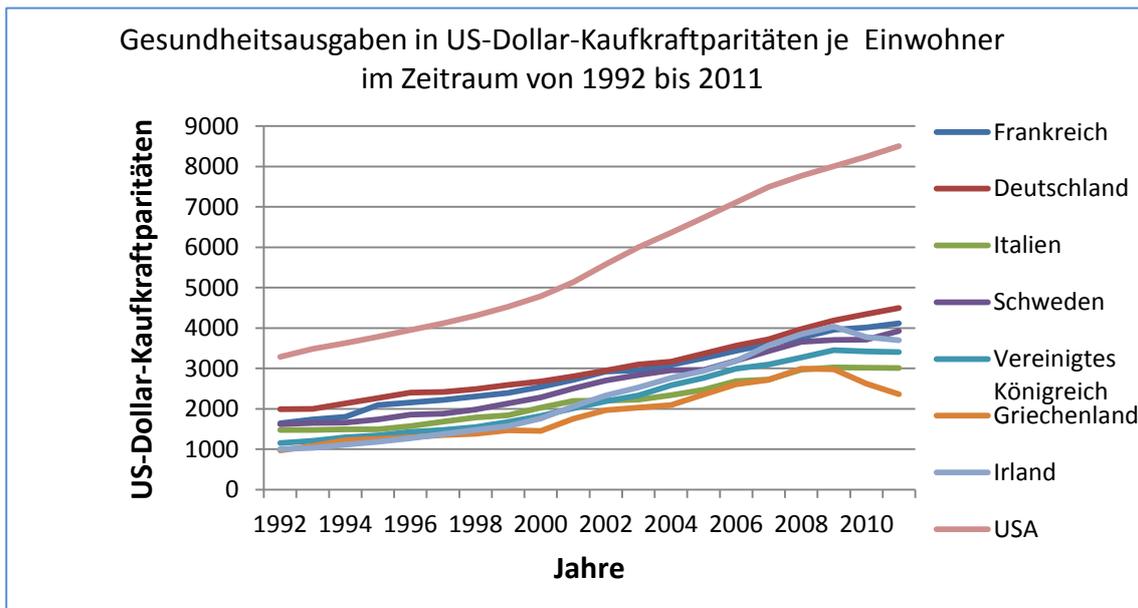


Abbildung 3: Eigene Grafik unter Verwendung von offiziellen Angaben der OECD[25].

In einer solchen Situation, in der es durch wirtschaftliche Probleme zu einem Einbruch der finanziellen Mittel für Gesundheit kommt, sind Szenarien knapper Ressourcen gut vorstellbar. Auch wenn dies derzeit für Deutschland noch nicht zutrifft, zeigen diese Daten die generelle Abhängigkeit der medizinischen Versorgungslage von der wirtschaftlichen Situation. Durch tiefgreifende Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung, wie sie für Deutschland in den kommenden Jahrzehnten von einigen Experten erwartet werden, kann die Wirtschaftskraft stark beeinträchtigt werden. Spätestens dann würde der Bedarf im Gesundheitswesen die finanziellen Möglichkeiten übersteigen, sodass es zu Problemen durch knappe finanzielle Ressourcen im Gesundheitssektor kommen würde.

#### 1.1.4 Demografischer Wandel in Deutschland

Der Begriff „demografischer Wandel“ bezeichnet Veränderungen in Anzahl und Struktur der Bevölkerung.[19] Nach Prognosen der Zwölften Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, wird in Deutschland in den kommenden Jahrzehnten ein Rückgang und eine Alterung der Bevölkerung stattfinden.[20] Ende des Jahres 2008 lebten etwa 82 Millionen Menschen in Deutschland. Im Jahr 2060 werden es nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes nur noch 65 bis 77 Millionen sein.[20] Dieser Rückgang entsteht dadurch, dass die Anzahl der Sterbefälle die Anzahl der Geburten kontinuierlich und zunehmend übersteigt. Dies wird auch als sogenanntes Geburtendefizit bezeichnet. Die Abnahme der Bevölkerungszahl bedingt vor allem Probleme für die Bereitstellung flächendeckender öffentlicher Kapazitäten im Gesundheitswesen[8 S. 3].

Beispielsweise haben kleinere Kliniken bereits heute oftmals Probleme, kostendeckend arbeiten zu können. Bei einem weiteren Rückgang der Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet solcher Kliniken, würde die kostenintensive Infrastruktur im Verhältnis zur schwindenden Bevölkerungsdichte zunehmend Probleme der Finanzierung verursachen. Kleinere Kliniken werden derzeit und zukünftig vermutlich noch häufiger geschlossen und die medizinische Versorgung in größeren Kliniken konzentriert. Davon sind auch die niedergelassenen Ärzte betroffen, da eine ortsnahe und damit persönlichere Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor erschwert wird.

Aufgrund des Geburtendefizits und durch die Alterung der gegenwärtig hohen Anzahl von Menschen mittleren Alters, wird zudem eine Veränderung der Altersstruktur einsetzen.[20] Dazu trägt auch die stetig zunehmende Lebenserwartung bei. Im Jahr 2008 waren etwa 20 Prozent der Menschen älter als 65 Jahre. Schätzungen zufolge werden es im Jahr 2060 etwa 34 Prozent sein (Abbildung 4). Auch die Zuwanderung von Menschen aus anderen Staaten nach Deutschland wird das Geburtendefizit nicht kompensieren können.[20]

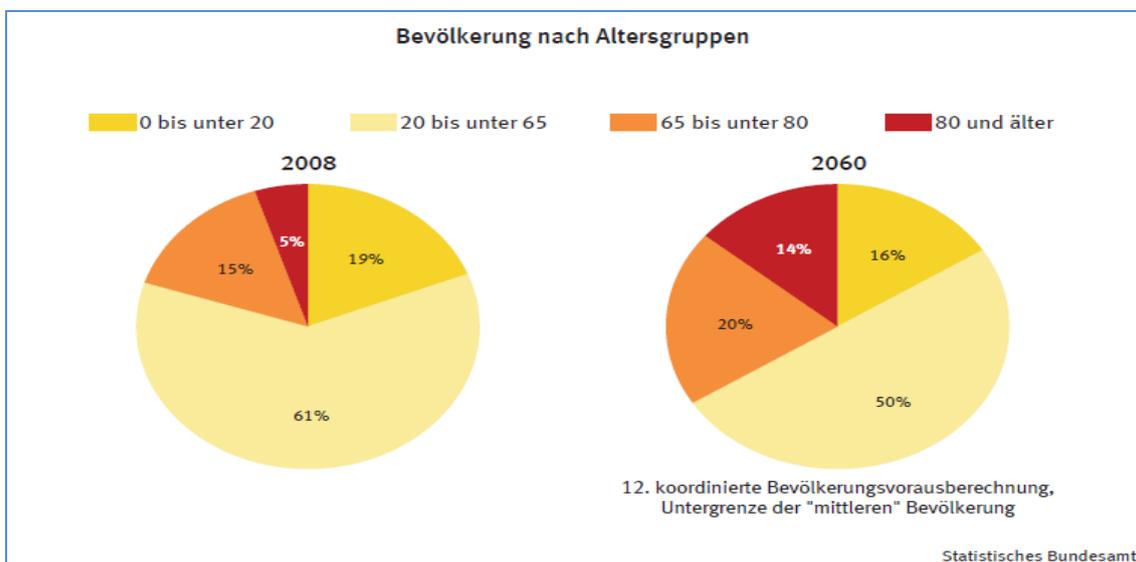


Abbildung 4: Bevölkerung nach Altersgruppen. Statistisches Bundesamt[20 S. 16].

Inwiefern diese Veränderungen Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben haben werden, ist umstritten. Dazu existieren zwei entgegengesetzte Einschätzungen. Der „Medikalisierungsthese“ zufolge, wird die Alterung der Gesellschaft einen Anstieg der Gesundheitsausgaben verursachen. Die Grundannahme dieser Hypothese ist, dass die Morbidität mit dem Alter steigt und mit dem demografischen Wandel der Anteil der Morbidität in der Gesamtbevölkerung insgesamt zunimmt. Die gesteigerte Morbidität geht mit steigenden Gesundheitsausgaben einher.[21]

Dementgegen steht die „Kompressionsthese“, welche nicht von einer Steigerung der Gesundheitsausgaben trotz der Alterung der Gesellschaft ausgeht. Gemäß dieser These, wird durch zunehmendes Lebensalter die Morbidität im Laufe des Lebens nur auf spätere Lebensjahre verschoben. Die Morbidität nimmt aber insgesamt dadurch nicht zu, sodass keine Steigerung der Gesundheitsausgaben zu erwarten ist.[21]

Welche dieser beiden Thesen eher zutrifft, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Für keine ist ausreichend Evidenz festzustellen.[22]. Ein positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft und steigenden Gesundheitsausgaben erscheint allerdings plausibel. Dies soll anhand eines Beispiels demonstriert werden: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes nehmen die Krankheitskosten ab dem 65. Lebensjahr deutlich zu (Abbildung 5).

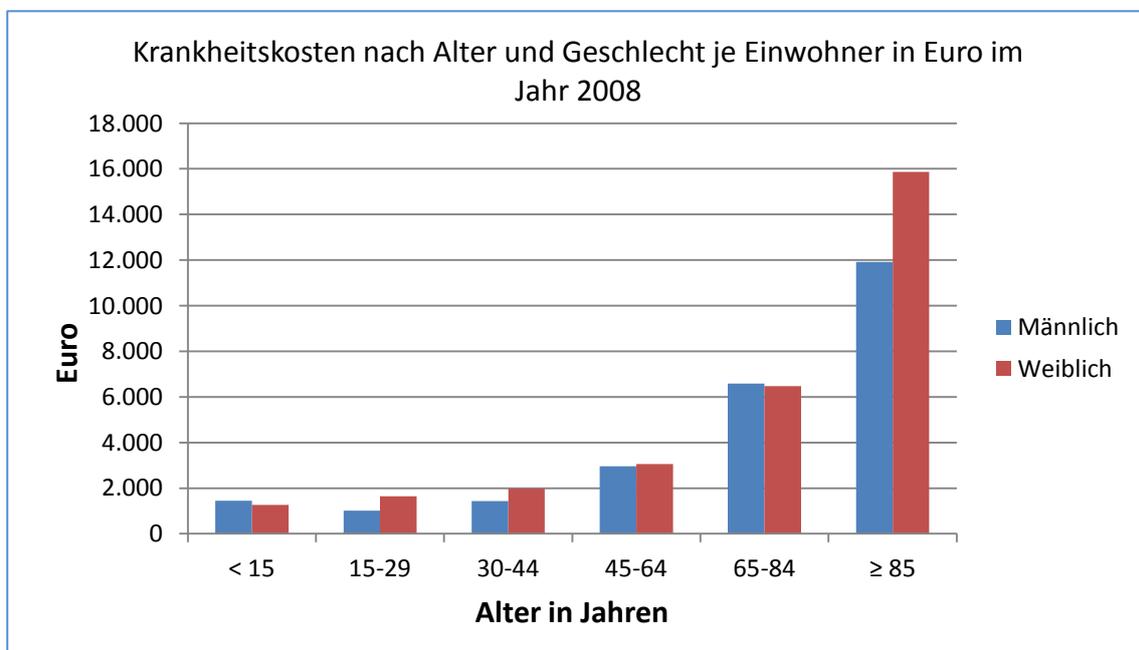


Abbildung 5: Eigene Grafik unter Verwendung von offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes[23].

„Unter Krankheitskosten versteht man die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen Ausgaben. Hierzu zählen auch sämtliche Verwaltungskosten.“[24 S. 195] Die Krankheitskosten machen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes den Großteil der Gesundheitsausgaben aus und liegen etwa zehn Milliarden Euro niedriger als die gesamten Gesundheitsausgaben[24 S. 195]. Die Gesundheitskosten werden maßgeblich durch die Altersgruppen ab dem 65. Lebensjahr verursacht. Wenn der Anteil dieser Altersgruppe im Rahmen des demografischen Wandels zunimmt, ist daher auch die Steigerung der Gesundheitskosten und damit der gesamten Gesundheitsausgaben gut vorstellbar.

Der demografische Wandel betrifft zudem nicht nur die Ausgabenseite, sondern könnte vor allem auch aufgrund sinkender Einnahmen eine Herausforderung darstellen. Schließlich wird nach Einschätzung des Statistischen Bundesamtes die Bevölkerung im Erwerbsalter besonders stark schrumpfen. Die Altersspanne von 20 bis 65 Jahren wird derzeit als Erwerbsalter bezeichnet. Während heute noch etwa 50 Millionen Menschen dieser Altersgruppe angehören, könnten es im Jahr 2060 nur noch 33 Millionen sein.[20] Dadurch müssen immer weniger Beitragszahler immer mehr Leistungsempfänger finanzieren, was die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme vor große Schwierigkeiten stellen könnte. Der Anteil des demografischen Wandels an der Steigerung der Gesundheitsausgaben in den letzten 30 Jahren wird in der überwiegenden Mehrheit der wissenschaftlichen Veröffentlichungen als gering eingeschätzt.[3] Die maßgeblichen Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur werden sich allerdings erst in den kommenden Jahrzehnten vollziehen. Der demografische Wandel könnte zukünftig in Deutschland dann eine maßgebliche Herausforderung für die finanzielle Situation der GKV darstellen, vor allem im Hinblick auf die Einnahmeseite.

### **1.1.5 Medizinisch-technischer Fortschritt**

Die Bundesregierung bezeichnet in einer öffentlichen Stellungnahme den medizinisch-technischen Fortschritt als maßgeblichen Einflussfaktor für die Steigerung der Gesundheitsausgaben.[3] Tatsächlich existieren in der Forschung bisher nur wenige Untersuchungen, die den Erklärungsanteil des medizinisch-technischen Fortschritts untersuchen.[8] Okunade führt dies auf zwei grundlegende Probleme zurück:[25] Erstens ist das Verständnis des technische-Fortschritts aufgrund seiner Vielschichtigkeit nur vage und unklar. Es ist daher schwierig, geeignete Indikatoren für die Messung seines Ausmaßes zu bestimmen. Zweitens sind die dazu verfügbaren Daten äußerst knapp und oft nur schwer zu erheben.[8] Wie hoch man den Anteil des medizinisch-technischen Fortschritts an der Steigerung der Gesundheitsausgaben beziffert, hängt stark von seiner Definition ab. Verschiedene Studien legen eine jeweils unterschiedliche Definition des medizinisch-technischen Fortschritts zugrunde und gelangen daher zu überwiegend unterschiedlichen Ergebnissen. Ob der medizinisch-technische Fortschritt also faktisch einen derart hohen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben hat, kann derzeit nicht sicher bewertet werden. Insgesamt kann der Anteil des medizinisch-technischen Fortschritts auch kaum getrennt von der demografischen Entwicklung betrachtet werden, da sich beide wechselseitig beeinflussen:

Der medizinisch-technische Fortschritt begünstigt eine zunehmende Alterung der Bevölkerung, was sich in höheren Gesundheitsausgaben niederschlägt. In einer alternden Bevölkerung steigt andererseits mit der Zunahme von Morbidität und chronischen Erkrankungen der Bedarf für medizinisch-technischen Fortschritt.[2]

## 1.2 Strategien im Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen

In einem staatlich regulierten Gesundheitssystem können im Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen grundsätzlich drei verschiedene Strategien angewendet werden (Abbildung 6): **Rationalisierung** (Effizienzsteigerung), eine **weitere Erhöhung der Finanzmittel** und **Rationierung** (Leistungsbegrenzung).[26] Dabei werden diese Begriffe in der öffentlichen Diskussion nicht selten verwechselt oder höchst unterschiedlich definiert. Im Folgenden sollen daher die einzelnen Strategien im Umgang mit knappen Mitteln vorgestellt und hinsichtlich ethischer und ökonomischer Überlegungen bewertet werden. Häufig fällt in der öffentlichen Debatte um knappe finanzielle Ressourcen auch der Begriff der „**Priorisierung**“. Auch dieser Begriff wird dabei häufig fehlgedeutet. Daher erfolgt abschließend eine Begriffsklärung zur Priorisierung.

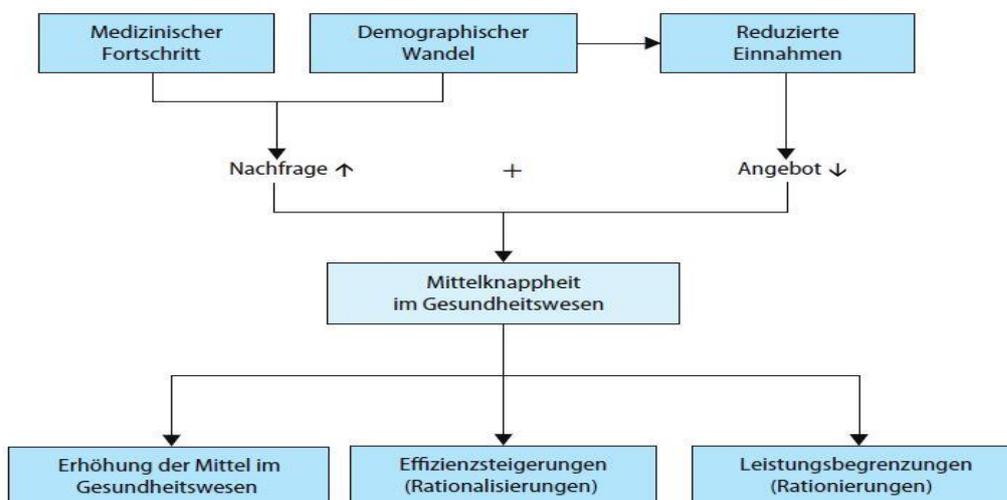


Abbildung 6: Bedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit. Entnommen aus[26].

### 1.2.1 Rationalisierung (Effizienzsteigerung)

Unter Rationalisierung wird eine Steigerung der Effizienz verstanden. Diese kann erreicht werden, indem das gleiche Ergebnis durch einen geringeren Aufwand oder ein besseres Ergebnis mit dem gleichem Aufwand erzielt wird. Ob und in welchem Umfang das Gesundheitswesen in Deutschland durch Effizienzsteigerungen noch Einsparpotenzial ausschöpfen könnte, wird kontrovers diskutiert.

Augurzky et al. kommen zu dem Ergebnis, dass durch die Mobilisierung von Effizienzreserven in der stationären und ambulanten Versorgung, sowie auf dem Arzneimittelmarkt, insgesamt etwa 5,4 bis 9,5 Prozent der Gesamtkosten der GKV eingespart werden könnten.[27] In einer Umfrage unter Klinikärzten in Deutschland signalisierte die Mehrheit der Befragten eine grundsätzliche Bereitschaft zur Rationalisierung. Jedoch wurden keine weiteren Einsparmöglichkeiten durch eigenes wirtschaftlicheres Handeln gesehen, da die Wirtschaftlichkeitsreserven bereits jetzt weitgehend ausgeschöpft seien.[11]

Rationalisierungen sind aufwendig, da sie häufig strukturelle Veränderungen erfordern. Diese sind meist nur mit einer zeitlichen Verzögerung realisierbar und bieten keine Erfolgsgarantie. Rationalisierungen ermöglichen zudem meist nur einmalige und im Umfang begrenzte Einsparmöglichkeiten, die gegenüber den kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben nur wenig ins Gewicht fallen.[26] Rationalisierungen als alleinige Strategie sind daher nicht ausreichend, um die steigenden Gesundheitsausgaben zu kompensieren.

### **1.2.2 Erhöhung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen**

Deutschland liegt im Vergleich mit anderen OECD-Staaten bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit nur im Mittelfeld.[28] Daher ist es zunächst nachvollziehbar, wenn Ärzte in Deutschland eine Erhöhung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen befürworten. In der Fragebogenstudie von Strech et al. sprachen sich deutlich mehr als die Hälfte aller befragten Klinikärzte dafür aus, durch höhere Krankenkassenbeiträge oder einen höheren finanziellen Eigenanteil der Patienten zusätzliche Mittel für den Gesundheitssektor bereitzustellen.[11]

Die Forderung nach einer besseren finanziellen Ausstattung ist allerdings nicht unproblematisch, da die für das Gesundheitswesen bereitgestellten Mittel mit denen anderer sozialstaatlicher Bereiche, wie etwa Bildung oder Umweltschutz, konkurrieren. Eine Anhebung der finanziellen Mittel müsste daher unter den gegebenen Rahmenbedingungen mit Einschränkungen in anderen wichtigen sozialen Bereichen einhergehen.[26] Überdies bleibt zu bedenken, dass ein „Versorgungsmaximalismus“ für alle verfügbaren präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen weder ökonomisch noch ethisch vertretbar wäre.[26 S. 890]

### 1.2.3 Rationierung (Leistungsbegrenzung)

Eine allgemein anerkannte Definition von Rationierung im Gesundheitswesen liegt bislang nicht vor. Dies führt nicht selten zu Verständigungsproblemen, wenn über Rationierung in der gesundheitspolitischen Debatte diskutiert wird. Daher ist der Begriff in der öffentlichen Wahrnehmung stark negativ besetzt, was eine sachliche Diskussion erschwert. Um diesen Effekt zu vermeiden, kann stattdessen auch von „Leistungsbegrenzung“ gesprochen werden.[26] In der vorliegenden Arbeit wird unter Rationierung das Vorenthalten einer medizinisch nützlichen Maßnahme aus Kostengründen verstanden.[29] Eine Maßnahme ist dann als nützlich anzusehen, wenn durch sie die Lebenserwartung und/oder die Lebensqualität des Patienten verbessert werden.[26] Abhängig davon, auf welcher Entscheidungsebene Rationierungen beschlossen werden, kann man zwei Rationierungsformen unterscheiden:

Bei der **expliziten Rationierung** werden durch die Planungsebenen des Gesundheitswesens allgemein verbindliche, ausdrücklich festgelegte Kriterien vorgegeben, nach denen ein Ausschluss von Leistungen oder eine Eingrenzung von Indikationen erfolgt. Dies kann beispielsweise durch die Anwendung von Versorgungsstandards oder die Begrenzung des Leistungskatalogs in der GKV umgesetzt werden.[26] Bei der **impliziten Rationierung** erfolgen Leistungsbegrenzungen dagegen als nicht öffentliche Einzelfallentscheidungen, die direkt durch den Arzt oder eine andere Instanz getroffen werden müssen. Hierbei liegen keine allgemein verbindlichen Regelungen zugrunde. Beispielsweise kann die Budgetierung im stationären und ambulanten Bereich zu impliziter Rationierung führen, wenn das Budgetvolumen keine bedarfsgerechte Versorgung erlaubt. Auch finanzielle Anreizsysteme können dazu motivieren, Leistungen zu begrenzen.[30]

Eine explizite Rationierung ist aufgrund der ausdrücklich festgelegten Kriterien transparenter und garantiert weitgehend durch die allgemein verbindlichen Regeln, dass alle Patienten in einer vergleichbaren Situation auch gleich behandelt werden. Die explizite Form der Rationierung entlastet zudem das Arzt-Patienten-Verhältnis, da der Arzt nicht dazu gezwungen ist, in Einzelfällen Leistungen zu begrenzen. Ärzte besitzen für solche Entscheidungen weder eine Ausbildung, noch können sie sich bislang an inhaltlichen Vorgaben orientieren. Außerdem können im Rahmen einer expliziten Rationierung durch den Einsatz von Versorgungsstandards und Richtlinien Kosten und Qualität gleichermaßen beeinflusst werden.[8]

Eine implizite Rationierung folgt keinen allgemein verbindlichen Regeln. Dies erlaubt eine größere Flexibilität in der Behandlung, sodass auf Besonderheiten des Einzelfalles eingegangen werden kann.[26] Dagegen ist es aber wahrscheinlich, dass Patienten bei der impliziten Rationierung in vergleichbaren Situationen unterschiedliche Behandlungen erhalten. Beske schreibt dazu: „Die implizite Rationierung ist die ungerechteste und unsozialste Form von Leistungseinschränkung überhaupt. Sie ist zufallsbedingt und wahllos und kann damit gerade denjenigen von Leistungen ausschließen, für den diese Leistungen notwendig und bedarfsgerecht sind.“[30 S. 19] Aus gerechtigkeitsethischen Überlegungen und aus ökonomischer Perspektive stellt die explizite Rationierung die primär gebotene Form der Leistungsbegrenzung bei knappen finanziellen Ressourcen dar. Sie ist in der Praxis aber deutlich schwerer umzusetzen als die implizite Rationierung, welche keine methodisch aufwendige Erarbeitung von Versorgungsstandards und Leitlinien erfordert und auch politisch leichter durchsetzbar ist.[26]

#### **1.2.4 Zum Begriff der Priorisierung**

In der öffentlichen Diskussion über den Umgang mit Mittelknappheit wird häufig auch vom Begriff der „Priorisierung“ Gebrauch gemacht. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) definiert Priorisierung als „(...) die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen.“[2 S. 3] Das Ergebnis von Priorisierung ist eine mehrstufige Rangordnung. Ganz oben in dieser Rangordnung befinden sich Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Datenlage sowie öffentlichem und fachlichem Konsens als unverzichtbar eingestuft werden. Eine Stellung ganz unten in der Rangordnung nehmen jene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein, die nachweislich keinen medizinischen Nutzen erbringen oder mehr schaden als nützen.[2] Die Priorisierung ist keine eigenständige Alternative zu den drei bisher beschriebenen Strategien um Umgang mit knappen Ressourcen. Sie ist der Rationalisierung (Effizienzsteigerung) und der Rationierung (Leistungsbegrenzung) gedanklich vorgeschaltet. Wenn im Zuge der Priorisierung wirkungslose Untersuchungs- und Behandlungsmethoden identifiziert werden, leistet die Priorisierung einen Beitrag zur Rationalisierung. Gleichsam ist eine Priorisierung notwendige Voraussetzung für Rationierungsentscheidungen. Nur nach der Feststellung der Vorrangigkeit kann entschieden werden, auf welche Maßnahmen gegebenenfalls verzichtet werden kann.

### 1.3 Konsequenzen für die ärztliche Versorgung

Wie in 1.1.2 dargestellt wurde, steigen die Gesundheitsausgaben in Deutschland seit Jahren kontinuierlich an und werden dies nach Einschätzung von Experten auch zukünftig tun.[3] Verschiedene qualitative und quantitative Studien aus Europa und den Vereinigten Staaten haben untersucht, wie Ärzte mit einer Situation knapper finanzieller Ressourcen umgehen.[10 , 31 , 32 , 33 , 34 , 35] Dabei lieferten insbesondere die beiden Fragebogenstudien von Hurst et al. Erkenntnisse darüber, welche Strategien von Ärzten bei finanzieller Mittelknappheit angewendet werden.[10 , 33] Aufgrund der zum Teil erheblichen strukturellen Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitssystemen, sind die Ergebnisse der erwähnten internationalen Studien nur bedingt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar. Empirische Erkenntnisse aus Deutschland, wie Ärzte in der täglichen Arbeitspraxis mit knappen Ressourcen umgehen, liegen bisher fast ausschließlich für den stationären Bereich vor.

Boldt und Schöllhorn gelangen in ihrer bundesweiten Fragebogenstudie unter Intensivmedizinern zu dem Ergebnis, dass Leistungen in deutschen Kliniken aus Kostengründen Patienten vorenthalten werden.[9] Wie Klinikärzte mit der Mittelknappheit umgehen, wurde von Strech et al. in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt gezeigt.[36] In einer qualitativen Fragebogenstudie wurden zunächst Chefärzte und leitende Oberärzte aus der interventionellen Kardiologie und der Intensivmedizin zum Umgang mit finanzieller Mittelknappheit in der klinischen Versorgung befragt. Die darauf aufbauende quantitative bundesweite Fragebogenstudie unter Klinikärzten untersuchte, ob und in welchem Ausmaß Ärzte in kardiologischen und intensivmedizinischen Stationen Leistungen aus Kostengründen vorenthalten. In dieser Studie gaben 77 Prozent der befragten Ärzte an, den Patienten nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorzuenthalten (Rationierung). Die große Mehrheit der Ärzte war zudem der Ansicht, dass durch den wachsenden Kostendruck sowohl die eigene Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt wird, als auch die Arzt-Patienten-Beziehung leidet.[11] Diese repräsentative Befragung legt nahe, dass bereits heute Klinikärzte den Patienten medizinisch nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten und sich dadurch negative Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Ärzte ergeben. Ob und in welcher Weise sich durch die festgestellten Rationierungen auch gesundheitliche Nachteile für die Patienten ergeben, war jedoch nicht Gegenstand dieser Studie. Außerdem lassen sich die Ergebnisse der Studie nur begrenzt auf den ambulanten Sektor übertragen.

Die einzige Studie aus Deutschland mit Beteiligung niedergelassener Ärzte stammt von Beske et al.[37] Es handelt sich um eine nicht-repräsentative Leserumfrage im „Deutschen Ärzteblatt“. Darin wurden Ärzte aus der stationären und ambulanten Versorgung dazu befragt, ob sie Leistungen aus Kostengründen vorenthalten und nach welchen Kriterien Leistungen begrenzt werden. 73,1 Prozent der befragten Ärzte gaben an, dass nach ihrer Einschätzung bereits heute Gesundheitsleistungen rationiert werden. In der Studie wurde zwischen niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten differenziert. Eine genaue Betrachtung der Sichtweise der hausärztlich-allgemeinmedizinischen Versorgung erfolgte allerdings nicht. Zudem wurde nicht ermittelt, mit welchen Strategien die Ärzte auf finanzielle Mittelknappheit reagieren und wie häufig Leistungsbegrenzungen erfolgen. Da die Studie inzwischen bereits 14 Jahre zurückliegt, ist ihre Aussagekraft für die heutige Situation außerdem begrenzt. Seit der Studie von Beske et al. haben sich die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen durch verschiedene gesundheitspolitische Steuerungsversuche in den letzten Jahren erheblich verändert.

Ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß auch der ambulante hausärztliche Sektor von einer Mittelknappheit betroffen ist, wurde bislang noch nicht untersucht. Es ist außerdem unbekannt, wie Hausärzte in einer Situation knapper Ressourcen Allokationsentscheidungen treffen und welche der in 1.2 vorgestellten Strategien sie anwenden. Die vorliegende Studie versucht diese Lücke mit Methoden der qualitativen und der quantitativen Sozialforschung zu schließen. Um Lösungsansätze für das ärztliche Handeln unter Mittelknappheit zu entwickeln, müssen neben ökonomischen Aspekten auch ethische Fragen diskutiert werden. Die Klärung dieser Fragen ist von besonderem öffentlichen Interesse, weil die Hausärzte einen Großteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland leisten und eine besondere Steuerungsfunktion im Gesundheitssystem einnehmen.

## 2 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Studie war es, verschiedene Aspekte des Umgangs von Hausärzten mit begrenzten Ressourcen in einer bundesweiten Umfrage zu untersuchen. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass seit Jahrzehnten eine Steigerung der Gesundheitsausgaben in Deutschland zu verzeichnen ist. Die nach Einschätzung von Experten maßgeblichen Gründe für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt, dürften die solidarischen Sicherungssysteme schon in absehbarer Zeit an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen und die Diskrepanz zwischen medizinisch Machbarem und solidarisch Finanzierbarem weiter verschärfen.

In dieser Situation hat die empirische Untersuchung der aktuellen Allokationssituation eine doppelte Bedeutung: Zum einen kann sie zu einer Klärung der politischen Kontroversen beitragen, ob überhaupt und in welchem Ausmaß gegebenenfalls Leistungseinschränkungen („Rationierungen“) bereits heute im deutschen Gesundheitswesen vorkommen. Zum anderen ist sie die Grundlage für die Entwicklung von wissenschaftlich begründeten Lösungsansätzen, die einen medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und ethisch vertretbaren Einsatz der begrenzten Gesundheitsressourcen ermöglichen. Aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen und Finanzierungsmodalitäten müssen dabei die Sektoren des Gesundheitswesens differenziert betrachtet werden. Aktuelle Erkenntnisse über den Umgang von Ärzten mit knappen finanziellen Ressourcen liegen derzeit nur für den stationären Bereich vor. Für die ambulante Versorgung und dort insbesondere für den allgemeinmedizinischen Bereich existieren hingegen keine aktuellen Untersuchungen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine bundesweite Fragebogenstudie unter niedergelassenen Hausärzten in Deutschland durchgeführt. Dabei sollte geklärt werden

- ob und in welchem Ausmaß derzeit Leistungsbegrenzungen in der hausärztlichen Versorgung existieren und welche Strategien im Umgang mit knappen Ressourcen die Hausärzte wählen.
- ob die Ressource Zeit in der hausärztlichen Versorgung bereits heute knapp ist und welche Folgen daraus für die Versorgung entstehen.
- welche Auswirkungen das Steuerungsinstrument der Regressforderungen hat.
- welche Strategien Hausärzte im budgetierten Vergütungssystem entwickeln, um mit den begrenzten Ressourcen umzugehen.

### 3 Methoden

Vor dem Beginn der Datenerhebung wurde die geplante Studie von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München geprüft und nach geringfügigen Modifikationen positiv beurteilt (**Projekt-Nr. 386-12**). Folgendes Schema (Abbildung 7) gibt einen Überblick über den Studienablauf.

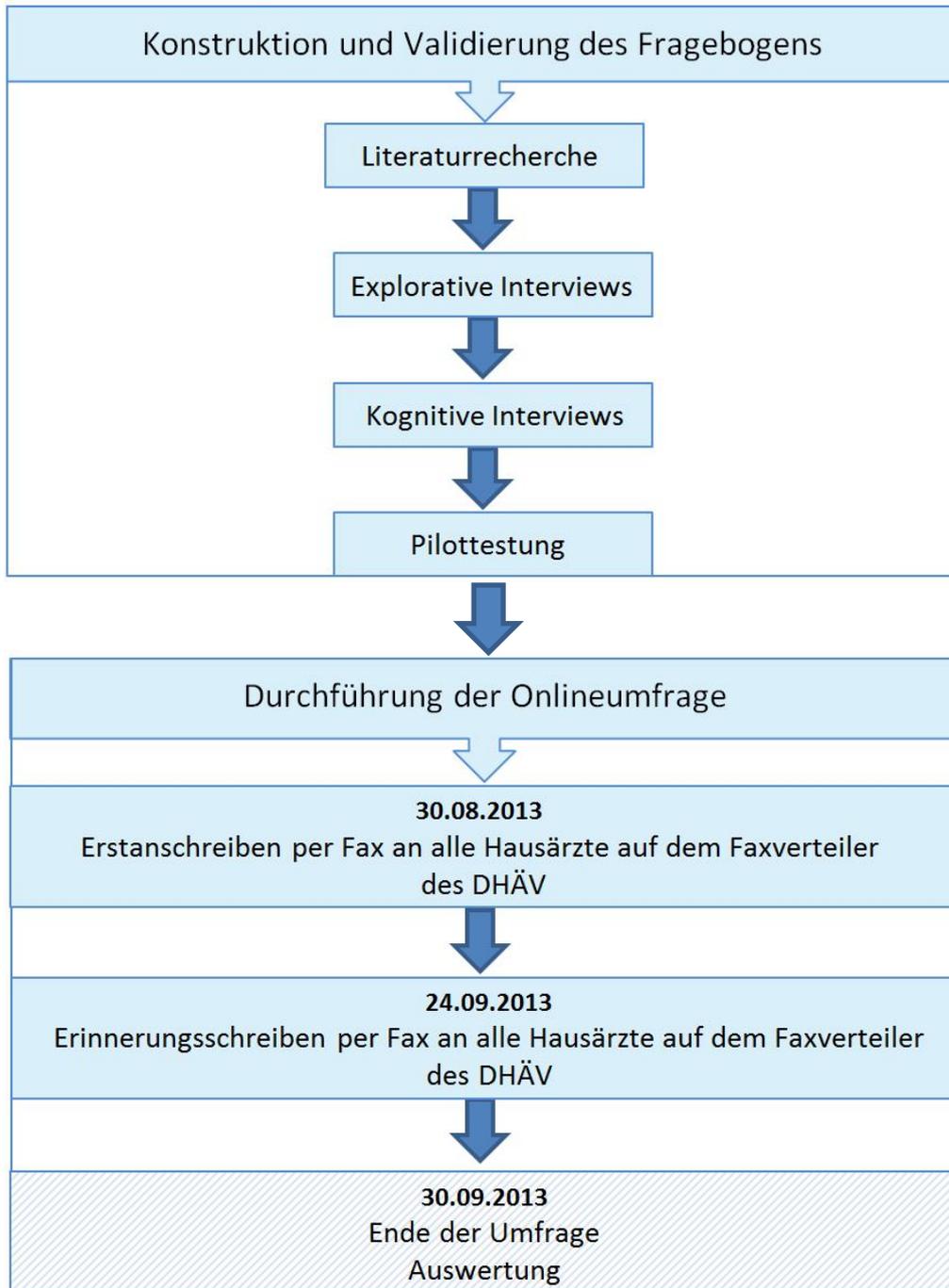


Abbildung 7: Eigene Grafik: Darstellung der Arbeitsschritte der Fragebogenkonstruktion und der Durchführung der Onlineumfrage.

### 3.1 Erstellung und Validierung des Fragebogens

Da bisher kaum Untersuchungen zum Umgang mit knappen Mitteln im hausärztlichen Bereich vorliegen, wurde mit der Durchführung von Leitfadeninterviews zunächst eine explorative Vorgehensweise gewählt. Explorative Studien (englisch: „field research“) kommen als Teilgebiet der Primärforschung zur Anwendung, wenn für ein bisher wenig erforschtes Untersuchungsfeld ein orientierender Überblick geschaffen werden soll: „Explorative Studien stellen einen Sonderfall dar, weil für sie charakteristisch ist, dass der Fall noch nicht bekannt ist, sondern im Verlauf der Untersuchung konstruiert wird. Es empfiehlt sich eine Vorgehensweise, die sich an den Prämissen der Grounded Theory orientiert.“[38 S. 78]

Bei der Grounded-Theory-Methodologie (GTM) handelt es sich um eine von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss begründete Forschungsstrategie der qualitativen Forschung. Hierbei wird Forschung als iterativer Prozess verstanden, bei dem durch einen ständigen Wechsel zwischen Datenerhebung und Datenanalyse eine kontinuierliche Präzisierung der Forschungsfrage erreicht wird.[39] Um Hypothesen für die Fragebogenstudie zu generieren und um ein grundlegendes Verständnis über den Umgang von Hausärzten mit knappen Mitteln zu erhalten, wurden insgesamt neun explorative Leitfadeninterviews mit Hausärzten durchgeführt. Welche Elemente der GTM dabei jeweils zur Anwendung kamen, wird an den einzelnen Schritten der Durchführung und Auswertung der Leitfadeninterviews aufgezeigt.

Auf Grundlage dieser Leitfadeninterviews wurde eine erste Vorversion des Fragebogens entwickelt. Dafür boten auch die Fragebögen zweier Umfragen mit vergleichbarer Zielsetzung eine inhaltliche Orientierung: Strech et al. untersuchten in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Fragebogenstudie den ärztlichen Umgang mit knappen Ressourcen im stationären Bereich.[11] Dieser Studie liegt ihrerseits die internationale Fragebogenstudie von Hurst et al. zugrunde.[10] Unsere Vorversion des Fragebogens wurde vor dem Feldeinsatz durch kognitive Interviews und eine Pilottestung auf Inhaltsvalidität geprüft. Die einzelnen Phasen der Konstruktion und Validierung des Fragebogens sind in Abbildung 7 dargestellt und werden im Folgenden genauer beschrieben.

### **3.1.1 Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Web of Science (ISI Web of Knowledge), MEDLINE/Pubmed, dem Onlinearchiv des Deutschen Ärzteblatts sowie über die Suchmaschine Google. Dabei wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache für den Zeitraum von Januar 1970 bis Dezember 2012 gesichtet. Die Analyse dieser Literatur ermöglichte die Identifizierung relevanter Themenbereiche für die Konstruktion eines Leitfadens für das erste Interview.

### **3.1.2 Interviewleitfaden**

Bei den qualitativen Interviews sollte die Verwendung eines Interviewleitfadens eine strukturierte Befragung der Interviewten sicherstellen. Bei einem Interviewleitfaden handelt es sich um ein schriftlich fixiertes Fragenschema, das dem Interviewer als Grundgerüst während der Befragung dient. In diesem Gerüst werden die wichtigsten Kernfragen festgehalten, sodass die Themenschwerpunkte bei allen Interviews ähnlich sind. Dies war für den späteren Vergleich der Interviews bei der Auswertung essentiell. Gleichzeitig ließ diese halbstrukturierte Interviewführung den Interviewten ausreichend Raum für eigene Ausführungen.

Neben den durch den Leitfaden vorgegebenen Fragen wurden zahlreiche offene Fragen gestellt. Der Interviewleitfaden ist daher „eher eine Richtschnur, die die unbedingt zu stellenden Fragen enthält“ [40 S. 42]. Der Interviewleitfaden ermöglichte somit einen Mittelweg zwischen strukturierter Interviewführung und Flexibilität bei der Fragen- und Themenwahl. Diese Flexibilität war wichtig, da die Interviews primär als exploratives Erhebungsinstrument zur Hypothesengenerierung dienen sollten. Nach jedem Interview wurde der Leitfaden im Sinne einer iterativen Forschungsstrategie modifiziert und dem neuen Erkenntnisstand angepasst. Die ursprüngliche Grundversion des Interviewleitfadens ist dem Anhang beigelegt (Anhang II).

### **3.1.3 Auswahl der Interviewpartner und Durchführung der Interviews**

Die Auswahl der Interviewpartner folgte dem Ansatz des „Theoretical Sampling“ der Grounded-Theory-Methodologie. Beim Theoretical Sampling legen die Erkenntnisse aus der Analyse des vorangegangenen Interviews jeweils die Auswahl des nächsten Interviewpartners nahe. [41] Für die Auswahl der Interviewpartner wird bewusst auf ein vorab bestimmtes Auswahlschema verzichtet. Stattdessen findet die Selektion als eine Kette aufeinander aufbauender Auswahlentscheidungen nach und nach statt. [42]

Für die Interviews wurden insgesamt neun niedergelassene Allgemeinmediziner, eine Frau und acht Männer, ausgewählt (Tabelle 1). Die initiale Kontaktaufnahme erfolgte schriftlich per E-Mail oder Brief.

<b>Nr.</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Praxisort</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Praxisart</b>
1	männlich	Stadt	Bayern	Einzelpraxis
2	männlich	Stadt	Bayern	Einzelpraxis
3	männlich	Stadt	Bayern	Gemeinschaftspraxis
4	männlich	Stadt	Bayern	Gemeinschaftspraxis
5	männlich	Ländlicher Raum	Bayern	Einzelpraxis
6	männlich	Ländlicher Raum	Bayern	Gemeinschaftspraxis
7	männlich	Ländlicher Raum	Bayern	Gemeinschaftspraxis
8	weiblich	Großstadt	Sachsen	Gemeinschaftspraxis
9	männlich	Großstadt	Sachsen	Gemeinschaftspraxis

Tabelle 1: Interviewpartner der explorativen Interviews

Das erste Interview (Nr. 1) wurde mit einem Hausarzt, der eine städtische Einzelpraxis betreute, durchgeführt. Für einen adäquaten Vergleich wurde die identische Struktur auch für das zweite Interview (Nr. 2) gewählt. Um mögliche Unterschiede zwischen Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen in der Stadt feststellen zu können, wurde das dritte (Nr. 3) und vierte (Nr. 4) Interview mit Hausärzten in verschiedenen Gemeinschaftspraxen geführt. Als möglicher relevanter Einflussfaktor wurden Unterschiede zwischen Stadt und Land angenommen. Daher wurden drei weitere Interviews (Nr. 5, Nr. 6, Nr. 7) mit Hausärzten geführt, die ihre Einzel- oder Gemeinschaftspraxis im ländlichen Raum betreiben. Zwei dieser Praxen befanden sich in Gebieten, in denen laut der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) ein „Hausarztmangel“ vorliegt. Um mögliche Unterschiede zwischen den Bundesländern herauszuarbeiten, wurden abschließend zwei Interviews (Nr. 8, Nr. 9) im Bundesland Sachsen durchgeführt. Insgesamt wurde mit dieser Auswahl versucht, eine möglichst vollständige Diversifikation im Hinblick auf Praxisort und Praxisart zu erreichen.

Vor dem Interview wurden die Teilnehmer über die Untersuchungsziele der Studie und den Schutz ihrer Daten informiert. Die Teilnehmer bestätigten schriftlich ihre Genehmigung für die Aufzeichnung der Interviews auf Tonband. Im Interview wurden die Allgemeinmediziner anhand des jeweiligen Leitfadens zu ihren Erfahrungen im

Umgang mit begrenzten Ressourcen im hausärztlichen Bereich befragt. Nach dem neunten Interview wurde vorerst eine theoretische Sättigung („theoretical saturation“) erreicht. Dies bedeutet, dass neue Daten durch weitere Interviews keinen substantziellen Wissenszuwachs mehr lieferten.[39] Daher wurden keine weiteren Interviews durchgeführt und mit einer abschließenden Auswertung begonnen.

### **3.1.4 Auswertung der qualitativen Leitfadeninterviews**

Ein Teil der Auswertung fand in einer Art Kreisprozess (Abbildung 8) bereits gleichzeitig mit der Datenerhebung statt.[43] Jeweils direkt nach einem Interview wurden Notizen („Memos“) über den neu erreichten Erkenntnisfortschritt angelegt. Darin wurden die Interviews kurz zusammengefasst und weiterführende Fragen und Forschungsideen notiert. Dabei war es von besonderer Wichtigkeit, dass die Memos kontinuierlich nach jeder neuen Datenerhebung erstellt wurden. Das Anfertigen von Memos stellt ein zentrales Element der Grounded-Theory-Methodologie dar.[41 S. 45] Durch Vergleiche zwischen den Memos wurden die relevanten Themenbereiche zunehmend konkretisiert.

Zur abschließenden Auswertung wurden die Interviews mithilfe der Tonbandaufzeichnungen schriftlich zusammengefasst. Da die Interviews allein der Exploration und Hypothesengewinnung dienten, wurde mit Blick auf die zeitliche Beschränkung des Projektes auf eine vollständige Transkription verzichtet. Die Interviews wurden inhaltlich verglichen und in einer Teamsitzung unter den Institutsmitarbeitern diskutiert. Daraus ließen sich wertvolle Schlüsse für die Konstruktion des Fragebogens ziehen.

Auf Grundlage der Memos und den daraus entstandenen Hypothesen, sowie der abschließenden Teamsitzung, konnte eine erste Vorversion des Fragebogens konstruiert werden. Für einen ersten Schritt der Inhaltsvalidierung, wurde diese in kognitiven Interviews geprüft.

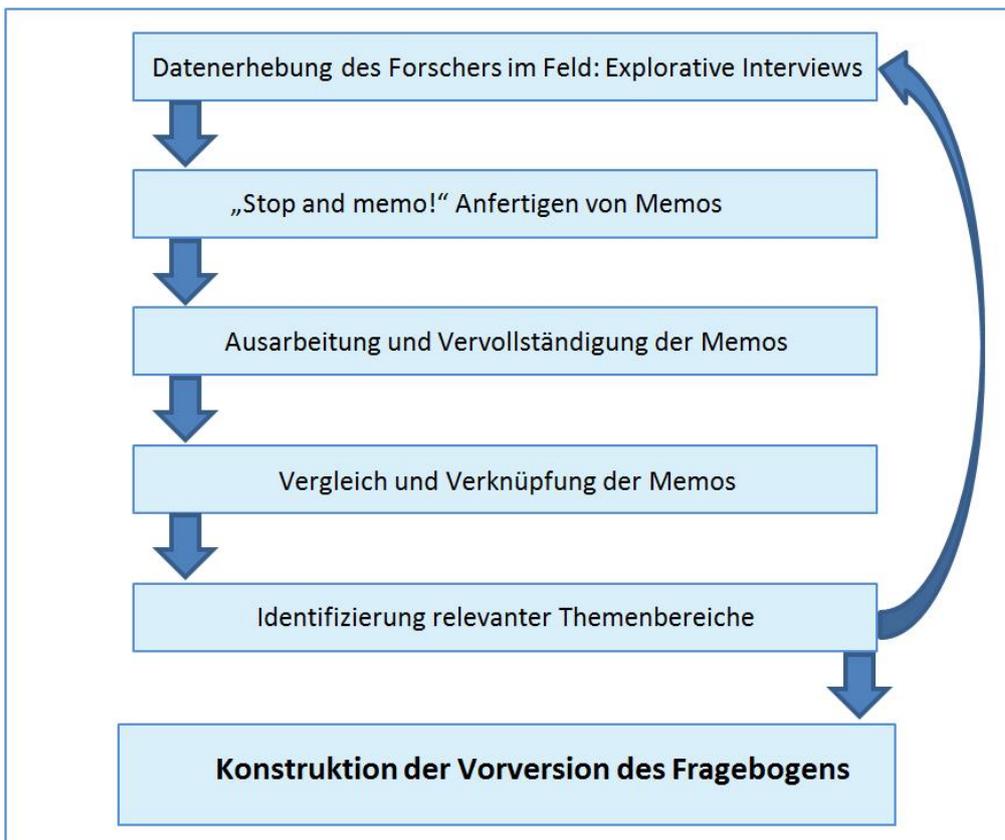


Abbildung 8: Modifiziert nach Mayring[44 S. 106]: Kreisprozess der Auswertung

### 3.1.5 Kognitive Interviews

Als ersten Schritt zur Inhaltsvalidierung des Fragebogens führte das Institut für Allgemeinmedizin (Ifam) an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf, als Kooperationspartner der Studie, kognitive Interviews mit Hausärzten durch. Bei kognitiven Interviews handelt es sich um eine besondere Interviewform, bei der Einblicke in die kognitiven Prozesse der Befragten, die beim Beantworten der Fragen ablaufen, gewonnen werden sollen. Insbesondere bei der Entwicklung eines Fragebogens stellen kognitive Interviews ein effizientes Werkzeug dar, um potentielle Probleme hinsichtlich der Fragestellung und des Frageverständnisses aufzudecken.[45]

Die Methode der kognitiven Interviews kann durch den Einsatz verschiedener Techniken umgesetzt werden. Eine dieser Techniken wird als „Technik des lauten Denkens“ („Thinking aloud“) bezeichnet. Bei einem „Thinking aloud“ soll die Testperson jeweils eine Frage des Fragebogens laut vorlesen. Anschließend wird sie gebeten, ihre Gedanken beim Lesen und Beantworten der Frage laut zu formulieren. Der Testleiter bleibt während des Interviews passiv im Hintergrund und protokolliert die geäußerten Formulierungen. Bei entstehenden Pausen kann der Testleiter die Testperson noch einmal zum lauten Denken auffordern. Unsere Kooperationspartner vom Institut für Allgemeinmedizin in Düsseldorf, führten unter Einsatz der „Thinking

aloud“-Technik, vier kognitive Interviews durch. Als Testpersonen stellten sich vier Hausärzte zur Verfügung. Alle waren zum Zeitpunkt der kognitiven Interviews neben ihrer Praxistätigkeit auch Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin in Düsseldorf (Tabelle 2).

Nr.	Geschlecht	Alter [Jahre]	Hausarzt seit [Jahre]	Praxisart
1	weiblich	59	22	Gemeinschaftspraxis
2	männlich	48	10	Gemeinschaftspraxis
3	weiblich	39	3	Einzelpraxis
4	männlich	53	14	Gemeinschaftspraxis

Tabelle 2: Interviewpartner der kognitiven Interviews

Die Testpersonen wurden jeweils einzeln zur Vorversion des Fragebogens interviewt. Vor der Befragung informierte sie der Testleiter über den Testcharakter des Interviews und gab folgende Instruktionen:

*„Ziel dieses Interviews ist es zu erkennen, wo Sie Probleme bei der Bearbeitung und beim Verständnis des Fragebogens haben. Wir wollen den Fragebogen mit Ihrer Hilfe verbessern. Ihre Antwortkreuze werden nicht ausgewertet. Wichtig sind Ihre Gedanken beim Lesen und Ausfüllen des Bogens. Bitte lesen Sie dazu alles laut vor! Und bitte formulieren Sie alle Gedanken und Überlegungen, die Sie haben, ebenfalls laut!“*

Der Testleiter fasste die Ergebnisse der Interviews schriftlich zusammen und legte sie dem Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin in Düsseldorf vor. Nach einer abschließenden Besprechung wurden die Ergebnisse als Zusammenfassung an unser Institut weitergeleitet. Wir prüften die Vorschläge aus den kognitiven Interviews und überarbeiteten den Fragebogen. Diese überarbeitete Version des Fragebogens wurde im nächsten Schritt an Hausärzte für eine Pilottestung verschickt.

### 3.1.6 Pilottestung des Fragebogens

Zur weiteren Inhaltsvalidierung wurde eine Pilotierung des Fragebogens eingesetzt. Dabei wurden alle Lehrpraxen des Fachbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München gebeten, den Fragebogen zu testen. Der Pilottest der überarbeiteten Version des Fragebogens erfolgte, wie später auch die eigentliche Umfrage, online über die Unipark-Plattform[46]. Die Hausärzte der

Lehrpraxen wurden einerseits durch den Leiter des Fachbereichs für Allgemeinmedizin per E-Mail über die Pilottestung informiert. Außerdem wurde über die Unipark-Plattform eine persönliche Einladungs-E-Mail mit individuellem Teilnehmecode an jeden Hausarzt versendet. Die Pilottestung war im Zeitraum vom 27.07.2013 bis zum 07.08.2013 für die Teilnahme aktiviert. Von den 230 angeschriebenen Hausärzten nahmen 52 am Pilottest teil. 34 Teilnehmer beendeten den Fragebogen vollständig. Dies entspricht einer Beteiligung von 22,61 Prozent und einer Beendigungsquote von 14,78 Prozent. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Teilnehmer des Pilottests:

<b>Geschlecht</b>	<b>[%]</b>
weiblich	24,24
männlich	75,76
<b>Art der Einrichtung</b>	<b>[%]</b>
Einzelpraxis	39,39
Gemeinschaftspraxis	45,45
Praxisgemeinschaft	12,12
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	3,03
<b>Praxisgröße</b> [Anzahl von Scheinen für Patienten, die der Hausarzt persönlich betreut]	<b>[%]</b>
Weniger als 500	0
500-1000	44,12
1001-1500	41,18
Mehr als 1500	14,71

Tabelle 3: Teilnehmer der Pilottestung

Die Pilottester hatten über eine Kommentarfunktion bei jeder Frage die Möglichkeit, Rückmeldungen zu geben. Am Ende des Fragebogens wurden sie noch einmal über ein Freitextfeld nach Problemen bei der Durchführung, Anregungen und Kritik befragt. Die eingetragenen Rückmeldungen wurden direkt gespeichert, sodass eine deskriptive Auswertung der Pilotierung direkt mit der Software der Unipark-Plattform erfolgte.

