

## ORIGINALARBEIT

# Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich

Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung

Klaus Koch, Ulrich Gehrman, Peter T. Sawicki

## ZUSAMMENFASSUNG

**Einleitung:** In den Gesundheitssystemen der Industriestaaten gibt es hinsichtlich Organisation und Finanzierung erhebliche Unterschiede. Im Jahr 2006 hat der Commonwealth Fund Primärärzte in Deutschland und 6 weiteren Ländern zu Aspekten der Versorgung befragt. **Methoden:** 6 088 Allgemeinärzte, Pädiater und hausärztlich tätige Internisten aus Australien, Kanada, Deutschland, den Niederlanden, Neuseeland, Großbritannien und USA nahmen an einem strukturierten Interview teil. **Ergebnisse:** Von 5 571 telefonisch kontaktierten deutschen Ärzten nahmen 1 006 an der Befragung teil (18,1 %). Deutsche Ärzte schätzen die Qualität der Versorgung ihrer Patienten gut bis sehr gut ein. Dennoch halten 96 % der deutschen Ärzte „grundlegende Änderungen für nötig“ oder fordern sogar, dass das Gesundheitswesen „komplett reformiert werden müsste“. Deutsche Ärzte haben pro Woche durchschnittlich 243 Patientenkontakte, in den übrigen Ländern sind es zwischen 102 und 154. Die Zeit pro Patientenkontakt lag international im Mittel zwischen 11 und 19 Minuten, in Deutschland bei unter 8 Minuten. **Diskussion:** Deutsche Primärärzte zeigen eine auffällige Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Qualität und der subjektiven Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen. Eine der Ursachen könnte in ihrer Belastung durch die sehr hohe Zahl relativ kurzer Patientenkontakte liegen. Dtsch Arztebl 2007; 104: (38) A 2584–91

**Schlüsselwörter:** Gesundheitssysteme, internationaler Vergleich, Hausärzte, Qualität, Zufriedenheit

## SUMMARY

### German Primary Care in International Comparison: Results of a Survey of Doctors

**Introduction:** National health care systems differ markedly in organization and financing, in international comparison. In 2006 the Commonwealth Fund interviewed primary care doctors from 7 countries to compare aspects of daily work and quality of health care. **Methods:** In total 6 088 general and family physicians, pediatricians and general internists from Australia, Canada, Germany, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom, and the USA were recruited for a structured survey. **Results:** In Germany 5 571 physicians were contacted by phone, 1 006 participated in the interview (18.1 %). German physicians regard the quality of their health care as good to very good. Paradoxically, levels of dissatisfaction with the health care system are also high in Germany. 96 % of German physicians deem „fundamental changes“ necessary or demand that the health care system should be „completely restructured“. German doctors see 243 patients per week; physicians from the other countries have between 102 and 154 contacts per week. Time per contact was between 11 and 19 minutes in 6 of 7 countries, while in Germany it was less than 8 minutes. **Discussion:** This survey identified a major discrepancy between quality of health care as perceived by German physicians, and their satisfaction with the health care system. One reason could be the strain imposed by a very high number of relatively short individual consultations. Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2584–91

**Key words:** health care systems, international comparison, primary care doctors, quality, satisfaction

Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten unterscheiden sich erheblich in Organisation und Finanzierung (1), obwohl sie weitgehend identische Aufgaben haben, die „die Regulierung, Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen im stationären, ambulanten und präventiven Gesundheitssektor“ (2) umfassen.

Die internationale Diversität ermöglicht es, durch Vergleiche Unterschiede in der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Akteure abzuschätzen.

Grundlegende Daten zum Vergleich der Gesundheitswesen werden regelmäßig von der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (3) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (4) gesammelt und publiziert. Eine Einschränkung dieser Quellen ist aber, dass Indikatoren in den einzelnen Ländern nicht immer mit einheitlichen Methoden erfasst werden.

Der Commonwealth Fund hat bereits 1999 in 5 Ländern begonnen, mit einer einheitlichen Methodik

TABELLE 1

**Commonwealth-Fund-Survey 2006: Demografische Daten und Praxisstruktur**

|  | D     | AUS   | CAN | NL  | NZ  | UK    | USA   |
|--|-------|-------|-----|-----|-----|-------|-------|
| Zahl der Befragten   | 1 006 | 1 003 | 578 | 931 | 503 | 1 063 | 1 004 |
| weiblich   | 38    | 37    | 37  | 33  | 33  | 37    | 32    |
| Alter über 50  | 57    | 48    | 45  | 52  | 46  | 50    | 50    |
| Praxis in der Stadt  | 50    | 25    | 56  | 20  | 30  | 37    | 39    |
| Anteil Einzelpraxen  | 68    | 25    | 24  | 72  | 26  | 14    | 27    |
| Anteil der Praxen mit mehr als einer medizinischen Fachkraft | 80    | 38    | 40  | 31  | 67  | 72    | 52    |
| Anteil der Praxen mit mindestens einer Verwaltungskraft      | 56    | 96    | 92  | 7   | 98  | 97    | 88    |
| Anteil der Praxen mit weniger als 25 % Patienten unter 18    | 79    | 67    | 74  | 70  | 64  | 72    | 68    |

Angaben in %, gerundet

Angaben beruhen auf Fragen: 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41

D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

bei Patienten und Ärzten die Erfahrungen mit der nationalen Gesundheitsversorgung abzufragen, um die Qualität der Gesundheitssysteme vergleichen zu können (5–10). Bis 2004 zählten dazu Australien (AUS), Kanada (CAN), Neuseeland (NZ), die USA und Großbritannien (UK); 2005 beteiligte sich Deutschland (D) erstmals an dieser Untersuchung (11). Als siebtes Land sind 2006 die Niederlande hinzugekommen. Die deutsche Erhebung wurde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) finanziert.

Zielgruppen und Schwerpunkte der Datenerhebungen werden jedes Jahr neu gewählt. 2005 wurden die Erfahrungen schwerer erkrankter Erwachsener mit ihren Gesundheitswesen analysiert (10, 11). 2006 befragte man Primärärzte zu Aspekten der Arbeit und Qualität der Versorgung.

Primärärzte, insbesondere Hausärzte, sind einerseits oft der erste Ansprechpartner für Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen, andererseits sollen sie häufig auch die Versorgung chronisch Kranker koordinieren. Die Umfrage 2006 untersuchte folgende Aspekte:

- Praxisprofile und demografische Daten
- generelle Bewertung des Gesundheitssystems und der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation
- Behandlung der Patienten und Disease-Management
- finanzielle Anreizsysteme
- Koordination der Versorgung und Patientensicherheit
- Qualitätsinitiativen und medizinische Praxis
- Verwaltungssysteme und Informationstechnologie.

Eine Übersicht der Ergebnisse zu den letzten 4 Aspekten geben Schoen et al. (12). Der vorliegende Artikel fasst Ergebnisse der ersten 3 Themenbereiche aus deutscher Sicht zusammen.

**Methoden**

Die Befragung beruht auf Interviews zufällig ausgewählter, repräsentativer Stichproben von Ärzten aus den Ländern

- Australien (AUS)
- Kanada (CAN)
- Deutschland (D)
- Niederlande (NL)
- Neuseeland (NZ)
- Großbritannien (GB)
- USA (12).

Teilnehmer waren niedergelassene Ärzte der Primärversorgung. Dazu zählten in allen Ländern Haus- und Allgemeinärzte, in Deutschland, Kanada und den USA zusätzlich auch Pädiater und hausärztlich tätige Internisten. Die Ärzte wurden zufällig aus privaten oder institutionellen Verzeichnissen ausgesucht (einfache Zufallsstichprobe). In Deutschland basierte die Auswahl auf Einträgen der nationalen Gelben Seiten.

Etwaige strukturelle Abweichungen der Stichprobe von der nationalen Grundgesamtheit wurden in allen Ländern durch Gewichtung adjustiert: In Deutschland haben die Autoren die Stichproben nach Geschlecht und Fachgebiet gewichtet, entsprechend der „Ärztestatistik 2004“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Gewichtung nach Bundesländern basierte auf einer Analyse der benutzten Adressdatenbank. Der Begriff „signifikant“ bezeichnet bei allen durchgeführten Tests einen statistisch signifikanten Unterschied auf dem Niveau  $p \leq 0,05$  und ist rein deskriptiv zu verstehen.

Es wurde nicht für multiples Testen adjustiert. Der deutsche Fragebogen, weitere Einzelheiten der Methodik und Charakteristika der Stichprobe sind als ergänzende Information im *Internet-Supplement* und in *Tabelle-1-Internet*, *Tabelle-2-Internet*, *Tabelle-3-Internet* zu finden.

**TABELLE 2**

**Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte der Ärzte laut eigener Angabe**

|   | D                  | AUS  | CAN  | NL   | NZ   | UK   | USA  |
|---|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| durchschnittliche Wochenarbeitszeit* <sup>1</sup><br>davon für:                 | 50,6* <sup>2</sup> | 39,9 | 44,9 | 48,1 | 41,5 | 45,1 | 45,9 |
| persönlichen Kontakt* <sup>1</sup>  | 31,4               | 31,2 | 32,5 | 31,1 | 29,4 | 28,6 | 32,5 |
| Tätigkeit für Patienten ohne Kontakt* <sup>1</sup><br>Forschung, Bildung, Lehre | 6,0                | 4,1  | 5,8  | 6,0  | 6,5  | 7,8  | 6,8  |
| Qualitätsverbesserung* <sup>1</sup>   | 5,4* <sup>2</sup>  | 2,0  | 2,6  | 3,1  | 2,3  | 3,3  | 2,4  |
| Verwaltung, Dokumentation,<br>Rechnungserstellung, Finanzen* <sup>1</sup>       | 6,8* <sup>2</sup>  | 1,5  | 2,0  | 4,8  | 1,9  | 3,4  | 2,3  |
| Andere Praxistätigkeiten* <sup>1</sup>  | 1,2                | 1,1  | 2,1  | 2,9  | 1,5  | 2,0  | 2,0  |
| Zahl der Patientenkontakte pro Woche  | 243* <sup>2</sup>  | 128  | 122  | 141  | 112  | 154  | 102  |
| Durchschnittliche Zeit pro<br>Patientenkontakt (min)                            | 7,8                | 14,6 | 16,0 | 13,2 | 15,8 | 11,1 | 19,1 |

\*<sup>1</sup> Angaben in Stunden

\*<sup>2</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder (p < 0,05)  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

**Ergebnisse**

**Rücklauf**

In Deutschland gab es telefonische Kontakte zu 5 571 Ärzten. 1 006 davon nahmen am Interview teil (18,1 %). Die Zusammensetzung der deutschen Stichprobe war hinsichtlich der Verteilung grundlegender Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bundesland repräsentativ (*Internet-Supplement*).

**Praxisprofile und demografische Daten**

An der Untersuchung nahmen 6 088 Ärzte teil, darunter 1 006 aus Deutschland. Grundlegende Charakteristika der deutschen Ärzte und der Kollegen der 6 Vergleichsländer zeigt *Tabelle 1*.

**Arbeitsbelastung**

Deutsche Ärzte gaben mit durchschnittlich etwa 51 Wochenstunden das größte Arbeitspensum an, australische Ärzte kamen auf etwa 40 Wochenstunden (*Tabelle 2*). Aus den Angaben der deutschen Ärzte ergibt sich, dass sie im Durchschnitt etwa 2 bis 3 h pro Woche mehr für „Forschung, Bildung, Lehre, Qualitätsverbesserung“ aufbringen als ihre ausländischen Kollegen. Darüber hinaus wenden sie etwa 4 h pro Woche mehr auf für „Verwaltung, Dokumentation, Rechnungserstellung, Finanzen“. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass 68 % der deutschen Ärzte in einer Einzelpraxis arbeiten und seltener administrative Mitarbeiter eingestellt haben. In den anderen Ländern (bis auf die Niederlande; *Tabelle 1*) überwiegen hingegen Praxen mit 2 bis 9 Ärzten, die zu über 96 % zumindest einen administrativen Mitarbeiter beschäftigen.

Die Zahl der Stunden, die für „persönliche Kontakte mit Patienten“ angegeben wurden, war in allen Ländern in etwa gleich: Sie lag zwischen etwa 29 und 32 h pro Woche (*Tabelle 2*). Bemerkenswert sind des-

halb die Angaben, wie viele Patienten Ärzte „während einer typischen Woche [sehen]“. In 6 der 7 Länder waren es zwischen 102 und 154 Patientenkontakte pro Woche. Deutsche Ärzte überragten mit 243 Kontakten pro Woche weit. Daraus errechnet sich eine wesentlich kürzere Durchschnittszeit pro Kontakt. Sie lag in 5 der 7 Länder zwischen 13 und 19 Minuten, in England bei etwa 11 und in Deutschland bei unter 8 Minuten (*Tabelle 2*). Dass Ärzte Zeitknappheit selbst als Problem empfinden, zeigen Antworten auf verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Qualität. 75 % der Ärzte in der deutschen Stichprobe sehen in Maßnahmen, die zu mehr Zeit für die Patientenberatung führen, effektive Wege zu mehr Qualität (*Tabelle-1-Internet*).

**Generelle Bewertung der Gesundheitssysteme und Zufriedenheit mit der beruflichen Situation**

In den meisten Ländern sieht die Mehrzahl der befragten Ärzte einen Änderungsbedarf für das jeweilige Gesundheitswesen, doch in keinem Land ist die Unzufriedenheit so ausgeprägt wie in Deutschland (*Tabelle 3*). 54 % der Ärzte „halten grundlegende Änderungen für nötig“ und 42 % bewerten im deutschen System sogar „so viel [als] verkehrt, dass es komplett reformiert werden müsste“. Der Anteil der Unzufriedenen liegt damit in Deutschland mit 96 % deutlich höher als in den anderen Ländern. Hier reicht er von 45 % (NL) bis 85 % (USA).

In dieses negative Bild fügt sich auch die Antwort der deutschen Ärzte auf die Frage, wie sich in den letzten 5 Jahren die Möglichkeiten entwickelt haben, „Patienten erstklassige Gesundheitsversorgung zu bieten“. 83 % der deutschen Ärzte sahen hier Verschlechterungen, im Ausland waren das maximal 40 %.

Die Gründe für diese Unzufriedenheit versuchte die Umfrage in 5 Aspekten ärztlicher Tätigkeit näher ein-

**TABELLE 3**

**Aspekte der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitswesen und der eigenen beruflichen Situation**

|   | D                | AUS | CAN | NL | NZ | UK | USA |
|---|------------------|-----|-----|----|----|----|-----|
| <b>Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen*<sup>1</sup></b>  |                  |     |     |    |    |    |     |
| Insgesamt funktioniert das Gesundheitssystem nicht schlecht und nur kleine Änderungen sind nötig, um es weiter zu verbessern.   | 4* <sup>4</sup>  | 38  | 23  | 52 | 34 | 23 | 13  |
| Es gibt einige gute Aspekte in unserem Gesundheitssystem, aber grundlegende Änderungen sind nötig.                              | 54* <sup>4</sup> | 56  | 71  | 42 | 62 | 67 | 69  |
| Bei unserem Gesundheitssystem ist so viel verkehrt, dass es komplett reformiert werden müsste.                                  | 42* <sup>4</sup> | 5   | 3   | 3  | 4  | 9  | 16  |
| Bedingungen haben sich in den letzten fünf Jahren verschlechtert* <sup>2</sup>  | 83* <sup>4</sup> | 17  | 36  | 39 | 25 | 27 | 40  |
| <b>Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation*<sup>3</sup></b>   |                  |     |     |    |    |    |     |
| „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit der Freiheit, medizinische Entscheidungen treffen zu können, um Patienten optimal zu betreuen | 26* <sup>4</sup> | 92  | 86  | 89 | 74 | 78 | 69  |
| „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit der Zeit für den einzelnen Patienten  | 50* <sup>5</sup> | 66  | 62  | 64 | 67 | 49 | 58  |
| „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit dem Einkommen aus der Arztpraxis  | 47* <sup>4</sup> | 64  | 58  | 76 | 56 | 82 | 52  |
| „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit der Möglichkeit, über neueste Entwicklungen immer gut unterrichtet zu sein                    | 92               | 90  | 88  | 96 | 84 | 90 | 91  |
| „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit den allgemeinen Erfahrungen als Arzt  | 80               | 86  | 82  | 90 | 78 | 85 | 76  |

Angaben in %, gerundet

\*<sup>1</sup>, auf 100 % fehlende: weiß nicht/keine Antwort

\*<sup>2</sup>, auf 100 % fehlende: unverändert/verbessert

\*<sup>3</sup>, auf 100 % fehlende: „etwas“ oder „sehr unzufrieden“

\*<sup>4</sup>, signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder (p < 0,05)

\*<sup>5</sup>, signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder bis auf UK (p < 0,05)  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

zugrenzen: In 3 dieser 5 Bereiche waren die deutschen Ärzte deutlich unzufriedener als ihre ausländischen Kollegen:

- 74 % waren „etwas“ oder „sehr unzufrieden“ mit der „Freiheit, medizinische Entscheidungen treffen zu können, um Patienten optimal zu betreuen“.
- 53 % waren „etwas“ oder „sehr unzufrieden“ mit ihrem Einkommen.
- 49 % waren unzufrieden mit der Zeit, die sie mit einem einzelnen Patienten verbringen.

Mit 2 Aspekten ihres Berufsalltags waren die deutschen Ärzte hingegen zufrieden:

- 92 % waren „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit ihrer „Möglichkeit, über neueste Entwicklungen im medizinischen Bereich immer gut unterrichtet und auf dem Laufenden zu sein.“
- 80 % antworteten trotz der grundlegenden Ablehnung des Gesundheitswesens, dass sie in der täglichen Arbeit „mit ihren allgemeinen Erfahrungen“ „sehr“ oder „etwas“ zufrieden waren.

**Spektrum der Patienten**

International berichten niedergelassene Primärärzte über ein vergleichbar breites Spektrum von Patienten (Tabelle 4). 89 % der deutschen Ärzte sehen häufig Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, 59 % behandeln Patienten mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, 34 % haben Patienten – unter anderem mit Krebs –, die palliativ versorgt werden müssen.

Bei der Versorgung dieser 3 Patientengruppen schätzen deutsche Ärzte ihre fachliche Kompetenz als besser ein – verglichen mit Kollegen der meisten anderen Länder – und vermitteln ein sehr positives Bild von der Versorgungsqualität (Tabelle 5). 93 % der deutschen Ärzte halten ihre Praxis für „gut vorbereitet“ auf die optimale Versorgung von mehrfach chronisch Kranken, etwa 70 % sehen sich gleichermaßen als „gut vorbereitet“ auf Patienten mit psychischen Störungen wie auf Patienten, die palliative Versorgung brauchen.

**TABELLE 4**

**Angaben der Ärzte zum Patientenspektrum ihrer Praxis**

|   | D                | AUS | CAN | NL | NZ | UK | USA |
|---|------------------|-----|-----|----|----|----|-----|
| <b>Patienten mit besonderen Anforderungen</b>   |                  |     |     |    |    |    |     |
| sehe „häufig“ Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen* <sup>1</sup>                                       | 89               | 82  | 81  | 88 | 88 | 94 | 77  |
| sehe „häufig“ Patienten mit psychischen Störungen, einschließlich Depressionen* <sup>1</sup>                      | 59* <sup>3</sup> | 74  | 67  | 86 | 72 | 87 | 59  |
| sehe „häufig“ Patienten, die palliative Versorgung benötigen, einschließlich Krebspatienten* <sup>1</sup>         | 34               | 24  | 33  | 46 | 24 | 49 | 23  |
| <b>Vorbereitung auf optimale Versorgung</b>   |                  |     |     |    |    |    |     |
| „gut“ vorbereitet auf Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen* <sup>2</sup>                               | 93* <sup>4</sup> | 69  | 55  | 75 | 67 | 76 | 68  |
| „gut“ vorbereitet auf Patienten mit psychischen Erkrankungen* <sup>2</sup>  | 70* <sup>4</sup> | 50  | 40  | 65 | 48 | 55 | 37  |
| „gut“ vorbereitet auf Patienten, die palliative Versorgung benötigen, einschließlich Krebspatienten* <sup>2</sup> | 73* <sup>5</sup> | 41  | 33  | 86 | 50 | 73 | 30  |

\*<sup>1</sup> Kategorien: häufig/manchmal/selten/nie

\*<sup>2</sup> Kategorien: gut/einigermaßen/nicht vorbereitet  
Angaben in %, gerundet  
auf 100 % fehlende: weiß nicht/keine Antwort

\*<sup>3</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder bis auf USA (p < 0,05)

\*<sup>4</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder (p < 0,05)

\*<sup>5</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder bis auf UK (p < 0,05)  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

Bei der Versorgung dieser Patienten greifen deutsche Ärzte nach eigenen Angaben seltener auf „evidenzbasierte Leitlinien“ zurück (*Grafik*). In 6 der 7 Länder stützen sich circa 90 % der Ärzte sowohl bei der Behandlung von Patienten mit unkomplizierten, aber geläufigen Erkrankungen, als auch bei Patienten mit komplexen oder chronischen Krankheiten „häufig“ oder „manchmal“ auf solche Leitlinien. Deutsche Ärzte liegen signifikant niedriger: Nur 49 % nutzen Leitlinien bei geläufigen Krankheiten, 73 % ziehen sie in komplizierten Fällen heran. Auffällig ist die Angabe von 23 % der deutschen Ärzte, dass für geläufige Krankheiten solche Leitlinien „nicht vorhanden“ seien. In allen anderen Ländern gibt nur 1 % diese Antwort. Diese Ergebnisse werfen die mit den vorliegenden Daten nicht zu beantwortenden Fragen auf, was deutsche Ärzte unter „evidenzbasierter Leitlinie“ verstehen und in wieweit die Selbsteinschätzung mit dem tatsächlichen Gebrauch von Leitlinien übereinstimmt.

**Wahrnehmung von Versorgungsproblemen**

Die Ärzte wurden in mehreren Fragen interviewt, mit welchen Versorgungsproblemen Patienten konfrontiert seien (*Tabelle 5*). In vielen Punkten sehen sie sich als besser vorbereitet und machen nach eigener Wahrnehmung weniger Fehler als Kollegen im Ausland (*Tabelle 4*). Auf die Frage, ob Patienten in den letzten

12 Monaten falsche Diagnosen oder falsche Laborbefunde erhalten hatten, antworteten 67 % der deutschen Ärzte mit „nie“. In den anderen Ländern gaben 29 bis 54 % diese Antwort (*Tabelle 5*). Auch die Frage nach Infektionen während eines Krankenhausaufenthalts beantworteten deutsche Ärzte häufiger mit „nie“ (D: 34 %, übrige Länder: 3 bis 19 %). Auf die Frage, ob Patienten in den letzten 12 Monaten „falsche Medikamente oder eine falsche Dosierung“ erhalten oder „unter vermeidbaren Wechselwirkungen“ gelitten hatten, antworteten 33 % der deutschen Ärzte mit „nie“ (*Tabelle 5*).

Probleme bei der Koordination der Versorgung mit anderen Leistungsanbietern registrierten deutsche Ärzte durchweg seltener. Das Fehlen von Krankenakten oder von relevanten klinischen Befunden, die Wiederholung von Tests oder Untersuchungen wegen fehlender Resultate und „Koordinationsprobleme“, die zu Problemen für den Patienten führten, haben 30 bis 55 % der deutschen Ärzte nach den Erhebungen „nie“ wahrgenommen. Im Ausland lagen diese Raten bei 3 bis 45 %.

Von Wartezeiten für Diagnosen, für geplante Operationen oder für Krankenhausbehandlungen sind deutsche Patienten nach Einschätzung von 64 bis 76 % der Ärzte „selten“ oder „nie“ betroffen. 63 % der Ärzte halten es für unproblematisch, bei Bedarf geeignete Pflege zu Hause zu erhalten. Damit schät-

**TABELLE 5**

**Wahrnehmung von Versorgungs- und Qualitätsproblemen**

|  | D                | AUS | CAN | NL | NZ | UK | USA |
|--|------------------|-----|-----|----|----|----|-----|
| <b>Wie häufig ist Ihren Patienten in den letzten 12 Monaten Folgendes widerfahren?</b>                           |                  |     |     |    |    |    |     |
| Patienten erhielten nie falsche Diagnosen oder falsche Laborbefunde  | 67* <sup>1</sup> | 54  | 49  | 45 | 53 | 29 | 41  |
| Patienten haben nie rechtzeitige oder adäquate Nachbehandlung bei positiven Testergebnissen erhalten             | 55* <sup>1</sup> | 24  | 18  | 22 | 11 | 8  | 19  |
| Patienten erhielten nie falsche Medikamente, falsche Dosierungen oder litten unter vermeidbaren Wechselwirkungen | 33               | 35  | 28  | 13 | 21 | 16 | 36  |
| Patienten infizierten sich nie während eines Krankenhausaufenthalts  | 34* <sup>1</sup> | 13  | 10  | 6  | 8  | 3  | 19  |
| <b>Patienten haben selten oder nie ...</b>   |                  |     |     |    |    |    |     |
| Schwierigkeiten, für die benötigten Medikamente aufzukommen  | 42* <sup>2</sup> | 22  | 18  | 37 | 11 | 39 | 5   |
| Schwierigkeiten bei Behandlungen, die sie aus eigener Tasche bezahlen müssen                                     | 29               | 14  | 21  | 26 | 7  | 35 | 6   |
| Lange Wartezeiten, wenn sie einen Spezialisten aufsuchen möchten   | 21* <sup>3</sup> | 6   | 4   | 4  | 1  | 4  | 18  |
| Lange Wartezeiten auf Ergebnisse diagnostischer Tests  | 76* <sup>1</sup> | 55  | 9   | 24 | 19 | 6  | 48  |
| Lange Wartezeiten auf planbare chirurgische Eingriffe oder Behandlungen im Krankenhaus                           | 64* <sup>1</sup> | 4   | 4   | 7  | 1  | 2  | 56  |
| Schwierigkeiten, bei Bedarf geeignete Pflege zu Hause zu erhalten  | 63* <sup>1</sup> | 19  | 18  | 24 | 22 | 11 | 42  |

Angaben in %, gerundet auf 100 % fehlende: weiß nicht/keine Antwort

\*<sup>1</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder (p < 0,05)

\*<sup>2</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder bis auf UK (p < 0,05)

\*<sup>3</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder bis auf USA (p < 0,05)  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

zen sie diese Aspekte der Versorgung als wesentlich besser im Vergleich zur Bewertung ihrer Kollegen im Ausland ein.

Auch bei 3 weiteren Aspekten – Schwierigkeiten, für benötigte Medikamente aufzukommen, Schwierigkeiten bei Behandlungen, die Patienten aus eigener Tasche zahlen müssen und lange Wartezeiten auf einen Termin bei Fachärzten – liegen die Einschätzungen meist besser als in anderen Ländern.

**Diskussion**

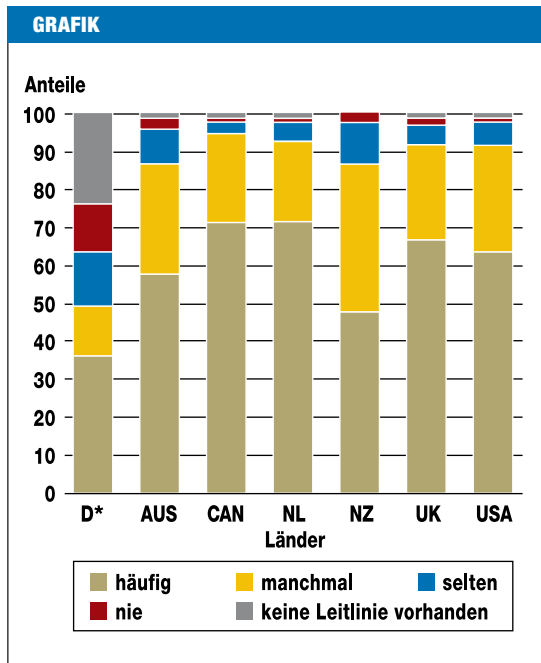
Die Hauptstärke dieser Untersuchung ist die zeitgleiche Befragung von niedergelassenen Primärärzten aus 7 Industrienationen mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen anhand eines einheitlichen Fragenkatalogs. Das Ziel der internationalen Vergleichbarkeit hat zur Konsequenz, dass die Fragen allgemein formuliert sein müssen und nicht auf Besonderheiten eines Systems fokussiert sein können. Ziel der Befragung war die Wahrnehmung und Selbsteinschätzung der Ärzte; eine Überprüfung der Angaben fand nicht statt. Es

kennzeichnet die Situation, dass zu den meisten Aspekten der Befragung nationale Daten aus anderen Quellen fehlen, die einen Abgleich mit dieser Selbsteinschätzung ermöglichen würden.

Bei Umfragen zu Aspekten der Versorgungsqualität ist mit sozial erwünschtem Antwortverhalten zu rechnen. Prinzipien und Ideale der ärztlichen Profession sind international jedoch sehr ähnlich, sodass die beobachteten Abweichungen vom Optimum zwischen den Ländern dadurch eher an Aussagekraft gewinnen (13). Berücksichtigt werden muss zudem die politische Situation: Die Umfrage fand in Deutschland in einer Zeit kontroverser Diskussion um Reformen des Gesundheitswesens statt. Möglich ist, dass ein Teil der Befragten strategisch geantwortet hat. Wer eine bestimmte gesundheitspolitische Entwicklung wünscht, antwortet eher so, dass er seine Argumentation unterstützt, auch wenn es nicht der Sachlage entspricht.

Die Motivation deutscher Ärzte zur Teilnahme an Befragungen dieser Art ist generell gering, die Rück-

Nutzung von evidenzbasierten Leitlinien bei unkomplizierten Erkrankungen; \* signifikant unterschiedlich zu allen anderen Ländern (p < 0,05)



laufquote lag bei 18 %. Bei einer Beteiligungsrate dieser Größe ist Repräsentativität zu hinterfragen, weil man damit rechnen muss, dass sich der Personenkreis der Ärzte, die geantwortet haben, systematisch von dem der Nicht-Antworter unterscheidet. Die Vergleiche zur Validierung beruflicher und demografischer Parameter zeigen jedoch, dass die Befragten zumindest hinsichtlich dieser grundlegenden Struktureigenschaften repräsentativ waren. Die Autoren schätzen deshalb das mögliche Ausmaß einer Verzerrung als zu begrenzt ein, um die zum Teil erheblichen Unterschiede zu anderen Ländern völlig zu erklären.

**Zufriedenheit**

Deutsche Primärärzte sind zu über 80 % eher zufrieden mit ihren allgemeinen professionellen Erfahrungen. Das spricht dafür, dass ihr Beruf sie immer noch befriedigt (Tabelle 3). Trotzdem fordern etwa 5 von 10 Primärärzten zumindest „grundlegende Änderungen“ des Gesundheitswesens, weitere – etwa 4 von 10 – sogar eine „komplette Reform“ (Tabelle 3). Diese Einstellung zieht sich durch alle Untergruppen hindurch.

Die Arbeitszufriedenheit von Ärzten betrifft verschiedene Ebenen, zu denen die Versorgungsqualität, die Arbeitsbelastung, das Einkommen/soziales Ansehen, die persönliche Befriedigung und die berufliche Stellung unter Kollegen zählen (14). Im Rahmen dieser Arbeit wurden die letzten 3 Punkte nicht gezielt überprüft.

Auffallend ist, dass auch die Commonwealth-Befragung aus dem Jahr 2005 von schwerer erkrankten Patienten ergeben hat, dass die Patienten zwar einerseits gute subjektive Erfahrungen machen, andererseits deutliche allgemeine Änderungswünsche haben

(11). Die Tatsache, dass also sowohl Ärzte als auch Patienten die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich als gut bis sehr gut einschätzen, beide aber trotzdem fundamentale Änderungen fordern, spricht eher dagegen, dass diese Forderung auf konkreten schlechten Erfahrungen beruht. Möglicherweise erklärt sich die Diskrepanz durch aktuelle Unterschiede in den öffentlichen Diskussionen der Gesundheitssysteme zwischen den Ländern, die die eigenen Erfahrungen überlagern und/oder unterschiedlich stark strategisches Antwortverhalten induzieren.

**Zahl der Patientenkontakte**

Die Umfrageergebnisse zur Zahl der Patientenkontakte weisen auf eine spezifische Ursache der Unzufriedenheit deutscher Primärärzte hin. Sie geben mit durchschnittlich etwa 240 Kontakten pro Woche trotz Praxisgebühr die mit Abstand höchste Zahl von Patientenkontakten an. Das führt zu den kürzesten durchschnittlichen Gesprächszeiten (Tabelle 2). Auf welcher Basis die Ärzte ihre Schätzung abgegeben haben, wurde nicht erhoben. Allerdings decken sich die Angaben der Ärzte gut mit einer aktuellen Schätzung von 250 Kontakten pro Woche auf der Basis ambulanter Abrechnungsdaten (15). Die Gesamtzeit pro Woche, die Ärzte mit Patienten verbringen, unterscheidet sich zwischen den Ländern nur wenig. Das spricht dafür, dass für die Zufriedenheit eher die Zeit pro Patientenkontakt als die Summe für alle Kontakte wesentlich ist.

Der Mangel an Zeit für den einzelnen Patienten wird von Ärzten seit Langem thematisiert (16). In der vorliegenden Untersuchung geben deutsche Primärärzte auf die Frage nach Maßnahmen für eine Qualitätsverbesserung der Option „mehr Zeit für Patienten“ mit Abstand die höchste Aussicht auf Erfolg. Angesichts der schon jetzt hohen Arbeitszeit der Ärzte lässt sich mehr Zeit pro Patient nur durch eine deutliche Verringerung der Zahl der Patientenkontakte erreichen. Wenn deutsche Hausärzte zum Beispiel auf das Niveau ihrer niederländischen Kollegen kommen wollten, müsste sich die Zahl der Patientenkontakte um mehr als ein Drittel reduzieren. Voraussetzung für den Vorschlag sinnvoller Verbesserungsmaßnahmen wäre jedoch eine Analyse der Gründe für die hohe Zahl an Patientenkontakten.

Bekannt ist, dass deutsche Patienten mehr Arztkontakte pro Jahr haben als Patienten in anderen Ländern (15, 17). Zu überprüfen wäre, welcher Anteil dieser Kontakte von Patienten ausgeht und welcher von Ärzten. Zudem wäre eine Analyse nötig, welcher Anteil nicht medizinisch begründet ist, sondern zum Beispiel eine Reaktion auf die deutsche Abrechnungslogik.

**Interessenkonflikt**

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

**Manuskriptdaten**

eingereicht: 19.12.2006, revidierte Fassung angenommen: 16.5.2007

## LITERATUR

1. Wendt C: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ein Überblick über den Forschungsstand. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 593–9.
2. Wendt C: Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. In: Wendt C, Wolf C (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006; 270–97. (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie; Vol Sonderheft 46/2006).
3. OECD: OECD Health Data 2006. [www.oecd.org/document/30/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407\\_00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407_00.html).
4. WHO: A guide to statistical information at WHO. [www.who.int/whosis/en/](http://www.who.int/whosis/en/).
5. Blendon RJ, Schoen C, Donelan K, Osborn R, DesRoches CM, Scoles K et al.: Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20: 233–43.
6. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches CM, Osborn R, Scoles KL, Zapert K: Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff (Millwood)* 2002; 21: 182–91.
7. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K: Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 106–21.
8. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches CM, Osborn R, Zapert K, Raleigh E: Confronting competing demands to improve quality: a five-country hospital survey. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 119–35.
9. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K et al.: Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl Web Exclusives: W4-487–503.
10. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J et al.: Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)* 2005; doi: 10.1377/hlthaff.w5.509.
11. Sawicki PT: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland – ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Med Klin (Munich)* 2005; 100: 755–68.
12. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K: On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)* 2006; 25: w555-w571 doi: 10.1377/hlthaff.25.w555.
13. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243–6.
14. Bovier PA, Perneger TV: Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003; 13: 299–305.
15. ISEG, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe 2006. (GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.)
16. Morrison I, Smith R: Hamster health care. *BMJ* 2000; 321: 1541–2.
17. World Health Organization. European health for all database (HFA-DB). Copenhagen: World Health Organization 2007.

**Anschrift für die Verfasser**

Klaus Koch  
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
 Dillenburger Straße 27  
 51101 Köln  
 E-Mail: [koch@iqwig.de](mailto:koch@iqwig.de)



The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt.de/english](http://www.aerzteblatt.de/english)

Methodik und Fragebogen: [www.aerzteblatt.de/plus3807](http://www.aerzteblatt.de/plus3807)  
 Tabellen-Internet: [www.aerzteblatt.de/artikel/072577](http://www.aerzteblatt.de/artikel/072577)

**TABELLE-1-Internet**

**Beurteilung von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität**

|  | D  | AUS | NL | NZ | UK |
|--|----|-----|----|----|----|
| zusätzliche fachliche Fortbildung  | 34 | 48  | 45 | 45 | 36 |
| bessere Information und Entscheidungshilfen für Patienten                                      | 22 | 39  | 20 | 32 | 27 |
| Entwicklung von Leitlinien für Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen                | 25 | 47  | 35 | 37 | 33 |
| mehr Zeit für Patientenberatung  | 75 | 60  | 44 | 54 | 62 |
| Erweiterung des Teams um Krankenschwestern oder andere Berufsgruppen für die Patientenberatung | 20 | 47  | 30 | 49 | 51 |
| bessere Systeme für die Kommunikation zwischen Praxen und Krankenhäusern                       | 38 | 64  | 51 | 65 | 71 |

Angaben in %, gerundet  
 Antworten auf einer 6-Kategorien-Likert-Skala von „gar nicht effektiv“ (1) bis „extrem effektiv“ (6).  
 Anteil der Antworten in den Kategorien 5 und 6.  
 In Kanada und USA wurden keine Antworten erhoben.  
 D, Deutschland; AUS, Australien; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

**TABELLE-2-Internet**

**Vergleich der gewichteten und ungewichteten Daten in Deutschland**

|                            | Gewichtet | Ungewichtet |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Basis                      | 1 006     | 1 006       |
|                            | (%)       | (%)         |
| <b>Geschlecht</b>          |           |             |
| männlich                   | 62        | 63          |
| weiblich                   | 38        | 37          |
| <b>Bundesland</b>          |           |             |
| Schleswig-Holstein         | 3         | 4           |
| Hamburg                    | 3         | 3           |
| Niedersachsen              | 9         | 8           |
| Bremen                     | 1         | 1           |
| Nordrhein-Westfalen        | 21        | 21          |
| Rheinland-Pfalz            | 5         | 5           |
| Saarland                   | 1         | 1           |
| Hessen                     | 8         | 8           |
| Baden-Württemberg          | 13        | 13          |
| Bayern                     | 16        | 16          |
| Berlin                     | 6         | 6           |
| Mecklenburg-Vorpommern     | 2         | 3           |
| Brandenburg                | 3         | 3           |
| Sachsen-Anhalt             | 3         | 3           |
| Thüringen                  | 3         | 3           |
| Sachsen                    | 5         | 5           |
| <b>Fachgebiet</b>          |           |             |
| Allgemeinärzte/Internisten | 88        | 90          |
| Pädiater                   | 12        | 10          |

**TABELLE-3-Internet**

**Vergleich der Altersstruktur der CWF-Stichprobe mit der deutschen Ärztestatistik**

| Alter         | CWF 2006 Stichprobe |         | Ärztestatistik 2005* |         |
|---------------|---------------------|---------|----------------------|---------|
|               | Anzahl              | Prozent | Anzahl               | Prozent |
| bis 34        | 27                  | 2,68    | 388                  | 0,63    |
| 35-49         | 403                 | 40,06   | 25 187               | 40,91   |
| 50 oder älter | 576                 | 57,26   | 35 989               | 58,46   |

Chi-Quadrat-Test auf spezifische Verteilung  
 Chi-Quadrat 67,7478  
 DF 2  
 Pr > ChiSq < 0,001

\*Quelle: www.baek.de Gebiete: Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendärzte