

Aus dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin
der Universität zu Köln
Leiter: Professor Dr. med. A.W. Bödecker und Professor Dr. med. J. Robertz

Führt die Praxisgebühr zu Patientenforderungen ohne ärztlich verifizierte
Indikation - eine empirische Analyse auf der Basis von Daten aus
Hausarztpraxen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von Alina Teresa Dahmen
aus Köln

Promoviert am: 13.01.2010

Dekan: Universitäts-Professor Dr. med. J. Klosterkötter

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. A.W. Bödecker

2. Berichterstatter: Universitäts-Professor Dr. med. S. Herzig

3. Berichterstatter: Universitäts-Professor Dr. phil. H. Pfaff

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Köln, den 11.4.2008

Alina Teresa Dahmen

Danksagung

Damit meine Dissertation entstehen konnte, waren einige Personen sehr wichtig, die mir während des gesamten Prozesses von der Themenstellung bis zur Fertigstellung wertvolle Hilfe gaben.

Mein erster Dank gilt Herrn Prof. Dr. A.-W. Bödecker, der meine Gedanken auf das Thema dieser Dissertation lenkte und als mein Doktorvater immer ansprechbar war.

Weiterhin danke ich allen Hausärztinnen und Hausärzten, die mir voller Vertrauen Einblick in Ihre Daten gaben, und auch ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die technische Unterweisung in das jeweilige Computerprogramm; ohne sie wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

Ich danke Herrn Dipl.-Stat. Moritz Hahn, der für jede Frage bei der Dateneingabe und ihrer Verarbeitung in das Statistik-Programm bereitwillig zur Verfügung stand.

Schließlich danke ich herzlichst meinen Eltern Dagmar und Wolfgang Dahmen für ihre immerwährende Unterstützung.

Widmung

Ich widme meine Dissertation meinen Eltern; Worte reichen nicht aus, um das Ausmaß ihrer Unterstützung zu beschreiben.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	6
2. Rechtliche Grundlagen	10
2.1 Geschichte des Gesundheitssystems in Deutschland	10
2.2 Die Folgen des GSG	19
2.3 Das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG	24
2.3.1 Die Eckpunkte	25
2.3.2 Die Praxisgebühr - Instrument zur Steuerung des Patienten-Inanspruchnahmeverhaltens	29
2.3.3 Hausarztmodell - die Lösung aller Probleme?!	34
2.4 Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und der Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV)	37
2.5 Kostenentwicklung in den Jahren 2001-2006	39
3. Aktuelle Studien zu den Folgen des GMG	40
3.1 Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)	42
3.2 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)	42
3.3 Kassenärztliche Vereinigungen	43
3.4 Universität Heidelberg	45
4. Empirische Analyse	46
4.1 Hypothesen	46
4.2 Methoden	48
4.3 Ergebnisse	56
4.3.1 Ergebnisse für die gesamte Stichprobe	57
4.3.2 Ergebnisse des Gebiets mit hoher Ärztedichte – Stadt	82
4.3.3 Ergebnisse des Gebiets mit geringer Ärztedichte – Land	105
4.4 Logistische Regressionsanalyse	127
5. Diskussion und Vergleich mit den Ergebnissen der aktuellen Studien	129
5.1 Fallzahl in den Quartalen	129
5.2 Anzahl der Überweisungen pro Patient	133
5.3 Überweisungen	135
5.4 Logistische Regressionsanalyse	158
6. Schlussfolgerung	160
7. Zusammenfassung	163
8. Literaturverzeichnis	171
9. Anhang	176

1. Einleitung

Die Praxisgebühr als ein Novum des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wurde in der Öffentlichkeit lange vor ihrer endgültigen Einführung und auch noch lange Zeit danach heftig diskutiert und kritisiert. Der Bürger kannte den Begriff, bevor er wusste, welche Bedeutung er ihm beizumessen hatte und welche Folgen sich für ihn ergeben würden.

Zum ersten Mal tritt der Begriff „Praxisgebühr“ im Februar 2001 auf, als berichtet wird, dass die Regierung nach der Bundestagswahl 2002 eine grundlegende Reformierung des Gesundheitssystems plane, in der eine „Praxisgebühr“ von 20 DM pro Arztbesuch enthalten sei (4). In der folgenden Zeit taucht das „Phantom“ immer mal wieder auf; die Inhalte allerdings sind variabel und bis zur endgültigen Begriffsdefinition vergehen noch drei Jahre.

Im Mai 2003 schlägt die Regierung eine Gebühr von 15 Euro pro Patient vor, die aber nur bei Direktinanspruchnahme von Gebietsärzten durch den Patienten/die Patientin (im Folgenden „Patient“ genannt) bezahlt werden muss¹. Dieser Vorschlag wird jedoch erneut modifiziert und in dem Gesetzesentwurf vom September 2003 zur Gesundheitsreform wird die Praxisgebühr letztlich festgelegt: jeder gesetzlich versicherte Patient muss beim ersten Arztbesuch im jeweiligen Quartal zehn Euro bezahlen² (35). Die Konsultation anderer (Gebiets-)Ärzte/(Gebiets-)Ärztinnen (im Folgenden „Ärzte“ genannt) erfolgt entweder auf eine Überweisung hin oder der Patient muss dort erneut zehn Euro entrichten.

Die Praxisgebühr dient als Instrument zur Steuerung des Patienten-Inanspruchnahmeverhaltens. Eine beliebige Inanspruchnahme von

¹ Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ Ziffer 9: „§ 28 wird wie folgt geändert: (...) (4) Versicherte zahlen für jede erste Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, die nicht auf Überweisung erfolgt, 15 Euro je Kalendervierteljahr an den Arzt. Satz 1 gilt nicht 1. bei Inanspruchnahme eines Frauenarztes oder Augenarztes, bei der Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes nach den Vorgaben eines strukturierten Behandlungsprogramms bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder einer integrierten Versorgung nach § 140a (...). Nehmen Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt auf Überweisung in Anspruch, sind sie auch für die folgenden Kalendervierteljahre von der Zuzahlung befreit, wenn es sich um die unmittelbare Weiterbehandlung derselben Krankheit handelt.“ im Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: „Entwurf eines Gesetzes zur „Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)“ vom 27.05.2003

² Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ Ziffer 15: „§ 28 wird wie folgt geändert: (...) b) Folgender Absatz 4 wird angefügt: „(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulante ärztlich, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag [10 Euro] an den Leistungserbringer. ...“ (35)

Gebietsärzten/Gebietsärztinnen (im Folgenden „Gebietsärzte“ genannt) soll gebremst und die Position des Hausarztes gestärkt werden. Im Idealfall stellt er die Überweisungen aus, die nötig sind für eine adäquate Therapie des Patienten, und koordiniert so das Patientenverhalten.

Ein Aspekt allerdings ist bei der Gesetzgebung unbeachtet geblieben: der Prozess der Ausstellung einer Überweisung. Das Gesetz geht davon aus, dass nur ärztlich begründete Überweisungen erfolgen; der Patient lässt sich von seinem Hausarzt/seiner Hausärztin (im Folgenden „Hausarzt“ genannt) untersuchen, der/die daraufhin die Indikation für die Konsultation eines Gebietsarztes stellt und den Patienten dorthin überweist.

Die Realität jedoch sieht anders aus: der Patient sucht seinen Hausarzt bzw. die *Praxis* seines Hausarztes auf, bezahlt an der Rezeption die Zuzahlung in Höhe von zehn Euro und nennt die Liste von Gebietsärzten, für die er Überweisungen bekommen möchte. Hier wiederum versagt dann das Steuerungsinstrument Praxisgebühr. Der Arzt unterschreibt die „Blanko-Überweisungen“ und im schlimmsten Fall hat er den Patienten nicht gesehen. Eine ärztlich verifizierte Rechtfertigung für jede einzelne der ausgestellten Überweisungen ist nicht zwingend gegeben.

Der Hausarzt stellt die vom Patienten gewünschten Überweisungen selbstverständlich aus, denn verweigert er sie, verliert er einen Kunden – den Patienten. Und da die Arbeitsmenge, die ihn täglich erwartet, eine ausführliche Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Patienten über die Notwendigkeit der einzelnen geforderten Überweisung nicht zulässt, stört es den Arbeitsablauf der Patientenversorgung weniger, wenn er die Blanko-Überweisungsformulare, vorbereitet von dem/der Arzthelfer/in, unterschreibt.

Die Folge sind Kosten, die nicht entstehen würden, wenn der Prozess vorher in alle Richtungen gedacht worden wäre. Durch den endgültig beschlossenen Ablauf der Praxisgebühr jedoch zahlt der Patient einmal im Quartal die zehn Euro und erwartet dann, Überweisungen zu Gebietsärzten verlangen zu dürfen, deren Konsultation im medizinischen Sinne nicht in jedem Fall indiziert ist.

Es ist also Schluss zu folgern, dass die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen durch die zahlreichen, nicht medizinisch zu rechtfertigenden Gebietsarztkonsultationen entstehen, eigentlich eingespart werden könnten.

Einige Studien von verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems, beispielsweise des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZI), des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) und der Landesverbände der Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Folgen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes evaluieren sollten, ergaben geringere Fallzahlen und eine erhöhte Anzahl an Überweisungen. Beide Effekte lassen sich durch die Praxisgebühr erklären: für viele Patienten ist die Hemmschwelle, einen Arzt aufzusuchen, durch den Zwang, erst zehn Euro zahlen zu müssen, zu hoch; sie verlegen alle ihrer Ansicht nach notwendigen Arztbesuche auf ein einziges Quartal oder verschieben sie auf ungewisse Zeit.

Alle vorhandenen Studien haben jedoch wiederum den gleichen Aspekt, den auch das Gesetz nicht beachtete, unberücksichtigt gelassen: die *Ursache* der Überweisungen.

Die vorliegende Studie hat sich diesen Aspekt herausgegriffen und ein besonderes Augenmerk auf die Ursache der Überweisungen gelenkt. In zwanzig zufällig ausgewählten Hausarztpraxen aus Gebieten mit hoher und mit geringer Ärztedichte wurden alle Überweisungen untersucht, die im zweiten Quartal 2003, also vor Einführung der Praxisgebühr, und, im Vergleich dazu, im zweiten Quartal 2004, nach Einführung der Praxisgebühr, ausgestellt wurden. Jede Überweisung wurde ausgewertet in Bezug auf Ursache (durch Arzt initiiert oder auf Patientenwunsch hin), Ziel (der jeweilige Gebietsarzt) und Datum des Ausstellungstags. Darüber hinaus wurden Alter und Geschlecht des Patienten, der die Überweisung erhielt, erfasst.

Die Zahl der Hausarztpraxen mag auf den ersten Blick gering erscheinen, doch die Zahl der in diesen scheinbar „wenigen“ Praxen ausgestellten Überweisungen sollte diesen Kritikpunkt abschwächen: es wurden 28.029 Überweisungen ausgewertet. Außerdem könnte die zufällige Auswahl der Praxen als nicht repräsentativ kritisiert werden, die Ergebnisse jedoch sind signifikant und für das ausgewählte Gebiet (das Gebiet Nordrhein) aussagekräftig. Eine Diskussion auch dieser limitierenden Punkte erfolgt in der Auswertung der Ergebnisse.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie wird mit den Ergebnissen der zuvor beschriebenen Studien des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO), des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZI), von Landesverbänden der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg verglichen.

2. Rechtliche Grundlagen

2.1 Geschichte des Gesundheitssystems in Deutschland

Die Zeit bis zum Ersten Weltkrieg

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist seit seinem Ursprung im 19. Jahrhundert ständigen Veränderungen unterworfen, die nicht zuletzt durch Wirtschaftslage und Liquidität des Staates beeinflusst worden sind. Aus den Schwankungen der Konjunktur ergeben sich somit Notwendigkeit und Inhalte einer jeden Änderung der Sozialgesetzgebung. Die gravierenden Änderungen werden im allgemeinen Sprachgebrauch „Gesundheitsreform“ genannt.

Um den heutigen Stand der betrachteten Gesetzeslage zu verstehen, muss zunächst die Geschichte der Gesundheitsgesetze beleuchtet werden. Diese macht deutlich, dass sich eine Änderung des jeweils bestehenden Gesundheitsgesetzes, die „Reformierung“, immer aus den Konsequenzen des vorherigen, offensichtlich in Teilen fehlgeschlagenen und überarbeitungswürdigen Gesetzes ergibt.

Die Geschichte der Krankenversicherung und der Gesetze, die die Krankenversicherung regeln, beginnt im 19. Jahrhundert: da sich im Laufe dieses Jahrhunderts der Schwerpunkt der Wirtschaft von der Landwirtschaft auf die Industrie verschoben hatte und die Beschäftigung in diesem Wirtschaftszweig weitaus schwerwiegendere gesundheitliche Risiken barg, sahen sich die Arbeiter gezwungen, sich in „Gewerkvereinen“ zusammenzuschließen. Hauptaufgaben sollten die Interessenvertretung gegenüber den Arbeitgebern und die gegenseitige Hilfestellung bei Notfällen sein.

Hieraus entwickelten sich dann die ersten Vorläufer der heutigen Krankenkassen, die „Hilfskassen“, deren Entstehung durch die Gesetzgebung gefördert wurde. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden Gesetze erlassen, die den Hilfskassen erlaubten, alle im Ort beschäftigten Handwerker und Arbeiter zu einem Beitritt zu zwingen. Außerdem konnten bestimmte versicherte Personen, beispielsweise die Inhaber von Betrieben, zu einer Gründung von eigenen Unterstützungskassen veranlasst werden.

Durch das „Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“ aus dem Jahr 1876 war eine freie Konkurrenz zwischen Zwangs- und freien bzw. eingeschriebenen Hilfskassen ermöglicht worden, die den Wettbewerb förderte und besonders die Hilfskassen zu mehr Leistungen für die Versicherungsnehmer zwang. Eingeschriebene Hilfskassen hatten nach der Vorgabe des Gesetzes vom 07.04.1876 die Aufgabe, die gegenseitige Hilfe ihrer Mitglieder im Erkrankungsfall zu gewährleisten. Freie Hilfskassen erfüllten diesen Auftrag nicht und hatten dementsprechend weniger Rechte im Gesundheitswesen. Darüber hinaus regelte das Gesetz die Verfassung der Hilfskassen, die Beitragserhebung und die Leistungsgewährung. Ziel war es, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die das System vom Grunde auf festlegte und auch zur Gründung neuer Krankenkassen führen sollte.

Den eingeschriebenen Hilfskassen war es auch erlaubt, sich zu regionalen oder nationalen Verbänden zusammenzuschließen, sodass sie als die Vorläufer der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) angesehen werden können. Voraussetzung für die Gründung dieser regionalen Krankenkasse war eine Mitgliederzahl von mindestens 100 Versicherten.

Als Geburtsstunde der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Jahr 1883 betrachtet, als der Reichstag das „Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter“ (KVG) verabschiedete. Zweck dieses Gesetzes sollte eine „gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens“ sein, wie die Kaiserliche Botschaft vom 17.11.1881 verkündete. Zuvor war im Jahre 1881 der Grundstein für dieses umfassende Gesetz gelegt worden, indem die Sozialgesetzgebung in die drei Säulen Unfallversicherung, Alters- und Invalidenversicherung und Krankenversicherung aufgeteilt worden war.

Laut des 1883 in Kraft getretenen Gesetzes zahlte der Arbeitgeber rund ein Drittel und der Arbeitnehmer etwa zwei Drittel der Kosten für die Krankenversicherung, die daraufhin alle nötigen Arzneimittel und alle medizinischen Behandlungen bei freier Arztwahl finanzierte. Außerdem verlagerte sich der Schwerpunkt der Leistung immer mehr auf finanzielle Leistungen (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) statt auf Sachleistungen im Sinne von Medikamenten und Behandlung. Das Gesetz verpflichtete alle Arbeiter, Handlungsgehilfen und Beamten, sich zu versichern; dabei wurde ihnen aber freigestellt, in welcher Kasse sie sich versicherten, zugelassene Gemeinde- oder eingeschriebene Hilfskassen³. Allerdings

³ § 75 KVG: „Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876/1. Juni 1884 errichteten Kassen sind von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer nach Maßgabe dieses Gesetzes errichtete Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hilfskasse, welcher sie

stellte sich diese Entscheidungsfreiheit als nur vordergründig heraus, denn die Beitragskosten für die Hilfskassen musste der Arbeitnehmer alleine tragen, während die Kosten für die Gemeindekassen zum Teil vom jeweiligen Arbeitgeber getragen wurden (siehe oben).

Betrag im Jahr 1885 die Zahl der Mitglieder in den Hilfskassen noch 730.722, so wechselten danach jedoch viele Versicherte aus genannten Gründen in die Ortskrankenkasse, die etwa 20 Jahre später (1906) über sechs Millionen Mitglieder zählte (82).

In der Zeit zwischen der Einführung des „Krankenversicherungsgesetzes“ vom 01.12.1884 und dem Inkrafttreten der „Reichsversicherungsordnung“ am 01.01.1914 beschäftigten sich alle Novellierungen der bestehenden Gesetze mit der Finanzierung der Kosten, die durch die kontinuierliche Einführung der Versicherungspflicht für alle und der Schaffung des Solidaritätsprinzips gestiegen waren. Bereits im Jahr 1903 wurde der Beitragssatz für die Krankenversicherung von 3 % auf 4,5 % erhöht (enthalten im „Gesetz vom 25.05.1903“), um gestiegene Preise, verbesserte Leistung und auch die *gesteigerte Inanspruchnahme von Leistungen* zu finanzieren.

Durch das „Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmen“ vom 12.05.1901 wurden die Hilfskassen durch die Ersatzkassen ersetzt, zu denen der Beitritt bis heute freiwillig ist. Damit wurde das „Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“ außer Kraft gesetzt, das ebenfalls die Funktion und besonders die Mitgliedschaft der regionalen Ortskrankenkassen geregelt hatte. Fortan waren in einer Ortskrankenkasse alle Personen Mitglied, die nicht einer anderen Krankenkasse (beispielsweise Innungskasse⁴ oder Betriebskasse⁵) angehörten.

angehören, allen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern oder doch derjenigen Mitgliederkasse, zu welcher der Versicherungspflichtige gehört, im Krankheitsfalle mindestens diejenigen Leistungen gewährt, welche nach Maßgabe der §§. 6 und 7 von der Gemeinde, in deren Bezirk der Versicherungspflichtige beschäftigt ist, zu gewähren sind (...).“

⁴ § 73 KVG: „Auf Krankenkassen, welche auf Grund der Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung von Innungen für die Gesellen und Lehrlinge ihrer Mitglieder errichtet werden, finden die Vorschriften des §. 19 Absatz 5, §§. 20 bis 22, 26 bis 33, 39 bis 42, 46, 46a, 46b, 48a Abs.2, § 49a Abs.4, §§. 51 bis 53a, 54a bis 58, 65 Absatz 2 Anwendung. Wird für eine Innung nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmung eine Innungskrankenkasse errichtet, so werden die von den Innungsmitgliedern in ihrem Gewerbebetriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, (...), soweit sie zu diesem Zeitpunkte, mit welchem die Kasse ins Leben tritt, in dieser Beschäftigung stehen, soweit sie später in diese Beschäftigung eintreten, mit diesem Eintritt Mitglieder der Innungs-Krankenkasse. Versicherungspflichtige Personen, deren Arbeitgeber der Innung, für welche eine Innungs-Krankenkasse errichtet ist, erst nach deren Errichtung beitreten, werden, soweit sie bisher einer Ortskrankenkasse angehörten, mit Beginn des neuen Rechnungsjahres Mitglieder der Innungskrankenkasse, sofern der Arbeitgeber drei Monate zuvor dem Vorstände der Orts-Krankenkasse seinen Eintritt in die Innung nachgewiesen hat (...).“

⁵ § 60 KVG: „Ein Unternehmer, welcher in einem Betriebe oder in mehreren Betrieben fünfzig oder mehr dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebs-(Fabrik-) Krankenkasse zu errichten. Er kann dazu durch Anordnung [der höheren Verwaltungsbehörde] des

Alle Menschen wurden „zwangsversichert“, indem sie automatisch über ihren Arbeitgeber bzw. ein arbeitendes Familienmitglied versichert waren. Dementsprechend betrug die Zahl der Versicherten 12,3 Millionen und die Zahl der Pflichtversicherten 7 Millionen, sodass insgesamt Leistungen für knapp zwanzig Millionen Menschen finanziert werden mussten (82).

Das auch heute noch bestehende Kassenarztsystem wurde ebenfalls in die Reichsversicherungsverordnung aufgenommen. Bereits 1846 hatten Krankenkassen in einigen Städten bestimmte Ärzte angestellt⁶, die im Krankheitsfall aufgesucht werden sollten, sodass die Bestimmungen der RVO als gesetzliche Grundlage jenes schon praktizierten Verfahrens gesehen werden kann. Eine Novelle des Krankenversicherungsgesetzes von 1892 hatte lediglich bestimmt, dass die Kosten von Leistungen, die durch Inanspruchnahme anderer, nicht angestellter Ärzte durch die Versicherten entstanden, von den Krankenkassen nicht übernommen werden sollten⁷.

Die Zeit zwischen dem Ersten und dem Zweiten Weltkrieg

Die Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.07.1911 fasste alle bis dato bestehenden Regelungen der Sozialversicherung in einem Gesetzbuch zusammen. Sie enthielt das Arbeiterkrankenversicherungs-, das Unfallversicherungs-, das Altersversicherungs- und das Invaliditätsgesetz (46) und wurde ab dem 11.12.1975 durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) ersetzt.

Regierungspräsidenten verpflichtet werden, wenn dies von der Gemeinde, in welcher die Beschäftigung stattfindet, oder von der Krankenkasse, welcher die beschäftigten Personen angehören, beantragt wird. Vor der Anordnung ist dem Unternehmer sowie den von ihm beschäftigten Personen oder von diesen gewählten Vertretern und, falls der Antrag von einer Orts-Krankenkasse ausgegangen ist, auch der Gemeinde zu einer Äußerung darüber Gelegenheit zu geben.“

§ 61 KVG: „Unternehmer eines Betriebes, welcher für die darin beschäftigten Personen mit besonderer Krankheitsgefahr verbunden ist, können auch dann, wenn sie weniger als fünfzig Personen beschäftigen, zur Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse angehalten werden. Unternehmern eines Betriebes, in welchem weniger als fünfzig Personen beschäftigt werden, kann die Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse gestattet werden, wenn die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.“

⁶ in Berlin existierte zu dieser Zeit ein „Gewerkskrankenverein“, der aus dem Zusammenschluss von einigen Krankenkassen hervorging und damals 70 Ärzte unter Vertrag nahm, die die Versicherten aufsuchen konnten

⁷ § 56a KVG: „Auf Antrag von mindestens dreißig beteiligten Versicherten kann [die höhere Verwaltungsbehörde] der Regierungspräsident nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der (...) Leistungen durch weitere als die von der Kasse bestimmten Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist (...).“

Während des Ersten Weltkriegs wurden die Beitragssätze erhöht, um die durch die Folgen des Krieges aufkommenden Mehrkosten tilgen zu können, und auch nach Ende des Krieges stiegen die Beiträge weiter, sodass am 01.01.1924 6,0 % des Lohnes für die Krankenversicherung abgeführt werden mussten (82). Das „Gesetz zur Erhaltung leistungsfähiger Krankenkassen“ vom 27.03.1923 erlaubte gar eine Erhöhung auf 10 %, falls dies nötig sein würde, um alle Kosten zu decken.

Die Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre erreichte auch das Sozialsystem in Deutschland und die Regierung unter Reichskanzler Dr. Heinrich Brüning erließ am 26.07.1930 eine Notverordnung⁸, die die Verteilung des Geldes im Gesundheitssystem betraf, um mehr finanzielle Mittel für die Unterstützung von Hilfsbedürftigen und Arbeitslosen zu haben. Für die Krankenversicherten bedeutete diese Notverordnung eine erhebliche Umstellung: die Leistungen wurden auf das Notwendige begrenzt und die generelle Inanspruchnahme erschwert. Dies geschah unter anderem durch einen Arzneikostenanteil, den die Versicherten selber zu tragen hatten, und die Einführung einer Krankenscheingebühr; beides ist in der heutigen Zeit weiterentwickelt und lediglich anders bezeichnet worden („Zuzahlungen“ und „Praxisgebühr“).

Die Zeit des Nationalsozialismus ab Mitte der 1930er Jahre brachte erhebliche Neuerungen, die allerdings nach Ende des Zweiten Weltkrieges teilweise aufgehoben wurden. Als bedeutend seien hier nur die Halbierung der Krankenscheingebühr⁹, die gemeinsame Verwaltung der Rücklagen der Krankenversicherung als eine „Gesamtrücklage“¹⁰ und die Trennung der Ersatzkassen in Kassen für Arbeiter und Kassen für Angestellte¹¹ genannt.

⁸ Art. 48 Abs. 2 der Weimarer Reichsverfassung: „Der Reichspräsident kann, wenn im Deutschen Reiche die öffentliche Sicherheit und Ordnung erheblich gestört oder gefährdet wird, die zur Wiederherstellung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung nötigen Maßnahmen treffen (...).“

⁹ Verordnung des Reichspräsidenten über Krankenversicherung vom 01.03.1933 auf Grund des Art. 48 Abs. 2, Weimarer Reichsverfassung

¹⁰ § 364 RVO Abs. 1: „Jede Krankenkasse soll eine Rücklage im Betrage mindestens einer Zweimonatsausgabe nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre haben (Rücklagensoll). Die Rücklage besteht in einem Guthaben (Rücklageguthaben) bei dem für die Krankenkasse zuständigen Träger der Krankenversicherung für Gemeinschaftsaufgaben (Träger der Gemeinschaftsaufgaben).“

§ 364a RVO: „Der Träger der Gemeinschaftsaufgaben verwaltet die Rücklagen gemeinsam als ein Sondervermögen der Krankenversicherung (Gesamtrücklage).“

¹¹ § 5, Abschnitt 2, Art. 3 des Aufbau-Gesetzes, § 14, Art. 4 der zwölften Aufbau-Verordnung vom 24. Dezember 1935, 15. Aufbauverordnung vom 1. April 1937 (82; 83)

Die Zeit nach Ende des Zweiten Weltkriegs

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde eine Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen eingeführt (1945) und schließlich schlossen sich viele dieser Kassen im April 1948 zur „Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände“ zusammen. Die Rücklagen der Krankenkassen waren im Laufe der Jahre aufgebraucht worden, sodass die Krankenkassen mit Einführung der Deutschen Mark¹² bei Null begannen.

Die Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1949 brachte neue Gesundheitsgesetze mit sich. Es wurde geregelt, dass alle Menschen versicherungspflichtig waren, auch Arbeitslose¹³, Rentner¹⁴ und Selbstständige¹⁵ hatten einen Beitrag zu zahlen. Die ärztlichen Leistungen wurden in Regel- und Mehrleistungen eingestuft; Regelleistungen mussten von allen Krankenkassen bezahlt werden, Mehrleistungen nur in dem Fall, dass sie in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse aufgenommen waren. Schon hier ist also ein Ansatz zur Kostendämpfung zu erkennen.

Das „Gesetz über das Kassenarztrecht“ vom 17.08.1955 regelte die Vergütung der ärztlichen Leistungen durch die Krankenversicherungen. Es wurde eine „Kopfpauschale“ eingeführt, der durch den durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen definiert wurde. Da er aber nach oben korrigiert werden konnte¹⁶, sobald die Patienten innerhalb eines Jahres mehr Leistungen in Anspruch nahmen als zuvor berechnet, bedeutete dies weiterhin steigende Kosten für die Krankenkassen. Daraufhin reformierten die Ortskrankenkassen das Zahlungssystem und vereinbarten die Bezahlung der Einzelleistungen,

¹² Währungsreform vom 20.06.1948

¹³ § 363a Abs. 1 RVO a. F.: „Die Satzung der Krankenkasse kann den Vorstand ermächtigen, für Sozialrentner und Kleinrentner, für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften gegen Krankheit versichert sind, für andere Fürsorgeempfänger, sowie für die vom Reichsarbeitsminister bezeichneten Personenkreise die Krankenpflege zu übernehmen, sofern der Kasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird. Bei den vom Reichsarbeitsminister bezeichneten Personenkreisen kann auch die gesamte Krankenhilfe übernommen werden.“

¹⁴ versicherungspflichtig bereits seit dem „Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung“ vom 24.07.1941, § 165 Abs. 1 Ziffer 3 RVO a. F.: „Für den Fall der Krankheit werden versichert: 1. Arbeiter, 2. Angestellte, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 75 v. H. der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze (...) nicht übersteigt. 3. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben.“

¹⁵ § 166 RVO a. F.: „(1) Für den Fall der Krankheit werden ferner versichert 1. Hausgewerbetreibende, 2. selbstständige Lehrer, Erzieher und Musiker, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen, 3. Artisten, 4. Hebammen mit Niederlassungserlaubnis, 5. die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- und Kinderpflege selbstständig tätigen Personen, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen, wenn ihr regelmäßiges Jahreseinkommen nicht 75 v. H. der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze übersteigt.“

¹⁶ enthalten im Gesamtvertrag zwischen Krankenkassen und kassenärztlicher Vereinigung

was für sie einen wirtschaftlichen Vorteil im Wettbewerb mit den Ersatzkrankenkassen bedeutete (freiwilliger Beitritt in die Ersatzkrankenkasse bei möglicherweise niedrigerem Beitrag und besseren Leistungen, siehe oben), doch trotzdem konnten die Ausgaben nicht verringert werden. Auch heute wird wieder die Einführung einer Kopfpauschale diskutiert.

Zwischen 1960 und 1980 ereigneten sich sprunghafte Anstiege der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, welche als „Kostenexplosion“ bezeichnete wurden: 1970 erhöhten sich die Ausgaben um 5,36 % und 1971 dann schon um 23,6 % (12).

Dies geschah auf Grund eines forcierten Ausbaus der Leistungsansprüche der Patienten, unter anderem auf Prävention und Früherkennungsuntersuchungen („Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 21.12.1970), zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege („Gesetz zur Verbesserung der Leistungen in der Krankenversicherung“, KVLG, vom 19.12.1973) und Rehabilitation („Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“ vom 07.08.1974), was in einer ungebremsten Kostenexplosion resultierte¹⁷.

Die Konsequenz hieraus war eine Reihe von Kostendämpfungsgesetzen in den Jahren 1977 bis 1983, die eine Begrenzung der Kostenübernahme seitens der Versicherung unter anderem bei Zahnersatz, bestimmten Arznei- und Heilmitteln und Krankenhauspflege beinhalteten. Der Erfolg in Form von Ausgabenverringering stellte sich allerdings nur kurzzeitig und nicht langfristig ein.

Im Jahre 1977 wurde das erste „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) erlassen. Es sah eine Begrenzung der volkswirtschaftlichen Belastung durch Ausgaben im Gesundheitswesen vor und nannte als Möglichkeit den Einsatz von Steuerungsmechanismen, die dem Kostenanstieg ein Ende bereiten sollten. Als potenzielle Lösung wurde zwar durch Experten die Selbstbeteiligung der Versicherten an den durch sie entstehenden Kosten genannt; diese Idee fand aber keinen Einzug in das Gesetz, sodass die Steuerung der Ausgaben durch Steuerung der Patienten und ihres Inanspruchnahmeverhaltens unberücksichtigt blieb. Stattdessen legte

¹⁷ Die Ausgaben der GKV werden mit dem Bruttosozialprodukt und der Bruttolohn- und Gehaltssumme verglichen: in den Jahren 1971 bis 1975 stiegen die Ausgaben der GKV um 19,38 %, während das Bruttosozialprodukt nur um 7,02 % und die Bruttolohn- und -gehaltssumme um 9,45 % im Durchschnitt pro Jahr wuchsen (12)

das Gesetz eine Gesamtvergütung fest, die Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, aufgewandte Arbeitszeit und auch die Grundlohnsumme berücksichtigte. Diese war einmal jährlich durch die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (KAiG) festzulegen; das System (Kopfpauschale, Einzelleistungen, Fallpauschale) allerdings war variabel (nach § 405a RVO a. F. gibt die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ einmal im Jahr eine Empfehlung zur Gesamtvergütung und ggf. deren Änderung und zum Arzneimittelhöchstbetrag ab; sie setzt sich zusammen aus Vertretern unterschiedlicher Verbände und Organisationen des Gesundheitssystems)¹⁸.

Das „Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz“ (KVEG) von 1981 enthielt ebenfalls keine grundlegenden Struktur verändernden Maßnahmen, sondern ebnete allenfalls den Weg dorthin. Es zeigten sich dementsprechend lediglich Tendenzen, langfristig die Vergütung der zahn-/ärztlichen Leistungen zu pauschalieren und die Selbstverwaltung der einzelnen Krankenkassen zu beenden (12). Um die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung effektiv zu senken, d.h. weniger Ausgaben und mehr Einnahmen zu haben, blieb daher als einzige Alternative die Erhöhung der Beitragssätze auf 12,3 % im Jahre 1983¹⁹. Diese nämlich bedeuten für die Krankenkassen gesichert höhere Einnahmen von den Versicherten. Deren Rolle im Gesundheitswesen und ihr Inanspruchnahme-Verhalten allerdings wurden nicht hinterfragt, ebenso wenig wie die vorhandenen Strukturen im Gesundheitssystem, deren grundlegende Änderung eine langfristige Dämpfung der Kosten ermöglichen könnte.

Es war also eine umfassende Änderung der Gesetze unausweichlich, um die Ausgaben tatsächlich und auch in Zukunft zu senken, woraufhin eine aus zwei Gesetzen bestehende Strukturreform beschlossen wurde.

¹⁸ § 405a RVO a. F.:(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligte entwickeln mit dem Ziel einer dem Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam 1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und 2. Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). (...) (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, des Verbands der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheken, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände...

¹⁹ 1970 waren es noch 8,3 % gewesen

Beginn der Zeit der „Gesundheitsreformen“ (ab 1989)

Das „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG) wurde zum 01.01.1989 verabschiedet und diente der „Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung“, da die damalige Bundesregierung „eine weitere Steigerung der heute im Durchschnitt bei 13 v. H. liegenden Beitragssätze der Krankenkassen für wirtschafts- und sozialpolitisch nicht vertretbar“ hielt (32). Das Gesetz betonte die Beschränkung der Leistungen auf „das medizinisch Notwendige“ und ermöglichte eine stärkere „Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit“ durch Bonus-Regelungen und Beitragsrückzahlung im Falle der Nicht-Inanspruchnahme eines Arztes während eines Beitragsjahres (44). Diese damals theoretisch eingeführten, in praxi aber nicht umgesetzten Konzepte wurden in den Folgejahren immer wieder zur Sprache gebracht und fanden erst in der letzten Gesundheitsreform, dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, Eingang als „Praxisgebühr“ und als realisierte, alltagstaugliche Bonus-Regelungen in Form von Hausarztmodell oder Integrierter Versorgung. Die grundlegenden Fragen der zukünftigen Finanzierbarkeit von Gesundheit bzw. Krankheit blieben allerdings ungeklärt. So kritisierte die Ärzteschaft, dass die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner und auch die Organisation und Bezahlung des gestiegenen Arbeitsaufwands in den Krankenhäusern ungeklärte Themenpunkte blieben (43).

Zwar konnte 1989 auf Grund des Gesetzes ein Ausgabenrückgang um 2,9 % festgestellt werden und die Beitragssätze sanken um 0,5 %, doch bereits zwei Jahre später, Ende des Jahres 1991, waren die Ausgaben wieder um 8,6 % gestiegen, sodass eine weitere gesetzliche Maßnahme notwendig war (44).

Das „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Gesundheits-Strukturgesetz - GSG) trat genau vier Jahre später, am 01.01.1993, in Kraft; dessen hauptsächlichen Zweck stellte die Kostendämpfung dar, also eine Abnahme der Kosten für die Krankenkassen mit Einsparungen bis zu 11,4 Milliarden Deutsche Mark (44; 54). Dies sollte erreicht werden durch die Budgetierung der Gesamtvergütung und der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel, durch Haftung der Vertragsärzte (nunmehr für Primär- und Hilfskassen zuständig) bei Überschreitung dieses Budgets und durch eine Überarbeitung des Vergütungssystems. Zusätzlich wurde die Krankenversicherungskarte eingeführt, die sämtliche Verwaltungsprozesse für den Arzt, beispielsweise Patientenaufnahme, Eingabe der Patientendaten in eine Kartei, die jetzt durch ein EDV-System ersetzt bzw. unterstützt wurde,

erleichtern sollte. Diese Krankenversicherungskarte löste den Krankenschein ab und sollte im Idealfall für eine größere Übersicht der Ärzte über den Patienten und für einen vereinfachten Arztbesuch für die Patienten sorgen. Die rechtlichen Grundlagen bezüglich des Inhalt und der Verwendung wurden in § 15 SGB V²⁰ und § 291 SGB V²¹ festgelegt.

Das GSG schuf gem. § 63 SGB V²² und § 64 SGB V²³ erstmals definierte Rahmenbedingungen für Modellvorhaben, die der Kostenersparnis und der Optimierung von Leistungen dienen sollten. Es wurde eine Maximallaufzeit von acht Jahren festgelegt, um Kosten oder Nutzen rechtzeitig abschätzen zu können. Die Bedeutung und die Möglichkeiten der Modellvorhaben wurden im „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ (1; 43; 44; 50) erweitert und im GMG schließlich als ein zentraler Punkt (s. Kap. 2.3) angesehen.

2.2 Die Folgen des GSG

Das zentrale Element des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 01.01.1993 war die Krankenversicherungskarte (nach § 291 SGB V), die die Berechtigung des Patienten zur Inanspruchnahme von Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung zeigen und die Abrechnung der jeweiligen Krankenkasse mit den Vertragsärzten erleichtern sollte. Die Patienten besuchten jeden beliebigen Arzt zu jedem beliebigen Zeitpunkt und in der Häufigkeit, wie sie es als nötig erachteten. Ein Überweisungsschein, der nach § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 27 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen

²⁰ § 15 Abs. 2 SGB V: „Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte: (2) Versicherte, die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (...) oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein auszuhändigen.“

²¹ § 291 SGB V: „Krankenversichertenkarte: (2) Die Krankenversichertenkarte enthält (...) 1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse (...), 2. Familienname und Vorname des Versicherten, 3. Geburtsdatum, 4. Geschlecht, 5. Anschrift, 6. Krankenversichertennummer, 7. Versichertenstatus (...), 8. Zuzahlungsstatus, 9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes, 10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs ...“

²² § 63 Abs. 1 SGB V: „Grundsätze: Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.“

²³ § 64 SGB V: „Vereinbarungen mit Leistungserbringern: (1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen (...). (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren (...). (4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, dass der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, dass die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.“

(EKV) (Kap. 2.4) durch den Arzt verwendet werden konnte, um einen Patienten zu einem anderen Vertragsarzt zu überweisen, war nicht zwangsläufig notwendig. Schon hier ist also ein Unterschied zu erkennen zwischen ärztlich indizierten und vom Patienten gewünschten Arztbesuchen. Erste waren gekennzeichnet durch den Überweisungsschein, der wichtige Informationen für den Kollegen enthielt, und letzte grundsätzlich legitimiert durch die Krankenversicherungskarte.

Die Folge der Vereinfachung der Arztbesuche durch die Einführung der Krankenversicherungskarte war eine erhöhte Anzahl von Arztbesuchen und damit eine (weitere) Kostenexplosion im Gesundheitssystem, die zu einem Defizit von über drei Milliarden Euro bei den gesetzlichen Krankenkassen führte (81). Dies konnte auch nicht durch die Einnahmen aus der ebenfalls im Gesetz verankerte Budgetierung der Gesamtvergütung und der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel und die festgeschriebene Haftung der Ärzte bei Überschreitung aufgefangen werden (45).

Das Gesetz hatte das Patientenverhalten nicht einkalkulieren können: die Patienten konsultierten einen Arzt, so oft es ihnen beliebte, wechselten Haus- und Gebietsärzte und verursachten so Kosten in Milliardenhöhe. Dieses Verhalten nannte man populär „Doktor-Hopping“.

Fallzahlentwicklung – das „Doktor-Hopping“

Nach einer Studie des „Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ (Zi) und des „Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen“ (WIdO) im Rahmen des gemeinsamen Projektes „Frühinformationen zur Fallzahlentwicklung“²⁴ (95) vom Oktober 1999 ergab sich eine steigende Inanspruchnahme von Gebietsärzten.

Insgesamt stieg die Zahl aller im Jahre 1998 berechneten Behandlungen²⁵ im Vergleich zum Jahr 1997 um 3,3 %. Besonders auffällig ist die Steigerung der Primärinanspruchnahme von

²⁴ Dies ist eine Studie der oben angegebenen Institutionen; es werden Daten erhoben, die aus einer Stichprobe stammen, die 1997 etwa 61 % aller Ärzte und knapp 60 % aller Mitglieder der Primärkassen im gesamten Bundesgebiet umfasst. Primärkassen sind Bundesknappschaft, Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Kassen

²⁵ Als Behandlungen gelten alle abgerechneten Originalscheine, welche auch die Notfall- und Vertreterscheine mit einschließen, und Überweisungsscheine

Gebietsärzten um 4,1 %, während sie bei Allgemeinmedizinern nur 1,9 % beträgt. Vielleicht überraschend ist im Gegensatz dazu auch eine Erhöhung der Überweisungen um 4,1 % zu verzeichnen. Es zeigt sich also ein Spannungsfeld zwischen Überweisungen und Primäranspruchnahme, das aus der Simplifizierung der Arztbesuche durch die Krankenversichertenkarte, die keine Überweisung erfordert, resultiert und möglicherweise die Unterscheidung „ärztlich indizierte Überweisung“ und „Patientenwunsch“ in Zahlen widerspiegelt.

Die Zuwachsraten der Behandlungsfälle unterscheiden sich deutlich in den Fachgebieten: so nahm die Fallzahl bei den Allgemeinmedizinern, den sogenannten Hausärzten, nur um 1,3 % zu, während Gynäkologen (3,4 %), HNO-Ärzte (3,0 %) und Neurologen (2,8 %) mehr als das Doppelte verzeichnen können, dicht gefolgt von den Augenärzten (2,4 %) und Orthopäden (1,9 %).

Daraufhin wurde der Grund der gestiegenen Kosten diskutiert. Auf der einen Seite wurde die mit dem GSG eingeführte Krankenversichertenkarte für die erhöhte Frequenz der Arztbesuche verantwortlich gemacht. Auf der anderen Seite stellten das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) mit Hilfe neuerer Auswertungen im Zusammenhang mit Arzneimittelverordnungen und Überweisungen fest, dass die Patienten sowohl ihren Hausarzt als auch den Gebietsarzt aufsuchen, möglicherweise ohne Überweisung (und somit auch ohne ärztlich verifizierte Indikation). Damit machten sie lediglich von ihrem Recht auf freie Arztwahl Gebrauch und nahmen öfters Gebietsärzte in Anspruch. Eine weitere Ursache könnte die fehlende Kommunikation zwischen den einzelnen Ärzten sein, aus der die Wiederholung einer Behandlung durch verschiedene Ärzte resultierte, die zu einem erhöhten Patienten- und damit Kostenaufkommen führte (94).

Es konnte also in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen der Einführung der Krankenversichertenkarte und der gestiegenen Zahl der Arztbesuche festgestellt – aber auch nicht fundiert dementiert werden. Denn für eine wissenschaftliche Evaluation fehlen konsequente Erhebungen und Auswertungen.

Die „unkoordinierte Mehranspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten“ war schließlich dasjenige Ergebnis des GSG gewesen, das ausdrücklich vermieden werden sollte.

In § 64 Abs. 4 wird den Vertragspartnern, d.h. den Krankenkassen, ausdrücklich erlaubt, die Kosten, die durch nicht indizierte Arztbesuche entstehen, dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Genau dies sollte das „Doktor-Hopping“²⁶ verhindern. Ausgenommen davon waren das Einholen einer Zweitmeinung, der erste Arztbesuch im Quartal und eine Konsultation eines Arztes auf Grund einer *Überweisung*. Dennoch kam es zu dem oben beschriebenen Phänomen, sodass eine Weiterentwicklung der im Gesetz vorgeschlagenen Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V) erforderlich war und schließlich in die Einführung der „Praxisgebühr“ mündete.

Die Konsequenzen aus den Folgen des GSG

Ende des Jahres 1993 konnte die gesetzliche Krankenversicherung einen Überschuss von 5,32 Milliarden Euro erwirtschaften, doch bereits im Jahre 1996 war ein Defizit von 3,47 Milliarden Euro zu verzeichnen (81). Es waren also neue Gesetze notwendig.

Das „Beitragsentlastungsgesetz“, im Schnelldurchlauf zum 01.01.1997 verabschiedet, diente dazu, die Beitragssätze zu reduzieren, kürzte die Zuschüsse bei Zahnersatz und Brillenfassungen und erhöhte die Zuzahlungen für Arzneimittel (30). Ein halbes Jahr später (am 01.07.1997) in Kraft getreten, sollten das „1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ (KV-NOG), „die Eigenverantwortung der Versicherten“ stärken und die „Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung“ erweitern. Dazu wurden Modellvorhaben vorgeschlagen, die den Rahmen für Veränderungen von „Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen“ bilden (31). Die neuen Regelungen schränkten Präventionsleistungen ein, erhöhten die Zuzahlungen der Versicherten bei bestimmten Leistungen, schlossen Strukturverträge für Hausarztssysteme ab und entwickelten Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung (1). Das Resultat war ein Überschuss, der lediglich bei 0,55 Milliarden Euro lag (81).

²⁶ Explizit so genannt in: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14.Ausschuss) zu dem 1. Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – Drucksache 13/6087- (...), BT-Drs.13/7264 vom 19.03.1997 (11): „Zu Artikel 1 Nr. 20 (§§ 63 und 64 SGB V) (...) Zu § 64 Abs. 4 „Die Vertragspartner werden ermächtigt, Modellvorhaben zur Eingrenzung des sog. „Doktor-Hopping“ durchzuführen. Das Modellvorhaben kann bestimmen, dass der Vertragsarzt im Fall einer unwirtschaftlichen Mehrfachinanspruchnahme verschiedener Vertragsärzte durch den Versicherten die Leistungserbringung davon abhängig macht, dass er mit den Versicherten im Kostenerstattungsverfahren abrechnen kann. Eine unwirtschaftliche Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten ist ausgeschlossen in den Fällen, in denen der Versicherte den Vertragsarzt erstmals im Quartal, auf Überweisung oder zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch nimmt...“

Mit der Wahl der neuen Bundesregierung im Herbst 1998 und dem daraus folgenden Wechsel von der schwarz-gelben zur rot-grünen Koalition ergaben sich neue Zielvereinbarungen. Die neuen Regierungsparteien SPD und Bündnis 90/Die Grünen revidierten einige der erst kurz zuvor von der Union und FDP eingeführten Änderungen durch die Verabschiedung des „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG)“ (in Kraft getreten zum 01.01.1999). Unter anderem wurde aus politischen Gründen die Entwicklung und Durchführung von möglicherweise Kosten sparenden Modellvorhaben gestoppt und das Ausmaß der Selbstverwaltung der Krankenkassen beschränkt (44). Als ursprüngliches „Vorschaltgesetz“ (52) sollte das Gesetz lediglich den Weg zu weiteren stärker Struktur verändernden Maßnahmen ebnen und die Kosten kurzfristig senken. Das Ergebnis war in den Jahren 1997 bis 1999 ein Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben, weder Gewinn noch Verlust, das Minimalziel also, ohne die Defizite der vergangenen Jahre abzubauen (81).

Die in den folgenden Jahren verabschiedeten Gesetze waren zahlreich, aber auch erfolglos. Bei der Planung des „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ teilte der Bundesrat in seiner Stellungnahme am 24.09.1999 mit, dass ein eventuelles Scheitern eine Kostenentwicklung zur Folge haben würde, die „unkontrollierbar“ wäre (29) und so trat am 01.01.2000 das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ in Kraft. Dessen Ziele waren es, die „Eigenkompetenz“ der Patienten zu stärken, ihnen „überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ersparen“ und „Defizite in der Versorgung zu beseitigen“. Die dazu notwendigen Finanzmittel sollten „effizient und zielorientiert“ eingesetzt werden und eine „Stabilisierung der Beitragssätze“ gewährleistet werden (10; 29; 33).

Danach folgten das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ ab dem 01.01.2002, das „Fallpauschalengesetz FPG“ zum 01.03.2002, das „Arzneimittelbudget-Ablösegesetz ABAG“ und das „Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz AABG“, welche ein erneutes Defizit von 3,44 Milliarden Euro entstehen ließen, das dem Stand des Defizits von 1996 entsprach (81). Dies zeigte, dass sieben Jahre, einige Gesetze und ein Regierungswechsel später sich an der Ausgabenentwicklung nichts geändert hatte.

Bereits 2000 schlugen einige Experten eine sogenannte „Malus-Regelung“ vor, die die Konsequenzen aus dem „Doktor-Hopping“ und den damit verbundenen höheren Kosten zog: eine Direktinanspruchnahme von Gebietsärzten sollte durch den Versicherten selbst bezahlt werden. Nur bei der Konsultation eines Gebietsarztes auf Grund einer Überweisung vom

Hausarzt hätte der Patient keinerlei Zuzahlung zu leisten. In der anschließenden Diskussion allerdings berechneten die gleichen Experten die entstehenden und die wegfallenden Kosten und kamen zu dem Ergebnis, dass „ein merklicher Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Financen mit dem Instrument der Zuzahlung bei fachärztlicher Direktinanspruchnahme nicht geleistet werden könnte“ (60). Und trotzdem wurde die Zuzahlungsregelung in das nächste verabschiedete Gesetz aufgenommen.

Die in der zweiten Legislaturperiode amtierende Bundesregierung, bestehend aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen, stand unter Druck und schließlich trat zum 01.01.2004 das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung GMG“ in Kraft.

2.3 Das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG

Das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ stellt das Ergebnis eines langwierigen Prozesses dar, der alle Parteien eingebunden hatte und soll die erste Stufe einer Reihe von Reformen sein, auf deren Basis das gesamte Gesundheitssystem zukünftig umstrukturiert werden soll. Die heutige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) favorisierte eine komplette Strukturreform mit Umstrukturierung der kassenärztlichen Versorgung und Fokussierung auf den Hausarzt als primäre Anlaufstelle für den Patienten; die Union dagegen legte ihren Schwerpunkt lediglich auf Leistungskürzungen, die für Einsparungen sorgen sollten. Man einigte sich schließlich auf den Anstoß von Strukturreformen durch Etablierung von Modellen der „Integrierten Versorgung“ und „Hausarztmodellen“²⁷ (9) sowie auf höhere Zuzahlungen seitens der Patienten (58).

Erklärte Ziele dieses Gesetzes waren eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, erhöhte Transparenz, leistungsfähigere Strukturen und eine Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung (9; 35). Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die „Neuordnung der Finanzierung“ gerichtet.

Die zentralen Elemente des GMG sind dementsprechend Senkung der Beitragssätze für die Versicherten durch Senkung der Ausgaben seitens der Krankenkassen für die Versicherten und Ausbau der Wettbewerbsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu wurden

²⁷ Als Ausdruck der Ziele „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ und „Reform der Organisationsstrukturen“, in „Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13.Ausschuss)“ in BT-Drs. 15/1584 vom 24.09.2003 (9)

höhere Zuzahlungen auf Seite der Patienten und weitere Kürzungen des Anspruchs auf bestimmte Leistungen, beispielsweise Zahnersatz und Sehhilfen, eingeführt, die die Ausgaben der Kassen beschränken sollen. Außerdem werden die Modelle der „Integrierten Versorgung“ und das „Hausarztmodell“ eingeführt, die den Grundstein für spätere Reformen zur weiteren Umstrukturierung des Gesundheitssystems bilden sollen²⁸ (16; 58).

Laut dem Gesundheitsministerium sind mit dieser Reform „erste nachhaltige Änderungen im Gesundheitssystem angestoßen“ und somit „wichtige Weichen für eine langfristige Sicherung der Leistungsfähigkeit der GKV gestellt“ worden (90).

2.3.1 Die Eckpunkte

Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung (nach §§ 140 a-d SGB V²⁹) stellt ein Modell der Vernetzung von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen dar. Die Krankenkassen können Verträge mit zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und medizinischen Versorgungszentren schließen, welche eine interdisziplinäre Versorgung zum Gegenstand haben. Auch Apotheken können an der integrierten Versorgung teilnehmen. Ein besonderes Merkmal ist die Tatsache, dass die Krankenkassen direkt mit den Ärzten die Verträge schließen³⁰, die Kassenärztliche Vereinigung nicht als Mittler funktioniert und die teilnehmenden Ärzte somit eine neue Einnahmequelle erschließen können³¹. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen können lediglich auf Landesebene in Gesamtverträgen die Rahmenbedingungen festlegen.

²⁸ „Das GMG leitet eine neue Phase der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Planung für Vertragsarztpraxen ein.“ (58: S. 7)

²⁹ § 140 a Abs. 1 SGB V: „Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen.(...) Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.“

³⁰ § 140 b Abs. 1 SGB V: „Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140 a Abs. 1 nur mit 1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften, 2. Trägern zugelassener Krankenhäuser (...), (...) abschließen.“

³¹ § 140 c Abs. 1: „Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten.“

Ein Beispiel ist der Vertrag der Barmer Ersatzkasse mit dem Deutschen Hausärzteverband und den Apotheken, in dem 60 % aller Ärzte und Apotheken eingeschrieben sind, die deutliche Vorteile für sich sehen (13). Das Modell der „Integrierten Versorgung“ nutzt die Vorteile sowohl der ambulanten Versorgung (ein Arzt als Ansprechpartner in der Nähe des Patienten) als auch der stationären Versorgung (Ärzte verschiedener Fachrichtungen direkt beieinander und schnell erreichbar). Patienten, die sich für eine solche Versorgung einschreiben, bekommen Vergünstigungen in Form von Zuzahlungsbefreiungen und der Erstattung der Praxisgebühr. Ende des Jahres 2004 existierten 342 Verträge, die von den Krankenkassen mit Leistungserbringern geschlossen worden waren (16).

Disease Management Programme

Disease Management Programme (DMP) (nach § 137 f³² und § 137g³³ SGB V) sind zielorientierte Behandlungsprogramme für bestimmte Krankheiten (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 1 und 2), die es Arzt und Patient erleichtern sollen, den Therapieverlauf durch klare Zielsetzung zu verbessern und die Behandlung an objektivierte Maßstäbe (Leitlinien), die von den jeweiligen führenden Gesellschaften (zum Beispiel Deutsche Diabetes-Gesellschaft) vorgegeben werden, anzupassen. Im Jahr 2007 werden für sechs Krankheiten (Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung) Einzelprogramme von den Krankenkassen angeboten, in die im Januar 2005 bereits 1,3 Millionen Patienten eingeschrieben waren (16).

Das Hausarztmodell

Das Hausarztmodell (hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V³⁴) wird in den folgenden Kapiteln ausführlich besprochen. Der Hausarzt soll mit diesem Modell in der Rolle des „Gatekeepers“, die schon das „Gesundheitsreformgesetz 2000“ vorsah, gestärkt werden

³² § 137 f Abs. 1 SGB V: „Der gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (...) chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die dem Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern.“

³³ § 137 g SGB V Abs. 1: „Das Bundesversicherungsamt hat auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von Programmen nach § 137 f Abs. 1 zu erteilen, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllen...“

³⁴ § 73 b SGB V: „Hausarztzentrierte Versorgung: (1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 2 gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung).“

(60). Sicherlich im Zuge dieser Idee wurde gem. § 65 a Abs. 2 SGB V³⁵ den Krankenkassen erlaubt, den Versicherten einen Bonus zukommen zu lassen, falls diese auf den direkten Gebietsarztkontakt verzichten.

Die Einschreibung von Patienten in diese Modelle erfolgt (noch) freiwillig, ist aber für sie mit Kosteneinsparungen und Vergünstigungen bei der Krankenkasse verbunden; diese sollen als Anreize dienen, um einen steigenden Anteil besonders der chronisch kranken Patienten für diese Programme zu gewinnen. Denn sie stellen für die Krankenkassen einerseits eine Möglichkeit zur Überwachung der Ärzte und damit zur Qualitätskontrolle dar und andererseits ermöglichen sie eine „Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ (§ 63 Abs. 1 SGB V). Für die Patienten bedeutet dies ein höheres Maß an Aufmerksamkeit und Klarheit über den Verlauf der Therapie. Außerdem werden Mehrleistungen garantiert, die nur im Rahmen dieser Modellvorhaben gewährt werden, was für den Versicherten ebenfalls große Vergünstigungen bedeutet (§ 63 Abs. 2 SGB V³⁶).

Weitere Bonus-Regelungen werden nur für denjenigen Versicherten wirksam, der ein „gesundheitsbewusstes Verhalten“ zeigt (§ 65 a Abs. 1 SGB V³⁷). Außerdem dürfen nur dann Boni gewährt werden, wenn durch sie Einsparungen erzielt werden (§ 65 a Abs. 4 SGB V³⁸).

Die Praxisgebühr

Um das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu kontrollieren, bzw. die Häufigkeit der Arztbesuche und damit die Kosten direkt zu senken, wurde die sogenannte **Praxisgebühr** (§ 28 Abs. 4 SGB V³⁹) eingeführt. Sie sollte die Hemmschwelle, einen Arzt aufzusuchen, die

³⁵ § 65 a Abs. 2 SGB V: „Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b (...) kann sie [die Krankenkasse] in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen...“

³⁶ § 63 Abs. 2 SGB V: „Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.“

³⁷ § 65 a Abs. 1 SGB V: „Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben.“

³⁸ § 65 a Abs. 4 SGB V: „...Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden...“

³⁹ § 28 Abs. 4 SGB V: Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. (...).“ und § 61

durch die Einführung der Krankenversicherungskarte deutlich gesunken war, wieder anheben und auf diese Weise die dramatisch gestiegenen Kosten für erhöhtes Patientenaufkommen senken. Denn genau dies war eine Auswirkung des Gesundheitsstrukturgesetzes, die den Haushalt der Krankenkassen wieder in defizitäre Bereiche stürzte (s. Kap. 2.2).

Die elektronische Gesundheitskarte

Die Krankenversicherungskarte soll durch die **elektronische Gesundheitskarte** ersetzt werden (§ 291 a SGB V⁴⁰), die mehr Patientendaten enthält (§ 291 a Abs. 3 SGB V⁴¹). Ob sie auch medizinische Daten enthält, ist der Entscheidung des Patienten überlassen, womit die Richtlinien dem Datenschutz Rechnung tragen (§ 291 a Abs. 3 SGB V⁴²). Die auf etwa 1,4 Milliarden Euro geschätzten Kosten (27), die durch die Einführung entstehen, also die Produktionskosten für die Karten und die Kosten für die Kartenlesegeräte, die in jeder Arztpraxis, in jeder Apotheke und in jedem Krankenhaus aufgestellt werden müssen, sollen zu einem Großteil von den Krankenkassen getragen werden (dies wiederum kann zu höheren Beiträgen führen), die Leistungserbringer müssen sich allerdings auch beteiligen. Neben einer erhöhten Transparenz⁴³ und einer Vereinfachung der Datenübermittlung im Gesundheitssystem erhofft sich der Gesetzgeber eine Senkung der Kosten (47; 68).

In der Zukunft sollen sich also die Mehrausgaben, die zunächst durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entstehen, amortisieren durch niedrigere Kosten im Bereich der Rezeptausstellung und auch durch Vermeidung hoher Behandlungskosten, verursacht durch eine nicht abgestimmte Medikation.

SGB V: „Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro...“

⁴⁰ § 291 a SGB V: „Elektronische Gesundheitskarte: (1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.“

⁴¹ § 291 a Abs. 3 SGB V: „Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von 1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind, 2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten (...), 3. Daten einer Arzneimitteldokumentation, 4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für ein fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte), 5. durch den Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten sowie 6. Daten über in Anspruch genommenen Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2)...“

⁴² § 291 a Abs. 3 SGB V: „...Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben...“

⁴³ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 03.01.2006: „Die elektronische Gesundheitskarte wird die Qualität, die Sicherheit und die Transparenz der medizinischen Versorgung verbessern.“ (53)

Das Ergebnis im Jahre 2004

Das finanzielle Ergebnis des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes war ein Überschuss von 4,02 Milliarden Euro im Jahre 2004, also bereits kurz nach der Einführung des Gesetzes (81). Es ist allerdings zu vermuten, dass diese positive Entwicklung sich ins Gegenteil verkehrt, je mehr Zeit vergeht. Dies geschah so bei allen vermeintlich grundlegenden Reformen in den letzten 15 Jahren (GSG und 1./2. GKV-NOG) durch Vorzieh- und Verzögerungseffekte (s. Kap. 2.2).

2.3.2 Die Praxisgebühr –

Instrument zur Steuerung des Patienteninanspruchnahmeverhaltens

Die größte und in den Medien am meisten kritisierte Neuerung des GMG ist die Einführung der sogenannten „Praxisgebühr“ (§ 28 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 1 BMV-Ä und § 21 Abs. 1 EKV), die eine Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen wahrnehmen und das Patienteninanspruchnahmeverhalten kontrollieren sollte (15). Ein weiteres Ziel ist die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten (13).

Einmal pro Quartal und pro Arzt müssen die Patienten eine Gebühr von zehn Euro entrichten (ausgenommen von der Zuzahlung sind unter anderem Präventionsmaßnahmen⁴⁴ (76) und Patienten unter 18 Jahren (17)). Diesem Betrag kommt im Rahmen des GMG die Schlüsselrolle zu: er soll verhindern, dass die Patienten im Jahr öfters als notwendig denselben Arzt oder gleich mehrere Ärzte eines Fachgebiets konsultieren. Er soll die Hemmschwelle wieder heraufsetzen, ohne ärztlich verifizierte Indikation einen beliebigen Arzt aufzusuchen.

Ein strittiger Aspekt der Praxisgebühr ist ihr Einzug durch den Arzt. Für den Patienten hat es den Anschein, dass die zehn Euro dem Arzt zusätzlich bezahlt werden, obwohl tatsächlich der Betrag von der Krankenkasse dem Arzt weniger gezahlt wird (§ 43 b Abs. 2 SGB V⁴⁵). Das

⁴⁴ 1999 ergab eine Studie aus den USA von Solanki und Schaffler, dass eine Abschaffung von Zuzahlungen für einzelne Präventionsmaßnahmen eine höhere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Folge hat. Somit ist es sinnvoll, reine Präventionsmaßnahmen von der Praxisgebühr zu befreien (76)

⁴⁵ § 43 b Abs. 2 SGB V: „Zuzahlungen, die der Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten hat, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend...“

heißt also im eigentlichen Sinn, dass der Arzt die Gebühren für die Krankenkassen eintreibt und hierdurch möglicherweise auch noch das Verhältnis zu seinen Patienten belastet wird (22).

Diese Meinung teilt die 19. Kammer des Sozialgerichts Köln nicht: es lehnte einen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg ab, die Praxisgebühr nicht mehr durch die Ärzte einzuziehen. Es werde kein Vertrauensverlust bewirkt; die Praxisgebühr stelle vielmehr ein „geeignetes Mittel“ dar, eine „qualitätsgesicherte, hochwertige Gesundheitsleistung wirtschaftlich zu erbringen“(6; 78).

Der Praxisgebühr für jeden ersten Besuch eines weiteren Arztes im Quartal können die Patienten lediglich entgehen, indem sie sich vom ersten Arzt, den sie aufsuchen, meistens den Hausarzt, zu den jeweilig gewünschten anderen Ärzten überweisen lassen. Und hier liegt eine weitere Lücke im Gesetz vor, die die Kosten nicht sinken lässt, sondern sie sogar wieder erhöht: die Patienten, die das erste Mal im Quartal einen Arzt aufsuchen und dort die Praxisgebühr entrichten, lassen sich dann von dem jeweiligen Arzt zum nächsten (Gebiets-)Arzt überweisen. Und da sie den Betrag von zehn Euro nun einmal bezahlt haben, wollen sie das auch ausnutzen und nennen weitere Fachgebiete, für die sie eine Überweisung verlangen. Die Folge sind genauso viele Arztbesuche wie zu Zeiten der Krankenversicherungskarte – diesmal (scheinbar) legitimiert durch eine Überweisung und bezahlt durch den Patienten.

Das Problem liegt auf Seiten der Ärzte: schreiben sie die gewünschten Überweisungen, verursachen sie möglicherweise unnötige Kosten für das Gesundheitssystem und handeln eigentlich unrechtmäßig. Denn laut § 24 Bundesmantelvertrag Ärzte und § 21 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen⁴⁶ (3; 19) darf eine Überweisung nur dann ausgestellt werden, wenn eine ärztlich verifizierte Indikation vorliegt, Wunschüberweisungen von Patienten sind ausdrücklich nicht vorgesehen. Verweigern sie die Überweisung, ergeben sich zwei unter Umständen fatale Konsequenzen: entweder der Patient wechselt den Arzt, weil er sich unverstanden fühlt (und obwohl er direkt beim Arzt bezahlt hat); oder der Patient wird nicht rechtzeitig fachspezifisch behandelt. Aus der Komplexität dieses Erklärungsmusters, das aus menschlichen Gefühlen, monetären Abhängigkeiten und medizinischen Notwendigkeiten aufgebaut ist, ergibt sich die eine logische Konsequenz: der

⁴⁶ § 24 Abs. 1 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV: „Der Vertragsarzt hat die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt (...) durch Vereinbarung auf vereinbartem Vordruck (...) zu veranlassen.“

Arzt stellt die Überweisung(en) aus, was für ihn medizinisch besser abgesichert, für das Gesundheitssystem aber deutlich teurer ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern weist in einer „Patienten-Information“ vom 06.01.2003 ausdrücklich darauf hin, dass der Haus- oder Gebietsarzt verpflichtet ist, „Überweisungen allein nach medizinischen Kriterien vorzunehmen“ und konstatiert: „Wunschüberweisungen von Patienten sind daher nicht möglich!“ (63). Die Realität ein Jahr nach dieser Mitteilung sieht jedoch ganz anders aus: Wunschüberweisungen sind der Usus und eine genaue Prüfung durch den Arzt eher eine Seltenheit (s. Ergebnisse der vorliegenden Studie in Kap. 4).

Da insbesondere der Hausarzt die Überweisungen zum Gebietsarzt ausstellt, ist es durch die Praxisgebühr gelungen, ein funktionierendes Hausarztmodell zu entwickeln, an dem (fast) alle Patienten teilnehmen, ohne sich mittels Vertrag verpflichtet zu haben. Die Patienten suchen zuerst ihren Hausarzt auf, der sie wiederum an die Fachkollegen überweist; damit übernimmt er jedoch keineswegs die Lotsenfunktion, die für ihn im Gesundheitssystem vorgesehen ist (16), sondern ist lediglich derjenige, der ein Formular auf Verlangen ausstellt.

Fakt ist, dass durch die Einführung der Praxisgebühr der Verwaltungsaufwand für die Ärzte deutlich gestiegen ist. Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom September 2005 (59) nimmt jede erhobene Praxisgebühr, das Kassieren der zehn Euro und das Ausstellen der Quittung über die Zahlung, durchschnittlich drei Minuten in Anspruch. Geht man nun von 50 Überweisungen in einer Woche in einer Hausarztpraxis aus, so ergeben sich 2,5 Stunden pro Woche, zehn Stunden im Monat, die zusätzlich für die Verwaltung der Praxisgebühr aufgewendet werden müssen und nicht bezahlt werden. Gleichzeitig steigt die Belastung für den Arzt. Im Rahmen dieser Studie befragt, antworteten die meisten Ärzte auf die Frage, welche bürokratische Tätigkeit den meisten Aufwand verursache, mit „Praxisgebühr“.

Nach Beske entspricht der Aufwand, der in allen Praxen niedergelassener Ärzte jährlich entsteht, etwa 4500 Stellen für Arzthelferinnen, die sich nur mit dem Einzug der Praxisgebühr beschäftigen⁴⁷ (13).

⁴⁷ „Allein bei der Praxisgebühr entsteht in den Praxen niedergelassener Ärzte für Einzug und Mahnung jährlich ein Aufwand, der rund 4500 Stellen für Arzthelferinnen entspricht, also Stellen, die nicht für die

Eine Umfrage der KV Nord-Württemberg im Jahr 2003, vor der Einführung der Praxisgebühr, ergab, dass 35 % der niedergelassenen Ärzte sich besonders durch die Praxisorganisation und -verwaltung beeinträchtigt fühlen („Imageanalyse 2003“) (65). Diese Zahlen sind ein weiterer Beleg für die Belastung der Ärzte mit Verwaltungstätigkeiten, die durch die Einführung der Praxisgebühr weiter steigt. Der Arzt als Heiler im eigentlichen Sinne ist gleichzeitig Verwalter und Gebühreneinzieher.

Wie stark die Ärzte verärgert sind, zeigt der Fall eines Zahnarztes, der die Quittung über die Praxisgebühr mit folgendem Text versah: „...hiermit bestätigen wir den Erhalt der Kassengebühr nach §28 Abs. 4 SGB V am ... für das laufende Quartal. Dieser Beitrag dient zur Sanierung der kranken Kassen in Deutschland und muss von der Praxis an die Krankenkassen zwangsweise weiterbezahlt werden.“ Daraufhin klagte eine Krankenkasse gegen den Arzt, verlor aber vor dem Landgericht München. Er darf also weiterhin einen solchen Text verwenden (24).

Die Tatsache ist verständlich, da zehn Euro pro Patient und pro Quartal dem Arzt von seinem Honorar, das er pauschal von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhält, abgezogen werden. Er bekommt zwar diese zehn Euro vom Patienten, aber netto hat der Arzt weniger: laut einer Studie von Wissenschaftlern der Medizin-Ökonomie an der Rheinischen Fachhochschule Köln (14) liegen die Kosten für den Prozess der Praxisgebühr zwischen 3,2 % bei direkter Barbezahlung in der Praxis (!) und 21 % bei Bezahlung der zehn Euro nach Zusenden einer Zahlungserinnerung. Es bleiben also für den Arzt von ursprünglich zehn Euro nach Abzug der Verwaltungskosten, die ihm nicht gesondert erstattet werden (§ 61 SGB V⁴⁸), zwischen 9,68 Euro und 7,90 Euro übrig.

Die Frage, wer die Kosten für die Mahnverfahren trägt, wenn ein Patient die Praxisgebühr nicht bezahlt, wurde erst im Mai 2005 in einer Sitzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen geklärt: sie einigten sich darauf, dass die Krankenkassen dem Arzt bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen die anfallenden Kosten des Mahnverfahrens erstatten (2).

Patientenversorgung, sondern ausschließlich für die Inkassofunktionen der Krankenkassen zur Verfügung stehen.“ (13)

⁴⁸ § 61 SGB V: „...Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“

Laut Bericht der Ärztezeitung vom 12.01.2005 geht die Kassenärztliche Bundesvereinigung von 30 Millionen Patienten pro Quartal aus, die jeweils die Praxisgebühr entrichten müssen. Insgesamt ergibt sich für die Krankenkassen dabei eine zusätzliche Einnahme von 1,2 Milliarden Euro pro Jahr, die durch die Zuzahlung eingenommen werden (davon abgezogen werden müssen nur eine steigende Anzahl von zuzahlungsbefreiten Patienten und eventuelle Schuldner). Die Ärzte allerdings werden nicht beteiligt an den Mehreinnahmen und bleiben unentschädigt für den höheren Verwaltungsaufwand.

Die anfänglich gestiegenen Einnahmen der Krankenkassen durch die Einführung der Praxisgebühr werden wahrscheinlich in der näheren Zukunft durch die wieder ansteigenden Fallzahlen egalisiert werden: eine Umfrage des „Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen“ ergab, dass im ersten Quartal des Jahres 2005 nur 9,4 % wegen der Praxisgebühr nicht den Arzt aufgesucht hatten, während es ein Jahr zuvor noch 11,7 % gewesen sind. Eine weitere Senkung ist zu erwarten, da die Versicherten sich an die Gebühr gewöhnt haben und wieder öfters zum Arzt gehen (75).

Die Praxisgebühr wird von Beske (13) differenziert bewertet: Die Eigenverantwortung der Patienten sei gestärkt worden, eine Senkung der Kosten immerhin möglich, eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung allerdings eher fraglich und das Ziel eines Abbaus von Bürokratie (insbesondere bei den Ärzten) ins Gegenteil verkehrt worden. Insgesamt habe die Praxisgebühr die Bedingungen für die Ärzte sogar verschlechtert und für die Patienten die Qualität der Versorgung nicht erhöht.

Von verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems in Deutschland sind seit Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 Studien durchgeführt und auch veröffentlicht worden, die grundsätzlich den gleichen Tenor aufweisen: weniger Fallzahlen, mehr Überweisungen (Genauerer in Kapitel 3). Dies allerdings sind reine Zahlen, die weder genauer recherchiert noch analysiert wurden. Die gestiegene Anzahl der Überweisungen zeigt lediglich, dass die Patienten zunächst zu ihrem Hausarzt, einem Allgemeinmediziner oder Internisten, gehen und sich dort den Besuch anderer Gebietsärzte ermöglichen lassen. Eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen etwa ein halbes Jahr nach Einführung der Praxisgebühr beispielsweise ergab, dass sich 83 % der Patienten vom Hausarzt zu den

Gebietsärzten überweisen lassen (86). *Wie* diese Überweisungen aber genau zu Stande kommen, wird in den Studien nicht gezeigt.

In der vorliegenden empirischen Analyse soll daher dargestellt und belegt werden, was für die Überweisung verantwortlich ist: ärztlich verifizierte Indikation (wie eigentlich vom Gesetzgeber vorgesehen) oder Patientenforderung. Es soll gezeigt werden, ob sich das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten mit der Einführung der Praxisgebühr in dem Ausmaß geändert hat, wie Gesetzgeber und Krankenkassen es sich mit der Einführung des GMG vorgestellt oder erhofft haben.

Ob nun die Praxisgebühr langfristig zu gravierenden Kostensenkungen führt, wird sich in naher Zukunft zeigen. Aber schon jetzt kann allein an Hand der vielen Überweisungen durch den Hausarzt konstatiert werden, dass eine andere Neuerung des GMG im Begriff ist, sich auf positive Weise durchzusetzen: das Hausarztmodell.

2.3.3 Hausarztmodell – die Lösung aller Probleme?!

Wie der Name des Hausarztmodells (nach §73 b SGB V) schon besagt, steht der Hausarzt, sei es Allgemeinmediziner oder Internist, im Mittelpunkt. Er stellt die erste Anlaufstelle für den Patienten, der in diesem Modell eingeschrieben ist, dar, unabhängig von der Art seines gesundheitlichen Problems. Der Hausarzt überweist den Patienten dann zum gegebenenfalls nötigen Gebietsarzt und koordiniert den gesamten Behandlungsablauf des Patienten.

Die expliziten Ziele der Einführung des Hausarztmodells sind eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und eine erhöhte Effektivität im Einsatz von medizinischen Mitteln (90); beides stellt die Interessen des Patienten in den Vordergrund. Ein Vorteil für die teilnehmenden Versicherten ist unter anderem die Ersparnis der Praxisgebühr. Der Vorteil für die Krankenkassen liegt in der Kontrolle über die in Anspruch genommenen Leistungen durch den Patienten.

Das Modell, auch „hausarztzentrierte Versorgung“ genannt, weist außerdem noch weitere Vorteile auf: die Patientendaten befinden sich in der Hand *eines* Arztes, der damit den Überblick behält und somit unnötige und kostenintensive Mehrfachuntersuchungen verhindert; der Patient hat einen Ansprechpartner, der ihn und seinen individuellen

biopsychosozialen Hintergrund kennt und daher besser verstehen kann; der Patient wird gezielt überwiesen, sodass ein „Doktor-Hopping“ unterbunden wird; und schließlich wird ein hoher Qualitätsstandard durch Fortbildungen und Kontrolle des Arztes durch die Krankenkassen gewährleistet.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hat in einer Studie die Zahl der Folgefälle nach Inanspruchnahme der verschiedenen Gebietsarztgruppen untersucht und untereinander verglichen. Hierbei ergab sich, dass Hausärzte deutlich weniger Folgefälle verursachen als die einzelnen Gebietsärzte (13). Dies lässt auf eine gute Qualität der Versorgung auf der Hausarztbene schließen und könnte die Sinnhaftigkeit eines Hausarztmodells durch statistische Fakten belegen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßte in einer Pressekonferenz vom 12.02.2003 ausdrücklich die Eckpunkte der bevorstehenden Gesundheitsreform, besonders betont wurde dabei auch das Hausarztmodell bzw. die stärkere Gewichtung des Hausarztes als Lotse im Gesundheitssystem (42).

Insgesamt liegt der Sinn des Hausarztmodells darin, für die Krankenkassen unnötig entstehende Kosten durch Mehrfachuntersuchungen und hohe Frequenz der Arztbesuche einzudämmen und gleichzeitig ein hohes Maß an Qualität für den Patienten zu garantieren.

Aber das vielseitig gepriesene Hausarztmodell hat auch Nachteile; nicht für die Krankenkassen, aber für Patienten und Ärzte. Das Recht auf freie Arztwahl ist eingeschränkt, denn auf der einen Seite nehmen nicht alle Hausärzte an dem Modell teil, sodass die Auswahl des Arztes für den Patienten eingeschränkt ist. Und auf der anderen Seite kann er auch nicht zu einem beliebigen Gebietsarzt gehen, sondern muss denjenigen konsultieren, zu dem ihn sein Hausarzt überwiesen hat⁴⁹ (25). Für den teilnehmenden Mediziner bedeutet ein solches Modell höheren Verwaltungsaufwand, der ihm von den Kassen nicht angerechnet wird (s. Kap. 2.3.1, 2.3.2).

Die Meinung der Patienten wird in einer Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) widergegeben: mehr als 50 % der befragten GKV-Versicherten

⁴⁹ Eine Studie von Flynn, Smith und Davis von 2002 fand heraus, dass das Hausarztmodell nicht ausreichend angenommen und somit der Vorteil der möglichen Kostenersparnis von der nicht vorhandenen Akzeptanz seitens Patienten und Ärzten überlagert wird.

bewerteten insgesamt die Einführung von Bonusprogrammen, wie zum Beispiel das Hausarztmodell, als „gut“ oder „sehr gut“ (96).

Allerdings sind bisher lediglich 2,6 Millionen Versicherte in das Hausarztmodell eingeschrieben, also weniger als 4 % der gesetzlich Krankenversicherten (13; 69).

Auch die Ärzte sind skeptisch, den Vertrag über die Teilnahme an einem Hausarztmodell mit den Krankenkassen zu schließen. Die Voraussetzungen hierfür sind ein Qualitätsmanagement mit Zertifizierung der Praxis und Teilnahme an vier bis sechs Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr. Dies bedeutet einen hohen Aufwand an Zeit zusätzlich zu dem Verwaltungsaufwand, den sie ohnehin schon haben (s. Kap. 2.3.2) und der ihnen nicht vergütet wird. Außerdem müssen sie den teilnehmenden Patienten eine maximale Wartezeit von 30 Minuten garantieren und sollen alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung nutzen, um eine stationäre Behandlung zu vermeiden. Dies alles sind Gründe dafür, dass bisher nur ein geringer Anteil der Hausärzte in das Modell eingeschrieben sind. In Niedersachsen sind es nach Angaben der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung nur rund 10 % (13).

Beske bewertet das Hausarztmodell insgesamt als tendenziell positiv, eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und eine Senkung der Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung seien möglich (13).

Auch in diesem Novum des GMG, der hausarztzentrierten Versorgung, spielt die Überweisung eine tragende Rolle; allerdings wird hier von vorne herein festgelegt, dass der *Arzt* auf Grund einer *medizinischen Indikation* entscheidet, ob, wann und zu wem der Patient überwiesen wird. Dies ist das wichtigste und auch unerlässliche Kriterium, das das Hausarztmodell von dem „normalen“ Ablauf einer Hausarztpraxis unterscheidet. Denn hier entstehen keine unnötigen Kosten von durch Überweisungen legitimiertem „Doktor-Hopping“, das durch das GMG schließlich unterbunden werden sollte. Eine dezidierte Regelung, um Wunschüberweisungen zu verhindern, existiert jedoch nicht.

2.4 Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und der Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

Der Bundesmantelvertrag – Ärzte wurde gemäß § 82 Abs. 1 und 2 SGB V⁵⁰ am 29.06.2005 abgeschlossen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den folgenden Verbänden des Gesundheitssystems: AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft. Er ist am 01.07.2005 in Kraft getreten und regelt gem. § 1 Abs. 1 die „vertragsärztliche Versorgung“.

Der Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV) wurde durch den Vertrag vom 29.06.2005 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. abgeschlossen und trat am 01.07.2005 in Kraft. Er regelt gem. § 1 Abs. 1 die „ärztliche Versorgung, die den Versicherten seitens der Ersatzkassen zusteht (vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen)“.

Der Bundesmantelvertrag - Ärzte und der „Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen haben alle Änderungen, die durch das GMG entstanden sind, berücksichtigt und stellen die Richtlinie für die ärztliche Tätigkeit dar.

Bestimmungen zur Praxisgebühr

Nach § 18 BMV-Ä und § 21 EKV ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, die Zuzahlung von 10 Euro zu erheben⁵¹ und kann die Behandlung ablehnen (§ 13 Abs. 7 BMV-Ä⁵² und § 13

⁵⁰ § 82 Abs. 1 und 2 SGB V: „Grundsätze: (1) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in den Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge. (2) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt. Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden.“

⁵¹ § 18 Abs. 1 BMV-Ä und § 21 Abs. 1 EKV: „Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.“

⁵² § 13 Abs. 7 BMV-Ä: „Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten (...) abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Krankenversichertenkarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet.“

Abs. 6 EKV⁵³, wenn der Patient keine Krankenversicherungskarte vorlegt oder die Gebühr nicht entrichtet. Die Zuzahlungsregelungen werden ebenfalls in § 18 BMV-Ä bzw. § 21 EKV erläutert.

Bestimmungen zu Überweisungen

Ausstellung von Überweisungen

Wenn die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen durch einen anderen Arzt erforderlich ist, muss der veranlassende Arzt eine Überweisung gemäß des vereinbarten Vordrucks (Muster 6, „Überweisungs-/Abrechnungsschein“, bzw. Muster 10, „Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“, der Vordrucksvereinbarung) ausstellen (§ 24 Abs. 1 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV⁵⁴).

Nach § 24 Abs. 1, 4 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV darf eine Überweisung nur dann ausgestellt werden, wenn besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur durch einen anderen Arzt durchgeführt werden können⁵⁵, wenn der Patient seinen Aufenthaltsort wechselt oder zur Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung⁵⁶. Die Indikationen sind also im BMV-Ä und im EKV klar definiert.

Gem. § 24 Abs. 7 BMV-Ä und § 27 Abs. 7 EKV müssen auf dem Überweisungsschein Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde und auch die Art der Überweisung vorhanden sein⁵⁷.

⁵³ § 13 Abs. 6 EKV: „Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten (...) abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Krankenversicherungskarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 21 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet.“

⁵⁴ § 24 Abs. 1 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV: „...durch Überweisung auf vereinbartem Vordruck (Muster 6 bzw. Muster 10 der Vordrucksvereinbarung...“ und § 24 Abs. 8 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV: „Überweisungen zur Durchführung (...) von entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen (...). Hierfür ist der Vordruck Muster 10 zu verwenden.“

⁵⁵ § 24 Abs. 1 BMV-Ä und § 27 Abs. 1 EKV: „Der Vertragsarzt hat die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt (...) durch Überweisung (...) zu veranlassen.“

⁵⁶ § 24 Abs. 4 BMV-Ä und § 27 Abs. 4: „Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind (...) nur zulässig zur 1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden, 2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken, 3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.“

⁵⁷ § 24 Abs. 7 BMV-Ä und § 27 Abs. 7 EKV: „Der überweisenden Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen. Er ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt.“

2.5 Kostenentwicklung in den Jahren 2001-2006

Das Resultat aus den Reformen der 1990er Jahre war im Jahre 2001 ein Defizit von 2,8 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung. Die Ausgaben für Leistungen pro versicherter Person insgesamt stiegen um 3,7 % (38). In den ersten drei Quartalen in 2002 betrug das Defizit bereits 3,17 Milliarden Euro und die Ausgaben für Leistungen pro versicherter Person insgesamt stiegen erneut um 3,2 % (41). Genau ein Jahr später, Ende September 2003, kurz vor der Einführung des GMG, hat sich das Defizit auf 2,58 Milliarden Euro verringert; die Ausgaben für Leistungen pro versicherter Person insgesamt erhöhten sich nur noch um 1,1 % (36).

Parallel zu dieser Entwicklung ist ein stetiger Anstieg der Gesundheitsausgaben je Einwohner zu verzeichnen: 1992 betragen sie noch 2020 Euro, zehn Jahre später, 2002, schon 2840. Dies bedeutet eine Steigerung um rund 40 % (21).

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 144,5 Milliarden Euro von den Krankenkassen ausgegeben,; im Gegensatz dazu betragen die Einnahmen lediglich 140,6 Milliarden Euro. Dies bedeutet ein Defizit von fast vier Milliarden Euro, das durch die Ergebnisse des GMG gesenkt werden sollte (39).

Im ersten Quartal 2004, das heißt direkt nach der Einführung des GMG, verzeichnete die Gesetzliche Krankenversicherung zum ersten Mal seit mehr als zehn Jahren einen Überschuss von knapp einer Milliarde Euro (37). Diese Entwicklung setzte sich über das ganze Jahr hinweg fort, sodass der Überschuss am Ende des Jahres 2004 4,02 Milliarden Euro betrug. Die Ausgaben für Leistungen pro versicherte Person insgesamt hatten sich dabei um 3,3 % verringert (40).

Ein Jahr später, Ende 2005, hat sich der Überschuss auf knapp 1,9 Milliarden Euro verringert (57). Es bleibt abzuwarten, wie sich die Zahlen weiterhin entwickeln und erst daraufhin kann über weitere Änderungen im Gesundheitswesen nachgedacht werden, die je nach Finanzbilanz entweder die begonnenen Maßnahmen im Grundgedanken fortsetzen oder komplett neu erarbeitet werden müssen.

Das Grundproblem der stetig steigenden Kosten existiert seit Beginn der Krankenversicherung vor über einhundert Jahren und konnte durch die immer wieder neu erdachten und vermeintlich für gut befundenen Gesetze nicht gelöst werden. Einige Grundideen (Kopfpauschale, Zuzahlungen) wurden früher bereits eingeführt, haben allerdings nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Und trotzdem werden gerade diese eigentlich gescheiterten Ansätze immer wieder neu in die ewig währende Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitssystems eingebracht, obwohl die Historie zeigt, dass diese Nova die Kosten nicht senken konnten und im Gegenteil eher gesteigert haben. Als letzte Möglichkeit bleibt dann nur noch die Erhöhung der Beitragssätze, die im Gegenzug die Gesamtwirtschaft belastet und erneut Reformen des Gesundheitssystems einfordert.

Ende des Jahres 2006, also zwei Jahre nach Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das eine Steigung der Krankenkassenbeiträge verhindern sollte, liegt der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bei 14,3 % und soll im Jahr 2007 um etwa 0,5 % auf durchschnittlich 14,7 % erhöht werden (48; 55; 71). Der Grund dafür sind 6,7 Milliarden Euro, die nach Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen⁵⁸ wahrscheinlich fehlen, um die Ausgaben der Krankenkassen in 2007 zu decken (56). Sie erwarten statt der vom Bundesministerium für Gesundheit errechneten Entlastung von 1,4 Milliarden Euro eine zusätzliche Belastung in Höhe von 450 Millionen Euro.

3. Aktuelle Studien zu den Folgen des GMG

Eine Evaluierung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist darin nicht vorgesehen (13).

Lediglich eine Auswertung der zu gewährenden Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a, Abs. 4 SGB V⁵⁹) soll erfolgen und eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in der

⁵⁸ Sie bestehen aus dem AOK-Bundesverband, dem BKK-Bundesverband, dem IKK-Bundesverband, der See-Krankenkasse, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

⁵⁹ § 65a, Abs. 4 SGB V: „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (...) Die Aufwendungen für die Maßnahmen (...) müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.“

vertragsärztlichen Versorgung ist durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen durchzuführen (§ 106 SGB V⁶⁰).

Der Gesetzgeber hat aber die Rahmenbedingungen für eventuelle Studien festgelegt: es dürfen nur Sozialdaten gespeichert werden (§ 284 Abs. 1 SGB V⁶¹ und § 286 SGB V⁶²), die dem Datenschutz unterliegen und anonymisiert werden müssen (§ 284 Abs. 3 SGB V⁶³, § 287 Abs. 2 SGB V⁶⁴) Anderweitige Datenbestände dürfen „leistungserbringer- und fallbeziehbar“ von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen für Forschungsvorhaben verwendet werden, die „insbesondere zur Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen oder von Erkenntnissen über örtlichen Krankheitsschwerpunkte“ verwendet werden (§ 287 Abs. 1 SGB V).

Um das Gesundheitsmodernisierungsgesetz an Hand von Zahlen evaluieren zu können, obwohl dies im Gesetz nicht vorgeschrieben ist, haben verschiedene Institutionen des Gesundheitssystems Studien durchgeführt, welche Fallzahlen⁶⁵ und Überweisungen betreffen.

Das Ergebnis aller Studien ist das gleiche: geringere Fallzahlen und mehr Überweisungen. Diese Zahlen reichen vermeintlich aus, um den Erfolg der Praxisgebühr als Steuerungsinstrument zu belegen. Dabei wurden die Ursachen der jeweiligen Überweisung nicht bewertet (s. Kap. 2.2.2 und 2.3.2).

⁶⁰ § 106 SGB V: „Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung: Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.“

⁶¹ § 284 Abs. 1 SGB V: „Sozialdaten bei den Krankenkassen: Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, (...). Die (...) gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden...“

⁶² § 286 SGB V: „Datenübersicht: Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten Sozialdaten. (...) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln in ihren Dienstanweisungen das Nähere insbesondere über (...) die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen, insbesondere der Maßnahmen nach der Anlage zu § 78a des Zehnten Buchs.“

⁶³ § 284 Abs. 3 SGB V: „...für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu anderen Zwecken ist der Versichertenbezug vorher zu löschen.“

⁶⁴ § 287 Abs. 2 SGB V: „Sozialdaten sind zu anonymisieren.“

⁶⁵ Summe aller Abrechnungsfälle in einem Abrechnungszeitraum (51)

3.1 Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen hat die Steuerungsfunktion der Praxisgebühr untersucht und mittels einer Umfrage unter GKV-Versicherten nach dem 1.Quartal 2004 und nach dem 1.Quartal 2005 bewertet (97): in den ersten drei Monaten von 2004 suchten 69,9 % der Versicherten einen Arzt auf, ein Jahr später waren es 73,5 %.

In beiden Jahren konsultierten ungefähr 40 % der Patienten mehr als zwei Ärzte; dies geschah in fast allen Fällen mit der einmaligen Entrichtung der Praxisgebühr und danach mit Überweisungen von dem Arzt, den die Patienten als erstes im Quartal aufgesucht hatten.

Von allen Arztkontakten insgesamt durch Versicherte mit mehreren Arztkontakten erfolgten 2004 87,2 % auf Grund einer Überweisung, 2005 nur 83,7 %. 2005 haben 46,1 % der Versicherten zunächst ihren Hausarzt aufgesucht und anschließend den Gebietsarzt mit der entsprechenden Überweisung; dies ist weniger als 2004 (50,6 %).

Diese Zahlen machen die Bedeutung der Überweisungen deutlich und scheinen auch für eine positive Bewertung der Praxisgebühr als Steuerungselement zu sprechen. Allerdings wurde hier nicht betrachtet, ob die Überweisungen tatsächlich medizinisch notwendig waren oder ob der Patient sie gefordert hat. Es ist also lediglich zu konstatieren, dass die Zahl der Überweisungen durch den Hausarzt gestiegen ist, was für die gestärkte Position des Hausarztes im Gesundheitssystem zu sprechen scheint (und vielleicht auch durch das Hausarztmodell bewirkt wurde, s. Kap. 2.3.2 und 2.3.3.). Eine Aussage über die Ursache ist damit nicht getroffen.

3.2 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hat in einer im Januar 2005 veröffentlichten Studie Fallzahlen und Überweisungen in den Jahren 2003 und 2004 verglichen (Quelle: Stichprobenanalyse auf Basis des ZI-ADT-Panels⁶⁶) (18).

⁶⁶ Zufallsstichprobe anonymisierter Leistungsdaten der Abrechnungsdatenträger mit ca. 600.000 Behandlungsfällen je Quartal

Im Vergleich zum Jahr 2003, vor der Einführung der Praxisgebühr, sind die Fallzahlen insgesamt um 8,7 % im Jahr 2004 gesunken. Dabei verzeichneten die Dermatologen einen Rückgang um 17,5 %, die Gynäkologen um 15,1 % und Augenärzte, Chirurgen, HNO-Ärzte und Orthopäden um mehr als 10 %. Die Fallzahlen der Hausärzte, das heißt Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten, sind lediglich um 6,5 bzw. 6,7 % gesunken.

Der Anteil der Überweisungen ist im Vergleich der Quartale 2003 und 2004 deutlich unterschiedlich. Im Jahr 2003 erfolgte lediglich ein geringer Teil der Arztbesuche auf Grund von Überweisungen (8,7 % im zweiten Quartal 2003), während es ein Jahr später (zweites Quartal 2004) insgesamt 46 % waren. Berücksichtigt man die hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater nicht, sondern betrachtet nur die Zahlen von den Gebietsärzten (Augenärzte, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Internisten, Neurologen, Orthopäden und Urologen), ergibt sich ein Anteil von Überweisungen an den Fällen insgesamt von 64,5 % (2003: 14,3 %). Dies entspricht einer Vervierfachung der Überweisungsfälle nach Einführung der Praxisgebühr.

Die Zahl der Fälle pro Praxis und Quartal (in allen Arztgruppen) betrug im ersten Quartal 2000, nach Einführung des Gesundheitsreformgesetzes, 1508 und sank auf 1358 im dritten Quartal 2003. Dies bedeutet eine Senkung um knapp 10 %. In dieser Zeit wurden lediglich einige Gesetze zur kurzfristigen Kostendämpfung erlassen, nicht jedoch große Reformen. Nach der Einführung des GMG sank die Zahl auf 1297 Fälle im ersten Quartal 2004 und weiterhin auf 1234 Fälle im dritten Quartal 2004. Diese Zahl entspricht einer Reduktion um knapp 10 % (Vergleich 3/2003 und 3/2004), genauso viel wie nach drei Jahren ohne grundlegende Reformen. Ein Jahr später, im dritten Quartal 2005, hat sich die Fallzahl pro Praxis nur geringfügig verändert (1214). Der Trend zur starken Senkung der Fallzahlen hat sich also nicht fortgesetzt.

3.3 Kassenärztliche Vereinigungen (KV)

KV Nordrhein

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt den Fallzahlrückgang nach der Einführung der Praxisgebühr ebenfalls fest (64).

Die Zahl der Arztbesuche hat sich im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 im zweiten Quartal 2004 in allen Fachgruppen um 7,4 % verringert.

Die Hausärzte allerdings hatten einen Verlust von lediglich 3,6 % zu verzeichnen, während es bei den Gebietsärzten insgesamt 9,0 % waren. Besonders bei Augenärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Dermatologen und Orthopäden machte sich der Rückgang stark bemerkbar (Verlust von 15 %).

KV Westfalen-Lippe

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe kann den Rückgang der Fallzahlen und den gleichzeitigen Anstieg der Überweisungen bestätigen (67).

Die Zahl der Überweisungen in Westfalen-Lippe hat 2004 im Vergleich zum Jahr 2003 in absoluten Zahlen um 10 Millionen zugenommen, dem entsprechen 229 %. Der Anteil der Überweisungen an den Behandlungsfällen beträgt bei den Gebietsärzten zwischen 40 und 70 %: Gynäkologen 39,4 %, HNO-Ärzte 57,0 %, Dermatologen 57,8 %, Augenärzte 62,6 %, Orthopäden 65,1 % und Urologen 71,0 %.

Die Fallzahl aller Fachgruppen insgesamt ist um 7,7 % gesunken; auch hier ist wieder ein Unterschied zwischen hausärztlich tätigen Ärzten (-8,1 %) und Gebietsärzten (-11,4 %) zu erkennen. Den höchsten Verlust haben Dermatologen zu verzeichnen (-15,4 %), gefolgt von Augenärzten (-13,6 %), Gynäkologen (-13,1 %), Chirurgen (-12,0 %), HNO-Ärzten (-10,9 %) und Orthopäden (-9,1 %).

KV Rheinhessen

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen stellte einen Anteil der Überweisungen an den Behandlungsfällen insgesamt von 65,9 % im zweiten Quartal 2004 fest. Ein Jahr zuvor betrug diese Zahl lediglich 15,1 % (66).

KV Berlin

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin verzeichnete im ersten Quartal 2005 auf der einen Seite 10 % weniger Arztbesuche als im ersten Quartal 2003. Auf der anderen Seite jedoch war die Fallzahl im Vergleich zum ersten Quartal 2004 um 1,5 % gestiegen. Trotzdem bleibt eine Verringerung der Fallzahlen weiterhin zu erwarten (62).

3.4 Universität Heidelberg

Wissenschaftler der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg beschäftigten sich im Jahre 2004 mit der Zufriedenheit der Patienten nach Konsultation eines Gebietsarztes auf Grund einer medizinischen Indikation im Gegensatz zu einer freiwilligen Inanspruchnahme (73).

Untersucht wurden alle Überweisungen von je einem Wochentag in fünf Wochen (Juni und Juli 2004) in 25 zufällig ausgesuchten Hausarztpraxen in Marbach, Süd-Deutschland. Die Zahl der bewerteten Überweisungen betrug 446.

Es ergab sich eine höhere Anzahl an Patienten (83 %), die zufrieden waren, wenn sie den Gebietsarzt auf Grund einer Überweisung vom Hausarzt aufsuchten. Dies spricht für eine zentrale Rolle des Hausarztes in der Behandlung von Patienten. Außerdem wurde gefunden, dass die Rate der Überweisungen nicht korrelierte mit der medizinischen Notwendigkeit, was den Schluss zulässt, dass mehr Überweisungen ausgestellt wurden, als tatsächlich indiziert gewesen wären. In der vorliegenden Studie wird auf die Ursache der Überweisungen besonders eingegangen und die Richtigkeit dieser Feststellung belegt.

4. Empirische Analyse

4.1 Hypothesen

Ziel der vorliegenden empirischen Analyse ist es, die Folgen der Praxisgebühr zu dokumentieren an Hand von Fallzahl und Zahl der Überweisungen in zufällig ausgewählten Hausarztpraxen. Es soll gezeigt werden, ob und wie der theoretische Ansatz der Praxisgebühr als Steuerungsinstrument des Patienteninanspruchnahmeverhaltens in praxi effizient umgesetzt werden kann.

Fallzahl in den Quartalen

Bezüglich der Fallzahlen wird angenommen, dass die Fallzahl im zweiten Quartal 2004 deutlich geringer ist als im zweiten Quartal 2003, da die Praxisgebühr für einige Patienten eine Hemmschwelle darstellt, einen Arzt aufzusuchen, und somit weniger Patienten verzeichnet werden können.

Zahl der Überweisungen

Es besteht die grundsätzliche Vermutung, dass die Zahl der Überweisungen durch die Einführung der Praxisgebühr mit dem zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz gestiegen ist. Patienten, die mit einer Überweisung den Gebietsarzt aufsuchen, müssen dort nicht ein weiteres Mal die Zuzahlung leisten, die sie schon beim ersten Kontakt im jeweiligen Quartal mit einem Arzt, meistens dem Hausarzt, entrichtet haben (siehe hierzu Kap. 2.3.1). Um diese Hypothese bestätigen zu können, werden alle ausgestellten Überweisungen aus dem zweiten Quartal 2004 mit den Überweisungen aus dem zweiten Quartal 2003, vor der Einführung der Praxisgebühr, verglichen (siehe hierzu Kap. 4.2).

Ursache der Überweisungen

Weiterhin ist anzunehmen, dass der größte Anteil der im Zuge der Praxisgebühr ausgestellten Überweisungen aus einem Patientenwunsch resultiert. Denn der Patient fordert von dem Arzt, bei dem er die Zuzahlung in Höhe von zehn Euro bezahlt hat, auch eine gewisse Anzahl an

Überweisungen zu anderen (Gebiets-) Ärzten, die im medizinischen Sinne nicht ausnahmslos zu rechtfertigen sind, um dort die Gebühr zu sparen (siehe hierzu Kap. 2.3). Die Anzahl dieser „Wunschüberweisungen“ wird mit der Anzahl der im zweiten Quartal 2003 geschriebenen Wunschüberweisungen verglichen, die als deutlich geringer erwartet wird.

Zeitpunkt der Überweisungen

Damit den Patienten, die sich Wunschüberweisungen ausstellen lassen, genügend Zeit bleibt bis zum Ende des Quartals, also dem Zeitpunkt des Verfalls der Überweisung, die gewünschten Gebietsärzte aufzusuchen, müssen sie zu Beginn des jeweiligen Quartals den Hausarzt aufsuchen und sich dort die gewünschten Überweisungen geben lassen. Es wird daher angenommen, dass die meisten Wunschüberweisungen in den ersten zehn Arbeitstagen nach Beginn des Quartals ausgestellt werden. Um dies zu zeigen, wird diese Zahl mit der Zahl der Überweisungen der restlichen etwa 50 Tage des Quartals kontrastiert.

Weitere erhobene Daten

Im Zuge der Auswertung werden weitere Parameter der Überweisungen und der Patienten untersucht: das Ziel der Überweisung sowie Alter und Geschlecht des Patienten, der die Überweisung erhält. Die Ergebnisse aus dem zweiten Quartal 2003 werden den Ergebnissen des zweiten Quartals 2004 gegenüber gestellt.

Ob der Anstieg der Überweisungen im zweiten Quartal 2004 alters- oder geschlechtsgebunden ist, kann nicht vorhergesagt werden und wird erst durch die Auswertung der Ergebnisse gezeigt. Ebenfalls ist nicht abzusehen, ob und in welchem Ausmaß sich Art und Ziel der Überweisungen ändern; auch hierbei sind die Auswertungen abzuwarten.

Stadt- und Landpraxis

Die Ergebnisse der oben beschriebenen Auswertungen werden schließlich aufgeteilt in die Ergebnisse eines Gebietes mit hoher Ärztedichte und die eines Gebietes mit geringer Ärztedichte. Es wird angenommen, dass in der Stadt, wo deutlich mehr Ärzte verfügbar sind, ein höheres Patientenaufkommen besteht und dementsprechend mehr Überweisungen ausgestellt werden, da der Gebietsarzt meistens nicht weit entfernt ist. In ländlichen Gebieten

findet sich eine geringere Ärztedichte, sodass der Weg des potentiellen Patienten zu seinem gewünschten Arzt zu zeitaufwändig ist, um ihn ohne tatsächlich bestehenden Zwang, ergo mit fehlender medizinischer Indikation, aufzusuchen.

4.2 Methoden

Datenerhebung

Die vorliegende, retrospektive Studie vergleicht die Überweisungen des zweiten Quartals 2003 mit den im zweiten Quartal 2004 ausgestellten Überweisungen von zwanzig zufällig ausgewählten Hausarztpraxen.

Auswahl des Zeitraums

Da das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, also auch die Praxisgebühr, zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist, liegt es auf der Hand, eine Gegenüberstellung von einem Zeitraum unmittelbar vor und einem Zeitraum kurz nach dem Erlass durchzuführen. Beide dürfen zeitlich nicht zu weit auseinander liegen, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Praxisgebühr wird jeweils in einem Quartal wirksam, sodass es hier logisch erscheint, als Zeitraum zwei Quartale zu wählen, die miteinander verglichen werden.

Das erste Quartal, in dem die Zuzahlung von zehn Euro wirksam wurde, also das erste Quartal 2004, war zu stark geprägt durch eine Berichterstattung der Medien, die die Patienten möglicherweise davon abhielt, einen Arzt aufzusuchen und ihr gesamtes Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst hat. Es wird angenommen, dass sich im zweiten Quartal 2004 die Beeinflussung durch die Medien abgeschwächt hat und die Patienten ihr „normales“ Verhalten gezeigt haben.

Weiterhin ist eine Skepsis der Menschen gegenüber Neuerungen und Reformen anzunehmen, die ihr Verhalten in der ersten Zeit nach Einführung dieser Neuerungen prägen. Ein Gewöhnungseffekt tritt erst nach einigem Zeitabstand ein, sodass sich das Verhalten regulieren und auch normalisieren kann.

Aus diesen Gründen ist das zweite Quartal 2004 gewählt worden; es wird mit dem gleichen Quartal des Vorjahres verglichen, um jahreszeitlich bedingte Schwankungen des Krankheits- und Patientenaufkommens auszuschließen.

Auswahl der Stichprobe

Zwanzig Hausarztpraxen als Quelle der Daten zu verwenden erschien weder als gering noch als zuviel, da die Zahl der vermutlich auszuwertenden Überweisungen schwierig zu schätzen war. Es wurde allerdings eine Größenordnung der Anzahl der Überweisungen angenommen, die einer statistischen Signifikanz nicht entbehren würde.

Voraussetzungen

Die einzige Voraussetzung der zu wählenden Arztpraxen war die Fachrichtung: es wurden nur Ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten ausgewählt, da sie die Hausarztfunktion im Gesundheitssystem inne haben (siehe hierzu Kap. 2.3) und somit für die Patienten den ersten Ansprechpartner darstellen (sollen).

Die Auswahl der Praxen geschah zufällig: sie wurden beliebig ausgewählt aus der Liste der 178 als akademische Lehrpraxen der Universität zu Köln verzeichneten Hausarztpraxen. Hier wurde ein erhöhtes Engagement in der Studentenbetreuung angenommen, da die Funktion als akademische Lehrpraxis Mehrarbeit sowie Interesse am Umgang mit Studenten bedeutet, und dieses Engagement auf die Bereitschaft, Daten zur Verfügung zu stellen, übertragen.

Da allerdings einige der angeschriebenen akademischen Lehrpraxen ihre Daten nicht freigeben mochten, obwohl Datenschutz und die Anonymisierung der Daten versichert wurden, wurden die Voraussetzungen zum Eingang in die Stichprobe erweitert, sodass schließlich nur das Kriterium der hausärztlichen Tätigkeit angewendet wurde. Letztlich setzt sich die Datenstichprobe also nicht ausschließlich aus akademischen Lehrpraxen zusammen.

Verhältnis Stadt- und Landpraxen

Zunächst wurde versucht, ein Verhältnis der Stadt- zu den Landpraxen von 60:40 einzuhalten, um eine heterogene Mischung aus Arztpraxen eines städtischen Gebiets, das eine deutlich

höhere Versorgungsdichte aufweist, und Arztpraxen eines ländlichen Gebiets mit geringerer Ärztedichte zu schaffen.

Dies allerdings gelang aus oben genannten Gründen nicht gänzlich, sodass schließlich 14 Hausarztpraxen aus einem Gebiet mit hoher Ärztedichte und sechs aus einem Gebiet mit geringer Ärztedichte untersucht wurden (70:30).

Es wurden also geringfügig mehr Stadtpraxen als vorgesehen untersucht, was dennoch dem Verhältnis der Versorgungsdichte in städtischen und ländlichen Gebieten Rechnung trägt.

Als Gebiet mit einer hohen Ärztedichte wurde jede Stadt mit mehr als 60.000 Einwohnern festgelegt⁶⁷ (26); weniger Einwohner bedeuteten dementsprechend ein Gebiet mit geringer Ärztedichte. Als Quelle der Einwohnerzahlen dienten Daten des Statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalen (93). Insgesamt wurden Praxen aus drei Städten und sechs Orten ausgewählt.

Auswertung der Daten in den Hausarztpraxen

Auf Basis des jeweiligen in den Arztpraxen vorhandenen Datenverarbeitungsprogramms wurde die Datenerhebung vorgenommen.

Die verschiedenen Programme haben zwar unterschiedliche Masken und auch Funktionen, die Zahl der Überweisungen und die einzelne Überweisung lassen sich jedoch bei allen Systemen aufrufen.

Fallzahl

In jeder Praxis wurde die Fallzahl der beiden Quartale notiert. Diese nennt die Anzahl der Patienten, die mindestens einmal pro Quartal die Hausarztpraxis aufgesucht haben.

In einer Hausarztpraxis in dem Gebiet mit hoher Ärztedichte existiert für das zweite Quartal 2003 kein Wert, sodass die Stichproben, die entweder alle Praxen oder nur die großen

⁶⁷ Als „große kreisangehörige Städte“ gelten alle „kreisangehörigen Gemeinden mit mehr als 60.000 Einwohnern“, § 4 Abs. 1 GO NW

Stadtpraxen umfassen, sich bei der Fallzahl-Statistik dementsprechend jeweils um eine Praxis verringern.

In neun (2003) bzw. zehn (2004) Hausarztpraxen der Stichprobe war es zusätzlich möglich, die Fallzahl in die beiden Geschlechter aufzuteilen.

Anzahl der Überweisungen pro Patient

An Hand der Patientendaten (Patientennummer, Praxisnummer und das dazugehörige Quartal) kann festgestellt werden, wieviele Überweisungen jeder einzelne Patient im jeweiligen Quartal erhielt.

Daraus ergibt sich dann für jedes der beiden Quartale eine spezifische Verteilung der Anzahl der Überweisungen pro Patient.

Patientendaten

Die Daten der Patienten, die eine oder mehrere Überweisungen erhalten haben, sind in anonymisierter Form dokumentiert worden. Jeder Patient erhielt eine Nummer, die ihn im Zusammenhang mit der vergebenen Praxis-Nummer kennzeichnet.

Es wurden Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten notiert. Jeweils das Alter zum Zeitpunkt des Ausstellungstags der Überweisung floss in die Auswertungen ein.

Überweisungen

Die durch das Computersystem aufgelisteten Überweisungen wurden einzeln aufgerufen und die Formulare auf ihre Merkmale hin ausgewertet.

Ursache der Überweisungen

Die Ursache der Überweisungen ist in zwei Kategorien aufgeteilt: „durch den Arzt initiiert“ oder auf Grund eines Patientenwunschs. Erstere konnten von den sogenannten Wunschüberweisungen durch einen expliziten Eintrag im Diagnosefeld des

Überweisungsformulars unterschieden werden. Wurde die Überweisung auf Forderung des Patienten ausgestellt, blieb das Feld leer (sog. Blankoüberweisung) oder es fand sich einer der folgenden Textbausteine: „Kontrolluntersuchung“, „fachfremde Erkrankung (FFE)“, „Gesamtstatus und Bericht erbeten“. Diese Textbausteine unterschieden sich je nach Arzt und wurden von jedem einzelnen Arzt vor der Datenerhebung als kennzeichnend für eine „Wunschüberweisung“ definiert (siehe hierzu Tab.1).

Tab. 1: Übersicht über die Kennzeichnung der Wunschüberweisungen in den einzelnen Praxen

Praxis (anonym)	Kennzeichnung für Wunschüberweisung
A	Blankoüberweisung
B	Blankoüberweisung
C	Kontrolluntersuchung
D	Blankoüberweisung
E	Blankoüberweisung
F	Blankoüberweisung
G	Blankoüberweisung
H	Blankoüberweisung
I	fachfremde Erkrankung (FFE)
J	Blankoüberweisung
K	Blankoüberweisung
L	Blankoüberweisung
M	Gesamtstatus und Bericht erbeten
N	Blankoüberweisung
O	fachfremde Erkrankung (FFE)
P	Blankoüberweisung
Q	Blankoüberweisung
R	Blankoüberweisung
S	Blankoüberweisung
T	Blankoüberweisung

Ziel der Überweisungen

Das Ziel der Überweisung ist der jeweilige Gebietsarzt, an den überwiesen wird. Es ergeben sich hier folgende Möglichkeiten: Allgemeinmedizin, Anästhesie, Angiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Diabetologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Genetik, Gynäkologie, HNO-Heilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie, Notfallmedizin, Nuklearmedizin, Onkologie, Orthopädie, Pädiatrie, Pathologie,

Phlebologie, Pneumologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Radiologie, Rheumatologie, Schlafmedizin, Schmerzmedizin, Strahlenmedizin, Urologie und Zahnmedizin.

Unter der Fachdisziplin Allgemeinmedizin sind die Sportmedizin, die Homöopathie und der Arzt/die Ärztin am Urlaubsort zusammengefasst. Überweisungen, die für Neurologie/Psychiatrie ausgestellt waren, wurden auf die Diagnose hin überprüft und dann entweder der Psychiatrie (psychische Störungen) oder der Neurologie (alle anderen) zugeordnet. Gesichts-, Kiefer- und plastische Chirurgie wurden der Chirurgie zugeteilt. Die Psychosomatik wurde der Psychotherapie beigelegt und alle Fächer der Inneren Medizin, sofern sie einzeln genannt wurden, auch als einzelne Disziplin aufgeführt.

Ausstellungsdatum der Überweisungen

Das Ausstellungsdatum der Überweisung lässt Rückschlüsse zu, an welchen Tagen die Rate besonders der Wunschüberweisungen am höchsten ist.

Es wird besonders die Anzahl der Überweisungen betrachtet, die am ersten Tag des Quartals (01.04.2003 bzw. 01.04.2004), in der ersten Woche (01.04.-06.04.2003 bzw. 01.04.-04.04.2004), im ersten Monat (April 2003 bzw. April 2004), montags, an Wochenend- oder Feiertagen und am letzten Tag des Quartals (30.06.2003 bzw. 30.06.2004) verzeichnet sind.

Auswertung mit statistischen Testverfahren

Prinzip und Verwendung eines statistischen Testverfahrens

Die vorliegende Stichprobe mit $n=20$ Hausarztpraxen, aus denen sich eine Gesamtsumme der Überweisungen ergibt, liefert Ergebnisse, die auf die Grundgesamtheit (5938 niedergelassene Ärzte in Gebiet Nordrhein⁶⁸) bezogen werden und eine Aussage über die in allen diesen Hausarztpraxen ausgestellten Überweisungen treffen sollen. Die zufallsbedingte Streuung kann verhindern, dass sich diese Ergebnisse tatsächlich auf eine Grundgesamtheit beziehen, und zur Folge haben, dass sie nur auf die Stichprobe anwendbar sind. Diejenigen Komponenten, die zur zufallsbedingten Streuung zusammengefasst werden, sind nicht

⁶⁸ davon 3947 Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Praktische Ärzte und 1991 hausärztlich tätige Internisten; KV Nordrhein, Stand 30.03.2007

erfasste Einflussgrößen, eventuell vorhandene Störgrößen, Messfehler und Beobachtungsfehler.

Ein statistisches Testverfahren (in dieser Studie der Chi-Quadrat-Test für kategorielle Variablen) prüft, ob die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit bezogen werden können. Mit dem geeigneten Testverfahren wird errechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit sich die vorliegenden Ergebnisse zufällig ergeben würden. Wenn diese errechnete Wahrscheinlichkeit geringer ist als 0,05, gilt das Ergebnis als „statistisch signifikant“ und ist nicht durch den Zufall bedingt. Ist sie höher als 0,05, so bedeutet dies lediglich, dass ein Zufall nicht ausgeschlossen ist.

Liegt der gefundene p-Wert unter 0,05, so ist das in der Stichprobe gefundene Ergebnis auch auf die Grundgesamtheit aller ausgestellten Überweisungen in den Hausarztpraxen des Gebietes Nordrhein anwendbar. Andernfalls ist zu postulieren, dass der beobachtete Effekt nur in der Stichprobe existiert und nicht auf die Grundgesamtheit bezogen werden kann.

Durch die Größe der Stichprobe, ergo die große Anzahl von Überweisungen, gelten auch geringe prozentuale Unterschiede als „statistisch signifikant“. Die Relevanz dieser Unterschiede für die Praxis muss jedoch im Einzelfall diskutiert werden.

Da die vorliegende Studie retrospektiv durchgeführt wurde, sind jedoch die statistisch signifikanten p-Werte als explorativ zu betrachten. Es ist im Nachhinein nicht möglich, eventuelle Störgrößen, die das Ergebnis beeinflussen, zu erkennen und dementsprechend das Studiendesign zu verändern, sodass möglicherweise auch statistisch signifikante Ergebnisse nicht unbedingt und alleinig auf das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, und somit auf die Praxisgebühr, zurückzuführen sind.

Prinzip der einzelnen Fälle

Beim Prinzip der einzelnen Fälle werden die jeweils doppelt in der Stichprobe vorhandenen Fälle (charakterisiert durch die Patientenummer, die zugehörige Praxis-Nummer und das Quartal, in dem die Überweisung ausgestellt wurde) gestrichen; es wird dann entweder der jeweils erste (PrimaryFirst) oder letzte Fall (PrimaryLast) als der „primäre Fall“ gewertet. In

der danach durchgeführten Analyse wird eine Verzerrung durch eine Stichprobe mit allen, also auch den doppelten Fällen vermieden.

Bei zwei Statistiken (Geschlecht / Quartal und Alter / Quartal) werden nur die Ergebnisse aus der Stichprobe verwendet, die keine doppelten Fälle mehr enthält. Auf diese Weise gehen Alter und Geschlecht der Patienten mit mehr als einer Überweisung jeweils nur einmal in die Stichprobe ein.

Bei der Statistik Datum / Quartal werden die Ergebnisse des PrimaryFirst und PrimaryLast dazu genutzt, ermitteln zu können, wie viele einzelne Patienten am ersten Tag des jeweiligen Quartals die Arztpraxis aufgesucht haben, um eine oder mehrere Überweisungen zu erhalten.

Logistische Regressionsanalyse

Um für die gesamte Stichprobe eine Abschätzung vornehmen zu können, welche unabhängigen Variablen (Geschlecht, Alter, Quartal, Zeitpunkt der Überweisung im jeweiligen Quartal und das Gebiet, dem die Arztpraxis zugeteilt ist, in der die Überweisungen ausgestellt wird, ergo Gebiet mit hoher oder geringer Ärztedichte) einen Einfluss auf die abhängige Variable Überweisung hat, wird eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Der Wert des Koeffizienten Beta zeigt die Größenordnung des Einflusses an: je größer der Betrag des Beta-Wertes, desto größer ist der Einfluss der unabhängigen auf die abhängige Variable.

Dabei bedeutet ein negativer Koeffizient, dass bei einer kategorialen Variablen (Geschlecht, Quartal, Zeitpunkt der Überweisung im Quartal und Gebiet) die Wahrscheinlichkeit für eine Wunschüberweisung in der Referenzkategorie höher ist als in der gegenübergestellten Kategorie.

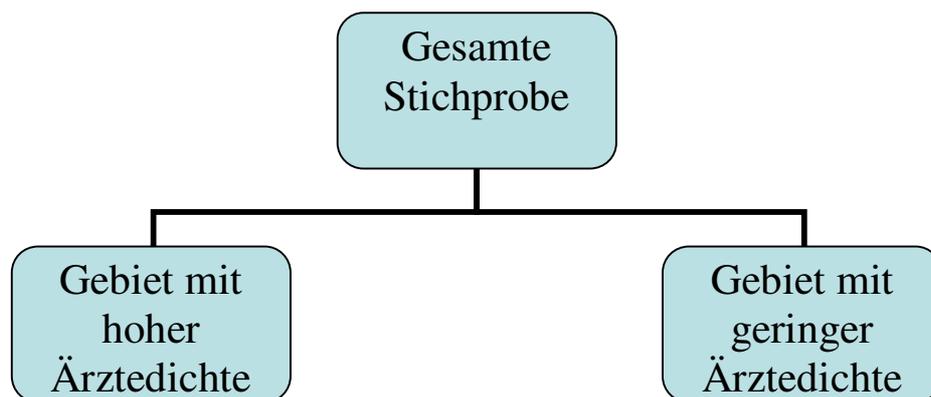
Bei der Variable Alter bedeutet ein Koeffizient, der größer ist als ,0', dass die Wahrscheinlichkeit für eine Wunschüberweisung mit dem jeweils um zehn Jahre steigenden Alter zunimmt.

Eine Interpretation der Ergebnisse ist nur für signifikante Koeffizienten möglich.

4.3 Ergebnisse

Die ermittelten Ergebnisse werden zunächst in der gesamten Stichprobe betrachtet und danach in die Kategorien „Gebiet mit hoher Ärztedichte“ und „Gebiet mit geringer Ärztedichte“ eingeteilt.

Abb. 1: Übersicht der Stichprobe



4.3.1 Ergebnisse für die gesamte Stichprobe

Fallzahl in den Quartalen

Alle Patienten

Tab. 2: Gesamte Stichprobe:

Fallzahl im 2. Quartal 2003

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	19	422	2438	1270

Tab. 3: Gesamte Stichprobe:

Fallzahl im 2. Quartal 2004

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	20	359	2325	1201

Im zweiten Quartal 2003 werden in 19 Hausarztpraxen zwischen 422 und 2438 Patienten gezählt, was als Mittelwert 1270 Patienten ergibt⁶⁹.

Im zweiten Quartal 2004 haben sich sowohl der minimale (359 Patienten) als auch der maximale Wert (2325 Patienten) verringert, sodass der Mittelwert pro Praxis etwa 69 Patienten weniger ergibt (1201).

Aufteilung auf die Geschlechter

Im zweiten Quartal 2003 kann die Fallzahl in neun Hausarztpraxen auf die beiden Geschlechter aufgeteilt werden, im zweiten Quartal 2004 war dies in zehn Praxen möglich; hierbei ergeben sich folgende Mittelwerte (siehe hierzu auch Tab. 70-73 im Anhang):

⁶⁹ Die große Spannweite der minimalen und maximalen Fallzahl ergibt sich aus der Betrachtung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen, siehe hierzu Kap. 4.1.6

**Tab. 4: Gesamte Stichprobe:
Fallzahl, aufgeteilt nach Geschlecht**

	Anzahl der Hausarztpraxen	Fallzahl Minimum	Fallzahl Maximum	Fallzahl Mittelwert
2. Quartal 2003				
Männliche Patienten	9	177	1218	645
Weibliche Patienten	9	245	1513	789
2. Quartal 2004				
Männliche Patienten	10	142	1093	621
Weibliche Patienten	10	217	1309	792

In beiden Quartalen werden mehr weibliche als männliche Patienten in den Hausarztpraxen gezählt, wobei die Anzahl der Männer im zweiten Quartal 2004 geringer und diejenige der Frauen minimal erhöht bzw. gleich geblieben ist.

Anzahl der Überweisungen pro Patient

Alle Patienten

**Tab. 5: Gesamte Stichprobe:
Überweisungen pro Patient**

		Quartal			Gesamt
		2/2003	2/2004		
Überweisungen	1,00	Anzahl	4150	6588	10738
		% von Quartal	75,1%	56,0%	62,1%
	2,00	Anzahl	957	3036	3993
		% von Quartal	17,3%	25,8%	23,1%
	3,00	Anzahl	263	1291	1554
		% von Quartal	4,8%	11,0%	9,0%

	4,00	Anzahl	121	512	633
		% von Quartal	2,2%	4,4%	3,7%
	5,00	Anzahl	22	201	223
		% von Quartal	,4%	1,7%	1,3%
	6,00	Anzahl	8	84	92
		% von Quartal	,1%	,7%	,5%
	7,00	Anzahl	2	30	32
		% von Quartal	,0%	,3%	,2%
	8,00	Anzahl	1	11	12
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%
	9,00	Anzahl	2	7	9
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%
	10,00	Anzahl	0	1	1
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
	11,00	Anzahl	2	1	3
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
Gesamt		Anzahl	5528	11762	17290
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 erhalten 75,1 % der Patienten, für die überhaupt eine Überweisung geschrieben wird, genau eine Überweisung. Im zweiten Quartal 2004 wird nur noch für 56,0 % der Patienten eine Überweisung ausgestellt, für 25,8 % sind zwei Überweisungen verzeichnet und für 11,0 % drei.

Die maximale Anzahl an Überweisungen, die für einen Patienten geschrieben wird, beträgt in beiden Quartalen elf, wobei auffällt, dass im zweiten Quartal 2004 immerhin für 134 Patienten (etwa 1,2 %) sechs Überweisungen oder mehr ausgestellt werden. Im Vorjahr beträgt diese Anzahl nur 15 bzw. 0,1 %.

Aufteilung auf die Geschlechter

Im zweiten Quartal 2003 teilt sich die Anzahl der Überweisungen gleichermaßen auf Frauen und Männer auf, sodass hier kein Unterschied im Vergleich zu den Ergebnissen für beide Geschlechter vorliegt (siehe hierzu Tab. 35/36 im Anhang).

Im zweiten Quartal 2004 allerdings erhalten 62,2 % der Männer nur eine Überweisung, während der Anteil der Frauen mit genau einer Überweisung bei etwas mehr als der Hälfte

liegt (52,1 %). Für insgesamt 39,4 % der Frauen werden zwei oder drei Überweisungen geschrieben; bei den Männern beträgt dieser Anteil 32,6 %.

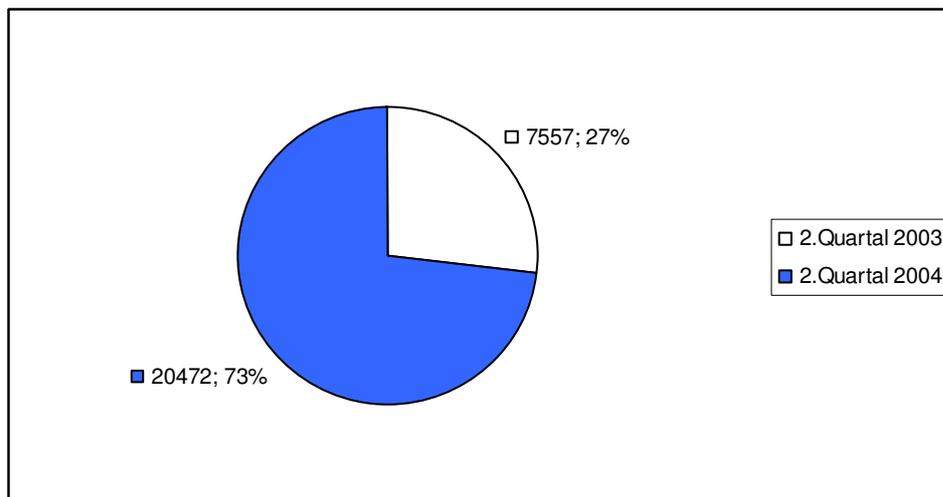
102 der insgesamt gezählten 7247 Patientinnen und 32 der 4515 männlichen Patienten erhalten im zweiten Quartal 2004 mindestens sechs Überweisungen, was einem Anteil von 1,4 % bzw. 0,7 % entspricht.

Überweisungen

Die gesamte Stichprobe besteht aus 28029 Überweisungen (ohne Laborüberweisungen, siehe hierzu Kap. 4.2) aus 20 zufällig ausgewählten Hausarztpraxen, deren Ergebnisse auf die Grundgesamtheit aller Hausarztpraxen im Gebiet Nordrhein schließen lassen. Es hat sich ein heterogenes Bild aus 14 Stadtpraxen und sechs Praxen in einem ländlichen Gebiet ergeben.

Von den 28.029 Überweisungen wurden 7557 im zweiten Quartal 2003 und 20.472 im zweiten Quartal 2004 ausgestellt, was einer Steigerung auf 250 % entspricht.

**Abb. 2: Gesamte Stichprobe:
Überweisungen in den beiden Quartalen**



Quartal / Ursache

Tab. 6: Gesamte Stichprobe:

Ursache / Quartal

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Ursache	Durch Arzt initiiert	Anzahl	5559	6249	11808
		% von Quartal	73,6%	30,5%	42,1%
	Patientenwunsch	Anzahl	1998	14223	16221
		% von Quartal	26,4%	69,5%	57,9%
Gesamt		Anzahl	7557	20472	28029
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Vergleicht man nun die Ursachen der Überweisungen aus den beiden Quartalen, so findet man, dass 5559 aller im zweiten Quartal 2003 ausgestellten Überweisungen (7557) durch den Arzt initiiert werden, was einem Anteil von 73,6 % entspricht. Von Patienten geforderte Überweisungen machen 26,4 % (1998) aus. Im zweiten Quartal 2004 werden insgesamt 20.472 Überweisungen gezählt, von denen 30,5 % (6249) durch den Arzt initiiert werden und 69,5 % (14.223) durch den Patienten gewünscht werden ($p < 0,0001$). Es ergibt sich also ein umgekehrtes Bild.

Im Vergleich der absoluten Zahlen ist die Zahl der durch den Arzt initiierten Überweisungen ungefähr gleich geblieben (2003: 5559 und 2004: 6249), während die Zahl der Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2004 auf das Siebenfache gestiegen ist. Insgesamt ist die Anzahl der Überweisungen im zweiten Quartal 2004 jedoch nur auf knapp das Dreifache gestiegen, sodass der Anstieg der Wunschüberweisungen als relativ größer erachtet werden muss.

Abb. 3: Gesamte Stichprobe:

Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2003

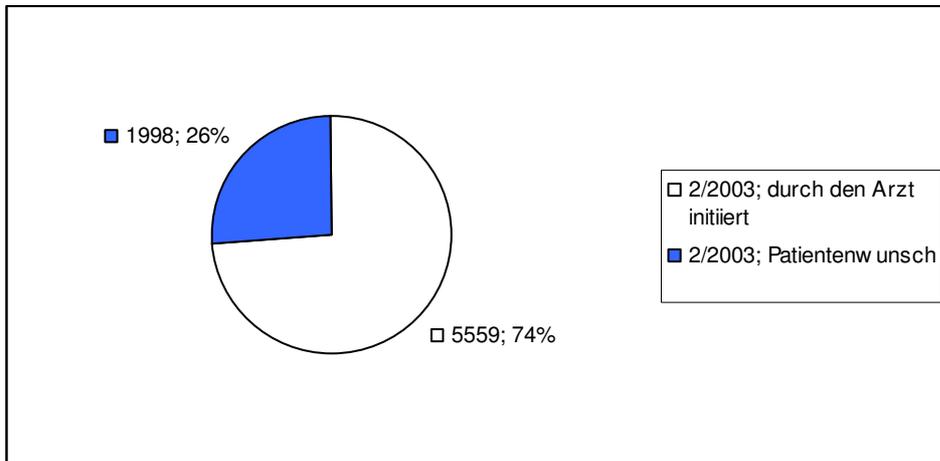
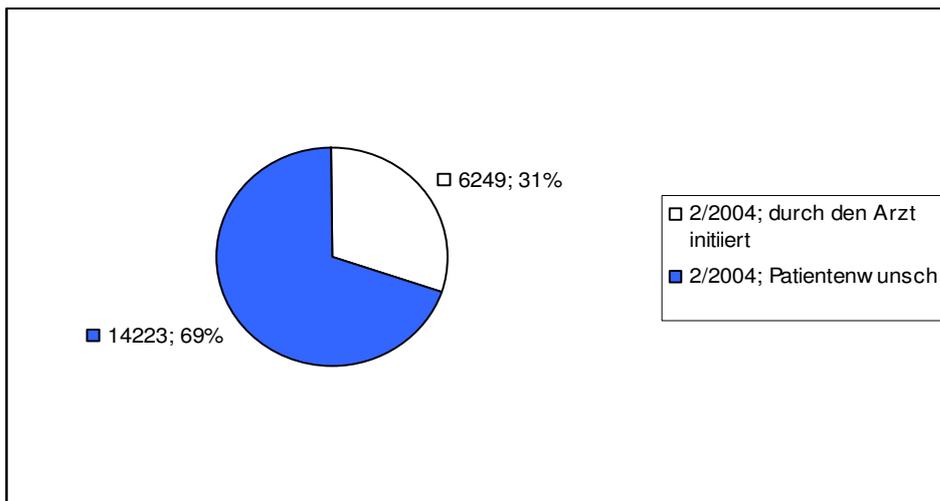


Abb. 4: Gesamte Stichprobe:

Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2004



Fachdisziplin / Quartal

Die Auswertung der Überweisungen im Hinblick auf die Fachdisziplin ergibt folgendes Ergebnis (siehe hierzu Tab. 7) ($p < 0,0001$).

Im zweiten Quartal 2003 werden die meisten Überweisungen zum Fach Radiologie ausgestellt (16,1 %), gefolgt von Orthopädie (9,7 %), Kardiologie (9,4 %) und Chirurgie (9,2 %). Dagegen machen im Jahr 2004 Überweisungen zur Augenheilkunde (12,9 %), zur Gynäkologie (15,0 %) und zur Orthopädie (13,0 %) über 40 % der Gesamtmenge aus. Überweisungen zur Radiologie betragen nur noch 6 % vom Gesamtanteil, obwohl die

absoluten Zahlen sich gesteigert haben (2003: 1213 und 2004: 1238). Dies erklärt sich durch die erhöhte Gesamtmenge der Überweisungen im zweiten Quartal 2004.

Im Vergleich der beiden Quartale ist eine Steigerung der Anzahl der Überweisungen festzustellen, die bei bestimmten Fachgebieten deutlich über der gesamten Steigerung der Überweisungen auf knapp das Dreifache im zweiten Quartal 2004 liegt; dies ist besonders der Fall bei den Überweisungen zur Augenheilkunde (Steigerung auf das Neunfache, prozentual auf das Vierfache) und in die Gynäkologie (Steigerung auf mehr als das 17fache, prozentual auf das 6,5fache).

Die absolute Zahl der Überweisungen in die HNO-Heilkunde hat sich vervierfacht (prozentual jedoch nur auf das 1,4fache gestiegen) und diejenige in die Dermatologie versechsfacht (prozentual nur knapp verdoppelt). Die Orthopädie (relativ nur um das 1,3fache gestiegen) und die Allgemeinmedizin (relative Abnahme um 50 %) verzeichnen jeweils die dreifache Überweisungszahl, Chirurgie und Neurologie haben die doppelte Anzahl an Überweisungen (der relative Anteil jedoch ist ungefähr gleich geblieben).

Die Zahl der Überweisungen vom Hausarzt zu den übrigen Fachdisziplinen hat sich nicht wesentlich vermehrt; allerdings fällt auf, dass die Fächer Anästhesie und Notfallmedizin im zweiten Quartal 2003 keine Überweisung bekommen, ein Jahr später allerdings welche verzeichnen können (21 Überweisungen in die Anästhesie und 2 in die Notfallmedizin).

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

Tab. 7: Gesamte Stichprobe

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
Allgemeinmedizin	65	16	65	191
% von Quartal und Ursache	1,2%	0,8%	1,0%	1,3%
Anästhesie	0	0	9	12
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,1%	,1%

Angiologie	33	13	43	25
% von Quartal und Ursache	,6%	,7%	,7%	,2%
Augenheilkunde	151	137	284	2346
% von Quartal und Ursache	2,7%	6,9%	4,5%	16,5%
Chirurgie	555	137	612	491
% von Quartal und Ursache	10,0%	6,9%	9,8%	3,5%
Dermatologie	235	146	332	1486
% von Quartal und Ursache	4,2%	7,3%	5,3%	10,4%
Diabetologie	63	68	63	112
% von Quartal und Ursache	1,1%	3,4%	1,0%	,8%
Endokrinologie	9	16	22	29
% von Quartal und Ursache	,2%	,8%	,4%	,2%
Gastroenterologie	307	58	310	116
% von Quartal und Ursache	5,5%	2,9%	5,0%	,8%
Genetik	5	1	2	1
% von Quartal und Ursache	,1%	,1%	,0%	,0%
Gynäkologie	76	98	157	2909
% von Quartal und Ursache	1,4%	4,9%	2,5%	20,5%
HNO-Heilkunde	259	98	331	1106
% von Quartal und Ursache	4,7%	4,9%	5,3%	7,8%
Innere Medizin	454	109	415	245
% von Quartal und Ursache	8,2%	5,5%	6,6%	1,7%
Kardiologie	447	264	392	384
% von Quartal und Ursache	8,0%	13,2%	6,3%	2,7%
Nephrologie	21	16	27	48
% von Quartal und Ursache	,4%	,8%	,4%	,3%

Neurologie	391	137	371	848
% von Quartal und Ursache	7,0%	6,9%	5,9%	6,0%
Notfallmedizin	0	0	2	0
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,0%	,0%
Nuklearmedizin	218	21	179	37
% von Quartal und Ursache	3,9%	1,1%	2,9%	,3%
Onkologie	54	63	64	90
% von Quartal und Ursache	1,0%	3,2%	1,0%	,6%
Orthopädie	494	239	696	1970
% von Quartal und Ursache	8,9%	12,0%	11,1%	13,9%
Pädiatrie	17	5	19	12
% von Quartal und Ursache	,3%	,3%	,3%	,1%
Pathologie	38	3	36	4
% von Quartal und Ursache	,7%	,2%	,6%	,0%
Phlebologie	27	34	30	68
% von Quartal und Ursache	,5%	1,7%	,5%	,5%
Pneumologie	145	72	142	233
% von Quartal und Ursache	2,6%	3,6%	2,3%	1,6%
Psychiatrie	48	32	52	179
% von Quartal und Ursache	,9%	1,6%	,8%	1,3%
Psychotherapie	24	8	76	271
% von Quartal und Ursache	,4%	,4%	1,2%	1,9%
Radiologie	1200	13	1212	26
% von Quartal und Ursache	21,6%	,7%	19,4%	,2%
Rheumatologie	45	62	41	79
% von Quartal und Ursache	,8%	3,1%	,7%	,6%

Schlafmedizin	5	0	1	2
% von Quartal und Ursache	,1%	,0%	,0%	,0%
Schmerzmedizin	8	6	9	31
% von Quartal und Ursache	,1%	,3%	,1%	,2%
Strahlenmedizin	10	4	11	7
% von Quartal und Ursache	,2%	,2%	,2%	,0%
Urologie	151	121	244	865
% von Quartal und Ursache	2,7%	6,1%	3,9%	6,1%
Zahnmedizin	4	1	0	0
% von Quartal und Ursache	,1%	,1%	,0%	,0%
Gesamt	5559	1998	6249	14223
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Insgesamt werden 69,5 % aller im zweiten Quartal 2004 ausgestellten Überweisungen durch einen Patientenwunsch ausgelöst. Diese Quote allerdings fällt in einzelnen Fachgruppen noch deutlicher aus (siehe hierzu Tab. 7).

Im zweiten Quartal 2004 werden 2630 Überweisungen in die Augenheilkunde ausgestellt, von denen 2346 auf Grund eines Patientenwunschs erfolgen; dies entspricht 89 %. Je 74 % der Überweisungen in die Allgemeinmedizin (191 von 256) und in die Orthopädie (1976 von 2666), 81 % aller Überweisungen zur Dermatologie (1486 von 1818), knapp 95 % (2909 von 3066) der Überweisungen zur Gynäkologie, 76 % (1106 von 1437) der Überweisungen in die HNO-Heilkunde, je 77 % der Psychiatrie- (179 von 231), der Schmerzmedizin- (31 von 40) und der Urologie-Überweisungen (865 von 1109) und 78 % der Psychotherapie-Überweisungen (271 von 347) werden durch Patientenforderungen ausgelöst.

Dem gegenüber stehen folgende Disziplinen, deren größter Anteil an Überweisungen vom Arzt initiiert wird: Angiologie (63 %), Chirurgie (55 %), Gastroenterologie (knapp 73 %), Genetik (66,6 %), Innere Medizin (63 %), Notfallmedizin (100 %), Nuklearmedizin (knapp

83 %), Pädiatrie (61 %), Pathologie (90 %), Radiologie (knapp 98 %), Strahlenmedizin (61 %).

In allen bisher nicht genannten Fachgruppen liegt der Anteil der Wunschüberweisungen an der Gesamtmenge der für das jeweilige Fachgebiet bestimmten Überweisungen zwischen 50 und 69,5 %.

Im zweiten Quartal 2003 beträgt der Anteil der Wunschüberweisungen an den Gesamtüberweisungen nur 26,4 %; ein Überwiegen in den einzelnen Fachdisziplinen ist selten und in nur vier von 33 Fachrichtungen zu finden: in der Endokrinologie (64 %; 16 von 25), in der Gynäkologie (56 %; 98 von 174), in der Phlebologie (55 %; 34 von 61) und in der Rheumatologie (58 %; 62 von 107). In allen anderen Gebieten sind mehr als 50 % der jeweiligen Überweisungen durch den Arzt initiiert worden.

Die Anzahl der Wunschüberweisungen ist mindestens auf das Doppelte und maximal auf das 34fache (Psychotherapie) oder das 29fache (Gynäkologie) gestiegen ($p < 0,0001$), was verglichen werden muss mit dem Anstieg der Überweisungen insgesamt auf das Dreifache im zweiten Quartal 2004.

Geschlecht / Quartal

Tab. 8: Gesamte Stichprobe:

Quartal / Geschlecht (PrimaryFirst)

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	2462	3066	5528
		% von Quartal	44,5%	55,5%	100,0%
		% von Geschlecht	35,3%	29,7%	32,0%
	2/2004	Anzahl	4515	7247	11762
		% von Quartal	38,4%	61,6%	100,0%
		% von Geschlecht	64,7%	70,3%	68,0%
Gesamt		Anzahl	6977	10313	17290
		% von Quartal	40,4%	59,6%	100,0%
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

In dieser Statistik werden nur einzelne Fälle gewertet (siehe hierzu Kap. 4.2); die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Stichprobe, in der jeweils der erste Fall eines doppelten Falls als primär gewertet wird ($p < 0,0001$). Es resultieren 17.290 Überweisungen, die sich auf die beiden Geschlechter aufteilen.

Die Häufigkeit des Geschlechts der Patienten, die eine oder mehrere Überweisung erhalten haben, gibt Aufschluss darüber, ob Männer oder Frauen die meisten Überweisungen bekommen.

Im zweiten Quartal 2003 erhalten 2462 Männer und 3066 Frauen eine der insgesamt 5528 Überweisungen. Dementsprechend sind 44,5 % der Patienten, die eine Überweisung bekamen, männlich und 55,5 % weiblich.

Im zweiten Quartal 2004 verteilen sich die 11.762 Überweisungen auf 4515 Männer (38,4 %) und 7247 Frauen (61,6 %). Der relative Anteil der Überweisungen für weibliche Patienten ist ergo gestiegen, während derjenige der männlichen Patienten gesunken ist.

Im Vergleich der beiden Quartale ist festzustellen, dass sich bei einer knappen Verdopplung der Überweisungen insgesamt (nur auf das Geschlecht bezogen im PrimaryFirst) im zweiten Quartal 2004 die Anzahl der Überweisungen, die für männliche Patienten ausgestellt werden, in geringerem Ausmaß erhöht hat (2462 auf 4515, Steigerung auf das 1,8fache), als die Anzahl der Überweisungen für Frauen (3066 auf 7247, Steigerung auf das 2,3fache).

Bei der Berücksichtigung des letzten Falls der doppelten Fälle als primär ($p < 0,0001$) ergibt sich für das zweite Quartal 2004 kein Unterschied zum PrimaryFirst; im zweiten Quartal 2003 beträgt der maximale Unterschied 0,1 % (siehe hierzu Tab. 37 im Anhang).

Werden die Überweisungen zum Gebietsarzt für Gynäkologie nicht gewertet, so ergibt sich in beiden Quartalen wiederum eine Mehrheit der Frauen, die Überweisungen erhalten, die diesmal jedoch kleiner ausgefällt. Diesmal werden im zweiten Quartal 2003 54,4 % (mit Überweisungen in die Gynäkologie: 55,5 %) und im zweiten Quartal 2004 56,1 % (mit Überweisungen in die Gynäkologie: 61,6 %) der Überweisungen des jeweiligen Quartals für Frauen geschrieben.

Tab. 9: Gesamte Stichprobe:

Geschlecht / Quartal (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Geschlecht	männlich	Anzahl	3072	6209	9281
		% von Geschlecht	33,1%	66,9%	100,0%
		% von Quartal	45,6%	43,9%	44,4%
	weiblich	Anzahl	3670	7948	11618
		% von Geschlecht	31,6%	68,4%	100,0%
		% von Quartal	54,4%	56,1%	55,6%
Gesamt		Anzahl	6742	14157	20899
		% von Geschlecht	32,3%	67,7%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Geschlecht / Quartal / Ursache

Tab. 10: Gesamte Stichprobe:

Geschlecht / Quartal / Ursache

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	2455	2620	5075
			% von Quartal	44,2%	41,9%	43,0%
		weiblich	Anzahl	3104	3629	6733
			% von Quartal	55,8%	58,1%	57,0%
	Gesamt		Anzahl	5559	6249	11808
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	880	4631	5511
			% von Quartal	44,0%	32,6%	34,0%
		weiblich	Anzahl	1118	9592	10710
			% von Quartal	56,0%	67,4%	66,0%
	Gesamt		Anzahl	1998	14223	16221
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Die Zahl der Männer und Frauen, die eine Überweisung erhalten haben, kann weiterhin in Bezug auf die Ursachen unterteilt werden.

Der Anteil der Männer an allen Patienten, die ärztlich indizierte Überweisungen bekommen, liegt in beiden Quartalen bei über 40 % (2003: 44,2 %; 2004: 41,9 %). Die Zahl der Frauen mit durch den Arzt initiierten Überweisungen ist ebenfalls in beiden Quartalen ähnlich und beträgt 3104 (2003) bzw. 3629, was einem Anteil von knapp 60 % entspricht (2003: 55,8 %; 2004: 58,1 %) ($p=0,014$).

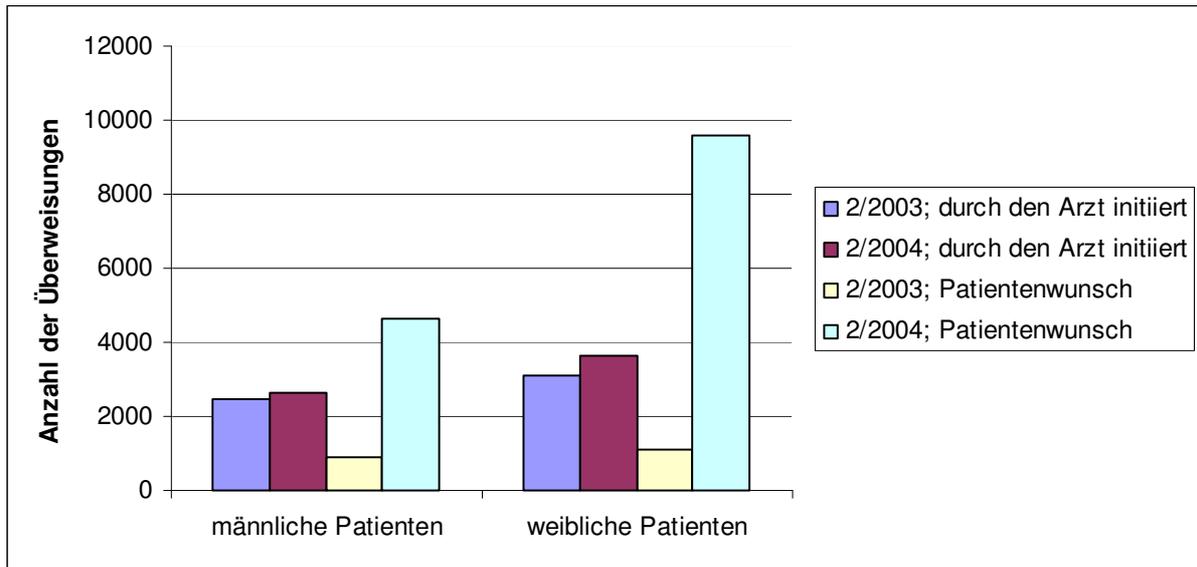
Die Werte der absoluten Zahlen unterscheiden sich wenig voneinander in den beiden Quartalen; die Zahl der Männer hat sich um sieben Prozent erhöht (2455 zu 2620), ist also weniger gewachsen als die Anzahl der insgesamt durch den Arzt veranlassten Überweisungen (Steigerung um 12 %), während die Zahl der Frauen stärker, um knapp 17 % (3104 zu 3629), gewachsen ist.

Der ungleiche Anteil von Männern und Frauen an den Patienten insgesamt, die eine Wunschüberweisung erhalten, fällt im zweiten Quartal 2004 deutlicher aus als ein Jahr zuvor: während 2003 44,0 % aller Überweisungen von Männern gefordert werden, sind es 2004 nur noch 32,6 %. Dies bedeutet, dass deutlich mehr als die Hälfte (2003: 56,0 %; 2004: 67,4 %) der Wunschüberweisungen für Frauen ausgestellt werden ($p<0,0001$).

Vergleicht man die absoluten Zahlen, so hat sich die Zahl der männlichen Patienten mit einer Wunschüberweisung vom zweiten Quartal 2003 zum zweiten Quartal 2004 verfünffacht (880 zu 4631), während sich die Zahl der Frauen auf das Achtfache erhöht hat (1118 zu 9592). Auch hier liegt die Steigerung der Wunschüberweisungen für Männer unter der Wachstumsrate der gewünschten Überweisungen insgesamt (Steigerung auf das Siebenfache), während die der Frauen größer ist.

Ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie ergeben sich in beiden Quartalen sowohl bei den ärztlich begründeten Überweisungen als auch bei den Wunschüberweisungen die gleichen Verhältnisse wie oben beschrieben (siehe hierzu Tab. 38 im Anhang).

**Abb. 5: Gesamte Stichprobe:
Geschlecht / Quartal / Ursache**



Altersgruppen / Quartal

**Tab. 10: Gesamte Stichprobe:
Altersgruppen / Quartal (PrimaryLast)**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	88	121	209
		% von Altersgruppen	42,1%	57,9%	100,0%
		% von Quartal	1,6%	1,0%	1,2%
	10-19 Jahre	Anzahl	281	494	775
		% von Altersgruppen	36,3%	63,7%	100,0%
		% von Quartal	5,1%	4,2%	4,5%
	20-29 Jahre	Anzahl	466	1049	1515
		% von Altersgruppen	30,8%	69,2%	100,0%
		% von Quartal	8,4%	8,9%	8,8%
	30-39 Jahre	Anzahl	735	1539	2274
		% von Altersgruppen	32,3%	67,7%	100,0%
		% von Quartal	13,3%	13,1%	13,2%
	40-49 Jahre	Anzahl	810	1743	2553
		% von Altersgruppen	31,7%	68,3%	100,0%
		% von Quartal	14,7%	14,8%	14,8%

	50-59 Jahre	Anzahl	856	1759	2615
		% von Altersgruppen	32,7%	67,3%	100,0%
		% von Quartal	15,5%	15,0%	15,1%
	60-69 Jahre	Anzahl	1165	2474	3639
		% von Altersgruppen	32,0%	68,0%	100,0%
		% von Quartal	21,1%	21,0%	21,0%
	70-79 Jahre	Anzahl	810	1805	2615
		% von Altersgruppen	31,0%	69,0%	100,0%
		% von Quartal	14,7%	15,3%	15,1%
	80-89 Jahre	Anzahl	282	675	957
		% von Altersgruppen	29,5%	70,5%	100,0%
		% von Quartal	5,1%	5,7%	5,5%
über 90 Jahre	Anzahl	35	103	138	
	% von Altersgruppen	25,4%	74,6%	100,0%	
	% von Quartal	,6%	,9%	,8%	
Gesamt	Anzahl	5528	11762	17290	
	% von Altersgruppen	32,0%	68,0%	100,0%	
	% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%	

Bei dieser Statistik werden nur die einzelnen Fälle berücksichtigt, da sich sonst durch die Mehrfachzählung der Patienten, die mehr als eine Überweisung erhalten haben, ein verzerrtes Bild bei der Altersverteilung ergeben würde.

Es verbleiben 17.290 Überweisungen, die auf die Patienten in Altersgruppen à zehn Jahren aufgeteilt wurden, um eine bessere Übersicht darüber zu ermöglichen, welche Altersklasse die meisten Überweisungen erhalten hat.

Es gibt klare Unterschiede sowohl in den absoluten Zahlen, als auch in der Rangfolge in den beiden Quartalen ($p=0,003$).

Wird jeweils der letzte Fall als der primäre Fall gezählt, so ergibt sich folgende Reihenfolge: die meisten Überweisungen erhalten jeweils die 60-69jährigen Patienten (2003: 1165; 2004: 2474), gefolgt von den 50-59jährigen (2003: 856) oder den 70-79jährigen Patienten (2004: 1805). Die Patienten, die unter neun oder über 90 Jahre alt sind, bekommen in beiden Quartalen jeweils die wenigsten aller verzeichneten Überweisungen.

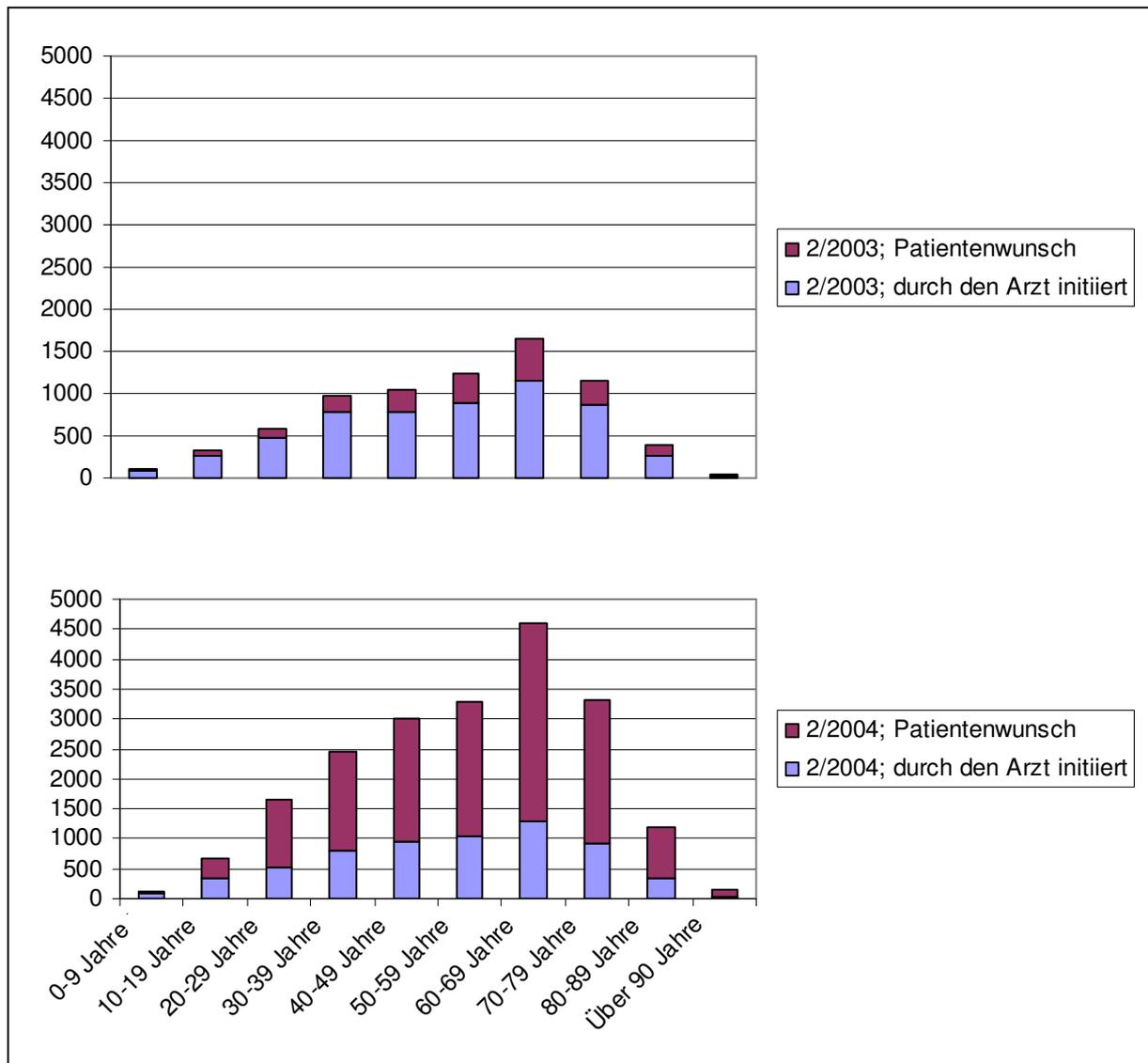
Im Mittelfeld liegen die übrigen Altersstufen, deren Anteile an der Gesamtsumme der Überweisungen in beiden Quartalen ähnlich sind. Lediglich die absoluten Zahlen ändern sich: die Anzahl der Überweisungen steigt im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 bei jeder Altersgruppe um mindestens das 1,3fache (Patienten unter neun Jahren) und maximal knapp auf das Dreifache (Patienten über 90 Jahren). Die übrigen Altersklassen erhalten im zweiten Quartal 2004 etwa die doppelte Zahl an Überweisungen, was im gleichen Bereich liegt wie die Wachstumsrate der Überweisungen insgesamt (Steigerung auf das 2,1fache).

Bei Berücksichtigung jeweils des ersten Falls als der primäre Fall, verändert sich nicht die Gesamtzahl der Überweisungen, lediglich die Verteilung auf die Altersklassen sowie deren Reihenfolge sind geringfügig alterniert: die meisten Überweisungen erhalten -wie auch bei der Berücksichtigung des letzten Falls als primär- in beiden Quartalen die 60-69jährigen Patienten (2003: 1167; 2004: 2474). Danach folgen die 50-59jährigen (2003: 857) oder die 70-79jährigen (2004: 1807). Ebenfalls verzeichnen die Patienten unter neun oder über 90 Jahren die wenigsten Überweisungen. Die Reihenfolge der übrigen Altersgruppen ändert sich in beiden Quartalen maximal um einen Platz (siehe hierzu Tab. 39) ($p=0,001$).

Die relativen Anteile der einzelnen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Überweisungen insgesamt sind wie auch schon bei der Auswertung des PrimaryLast in den beiden Quartalen nur geringfügig alterniert.

Abb. 6: Gesamte Stichprobe:

Aufteilung der Überweisungen auf die einzelnen Altersgruppen



Altersgruppen / Quartal / Ursache

Tab. 11: Gesamte Stichprobe:

Altersgruppen / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
0-9 Jahre	79	21	78	59
% von Quartal und Ursache	1,4%	1,1%	1,2%	,4%
10-19 Jahre	258	77	335	326
% von Quartal und Ursache	4,6%	3,9%	5,4%	2,3%
20-29 Jahre	469	122	516	1150
% von Quartal und Ursache	8,4%	6,1%	8,3%	8,1%
30-39 Jahre	779	205	793	1675
% von Quartal und Ursache	14,0%	10,3%	12,7%	11,8%
40-49 Jahre	783	271	944	2049
% von Quartal und Ursache	14,1%	13,6%	15,1%	14,4%
50-59 Jahre	896	338	1031	2243
% von Quartal und Ursache	16,1%	16,9%	16,5%	15,8%
60-69 Jahre	1145	510	1279	3330
% von Quartal und Ursache	20,6%	25,5%	20,5%	23,4%
70-79 Jahre	863	300	921	2386
% von Quartal und Ursache	15,5%	15,0%	14,7%	16,8%
80-89 Jahre	266	125	325	866
% von Quartal und Ursache	4,8%	6,3%	5,2%	6,1%
Über 90 Jahre	21	29	27	139
% von Quartal und Ursache	,4%	1,5%	,4%	1,0%
Gesamt	5559	1998	6249	14223
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Schlüsselt man die beiden Ursachen für eine Überweisung, ärztlich verifizierte Indikation und Patientenforderung, in Altersgruppen auf, so ergeben sich charakteristische Unterschiede.

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 erhalten Patienten zwischen 60 und 69 Jahren (beide jeweils etwa 20 %) die meisten Überweisungen mit medizinischer Indikation, gefolgt von der Altersgruppe von 50-59 Jahren (beide jeweils etwa 16 %). Danach folgen entweder die 70-79jährigen (15,5 %; 2003) oder die 40-49jährigen (15,1 %; 2004) Patienten. Die wenigsten Überweisungen veranlassen die Ärzte bei Patienten, die über 90 Jahre (2003 und 2004: 0,4 %) oder unter 9 Jahre (2003: 1,2 %; 2004: 1,4 %) alt sind. Die Patienten, die zwischen 30 und 39 Jahren (2003: 14,0 %; 2004: 12,7 %), 20-29jährig (2003: 8,4 %; 2004: 8,3 %), zwischen 10 und 19 Jahren (2003: 4,6 %; 2004: 5,4 %) oder 80-89 Jahre (2003: 4,8 %; 2004: 5,2 %) alt sind, liegen im Mittelfeld.

Es ist weiterhin zu sagen, dass ebenfalls die absoluten Zahlen der durch den Arzt initiierten Überweisungen in beiden Quartalen in den ungefähr gleichen Bereichen liegen, sodass kein Unterschied aufgezeigt werden kann. Der p-Wert ist dementsprechend größer als 0,05 ($p=0,187$).

Die Wunschüberweisungen verteilen sich in den beiden Quartalen ähnlich auf die Altersgruppen: zwar erhalten in beiden Zeiträumen die 60-69jährigen Patienten (2003: 25,5 %; 2004: 23,4 %) die meisten Überweisungen; darauf folgen jedoch die 50-59 Jahre alten Patienten (2003: 16,9 %) oder die 70-79jährigen (2004: 16,8 %) zu jeweils gleichen Anteilen. Gleich wiederum sind die drei Altersgruppen mit den wenigsten Überweisungen: Patienten zwischen 0-9 Jahren (2003: 1,1 %; 2004: 0,4 %), über 90 Jahren (2003: 1,5 %; 2004: 1,0 %) und zwischen 10 und 19 Jahren (2003: 3,9 %; 2004: 2,3 %). Im Mittelfeld befinden sich die 40-49jährigen (2003: 13,6 %; 2004: 14,4 %), die 30-39jährigen (2003: 10,3 %; 2004: 11,8 %), die 20-29jährigen (2003: 6,1 %; 2004: 8,1 %) und die 80-89jährigen Patienten (2003: 6,3 %; 2004: 6,1 %).

Die absoluten Zahlen allerdings lassen deutliche Unterschiede erkennen ($p<0,0001$): so erhalten die 60-69jährigen Patienten im zweiten Quartal 2004 3330 Wunschüberweisungen, während es 2003 510 Patienten sind. Auch die Altersgruppen der 40-49jährigen (2049), der 50-59jährigen (2243) und der 70-79jährigen Patienten (2386) verursachen im Vergleich zum

zweiten Quartal 2003 das Sechs- bis Achtfache an Wunschüberweisungen (2003: 271, 338, 300).

Insgesamt fordern die Patienten, die über 50 Jahre alt sind, mehr als 60 % aller verzeichneten Wunschüberweisungen, sowohl im zweiten Quartal 2004 (8964 von 14.223) als auch ein Jahr zuvor (1302 von 1998).

Datum / Quartal

Es ist möglich, für jeden Werktag der beiden Quartale die Zahl der Überweisungen und ihren Anteil an der Gesamtsumme der Überweisungen zu bestimmen (siehe hierzu Tab. 12).

Am 01.04.2003 werden 366 Überweisungen ausgestellt, welche 5,8 % aller Überweisungen des gesamten Quartals entsprechen. In der ersten Woche des Quartals (01.04-06.04.2003) werden 865 Überweisungen gezählt, am Sonntag allerdings keine, sodass in den ersten vier Arbeitstagen (und zusätzlich am Samstag), also in 8 % der im Quartal vorhandenen Arbeitstage, 11,4 % (2431) der Überweisungen ausgestellt werden.

Im ersten Monat des Quartals (01.-30.04.2003) werden 3043 Überweisungen, 40 % der Summe aller Überweisungen, gezählt.

Auffällig ist auch der hohe Anteil an Überweisungen, die montags geschrieben werden: 1813 Überweisungen (ohne Ostermontag und Pfingstmontag, an denen jeweils eine Überweisung vermerkt ist), also 24 % aller Überweisungen, die im Quartal ausgestellt wurden, werden am ersten Tag der Woche gezählt. Setzt man alle Wochentage gleich, so sollten an jedem Tag der Woche 20 % der Überweisungen ausgestellt werden.

Bemerkenswert sind insgesamt 43 Überweisungen, die an Samstag, Sonntag oder Feiertag ausgestellt werden (0,5 %).

Selbst am letzten Tag des Quartals, am 30.06.2003, der ebenfalls ein Montag war, können noch 84 Überweisungen verzeichnet werden, immerhin 1,1 % aller Überweisungen im Quartal. Weniger Überweisungen werden nur an 16 anderen Tagen gezählt, die entweder ein Mittwoch oder ein Freitag sind.

Am 01.04.2004 werden 1749 Überweisungen geschrieben, welche einen Anteil von 8,5 % an der Gesamtsumme der im zweiten Quartal 2004 geschriebenen Überweisungen haben. Die erste Woche dieses Quartals besteht zwar nur aus zwei Arbeitstagen (zuzüglich Samstag und Sonntag), an denen jedoch immerhin 11,8 % aller Überweisungen ausgestellt werden. Dieser Anteil ist im Vergleich zu der ersten Woche im zweiten Quartal 2003, die die doppelte Anzahl an Arbeitstagen enthält, sogar noch um 0,4 % höher.

In der Zeit vom 01.-30.04.2004, einem Drittel des Quartals, werden 10.460 Überweisungen geschrieben, welche mehr als die Hälfte (51,0 %) aller ausgestellten Überweisungen ausmachen.

An allen Montagen (ohne Ostermontag und Pfingstmontag, an denen drei Überweisungen vermerkt sind) werden 5428 Überweisungen gezählt; dies entspricht 26,5 % aller im Quartal ausgestellten Überweisungen. Im Vergleich zu einem Jahr zuvor fällt auch dieser Anteil höher aus (um 2,5 %).

An Wochenenden und Feiertagen werden insgesamt 65 Überweisungen ausgestellt, 0,3 % aller gezählten Überweisungen; weniger als im vorherigen Jahr (0,5 %).

Am letzten Tag des Quartals, einem Mittwoch, werden nur noch 55 Überweisungen geschrieben, absolut und prozentual weniger als am 30.06.2003 (0,2 % am 30.06.2004 im Vergleich zu 1,1 % am 30.06.2003).

Ohne Berücksichtigung der doppelten Fälle können 295 (PrimaryFirst und PrimaryLast) Patienten verzeichnet werden, die am 01.04.2003 eine oder mehrere Überweisungen erhalten haben. Ein Jahr später, am 01.04.2004, sind es 844 (PrimaryFirst und PrimaryLast). Dies entspricht einem Anteil von 5,3 % (2003) und 7,2 % (2004) an der jeweiligen Gesamtsumme an Überweisungen im zugehörigen Quartal ($p < 0,0001$).

Datum / Quartal / Ursache

Tab. 12: Gesamte Stichprobe:

Datum / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
01. April	216	150	354	1396
% von Ursache und Quartal insgesamt	3,9%	7,5%	5,7%	9,8%
1. Woche	534	331	515	1916
% von Ursache und Quartal insgesamt	9,6%	16,6%	8,2%	13,5%
1. Monat	2099	944	2614	7846
% von Ursache und Quartal insgesamt	37,8%	47,2%	41,8%	55,2%
Montags	1331	482	1668	3760
% von Ursache und Quartal insgesamt	23,9%	24,1%	26,7%	26,4%
Samstag, Sonntag, Feiertag	35	8	32	33
% von Ursache und Quartal insgesamt	,6%	,4%	,5%	,2%
30. Juni	68	16	29	26
% von Ursache und Quartal insgesamt	1,2%	,8%	,4%	,2%
Quartal insgesamt	5559	1998	6249	14223
% von Ursache und Quartal insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Zahlen bezüglich der Ursache der Überweisungen, die an den einzelnen Tagen geschrieben wurden, unterscheiden sich in den beiden Quartalen erheblich voneinander (siehe hierzu Tab.12).

Von den 366 Überweisungen, die am 01.04.2003 ausgestellt werden, werden 216, etwa 60 %, durch den Arzt initiiert und 150, 40 %, von den Patienten gefordert. Ein Jahr später, am 01.04.2004, werden von insgesamt 1749 geschriebenen Überweisungen 354 vom Arzt veranlasst und 1395 durch Patienten gewünscht. Das Verhältnis hat sich umgekehrt, es

werden 80 % der Überweisungen vom Patienten verlangt, während nur 20 % eine ärztlich verifizierte Rechtfertigung aufweisen.

In der Zeit vom 01.04.-06.04.2003, also in der ersten Woche des zweiten Quartals 2003, werden 865 Überweisungen ausgestellt, von denen 331 (38,2 %) der Kategorie Wunschüberweisungen angehören. In der ersten Woche des zweiten Quartals 2004, 01.04.-04.04.2004, fordern die Patienten insgesamt 78,8 % (1916) der 2431 insgesamt verzeichneten Überweisungen.

Betrachtet man alle Überweisungen, die im April 2003 geschrieben werden (3043), so erfolgen 31,0 % (944) auf Grund eines Patientenwunschs. Ein Jahr später (insgesamt 10.460 Überweisungen im April 2004) erhöht sich diese Quote auf 75,0 % (7846).

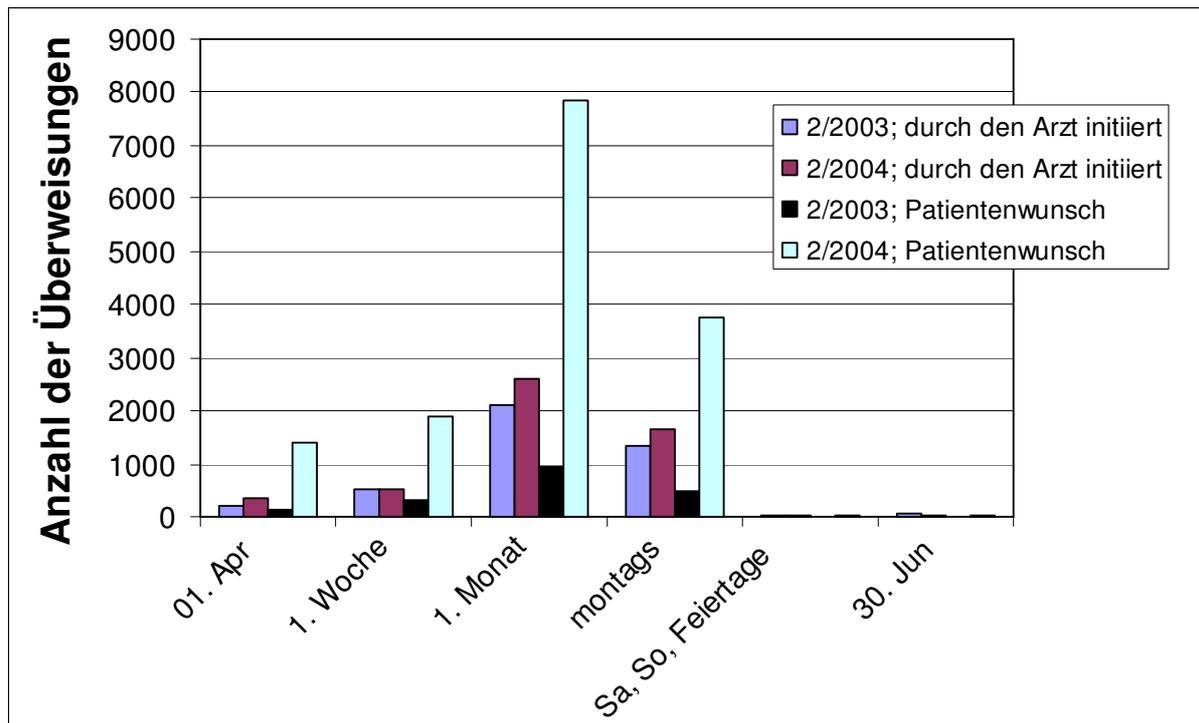
Im Hinblick auf alle Überweisungen, die montags ausgestellt werden (2003: 1813; 2004: 5428), werden im zweiten Quartal 2003 482 Überweisungen durch den Patienten gefordert (26,5 %) und im zweiten Quartal 2004 3760 (knapp 70 %).

Von den 43/65 (2003/2004) Überweisungen, die an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen ausgestellt werden, veranlasst der Arzt 35/32. Dies entspricht 81,4 bzw. 49,2 % aller an diesen Tagen geschriebenen Überweisungen.

Am letzten Tag des zweiten Quartals 2003, am 30.06.2003, werden insgesamt 84 Überweisungen ausgestellt, von denen der Arzt 68 (80,0 %) veranlasst. Am 30.06.2004 können noch 55 Überweisungen verzeichnet werden, die zu 52,7 % (29) eine ärztliche Entscheidung aufweisen.

Abb. 7: Gesamte Stichprobe:

Datum / Quartal / Ursache



4.3.2 Ergebnisse des Gebiets mit hoher Ärztedichte – Stadt

Zu dieser Kategorie zählen 14 Hausarztpraxen, die den Kriterien entsprechen, somit dem Gebiet mit hoher Ärztedichte (siehe hierzu Kap. 4.1) angehören.

Fallzahl in den Quartalen

Alle Patienten

Tab. 13: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Fallzahl im 2. Quartal 2003⁷⁰

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	13	422	2320	1184

Tab. 14: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Fallzahl im 2. Quartal 2004

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	14	473	2206	1124

Im zweiten Quartal 2003 konsultieren zwischen 422 und 2320 Patienten ihren Hausarzt, was als durchschnittliche Fallzahl 1184 ergibt.

Im zweiten Quartal 2004 werden im Mittel 60 Patienten weniger gezählt (1124), die den Hausarzt aufgesucht haben. Der minimale (473) ist größer, der maximale Wert (2206) ist geringer als der entsprechende des Vorjahres.

⁷⁰ In einer der 14 Stadtpraxen war es nicht möglich, die Fallzahl des zweiten Quartals 2003 zu ermitteln, daher wird als Anzahl 13 angegeben.

Aufteilung auf die Geschlechter

Tab. 15: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Fallzahl, aufgeteilt nach Geschlecht

2. Quartal 2003	Anzahl der Hausarztpraxen	Fallzahl Minimum	Fallzahl Maximum	Fallzahl Mittelwert
Männliche Patienten	7	177	1087	586
Weibliche Patienten	7	245	1513	737
2. Quartal 2004	Anzahl der Hausarztpraxen	Fallzahl Minimum	Fallzahl Maximum	Fallzahl Mittelwert
Männliche Patienten	8	142	1014	579
Weibliche Patienten	8	217	1309	747

Es war in sieben (2003) bzw. acht (2004) Hausarztpraxen möglich, die Fallzahl nach weiblichen und männlichen Patienten zu trennen.

In beiden Quartalen werden im Mittel mehr Frauen als Männer gezählt, die ihren Hausarzt aufgesucht haben. Die Anzahl der männlichen Patienten ist im zweiten Quartal 2004 geringfügig gesunken (-7), die der weiblichen Patienten leicht gestiegen (+10).

Anzahl der Überweisungen pro Patient

Alle Patienten

Tab. 19: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Überweisungen pro Patient

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	2796	4415	72,11
		% von Quartal	74,8%	53,2%	60,0%
	2,00	Anzahl	640	2217	2857
		% von Quartal	17,1%	26,7%	23,8%
	3,00	Anzahl	174	972	1146
		% von Quartal	4,7%	11,7%	9,5%
	4,00	Anzahl	94	411	505
		% von Quartal	2,5%	5,0%	4,2%
	5,00	Anzahl	18	167	185
		% von Quartal	,5%	2,0%	1,5%
	6,00	Anzahl	7	70	77
		% von Quartal	,2%	,8%	,6%
	7,00	Anzahl	2	28	30
		% von Quartal	,1%	,3%	,2%
	8,00	Anzahl	1	9	10
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%
	9,00	Anzahl	2	7	9
		% von Quartal	,1%	,1%	,1%
	10,00	Anzahl	0	1	1
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
11,00	Anzahl	2	1	3	
	% von Quartal	,1%	,0%	,0%	
Gesamt		Anzahl	3736	8298	12034
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 erhalten 2796 Patienten genau eine Überweisung, was einem Anteil von 74,8 % an der Gesamtsumme der Patienten entspricht, für die mindestens eine Überweisung geschrieben wurde. Die höchste Anzahl von elf Überweisungen ist für zwei Patienten verzeichnet.

Im zweiten Quartal 2004 erhalten nur 53,2 % aller Patienten genau eine Überweisung, was im Gegensatz zum zweiten Quartal 2003 einer Steigerung der absoluten Zahlen auf das 1,5fache entspricht. Für knapp 40 % werden zwei oder drei Überweisungen geschrieben und 116 Patienten erhalten sechs bis elf Überweisungen (1,4 %).

Aufteilung auf die Geschlechter

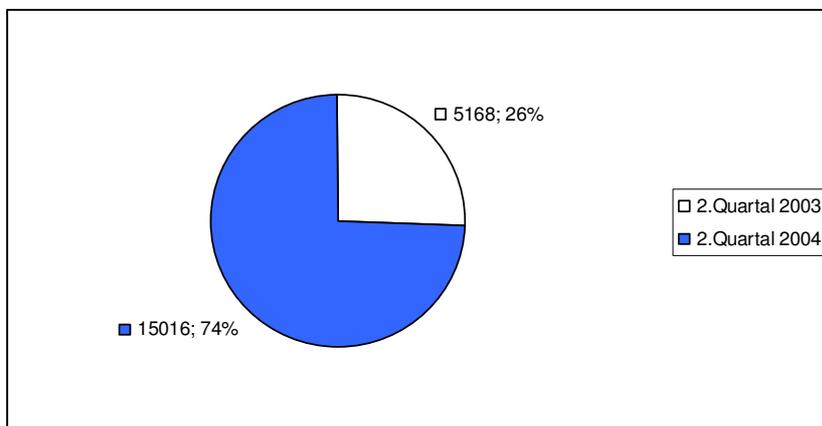
Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 teilt sich die Anzahl der Überweisungen gleichermaßen auf weibliche und männliche Patienten auf, sodass diese Ergebnisse dem Ergebnis für beide Geschlechter zusammen (siehe oben) entsprechen (siehe hierzu Tab. 40/41 im Anhang).

Im zweiten Quartal 2004 erhalten nur 49,4 % der weiblichen Patienten genau eine Überweisung, während es bei den Männern 59,6 % sind. Bei diesen sind folglich weniger Patienten notiert, die mehr als zwei Überweisungen (15,4 %) bekommen. Dagegen werden für ein Viertel (22,8 %) der Frauen drei bis elf Überweisungen ausgestellt.

Überweisungen

Es werden 14 Arztpraxen in diese Kategorie der Stadtpraxen eingeteilt, die insgesamt 20.184 Überweisungen ausgestellt haben. Von diesen werden 5168 im zweiten Quartal 2003 und 15.016 im zweiten Quartal 2004 geschrieben.

**Abb. 8: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Überweisungen in den beiden Quartalen**



Quartal / Ursache

Tab. 16: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Quartal / Ursache

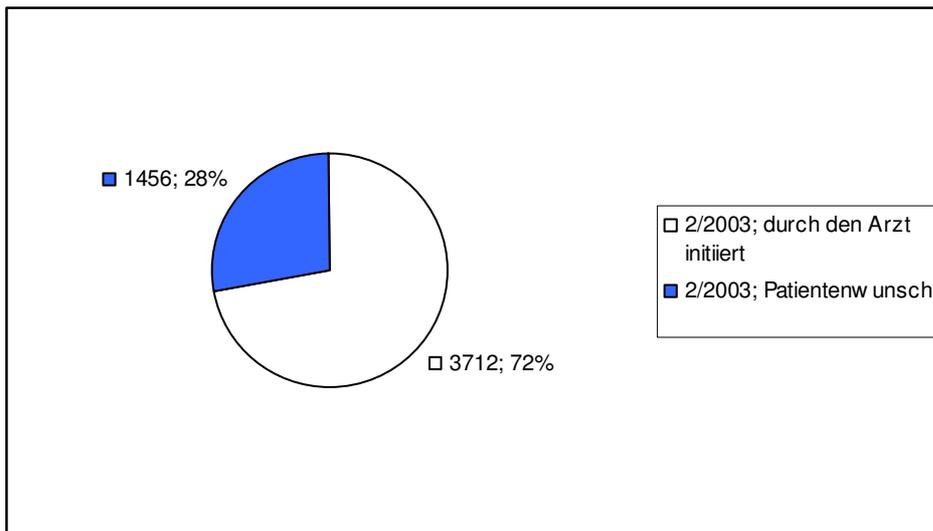
			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Ursache	Durch Arzt initiiert	Anzahl	3712	3846	7558
		% von Quartal	71,8%	25,6%	37,4%
	Patientenwunsch	Anzahl	1456	11170	12626
		% von Quartal	28,2%	74,4%	62,6%
Gesamt		Anzahl	5168	15016	20184
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 werden die meisten der 5168 insgesamt ausgestellten Überweisungen durch den Arzt initiiert, somit weisen 71,8 % eine ärztlich verifizierte Rechtfertigung auf (3712 Überweisungen). Knapp ein Drittel aller Überweisungen fordern die Patienten (28,2 %).

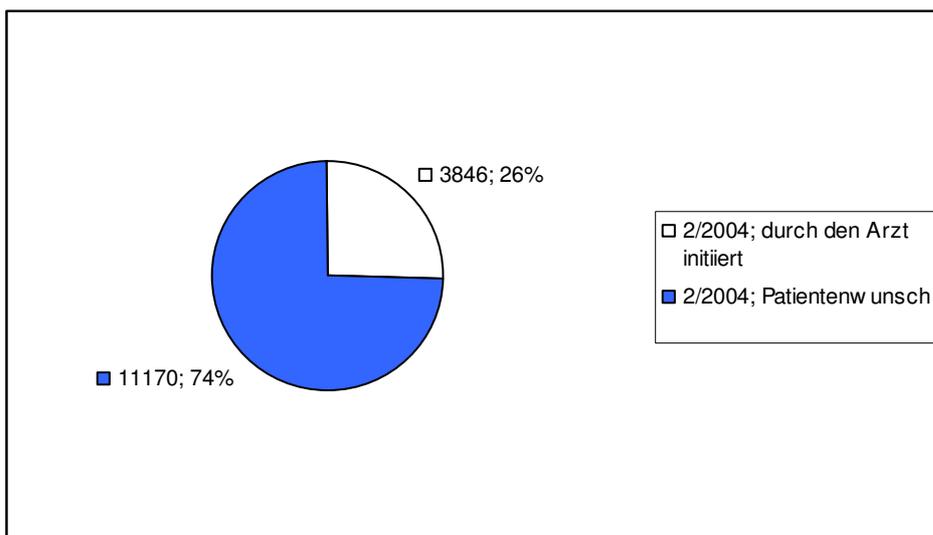
Im zweiten Quartal 2004 wird die dreifache Menge an Überweisungen geschrieben (15.016), von denen etwa ein Viertel durch den Arzt veranlasst wird. Diese Anzahl (3846) ist geringfügig größer als ein Jahr zuvor (Differenz: 134 Überweisungen). Etwa 75 % aller verzeichneten Überweisungen wünschen die Patienten; die absolute Menge dieser Wunschüberweisungen ist auf mehr als das Siebenfache angestiegen (11.170), während die Zahl der Überweisungen insgesamt lediglich auf das Dreifache angewachsen ist.

Das Verhältnis der ärztlich begründeten zu den von Patienten gewünschten Überweisungen hat sich also innerhalb eines Jahres umgekehrt und weist eine deutliche Mehrzahl an Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2004 auf.

**Abb. 9: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2003**



**Abb. 10: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2004**



Fachdisziplin / Quartal

Die mit Abstand meisten Überweisungen werden im zweiten Quartal 2003 für die Radiologie ausgestellt (16,4 %). Kardiologie (9,6 %), Chirurgie (8,9 %), Orthopädie (8,9 %) und Neurologie (7,4 %) liegen mehr oder weniger knapp unter zehn Prozent. Bis auf die Fächer Gastroenterologie (6,3 %), Innere Medizin (6,0 %), Dermatologie (5,2 %), HNO-Heilkunde (4,3 %), Nuklearmedizin (3,8 %), Urologie (3,8 %) und Augenheilkunde (3,4 %) verzeichnen

alle übrigen Fächer einen Anteil an allen Überweisungen von jeweils weniger als drei Prozent (siehe hierzu Tab. 17).

Im zweiten Quartal 2004 erhalten drei Fächer zusammen 41,5 % der Überweisungen: Gynäkologie (15,2 %), Orthopädie (13,4 %) und Augenheilkunde (12,9 %). Ihr Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr sowohl relativ als auch in den absoluten Zahlen stark angestiegen. Das in absoluten Zahlen größte Wachstum verzeichnen die Überweisungen in die Gynäkologie (103 zu 2287 Überweisungen, prozentualer Anstieg von 2,0 % auf 15,2 %), in die Augenheilkunde (176 zu 1912 Überweisungen, prozentualer Anstieg von 3,4 % auf 12,7 %) und in die Psychotherapie (24 zu 259, relativ von 0,5 % auf 1,7 % gewachsen).

Das Fach Radiologie, das im Vorjahr noch die meisten Überweisungen erhält (22,5 %), verzeichnet im zweiten Quartal 2004 nur noch 5,4 % aller geschriebenen Überweisungen, obwohl die Anzahl nur geringfügig gesunken ist (848 zu 818).

Es gibt nur vier Fächer, in denen die Anzahl der Überweisungen im Vergleich zum Vorjahr gesunken ist: Genetik (anteilmäßig -0,1 %), Pädiatrie (anteilmäßig -0,3 %), Rheumatologie (anteilmäßig -1,0 %) und Zahnmedizin (anteilmäßig gleich geblieben). In den übrigen Fächern sind die absoluten Zahlen gestiegen, während sich die relativen Anteile in beide Richtungen verändert haben.

Tab. 17: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
Allgemeinmedizin	8	11	10	147
% von Quartal und Ursache	,2%	,8%	,3%	1,31%
Anästhesie	0	0	4	11
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,1%	,1%
Angiologie	28	9	31	22
% von Quartal und Ursache	,8%	,6%	,8%	,2%

Augenheilkunde	84	92	142	1770
% von Quartal und Ursache	2,3%	6,3%	3,7%	15,8%
Chirurgie	360	102	403	404
% von Quartal und Ursache	9,7%	7,0%	10,5%	3,6%
Dermatologie	159	109	183	1209
% von Quartal und Ursache	4,3%	7,5%	4,8%	10,8%
Diabetologie	47	60	54	92
% von Quartal und Ursache	1,3%	4,1%	1,4%	0,8%
Endokrinologie	8	15	20	27
% von Quartal und Ursache	0,2%	1,0%	,5%	,2%
Gastroenterologie	271	56	248	102
% von Quartal und Ursache	7,3%	3,8%	6,4%	,9%
Genetik	5	1	2	1
% von Quartal und Ursache	,1%	,1%	,1%	,0%
Gynäkologie	47	56	85	2202
% von Quartal und Ursache	1,3%	3,8%	2,2%	19,7%
HNO-Heilkunde	155	69	173	881
% von Quartal und Ursache	4,2%	4,7%	4,5%	7,9%
Innere Medizin	231	80	184	181
% von Quartal und Ursache	6,2%	5,5%	4,8%	1,6%
Kardiologie	313	181	275	290
% von Quartal und Ursache	8,4%	12,4%	7,2%	2,6%
Nephrologie	17	16	21	41
% von Quartal und Ursache	0,5%	1,1%	,5%	,4%
Neurologie	282	98	219	697
% von Quartal und Ursache	7,6%	6,7%	5,7%	6,2%

Notfallmedizin	0	0	1	0
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,0%	,0%
Nuklearmedizin	176	20	154	28
% von Quartal und Ursache	4,5%	1,4%	4,0%	,3%
Onkologie	37	58	45	77
% von Quartal und Ursache	1,0%	4,0%	1,2%	0,7%
Orthopädie	311	148	418	1594
% von Quartal und Ursache	8,4%	10,2%	10,9%	14,2%
Pädiatrie	15	4	7	5
% von Quartal und Ursache	0,4%	,3%	,2%	,0%
Pathologie	25	3	25	4
% von Quartal und Ursache	,7%	,2%	,7%	,0%
Phlebologie	25	33	23	61
% von Quartal und Ursache	,7%	2,3%	,6%	,5%
Pneumologie	72	47	76	190
% von Quartal und Ursache	1,9%	3,2%	2,0%	1,7%
Psychiatrie	29	17	27	142
% von Quartal und Ursache	,8%	1,2%	,7%	1,3%
Psychotherapie	19	5	39	220
% von Quartal und Ursache	,5%	1,3%	1,0%	2,0%
Radiologie	835	13	794	24
% von Quartal und Ursache	22,5%	,9%	20,6%	,2%
Rheumatologie	32	53	28	55
% von Quartal und Ursache	23,4%	3,6%	,7%	,5%
Schlafmedizin	2	0	0	2
% von Quartal und Ursache	,1%	,0%	,0%	,0%

Schmerzmedizin	3	5	7	24
% von Quartal und Ursache	,1%	,3%	,2%	,2%
Strahlenmedizin	6	4	6	5
% von Quartal und Ursache	,2%	,3%	,2%	,0%
Urologie	108	90	142	662
% von Quartal und Ursache	3,0%	6,2%	3,7%	6,0%
Zahnmedizin	2	1	0	0
% von Quartal und Ursache	,1%	,1%	,0%	,0%
Gesamt	3712	1456	3846	11.170
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

Die Ursachen der Überweisungen zu den jeweiligen Fachdisziplinen unterscheiden sich im zweiten Quartal 2004 deutlich von denjenigen des zweiten Quartals 2003 (siehe hierzu Tab. 17).

Im zweiten Quartal 2003 überwiegen die Wunschüberweisungen bei den Überweisungen zu folgenden neun Gebietsärzten: Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Diabetologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Onkologie, Phlebologie, Rheumatologie und Schmerzmedizin. In den restlichen Fachdisziplinen (22) sind jeweils die meisten Überweisungen ärztlich begründet.

Mit Abstand die meisten Überweisungen mit medizinischer Indikation sind gerichtet in Radiologie (98,5 %), Nuklearmedizin (89,8 %), Pathologie (89,3 %), Genetik (83,3 %) und Gastroenterologie (82,9 %).

Im zweiten Quartal 2004 weisen nur zehn Fächer eine Mehrheit der Überweisungen mit einer ärztlich verifizierten Rechtfertigung auf: Notfallmedizin (100,0 %), Radiologie (97,0 %), Pathologie (86,2 %), Nuklearmedizin (84,6 %), Gastroenterologie (70,9 %), Genetik (66,7 %),

Angiologie (58,5 %), Pädiatrie (58,3 %), Strahlenmedizin (54,5 %) und Innere Medizin (50,4 %).

Die restlichen 23 Fachdisziplinen, die im zweiten Quartal 2004 noch verzeichnet sind, erhalten zum größten Anteil Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Indikation. Mehr als 90 % der Überweisungen zu Gynäkologie (96,3 %), Allgemeinmedizin (93,6 %) und Augenheilkunde (92,6 %) sind Wunschüberweisungen.

Den größten absoluten Zuwachs an Wunschüberweisungen vom zweiten Quartal 2003 zum zweiten Quartal 2004 verzeichnen Psychotherapie (44fach erhöht, anteilmäßig 0,7 % mehr) und Gynäkologie (fast 40fach erhöht, anteilmäßig 13,2 % mehr), gefolgt mit weitem Abstand von Augenheilkunde (19fach erhöht, anteilmäßig 9,3 % mehr), Allgemeinmedizin (13,4fach; anteilmäßig 0,6 % mehr), Dermatologie (anteilmäßig 4,1 % mehr), HNO-Heilkunde (anteilmäßig 2,7 % mehr) und Orthopädie (absolut je mehr als zehnfach erhöht; anteilmäßig 4,5 % mehr). Die Fächer Anästhesie und Schlafmedizin erhalten im zweiten Quartal 2004 zum ersten Mal Wunschüberweisungen, was somit einer Steigerung um jeweils 100 % entspricht.

Geschlecht / Quartal

**Tab. 18: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Quartal / Geschlecht (PrimaryLast)**

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	1609	2127	3736
		% von Quartal	43,1%	56,9%	100,0%
		% von Geschlecht	34,2%	29,0%	31,0%
	2/2004	Anzahl	3097	5201	8298
		% von Quartal	37,3%	62,7%	100,0%
		% von Geschlecht	65,8%	71,0%	69,0%
Gesamt		Anzahl	4706	7328	12034
		% von Quartal	39,1%	60,9%	100,0%
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Zur Vermeidung einer Verzerrung durch die doppelten Fälle (siehe hierzu Kap. 4.2) werden bei dieser Statistik entweder der erste oder der letzte Fall als der primäre gezählt. Es verbleiben 12.034 Überweisungen, die sich auf die beiden Geschlechter aufteilen. Die im

Folgenden genannten Zahlen beziehen sich zunächst auf die Ergebnisse der Stichprobe, in der der letzte Fall als der primäre gewertet wird.

In beiden Quartalen erhalten Frauen mehr Überweisungen als Männer, im zweiten Quartal 2004 fällt die unterschiedliche Anzahl der Überweisungen für Frauen und Männer lediglich deutlicher aus.

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 beträgt der Anteil der Überweisungen für Frauen mehr als die Hälfte (2003: 56,9 %; 2004: 62,7 %). Dementsprechend werden 43,1 % (2003) bzw. 37,3 % (2004) der Überweisungen für männliche Patienten ausgestellt. Die absolute Anzahl der Überweisungen hat sich bei den Frauen auf das 2,4fache und bei den Männern auf etwa das Doppelte gesteigert (siehe hierzu Tab. 18); damit wachsen beide in gleichem Maß wie auch die Anzahl insgesamt (um das 2,2fache).

Bei der Berücksichtigung des ersten Falls als der primäre ergibt sich im zweiten Quartal 2004 das exakt gleiche Verhältnis wie oben beschrieben (siehe hierzu Tab. 42 im Anhang); die Verteilung der Überweisungen auf männliche und weibliche Patienten im zweiten Quartal 2003 fällt geringfügig anders aus (0,1 % Differenz).

Selbst wenn die Überweisungen in die Gynäkologie nicht gewertet werden, ergibt sich für beide Quartale jeweils eine Mehrheit der Frauen, die eine Überweisung erhalten.

Tab. 19: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Geschlecht	männlich	Anzahl	2021	4330	6351
		% von Geschlecht	31,8%	68,2%	100,0%
		% von Quartal	44,1%	42,7%	43,1%
	weiblich	Anzahl	2560	5812	8372
		% von Geschlecht	30,6%	69,4%	100,0%
		% von Quartal	55,9%	57,3%	56,9%
Gesamt		Anzahl	4581	10142	14723
		% von Geschlecht	31,1%	68,9%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Geschlecht / Quartal / Ursache

Tab. 20: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal / Ursache

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	1589	1564	3153
			% von Quartal	42,8%	40,7%	41,7%
		weiblich	Anzahl	2123	2282	4405
			% von Quartal	57,2%	59,3%	58,3%
	Gesamt		Anzahl	3712	3846	7558
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	624	3568	4192
			% von Quartal	42,3%	31,9%	33,2%
		weiblich	Anzahl	832	7602	8434
			% von Quartal	57,1%	68,1%	66,8%
	Gesamt		Anzahl	1456	11170	12626
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 veranlassen die Ärzte die meisten Überweisungen für weibliche Patienten. 2123 (2003) bzw. 2282 (2004) Überweisungen mit medizinischer Indikation erhalten Frauen, 1589 (2003) bzw. 1564 Überweisungen werden für männliche Patienten ausgestellt. Diese Mehrheit der Frauen, für die ärztlich begründete Überweisungen ausgestellt werden, beträgt in beiden Quartalen etwas mehr als die Hälfte (2003: 57,2 %; 2004: 59,3 %).

Es sind ebenfalls Frauen, die die meisten Wunschüberweisungen fordern; die Differenz zu den Männern fällt aber in den beiden Quartalen unterschiedlich aus. Im zweiten Quartal 2003 wünschen Frauen 832 Überweisungen, ihr Anteil an allen Patienten, die eine Wunschüberweisung erhalten (57,1 %), ist jedoch unwesentlich geringer als derjenige der Frauen, für die eine ärztlich begründete Überweisung ausgestellt wird (57,2 %). Männer wünschen 624 Überweisungen (42,3 %), geringfügig weniger als der Anteil der Überweisungen, die der Arzt für sie veranlasst (42,8 %).

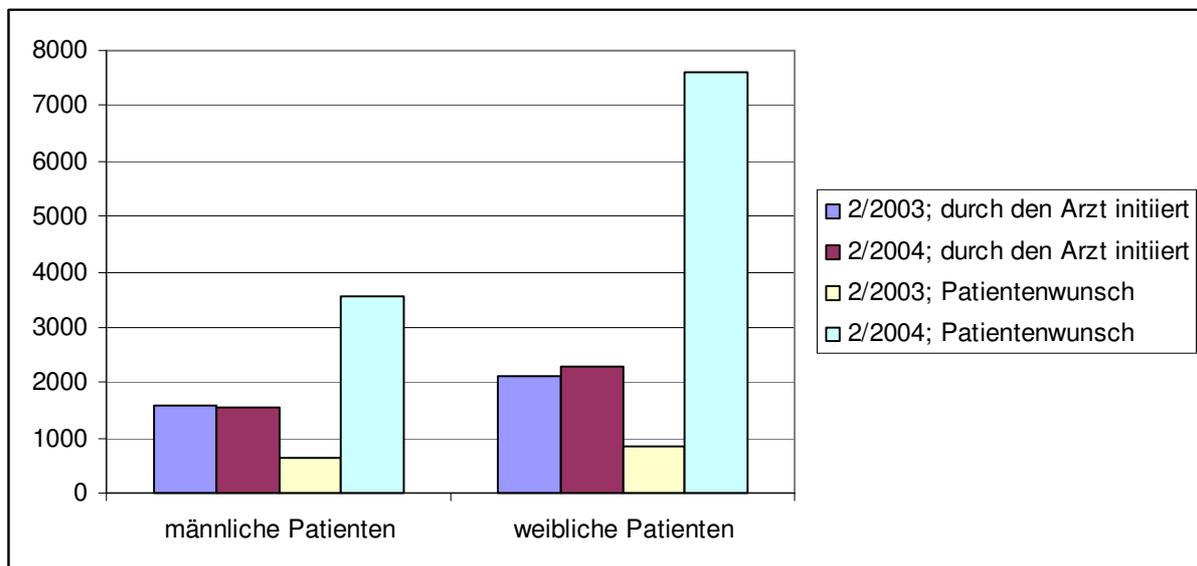
Der Anteil der Frauen an allen Patienten, die eine Wunschüberweisung fordern, beträgt im zweiten Quartal 2004 68,1 %. Medizinisch nicht gerechtfertigte Überweisungen für Männer

machen also lediglich 31,9 % aus, obwohl sich die absolute Zahl (3568) im Vergleich zum Vorjahr (624) mehr als verfünffacht hat. Die Zahl der Wunschüberweisungen für Frauen ist auf das Neunfache gestiegen (2003: 832; 2004: 7602). Die absolute Anzahl der Wunschüberweisungen insgesamt ist dementsprechend auf das 7,7fache gewachsen.

Werden die Überweisungen in die Gynäkologie nicht berücksichtigt, bleiben die oben beschriebenen Verhältnisse erhalten (siehe hierzu Tab. 43 im Anhang), sie fallen jedoch nicht in gleichem Maße deutlich zu Gunsten der Frauen aus.

Abb. 11: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal / Ursache



Altersgruppen / Quartal

Tab. 21: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Altersgruppen / Quartal (PrimaryFirst)

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	46	48	94
		% von Altersgruppen	48,9%	51,1%	100,0%
		% von Quartal	1,2%	,6%	,8%
	10-19 Jahre	Anzahl	186	314	500
		% von Altersgruppen	37,2%	62,8%	100,0%
		% von Quartal	5,0%	3,8%	4,2%

	20-29 Jahre	Anzahl	311	756	1067	
		% von Altersgruppen	29,1%	70,9%	100,0%	
		% von Quartal	8,3%	9,1%	8,9%	
	30-39 Jahre	Anzahl	495	1036	1531	
		% von Altersgruppen	32,3%	67,7%	100,0%	
		% von Quartal	13,2%	12,5%	12,7%	
	40-49 Jahre	Anzahl	500	1162	1662	
		% von Altersgruppen	30,1%	69,9%	100,0%	
		% von Quartal	13,4%	14,0%	13,8%	
	50-59 Jahre	Anzahl	554	1244	1798	
		% von Altersgruppen	30,8%	69,2%	100,0%	
		% von Quartal	14,8%	15,0%	14,9%	
	60-69 Jahre	Anzahl	829	1809	2638	
		% von Altersgruppen	31,4%	68,6%	100,0%	
		% von Quartal	22,2%	21,8%	21,9%	
70-79 Jahre	Anzahl	584	1334	1918		
		% von Altersgruppen	30,4%	69,6%	100,0%	
		% von Quartal	15,6%	16,1%	15,9%	
	80-89 Jahre	Anzahl	206	522	728	
			% von Altersgruppen	28,3%	71,7%	100,0%
			% von Quartal	5,5%	6,3%	6,0%
	über 90 Jahre	Anzahl	25	73	98	
			% von Altersgruppen	25,5%	74,5%	100,0%
			% von Quartal	,7%	1,2%	0,8%
Gesamt	Anzahl	3736	8298	12034		
		% von Altersgruppen	31,0%	69,0%	100,0%	
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%	

Zur Aufteilung der Überweisungen auf die einzelnen Altersklassen werden nur einzelne Fälle berücksichtigt; bei allen doppelten wird entweder der erste oder der letzte Fall als der primäre Fall gezählt. Es verbleiben 12.034 Überweisungen, die sich auf die Altersgruppen verteilen.

Die Aufteilung der Überweisungen in die verschiedenen Altersklassen ergibt im zweiten Quartal 2003 und im zweiten Quartal 2004 (bis auf die letzten beiden Altersgruppen) die gleiche Rangfolge, sowohl bei Berücksichtigung des ersten als auch des letzten Falls als der jeweils primäre bei den doppelten Fällen. Die im Folgenden genannten Prozentzahlen beziehen sich auf den PrimaryFirst; wie aus der Tabelle (siehe hierzu Tab. 44 im Anhang) zu

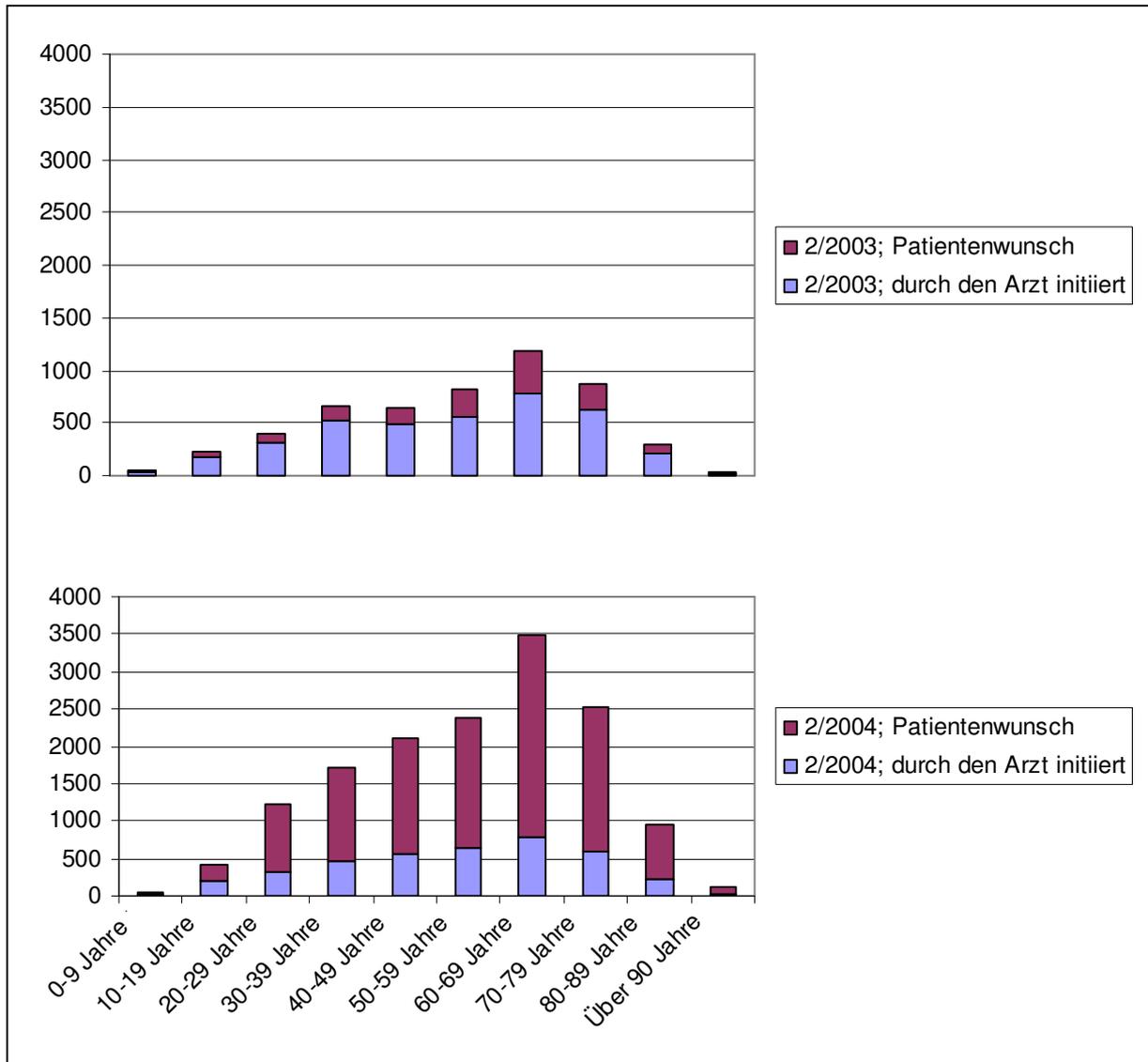
entnehmen ist, ändern sich die prozentualen Anteile der einzelnen Altersgruppen bei der Wertung des PrimaryLast nur geringfügig (jeweils um 0,1 % oder 0,2 %).

Die meisten der geschriebenen Überweisungen erhalten die 60-69jährigen (2003: 22,2 %; 2004: 21,8 %), die 70-79jährigen (2003: 15,6 %; 2004: 16,1 %) und die 50-59jährigen Patienten (2003: 14,8 %; 2004: 15,0 %). Die jüngsten (0-19 Jahre) und die ältesten (über 80 Jahre alt) Patienten verzeichnen in beiden Quartalen die wenigsten aller notierten Überweisungen (insgesamt 2003: 12,4 %; insgesamt 2004: 11,9 %).

Die absoluten Zahlen unterscheiden sich in den beiden Quartalen erheblich voneinander: insgesamt hat sich die Menge der Überweisungen in jeder Altersklasse außer derjenigen der unter neun Jahre alten Patienten (Anzahl etwa gleich geblieben) im zweiten Quartal 2004 ungefähr verdoppelt; die Anzahl insgesamt ist auf das 2,2fache gestiegen.

Abb. 12: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Aufteilung der Überweisungen auf die Altersgruppen



Altersgruppen / Quartal / Ursache

Tab. 22: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Altersgruppen / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
0-9 Jahre	39	13	36	17
% von Quartal und Ursache	1,1%	,9%	,9%	,2%
10-19 Jahre	178	49	206	223
% von Quartal und Ursache	4,8%	3,4%	5,4%	2,0%
20-29 Jahre	316	86	324	898
% von Quartal und Ursache	8,5%	5,9%	8,4%	8,0%
30-39 Jahre	522	145	470	1254
% von Quartal und Ursache	14,1%	10,0%	12,2%	11,2%
40-49 Jahre	480	161	563	1538
% von Quartal und Ursache	12,9%	11,1%	14,6%	13,8%
50-59 Jahre	556	246	638	1743
% von Quartal und Ursache	15,0%	16,9%	16,6%	15,6%
60-69 Jahre	780	400	784	2702
% von Quartal und Ursache	21,0%	27,5%	20,4%	24,2%
70-79 Jahre	627	234	589	1958
% von Quartal und Ursache	16,9%	16,1%	15,3%	17,5%
80-89 Jahre	201	99	220	733
% von Quartal und Ursache	5,4%	6,8%	5,7%	6,6%
Über 90 Jahre	13	23	16	104
% von Quartal und Ursache	0,4%	1,6%	0,4%	,9%
Gesamt	3712	1456	3846	11170
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 werden insgesamt 5168 Überweisungen ausgestellt, die zu 71,8 % (3712) vom Arzt veranlasst wurden (siehe hierzu Tab. 22). Im zweiten Quartal 2004 initiiert der Arzt nur noch 25,6 % (3846) der insgesamt gezählten Überweisungen (15.016). Die absoluten Zahlen zeigen zwar eine Steigerung von 134 Überweisungen, der große prozentuale Rückgang lässt sich jedoch durch die Verdreifachung der Gesamtmenge der Überweisungen klären.

Die meisten Überweisungen, die vom Arzt verursacht werden, erhalten in beiden Quartalen Patienten zwischen 60-69 Jahren (2003: 21,0 %; 2004: 20,4 %), gefolgt von den 70-79jährigen Patienten (2003: 16,9 %; 2004: 15,3 %) oder den 50-59jährigen Patienten (2003: 15,0 %; 2004: 16,6 %). Die wenigsten Überweisungen erhalten Patienten unter neun (2003: 1,1 %; 2004: 0,9 %), oder über 90 Jahren (jeweils 0,4 %).

Die absolute Zahl der Wunschüberweisungen hat sich vom zweiten Quartal 2003 zum zweiten Quartal 2004 mehr als versiebenfacht (1456 auf 11.170), der Anteil an der Gesamtsumme der Überweisungen ist demnach von 28,2 % auf 74,3 % gestiegen.

Patienten zwischen 60 und 69 Jahren verlangen die meisten Wunschüberweisungen, sowohl im zweiten Quartal 2003 (27,5 %) als auch im zweiten Quartal 2004 (24,2 %). Die absoluten Zahlen haben sich 2004 im Vergleich zu 2003 etwa versiebenfacht, der prozentuale Anteil an der Gesamtsumme der Überweisungen ist allerdings geringfügig gesunken. Die 50-59jährigen wünschen im zweiten Quartal 2003 246 Überweisungen (16,9 %), ein Jahr später hat sich diese Zahl auf das Siebenfache gesteigert (1743), obwohl der prozentuale Anteil etwa leicht gesunken (15,6 %). Die Zahl der für 70-79jährige Patienten ausgestellten Wunschüberweisungen ist von 234 im zweiten Quartal 2003 sowohl absolut (auf mehr als das Achtfache; 1958) als auch relativ (anteilmäßig um 1,4 % erhöht) im zweiten Quartal 2004 gewachsen.

Wie auch bei den Überweisungen mit medizinischer Indikation, sind für Patienten unter neun (2003: 0,9 %; 2004: 0,2 %) und über 90 Jahren (2003: 1,6 %; 2004: 0,9 %) die wenigsten Wunschüberweisungen geschrieben worden.

Datum / Quartal

Bei der Aufteilung der Überweisungen auf die einzelnen Tage des jeweiligen Quartals ergeben sich zwischen den beiden Quartalen charakteristische Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten.

Am ersten Tag des zweiten Quartals 2003 sind 238 Überweisungen verzeichnet, welche 4,6 % aller in diesem Quartal geschriebenen Überweisungen ausmachen. Ein Jahr später, am 01.04.2004, wird etwa die fünffache Menge an Überweisungen ausgestellt (1301), welche 8,7 % aller Überweisungen entsprechen (siehe hierzu Tab. 23).

In der ersten Woche des zweiten Quartals 2003 (01.04.-06.04.2003) werden in den ersten vier Arbeitstagen 596 Überweisungen ausgestellt, mehr als ein Zehntel der im gesamten Quartal verzeichneten Überweisungen. Im zweiten Quartal 2004 werden in der ersten Woche (01.04.-04.04.2004), die zwei Arbeitstage enthält, 1830 Überweisungen geschrieben, die 12,2 % aller im gesamten Quartal notierten Überweisungen ausmachen. Dies bedeutet, dass im Vergleich zum Vorjahr in der Hälfte der zur Verfügung stehenden Zeit (zwei Arbeitstage) mehr als das Dreifache an Überweisungen ausgestellt wird.

Stellt man nun die Anzahl der Überweisungen aus dem Monat April 2004 den Überweisungen von April 2003 gegenüber, ergibt sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied: im April 2003 wurden 2046 Überweisungen ausgestellt, etwa ein Viertel derjenigen, die ein Jahr später (7926) notiert sind. Der Anteil dieser 2046 an der Gesamtsumme der Überweisungen beträgt 39,6 %, während im April 2004 mehr als die Hälfte (52,8 %) aller verzeichneten Überweisungen in einem Drittel der Zeit des Quartals geschrieben werden.

Betrachtet man nur die Montage (in beiden Quartalen jeweils elf), so ergibt sich für das zweite Quartal 2003 folgendes Ergebnis: zu Beginn jeder Arbeitswoche werden 1302 Überweisungen ausgestellt, welche 25,2 % der Überweisungen insgesamt repräsentieren. Im zweiten Quartal 2004 werden 3803 Überweisungen gezählt, die montags geschrieben werden und die einen Anteil von 25,3 % an allen im Quartal notierten Überweisungen haben.

Im zweiten Quartal 2003 werden 23 Überweisungen (0,4 %) an Tagen ausgestellt, die keine regulären Arbeitstage für die Ärzte sind (Samstag, Sonntag, Feiertag), ein Jahr später 38 (0,3 %).

Am letzten Tag des zweiten Quartals 2003 werden 57 Überweisungen ausgestellt, 1,1 % des gesamten Quartals. Ein Jahr später werden am 30.06.2004 absolut (Differenz: 23) und relativ (Differenz: 0,9 %) weniger Überweisungen geschrieben.

Berücksichtigt man nur die einzelnen Fälle, so ist festzustellen, dass am 01.04.2003 238 Überweisungen für 191 Patienten (PrimaryFirst und PrimaryLast) ausgestellt wurden. Am ersten Tag des zweiten Quartals 2004 sind 1301 Überweisungen verzeichnet, die für 585 Patienten (PrimaryFirst und PrimaryLast) geschrieben werden.

Datum / Quartal / Ursache

Tab. 23: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Datum / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
01. April	129	109	201	1100
% von Ursache und Quartal insgesamt	3,5%	7,5%	5,2%	9,8%
1. Woche	346	250	299	1531
% von Ursache und Quartal insgesamt	9,3%	17,2%	7,8%	13,7%
1. Monat	1378	668	1637	6289
% von Ursache und Quartal insgesamt	37,1%	45,9%	42,6%	56,3%
Montags	946	356	985	2818
% von Ursache und Quartal insgesamt	25,5%	24,5%	25,6%	25,2%
Samstag, Sonntag, Feiertag	19	4	18	20
% von Ursache und Quartal insgesamt	,5%	,3%	,5%	,2%

30. Juni	45	12	17	17
% von Ursache und Quartal insgesamt	1,2%	,8%	,4%	,2%
Quartal insgesamt	3712	1456	3846	11170
% von Ursache und Quartal insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Aufteilung der Überweisungen jedes einzelnen Tages in die Ursachen ergibt je nach Datum charakteristische Besonderheiten, die sich auch in den beiden Quartalen unterscheiden.

Im zweiten Quartal 2003 wird etwa jeweils die Hälfte der am 01.04.2003 geschriebenen Überweisungen durch den Patienten gewünscht oder durch den Arzt veranlasst (siehe hierzu Tab. 23). Ein Jahr später, am 01.04.2004, werden 84,6 % der an diesem Tag ausgestellten Überweisungen vom Patienten gefordert.

In der ersten Woche (01.04.-06.04.2003) werden im zweiten Quartal 2003 596 Überweisungen ausgestellt, von denen 42,0 % (250) vom Patienten verlangt werden. In der ersten Woche des zweiten Quartals 2004 (01.04.-04.04.2004) finden sich 1531 von insgesamt 1830 Überweisungen, die keine ärztlich verifizierte Indikation aufweisen. Dies entspricht einem Anteil von 83,7 %.

Von denjenigen Überweisungen, die im April 2003 gezählt werden (2046), haben Patienten 32,6 % (668) verlangt; ein Jahr später, im April 2004, sind Patienten-Forderungen der Grund für 6289 Überweisungen, welche 79,3 % der insgesamt in diesem Monat geschriebenen Überweisungen (7926) ausmachen. Dieser Anteil liegt wie auch bereits 2003 unwesentlich über demjenigen, der sich für Wunschüberweisungen im gesamten Quartal ergab (75,2 %).

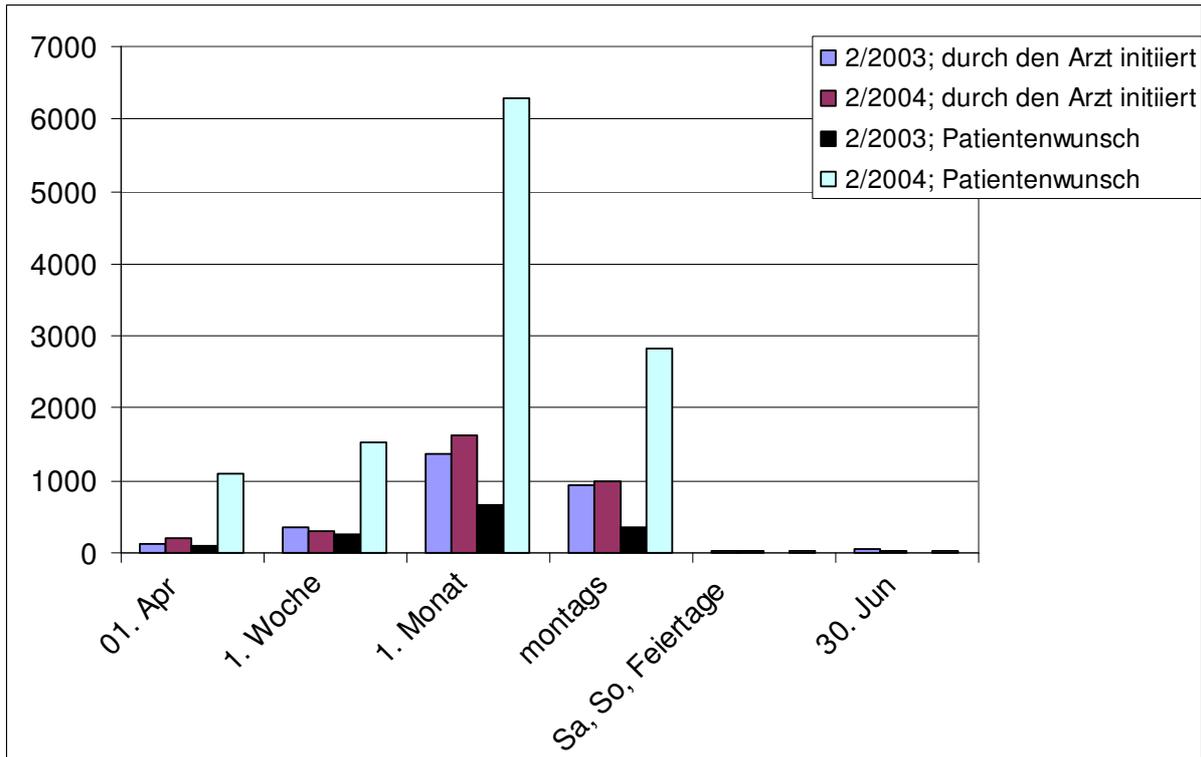
27,3 % (356) der montags ausgestellten Überweisungen werden im zweiten Quartal 2003 durch die Patienten verlangt; im zweiten Quartal 2004 werden 2818 Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Rechtfertigung gezählt, welche einem Anteil an den insgesamt montags geschriebenen Überweisungen von 74,1 % entsprechen.

19 der insgesamt 23 an Wochenend- und Feiertagen ausgestellten Überweisungen werden im zweiten Quartal 2003 durch den Arzt initiiert (82,6 %); im zweiten Quartal 2004 sind es nur noch 52,6 % (20) der insgesamt 38 an diesen Tagen gezählten Überweisungen.

Von denjenigen Überweisungen, die am 30.06.2003 verzeichnet sind (57), veranlasst der Arzt 78,9 % (45); ein Jahr später weist nur noch die Hälfte eine ärztlich verifizierte Indikation auf (17 von 34).

Abb. 13: Gebiet mit hoher Ärztedichte:

Datum / Quartal / Ursache



4.3.3 Ergebnisse des Gebiets mit geringer Ärztedichte – Land

Als Hausarztpraxen in einem Gebiet mit geringer Ärztedichte (siehe hierzu Kap. 4.1) werden sechs Praxen gewertet.

Fallzahl in den Quartalen

Alle Patienten

Tab. 23: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Fallzahl im 2. Quartal 2003

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	6	518	2438	1455

Tab. 24: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Fallzahl im 2. Quartal 2004

	Anzahl der Hausarztpraxen	Minimum	Maximum	Mittelwert
Fallzahl	6	548	2325	1380

Der Mittelwert der Fallzahlen der sechs Hausarztpraxen beträgt im zweiten Quartal 2004 (1380 Patienten) 75 Patienten weniger als im Vorjahr (1455 Patienten).

Im zweiten Quartal 2003 suchen zwischen 518 und 2438 Patienten ihren Hausarzt auf, während es ein Jahr später zwischen 548 und 2325 Patienten sind.

Aufteilung auf die Geschlechter

Tab. 25: Gebiet mit geringer Ärztedichte, Großpraxis:

Fallzahl, aufgeteilt nach Geschlecht

	Anzahl der Hausarztpraxen	Fallzahl Minimum	Fallzahl Maximum	Fallzahl Mittelwert
2. Quartal 2003				
Männliche Patienten	2	486	1218	1704
Weibliche Patienten	2	721	1220	971
2. Quartal 2004				
Männliche Patienten	2	486	1093	790
Weibliche Patienten	2	712	1230	971

In lediglich zwei Praxen, die in dieser Kategorie ausgewertet werden, kann die Fallzahl in weibliche und männliche Patienten aufgeteilt werden, sodass die Ergebnisse für diese Statistik nicht repräsentativ sind, jedoch genannt werden sollen.

Im zweiten Quartal 2003 suchten deutlich mehr Männer (1704) als Frauen (971) eine Hausarztpraxis auf, während ein Jahr später die Anzahl der weiblichen Patienten (971) höher ist als diejenige der männlichen (790) (siehe hierzu Tab. 25).

Anzahl der Überweisungen pro Patient

Alle Patienten

Tab. 26: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Überweisungen pro Patient

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	1354	2173	3527
		% von Quartal	75,6%	62,7%	67,1%
	2,00	Anzahl	317	819	1136
		% von Quartal	17,7%	23,7%	21,6%
	3,00	Anzahl	89	319	408
		% von Quartal	5,0%	9,2%	7,8%
	4,00	Anzahl	27	101	128
		% von Quartal	1,5%	2,9%	2,4%
	5,00	Anzahl	4	34	38
		% von Quartal	,2%	1,0%	,7%
	6,00	Anzahl	1	14	15
		% von Quartal	,1%	,4%	,3%
7,00	Anzahl	0	2	2	
	% von Quartal	,0%	,1%	,0%	
8,00	Anzahl	0	2	2	
	% von Quartal	,0%	,1%	,0%	
Gesamt		Anzahl	1792	3464	5256
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 erhalten 75,6 % der Gesamtsumme der Patienten, die mindestens eine Überweisung bekommen, genau eine Überweisung; die maximale Anzahl von sechs Überweisungen wird lediglich für einen Patienten ausgestellt (0,1 %).

Dagegen werden im zweiten Quartal 2004 für 18 Patienten sechs bis acht Überweisungen geschrieben, welche einem Anteil von 0,6 % entsprechen. 62,7 % erhalten exakt eine Überweisung, 21,6 % zwei und 7,8 % drei Überweisungen.

Aufteilung auf die Geschlechter

Die Aufteilung der Anzahl der Überweisungen auf die beiden Geschlechter ergibt im zweiten Quartal 2003 die gleichen Verhältnisse wie auch schon bei deren gleichzeitiger Berücksichtigung. (siehe hierzu Tab. 45/46 im Anhang).

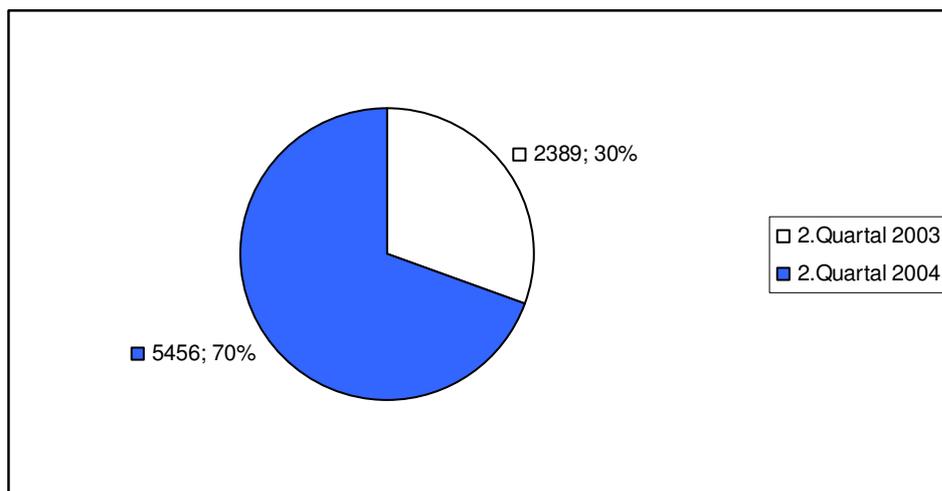
Die Relationen verschieben sich im zweiten Quartal 2004, sodass nun 67,8 % der Männer, aber nur 59,2 % der Frauen genau eine Überweisung erhalten. Von den Frauen bekommt etwa ein Viertel (25,7 %) zwei Überweisungen, während es bei den Männern ein Fünftel (20,6 %) ist.

Die maximale Anzahl von acht Überweisungen wird für jeweils einen Mann und eine Frau ausgestellt, jedoch sind darüber hinaus elf Frauen mit jeweils sechs oder sieben Überweisungen, aber nur fünf Männer mit je sechs Überweisungen verzeichnet.

Überweisungen

Sechs Arztpraxen, in denen 7845 Überweisungen ausgestellt wurden, können dieser Kategorie der Landpraxen zugeteilt werden. 2389 Überweisungen sind im zweiten Quartal 2003 verzeichnet, 5456 im zweiten Quartal 2004.

**Abb. 14: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Überweisungen in den beiden Quartalen**



Quartal / Ursache

Tab. 27: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Ursache / Quartal

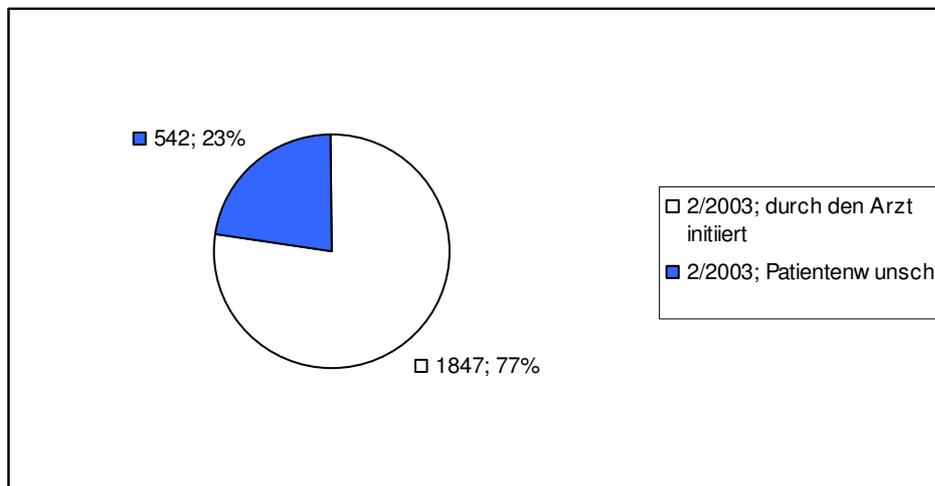
			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Ursache	Durch Arzt initiiert	Anzahl	1847	2403	4250
		% von Quartal	77,3%	44,0%	54,2%
	Patientenwunsch	Anzahl	542	3053	3595
		% von Quartal	22,7%	56,0%	45,8%
Gesamt		Anzahl	2389	5456	7845
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Im zweiten Quartal 2003 werden 1847 aller ausgestellten Überweisungen (2389) durch den Arzt veranlasst. Dies entspricht einem Anteil dieser ärztlich begründeten Überweisungen an den insgesamt verzeichneten Überweisungen von 77,3 %. 542 Überweisungen haben die Patienten gefordert (22,7 %).

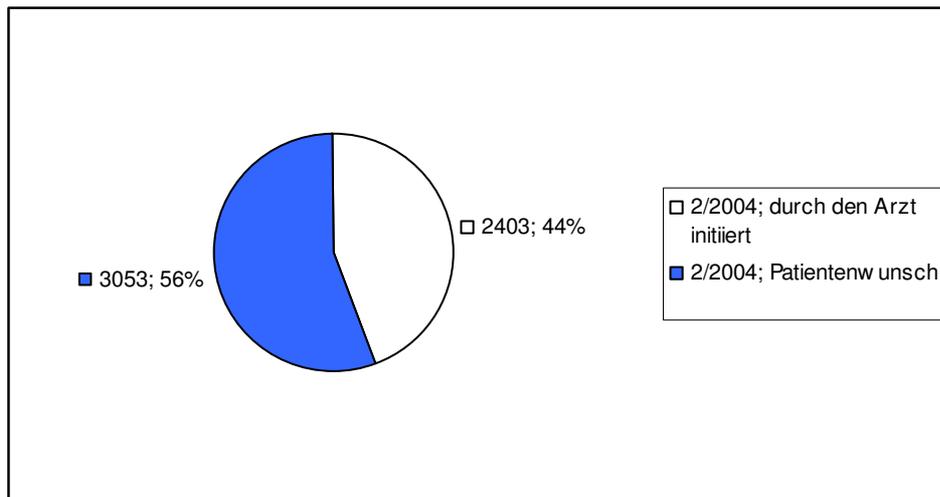
Im zweiten Quartal 2004 (2403) veranlassen die Ärzte zwar 556 Überweisungen mehr als ein Jahr zuvor (1847); der Anteil an den insgesamt ausgestellten 5456 Überweisungen beträgt allerdings lediglich 44,0 %. Den Großteil machen Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Indikation aus: 3053 Überweisungen werden durch Patienten gewünscht. Dies ist die fast sechsfache Menge der Wunschüberweisungen im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 .

Abb. 15: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2003



**Abb. 16: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Ursache der Überweisungen: 2. Quartal 2004**



Fachdisziplin / Quartal

Im zweiten Quartal 2003 verzeichnen Radiologie (15,2 %), Orthopädie (11,3 %), Innere Medizin (10,5 %), Chirurgie (9,6 %) und Kardiologie (9,1 %) gemeinsam 55,7 % aller Überweisungen. Die übrigen Fächer erhalten jeweils bis zu 148 (Neurologie) Überweisungen, die einen Anteil von jeweils bis 6,2 % ausmachen. Die wenigsten Überweisungen werden für die Fächer Endokrinologie, Pädiatrie, Phlebologie, Schlafmedizin und Zahnmedizin (je 0,1 %), Strahlenmedizin und Nephrologie (je 0,2 %) geschrieben (siehe hierzu Tab. 28).

Die absolute Anzahl der Überweisungen im zweiten Quartal 2004 hat sich im Vergleich zum Vorjahr mehr oder weniger stark verändert: die höchste Wachstumsrate verzeichnen die Psychotherapie (10fach, prozentual auf das Fünffache gestiegen) und Gynäkologie (10fach, prozentual auf das Vierfache gestiegen).

Die größten Anteile an Überweisungen erhalten die Fächer Gynäkologie (14,3 %), Augenheilkunde (13,2 %) und Orthopädie (11,3 %). Weniger Überweisungen als im Vorjahr richten sich nur in die Fächer Kardiologie (Anteil relativ gesunken um 5,2 %), Nuklearmedizin (-1,2 %), Pathologie (-0,3 %), Schlafmedizin (-0,1 %) und Zahnmedizin (-0,1 %); in allen anderen Fachdisziplinen hat sich die Anzahl der Überweisungen im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 erhöht.

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

Tab. 28: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
Allgemeinmedizin	57	5	55	44
% von Quartal und Ursache	3,1%	,9%	2,3%	1,4%
Anästhesie	0	0	5	1
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,2%	,0%
Angiologie	5	4	12	3
% von Quartal und Ursache	,3%	,7%	,5%	,1%
Augenheilkunde	67	45	142	576
% von Quartal und Ursache	3,6%	8,3%	5,9%	18,9%
Chirurgie	195	35	209	87
% von Quartal und Ursache	10,6%	6,5%	8,7%	2,8%
Dermatologie	76	37	149	277
% von Quartal und Ursache	4,1%	6,8%	6,2%	9,1%
Diabetologie	16	8	9	20
% von Quartal und Ursache	,9%	1,5%	,4%	,7%
Endokrinologie	1	1	2	2
% von Quartal und Ursache	,1%	,2%	,1%	,1%
Gastroenterologie	36	2	62	14
% von Quartal und Ursache	1,9%	,4%	2,6%	,5%
Genetik	0	0	0	0
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,0%	,0%

Gynäkologie	29	42	72	707
% von Quartal und Ursache	1,6%	7,7%	3,0%	23,1%
HNO-Heilkunde	104	29	158	225
% von Quartal und Ursache	5,6%	5,4%	6,6%	7,4%
Innere Medizin	223	29	231	64
% von Quartal und Ursache	12,1%	5,4%	9,6%	2,1%
Kardiologie	134	83	117	94
% von Quartal und Ursache	7,3%	15,3%	4,9%	3,1%
Nephrologie	4	0	6	7
% von Quartal und Ursache	,2%	,0%	,2%	,2%
Neurologie	109	39	152	151
% von Quartal und Ursache	5,9%	7,2%	6,3%	4,9%
Notfallmedizin	0	0	1	0
% von Quartal und Ursache	,0%	,0%	,0%	,0%
Nuklearmedizin	42	1	25	9
% von Quartal und Ursache	2,3%	,2%	1,0%	,3%
Onkologie	17	5	19	13
% von Quartal und Ursache	,9%	,9%	1,2%	,4%
Orthopädie	183	91	278	376
% von Quartal und Ursache	9,9%	16,8%	11,6%	12,3%
Pädiatrie	2	1	12	7
% von Quartal und Ursache	,1%	,2%	,5%	,2%
Pathologie	13	0	11	0
% von Quartal und Ursache	,7%	,0%	,5%	,0%
Phlebologie	2	1	7	7
% von Quartal und Ursache	,1%	,2%	,3%	,2%

Pneumologie	73	25	66	43
% von Quartal und Ursache	4,0%	4,6%	2,7%	1,4%
Psychiatrie	19	15	25	37
% von Quartal und Ursache	1,0%	2,8%	1,0%	1,2%
Psychotherapie	5	3	37	51
% von Quartal und Ursache	,3%	,6%	1,5%	1,7%
Radiologie	365	0	418	2
% von Quartal und Ursache	19,8%	,0%	17,4%	,1%
Rheumatologie	13	9	13	24
% von Quartal und Ursache	,7%	1,7%	,5%	,8%
Schlafmedizin	3	0	1	0
% von Quartal und Ursache	,2%	,0%	,0%	,0%
Schmerzmedizin	5	1	2	7
% von Quartal und Ursache	,3%	,2%	,1%	,2%
Strahlenmedizin	4	0	5	2
% von Quartal und Ursache	,2%	,0%	,2%	,1%
Urologie	43	31	102	203
% von Quartal und Ursache	2,3%	5,7%	4,2%	6,6%
Zahnmedizin	2	0	0	0
% von Quartal und Ursache	,1%	,0%	,0%	,0%
Gesamt	1847	542	2403	3053
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Der Vergleich der Ursachen der Überweisungen zu den einzelnen Fachdisziplinen in den beiden Quartalen weist große Unterschiede auf.

Im zweiten Quartal 2003 erhalten 28 der 30 möglichen Fächer Überweisungen, die mehrheitlich ärztlich indiziert sind (siehe hierzu Tab.28). Den größten Anteil an vom Arzt veranlassten Überweisungen haben Allgemeinmedizin (92,0 %), Gastroenterologie (94,7 %), Innere Medizin (92,5 %), Nuklearmedizin (97,7 %), Pathologie, Schlafmedizin und Zahnmedizin (jeweils 100,0 %).

Nur in die Gynäkologie (59,2 %) sind mehr Wunschüberweisungen gerichtet und die Endokrinologie erhält jeweils eine durch den Arzt und eine durch den Patienten veranlasste Überweisung.

Im zweiten Quartal 2004 wird in nur noch 16 Fächern der Hauptteil der Überweisungen durch den Arzt veranlasst. In den übrigen 15 Fächern weisen die Überweisungen überwiegend keine ärztlich verifizierte Indikation auf. Dieser Anteil ist in den Fächern Gynäkologie (90,8 %) und Augenheilkunde (80,2 %) am größten.

Von den Fächern, die jeweils den Großteil an durch den Arzt verursachten Überweisungen erhalten, verzeichnen die Gastroenterologie (81,5 %), Innere Medizin (78,3 %), Pathologie (100,0 %) und Radiologie (99,5 %) besonders viele ärztlich begründete Überweisungen.

Zwar ist in 15 Fächern weiterhin der Großteil der Überweisungen ärztlich indiziert, der Anteil ist jedoch in acht dieser 15 Fachgruppen gesunken.

Die Anzahl der Wunschüberweisungen ist im zweiten Quartal 2004 im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 bis auf das 17fache (Gynäkologie, prozentual auf das Dreifache gestiegen, und Psychotherapie, prozentual auf das 2,8fache gestiegen) und das 12,8fache (Augenheilkunde, prozentual auf das 2,3fache gestiegen) gewachsen. Außer den Überweisungen in die Angiologie (-1 Überweisung) ist die Anzahl der Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Rechtfertigung in jedem Fach gewachsen.

Geschlecht / Quartal

Tab. 29: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Quartal / Geschlecht (PrimaryLast)

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	847	945	1792
		% von Quartal	47,3%	52,7%	100,0%
		% von Geschlecht	37,3%	31,6%	34,1%
	2/2004	Anzahl	1422	2042	3464
		% von Quartal	41,1%	58,9%	100,0%
		% von Geschlecht	62,7%	68,4%	65,9%
Gesamt		Anzahl	2269	2987	5256
		% von Quartal	43,2%	56,8%	100,0%
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Um eine Verzerrung durch Wertung aller Fälle, also auch der doppelten, zu vermeiden, wird als Grundlage für diese Statistik nur die Stichprobe verwendet, in der zunächst der letzte Fall als der primäre gezählt wird (siehe hierzu Kap. 4.2). Es verbleiben 5256 Überweisungen, die auf die Geschlechter verteilt sind.

Zwar werden in beiden Quartalen die meisten Überweisungen für weibliche Patienten ausgestellt, der relative Anteil allerdings ist unterschiedlich. Im zweiten Quartal 2003 erhalten die Frauen nur etwas mehr als die Hälfte (52,7 %) der Überweisungen, während es ein Jahr später deutlich mehr sind (58,9 %).

Es werden dementsprechend 47,3 % (2003) bzw. 41,1 % (2004) aller Überweisungen des jeweiligen Quartals für männliche Patienten ausgestellt.

In absoluten Zahlen hat sich die Anzahl der Überweisungen für Frauen mehr als verdoppelt (945 auf 2042), während die Anzahl der Überweisungen für Männer lediglich auf das 1,7fache (847 auf 1422) gestiegen ist und somit geringer als die Wachstumsrate der Überweisungen für beide Geschlechter zusammen (Steigerung auf das 1,9fache) ist.

Bei Wertung des ersten Falls als der primäre ergibt sich im Vergleich zu den Ergebnissen des PrimaryLast eine maximale Differenz von 0,1 % (siehe hierzu Tab. 47 im Anhang).

Werden die Überweisungen in die Gynäkologie nicht berücksichtigt, so ergibt sich im zweiten Quartal 2003 weiterhin eine größere Anzahl an Frauen, die Überweisungen erhalten; die Differenz zu den Überweisungen für männliche Patienten ist jedoch geringfügig (59 Überweisungen). Im zweiten Quartal 2004 hingegen ist der Unterschied deutlicher: Frauen erhalten 52,2 % der Überweisungen, dies sind 257 mehr als Männer bekommen (siehe hierzu Tab. 30).

Tab. 30: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Geschlecht	männlich	Anzahl	1051	1879	2930
		% von Geschlecht	35,9%	64,1%	100,0%
		% von Quartal	48,6%	46,8%	47,4%
	weiblich	Anzahl	1110	2136	3246
		% von Geschlecht	34,2%	65,8%	100,0%
		% von Quartal	51,4%	53,2%	52,6%
Gesamt		Anzahl	2161	4015	6176
		% von Geschlecht	35,0%	65,0%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Geschlecht / Quartal / Ursache

Tab. 31: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal / Ursache

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	866	1056	1922
			% von Quartal	46,9%	43,9%	45,2%
		weiblich	Anzahl	981	1347	2328
			% von Quartal	53,1%	56,1%	54,8%
	Gesamt		Anzahl	1847	2403	4250
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	256	1063	1319
			% von Quartal	47,2%	34,8%	36,7%
		weiblich	Anzahl	286	1990	2276
			% von Quartal	52,8%	65,2%	63,3%
	Gesamt		Anzahl	542	3053	3595
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 beträgt der Anteil der Überweisungen, die für männliche Patienten durch den Arzt veranlasst werden, weniger als die Hälfte aller ausgestellten ärztlich begründeten Überweisungen (2003: 46,9 %; 2004: 43,9 %). Die absolute Anzahl dieser Überweisungen ist bei beiden Geschlechtern gestiegen (Männer: +190, Frauen: +366 Überweisungen).

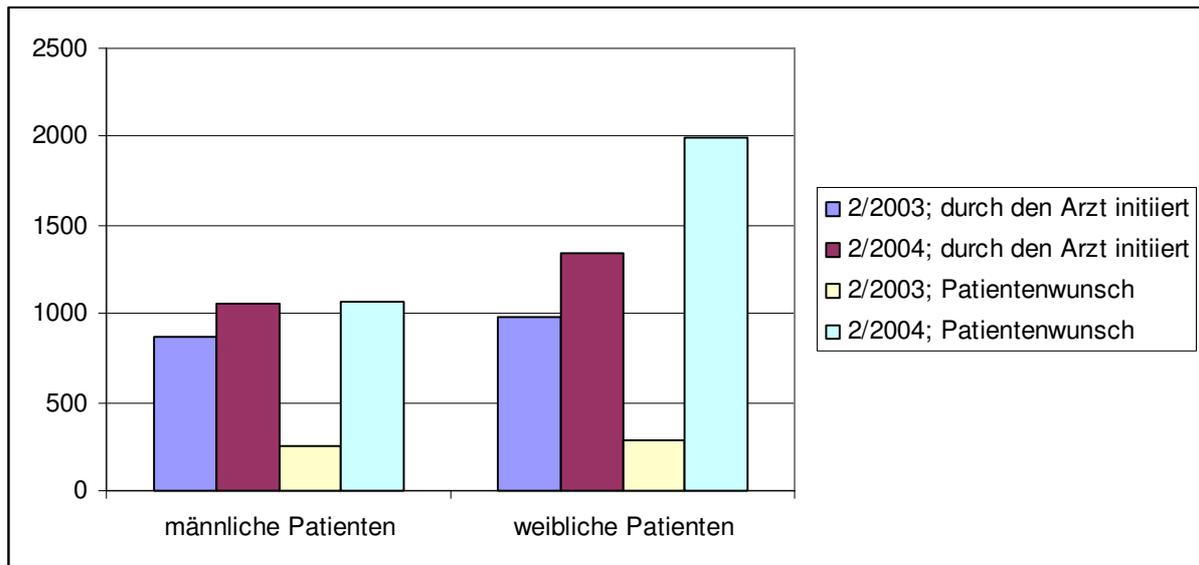
Im zweiten Quartal 2003 verteilen sich die Wunschüberweisungen fast gleichmäßig auf männliche (47,2 %) und weibliche Patienten (52,8 %). Dieses Verhältnis hat sich ein Jahr später zu Gunsten der Frauen geändert: im zweiten Quartal 2004 werden 65,2 % aller Wunschüberweisungen durch Frauen gefordert, lediglich ein Drittel durch Männer (34,8 %). Die absoluten Zahlen unterscheiden sich erheblich von denjenigen des zweiten Quartals 2003: die Zahl der Wunschüberweisungen für männliche Patienten ist auf das Vierfache (256 zu 1063) und für weibliche Patienten (286 zu 1990) auf knapp das Siebenfache angestiegen.

Ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie ergeben sich sehr ähnliche Verhältnisse wie diejenigen, die oben beschrieben wurden. Die Anzahl der Wunschüberweisungen für Männer überwiegt jedoch im zweiten Quartal 2003 und die sonst

verzeichnete Mehrheit der Überweisungen für Frauen ist nicht mehr so stark ausgeprägt. Besonders die Anzahl der Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2004 hat sich stark reduziert (-707) ohne Zählung der Überweisungen in die Gynäkologie (siehe hierzu Tab. 48 im Anhang).

Abb. 17: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Geschlecht / Quartal / Ursache



Altersgruppen / Quartal

Tab. 32: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Altersgruppen / Quartal (PrimaryFirst)

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	44	72	116
		% von Altersgruppen	37,9%	62,7%	100,0%
		% von Quartal	2,5%	2,1%	2,2%
	10-19 Jahre	Anzahl	95	179	274
		% von Altersgruppen	34,7%	62,8%	100,0%
		% von Quartal	5,3%	5,2%	5,2%
	20-29 Jahre	Anzahl	153	296	449
		% von Altersgruppen	34,1%	65,9%	100,0%
		% von Quartal	8,5%	8,5%	8,5%
	30-39 Jahre	Anzahl	241	496	737
		% von Altersgruppen	32,7%	67,3%	100,0%
		% von Quartal	13,4%	14,3%	14,0%

	40-49 Jahre	Anzahl	311	576	887
		% von Altersgruppen	35,1%	64,9%	100,0%
		% von Quartal	17,4%	16,6%	16,9%
	50-59 Jahre	Anzahl	303	521	824
		% von Altersgruppen	36,8%	63,2%	100,0%
		% von Quartal	16,9%	15,0%	15,7%
	60-69 Jahre	Anzahl	338	665	1003
		% von Altersgruppen	33,7%	66,3%	100,0%
		% von Quartal	18,9%	19,2%	19,1%
	70-79 Jahre	Anzahl	221	473	694
		% von Altersgruppen	31,8%	68,2%	100,0%
		% von Quartal	12,3%	13,7%	12,7%
	80-89 Jahre	Anzahl	76	157	233
		% von Altersgruppen	32,6%	67,4%	100,0%
		% von Quartal	4,2%	4,5%	4,4%
	über 90 Jahre	Anzahl	10	29	39
		% von Altersgruppen	25,6 %	74,4%	100,0%
		% von Quartal	,6%	,8%	,7%
Gesamt		Anzahl	1792	3464	5256
		% von Altersgruppen	34,1%	65,9%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Damit eine Verzerrung durch die Wertung der doppelten Fälle vermieden werden kann, wird bei diesen entweder der erste oder der letzte Fall als der primäre Fall gezählt. Es verbleiben 5256 Überweisungen, die ausgewertet werden. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf das Ergebnis des PrimaryFirst.

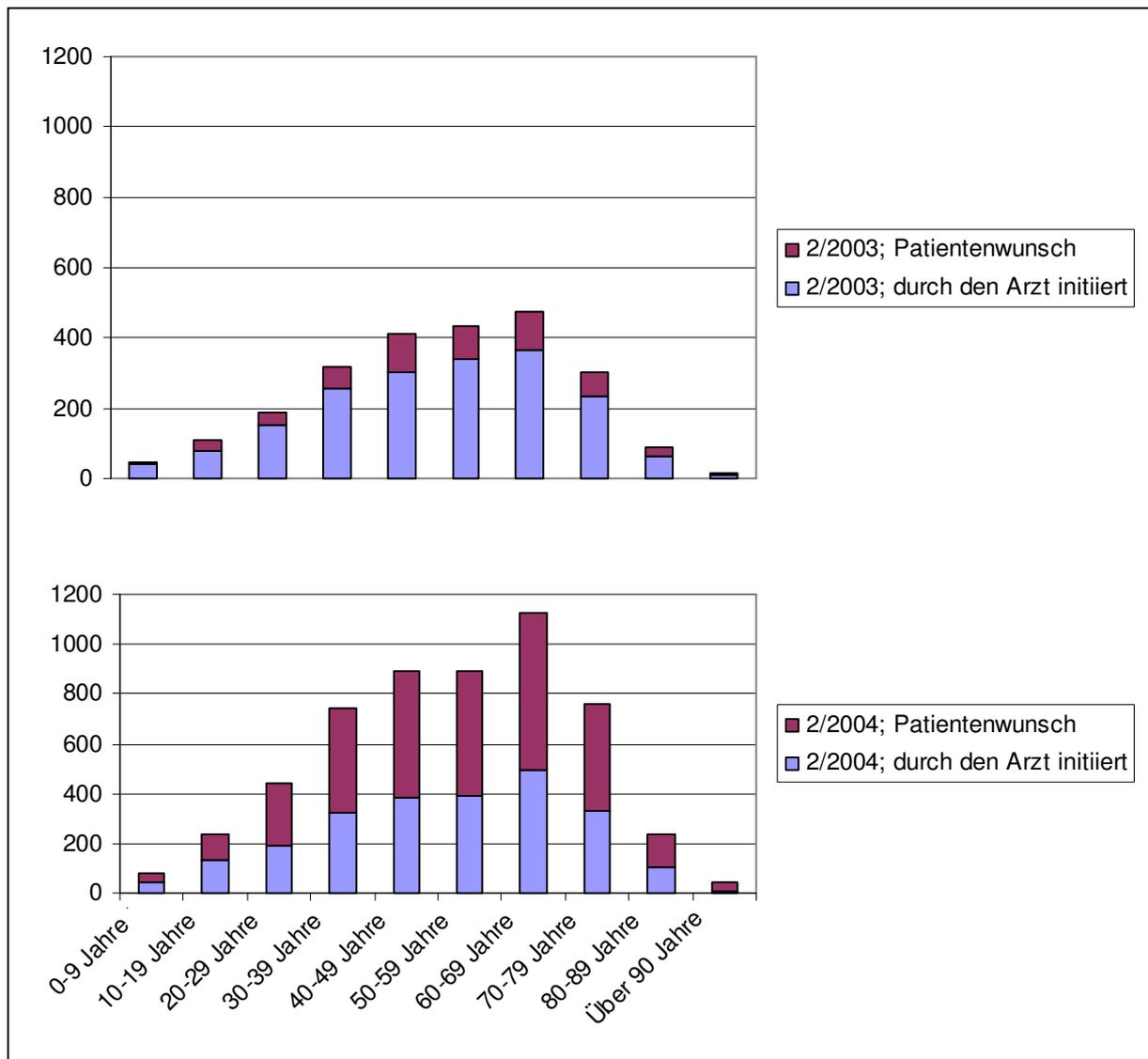
Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 erhalten Patienten zwischen 30 und 69 Jahren jeweils etwa zwei Drittel aller Überweisungen. Ebenfalls in beiden Quartalen verzeichnen die 60-69jährigen Patienten die meisten Überweisungen (2003: 18,9 %; 2004: 19,2 %). Darauf folgen die 40-49 Jahre alten Patienten (2003: 17,4 %; 2004: 16,6 %) und dann die 50-59jährigen (2003: 16,9 %; 2004: 15,0 %).

Die Menge der Überweisungen in den Altersgruppen unter 39 und über 69 Jahren hat sich auf die relativen Anteile bezogen nicht geändert und beträgt jeweils weniger als die Hälfte (2003: 46,9 %; 2004: 49,1 %) aller Überweisungen. Die Anzahl der Überweisungen hat sich im

zweiten Quartal 2004 in jeder Gruppe ungefähr verdoppelt, genauso wie die Anzahl der Überweisungen insgesamt (Wachstum auf das 1,9fache).

Wird jeweils der letzte der doppelten Fälle als der primäre Fall gerechnet, so ergibt sich in beiden Quartalen die gleiche Reihenfolge der Altersklassen wie bei den Ergebnissen des PrimaryFirst (siehe hierzu Tab. 49 im Anhang).

**Abb. 18: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Aufteilung der Überweisungen auf die Altersgruppen**



Altersgruppen / Quartal / Ursache

Tab. 33: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Altersgruppen / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
0-9 Jahre	40	8	42	42
% von Quartal und Ursache	2,2%	1,5%	1,7%	1,4%
10-19 Jahre	80	28	129	103
% von Quartal und Ursache	4,3%	5,2%	5,4%	3,4%
20-29 Jahre	153	36	192	252
% von Quartal und Ursache	8,3%	6,6%	8,0%	8,3%
30-39 Jahre	257	60	323	421
% von Quartal und Ursache	13,9%	11,1%	13,4%	13,8%
40-49 Jahre	303	110	381	511
% von Quartal und Ursache	16,4%	20,3%	15,9%	16,7%
50-59 Jahre	340	92	393	500
% von Quartal und Ursache	18,4%	17,0%	16,4%	16,4%
60-69 Jahre	365	110	495	628
% von Quartal und Ursache	19,8%	20,3%	20,6%	20,6%
70-79 Jahre	236	66	332	428
% von Quartal und Ursache	12,8%	12,2%	13,8%	14,0%
80-89 Jahre	65	26	105	133
% von Quartal und Ursache	3,5%	4,8%	4,4%	4,4%
Über 90 Jahre	8	6	11	35
% von Quartal und Ursache	,4%	1,1%	,5%	1,1%
Gesamt	1847	542	2403	3053
% von Quartal und Ursache	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Das zweite Quartal 2003 unterscheidet sich bei der Aufteilung aller durch den Arzt initiierten Überweisungen auf die einzelnen Altersgruppen vom zweiten Quartal 2004 lediglich geringfügig (siehe hierzu Tab.33). Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 stellen Ärzte für Patienten zwischen 60 und 69 Jahren (2003: 19,8 %; 2004: 20,6 %) die meisten Überweisungen aus, gefolgt von den 50-59jährigen Patienten (2003: 18,4 %; 2004: 16,4 %) und den 40 bis 49 Jahre alten Patienten (2003: 16,4 %; 2004: 15,9 %).

Die absoluten Zahlen wie auch die relativen Zahlen (Differenz zwischen 0,1 und 2,0 %) unterscheiden sich in den beiden Quartalen, da im zweiten Quartal 2003 1847 Überweisungen vom Arzt veranlasst werden und ein Jahr später 2403, welches einer Steigerung auf das 1,3fache entspricht.

Die Zahl der Wunschüberweisungen ist im zweiten Quartal 2004 (3053) auf mehr als die fünffache Menge der Überweisungen vom zweiten Quartal 2003 (542) gestiegen, sodass sich sowohl die absoluten als auch die relativen Zahlen der Überweisungen für die einzelnen Altersgruppen in den beiden Quartalen voneinander unterscheiden (maximale Differenz 3,6 %).

Im zweiten Quartal 2003 wünschen 40-49jährige und 60-69jährige Patienten jeweils die höchste Anzahl an Überweisungen (20,3 %), während es ein Jahr später nur die Patienten zwischen 60 und 69 Jahren sind (20,6 %), gefolgt von denjenigen zwischen 40 und 49 Jahren (16,7 %). Die wenigsten Wunschüberweisungen fordern in beiden Jahren die Patienten unter neun (2003: 1,5 %; 2004: 1,4 %) und über 90 Jahren (jeweils 1,1 %).

Die Anzahl der Überweisungen in den einzelnen Altersklassen ist innerhalb eines Jahres auf das 3,7-7,0fache gestiegen (die Anzahl der Wunschüberweisungen insgesamt ist auf das 5,6fache gewachsen), obwohl die relativen Anteile im zweiten Quartal 2004 in vier Altersgruppen kleiner als ein Jahr zuvor sind (und eine ist gleich geblieben).

Datum / Quartal

Bei Betrachtung der Anzahl der Überweisungen, die an jedem einzelnen Tag der beiden Quartale ausgestellt werden, ergeben sich Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten.

Am ersten Tag des zweiten Quartals 2003 sind 128 Überweisungen notiert, die einem Anteil von 5,4 % an der Gesamtsumme der in diesem Quartal verzeichneten Überweisungen entsprechen (siehe hierzu Tab. 34). Ein Jahr später, am 01.04.2004, werden 3,5mal so viele Überweisungen geschrieben (448), die 8,2 % aller geschriebenen Überweisungen ausmachen; der Anteil hat sich erhöht.

In der ersten Woche des zweiten Quartals 2003 (01.04.-06.04.2003) sind 269 Überweisungen verzeichnet, welche 11,3 % ausmachen. In der ersten Woche des zweiten Quartals 2004 (01.04.-04.04.2004) werden mehr als doppelt so viele Überweisungen ausgestellt (600), deren Anteil im Vergleich zum Vorjahr geringfügig kleiner ist (11,0 %).

Die Anzahl der Überweisungen, die im April 2004 verzeichnet sind, beträgt mehr als das Doppelte (2534) der Anzahl der Überweisungen, die im April 2003 geschrieben werden (998). Der Anteil an der jeweiligen Gesamtsumme der Überweisungen des entsprechenden Quartals ist ebenfalls gewachsen: 2003 beträgt er 41,8 %, 2004 46,4 %.

599 Überweisungen werden an allen Montagen (ohne Oster-/Pfingstmontag) im zweiten Quartal 2003 ausgestellt; sie entsprechen einem Viertel der Gesamtsumme der Überweisungen in diesem Zeitraum (25,1 %). Ein Jahr später hat sich die Zahl fast verdreifacht (1625) und der Anteil auf 29,8 % erhöht.

An Samstagen, Sonntagen und Feiertagen sind im zweiten Quartal 2003 insgesamt 20 Überweisungen verzeichnet, die damit einem Anteil von 0,8 % entsprechen. 31 Überweisungen werden an solchen Tagen im zweiten Quartal 2004 geschrieben; ihr Anteil (0,6 %) ist geringer als ein Jahr zuvor.

Am letzten Tag des zweiten Quartals 2003 (30.06.2003) sind 27 Überweisungen notiert, ein Jahr später 21 Überweisungen.

Betrachtet man nur die einzelnen Fälle, so bleiben 104 (PrimaryFirst und PrimaryLast) Patienten übrig, die am 01.04.2003 insgesamt 128 Überweisungen erhalten. Am ersten Tag des zweiten Quartals 2004 sind 249 (PrimaryFirst und PrimaryLast) Patienten verzeichnet, für

die eine oder mehrere der insgesamt an diesem Tag notierten 448 Überweisungen geschrieben werden.

Datum / Quartal / Ursache

Tab. 34: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Datum / Quartal / Ursache

	2. Quartal 2003 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2003 Patientenwunsch	2. Quartal 2004 Durch den Arzt initiiert	2. Quartal 2004 Patientenwunsch
01. April	87	41	153	295
% von Ursache und Quartal insgesamt	4,7%	7,6%	6,4%	9,7%
1. Woche	188	81	215	385
% von Ursache und Quartal insgesamt	10,2%	14,9%	8,9%	12,6%
1. Monat	722	276	977	1557
% von Ursache und Quartal insgesamt	39,1%	50,9%	40,7%	51,0%
Montags	469	130	705	920
% von Ursache und Quartal insgesamt	25,4%	24,0%	29,3%	17,3%
Samstag, Sonntag, Feiertag	16	4	15	16
% von Ursache und Quartal insgesamt	,9%	,7%	,6%	,5%
30. Juni	23	4	12	9
% von Ursache und Quartal insgesamt	1,2%	,7%	,5%	,2%
Quartal insgesamt	1847	542	2403	3053
% von Ursache und Quartal insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Aufteilung der an den einzelnen Tagen der beiden Quartale geschriebenen Überweisungen in die beiden Ursachen ergibt charakteristische Unterschiede zwischen dem zweiten Quartal 2003 und dem zweiten Quartal 2004.

Am 01.04.2003 werden 128 Überweisungen geschrieben, von denen 32,0 % durch Patienten gefordert werden (siehe hierzu Tab. 34). Am ersten Tag des zweiten Quartals 2004 wünschen

Patienten 65,8 % (295) der 448 insgesamt ausgestellten Überweisungen. Der Anteil der Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Rechtfertigung hat sich also mehr als verdoppelt.

In der ersten Woche des zweiten Quartals 2003 (01.04.-06.04.2003) geht knapp ein Drittel (30,1 %) der Überweisungen (81) auf Patienten-Forderungen zurück, während es in der ersten Woche des zweiten Quartals 2004 schon 64,2 % (385) sind. Auch hier hat sich der Anteil der Wunschüberweisungen mehr als verdoppelt.

Im April 2003 werden 998 Überweisungen geschrieben, davon weniger als ein Drittel (27,6 %) auf Wunsch der Patienten (276). Dieser Anteil hat sich im April des Jahres 2004 verdoppelt: 1557 der 2534 verzeichneten Überweisungen (61,4 %) gelten als Wunschüberweisungen.

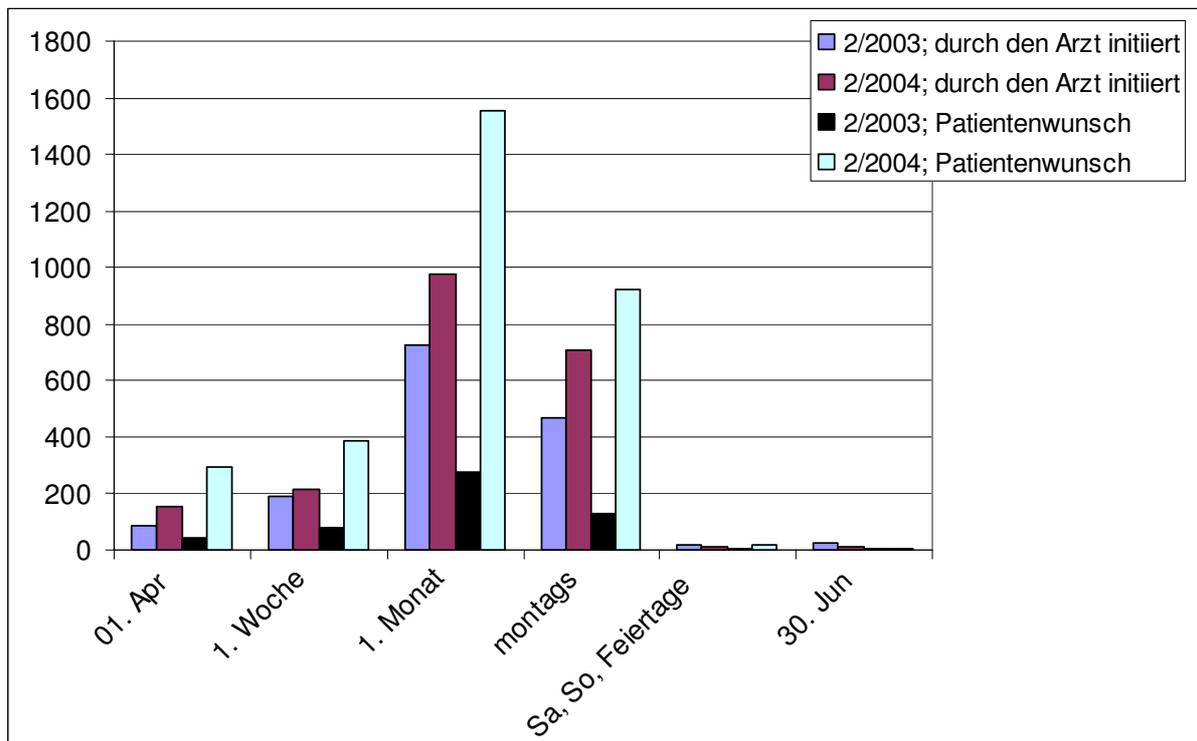
Von den 599 Überweisungen, die jeweils an einem Montag (außer Oster-/Pfingstmontag) des zweiten Quartals 2003 ausgestellt werden, weist weniger als ein Viertel (21,7 %; 130) keine ärztlich verifizierte Indikation auf. Ein Jahr später (1625 Überweisungen) beträgt dieser Anteil 56,6 % (920), wiederum mehr als das Doppelte als im Vorjahr.

16 der an Wochenend- oder Feiertagen des zweiten Quartals 2003 ausgestellten 20 Überweisungen weisen eine ärztlich verifizierte Indikation auf, das heißt, 80,0 % werden durch den Arzt initiiert. Ein Jahr später veranlasst der Arzt 15 der insgesamt 31 Überweisungen; der Anteil der ärztlich begründeten Überweisungen (48,4 %) ist also deutlich gesunken

14,8 % (vier) der insgesamt 27 Überweisungen des letzten Tages des zweiten Quartals 2003 gehen auf Patientenforderungen zurück. Ein Jahr später, am 30.06.2004, hat sich dieser Anteil etwa verdreifacht, sodass 42,9 % (neun) der 21 an diesem Tag ausgestellten Überweisungen als Wunschüberweisungen gelten.

Abb. 19: Gebiet mit geringer Ärztedichte:

Datum / Quartal / Ursache



4.4 Logistische Regressionsanalyse

Bei der logistischen Regressionsanalyse, die zusammenfassend das Ausmaß des Einflusses der unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Quartal, Zeitpunkt der Überweisung im jeweiligen Quartal und das Gebiet, dem die Arztpraxis zugeteilt ist, in der die Überweisungen ausgestellt wird (ergo Gebiet mit hoher oder geringer Ärztedichte), auf die abhängige Variable Ursache der Überweisung untersucht, zeigen sich folgende Ergebnisse, welche jeweils eine hohe Signifikanz ($p < 0,0001$) aufweisen.

Der Regressionskoeffizient Beta für jede der unabhängigen Variablen gibt die Größenordnung und die Rangfolge des Einflusses der jeweiligen unabhängigen auf die abhängige Variable an (siehe hierzu Tab. 35).

Den größten Einfluss darauf, dass die Überweisung eine Wunschüberweisung ist, hat das Quartal (Regressionskoeffizient -1,829); die Wahrscheinlichkeit für eine Wunschüberweisung ist im zweiten Quartal 2004 (Referenzkategorie) größer als im zweiten Quartal 2003.

Mit deutlichem Abstand folgt der Einfluss des Gebietes, in dem die Arztpraxis liegt, in der die Überweisung verzeichnet ist (Regressionskoeffizient 0,639): die Wahrscheinlichkeit, dass in einer Stadtpraxis (gelegen in einem Gebiet mit hoher Ärztedichte) eine Wunschüberweisung ausgestellt wird, ist deutlich größer als in einer Landpraxis (Referenzkategorie).

Weiterhin beeinflusst der Zeitpunkt innerhalb des jeweiligen Quartals, in dem die Überweisung notiert ist, die Ursache der Überweisung (Regressionskoeffizient 0,501): je früher die Überweisung ausgestellt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine vom Patienten gewünschte Überweisung.

Im Vergleich zu den anderen unabhängigen Variablen haben Geschlecht (Regressionskoeffizient -0,291) und Alter (Regressionskoeffizient 0,080) des Patienten einen geringeren Einfluss auf die Ursache der Überweisung: die Wahrscheinlichkeit, dass Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Indikation für weibliche Patienten (Referenzkategorie) ausgestellt werden, ist größer als die Wahrscheinlichkeit, dass ein männlicher Patient eine Überweisung fordert .

Die Wahrscheinlichkeit für eine Wunschüberweisung ist größer, je älter der Patient ist, der sie fordert; sie wird hier angezeigt für Altersunterschiede von jeweils zehn Jahren zwischen den Patienten.

Zusammenfassend ist also Folgendes zu konstatieren: die Wahrscheinlichkeit, dass eine Wunschüberweisung vorliegt, ist am größten, wenn eine Überweisung in den ersten zehn Arbeitstagen des zweiten Quartals 2004 in einer Praxis des Gebietes mit hoher Ärztedichte für einen älteren und weiblichen Patienten ausgestellt wird.

Tab. 35: Koeffizienten

	Regressionskoeffizient Beta
Quartal: zweites Quartal 2003 gegen zweites Quartal 2004	- 1,829
Gebiet: Stadt gegen Land	0,639
Zeitpunkt: die ersten zehn Arbeitstage des jeweiligen Quartals gegen die restlichen Tage	0,501
Geschlecht: männliche gegen weibliche Patienten	- 0,291
Alter: steigendes Alter im Zehn-Jahres-Intervall	0,080

5. Diskussion und Vergleich mit den Ergebnissen der aktuellen Studien

5.1 Fallzahl in den Quartalen

Alle Patienten

Im zweiten Quartal 2004 ist die Fallzahl in der gesamten Stichprobe, in allen Praxen des Gebietes mit hoher und mit geringer Ärztedichte kleiner als im zweiten Quartal 2003, sodass die aufgestellte These (s. Kap. 4.1) als bewiesen gelten kann.

Diese in den verschiedenen Kategorien mehr oder weniger stark gesunkenen Fallzahlen können mit Hilfe der Praxisgebühr erklärt werden: sie stellt für die Patienten eine Hürde dar, überhaupt einen Arzt aufzusuchen, da sie dann zehn Euro als Eigenbeitrag bezahlen müssen. Wenn das gesundheitliche Problem als nicht gravierend empfunden wird, werden die Patienten auf den Arztbesuch verzichten, keine zehn Euro bezahlen müssen und auch keine weiteren Kosten, die dann die Krankenkassen belasten, verursachen.

Genau dies war das Ziel des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das durch die Praxisgebühr als Steuerungsinstrument erreicht werden sollte.

Allerdings fällt auf, dass die Fallzahlen nicht in besonderem Ausmaß gesunken sind: im Gegensatz zum zweiten Quartal 2003 hat die Anzahl der Patienten, die mindestens einmal den Hausarzt aufsuchen, lediglich (je nach Kategorie) um etwa 5 % abgenommen.

Eine Studie von Augurzky, Bauer und Schaffner aus dem Jahr 2004 hat ebenfalls die Wirkung der Praxisgebühr auf die Fallzahlen untersucht und keinen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen, ergo auf die Fallzahlen, gefunden (5). Dies bestätigt das Ergebnis der vorliegenden Studie.

Die geringfügig gesunkenen Fallzahlen können durchaus der Einführung der Praxisgebühr zugeschrieben werden; doch daraus den Schluss zu ziehen, sie hätte die für sie vorgesehene Wirkung in vollem Umfang erzielt und ihre Funktion als Steuerungsinstrument erfüllt, scheint fraglich, besonders angesichts der aktuellen Entwicklung der Fallzahlen, die im zweiten

Quartal 2005 im Vergleich zum zweiten Quartal 2004 um 1,4 % (Allgemeinmediziner bzw. Praktische Ärzte) bzw. 0,9 % (hausärztlich tätige Internisten) gestiegen sind (92).

Genau dies wird jedoch von dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen postuliert: laut einer Studie (siehe hierzu Kap. 3.1) erfolgen im Jahre 2004 87,2 % der Arztkontakte auf Grund von Überweisungen, 50,6 % der Patienten haben zunächst ihren Hausarzt und anschließend (mit den entsprechenden Überweisungen) einen oder mehrere Gebietsärzte konsultiert. Diese Zahlen sagen allerdings nichts über absolute Werte wie den der Fallzahl aus. Ebenso wenig ist zu schließen, dass die Praxisgebühr ihre Steuerungsfunktion wahrnimmt.

Das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (siehe hierzu Kap. 3.2) betrachtet die Fallzahlen und stellt für das Jahr 2004 einen Fallzahlrückgang um 8,7 % fest. Daraus wird dann gefolgert, dass die Praxisgebühr die erwünschte Wirkung erzielt hat, was aber so nicht als richtig gewertet werden kann.

Es ist vermessen, auf Grund eines geringfügigen Rückgangs der Fallzahlen (um 8,7 %) die Wirkung der Praxisgebühr als Erfolg zu werten, wie dies vom Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung dargestellt wird.

Das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung hat im Januar 2005 eine Studie vorgelegt, die bestätigen soll, dass die Praxisgebühr ihre Funktion als Steuerungsinstrument wahrnimmt. Danach soll eine Senkung der Fallzahlen (diesmal im Jahresvergleich ab 2000) um etwa zehn Prozent vom dritten Quartal 2003 zum dritten Quartal 2004 die Wirkung der Praxisgebühr belegen. Allerdings setzt sich der Trend zur starken Abnahme der Fallzahlen im dritten Quartal 2005 nicht fort (Rückgang um nur 1,6 %), sodass eine etwaige Steuerungswirkung der Praxisgebühr schon im zweiten Jahr nach ihrer Einführung nicht mehr zu beobachten ist.

Verschiedene Landesverbände der Kassenärztlichen Vereinigungen beschäftigen sich ebenfalls mit den Auswirkungen der Praxisgebühr und stellen übereinstimmend für das Jahr 2004 einen Rückgang der Fallzahl fest: laut der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe verzeichnen alle niedergelassenen Ärzte eine um etwa 7 % verminderte Zahl von Arztbesuchen (siehe hierzu Kap. 3.3). Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin konstatiert im ersten Quartal 2005 eine gegenüber dem ersten Quartal 2003 um zehn Prozent

verringerte Fallzahl, die jedoch im Vergleich zum ersten Quartal 2004 wieder um 1,5 % gestiegen ist.

Bereits frühere internationale Studien konstatieren einen Einfluss von Zuzahlungen auf die Fallzahl: 1972 fanden Roemer, Hopkins, Carr und Gartside in einer Studie heraus, dass eine Zuzahlung (in diesem Fall betrug sie \$1 für die ersten zwei Arztbesuche im Monat) einen Rückgang der Fallzahlen zur Folge hat (72). Eine Studie von Scitovsky und McCall zeigte sogar einen Rückgang der Arztbesuche um 24 %, der auch über einige Jahre konstant bleibt, wenn Patienten eine Zuzahlung entrichten müssen (74).

Weitere, aktuellere Studien aus Deutschland (Winkelmann, 2004) (87) und den USA (Cherkin, Grothaus, Wagner, 1990) (20) stellen dagegen lediglich einen Rückgang der Fallzahlen um etwas mehr als 10 % fest.

Der Erfolg der Praxisgebühr in Bezug auf die Fallzahlen kann weder durch die genannten Studien von verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems noch durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie (siehe hierzu Kap. 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3) bestätigt werden. Zwar ist ein Rückgang der Fallzahlen festzustellen, doch dieser fällt nicht besonders gravierend aus.

Durch die geplante Steuerung des Patientenverhaltens sollen unnötige Kosten, die jährlich den Krankenkassen durch eine unkontrollierte Inanspruchnahme von (Gebiets-)Ärzten durch die Patienten entstehen, eingespart werden. Dieser Effekt wird jedoch, wie hier gezeigt, durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und die damit in Kraft getretene Praxisgebühr nicht oder nur in geringem Maße erzielt. Die Fallzahlen sind nicht drastisch gesunken, die Kosten dementsprechend auch nicht.

Aufteilung auf die Geschlechter

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 überwiegt der Anteil der weiblichen Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen. Dabei steigt sogar die Anzahl im zweiten Quartal 2004 (oder bleibt gleich), während die Anzahl der männlichen Patienten im gleichen Zeitraum sinkt.

Frauen achten in stärkerem Maße auf ihre Gesundheit und scheuen sich nicht davor, ihren Hausarzt aufzusuchen, wenn sie geringfügige Beeinträchtigungen bemerken. Zur deren Abklärung müssen sie nicht unbedingt einen Gebietsarzt konsultieren, sondern sich ausschließlich mit ihrem Hausarzt besprechen.

Ein weiterer Grund für die hohe Frequentierung der Ärzte durch Frauen könnte in der veränderten gesellschaftlichen Rolle der Frau liegen: sie ist in zunehmenden Maße einer Doppelbelastung von Familie und Beruf ausgesetzt, die sie wiederum anfällig für Krankheiten macht.

Im Frauengesundheitsbericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen (8) werden die Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern erläutert. Unter anderem müssten Frauen doppelt so oft einen Arzt aufsuchen, damit ihre gesundheitlichen Probleme ernst genommen werden und sie litten öfters unter den Nebenwirkungen von Medikamenten und an Autoimmunerkrankungen. Alle diese Fälle verursachen eine große Anzahl an Arztbesuchen, die daraufhin in einem größeren Anteil an der Fallzahl, wie in der vorliegenden Studie gezeigt, resultieren.

In einem Vortrag über die Rolle des Geschlechtes in der Medizin (84) wird erwähnt, dass Frauen eine größere Zahl an angebotenen und empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, sodass auch hier sich häufigere Arztbesuche ergeben.

Es ist erwiesen, dass Frauen im Durchschnitt sieben Jahre länger leben als Männer, sodass sie auf der einen Seite länger die Möglichkeit haben, einen Arzt aufzusuchen und auf der anderen Seite allerdings auch über einen größeren Zeitraum an Erkrankungen des Alters (beispielsweise Osteoporose, Arthrose, Demenz) leiden, die dann durch einen Arzt behandelt werden.

Die Folgen der oben genannten Tatsachen spiegeln sich in den Ergebnissen dieser Studie wider und stellen die Erklärung dafür dar, dass bei der Fallzahl der Anteil der Frauen überwiegt und dieser auch nicht durch die Einführung der Praxisgebühr gesenkt werden kann.

5.2 Anzahl der Überweisungen pro Patient

Alle Patienten

In allen dargestellten Kategorien ist ein deutlicher Unterschied zwischen dem zweiten Quartal 2003 und dem zweiten Quartal 2004 zu erkennen.

Im zweiten Quartal 2003 erhalten etwa 75 % der Patienten eine Überweisung, ein Jahr später ist es nur noch die Hälfte. Dafür bekommen etwa 25 % (2003: unter 20 %) zwei und etwa 10 % (2003: etwa 5 %) drei Überweisungen.

Sieben Patienten (weniger als 0,1 %) erhalten im zweiten Quartal 2003 sieben bis elf Überweisungen, während im zweiten Quartal 2004 50 Patienten (0,5 %) mit dieser Anzahl von Überweisungen verzeichnet sind.

Es liegt also eine deutliche Tendenz vor, mehr Überweisungen für Patienten auszustellen. Diese Tatsache kann als Folge der Praxisgebühr gewertet werden: diese erfordert entweder bei jedem Gebietsarztbesuch eine Zuzahlung von zehn Euro oder deren einmalige Entrichtung bei einem (Haus-) Arzt, der dann Überweisungen für die Patienten ausstellt und die Patienten so von der erneuten Zahlung befreit.

Im zweiten Quartal 2003, also noch vor der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, war es für die Patienten nicht erforderlich, für den Gebietsarztbesuch eine Überweisung vorzulegen; das Vorlegen der Krankenversichertenkarte genügte. Daraus ergibt sich eine geringe Anzahl von Überweisungen, die auf den einzelnen Patienten entfällt, da er diese gar nicht benötigt, um (zuzahlungsfrei) den gewünschten Gebietsarzt zu konsultieren

Die vorliegende Statistik bestätigt die Ergebnisse der Studien des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung und der verschiedenen Landesverbände der Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe hierzu Kap. 3), die nach dem Inkrafttreten der Praxisgebühr eine Erhöhung der Anzahl der Überweisungen insgesamt festgestellt haben, und ergänzt die genannten Statistiken, indem die genaue Anzahl der Überweisungen pro Patient genannt wird.

Dementsprechend ist zu konstatieren, dass zwar absolut (geringfügig) weniger Patienten einen Arzt aufsuchen (siehe hierzu Kap. 5.1), diese jedoch mehr Ärzte konsultieren und dies durch die Einlösung von Überweisungen durch den Hausarzt legitimieren (lassen).

Somit kann die Erfüllung der für die Praxisgebühr vorgesehenen Aufgabe zumindest als zweifelhaft bewertet werden: zwar haben sich die Fallzahlen verringert (siehe hierzu Kap. 5.1), doch nicht deutlich genug, da die Patienten, die einmal die Zuzahlung leisten, weitere eventuell vermeidbare Kosten verursachen, indem sie die Möglichkeit wahrnehmen, mehr als eine Überweisung bei ihrem Hausarzt zu erhalten.

Aufteilung auf die Geschlechter

Die einzelne Aufteilung der Anzahl der Überweisungen auf weibliche und männliche Patienten ergibt für das zweite Quartal 2003 die gleichen Verhältnisse, wie auch schon für beide Geschlechter zusammen beschrieben (siehe hierzu Kap. 4.3.1, 4.3.2.1, 4.3.2.2, 4.3.3.1, 4.3.3.2).

Im zweiten Quartal 2004 allerdings ergeben sich deutliche Unterschiede: etwa 60 % der Männer erhalten genau eine Überweisung, während dies bei den Frauen nur etwa 50 % sind. Für knapp 30 % der Frauen werden zwei und für mehr als zehn Prozent drei Überweisungen geschrieben. Diese Anzahl wird dagegen für Männer weniger häufig ausgestellt (zwei Überweisungen: mehr als 20 %; der Überweisungen: knapp zehn Prozent).

Als Gründe sind die gleichen anzuführen, die bereits erklärt haben, warum Frauen einen höheren Anteil an der Fallzahl haben (siehe hierzu Kap. 5.1). Es ist also eine logische Konsequenz dieser Tatsache, dass Frauen häufiger als Männer mehr als eine Überweisung erhalten. Sie suchen aus genannten Gründen öfters ein Arzt (den Hausarzt) auf, erhalten als Resultat mehr Überweisungen und haben dementsprechend auch mehrmals die Gelegenheit, selber eine Überweisung zu wünschen.

5.3 Überweisungen

Quartal / Ursache

Im zweiten Quartal 2003 initiiert der Arzt etwa 75 % der Überweisungen, lediglich etwa 25 % werden von den Patienten gewünscht (siehe hierzu Kap. 4.3). Ein Jahr später, im zweiten Quartal 2004, hat sich dieses Verhältnis umgekehrt, sodass der überwiegende Anteil der Überweisungen als Wunschüberweisungen gilt (ca. 70 %). Die zu Beginn aufgestellte Hypothese, dass die Anzahl der vom Patienten gewünschten Überweisungen im zweiten Quartal 2004 größer ist als die Anzahl der ärztlich indizierten Überweisungen (siehe hierzu Kap. 4.1), ist mit diesen Ergebnissen als bestätigt zu werten.

Die Anzahl der von den Patienten geforderten Überweisungen (2003: 28,2 %, 2004: 74,4 % aller ausgestellten Überweisungen) in Praxen des Gebietes mit hoher Ärztedichte hat sich im zweiten Quartal 2004 auf mehr als das Siebenfache gesteigert.

In den Praxen des Gebietes mit geringer Ärztedichte werden im zweiten Quartal 2003 22,7 % aller verzeichneten Überweisungen durch Patienten gewünscht, während es ein Jahr später 56,0 % sind. Die Anzahl hat hier auf fast das Sechsfache gewachsen.

Für den in jeder Kategorie deutlich abzulesenden Anstieg der von Patienten geforderten Überweisungen ist in erster Linie die Praxisgebühr verantwortlich zu machen. Vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und somit vor der Einführung der Praxisgebühr war es den Patienten möglich, jederzeit eine beliebige Anzahl von Ärzten aufzusuchen; die indirekte Legitimation hierfür erfolgte durch die Krankenversichertenkarte. Diese allerdings bestätigte lediglich die Zugehörigkeit des jeweiligen Patienten zu einer gesetzlichen Krankenkasse, die eine Bezahlung der Leistungen garantierte, und ließ in keiner Weise eine Kontrolle über das Patientenverhalten zu.

Durch die zum 01.01.2004 eingeführte Praxisgebühr wird die unkontrollierte Inanspruchnahme von Ärzten erschwert, jedoch nicht verhindert: die Entrichtung der Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro, bevorzugt bei den Hausärzten, ermöglicht es den Patienten, in deren Praxen Überweisungen zu weiteren Ärzten zu verlangen. Sie „erkaufen“

sich damit also wieder die Freiheit, die sie auch schon vor der Praxisgebühr genießen konnten: sie können so viele Ärzte in Anspruch nehmen, wie *sie* mögen.

Dies bedeutet, dass sich die große Anzahl der Fälle, die schon Jahre zuvor als „Doktor-Hopping“ bezeichnet wurde, nun in der Anzahl der Wunschüberweisungen widerspiegelt: hatten die Patienten bereits damals gänzlich unkontrolliert Kosten durch medizinisch nicht gerechtfertigte Arztbesuche verursacht, so sieht heute die Situation auch nicht anders aus. Ihr Verhalten ist durch die Praxisgebühr lediglich modifiziert und der Betrag der dadurch entstehenden Kosten um zehn Euro pro Patient gesenkt worden. Der (administrative) Prozess ist ein anderer, die Folgen sind dieselben: Kosten, die eventuell vermeidbar sind.

Die Zahlen der Bundesregierung und der gesetzlichen Krankenkassen (siehe Kap. 2.5) zeigen zwar eine Senkung der Kosten besonders im Jahr 2004 auf und schreiben diesen Erfolg der Praxisgebühr zu, doch mittelfristig wird sich diese Situation wieder ändern. Die Patienten werden sich an die Praxisgebühr gewöhnen und ihr Verhalten an die Gegebenheiten anpassen, d.h. zehn Euro bezahlen und danach Überweisungen fordern. Ein erstes Indiz für diese Schlussfolgerung lässt sich in den Zahlen der vorliegenden Studie finden, die einen Zeitraum untersucht, der relativ nah an dem Zeitpunkt der Einführung der Praxisgebühr liegt. Bereits zu dieser Zeit ist ein sprunghafter Anstieg der Überweisungen zu verzeichnen, die medizinisch nicht indiziert sind. Selbst in den kleinen Praxen in Gebieten mit geringer Ärztedichte, in denen im zweiten Quartal 2004 jeweils die gleiche Anzahl an ärztlich begründeten und von Patienten gewünschten Überweisungen verzeichnet ist, hat sich die Anzahl der Wunschüberweisungen mehr als verzehnfacht, während ungefähr die gleiche Anzahl von Überweisungen durch den Arzt veranlasst wurde wie ein Jahr zuvor.

Dies zeigt, dass sich das Verhalten von Ärzten nicht durch ein Gesetz ändern lässt, das zur Steuerung des *Patienten*verhaltens erlassen wurde. Besteht eine Indikation, den Patienten zum Gebietsarzt zu überweisen, so wird der Arzt ihr folgen und eine Überweisung mit medizinischer Rechtfertigung ausstellen. Diese Ansicht hat sich in den beiden Quartalen nicht geändert, was durch die Tatsache der in allen Kategorien nahezu gleich gebliebenen Anzahl der Überweisungen, die vom Arzt initiiert wurden, bestätigt wird (siehe hierzu Kap. 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3).

Die Annahme eines konstanten Krankheitsaufkommens bestätigt weiterhin die unveränderte Anzahl von medizinisch notwendigen Überweisungen in den beiden Quartalen.

Zur Klärung der Frage, aus welchem Grund Ärzte Wunschüberweisungen unterschreiben, die im Sinne des Gesetzgebers nicht vorgesehen und auch nicht erlaubt sind (s. Kap. 2.3.2 und 2.4), soll auf die Budgetierung hingewiesen werden. Niedergelassene Ärzte dürfen nur eine bestimmte Anzahl von Leistungen erbringen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Überschreitet ein Arzt sein Leistungsbudget, so werden ihm die Kosten für diese über das Budget hinaus erbrachten Leistungen (beispielsweise Beratung und Untersuchung) nicht erstattet. Es kann dem Hausarzt also nur recht sein, wenn der Patient eine Überweisung beispielsweise zum Orthopäden fordert, da dieser dann die Leistung erbringt und die eventuell notwendigen Medikamente verordnet. Diese belasten ergo das Budget des Orthopäden und nicht dasjenige des Hausarztes, welcher somit durch die Ausstellung einer Überweisung in Bezug auf sein Budget wirtschaftlich gehandelt hat.

Denkbar ist allerdings eine Verzerrung der Ergebnisse durch Fehler der Hausarztpraxen bei der Ausstellung der Überweisungen. Möglicherweise wurde das Diagnosefeld nicht ausgefüllt (oder nur handschriftlich, sodass im Datenverarbeitungssystem kein Eintrag vermerkt ist), obwohl der Arzt die Überweisung veranlasst hat, woraufhin die Überweisung fälschlicherweise als Wunschüberweisung gewertet wurde. Außerdem könnte der Arzt zur Vereinfachung des Prozesses statt einer expliziten Diagnose „fachfremde Erkrankung“, „Kontrolluntersuchung“ oder „Gesamtstatus und Bericht erbeten“ notiert haben, was sofort die (falsche) Zuordnung zu den Wunschüberweisungen nach sich zieht. Dieser Effekt ist jedoch zu vernachlässigen.

Die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (s. Kap. 3.1) bezüglich der Steuerungsfunktion der Praxisgebühr auf das Patientenverhalten ergab, dass mehr als 80 % der Arztbesuche auf Grund von Überweisungen erfolgten und dabei etwa 40 % der Patienten zunächst ihren Hausarzt aufgesucht haben.

Die Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung (s. Kap. 3.2) versucht ebenfalls, den Erfolg der Praxisgebühr mit Überweisungszahlen zu belegen: laut ihrer Studie, die im Januar 2005 veröffentlicht wurde, erfolgten im Jahr 2004 64 % der Arztbesuche (ohne Wertung der hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) auf Grund

einer Überweisung, während es ein Jahr zuvor nur 14,3 % waren. Dies entspricht einer Vervierfachung der Arztbesuche, die durch eine Überweisung gerechtfertigt werden und auf Seiten der Patienten keine weitere Zuzahlung erforderlich machen, den Krankenkassen aber zusätzliche Kosten verursachen.

Die Studien der Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Rheinlatten (siehe hierzu Kap. 3.3) bestätigen diese Ergebnisse: die Zahl der Überweisungen ist deutlich angestiegen (um mehr als zehn Millionen Überweisungen), ebenfalls der Anteil der Arztbesuche auf Grund von Überweisungen (zwischen 40 und 70 %).

Die Zahlen und Ergebnisse aller dieser Studien reichen allerdings nicht aus, der Praxisgebühr eine Erfüllung ihrer Aufgabe, nämlich die Kontrolle des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten, zu bescheinigen.

Die vorliegende Studie untermauert zwar die Ergebnisse der genannten Studien, jedoch nicht deren Schlussfolgerung: der Hausarzt kommt in den meisten Fällen nicht unbedingt in Kontakt mit dem Patienten, sondern unterschreibt lediglich die von diesem (am Empfang der Praxis) gewünschte Überweisung. Tatsächlich kann aus ihren Ergebnissen nur geschlossen werden, dass der Hausarzt als erster Arzt in Anspruch genommen wird und so auf eine gewisse Art und Weise ein „Hausarztmodell“ (siehe hierzu Kap. 2.3.3) geschaffen wird. Hieraus wiederum ist aber nicht zu folgern, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ fungiert. Er ist lediglich derjenige, bei dem die Patienten die geforderten Überweisungen erhalten.

Die Notwendigkeit der Wahrnehmung dieser Aufgabe des Hausarztes wird durch die Ergebnisse der Studie der Universität Heidelberg bezüglich der Zufriedenheit von Patienten nach Gebietsarztbesuchen auf Grund von Überweisungen (siehe hierzu Kap. 3.4) weiterhin bestätigt: da Patienten, die aus eigenem Antrieb eine Überweisung zum Gebietsarzt gefordert haben, weniger zufrieden sind, als Patienten, die mit einer klaren Fragestellung, das heißt einer medizinischen Indikation, den Gebietsarzt aufsuchen, muss die Position des Hausarztes unbedingt gestärkt werden. Er muss für die Patienten zwangsläufig die erste Kontakt- und Beratungsstelle bei gesundheitlichen Problemen sein, damit sie mit einer medizinischen Rechtfertigung den Gebietsarzt konsultieren können, da bei diesem Ablauf des Prozesses unbestritten ein besseres Ergebnis zu erwarten ist. Zufriedene Patienten zeigen eine höhere

Compliance, halten die verordnete Therapie eher ein und verursachen auf diese Weise im Endeffekt weniger Kosten.

In den Studien des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung und der verschiedenen Landesverbände der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde die wichtigste Variable in dem Prozess der Ausstellung einer Überweisung nicht untersucht: die Ursache.

Erst wenn sich zeigt, dass die meisten Überweisungen durch den Arzt gezielt veranlasst werden und keine gewünschten Überweisungen verzeichnet sind, kann konstatiert werden, dass der Hausarzt eine Steuerungsfunktion wahrnimmt. Dies wiederum bedeutet jedoch nicht zwangsläufig einen Erfolg der Praxisgebühr, da diese die Ursache des Problems gar nicht tangiert: der Patient, der einmal zehn Euro entrichtet hat, hat sich damit gleichzeitig die Legitimation zu weiteren Arztbesuchen erkaufte und es besteht für ihn kein Hindernis mehr, diese nicht wahrzunehmen. Der Patient wird zum Konsument und die Überweisung zur Ware.

Es muss also ein weiteres Instrument eingerichtet werden, das die Weichen dafür stellt, dass Wunschüberweisungen nicht mehr möglich sind und somit das Verhalten der Patienten zu jedem Zeitpunkt des Prozesses beachtet und kontrolliert werden kann.

Fachdisziplin / Quartal

Im zweiten Quartal 2003 wurden in allen Kategorien die meisten Überweisungen in Radiologie, Orthopädie, Kardiologie und Chirurgie ausgestellt. Diese Verteilung hat sich ein Jahr später, im zweiten Quartal 2004, stark verändert, sodass in diesem Zeitraum die meisten Überweisungen in Gynäkologie (zur Wahrnehmung medizinisch empfohlener Vorsorgeuntersuchungen⁷¹, siehe hierzu auch Kap. 5.1.2), Augenheilkunde und Orthopädie gerichtet sind (siehe hierzu Kap. 4.3).

Die Radiologie als diagnostisches Fach erhält ausschließlich Überweisungen, da hierbei der überweisende Arzt über eine Indikation entscheidet. Dementsprechend hat sich die Anzahl der Überweisungen zu den Gebietsärzten der Radiologie in den beiden Quartalen nicht verändert (2003: 1213; 2004: 1238), lediglich der Anteil an den Überweisungen insgesamt ist im

⁷¹ obwohl hierfür keine Praxisgebühr entrichtet werden muss und somit auch keine Überweisung erforderlich ist (91)

zweiten Quartal 2004 gesunken, da die Gesamtsumme von Überweisungen und besonders Wunschüberweisungen stark gestiegen ist.

Die große Anzahl der Überweisungen in Gynäkologie und Augenheilkunde stellt fast gänzlich die Fallzahlen dieser Fachdisziplinen dar (siehe hierzu Kap. 3.1, 3.2, 3.3, 5.1). Konnten die Patienten vor Einführung der Praxisgebühr selbstbestimmt einen Gebietsarzt aufsuchen, so muss dies nun auf Grund von Überweisungen geschehen. In diesem Sinne zeigt die Zahl der Überweisungen in diese Fachgebiete die Größenordnung an, in der noch ein Jahr zuvor, im zweiten Quartal 2003, eine oft *vom Hausarzt unbemerkte Mitbehandlung* der Patienten durch die Gebietsärzte erfolgte.

Weitere erhebliche Steigerungen der Anzahl an Überweisungen im zweiten Quartal 2004 verzeichnen Chirurgie, Dermatologie, HNO-Heilkunde und Neurologie. Diese Fachgebiete sind als solche sehr populär und nach dem Hausarzt die ersten Ansprechpartner der Patienten, wenn diese die Anzeichen einer Krankheit feststellen. Wie auch bei den bereits genannten Fachgebieten Gynäkologie, Orthopädie und Augenheilkunde lässt sich dieser Anstieg durch die Praxisgebühr und den damit verbundenen Zwang einer Überweisung (es sei denn, die Patienten möchten im selben Quartal die Praxisgebühr mehr als einmal entrichten) als Legitimation des Gebietsarztbesuchs erläutern. Der Anstieg der Überweisungen in die Allgemeinmedizin lässt sich durch eine gestiegene Anzahl von Überweisungen zum in dieser Kategorie enthaltenen „Arzt am Urlaubsort“ (siehe hierzu Kap. 4.2) erklären; diese sind nur erlaubt, wenn sie gezielt (mit ärztlich verifizierter Rechtfertigung) ausgestellt werden.

Die übrigen Fachdisziplinen, die im zweiten Quartal 2004 nur wenig mehr oder eine unveränderte Zahl an Überweisungen aufweisen (beispielsweise Endokrinologie und Nephrologie), stellen für den „normalen“ Patienten nicht in erster Linie den Ansprechpartner dar, um die Ursache seines Leidens zu klären. Diese Meinung der Patienten bezüglich der „kleineren“ oder „spezielleren“ Fächer ist als Konstante anzusehen und kann durch ein Gesetz, das primär die Finanzierung von Leistungen im Gesundheitssystem regulieren soll, nicht geändert werden.

Die vorliegende Studie bestätigt somit das Ergebnis der Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung (s. Kap. 3.2), dass die Mehrheit (über 60 %) der Gebietsarztbesuche auf Grund von Überweisungen erfolgt, deren Anzahl im Vergleich zum

Vorjahr im Jahr 2004 sich vervierfacht hat. Der Grund dafür ist die deutliche Steigerung der Überweisungen zu den Gebietsärzten, die von den Hausärzten (hier für das zweite Quartal 2004 gezeigt) ausgestellt werden.

Fachdisziplin / Quartal / Ursache

Die Aufteilung der Überweisungen zu den einzelnen Gebietsärzten nach der Ursache ergibt teilweise in den Kategorien unterschiedliche Ergebnisse, sodass gravierende Unterschiede zu den Ergebnissen der gesamten Stichprobe gesondert besprochen werden (siehe hierzu Kap. 4.3).

In der gesamten Stichprobe erhalten im zweiten Quartal 2003 nur sechs Fachdisziplinen mehr Wunschüberweisungen als ärztlich indizierte Überweisungen: Diabetologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Onkologie, Phlebologie und Rheumatologie.

Für die überwiegende Zahl an Wunschüberweisungen in die Gynäkologie ist der Grund augenscheinlich: der Hausarzt gilt als nicht dazu in der Lage, sowohl diagnostische als auch therapeutische Maßnahmen vorzunehmen, sodass der Gebietsarzt für Gynäkologie den ersten Ansprechpartner bei Angelegenheiten, die sein Fachgebiet betreffen, für die Patientinnen darstellt. Der Hausarzt weiß um diese Tatsache und akzeptiert sie als Grund für eine Wunschüberweisung. Hierbei muss er keine Voruntersuchung durchführen oder eine Verdachtsdiagnose stellen, die er dann vom Gebietsarzt klären lässt, sondern überweist direkt zu diesem. Nach Einführung der Praxisgebühr bleibt der Grund für mehr vom Patienten gewünschte als vom Arzt veranlasste Überweisungen bestehen, lediglich die Anzahl hat sich deutlich erhöht. Dies wiederum ist durch den Zwang zur Überweisung vom Hausarzt zum Gebietsarzt, um einer erneuten Entrichtung der Praxisgebühr zu entgehen, zu erklären.

Die geringe Mehrheit der Wunschüberweisungen in die Rheumatologie lässt sich wahrscheinlich nur durch den angenommenen irrationalen Wunsch der Patienten erklären, bei rheumatischen Beschwerden („Schmerzen“) direkt „zum Spezialisten“ gehen zu wollen. Bei ihm fühlen sie sich besser fachärztlich versorgt, obwohl der Hausarzt möglicherweise eine sichere Erstdiagnose stellen oder auch die Folgebehandlung einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis in gleichem Maße durchführen kann. Der gleiche Grund kann ebenfalls auf die Mehrzahl der von Patienten geforderten Überweisungen in die Diabetologie

angewendet werden: auch in diesem Fall fühlt sich der Patient bei einem „Spezialisten“ besser versorgt, selbst wenn dieser wahrscheinlich ähnliche Maßnahmen durchführt wie der Hausarzt.

Die überwiegenden Wunschüberweisungen in Endokrinologie, Onkologie und Phlebologie können für das zweite Quartal 2003 letztlich nicht erklärt werden, da zu diesem Zeitpunkt den Patienten eine selbstständige Entscheidung über die Inanspruchnahme von Gebietsärzten zustand. Ein möglicher Grund ist, dass der Hausarzt sich bei Krankheiten, die diesen Disziplinen zuzuordnen sind, nicht in der Lage fühlt, eine adäquate Diagnostik oder Therapie durchzuführen und eine Überweisung dorthin ausstellt, jedoch aus genanntem Grund das Diagnosefeld nicht oder mit dem Textbaustein für Wunschüberweisungen ausfüllt, woraufhin die Überweisung durch diese Studie „fälschlicherweise“ als Wunschüberweisung gewertet wird.

In den übrigen Fachdisziplinen überwiegt die Zahl der vom Arzt initiierten Überweisungen, was kongruent ist mit dem Ergebnis, dass im zweiten Quartal 2003 die meisten Überweisungen vom Arzt veranlasst wurden (siehe hierzu auch Kap. 5.3.1).

Die Wunschüberweisungen in die Fachdisziplinen Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie und Strahlenmedizin müssen als Fehler der Hausarztpraxis bei der Ausstellung der jeweiligen Überweisung gewertet werden. Laut § 13 Abs. 4 BMV-Ä dürfen „Ärzte für (...) Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie (...) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. (...)“, sodass die Patienten für diese Gebietsärzte Überweisungen vom Hausarzt haben müssen, um überhaupt Anspruch auf eine durch die Krankenkasse bezahlte Leistung des jeweiligen Gebietsarztes zu haben. Ein weiterer Grund könnte sein, dass der Hausarzt aus bestimmten Gründen und mit Absicht das Diagnosefeld nicht ausfüllt und somit die Überweisung durch diese Studie auf Grund des bestehenden Bewertungssystems (siehe oben) den Wunschüberweisungen zugeordnet wird.

In den Praxen des Gebietes mit hoher Ärztedichte lässt sich die große Zahl an Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2003 zu mehr Fächern als bei Berücksichtigung der gesamten Stichprobe (zusätzlich zu den oben genannten in Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Rheumatologie, Schmerzmedizin) nicht durch die Eigenschaften der Fächer an sich, sondern durch die Eigenschaften der Stichprobe erklären. In einem solchen Gebiet

(Stadt) gibt es zwar viele Arztpraxen, allerdings auch ein hohes Patientenaufkommen. Es bleibt also wenig Zeit für den einzelnen Patienten, der dann gerne auf Grund seines eigenen Wunsches zum Gebietsarzt überwiesen wird (siehe oben).

Dagegen sind in den Hausarztpraxen des Gebietes mit geringer Ärztedichte im zweiten Quartal 2003 nur in einer Fachdisziplin (Gynäkologie) mehr Wunsch- als ärztlich initiierte Überweisungen verzeichnet. Als Grund kann angeführt werden, dass der Hausarzt die bessere Qualifizierung und Ausstattung des Gebietsarztes zur Klärung von gynäkologischen Problemen und Vorsorgeuntersuchungen anerkennt und keine Verdachtsdiagnose erstellt, sondern die Wunschüberweisungen unterschreibt.

In der gesamten Stichprobe wie auch in den Praxen des Gebietes mit hoher Ärztedichte wird im zweiten Quartal 2004 die Mehrheit der Überweisungen in elf Disziplinen vom Arzt veranlasst: Angiologie, Chirurgie, Gastroenterologie, Genetik, Innere Medizin, Kardiologie, Notfallmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlenmedizin.

Einige dieser Fächer sind als rein diagnostische Fächer zu werten (Genetik, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie), was zugleich den Grund dafür darstellt, dass meistens der Arzt der Initiator der Überweisungen ist. Er stellt eine Verdachtsdiagnose und überweist zum Fachkollegen, der daraufhin die Diagnose überprüfen oder selber diagnostisch tätig werden soll. Als überwiegend diagnostisch tätig können die Gebietsärzte für Gastroenterologie (beispielsweise im Fall von Endoskopien) und Angiologie (zum Beispiel besondere Gefäßuntersuchungen) beschrieben werden und im weiteren Sinne auch die Kardiologen und die fachärztlich tätigen Internisten. Letztere haben sich aktiv für die Tätigkeit als Gebietsarzt entschieden und nehmen keinerlei allgemeinmedizinische oder hausärztliche Aufgaben wahr (dies übernehmen die hausärztlich tätigen Internisten), sodass bei ihnen dementsprechend der Hauptteil der Leistungen als fachspezifisch angenommen werden kann.

Die Gebietsärzte für Chirurgie und Strahlenmedizin führen spezielle therapeutische oder auch diagnostische Maßnahmen durch, sodass auch hierin der Grund für die Mehrheit der ärztlich begründeten Überweisungen liegt. Die Überweisungen in die Notfallmedizin wurden alle durch den Arzt veranlasst, was als Fehler in der Hausarztpraxis gewertet werden muss, da die Gebietsbezeichnung eines „Arztes für Notfallmedizin“ nicht existiert.

Die in der Gebietsarztgruppe „Allgemeinmedizin“ eingefasste Disziplin „Arzt am Urlaubsort“ äußert sich besonders in der Anzahl der vom Patienten gewünschten Überweisungen (2003: 16; 2004: 191) als eine reine Präventivmaßnahme. Für eine Überweisung dieser Art existiert keine gesetzliche Grundlage (lediglich eine Überweisung zur Fortsetzung einer begonnenen Therapie ist erlaubt), sodass Wunschüberweisungen in diese Disziplin als reine Gefälligkeit gegenüber dem Patienten gewertet werden müssen.

In den übrigen Fachgruppen überwiegen die Wunschüberweisungen die Anzahl der ärztlich begründeten Überweisungen, was, wie auch schon beschrieben, ein Ausdruck der Begrenzung des Budgets sein kann (siehe hierzu Kap. 5.3). Wunschüberweisungen stellen darüber hinaus für die Hausärzte eine Möglichkeit dar, in Zeiten hohen Patienten- und damit Arbeitsaufkommens (was sich wiederum auf das Budget auswirkt) einige Patienten auf Grund ihres eigenen Wunsches zum Gebietsarzt zu schicken und damit ihr eigenes Budget nicht weiter zu belasten.

Die Überweisungen in die Zahnmedizin sind entweder als Fehler der Hausarztpraxis bei der Ausstellung der Überweisung oder als Ausstellung wegen Unkenntnis der Gesetzeslage zu werten. Laut Bundesmantelvertrag - Ärzte und § Bundesmantelvertrag - Ersatzkassen/Ärzte sind Überweisungen an Zahnärzte „nicht zulässig“ (§ 24 Abs. 9 BMV - Ä und § 27 Abs. 9 EKV).

Die jeweils im zweiten Quartal 2003 als auch zweiten Quartal 2004 einzelne Wunschüberweisung in die Genetik kann wiederum als Fehler bei der Ausstellung der Überweisung gewertet werden oder auch Ausdruck des Wunsches einer Patientin sein, sich bei Kinderwunsch einer genetischen Analyse zu unterziehen.

In den Hausarztpraxen des Gebietes mit geringer Ärztedichte sind zusätzlich zu den oben genannten Fächern im zweiten Quartal 2004 in folgende Fächer mehr ärztlich initiierte als vom Patienten gewünschte Überweisungen gerichtet: Allgemeinmedizin, Anästhesie, Neurologie, Onkologie, Pädiatrie, Pneumologie und Schlafmedizin. Diese Fächer stellen Gebietsarztgruppen dar, die entweder diagnostisch tätig (Schlafmedizin) oder für eine adäquate Behandlung (Neurologie, Onkologie, Pädiatrie, Pneumologie) oder zur Klärung einer umschriebenen Fragestellung (Anästhesie) besser qualifiziert sind.

Für die große Zahl an ärztlich begründeten Überweisungen in die Allgemeinmedizin (ergo zu Kollegen des gleichen Fachgebiets) kann lediglich als mögliche Begründung angeführt werden, dass die überwiesenen Patienten eine gesonderte Behandlung bei einem Sportmediziner (der in diese Gruppe eingeordnet wurde, siehe Kap. 4.2) oder eine weiterführende Behandlung bei einem „Arzt am Urlaubsort“ (ebenfalls in diese Gruppe eingeschlossen) benötigen.

Bei Betrachtung aller Ergebnisse wirklich Richtung weisend ist die Tatsache, dass deutlich weniger Wunschüberweisungen verzeichnet sind, sobald ein geringeres Angebot an Ärzten herrscht (ländliches Gebiet), das dementsprechend keine erhöhte Nachfrage verursacht.

Dieser Punkt allerdings ist durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz weder beachtet worden noch kann er durch die damit in Kraft getretene Praxisgebühr beeinflusst werden, sodass hier ein Beispiel für die Selbstregulierung des Marktes vorliegt.

Es ist jedoch nicht gerechtfertigt, daraus zu schließen, dass das Angebot verringert, also die Zahl der Gebietsärzte und auch Hausärzte gesenkt, oder gar erhöht werden sollte, da sonst die Mechanismen der Selbstregulation wieder außer Kraft treten und genau das Gegenteil bewirkt wird.

Eine Möglichkeit ist vielleicht die Erhöhung der Anzahl der Hausärzte, deren Kapazitäten somit auch für die Wahrnehmung der für sie vorgesehenen Rolle als „Gatekeeper“ größer wären.

Geschlecht / Quartal

In allen Kategorien erhalten Frauen mehr Überweisungen als Männer. Im zweiten Quartal 2003 beträgt der Anteil der Überweisungen, die für Patientinnen ausgestellt werden, wenig mehr als die Hälfte (etwa 55 %). Ebenfalls im zweiten Quartal 2004 erhalten Frauen in allen Kategorien mehr Überweisungen als die männlichen Patienten; für sie werden etwa 60 % der Überweisungen ausgestellt.

Ausgehend von einem ungefähr gleichen Anteil von Frauen und Männern innerhalb des Patientenstamms (siehe hierzu Kap. 5.1) ist zu erklären, dass beide ungefähr die gleiche

Anzahl an Überweisungen erhalten haben. Diese Tatsache wird durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und die Praxisgebühr nicht tangiert und stellt auch keine Zielvariable dar, sodass dementsprechend auch kein Unterschied in den beiden Quartalen festzustellen ist.

Das leichte Überwiegen der Überweisungen für Frauen lässt sich durch den Stellenwert der Überweisungen in die Gynäkologie erläutern. Für Patientinnen ist eine jährliche gynäkologische Untersuchung vorgesehen, die diese dann wahrnehmen und dafür eine Überweisung benötigen.

Außerdem (siehe hierzu Kap. 5.1) ist erwiesen, dass Frauen generell mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Männer, die sowohl beim Hausarzt als auch beim Gebietsarzt durchgeführt werden, für die sie dann eine Überweisung benötigen.

Einen vergleichbaren Gebietsarzt, der allein für die Erkrankungen oder Vorsorgeuntersuchungen des Mannes zuständig ist, existiert nicht, sodass sich die Überweisungen für Männer auf alle Fächer verteilen und nicht den Anteil der Überweisungen zu einem Gebietsarzt allein durch ihr Geschlecht und die daraus resultierenden speziellen gesundheitlichen Fragen in die Höhe treiben.

Weiterhin ist erwiesen, dass Männer lediglich *ein* gesundheitliches Problem wahrnehmen und zu dessen Klärung direkt den Gebietsarzt aufsuchen, den sie als zuständig betrachten. Dementsprechend entrichten sie die Praxisgebühr bei dem Gebietsarzt und wünschen keine weiteren Überweisungen

Ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie ergibt sich das gleiche Verhältnis, wie mit deren Berücksichtigung: mehr Frauen als Männer erhalten sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 eine Überweisung. Daraus lässt sich ableiten, dass durch die Überweisungen, die Frauen benötigen, um die speziell ihr Geschlecht betreffenden Vorsorgeuntersuchungen durchführen und auch gesundheitliche Probleme beim Gebietsarzt abklären zu lassen, keine Verfälschung der Ergebnisse stattfindet. Weiterhin bleibt die Tatsache bestehen, dass für Männer weniger Überweisungen ausgestellt werden, auch wenn die Differenz nun geringer ist.

Geschlecht / Quartal / Ursache

Die Aufteilung der ärztlich begründeten und der durch Patienten gewünschten Überweisungen fällt in allen Kategorien und in beiden Quartalen zu Gunsten der Patientinnen aus (siehe hierzu Kap. 4.3).

Sowohl im zweiten Quartal 2003 als auch im zweiten Quartal 2004 werden etwa 55 % der durch den Arzt veranlassten Überweisungen für Frauen ausgestellt, 45 % für Männer. Es ist also wiederum ein konstantes Verhalten der Ärzte in Bezug auf die Ausstellung von Überweisungen zu erkennen, das sich dementsprechend auch in der gleichen Verteilung auf die beiden Geschlechter widerspiegelt.

Der Grund hierfür mag darin liegen, dass Frauen mehr auf ihre Gesundheit achten, öfters ihren Hausarzt aufsuchen, der daraufhin häufiger eine Notwendigkeit sieht, die Erkrankungen seiner Patientinnen durch einen Gebietsarzt abklären zu lassen. Da der Anteil der männlichen Patienten an der Fallzahl insgesamt (siehe hierzu Kap. 5.1) geringer ausfällt, hat der Hausarzt seltener die Gelegenheit, eine komplette Untersuchung (Check-Up) durchzuführen, sodass weniger Befunde durch einen Fachkollegen überprüft werden müssen.

Die Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes hatte keinerlei Auswirkungen auf das Überweisungsverhalten der Ärzte (siehe hierzu auch Kap. 5.3.1), sodass auch nach Inkrafttreten der Praxisgebühr etwas mehr als die Hälfte der Überweisungen für Frauen ausgestellt werden.

Im zweiten Quartal 2003 fordern Frauen 55 % der Überweisungen, Männer sind die Ursache für 45 % der Wunschüberweisungen; diese Aufteilung ist also die gleiche wie auch bei den durch den Arzt veranlassten Überweisungen. Als Erklärung hierfür mag die Tatsache herangezogen werden, dass der Anteil der weiblichen Patienten an den Fallzahlen insgesamt deutlicher höher liegt (siehe hierzu Kap. 5.1), sie also häufiger ihren Hausarzt aufsuchen und dementsprechend öfters die Gelegenheit haben, eine Wunschüberweisung zu fordern.

Die Tendenz zu mehr Wunschüberweisungen für Frauen setzt sich im zweiten Quartal 2004 fort: in diesem Zeitraum verlangen Patientinnen 70 % aller nicht ärztlich begründeten Überweisungen. Wie auch schon im Vorjahr ist der Anteil der weiblichen Patienten an den

insgesamt vermerkten Fallzahlen deutlich höher als derjenige der männlichen Patienten (siehe hierzu Kap. 5.1), sodass auch hier die gleiche Erklärung wie für das Ergebnis des zweiten Quartals 2003 verwendet werden kann.

Werden die Überweisungen in die Gynäkologie nicht berücksichtigt, so resultieren weiterhin die gleichen Verhältnisse wie oben beschrieben. Lediglich in den Hausarztpraxen des Gebietes mit geringer Ärztedichte ist das Verhältnis der Wunschüberweisungen, die im zweiten Quartal 2003 ausgestellt werden, zwischen Männern und Frauen ausgeglichen.

Der Anteil der Überweisungen sinkt lediglich in beiden Quartalen und auch bezogen auf die Ursachen, sodass keine Verfälschung durch die für Frauen spezifischen Überweisungen bewirkt wird. Es ist jedoch festzustellen, dass Überweisungen in die Gynäkologie auf Grund der vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen einen großen Stellenwert einnehmen und den Anteil der Überweisungen für Patientinnen im Gegensatz zu männlichen Patienten besonders stark bei den Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2004 erhöhen.

Altersgruppen / Quartal

Da es nicht möglich ist, die Fallzahl der Hausarztpraxen auf Altersklassen aufzuteilen, kann keine Relation zwischen der Anzahl der Patienten eines Alters und der Zahl der Überweisungen, die für sie notiert sind, dargestellt werden. Die Ergebnisse zeigen also lediglich die Verteilung der Überweisungen auf die Altersgruppen.

Die meisten Überweisungen erhielten in beiden Quartalen die 60-69jährigen Patienten, mit deutlichem Abstand folgen die Altersklassen der 40-49jährigen, der 50-59jährigen und der 70-79jährigen Patienten (siehe hierzu Kap. 4.3). Die Reihenfolge der drei letzt genannten Gruppen variiert zwar sowohl in den Quartalen als auch innerhalb der einzelnen Kategorien, ihre Anteile liegen aber jeweils in dem Bereich zwischen etwa 12 und 18 %.

Der Anteil der Überweisungen für die 30-39jährigen Patienten liegt in der gesamten Stichprobe und in den Hausarztpraxen des Gebiets mit hoher Ärztedichte in einem Abstand von etwa einem Prozent hinter den Gruppen der 40-59 und 70-79 Jahre alten Patienten, während er in den Praxen des Gebiets mit geringer Ärztedichte gleiche Werte erreicht wie diese Altersklassen.

Welche Faktoren eine solche Altersverteilung verursachen, kann nur spekuliert werden; alle im Folgenden genannten Aspekte mögen daher nur als Vermutungen gelten und stellen lediglich den Ansatz einer Erklärung dar.

Der Grund für den großen Anteil der Überweisungen für die 60-69jährigen Patienten mag in der Tatsache begründet sein, dass diese eine Multimorbidität aufweisen, die auf der einen Seite in einem solchem Maß anfällt, dass viele Arztbesuche verursacht und damit auch Überweisungen für Gebietsärzte notwendig werden. Auf der anderen Seite ist sie doch nicht groß genug, dass die Patienten nicht mehr fähig sind, einen Arzt aufzusuchen. Daraus resultiert dann eine hohe Anzahl von Arztbesuchen, die Kosten verursachen, ohne dass eine definitive Heilung erreichbar ist.

Als Ursache für die vielen Überweisungen für 70-79jährige Patienten kann wie auch schon bei den 60-69jährigen Patienten die Multimorbidität angeführt werden. Außerdem mag der Faktor „Zeit“ diese Situation weiterhin beeinflussen: Patienten dieses Alters sind meistens nicht mehr erwerbstätig (oder nur geringfügig beschäftigt), sodass sie mehr Zeit haben, die sie mit Arztbesuchen ausfüllen, die mehr oder weniger ärztlich begründet sind.

Die 50-59jährigen Patienten haben ein Alter erreicht, in dem sie weder jung noch alt sind, neue, vielleicht auch schwerwiegendere gesundheitliche Probleme auftreten und sie für diese eine Abklärung erreichen möchten. Sie wollen physisch fit bleiben und dies möglicherweise durch die Konsultation eines Arztes bestätigt wissen.

Die Altersklassen der Patienten zwischen 30 und 49 Jahren erhalten etwa gleich viele Überweisungen, sodass für beide der gleiche Grund angeführt werden kann: sie leiden an umschriebenen Erkrankungen, die nicht derart gravierend sind, dass sie eine große Anzahl von Arztbesuchen verursachen, jedoch eine spezifische, vielleicht auch nur kurzzeitige Therapie erfordern. Daher resultiert zwar eine bestimmte Anzahl an Überweisungen zu Gebietsärzten, die jedoch nicht eine solch hohe Menge an Überweisungen wie für die 60-69jährigen Patienten ergeben.

Für die ganz jungen Patienten (unter 30 Jahren) sind nur wenige Überweisungen verzeichnet, was wahrscheinlich durch die Tatsache begründet werden kann, dass sie entweder nicht so

schwer, nicht so häufig oder überhaupt nicht krank sind. Außerdem nehmen die jungen Menschen lediglich ein gesundheitliches Einzelproblem wahr und suchen zu dessen Abklärung direkt den ihrer Meinung nach zuständigen Gebietsarzt auf, bei dem sie die Praxisgebühr bezahlen. Sie konsultieren also nicht erst den Hausarzt und wünschen dort eine Überweisung.

Der Grund für die geringe Anzahl an Überweisungen für die älteren Patienten (über 79 Jahren) setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen. Einerseits könnte angenommen werden, dass diejenigen Patienten, die ein solches Alter erreichen, grundsätzlich gesund sind und nur selten einen Arzt aufsuchen müssen. Die Arztbesuche, die verzeichnet sind, können durch die Therapie oder nur Abklärung der altersbedingten Schwächen und Erkrankungen des älteren Menschen erklärt werden. Weiterhin ist zu vermuten, dass die Patienten so schwer erkrankt sind, dass sie entweder nicht mehr in der Lage sind, einen Arzt zu konsultieren, oder direkt in Krankenhäuser eingewiesen werden, die sich um die schwerer erkrankten Patienten kümmern. Außerdem kann für eine nicht unbedeutende Anzahl von Menschen dieses Alters angenommen werden, dass sie in Pflegeheimen wohnen und auch dort ärztlich betreut werden.

Im Gegensatz zu den jungen Patienten (unter 30 Jahren, siehe oben), die direkt einen Gebietsarzt konsultieren und aus diesem Grund keine Überweisungen benötigen, suchen die älteren Patienten nur ihren Hausarzt auf, der sie (fast) ausschließlich alleine betreut, und wünschen keine Überweisungen zu weiteren Ärzten. Das Resultat aller dieser Aspekte sind dementsprechend wenige Überweisungen zu niedergelassenen Gebietsärzten.

Alle oben aufgeführten Erklärungen sind als Vermutungen zu werten und stellen lediglich Möglichkeiten dar, um die in der vorliegenden Studie gefundene Verteilung der Überweisungen auf die Altersklassen zu erläutern.

Altersgruppen / Quartal / Ursache

Die Aufteilung der Überweisungen in ärztlich begründete und von Patienten geforderte Überweisungen ergibt für alle Kategorien ein ähnliches Ergebnis: die 60-69jährigen Patienten erhalten die meisten der durch den Arzt veranlassten Überweisungen und fordern auch die größte Anzahl an Überweisungen (siehe hierzu Kap. 4.3).

Die restlichen ärztlich indizierten und von Patienten gewünschten Überweisungen sind (je nach Kategorie in unterschiedlicher Reihenfolge) größtenteils für die 40-49jährigen, die 50-59jährigen und die 70-79jährigen verzeichnet.

Die Aufteilung der durch den Arzt verursachten Überweisungen auf die verschiedenen Altersklassen lässt sich durch die bereits oben genannten Begründungen erläutern.

Die Tatsache, dass die meisten Wunschüberweisungen von den 60-69jährigen Patienten gefordert werden, kann durch deren Einstellung zu ihren multiplen Erkrankungen erklärt werden. Da sie als multimorbide gelten und auch selber wissen, dass sie an verschiedenen Krankheiten leiden, werden sie stark auf ihren Körper achten und vielleicht wegen kleinster, neu aufgetretenen Probleme einen Arzt aufsuchen wollen. Daraus folgt möglicherweise der Wunsch, einen „Spezialisten“ zu konsultieren, der ihrer Ansicht nach besser qualifiziert ist als ihr Hausarzt, den sie daraufhin aufsuchen, um jedoch lediglich eine Wunschüberweisung zu erhalten.

Bei den 70-79jährigen Patienten wird der Faktor „Zeit“ als Begründung für viele Arztbesuche genannt, der daraufhin auch die große Anzahl an Wunschüberweisungen verursacht. Da sie über eine große Menge an freier Zeit verfügen, haben die Patienten dieses Alters häufiger die Möglichkeit ihren Hausarzt aufzusuchen und weiterhin bei diesem Überweisungen zu Gebietsärzten zu verlangen, die im medizinischen Sinne nicht gerechtfertigt sind. Sie können damit als Mittel zur Ausfüllung der Freizeit gewertet werden und im überzeichneten Sinne als Ausdruck des „Hobbys Arztbesuche“ gelten.

Die 40-59jährigen Patienten (und auch diejenigen zwischen 30 und 39 Jahren) nehmen (überwiegend) aktiv am Berufsleben teil und haben damit genau definierte Vorstellungen und auch Ansprüche, die sie an einen Arztbesuch stellen. Sie suchen ihren Hausarzt auf, der für sie die Funktion inne hat, ihnen die Überweisungen auszustellen, die sie wünschen. Sie haben klar beschriebene Wünsche an den Arzt, den sie konsultieren, und entschieden selber, welcher Gebietsarzt für ihre Fragestellung der geeignete ist.

Die jüngeren Patienten (unter 39 Jahren) beschäftigen sich wenig mit Krankheiten und haben kein gesteigertes Interesse, viele (Gebiets-)Ärzte aufzusuchen. Wenn sie dies tun, so kann

auch für sie eine klare Meinung über den richtigen Gebietsarzt angenommen werden, sodass sie explizit Wunschüberweisungen nur zu bestimmten Gebietsärzten fordern.

In dieser Altersgruppe spielt wiederum die Tatsache eine große Rolle, dass sehr viele Wunschüberweisungen von Frauen gefordert werden, die ihren Gynäkologen konsultieren möchten. Daraus resultiert dann die große Anzahl an Wunschüberweisungen der jungen Patienten, die in der vorliegenden Studie gefunden wird.

Wenige Wunschüberweisungen für die älteren Patienten (über 79 Jahren) können vielleicht dadurch erklärt werden, dass sie nicht mehr in der Lage sind, viele Gebietsärzte aufzusuchen. Ein weiterer Grund könnte aber auch in dem Verhältnis zum Hausarzt liegen, das sich durch großes Vertrauen in dessen Fähigkeiten ausdrückt und somit keinen Wunsch auslöst, einen weiteren, vielleicht unbekanntem Gebietsarzt zu konsultieren. Und auch hier kann die ärztliche Betreuung in Pflegeheimen genannt werden, die die Betreuung durch einen Hausarzt und niedergelassene Gebietsärzte ersetzt (siehe hierzu auch Kap. 5.3.8).

Alle genannten Erklärungen stellen wie auch schon im Kapitel zuvor nur Modelle dar, die Ansätze bieten, um die Verteilung der Überweisungen auf die einzelnen Altersklassen zu erläutern.

Datum / Quartal

In allen Kategorien ist für beide Quartale eine ähnliche Verteilung der Überweisungen auf die einzelnen Tage zu erkennen, im zweiten Quartal 2004 fallen die Ergebnisse jedoch deutlicher aus (siehe hierzu Kap. 4.3).

Es werden am 01.04.2003 und am 01.04.2004 relativ mehr Überweisungen geschrieben als an anderen Tagen, ebenso in der ersten Woche im Vergleich zu den übrigen Wochen des Quartals und im April 2003 und April 2004 als erstem Monat des jeweiligen Quartals. Montags sind mehr Überweisungen verzeichnet als an den übrigen Wochentagen, an Wochenend- oder Feiertagen und am letzten Tag des Quartals (30.06.2003 und 30.06.2004) werden wenige Überweisungen ausgestellt.

Durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie wird die zuvor aufgestellte Hypothese, dass zu Beginn relativ mehr Überweisungen ausgestellt werden als im Verlauf des Quartals (siehe hierzu Kap. 4.1), bestätigt werden.

Der große Anteil an Überweisungen, der am 01.04.2004 (mehr als 8,5 %) verzeichnet ist, wird durch die Eigenschaft dieses Datums als erster Tag im Quartal erklärt. Die Patienten suchen direkt zu Beginn des neuen Quartals den Arzt auf, entrichten die Praxisgebühr und haben somit für die verbleibenden drei Monate die Möglichkeit, mit der Legitimation durch die Überweisungen, die beim Hausarzt ausgestellt werden, einen weiteren Gebietsarzt zu konsultieren.

Auf diese Weise können auch die vielen Überweisungen in der ersten Woche (01.04.-04.04.2004) und im gesamten ersten Monat (April 2004) erklärt werden. Nach frühzeitiger Entrichtung der Praxisgebühr haben die Patienten häufiger die Gelegenheit (nämlich für den Rest des Quartals), einen Arzt aufzusuchen, ohne erneut zehn Euro bezahlen zu müssen.

Zwar sind auch im zweiten Quartal 2003 am ersten Tag (01.04.2003) relativ mehr Überweisungen notiert als an anderen Tagen (etwa 4,5 %), jedoch nur etwa die Hälfte im Vergleich zum folgenden Jahr. Auch in der ersten Woche (etwa 11 %) und im April (etwa 40 %) werden mehr Überweisungen geschrieben als in anderen Wochen oder den anderen beiden Monaten, doch der Anteil ist geringfügig höher oder etwas geringer als der Anteil der Überweisungen der ersten Woche (etwa 10 %) oder des ersten Monats (etwa 50 %) des Folgejahres.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die erste Woche im zweiten Quartal 2003 (01.04.-06.04.2003) vier reguläre Arbeitstage beinhaltet, während es im zweiten Quartal 2004 (01.04.-04.04.2004) nur zwei sind. Bereits ohne einen Unterschied in den Werten hat sich die Anzahl der Überweisungen im zweiten Quartal 2004 verdoppelt, da in der ersten Woche des Quartals nur die Hälfte der Zeit zur Verfügung steht, um einen Arzt aufzusuchen und somit Überweisungen zu erhalten.

Der gefundene Anteil an Überweisungen, die in den kleinen Hausarztpraxen in den Gebieten mit geringer Ärztedichte 01.04.2004 (6,8 %) und in der ersten Woche (8,8 %) ausgestellt werden, ist deutlich geringer als diejenige in den anderen Kategorien; weiterhin werden in

diesen beiden Zeiträumen im zweiten Quartal 2003 relativ mehr Überweisungen gezählt (7,5 % am 01.04.2003 und 13,5 % in der ersten Woche). Die Anzahl jedoch hat sich auf das 1,5fache oder das Doppelte erhöht (siehe hierzu Kap. 4.3.3.2).

Für die Ergebnisse des zweiten Quartals 2004 kann wie auch bereits für die große Menge an Überweisungen am ersten Tag des Quartals die Praxisgebühr verantwortlich gemacht werden.

Die Zahlen des zweiten Quartals 2003 können nicht erklärt werden, da im Gegensatz zum Folgejahr das Quartal keine Begrenzung für die Patienten darstellt und sie nicht für ihre Arztbesuche bezahlen müssen. Die Überweisungen waren nicht auf einen Zeitraum beschränkt und konnten beliebig lange eingelöst werden.

Weiterhin aus diesem Grund sind am letzten Tag des zweiten Quartals 2003 mehr Überweisungen (etwa 1 %) verzeichnet als am letzten Tag des zweiten Quartals 2004 (unter 0,5 %). Diese können wie bereits angesprochen nach Einführung der Praxisgebühr nur im dem laufenden Quartal verwendet werden, ansonsten muss die Praxisgebühr im folgenden Quartal erneut entrichtet werden, sei es für einen direkten Besuch des Gebietsarztes oder beim Hausarzt, um eine neue Überweisung zu erhalten.

Der Anteil der Überweisungen, die montags ausgestellt werden, liegt in beiden Quartalen relativ höher als derjenige der anderen Wochentage (2003: etwa 25 %; 2004: im Durchschnitt 27 %). Für beide Jahre ist die gleiche Erklärung anzuwenden: Patienten werden im Laufe des Wochenendes krank oder entschieden sich in diesen Tagen, ihren Hausarzt aufzusuchen, woraus ein vermehrtes Patientenaufkommen und daraus wiederum eine größere Anzahl an Überweisungen zum Fachkollegen resultieren.

An Wochenend- oder Feiertagen werden in beiden Quartalen gleichermaßen wenige Überweisungen (jeweils etwa 0,5 %) ausgestellt. Der Grund hierfür besteht in der Tatsache, dass die Hausarztpraxen an diesen Tagen geschlossen sind und nur ein hausärztlicher Notdienst zu erreichen ist.

Die Überweisungen teilen sich also in beiden Quartalen in dem etwa gleichen Verhältnis auf die einzelnen Tage des Quartals auf, sodass die relativen Anteile einander weitestgehend entsprechen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich die Anzahl der Überweisungen im zweiten

Quartal 2004 insgesamt verdreifacht hat und so in jedem der genannten Zeiträume die Anzahl der Überweisungen gestiegen ist, obwohl der relative Anteil der gleiche ist.

Datum / Quartal / Ursache

Die Aufteilung der Überweisungen an den einzelnen Tagen nach ihrer Ursache ergibt für das zweite Quartal 2003 und für das zweite Quartal 2004 jeweils charakteristische Ergebnisse.

In jeder Kategorie werden zwischen 50 und 70 % der Überweisungen, die am 01.04.2003 ausgestellt werden, durch den Arzt veranlasst. Ein Jahr später (am 01.04.2004) hat sich der Anteil der durch den Arzt verursachten Überweisungen deutlich verringert und liegt in dem Bereich zwischen 15 und 35 %.

Die große Menge der Überweisungen, die 01.04.2003 geschrieben werden, kann nicht erklärt werden (siehe hierzu auch Kap. 5.3.11), da für die Patienten eine Begrenzung ihrer Freiheiten auf ein Quartal nicht existiert. Dies ist jedoch ein Jahr später der Fall, sodass sie am 01.04.2004 zwischen 65 und 80 % der Überweisungen (je nachdem, welche Kategorie betrachtet wird), die an diesem Tag notiert sind, verlangen. Es ist deutlich ein Unterschied zwischen der jeweiligen Anzahl an Wunschüberweisungen in den beiden Quartalen zu erkennen, der allein durch die Praxisgebühr erklärt werden kann.

Für die Patienten ist es sehr sinnvoll, direkt am ersten Tag des neuen Quartals ihren Hausarzt aufzusuchen, zehn Euro als Praxisgebühr zu entrichten und Überweisungen zu fordern, da sie dann für die restlichen knapp drei Monate die Möglichkeit haben, die Überweisungen einzulösen. Dieser Zeitraum verringert sich entsprechend, je später im Quartal sie die Überweisungen wünschen.

Mit dieser Tatsache kann auch die große Menge an Überweisungen in der ersten Woche (01.04.-04.04.2004) und im ersten Monat (April 2004) des zweiten Quartals 2004 erklärt werden. In diesen beiden Zeiträumen sind 64-83 % (erste Woche) und 61-79 % (erster Monat) der Überweisungen als Wunschüberweisungen verzeichnet.

In den gleichen Zeiträumen des Vorjahrs werden nur 30-42 % (erste Woche) und 27-32 % (erster Monat) aller Überweisungen durch Patienten gewünscht. Diese Zahlen machen einen

geringeren Anteil aus als im folgenden Jahr und stellen zusätzlich deutlich niedrigere absolute Werte dar (beispielsweise ein Viertel bis knapp ein Zehntel der Anzahl der Überweisungen, die am 01.04.2004 ausgestellt werden).

Mit diesen Ergebnissen kann die zu Beginn aufgestellte Hypothese, dass die meisten Wunschüberweisungen zu Beginn des Quartals ausgestellt werden (siehe hierzu Kap. 4.1, 4.3), bestätigt werden.

Der Unterschied zwischen den Ergebnissen der beiden Quartale fällt also sehr drastisch aus, sodass die Praxisgebühr augenscheinlich einen großen Einfluss auf das Patientenverhalten hat. Dieses wird aber nicht so geändert, wie der Gesetzgeber dies vorgesehen hatte, sondern schlägt den komplett entgegen gesetzten Weg ein: die Patienten suchen zu Beginn des neuen Quartals den Hausarzt auf, entrichten die Praxisgebühr und fordern dann genügend Überweisungen, die sie im Laufe des Quartals einlösen können. Die Praxisgebühr hat also ein deutlich erhöhtes Patientenaufkommen beim Hausarzt zu Beginn des Quartals zur Folge und verlagert sich je weiter das Quartal voranschreitet auf die Gebietsärzte. Die Legitimation, diese zu konsultieren, haben sich die Patienten bereits gesichert und nehmen sie nun für den Rest des Quartals mehr oder weniger stark in Anspruch.

Ebenso zu erklären ist der große Anteil an Wunschüberweisungen, die montags gefordert werden: im zweiten Quartal 2004 fordern Patienten 56-74 % der Überweisungen, die am ersten Tag der Woche geschrieben werden. Zwar ist an jedem Montag die verbleibende Zeit bis zum Quartalsende eine andere und nimmt ab, je länger der Quartalsbeginn zurückliegt, doch wiederum spielt der Wunsch der Patienten eine Rolle, viel Zeit zu haben, die Überweisung einzulösen. Hat ein Patient also für eine bestimmte Woche die Arztbesuche vorgesehen, so sucht er montags, also gleich zu Beginn der Woche, den Hausarzt auf und erhält die gewünschte Überweisung, die er dann wie geplant in der Woche einlöst. Schafft er dies nicht, so verbleibt ihm doch genügend Zeit (bis zum Ende des Quartals), den Gebietsarzt zu konsultieren.

Das Verhalten der Ärzte wird durch den Wochentag nicht beeinflusst, sodass sie in beiden Quartalen montags etwa gleich viele Überweisungen ausstellen; die im Vergleich zu den anderen Wochentagen erhöhte Anzahl lässt sich durch das erhöhte Patientenaufkommen

erklären, das durch alle Patienten verursacht wird, die am Wochenende zuvor krank geworden sind oder den Entschluss gefasst haben, ihren Hausarzt aufzusuchen.

An Wochenend- und Feiertagen werden im zweiten Quartal 2003 etwa 80 % der Überweisungen durch den Arzt veranlasst, während dieser Anteil ein Jahr später bei 48-52 % liegt. Somit sind die relativen Werte im Vergleich zum zweiten Quartal 2003 in allen Kategorien gesunken, doch die absoluten Zahlen zeigen, dass eine fast gleiche Anzahl von Überweisungen ärztlich indiziert ist (beispielsweise für die gesamte Stichprobe 2003: 35, 2004: 32 Überweisungen).

Die Praxisgebühr hat also wiederum nicht das Verhalten der Ärzte beeinflusst, sondern im Gegenteil sogar bewirkt, dass Patienten, die den hausärztlichen Notdienst in Anspruch nehmen, keine Hemmungen haben, am gleichen Tag Überweisungen von dem Arzt zu fordern, die medizinisch nicht indiziert sind, ergo in keinem Zusammenhang mit ihrer Situation stehen. Lag der Anteil der Wunschüberweisungen an Wochenend- oder Feiertagen 2003 lediglich bei maximal einem Viertel, so beträgt er im zweiten Quartal 2004 mindestens ein Drittel. Die Patienten entrichten die Praxisgebühr, entweder während eines Hausbesuches oder auch schon vorher, und scheuen sich nicht, außerhalb der „normalen“ Praxisöffnungszeiten Überweisungen von dem Hausarzt, der sie zu Hause aufsucht, zu fordern, die medizinisch nicht gerechtfertigt sind.

Am letzten Tag des zweiten Quartals 2003 (30.06.2003) machen Wunschüberweisungen 14-21 % aller verzeichneten Überweisungen aus, während dieser Anteil am 30.06.2004 42-50 % beträgt. Es ist eine Erhöhung im zweiten Quartal 2004 zu erkennen, die wiederum mit Hilfe der Praxisgebühr erklärt werden kann: die Patienten, die am letzten Tag des Quartals eine Überweisung fordern, sind gezwungen, diese an dem gleichen Tag einzulösen, da sie sonst verfällt. Der Grund für die Patienten, entgegen ihres Verhaltens, das sie zu Beginn des Quartals an den Tag legen (siehe oben), eine Überweisung zu verlangen, die nur noch wenige Stunden gültig ist, liegt in dem Wunsch, für das folgende Quartal keine Praxisgebühr bezahlen zu müssen. Sie können also den Gebietsarzt konsultieren, sozusagen auf die letzte Minute eine Abklärung ihrer gesundheitlichen Probleme bewirken oder auch ein Rezept erhalten, das genau drei Monate, nämlich das nächste Quartal, überbrückt, und auf diese Weise einmal die Praxisgebühr sparen.

Die Betrachtung der Ursachen für Überweisungen, die in bestimmten Zeiträumen in dem jeweiligen Quartal ausgestellt werden, ergibt also weitere Anhaltspunkte dafür, dass die Praxisgebühr das Patientenverhalten nicht steuert, sondern im Gegenteil sogar entgleisen lässt, das heißt mehr Arztbesuche verursacht, als eigentlich notwendig wären; denn die Patienten haben sich nach eigenem Ermessen dafür die Legitimation erkauft.

5.4 Logistische Regressionsanalyse

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse subsumieren alle bisher erklärten Statistiken für die gesamte Stichprobe und für die Arztpraxen nach der Aufteilung auf ein Gebiet mit hoher und mit geringer Ärztedichte.

Die Tatsache, dass bei älteren und weiblichen Patienten, die in den ersten zehn Arbeitstagen des zweiten Quartals 2004 eine Hausarztpraxis aufsuchen, die Wahrscheinlichkeit für eine Wunschüberweisung deutlich erhöht ist, stimmt mit den Ergebnissen der einzelnen Statistiken überein. Die möglichen Erklärungen dafür sind in der Diskussion der Ergebnisse der einzelnen Statistiken (siehe Kap. 5.3) zu finden.

Das zusätzliche Ergebnis, dass in den Arztpraxen des Gebietes mit hoher Ärztedichte die Wahrscheinlichkeit für Wunschüberweisungen größer ist als bei den Arztpraxen des Gebietes mit geringer Ärztedichte, zeigt ganz deutlich den Unterschied zwischen diesen beiden Kategorien: zwar ist in beiden Gebieten die Zahl der Wunschüberweisungen im zweiten Quartal 2004 größer als im zweiten Quartal 2003 und auch deutlich größer als die Anzahl der durch den Arzt initiierten Überweisungen, doch die relativen Anteile unterscheiden sich beträchtlich. Dieser Unterschied wird nun durch die logistische Regressionsanalyse definitiv bestätigt.

Eine denkbare Erklärung für dieses Ergebnis ist die Situation des Gebietes mit geringer Ärzteversorgungsrate: dort ist das Angebot an Arztpraxen nicht so groß wie in der Stadt, sodass der Anreiz, „auf die Schnelle“ einen Arzt zu konsultieren und einige Wunschüberweisungen zu fordern, nicht gegeben ist. Der Weg zu einem Arzt ist länger und vielleicht auch beschwerlicher als in der Stadt, sodass die Patienten sich wahrscheinlich genau überlegen, wann sich der Aufwand lohnt. Außerdem muss nicht nur der Hausarzt aufgesucht werden, um eine Überweisung zu erhalten, sondern danach auch der Gebietsarzt, der

möglicherweise seinen Sitz sehr weit entfernt vom Wohnort der Patienten hat. Daraus folgt also, dass sich die Patienten, die in einem Gebiet mit geringer Ärzteversorgungsrate leben, eine längere Zeit von ihrem Hausarzt betreuen lassen, bevor sie einen Gebietsarzt aufsuchen oder auch den Wunsch nach einer Überweisung äußern.

Die Praxisgebühr mag in diesem Entscheidungsprozess der Patienten lediglich eine untergeordnete Stelle einnehmen, indem sie vielleicht die unentschlossenen Patienten davon abhält, überhaupt einen Arzt aufzusuchen, da sie dann die Zuzahlung entrichten müssten. Wenn sie jedoch den Wunsch nach der Behandlung durch einen Gebietsarzt haben, so werden sie sich durch die Zuzahlung nicht beeinflussen lassen; den größeren Einfluss hat dann wahrscheinlich die Entfernung des Gebietsarztes.

Das vermehrte Angebot an Ärzten in der Stadt schafft folglich einen Anreiz, nicht nur den Hausarzt, sondern auch weitere Gebietsärzte auszusuchen, die gut erreichbar sind, selbst wenn keine ärztlich verifizierte Indikation vorliegt.

Der oben genannte Aspekt des Angebots an Ärzten kann nicht von der Praxisgebühr beeinflusst werden, sodass aus dem gerade genannten Ergebnis lediglich auf die Möglichkeit zu schließen ist, das Patientenverhalten durch eine (gesetzliche) Änderung des Angebotes zu beeinflussen.

6. Schlussfolgerung

Der Anstieg der Kosten ist eines der zentralen Themen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland: seit Beginn der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Versichertenzahl stetig gewachsen und das Leistungsspektrum ständig erweitert worden, sodass nach einer mehr als 100jährigen Dauer nun die Konsequenzen getragen werden müssen. Ein beträchtliches Defizit der Krankenkassen erfordert die Einführung von Maßnahmen, die eine Senkung der Ausgaben und eine Erhöhung der Einnahmen, ergo eine mindestens ausgeglichene Bilanz, ermöglichen.

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist als zentrales Element die Praxisgebühr eingeführt worden, welche als Instrument zur Steuerung des Patienteninanspruchnahmeverhaltens dienen sollte.

Die Patienten müssen bei der ersten Konsultation eines Arztes (meistens des Hausarztes) im Quartal eine Zuzahlung von zehn Euro entrichten und können bis zum Ablauf des Quartals eine beliebige Anzahl von Gebietsärzten aufsuchen, sofern sie eine Überweisung dorthin haben, die meistens vom Hausarzt ausgestellt wird. Ansonsten müssten sie erneut die Zuzahlung leisten. Für die Patienten scheint es selbstverständlich zu sein, dass der Hausarzt die von ihnen gewünschten Überweisungen ausstellt bzw. diese unterschreibt und somit legitimiert. Daraus resultiert eine große Anzahl von Überweisungen, deren medizinische Indikation zumindest fragwürdig erscheint.

Der oben beschriebene Ablauf der Ausstellung von Überweisungen nach Leistung der Zuzahlung durch den Patienten wirft konsequenterweise die Frage auf, ob die Praxisgebühr (der Auslöser für diesen Prozess) zu Patientenforderungen ohne ärztlich verifizierte Indikation führt.

Die vorliegende Studie hat zur Klärung dieser Fragestellung in zwanzig Hausarztpraxen die Überweisungen, die im zweiten Quartal 2003 (vor der Einführung der Praxisgebühr) und im zweiten Quartal 2004 (nach der Einführung der Praxisgebühr) ausgestellt wurden, auf verschiedene Parameter (Ursache, Zielarzt und Ausstellungsdatum sowie Geschlecht und Alter des Patienten) untersucht und miteinander verglichen.

Insgesamt sind in den beiden Zeiträumen 28.029 Überweisungen verzeichnet, von denen 7557 im zweiten Quartal 2003 und 20.472 im zweiten Quartal 2004 ausgestellt wurden. Dieses Ergebnis spiegelt die Tatsache wider, dass durch die Einführung der Praxisgebühr Überweisungen für den Patienten ausgestellt werden, um weitere (Gebiets-)Ärzte aufzusuchen, ohne erneut die Zuzahlung entrichten zu müssen.

Zur Klärung der Ursache der Überweisung wurde zunächst durch den jeweiligen Arzt definiert, auf welche Art und Weise die Wunschüberweisungen in seiner Praxis gekennzeichnet sind (als „Blankoüberweisung“, d.h. ohne ausgefülltes Diagnosefeld auf dem Überweisungsschein, oder durch einen bestimmten Textbaustein), sodass diese von den Überweisungen mit ärztlich verifizierter Indikation eindeutig unterschieden werden konnten.

Im zweiten Quartal 2003 erfolgen 73,6 % (5559) der 7557 Überweisungen auf Grund einer ärztlich verifizierten Indikation, 26,4 % (1998) werden durch Patienten gefordert. Im zweiten Quartal 2004 hat sich dieses Verhältnis umgekehrt: 69,5 % (14.223) der Überweisungen können als Wunschüberweisungen gewertet werden, während 30,5 % (6249) vom Arzt veranlasst sind. Die Anzahl der ärztlich verifizierten Überweisungen ist also im Quartalvergleich nur geringfügig angestiegen, während die Anzahl der vom Patienten gewünschten Überweisungen auf mehr als das Siebenfache gewachsen ist.

Das Ergebnis dieser Statistik beantwortet die vorausgegangene Fragestellung sehr eindeutig: die Praxisgebühr führt zu Patientenforderungen ohne ärztlich verifizierte Indikation.

Der Grund für dieses Ergebnis liegt auf der Hand: die Praxisgebühr erfordert Überweisungen zu den Gebietsärzten, damit die Patienten dort nicht erneut die Zuzahlung leisten müssen. Der Arzt legitimiert durch seine Unterschrift den Anspruch der Patienten auf die für sie selbstverständlichen Überweisungen, da sie ihrer Meinung nach dafür bezahlt haben, und es resultiert das, was vor der Einführung der Praxisgebühr „Doktor-Hopping“ genannt wurde: ein unkontrolliertes Aufsuchen von zahlreichen Gebietsärzten.

Zur Klärung, warum Ärzte die Wunschüberweisungen unterschreiben, soll auf die Budgetierung hingewiesen werden. Niedergelassene Ärzte dürfen nur eine bestimmte Anzahl von Leistungen im jeweiligen Quartal erbringen, die von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden; die Kosten für Leistungen, die darüber hinaus gehen, müssen von den

Ärzten selber getragen werden. Es kann dem Hausarzt also nur recht sein, wenn der Patient Überweisungen zu anderen Gebietsärzten fordert, da sie dann an seiner Stelle die Leistung erbringen und diese nicht das Budget des Hausarztes belastet. Somit hat der Hausarzt durch die Legitimierung der Überweisung in Bezug auf sein Budget wirtschaftlich gehandelt.

Um die durch die patienteninduzierte Inanspruchnahme von Gebietsärzten entstehenden Kosten dauerhaft zu senken, bedarf es also anderer Steuerungsinstrumente, da die Praxisgebühr nicht in dem gewünschten Ausmaß gegriffen hat.

Als eine Möglichkeit, um das Patienteninanspruchnahmeverhalten wirkungsvoll zu beeinflussen, wird eine Kombination der Praxisgebühr mit dem Hausarztmodell angesehen.

Die „hausarztzentrierte Versorgung“ ist ebenfalls mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz eingeführt worden und sollte die Position des Hausarztes als erste Anlaufstelle für den Patienten etablieren und stärken. Der Patient wendet sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst an den Hausarzt, der ihn untersucht und dann gegebenenfalls zu bestimmten weiteren Gebietsärzten überweist. Allerdings ist dieses Modell nur ungenügend umgesetzt worden, sodass bis zum jetzigen Zeitpunkt eine zu geringe Anzahl von Ärzten und Patienten daran teilnimmt⁷².

Die Vorteile des Hausarztmodells mit der Praxisgebühr zu kombinieren, würde ein effektives Instrument zur Steuerung des Patienteninanspruchnahmeverhaltens darstellen: die hausarztzentrierte Versorgung erfordert die Untersuchung des Patienten durch den Hausarzt, der dann die Überweisungen zu weiteren Gebietsärzten ausstellt, sodass der Patient dort nicht erneut die Zuzahlung entrichten muss und gleichzeitig die Indikation ärztlich verifiziert ist.

Das Ergebnis der Zusammenfassung beider Maßnahmen wäre dann eine Senkung der Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung mit gewährleisteter Qualität der medizinischen Versorgung.

⁷² 2004: 2,6 Millionen Versicherte, d.h. weniger als 4 % der gesetzlich Krankenversicherten (13; 69)

7. Zusammenfassung

In der Geschichte des Gesundheitssystems in Deutschland, das seine Ursprünge im 19. Jahrhundert hat und rechtlich zum ersten Mal im „Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter“ (KVG) aus dem Jahre 1881 begründet wird, sind in Bezug auf die entstehenden Kosten zahlreiche Höhen und Tiefen verzeichnet (siehe hierzu Kap. 2.1). Die Versichertenzahl ist seit Beginn stetig gewachsen⁷³ und zusätzlich wurde das Leistungsspektrum erweitert, sodass das Volumen pro versicherter Person anstieg und folglich eine immer größere Menge an Kosten verursacht wurde, die durch die Einnahmen kaum noch gedeckt werden konnten (12).

Schon in den ersten Jahren nach Einführung der Kranken- und Ersatzkassen waren Steigerungen der Mitgliederbeiträge notwendig, um die Ausgaben durch höhere Einnahmen ausgleichen zu können. Nach dem Ersten Weltkrieg mussten bereits 6,0 % des Lohnes für die Krankenversicherung abgeführt werden, was jedoch weiterhin keine ausgeglichene Bilanz ermöglichte (82).

Nach der Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre wurde per Notverordnung eine Umverteilung der Gelder beschlossen, um mehr Geld für die Krankenversorgung der Hilfsbedürftigen und Arbeitslosen zu haben. Dies wurde erreicht durch die Einführung einer Krankenscheingebühr und durch einen Arzneikostenanteil, den die Versicherten selber zu zahlen hatten. Es sind also bereits hier Ansätze zu erkennen, das Gesundheitssystem wesentlich zu ändern, um den steigenden Kosten entgegen zu wirken (siehe hierzu Kap. 2.1).

Mit Einführung der Deutschen Mark nach Ende des Zweiten Weltkrieges begann für die Gesetzliche Krankenversicherung eine neue Zeit, denn ihre Rücklagen waren aufgebraucht und sie mussten bei Null anfangen.

In den folgenden Jahren wurden zahlreiche Regelungen getroffen, die das Gesundheitssystem bis heute prägen. Alle Menschen waren versicherungspflichtig und die ärztlichen Leistungen in Regel- und Mehrleistungen eingeteilt. Erste mussten von allen Krankenkassen bezahlt werden, letzte nur von denen, in deren Satzung sie verzeichnet waren. Schon hier ist ein

⁷³ Nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1949 wurde die Versicherungspflicht auch für Arbeitslose, Rentner und Selbstständige eingeführt; §§ 363a Abs., 165 Abs. 1 Ziffer 3, 166 RVO a.F. (82)

Ansatz zu erkennen, die Kosten für die Krankenkassen zu dämpfen, indem nicht alle durch den Arzt durchgeführten Leistungen anerkannt (und damit erstattet) wurden.

Zwischen 1960 und 1980 wurden die Leistungsansprüche immer weiter ausgebaut, was im Zusammenwirken mit einer gestiegenen Versichertenanzahl in einem deutlichen Kostenanstieg resultierte (12).

Dieser drastische Anstieg der Kosten machte eine Reihe von Gesetzen erforderlich, die nur ein Ziel hatten: die Senkung der Kosten. Als erstes wurde im Jahr 1977 das „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) erlassen. Als Mittel wurde eine Selbstbeteiligung der Patienten diskutiert, die jedoch nicht das Gesetz einfluss; stattdessen wurde die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ geschaffen, die jährlich die Gesamtvergütung der Ärzte festlegte⁷⁴. Gestiegene Leistungsansprüche sollten durch die Patienten mit höheren Beiträgen bezahlt werden, da diese für die Krankenkassen eine sichere (und einfache) Einnahmequelle bedeuteten; letztlich wurden die Beitragssätze auf nunmehr 12,3 % des Lohnes (1983) erhöht (siehe hierzu Kap. 2.1).

Alle bis dahin beschlossenen Gesetze ergaben jedoch keine spürbare Entlastung für die Gesetzliche Krankenversicherung, sodass grundlegende Reformen unausweichlich waren. Das „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG) war der erste Teil einer Strukturreform und betonte eine Einschränkung der zu erstattenden Leistungen auf das „medizinisch Notwendige“ und die Stärkung der „Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit“. Bonus-Regelungen und Beitragsrückzahlung im Falle der Nicht-Inanspruchnahme eines Arztes während eines Beitragsjahres sollten für geringere Patientenzahlen beim Arzt und damit geringere Kosten sorgen, brachten aber nicht den gewünschten Erfolg, da ihre Umsetzung nicht forciert wurde.

Die Kosten stiegen unaufhörlich weiter an, sodass weitere Reformen notwendig waren (44): das „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Gesundheits-Strukturgesetz - GSG) trat 1993 in Kraft und sollte die Senkung von Kosten durch Budgetierung der Gesamtvergütung und der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel und durch eine Überarbeitung des Vergütungssystems bewirken (siehe hierzu Kap. 2.1). Zusätzlich wurde die Krankenversichertenkarte eingeführt, deren Zweck eine erhöhte

⁷⁴ § 405a RVO a.F.

Transparenz im Gesundheitssystem war; stattdessen jedoch war genau sie der Grund für einen weiteren Kostenanstieg (81).

Die Gesetzliche Krankenversicherung registrierte nach der Einführung der Krankenversichertenkarte eine drastisch gestiegene Zahl von Arztbesuchen, die populär „Doktor-Hopping“ genannt wurde⁷⁵, da es den Patienten möglich war, eine beliebige Zahl von (Gebiets-)Ärzten aufzusuchen. Diese Konsultationen konnten sie durch das Vorlegen ihrer Karte legitimieren (siehe hierzu Kap. 2.2). Eine Verdreifachung der Arztbesuche verursachte ein Defizit von mehr als drei Milliarden Euro und erforderte weitere Reformen (81).

Das „Beitragsentlastungsgesetz“ und das „1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ (KV-NOG), 1997 in Kraft getreten, sollten in kurzer Zeit Einsparungen erwirtschaften durch Kürzung der Zuschüsse bei bestimmten Leistungen, erhöhte Zuzahlungen für die Patienten bei Arzneimitteln und einigen ärztlichen Leistungen und nur eingeschränkt erstattete Präventionsmaßnahmen. Darüber hinaus wurden die Grundlagen gelegt für Hausarztssysteme und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Im Endeffekt resultierte jedoch nur ein flüchtiger Überschuss in der Bilanz der Krankenkassen (81), sodass weitere Reformen erforderlich waren, die ihren Schwerpunkt stärker auf grundlegende, Struktur verändernde Maßnahmen legen mussten.

Das „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)“ stoppte die Modellvorhaben, um kurzfristig wieder Kosten einzusparen, und das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ setzte verstärkt auf die „Eigenkompetenz“ des Patienten, woraus sich eine kurzzeitig ausgeglichene Bilanz ergab. Weitere Gesetze folgten, doch der Sturz ins erneute Defizit ließ sich nicht vermeiden (siehe hierzu Kap. 2.2).

Wieder war eine Reform notwendig, die sowohl Kosten sparen als auch den Grundstein für eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems in weiteren Reformen legen sollte. Zum 01.01.2004 trat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft, dessen Ziel die Senkung der Beitragssätze für die Versicherten durch Senkung der Ausgaben seitens der

⁷⁵ Explizit so genannt in: „Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14.Ausschuss) zu dem 1. Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – Drucksache 13/6087- (...)“ in BT-Drs.13/7264 vom 19.03.1997, S.63 (11)

Krankenkassen für die Patienten ist (siehe hierzu Kap. 2.3). Dies soll ermöglicht werden durch Kürzungen des Anspruchs auf bestimmte Leistungen und die erneute Einführung von Modellvorhaben (die „Integrierte Versorgung“ und das „Hausarztmodell“)⁷⁶.

Das zentrale Element des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) ist die Praxisgebühr⁷⁷: sie wurde eingeführt als Instrument zur Steuerung des Patienteninanspruchnahmeverhaltens, als Mittel, um die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren und damit (unnötige) Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung einzusparen (15).

Die Patienten müssen bei dem ersten Besuch im Quartal in einer Praxis (meistens der Hausarztpraxis) zehn Euro als Zuzahlung entrichten und können (bis zum Ablauf des Quartals) daraufhin eine beliebige Anzahl von Gebietsärzten aufsuchen – sofern sie eine Überweisung dorthin haben. Dies ist grundsätzlich immer der Fall, denn für die Patienten ist es selbstverständlich, dass (meistens) der Hausarzt ihnen die gewünschten Überweisungen ausstellt.

Im eigentlichen Sinne darf dies jedoch nicht selbstverständlich sein, denn laut Bundesmantelvertrag Ärzte und Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen sind nur solche Überweisungen gerechtfertigt, die medizinisch begründbar sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern weist die Patienten in einer Informationsbroschüre über die Praxisgebühr sogar ausdrücklich darauf hin, dass „Wunschüberweisungen nicht möglich“ sind (siehe hierzu Kap. 2.3) (63).

Nach der Durchführung verschiedener Studien durch das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen⁷⁸ (siehe hierzu Kap. 3.1) (96; 97), das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland⁷⁹ (siehe hierzu Kap. 3.2) (18; 61) und durch verschiedene Landesverbände der Kassenärztlichen Vereinigung (siehe hierzu Kap. 3.3) (62; 64; 66; 67) sind die Resultate aus der Praxisgebühr eindeutig belegt: die Fallzahl, das heißt die Anzahl der Arztbesuche, sinkt geringfügig und die Anzahl der Überweisungen steigt.

⁷⁶ §§ 140a-d, 73b SGB V

⁷⁷ § 28 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 1 BMV-Ä und § 21 Abs. 1 EKV

⁷⁸ Grundlage ist eine Zufallsstichprobe

⁷⁹ Die Studie wurde im Januar 2005 veröffentlicht und stellt eine Zufallsstichprobe anonymisierter Leistungsdaten der Abrechnungsdatenträger mit ca. 600.00 Behandlungsfällen pro Quartal dar

Die Studien stellen fest, dass die Praxisgebühr eine gestiegene Zahl von Arztbesuchen auf Grund von Überweisungen bewirkt hat, was eine logische Konsequenz ist: die Patienten sind nicht bereit, mehr als einmal im Quartal die Zuzahlung in Höhe von zehn Euro zu entrichten; also brauchen sie Überweisungen, die der Hausarzt für sie ausstellt, und konsultieren dann erst den Gebietsarzt. Dies ist durch die Studien bewiesen.

Außerdem zeigen die Studien übereinstimmend eine (geringfügig) gesunkene Anzahl von Arztbesuchen. Dies ist wiederum eine logische Folge der Praxisgebühr: Patienten, die nicht unbedingt einen Arzt aufsuchen müssen, überlegen sich vorher genau, ob sie bereit sind, zehn Euro als Zuzahlung zu leisten. Einige von ihnen kommen zu dem Ergebnis, dass es sich nicht lohnt und vermeiden den Arztbesuch oder verschieben ihn auf das nächste Quartal. Daraus resultiert eine geringere Fallzahl.

Daraus ist jedoch keineswegs zu schließen, wie dies von den genannten Institutionen gerne getan wird, dass die Praxisgebühr ihre Funktion als Steuerungsinstrument erfüllt hat. Die Studien betrachten nur die Verhältnisse, die sich nach der Praxisgebühr ergeben, allerdings nicht die Umstände, die zu diesen Ergebnissen führen.

Der Prozess der Ausstellung einer Überweisung beginnt mit der Ursache. Diese aber wird in keiner Studie betrachtet. Entweder der Hausarzt untersucht den Patienten, stellt eine mögliche Diagnose und möchte diese abklären lassen: er schreibt eine Überweisung zu einem Fachkollegen, die eine ärztlich verifizierte Indikation aufweist. Oder der Patient ist der Meinung, er müsste einen Gebietsarzt aufsuchen, hat möglicherweise überhaupt keinen Kontakt zum Hausarzt und lässt sich durch den/die Arzthelfer/in eine Überweisung ausstellen, die lediglich ohne weitere Prüfung durch den Arzt unterschrieben und somit legitimiert wird. Ein Grund dafür, dass der Arzt die gewünschten Überweisungen ausstellt, ist die Budgetierung: der Arzt darf nur eine bestimmte Anzahl an Leistungen im jeweiligen Quartal erbringen, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Überschreitet er sein Budget, muss er die entstandenen Kosten selber tragen. Die Überweisung zum Gebietsarzt stellt ergo für den Hausarzt eine Möglichkeit dar, sein Budget nicht zu belasten, da der Gebietsarzt an seiner Stelle die Leistung erbringt.

Der gesamte Prozess lässt sich auf den Punkt gebracht in wenigen Worten darstellen: der Patient sucht den Hausarzt auf, entrichtet die Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro und erkauft

sich in seinen Augen auf diese Weise das Recht, Überweisungen zu einer beliebigen Anzahl von Gebietsärzten zu verlangen. Die Überweisung wird zum Konsumgut.

Der Beginn des Prozesses ist also genau die Stelle, an der die Praxisgebühr als Steuerungsinstrument versagt.

Um dies zu beweisen, wurde in der vorliegenden Studie ein besonderes Augenmerk auf die Ursache der Überweisungen gerichtet: in zwanzig zufällig ausgewählten Hausarztpraxen wurden retrospektiv alle Überweisungen, die im zweiten Quartal 2003, vor der Praxisgebühr, und im zweiten Quartal 2004, nach ihrer Einführung, ausgestellt wurden, untersucht und verglichen. Dabei wurden neben der Ursache folgende Parameter aufgezeichnet: Ziel (welcher Gebietsarzt) und Ausstellungsdatum der Überweisung sowie Alter und Geschlecht des Patienten, der die Überweisung erhält. Darüber hinaus wurde die Fallzahl jeder Praxis, also die Anzahl der Patienten, die mindestens einmal im Quartal den Arzt konsultiert haben, notiert.

Die Stichprobe ist in zwei Kategorien aufgeteilt worden, sodass die Ergebnisse wiederum dezidiert betrachtet werden können: sie wurde unterteilt in ein Gebiet mit hoher Ärztedichte (alle Städte mit mehr als 60.000 Einwohnern) und ein Gebiet mit geringer Ärztedichte (Land).

Insgesamt sind 28.029 Überweisungen betrachtet und untersucht worden, die bei der Gegenüberstellung der beiden Quartale eindeutige Ergebnisse hervorbringen.

Die Fallzahl ist im zweiten Quartal 2004 im Vergleich zum Vorjahr geringfügig gesunken (bei der Betrachtung der gesamten Stichprobe um 5,4 %; siehe hierzu Kap. 4.3), sodass hierfür zwar die Praxisgebühr verantwortlich gemacht werden kann, dies jedoch nicht als statistisch signifikantes Ergebnis nach ihrer Einführung zu werten ist.

Die Anzahl der Überweisungen ist von 7557 im zweiten Quartal 2003 auf weit mehr als die doppelte Anzahl im zweiten Quartal 2004 gestiegen: in diesem Zeitraum sind 20.472 Überweisungen verzeichnet (siehe hierzu Kap. 4.3).

Bei der Aufteilung der Überweisungen in ihre Ursache ergeben sich für die beiden Quartale charakteristische Unterschiede: im zweiten Quartal 2003 werden etwa 70 % der

Überweisungen durch den Arzt initiiert (73,6 % für die gesamte Stichprobe), während genau dieser Anteil (69,5 % für die gesamte Stichprobe) im zweiten Quartal 2004 als Wunschüberweisung gelten muss⁸⁰. Es hat also eine Umkehrung der Verhältnisse stattgefunden.

Im zweiten Quartal 2003, vor Einführung der Praxisgebühr, war es den Patienten möglich, eine beliebige Anzahl von Gebietsärzten aufzusuchen; gerechtfertigt wurde dies durch das Vorlegen der Krankenversicherungskarte, die jedoch nur eine Bezahlung der vom Arzt ausgeführten Leistungen durch die Krankenkasse sicherstellte⁸¹.

Es ist also eine logische Konsequenz, dass die deutliche Mehrheit der Überweisungen ärztlich begründet ist, da diese das Ergebnis eines Denkprozesses auf Seiten des Hausarztes darstellen, der eine ärztlich verifizierte Indikation für die Konsultation eines Gebietsarztes stellt. Diese medizinische Diagnose und Indikationsstellung kann durch ein Gesetz nicht beeinflusst werden, sodass die Anzahl der durch den Arzt initiierten Überweisungen im zweiten Quartal 2004 sich nur geringfügig erhöht hat (2003: 5559; 2004: 6249 Überweisungen).

Die Anzahl der Wunschüberweisungen dagegen hat sich fast versiebenfacht, was eindeutig der Praxisgebühr zuzuschreiben ist: die Patienten entrichten die von ihnen geforderte Zuzahlung und erwarten im Gegenzug vom Hausarzt die Anzahl der Überweisungen, die sie für notwendig halten.

Die Überweisungen haben ergo genau das legitimiert, was früher durch die Krankenversicherungskarte verursacht und „Doktor-Hopping“ genannt wurde.

Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass der Anteil der Wunschüberweisungen an der Gesamtsumme der verzeichneten Überweisungen in der ersten Woche des zweiten Quartals 2004 noch höher liegt (78,8 % für die gesamte Stichprobe) als derjenige über das gesamte Quartal hinweg (siehe hierzu Kap. 4.3). Dies zeigt, dass die Patienten direkt zu Beginn des Quartals ihren Hausarzt aufsuchen und sich die gewünschten Überweisungen ausstellen

⁸⁰ Zur Festlegung der Ursache einer Überweisung siehe Kap. 4.2

⁸¹ Diese Funktion ist auch durch das GMG nicht geändert worden

lassen, um dann genügend Zeit bis zum Ende des Quartals zu haben, die Überweisungen einzulösen⁸².

Mit diesem Verhalten, das sie nach der Einführung der Praxisgebühr zeigen, haben die Patienten formal das geschaffen, was als „Hausarztmodell“ vorgesehen war (siehe hierzu Kap. 2.3): sie konsultieren zunächst ihren Hausarzt und suchen dann erst mit den Überweisungen, die er für sie ausgestellt hat, einen Gebietsarzt aus. Hieraus ist jedoch nicht zu schließen, dass der Hausarzt den „Gatekeeper“ darstellt und die für ihn im „Hausarztmodell“ vorgesehene Lotsenfunktion wahrnimmt. Er ist lediglich derjenige, den die Patienten aufsuchen, um die gewünschten Überweisungen zu erhalten, ergo das „Konsumgut Überweisung“ zu kaufen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Praxisgebühr in ihrer Funktion der Steuerung des Patienteninanspruchnahmeverhaltens versagt hat. Es werden zu viele medizinisch nicht indizierte Überweisungen ausgestellt, die für die Gesetzliche Krankenversicherung eine große Summe an Kosten verursachen, die in keiner Weise ärztlich begründet sind.

Ein Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem ist unersetzlich und absolut notwendig, um die Kosten, die durch eine willkürliche Inanspruchnahme von Ärzten durch die Patienten entstehen, drastisch zu senken. Die Praxisgebühr in ihrer jetzigen Ausprägung stellt dazu jedoch nicht mehr als einen ersten Schritt dar, der mit weiteren Gesundheitsreformen überarbeitet werden muss.

Als durchaus realistische Möglichkeit wird eine Kombination von Praxisgebühr und Hausarztmodell angesehen, da durch ein Zusammenspiel beider das Patientenverhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme von (Gebiets-)Ärzten effektiv kontrolliert und gesteuert werden kann.

Die Patienten suchen zuerst ihren Hausarzt auf, dieser untersucht sie und stellt auf Grund des Befundes Überweisungen zu bestimmten Gebietsärzten aus, die *seiner* Meinung nach zuständig sind. Somit ergibt sich für die Patienten der Vorteil, dass sie nur einmal die Praxisgebühr entrichten müssen, die gesetzlichen Krankenkassen sparen Kosten, da Überweisungen ohne ärztlich verifizierte Indikation ausgeschlossen sind, und eine gute medizinische Versorgung ist sichergestellt.

⁸² Ein weiterer Grund hierfür könnte auch die Tatsache sein, dass die Patienten häufig eine längere Zeit auf einen Termin bei dem Gebietsarzt warten müssen.

8. Literaturverzeichnis

1. Achner, S., Renzewitz, S., Walger, M.: GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – Anwendungshinweise und Kurzkomentierung. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2000
2. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen: BKV und Krankenkassen einigen sich. Kostenfrage pragmatisch geklärt. Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen vom 25.05.2005. Die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung Verlag Joachim Meuer Schwabach Juli 2005 Heft 7
3. Arzt-/Ersatzkassen-Vetrag (Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen), zu recherchieren unter DARIS-Archivnr. 1003726373, Stand 1.Juli 2005
4. Ärzte-Zeitung: So kam es zur Praxisgebühr - eine Chronik. Ärztezeitung online 23.01.2004
5. Augurzky, B., Bauer, Th. K., Schaffner, S.: Copayments in the German Health System – Do they work?, RWI Discussion Papers, No. 43
6. Az.: S 19 KA 5/04 EB, entschieden am 10.03.2004 durch die 19. Kammer des Sozialgerichts Köln
7. Az.: S 34 KR 269/2004, entschieden am 22.03.2005 durch die 34. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf
8. Bayer, J.: Frauen und Männer sind unterschiedlich krank! Über eine Medizin der Geschlechter.http://www.wdr.de/tv/rundum_gesund/sendungen_2005/20050117/ZZ_DRUCKVERSION vom 13.02.2007
9. Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13.Ausschuss) 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen –Drucksache 15/1525- Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG), 2. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Angeordneter der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae und der Fraktion der FDP - Drucksache 15/542- Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes der Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen -Drucksache 15/800- Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, 4. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung -Drucksache 15/1071- Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. BT-Drs. 15/1584, 24.09.2003
10. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen - Drucksache 14/1245- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), 2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung -Drucksache 14/1721- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT-Drs. 14/1977, 03.11.1999
11. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem 1. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) -BT-Drs. 13/6087-, 2. Antrag der Fraktion der SPD Sofortprogramm zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in den Krankenkassen -Drucksache 13/5726-, 3.

- Antrag der Abgeordneten Horst Schmidtbauer (Nürnberg), Klaus Kirschner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD Rettungsdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung –Drucksache 13/6578-. BT-Drs.13/7264, 19.03.1997
12. Beske, F, Zalewski, Th.: Gesetzliche Krankenversicherung, Analysen, Probleme, Lösungsansätze. Verlag Schmidt & Klaunig Kiel 1981
 13. Beske, F.: Das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG und seine Auswirkungen. Verlag Schmidt & Klaunig Kiel 2006
 14. Biet, T., Wallhäuser, M., Riedel, R.: Welche Kosten sind mit der Erhebung der „Praxisgebühr“ in der Arztpraxis verbunden? Prozesskostenanalyse „Praxisgebühr“. Rheinische Fachhochschule Köln Studiengang Medizinökonomie
 15. BMG (Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung): Ulla Schmidt begrüßt Einigung zur Praxisgebühr. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 25.05.2005. Die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung Verlag Joachim Meuer Schwabach Juli 2005 Heft 7
 16. BMG: Ulla Schmidt: Gesundheitsreform ist Wegweiser für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Pressestelle Berlin, den 15.03.2005
 17. BMG: Vorsorgeuntersuchungen sind von der Praxisgebühr befreit. Pressemitteilung, 03.05.2004, Nr. 126
 18. Brenner, G., Koch, H.: Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt. Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland Berlin 24.Januar 2005
 19. Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zu recherchieren unter DARIS-Archivnr. 1003726371, Stand 1.Juli 2005
 20. Cherkin, D.C., Grothaus, L., Wagner, E.H.: The effect of office copayments on preventive care services in an HMO, Inquiry, 1990 Spring; 27 (1):24-38
 21. Die Gesundheitskosten steigen unaufhaltsam. Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner. G+G-Blickpunkt, Ausgabe 02/2004
 22. Ehlers, A.F.P., Laschner, A.: Problematische Regelung der Praxisgebühr – rechtskonform oder nicht? Münchner Ärztliche Anzeigen, 92. Jahrgang, Nummer 4, 14.02.2004
 23. Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM 2000plus
 24. F.L.: Praxisgebühr zur „Sanierung der kranken Kassen“? Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern, 9/2005
 25. Flynn, K.E., Smith, M.A., Davis, M.K.: From Physician to Consumer: The Effectiveness of Strategies to Manage Health Care Utilization, Med Care Res Rev, 2002 December; 59 (4): 455-481
 26. Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (GO NW) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.Juli 1994 (GV.NW: S.666), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.Juni 1999 (GV.NW.S.386)
 27. Gerlof, H.: Sticht das Trumpf-Ass der Telematik? Gesundheit und Gesellschaft Ausgabe 7-8/2004, 7. Jahrgang
 28. Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter – KVG
 29. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT-Drs. 14/1721, 06.10.1999
 30. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG). BT-Drs. 13/4615, 10.05.1996

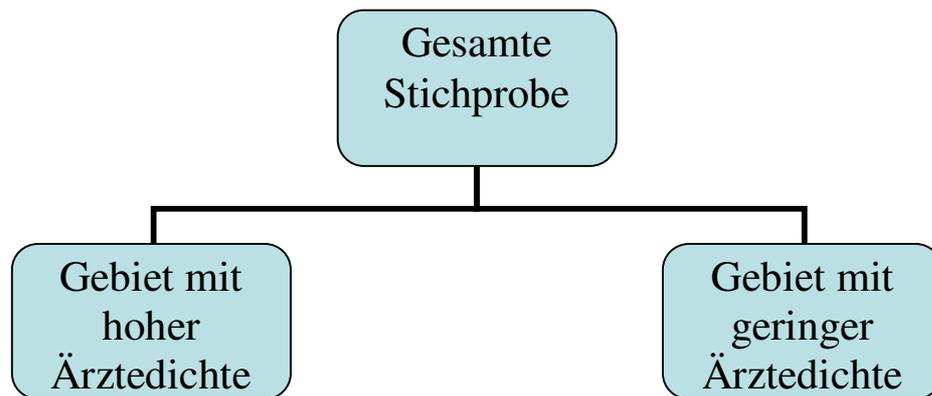
31. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG). BT-Drs. 13/6087, 12.11.1996
32. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG). BT-Drs. 11/2237, 03.05.1988
33. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT-Drs. 14/1245, 23.06.1999
34. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur „Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)“ vom 27.05.2003
35. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG). BT-Drs. 15/1525, 08.09.2003
36. GKV-Finanzentwicklung im ersten bis dritten Quartal 2003. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 12/2003
37. GKV-Finanzentwicklung im ersten Quartal 2004. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 05/2004
38. GKV-Finanzentwicklung im Jahr 2001. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 03/2002
39. GKV-Finanzentwicklung im Jahr 2003. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 03/2004
40. GKV-Finanzentwicklung im Jahr 2004. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 03/2005
41. GKV-Finanzentwicklung Januar bis September 2002. Quelle: GKV Statistik BMG Vordruck KV 45. G+G-Blickpunkt Ausgabe 12/2002
42. Hecken, J.: Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten – Ein Beitrag zur Stabilisierung von Einnahmen und Ausgaben?, Pitschas, R.: Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer 2003
43. Herles, D.: Die Gesetzliche Krankenversicherung. Oktober 2004 www.aerzteblatt-studieren.de/prdoc.asp?docId=101303 vom 04.01.2007
44. <http://www.kbv.de/service/print/gesundheitslexikon.asp?range=g> vom 07.01.2007
45. <http://213.131.251.36/inc/printandsend.inc.php?action=print&file=http://213.131.251.36> vom 04.01.2007
46. <http://erziehung.uni-giessen.de/studis/Robert/rvo.html> vom 07.01.2007
47. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=49644> vom 29.05.2007
48. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=52661> vom 29.05.2007
49. <http://www.aerzteblatt-studierende/prdoc.asp?docId=101303> vom 04.01.2007
50. <http://www.aok-bv.de/inc/printandsend.inc.php?action=print&file=http://www.aok-bv.de> am 04.01.2007
51. http://www.aok-bv.de/lexikon/f/index_02540.html am 29.03.2007
52. <http://www.bvvp.de/ptg/SOL-BVVP.htm> vom 07.01.2007
53. http://www.die-gesundheitskarte.de/presse/pressemitteilungen/2006/pm_2006-01-03 vom 26.05.2007
54. <http://www.g-ba.de/closed/scripts/quest/php?letter=G> vom 20.02.2006
55. <http://www.gesundheitsstrukturreform.de/news/news/pl?val=1168193587&news> vom 07.01.2007
56. <http://www.presseportal.de/print.htx?nr=912658> vom 07.01.2007

57. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Entwicklung der Mitglieder, der Einnahmen und der Ausgaben in der GKV. Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005
58. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz – GMG Informationen für den Vertragsarzt. Stand November 2003
59. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen. Ergebnisbericht. Dezernat 4 – Versorgungsstruktur und veranlasste Leistungen Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch September 2004
60. Klose, J., Schnellschmidt, H.: Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung Einnahmen- und Ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. WiDO Materialien Band 45 Bonn 2001
61. Koch, H.: Fallzahlientwicklung je Praxis vom Quartal I/2000 bis III/2005 über alle Arztgruppen. Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland Berlin 12.12.2005
62. KV Berlin (Quelle): GKV-Studie: Praxisgebühr verringert unnötige Arztbesuche. A+S aktuell Nr.21 26.10.2005
63. KV Mecklenburg-Vorpommern: Ab 1.1.2004: 10 Euro „Praxisgebühr“ für die Krankenkassen! Patienten-Information Stand 6.Januar 2003
64. KV Nordrhein: Praxisgebühr: Fallzahlen sinken auch im 3. Quartal. Berichte KVNO aktuell, 11/2004
65. KV Nord-Württemberg, Imageanalyse 2003 (Quelle): Ärztliche Tätigkeit in der Praxis: Da drückt der Schuh. HNO aktuell, 11. Jahrgang, 10. Heft 2003
66. KV Rheinhessen (Quelle): Deutlich mehr Überweisungen in Rheinhessen. Ärzte Zeitung 28.07.2004
67. KV Westfalen-Lippe (Quelle). Praxisgebühr drückt den Umsatz. Medical Tribune 40. Jahrgang Nr. 23 10.Juni 2004
68. Lindner, M.: Elektronische Gesundheitskarte: Akzeptanz und Nutzen sichern. Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 51-52 vom 26.12.2005
69. Orłowski, U., Wasem, J.: Gesundheitsreform 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Economica Verlag 2003
70. Reichsversicherungsordnung - RVO
71. Rieser, S. :GKV-Finzen: Hoffen auf die Konjunktur. Deutsches Ärzteblatt PP 5 Ausgabe September 2006
72. Roemer, M. I., Hopkins, C.E., Carr, L., Gartside, F.: Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. Med Care 1975, June; 13 (6):457-66
73. Rosemann, Th., Wensing, M., Rueter, G., Szescenyi, J.: Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Services Research 2006, 6:5
74. Scitovsky, A., McCall, N.: Coinsurance and the demand for physician services: four years later, Social Security Bulletin, 1977 May; 40 (5): 19-27
75. Severin, Th.: Praxisgebühr tut nicht mehr weh. Die BKK, 93. Jahrgang, August 2005
76. Solanki, G., Halpin Schauffler, H.: Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services, American Journal of Preventive Medicine, Volume 17, Issue 2, August 1999, Pages 127-133
77. Sozialgericht Düsseldorf (Quelle): Urteil zur Praxisgebühr bestätigt Position der Krankenkassen. G+G Blickpunkt Ausgabe 07/2005
78. Sozialgericht Köln (Quelle): Praxisgebühr: Kein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient. G+G-Blickpunkt Ausgabe 01/2004
79. Sozialgesetzbuch V - SGB V

80. Statistisches Bundesamt (Quelle): Die Gesundheitskosten steigen unaufhaltsam. Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner. G+G-Blickpunkt Ausgabe 02/2004
81. Thelen, P.: (K)ein Richtungswechsel auf halber Reformstrecke?!. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 9/05, 8.Jahrgang
82. Töns, H.: Hundert Jahre Gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen. Verlag der Ortskrankenkassen Bonn 1983
83. Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Wissenswertes über die Private Krankenversicherung, Informationen für Schüler und Lehrer. Stand Januar 2002,
84. Weber, M.: Gender Mainstreaming in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Vortrag auf dem Sektionsvorstandstreffen der Ärztekammer Westfalen-Lippe am 25.02.2003 in Münster
85. Weimarer Reichsverfassung
86. WIdO/GKV-Monitor(Quelle): Der Hausarzt ist erste Anlaufstelle. G+G-Blickpunkt Ausgabe 06/2004
87. Winkelmann, R. (2004): Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – Evidence from a natural experiment. Health Economics 13: 1081-1089
88. Wissenschaftliches Institut der AOK: Praxisgebühr stärkt den Hausarzt. Comeback der Überweisung. Mitteilung vom 26.07.05 (<http://wido.de/meldungsakt+M51532a4876b.1.htm> vom 30.08.2005)
89. Wissenschaftliches Institut der AOK: Praxisgebühr verhilft der „Überweisung“ zum Comeback. G+G-Blickpunkt Ausgabe 07/2005
90. www.die-gesundheitsreform.de, Glossar; vom 11.01.2007
91. www.die-gesundheitsreform.de/themen/_az/fragen_antworten/praxisgebühr/zuzahlungsfreie_untersuchungen.htm vom 30.03.2007
92. www.gkv.info/gkv/index/php?id=329 vom 31.03.2007
93. www.lds.nrw.de , Stand 31.12.2005
94. Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland: Krankenversicherungskarte – Heilsbringer und/oder Teufelswerk? Pressemitteilung vom 18.06.1999
95. Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland, Wissenschaftliches Institut der AOK: Die wichtigsten Entwicklungen im Jahresdurchschnitt 1998 im Vergleich zum Jahresdurchschnitt 1997. Presse-Info zur Fallzahlentwicklung Oktober 1999
96. Zok, K.: Bonusprogramme und Zusatzversicherungen in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter 3.000 GKV-Mitgliedern. WIdO-Monitor 2005; 2 (1):1-7
97. Zok, K.: Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. WIdO-Monitor 2005; 2 (2):1-7

9. Anhang

Abb. 20: Übersicht über die Stichprobe



**Tab. 36: Gesamte Stichprobe:
Überweisungen pro männlichem Patient**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	1844	2809	4653
		% von Quartal	74,9%	62,2%	66,7%
	2,00	Anzahl	437	1064	1501
		% von Quartal	17,7%	23,6%	21,5%
	3,00	Anzahl	120	407	527
		% von Quartal	4,9%	9,0%	7,6%
	4,00	Anzahl	48	136	184
		% von Quartal	1,9%	3,0%	2,6%
	5,00	Anzahl	10	67	77
		% von Quartal	,4%	1,5%	1,1%
	6,00	Anzahl	1	16	17
		% von Quartal	,0%	,4%	,2%
	7,00	Anzahl	1	10	11
		% von Quartal	,0%	,2%	,2%
8,00	Anzahl	0	4	4	
	% von Quartal	,0%	,1%	,1%	
9,00	Anzahl	0	2	2	
	% von Quartal	,0%	,0%	,0%	
11,00	Anzahl	1	0	1	
	% von Quartal	,0%	,0%	,0%	
Gesamt		Anzahl	2462	4515	6977
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 37: Gesamte Stichprobe:
Überweisungen pro weiblichem Patient**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	2306	3779	6085
		% von Quartal	75,2%	52,1%	59,0%
	2,00	Anzahl	520	1972	2492
		% von Quartal	17,0%	27,2%	24,2%
	3,00	Anzahl	143	884	1027
		% von Quartal	4,7%	12,2%	10,0%
	4,00	Anzahl	73	376	449
		% von Quartal	2,4%	5,2%	4,4%
	5,00	Anzahl	12	134	146
		% von Quartal	,4%	1,8%	1,4%
	6,00	Anzahl	7	68	75
		% von Quartal	,2%	,9%	,7%
	7,00	Anzahl	1	20	21
		% von Quartal	,0%	,3%	,2%
	8,00	Anzahl	1	7	8
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%

	9,00	Anzahl	2	5	7
		% von Quartal	,1%	,1%	,1%
	10,00	Anzahl	0	1	1
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
	11,00	Anzahl	1	1	2
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
Gesamt	Anzahl	3066	7247	10313	
	% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tab. 38: Gesamte Stichprobe:
Geschlecht / Quartal (PrimaryLast)**

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	2456	3072	5528
		% von Quartal	44,4%	55,6%	100,0%
		% von Geschlecht	35,2%	29,8%	32,0%
	2/2004	Anzahl	4519	7243	11762
		% von Quartal	38,4%	61,6%	100,0%
		% von Geschlecht	64,8%	70,2%	68,0%
Gesamt	Anzahl	6975	10315	17290	
	% von Quartal	40,3%	59,7%	100,0%	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tab. 39: Gesamte Stichprobe:
Geschlecht / Quartal / Ursache (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)**

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	2454	2619	5073
			% von Geschlecht	48,4%	51,6%	100,0%
			% von Quartal	44,8%	43,0%	43,8%
		weiblich	Anzahl	3029	3473	6502
			% von Geschlecht	46,6%	53,4%	100,0%
			% von Quartal	55,2%	57,0%	56,2%
	Gesamt		Anzahl	5483	6092	11575
			% von Geschlecht	47,4%	52,6%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	880	4625	5505
			% von Geschlecht	16,0%	84,0%	100,0%
			% von Quartal	46,3%	40,9%	41,7%
		weiblich	Anzahl	1020	6689	7709
			% von Geschlecht	13,2%	86,8%	100,0%
			% von Quartal	53,7%	59,1%	58,3%
	Gesamt		Anzahl	1900	11314	13214
			% von Geschlecht	14,4%	85,6%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 40: Gesamte Stichprobe:
Altersgruppen / Quartal (PrimaryFirst)**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	90	120	210
		% von Altersgruppen	42,9%	57,1%	100,0%
		% von Quartal	1,6%	1,0%	1,2%
	10-19 Jahre	Anzahl	281	493	774
		% von Altersgruppen	36,3%	63,7%	100,0%
		% von Quartal	5,1%	4,2%	4,5%
	20-29 Jahre	Anzahl	464	1052	1516
		% von Altersgruppen	30,6%	69,4%	100,0%
		% von Quartal	8,4%	8,9%	8,8%
	30-39 Jahre	Anzahl	736	1532	2268
		% von Altersgruppen	32,5%	67,5%	100,0%
		% von Quartal	13,3%	13,0%	13,1%
	40-49 Jahre	Anzahl	811	1738	2549
		% von Altersgruppen	31,8%	68,2%	100,0%
		% von Quartal	14,7%	14,8%	14,7%
50-59 Jahre	Anzahl	857	1765	2622	
	% von Altersgruppen	32,7%	67,3%	100,0%	
	% von Quartal	15,5%	15,0%	15,2%	
	60-69 Jahre	Anzahl	1167	2474	3641
		% von Altersgruppen	32,1%	67,9%	100,0%
		% von Quartal	21,1%	21,0%	21,1%
	70-79 Jahre	Anzahl	805	1807	2612
		% von Altersgruppen	30,8%	69,2%	100,0%
		% von Quartal	14,6%	15,4%	15,1%
	80-89 Jahre	Anzahl	282	679	961
		% von Altersgruppen	29,3%	70,7%	100,0%
		% von Quartal	5,1%	5,8%	5,6%
	über 90 Jahre	Anzahl	35	102	137
		% von Altersgruppen	25,5%	74,5%	100,0%
		% von Quartal	,6%	,9%	,8%
Gesamt		Anzahl	5528	11762	17290
		% von Altersgruppen	32,0%	68,0%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 41: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Überweisungen pro männlichem Patient**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	1201	1846	3047
		% von Quartal	74,4%	59,6%	64,7%
	2,00	Anzahl	290	771	1061
		% von Quartal	18,0%	24,9%	22,5%
	3,00	Anzahl	73	290	363
		% von Quartal	4,5%	9,4%	7,7%
	4,00	Anzahl	39	106	145
		% von Quartal	2,4%	3,4%	3,1%
	5,00	Anzahl	8	56	64
		% von Quartal	,5%	1,8%	1,4%
	6,00	Anzahl	1	11	12
		% von Quartal	,0%	,4%	,3%
	7,00	Anzahl	1	10	11
		% von Quartal	,0%	,3%	,2%
	8,00	Anzahl	0	3	3
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%
	9,00	Anzahl	0	2	2
		% von Quartal	,0%	,1%	,0%
	11,00	Anzahl	1	0	1
		% von Quartal	,0%	,0%	,0%
Gesamt		Anzahl	1614	3095	4709
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 42: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Überweisungen pro weiblichem Patient**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	1595	2569	4164
		% von Quartal	75,2%	49,4%	56,9%
	2,00	Anzahl	350	1446	1796
		% von Quartal	16,5%	27,8%	24,5%
	3,00	Anzahl	101	682	783
		% von Quartal	4,8%	13,1%	10,7%
	4,00	Anzahl	55	305	360
		% von Quartal	2,6%	5,9%	4,9%
	5,00	Anzahl	10	111	121
		% von Quartal	,5%	2,1%	1,6%
	6,00	Anzahl	6	59	65
		% von Quartal	,3%	1,1%	,9%
	7,00	Anzahl	1	18	19
		% von Quartal	,0%	,3%	,3%
	8,00	Anzahl	1	6	7
		% von Quartal	,0%	,1%	,1%

9,00	Anzahl	2	5	7	
	% von Quartal	,1%	,1%	,1%	
10,00	Anzahl	0	1	1	
	% von Quartal	,0%	,0%	,0%	
11,00	Anzahl	1	1	2	
	% von Quartal	,0%	,0%	,0%	
Gesamt		Anzahl	809	1991	2800
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 43: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Geschlecht / Quartal (PrimaryFirst)**

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	1614	2122	3736
		% von Quartal	43,2%	56,8%	100,0%
		% von Geschlecht	34,3%	29,0%	31,0%
	2/2004	Anzahl	3095	5203	8298
		% von Quartal	37,3%	62,7%	100,0%
		% von Geschlecht	65,7%	71,0%	69,0%
Gesamt		Anzahl	4709	7325	12034
		% von Quartal	39,1%	60,9%	100,0%
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 44: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Geschlecht / Quartal / Ursache (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)**

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	1588	1564	3152
			% von Geschlecht	50,4%	49,6%	100,0%
			% von Quartal	43,3%	41,6%	42,4%
		weiblich	Anzahl	2077	2197	4274
			% von Geschlecht	48,6%	51,4%	100,0%
			% von Quartal	56,7%	58,4%	57,6%
	Gesamt		Anzahl	3665	3761	7426
			% von Geschlecht	49,4%	50,6%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	624	3562	4186
			% von Geschlecht	14,9%	85,1%	100,0%
			% von Quartal	44,6%	39,7%	40,4%
		weiblich	Anzahl	776	5406	6182
			% von Geschlecht	12,6%	87,4%	100,0%
			% von Quartal	55,4%	60,3%	59,6%
	Gesamt		Anzahl	1400	8968	10368
			% von Geschlecht	13,5%	86,5%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 45: Gebiet mit hoher Ärztedichte:
Altersgruppen / Quartal (PrimaryLast)**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	46	48	94
		% von Altersgruppen	48,9%	51,1%	100,0%
		% von Quartal	1,2%	,6%	,8%
	10-19 Jahre	Anzahl	186	316	502
		% von Altersgruppen	37,1%	62,9%	100,0%
		% von Quartal	5,0%	3,8%	4,2%
	20-29 Jahre	Anzahl	313	754	1067
		% von Altersgruppen	29,3%	70,7%	100,0%
		% von Quartal	8,4%	9,1%	8,9%
	30-39 Jahre	Anzahl	495	1041	1536
		% von Altersgruppen	32,2%	67,8%	100,0%
		% von Quartal	13,2%	12,5%	12,8%
	40-49 Jahre	Anzahl	499	1166	1665
		% von Altersgruppen	30,0%	70,0%	100,0%
		% von Quartal	13,4%	14,1%	13,8%
50-59 Jahre	Anzahl	554	1240	1794	
	% von Altersgruppen	30,9%	69,1%	100,0%	
	% von Quartal	14,8%	14,9%	14,9%	
	60-69 Jahre	Anzahl	826	1808	2634
		% von Altersgruppen	31,4%	68,6%	100,0%
		% von Quartal	22,1%	21,8%	21,9%
	70-79 Jahre	Anzahl	586	1332	1918
		% von Altersgruppen	30,6%	69,4%	100,0%
		% von Quartal	15,7%	16,1%	15,9%
	80-89 Jahre	Anzahl	206	520	726
		% von Altersgruppen	28,4%	71,6%	100,0%
		% von Quartal	5,5%	6,3%	6,0%
über 90 Jahre	Anzahl	25	73	98	
	% von Altersgruppen	25,5%	74,5%	100,0%	
	% von Quartal	,7%	1,2%	,8%	
Gesamt	Anzahl	3736	8298	12034	
	% von Altersgruppen	31,0%	69,0%	100,0%	
	% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tab. 46: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Überweisungen pro männlichem Patienten**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	643	963	1606
		% von Quartal	75,8%	67,8%	70,8%
	2,00	Anzahl	147	293	440
		% von Quartal	17,3%	20,6%	19,4%
	3,00	Anzahl	47	117	164
		% von Quartal	5,5%	8,2%	7,2%
	4,00	Anzahl	9	30	39
		% von Quartal	1,1%	2,1%	1,7%
	5,00	Anzahl	2	11	13
		% von Quartal	,2%	,8%	,6%
	6,00	Anzahl	0	5	5
		% von Quartal	,0%	,4%	,2%
	8,00	Anzahl	0	1	1
		% von Quartal	,0%	,1%	,0%
Gesamt		Anzahl	848	1420	2268
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 47: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Überweisungen pro weiblichem Patienten**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Überweisungen	1,00	Anzahl	711	1210	1921
		% von Quartal	75,3%	59,2%	64,3%
	2,00	Anzahl	170	526	696
		% von Quartal	18,0%	25,7%	23,3%
	3,00	Anzahl	42	202	244
		% von Quartal	4,4%	9,9%	8,2%
	4,00	Anzahl	18	71	89
		% von Quartal	1,9%	3,5%	3,0%
	5,00	Anzahl	2	23	25
		% von Quartal	,2%	1,1%	,8%
	6,00	Anzahl	1	9	10
		% von Quartal	,1%	,4%	,3%
	7,00	Anzahl	0	2	2
		% von Quartal	,0%	,1%	,0%
8,00	Anzahl	0	1	1	
	% von Quartal	,0%	,0%	,0%	
Gesamt		Anzahl	944	2044	2988
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 48: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Geschlecht / Quartal (PrimaryFirst)**

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Quartal	2/2003	Anzahl	848	944	1792
		% von Quartal	47,3%	52,7%	100,0%
		% von Geschlecht	37,4%	31,6%	34,1%
	2/2004	Anzahl	1420	2044	3464
		% von Quartal	41,0%	59,0%	100,0%
		% von Geschlecht	62,6%	68,4%	65,9%
Gesamt		Anzahl	2268	2988	5256
		% von Quartal	43,2%	56,8%	100,0%
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 49: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Geschlecht / Quartal / Ursache (ohne Berücksichtigung der Überweisungen in die Gynäkologie)**

Ursache				Quartal		Gesamt
				2/2003	2/2004	
Durch Arzt initiiert	Geschlecht	männlich	Anzahl	866	1055	1921
			% von Geschlecht	45,1%	54,9%	100,0%
			% von Quartal	47,6%	45,3%	46,3%
		weiblich	Anzahl	952	1276	2228
			% von Geschlecht	42,7%	57,3%	100,0%
			% von Quartal	52,4%	54,7%	53,7%
	Gesamt		Anzahl	1818	2331	4149
			% von Geschlecht	43,8%	56,2%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%
Patientenwunsch	Geschlecht	männlich	Anzahl	256	1063	1319
			% von Geschlecht	19,4%	80,6%	100,0%
			% von Quartal	51,2%	45,3%	46,3%
		weiblich	Anzahl	244	1283	1527
			% von Geschlecht	16,0%	84,0%	100,0%
			% von Quartal	48,8%	54,7%	53,7%
	Gesamt		Anzahl	500	2346	2846
			% von Geschlecht	17,6%	82,4%	100,0%
			% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 50: Gebiet mit geringer Ärztedichte:
Altersgruppen / Quartal PrimaryLast**

			Quartal		Gesamt
			2/2003	2/2004	
Altersgruppen	0-9 Jahre	Anzahl	42	73	115
		% von Altersgruppen	36,5%	63,5%	100,0%
		% von Quartal	2,3%	2,1%	2,2%
	10-19 Jahre	Anzahl	95	178	273
		% von Altersgruppen	34,8%	65,2%	100,0%
		% von Quartal	5,3%	5,1%	5,2%
	20-29 Jahre	Anzahl	153	295	448
		% von Altersgruppen	34,2%	65,8%	100,0%
		% von Quartal	8,5%	8,5%	8,5%
	30-39 Jahre	Anzahl	240	498	738
		% von Altersgruppen	32,5%	67,5%	100,0%
		% von Quartal	13,4%	14,4%	14,0%
	40-49 Jahre	Anzahl	311	577	888
		% von Altersgruppen	35,0%	65,0%	100,0%
		% von Quartal	17,4%	16,7%	16,9%
	50-59 Jahre	Anzahl	302	519	821
		% von Altersgruppen	36,8%	63,2%	100,0%
		% von Quartal	16,9%	15,0%	15,6%
	60-69 Jahre	Anzahl	339	666	1005
		% von Altersgruppen	33,7%	66,3%	100,0%
		% von Quartal	18,9%	19,2%	19,1%
	70-79 Jahre	Anzahl	224	473	697
		% von Altersgruppen	32,1%	67,9%	100,0%
		% von Quartal	12,5%	13,7%	13,3%
	80-89 Jahre	Anzahl	76	155	231
		% von Altersgruppen	32,9%	67,1%	100,0%
		% von Quartal	4,2%	4,5%	4,4%
	über 90 Jahre	Anzahl	10	30	40
		% von Altersgruppen	25,0%	75,0%	100,0%
		% von Quartal	,6%	,9%	,8%
Gesamt		Anzahl	1792	3464	5256
		% von Altersgruppen	34,1%	65,9%	100,0%
		% von Quartal	100,0%	100,0%	100,0%

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.