Die Rückmeldungen aus den Freitextfeldern wurden zusammengefasst und analysiert. Wo es nötig erschien, wurden letzte Anpassungen am Fragebogen vorgenommen. Nach den kognitiven Interviews und der Pilotierung lag nun eine finale, einsatzbereite Version des Fragebogens vor.

### **3.2 Durchführung der Onlineumfrage**

Zur Durchführung der Pilottestung und für die eigentliche Umfrage wurde die kommerzielle Online-Befragungssoftware „EFS Survey“ der Questback GmbH eingesetzt.[46] Durch die Onlinebefragung (Computer Assisted Web Interview, CAWI) über das Internet sollte eine möglichst große Anzahl von Hausärzten erreicht werden. Die dabei von den Fragebogenteilnehmern eingegebenen Daten wurden automatisch gespeichert und konnten direkt in die Auswertungssoftware SPSS Statistics exportiert werden.

#### **3.2.1 EFS Survey Befragungssoftware der Questback GmbH**

Die Questback GmbH hat sich als internationales Unternehmen auf die Durchführung von Onlineumfragen spezialisiert. Für Hochschulen bietet Questback die sogenannte Unipark-Plattform an. Es handelt sich um eine vollständig webbasierte Onlineplattform zur Durchführung von Umfragen im Internet. Die Plattform nutzt die Umfragesoftware „EFS-Survey“. Mit dieser Software ist es möglich, Onlinefragebögen zu organisieren und zu erstellen, Umfragen durchzuführen und eine basale statistische Auswertung vorzunehmen. Um die Software zu nutzen, muss eine kostenpflichtige Lizenz erworben werden.

Nach den kognitiven Interviews lag die überarbeitete Version des Fragebogens zunächst nur in Schriftform als WORD-Dokument vor. Diese musste für die Pilottestung des Fragebogens in eine Onlineversion überführt werden.

Eine Modifikation der Unipark Grundeinstellungen durch „Programmieren“ der Auszeichnungssprache HTML war teilweise nötig, um den Onlinefragebogen an unsere Vorstellungen von Layout und Design anzupassen. Die Pilottestung verlief ohne technische Probleme. Basierend auf den Angaben der Pilottester, wurde der Onlinefragebogen inhaltlich noch einmal abschließend zur finalen Onlineversion überarbeitet. Sie ist dem Anhang beigelegt (Anhang I). Für die Umfrage sicherten wir uns die Rechte für die Domain „<http://www.hausarztumfrage.de>“ des Anbieters „1&1 Internet AG“, welche auf den Fragebogen der Unipark-Plattform umleitete.

#### **3.2.2 Untersuchungskollektiv**

Möglichst viele Allgemeinmediziner aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland sollten die Möglichkeit erhalten, an unserer Umfrage teilzunehmen. Dies sollte durch eine Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausärzterverband (DHÄV) erreicht werden: Der DHÄV verschickte per Fax unser Erst- und Erinnerungsanschreiben mit URL-Link

und Passwort an alle Empfänger des DHÄV-Faxverteilers. In dem Anschreiben wurde über die Ziele und den Ablauf der Fragebogenstudie informiert und die Zugangsdaten zum Fragebogen bereitgestellt. Das Erstanschreiben erfolgte am 30.08.2013, das Erinnerungsschreiben am 24.09.2013. Laut Sendebereich wurden bei beiden Sendungen jeweils 28.409 Faxe erfolgreich übermittelt. Dies entspricht einer Vollerhebung aller Hausärzte auf dem Faxverteiler des DHÄV. Mit den im Fax genannten Zugangsdaten, konnte sich jeder Empfänger des Faxes auf der dafür erstellten Umfrageseite im Internet, <http://www.hausarztumfrage.de> anmelden, um zum Fragebogen zu gelangen. Um eine Selbstselektion der Befragten, zum Beispiel durch zufälligen Besuch der Website, zu vermeiden, wurde die Umfrage durch ein Passwort geschützt. Nur durch die Eingabe des per Fax genannten Passworts war eine Teilnahme an der Onlineumfrage möglich.

### 3.2.3 Onlinefragebogen

Der Fragebogen umfasste insgesamt 59 Items, die auf vier verschiedene Fragenkomplexe aufgeteilt waren (A, B, C, D). Jeder dieser Fragenkomplexe behandelte ein eigenes Thema. Im Fragenkomplex E wurden überdies soziodemographische Merkmale abgefragt (Tabelle 4). Im Fragebogen wurden 49 geschlossene Fragen und zehn offene Fragen verwendet.

Bei den geschlossenen Fragen sollten die Teilnehmer Aussagen mit dem Grad ihrer Zustimmung bewerten. Dazu wurde eine 6-stufige Skala eingesetzt, bei der der Grad der Zustimmung zwischen „ich stimme überhaupt nicht zu“ und „ich stimme voll und ganz zu“ angegeben werden sollte.

Seite	Typ:	N Items
0	Login-Bereich	-
1	Anschreiben, Datenschutz, Kontaktinformationen	-
2	Ausfüllhinweise, Filter: „hausärztlich“ vs. „nicht hausärztlich“ tätig	-
3-7	<b>Fragenkomplex A:</b> Zeitliche Ressourcen	8
8-13	<b>Fragenkomplex B:</b> Regressforderungen	20
14-17	<b>Fragenkomplex C:</b> Auswirkungen des Vergütungssystems	11
18-20	<b>Fragenkomplex D:</b> Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation	20
21	<b>Fragenkomplex E:</b> Soziodemografische Angaben	(12)

Tabelle 4: Inhaltliche Gliederung des Fragebogens

Bei den geschlossenen Fragen handelte es sich um folgende Fragen: A.1, A.7, B.7, B.10, C.1.1, C.4, D.5, D.7.11, D.8, D.10. Unterhalb jeder dieser Fragen wurde im

Fragebogen ein Textfeld platziert. In dieses Textfeld konnten die Teilnehmer freie Angaben zur jeweils darüber stehenden Frage eintragen. Die offenen Fragen sollten als Ergänzung zu den geschlossenen Fragen dienen, um zusätzliche Informationen von den Teilnehmern zu gewinnen.

Auf der Eingangsseite der Onlineumfrage wurden die Teilnehmer der Umfrage nochmals über das Ziel der Umfrage informiert. Die für die Studie verantwortlichen Mitarbeiter wurden namentlich aufgelistet. Durch das Anklicken zweier Links konnten die Teilnehmer Details zu Kontaktinformationen und Datenschutzbestimmungen erfahren. Auf der ersten Seite wurden die Teilnehmer außerdem gebeten, im Menü auszuwählen, ob sie die Datenschutzbestimmungen akzeptieren. Nur wenn die Zustimmung zu den Datenschutzbestimmungen erteilt wurde, konnte im Fragebogen weitergegangen werden.

Auf der nächsten Seite wurden Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens gegeben. Weiterhin sollten die Teilnehmer auf dieser Seite auswählen, ob sie „überwiegend hausärztlich“ oder „überwiegend nicht hausärztlich“ arbeiten. Da unsere Studie explizit den Umgang mit knappen Mitteln im hausärztlichen Bereich untersuchte, sollte der Fragebogen ausschließlich von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen beantwortet werden: Wurde bei dieser Filterfrage die Option „überwiegend nicht hausärztlich“ ausgewählt, wurden die Teilnehmer auf eine gesonderte Seite weitergeleitet. Auf dieser gesonderten Seite wurden diese Teilnehmer gebeten, nicht an der Umfrage teilzunehmen. Ein Voranschreiten im Fragebogen war dann nicht mehr möglich und das Browserfenster konnte nur noch geschlossen werden. Alle Teilnehmer, die hingegen „überwiegend hausärztlich“ selektierten, wurden zu den Fragen weitergeleitet und konnten mit der Umfrage beginnen. Einmal gegebene Antworten konnten solange geändert werden, bis der Teilnehmer zur nächsten Seite weitergegangen war. Ein Zurückblättern im Fragebogen war nicht möglich. Alle Angaben aus den geschlossenen und offenen Fragen wurden automatisch gespeichert. Der vollständige Onlinefragebogen ist im Anhang beigefügt (Anhang I).

### **3.2.4 Teilnahmebereitschaft an der Onlineumfrage**

Über den Verteiler des Deutschen Hausärztesverbandes wurden per Fax 28.409 Einladungen zur Teilnahme an der Onlinebefragung an Hausärzte in Deutschland versendet. Es handelte sich damit um eine Vollerhebung aller Hausärzte auf dem Faxverteiler des Deutschen Hausärztesverbandes. Es begannen 2.054 Teilnehmer mit dem Fragebogen. Insgesamt wurden 1.921 Fragebögen in die Auswertung

aufgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 6,8 Prozent. Niedrige Rücklaufquoten sind bei Studien mit Beteiligung von Allgemeinmedizinern keine Seltenheit.[47]

### **3.3 Statistische Analyse**

#### **3.3.1 Dateneingabe**

Die von den Teilnehmern erfassten Eingaben wurden automatisch auf der Unipark-Plattform gespeichert. Von dort konnten die Daten zu EXCEL und SPSS Statistics exportiert werden. Da die Daten nicht manuell eingegeben werden mussten, sind Fehler bei der Datenübertragung nahezu auszuschließen. Die Daten wurden in SPSS Statistics mit Wertelabels und Variablenlabels versehen. Um fehlende Angaben bei den Berechnungen auszuschließen, wurden die fehlenden Daten definiert.

#### **3.3.2 Datenauswertung**

Alle Analysen wurden vom Autor dieser Arbeit mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics Version 21.0 (IBM Corporation, Somers, NY) durchgeführt. Die Auswertung wurde dabei von einem Diplomstatistiker des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität und einem Diplompsychologen des Instituts für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unterstützt.

##### *3.3.2.1 Datenselektion*

Vereinbarungsgemäß sollten bei der Auswertung nur jene Datensätze von Teilnehmern berücksichtigt werden, die mehr als 50 Prozent aller Fragen beantwortet hatten. Datensätze mit weniger als 50 Prozent beantworteten Fragen wurden als Widerruf gewertet und aus der Wertung genommen. Insgesamt wurden 133 Datensätze aus diesem Grund nicht gewertet. Die laufenden Nummern der ausgeschlossenen Datensätze, sowie die Datensätze selbst, wurden dokumentiert und für eventuelle Rückfragen gespeichert.

##### *3.3.2.2 Datenexploration*

Zunächst wurden die Umfragedaten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf das Vorliegen einer Normalverteilung untersucht: Es ergab sich für alle Variablen eine asymptotische Signifikanz  $< 0,000$ . Somit konnte erwartungsgemäß bei keiner der Variablen eine Normalverteilung angenommen werden. Zusätzlich wurde eine optische Überprüfung der Daten auf Normalverteilung durch Histogramme durchgeführt um das Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests zu bestätigen.

### 3.3.2.3 Deskriptive Auswertung

Für alle soziodemographischen Angaben (Fragenkomplex E) und alle Ergebnisdaten aus dem Fragebogen (Fragenkomplex A-D) wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten berechnet. Für die diskreten Variablen wurden als Lagemaße der Mittelwert und der Median, als Streuungsmaß die Standardabweichung ermittelt. Zur Veranschaulichung der Verteilung wurden die Daten zudem in Form von Balkendiagrammen und Kastendiagrammen grafisch dargestellt.

### 3.3.2.4 Auswertung der offenen Fragen

Die Angaben der Teilnehmer aus den zehn offenen Fragen wurden nach Beendigung des Fragebogens von der Unipark Plattform zu EXCEL exportiert. In die Auswertung gingen alle von den Teilnehmern gemachten Eingaben ein. Aufgrund der erheblichen Datenmenge unterstützte eine Psychologiestudentin mit Erfahrung in der qualitativen Inhaltsanalyse die Auswertung. Vor der eigentlichen Analyse der offenen Fragen erstellten wir ein Konzept für die Auswertung der offenen Angaben (Ablaufmodell). Dieses Konzept orientierte sich methodisch an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.[44] In einem ersten Schritt wurden die Angaben der Teilnehmer gesichtet. Auf Basis der gesichteten Angaben wurden Kategorien für jede der offenen Fragen gebildet und aufsteigend nummeriert. In einer Kategorie wurden Antworten der Teilnehmer gesammelt, die sich inhaltlich entsprachen. Abweichend von diesem Vorgehen wurde Frage A.1 ausgewertet, da bei dieser Frage nur ein Zahlenwert eingetragen werden musste, für den keine inhaltliche Analyse notwendig war.

Der nächste Schritt bestand darin, jede einzelne Angabe der Teilnehmer einer Kategorie zuzuweisen. Insbesondere längere Antworten enthielten zudem häufig auch Elemente, die mit mehreren Kategorien vereinbar waren. In solchen Fällen wurde eine Angabe auch mehreren Kategorien zugewiesen. Falls eine Antwort sonstige Vorschläge oder Anmerkungen enthielt, die im gesamten Umfang aller anderen Angaben nicht mindestens ein zweites Mal erschien, wurde diese Angabe der Kategorie „Sonstiges“ zugeteilt. Falls eine Angabe offensichtlich keine Antwort auf die Frage darstellte, wurde sie der Kategorie „Keine Antwort auf die Frage“ zugewiesen. Nachdem alle Angaben einer passenden Kategorie zugeteilt waren, wurden die Kategorien und darin enthaltene Angaben nochmals auf inhaltliche Entsprechung geprüft. Im letzten Schritt wurden die Häufigkeiten und statistischen Kennwerte zu den Kategorien mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics Version 22.0 ermittelt.

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden sollen zunächst die soziodemografischen Angaben der Teilnehmer vorgestellt werden. Diese wurden im letzten Abschnitt des Fragebogens (Kategorie E) abgefragt. Neben dem Alter und dem Geschlecht der Teilnehmer wurden auch Informationen zur Praxis und mögliche Erfahrungen mit Regressforderungen erfasst. Im Anschluss werden die Ergebnisse entsprechend der chronologischen Abfolge auf dem Fragebogen präsentiert. Zur Veranschaulichung wurden hierbei für jede Frage eine graphische Darstellung gewählt sowie die Häufigkeiten und die statistischen Kennwerte angegeben.

### 4.1 Soziodemografische Angaben zu den Fragebogenteilnehmern

#### 4.1.1 Alter und Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer

Die Teilnehmer waren im Mittel 53,82 Jahre alt (Standardfehler des Mittelwertes: 0,188, Median: 54,00). Der jüngste Teilnehmer war 31 Jahre (Minimum), der älteste Teilnehmer 75 Jahre alt (Maximum). Die Altersangaben wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf das Vorliegen einer Normalverteilung untersucht: Es ergab sich eine asymptotische Signifikanz  $< 0,000$ . Dies bedeutet, dass bei der Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer keine Normalverteilung anzunehmen ist. Auch die optische Überprüfung der Altersverteilung mit einem Histogramm (Abbildung 9) zeigt, dass die Altersverteilung nicht als hinreichend normalverteilt angesehen werden kann. Die verschiedenen Lage- und Streuungsmaße zur Altersstruktur wurden tabellarisch zusammengefasst und in einem Kastendiagramm dargestellt (Abbildung 10).

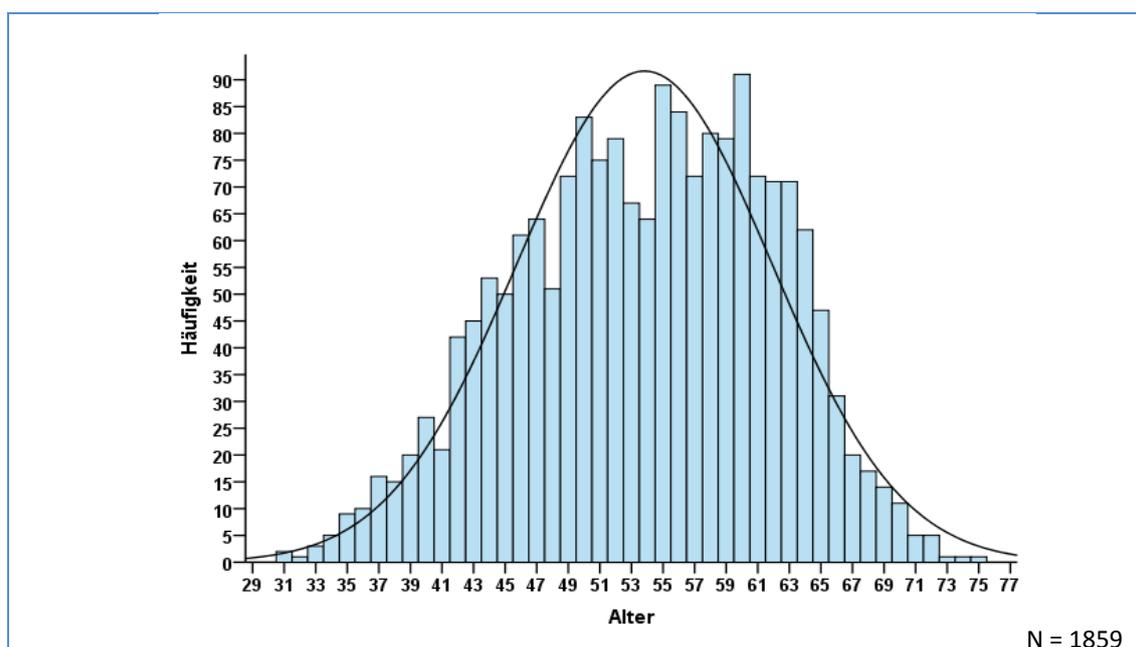


Abbildung 9: Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer

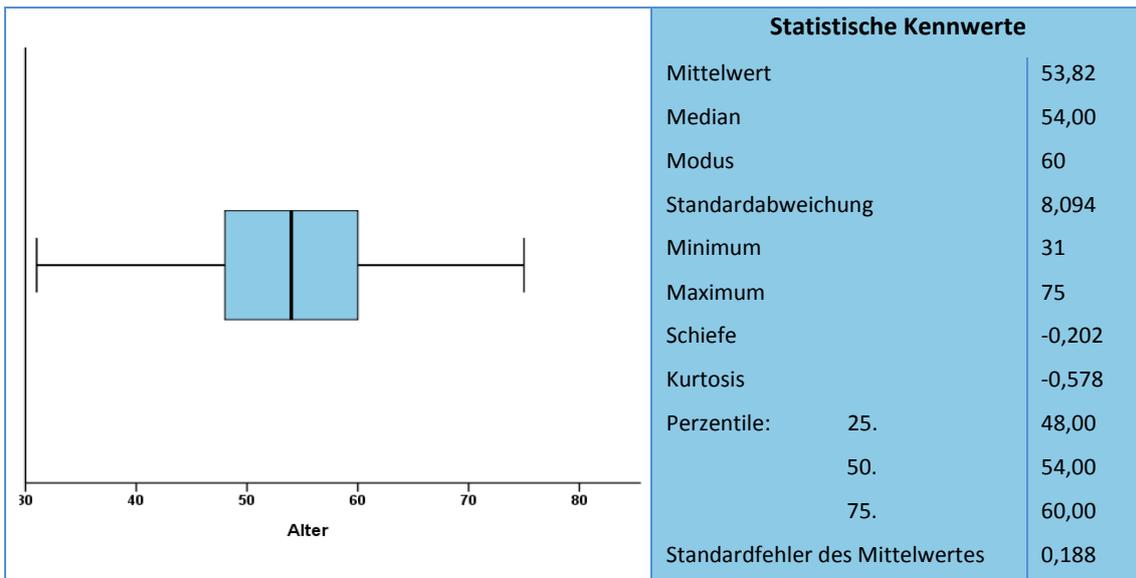


Abbildung 10: Statistische Kennwerte zum Alter der Fragebogenteilnehmer

Die primären Altersangaben wurden überdies mit der Software „SPSS Statistics“ in fünf Altersgruppen klassiert. Diese Einteilung findet üblicherweise auch in den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Altersstruktur der Hausärzte Anwendung. Den größten Anteil der Fragebogenteilnehmer hatten die Hausärzte im Alter von 50 bis 59 Jahren mit 41,5 Prozent (Abbildung 11).

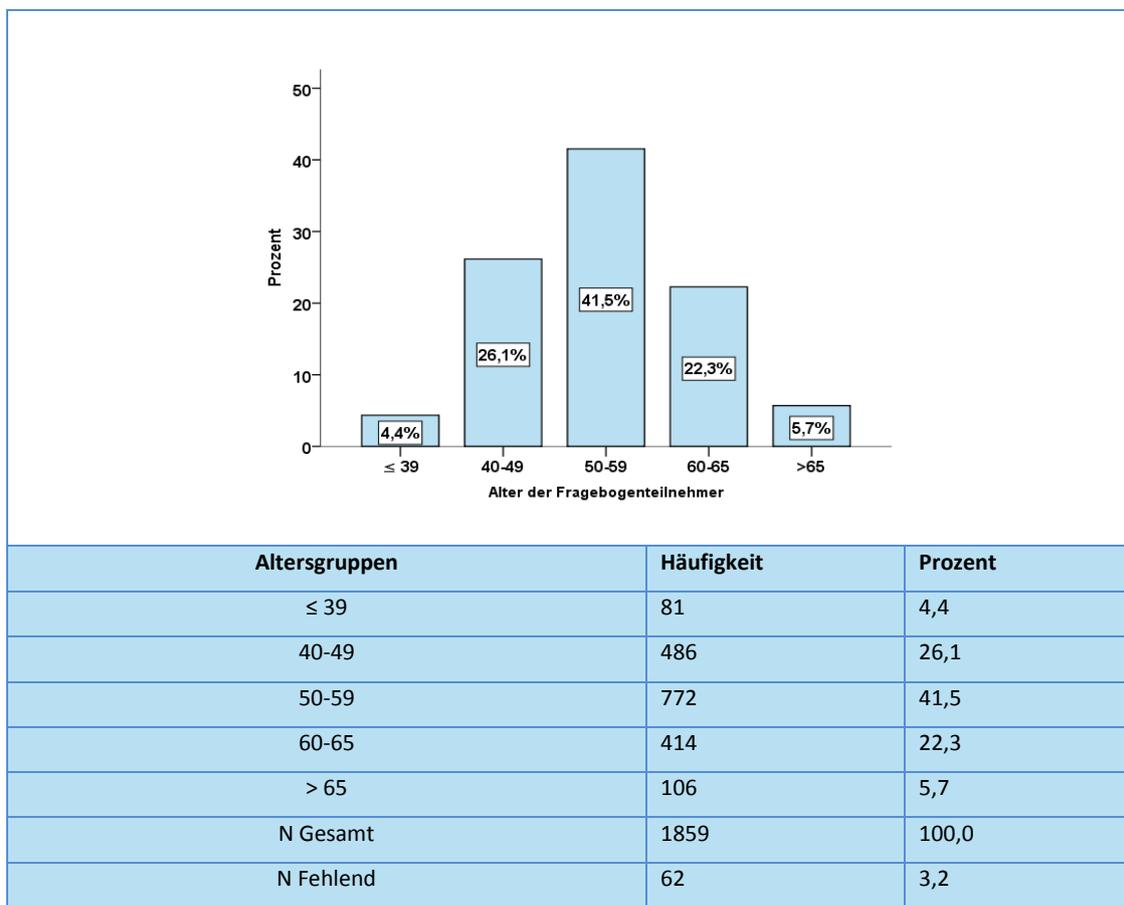


Abbildung 11: Alter der Fragebogenteilnehmer nach Altersgruppen klassiert

Durch die Einteilung der primären Altersdaten in fünf Altersgruppen konnte die Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer mit der Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland verglichen werden (Abbildung 12). In unserer Fragebogenstudie lag eine weitgehende Kongruenz der Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer mit der tatsächlichen Altersstruktur der Hausärzte in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) vor. Die Angaben zur Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland beruhen auf Statistiken aus dem Bundesarztregister der KBV.

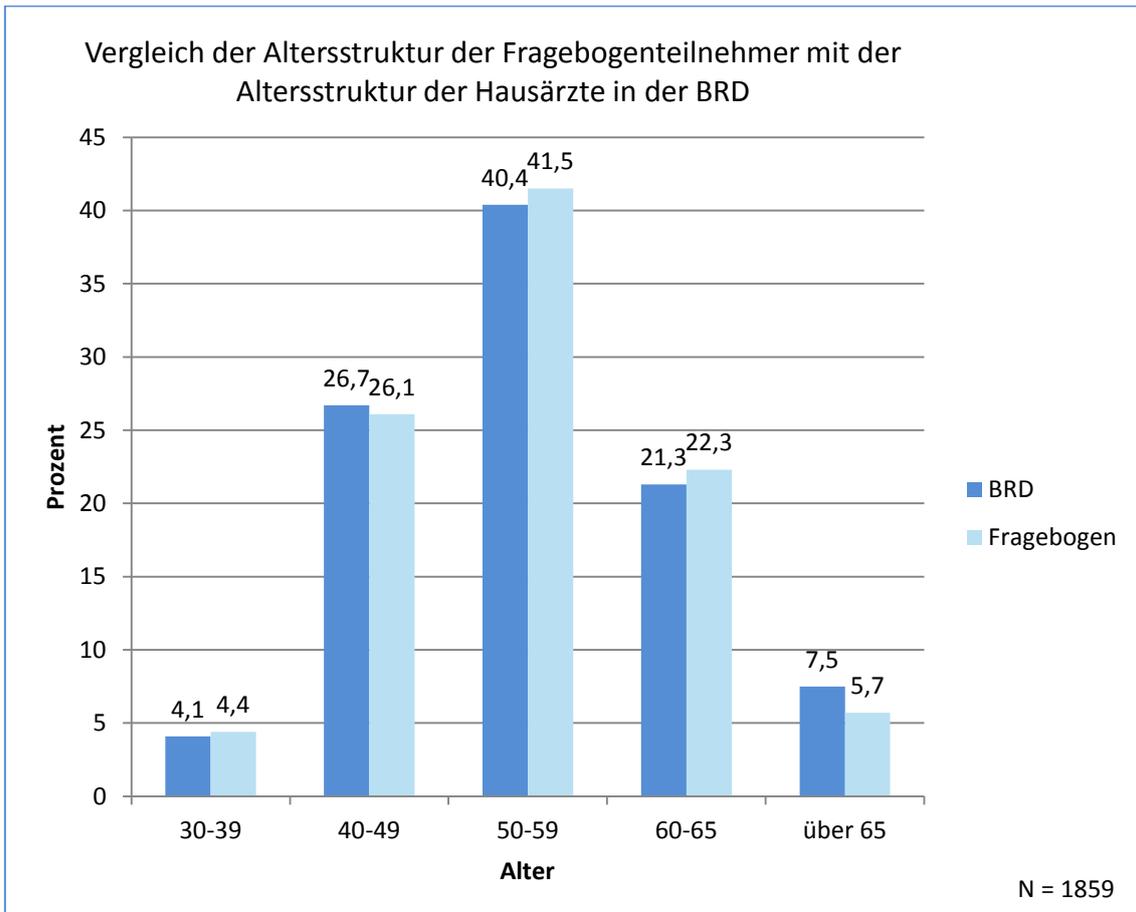


Abbildung 12: Vergleich der tatsächlichen Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland mit der Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer

#### 4.1.2 Geschlecht der Fragebogenteilnehmer

Unter den Teilnehmern des Fragebogens befanden sich 24,4 Prozent Frauen und 75,6 Prozent Männer. In der Bundesrepublik Deutschland sind nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung[48] etwa 41,7 Prozent der Hausärzte weiblich und 58,3 Prozent männlich (Abbildung 13). Somit lag in der Studienpopulation des Fragebogens eine Verzerrung hinsichtlich der tatsächlichen Geschlechterverteilung der Hausärzte in der Bundesrepublik Deutschland vor.

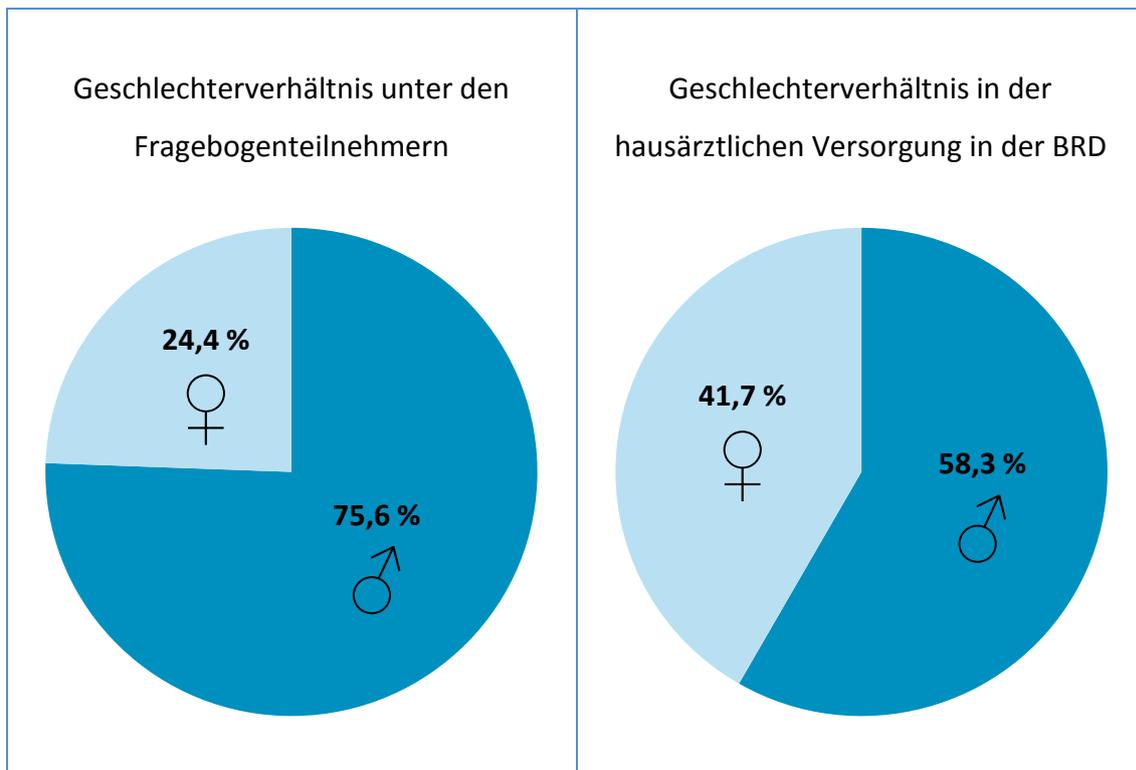


Abbildung 13: Vergleich des tatsächlichen Geschlechterverhältnisses der Hausärzte in Deutschland mit dem Geschlechterverhältnis der Fragebogenteilnehmer

## 4.2 Angaben zur Praxis

### 4.2.1 Praxisgröße

Die Größe einer Hausarztpraxis wird an der Patientenzahl gemessen. Dabei entspricht jeder Patient, der die Praxis mindestens einmal pro Quartal aufsucht, einem sogenannten Schein. Die Fragebogenteilnehmer arbeiteten überwiegend in mittelgroßen (500-1000 Scheine pro Quartal, 41,6 Prozent) und in großen (1001-1500 Scheine pro Quartal, 39,5 Prozent) Praxen (Abbildung 14).

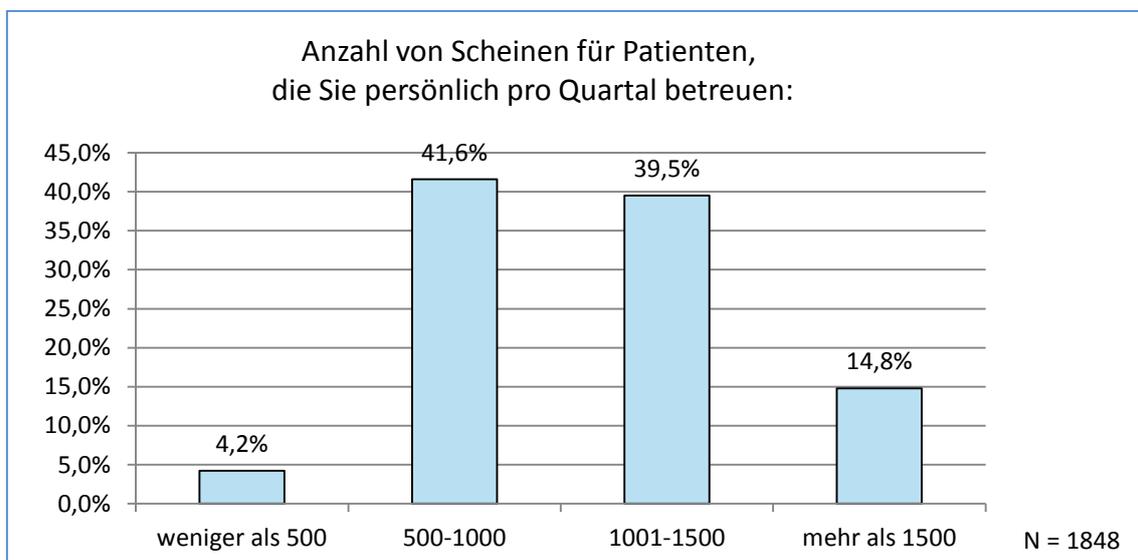


Abbildung 14: Praxisgröße in Scheinen pro Quartal

#### 4.2.2 Art der Einrichtung

Die Fragebogenteilnehmer arbeiteten überwiegend in einer Einzelpraxis (59,1 Prozent) oder einer Gemeinschaftspraxis (34,4 Prozent). Nur sehr wenige Teilnehmer (0,9 Prozent) arbeiteten in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Praxisgemeinschaft (5,7 Prozent) (Abbildung 15).

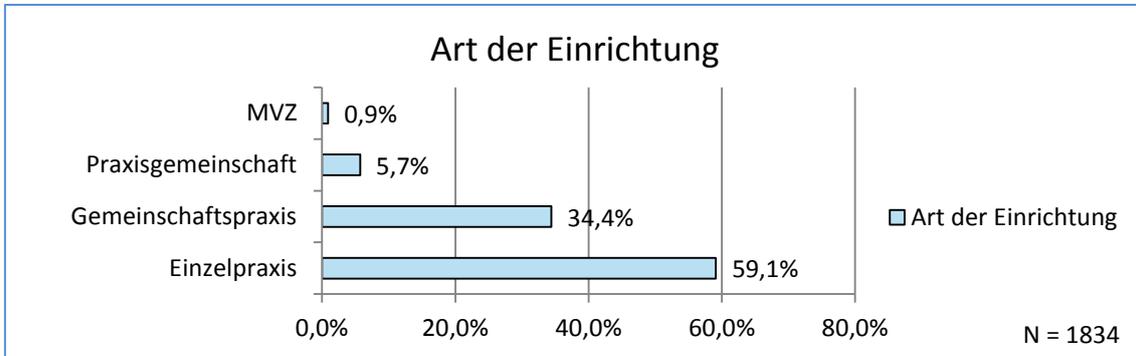


Abbildung 15: Art der Einrichtung

#### 4.2.3 Tätigkeitsjahre als niedergelassener Hausarzt

Die Fragebogenteilnehmer arbeiteten im Mittel seit 17,88 Jahren als niedergelassene Hausärzte (Median: 19,00 Jahre). Die Spannweite betrug 42 Jahre, zwischen einem Jahr (Minimum) und dreiundvierzig Jahren (Maximum) Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt. Die verschiedenen Lage- und Streuungsmaße wurden tabellarisch zusammengefasst und in einem Kastendiagramm graphisch veranschaulicht (Abbildung 16).

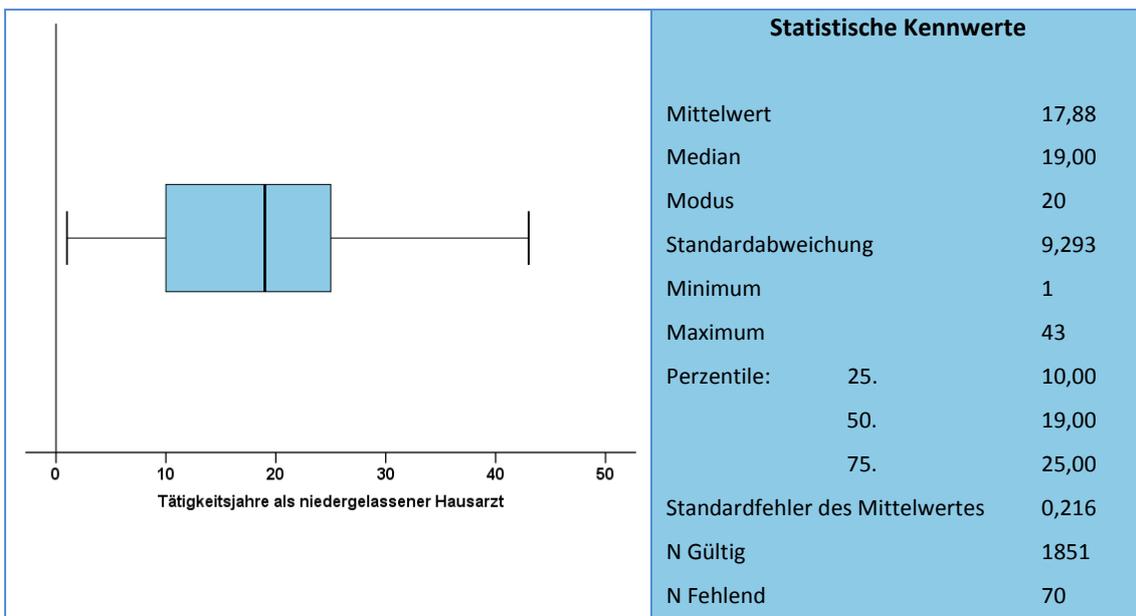


Abbildung 16: Statistische Kennwerte zur Anzahl der Tätigkeitsjahre der Fragebogenteilnehmer als Hausarzt

#### 4.2.4 Herkunft der Fragebogenteilnehmer

Die Zugehörigkeit der Hausärzte zu einer Landesärztekammer wurde graphisch dargestellt und mit der tatsächlichen Verteilung der Hausärzte in der Bundesrepublik Deutschland verglichen (Abbildung 17). Die prozentuale Verteilung für das Bundesgebiet basiert auf Angaben der KBV.[49] Teilweise ergab sich eine Kongruenz zwischen der Verteilung unter den Fragebogenteilnehmern mit der tatsächlichen Verteilung in der BRD. Zum Teil waren aber auch deutliche Abweichungen zu verzeichnen: So nahmen vergleichsweise deutlich mehr Hausärzte aus den Landesärztekammern (LÄK) Bayern und Baden-Württemberg an der Umfrage teil. Eine niedrigere Umfragebeteiligung (Abweichung > 1,5 Prozent) war dagegen im Bereich der LÄK Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen festzustellen.

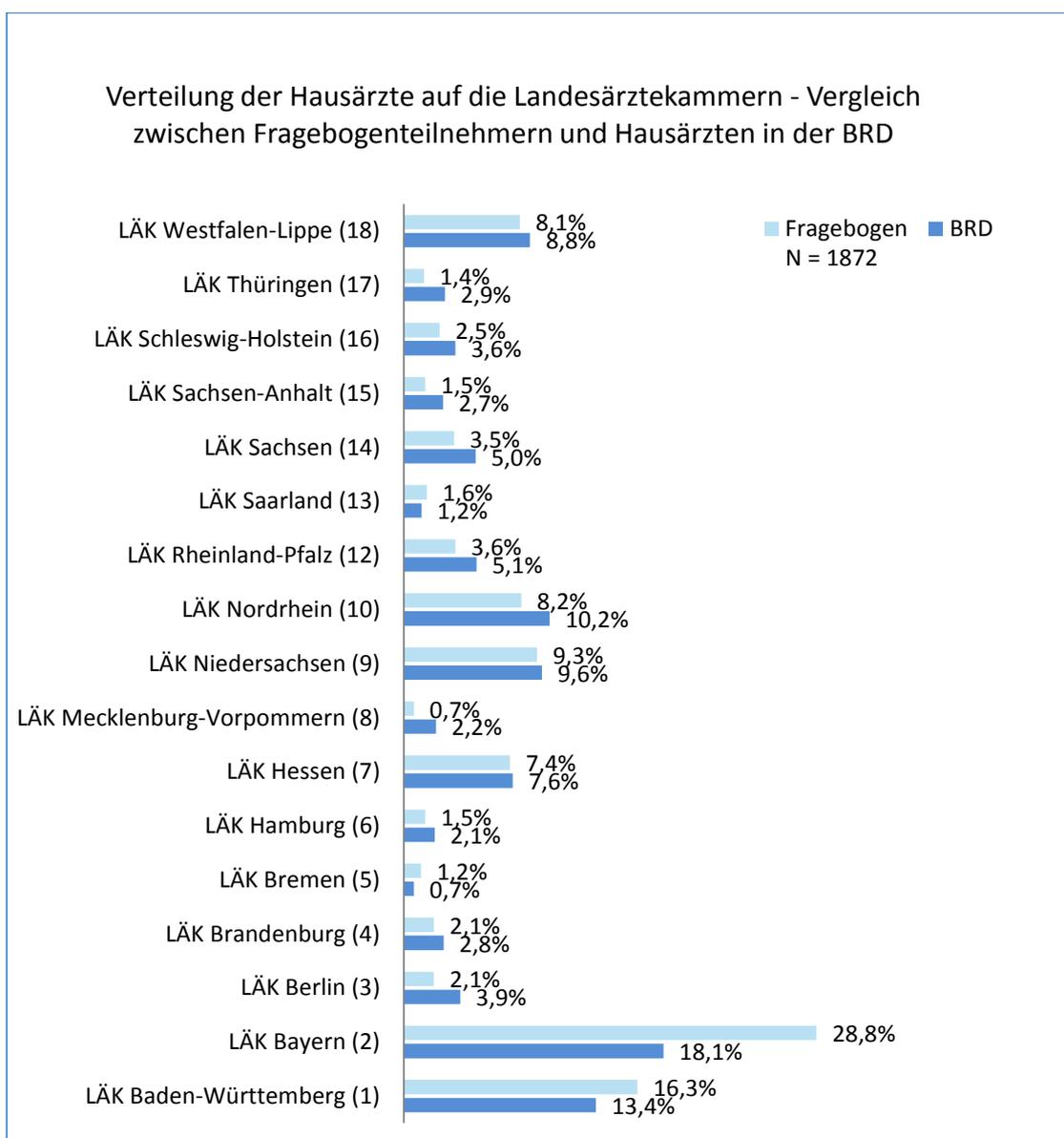


Abbildung 17: Vergleich der tatsächlichen Verteilung der Hausärzte in Deutschland auf die Landesärztekammern mit der Verteilung der Fragebogenteilnehmer

#### 4.2.5 Selbstständigkeit oder Arbeit als angestellter Hausarzt

Die große Mehrheit der befragten Hausärzte arbeitete in der eigenen Praxis (98,0 Prozent). Nur sehr wenige (2,0 Prozent) arbeiteten in Anstellung in einer Praxis (Abbildung 18).

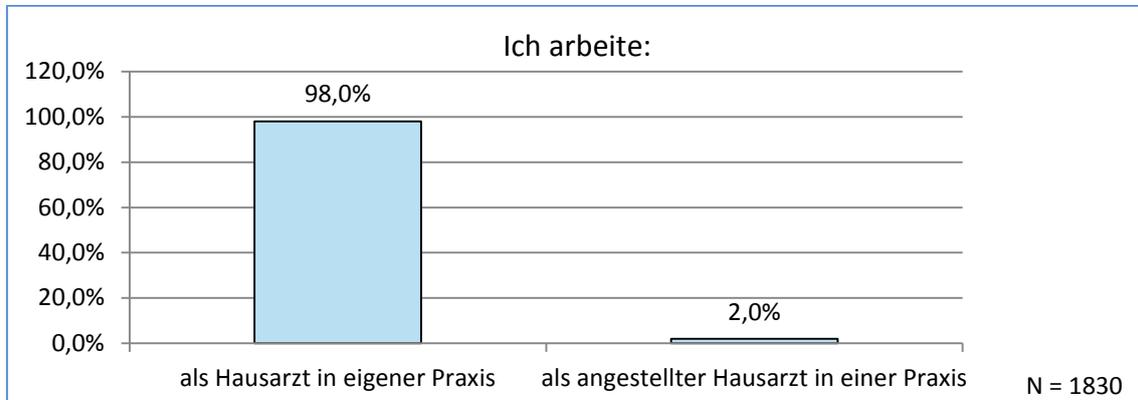


Abbildung 18: Arbeitssituation der Fragebogenteilnehmer

#### 4.2.6 Erfahrungen mit Regressforderungen

Auf Grundlage von § 106 SGB V soll eine von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung gebildete Prüfstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen. Die Prüfstelle kann bei Überschreiten der Richtgrößen bei Verordnungen für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel gegen die Vertragsärzte Regresszahlungen festsetzen. Fast die Hälfte aller befragten Hausärzte (47,8 Prozent) musste schon einmal Regresszahlungen leisten (Abbildung 19). Da abgefragt wurde, ob „jemals“ Regresszahlungen geleistet werden mussten, handelt es sich um eine kumulative Häufigkeit. Diese kann nicht direkt mit den von Krankenkassen veröffentlichten Angaben zur Häufigkeit von Regresszahlungen verglichen werden, da diese sich in der Regel auf den Zeitraum von einem Jahr beziehen.

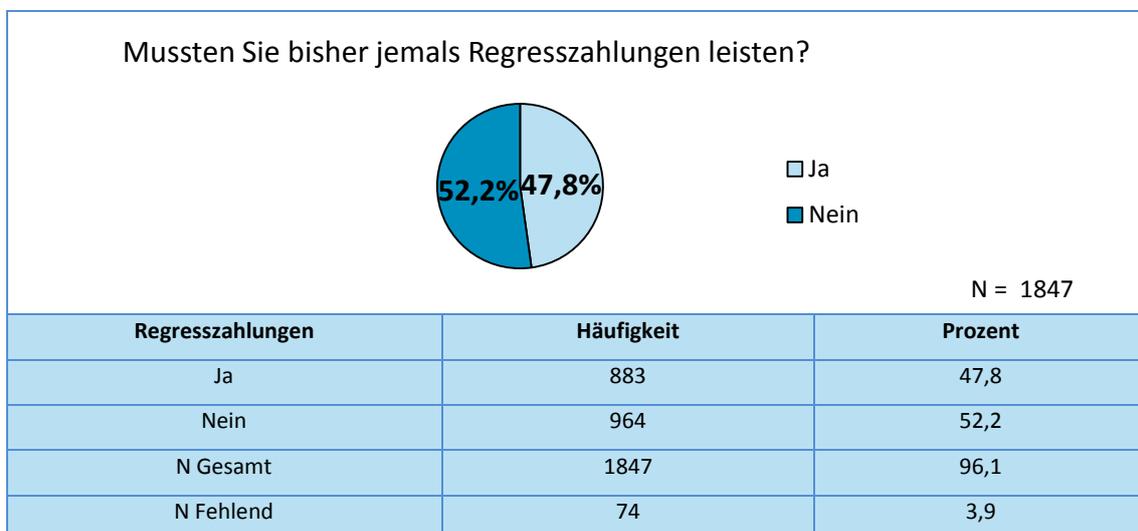


Abbildung 19: Häufigkeit von Regresszahlungen

#### 4.2.7 Höhe der Regressforderungen

Falls die Teilnehmer bisher jemals Regresszahlungen leisten mussten, sollten sie die Höhe der ursprünglichen Regressforderung (Abbildung 20), sowie die Höhe der letztlich bezahlten Regressforderung (Abbildung 21) angeben.

Die Höhe der meisten Regressforderungen (41,7 Prozent) entfiel auf den Bereich von 101 bis 1.000 Euro. Der Mittelwert ist aufgrund der extremen Ausreißer nicht aussagekräftig. Der Median ist für diese Verteilung das geeignetere Lagemaß: Im Median beliefen sich die ursprünglichen Regressforderungen auf 1.000 Euro.

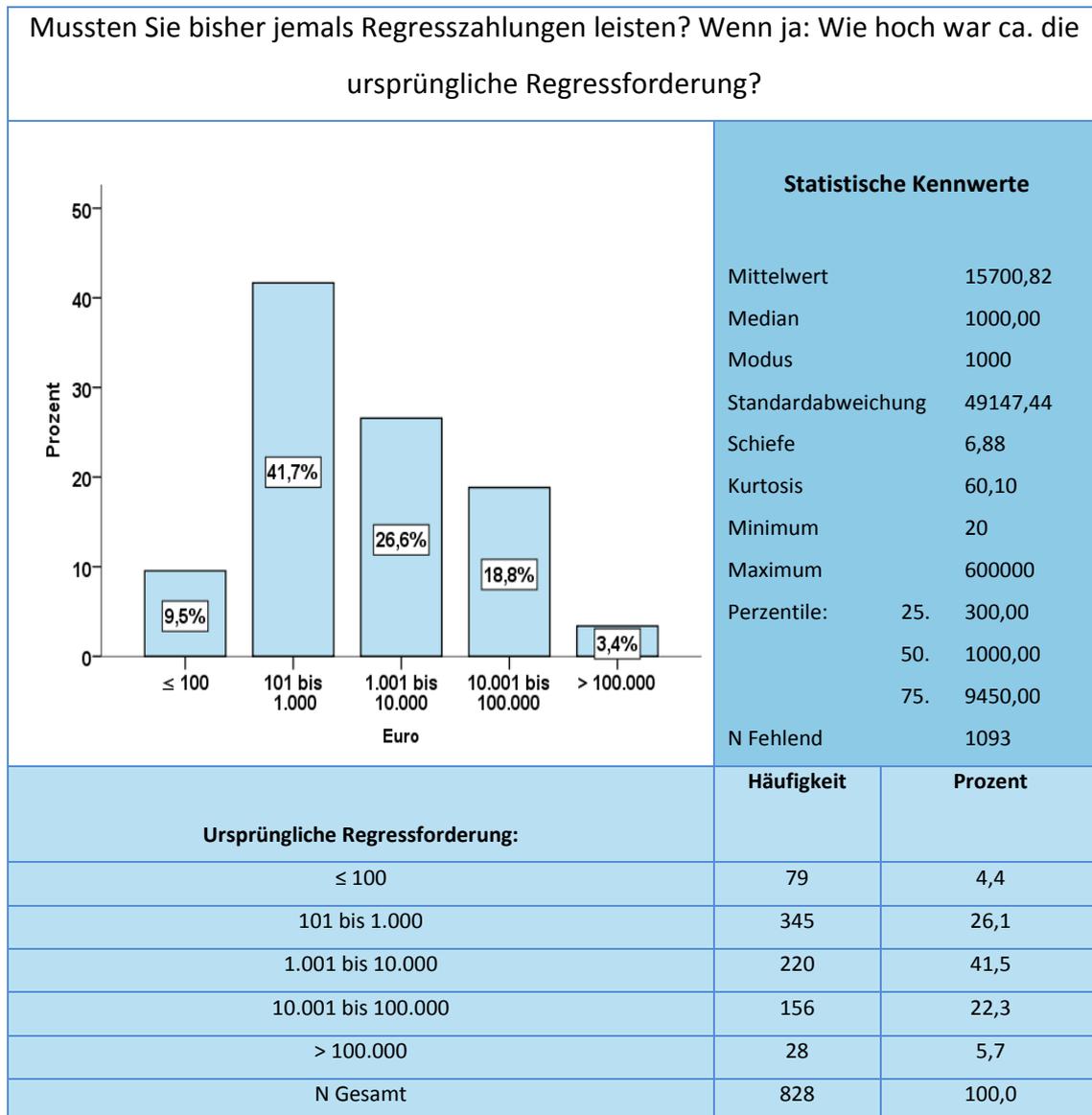


Abbildung 20: Höhe der Regressforderungen

Zuvor angesetzte Regressforderungen mussten gelegentlich gar nicht, oder häufig in einem reduzierten Ausmaß bezahlt werden. Die meisten tatsächlich geleisteten Regressforderungen (44,6 Prozent) entfielen auf den Bereich von 101 bis 1.000 Euro. Die letztlich bezahlten Regressforderungen betragen im Median 500 Euro.

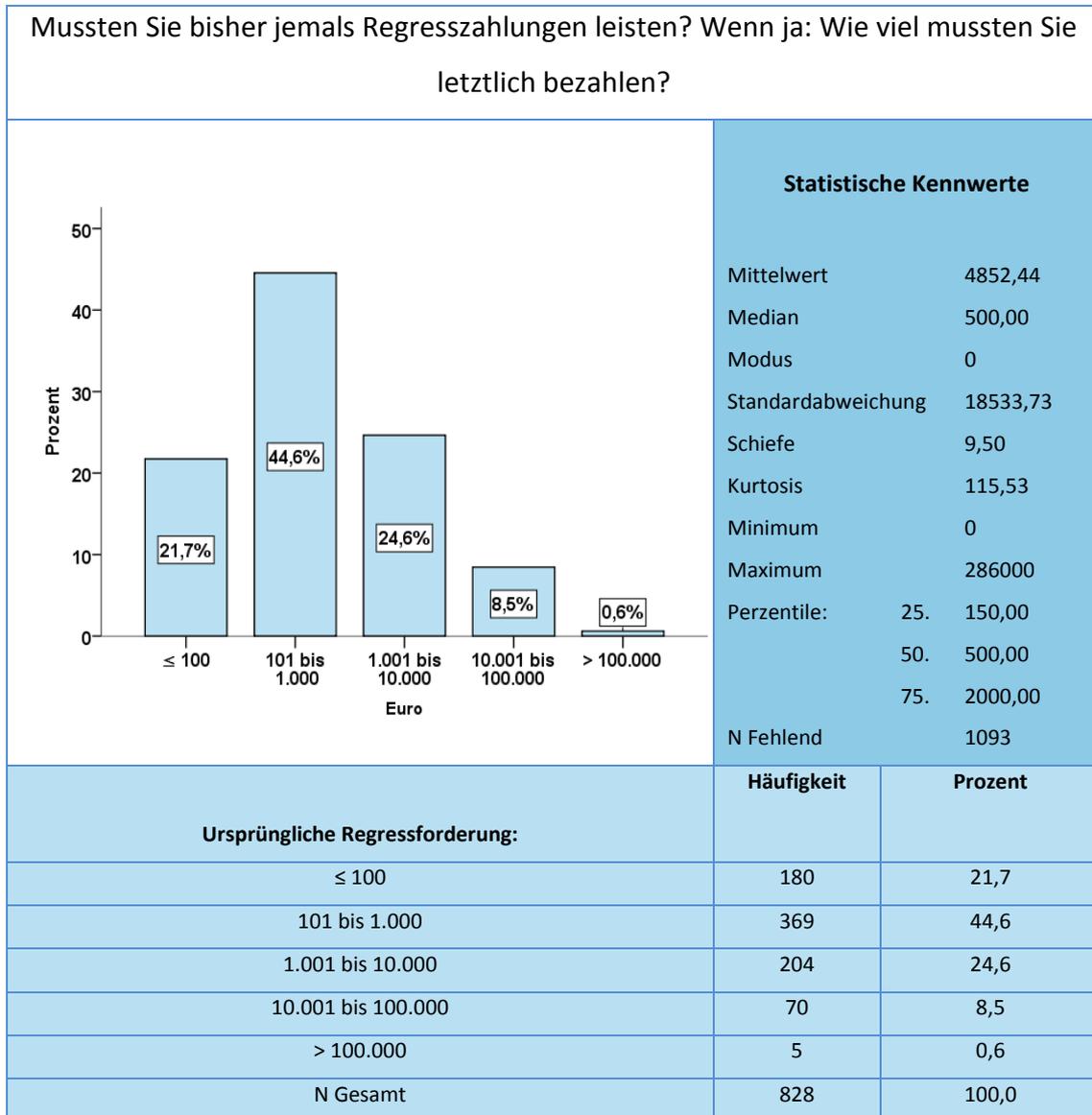


Abbildung 21: Höhe der tatsächlichen Regresszahlungen

### 4.3 Ergebnisse der Umfrage

Die Ergebnisse der vier Fragenkomplexe (A bis D) werden im Folgenden in chronologischer Reihenfolge anhand eines einheitlichen Schemas vorgestellt: Für jede Frage werden zunächst die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Im Anschluss werden die Ergebnisse als Balkendiagramm und Kastendiagramm grafisch veranschaulicht und mit den berechneten statistischen Lage- und Streuungsmaße, sowie der prozentualen und relativen Häufigkeiten versehen. Neben den Ergebnissen der geschlossenen Fragen wird auch die Auswertung der offenen Fragen präsentiert.

Bei den geschlossenen Fragen sollten die Teilnehmer auf einer 6-stufigen Likert-Skala den Grad ihrer Zustimmung auswählen. Dabei wurden nur die beiden äußeren Extremwerte in verbalisierter Form angegeben. Die Abstände zwischen den einzelnen Stufen sind daher als äquidistant zu betrachten, weswegen eine Intervallskalierung der Variablen vorliegt. Bei den offenen Fragen sollten die Teilnehmer ihre Antwort direkt in ein Textfeld eingeben. Die Antworten im Freitextfeld wurden mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Manche Fragen bezogen sich auf den medizinischen Nutzen einer ärztlichen Maßnahme. In dieser Arbeit werden unter „medizinisch nützlich“ alle Maßnahmen verstanden, die geeignet sind die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung des Patienten relevant zu verbessern.[26] Diese Definition wurde wiederholt bei jenen Fragen im Fragebogen angegeben, bei denen medizinischer Nutzen Gegenstand der Frage war (siehe Fragebogen Anhang I).

### 4.3.1 Fragenkomplex A: Zeitliche Ressourcen

#### 4.3.1.1 Durchschnittliche Zeit für einen Patientenkontakt

Um herauszufinden, wie viel Zeit die befragten Hausärzte pro Patientenkontakt aufwendeten, sollten die Hausärzte die Anzahl der Patienten, die an einem typischen Praxistag pro Stunde behandelt werden, nennen. Aus den ermittelten Angaben wurde die durchschnittliche Zeit für einen Patientenkontakt berechnet. Für die Ergebnisdarstellung wurden fünf Klassen gebildet. Die deutliche Mehrheit (70,3 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, für einen Patientenkontakt durchschnittlich sechs bis zehn Minuten (Median: 8,57 Minuten) aufzuwenden. Die Berechnung des Medians ist weniger anfälliger für Ausreißer und wurde daher anstatt des Mittelwertes gewählt (Abbildung 22).

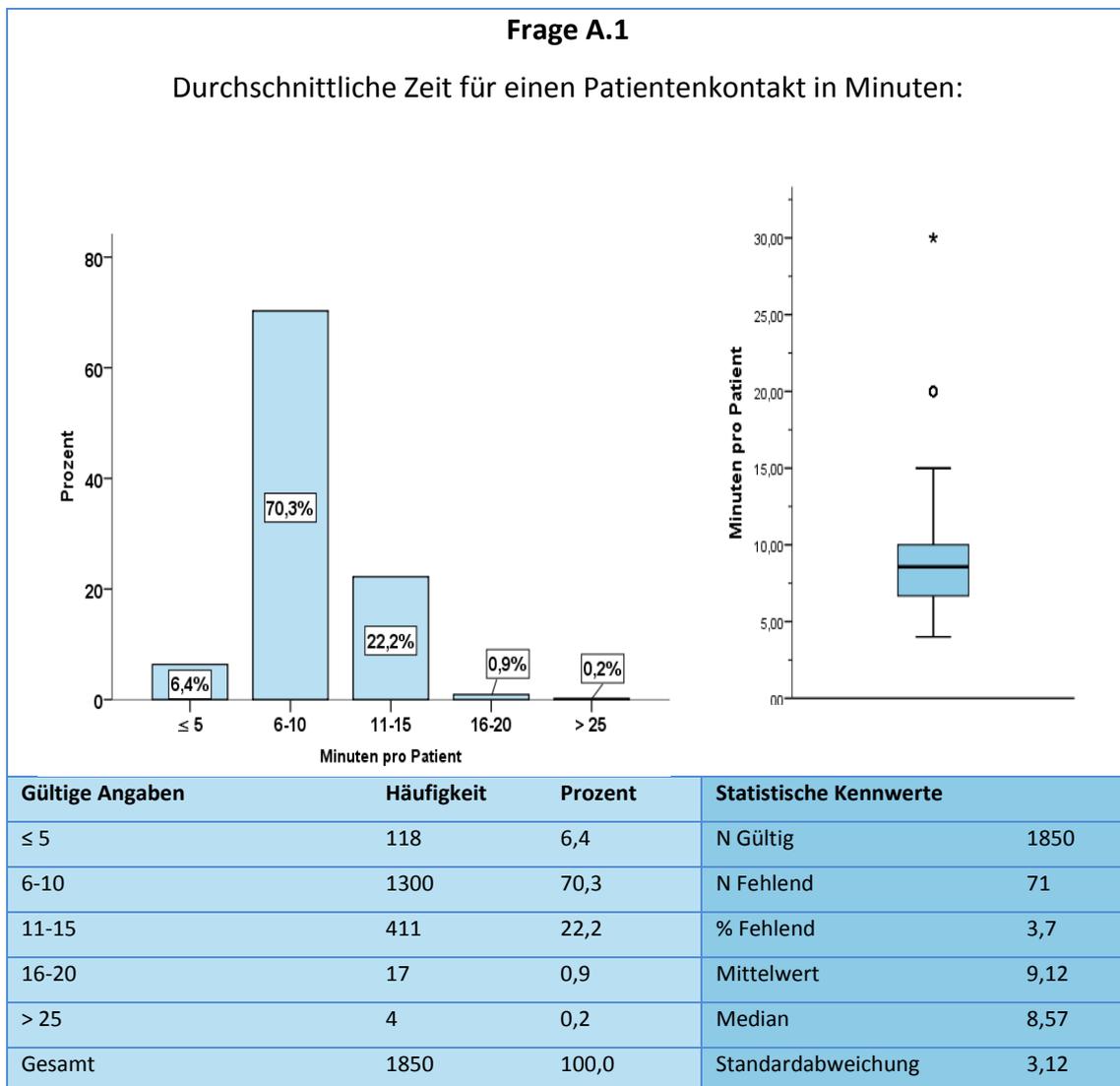


Abbildung 22: Durchschnittliche Zeit für einen Patientenkontakt

#### 4.3.1.2 Einschätzung der Behandlungszeit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 59,7 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, in der Regel nicht ausreichend Zeit zu haben, um alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Leistungen bei Kassenpatienten vornehmen zu können (Abbildung 23).

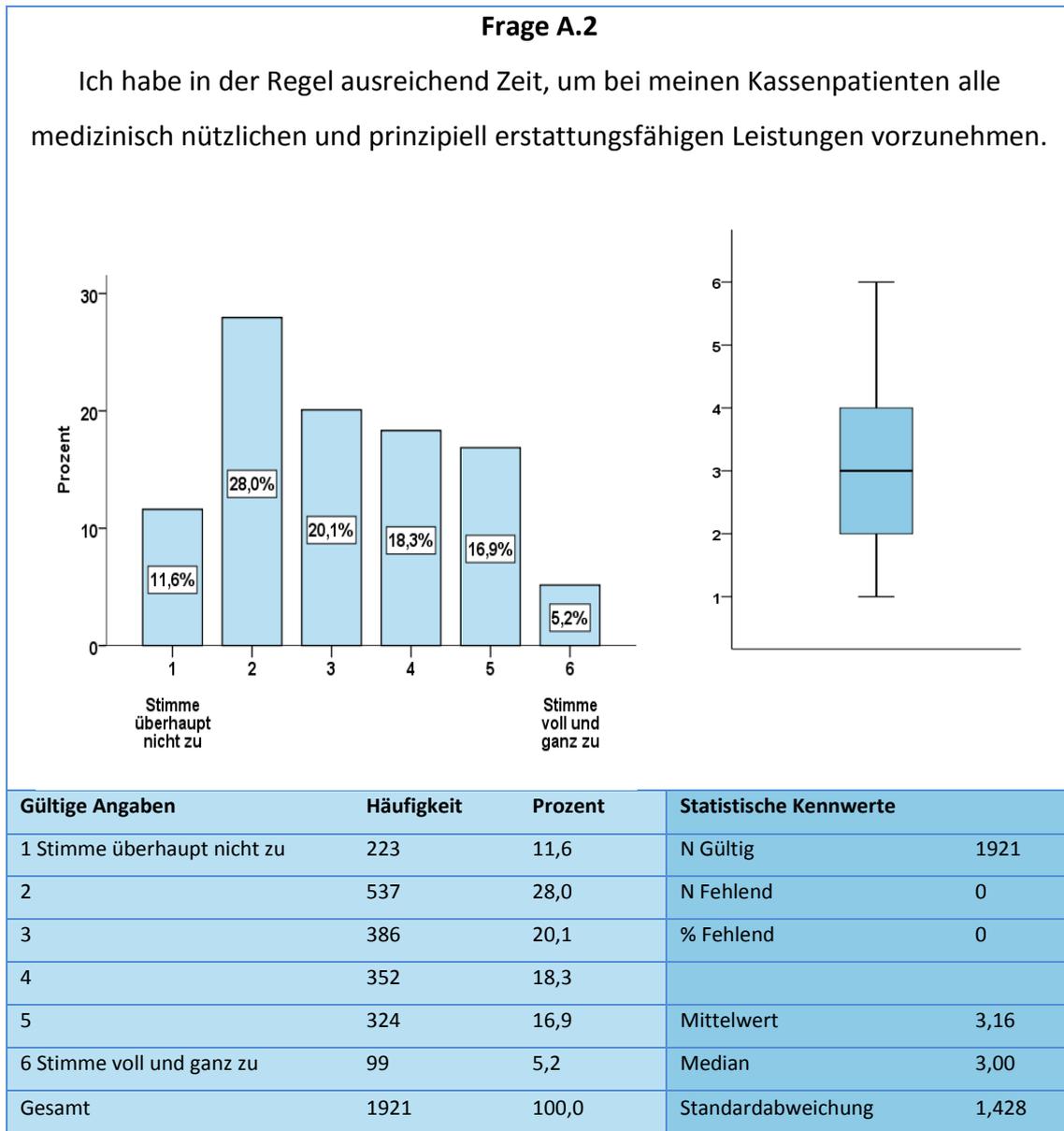


Abbildung 23: Einschätzung der Behandlungszeit

#### 4.3.1.3 Beeinträchtigung der Arbeitszufriedenheit durch Zeitmangel

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 75,6 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, dass ihre Arbeitszufriedenheit durch den ärztlichen Zeitmangel bei der Behandlung ihrer Patienten negativ beeinflusst wird (Abbildung 24). Diese Frage wurde nur jenen Fragebogenteilnehmern angezeigt, die in der Vorfrage (A.2) den Grad ihrer Zustimmung auf der Skala mit einem Wert zwischen eins bis fünf angaben. Teilnehmer, die bei Frage A.2 den Wert sechs wählten, wurden direkt zu Frage A.3 weitergeleitet.

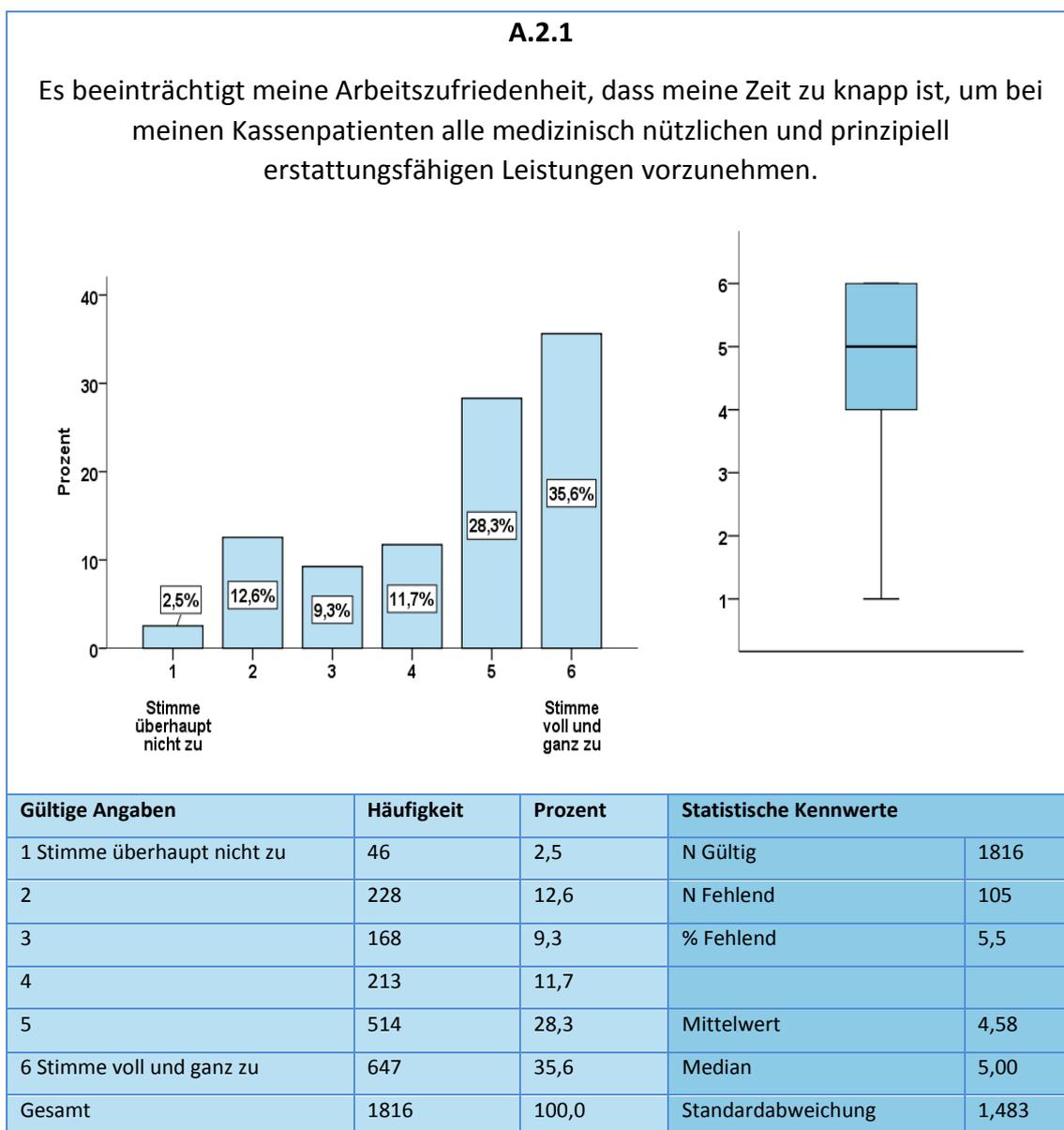


Abbildung 24: Beeinträchtigung der Arbeitszufriedenheit durch Zeitmangel

#### 4.3.1.4 Gründe für knappe zeitliche Ressourcen

Eine sehr unterschiedliche Auffassung hatten die Befragten darüber, ob sie an der Zeit pro Kassenpatient sparen, weil die hausärztliche Versorgung in ihrer Region überlastet ist. Fast die Hälfte der Befragten stimmte dem zu (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 47,5 Prozent), während die andere Hälfte (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 52,5 Prozent) nicht zustimmte (Abbildung 25).

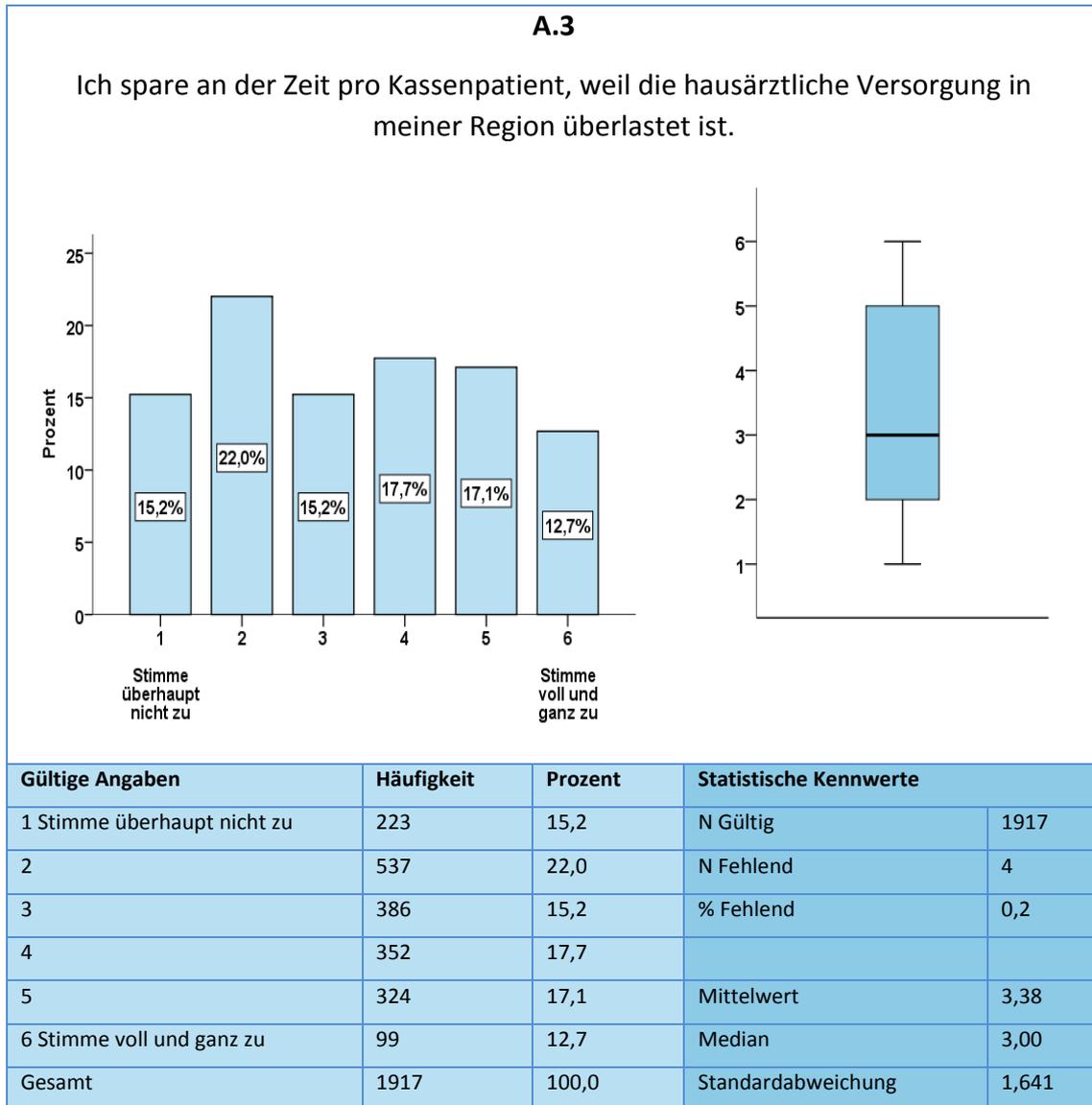


Abbildung 25: Gründe für knappe zeitliche Ressourcen

Die Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 64,4 Prozent) der befragten Hausärzte verneinte, an der Zeit für die Kassenpatienten zu sparen, um ein angemessenes Einkommen erzielen zu können. Demgegenüber stimmte dieser Aussage jedoch eine Minderheit (8,1 Prozent) „voll und ganz zu“ (Abbildung 26).

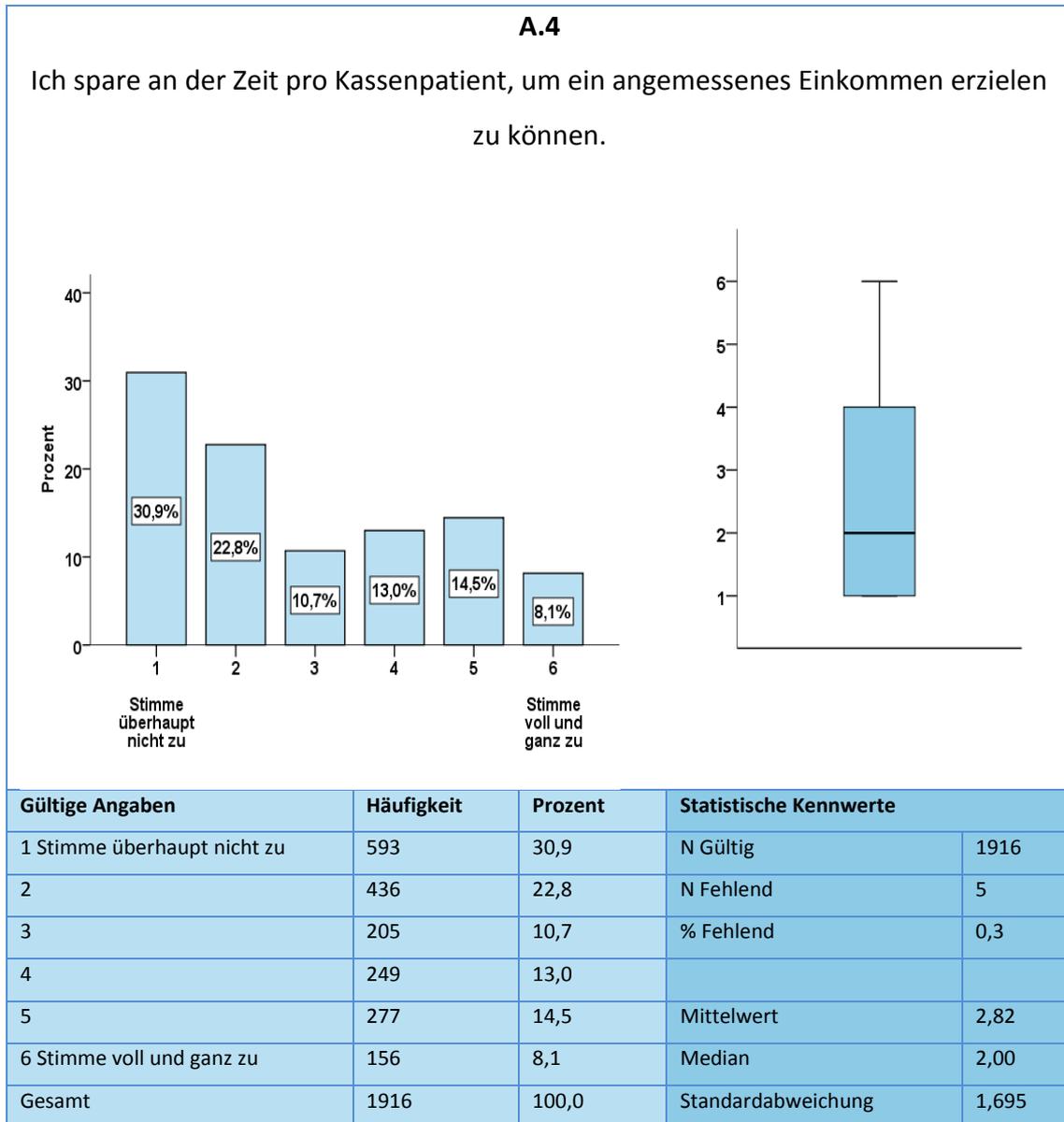


Abbildung 26: Gründe für knappe zeitliche Ressourcen

#### 4.3.1.5 Einsparung an sprechender Medizin

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 79,4 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, nicht an der Zeit für „sprechende Medizin“ zu sparen, um Zeit für besser vergütete Leistungen zu schaffen (Abbildung 27).

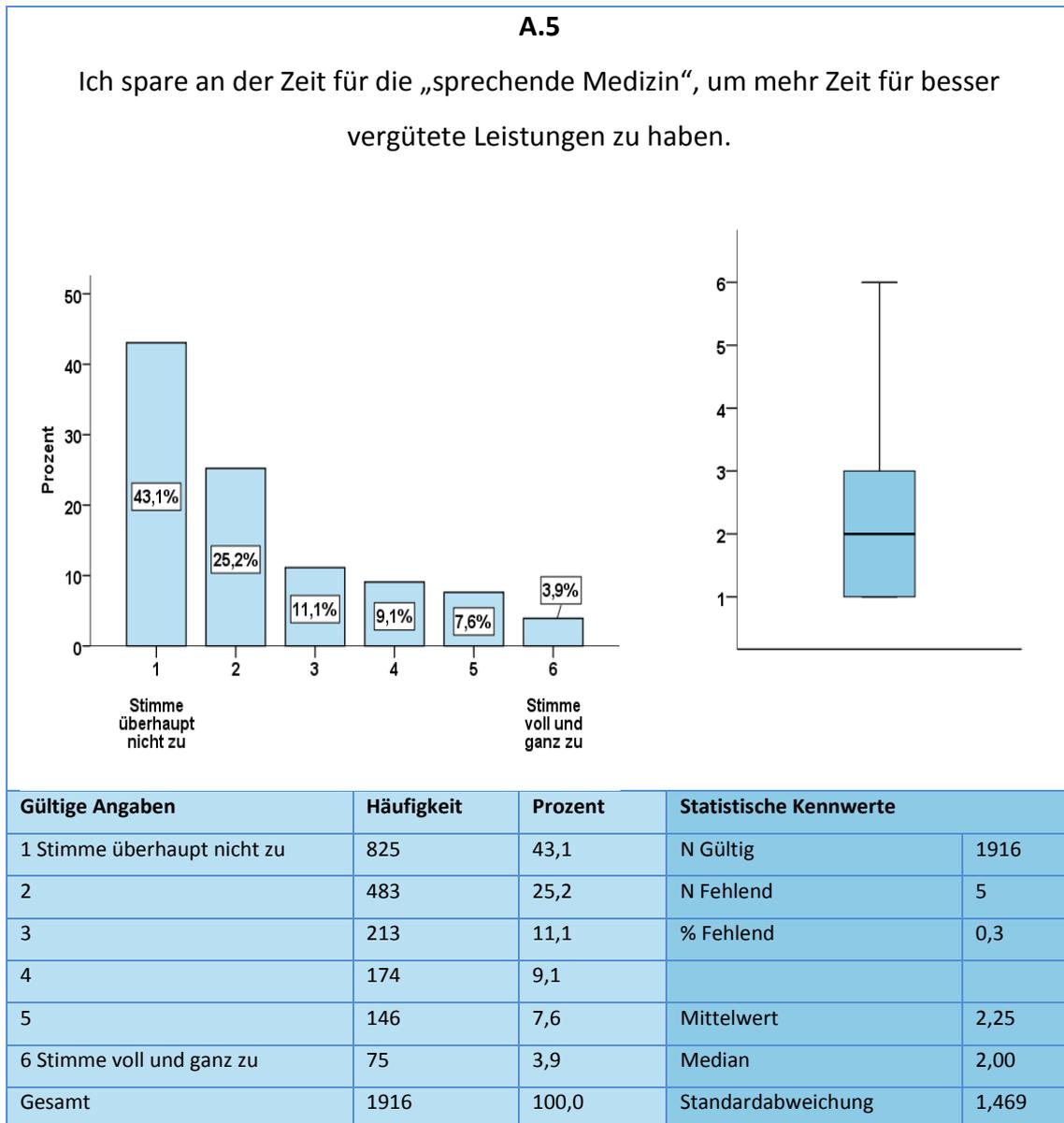


Abbildung 27: Gründe für knappe zeitliche Ressourcen

#### 4.3.1.6 Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Zeitmangel

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 76,5 Prozent) der befragten Hausärzte stimmte der Aussage zu, dass in Deutschland durch hausärztlichen Zeitmangel relevante gesundheitliche Nachteile für die Patienten entstehen (Abbildung 28).

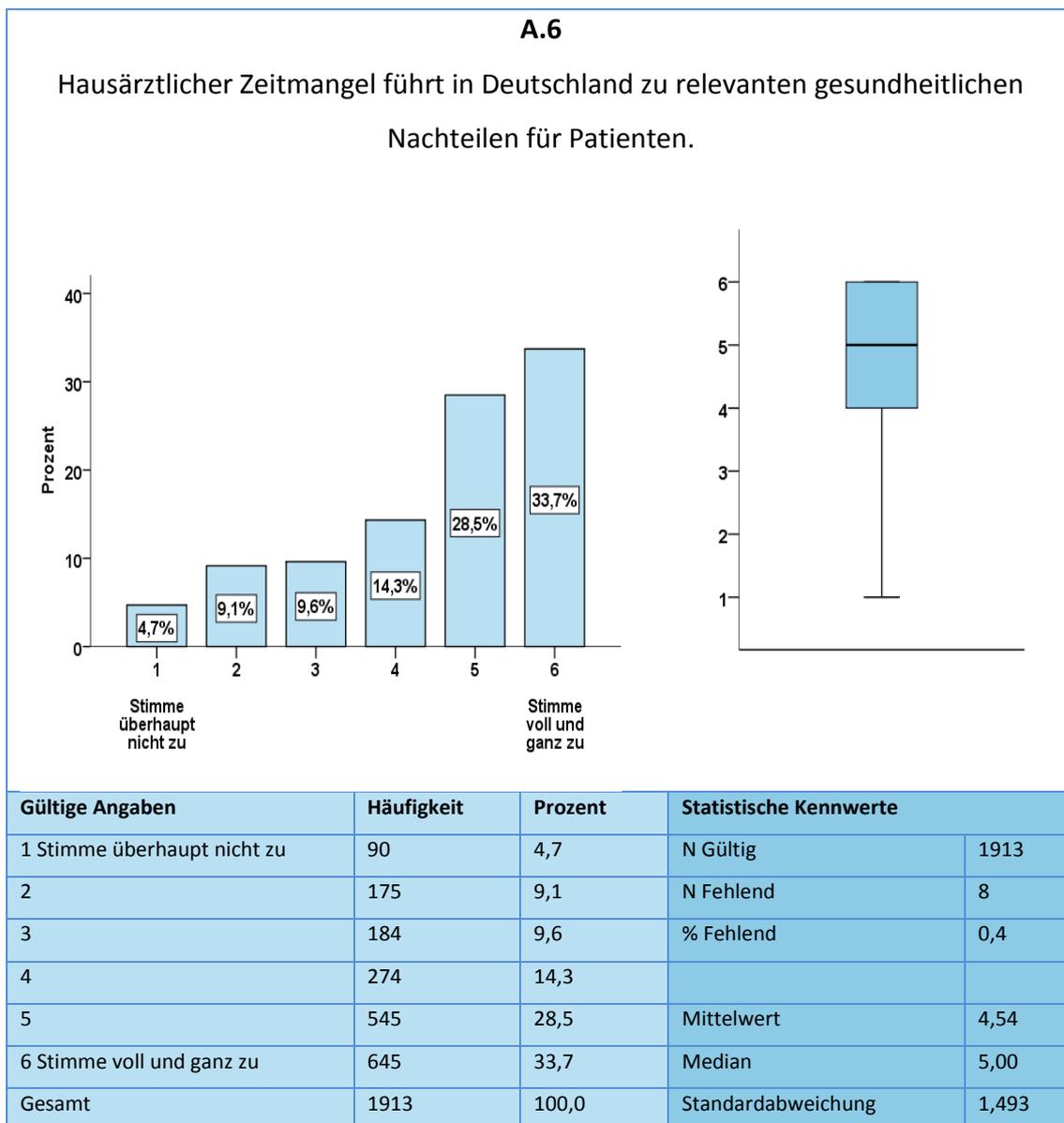


Abbildung 28: Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Zeitmangel

#### 4.3.1.7 Offene Frage: Vorschläge zur Schaffung von mehr Zeit

Im Folgenden sind die Vorschläge der Hausärzte zur Schaffung von mehr Zeit pro Patient dargestellt (Abbildung 29). Die drei häufigsten Vorschläge waren eine Reduktion von Bürokratie und Verwaltungsaufwand (29,5 Prozent), eine bessere Vergütung der Hausärzte (7,9 Prozent) und etwas spezifischer, eine bessere Vergütung derprechenden Medizin (6,8 Prozent). 7,0 Prozent der Hausärzte waren der Meinung, dass die Schaffung von mehr Zeit pro Patient nicht ohne Kostensteigerung möglich sei.

<b>A.7.</b>			
Falls Sie Vorschläge zur Schaffung von mehr Zeit pro Patient im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Reduzierung der Bürokratie und des Verwaltungsaufwands	367	29,5	„Bürokratieabbau“ [38]
Bessere Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit	98	7,9	„Verbesserung der Vergütung“ [148]
Verbesserung ohne Kostensteigerung nicht möglich	87	7,0	„geht nicht kostenneutral“ [144]
Bessere Vergütung derprechenden Medizin	84	6,8	„Bessere Vergütung der Gesprächsleistung (...)“ [546]
Patienten an den Kosten beteiligen	75	6,0	„Selbstbeteiligung des Patienten pro Arztbesuch (...)“ [115]
Höhere Hausarzttdichte ermöglichen	49	3,9	„Mehr Hausärzte“ [401]
Begrenzung der Patientenzahl pro Arzt	47	3,8	„Begrenzung der Patientenzahl pro Arzt“ [432]
Durchsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems	45	3,6	„Primärarztsystem“; „Abrechnungsmodus für alle Kassen wie im HzV“ [435; 1551]
Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren	40	3,2	„Delegation an gut ausgebildetes nichtärztliches Personal“ [1253]
Aufklärung der Patienten zu mehr Eigenverantwortung	37	3,0	„Es muss mehr an die Eigenverantwortung der Patienten appelliert werden“ [1048]
Sonstiges	37	3,0	Zum Beispiel: „Atypischer HA werden mit Psychotherapie“ [613]
Änderung der Regelung zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, um Hausärzte zu entlasten	33	2,7	„Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung anders regeln“ [878]
Direktabrechnung zwischen Arzt und Patient reduziert die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte	29	2,3	„Private Abrechnung der echten Kosten mit den Patienten, danach Ausgleich der Leistung durch die Krankenkasse“ [12]

Vermeidung von unnötigen Arztbesuchen	28	2,3	„weniger Bagatellerkrankungen durch Ärzte behandeln lassen“ [1311]
Reduktion der apparativen Medizin	23	1,9	„Weglassen von überflüssigen technischen Untersuchungen, Sono, Lufu, Belastungs-EKG“ [241]
Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten und Spezialisten	21	1,7	„Bessere Kommunikation zwischen den Ärzten, Fachärzten u. Klinikärzten (...)“ [28]
Gutes Zeitmanagement in der Praxis	21	1,7	„Zeitdruck entsteht vor allem wegen schlechter Organisation“ [248]
Einzelleistungsvergütung anstatt Pauschalen	16	1,3	„Einzelleistungsvergütung wieder einführen“ [1414]
Keine Delegation der fachärztlichen Pflichten an die Hausärzte	16	1,3	„Fachärzte und Krankenhäuser mögen ihre Leistungen nicht nur erbringen, sondern auch erörtern. Das spart viel Zeit, wenn Hausärzte nicht auch noch die KH- und FA- Befunde erörtern müssten“ [1524]
Sich Zeit für den Patienten auch ohne Bezahlung nehmen	15	1,2	„sich Zeit für den Patienten auch ohne Bezahlung zu nehmen“ [1731]
Bessere Vorbereitung der Ärzte auf die hausärztliche Tätigkeit	13	1,0	„bessere Ausbildung der Hausärzte (...)“ [650]
Ausführliche und zeitintensive Beratung führt auf lange Sicht zu einer Kostenreduktion	10	,8	„Durch eine ausführliche und damit zeitintensive Beratung des Patienten können - erneute Arztkontakte ( Arzt-Hopping ) (...) vermieden werden“ [1771]
Grundsätzliche Reformierung des vertragsärztlichen Systems	9	,7	„Abschaffung der Krankenkassen (...)“; „(...) Änderung der politischen Rahmenbedingungen (...)“ [96; 120]
Mehr Prävention	9	,7	„(...) mehr Prävention statt hochpreisige Medizin (...)“ [199]
Delegation von Patienten, die psychische Betreuung benötigen	3	,2	„Netzwerke zur Betreuung von psychiatrischen, psychosomatischen Fällen“ [1198]
Keine Lösungsvorschläge	23	1,9	„keine Lösungsvorschläge“ [704]
Keine Antwort auf die Frage	8	,6	„keine Angabe“ [1254]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>1243</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 29: Ergebnisse der offenen Frage A.7

### 4.3.2 Fragenkomplex B: Regressforderungen

#### 4.3.2.1 Regressforderungen als Instrument zur Kostenkontrolle

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 90,7 Prozent) der befragten Hausärzte lehnte eine durch Regresse sanktionierte Budgetverantwortung als Steuerungsinstrument im Umgang mit begrenzten Ressourcen ab (Abbildung 30).

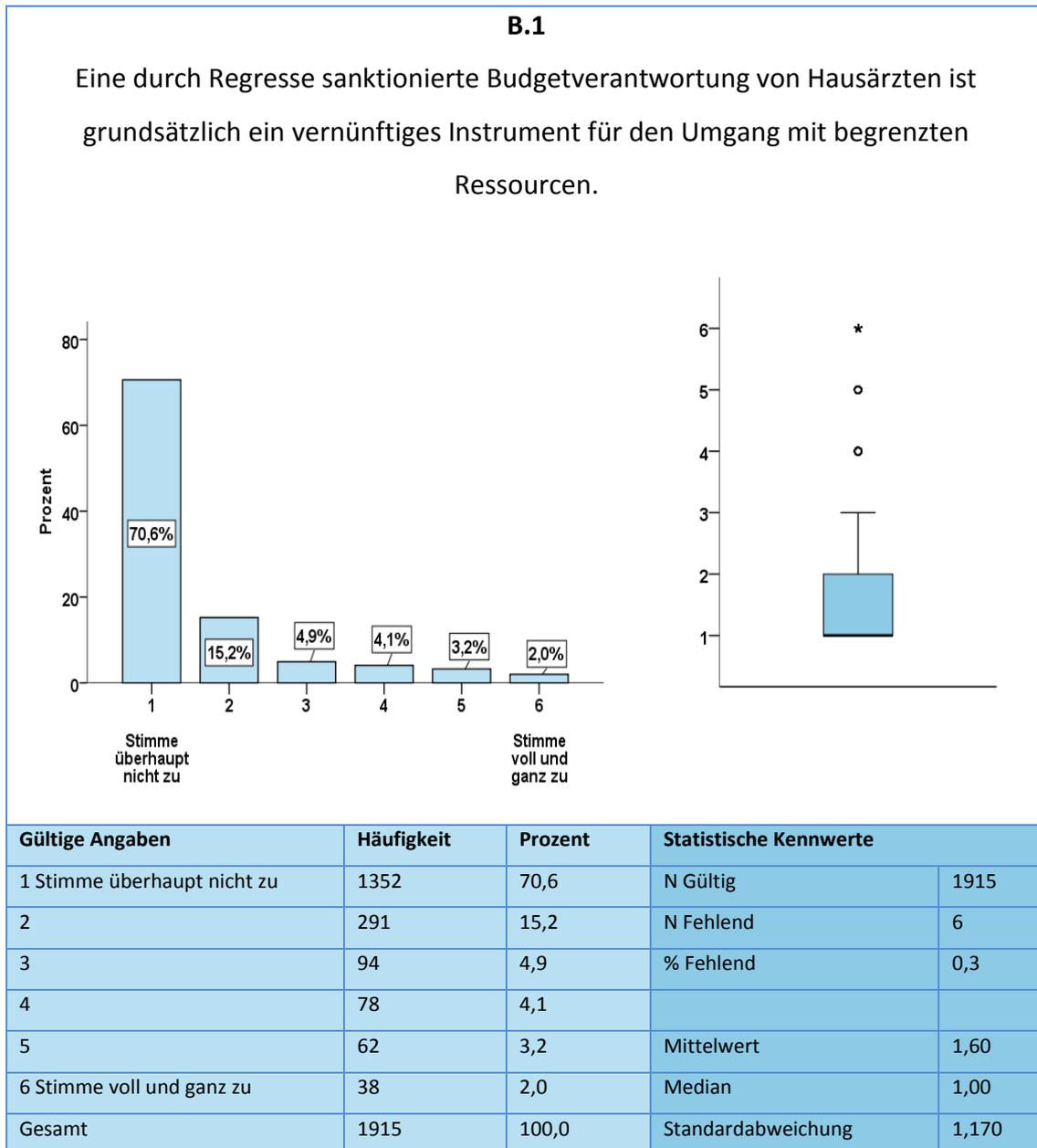


Abbildung 30: Regressforderungen als Instrument zur Kostenkontrolle

Der deutlichen Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 73,0 Prozent) der befragten Hausärzte bereiteten mögliche Regressforderungen Sorgen. Ihrer Ansicht nach könnten auch bei „vernünftiger“ Verordnungsweise Regressforderungen drohen (Abbildung 31).

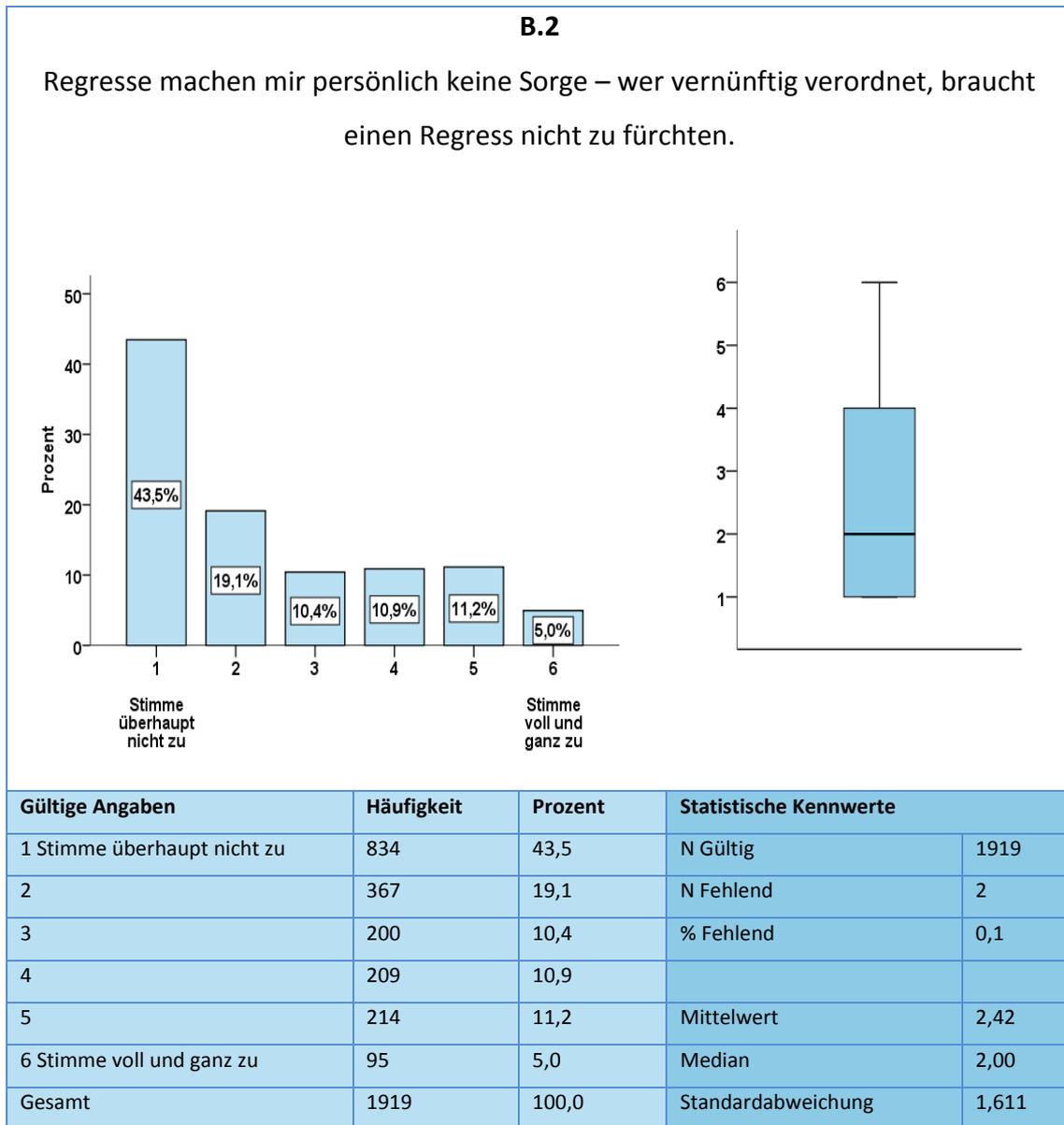


Abbildung 31: Regresse bei "vernünftiger Verordnung"

#### 4.3.2.2 Wahrnehmung von Regressforderungen in der Hausärzteschaft

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 84,8 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, sich durch mögliche Regressforderungen in der ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt zu fühlen (Abbildung 32).

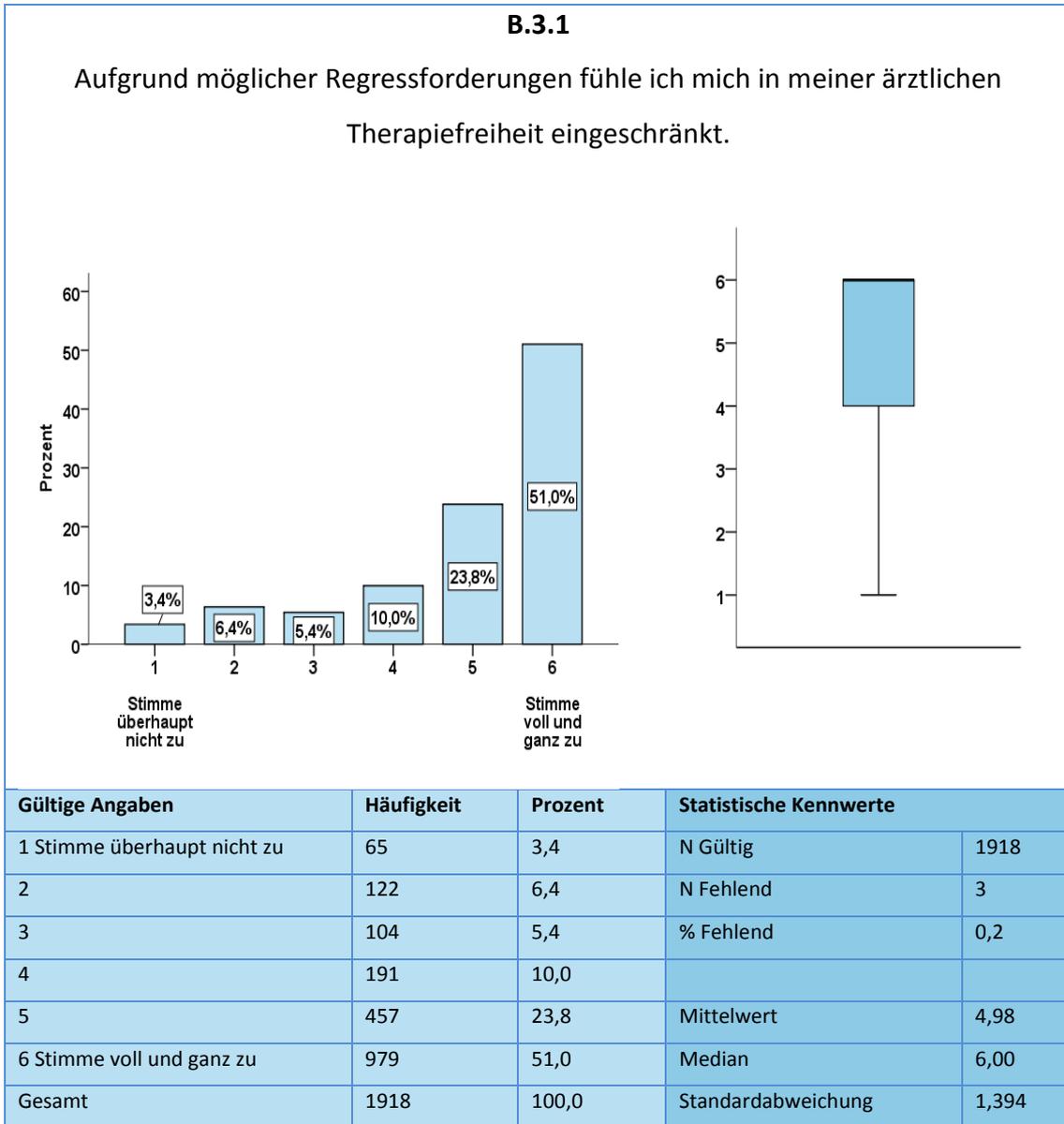


Abbildung 32: Wahrnehmung von Regressforderungen in der Hausärzteschaft

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 62,0 Prozent) der befragten Hausärzte sah sich durch mögliche Regressforderungen in ihrer beruflichen Existenz bedroht (Abbildung 33).

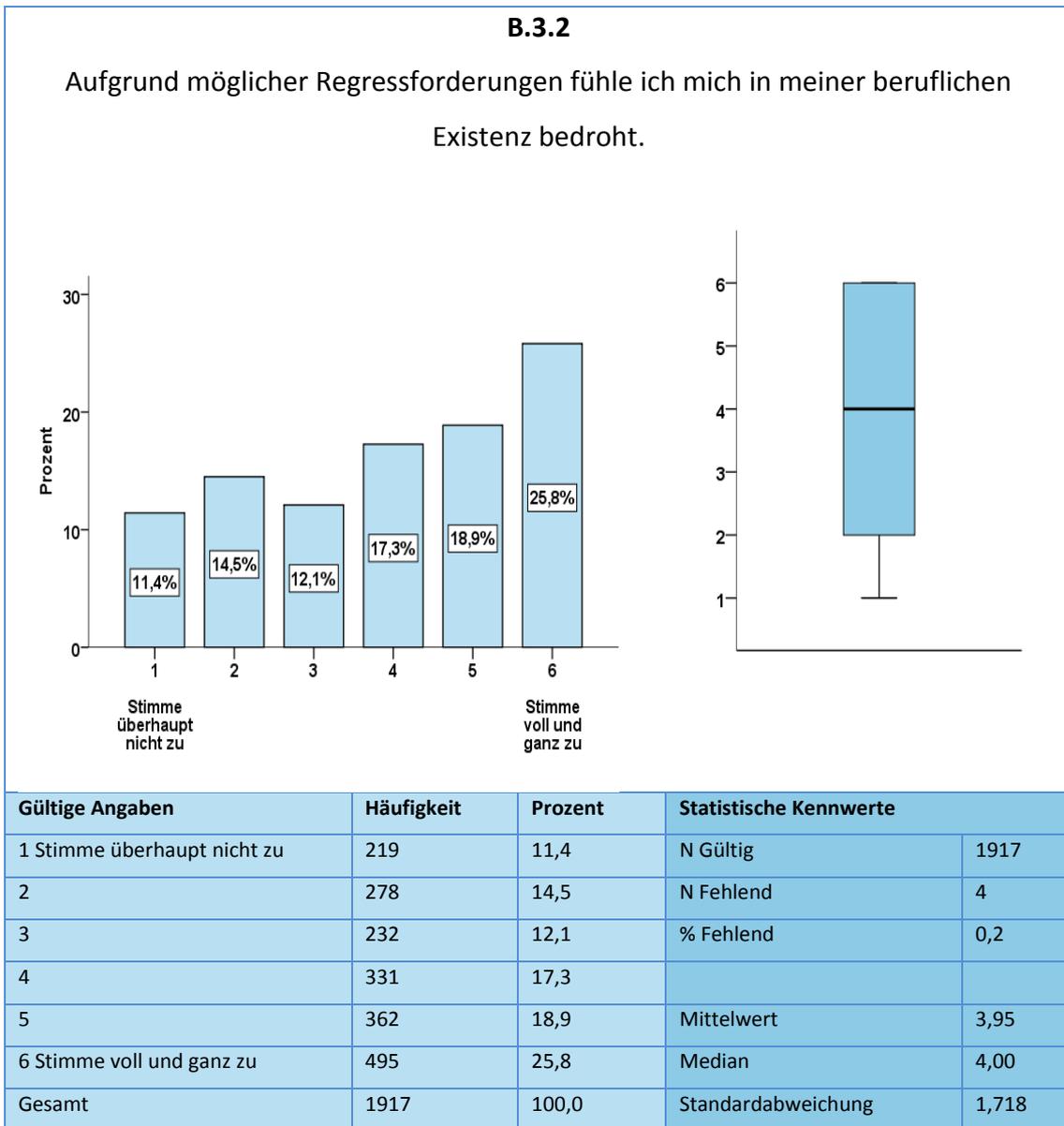


Abbildung 33: Wahrnehmung von Regressforderungen in der Hausärzteschaft

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 90,5 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, sich durch mögliche Regressforderungen von den Krankenkassen gegängelt zu fühlen (Abbildung 34).

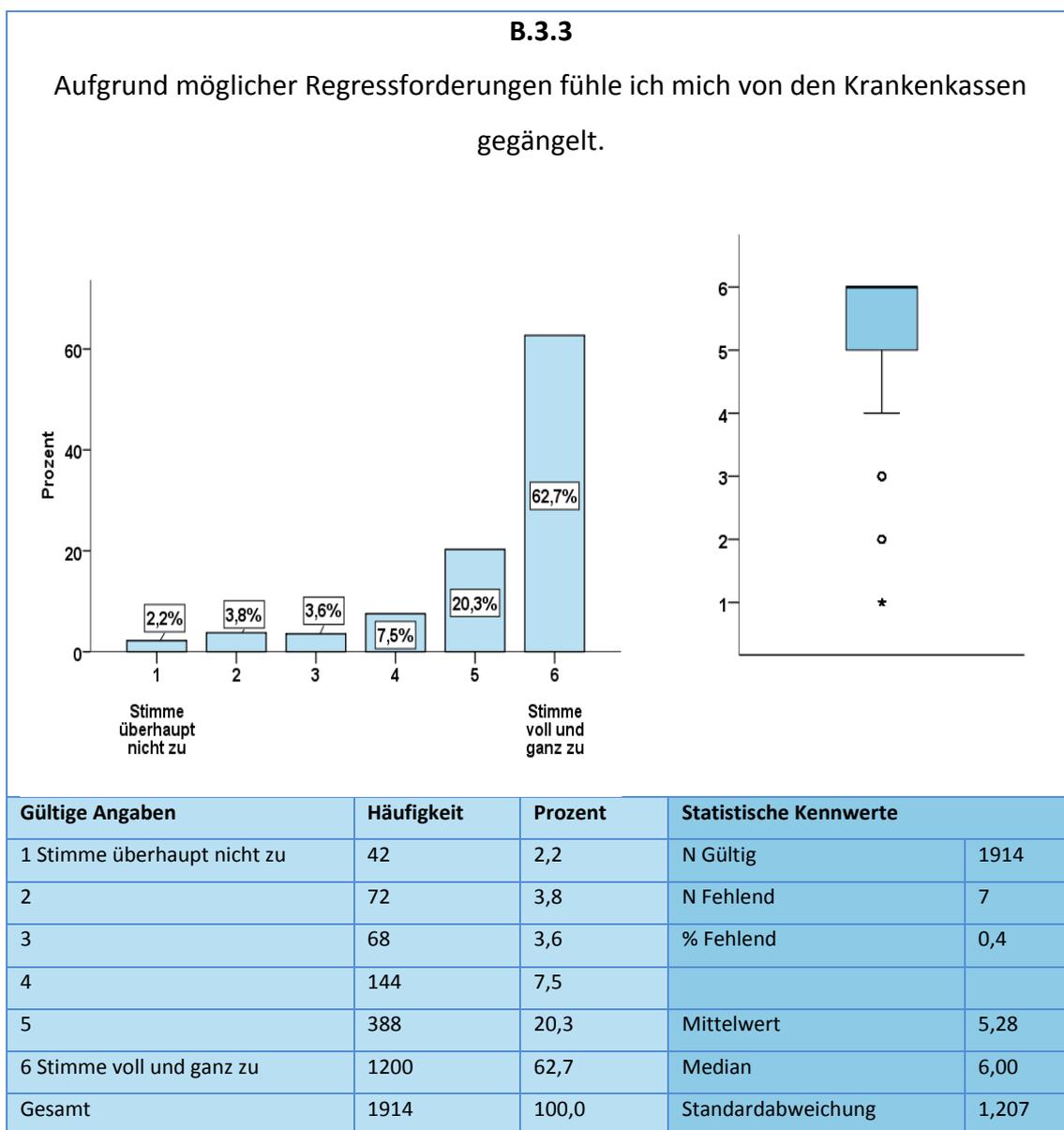


Abbildung 34 Wahrnehmung von Regressforderungen in der Hausärzteschaft

### 4.3.2.3 Regressforderungen bei medizinisch notwendiger Rezeptierung

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 88,5 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass auch bei ausschließlich medizinisch notwendiger Rezeptierung Regressforderungen drohen (Abbildung 35).

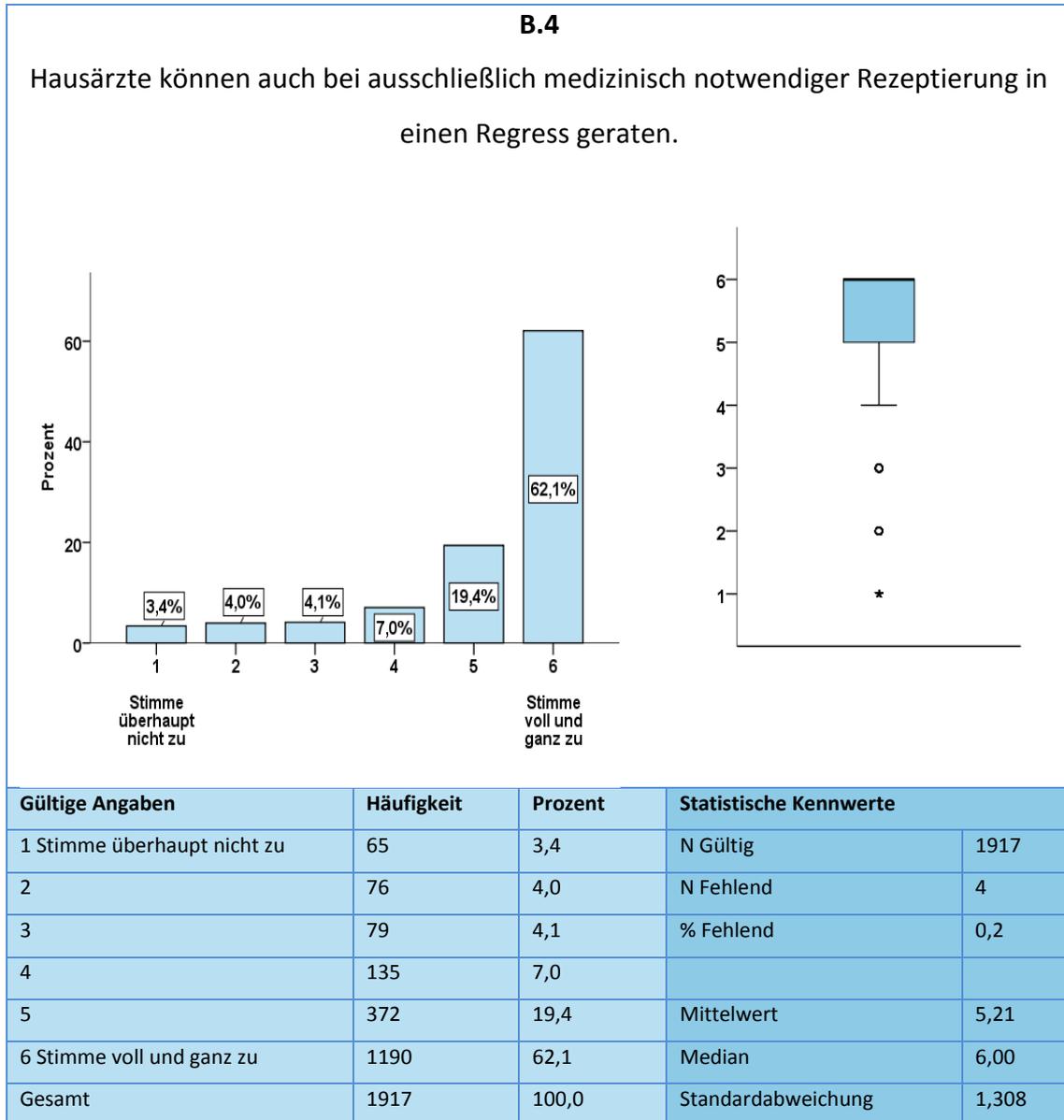


Abbildung 35: Regressforderungen bei medizinisch notwendiger Rezeptierung

#### 4.3.2.4 Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 91,3 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, aufgrund möglicher Regressforderungen verstärkt auf die Ausgaben bei den Arzneimittelverordnungen zu achten (Abbildung 36).

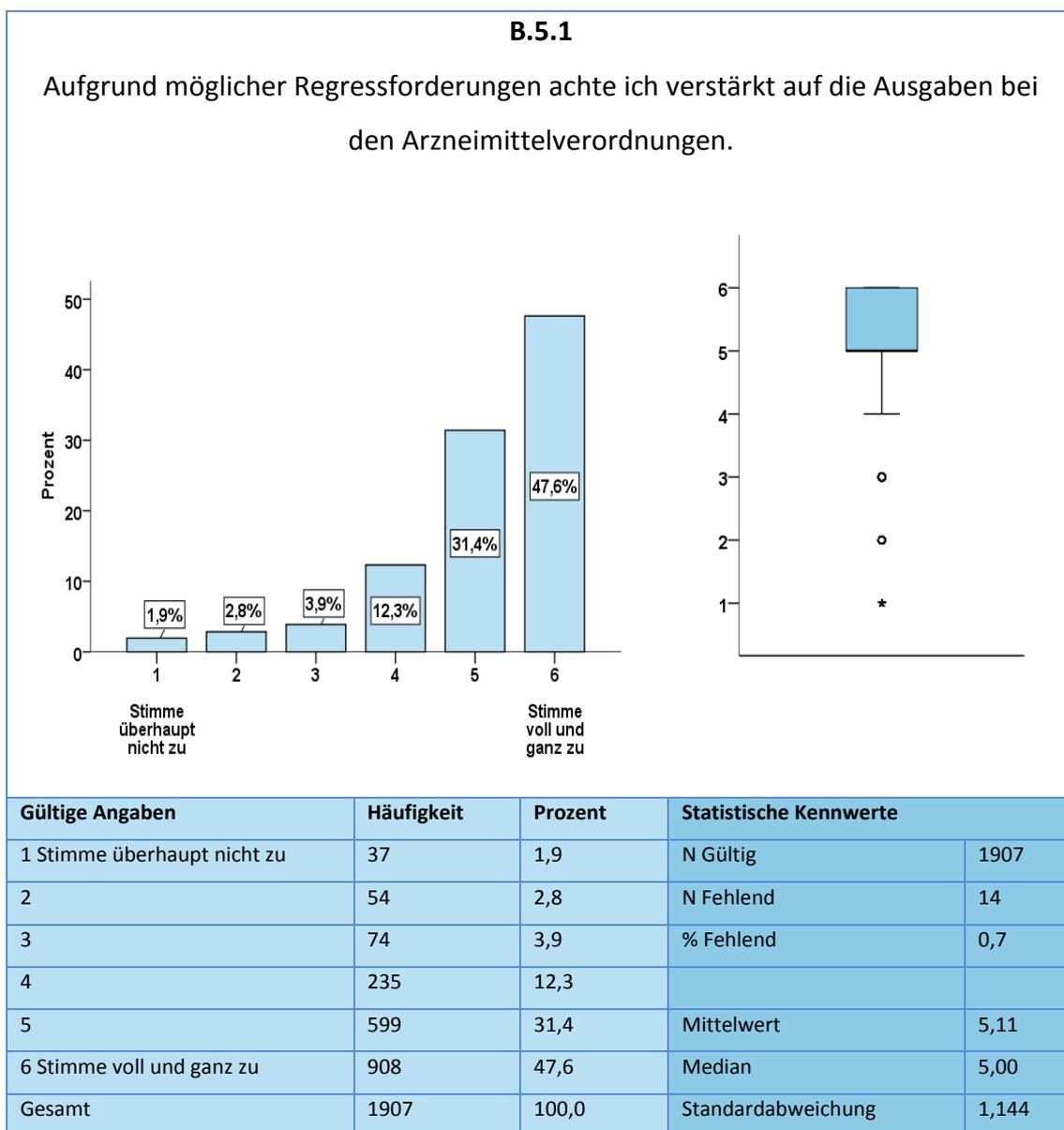


Abbildung 36: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 61,8 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, dass die potentiellen Regressforderungen zu einer erhöhten Verordnung von Generika (Abbildung 37) führten.

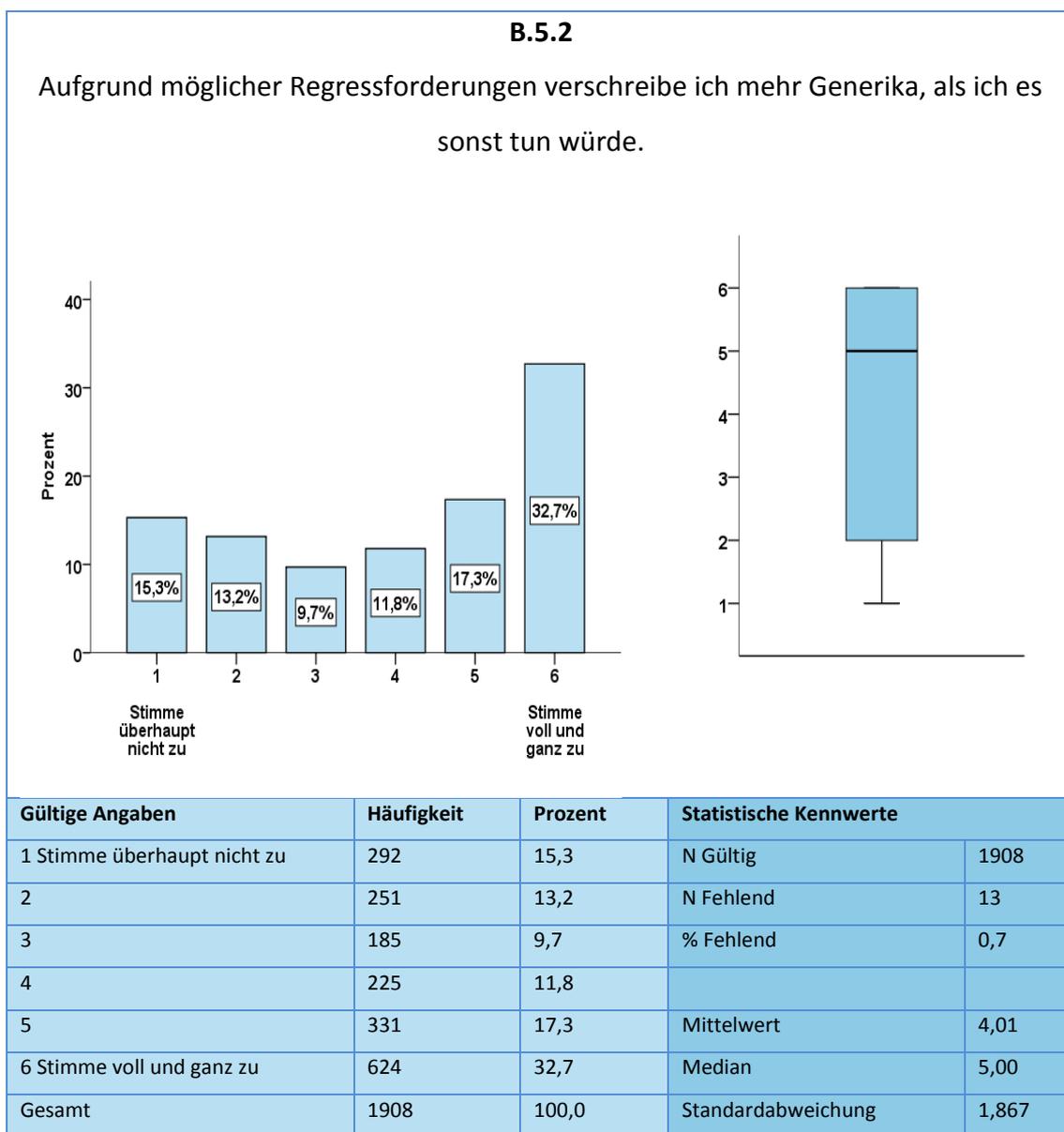


Abbildung 37: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Bei der Frage, ob mögliche Regressforderungen die Häufigkeit der Rezeptierung von Medikamenten mit einem relevanten Zusatznutzen beeinflussen, stimmte jeweils die Hälfte der Befragten zu (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 50,0 Prozent), die andere Hälfte (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 50 Prozent) stimmte nicht zu (Abbildung 38).

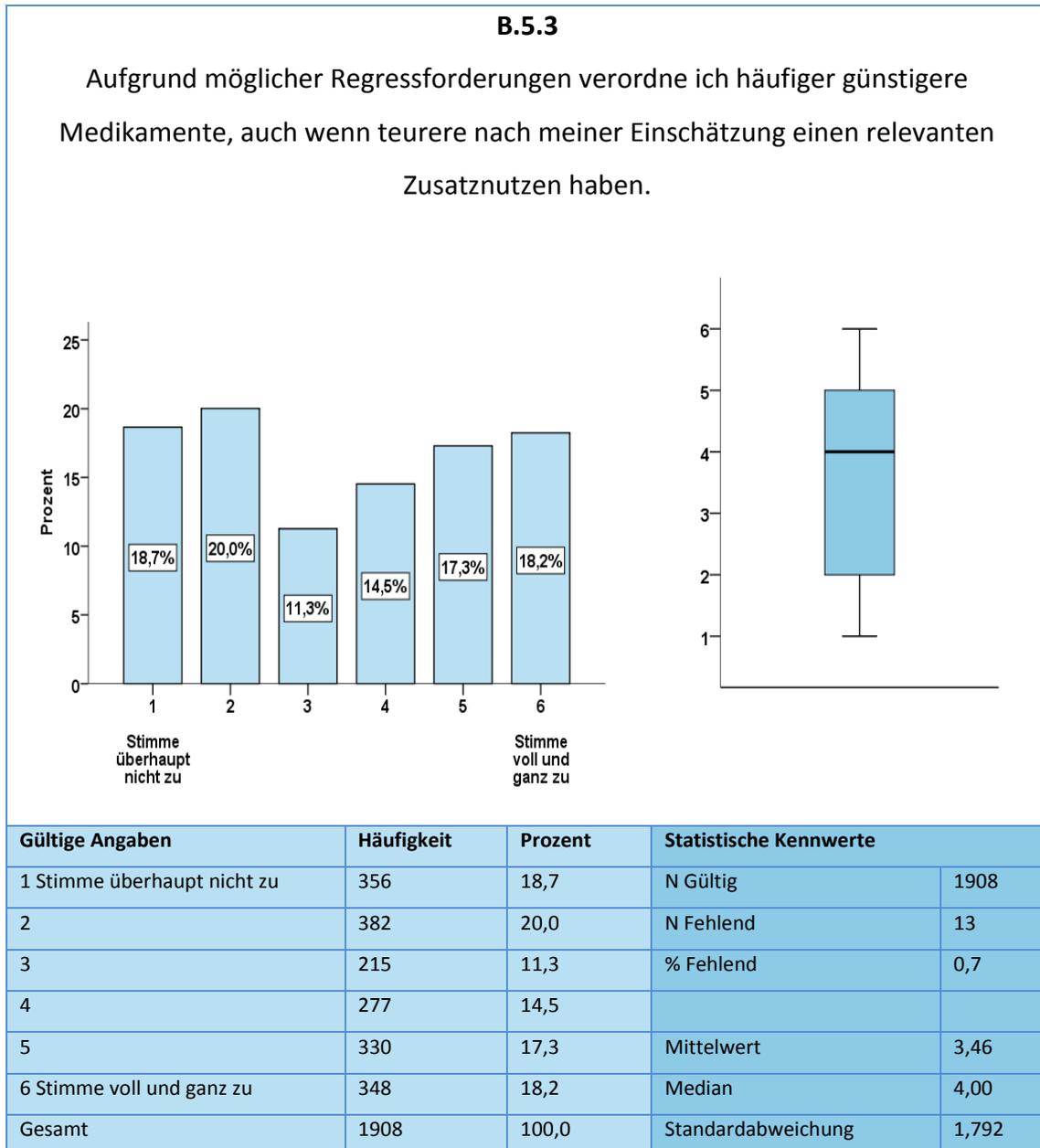


Abbildung 38: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 65,8 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, aufgrund möglicher Regressforderungen einen Patienten früher und häufiger zu Spezialisten zu überweisen, wenn der Patient teure Medikamente benötigt (Abbildung 39).

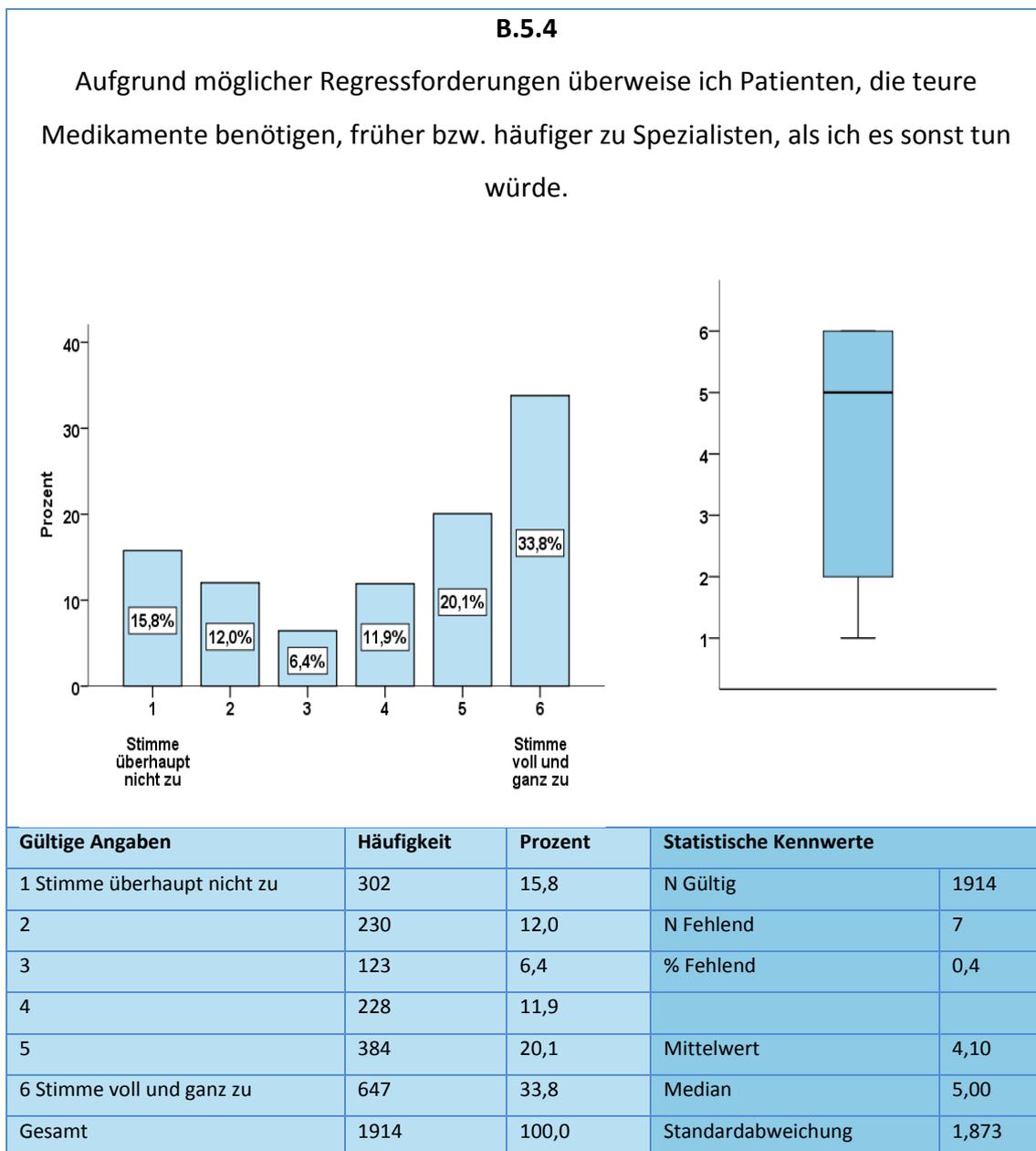


Abbildung 39: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 90,6 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, aufgrund möglicher Regressforderungen verstärkt auf die Ausgaben für Heilmittel zu achten (Abbildung 40).

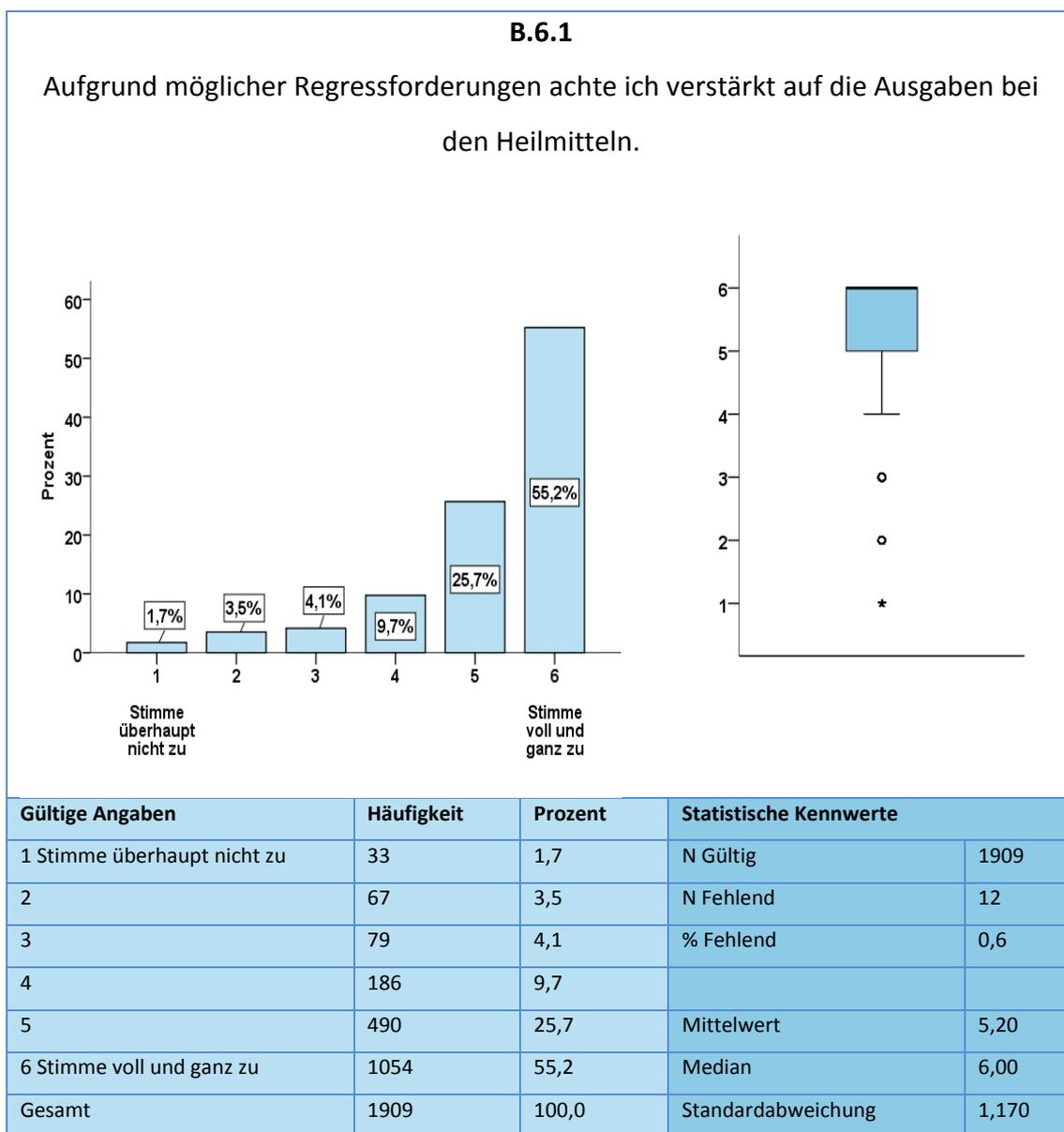


Abbildung 40: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 61,0 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, aufgrund möglicher Regressforderungen verstärkt auf die Ausgaben bei den Hilfsmitteln zu achten (Abbildung 41).

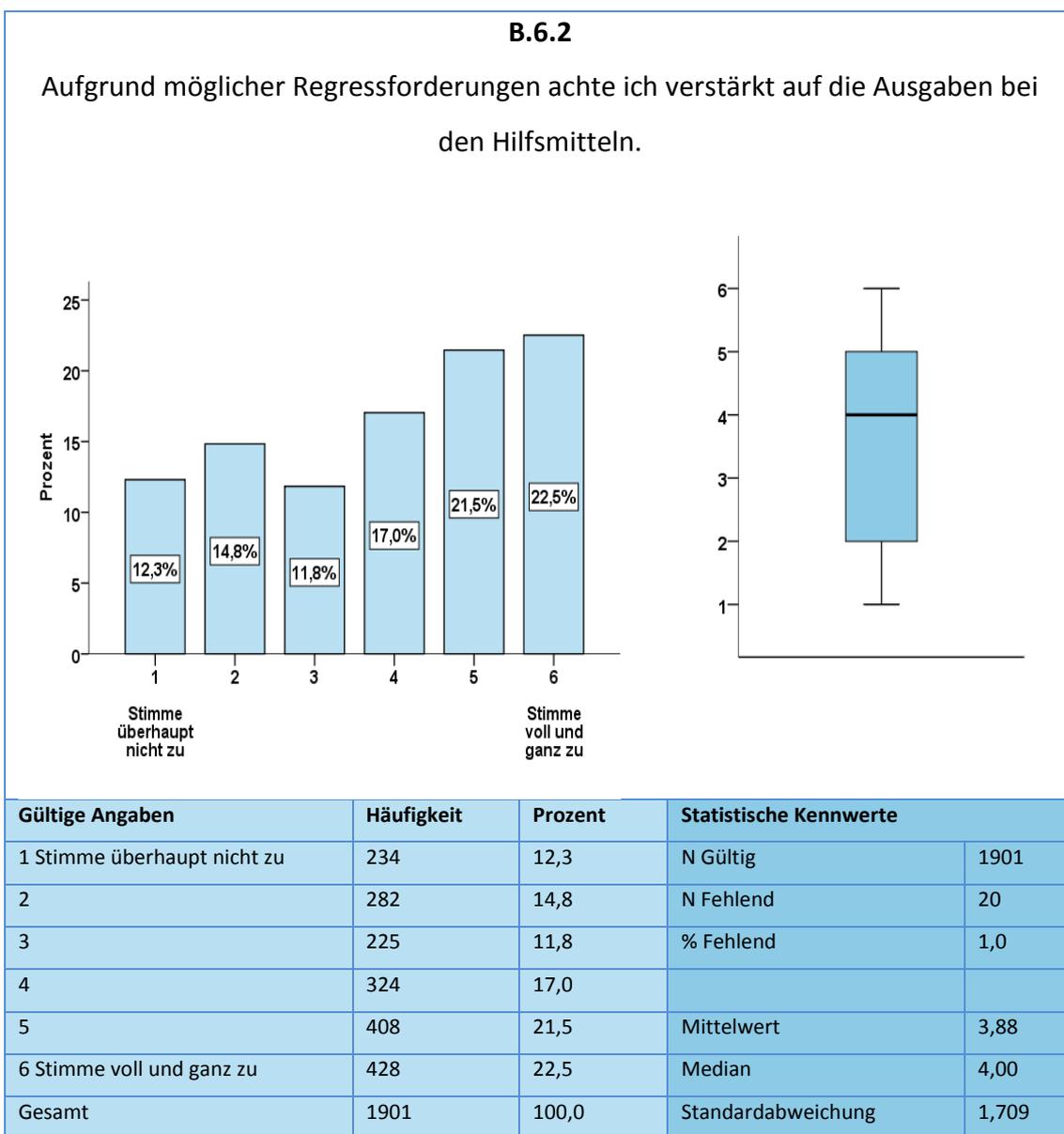


Abbildung 41: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 74,0 Prozent) der befragten Hausärzte versuchte nach eigenen Angaben nicht, die Patientenstruktur aufgrund möglicher Regresse zu beeinflussen, um teure Patienten zu vermeiden. Eine Minderheit (7,3 Prozent) stimmte der Aussage allerdings „voll und ganz“ zu (Abbildung 42).

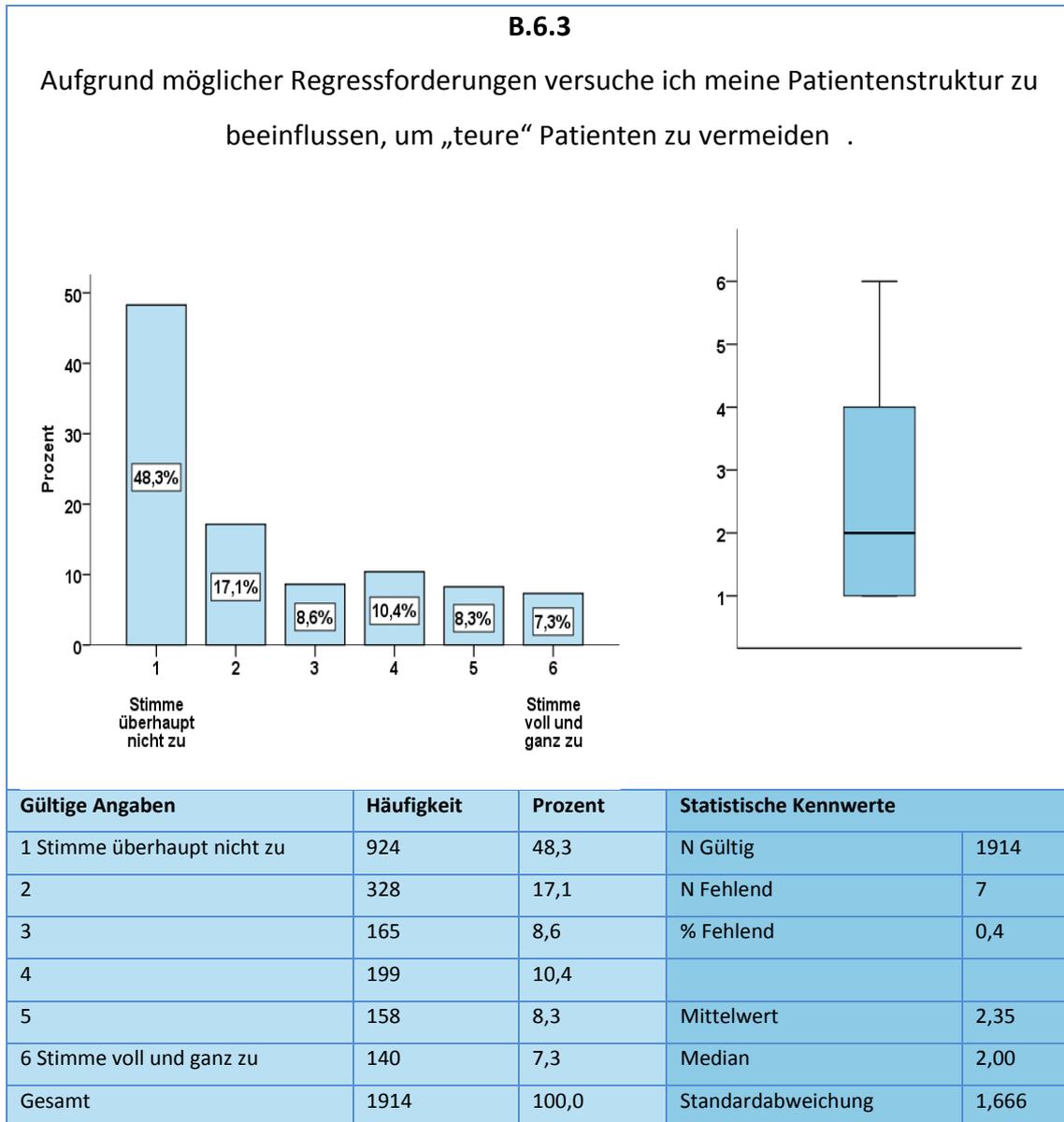


Abbildung 42: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

#### 4.3.2.5 Offene Frage: Strategien zur Beeinflussung der Patientenstruktur

Im Folgenden werden die von den Hausärzten angegebenen Strategien dargestellt, mit denen kostenintensive Patienten abgeschreckt und kostengünstige Patienten gewonnen werden sollen (Abbildung 43). Die drei häufigsten Strategien sind das Ablehnen der Behandlung des Patienten (25,9 Prozent), die Überweisung teurer Patienten zu anderen Fachärzten (19,2 Prozent) und die Verringerung oder das Einstellen von Haus- und Heimbisuchen (7,4 Prozent).

<b>B.7</b>			
Welche Strategien sind Ihnen bekannt, mit denen Hausärzte versuchen, „teure“ Patienten zu vermeiden und „günstige“ Patienten zu gewinnen? Falls zutreffend, bitte hier eintragen:			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Ablehnung von „teuren“ Patienten	253	25,9	„Schlichte Ablehnung von teuren Pat. ..aufgrund angebl. Zeitmangels der Praxis“ [185]
Überweisung zum Facharzt	188	19,2	„Überweisung zu Fachärzten“ [92]
Verringerung oder Einstellen der Haus- und Heimbisuche	72	7,4	„Vermeidung von Hausbesuchen bei multimorbiden Patienten“ [975]
Vergraulen der Patienten durch Verweigerung von Leistungen bzw. Medikamentenverschreibungen	66	6,8	„Pat. vergraulen durch Einschränkung teurer Verordnungen“ [1171]
Abschreckung durch Unfreundlichkeit	48	4,9	„Unfreundlichkeit, Desinteresse“ [1900]
Abschreckung durch schlechten Service	40	4,1	„Längere Wartezeiten, weniger persönliche Zuwendung“ [1274]
Sonstiges	33	3,4	Zum Beispiel: „Verrate ich nicht, weil Sie es der KV und den Kassen weitergeben.“ [1272]
Patienten wird Arztwechsel nahe gelegt	30	3,1	„Empfehlung Arzt zu wechseln“ [24]
Junge und gesunde Patienten anwerben und an die Praxis binden	29	3,0	„Ich biete Reisemedizin an, u.a. auch , um jüngere Patienten zu gewinnen“ [1402]
Besserer Service für günstige Patienten	22	2,3	„Kurze Wartezeiten und günstige Öffnungszeiten für Berufstätige, dadurch Gewinn von Verdünnerscheinen.“ [374]
Begrenzung von Wunschverordnungen	14	1,4	„Verweigerung von Wunschmedikation (...)“ [1249]
Teure Patienten bei Terminvergabe benachteiligen	12	1,2	„(...) Nachteile bei Terminvergabe, späte Folgetermine“ [1913]
Kein behinderten- und seniorengerechter	11	1,1	„Eine Treppe zur Praxis hält

Zugang zur Praxis			ausgabenintensive Rollstuhlfahrer fern“ [323]
Praxisstandort so wählen, dass er vor allem für junge und gesunde Patienten attraktiv ist	6	,6	„Standort in Büro Gegend mit wenig alten Menschen“ [36]
Durchsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems bzw. Primärarzt-systems	3	,3	„Abschluss von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung“ [400]
Keine Strategien bekannt	131	13,4	„Keine 'Strategie' bekannt“ [115]
Keine Antwort auf die Frage	19	1,9	„kein kommentar“ [1925]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>977</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 43: Ergebnisse der offenen Frage B.7

#### 4.3.2.6 Auswirkungen von Regressforderungen auf das Verordnungsverhalten

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 3 + 5 + 6 = 86,7 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, ihre Patienten bekämen trotz möglicher Regressforderungen in der Regel alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Medikamente (Abbildung 44).

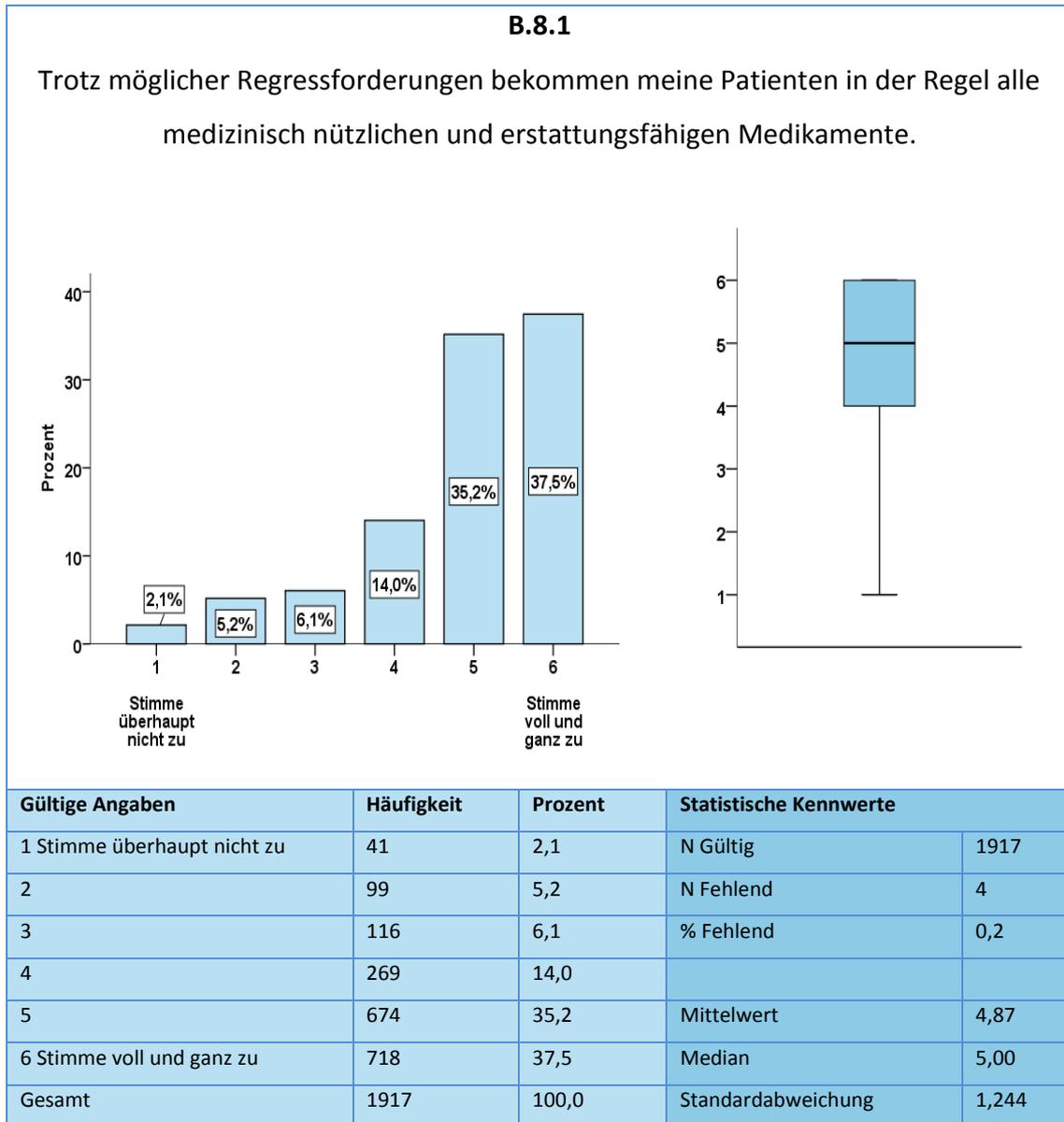


Abbildung 44: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 68,0 Prozent) der befragten Hausärzte war zudem der Meinung, dass ihre Patienten in der Regel auch alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Heilmittel erhalten. Die Zustimmung ist etwas schwächer als bei den Medikamenten (B.8.1) (Abbildung 45).

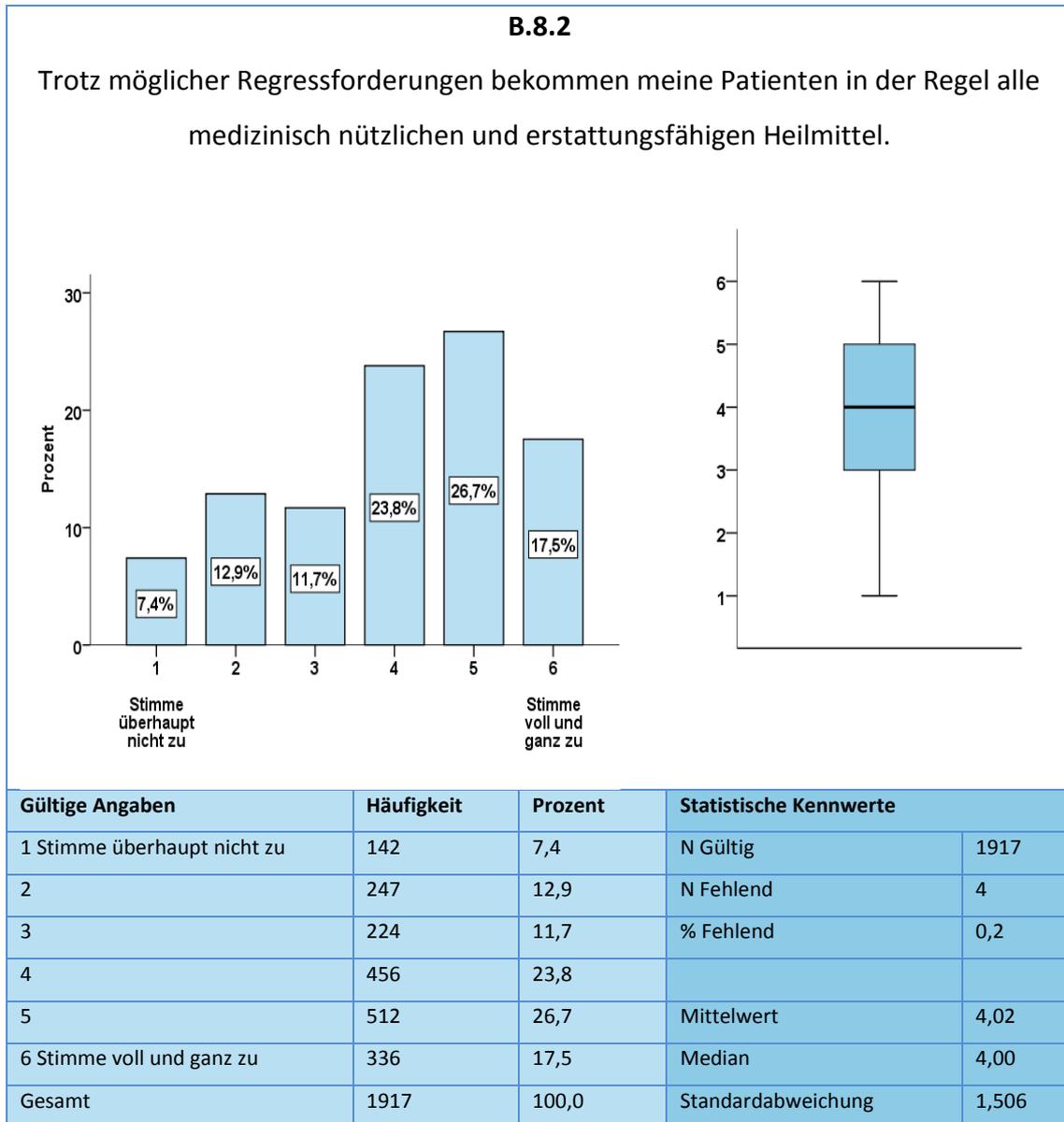


Abbildung 45: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Bei den Hilfsmitteln ergab sich ein ähnliches Meinungsbild wie bei den Medikamenten (B.8.1). Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 86,4 Prozent) der befragten Hausärzte ging davon aus, dass in der Regel trotz möglicher Regressforderungen ihre Patienten alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Hilfsmittel erhalten (Abbildung 46).

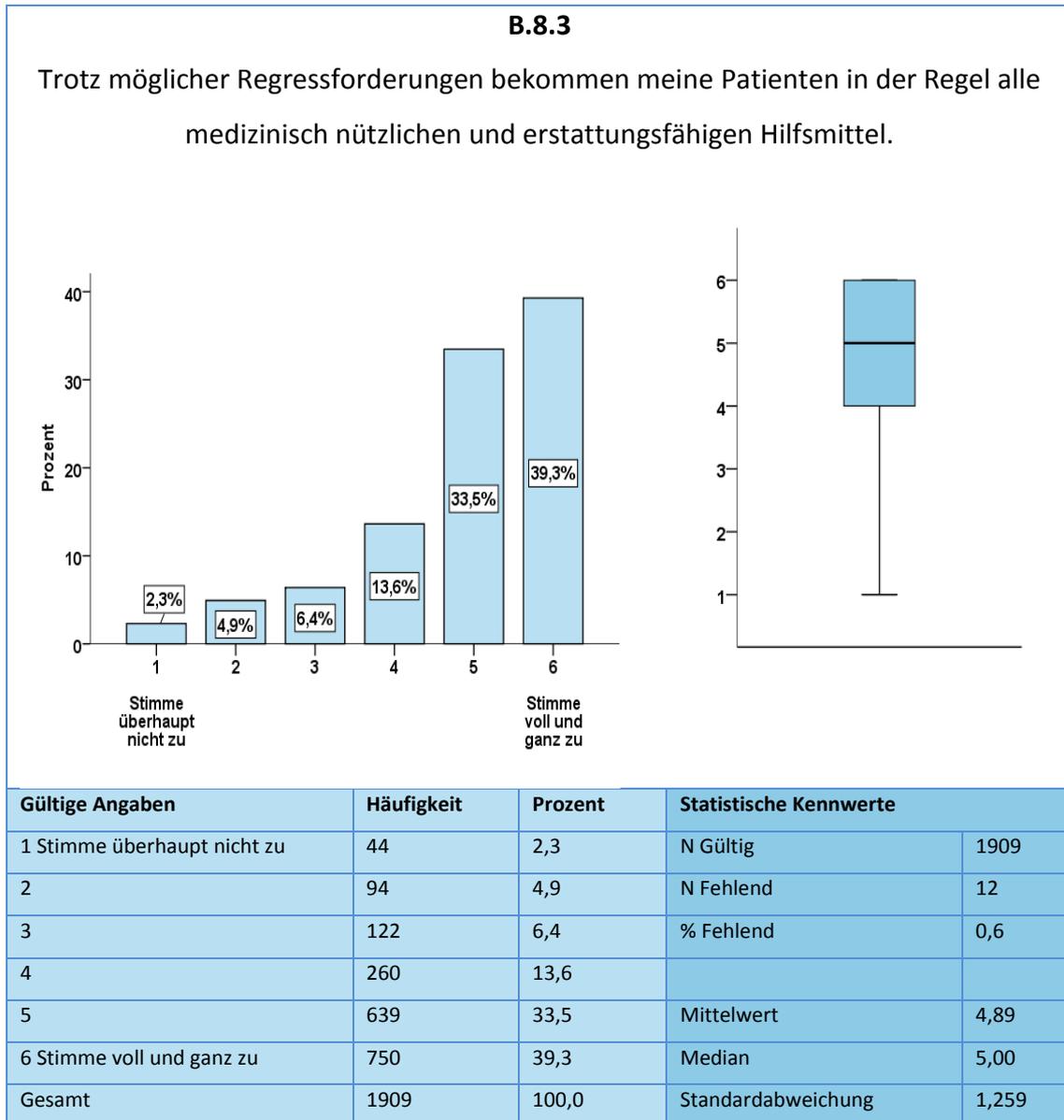


Abbildung 46: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

Fast alle Fragebogenteilnehmer (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 94,5 Prozent) waren der Ansicht, ihre Patienten bekämen in der Regel alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Impfungen. Nur ein sehr geringer Anteil der Befragten (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 5,5 Prozent) stimmte dem nicht zu (Abbildung 47).

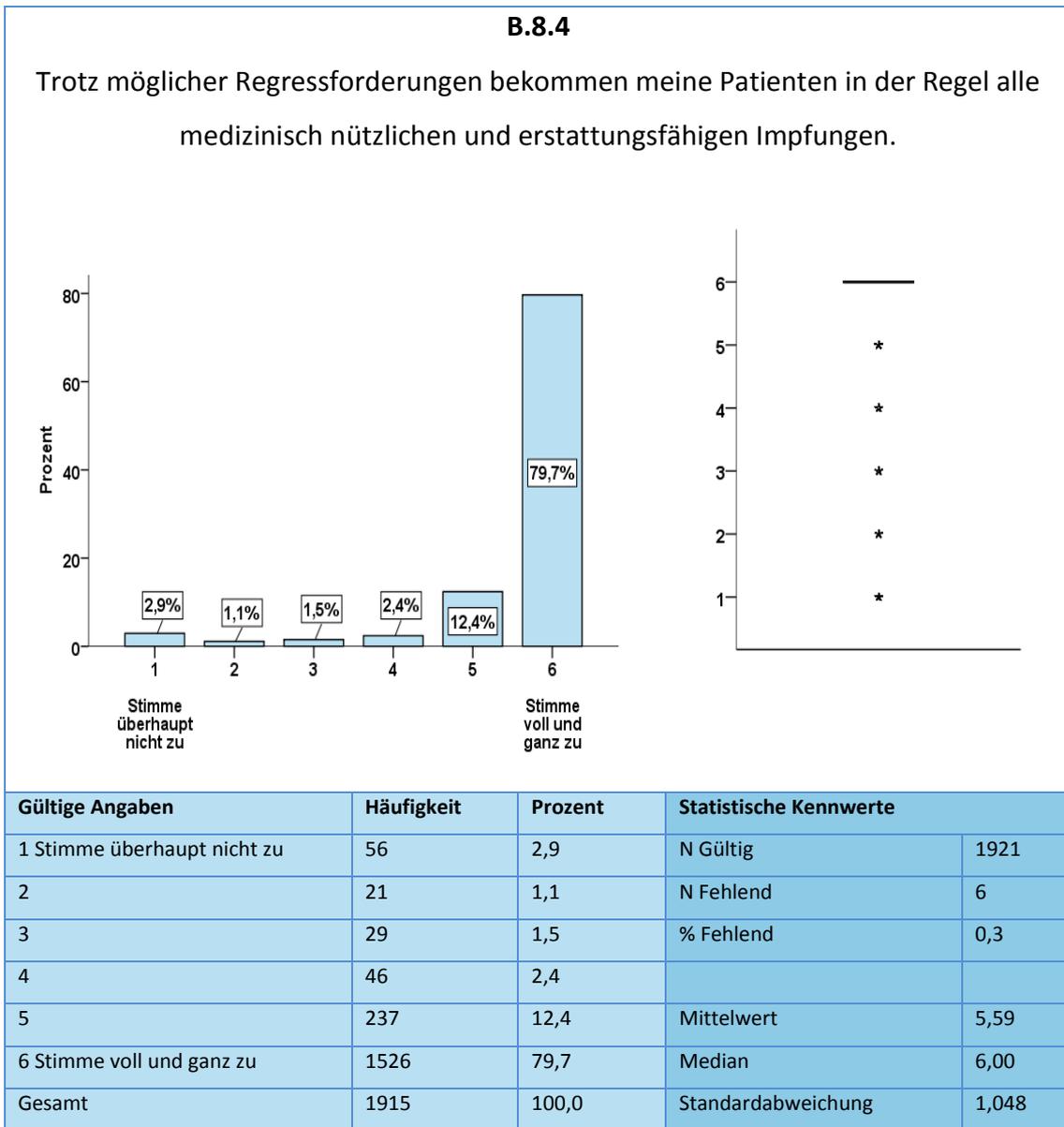


Abbildung 47: Auswirkungen von Regressforderungen auf die ärztliche Tätigkeit

#### 4.3.2.7 Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Regressforderungen

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 75,4 Prozent) der befragten Hausärzte ist der Ansicht, dass in Deutschland durch hausärztliche Strategien zur Vermeidung von Regressen relevante gesundheitliche Nachteile für die Patienten entstehen (Abbildung 48).

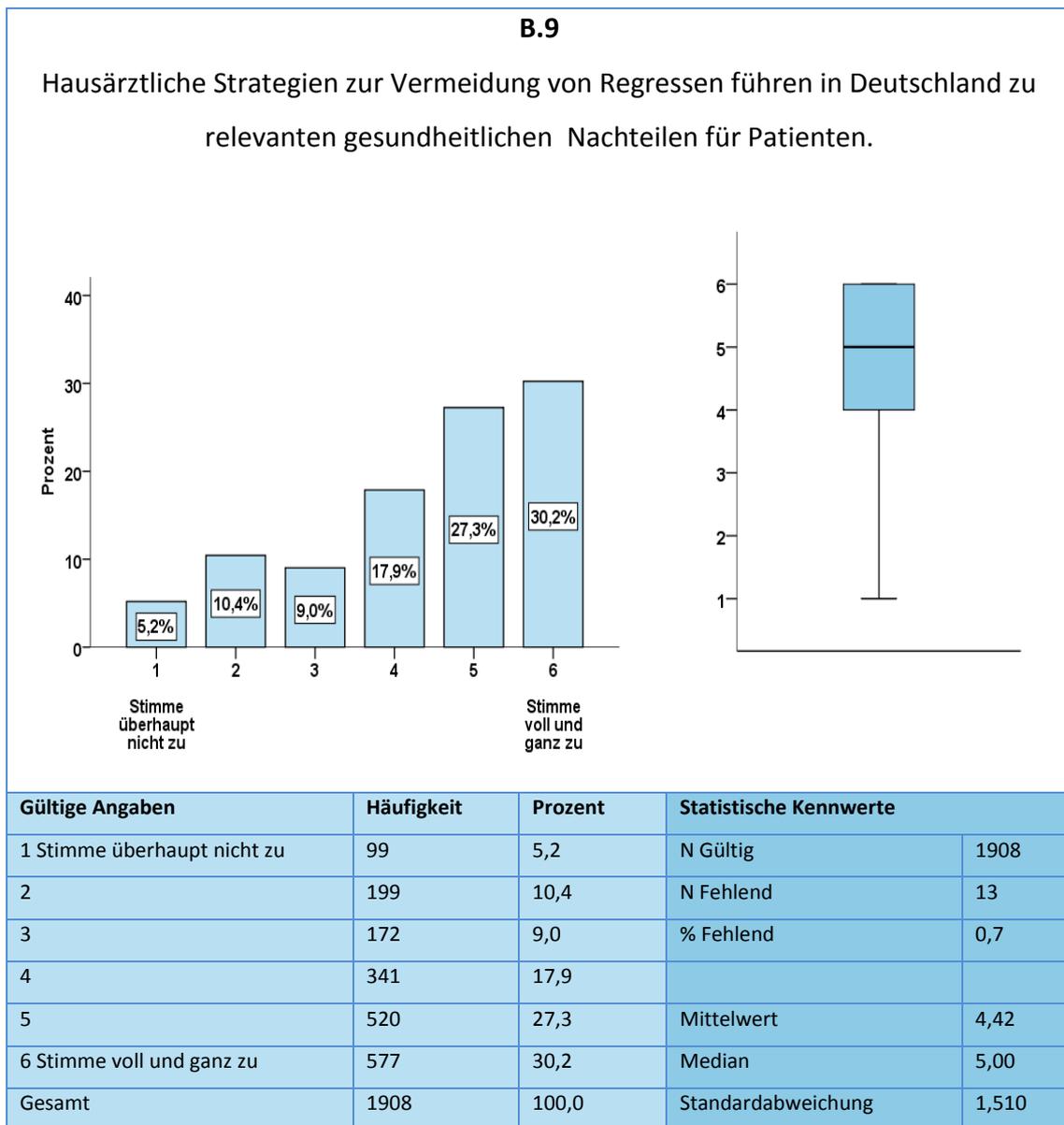


Abbildung 48: Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Regressforderungen

#### 4.3.2.8 Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zu den Regressregelungen

Im Folgenden sind die Vorschläge der Hausärzte zur Verbesserung der Regressregelungen dargestellt (Abbildung 49). Die drei häufigsten Vorschläge waren eine vollständige Abschaffung der Regresse (22,6 Prozent), die Einführung von Positiv- und Negativlisten für Medikamente (10,9 Prozent) und die grundsätzliche Verordnung von Medikamenten als Privatrezept, für das der Patient in Vorleistung gehen muss (7,4 Prozent).

<b>B.10</b>			
Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung der Regressregelungen haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Abschaffung der Regresse	192	22,6	„Die existenzbedrohenden, entwürdigenden, krankmachenden, Nachfolge-behindernden und Patientenschädigenden Regressbedrohungen der deutschen Ärzteschaft ersatzlos abschaffen.“ [361]
Sonstiges	112	13,2	Zum Beispiel: „Alte Heilmittelsonderziffern wieder einführen“ [1728]
Einführung von Positiv- bzw. Negativlisten für Medikamente	93	10,9	„Positivlisten, die von der Krankenkasse veröffentlicht werden. Krankenkassen soll dann dem Patienten darstellen warum sie das eine oder andere geliebte Heilmittel oder Präparat nicht mehr bekommen. Damit keine Regressgefahr“ [556]
Verordnungen grundsätzlich als Privatrezept, für das der Patient in Vorleistung gehen muss	63	7,4	„alle verordnungen auf Privatrezept, bezahlung durch den Patienten, Rückzahlung durch die Krankenkassen (...)“ [62]
Vermeidung von Regressen durch finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten erreichen	56	6,6	„Eigenbeteiligung des Patienten, ähnlich wie bei Privatpatienten, die nachweislich weniger Arztkontakte haben“ [276]
Eindeutigere und verständlichere Verordnungsregeln	36	4,2	„Klare Indikationen mit klaren Regeln über die potenziell zu verordnenden Medikamente (...)“ [389]
Beratung vor einem Regress	31	3,6	Regressforderungen erst nach wiederholter intensiver Beratung und ausbleibendem Erfolg [633]
Berücksichtigung der Praxisstruktur	27	3,2	„Bessere Berechnung der Regresse durch Berücksichtigung der Praxisstruktur (...)“ [174]
Keine Regresse für medizinisch eindeutig indizierte Verordnungen	26	3,1	„Es müssen lebenswichtige Medikamente und Heilmittel völlig aus der Prüfung herausgenommen werden.“ [455]
Verbesserung ohne Kostensteigerung nicht möglich	22	2,6	„nur mittels Kostensteigerung“ [831]

Vermeidung von Regressen durch Preisreduktion von Medikamenten	18	2,1	„Preisreduktion von Medikamenten (...)“ [1324]
Vermeidung von Regressen durch Verringerung der Anzahl verordnungsfähiger Medikamente	17	2,0	„Reduktion der verordnungsfähigen Medikamente (...)“ [609]
Einflussnahme durch Pharmaindustrie auf Verschreibungsverhalten unterbinden	15	1,8	„Als erstes würde ich versuchen Pharmareferenten der Industrie abzuschaffen, denn dadurch werden unnötig teure Arzneimittel verordnet, was ich nach 30 Jahren Kassenarztstätigkeit festgestellt habe.“ [1203]
Zeitnahe Mitteilung über Regressverfahren und Information zum Stand des Budgets	15	1,8	„Zeitnahe Rückmeldungen und Informationen, Information vor Regress (...)“ [2067]
Die Macht der Krankenkassen einschränken	14	1,6	„Macht der Krankenkassen beschränken“ [866]
Durchsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems bzw. Primärarzt systems	13	1,5	„Primärarzt system“ [435]
Berücksichtigung von Einsparungen der verschiedenen Budgetbereiche	10	1,2	„ich spare pro Jahr ca. 130.000 € an Medikamentenkosten ein. ich gebe im Jahr ca. 6-8000 € zuviel an Heilmitteln aus“ [94]
Spezialisten und Kliniken bei Verordnungen ebenfalls zur Verantwortung ziehen	9	1,1	„wenn schon Regressdrohung, dann auch für alle Beteiligten, zb. empfehlende oder anordnende Fachärzte, Kliniken (auch REHA-Kliniken), Physiotherapie. (...)“ [2004]
Reduzierung der Bürokratie und des Verwaltungsaufwands	7	,8	„weniger Bürokratie“ [737]
Prüfung der Kostenübernahme vor Inanspruchnahme durch die Krankenkassen	5	,6	„Prüfung der Kostenübernahme von Heilmitteln oder teuren Medikamenten vor Inanspruchnahme“ [272]
Bonussystem anstatt Sanktion	5	,6	„Bonussystem, statt Bestrafung Belohnung (...)“ [1317]
Vermeidung von Regressen durch festgelegte Arzneimittelpreise	5	,6	„Festbeträge sollten von den Kassen für Präparate festgelegt werden“ [1086]
Erweiterung der Budgets	4	,5	„Erweiterung des Budgets für Heilmittel“ [655]
Die Regressregelungen führen bei vernünftig handelnden Ärzten zu keinen Problemen	3	,4	„Bei vernünftigem und nachdenklichem Umgang mit den geltenden Regelungen sehe ich keine ernsthaften Probleme.“ [2123]
Begrenzung der maximalen Regresshöhe	2	,2	„begrenzung nach vorinformation auf max.insgesamt ca.3000E, nicht quartale hochrechnen“ [2194]
Keine Lösungsvorschläge	34	4,0	„Dazu fällt mir leider auch nichts ein.“ [636]
Keine Antwort auf die Frage	17	2,0	„keine Angabe“ [1250]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>851</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 49: Ergebnisse der offenen Frage B.10

### 4.3.3 Fragenkomplex C: Auswirkungen des Vergütungssystems

#### 4.3.3.1 Einfluss des Vergütungssystems auf die Versorgung

Die Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 64,6 Prozent) der befragten Hausärzte gab an, das aktuelle Vergütungssystem mit einer Kombination aus Pauschalen und Einzelleistungen würde die Versorgung negativ beeinflussen. Etwas weniger als ein Drittel der Befragten (29,4 Prozent) war der Meinung, dass das Vergütungssystem die Versorgung der Patienten gar nicht beeinflusst. Nur ein geringer Anteil (6,1 Prozent) gab an, das Vergütungssystem beeinflusse die Versorgung positiv (Abbildung 50).

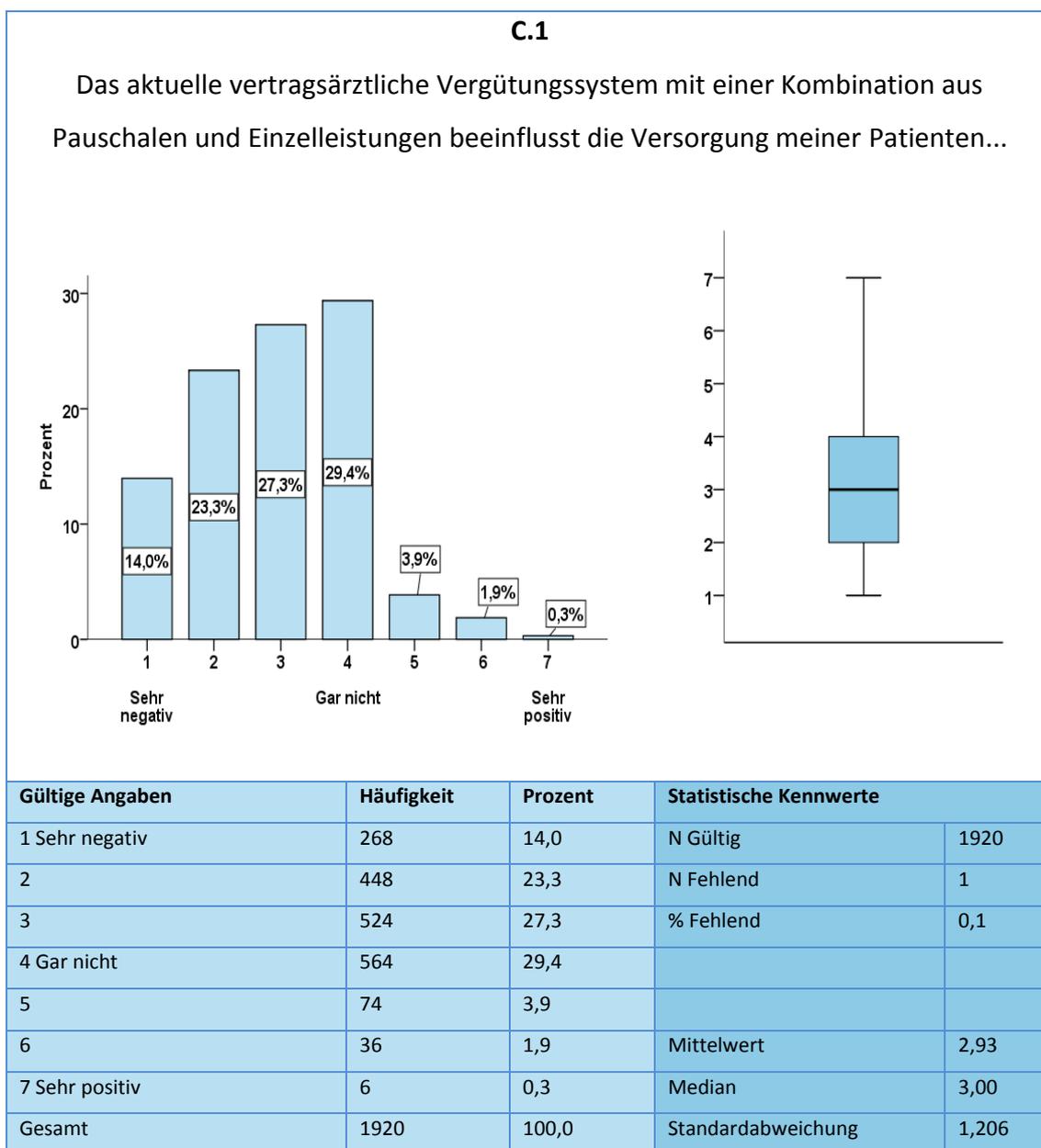


Abbildung 50: Einfluss des Vergütungssystems auf die Versorgung

#### 4.3.3.2 Offene Frage: Beeinflussung der Versorgung durch das Vergütungssystem

Im Folgenden wird dargestellt, inwiefern das aktuelle Vergütungssystem nach Meinung der Hausärzte die Versorgung der Patienten beeinflusst (Abbildung 51.) Zu den drei häufigsten Nennungen zählte, dass aufgrund des aktuellen Vergütungssystems zeitaufwendige oder schlecht bezahlte Leistungen gemieden werden (21,8 Prozent), insgesamt zu wenig Zeit für die Patienten vorhanden ist (14,8 Prozent) und der pauschalierte Vergütungsmodus die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit mindert (12,4 Prozent).

<b>C.1.1</b>			
Inwiefern beeinflusst das aktuelle Vergütungssystem die Versorgung Ihrer Patienten?			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Zeitaufwendige oder schlecht bezahlte Leistungen werden gemieden	270	21,8	„evtl. sinnvolle zeitintensive aber nicht oder schlecht bezahlte Leistungen werden vernachlässigt“ [186]
Zu wenig Zeit für die Patienten vorhanden, da die Menge an Patienten und nicht die Qualität der Behandlung bezahlt wird	183	14,8	„Die geringen durchschnittlichen Fallwerte zwingen mich mehr Patienten zu behandeln (...) Dadurch bleibt in vielen Fällen zu wenig Zeit“ [39]
Pauschalierte Vergütung mindert die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit	154	12,4	„Weil ich durch die Pauschalen oft nötigen Mehraufwand nicht mehr bezahlt bekomme. Das ist Demotivierend (...); „Pauschalen machen gleichgültig.“ [151; 1249]
Durchführung von medizinisch nicht nützlichen Leistungen aus monetären Gründen	124	10,0	„Die pauschale Vergütung bewirkt, dass man ab dem 3. oder 4. Kontakt im Quartal überlegt, wodurch man den zeitlichen Aufwand in zusätzliches Honorar umwandeln könnte (Erbringen von Einzelleistungen, die zusätzlich vergütet werden, aber vielleicht unnötig sind.“ [1051]
Vernachlässigung der sprechenden Medizin	74	6,0	„Sprechende Medizin lohnt nicht (...)“ [54]
Häufigere Überweisungen zum Facharzt	72	5,8	„schnellere Überweisung zu anderen Fachdisziplinen“ [114]
Die Behandlung wird vermehrt durch Wirtschaftlichkeitsüberlegungen beeinflusst	48	3,9	„Wirtschaftliche Überlegungen ebenso wichtig wie medizinische“ [34]
Behandlungen werden in das nächste Quartal verschoben	35	2,8	„Termine werden in Bezug auf Quartalsübergänge gelegt!!“ [264]
Sonstiges	35	2,8	Zum Beispiel: „weil ich Untersuchungen, die ich 30 j durchgeführt habe nicht mehr abrechnen kann“ [1400]
Kaum oder kein Einfluss auf die	34	2,7	„Keine Beeinflussung“ [1359]

Versorgung der Patienten			
Benachteiligung von „teuren“ Patienten	34	2,7	„zeit- u diagnostisch aufwendige Patienten werden eher weiter verwiesen“ [1012]
Arzt-Patienten-Kontakte werden auf ein Minimum begrenzt	25	2,0	„durch Pauschalen wird die Zahl möglicher APK auf ein Minimum beschränkt“ [15]
Lange Wartezeiten für die Patienten, vor allem bei Fachärzten	21	1,7	„Lange Wartezeiten bei Fachärzten.“ [198]
Nachwuchsmangel	18	1,5	„Wir bekommen keinen Nachfolger.“ [1741]
Verzicht auf die Anschaffung von medizinischen Geräten	13	1,0	„Man verzichtet auf bestimmte kostenintensive Geräte (...)“ [1687]
Schließen der Praxis nach Ausschöpfung des Budgets	13	1,0	„Warum sollte man die letzten 4 Wochen eines Quartals noch Pat. wiederbestellen, wenn man dafür nichts bekommt?“ [1463]
Anreiz viele IGeL durchzuführen	12	1,0	„ich biete vermehrt IGEL Leistungen an (...)“ [1053]
Unnötige Einbestellungen von Patienten	8	,6	„Mehrfacheinbestellungen wegen der Unterscheidung bei den Chronikerziffern“ [567]
Pauschalisiertes Vergütungssystem schützt Patienten vor unnötigen Leistungen	8	,6	„durch die Pauschalen wird der Pat. vor unnötigen Leistungen geschützt“ [258]
Keine Antwort auf die Frage	58	4,7	
<b>Gesamtsumme</b>	<b>1239</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 51: Ergebnisse der offenen Frage C.1.1

#### 4.3.3.3 Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 74,0 Prozent) der befragten Hausärzte vermutete, dass Patienten von hausärztlichen Kollegen häufig auch ohne das Vorliegen von medizinischer Notwendigkeit quartalsweise einbestellt werden (Abbildung 52).

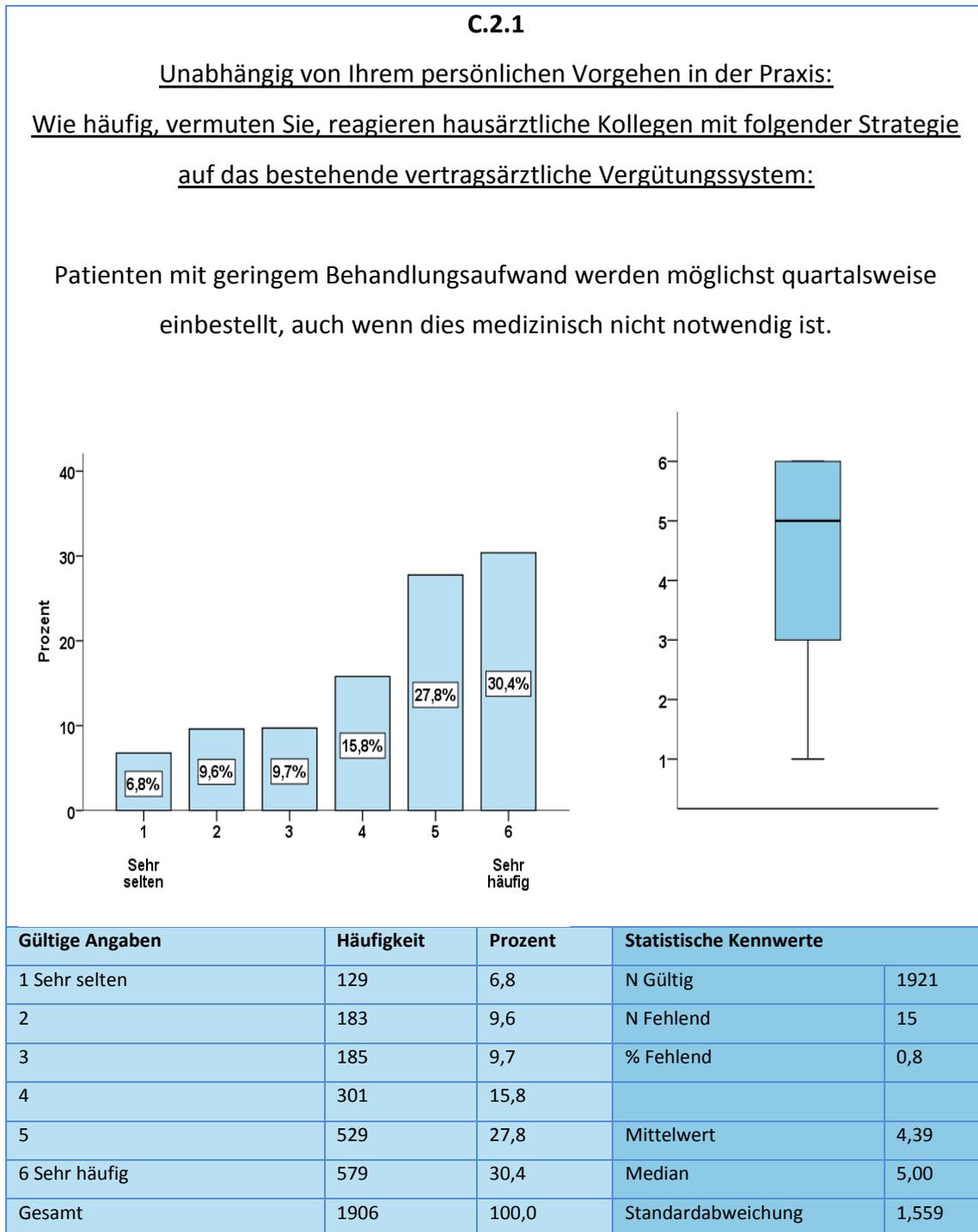


Abbildung 52: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Ebenfalls vermutete die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 68,2 Prozent) der befragten Hausärzte, dass bei hausärztlichen Kollegen jene Patienten, deren Behandlung in einem Quartal hohe Kosten verursacht hat, häufig erst wieder zum nächsten Quartal einbestellt werden (Abbildung 53).

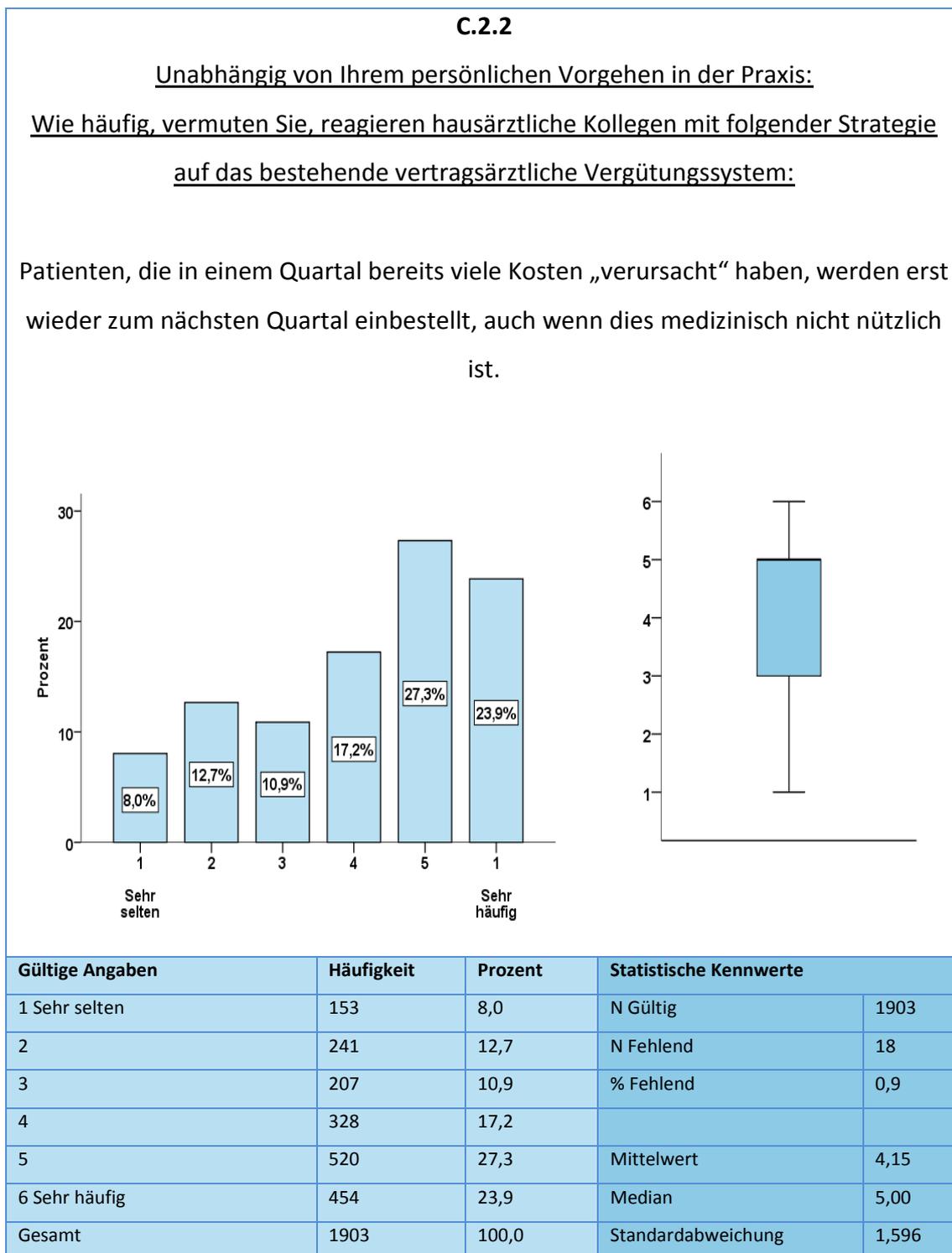


Abbildung 53: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

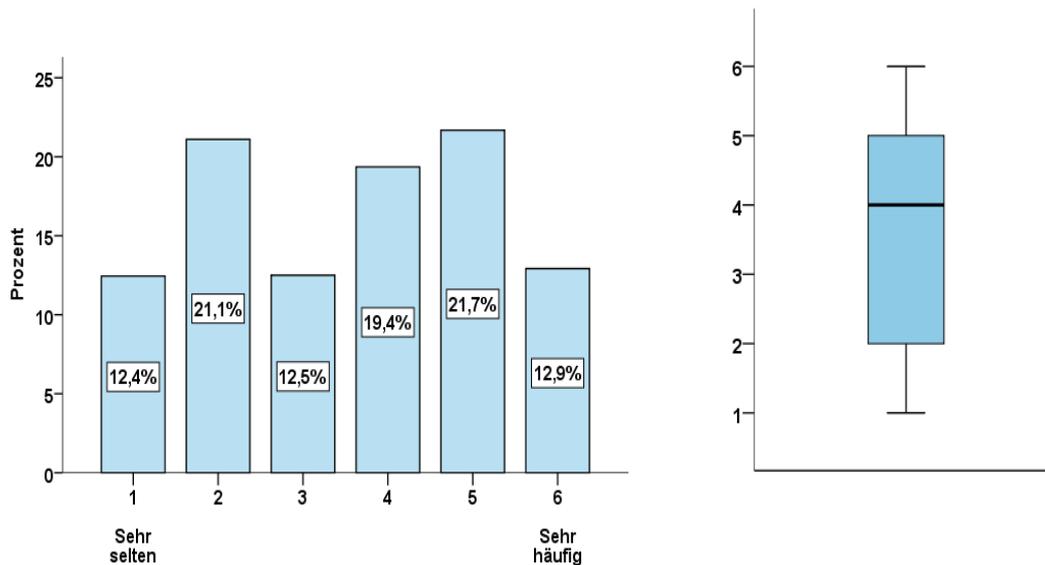
Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 54 Prozent) vermutete, dass kostenintensive Diagnostik häufig von hausärztlichen Kollegen begrenzt wird, auch wenn sie medizinisch nützlich wäre (Abbildung 54).

### C.2.3

#### Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis:

Wie häufig, vermuten Sie, reagieren hausärztliche Kollegen mit folgender Strategie auf das bestehende vertragsärztliche Vergütungssystem:

Die Anzahl kostenintensiver Diagnostik wird begrenzt, auch wenn weitere Diagnostik medizinisch nützlich wäre.



Gültige Angaben	Häufigkeit	Prozent	Statistische Kennwerte	
1 Sehr selten	236	12,4	N Gültig	1896
2	400	21,1	N Fehlend	25
3	237	12,5	% Fehlend	1,3
4	367	19,4		
5	411	21,7	Mittelwert	3,85
6 Sehr häufig	245	12,9	Median	4,00
Gesamt	1896	100,0	Standardabweichung	1,544

Abbildung 54: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 61,9 Prozent) der befragten Hausärzte vermutete, dass hausärztliche Kollegen häufig die Anzahl kostenintensiver Therapien begrenzen, auch wenn sie medizinisch nützlich wären (Abbildung 55).

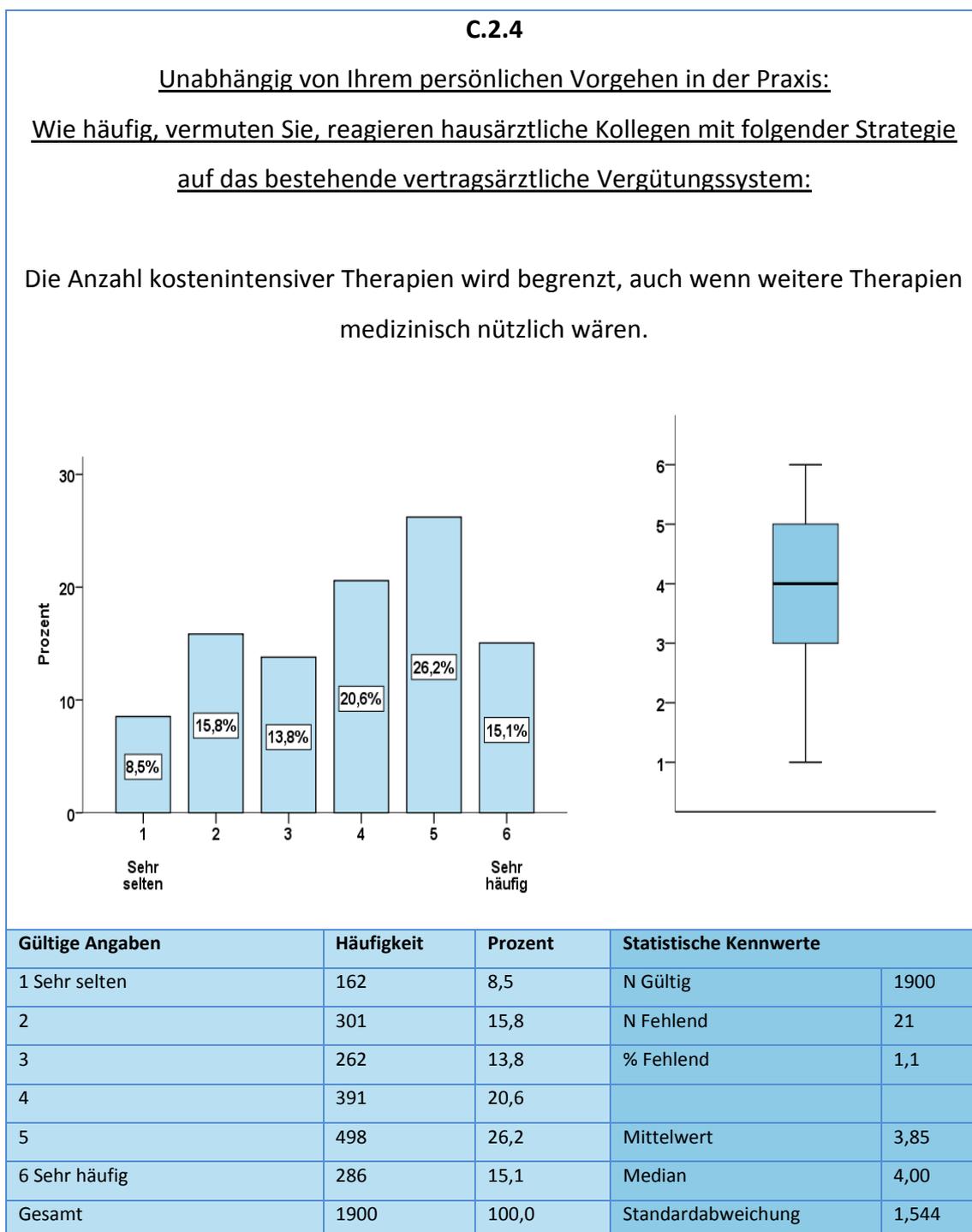


Abbildung 55: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 66,4 Prozent) der befragten Hausärzte vermutete, dass hausärztliche Kollegen häufig gering vergütete Leistungen begrenzen, auch wenn sie medizinisch nützlich wären (Abbildung 56).

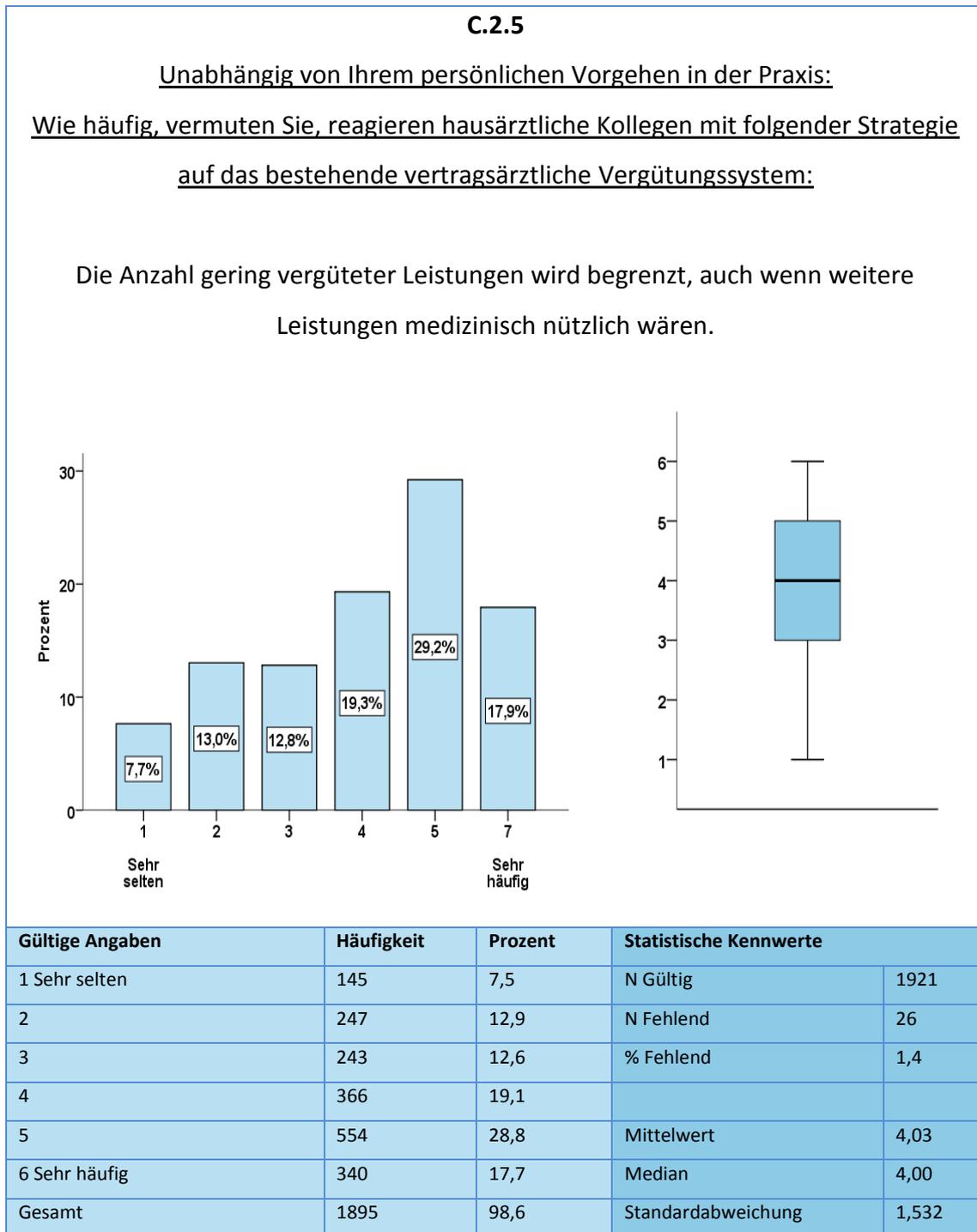


Abbildung 56: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 67,4 Prozent) der befragten Hausärzte vermutete, dass hausärztliche Kollegen häufig individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbieten, auch wenn sie für den Patienten medizinisch nicht nützlich sind (Abbildung 57).

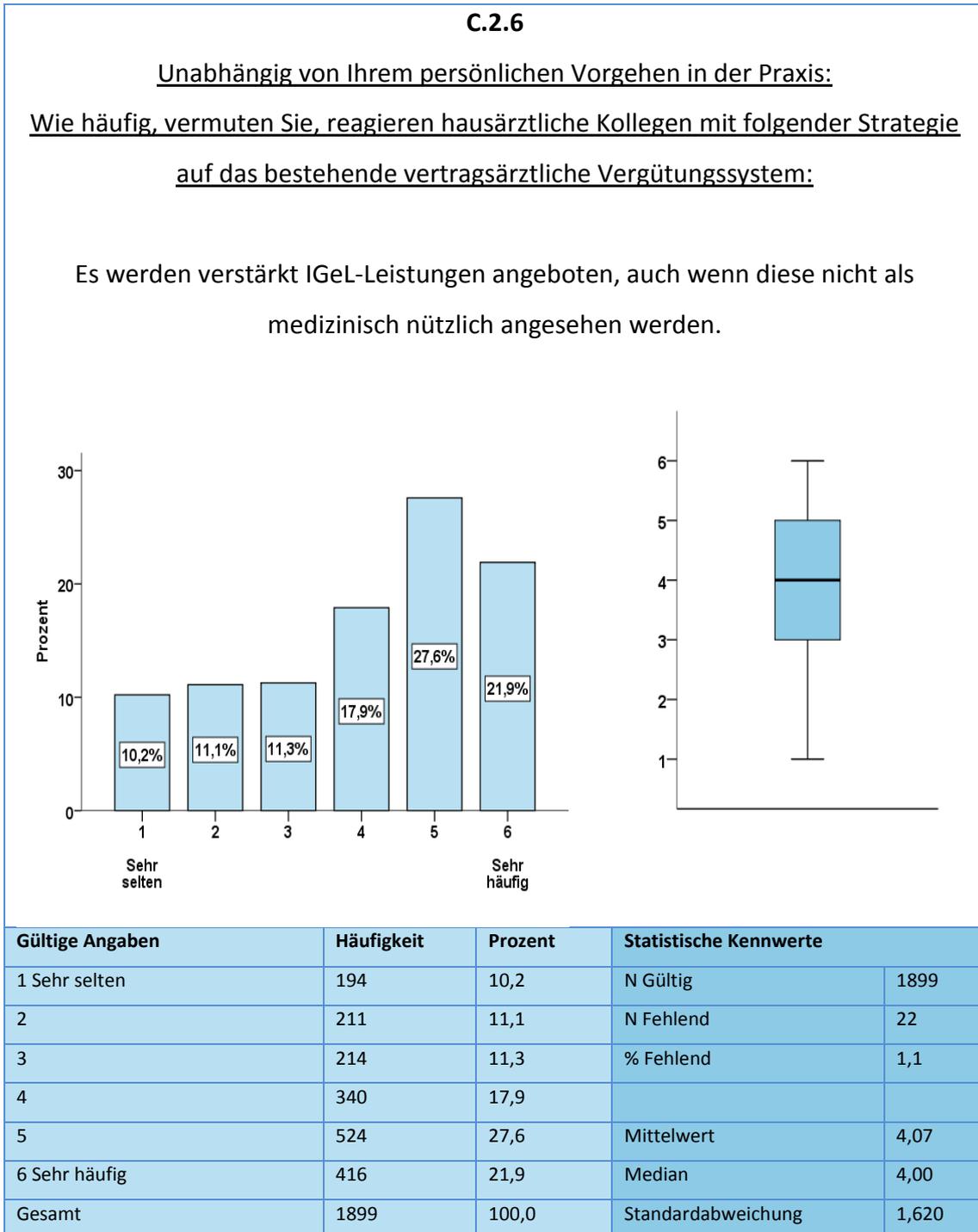


Abbildung 57: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 60,2 Prozent) der befragten Hausärzte vermutete, dass hausärztliche Kollegen häufig als Einzelleistung vergütete Diagnostik durchführen, auch wenn sie für den Patienten medizinisch nicht nützlich ist. (Abbildung 58).

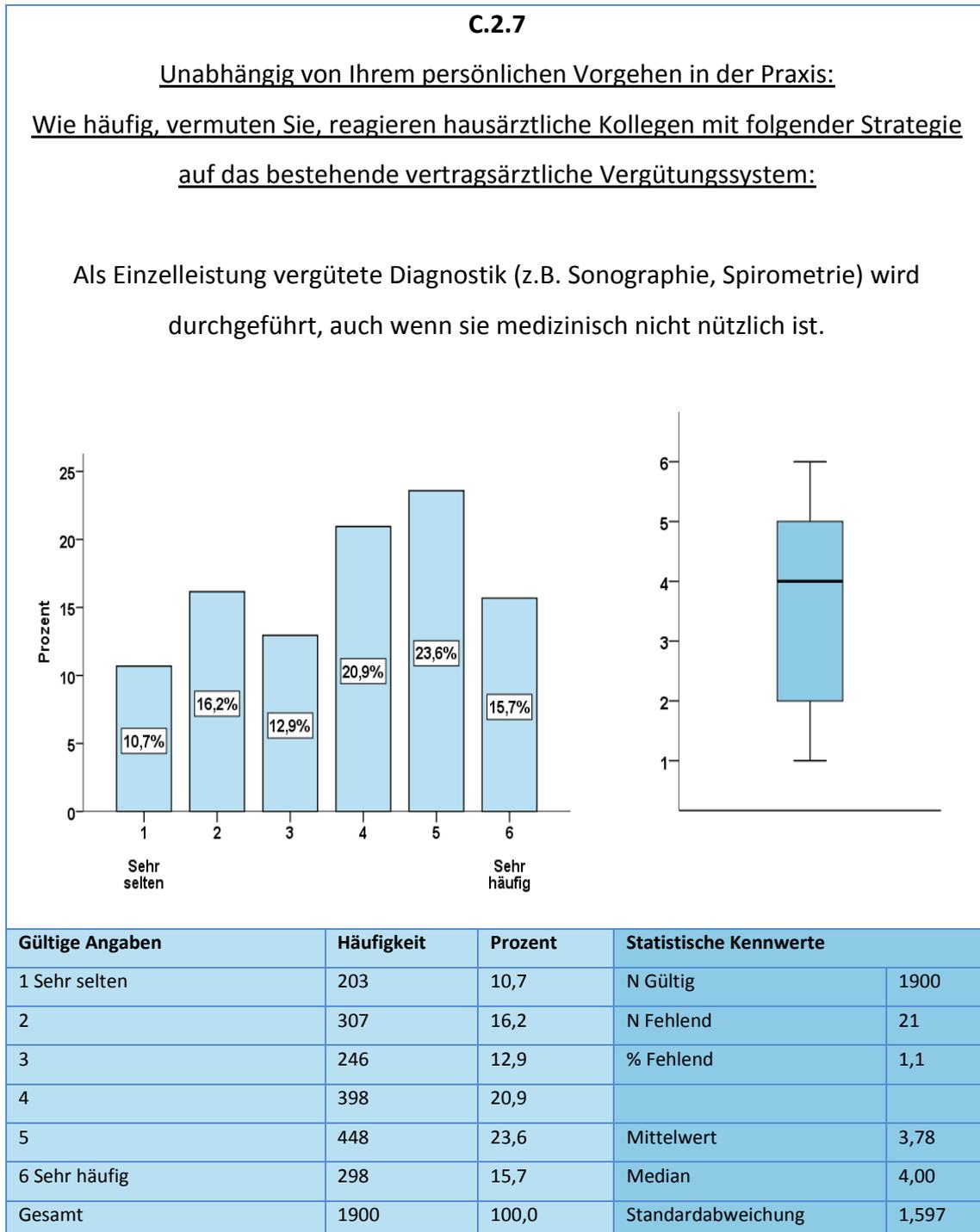


Abbildung 58: Hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

#### 4.3.3.4 Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 60,3 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass in Deutschland durch hausärztliche Strategien im Umgang mit dem bestehenden vertragsärztlichen Vergütungssystem relevante gesundheitliche Nachteile für die Patienten entstehen (Abbildung 59).

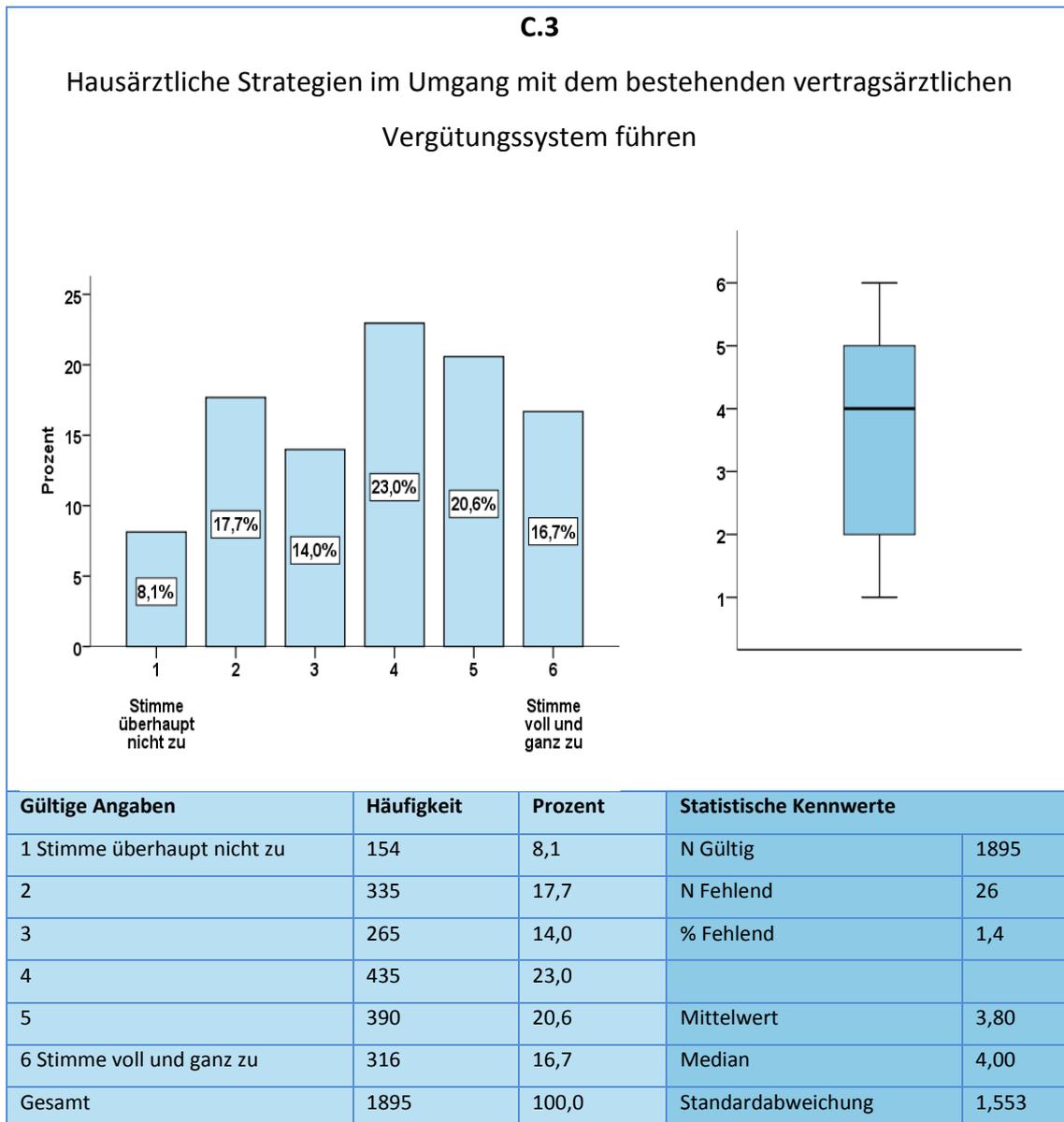


Abbildung 59: Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch hausärztliche Strategien im Umgang mit Mittelknappheit

#### 4.3.3.5 Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zum Vergütungssystem

Im Folgenden sind die Vorschläge der Hausärzte zur Verbesserung des Vergütungssystems im hausärztlichen Bereich dargestellt (Abbildung 60). Die drei häufigsten Vorschläge waren die Einführung eines Primärarztprinzips, beziehungsweise die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung (12,0 Prozent), eine höhere pauschale Vergütung (11,0 Prozent), und die Einführung einer Einzelleistungsvergütung anstatt von Pauschalen (8,9 Prozent). 13,7 Prozent der Hausärzte gaben an, dass eine Verbesserung des Vergütungssystems ohne Kostensteigerung nicht möglich sei.

<b>C.4</b>			
Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung des Vergütungssystems im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Verbesserung ohne Kostensteigerung nicht möglich	105	13,7	„Geht nicht. Gute Arbeit kostet.“ [144]
Primärarztprinzip/ Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung	92	12,0	„hausarztzentrierte Versorgung“ [218]
Höhere pauschale Vergütung	84	11,0	„Mehr ausreichend hohe Pauschalen“ [174]
Einzelleistungs-vergütungen anstatt Pauschalen	61	8,0	„Einzelleistungsvergütung“; „keine Budgetierung der Leistungen mehr, Einzelleistungen wieder abrechenbar, keine Pauschalen“ [68; 113]
Sonstiges	61	8,0	Zum Beispiel: „Alles privatisieren“ [586]
Direktabrechnung zwischen Arzt und Patient	59	7,7	„keine Angabe“ [1250]
Umverteilung des Geldes von der technischen auf die sprechende Medizin	48	6,3	„Umschichtung von Geldern aus der Krankenkassenverwaltung in die hausärztliche Vergütung“ [40]
Patienten an den Kosten beteiligen	40	5,2	„höhere Eigenbeteiligung von Patienten bei jeder Inanspruchnahme“ [772]
Umverteilung der Gelder von anderen ärztlichen Disziplinen zu den Hausärzten	27	3,5	„Umverteilung der Honorare von FA zu HA.“ [209]
Umverteilung des Geldes von der Krankenkassenverwaltung zu den Hausärzten	19	2,5	„Umschichtung von Geldern aus der Krankenkassenverwaltung in die hausärztliche Vergütung“ [40]
Festes Monatsgehalt	17	2,2	„Feste Arbeitszeiten, festes Gehalt“ [396]
Grundsätzliche Reformierung des vertragsärztlichen Systems	15	2,0	„Systemwechsel“ [866]
Vergütung an die Schwere der	13	1,7	„Bessere Vergütung der entsprechend aufwendigeren

Erkrankung anpassen			Patienten“ [857]
Zeitlich konstanteres bzw. verständlicheres Vergütungssystem	9	1,2	„Ein einfaches Vergütungssystem mit wenig Bedingungen und Ausschlußklauseln“ [2103]
Einführung der Bürgerversicherung	8	1,0	„Kostenerstattungsprinzip im Rahmen einer Bürgerversicherung“ [1227]
Reduzierung der Bürokratie und des Verwaltungsaufwands	8	1,0	„Abschaffung der enormen Bürokratie“ [1344]
Kontrollinstanz für die Überwachung der Krankenkassen	6	,8	„Kostenkontrolle bei den Krankenkassen“ [1950]
Begrenzung der Arzt-Patienten-Kontakte	5	,7	„Verbesserung der Vergütung durch Begrenzung der übermäßig vielen Arzt-Patienten-Kontakte. [141]
Streichen von medizinisch nicht nützlichen Leistungen	4	,5	„Streichung verschiedener technischer Leistungen, die dann doch zu einer Überweisung zum Facharzt führen“ [465]
Abschaffung des Punktesystems	3	,4	„Abschaffung des Punktesystems“ [734]
Belohnung der Ärzte für ressourcensparende Behandlung	2	,3	„Honorierung eines sparsamen Umganges mit Ressourcen d.h. betrachtung der Gesamtkostenverursachung(...)“ [2197]
Keine Lösungsvorschläge	21	2,7	„Hier bin ich ziemlich ratlos“ [525]
Keine Antwort auf die Frage	60	7,8	„keine Angabe“ [1250]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>767</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 60: Ergebnisse der offenen Frage C.4

#### 4.3.4 Fragenkomplex D: Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation

##### 4.3.4.1 Umfang der finanziellen Mittel im hausärztlichen Bereich

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 71,2 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass die aktuell im hausärztlichen Bereich verfügbaren Mittel nicht ausreichen, um alle medizinisch nützlichen hausärztlichen Leistungen zu erbringen (Abbildung 61).

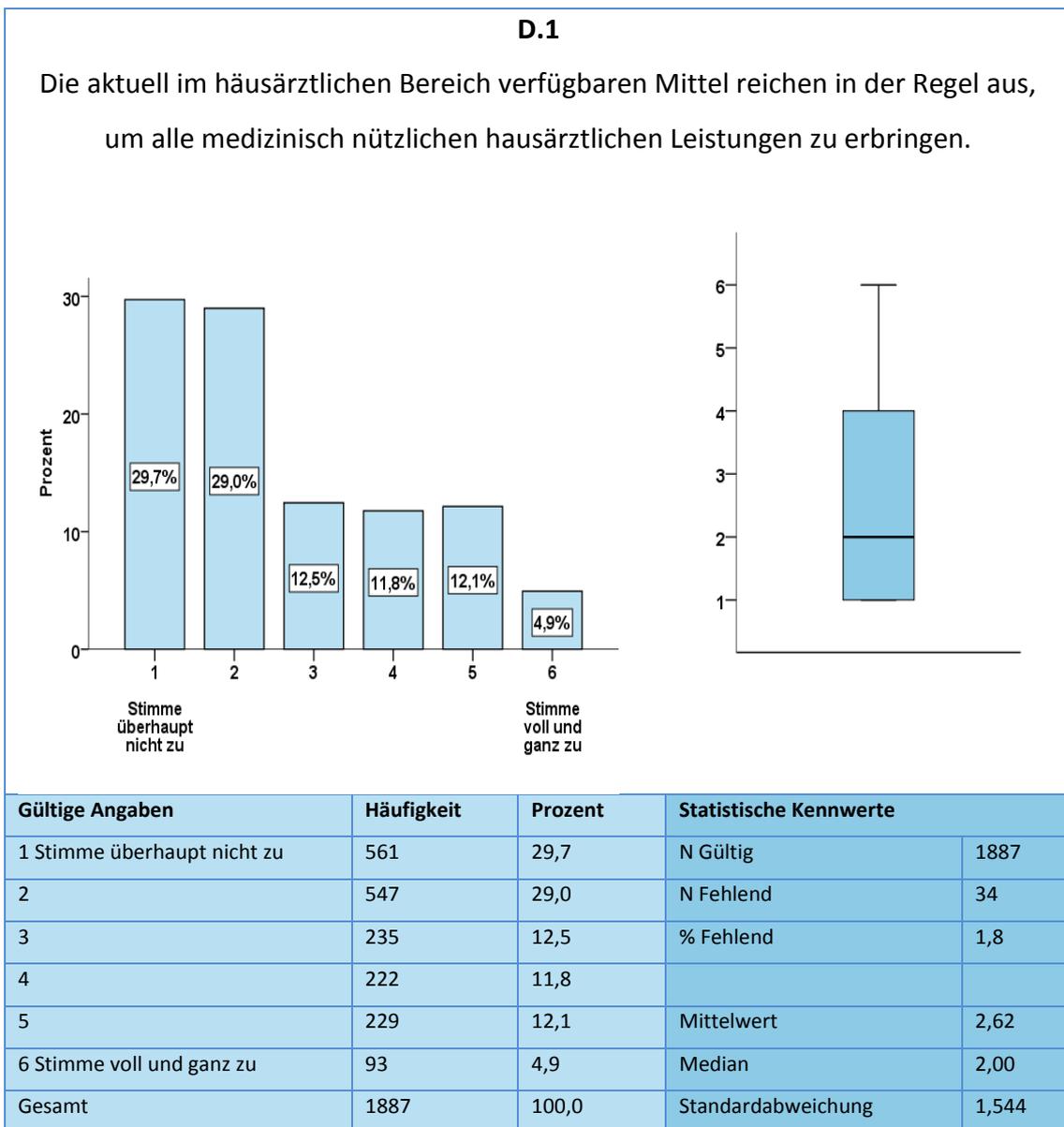


Abbildung 61: Umfang der finanziellen Mittel im hausärztlichen Bereich

#### 4.3.4.2 Verteilung der finanziellen Mittel in der GKV

Die sehr deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 1 + 2 + 3 = 89,6 Prozent) der befragten Hausärzte war der Auffassung, dass der hausärztliche Bereich keinen angemessenen Anteil an den verfügbaren Mitteln der GKV erhält (Abbildung 62).

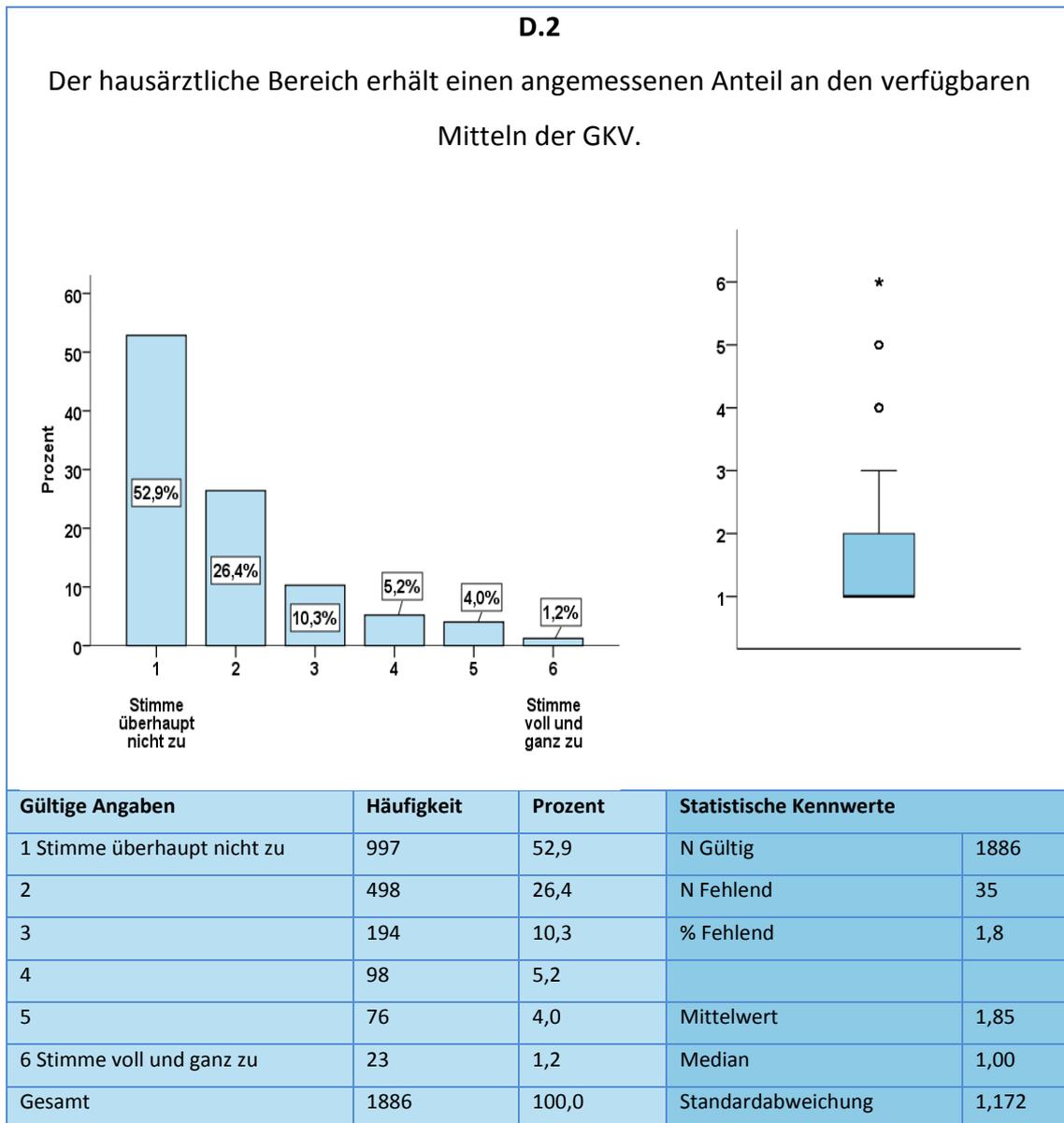


Abbildung 62: Verteilung der finanziellen Mittel in der GKV

#### 4.3.4.3 Modus der Ressourcenallokation bei Mittelknappheit

Die Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 68,5 Prozent) der befragten Hausärzte sprach sich dafür aus, dass nach allgemein vorgegebenen Regeln entschieden werden sollte, welcher Patient welche Leistung erhält, wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert würden (Abbildung 63).

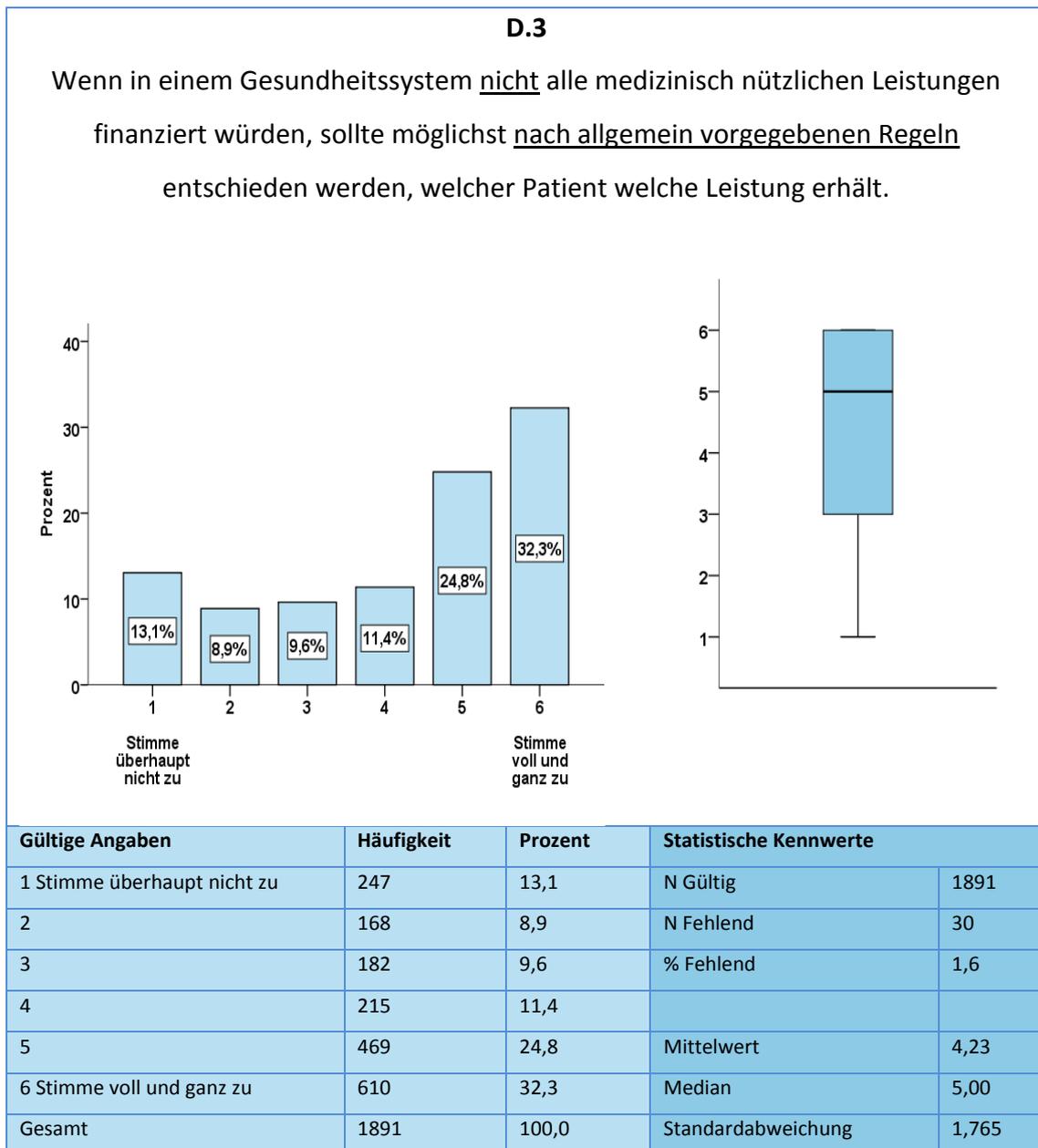


Abbildung 63: Modus der Ressourcenallokation bei Mittelknappheit

Die knappe Minderheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 45,4 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass der Arzt im Einzelfall entscheiden sollte, welcher Patient welche Leistung erhält, wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert würden (Abbildung 64).

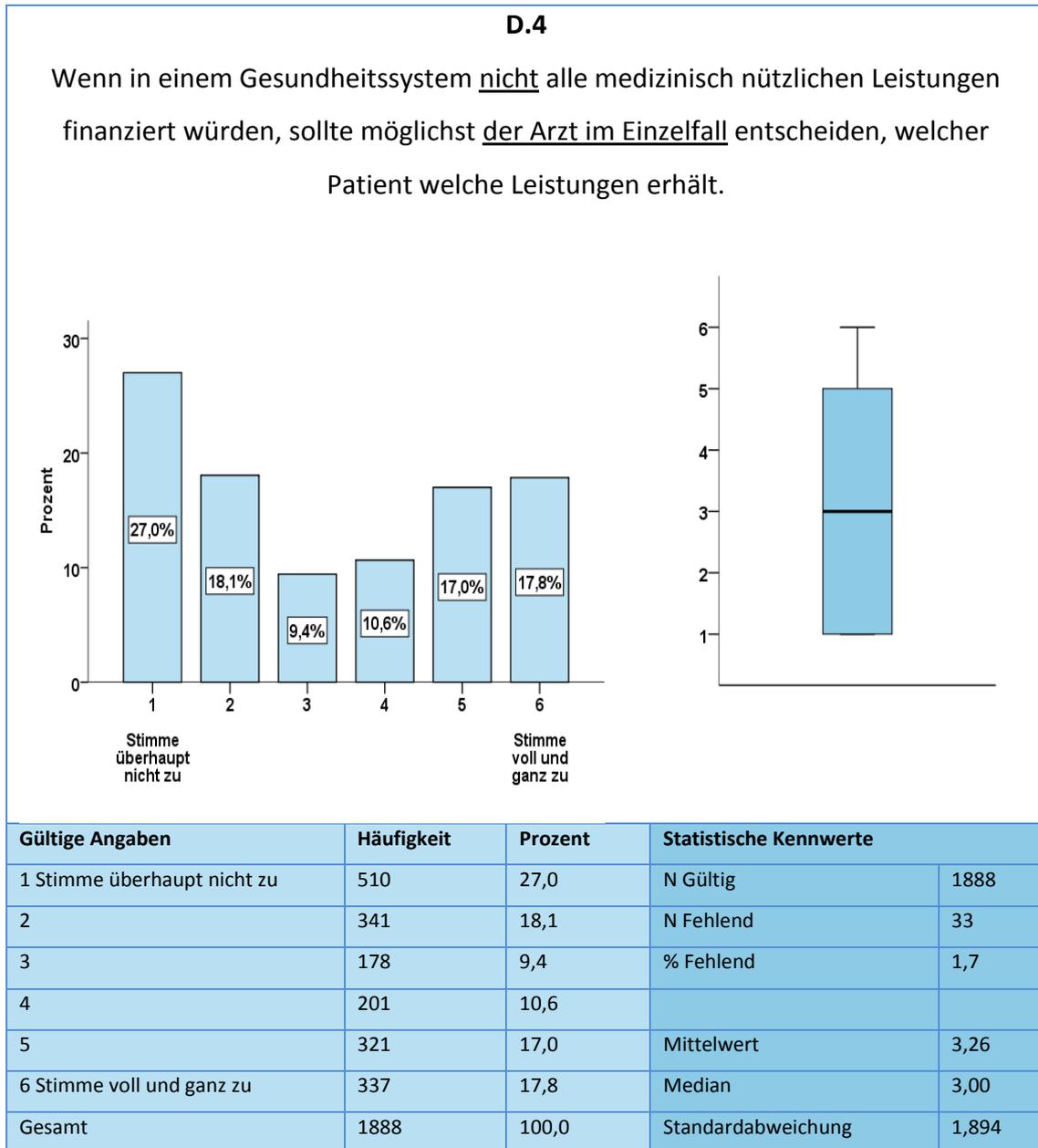


Abbildung 64: Modus der Ressourcenallokation bei Mittelknappheit

#### 4.3.4.4 Offene Frage: Präferenz zur Entscheidung über GKV-Leistungen

Im Folgenden ist dargestellt, wer nach Ansicht der Hausärzte entscheiden sollte, welche Leistungen von der GKV übernommen werden (Abbildung 65). Dabei wurden am häufigsten genannt: der behandelnde Arzt oder ein reines Ärztegremium (30,5 Prozent), der Gesetzgeber (16,0 Prozent) und der gemeinsame Bundesausschuss (6,6 Prozent).

<b>D.5</b>			
Wer sollte entscheiden, welche Leistungen von der GKV übernommen werden?			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Der behandelnde Arzt oder ein reines Ärztegremium	395	30,5	„Arzt“ [13]
Der Gesetzgeber	207	16,0	„ausschließlich der Gesetzgeber“ [1081]
Der GBA	86	6,6	„Der gemeinsame Bundesausschuss“ [1150]
Die GKV	83	6,4	„die GKV“ [42]
Sonstige:	62	4,8	„Kommission“ [749]
Gesamtgesellschaftlicher Konsens	58	4,5	„Die Gesellschaft, der Wähler“ [611]
Neutrale Experten	46	3,5	„Eine Unabhängige Stelle“ [373]
Ein Gremium aus Ärzten und Krankenkassen	39	3,0	„gemeinsamer Ausschuss Ärzte/Kassen“ [1852]
Der Patient durch die Wahl eines individuellen Versicherungstarifs	37	2,9	„Der Patient, indem er sich entsprechend versichern kann“ [740]
GKV mit Vorgaben der Politik	35	2,7	„ausschließlich die Politik und die GKV!“ [176]
Ein Gremium aus Ärzten, Krankenkassen und Patientenvertretern	34	2,6	„ein Gremium aus Ärzten, Patienten und Kassenvertretern“ [2138]
Ein Gremium aus Ärzten, Krankenkassen Politikern und Patientenvertretern	27	2,1	„Gremium aus Ärzten, Kostenträgern, Politikern und Patientenvertretern“ [1783]
Der Arzt in Zusammenarbeit mit der GKV	22	1,7	„Arzt und GKV gemeinsam“ [1938]
Eine Ethikkommission	21	1,6	„Ethik- Kommission“ [1323]
Ein Gremium aus Ärzten, Krankenkassen und Politikern	20	1,5	„Gremium aus Ärzten, Kostenträgern, Politikern und Patientenvertretern“ [1783]
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	18	1,4	„KV“ [915]
Allgemeingültige, verbindliche und transparente Regeln	17	1,3	„Allgemein vorgegebene Regeln“ [922]
Ein Gremium aus Ärzten und Vertretern der Patienten	13	1,0	„Ärzte und Patienten“ [542]
Der MDK	11	,8	„MDK“ [581]
Das IQWiG	6	,5	„IQWiG“ [1153]
Ein Gremium aus Ärzten, Krankenkassen, Politikern, Patientenvertretern und Ethikrat	4	,3	„Ärzte, GKV, Patientenvertreter und neutrale Personen (Ethikrat? Politik?)“ [404]
Ein Gremium aus Ärzten, Politikern, Patientenvertretern und Ethikrat	4	,3	„ärzte,patienten,politik,ethiker“ [1946]

Keine Lösungsvorschläge	18	1,4	„keine Lösung“ [124]
Keine Antwort auf die Frage	33	2,5	„das führt zu einem Chaos und unendlichem Papierkrieg“ [2126]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>1296</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 65: Ergebnisse der offenen Frage D.5

#### 4.3.4.5 Häufigkeit von Leistungsbegrenzung aus Kostengründen

Insgesamt gab die deutliche Mehrheit der befragten Hausärzte an (Antwortkategorien 2 + 3 + 4 + 5 + 6 = 87,4 Prozent) medizinisch nützlichen und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahmen zu sparen. Über die Hälfte tat dies mindestens einmal in der Woche (Antwortkategorien 4 + 5 = 54,3 Prozent) (Abbildung 66).

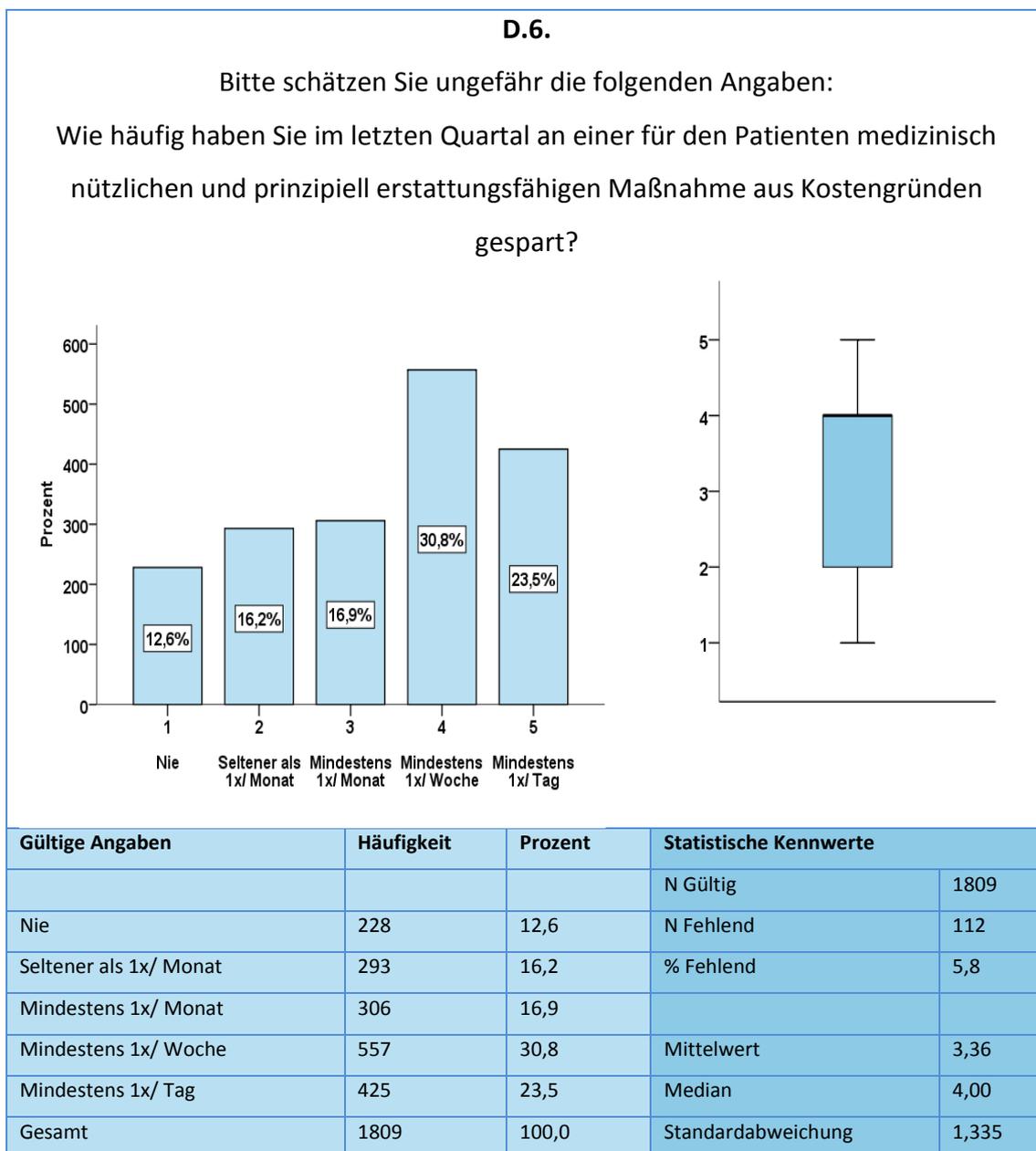


Abbildung 66: Häufigkeit von Leistungsbegrenzung aus Kostengründen

Dabei waren mindestens einmal pro Woche vor allem die folgenden Bereiche der hausärztlichen Versorgung betroffen (Abbildung 67): Verordnung von Hilfsmitteln (19,2 + 33,9 = 53,1 Prozent), Verschreibung eines Medikaments (14,6 + 19,5 = 34,1 Prozent), Laboruntersuchungen (9,0 + 16,1 = 25,1 Prozent) und das Gespräch zwischen Arzt und Patient (14,2 + 10,6 = 24,8 Prozent)

## D.7

Wie häufig haben Sie im letzten Quartal an einer für den Patienten medizinisch nützlichen und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahme aus Kostengründen gespart?

Davon waren folgende Bereiche betroffen:

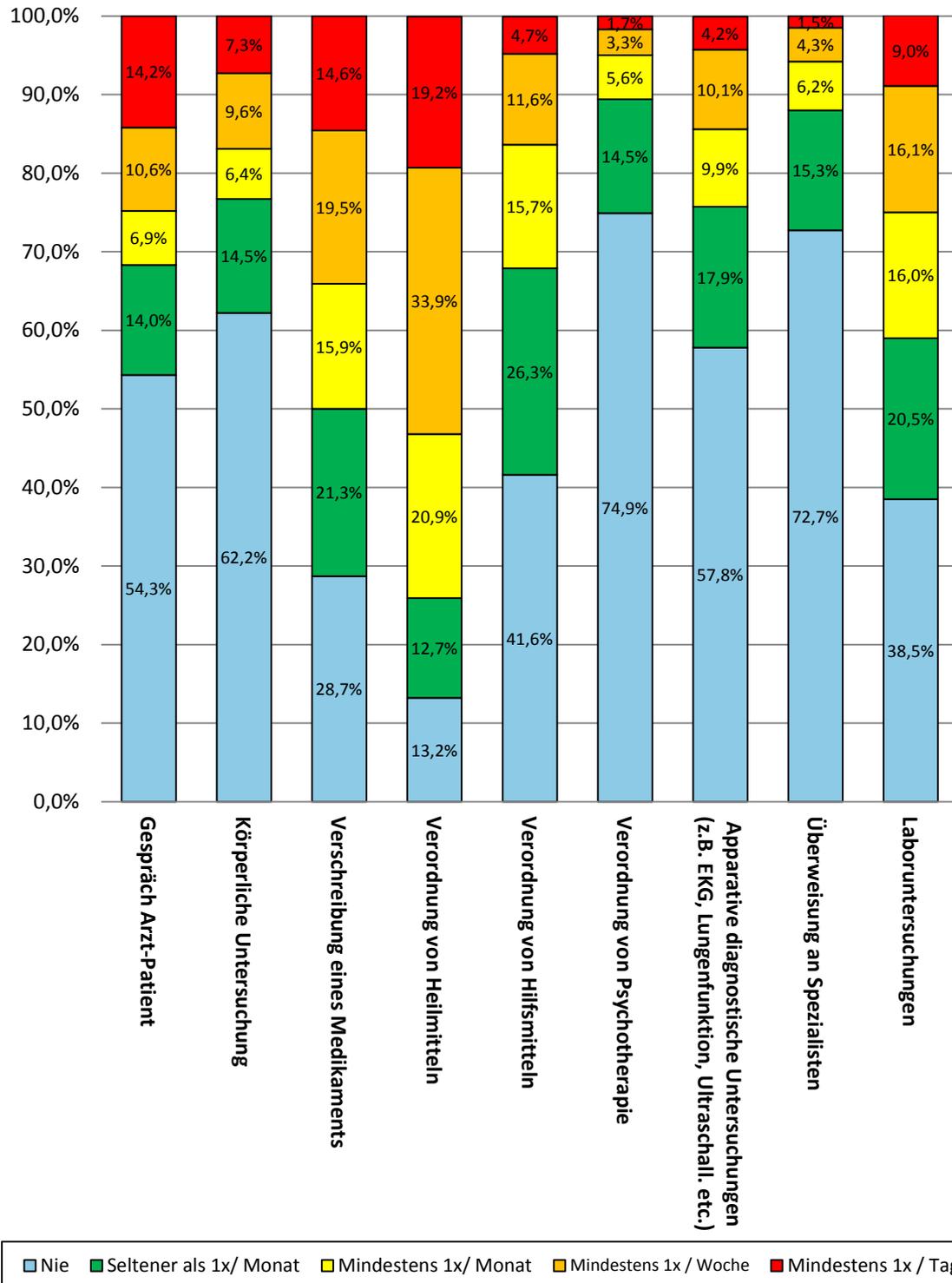


Abbildung 67: Häufigkeit von Leistungsbegrenzung aus Kostengründen

#### 4.3.4.6 Offene Frage: Sparen an medizinisch nützlichen Maßnahmen

Diese Frage stand im Zusammenhang mit der Frage D.7, in welche die Hausärzte aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen konnten, an welchen Maßnahmen sie gegebenenfalls sparen würden. In D.7.11 konnten Sie zusätzlich noch sonstige Bereiche in das Freitextfeld eingeben (Abbildung 68).

<b>D.7.11 und D.8</b>			
Wie häufig haben Sie im letzten Quartal an einer für den Patienten medizinisch nützlichen und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahme aus Kostengründen gespart?			
Falls sonstige Bereiche betroffen sind, nennen Sie bitte diese Bereiche.			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Sparen an Haus- und Heimbefuchen	83	23,7	„Haus- und Heimbefuche“ [838]
Sonstiges	56	16,0	„Transportschein“ [1187]
Sparen durch Überweisungen zum Facharzt	25	7,1	„was mir zu teuer ist, soll der Facharzt leisten“ [407]
Sparen an basalen Behandlungen (Infusions-, Injektionstherapie, kleine Chirurgie)	18	5,1	„(...)schlecht bezahlte kleine Chirurgie“; „ (...) Anlegen von Verbänden und Schienen, Salbenapplikation (...)“ [943; 1177]
Sparen am Einsatz von zusätzlichen Behandlungen (z.B. Psychotherapie, Manualmedizinische Behandlung, Naturheilkunde)	18	5,1	„Von mir selbst durchgeführte zeitaufwändige Psychotherapie“ [394]
Termine und Verordnungen in das nächste Quartal verlegen	12	3,4	„Heilmittelverordnungen werden bewusst ins nächste Quartal verschoben.“ [45]
Sparen an Beratungen zum Lebensstil (Diätberatung, Sportberatung, etc.)	12	3,4	„Ernährungsberatung (...)“ [2078]
Sparen an Wunscherordnungen	9	2,6	„Verordnung von Kuren ,die auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten beantragt werden“ [1300]
Sparen an der Zusammenarbeit mit an der Behandlung ebenfalls beteiligten Personen und Stellen (Angehörige, Betreuer, Kollegen)	7	2,0	„notwendige Gespräche mit Sozialstation / Angehörige / Betreuer.“ [728]
Sparen an nichtärztlichen Mitarbeitern	4	1,1	„Anschaffung (...) einer weiteren Arzthelferin (...)“ [2170]
Sparen an der Beantwortung von Kassenanfragen	4	1,1	„ (...) Kassenanfragen Anfragen nerven ohne Ende mit ihrer unendlichen Sinnlosigkeit“ [2028]
Sparen an geriatrischen Assessments	3	,9	„Geriatrietests“ [433]
Sparen an Telefonaten	3	,9	„nicht ans Telefon gegangen“ [518]
Sparen an höflichen Umgangsformen	2	,6	„Allgemeine Höflichkeitsregeln, ausreichende Begrüßung (...)“ [68]
Sparen an Verordnungen zur häuslichen Pflege und Betreuung	2	,6	„Verordnung häuslicher Pflege“ [291]
Sparen an Hilfestellungen für	2	,6	„Hilfe bei supportiven Leistungen wie Organisation

Antragsstellungen			von häuslicher Versorgung, Hilfestellung bei Antragstellung für Ämter, Erstellung von Reha-Anträgen“ [1418]
Es wird an keiner sonstigen Maßnahme gespart	42	12,0	„Keine“ [24]
Keine Antwort auf die Frage	48	13,7	„es ist 19 Uhr, Freitag Abend - mir fällt nix ein. Ich bin müde.“ [1337]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 68: Ergebnisse der offenen Frage D.7.11

Die Angaben zu den Antworten der Frage D.8 legten nahe, dass diese Frage von einigen Teilnehmern missverstanden wurde, und sie nochmals die bereits in Frage D.7 zur Auswahl stehenden Antwortmöglichkeiten auch in Frage D.8 eintrugen. Dennoch lieferte die Frage D.8. ein interessantes Ergebnis: Auffällig war, dass die drei meistgenannten Bereiche aus D.7 („Einsparung an Heilmitteln, Einsparung an der Gespräch-Arzt-Zeit, Einsparung an der Verschreibung von Medikamenten“), auch bei D.8. wiederum am häufigsten genannt wurden. Somit wurde dieses Ergebnis von D.7 intern durch die Angaben aus D.8 bestätigt, auch wenn dies ursprünglich nicht die Intention der Frage war (Abbildung 69).

D.8. Bereiche, die bereits bei Frage D.7 angegeben wurden:			
Antwortkategorien	Häufigkeit	%	Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]
Sparen an Heilmittelverordnungen (Massagen, Physiotherapie, Kuren etc.)	328	54,7	„(...) Reha-Anträge können nur noch flüchtig ausgefüllt werden“ [2028]
Sparen am Gespräch Arzt-Patient	75	12,5	„Länge der Gespräche“ [240]
Sparen an der Verschreibung von Medikamenten	71	11,8	„Demenzmittel“ [1631]
Sparen an Laboruntersuchungen	64	10,7	„Labor“ [31]
Sparen an apparativen diagnostischen Untersuchungen (EKG, Sonographie, CT)	25	4,2	„teuere apparative Diagnostik“ [1450]
Sparen an körperlichen Untersuchungen	23	3,8	„(...) körperlichen Untersuchungen“ [1978]
Sparen an Verordnungen von Psychotherapie	14	2,3	„Es gibt gar keine Termine für Psychotherapie wie soll man das Sparen... Das ist maximal sparen.“ [1858]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>600</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 69: Ergebnisse der offenen Frage D.8

#### 4.3.4.7 Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Leistungsbegrenzungen

Die deutliche Mehrheit (Antwortkategorien 4 + 5 + 6 = 74,6 Prozent) der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass in Deutschland durch Leistungsbegrenzungen in der hausärztlichen Versorgung aus Kostengründen relevante gesundheitliche Nachteile für Patienten entstehen (Abbildung 70).

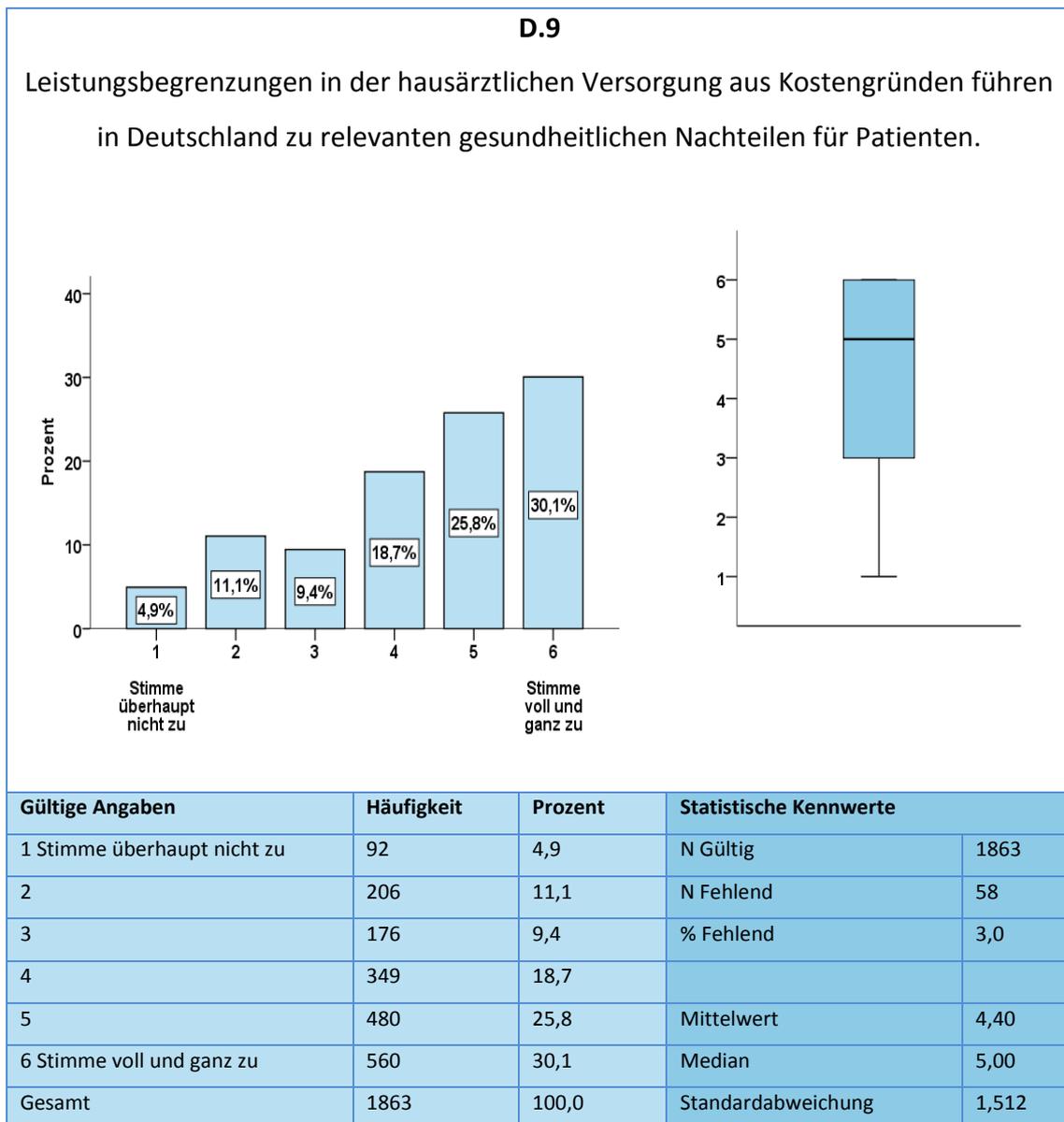


Abbildung 70: Gesundheitliche Nachteile für Patienten durch Leistungsbegrenzungen

#### 4.3.4.8 Offene Frage: Verbesserungsvorschläge zur Versorgungssituation

Im Folgenden sind die Vorschläge der Hausärzte zur Verbesserung der Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich dargestellt (Abbildung 71). Die drei häufigsten Vorschläge waren die Durchsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems, beziehungsweise Primärarztsystems (9,1 Prozent), die Umverteilung der Gelder von anderen ärztlichen Disziplinen zu den Hausärzten (8,2 Prozent) und eine bessere Vergütung der ärztlichen Tätigkeit (7,8 Prozent). Die meisten Hausärzte (15,1 Prozent) waren jedoch der Meinung, dass die Schaffung von mehr Zeit pro Patient nicht ohne Kostensteigerung möglich sei.

<b>D.10</b>			
<p>Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:</p>			
<b>Antwortkategorien</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ankerbeispiel [Teilnehmernummer]</b>
Verbesserung ohne Kostensteigerung nicht möglich	66	15,1	„Alle mit Kostensteigerung verbunden“; „Verbesserung ohne Kostensteigerung utopisch“ [400; 499]
Durchsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems bzw. Primärarztsystems	40	9,1	„Hausarzt als Lotse im System (...); „Hausarztzentrierte Versorgung“ [204; 218]
Umverteilung der Gelder von anderen ärztlichen Disziplinen zu den Hausärzten	36	8,2	„Das Honorar der Ärzte sollte gleich sein. Absurde Honorare für z.B. Labormediziner, Genetiker, Nephrologen, Onkologen, Radiologen, Kardiologen und andere internistische Spezialisten gehören abgeschafft.“ [94]
Sonstiges	35	8,0	„Drastische Anhebung der Steuer für Zigaretten und Alkohol, (...)“ [1001]
Bessere Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit	34	7,8	„Besseres Honorar, nicht nur um den Gewinn und damit den Anreiz zu erhöhen, sondern um eine neue Infrastruktur , mit Ärzteteam , auch Teilzeitarbeitsplätzen (Feminisierung), fachlich kompetentem, gut bezahltem, nichtmedizinischem Personal zu schaffen (...)“. [1254]
Reduzierung der Bürokratie und des Verwaltungsaufwands	29	6,6	„Bürokratierückbau.“ [1413]
Patienten an den Kosten beteiligen	25	5,7	„Kostenbeteiligung der Patienten je nach Inanspruchnahme (...)“ [390]
Aufklärung der Patienten zu mehr Eigenverantwortung	23	5,3	„Steigerung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten“ [1072]
Vermeidung von medizinisch nicht nützlichen Leistungen	23	5,3	„Begrenzung überflüssiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.“ [241]

Aufwertung des Hausarztberufs im Studium und in der Gesellschaft	18	4,1	„die gesellschaftliche Aufwertung der Funktion des Hausarztes“ [732]
Bessere Vergütung der sprechenden Medizin	16	3,7	„Das ärztliche Gespräch sollte besser vergütet werden (...)“ [1774]
Abschaffung der Regresse	13	3,0	„Abschaffung der Regresse“ [427]
Direktabrechnung zwischen Arzt und Patient	9	2,1	„Direktabrechnung Arzt – Patient“ [289]
Mehr Therapiefreiheit und Möglichkeiten der Leistungserbringung durch den Hausarzt	8	1,8	„Leistungsbegrenzungen führen zu Überweisungen zum FA, obwohl der Hausarzt die Untersuchungen auch erbringen könnte! --> zusätzliche Kosten!“ [1018]
Mehr in den Bereich der Prävention investieren	7	1,6	„Initial mehr Geld in die Hand nehmen und im Bereich Prävention investieren (...)“ [389]
Grundsätzliche Reformierung des vertragsärztlichen Systems	6	1,4	„Abschaffung der Kassen (...)“ [1520]
Anreize für Praxen in unterversorgten Gebieten	6	1,4	„Anreize für Praxen in Mangelgebieten / Grundversorger, z.B.: -zinslose/zinsgünstige Kreditvergabe(...)“ [181]
Aufhebung der Budgetierung	6	1,4	„sofortige Aufhebung der Budgetierung(...)“ [315]
Die Macht der Krankenkassen einschränken	4	,9	„Macht der Krankenkassen und ihrer Funktionäre eindämmen (...)“ [84]
Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren	2	,5	„Entlastung der Hausärzte durch eigens qualifizierte Helferinnen bei delegierbaren Leistungen(...)“ [575]
Staatlich festgelegte Preise für Medikamente	2	,5	„Alle Medikamente werden zu staatlicherseits festgesetzten Festbeträgen (siehe Preisbindung bei Büchern) in der Apotheke abgegeben (...)“ [842]
Umverteilung der Gelder aus anderen Bereichen (Verwaltung, Pharmazeutische Industrie) zu den Hausärzten	2	,5	„Kosteneinsparung im Verwaltungsbereich (KV und vor allem Krankenkassen, MdK etc.“, „Umleitung von Mitteln aus folgenden Bereichen: PHARMA: Positivliste, s.a. (...)“ [1753]
Ausschließlich Privatrezepte	1	,2	„Alle Rezepte privat(...)“ [369]
Keine Lösungsvorschläge	5	1,1	„Keine Vorschläge“ [879]
Keine Antwort auf die Frage	22	5,0	„s.o.: Chipkartenmentalität !!!“ [452]
<b>Gesamtsumme</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

Abbildung 71: Ergebnisse der offenen Frage D.10

## 5 Diskussion

### 5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Mit dieser bundesweiten Umfrage unter niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Deutschland wurden erstmals umfassende empirische Erkenntnisse zum Umgang von Hausärzten mit knappen Ressourcen gewonnen. Qualitative Interviews mit Hausärzten dienten im Vorfeld der Studie zur Hypothesengenerierung. Nach inhaltlicher Validierung durch kognitive Interviews mit Hausärzten und durch eine Pilottestung, wurde die Befragung in Form einer Onlineumfrage durchgeführt. Insgesamt liegen aus dieser Untersuchung Angaben von 1.921 Hausärzten (Rücklaufquote 6,8 Prozent) aus dem gesamten Bundesgebiet zu vier übergeordneten Themenbereichen vor:

- Im derzeitigen budgetierten Vergütungssystem in der hausärztlichen Versorgung wenden nach Einschätzung unserer Interviewpartner die Hausärzte verschiedene Strategien an, um unter den gegebenen Rahmenbedingungen erfolgreich wirtschaften zu können. Unsere Umfrageergebnisse deuten darauf hin, dass diese Strategien in der täglichen Praxis tatsächlich Anwendung finden.
- Die Ergebnisse bestätigen die schon in anderen Untersuchungen festgestellte Beobachtung, dass Hausärzte in Deutschland im internationalen Vergleich durchschnittlich sehr wenig Zeit für einen Patientenkontakt aufwenden.[50 , 51 , 52] Die Gründe für den ärztlichen Zeitmangel sind vielfältig. Die Mehrheit der befragten Hausärzte bewertet ärztlichen Zeitmangel durchaus als problematisch.
- Regressforderungen werden in der öffentlichen Debatte sehr kontrovers diskutiert. Die Ergebnisse legen nahe, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen und damit gegebenenfalls verbundene Regressforderungen bislang die Besonderheiten des Patientenkollektivs eines Hausarztes zu wenig berücksichtigen. Dadurch würden Regressforderungen ihre Aufgabe als Steuerungsinstrument gegen unwirtschaftliche Arbeitsweise nicht nur verfehlen, sondern durch die potentielle Sanktionierung einer „vernünftigen“ Verordnungsweise auch das medizinisch Notwendige beschneiden. Im Allgemeinen Interesse scheint überdies dringend eine Veröffentlichung der Prüfstatistiken zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen geboten. Bislang ist das Prüfsystem zu intransparent.
- Hinsichtlich möglicher Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) belegen unsere Ergebnisse die Annahme verschiedener Studien aus Deutschland[9 , 11 , 37], dass bereits heute den Patienten medizinisch nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden (Rationierung). In der hausärztlichen Versorgung ist dies möglicherweise sogar stärker ausgeprägt als im stationären Bereich.

## **5.2 Diskussion der Methoden**

### **5.2.1 Fragebogeninstrument**

Der Fragebogen wurde auf Grundlage der Hypothesen erstellt, die im Vorfeld der Umfrage durch qualitative Interviews mit niedergelassenen Hausärzten gebildet wurden. Zudem bot der Fragebogen der Studie von Strech et al. eine inhaltliche Orientierung.[11] Diesem liegt wiederum ein Fragebogen einer internationalen Studie zugrunde[10], sodass für unsere Umfrage ein bewährtes Erhebungsinstrument für den Bereich der hausärztlichen Versorgung angepasst werden konnte. Die Fragen wurden vor dem Einsatz umfangreich auf ihre inhaltliche Validität getestet. Dazu wurden vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf, kognitive Interviews mit niedergelassenen Hausärzten durchgeführt. Zusätzlich wurde der Fragebogen von 52 Lehrpraxen des Fachbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München in einem Pilottest getestet. Der Fragebogen umfasste 59 Items, die auf 21 Seiten verteilt waren. Der Umfang war damit verhältnismäßig groß, was im Hinblick auf die ohnehin schon knappen zeitlichen Kapazitäten der Hausärzte möglicherweise eine häufige Ursache für ein Abbrechen bei der Beantwortung war.

Als problematisch erwies sich zudem eine bestimmte Formulierung der Fragestellung, die bei mehreren Fragen verwendet wurde: Insbesondere bei den offenen Fragen ergänzte der Zusatz „ohne Kostensteigerungen“ manche Fragen. Wir fragten beispielsweise, ob die Fragebogenteilnehmer Verbesserungsvorschläge hätten, die nicht zu Kostensteigerungen führen würden. Diese Bedingung sollte bewusst die möglichen Vorschläge eingrenzen, um Vorschläge zu erhalten, die auch unter Bedingungen knapper Ressourcen realisierbar sind. Aus der Analyse der Antworten zu den offenen Fragen geht jedoch hervor, dass sich die Hausärzte durch diesen Zusatz offensichtlich häufig provoziert fühlten und sich darüber ärgerten. Anstatt nun also die eigentliche Frage zu beantworten, bekundeten manche Fragebogenteilnehmer wiederholt ihren Unmut über die Bedingung „ohne Kostensteigerung“. Damit entfielen aller Voraussicht nach einige konstruktive Antworten, da manche Fragebogenteilnehmer unsere Formulierung zum Anlass für Kritik nutzten, anstatt eine adäquate Antwort auf die Frage zu geben.

### **5.2.2 Durchführung der Befragung über das Internet**

Die Umfrage wurde online im Internet mit der kommerziellen Befragungssoftware „Unipark“ der Questback GmbH durchgeführt. Onlineumfragen bieten im Vergleich zu

postalischen oder telefonischen Befragungen bestimmte Vor- und Nachteile. Durch den Einsatz der Onlinebefragung konnte eine große Anzahl von Hausärzten für die Teilnahme an der Umfrage rekrutiert werden. Die umfangreichen Ergebnisdaten konnten direkt in die Auswertungssoftware SPSS-Statistics exportiert werden, weswegen Eingabefehler nahezu auszuschließen sind. Da für die Teilnahme an der Umfrage ein Internetzugang nötig war, kann ein Selektionsbias diesbezüglich nicht ausgeschlossen werden. Zu vermuten wäre, dass eher jüngere und damit im Mittel internetaffinere Hausärzte an der Umfrage teilnahmen. Dafür gibt es jedoch, wie in 4.1.1 gezeigt wurde, keinen Anhalt. Die Altersstruktur der Fragebogenteilnehmer war weitgehend kongruent mit der tatsächlichen Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland. Eine Verzerrung ergab sich hingegen beim Geschlechterverhältnis, mit einer Mehrbeteiligung von männlichen Teilnehmern. Nach Angaben der „Forschungsgruppe Wahlen“ nutzen derzeit etwa 80 Prozent der Männer in Deutschland das Internet, aber nur 68 Prozent der Frauen.[53] Es ist also vorstellbar, dass die Befragungsmodalität des Internets zum Teil für diese Verzerrung beim Geschlechterverhältnis verantwortlich ist.

Als problematisch hat sich möglicherweise außerdem ausgewirkt, dass die Teilnehmer über eine zweimalige Faxsendung zur Teilnahme eingeladen wurden, der Fragebogen aber im Internet auszufüllen war. Nicht auszuschließen ist daher, dass manche Hausärzte den Aufwand scheuten, die Internetadresse vom Fax in das Browserfenster ihres Computers einzugeben. Dieses Problem sollte minimiert werden, indem eine Internetdomain mit einem prägnanten und leicht zu merkenden Namen gewählt wurde ([www.hausarztumfrage.de](http://www.hausarztumfrage.de)). Da es sich um eine anonyme Befragung handelte, war ein gezieltes Anschreiben von Hausärzten, die den Fragebogen nach der Einladung nicht ausgefüllt hatten, nicht möglich. Dies wirkte sich vermutlich besonders negativ auf die Rücklaufquote aus. Insgesamt wurden 1.921 vollständige Fragebogen ausgewertet. Die Rücklaufquote betrug 6,8 Prozent. Diese verhältnismäßig niedrige Rücklaufquote ist allerdings bei Befragungen von Hausärzten nicht unüblich.[47]

Etwa ein Drittel aller weltweit durchgeführten Befragungen werden mittlerweile online über das Internet durchgeführt.[54 S. 9] Gleichwohl sind Internetumfragen aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten und Bedenken hinsichtlich der Repräsentativität der Ergebnisse nicht unumstritten. Für unser Studienvorhaben wollten wir möglichst viele Hausärzte erreichen: Nur durch den Einsatz einer Onlinebefragung war es möglich, mit einem vertretbaren finanziellen und methodischen Aufwand eine hohe Anzahl (1.921)

von Hausärzten zu befragen und somit ein umfassendes Meinungsbild der Hausärzte in Deutschland zu erhalten.

### **5.2.3 Selektionsbias**

Neben einem möglichen Selektionsbias aufgrund des unterschiedlichen Nutzungsverhaltens des Internets von Männern und Frauen, ist bei der Betrachtung der Daten auffällig, dass viele der befragten Hausärzte Erfahrungen mit Regressforderungen gemacht haben. Da im Fragebogen unter anderem auch die Themen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der damit verbundenen möglichen Regresszahlungen behandelt wurden, haben möglicherweise vermehrt Teilnehmer an der Befragung teilgenommen, die selbst schon einmal von einer Regressforderung betroffen waren. Hinsichtlich der von den Teilnehmern angegebenen Häufigkeit zu Regresszahlungen ist Folgendes zu beachten: Im Fragebogen wurden die Hausärzte gefragt, ob sie „jemals“ eine Regresszahlung leisten mussten. Es handelt es sich damit um eine kumulative Häufigkeit. Ein direkter Vergleich mit Angaben zur Regresshäufigkeit, die sich auf einen Zeitraum eines Quartals oder eines Jahres beziehen, ist damit nicht möglich. Zu bedenken ist zudem, dass es keine öffentlich zugänglichen Angaben der Prüfstellen zur Häufigkeit oder durchschnittlichen Höhe der Regressforderungen gibt. Es ist demnach unbekannt, wie viele Regressforderungen in Deutschland tatsächlich festgesetzt werden.

## **5.3 Diskussion der Ergebnisse**

### **5.3.1 Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation**

Wie in der Einleitung dieser Arbeit in 1.1.2 gezeigt wurde, stiegen die Gesundheitsausgaben im Beobachtungszeitraum von 1992 bis 2011 deutlich an. Dieser Trend wird sich aller Voraussicht nach auch zukünftig fortsetzen. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben könnte zukünftig zudem, vor allem aufgrund demografischer Veränderungen, von sinkenden Einnahmen in den Sozialversicherungen begleitet werden (1.1.4). Diese Konstellation dürfte die sozialen Sicherungssysteme schon in wenigen Jahren vor große Herausforderungen stellen.

Doch bereits heute arbeiten Ärzte in Deutschland in einer Situation, in der nicht alles medizinisch Nützliche auch solidarisch finanzierbar ist: Bislang gab es jedoch dazu nur Erkenntnisse aus dem stationären Sektor [11, 36]. Vergleichbare Studien für den hausärztlichen Bereich lagen hingegen nicht vor. Mit dem Fragenkomplex D unserer Umfrage wollten wir zum einen herausfinden, ob die derzeitigen finanziellen Ressourcen von den Hausärzten tatsächlich als knapp empfunden werden. Zum anderen

wollten wir ergründen, welchen Modus der Allokation die Hausärzte in einer Situation knapper Ressourcen bevorzugen. Außerdem sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob nach Einschätzung der Hausärzte derzeit Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) in der ambulanten hausärztlichen Versorgung prävalent sind und welche Bereiche davon konkret betroffen sind.

Den Angaben der befragten Hausärzten zufolge, scheinen derzeit die finanziellen Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland nicht ausreichend zu sein: Eine Mehrheit von 71,2 Prozent der befragten Hausärzte war der Ansicht, dass die aktuell im hausärztlichen Bereich verfügbaren Mittel in der Regel nicht ausreichen, um alle medizinisch nützlichen hausärztlichen Leistungen zu erbringen. Die Sichtweise der Hausärzte in unserer Befragung ist zwar noch kein hinreichender Beweis dafür, dass eine Mittelknappheit in der hausärztlichen Versorgung tatsächlich besteht, jedoch lieferten ähnliche Untersuchungen sehr ähnliche Ergebnisse: In einer Umfrage unter Lesern des deutschen Ärzteblatts gaben 73,1 Prozent der antwortenden Ärzte an, dass nach ihrer Auffassung eine Rationierung von Gesundheitsleistungen stattfindet.[37] Diese Angaben werden auch durch die Ergebnisse der Fragebogenstudie unter deutschen Klinikärzten von Strech et al. gestützt: 68 Prozent der befragten Klinikärzte gaben an, dass aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen bei GKV Versicherten nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen erbracht werden können.[11] Diese Angaben sind zwar kein Beweis für Mittelknappheit, jedoch zumindest ein Indiz dafür, dass Ärzte in Deutschland bereits heute in einer Situation knapper Mittel arbeiten. Diese Vermutung wird jedoch weiteren, objektivierenden Überprüfungen bedürfen.

Aus den Angaben der Hausärzte geht weiterhin hervor, dass es sich möglicherweise nicht um ein Problem eines absoluten Ressourcenmangels handeln könnte. Vielmehr dürfte auch ein relatives Verteilungsproblem innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenkassen dazu führen, dass dem hausärztlichen Sektor nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. 89,6 Prozent der befragten Hausärzte waren der Auffassung, der hausärztliche Bereich erhalte keinen angemessenen Anteil an den verfügbaren Mitteln der GKV. Aus diesen Angaben lässt sich indirekt ableiten, dass nach Meinung der Hausärzte ein vergleichsweise zu hoher Anteil der Gesamtmittel der GKV den anderen ärztlichen Leistungserbringern zugeteilt wird. Aus den Antworten geht jedoch nicht hervor, ob die Hausärzte dabei einen relativen Überschuss der GKV-Mittel eher im Bereich der stationären Versorgung oder bei anderen fachärztlichen Disziplinen sehen.

Um zukünftig medizinisch rationale, ökonomisch sinnvolle und ethisch vertretbare Allokationsentscheidung treffen zu können, wäre ein breiter gesellschaftlicher Konsens ideal. Unsere Umfrage kann dazu insofern beitragen, als dass sie ein Meinungsbild der Hausärzteschaft liefert. Die Hausärzte wurden danach befragt, wie entschieden werden sollte, welcher Patient welche Leistung erhält, wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert würden. Die Mehrheit (68,5 Prozent, D.3.) der befragten Hausärzte sprach sich für eine Allokation knapper Ressourcen nach allgemein vorgegebenen Regeln aus. Erwartungsgemäß sprach sich daher auch eine Minderheit von 45,4 Prozent der befragten Hausärzte dafür aus, dass der Arzt im Einzelfall entscheidet, welcher Patient welche Leistung erhält. Setzt man die Angaben dieser beiden Fragen zueinander in Beziehung, fällt eine gewisse Diskrepanz im Antwortverhalten der Hausärzte auf: Wenn 68,5 Prozent der Befragten allgemein vorgegebene Regeln bevorzugen, müssten im Umkehrschluss etwa 31,5 Prozent die Entscheidung durch den Arzt vorziehen. Offensichtlich sind es mit 45,4 Prozent aber 13,9 Prozent mehr, als man dieser Annahme entsprechend erwarten würde. Auch in der Studie von Strech et al. fiel bei Klinikärzten in Deutschland auf, dass diese eine Entscheidung der Allokationsfrage eher auf der staatlichen Entscheidungsebene favorisierten.[11] Drei Viertel der dort befragten Klinikärzte wünschten sich eine Entscheidung oberhalb der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Allerdings gab dennoch die Hälfte der Kliniker an, die Entscheidung sollte vom Arzt im Einzelfall getroffen werden. Strech et al. deuteten das inkonsistente Antwortverhalten als Anzeichen einer ambivalenten Einstellung der befragten Klinikärzte zur Rolle von Ärzten bei Rationierungsfragen. Strech et al argumentieren, dass sich die Ärzte offensichtlich gerne einen möglichst großen Entscheidungsspielraum erhalten würden. Dies würde aber nur gelingen, wenn sie selbst Verantwortung für die Allokationsentscheidungen übernehmen würden. Dies könnte sie aber andererseits vor große Probleme stellen, da sie ihrer traditionellen Aufgabe als „Anwalt der Patienten“ nicht mehr uneingeschränkt gerecht werden könnten und außerdem für diese Entscheidung keinerlei Ausbildung besitzen würden.[11]

Bemerkenswert an den Antworten zu den Fragen D.3 und D.4 in unserem Fragebogen ist außerdem, dass jeweils die Häufigkeitsgipfel bei den äußeren Extremen der Antwortmöglichkeiten bei „Stimme voll und ganz zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“ lagen. Es scheint also innerhalb der Ärzteschaft Uneinigkeit darüber zu bestehen, wer in einer Situation knapper Ressourcen, Allokationsentscheidungen treffen sollte.

Ein Diskurs innerhalb der Ärzteschaft über die Rolle der Ärzte bei Allokationsentscheidungen erscheint also dringend geboten.

Weitere Hinweise zur Frage nach der Entscheidungsinstanz von Allokationsfragen liefern die Angaben aus der offenen Frage D.5, bei welcher die Ärzte angeben konnten, durch wen die Entscheidung über die Allokation von medizinischen Leistungen erfolgen soll. Auch dort gab etwa ein Drittel (30,5 Prozent) der Befragten an, dass der Arzt oder ein Ärztegremium die Entscheidung über die Zuteilung von medizinischen Leistungen treffen sollte. Daneben ergab sich jedoch ein sehr breites Spektrum an Vorschlägen, welche konkreten Institutionen oder Gremien eine Entscheidung „oberhalb der individuellen Arzt-Patienten-Ebene“ treffen sollten. Manche Hausärzte gaben an, dass diese Entscheidungen durch bereits bestehende Strukturen, wie etwa durch das IQWiG, den GBA oder die KV getroffen werden sollten. Viele Befragte schlugen jedoch auch explizit die Schaffung von Gremien vor. Aus den Antworten geht hervor, dass in diesen Gremien neben Vertretern der Krankenkassen, der Politiker und der Patienten auch immer Ärzte beteiligt sein sollten. Die Antworten sind also ein weiterer Hinweis darauf, dass Ärzte bei Allokationsfragen zwar überwiegend nicht die Entscheidung alleine treffen möchten, jedoch fast immer an der Entscheidung zumindest beteiligt werden wollen. Vorstellbar wäre also beispielsweise, dass Allokationsentscheidungen zukünftig auf der Ebene von Gremien getroffen werden (Mesoebene). In diesem neu zu schaffenden Gremium sollten Ärzte eine maßgebliche Position innehaben.

Wie bereits dargelegt wurde, vertrat eine Mehrheit der befragten Hausärzte die Auffassung, dass die aktuell im hausärztlichen Bereich zur Verfügung stehenden Mittel in der Regel nicht ausreichen würden, um alle medizinisch nützlichen Leistungen zu erbringen. Diese Einschätzung der Hausärzte und weitere Studienergebnisse legen nahe, dass bereits heute Rationierung stattfindet.[11 , 37] In der vorliegenden Arbeit wird, wie auch in der Studie von Strech et al., unter Rationierung das Vorenthalten einer medizinisch nützlichen Maßnahme aus Kostengründen verstanden. Eine Maßnahme ist dann als nützlich anzusehen, wenn durch sie die Lebenserwartung und/oder die Lebensqualität des Patienten verbessert werden[26]. Die Hausärzte wurden in unserem Fragebogen gefragt, wie häufig sie im letzten Quartal an einer für den Patienten medizinisch nützlichen und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahme aus Kostengründen gespart hätten. Insgesamt gaben 87,4 der befragten Hausärzte an, medizinisch nützliche Leistungen aus Kostengründen vorzuenthalten. Bei 23,5 Prozent

der befragten Hausärzte war dies mindestens einmal pro Tag, bei 54,3 Prozent, mindestens einmal pro Woche der Fall. Die Häufigkeit der Rationierung ist nach Angaben der befragten Hausärzte also deutlich höher, als dies von Strech et al. für die Krankenhausärzte aus Intensivmedizin und Kardiologie ermittelt wurde: Dort gaben nur 13 Prozent der Klinikärzte an, mindestens einmal pro Woche nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen.[11] Dass Krankenhausärzte scheinbar vergleichsweise seltener rationieren als ihre hausärztlichen Kollegen, könnte unserer Einschätzung nach dadurch bedingt sein, dass Hausärzte eine deutlich unmittelbarere Budgetverantwortung tragen. Zwar müssen auch Kliniker zunehmend ihre Maßnahmen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten rechtfertigen. Von den negativen Auswirkungen einer unwirtschaftlichen Arbeitsweise sind sie aber im Gegensatz zu den niedergelassenen, selbstständigen Ärzten nicht so unmittelbar betroffen. Hausärzte hingegen tragen die volle wirtschaftliche Verantwortung für sich und ihre Mitarbeiter. Steuerungsinstrumente wie beispielsweise die im Abschnitt 5.3.3 thematisierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen tragen womöglich ebenfalls maßgeblich dazu bei, dass Hausärzte in Deutschland die vorhandenen Mittel restriktiver einsetzen und daher auch häufiger Leistungsbegrenzungen vornehmen, als dies unter Klinikärzten in Deutschland der Fall ist. Dabei soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass in der Studie von Strech et al. Klinikärzte aus der Kardiologie und Intensivmedizin befragt wurden. In diesen Bereichen sind die Ärzte häufig mit vital bedrohlichen Krankheitsbildern konfrontiert. Leistungsbegrenzungen wirken sich in diesen Bereichen daher vermutlich häufig drastischer aus und werden auch deshalb möglicherweise unter den Klinikärzten dieser Disziplinen seltener vorgenommen. Weitere Studien mit einer breiteren Beteiligung verschiedener ärztlicher Disziplinen im Krankenhaus könnten Klarheit darüber schaffen, wie ausgeprägt Leistungsbegrenzungen im stationären Sektor tatsächlich sind.

Die von uns ermittelte Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen ist aber auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern auffallend hoch: In der internationalen Studie von Hurst et al. wurden Hausärzte und Internisten in Norwegen, in Italien, im Vereinigten Königreich und der Schweiz dazu befragt, wie häufig sie Leistungsbegrenzungen bei der Versorgung ihrer Patienten vornehmen.[10] Insgesamt gaben 56,3 Prozent der befragten Hausärzte an, dass sie Leistungsbegrenzungen vornehmen. Etwa 15 Prozent davon, taten dies mindestens einmal pro Woche. Damit lag die Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen in dieser Studie zwar etwas oberhalb der von Strech et al., jedoch deutlich unter unserem Ergebnis (87,4 Prozent, davon 54,3 Prozent mindestens einmal pro Woche). Grundsätzlich könnte dabei eine Rolle spielen,

dass die Gesundheitssysteme in der von Hurst et al. untersuchten Studie sich maßgeblich vom deutschen Gesundheitssystem unterscheiden. Insbesondere gibt es nach unserem Wissen in den vier genannten Gesundheitssystemen keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen, bei denen die Hausärzte bei Budgetüberschreitung persönlich mit dem eigenen Vermögen (Regresszahlungen) haften müssen. Abgesehen davon wurden die Daten von Hurst et al. vor dem Jahr 2005 erhoben. Möglicherweise haben sich die Rahmenbedingungen in Deutschland und auch in den von Hurst et al. untersuchten Ländern seitdem nochmals erheblich verschärft. Beispielsweise wurden in Deutschland mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1.1.2004 die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch eine Prüfstelle und damit gegebenenfalls verbundene Regressforderungen eingeführt. Dass Leistungsbegrenzungen in Deutschland derzeit keine Seltenheit sein dürften, wird auch dadurch untermauert, dass 74,6 Prozent der befragten Hausärzte die Auffassung vertraten, Patienten in Deutschland würden durch Leistungsbegrenzungen in der hausärztlichen Versorgung gesundheitliche Nachteile erleiden.

Neben der allgemeinen Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen in der hausärztlichen Versorgung wollten wir außerdem ermitteln, welche Bereiche der hausärztlichen Versorgung davon konkret betroffen sind. Nach unseren Ergebnissen sind Leistungsbegrenzungen vor allem in zwei Verordnungsbereichen besonders häufig: Bei der Verschreibung von Medikamenten und bei der Verordnung von Heilmitteln. Die Hausärzte wurden gefragt, wie häufig sie im letzten Quartal an einer medizinisch nützlichen und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahme aus Kostengründen gespart hätten. 34,1 Prozent der Hausärzte gaben an, mindestens einmal wöchentlich an der Verschreibung eines Medikaments zu sparen. 14,6 Prozent würden dies sogar mindestens einmal täglich tun. Noch häufiger betraf dies die Verordnung von Heilmitteln: Nach Angaben der Hausärzte würden 53,1 Prozent der Hausärzte mindestens einmal wöchentlich und 19,7 Prozent mindestens einmal täglich an der Verordnung von Heilmitteln sparen. Dies ist insofern bemerkenswert, als genau diese beiden Bereiche auch am ehesten durch Regressforderungen sanktioniert werden. Dies ist möglicherweise ein Hinweis dafür, dass das Steuerungsinstrument der Regressforderungen Leistungsbegrenzungen zur Folge haben könnte.

Doch auch außerhalb möglicher Regressforderungen scheinen Leistungsbegrenzungen vorzukommen. Neben der Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sind nach Angaben der Hausärzte Leistungsbegrenzungen auch bei Laboruntersuchungen und dem

Gespräch zwischen Arzt und Patient häufig. Auch bei Hurst et al. waren diese beiden Bereiche vordergründig von Leistungsbegrenzungen betroffen.[10] Von den Patienten wird besonders häufig der ärztliche Zeitmangel als kritisch für den Behandlungserfolg eingestuft. Aus diesem Grund wollten wir neben den in diesem Abschnitt vorgestellten allgemeinen Erkenntnissen zu den finanziellen Ressourcen und Leitungsbegrenzungen, den Bereich der zeitlichen Ressourcen gesondert untersuchen.

### **5.3.2 Zeitliche Ressourcen**

Nach Einschätzung der Interviewpartner der qualitativen Interviews ist vor allem die Ressource Zeit ein knappes Gut in der hausärztlichen Versorgung. Auch die Ergebnisse der internationalen Studie von Hurst et al. legen nahe, dass eine Rationierung der Ressource Zeit besonders häufig ist. Dort gaben 61,3 Prozent der befragten Hausärzte eine Rationierung von Zeit für die Patienten an.[10] Mit diesem Fragenkomplex sollte daher geklärt werden, wie viel Zeit Hausärzte für ihre Patienten aufwenden, ob sie die gegebene Behandlungszeit als zu knapp empfinden, welche Ursachen ärztlicher Zeitmangel haben könnte und welche Auswirkungen dieser auf die Versorgung hat.

Der Hausarzt ist in der Regel die primäre Anlaufstelle für einen Großteil der Patienten. Neben seinen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, ist er vor allem auch für die effektive Gesamtkoordination der Behandlungsmaßnahmen für die Patienten zwischen ambulantem und stationärem Sektor zuständig. Obwohl den Hausärzten damit eine zentrale Stellung in der Patientenversorgung zukommt, scheinen sie in der täglichen Praxis häufig nicht ausreichend Zeit für ihre Patienten zu haben. Auf einen bestehenden hausärztlichen Zeitmangel weisen die Ergebnisse unserer Studie in zweierlei Hinsicht hin:

Zum einen gaben die Hausärzte in unserer Umfrage an, im Median 8,6 Minuten für einen Patientenkontakt aufzuwenden. Dies entspricht etwa den Ergebnissen einer internationalen Untersuchung, in der die durchschnittliche Zeit für einen Patientenkontakt in Deutschland mit im Median 9,1 Minuten angegeben wird.[51] Im internationalen Vergleich ist Deutschland damit hinsichtlich der mittleren Patientenzeit pro Arztkontakt deutliches Schlusslicht. Beispielsweise gaben Hausärzte im Vereinigten Königreich 13,3 Minuten, in den Niederlanden 15,0 Minuten, in Frankreich 22,2 Minuten und in Schweden 28,8 Minuten im Median für einen Patientenkontakt an.[51] Selbstverständlich darf bei solchen Vergleichen jedoch nicht vergessen werden, dass die Rolle des Hausarztes und seine Aufgaben in den verschiedenen Gesundheitssystemen variieren und damit der zeitliche Aufwand nur begrenzt direkt vergleichbar ist. Dennoch

weisen die vorgestellten Zahlen darauf hin, dass Hausärzte in Deutschland im internationalen Vergleich wenig Zeit für einen Patientenkontakt zur Verfügung haben.

Zum anderen waren die Hausärzte in unserer Untersuchung mehrheitlich (59,7 Prozent) der Auffassung, in der Regel nicht ausreichend Zeit zu haben, um alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Leistungen für ihre Patienten zu erbringen. Diese Ergebnisse werfen die Fragen auf, weshalb die Hausärzte in Deutschland vergleichsweise wenig Zeit für ihre Patienten zur Verfügung haben und welche Folgen sich daraus ergeben. Bezüglich der möglichen Ursachen des ärztlichen Zeitmangels fragten wir in unserer Studie die Hausärzte, inwiefern sie selbst aktiv eine möglichst kurze Behandlungszeit anstreben würden: Mehrheitlich gaben sie an, nicht an der Zeit für die Kassenpatienten zu sparen: allenfalls war eine Überlastung der hausärztlichen Versorgung die Ursache dafür, dass an Zeit für die Patienten gespart wurde (47,5 Prozent). Monetäre Gründe als Ursache für Zeiteinsparung bei Kassenpatienten wurden verneint. Auch die Vermutung einer Reduktion der „sprechenden Medizin“ zugunsten besser vergüteter Leistungen traf bei der deutlichen Mehrheit der Befragten nicht zu.

Zusammenfassend ergibt sich aus diesen Angaben ein gewisser Widerspruch: Zwar beklagen die Hausärzte mehrheitlich, zu wenig Zeit für ihre Patienten zu haben. Andererseits verneinen sie aber, aktiv an der Zeit für die Patienten zu sparen. Dies erscheint widersprüchlich, da jeder Hausarzt letztlich selbst entscheidet, wie viel Zeit er pro Patient aufwendet. Diese Entscheidung wird jedoch sicherlich von verschiedenen Einflussfaktoren wie beispielsweise betriebswirtschaftlichen Überlegungen oder der Anzahl der pro Tag zu behandelnden Patienten beeinflusst. Nicht auszuschließen ist überdies, dass die Ärzte bei der Beantwortung des Fragebogens unterbewusst sozial erwünschte Antworten gaben. Dies würde eine mögliche Erklärung dafür bieten, warum die Hausärzte zwar einen Zeitmangel bei der Betreuung ihrer Patienten angaben, die Gründe dafür aber nicht im eigenen Wirken sahen. Möglicherweise gibt es aber auch weitere Ursachen für den hausärztlichen Zeitmangel, auf welche die Ärzte keinen oder nur begrenzten Einfluss haben.

So fällt im internationalen Vergleich die deutlich höhere Anzahl von Arztkontakten pro Patient in Deutschland auf: Deutsche Hausärzte behandeln durchschnittlich pro Woche etwa 242 Patienten[51]. Dies sind mindestens doppelt so viele Patientenkontakte im Vergleich zu anderen Ländern, wie beispielsweise Frankreich, den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich oder den USA. Schneider et al. zeigten, dass hausärztlicher Zeitmangel sogar ein Grund dafür sein kann, dass Patienten häufiger den

Arzt aufsuchen, weil durch zeitliche Zwänge die Anliegen der Patienten oftmals nicht befriedigend geklärt werden und sie daher weitere Male den Arzt aufsuchen.[50] Ein weiterer Grund für den ärztlichen Zeitmangel könnte sein, dass die Anzahl der Hausärzte im Vergleich zu den anderen Spezialisten abgenommen hat. Dieser Trend wird sich auch zukünftig fortsetzen. Nach Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird es im Jahr 2020 etwa 7.000 weniger Hausärzte in Deutschland geben als noch im Jahr 2010.[55] Dadurch entfallen auf jeden Arzt mehr Patienten. Dies ist aktuell vor allem in ländlichen Regionen relevant, in denen es bereits heute einen Mangel an Hausärzten gibt.

Ob die vergleichsweise häufigen Arztkontakte und die abnehmende Anzahl von Hausärzten jedoch tatsächlich den hausärztlichen Zeitmangel in Deutschland hinreichend erklären, ist unklar. Weitere Untersuchungen sollten folgen, um die genauen Ursachen für dieses wichtige Problem zu identifizieren. Schließlich sind längere Arzt-Patienten-Kontakte in anderen Gesundheitssystemen durchaus die Regel. Vor allem aber können sich aus dem hausärztlichen Zeitmangel ernstzunehmende Probleme ergeben, sowohl für den Arzt, als auch die Patienten: So gab die deutliche Mehrheit der befragten Hausärzte in unserer Studie an, dass Zeitmangel die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt. Mangelnde Zeit sowohl für die Patienten als auch im Privatleben scheint eine bedeutsame Ursache für Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und für Burnout bei Ärzten zu sein.[56] Welchen Stellenwert der Zeitmangel als Ursache der Arbeitsunzufriedenheit jedoch dabei neben anderen Faktoren hat, sollte in weiteren Studien genauer ergründet werden. Nur wenn die konkreten Ursachen für die weit verbreitete Arbeitsunzufriedenheit unter deutschen Hausärzten[51] aufgeklärt sind, können sinnvolle Maßnahmen entwickelt werden, um die Arbeitszufriedenheit zu verbessern.

Dass 60 Prozent der Hausärzte mit der eigenen beruflichen Situation unzufrieden sind[51], dürfte überdies auch den Medizinstudierenden nicht entgehen, die während ihres Studiums Praktika in den Hausarztpraxen absolvieren. Es ist gut vorstellbar, dass die Arbeitsunzufriedenheit unter deutschen Hausärzten eine abschreckende Wirkung auf die jungen Mediziner hinsichtlich ihrer fachärztlichen Weiterbildung hat. Dies ist insbesondere problematisch, weil ohnehin in vielen Regionen Deutschlands bereits heute ein Hausarztmangel vorherrscht.[57] Die Arbeitszufriedenheit der Hausärzte mit gezielten Maßnahmen zu verbessern, würde also möglicherweise auch positive Auswirkungen auf den vielfach diskutierten Hausarztmangel haben.

Neben den direkten und indirekten Folgen des Zeitmangels für den ärztlichen Berufsstand, dürften in erster Linie vor allem die Patienten von den Konsequenzen des hausärztlichen Zeitmangels betroffen sein. 76,5 Prozent der befragten Hausärzte waren der Ansicht, dass Patienten in Deutschland durch hausärztlichen Zeitmangel relevante gesundheitliche Nachteile erleiden. Die direkten Folgen von ärztlichem Zeitmangel sind methodisch schwer durch randomisierte kontrollierte Studien nachzuweisen, da die Versorgungsqualität neben der Arztzeit durch zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst wird. In der Literatur gibt es keine Angaben dazu, welche negativen Effekte ärztlicher Zeitmangel auf die Versorgung hat. Untersuchungen dieser Art wären, bereits aufgrund der möglichen negativen gesundheitlichen Folgen für die Probanden aus ethischen Erwägungen, keinesfalls vertretbar. Es existieren jedoch methodisch begrenzt belastbare Hinweise dafür, dass Patienten von mehr Arztzeit pro Patientenkontakt tatsächlich profitieren.[58 , 59 , 60 , 61 , 62] Insbesondere bei Patienten mit psychischen Erkrankungen[58 , 60] und bei komplexen Behandlungsfällen[59] scheint eine Ausweitung der Patienten-Arzt-Zeit über das übliche Maß hinaus sinnvoll. Daraus kann man indirekt darauf schließen, dass weniger Zeit pro Patient vor allem dann möglicherweise mit Qualitätseinbußen der Behandlung verbunden ist, wenn die Behandlungssituation mehr Betreuungszeit erfordert.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Arztzeit eine begrenzte Ressource darstellt, die nicht beliebig ausgeweitet werden kann. In weiteren Studien sollten daher Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie die verfügbare Arztzeit effizient genutzt werden kann. Eine pauschale Ausweitung der Arztzeit für jeden Patientenkontakt scheint ohnehin auch nicht sinnvoll zu sein.[63] Die Ergebnisse unserer Studie verdeutlichen allerdings, dass die Hausärzte in Deutschland nach eigenen Angaben derzeit überwiegend zu wenig Zeit für ihre Patienten haben und nach ihrer Einschätzung darunter sowohl die ärztliche Arbeitszufriedenheit leidet, als auch Patienten relevante gesundheitliche Nachteile erleiden.

### **5.3.3 Regressforderungen**

Mit diesem Fragenkomplex sollte untersucht werden, wie die Hausärzte das Steuerungsinstrument der Regressforderungen einschätzen und welche Auswirkungen es ihrer Meinung nach auf die Versorgung der Patienten hat. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung und daraus gegebenenfalls entstehende Regressforderungen werden nach § 106 SGB V von einer sogenannten Prüfungsstelle abgewickelt. Bei der Prüfungsstelle handelt sich um eine eigenverantwortliche

Institution, die gemeinsam von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Länder und den Landesverbänden der Krankenkassen gebildet wird. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden zwei Prüfarten unterschieden:

Auffälligkeitsprüfungen, die bei Abweichungen des Ordnungsverhaltens eines Arztes von einer Vergleichsgruppe vollzogen werden, sollen laut § 106 SGB V in der Regel bei nicht mehr als fünf Prozent der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Zusätzlich sollen mindestens zwei Prozent der Ärzte pro Quartal durch zufällige Auswahl einer Prüfung unterzogen werden (Zufälligkeitsprüfung). Offizielle Angaben zur tatsächlichen Häufigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Höhe der aus ihnen gegebenenfalls folgenden Regressforderungen sind nicht für die Öffentlichkeit zugänglich. Diese mangelnde Transparenz erschwert eine sachliche Diskussion über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse sehr.

Schließlich zeigt sich in der öffentlichen Diskussion zu dieser Problematik eine enorme Diskrepanz zwischen den Ansichten der Ärzteschaft und denen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Einige Ärztevertreter stufen die Regresszahlungen oftmals als existenzielle Bedrohung für Vertragsärzte ein. Die gesetzlichen Krankenversicherungen versuchen hingegen mit Pressemitteilungen und eigenen Veröffentlichungen dieses Bild zu relativieren. In unserer Untersuchung wurden erstmals Hausärzte in ganz Deutschland zu ihren Erfahrungen mit Regressforderungen befragt, um ein realistisches Meinungsbild der Hausärzte zur Thematik der Regresszahlungen zu erhalten.

Da Regressforderungen die Hausärzte finanziell belasten, dürfte wenig überraschen, dass etwa 90,7 Prozent der befragten Hausärzte Regressforderungen als Steuerungsinstrument ablehnen und sich 90,5 Prozent durch Regressforderungen von den Krankenkassen gegängelt fühlen. Bedenklich hingegen erscheint, dass eine deutliche Mehrheit der Hausärzte Regressforderungen auch bei „vernünftiger Ordnungsweise“ (73,0 Prozent) beziehungsweise „ausschließlich medizinisch notwendiger Rezeptierung“ (88,5 Prozent) für möglich hält. Wenn Regressforderungen tatsächlich auch Ärzte betreffen, die das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des SGB V achten und keineswegs ein verschwenderisches Ordnungsverhalten pflegen, müsste man resümieren, dass das Instrument der Regressforderungen in seiner derzeitigen Umsetzung noch deutlichen Nachbesserungsbedarf hat. Schließlich würde, wenn die Angaben der befragten Hausärzte der Realität entsprächen, durch die Regresse auch das medizinisch Notwendige eingeschränkt. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass nicht immer unmittelbar offensichtlich ist, welche Maßnahme als

medizinisch notwendig einzustufen ist. In vielen Situationen gibt es für Maßnahmen keine ausreichende Evidenz für deren medizinische Notwendigkeit oder Nützlichkeit, sodass die Einschätzung in einer Einzelfallentscheidung vom Hausarzt getroffen werden muss.

Nach Aussage mehrerer Interviewpartner drohen Hausärzten auch bei „vernünftiger“ Verordnungsweise Regresse, weil bislang die Besonderheiten verschiedener Patientenkollektive zu wenig bei der Kalkulation der Verordnungsbudgets berücksichtigt werden. So ist möglicherweise ein Hausarzt, der Altenheime, Palliativpatienten oder drogensüchtige Menschen betreut, aufgrund des erhöhten Kostenaufwandes deutlich gefährdeter, seine Budgets zu überschreiten und damit in die Gefahr von Regresszahlungen zu kommen, als ein Hausarzt mit Patienten geringerer Morbidität. Zwar werden bereits heute Praxisbesonderheiten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt, bislang aber möglicherweise in zu undifferenzierter und damit unzureichender Weise.

Weiterhin gaben 84,8 Prozent der Hausärzte an, sich durch mögliche Regressforderungen in ihrer ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt und 62,0 Prozent sogar in ihrer beruflichen Existenz bedroht zu fühlen. Letzteres ist insofern überraschend, als die Hausärzte im Fragebogen angaben, im Median Regresszahlungen in Höhe von 500 Euro leisten zu müssen. Anhand dieser eher moderaten Höhe der Regresszahlungen ist es nicht unmittelbar nachvollziehbar, weshalb die Hausärzte sich dadurch in ihrer Existenz bedroht fühlten. Extrem hohe Regressforderungen in Höhe von 10.000 bis 100.000 Euro (8,5 Prozent) und >100.000 Euro (0,6 Prozent) sind zwar insgesamt selten, dürften sich aber unter den Hausärzten in einer Region möglicherweise herumsprechen und damit eine abschreckende Wirkung entfalten. Außerdem fällt auf, dass die ursprünglich geforderte Höhe der Regressforderungen häufig deutlich über der letztlich zu bezahlenden Regresszahlung lag. So gaben die Hausärzte an, dass sich die ursprünglichen Regressforderungen auf 10.000 bis 100.000 Euro (22,3 Prozent) und >100.000 Euro (5,7 Prozent) beliefen. Somit wurde mehr als ein Viertel der befragten Hausärzte bereits mit Regressforderungen von >10.000 Euro konfrontiert. Diese hohen Forderungssummen könnten – auch wenn sie letztlich meist nicht in dieser Höhe bezahlt werden mussten - möglicherweise erklären, warum die Regressforderungen von der Mehrheit der Hausärzte als existentielle Bedrohung empfunden wird, obwohl die tatsächlich zu leistenden Regressforderungen im Median eher gering sind.

Wie zu Beginn dieses Kapitels bereits geschildert wurde, fehlen in der Literatur neutrale und nachprüfbar Angaben zur Häufigkeit und zur Höhe von Regressforderungen gänzlich. Eine gewisse Orientierung bietet lediglich eine Anfrage der ehemaligen Landesgruppenvorsitzenden der Partei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Theresa Schopper, an die Bayerische Staatsregierung.[64] Zu beachten ist allerdings, dass die Angaben in der Antwort der Staatsregierung nicht zwischen den verschiedenen Arztgruppen im ambulanten Bereich differenzieren und nur die Situation in Bayern beschreiben. Aus der Antwort der Staatsregierung geht die Spannweite der geleisteten Regresszahlungen hervor: Im Jahr 2007 variierten die Regressforderungen im Bundesland Bayern für Medikamente von 50,92 Euro (Minimum) bis 454.599,89 Euro (Maximum) und für Heilmittel von 132,74 Euro (Minimum) bis 116.156,15 Euro (Maximum). Leider wird in der Antwort der Bayerischen Staatsregierung kein Median zu diesen Werten angegeben, sodass ein Vergleich mit unseren Ergebnissen problematisch wäre. Die Spannweite der Regressforderungen zeigt jedoch, dass ein existenzbedrohendes Ausmaß von Regresszahlungen nicht grundsätzlich auszuschließen ist.

In der Antwort der Staatsregierung fehlen leider außerdem eindeutige Angaben zur Häufigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen. Dies ist insbesondere bemerkenswert, da eine interne Übersicht zu existieren scheint, diese aber nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird: „(...) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen, Prüfungen und Maßnahmen. Eine Veröffentlichung dieses Berichts ist bislang gesetzlich nicht vorgesehen.“[64 S. 5]

An einer weiteren Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an die Bundesregierung ist ersichtlich, dass selbst der Bundesregierung keine genauen Zahlen zur Häufigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Regresse vorliegen.[65] So wird auf die Frage zur Häufigkeit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen darauf verwiesen, dass die Bundesregierung davon nicht unterrichtet wird: „Die Verantwortung für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Vertragspartnern der Selbstverwaltung auf Landesebene. Die Aufsicht über die dabei beteiligten Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Umfangreiche Berichtspflichten an die Bundesregierung über Einzelheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind daher nicht vorgesehen.“[65 S. 3] Auch zur

Häufigkeit von Regressen verfügt die Bundesregierung über keine Daten: „Der Bundesregierung liegen keine detaillierten Daten in Bezug auf die Einzelheiten der Durchführung und die Ergebnisse der Prüfverfahren vor.“[65 S. 4]

Weiterhin wird in der Antwort der Bundesregierung deutlich, dass eine Veröffentlichung nachprüfbarer Statistiken weder geplant, noch für sinnvoll erachtet wird: „Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der von den Prüfungsstellen und den Beschwerdeausschüssen jährlich zu erstellenden und den Aufsichtsbehörden vorzulegenden Übersichten. Die Berichtspflicht dient primär der Verfahrenskontrolle durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Teilweise werden entsprechende statistische Daten jedoch von den Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Um mögliche Ängste auszuräumen, sind nach Auffassung der Bundesregierung transparente Verfahren und eine umfangreiche Unterstützung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der rationalen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln besser geeignet, als die Veröffentlichung statistischer Erhebungen.“[65 S. 5] Die von der Bundesregierung vorgeschlagenen „transparenten Verfahren“ sind bislang nicht umgesetzt worden. Ferner ist unklar, in welcher Form die Bundesregierung diese umsetzen möchte. Zur Klärung der Kontroverse über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Regressforderungen könnte mit großer Wahrscheinlichkeit beitragen, dass die Prüfberichte und Statistiken veröffentlicht würden. Dann würde sich die Diskussion nicht länger auf Vermutungen, sondern auf nachprüfbare Fakten stützen. Eine Offenlegung der internen Statistiken durch die Prüfungsstellen dürfte nicht nur im Interesse der Ärzteschaft, sondern im allgemeinen öffentlichen Interesse geboten sein, da nach unseren Ergebnissen das Instrument der Regressforderungen auch Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten hat.

Nach Einschätzung der Mehrheit der befragten Hausärzte, erhielten die eigenen Patienten trotz potentiell drohender Regressforderungen in der Regel alle medizinisch nützlichen und zugleich erstattungsfähigen Medikamente (86,7 Prozent, B.8.1), Heilmittel (B.8.2, 68,0 Prozent), Hilfsmittel (86,4 Prozent B.8.3) und Impfungen (94,5 Prozent, B.8.4). Insgesamt gaben die Hausärzte also an, aufgrund möglicher Regressforderungen verstärkt auf die Ausgaben bei ihren Verordnungen zu achten. Die Patienten würden allerdings in der überwiegenden Zahl der Fälle in der Regel alle medizinisch nützlichen und erstattungsfähigen Verordnungen erhalten. Dies stellt einen auffälligen Widerspruch zur Meinung der deutlichen Mehrheit der befragten Hausärzte dar, dass Patienten in Deutschland durch hausärztlichen Strategien zur Vermeidung von

Regressen relevante gesundheitliche Nachteile erleiden (75,4 Prozent). Wie bereits schon bei der Problematik des Zeitmangels, könnte für diesen Widerspruch verantwortlich sein, dass die Ärzte sozial erwünschte Antworten gaben. Im Fragebogen wurden die Ärzte gefragt, wie die möglichen Regressforderungen ihr persönliches Versordnungsverhalten beeinflussen würde. Die Form der Formulierung förderte also möglicherweise sozial erwünschtes Antwortverhalten.

Potentielle Regressforderungen hatten auf die tägliche Praxis der befragten Hausärzte folgende Auswirkungen: Mehrheitlich achteten sie verstärkt auf die Ausgaben für Medikamente (61,8 Prozent), Heilmittel (90,6 Prozent) und Hilfsmittel (61,0 Prozent). Außerdem verordneten sie, um Regresse zu vermeiden, mehr Generika (61,8 Prozent,) und überwiesen Patienten mit teuren Medikamenten früher, beziehungsweise häufiger zu Spezialisten (65,8 Prozent). Ein Einfluss möglicher Regressforderungen auf das Verschreibungsverhalten von Medikamenten mit Zusatznutzen („Innovationen“) wurde nur von der Hälfte der Befragten angegeben (50 Prozent).

Insgesamt wird durch diese Ergebnisse deutlich, dass die Sanktionsmaßnahmen der Regressforderungen das Verordnungsverhalten der Ärzte insofern beeinflusst, als sie aufgrund möglicher Regressforderungen verstärkt auf ihr Verschreibungsverhalten achten und damit vermutlich auch insgesamt weniger verschreiben. Dies ist aus ökonomischer Sicht zumindest kurzfristig wünschenswert. Es ist jedoch fraglich, ob die Reduktion der Verordnungen insgesamt auch langfristig Kosten einsparen kann. Beispielsweise könnten bestimmte Heilmittel, wie beispielsweise eine frühzeitig eingeleitete Physiotherapie, langfristig sogar eher Kosten in Form von Medikamenten oder Rehabilitationsmaßnahmen einsparen. Dass Hausärzte vermehrt an fachärztliche Spezialisten überweisen, um Ihr Budget zu schonen, dürfte ebenfalls nicht unproblematisch sein: Bereits jetzt ist ein Besuch beim Spezialisten für Kassenpatienten meist mit langen Wartezeiten für einen Termin verbunden. Wenn den Spezialisten von den Hausärzten noch mehr Patienten zugeleitet werden, könnten die Wartezeiten auf einen Termin nochmals verlängert werden. Überdies ist es auch für die Patienten unbefriedigend, wenn Sie häufig zwischen verschiedenen Ärzten weiterverwiesen werden. Außerdem entstehen durch unnötige Überweisungen zwischen Ärzten vermeidbare Kosten.

Insgesamt scheint es nicht ausgeschlossen zu sein, dass Sanktionsmaßnahmen wie Regressforderungen für das Verordnungsverhalten der Ärzte nicht nur Kosten einsparen, sondern auch mittel- und langfristig Kosten generieren könnten. Diese

indirekten kostensteigernden Folgen der Regresse dürften jedoch deutlich schwerer nachzuweisen sein, als die primäre Einsparung durch das zurückhaltendere Verordnungsverhalten.

Die deutliche Mehrheit der befragten Hausärzte (74,0 Prozent) verneinte, aufgrund möglicher Regressforderungen die Patientenstruktur zu beeinflussen, um Patienten mit teuren Medikamenten zu vermeiden. Bedenklich allerdings sollte stimmen, dass mehr als jeder vierte Hausarzt (26 Prozent) angab zu versuchen, die Patientenstruktur zu beeinflussen. 7,3 Prozent stimmten dieser Frage sogar „voll und ganz“ zu. An diesem Beispiel wird deutlich, dass sich das Instrument der Regressforderungen indirekt vor allem auf die Versorgung von Menschen, die teure Medikamente oder Behandlungsmaßnahmen benötigen, negativ auswirken könnte. Dies ist aus ethischer Sicht höchst problematisch. Schließlich ist ein Mensch in der Regel nicht dafür verantwortlich, dass er zu den „teuren“ Patienten gehört. Meist sind außerdem die kostenintensiven Patienten auch besonders kranke Menschen. Wenn diese Menschen nun neben ihrer Krankheit auch von manchen Hausärzten abgelehnt werden, sind sie in doppelter Hinsicht benachteiligt.

Wer letztlich die Verantwortung für diese seltene, aber insgesamt ethisch fragwürdige Praxis trägt, kann mit dieser Studie nicht abschließend beantwortet werden. Dass die aktive Beeinflussung der Patientenstruktur durch die Hausärzte aus ethischer Sicht nicht vertretbar ist, sollte außer Frage stehen. Grundsätzlich ist es aber aus Sicht der Hausärzte zumindest von einem rein ökonomischen Standpunkt betrachtet nachvollziehbar, dass sie für die Verschreibung eines indizierten, aber teuren Medikaments nicht mit ihrem Privatvermögen haften möchten. Schließlich ist der Arzt ebenfalls nicht dafür verantwortlich zu machen, wenn seine Patienten teure Medikamente benötigen. Somit ist es zwar nach wie vor nicht aus moralischer, jedoch aus ökonomischer Perspektive durchaus verständlich, dass die Ärzte mit einer solchen Strategie auf die drohenden Regressforderungen reagieren. Dies verdeutlicht einmal mehr, dass zur Ermittlung des Arzneimittelbudgets der Hausärzte noch mehr als bislang die konkrete Patientenstruktur („Praxisbesonderheiten“) in Betracht gezogen werden müsste. Nur so lässt sich möglicherweise verhindern, dass Ärzte versuchen, aus Angst vor Regressforderungen „teure“ Patienten zu vermeiden.

Grundsätzlich sollte auch die Frage diskutiert werden, weshalb die Hausärzte überhaupt in eine Situation geraten, in der sie bei „ausschließlich medizinisch notwendiger Rezeptierung“ (siehe oben) in die Gefahr von Regressforderungen geraten können. Die

Ursachen sind sehr wahrscheinlich vielschichtig. Jedoch ist bei der Analyse möglicher Gründe auffallend, dass die Medikamente in Deutschland deutlich teurer sind als in europäischen Nachbarländern mit vergleichbarem Gesundheitssystem. Der Arzneiverordnungs-Report (AVR) aus dem Jahr 2013 bestätigt dies einmal mehr.[66] Eine Ursache für die in Deutschland im internationalen Vergleich hohen Arzneimittelpreise dürfte darin liegen, dass bis zur Einführung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 die Arzneimittel und Medizinprodukte produzierende Industrie in Deutschland die Preise für Arzneimittel vollkommen frei festlegen durfte. Insbesondere neue Medikamente waren daher meist extrem teuer und brachten einen Arzt damit deutlich schneller an seine Budgetgrenzen. Seit dem Jahr 2011 überprüft das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Nutzen neuer Medikamente. Wenn vom IQWiG kein Zusatznutzen für ein Medikament festgestellt wird, darf das Medikament nur so teuer sein, wie ein bereits auf dem Markt erhältliches Produkt. Das IQWiG ist jedoch derzeit noch eine verhältnismäßig kleine Einrichtung mit sehr begrenzten Kapazitäten. Im Jahr 2013 verfügte die Einrichtung über ein jährliches Budget von 17,8 Millionen Euro und 153 Mitarbeiter.[67] Dass dies für die vielfältigen Aufgaben, die an das IQWiG herangetragen werden, kaum ausreichen dürfte, wird im Vergleich mit einer britischen Einrichtung mit vergleichbaren Aufgaben deutlich: Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hatte im Jahr 2013 ein jährliches Budget von insgesamt 71 Millionen britischen Pfund (derzeit etwa 88,6 Millionen Euro) und 600 Mitarbeiter.[68] Aufgrund der begrenzten Kapazitäten des IQWiG ist es daher auch bislang unmöglich, dass die Wirksamkeit „alter“ Medikamente überprüft wird. Die Überprüfung der bereits am Markt etablierten Medikamente bezüglich ihres medizinischen Nutzens könnte die Basis für neue Preisverhandlungen zwischen den Arzneimittelherstellern und den Krankenkassen bieten und damit ein enormes Einsparpotenzial bergen.

Zusammenfassend können bezüglich dem Instrument der Regressforderungen aus unseren Ergebnissen folgende Schlüsse gezogen werden: In der derzeitigen Umsetzung scheinen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und damit gegebenenfalls verbundene Regressforderungen sowohl für die Ärzte als besonders auch für die Patienten problematisch zu sein. Insbesondere Patienten, die teure Verordnungen benötigen, könnten aufgrund der Regresse gesundheitliche Nachteile erleiden. Doch auch für alle anderen Versicherten dürfte es nicht wünschenswert sein, wenn sie tatsächlich das medizinisch Notwendige nicht mehr erhalten. Nach vielen hundert Jahren des medizinischen Fortschritts, würde dies einen Rückschritt bedeuten. Für die Hausärzte

dürfte die Höhe der tatsächlich zu leistenden Regressforderungen in der Regel nur in Ausnahmefällen existenzgefährdend sein. Dennoch schüren die Wirtschaftlichkeitsprüfungen offensichtlich Ängste in der Hausärzteschaft, die nicht ignoriert werden sollten. Erstens dürften die Wirtschaftlichkeitsprüfungen keineswegs zur Verbesserung der verbreiteten Unzufriedenheit der Hausärzte mit ihrer Arbeitssituation[51] beitragen. Zweitens ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Angst vor möglichen Regressen, junge Mediziner von einer möglichen Arbeit als Hausarzt abschreckt. Wie in 5.3.2 bereits thematisiert, herrscht in vielen ländlichen Teilen Deutschlands vermutlich bereits heute ein Mangel an Hausärzten. Beiden Aspekten könnte man mit einer verhältnismäßig einfachen Maßnahme beikommen: Das eklatanteste Merkmal der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist die bislang absolut unzureichende Transparenz. Wenn die – offensichtlich bereits vorhandenen – jährlichen Berichte der Prüfungsstellen veröffentlicht würden, könnte die Diskussion um die Regressforderungen sachlich geführt werden.

Wenn nachprüfbar Zahlen belegen, dass keine existenzbedrohende Gefahr von Regressforderungen ausgeht, würde dies der möglicherweise unbegründeten Angst der Hausärzte und der jungen Mediziner vor existenzvernichtenden Regressen, die Grundlage entziehen. Falls diese Zahlen andererseits mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungen und hohe Regressforderungen belegen würden, als dies ursprünglich vom Gesetzgeber vorgesehen war, müsste die derzeitige Form der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen genau überprüft werden, beispielsweise durch ein neutrales Expertengremium. Grundsätzlich scheinen aber auch bei einem nicht-übermäßigen Einsatz der Wirtschaftlichkeitsprüfungen manche Veränderungen dringend notwendig: So deuten unsere Ergebnisse darauf hin, dass den Hausärzten auch bei der Verordnung des ausschließlich medizinisch Notwendigen Regressgefahr drohen kann. Dies könnte dafür sprechen, dass bislang die individuellen Praxisbesonderheiten bei der Ermittlung des Budgets für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel zu wenig zum Tragen kommen. Wenn die Praxisbesonderheiten differenzierter gewichtet würden und Hausärzte damit auch bei vielen Patienten mit teuren Medikamenten nicht in die Gefahr eines Regresses kämen, würde dies den Anreiz einer aktiven Beeinflussung der Patientenstruktur zu Ungunsten „teurer Patienten“ durch die Hausärzte überflüssig machen. Zusätzlich erscheint es sinnvoll, dass die hohen Arzneimittelpreise in Deutschland, die letztlich mindestens einen Teil der Ursache für die Überschreitung des Arzneimittelbudgets darstellen, umfassend geprüft werden. Eine neutrale Einrichtung wie beispielsweise das IQWiG könnte dabei die notwendige Bewertung des Nutzens der

Arzneimittel vornehmen. Dafür wären jedoch weitere Mittel für dieses Institut dringend erforderlich.

#### **5.3.4 Auswirkungen des Vergütungssystems**

Im Rahmen der explorativen Experteninterviews, welche die Grundlage der Fragen im Fragebogen darstellen, wurde mehrfach von den Interviewpartnern thematisiert, dass viele Hausärzte mit dem derzeitigen Abrechnungssystem aus unterschiedlichen Gründen unzufrieden sind. Außerdem äußerten manche Interviewpartner die Vermutung, dass in der täglichen hausärztlichen Arbeit einige Strategien existieren würden, mit denen manche Hausärzte auf das budgetierte Vergütungssystem in der vertragsärztlichen Versorgung reagierten. Mit diesem Fragenkomplex sollte untersucht werden, welche dieser Strategien Hausärzte im budgetierten Vergütungssystem tatsächlich anwenden. Die Hausärzte sollten bei diesen Fragen einschätzen, wie ihre hausärztliche Kollegen in bestimmten Situationen handeln würden. Indem die Hausärzte somit nicht direkt nach ihrem eigenen Vorgehen befragt wurden, sollte der Einfluss eines sozial erwünschten Antwortverhaltens reduziert werden.

Ein Hausarzt erhält im derzeitigen vertragsärztlichen Vergütungssystem für jeden Kassenpatienten, der mindestens einmal im Quartal in seiner Praxis ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, einen festen pauschalen Betrag („Fallwert“). Dabei spielt es keine Rolle, wie häufig der Patient die Praxis im Quartal aufsucht. Unter Ärzten ist in diesem Zusammenhang auch der Begriff des „Scheins“ verbreitet. Dabei entspricht jeder Patient, der die Praxis mindestens einmal pro Quartal aufsucht, einem sogenannten Schein. Für einen Schein erhält der Hausarzt den pauschalen Fallwert. Der Hausarzt kann gegebenenfalls noch verschiedene Einzelleistungen extrabudgetär abrechnen, die Basis seiner Bezahlung bildet aber der pauschale Fallwert. Diesem pauschalierten Vergütungsmodus liegt eine Mischkalkulation zugrunde: Bei der Berechnung der Höhe des Fallwertes wird davon ausgegangen, dass in eine Hausarztpraxis sowohl Patienten mit geringem Behandlungsaufwand, als auch komplexe Fälle in einem ausgewogenen Verhältnis behandelt werden. Im Folgenden wird auf Basis der Ergebnisse unserer Studie diskutiert, wie die Hausärzte diese pauschalierte Mischkalkulation einschätzen und welchen Einfluss sie vermutlich auf die vertragsärztliche Arbeit ausübt.

64,6 Prozent der befragten Hausärzte waren der Auffassung, dass das aktuelle Vergütungssystem mit einer Kombination aus Pauschale und Einzelleistungen die Versorgung der Patienten negativ beeinflusst. In den Angaben zur offenen Frage C.1.1 wurde von den befragten Hausärzten häufig der Modus der pauschalierten Vergütung

kritisiert. Eine Pauschalierung der Vergütung mindere die Arbeitszufriedenheit und Motivation (12,4 Prozent). Außerdem sei die Höhe der Pauschale nicht ausreichend hoch. Dies würde einen Anreiz dafür schaffen, möglichst viele verschiedene Patienten zu behandeln (14,8 Prozent) und außerdem vermehrt die extrabudgetäre abrechenbaren Einzelleistungen durchzuführen, auch wenn diese medizinisch nicht nützlich sind (10,0 Prozent). Im Folgenden soll dargelegt werden, mit welchen konkreten Strategien die Hausärzte nach eigenen Angaben auf das derzeitige Vergütungssystem reagieren.

In dieser Arbeit wurde bereits bei der Diskussion der Auswirkungen der Regressforderungen (5.3.3) deutlich, dass manche Hausärzte aus Angst vor Regressforderungen bewusst versuchen, ihre Patientenstruktur aktiv zu beeinflussen. Diese Beeinflussung hat maßgeblich zum Ziel, „günstige“ Patienten zu gewinnen und andererseits „teure“ Patienten zu vermeiden. Nach Einschätzung einer deutlichen Mehrheit (74,0 Prozent) der Hausärzte, würden hausärztliche Kollegen häufig auf das bestehende vertragsärztliche System reagieren, indem sie Patienten möglichst quartalsweise einbestellen, auch wenn dies medizinisch nicht nützlich sei. Dies hat möglicherweise folgenden Hintergrund: Bei Patienten, die nur selten die Praxis besuchen, entstehen durch den geringeren Behandlungsaufwand weniger Kosten für den Arzt. Solche Patienten bedeuten für den Hausarzt einen finanziellen Zugewinn. Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass Hausärzte Patienten mit geringem Behandlungsaufwand häufig auch ohne das Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit einbestellen und somit aktiv versuchen, den Anteil dieser „günstigen“ Patienten zu erhöhen. In den offenen Fragen des Fragebogens wird in diesem Zusammenhang von den Hausärzten häufig auch von „Verdünnerscheinungen“ gesprochen. Diese Bezeichnung bezieht sich auf die oben bereits angesprochene Mischkalkulation, bei der günstige Patienten („Verdünnern“) in ausreichender Anzahl notwendig sind, um die vergleichsweise höheren Kosten der komplexeren Fälle auszugleichen. Es erscheint plausibel, dass diese Strategie eine direkte Folge der pauschalierten Mischkalkulation ist. Aus ökonomischer Sicht besteht aufgrund der pauschalierten Mischkalkulation ein Anreiz für die Hausärzte, die „günstigen“ Patienten verstärkt anzuwerben.

Eine weitere, scheinbar ebenfalls verbreitete Auswirkung der pauschalierten Mischkalkulation, scheint nach Einschätzung der befragten Hausärzte die vermehrte Durchführung Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) zu sein. 67,4 Prozent der Hausärzte vermuteten, dass hausärztliche Kollegen als Reaktion auf das budgetierte Vergütungssystem verstärkt IGeL anbieten würden, auch wenn diese nicht als

medizinisch nützlich angesehen werden. Ebenfalls vermutete eine Mehrheit der Hausärzte (60,2 Prozent) dass hausärztliche Kollegen als Einzelleistung abrechenbare Diagnostik durchführen, auch wenn diese für den Patienten medizinisch nicht nützlich ist.

Wie auch bei der zuvor geschilderten Strategie des „Einbestellens ohne Indikation“, werden nach Ansicht der Hausärzte IGeL und extrabudgetäre Einzelleistungen auch dann durchgeführt, wenn keine zwingende medizinische Indikation besteht. Zwar sind diese drei Strategien aus Sicht des Arztes von einem ökonomischen Standpunkt aus zumindest nachvollziehbar, inwiefern sie in ethischer Hinsicht vertretbar sind, muss abgewogen und für den Einzelfall entschieden werden. Grundsätzlich widerspricht eine Einbestellung ohne Indikation dem hippokratischen Gebot des Nicht-Schadens: Eine unnötige Einbestellung und damit verbundene unnötige Diagnostik kann Ängste bei den Patienten schüren und damit den Patienten schaden. Unnötige IGeL und extrabudgetäre Leistungen sind vornehmlich ein Schaden finanzieller Natur, wenn der Hausarzt deren medizinische Nützlichkeit negiert, sie aber trotzdem durchführt und mit Patient oder Krankenkasse abrechnet. Überdies ist das Erbringen von „nicht notwendigen Leistungen“ ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 SGB V.

Zwar geht auch ein Schadenspotenzial für die Patienten bei einem „Zuviel“ an medizinischen Leistungen aus. Im Folgenden sollen jedoch vor allem die Auswirkungen von Strategien diskutiert werden, die auf einer Vorenthaltung von medizinisch nützlichen Leistungen beruhen. So gaben 68,2 Prozent der befragten Hausärzte an, hausärztliche Kollegen würden jene Patienten, die in einem Quartal bereits hohe Kosten verursacht haben, häufig erst wieder zum nächsten Quartal einbestellen, auch wenn dies medizinisch nicht nützlich ist. Bedenklich an dieser Strategie ist nicht allein, dass sie scheinbar sehr verbreitet ist. Im Extremfall könnte sie auch dazu führen, dass medizinisch dringend notwendige Diagnostik oder Therapie verzögert wird. Es ist zwar sehr unwahrscheinlich, dass ein Hausarzt bei einer potentiell vitalen Bedrohung eines Patienten diese Strategie wählt. Dennoch birgt diese Vorgehensweise unweigerlich ein Risiko für den Patienten: Wie sich die gesundheitliche Situation eines Patienten innerhalb eines ganzen Quartals entwickelt, ist auch für erfahrene Hausärzte schwer abzuschätzen. Insbesondere dürfte sich bei komplexen Krankheitsbildern das Fehlen eines regelmäßigen Arztkontaktes auch negativ auf die Compliance der Patienten auswirken. Insgesamt erscheint diese Strategie daher aus ethischer Sicht keinesfalls akzeptabel.

In der Umfrage gaben die Hausärzte außerdem an, dass hausärztliche Kollegen als Reaktion auf das Vergütungssystem trotz medizinischer Nützlichkeit bestimmte Leistungen in ihrem Umfang begrenzen würden: Dazu zählen kostenintensive Diagnostik (54,0 Prozent), kostenintensive Therapie (61,9 Prozent) und gering vergütete Leistungen (66,4 Prozent). Kritisch angemerkt sei, dass diese Angaben aufgrund des unscharfen Begriffs „begrenzen“ in der Formulierung dieser Fragen in unserem Fragebogen nur eine Tendenz aufzeigen können. Es ist unklar, in welchem Ausmaß diese medizinisch nützlichen Leistungen begrenzt werden und ob sie gegebenenfalls auch vollkommen vorenthalten werden. Wie jedoch an anderer Stelle im Fragebogen deutlich wird, scheint das Vorenthalten medizinisch nützlicher Maßnahmen aus Kostengründen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung nicht selten zu sein.

Insgesamt ist nicht auszuschließen, dass die gesundheitlichen Konsequenzen für die Patienten durch das Vorenthalten medizinisch nützlicher Leistungen gravierender sind, als die Erbringung primär nicht zwingend notwendiger Leistungen. Nach Einschätzung der befragten Hausärzte, sind beide Prinzipien in der derzeitigen hausärztlichen Versorgung prävalent. Die konkreten Strategien wurden nach unserem Wissen bislang von keiner anderen wissenschaftlichen Studie aufgegriffen. Weitere Studien wären notwendig, um die Ursachen für diese Strategien genauer zu identifizieren. In unserer Umfrage stellten wir in der Fragenformulierung eine relativ oberflächliche Kausalität zwischen dem „bestehenden vertragsärztlichen Vergütungssystem“ und der Anwendung der vorgestellten Strategien her. Es ist nicht auszuschließen, dass neben dem Vergütungssystem auch andere Ursachen diese Strategien fördern. Außerdem liefern unsere Ergebnisse nicht ausreichend Erkenntnisse darüber, welche konkreten Aspekte des Vergütungssystems diese Strategien als Reaktion der Hausärzte hervorrufen.

Inwiefern unsere Ergebnisse ein realistisches Bild zur Häufigkeit der beschriebenen Strategie liefern, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Viele Hausärzte sind mit ihrer Arbeitssituation im Allgemeinen[51] und dem Vergütungsmodus im Besonderen unzufrieden. Möglicherweise haben manche Fragebogenteilnehmer aus dieser Unzufriedenheit heraus, die tatsächliche Prävalenz dieser Strategien auch überschätzt.

Unbenommen von den letztlich wahren Ursachen für diese Strategien und deren tatsächlichen Prävalenz, sollten diese Ergebnisse nicht ignoriert werden: 60,3 Prozent der befragten Hausärzte waren der Ansicht, dass den Patienten in Deutschland durch hausärztliche Strategien im Umgang mit dem bestehenden vertragsärztlichen Vergütungssystem relevante gesundheitliche Nachteile entstehen. Es ist die

Zusammenarbeit von Vertretern der Hausärzte, der Politik, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, um Lösungen zu finden, welche diese Strategien überflüssig machen und somit Schaden von den Patienten abwenden können.

#### **5.4 Ausblick**

Die vorliegende Studie liefert empirische Erkenntnisse zu verschiedenen Aspekten des Umgangs von Hausärzten mit knappen Ressourcen. Dabei konnte unter anderem bestätigt werden, dass die Ressource Zeit in der hausärztlichen Versorgung knapp ist und dieser Umstand nach Einschätzung der befragten Hausärzte auch zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für die Patienten führt. Es wäre daher sinnvoll, in weiteren Studien die genauen Ursachen für hausärztlichen Zeitmangel aufzudecken, um damit eine Grundlage für die Entwicklung von wissenschaftlich begründeten Lösungsansätzen für dieses relevante Problem zu ermöglichen. Hilfreich könnte dabei auch eine gezielte Analyse der hausärztlichen Versorgung in anderen Ländern sein, in denen Hausärzte deutlich mehr Zeit für einen Patientenkontakt haben, beziehungsweise sich deutlich mehr Zeit für einen Patientenkontakt nehmen.[51]

Im Rahmen der Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD nach den Bundestagswahlen 2013 wird nach Informationen des Ärztenachrichtendienstes (änd) aktuell in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit (AG Gesundheit) eine mögliche Abschaffung von Arzneimittelregressen diskutiert.[69] Wirtschaftlichkeitsprüfungen und gegebenenfalls damit verbundene Regressforderungen sollen nach den Plänen der AG Gesundheit bis zum Ende des Jahres 2014 durch regionale Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und kassenärztlicher Vereinigung ersetzt werden. Bislang (Stand September 2014) wurden aber keine entsprechenden Gesetzesvorlagen veröffentlicht. Grundsätzlich zeigen diese Pläne jedoch, dass auch in der Politik Zweifel an der derzeitigen Form des Steuerungsinstrumentes der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der damit gegebenenfalls verbundenen Regressforderungen bestehen. Die Ergebnisse dieser Studie legen die Vermutung nahe, dass Regresse derzeit auch bei einer ausschließlich medizinisch sinnvoller Rezeptierung drohen können und damit möglicherweise auch medizinisch notwendige Maßnahmen beschneiden. Die aktuellen Entwicklungen sollten aufmerksam beobachtet und Neuerungen gegebenenfalls im Interesse der Versorgung der Patienten in Deutschland durch weitere Studien evaluiert werden. Geboten scheint in jedem Fall eine Veröffentlichung der bereits vorhandenen Prüfstatistiken, um eine sachliche Diskussion über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen überhaupt erst zu ermöglichen. Außerdem sei darauf hingewiesen, dass bei einer

möglichen Veröffentlichung der Prüfberichte auch Wert darauf gelegt werden sollte, eine Kosten-Nutzen-Analyse zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzustellen. Schließlich wurde bislang noch nicht bewiesen, dass die Einführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen tatsächlich zu einer Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen beitragen. So wie von den Hausärzten eine wirtschaftliche Arbeitsweise verlangt wird, so sollte dieser Maßstab verstärkt auch bei den anderen Akteuren im Gesundheitswesen, namentlich den Krankenkassen, den Prüfungsstellen und den Kassenärztlichen Vereinigungen angelegt werden.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem befindet sich im ständigen Wandel und ist daher an Komplexität kaum zu überbieten. In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche gesetzlich verankerte Instrumente zur Kostendämpfung geschaffen. Diese Maßnahmen zogen ihrerseits Gegenstrategien der Hausärzte nach sich, um unter diesen erschwerten Rahmenbedingungen auch weiterhin wirtschaftlich erfolgreich arbeiten zu können. Diese Strategien wurden in der vorliegenden Arbeit erstmals in Deutschland untersucht und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem analysiert. Allem Anschein nach dürften vor allem kostenintensive Patienten durch diese Strategien benachteiligt werden. Die pauschalierte Mischkalkulation bietet Anreiz dazu, teure Patienten nach Möglichkeit zu vermeiden und kostengünstige Patienten zu gewinnen. Um diesen Strategien die Grundlage zu entziehen, müsste die Höhe der Fallpauschale für den hausärztlichen Bereich überprüft und gegebenenfalls flächendeckend nach oben angepasst werden, wie dies zum Teil bereits zum Teil in den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung realisiert war. Um die Gesundheitsausgaben dabei allerdings nicht weiter in die Höhe zu treiben, sollte zudem die Verteilung der Ressourcen zwischen den verschiedenen ambulant tätigen Arztgruppen überprüft werden. Diese ist bislang äußerst heterogen. Da außerdem auch potentielle Regressforderungen einen Anreiz für die Hausärzte bieten, kostenintensive Patienten mit teuren Verordnungen zu meiden, müssen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen Praxisbesonderheiten noch umfassender als bisher gewichtet werden. Gleichzeitig sollten die Preise für Medikamente in Deutschland einer Prüfung unterzogen werden. Grundsätzlich wäre dafür eine Einrichtung wie das IQWiG geeignet, sofern der Einrichtung zusätzliche Kompetenzen und Mittel zur Verfügung gestellt würden. Derzeit können bereits nicht mehr immer alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden und Ärzte müssen daher Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) vornehmen. Dies wurde in verschiedenen Studien in Deutschland[9 , 11 , 37] und

Europa[10] gezeigt und wird auch durch unsere Ergebnisse bestätigt. Nach Einschätzung der von uns befragten Hausärzte ist das Ausmaß der Leistungsbegrenzungen im hausärztlichen Bereich sogar deutlich größer als im stationären. Da die vorliegende Studie die erste umfassende Befragung von Hausärzten in Deutschland zu diesem Thema darstellt, sind weitere Untersuchungen sowohl im hausärztlichen als auch im stationären Bereich erforderlich, um definitiv beantworten zu können, ob das Ausmaß der Rationierung in der hausärztlichen Versorgung tatsächlich derart größer als im stationären Bereich ist. Unabhängig vom konkreten Ausmaß der Rationierungen scheint es aufgrund der steigenden Gesundheitsausgaben bei begrenzten Einnahmen aber naheliegend, dass Ärzte in Zukunft häufiger entscheiden müssen, wem sie welche medizinische Leistung zuteilen. Die Ärzteschaft dürfte für diese Aufgabe aber bislang nicht ausreichend gewappnet sein, da bislang allgemein verbindliche Regelungen fehlen. Ärzte müssen daher derzeit in Einzelfallentscheidungen Allokationsentscheidungen treffen, für die sie keinerlei Ausbildung besitzen und für die es keine inhaltliche Orientierung durch staatliche Vorgaben gibt. Auch für die Patienten ist diese Situation unbefriedigend, da die ärztlichen Entscheidungen auf sie zufallsbedingt und wahllos wirken können, wenn Patienten in vergleichbaren Situationen eine unterschiedliche Behandlung erhalten. Aus gerechtigkeithethischen Überlegungen wären allgemein verbindliche Regelungen für den Umgang mit begrenzten Ressourcen daher vorzuziehen. Diese zu erarbeiten, setzt einen bestmöglichen gesellschaftlichen Konsens voraus. Wissenschaftliche Untersuchungen können diese Konsensfindung unterstützen, indem durch ärztliche und ethische Expertise mögliche Wege erarbeitet und bewertet werden. Allokationsentscheidungen könnten. Unseren Ergebnissen zufolge herrscht aber bislang innerhalb der Ärzteschaft Uneinigkeit darüber, welche Rolle der Arzt bei Allokationsentscheidungen einnehmen sollte. Sinnvoll wäre daher zunächst ein breiter Diskurs innerhalb der Ärzteschaft zur Klärung dieser Frage. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass viele Ärzte zwar Allokationsentscheidungen nicht alleine im Einzelfall treffen möchten, jedoch an der Entscheidung zumindest maßgeblich beteiligt sein möchten. Realisierbar wäre dies beispielsweise auf der Mesoebene des Gesundheitssystems, mit einem neu zu schaffenden Gremium, das sich zu großen Teilen aus Ärztevertreten zusammensetzt. Wenn hingegen von der Politik, der Gesellschaft und weiten Teilen der Ärzteschaft nicht zur Kenntnis genommen wird, dass zukünftig möglicherweise nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen auch solidarisch finanzierbar sein werden, könnten rechtzeitige weichenstellende Entscheidungen verpasst werden. Wenn der Kostendruck

schließlich in einigen Jahren zum Handeln zwingt, könnten ethische Überlegungen gegenüber ökonomischen Argumenten in den Hintergrund geraten. Dies ist weder für die Patienten, noch für die Ärzte eine wünschenswerte Perspektive, die es durch eine aktive, breite gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik, zu verhindern gilt.

## 6 Zusammenfassung

Aller Voraussicht nach dürfte die Diskrepanz zwischen solidarisch Finanzierbarem und medizinisch Machbarem durch kontinuierlich steigende Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen. Aktuelle Erkenntnisse über den Umgang von Ärzten mit knappen Mitteln lagen bisher nur für den stationären Bereich vor. Ziel dieser Untersuchung war daher, verschiedene Aspekte des Umgangs von Hausärzten mit begrenzten Ressourcen zu untersuchen. Zur Identifizierung der wichtigsten Fragestellungen dienten explorative Interviews mit niedergelassenen Hausärzten. Auf dieser Grundlage konnte ein Fragebogen erstellt werden, welcher vor dem Einsatz umfassend inhaltlich validiert und getestet wurde. Die Schwerpunkte des Fragebogens waren die vier übergeordneten Themenbereiche „Ressource Zeit“, „Regressforderungen“, „Auswirkungen des Vergütungssystems“, sowie „Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation“.

Insgesamt liegen aus unserer Untersuchung Angaben von 1.921 Hausärzten (Rücklaufquote 6,8 Prozent) aus dem gesamten Bundesgebiet vor. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Rationierung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung weit verbreitet ist. 87,4 Prozent der Hausärzte gaben an, medizinisch nützliche Leistungen aus Kostengründen vorzuenthalten. Damit ist Rationierung im hausärztlichen Bereich möglicherweise noch prävalenter als in der stationären Versorgung. Außerdem konnten wir in unserer Studie ein weiteres Mal bestätigen, dass die Ressource Zeit in der hausärztlichen Versorgung mit im Median 8,6 Minuten für einen Patientenkontakt in Deutschland sehr knapp ist. Dies führt nach Einschätzung von 76,5 Prozent der Befragten zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für die Patienten.

Im Rahmen dieser Studie wurde zudem erstmals untersucht, mit welchen Strategien Hausärzte auf das derzeitige budgetierte Vergütungssystem in der vertragsärztlichen Versorgung reagieren. Diese Strategien benachteiligen möglicherweise vor allem Patienten mit kostenintensiven Verordnungen. Eine maßgebliche Ursache für die hausärztlichen Strategien ist vermutlich in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und damit gegebenenfalls verbundenen Regressforderungen begründet. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen bislang die Besonderheiten des Patientenkollektivs eines Hausarztes zu wenig berücksichtigen. Außerdem herrscht bislang eine kaum akzeptable Intransparenz hinsichtlich der Durchführung, der Häufigkeit und den Ergebnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine Veröffentlichung der vorhandenen Prüfstatistiken erscheint dringend geboten.

## 7 Literaturverzeichnis

- [1] Beske F. Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Kiel. Institut für Gesundheits-System-Forschung. 2010.
- [2] Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dtsch Arztebl. 2007;104(40):2750-4.
- [3] Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Abgeordneten der SPD - Drucksache 17/10175. Köln: BundesanzeigerVerlagsgesellschaft mbH, 2012.
- [4] Aktuelle Meldungen (Heute im Bundestag). Bundesregierung: Medizinisch-technischer Fortschritt für Steigerung bei Gesundheitsausgaben verantwortlich. Berlin 2012 [Zugriff: 21.10.2012]. Online im Internet: URL [http://www.bundestag.de/presse/hib/2012\\_07/2012\\_349/02.html](http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_07/2012_349/02.html).
- [5] Funk K. Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive. Politik und Zeitgeschichte. 2010;45.
- [6] Rieser S, Stüwe H. Interview mit Dr. med. Philipp Rösler (FDP), Bundesminister für Gesundheit „Ich kann nicht mehr Geld versprechen, aber ein faireres System“. Dtsch Arztebl International. 2010;107(6):215-.
- [7] Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1991. Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft. 1991.
- [8] Henke KD, Reimers L. Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. Berlin. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG). 2006.
- [9] Boldt J, Schöllhorn T. Rationierung ist längst Realität: Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Dtsch Arztebl. 2008;105(19):A995-A7.
- [10] Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and determinants of physician bedside rationing: data from Europe. J Gen Intern Med. 2006;21(11):1138-43.
- [11] Strech D, Danis M, Lob M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Dtsch Med Wochenschr. 2009;134(24):1261-6.

- [12] Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgabenrechnung. 2012
- [13] OECD. Gesundheit auf einen Blick 2009. OECD-INDIKATOREN. OECDpublishing. 2009.
- [14] Statistisches Bundesamt. Genesis Online-Datenbank. Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger: 1992-2011 2013 [Zugriff: 08.11.2013]. Online im Internet: URL <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleAufbau&selectionname=23611-0001&sprache=de>.
- [15] Huber A. Praxishandbuch Strategische Planung. Berlin. Erich Schmidt Verlag. 2008.
- [16] OECD. OECD Statistics. Prices and Purchasing Power Parities. Consumer prices - Annual inflation 2013 [Zugriff: 16.10.2013]. Online im Internet: URL <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=22519#>.
- [17] Gesundheitsausgabenrechnung Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn. Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Bonn 2013 [Zugriff: 15.10.2013]. Online im Internet: URL [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=76127979&nummer=322&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=82872551](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=76127979&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=82872551).
- [18] OECD. OECD Statistics: Health policies and data. 2013 [Zugriff: 16.10.2013]. Online im Internet: URL <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-spending-continues-to-stagnate-says-oecd.htm>.
- [19] Bähr J. Bevölkerungsgeographie. Stuttgart. UTB GmbH. 2010.
- [20] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Zwölfte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz 2009.
- [21] Braun G, Schumann A. Bräuning D, Greiling D (Hrsg) Stand und Perspektiven der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II: Perspektiven der ambulant ärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Berliner Wissenschafts-Verlag. 2007.
- [22] Fetzer S, Raffelhüschen B. Perspektiven der Wirtschaftspolitik: Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung – Die Freiburger Agenda. 2005;Bd. 6(Nr. 2).

[23] Gesundheitsausgabenrechnung Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn. Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Bonn 2013 [Zugriff: 18.10.2013]. Online im Internet: URL [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=76119217&nummer=553&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=68365005#SOURCES](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=76119217&nummer=553&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=68365005#SOURCES).

[24] Robert Koch-Institut Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006.

[25] Okunade AA, Murthy VN. Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture. *J Health Econ.* 2002;21(1):147-59.

[26] Marckmann G. Gesundheit und Gerechtigkeit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2008;51(8):887-94.

[27] Augurzky B, Tauchmann H, Werblow A, Felder S. Effizienzreserven im Gesundheitswesen. Essen. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. 2009.

[28] OECD. OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data: OECDpublishing; 2013 [Zugriff: 18.10.2013]. Online im Internet: URL <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>.

[29] Ubel PA, Goold S. "Rationing" health care: Not all definitions are created equal. *Arch Intern Med.* 1998;158(3):209-14.

[30] Beske F. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung. Wer diskutieren will, muss definieren. *Arzt und Krankenhaus.* 2011;84(1).

[31] Baines DL, Tolley KH, Whyne DK. The ethics of resource allocation: the views of general practitioners in Lincolnshire, U.K. *Soc Sci Med.* 1998;47(10):1555-64.

[32] Bovier Pa Fau - Martin DP, Martin Dp Fau - Perneger TV, Perneger TV. Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. 2005(1472-6963).

[33] Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constraints. *Arch Intern Med.* 2005;165(6):639-44.

[34] van Delden JJ, Vrakking AM, van der Heide A, van der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. *J Med Ethics.* 2004;30(2):207-11.

- [35] Lauridsen SM, Norup M, Rossel P. Bedside rationing by general practitioners: a postal survey in the Danish public healthcare system. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:192.
- [36] Strech D, Borchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G. Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik Med.* 2008;20:94-109.
- [37] Beske F, Kern AO, Lescow H. Auswertung einer Leserumfrage: Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Dtsch Arztebl International.* 1999;96(3):113-.
- [38] Merkens. Flick U, von Kardoff E, Steinke I *Qualitative Forschung: Ein Handbuch.* Hamburg. Rowohlt's Enzyklopädie. 2000.
- [39] Mey G, Mruck K. *Grounded Theory Reader.* 2nd ed. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2011.
- [40] Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* 3rd ed. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2009.
- [41] Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* 7th paperback printing 2012 ed. Chicago. Aldine Pub. Co. 1967.
- [42] Wiedemann P, Flick U, von Kardoff E, Keupp H, von Rosenstiel L, Wolff S *Gegenstandsnahe Theoriebildung.* In: *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* Weinheim. Beltz Psychologie Verlags Union. 1991.
- [43] Mayring P. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung.* Weinheim. Beltz Verlag. 2002.
- [44] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken - Elfte aktualisierte und überarbeitete Auflage.* Weinheim. Beltz. 2010.
- [45] Prüfer P, Rexroth M. *Kognitive Interviews.* ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15. Mannheim. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. 2005.
- [46] QuestBack GmbH. *Online Befragungssoftware für Studenten und Hochschulen Köln 2013* [cited 2013 Zugriff: 07.08.2013]. Online im Internet: URL <http://www.unipark.de>.
- [47] GÜthlin C, Beyer M, Erler A, Gensichen J, Hoffmann B, Mergenthal K, et al. *Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. Erfahrungen aus fünf allgemeinmedizinischen Studien.* *Z Allg Med.* 2012;88(4):173-81.

[48] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus. Tabelle 1.0 2012 [Zugriff: 03.11.13]. Online im Internet: URL [http://www.kbv.de/media/sp/2012\\_12\\_31.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf).

[49] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Vertragsärzte in der haus- sowie fachärztlichen Versorgung. Tabelle 4 2012 [Zugriff: 03.11.13]. Online im Internet: URL [http://www.kbv.de/media/sp/2012\\_12\\_31.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf).

[50] BMC Fam Pract. 2011 Jun 18;12:51. doi: 10.1186/1471-2296-12-51. Schneider A, Hoerlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care-impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. BMC Fam Pract. 2011;12:51.

[51] Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Hausärzte. Dtsch Arztebl International. 2011;108(15):255-61.

[52] Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Dtsch Arztebl International. 2007;104(38):2584-.

[53] Forschungsgruppe Wahlen e.V. Internet-Strukturdaten IV. Quartal 2010. 2010 [Zugriff: 07.11.2013]. Online im Internet: URL <http://www.bvdw.org/medien/internet-strukturdaten-iv-qrt-2010?media=2675>.

[54] Nikolaus Jakob HS, Thomas Zerback (Hrsg.). Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2009.

[55] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Arztzahlen 2013 [Zugriff: 06.11.2013]. Online im Internet: URL <http://www.kbv.de/24854.html>.

[56] Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. The European journal of general practice. 2006;12(4):174-80.

[57] Korzilius H. Hausärztemangel in Deutschland: Die große Landflucht. Dtsch Arztebl International. 2008;105(8):373-.

[58] Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2007;7:71.

- [59] Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt GC. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *Br J Gen Pract.* 2007;57(545):960-6.
- [60] Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51(467):456-60.
- [61] Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract.* 1991;41(344):119-22.
- [62] Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002;52(485):1012-20.
- [63] Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2006;56(532):876-82.
- [64] Bayerischer Landtag 16. Wahlperiode. Antwort des Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit vom 8.11.2011 auf eine schriftliche Anfrage der Abgeordneten Theresa Schopper BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 16/10332. 2011.
- [65] Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink – Drucksache 17/6798. Köln: BundesanzeigerVerlagsgesellschaft mbH, 2011.
- [66] Schwabe U, Paffrath DH. *Arzneiverordnungs-Report 2013: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.* Heidelberg. Springer-Verlag. 2013.
- [67] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Das IQWiG in Zahlen - 2004 bis 2013.* 2013.
- [68] National Institute for Health and Clinical Excellence. *Annual Report and Accounts 2012/13.* London (UK) 2013.
- [69] Ärztenachrichtendienst Verlags-AG. *Koalitionsverhandlungen. AG Gesundheit plant Aus für Regresse, Hamburg 2013* [Zugriff: 09.11.2013]. Online im Internet: URL <http://www.hausarzt.de/content/red.otx/1108,139595,0.html>.
- [70] OECD. *OECD Statistics. Health expenditure and financing: Main indicators 2013* [Zugriff: 16.10.2013]. Online im Internet: URL <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

## 8 Anhang

### 8.1 Anhang I: Fragebogen



# Umfrage

zur hausärztlichen Einschätzung der gegebenen  
finanziellen und zeitlichen Ressourcen

Hinweis: Diese Umfrage soll nur von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern beantwortet werden.

Um zum Fragebogen zu gelangen, geben Sie bitte das Passwort ein.

Passwort:

Weiter

In Kooperation mit:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



[www.uniklinikduesseldorf.de/allgemeinmedizin](http://www.uniklinikduesseldorf.de/allgemeinmedizin)

Gefördert von:

Friedrich-Baur-Stiftung

**FRIEDRICH-BAUR-STIFTUNG**

[www.baur-stiftung.de](http://www.baur-stiftung.de)



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie sich für diese Befragung Zeit nehmen.

**Bitte teilen Sie uns mit, welche Erfahrungen Sie in der täglichen allgemeinmedizinischen, kassenärztlichen Praxis im Umgang mit finanziellen und zeitlichen Ressourcen machen und wie Sie darüber denken.** Die Versorgung privatversicherter Patienten ist nicht Gegenstand dieses Fragebogens.

Diese Befragung wird vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt. Die Studie wird durch die Friedrich-Baur Stiftung gefördert und vom Deutschen Hausärzteverband unterstützt. Weder die Stiftung noch der Hausärzteverband noch andere Dritte nehmen irgendeinen Einfluss.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH  
Direktor des Instituts für Ethik, Geschichte und  
Theorie der Medizin, LMU München

Fabian Sinowatz, Doktorand der Humanmedizin,  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der  
Medizin,  
LMU München

Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH  
Niedergelassener Hausarzt und wiss.Mitarbeiter,  
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf

Dr. phil. Oliver Rauprich, Dipl. Biol.  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Ethik,  
Geschichte und Theorie der Medizin, LMU  
München

Für Kontaktinformationen bitte [hier](#) klicken.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie [hier](#) (bitte [hier](#) klicken).

Ich bin mit der Datenschutzerklärung einverstanden.

Weiter

### Popup 1: Kontaktinformationen

**Kontakt:**

Herr Fabian Sinowatz  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Nußbaumstr. 5, 80336 München  
  
Tel: +49 (0) 89/2180-72776  
Fax: +49 (0) 89/2180-72799  
E-Mail: Fabian.Sinowatz@campus.lmu.de  
<http://www.egt.med.uni-muenchen.de/>

### Popup 2: Hinweise zum Datenschutz

#### Datenschutzerklärung

1. Ihre Teilnahme an der Studie ist **freiwillig**. Sie können die Umfrage jederzeit abbrechen.
2. Die gesammelten Daten werden **anonym** erhoben. Weder Ihr Name noch die Adresse oder andere identifizierende Merkmale von Ihnen oder Ihrer Praxis werden erfasst.
3. Da die Daten anonym erhoben werden, ist es technisch nicht möglich, Ihre übermittelten Antworten aufzufinden und zu löschen. Wurden von einem Teilnehmer weniger als 50% der Fragen beantwortet, wird dies als Widerruf der Teilnahme gewertet und der gesamte Datensatz aus der Wertung genommen.
4. Die erhobenen Daten werden von uns ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Sie werden in statistisch aufbereiteter Form publiziert. In Übereinstimmung mit guter wissenschaftlicher Praxis wird nach der Publikation anderen Wissenschaftlern die Möglichkeit gegeben, auf Anfrage Einblick in die anonymen Primärdaten zu bekommen, um die Korrektheit der Datenanalyse nachvollziehen zu können.
5. Verantwortlich für die Durchführung und wissenschaftlichen Auswertung der Interviewstudie sind:

**Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH**

Studienleiter, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,  
Ludwig-Maximilians-Universität München

**Dr. phil. Oliver Rauprich, Dipl. Biol.**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,  
Ludwig-Maximilians-Universität München

**Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH**

Hausarzt und Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Allgemeinmedizin,  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Fabian Sinowatz**

Doktorand der Humanmedizin, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Wir bitten Sie, bei der Beantwortung der Fragen Folgendes zu beachten:

- Ganz wichtig: Bitte lassen Sie keine Frage aus!
- Bei den meisten Fragen sollen Sie Aussagen mit dem Grad Ihrer Zustimmung bewerten. Dazu nutzen Sie eine 6-stufige Skala: Setzen Sie Ihr Kreuz in eines der 6 Kästchen zwischen „ich stimme überhaupt nicht zu“ und „ich stimme voll und ganz zu“.
- Sie können gegebene Antworten solange ändern, bis Sie zur nächsten Seite gehen. Ein Zurückblättern im Fragebogen ist nicht möglich.
- Antworten Sie möglichst spontan. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.
- Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird im Folgenden durchgehend die männliche Sprachform verwendet. Bitte fühlen Sie sich als Teilnehmerin gleichermaßen angesprochen.

Ich arbeite:

- überwiegend hausärztlich  überwiegend nicht hausärztlich

Weiter

Ausschluss, wenn der Teilnehmer „überwiegend nicht hausärztlich“ auswählte.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
dieser Fragebogen soll ausschließlich von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen beantwortet werden. Wir danken Ihnen dennoch für Ihr Interesse.  
Bitte schließen Sie den Fragebogen jetzt.

Fenster schließen



**A. Zeitliche Ressourcen****Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

A.3 Ich spare an der Zeit pro Kassenpatient, weil die hausärztliche Versorgung in meiner Region überlastet ist.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

A.4 Ich spare an der Zeit pro Kassenpatient, um ein angemessenes Einkommen erzielen zu können.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

A.5 Ich spare an der Zeit für die „sprechende Medizin“, um mehr Zeit für besser vergütete Leistungen zu haben.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

---

**Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis, inwieweit stimmen Sie zu:**

A.6 Hausärztlicher Zeitmangel führt in Deutschland zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für Patienten.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

A.7 Falls Sie Vorschläge zur Schaffung von mehr Zeit pro Patient im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte hier ein.





**B. Regressforderungen**

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

[B.6 Aufgrund möglicher Regressforderungen ...](#)

B.6.1 ... achte ich verstärkt auf die Ausgaben bei den Heilmitteln.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

B.6.2 ... achte ich verstärkt auf die Ausgaben bei den Hilfsmitteln.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

B.6.3 ... versuche ich meine Patientenstruktur zu beeinflussen, um „teure“ Patienten zu vermeiden und „günstige“ Patienten zu gewinnen.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

B.7 Welche Strategien sind Ihnen bekannt, mit denen Hausärzte versuchen, „teure“ Patienten zu vermeiden und „günstige“ Patienten zu gewinnen? Falls zutreffend, bitte hier eintragen:

---

**B. Regressforderungen**

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

B.8 Trotz möglicher Regressforderungen bekommen meine Patienten in der Regel alle medizinisch nützlichen\* und erstattungsfähigen ...

**B.8.1 ... Medikamente.**

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

**B.8.2 ... Heilmittel.**

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

**B.8.3 ... Hilfsmittel.**

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

**B.8.4 ... Impfungen.**

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

\*Unter "medizinisch nützlich" verstehen wir alle Maßnahmen, die Ihres Erachtens geeignet sind, die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung des Patienten relevant zu verbessern.

---

**Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis, inwieweit stimmen Sie zu:**

**B.9 Hausärztliche Strategien zur Vermeidung von Regressen führen in Deutschland zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für Patienten.**

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

**B.10 Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung der Regressregelungen haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:**

**C. Auswirkungen des Vergütungssystems**

Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

C.1 Das aktuelle vertragsärztliche Vergütungssystem mit einer Kombination aus Pauschalen und Einzelleistungen beeinflusst die Versorgung meiner Patienten...

Sehr negativ



Gar  
nicht

Sehr positiv

---

C.1.1 Inwiefern beeinflusst das aktuelle Vergütungssystem die Versorgung Ihrer Patienten?  
Bitte hier eintragen:

## **C. Auswirkungen des Vergütungssystems**

### **Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis:**

#### C.2 Wie häufig, vermuten Sie, reagieren hausärztliche Kollegen mit folgenden Strategien auf das bestehende vertragsärztliche Vergütungssystem?

C.2.1 Patienten mit geringem Behandlungsaufwand werden möglichst quartalsweise einbestellt, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.2 Patienten, die in einem Quartal bereits viele Kosten „verursacht“ haben, werden erst wieder zum nächsten Quartal einbestellt, auch wenn dies medizinisch nicht nützlich ist.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.3 Die Anzahl kostenintensiver Diagnostik wird begrenzt, auch wenn weitere Diagnostik medizinisch nützlich\* wäre.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.4 Die Anzahl kostenintensiver Therapien wird begrenzt, auch wenn weitere Therapien medizinisch nützlich\* wären.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.5 Die Anzahl gering vergüteter Leistungen wird begrenzt, auch wenn weitere Leistungen medizinisch nützlich\* wären.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.6 Es werden verstärkt IGeL-Leistungen angeboten, auch wenn diese nicht als medizinisch nützlich\* angesehen werden.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

C.2.7 Als Einzelleistung vergütete Diagnostik (z.B. Sonographie, Spirometrie) wird durchgeführt, auch wenn sie medizinisch nicht nützlich\* ist.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

\*Unter "medizinisch nützlich" verstehen wir alle Maßnahmen, die Ihres Erachtens geeignet sind, die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung des Patienten relevant zu verbessern.

---

**C. Auswirkungen des Vergütungssystems**

**Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis, inwieweit stimmen Sie zu:**

C.3 Hausärztliche Strategien im Umgang mit dem bestehenden vertragsärztlichen Vergütungssystem führen in Deutschland zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für Patienten.

Stimme überhaupt nicht zu



Stimme voll und ganz zu

C.4 Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung des Vergütungssystems im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein:

---

**D. Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation**

**Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

D.1 Die aktuell im hausärztlichen Bereich verfügbaren Mittel reichen in der Regel aus, um alle medizinisch nützlichen\* hausärztlichen Leistungen zu erbringen.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

D.2 Der hausärztliche Bereich erhält einen angemessenen Anteil an den verfügbaren Mitteln der GKV.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

D.3 Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen\* Leistungen finanziert würden, sollte möglichst nach allgemein vorgegebenen Regeln entschieden werden, welcher Patient welche Leistungen erhält.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

D.4 Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen\* Leistungen finanziert würden, sollte möglichst der Arzt im Einzelfall entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält.

Stimme überhaupt nicht zu       Stimme voll und ganz zu

\*Unter "medizinisch nützlich" verstehen wir alle Maßnahmen, die Ihres Erachtens geeignet sind, die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung des Patienten relevant zu verbessern.

D.5 Wer sollte entscheiden, welche Leistungen von der GKV übernommen werden?

Bitte hier eintragen:

---

### D. Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation

Bitte schätzen Sie ungefähr die folgenden Angaben:

D.6 Wie häufig haben Sie im letzten Quartal an einer für den Patienten medizinisch nützlichen\* und prinzipiell erstattungsfähigen Maßnahme aus Kostengründen gespart?

Nie	Seltener als 1x/ Monat	Mindestens 1x/ Monat	Mindestens 1x/ Woche	Mindestens 1x/ Tag
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D.7 Davon waren folgende Bereiche betroffen:

	Nie	Seltener als 1x/ Monat	Mindestens 1x/ Monat	Mindestens 1x/ Woche	Mindestens 1x/ Tag
Gespräch Arzt-Patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verschreibung eines Medikaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnung von Heilmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnung von Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnung von Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apparative diagnostische Untersuchungen (z.B. EKG, Lungenfunktion, Ultraschall, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überweisung an Spezialisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboruntersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D.7.11 Falls sonstige Bereiche betroffen waren, nennen Sie bitte diese Bereiche

\*Unter "medizinisch nützlich" verstehen wir alle Maßnahmen, die Ihres Erachtens geeignet sind, die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung des Patienten relevant zu verbessern.

D.8 Falls ein oder mehrere Bereiche betroffen waren, nennen Sie bitte typische Beispiele.

**D. Finanzielle Ressourcen und Versorgungssituation**

**Unabhängig von Ihrem persönlichen Vorgehen in der Praxis, inwieweit stimmen Sie zu:**

D.9 Leistungsbegrenzungen in der hausärztlichen Versorgung aus Kostengründen führen in Deutschland zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen für Patienten.

Stimme überhaupt nicht zu



Stimme voll und ganz zu

D.10 Falls Sie Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich haben, die nicht zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen, tragen Sie diese bitte ein.

---

**E. Angaben zu Ihrer Person und Praxis**

Ihr Alter:

 Jahre

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als niedergelassener Arzt?

Seit  Jahren

Ich arbeite:

- als Hausarzt in eigener Praxis  als angestellter Hausarzt in einer Praxis

Ihr Geschlecht:

- weiblich  männlich

Welcher Landesärztekammer gehören Sie an?

- Ja  Nein

Mussten Sie bisher jemals Regresszahlungen leisten?

- Ja  Nein

Wenn ja: in welchem Bereich?

Wenn ja: Wie hoch war ca. die ursprüngliche Regressforderung? ca.

 Euro

Wenn ja: Wie viel mussten Sie letztlich bezahlen?

Art Ihrer Einrichtung:

- Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  MVZ

Anzahl von Scheinen für Patienten, die Sie persönlich pro Quartal betreuen.

- weniger als 500  500-1000  1001-1500  mehr als 1500

## 8.2 Anhang II: Grundversion des Interviewleitfadens



### INTERVIEWLEITFADEN

#### ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI BEGRENZTEN FINANZIELLEN RESSOURCEN IM HAUSÄRZTLICHEN BEREICH

1. Vorbemerkungen
  - a. Vorstellung des Interviewleiters
  - b. Erläuterung der Ziele der Untersuchung
  - c. Erläuterung der Ziele des Interviews und welche Rolle es für die Studie hat
  - d. Erklärung über Datenschutz und Anonymität. Einwilligung zur Tonbandaufzeichnung.
2. Erinnerung an Studienzeit und Beweggründe für Allgemeinmedizin
3. Existenz und Ausmaß von Rationierung im hausärztlichen Bereich  
[Findet Rationierung in der hausärztlichen Versorgung überhaupt statt?]
4. Beispiele von Rationierung in der täglichen Praxis  
[Welche Formen der Rationierung finden in der Praxis konkret statt?]
5. Entscheidungskriterien für Rationierung  
[Wenn medizinisch nützliche Leistungen vorenthalten werden, wovon hängt dies ab]
6. Existenz von Konflikten durch Rationierung in der hausärztlichen Praxis  
[Leidet die Arzt-Patienten Beziehung unter Rationierung?]
7. Entscheidungsinstanz für Rationierung  
[Wer soll Rationierungsentscheidungen treffen?]
8. Effizienzreserven, Über-/Fehlversorgung  
[Wo sehen Sie für die Hausärzte noch Effizienzreserven und wo gibt es ihrer Meinung nach Über-/Fehlversorgung?]
9. Möglichkeit der Vermeidung von Rationierung, Rationierung in der öffentlichen Debatte, Definitionen und Meinung zu Priorisierung und Rationierung  
[Lösungsansätze und Umgang mit Rationierung]
10. Wünsche, Anregungen, Befürchtungen, Kommentare
11. Dank und Verabschiedung

## **1. Vorbemerkungen**

„Mein Name ist Fabian Sinowatz. Ich bin Medizinstudent im zehnten Semester an der LMU in München. Im Rahmen meiner Doktorarbeit untersuche ich, wie knappe finanzielle Ressourcen die tägliche Arbeit in der Praxis beeinflussen.

Das Ziel der Untersuchung besteht darin herauszufinden, ob und in welcher Weise medizinische Leistungen im hausärztlichen Bereich aufgrund von finanzieller Mittelknappheit im Gesundheitswesen vorenthalten werden müssen. Weithin möchte die Studie klären welche Probleme dadurch in der Patienten-Arzt Beziehung entstehen und welche möglichen Lösungsansätze denkbar wären. Dazu soll eine bundesweite Fragebogenstudie unter Hausärzten in Deutschland durchgeführt werden. Das Ziel des Interviews ist es Schwerpunkte in zu diesem Thema zu identifizieren, welche in den Fragebogen eingearbeitet werden sollen. Die erhobenen Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden nach den Richtlinien des Datenschutzes erhoben. Das Interview wird anonymisiert ausgewertet. Weder Ihr Name noch der Name Ihrer Institution werden bei Ergebnis-Präsentation oder - Publikation genannt. Das Interview soll zum Zwecke einer einfacheren Auswertung auf Tonband aufgezeichnet werden. Wenn Sie damit einverstanden sind, bitte ich Sie diese Einverständniserklärung zu unterschreiben.“ [Aushändigung der Einverständniserklärung]

## **2. Erinnerung an Studienzeit und Beweggründe für Allgemeinmedizin**

**Wenn Sie sich an Ihre Studienzeit zurückerinnern, wollten Sie schon damals in die Richtung Allgemeinmedizin gehen?** [Anmerkung: Erzählanregende Einstiegsfrage]

## **3. Existenz und Ausmaß von Rationierung im hausärztlichen Bereich**

**Die Kosten im Gesundheitswesen steigen stetig. Beobachten Sie in der Allgemeinmedizin den Trend, dass aufgrund knapper finanzieller Ressourcen nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen durchgeführt werden können?**

### **Beispiele:**

- Wie lange beobachten Sie das bereits?
- Fühlen Sie sich dafür verantwortlich, die Kosten für die Gesellschaft gering zu halten?
- Falls Nein die Gegenfrage: Sie haben genügend finanziellen Spielraum, um jedem Patienten die optimale Therapie anzubieten?

## **4. Beispiele von Rationierung in der täglichen Praxis**

**Viele Hausärzte geben an, dass sie einige medizinische Leistungen wie etwa Laborwerte, Medikamentenverschreibungen oder apparative Untersuchungen wie die Sonographie nicht in dem Maß anbieten können, wie es für eine optimale Therapie eigentlich sinnvoll wäre. Entspricht das auch Ihrer Beobachtung?**

### **Beispiele:**

- Können Sie Beispiele nennen, welche Leistungen nicht in ausreichendem Maße für alle Patienten angeboten werden, obwohl sie medizinisch sinnvoll wären?
- Welche Leistungen sind für Sie unwirtschaftlich?

### **5. Entscheidungskriterien für Rationierung**

**Wenn wegen des Kostendrucks im Gesundheitswesen nicht alle Patienten alle medizinisch nützlichen Leistungen erhalten können, wie entscheiden Sie dann, ob ein Patient eine Leistung bekommt oder nicht?**

**Beispiele:**

- Welche relevanten Kriterien ziehen Sie heran?
- Ist das Alter des Patienten entscheidend?
- Ist der erwartete Nutzen entscheidend?
- Ist in so einem Fall eine kostengünstigere Alternative ein Ausweg?

### **6. Existenz von Konflikten durch Rationierung in der hausärztlichen Praxis**

**Erleben Sie in der täglichen Praxis Konfliktsituationen, wenn Sie einem Patienten nicht die gewünschte Therapie oder ein gewünschtes Medikament anbieten können?**

**Beispiele:**

- Hat dies Ihre Berufszufriedenheit negativ beeinflusst?
- Würde es die Patienten-Arzt Beziehung entlasten wenn eine übergeordnete Instanz entscheiden würde, ob eine Leistung angeboten wird oder nicht?

### **7. Entscheidungsinstanz für Rationierung**

**Wer sollte im hausärztlichen Bereich entscheiden ob eine medizinische Leistung angeboten wird oder nicht?**

**Beispiele:**

- Ist es gerechter eindeutige Regelungen zu haben ob eine Leistung angeboten werden kann oder nicht?
- Haben sie eigene Vorschläge wie knappe Ressourcen im Gesundheitssystem gerecht verteilt werden können?

### **8. Effizienzreserven, Über-/Fehlversorgung**

**Wo könnten im hausärztlichen Bereich noch Effizienzreserven mobilisiert werden?**

**Beispiele**

- Gibt es im hausärztlichen Bereich Beispiele für Überversorgung? Wenn ja, welche?
- Gibt es im hausärztlichen Bereich Beispiele für Fehlversorgung? Wenn ja, welche?
- Können kooperative Strukturen wie Ärztenetze zu einer höheren Effizienz beitragen?

### **9. Möglichkeit der Vermeidung von Rationierung, Rationierung in der öffentlichen Debatte, Definitionen und Meinung zu Rationierung und Priorisierung**

**Sind Einsparungen an medizinisch nützlichen Leistungen trotz des demographischen Wandels in Deutschland zu vermeiden? Wenn ja, wie?**

**Beispiele:**

- Sollte der Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen öffentlich mehr thematisiert werden?
- Was verstehen Sie unter Priorisierung und wie stehen Sie dazu?
- Was verstehen Sie unter Rationierung und wie stehen Sie dazu?

**10. Wünsche, Anregungen, Befürchtungen, Kommentare**

**Abschließend möchte ich Sie noch fragen, ob von Ihrer Seite her bestimmte Wünsche oder Erwartungen bezüglich unserer Fragebogenstudie bestehen?**

- Können wir in unserem Projekt etwas leisten, was für Ihre Arbeit hilfreich wäre?
- Gibt es auf der anderen Seite Befürchtungen Ihrerseits in Zusammenhang mit unserem Projekt?
- Gibt es noch irgendetwas, was für das Projekt von Belang sein könnte, was im Interview bislang aber nicht angesprochen wurde?

**11. Dank und Verabschiedung**

### 8.3 Anhang III: Gesundheitsausgaben Deutschland 1992 – 2011

Gesundheitsausgaben 1992 – 2011 in Deutschland: Jahre, Ausgabenträger. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013[14]

<b>Ausgabenträger/Jahr</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Öffentliche Haushalte	17628	18933	19681	19920	18217	14098	13420	13406	13614	14194
Gesetzliche Krankenversicherung	98718	98929	107327	112474	116143	115178	117734	121166	123914	128399
Soziale Pflegeversicherung	-	-	-	5295	10930	15125	15813	16349	16706	16875
Gesetzliche Rentenversicherung	3530	3902	4121	4405	4431	3118	3092	3213	3528	3645
Gesetzliche Unfallversicherung	2838	3133	3289	3408	3426	3526	3554	3652	3687	3703
Private Krankenversicherung	11679	12607	13402	14275	14618	15650	16148	16969	17604	18440
Arbeitgeber	6958	7299	7546	7807	8090	8343	8512	8536	8688	9172
Priv.Haushalte/Priv.Organisat.oh.Erwerbszweck	17304	18302	19610	19368	19524	21325	23461	23970	25099	26360
<b>Insgesamt</b>	<b>158656</b>	<b>163104</b>	<b>174976</b>	<b>186951</b>	<b>195379</b>	<b>196363</b>	<b>201733</b>	<b>207261</b>	<b>212841</b>	<b>220788</b>
Anteil am BIP in %	9,6	9,6	9,8	10,1	10,4	10,3	10,3	10,4	10,4	10,5
Gesundheitsausgaben je Einwohner in €	1.970	2.010	2.150	2.290	2.390	2.390	2.460	2.520	2.590	2.680

<b>Ausgabenträger/Jahr</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Öffentliche Haushalte	14332	14429	14048	13583	13062	13026	13381	14318	14220	14088
Gesetzliche Krankenversicherung	132935	135583	131570	135877	139755	145361	151465	160562	165835	168483
Soziale Pflegeversicherung	17319	17452	17600	17888	18060	18382	19161	20312	21535	21960
Gesetzliche Rentenversicherung	3729	3735	3641	3598	3572	3677	3862	4013	4054	4122
Gesetzliche Unfallversicherung	3852	3947	3944	3998	4064	4056	4274	4459	4613	4760
Private Krankenversicherung	19453	20438	21138	22023	22476	23452	24896	25957	26773	27723
Arbeitgeber	9458	9755	9900	10230	10598	10971	11519	11861	12263	12541
Priv.Haushalte/Priv.Organisat.oh.Erwerbszweck	27586	29149	32414	33238	34552	35511	36242	37560	39004	40125
<b>Insgesamt</b>	<b>228664</b>	<b>234488</b>	<b>234256</b>	<b>240434</b>	<b>246139</b>	<b>254436</b>	<b>264800</b>	<b>279041</b>	<b>288299</b>	<b>293801</b>
Anteil am BIP in %	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3
Gesundheitsausgaben je Einwohner in €	2.770	2.840	2.840	2.920	2.990	3.090	3.220	3.410	3.530	3.590

## 8.4 Anhang IV: Gesundheitsausgaben OECD 1992 - 2011

Gesundheitsausgaben 1992-2011 in verschiedenen OECD-Ländern in US-\$-Kaufkraftparitäten. (PPPPE: /capita, US\$ purchasing power parity)[70]

Land/Jahr	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Australia	1373,2818	1448,1902	1534,6021	1617,4794	1718,8602	1817,0417	1954,2986	2097,0302	2258,9413	2386,4846
Austria	1847,9322	2014,8406	2176,7989	2250,0411	2322,564	2453,2215	2613,6507	2761,6617	2897,5207	2930,7199
Belgium	1570,7747	1609,2944	1646,6089	1707,8246	1804,6853	1850,6094	1922,0103	2047,9197	2245,3552	2364,8256
Canada	1966,2295	2009,2737	2051,5263	2053,7741	2055,5245	2149,9633	2308,8541	2415,826	2518,5789	2732,4877
Czech Rep.	555,0805	749,4742	805,3291	895,6088	915,0548	920,2678	925,0081	938,3871	981,5613	1080,1432
Denmark	1660,285	1764,6558	1848,6149	1863,5185	1973,8215	2056,7373	2130,6913	2410,4806	2506,8871	2678,4711
Finland	1501,5515	1387,8189	1363,7618	1473,2504	1546,4307	1614,4515	1657,9603	1741,0793	1853,1468	1970,6176
France	1641,9911	1738,8402	1802,9622	2092,9793	2156,7919	2222,2909	2307,4077	2396,0095	2544,3679	2716,6073
Germany	1992,4385	1999,8642	2129,6241	2270,1501	2399,5019	2415,0655	2487,6242	2589,4859	2677,4537	2806,0619
Greece	970,2106	1081,3361	1221,7794	1258,4234	1297,7588	1352,2963	1381,0639	1467,6685	1450,806	1754,7711
Hungary	613,1867	625,7876	705,9025	657,2195	657,4082	677,7474	762,8484	809,8476	852,7417	970,2213
Ireland	1003,0433	1031,7739	1112,1416	1185,4858	1268,3568	1369,6474	1475,6906	1573,0065	1761,4146	2062,1714
Israel	1131,4745	1213,6296	1385,035	1434,9191	1522,5874	1605,1356	1623,186	1605,5931	1764,7296	1880,018
Italy	1480,1765	1479,2483	1494,6054	1494,7754	1567,697	1685,5636	1787,7203	1843,3103	2027,9535	2199,7761
Japan	1285,7887	1372,1087	1470,1169	1556,6315	1658,9826	1695,7883	1745,8624	1830,1321	1969,06	2068,8068
Mexico	376,9513	399,987	419,7503	385,4883	369,6285	406,5827	433,6084	469,7232	508,4991	551,7871
Netherlands	1598,5744	1665,9426	1710,901	1791,4499	1857,9335	1912,9997	2052,7485	2177,9573	2339,9008	2554,5838
New Zealand	1093,5119	1115,8323	1189,0123	1246,1352	1270,5474	1354,0523	1450,8573	1522,3234	1609,7135	1707,0896
Norway	1616,8082	1657,7484	1747,1616	1854,898	2037,3924	2346,1426	2535,7224	2779,9855	3042,7298	3264,6321
Poland	364,7712	370,4156	373,7126	408,9964	477,0123	496,7446	558,9221	573,2242	583,5026	641,7138
Portugal	791,463	826,7332	854,1902	1012,3083	1092,8618	1159,3725	1209,563	1328,7692	1654,2308	1714,6976
Spain	1026,0619	1081,0552	1108,9043	1188,1159	1246,1756	1296,4666	1382,1964	1450,4459	1537,5839	1635,632
Sweden	1616,2123	1653,9378	1659,6074	1738,2111	1856,9868	1883,5251	1980,9165	2129,4727	2286,3833	2501,6271
Switzerland	2347,613	2396,1969	2479,4719	2557,9477	2729,3356	2841,4587	2979,6975	3073,2264	3221,0487	3428,0785
UK	1151,5346	1204,1199	1292,8142	1344,2125	1432,5183	1479,0969	1549,9185	1670,4264	1827,2675	2012,4941
United States	3285,6623	3481,934	3629,1727	3788,3755	3949,753	4118,8123	4304,5452	4526,5411	4790,5478	5140,3385

Land/Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	2558,5934	2665,9604	2882,0104	2979,5682	3167,6396	3360,3389	3470,225	3734,3511	3800,0758	..
Austria	3083,6543	3226,8979	3425,2206	3503,4341	3733,013	3904,9128	4173,0736	4344,8811	4457,0005	4546,3742
Belgium	2542,4563	3019,6886	3120,2785	3213,5492	3241,8521	3394,4653	3670,1891	3874,4303	3964,7415	4061,4148
Canada	2870,9111	3058,4956	3220,7338	3450,6462	3672,3224	3845,3947	3997,5563	4309,3453	4445,1236	4521,5644
Czech Rep.	1194,3775	1338,278	1385,0586	1474,4621	1555,036	1657,6616	1765,097	2039,1423	1884,3884	1965,9647
Denmark	2870,495	2894,4856	3123,0751	3242,9716	3572,6875	3764,4796	4055,8652	4390,1844	4495,1698	4448,2314
Finland	2149,6029	2251,8941	2451,5678	2588,5176	2761,874	2907,3838	3163,2526	3259,0884	3238,6551	3373,8398
France	2920,7693	2953,9727	3089,6444	3253,8962	3434,7515	3600,1147	3763,6212	3961,6686	4016,1207	4117,8829
Germany	2943,1465	3096,632	3166,3611	3363,1502	3563,878	3723,3733	3973,308	4187,1722	4348,5765	4494,6521
Greece	1965,1189	2028,5776	2090,3396	2352,4858	2606,1407	2721,7141	2997,8948	2977,2291	2623,8511	2360,8057
Hungary	1113,7295	1315,3145	1330,4881	1433,6036	1509,1894	1452,1464	1524,7048	1566,5622	1656,2309	1688,6859
Ireland	2330,9786	2529,053	2762,7733	2937,5516	3181,6511	3571,345	3848,0984	4036,7437	3780,2317	3699,5288
Israel	1870,3019	1750,0493	1833,4903	1829,3201	1812,7114	1952,2695	1971,1043	1990,7832	2081,1855	2239,379
Italy	2206,8136	2227,7976	2340,2541	2472,7129	2683,7639	2723,7939	2967,2813	3029,5213	3018,5144	3012,0141
Japan	2140,5942	2233,0854	2350,8611	2490,8033	2603,8872	2748,381	2890,6501	3025,1583	3213,0997	..
Mexico	583,8752	628,4879	688,2075	730,7761	780,7258	836,7129	891,818	956,7116	976,5824	..
Netherlands	2833,0183	3099,2127	3307,9641	3820,0662	4086,5549	4381,5493	4716,7171	4870,0488	5028,3408	5098,9131
New Zealand	1841,3267	1850,3172	1978,0584	2124,4074	2388,6862	2441,2635	2697,3098	2983,9616	3042,1151	3182,1699
Norway	3628,4765	3836,3585	4076,4	4300,8439	4605,5723	4880,9064	5245,5552	5299,8684	5413,2942	5668,5664
Poland	732,6823	748,4724	807,11	856,6042	933,6539	1060,7751	1241,2705	1355,6787	1394,9055	1452,3552
Portugal	1779,5878	1894,4788	1995,0347	2212,3929	2301,1907	2417,3937	2548,4825	2691,7105	2766,7765	2618,7702
Spain	1745,0458	2019,9934	2133,3123	2270,327	2544,9094	2735,0968	2964,396	3080,0395	3033,5046	3072,165
Sweden	2701,8127	2833,1491	2953,1607	2963,3834	3190,64	3429,3169	3655,8115	3702,9602	3716,5551	3924,788
Switzerland	3672,9232	3779,426	3935,4046	4015,3324	4246,689	4567,3772	4933,1004	5156,7212	5299,4381	5642,5678
UK	2191,2383	2331,4089	2580,3412	2762,0202	2997,4782	3094,1414	3273,6791	3455,6393	3421,6426	3405,4729
United States	5583,4461	5999,7518	6362,9004	6734,5634	7111,4225	7490,3798	7771,4841	8005,6601	8246,7033	8507,6280

## **Eidesstattliche Versicherung**

**Sinowatz Fabian**

Ich erkläre hiermit an Eides statt,  
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**„Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung: Eine empirisch-ethische Untersuchung“**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand