



*Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger (Hrsg.)*

# Gesundheitsmonitor 2011

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK





*Jan Böcken, Bernard Braun,  
Uwe Repschläger (Hrsg.)*

# **Gesundheitsmonitor 2011**

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung  
und der BARMER GEK

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2011 E-Book-Ausgabe (PDF)

© 2012 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: Jan Böcken

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Lektorat: Heike Herrberg, Bielefeld

Herstellung: Christiane Raffel

Umschlaggestaltung: Nadine Humann

Umschlagabbildung: iStockphoto/Pali Rao

Satz und Druck: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld

ISBN 978-3-86793-415-2

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

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	7
<i>Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger</i>	
<b>»Wir haben in diesem Quartal leider keinen Termin mehr frei ...«</b> .....	13
<i>Konrad Himmel, Mathias Kifmann, Robert Nuscheler</i>	
<b>Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen: Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger</b> .....	32
<i>David Klemperer, Marie-Luise Dierks</i>	
<b>Non-Compliance bei der Arzneimitteltherapie: Umfang, Hintergründe, Veränderungswege</b> .....	56
<i>Bernard Braun, Gerd Marstedt</i>	
<b>Polypharmazie – wie beurteilen Patienten die Medikamentenverschreibung der Ärzte?</b> .....	77
<i>Sophie Lochner, Martin Buitkamp, Wilhelm Kirch</i>	
<b>Impfbereitschaft in Deutschland am Beispiel der Grippe</b> .....	93
<i>Robert Nuscheler, Kerstin Roeder</i>	
<b>Zahnarztwechsler: Was zeichnet diese Gruppe aus?</b> .....	113
<i>Uwe Niekusch, Cornelia Wagner</i>	

<b>Inanspruchnahme von Angeboten zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen .....</b>	<b>133</b>
<i>Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Anke Höhne</i>	
<b>Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung .....</b>	<b>155</b>
<i>Max Geraedts, Thomas Brechtel, Ralf Zöll, Peter Hermeling</i>	
<b>Versorgung am Lebensende: Vorstellungen, Wissen und Haltungen .....</b>	<b>173</b>
<i>Katharina Klindtworth, Nils Schneider, Lukas Radbruch, Saskia Jünger</i>	
<b>Einstellung der Bevölkerung zur Organspende .....</b>	<b>193</b>
<i>Marlies Ahlert, Lars Schwettmann</i>	
<b>Anhang: Messung der Sozialschichtzugehörigkeit .....</b>	<b>214</b>
<b>Die Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>216</b>

# Einleitung

*Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger*

Wie sieht der Versorgungsalltag der deutschen Bevölkerung aus? Welche Defizite erleben die Versicherten und welche Veränderungen sind aus ihrer Sicht notwendig, um das Gesundheitssystem zu verbessern? Diese Fragen stellt der Gesundheitsmonitor seit Herbst 2001, also seit mehr als zehn Jahren. Um Antworten darauf zu finden, befragen wir regelmäßig die deutsche Bevölkerung nach ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland und wie sie diese bewertet. Die Ergebnisse der Befragungen tragen wir in die gesundheitspolitische Diskussion und geben damit Entscheidungsträgern aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft eine aussagekräftige Basis an die Hand – und zwar aus Versichertenperspektive –, um die Versorgung zu verbessern.

Allerdings sind wir bei den Analysen in der Vergangenheit auch immer wieder an Grenzen gekommen, die durch Struktur und Erhebung von bevölkerungsrepräsentativen Befragungsdaten bedingt sind. Patienten<sup>1</sup> bekommen regelmäßig nur einen Ausschnitt des medizinischen Versorgungsgeschehens mit und können oft keine Details zu Diagnostik oder Medikation wiedergeben. Für einen umfassenden Blick auf die Gesundheitsversorgung ist es jedoch wichtig, verschiedene Aspekte des Versorgungsprozesses zu betrachten, um eine möglichst realitätsnahe Einschätzung abgeben zu können. Eine Möglichkeit, die selbst erhobenen Befragungsdaten um relevante Informationen zu ergänzen, sind die Routinedaten der Krankenkassen.

Seit Januar 2011 ist der Gesundheitsmonitor ein Kooperationsprojekt von der BARMER GEK und der Bertelsmann Stiftung. Die BAR-

<sup>1</sup> Wir verwenden in dieser Publikation nicht durchgängig eine geschlechtergerechte Sprache. Wenn wir »Patienten«, »Ärzte«, »Bürger« etc. schreiben, sind damit immer auch Frauen gemeint.



MER GEK ist mit über 8,5 Millionen Versicherten die größte Krankenkasse Deutschlands, sodass neben Befragungsdaten jetzt auch für ein Zehntel der Bevölkerung Abrechnungsdaten für unsere Analysen zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen der Bevölkerung im Versorgungsalltag können nun mit den Daten der Leistungserbringer gespiegelt werden und die Ergebnisse der Analysen haben noch mehr Aussagekraft. Dadurch werden die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors noch belastbarer und ihre gesundheitspolitische Relevanz wird weiter gestärkt, kurz: Die Bevölkerungsperspektive kann wirkungsvoller denn je in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden.

Erstmals können wir auch in einem Beitrag der vorliegenden Publikation von dieser Möglichkeit profitieren. Das Eingangskapitel von *Konrad Himmel, Mathias Kifmann* und *Robert Nuscheler* geht anhand von Krankenkassen- und Befragungsdaten der Frage nach, inwiefern Patienten Schwierigkeiten haben, am Quartalsende einen Behandlungstermin bei Ärzten zu bekommen. Immer wieder liest und hört man davon, dass Leistungserbringer Termine anscheinend bewusst und jenseits medizinischer Erfordernisse auf das nächste Quartal verschieben. Als Gründe werden erschöpfte Budgets angenommen oder die stärkere Pauschalierung bei der Vergütung der Behandlung eines Patienten innerhalb eines Quartals. Aber auch auf Patientenseite können Gründe vorliegen, warum Termine eher am Quartalsanfang bzw. innerhalb eines Quartals gemacht werden, etwa um keine weitere Praxisgebühr im Folgequartal zu zahlen. Wissenschaftliche Studien hierzu gibt es jedoch wenige. Auf Basis von Abrechnungsdaten der BARMER GEK untersuchen die Autoren daher zunächst, wie sich Arzttermine generell über die Quartale verteilen und welche Faktoren diese Verteilung erklären können. Ergänzend dazu geben die Daten der Versichertenbefragung Einblick in wichtige Aspekte, die sich nicht aus den Routinedaten ableiten lassen. Beispielsweise erläutern sie, wie Versicherte die Terminvergabe bei Haus- und Fachärzten wahrnehmen und welche subjektiven Auswirkungen die Verschiebung von Terminen in das nächste Quartal auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Befragten haben.

Ähnlich wie in den früheren Publikationen decken die weiteren Beiträge des diesjährigen Gesundheitsmonitors wieder eine Bandbreite von Themen aus Bevölkerungssicht ab: *David Klemperer* und *Marie-Luise Dierks* widmen sich einem übergeordneten systemischen Aspekt der Versorgung, nämlich der Evidenzbasierten Medizin. Eine stärkere

Evidenzbasierung soll die Behandlungsentscheidung zwischen Arzt und Patient verbessern und damit einer insgesamt bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung dienen. Wie viel aber wissen die Bürgerinnen und Bürger über zentrale Merkmale und Aussagen einer wissenschaftlich orientierten, also Evidenzbasierten Medizin? Wie gut kennen sie sich mit Leitlinien aus? Wie verläuft aus Sicht der Bürger die Entscheidungsfindung bei Ärzten und wie hoch schätzen sie das Ausmaß an Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen ein? Am Ende geht es dabei um die Frage, inwiefern der Patient wirklich in die von diversen Akteuren des Gesundheitswesens geforderte oder zumindest gewünschte Rolle des informierten Nutzers schlüpfen kann, der zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen und so helfen kann, Fehlversorgung im Gesundheitswesen zu reduzieren.

Bei den drei folgenden Kapiteln steht einer der zentralen Bereiche der gesundheitspolitischen Diskussion im Mittelpunkt: Es geht um verschiedene Aspekte der Arzneimittelversorgung. *Bernard Braun* und *Gerd Marstedt* ergründen das Ausmaß der Non-Compliance der Bevölkerung bei der Arzneimitteltherapie, ein Phänomen, das durch höhere Risiken für Komplikationen und ungünstigere Krankheitsverläufe nicht nur ein medizinisches Problem darstellt. Auch wirtschaftlich schlägt eine mangelnde Therapietreue aufgrund dadurch bedingter Krankenhaus- und Notfalleinweisungen sowie Pflegeleistungen mit unnötigen Kosten in Milliardenhöhe im Gesundheitssystem zu Buche. Die Autoren zeigen die vielfältigen Gründe auf, warum Menschen Medikamente eventuell nicht wie verordnet einnehmen, und skizzieren mögliche Lösungsansätze. Dieses wichtige Thema wurde in einer komprimierten Fassung bereits im Newsletter II/2011 behandelt. Aufgrund der vielen positiven Rückmeldungen und Fragen nach vertiefenden Analysen haben wir uns entschlossen, eine umfassendere Betrachtung des Themas auch in diese Jahrespublikation aufzunehmen.

Im zweiten Beitrag zur Arzneimittelversorgung beleuchten *Sophie Lochner*, *Martin Buitkamp* und *Wilhelm Kirch* den Aspekt der Polypharmazie. Menschen, die dauerhaft eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen müssen, haben ein höheres Risiko für Komplikationen, da die Wahrscheinlichkeit von Interaktionen zwischen den einzelnen Wirkstoffen und von unerwünschten Arzneimittelereignissen steigt. Die Autoren untersuchen, welche Bevölkerungsgruppen besonders von Polypharmazie betroffen sind, inwiefern sich diese Personen ausrei-

chend von ihren Ärzten und Apothekern über die verordneten Medikamente beraten fühlen und ob sich eine subjektiv gefühlt ausreichende Unterstützung positiv auf das Einnahmeverhalten und die Einstellung dieser Personen zu ihren Medikamenten auswirkt.

*Robert Nuscheler* und *Kerstin Roeder* beschäftigen sich schließlich mit dem Thema »Impfen«. Sie stellen dabei nicht die Grundsatzfrage des Für und Wider einer Erhöhung der Durchimpfungsraten. Vielmehr gehen sie am Beispiel der Virusgrippe der Frage nach, welche Einstellung die deutsche Bevölkerung zum Thema »Impfen« hat. Welche Faktoren beeinflussen die Impfscheidung? Welche Ursachen gibt es für die geringen Immunisierungsquoten bei der Gripeschutzimpfung? Mit welchen Maßnahmen kann die Impfbereitschaft möglicherweise erhöht werden?

*Uwe Niekusch* und *Cornelia Wagner* bearbeiten ein Thema, das im Gesundheitsmonitor bisher noch nicht aufgegriffen wurde, obwohl es hierzulande einen Kernbestandteil des ambulanten Sektors darstellt: die zahnärztliche Versorgung. Genauer untersuchen Niekusch und Wagner die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrem Zahnarzt sowie das Wechselverhalten der Bürger und die dahinterliegenden Gründe. Hintergrund ist eine Veränderung des Leitbilds im zahnärztlichen Bereich weg vom Reparaturbetrieb hin zu einem umfassenderen Verständnis von Zahnmedizin. Der Beitrag fragt nach, ob ein solches Leitbild in den Erfahrungen der Bevölkerung bereits verankert ist.

Die letzten vier Kapitel des Buches beleuchten Versorgungsbereiche, die besonders vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung hoch relevant sind: die Versorgung von chronisch Kranken, den Bereich der stationären Pflege, die Versorgung am Lebensende sowie das Thema »Organspende«. Immer mehr Menschen leiden an chronischen Erkrankungen oder unter dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die ihre Lebensqualität zum Teil deutlich mindern. Dank des medizinischen Fortschritts sinken zwar die Mortalitätsraten bei chronischen Erkrankungen, aber dies bedeutet auch, dass immer mehr Menschen lernen müssen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. *Christopher Kofahl*, *Stefan Nickel* und *Anke Höhne* untersuchen daher, ob und welche Unterstützungsangebote Menschen mit chronischen Erkrankungen in Anspruch nehmen, etwa Schulungen im Umgang mit Hilfsmitteln oder Ernährungsberatungen, und wie sie diese bewerten.

*Max Geraedts, Thomas Brechtel, Ralf Zöll und Peter Hermeling* beschäftigen sich mit der Frage, welche Kriterien bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung aus Sicht der Bevölkerung relevant sind. Hintergrund ist die seit dem Jahr 2009 verbindlich eingeführte Qualitätsprüfung aller Pflegeeinrichtungen anhand vorgegebener Kriterien. Neben Kritik am Messinstrumentarium selbst sowie an der Reliabilität und Validität der erhobenen Daten wird auch bemängelt, dass die Perspektive der Betroffenen nur unzureichend Eingang findet bei der Qualitätsprüfung. Deckt sie wirklich die Kriterien ab, nach denen Pflegebedürftige oder deren Angehörige eine Einrichtung auswählen würden? Oder legen die Betroffenen ihr Augenmerk eher auf andere Aspekte, die bisher nicht oder nicht ausreichend in den Pflegeberichten abgebildet werden?

*Katharina Klindtworth, Nils Schneider, Lukas Radbruch und Saskia Jünger* erforschen in ihrem Beitrag die Einstellungen der Bevölkerung zur Versorgung am Lebensende. Welche Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse haben Bürgerinnen und Bürger an die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden? Auch wenn sich in den letzten Jahren auf gesellschaftlicher und politischer Ebene einiges getan hat, um die Palliativversorgung zu verbessern, liefern die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung weitere wertvolle Hinweise und Handlungsempfehlungen, wie die Versorgung von Menschen am Lebensende bedarfsgerecht ausgestaltet werden kann.

Das Schlusskapitel von *Marlies Ahlert und Lars Schwettmann* befasst sich differenziert mit den Einstellungen der Bevölkerung zum Thema »Organspende«. Unstrittig ist, dass es in Deutschland eine große Diskrepanz zwischen der Zahl der gespendeten und der für Transplantationen benötigten Organe gibt. Einer von mehreren Gründen ist, dass die Bürger selten bereit sind, zu Lebzeiten ihre Bereitschaft zur Organspende zu dokumentieren. Wodurch aber kann die geringe Spendenbereitschaft erklärt werden? Die Autoren fragen nach den Erfahrungen der Bevölkerung mit dem Thema »Organspende« und nach Möglichkeiten, die Bereitschaft zur Spende zu erhöhen. Sie zeigen aber auch die Ängste und Vorbehalte hinsichtlich dieses schwierigen Themas und untersuchen, wie diese sich auf die Spendenbereitschaft auswirken.

Wie in jedem Jahr spiegeln sich in allen Beiträgen der vorliegenden Publikation die Aussagen, Einstellungen und Meinungen der Autorinnen und Autoren wider, nicht notwendigerweise die der Herausgeber. An dieser Grundausrichtung hat auch die neue Kooperation der

Bertelsmann Stiftung mit der BARMER GEK nichts geändert. Wir betreiben weiterhin ein intensives Review jedes einzelnen Beitrags und leisten bei Bedarf methodische Unterstützung. Eine Einmischung in inhaltliche Aussagen der Beiträge verbietet sich aber schon mit Blick auf das Renommee vieler unserer Autoren von selbst. Das ist gute Tradition und wird auch so bleiben.

Ansonsten soll sich künftig im Gesundheitsmonitor durchaus noch einiges ändern. In den weiteren Publikationen wird es mehr Beiträge geben, die sowohl auf Bevölkerungs- als auch auf Abrechnungsdaten basieren. Außerdem werden wir nicht nur auf große bevölkerungsrepräsentative Befragungsstichproben zurückgreifen. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass einige der zentralen Versorgungsthemen nur für Subgruppen der Bevölkerung relevant sind, sodass man auch nur in diesen Teilgruppen erfahrungsbasierte Surveys durchführen kann. Trotzdem können aus der Analyse beispielsweise einer Gruppe chronisch Kranker Erkenntnisse abgeleitet werden, die für die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems äußerst relevant sind. Wir werden daher zukünftig auch eine Reihe kleinerer Befragungen zu speziellen Themen unter anderem von BARMER-GEK-Versicherten durchführen und die Analysen um Routinedaten ergänzen. Ziel ist eine auch methodische Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitors, sodass wir die Sicht der Bürgerinnen und Bürger auf Versorgung noch genauer abbilden und in die gesundheitspolitische Debatte einbringen können.

# »Wir haben in diesem Quartal leider keinen Termin mehr frei ...«

*Konrad Himmel, Mathias Kifmann, Robert Nuscheler*

## Einleitung

In Internetforen und in der Tagespresse ist immer wieder die Rede von Ärzten, die am Quartalsende keine Termine vergeben. In manchen Fällen verweisen Sprechstundenhilfen auf ein »erschöpftes Budget«. Tatsächlich sinken zum Ende eines Quartals die Anreize für Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassenpatienten zu behandeln. Sind die Plangrößen (die sogenannten Regelleistungsvolumina) erreicht, erhält ein Arzt für die Behandlung nur noch eine geringere Vergütung. Seit 2008 ist zudem die Vergütung für die Behandlungen eines Patienten innerhalb eines Quartals stark pauschaliert worden. Für weitere Besuche dieses Patienten im selben Quartal erhalten Ärzte deshalb häufig kein oder nur ein geringes zusätzliches Honorar. Gesetzlich ist der Arzt allerdings dazu verpflichtet, den Patienten zu behandeln.

Inwieweit Krankenkassenpatienten am Quartalsende abgewiesen werden, ist bislang wissenschaftlich wenig untersucht worden. Im Rahmen einer Patientenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2006) gaben 15 Prozent an, Probleme damit gehabt zu haben, einen Arzttermin zu bekommen. 25 Prozent (19% bei Hausarzt- und 34% bei Facharztterminen) dieser Personen hatten den Eindruck, dass der Termin bewusst in das nächste Quartal gelegt wurde. Bei einer Onlinebefragung von 150 Allgemeinmedizinern und 172 Fachärzten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (Psychonomics 2011) gaben 30 Prozent der Allgemeinmediziner und 28 Prozent der Fachärzte an, in den letzten zwölf Monaten ihre eigene Praxis vor Quartalsende geschlossen zu haben. Besonders bei Fachärzten ist es laut dieser Studie üblich, Termine von Krankenkassenpatienten vom Ende eines Quartals auf den Anfang des nächsten Quartals zu schieben. Insofern es sich um keine Not- oder Akutfälle

handelte, taten dies bereits 56 Prozent der Fachärzte und 33 Prozent der Allgemeinmediziner.

Terminverschiebungen in das nächste Quartal können Auswirkungen auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Abgewiesenen haben. Wenn diese keine dringenden Anliegen haben, dürften sich die negativen Folgen zwar in Grenzen halten; allerdings könnten auch Patienten mit schwerwiegenden Problemen Schwierigkeiten haben, einen Termin am Quartalsende zu erhalten. In diesem Fall sind erhebliche Beschwerden und Komplikationen denkbar, die sogar den Besuch eines Notdienstes notwendig machen.

Um einen genaueren Einblick in die Terminverteilung innerhalb der Quartale zu erhalten, verwendet dieser Beitrag zwei Datenquellen. Erstmals wird die Verteilung der Arzttermine über das Quartal mit Krankenkassendaten untersucht. Grundlage ist eine repräsentative Stichprobe von 6.548 Versicherten der BARMER GEK mit Abrechnungsdaten aus den Jahren 2008 und 2009. Darüber hinaus wurden in der letzten Welle des Gesundheitsmonitors (Befragung im April/Mai 2011 von 1.778 Befragten im Alter von 18 bis 79 Jahren, hiervon 1.497 GKV-Versicherte) Fragen zu Problemen bei der Terminvergabe gestellt. Hier wurde auch erfasst, welche Folgen auftraten, wenn die Befragten nicht ihren Wunschtermin bekamen.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Anreize der Ärzte zur Terminvergabe innerhalb eines Quartals diskutiert. Auch bei Patienten bestehen wegen der Praxisgebühr Anreize, Termine nicht zufällig innerhalb eines Quartals zu wählen. Der darauffolgende Abschnitt wendet sich der Analyse der Krankenkassendaten der BARMER GEK zu. Es werden sowohl deskriptive Statistiken als auch die Ergebnisse einer Regressionsanalyse präsentiert. Diese Analyse wird durch die Auswertung der Befragung in der letzten Welle des Gesundheitsmonitors in einem eigenen Abschnitt begleitet, in dem Terminprobleme aus Sicht der Versicherten und deren (subjektive) Konsequenzen für die Patientengesundheit beleuchtet werden. Der letzte Abschnitt fasst die Ergebnisse zusammen und erörtert mögliche gesundheitspolitische Maßnahmen.

## Terminvergabe und Terminwahl: Anreize

### Anreize für Ärzte zur Terminvergabe

Die finanziellen Anreize für Ärztinnen und Ärzte, Termine innerhalb eines Quartals zu vergeben, werden durch zwei Faktoren geprägt. Erstens wird ihnen für die Behandlung innerhalb eines Quartals ein Budget vorgegeben. Dabei handelt es sich seit 2008 um sogenannte Regelleistungsvolumina. Diese werden nach Arztgruppen differenziert und richten sich vor allem nach der Fallzahl, die ein Arzt im Vorjahresquartal behandelt hat. Je höher diese Zahl ist, desto großzügiger fällt auch das Praxisbudget aus; allerdings nimmt es für Praxen mit sehr hoher Fallzahl nur unterproportional zu. Erbringt ein Arzt mehr Leistungen, als sein Praxisbudget vorsieht, erhält er hierfür nur noch eine geringe Vergütung. Hiermit ist gegen Ende eines Quartals zu rechnen. Entsprechend sinkt der Anreiz am Quartalsende, noch weitere Behandlungen vorzunehmen und entsprechende Termine zu vergeben.

Der zweite Faktor, der es weniger attraktiv macht, Patientinnen und Patienten am Quartalsende zu behandeln, ist die starke Pauschalierung der Vergütung seit 2008. Das heißt konkret, dass bestimmte Leistungen bei einem Patienten nur einmal im Quartal abrechenbar sind. Nach dem ersten Arzt-Patient-Kontakt in einem Quartal bleiben dann alle weiteren Kontakte ohne Vergütung, sofern nicht andere abrechenbare Leistungen erbracht werden. Diese Regelung verstärkt für den Arzt den Anreiz, einen Termin für Patienten, die bereits in einem Quartal behandelt worden sind, auf das nächste Quartal zu verschieben, da dann eine Leistung erneut abgerechnet werden kann.

### Anreize für Patienten zur Terminwahl

Die Abrechnungsdaten der BARMER GEK können nicht Aufschluss darüber geben, ob der Zeitpunkt eines Kontakts von dem Arzt oder dem Patienten bestimmt wurde. Deshalb müssen auch die Wünsche der Patienten für Termine innerhalb eines Quartals betrachtet werden. Diese werden insbesondere von der Praxisgebühr beeinflusst, die bei dem ersten Arztbesuch in einem Quartal fällig wird. Darüber hinaus ist von Bedeutung, dass sich Patienten von der Praxisgebühr bei anderen Ärzten durch eine Überweisung befreien können. Dies



ist jedoch nur für das Quartal möglich, in dem die Überweisung ausgestellt wurde.

Die Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro wurde im Jahr 2004 eingeführt. Sie ist bei dem ersten Arztbesuch im Quartal zu entrichten (von dieser Zahlung ist man nur in Ausnahmefällen befreit, beispielsweise wenn man das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat). Für alle weiteren Besuche bei diesem Arzt in diesem Quartal entfällt die Gebühr. Sie muss auch dann nicht geleistet werden, wenn der Versicherte einen anderen Arzt im besagten Quartal aufsucht, sofern er sich dorthin überweisen lässt. Es ist leicht zu erkennen: Die Anreize, einen Arzt am Ende eines Quartals aufzusuchen, hängen davon ab, ob jemand in dem Quartal bereits die Praxisgebühr entrichtet hat. Falls ja, würde der Versicherte die Arztbesuche lieber im laufenden Quartal realisieren, da er im kommenden Quartal die Gebühr erneut entrichten müsste. War der Versicherte jedoch noch nicht beim Arzt, müsste er die Praxisgebühr leisten, würde dafür aber nur für kurze Zeit in den Genuss weiterer Arztbesuche ohne Gebühr kommen – ein Anreiz also, den Termin auf den Beginn des nächsten Quartals zu verschieben.

Die Anreize für Patienten gehen somit in unterschiedliche Richtungen, weshalb sich hinsichtlich der Praxisgebühr und deren Auswirkungen auf die Terminvereinbarung keine klare Vorhersage ableiten lässt. Da die Gebühr vergleichsweise gering ist, dürften die von ihr ausgehenden Anreize begrenzt sein, sodass im Weiteren davon ausgegangen wird, dass diese nachfrageseitigen Effekte die Anreize aufseiten der Ärzte nicht überlagern.

Überweisungen werden in der Regel von Allgemeinmedizinerinnen ausgestellt, die ihre Patientinnen und Patienten zu einem geeigneten Facharzt überweisen. Sie werden von Patienten primär nachgefragt, um die Praxisgebühr beim Facharzt zu vermeiden. Insofern kann ein Allgemeinmediziner beziehungsweise Hausarzt als »Sprungbrett« zu den Fachärzten verstanden werden. Eine Befreiung von der Praxisgebühr ist jedoch nur für das Quartal möglich, in dem die Überweisung ausgestellt wurde. Deshalb werden Patienten, die einen Facharzt aufsuchen wollen, am Ende eines Quartals kaum zu einem Hausarzt gehen, um sich an einen Facharzt überweisen zu lassen. Schließlich müssten sie den Facharzt recht kurzfristig aufsuchen, um das erneute Begleichen der Praxisgebühr zu verhindern. Somit liegt die Vermutung nahe, dass die Häufigkeit von Hausarztbesuchen am Ende eines Quartals sinkt.

Das umgekehrte Argument gilt für den Beginn eines Quartals: Die Überweisungen gelten noch lange als Quittungen für die bezahlten Praxisgebühren. Folglich ist zu Beginn eines Quartals ein höheres Patientenaufkommen zu erwarten. Für Hausärzte entsprechen sich folglich die angebots- und die nachfrageseitigen Anreize hinsichtlich der Terminvereinbarung. Da diese empirisch nicht voneinander zu trennen sind, ist bei der Interpretation der Ergebnisse für Hausärzte eine gewisse Zurückhaltung angezeigt.

Bei Fachärzten liegen die Dinge tendenziell anders. Zwar können auch Fachärzte Überweisungen zu anderen Ärztinnen und Ärzten ausstellen, aber sie werden üblicherweise nicht aus diesem Grund besucht. Vielmehr ist durch die Einführung der Praxisgebühr der Anteil der Versicherten, die einen Facharzt mit Überweisung aufsuchen, deutlich gestiegen (Reiners und Schnee 2007). Auch mit Überweisung müssen Patienten im folgenden Quartal die Praxisgebühr erneut entrichten. Deshalb haben sie ein Interesse daran, noch einen Termin am Quartalsende zu realisieren. Aus diesem Grund wäre mit mehr Facharztbesuchen am Ende eines Quartals zu rechnen. Die Patientenanreize wirken folglich gegen Ende des Quartals tendenziell in die umgekehrte Richtung wie die der Fachärzte. Wenn wenige Facharzttermine am Ende eines Quartals und viele zu Beginn eines Quartals auftreten, dann spricht dies dafür, dass die Anreize der Ärzte, Termine zu verschieben, dominieren. Über die Höhe des Anreizes lässt sich jedoch nicht viel sagen, da die beiden Marktseiten im Rahmen dieser Untersuchung nicht voneinander getrennt beobachtbar sind.

## Die Verteilung der Termine über das Quartal – eine Analyse mit Krankenkassendaten

### Der Datensatz

Für die Analyse der Terminverteilung über das Quartal stand ein Datensatz mit 6.548 Versicherten der BARMER GEK für die Jahre 2008 und 2009 zur Verfügung. Es handelt sich um eine Geburtstagsstichprobe: BARMER-GEK-Versicherte, die an einem bestimmten Tag im Jahr Geburtstag haben, wurden betrachtet. Insofern ist der Datensatz repräsentativ für die Versicherten der BARMER GEK. Für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der Datensatz jedoch nicht

repräsentativ, da die Versichertenzusammensetzung der BARMER GEK eine andere ist als die der gesamten GKV. Für die hier behandelte Fragestellung ist dies jedoch nebensächlich, zumal mittels einer Regressionsanalyse zentrale Merkmale wie Alter und Gesundheitszustand berücksichtigt werden.

Eine Einschränkung besteht darin, dass bei Leistungen, die pauschaliert abgerechnet werden, nur der Erstkontakt enthalten ist. Damit stellen die untersuchten Arztkontakte nur eine Untergrenze der tatsächlichen Arztkontakte dar. Dieser Effekt dürfte mit Dauer des Quartals zunehmen. Er wird bei der Interpretation der Regressionsergebnisse berücksichtigt.

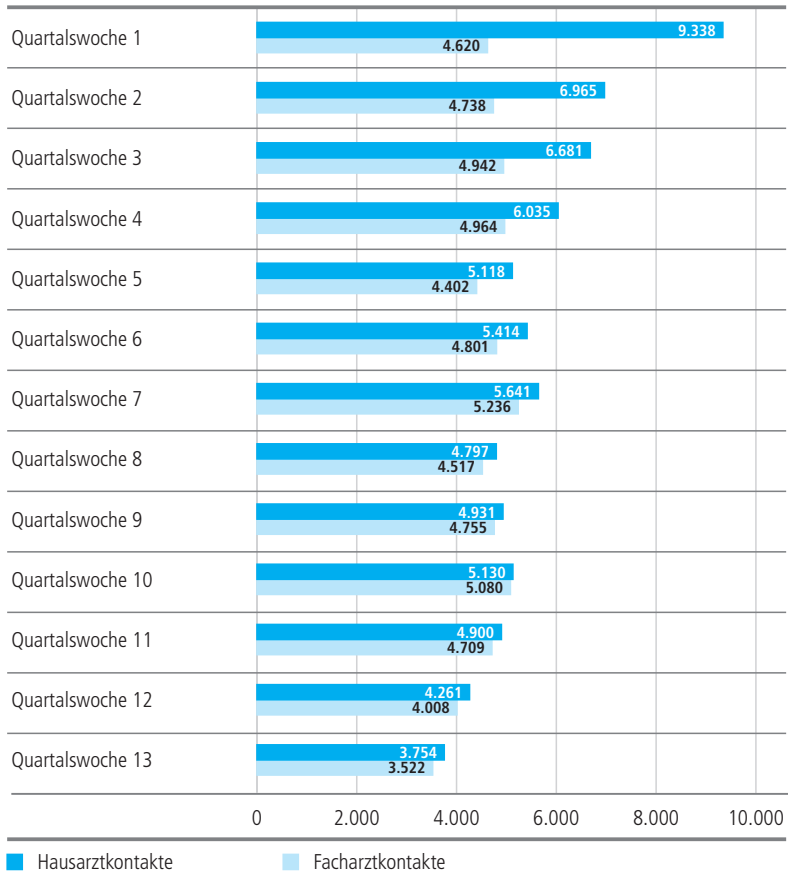
Zunächst werden die Abrechnungsdaten rein deskriptiv analysiert. Dabei wird eine Unterteilung nach Haus- und Facharztterminen vorgenommen, insbesondere um die im darauf folgenden Abschnitt erörterten unterschiedlichen nachfrageseitigen Effekte indirekt erfassen zu können. Da eine Differenzierung nach Haus- und Fachärzten nicht hundertprozentig möglich ist, werden Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Internisten und Kinderärzte hierbei als Hausärzte zusammengefasst, während Ärzte anderer Fachrichtungen als Fachärzte bezeichnet werden.

Eine rein deskriptive Analyse berücksichtigt jedoch keine externen Faktoren, die das Ergebnis auch anderweitig erklären könnten, wie etwa Feiertage oder saisonale Unterschiede. Zudem können Faktoren auf Bundeslandebene, vor allem die unterschiedlichen Schulferien, die Ergebnisse beeinflussen. Diese Effekte lassen sich mit einer Regressionsanalyse separat erfassen.

## Deskriptive Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse beruhen auf den Abrechnungsdaten der Jahre 2008 und 2009. Dabei wurden die Einzelabrechnungen zu Arztterminen zusammengefasst und einer »Quartalswoche« zugeordnet. Quartalswochen wurden so definiert, dass die ersten sieben Tage eines Quartals die erste Quartalswoche darstellen, die letzten sieben Tage die 13. Woche. Da sich nicht jedes Quartal in genau 13 Wochen einteilen lässt, wurden etwaige Abweichungen in der siebten Quartalswoche berücksichtigt. Für diese Woche wurde die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte pro Tag zugrunde gelegt und mit sieben mul-

Abbildung 1: Anzahl aller Arztkontakte 2008 und 2009



Angabe in Anzahl Arztkontakte

tippliziert. Diese Einteilung ist besonders gut für die Analyse geeignet, da die Zeitintervalle zu Beginn und gegen Ende des Quartals stets die gleiche Anzahl an Werk- und Wochenendtagen beinhalten und demzufolge miteinander vergleichbar sind. Eine Einteilung nach Kalenderwochen hätte dies nicht gewährleisten können.

Abbildung 1 stellt die Verteilung der Arztkontakte über die Quartalswochen dar. Bei den Hausärzten zeigt sich ein klar rückläufiger Verlauf während eines Quartals. Besonders auffallend ist die sehr hohe Anzahl an Arztkontakten in der ersten Quartalswoche ebenso wie ein stärkerer Rückgang am Quartalsende. Für Fachärzte hingegen

ist ein durchweg fallender Verlauf der Arztkontakte nicht beobachtbar. In den ersten zehn Wochen des Quartals ist kein klarer Trend zu erkennen, lediglich in den letzten drei Wochen kann ein Abflachen der Arztkontakte vermutet werden.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings Vorsicht geboten. Insbesondere werden keine saisonalen Effekte berücksichtigt. Doch gerade diese Einflussfaktoren könnten den Verlauf maßgeblich beeinflussen. So sind zwischen Weihnachten und Neujahr sehr wenige Arztkontakte zu vermuten. Dies könnte das Abflachen der Kontakte gegen Ende des Quartals in Abbildung 1 erklären. Ebenso können Ferienzeiten den Verlauf beeinflussen. Wie bereits oben erwähnt, werden diese Einflüsse unter Zuhilfenahme einer Regressionsanalyse getrennt erfasst, um so den wahren Quartalseffekt zu erhalten.

## Regressionsergebnisse

Die Analyse erfolgte anhand einer Schätzung für die Wahrscheinlichkeit, mindestens einen Arzttermin in einer Woche zu haben (siehe dazu den Textkasten). Als erklärende Variablen, die über die Zeit variieren, sind vor allem Feier-, Brücken- und Ferientage zu nennen, da sonst mit verzerrten Schätzungen der Quartalswocheneffekte zu rechnen wäre. Ebenso wurden Patientendaten wie Alter und Gesundheitszustand einbezogen. Für die Berücksichtigung des Gesundheitszustands bieten sich die »hierarchisierten Morbiditätsgruppen« an, die zur Berechnung von Zuschlägen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verwendet werden. Sie beruhen auf von Ärzten gestellten Diagnosen und sollen Krankenkassen für höhere Aufwendungen für Personen mit teuren Erkrankungen entschädigen. In der Regression wurde die Anzahl der hierarchisierten Morbiditätsgruppen, die bei einem Versicherten vorliegen, als Indikator für den Gesundheitszustand verwendet. Die Analyse erfolgte getrennt für Haus- und Fachärzte.

## Vorgehen bei der Regressionsanalyse

Die Schätzung verwendet ein lineares Regressionsmodell, bei dem die abhängige Variable »Arzttermin« den Wert eins annimmt, wenn die betrachtete Person in der besagten Woche mindestens einen Arzttermin hatte. Andernfalls nimmt sie den Wert null an. Für jede Person liegen 104 Beobachtungen (= 2 mal 52 Wochen) vor. Um festzustellen, wie die Wahrscheinlichkeit für einen Arzttermin von der Quartalswoche abhängt, sind Indikatorvariablen für die einzelnen Quartalswochen erforderlich. Da besonders in den ersten und in den letzten Wochen eines Quartals Abweichungen von der normalen Terminvergabe zu erwarten sind, bietet es sich an, die Abweichungen in den Terminen im Vergleich zur Quartalsmitte zu messen. Welche Wochen die Quartalsmitte darstellen, ist bis zu einem gewissen Maße beliebig. Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf einer Quartalsmitte von fünf Wochen, den Wochen 5 bis 9 eines Quartals. Folglich werden nur die Quartalswochen 1 bis 4 und 10 bis 13 als erklärende Variablen in das Modell aufgenommen. Alle Ergebnisse bleiben erhalten, wenn andere Quartalsmitteln verwendet werden.

Bei der Auswahl des empirischen Modells ist zu beachten, dass für die abhängigen Variablen sowie für die Quartalswochenindikatoren Beobachtungen für jede Person und jede Woche vorliegen, sodass die Daten eine Panelstruktur aufweisen. Da Beobachtungen einer Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten nicht als unabhängig voneinander betrachtet werden können, ist die Verwendung eines Paneldatenmodells zwingend. Die Wahl fällt auf das Modell mit festen individuellen Effekten. Der große Vorteil ist, dass dadurch die zeitinvariante unbeobachtete Heterogenität der Individuen herausgerechnet werden kann. Dies geschieht über eine zeitliche Mittelung der erklärenden Variablen. Der Einfluss von beobachteten zeitinvarianten erklärenden Variablen wie Geschlecht oder Bundesland auf die Wahrscheinlichkeit eines Arzttermins kann dann nicht untersucht werden. Dies ist jedoch für diesen Beitrag nicht weiter von Bedeutung, da das primäre Interesse in der konsistenten Schätzung der Quartalswocheneffekte liegt. Diese wird durch die Anwendung des Paneldatenmodells mit festen individuellen Effekten erst möglich.