

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Martin Scherer

Die subjektive Wahrnehmung von ambulanten Versorgungsproblemen aus Sicht von Hausärzten und Patienten im regionalen Vergleich – Ergebnisse einer qualitativen Studie in Norddeutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Laura Bole
aus Gütersloh

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 11.10.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Bernd Löwe

Meinen Eltern

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung	2
2.1 Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland	2
2.1.1 Unterschiede bezüglich der Ärztedichte	2
2.1.2 Unterschiede bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem	4
2.1.3 Unterschiede bezüglich der Arbeitsbelastung von Hausärzten	6
2.1.4 Unterschiede bezüglich der Nachwuchssituation	7
2.1.5 Unterschiede in der Häufigkeit von Gesundheitsleistungen	9
2.2 Zusammenfassung	10
3. Fragestellung und Ziel	11
4. Material und Methoden	12
4.1 Methodische Anlage der Untersuchung	12
4.2 Rekrutierungsgebiet und Stichprobe	13
4.3 Rekrutierung der Teilnehmer	15
4.4 Aufwandsentschädigung	15
4.5 Datenschutz	16
4.6 Leitfadententwicklung	16
4.7 Datenerhebung	17
4.8 Datenverarbeitung	17
4.9 Ablauf der Fokusgruppen	18
4.10 Datenanalyse	18
4.11 Genehmigung durch die Ethik-Kommission	19
5. Ergebnisse	20
5.1 Teilnahme	20
5.2 Beschreibung der Stichprobe	21
5.3 Kategoriensystem	23
5.4 Hausärztliche Versorgungsprobleme	27
5.4.1 Probleme durch den demografischen Wandel	27
5.4.2 Patientenfaktoren	29
5.4.3 Strukturelle Probleme	35
5.4.3.1 Unterversorgung	35
5.4.3.2 Überversorgung	37
5.4.3.3 Infrastruktur	38

5.4.4 Vergütung	39
5.5 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung	41
5.5.1 Unterversorgung in der Spezialistenversorgung	41
5.5.2 Schnittstellenprobleme mit den Spezialisten	45
5.6 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung	45
5.6.1 Unterversorgung im stationären Sektor	45
5.6.2 Schnittstellenprobleme im stationären Sektor	47
5.6.3 Übertherapie im Krankenhaus	48
6. Diskussion	50
6.1 Methode	50
6.2 Ergebnisse	52
6.2.1 Hausärztliche Versorgungsprobleme	53
6.2.2 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung	62
6.2.3 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung	65
6.3 Lösungsansätze	67
6.4 Schlussfolgerung	76
7. Zusammenfassung	77
8. Literaturverzeichnis	78
9. Anhang	89
9.1 Fragebogen für Hausärzte	89
9.2 Fragebogen für Patienten	90
9.3 Einverständniserklärung für Hausärzte	92
9.4 Einverständniserklärung für Patienten	95
9.5 Informationsmaterial für Hausärzte	97
9.6 Informationsmaterial für Patienten	100
9.7 Leitfaden für die Fokusgruppen der Hausärzte	103
9.8 Leitfaden für die Fokusgruppen der Patienten	108
10. Danksagung	111
11. Lebenslauf	112
12. Eidesstattliche Erklärung	113

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Fokusgruppen nach Regionen	20
Tabelle 2: Beschreibung der teilnehmenden Hausärzte (n=65)	21
Tabelle 3: Beschreibung der teilnehmenden Patienten (n=145)	22
Tabelle 4: Kategoriensystem	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hausärzte je 100.000 Einwohner 2012, Darstellung in Kreisen.	3
Abbildung 2: Rekrutierungsgebiet	14

Abkürzungsverzeichnis

AVFN	Ambulante Versorgungsforschung Nord
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CT	Computertomographie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
d.h.	das heißt
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
FOKUS	Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme
G-DRG	German Diagnosis related groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HA	Hausarzt
HH	Dr. Heike Hansen
IfA	Institut für Allgemeinmedizin
IS	Dr. Ingmar Schäfer
IWW	Institut für Wissen in der Wirtschaft
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
m	männlich
MFA	Medizinische Fachangestellte
MRT	Magnetresonanztomographie
MS	Prof. Dr. Martin Scherer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NP	Dr. Nadine Pohontsch

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PA	Patient
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
U50	unter 50 Jahren
Ü50	über 50 Jahren
VerAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vgl.	vergleiche
w	weiblich
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Eine kontinuierliche, flächendeckende, bedarfsgerechte sowie wohnort- bzw. arbeitsplatznahe medizinische Versorgung ist eine der grundlegendsten und sogleich wichtigsten Leistungen des deutschen Gesundheitssystems (Bundesministerium für Gesundheit 2015a). Diese sollte jedem Versicherten, unabhängig von Wohnort, Liquidität oder anderen Faktoren in gleichem Maße zur Verfügung stehen. Der Anspruch auf eine notwendige Krankenbehandlung ist dabei im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Versicherte haben ein Anrecht auf diese, wenn sie erforderlich ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (SGB V, Artikel 1, §27). Die ambulante Primärversorgung stellt einen der ersten und somit entscheidenden Kontaktpunkte zwischen Patient und Gesundheitssystem dar. Sie bildet eine Grundlage für die Beurteilung seines Gesundheitszustandes und der gegebenenfalls darauf folgenden Behandlung.

In Deutschland existieren bestimmte Faktoren und Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass nicht jeder Patient gleichermaßen versorgt wird bzw. denselben Zugang zur medizinischen Versorgung hat. Einen dieser Faktoren stellt der Wohnort des Einzelnen dar. So schwankt etwa die Ärztedichte oder die Häufigkeit bestimmter medizinischer Leistungen stark zwischen Stadt und Land (Albrecht et al. 2014, Riens et al. 2011). Diese Versorgungsvariationen könnten teilweise durch die regional unterschiedliche Nachfrage nach Versorgungsangeboten entstehen und wären daher gerechtfertigt. Sie könnten aber auch Hinweise auf eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung geben. Weil viele der Versorgungsunterschiede zu Problemen für Ärzte und ihre Patienten führen, ist die Erforschung dieser Thematik erforderlich. Sie hat das Potential einen wertvollen Beitrag zur Einebnung der unerwünschten Unterschiede zu leisten, indem sie diese aufdeckt und aus den Erkenntnissen geeignete Lösungsansätze entwickelt.

In dieser Forschungsarbeit sollen die Problematiken der hausärztlichen Versorgung (Primärversorgung) näher betrachtet werden. Um eine umfassende Sicht auf dieses Thema zu erlangen und mögliche regionale Variationen darstellen zu können, wurden Hausärzte und Patienten aus städtischen und ländlichen Regionen Norddeutschlands befragt. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen Aufschluss darüber geben, welche Folgen sich aus den erörterten Problemen ergeben und welche Maßnahmen zu einer Annäherung an die eingangs beschriebene Versorgungssituation führen könnten.

2. Stand der Forschung

2.1 Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland

Wie bereits einleitend angedeutet, sind viele Versorgungsprobleme innerhalb Deutschlands auf regional variierende Versorgungsgrade zurückzuführen. Welche Versorgungsunterschiede dies sind, soll im folgenden Kapitel näher erläutert werden. Des Weiteren werden, dem heutigen Forschungsstand entsprechend, die Ursachen dieser Versorgungsunterschiede sowie deren Konsequenzen dargestellt.

2.1.1 Unterschiede bezüglich der Ärztedichte

Die Ärztedichte liegt in Deutschland derzeit durchschnittlich bei 4,1 praktizierenden Ärzten pro 1000 Einwohner (Hausärzte und Spezialisten zusammengenommen). Die Bundesrepublik liegt damit im internationalen Vergleich im vorderen Drittel (OECD¹ 2015). Ende des Jahres 2014 zählte die Bundesärztekammer 365.247 berufstätige Ärzte in Deutschland. Damit hat sich ihre Anzahl im Vergleich zum Vorjahr um 7995 Ärzte erhöht. Dies entspricht einer Zuwachsrate von 2,2 Prozent. Auch die im ambulanten Sektor tätigen Ärzte konnten in diesem Zeitraum einen Zuwachs verzeichnen. Ihre Anzahl stieg um 1,4 Prozent und beträgt damit aktuell 147.948 (Bundesärztekammer 2015). Dieser Trend der steigenden Arztzahlen hält seit mehr als 20 Jahren an (Bundesärztekammer 1990-2015, Klose und Rehbein 2015).

Augenscheinlich ist Deutschland mit Ärzten gut versorgt. Dennoch wird von vielen Seiten ein bestehender Ärztemangel beschrieben oder prognostiziert. So fasste der Präsident der Bundesärztekammer die Ergebnisse der Ärztestatistik 2014 mit den Worten „Etwas mehr ist doch zu wenig“ zusammen (Bundesärztekammer 2015). „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!“ lautet außerdem der prägnante Titel einer Studie zur Altersstruktur- und Arztzahsentwicklung (Kopetsch 2010). Wie kommen diese Aussagen also zustande?

Als ein Grund für diese Annahme werden die sogenannten Allokationsprobleme in Deutschland, also die regional stark variierende Ärztedichte, angeführt.

Die Abbildung 1 zeigt die regionale Verteilung von Arztsitzen am Beispiel der Hausärzte nach Landkreisen. Hierbei wird deutlich, dass Deutschland eine höchst dispara-

¹ Die OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ist ein Zusammenschluss aus

te Versorgungslandschaft aufweist. So stehen den Ballungsgebieten mit der höchsten Hausarztdichte Regionen gegenüber, in denen nur knapp halb so viele Hausärzte praktizieren. Am oberen Ende der Rangskala stehen vor allem städtische Regionen sowie zahlreiche Landkreise Bayerns. Die neuen Bundesländer und viele dünn besiedelte ländliche Regionen sind hingegen durch eine niedrige Ärztedichte gekennzeichnet.

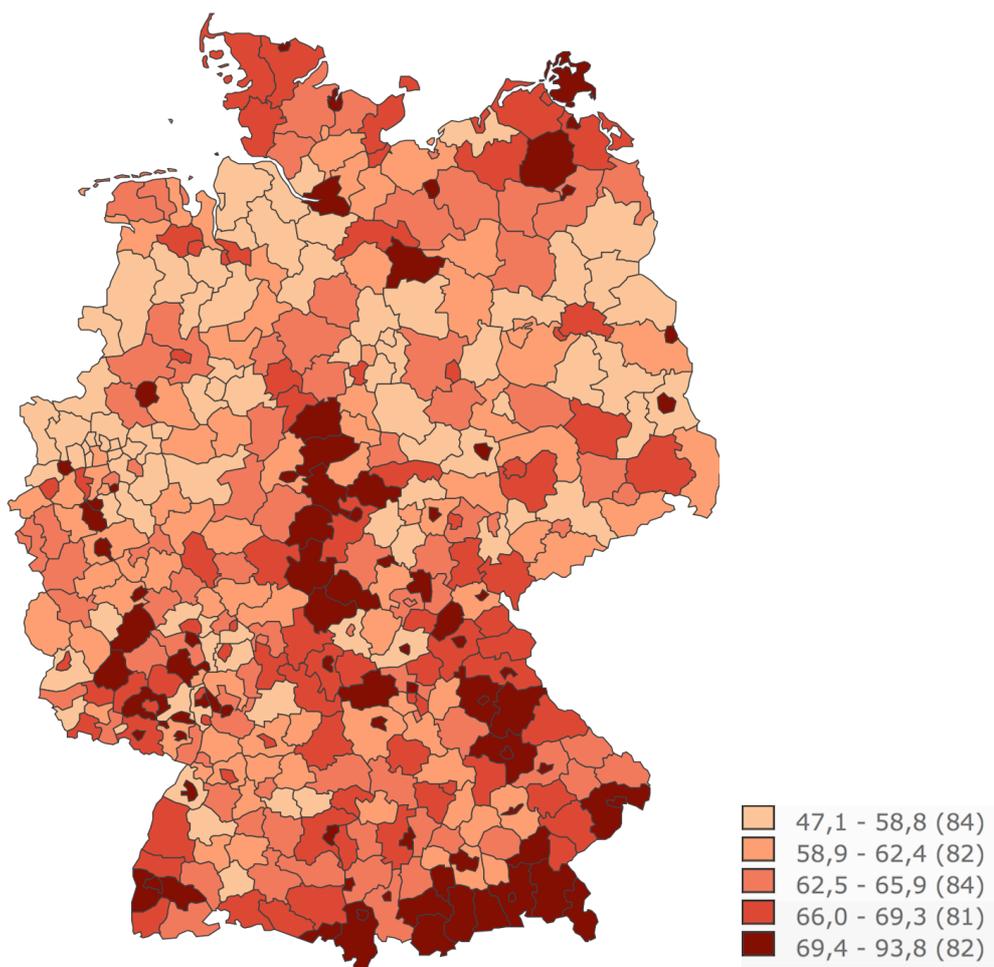


Abbildung 1: Hausärzte je 100.000 Einwohner 2012, Darstellung in Kreisen. Quelle: Versorgungsatlas. Veröffentlichung: 31.01.2012, Letztes Update: 10.03.2014

Nicht nur die Anzahl an Hausärzten pro Einwohner ist in Deutschland höchst uneinheitlich, auch die Spezialistenanzahl variiert stark. Ähnlich wie bei den Hausärzten sind die meisten Spezialisten in Metropolregionen zu finden. So sind ca. ein Drittel der Kinderarztpraxen in Großstädten angesiedelt, während dort nur etwa ein Viertel

der Kinder lebt. Die gleiche räumliche Konzentration ist auch bei den Frauen- und Augenärzten vorhanden (Albrecht et al. 2014). Eine besonders große Bandbreite weist auch die Dichte der Psychotherapeuten auf. Hier schwankt die Anzahl pro 100.000 Einwohner zwischen 1,7 im ländlichen Kreis Landshut und 129 in der Stadt Heidelberg (Versorgungsatlas 2014).

Vor allem im hausärztlichen Sektor führt die Fehlverteilung der Arztsitze in ländlichen Regionen sowie in den neuen Bundesländern zu drastischen Versorgungsengpässen. Patienten aus ländlichen Regionen fürchten durch die geringe Anzahl an Ärzten an ihrem Wohnort im Alter nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt zu sein (Scherenberg 2014). Es wird sogar vermutet, dass durch diese Entwicklung in Zukunft ganze Landstriche ohne Hausarzt sein werden (Kopetsch 2010).

In Deutschland herrscht demnach also kein genereller Ärztemangel, jedoch führen ungleiche Verteilung zwischen den Regionen sowie bestimmte Rahmenbedingungen zu lokalen Versorgungsengpässen (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde 2008). Durch diese Allokationsprobleme kann eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen und in sozial benachteiligten Bezirken von großen Städten nicht erfüllt werden (Albrecht M et al. 2014).

2.1.2 Unterschiede bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem

Bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystems sind in der aktuellen Forschungsliteratur Variationen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Arztpraxen sowie der Wartezeiten auf Arzttermine beschrieben. In beiden Bereichen scheinen vorrangig Bewohner ländlicher Gegenden benachteiligt.

Erreichbarkeit der Arztpraxen

Dieser Versorgungsunterschied spiegelt sich in einer Umfrage im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2012 wider. In der schriftlichen Befragung von 2178 Patienten aus den Regionen „Kernstadt“, „verdichtetes Umland“, „ländliches Umland“ sowie „ländlicher Raum“ wurden die Teilnehmer unter anderem zur Zufriedenheit hinsichtlich der Anzahl und Erreichbarkeit von Allgemeinmediziner, anderen Facharztgruppen, Apotheken und Krankenhäusern befragt. Vor allem bezüglich der Anzahl und Erreichbarkeit von Spezialisten gab es regionale Variationen. Während Patienten aus dem

ländlichen Raum in 32 % der Fälle angaben, weniger zufrieden oder unzufrieden zu sein, waren dies in dem Gebiet „Kernstädte“ 21% (Bock et al. 2012).

Dieses Phänomen hängt auch unmittelbar mit der zuvor beschriebenen variierenden Ärztedichte zusammen. Eine geringe Anzahl an Praxen führt dazu, dass sich die Abstände zwischen den einzelnen Praxen vergrößern und die Anfahrtswege für die Patienten so immer länger werden. Hinzu kommt, dass das Netz an öffentlichen Verkehrsmitteln in den von diesem Versorgungsproblem betroffenen Regionen meist geringer ausgebaut ist und es so vor allem für Menschen, die keine Möglichkeit haben den Individualverkehr zu nutzen, schwierig ist, den Arzt zeitnah aufzusuchen (Stillfried 2012, Naegele und Gerling 2013).

Wartezeiten auf Arzttermine

Die Wartezeiten auf Arzttermine werden im Vergleich zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung (wie beispielsweise der technischen Ausstattung von Arztpraxen oder der Qualifikation der Ärzte) von Versicherten (PKV und GKV) als verbesserungswürdig eingestuft (Scherenberg 2014). Dabei hat der Versichertenstatus der Patienten Einfluss auf diesen Faktor: Privatversicherte in Städten müssen im Durchschnitt einen 35% kürzeren Zeitraum einplanen, um an einen Termin bei einem Spezialisten zu gelangen, als gesetzlich Versicherte. Ein Grund für die Bevorzugung von Privatversicherten in Städten könnte der durch die höhere Ärztedichte bedingte Konkurrenzdruck zwischen den Ärzten sein. Dort ansässige Mediziner könnten dadurch eine höhere Dringlichkeit verspüren, viele wirtschaftlich lohnenswerte Privatleistungen abzurechnen, weshalb Privatversicherte kürzer auf einen Termin bei ihnen warten müssen (Sundbacher und Kopetsch 2013).

Unabhängig vom Versichertenstatus können die Wartezeiten für Patienten auch je nach Wohnort starke Abweichungen aufzeigen. So mussten Patienten in Rheinland-Pfalz in ländlichen Kreisen in 80,5% der Fälle mehr als drei Wochen auf ein Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten warten, während Einwohner von Kernstädten hierfür nur in 63,5% der Fälle diesen Zeitraum einplanen mussten (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) 2012).

Um die Wartezeiten zu verkürzen und die genannten Ungleichheiten einzuebnen, sind seit dem 25. Januar 2016 deutschlandweit sogenannte Terminservicestellen verfügbar. Dieser telefonische Service soll es jedem Versicherten ermöglichen, innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Spezialisten zu erhalten. Ist dies

nicht möglich, soll den Patienten ein ambulanter Behandlungstermin in einem Krankenhaus vermittelt werden. Von dieser Neuerung ausgenommen sind Psychotherapeuten, Zahnärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2016b).

2.1.3 Unterschiede bezüglich der Arbeitsbelastung von Hausärzten

Dass Ärzte in Deutschland nicht überall die gleiche Anzahl an Arbeitsstunden leisten, zeigen die Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung unter 715 Hausärzten. Allgemeinmediziner in Einzelpraxen arbeiten in der Stadt im Schnitt ca. 51,2 Stunden pro Woche, während ihre Kollegen auf dem Land ca. 55,2 Stunden pro Woche aufwenden. Bei den in Gemeinschaftspraxen tätigen Hausärzten waren diese Unterschiede allerdings weniger stark ausgeprägt. In Einzelpraxen tätige Hausärzte aus ländlichen Regionen behandelten außerdem im Durchschnitt 38 Patienten mehr pro Woche als ihre Kollegen in der Stadt (Steinhaeuser et al. 2011b).

Einfluss auf die Arbeitslast hat dabei unter anderem der Patientenstamm. Dieser ist in ländlichen Regionen meist durch einen hohen Anteil an alten und multimorbiden Patienten geprägt. Die Alterung der Gesellschaft ist ein Vorgang, der sich überall in Deutschland vollzieht und schon seit langem bekannt ist. Während die Bevölkerung im Jahr 2013 noch zu 21% aus 65jährigen und Älteren bestand, werden dies laut der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2060 bereits 32 bis 33 %, also jeder Dritte, sein. Besonders gravierend stellt sich die Alterung in der Fraktion der über 80jährigen dar: Diese wird im gleichen Zeitraum von einem Anteil von ca. 5% der Gesamtbevölkerung auf etwa 13% ansteigen und sich damit fast verdreifachen (Pötzsch und Rößger 2015).

Allerdings ist der demografische Wandel nicht überall in Deutschland gleich stark ausgeprägt. Weil vor allem in den Metropolregionen neue Arbeitsplätze entstehen, wandern immer mehr, vor allem junge, qualifizierte Arbeitskräfte in die städtischen Regionen ab, während die strukturschwachen ländlichen Regionen entvölkern („Landflucht“). Der demografische Wandel verstärkt dieses Phänomen noch einmal und führt dazu, dass größtenteils ältere, multimorbide Menschen in den Dörfern zurückbleiben (Menning et al. 2010).

Mit dem Alter nehmen auch die Erkrankungen der Menschen zu. Über die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen leidet an zwei bis vier Erkrankungen (AOK-Bundesverband 2010). Dadurch stellt diese Personengruppe zugleich diejenige mit den meisten Arzt-

Kontakten dar. Im Schnitt sucht jeder GKV-Versicherte 17 mal pro Jahr einen Arzt auf. Während Frauen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren durchschnittlich etwa 16 mal im Jahr die ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, tun sie dieses nach Vollendung des 75. Lebensjahres ca. 32 mal. Bei den Männern ist der Unterschied noch ausgeprägter. Sie suchen einen ambulant tätigen Arzt im Alter zwischen 25 und 29 Jahren etwa sieben mal im Jahr auf. Betrachtet man die Anzahl der Konsultationen hingegen in der Altersgruppe der 75 bis unter 80 jährigen Männer, so ist dieser Wert mehr als vervierfacht. Mit steigendem Alter nimmt außerdem der Anteil der Hausarztkontakte zu. Während diese bei den 20- bis 35-Jährigen noch ca. 46% ausmachen, sind bei den über 80-Jährigen 67% bis 80% der gesamten Arztkontakte durch Hausärzte abgedeckt (Riens et al. 2012). So ist in Zukunft mit einem erhöhten Bedarf an medizinischen, insbesondere an hausärztlichen Leistungen, zu rechnen. Weil ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen eine intensivere Behandlung benötigen, ist im hausärztlichen Sektor zudem eine weitere Zunahme der Arbeitsbelastung absehbar (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde 2008).

2.1.4 Unterschiede bezüglich der Nachwuchssituation

Eine Reihe von Faktoren führt dazu, dass die ärztliche Versorgung in einigen Regionen Deutschlands, vor allem in ländlichen Gebieten und Randlagen von Städten, in Zukunft nicht mehr sichergestellt ist. Im Jahr 2010 waren 3.938 Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen auf der Suche nach einem Nachfolger. Bei 692 von ihnen (420 davon Hausarztpraxen) führte die erfolglose Suche letztendlich zur Schließung der Praxis (Naegele und Gerling 2013). Aktuell wären etwa 10% mehr Medizinstudienplätze nötig, um diesem Mangel entgegenzuwirken (Bundesärztekammer 2015). Speziell der Facharzt für Allgemeinmedizin hat mit ausgeprägten Nachwuchsproblemen zu kämpfen. In einer bundesweiten Befragung unter Medizinstudenten gaben nur 8,9% an, dass sie die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner wählen würden. In den Freikommentaren schrieben einige abgeneigte Studenten, dass sie das Fachgebiet als langweilig und monoton empfänden und der Meinung wären, dass alle interessanten Patientenfälle an Spezialisten weiterüberwiesen werden müssten (Jacob et al. 2014).

Vor allem dem Hausarzt auf dem Land lastet ein Image an, das viele Nachwuchsmediziner abschreckt. Viele angehende und praktizierende Ärzte sind der Meinung,

dass der Landarzt rund um die Uhr für seine Patienten verfügbar sein und mit einer höheren Arbeitsbelastung zurechtkommen müsse als sein Kollege in der Stadt. Zudem glauben einige Befragte, dass auf dem Land ansässige Ärzte weniger verdienen würden und zudem unter permanenter sozialer Kontrolle durch die Landbevölkerung ständen (Steinhaeuser et al. 2011a, Maenne et al. 2015).

Durch den Nachwuchsmangel wird sich die Zahl der Hausärzte Schätzungen zufolge vom Jahr 2015 bis 2020 um knapp 3.300 verringern (Kopetsch 2010). Auch das zuvor beschriebene Phänomen der „Landflucht“ leistet seinen Beitrag dazu, dass viele dünn besiedelte Ortschaften durch den hohen Anteil an alten multimorbiden Menschen an Attraktivität für die Nachwuchsmediziner verlieren und keinen reizvollen Arbeitsplatz mehr darstellen (Winkeljohann et al. 2014, Naegele und Gerling 2013, Landsberg 2010).

Ein weiteres Element, das zu den Nachwuchsproblemen in ländlichen Regionen beiträgt, sind die sich verschiebenden Prioritäten der Nachwuchsmediziner. Ihre Erwartungen an den Arztberuf haben sich im Laufe der Zeit grundlegend geändert. Während beispielsweise der Verdienst nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, stehen Rahmenbedingungen wie geregelte Arbeitszeiten und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Vordergrund. In einer bundesweiten Online-Befragung von Medizinstudenten sollten Informationen über Berufsperspektiven der Medizinstudenten sowie die derzeit wahrgenommenen Hürden für eine spätere ambulante Berufsausübung gewonnen werden. 94,7% der Befragten gaben an, dass Sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als sehr wichtig oder wichtig ansehen. Geregelte und flexibel zu gestaltende Arbeitszeiten wurden ebenfalls als entscheidende Erwartung an die spätere Berufstätigkeit bewertet (Jacob et al. 2014). Auch bei einer weiteren Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung bewerteten die Befragten ein familienfreundliches Umfeld als wichtigstes Kriterium für ihre spätere Niederlassung (Steinhaeuser et al. 2011a). Um diese Wertvorstellungen erfüllen zu können, üben immer mehr Ärzte ihren Beruf in Teilzeit aus. Während 2001 noch rund 31.000 Ärzte in Teilzeit beschäftigt waren, stieg diese Anzahl in den folgenden zehn Jahren auf rund 54.000 an (Bundesärztekammer 2015). Besonders weibliche Studierende bevorzugen eine zukünftige Teilzeittätigkeit. Im Rahmen einer multizentrischen Kohortenstudie gaben nur 40% der Absolventinnen an, später eine Vollzeittätigkeit anzustreben. Ihre männlichen Kollegen wählten diese Arbeitszeitvorstellung hingegen doppelt so häufig (Gedrose B et al. 2011).

Weil die Chancen für geregelte Arbeitszeiten, Kinderbetreuung und vielfältige Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung von den meisten Medizinstudenten in städtischen Regionen besser eingeschätzt werden, wählen immer mehr Nachwuchsärzte diese Option und leisten so einen Beitrag zu den rückläufigen Arztzahlen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten Deutschlands (Heinz und Jacob 2012).

2.1.5 Unterschiede in der Häufigkeit von Gesundheitsleistungen

Auch bei bestimmten ärztlichen Leistungen gibt es große Variationen innerhalb Deutschlands. So weisen z.B. die saisonalen Influenzastandardimpfraten ein starkes Ost-West und Nord-Süd Gefälle auf. In den neuen Bundesländern sind dabei die höchsten saisonalen Impfraten zu finden, während im Süden am seltensten gegen Influenza geimpft wird (Bätzing-Feigenbaum et al. 2015).

Bei operativen Eingriffen wie beispielsweise die Entfernung der Mandeln, des Blinddarms oder der Gebärmutter hängt die Häufigkeit ebenfalls stark vom Wohnort ab. Dabei treten bei der Entfernung der Mandeln die größten Variationen auf: Im Landkreis mit der höchsten Frequenz dieses Eingriffes werden achtmal so vielen Kindern und Jugendlichen die Gaumenmandeln entfernt wie im Landkreis mit der niedrigsten Rate. Diese Ergebnisse wurden im Rahmen einer Langzeitstudie beschrieben und zeigen sich seit Jahren stabil (Grote-Westrick et al. 2015). Im aktuellen „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung werden zwei Erklärungsansätze für die unterschiedlichen Operationshäufigkeiten in Deutschland geliefert. Zum einen wird in diesem Zusammenhang der individuelle „Practice Style“ eines Arztes, also die Art und Weise zu praktizieren, genannt. Dieser wird z.B. durch die eigene Meinung des behandelnden Arztes oder die Verfügbarkeit von bestimmten Ressourcen geprägt und führt dazu, dass die Patienten nicht allorts gleich versorgt werden. Zum anderen werden finanzielle Anreize als ein weiterer wichtiger Grund angeführt. Diese können zur Folge haben, dass medizinisch nicht indizierte Operationen nur durchgeführt werden um das Budget voll auszuschöpfen (Grote-Westrick et al. 2015).

Über Unterschiede in der Häufigkeit von Gesundheitsleistungen zwischen Stadt und Land ist bislang eher wenig bekannt. Ein klares Stadt-Land-Gefälle weisen z.B. die Teilnahmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung auf. Die höchsten Teilnahmeraten sind in Berlin (20,4%) und München zu verzeichnen. Auch Hamburg belegt mit 15,6% einen der oberen Ränge. In Kreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs nehmen hingegen die wenigsten (ca. 5%) Patienten diese

Vorsorgeuntersuchung wahr (Riems et al. 2011). Weil das Risiko für eine Darmkrebs-erkrankung durch endoskopische Vorsorgeuntersuchungen des Darms signifikant verringert werden kann, kann ein Unterlassen dieser Präventionsmaßnahme unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und Lebenserwartung des Patienten haben (Brenner et al. 2002).

2.2 Zusammenfassung

In Deutschland stehen nicht jedem Versicherten die gleichen Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung. Faktoren wie die regional variierende Ärztedichte oder der unterschiedlich gut ausgeprägte Zugang zum Gesundheitssystem in der Stadt und auf dem Land führen zu einer disparaten Versorgungslandschaft. Hinzu kommt, dass einige Rahmenbedingungen, wie die sich verschiebenden Prioritäten der Nachwuchsmediziner oder die „Landflucht“ diese geografischen Variationen und die damit verbundenen Probleme in Zukunft vermutlich noch weiter verschärfen werden.

Um Lösungen für die beschriebenen Versorgungsprobleme im ambulanten Sektor zu finden, ist zunächst eine genaue Kenntnis dieser notwendig. Bisherige Studien zu dieser Thematik befassten sich schwerpunktmäßig mit nur einem Versorgungsproblem (z.B. dem Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin oder den Wartezeiten auf Arzttermine). Außerdem wurde die untersuchte Problematik nur selten differenziert nach Regionen betrachtet. Wenn dies der Fall war, lag der Schwerpunkt vorrangig auf Versorgungsproblemen in ländlichen Regionen Deutschlands. Den Komplikationen in Städten sowie den sich daraus für Hausärzte und Patienten ergebenden Konsequenzen wurde dagegen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Bislang gibt es keine Studie, welche die Bandbreite an Versorgungsproblemen benennt und sie zwischen städtischen und ländlichen Regionen vergleicht.

3. Fragestellung und Ziel

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden Daten analysiert, die im Rahmen der Studie: „Ambulante Versorgungsforschung Nord. Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variationen in der hausärztlichen Versorgung“ (AVFN-Regional) erhoben wurden. Im qualitativen Teil dieser Studie wurden insgesamt 9 leitfadengestützten Fokusgruppen mit Hausärzten und 18 leitfadengestützte Fokusgruppen mit Patienten aus verschiedenen Regionen Norddeutschlands veranstaltet.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- Welche ambulanten Versorgungsprobleme bestehen derzeit in Norddeutschland?
- Wie variieren diese zwischen den Regionen Stadt, Umland und Land in Norddeutschland?
- Welche Folgen ergeben sich daraus für die hausärztliche Versorgung?

Ziel dieser Forschungsarbeit soll es sein, einen Überblick über die vielfältigen Versorgungsprobleme im ambulanten Sektor zu geben. Dies soll Anstoß dazu geben, die Forschung in den weniger bekannten Themenbereichen gezielt zu fördern bzw. sie in den bereits gängigen, jedoch weiterhin verbesserungswürdigen Bereichen weiter voran zu treiben. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können außerdem Ansätze und Empfehlungen zur Optimierung der Primärversorgung erarbeitet und die bisher erfolgten Maßnahmen hierzu kritisch hinterfragt werden.

4. Material und Methoden

4.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Die Studie „Ambulante Versorgungsforschung Nord: Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung (AVFN-Regional)“ ist ein Forschungsprojekt im Mixed-Methods-Design. Es besteht aus einem qualitativen und einem darauf aufbauenden quantitativen Studienteil (Pohontsch et al. 2016, Schäfer et al. 2016). Die Studie wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) gefördert.

Die Doktorarbeit befasst sich mit den Daten des qualitativen Studienteils. Diese wurden von Mai bis November 2014 erhoben. Parallel zur Auswertung der qualitativen Daten wurden von der Doktorandin von April bis Dezember 2015 quantitative Daten für den zweiten Teil der Studie erhoben. Dies beinhaltete unter anderem die Rekrutierung von Hausarztpraxen sowie die Durchführung von Interviews mit Hausärzten und Telefoninterviews mit Patienten.

Um die Fragestellung, welche Versorgungsprobleme im ambulanten Setting aus Sicht der Hausärzte und ihrer Patienten in verschiedenen Regionen bestehen, adäquat beantworten zu können, wurde ein qualitatives Forschungsdesign in Form von leitfadengestützten Fokusgruppen gewählt. Qualitative Ansätze kennzeichnen sich unter anderem dadurch, dass sie mit einer weitgehenden Offenheit an das zu erforschende Themengebiet herantreten (Mayring 2002, S. 28). Dadurch können auch während der Untersuchung auftauchende, neue und interessante Aspekte ausgewertet und in die Ergebnisse aufgenommen werden. Für bisher größtenteils unerforschte Thematiken ist die qualitative Forschung daher gut geeignet.

Weil über subjektiv wahrgenommene ambulante Versorgungsprobleme bislang wenig bekannt ist, wurde die Fragestellung mit einem qualitativen Design bearbeitet. So konnten die aktuellen ambulanten Versorgungsprobleme in Norddeutschland ohne vorherige Festlegung von Schwerpunkten erforscht und dargestellt werden.

Die Daten aus der hier vorgestellten qualitativen Studie sind nicht repräsentativ für das untersuchte Kollektiv. Vielmehr sollen die Ergebnisse einen detaillierten Einblick in die Erfahrungen und Erlebnisse von Hausärzten und Patienten in Bezug auf Versorgungsprobleme geben. So kann das Verständnis für diese Probleme erweitert und Erklärungen für Zusammenhänge und Hintergründe geliefert werden. Sie können

allerdings nicht dazu verwendet werden, Rückschlüsse in Bezug auf die Gesamtheit der Hausärzte und ihrer Patienten in Deutschland zu ziehen.

Im Folgenden wird zunächst das Rekrutierungsgebiet der Studie abgesteckt und die Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer für die Fokusgruppen beschrieben. Anschließend wird das Rekrutierungsverfahren erläutert und nach einigen allgemeinen Erläuterungen zu Aufwandsentschädigungen und Datenschutz wird der verwendete Leitfaden dargelegt sowie Einblick in den konkreten Ablauf einer Fokusgruppe gegeben.

4.2 Rekrutierungsgebiet und Stichprobe

Alle potentiellen Teilnehmer stammten aus Einzugsgebieten, die weniger als 150 km von Hamburg entfernt lagen. Das gesamte Rekrutierungsgebiet (vgl. Abb. 2) wurde in die drei Regionen „Stadt“, „Umland“, und „Land“ unterteilt. Für die Definition dieser Kategorien wurden die siedlungsstrukturellen Kreistypen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) herangezogen. Demnach werden die Landkreise in Deutschland in vier unterschiedliche Kreistypen unterteilt:

1. **Kreisfreie Großstädte** (Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern)
2. **Städtische Kreise** (Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50% und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohner pro km²; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohner pro km²)
3. **Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen** (Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50%, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner pro km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohner pro km²)
4. **Dünn besiedelte ländliche Kreise** (Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohner pro km²) (BBSR 2013)

Im Folgenden werden die Kreisfreien Großstädte unter die Kategorie „Stadt“ gefasst, die städtischen Kreise und die ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen zu der Kategorie „Umland“ zusammengefasst und die dünn besiedelten ländlichen Kreise zu der Kategorie „Land“ gezählt. Um eine Verzerrung durch Fokusgruppenteilnehmer

aus großen Städten in der Kategorie „Land“ zu vermeiden, wurden in dieser Region alle Städte mit einer Einwohnerzahl von über 20.000 aus der Studie ausgeschlossen. Hierzu zählen die Städte: Itzehoe, Heide, Rothenburg (Wümme), Soltau, Walsrode und Lüneburg.

Ziel war es, aus jeder Region drei Fokusgruppen mit Hausärzten und neun Fokusgruppen mit Patienten (jeweils drei mit Patienten unter 50 Jahren und drei mit Patienten über 50 Jahren) zu veranstalten. Jede der Fokusgruppen sollte ausschließlich aus Teilnehmern einer der Regionen „Stadt“, „Umland“ oder „Land“ bestehen um mögliche regionale Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung voneinander abgrenzen zu können.



Abbildung 2: Rekrutierungsgebiet (**Stadt, Umland, Land**), eigene Darstellung

In die Studie einbezogen wurden alle Hausärzte, die eine Kassenzulassung besitzen und eine hausärztliche Tätigkeit ausüben.

Teilnehmende Patienten mussten mindestens 18 Jahre alt sein und durften keines der folgenden Ausschlusskriterien erfüllen:

- Unterbringung in einem Pflegeheim
- finales Krankheitsstadium (zu erwartender Tod in den nächsten 3 Monaten)
- mangelnde Deutschkenntnisse (in Sprache und Schrift)
- nicht einwilligungsfähige Patienten (z.B. bei Demenz)
- Patienten, die dem Hausarzt nicht ausreichend bekannt sind, weil sie nur in Vertretung behandelt wurden
- Nicht befragbare Patienten (z.B. bei Blindheit, Taubheit)

4.3 Rekrutierung der Teilnehmer

Um Kontakt mit den potentiellen Studienteilnehmern aufzunehmen, wurden zunächst insgesamt 1916 Hausärzte aus den Regionen „Stadt“, „Umland“ und „Land“ postalisch angeschrieben. Dem Anschreiben wurde Informationsmaterial über die Studie sowie ein Antwortfax beigelegt. Interessierte gaben daraufhin per Fax Bescheid, ob sie teilnehmen wollten. Über diese teilnehmenden Hausärzte wurden außerdem die Patienten für die Patienten-Fokusgruppen rekrutiert.

Hierzu wurden die Hausärzte angewiesen, an einem durchschnittlichen Arbeitstag alle volljährigen Patienten, die keines der unter 4.2 genannten Ausschlusskriterien erfüllen, anzusprechen und zur Teilnahme an der Studie einzuladen. Dies durfte nicht innerhalb von Spezial- oder Notfallsprechstunden stattfinden. Wenn zwei Patienten unter 50 Jahren und zwei Patienten über 50 Jahren dazu bereit waren, sich die Studienunterlagen zusenden zu lassen, galt die Rekrutierung als beendet. Interessierten Patienten wurde daraufhin vom Institut für Allgemeinmedizin (IfA) Informationsmaterial über die Studie, eine Einverständniserklärung sowie eine Terminabfrage zugesendet. Das Informationsmaterial sowie die Einverständniserklärungen für Hausärzte und Patienten befinden sich im Anhang (9.3-9.6).

4.4 Aufwandsentschädigung

Die Hausärzte erhielten für jeden erfolgreich rekrutierten Patienten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 Euro. Teilnehmer der Fokusgruppen erhielten 50 Euro (Patienten) bzw. 100 Euro (Hausärzte). Zusätzlich wurde gegebenenfalls eine Pauschale bei anfallenden Fahrtkosten gezahlt.

4.5 Datenschutz

Alle teilnehmenden Hausärzte und Patienten erhielten vor Beginn der Fokusgruppen eine Schweigepflichtserklärung und unterschrieben diese. Außerdem wurde der Name jedes Teilnehmers im Datensatz durch eine ID Nummer ersetzt, dessen Schlüssel zur Rückverfolgung nur der Studienleiter Prof. Dr. Martin Scherer (MS) sowie der Projektmitarbeiter Dr. Ingmar Schäfer (IS) und die Projektmitarbeiterin Dr. Heike Hansen (HH) inne hatten. Während der Transkription wurden zudem alle personenbezogenen Informationen und Details wie Städte- oder Straßennamen pseudonymisiert um die Identifikation einer konkreten Person auszuschließen.

4.6 Leitfadententwicklung

Wie schon zuvor beschrieben, wurden die Fokusgruppen leitfadengestützt durchgeführt. So konnte sicher gestellt werden, dass die Ergebnisse der verschiedenen Fokusgruppen vergleichbar und die Aussagen der Teilnehmer für das Studienziel relevant sind. Des Weiteren bot diese Art der Befragung die Möglichkeit, weitere wichtige Aspekte, die nicht Teil des Leitfadens waren, einzubinden und zu berücksichtigen.

Die Erstellung des Leitfadens fand mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche und unter Berücksichtigung der Fragestellungen der Förderer statt. Im Vorfeld der ersten Fokusgruppen wurde er intern am Institut für Allgemeinmedizin (IfA) von ärztlichen Kollegen auf Verständlichkeit sowie Vollständigkeit überprüft und kommentiert. Für Hausärzte und Patienten wurden zwei unterschiedliche Leitfäden entwickelt, die jeweils aus drei bzw. vier Fragen bestanden. Der gesamte Leitfaden befindet sich im Anhang (9.7 und 9.8).

Für die Fokusgruppen der Hausärzte lauteten die Fragen des Leitfadens:

- Beschreiben Sie uns bitte die häufigsten Behandlungsanlässe in Ihrer Praxis.
- Welche Patiententypen kommen besonders häufig zu Ihnen?
- Was denken Sie, ist bei Ihnen anders als in der Großstadt bzw. auf dem Land? Denken Sie dabei bitte an eigene Erfahrungen in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit oder auch an den Austausch mit Kollegen, die z.B. in der Großstadt oder auf dem Land arbeiten. Können Sie uns Beispiele dazu berichten?

Für die Fokusgruppen der Patienten lauteten die Fragen des Leitfadens:

- Als erstes erzählen Sie uns bitte, weswegen Sie die letzten drei Male beim Hausarzt waren.
- Was sollte der Hausarzt dann jeweils für Sie tun?
- Und was hat der Hausarzt dann jeweils gemacht?
- Welche Probleme haben Sie mit der hausärztlichen Versorgung an Ihrem Wohnort?

4.7 Datenerhebung

Vor Beginn einer Fokusgruppe füllten alle Teilnehmer einen Fragebogen zur Erhebung der wichtigsten soziodemographischen Daten aus. Die Auswertung ist im Kapitel 5. durch die Tabellen 2 und 3 dargestellt. Die Fragebögen selbst befinden sich im Anhang (9.1 und 9.2).

Die Fokusgruppen wurden mithilfe von Moderatoren und jeweils einer studentischen Hilfskraft durchgeführt. Der Hauptmoderator leitete die Gruppe anhand des Leitfadens, achtete darauf dass die gestellten Fragen adäquat beantwortet wurden und wirkte darauf hin, dass ausschweifende oder nicht themenbezogene Gespräche rechtzeitig unterbunden wurden. Die Komoderatoren waren dafür zuständig, die Aussagen aufzuschreiben und für alle Teilnehmer sichtbar an einer Pinnwand zu sammeln. Die studentische Hilfskraft dokumentierte welcher Teilnehmer wann zu Wort kam, um eine spätere Zuordnung während des Transkribierens zu ermöglichen.

4.8 Datenverarbeitung

Alle Fokusgruppen wurden durch ein Diktiergerät digital aufgenommen. Das Tonmaterial wurde bis auf einzelne, durch Aufnahmestörungen oder Zwischengeräusche nicht verständliche Passagen, wortgetreu von verschiedenen studentischen Hilfskräften nach vorab festgelegten Regeln transkribiert. Nonverbale Äußerungen wie Lachen wurden im Transkript vermerkt. Vor Beginn der Datenanalyse überprüfte HH durch erneutes Gehören alle Transkripte auf Korrektheit.

4.9 Ablauf der Fokusgruppen

Die Fokusgruppen wurden am Institut für Allgemeinmedizin oder an anderen Veranstaltungsorten durchgeführt und dauerten im Durchschnitt ca. zwei Stunden. Am Anfang jeder Fokusgruppe wurde eine kurze Einführung in die Thematik und den Ablauf der Studie gegeben und darauf hingewiesen, dass das gesamte Gespräch mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet wird. Des Weiteren wurde erläutert, dass die Daten im Anschluss anonymisiert werden und alles anschließend Besprochene von den Teilnehmern vertraulich behandelt werden muss. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde begann der Hauptmoderator bzw. die Hauptmoderatorin die Fragen des Leitfadens zu stellen (vgl. 4.6.).

Die Gruppengespräche wurden relativ offen gestaltet und die Teilnehmer durften in laufende Diskussionen einhaken ohne auf eine bestimmte Reihenfolge Rücksicht nehmen zu müssen. Zudem wurden durch die Moderatoren immer wieder gezielte Nachfragen gestellt um einen für die Fragestellung wichtigen Themenkomplex möglichst detailliert darstellen zu können. Auch das regelmäßige Nachfragen ob noch jemand etwas hinzuzufügen hätte, gab allen Anwesenden während des Gesprächs mehrfach die Chance die persönlichen Meinungen und Erfahrungen zu äußern.

4.10 Datenanalyse

Die Transkripte wurden mithilfe des Programmes MaxQda¹² in Anlehnung an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Diese Methode gilt als gut geeignet, um große Mengen an qualitativen Daten systematisch auszuwerten (Mayring 2002, S.121).

Zu Beginn der Auswertung wurden einige Kategorien auf Basis der aktuellen Forschungsliteratur gebildet (deduktive Kategorienbildung). Diese wurden während des Kodierens anschließend fortlaufend durch aus dem Interviewmaterial entstandene Kategorien ergänzt (induktive Kategorienbildung). Durch den explorativen Charakter der Studie lag der Schwerpunkt auf der induktiven Kategorienbildung.

Hierbei wurde wie folgt vorgegangen: Immer wenn für die Fragestellung relevante Textpassagen identifiziert werden konnten, wurden sie einem sogenannten Code zugeordnet bzw. wurde, wenn noch kein Code vorhanden war, ein für sie passender erstellt. Ein Code war dabei ein Begriff oder ein Satz, der die Thematik des ihm un-

² MaxQda ist eine Software für computergestützte qualitative Datenanalyse (www.maxqda.de)

tergeordneten Zitats möglichst präzise beschreibt. Sie wurden im Laufe der Auswertung immer wieder bearbeitet und ergänzt. Erst wenn es möglich war, jeden relevanten Textabschnitt einem der Codes zuzuordnen, galt dieser Arbeitsschritt als beendet.

Im nächsten Schritt wurden die entstandenen Codes zu einem Kategoriensystem zusammengefasst. Es sollte den Kern der Ergebnisse übersichtlich, jedoch ohne Vernachlässigung einzelner wichtiger Teilaspekte darstellen.

Alle Transkripte, insgesamt 1022 DIN A4-Seiten, wurden auf diese Weise ausgewertet. Anschließend wurden die eigenen Ergebnisse mit drei Wissenschaftlern (Dr. Heike Hansen (HH), Dr. Nadine Pohontsch (NP), Dr. Ingmar Schäfer (IS)) diskutiert und so lange bearbeitet, bis alle Beteiligten das Kategoriensystem für vollständig, verständlich und übersichtlich hielten. Zusätzlich wurden die Ergebnisse in der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden des IfA präsentiert und diskutiert.

4.11 Genehmigung durch die Ethik-Kommission

Die Studie AVFN wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg am 12.08.2013 genehmigt (Aktenzeichen: PV4535).

5. Ergebnisse

5.1 Teilnahme

Insgesamt wurden 1916 Hausärzte (753 Region Stadt, 693 Region Umland, 470 Region Land) zur Teilnahme an der Studie eingeladen.

Es wurden 9 Fokusgruppen mit Hausärzten und 18 Fokusgruppen mit Patienten durchgeführt (vgl. Tabelle 1). Eine Fokusgruppe bestand aus fünf bis zehn Teilnehmern und so waren insgesamt 65 Hausärzte (24 aus der Region Stadt, 19 Umland und 22 Land) und 145 Patienten (49 aus der Stadt, 45 aus dem Umland und 51 aus dem Land) involviert.

Tabelle 1: Anzahl Fokusgruppen nach Regionen

		Fokusgruppen Hausärzte	Fokusgruppen Patienten U50	Fokusgruppen Patienten Ü50
Stadt	Hamburg	1	1	1
	Kiel	1	1	1
	Lübeck	1	1	1
Umland	Herzogtum-Lauenburg	1	1	1
	Stormann			
	Segeberg			
	Pinneberg			
	Harburg	1	1	1
	Stade			
	Schwerin	1	1	1
	Nordwestmecklenburg			
Land	Steinburg	1	1	1
	Dithmarschen			
	Rotenburg (Wümme)	1	1	1
	Heidekreis			
	Lüneburg			
	Ludwigslust-Parchim	1	1	1
Gesamt		9	9	9

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Es beteiligten sich insgesamt 44 männliche (67,7%) und 21 weibliche (32,3%) Hausärzte an den Fokusgruppen. Davon arbeiteten 44,6% in einer Gemeinschaftspraxis (Stadt: 54,2%, Umland: 42,1%, Land: 36,4%), 41,5% in einer Einzelpraxis (Stadt: 25%, Umland: 52,6%, Land: 50%) und 13,8% in einer Praxisgemeinschaft (Stadt: 20,8%, Umland: 5,3%, Land: 13,6%). In den Patientenfokusgruppen waren 69 Teilnehmer männlich (47,6%) und 76 weiblich (52,4%). Weitere Charakteristika der Studienteilnehmer sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Tabelle 2: Beschreibung der teilnehmenden Hausärzte (n=65)

	Stadt	Umland	Land
Geschlecht			
m / w	18 / 6	14 / 5	12 / 10
Anzahl Scheine pro Quartal			
bis 749	42%	5%	9%
ab 750	58%	95%	91%
Anzahl der Ärzte pro Praxis			
1	21%	48%	41%
2	46%	21%	46%
3	17%	21%	14%
4	13%	5%	0%
5	4%	5%	0%

Tabelle 3: Beschreibung der teilnehmenden Patienten (n=145)

	Stadt		Umland		Land	
	unter 50 Jahre	über 50 Jahre	unter 50 Jahre	über 50 Jahre	unter 50 Jahre	über 50 Jahre
Geschlecht						
m / w	7 / 16	13 / 13	10 / 10	15 / 10	7 / 15	17 / 12
Alter (Mittelwert)	34,9	60,7	37,9	65,5	40,1	64,8
Familienstand						
verheiratet	17,4%	61,5%	45,0%	84,0%	50,0%	82,8%
verheiratet und getrennt lebend	8,7%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	6,9%
ledig	60,9%	3,8%	45,0%	4,0%	22,7%	3,4%
geschieden	13,0%	23,1%	5,0%	4,0%	27,3%	3,4%
verwitwet	0,0%	11,5%	0,0%	8,0%	0,0%	3,4%
Bildungsgrad³						
niedrig	17,4%	42,3%	15,0%	40,0%	27,3%	34,5%
mittel	65,2%	42,3%	75,0%	32,0%	54,5%	58,6%
hoch	17,4%	15,4%	10,0%	28,0%	18,2%	6,9%
Erwerbstätigkeit						
erwerbstätig	87,0%	38,5%	95,0%	32,0%	63,6%	27,6%
arbeitslos	8,7%	23,1%	0,0%	8,0%	18,2%	17,2%
Rentner	18,2%	38,5%	5,0%	56,0%	18,2%	51,7%
keine Angabe	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	3,4%
chronische Krankheit						
vorhanden	47,8%	65,4%	50,0%	56,0%	50,0%	48,3%
Behinderung vorhanden⁴						
	17,4%	42,3%	30,0%	24,0%	27,3%	27,6%

³ Bildungsgrade nach Casmin-Graden (Lerchert et al. 2006)

⁴ bei einem Grad der Behinderung (GdB) von 20 bis 100

5.3 Kategoriensystem

In allen Fokusgruppen wurden neben den hausärztlichen Versorgungsproblemen auch häufig Probleme mit der Spezialistenversorgung und der stationären Versorgung angesprochen. Da diese unmittelbaren Einfluss auf die hausärztliche Versorgung nehmen, wurden sie ebenfalls in den Ergebnisteil aufgenommen. So können die Ergebnisse in drei Abschnitte unterteilt werden: die hausärztlichen Versorgungsprobleme, die hausärztlichen Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung sowie die hausärztlichen Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung.

Das Kategoriensystem ist in der Tabelle 4 dargestellt. Weil der Fokus dieser Studie auf regionalen Unterschieden liegt, wurde eine Darstellung der Ergebnisse gewählt, die einen schnellen Überblick über die regionalen Variationen ermöglicht. Ein Kreuz hinter einem der Kategorien in dieser Darstellung bedeutet, dass dieses Versorgungsproblem laut der Fokusgruppenteilnehmer in der angekreuzten Region vorhanden ist. Des Weiteren lässt sich durch die Kreuze nachvollziehen, ob dieses Versorgungsproblem von Hausärzten (HA) oder Patienten (PA) genannt wurde. Ein Kreuz wurde schon bei einmaliger Nennung des Aspektes gesetzt. Außerdem wurde eine Aussage nur gewertet, wenn der Teilnehmer als fachkundig für die Region, über die er berichtet, eingestuft werden konnte. Aussagen über das Land wurden so beispielsweise nur „gewertet“, wenn der entsprechende Teilnehmer dort eine Zeit lang gelebt oder den Hausarzt aufgesucht hat bzw. auf dem Land niedergelassen war. Aussagen von Teilnehmern ohne fundierte Vorkenntnisse konnten durch die mangelnde Aussagekraft und die möglicherweise starke Beeinflussung der Medien nicht berücksichtigt werden (Bsp.: *„Ich glaube, der [Landarzt] muss im Notfall alles machen. Ob er das nun kann oder nicht.“* Abschnitt 822, Hausarztgruppe Stadt)

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien des Kategoriensystems in den Kapiteln 5.4 bis 5.6 benannt, die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer beschrieben und durch ein Zitat aus den Fokusgruppen illustriert.

Tabelle 4: Kategoriensystem1. Hausärztliche Versorgungsprobleme

	Land		Umland		Stadt	
	HA	PA	HA	PA	HA	PA
1. Probleme durch den demografischen Wandel						
Alterung des Patientenlientels	×		×	×	×	
Alterung der Hausärzte	×		×	×		×
Nachwuchsmangel bei den Hausärzten	×	×	×	×		
2. Patientenfaktoren						
Bestimmte Patienten beanspruchen übermäßig viel Zeit beim Hausarzt						
a) Patienten mit sozialen Problemen (Einsamkeit, Arbeitsplatzprobleme, familiäre Probleme)	×		×	×	×	×
b) Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen	×		×		×	
c) Patienten mit Migrationshintergrund	×		×		×	
d) Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen	×		×		×	
e) anspruchsvolle/fordernde Patienten	×		×		×	
Patienten schätzen die Notwendigkeit des Hausarztbesuches falsch ein						
a) kommen dadurch zu spät zum Hausarzt	×	×	×	×		
b) kommen dadurch wegen Kleinigkeiten zum Hausarzt					×	×
Wenig Vertrauen in die Fähigkeiten des Hausarztes				×	×	×

	Land		Umland		Stadt	
	HA	PA	HA	PA	HA	PA
3. Strukturelle Probleme						
a) Unterversorgung						
Zu wenig Hausärzte						
- volle Wartezimmer und lange Wartezeiten beim Termin	×	×	×	×		×
- zu viele Patienten bzw. Aufnahme-stopp	×	×	×	×	(X)	
Hausarzt nimmt sich wenig Zeit für die Patienten				×	×	×
Öffnungszeiten der Hausarztpraxis nicht ausreichend		×		×		×
Durch zu lange Arbeitszeiten ist die Work-Life-Balance vom Hausarzt nicht gegeben	×	×	×	×		
b) Überversorgung						
Konkurrenz unter Hausärzten bzw. Abwerben von Patienten					×	
Schneller Hausarztwechsel durch hohes Angebot					×	×
c) Infrastruktur						
Lange Anfahrtszeit zu den Hausarztpraxen						
- durch schlechte Erreichbarkeit der Praxen						×
- durch lange Wege zu den Praxen	×	×		×		
Lange Anfahrtszeit zu den Hausbesuchen						
- durch schlechte Erreichbarkeit der zu Hause besuchten Patienten					×	
- durch lange Wege zu den zu Hause besuchten Patienten	×		×			
4. Vergütung						
Budget der Hausärzte reicht nicht aus	×	×		×	×	×
Viele nicht oder zu wenig abrechenbare Behandlungs- bzw. Beratungsanlässe bei den Hausärzten	×		×		×	

(X) = nur in Randgebieten der Städte

2. Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung

	Land		Umland		Stadt	
	HA	PA	HA	PA	HA	PA
1. Unterversorgung in der Spezialistenversorgung						
Lange Wartezeiten auf den Termin beim Spezialisten	×	×	×	×	×	×
Lange Anfahrtszeit zu den Spezialisten	×	×		×		×
Hausarzt übernimmt Aufgabenbereiche von Spezialisten	×	×	×	×		
Mangel an bestimmten Spezialistengruppen						
a) Orthopäden	×			×		×
b) Neurologen	×		×		×	×
c) Psychiater/ Psychologen	×	×	×	×	×	×
d) Augenärzte		×		×		×
e) Chirurgen		×				
f) Kinderärzte				×		
g) Gastroenterologen				×		
h) Dermatologen	×			×		
i) Rheumatologen	×		×			
j) Kardiologen			×		×	
Spezialisten nehmen sich wenig Zeit für die Patienten	×	×	×	×	×	×
2. Schnittstellenprobleme mit den Spezialisten						
Arztbriefe von den Spezialisten liegen nicht vor bzw. sind von geringer Qualität			×		×	

3. Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung

	Land		Umland		Stadt	
	HA	PA	HA	PA	HA	PA
1. Unterversorgung im stationären Sektor						
„Blutige Entlassungen“ ohne Nachsorge im Krankenhaus	×		×		×	
Personalmangel in Krankenhäusern	×	×				
Lange Anfahrtszeiten zu den Krankenhäusern	×	×		×		
2. Schnittstellenprobleme im stationären Sektor						
Mangelnde Kooperation bzw. Kommunikation mit dem stationären Sektor	×		×		×	
Krankenhausbericht fehlt oder ist fehlerhaft	×		×		×	
3. Übertherapie im Krankenhaus						
Viele und teure Medikamente werden im Krankenhaus verschrieben			×		×	
Unnötige Therapie/ Diagnostik wird im Krankenhaus durchgeführt	×		×			×

5.4 Hausärztliche Versorgungsprobleme

5.4.1 Probleme durch den demografischen Wandel

Diese Kategorie beinhaltet Probleme, die auf die Alterung der Gesellschaft sowie den ausbleibenden Nachwuchs zurückzuführen sind. Während die Problematiken durch ein steigendes Durchschnittsalter in allen einbezogenen Regionen zu finden sind, scheinen vom Nachwuchsmangel vorrangig ländliche Gebiete betroffen zu sein.

Alterung des Patientenklientels

Dieser Unterpunkt wird in allen Regionen sowohl von Hausärzten als auch von Patienten angesprochen. In den ländlichen Gebieten wird dieses Phänomen häufig in Zusammenhang mit der „Landflucht“ gesetzt: Junge Menschen zieht es durch die besseren Berufschancen zunehmend in die Großstadt während die älteren Einwohner in den Dörfern zurückbleiben. Diese älteren Patienten haben meist mehrere chronische Erkrankungen, was eine engmaschige und zeitaufwändige Behandlung nach sich zieht, so die teilnehmenden Hausärzte. Zudem greift durch diese Entwicklung das traditionelle Mehrgenerationenmodell, bei dem die Nachkommen für ihre pflegebedürftigen Eltern oder Großeltern sorgen, nicht mehr. Der fehlende familiäre Rückhalt muss dann vielerorts allein vom Hausarzt aufgefangen werden. Dies bein-

haltet beispielsweise die Organisation von Pflege, Betreuung und regelmäßige Hausbesuche, wenn der Patient die Praxis nicht selbständig aufsuchen kann bzw. im Altenheim untergebracht ist. Dies verlangt den sich verantwortlich fühlenden Hausärzten viel ab. Sowohl in der Stadt als auch auf dem Land ist ein alterndes Patientenkontinuum und die damit verbundenen Probleme allgegenwärtig. Allerdings ist der damit einhergehende erhöhte Arbeitsaufwand auf dem Land ein heikleres Thema, da es dort zudem an Nachwuchs mangelt.

„[...] wir haben immer mehr ältere Patienten, die wahrscheinlich intensiver behandelt werden müssen in irgendeiner Form, ob auf dem Land oder in der Stadt, aber zumindest auf dem Land will das keiner mehr machen.“

(Abschnitt 360, Hausarztgruppe Stadt)

Alterung der Hausärzte

Auch das steigende Durchschnittsalter der Hausärzte ist ein Problem, das Teilnehmer aus allen Regionen beschäftigt. Vielerorts fürchten Hausärzte und Patienten gleichermaßen eine in Zukunft nicht mehr sichergestellte Versorgung. Für die Hausärzte bedeutet dies einen erhöhten Arbeitsaufwand, weil sie die Patienten ihrer in Rente gegangenen Kollegen mitversorgen müssen. Patienten erwarten hingegen vor allem noch längere Wartezeiten in der Praxis oder sogar bei keinem neuen Hausarzt aufgenommen zu werden, sobald der Eigene altersbedingt aus dem Beruf ausscheidet. Viele Hausärzte in den Fokusgruppen fürchten in Zukunft den großen Ansturm an Patienten nicht länger auffangen zu können und dadurch Heime, Neupatienten und schwer kranke Menschen, die z.B. frisch aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, nicht mehr ausreichend versorgen zu können.

„Wir sind in xxx [Gemeinde in ländlicher Lage in Schleswig-Holstein] drei Leute, einer ist um die 70 [...], ich werde noch maximal fünf Jahre arbeiten und dann bleibt einer über für 500.000 Leute“

(Abschnitt 303, Hausarztgruppe Land Nord)

Nachwuchsprobleme bei den Hausärzten

Zusammen mit der alternden Hausärzteschaft kommt in den Fokusgruppen auch immer wieder der drohende Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin zur Sprache. Dieses Problem wird allein von Teilnehmern aus den Regionen Land und Umland angesprochen. Die befragten Hausärzte und Patienten schildern, dass häufig nur durch finanzielle oder materielle Anreize ein Nachfolger für die Praxis gefunden werden kann. Der Beruf des Hausarztes auf dem Land wird von vielen Nachwuchs-

medizinerinnen mit wenig Freizeit, einem unsicheren Einkommen, vielen Bereitschaftsdiensten und ständiger Erreichbarkeit assoziiert, so die teilnehmenden Hausärzte. Daneben besteht die gängige Meinung, dass das Tätigkeitfeld meist auf Hausbesuche, „Zettel schreiben“ und viel Bürokratie beschränkt ist.

Einige der befragten Hausärzte aus ländlichen Regionen geben allerdings zu bedenken, dass dieses von den Medien dramatisierte Bild eines Landarztes nicht mehr ganz zeitgemäß ist. Eine 24-Stunden-Verfügbarkeit wird nicht überall erwartet und mit der richtigen Organisation bleibt neben dem Beruf auch noch Zeit um sich um die Familie und anderes zu kümmern.

„Jetzt ist es so, als wir ne Weiterbildungsassistentin einstellen wollten, war es extrem schwierig. Und wir haben lange gesucht, haben unsere Assistentin dann gefunden indem wir das Doppelte bezahlt haben, von dem was ich in dieser Situation bekommen hab. Da hat sie sich dann bereit erklärt und [ich] weiß von Freunden, die eben in [...] der Innenstadt praktizieren, die haben sofort einen Weiterbildungsassistenten auf der Matte stehen. Wenn der eine fertig ist, ist gleich der nächste da.“

(Abschnitt 351, Hausarztgruppe Umland Nord)

5.4.2 Patientenfaktoren

Unter diese Kategorie fallen Versorgungsprobleme, die durch die persönlichen Eigenschaften, Ansichten oder Erkrankungen von bestimmten Patienten zustande kommen. Sie beanspruchen häufig mehr Zeit als der Durchschnitt und verlängern dadurch die Wartezeiten für die restlichen Patienten. Überdies stellen sie den Hausarzt regelmäßig vor Herausforderungen in Bezug auf Diagnostik und Therapie ihrer Beschwerden.

Bestimmte Patienten beanspruchen übermäßig viel Zeit beim Hausarzt

In allen in die Studie einbezogenen Regionen wird von Patiententypen berichtet, die sich dadurch auszeichnen, besonders viel Zeit für die Beratung und/oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Für die Hausärzte bedeutet die Betreuung solcher Patienten neben der eigenen psychischen Belastung vor allem einen hohen Zeitaufwand, der häufig zu Lasten der anderen Patienten ausfällt.

„Patienten mit sozialen Problemen“ zeichnen sich besonders dadurch aus, dass sie als einzige nicht nur von den Hausärzten, sondern auch von den Patienten in den Fokusgruppen als Problem identifiziert werden. Sie fallen unangenehm auf, weil sie das Wartezimmer ohne bestimmten Beratungsanlass blockieren oder es als Ort der

Kontaktknüpfung missbrauchen. Es wird erwähnt, dass dieses Phänomen vielleicht durch fehlenden Rückhalt von Familie, Freunden oder Kollegen und die rückläufige Nutzung der traditionellen Anlaufstellen wie der Kirche zu erklären ist.

Aus Sicht der Hausärzte der Stadt ist diese Problematik zwar vor allem in sogenannten Problembezirken sehr ausgeprägt, jedoch in allen Stadtteilen und Schichten vorhanden. Die Einsamkeit und das Bedürfnis zum Reden als alleiniger Behandlungsanlass sind in der Stadt zwar häufiger zu finden, doch auch auf dem Lande scheint es immer mehr einsame Senioren ohne (pflegende) Angehörige und alleinstehende Menschen zu geben.

„Was mir auffällt, ist, dass Leute einfach nur zum Quatschen kommen. Ja, die wollen ´ne Stunde im Wartezimmer sitzen...[...] als ich anfing in der Praxis, brechend voll, dann hab ich´n Lesezirkel abbestellt und dann verteilte sich das mehr auf die Tage (Gelächter). Ja oder die Leute sind aus der Kirche ausgetreten, für´n Friseur haben sie kein Geld mehr, gehen sie in die Praxis, um mit Patienten zu quatschen, mit den Helferinnen zu quatschen und dann noch mal eben zum Arzt rein „Herr Dr., wo ich schon mal hier bin...““

(Abschnitt 134, Hausarztgruppe Umland Süd)

Die „Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen“ sind, so die mitwirkenden Hausärzte, sowohl in der Stadt als auch im Umland und auf dem Land zu finden. Medikamentenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit oder Schlafmittelabusus sind dabei häufig Folge von Einsamkeit oder Mobbing am Arbeitsplatz. Verschieden ist allerdings der Umgang mit der Erkrankung: Während in städtischen Gebieten meist offener damit umgegangen wird, sind die Patienten auf dem Land eher verschwiegen, verdrängen viel und wollen möglichst vermeiden, dass sich ihre Krankheit im Ort herumspricht.

Die Patientengruppe „Patienten mit Migrationshintergrund“ wird von Hausärzten aus allen Regionen als Versorgungsproblem wahrgenommen. Unter diese Gruppe fallen Migranten, die wenig oder gar nicht integriert sind und häufig abgekapselt von ihrer Außenwelt leben. Sie stellen den Hausarzt vor eine Vielzahl von Versorgungsproblemen: Oft sind bei dieser Patientengruppe depressiv-traumatische Störungen bzw. ein posttraumatisches Belastungssyndrom vorhanden. Wenn dazu noch eine große Sprachbarriere besteht, ist eine Behandlung ihrer Erkrankung deutlich erschwert. Außerdem treffen die Ärzte beispielsweise auf ein je nach Kulturkreis unterschiedlich ausgeprägtes Schmerzempfinden. Dies stellt den Hausarzt vor die Herausforderung, die Dringlichkeit und Intensität der Therapie richtig einzuschätzen.

„Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen“ werden von den Fokusgruppenteilnehmern als außerordentlich zeitaufwändig und nervenraubend empfunden. Die Behandlung psychisch Kranker ist dabei vor allem durch lange und häufige Gespräche geprägt. Ferner ist sie unbefriedigend und belastend, weil Patienten den Hausarzt immer wieder mit den gleichen Symptomen aufsuchen. Bei psychosomatischen Erkrankungen ist im Gegensatz dazu der Weg zur Akzeptanz besonders schwierig, zeitaufwändig und mit einer Vielzahl von Beratungsterminen verbunden. Nach Meinung der Stadtärzte ist überdies ein klares Stadt-Land Gefälle zu erkennen. Der permanente Stresspegel, der Druck am Arbeitsplatz und die Einsamkeit sind in Städten deutlich ausgeprägter und ein Auffangen der Probleme durch die Familie oder eine starke Gemeinschaft ist meist nicht möglich.

„Diese psychosoziale Geschichte, da wird viel mehr von der Familie aufgefangen. Diese Familienstruktur, die wir vorhin alle hier so als fehlend in der Stadt haben, die funktioniert als Familie- oder als Dorfstruktur und sei es in der freiwilligen Feuerwehr...beim Grillfest oder was auch immer. Da funktioniert das auf dem Land besser und diese ganzen Sachen werden da alle schon recht gedrückt und bis sie dann zum Arzt durchkommen, da stimme ich den Kollegen vollkommen zu, dauert das viel länger.“
(Abschnitt 283, Hausarztgruppe Stadt Lübeck)

Diese Ansicht kann von den Landärzten allerdings nicht bestätigt werden. Sie berichten, dass psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen genauso präsent sind, jedoch viel häufiger verdrängt oder verschleppt werden. Der Wille ein heiles Bild gegenüber der Dorfgemeinschaft aufrecht zu erhalten wird von den Patienten dabei zum Teil über die eigene Gesundheit gestellt.

„(...) psychische Überlastung, klar definiertes Mobbing ist recht häufig geworden in den letzten Jahren.“
(Abschnitt 62, Hausarztgruppe Land Nord)

Die Gruppe der „anspruchsvollen bzw. fordernden Patienten“ zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit einer immensen Erwartungshaltung an ihren Hausarzt herantreten. Es wird z.B. von Bewohnern aus hochpreisigen Seniorenwohnanlagen berichtet, die durch den hohen monatlichen Beitrag in ihrem Heim auch eine 24-Stunden-Betreuung durch den Hausarzt, das Überlassen der persönlichen Mobilfunknummer sowie tägliche Krankengymnastik und ständige Blutentnahmen erwarten.

Außerdem fühlen sich Patienten durch die Medien oft schon im Vorhinein so gut über ihre Erkrankung informiert, dass sie dem Arzt Empfehlungen aussprechen, welches Medikament oder welche Therapieform für ihren Fall am geeignetsten sei. Zudem

herrscht bei Vielen Unverständnis, wenn ihre Krankheit bzw. ihre Beschwerde nicht sofort und vollständig geheilt werden kann. Insbesondere gestresste Berufstätige erwarten, dass ihnen oder ihrem erkrankten Kind sofort geholfen wird, damit sie noch am selben Tag wieder bei der Arbeit erscheinen können.

Von fordernden Patienten wird in jeder der befragten Regionen berichtet. Doch vor allem für die Hausärzte in der Stadt ist es schwierig diesen Patienten zu widersprechen bzw. ihnen die gewünschte Therapie nicht zu verschreiben, da sie ihren Hausarzt häufig nur als reinen Dienstleister wahrnehmen, der sofort gewechselt wird, falls er ihren Ansprüchen nicht gerecht wird.

Patienten schätzen die Notwendigkeit des Hausarztbesuches falsch ein

In dieser Kategorie lässt sich in den Aussagen der Befragten ein klarer regionaler Unterschied erkennen. Während auf dem Land viele Patienten zu finden sind, die es lange hinauszögern mit ihren Beschwerden einen Arzt aufzusuchen, trifft man in der Stadt häufig auf Patienten, die mit Bagatellen den Hausarzt oder den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufsuchen. Aus beiden Herangehensweisen ergeben sich Probleme für den Patienten und den Allgemeinmediziner.

Die Ärzte der Regionen Umland und Land berichten, dass speziell ältere Menschen und Männer häufig erst sehr spät ihren Hausarzt aufsuchen. Gerade Männer erscheinen oft nur auf Anraten der Ehefrau in der Praxis. Diese haben häufig viele unbehandelte und verschleppte Erkrankungen, da Routine- und Vorsorgeuntersuchungen schon lange nicht mehr in Anspruch genommen wurden. Ältere Patienten, vor allem aus dem landwirtschaftlichen Bereich, hätten zudem den Anspruch, nie krank zu werden. Sie bleiben auch mit ernsthaften Symptomen wie Sprachstörungen oder Herzschmerzen zu Hause und hoffen, dass diese ohne ärztliches Eingreifen wieder verschwinden. Hausärzte und Patienten berichten, dass dieses Verhalten zum Teil auch an den Tag gelegt wird, um unter den Kollegen oder in der Dorfgemeinschaft nicht negativ aufzufallen („*Wat schall de Nobar, oder was soll der Nachbar denken?*“, Abschnitt 581, Patientengruppe Land Nord). Ein weiterer Faktor den Besuch beim Arzt sehr lange hinauszuzögern ist außerdem der lange Anfahrtsweg in ländlichen Gebieten, der die Patienten oft davon abhält die Praxis rechtzeitig aufzusuchen.

Durch die fehlenden Vorsorgeuntersuchungen und Routineterminen kann es bei Patienten dieser Art häufig vorkommen, dass ihre Erkrankungen nicht mehr vollkommen geheilt werden können. Das Überbringen dieser Art von Nachrichten wird von den meisten Hausärzten als besonders belastend empfunden, wenn eine Heilung durch früheres Eingreifen noch möglich gewesen wäre.

„Ich hab z.B. oftmals, dass ich Herzschmerzen hab [...], aber dann doch nicht zum Arzt gehe, weil ich sage: „Nee, dann muss ich mich da anstellen.“ [...] Weil ich wohne auch noch weit draußen usw., dafür extra zum Arzt gehen [...], dann lässt man´s lieber. Weil man dann doch so sagt, na gut, wird ja wieder weggehen. [...] Und wo mir meine Frau dann schon sagt: „Also so kann´s natürlich auch nicht gehen.“ Aber man will auch nicht ständig zum Arzt rennen oder so.“

(Abschnitt 238, Patientengruppe Land Nord)

„Also ich würd sagen, dass die Patienten auf dem Land halt länger warten bis sie zum Arzt gehen, also dass [...] der Stadtpatient sozusagen viel schneller mal eben da reinhuschen kann und noch mal kurz vor der Arbeit oder nach der Arbeit. [...] der Patient auf dem Land muss, überlegt sich ganz genau er muss zum Arzt, dann hat er eine längere Anreise. [...] meine Erfahrung jedenfalls ist, dass es länger dauert, bis der Patient zum Arzt geht.“

(Abschnitt 298, Hausarztgruppe Stadt)

Die Aussagen der teilnehmende Ärzte und Patienten aus der Region Stadt zeigen hingegen, dass der Hausarzt dort häufig aufgrund von Bagatellen wie Schnupfen oder Halsschmerzen aufgesucht wird. Die Überforderung mit den eigenen Kindern ist ebenfalls ein nicht seltener Konsultationsanlass in Städten. Die Ärzte vermuten, dass dies möglicherweise an der Auflösung klassischer Familienstrukturen liegt. Weil es an erfahrenen und beratenden Personen wie Großeltern mangelt, kommen gerade Alleinerziehende mit Bagatellen wie einer minimal erhöhten Körpertemperatur oder einer kleinen Schürfwunde des Kindes direkt zu dem behandelnden Allgemeinmediziner.

Auch Bereitschaftsdienste der KV werden in städtischen Regionen schneller alarmiert als auf dem Land. So wurde laut der Hausärzte beispielsweise schon eine Zehenzwischenraummykose oder ein vergessenes Pillenrezept zum Anlass genommen um den Bereitschaftsdienst am Wochenende oder an Feiertagen zu kontaktieren.

Die beschriebene Personengruppe beansprucht durch ihre übervorsichtige Art viel Zeit, die andere Patienten mit ernsteren Problemen vermutlich dringender bräuchten.

„Also ich kann´s sogar vergleichen, weil ich ´ne Zeit lang in xxx [Stadt in Norddeutschland] gearbeitet habe [...] ,was ich deutlich unterschiedlich fand ist, dass beispielsweise im Not- und Bereitschaftsdienst [...]. Wenn da einer anruft aus´m bestimmten Dorf, dann ist das auch wirklich ernst.[...] Sondern

dann sollte man auch fahren und das ernst nehmen. [...] ganz nah an der Stadtgrenze Hamburg, da ist es wieder anders, da ist es tendenziell eher so wie in xxx [Stadt in Norddeutschland] auch wegen banalen Geschichten „Ich hab Husten, musst sofort kommen Doktor“.

(Abschnitt 343, Hausarztgruppe Umland Süd)

Wenig Vertrauen in die Fähigkeiten des Hausarztes

Die Studienteilnehmer berichten, dass die Rolle des Hausarztes in der Stadt sich klar von der auf dem Land unterscheidet. Während er in der Stadt meist nur als „*medizinischer Dienstleister*“, „*Zettelschreiber*“ oder „*Lieferant für Fachärzte*“ fungiert, der die Termine bei anderen Fachärzten koordiniert und alle spezielleren Behandlungsanlässe weiterüberweist, wird dem Landarzt viel mehr Vertrauen entgegengebracht. Durch die oberflächlichen Kontakte und den fehlenden Glauben der Patienten in die medizinischen Fähigkeiten, haben in der Stadt ansässige Hausärzte oft das Gefühl nicht als richtiger Arzt wahrgenommen zu werden.

„ [...] bevor ich mich niedergelassen hab, hatte ich [...] ´n halbes Jahr ´ne Praxis aufm xxx [zentrale Lage in einer Stadt] . [...] und da war ich im Prinzip, in meinen Augen war ich ´n medizinischer Dienstleister mehr. Ja, das war manchmal ganz spannend, aber irgendwie war ich, da war ich ´n Arzt. Und jetzt bin ich ´n Doktor (Zustimmung). [...] also ich, ich hab manche Patienten, die geben mit so sehr das Gefühl, ich bin ihr Hausarzt, ich bin ihr Vertrauensdoktor [...]

(Abschnitt 344, Hausarztgruppe Umland Süd)

Patienten und Hausärzte aus der Stadt und dem Umland erläutern außerdem, dass das fehlende Vertrauen in die Fähigkeiten des eigenen Hausarztes bei vielen Patienten zur Folge hat, dass sie in Eigeninitiative den ihrer Meinung nach zu ihren Symptomen passenden Spezialisten aufsuchen ohne vorher den Rat des Hausarztes einzuholen. Nach Meinung der befragten Hausärzte führt dies häufig zu einer falschen Versorgung, die zum Teil sogar gefährliche Folgen für den Patienten haben kann.

„[Man hat] natürlich auch die Patienten, [...] die immer nur von sich aus zum Fachkollegen gehen, wo wir keine Überweisung ausstellen, d.h. auch keine Briefe bekommen und dann bekommt man im [...] schlimmsten Fall auch einen völlig vermurksten Patienten zurück, der mit den falschen Symptomen zu den falschen Fachärzten gegangen ist und [...] selber überfordert war mit der Steuerung seiner [...] Krankheit.“

(Abschnitt 338, Hausarztgruppe Stadt)

5.4.3 Strukturelle Probleme

Unter diese Kategorie fallen Faktoren, die zu verschiedenen Arten der Unter- bzw. Überversorgung im ambulanten Bereich führen sowie Mängel durch die Infrastruktur.

5.4.3.1 Unterversorgung

Zu wenig Hausärzte

Der Hausärztemangel ist laut der befragten Hausärzte und Patienten zwar in allen Regionen zu finden, in der Stadt allerdings hauptsächlich in Randlagen. Die Versorgungslücke spiegelt sich dabei durch volle Wartezimmer, lange Wartezeiten und Aufnahmestopps für Patienten wider. In den Fokusgruppen wird von einer Wartezeit von teilweise mehreren Stunden berichtet. Einige Patienten empfinden die Wartezeit als so unzumutbar, dass sie den Arzt wechseln. Andere bringen eine lange Wartezeit mit einem Hausarzt in Verbindung, der sich besonders viel Zeit für seine Patienten nimmt, weshalb viele den Zeitaufwand gerne in Kauf nehmen. Für die Hausärzte bedeuten volle Wartezimmer neben einer hohen Arbeitsbelastung oft auch den Zwierspalt, zwar alle Patienten adäquat versorgen zu wollen, aber trotzdem eine vertretbare Wartezeit zu garantieren. Dies ist besonders bei Patienten mit viel Gesprächsbedarf nicht immer zu verwirklichen.

Der Aufnahmestopp in Praxen ist vor allem in ländlicheren Regionen ein Problem. An einen der begehrten Plätze als Stammpatient in einer Hausarztpraxis gelangt man hier meist nur durch familiäre Beziehungen oder das Versterben eines anderen Patienten. Neuzugezogenen bleibt daher oft nur die Möglichkeit als Notfallpatient von Praxis zu Praxis zu wechseln bis, manchmal erst nach jahrelanger Wartezeit, ein Platz frei wird.

„Man hat bei uns [...] kaum ´ne Chance, überhaupt bei einem Hausarzt unterzukommen, weil man hört eigentlich in jeder Praxis „Tut mir Leid, wir haben Aufnahmestopp.“ Das ist das, was man bei uns auf´m Dorf zu hören kriegt. Es fehlen einfach viel zu viele Ärzte, [...] das ist definitiv so. Ich hab das Glück gehabt bei unserem jetzigen Hausarzt, dass mein Lebensgefährte dort schon ganz lange war. Dadurch, als dann mal ein Platz frei geworden ist, ich mit rein rutschen konnte. Sonst hätte ich wahrscheinlich bis heute keinen Hausarzt, sondern würde von Praxis zu Praxis tingeln als Notfallpatient, weil mich keiner hätte aufnehmen können.“

(Anschnitt 249, Patientengruppe Umland Süd)

Der Hausarzt nimmt sich wenig Zeit für die Patienten

Diese Form der „Unterversorgung“ wird nur von Teilnehmern der Stadt und des Umlandes genannt. Einige der befragten Patienten beklagen, dass ihr Hausarzt während der gesamten Konsultation nicht von seinem Computer aufschaut und nicht aufsteht, um sie in einem zeitlich angemessenen Rahmen zu untersuchen. Vielen Beratungsgesprächen mangelt es dadurch ihrer Meinung nach an Qualität und Nutzen.

Von manchen Hausärzten wird der Alltag in der Stadt mit Fließbandarbeit assoziiert, weil unter Zeitdruck möglichst viele Patienten, die zudem zum Großteil Neupatienten sind, versorgt werden müssen. Eine individuell auf jeden Patientenfall abgestimmte und gut durchdachte Behandlung ist unter diesen Umständen gerade bei unbekanntem Patienten in ihren Augen häufig nicht möglich.

„In der Stadt ist das ja mehr, also ich hab ja in der Stadt gearbeitet, Fließband. Also, möglichst viel, möglichst schnell, oberflächliche Kontakte, jeden Tag neue Patienten [...]“

(Abschnitt 234, Hausarztgruppe Land Nord)

Öffnungszeiten der Hausarztpraxis nicht ausreichend

Die befragten Patienten aus allen Regionen wünschen sich längere Öffnungszeiten. Dieses Thema macht vor allem berufstätigen Patienten zu schaffen. Ihre Arbeitszeiten erlauben es häufig nicht, den Hausarzt innerhalb der regulären Sprechzeiten aufzusuchen. Einige Arbeitgeber tolerieren Besuche beim Hausarzt in der Arbeitszeit nicht, weshalb es chronisch Kranke besonders schwer haben die häufigen Fehlzeiten zu rechtfertigen.

„Da hat man kaum noch ´ne Chance innerhalb der regulären Öffnungszeiten beim Arzt ranzukommen und wenn man dann meinetwegen früh um acht den ersten Termin kriegt und danach hat man noch den Arbeitsweg, da ist also dermaßen viel Arbeitszeit weg, dass es teilweise ´n Problem ist. Dass man dann deshalb nicht zum Arzt geht, weil man nicht schon wieder bei der Arbeit später kommen will.“

(Abschnitt 270, Patientengruppe Land Süd)

Durch zu lange Arbeitszeiten ist die Work-Life-Balance vom Hausarzt nicht gegeben

Diese Problematik beschäftigt Patienten und Hausärzte auf dem Land und im Umland. Patienten beanspruchen ihren Hausarzt, meistens aus Mangel an Alternativen, auch außerhalb seiner normalen Sprechzeiten. Einige fordern die private Mobilfunknummer des Arztes, schreiben ihm E-Mails mit Beratungswünschen und fordern auch am Wochenende sofortige Versorgung.

Zudem gibt es in dünn besiedelten Regionen viele private Schnittmengen, wie die gleiche Schule der Kinder oder der gleiche Supermarkt. Das Aufeinandertreffen im Alltag wird von einigen Patienten genutzt, um sich nach den Ergebnissen der letzten Untersuchung zu erkundigen oder um den Arzt nach einen Blick in dessen Einkaufswagen zu einer gesünderen Ernährung zu ermahnen. Für die Hausärzte ist diese enge Verknüpfung von Beruf und Privatleben häufig belastend und unangenehm. Der Großteil hat jedoch mit der Zeit gelernt, damit umzugehen und eigene Strategien entwickelt um den Patienten beizubringen, die eigene Privatsphäre zu akzeptieren. Die Hausärzte berichten außerdem, dass sich ein Großteil der Patienten über den zusätzlichen Arbeitsaufwand des Arztes bewusst ist und ihm dadurch große Dankbarkeit und viel Vertrauen entgegenbringt, was für vieles entschädigt.

„Also, ich muss auch sagen, wenn einer kommt, dann ist es wirklich dringend.[...] Wenn mein Nachbar ´n Wespenstich hat und der ist allergisch, dann muss man reagieren, dann kann man nicht sagen: „Oh, jetzt ist Sonnabendnachmittag.“ Aber man kann auch ne klare Linie schaffen[...] ,dass die dann nicht Freitagabend um 10 kommen und sagen: „Ich hab schon drei Wochen Schnupfen.“ Also, das muss man dann auch mal sagen. So geht’s dann auch nicht und das begreifen die irgendwie ziemlich schnell.“

(Abschnitt 309, Hausarztgruppe Land Ost)

„Also man kann ihn auch wirklich auch außerhalb der Sprechzeiten einfach anrufen, wenn’s wichtig ist und dann kommt er auch. Und das ist für mich einfach ´n beruhigendes Gefühl so einen Hausarzt hinter mir zu haben.“

(Abschnitt 102, Patientengruppe Umland Süd)

5.4.3.2 Überversorgung

Hausärztliche Überversorgung und ihre Folgen wird in den veranstalteten Fokusgruppen weit weniger diskutiert als Unterversorgung. Überversorgung scheint zudem nur ein städtisches Problem zu sein.

Konkurrenz unter Hausärzten bzw. Abwerben von Patienten

Gerade in Ballungszentren mit hoher Arztdichte ist der Konkurrenzdruck zwischen den Hausärzten zu spüren. Viele Ärzte fahren nicht mehr in den Urlaub, weil sie Angst haben, dass ihre Patienten in der Urlaubszeit von den Vertretungspraxen abgeworben werden. Es gibt sogar Hausärzte, die in Notfallpraxen arbeiten um Patienten aus anderen Praxen zu akquirieren.

„[...] mir sind nun persönlich viele, viele, aber jetzt spontan fallen mir fünf ein, ich habe eben darüber nachgedacht, die alle sagen „Ich kann nicht mehr in den Urlaub gehen, weil es mich jedes mal 50 Patienten kostet und das kann ich mir nicht leisten.“, also das ist schon, das gibt es durchaus in xxx [Stadt in Norddeutschland].“

(Abschnitt 398, Hausarztgruppe Stadt)

Schneller Hausarztwechsel durch hohes Angebot

Auch dieses Phänomen ist ein Ausdruck von Überversorgung und wurde in den Fokusgruppen nur von Hausärzten und Patienten der Stadt genannt. Patienten in der Stadt gehen häufig zusätzlich zu der wohnortnächsten Praxis auch in der Nähe ihres Arbeitsplatzes zum Arzt. Sie wechseln z.B. ihren Hausarzt, weil der Arzt ihnen ein bestimmtes Medikament oder eine bestimmte Therapie nicht verschrieben hat, aus Neugier ob ein anderer Arzt vielleicht besser arbeitet bzw. modernere Gerätschaften besitzt oder weil ihnen die Art der Medizinischen Fachangestellten (MFA) nicht gefällt. Für die Hausärzte bedeutet dies, dass ständig neue Patienten zu ihnen kommen, über deren Krankheiten, Allergien und Dauermedikationen sie nur wenig wissen. Den Patienten fehlt ebenfalls häufig der Überblick über die eingenommenen Medikamente, weil diese ihnen von verschiedensten Hausärzten und Spezialisten verschrieben wurden.

„[Ich würde mir] für die Patienten die gläserne Chipkarte wünschen. Ich würde mir wünschen, dass Facharztkontakte [...], verordnete Medikamente und vielleicht Dauerdiagnosen und Allergien sichtbar wären für uns. Grade im Stadtbereich, wo die Patienten mühelos von Arzt zu Arzt gehen können.“

(Abschnitt 439, Hausarztgruppe Stadt)

5.4.3.3 Infrastruktur

Lange Anfahrtszeit zu den Hausarztpraxen

Aus allen drei Regionen berichten Teilnehmer, dass die Anfahrtszeit zu ihrer Hausarztpraxis zu lang ist, jedoch aus unterschiedlichen Gründen. Während dies in der Stadt auf die schlechte Parkplatzsituation in einigen Stadtteilen zurückzuführen ist, ist die lange Anfahrtszeit in ländlichen Regionen vor allem durch die langen Strecken, die zurückgelegt werden müssen, zu erklären. Die großen Entfernungen sind vor allem für ältere, immobile Patienten ohne die Unterstützung von Angehörigen kaum zu bewältigen, da es zudem meist an öffentlichen Verkehrsmitteln mangelt. Dieser Umstand ist für manche Patienten auf dem Land zum Teil so prekär, dass sie

überlegen, den Wohnort nur zu wechseln, um auch im Alter medizinisch versorgt werden zu können. Für einige Patienten sind die langen Anfahrtszeiten sogar Grund ihren Hausarzt trotz ernster Beschwerden wie z.B. Herzschmerzen bei Belastung nicht aufzusuchen.

Hausarzt 1: „Es fährt kein Bus mehr, die Bahnlinien, die kleinen sind ja alle schon ewig tot.“

Hausarzt 2: „Viele kommen mit'm Schulbus. Die kommen morgens rein mit den Schülern und fahren um zwölf oder um eins dann mit den Schulbussen wieder zurück. Ne andere Möglichkeit gibt es nicht. Es gibt in Mecklenburg Dörfer, da fährt einmal in der Woche n Bus. Das wollt ich zuerst nicht glauben, aber das ist so.“

(Abschnitt 356-359, Hausarztgruppe Land Ost)

Lange Anfahrtszeit zu den Hausbesuchen

Bei den Hausbesuchen gilt das gleiche Prinzip wie bei den Hausarztpraxen. In der Stadt sind die langen Anfahrtszeiten durch die dürftige Menge an Parkmöglichkeiten begründet und auf dem Land durch die weit verstreuten Wohnorte der Patienten.

„Ich hab auf dem Land [gearbeitet] [...]. Da hab ich auf dem Hof geparkt, bin ich reingegangen und dann war ich wieder weg. Und hier müssen wir Parkplatz suchen, müssen den Wagen hinstellen, ein bisschen machen und müssen den Verkehr sehen und was auch immer...“

(Abschnitt 268, Hausarztgruppe Stadt)

5.4.4 Vergütung

Budget der Hausärzte reicht nicht aus

Das knappe Budget von Hausärzten führt zu Versorgungsengpässen in allen befragten Regionen. Durch beispielsweise teure Medikamente, zahlreiche Krankengymnastikrezepte und multimorbide Patienten mit einer Vielzahl an benötigten Medikamenten wird das Budget schnell erschöpft. Als Folge können die Hausärzte die benötigten Leistungen entweder nicht erbringen und verlieren deshalb unter Umständen einen Teil der Patienten oder sie überweisen an andere Fachärzte damit der Patient überhaupt versorgt werden kann. Diese Situation bedrückt sowohl Patienten als auch Hausärzte und wird als dringend überholungsbedürftig angesehen.

„Da hab ich jetzt aber zum Beispiel schlechte Erfahrungen schon gemacht. Beim Hausarzt, bin auch hin wegen Rückenschmerzen und dann meinte er „Also, ja, mit 24/25 ist man zu jung um Rückenschmerzen zu haben.“ Weil ich gesagt habe ich hätt gern ´ne Massage und so, ne, um das locker zu machen, er sagt „Ganz ehrlich, ich würd Ihnen gerne eine aufschreiben, aber ich hab zu viele alte

„Patienten, die die brauchen und ich soll doch bitte Sport machen.“ Das war´s. Dann hab ich von ihm keine Massage bekommen. Bin woanders hingegangen, hab ich welche bekommen.“

(Abschnitt 96, Patientengruppe Stadt)

„[...] ich überweise manchmal einfach nur, um mein Budget zu entlasten, denn wir haben in den Facharztbereichen so extrem teure Medikamente, dass ich die als Hausarzt nicht mehr tragen kann. Ganz simpel. Zum Orthopäden und äh zum Neurologen überweise ich deswegen viel, das kann nicht anders gehen.“

(Abschnitt 70, Hausarztgruppe Land Nord)

Viele nicht oder zu wenig abrechenbare Behandlungs- bzw. Beratungsanlässe bei den Hausärzten

Leistungen, die durch das gegenwärtige Gesundheitssystem nicht oder für ihren Aufwand zu wenig honoriert werden, gibt es in der Stadt genauso wie im Umland und auf dem Land. Hierzu zählen Gespräche mit den Patienten über Beziehungskonflikte, Probleme im Beruf oder Kindererziehung genauso wie die Organisation von Pflege, Betreuung oder Umschulungsmaßnahmen. Auch Fragen zu Verträgen und Anträgen wie beispielsweise Mietverträge, Kuranträge oder Anträge für Schwerbehindertenausweise werden aus Mangel an anderen Anlaufstellen von Hausärzten geklärt.

„Zum Beispiel für Schwerbeschädigtenausweise, für Betreuungsgutachten für die geistig behinderten Leute in den Heimen. Das kostet unheimlich viel Zeit. Und ja, die ganzen Kuranträge. Also, diese Schreiarbeit, die eigentlich nirgendwo zum Tragen kommt. Das ist kein Hausbesuch, das ist keine praktische Arbeit.“

(Abschnitt 50, Hausarztgruppe Land Ost)

Das Erläutern von Befunden von Spezialisten ist ein weiteres großes Feld, das unter diese Kategorie fällt. Besonders häufig wurden in diesem Zusammenhang aber die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen genannt. Schon das Einordnen ob eine Beschwerde physischen oder psychischen Ursprungs ist, nimmt viel Zeit in Anspruch. Die gegebenenfalls darauf folgende psychosomatische Grundversorgung in Form von ausgiebigen Beratungsgesprächen ist häufig noch zeitraubender und kann ebenfalls nicht angemessen abgerechnet werden. Dadurch können Betroffene häufig gar nicht oder nicht im angemessenen zeitlichen Umfang betreut und beraten werden.

„Sie [Eine Patientin] hat mich im ersten Quartal ungefähr 24 mal in ein psychosomatisches Gespräch ihrer Krankheit verwickelt und jetzt letzte Woche war sie dann schon 12 mal in diesem Quartal da und es war immer nicht genug und immer hat sie noch einen Satz hinterher gesagt und ich hatte sehr viel

Mühe, sehr, sehr viel Mühe ihr das klar zu machen und dann hat sie dann angefangen immer bei ihrer Techniker Krankenkasse anzurufen und gefragt, wieso das nicht bezahlt wird, wenn ich mit [ihr] spreche“

(Abschnitt 195, Hausarztgruppe Stadt)

5.5 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung

5.5.1 Unterversorgung in der Spezialistenversorgung

Die verschiedenen Arten der Unterversorgung bei den Spezialisten wurden in allen in die Studie einbezogenen Regionen sowohl von Hausärzten als auch von Patienten geäußert. Der Versorgungsengpass nimmt indirekt auch Einfluss auf die Hausärzte, weil diese viele Leistungen stellvertretend für die Spezialisten erfüllen müssen.

Lange Wartezeiten auf den Termin beim Spezialisten

Die Wartezeit auf einen Termin bei Ärzten bestimmter Fachrichtungen kann laut der Studienteilnehmer in Städten bei mehreren Monaten und auf dem Land bei über einem Jahr liegen. Besonders lang muss man auf einen Termin bei Psychologen bzw. Psychiatern warten.

Diese Problematik wird von den Hausärzten unterschiedlich gehandhabt. Einige von ihnen überbrücken die ausbleibende Versorgung, indem sie die psychische bzw. psychosomatische Grundversorgung selbst übernehmen. Andere kontaktieren hingegen die benötigten Spezialisten persönlich, um so einen kurzfristigeren Termin für ihre Patienten zu erhalten. Einzelne Hausärzte stellen ihre Patienten als Notfall dar und weisen sie in ein Krankenhaus ein, damit diese möglichst schnell untersucht und therapiert werden.

Doch unabhängig davon, welchen Lösungsansatz die Hausärzte wählen um mit der Problematik zurechtzukommen, zeitaufwändig ist er in jedem Fall.

„Also. Die Lösungswege sind entweder man macht vieles selbst und begibt sich manchmal auch in [...] die Hoffnung und nicht in die Sicherheit. Und oder man macht von seinem Telefon Gebrauch und muss dann ab und zu Leute etwas kranker machen, als sie sind, damit sie dann einen schnelleren Termin kriegen, sonst geht's gar nicht... Wobei das auch dann...man kann nicht permanent jemanden anrufen und Katastrophen ankündigen und dann kommt dann einer rein und sagt „Ich kann aber gar nicht an dem Tag, da muss ich zum Friseur“.“

(Abschnitt 238, Hausarztgruppe Umland Nord)

Auch für die Patienten stellt die verzögerte Spezialistenversorgung ein Problem dar. Einige Betroffene überbrücken die Wartezeit auf einen Termin, indem sie versuchen ihre Symptome durch Selbstmedikation zu lindern.

„Die [Orthopäden] sind voll, drei bis vier Wochen dauert das und so weiter und das ist natürlich nervig, wenn du dann, das kennt ihr ja alle selber, die ganze Zeit läufst du mit Schmerzen rum, nimmst dir irgendwelche Medikamente, dann haut das auf den Magen wieder und da gehst du nach vier Wochen hin, dann sind die Schmerzen vielleicht gar nicht mehr so akut und dann sagt der Arzt: „Ich weiß gar nicht, was sie hier wollen, ist doch alles in Ordnung.““

(Abschnitt 280, Patientengruppe Stadt)

Lange Anfahrtszeit zu den Spezialisten

Die Anfahrtszeit zu Spezialisten wird regionenübergreifend als zu lang eingestuft. Für Bewohner der Stadt sind die zurückzulegenden Strecken zwar nicht außerordentlich lang, diese sind jedoch durch eine schlechte Parkplatzsituation geprägt und beanspruchen dadurch ungleich mehr Zeit und Nerven als in ländlichen Regionen.

Die Landbevölkerung muss hingegen weitaus längere Strecken zu der Praxis des nächsten Spezialisten in Kauf nehmen. Durch den mangelnden Ausbau des öffentlichen Verkehrsnetzes wird ein eigenes Auto bzw. eine Mitfahrgelegenheit hier als unabdingbar angesehen. Patienten ohne eine dieser Optionen können als Konsequenz oft keinen Spezialisten aufsuchen und müssen weiterhin bei ihrem Hausarzt versorgt werden. Dieser fühlt sich dann häufig mit der Versorgung dieser Patienten überfordert und allein gelassen.

„Was ich hier sehr problematisch finde, [das sind] diese langen Anfahrtswege zum Facharzt [...]. Also, der Patient hat niemand, der ihn fährt. Der Patient kann selber nicht fahren. Er muss aber, hab ich jetzt gerade, nach xxx [Stadt in Norddeutschland] und die Kasse übernimmt's nicht [...]. Und er hat kein Geld dafür, das zu machen und dann bleibt's an uns hängen. Und das seh ich dann so als ne Überforderung, wo man dann sagt: „ich müsste jetzt improvisieren, aber ich will's nicht, ich kann's nicht und ich darf's auch nicht.““

(Abschnitt 249-251, Hausarztgruppe Land Ost)

Hausarzt übernimmt Aufgabenbereiche von Spezialisten

Diese Kategorie ist allein in den Regionen Land und Umland Thema. Durch den Spezialistenmangel in ländlichen Gebieten müssen einige, eigentlich zu anderen Fachgebieten gehörende Aufgaben von Hausärzten übernommen werden. Dies beschreiben die Hausärzte als große Herausforderung, die jedoch auch als interessant wahrgenommen wird und Vertrauen auf Seiten der Patienten mit sich bringt. Einige

Ärzte nehmen die zusätzlichen Aufgabenbereiche jedoch auch als überlastend und überfordernd wahr. Sie befürchten, ihre Patienten durch fehlendes Fachwissen nicht angemessen versorgen zu können und sie dadurch zum Teil sogar in Schwierigkeiten zu bringen. Aus Mangel an Alternativen üben die meisten Hausärzte diese fachgebietsfernen Aufgaben jedoch trotzdem aus. Arbeitsbereiche, die übernommen werden, sind neben kleineren chirurgischen Eingriffen, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und kardiologischen Untersuchungen vor allem die psychologische bzw. psychosomatische Versorgung.

Diese beinhaltet neben einer medikamentösen Einstellung auch ausführliche Gespräche mit den Betroffenen. Die Hausärzte fühlen sich mit diesem Versorgungsproblem oft im Stich gelassen und befürchten, dass durch den Mangel an Zeit und Fachwissen psychologische Probleme verschleppt oder nicht adäquat behandelt werden.

Hausarzt 3: „[...] Also, ab schwerer Depression und Psychosen, da kriegt man schon Termine für die Patienten, aber das ganze Gros von unseren Burn-Out-Patienten, wo man gerne mal ne fachärztliche Stellungnahme hätte, ist das nur ne Depression oder ist das nur Drückebergerei oder so etwas. Also, da ist man ja schon manchmal auf fachärztliche Kollegen angewiesen. Da sitzen wir so alleine da. Also, wir fühlen da uns auch missbraucht und manchmal hab ich auch das Gefühl, bis wir die Patienten so weit haben, dass sie einsehen, dass sie zum Psychiater müssen, haben wir ja schon die Hälfte der Arbeit getan. [...]

Untersucher: „Und was sind so die [...] Lösungsstrategien, außer das auszubaden [...]?“

Hausarzt 4: „[...] Also, in ganz schlimmen Fällen gehen die stationär oder tagesklinisch. Und in anderen Fällen, die eigentlich ne Therapie in irgendeiner Form, auch längerfristig, zur Sicherung eines stationären Erfolges oder überhaupt zur ambulanten Therapie bräuchten, müssten halt warten und alles dazwischen müssen wir überbrücken.“

(Abschnitt 314, Hausarztgruppe Land Süd)

Mangel an bestimmten Spezialistengruppen

Unter dieser Kategorie sind alle Spezialistengruppen zusammengefasst, die von den Fokusgruppenteilnehmern als unterbesetzt empfunden werden. Zu den genannten Fachrichtungen zählen Orthopäden, Neurologen, Psychiater bzw. Psychologen, Augenärzte, Chirurgen, Kinderärzte, Gastroenterologen, Dermatologen, Rheumatologen und Kardiologen.

Als besonders defizitär wird in dieser Kategorie die Versorgung mit Psychiatern bzw. Psychologen herausgearbeitet. Hausärzte und Patienten aus allen Regionen der Fokusgruppen sehen die Dichte dieser Berufsgruppe als zu niedrig an. Die Therapie-

möglichkeiten in diesem Bereich sind überfüllt und die Praxen sind zum Teil durch die Auslastung telefonisch nicht mehr erreichbar. Selbst Patienten, die eine Krisenintervention benötigen, weil z.B. kürzlich ihr Partner verstorben ist, müssen mit einer monatelangen Wartezeit rechnen.

„Wir haben bei uns bestimmte Facharztmängel, richtige Mängel und [...] dazu gehört die Neurologie. Da gehört die Psychotherapie und Psychiatrie sicherlich dazu...und das ist auch richtig [...] schon [ein] Versorgungsproblem. Die Leute irgendwo unterzubringen [...]. Und das nimmt zu. Also...bestimmte Fachgruppen, die einfach wirklich völlig ausgedünnt sind auch. Auch unsere Kinderärzte, wir haben so anderthalb Kinderärzte, die sind total im Prinzip völlig am Limit.“

(Abschnitt 399, Hausarztgruppe Umland Süd)

Spezialisten nehmen sich wenig Zeit für die Patienten

Patienten und Hausärzte aus allen teilnehmenden Regionen wünschen sich während der Konsultation mehr Zeit von den Spezialisten. Die Patienten beklagen, dass die Untersuchung oft nicht gründlich ausfällt und die Befunde und Therapiemöglichkeiten gar nicht oder viel zu knapp erläutert werden.

Die Hausärzte der Fokusgruppen erläutern, dass sie die unzulängliche Erklärung des Befundes daraufhin im Rahmen ihrer Sprechzeit nachholen müssen und dafür zusätzliche, nicht abrechenbare Zeit aufwenden. Die Allgemeinmediziner sind sich dabei allerdings nicht immer sicher, ob die Befunde wirklich nicht erklärt werden oder ob die Patienten den Spezialisten während der Konsultation nicht genug Aufmerksamkeit widmen. *„Dann sagt der Patient, der Facharzt hat nicht mit ihm gesprochen. Es gibt jetzt zwei Möglichkeiten ne. Entweder es stimmt oder er hat mit ihm gesprochen, aber er hat nicht zugehört oder alles sofort wieder vergessen oder was auch immer.“* (Abschnitt 217, Hausarztgruppe Umland Süd)

„Naja oder [...] es gibt dann ´n Termin und dann wird der Patient da auch tatsächlich vorgelassen und dann kommt der zurück, gestern erlebt: „Herr Doktor, der hat mich nicht mal untersucht.“ (Zustimmung). „Sie haben mich ja viel besser untersucht. Ich weiß gar nicht, warum ich da war.“ Also das ist dann richtig erschütternd. Ja, wenn ich dann jemand wo, wo ich kann Parkinson nicht so gut ne. Ich sag mal ich kann das nicht so, dafür brauche ich einen Facharzt. Dann schicke ich ihn mit dieser Fragestellung hin, kommt zurück, ist nicht mal untersucht worden (Zustimmung). Drei verschiedene Tabletten aufgeschrieben, super.“

(Abschnitt 416, Hausarztgruppe Umland Süd)

„Der Hautarzt hat sich das angeguckt, hat gesagt: „Ja, ist Hautkrebs, müssen wir operieren. Haben Sie noch Fragen? In dem Moment war ich so verdattert und hab gesagt: „Ne“. Und dann bin ich erst mal zum Hausarzt hin und hab gefragt, was da nun passieren kann und... weils ebend halt auch über

den Auge war und was da gemacht werden muss. Und sie hat mich dann aufgeklärt. Und zur Nachsorge bin ich auch zum Hausarzt gegangen und nicht zum Hautarzt. Also ich war so perplex, weil der knallte mir das vor die Birne.“

(Abschnitt 104, Patientengruppe Land Süd)

5.5.2 Schnittstellenprobleme mit den Spezialisten

Arztbriefe von den Spezialisten liegen nicht vor bzw. sind von geringer Qualität
Hausärzte aus Stadt und Umland schildern, dass es bei einer Vielzahl ihrer Patienten an der Qualität der Arztbriefe mangelt. Wichtige Dauerdiagnosen sind nicht aufgezählt und die Aussagekraft der Freitexte ist durch die häufig genutzten Textbausteine nicht gegeben. In vielen Fällen fehlt der Arztbrief komplett, was aber nicht zwingend durch die Spezialisten verschuldet sein muss. Einzelne Patienten aus Stadt und Umland teilen in diesem Zusammenhang mit, dass sie Spezialisten häufig ohne Überweisung des Hausarztes aufsuchen und dieser dadurch keinen Arztbrief erhält.

„[...] Wenn die Leute bei mir in die Praxis reinkommen, in der Hälfte der Fälle fehlen überhaupt die Befunde. Ich hab nicht mal mehr ´n Arztbrief gekriegt.“

(Abschnitt 213, Hausarztgruppe Umland Süd)

5.6 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung

5.6.1 Unterversorgung im stationären Sektor

Die Unterversorgung im stationären Sektor findet in verschiedenen Formen Ausdruck. Sie alle haben gemein, dass zum Teil Hausärzte die resultierenden Versorgungsengpässe ausgleichen oder mit den Folgen dieser zurechtkommen müssen.

„Blutige Entlassungen“ ohne Nachsorge im Krankenhaus

Hausärzte aus allen Regionen erklären, dass Patienten häufig viel zu früh und ohne bedarfsgerechte Medikation aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dies geschieht aus ihren Augen zudem meist kurz vor dem Wochenende und ohne Krankenbericht. Wenn der für diesen Patienten zuständige Krankenhausarzt außerdem nicht erreichbar ist, weil er beispielsweise keinen Dienst mehr hat, wird es für den Hausarzt problematisch eine angemessene Versorgung zu garantieren.

„Entlass-Management ist so ´n Problem, ne? Gerne den Patienten halb blutig entlassen Freitagnachmittag...Medikamente vielleicht mit Glück noch bis Sonntagabend mitgegeben. Brief ist nicht erreich-

bar, Patient ist zuhause, Tochter steht [...] Mittags um 1 am Freitag [...] (am) Tresen. Herzlichen Glückwunsch. Das war's für den Freitag jetzt ne? (Gelächter). Kollege ist schon im Feierabend, weil er Nachtdienst hatte...super. Das kommt leider immer wieder vor.“

(Abschnitt 442, Hausarztgruppe Umland Süd)

Personalmangel in Krankenhäusern

Diese Problematik ist in den Fokusgruppen ausschließlich Teilnehmern aus ländlichen Gebieten aufgefallen. Weil die Krankenhäuser dort personell unterbesetzt sind und es oft schwer ist die freien Stellen auf dem Land zu besetzen, werden zunehmend ausländische Ärzte eingestellt. Diese sind laut den Teilnehmern zwar sehr freundlich und bemüht, haben zum Teil jedoch durch die fehlenden Sprachkenntnisse Schwierigkeiten sich zu verständigen. Die Sprachbarriere kann darüber hinaus zu Missverständnissen und Qualitätsmängeln führen, so die befragten Hausärzte und Patienten.

„Das ist jetzt bei uns, das Diakoniekrankenhaus da in xxx [ländlicher Landkreis in Niedersachsen] Ich weiß, weil ich hab da auch schon mal mit einem Chef telefoniert in einer Abteilung, der hat gesagt, die haben solche Probleme, die Stellen besetzen. Es will keiner mehr auf's Land, deswegen haben die viele ausländische Ärzte, da sind Sprachbarrieren, die müssen eingearbeitet werden [...].“

(Abschnitt 407, Hausarztgruppe Land Süd)

Außerdem geben einzelne Hausärzte zu bedenken, dass die Ärzte in den unterbesetzten Krankenhäusern häufig nur als Honorarärzte eingestellt werden, eine Stelle nur für kurze Zeit besetzen und daher aus ihren Augen wenig motiviert sind gute Arbeit zu leisten. Hausärzten bereitet eine schnelle und effiziente Zusammenarbeit mit diesen Ärzten große Schwierigkeiten.

Lange Anfahrtszeiten zu den Krankenhäusern

Genau wie die langen Anfahrtszeiten zu den Hausärzten und Spezialisten ist auch die mangelnde Erreichbarkeit von Krankenhäusern ein Problem, dass speziell ältere und immobile Menschen auf dem Land und im Umland betrifft. Auch hier führt die schlechte Anbindung bei einigen Patienten dazu, den Krankenhausbesuch nicht wahrzunehmen, obwohl der Hausarzt ihn z.B. aufgrund einer Röntgenaufnahme für nötig hält. Für die sich daraus ergebenden Konsequenzen muss der Allgemeinmediziner folglich alleine eine Lösung finden.

„Es ist auch bei uns so in xxx [Kleinstadt in Schleswig-Holstein], dass wir [...] früher ein Krankenhaus gehabt [haben] und das hat sich mittlerweile aufgelöst. Das ist jetzt in dem Nachbarort, das ist jetzt [...] 10km entfernt [...] verlegt worden. Dort ist jetzt dieses DRK-Krankenhaus, was halt für beide Ortschaft-

ten zählt und man hat halt sonst da nicht einfach so mal die Möglichkeit zu sagen: „OK, der Arzt hat zu, dann gehe ich jetzt ins Krankenhaus.“ Ich müsste mich halt also immer ins Auto setzen und dann 20 Minuten hinfahren. Man kommt halt auch bei uns nicht einfach so mit öffentlichen Verkehrsmitteln dort hin [...] und am Wochenende kann ich das sowieso knicken und abends wird's halt auch schwer.“
(Absatz 195, Patientengruppe Umland Nord)

5.6.2 Schnittstellenprobleme im stationären Sektor

Mangelnde Kooperation bzw. Kommunikation mit dem stationären Sektor

Gerade in großen Kliniken ist es schwierig bei Rückfragen zu Befunden oder Therapieanschlüssen eines Patienten den richtigen Ansprechpartner ausfindig zu machen, so die in die Studie einbezogenen Hausärzte. In Städten herrscht ihrer Ansicht nach meist eine anonyme Beziehung zwischen Krankenhausärzten und Niedergelassenen. Doch auch auf dem Land und im Umland berichten die Ärzte, dass die Zusammenarbeit mit den örtlichen Kliniken früher persönlicher und effizienter war. Weil eine direkte Kommunikation zwischen Hausarzt und seinem im Krankenhaus tätigen Kollegen meist nicht stattfindet, können viele wichtige Informationen über den Patienten nicht weitergegeben werden. Dies kann nach Auffassung der befragten Hausärzte zur Folge haben, dass bereits erfolgte Diagnostikmaßnahmen wiederholt werden, was sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten einen unnötigen Zeitaufwand darstellt.

„Es hat sich auch ´n bisschen gewandelt. Wir haben früher eigentlich viel angerufen im Krankenhaus. Wenn wir jetzt irgendeinen Fall hatten, wo wir gesagt haben, der muss ins Krankenhaus, dann haben wir angerufen, haben uns mit dem Kollegen verbinden lassen, haben den Fall geschildert und das war mehr, ich weiß nicht, nicht so anonym. Heutzutage geht alles über die Notaufnahme. Da könnte man bestimmt einiges erleichtern, wenn diese Zusammenarbeit Krankenhaus - Hausarzt besser funktionieren würde. Das war immer ´n bisschen lästig, diese Anruferei, aber irgendwie hatte ich immer das Gefühl, ich übergebe den Patienten dann. Und jetzt geht's pff, schickt mal den los und pff. Und der Kollege dort, der fängt von vorne an, der hat überhaupt keine Information und das find ich nicht so gut.“

(Abschnitt 322, Hausarztgruppe Land Ost)

Krankenhausbericht fehlt oder ist fehlerhaft

Die mangelnde Qualität von Krankenberichten aus dem Krankenhaus beschäftigt Hausärzte aus allen Regionen. Die Arztbriefe sind nach ihren Aussagen häufig nur aus Textbausteinen zusammengesetzt und dadurch lückenhaft und zusammen-

hangslos. So fehlen ihnen oft wichtige Informationen zur allgemeinen Anamnese oder Medikation des Patienten, was eine angemessene Behandlung ungemein erschwert. Einzelne Hausärzte haben dadurch mittlerweile so wenig Vertrauen in die Krankenhausberichte, dass sie diese gar nicht mehr lesen.

In einigen Fällen gelangen die Hausärzte nur noch durch direkte Nachfrage an die Arztbriefe. Das Nachreichen der Berichte verläuft dabei nach den Erzählungen der in die Studie einbezogenen Hausärzte nicht immer ganz reibungslos und kann zum Teil mehrere Tage dauern. Wenn der betroffene Patient zudem noch dement ist oder sich aus anderen Gründen nicht zu den im Krankenhaus erfolgten Maßnahmen äußern kann, sieht sich der Hausarzt einem erheblichen Problem gegenüber gestellt.

„Also, wir kriegen unsinnigste Briefe. Also, ich les sie zum Teil gar nicht mehr, weil das interessiert mich alles nicht, was da geschrieben steht. Es wird immer ´n Medikament vergessen. Ich hab, glaube ich, die letzten dreißig Briefe nicht ohne mindestens ein[...] vergessene[s] [Medikament]. Insulin wird grundsätzlich vergessen. Also, wenn´s nicht grade von der Diabetesstation ist, wird Insulin grundsätzlich vergessen.“

(Absatz 402, Hausarztgruppe Land Süd)

5.6.3 Übertherapie im Krankenhaus

Viele und teure Medikamente werden im Krankenhaus verschrieben

Hausärzte aus Umland und Stadt bemängeln, dass stationär oft zu viele Medikamente verschrieben werden. Die verordnete Menge ist dabei häufig viel zu hoch um von den Patienten über Jahre eingenommen zu werden.

Zudem sind die Präparate in den meisten Fällen um einiges teurer als die regulär ambulant eingesetzten Arzneimittel. Weil das hausärztliche Budget für diese Art der Medikation meist nicht ausreicht (siehe 5.4.4), müssen die Patienten an Spezialisten weiterüberwiesen werden um versorgt werden zu können. Wenn der Hausarzt dies vermeiden möchte, muss Überzeugungsarbeit geleistet werden um die Patienten wieder auf günstigere Medikamente umzustellen, so die teilnehmenden Ärzte.

Hausarzt: „Aber was sehr zeitaufwändig ist, das ist der Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. Da den Patienten wieder so, dass er auch führbar ist im ambulanten Bereich und nicht mit den Ideen nur des Krankenhauses leben muss (Gelächter).“

Untersucher: „Können Sie da ein Beispiel nennen?“

Hausarzt: „Ja, also geht schon [...] mit den hunderten Medikamenten los. Man muss die dann erst mal auf ambulantes Niveau bringen.“

(Abschnitt 86-88, Hausarztgruppe Umland Nord)

Unnötige Therapie/Diagnostik wird im Krankenhaus durchgeführt

Patienten und Hausärzte aus Stadt, Land und Umland bemerken, dass im stationären Sektor viele zum Teil überflüssige Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ergriffen werden. Hierzu zählt zum Beispiel der zu häufige Einsatz von Magnetresonanztomographie (MRT) bzw. Computertomographie (CT) oder das häufige Legen von Herzkathetern. Die Hausärzte schildern, dass schon bei ihrer Auffassung nach irrelevanten Stenosen Katheter-Eingriffe durchgeführt werden. Sie vermuten, dass diese zum Teil nur stattfinden um neue Gerätschaften oder neue Einrichtungen zu finanzieren.

Bei manchen Patienten schürt dies Misstrauen gegenüber ihrem Hausarzt, weil dieser sie zuvor nie auf die Notwendigkeit einer der zuvor beschriebenen Maßnahmen aufmerksam gemacht hat.

„Wenn da ´ne alte Dame mit ´nem Kollaps ins Krankenhaus kommt und ein Druck von 190/80 hat, hätte ich bestimmt auch, wenn ich ins Krankenhaus käme, und dann gleich ein Herzkatheter kriegt und da ´ne völlig irrelevante Stenose dann dilatiert wird und sie dann hinterher [...] völlig verunsichert ist, „warum haben Sie das denn bisher nicht festgestellt?““

(Absatz 916, Hausarztgruppe Stadt)

6. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden Versorgungsprobleme, die aktuell im ambulanten Bereich zu finden sind, untersucht. Hierzu fanden insgesamt 27 leitfadengestützte Fokusgruppen mit Hausärzten und ihren Patienten aus verschiedenen Regionen Norddeutschlands statt. Es wurde erörtert, inwiefern sich die Versorgungsprobleme zwischen den Regionen „Stadt“, „Umland“ und „Land“ unterscheiden und welche Konsequenzen sich daraus für die hausärztliche Versorgung ergeben.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Stärken und Schwächen der Studie diskutiert. Darauffolgend werden die eigenen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und mit der aktuellen Forschungsliteratur abgeglichen. Abschließend werden mögliche Lösungsansätze für die beschriebenen Versorgungsprobleme präsentiert.

6.1 Methode

Diese Forschungsarbeit zeichnet sich zunächst dadurch aus, dass die Versorgungsprobleme des ambulanten Settings erstmals mittels einer qualitativen Herangehensweise erforscht und zusammenfassend dargestellt wurden. Bis zur Abgabe der Dissertation konnten keine Studien gefunden werden, die einen ähnlichen Überblick zu dieser Thematik liefern.

In die Studie AVFN wurden zwei Personengruppen (Hausärzte und Patienten) einbezogen. Diese Herangehensweise bietet den Vorteil, die Thematik aus zwei unterschiedlichen Perspektiven, nämlich der User und der Provider, beurteilen zu können. Beide Teilnehmergruppen nannten zum Teil übereinstimmende und zum Teil abweichende Versorgungsprobleme und untermalten ihren Standpunkt durch variierende Erlebnisse und Gesichtspunkte. So gewannen die Ergebnisse an Wertigkeit, Vollständigkeit und Facettenreichtum.

Die angewandte qualitative Methode eröffnete in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, sowohl bereits bekannte, jedoch immer noch relevante Probleme, als auch neue, bisher unerforschte Versorgungsprobleme zu analysieren und in den Ergebnisteil aufzunehmen. Die Zitate der Fokusgruppen trugen darüber hinaus dazu bei, einen tieferen Einblick in die Hintergründe und Zusammenhänge dieser Probleme zu erlangen.

Des Weiteren wurde bei der Auswahl der Stichprobe ein ausgewogenes Verhältnis der Teilnehmer hinsichtlich der Kriterien Geschlecht, Alter und Region berücksichtigt.

So kann davon ausgegangen werden, dass eine große Vielfalt an Meinungen und Ansichten in den Fokusgruppen vertreten war und so berücksichtigt werden konnte. Die Auswertung der Daten fand unter professioneller Anleitung von in der qualitativen Forschung erfahrenen Wissenschaftlern statt. Auch die Ergebnisse sowie das Kategoriensystem wurden mit Wissenschaftlern verschiedener Professionen diskutiert, korrigiert und auf Schlüssigkeit überprüft⁵. Die Präsentation der Ergebnisse in der Arbeitsgruppe „Qualitative Methoden“ des Instituts für Allgemeinmedizin trug ebenfalls dazu bei, dass Perspektiven aus unterschiedlichen Fachrichtungen Eingang in die Überlegungen fanden und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit überprüft wurde.

Eine Limitation der Studie AVFN stellt das Rekrutierungsverfahren der Patienten durch die Hausärzte dar. Zwar wurde den teilnehmenden Hausärzten erläutert, dass sie während ihrer Sprechstunde konsekutiv jeden volljährigen Patienten, der keines der unter 4.2 genannten Ausschlusskriterien erfüllt, ansprechen sollten, allerdings konnte dies aufgrund des dafür nötigen personellen und finanziellen Mehraufwandes nicht kontrolliert werden. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Hausärzte vermehrt Patienten angesprochen haben, zu denen eine eher positiv geprägte Arzt-Patienten-Beziehung besteht. Eine mögliche Intention hinter diesem Vorgehen könnte der Wille gewesen sein, in den Fokusgruppen nicht negativ darstellt zu werden. Auch bei den Teilnehmern der Fokusgruppen ist eine ähnliche Verzerrung möglich. So werden eventuell vorrangig motivierte Hausärzte und Patienten mit genügend Zeit oder viel Gesprächsbedarf der Teilnahme an einer ca. zweistündigen Fokusgruppe mit zugehöriger Anfahrt zugestimmt haben. Als ein weiterer Beweggrund der teilnehmenden Patienten könnte die besonders enge Beziehung zu ihrem Hausarzt und den dadurch bedingten Gedanken, ihrem Hausarzt durch die Teilnahme einen Gefallen tun zu wollen, angeführt werden. So kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer die Ansichten des Durchschnitts widerspiegeln. Dies würde die gewonnenen Ergebnisse in eine positive Richtung verfälschen. Allerdings lässt sich an der Fülle der erarbeiteten Versorgungsprobleme und den

⁵ Dr. Heike Hansen (Gesundheitswissenschaftlerin), Dr. Nadine Pohontsch (Psychologin), Dr. Ingmar Schäfer (Soziologe), Prof. Dr. Martin Scherer (Allgemeinmediziner); Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Zitaten im Ergebnisteil erkennen, dass viel Kritik in den Fokusgruppen geäußert wurde, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass eine solche Bias nicht vorliegt. Bei der Interpretation und Auslegung der Ergebnisse muss außerdem bedacht werden, dass durch die begrenzte Zeit der Fokusgruppen womöglich nicht alle Themen ausreichend diskutiert werden konnten. Dies sollte auch bei der Darstellung der Ergebnisse in Tabelle 4 berücksichtigt werden. So kann durch ein fehlendes Kreuz in der Tabelle nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass das jeweilige Versorgungsproblem in dieser Region nicht besteht. Ein Beispiel hierfür ist die Kategorie „Budget der Hausärzte reicht nicht aus“. Dieses Versorgungsproblem wurde allein von den Hausärzten aus dem Umland nicht genannt. Dies muss jedoch nicht zwingend bedeuten, dass das Problem im Umland nicht vorhanden ist. Eventuell wurde es von den Teilnehmern nur als nicht dringend genug empfunden, um in den zwei Stunden der Fokusgruppe genannt zu werden.

6.2 Ergebnisse

Durch die Analyse der qualitativen Daten konnte eine große Anzahl an Versorgungsproblemen identifiziert werden, die aktuell im ambulanten Bereich zu finden sind. Dabei ist das Verhältnis von Problemen, die regional variieren und Problemen, die in allen einbezogenen Regionen bestehen, relativ ausgeglichen.

Versorgungsprobleme, die vorrangig den ländlichen Regionen zugeordnet wurden, sind größtenteils mit einer zu geringen Ärztedichte und einem bestehenden Nachwuchsmangel assoziiert. In diesen Regionen steigt der Behandlungsbedarf durch das alternde Patientenkontingent zudem immer weiter an, während es am Zugang zum Versorgungssystem mangelt. Für die in diesen Regionen niedergelassenen Hausärzte zieht die beschriebene Situation eine immense Mehrbelastung nach sich. Zu den Konsequenzen zählen lange Arbeitszeiten, die zum Teil bis ins Privatleben reichen, die Übernahme von fachgebietsfernen Aufgabenbereichen sowie lange Anfahrtswege zu Hausbesuchen.

In städtischen Regionen wurden hingegen primär Aspekte als Versorgungsproblem eingestuft, die durch eine hohe Arztdichte und eine geringe Arzt-Patienten-Bindung zustande kommen. Der hohe Konkurrenzdruck unter Hausärzten, der schnelle Arztwechsel sowie das geringe Ansehen der Hausärzte in der Stadt sind Problematiken, die zu diesem Themenbereich zählen.

Neben den Stadt-Land-Variationen konnten auch eine Reihe von Versorgungsproblemen erfasst werden, die in allen einbezogenen Regionen gleichermaßen bestehen. Hierunter fallen vorwiegend Probleme, die durch die Vergütung oder die Charakteristika verschiedener Patientengruppen bedingt sind. Das nicht ausreichende Budget von Hausärzten, die zu große Anzahl Leistungen, die zwar erbracht aber nicht abgerechnet werden können oder das Vorhandensein von bestimmten Patienten, die übermäßig viel Zeit während der Konsultation beanspruchen sind Engpässe, die von den Teilnehmern in diesem Kontext hervorgehoben wurden.

Hinsichtlich der Region „Umland“ lassen sich keine klaren Schlüsse ziehen. Während die Probleme einiger Umlandregionen eher denen der Städte glichen, waren andere den Herausforderungen ländlicher Regionen ähnlicher. Hier ist vermutlich die Lage der Ortschaft bzw. deren Anbindung zur nächstgelegenen Stadt entscheidend.

Die nachfolgende detaillierte Diskussion der Versorgungsprobleme und Lösungsansätze erfolgt entlang des in Tabelle 4 dargestellten Kategoriensystems und behält dessen Dreiteilung in die Bereiche „Hausärztliche Versorgungsprobleme“, „Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung“ und „Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung“ bei.

6.2.1 Hausärztliche Versorgungsprobleme

Probleme durch den demografischen Wandel

Die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Veränderungen stellen sowohl Hausärzte als auch Patienten vor eine Vielzahl von Herausforderungen. Hausärzte fürchten vor allem die Konsequenzen des alternden und behandlungsintensiveren Patientenkontexts in Zusammenhang mit dem ausbleibenden ärztlichen Nachwuchs. Sie glauben, dem daraus folgenden Ansturm auf ihre Praxis nicht gewachsen zu sein und die Patienten so nicht ausreichend versorgen zu können. Patienten hingegen sorgen sich darum, durch die sinkenden Arztzahlen bei keinem neuen Hausarzt aufgenommen zu werden, sobald ihr eigener den Ruhestand antritt.

Während der Alterungsprozess der deutschen Bevölkerung in allen Regionen voranschreitet, scheint das Thema Nachwuchsmangel nur Bewohner ländlicher Regionen zu beschäftigen. Diese Ergebnisse decken sich mit der aktuellen Literatur. Sowohl der demografische Wandel in Deutschland als auch der Nachwuchsmangel von

Hausärzten auf dem Land sind Problematiken, die schon seit langem bekannt sind und in zahlreichen Studien thematisiert wurden (zum demografischen Wandel: u.a. Menning et al. 2010, Peters et al. 2010, Pöttsch und Rößger 2015; zum Nachwuchsmangel: u.a. Weiß 2010, Steinhäuser et al 2011, Deutsch et al. 2014).

Die in den Fokusgruppen befragten Hausärzte vermuten, dass das mangelnde Interesse an ihrem Fachgebiet größtenteils durch das Imageproblem der Allgemeinmedizin bedingt ist. Dies berichtet auch eine qualitative Befragung von Hausärzten in Baden-Württemberg. Die Teilnehmer dieser Studie stammten aus städtischen und ländlichen Regionen und gaben an, dass Spezialisten im Vergleich zu Hausärzten u.a. durch die Spezialisierung und die im Alltag eingesetzten Gerätschaften viel mehr Anerkennung erhielten. Das Berufsbild des Hausarztes wirke vor allem auf die jüngere Generation aus städtischen Regionen wenig attraktiv. Weil Nachwuchsmediziner häufig dieser Personengruppe angehören, entscheide sich ein Großteil gegen die Fachrichtung Allgemeinmedizin, so die in dieser Untersuchung befragten Hausärzte (Natanzon et al. 2009).

Auch eine weitere qualitative Befragung von Medizinstudenten in Lübeck, Kiel, Greifswald und Rostock konnte die Vorbehalte des medizinischen Nachwuchses insbesondere gegenüber einer Tätigkeit als Landarzt bestätigen. Diese wird überwiegend mit negativen Aspekten, wie einer nicht gesicherten Kinderbetreuung, hoher Arbeitsbelastung, einem geringen Kultur- und Freizeitangebot und zu niedrigem Einkommen assoziiert und führt dazu, dass sich nur wenige Medizinstudenten für diese berufliche Laufbahn begeistern können (Niehus et al. 2008).

Patientenfaktoren

Der erste Unterpunkt dieser Kategorie beschäftigt sich mit Patientengruppen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder ihres Verhaltens im Praxisalltag besonders viel Zeit in Anspruch nehmen. Ihre Behandlung ist für den Hausarzt zeitlich und persönlich meist sehr belastend. Die nachfolgenden Patientengruppen lassen sich in der Studie in allen Regionen finden und beschäftigen vorrangig Hausärzte. Es lassen sich sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen mit der Literatur finden.

a) „Patienten mit sozialen Problemen“: Die Aussagen der Studienteilnehmer decken sich mit einer kanadischen Studie, laut der es in der hausärztlichen Praxis weit mehr einsame Patienten gibt, als bisher angenommen. Die Mehrzahl (54,5%) der Teilneh-

mer gab an, sich von ihrem Hausarzt Hilfe in Bezug auf soziale Probleme zu wünschen und 23,1% der befragten Patienten berichteten, in ihrer Hausarztpraxis schon einmal diese Art von Unterstützung erhalten zu haben (Hand et al. 2014). In diese Studie wurden allerdings nur ältere Patienten (70 Jahre und älter) aus einer Stadtpraxis eingebunden. Des Weiteren wurde nicht erörtert, inwiefern die Hausärzte den Umgang mit dieser Patientengruppe als Problem wahrnehmen.

Eine qualitative Studie aus den Niederlanden weist jedoch darauf hin, dass es durch einsame Patienten zu Schwierigkeiten im Praxisalltag kommt. Die befragten Hausärzte stufen ihre fachlichen Fähigkeiten als zu gering ein, um den betroffenen Patienten angemessen helfen zu können und empfanden die Zeit, die sie für Gespräche dieser Art zur Verfügung haben, als viel zu kurz. Einige Hausärzte berichteten, Beratungen von einsamen Patienten aus diesen Gründen häufig zu meiden (van Ravesteijn et al. 2008).

b) „Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen“: Den hohen Zeitaufwand und die Herausforderung, die mit der Behandlung von Suchtpatienten einhergeht, unterstreichen auch andere Forschungsprojekte zu diesem Thema. Die Studien legen jedoch trotzdem nahe, den Hausarzt aufgrund seiner vertrauensvollen Beziehung zu den Patienten in die Erkennung und Intervention mit einzubeziehen. Konkret werden ärztliche Gespräche genannt, die sich durch den hohen zeitlichen Aufwand jedoch schwer in den Praxisalltag integrieren lassen (Neuner-Jehle 2014, Reimer et al. 2014). In diesen Untersuchungen wurden die Ergebnisse allerdings nicht nach städtischen und ländlichen Regionen differenziert und ausschließlich die Abhängigkeitserkrankungen Alkohol- und Nikotinabusus betrachtet.

c) „Patienten mit Migrationshintergrund“: In einer schriftlichen Befragung im Rahmen des Tübinger Tages der Allgemeinmedizin wurden 90 Hausärzte zu ihren Gedanken zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis befragt. Als Problematiken mit diesen Patienten wurden unter anderem Verständigungsprobleme, Distanz und Schamgefühl bei der körperlichen Untersuchung und ein abweichendes Krankheitsverständnis mit diffusen, depressiven Beschwerden genannt. Die Hausärzte gaben an, dass psychotherapeutische Behandlungen auch kulturbedingt schwer angenommen werden und stufen das Krankheitswissen dieser Patienten in Bezug auf psychische Erkrankungen als gering ein (Kronenthaler et al. 2014). In dieser Befragung fand al-

lerdings keine klare Eingrenzung der Personengruppe „muslimische Patienten“ statt. So könnte es sein, dass die Ausführungen der befragten Hausärzte eher von wenig integrierten Patienten mit geringen Sprachkenntnissen handeln, was ein einseitiges und wenig differenziertes Bild von Patienten mit Migrationshintergrund darstellt. Auch bei den Ergebnissen der Studie AVFN ist eine derartige Verzerrung nicht auszuschließen.

d) „Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen“: Allgemein lässt sich in den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer eine hohe Präsenz von Problemen, die mit psychischen Erkrankungen assoziiert sind, feststellen. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass psychische Krankheiten eine besonders intensive Betreuung benötigen. Durch die häufigen, langen und zum Teil persönlich belastenden Gesprächstermine, ist diese Patientengruppe den Hausärzten womöglich präsenter als Patienten mit einmaligen und augenscheinlich weniger komplexen Behandlungsanlässen. So ist es denkbar, dass psychische Probleme mehr Raum in den Fokusgruppen einnahmen, als im wirklichen Praxisalltag.

Eine nicht nur subjektiv eingeschätzte hohe Anzahl an psychischen Beschwerden in Hausarztpraxen lässt eine Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors vermuten. Demnach nutzen bei dieser Erkrankung 87% der Patienten den Hausarzt als erste und 66% als einzige Anlaufstelle (Harfst und Marstedt 2009). Eine Analyse der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ergab ebenfalls, dass der größte Teil der Leistungen für Patienten mit psychischen Krankheiten im ambulanten Bereich von Hausärzten abgerechnet wurden (Hannöver et al. 2013).

Dass die Betreuung von Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch nimmt, berichtet auch eine Untersuchung aus dem südbadischen Raum. Laut dieser Studie dauert eine durchschnittliche Konsultation beim Hausarzt 9,4 Minuten. Bei Patienten mit psychosomatischen oder psychosozialen Problemen steigt der Zeitbedarf hingegen auf 13,4 Minuten an, was eine nicht nur gefühlte, sondern auch zeitlich messbare Mehrbelastung durch diese Patienten zeigt (Stunder et al. 2008).

Der geringe Einfluss des Standorts auf dieses Versorgungsproblem war auch das Ergebnis einer Online-Umfrage unter Allgemeinmedizinern aus urbanen und ländlichen Gebieten. Hierbei wurde erhoben, wie Hausärzte die Behandlung von Patienten

mit somatoformen Störungen bewerten. Die Teilnehmer schätzen eine Behandlung dieser Personengruppe durchschnittlich um 42,6% belastender ein als die eines „durchschnittlichen Patienten“. Es zeigte sich außerdem, dass der zeitliche Aufwand den höchsten Effekt auf die eingeschätzte Belastung hatte. Der Standort der Praxis übte dabei einen viel geringeren Einfluss auf die erlebte Belastung aus (Böckle et al. 2014).

Die Ergebnisse einer weiteren Untersuchung weisen wiederum auf eine höhere Prävalenz von Depressionsraten in kernstädtischen Kreisen als in ländlichen Regionen hin (Erhart et von Stillfried 2012). Dies lassen die hier vorgestellten Ergebnisse nicht vermuten. Nach Meinung der in der Studie AVFN befragten Hausärzte sind psychische Probleme auf dem Land ebenfalls ein häufiger Behandlungsanlass. Allerdings ist die Akzeptanz dieser Erkrankungen in ländlichen Regionen geringer, weshalb die dort ansässigen Patienten psychische Beschwerden häufig verdrängen um in der Dorfgemeinschaft nicht negativ aufzufallen, so die Studienteilnehmer.

e) „anspruchsvolle/ fordernde Patienten“: Über diese Personengruppe als Versorgungsproblem ist allgemein wenig bekannt. Aus 51 leitfadengestützten Experteninterviews mit Hausärzten aus Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen geht allerdings hervor, dass der „fordernde Patient“ einen Stressor in der hausärztlichen Praxis darstellt. Entgegen der eigenen Ergebnisse stellte sich außerdem heraus, dass diese Art der Patienten eher in ländlichen Regionen vorkommt (Heinisch 2013).

Als nächster Unterpunkt unter der Kategorie „Patientenfaktoren“ wurde das Problem geäußert, dass einige Patienten die Notwendigkeit des Hausarztbesuches falsch einschätzen. Während Bewohner der Stadt häufig schon Kleinigkeiten zum Anlass nehmen, um den Hausarzt aufzusuchen, warten einige Landbewohner zu lange bis sie hausärztlichen Rat einholen.

Dieser Aspekt ist bislang recht wenig erforscht. Einige Studien zeigen, dass die Einwohner Deutschlands nicht überall gleich häufig zum Arzt gehen. So belegt eine Auswertung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus ganz Deutschland eine statistisch signifikant geringere Anzahl an Arztkontakten im Kreistyp „ländliches Umland“ (Riens et al. 2012). Einige Studien legen hingegen nahe, dass Bewohner ländlicher Regionen zwar insgesamt genauso häufig Ärzte aufsuchen wie Städter, jedoch

seltener zu Spezialisten wie Internisten, Neurologen oder Psychiatern gehen (Thode et al. 2005, Koller et al. 2010).

Mehrere Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass das Gesundheitsbewusstsein bzw. die Motivation gesund zu leben in der älteren Landbevölkerung weniger ausgeprägt ist als in der Stadt (u.a. Mnich et al. 2013, Schoberberger et al. 2014). Als ein Grund für diese Variation wird die schlechtere Erreichbarkeit von gesundheitsfördernden Angeboten angegeben. Weitere Hintergründe und Zusammenhänge wurden in keiner der genannten Studien näher betrachtet.

Der letzte Unterpunkt („Wenig Vertrauen in die Fähigkeiten des Hausarztes“) scheint laut der eigenen Ergebnisse ein städtisches Problem zu sein. Dort ansässige Patienten nehmen ihren Hausarzt eher als Koordinator anderer fachärztlicher Behandlungen wahr und suchen dadurch bei einem Gesundheitsproblem schneller den Weg zu einem Spezialisten.

Dass dem Hausarzt in der Stadt weniger zugetraut wird als auf dem Land, konnte auch in einer qualitativen Befragung von 16 Hausärzten aus Heidelberg, dem Neckar-Odenwald-Kreis und dem Rhein-Neckar-Kreis zum Image der hausärztlichen Profession bestätigt werden. Gerade jüngere Patienten aus städtischen Regionen stellen die Kompetenz des Hausarztes laut dieser Studie in Frage. Das Internet wird zudem immer häufiger als Informationsquelle herangezogen, was eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung nach Meinung der befragten Hausärzte erschwert. Des Weiteren konnte in dieser Studie herausgestellt werden, dass die Hausärzte von jüngeren Patienten primär als Vermittler zum Spezialisten angesehen werden. Auf dem Land hingegen genießt der Hausarzt gerade unter der älteren Bevölkerung mehr Ansehen sowie ein hohes Maß an Vertrauen, so die Teilnehmer dieser Studie (Natanzon et al. 2009).

Strukturelle Probleme

a) Unterversorgung

Unter diese Kategorie fallen Versorgungsprobleme, die durch zu wenige Hausärzte bzw. durch zu wenig hausärztliche Versorgung zustande kommen. Zu den Folgen, die sich daraus für die Patienten subjektiv ergeben, zählen lange Wartezeiten, volle Wartezimmer, zu kurze Beratungsgespräche beim Hausarzt sowie unzureichende

Öffnungszeiten der Praxis. Für die befragten Hausärzte führt die Unterversorgung hingegen zu langen Arbeitszeiten und einer unausgeglichene Work-Life-Balance.

Der Mangel an Hausärzten auf dem Land konnte bereits in einer Vielzahl an Studien belegt werden (u.a. Bächle et al. 2009, Kopetsch 2010, Weiß 2010, Gerlinger 2011).

Auch die langen Wartezeiten beim Hausarzt wurden von Teilnehmern anderer Untersuchungen ebenfalls als Problem benannt. So gaben Patienten einer bundesweiten Befragung an, dass lange Wartezeiten für sie einen wesentlichen Grund darstellen, den Arztbesuch (Hausärzte und Spezialisten zusammengenommen) zu meiden (Eichenberg et al. 2015).

Einige Patienten aus städtischen Regionen bemängelten in den Fokusgruppen außerdem, dass sich ihr Hausarzt zu wenig Zeit für sie nimmt. Zu einer anderen Schlussfolgerung kommt eine internationale telefonische Befragung von Patienten. 71% aller Teilnehmer in Deutschland gaben an, dass sich ihr Hausarzt genügend Zeit für sie nehme (Stock et al. 2015). Hierbei wurden regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands allerdings nicht berücksichtigt und es wurden ausschließlich Patienten mit einem „erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf“⁶ einbezogen.

Als ein weiteres Versorgungsproblem wurden die aus Patientensicht nicht ausreichenden Öffnungszeiten der Hausarztpraxen genannt. Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (n=1.976) weisen ebenfalls darauf hin, dass viele Patienten die Öffnungszeiten in Arztpraxen (Hausärzte und Spezialisten zusammengenommen) als nicht ausreichend empfinden (Eichenberg et al. 2015).

Das letzte Versorgungsproblem unter dem Punkt „Unterversorgung“ lautet „durch zu lange Arbeitszeiten ist die Work-Life-Balance vom Hausarzt nicht gegeben“ und stellte sich als ein eher ländliches Phänomen heraus. Einige der befragten Hausärzte milderten dieses Problem jedoch ab, indem sie von Bewältigungsstrategien und der großen Dankbarkeit der Patienten berichteten. Das zunehmende Streben nach Flexibilität und Mobilität unter Nachwuchsmedizinern, konnte ebenfalls in einer qualitativen Studie aus Heidelberg belegt werden (Natanzon et al. 2009). Allerdings wurde die Ansicht, dass diese Wertvorstellungen nicht mit einer Landarztstätigkeit zu verknüpfen sind, in einer weiteren qualitativen Untersuchung widerlegt. Hier wurde die gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Niedergelassenen sogar betont (Krei-

⁶ Die Teilnehmer mussten entweder (1) an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden oder (2) sich im vergangenen Jahr aufgrund einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder eines Unfalls in Behandlung begeben haben oder (3) sich in den letzten beiden Jahren einer Operation unterzogen haben oder (4) in den letzten beiden Jahren stationär behandelt worden sein.

ser et al. 2014). In einer anderen qualitativ angelegten Befragung von Hausärzten aus städtischen und ländlichen Regionen konnte nur eingeschränkt dargelegt werden, dass dieser Aspekt von Hausärzten als Versorgungsproblem empfunden wird. Während viele ältere Hausärzte kein Problem mit der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben bei einer Niederlassung auf dem Land sehen, lehnen jüngere Ärzte dies eher ab (Niehus et al. 2008).

b) Überversorgung

Zur Überversorgung im hausärztlichen Bereich ist allgemein wenig bekannt. In den Fokusgruppen bemängelten die in der Stadt niedergelassenen Hausärzte vor allem die bestehende Konkurrenz zwischen den ortansässigen Kollegen und das häufig wechselnde Patientenklientel.

Hausärzte aus städtischen und ländlichen Regionen, die im Rahmen einer qualitativ angelegten Studie befragt wurden, betonten ebenfalls die geringe Konkurrenz unter Hausärzten als einen positiven Aspekt der ländlichen Niederlassung (Natanzon et al. 2010).

Bei einer Befragung von 620 Hausärzten aus Mecklenburg-Vorpommern gaben hingegen häufiger Hausärzte aus städtischen Regionen an, dass die Beziehung zu ihren Patienten gut und der Austausch mit Kollegen positiv zu bewerten sei (Schäfer et al. 2008). Auch bei einer qualitativen Befragung von 51 Hausärzten aus Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen wurde die kollegiale Unterstützung im Alltag eher in Städten hervorgehoben (Heinisch 2013).

c) Infrastruktur

Unter diesen Aspekt fallen die langen Anfahrtszeiten zu Hausarztpraxen und Hausbesuchen. Während dies in der Stadt eher auf die schlechte Parkplatzsituation zurückzuführen ist, sind auf dem Land die langen Wege und der mangelnde Ausbau des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) ausschlaggebend.

Zu den Problemen in Bezug auf die Erreichbarkeit von Hausarztpraxen bzw. Hausbesuchen ist bislang wenig bekannt. Greß und Stegmüller (2011) berichteten allerdings, dass der ÖPNV in den ländlichen Regionen Hessens zum Teil sehr eingeschränkt verfügbar ist und die Patienten daher selbst an Werktagen auf den Individualverkehr zurückgreifen müssen.

Außerdem zeigen sich für die Facharztgruppe der Dermatologen in der Metropolregion Hamburg⁷ klare Unterschiede. Während die meisten Einwohner (94,5%) der Stadt Hamburg einen Dermatologen mit dem PKW innerhalb von 10 Minuten erreichen können, beträgt z.B. die Anfahrtszeit im Landkreis Cuxhaven für 17,7% der Einwohner mehr als 60 Minuten. Auch bei Betrachtung der Erreichbarkeit durch den ÖPNV wird die Benachteiligung der ländlichen Räume deutlich. In Hamburg gelangen 48,4% der Patienten innerhalb von 20 Minuten zum nächsten Dermatologen, während über die Hälfte der Bewohner vieler Landkreise (wie etwa Cuxhaven, Lüchow-Dannenberg oder Steinburg) hierfür länger als 60 Minuten benötigt (Augustin et al. 2015). Weil die Hausarztichte laut dem Versorgungsatlas ähnliche Variationen wie die Hautarztichte aufweist, sind vergleichbare regionale Differenzen bezüglich der Erreichbarkeit der Arztpraxen möglich (Versorgungsatlas 2014).

Vergütung

Versorgungsprobleme, die mit der Vergütung assoziiert sind, gibt es laut der eigenen Ergebnisse in allen in die Studie eingeschlossenen Regionen. Hierzu zählt das nach Meinung der Studienteilnehmer nicht ausreichende Budget der Hausärzte sowie die Menge an vom Hausarzt erbrachten, jedoch subjektiv nicht immer angemessen abzurechnenden Leistungen. Einige Patienten bemängelten, dass ihr Hausarzt ihnen schon einmal ihrer Meinung nach benötigte Leistungen, wie z.B. Massage oder Krankengymnastik, aufgrund seines zu geringen Budgets verwehrt hat. Hierbei ist jedoch nicht klar abzuschätzen, ob diese Anwendungen bei den betroffenen Patienten wirklich medizinisch indiziert waren.

Trotzdem legen die Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung unter Hausärzten (n=1.921) nahe, dass dieses Versorgungsproblem im Praxisalltag durchaus präsent ist und Konsequenzen nach sich zieht. Die Teilnehmer dieser Studie wurden zu Strategien befragt, die sie anwenden, um kostenintensive Patienten, die das Budget z.B. aufgrund von teuren Medikamenten schnell erschöpfen, zu vermeiden. Die häufigsten drei Lösungsansätze waren die Ablehnung dieser Patienten, die Überweisung zum Spezialisten und die Verringerung oder das Einstellen der Haus- und Heimbe-

⁷ Zur Metropolregion Hamburg zählen die Städte Hamburg, Lübeck und Neumünster sowie die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Ostholstein, Pinneberg, Segeberg, Steinburg, Stormarn, Cuxhaven, Harburg, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Rotenburg (Wümme), Heidekreis, Stade, Uelzen, Nordwestmecklenburg (einschließlich Wismar) und ein Teil des Landkreises Ludwigslust-Parchim (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012).

suche. Der überwiegende Teil der Hausärzte (75,4 %) war außerdem der Meinung, dass diese Strategien zur Vermeidung von Regressen für die Patienten zu relevanten gesundheitlichen Nachteilen führen. Als negative Einflüsse auf die Gesundheit der Patienten gaben die Hausärzte an, dass sie durch das Vergütungssystem beispielsweise zeitaufwendige und schlecht bezahlte Leistungen meiden, ihre Arbeitsmotivation und –zufriedenheit gemindert ist, sie häufiger zu Spezialisten überweisen und die „sprechende Medizin“ aus wirtschaftlichen Gründen vernachlässigen (Sino-watz 2015).

6.2.2 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung

Unterversorgung in der Spezialistenversorgung

Unter diese Kategorie fallen Versorgungsprobleme, die subjektiv zu verschiedenen Arten von Unterversorgung führen. Hierzu zählen lange Wartezeiten auf einen Termin beim Spezialisten, lange Anfahrtszeiten zu den Spezialisten, die Übernahme von Aufgabenbereichen der Spezialisten durch den Hausarzt, der Mangel an bestimmten Spezialistengruppen sowie die Einschätzung, dass sich Spezialisten zu wenig Zeit für die Patienten nehmen.

Auch bei einer internationalen Umfrage unter Allgemeinmedizinern gaben 68% der deutschen Ärzte an, die Wartezeit auf einen Facharzttermin als Problem wahrzunehmen (Hertle und Stock 2015). Bei einer weiteren internationalen Befragung unter Patienten mit „erhöhtem Versorgungsbedarf“ (vgl. Fußnote Nr.6) teilten 79% der zufällig ausgewählten Teilnehmer mit, dass sie nach einer Überweisung zum Spezialisten mit keiner Wartezeit bzw. einer Wartezeit von unter vier Wochen rechnen mussten. 11% berichteten, dass die Wartezeit 8 Wochen überschritt. Mit diesen Ergebnissen liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld (Stock et al. 2015). In den Fokusgruppen gaben einige Studienteilnehmer außerdem an, durch die langen Wartezeiten auf einen Termin auf Selbstmedikation zurückzugreifen. Diese Aussage ist auch in den Ergebnissen eines anderen Forschungsprojektes zu finden. Zu den möglichen Folgen dieser Eigeninitiative zählen negative Wechselwirkungen oder die falsche Dosierung von Medikamenten (Eichenberg et al. 2015).

Das Versorgungsproblem „Lange Anfahrtszeit zu den Spezialisten“ war in den Fokusgruppen aller eingeschlossenen Regionen Thema. Hierbei muss betont werden, dass dies das rein subjektive Empfinden der Studienteilnehmer widerspiegelt und

keine bestimmte Strecke vorgegeben war, die als „kurz“ oder „lang“ galt. So kann ein Bewohner der Stadt ein anderes Verständnis von einer „langen Anfahrtszeit“ haben, als ein Landbewohner. Eine regionale Variation berichtet auch eine repräsentative Befragung unter niedergelassenen Allgemeinmedizinern in Mecklenburg-Vorpommern in Bezug auf Patienten mit Suchterkrankungen. Während die Entfernung zwischen Hausarztpraxis und Spezialist in Gemeinden mit mehr als 40.000 Einwohnern im Mittel 2 km betrug, waren diese Einrichtungen in ländlich geprägten Regionen im Schnitt sechsmal so weit voneinander entfernt (Ulbricht et al. 2007).

Viele der im Rahmen der Studie AVFN befragten Hausärzte aus den Regionen Land und Umland berichteten in Zusammenhang mit dem Mangel an Spezialisten, dass sie aufgrund dieser Unterversorgung Aufgabenbereiche anderer Fachärzte übernehmen. Dieser Aspekt konnte in anderen Studien nur ansatzweise beschrieben werden. Zwar gibt es Forschungsprojekte, die darauf hinweisen, dass Landärzte ein breiteres Behandlungsspektrum anbieten als Hausärzte in der Stadt, allerdings ist zu den Hintergründen wenig bekannt. In diesen Studien werden die vielfältigen Behandlungsanlässe von angehenden und niedergelassenen Medizinerinnen als Motivationsgrund zum ausüben einer Landarztstätigkeit angegeben, was sich mit den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer deckt (Kreiser et al. 2014, Maenne et al. 2015).

Die Teilnehmer der Fokusgruppen nennen in diesem Zusammenhang auch immer wieder die Befürchtung, dass sie ihren Wissensstand, gerade im psychotherapeutischen Bereich, für nicht ausreichend halten, um den Patienten eine angemessene Versorgung zu bieten. Die Ergebnisse eines systematischen Reviews lassen allerdings vermuten, dass psychosoziale Interventionen von Hausärzten durchaus wirksam sind. Allerdings sind die erzielten klinischen Effekte eher klein und kurzzeitig, weshalb noch weiterer Optimierungsbedarf besteht (Fritsche et al. 2006).

In den Fokusgruppen wurde außerdem von bestimmten Spezialistengruppen berichtet, an denen es laut der Studienteilnehmer mangelt. Hierbei ist zu beachten, dass wahrscheinlich nur Spezialistengruppen Eingang in die Ergebnisse fanden, zu denen Hausärzte oder Patienten einen Bezug haben. Weil Fachärzte wie beispielsweise Anästhesisten oder Rechtsmediziner nicht hierzu gezählt werden können, sind diese womöglich auch nicht in den Ergebnissen präsent, obwohl objektiv eventuell ein Mangel in diesen Fachbereichen besteht. Als besonders unterbesetzt wurde die Spezialistengruppe der Psychiater und Psychologen eingestuft, was auch andere Studien berichten (u.a. Jordan et al. 2011, Grözinger et al. 2011).

Einige Studienteilnehmer kritisierten zudem, dass sich ihre Spezialisten zu wenig Zeit für sie nehmen oder ihnen Befunde nicht bzw. nicht verständlich erläutern. Diese Aussagen sind subjektive Meinungen und Ansichten der Befragten und können durch persönliche Eigenarten oder Erlebnisse beeinflusst sein. So ist es zum Beispiel denkbar, dass Patienten der Befund vom zuständigen Spezialisten zwar erklärt wurde, sie den Befund jedoch nicht schnell genug verarbeiten konnten, um eventuelle Nachfragen zu stellen und so zusätzlich den Hausarzt zu Rate ziehen mussten.

Jedoch zeigten auch die Ergebnisse einer internationalen telefonischen Befragung unter Patienten, dass diese Thematik als Problem eingeschätzt werden kann. Obwohl die Mehrheit aller Befragten (70%) angab, dass Spezialisten ihnen während der Konsultation die Möglichkeit gaben, Fragen zu stellen, lag Deutschland mit diesem Ergebnis im Vergleich mit anderen Ländern im unteren Mittelfeld. Auch bei der Frage, ob Spezialisten über Behandlungsalternativen aufklären, schnitt Deutschland im internationalen Vergleich eher schlecht ab (Stock et al. 2015).

Schnittstellenprobleme mit den Spezialisten

An der Studie AVFN teilnehmende Hausärzte aus der Stadt und dem Umland beauftragten in Bezug auf Schnittstellenprobleme mit anderen Facharztgruppen, dass sie zum Teil keine Arztbriefe ihrer Patienten erhalten. Hierbei darf jedoch nicht der Spezialist als alleiniger Auslöser für dieses Versorgungsproblem betrachtet werden. Auch der Umstand, dass einige Patienten einen Spezialisten ohne Überweisung des Hausarztes aufsuchen, kann zu einer solchen Problematik führen. In diesem Fall kann der Spezialist den Arztbrief nur weiterleiten, wenn der Patient ihm den verantwortlichen Hausarzt nennt.

Eine retrospektive Beobachtungsstudie aus Göttingen belegt dieses Schnittstellenproblem zumindest in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen. Nur in einem Drittel der Fälle erhielten die Hausärzte einen orthopädischen Befundbericht. Abgesehen von den unzureichenden Therapieempfehlungen empfanden die Hausärzte die Qualität der Arztbriefe jedoch größtenteils als ausreichend (Chenot et al. 2009).

6.2.3 Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung

Unterversorgung im stationären Sektor

Als ersten Kritikpunkt unter der Kategorie „Unterversorgung im stationären Sektor“ nannten die befragten Hausärzte die sehr frühen Entlassungen einiger Patienten aus dem Krankenhaus. Zu diesem Thema wurden auch Ärzte und Pflegekräfte aus vier Krankenhäusern im Rahmen einer anderen qualitativ angelegten Studie befragt. Entgegen dem Empfinden der in der Studie AVFN befragten Hausärzte vertraten viele Teilnehmer die Meinung, dass der Entlassungszeitpunkt nach medizinischen und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien festgelegt wird (Buhr und Klinke 2006). Auch weitere Studien beschrieben keine systematischen „blutigen Entlassungen“ (Sens et al. 2009).

Als ein weiteres Versorgungsproblem wurde der Personalmangel von Krankenhäusern auf dem Land erwähnt. Der Personalmangel scheint in ganz Deutschland präsent und fachübergreifend vorhanden zu sein (Schaffartzik 2009, Papenfuß und Roch 2012). Diese Studien betrachten den Fachkräftemangel jedoch nicht differenziert nach Regionen. In der aktuellen Forschungsliteratur finden sich allerdings, übereinstimmend mit den in den Fokusgruppen getätigten Aussagen, Hinweise darauf, dass durch den Personalmangel vermehrt Honorarärzte⁸ eingestellt werden (Papenfuß und Roch 2012). Für die von den Studienteilnehmern geäußerte Behauptung, dass das Honorararztsystem zu Qualitätseinbußen führen würde, finden sich jedoch nur zum Teil Belege in der aktuellen Forschungsliteratur (Schüttler 2012, Schäfer 2012).

Die Teilnehmer der Fokusgruppen bemängelten außerdem die lange Anfahrtszeit zu Krankenhäusern in ländlichen Regionen. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland bislang über eine gute Erreichbarkeit von stationärer Versorgung (Gerlach et al. 2014). Knapp drei Viertel der deutschen Bevölkerung können das nächstliegende Krankenhaus innerhalb von 10 Minuten erreichen (Schlömer 2011). Bei dieser Statistik wurde jedoch nur der PKW als Transportmittel berücksichtigt. Trotzdem bemerkt der Autor dieser Studie, dass eine Reduktion der Krankenhausanzahl die Erreichbarkeit, besonders in ländlichen Regionen, in Zukunft stark einschränken könnte.

⁸ Honorarärzte sind Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011).

Schnittstellenprobleme im stationären Sektor

Unter diese Kategorie fällt der von einigen Hausärzten geäußerte Kritikpunkt, dass der Krankenhausbericht ihrer Patienten häufig nicht vorhanden oder von mangelnder Qualität ist. Die Ergebnisse einer internationalen Umfrage unter Allgemeinmedizinerinnen aus 11 Industrienationen bekräftigen diese Annahme. Von den deutschen Hausärzten gaben nur 24% an, Daten zu ihren Patienten nach einer Krankenhauseinweisung oder Notfallaufnahme routinemäßig zu erhalten. Zum Vergleich: In England gaben 83% der Teilnehmer an, regelmäßig einen Krankenhausbericht zu erhalten (Hertle und Stock 2015).

Übertherapie im Krankenhaus

Als ein weiteres Versorgungsproblem betrachteten Hausärzte und Patienten die ihrer Meinung nach im Krankenhaus überdurchschnittlich häufig und unnötig durchgeführten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen. Hinweise darauf liefert auch eine Studie aus der Schweiz. In dieser wurden die Kosten, die für eine Erstbehandlung anfallen, zwischen dem hausärztlichen Notfalldienst und dem ortsansässigen Krankenhaus verglichen. Im Krankenhaus lagen die Behandlungskosten 134% höher als bei den Hausärzten. Die höheren Kosten kamen dabei vor allem durch die Vielzahl an diagnostischen Maßnahmen zustande. Unter diese Maßnahmen fielen allerdings nicht nur technische Untersuchungen, sondern auch der umfangreiche internistische Status (Fritschi und Ballmer 2014). Inwiefern dieser finanzielle Mehraufwand jedoch durch unnötige Therapien zustande kam, wurde nicht näher untersucht.

Eine Übersichtsarbeit zu dieser Thematik liefert einen möglichen Grund für die unterschiedlich hohen Ausgaben. Es wird vermutet, dass gerade „kleinere“, unkomplizierte Notfälle im Krankenhaus häufig von jungen und unerfahrenen Ärzten betreut werden. Aus Unsicherheit weisen diese Ärzte aufwändige Diagnostikmaßnahmen an, was zu hohen Kosten führt (Streuli 2015).

Die eigenen Ergebnisse decken sich größtenteils mit der aktuellen Forschungsliteratur zu den einzelnen Themen. Während einige Versorgungsprobleme, wie beispielsweise der Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin, bereits umfassend beforscht sind, ist zu anderen Aspekten und deren Folgen, wie etwa der hausärztlichen Überversorgung in Städten, bislang wenig bekannt.

6.3 Lösungsansätze

Im Folgenden sollen mögliche Lösungsansätze für die in dieser Forschungsarbeit erarbeiteten Versorgungsprobleme dargestellt werden. Durch die Fülle der gewonnenen Ergebnisse wird hier nur eine Auswahl denkbarer Strategien und Projekte aufgezeigt. Es sind daher weiterführende Studien mit Schwerpunktsetzungen zu den einzelnen Versorgungsproblemen notwendig, um tiefere und konkretere Maßnahmen zu entwickeln. Bei der Darstellung der Lösungsansätze wird die Gliederung des Kategoriensystems (vgl. Tabelle 4) beibehalten.

Hausärztliche Versorgungsprobleme

Probleme durch den demografischen Wandel

Die Folgen der zunehmend alternden Bevölkerung stellen ein Problem dar, zu dessen Lösung es keine kurzfristigen Maßnahmen gibt. Vielmehr sollte sich das Gesundheitssystem auf die steigende Anzahl an älteren und multimorbiden Patienten einstellen und die hierfür nötigen strukturellen Ressourcen bereithalten. Maßnahmen wie etwa Disease-Management-Programme (DMP) leisten hierzu einen entscheidenden Beitrag. Ziel dieser strukturierten Behandlungsprogramme ist es, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern (§137f, SGBV), indem z.B. spezielle Programme und Schulungen für die Betroffenen angeboten werden (Drabik et al. 2012). Konzepte dieser Art sind angesichts des steigenden Anteils älterer und multimorbider Menschen zu befürworten. DMPs werden jedoch unter anderem von Ärzten aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands kritisiert, weshalb weiterhin Optimierungsbedarf besteht (Kirchner 2005).

Der ausbleibende Nachwuchs in der Allgemeinmedizin ist ein seit langem bekanntes Versorgungsproblem. Dementsprechend zahlreich sind die bereits erarbeiteten Lösungsansätze zu dieser Thematik. An neun medizinischen Fakultäten in Deutschland existieren Maßnahmen und Programme, um Medizinstudierende für das Fach Allgemeinmedizin zu begeistern. Hierzu zählen unter anderem allgemeinmedizinische Vorlesungen, Hospitationen in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen sowie Blockpraktika im Fach Allgemeinmedizin (Blozik et al. 2014). Es existiert eine Vielzahl an weiteren Initiativen zur Lösung des Nachwuchsproblems. So soll beispielsweise die „Summerschool Allgemeinmedizin“, eine 3-tägige Veranstaltung mit Workshops, Kur-

sen und Informationen zu verschiedenen allgemeinmedizinischen Themen, interessierten Medizinstudierenden die Möglichkeit geben, ihr Wissen in dieser Fachrichtung zu vertiefen (DEGAM 2015a). Die gleiche Zielgruppe soll auch die Nachwuchsakademie der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) ansprechen. Das Förderprogramm bietet den Teilnehmern unter anderem ein individuelles Mentoring durch erfahrende Allgemeinmediziner sowie Unterstützung in den Bereichen Studium, Promotion und Berufsplanung (DEGAM 2015b). Doch nicht nur während des Studiums, sondern auch während der Weiterbildung und vor der Niederlassung gibt es mehrere Initiativen um Anreize für das Fach Allgemeinmedizin zu schaffen. So können niedergelassene Ärzte einen Zuschuss beantragen, um ihren Weiterbildungsassistenten eine vergleichbare Vergütung wie im Krankenhaus zu bieten. Auch die Niederlassung in Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung fördern einige Kassenärztliche Vereinigungen mit Investitionszuschüssen (KBV 2016a).

Auch wenn diese Maßnahmen bereits einen wichtigen Beitrag zur Behebung des Nachwuchsproblems in der Allgemeinmedizin geleistet haben, scheint es noch längst nicht gelöst. Es gilt daher weitere allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen einzuführen und an allen deutschen Universitäten mit medizinischer Fakultät Lehrstühle für Allgemeinmedizin aufzubauen. Des Weiteren könnte der direkte Austausch mit auf dem Land niedergelassenen Hausärzten dazu führen, Vorurteile gegenüber dieser Tätigkeit abzubauen. Famulaturen auf dem Land oder ins Studium integrierte Gesprächszirkel zwischen Medizinstudenten und Landärzten haben das Potential dies zu realisieren, indem sie Einblick in den Alltag eines Landarztes gewähren und so das Bewusstsein für die positiven Seiten des Landarztlebens schärfen. Außerdem gilt es die Attraktivität von nachwuchsschwachen Regionen für Hausärzte und ihre Familie zu steigern. Maßnahmen wie eine höhere Vergütung oder der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten, um eine Teilzeittätigkeit für Ärzte zu ermöglichen, könnten dies leisten.

Neben dem Nachwuchsmangel auf dem Land sollte auch der Nachwuchsmangel in Randlagen und wenig attraktiven Lagen von Städten Eingang in die Problemwahrnehmung finden. Zu den wenigen Projekten in diesem Bereich zählt das Entwicklungs- und Handlungskonzept der OptiMedis AG für die sozial benachteiligten Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn. Ziel ist es unter anderem, den Gesundheitsstatus der dort ansässigen Bevölkerung zu verbessern und medizinischen Nachwuchs

für diese Stadtteile zu gewinnen, um eine Verbesserung der Versorgungssituation vor Ort hervorzurufen (Fischer et al. 2015). Projekte dieser Art sollten bei Erfolg ausgebaut und auf andere Stadtteile Deutschlands übertragen werden.

Patientenfaktoren

Probleme, die unter diese Kategorie fallen, sind generell eher bedingt beeinflussbar. Sie sind größtenteils im individuellen Charakter des Patienten verankert und so nur schwer durch allgemeingültige Maßnahmen zu beheben.

Trotzdem könnte etwa der Ausbau von Anlaufstellen und Therapieangeboten für Patienten, die übermäßig viel Zeit beanspruchen, den Hausarzt entlasten. Hierzu zählen beispielsweise Vereine und Veranstaltungen zum Knüpfen von sozialen Kontakten für einsame Patienten, Selbsthilfegruppen für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Dolmetscher, Sprachkurse und weitere Integrationsprogramme für Patienten mit Migrationshintergrund sowie psychologische Betreuungsangebote für Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen.

Vor allem an psychologischen Versorgungsangeboten scheint es nach Ansicht der Studienteilnehmer zu mangeln. Angebote zur Lösung dieses Problems könnten in Form von strukturierten psychosozialen Interventionen der häufigsten psychischen Störungen in der Hausarztpraxis verwirklicht werden. Diese müssten jedoch in einem für den Hausarzt akzeptablen Zeitrahmen umsetzbar sein (Fritzsche et al. 2006). Ziel dieser Maßnahmen sollte es dabei jedoch nicht sein, den Besuch beim Psychologen oder Psychiater zu ersetzen. Sie sollen allenfalls eine Zwischenlösung darstellen, um das Bewusstsein des Patienten für dessen Erkrankung zu stärken und seine Symptome und Beschwerden nach Möglichkeit nicht weiter zu verschlimmern. Darüber hinaus sollten Aufklärungsprogramme geschaffen werden, um die Akzeptanz von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zu steigern (Bsp: Psychnet Hamburg (Härter et al. 2012)). Wenn dadurch die mit dieser Erkrankung verbundene Stigmatisierung sinkt, könnte dies einen unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitslast des Hausarztes haben, weil weniger Gesprächstermine nötig sind um die Erkrankung zu akzeptieren.

Die Lösungsansätze für die nachfolgende Kategorie „Patienten schätzen die Notwendigkeit des Hausarztbesuches falsch ein“ sollten für zwei unterschiedliche Patiententypen konzipiert sein. Patienten, die den Hausarztbesuch zu lange hinauszögern, könnten gezielt zu Routine- und Vorsorgeuntersuchen eingeladen werden. Zu-

dem ist es möglich, dass bundesweite Aufklärungsmaßnahmen (z.B. zur Effizienz von Darmkrebsfrüherkennung) zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins dieser Menschen beitragen. Gleichzeitig sollten aber auch Patienten, die eher dazu neigen aufgrund von Bagatellen den Hausarzt aufzusuchen, z.B. durch den Hausarzt oder die Medien über ihr Fehlverhalten informiert werden. Inhalte dieser Aufklärungen könnten etwa sein, dass nicht jede Erkältung mit einer Antibiotikatherapie einhergehen und nicht jeder Hautausschlag eine Allergie bedeuten muss.

Um das Versorgungsproblem „Wenig Vertrauen in die Fähigkeiten des Hausarztes“ zu bewältigen, ist es nötig, der Bevölkerung die Komplexität seiner Leistung zu verdeutlichen. Dabei sollte der Hausarzt nicht auf seine Funktion als Gatekeeper im Gesundheitssystem reduziert werden. Er behandelt täglich ein breites Spektrum an Behandlungsanlässen, muss diese richtig einordnen und daraus geeignete Handlungsempfehlungen ableiten. Hierfür ist Wissen aus allen Spezialistenbereichen erforderlich (Dieckhoff et al. 2001). Zudem ist der Hausarzt durch die häufig lange und persönliche Beziehung zu seinen Patienten im Stande, neben physischen auch psychische und soziale Faktoren in die Entscheidungs- und Therapiefindung mit einzubeziehen (Klimm 1990). Die Möglichkeit eine Krankheit so umfassend und ganzheitlich beurteilen zu können besitzt ein hochspezialisierter Arzt häufig nicht (Hunze 2003). Außerdem sollte sich in der Allgemeinheit die Auffassung durchsetzen, dass der Hausarzt oft nicht nur Eingangsuntersuchungen und Überweisungen, sondern auch eine Vielzahl an Langzeitbehandlungen durchführt. Insbesondere für multimorbide ältere Patienten nimmt er eine zentrale Rolle in der Versorgung ein und auch für viele Patienten mit psychischen Beschwerden stellt der Hausarzt die alleinige Anlaufstelle dar (Katon et al. 2001, Harfst und Marstedt 2009).

Einen Beitrag um die Bedeutsamkeit des Hausarztes zu festigen, liefert die Kampagne „Wir arbeiten für ihr Leben gern“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie stellt unter anderem Hausärzte auf Plakatwänden oder Praxisflyern exemplarisch vor und will der Bevölkerung so die Anliegen der Ärzte veranschaulichen und aufzeigen, was diese täglich leisten (KBV 2016c).

Das Ziel die Rolle des Hausarztes zu stärken und eine Fragmentierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verhindern, verfolgt auch die hausarztzentrierte Versorgung der Krankenkassen. Diese soll dazu führen, dass Patienten immer zunächst den Hausarzt aufsuchen. Die an diesem Konzept teilnehmenden Patienten verpflichten sich dazu, einem bestimmten Hausarzt zu konsultieren und andere

Fachärzte nur nach einer Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen⁹. Im Gegenzug bieten die Krankenkassen z.B. Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an (Bundesministerium für Gesundheit 2015c).

Strukturelle Probleme

a) Unterversorgung

Um die Problematiken unter dieser Kategorie zu lösen, gilt es den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin (siehe Lösungsvorschläge unter „Nachwuchsprobleme“) gezielt zu fördern und Entlastung für die bereits niedergelassenen Hausärzte zu schaffen. Die in den betroffenen Regionen angesiedelten Hausärzte könnten beispielsweise durch nicht-ärztliche Case Manager unterstützt werden. Case Manager sind z.B. speziell ausgebildete MFAs, welche die Versorgung der Patienten koordinieren, organisieren und zwischen den Schnittstellen (z.B. zum Pflegepersonal/ zu Spezialisten/ zum Krankenhaus) vermitteln. So soll der Hausarzt entlastet und die Wartezeiten verringert werden. Dieses Konzept ist in Deutschland bislang eher rudimentär vorhanden und sollte weiter ausgebaut werden. Hierzulande greifen erst 16% der Primärärzte auf diese Möglichkeit zurück, während beispielsweise in den Niederlanden etwa dreimal so viele Ärzte von diesem Angebot Gebrauch machen (Hertle und Stock 2015). Auch weitere Fortbildungsmaßnahmen für medizinische Fachangestellte, wie VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), verfolgen diesen Leitgedanken und haben das Potential dem Hausarzt qualifizierte Unterstützung im Praxisalltag zu liefern (Kalitzkus et al. 2009). Der weitere Ausbau von Konzepten dieser Art könnte dazu beitragen, den in ländlichen und strukturschwachen Regionen ansässigen Ärzten kürzere Arbeitszeiten und mehr Freizeit zu verschaffen, was indirekt auch einen positiven Einfluss auf die Nachwuchssituation in diesen Regionen haben könnte. Auch durch den Aufbau von weiteren Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) in ländlichen Regionen ist es denkbar, einige der durch Unterversorgung entstandenen Probleme lösen. Sie verringern die finanzielle Belastung des einzelnen Arztes und schaffen die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung (Naegele und Gerling 2013).

⁹ Eine Ausnahme gilt für Augen-, Frauen- und Kinderärzte.

b) Überversorgung

Wie viele Ärzte sich in Deutschland wo niederlassen dürfen, regelt die Bedarfsplanung. Über Verhältniszahlen wird festgelegt, wann eine bestimmte Region als überversorgt gilt. Ist eine Region von Überversorgung betroffen, dürfen sich als Konsequenz Ärzte in diesem Gebiet z.B. nur niederlassen, wenn sie eine bereits bestehende Praxis übernehmen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015). Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit weisen jedoch darauf hin, dass die Verteilung der Arztsitze trotz der gesetzlichen Regelung nicht optimal ist. Hier ist es ratsam, dass die den Verhältniszahlen zugrunde liegende Rechnung erneut geprüft und gegebenenfalls angepasst bzw. erweitert wird. Dies berichten auch andere Untersuchungen (Ozegowski und Sundbacher 2012). Des Weiteren könnte der hohen Ärztedichte in Städten möglicherweise entgegengewirkt werden, indem Niederlassungen auf dem Land an Attraktivität gewinnen (siehe Lösungsansätze zu Nachwuchsproblemen).

c) Infrastruktur

Um die langen Anfahrtswege für Patienten in ländlichen Regionen zu verringern, sind beispielsweise organisierte Fahrdienste für Patienten, die den Individualverkehr nicht nutzen können, denkbar. Außerdem könnten Kooperationspraxen in den von diesem Problem betroffenen Regionen zum Einsatz kommen. Dieses Konzept sieht vor, dass die Versorgung dort von Hausärzten aus der Umgebung aufrecht gehalten wird. Hierzu sollen sie an festgelegten Tagen in geeigneten Räumlichkeiten oder in Praxen der in Rente gegangenen Kollegen praktizieren und den Einwohnern so eine hausärztliche Anlaufstelle bieten (Bächle et al. 2009). Auch eine Art „mobile Arztpraxis“ in Form eines Fahrdienstes, der in regelmäßigen Abständen von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen oder von Ärzten aus den regionalen Krankenhäusern übernommen wird, wäre ein möglicher Lösungsansatz (Bsp.: Die „Rollende Arztpraxis“ der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) (KVN 2016)). Der Einsatz von Telemedizin, also der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien zwischen Arzt und Patient, kann ebenfalls Unterstützung in der Sicherstellung der Versorgung über räumliche Distanzen hinweg leisten (Brauns und Loos 2015). Im deutschen Telemedizinportal sind mittlerweile über 200 Projekte dieser Art registriert, die zum Teil speziell für ländliche Räume konzipiert sind (Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme (FOKUS) 2016).

Vergütung

Die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer zu dem Themenfeld „Vergütung“ legen nahe, dass es nötig ist, das hausärztliche Budget an bestimmte Gegebenheiten anzupassen. So sollten die von den Hausärzten genannten fehlenden Leistungen in die Abrechnung aufgenommen bzw. höher vergütet werden. Hierzu zählen vor allem die psychische bzw. psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt sowie weitere gesprächsintensive Behandlungsanlässe, wie die Beratung bei privaten oder beruflichen Problemen. Der aktuelle Hausarzt- EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) berücksichtigt diese Mängel mit der Einführung der Gesprächsziffer. Dadurch kann ein ärztliches Gespräch bei Hausärzten als Einzelleistung abgerechnet werden, wenn dieses mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht (KBV 2014). Diese Neuerung wird jedoch unter anderem aufgrund der fehlenden Definition einer lebensverändernden Erkrankung sowie der Mengenbegrenzung dieser Leistung kritisiert (Institut für Wissen in der Wirtschaft (IWW) 2014). Außerdem ist abzuwägen, inwiefern diese Behandlungsanlässe in den hausärztlichen Aufgabenbereich fallen und ob sie von anderen Professionen wie Neurologen, Psychologen oder Psychiatern übernommen werden sollten. Dies könnte den Hausarzt zeitlich und persönlich entlasten und zu einer gezielteren Versorgung der betroffenen Patienten führen.

Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die Spezialistenversorgung

Unterversorgung in der Spezialistenversorgung

Um den Spezialistenmangel in den genannten Fachbereichen, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen (z.B. lange Wartezeiten auf einen Termin beim Spezialisten und lange Anfahrtszeiten zu den Spezialisten) zu beheben, sind ähnliche Konzepte wie für den Hausarztmangel anzustreben. Auch hier könnte in unterversorgten Gebieten eine dezentralisierte Versorgung in Form von Kooperationspraxen (vgl. Strukturelle Probleme – Infrastruktur) geschaffen werden, um die Anfahrtszeiten für die betroffenen Patienten zu verkürzen. Mobile Arztpraxen sowie der Einsatz von Telemedizin sind ebenfalls denkbare Ansätze.

Für das Versorgungsproblem „Spezialisten nehmen sich zu wenig Zeit für die Patienten“ sind mehrere Ursachen denkbar. Es könnte durch die persönliche Art des Spezialisten begründet sein, eine eher anonyme Beziehung zu den Patienten zu wahren

und die Gespräche möglichst kurz zu halten. Ein anderer Beweggrund für dieses Verhalten könnte die große zu versorgende Patientenanzahl sein, die dem Spezialisten nicht die Möglichkeit bietet, genügend Zeit für den Einzelnen zu veranschlagen. Während der erste Grund schwer beeinflussbar ist, sollte bei der zweiten Ursache die Entlastung des Spezialisten im Vordergrund stehen. Hier sind ähnliche Konzepte wie bei den Hausärzten denkbar (siehe: Strukturelle Probleme – Unterversorgung).

Schnittstellenprobleme mit den Spezialisten

Um Schnittstellenprobleme zwischen Hausärzten und Spezialisten zu vermeiden, sollte die Kommunikation und die persönliche Beziehung dieser Berufsgruppen gestärkt werden. Die Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Hausärzten machen deutlich, dass persönlicher Kontakt zwischen Hausärzten und Spezialisten die Grundlage für eine gute Kommunikation bildet. Gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen von Hausärzten und Spezialisten einer Region könnten so zur Einebnung dieses Problems beitragen (Gröber-Grätz et al. 2011). Auch Medizinische Versorgungszentren sind ein denkbarer Lösungsansatz, weil eine kürzere räumliche Distanz zwischen den einzelnen Facharztgruppen ebenfalls zu einem direkteren und vertrauteren Informationsaustausch verhelfen kann (Wambach und Lindenthal 2015). Ebenfalls vorstellbar ist die Wiedereinführung der Überweisungspflicht. Weil Spezialisten so immer Kenntnis über den für den Patienten verantwortlichen Hausarzt haben, könnte der Austausch zwischen den Ärzten unkomplizierter und regelmäßiger stattfinden.

Hausärztliche Versorgungsprobleme durch die stationäre Versorgung

Unterversorgung im stationären Sektor

Den „blutigen“ Entlassungen aus dem Krankenhaus könnte das Konzept der Fallpauschalen (German Diagnosis related groups (G-DRG)) zugrunde liegen. Bei diesem System erfolgt die Vergütung der medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall (Bundesministerium für Gesundheit 2015b). Patienten früh aus dem Krankenhaus zu entlassen ist daher wirtschaftlich lohnenswert. Nach den Aussagen der befragten Hausärzte muss die weitere Versorgung dieser Patienten letztendlich jedoch von ihnen übernommen werden, was eine erhöhte Arbeitsbelastung sowie weitere Kosten nach sich zieht. So sollte die Sinnhaftigkeit dieses Vergütungssystems hinterfragt bzw. das hausärztliche Versorgungsangebot ausgeweitet werden, um den resultie-

renden zeitlichen und finanziellen Mehraufwand im ambulanten Bereich auszugleichen.

Um dem Personalmangel in ländlichen Krankenhäusern entgegenzuwirken, sind die in diesem Zusammenhang genannten ausländischen Ärzte, die viele dieser Stellen besetzen, als Chance zu sehen. Die Zahl der berufstätigen ausländischen Ärzte ist in den Jahren 1993 bis 2014 von 10275 auf 34706 gestiegen (Bundesärztekammer 2015). Durch die Eingliederung dieser Ärzte in den Arbeitsmarkt können daher viele der freien Stellen besetzt werden.

Die langen Anfahrtszeiten zum nächsten Krankenhaus sind potentiell durch Fahrten-dienste sowie den Ausbau des ÖPNV weiter zu verkürzen. Um unnötig getätigte Anfahrtswege zu vermeiden, könnten außerdem Projekte aus dem Bereich der Teleme-dizin hilfreich sein. Die Kommunikation zwischen Patient und Arzt könnte dazu bei-tragen, den Gesundheitszustand des Patienten einzuschätzen bevor er das Kran-kenhaus aufsucht und ihm so ggf. einen langen Anfahrtsweg zu ersparen.

Schnittstellenprobleme im stationären Sektor

Ähnlich wie bei den Schnittstellenproblemen zwischen Hausärzten und Spezialisten sind auch hier Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Beziehung nötig. In die-sem Kontext sind beispielsweise regelmäßige Qualitätszirkel zwischen Kranken-hausärzten und niedergelassenen Hausärzten ein denkbare Szenario.

Übertherapie im Krankenhaus

Der Kritikpunkt, dass im Krankenhaus zu viele und zu teure Medikamente verschrie-ben werden, ist vor der Entwicklung geeigneter Lösungsstrategien zunächst durch weitere Studien genauer zu prüfen. Falls die stationär verschriebenen Medikamente für die Patienten nötig und sinnvoll sind, ist das hausärztliche Budget diesen Leistun-gen anzugleichen. Wenn dies nicht der Fall ist, sollten sich die Krankenhausärzte an das Preis- und Mengenniveau der ambulant verordneten Präparate anpassen, um den Hausärzten eine aufwendige Medikamentenumstellung zu ersparen. Hierzu ist ein regelmäßiger Austausch zwischen den Medizinern sinnvoll.

Unnötige Diagnostikmaßnahmen könnten reduziert werden, indem beispielsweise interdisziplinär abgestimmte Behandlungsabläufe oder Handlungsempfehlungen (ähnlich den Leitlinien der DEGAM (DEGAM 2016)) für die einzelnen Konsultations-anlässe entwickelt werden. So ist es denkbar, dass viele Diagnostik- oder Therapie-

maßnahmen, die aus Unerfahrenheit oder Wirtschaftlichkeit angeordnet wurden, vermieden werden könnten.

6.4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit konnten einen umfassenden Überblick über die aktuellen Versorgungsproblematiken im ambulanten Sektor liefern. Obwohl die gewonnenen Ergebnisse größtenteils Übereinstimmungen mit der aktuellen Forschungsliteratur aufweisen, ist als nächster Schritt eine quantitative Überprüfung dieser notwendig. Der quantitative Studienteil der Studie AVFN liefert hierzu einen ersten Beitrag.

Speziell in den Bereichen „Spezialistenversorgung“ sowie „stationäre Versorgung“ stellen die Ergebnisse jedoch nur eine einseitige Sicht auf die Thematik dar. Hier sind ähnliche qualitative und quantitative Projekte von Nöten, um die Versorgungsprobleme zu vervollständigen und differenzierter betrachten zu können. Personengruppen, die hierzu zu Rate gezogen werden sollten, sind beispielsweise Krankenhausärzte, Spezialisten, Krankenpfleger, Patienten in stationärer Behandlung oder Patienten in Notaufnahmen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die vorliegende Arbeit als Grundlage für weitere Forschung im Themenfeld „ambulante Versorgungsprobleme“ genutzt werden kann. Allgemeingültige Lösungen für die zahlreichen Versorgungsprobleme lassen sich nicht nennen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass eine große Anzahl der vorgestellten Problematiken auf eine unausgewogene Ärztedichte innerhalb Deutschlands sowie auf ein Abrechnungssystem, welches es durch die zum Teil mangelnde Vergütung nicht erlaubt, Patienten in einem zeitlich ausreichenden Umfang versorgen zu können, zurückzuführen ist. Diese Erkenntnisse sollten bei der Entwicklung weiterer Lösungsansätze zur Optimierung der Primärversorgung berücksichtigt werden.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: In Deutschland existieren bestimmte Faktoren und Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass nicht jeder Patient gleichermaßen versorgt wird bzw. denselben Zugang zur medizinischen Versorgung hat. Einige dieser Versorgungsengpässe variieren zwischen städtischen und ländlichen Regionen und ziehen zahlreiche Konsequenzen für Ärzte und Patienten nach sich.

Fragestellung: Ziel dieser Forschungsarbeit war es, Versorgungsprobleme, die aus Hausarzt- und Patientensicht aktuell im ambulanten Bereich zu finden sind, zusammenfassend darzustellen und diese zwischen den Regionen Stadt, Umland und Land zu vergleichen. Außerdem sollten die Konsequenzen, die sich daraus für Patienten und Hausärzte ergeben, näher erörtert werden.

Methode: Hierzu wurden insgesamt 9 leitfadengestützte Fokusgruppen mit Hausärzten und 18 leitfadengestützte Fokusgruppen mit Patienten veranstaltet. Die Teilnehmer stammten aus verschiedenen Regionen Norddeutschlands und wurden unter anderem dazu befragt, welche Versorgungsprobleme ihrer Meinung nach an ihrem Wohn- bzw. Niederlassungsort zu finden sind. Die gewonnenen Daten wurden anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit weisen darauf hin, dass Probleme, die mit der Vergütung oder bestimmten Patientencharakteristika assoziiert sind, in Deutschland flächendeckend vorhanden sind. Während Versorgungsproblematiken ländlicher Regionen vorrangig durch eine zu geringe Ärztedichte sowie einen bestehenden Nachwuchsmangel bedingt sind, kommen viele städtische Probleme durch eine zu hohe Ärztedichte sowie eine gering ausgeprägte Arzt-Patienten-Bindung zustande.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Forschungsarbeit konnte einen umfassenden Überblick zu den aktuellen ambulanten Versorgungsproblematiken liefern. Diese müssen nun in weiteren, qualitativ und quantitativ angelegten Studien überprüft werden. Viele der dargestellten Engpässe sind auf eine unausgewogene Ärztedichte innerhalb Deutschlands sowie auf ein verbesserungswürdiges Abrechnungssystem zurückzuführen. Diese Erkenntnisse sollten bei der Entwicklung weiterer Lösungsansätze zur Optimierung der Primärversorgung berücksichtigt werden.

8. Literaturverzeichnis

1. **Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR** (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte) Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte [Online im Internet.] URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:16].
2. **AOK-Bundesverband** (2010) Demographische Entwicklung – Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum [Online im Internet.] URL: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/dialog/aokid_band25_final.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:17].
3. **Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde** (2008) Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland - Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020 [Online im Internet.] URL: https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:17].
4. **Bächle M, Auel E, Ebel M** (2009) Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen...! Die Zukunft der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen. Hess ÄB. 70: 13-17.
5. **Bätzing-Feigenbaum J, Schulz M, Schulz M, Acet S, Gisbert Miralles J** (2015) Entwicklung der saisonalen Influenzastandardimpfraten im kassenärztlichen Versorgungssektor in Deutschland seit der Pandemie 2009 – Eine Trendanalyse auf regionaler Ebene für den Zeitraum 2009/2010 bis 2013/2014. [Online im Internet.] URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/68/VA-68-2015-Update%20Influenza%202014-Bericht-final.pdf [Stand: 19.01.2016, 21:28].
6. **Blozik E, Ehrhardt M, Scherer M** (2014) Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses – Initiativen in der universitären Ausbildung von Medizinstudierenden. Bundesgesundheitsblatt. 57(7): 892-902.
7. **Bock C, Osterkamp N, Schulte C** (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort? Gesundheitsmonitor 2012 [Online im Internet.] URL: <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/gesundheitsmonitor-2012> [Stand: 15.01.2016, 14:21].
8. **Böckle M, Liegl G, Leitner A, Pieh C** (2014) Wie belastend ist die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen? Z Psychosom Med Psychother. 60(4): 383-391.
9. **Brauns H-J, Loos W** (2015) Telemedizin in Deutschland. Stand – Hemmnisse – Perspektiven. Bundesgesundheitsbl. 58: 1068-1073.

- 10. Brenner H, Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G (2002)** Präventionspotential endoskopischer Vorsorgeuntersuchungen für kolorektale Karzinome. Dtsch Arztebl. 99(33): A-2186/B-1855/C-1747.
- 11. Buhr P, Klink S (2006)** Versorgungsqualität im DGR-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr.6/2006. [Online im Internet.] URL: <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/27129/1/518461785.PDF> [Stand: 19.01.2016, 11:10].
- 12. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011)** Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. [Online im Internet.] URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/honoraraerzte_26052011.pdf [Stand: 09.02.2016, 10:31].
- 13. Bundesärztekammer (2015)** Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2014. Ärztestatistik 2014: Etwas mehr ist doch zu wenig [Online im Internet.] URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/> [Stand: 15.01.2016, 14:26].
- 14. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2012)** Siedlungsstrukturelle Kreistypen – Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen [Online im Internet.] URL: http://www.bbsr.bund.de/cIn_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html [Stand: 15.01.2016, 14:20].
- 15. Bundesministerium für Gesundheit (2015a)** GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG. [Online im Internet.] URL: http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html [Stand: 15.01.2016, 14:26].
- 16. Bundesministerium für Gesundheit (2015b)** Stationäre Versorgung – Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. [Online im Internet.] URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html> [Stand: 25.01.2016, 19:34].
- 17. Bundesministerium für Gesundheit (2016c)** Bundesministerium für Gesundheit - Themen - Krankenversicherung - Zusatzleistungen & Wahltarife - Hausarzt - Hausarztzentrierte Versorgung. [Online im Internet.] URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/hausarzt.html> [Stand: 09.02.2016, 15:49].
- 18. Chenot J-F, Pieper A, Kochen MM, Himmel W (2009)** Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen. Schmerz. 23:173-179.

- 19. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H (2014)** Gewinnung des hausärztlichen Nachwuchses – Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung. *Gesundheitswesen*. 76(01): 26-31.
- 20. DEGAM** (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2015a)
DEGAM – Sektionen und Arbeitsgruppen – Studium und Hochschule - Summerschool.
[Online im Internet.] URL: <http://www.degam.de/summerschool.html> [Stand: 25.01.2016,19:36].
- 21. DEGAM** (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2015b)
DEGAM – Nachwuchs – Allgemeine Infos – DEGAM-Nachwuchsakademie.
[Online im Internet.] URL: <http://www.degam.de/allgemeine-infos.html> [Stand: 25.01.2016, 19:38].
- 22. DEGAM** (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2016) Leitlinien der DEGAM.
[Online im Internet.] URL: <http://www.degam.de/leitlinien-51.html> [Stand: 10.02.2016].
- 23. Dieckhoff D, Fischer G, Hesse E, Mitznegg P, Sturm E (2001)** Hausärztliche Grundversorgung – Wissenschaftlich begründete Kompetenz. *Dtsch Arztebl*. 98(7): 378-382.
- 24. Drabik A, Graf C, Büscher G, Stock S (2012)** Evaluation der Effektivität eines Disease Management Programms Diabetes Mellitus in der GKV – Erste Ergebnisse und methodische Überlegungen. *ZEFQ*. 106(9): 649-655.
- 25. Eichenberg C, Auersperg F, Rusch BD, Brähler E (2015)** Selbstmedikation: Eine bundesweite Repräsentativbefragung zu Motiven, Anlässen und Informationsquellen für den Konsum rezeptfreier Medikamente. *Psychother Psych Med*. 65(8): 304-310.
- 26. Erhart M, von Stillfried D (2012)** Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. [Online im Internet.] URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/3/Depression_Bericht_1.pdf [Stand: 13.01.2016,13:18].
- 27. Fischer A, Schulte T, Brüwer O, Lorenz I, Werner U, Horwege B, Focken A, Hildebrandt H (2015)** Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn – Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation. Vortrag auf dem 2. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung am 09.12.2015. E-Mail: info@hamburg-symposium.com.
- 28. Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme (FOKUS) (2016)** Deutsches Telemedizinportal.
[Online im Internet.] URL: <http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de> [Stand: 10.02.2016, 10:37].

- 29. Fritschi CB, Ballmer PE (2014)** Vergleich der Betreuung ambulanter Notfallpatienten in der hausärztlichen Praxis und dem Zentrumsspital. *Praxis*. 103: 755-761.
- 30. Fritzsche K, Burghard H-M, Schweickhardt A, Wirsching M (2006)** Was bewirken hausärztliche Interventionen bei Patienten mit psychischen Störungen? Eine systematische Literaturübersicht. *Z Psychosom Med Psychother*. 52(1): 4-22.
- 31. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra B, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, van den Bussche H (2012)** Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als männliche Kollegen? *Dtsch med Wochenschr* 137(23): 1242-1247.
- 32. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)** Richtlinien – Bedarfsplanungs-Richtlinie.
[Online im Internet.] URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>
[Stand: 25.01.2016, 19:52].
- 33. Gerlach FM, Greiner W, Haubitz M, Schaeffer D, Thürmann P, Thüsing G, Wille E (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014)** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Teil II: Bedarfsgerechte Versorgung aus der Perspektive ländlicher Regionen, 7. Akutstationäre Versorgung, 7.2 Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung.
[Online im Internet.] URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=512> [Stand: 10.02.2016, 13:49].
- 34. Gerlinger T (2011)** Versorgung in ländlichen Regionen. *Public Health Forum*. Band 19, Heft 1: 13-14.
- 35. Greß S, Stegmüller K (2011)** Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept.
[Online im Internet.] URL: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>
[Stand: 16.06.2016, 18:21].
- 36. Gröber-Grätz D, Moßhammer D, Bölter R, Ose D, Joos S, Natanzon I (2011)** Welche Kriterien beeinflussen Hausärzte bei der Überweisung zum Spezialisten in der ambulanten Versorgung? Eine qualitative Studie zur Sichtweise von Hausärzten. *ZEFQ*. 105(6): 446-451.
- 37. Grote-Westrick M, Zich K, Klemperer D, Schwenk U, Nolting H-D, Deckenbach B, Schiffhorst G (2015)** Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich.
[Online im Internet.] URL: <http://tinyurl.com/hdrvpme> [Stand: 25.01.2016, 19:59].
- 38. Grözinger M, Amlacher J, Schneider F (2011)** Besetzung ärztlicher Stellen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*. 82(11): 1460-1468.
- 39. Hand C, McColl MA, Birthwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH (2014)** Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician*. 60(6): e322, e324-9.

40. Hannöver W, Bergmann D, Rulle M, van den Berg N, Hoffmann W, Hannich H-J (2013) Zur ambulanten Versorgung psychischer Störungen in einer ländlichen Region – Eine aktualisierte Analyse von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2010. *Psychother Psych Med.* 63 (09/10): 387-390.

41. Harfst T, Marstedt G (2009) Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. *Gesundheitsmonitor*, Bertelsmann-Stiftung. 1.: 1-7 [Online im Internet.] URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200914-NL_Beitrag.pdf [Stand: 05.02.2016, 11:22].

42. Härter M, Kentgens M, Brandes A, Bock T, Dirmaier J, Erzberger M, Fürstenberg W, Hillebrandt B, Karow A, von dem Knesebeck O, König H-H, Löwe B, Meyer H-J, Romer G, Rouhiainen T, Scherer M, Thomasius R, Watzke B, Wegscheider K, Lambert M (2012) Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 262(2): 57-63.

43. Heinisch TS (2013) Stressoren und Bewältigungsstrategien bei Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland. *Med. Dissertation*. Universität Heidelberg.

44. Heinz A, Jacob R (2012) Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. *Bundesgesundhbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz.* 55(2): 245-253.

45. Hertle D, Stock S (2015) Commonwealth Fund survey 2012: Befragung von Primärärzten in 11 Ländern zur Nutzung von Informationstechnologie und zu wichtigen Versorgungsaspekten. *Gesundheitswesen* 77(8/9): 542-549.

46. Hunze M (2003) Die Medizin im 19. Jahrhundert – Aufbruch in die Spezialisierung. *Institut für Geschichte der Medizin an der LMU, Sommersemester 2003* [Online im Internet.] URL: <http://www.michael-hunze.net/texte/spezialisierung.pdf> [Stand: 09.03.2016, 10:54].

47. Institut für Wissen in der Wirtschaft (IWW) (2014) Die neue Gesprächsleistung – Nur Ärger und Frust. *Abrechnung Aktuell.* 03/2014: 2.

48. Jacob R, Kopp J, Schultz S (2014) Berufsmonitoring Medizinstudenten – Ergebnisse eine bundesweiten Befragung. [Online im Internet.] URL: http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:38].

49. Jordan W, Adler L, Bleich S, von Einsiedel R, Falkai P, Großkopf V, Hauth I, Steiner J, Cohrs S (2011) Ärztemangel im psychiatrischen Krankenhaus – Zukunftssicherung durch Neuordnung des ärztlichen Dienstes. *Psychiat Prax.* 38:16-24.

50. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S (2009) AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen in der hausärztlichen Versorgung. *Z Allg Med.* 85(10): 403-405.

- 51. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)**
[Online im Internet.] URL: http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Hausarzt_20160101_V00.pdf [Stand: 26.02.2016, 12:42].
- 52. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015) ambulante Dienste – Disease-Management- Programme.**
[Online im Internet.] URL: <http://www.kbv.de/html/dmp.php> [Stand: 15.01.2016, 14:39].
- 53. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016a) www.lass-dich-nieder.de. Home-Angebote-Fördermöglichkeiten. Unterstützung auf dem Weg in die Praxis.**
[Online im Internet.] URL: <http://www.lass-dich-nieder.de/angebote/foerdermoeglichkeiten.html> [Stand: 22.01.2016, 21:22].
- 54. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016b) Themen A-Z – T- Terminservicestellen.**
[Online im Internet.] URL: <http://www.kbv.de/html/terminservicestellen.php> [Stand: 02.02.2016, 11:51].
- 55. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016c) Die Haus-und Fachärzte. Wir arbeiten für ihr Leben gern.**
[Online im Internet.] URL: <http://www.ihre-aerzte.de/kampagne.html> [Stand: 09.02.2016, 15:13].
- 56. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) Homepage der „Rollenden Arztpraxis“.**
[Online im Internet.] URL: <http://www.rollende-arztpraxis.de/Startseite/> [Stand: 10.02.2016].
- 57. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (2012) Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012.**
[Online im Internet.] URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/40/KV-Versorgungsatlas-2012_Kap03_PSYCHOTHERAPIE.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:40].
- 58. Katon W, von Korff M, Lin E, Simon G (2001) Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician and the practice nurse. Gen hosp psychiatr. 23(3): 138-144.**
- 59. Kirchner H (2005) Moderne Versorgungskonzepte – Was wurde bei den Disease-Management-Programmen erreicht? Z Kardiol. 95(4): IV/7-IV/11.**
- 60. Klimm H-D (1990) Die vielschichtigen Aufgaben des Hausarztes am Beispiel eines Einzelschicksals. Das Philosophische und die praktische Medizin. Teil IV. Springer, Berlin, Heidelberg, 194-199.**

- 61. Klose J, Rehbein I (2015) Ärzteatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. [Online im Internet.] URL:**
http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pu_b-aerzteatlas2015_0615.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:43].
- 62. Koller D, Eisele M, Kaduszkiewicz H, Schön G, Steinmann S, Wiese B, van den Bussche H, Hoffmann F, Glaeske G (2010) Gibt es Stadt-Land-Differenzen in der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten in Deutschland? Gesundheitswesen. 72:47.**
- 63. Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztentwicklung. [Online im Internet.] URL:** <https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/20.pdf> [Stand: 15.01.2016, 14:45].
- 64. Kreiser B, Riedel J, Völker S, Wollny A, Richter C, Himmel W, Chenot J-F, Löffler C (2014) Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern – eine qualitative Studie. Z Allg Med. 90(4): 158-164.**
- 65. Kronenthaler A, Hiltner H, Eissler M (2014) Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis – Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. Gesundheitswesen. 76(07): 434-439.**
- 66. Landsberg G (2010) Positionspapier „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum“. [Online im Internet.] URL:**
<http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2012/14040/pdf/AerztlicheVersorgung.pdf> [Stand: 15.01.2016, 14:45].
- 67. Lerchert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976-2004, S. 4-5 [Online im Internet.] URL:**
http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2006/06_12_lechert.pdf [Stand: 19.01.2016, 15:13].
- 68. Maenner M, Schneider D, Schaffer S, Kühlein T, Roos M (2015) Welche Argumente motivieren für eine Landarztstätigkeit? Z Allgemeinmed. 04/2015.**
- 69. MaxQda (2016) MaxQda-Homepage, Produkte - MaxQda [Online im Internet.] URL:** <http://www.maxqda.de/produkte/maxqda/> [Stand: 19.01.2016, 19:37].
- 70. Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Aufl., Beltz Studium, Weinheim.**
- 71. Menning S, Nowossadeck E, Maretzke S (2010) Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Report Altersdaten. Heft 1-2/2010. [Online im Internet.] URL:**
https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2_2010.pdf [Stand: 16.01.2016, 16:26].

- 72. Mnich E, Hofreuter-Gätgens K, Salomon T, Swart E, von dem Knesebeck O** (2013) Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen. *Gesundheitswesen*. 75(02): 5-10.
- 73. Naegele G, Gerling V** (2013) Ausgewählte Problemstellungen und Handlungsansätze: Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen.
[Online im Internet.] URL: http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/pdf/Reader_4_Problemstellungen_und_Handlungsansaeetze.pdf [Stand: 16.01.2016, 16:28].
- 74. Natanzon I, Szecsenyi J, Götz K, Joos S** (2009) Das Image der hausärztlichen Profession in einer sich wandelnden Gesellschaft – Eine qualitative Befragung von Hausärzten. *Med Klin*. 104(8): 601-607.
- 75. Natanzon I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S** (2010) Future potential country doctor: the perspectives of german GPs. *Rural and Remote Health*. 10(2): 1347.
- 76. Neuner-Jehle S** (2014) Der Suchtpatient in der hausärztlichen Praxis – Frust oder Lust? *Ther Umsch*. 71: 585-591.
- 77. Niehus H, Berger B, Stamer M, Schmacke N** (2008) Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte.
[Online im Internet.] URL: <http://tinyurl.com/hwsw7cl> [Stand: 22.01.2016, 23:20].
- 78. OECD** (2016) OECD- Homepage, Home – About the OECD.
[Online im Internet.] URL: <http://www.oecd.org/about/> [Stand: 19.01.2016, 19:28].
- 79. OECD** (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
- 80. Ozegowski S, Sundbacher L** (2012) Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen*. 74(10): 618-626.
- 81. Papenfuß T, Roch C** (2012) Ärztemangel am Beispiel der Anästhesie und Intensivmedizin – Ursachen, Folgen und Lösungsansätze. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 47(5): 352-357.
- 82. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A** (2010) Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 53: 417-426.
- 83. Pohontsch N, Hansen H, Schäfer I, Scherer M** (2016) Differences in self-perception of duties and functions of general practitioners and patients' expectations concerning primary care in urban and rural regions of Northern Germany – A focus group study with doctors and patients. (under review).

- 84. Pöttsch O, Rößger F (2015)** Bevölkerung in Deutschland bis 2020, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorrausberechnung.
[Online im Internet.] URL: <http://tinyurl.com/naqqnst> [Stand: 25.01.2016, 20:02].
- 85. Reimer J, Cimander KF, Reimer C (2014)** Alkoholkrankung: Früherkennung, Gesprächsführung und Behandlung im primärärztlichen Bereich. Dtsch med Wochenschr. 139(18): 943-956.
- 86. Riens B, Erhard M, Mangiapane S (2012)** Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen.
[Online im Internet.] URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/14/Arztkontakte_Bericht_Langversion.pdf [Stand: 13.01.2016, 13:57].
- 87. Riens B, Schäfer M, Altenhofen L (2011)** Teilnahmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. Versorgungsatlas.
[Online im Internet.] URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/11/Krebsfrüherkennung_Bericht_1.pdf [Stand: 16.01.2016, 16:44].
- 88. Schäfer HM, Becker A, Krentz H, Reisinger E (2008)** Wie zufrieden sind Hausärzte im Nordosten Deutschlands mit ihrem Beruf? – Survey zur Berufszufriedenheit von Allgemeinärzten in Mecklenburg-Vorpommern. ZEFQ. 102(2): 113-116.
- 89. Schäfer I, Hansen H, Pohontsch N, Bole L, Wagner H-O, Führ M, Lühmann D, Scherer M (2016)** Regional variation of patient population and reasons for consultation in the primary medical care of Northern Germany: protocol for an observational study. BMC Family Practice.
- 90. Schäfer N (2012)** Stört der Honorararzt unsere Strukturen? – NEIN! Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 47: 122-124.
- 91. Schaffarzik W (2009)** Wettbewerb zwischen Krankenhäusern – aus Sicht des ärztlichen Leiters. ZEFQ. 103(10): 653-657.
- 92. Scherenberg V (2014)** Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen. Gesundheitsmonitor 2014
[Online im Internet.] URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/2014-07-Beitrag.pdf [Stand: 15.01.2016, 14:22].
- 93. Schlömer C (2011)** Kurze Wege zum nächsten Krankenhaus – aber wie lange noch?
[Online im Internet.] URL: <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/Projekte/Archiv/Krankenhauesser/krankenhaus.html> [Stand: 16.01.2016, 18:52].
- 94. Schoberberger R, Dorner T, Rieder A (2014)** Gesundheitsbewusstsein als dominierender Einflussfaktor auf die Entstehung von Übergewicht – eine Gesundheitsbefragung bei der bäuerlichen Bevölkerung Österreichs. Gesundheitswesen. 76(5): 336-338.

95. Schüttler J (2012) Stört der Honorararzt unsere Strukturen? – JA! Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 47: 118-121.

96. Sens B, Wenzlaff P, Pommer G, von der Hardt H (2009) DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität – angewandte Versorgungsforschung mit überraschendem Ergebnis. ZEFQ. 103: 549-552.

97. Sinowatz F (2015) Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung: eine empirisch-ethische Untersuchung. Med. Dissertation, Universität München.

98. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung-Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGI I S. 2477) §27 Krankenbehandlung.

[Online im Internet.] URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___27.html [Stand: 16.01.2016, 16:52].

99. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012) Metropolregion Hamburg.

[Online im Internet.] URL: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Faltblätter/Faltblatt_Metropolregion_2012_d.pdf [Stand: 05.02.2016, 15:23].

100. Steinhaeuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S (2011a) Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmztmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. Dtsch med Wochenschr 136(34/35): 1715-1719.

101. Steinhauser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A (2011b) A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. BMC Family Practice. Volume 12: 112.

102. Stillfried D (2012) Versorgung in einer alternden Gesellschaft: aktuelle Situation und Zukunft in der vertragsärztlichen Versorgung. Frankfurter Forum. Volume 5: Diskurse 6-17.

103. Stock S, Hertle D, Veit C (2015) Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. Gesundheitswesen. 77(10): 761-767.

104. Streuli RA (2015) Der "Kleine Notfall" im großen Spital. Therapeutische Umschau. 72: 5-7.

105. Stunder W, Scherer M, Himmel W (2008) Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? DMW. 133(3): 67-70.

106. Sundbacher L, Kopetsch T (2013) Waiting times in the ambulatory sector – the case of chronically ill patients. IJEH. 12:77.

107. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundhbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz. Volume 48: 296-306.

108. Ulbricht S, Coder B, Röske K, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2007) Die Überweisung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen in die ambulante und stationäre professionelle Suchtkrankenhilfe – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern. Gesundheitswesen. 69(5): 306-310.

109. Van Ravesteijn H, Lucassen P, van der Akker M (2008) GP's experiences with loneliness. Aust Fam Physician. 37(11): 973-6.

110. Versorgungsatlas (2014) Vertragsärzte und –psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010 bis 2012 (nach Arztgruppen).
[Online im Internet.] URL:
<http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=20>
[Stand: 20.01.2016, 20:34].

111. Wambach V, Lindenthal J (2015) Den Kinderschuhen entwachsen – Arztnetze in Deutschland leisten wertvollen Beitrag zur Optimierung der lokalen Versorgungssituation. Bundesgesundheitsblatt. 58(4-5): 374-382
Weiß J (2010) Hausärztemangel: Mit strukturierter Weiterbildung gegen die Krise. Gesundheitswesen. 135 (28/29): 26.

112. Winkeljohann N, Höhn A, Bräuninger M, Schlitte F (2014) Deutschland 2030 – Die Arbeitsplätze der Zukunft.
[Online im Internet.] URL: <http://www.pwc.de/de/offentliche-unternehmen/deutschland-2030-die-arbeitsplaetze-der-zukunft.html> [Stand: 25.01.2016].

9. Anhang

9.1 Fragebogen für Hausärzte

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

9.2 Fragebogen für Patienten

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Fragebogen für Patienten

9.3 Einverständniserklärung für Hausärzte

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Einverständniserklärung für Hausärzte

Einverständniserklärung für Hausärzte

9.4 Einverständniserklärung für Patienten

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Einverständniserklärung für Patienten

9.5 Informationsmaterial für Hausärzte

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Informationsmaterial für Hausärzte

Informationsmaterial für Hausärzte

9.6 Informationsmaterial für Patienten

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Informationsmaterial für Patienten

Informationsmaterial für Patienten

9.7 Leitfaden für die Fokusgruppen der Hausärzte

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Leitfaden für die Fokusgruppen der Hausärzte

9.8 Leitfaden für die Fokusgruppen der Patienten

Internes Projektdokument – eine Veröffentlichung ist aus Vertraulichkeitsgründen leider nicht möglich

Leitfaden für die Fokusgruppen der Patienten

Leitfaden für die Fokusgruppen der Patienten

10. Danksagung

Zunächst danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Martin Scherer, der mir dieses Dissertationsthema überlassen hat, jederzeit erreichbar war und mir wirklich hilfreiche Ratschläge gegeben hat.

Dr. Heike Hansen möchte ich für die in allen Bereichen vorbildliche Betreuung danken. Durch ihre beruhigende und strukturierte Art hat sie mich stets ermutigt, motiviert und mir viele wichtige Denksanstöße gegeben.

Zudem danke ich Dr. Nadine Pohontsch und Dr. Ingmar Schäfer, die meine Dissertation trotz ihres vollen Terminkalenders überaus sorgfältig korrigiert haben und mir mit ihrem fachlichen Rat immer zur Seite standen.

Auch allen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin möchte ich für den herzlichen und freundlichen Umgang miteinander danken. Durch euch bin ich jeden Morgen gerne ins Institut gekommen.

Ich danke auch meinem Freund Julius, der immer für die nötige Abwechslung gesorgt hat, mich in meiner Arbeit bestärkt und mir Mut zugesprochen hat.

Besonderer Dank gilt außerdem meinen Eltern Elke und Ulrich Bole. Sie stehen schon mein gesamtes Leben hinter mir und unterstützten mich auch bei der Erstellung der Doktorarbeit in jeglicher Hinsicht. Ohne Sie wäre eine Fertigstellung der Arbeit in diesem Zeitrahmen nicht möglich gewesen.

Danke!

11. Lebenslauf

- entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen -

12. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: