

Aus dem CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. Christoph Heintze

Habilitationsschrift

Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung in Deutschland - qualitative und quantitative Untersuchungen

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Experimentelle Allgemeinmedizin

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Wolfram J. Herrmann

Eingereicht Januar 2019
Dekan Prof. Dr.med. Axel Pries
1. Gutachter Prof. Dr. Erika Baum, Marburg
2. Gutachter Prof. Dr. Wilhelm Niebling, Freiburg

Der vorliegenden kumulativen Habilitationsschrift liegen folgende Arbeiten zugrunde:

Herrmann WJ, Haarmann A, Flick U, Bærheim A, Lichte T, Herrmann M. Patients' subjective concepts about primary healthcare utilisation: the study protocol of a qualitative comparative study between Norway and Germany. *BMJ Open* 2013;3:6 e002952. doi:10.1136/bmjopen-2013-002952

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2013)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2015; 109: 552–559.

doi:10.1016/j.zefq.2015.10.004

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2015)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. Patients' attitudes toward copayments as a steering tool—results from a qualitative study in Norway and Germany. *Family Practice* 2018; 35: 312–317. doi:10.1093/fampra/cmz092

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2018b)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. A sequential model for the structure of health care utilization. *PLOS ONE* 2017; 12(5): e0176657.

doi:10.1371/journal.pone.0176657

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2017)

Pohl J, Ulrich R, Herrmann WJ. Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2017; 93: 166–171. doi:10.3238/zfa.2017.0166-0171

im Literaturverzeichnis unter Pohl u. a. (2017)

Herrmann WJ, Berlt A, Spengler V, Loos R, Heintze C, Holzinger F. Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? Eine repräsentative Befragung Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2018; 94: 390–396. doi: 10.3238/zfa.2018.0390-0395

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2018a)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Deutschland und Norwegen	4
1.2	Modelle der Inanspruchnahme	4
1.3	Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme	5
1.4	Subjektive Konzepte als Ansatz zur Erforschung von Inanspruchnahme .	6
1.5	Zielsetzung	7
2	Eigene Arbeiten	9
2.1	Studienprotokoll einer deutsch-norwegischen Studie zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung (Artikel 1)	9
2.2	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung . . .	17
2.2.1	Arbeitsunfähigkeitsregelungen als ein Faktor für Inanspruchnahme (Artikel 2)	17
2.2.2	Zuzahlungen als ein Steuerungsinstrument für Inanspruchnahme (Artikel 3)	27
2.3	Ein neues Modell für Inanspruchnahme (Artikel 4)	35
2.4	Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt (Artikel 5)	47
2.5	Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? (Artikel 6)	54
3	Diskussion	61
3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	61
3.2	Stärken und Schwächen der Arbeit	61
3.3	Folgerungen für Forschung	66
3.4	Folgerungen für Versorgung und Gesundheitspolitik	67
4	Zusammenfassung	69
	Literaturverzeichnis	71

Abkürzungen

AOK Allgemeine Ortskrankenkassen

AU Arbeitsunfähigkeit

DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

IA Inkludierendes Arbeitsleben

NAV Norwegische Sozialversicherung

OECD Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

1 Einleitung

1.1 Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Deutschland und Norwegen

In Deutschland gehen Patienten¹ im internationalen Vergleich häufig zum Arzt. In einer Analyse von Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) des Jahres 2015 zeigten Mossialos u. a. (2016), dass Patienten in Deutschland 9,9 ambulante Arztbesuche im Jahr hatten, nur in Japan war die Rate an Arztbesuchen höher. In allen anderen Ländern war die Anzahl der Kontakte zum Teil deutlich niedriger, so betrug die Rate der Arzt-Patienten-Besuche für 2015 in Norwegen 4,2/Jahr und in Schweden sogar nur 2,9/Jahr. Vergleicht man die OECD-Daten mit den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-1), so sind die dort gefundenen Werte mit 9,2/Jahr ähnlich hoch (Rattay u. a., 2013); Analysen anhand von Routinedaten kommen hingegen zu noch einmal deutlich höheren Inanspruchnahmeraten: der bekannteste Wert sind 17,9 Arzt-Patienten-Kontakte im Jahr 2007 der Gmünder Ersatzkrankenkasse (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009).

Trotz der deutlichen höheren Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung sind die Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht besser (Mossialos u. a., 2016) und die Lebenserwartung in Deutschland und beispielsweise Norwegen gleich hoch (Karsch-Völk u. a., 2010). Gleichzeitig ist diese hohe Inanspruchnahme ambulant tätiger Ärzte in Deutschland eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem. Häufigere Inanspruchnahme gehen mit längeren Wartezeiten und kürzeren Konsultationen einher. Daher ermahnte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), dass die Inanspruchnahmerate in Deutschland gesenkt werden müsse. Allerdings sind die Ursachen der hohen Inanspruchnahme in Deutschland bisher nicht bekannt.

1.2 Modelle der Inanspruchnahme

Die erste theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Inanspruchnahme stammt aus den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts von Rosenstock (1966). Er sah eine höhere Inanspruchnahme präventiver und diagnostischer Gesundheitsangebote prinzipiell als positiv an, was sich von der heutigen Perspektive in Deutschland teilweise unterscheidet. In seinem Health Belief Modell definierte er Variablen, die die Bereitschaft aktiv zu werden beschreiben, und Variablen, die die Annahmen über die Wirksamkeit von Maßnahmen beschreiben. Die Perspektive der Patienten spielte in seinem Modell bereits eine wichtige Rolle.

Ebenfalls in den 60er Jahren entwickelte Andersen das Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme (Andersen, 1995), welches bis heute das meist benutzte Modell zur theoretischen Beschreibung und Erklärung von Inanspruchnahme ist (vgl. Babitsch u. a.,

¹Sofern nicht gesondert bezeichnet sind in dieser Arbeit immer Personen jeglichen Geschlechts gemeint

2012). Kern von Andersens Modell sind prädisponierende Faktoren wie demographische Faktoren, Sozialstruktur und Gesundheitsüberzeugungen (Health Beliefs), ermöglichende Faktoren wie Familie und Gemeinde und der subjektiv wahrgenommene Bedarf medizinischer Versorgung. Gesundheitsüberzeugungen sind in dem Modell von Andersen (1995, S.2) definiert als Einstellungen, Werte und Wissen über Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Über diese Gesundheitsüberzeugungen fließen in Andersens Modell gesellschaftliche Faktoren in die Erklärung von Inanspruchnahmeverhalten mit ein. In der Anwendung von Andersens Modell in quantitativer Forschung wurde der Faktor Gesundheitsüberzeugungen jedoch - insbesondere aufgrund von Schwierigkeiten der Operationalisierung - meist selten erhoben (Herrmann u. a., 2013, S.1–2). Im Laufe mehrerer Jahrzehnte entwickelte Andersen sein Modell kontinuierlich weiter und fügte weitere Aspekte hinzu, u.a. Faktoren des Gesundheitssystems (Policy, Ressourcen und Organisation des Gesundheitssystems). Darüber hinaus ergänzte er auch eine Rückkopplungsschleife, dass Erfahrungen bei der Inanspruchnahme die zukünftige Inanspruchnahme beeinflussen.

1.3 Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme

Im deutschsprachigen Raum fußt der größte Teil der Inanspruchnahmeforschung auf dem Modell von Andersen (Babitsch u. a., 2012). Die beispielhaften Studien von Bergmann u. a. (2005), Thode u. a. (2005) und Kürschner u. a. (2011) zeigen auf, dass die prädisponierenden Faktoren Alter, Morbidität und Geschlecht einen wichtigen Einfluss auf die Höhe der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung haben. Allerdings unterscheiden sich diese nicht wesentlich in westlichen Ländern und können daher die hohe Inanspruchnahme in Deutschland nicht hinreichend erklären (Herrmann u. a., 2013, S.2).

Neben den prädisponierenden Faktoren in Andersens Modell spielen in späteren Fassungen seines Modells auch Faktoren des Gesundheitssystems eine Rolle. Dazu gehören u.a. Gatekeeping, anbieterinduzierte Nachfrage aufgrund von Vergütungsstrukturen, die Arbeitssituation von Ärzten und Zuzahlungen: In einer Meta-Analyse zu den Effekten von Gatekeeping kommen Garrido u. a. (2011, S.33) zu dem Schluss: „*results suggest lower use of specialist care under gatekeeping*“. Darüber hinaus scheint die höhere Inanspruchnahme von Spezialisten in Gesundheitssystemen ohne Gatekeeping nicht mit einer Abnahme der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizineren einherzugehen (Garrido u. a., 2011, S.34). Insgesamt ist es jedoch schwierig, Aussagen aufgrund der Ergebnisse zu treffen, da die Qualität der meisten Studien die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränken (Garrido u. a., 2011, S.33–35). Zusammengenommen mit der Limitierung, dass die meisten Studien, auf die Garrido u.a. zurückgreifen konnten, auf Erfahrungen in den USA basieren, kann für Europa keine eindeutige Schlussfolgerung gezogen werden.

Die meisten Studien, die den Einfluss von Vergütung auf anbieterinduzierte Nachfrage untersuchen (siehe u.a. Dijk, 2012; Grytten u. a., 2008; Guggisberg u. a., 2005; Krasnik u. a., 1990), zeigen nur einen mäßigen Effekt unterschiedlicher Vergütungsschemata, so dass dies eher nicht die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Norwegen und Deutschland erklären kann.

Niedrigere Arbeitsbelastung von Ärzten gehen mit längeren Konsultationszeiten einher, während kürzere Arbeitszeiten nicht per se zu kürzeren Konsultationen führen (De-

veugele u. a., 2002; Brink-Muinen u. a., 1999). Gleichzeitig sinkt bei längerer Konsultationsdauer die Anzahl von Wiedereinbestellungen und Verschreibungen (Hughes, 1983). Bei etwas kürzeren Arztgesprächen und etwas längeren Arbeitszeiten von Ärzten in Deutschland (Follmer u. a., 2012; Aasland u. a., 2011) sind daher häufigere kürzere Konsultationen im Vergleich zu Norwegen zu erwarten, wie sie sich auch in den Statistiken zur Inanspruchnahme in Deutschland abbilden.

Auch wenn die Übertragbarkeit der wenigen Studien zu Zuzahlungen von Patienten aufgrund methodischer Mängel häufig eingeschränkt ist, deuten sie in die Richtung, dass erst eine merklich spürbare Höhe einen deutlichen Effekt auf das Inanspruchnahmeverhalten hat (Rosian u. a., 2002; Kutzin, 1998; Dixon u. a., 2001; Robinson, 2002). Durch Deckelung der Zuzahlungen in Norwegen sowie die in Deutschland in der Vergangenheit übliche Einmalzahlung pro Quartal wird der Steuerungseffekt jedoch eingeschränkt (vgl. Holst, 2004). Insgesamt kann also von durchaus ähnlichen, durchschnittlichen Steuerungseffekten von Zuzahlungen in Norwegen wie in Deutschland ausgegangen werden².

1.4 Subjektive Konzepte als Ansatz zur Erforschung von Inanspruchnahme

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war daher der Ansatz, die bisher in der Forschung vernachlässigten Gesundheitsüberzeugungen aus dem Modell von Andersen (1995) als möglichen wichtigen Faktor für unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten in verschiedenen Ländern zu erforschen, dabei lag der Schwerpunkt auf den Konzepten der Patienten zur hausärztlichen Versorgung.

Subjektive Konzepte wurden als „*Annahmen, Einstellungen, Werte, und Wissen von Menschen hinsichtlich eines bestimmten Objektes*“ (Herrmann u. a., 2013, S.2, übersetzt vom Autor) definiert. Entsprechend wurden subjektive Konzepte zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung in dieser Habilitationsarbeit als „*die Annahmen von Patienten, wie und warum sie sich mit einem Gesundheitsproblem entscheiden, ob sie hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, und die dieser Entscheidung zugrunde liegenden Einstellungen, Werte und Wissen definiert*“ (Herrmann u. a., 2013, S.2, übersetzt vom Autor).

Zwei theoretische Ansätze beschreiben, dass solche subjektiven Konzepte von Individuen nicht losgelöst voneinander sondern gesellschaftlich mitbeeinflusst sind (vgl. auch Abbildung 1): In Deutschland war in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts das Forschungsprogramm Subjektive Theorien ein wichtiger theoretisch-methodologischer Ansatzpunkt. Kernaspekt des Forschungsprogramms Subjektive Theorien ist die Annahme, dass subjektiven Theorien von Laien eine implizite Argumentationsstruktur ähnlich derer in wissenschaftlichen Theorien zugrunde liegt. Aus dem französischsprachigen Raum stammt die Theorie der Sozialen Repräsentationen nach Moscovici, welche auch international Verbreitung fand (Flick, 1995); in der Theorie der sozialen Repräsentationen wird die gesellschaftliche Verankerung subjektiver Konzepte des Alltäglichen beschrieben.

²zur Vertiefung dieses Themas vgl. Abschnitt 2.2.2

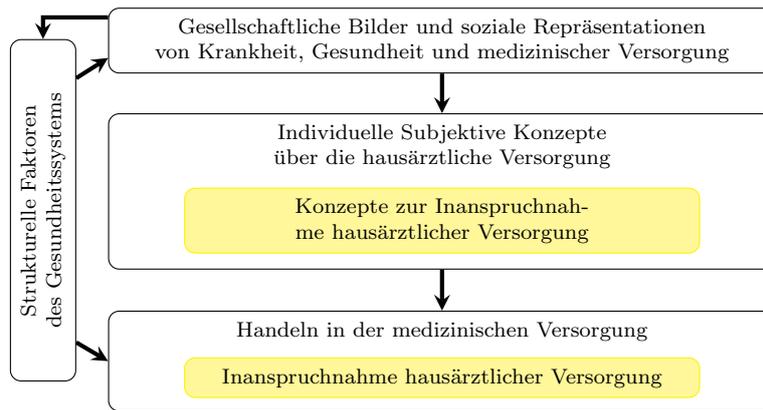


Abbildung 1: Theoretischer Rahmen des Forschungsprojektes (Herrmann u. a., 2013, S.2, übersetzt vom Autor)

Folgt man dieser Annahme, dass die individuellen subjektiven Konzepte von Patienten gesellschaftlich (mit-)geprägt sind, ist zu erwarten, dass diese subjektiven Konzepte sich in unterschiedlichen Gesellschaften unterscheiden. Daher könnten solche subjektiven Konzepte die Unterschiede in der Inanspruchnahme in unterschiedlichen Ländern möglicherweise erklären (Herrmann u. a., 2013, S.2).

Dieses Konzept wurde einer vergleichenden qualitativen deutsch-norwegischen Studie³ zugrundegelegt. Als Vergleichsland für die subjektiven Konzepte von deutschen Patienten wurde Norwegen gewählt, da Norwegen im Gegensatz zum kooperativen Gesundheitssystem Deutschlands ein staatliches Gesundheitssystem hat (Johnsen, 2006). Wie bereits erwähnt, ist die Lebenserwartung in Norwegen und Deutschland ungefähr gleich hoch, jedoch unterscheidet sich die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in beiden Ländern deutlich (Karsch-Völk u. a., 2010). Dabei lassen sowohl die Erfahrungen von Ärzten, die in beiden Gesundheitssystemen arbeiteten (Kamps, 2007; Karsch-Völk u. a., 2010), als auch die bereits publizierten Unterschiede in ärztlichen Leitlinien (Christiaens u. a., 2004) darauf schließen, dass norwegische und deutsche Patienten unterschiedliche Sichtweisen zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung haben (Herrmann u. a., 2013, S.2).

1.5 Zielsetzung

Ziel dieser Habilitationsarbeit war zu einem besseren Verständnis der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung beizutragen und Erklärungsansätze für die hohe Inanspruchnahme in Deutschland zu generieren.

Kern bildet dabei eine vergleichende qualitative deutsch-norwegische Studie⁴, mit den untergeordneten Zielen die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeitsregelungen für Inanspruchnahme zu untersuchen (Artikel 2), die Wahrnehmung von Zuzahlungen als Steue-

³vgl. Abschnitte 2.1–2.3

⁴gefördert von der DFG, Förderkennzeichen HE6399/1-1 und HE6399/1-2

rungsinstrument zu explorieren (Artikel 3) und ein neues Modell für die Struktur von Inanspruchnahme zu entwickeln (Artikel 4).

Aufbauend auf den qualitativen Ergebnissen dieser Studie, die zur Entwicklung eines neuen Modells für die Struktur von Inanspruchnahme führten, wurden zwei quantitative Studien durchgeführt. Deren untergeordneten Ziele waren die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung bei überlebtem Herzinfarkt in Deutschland zu beschreiben (Artikel 5) und, ob und ab welchem Alter Hausärzte in Berlin und Brandenburg Kinder und Jugendliche behandeln, zu erheben (Artikel 6).

2 Eigene Arbeiten

Im folgenden Teil werden die dieser Habilitationsarbeit zugrundeliegenden Veröffentlichungen vorgestellt. Den Abschnitten 2.2 bis 2.3 liegt dabei eine deutsch-norwegische Studie zugrunde, deren Studienprotokoll in Abschnitt 2.1 dargestellt ist. Im Abschnitt 2.2 werden dann aufbauend auf den subjektiven Konzepten der Studienteilnehmer Arbeitsunfähigkeitsregelungen als ein Faktor für Inanspruchnahme beschrieben und die subjektiven Konzepte zu Zuzahlungen als Steuerungsinstrument für Inanspruchnahme als ein anderer Einflussfaktor auf Inanspruchnahme dargestellt. In Abschnitt 2.3 wird dann als Kern der deutsch-norwegischen Studie ein empirisch abgeleitetes neues Modell zur Struktur von Inanspruchnahme vorgestellt. In den Abschnitten 2.4 und 2.5 wird die qualitative deutsch-norwegische Studie um quantitative Untersuchungen ergänzt: In Abschnitt 2.4 wird die Inanspruchnahme von Patienten mit überlebtem Herzinfarkt in Deutschland beschrieben und in Abschnitt 2.5 wird dargestellt, inwiefern Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg Kinder und Jugendliche behandeln.

2.1 Studienprotokoll einer deutsch-norwegischen Studie zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung (Artikel 1)

Herrmann WJ, Haarmann A, Flick U, Bærheim A, Lichte T, Herrmann M. Patients' subjective concepts about primary healthcare utilisation: the study protocol of a qualitative comparative study between Norway and Germany. BMJ Open 2013;3:6 e002952. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002952>

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2013)

Aufgrund der Interdependenz von Inanspruchnahme mit dem Gesundheitssystem indem sie stattfindet und der Einbindung des Gesundheitssystems in die Gesellschaft, in welcher die Personen, welche das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, leben und Teil der Gesellschaft sind, ist die qualitative Erforschung von Inanspruchnahme eine große Herausforderung.

In diesem ersten Artikel wird daher das Studienprotokoll einer deutsch-norwegischen Studie vorgestellt, um Patientenkonzepte zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung zu erforschen. Ausgangspunkt ist dabei das bereits vorgestellte Modell, dass gesellschaftliche Repräsentationen von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung die individuellen Konzepte von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung beeinflussen, welche wiederum das individuelle Verhalten von Menschen hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung beeinflussen. Parallel dazu hat auch das gesellschaftlich determinierte Gesundheitssystem einen Einfluss auf die Inanspruchnahme.

Daher wurden in diesem Forschungsprojekt verschiedene methodische Ansatzpunkte gewählt: Mittels episodischer Interviews wurden die individuellen subjektiven Konzepte zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung erhoben. Teilnehmende Beobachtungen in Hausarztpraxen ermöglichten Einblicke in die tatsächliche Inanspruchnahme sowie

darüber auch Einblicke in die zugrundeliegenden Konzepte. Ergänzt wurde dies durch eine Kontextanalyse zu relevanten Gesundheitssystemfaktoren.

Bei vergleichenden Studien ist das Sampling eine große Herausforderung. In dieser Studie wurden sowohl in Norwegen als auch Deutschland zuerst je vier Hausarztpraxen, zwei ländlich, zwei städtisch mit unterschiedlichem Profil ausgewählt. In diesen acht Praxen wurden konsekutiv am Empfang potenziell interessierte Studienteilnehmer gewonnen. Anschließend wurden aus dem Pool potenzieller Interviewteilnehmer in Norwegen mittels schrittweisem gezielten Sampling (Theoretisches Sampling) die tatsächlichen Studienteilnehmer gesampelt. Die deutschen Studienteilnehmer wurden mittels eines Matchingprozesses passend dazu ausgewählt. In diesen Praxen wurden auch teilnehmende Beobachtungen durchgeführt.

Die Analyse begann parallel zur Datenerhebung mittels Thematischen Kodierens orientiert am Framework der Grounded Theory. Alle Teilnehmer sowohl der Interviews als auch der teilnehmenden Beobachtung willigten in die Studienteilnahme ein und die Studie wurde von den zuständigen Ethikkommissionen in Deutschland und Norwegen genehmigt.

2.2 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung

2.2.1 Arbeitsunfähigkeitsregelungen als ein Faktor für Inanspruchnahme (Artikel 2)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2015; 109: 552–559.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.10.004>

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2015)

Im Rahmen der qualitativen Datenauswertung zeigte sich, dass Arbeitsunfähigkeitsregelungen ein wichtiger Faktor sind, der Einfluss auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung hat. Der Artikel 2 widmet sich diesem Faktor.

Bei den teilnehmenden Beobachtungen in Hausarztpraxen in Deutschland fiel auf, dass ein häufiger Anlass für Hausarztbesuche, insbesondere für solche ohne Termin, der Wunsch nach einer Krankschreibung war. Typische Symptome oder Erkrankungen, die dabei von den Patienten präsentiert wurden, waren Erkältung, Kopfschmerzen, Durchfall oder Übelkeit (Herrmann u. a., 2015, S.554). Im quantitativen Vergleich kam es bei den Beobachtungen in Deutschland deutlich häufiger zu einer Krankschreibung im Rahmen der Konsultation, allerdings variierte dies sehr stark zwischen den einzelnen Praxen (Herrmann u. a., 2015, S.554–555). Auch in den Interviews zeigte sich, dass aus Patientensicht Krankschreibungen ein wichtiger Beratungsanlass in Deutschland sind.

Die gesellschaftliche Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit spiegelte sich auch in den Interviews mit Patienten aus Deutschland wider: Einerseits gilt wenig krank geschrieben zu sein als eine Art Statussymbol, etwas Positives. Andererseits berichten Interviewteilnehmer aus Arbeitnehmersicht einen Druck wahrzunehmen, sich nicht krank zu melden. In Norwegen hingegen wurde ein solcher Druck nicht berichtet.

Für Ärzte bedeutet Krankschreibung eine „Doppelrolle“ (Herrmann u. a., 2015, S.556) zwischen Anwalt des individuellen Patienten und Sozialgutachter. Diese Doppelrolle der Hausärzte findet sich sowohl in Deutschland als auch in Norwegen; während der teilnehmenden Beobachtungen zeigte sich die Doppelrolle in Norwegen noch ausgeprägter als in Deutschland, da die Patienten in Norwegen häufig um Ausstellung von Attesten baten beispielsweise zur Fahrtauglichkeit im Alter (Herrmann u. a., 2015, S.556).

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsregelungen unterscheiden sich Deutschland und Norwegen (Herrmann u. a., 2015, S.556–557): Arbeitnehmer in Deutschland müssen nach mehr als drei Krankheitstagen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei Ihrem Arbeitgeber vorlegen; allerdings kann der Arbeitgeber auch bereits früher eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen (Nüchtern u. a., 2012). Die Höhe der Krankschreibung betrug 2013 durchschnittlich 13 Tage Arbeitsunfähigkeit für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherungen (Busch, 2014). Kurzfristige Krankschreibungen bis zu einer Woche machten zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle aus, aber nur ein

Fünftel der Arbeitsunfähigkeitstage (Busch, 2014). Über die Hälfte der Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) war im Jahr 2013 mindestens einmal krankgeschrieben (Meyer u. a., 2014).

Im Vergleich dazu gibt es in Norwegen die „*Eigenmeldung, also [die Möglichkeit] sich selbst offiziell mit Hilfe eines Formulars krank zu melden. Dies ist bis zu vier Mal im Jahr für bis zu drei zusammenhängende Tage erlaubt*“ (Herrmann u. a., 2015, S.556). Eine erweiterte Möglichkeit der Eigenmeldung bieten die 2001 in Norwegen zum ersten Mal geschlossenen Verträge zum „*Inkludierenden Arbeitsleben (IA)*“ (Herrmann u. a., 2015, S.556). Im Rahmen dieser Verträge wurde die zuvor in Pilotstudien getestete Möglichkeit der Eigenmeldung (Petersen, 2001) flächendeckend umgesetzt: Über die Hälfte der norwegischen Arbeitnehmer arbeitet in Betrieben, die den IA-Verträgen beigetreten sind. Für diese Arbeitnehmer gilt, dass sie sich für „*bis zu acht zusammenhängende Tage an bis zu maximal 24 Tagen im Jahr*“ (Herrmann u. a., 2015, S.556) selbst krankmelden können. Die Evaluation der Eigenmeldung für bis zu sieben Tage war sehr positiv verlaufen, daher wurden in weiteren Pilotprojekten Eigenmeldungszeiten von bis zu 50 Tagen oder gar 365 Tagen implementiert und ebenfalls positiv evaluiert (Fleten u. a., 2009; Skåltveit u. a., 2013).

Jedoch nicht nur die Möglichkeit der längeren Eigenmeldung unterscheidet die Arbeitsunfähigkeitsregelungen zwischen Deutschland und Norwegen. Die Möglichkeit der teilweisen Arbeitsunfähigkeit ist in Norwegen vorgeschrieben und der positive Effekt belegt (Markussen u. a., 2012). Eine weitere Möglichkeit ist, dass Hausärzte „*Vorgaben für Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen*“ (Herrmann u. a., 2015, S.557) machen können. Ein zusätzlicher Baustein der Arbeitsunfähigkeitsregelungen in Norwegen sind „*Dialogmøte (Gesprächstreffen)*“ (Herrmann u. a., 2015, S.557): Dabei treffen sich Hausarzt und Patient mit Vertretern des Arbeitgebers und der Sozialversicherung um gemeinsam zu überlegen, wie der Patient wieder in das Arbeitsleben zurückgeführt werden könnte.

Insgesamt zeigt sich, dass Arbeitsunfähigkeitsregelungen als ein Faktor für Inanspruchnahme zu betrachten sind. Das norwegische Vorgehen, gezielt Regelungen zur Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und langfristigen Krankschreibungen mittels Pilotstudien zu evaluieren und dann in der Breite zu implementieren ist als Vorbild für Deutschland geeignet. Daher war ein Vorschlag, in Pilotstudien in Deutschland eine verlängerte Möglichkeit sich selbst krank zu melden sowie eine teilweise Krankschreibung durchzuführen und zu evaluieren (Herrmann u. a., 2015, S.558).

2.2.2 Zuzahlungen als ein Steuerungsinstrument für Inanspruchnahme (Artikel 3)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. *Patients' attitudes toward copayments as a steering tool—results from a qualitative study in Norway and Germany. Family Practice 2018; 35: 312–317. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmæ092>*

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2018b)

Ein weiterer Faktor aus dem Bereich des Gesundheitssystems für die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung, welcher allerdings im Vergleich zu Arbeitsunfähigkeitsregelungen bereits in der wissenschaftlichen Literatur ausführlich beschrieben ist, sind Zuzahlungen. Artikel 3 widmet sich den Einstellungen von Patienten zu Zuzahlungen, daraus abgeleiteten Typen und der differierenden Verteilung dieser Typen.

Hinsichtlich der Einstellung von Patienten zu Zuzahlungen als Steuerungsinstrument konnten aus dem qualitativen Material drei Dimensionen konstruiert werden: der wahrgenommene Steuerungseffekt, die Verständlichkeit und die Beurteilung von Zuzahlungen (Herrmann u. a., 2018b, S.314). Der wahrgenommene Steuerungseffekt von Zuzahlungen unterteilt sich wiederum in drei Typen (Herrmann u. a., 2018b, S.314):

- Zuzahlungen haben schon mein Handeln beeinflusst
- Zuzahlungen haben noch nicht mich, aber eine andere mir bekannte Personen beeinflusst
- Zuzahlungen haben keinen Einfluss auf mein Handeln

Die Verteilung dieser Typologie in dem Sample, aufgeteilt nach Interviewteilnehmern in Deutschland und Norwegen, gibt Hinweise, dass der wahrgenommene Einfluss von Zuzahlungen auf Inanspruchnahme in Deutschland ausgeprägter sein könnte.

Ausschließlich Interviewteilnehmer in Deutschland äußerten Schwierigkeiten mit der Verständlichkeit von Zuzahlungen (Herrmann u. a., 2018b, S.314): Diese betrafen einerseits die Frage warum es bestimmte Zuzahlungen gibt. Andererseits ergaben sich Verständnisprobleme hinsichtlich der Regelungen: So wurde z.B. welche Medikamente zuzahlungspflichtig sind, als willkürlich und nicht nachvollziehbar wahrgenommen. Auch wurde die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung als kompliziert beschrieben und nicht von allen Interviewteilnehmern verstanden.

Hinsichtlich der Beurteilung von Zuzahlungen konnten neun Kategorien beschrieben werden, drei eher negative und sechs eher positive Kategorien (Herrmann u. a., 2018b, S.315):

Die hinsichtlich der Beurteilung von Zuzahlungen negativste Kategorie war Zuzahlungen als unmenschlich anzusehen. Die zweite negative Kategorie umfasst Zuzahlungen als Ausdruck einer Kommerzialisierung des Gesundheitssystems. Die dritte negative Kategorie bezieht sich hingegen auf eine individuelle Bewertung von Zuzahlungen als zu große Belastung.

Bei den positiven Kategorien spielte die Bedeutung einer maximalen Grenze von Zuzahlungen eine wichtige Rolle, um Zuzahlungen als positiv und fair zu bewerten. Damit

verbunden war die Bewertungen von Zuzahlungen als etwas Undramatisches, ein zu vernachlässigender Betrag. Eine weitere Kategorie beschreibt, dass Patienten in dem jeweilige Gesundheitssystem aufgrund der angebotenen Gesundheitsversorgung privilegiert seien. Weitere positive Kategorien waren, einen erzieherischen Effekt in Zuzahlungen zu sehen und die Sichtweise, dass Gesundheit es Wert sei dafür etwas zu bezahlen.

Insgesamt zeigten sich in dem qualitativen Sample unterschiedliche Verteilungen der Einstellung zu Zuzahlungen zwischen Deutschland und Norwegen (Herrmann u. a., 2018b, S.315). In Norwegen wurden Zuzahlungen als selbstverständlicher Finanzierungsaspekt des Gesundheitssystems gesehen, während Zuzahlungen in Deutschland eher diffus verortet wurden. Die Ergebnisse weisen dabei auch auf ein Kommunikationsdefizit in Deutschland hin. Daher sollten Zuzahlungen in Deutschland von den Regeln her einfacher sein und gleichzeitig verständlicher kommuniziert werden.

2.3 Ein neues Modell für Inanspruchnahme (Artikel 4)

Herrmann WJ, Haarmann A, Bærheim A. A sequential model for the structure of health care utilization. PLOS ONE 2017; 12(5): e0176657. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176657>

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2017)

Neben den konkreten Gesundheitssystemfaktoren Arbeitsunfähigkeitsregelungen und Zuzahlungen weitet Artikel 4 den Blick. In diesem Kernartikel des Forschungsprojektes wird aus den empirischen Befunden der Studie ein neues Modell zur Struktur von Inanspruchnahme entwickelt.

In der teilnehmenden Beobachtung zeigte sich, dass sowohl in Deutschland als auch Norwegen, Konsultationen häufig nicht ein einzelner Beratungsanlass zugeordnet werden kann (Herrmann u. a., 2017, S.3): Insbesondere Patienten mit chronischen Erkrankungen hatten entweder mehrere Beratungsanlässe oder gar keinen bestimmten Beratungsanlass, sondern kamen zur regelmäßigen Wiedervorstellung. Beispielhaft ist das typische Verhalten norwegischer Patienten eine Liste mit Themen, über die sie sprechen möchten, mit in die Konsultation zu bringen (Herrmann u. a., 2017, S.3).

Das gleiche Bild zeigte sich ebenso auch in den Interviews, wo Patientenangaben, Themen für den nächsten Termin zu sammeln oder zum Arzt zu gehen, weil sie wieder einbestellt wurden, aber keinen konkreten Anlass für sich selbst zu sehen.

Darüber hinaus zeigte sich in der teilnehmenden Beobachtung, dass die meisten Konsultationen nicht in sich selbst verständlich sind (Herrmann u. a., 2017, S.4). Diese Beobachtung wird unterstützt durch das typische Verhalten von Hausärzten vor oder nach der Konsultationen den Hintergrund des Patienten und die Geschehnisse während der zurückliegenden Konsultationen kurz zu skizzieren (Herrmann u. a., 2017, S.4). Daran lässt sich gut erkennen, dass Konsultationen in der Regel keine voneinander unabhängigen Einzelereignisse sind, sondern Teil einer Sequenz.

Zwischen Deutschland und Norwegen fanden sich strukturelle Unterschiede, wie Konsultationen verbunden sind, also hinsichtlich des Informationsflusses zwischen den Versorgern eines Patienten (Herrmann u. a., 2017, S.5): So sind beispielsweise Überweisungen in Norwegen ausführliche elektronische Briefe vom Hausarzt an einen anderen Spezialisten, die unter anderem Angaben zur Dringlichkeit enthalten; daraufhin wird der Patient von dem anderen Spezialisten mit einem Terminvorschlag angeschrieben (Herrmann u. a., 2017, S.5). Im Gegensatz dazu erfolgen viele Konsultationen bei Spezialisten in Deutschland ohne Überweisung, und im Falle einer Überweisung kümmert sich in der Regel der Patient selbst um einen Termin (Forschungsgruppe Wahlen, 2014).

Darüber hinaus zeigten sich auch strukturelle Unterschiede, welche Versorger an der individuellen Versorgung von Patienten beteiligt sind. In Norwegen gibt es ein Gatekeeping-System; Spezialisten sind überwiegend an Krankenhausambulanzen angesiedelt (Herrmann u. a., 2017, S.5). Auch bei komplexen Erkrankungen liegt die langfristige Versorgung bei Hausärzten, welche Spezialisten zu gezielten Fragen hinzuziehen können.

In Deutschland hingegen gibt es freie Arztwahl und keine expliziten Zugangsbeschränkungen zu spezialisierten Fachärzten. Insbesondere chronisch erkrankte Patienten werden manchmal fast ausschließlich durch spezialisierte Fachärzte betreut mit wenig Kontakt zu Hausärzten. Beispielfähig ist hierfür der Fall eines Interviewteilnehmers mit einer chronischen Nierenerkrankung, welcher nahezu ausnahmslos - auch bei nicht nierenbezogenen Problemen - bei einem Nephrologen in Behandlung ist.

Aufbauend auf den qualitativen Ergebnissen der Studie, zeigte sich, dass eine Zählung von Inanspruchnahme als Raten von Kontakten nicht hinreichend die Komplexität der Struktur von Inanspruchnahme abbildet. Vielmehr sollte der sequenzielle Charakter von Inanspruchnahme ebenso berücksichtigt werden wie der Informationsfluss und welche Versorger beteiligt sind (Herrmann u. a., 2017, S.6).

Daher wurde aufbauend auf den qualitativen Forschungsergebnissen ein neues Modell von Inanspruchnahme entwickelt, welches folgende Komponenten enthält (Herrmann u. a., 2017, S.6):

- Inanspruchnahme als eine Sequenz von Konsultationen
- Knoten repräsentieren Arzt-Patienten-Kontakte
- Kanten, die diese Knoten verbinden, repräsentieren Informationsflüsse, insbesondere
 - Überweisungen, Einweisungen und Verordnungen
 - Arztbriefe und Befundberichte
 - Wiedervorstellungstermine
- Zeit als Dimension
- Beteiligte Versorger als Dimension

Dieses sequenzielle Modell der Inanspruchnahme verweist auf die Bedeutung der Versorgungsverläufe chronisch kranker Patienten. Da chronisch kranke Patienten das Gros der Arzt-Patienten-Kontakte ausmachen (Riems u. a., 2012), bieten die Versorgungsverläufe dieser Patientinnen und Patienten vermutlich entscheidende Erklärungsansätze für die hohe Inanspruchnahme in Deutschland. Die qualitativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intervalllänge in Deutschland kürzer ist als in Norwegen, die Kontinuität des Informationsflusses größer in Norwegen, und in Deutschland mehr Versorger beteiligt sind und die Sequenzen komplexer sind.

2.4 Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt (Artikel 5)

Pohl J, Ulrich R, Herrmann WJ. Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt in Deutschland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2017; 93: 166-171. <https://doi.org/10.3238/zfa.2017.0166-0171>

im Literaturverzeichnis unter Pohl u. a. (2017)

Die in Artikel 4 präsentierten Ergebnisse der deutsch-norwegischen Studie lassen erwarten, dass bei chronisch erkrankten Patienten die einzelne Erkrankung einen geringen Einfluss auf die Höhe der Inanspruchnahme hat. Daher wird in Artikel 5 gezielt die Inanspruchnahme von Patienten nach einem überlebten Herzinfarkt als Beispiel für eine chronische Erkrankung untersucht.

Dazu wurden Daten der ersten Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-1) analysiert. Studienteilnehmer mit und ohne Angabe eines stattgehabten Herzinfarktes wurden hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung verglichen. Darüber hinaus wurden Alter, Geschlecht und Anzahl der (Ko-)Morbiditäten als relevante Confounder mitberücksichtigt.

86% der Studienteilnehmer mit einem Herzinfarkt in der Vorgeschichte waren in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal bei ihrem Hausarzt gewesen, von den verbleibenden Studienteilnehmer waren wiederum die meisten bei einem Internisten gewesen, so dass nur 2,4% der Studienteilnehmer mit überlebtem Herzinfarkt weder hausärztlich noch internistisch versorgt waren in den letzten zwölf Monaten. Die Inanspruchnahme von Studienteilnehmer mit überlebtem Herzinfarkt ist höher als die Inanspruchnahme ohne überlebten Herzinfarkt. Jedoch verschwindet dieser Unterschied bei Studienteilnehmern mit mehr als zwei (Ko-)Morbiditäten und Studienteilnehmern ab 70 Jahren.

Diese quantitativen Ergebnisse sind stimmig zu den Erwartungen, die sich aus den qualitativen Ergebnissen von Artikel 4 ableiten ließen. Daher unterstützen Sie die Validität der qualitativen Ergebnisse.

2.5 Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? (Artikel 6)

Herrmann WJ, Berlt A, Spengler V, Loos R, Heintze C, Holzinger F. Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? Eine repräsentative Befragung Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2018; 94:390–396. <https://doi.org/10.3238/zfa.2018.0390-0395>

im Literaturverzeichnis unter Herrmann u. a. (2018a)

Ein Aspekt aus Artikel 4 im Vergleich der Gesundheitssysteme war, dass sich zwischen Deutschland und Norwegen unterscheidet, welche Versorger in welcher Form an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind. International gibt es dabei vor allem bei der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen große Unterschiede (Katz u. a., 2002; Esso u. a., 2010). In Artikel 6 wird daher untersucht, ob und ab welchem Alter Hausärzte Kinder und Jugendliche versorgen.

Dazu wurde eine Zufallsstichprobe Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg mittels eines Computer gestützten Telefoninterviews standardisiert befragt. Nach Einwilligung in das Interview wurden die Praxen gefragt, ob sie prinzipiell Kinder und Jugendliche behandeln und falls ja wurde in einer zweiten Frage gefragt ab welchem Alter. Bundesland und Gemeindetyp der Praxis wurden als Variablen miterhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass es große Unterschiede zwischen den Hausarztpraxen gibt, ob und ab welchem Alter sie Kinder und Jugendliche behandeln. Ein Viertel der befragten Hausarztpraxen behandelt prinzipiell keine Kinder und Jugendliche. 14% der Praxen in Großstädten behandeln jedoch selbst Säuglinge, ebenso wie 27% der Praxen in Mittelstädten und 38% der Praxen in Kleinstädten und ländlichen Gemeinden.

Dieser abschließende Artikel der Arbeit zeigt daher auf, dass Inanspruchnahme auch von dem Versorgungsangebot vor Ort abhängt, wobei dieses sich nicht alleine aus der Anzahl von Praxen ableitet, sondern auch, welche Patienten diese Praxen akzeptieren, was deutlich zwischen den Praxen differiert.

3 Diskussion

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Artikel wurden verschiedene Aspekte der hohen Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung in Deutschland untersucht und ein neues Modell zur Struktur von Inanspruchnahme entwickelt. Die Ergebnisse dieser Habilitationsschrift zeigen auf, dass konzeptuell die Inanspruchnahme chronisch erkrankter Personen von der Inanspruchnahme akut erkrankter aber prinzipiell gesunder Personen unterschieden werden sollte. Für akut erkrankte Personen spielen als wichtiger Faktor für Inanspruchnahme auf Gesundheitssystemebene die Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit eine Rolle. Ein weiterer Aspekt sowohl für akut erkrankte Personen als auch für chronisch erkrankte Personen sind die Regelungen zu Zuzahlungen. Auch wenn die Praxisgebühr inzwischen abgeschafft worden ist, sind die präsentierten Ergebnisse zu Zuzahlungen relevant, da es weiterhin andere Formen von Zuzahlungen in Deutschland gibt, und die Ergebnisse darüber hinaus auf die für Patienten teilweise komplizierten Regelungen in Deutschland hinweisen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen darüber hinaus auf, dass für chronisch erkrankte Personen die Angabe von Inanspruchnahmeraten nicht hinreichend aussagekräftig ist. Das hier vorgestellte neu entwickelte Modell der Inanspruchnahmesequenzen bietet eine genauere Möglichkeit Inanspruchnahme im Gesundheitssystem als Prozess abzubilden.

Die qualitativen Ergebnisse, die dem Modell zugrunde liegen, konnten dabei quantitativ bestätigt werden. Anhand der Versorgung von Kindern und Jugendlichen konnte abschließend gezeigt werden, dass nicht alleine durch die Anzahl der Praxen abgebildet werden kann, welche Anbieter vor Ort zur Verfügung stehen um in Anspruch genommen zu werden.

3.2 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit besteht aus einem qualitativen Anteil (Artikel 1–4) und einem quantitativen Anteil (Artikel 5–6). Sie erfüllt damit auf verschiedenen Ebenen die Ansprüche der Triangulation (Flick, 2008; Flick u. a., 2012): So wurden im qualitativen Teil verschiedene Methoden (Episodisches Interview, Teilnehmende Beobachtung) und Zugänge (Patienten, Hausarztpraxen) miteinander kombiniert, ebenso wie insgesamt quantitative mit qualitativen Methoden kombiniert wurden. Dieser Ansatz der Triangulation erhöht dabei die Validität der Ergebnisse.

In den Artikeln selbst wurden bereits verschiedene Limitationen diskutiert, u.a., dass qualitative Ergebnisse nicht das Ausmaß eines Zusammenhang abbilden können (Herrmann u. a., 2015, S.22) und kein Schluss auf repräsentative Aussagen getroffen werden kann (Herrmann u. a., 2017, S.41), dass während der Studie die Praxisgebühr als wichtiges Zuzahlungsinstrument abgeschafft wurde (Herrmann u. a., 2018b, S.31), dass retrospektive Selbstauskünfte einem Recall-Bias unterliegen (Pohl u. a., 2017, S.50) und dass die Ergebnisse der Berliner und Brandenburger Befragung von Hausarztpraxen sich nur bedingt auf andere Bundesländer übertragen lassen (Herrmann u. a., 2018a, S.391&393).

Variable	Kriterium	Punkte
Geschlecht	gleich	1
Altersunterschied	<=5 Jahre	1
	<=10 Jahre	.5
Subjektive Morbidität	Gleiches Quartil	1
	Benachbartes Quartil	.5
Arzt-Patienten-Kontakte	Gleiches Quartil	1
	Benachbartes Quartil	.5
Stadt/Land	gleich	1
Summe		0-5

Tabelle 1: Matchingkriterien für die Auswahl der deutschen Interviewteilnehmer in der deutsch-norwegischen Studie (Herrmann u. a., 2013, S.5, übersetzt vom Autor)

Ein wichtiger übergreifender Aspekt über alle Studien hinweg ist die Rekrutierung von Studienteilnehmern und das Sampling, welche eine wichtige Rolle für die Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse spielen; insbesondere im qualitativen Studienteil. Daher werden diese im folgenden ausführlicher diskutiert.

Rekrutierung und Sampling

Für den Feldzugang der qualitativen deutsch-norwegischen Studie wurden in Deutschland (Sachsen-Anhalt) und Norwegen (Hordaland) jeweils vier Hausarztpraxen, die sich hinsichtlich Lage und Größe unterschieden, rekrutiert. In diesen acht Praxen wurde an mindestens zwei Tagen allen Patienten ein Informationsblatt über die Studie ausgeteilt, mit der Bitte - bei potenzieller Bereitschaft zu einem Interview - einen kurzen Fragebogen auszufüllen. In diesem Kurzfragebogen wurden Alter, Geschlecht, Anzahl chronischer Erkrankungen und Anzahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten abgefragt. Außerdem wurde die Lage der Hausarztpraxis (ländlich/städtisch) vermerkt.

Anschließend wurden die norwegischen Interviewteilnehmer aus diesem Pool potenzieller Interviewteilnehmer mittels theoretischen Samplings ausgewählt. Die deutschen Interviewpartner wurden dann so gewählt, dass sie hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Anzahl chronischer Erkrankungen, Anzahl der Arztbesuche und Lage der Hausarztpraxis eine größtmögliche Übereinstimmung mit den norwegischen Interviewteilnehmern hatten (1:1-Matching). Abbildung 2 gibt einen Überblick über Rekrutierung und Sampling. Tabelle 1 stellt zusätzlich die verwendeten Matchingkriterien dar.

In Deutschland verlief die Rekrutierung von Hausarztpraxen und potenziellen Interviewteilnehmern sehr gut; in Norwegen dauerte die Rekrutierung länger. Ein Hauptgrund war, dass potenzielle Studienteilnehmer in Norwegen kulturell bedingte Hemmungen hatten, Interviewer in Ihre Wohnung zu lassen. Daher wurden ein Teil der Interviews in Norwegen in Instituts- und Praxisräumen durchgeführt.

Aufgrund des schrittweisen Vorgehens, ergab sich teilweise ein größerer zeitlicher Abstand zwischen der ursprünglichen Einwilligung, prinzipiell zu einem Interview bereit zu

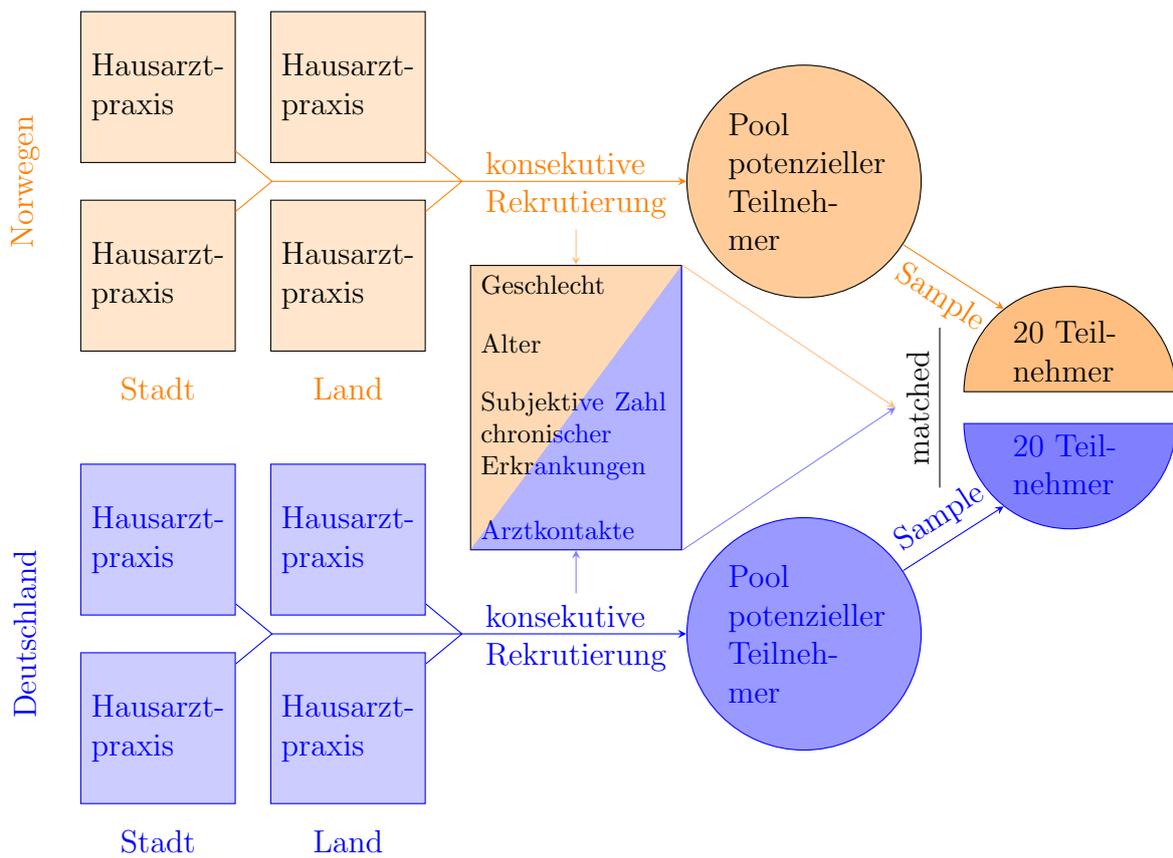


Abbildung 2: Rekrutierung und Sampling der deutsch-norwegischen Studie (Herrmann u. a., 2013, S.5, übersetzt vom Autor)

	Pool	ALLBUS
Durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen in den letzten 3 Monaten	3,16	3,10
Durchschnittliche Anzahl chronischer Krankheiten	1,30	1,94
Durchschnittliches Alter [Jahre]	58,20	49,27

Tabelle 2: Vergleich des Pools potenzieller Interviewteilnehmer in Deutschland mit Daten des ALLBUS von 2004

	Deutschland		Norwegen	
	ländlich	städtisch	ländlich	städtisch
weiblich	5	4	4	5
männlich	7	4	5	6
Geburtsjahr [Range]	1935–1990		1931–1987	
Geburtsjahr [Mittelwert]	1957		1957	
Σ	20		20	

Tabelle 3: Beschreibung des Samples der Interviewteilnehmer

sein, und der Kontaktaufnahme zur Vereinbarung eines Interviewtermins. Dies führte dazu, dass potenzielle Interviewteilnehmer sich nicht mehr an ihre ursprüngliche Einwilligung erinnern konnten und daher ein Interview ablehnten. Daher wäre für zukünftige Studien mit einem solchen Vorgehen beim Feldzugang ebenfalls eine schrittweise Rekrutierung potenzieller Interviewpartner zu empfehlen um den zeitlichen Abstand zwischen der Erklärung potenziell zu einem Interview bereit zu sein und der Durchführung des Interviews kürzer zu halten.

Zur Überprüfung des Rekrutierungs- und Samplingprozesses führten wir zwei Analysen durch: Zuerst verglichen wir die Angaben der potenziellen Interviewpartner in Deutschland mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten des ALLBUS von 2004 (*ALLBUS 2004 (Studien-Nr. 3762, deutsche Version; Studien-Nr. 3764, englische Version)*). Es zeigte sich dabei insbesondere ein höheres Alter in dem Pool potenzieller Interviewteilnehmer (vgl. Tabelle 2), welches aber bei dem Feldzugang über Hausarztpraxen erwartbar ist.

In einem zweiten Schritt analysierten wir, ob sich die potenziellen Interviewteilnehmer, welche letztlich in ein Interview einwilligten, von denen, die letztlich ein Interview ablehnten, unterschieden. Dabei zeigte sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Anzahl chronischer Erkrankungen und Anzahl an Arztkontakten kein systematischer Unterschied (vgl. Abbildung 3).

Die Übereinstimmung der deutschen mit den norwegischen Interviewpartnern als Ergebnis des Matchings veranschaulicht Abbildung 4. Es zeigt sich, dass insgesamt eine hinreichend gute Übereinstimmung mit mindestens 3 Punkten für jedes Matchingpaar erreicht werden konnte.

Eine Beschreibung der soziodemographischen Merkmale des finalen Samples der Interviewteilnehmer findet sich in Tabelle 3. Damit konnte insgesamt im qualitativen Teil

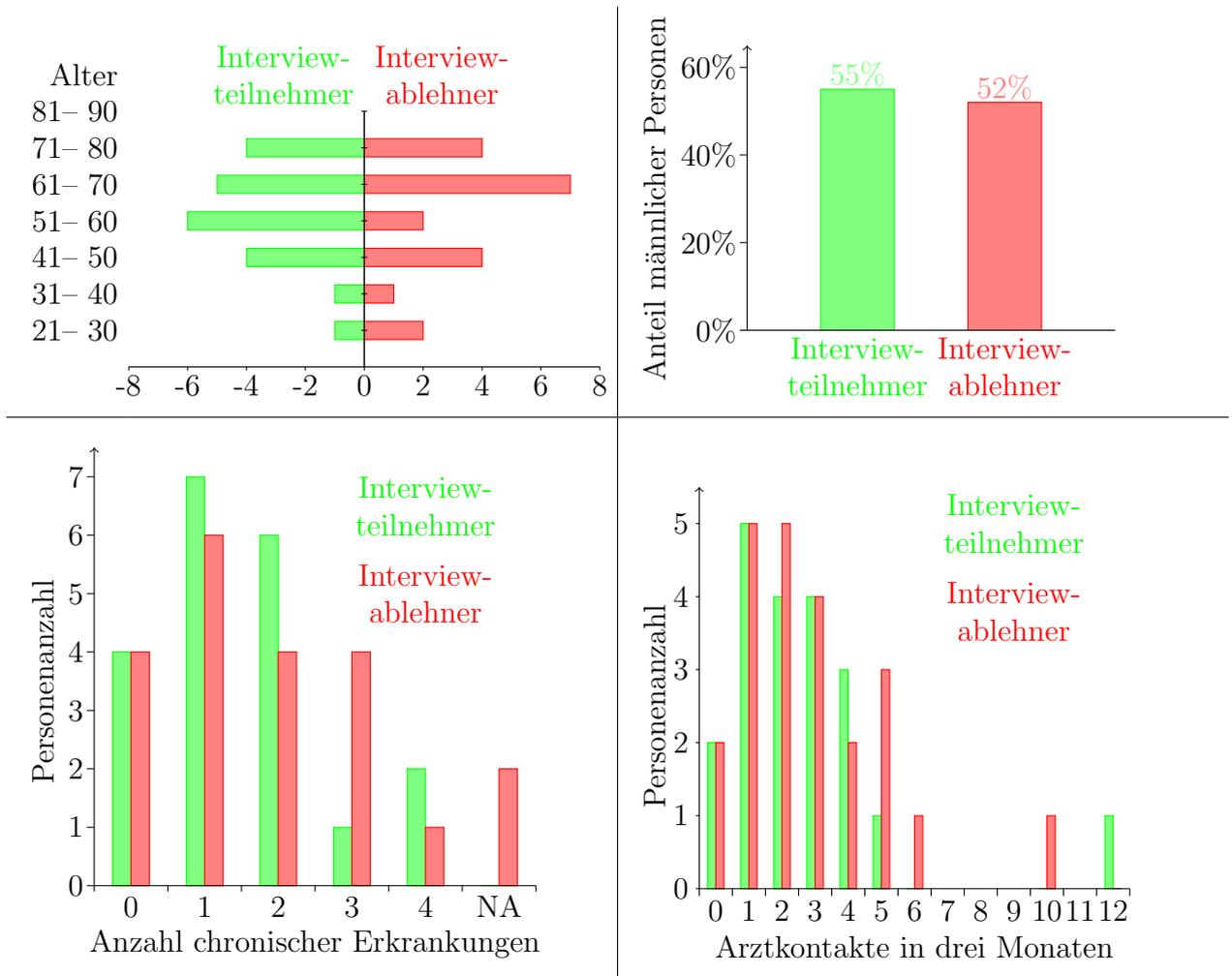


Abbildung 3: Vergleich der potenziellen Interviewteilnehmer in Deutschland, die in das Interview einwilligten von denen die letztlich ein Interview ablehnten

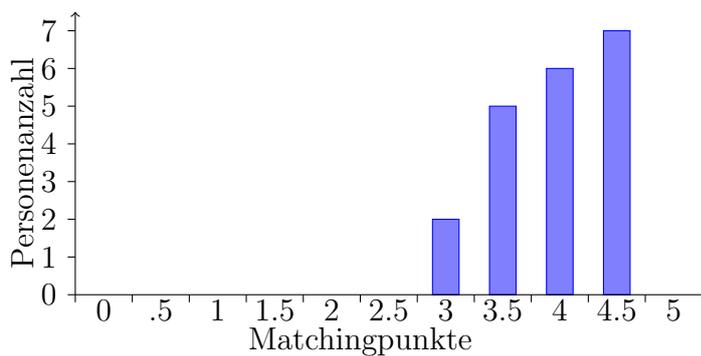


Abbildung 4: Übereinstimmung der deutschen mit den norwegischen Interviewpartnern nach den Kriterien des Matchings

der Studie mittels dieses aufwändigen zweistufigen Verfahrens ein gezieltes Sampling erreicht werden.

Für Artikel 5 konnte mit dem Datensatz der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland ein repräsentatives Sample genutzt werden (Kamtsiuris u. a., 2013); um das komplexe Stichprobendesign in der Auswertung zu berücksichtigen, wurde daher zur Analyse das Survey-Package in R genutzt (Lumley, 2004). Für Artikel 6 wurde eine Zufallsstichprobe von Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen selbst erstellt. Hier kann ein Bias dadurch, welche Praxen telefonisch erreichbar waren und welche an der Studie teilnahmen, nicht ausgeschlossen werden, die in dem Artikel beschriebenen statistischen Kennwerte zur Studienteilnahme sprechen jedoch gegen einen solchen Bias.

3.3 Folgerungen für Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Artikel sind in mehrfacher Hinsicht für die weitere Forschung in Allgemeinmedizin, Public Health und Versorgungsforschung relevant. Ich möchte über die in den Artikeln bereits vorliegenden Schlussfolgerungen hinaus an dieser Stelle drei Aspekte herausgreifen: die Berücksichtigung komplexerer Inanspruchnahmeprozesse bei der Abbildung von Inanspruchnahme, die Notwendigkeit das Versorgungsangebot detaillierter zu erheben und die Untersuchung von Wiedervorstellungsintervallen.

In der bisherigen Erforschung von Inanspruchnahme überwiegen entweder dichotome Messwerte (in Anspruch genommen ja oder nein) oder Raten (Kontakte pro Zeit). Dies erklärt sich nicht zuletzt darin, dass die bisher verbreiteten statischen Verfahren überwiegend dichotome (z.B. logistische Regression), kontinuierliche Variablen (z.B. lineare Regression) oder Zählvariablen (z.B. Poisson Regression) benötigen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen jedoch auf, dass solche Messungen der Inanspruchnahme die Komplexität der tatsächlichen Versorgung stark reduziert abbilden; sie sind damit nicht immer ausreichend für die Erforschung von Inanspruchnahme. Das entwickelte Modell der Inanspruchnahmesequenzen ist hingegen deutlich komplexer. Für jeden Patienten wird eine eigene Sequenz in Form eines Graphen ermittelt. Graphen sind dabei mathematische Strukturen bestehend aus Knoten und sie verbindende Kanten; ein alternativer Begriff für Graphen sind auch Netzwerke (vgl. Newman, 2010). Solche Graphen sind mittels klassischer statistischer Verfahren nur indirekt analysiert werden, da nur aus den Graphen abgeleitete Kennwerte untersucht werden können. Hier könnten die sich zur Zeit stark ausbreitenden Methoden des Machine Learning neue Möglichkeiten bieten, auch solch komplexere Strukturen zu analysieren (vgl. z.B. Dietterich, 2002). Dies bietet für die zukünftige Erforschung von Inanspruchnahme zahlreiche Herausforderungen und wird mutmaßlich neue Möglichkeiten, Inanspruchnahme besser zu verstehen und zu analysieren, eröffnen.

Ein wachsender Zweig in der Erforschung von Inanspruchnahme ist die Nutzung von geographischen Daten mittels Geographischer Informationssysteme (z.B. Kucharska u. a., 2014). Dabei liegt jedoch in so gut wie allen Fällen die Annahme zugrunde, dass alle Praxen gleichermaßen für Patientenversorgung offen sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit (vgl. Abschnitt 2.5) stellen diesen Ansatz beispielhaft für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Frage. Zukünftig müsste die individuelle Praxisperspektive

berücksichtigt werden, was jedoch ausführliche Befragungen von Praxen oder das datenschutzrechtlich schwierige Zusammenspielen von Routinedaten und Geoinformationsdaten voraussetzen würde. Auch hier werden daher zukünftig komplexere Analyseansätze notwendig sein.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin, dass die Abstände zwischen Arzt-Patienten-Kontakten neben den der hohen Anzahl beteiligter Ärzte eine wichtige Ursache für die hohe Inanspruchnahme in Deutschland sein könnte. Während es in Leitlinien teilweise Empfehlungen zu regelmäßigen Kontrollen gibt (vgl. z.B. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2013), fußen diese jedoch fast nie auf aussagekräftigen Studien. Bisher gibt es so gut wie keine Forschung dazu, welche Kontrollabstände in welchen Krankheitskonstellationen sinnvoll und optimal sind. Hier liegt eine wichtige Herausforderung zur besseren Etablierung einer evidenzbasierten Versorgung chronisch erkrankter Menschen. Zukünftig sollten gezielt die Länge der Intervalle untersucht werden, ebenso wie die Frage, welches Wiedervorstellungsintervall am besten für die behandelten Patienten ist.

3.4 Folgerungen für Versorgung und Gesundheitspolitik

Aus dem Ergebnis dieser Forschungsprojekte ergeben sich verschiedene Schlussfolgerungen für Versorgung und Gesundheitspolitik; ich möchte auch hier über die in den einzelnen Artikeln beschriebenen Folgerungen hinaus nur einige besonders prägnante Punkte aufgreifen:

Anhand der Arbeitsunfähigkeitsregelungen zeigt sich beispielhaft, dass man in Deutschland von anderen Gesundheitssystemen lernen könnte. So greift auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) die Möglichkeit der teilweisen Krankenschreibung aus anderen Gesundheitssystemen auf. Vorbildhaft an Norwegen ist dabei insbesondere die gezielte Einführung neuer Ideen mittels Pilotprojekten, welche ausführlich evaluiert werden. Mit dem Mittel des Innovationsfonds ist dies inzwischen auch in Deutschland möglich. Die in dieser Arbeit vorgestellte Möglichkeit sich selbst länger krankzumelden (vgl. Abschnitt 2.2.1), könnten dabei Ärzte und Patienten in Deutschland entlasten und sollte mittels solcher Pilotprojekte evaluiert werden.

Ein zweiter wichtiger versorgungsrelevanter Punkt dieser Arbeit sind die Ergebnisse zu Zuzahlungen, dass Regelungen im Gesundheitssystem für Patienten zu kompliziert sein können, um sie hinreichend zu verstehen. Es erscheint plausibel, dass insbesondere Patienten mit geringerem Bildungsstand auf diese Weise benachteiligt werden könnten. Dies sollte gezielt weiter erforscht werden, weil hierin möglicherweise einer der Gründe für sozial bedingte unterschiedliche Gesundheitschancen liegt. Gleichzeitig ist dieses Ergebnis ein wichtiger Hinweis für Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung Regelungen einfach zu halten und gezielt auf Verständlichkeit für Patienten hin zu überprüfen.

Ein dritter allgemeiner Aspekt, der sich aus allen Artikeln ergibt, ist die Frage der zukünftigen Rolle der hausärztlichen Versorgung. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass in Deutschland besonders viele Versorger an der Gesundheitsversorgung insbesondere bei chronisch erkrankten Menschen beteiligt sind. Gleichzeitig spielt, wie sich auch bei Patienten mit überlebtem Herzinfarkt zeigt, der Hausarzt auch weiterhin die zentrale Rolle.

Die Stärkung der hausärztlichen Rolle, u.a. mit dem Ziel die Komplexität der Patientenversorgung für Patienten und Ärzte zu verringern, wird eine zentrale Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre.

4 Zusammenfassung

In dieser Habilitationsarbeit wurden Faktoren untersucht, die zur Erklärung der im Vergleich zu anderen Ländern erhöhten Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland beitragen, um zu einem besseren Verständnis von Inanspruchnahme zu gelangen.

Dazu wurden im qualitativen Teil mit 40 Patientinnen und Patienten in Deutschland und Norwegen episodische Interviews geführt und in acht Hausarztpraxen insgesamt 400 Konsultationen teilnehmend beobachtet. Die Auswertung erfolgte mittels thematischen Kodierens orientiert am Ansatz der Grounded Theory. Ergänzt wurde dies durch eine quantitative Analyse von Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-1) und eine telefonische Befragung einer Zufallsstichprobe von 200 Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen.

Verschiedene Faktoren konnten als Erklärungsansätze für die erhöhte Inanspruchnahme in Deutschland gefunden werden. Ein Kernergebnis ist ein neues Modell für Inanspruchnahme: Inanspruchnahmesequenzen. Konsultationen werden dabei nicht mehr als einzelne unabhängige Ereignisse betrachtet, sondern als Knotenpunkte, die über Informationsflüsse zwischen Versorgern miteinander verbunden sind. Dieses Modell wird zukünftig weitergehende Analysen von Inanspruchnahme und die Operationalisierungen von Inanspruchnahmesequenzen ermöglichen. Darüber hinaus zeigt das Modell anhand der qualitativen Ergebnisse auf, dass die Versorgungsverläufe chronisch kranker Patientinnen und Patienten sich zwischen Deutschland und Norwegen unterscheiden und diese unterschiedlichen Versorgungsverläufe die Unterschiede in der Inanspruchnahme teilweise erklären können. Eine qualitativ gefundene Annahme des Modells, dass bei chronisch erkrankten Patienten, die einzelne Erkrankung keine wesentliche Rolle für die Höhe der Inanspruchnahme spielt, konnte quantitativ anhand von Patienten mit überlebtem Herzinfarkt bestätigt werden.

Ein Faktor für erhöhte Inanspruchnahme durch vergleichsweise gesunden Patienten sind die Arbeitsunfähigkeitsregelungen in Deutschland. Krankschreibungen sind ein häufiges Beratungsergebnis in Deutschland und häufig sind selbstlimitierende kleinere Erkrankungen, wie z.B. Erkältungskrankheiten, die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit. In Norwegen gibt es wissenschaftlich fundiert positive Erfahrungen mit ausgedehnteren Möglichkeiten sich selbst krankzumelden. Solche Regelungen sollten in Pilotprojekten auch in Deutschland erprobt und evaluiert werden.

Hinsichtlich der Einstellungen zu Zuzahlungen als Steuerungsinstrument konnten wir drei Dimensionen konstruieren: die erlebte Steuerungswirkung von Zuzahlungen, die Verständlichkeit von Zuzahlungen und die Beurteilung von Zuzahlungen. In allen drei Dimensionen unterschieden sich dabei die Einstellungen der Studienteilnehmer zwischen Deutschland und Norwegen. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass die Regelungen in Deutschland für Patienten zu komplex und nicht verständlich genug vermittelt sind.

Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt konnte gezeigt werden, dass die einzelne Diagnose bei multimorbiden Patienten keinen großen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Die Ergebnisse zeigen, dass der Schwerpunkt der Versorgung von Patienten mit überlebtem Herzinfarkt klar bei der

hausärztlichen Versorgung liegt.

Darüber hinaus zeigte die Befragung von Hausarztpraxen auf, dass sich zwischen Hausarztpraxen stark unterscheidet, ob und ab welchem Alter Kinder und Jugendliche behandelt werden. Dies zeigt beispielhaft, dass ein prinzipielles Versorgungsangebot nicht immer für alle Patienten zur Inanspruchnahme tatsächlich offen ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit auf, dass es vielfältige Faktoren gibt, welche die unterschiedliche Inanspruchnahme erklären können. Dabei gehen gesellschaftliche und strukturelle Faktoren miteinander einher.

Literaturverzeichnis

- Aasland, O. G. und Rosta, J. (2011). Fastlegenes arbeidstid 2000–2008. *Tidsskrift Norske Legeforen* 131, 1076–1079.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1–10.
- Babitsch, B., Gohl, D. und Lengerke, T. von. (2012). Re-revisiting Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 9.
- Bergmann, E., Kalcklösch, M. und Tiemann, F. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48, 1365–1373.
- Brink-Muinen, A. van den, Verhaak, P., Bensing, J., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., Mead, N., Leiva-Fernandez, F., Perez, A., Messerli, V., Oppizzi, L. und Peltenburg, M. (1999). *The Eurocommunication Study – An International Comparative Study in Six European Countries on Doctor-patient Communication*.
- Busch, K. (2014). Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten*. Herausgegeben von B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. Meyer. Berlin: Springer, 513–523.
- Christiaens, T., Backer, D. D., Burgers, J. und Baerheim, A. (2004). Guidelines, evidence, and cultural factors.. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22, 141–145.
- Deveugele, M., Derese, A., Brink-Muinen, A. van den., Bensing, J. und Maeseneer, J. de. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal* 325, 472–478.
- Dietterich, T. G. (2002). “Machine Learning for Sequential Data: A Review”. *Structural, Syntactic, and Statistical Pattern Recognition*. Herausgegeben von T. Caelli, A. Amin, R. P. W. Duin, D. de Ridder und M. Kamel. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 15–30.
- Dijk, C. E. van. (2012). *Changing the GP payment system - Do financial incentives matter?* Dissertation. Tilburg University. URL: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Christel-van-Dijk.pdf (besucht am 15.10.2018).
- Dixon, A. und Mossialos, E. (2001). *Funding Health Care in Europe: Recent Experiences*. Health Care UK, King’s Fund. London.
- Esso, D. van, Torso, S. del, Hadjipanayis, A., Biver, A., Jaeger-Roman, E., Wettergren, B. und Nicholson, A. (2010). Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Archives of Disease in Childhood* 95, 791–795.
- Fleten, N., Krane, L. und Johnsen, R. (2009). Utvidet egenmelding–en vei mot riktigere sykefravær?. *Norsk epidemiologi* 19.
- Flick, U. (2008). *Triangulation. Eine Einführung*. 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U., Herausgeber (1995). *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek: Rowohlt.

- Flick, U., Garms-Homolová, V., Herrmann, W. J., Kuck, J. und Röhnsch, G. (2012). „I Can't Prescribe Something Just Because Someone Asks for It...“: Using Mixed Methods in the Framework of Triangulation. *Journal of Mixed Methods Research* 6, 97–110.
- Follmer, R. und Leinert, J. (2012). *ÄrzteMonitor 2012*. URL: www.kbv.de/publikationen/41693.html (besucht am 14.08.2012).
- Forschungsgruppe Wahlen (2014). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. URL: http://www.kbv.de/media/sp/MHH_Studie_2014_Bericht_24072014.pdf (besucht am 02.12.2015).
- Garrido, M. V., Zentner, A. und Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature.. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29, 28–38.
- Grytten, J. und Sørensen, R. (2008). Busy physicians.. *Journal of Health Economics* 27, 510–518.
- Guggisberg, J. und Spycher, S. (2005). *Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten Versorgung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Herrmann, W., Berlt, A, Spengler, V, Loos, R, Heintze, C und Holzinger, F (2018a). Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? Eine repräsentative Befragung Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 94, 390–395.
- Herrmann, W. J., Haarmann, A., Flick, U., Bærheim, A., Lichte, T. und Herrmann, M. (2013). Patients' subjective concepts about primary healthcare utilisation: the study protocol of a qualitative comparative study between Norway and Germany. *BMJ Open* 3.
- Herrmann, W. J., Haarmann, A. und Bærheim, A. (2015). Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 109, 552–559.
- Herrmann, W. J., Haarmann, A. und Bærheim, A. (2017). A sequential model for the structure of health care utilization. *PLOS ONE* 12, 1–10.
- Herrmann, W. J., Haarmann, A. und Bærheim, A. (2018b). Patients' attitudes toward copayments as a steering tool - results from a qualitative study in Norway and Germany. *Family Practice* 35, 312–317.
- Holst, J. (2004). *Modalitäten von Zuzahlungen im Gesundheitswesen*. Eschborn: gtz.
- Hughes, D. (1983). Consultation length and outcome in two group general practices. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 33, 143–147.
- Johnsen, J. R. (2006). *Health Systems in Transition: Norway*. Band 8. 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems und Policies.
- Kamps, H. (2007). Deutsches Gesundheitssystem: Mehr Mut zum NEIN-Sagen. *Deutsches Ärzteblatt* 104, A105–A108.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., Schaffrath Rosario, A., Dahm, S., Kuhnert, R. und Kurth, B. M. (2013). Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener

- in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56, 620–630.
- Karsch-Völk, M., Kamps, H. und Schneider, A. (2010). Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 86, 468–473.
- Katz, M., Rubino, A., Collier, J., Rosen, J. und Ehrich, J. H. H. (2002). Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. *Pediatrics* 109, 788–796.
- Krasnik, A., Groenewegen, P., Pedersen, P., Scholten, P. von, Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H. und Damsgaard, M. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal* 300, 1698–1701.
- Kucharska, W., Pieper, J. und Schweikart, J. (2014). Zugang zur Kindergesundheit in Brandenburg - eine Untersuchung auf der Grundlage freier Geodaten. *Angewandte Geoinformatik 2014*. Herausgegeben von J. S. and Thomas Blaschke and Gerald Griesebner and Bernhard Zagel. Wichmann Verlag, 282–291.
- Kutzin, J. (1998). The Appropriate Role for Patient Cost Sharing. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Herausgegeben von R. B. Saltman, J. Figueras und C. Sakellarides. Buckingham: Open University Press. Kapitel 3, 78–112.
- Kürschner, N., Weidmann, C. und Müters, S. (2011). Wer wählt den Hausarzt zum Gatekeeper? Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodelle in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54, 221–227.
- Lumley, T. (2004). Analysis of Complex Survey Samples. *Journal of Statistical Software* 9, 1–19.
- Markussen, S., Mykletun, A. und Røed, K. (2012). The case for presenteeism - Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics* 96, 959–972.
- Meyer, M., Modde, J und Glushanok, I (2014). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten*. Herausgegeben von B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. Meyer. Berlin. Springer, 323–511.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. und Sarnak, D. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. URL: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf (besucht am 22.10.2018).
- Newman, M. (2010). *Networks: an introduction*. Oxford University Press.
- Nüchtern, E. und Mohrmann, M. (2012). Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 88, 162–169.
- Petersen, M. H. (2001). *Utvidet rett til egenmelding. Rapport prøvesprosjekt*. Evaluationsbericht. URL: <http://img8.custompublish.com/getfile.php/834699.1308>.

- xvytftexv / Utvidet%20rett%20til%20egenmelding*%20%28 . pdf%29 . pdf ? return=www.tromso.kommune.no (besucht am 01.04.2015).
- Pohl, J., Ulrich, R. und Herrmann, W. J. (2017). Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung durch Patienten mit überlebtem Herzinfarkt in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 93, 166–171.
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, Herausgeber (2013). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung*. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/herzinsuffizienz-1aufl-vers7-lang.pdf> (besucht am 04.07.2017).
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O. und Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56.
- Riens, B., Erhart, M. und Mangiapane, S. (2012). *Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. URL: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok1_Bericht.pdf (besucht am 05.07.2012).
- Robinson, R. (2002). “User charges for health care”. Herausgegeben von E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras und J. Kutzin. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/ Philadelphia: Open University Press. Kapitel seven, 161–183.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services.. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, Suppl94–Suppl127.
- Rosian, I., Mildschuh, S., Vogler, S. und Winkler, P. (2002). *Selbstbeteiligung – Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich*. Band November. Wien: ÖBIG.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015). *Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*.
- Skältveit, T. und Jentoft, N. (2013). Skal legen eller jeg bestemme? Utvidet rett til egenmelding i 365 dager. *Søkelys på arbeidslivet* 30, 91–106.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. und Kurth, B.-M. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48, 296–306.
- gesis. Leibniz Institut für Sozialwissenschaften. *ALLBUS 2004 (Studien-Nr. 3762, deutsche Version; Studien-Nr. 3764, englische Version)*. URL: <https://www.gesis.org/allbus/inhalte-suche/studienprofile-1980-bis-2016/2004/> (besucht am 01.10.2018).

Danksagung

Ich danke allen, die meinen Weg begleitet haben vom Elternhaus in Erfweiler über die Schule in Dahn, die Studien in Berlin, Reykjavík, Hamburg und Mainz bis hin zu Forschung in Jena, Magdeburg und Berlin und nicht zuletzt allen schönen und fröhlichen Begegnungen auf nationalen und internationalen Kongressen.

Euch und Ihnen allen vielen Dank!

Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Datum

Unterschrift