

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin  
(Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP)  
im Zentrum Innere Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Modelle hausärztlicher Versorgung im Meinungsbild der Bevölkerung**  
**-Eine wissenschaftliche Telefonbefragung-**

INAUGURAL –DISSERTATION  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät  
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von  
**Anja Corinna Dieterich**

aus  
Mainz

Göttingen 2000

Dekan: Prof. Dr. med. M. Droese

I. Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. disc. pol. W. Himmel

II. Berichterstatter/in:

III. Berichterstatter/in:

Tag der mündlichen Prüfung:

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Einleitung</b>  | 1  |
| <b>2. Hintergrund und Stand der Forschung</b>                           | 2  |
| 2.1 Gesundheitspolitische Entwicklungen in Deutschland                  | 2  |
| 2.2 Zur Situation der hausärztlichen Versorgung in Deutschland          | 5  |
| 2.3 Modelle hausärztlicher Versorgung im Ausland                        | 6  |
| 2.3.1 „Managed Care“ in den USA   | 6  |
| 2.3.2 „Fundholding“ in Großbritannien                                   | 7  |
| 2.4 Optionen für die zukünftige hausärztliche Versorgung in Deutschland | 8  |
| 2.5 Bisherige Untersuchungen auf dem Gebiet                             | 11 |
| <b>3. Fragestellung und Hypothesen der Untersuchung</b>                 | 14 |
| <b>4. Methode</b>   | 18 |
| 4.1 Methodische Vorüberlegungen   | 18 |
| 4.2 Auswahlverfahren  | 20 |
| 4.2.1 Ziehung der Telefonnummern  | 20 |
| 4.2.2 Auswahl der Zielperson im Haushalt                                | 21 |
| 4.3 Fragebogen  | 22 |
| 4.3.1 Entwicklung   | 22 |
| 4.3.2 Aufbau  | 22 |
| 4.3.3 Test des Fragebogens  | 27 |
| 4.4 Durchführung der Untersuchung                                       | 28 |
| 4.4.1 Feldphase   | 28 |
| 4.4.2 Intervieworganisation   | 28 |
| 4.5 Datenanalyse  | 29 |
| <b>5. Ergebnisse</b>  | 30 |
| 5.1 Auswertung der Pilotphase   | 30 |
| 5.2 Auswertung der Zweitanrufe  | 30 |
| 5.3 Ausschöpfung der Stichprobe   | 31 |
| 5.4 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe                         | 33 |
| 5.5 Art und Häufigkeit des ärztlichen Kontaktes                         | 33 |
| 5.6 Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung                         | 35 |
| 5.7 Einstellungen zum Gesundheitssystem                                 | 36 |
| 5.8 Beurteilung zukünftiger Hausarztmodelle                             | 38 |

|   |    |
|---|----|
| 5.9 Einflußfaktoren auf die Beurteilung von Hausarztmodellen                | 39 |
| <b>6. Diskussion</b>  | 42 |
| 6.1 Methode   | 42 |
| 6.2 Ergebnisse  | 44 |
| 6.2.1 Aktuelle Bedeutung der hausärztlichen Versorgung                      | 44 |
| 6.2.2 Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle                                 | 45 |
| 6.3 Schlußfolgerungen   | 50 |
| <b>7. Zusammenfassung</b>   | 52 |
| <b>8. Anhang</b>  | 53 |
| 8.1 Fragebogen „Hausarztmodelle im Meinungsbild der Bevölkerung“            | 54 |
| 8.2 Grundauszählung   | 63 |
| 8.3 Argumentationshilfen und standardisierte Antworten zum Telefoninterview | 75 |
| 8.4 Informationsbrief   | 77 |
| <b>9. Literatur</b>   | 78 |

## 1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen ist seit längerem Gegenstand von Reformversuchen. Angesichts struktureller Mängel und begrenzter finanzieller Ressourcen werden Konzepte gesucht, mit denen die medizinische Versorgung effizienter gestaltet und Kosten gesenkt werden könnten. Einen Lösungsvorschlag für die ambulante Versorgung stellen derzeit sogenannte Hausarztmodelle dar: Durch die Stärkung der Koordinationsfunktion des Hausarztes<sup>1</sup> beim Eintritt von Patienten ins Gesundheitssystem soll die Nutzung medizinischer Dienstleistungen gesteuert werden.

Die Überlegungen zu einem solchen für Deutschland neuen Primärarztssystem orientieren sich an internationalen Entwicklungen. So fordert die Weltgesundheitsorganisation schon seit geraumer Zeit eine Neudefinition gesundheitspolitischer Aktivitäten zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention und propagiert die Stärkung der primärmedizinischen Versorgung als Lösungskonzept für eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau (Declaration of Alma-Ata, World Health Organization 1978). Beachtung finden außerdem Erfahrungen aus dem westlichen Ausland, wo Primärarztssysteme mit zum Teil beachtlichem Erfolg eingeführt wurden.

Die von fachlichen, berufspolitischen und ökonomischen Interessen geprägte Debatte zu diesem Thema findet vor allem in Expertenkreisen statt, wobei wiederholt der Bedarf an rationalen Entscheidungsgrundlagen formuliert wird. Für den Erfolg eines Hausarztmodells ist die Akzeptanz in der Bevölkerung von wesentlicher Bedeutung. Um Reformkonzepte bedarfsorientiert gestalten zu können, stellt sich daher die Frage nach den in der Bevölkerung bezüglich der ambulanten Versorgung vorhandenen Präferenzen und nach der antizipatorischen Bewertung eines Hausarztmodells.

---

<sup>1</sup> Aus pragmatischen Gründen wird im gesamten Text von Hausärzten und Patienten die Rede sein. Es sei hiermit ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese Arbeit ebenso von Patientinnen und Hausärztinnen handelt.

## **2 Hintergrund und Stand der Forschung**

Die Diskussion um neue Modelle hausärztlicher Versorgung in Deutschland steht im Zusammenhang mit Reformbestrebungen, die das deutsche Gesundheitswesen insgesamt betreffen. Im folgenden werden wichtige Tendenzen in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte vorgestellt, soweit sie für Neuordnungen in der Primärversorgung relevant sind. Dabei wird in diesem Kapitel bewußt nur Literatur berücksichtigt, die bis zum Zeitpunkt der Feldphase veröffentlicht war, da die Studie auf dem damaligen Stand aufbaute. Die Literatur der letzten zwei Jahre wird in der Diskussion (Kap. 6) hinzugezogen.

Neben einer Darstellung der Situation deutscher Hausärzte finden ausländische Konzepte der Primärversorgung und Erfahrungen mit Reformen Beachtung, die die Argumentation in Deutschland beeinflussen. Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung ist zunehmend auch in Deutschland von einer wissenschaftlichen Gesundheitssystemforschung begleitet (Schwartz et al. 1995), die wichtige Beiträge für Reformentscheidungen liefern kann. Forschungsergebnisse zur Qualität unterschiedlicher Versorgungssysteme und zur Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Gesundheitsversorgung werden – soweit vorhanden – vorgestellt.

### **2.1 Gesundheitspolitische Entwicklungen in Deutschland**

Das deutsche Gesundheitswesen basiert auf einem sozialstaatlichen Krankenversicherungssystem, das von gesetzlichen und privaten Krankenkassen nach dem Sachleistungsprinzip getragen wird. Gegenüber anderen europäischen Gesundheitssystemen zeichnen sich die deutschen Versorgungsstrukturen durch eine gute Zugänglichkeit zu einem vergleichsweise hochspezialisierten kurativen Medizinsystem aus. Schwächen des Systems werden vor allem im Bereich der Prävention, in einer mangelnden Vernetzung der einzelnen Sektoren (z. B. ambulante und stationäre Versorgung) und in einer, im Vergleich beispielsweise zu den Niederlanden oder Großbritannien, unterentwickelten primärärztlichen Versorgungsstufe gesehen (OECD 1992, Starfield 1991). Die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland ist gekennzeichnet durch folgende Merkmale: 1. Von Patientenseite besteht das Recht auf freie Arztwahl; 2. das Versorgungsangebot wird durch niedergelassene

Kassenärzte gewährleistet; 3. die Beziehung zwischen Angebot und Nachfrage wird durch Gruppenverhandlungen zwischen Ärzte- und Kassenverbänden geregelt (Alber 1992).

Aufgrund von Finanzierungsengpässen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Mängeln in der Effizienz und Qualität der Krankenversorgung ist dieses Gesundheitssystem seit Jahren Gegenstand von Reformbestrebungen<sup>2</sup>. Bei Ärzteschaft, Krankenkassen und Gesundheitspolitik besteht weitgehende Einigkeit über den Reformbedarf; Ursachen und Lösungsstrategien diskutieren die Interessengruppen jedoch kontrovers. Werden einerseits unter dem Stichwort „Kostenexplosion“ Reformen vor allem unter ökonomischen Effizienzkriterien gefordert, so wird von anderer Seite vor allem auf qualitative Mängel des bestehenden Gesundheitssystems hingewiesen: Zentrale Kritikpunkte sind ein unausgewogenes Verhältnis von hausärztlicher und fachärztlicher Betreuung, eine ungenügende Vernetzung und Tendenzen zur Überversorgung durch das ärztliche Vergütungssystem (Burkowitz et al. 1995; Fischer 1996).

In jedem Fall wird unter der Annahme zukünftig begrenzter finanzieller Ressourcen Handlungsbedarf gesehen (Clade 1997). Verbunden mit der Befürchtung, daß ein allgemein zugängliches sozialstaatliches Versorgungssystem in Zukunft nicht mehr tragbar sein könnte, propagiert Abholz (1989) Reformen mit dem Ziel, durch rationale Planung eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau bei möglichst geringen Kosten auch weiterhin gewährleisten zu können. Neben dem rationaleren Einsatz

---

<sup>2</sup> Der „Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ stellt in seinem Sondergutachten 1995 (S. 39-45) folgende Faktoren als „Determinanten der Ausgabenentwicklung in der GKV“ dar:

- „die Leistungsausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage“,
  - den „medizinisch-technischen Fortschritt“,
  - die Preisentwicklung und „die Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin“
- als sogenannte „**angebotsseitige Einflußgrößen**“,
- „die Verschiebung der Altersstruktur“ mit einer Zunahme älterer multimorbider Patientinnen und Patienten,
  - „die Zunahme von Einzelhaushalten“,
  - „die Veränderung des Krankheitsspektrums“ in Richtung zunehmend chronischer Erkrankungen,
  - „die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber medizinischer Versorgung“
  - und die „übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“
- als „**nachfrageseitige Faktoren**“.

medizinischer Dienstleistungen wird sogar die Möglichkeit einer Rationierung von Hilfeleistungen in Betracht gezogen, wobei derartige Maßnahmen in der deutschen Diskussion bisher auf massive Kritik stoßen (Mielck und John 1996).

Kurz vor Durchführung der hier vorgestellten Studie wurden durch die „Gesetze zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von 1996/97 Krankenkassenleistungen gekürzt und Zuzahlungen der Patienten (z.B. bei Medikamenten) erhöht (Clade et al. 1997). Durch derartige Tendenzen zu einer stärkeren Eigenbeteiligung von Patienten und durch die Einführung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sehen Kritiker das Prinzip der solidarisch finanzierten GKV zur Disposition gestellt (Rothfuß und Adam 1996). Die Bevölkerung bringt der bestehenden sozialstaatlichen Sicherung jedoch weiterhin hohe Akzeptanz entgegen (Dehlinger und Brennecke 1992).

Badura (1996) sieht als Ursache für Fehlentwicklungen die „kurativ-interventionistische Orientierung“ des Gesundheitssystems. Eine einseitige Ausrichtung lasse Gesundheitspolitik vorwiegend auf bestehende Gesundheitsprobleme reagieren. Diese Form medizinischer Versorgung sei durch eine vermehrt epidemiologisch und präventivmedizinisch ausgerichtete Perspektive zu modifizieren. Dem liegt ein soziales Modell von Gesundheit und Krankheit zugrunde, welches das Krankheitsmodell der kurativen Medizin erweitert, indem psychosoziale und sozio-ökonomische Zusammenhänge von Krankheitsentstehung und -bewältigung einbezogen werden (Trojan 1995). Die mit diesen Schwerpunkten arbeitende Public-Health-Forschung stellt in Deutschland einen neueren Ansatz für die Entwicklung des Gesundheitswesens dar.

Die gesundheitspolitischen Probleme und Zielvorstellungen in Deutschland ähneln Reformentwicklungen in anderen Industrieländern (Hobbs 1995; Smith 1997). Besondere Aufmerksamkeit findet in allen Ländern die hausärztliche Versorgung, die im Zusammenhang mit den übergeordneten gesundheitspolitischen Entwicklungen als ein Angelpunkt von Reformen gesehen wird.

## 2.2 Zur Situation der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Der Ansatz hausärztlicher Arbeit wird von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Abholz 1992, S. 15) folgendermaßen charakterisiert: „Allgemeinmedizin ist die Langzeitbetreuung und Behandlung von gesunden und kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen, unabhängig von Alter und Geschlecht, unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt.“

Zu den Spezifika der hausärztlichen Betreuung zählen:

„die Mehrdimensionalität des Krankseins

die Arzt-Patienten-Beziehung als wesentlicher Bestandteil in Diagnostik und Therapie

die Subjektivität der Entscheidungsfähigkeit auf der Basis von a) und b).“

(Abholz 1992, S. 16)

Das ärztliche Arbeitsfeld ist gekennzeichnet durch eine Zunahme an multimorbiden, geriatrischen und chronisch kranken Patienten. Da diese Gruppen in besonderem Maße nach einer kontinuierlichen, umfassenden allgemeinmedizinischen Betreuung verlangen, scheinen Hausärzte aufgrund ihres Leistungsspektrums besonders geeignet, den Anforderungen dieser Patienten gerecht zu werden (Kossow 1996).

Im Hinblick auf die aktuelle Praxis hausärztlicher Tätigkeit wird jedoch beanstandet, daß die genannten Aufgaben wegen Strukturfehlern in der Organisation und unausgewogener Vergütung der ambulanten Versorgung faktisch nicht oder nur unzureichend wahrgenommen werden. Kritikpunkte sind im Einzelnen die bessere Honorierung von technischen Leistungen gegenüber Gesprächsleistungen, die Konkurrenz zu anderen Fachärzten bzw. die Übernahme hausärztlicher Funktionen von Spezialisten (Fischer 1993a; Steinkohl 1996). Reformen sollten eine disziplinübergreifende Kooperation und Koordination der medizinischen Betreuung fördern, d.h. die Integration von Behandlungsplänen und Befunden der an der Versorgung eines Patienten beteiligten Ärzte im Rahmen einer umfassenden Patientenbegleitung (van Eimeren und John 1995).

Vor diesem Hintergrund stehen gegenwärtig Vorschläge zur Einführung eines sogenannten Primärarztsystems oder Hausarztmodells. Dient in der öffentlichen Diskussion vorrangig die Kostenentwicklung als ausschlaggebendes Argument, so gibt es andererseits qualitative Argumente für ein solches System. In einer Reihe von Studien zeigte sich, daß in Ländern mit einem Primärarztsystem die Qualität der Gesundheitsversorgung besser, die Kosten für das Gesundheitssystem geringer und die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem höher sind (Starfield 1991; Starfield et al. 1994).

### **2.3 Modelle hausärztlicher Versorgung im Ausland**

Im folgenden werden exemplarisch zwei Konzepte von Hausarztmodellen im Ausland vorgestellt, die innerhalb der jeweiligen Gesundheitssysteme – dem weitgehend deregulierten Versicherungssystem der USA bzw. dem überwiegend staatlich gesteuerten Versorgungssystem Großbritanniens – die hausärztliche Arbeitssituation definieren.

In den USA werden seit einiger Zeit Versuche unternommen, die Gesundheitsversorgung nach Management-Gesichtspunkten zu organisieren. Auch in Deutschland findet das Konzept eines nach ökonomischen Kriterien gesteuerten Gesundheitssystems zunehmend Beachtung. Daneben beeinflusst das Prinzip des „Fundholding“ – einer im britischen Gesundheitssystem zur Effizienzsteigerung der ambulanten Versorgung eingeführten Organisationsform – die deutsche Diskussion um eine Neustrukturierung hausärztlicher Versorgung.

#### **2.3.1 „Managed Care“ in den USA**

Unter dem Begriff „Managed Care“ werden heterogene Strukturierungs- und Finanzierungskonzepte zusammengefaßt, die durch marktwirtschaftliche Kontrolle und Steuerung medizinischer Dienstleistungen Kosten im Gesundheitssystem senken und die Effizienz der Versorgung erhöhen sollen. Im wesentlichen steht Managed Care für ein Versicherungssystem, in dem die Entscheidungsfreiheit von Arzt und Patient zugunsten einer effizienteren Gesundheitsversorgung eingeschränkt ist. Ausführendes Organ dieser Zielsetzung sind „Health Maintenance Organizations“ (HMOs), die im Auftrag der Krankenkassen den bei ihnen versicherten Patienten Lei-

stungen anbieten. Diese Leistungen werden unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten durch Vertragsabschluß mit Ärzten, Kliniken, pharmazeutischen Unternehmen etc. „eingekauft“ und zur Verfügung gestellt. Eine Schlüsselrolle nimmt in diesem System der Hausarzt ein, der als „Gatekeeper“ über weitere notwendige Therapieschritte entscheidet.

Weitere Steuerungsinstrumente der ambulanten Versorgung im Interesse einer Kostenbegrenzung sind Verträge mit den Leistungserbringern, die für die Einhaltung vorgeschriebener Budgets verantwortlich sind. Diese Verträge beinhalten die Einschränkung der freien Arztwahl, eine restriktive Indikationsstellung und regelmäßige Kosten- und Qualitätskontrollen (Hendrichke und Kröger 1997, Lauterbach 1996).

### **2.3.2 „Fundholding“ in Großbritannien**

Das Prinzip des „Fundholding“ – 1990 in Großbritannien eingeführt (Roland 1991) – soll ebenfalls die zunehmenden Kosten im staatlichen Gesundheitswesen regulieren. Fundholding bietet primärärztlichen Praxen ab einer bestimmten Größe die Option, Verantwortung für ein zur Verfügung gestelltes Finanzbudget zu übernehmen. Das Budget umfaßt die pauschale Deckung aller Behandlungs- und Praxiskosten inklusive stationärer Therapie, Nachsorge und Pharmakotherapie. Durch Beteiligung der Ärzte an der finanziellen Verantwortung sollen Verschreibungs- und Überweisungskosten gesenkt werden (Dixon und Glennerster 1995).

Die Organisation der Praxen auf der Basis des vorhandenen Budgets ist frei wählbar: Verträge mit Krankenhäusern beispielsweise können individuell geschlossen werden; auch der Zusammenschluß mehrerer Praxen zu sogenannten „Multifunds“ ist möglich. Für die teilnehmenden Praxen entsteht ein finanzieller Anreiz zur effizienten Nutzung des Budgets dadurch, daß nicht in Anspruch genommene Gelder in die Praxis investiert werden können (Madden 1991).

Die Abgabe staatlicher Steuerungskompetenzen an die Träger medizinischer Versorgung erinnert an das US-amerikanische Modell. Im Unterschied dazu wird Fundholding jedoch nicht von den Krankenkassen, sondern von den praktizierenden Ärzten in Eigenregie betrieben (Green 1992; Handysides 1994).

Inwieweit diese Reformversuche erfolgreich sind, ist Gegenstand aktueller Forschung. Es gibt Hinweise darauf, daß Managed-Care-Strukturen tatsächlich eine Effizienzsteigerung bewirken können (Etter und Perneger 1997; Starfield et al. 1994; Starfield 1997). Gleichzeitig provozieren Umstrukturierungen dieser Art gesellschaftspolitische Auseinandersetzungen über ethische Probleme, wie z.B. eine Gefährdung der Arzt–Patient-Beziehung durch Interessenkonflikte des Hausarztes oder den Umgang mit einer Rationierung von Leistungen (AMA Council on Ethical and Judicial Affairs 1995). Unter Berücksichtigung struktureller und kultureller Unterschiede stellen die genannten Modelle Optionen auch für Reformen in Deutschland dar.

#### **2.4 Optionen für die zukünftige hausärztliche Versorgung in Deutschland**

Durch die Einführung eines Hausarztmodells soll die Funktion von Hausärzten im Gesundheitssystem am Beginn einer möglichen Patientenkarriere gestärkt werden: Der Hausarzt begleitet den Patienten durch das Gesundheitssystem und ist an der Entscheidung über notwendige Behandlungen oder Untersuchungen beteiligt (Lotsen- bzw. Gatekeeperfunktion). Für diese Aufgaben werden auch die Begriffe „Case Management“ oder „Disease Management“ verwendet. Ein wichtiger Aspekt ist in diesem Zusammenhang die Rolle des Hausarztes in der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Patienten vor Überversorgung durch das kurative Versorgungssystem und vor unnötiger Hospitalisierung zu schützen (Jork 1996; Tempel 1995). Die Hausarztmodelle sind ein Versuch, Kosten zu begrenzen, bieten aber auch die Chance, medizinische Versorgung rationaler zu gestalten (Coulter 1996). Den verschiedenen denkbaren Hausarztmodellen liegen Prinzipien entweder staatlicher oder marktwirtschaftlicher Steuerung zugrunde.

Die folgenden Maßnahmen, über deren Einführung zur Zeit in Deutschland nachgedacht wird bzw. die teilweise schon ausprobiert werden, fußen auf primärärztlichen und Managed-Care-Versorgungsstrukturen:

1. Eine Steuerungsmöglichkeit ist die gesetzlich geregelte, verpflichtende „Einschreibung“ der Versicherten bei einem Hausarzt, der dadurch als primär verantwortlicher Arzt legitimiert wird. An dieser Eintrittspforte ins Krankenversorgungs-

system wird dann die Überweisung zu niedergelassenen Spezialisten oder ins Krankenhaus veranlaßt. Der Zugang zur Sekundärversorgung wäre hausärztlich begrenzt. Vorteile eines solchen Primärarztsystems sind die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen durch unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Ärzten (Doctor-Hopping) und der effizientere Ressourceneinsatz (Andersen 1992; Hunsche und Lauterbach 1997). Zweifel an der Durchführbarkeit dieses Systems in Deutschland bestehen vor allem im Hinblick auf eine mögliche Einschränkung der freien Arztwahl (van Eimeren und John 1995).

2. Ein alternativer Vorschlag betrifft die Lenkung von Patienten durch unterschiedliche Zahlungsleistungen der Krankenkasse, d.h. durch finanzielle Anreize oder Sanktionen (weniger zahlen beim Erstgang zum Hausarzt bzw. keine vollständige Kostenübernahme bei Erstgang zum Facharzt). Das Prinzip der Freiwilligkeit bliebe auf diese Weise bestehen. Patienten könnten ein Primärarztmodell als Versicherungsoption innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wählen und so eine Beitragsermäßigung erhalten (Steinkohl 1996).
3. Neben diesen Strukturveränderungen, die Patienten direkt betreffen, gibt es weitere Steuerungsmöglichkeiten, die (beispielsweise im Rahmen von Managed Care) in das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen eingreifen, aber auch indirekte Auswirkungen für Patienten haben könnten. Eine Privatisierung und Vermehrung marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitswesen könnte den Einfluß der Krankenkassen vermehren, wie in dem 1996/97 gesundheitspolitisch neu geschaffenen Wettbewerb durch Flexibilisierung der Beitragspreise (Schwartz und Okma 1997). Nach dem Vorbild der HMOs in den USA könnten Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen abgeschlossen werden. Damit würde die Ärzteschaft an der ökonomischen Verantwortung beteiligt und Effizienzkontrollen der ärztlichen Maßnahmen durch die Versicherung möglich. Eine Auswirkung für Patienten könnte dann z.B. sein, daß die Versicherten einer Krankenkasse nur zwischen den unter Vertrag stehenden Hausärzten wählen dürften. Damit wäre eine dritte Partei in die Arzt-Patient-Beziehung eingeschaltet.
4. Eine weitere Form der Einflußnahme auf ärztliche Arbeitsweisen ist die Form der Vergütung. Aus der Kritik am bestehenden Einzelleistungsprinzip heraus werden

Alternativen erörtert – mit dem Ziel, ein System einzuführen, welches die gesundheitsstabilisierende Arzt-Patient-Beziehung beim chronisch Kranken honoriert (Fischer 1993 a). Hierauf gründen Modelle einer pauschalen Vergütung („Fall“-Pauschalen). Im Kontext von Managed-Care-Strukturen, d.h. von nach finanziellem Gewinn und Risiko arbeitenden Krankenkassen, werden Befürchtungen laut, daß eine solche Vergütungsform einen Anreiz zur Risikoselektion bieten könnte, da bei einer gesunden und jungen Patientenklientel ein geringeres Leistungsvolumen zu erwarten ist und somit Einsparungen eher zu realisieren sind (Hunsche und Lauterbach 1997).

Mit pauschalen Honorarsystemen und einer Beteiligung der Ärzte an der ökonomischen Verantwortung soll also die Mengenausweitung gestoppt und die Effizienz verbessert werden. Um Interessenkonflikte und eine Gefährdung der Arzt-Patient-Beziehung zu vermeiden, werden begleitende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und eine gesetzliche Begrenzung marktwirtschaftlicher Einflußnahme als notwendig angesehen (Fischer 1993 b; Hellmann 1995; Pratt 1995; Schmacke 1996).

Ein Beispiel für einen gegenwärtig stattfindenden Modellversuch ist das Hausarztmodell der AOK. In einer zunächst einjährigen Pilotphase sollten die drei Bausteine Gesundheitsmanagement, Hausarztzirkel sowie Analyse und Steuerung der Patientenströme ausprobiert werden (Leber 1997). Seit 1996 finden im Rahmen dieses Modellversuchs regionale Projekte in Frankfurt und Thüringen statt. Die Versicherten entscheiden sich frei zur Teilnahme und verpflichten sich damit, im Krankheitsfall zuerst zum Hausarzt zu gehen. Der Hausarzt kann nach einem Quartal gewechselt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Recht auf eine zweite ärztliche Meinung. Das Modell blieb vorläufig auf wenige chronische Krankheitsbilder begrenzt (Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen). Für die teilnehmenden Ärzte besteht eine Fortbildungsverpflichtung. Die Qualität der Versorgung wird durch ein gemeinsames Gremium der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse kontrolliert.

## 2.5 Bisherige Untersuchungen auf dem Gebiet

Um Reformen für die ambulante Versorgung bedarfsorientiert zu gestalten, gelten Zufriedenheit und Erwartungen der Patienten als wichtige Voraussetzung für den Erfolg eines Modells. Zugleich ist Patientenzufriedenheit ein Kriterium der Evaluation im Gesundheitssystem. Die Erarbeitung adäquater Befragungsinstrumente zur Zufriedenheitsmessung für die Bewertung der hausärztlichen Versorgung ist Gegenstand aktueller Forschung (Baker 1990; Concato und Feinstein 1997; Himmel und Kochen 1997; Wensing et al. 1994).

Studien zur Zufriedenheit mit verschiedenen ambulanten Versorgungssystemen liegen bisher vor allem aus dem Ausland vor. Gervas et al. (1994) kamen in einem Vergleich einiger westeuropäischer Gesundheitssysteme zu dem Ergebnis, daß Systeme mit einem Vergütungsmodus nach Einzelleistungen zu weniger intensiven Arzt-Patient-Beziehungen und zu einer reduzierten Attraktivität der Allgemeinmedizin führen. Systeme mit Gatekeeping-Prinzipien schließen dagegen eine hohe Patientenzufriedenheit nicht aus. Es gibt jedoch Hinweise darauf, daß die Patientenzufriedenheit in einem Primärarztssystem sinkt, wenn damit eine Einschränkung der freien Arztwahl verbunden ist (Perneger et al. 1996). Ähnliche Ergebnisse zeigt eine vom Emnid-Institut (1997) durchgeführte Patientenbefragung: Immerhin 63% der Befragten waren bereit, im Krankheitsfall zuerst zum Hausarzt zu gehen. Fast alle Personen wollten sich aber das Recht auf freie Arztwahl vorbehalten.

Die Art der Praxisorganisation scheint nur indirekt Auswirkungen auf die Zufriedenheit von Patienten zu haben (Holloway et al. 1989). Dagegen spielen fachliche und interpersonelle Komponenten eine zentrale Rolle für die Zufriedenheit (Lewis 1994; Thom und Campbell 1997). Besonders wichtig ist die persönliche Beziehung zum Hausarzt (Baker 1996; Baker und Streatfield 1995). Schauffler et al. (1996) stellten außerdem fest, daß Patienten zufriedener waren, wenn der Hausarzt auch präventive Aufgaben erfüllte.

Befragungen zum deutschen Gesundheitssystem ergaben insgesamt hohe Zufriedenheitswerte. In einer europaweit durchgeführten Befragung waren 91% der deutschen Befragten mit der Versorgungsqualität zufrieden (Ferrera 1993/1995). Die aktuelle Zufriedenheit mit dem Hausarzt scheint ebenfalls hoch zu sein. In einer Unter-

suchung von Langewitz et al. (1995) waren 73,2% der Befragten zufrieden oder sehr zufrieden mit der ärztlichen Untersuchung. Über die Hälfte der von Ferrera Befragten befürchtet allerdings, daß sich die Versorgung in Zukunft verschlechtern könnte. In einer 1997 durchgeführten Befragung befürchteten 55% der Personen, daß durch die Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen das Arzt-Patient-Verhältnis belastet werden könnte (Kasten et al. 1997).

Im Rahmen einer europäischen Gemeinschaftsstudie wurde nach den grundsätzlichen Erwartungen an den Hausarzt gefragt. Die wichtigsten von Patienten gewünschten Eigenschaften des Hausarztes waren hier die Erreichbarkeit im Notfall, sorgfältiges Arbeiten und genügend Zeit für ein Gespräch (Klingenberg et al. 1996).

In anderen Arbeiten wurden Abhängigkeiten zwischen der Zufriedenheit bzw. der Bewertung von Hausarztmodellen und soziodemographischen Charakteristika untersucht: Hall und Dornan (1990) fanden als wichtigste Prädiktoren für die Patientenzufriedenheit das Alter und den Bildungsstand: Größere Zufriedenheit korrelierte mit höherem Alter und einer geringeren Bildung (jedoch mit einem höheren Sozialstatus). Auch ein guter Gesundheitsstatus und eine kontinuierliche Versorgung (d.h. eine langjährige Arzt-Patient-Beziehung) wirkten sich positiv auf die Zufriedenheit aus. Auch die bereits zitierte Studie von Klingenberg et al. ergab ein unterschiedliches Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Alter und von der Sozialisation der Befragten: Befragte in den alten Bundesländern äußerten vermehrt den Wunsch nach Entscheidungsfreiheit und wünschten eher eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung; Befragte in den neuen Bundesländern legten dagegen mehr Wert auf Versorgung und Betreuung durch den Hausarzt. Jüngere Befragte legten eher Wert auf eine schnelle Erreichbarkeit, während ältere Befragte wiederum eher die Versorgung und Betreuung in den Vordergrund stellten.

Die vorwiegend von Experten geführte Diskussion um neue Konzepte hausärztlicher Versorgung hat derzeit einen eher abstrakt-theoretischen bzw. programmatischen Charakter. Forschungsarbeiten zur Patientenzufriedenheit beziehen sich vor allem auf Einstellungen von Patienten zum Gesundheitssystem als ganzem und auf Einflußfaktoren auf die Zufriedenheit. Für die erfolgreiche Einführung eines Hausarztmodells ist die Meinung der Bevölkerung zu zukünftigen Versorgungsformen ein

wichtiger Parameter, wobei jedoch bisher kaum auf empirische Untersuchungen zurückgegriffen werden kann.

### 3 Fragestellung und Hypothesen der Untersuchung

Die Überlegungen zur Reform der hausärztlichen Versorgung und zur Reform des deutschen Gesundheitssystems insgesamt beeinflussen sich wechselseitig. Auf beiden Ebenen werden rationale Entscheidungsgrundlagen für mögliche Umgestaltungen gesucht. Zur Erarbeitung bedarfsorientierter und patientenzentrierter Lösungskonzepte sollten deshalb die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzer der Gesundheitsversorgung erfragt und analysiert werden. Auf diese Weise kann der Bedarf eingeschätzt und einer rationalen Gestaltung – in diesem Falle speziell der hausärztlichen Funktion – zugrundegelegt werden.

Mit dieser Befragung sollte im einzelnen herausgearbeitet werden,

- welche Bedeutung der Hausarzt in der Bevölkerung hat,
- welche Wünsche und Bedürfnisse in bezug auf die hausärztliche Versorgung vorhanden sind,
- wie die aktuell diskutierten gesundheitspolitischen Konzepte für eine hausärztliche Versorgung bewertet werden und
- welche Bedürfnisse und Bewertungen sich gruppenspezifisch (d.h. nach soziodemographischen Charakteristika) zuordnen lassen.

Der Untersuchung und dem Studiendesign lagen folgende Annahmen zugrunde:

#### **Hypothese 1**

***Die Bewertung der heutigen hausärztlichen Versorgung, gemessen an der Zufriedenheit der Befragten, ist von soziodemographischen Faktoren abhängig.***

Es kann beispielsweise davon ausgegangen werden, daß jüngere Befragte insgesamt eher gesund, ältere Befragte eher krank sind. Außerdem spielt nach Hall und Dornan (1990) das Alter eine Rolle für die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (ältere Patienten sind eher zufrieden), so daß in beiden Gruppen unterschiedliche Antworttendenzen zu erwarten sind. Die Stichprobe sollte daraufhin untersucht werden, ob sich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in ihren Einstellungen unterscheiden. Folgende soziodemographische Parameter wurden berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommensstatus, Beruf, historische Erfah-

rung (Ost- versus Westdeutschland), Gesundheitsstatus, Krankenversicherungsstatus (gesetzlich versus privat versichert), ärztliche Versorgungsdichte, Praxislage (Stadt versus Land), Arztpräferenz (Hausarzt versus Facharzt), Konsultationshäufigkeit.

### **Hypothese 2**

***Zukunftsmodelle, welche die freie Arztwahl einschränken, werden eher negativ beurteilt.***

Das Recht auf medizinische Versorgung, verbunden mit der freien Wahl des Arztes, stellt für den Großteil der Bevölkerung ein wichtiges Gut dar (Emnid 1997). Deshalb dürften Veränderungen, die z. B. durch Auswahllisten der Krankenkassen die Wahl des Hausarztes einschränken oder auch einen hausärztlich begrenzten Zugang zur Sekundärversorgung bedeuten, eher abgelehnt werden.

### **Hypothese 3**

***Die Mehrheit der Befragten befürwortet das der gesetzlichen Krankenversicherung zugrundeliegende Solidarprinzip und lehnt höhere Zuzahlungen oder die Abhängigkeit der Versorgungsqualität von monetären Vorleistungen ab.***

Für die Diskussion medizinischer Versorgungskonzepte ist entscheidend, ob der gesellschaftliche Konsens einer solidarischen Finanzierung mit allgemeiner sozialer Sicherung weiterhin besteht. Nach Dehlinger und Brennecke (1992) stößt das bestehende System auf hohe Akzeptanz. Es ist zu überprüfen, inwieweit diese Akzeptanz und die Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle vereinbar sind.

### **Hypothese 4**

***Hausärztliche Modelle, die die uneingeschränkte Anwaltschaft des Arztes für den Patienten gefährden, werden eher negativ beurteilt.***

Zu den grundlegenden Aspekten ärztlicher Tätigkeit gehört die individuelle Entscheidungsfindung zum Besten des Patienten (Hellman 1995). Die Einführung anderer

(ökonomischer) Entscheidungsgrundlagen könnte Befürchtungen auslösen, daß die speziell im hausärztlichen Arbeitsfeld wichtige Arzt-Patient-Beziehung bedroht ist.

#### **Hypothese 5**

***Der Schutz vor medizinischer Überversorgung durch „Gatekeeping“ hat kaum Einfluß auf die Beurteilung zukünftiger Hausarztmodelle, da das Problem der Überversorgung von den Befragten eher nicht erkannt wird.***

Vom Sozialstaatsprinzip her ist es eher untypisch, Überversorgung zu thematisieren. Überversorgung dürfte daher kaum öffentlich wahrgenommen werden. Das würde bedeuten, daß auch die Bestrebungen, durch eine vermehrte Koordinationsfunktion des Hausarztes Patienten z.B. vor unnötigen Arztkontakten zu schützen (Fischer 1996), eher nicht in die Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle einfließen.

#### **Hypothese 6**

***Die Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle ist von soziodemographischen Faktoren abhängig.***

Es sollte untersucht werden, inwieweit die obengenannten soziodemographischen Faktoren (s. Hypothese 1) auch Prädiktoren für die Akzeptanz der Zukunftsmodelle darstellen. Beispielsweise ist denkbar, daß die Intensität des derzeitigen Kontaktes zum Hausarzt (Konsultationshäufigkeit) die Einstellung zum Primärarztsystem positiv beeinflusst. Befragte mit Hausarzt sind möglicherweise eher einverstanden mit der Lotsenfunktion des Hausarztes als Befragte ohne Hausarzt. Auch das Alter der Befragten dürfte bei der Bewertung eine Rolle spielen.

#### **Hypothese 7**

***Die Bewertung hausärztlicher Tätigkeit beeinflusst die Bewertung denkbarer zukünftiger Hausarztmodelle.***

Zusätzlich zu soziodemographischen Charakteristika sollte der Einfluß der aktuellen Zufriedenheit der Befragten auf das Antwortverhalten untersucht werden. So könnte eine hohe aktuelle Zufriedenheit durch das befürchtete Ausmaß an Umstellungen zu einer negativen Bewertung führen. Andererseits ist möglicherweise eine enge haus-

ärztliche Bindung (und damit Zufriedenheit) ein positiver Einflußfaktor für Modelle, die eine Stärkung der Primärversorgung zum Ziel haben.

## 4 Methode

### 4.1 Methodische Vorüberlegungen

Zur Erhebung eines Meinungsbildes über Hausarztmodelle wurde das standardisierte Telefoninterview als neuere Methode der quantitativen empirischen Sozialforschung gewählt.

Die Vorteile dieser Methode liegen in einem geringeren Aufwand im Vergleich etwa zum mündlich-persönlichen bzw. zum schriftlichen Interview. Dadurch ist eine Verkürzung der Feldphase bei vergleichbarer Qualität der Ergebnisse möglich. Gegenüber einer mündlichen Befragung von Patienten in Wartezimmern hausärztlicher Praxen bezieht das telefonische Interview auch diejenigen ein, die keinen Hausarzt haben oder deren Meinung nicht durch eine aktuelle Krankheit beeinflusst ist. Frey et al. (1990) vergleichen Vor- und Nachteile der postalischen, persönlichen und telefonischen Umfragemethoden. In bezug auf die Durchführungszeit, Stichprobenreichweite, Standardisierung der Interviewsituation sowie Antwort- oder Verweigerungsrate ist die telefonische Befragung den anderen Methoden überlegen oder zumindest gleichwertig.

Nachteile der Methode bestehen z.B. in der Beschränkung der Interviewführung auf den akustischen Kanal. Weder in der Phase der Kontaktaufnahme noch beim Vorlegen und Beantworten der Fragen ist der Einsatz visueller Hilfen möglich. Eine Ausnahme bildet die schriftliche Vorabinformation über den zu erwartenden Telefonkontakt.

Die Ergebnisse einer Telefonbefragung unterliegen grundsätzlich den gleichen Fehlerquellen wie andere Methoden der quantitativen empirischen Umfrageforschung, insbesondere im Hinblick auf die Repräsentativität und Selektivität der Stichprobe:

- Aufgrund der angewandten Methode können nur Personen in Haushalten mit Telefonanschluß einbezogen werden, die möglicherweise in ihrem Antwortverhalten von Personen ohne Telefonanschluß abweichen (Häder 1996). Die Untersuchungsergebnisse wären dann nicht oder nur bedingt auf die Gesamtbevölke-

rung übertragbar. Da in der Bundesrepublik eine Anschlußrate von insgesamt weit über 90% angenommen werden kann (nach dem Statistischen Jahrbuch von 1997 (Statistisches Bundesamt 1998) liegt die Anschlußdichte in den neuen Bundesländern bei über 95%, in den alten Bundesländern bei über 97%), wird ein methodischer Fehler durch strukturelle (d.h. sozioökonomische) Unterschiede als eher gering eingeschätzt (Fuchs 1994; Häder 1994).

- Es ist dennoch davon auszugehen, daß die Anschlußrate der Haushalte in den alten und neuen Bundesländern zum Zeitpunkt der Feldphase unterschiedlich war, da in den neuen Bundesländern eine vergleichsweise große Zahl der Haushalte nur über Mobiltelefone erreichbar ist. Die zugehörigen Telefonnummern sind bisher nur sehr unvollständig in Telefonverzeichnissen zu finden. Außerdem besteht die Gefahr einer Stichprobenverzerrung, da eine Konzentration der Mobiltelefonanschlüsse auf bestimmte Bevölkerungsschichten angenommen werden kann. Darüber hinaus ist die systematische Auswahl der Zielperson erschwert, weil die angerufene Person oft nicht im häuslichen Kontext erreicht wird. Aufgrund des unterschiedlichen Anteils an Festanschlüssen wird die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich zu bewerten sein.
- Bedingt durch eine höhere Rate anonymer Telefonanschlüsse und durch eine erhöhte Mobilität sind jüngere Altersgruppen (v.a. 30 - 40 jährige) schlechter erreichbar (Blasius und Reuband 1995). Es besteht die Gefahr, daß das Antwortverhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen in den Ergebnissen unterrepräsentiert ist.

Die Stichprobe wurde durch Zufallsauswahl anhand eines Telefonverzeichnisses gezogen. Alternativen zur Listenauswahl sind nach Fuchs (1994) die zufällige Generierung von Ziffernfolgen (*random digit dialing*) und eine Kombination aus Listenauswahl und zufälliger Generierung (*add a digit* – Verfahren). Diese Verfahren sind v.a. für größere, überregionale Stichproben geeignet, da u.a. der Aufwand für die Nummernziehung sehr groß ist. Methodische Fehler der Listenauswahl entstehen beispielsweise dadurch, daß nicht-eingetragene Telefonanschlüsse bei Ziehung der Stichprobe nicht berücksichtigt werden können. Frey et al. (1990) kommen zu dem

Ergebnis, daß der Einfluß von anonymen Anschlüssen und Anschlußänderungen auf die Qualität der Stichprobe bei allgemeinen – d.h. nicht auf spezielle Bevölkerungsgruppen beschränkten – Untersuchungen gering ist. Für die durchgeführte Erhebung an einer möglichst bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe schien daher die Listenauswahl ein adäquates Instrument zur Stichprobenziehung.

## 4.2 Auswahlverfahren

### 4.2.1 Ziehung der Telefonnummern

Die Ziehung der Telefonnummern wurde in zwei Schritten durchgeführt:

#### 1.) Auswahl der Bezirke

Aufgrund der Fragestellung, nach der ein Vergleich von Bevölkerungsgruppen auch nach regionalen Merkmalen stattfinden sollte, wurden zunächst geeignete Bezirke im Sinne der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewählt, innerhalb derer die Telefonnummern gezogen wurden. Zum einen sollten Bezirke aus den alten und neuen Bundesländern in gleicher Anzahl enthalten sein. Zum anderen sollten die Bezirke eine vergleichbare medizinische Infrastruktur aufweisen. Als Indikator für den Versorgungsgrad der einzelnen Bezirke mit hausärztlich tätigen Ärzten wurde die sogenannte Arztdichte verwendet. Anhand dieser Kriterien wurden die im folgenden aufgelisteten vier Bezirke im weiteren Umland von Göttingen ausgewählt:

#### **Alte Bundesländer:**

- |   |        |
|---|--------|
| • Einbeck / Gandersheim (inkl. Dassel, Kreiensen) | 120,9% |
| • Wolfenbüttel (inkl. Schöppenstedt, Schladen)    | 89,9%  |

#### **Versorgungsgrad:**

#### **Neue Bundesländer:**

- |   |        |
|---|--------|
| • Hildburghausen (inkl. Eisfeld, Schleusingen, Gleichamberg, Themar, Veilsdorf) | 116,7% |
| • Nordhausen (inkl. Ellrich, Bleicherode)                                       | 82,7%  |

Die Zahlen zum Versorgungsgrad und die Definition der Bezirke inklusive kleinerer umliegender Orte sind den Bedarfsplänen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen bzw. Niedersachsen (persönliche Kommunikation) entnommen.

## 2.) Auswahl der Haushalte

Es waren 400 erfolgreiche Telefonate geplant. Um die Realisierung dieser gewünschten Netto-Stichprobe sicherzustellen, wurden aus der Gesamtliste aller aktuellen Telefonanschlüsse (Telefon CD: D-Info 1997) vier vollständige Verzeichnisse aller eingetragenen Telefonanschlüsse der einzelnen Bezirke gezogen. Daraus wurden wiederum jeweils 200 Nummern, d.h. insgesamt 800 Nummern mit Hilfe einer Zufallszahlentabelle ermittelt (hergestellt mit der „Proc Normal“-Prozedur von SAS). Bei der Ziehung der Haushalte wurden erkennbare Geschäftsanschlüsse nicht berücksichtigt und jeweils der darauffolgende Privatanschluß gezogen. Mobilanschlüsse wurden vollständig ausgeschlossen.

In der Endphase der Befragung war es aus Gründen der Stichprobenkorrektur notwendig, nach dem gleichen Prinzip noch einmal Telefonnummern zu ziehen (insg. 351). Es wurde in dieser Phase gezielt nach jüngeren Männern in den Haushalten gefragt, um die Altersverteilung der Stichprobe zu korrigieren. Dies bedeutete einen höheren Aufwand (und damit eine niedrigere Ausschöpfung der Telefonnummern), was zugunsten einer repräsentativeren Altersverteilung der Stichprobe in Kauf genommen wurde.

### **4.2.2 Auswahl der Zielperson im Haushalt**

Da jede Person im Haushalt die gleiche Chance haben sollte, am Interview teilzunehmen, wurde die Zielperson am Anfang des Telefongesprächs mit Hilfe einer standardisierten „Screening-Sequenz“ ermittelt. Eine Befragung, bei der die abnehmende Person zugleich Interviewpartner ist, hätte zu erheblichen Verzerrungen der Ergebnisse führen können. Nach Zeh (1987) gehen beispielsweise ältere Frauen überdurchschnittlich häufig ans Telefon. Aus diesen Gründen ist eine systematische Zufallsauswahl der Zielperson notwendig.

Es wurde die Geburtstagsmethode angewandt (Fuchs 1994): Hierbei wird zu Gesprächsbeginn nach derjenigen Person im Haushalt gefragt, die zuletzt Geburtstag

hatte. Diese Person ist als Interviewpartner vorgesehen. Wenn kein Interview mit dieser Person möglich ist, wird das Gespräch abgebrochen oder ein Termin vereinbart.

Am Ende der Feldphase wurde aus Gründen der Stichprobenkorrektur diese Methode nicht mehr angewandt und stattdessen direkt nach bisher unterrepräsentierten Bevölkerungsanteilen gefragt (vor allem nach jüngeren Männern).

### **4.3 Fragebogen**

#### **4.3.1 Entwicklung**

Der zum Telefoninterview benutzte Fragebogen (s. **Anhang** 8.1) wurde auf der Basis der Forschungshypothesen entwickelt. Zu den Frageninhalten fand ein Gespräch mit dem Bezirksdirektor der AOK Göttingen statt. Außerdem wurde das Konzept der Arbeit mit dem Fragebogen Mitarbeitern des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim vorgestellt, wo unter professionellen Bedingungen telefonische Umfragen durchgeführt werden. (Auch die gewählten Verfahren zur Stichprobengenerierung werden in diesem Institut verwendet.)

#### **4.3.2 Aufbau**

Die wichtigsten Anforderungen an den Fragebogen waren einerseits eine differenzierte Datenerhebung, andererseits eine möglichst geringe Belastung der Interviewpartner durch komplizierte Frageninhalte und Antwortschemata, um die Abbruchrate niedrig zu halten bzw. die Antwortqualität nicht zu verschlechtern.

Beim Aufbau wurden die „allgemeinen Regeln für die Fragebogenkonstruktion“ (Fuchs 1994, S. 129) berücksichtigt:

- Beachtung der Spannungskurve im Interviewverlauf („wichtiger als die logisch richtige Fragefolge ist [...] die psychologisch richtige Fragefolge“)
- Möglichst optimales Erarbeiten v.a. der Einleitungssequenz und der ersten Frage, da hier die Abbruchwahrscheinlichkeit am höchsten ist
- Platzierung a) der wichtigsten Fragen im zweiten Drittel des inhaltlichen Teils, b) der sozialstatistischen Fragen am Ende des Gesprächs

Der verwendete Fragebogen besteht aus sieben Abschnitten, die im folgenden näher erläutert werden:

### 1.) Einleitung

Die standardisierte Gesprächseinleitung besteht aus Begrüßung, Vorstellung der Interviewerin und kurzen Informationen zu Hintergrund und Inhalten der Befragung. Auf einen wörtlich festgelegten Einführungstext wird verzichtet, um eine möglichst natürliche Sprechweise zu ermöglichen (ZUMA, persönliche Kommunikation). Die einführenden Sätze enthalten aber in jedem Interview die gleichen Informationen. Um die Verweigerungsrate niedrig zu halten, wäre es sinnvoll, zu Gesprächsbeginn möglichst wenige Informationen mitzuteilen und das eigentliche Interview zügig zu beginnen. Darüber hinaus sollte nach Möglichkeit vermieden werden, die Interviewpartner durch undurchschaubare Fragen zu irritieren. Nach diesem Kriterium wäre der direkte Interviewbeginn mit derjenigen Person, die den Hörer abnimmt, zu bevorzugen. Zugunsten einer besseren Repräsentativität der Stichprobe wird dennoch an dieser Stelle eine systematische Auswahlmethode benutzt: Die zu interviewende Person wird anhand der oben beschriebenen Geburtstagsmethode ermittelt. Zur weiteren Standardisierung steht in diesem und in späteren Gesprächsabschnitten ein Antwortenkatalog für Rückfragen zur Verfügung (s. **Anhang 8.3**). Dieser Katalog wurde während der Pilotbefragung entwickelt.

### 2.) Fragen zur persönlichen Versorgungssituation

Der erste inhaltliche Frageabschnitt dient zur genaueren Orientierung über die hausärztliche bzw. sonstige ärztliche Versorgungssituation der Befragten. Mit der ersten Frage: „Haben Sie einen Hausarzt oder eine Hausärztin?“ wird eine Unterteilung der Befragten in zwei Gruppen vorgenommen. Diese erste Frage hat eine Weichenfunktion für den weiteren Verlauf des Interviews, da ein Teil des Fragebogens für die jeweilige Gruppe unterschiedlich formuliert ist. Auf die Einstiegsfrage folgen weitere Fragen zur Art und Häufigkeit des (haus-)ärztlichen Kontaktes. Dieser Teil von Fragen dient neben dem Erhalt von Informationen insbesondere dem weiteren Aufbau und Erhalt der Kommunikation, da es „trotz einer guten Einführung und dem offen gezeigten Einverständnis in die Befragung (...) zum Abbruch des Interviews kommen“ kann, „wenn der Teilnehmer eine Folge von Fragen als rein zufällig oder unlogisch angeordnet wahrnimmt und damit auch die Last der Befragung als zu groß

empfindet“ (Frey et al. 1990, S. 134). Deshalb wurde „eine möglichst gleichmäßige und glattlaufende Folge von Fragen“ an den Anfang gestellt, „die einer natürlichen Gesprächssituation möglichst nahe komm[t]“ (Fuchs 1994, S. 120).

### 3.) Zufriedenheit mit der persönlichen Versorgung

In diesem Frageabschnitt sind vorgestellte Thesen zu bewerten. Der Grad der Zustimmung oder Ablehnung zu den einzelnen Thesen sollte von den Befragten auf Likert-Skalen mit den Abstufungen 1 (trifft voll zu) bis 5 (trifft überhaupt nicht zu) beantwortet werden. Im Instruktionsteil wird nur die Bedeutung der ersten und letzten Ziffer erklärt. Außerdem wird ohne Erklärung während des Interviews eine Antwort mit „0“ kodiert, falls eine These nicht bewertbar erschien („weiß nicht“).

Beispiel:

**Ich lese ihnen jetzt mehrere Aussagen zum Hausarzt (für Gruppe 2: zur Gesundheitsversorgung) vor. Sagen Sie mir bitte jedes Mal, inwieweit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Verwenden Sie bitte dabei die Zahlen 1 bis 5. 1 bedeutet, die Aussage trifft voll und ganz auf Sie zu. 5 bedeutet, die Aussage trifft überhaupt nicht auf Sie zu. Dazwischen können Sie entsprechend abstufen.**

**Gruppe mit Hausarzt:**

2.1. Ich bin mit meinem Hausarzt vollkommen zufrieden.

1 2 3 4 5 0

...

**Gruppe ohne Hausarzt:**

2.1. Ich bin mit meiner ärztlichen Versorgung vollkommen zufrieden.

1 2 3 4 5 0

...

Es werden insgesamt 12 Thesen vorgestellt, die sich auf die hausärztliche bzw. auf die allgemeine ärztliche Versorgung beziehen. Diese Thesen sind weitgehend analog formuliert (s. Beispiel) und enthalten – in Anlehnung an den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit nach Baker (1990) – wichtige Aspekte der Patientenzufriedenheit (allgemeine Zufriedenheit, Bewertung der fachlichen Qualifikation des Arztes, Einschätzung der Arzt-Patient-Beziehung, Beurteilung der Dauer der Konsultation). In

diesem Frageteil besteht eine eher belastende (da künstlichere) Gesprächssituation, die gewählte Skala bietet jedoch den Vorteil einer differenzierten Auswertbarkeit.

#### 4.) Veränderungswünsche im Gesundheitssystem

Dieser Gesprächsteil beinhaltet eine offene Frage zur Meinung der Befragten über das Gesundheitssystem.

Beispiel:

**Ich möchte Sie jetzt um Ihre persönliche Meinung bitten:**  
**Es wird in letzter Zeit viel über unser Gesundheitssystem geredet. Was meinen Sie: Sollte möglichst alles so bleiben, wie es ist? Oder wo würden Sie am ehesten etwas ändern wollen?**

Ein wichtiges Argument, die offene Frage in den Katalog mitaufzunehmen, war wiederum die Berücksichtigung der Gesprächssituation. Nachdem bis zu diesem Zeitpunkt zum größten Teil die Interviewerin gesprochen hat, bietet diese Frage eine Entlastungsmöglichkeit für die Befragten.

#### 5.) Einstellungen zum Gesundheitssystem

In diesem Abschnitt wird nach der Meinung zu allgemeineren gesundheitspolitischen Themen gefragt. Die einzelnen Fragen beziehen sich entweder auf den persönlichen Erfahrungshorizont oder auf subjektive Einschätzungen des Einzelnen.

Beispiel:

**In den nächsten Fragen geht es um allgemeinere Themen der Medizin. Bitte antworten Sie mir jeweils mit Ja oder Nein.**

**3.1. Wenn Sie an Ihren letzten Arztbesuch in einer Praxis denken: Wurden Sie ausreichend untersucht und behandelt?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht. (Nicht vorgelesen.)

...

**3.5. Finden Sie es richtig, daß die Krankenkasse auch Behandlungen bezahlt, die selbstverschuldet sind, z. B. durch Alkohol am Steuer?**

...

Inhaltlich beziehen sich die insgesamt 11 Fragen dieses Abschnitts auf das Problem der Überversorgung, auf die Akzeptanz des geltenden Krankenversicherungsprinzips und die Budgetierung ärztlicher Honorare. Als Antwortmöglichkeiten werden in der Instruktion nur Zustimmung oder Ablehnung („Ja“ oder „Nein“) angegeben, im Interview selbst wird als dritte Möglichkeit „Weiß nicht“ zugelassen, auch hier ohne expliziten Hinweis. Bei den angesprochenen komplexen Themen wird von den Befragten in diesem Teil keine differenzierte Einschätzung verlangt, vielmehr soll die prinzipielle Antworttendenz sichtbar werden. Deshalb schien ein dichotomes Antwortschema anstelle einer mehrstufigen Skala sinnvoll, auch um eine zu große Anzahl an „neutralen“ Antworten im Mittelfeld einer Skala zu vermeiden.

#### 6.) Bewertung von Zukunftsmodellen

Es werden Reformvorschläge genannt, insbesondere mögliche Veränderungen der hausärztlichen Versorgung. Auch hier gibt es als Antwortschema nur eine prinzipielle Zustimmung oder Ablehnung: „Eher gut“ oder „Eher schlecht“. Die dritte Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ wird wiederum ohne expliziten Hinweis mitgeführt.

Beispiel:

**Bei den letzten Fragen geht es um mögliche Veränderungen im Gesundheitssystem. Es können sich dadurch für Patienten, also auch für Sie, einige Umstellungen ergeben. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie die folgenden Vorschläge eher gut oder eher schlecht finden.**

4.1. Wenn Sie krank sind, müssen Sie in Zukunft immer zuerst zum Hausarzt gehen, um von ihm über die weitere Behandlung beraten zu werden.

- Eher gut.
- Eher schlecht.
- Weiß nicht. (Nicht vorgelesen.)

...

Die Vorschläge beziehen sich auf das Primärarztsystem, eine Begrenzung der Sekundärversorgung, auf die hausärztliche Gatekeeper- und Lotsenfunktion, die verbindliche Einschreibung beim Hausarzt, die Begrenzung der freien Arztwahl durch die Krankenkasse und die Steuerung von Patienten mit Hilfe finanzieller Anreize.

## 7.) Sozialstatistik

Der Gesprächsabschluß besteht aus 10 sozialstatistischen Fragen zu Alter, Geschlecht, Größe des Wohnortes, Art der Krankenversicherung, Gesundheitszustand, Familienstand, Status und historischer Erfahrung (Sozialisation in Ost- oder Westdeutschland).

### **4.3.3 Test des Fragebogens**

Vor Beginn der Befragung wurde der Fragebogen in einer einwöchigen Pilotphase getestet. Mit Hilfe beliebiger Telefonnummern („blinde“ Tastenwahl) wurden insgesamt 20 erfolgreiche Interviews im Ortsnetz Göttingen geführt. Der Fragebogen wurde auf Verständlichkeit der Fragen und Antwortvorgaben überprüft und modifiziert. Alternativ wurde neben der Likert-Skala, die im endgültigen Fragebogen verwendet wurde, in der Hälfte der Pilot-Interviews die Praktikabilität einer Prozentskala getestet. In einem nachgeschalteten Frageteil wurde das Gespräch im Hinblick auf den Interviewverlauf und etwaige technische Probleme (Störeffekte der Telefonanlage, Verständlichkeit der Interviewerin) evaluiert.

Zusätzliche Fragen in der Pilotphase:

1. Wie fanden Sie das Interview?
2. Fanden Sie es zu lang?
3. Fanden Sie Fragen zu schwierig? Welche?
4. Fanden Sie, daß die Fragen mit den Antwortvorgaben gut zu beantworten waren?
5. War der Erklärungsteil zu den Antworten jeweils verständlich?
6. Konnten Sie mich gut verstehen?
7. Haben Sie noch weitere Anregungen?

Während der Feldphase selbst wurde der Fragebogen außerdem auf die Antwortreliabilität überprüft. Insgesamt 10 Befragte wurden zu einem vereinbarten Termin (ca. eine Woche später) ein zweites Mal angerufen. Eine jeweils andere Interviewerin stellte die gleichen Fragen.

## 4.4 Durchführung der Untersuchung

### 4.4.1 Feldphase

Zwei Interviewerinnen führten die Befragung vom 6. 8. 1997 bis zum 22. 10. 1997 durch. Die Zeit der telefonischen Kontaktversuche lag zwischen 17 und 21 Uhr an allen Werktagen. Die Dauer eines Telefonates betrug ca. 10-20 Minuten.

### 4.4.2 Intervieworganisation

Die Stichprobe wurde nach der Listenvorgabe abgearbeitet, wobei auf eine gleichmäßige Bearbeitung der vier ausgewählten Bezirke geachtet wurde. Über die Anzahl und Ergebnisse der Kontaktversuche wurde ein „Kontaktprotokoll“ geführt, um die Ausschöpfung und Ausfallgründe innerhalb der Stichprobe auswerten zu können. Das Ergebnis der einzelnen Kontaktversuche wurde jeweils auf einem vorbereiteten Antwortbogen vermerkt. Dafür lag den Interviewerinnen eine Liste mit folgenden Variablen vor:

Kontaktprotokoll:

| <b>Kontaktvariablen:</b>   |           |
|--|-----------|
| Erledigt:_____   | <b>1</b>  |
| Kein Anschluß (auch technische Störung, Fax-Nummer):_____  | <b>2</b>  |
| Kein Privatanschluß:_____  | <b>3</b>  |
| Besetzt:_____  | <b>4</b>  |
| Freizeichen:_____  | <b>5</b>  |
| Anrufbeantworter:_____   | <b>6</b>  |
| Zielperson nicht befragungsfähig<br>(nicht da, keine Zeit, krank) Termin vereinbart:_____                        | <b>7</b>  |
| Zielperson will Informationsbrief, Termin vereinbart:_____   | <b>8</b>  |
| Zielperson langfristig nicht da:_____  | <b>9</b>  |
| Zielperson nicht befragungsfähig (Krankheit, Alter):_____  | <b>10</b> |
| Zielperson nicht ausreichend deutschsprachig:_____   | <b>11</b> |
| Verweigert:_____   | <b>12</b> |
| Abbruch:_____  | <b>13</b> |
| Sonstiges (& Vermerk!):_____   | <b>14</b> |
| ➤ <u>1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13</u> : <b>kein weiterer Kontaktversuch</b> (neutrale Ausfälle und echte Ausfälle) |           |
| ➤ <u>4, 5, 6, 7, 8</u> : <b>erneuter Kontaktversuch</b> (temporäre Ausfälle)                                     |           |
| ➤ <u>14</u> : <b>je nach Vermerk</b>   |           |

Zielpersonen, die sich nicht zum Interview bereit erklärten, konnten sich einen Informationsbriefes zusenden lassen. Dort wurde zum einen die Arbeit der Abteilung vorgestellt, zum anderen enthielt der Brief eine nähere Erläuterung der Hintergründe und Inhalte der Befragung (s. **Anhang** 8.4). Falls die jeweilige Zielperson damit einverstanden war, erfragte die Interviewerin die Adresse und vereinbarte gleichzeitig einen neuen Anruftermin eine Woche später.

Insgesamt waren für jede Telefonnummer der Stichprobe maximal 5 Kontaktversuche vorgesehen. Zeitpunkt und Häufigkeit der Kontaktversuche richteten sich nach Untersuchungen von Hormuth und Brückner (1985).

#### **4.5 Datenanalyse**

Die statistische Auswertung wurde mit dem Statistikprogramm SAS durchgeführt. Zu allen wichtigen Parametern wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten und, soweit sinnvoll, die dazugehörigen 95% Konfidenzintervalle bestimmt. Mit multiplen logistischen Regressionen wurden einerseits die soziodemographischen Parameter auf ihren Einfluß für die Zufriedenheit, und andererseits die Zufriedenheits- und soziodemographischen Parameter auf ihren Einfluß für die Bewertung der Zukunftsmodelle untersucht. Effektmaße waren die adjustierten Odds Ratios mit ihren Konfidenzintervallen.

## **5 Ergebnisse**

### **5.1 Auswertung der Pilotphase**

In der Pilotphase wurde der Fragebogen in jeweils 10 Interviews (u.a. mit zwei verschiedenen Antwortskalen zur Erhebung der Zufriedenheit) getestet. Eine Antwortskala in Ziffern von 1 - 5 nach Likert schien einer Prozentskala mit Antworten zwischen 0% und 100% überlegen, da die Differenzierungsmöglichkeiten der Prozentskala von den Befragten wenig genutzt wurden. Die Antworten streuten – entgegen der ursprünglichen Erwartung – weniger als diejenigen auf der Likertskala.

In einem nachfolgenden Kurzinterview wurde die Meinung der Befragten zum Interviewverlauf evaluiert. Das Gespräch wurde von allen Befragten positiv bewertet. Es wurde nicht als zu lang empfunden, der Erklärungsteil zu den Antworten war verständlich, und auch der Test von Interviewerin und Telefonanlage (Verständlichkeit der Sprache, eventuell störende Nebengeräusche) fiel positiv aus. Kritikpunkte waren die oben genannte Prozentskala und einzelne Items, die als zu schwierig empfunden wurden. Vier Fragen wurden daraufhin vollständig aus dem Fragebogen herausgenommen. Andere Fragen wurden modifiziert und eindeutiger formuliert. Im Frageteil zur ärztlichen Versorgungssituation wurden zur klareren Differenzierung einige neue Fragen hinzugefügt.

### **5.2 Auswertung der Zweitandrufe**

Zur Prüfung der Reliabilität des Fragebogens wurden 10 Personen im Abstand von etwa einer Woche ein zweites Mal interviewt.

Insgesamt wurden 12,3% der Fragen abweichend vom ersten Interview beantwortet, wobei der Anteil der abweichend beantworteten Fragen in den einzelnen Abschnitten des Fragebogens unterschiedlich hoch war (Tabelle 1). Das Antwortverhalten war im Frageteil 2 am wenigsten konstant. In diesem Teil sollten anhand einer fünfstufigen Skala vorgegebene Thesen befürwortet oder abgelehnt werden – im Unterschied zu den anderen Frageteilen, in denen einfachere Antwortvorgaben gemacht wurden. Doch nur in 1,7% der Fälle wich die Zweitantwort um mehr als eine Stufe von der

zuvor angegebenen Antwort (Zahl) ab. Die grundsätzliche Antworttendenz der Befragten blieb also in den meisten dieser Fälle erhalten.

**Tabelle 1** Anteil der beim Zweitinterview abweichend beantworteten Fragen

| Frageabschnitt  | Abweichend beantwortete Fragen (%) |
|---|------------------------------------|
| <b>Teil 1:</b> Fragen zur persönlichen Versorgungssituation           | 10,6                               |
| <b>Teil 2:</b> Thesen zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung | 25,0                               |
| <b>Teil 3:</b> Allgemeine Fragen zur Gesundheitsversorgung            | 8,2                                |
| <b>Teil 4:</b> Thesen zur Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle       | 14,5                               |
| <b>Teil 5:</b> Sozialstatistik  | 2,0                                |

### 5.3 Ausschöpfung der Stichprobe

Von insgesamt 1064 angerufenen Telefonnummern waren 420 stichprobenneutrale Ausfälle (technische Probleme, kein Privathaushalt, trotz fünfmaligem Anrufversuch niemanden erreicht u.a.). Von den verbleibenden 644 Nummern konnten 415 Interviews realisiert werden, was einer Antwortrate von 64,4% entspricht. Bei 229 Telefonnummern war ein Interview nicht möglich, weil die Zielperson verweigerte oder das Interview abbrach. Die Antwortraten in den neuen (63,5%) bzw. alten Bundesländern (65,3%) unterscheiden sich kaum. Tabelle 2 zeigt die Ausschöpfung der Stichprobe und die Ausfallgründe im Detail.

Zur Minimierung der Verweigerungsrate wurde auf Wunsch ein zusätzlicher Informationsbrief zugesandt, falls die Zielperson nicht zum Interview bereit war. Insgesamt wurden 18 Briefe versandt: 6 Zielpersonen erklärten sich daraufhin zum Interview bereit, die übrigen 12 Zielpersonen konnten nicht befragt werden. Entweder sie verweigerten auch nach Erhalt des Briefes, oder sie waren auch nach insgesamt 5 weiteren Kontaktversuchen nicht erreichbar, oder die Feldphase war beendet, bevor erneut Kontakt aufgenommen werden konnte.

**Tabelle 2** Ausschöpfung der Stichprobe und Ausfallgründe

|   | <b>Gesamt</b> |           | <b>Ost</b> |           | <b>West</b> |           |
|---|---------------|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|
|   | <b>N:</b>     | <b>%:</b> | <b>N:</b>  | <b>%:</b> | <b>N:</b>   | <b>%:</b> |
| <b>1. Zufällig gezogene Telefonnummern</b>      | 1151          |           | 596        |           | 555         |           |
| - davon nicht benutzt                           | 87            |           | 30         |           | 57          |           |
| <b>Bruttostichprobe</b>                         | 1064          | 100,0     | 566        | 100,0     | 498         | 100,0     |
| <b>2. Stichprobenneutrale Ausfälle</b>          |               |           |            |           |             |           |
| - kein Anschluß (techn. Störung, Fax. Nr.)      | 96            | 9,0       | 69         | 12,2      | 27          | 5,4       |
| - Mobiltelefon                                  | 9             | 0,9       | 5          | 0,9       | 4           | 0,8       |
| - kein Privathaushalt                           | 26            | 2,4       | 15         | 2,7       | 11          | 2,2       |
| - keine Zielperson                              | 140           | 13,2      | 87         | 15,4      | 53          | 10,6      |
| - Zielperson nicht ausreichend deutschsprachig  | 5             | 0,5       | 0          | 0         | 5           | 1,0       |
| - Zielperson nicht befragbar (Alter, Krankheit) | 38            | 3,6       | 20         | 3,5       | 18          | 3,6       |
| - Zielperson langfristig nicht im Haushalt      | 23            | 2,2       | 12         | 2,1       | 11          | 2,2       |
| Zielperson nicht erreichbar                     |               |           |            |           |             |           |
| - Freizeichen                                   | 62            | 5,8       | 26         | 4,5       | 36          | 7,2       |
| - Anrufbeantworter                              | 15            | 1,4       | 11         | 1,9       | 4           | 0,8       |
| - sonstige Ausfälle: Zielperson ist Arzt        | 6             | 0,6       | 3          | 0,5       | 3           | 0,6       |
| - insgesamt                                     | 420           | 39,5      | 248        | 43,8      | 172         | 34,5      |
| <b>Bereinigte Stichprobe</b>                    | 644           | 100,0     | 318        | 100,0     | 326         | 100,0     |
| <b>3. Ausschöpfung der Stichprobe</b>           |               |           |            |           |             |           |
| - Zielperson (oder Haushalt) verweigert         | 220           | 34,2      | 115        | 36,2      | 105         | 32,2      |
| - Zielperson bricht ab                          | 9             | 1,4       | 1          | 0,3       | 8           | 2,4       |
| <b>Realisierte Interviews</b>                   | 415           | 64,4      | 202        | 63,5      | 213         | 65,3      |

#### **5.4 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe**

Die Grundauszählung der Befragung ist in **Anhang 8.2** zu sehen. Zur Abschätzung der Repräsentativität wurde die befragte Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik verglichen (Tabelle 3).

Die Geschlechts-, Alters-, und Einkommensverteilung der Stichprobe entspricht annähernd der Verteilung in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik. Die Art des Krankenversicherungsschutzes ist in der Stichprobe ebenfalls angemessen repräsentiert, auch der deutliche Unterschied im Anteil Privatversicherter zwischen alten und neuen Bundesländern ist in der Stichprobe abgebildet. Der Anteil der Single-Haushalte in der Stichprobe ist deutlich unterrepräsentiert.

#### **5.5 Art und Häufigkeit des ärztlichen Kontaktes**

Der größte Teil der Befragten (395 von 415) gab an, regelmäßig einen Hausarzt zu konsultieren. Alle Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (n=86) und alle älteren Menschen (n=116) hatten einen Hausarzt, wobei bereits die deutliche Tendenz in der Gesamtstichprobe keine signifikanten Unterschiede erwarten lässt.

Der konsultierte Hausarzt war den Angaben der Befragten zufolge in der Regel ausgebildeter Facharzt für Allgemeinmedizin (61,8%), Innere Medizin (20%) oder praktischer Arzt (14,9%).

Der Kontakt zum aktuellen Hausarzt bestand meist langjährig, im Mittel seit 11,5 Jahren. Ein Viertel der Befragten konsultierte den Hausarzt häufiger als 4mal im Jahr. Die meisten Patienten (85,5%) suchten im Krankheitsfall die hausärztliche Praxis zuerst auf. Zusätzlich nahmen Personen mit Hausarzt in einem „typischen“ Jahr ca. 1-2mal andere ärztliche Hilfe in Anspruch. 73,7% der Befragten suchten einen anderen Facharzt jeweils mit Kenntnis des Hausarztes auf. Ähnlich viele Personen (72,2%) gaben an, sich mit ihrem Hausarzt anschließend über die Befunde zu beraten. Die Befragten ohne Hausarzt hatten in den vergangenen 12 Monaten insgesamt seltener ambulanten ärztlichen Kontakt (ca. 2mal). Die durchschnittliche Konsultationshäufigkeit der Stichprobe lag „im Jahr vor der Befragung“ bei 3,9 Besuchen (ohne Besuche bei Zahnarzt, Augenarzt und Frauenarzt).

**Tabelle 3** Vergleich der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung in Deutschland\*  
in Prozent

| Merkmal                        | Insgesamt             |                   | Neue Bundesländer     |                   | Alte Bundesländer     |                   |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|                                | Eigene Studie (n=415) | Gesamtbevölkerung | Eigene Studie (n=203) | Gesamtbevölkerung | Eigene Studie (n=213) | Gesamtbevölkerung |
| Frauen                         | 53,7                  | 51,3              | 53,5                  | 52,2              | 54,0                  | 51,9              |
| Männer                         | 46,3                  | 48,7              | 46,5                  | 47,8              | 46,0                  | 48,1              |
| Unter 40 Jahre alt             | 38,6                  | 40,8              | 38,1                  | 39,1              | 39,0                  | 41,1              |
| 40 bis 59 Jahre alt            | 33,5                  | 33,2              | 34,2                  | 34,6              | 32,9                  | 32,8              |
| 60 Jahre und älter             | 28,0                  | 26,1              | 27,7                  | 26,3              | 28,1                  | 26,1              |
| Single-Haushalte               | 20,2                  | 35,4              | 20,8                  | 29,9              | 19,7                  | 36,5              |
| Mind. 2-Pers. Haushalte        | 79,8                  | 64,6              | 79,2                  | 69,9              | 80,3                  | 63,5              |
| Kinder unter 18 J. im Haushalt | 37,3                  | 25,3              | 37,6                  | 28,3              | 37,1                  | 24,5              |
| Keine Kinder                   | 62,7                  | 74,7              | 62,4                  | 71,7              | 62,9                  | 75,5              |
| Monatl. Einkommen:             |                       |                   |                       |                   |                       |                   |
| unter 4000 DM                  | 60,5                  | 67,9              | 64,6                  | 77,3              | 55,9                  | 65,7              |
| 4000 DM und mehr               | 39,5                  | 32,1              | 35,4                  | 22,7              | 44,1                  | 34,3              |
| Krankenversicherung:           |                       |                   |                       |                   |                       |                   |
| gesetzlich                     | 88,7                  | 86,1              | 96,0                  | 95,0              | 81,7                  | 85,2              |
| privat                         | 11,3                  | 10,8              | 4,0                   | 5,0               | 18,3                  | 14,8              |

\*Quelle: Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt 1998); und Statistisches Bundesamt, telefonische Mitteilung 1999

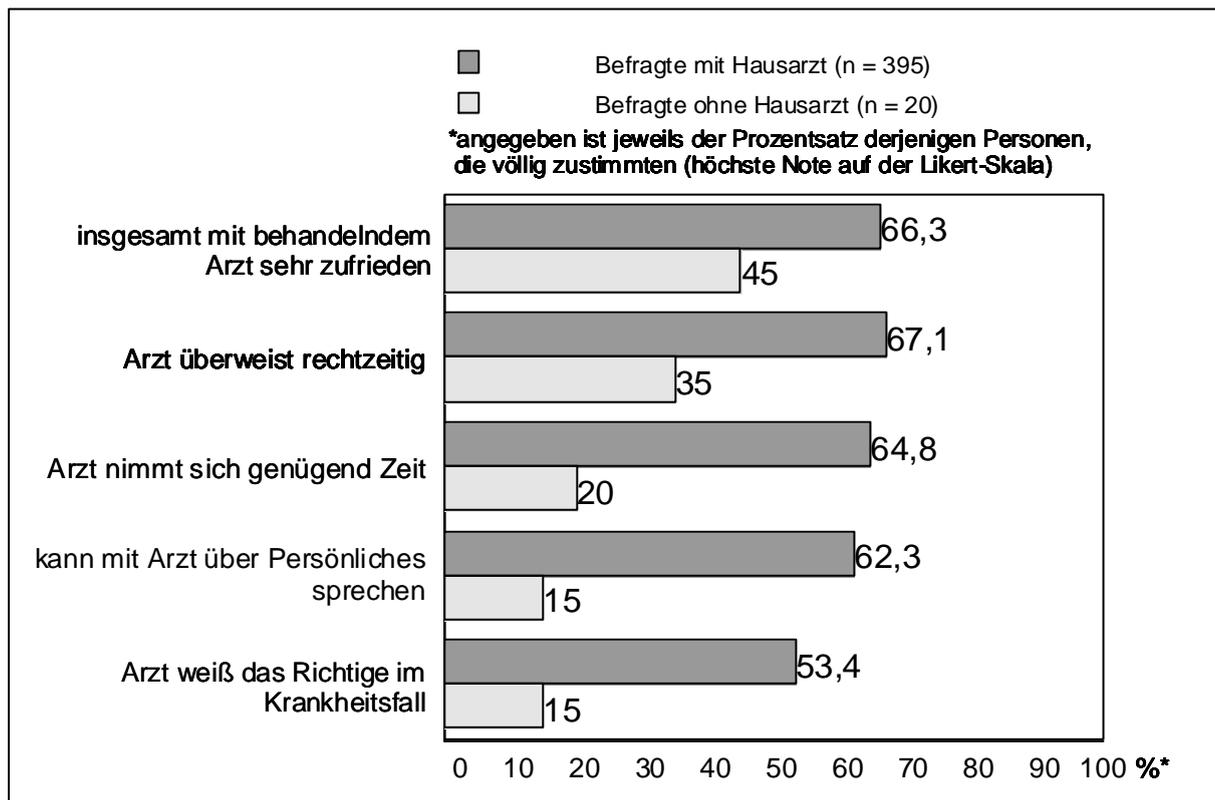
Die Hälfte der Befragten (195 von 415) benutzte nach eigenen Angaben immer einen Überweisungsschein. Ein weiteres Viertel (95 von 415) ging mit Hilfe der Chipkarte zu anderen Ärzten. Die übrigen nutzten entweder beide Möglichkeiten, waren privat versichert, oder hatten keine weiteren Arztkontakte.

Die 20 Befragten, die keinen Hausarzt hatten, nannten als Gründe, daß sie entweder keine ärztliche Versorgung brauchten, lieber gleich zu Fachärzten gingen oder mit der hausärztlichen Versorgung unzufrieden seien. In einzelnen Fällen waren häufigere Umzüge oder ein „Arzt in der Familie“ weitere Gründe.

Weder ein Problem der Überversorgung noch der Unterversorgung erfuhr der größte Teil der Befragten. 89,9% (95% Konfidenzintervall [95% KI]: 87,0 – 92,8) fühlten sich bei ihrem letzten Arztbesuch ausreichend untersucht und behandelt. Fast der gleiche Anteil der Befragten (88,9%; 95% KI: 85,9 – 91,9) fand darüber hinaus, daß beim letzten Arztbesuch keine überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt wurden. Schließlich bejahten 85,5% (95% KI: 82,2 – 88,9) die Frage, ob der Arzt immer alle Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen sollte.

## 5.6 Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

Die Zufriedenheit mit der ärztlich-medizinischen Versorgung war insgesamt sehr hoch. Befragte mit Hausarzt waren generell zufriedener als Befragte ohne Hausarzt (Abbildung 1). Die Gruppe der Befragten ohne Hausarzt war jedoch sehr klein (n=20), so daß dieser Unterschied nicht überzubewerten ist.



**Abbildung 1** Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

72,5% der Befragten mit Hausarzt konsultierten den Hausarzt bevorzugt aufgrund einer engen Arzt-Patient-Beziehung („weil er mich gut kennt“). 70% der Befragten ohne Hausarzt wünschten sich eine vertrauensvolle hausärztliche Anbindung.

Die einzelnen Items zur Zufriedenheit wurden in Anlehnung an Baker (1990) zu vier inhaltlich unterschiedlichen Aspekten in der Bewertung hausärztlicher Tätigkeit zusammengefaßt (allgemeine Zufriedenheit, Kompetenz des Hausarztes, persönliche Beziehung zum Hausarzt, Koordinationsfähigkeit des Hausarztes). Diese Versorgungsaspekte wurden in den nachfolgenden Rechenmodellen verwendet.

Tabelle 4 zeigt Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung und soziodemographischen Parametern. Der wichtigste Einflußfaktor auf die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Tätigkeit war das Alter: Ältere Personen waren in jeder Hinsicht zufriedener mit ihrem Hausarzt. Zusätzlich spielten die Konsultationshäufigkeit, der Familienstand (Kinder) und die Region, in der die Befragten wohnten, teilweise eine signifikante Rolle bei der Bewertung der hausärztlichen Qualität.

## **5.7 Einstellungen zum Gesundheitssystem**

365 von 415 (88%) der Befragten fühlten sich zur Zeit ausreichend krankenversichert. Nur 16,1% (95% KI: 12,6 – 19,7) wären mit geringeren Versicherungsleistungen einverstanden, auch wenn sie dadurch niedrigere Beiträge bezahlen müßten. Über die Hälfte der Befragten (53,5%; 95% KI: 48,7 – 58,3) wäre sogar bereit, zum Erhalt des Solidaritätsprinzips der Krankenversicherung höhere Beiträge zu zahlen. Ein Viertel fand dagegen, daß die Leistungen der Krankenkasse von der Höhe der gezahlten Beiträge abhängig sein sollten.

Für 80,7% (95% KI: 76,9 – 84,5) der Befragten sollte das Leistungsspektrum der Krankenkasse die Übernahme der Behandlungskosten von Sportunfällen umfassen, jedoch hielt nur jeder Fünfte (19,8%; 95% KI: 15,9 – 23,6) dies bei selbstverschuldeten Unfällen (z. B. durch Alkohol am Steuer) für richtig.

**Tabelle 4** Einflußfaktoren auf die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung\*

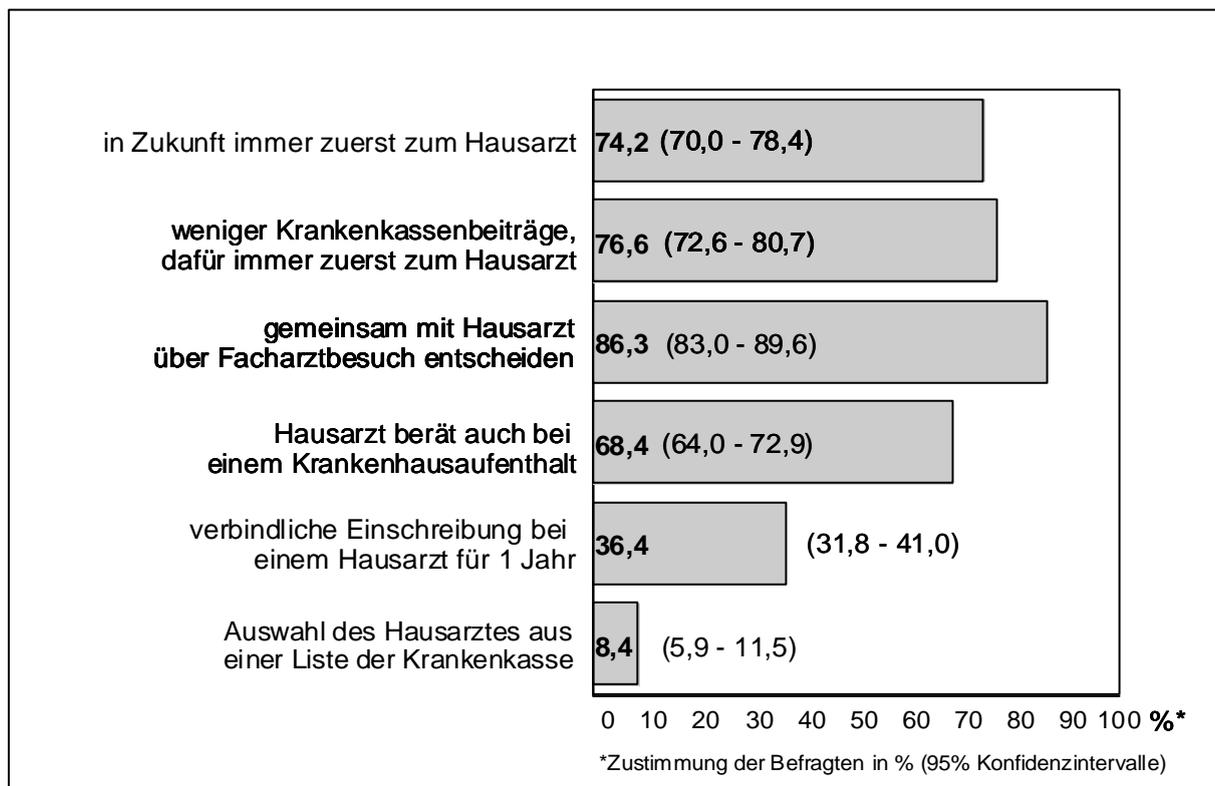
| <b>Dimension</b>  |            |             |        |
|---|------------|-------------|--------|
| • Signifikante Antwortvariablen                               | Odds Ratio | 95% KI      | p      |
| <b>Allgemeine Zufriedenheit mit dem Hausarzt</b>              |            |             |        |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)                                  | 2,79       | 1,52 – 5,10 | 0,0009 |
| • Kinder  |            |             |        |
| - Kinder unter 18 Jahre im Haushalt                           | 1,0        |             |        |
| - Keine Kinder  | 1,76       | 1,09 – 2,84 | 0,0204 |
| <b>Zufrieden mit der Kompetenz des Hausarztes</b>             |            |             |        |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)                                  | 2,67       | 1,54 – 4,65 | 0,0005 |
| • Region  |            |             |        |
| - Alte Bundesländer   | 1,0        |             |        |
| - Neue Bundesländer   | 2,41       | 1,52 – 3,82 | 0,0002 |
| <b>Zufrieden mit der Koordinationsfunktion des Hausarztes</b> |            |             |        |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)                                  | 2,35       | 1,34 – 4,12 | 0,0028 |
| • Konsultationshäufigkeit                                     |            |             |        |
| - Selten (bis 4 mal im Jahr)                                  | 1,0        |             |        |
| - Häufig (mehr als 4 mal im Jahr)                             | 1,89       | 1,08 – 3,33 | 0,0271 |
| <b>Zufrieden mit der persönlichen Beziehung zum Hausarzt</b>  |            |             |        |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)                                  | 2,16       | 1,25 – 3,72 | 0,0058 |
| • Konsultationshäufigkeit                                     |            |             |        |
| - Selten (bis 4 mal im Jahr)                                  | 1,0        |             |        |
| - Häufig (mehr als 4 mal im Jahr)                             | 2,13       | 1,21 – 3,73 | 0,0086 |

\*Folgende Variablen wurden berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Kinder, Einwohnerzahl, Region (Ost – West), ärztliche Versorgungsdichte, Krankenversicherungsstatus, Gesundheitsstatus, Konsultationshäufigkeit. Multiple logistische Regression mit „backward elimination“ der Variablen bei p=0,05.

## 5.8 Beurteilung zukünftiger Hausarztmodelle

Von den vorgestellten Zukunftsmodellen hausärztlicher Versorgung fand die Stärkung der Koordinationsfunktion des Hausarztes großen Zuspruch (Abbildung 2). Die Mehrheit der Befragten war ebenfalls damit einverstanden, in Zukunft immer zuerst zum Hausarzt zu gehen, insbesondere wenn damit finanzielle Anreize (z. B. weniger Krankenkassenbeiträge) verbunden wären. Zustimmung fand auch die Unterstützung bei stationären Aufenthalten.

Auf deutliche Ablehnung würden Reglementierungen z.B. durch eine Einschränkung der freien Arztwahl oder die Einflußvermehrung der Krankenkassen stoßen. So lehnte ein großer Teil der Befragten eine verbindliche Einschreibung bei einem Hausarzt über einen längeren Zeitraum ab. Noch skeptischer waren die Befragten gegenüber einer Beschränkung bei der Wahl des Hausarztes durch Auswahllisten der Krankenkasse.



**Abbildung 2** Bewertung hausärztlicher Zukunftsmodelle

## 5.9 Einflußfaktoren auf die Beurteilung von Hausarztmodellen

Inwieweit ist die Beurteilung von Zukunftsmodellen hausärztlicher Versorgung mit soziodemographischen Faktoren und der Zufriedenheit verknüpft? Diese Frage wurde mit Hilfe multipler logistischer Regressionen geprüft.

Die Zustimmung zu einem Primärarztmodell wurde unter anderem beeinflusst durch das Alter der Befragten: Ältere Personen stimmten häufiger zu (Tabelle 5). Weitere signifikante Einflußfaktoren waren eine gute persönliche Beziehung zum Hausarzt, die Bewertung seiner Kompetenz, der Krankenversicherungsstatus und das Geschlecht der Befragten (gesetzlich Versicherte und Männer waren eher bereit, zuerst zum Hausarzt zu gehen).

In Verbindung mit finanziellen Vorteilen beim Erstgang zum Hausarzt stimmten gesetzlich Krankenversicherte und Personen, die die Kompetenz ihres Hausarztes positiv bewerteten, eher zu. Die verbindliche Einschreibung bei einem Hausarzt für ein Jahr bewerteten ältere Personen eher positiv. Sie war außerdem assoziiert mit einer guten persönlichen Beziehung zum Hausarzt und der positiven Bewertung seiner fachlichen Kompetenz (Tabelle 5).

Bei der Beurteilung der hausärztlichen Koordinationsfunktion waren neben einigen der bereits genannten Faktoren zusätzlich der Wohnort (Befragte in den alten Bundesländern stimmten häufiger zu) und eine hohe regionale ärztliche Versorgungsdichte Prädiktoren der Zustimmung (Tabelle 6). Die Beratungsfunktion durch den Hausarzt auch im Krankenhaus wurde signifikant häufiger bei Vorliegen einer guten Arzt-Patient-Beziehung akzeptiert.

**Tabelle 5** Einflußfaktoren auf die Beurteilung eines Primärarztmodells\*

| <b>Zukunftsmodell</b>   |            |             |        |
|---|------------|-------------|--------|
| • Signifikante Faktoren   | Odds Ratio | 95% KI      | p      |
| <b>Im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt</b>                        |            |             |        |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)  | 4,32       | 2,01 – 9,30 | 0,0002 |
| • Persönl Beziehung zum Hausarzt  |            |             |        |
| - Gut bis weniger gut   | 1,0        |             |        |
| - Sehr gut  | 2,74       | 1,58 – 4,75 | 0,0003 |
| • Krankenversicherungsstatus  |            |             |        |
| - Privat  | 1,0        |             |        |
| - Gesetzlich  | 2,44       | 1,16 – 5,15 | 0,0186 |
| • Geschlecht  |            |             |        |
| - Weiblich  | 1,0        |             |        |
| - Männlich  | 2,21       | 1,28 – 3,81 | 0,0045 |
| • Kompetenz des Hausarztes  |            |             |        |
| - Gut bis weniger gut   | 1,0        |             |        |
| - Sehr gut  | 1,99       | 1,14 – 3,47 | 0,0158 |
| <b>Immer zuerst zum Hausarzt, wenn dies finanzielle Vorteile bedeutet</b> |            |             |        |
| • Krankenversicherungsstatus  |            |             |        |
| - Privat  | 1,0        |             |        |
| - Gesetzlich  | 3,10       | 1,57 – 6,10 | 0,0011 |
| • Kompetenz des Hausarztes  |            |             |        |
| - Gut bis weniger gut   | 1,0        |             |        |
| - Sehr gut  | 1,94       | 1,17 – 3,21 | 0,0102 |
| <b>Verbindliche Einschreibung beim Hausarzt für mindestens ein Jahr</b>   |            |             |        |
| • Persönl. Beziehung zum Hausarzt   |            |             |        |
| - Gut bis weniger gut   | 1,0        |             |        |
| - Sehr gut  | 2,05       | 1,23 – 3,40 | 0,0058 |
| • Kompetenz des Hausarztes  |            |             |        |
| - Gut bis weniger gut   | 1,0        |             |        |
| - Sehr gut  | 1,97       | 1,15 – 3,37 | 0,0130 |
| • Alter   |            |             |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |             |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)  | 1,60       | 1,01 – 2,54 | 0,0475 |

\* Siehe Fußnote, Tabelle 4. Zusätzlich wurden folgende Variablen berücksichtigt: Zufriedenheit mit dem Hausarzt (allgemeine Zufriedenheit, Kompetenz, Koordinationsfunktion, persönliche Beziehung).

**Tabelle 6** Einflußfaktoren auf die Beurteilung der Koordinationsfunktion des Hausarztes\*

| <b>Zukunftsmodell</b>                                     |            |              |        |
|---|------------|--------------|--------|
| • Signifikante Antwortvariablen                           | Odds Ratio | 95% KI       | p      |
| <b>Hausarzt entscheidet mit über einen Facharztbesuch</b> |            |              |        |
| • Krankenversicherungsstatus                              |            |              |        |
| - Privat  | 1,0        |              |        |
| - Gesetzlich  | 5,85       | 2,41 – 14,29 | 0,0001 |
| • Kompetenz des Hausarztes                                |            |              |        |
| - Gut bis weniger gut                                     | 1,0        |              |        |
| - Sehr gut  | 3,17       | 1,59 – 6,33  | 0,0011 |
| • Alter   |            |              |        |
| - Jüngere Personen  | 1,0        |              |        |
| - Ältere Personen (ab 60 J.)                              | 2,85       | 1,05 – 7,71  | 0,0390 |
| • Wohnort   |            |              |        |
| - Neue Bundesländer                                       | 1,0        |              |        |
| - Alte Bundesländer                                       | 2,44       | 1,14 – 5,26  | 0,0220 |
| • Ärztliche Versorgungsdichte                             |            |              |        |
| - Niedrig   | 1,0        |              |        |
| - Hoch  | 2,23       | 1,10 – 4,52  | 0,0256 |
| <b>Hausarzt berät auch im Krankenhaus</b>                 |            |              |        |
| • Persönl. Beziehung zum Hausarzt                         |            |              |        |
| - Gut bis weniger gut                                     | 1,0        |              |        |
| - Sehr gut  | 2,24       | 1,44 – 3,50  | 0,0004 |

\* Siehe Fußnote, Tabelle 5

## 6 Diskussion

Das vorliegende Meinungsbild zu hausärztlichen Versorgungsmodellen wurde mit dem Ziel erhoben, zur patientenorientierten Gestaltung von Reformen beizutragen. Im folgenden werden die Befragungsergebnisse bezüglich ihrer methodischen Determinanten bewertet (6.1) und anschließend unter Berücksichtigung der (auch nach Abschluß der Feldphase veröffentlichten) Literatur diskutiert (6.2).

### 6.1 Methode

Das Instrument der telefonischen Befragung unterliegt wie andere Methoden der Umfrageforschung (z.B. persönliches oder postalisches Interview) unterschiedlichen Störfaktoren, die unter anderem die Auswahl der Stichprobe, die Fragebogenentwicklung und durch das Interviewerverhalten bedingte Fehlerquellen betreffen. Es ist außerdem bekannt, daß bei Befragungen zur Patientenzufriedenheit die Form der Befragung einen Einfluß auf das Antwortverhalten hat (Kravitz et al. 1997). Bei der Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse ist deshalb das Risiko störender, methodisch bedingter Effekte abzuschätzen.

Die Reliabilität des Fragebogens wurde mit Hilfe einer Zweitbefragung bei 10 Personen geprüft. Der Anteil abweichend beantworteter Fragen liegt bei insgesamt 12,3%. Würden die Antworten, die auf der fünfstufigen Antwortskala um nur eine Stufe variierten, als identisch betrachtet, läge der Anteil abweichender Antworten noch niedriger (1,7%). Im Vergleich mit anderen Literaturangaben ist dies als sehr zufriedenstellend zu bewerten (Wensing et al. 1997).

Die Ausschöpfung der Stichprobe (Antwortrate) liegt bei 64,4%. Dies ist ein vergleichsweise gutes Ergebnis (Fuchs 1994, Babbie 1995). Die Ausschöpfung wurde möglicherweise vom Befragungszeitpunkt beeinflusst: Die Feldphase lag zum Teil in den Schulferien, was sich auf die Zahl der nicht erreichbaren Haushalte oder Zielpersonen ausgewirkt haben dürfte. Zusätzlich ist die angewandte Geburtstagsmethode zur Auswahl der zu befragenden Person im Haushalt mit dem Risiko der Irritation behaftet. Die dementsprechend möglicherweise höhere Verweigerungsrate wurde zugunsten der Repräsentativität nach Alter und Geschlecht in Kauf genommen. Ein

mit der gewählten Methode nicht zu kontrollierender Effekt bei der Geburtstagsmethode sind (bewußte oder unbewußte) Irrtümer, wodurch die falsche Person im Haushalt interviewt wird: Nach Zeh (1987) geben sich ältere Frauen, die überdurchschnittlich häufig den Hörer abnehmen, gern als Zielperson aus, ohne dies wirklich zu sein. Dieser Effekt wurde nachträglich korrigiert durch eine Zwischenauswertung der Stichprobe während der laufenden Befragung und der gezielten Befragung noch unterrepräsentierter Bevölkerungsgruppen (v.a. jüngere Männer). Über Personen, die die Teilnahme verweigerten, liegen keine weiteren Informationen vor.

Es wurde eine in wichtigen Parametern (Alter, Geschlecht, Krankenversicherungsstatus, Einkommen) repräsentative Stichprobe befragt. In bezug auf den Einkommensstatus muß angemerkt werden, daß ein beträchtlicher Teil der Stichprobe die Antwort auf diese Frage verweigerte (29%). Von der Verteilung her spricht einiges dafür, daß dies etwas häufiger gutverdienende Personen gewesen sind.

Die Stichprobe unterscheidet sich vor allem im Hinblick auf die Größe der Haushalte von der Verteilung in der Gesamtbevölkerung: Der Anteil der Single-Haushalte ist unterrepräsentiert. Dies ist auf die Eigenschaften der Befragungsbezirke zurückzuführen, die nach dem Kriterium der ärztlichen Versorgungsdichte, nicht der Bevölkerungsdichte ausgewählt wurden. So ist im Befragungsgebiet beispielsweise keine Großstadt enthalten, wo der Anteil an Ein-Personen-Haushalten am größten ist. Zusätzlich ist zu vermuten, daß Single-Haushalte telefonisch schlechter erreichbar sind. Diese Verzerrung in der Stichprobe ist im Hinblick auf die Aussagekraft der Befragungsergebnisse zu berücksichtigen, da gerade jüngere und privat krankenversicherte Personen in der Befragung eher skeptisch antworteten. Davon ausgehend, daß diese Personengruppe sich weitgehend mit der unterrepräsentierten Gruppe der Single-Haushalte deckt, sind die Patientenzufriedenheit und die Akzeptanz der Hausarztmodelle in der Befragung möglicherweise etwas zu positiv abgebildet.

In bezug auf das Antwortverhalten spielt bei Telefonumfragen vor allem der Antworteffekt der „sozialen Erwünschtheit“ eine Rolle (Fuchs 1994). Hierunter wird eine Ausrichtung der Antworten an den vermeintlichen Erwartungen des Interviewers oder an der vorherrschenden Meinung in der öffentlichen Diskussion verstanden. Nach Frey et al. (1990) neigen die Interviewpartner im Telefoninterview eher dazu, sozial

erwünschte Antworten zu geben als bei schriftlichen Befragungen. Im Gegensatz zu mündlichen Interviews ist dieser Effekt aber als eher gering einzuschätzen. Außerdem ist in derartigen Befragungen die vorliegende Zustimmungstendenz zu berücksichtigen. Durch die Stichprobenrekrutierung und die telefonische Kontaktaufnahme wurde bezweckt, Patienten außerhalb der hausärztlichen Praxis zu befragen und so das Risiko eines zu positiven Antwortverhaltens zu minimieren. Außerdem wurden auf diese Weise auch Befragte ohne Hausarzt bzw. ohne aktuellen Arztkontakt miteinbezogen und damit ein bevölkerungsbezogenes Urteil erhoben. Weiterhin wurde in der Auswertung der Zufriedenheit die Grenze der als zufrieden ausgewerteten Befragten sehr hoch angesetzt, um eine etwaige zu positive Tendenz zu vermindern. Nur diejenigen Befragten wurden als zufrieden erachtet, die mit der höchsten Stufe der Likert-Skala geantwortet hatten.

## **6.2 Ergebnisse**

### ***6.2.1 Aktuelle Bedeutung der hausärztlichen Versorgung***

95% aller Befragten hatten einen Hausarzt. (In einer Emnid-Umfrage von 1997 gaben 92% der Befragten an, einen festen Hausarzt zu haben.) In den meisten Fällen nahm der Hausarzt bereits eine Lotsenfunktion ein: Er wurde in der Regel im Krankheitsfall zuerst konsultiert, er wußte bei Facharztbesuchen Bescheid, und er beriet anschließend bei vorliegenden Befunden.

Die Befragten waren insgesamt mit der Tätigkeit ihres Hausarztes sehr zufrieden. Dieses Ergebnis entspricht anderen Umfragen: Im Rahmen einer europäischen Gemeinschaftsstudie gaben über 95% der deutschen Patienten an, ihren Hausarzt sehr empfehlen zu können (Klingenberg et al. 1999). In Anlehnung an andere Studien zur Patientenzufriedenheit (Baker 1990, Himmel und Kochen 1997) wurden vier Aspekte in der Bewertung des Hausarztes unterschieden: die allgemeine Zufriedenheit, die Bewertung der Kompetenz des Hausarztes, seine Koordinationsfähigkeit und die Einschätzung der persönlichen Beziehung zum Hausarzt. Wichtigste Dimensionen waren in der vorliegenden Studie die Kompetenz und die Beziehungsqualität; gerade für die hausärztliche Betreuung wird außerdem die Koordinationsfähigkeit als wichtig erachtet (Starfield et.al. 1998).

Die Zufriedenheit der Befragten war von soziodemographischen Faktoren abhängig (*Hypothese 1*). Wichtigster Einflußfaktor auf die Zufriedenheit war das Alter: Ältere Befragte waren generell zufriedener. Weiterhin waren die Konsultationshäufigkeit, der Familienstand und der Wohnort (in den alten bzw. neuen Bundesländern) signifikante Prädiktoren. Infrastrukturelle Faktoren, wie die ärztliche Versorgungsdichte, hatten entgegen der Annahme keinen mit dem vorliegenden Instrument meßbaren Einfluß auf die Zufriedenheit.

Für den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren und der Patientenzufriedenheit formulieren Hall and Dornan (1990) zwei theoretische Ansätze: Erstens könnte der Zusammenhang durch stabile gruppenspezifische Antworttendenzen der unterschiedlichen Patientengruppen bedingt sein. Dies impliziert, daß Zufriedenheit unabhängig von der aktuellen Versorgungssituation ist. Für die vorliegende Studie hieße das: Ältere Befragte sind grundsätzlich zufriedener. Die zweite Theorie besagt, daß die Beziehung zwischen Zufriedenheit und soziodemographischen Variablen durch Ereignisse im Laufe der ärztlichen Versorgung selbst beeinflusst sein könnte: Ältere Patienten werden verantwortungsvoller und sorgfältiger behandelt. Eine Entscheidung für eine Theorie ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich, da die Daten im Querschnitt, nicht im Längsschnitt erhoben wurden. Weitere Forschung auf dem Gebiet der Zufriedenheitsmessung wäre von wesentlicher Bedeutung für die Versorgungsforschung, da unterschiedliche Konsequenzen für die Implementierung neuer Versorgungssysteme daraus erfolgen könnten. In Ermangelung einer entsprechenden, bereits entwickelten Theorie zur Zufriedenheit und ihrer Messung wurde in der vorliegenden Befragung die Mehrdimensionalität von Zufriedenheit möglichst differenziert berücksichtigt. Die Erfassung möglichst vieler Zufriedenheitsaspekte schränkt die Fehlerwahrscheinlichkeit ein (Baker 1997).

### **6.2.2 Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle**

Die vorgestellten Zukunftsmodelle (bzw. ihre einzelnen Elemente) zur Stärkung der hausärztlichen Position wurden positiv bewertet, solange sie die Intensivierung der Bindung zum Hausarzt als primärer (und beständiger) Ansprechperson bezweckten. Sowohl eine erweiterte Koordinationsfunktion des Hausarztes als auch seine Bera-

tung bei stationären Aufenthalten wurden begrüßt. Finanzielle Anreize verstärkten die Akzeptanz zusätzlich.

Die Reformkonzepte wurden skeptischer beurteilt, wenn sie Einschränkungen für Patienten in der Wahl oder beim Wechsel des Hausarztes nahelegten (*Hypothese 2*): Nur 8% der Befragten waren mit derartigen Beschränkungen einverstanden. Das heißt, auch bei hoher Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung und bekanntermaßen niedrigen Wechselquoten des Hausarztes wird das Recht auf Entscheidungsfreiheit offensichtlich als Privileg verstanden, auf welches ein Großteil der Bevölkerung nicht verzichten möchte (Cosler und Klaes 1999, Emnid 1997). Ebenfalls in diese Richtung weisen Daten von Kao et al. (1998), nach denen Patienten, die ihren behandelnden Arzt frei wählen konnten, mehr Vertrauen zu diesem Arzt hatten. Nach Schmittziel et al. (1997) besteht ein solcher Zusammenhang auch in Managed-Care-Strukturen: mit den Wahlmöglichkeiten wächst die Patientenzufriedenheit. Oder anders formuliert: Patienten legen Wert darauf, beim Eintritt in das Gesundheitssystem wählen zu dürfen. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Arzt entstanden ist, steigt die Bereitschaft, den Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem zu akzeptieren.

Im Kontext finanzieller Anreize war eine gewisse Bereitschaft zur Selbstbeschränkung sichtbar, wobei die Befragten hier deutlich nach inhaltlichen Kriterien unterschieden: Einerseits war ein Großteil bei finanziellen Vorteilen eher bereit, zuerst zum Hausarzt zu gehen. Andererseits befürwortete die Mehrheit der Befragten das Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (*Hypothese 3*) und gut die Hälfte der Befragten würde zum Erhalt dieses Prinzips auch höhere Beiträge akzeptieren. Die Mehrheit lehnte Vorschläge ab, die das sozialstaatliche Gesundheitssystem gefährden würden, so daß der Schluß auf rein marktwirtschaftliche Kriterien von Kundenzufriedenheit unzulässig wäre (Lupton 1997).

Auch Reformvorschläge, die die Arzt-Patient-Beziehung z. B. durch Einführung ökonomischer Entscheidungsgrundlagen gefährden, fanden wenig Zustimmung (*Hypothese 4*). Zwar waren noch 59% der Befragten mit einem Modell einverstanden, das dem Hausarzt beim sparsameren Umgang mit Medikamenten finanzielle Vorteile beschert. Nur wenige Befragte akzeptierten aber Modelle, die die Einführung stärkerer

marktwirtschaftlicher Prinzipien in der Gesundheitsversorgung insgesamt bedeuten würden. Beispielsweise möchten nur 25% die Qualität der Versorgung in Abhängigkeit von der Höhe der Krankenkassenbeiträge sehen.

Andere Studien zeigen, daß eine restriktive Ausübung der Gatekeeperfunktion des Hausarztes zu einer Beeinträchtigung der Arzt-Patient-Beziehung führen könnte (Grumbach 1999). Obwohl es Erfahrungen im Ausland gibt, wonach die Einführung von Managed-Care-Strukturen zu einer besseren Versorgung und höherer Zufriedenheit führen können (Halm et al. 1997, Steiner und Robinson 1998), sollten Befürchtungen ernst genommen werden, daß Patienteninteressen neben Kosten- und Effizienzerwägungen zu kurz kommen, wenn der Hausarzt im Rahmen von Managed-Care-Strukturen als Gatekeeper agiert (Butzlaff et al. 1998, Shortell et al. 1998, Laine und Turner 1999). Reformen, die den Hausarzt mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung stärken, müßten folglich eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung erhalten und fördern (Emanuel und Dubler 1995). Der behandelnde Hausarzt sollte dabei auch in Zukunft nur im Interesse des jeweiligen Patienten entscheiden; übergeordnete Finanzierungs- und Verteilungsfragen sollten auch auf einer anderen gesundheits- bzw. gesellschaftspolitischen Ebene gelöst werden (Hellman 1995). Levinson et al. (1999) betonen zum anderen die Bedeutung einer gezielten Förderung von Kommunikationsstrukturen zwischen Arzt und Patient, um Mißverständnissen vorzubeugen und Entscheidungsprozesse offenzulegen.

Überversorgung wurde kaum als Problem wahrgenommen (*Hypothese 5*). Überflüssige Behandlungen waren nur einem geringen Anteil der Befragten aufgefallen. Es war eine Tendenz erkennbar, im Einzelfall unter einer optimalen Versorgung die maximale Ausschöpfung aller Versorgungsmöglichkeiten zu verstehen. Wenn die Zustimmung zu den Zukunftsmodellen dennoch hoch war, dürfte dies also nicht aus einem in der Bevölkerung verankerten Verständnis für die Problematik der Überversorgung entstanden sein und dementsprechend auch nicht aus dem Wunsch nach einer besseren Koordination, die zu einer optimaleren Versorgung führen soll. In diesem Sinne ist die Zustimmung zu einem Primärarztsystem nicht als bewußte Eigenbeschränkung zu sehen, sondern es ist vielmehr davon auszugehen, daß in dem Ausmaß, in dem Restriktionen wahrgenommen werden, nachträgliche Ablehnung und Skepsis gegenüber dem Modell zunehmen könnten (Kerr et al. 1999). Dies spielt

besonders bei der Frage eine Rolle, ob der Hausarzt als Lotse vor allem eine Koordinationsfunktion ausüben sollte, oder ob er in der Tat befugt wäre, restriktiv einzugreifen.

Inwieweit Patienten tatsächlich der Einführung eines Primärarztsystems zustimmen würden, unterliegt mehreren Einflußfaktoren (*Hypothese 6*): Signifikante Prädiktoren waren das Alter, der Krankenversicherungsstatus und das Geschlecht der Befragten.

Die höhere Zustimmung älterer Patienten könnte so interpretiert werden, daß diese ihrem Hausarzt aktuell schon eine höhere Autorität bei der Leitung durch das Gesundheitssystem zubilligen, ihn also bereits als Lotsen im Gesundheitssystem sehen. Jüngere Befragte lehnen eventuell diese Funktion aus Angst vor möglichen Einschränkungen ab, die als Bevormundung verstanden werden. Dieser geringere Führungsbedarf könnte darin begründet sein, daß jüngere Personen meist leichtere Krankheiten mit weniger Komplikationen haben (Tabenkin et al. 1998). Außerdem waren privat Versicherte skeptischer gegenüber einem Primärarztmodell. Dies könnte darin begründet sein, daß der private Krankenversicherungsstatus mit einem höheren Bildungsstand vergesellschaftet ist und die Befragten ein höheres Vertrauen in ihre Fähigkeit haben, selbst den jeweils zuständigen Facharzt auszuwählen.

Das Primärarztsystem lehnen demnach in erster Linie Personen ab, die einen weniger intensiven oder keinen Kontakt zu einem Hausarzt haben. Ihre Ablehnung wäre also primär nicht Ausdruck von Unzufriedenheit mit dem tatsächlichen Hausarzt, sondern von der Angst vor Beschränkungen oder vor Verschlechterungen der Versorgungsqualität (d.h. von „externen“ Kriterien) geprägt. Die Befürchtungen dieser Gruppe von Befragten werden möglicherweise dadurch verstärkt, daß primärärztliche Versorgungskonzepte in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion häufig unter dem Aspekt der Kostenersparnis und einer möglichen Rationierung von Leistungen vorgestellt werden. Studien belegen jedoch auch positive Auswirkungen eines Primärarztsystems auf die Versorgungsqualität (Starfield et al. 1994, Marzi und Abholz 1999, Gulbrandsen et al. 1998, Olesen et al. 1998). Um skeptischere Bevölkerungsgruppen zu überzeugen, müßten Reformkonzepte deshalb mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung erarbeitet und vertreten werden. Aufklärung über die Vorteile, die die spezielle Qualifikation des Allgemeinarztes für Patienten bietet (intensive

Arzt-Patient-Beziehung, Ganzheitlichkeit der Perspektive, Offenhalten der Diagnose) (Jones 1999) ist einer reinen Diskussion über Kostenersparnisse vorzuziehen.

In einem Aspekt der Bewertung fand sich eine Geschlechterdifferenz: Männer waren eher als Frauen damit einverstanden, immer zuerst zum Hausarzt zu gehen. Bei der etwas geringeren Zustimmung von Frauen spielt vermutlich eine Rolle, daß weibliche Befragte den Erstgang zur Frauenärztin gefährdet sehen. Bei Einführung eines Primärarztsystems wäre demnach Aufklärung über den weiterhin (ohne Umweg) möglichen Zugang zur gynäkologischen Primärversorgung notwendig.

Bei der Bewertung eines begrenzten Zugangs zur Sekundärversorgung konnte ein Einstellungsunterschied zwischen Ost- und Westdeutschen festgestellt werden: Befragte in den alten Bundesländern können sich eher vorstellen, daß der Hausarzt über einen Facharztbesuch mitentscheidet. Ob die größeren Vorbehalte in den neuen Bundesländern mit Sozialisationsunterschieden aufgrund historisch unterschiedlicher politischer Systeme zu erklären sind oder mit gegenwärtig noch nicht völlig angeglichenen Versorgungsstrukturen (oder ob es sich vielleicht nur um Artefakte handelt), ist mit den vorliegenden Daten nicht zu klären. Nach Braun (1993) ist jedoch eher davon auszugehen, daß Einstellungsunterschiede zwischen Befragten in den alten oder neuen Bundesländern in jenen Bereichen auftreten, in denen hinsichtlich der objektiven Lebensbedingungen Unterschiede festzustellen sind. Inwieweit solche Unterschiede tatsächlich bestehen, ob sie speziell die ambulante Versorgung betreffen und wie sie sich im einzelnen bemerkbar machen, wäre Gegenstand weiterer Forschung.

Ein weiterer Einflußfaktor auf die Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle war die ärztliche Versorgungsdichte. Gerade in Regionen mit hoher ärztlicher Versorgungsdichte wurde ein Primärarztsystem begrüßt. Dies könnte darauf hindeuten, daß in einem fachärztlich hochspezialisierten Gesundheitssystem das Bedürfnis nach kontinuierlicher Betreuung und einer Beratungsfunktion des Hausarztes wieder wächst (Jones 1999).

Schließlich wurde die Hypothese bestätigt, daß gute Erfahrungen mit dem eigenen Hausarzt ebenfalls die Bereitschaft zu einem primärärztlichen Versorgungsmodell

erhöhten (*Hypothese 7*). Diese Tatsache ist insbesondere für die jetzige Situation der Hausärzte bedeutsam, da sie aufzeigt, daß nicht zuletzt die Qualität des behandelnden Arztes entscheidend ist für die Akzeptanz eines Modells.

### **6.3 Schlußfolgerungen**

Die Befragung macht deutlich, daß sich die Mehrheit der Bevölkerung zur Zeit in hausärztlicher Betreuung befindet und sie als zufriedenstellend bewertet. In vielen Fällen übt der Hausarzt bereits eine Funktion als primäre Ansprechperson im Gesundheitssystem aus. Die Vorschläge zur Stärkung der hausärztlichen Position fanden breite Zustimmung. Es kann also bei Überlegungen zur Einführung eines Primärarztsystems von einem vorhandenen Bedarf an dieser Art von Versorgung ausgegangen werden.

Das Primärarztmodell entspricht letztlich dem Idealbild hausärztlicher Versorgung, tatsächlich ist eine primärärztliche Versorgungsstufe aber in Deutschland derzeit nur rudimentär vorhanden. Entsprechende Inhalte in der Weiterbildung und Befähigung der bereits tätigen Hausärzte zu weiterreichenderen Funktionen als Koordinator zwischen Primär- und Sekundärversorgung wären folglich wichtige Bestandteile von Gesundheitsreformen.

Ein problematischer Aspekt betrifft die Grenzen und Möglichkeiten der Koordinationsfunktion des Hausarztes in einem Gatekeepermodell: Zwar waren die Befragten überwiegend mit einer Beratungsfunktion des Hausarztes einverstanden, weitergehende Reglementierungen oder Einschränkungen wurden aber negativ bewertet. Dem Recht auf freie Arztwahl wurde eine große Bedeutung beigemessen. Weiterhin würden die Befragten zwar finanzielle Anreize honorieren, aber gleichzeitig den Erhalt eines solidarischen Krankenversicherungsprinzips unterstützen und schwerpunktmäßig marktwirtschaftlich ausgerichtete Modelle eher ablehnen.

Unter der Prämisse, daß Reformen im Sinne eines kontrollierten Zugangs zum Gesundheitssystem notwendig sind, um auch zukünftig eine allgemein zugängliche Versorgung zu gewährleisten (Olesen und Fleming 1998), sollten zukünftige Versorgungsmodelle in erster Linie die Koordinierung und umfassende Betreuung durch

den Hausarzt zum Schwerpunkt haben. Die Funktion des Hausarztes sollte nicht auf die Begrenzung des Zugangs zur Sekundärversorgung reduziert werden (Bodenheimer et al. 1999).

Nach Abschluß der vorliegenden Befragung haben unterschiedliche Reformen im deutschen Gesundheitssystem stattgefunden, zuletzt mit dem „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ (Clade 2000). Unter den Veränderungen finden sich einige Elemente für eine verstärkt primärärztliche Versorgung (z.B. finanzielle Anreize beim Erstgang zum Hausarzt durch Bonus-Regelungen der Krankenkasse). Inwieweit Hausarztmodelle, die in dieser Befragung mehrheitlich befürwortet wurden, auch tatsächlich in der Bevölkerung akzeptiert werden, bleibt abzuwarten. Entsprechend der Tendenz in der Befragung dürfte dies wesentlich mit der Zielsetzung von Reformen zusammenhängen: Entscheidend für den Erfolg eines Modells ist die Verbesserung der Versorgungsqualität. Reformüberlegungen sollten deshalb jeweils eindeutig kenntlich machen, ob ökonomische oder qualitative Argumente für die Einführung eines Hausarztmodells ausschlaggebend sind.

## 7 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Als Reformkonzept für die ambulante Gesundheitsversorgung werden derzeit (unter dem Begriff „Managed Care“) sogenannte Hausarztmodelle diskutiert. Durch die Stärkung der Koordinationsfunktion des Hausarztes soll die Nutzung medizinischer Dienstleistungen effizienter gesteuert werden.

**Fragestellung:** Um einen Beitrag zur bedarfsorientierten Gestaltung von Reformen zu leisten, wurde eine bevölkerungsbezogene Befragung durchgeführt. Wichtigste Themen waren die Präferenzen der Bevölkerung bezüglich der ambulanten Versorgung und die antizipatorische Bewertung zukünftig denkbarer Hausarztmodelle.

**Methode:** Im Einzugsgebiet einer ost- und einer westdeutschen Kassenärztlichen Vereinigung wurde eine (stratifizierte) Zufallsstichprobe mit einem standardisierten Fragebogen (Dauer ca. 10 min) telefonisch befragt.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 415 Personen befragt (Antwortrate: 64,4%). Die Stichprobe war in wichtigen Parametern bevölkerungsrepräsentativ. Fast alle Befragten hatten einen Hausarzt (95,4%). Zwei Drittel der Befragten waren sehr zufrieden mit ihrer ärztlichen Versorgung. Zukünftige Hausarztmodelle, die die hausärztliche Koordinationsfunktion stärken, wurden überwiegend befürwortet. Skeptischer wurden Vorschläge aufgenommen, die die Wahl des Hausarztes beschränken oder die Arzt-Patient-Beziehung gefährden würden. Es bestand ein Zusammenhang zwischen soziodemographischen Parametern und der Bewertung zukünftiger Hausarztmodelle: Ältere Personen stimmten einem Primärarztmodell eher zu (OR: 4,32; 95% KI: 2,01 – 9,30), ebenso wie gesetzlich krankenversicherte Personen (OR: 2,44; 95% KI: 1,16 – 5,15). Weitere signifikante Faktoren waren eine gute persönliche Beziehung zum Hausarzt (OR: 2,74; 95%KI: 1,58 – 4,75) und eine hohe Zufriedenheit mit der hausärztlichen Kompetenz (OR: 1,99; 95% KI: 1,14 – 3,47).

**Schlußfolgerungen:** Die Befragungsergebnisse legen nahe, daß die Bevölkerung ein Hausarztmodell mehrheitlich akzeptiert, wenn bei Reformen die Verbesserung der Versorgungsqualität im Vordergrund steht und das Recht auf freie Arztwahl und eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung gewahrt bleiben.

## **8 Anhang**

**8.1 Fragebogen: „Hausarztmodelle im Meinungsbild der Bevölkerung“**

**8.2 Grundauszählung**

**8.3 Argumentationshilfen und standardisierte Antworten zum Telefoninterview**

**8.4 Informationsbrief**

## 8.1 Fragebogen: „Hausarztmodelle im Meinungsbild der Bevölkerung“

Einleitung:

Guten Abend, mein Name ist Anja Dieterich, ich rufe Sie aus der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen an. Wir machen zur Zeit eine telefonische Befragung zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Uns interessiert die Meinung Ihres Haushaltes zu diesem Thema.

Und da wir die Teilnehmer rein zufällig auswählen, möchte ich gerne die Person aus Ihrem Haushalt befragen, die zuletzt Geburtstag hatte.

Können Sie mir da weiterhelfen?

...  
Dürfte ich Sie dann einen Augenblick lang befragen? Das Interview nimmt knapp 10 Minuten in Anspruch, und es sind keine Vorkenntnisse notwendig!

(Möglichst schnell mit dem Fragebogen beginnen!)

---

### **zusätzlich möglicherweise:**

- **falls zweite Person ans Telefon kommt:**

(Text angepaßt wiederholen; und:) Ich wurde da an Sie verwiesen...?!)

- **Fragen beantworten nach Antwortvorgaben**

- **Termin vereinbaren:**

Dürfte ich Sie zu einem anderen Zeitpunkt nochmal anrufen? Wann kann ich Sie denn am besten erreichen? bzw.:

Wann kann ich die Person, die zuletzt Geburtstag hatte, denn am besten erreichen?

(d.h. Erlaubnis für Wiederanruf einholen)

Unsere Dienstzeiten sind zwischen 17 und 21 Uhr? Ggf.: Paßt es (Ihnen) z.B. am...um...?

- **Wenn Zielperson zögert:**

Sonst würde ich Ihnen vorschlagen, daß wir erstmal mit einigen Fragen beginnen, und Sie dann Bescheid sagen, wenn Sie nicht weitermachen möchten...!?

- **Wenn Zielperson verweigern will:**

Ich kann Ihnen auch anbieten, daß ich Ihnen zunächst einen Informationsbrief zusende, und Sie sich danach entscheiden, ob Sie bei unserer wissenschaftlichen Befragung mitmachen möchten...!?

- **Bei Zustimmung:**

Da Ihre Telefonnummer anonym durch ein Zufallsverfahren ausgewählt wurde, möchte ich Sie dann bitten, mir Ihre Adresse zu geben, damit ich Ihnen den Brief zusenden kann. (Gleich neuen Termin verabreden, ca. eine Woche später!)

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1.1. Haben Sie einen Hausarzt oder eine Hausärztin?<br>(ggf. im folgenden weibl. Form) | <input type="checkbox"/> Ja.<br><input type="checkbox"/> Nein. | 1 (im Folgenden: Gruppe 1)<br>2 (im Folgenden: Gruppe 2) |
|--|--|--|

**Gruppe 1:**

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| 1.2. Wissen Sie noch etwa, wann Sie das erste Mal dort in Behandlung waren?   | Vor _____ Jahren  | Zahl eingeben<br>(< 1 Jahr: 0) |
| 1.3. Ist Ihr Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt<br><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt<br><input type="checkbox"/> Internist<br><input type="checkbox"/> sonstiges<br><input type="checkbox"/> weiß nicht          | 1<br>2<br>3<br>4<br>5          |
| 1.4. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt? (Rezept abholen ausgenommen)   | Ca. _____ mal   | Zahl eingeben                  |
| 1.5. War das ein typisches Jahr, oder gehen Sie sonst (wenn Antwort „1“, weiter mit 1.7)  | <input type="checkbox"/> typisch<br><input type="checkbox"/> häufiger<br><input type="checkbox"/> seltener zum HA?  | 1<br>2<br>3                    |
| 1.6. Wie oft gehen Sie in einem typischen Jahr zum Hausarzt?  | Ca. _____ mal   | Zahl eingeben                  |
| 1.7. Wie oft gehen Sie in einem typischen Jahr zusätzlich zu einem anderen Arzt in eine Praxis, - wenn man den Zahnarzt, den Augenarzt (und ggf. den Frauenarzt) einmal ausnimmt? | Ca. _____ mal   | Zahl eingeben                  |
| 1.8. Weiß Ihr Hausarzt immer Bescheid, wenn Sie einen Facharzt aufsuchen?   | <input type="checkbox"/> Ja.<br><input type="checkbox"/> Nein.<br><input type="checkbox"/> nicht zutreffend (geht nicht zum FA)   | 1<br>2<br>3                    |
| 1.9. Wenn Sie einen Facharzt aufsuchen, holen Sie sich dann eine Überweisung von Ihrem Hausarzt, oder benutzen Sie einfach Ihre Chipkarte?  | <input type="checkbox"/> Überweisung<br><input type="checkbox"/> Chipkarte<br><input type="checkbox"/> beides<br><input type="checkbox"/> privat versichert<br><input type="checkbox"/> nicht zutreffend (s.o.) | 1<br>2<br>3<br>4<br>5          |
| 1.10. Beraten Sie sich mit ihrem Hausarzt über die Befunde, wenn Sie einen Facharzt aufgesucht haben?   | <input type="checkbox"/> Ja.<br><input type="checkbox"/> Nein.<br><input type="checkbox"/> manchmal<br><input type="checkbox"/> nicht zutreffend (s.o.)   | 1<br>2<br>3<br>4               |
| 1.11. Gehen Sie immer zuerst zum Hausarzt, wenn Sie krank sind? (Notfälle und s.o. ausgenommen)   | <input type="checkbox"/> Ja.<br><input type="checkbox"/> Nein.  | 1<br>2                         |

**Gruppe 2:**

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1.2. Weshalb haben Sie keinen Hausarzt? (ggf. Liegt es daran, daß Sie...)  | <input type="checkbox"/> unzufrieden mit der Versorgung vom Hausarzt,<br><input type="checkbox"/> oder brauchen Sie gar keinen Arzt,<br><input type="checkbox"/> lieber gleich zu Fachärzten?<br><input type="checkbox"/> HA verzogen<br><input type="checkbox"/> sonstiges: | 1<br><br>2<br><br>3<br><br>4<br><br>5 ( _____ ) |
| 1.3. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten ungefähr beim Arzt, wenn man den Zahnarzt, den Augenarzt (und ggf.! den Frauenarzt) einmal ausnimmt? (und ggf Krankenhausaufenthalte, Rezept abholen ausgenommen) | Ca. _____mal   | Zahl eingeben                                   |
| 1.4. War das ein typisches Jahr, oder gehen Sie sonst  | <input type="checkbox"/> typisch<br><input type="checkbox"/> häufiger<br><input type="checkbox"/> seltener zum Arzt?   | 1<br><br>2<br><br>3                             |
| 1.5. Wie oft gehen Sie in einem typischen Jahr zum Arzt? (ausgenommen s.o.)  | Ca. _____mal   | Zahl eingeben                                   |

**Gruppe 1:**

Ich lese ihnen jetzt mehrere Aussagen zum Hausarzt vor. Sagen Sie mir bitte jedesmal, inwieweit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Verwenden Sie bitte dabei die Zahlen 1 bis 5. 1 bedeutet, die Aussage trifft voll und ganz auf Sie zu. 5 bedeutet, die Aussage trifft überhaupt nicht auf Sie zu. Dazwischen können Sie entsprechend abstufen.

Die erste Aussage:

|  |  |
|--|--|
| 2.1. Ich bin mit meinem Hausarzt vollkommen zufrieden.   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 (weiß nicht) |
| 2.1.A <i>Warum sind Sie eher nicht zufrieden?</i>  |  |
| 2.2. Mein Hausarzt weiß, was im Krankheitsfall das Richtige für mich ist.  |  |
| 2.3. Mein Hausarzt überweist mich rechtzeitig, wenn er mir nicht helfen kann.  |  |
| 2.4. Mein Hausarzt nimmt sich genügend Zeit für mich.  |  |
| 2.5. Im Allgemeinen befolge ich die Anordnungen meines Hausarztes.   |  |
| 2.6. Ich gehe lieber zu meinem Hausarzt als zu anderen Ärzten, weil er mich gut kennt.   |  |
| 2.7. Ich kann mit meinem Hausarzt über persönliche Dinge sprechen.   |  |
| Ich nenne Ihnen jetzt noch 3 allgemeinere Aussagen, die sich nicht nur auf den Hausarzt beziehen:<br>2.8. Es kommt häufig vor, daß Patienten zuviel untersucht und behandelt werden. |  |
| 2.9. Es ist gut, wenn der Arzt als Experte medizinische Entscheidungen für mich trifft.  |  |
| 2.10. Für die eigene Gesundheit ist jeder selbst verantwortlich.   |  |

(JE NACH INTERVIEWVERLAUF!:) Ich möchte Sie jetzt um Ihre persönliche Meinung bitten:

Es wird in letzter Zeit viel über unser Gesundheitssystem geredet. Was meinen Sie, sollte möglichst alles so bleiben, wie es ist, oder wo würden Sie am ehesten etwas ändern wollen?

**Gruppe 2:**

Ich lese ihnen jetzt mehrere Aussagen zur Gesundheitsversorgung vor. Sagen Sie mir bitte jedesmal, inwieweit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Verwenden Sie bitte dabei die Zahlen 1 bis 5. 1 bedeutet, die Aussage trifft voll und ganz auf Sie zu. 5 bedeutet, die Aussage trifft überhaupt nicht auf Sie zu. Dazwischen können Sie entsprechend abstufen.

Die erste Aussage:

|   |  |
|---|--|
| 2.1. Ich bin mit meiner ärztlichen Versorgung vollkommen zufrieden.   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 (weiß nicht) |
| 2.1.B Warum sind Sie eher nicht zufrieden?  |  |
| 2.2. Ein Arzt weiß im Krankheitsfall, was das Richtige für mich ist.  |  |
| 2.3. Ein Arzt überweist mich rechtzeitig, wenn er mir nicht helfen kann.  |  |
| 2.4. Bei einem Arztbesuch nimmt sich der Arzt im allgemeinen genügend Zeit für mich.                            |  |
| 2.5. Im Allgemeinen befolge ich die Anordnungen eines Arztes.   |  |
| 2.6. Ich hätte gerne einen Hausarzt, dem ich vertraue und der mich gut berät.                                   |  |
| 2.7. Ich will bei einem Arztbesuch auch über persönliche Dinge sprechen können.                                 |  |
| 2.8. Es kommt häufig vor, daß Patienten zuviel untersucht und behandelt werden. (auf Nachfrage: im Allgemeinen) |  |
| 2.9. Es ist gut, wenn der Arzt als Experte medizinische Entscheidungen für mich trifft.                         |  |
| 2.10. Für die eigene Gesundheit ist jeder selbst verantwortlich.  |  |

(JE NACH INTERVIEWVERLAUF!:) Ich möchte Sie jetzt um Ihre persönliche Meinung bitten:

Es wird in letzter Zeit viel über unser Gesundheitssystem geredet. Was meinen Sie, sollte möglichst alles so bleiben, wie es ist, oder wo würden Sie am ehesten etwas ändern wollen?

**Ab hier für beide Gruppen:**

In den nächsten Fragen geht es um allgemeinere Themen der Medizin. Bitte antworten Sie mir jeweils mit Ja oder Nein.

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| 3.1. Wenn Sie an Ihren letzten Arztbesuch in einer Praxis denken: Wurden Sie ausreichend untersucht und behandelt?                                 | <input type="checkbox"/> Ja.<br><input type="checkbox"/> Nein.<br><input type="checkbox"/> weiß nicht | 1<br>2<br>3 |
| 3.2. Wurden zum Teil auch überflüssige Untersuchungen und Behandlungen mit Ihnen durchgeführt?   |   |             |
| 3.3. Würden Sie es für sinnvoll halten, immer zuerst zum Hausarzt zu gehen, wenn Sie krank sind?   |   |             |
| 3.4. Sollte Ihr Arzt immer alle Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen, wenn Sie krank sind?  |   |             |
| 3.5. Finden Sie es richtig, daß die Krankenkasse auch Behandlungen bezahlt, die selbstverschuldet sind, z.B. durch Alkohol am Steuer?              |   |             |
| 3.6. Finden Sie es richtig, daß die Krankenkasse z.B. für Sportunfälle bezahlt?  |   |             |
| 3.7. Fühlen Sie sich zur Zeit ausreichend krankenversichert?   |   |             |
| 3.8. Sollten diejenigen, die mehr Krankenkassenbeiträge bezahlen, auch besser versorgt werden?   |   |             |
| 3.9. Würden Sie notfalls auch mehr bezahlen, damit alle gleich gut behandelt werden können?  |   |             |
| 3.10. Wären Sie damit einverstanden, daß die Krankenkasse weniger leistet, wenn Sie dafür weniger Versicherungsbeiträge zahlen müßten?             |   |             |
| 3.11. Nehmen Sie einmal an, ein Arzt bekäme Geld dafür, daß er seltener Medikamente verschreibt. Hätten Sie Angst, schlechter behandelt zu werden? |   |             |

Bei den letzten Fragen geht es um mögliche Veränderungen im Gesundheitssystem. Es können sich dadurch für Patienten, also auch für Sie, einige Umstellungen ergeben. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie die folgenden Vorschläge für die Zukunft eher gut oder eher schlecht finden.

Der erste Vorschlag:

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| 4.1. Wenn Sie krank sind, müssen Sie in Zukunft immer zuerst zum Hausarzt gehen, um von ihm über die weitere Behandlung beraten zu werden. (ggf. wiederholen: eher gut oder eher schlecht?)  | <input type="checkbox"/> eher gut .<br><input type="checkbox"/> eher schlecht.<br><input type="checkbox"/> weiß nicht | 1<br>2<br>3 |
| 4.2. Zusammen mit Ihnen entscheidet Ihr Hausarzt, ob Sie einen Facharzt aufsuchen oder im Krankenhaus behandelt werden.  |   |             |
| 4.3. Ihr Hausarzt berät Sie auch dann, wenn Sie z. B. im Krankenhaus behandelt werden müssen.  |   |             |
| 4.4. Sie müssen sich (auch wenn Sie zur Zeit nicht krank sind) bei einem Hausarzt Ihrer Wahl einschreiben. Diese Entscheidung gilt jeweils für ein Jahr verbindlich.<br>(bei Nachfrage: wie ein Mitglied seiner Praxis)  |   |             |
| Jetzt nenne ich Ihnen noch eine Veränderung, die die Krankenversicherung betrifft (gesetzlich oder privat):<br>4.5. Ihre Krankenkasse legt Ihnen eine Liste von Hausärzten vor. Wenn Sie krank werden, dürfen Sie nur noch zu einem dieser Ärzte gehen, damit die Behandlung bezahlt wird. |   |             |
| 4.5.A (Gruppe 1: bei 4.5. Antwort: "eher schlecht")<br>Würde sich Ihre Meinung ändern, wenn Ihr jetziger Hausarzt in der Liste enthalten wäre?   | <input type="checkbox"/> ja.<br><input type="checkbox"/> nein.<br><input type="checkbox"/> weiß nicht.                | 1<br>2<br>3 |
| Zuletzt noch eine andere Frage zu diesem Thema:<br>4.6. Ihre Krankenkasse macht Ihnen ein Angebot: Sie müssen weniger Beiträge zahlen, wenn Sie immer zuerst zum Hausarzt gehen. Hätten Sie an diesem Angebot Interesse?   | <input type="checkbox"/> ja.<br><input type="checkbox"/> nein.<br><input type="checkbox"/> weiß nicht.                | 1<br>2<br>3 |

Zum Abschluß unseres Gesprächs bitte ich Sie, mir einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten, die für unsere statistische Auswertung wichtig sind.

|   |  |  |
|---|--|--|
| 5.1. In welchem Jahr sind Sie geboren?  | 19   | Zahl eingeben                            |
| 5.2. Geschlecht? ( <i>ohne Frage eingeben!</i> )  | <input type="checkbox"/> weiblich.<br><input type="checkbox"/> männlich.   | 1<br>2                                   |
| 5.3. Wieviel Einwohner hat Ihr Wohnort?   |  | Zahl eingeben                            |
| 5.4. Sind Sie gesetzlich oder privat krankenversichert?   | <input type="checkbox"/> Gesetzlich<br><input type="checkbox"/> Privat<br><input type="checkbox"/> beides<br><input type="checkbox"/> Nicht  | 1<br>2<br>3<br>4                         |
| 5.5. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand in den letzten drei Monaten beschreiben? Ich mache Ihnen 5 Vorgaben: | <input type="checkbox"/> ausgezeichnet<br><input type="checkbox"/> sehr gut<br><input type="checkbox"/> gut<br><input type="checkbox"/> weniger gut<br><input type="checkbox"/> schlecht | 1<br>2<br>3<br>4<br>5                    |
| 5.6. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie eingeschlossen?  |  | Zahl eingeben                            |
| 5.7. Wie viele davon sind Kinder unter 18 Jahren?   |  | Zahl eingeben, incl. 0!                  |
| 5.8. Wie hoch ist ungefähr das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushaltes? (bei WG: das Einkommen der Person)                | DM   | Zahl eingeben, bei Aussage verweigert: 0 |
| 5.9. Können Sie mir Ihre <u>jetzige</u> berufliche Tätigkeit angeben? (auch Rentner, Hausfrau, Student, arbeitslos, etc.)     | _____ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | 1<br>2<br>3<br>4<br>5                    |
| 5.10. Haben Sie bis 1989 in der Bundesrepublik oder in der DDR gelebt?  | <input type="checkbox"/> Bundesrepublik<br><input type="checkbox"/> DDR<br><input type="checkbox"/> Ausland  | 1<br>2<br>3                              |

Ich bin jetzt fertig mit meinem Fragebogen, möchten Sie noch etwas wissen, oder haben Sie Anmerkungen zu unserem Gespräch?

...( s. standardisierte Antworten!)

Dann danke ich Ihnen herzlich, daß Sie mitgemacht haben, und wünsche Ihnen noch einen schönen Abend!

## 8.2 Grundauszählung

### Frage 1.1<sup>3</sup>

| Haben Sie einen Hausarzt oder eine Hausärztin? | Anzahl     | Prozent    |
|--|------------|------------|
| - Ja   | 395        | 95,2       |
| - Nein   | 20         | 4,8        |
| <b>Gesamt</b>                                  | <b>415</b> | <b>100</b> |

### Frage 1.3 (für Befragte mit Hausarzt)

| Ist Ihr Hausarzt   | Anzahl     | Prozent      |
|--------------------|------------|--------------|
| - Allgemeinarzt    | 244        | 61,8         |
| - Praktischer Arzt | 59         | 14,9         |
| - Internist        | 79         | 20,0         |
| - Sonstiges        | 2          | 0,5          |
| - Weiß nicht       | 11         | 2,8          |
| <b>Gesamt</b>      | <b>395</b> | <b>100,0</b> |

### Frage 1.5 (für Befragte mit Hausarzt)

| War das ein typisches Jahr, oder gehen Sie sonst häufiger oder seltener zum Hausarzt? | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - Typisch   | 299        | 76,1         |
| - Häufiger  | 24         | 6,1          |
| - Seltener  | 70         | 17,8         |
| <b>Gesamt</b>   | <b>393</b> | <b>100,0</b> |

### Frage 1.8 (für Befragte mit Hausarzt)

| Weiß Ihr Hausarzt immer Bescheid, wenn Sie einen Facharzt aufsuchen? | Anzahl     | Prozent      |
|--|------------|--------------|
| - Ja   | 291        | 73,7         |
| - Nein   | 81         | 20,5         |
| - Nicht zutreffend   | 23         | 5,8          |
| <b>Gesamt</b>  | <b>395</b> | <b>100,0</b> |

<sup>3</sup> Anmerkung: Numerierung analog zum Fragebogen. Die Antworten auf die offenen Fragen werden an dieser Stelle nicht aufgeführt.

## Frage 1.9 (für Befragte mit Hausarzt)

| Wenn Sie einen Facharzt aufsuchen, holen Sie sich dann eine Überweisung von Ihrem Hausarzt, oder benutzen Sie einfach Ihre Chipkarte? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Überweisung   | 195    | 49,4    |
| - Chipkarte   | 95     | 24,1    |
| - Beides  | 61     | 15,4    |
| - Privat versichert   | 23     | 5,8     |
| - Nicht zutreffend  | 21     | 5,3     |
| Gesamt  | 395    | 100,0   |

## Frage 1.10 (für Befragte mit Hausarzt)

| Beraten Sie sich mit Ihrem Hausarzt über die Befunde, wenn Sie einen Facharzt aufgesucht haben? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 253    | 64,1    |
| - Nein  | 75     | 19,0    |
| - Manchmal  | 32     | 8,1     |
| - Nicht zutreffend  | 35     | 8,9     |
| Gesamt  | 395    | 100,0   |

## Frage 1.11 (für Befragte mit Hausarzt)

| Gehen Sie immer zuerst zum Hausarzt, wenn Sie krank sind? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 337    | 85,3    |
| - Nein  | 58     | 14,7    |
| Gesamt  | 395    | 100,0   |

## Frage 1.2 (für Befragte ohne Hausarzt)

| Weshalb haben Sie keinen Hausarzt? Liegt es daran, daß Sie | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Unzufrieden sind mit der Versorgung vom Hausarzt         | 2      | 10,0    |
| - Oder brauchen Sie gar keinen Arzt                        | 6      | 30,0    |
| - Oder gehen Sie lieber gleich zu Fachärzten?              | 5      | 25,0    |
| - Hausarzt verzogen  | 1      | 5,0     |
| - Sonstiges  | 6      | 30,0    |
| Gesamt   | 20     | 100,0   |

## Frage 1.4 (für Befragte ohne Hausarzt)

| War das ein typisches Jahr, oder gehen Sie sonst häufiger oder seltener zum Arzt? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Typisch   | 17     | 85,0    |
| - Seltener  | 3      | 15,0    |
| Gesamt  | 20     | 100,0   |

## Frage 2.1

| Ich bin mit meinem Hausarzt/meiner ärztlichen Versorgung vollkommen zufrieden. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 1 (trifft voll zu)   | 271    | 65,3    |
| - 2  | 85     | 20,5    |
| - 3  | 51     | 12,3    |
| - 4  | 4      | 1,0     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 4      | 1,0     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 2.2

| Mein Hausarzt/Ein Arzt weiß,<br>was im Krankheitsfall das<br>Richtige für mich ist. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - 0 (weiß nicht)  | 2          | 0,5          |
| - 1 (trifft voll zu)  | 214        | 51,6         |
| - 2   | 133        | 32,0         |
| - 3   | 52         | 12,5         |
| - 4   | 9          | 2,2          |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)   | 5          | 1,2          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 2.3

| Mein Hausarzt/Ein Arzt über-<br>weist mich rechtzeitig, wenn<br>er mir nicht helfen kann. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - 0 (weiß nicht)  | 9          | 2,2          |
| - 1 (trifft voll zu)  | 272        | 65,5         |
| - 2   | 80         | 19,3         |
| - 3   | 35         | 8,4          |
| - 4   | 6          | 1,4          |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)   | 13         | 3,1          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 2.4

| Mein Hausarzt nimmt sich<br>genügend Zeit für mich./ Bei<br>einem Arztbesuch nimmt sich<br>der Arzt im allgemeinen ge-<br>nügend zeit für mich. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - 1 (trifft voll zu)  | 260        | 62,7         |
| - 2   | 90         | 21,7         |
| - 3   | 45         | 10,8         |
| - 4   | 13         | 3,1          |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)   | 7          | 1,7          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 2.5

| Im Allgemeinen befolge ich die Anordnungen meines Hausarztes/eines Arztes. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 1 (trifft voll zu)   | 220    | 53,0    |
| - 2  | 127    | 30,6    |
| - 3  | 58     | 14,0    |
| - 4  | 7      | 1,7     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 3      | 0,7     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 2.6 (für Befragte mit Hausarzt)

| Ich gehe lieber zu meinem Hausarzt als zu anderen Ärzten, weil er mich gut kennt. | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)  | 9      | 2,3     |
| - 1 (trifft voll zu)  | 280    | 70,9    |
| - 2   | 55     | 13,9    |
| - 3   | 34     | 8,6     |
| - 4   | 12     | 3,0     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)   | 5      | 1,3     |
| Gesamt  | 395    | 100,0   |

## Frage 2.6 (für Befragte ohne Hausarzt)

| Ich hätte gerne einen Hausarzt, dem ich vertraue und der mich gut berät. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)   | 1      | 5,0     |
| - 1 (trifft voll zu)   | 14     | 70,0    |
| - 2  | 2      | 10,0    |
| - 3  | 1      | 5,0     |
| - 4  | 1      | 5,0     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 1      | 5,0     |
| Gesamt   | 20     | 100,0   |

## Frage 2.7

| Ich kann mit meinem Hausarzt über persönliche Dinge sprechen./Ich will bei einem Arztbesuch auch über persönliche Dinge sprechen können. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)   | 6      | 1,4     |
| - 1 (trifft voll zu)   | 249    | 60,0    |
| - 2  | 65     | 15,7    |
| - 3  | 56     | 13,3    |
| - 4  | 21     | 5,1     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 19     | 4,6     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 2.8

| Es kommt häufig vor, daß Patienten zuviel untersucht und behandelt werden. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)   | 59     | 14,2    |
| - 1 (trifft voll zu)   | 60     | 14,5    |
| - 2  | 69     | 16,6    |
| - 3  | 110    | 26,5    |
| - 4  | 47     | 11,3    |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 70     | 16,9    |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 2.9

| Es ist gut, wenn der Arzt als Experte medizinische Entscheidungen für mich trifft. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)   | 3      | 0,7     |
| - 1 (trifft voll zu)   | 189    | 45,5    |
| - 2  | 137    | 33,0    |
| - 3  | 71     | 17,1    |
| - 4  | 8      | 1,9     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)  | 7      | 1,7     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 2.10

| Für die eigene Gesundheit ist jeder selbst verantwortlich. | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - 0 (weiß nicht)   | 4      | 1,0     |
| - 1 (trifft voll zu)                                       | 275    | 66,3    |
| - 2  | 83     | 20,0    |
| - 3  | 35     | 8,4     |
| - 4  | 10     | 2,4     |
| - 5 (trifft überhaupt nicht zu)                            | 8      | 1,9     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 3.1

| Wenn Sie an Ihren letzten Arztbesuch in einer Praxis denken: Wurden Sie ausreichend untersucht und behandelt? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 373    | 89,9    |
| - Nein  | 39     | 9,4     |
| - Weiß nicht  | 3      | 0,7     |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.2

| Wurden zum Teil auch überflüssige Untersuchungen und Behandlungen mit Ihnen durchgeführt? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 46     | 11,1    |
| - Nein  | 369    | 88,9    |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.3

| Würden Sie es für sinnvoll halten, immer zuerst zum Hausarzt zu gehen, wenn Sie krank sind? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 321    | 77,3    |
| - Nein  | 94     | 22,7    |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.4

| Sollte Ihr Arzt immer alle Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen, wenn Sie krank sind? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 355    | 85,5    |
| - Nein   | 51     | 12,3    |
| - Weiß nicht   | 9      | 2,2     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 3.5

| Finden Sie es richtig, daß die Krankenkasse auch Behandlungen bezahlt, die selbstverschuldet sind, z.B. durch Alkohol am Steuer? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 82     | 19,8    |
| - Nein   | 312    | 75,2    |
| - Weiß nicht   | 21     | 5,1     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 3.6

| Finden Sie es richtig, daß die Krankenkasse z.B. für Sportunfälle bezahlt? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 335    | 80,7    |
| - Nein   | 56     | 13,5    |
| - Weiß nicht   | 24     | 5,8     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 3.7

| Fühlen Sie sich zur Zeit ausreichend krankenversichert? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 365    | 88,0    |
| - Nein  | 39     | 9,4     |
| - Weiß nicht  | 11     | 2,7     |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.8

| Sollten diejenigen, die mehr Krankenkassenbeiträge bezahlen, auch besser versorgt werden? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 105    | 25,3    |
| - Nein  | 295    | 71,1    |
| - Weiß nicht  | 15     | 3,6     |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.9

| Würden Sie notfalls auch mehr bezahlen, damit alle gleich gut versorgt werden können? | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| - Ja  | 222    | 53,5    |
| - Nein  | 171    | 41,2    |
| - Weiß nicht  | 22     | 5,3     |
| Gesamt  | 415    | 100,0   |

## Frage 3.10

| Wären Sie damit einverstanden, daß die Krankenkasse weniger leistet, wenn Sie dafür weniger Versicherungsbeiträge bezahlen müßten? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 67     | 16,1    |
| - Nein   | 322    | 77,6    |
| - Weiß nicht   | 26     | 6,3     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 3.11

| Nehmen Sie einmal an, ein Arzt bekäme Geld dafür, daß er seltener Medikamente verschreibt. Hätten Sie Angst, schlechter behandelt zu werden? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 244    | 58,8    |
| - Nein   | 152    | 36,6    |
| - Weiß nicht   | 19     | 4,6     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

## Frage 4.1

| Wenn Sie krank sind, müssen Sie in Zukunft immer zuerst zum Hausarzt gehen, um von ihm über die weitere Behandlung beraten zu werden. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - Eher gut  | 308        | 74,2         |
| - Eher schlecht   | 105        | 25,3         |
| - Weiß nicht  | 2          | 0,5          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.2

| Zusammen mit Ihnen entscheidet Ihr Hausarzt, ob Sie einen Facharzt aufsuchen oder im Krankenhaus behandelt werden. | Anzahl     | Prozent      |
|--|------------|--------------|
| - Eher gut   | 358        | 86,3         |
| - Eher schlecht  | 52         | 12,5         |
| - Weiß nicht   | 5          | 1,2          |
| <b>Gesamt</b>  | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.3

| Ihr Hausarzt berät Sie auch dann, wenn Sie z.B. im Krankenhaus behandelt werden müssen. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| Eher gut  | 284        | 68,4         |
| Eher schlecht   | 126        | 30,4         |
| Weiß nicht  | 5          | 1,2          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.4

| Sie müssen sich (auch wenn Sie zur Zeit nicht krank sind) bei einem Hausarzt Ihrer Wahl einschreiben. Diese Entscheidung gilt jeweils für ein Jahr verbindlich. | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - Eher gut  | 151        | 36,4         |
| - Eher schlecht   | 257        | 61,9         |
| - Weiß nicht  | 7          | 1,7          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.5

| Ihre Krankenkasse legt Ihnen eine Liste von Hausärzten vor. Wenn Sie krank sind, dürfen Sie nur noch zu einem dieser Ärzte gehen, damit die Behandlung bezahlt wird. | Anzahl     | Prozent      |
|--|------------|--------------|
| - Eher gut   | 35         | 8,4          |
| - Eher schlecht  | 372        | 89,6         |
| - Weiß nicht   | 8          | 1,9          |
| <b>Gesamt</b>  | <b>415</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.5 (für Befragte mit Hausarzt)

| Würde sich Ihre Meinung ändern, wenn Ihr jetziger Hausarzt in der Liste enthalten wäre? | Anzahl     | Prozent      |
|---|------------|--------------|
| - Ja  | 143        | 40,2         |
| - Nein  | 202        | 56,7         |
| - Weiß nicht  | 11         | 3,1          |
| <b>Gesamt</b>   | <b>356</b> | <b>100,0</b> |

## Frage 4.6

| Ihre Krankenkasse macht Ihnen ein Angebot: Sie müssen weniger Beiträge zahlen, wenn Sie immer zuerst zum Hausarzt gehen. Hätten Sie an diesem Angebot Interesse? | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| - Ja   | 318    | 76,6    |
| - Nein   | 85     | 20,5    |
| - Weiß nicht   | 12     | 2,9     |
| Gesamt   | 415    | 100,0   |

### **8.3 Argumentationshilfen und standardisierte Antworten zum Telefoninterview**

#### **Wieso fragen Sie denn nach dem Geburtstag?**

**(Die Person, die zuletzt Geburtstag hatte, ist nicht da, können Sie nicht mich befragen?)**

Die Teilnehmer an dieser wissenschaftlichen Befragung sollen rein zufällig ausgewählt werden. (Die Telefonnummer Ihres Haushaltes wurde anonym durch ein Zufallsverfahren per Computer gezogen.) Auch die Person, die im Haushalt befragt wird, soll zufällig bestimmt werden, deshalb bin ich als Interviewerin angehalten, tatsächlich nur die Person zu befragen, die zuletzt Geburtstag hatte.

#### **Was ist das für eine Befragung?**

Die Abteilung Allgemeinmedizin der Uni Göttingen unter der Leitung von Professor Kochen ist eine Forschungseinrichtung, die sich mit wichtigen Fragen der hausärztlichen Tätigkeit befaßt. Wir führen zur Zeit eine wissenschaftliche Befragung durch, um die Meinung der Bevölkerung zur Arbeit von Hausärzten zu erforschen. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der heutigen Situation sind, und wie Ihre Meinung zu einzelnen Reformen ist. Es sind keine Vorkenntnisse notwendig, um die Fragen zu beantworten.

#### **Was ist das Ziel der Befragung? / Warum machen Sie diese Befragung?**

Es wird zur Zeit viel über unser Gesundheitssystem und über Veränderungen diskutiert. Wir wollen, daß Reformen im Gesundheitssystem patientenfreundlich sind. Dazu ist es wichtig, die verschiedenen Meinungen und Wünsche in der Bevölkerung zu kennen.

#### **Was ist die praktische Bedeutung der Befragung? / Was hat sie für Konsequenzen?**

Mit der Befragung soll ein Beitrag dazu geleistet werden, daß die Bedürfnisse der Bevölkerung in der gesundheitspolitischen Diskussion berücksichtigt werden. Die Ergebnisse fließen in die Arbeit der Abteilung Allgemeinmedizin mit ein, die z. B. durch Veröffentlichungen an der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion beteiligt ist.

#### **Wer ist der Auftraggeber?**

Die Abteilung Allgemeinmedizin der Georg-August-Universität Göttingen ist eine Forschungseinrichtung, die sich mit wichtigen Fragen der hausärztlichen Tätigkeit befaßt (z. B. mit den Wünschen von Patienten an ihren Hausarzt, Besonderheiten in der Betreuung chronisch kranker Patienten, Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens und anderes).

**Wie sieht es mit dem Datenschutz aus?**

Die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz werden streng eingehalten, d.h. Ihre Telefonnummer wird nach diesem Anruf gelöscht, so daß Ihre Antworten absolut anonym sind.

**Wie kommen Sie gerade auf mich? / Woher haben Sie meine Telefonnummer?**

Ihre Telefonnummer wurde nach einem Zufallsverfahren ausgewählt. Nach einem bestimmten Zahlenschlüssel werden Telefonnummern aus dem Telefonverzeichnis gezogen. Auf diese Weise soll eine repräsentative Stichprobe an der Befragung teilnehmen.

**Was meinen Sie mit dem Begriff „Hausarzt“?**

Damit ist ein Arzt gemeint, zu dem Sie im allgemeinen im Krankheitsfall gehen, um sich mit Ihm zu beraten.

## 8.4 Informationsbrief

Sehr geehrter Herr

Sehr geehrte Frau

wie bei unserem Telefongespräch vereinbart, erhalten Sie weitere Informationen zu unserer Befragung über Reformen im Gesundheitssystem und über die Arbeit von Hausärztinnen und Hausärzten. Der Grund für die Umfrage ist, daß sich durch die derzeitig diskutierten Änderungen auch für Sie einige Umstellungen ergeben könnten.

Mit der telefonischen Befragung möchten wir etwas darüber erfahren, wie Sie

- die Arbeit von Hausärzten und Hausärztinnen bewerten und
- derzeitige Reformüberlegungen einschätzen.

Wichtig ist:

- Für das Interview ist kein Vorwissen notwendig.
- Ihre Ansichten interessieren uns unabhängig davon, ob Sie zur Zeit eine Hausärztin oder eine Hausarzt haben oder nicht.
- Das Interview wird anonym ausgewertet. Ihre Telefonnummer wurde nach einem Zufallsprinzip ausgewählt und nur mit Ihrer Zustimmung bis zu unserem verabredeten Zweitanruf aufbewahrt; anschließend wird sie sofort gelöscht.

Die **Abteilung Allgemeinmedizin** der Georg-August-Universität Göttingen ist eine Forschungseinrichtung, die sich mit wichtigen Fragen der hausärztlichen Tätigkeit befaßt (z. B. mit den Wünschen von Patienten an ihren Hausarzt, Besonderheiten in der Betreuung chronisch kranker Patienten, Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens und anderes).

Wir hoffen sehr, Sie als Interviewpartner/in gewinnen zu können und werden uns zum verabredeten Termin wieder bei Ihnen melden. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 0551-392648 zur Verfügung.

Mit bestem Dank für Ihr Interesse und  
freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

cand. med. Anja Dieterich

## 9 Literatur

- Abholz HH: Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung; in: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie (Jahrbuch für kritische Medizin 14, Argument-Sonderband 186; hrsg. v. Abholz HH, Borgers D u.a.); Argument Verlag, Hamburg 1989, 24-33
- Abholz HH: Was ist Allgemeinmedizin?; in: Allgemeinmedizin; hrsg. v. Kochen MM; Hippokrates Verlag, Stuttgart 1992 (2. Auflage 1998), 12-8
- Alber J: Bundesrepublik Deutschland; in: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich; hrsg. v. Alber J, Bernardi-Schenkluhn B; Campus Verlag, Frankfurt/New York 1992, 31-165
- AMA-Council on Ethical and Judicial Affairs (1995): Ethical issues in managed care. *JAMA* 273, 330-5
- Andersen HH: Wie plausibel ist das Primärarztmodell des Sachverständigenrates? Einige empirische Anmerkungen. (Discussion papers FS IV 92 – 8), Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1992
- Babbie E: The practice of social research. 7. Auflage; Wadsworth Publishing Company, Belmont 1995
- Badura B, (1996): Gesundheitswesen in sozialer Verantwortung. *Gesundheitswesen* 58, 64-8
- Baker R (1990): Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 40, 487-90
- Baker R (1996): Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 46, 601-5
- Baker R (1997): Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. *Qual Health Care* 6, 201-4
- Baker R, Streatfield J (1995): What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 45, 654-9
- Blasius J, Reuband KH (1995): Telefoninterviews in der empirischen Sozialforschung: Ausschöpfungsquoten und Antwortqualität. *ZA-Information* 37, 64-87
- Bodenheimer T, Lo B, Casalino L (1999): Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 281, 2045-9
- Braun M (1993): Ideologie oder objektive Lage? Anmerkungen zur Interpretation von Unterschieden und Ähnlichkeiten in den Einstellungen von Ost- und Westdeutschen. *ZUMA-Nachrichten* 32, 7-21

- Burkowitz J, Preissig AB, Wehner I, Fischer GC (1995): Auswirkungen zweier Vergütungsmodelle auf Hausbesuche von Allgemeinmedizinern. *Gesundheitswesen* 57, 782-5
- Butzlaff ME, Kurz GK, Käufer K (1998): Managed Care im Brennpunkt. *Gesundheitswesen* 60, 279-82
- Clade H (1997): Das Dilemma der Prioritätensetzung. *Dtsch Ärztebl* 94, A-80-2
- Clade H (2000): GKV-Gesundheitsreform 2000: Stabile Beiträge über alles! *Dtsch Ärztebl* 97, A 17-9
- Clade H, Maus J, Korzilius H, Zylka-Menhorn V, Klinkhammer G (1997): Gesundheitspolitik: Ausblick auf 1997. *Dtsch Ärztebl* 94, 13-6
- Concato J, Feinstein AR (1997): Asking patients what they like: overlooked attributes of patient satisfaction with primary care. *Am J Med* 102, 399-406
- Cosler D, Klaes L: Freie Arztwahl im Urteil der Bevölkerung; Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e. V., Bonn 1999
- Coulter A (1996): Why should health services be primary care-led? *J Health Serv Res Policy* 1, 122-4
- Dehlinger E, Brennecke R (1992): Die Akzeptanz der sozialen Sicherung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. *Gesundheitswesen* 54, 229-43
- Dixon J, Glennerster H (1995): What do we know about fundholding in general practice? *Br Med J* 311, 727-30
- Emanuel EJ, Dubler NN (1995): Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 273, 323-9
- Emnid (1997): Capital-Untersuchung: Arzt und Patient. *Capital* 6/97, 168-85
- Etter JF, Perneger TV (1997): Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *J Epidemiol Community Health* 52, 370-6
- Ferrera M: EC citizens and social protection: main results from a Eurobarometer survey, Commission of the European Communities, Brüssel 1993; in: Choices in health policy: an agenda for the European Union; hrsg. v. Abel-Smith B, Figueras J u.a.; Dartmouth Verlag, Luxemburg 1995, 36
- Fischer G (1993 a): Was leistet die Hausarztmedizin?. *Fortschr Med* 33, 45-7
- Fischer G (1993 b): Wirtschaftlichkeitsgebot und ethische Konflikte in der Hausarztpraxis. *Z Ärztl Fortbild* 87, 553-8
- Fischer G (1996): Schutz vor medizinischer Überversorgung. *Z Allgemeinmed* 72, 1012-5

- Frey JH, Kunz G, Lüschen G: Telefonumfragen in der Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990
- Fuchs M: Umfrageforschung mit Telefon und Computer. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994
- Gervas HJ, Fernandez MP, Starfield B (1994): Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 11, 307-17
- Green LA (1992): Change in the British National Health Service. *J Am Board Fam Pract* 5, 75-80
- Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, Uratsu C (1999): Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA* 282, 261-6
- Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P (1998): Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *Br Med J* 317, 28-32
- Häder S: Auswahlverfahren bei Telefonumfragen. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 94/03; o. Verl., o.O. 1994
- Häder S (1996): Wer sind die Nonpubs? Zum Problem anonymer Anschlüsse bei Telefonumfragen. *ZUMA Nachrichten* 39, 45-68
- Hall JA, Dornan MC (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 30, 811-8
- Halm EA, Causino N, Blumenthal D (1997): Is gatekeeping better than traditional care? *JAMA* 278, 1677-81
- Handysides S (1994): New roles for general practitioners. *Br Med J* 308, 513-6
- Hellmann S (1995): The patient and the public good. *Nat Med* 1, 400-2
- Hendrichke A, Kröger F (1997): Ein Modell für Kooperation im Gesundheitswesen. *Dtsch Ärztebl* 94, A-294-6
- Himmel W, Kochen MM (1997): Experience with a general practice patient satisfaction questionnaire in two European countries. *Eur J Gen Pract* 3, 16-8
- Hobbs R (1995): Emerging challenges for European general practice. *Eur J Gen Pract* 1, 172-5
- Holloway RL, Matson CC, Zisner DK (1989): Patient satisfaction and selected physician behaviours: does the type of practice make a difference? *J Am Board Fam Pract* 2, 87-92
- Hormuth SE, Brückner E: Telefoninterviews in Sozialforschung und Sozialpsychologie. *Kölner Z Soziol Sozialpsychol* 37, 526-45

- Hunsche E, Lauterbach KW (1997): Managed Care: Chancen und Umsetzungsprobleme in Deutschland. *Public Health Forum* 18, 10-1
- Jones R (1999): Primary care and the US health care system. *J Health Serv Res Policy* 4, 2-4
- Jork K (1996): Gesundheitsbildungsfunktion der Allgemeinärzte. *Z Allgemeinmed* 72, 999-1002
- Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD (1998): Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity and payment method. *J Gen Intern Med* 13, 681-6
- Kasten E, Bielau H, Glanz W, Sabel BA (1997): Auswirkungen der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen auf das Arzt-Patient-Verhältnis. *Z Med Psychol* 1, 38-44
- Kerr EA, Hays RD, Mitchinson A, Lee M, Siu AL: The influence of gatekeeping and utilization review on patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 14, 287-96
- Klingenberg A, Bahrs O, Szeczenyi J (1996): Was wünschen Patienten vom Hausarzt? *Z Allgemeinmed* 72, 180-6
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J (1999): Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 93, 437-45
- Kossow KD (1996): Allgemeinarzt oder Internist: Wer ist der Hausarzt der Zukunft? *Prakt Arzt* 33, 9-16
- Kravitz RL, Callahan EJ, Azari R, Antonius D, Lewis CE (1997): Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice: Does the measurement approach make a difference?. *J Gen Intern Med* 12, 67-72
- Laine C, Turner BJ (1999): The good (gatekeeper), the bad (gatekeeper), and the ugly (situation). *J Gen Intern Med* 14, 320-1
- Langewitz W, Keller A, Denz M (1995): Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *Psychother Psychosom Med Psychol* 45, 351-7
- Lauterbach KW: Methoden zur Kostenkontrolle und zur Qualitätssicherung bei der integrierten Versorgung in den USA; in: *Krankenhausreport '96*, hrsg. v. Arnold M, Paffrath D; Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1996, 53-61
- Leber WD (1997): Das Hausarztmodell der AOK – Pilotphase in Frankfurt. *Public Health Forum* 18, 15
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R, Egener B, Kao A, Kerr C, Lo B, Perry D, Pollitz K, Reifsteck S et al. (1999): Resolving disagreements in the patient-physician relationship. *JAMA* 282, 1477-83
- Lewis JR (1994): Patients views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 39, 655-70

- Lupton D (1997): Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Soc Sci Med* 45, 373-81
- Madden TA (1991): The reform of the British National Health Service. *J Public Health Policy* 12, 378-96
- Marzi C, Abholz HH (1999): Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems. *Z Allgemeinmed* 75, 736-43
- Mielck A, John J (1996): Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung – Was spricht dafür und was dagegen?. *Gesundheitswesen* 58, 1-9
- OECD: The reform of health care. o. Verl., Paris 1992
- Olesen F, Fleming D (1998): Patient registration and controlled access to secondary care. *Eur J Gen Pract* 4, 81-3
- Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS (1998): General practitioners as advisors and coordinators in hospitals. *Qual Health Care* 7, 42-7
- Perneger TV, Etter JF, Raetzo MA, Schaller P, Stalder H (1996): Comparison of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva, Switzerland. *J Epidemiol Community Health* 50, 463-8
- Pratt J: Practitioners and practices: a conflict of values?. Radcliffe Medical Press, Oxford 1995
- Roland M (1991): Fundholding and cash limits in primary care: blight or blessing? *Br Med J* 303, 171-2
- Rothfuß J, Adam H (1996): Aktuelle Gesetzgebung im Gesundheitswesen - ein Beispiel für postmoderne Sozialethik? *Gesundheitswesen* 58, 505-9
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1995
- SAS Institute Inc.: SAS/STAT. User's guide. Version 6, 4. Auflage; SAS Institute Inc., Cary/North Carolina 1989
- Schauffler HH, Rodriguez T, Milstein A (1996): Health education and patient satisfaction. *J Fam Pract* 42, 62-8
- Schmacke N (1996), Wir brauchen konkrete Utopien - Die Zukunft des öffentlichen Gesundheitssystems. *Dr. Mabuse* 100, 48-51
- Schmittziel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP Jr (1997): Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organisation. *JAMA* 278, 1596-9
- Schwartz FW, Okma K (1997): Managed Care: Future – or back to the past?. *Public Health Forum* 18, 5-6

- Schwartz FW, Haase I, Hofmann W, Klein-Lange M, Brenner H, Müller R: Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung; in: Gesundheitssystemforschung in Deutschland: Denkschrift/ Deutsche Forschungsgemeinschaft; hrsg. v. Schwartz FW, Badura B u.a.; VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim 1995, 1-8
- Shortell SM, Waters TM, Clarke KWB, Budetti PP (1998): Physicians as double agents. *JAMA* 280, 1102-8
- Smith R (1997): The future of health care systems. *Br Med J* 314, 1495-6
- Starfield B (1991): Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 266, 2268-71
- Starfield B (1997): The future of primary care in a managed care era. *Int J Health Serv* 27, 687-96
- Starfield B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, Steinwachs D, Scholle SH, Gerstenberger A (1994): Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA* 272, 1903-8
- Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R (1998): Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract* 46, 216-26
- Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart 1998
- Statistisches Bundesamt, telefonische Mitteilung 1999
- Steiner A, Robinson R (1998): Managed care: US research evidence and its lessons for the NHS. *J Health Serv Res Policy* 3, 173-84
- Steinkohl M (1996): Die Rolle der Allgemeinmedizin innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems. *Z Ärztl Fortbild* 90, 153-7
- Tabenkin H, Gross R, Brammli S, Shvartzman P (1998): Patients' views of direct access to specialists. *JAMA* 279, 1943-8
- Tempel J (1995): Hausarzt und präventivmedizinische Arbeit. *Z Allgemeinmed* 71, 300-8
- Thom DH, Campbell B (1997): Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract* 44, 169-176
- Trojan A: Zukunftsmodelle der Prävention; in: Sozialhygiene und Public Health, Band 3: Doppelcharakter der Prävention; hrsg. v. Kaupen-Haas H, Rothmaler C; Mabuse Verlag, Frankfurt/M 1995, 115-34
- Van Eimeren W, John J (1995): Reformperspektiven der vertragsärztlichen Versorgung. *Münch Med Wochenschr* 137, 67-72

Wensing M, Grol R, Smits A (1994): Quality judgements by patients on general practice: a literature analysis. *Soc Sci Med* 38, 45-53

Wensing M, Van de Vleuten C, Grol R, Felling A (1997): The reliability of patients' judgements of care in general practice: how many questions and patients are needed?. *Qual Health Care* 6, 80-5

World Health Organization (WHO). Declaration of Alma – Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma – Ata, USSR 6-12 September 1978: Website ([www.who.int/hpr/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html))

Zeh J (1987): Stichprobenbildung bei Telefonumfragen. *Angew Sozialforsch* 14, 189-98 + 337-47

## **Danksagung**

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP und meinem Doktorvater, Priv. Doz. Dr. disc. pol. Wolfgang Himmel, für die freundliche Überlassung des Themas der Dissertation.

Herrn Himmel danke ich für wichtige Anregungen und die hervorragende Betreuung der Arbeit. Vielen Dank auch an Dr. med. Eva Hummers-Pradier für ihre Unterstützung.

Des weiteren möchte ich den Mitarbeitern des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) für die Unterstützung bei der methodischen Planung des Fragebogens und der Telefoninterviews danken.

Hans Münchberg, dem Bezirksdirektor der AOK Göttingen, gilt mein Dank für wichtige Hinweise zum Thema „Hausarztmodell“.

Außerdem danke ich Anke Neugebauer für ihre engagierte Hilfe bei der Durchführung der Telefoninterviews.

## **Lebenslauf**

Am 3.11.1972 wurde ich in Mainz als erstes von 2 Kindern des Arztes Priv. Doz. Dr. med. Ekkehard Dieterich und der Lehrerin Karin Dieterich, geb. Uschkamp, geboren. Von 1979 bis 1983 besuchte ich die Grundschule in Wiesbaden und Kiel und anschließend das Gymnasium in Kiel und Heide. 1992 legte ich am Werner-Heisenberg-Gymnasium in Heide das Abitur ab.

In den Jahren 1992 bis 1999 studierte ich Medizin an der Universität Göttingen. Im Rahmen meines Praktischen Jahres leistete ich ein Tertial (Innere Medizin) an der Emory University, Atlanta ab und ein weiteres Tertial (Chirurgie) mit einem Erasmus-Stipendium an der Universidad de Granada, Spanien. Im Oktober 1999 schloß ich das Studium mit dem 3. Staatsexamen ab.

Seit dem 1.4.2000 bin ich als Ärztin im Praktikum in der psychiatrischen Abteilung der Universität Göttingen tätig.