

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Chr. Marsch)

Auswirkungen des Wandels der Gesundheitspolitik in Deutschland in den letzten 5 Jahren auf die Stellung des Hausarztes

Dissertation
Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Dipl. Med. Klaus-Dieter Nehler

geboren am 16. 03. 1959 in Zwickau

Betreuer: Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube

Gutachter:

1. Prof. Dr. K.-M. Taube
2. Prof. Dr. T. L. Diepgen (Heidelberg)

Verteidigungsdatum: 16.05.2008

urn:nbn:de:gbv:3-000013879

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000013879>]

Referat und bibliographische Beschreibung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand einer empirischen vollstandardisierten Befragung Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis der letzten 3 bis 5 Jahre in Hausarztpraxen unter besonderer Berücksichtigung der Sichtweise der Patienten im unmittelbaren Erfahrungsbereich des Arztbesuches zu erfassen. Es wurden 200 Telefoninterviews mit zufällig ausgewählten Hausärztinnen und Hausärzten mittels standardisierten Fragebogens durchgeführt. Damit wurde ein professioneller freiberuflicher Interviewer beauftragt. Die Patientenbefragung erfolgte direkt in den Hausarztpraxen anonym und mittels standardisierten Fragebogens im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Arztbesuch. Zur Auswertung kamen 500 vollständig ausgefüllte Fragebögen aus Hausarztpraxen, die sich im Interview bereit erklärt hatten, eine solche Befragung in Ihren Praxisräumen zuzulassen. Die vorliegenden Daten zeigen ein sehr ähnliches Bild der Meinungsäußerung der befragten Hausärzte, welche die Veränderungen besonders deutlich hinsichtlich der ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen empfinden. Sichtbar ist dies in der einheitlichen Tendenz der Aussagen der Ärzte zu den Themen der konkreten Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig mit einer wachsenden Inanspruchnahme durch die Patienten wird eine deutliche Belastung der Arzt-Patientenbeziehung gesehen. Für die meisten Patienten stellt sich dies nicht so dar. Die Veränderungen der letzten Jahre werden hier keineswegs so deutlich reflektiert. Man erkennt eine diesbezüglich entschärfte Sichtweise mit wenig Kenntnis über die Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit. Der hohe Anteil dabei zufriedener Patienten zeigt die Einseitigkeit der Veränderung im Arzt-Patientenverhältnis. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es den meisten Ärzten wichtig ist, ihren humanistischen Auftrag auch unter für sie veränderten Bedingungen zu erfüllen. Das zeigt auch, dass es gesundheitspolitisch nicht gelingt die Botschaft der Veränderungen im Gesundheitssystem mit Ihren Konsequenzen über die Hausärzte zum Patienten zu transportieren. Selbiges wird von den Ärzten offensichtlich nicht gefördert, da es Ihrem beruflichen Selbstverständnis widerspricht. Dafür sind sie eher bereit nach beruflichen Alternativen zu suchen, welches die hausärztliche Versorgungssituation in der Zukunft noch schwieriger gestalten könnte.

Nehler Klaus-Dieter Auswirkungen des Wandels der Gesundheitspolitik in Deutschland in den letzten fünf Jahren auf die Stellung des Hausarztes in den Neuen Bundesländern
Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 78 Seiten, 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Grundsätzliche Bemerkungen	1
1.2.	Bisherige Situation im Gesundheitswesen	2
1.3.	Veränderungen und neue Situation	3
1.4.	Ziel der Arbeit	10
2.	Material und Methode	11
2.1	Vorbemerkungen	11
2.2.	Der Ärztefragebogen	14
2.3.	Der Patientenfragebogen	14
2.4.	Statistik	15
3.	Ergebnisse	16
3.1.	Ärztebefragung	16
3.2.	Patientenbefragung	25
4.	Diskussion	38
5.	Zusammenfassung	45
6.	Literaturverzeichnis	47
7.	Anlagen	53
7.1	Anlage 1	53
7.2	Anlage 2	59
7.3	Anlage 3	67
7.4.	Anlage 4	75
8.	Thesen	76

1. Einleitung

1.1 Grundsätzliche Bemerkungen

Veränderungen in gesellschaftlich wichtigen Bereichen wie dem Gesundheitswesen, unterliegen einer gesellschaftlichen Diskussion und derzeit einer zunehmenden Brisanz. Sozialer Friede, Zukunftsfähigkeit und innenpolitische Stabilität der modernen bürgerlichen Demokratien werden entscheidend von der Lösung der Herausforderungen im Gesundheitswesen mitbestimmt (4, 27, 54). In den letzten Jahren waren eine Vielzahl von Gesetzesänderungen und politischen Willenserklärungen mit daran beteiligt, dass eine geradezu unendlich erscheinende Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens entbrannt ist. Zusätzlich verwirren ständig neue, sich teilweise in den Ergebnissen widersprechende Meinungsumfragen und Veröffentlichungen zu den Bedingungen und den wahrgenommenen Realitäten der Akteure im Gesundheitswesen.

Die defizitären Bilanzen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden mit scheinbar wirkungslosen Reformen in den letzten Jahren sind ein nicht nur für Deutschland charakteristisches Szenario, welches sich auch vor dem Hintergrund einschneidender demographischer Veränderungen in der näheren und fernerer Zukunft abspielt. Die Notwendigkeit tief greifender Reformen des Gesundheitswesens wird heute sowohl in Deutschland als auch in vielen anderen Industriestaaten Europas unstrittig anerkannt (43, 31, 15, 15, 19). Dabei besteht bis heute kein gesellschaftlicher Konsens zur Gestaltung und Umsetzung notwendiger Veränderungen. Zu unterschiedlich sind die Interessen und auch die Auswirkungen von Reformen auf die Beteiligten im Gesundheitswesen.

Unter Berücksichtigung gegebener ökonomischer Zwänge stellt sich offenbar zunehmend die Frage, ob ein Gesundheitswesen an erster Stelle den Kranken dienen muss, ohne sich in seinem Selbstverständnis in Frage zu stellen, oder ob andere Ausrichtungen legitim sind (Sichtweise Krankenkassen versus Sichtweise Ärzte, Medizinrechtler, Politiker). In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat es eine Vielzahl von Untersuchungen zu den Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben.

Gegenstand dieser Untersuchungen waren dabei häufig Versichertenbefragungen und Ärztebefragungen zu den verschiedensten Themen der Gesundheitspolitik. Kontinuierliche Untersuchungen in diesem Bereich sind durch die Bertelsmann-Stiftung im Rahmen des Gesundheitsmonitors (jährliche Untersuchungen zu verschiedenen Themen der Gesundheitspolitik) in Deutschland insbesondere wegen ihrer vielschichtigen Untersuchungsweise hervorzuheben. Häufig stehen dabei die Versicherten, ihre Zufriedenheit

mit dem derzeitigen System, ihre Zukunftserwartungen und ihre Wünsche für ein funktionierendes Gesundheitssystem im Mittelpunkt der Befragungen. Ebenfalls wurden Ärzte verschiedener Fachgruppen sowohl hinsichtlich ihrer Berufszufriedenheit, als auch ihrer Stellung im Gesundheitswesen in vielfältige Untersuchungen einbezogen.

Umfragen zur Zufriedenheit von Bürgern mit dem Gesundheitswesen in Deutschland gibt es viele (13, 17, 22, 23, 26, 31, 56). Gleichzeitig ist die ärztliche Situation in diesem Kontext oft Gegenstand von Umfrageerhebungen (9, 28, 29, 60).

Dabei kommen unterschiedliche Untersucher oft zu stark verschiedenen Ergebnissen. Einer der Gründe dafür ist die Tatsache, dass Umfrageergebnisse sehr stark von der Art der Fragestellung und der Stellung des Untersuchenden im Gesundheitssystem abhängt (8), d.h. das bereits das Ziel der Befragung wesentlich das Ergebnis beeinflusst. Ein Beispiel dafür ist die Versichertenbefragung der Gmünder Ersatzkasse (13), bei der auf Grund einer eher negativ orientierten Fragestellung nach Leistungsverweigerung vergleichsweise schlechte Zufriedenheitsraten bei Versicherten auftraten.

Auch kommen oft die gleichen Personen zu unterschiedlichen Aussagen, je nach dem in wie weit sie selbst betroffen sind. Als typisches Beispiel kann die unterschiedliche Sichtweise von Versicherten, die dem SOEP (Sozioökonomisches Panel = repräsentativer sozioökonomischer Querschnitt der Bevölkerung) entsprechen, im Vergleich zu Patienten, die regelmäßig medizinische Hilfe benötigen, gelten (13, 22, 23, 51, 53).

1.2. Bisherige Situation im Gesundheitswesen

Grundlage einer erfolgreichen Behandlung und guter Kommunikation im Arzt- Patientenverhältnis sind gegenseitige Achtung und Vertrauen seit jeher.

Die spezifischen hohen Anforderungen an die Persönlichkeit eines Arztes, der seit Hippokrates humanistischen Grundwerten verpflichtet ist, schaffen die Voraussetzungen für eine von äußeren Zwängen weitgehend befreite Beziehung, die in den Industriestaaten sowohl vom Arzt als auch vom Patienten so erwartet wird (60).

Die individuellen und gesellschaftlichen Erwartungen an Ärzte lassen sich durch vier wesentliche Merkmale charakterisieren (17):

- uneingeschränkte Loyalität
- treuhänderisches Handeln im Interesse des Patienten
- Wohlergehen des Patienten steht über dem wirtschaftlichen Interessen des Arztes
- Wahrung des Arztgeheimnisses

Diesen gesellschaftlichen Erwartungen sind die Ärzte in der Vergangenheit sicher allgemein gerecht geworden. Dies belegen die Umfrageergebnisse der letzten Jahre (3, 15, 17, 22, 23, 56). Besonders im ehemaligen Osten Deutschlands war das Handeln der kurativ tätigen Ärzte auch mangels entsprechender Alternativen vor der Wende traditionell primär altruistisch geprägt. Wirtschaftliche Zwänge ergaben sich dafür durch die Unterversorgung des Gesundheitswesens auf Grund der sozialistischen Planwirtschaft und ihrer Folgen.

Die Zeit nach der Wende wurde geprägt durch einen allgegenwärtigen Optimismus und einem boomenden Gesundheitsmarkt. Eine Reihe von Gesundheitsreformen ab 1994 veränderte die Situation der Ärzte. Zunehmende Rationierung und Honorar- Budgetierung gepaart mit erhöhten Regressgefahren im Arznei- und Hilfsmittelsektor für die Ärzte, führten in ganz Deutschland zu Veränderungen im Gesundheitswesen und im ärztlichen Alltag.

Trotz sich verändernder gesellschaftlicher Bedingungen sollten aus ärztlicher Sicht die aufgeführten Erwartungen an das Arzt- Patientenverhältnis weiter Bestand haben, damit nicht schwerwiegende Vertrauensverluste in diesem hochsensiblen Bereich in Kauf genommen werden müssen. In der einschlägigen Literatur werden solche Tendenzen bereits diskutiert und vermutet (13).

1.3 Veränderungen und neue Situation

Die Entwicklung der letzten Jahre ist gekennzeichnet vom Versuch der Politik, eine unbegrenzte Versorgung mit begrenzten Mitteln aufrecht zu erhalten. Dabei entstand eine zunehmend unbeweglichen Situation im Gesundheitswesen, die unmittelbar an der Schnittstelle Arzt/ Patient erlebt wird. Seit Jahren versucht die Politik das Finanzproblem des Gesundheitswesens mit den Mitteln der Ausgabenbegrenzung in den Griff zu bekommen. Dazu zählen unter anderem die persönliche Haftung des Arztes für die Patientenbehandlungskosten und der Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Es fehlt aber eine einheitlich akzeptierte Definition der Begriffe „ausreichend und notwendig“, die nach Sozialgesetzbuch V die Grundlagen für die ärztliche Entscheidungsfindung in der täglichen Praxis sind.

Die Untersuchungen der Brendan- Schmittmann- Stiftung in den Jahren 1996, 2002 und 2004 zum Thema „Die vertragsärztliche Tätigkeit im Licht des Burnout- Syndroms“ zeigt, dass dem durchschnittlichen Hausarzt gerade noch durchschnittlich 12 Minuten ohne Berücksichtigung der notwendigen bürokratischen Aufwendungen für eine Konsultation zur Verfügung stehen. Betrachtet man die Ansprüche an die Tätigkeit der Hausärzte und setzt sie ins Verhältnis zu den objektiven Bedingungen und Veränderungen, verwundern die

gefundenen Burnout- Raten nicht. Die hohen Unzufriedenheitsraten mit dem eigenen Beruf, sowie die in der Literatur gefundenen Burnout- Phänomene unter Hausärzten (29), lassen vermuten, dass der Hauptkonflikt in der Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit unter den Bedingungen sich ständig verändernder gesellschaftlicher und sozioökonomischer Rahmenbedingungen liegt. Dazu gehören unter anderem die sich ständig ändernde Gesetzgebung im Bereich vertragsärztliche Versorgung, welche oft den Patienten als Information gar nicht erreicht und die gleich bleibend hoher Anspruchshaltung der Patienten im Zusammenhang mit möglicher Unwissenheit zu den ökonomischen Rahmenbedingungen der hausärztliche Praxis.

Wenn auf der einen Seite der Beratungsbedarf aufgrund der genannten Veränderungen steigt, die Vergütung aber real sinkt, der bürokratische Aufwand ständig steigt, der ökonomischen Zwänge immer mehr in den Vordergrund geraten, die Ärzte aber ein ihren hohen Anforderungen festhalten und die Erwartungshaltung der Patienten sogar noch steigt, führt das zu Kommunikationsstörungen im Arzt-Patientenverhältnis, gegebenenfalls zu einer Zunahme von Bournout- Erscheinungen bei den Ärzten und möglicherweise auch wachsender Unzufriedenheiten bei den Patienten.

In der internationalen Literatur findet man ähnliche Konstellationen und vergleichbare Tendenzen (24, 30, 36).

Der Anlass für die vielfältigen nationalen und internationalen Untersuchungen der letzten Jahre ist der wachsende Handlungsbedarf der Politik im Kontext einer auch in der Zukunft bezahlbaren medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Bisher ist es offensichtlich nicht gelungen dazu ein schlüssiges und geeignetes Konzept zu entwickeln. Zu viele verschiedene Interessen und Variablen scheinen alle Versuche in der Vergangenheit, brauchbare Lösungen in die Tat umzusetzen, scheitern zu lassen. Die aktuelle Situation mit den politischen Uneinigkeiten der momentanen Gesundheitsreform auch vor dem Hintergrund konträrer Lösungsvorschläge in jüngster Vergangenheit, zeigt das Ausmaß dieser Problematik.

Immer dann, wenn einseitig bestimmte politische und ökonomische Ziele verfolgt werden, lassen sich die Konflikte nicht lösen .Die folgende Abbildung versucht die Situation aus dem Blickfeld des „Basisversorgers“ darzustellen:



Handeln:

- altruistisch
- wirtschaftlich(notwendig und ausreichend)
- unternehmerisch erfolgreich
- im Wettbewerb

Behandeln:

- leitliniengerecht
- individuell
- entsprechend dem neuesten Stand der Wissenschaft
- kostengünstig
- gerecht
- menschlich

Abb.1: Spannungsfelder für ärztliche Entscheidungen

Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen sind neben den Ärzten (und anderen Leistungserbringern) und ihren Patienten die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen(KV), sowie die gesetzgebende politische Kraft. Im Folgenden eine vereinfachte modellhafte Darstellung der wesentlichen Beziehungen im Gesundheitswesen.

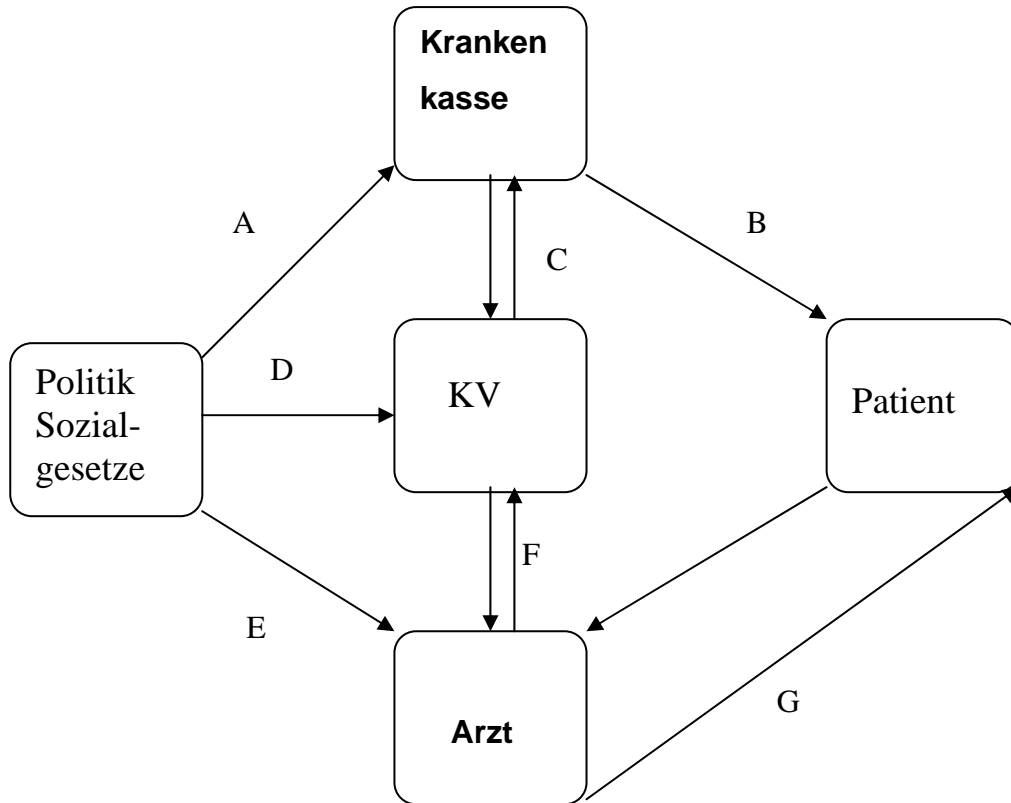


Abb.2: Wechselbeziehungen im ambulanten Gesundheitswesen

Beziehungen und Erwartungen:

A, D und E: Politik gibt den gesetzlichen Rahmen für Ärzte und Krankenkassen vor, über

B: Steuerung des Versicherungsumfangs und des Leistungsanspruchs über

F : Mittelzufluss für Ärzte und Kontrolle der Einhaltung der Gesetze

G : als Arzt-Patientenbeziehung mit den ihr eigenen Werten und Prinzipien

In Deutschland sind in den letzten 10 Jahren mehrere Reformen und Gesetzesänderungen, welche die Arzt-Patienteninteraktion direkt oder indirekt betreffen, erlassen worden. Dazu kommt eine Vielzahl von Änderungen in der Gebührenordnung für gesetzlich Versicherte. Dies hat im ärztlichen Alltag zu erheblichen Konsequenzen geführt.

Nach einer Untersuchung der GEK (Gmünder Ersatzkasse) aus dem Jahre 2000 (13, 14), in welcher Leistungsverweigerungen durch Ärzte im Kontext mit den Reformen der letzten Jahre untersucht wurden, zeigte sich, welche antagonistische Widersprüche im heutigen deutschen Gesundheitssystem verborgen sind. Auffällig dabei ist, dass den scheinbar berechtigten Erfordernissen der unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen keine gesellschaftlich akzeptierten und allgemeingültigen Definitionen und Normen zugrunde liegen.

Die folgenden Definitionen sind weder in der einschlägigen Literatur (11, 25, 27, 31, 46, 47, 54, 57) noch in den verabschiedeten Gesetzen zu finden:

- Was ist **ausreichend** und **wirtschaftlich** in der Behandlung von Patienten?
- Was ist das **Ziel** ärztlichen Handelns in Bezug auf therapeutischen Erfolg und Patientenzufriedenheit?
- Welche materiellen und immateriellen **Ressourcen** sollen dafür von wem zur Verfügung gestellt werden?
- Wo endet die notwendige medizinische Versorgung, die durch das Solidarprinzip finanziert wird und ab wann beginnt die **individuelle Gesundheitsleistung** und **private Fürsorge**?
- Umfang, Form und Inhalt ärztlichen **Wettbewerbs**

Es ist bekannt, dass Menschen durch Krankheiten und körperliche Leiden sich in ihren Ansichten und Meinungen häufig ändern.

Dabei unterliegt ein erkrankter Mensch (am deutlichsten sichtbar bei chronisch Kranken) einem fortwährenden "oftmals massiven Transformationsprozess und Wandlung der eigenen Identität"(51).

Dies bedeutet, dass Patienten im Zusammenhang mit schwerer und chronischer Krankheit Bedürfnisse und Ansichten entwickeln, die sich von denen normaler Versicherter unterscheiden können. Dieser Aspekt muss bei Umfragen zu diesen Themen berücksichtigt werden.

Ein weiter bedeutender Aspekt dabei ist die zunehmende Aufwertung des ärztlichen Gespräches auch im Kontext möglicher Heilung fernab von evidenzbasierter Leitlinienmedizin.

In einer repräsentativen Versichertenbefragung 1998 (51) wurde auf die Frage „Welche Faktoren sind Ihrer Meinung nach ausschlaggebend dafür, dass ein Arzt gute Behandlungserfolge auch dort erzielt, wo andere Ärzte erfolglos sind?“, die man 650 chronisch Kranken gestellt hat, in 80% das eingehende ärztliche Gespräch genannt. Der Wert der gesprochenen Medizin für chronisch Kranke ist unbestritten. Wie unter den oben aufgezeigten Bedingungen ein zu wirtschaftlichen Vorteilen des Gesundheitssystems führender Wettbewerb aussehen soll, verschließt sich dem Betrachter.

Einige Beispiele sollen verdeutlichen, wie schwammige oder nebulöse Begriffe Entscheidungen begründen sollen:

„Sofern eine Rationierung bei uns unvermeidlich ist, ist es ethisch geboten, sie in der Peripherie des weniger Zweckmäßigen zu beginnen, um die Bereiche des sehr Zweckmäßigen und vor allem der absolut notwendigen Leistungen so lange wie möglich zu schützen. Damit wird jeder Rationierung eine Diskussion und Feststellung von Prioritäten-gedanklich und zeitlich- vorausgehen müssen“(61).

„Letztendlich dient das Gerede um den Kunden im Gesundheitswesen zu nichts anderem, als ihn zum Objekt eines Geschäftsprozesses zu machen. Dahinter darf man auch das Bestreben vermuten, Rationierung von Gesundheitsleistungen als Marktgeschehen schön zu reden oder zu camouflieren. Die Beziehung Patient- Arzt ist aber keine Geschäftsbeziehung. Der Arzt hat dem Patienten beizustehen auch wenn dies seinen wirtschaftlichen Interessen entgegensteht“ (61).

„Der Patient ist kein Vertragspartner, sondern ein Mitmensch. Grundlage des Verhältnisses ist die Gottebenbildlichkeit des Menschen“ (47).

„Bedeutet nicht ein künstliches Hüftgelenk für den 60-Jährigen die gleiche Mobilität, wie ein Moped für einen 16-Jährigen“(62)?

Kommunikationsstörungen im Arzt-Patienten-Verhältnis werden offenbar von der Politik billigend in Kauf genommen. Die Veröffentlichung der Untersuchungen der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2000 belegen das(13,14).

Dabei kommt man auch um die Frage, ob und in welchem Umfang Ärzte sozialökonomisch sich involvieren lassen müssen nicht herum. Historisch ist dies erst zur Zeit der ersten Sozialgesetze erfolgt und hat seither zu wiederholten Konflikten mit dem ärztlichen Selbstverständnis geführt (55).

Anliegen dieser Arbeit ist es, die spezifische Situation von Hausärztinnen und Hausärzten (im Folgenden als Hausärzte bezeichnet) und die Sichtweise ihrer Patienten zu erfassen. Das Ziel dabei ist die Darstellung einer möglicherweise veränderten Arzt- Patientenbeziehung in der Hausarztpraxis durch die sich verändernden politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, sowie die damit verbundenen Auswirkungen. Ein wesentlicher Teil dabei ist die Herausarbeitung vermuteter Wahrnehmungsunterschiede im medizinischen Alltag zwischen Hausärzten und Patientinnen und Patienten (im Nachfolgenden Patienten genannt).

Die Vermutung dieser Wahrnehmungsunterschiede ergibt sich aus den persönlichen Erfahrungen meiner insgesamt 15-jährigen Tätigkeit als Hausarzt.

Vielfältige Gespräche mit Kollegen des gleichen aber auch anderer Facharztgebiete haben mir die Bestätigung meines persönlichen Eindruckes gegeben, dass es offensichtlich deutliche Wahrnehmungsunterschiede der Realitäten im Gesundheitswesen durch die beteiligten Akteure gibt.

Einerseits zeigt sich in vielen Fällen eine zunehmende Frustration insbesondere bei den Hausärzten mit teilweise ernüchternden Einstellungen und Haltungen, andererseits ist das Bemühen um eine gute Patientenversorgung verbunden mit dem Bestreben allen Anforderungen gerecht zu werden unverkennbar.

Scheinbar ist dies aber nicht nur ein deutsches Phänomen. In der internationalen Literatur ist das Burnout- Syndrom bei Ärzten ein häufig diskutiertes Phänomen (24, 36).

Sieht man sich zudem die vielfältigen Veröffentlichungen mit teilweise extrem hohen Zufriedenheitsraten der Patienten und Versicherten an (3, 9,22, 23, 26, 53,56), ist man herausgefordert auch aus dem Blickwinkel der eigenen Tätigkeit diese Phänomene zu beleuchten.

Wegweisend war dazu die Untersuchung der Schweizer Hausärzte zu Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Diese Studie wurde im Auftrag der Hausärzte mit dem Ziel Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis in den letzten 5 Jahren nachzuweisen, im Jahre 2000 durchgeführt. Methodisch wird in der vorliegenden Arbeit auf diese Studie zurückgegriffen.

Um dies zu erreichen, wurden Hausärzte und Patienten zu gleichen Themen befragt.

In der Literatur dominieren Untersuchungen zur Situation im Gesundheitswesen mit Versicherten- und Ärztebefragungen. Dabei werden oft Versicherte befragt, die mindestens einmal im Jahr ihren Arzt aufgesucht haben. Dabei verwischt sich aber die wichtige Information, inwieweit es sich um wirklich Kranke oder Bedürftige (akut oder chronisch erkrankt) handelt. Ebenfalls können sich Meinungen und Ansichten durch den zeitlichen Abstand zwischen Befragung und Erlebnis deutlich verändern. Die vorliegende Arbeit untersucht deshalb die Antworten der Patienten, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Arztbesuch, so dass auch die aktuell wahrgenommene Befindlichkeit der Patienten registriert werden kann. Dadurch wird es möglich, die wirklich interessante Gruppe der Patienten zu ihren Meinungen und Haltungen zu befragen. Nur ein Betroffener, der ärztliche Hilfe und Zuwendung benötigt, kann als Befragungspartner gelten, wenn es darum geht, Veränderungen im Arzt-Patientenverhältnis zu erfassen, da ja nur Patienten und nicht Versicherte die Partner der ärztlichen Behandlungsbemühungen sind.

Die meisten Untersuchungen zu solchen Sachverhalten werden nicht von Ärzten vorgenommen. Vorherrschend sind Untersuchungen durch Meinungsforschungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen. In der Literatur liegt eine als Pulsus– Studie (43) bekannte Untersuchung aus dem Jahre 2000 im Auftrage der Hausärzte der Zentralschweiz vor. Diese Studie hatte zum Ziel Änderungen im Arzt-Patientenverhältnis im Bereich der Hausarztmedizin zu erfassen. Die dabei zu Grunde gelegte Vorgehensweise diente als Vorbild für die hier vorliegende Untersuchung. Dies ermöglicht auch einen Vergleich zu den Bedingungen und Prozessen im Rahmen der Veränderungen im Gesundheitswesen in der Schweiz im direkten Vergleich mit der Situation in Deutschland.

1.4. Ziel der Arbeit

Diese Arbeit hat zum Ziel, die Wahrnehmungen innerhalb eines sich möglicherweise verändernden Arzt-Patientenverhältnisses im Bereich der Hausarztmedizin in Deutschland zu untersuchen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den täglich wahrgenommenen Prozessen durch die beteiligten Patienten und den Hausärzten. Besondere Berücksichtigung soll dabei das unmittelbare Erleben in der Sprechstunde und die damit verknüpften Wahrnehmungen der Ärzte und Patienten finden. Was hat sich in den letzten Jahren hier geändert und wie wird das durch die Beteiligten wahrgenommen?

Durch eine zeitnahe Befragung der Akteure im direkten Zusammenhang mit der Sprechstundentätigkeit werden spezifische Sachverhalte erfragt, um Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis zu untersuchen.

Um dies zu erreichen, wurden den Ärzten und den Patienten inhaltlich ähnliche Fragen gestellt. Dabei sollte der Schwerpunkt auf dem Nachweis von Veränderungen im Verhalten der Patienten, aber auch in den Wahrnehmungen der Beteiligten im Zusammenhang mit den veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen liegen.

Folgende Thesen sollen durch die vorliegenden Untersuchungen an Hausärzten und Patienten geprüft werden:

1. Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den letzten Jahren in folgende Richtung verändert:

- weniger Zeit für die Patienten
- anspruchsvollere Patienten
- vermehrte Konfrontation mit psychischen und sozialen Problemen
- Ärzte stehen vermehrt unter Druck
- ökonomische Erwägungen dirigieren den Behandlungsalltag

2. Ärzte und Patienten haben eine stark verschiedene Wahrnehmung der Situation. Die Veränderung vollzieht sich stärker auf der Seite der Hausärzte.

3. Die Hausärzte befinden sich in einem Konflikt („Sandwich-Position“) zwischen ökonomischen Rahmenbedingungen und dem eigenem Anspruch, sowie den Bedürfnissen der Patienten.

4. Die Patienten sind nach wie vor zufrieden mit der hausärztlichen Betreuung und leben daher bewusst oder unbewusst in einer Art Scheinwelt.

5. Zufriedenheit mit dem Beruf aber Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Tätigkeit lässt Hausärzte verstärkt offen für berufliche Alternativen werden.

2. Material und Methode

2.1. Vorbemerkungen

Schwerpunkte der Patientenbefragung sind die Wahrnehmungen von Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis, Kenntnisse zu den ökonomischen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis und die Zufriedenheit mit der Behandlung. Aber auch die Erwartungen an die

hausärztlichen Leistungen und die Bedürfnisse im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung wurden hinterfragt. Zur Erkennung möglicher Unterschiede wurde zwischen chronisch und nicht chronisch Kranken unterschieden, sowie in verschiedene Altersklassen unterteilt und die Daten geschlechtsspezifisch erfasst.

Schwerpunkte der Befragung waren bei den Ärzten insbesondere die subjektive Wahrnehmung der Veränderung im Patientenverhalten, die Veränderungen durch gesundheitspolitische Einflüsse und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Praxistätigkeit, sowie die Erfassung der daraus folgenden persönlichen Konsequenzen. Dies sollte unter anderem mit der Frage nach persönlicher Berufszufriedenheit und der Frage nach möglichen beruflichen Alternativen beleuchtet werden.

Um eine unabhängige Art der Befragung zu gewährleisten und um eine Beeinflussung durch eigene Ansichten und Meinungen des Verfassers auf die befragten Kollegen auszuschalten, wurde ein professioneller Interviewer mit der telefonischen Befragung beauftragt. Damit waren außerdem die Durchführung des Interviews während der laufenden Sprechstunde und die Zufälligkeit der Befragung gesichert. Nach Angaben des Interviewers war die Bereitschaft der Ärzte zu einem solchen Interview außerordentlich hoch. Selbst die Tatsache, dass die Befragung in der laufenden Sprechstunde durchgeführt wurde, stellte kein nennenswertes Hindernis dar. Im Gegenteil hatte der Interviewer den Eindruck, dass ein großes Interesse an der Untersuchung bestand. Dies lässt vorab die Vermutung zu, dass die Hausärzte eine Veränderung im Arzt-Patientenverhältnis in der Mehrheit registrieren und an einer Darstellung der spezifischen Situation und ihrer Veröffentlichung durchaus interessiert sind. Der standardisierte Fragebogen ist das gebräuchlichste Instrument zur Befragung großer Menschengruppen. Häufig werden bei Ärztebefragungen die Fragebögen postalisch versendet und zur Auswertung kommen die zurückgesendeten vollständig ausgefüllten Fragebögen. Vorteilhaft dabei ist, dass sich der Kollege und die Kollegin in etwas mehr Ruhe mit den Fragen auseinandersetzen können. Es kommen aber nur solche Meinungen zur Auswertung, die von Befragungsbereiten zurückgesendet werden. Dabei entgehen dem Untersucher zwangsläufig diejenigen, denen der Aufwand zu groß ist oder die generell nicht auf schriftliche Befragungen antworten. Rücklaufquoten von 40 Prozent und mehr werden dabei als hoch angesehen.

Eine Alternative dazu ist das telefonische Interview. Nachteile dieser Befragungsart sind die eingeschränkte Befragungsdauer bei Befragungen in der laufenden Sprechstunde und der hohe zeitliche Aufwand für den Untersucher.

Ein erheblicher Vorteil ist aber die Spontaneität der Antwort und das Erfassen von Meinungen, die bei schriftlichen Befragungen eventuell verloren gehen.

Auf Grund dieser Überlegungen wurde das Telefoninterview durchgeführt.

Einen besonderen Einfluss auf Umfrageergebnisse hat vor allem die Art der Fragestellung (8). Daher wurde besonderer Wert auf Vermeidung von Suggestivfragen gelegt und zur Durchführung der Interviews ein erfahrener freiberuflicher Interviewer beauftragt. Zur Erstellung eines geeigneten Fragebogens wurde das umfangreiche Literaturmaterial (9, 15, 16, 17, 22, 23, 43), Beratung durch Professor Behrens (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) und Professor Harting (Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität) herangezogen.

Bei der Erstellung des Fragebogens für Patienten kam es einerseits darauf an, die gleichen thematischen Fragestellungen wie im Ärztefragebogen zu bearbeiten und andererseits bisher selten untersuchte Bereiche zu beleuchten. Insbesondere wird in Patienten- und Versichertenbefragungen wenig nach dem Kenntnisstand der Patienten zu den konkreten Rahmenbedingungen in einer Hausarztpraxis gefragt. Um auch wirklich echte Patienten befragen zu können, wurden Fragebogenaktionen in zufällig ausgewählten Hausarztpraxen in den Neuen Bundesländern nach vorliegendem Einverständnis durch die zuvor befragten Ärzte durchgeführt.

Vorbild für die Form und Art der Fragestellungen waren die Untersuchungen der „Pulsus“-Studie sowie die Vorgehensweise des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung.

Zusätzlich wurde der Fragebogen Professor Behrens (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg) zur Prüfung vorgelegt. Die Art und die Inhalte der Fragestellung gleichen im Wesentlichen dem „Pulsus“-Fragebogen. Spezifische Fragestellungen, die insbesondere die Vereinigung „Pulsus“ betreffen, wurden ersetzt durch weitergehende Fragen zur Veränderung der Situation der Hausärzte. Dazu wurden die Fragen 7 bis 13 speziell neu erarbeitet. Besonders die Fragen nach beruflichen Alternativen sind als neues zusätzliches Kriterium aufgenommen worden.

Der Patientenfragebogen lehnt sich ebenfalls stark an die oben aufgeführte Untersuchung an. Wie schon beim Ärztefragebogen wurden einige Fragestellungen verändert. So sollten die Weiterüberweisungspraxis und die detaillierte Untersuchung der Internetinformationen zu Gunsten eines kürzeren Fragebogens entfallen. Zusätzlich wurde dafür nach den speziellen Kenntnissen der Patienten zu den ökonomischen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis gefragt.

Der generelle Aussagewert beider Fragebögen blieb aber vergleichbar.

2.2. Der Ärztefragebogen

Der verwendete Fragebogen erfasst Alter, Geschlecht, Niederlassungsjahr und Ort der Niederlassung (Einzugsgebiet).

Es werden insgesamt 13 teils offene und teils geschlossenen Fragen gestellt.

Thematische Schwerpunkte sind:

- Veränderungen im Patientenverhalten und Auswirkung auf die tägliche Praxis (Frage 1, 3, 4)
- Einschätzung der Auswirkungen der gesundheitspolitischen Veränderungen auf den ärztlichen Alltag (Frage 2, 5, 6)
- Berufszufriedenheit und wirtschaftliche Situation (Frage 7, 8, 9, 10, 11, 12)
- Anspruch an die eigene Tätigkeit und Wirklichkeit in der ärztlichen Praxis (Frage 13)

Der Ärztefragebogen befindet sich im Anhang 1

2.3. Patientenfragebogen

Im Patientenfragebogen wurden ebenfalls teils geschlossene teils offene Fragen zum Thema Arzt-Patienten-Verhältnis und zu den persönlichen Daten gestellt. Der Patientenfragebogen ist umfangreicher als der Ärztefragebogen. Dies wird durch die schriftliche Art der Befragung ermöglicht, wodurch zusätzliche Themen aufgenommen werden konnten. Die Patienten sollten den Fragebogen in der Praxis ausfüllen. Die überwiegende Mehrheit erledigte dies unmittelbar im Wartezimmer. Das Praxispersonal gewährleistete die Anonymität durch das anschließende Einwerfen in einen verschlossenen Behälter.

Durch mehrere, teilweise auch behinderte Testpersonen, die im Vorfeld der Untersuchungen den Fragebogen beantworteten, konnte die durchschnittlich benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens auf 15 bis 20 Minuten geschätzt werden. Damit wurde die Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Fragebogens überprüft und festgestellt.

In 29 Fragen wurden Informationen zu folgenden Schwerpunkten eingeholt:

- Verhältnis zum Hausarzt und wahrgenommene Veränderungen (Frage 6, 7, 8, 12, 13, 22, 23)
- Patientenwissen zu ökonomischen Rahmenbedingungen (Frage 18, 19, 20, 21, 24)

- Veränderungen im Patienten- und Gesundheitsverhalten
(Frage 9, 10, 11, 16, 17)

- Ansprüche an eine gute hausärztliche Betreuung
(Frage 15)

- Erfassung der soziologischen Daten

Der Patientenfragebogen ist im Anhang 2 dargestellt.

2.4. Statistik

Die telefonische Befragung der Ärzte fand vor der Patientenbefragung statt. Anschließend wurden in 7 zufällig ausgewählten Hausarztpraxen jeweils zwischen 50 und 100 Patienten nach dem Zufallsprinzip befragt. Die Praxisinhaber hatten zuvor ihr Einverständnis dazu erklärt. Insgesamt hatten sich 138 Ärzte mit einer Befragung in ihrer Praxis einverstanden erklärt. 62 Kollegen lehnten dies ab. Die Bereitschaft dazu wurde im Anschluss an den Ärztefragebogen abgefragt

Durchschnittlich dauerte ein Ärzte-Interview 10 Minuten. Die Interviews wurden nach dem Zufallsprinzip durchgeführt. Dazu wurde jede zehnte Adressen und Telefonnummer aufgegriffen und nach durchgeführten 200 Interviews die Befragungsaktion beendet. Die Befragung erfolgte im Zeitraum Oktober 2005 bis Januar 2006.

Grundlage waren von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellte Listen der niedergelassenen Hausärzte. Die Ergebnisse wurden tabellarisch in Excel erfasst und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen anonymisiert übergeben. Im Anhang 3 befindet sich die eidesstattliche Erklärung des Interviewers.

Die Auswertung der Patientenfragebögen erfolgte nach Übertragung der Antworten in ein Tabellensystem in Excel.

Die erstellten Diagramme sind ebenfalls in Excel erarbeitet.

Alle Mengenangaben erfolgen in Prozent der jeweiligen Grundgesamtheit.

Zur Auswertung gelangten 500 vollständig ausgefüllte Fragebögen.

Insgesamt wurden 58 Fragebögen wegen Unvollständigkeit und oder widersprüchlicher Angaben ausgesondert.

Die Methode dieser Arbeit ist eine empirische Untersuchung, und sie ist auf Grund des durchgeführten Stichprobenverfahrens (Quotenverfahren) im Bereich der Ärztebefragung

repräsentativ. Die Grundgesamtheit ist die Hausärzteschaft in den befragten Bundesländern Sachsen, Thüringen, Sachsen- Anhalt, Brandenburg).

Der Anteil weiblicher und männlicher Ärzte ist ausgewogen (114 Ärztinnen, 86 Ärzte), ebenso die Verteilung der Praxissitze hinsichtlich der Ortsgrösse. Der Altersdurchschnitt liegt mit 53,1 Jahren höher als das Durchschnittsalter aller Vertragsärzte im Bundesgebiet (50,2 Jahre). Der Altersdurchschnitt der Hausärzte in den neuen Bundesländern liegt nach Angaben der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) zum Stichtag 31.12.2005 bei 52,4 Jahren, und damit im Bereich der Stichprobe.

Kritisch könnte die Größe der Stichprobe betrachtet werden, die aber aufwandsbedingt nicht erweitert werden konnte.

Die Gruppe der befragten Patienten kann nicht als repräsentativ für die Grundgesamtheit der Krankenversicherten betrachtet werden, sondern stellt eine Zufallsstichprobe zufällig den Hausarzt aufsuchender Patienten dar. Dies ist so beabsichtigt, aus den oben angeführten Gründen. Das erschwert sicherlich die Formulierung allgemeingültiger Aussagen. Allerdings besteht zu diesem Vorgehen bei der Zielstellung dieser Untersuchung keine Alternative.

Die Darstellung der Ergebnisse stellt eine beschreibende Statistik dar, da keine relevanten Daten vergleichsweise zur Verfügung stehen um gegebenenfalls signifikante Veränderungen aufzuzeigen. Dieses Vorgehen wurde in Übereinstimmung und nach Beratung mit Professor Haerting (Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Statistik) gewählt.

3. Ergebnisse

3.1. Ärztebefragung

Zur Auswertung der Ärztebefragung kamen 200 Interviews mit einem Anteil von 43 Prozent männlicher und 57 Prozent weiblicher Teilnehmer. Das Durchschnittsalter betrug 53,1 Jahre bei den männlichen und 52,4 Jahre bei den weiblichen Kollegen.

Eine Unterscheidung nach Altersgruppen erfolgte jeweils geschlechtsspezifisch in unter 45, zwischen 45 und 55, sowie über 55 Jahre.

Die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug bei den Ärztinnen 13,4 und bei den Ärzten 11,5 Jahre.

Abbildung 3 zeigt die Ortsverteilung der Praxissitze nach Einwohnerzahl.

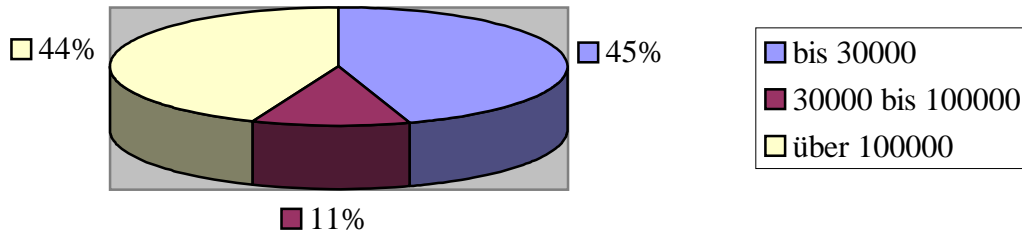


Abb. 3: Ortsverteilung der Praxissitze

(n = 200)

Die regionale Verteilung der Kassenarztsitze zeigte 45 Prozent Niederlassungen im ländlichen und kleinstädtischen, 11 Prozent im mittelgroßen und 44 Prozent im großstädtischen Bereich. Damit sind sowohl die ländlich- kleinstädtischen, als auch die großstädtischen Bedingungen repräsentiert.

Abbildung 4 und 5 stellen die Veränderungen im Patientenverhalten aus Sicht der Ärzte dar.

(Teil1 und Teil 2)

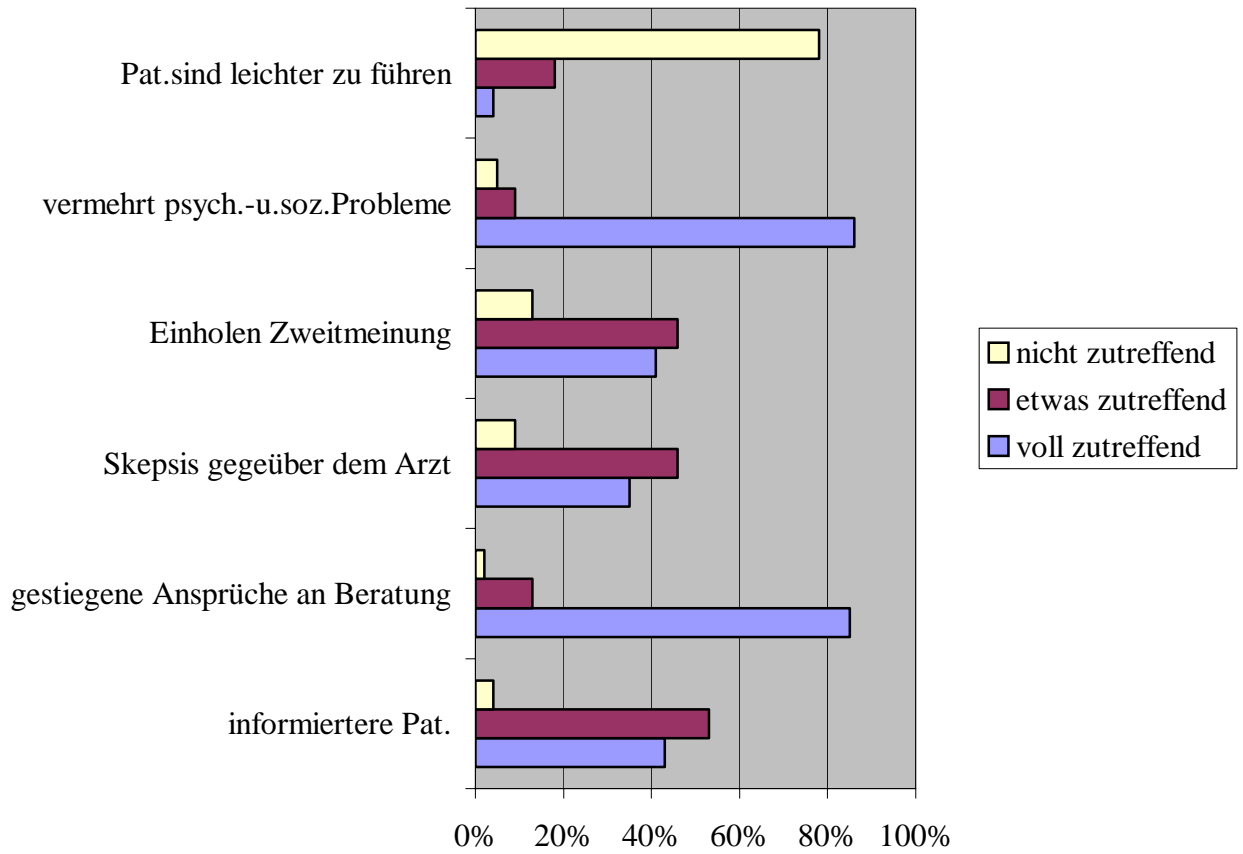


Abb. 4: Wahrnehmung der Ärzte in Bezug auf veränderte Bedingungen Teil 1

(n = 200)

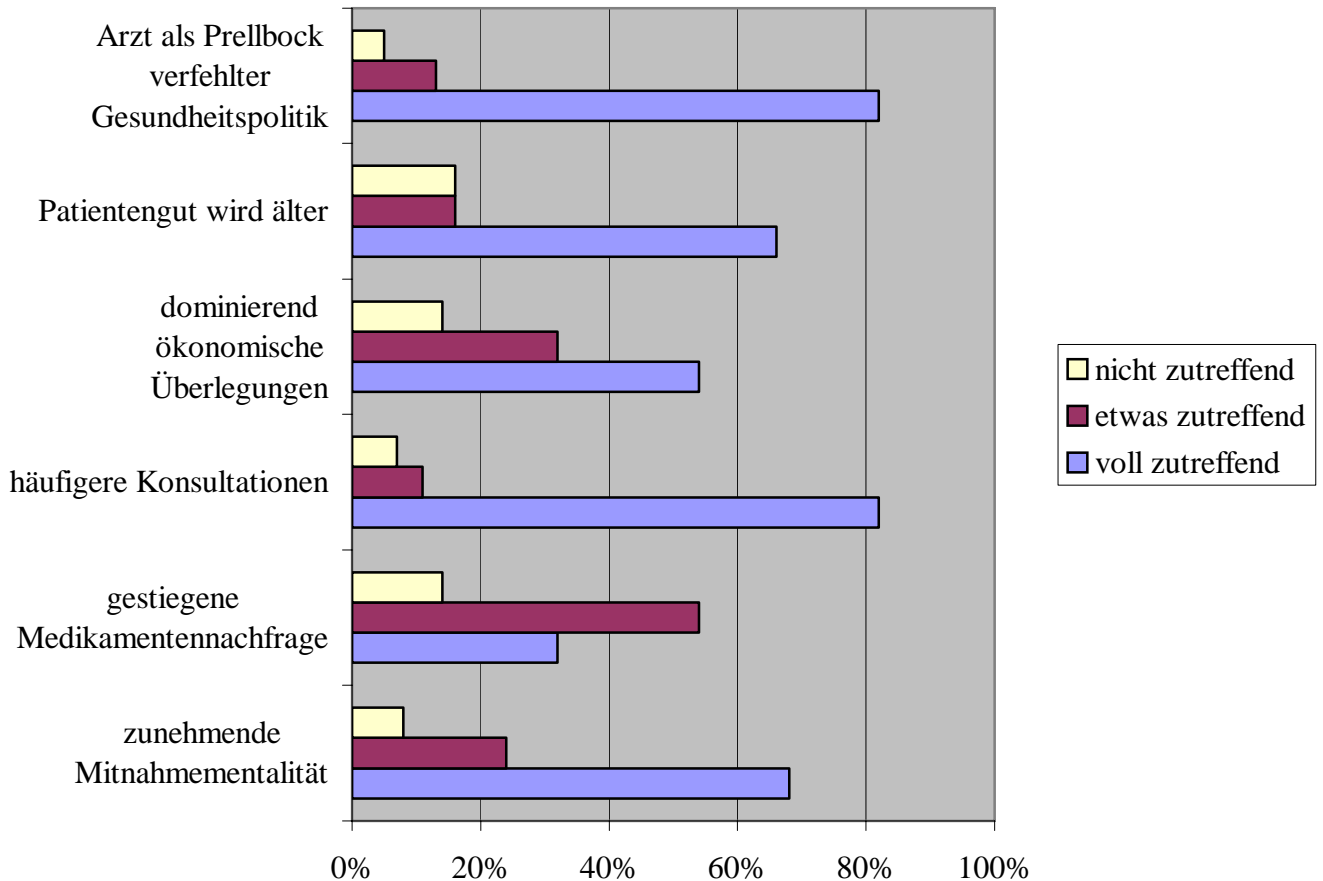


Abb. 5: Wahrnehmung der Ärzte in Bezug auf veränderte Bedingungen Teil 2

(n = 200)

Es zeigt sich, dass der größte Teil der Hausärzte der Meinung ist, dass die Patienten anspruchsvoller geworden sind. Als Indikatoren gelten dafür der gestiegene Informationsstand der Patienten (96%), die zunehmende Skepsis gegenüber dem Arzt (81%) und das vermehrte Einholen von Zweitmeinungen (87%). Ein weiterer Aspekt, der die Arzt-Patienten-Beziehung anspruchsvoller gestaltet, ist die gestiegene Konfrontation mit psychischen und sozialen Problemen (95%), sowie die Aussage, dass die Patienten schwieriger zu führen sind (78%).

Tendenziell geben die meisten Hausärzte einen zunehmenden Druck durch die Patienten an. Indikatoren dafür sind zunehmende Mitnahmentalität der Patienten (92%), älter werdendes Krankengut (84%), damit verbundene höhere Frequenz der Arztbesuche (93%) und gestiegene Medikamentennachfrage (86%) bei gleichzeitigem Zwang zu wirtschaftlichen Prioritäten (86%).

Abbildung 6 zeigt qualitative Aspekte der Veränderung in der Arbeitsrealität der Hausärzte.

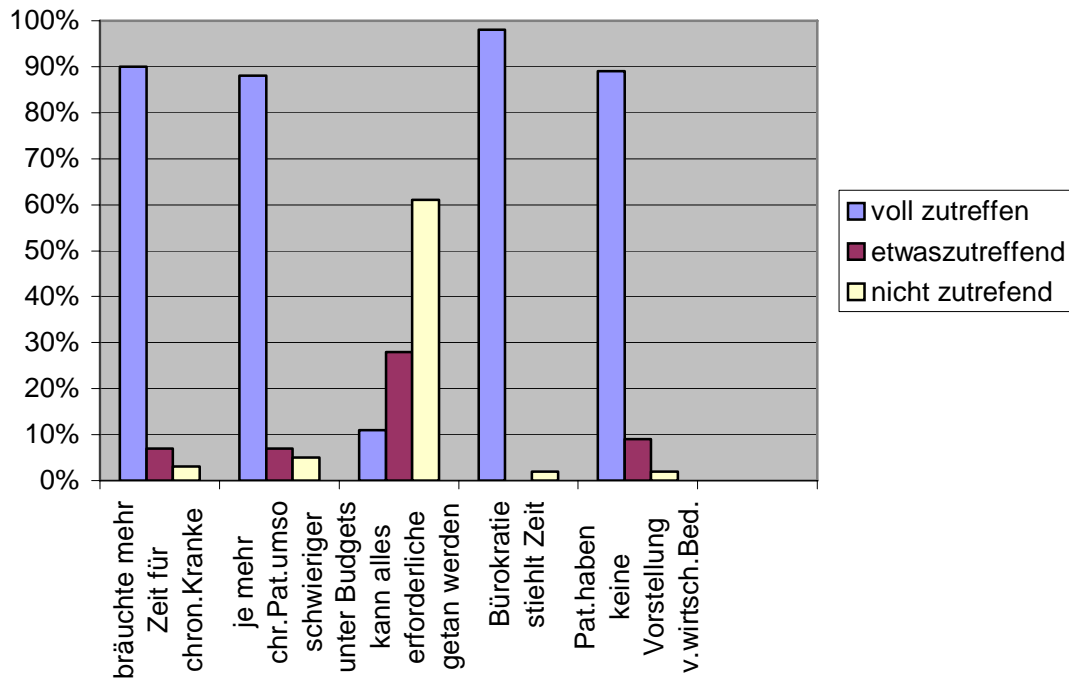


Abb. 6: Ursachen für Schwierigkeiten nach Ansicht der Ärzte

(n = 200)

Die Hausärzte sehen Defizite in Ihrer Arbeit durch die veränderten Rahmenbedingungen. Deutlich wird der Zeitmangel und die Bürokratie artikuliert. Chronisch Kranke stellen für die Ärzte eine wirtschaftlich riskante Einflussgröße dar. Die Budgetierungen verhindern offensichtlich eine ausreichende Patientenversorgung. 60 % aller Ärzte glaubt nicht, alles Notwendige für ihre Patienten tun zu können.

In den Abbildungen 7 und 8 zeigen sich die Ansprüche, die die Hausärzte an sich stellen.

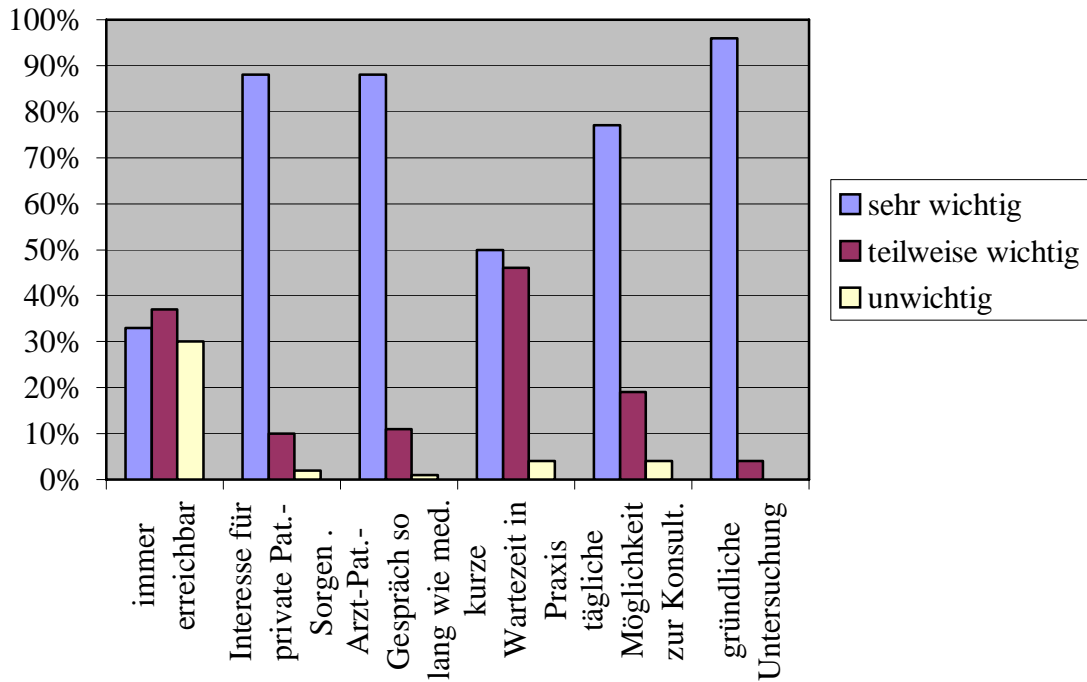


Abb.7: Ansprüche Ärzte an sich selbst Teil 1

(n = 200)

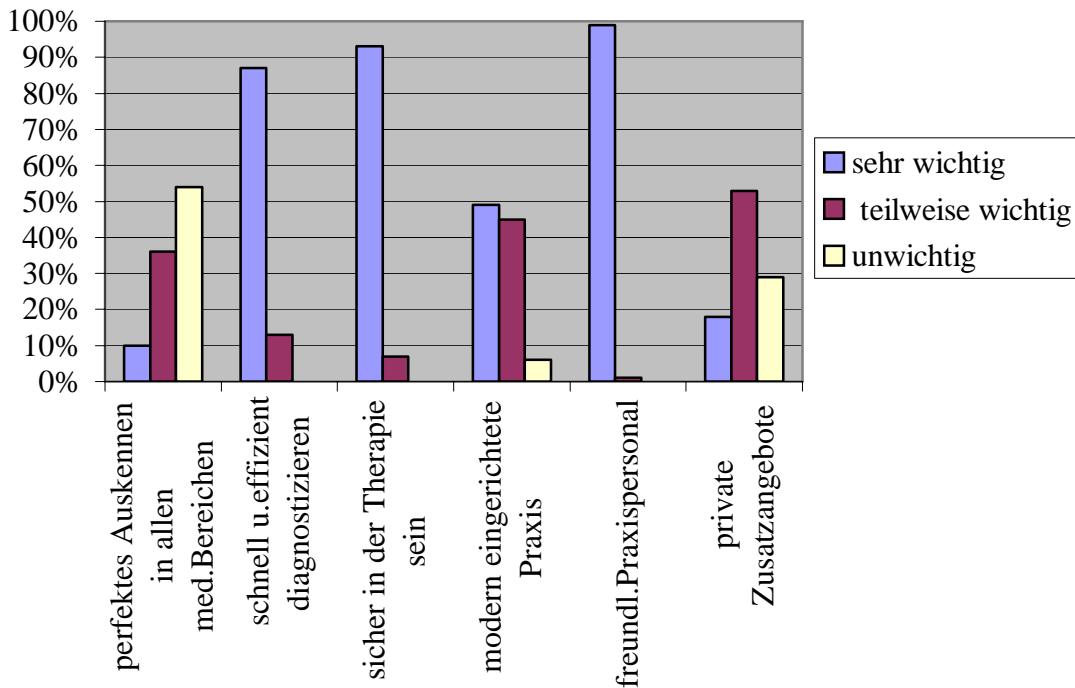


Abb. 8: Ansprüche an sich selbst Teil 2

(n = 200)

Die Ergebnisse der Befragung nach der persönlichen Berufszufriedenheit zeigt Abbildung 9.

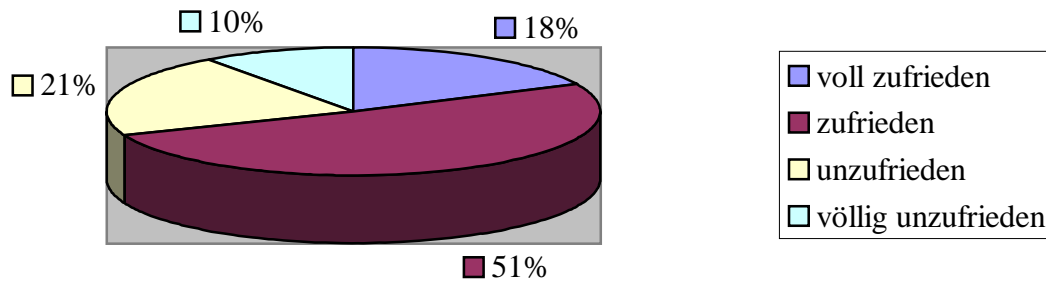


Abb. 9: Berufszufriedenheit der Hausärzte

(n = 200)

Die Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit sind deutlich nachweisbar. Mehr als ein Drittel der Hausärzte sind nicht mit dem Beruf zufrieden.

Die Auswirkungen auf die Einschätzung der Zukunft, mit den Kriterien Notwendigkeit nichtärztlicher Einkommen und den Interessen für alternative Berufsfelder, zeigen die Abbildungen 10, 11 und 12.

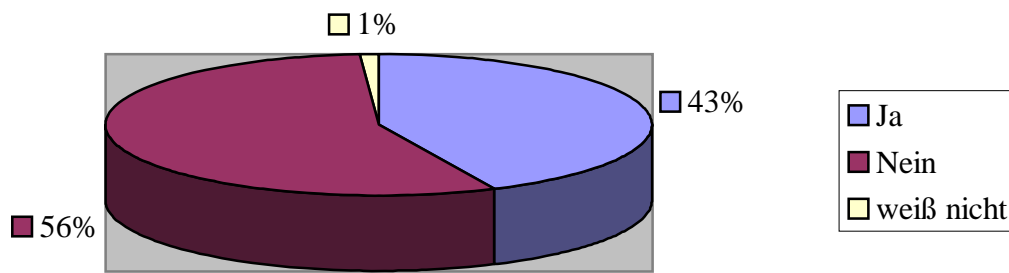


Abb. 10: Angst um wirtschaftliche Zukunft

(n = 200)

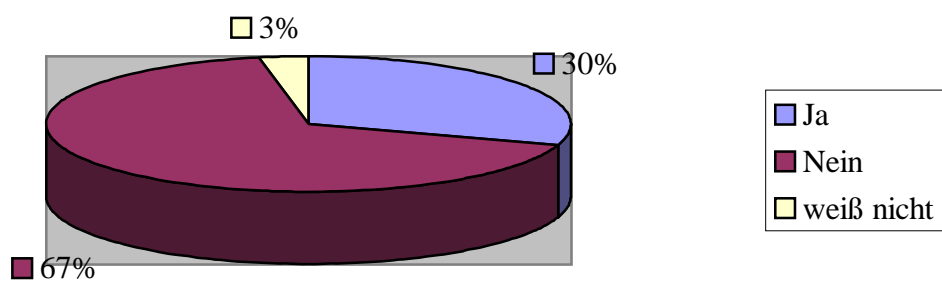


Abb. 11: Notwendigkeit zusätzlicher nicht-ärztlicher Einkommen

(n = 200)

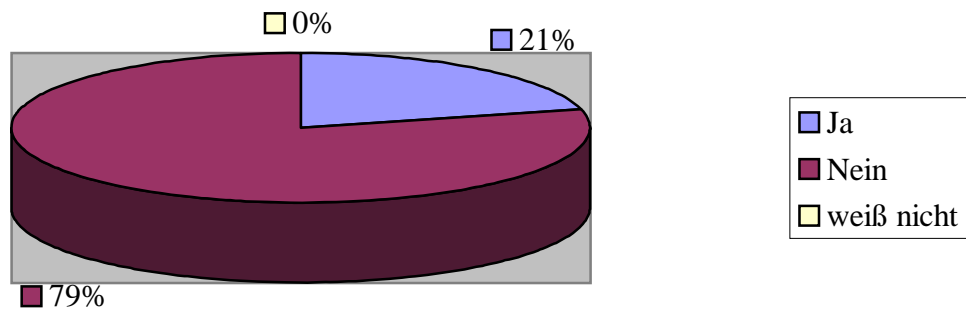


Abb. 12: Interesse für alternative Berufe

(n = 200)

In Abbildung 13 wird die eventuelle Option einer angestellten Tätigkeit hinterfragt.

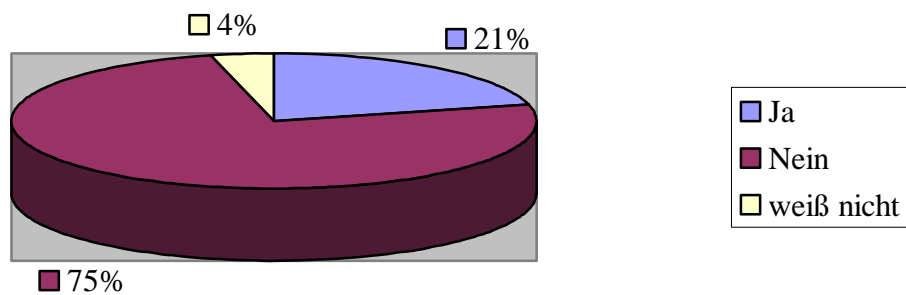


Abb. 13: Interesse für angestellte Tätigkeit

(n = 200)

Für 21 % der Hausärzte stellt die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis eine Alternative dar.

3.2. Ergebnisse der Patientenbefragung

Insgesamt wurden 500 vollständig ausgefüllte Patientenfragebögen ausgewertet.

Der umfangreiche Patientenfragebogen lässt eine Vielzahl möglicher Aussagen zu. Im Folgenden werden ausgewählte Aussagen dargestellt. Es wurden besonders solche Aussagen ausgewählt, welche die Veränderungen im Arzt- Patienten-Verhältnis am besten widerspiegeln können. Dazu gehören die Darstellung einer möglichen veränderten Inanspruchnahme, die Frage nach dem persönlichen Arzt- Patienten-Verhältnis, Meinungsäußerungen zur Frage, ob der Hausarzt heute mehr unter Druck steht, sowie die Fragen zu den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis. Aber auch die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung in Verbindung mit den wichtigsten Kriterien wird im Anschluss dargestellt.

Besondere Berücksichtigung erfährt die getrennte Betrachtung älterer und jüngerer, sowie chronisch kranker gegenüber nicht chronisch erkrankten Patienten.

In Abbildung 14 wird die Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragten dargestellt sowie auf die Tatsache eingegangen, ob es sich um eine chronische Erkrankung handelt oder nicht.

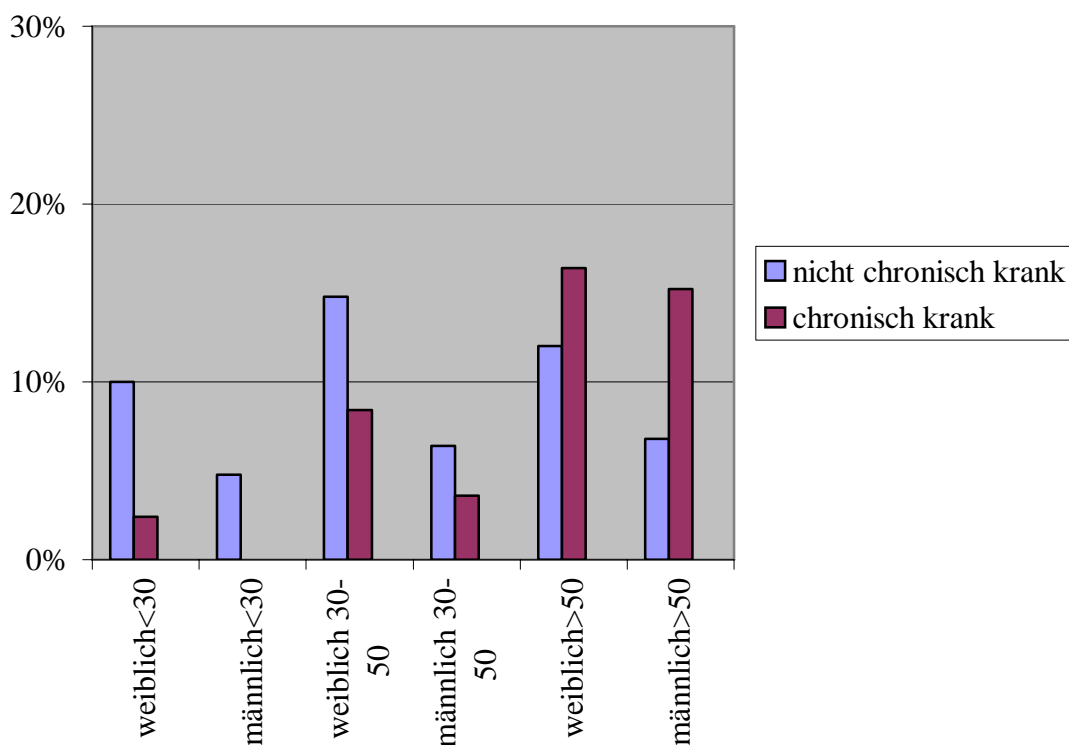


Abb. 14: Patientengruppen in Prozent

(n = 500)

Weibliche Patienten stellen mit 316 (63,2%) gegenüber 184 (36,8%) männlichen die zahlenmäßig größere Gruppe dar. Auffällig ist der dominierende Anteil chronisch Kranker in beiden Geschlechtern bei den Altersklassen über 50.

Chronisch kranke Männer unter 30 sind nicht repräsentiert.

In Abbildung 15 und 16 erfolgen die Darstellung der Zusammensetzung des Patientengutes nach sozialer Zugehörigkeit und Wohnort.

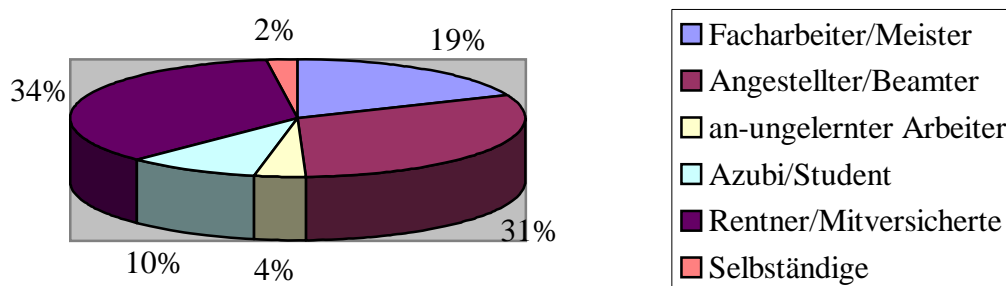


Abb. 15: soziale Zugehörigkeit der Patienten

(n = 500)

Die Erfassung der sozialen Zugehörigkeit zeigt eine geringfügige Dominanz der Rentner (32,8%) gefolgt von Angestellten/Beamten (28,8%) und Facharbeitern/Meister(17,4%).

keine Angaben machten 6,4 % alle Befragten

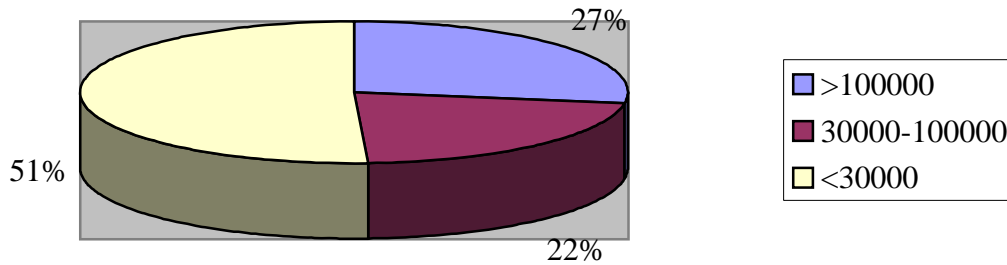


Abb. 16: geographische Verteilung nach Einwohnerzahlen

(n = 500)

Die Struktur der geographischen Herkunft deckt sich weitgehend mit der Struktur der Kassenarztsitze, so dass alle Einzugsbereiche repräsentiert sind.

In Abbildung 17 werden die Aussagen über Konsultationshäufigkeiten chronisch kranker Patienten (weiblich und männlich) dargestellt.

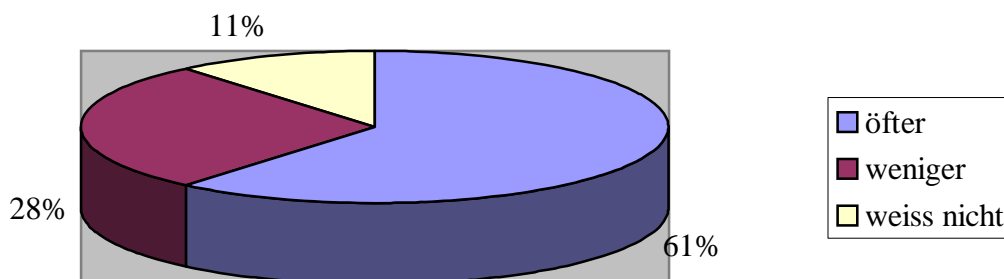


Abb. 17: Gehen chronisch Kranke heute öfter oder seltener zum Arzt?

(n = 230)

Die angegebenen Gründe für häufigere Konsultationen sind in Abbildung 18 dargestellt.

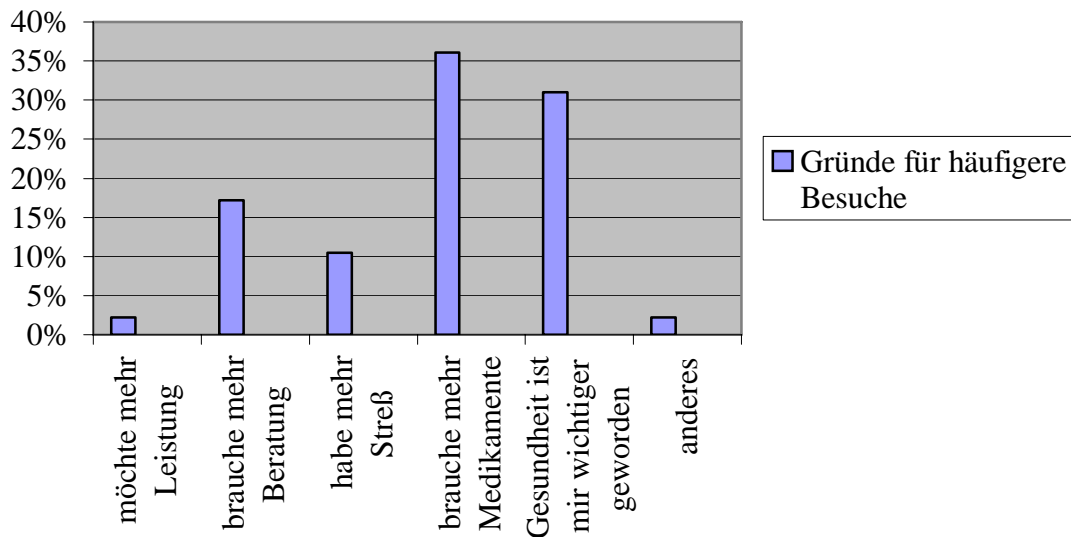


Abb. 18: Warum gehen Sie heute öfter zum Arzt? (Grundgesamtheit Chronisch Kranke, die häufiger zum Arzt gehen)

(n = 141)

Gestiegener Beratungsbedarf und steigende Medikamentennachfrage wird aus Patientensicht bestätigt. In Abbildung 19 zeigt sich das subjektive Empfinden der Patienten, einer vermuteten Drucksituation ihres Hausarztes.

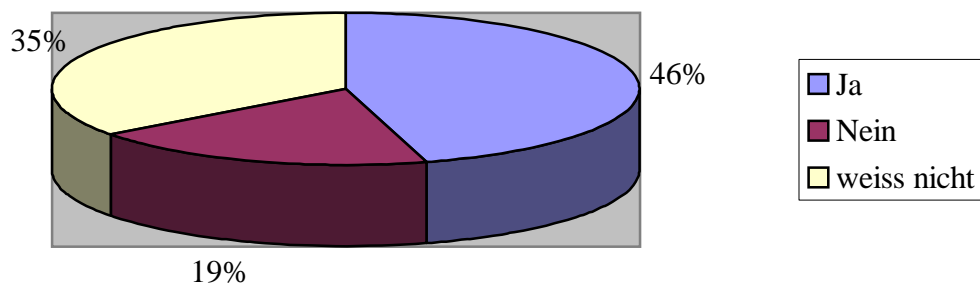


Abb. 19: Einschätzung der Pat.: „Hausarzt unter Druck“ ?

(n = 500)

Ein großer Teil der Patienten spürt eine Zunahme des Druckes auf Ihre Ärzte. Immerhin glauben nur 19 % der Patienten nicht, dass ihr Hausarzt unter mehr Druck steht.

Die Patientenmeinungen zur Häufigkeit des Ansprechens nicht- medizinischer Themen und deren Inhalte werden in den Abbildungen 20, 21 und 22 dargestellt.

Abbildung 20 zeigt die absolute Häufigkeit des Ansprechens auf diese Themen. Die Abbildungen 21 und 22 stellen die jeweiligen Häufigkeiten dieser Themen in Bezug auf alle nicht- medizinischen Fragestellungen dar.

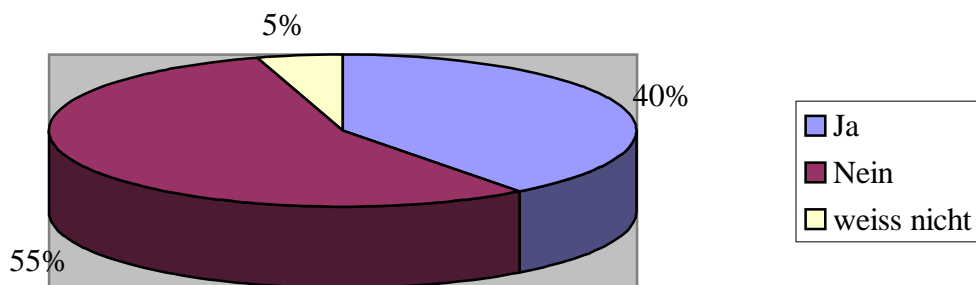


Abb. 20: Ansprechen nicht-medizinische Themen auf Wunsch der Patienten
(n = 500)

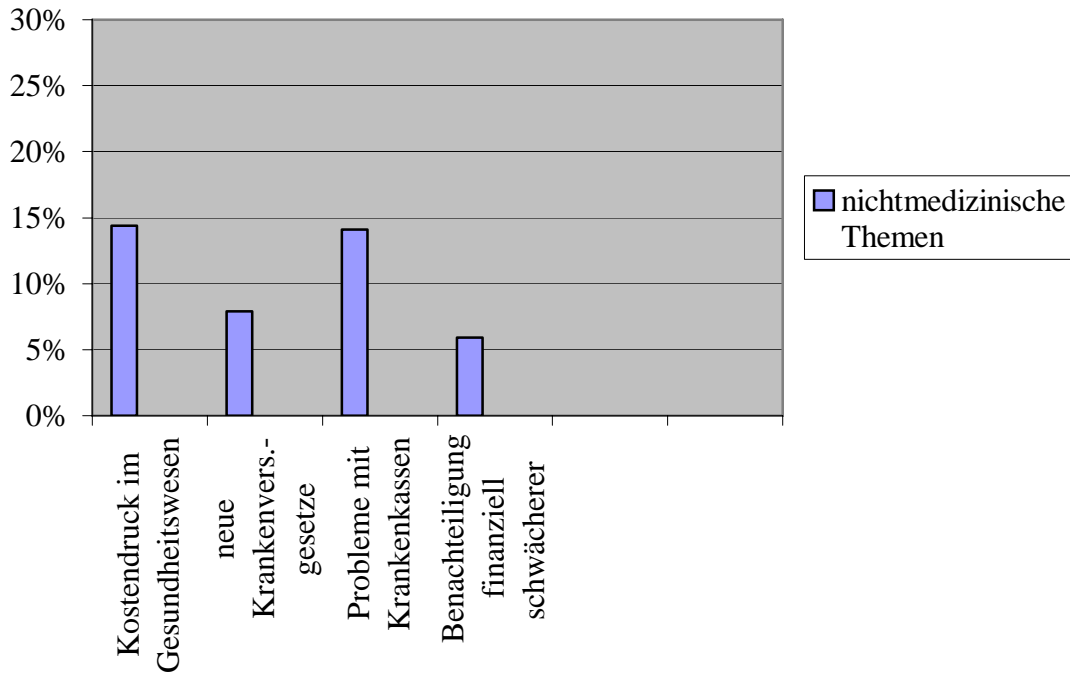


Abb. 21: Häufigkeit angesprochener nicht-medizinischer Themen Teil 1
(n = 199)

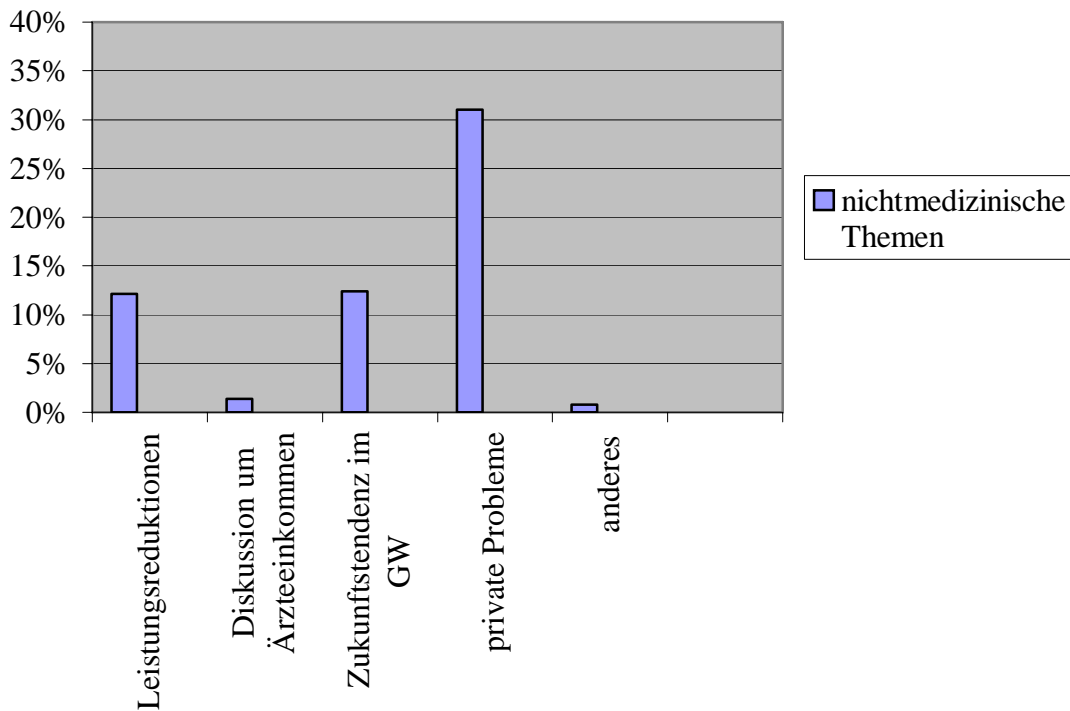


Abb. 22: Häufigkeit angesprochener nicht-medizinischer Themen Teil 2
(n = 199)

Das Ansprechen der Ärzte auf nicht-medizinische Themen durch Patienten wird von 40% aller Patienten bestätigt. Immerhin glauben 55%, ihren Hausarzt nicht auf solche Themen anzusprechen.

In den Abbildungen 23 und 24 werden die Vorstellungen der Patienten zu ökonomischen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis dargestellt. Dazu dienen die Schätzungen der Patienten zu Arzneimittelbudgets und Einkommensmöglichkeiten der Ärzte pro Patient und Quartal.

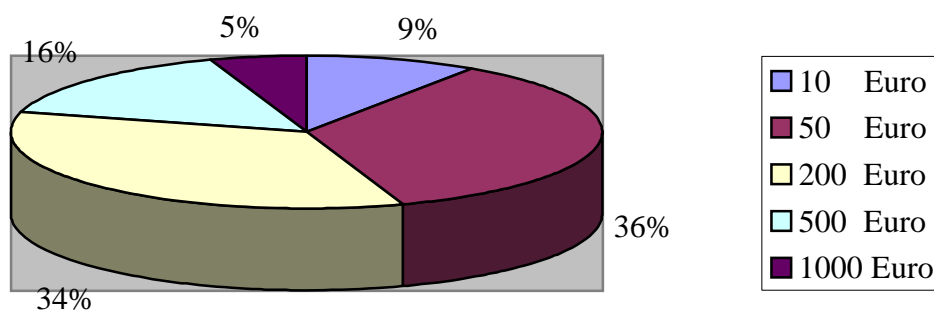


Abb. 23: Geschätzte Höhe des Arzneimittelbudgets pro Patient und Quartal

(n= 500)

Die Ansichten und die Vermutungen der Patienten zu den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zeigen eine weitgehende Unwissenheit auf, wenn konkrete Zahlen gefragt werden. Nur 36% können eine richtige Aussage zur Höhe des Arzneimittelbudgets (Richtgröße Quartal) in Höhe von 50 Euro (durchschnittlich) machen. Der weitaus größere Teil der Patienten überschätzt sich deutlich nach oben.

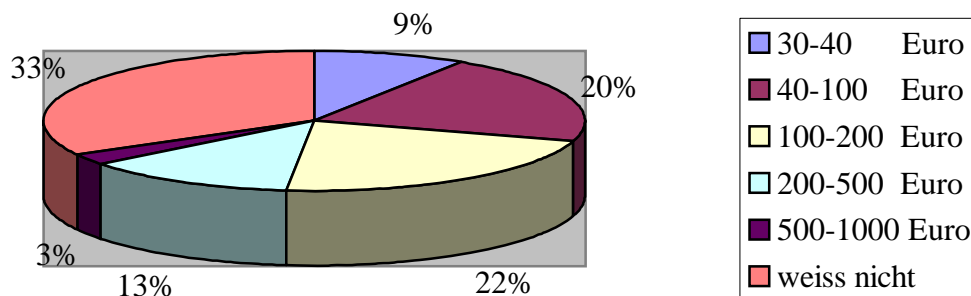


Abb. 24: geschätzte Vergütung pro Patient und Quartal

(n = 500)

Noch deutlicher zeigt sich die Unkenntnis bei der Höhe der ärztlichen Vergütung pro Quartal. Hier geben 33% an, nichts zu wissen und nur 9% aller Befragten gaben den realistischen Wert von 30-40 Euro an. 53 % aller Befragten verschätzte sich deutlich nach oben.

In den Abbildungen 25 bis 27 erfolgen die Darstellung der Wahrnehmung einer eventuellen Veränderung im Arzt-Patientenverhältnis aus Sicht der Patienten, sowie die Analyse der Aussagen und ihre geschlechtsspezifische Unterscheidung.

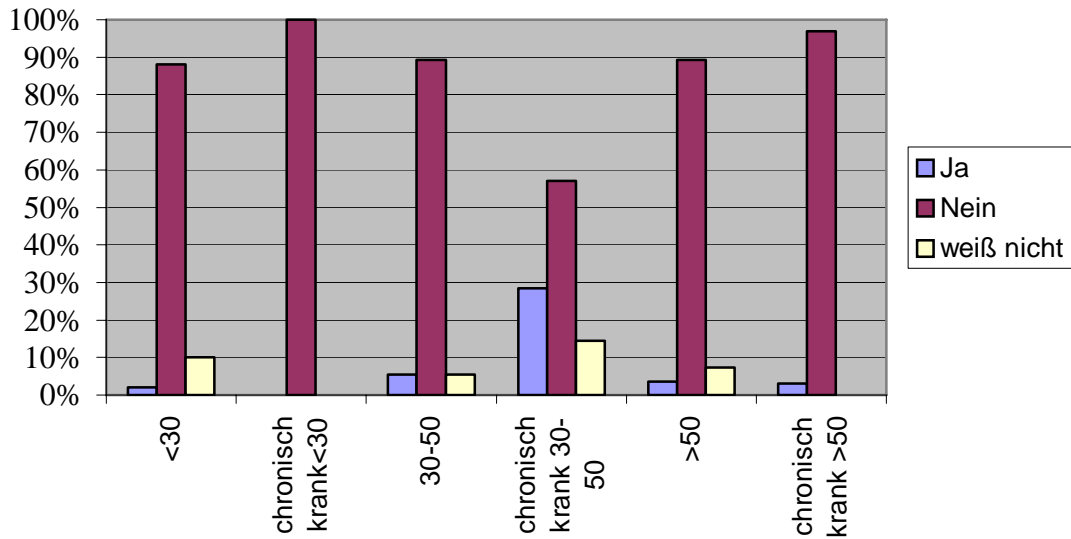


Abb. 25: wahrgenommene Veränderung in der Arzt-Patienten-Beziehung bei weibliche Patienten hinsichtlich Alters- und Krankheitsstruktur

(n = 316)

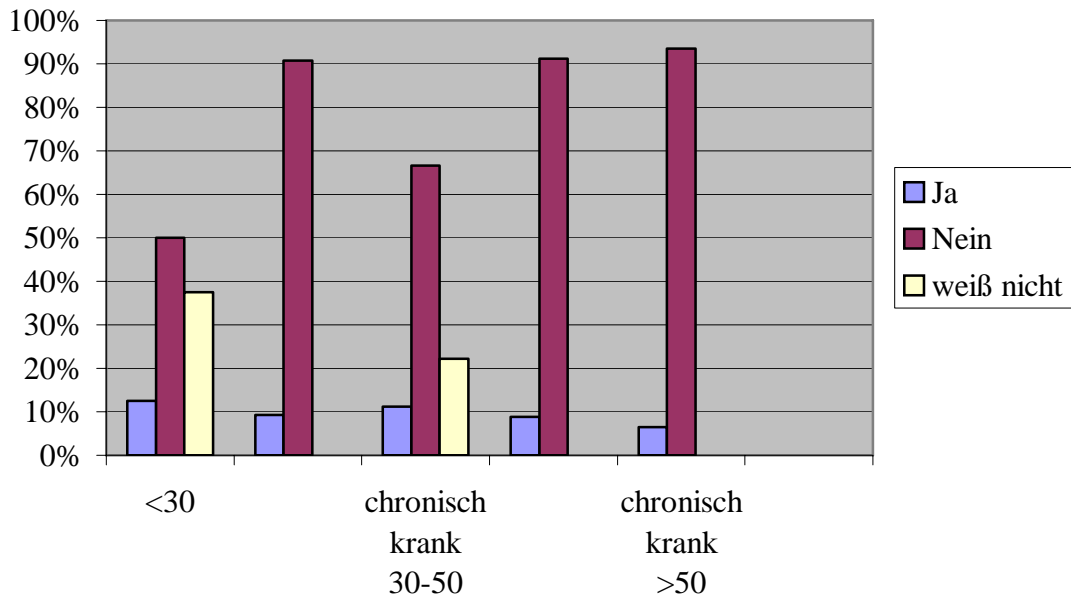


Abb. 26: wahrgenommene Veränderung in der Arzt-Patientenbeziehung der männlichen Patienten hinsichtlich Alters und Krankheitsstruktur

(n = 184)

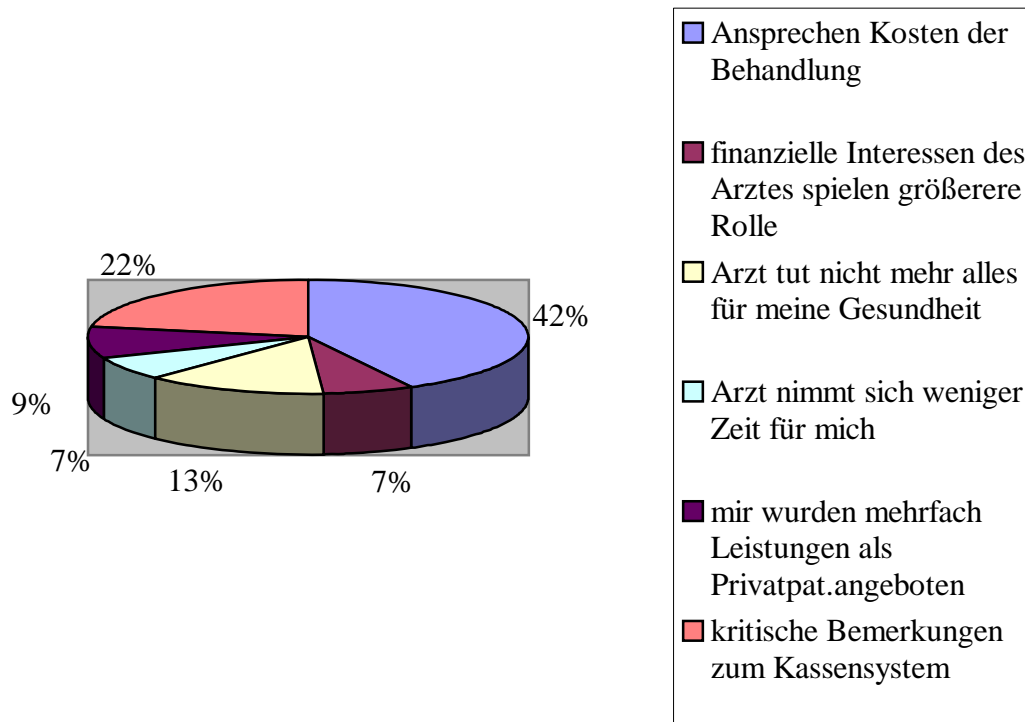


Abb. 27: Art der wahrgenommenen Veränderung männlich und weiblich (gesamt)
(n = 38)

Eine veränderte Arzt-Patientenbeziehung wird mit Mehrheit nicht festgestellt. Lediglich bei chronisch kranken Frauen im Alter von 30 –50 Jahren scheint eine gewisse Veränderung deutlicher sichtbar zu sein. Angegebene Zeichen für Veränderungen in diesem Bereich sind das häufige Ansprechen der Behandlungskosten (42%) und die kritischen Bemerkungen zum Kassensystem durch die Ärzte (22%).

Abbildung 28 und 29 zeigen die Zufriedenheit mit dem Arztbesuch und das aus Patientensicht dargestellte Verhältnis zum Hausarzt.

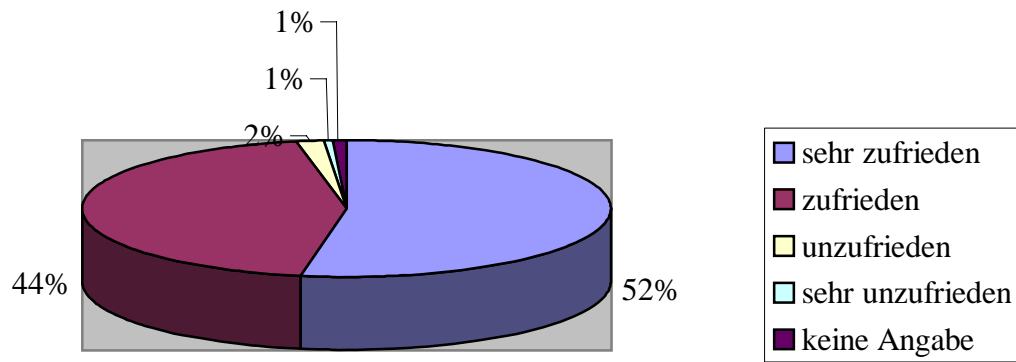


Abb. 28: Zufriedenheit mit dem Arztbesuch

(n = 500)

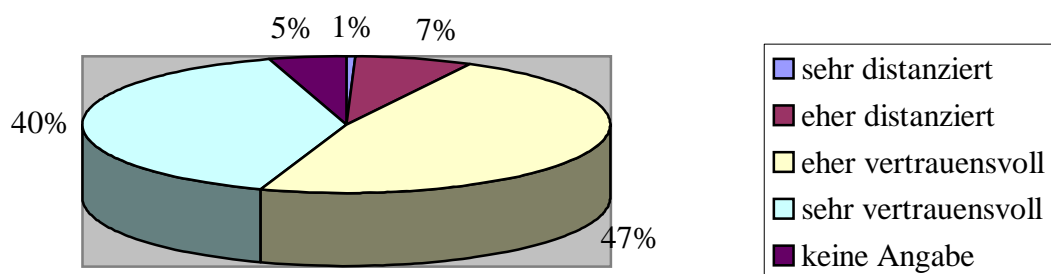


Abb. 29: persönliches Verhältnis zum Hausarzt

(n = 500)

Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung (96%) und Vertrauensverhältnis zum Hausarzt (87%) werden überwiegend stark positiv bewertet.

Die Abbildungen 30 und 31 zeigen aus der Patientenperspektive die Kriterien für einen „guten“ Hausarzt.

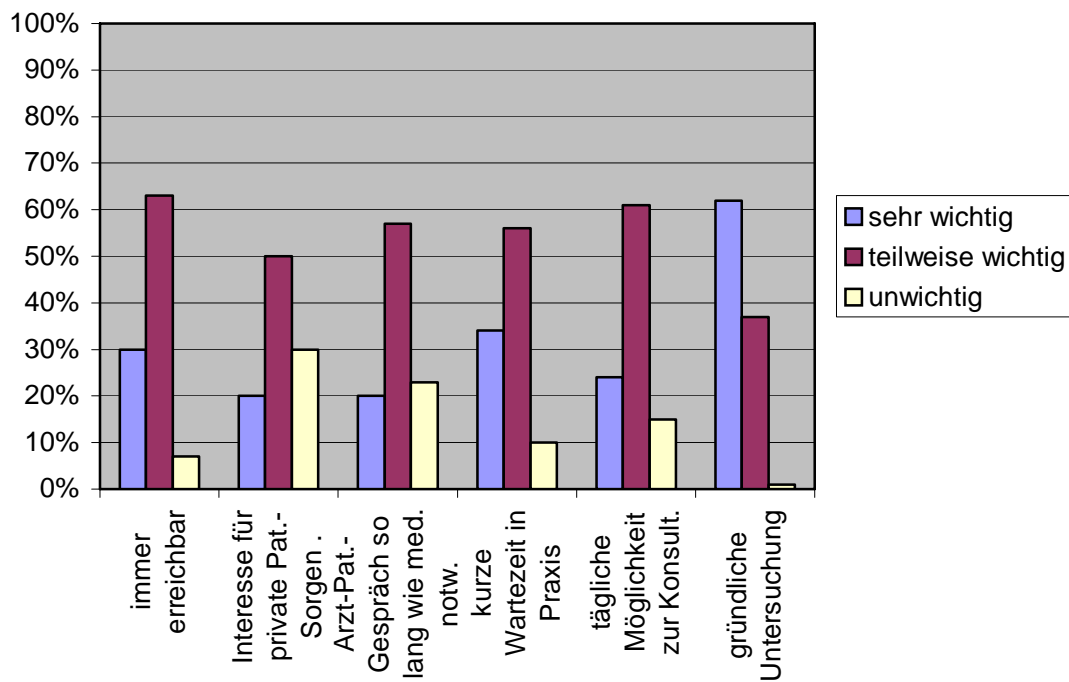


Abb. 30: Kriterien für einen „guten Hausarzt“ Teil 1

(n = 500)

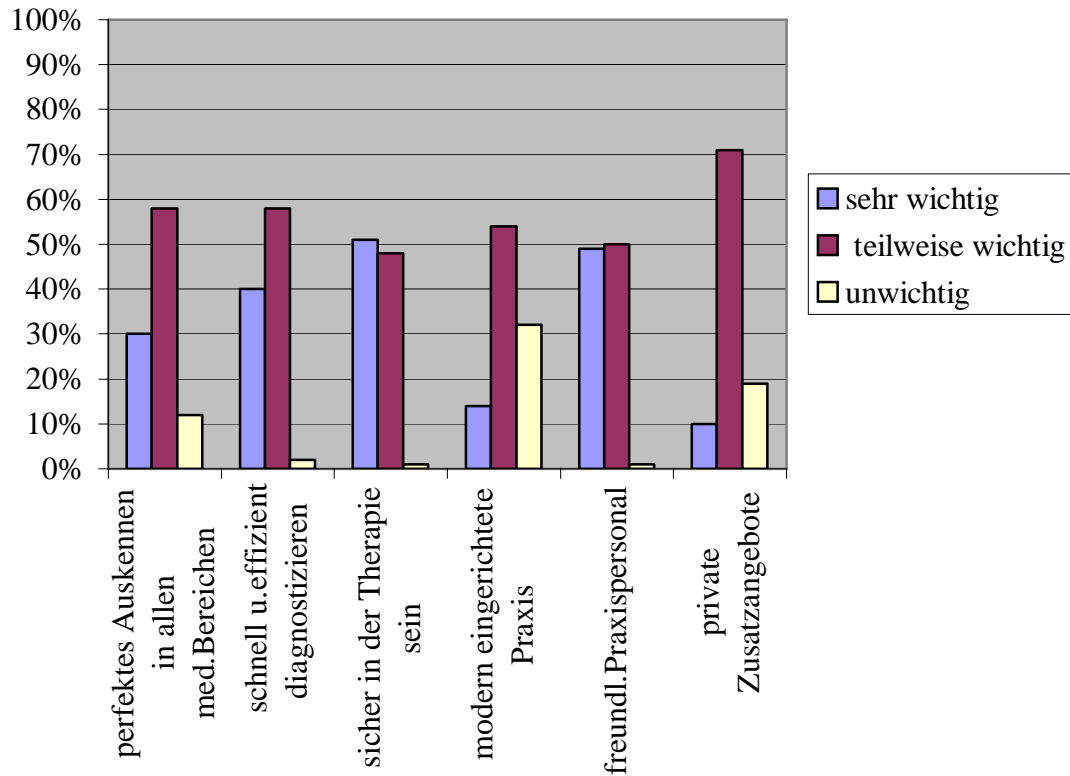


Abb. 31: Kriterien für einen „guten Hausarzt“ Teil 2

(n = 500)

Die Erwartungen der Patienten an einen guten Hausarzt decken sich weitgehend mit den selbst auferlegten Ansprüchen der Ärzte an die Qualität ihrer Tätigkeit.

4. Diskussion

In einem immer komplexer werdenden modernen Leben mit sich ständig wandelnden Bedingungen und Anforderungen an die Menschen unserer Gesellschaft, kommt dem Arzt-Patienten-Verhältnis eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere der Hausarzt erlebt dies im Spannungsfeld der persönlichen Begegnung mit dem Patienten als besondere Herausforderung an seine soziale und emotionale Kompetenz. Eine Vielzahl von äußeren Einwirkungen (Gesundheitspolitik, demographischer Wandel, Wertewandel in der Gesellschaft) und deren spürbare Folgen haben in den letzten Jahren zu teils heftigen Kontroversen in der Öffentlichkeit zur Zukunft unseres Gesundheitswesens geführt (15, 16, 22, 23, 27, 36).

Ziel dieser Arbeit war es, die Vermutung einer deutlichen Veränderung im Arzt-Patientenverhältnis in der Hausarztmedizin zu untersuchen.

Vorbild für diese war insbesondere die „Pulsus“- Untersuchung (43) aus der Schweiz.

Dabei wurde unter einer ähnlichen Fragestellung die Veränderung des Hausarztbildes in der Schweiz in den letzten Jahren dargestellt. Dabei kamen nach einer schriftlichen Befragung von 400 Hausärzten 180 Fragebögen zur Auswertung. Die danach durchgeführte Patientenbefragung erfolgte durch Telefoninterviews bei Patienten, die im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens einmal bei einem Hausarzt waren. Die Erkenntnisse aus dieser Untersuchung lassen sich in folgenden Aussagen zusammenfassen:

- zunehmend ambivalentes Verhältnis von Arzt und Patient mit engeren Spielräumen und höheren Anforderungen an den Arzt und seine soziale Kompetenz
- zunehmend besser informierte Patienten mit steigenden Anforderungen an den Hausarzt
- neue Rolle des Hausarztes als „Gesundheitscoach“
- Hausarzt befindet sich in einer „Sandwichposition“ zwischen engen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Erwartungshaltung der Patienten
- zunehmender Druck dadurch auf den Hausarzt, der sich dem Patienten und seinem Selbstanspruch verpflichtet fühlt und andererseits durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen gebunden ist
- Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient schwindet darunter zunehmend

Im Unterschied dazu, sind in der vorliegenden Arbeit insbesondere die Einbeziehung ausschließlich aktuell Erkrankter auf der Patientenseite und die andere Durchführung der

Ärzte- Interviews zu nennen. Es soll hervorgehoben werden, dass die Durchführung des Ärzteinterviews in der laufenden Sprechstunde erfolgte, welches die aktuelle Befindlichkeit des Arztes stärker abbilden kann. Daraus schlussfolgernd konnte man erwarten, dass die erwarteten Trends, die sich mit der Untersuchung von „Pulsus“ decken noch stärker in Erscheinung treten. Dabei erstaunt es doch, dass die gleichen Phänomene der Veränderung im Hausarztbild auch in der sonst viel „gelobten“ Schweiz auftreten. Aus der aktuellen Literatur verschiedener Industriestaaten mit verschiedenen Gesundheitssystemen ergeben sich deutliche Hinweise auf die gleichen Konflikte und Spannungen wie in Deutschland (9, 15, 19, 21, 30, 32, 36, 43). Diese zeigen sich besonders im zunehmenden Druck auf die Ärzte durch ökonomische Zwänge und die Erwartungshaltung der Gesellschaft, sowie in einer Zunahme der Burnout- Phänomene bei den Leistungserbringern.

Die in dieser Arbeit vorliegenden Ergebnisse zeigen bei der Ärztebefragung weitgehend homogene Antworten auf die gestellten Fragen zu Veränderungen im ärztlichen Alltag. Dabei stellen die Hausärzte in Bezug auf die Fragestellungen eine weitgehend homogene Gruppe durch ähnliche Erfahrungen und Arbeitsbedingungen dar. Einheitlich und auffällig ist die Tendenz der geäußerten Wahrnehmung hinsichtlich des Verhaltens der Patienten.

Wie in Abb. 4 und 5 dargestellt, zeigt sich durchgehend ein gestiegener Beratungsaufwand hinsichtlich gesundheitlicher aber auch sozialer und persönlicher Probleme (98%).

Deutlich ist die von den Ärzten bemerkte Skepsis der Patienten, die sich im Einholen von zweiten Meinungen (87%) aber auch durch eine gestiegene Informiertheit der Patienten (96%) darstellt. Generell geben die Ärzte eine deutliche Veränderung der Situation auch dadurch an, dass sie eine gewisse Mitnahmentalität der Patienten (92%) und häufigere Konsultationen (93%) angeben. Dazu stellen sie recht einheitlich fehlendes Wissen der Patienten zu den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (98%) fest (Abb.6). Persönliche Unzufriedenheit mit dem Beruf geben 31% der befragten Ärzte an (Abb.9). Nach Angaben der Ärzte spielen ökonomische Überlegungen in der täglichen Praxis (Abb.5) eine zentrale Rolle (86%). Angst um die wirtschaftliche Zukunft der Praxis (43 %), gepaart mit der Bereitschaft nichtärztliche Einkommen zu erzielen (30%), sind Indikatoren für eine starke Veränderung der hausärztlichen Situation (Abb.10, 11). Dabei erzwingen die Veränderungen der ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in der direkten Folge einen zunehmenden Wettbewerb um die verfügbaren Ressourcen (36, 46, 47, 55, 57, 58, 59). Eine Entwicklung weg vom traditionellen Arzt- Patientenverhältnis hin zu einer Beziehung „Kunde- Dienstleister“ wäre da eine logische Konsequenz (36, 37,47,48,55). Diese Tendenz spiegelt sich in der hier vorliegenden Untersuchung (Abb.4) in den Angaben der Ärzte über zunehmende Skepsis und Informiertheit der Patienten, in der zunehmenden Tatsache der

Einholung von Zweitmeinungen und in der Wichtigkeit privater Zusatzangebote (Ärzte: 71%, Patienten: 81%) wieder (Abb.8, 31).

Bei der Betrachtung der hier reflektierten Situation stellt sich die Frage, welche Auswirkungen das hat und wie das die Patienten sehen.

Abb. 28 und 29 zeigen auffällig die nach wie vor hohen Zufriedenheitswerte mit der ärztlichen Behandlung (96%), sowie das offensichtlich vertrauensvolle Verhältnis zwischen Patient und Arzt, aus Sicht der Patienten artikuliert (87 %).

Betrachtet man diese Ergebnisse in der Ganzheitlichkeit der Aussagen, stellt man fest, dass die Patienten eine Veränderung im Arzt- Patientenverhältnis deutlich geringer wahrnehmen, als es von den befragten Hausärzten angegeben wird. Dies lässt den Schluss zu, dass es den Ärzten weitgehend gelingt, die angegebenen Veränderungen in ihrer persönlichen Wahrnehmung nicht zum Patienten zu transportieren. Eine Erklärung dafür wäre, dass das eigene Berufsbild und die sich daraus ergebenden Konsequenzen dafür ein Hindernis sind. Die befragten Hausärzte stellen allesamt an die eigene Tätigkeit hohe Maßstäbe. Dabei entsteht das Szenario einer vorgespülten heilen Welt, die zu persönlicher Belastung und Burnout- Phänomenen der Hausärzte führen. Dies wird deutlich in den Antworten zu Frage 13: Welches sind Ihre Kriterien für einen guten Hausarzt (Abb.7, 8)?

Dabei geben 33% der Befragten ständige Erreichbarkeit als sehr wichtiges und 37% der Befragten als wichtigstes Kriterium für einen guten Hausarzt an. 98% glauben sich für die persönlichen Probleme der Patienten interessieren zu müssen, 99% der befragten Hausärzte meinen dass ein Arzt-Patientengespräch solange dauern sollte, wie es medizinisch notwendig ist. Dabei halten 96% der befragten Hausärzte (50% sehr wichtig- 46% teilweise wichtig) kurze Wartezeiten für notwendig. 77% der Hausärzte halten die tägliche Möglichkeit zu Konsultationen für sehr wichtig. 96% der Hausärzte halten die gründliche Untersuchung für sehr wichtig, und 46% der Ärzte meinen sich perfekt in allen medizinischen Bereichen auskennen zu müssen. (10% sehr wichtig-36% teilweise wichtig). 97% stimmen der Aussage schnell und effizient diagnostizieren zu können zu und 93% fordern sicher in Diagnose und Therapie zu sein. Unter den objektiven Bedingungen einer typischen Hausarztpraxis müssen die oben genannten Ansprüche an die eigene Tätigkeit im Zusammenhang mit den Veränderungen auf der Patientenseite in (größerer Beratungsaufwand, kritischere Patienten, häufigere Besuche von chronisch Kranken) hinterfragt werden. An dieser Grundkonstellation lassen sich die Veränderungen im Hausarztbild aufzeigen. Dabei entsteht eine Sandwichposition (43), die nach einer Neudefinition des Hausarztbildes verlangt.

Wenn einerseits die Verknappung der materiellen Mittel im Gesundheitswesen die verfügbaren Ressourcen deutlich begrenzt und andererseits ein fast vollständig unverändertes

Festhalten an tradierten Werten in der Hausarztmedizin sowohl auf ärztlicher wie auch auf der Patientenseite gegenüberstehen, erhöht sich der Druck auf die Hausärzte deutlich (1, 13, 46). Dies führt in der Konsequenz zu mehreren Erscheinungen, die beispielhaft in einer zunehmenden Ausdünnung der Hausarztmedizin (39) und in der Suche nach alternativen Einkommensmöglichkeiten offenbar werden. Dabei bestätigen in der vorliegenden Untersuchung 30% der befragten Kollegen, die Notwendigkeit nichtärztlicher zusätzlicher Einkommen und 21% haben Interesse an alternativer Berufsausübung.

Die sich herausbildenden neuen Strukturen und Verhaltensweisen sowohl bei Patienten, als auch Ärzten spiegeln die Notwendigkeit einer Neudefinition der hausärztlichen Tätigkeit wieder. Dazu gehört auch die Notwendigkeit der Bildung eines einheitlich akzeptierten Maßstabes des Umfangs vertragsärztlicher Versorgung, sowie der notwendigen dazugehörigen Information der Patienten über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (31).

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Annahme vermuteter Defizite bei den Kenntnissen der Patienten zu den Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis (Abb.23 u 24). Es schätzten 55% der Patienten das Arzneimittelbudget mit 200 bis fast 1000 Euro deutlich zu hoch ein. Gleichermäßen deutlich fiel die Schätzung des Arzthonorars aus, bei der 33% zugeben mussten, nichts zu wissen und lediglich 29 % näherungsweise mit ihrer Schätzung an die Realität herankamen. 35% der Patienten verschätzten sich hier kräftig nach oben mit Angaben von 100 bis 200 Euro (22%) sowie 200 bis 500 Euro (13%).

Auf dieser Grundlage entstehen Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Patienten. Dabei gelingt den Ärzten noch der Spagat zwischen den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und den Anforderungen, die Sie an sich selbst und an Ihre Tätigkeit stellen und die so auch von den Patienten erwartet wird. Dabei zeigen sich aber auch deutliche Symptome des Burnout- Syndroms (29, 30). Dies wird indirekt durch die Angaben der Ärzte zu verspürtem Zeitdruck und geäußertem Zynismus deutlich (Abb.5, 6).

Letzterer zeigt sich in der starken Bestätigung einer vermeintlichen“ Mitnahmentalität“ der Patienten (92%).Hier muss erwähnt werden, dass es nicht einmal zu einer Erklärungsbedürftigkeit des Begriffes während der Interviews gekommen ist. Scheinbar konnten die Kollegen mit dieser Begrifflichkeit sofort umgehen. Als eingebürgerter Begriff versteht man darunter die Haltung von Menschen „mitzunehmen was, nur immer möglich ist“, unabhängig vom wirklichen Bedarf, solange es nicht das eigene Geld kostet.

Dabei lässt sich vermuten, dass die Ärzte häufig mit scheinbar unberechtigten Wünschen und Forderungen der Patienten konfrontiert werden.

Wie die Ärzte und die Patienten damit in der täglichen Praxis umgehen, kann hier nur vermutet werden. Immerhin sind die überwiegende Anzahl (96%) der Patienten mit ihrem Hausarzt (letzter Besuch) zufrieden und 87% bestätigen ein nach ihrer Ansicht vertrauensvolles Verhältnis.

Diese Tatsachen bestätigen die Vermutung einer doch differenten Wahrnehmung von Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis von Ärzten und Patienten.

Während einerseits die Patienten deutliche Anzeichen von Vertrauen und Zufriedenheit artikulieren, zeigen doch die Antworten der Ärzte deutliche Anzeichen von Belastungen in diesem Kontext. Hervorzuheben ist aber auch die Tatsache, dass ein erheblicher Teil der Patienten (46%) den erhöhten Druck, der auf den Ärzten lastet verspürt (Abb.19).

Dazu gehört auch die Tatsache, dass vor allem solche Patienten eine Veränderung in der Arzt-Patientenbeziehung spüren, die chronisch krank und unabhängig vom Geschlecht, zwischen 30 und 50 Jahre alt sind (Abbildung 23, 24). Sicherlich hat diese Patientengruppe die höchsten Ansprüche an die ärztliche Behandlung, da sie einerseits noch häufig im Berufsleben stehen, damit trotz chronischer Erkrankung leistungsfähig bleiben müssen und andererseits selbstbewusster und kritischer als die älteren Patienten sind (8, 13, 14, 51).

In der Analyse der Veränderungen im Arzt- Patientenverhältnis (Abbildung 25) dominieren dann das Ansprechen von Kosten- und Krankenkassenprobleme deutlich vor Zeitmangel im Gespräch und finanziellem Eigeninteresse des Arztes.

Betrachtet man die nationalen und internationalen Untersuchungen zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik (2, 8, 11, 16, 22, 23, 49, 53,56) fällt auf, dass in der Mehrzahl Versichertenbefragungen die Basis für die Diskussion zu verschiedenen Gestaltungsoptionen darstellt. In einigen Arbeiten werden auch die Unterschiede und Widersprüche in den Bedürfnissen von Versicherten und Kranken aufgezeigt (8, 13, 14, 20, 51). Während „Versicherte“ anscheinend durchaus für verschiedene Modelle der Gestaltungsoptionen mit mehr Eigenverantwortung des Patienten bereit wären und auch die Begrenzung der finanziellen Aufwendungen zum Ziel haben (41, 44), ist für insbesondere chronisch Erkrankte die Absicherung aller Leistungen durch Staat und Solidargemeinschaft und der unbegrenzte Zugang zu den medizinischen Ressourcen wichtig (13, 14, 51). Dabei spielt sicher die persönliche Betroffenheit von chronischer und schwerer akuter Erkrankung mit dem daraus resultierenden Orientierungswandel der Persönlichkeit die entscheidende Rolle (51).

Wesentliche Trends der Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis in dieser vorliegenden Arbeit sind vergleichbar mit den gefundenen Resultaten der „Pulsus“- Studie und der Versichertenbefragung der Gmünder Ersatzkasse..

Tab.1: Vergleich der Patientenbefragung Ergebnisse Pulsus 2000, Versichertenbefragung GEK 2000, Nehler 2005 /6

Merkmale der Veränderung	Pulsus 2000	GEK 2000	Nehler 2005/6
Das Arzt-Patientenverhältnis hat sich verändert	10 %	31%	7,6%
Ärzte stehen zunehmend unter Druck	27 %	keine Angabe	46 %
Vermehrtes Ansprechen der Kosten	34 %	31 %	42%
Arzt tut nicht mehr alles für meine Gesundheit	5 %	16,5%	13%
Vermehrte Kritik am gesetzlichen Versicherungssystem durch den Arzt	33 %	27 %	22 %

Die Ergebnisse der „Pulsus“- Studie und der eigenen Untersuchung sind in den Kernaussagen nahezu identisch. Als zusätzlichen Vergleich wurde die Untersuchung der GEK (13) mit herangezogen, welche einen besonders brisanten Aspekt der Gestaltung des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses berührt. Dabei stand Leistungsverweigerung und

Rationierung im deutschen Gesundheitswesen mit seinen Auswirkungen auf das Vertrauen der Versicherten im Brennpunkt der Untersuchung. Hier zeigen sich deutlich höhere Misstrauenspotentiale als in anderen Untersuchungen. Dabei sollte bemerkt werden, dass in der Fragebogengestaltung nach negativen Erlebnissen (Leistungsverweigerungen) gefragt wurde, und somit bereits eine kritischere Betrachtungsweise der aktuell empfundenen Situation erzeugt wurde (8).

Dabei offenbart sich eine deutlich stärkere Störung der Vertrauensbasis zwischen Ärzten und ihren Patienten auf Grund ökonomischer Zwänge in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Damit ergibt sich der deutliche Hinweis, dass alleine ökonomische und strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen die anstehenden Probleme nicht lösen können. Vielmehr bedarf es eines gesellschaftlichen breiten Konsens zur Bestimmung des Umfangs und der Qualität ärztlicher Leistung und der dazu notwendigen ökonomischen Rahmenbedingungen. Das heißt, dass allein Sparmassnahmen keine Antwort auf diese drängenden Fragen sein können und sie lediglich geeignet sind, das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient zu untergraben (14,15).

In diesem Kontext sollten Untersuchungen zu den hier aufgezeigten Problematiken in der Zukunft mehr aus der Sichtweise der involvierten und am Patienten tätigen Ärzte vorgenommen werden.

Das Ziel dieser Bemühungen sollte die weiterhin tragfähige Arzt-Patientenbeziehung mit zufriedenen Patienten und zufriedenen Ärzten sein, eingebettet in einen von der Gesellschaft getragenen Rahmen, der sowohl den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung als auch den dafür angemessenen Preis definiert. Bei den damit unausweichlich ethischen Herausforderungen darf erwähnt werden, dass ein weiteres Zuwarten und Verzögern einen ganzen Berufsstand in seinem Selbstverständnis und gesellschaftlichen Bedeutung erheblich beschädigen kann.

Es konnte gezeigt werden, dass die von vielen Hausärzten empfundenen Veränderungen im Arzt- Patienten- Verhältnis durch steigende Anforderungen an die Ärzte und ihre soziale Kompetenz und Belastung ihrer zeitlichen und ökonomischen Möglichkeiten im Zusammenhang mit hohen gesellschaftlichen und persönlichen Erwartungen zu immer schwerwiegenderen Veränderungen im Gesundheitswesen führen, die sich in einer standardisierten Befragung von Hausärzten und Patienten finden lassen. Die in diesem Zusammenhang entstandene Hilflosigkeit hat zu einer alarmierenden Situation, Streiks und Verunsicherungen geführt. In der näheren Zukunft muss damit gerechnet werden, dass sich diese Trends weiter fortsetzen

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht aus dem Blickwinkel der Hausärzte und Patienten die Veränderungen der Arzt-Patientenbeziehung in den letzten Jahren in Deutschland.

Dazu wurden insgesamt 200 Hausärzte und 500 Patienten interviewt. Die Interviews mit den Ärzten wurden durch einen professionellen Interviewer telefonisch durchgeführt. Die Befragung erfolgte in der laufenden Sprechstunde.

Die Patientenbefragung erfolgte in den Räumen der Hausärzte im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Aufsuchen der Sprechstunde mittels standardisiertem Fragebogen.

Es sind deutliche Veränderungen in der Rolle des Hausarztes sichtbar, der zunehmend als Lebensberater fungiert und sich im psychologischen Spagat zwischen Ökonomie und persönlichen und gesellschaftlichen Ansprüchen an seine Tätigkeit befindet.

Zunehmend kritische und stärker informierte Patienten erfordern mehr Zuwendung und Aufklärung für die aber nicht genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

46% der Patienten verspüren den zunehmenden Druck, der auf den Hausärzten lastet und haben selbst nur geringe Kenntnisse zu den ökonomischen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis. Diese Veränderungen sind das Ergebnis der Gesundheitspolitik der letzten Jahre, die auch häufig nicht als sachlich korrekte Information den Patienten erreicht.

Hintergrund dieser Entwicklung ist der von der Politik gewollte Sparkurs, der die defizitäre Situation der gesetzlichen Krankenkassen verbessern soll.

Die Veränderung der Situation geht einher mit wirtschaftlicher Verunsicherung und steigenden Anforderungen an die soziale Kompetenz der Hausärzte. Eine Auswirkung dieses Prozesses ist die verstärkte Suche (21 %) nach beruflichen Alternativen. 43% der Hausärzte sorgen sich um die wirtschaftlichen Zukunft ihrer Praxis und 31 % sind mit ihrem Beruf nicht mehr zufrieden.

Kernpunkte der geäußerten Defizite sind zu wenig Zeit für den Patienten (90%) und zunehmende Bürokratie(98%).

Ein vermehrter Beratungsaufwand (98%) und gestiegene Ansprüche an die ärztliche Beratung werden von den Hausärzten einheitlich angegeben.

Auf der Patientenseite wird diese Veränderung nicht mit dieser Deutlichkeit gesehen. 87 % der Patienten haben eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Hausarzt und 96% waren mit dem letzten Besuch zufrieden bis sehr zufrieden. Zu den ökonomischen Rahmenbedingungen verfügen die meisten Patienten nicht über realitätsnahe Informationen. Diese Tendenzen und eine hinzukommende ungünstige Altersstruktur (Durchschnittsalter der Hausärzte: 52,4 Jahre) sind in der Lage, in absehbarer Zeit die Hausarztmedizin deutlich zu gefährden. Auswege aus der derzeitigen Situation sind die bürokratische Entlastung, planbare Vergütungen die dem

wahren Aufwand entsprechen und die Stärkung der sozialen Kompetenzen der Hausärzte, um im oben genannten Spannungsfeld gute Arbeit leisten zu können. Dazu ist sicherlich die Versorgungsforschung auch im Gebiet der Hausarztmedizin weiter erforderlich. Dabei stehen ethische und philosophische Aspekte in einer Reihe mit grundsätzlichen ökonomischen Überlegungen.

Ein weiteres Verschieben der Lösung dieser dringenden Fragen könnte das Arzt-Patientenverhältnis weiter belasten und wäre damit auch nicht im Interesse der Hausärzte, die sich in diesen Erkenntnisprozessen mehr einbringen müssen, damit das Anliegen hausärztlicher Tätigkeit nicht durch Vertrauensverluste gefährdet wird.

Weitere Untersuchungen aus dem Blickwinkel der Basisversorger können mithelfen den Prozess gesellschaftlicher Konsensfindung zu beschleunigen.

6.Literaturverzeichnis

1. Allensbacher Bericht Nr. 8/2004: Die demographische Entwicklung hat dramatische Folgen. www.ifd-allensbach.de/news/prd_0408.html (download: 26.01.05)
2. Allensbacher Bericht Nr. 20/2003: Vorschläge zur Reform des Gesundheitssystems. www.ifd-allensbach.de/news/prd_0320.html (download: 26.01.2005)
3. Allensbacher Bericht Nr.7/2003: Ärzte weiterhin vorn. www.ifd-allensbach.de/news/prd_0307.html (download: 26.01.2005)
4. Allensbacher Bericht Nr.8/2004: Die demographische Entwicklung hat dramatische Folgen. www.ifd-allensbach.de/news/prd_0408.html (download: 26.01.2005)
5. Allensbacher Bericht Nr.22/2003: Gesundheit aus dem Netz. www.ifd-allensbach.de/news/prd_0322.html (download: 26.01.2005)
6. Altgeld Th, Bockhorst R: Neue gesundheitspolitische Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung- alte Verhaltensmuster in der Bevölkerung? In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2004, S. 25-51
7. Anton S, Brinckmann H, Hagenmeyer E-G, Häussler B, Hoffmann J, Kahan J P, Klautzer L, Nolting H-D, Reschke P, Ryll A, Schifthorst G, Sehlen S, Tönshoff S: Eigenverantwortung Ein gesundheitspolitisches Experiment .Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2004
8. Aust B: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1994
9. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Küchler T, Berufsreport 2003: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Dtsch Arztebl 101 (2004) A28-32
10. Borgers D, Streich W: Prävention- Alltagsverhalten und der Beitrag der Hausärzte. In: Böcken j, Braun B Schnee M, (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003 Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2003, S. 56-70

11. Böhmer W: In welchem Gesundheitswesen wollen wir leben? In: Slesina W (Hrsg.) Reformierung des Gesundheitssystems- oder: In welchem Gesundheitssystem wollen wir leben? Eine Disputation VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden, 2005, S.33-42
12. Böhmer W: Stärkere im System verankerte Eigenverantwortung. In: Slesina W (Hrsg.) Reformierung des Gesundheitssystems- oder: In welchem Gesundheitssystem wollen wir leben? Eine Disputation VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden, 2005, S.103-106
13. Braun B,: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen-Folge eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Ergebnisbericht einer Befragung von GEK – Versicherten.
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17, Asgard Verlag, St. Augustin, 2000
14. Braun B: Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierungen im Gesundheitswesen .Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17, Asgard Verlag, St. Augustin, 2000 S. 97-111
15. Braun B, Calnan M, Groenwegen P, von der Schnee E, Schnee M: Zeitlicher und internationaler Vergleich des Vertrauens in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2003, S.136-158
16. Braun B: Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2004, S.122-136
17. Braun B, Schnee M: Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Akteuren, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2004, S. 173-186
18. Brinkmann H, Schnee M: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2004, S. 85-98
19. Busse R, Schlette S: Gesundheitspolitik in Industrieländern. Ausgabe 2, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh, 2004, S.65-80

20. Butzlaff M, Floer B, Isfort J: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag ? In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003 Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh, 2003, S. 41-55
21. Clade H: Schweizer Modell. Nicht lupenrein übertragbar. Dtsch Arztebl 101 (2004) A3158
22. Delphi Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens (Hrsg.): Janssen- Cilag (1999)
23. Delphi Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens (Hrsg.) Janssen Cilag (2006)
24. Edwards N, Kornacki J, Silversin N: Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 324(7341) 2002 835-838
25. Etgeton S: Individuelle Gestaltungsoptionen der Verbraucher im Gesundheitswesen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M,(Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2004, S. 64-74
26. Gesundheitsreport 2006, IfD Allensbach Umfrage 7083 Medic Trib 41 Nr.12 (2006) 47
27. Gostomzyk G: Gestaltung eines patientenorientierten Gesundheitssystems. In Slesina W (Hrsg.) Reformierung des Gesundheitssystems- oder: In welchem Gesundheitssystem wollen wir leben? Eine Disputation VS Verlag Sozialwissenschaften Wiesbaden, 2005, S. 53-66
28. Gebuhr K: Der zeitliche Umfang der vertragsärztlichen Arbeitszeit im Verhältnis zu ausgewählten arbeitsorganisatorischen, sozialen und individuellen Faktoren (Detailanalyse einer schriftlichen Befragung von 2004) Brendan- Schmittmann-Stiftung, 2005
29. Gebuhr K: Die vertragsärztliche Tätigkeit im Lichte des Burnout- Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Beurteilung(Ergebnisse schriftlicher Befragungen von 1996, 2002 und 2004) Brendan-Schmittmann-Stiftung, 2005
30. Haustein K-O: Und nun nochmals: Unser Gesundheitssystem und seine nicht beachteten Grenzen. Ärztebl Thüring 15 (2004) 581-586
31. Humiler K ,Bichsel M, Junker C, Minder C E, Calmonte R: Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz .Bundesamt für Statistik, Neuchatel, 2002

32. Isfort J, Floer B, Butzlaff M: shared decision making – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004 Verlag Bertelsmannstiftung Gütersloh, 2004, S.88-100
33. Jachertz N: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. Dtsch Arztebl 101 42 (2004) A2787
34. Jachertz N: Redaktion im Gespräch. Dtsch Arztebl 102 1-2 (2005) A16-17
35. Jung K: Die Vermarktung des Gesundheitswesens erwandelt Gesunde in Kranke. Ärztebl Thüring 16 (2005) 54
36. King H V: Physician burnout. Ann Intern Med Vol. 135 2 (2001)
37. Kirsching S, Michel S, von Kardorff E: Der online informierte Patient. Dtsch Arztebl 101 46 (2004) A3090-3092
38. Kirsching S, Michel S, von Kardorff E: Offener Dialog gesucht. Dtsch Arztebl 101 46 (2004) A3090-3092
39. Kopetsch T: Gravierender Mangel an Hausärzten im Osten. Dtsch Arztebl 101 42 (2004) A2784-2786
40. Korzilius H: Aufbruch in eine ungewisse Zukunft. Dtsch Arztebl 102 1-2 (2005) 18-24
41. Marstedt G: Die steigende Popularität alternativer Medizin-Suche nach medizinischen Gurus und Wunderheilern? In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2002, S.130-149
42. Marstedt G: Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung, Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002 . Bertelsmannstiftung, Gütersloh, 2002, S.117-135
43. Pulsus: Ärztebefragung Zentralschweiz , Patientenbefragung Schweiz, 2000 www.pulsus.ch/New%20Pulsus%20Files/German.html (download 15.01.2005)
44. Rabatta S: Zu Reformen bereit. Dtsch Arztebl 101 43 (2004) A2845
45. Rieser S: Genug Ärzte. Dtsch Arztebl 102 3 (2005) A106

46. Richter-Kuhlmann E A: Im Schraubstock der Ökonomie. Dtsch Arztebl 101 44 (2004) A2922
47. Richter-Kuhlmann E A: Werte im Wandel Dtsch Arztebl 102 40 (2005) A2694-2696
48. Rosenberger M: Die beste Medizin für alle- um jeden Preis? Dtsch Arztebl 103 12 (2006) A764-767
49. Sawicki P T: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Med Klin 100 11 (2005) 755-768
50. Schneider S: Effiziente medizinische Recherche. Dtsch Arztebl 101 43 (2004) A 2870-2872
51. Schulz T: Orientierungswandel bei Gesundheit und Krankheit. Schriftenreihe Gesundheit-Arbeit- Medizin Band 26 , Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven, 2001
52. Streich W: Der Hausarzt als Primärversorger und Lotse im Gesundheitssystem- Stand der Praxis und Entwicklungschancen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M(Hrsg.):Gesundheitsmonitor 2003.Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2003, S. 26-40
53. Streich W: Qualität der ambulanten Versorgung, In Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2002. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2002, S. 12-34
54. Turre R, Ethik im Gesundheitswesen- Anforderungen aus der Sicht der Diakonie. In Slesina W (Hrsg.) Reformierung des Gesundheitssystems- oder: In welchem Gesundheitssystem wollen wir leben? Eine Disputation VS Verlag Sozialwissenschaften Wiesbaden ,2005, S. 69-80
55. Unschuld P U: Der Patient als leidender und Kunde. Dtsch Arztebl 103 17 (2006) A1136-1139
56. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2006
www.kbv.de/publikationen/8700.html (download 03.11.06)
57. Weber I: Mehr Patienten, weniger Ärzte und geringere Finanzmittel Dtsch Arztebl 102 44 (2005) A2987-2988

58. Wehkamp K H: Brücke zwischen Qualität und Ökonomie Dtsch Arztebl 101 36 (2004) A2374-2378

59. Winkelmann R: Health care reform and the number of doctor visits- an econometric analysis. J Appl Econ 19 (2004) 455-472

60. Zenker M: Ein Jahr Gesundheitsreform- Fazit aus Sicht der niedergelassenen Ärzte Thüringens. Ärztebl Thüring 16 (2005) 55

61. Zentrale Ethikkommission: Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Dtsch Ärztebl 97 15 (2000) A1017-1023

62. Zusammenfassung Wortprotokoll Jahrestagung Nationaler Ethikrat 21.04.2004
www.ethikrat.org/publikation (download 27.01.2005)

Anlage 1

Sehr geehrte/r Herr/Frau Kollege/in !

Im Rahmen einer groß angelegten Untersuchung zur Veränderung des Hausarztbildes in den neuen Bundesländern seit der Wende möchte ich Sie um Ihre geschätzte Teilnahme und um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen bitten. Das Interview dauert erfahrungsgemäß ca. 3 Minuten. Die Befragung erfolgt anonym und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen

01. Wenn Sie an die Patienten Ihrer Praxis denken, welche Veränderungen sind Ihnen in den letzten Jahren (1 bis 5) aufgefallen?

voll zutreffend etwas zutreffend nicht zutreffend

- 01 Die Patienten erscheinen informierter
- 02 gestiegene Ansprüche an ärztliche Beratung
- 03 zunehmende Skepsis gegenüber ärztlicher Beratung
- 04 vermehrt Einholen von zweiter Meinung
- 05 vermehrt Konfrontationen mit psychischen und sozialen Problemen
- 06 gestiegene Nachfragen nach Medikamenten
- 07 Haus- Arzt wird als persönliche Bezugsperson wichtiger
- 08 gestiegenes Gesundheitsbewusstsein der Patienten
- 09 zunehmende „Mitnahmentalität“ der Patienten
- 10. Patientengut wird immer älter- Jugend bleibt weg
- 11 Patienten sind leichter zu führen
- 12 Die Situation ist unverändert
- 13. anderes

02. Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf Ihre tägliche Arbeit in der Praxis ?

- 01 gestiegener Beratungsaufwand pro Patient
- 02 häufigere Besuche pro Patient

- 03 vermehrte Konfrontation mit Problemen außerhalb
des medizinischen Bereiches
- 04 Reduktion der Anzahl der Patienten im Quartal
- 05 Sie als Arzt müssen umfassender beraten
- 06 ökonomische Erwägungen spielen in fast jedem
Arzt-Patienten-Kontakt eine dominierende Rolle
- 07 Sie fühlen sich als „Prellbock“ verfehlter Gesundheitspolitik
- 08. die Arbeit ist leichter geworden
- 09 Die Situation ist unverändert
- 10. anderes

03. Wie häufig werden Sie von Ihren Patienten auch auf soziale psychische und religiöse Probleme angesprochen?

- 01 häufig
- 02 gelegentlich
- 03 selten
- 04 überhaupt nicht

04. Wie häufig werden Sie von Ihren Patienten auf Zukunftsängste und finanzielle Probleme angesprochen?

- 01 häufig
- 02 gelegentlich
- 03 selten
- 04 überhaupt nicht

05. Wenn Sie an Ihre tägliche Arbeit denken ,bewerten Sie bitte folgende Aussagen nach ihrer persönlichen Einstellung

voll zutreffend etwas zutreffend nicht zutreffend

- 01 für meine chronisch Kranken bräuchte ich
viel mehr Zeit.

02. Je höher der Anteil chronisch Kranker –um so
schwieriger die wirtschaftliche Situation
der Praxis
03. unter den Bedingungen von Arzneimittel –
Richtgrößen und Heilmittelbudget kann ich
trotzdem alles medizinisch Erforderliche
für meine Patienten tun
04. der bürokratische Arbeitsaufwand stiehlt
notwendige Zeit für Patienten
Um wie viel Prozent ist er in den letzten 5 Jahren ca. gestiegen? (%)
05. die überwiegende Zahl der Patienten hat keine
realitätsnahe Vorstellung von den
ökonomischen Rahmenbedingungen unserer
Tätigkeit (Richtgrößen Honorare etc.)

06. Welche Probleme beschäftigen Sie als Hausarzt zurzeit besonders?

voll zutreffend etwas zutreffend nicht zutreffend

- 01 Kostendruck im Gesundheitswesen
- 02 Ihre persönliche Einkommenssituation
- 03 Rationalisierungsmaßnahmen
- 04 Auswirkungen des
Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)
- 05 Zweiklassenmedizin
- 06 Entwicklung Richtung Staatsmedizin
- 07 zunehmender Druck durch Patienten
- 08 weniger Zeit für Patienten
- 09 fühlen Sie sich standespolitisch zu wenig vertreten
- 10 befürchten Sie eine drohende Ärzteschwemme
aus dem EU-Raum
- 11 anderes:

07. Schätzen Sie Ihre persönliche Berufszufriedenheit ein.

01 voll und ganz zufrieden

02 zufrieden

03 unzufrieden

04 völlig unzufrieden

08. Haben Sie Angst um die wirtschaftliche Zukunft Ihrer Praxis?

01 ja

02 nein

03 weiß nicht

09. Halten Sie nebenberufliche(nichtärztliche) Einkommen zur Existenzsicherung für die Zukunft für notwendig?

01 ja

02 nein

03 weiß nicht

10. Wenn Sie eine Alternative zu Ihrer heutigen Tätigkeit bei etwa gleichen Einkommensmöglichkeiten in anderen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens finden würden, wäre Sie dies für Sie interessant?

01 ja

ein Beispiel:

02 nein

03 weiß nicht

11. Tragen Sie mit Ihrer Praxis allein zum Familieneinkommen bei oder haben Sie einen Partner, der zusätzlich die Einkommenssituation der Familie stützt(Einkünfte außerhalb der Praxis)?

01 Alleinverdiener

02 zusätzliche Einkommen über Lebenspartner sind vorhanden

12. Würden Sie Ihre freiberufliche Tätigkeit zu Gunsten einer Anstellung tauschen?

01 ja

02 nein

03 weiß nicht

13. Welches sind Ihre Kriterien für einen guten Hausarzt im Sinne des medizinisch - humanistischen Auftrages? Bewerten Sie die nach folgenden Kriterien

unwichtig wichtig sehr wichtig

01 der HA/Ä sollte immer erreichbar sein

02 er/sie sollte sich auch für die privaten Probleme u. Sorgen
der Patienten interessieren

03. das Arzt- Patienten-Gespräch sollte so lange dauern,
wie es medizinisch notwendig ist

04.kurze Wartezeiten in der Praxis

05.tägliche Möglichkeit für den Pat. zur unangemeldeten
Konsultation

06. gründliches Untersuchen des Pat.

07. sich in allen medizinischen. Bereichen perfekt auskennen

08 schnell und effizient diagnostizieren

09.sicher in der Therapie sein

10. eine modern eingerichtete Praxis

11.freundliches Praxispersonal

12.private Zusatzangebote machen(IGEL)

13.wirtschaftlich denken

14.anderes

14. Fragen zur Statistik

01 Alter.....

02 Geschlecht

03 in welchem Einzugsgebiet sind Sie niedergelassen

ländlich

kleinstädtisch unter 30.000 Einwohnern

mittelstädtisch 30.000 bis 100.000 Einwohner

...großstädtisch über 100.000 Einwohner

04 Dauer Ihrer Niederlassung in Jahren.....

05 in welchem Bundesland

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Anlage 2**Liebe Patientin- lieber Patient!**

Ihre Meinung ist gefragt!

Im Rahmen einer groß angelegten Untersuchung rund um das Thema hausärztliche Betreuung in den neuen Bundesländern bitten wir Sie nachfolgenden Fragebogen, Ihr entsprechendes Einverständnis vorausgesetzt, zu beantworten.

Die Befragung erfolgt anonym und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften. Bitte kreuzen Sie nach Ihrer Meinung Zutreffendes an.

01. Wie oft suchen Sie den Hausarzt auf?

- mehrfach im Quartal
- mindestens 3x im Jahr
- mindestens 1x im Jahr
- nur sporadisch

02. Würden Sie sich als chronisch erkrankt bezeichnen?

- Ja
- Nein

03. Wie alt sind Sie?/Geschlecht

_____ Jahre M W

04. Was war der Grund Ihres letzten Besuchs?

- 01 Dauerbehandlung chronische Erkrankung (Diabetes, Bluthochdruck Krebs, Herzinfarkt, schwere chronische Schmerzen u. ähnliches)
- 02 Kontrolle/Routineuntersuchung
- 03 allgemeines Unwohlsein
- 04 Erkältung – Grippe
- 06 psychische Probleme
- 07 Rezept/Medikamente holen

08 „anderes“ bitte eintragen: _____

09 keine Angabe

05. Wie zufrieden waren Sie mit dem Besuch?

01 sehr zufrieden

02 zufrieden

03 unzufrieden

04 sehr unzufrieden

05 keine Angabe

06. Wie beschreiben Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Hausarzt/Hausärztin?

01 sehr distanziert

02 eher distanziert

03 eher vertrauensvoll

04 sehr vertrauensvoll

05 keine Angabe

07. Wie oft haben Sie Ihren Hausarzt/Hausärztin schon gewechselt?

01 einmal weiter mit Frage 08

02 mehrmals weiter mit Frage 08

03 noch nie weiter mit Frage 09

04 weiß nicht weiter mit Frage 09

08. Was sind die Gründe dafür, dass Sie Ihren Hausarzt/Hausärztin schon gewechselt haben?(Mehrfachnennung möglich)

01 zu wenig Zeit für Untersuchungen/Beratungen

02 ist nicht auf meine Bedürfnisse eingegangen

03 hat mich zuwenig über die Behandlung informiert

- 04 Leistungsverweigerungen(z.B. Medikamente -Massagen)
- 05 Beschwerden sind nicht zurückgegangen
- 06 war allgemein unzufrieden
- 07 wollte eine zweite Meinung einholen
- 08 sollte privat bezahlen(IGEL)
- 09 anderes: _____

09. Gehen Sie heute häufiger oder weniger häufig zum Hausarzt/ Hausärztin als noch vor ein paar Jahren?

- 01 häufiger weiter mit Frage 10
- 02 weniger weiter mit Frage 11
- 03 weiß nicht weiter mit Frage 12

10. Warum gehen Sie häufiger zum Hausarzt/Hausärztin?(Mehrfachnennung möglich)

- 01 möchte mehr Leistung für die hohen Krankenkassenprämien
- 02 brauche mehr Beratung und Gespräche
- 03 habe mehr Stress, stehe mehr unter Druck
- 04 brauche mehr Medikamente
- 05 Gesundheit ist mir wichtiger geworden/ will vorbeugen
- 06 anderes: _____
- 07 weiß nicht

11. Warum gehen Sie heute weniger häufig zum Hausarzt/ Hausärztin?(Mehrfachnennung möglich)

- 01 will Kosten Sparen
- 02 versuche erst, mich selbst zu behandeln
- 03 fühle mich gesünder
- 04 brauche weniger Medikamente
- 05 Arzt hat weniger Zeit für mich
- 06 anderes: _____
- 07 weiß nicht

12. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr/e Hausarzt/ Hausärztin mehr unter Druck steht als früher?

- 01 ja weiter mit Frage 13
- 02 nein weiter mit Frage 14
- 03 weiß nicht weiter mit Frage 14

13. Welche Folgen hat es für Sie als Patient/ in?(Mehrfachnennung möglich)

- 01 weniger Zeit für Gespräche
- 02 schlechtere Behandlung/ weniger gute medizinische Betreuung
- 03 größere Bereitschaft, den Arzt zu wechseln
- 04 mehr Eigeninitiative vom Patienten/muss mehr fragen
- 05 gehe weniger häufiger zum Arzt/zögere Besuch hinaus
- 06 anderes: _____
- 07 weiß nicht

14. Wie lange kennen Sie Ihren Hausarzt?

- 01 bis 1 Jahr
- 02 1 bis 2 Jahre
- 03 länger als 2 Jahre

15. Welches sind Ihre Kriterien für einen guten Hausarzt?

Bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen hinsichtlich Ihrer Wichtigkeit.

	unwichtig	wichtig	Sehr wichtig
01 der HA sollte immer erreichbar sein			
02 Interesse und Verständnis für meine privaten Probleme haben			
03 für das Arzt-Patientengespräch mindestens 20 Minuten Zeit haben			
04 kurze Wartezeiten in der Praxis			
05 tägliche Möglichkeit einen Termin zu bekommen			
06 sehr gründlich untersuchen			

18. Bitte schätzen Sie die Höhe des verfügbaren Arzneimittel-Budgets (Richtgröße) pro Patient und Quartal

- 01 10 Euro
- 02 50 Euro
- 03 200 Euro
- 04 500 Euro
- 05 1000 Euro

19. Die Kosten im Gesundheitswesen steigen ständig (technischer Fortschritt, Gentechnik usw.)

Wie sollte das Ihrer Meinung nach bezahlt werden?

- 01 höhere Kassenbeiträge
- 02 private Zuzahlungen
- 03 staatliche Zuschüsse
- 04 weiß nicht

20. Glauben Sie, dass Ihr Hausarzt/Hausärztin finanzielle Probleme hat oder finanzielle Probleme in der Zukunft durch die Veränderungen im Gesundheitssystem zu erwarten hat?

- 01 ja
- 02 nein
- 03 weiß nicht

21. Bitte schätzen Sie die Vergütung, die ein Hausarzt/Hausärztin durch die Behandlung eines Patienten im Quartal bekommt, ein.

- 01 30,00 - 40,00 EURO
- 02 40,00 - 100,00 EURO
- 03 100,00 - 200,00 EURO
- 04 200,00 - 500,00 EURO
- 05 500,00 - 1000,00 EURO
- 06 weiß nicht

22. Hat sich in den letzten 1 bis 5 Jahren etwas im Verhältnis zu Ihrem HA/-Ärztin geändert?

- 01 ja weiter mit Frage 23
- 02 nein weiter mit Frage 24
- 03 weiß nicht weiter mit Frage 24

23. Wodurch zeigt sich die Veränderung dieses Verhältnisses? (Mehrfachnennung möglich)

- 01 Kosten der Behandlung werden immer öfter angesprochen
- 02 seine eigenen finanziellen Interessen spielen bei meinem Arzt eine immer stärkere Rolle
- 03 mein Arzt tut nicht mehr alles, was meiner Gesundheit nützt
- 04 mein Arzt nimmt sich immer weniger Zeit für mich
- 05 mir wurden mehrmals Leistungen als Privatpatient angeboten
- 06 es häufen sich kritische Bemerkungen zum Kassensystem
- 07 anderes: _____

24. Der Anteil der Medikamente u. Gesundheitsprodukte, die selbst bezahlt werden müssen, wird immer höher. Kaufen Sie sich diese Produkte?

- 01 ja
- 02 nein
04. keine Angabe

25. Würden Sie diese Produkte auch in einem entsprechenden Shop in der Hausarztpraxis erwerben?

Finden Sie dies gut oder nicht?

- 01 fände ich gut, würde ich machen
- 02 fände ich nicht gut
- 03 weiß nicht
04. keine Angabe

26. Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?

- 01 sehr gut
- 02 gut
- 03 schlecht
- 04 sehr schlecht
- 05 weiß nicht,
- 06 keine Angabe

27. Sie sind erwerbstätig als:

- 01 Facharbeiter/-in
- 02 Meister/Vorarbeiter
- 03 Angestellter/Beamter
- 04 an-/ungelernter Arbeiter
- 05 Azubi/Student
- 06 Sonstige(Rentner, Mitversicherte)
- 07 Selbständig
- 08 keine Angaben

28. Was haben Sie für eine Krankenversicherung abgeschlossen?

- 01 gesetzliche Krankenversicherung
- 02 private Krankenversicherung
- 03 keine Angabe

29. Wo haben Sie Ihren Lebensmittelpunkt?

- 01 in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner)
- 02 in einer mittleren Stadt (30.000 – 100.000 Einwohner)
- 03 in einer Kleinstadt (unter 30.000 Einwohner)
- 04 in einer ländlichen Region

Vielen Dank.

Anlage 3

Auswertung Ärztebefragung

Frage	1				2			
	Ärztinnen				Ärzte			
	1	2	3	4	1	2	3	4
101	50	58	6		36	48	2	
102	110	4	0		60	22	4	
103	48	46	20		22	46	18	
104	54	52	8		28	40	18	
105	100	10	4		72	8	6	
106	38	64	12		26	44	16	
107	58	56	0		48	30	8	
108	20	54	40		8	42	36	
109	84	28	2		52	20	14	
110	82	14	18		50	22	14	
111	2	16	96		6	20	60	
112	0	6	108		2	22	62	
201	98	14	2		64	18	4	
202	46	46	22		29	27	30	
203	106	4	4		58	18	10	
204	24	18	72		12	24	50	
205	94	18	2		60	20	6	
206	62	44	8		46	20	20	
207	100	14	0		64	12	10	
208	0	0	114		0	4	82	
209	0	2	112		2	18	66	
3	78	30	6	0	40	36	10	0
4	92	22	0	0	50	32	4	0
501	102	8	4		78	6	2	
502	104	6	4		72	8	6	
503	6	34	74		16	22	48	
504	112	0	2		84	0	2	
505	110	4	0		68	14	4	
601	94	20	0		54	30	2	
602	46	56	12		28	44	14	
603	38	64	12		32	38	16	
604	78	32	4		46	30	10	

605	42	52	20		40	30	16	
606	44	58	12		34	32	20	
607	66	40	8		40	28	18	
608	98	12	4		74	10	2	
609	78	32	4		58	20	8	
610	10	18	86		8	8	70	
7	14	64	22	14	22	36	20	8

Auswertung Ärztebefragung

2

	Ärztinnen				Ärzte			
	1	2	3	4	1	2	3	4
8	58	54	2		28	58	0	
9	38	74	2		22	60	4	
10	30	84	0		12	74	0	
11	26	88	0		24	62		
12	34	74	6		8	76	2	
1301	34	42	38		32	34	20	
1302	102	10	2		74	10	2	
1303	100	12	2		76	10	0	
1304	60	52	2		40	40	6	
1305	90	20	4		64	18	4	
1306	108	6	0		84	2	0	
1307	16	40	58		4	32	50	
1308	100	14	0		74	12	0	
1309	104	10	0		82	4	0	
1310	52	56	6		46	34	6	
1311	114	0	0		84	2	0	
1312	26	46	42		10	40	36	
1313	106	8	0		76	10	0	
Durchschnittsalter	52,9				51,3			
Niederlassungsdauer	13,3				11,5			

Praxissitz

<30000	52	38
30-100000	12	10
>100000	50	38

**Bereitschaft zur
Patientenbefragung**

Ja	86	52
Nein	28	34

Auswertung Patientenbefragung

		cw-	w30-	cw-30-	w>5	cw>5	m-	cm-	m30-	cm30-	m>5	cm>5		
	Gesamt	w-30	30	50	50	0	0	30	30	50	50	0	0	76
Frage 1														
1	17	4	11	13	13	50	3		5	5	8	46		
2	17	8	19	22	16	17	9		14	7	7	18		
3	10	0	17	7	4	4	9		5	3	7	6		
4	6	0	27	0	23	11	3		8	3	12	6		
Frage 4														
1	0	2	0	17	4	50	0		2	15	2	46		
2	3	0	11	5	23	8	7		2	0	19	9		
3	3	2	21	0	2	0	5		9	0	0	2		
4	28	6	29	4	12	6	4		4	0	4	6		
4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0		
6	2	0	0	6	0	4	2		2	0	2	2		
7	11	2	13	10	10	14	2		2	3	7	9		
8	2	0	0	0	5	0	2		7	0	0	2		
9	1	0	0	0	0	0	2		4	0	0	0		
Frage 5														
1	29	6	28	16	34	64	7		14	6	18	42		
2	21	6	38	22	22	18	14		18	12	16	34		
3	0	0	4	4	0	0	0		0	0	0	0		
4	0	0	0	0	0	0	3		0	0	0	0		
5	0	0	4	0	0	0	0		0	0	0	0		
Frage 6														
1	0	0	0	3	0	0	0		0	0	0	0		
2	10	0	8	3	0	8	5		2	0	0	0		
3	23	6	38	17	22	40	9		12	10	20	41		
4	9	6	24	15	34	34	7		16	8	14	33		
5	8	0	4	4	0	0	3		2	0	0	2		
Frage 7														
1	21	9	43	26	20	25	16		22	4	11	23		
2	7	0	11	5	7	7	2		0	3	0	11		
3	17	3	20	11	27	50	4		10	8	21	35		
4	5	0	0	0	2	0	2		0	3	2	7		
Frage 8														
1	6	0	14	4	6	0	2		4	0	2	0		
2	2	0	20	10	4	6	2		2	3	0	4		
3	0	0	5	2	4	0	2		0	0	0	2		
4	0	0	1	2	0	0	0		2	0	0	0		
5	4	0	0	4	0	9	2		0	0	0	2		
6	12	9	2	10	12	3	6		6	0	0	14		
7	2	0	5	2	0	12	2		2	2	2	4		
8	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0		
9	2	0	10	6	8	6	4		8	2	7	12		

Frage 9

1	8	3	19	20	25	56	9	7	5	12	57
2	21	6	38	17	23	18	9	7	8	17	15
3	21	3	17	5	8	8	6	18	5	5	4

Frage 10

1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
2	0	0	10	4	4	14	0	2	0	6	14
3	2	3	6	6	6	6	0	2	0	0	4
4	2	0	0	10	10	24	5	2	5	6	26
5	3	0	8	16	16	20	4	2	0	10	30
6	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frage 11

1	2	0	8	4	2	3	6	0	2	2	3
2	10	3	22	10	12	10	2	6	0	8	12
3	8	0	8	3	6	3	2	2	4	2	0
4	2	0	0	0	2	3	0	0	2	0	0
5	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0
6	2	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0

Frage 12

1	14	6	26	26	29	38	7	8	10	22	42
2	6	0	24	5	8	18	9	3	8	7	8
3	30	6	24	11	19	26	8	21	0	5	26

Frage 13

1	8	6	12	12	10	16	4	11	12	10	30
2	4	0	2	4	0	4	0	0	0	0	2
3	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
4	4	0	4	6	0	4	8	0	0	0	6
5	6	0	14	8	16	8	0	3	0	7	6
6	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
7	0	0	21	0	4	4	4	0	1	5	0

Frage 14

1	10	3	9	3	5	5	8	2	0	5	4
2	8	0	5	3	3	4	2	0	0	0	2
3	32	9	60	36	48	73	14	30	18	29	70

Frage 15

1											
uw	0	0	6	3	0	3	2	4	0	6	8
w	41	9	50	31	34	52	12	21	10	18	38
sw	9	3	18	8	22	27	10	7	8	10	30
2											
uw	11	3	27	6	13	5	16	18	5	6	41
w	29	9	22	33	34	52	4	14	10	18	27
sw	10	0	25	3	9	25	4	0	3	10	8
3											
uw	10	6	10	5	11	11	17	12	5	13	15
w	35	6	43	34	32	50	2	18	8	10	46
sw	5	0	21	3	13	21	5	2	5	11	15

	4											
uw		5	0	5	3	6	5	2	6	2	6	12
w		15	12	46	31	34	61	10	15	2	12	40
sw		30	0	23	8	16	16	12	11	14	16	24
	5											
uw		6	0	8	2	11	9	2	7	2	11	18
w		22	9	51	35	38	52	12	21	10	12	44
sw		22	3	15	5	7	21	10	4	6	11	14
	6											
uw		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
w		14	3	23	12	20	38	10	6	0	14	46
sw		36	9	51	30	34	44	14	26	18	20	30
	7											
uw		10	0	16	0	0	7	4	6	2	6	10
w		21	12	44	36	43	46	13	13	8	16	37
sw		19	0	14	6	13	29	7	13	8	12	29
	8											
uw		0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6
w		23	9	39	21	34	55	10	18	18	17	44
sw		27	3	35	21	22	27	12	14	0	17	26
	9											
uw		4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
w		25	9	37	11	24	41	10	14	4	19	45
sw		21	3	37	31	32	41	12	18	14	15	31
	10											
uw		23	9	34	22	16	20	12	18	8	6	15
w		23	3	30	20	35	50	4	6	6	24	46
sw		4	0	10	0	5	12	8	8	4	4	15
	11											
uw		33	12	30	16	19	10	7	8	7	8	8
w		16	0	38	26	33	61	10	16	4	20	46
sw		1	0	6	0	4	11	7	8	7	6	22
	12											
uw		0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
w		26	6	37	27	36	44	10	12	6	17	31
sw		24	6	37	12	20	38	14	20	12	17	45
	13											
uw		6	3	21	0	5	12	14	20	0	5	10
w		36	9	44	36	47	60	10	12	18	29	55
sw		8	0	9	6	4	10	0	0	0	0	11

Frage 16

1	10	3	22	18	14	47	3	9	5	18	50
2	36	9	48	22	40	35	18	18	10	16	26
3	4	0	4	2	2	0	3	5	3	0	0

Frage 17

1	2	0	4	2	4	6	3	2	0	6	22
2	0	0	4	0	2	8	0	0	0	4	10
3	2	0	2	4	10	12	0	2	0	4	16
4	2	0	0	2	6	4	0	0	0	1	8
5	0	0	12	6	4	10	0	0	3	2	6
6	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2
7	2	0	2	8	4	8	0	2	0	3	16
8	6	8	18	10	12	24	0	8	3	7	12
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Frage 18

1	6	2	10	4	8	4	6	0	0	2	5
2	20	2	2	20	16	30	12	18	12	14	29
3	18	8	26	8	24	40	6	10	2	12	20
4	0	0	26	10	8	2	0	4	4	6	18
5	6	0	10	0	0	6	0	0	0	0	4

Frage 19

1	2	0	0	0	6	0	0	0	0	5	5
2	2	0	3	2	2	0	0	6	0	3	5
3	40	12	53	36	38	61	18	24	14	26	49
4	6	0	18	4	10	21	6	2	4	0	17

Frage 20

1	20	3	14	6	24	14	5	6	3	16	30
2	10	3	28	3	8	28	12	7	3	6	16
3	20	6	32	33	24	40	7	19	12	12	30

Frage 21

1	2	3	6	5	6	10	7	5	2	0	0
2	18	0	22	9	6	2	7	8	5	13	12
3	18	3	18	5	4	4	3	9	5	7	34
4	3	0	8	12	4	2	3	4	3	5	20
5	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	5
6	6	3	18	11	36	64	4	6	3	9	5

Frage 22

1	1	0	4	12	2	3	3	3	2	3	5
2	44	12	66	24	50	79	12	29	12	31	71
3	5	0	4	6	4	0	9	0	4	0	0

Frage 23

1	1	0	0	6	1	1	2	2	2	2	2
2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
4	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
5	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0
6	0	0	1	4	0	0	2	2	0	0	1
7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Frage 24

1	20	6	48	26	34	68	12	18	12	24	66
2	22	3	14	13	16	6	10	6	6	5	4
3	8	3	12	3	6	8	2	8	0	5	6

Frage 25

1	32	6	48	22	20	50	9	20	10	19	53
2	5	3	6	5	14	25	3	3	0	11	15
3	8	3	16	5	10	3	12	9	8	0	0
4	5	0	4	10	12	4	0	0	0	4	8

Frage 26

1	6	0	4	0	6	51	4	2	0	3	48
2	20	3	40	13	30	28	12	16	15	27	21
3	20	6	12	27	16	0	8	14	3	4	7
4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0
6	4	0	8	2	4	3	0	0	0	0	0

Frage 27

1	7	0	23	8	7	5	3	10	3	5	8
2	0	0	2	0	0	0	0	3	3	0	0
3	17	3	35	21	16	15	0	13	4	8	12
4	0	3	2	3	6	0	3	0	0	0	0
5	22	3	2	0	0	0	12	3	3	0	0
6	0	0	2	4	18	60	3	0	5	18	54
7	0	0	2	0	3	0	0	3	0	3	0
8	4	3	6	6	6	2	3	0	0	0	2

Frage 28

1	38	12	69	38	48	82	16	27	18	28	76
2	6	0	5	0	8	0	0	5	0	6	0
3	6	0	0	4	0	0	8	0	0	0	0

Frage 29

1	14	0	30	16	13	18	6	8	5	8	18
2	16	3	12	13	13	11	9	6	7	6	12
3	16	9	12	13	17	40	9	10	3	14	36
4	4	0	20	0	13	13	0	8	3	6	10

Anlage 4

Wilfried Reiter
Zetkinstr. 6
07318 Saalfeld

Herrn
Dipl.-Med. Klaus- Dieter Nehler
Vor der Heide 15
07318 Saalfeld

20.04.2006

Erklärung zur Durchführung von Telefoninterviews mit Hausärzten

Ich bin seit 16 Jahren für Marktforschungsinstitute tätig. Ich habe im Auftrag von Herrn Dipl.-Med. Klaus – Dieter Nehler gem. seiner Vorgaben auf der Grundlage des zur Verfügung gestellten Fragebogens die erforderliche Anzahl der Telefoninterviews mit Hausärzten der neuen Bundesländer durchgeführt.

Ich versichere, dass ich die Interviews gemäß den allgemeinen Bestimmungen zur Durchführung von Interviews (z. B. wörtliche Fragestellung, keine Beeinflussung der Befragten auf die Antwortmöglichkeiten, exaktes Erfassen der Antworten der Befragten sowie die genaue Erfassung der statistischen Fragestellungen) geführt habe.

Auf Anfrage bin ich bereit, die Markt- und Meinungsforschungsinstitute zu benennen, für die ich gegenwärtig tätig bin.

Wilfried Reiter

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Chr. Marsch)

Thesen der Dissertation

Auswirkungen des Wandels der Gesundheitspolitik in Deutschland in den letzten 5 Jahren auf
die Stellung des Hausarztes

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Dipl. Med. Klaus-Dieter Nehler

geboren am 16. 03. 1959

in Zwickau

1. Die Stellung des Hausarztes im medizinischen Versorgungssystem aber auch in der Gesellschaft verändert sich ständig, in den letzten Jahren aber dramatisch. Dabei spielen die zunehmende Funktion als Lebensberater und steigende Anforderungen an seine fachliche und soziale Kompetenz eine Rolle. Diese Veränderungen vollziehen sich vor dem Hintergrund eines von der Politik geforderten permanenten ökonomischen und fachlichen Wettbewerbs.
2. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei ebenfalls einer Veränderung in Richtung „Kunde- Dienstleister“ unterworfen.
3. Das aktuelle Hausarztbild beruht auf einem zunehmenden Interessenkonflikt zwischen dem ärztlichen Selbstverständnis und dem Bedürfnissen der Patienten einerseits und den gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen andererseits.
4. Die Gesundheitspolitik hat die Arzt-Patienten-Beziehung zunehmend beeinflusst und damit muss das Grundanliegen hausärztlicher Tätigkeit neu definiert werden.
5. Die geänderten politischen und finanziellen Rahmenbedingungen, die auf die Ärzte und Patienten wirken, führen zu neuen Strukturen und neuen Verhaltensweisen.
6. Die Hausärzte in Deutschland sehen sich einem zunehmenden Spannungsfeld zwischen ständig wachsender Bürokratie, ökonomischen Erfordernissen und ihrem ethisch-medizinischem Auftrag gegenüber.
7. In einer Befragung von Hausärzten und Patienten werden die Besonderheiten der aktuellen Situation der Hausärzte herausgearbeitet.
Schwerpunkte der Befragung sind die Veränderungen der Arbeitsrealität der Ärzte durch objektive (Gesetzgebung) und subjektive Einflüsse (Veränderung im Patientenverhalten), sowie die Wahrnehmung dieser Prozesse durch die Beteiligten.
8. Offensichtlich sind Patienteninteressen und Patientenbedürfnisse nicht immer mit Versicherteninteressen identisch.

9. Die Ergebnisse zeigen eine teilweise differente Wahrnehmung der Realitäten durch die befragten Ärzte und Patienten. Ein großer Teil der Patienten verfügt nicht über Informationen zu den tatsächlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis. Weiterhin wird deutlich, wie stark das Bedürfnis der Patienten nach umfassender Beratung auch in sozialen und privaten Bereichen ist. Ausdruck der sich verändernden Rahmenbedingungen ist das relativ starke Interesse der Hausärzte für alternative Tätigkeiten.

10. Als Auswege aus dieser Situation sind insbesondere die Reduktion nichtärztlicher staatlich verordneter Arbeitspflichten (nichtmedizinische Dokumentationen, Krankenkassenauskünfte, komplizierte Antragstellungen und Begründungen für ärztliche Verordnungen) und die damit verbundene wieder mögliche Konzentration auf den Patienten und seine Bedürfnisse, sowie die Einführung einer planbaren angemessenen Vergütung, die dem wahren Aufwand entspricht, einhergehend mit einer praxistauglichen Verfahrensweise zur Ausgabenbegrenzung im Arznei- und Hilfsmittelsektor.

Lebenslauf

Dipl.- Med. Klaus- Dieter Nehler

16.3.1959 geboren in Zwickau

Eltern: Lisa Nehler geb. Lang, Erzieherin
und Martin Nehler, Diplom- Bergbauingenieur

1977 Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

1977-1979 Wehrdienst

1979- 1984 Studium Humanmedizin FSU Jena

1984-1985 Pflichtassistent FSU Jena

Chirurgie

Innere Medizin

Anästhesie/ Intensivmedizin

1985 Approbation

1985-1987 Militärarzt in Gera /Thüringen

1987-1992 Weiterbildung in Chirurgie –Weiterbildungsstätten:

Bezirksklinikum Gera

Akademisches Lehrkrankenhaus Saalfeld (Thüringenklinik)

Zentralklinik Bad Berka

1992 Niederlassung als Praktischer Arzt und ununterbrochene Tätigkeit

Unterschrift

Danksagung

Besonders möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. K.-M. Taube für die aktive Unterstützung und die vielen wichtigen konstruktiven Hinweise bedanken.

Weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. J. Haerting (Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Statistik) für die statistische Beratung und Herrn Prof. Dr. J. Behrens (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften) für die Unterstützung in konzeptionellen Fragen.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Wilfried Reiter, der als professioneller Interviewer eine reibungslose und professionelle Ärztebefragung in hoher Qualität gewährleistete.

Große Unterstützung und Motivation erfuhr ich von meiner lieben Ehefrau Tamara, die mir den notwendigen familiären Rückenhalt gewährte.

Weiterer Dank gilt meinen Eltern, die erst die Voraussetzung für meinen Lebensweg schufen.