

IHP-Survey Deutschland 2022

Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte
in Deutschland



STUDIEN
BERICHT

IHP-Survey Deutschland 2022

Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte
in Deutschland

Richard Ochmann
Iris an der Heiden
Jannis Bernhard

Bericht

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, April 2023

Autoren

Iris an der Heiden
Jannis Bernhard
Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	13
2.	Methodisches Vorgehen	14
2.1	Überarbeitung des Fragebogens	14
2.1.1	Internationaler Befragungsteil	14
2.1.2	Deutscher Befragungsteil	15
2.1.3	Pretest	15
2.2	Design der Befragung	16
2.2.1	Befragungsmodus	16
2.2.2	Programmierung	16
2.3	Design der Stichprobe	17
2.3.1	Grundgesamtheit	17
2.3.2	Stichprobe	17
2.4	Durchführung der Befragung	21
2.4.1	Versand der Einladungen	21
2.4.2	Erinnerungsschreiben	23
2.4.3	Dokumentation und Qualitätssicherung	23
2.5	Nachbereitung und Auswertung der Befragung	24
2.5.1	Gewichtungsschema	24
2.5.2	Auswertung der Ergebnisse für Deutschland	25
2.5.3	Vergleich zu den Ergebnissen vorheriger Erhebungen	25
3.	Beschreibung der Stichprobe	26
3.1	Merkmale der Hausärzte	26
3.2	Merkmale der Praxis	28
3.2.1	Praxisgröße	28
3.2.2	Praxisform	39
3.2.3	Versichertenstruktur	40
3.2.4	Region des Praxisstandorts	42
4.	Befragungsergebnisse	44
4.1	Zugang zur Versorgung	44
4.2	Einsatz von Telemedizin	54
4.3	Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf	65
4.4	Koordination der Versorgung mit anderen Leistungserbringern	73
4.4.1	Koordination mit Fachärztinnen und Fachärzten	73
4.4.2	Koordination mit Krankenhäusern	75
4.4.3	Koordination mit Pflegediensten	77
4.4.4	Koordination mit sozialen Diensten	79
4.5	Digitalisierung der Praxisverwaltung	82
4.5.1	Elektronische Patientenakten	82
4.5.2	Elektronischer Informationsaustausch	85
4.5.3	Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient	87
4.6	Arbeitssituation im Praxisalltag	91

4.6.1	Behandlungszeit	91
4.6.2	Behandlungsqualität	93
4.6.3	Administration	95
4.6.4	Datenanalyse	97
4.6.5	Veränderung durch Pandemie	99
4.7	Arbeitsbelastung	100
4.7.1	Arbeitszeit	100
4.7.2	Empfundene Arbeitsbelastung	103
4.7.3	Veränderung durch Pandemie	108
4.8	Zufriedenheit mit ärztlicher Tätigkeit und Zukunftspläne	113
4.8.1	Ärztliche Tätigkeit allgemein	113
4.8.2	Aspekte der ärztlichen Tätigkeit	114
4.8.3	Zukunftspläne	116
4.9	Perspektiven auf das Gesundheitssystem	119
4.9.1	Bewertung des Gesundheitssystems	119
4.9.2	Veränderung durch Pandemie	121
4.9.3	Diskriminierung im Gesundheitswesen	123
4.9.4	Verbesserung der Patientenkommunikation	125
5.	Vergleich zu Ergebnissen anderer Erhebungen	127
5.1	Arbeitszeit	128
5.2	Arbeitsbelastung	129
5.2.1	Veränderung durch Pandemie	129
5.2.2	Burnout	130
5.3	Zufriedenheit mit ärztlicher Tätigkeit	132
5.3.1	Ärztliche Tätigkeit insgesamt	132
5.3.2	Behandlungszeit	133
5.3.3	Zufriedenheit mit Einkommen	134
5.4	Telemedizin	135
6.	Zusammenfassung und Empfehlungen zur Survey-Weiterentwicklung	136
6.1	Zusammenfassung	136
6.2	Empfehlungen zur Survey-Weiterentwicklung	141
7.	Anhang	145
A1	Angaben zum Datenschutz im Rahmen der Befragung	146
A2	Abfrage personenbezogener Daten	150
A3	Begrüßungsseite der Befragung	151
	Literaturverzeichnis	152
	Abbildungen	5
	Tabellen	10
	Abkürzungsverzeichnis	11

Abbildungen

Abbildung 1:	Anzahl der in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten pro Woche (2022)	28
Abbildung 2:	Anzahl der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Personen (2022)	29
Abbildung 3:	Anzahl der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)	30
Abbildung 4:	Beschäftigungsform des ärztlichen Personals in der Praxis (2022)	31
Abbildung 5:	Anzahl der in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Personen (2022)	32
Abbildung 6:	Anzahl der in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)	33
Abbildung 7:	In der Praxis tätiges nicht-ärztliches medizinisches Personal: Zählung in Personen (2022)	34
Abbildung 8:	In der Praxis tätiges nicht-ärztliches medizinisches Personal: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)	35
Abbildung 9:	Weiterbildungen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (2022)	36
Abbildung 10:	In der Praxis tätiges nicht-medizinisches Personal: Zählung in Personen (2022)	37
Abbildung 11:	In der Praxis tätiges nicht-medizinisches Personal: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)	38
Abbildung 12:	Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte in der Stichprobe nach Praxisform (2022)	39
Abbildung 13:	Anteil der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten von allen in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten (2022)	40
Abbildung 14:	Anteil der privat versicherten Patientinnen und Patienten von allen in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten (2022)	41
Abbildung 15:	Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden (2022)	45
Abbildung 16:	Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden (2015, 2019, 2022)	46

Abbildung 17:	Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von sozialen Diensten oder Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden im internationalen Vergleich (2022)	47
Abbildung 18:	Anteil Hausbesuche an Gesamtsprechstundenzeit (2022)	48
Abbildung 19:	Terminvergabe unter der Woche nach 18 Uhr (2022)	49
Abbildung 20:	Terminvergabe am Wochenende (2022)	50
Abbildung 21:	Verfügbarkeit anderer Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Sprechzeiten (2022)	51
Abbildung 22:	Anteil der Patientinnen und Patienten nach der Form der Behandlung (2022)	52
Abbildung 23:	Telefonische Rezeptbestellungen (2022)	53
Abbildung 24:	Zufriedenheit mit der Ausübung der Telemedizin (2022)	55
Abbildung 25:	Zufriedenheit mit der Ausübung der Telemedizin im internationalen Vergleich (2022)	56
Abbildung 26:	Erfahrungen mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform (2022)	58
Abbildung 27:	Erfahrungen mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform im internationalen Vergleich (2022)	59
Abbildung 28:	Effekte des Einsatzes von Telemedizin (2022)	60
Abbildung 29:	Effekte der Telemedizin auf den Praxisalltag im internationalen Vergleich (2022)	62
Abbildung 30:	Herausforderungen im Zusammenhang mit der Telemedizin (2022)	63
Abbildung 31:	Herausforderungen im Zusammenhang mit der Telemedizin im internationalen Vergleich (2022)	64
Abbildung 32:	Qualifikation zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf (2022)	66
Abbildung 33:	Einsatz von speziell geschultem Praxispersonal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2022)	67
Abbildung 34:	Einsatz von speziell geschultem Praxispersonal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2012, 2015, 2019, 2022)	68
Abbildung 35:	Teilnahme an Programmen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf (2022)	69

Abbildung 36:	Leistungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2022)	70
Abbildung 37:	Gespräche mit Patientinnen und Patienten über Versorgungspräferenzen am Lebensende (2022)	72
Abbildung 38:	Koordination mit Fachärztinnen und Fachärzten (2022)	73
Abbildung 39:	Unterrichtung über die Inanspruchnahme von Leistungen durch Patientinnen und Patienten (2022)	75
Abbildung 40:	Dauer bis zum Erhalt von Informationen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus (2022)	77
Abbildung 41:	Koordination mit Pflegediensten (2022)	78
Abbildung 42:	Prüfen sozialer Unterstützungsbedarfe der Patientinnen und Patienten (2022)	79
Abbildung 43:	Herausforderungen bei der Koordination mit sozialen Diensten (2022)	81
Abbildung 44:	Einsatz einer elektronischen Patientenakte (2022)	82
Abbildung 45:	Einsatz einer elektronischen Patientenakte (2012, 2015, 2019, 2022)	83
Abbildung 46:	Einsatz einer elektronischen Patientenakte im internationalen Vergleich (2022)	84
Abbildung 47:	Elektronischer Austausch von Informationen mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb der Arztpraxis (2022)	85
Abbildung 48:	Elektronischer Austausch von Informationen mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb der Arztpraxis im internationalen Vergleich (2022)	87
Abbildung 49:	Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient bzw. Patientin (2022)	88
Abbildung 50:	Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient bzw. Patientin im internationalen Vergleich (2022)	90
Abbildung 51:	Durchschnittliche Zeit für Behandlung von Patientinnen und Patienten (2022)	91
Abbildung 52:	Durchschnittliche Zeit für Behandlung von Patientinnen und Patienten im internationalen Vergleich (2022)	92
Abbildung 53:	Veränderung der Behandlungsqualität der eigenen Patientinnen und Patienten seit Beginn der COVID-19-Pandemie (2022)	93
Abbildung 54:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit verschlechterter Behandlungsqualität der eigenen Patientinnen und Patienten seit	

	Beginn der COVID-19-Pandemie nach Vorliegen von emotionalem Stress im internationalen Vergleich (2022)	94
Abbildung 55:	Einschätzung des Zeitaufwands administrativer Tätigkeiten (2022)	96
Abbildung 56:	Regelmäßigkeit der Analyse von Versorgungsdaten durch die Arztpraxis (2022)	98
Abbildung 57:	Veränderung der Praxiseinnahmen seit der COVID-19-Pandemie (2022)	99
Abbildung 58:	Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte (2022)	100
Abbildung 59:	Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte (2012, 2015, 2019, 2022)	101
Abbildung 60:	Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte im internationalen Vergleich (2022)	102
Abbildung 61:	Arbeitsbelastung durch hausärztliche Tätigkeit (2022)	103
Abbildung 62:	Arbeitsbelastung durch hausärztliche Tätigkeit (2015, 2019, 2022)	104
Abbildung 63:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre hausärztliche Tätigkeit als anstrengend empfinden, nach Alter im internationalen Vergleich (2022)	105
Abbildung 64:	Einschätzung zum Vorliegen eines eigenen Burnouts (2022)	106
Abbildung 65:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit Symptomen eines Burnouts nach Alter im internationalen Vergleich (2022)	107
Abbildung 66:	Veränderung der Arbeitsbelastung seit der COVID-19-Pandemie (2022)	108
Abbildung 67:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit gesteigerter Arbeitsbelastung seit der COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich (2022)	109
Abbildung 68:	Emotionaler Stress aufgrund Pandemie und professionelle Behandlung (2022)	110
Abbildung 69:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit emotionalem Stress aufgrund der Pandemie nach Alter im internationalen Vergleich (2022)	111
Abbildung 70:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit Suche nach professioneller Behandlung aufgrund psychischer Probleme seit Pandemiebeginn nach Alter im internationalen Vergleich (2022)	112
Abbildung 71:	Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit (2022)	113

Abbildung 72:	Zufriedenheit mit Aspekten der ärztlichen Tätigkeit (2022)	115
Abbildung 73:	Pläne, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln (2022)	116
Abbildung 74:	Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die planen, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln, nach Alter im internationalen Vergleich (2022)	118
Abbildung 75:	Bewertung des Gesundheitssystems (2022)	119
Abbildung 76:	Bewertung des Gesundheitssystems im internationalen Vergleich (2022)	120
Abbildung 77:	Veränderung der Versorgungsqualität im Allgemeinen seit Beginn der COVID-19-Pandemie (2022)	121
Abbildung 78:	Veränderung der Versorgungsqualität im Allgemeinen seit Beginn der COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich (2022)	122
Abbildung 79:	Einschätzung zur Benachteiligung von Menschen im deutschen Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte (2022)	123
Abbildung 80:	Erfahrung, dass eigene Patientinnen und Patienten von ungerechter Behandlung aufgrund eines Migrationshintergrunds berichteten (2022)	124
Abbildung 81:	Ansätze zur Steigerung der Qualität der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe (2022)	126
Abbildung 82:	Wochenarbeitszeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärzte-monitor 2018 und dem IHP-Survey 2022	128
Abbildung 83:	Veränderung der Arbeitsbelastung seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Vergleich zwischen der Zi-Blitzumfrage 2022 und dem IHP-Survey 2022	129
Abbildung 84:	Einschätzung zum Vorliegen eines eigenen Burnouts im Vergleich zwischen dem KBV-Ärzte-monitor 2018 und dem IHP-Survey 2022	131
Abbildung 85:	Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt im Vergleich zwischen dem Zi-Praxis-Panel 2020 und dem IHP-Survey 2022	132
Abbildung 86:	Zufriedenheit mit der verfügbaren Behandlungszeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärzte-monitor 2018 und dem IHP-Survey 2022	133

Abbildung 87:	Zufriedenheit mit dem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärztemonitor 2018 und dem IHP-Survey 2022	134
Abbildung 88:	Nutzung von Videosprechstunden im Vergleich zwischen dem PraxisBarometer 2021 bzw. 2022 der KBV und dem IHP-Survey 2022	135
Tabellen		
Tabelle 1:	Anzahl der Mitglieder der Landesverbände im Deutschen Hausärzterverband und Vergleich der Verteilung zur Grundgesamtheit	18
Tabelle 2:	Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach Einwohnergrößenklasse der Gemeinde (Mitgliederbestand des DHV vs. Grundgesamtheit)	19
Tabelle 3:	Versandaktivitäten des Deutschen Hausärzterverbands (Bundesverband und Landesverbände)	22
Tabelle 4:	Beschreibung der Stichprobe und Vergleich zur Grundgesamtheit: Merkmale der Hausärztinnen und Hausärzte	26
Tabelle 5:	Beschreibung der Stichprobe und Vergleich zur Grundgesamtheit: Merkmale des Praxisstandorts	42

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BAR	Bundesarztregister
BAR	Bundesarztregister
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
CWF	Commonwealth Fund
DHV	Deutscher Hausärzteverband
DMP	Disease-Management-Programme
ePA	die von der gematik entwickelte elektronische Patientenakte
EVA	Entlastende/-r Versorgungsassistent/-in
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IHP-Survey	International Health Policy-Survey
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nicht-ärztliche/-r Praxisassistent/-in
PREM	Patient Reported Experience Measure
PROM	Patient Reported Outcome Measure
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SDM	Shared Decision Making
SGB V	Das Fünfte Sozialgesetzbuch
SSRS	US-amerikanischer Datendienstleister
VERAH	Versorgungsassistent/-in in der Hausarztpraxis
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Zi	Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die US-amerikanische Stiftung Commonwealth Fund (CWF) organisiert seit dem Jahr 1998 den „International Health Policy (IHP)-Survey“, eine international vergleichende gesundheitspolitische Befragung. Die Befragung findet jährlich statt mit wechselnden Zielgruppen (Bevölkerung ab 18 Jahren, ältere Bevölkerung ab 65 Jahren, Ärztinnen und Ärzte), so dass Trends und Veränderungen über die Zeit abgebildet werden können. Derzeit nehmen neben Deutschland weitere zehn Nationen an dem Survey teil.¹ Die länderspezifische Koordination sowie Datenerhebung wird auf nationaler Ebene durchgeführt. Ein vom CWF beauftragter Dienstleister (SSRS) führt die Daten länderübergreifend zusammen und wertet die Ergebnisse aus. Die Kernthemen des Surveys im Allgemeinen umfassen

- ◆ den Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- ◆ den Umfang nichterstattungsfähiger Gesundheitsausgaben,
- ◆ die Komplexität des Krankenversicherungssystems,
- ◆ den administrativen Aufwand in diesem Zusammenhang,
- ◆ die Koordination der medizinischen Versorgung und
- ◆ das Management chronischer Erkrankungen.

Weitere Inhalte betreffen das Gesundheitsverhalten, das Sozialwesen, die Steuerung des Gesundheits- und Sozialsystems und zuletzt auch die COVID-19-Pandemie.

Zielgruppe der Befragung im Jahr 2022 waren – wie bereits in den Jahren 2012, 2015 und 2019 – Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie wurden befragt zu ihren Arbeitsbedingungen, der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten, dem Stand der Digitalisierung ihrer Praxisabläufe sowie den Auswirkungen der Pandemie in diesem Kontext. Für die Befragung in Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Auftrag an die IGES Institut GmbH vergeben.

Das übergeordnete Ziel des Auftrags war es, die Befragung nach den erforderlichen Standards des IHP-Surveys in Bezug auf Qualität, Repräsentativität und Aktualität durchzuführen. Dazu waren die einzelnen Schritte mit dem CWF, SSRS und dem BMG abzustimmen. Die Leistungen des IGES Instituts bezogen sich auf die Koordination und inhaltliche Begleitung der deutschen Teilnahme am IHP-Survey des Commonwealth Funds 2022, insbesondere die Anpassung des Fragebogens für die deutsche Erhebung, die Datenerhebung und -aufbereitung, die Bereitstellung der Ergebnisse an SSRS für die internationale Auswertung sowie die Erstellung dieses Ergebnisberichts.

¹ Im Jahr 2022 wurde allerdings in Norwegen keine Befragung durchgeführt. Somit nahmen am IHP-Survey 2022 insgesamt zehn Länder teil.

2. Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen bei der Befragung der an der hausärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des IHP-Surveys 2022 beschrieben.

Der Abschnitt gegliedert sich in Erläuterungen zum Vorgehen in Bezug auf

- ◆ die Überarbeitung des Fragebogens (Abschnitt 2.1),
- ◆ das Design der Befragung (Abschnitt 2.2),
- ◆ das Design der Stichprobe (Abschnitt 2.3),
- ◆ die Durchführung der Befragung (Abschnitt 2.4) und
- ◆ die Nachbereitung der Befragung sowie Auswertung der Befragungsergebnisse (Abschnitt 2.5).

2.1 Überarbeitung des Fragebogens

Zunächst wurde der für die Befragung in Deutschland vorgesehene Fragebogen durch das IGES Institut überarbeitet. Dazu wurden zum einen der internationale Befragungsteil überarbeitet (Abschnitt 2.1.1) und zum anderen weitere Fragen, die nur in Deutschland gestellt wurden, aufgenommen (Abschnitt 2.1.2).

2.1.1 Internationaler Befragungsteil

Der internationale Befragungsteil bestand aus solchen Fragen, die in allen teilnehmenden Ländern erhoben werden sollten und daher zuvor zwischen SSRS und dem Commonwealth Fund (CWF) abgestimmt wurden. Auf dieser abgestimmten Grundlage hat SSRS zum einen eine finale, englischsprachige Fassung und zum anderen eine deutschsprachige Entwurfsfassung des internationalen Befragungsteils erstellt und beide Fassungen an das IGES Institut übermittelt. Diese beiden Fassungen des Fragebogens bildeten die Grundlage der Überarbeitung des internationalen Befragungsteils durch das IGES Institut. Grundsätzlich maßgeblich für die Überarbeitung war stets der englischsprachige Fragebogen.

In dem deutschsprachigen Entwurf waren alle Fragen, die im internationalen Kontext für die Befragung in Deutschland dieses Jahr vorgesehen waren, enthalten. Die Fragen unterschieden sich hinsichtlich ihres Fertigstellungsgrads und lassen sich wie folgt einordnen:

- ◆ Fragen, die bereits beim IHP-Survey 2019 in Deutschland gestellt wurden und unverändert übernommen werden sollten,
- ◆ Fragen, die bereits beim IHP-Survey 2019 in Deutschland gestellt wurden und nun zu überarbeiten waren, da
 - entweder die Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche präzisiert werden sollte

- oder die Fragestellung bzw. Antwortmöglichkeiten verändert wurden und entsprechend die Übersetzung anzupassen war, sowie
- ◆ Fragen, die in 2022 erstmalig gestellt werden sollten und somit noch vollständig ins Deutsche zu übersetzen waren.

Der deutschsprachige Entwurf bildete den Ausgangspunkt für die Überarbeitung durch das IGES Institut.

Das IGES Institut hat

- ◆ alle bereits vorliegenden Übersetzungen auf Plausibilität überprüft sowie
- ◆ Vorschläge für die noch ausstehenden Übersetzungen entwickelt und mit SSRS abgestimmt.

Bei der Überprüfung der Plausibilität der bereits vorliegenden Übersetzungen wurde zudem das Kriterium der Vergleichbarkeit der Befragung mit den Vorjahren berücksichtigt. Dabei wurde in Fällen, wo sich mehrere Übersetzungsmöglichkeiten anboten, die vorliegende Übersetzung aus dem Vorjahr tendenziell beibehalten, sofern die Übersetzung nicht fehlerhaft oder missverständlich war.

2.1.2 Deutscher Befragungsteil

Über den internationalen Befragungsteil hinaus wurden weitere Fragen, die nur in Deutschland gestellt wurden, in den Fragebogen aufgenommen. Diesen deutschen Befragungsteil hat das IGES Institut ausschließlich in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) überarbeitet.

Das IGES Institut hat zunächst auf Basis einer Sichtung der Literatur, bereits bestehender Befragungen (u. a. Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) und einem Abgleich mit dem Fragebogen der Vorjahre mögliche zusätzliche Fragen identifiziert und dem BMG vorgeschlagen. Darüber hinaus hat das BMG eigene Vorschläge für weitere Fragen entwickelt. IGES und das BMG haben aus den vorgelegten Vorschlägen gemeinsam eine Auswahl an aufzunehmenden Fragen getroffen. Bei der Bemessung der Anzahl weiterer Fragen wurde stets die Gesamtlänge des Fragebogens berücksichtigt. Als Erfahrungswert für eine erfolgreiche Rekrutierung von Teilnehmenden und die Gewährleistung der Barrierefreiheit der Befragung wurde eine durchschnittliche Dauer der Befragung von maximal 25 Minuten angestrebt.

Anschließend hat das IGES Institut die ausgewählten weiteren Fragen für den deutschen Befragungsteil in den Fragebogen aufgenommen. Eine Übersetzung dieser Fragen ins Englische war nicht notwendig, da eine Abstimmung der lediglich in Deutschland gestellten Fragen mit SSRS nicht vorgesehen war.

2.1.3 Pretest

Der gesamte Fragebogen der Befragung in Deutschland (internationaler und deutscher Befragungsteil zusammen) wurde durch das IGES Institut einem zweistufigen

Pretest-Verfahren unterzogen. Zunächst wurde der Fragebogen am IGES Institut selbst anhand von Expertenreviews getestet. Anschließend wurde der Fragebogen mit sieben praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten getestet. Die Rekrutierung der Probanden für den Pretest erfolgte über den Deutschen Hausärzterverband (vgl. auch Abschnitt 2.4 zur Durchführung der Befragung), der dafür ausgewählte Mitglieder angefragt hat, den Fragebogen zu testen. Die Befragten wurden gebeten, den Umfang der Befragung zu bewerten sowie die benötigte Dauer für die Beantwortung des gesamten Fragebogens mitzuteilen. Sie wurden zudem gebeten, auf eventuelle Verständnisschwierigkeiten oder missverständliche Formulierungen hinzuweisen.

Die Befragten berichteten eine Befragungsdauer von zwischen 10 und 25 Minuten. Sechs Befragte bewerteten die Befragungsdauer als angemessen, ein Befragter empfand den Fragebogen als zu umfangreich. Mitunter wurden einige Fragen von den Befragten als „realitätsfern“ in Bezug auf Ihren Praxisalltag in Deutschland bewertet. Auf Basis der Rückmeldungen hat das IGES Institut den Fragebogen an einigen Stellen sprachlich geringfügig überarbeitet.

2.2 Design der Befragung

2.2.1 Befragungsmodus

Im Jahr 2019 hatten die in Deutschland befragten Ärztinnen und Ärzte die Wahl zwischen einer Onlinebefragung und einem Papierfragebogen (Rapoport et al., 2019). Für die diesjährige Befragung wurde entschieden, die Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland ausschließlich online durchzuführen.

Entsprechend der Vorgaben von SSRS aus dem internationalen Befragungskonzept wurde auch für die Erhebung in Deutschland vorgesehen, dass die Beantwortung der Fragen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine Voraussetzung darstellte, um die Befragung erfolgreich abzuschließen. Jede Frage wurde also derart gestaltet, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sie ohne die Abgabe einer Antwort überspringen konnten. Diese Eigenschaft hat zur Folge, dass die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Fragen beantwortet haben (n), zwischen den Fragen variiert (siehe die Anmerkungen zu den jeweiligen Abbildungen in Abschnitt 4).

2.2.2 Programmierung

Der final mit dem BMG und SSRS abgestimmte Fragebogen wurde durch das IGES Institut für eine webbasierte Anwendung („Online-Befragung“) programmiert. Die Online-Befragung wurde durch erfahrene Programmierinnen und Programmierer des IGES Instituts umgesetzt und auf einer gesicherten Inhouse-Plattform bereitgestellt. Der programmierte Online-Fragebogen wurde durch SSRS qualitätsgesichert.

Für den Zugang zu der Befragung wurde eine sprechende Internetadresse eingerichtet (<https://ihp.iges.de/>). Auf einer Begrüßungsseite der Online-Befragung konnten die Befragten entweder eine neue Befragung starten oder eine bereits begonnene Befragung (unter Eingabe eines Tokens) fortzusetzen. Der Inhalt der Begrüßungsseite ist in Anhang 1.A3 dargestellt. Nach Start der Befragung wurde den Befragten am unteren Rand der Befragungsseite ein individueller Token angezeigt, mit dem die Befragung jederzeit unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden konnte.

Alle Vorgaben zum Datenschutz wurden eingehalten (siehe zu Einzelheiten den Anhang 1.A1).

2.3 Design der Stichprobe

2.3.1 Grundgesamtheit

Als Einheiten der Grundgesamtheit wurden die an der hausärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte festgelegt. Der Umfang der Grundgesamtheit sowie die Verteilung nach Alter, Geschlecht und Region wurden gemäß den Daten des Bundesarztregisters (BAR) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestimmt (KBV, 2022). Im BAR sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verzeichnet.² Gemäß den Daten des BAR nahmen per 31.12.2021 insgesamt 55.116 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an der hausärztlichen Versorgung teil.

2.3.2 Stichprobe

Es wurde entschieden, für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung in Deutschland im Jahr 2022 mit dem Deutschen Hausärzterverband zusammenzuarbeiten und auf dessen Mitgliederbestand bzw. die Mitgliederbestände der untergeordneten Landesverbände zurückzugreifen. Der Deutsche Hausärzterverband (DHV) hatte dahingehend dem BMG im Vorfeld der Befragung seine Unterstützung zugesagt.

Vor diesem Hintergrund wurde die Stichprobe aus dem Mitgliederbestand des DHV gezogen. Zudem wurde entschieden, alle Mitglieder zur Teilnahme an der Befragung einzuladen. Es wurde also (zumindest theoretisch) eine Vollerhebung unter allen Mitgliedern des DHV (bzw. der Mitglieder der Landesverbände), sowohl Hausärztinnen als auch Hausärzten, durchgeführt.

² Im BAR nicht abgebildet sind die ausschließlich privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte („Privatärzte“). Zum Umfang der Gruppe der Privatärzte liegen keine offiziellen Angaben vor. Gemäß eigener Schätzungen dürfte der Anteil der Privatärzte an allen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland bei ungefähr 5 % liegen, betrachtet man ausschließlich die Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte, vermutlich deutlich niedriger. Es wurde daher davon ausgegangen, dass die Gruppe der Privatärzte im Rahmen dieser Erhebung vernachlässigt werden kann.

Vergleich Stichprobe zu Grundgesamtheit

Nach Angaben des DHV umfasste der Mitgliederbestand per 18.01.2022 insgesamt 26.396 Hausärztinnen und Hausärzte. Bezogen auf die Grundgesamtheit entspricht dies einem Anteil von 48 Prozent. Der Anteil der rein privatärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte unter den Mitgliedern betrug 0,2 % und fiel damit so gering aus, dass diese Abweichung von der Grundgesamtheit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (vgl. Fußnote 2) vernachlässigt werden kann.

Die prozentuale Verteilung des Mitgliederbestands auf die Landesverbände bzw. Bundesländer unterscheidet sich im Einzelnen geringfügig von der Grundgesamtheit, größere Abweichungen lassen sich allerdings nicht feststellen. Etwas überproportional im DHV repräsentiert sind die größeren Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen, während Hausärztinnen und Hausärzte aus Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen leicht unterproportional vertreten sind (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der Mitglieder der Landesverbände im Deutschen Hausärzterverband und Vergleich der Verteilung zur Grundgesamtheit

Landesverband	Anzahl Mitglieder	Anteil Mitglieder	Anteil in der Grundgesamtheit (BAR)
Berlin-Brandenburg	1.128	4,3%	7,8%
Baden-Württemberg	3.684	14,0%	12,8%
Bayern	5.312	20,1%	16,7%
Bremen	241	0,9%	0,8%
Hessen	2.047	7,8%	7,4%
Hamburg	592	2,2%	2,4%
Mecklenburg-Vorpommern	582	2,2%	2,2%
Niedersachsen	3.098	11,7%	9,6%
Nordrhein-Westfalen	4.841	18,3%	20,4%
Rheinland-Pfalz	1.076	4,1%	4,8%
Schleswig-Holstein	528	2,0%	3,7%
Saarland	368	1,4%	1,2%
Sachsen	1.205	4,6%	4,9%
Sachsen-Anhalt	1.010	3,8%	2,7%
Thüringen	684	2,6%	2,7%
Gesamt	26.396	100,0%	100,0%

Quellen: Deutscher Hausärzterverband, KBV (2022)

Anmerkung: Mitglieder des DHV per 18.01.2022, Anteil an der Grundgesamtheit (BAR) per 31.12.2021

BAR: Bundesarztregister

In einer ähnlichen Größenordnung zeigen sich Abweichungen zwischen dem Mitgliederbestand des DHV und der Grundgesamtheit in Bezug auf die Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach städtischen und ländlichen Regionen. Für diese Betrachtung wurde eine Zuordnung des Postleitzahlbezirks des Praxisstandorts zu der Einwohnergrößenklasse der entsprechenden Gemeinde mit dem Hausärzterverband abgestimmt. Die KBV hat eine entsprechende Auswertung des Bundesarztregisters auf Ebene der Gemeindeverbände (als Näherung an die Gemeinden) vorgenommen. Die Einordnung der Gemeinden in städtische und ländliche Regionen wurde an einer Grenze von 20.000 Einwohnern, in Anlehnung an die BIK-Größenklassen (GESIS, 2019), orientiert.

Im Ergebnis zeigt sich, dass 39 % aller Hausärztinnen und Hausärzte der Grundgesamtheit (BAR) in ländlichen Regionen praktizieren, darunter 11 % in Gemeinden mit bis unter 5.000 Einwohnern und 28 % in Gemeinden mit 5.000 bis unter 20.000 Einwohnern, sowie 61 % in städtischen Regionen (Tabelle 2). Im Mitgliederbestand des DHV fällt der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen etwas größer aus (44 %) und entsprechend etwas kleiner der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte in städtischen Regionen. Die Abweichung bezieht sich im Wesentlichen auf die Gemeinden in der untersten Einwohnergrößenklasse (bis unter 5.000 Einwohner) und die Gemeinden in der obersten Klasse (20.000 Einwohner oder mehr). Hingegen fällt der Anteil in der mittleren Einwohnergrößenklasse (5.000 bis unter 20.000 Einwohner) in beiden Gruppen etwa gleich groß aus.

Tabelle 2: Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach Einwohnergrößenklasse der Gemeinde (Mitgliederbestand des DHV vs. Grundgesamtheit)

Einwohnergrößenklasse der Gemeinde	Anteil der Mitglieder des DHV	Anteil in der Grundgesamtheit (BAR)
Ländliche Regionen	44%	39%
bis unter 5.000 Einwohner	17%	11%
von 5.000 bis unter 20.000 Einwohner	27%	28%
Städtische Regionen	56%	61%
20.000 Einwohner oder mehr	56%	61%
Gesamt	100%	100%

Quelle: IGES auf Basis von Auswertungen des Mitgliederbestands des Deutschen Hausärzterverbands (DHV) und Auswertungen des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Anmerkungen: Mitglieder des DHV per 18.01.2022, Anteil an Grundgesamtheit (BAR) per 31.12.2021;
In Bezug auf das BAR wurden die Hausärztinnen und Hausärzte in dem Umfang gezählt, wie sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, und die Gemeindeverbände als regionale Ebene zugrunde gelegt;
BAR: Bundesarztregister

Ein weitergehender Vergleich der Stichprobe zur Grundgesamtheit anhand von Merkmalen wie beispielsweise dem Geschlecht und der Altersgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte konnte nicht erfolgen, da eine entsprechende Auswertung des Mitgliederbestands seitens des DHV nicht vorgenommen werden konnte.

Einordnung der Abweichungen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit

Dieses Vorgehen der Stichprobenziehung in Kooperation mit dem DHV und auf Grundlage seines Mitgliederbestands stellte hinsichtlich der Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Abweichung vom Vorgehen im Rahmen des IHP-Surveys im Jahr 2019 in Deutschland dar.

Im Jahr 2019 wurde die Stichprobe für die damalige Befragung aus dem Adressdatenbestand des kommerziellen Datenanbieters Acxiom GmbH gezogen und umfasste 7.500 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (inkl. Kinderärztinnen und Kinderärzte, die im Jahr 2019 noch befragt wurden und im Jahr 2022 nicht mehr) (Rapoport et al., 2019). Damit fiel der Stichprobenumfang im Jahr 2022 wesentlich größer aus (26.396) als im Jahr 2019 (7.500). Unklar blieb bis zuletzt, inwieweit der Datenbestand der Acxiom GmbH, aus dem die Stichprobe 2019 gezogen wurde, strukturelle Abweichungen zur Grundgesamtheit aller Hausärztinnen und Hausärzte aufwies. Die dem IGES Institut auf Anfrage bei der Acxiom GmbH zur Verfügung gestellten Informationen zur regionalen Struktur des Datenbestands im Jahr 2022 deuteten zwar auf Abweichungen bei der Gesamtzahl der Hausärztinnen und Hausärzte sowie bei ihrer regionalen Verteilung in begrenztem Maße hin. Bestätigt werden konnten diese Abweichungen allerdings nicht, da nicht nachzuvollziehen war, welche Daten im Einzelnen die im Jahr 2019 zugrunde gelegte Stichprobe umfasste.

Insofern konnte nicht abschließend bewertet werden, ob der Datenbestand der Acxiom GmbH für die Befragung im Jahr 2019 eine im Sinne der Repräsentativität bessere Stichprobenziehung ermöglicht hat als der DHV-Mitgliederbestand für die Befragung im Jahr 2022. Zumindest lagen keine Hinweise darauf vor, dass sich der Mitgliederbestand des DHV hinsichtlich von Merkmalen, die für die Befragung wesentlich waren, systematisch von der Grundgesamtheit aller Hausärztinnen und Hausärzte unterscheidet. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass eine Stichprobenziehung aus dem Mitgliederbestand des DHV zumindest keine systematisch „verzerrte“ Stichprobe erzeugt hat. Auch nach eigener Einschätzung des DHV unterscheidet sich der Mitgliederbestand des DHV – über die zuvor beschriebenen kleineren Abweichungen – nicht systematisch von der Grundgesamtheit aller Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland.

2.4 Durchführung der Befragung

Die Befragung in Deutschland wurde im Jahr 2022 in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzterverband durchgeführt. Der DHV bzw. seine Landesverbände haben den Versand der Einladungen sowie der Erinnerungsschreiben eigenständig durchgeführt. Die Befragung fand zwischen dem 09.03.2022 und dem 09.05.2022 statt.

2.4.1 Versand der Einladungen

Das IGES Institut hat einen Entwurf für ein Anschreiben aufgesetzt und mit dem DHV abgestimmt. Das Anschreiben war für den Versand über E-Mail vorgesehen und wurde von der Hauptgeschäftsführung des DHV unterzeichnet. Zudem wurde mit dem DHV ein kurzer Informationstext abgestimmt, der für die Aufnahme in Newsletter des Verbands bestimmt war und die Mitglieder der Landesverbände über die Befragung informieren sollte.

Darüber hinaus hat das IGES Institut einen Entwurf für ein Begleitschreiben aufgesetzt und mit dem DHV sowie dem BMG abgestimmt. In dem Begleitschreiben wurde die Bedeutung der Befragung und der Teilnahme der Hausärztinnen und Hausärzte an dieser noch einmal hervorgehoben. Es wurde sowohl von der zuständigen Abteilungsleitung im BMG als auch der Hauptgeschäftsführung des DHV unterzeichnet.

Den Versand der Einladungen hat der DHV letztlich eigenständig organisiert. Dazu hat der Dachverband die Landesverbände im DHV um Einladung ihrer Mitglieder gebeten. Die Aktivitäten der einzelnen Landesverbände in Bezug auf die Einladung ihrer Mitglieder fielen nach Darstellung des DHV allerdings letztlich sehr heterogen aus (Tabelle 3).

Nur ein Teil der Landesverbände hat seine Mitglieder persönlich per E-Mail eingeladen, an der Befragung teilzunehmen (Hessen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Saarland und Thüringen). Die meisten Landesverbände haben die Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder per E-Mail und/oder im Newsbereich ihrer Website bekannt gemacht (Berlin-Brandenburg, Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein, Westfalen, Sachsen). Drei Landesverbände haben auf Nachfrage keine Angabe zu ihren Versandaktivitäten gemacht (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt). Darüber hinaus hat der DHV zentral die Befragung auf der Website seines Verlags mm medizin + medien sowie auf seinen Kanälen in den sozialen Netzwerken bekannt gemacht.

Tabelle 3: Versandaktivitäten des Deutschen Hausärzteverbands (Bundesverband und Landesverbände)

Landesverband	Versandaktivität
Berlin-Brandenburg	Bekanntmachung der Befragung als Beitrag auf dem Mitgliederportal
Baden-Württemberg	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder und im Newsbereich der Website des Landesverbands
Bayern	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder sowie per E-Mail an alle Delegierten*
Bremen	Der Landesverband hat die Aktivitäten auf Nachfrage nicht genannt.
Hessen	Persönliche Einladung aller Mitglieder per E-Mail-Versand
Hamburg	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder
Mecklenburg-Vorpommern	Der Landesverband hat die Aktivitäten auf Nachfrage nicht genannt.
Niedersachsen	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder und im Newsbereich der Website des Landesverbands
Nordrhein	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder
Westfalen	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand an alle Mitglieder
Rheinland-Pfalz	Persönliche Einladung aller Mitglieder per E-Mail-Versand
Schleswig-Holstein	Persönliche Einladung aller Mitglieder per E-Mail-Versand
Saarland	Persönliche Einladung aller Mitglieder per E-Mail-Versand
Sachsen	Bekanntmachung der Befragung im Newsbereich der Website des Landesverbands
Sachsen-Anhalt	Der Landesverband hat die Aktivitäten auf Nachfrage nicht genannt.
Thüringen	Persönliche Einladung aller Mitglieder per E-Mail-Versand
Landesübergreifende, zentral organisierte Aktivitäten	Bekanntmachung der Befragung im Newsletter-Versand des Instituts für hausärztliche Fortbildung
	Bekanntmachung der Befragung auf der Website des Verlags mm medizin + medien des DHV sowie den Kanälen des DHV in den sozialen Netzwerken

Quelle: IGES auf Basis von Angaben des Deutschen Hausärzteverbands (DHV)

Anmerkungen: * Delegierte des Bayerischen Hausärzteverbands sind die Mitglieder des Vorstands des Landesbands.

2.4.2 Erinnerungsschreiben

Des Weiteren hat ein Teil der Landesverbände zu einem weiteren Zeitpunkt nach Versand der ersten Einladung bzw. der ersten Bekanntmachung ihre Mitglieder an die Befragung erinnert. Die im vorigen Abschnitt dargestellten Versandaktivitäten umfassen auch diese Erinnerungen (Tabelle 3). Dazu, wie oft und in welcher Form die Landesverbände im Einzelnen Erinnerungen versandt bzw. bekannt gemacht haben, liegen dem IGES Institut keine Angaben vor.

2.4.3 Dokumentation und Qualitätssicherung

Die Durchführung der Befragung hat das IGES Institut anhand standardisierter Prozesse der Dokumentation und Qualitätssicherung begleitet. Die internationale Koordination der Befragungen in mehreren Ländern durch den US-amerikanischen Datendienstleister, SSRS, sah dafür standardisierte Methoden vor. Das IGES Institut hat an zwei festgelegten Tagen jeder Woche des Befragungszeitraums einen Bericht über die Anzahl der durch den DHV versandten Einladungen (*disposition report*) sowie einen weiteren Bericht über den bis dahin eingegangenen Rücklauf, differenziert nach bestimmten Merkmalen (*counts report*) an SSRS geschickt.

Die *disposition reports* enthielten Angaben zur Gesamtzahl der versandten Einladungen, der abgeschlossenen Teilnahmen sowie der (bis dahin noch) nicht abgeschlossenen Teilnahmen. In den *counts reports* wurde die Anzahl der abgeschlossenen Teilnahmen differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesland berichtet. Darüber hinaus wurden bereits vorab einige, von SSRS festgelegte Fragen zur Leistungserbringung und zur Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte ausgewertet.

Nach Abschluss der Feldphase der Erhebung wurde der Datensatz durch das IGES Institut entlang einer von SSRS zur Verfügung gestellten Anleitung (*data map*) aufbereitet und in drei Dateiformaten (als SPSS-Datensatz, als ASCII-Textdatei mit festen Spaltenpositionen und als CSV-Textdatei mit Kommatrennung) an SSRS übergeben. SSRS hat sichergestellt, dass die übermittelten Daten bzw. Dateiformate mit der international koordinierten Weiterverarbeitung kompatibel waren. An dieser Stelle gab es einige Überarbeitungsschleifen des Abstimmungsprozesses.

2.5 Nachbereitung und Auswertung der Befragung

Im Anschluss an die Weitergabe des finalen Erhebungsdatensatzes an SSRS wurde ein international abgestimmtes Gewichtungsschema erzeugt (Abschnitt 2.5.1), die Ergebnisse der Erhebung in Deutschland wurden ausgewertet und dargestellt (Abschnitt 2.5.2) sowie zu den Ergebnissen der früheren Erhebungen verglichen (Abschnitt 2.5.3).

2.5.1 Gewichtungsschema

SSRS hat ein Gewichtungsschema auf Grundlage der Erhebungsergebnisse aus allen Ländern generiert. Dieses Gewichtungsschema berücksichtigte, inwiefern die Struktur der Befragten hinsichtlich zentraler Merkmale (Alter, Geschlecht und Region des Praxisstandorts)³ von der Struktur der Grundgesamtheit aller Hausärztinnen und Hausärzte abweicht.

Das IGES Institut hat in Abstimmung mit SSRS Angaben zur Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte in der für Deutschland relevanten Grundgesamtheit ermittelt und SSRS zur Verfügung gestellt. Diese Angaben (*weighting benchmarks*) hat SSRS bei der Bestimmung des Gewichtungsschemas zugrunde gelegt.

Als Datenquelle für die Angaben zur Grundgesamtheit dienten die veröffentlichten Tabellenbände aus dem Bundesarztregister (BAR) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV, 2022). IGES hat auf dieser Grundlage die Gesamtzahl der an der hausärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte zum Stand 31.12.2021 ermittelt. Dabei wurde eine Differenzierung nach folgenden Merkmalen vorgenommen:

- ◆ Fachgruppe (Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Internistinnen und Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt)
- ◆ Altersgruppe
- ◆ Geschlecht
- ◆ Region (Bundesland)

An SSRS berichtet wurde der jeweilige Anteil an der Grundgesamtheit in eindimensionaler Ausprägung der genannten Merkmale. Bei der Ermittlung der Anteile der Altersgruppen musste eine Näherung vorgenommen werden, da die in der Publikation zum Bundesarztregister angegebenen Altersgruppen nicht die gleiche Abgrenzung aufwiesen, wie die von SSRS für die internationale Ergebniskoordination

³ Aufgrund des über die Bundesländer uneinheitlichen Rekrutierungsverfahrens und entsprechend unterschiedlicher Rücklaufquoten hat SSRS entschieden, beim Gewichtungsschema für Deutschland das Merkmal der Region in zwei Gruppen abzubilden: In einer Gruppe wurden Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg zusammengefasst und in der anderen alle übrigen Bundesländer. Vgl. Rapoport et al. (2022).

vorgegebene Abgrenzung. Dabei wurde – in Anlehnung an das Vorgehen beim Gewichtungsschema im Jahr 2019 – eine lineare Interpolation innerhalb bestimmter Altersgruppen vorgenommen.

Als Ergebnis des Gewichtungsschemas hat SSRS eine Variable generiert, in der für alle teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte ein individueller Gewichtungsfaktor enthalten ist. Dieser Gewichtungsfaktor variiert mit der Altersgruppe, dem Geschlecht und dem Bundesland der Hausärztinnen und Hausärzte. In Bezug auf das Bundesland hat SSRS im Rahmen des Gewichtungsschemas zwei regionale Cluster gebildet, um den nach Bundesland recht heterogenen Rücklauf handhabbar zu gestalten. Vgl. Abschnitt 3.2.4 für die Abgrenzung der beiden Cluster.

Bei allen in diesem Bericht dargestellten Ergebnissen der Erhebung (Abschnitt 4) wurde der generierte Gewichtungsfaktor angewandt.

2.5.2 Auswertung der Ergebnisse für Deutschland

Die bei den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland erhobenen Daten wurden für den vorliegenden Bericht ausgewertet. Zum einen wurden die Merkmale zu Geschlecht und Alter der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte, Größe der Praxis, Versichertenstruktur (Anteil der privatversicherten Patientinnen und Patienten) sowie die regionalen Merkmale zum Standort ihrer Praxen (Bundesland und städtische bzw. ländliche Regionen) im Rahmen der Beschreibung der Stichprobe ausgewertet (vgl. Abschnitt 3). Zum anderen wurden alle erhobenen inhaltlichen Fragestellungen im Rahmen der Darstellung der Befragungsergebnisse (vgl. Abschnitt 4) ausgewertet.

Grundsätzlich wurden alle erhobenen inhaltlichen Fragestellungen für die gesamte Stichprobe ausgewertet und mit den generierten Gewichtungsfaktoren (vgl. Abschnitt 2.5.1) an die Grundgesamtheit angepasst. Alle Fragestellungen wurden differenziert nach Geschlecht, Alter, Praxisgröße, Versichertenstruktur und Region ausgewertet, dargestellt wurden die Ergebnisse punktuell, insofern sich relevante Unterschiede zeigten.

2.5.3 Vergleich zu den Ergebnissen vorheriger Erhebungen

Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen des IHP-Surveys 2022 in Deutschland wurden darüber hinaus mit Ergebnissen der vergangenen Befragungen des IHP-Surveys (Befragungen der Hausärztinnen und Hausärzte) aus den Jahren 2012, 2015 und 2019 verglichen. Der Vergleich beschränkte sich auf solche Fragestellungen, die in mehreren Jahren zueinander vergleichbar in Deutschland erhoben wurden und deren Vergleichbarkeit aus methodischen Gründen keine wesentlichen Einschränkungen entgegenstanden.

Die Ergebnisse des IHP-Surveys 2022 wurden zudem für wesentliche Merkmale verglichen mit den Ergebnissen anderer nationaler Befragungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland, sofern entsprechende Ergebnisse veröffent-

licht verfügbar waren und die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Merkmalsabgrenzung sowie des methodischen Vorgehens der jeweiligen Surveys mit dem IHP-Survey hinreichend vergleichbar waren (vgl. Abschnitt 5).

3. Beschreibung der Stichprobe

3.1 Merkmale der Hausärzte

Insgesamt haben 947 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland an der Befragung teilgenommen (im Weiteren auch „Teilnehmende“). Eine Rücklaufquote kann nicht ohne Weiteres ermittelt werden, da das Vorgehen bei Einladung der Mitglieder zwischen den Landesverbänden des Hausärzterverbands erheblich variierte und somit nicht abschließend festgestellt werden konnte, wie viele Mitglieder letztlich insgesamt eingeladen wurden.

Im Folgenden wird die Stichprobe der 947 Hausärztinnen und Hausärzte, die an der Befragung teilgenommen haben, hinsichtlich zentraler Merkmale wie dem Geschlecht, dem Alter und der Region beschrieben (Tabelle 4). Dabei erfolgt jeweils ein Vergleich zur Grundgesamtheit gemäß dem Bundesarztregister (KBV, 2022).

Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe und Vergleich zur Grundgesamtheit: Merkmale der Hausärztinnen und Hausärzte

Merkmale	Anzahl (N)	Anteil ungewichtet (%)	Anteil gewichtet (%)	Anteil in Grundgesamtheit (%)
Geschlecht				
Männlich	490	51,7%	51,3%	51,2%
Weiblich	457	48,3%	48,7%	48,8%
Alter in Jahren				
Unter 35	22	2,3%	1,1%	1,1%
35 bis 44	179	18,9%	17,1%	17,1%
45 bis 54	312	32,9%	28,4%	28,3%
55 bis 64	340	35,9%	34,6%	34,5%
65 oder älter	94	9,9%	18,8%	19,0%
Tätigkeitsschwerpunkt				
FA Allgemeinmedizin	730	74,7%	78,6%	62,7%
FA Innere Medizin	196	20,8%	18,4%	31,3%
Praktischer Arzt	15	1,6%	3,1%	6,4%
Gesamt	947	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: IGES auf Basis von Rapoport et al. (2022) und KBV (2022)

Anmerkungen: Sechs Hausärztinnen und Hausärzte haben keine Angabe zu ihrem Tätigkeitsschwerpunkt gemacht.

Die Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach Alter und Geschlecht entspricht in der gewichteten Stichprobe sehr genau der Verteilung in der Grundgesamtheit. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Merkmale Alter und Geschlecht im Rahmen der Gewichtung berücksichtigt wurden (vgl. zum Vorgehen Abschnitt 2.5.1). Rund 51 Prozent der Befragten waren männlich und knapp 49 Prozent weiblich. Rund 1 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung in einem Alter von unter 35 Jahren, 17 Prozent zwischen 35 und 44 Jahre alt, rund 28 Prozent zwischen 45 und 54 Jahre, knapp 35 Prozent waren zwischen 55 und 64 Jahre alt, und knapp 18 Prozent waren 65 Jahre oder älter.

Bei der Verteilung nach Tätigkeitsschwerpunkt der Hausärztinnen und Hausärzte gibt es Abweichungen zur Grundgesamtheit. In der Stichprobe waren knapp 79 Prozent aus der Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, rund 18 Prozent aus der Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit einer hausärztlichen Niederlassung und 3 Prozent aus der Fachgruppe der Praktischen Ärztinnen und Ärzte. In der Grundgesamtheit fällt der Anteil der Internistinnen und Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit (63 %) und auch der Praktischen Ärztinnen und Ärzte (6 %) größer aus.

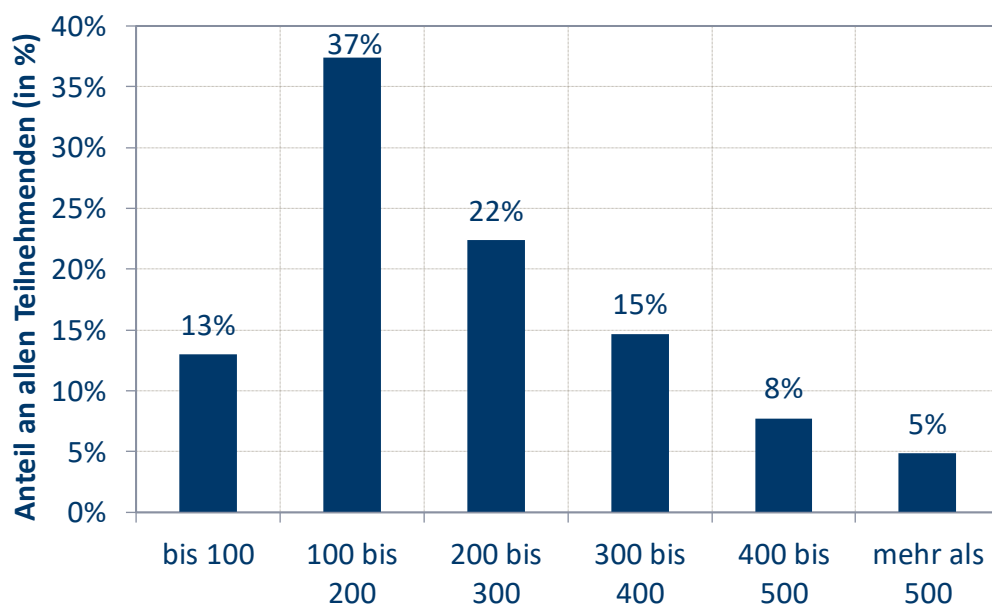
3.2 Merkmale der Praxis

3.2.1 Praxisgröße

Zahl der Patientinnen und Patienten

Die Verteilung der Praxisgröße gemessen anhand der Zahl der Patientinnen und Patienten stellt sich für die Hausärztinnen und Hausärzte in der Stichprobe wie folgt dar. Ein Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte (37 %) arbeitete in einer Praxis, in der zwischen 100 und 200 Patientinnen und Patienten pro Woche behandelt werden (Abbildung 1). Rund ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete in einer Praxis mit durchschnittlich 200 bis 300 Patientinnen und Patienten pro Woche.

Abbildung 1: Anzahl der in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten pro Woche (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Patienten haben Sie durchschnittlich in einer typischen Woche?*
Die Zahl der Patientinnen und Patienten wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten als exakter Wert angegeben. Die Angaben wurden anschließend für diese Darstellung kategorisiert.
n=899

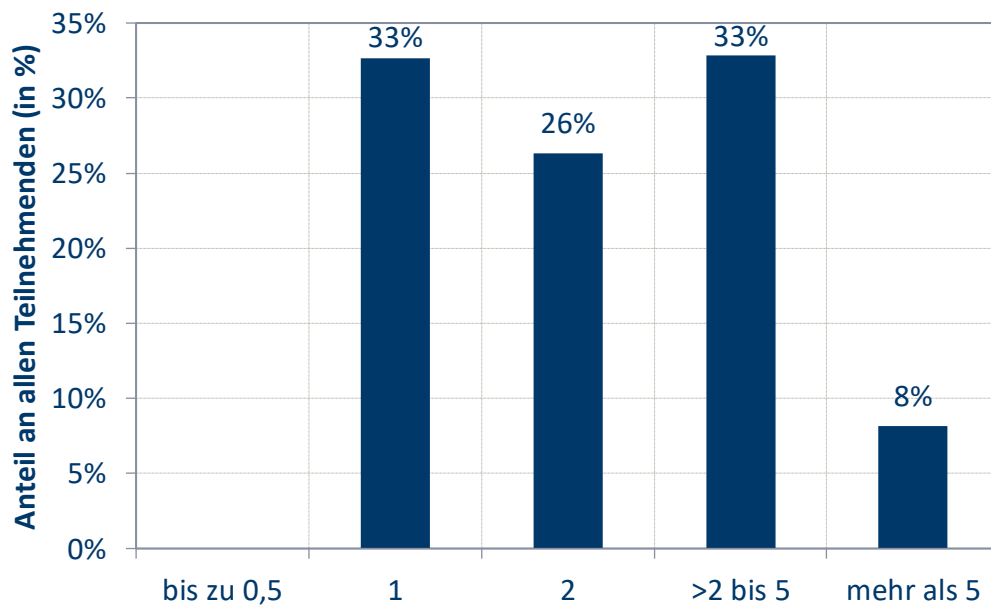
Gegenüber dem Jahr 2019 hat sich die Struktur der Hausarztpraxen hinsichtlich ihrer Größe gemessen anhand der Zahl der Patientinnen und Patienten nicht wesentlich verändert. Auch im Jahr 2019 hatte auf Basis der Stichprobe der damaligen Befragung etwa ein Fünftel der Hausarztpraxen durchschnittlich zwischen 101 und

150 Patientinnen und Patienten pro Woche, und etwa zwei Drittel der Praxen behandelten mehr als 150 Patientinnen und Patienten pro Woche.

Ärztliches Personal

Gemessen an der Zahl der in der Praxis tätigen Ärzte in der Zählung nach Personen arbeitete der überwiegende Teil der Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 in Praxen mit zwischen einem und fünf Ärzten (Abbildung 2). Ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete in Praxen mit bis zu einem tätigen Arzt oder einer tätigen Ärztin, rund ein Viertel in Praxen mit zwei Ärztinnen oder Ärzten und ein weiteres Drittel in Praxen mit zwischen drei und fünf Ärztinnen oder Ärzten.

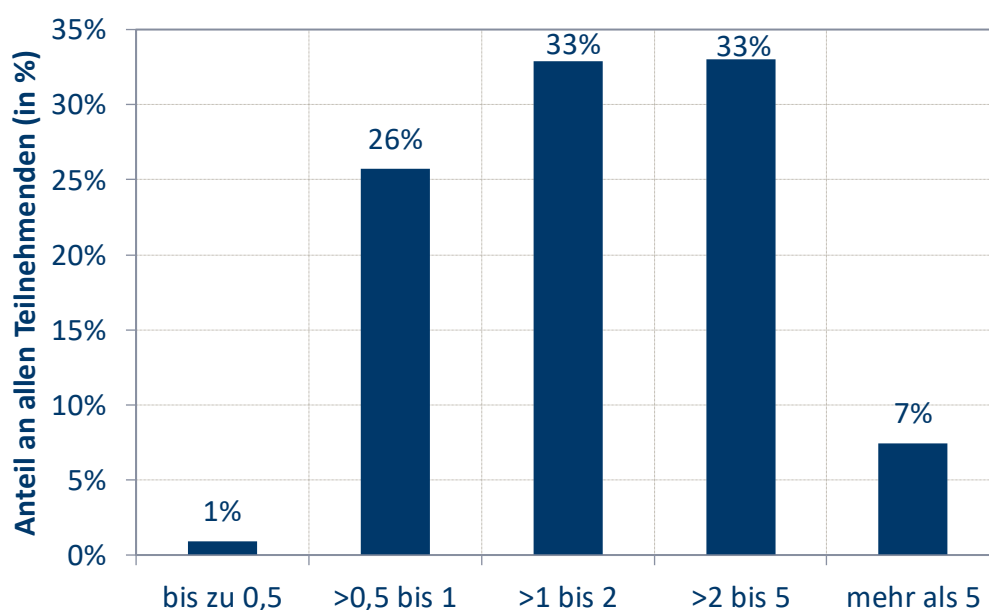
Abbildung 2: Anzahl der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Personen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Personen arbeiten in Ihrer Praxis: gesamtes ärztliches Personal (inkl. Angestellte)?*
n=909

In der Zählung nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zeigt sich eine ähnliche Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich der Praxisgröße gemessen anhand der Anzahl der tätigen Ärztinnen oder Ärzte. Rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete in Praxen mit zwischen 0,5 und einem Arzt in VZÄ, ein Drittel in Praxen mit mehr als einem und bis zu zwei Ärztinnen oder Ärzten und ein weiteres Drittel in Praxen mit mehr als zwei und bis zu fünf Ärztinnen oder Ärzten in VZÄ (Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzahl der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)

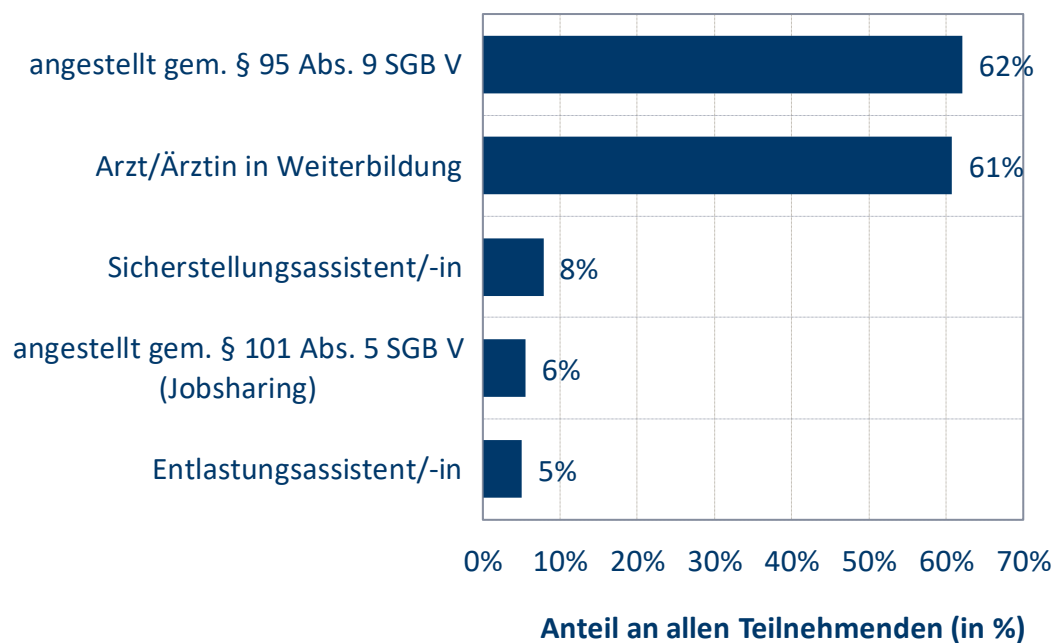


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Vollzeitäquivalente arbeiten in Ihrer Praxis: gesamtes ärztliches Personal (inkl. Angestellte)?*
n=806

Der Vergleich der Verteilungen der Hausärztinnen und Hausärzte nach Praxisgröße in der Zählung des ärztlichen Personals nach Personen (Abbildung 2) und nach VZÄ (Abbildung 3) ist insofern eingeschränkt, dass nicht alle Hausärztinnen und Hausärzte zu beiden Fragen Angaben gemacht haben.

Das ärztliche Personal ist in den Hausarztpraxen in unterschiedlichen Formen beschäftigt. Rund 60 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte arbeiteten im Jahr 2022 in Praxen, in denen wiederum Hausärztinnen und Hausärzte, die als Vertragsärztinnen oder -ärzte in das Arztregister eingetragen sind, mit Zustimmung des Zulassungsausschusses gem. § 95 Abs. 9 SGB V angestellt waren (Abbildung 4). Ebenfalls rund 60 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte arbeiteten in Praxen, in denen Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung beschäftigt waren. Weitere Beschäftigungsformen wurden vergleichsweise selten angeführt, darunter Sicherstellungsassistenten (8 %), in Jobsharing-Modellen gem. § 101 Abs. 5 SGB V angestellte Ärztinnen oder Ärzte (6 %) und Entlastungsassistentinnen oder -assistenten (5 %).

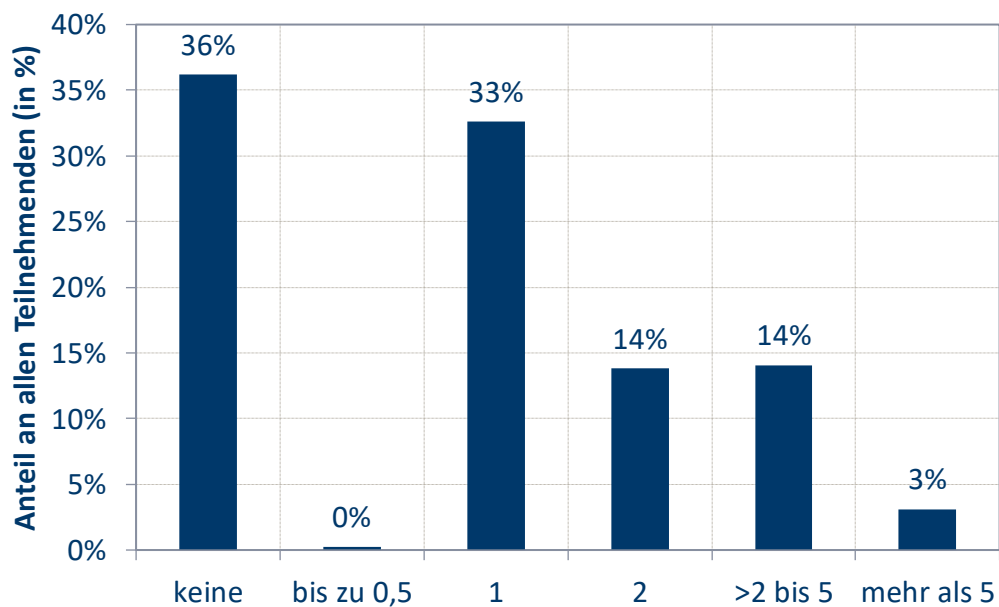
Abbildung 4: Beschäftigungsform des ärztlichen Personals in der Praxis (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: In welchem Rahmen ist das ärztliche Personal bei Ihnen tätig? (n=472)
 angestellt gem. § 95 Abs. 9 SGB V (n=293)
 Arzt/Ärztin in Weiterbildung (n=287)
 Sicherstellungsassistent/-in (n=37)
 angestellt gem. § 101 Abs. 5 SGB V (Jobsharing) (n=26)
 Entlastungsassistent/-in (n=24)
 Die Auswahl mehrerer Antworten war möglich.

Betrachtet man lediglich das angestellte ärztliche Personal in den Hausarztpraxen, zeigt sich eine abweichende Verteilung. Etwas mehr als ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte war im Jahr 2022 in Praxen tätig, in denen in der Zählung nach Personen keine weiteren Ärztinnen oder Ärzte angestellt waren (Abbildung 5). Ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte fiel in die Kategorie mit einem angestellten Arzt oder einer angestellten Ärztin, und die übrigen Hausärztinnen und Hausärzte verteilten sich auf die verbleibenden Kategorien.

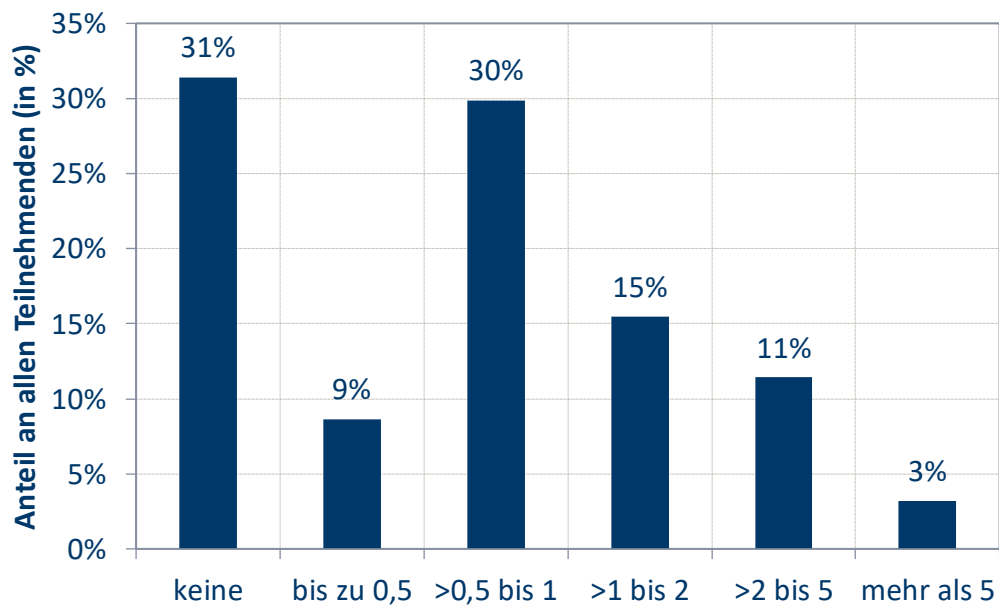
Abbildung 5: Anzahl der in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Personen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Personen arbeiten in Ihrer Praxis: nur angestelltes ärztliches Personal?*
n=751

Ein ähnliches Bild zeigt die Verteilung des angestellten ärztlichen Personals in der Zählung nach VZÄ. Nun ist auch die Kategorie „bis zu 0,5“ mit knapp 10 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte besetzt, die einen weiteren angestellten Hausarzt oder eine Hausärztin in Teilzeit beschäftigen (Abbildung 6). Die anderen Kategorien weisen ähnliche Anteile auf wie in der Zählung nach Personen.

Abbildung 6: Anzahl der in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)

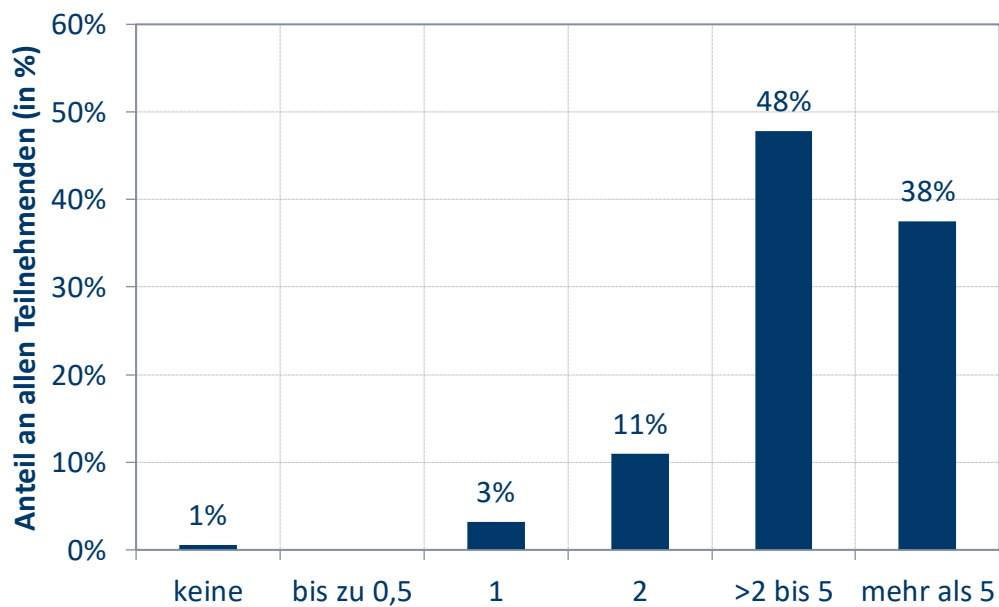


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Vollzeitäquivalente arbeiten in Ihrer Praxis: nur angestelltes ärztliches Personal?*
n=596

Nicht-ärztliches medizinisches Personal

Nicht-ärztliches medizinisches Personal kommt generell in etwas größerem Umfang in den Hausarztpraxen zum Einsatz als ärztliches. Knapp der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte beschäftigte im Jahr 2022 nach der Zählung in Personen mehr als zwei und bis zu fünf Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (Abbildung 7). Mehr als ein Drittel (38 %) der Hausärztinnen und Hausärzte setzten sogar mehr als fünf Personen aus diesem Bereich ein, während weniger als zwei Personen nur von 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte beschäftigt wurden.

Abbildung 7: In der Praxis tätiges nicht-ärztliches medizinisches Personal: Zählung in Personen (2022)

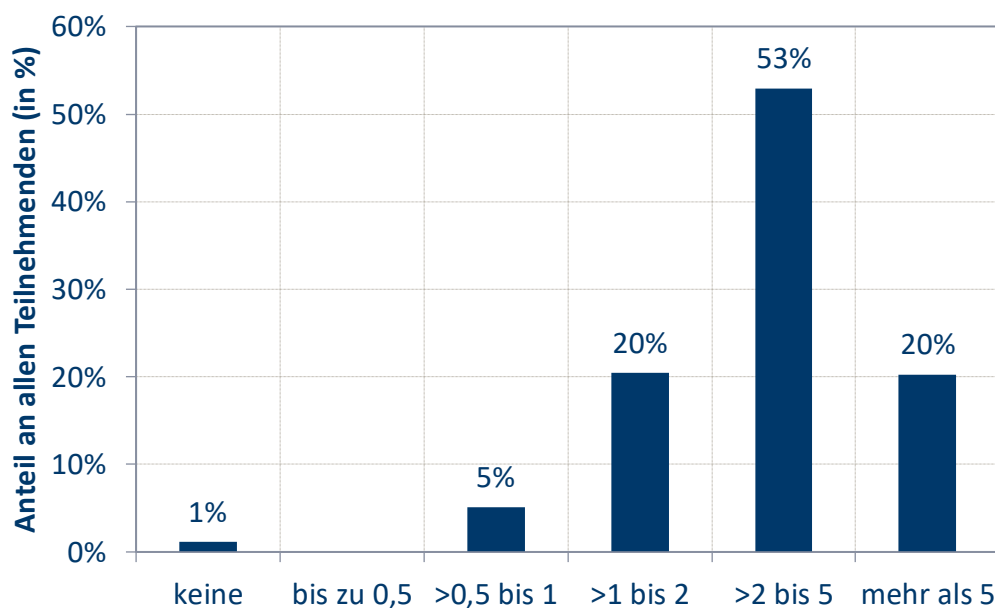


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten

Anmerkung: Wie viele Personen arbeiten in Ihrer Praxis: nicht-ärztliches medizinisches Personal?
n=884

In der Zählung nach VZÄ verschiebt sich die Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich des Umfangs ihres nicht-ärztlichen medizinischen Personals nicht grundlegend (Abbildung 8). Die Kategorie „mehr als 2 und bis zu 5“ bleibt auch in der Zählung nach VZÄ die mit Abstand am stärksten besetzte, gefolgt von „mehr als 1 bis zu 2“ und „mehr als 5“ mit jeweils einem Fünftel der befragten Hausärztinnen und Hausärzte.

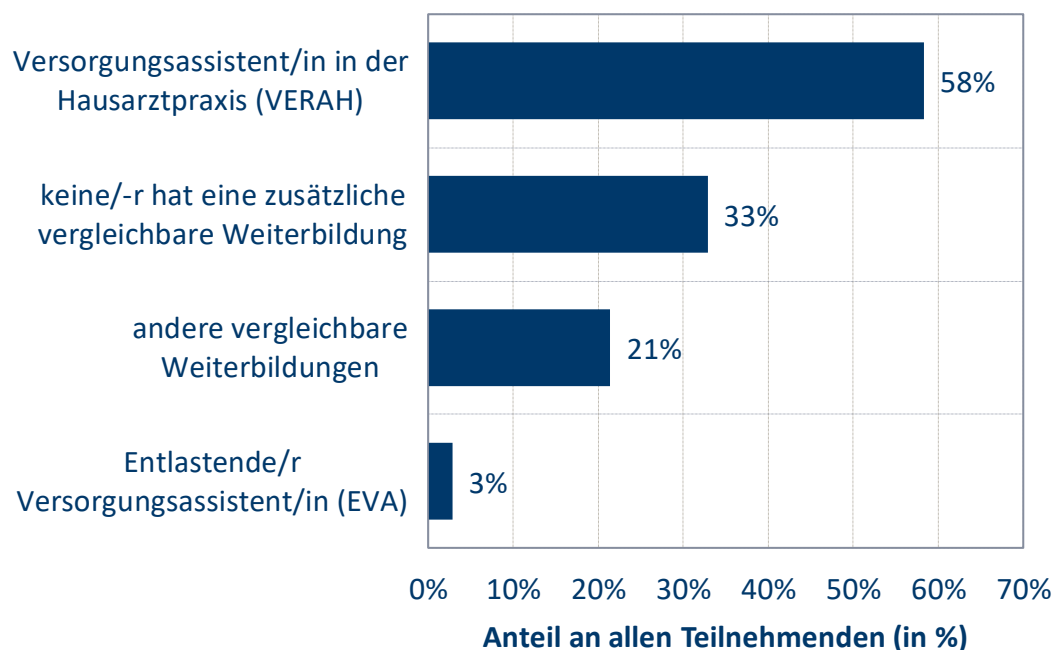
Abbildung 8: In der Praxis tätiges nicht-ärztliches medizinisches Personal: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) arbeiten in Ihrer Praxis: nicht-ärztliches medizinisches Personal?*
n=754

Das nicht-ärztliche medizinische Personal der Hausarztpraxen hat zum überwiegenden Teil Weiterbildungen abgeschlossen. Mehr als die Hälfte (58 %) der Hausärztinnen und Hausärzte, die im Jahr 2022 nicht-ärztliches medizinisches Personal beschäftigten, gab an, dass das nicht-ärztliche medizinische Personal ihrer Praxis die Weiterbildung zum/zur Versorgungsassistent/-in in der Hausarztpraxis (VERAH) abgeschlossen hat (Abbildung 9).

Abbildung 9: Weiterbildungen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Hat ihr nicht-ärztliches medizinisches Personal eine der folgenden Weiterbildungen abgeschlossen?* (n=886)
Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis (VERAH) (n=516)
keine/-r hat eine zusätzliche vergleichbare Weiterbildung (n=291)
andere vergleichbare Weiterbildungen (n=190)
Entlastende/r Versorgungsassistent/in (EVA) (n=26)
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, nicht-ärztliches medizinisches Personal in ihrer Praxis zu beschäftigen.
 Die Auswahl mehrerer Antworten war möglich.

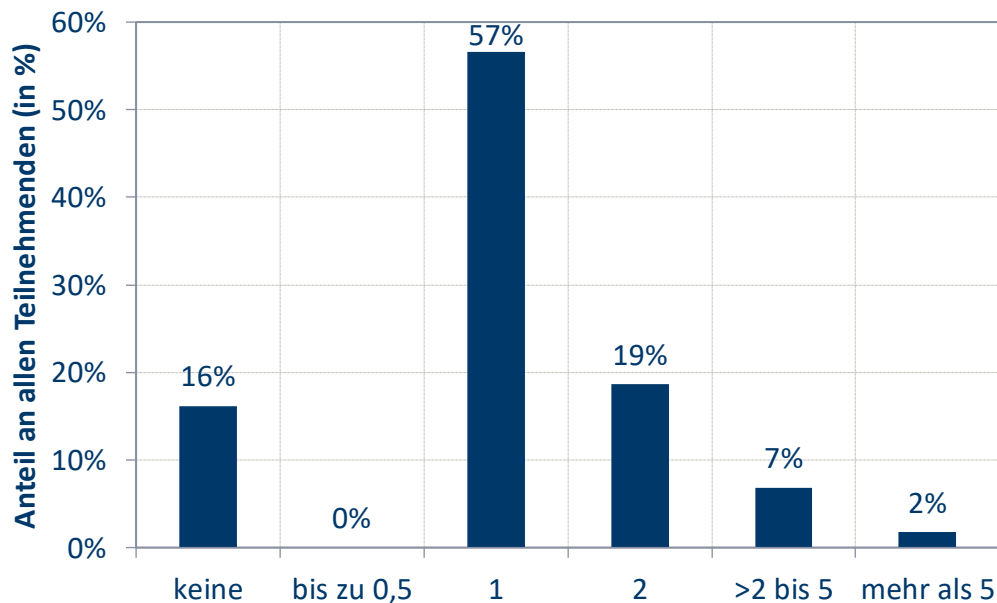
Ein kleinerer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte beschäftigt nicht-ärztliches medizinisches Personal, das die Weiterbildung zum/zur Entlastenden Versorgungsassistenten/-in (EVA) absolviert hat. Rund ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte hat angegeben, dass andere vergleichbare Weiterbildungen abgeschlossen wurden. Am häufigsten genannt wurden in diesem Zusammenhang der/die Nicht-ärztliche Praxisassistent/-in (NäPa) und der/die Wundmanager/-in.

Ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte, die im Jahr 2022 nicht-ärztliches medizinisches Personal beschäftigten, gab an, dass das nicht-ärztliche medizinische Personal keine zusätzliche vergleichbare Weiterbildung absolviert hat.

Nicht-medizinisches Personal

Die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte (57 %) hat im Jahr 2022 genau eine nicht-medizinische Arbeitskraft, beispielsweise mit einer kaufmännischen Ausbildung, beschäftigt (Abbildung 10). Knapp ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete in Praxen, in denen zwei nicht-medizinische Arbeitskräfte tätig waren, und 16 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte arbeiteten in Praxen ohne nicht-medizinisches Personal.

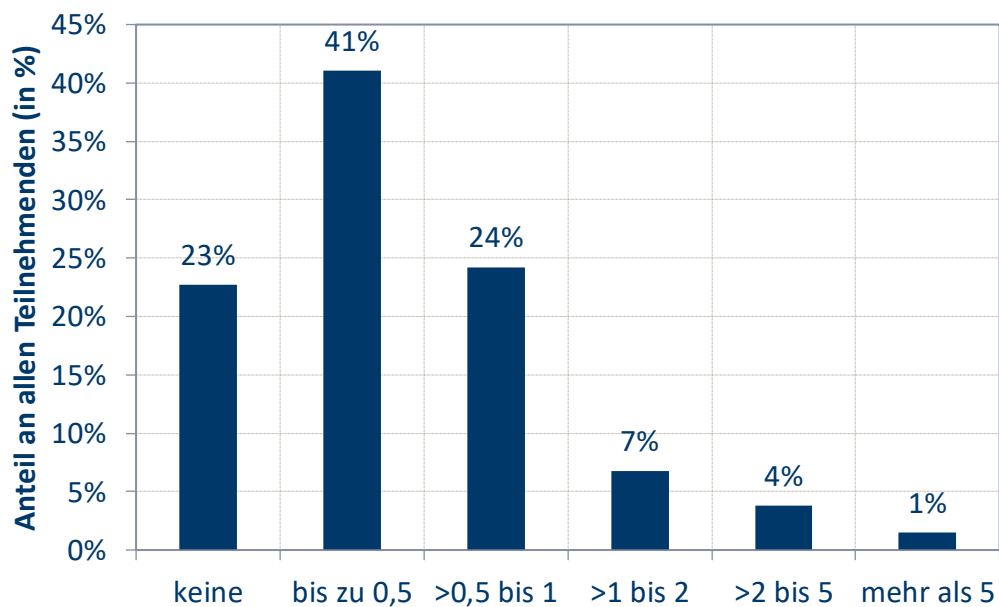
Abbildung 10: In der Praxis tätiges nicht-medizinisches Personal: Zählung in Personen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Personen arbeiten in Ihrer Praxis: nicht-medizinisches Personal?*
n=738

Die Verteilung des Umfangs des nicht-medizinischen Personals in der Zählung nach Vollzeitäquivalenten offenbart, dass das nicht-medizinische Personal in den Hausarztpraxen oft in Teilzeit tätig ist. In dieser Zählung fällt der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte ohne nicht-medizinisches Personal mit knapp einem Viertel etwas größer aus als in der Personenzählung (Abbildung 11), wobei erneut die unterschiedliche Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte, die die jeweiligen Fragen beantwortet haben, zu berücksichtigen ist.

Abbildung 11: In der Praxis tätiges nicht-medizinisches Personal: Zählung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (2022)

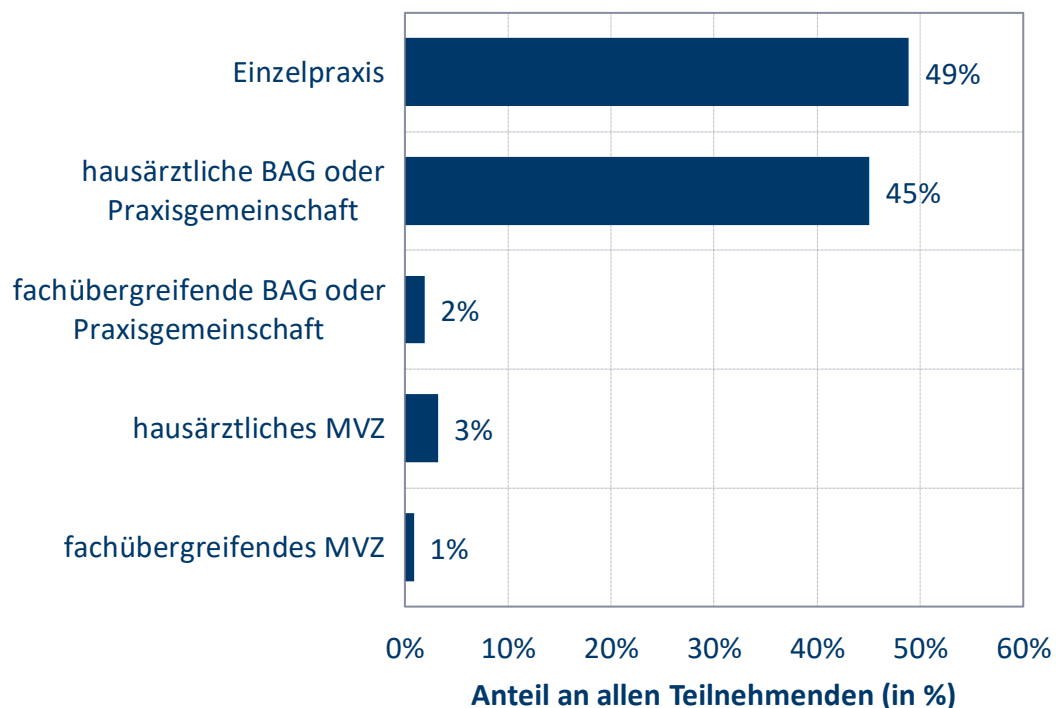


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) arbeiten in Ihrer Praxis: nicht-medizinisches Personal?*
n=588

3.2.2 Praxisform

Knapp die Hälfte (49 %) der Hausärztinnen und Hausärzte in der Stichprobe war im Jahr 2022 in einer Einzelpraxis tätig (Abbildung 12). Ein ähnlich großer Teil (45 %) der Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete in einer hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einer Praxisgemeinschaft. Nur wenige Hausärztinnen und Hausärzte hingegen haben in einer fachübergreifenden BAG (2 %), einem hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) (3 %) oder einem fachübergreifenden MVZ (1 %) praktiziert.

Abbildung 12: Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte in der Stichprobe nach Praxisform (2022)



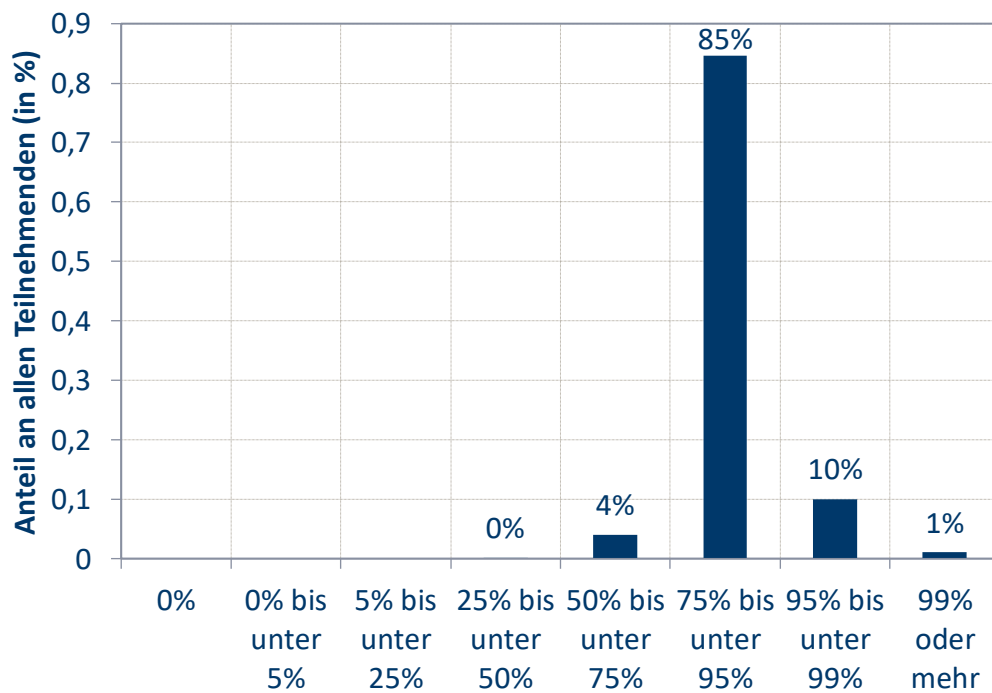
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Handelt es sich um eine Einzelpraxis oder um eine kollektive Struktur?*
n=946
BAG: Berufsausübungsgemeinschaft

In der Grundgesamtheit zeigt sich eine ähnliche Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach Praxisform. In einem MVZ (hausärztlich oder fachübergreifend) waren 7 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte tätig, in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft 39 Prozent und in einer Einzelpraxis (mit einer Zulassung oder in Anstellung) 54 Prozent (KBV, 2022).

3.2.3 Versichertenstruktur

Der weitüberwiegende Teil der an der Befragung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte (85 %) behandelt Patientinnen und Patienten, die zu einem Anteil zwischen 75 Prozent und 95 Prozent gesetzlich krankenversichert sind (Abbildung 13).

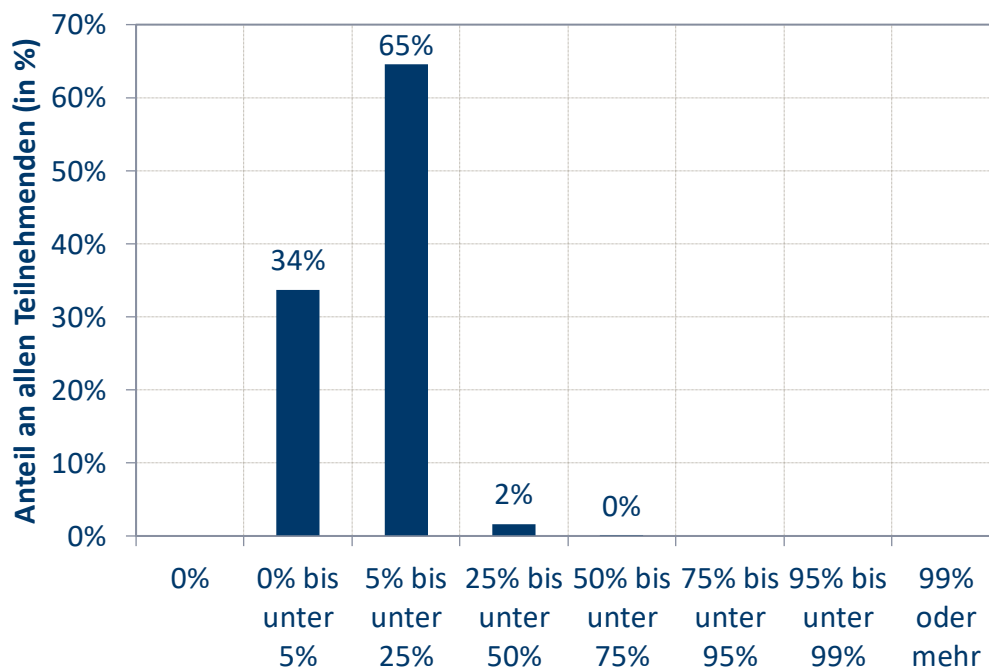
Abbildung 13: Anteil der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten von allen in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen/Patienten sind folgenden Versichertengruppen zuzuordnen: gesetzlich krankenversicherte Patientinnen/Patienten?*
 Der Anteil der Patientinnen und Patienten wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten als exakter Wert angegeben. Die Angaben wurden anschließend für diese Darstellung kategorisiert.
 n=925

Privat krankenversicherte Patientinnen und Patienten haben bei den meisten Hausärztinnen und Hausärzten nur einen vergleichsweise geringen Anteil am Bestand der Patientinnen und Patienten. Bei knapp zwei Dritteln der Hausärztinnen und Hausärzte hatten die Privatversicherten im Jahr 2022 einen Anteil zwischen 5 Prozent und 25 Prozent an den behandelten Patientinnen und Patienten (Abbildung 14). Bei rund einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte machten privat versicherte Patientinnen und Patienten nur weniger als 5 Prozent des Bestands an Patientinnen und Patienten aus.

Abbildung 14: Anteil der privat versicherten Patientinnen und Patienten von allen in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen/Patienten sind folgenden Versichertengruppen zuzuordnen: privat krankenversicherte Patientinnen/Patienten?*
 Der Anteil der Patientinnen und Patienten wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten als exakter Wert angegeben. Die Angaben wurden anschließend für diese Darstellung kategorisiert.
 n=921

Knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte hatten einen Anteil der Privatversicherten von bis zu 10 Prozent („durchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Anteil Privatversicherte“), während rund ein Drittel angab, mehr als 10 Prozent privatversicherte Patientinnen und Patienten zu haben („überdurchschnittlicher Anteil Privatversicherte“).

3.2.4 Region des Praxisstandorts

Die regionale Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte wird anhand von zwei Merkmalen abgebildet, die sich beide auf den Praxisstandort beziehen. Zum einen wurden zwei regionale Cluster der Bundesländer gebildet, die auch im Rahmen der Gewichtung verwendet wurden (vgl. zum Vorgehen Abschnitt 2.5.1). Knapp 35 Prozent der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte haben ihre Praxis in einem Bundesland des Clusters 1. Dieses umfasst die Bundesländer Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg. Für rund 65 Prozent der Befragten liegt der Praxisstandort in einem anderen Bundesland. Diese regionale Verteilung der Praxisstandorte in der Stichprobe der Erhebung entspricht der Verteilung in der Grundgesamtheit gemäß Bundesarztregister (Tabelle 5).

Tabelle 5: Beschreibung der Stichprobe und Vergleich zur Grundgesamtheit: Merkmale des Praxisstandorts

Merkmal	Anzahl (N)	Anteil ungewichtet (%)	Anteil gewichtet (%)	Anteil in Grundgesamtheit (%)
Bundesland				
Cluster 1	703	74%	35%	35%
Cluster 2	242	26%	65%	65%
Städtische vs. ländliche Regionen				
(Groß-)Stadt	246	26%	42%	42%
Kleinstadt	431	46%	30%	47%
Ländlich	268	28%	28%	11%
Gesamt	947	100%	100%	100%

Quelle: IGES auf Basis von Rapoport et al. (2022) und KBV (2022)

Anmerkungen: Zwei Hausärztinnen und Hausärzte haben keine Angabe zur Region ihres Praxisstandorts gemacht.
 Cluster 1: Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg;
 Cluster 2: alle übrigen Bundesländer
 (Groß-)Stadt: mehr als 50.000 Einw.
 Kleinstadt: Vorort einer (Groß-)Stadt oder Kleinstadt (5.000 bis 50.000 Einw.)
 Ländlich: weniger als 5.000 Einw.

Zum anderen wird die regionale Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte auf städtische und ländliche Regionen betrachtet (vgl. zum Konzept der regionalen Zuordnung Abschnitt 2.3.2). Rund 42 Prozent der Befragten hatten im Jahr 2022 ihre Hausarztpraxis in einer Großstadt oder einer Stadt mit mehr als 50.000 Einwohnern. Dies entspricht auch dem Anteil in der Grundgesamtheit. Ein knappes Drittel (30 %) der Befragten hatte eine Praxis in einem Vorort einer (Groß-)Stadt oder in einer Kleinstadt (Gemeinde mit 5.000 bis 50.000 Einwohnern). In der Grundgesamtheit waren dies deutlich mehr (47 %). Und die verbleibenden 28 Prozent der Befragten übten ihre hausärztliche Tätigkeit in einer ländlichen Region (Gemeinde

mit weniger als 5.000 Einwohnern) aus, während dies in der Grundgesamtheit nur auf rund 11 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte zutrif.⁴

Die Stichprobe der Erhebung bildet somit in der regionalen Perspektive die Verteilung in Bezug auf zwei Cluster von Bundesländern über die angewandte Gewichtung sehr genau ab. Die Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte nach städtischen und ländlichen Regionen wird in der Stichprobe hingegen verzerrt abgebildet. Der Anteil in Städten und Großstädten wird sehr genau getroffen. In der Stichprobe sind allerdings zu viele Hausärztinnen und Hausärzte aus ländlichen Regionen und zu wenige aus Kleinstädten. Dies ist auf das unterschiedliche Rekrutierungsvorgehen der Landesverbände des Hausärzteverbands zurückzuführen (vgl. Abschnitt 2.4) und konnte auch im Rahmen der Gewichtung nicht vollständig korrigiert werden.

⁴ Zwei Hausärztinnen bzw. Hausärzte haben keine Angabe zur Region ihres Praxisstandorts gemacht.

4. Befragungsergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung im Rahmen des IHP-Surveys 2022 in Deutschland dargestellt und beschrieben. Zu jeder erhobenen Fragestellung wird die Häufigkeitsverteilung für die Erhebung bei den in Deutschland praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten im Jahr 2022 dargestellt. Sofern sich zum jeweiligen Thema relevante Unterschiede zeigen in Bezug auf

- ◆ das Geschlecht und/oder das Alter der Hausärztinnen und Hausärzte und/oder die Region ihres Praxisstandortes,
- ◆ die Ergebnisse im Vergleich zu früheren Erhebungen in Deutschland im Rahmen des IHP-Surveys sowie
- ◆ den internationalen Vergleich zu den Erhebungen im Rahmen des IHP-Surveys 2022 in anderen Ländern,

wird darüber hinaus auf die entsprechenden Ergebnisse eingegangen.

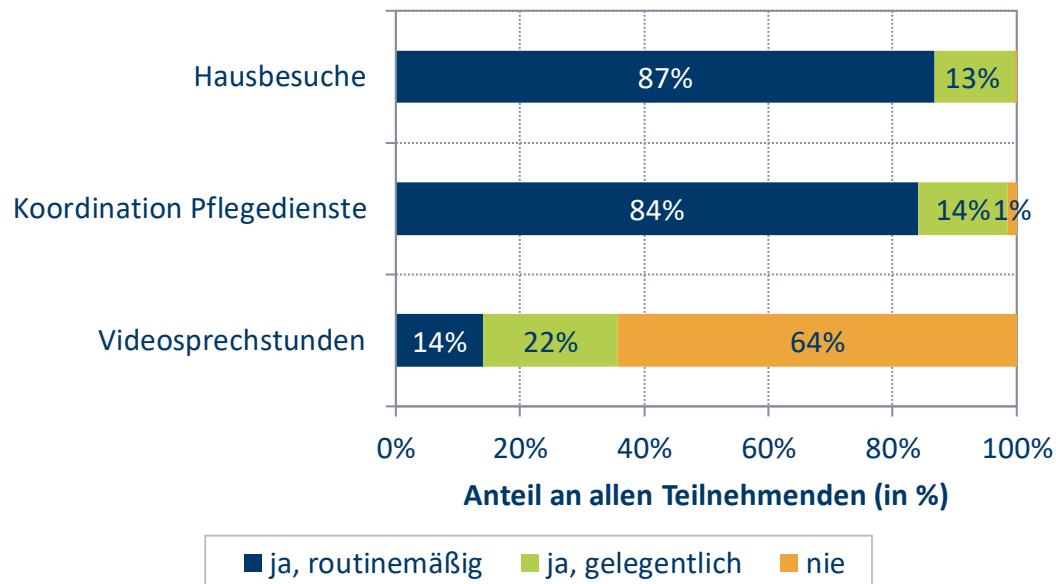
Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Fragen beantwortet haben (n), zwischen den Fragen variiert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit hatten, Fragen unbeantwortet zu lassen (vgl. das methodische Vorgehen in Abschnitt 2.2.1).

4.1 Zugang zur Versorgung

Der Zugang zur Versorgung wird durch die Hausärztinnen und Hausärzte über das Leistungsangebot unmittelbar am Praxisstandort hinaus im Wesentlichen durch das Durchführen von Hausbesuchen und die Koordination mit Pflegediensten gewährleistet. Deutlich mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte führten im Jahr 2022 routinemäßig Hausbesuche durch (87 %) und koordinierten die Versorgung mit sozialen Diensten oder Pflegediensten (84 %) (Abbildung 15). Ein weiterer Teil gab an, dies zumindest gelegentlich zu tun (13 % bzw. 14 %).

Die Videosprechstunde als Zugang zur Versorgung hingegen gehörte deutlich seltener zum Angebot der Hausärztinnen und Hausärzte. Knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte (64 %) gaben im Jahr 2022 an, den Patientinnen und Patienten keine Videosprechstunde anzubieten. Rund ein Fünftel (22 %) der Hausärztinnen und Hausärzte hat zumindest gelegentlich Videosprechstunden angeboten. Aber lediglich 14 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland haben im Jahr 2022 den Patientinnen und Patienten routinemäßig Videosprechstunden als Zugangsweg zur Versorgung angeboten. Damit hat rund ein Drittel (36 %) der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten routinemäßig oder gelegentlich Videosprechstunden als Zugang zur Versorgung angeboten.

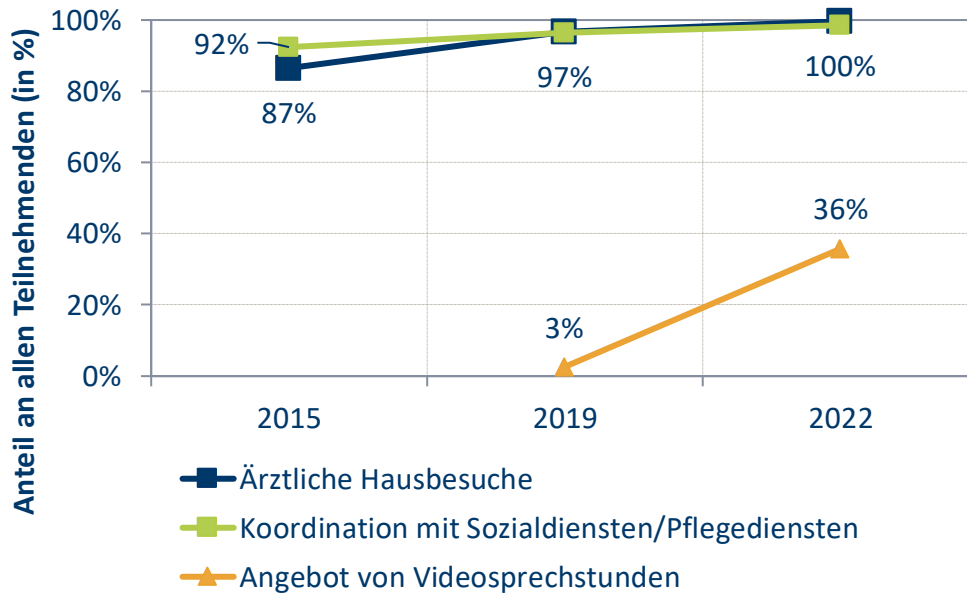
Abbildung 15: Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie häufig unterstützen Sie oder Ihre Mitarbeiter Ihre Patienten auf folgende Weise?*
Wir machen ärztliche Hausbesuche. n=947
Wir koordinieren die Versorgung mit sozialen Diensten oder Pflegediensten. n=943
Wir bieten Videosprechstunden an. n=942

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die diese Leistungen des Zugangs zur Versorgung routinemäßig oder gelegentlich anbieten, ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Der Anstieg fiel bei der Durchführung von Hausbesuchen (von 87 % im Jahr 2015 auf annähernd 100 % im Jahr 2022) und bei der Koordination der Versorgung mit sozialen Diensten oder Pflegediensten (von 92 % auf 99 %) vergleichsweise gering aus (Abbildung 16). Hausbesuche und die Koordination mit sozialen Diensten oder Pflegediensten wurden auch bereits im Jahr 2015 von der weitüberwiegenden Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte durchgeführt. Hingegen gab es in den letzten Jahren eine erhebliche Zunahme beim Angebot von Videosprechstunden. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, Videosprechstunden routinemäßig oder gelegentlich anzubieten, ist von nur 3 Prozent im Jahr 2019 auf immerhin mehr als ein Drittel (36 %) im Jahr 2022 angestiegen (im Jahr 2015 wurde das Angebot dieser Leistung im Rahmen des IHP-Surveys noch nicht erhoben).

Abbildung 16: Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden (2015, 2019, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pahud (2019)

Anmerkung: *Wie häufig unterstützen Sie oder Ihre Mitarbeiter Ihre Patienten auf folgende Weise:*

Wir machen ärztliche Hausbesuche. n=947

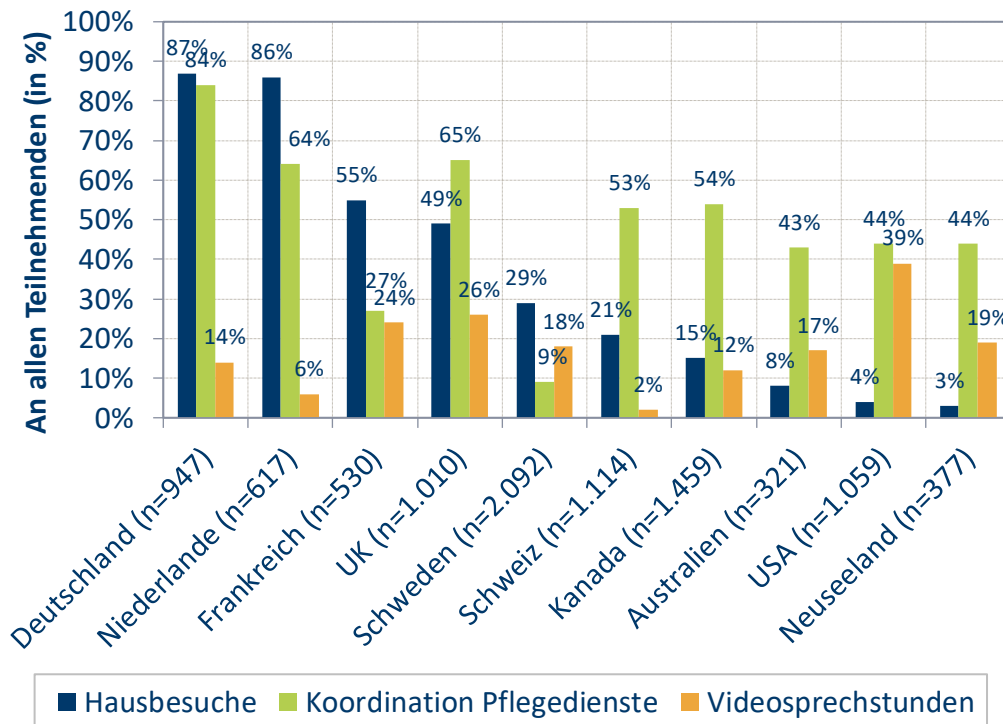
Wir koordinieren die Versorgung mit sozialen Diensten oder Pflegediensten. n=943

Wir bieten Videosprechstunden an. n=942

Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, diese Leistungen „routinemäßig“ oder „gelegentlich“ anzubieten.

Im Vergleich zu den anderen Ländern, in denen der IHP-Survey im Jahr 2022 durchgeführt wurde, zeigt sich, dass diese Leistungen des Zugangs zur Versorgung von den Hausärztinnen und Hausärzten in ganz unterschiedlicher Häufigkeit angeboten wurden. Hausbesuche und die Koordination mit sozialen Diensten bzw. Pflegediensten wurden von den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland am häufigsten routinemäßig durchgeführt (Abbildung 17). In allen anderen Ländern war der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die routinemäßig Hausbesuche durchführen und die Versorgung mit sozialen Diensten bzw. Pflegediensten koordinieren – mitunter deutlich – geringer als in Deutschland. Insbesondere in Australien, den USA und Neuseeland fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die routinemäßig Hausbesuche durchführen, mit jeweils unter 10 Prozent vergleichsweise gering aus. Mit sozialen Diensten oder Pflegediensten koordiniert wurde die Versorgung in den meisten Ländern von zumindest knapp der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte routinemäßig. Lediglich in Frankreich fiel dieser Anteil mit 27 Prozent geringer aus.

Abbildung 17: Durchführen von Hausbesuchen, Koordination von sozialen Diensten oder Pflegediensten und Anbieten von Videosprechstunden im internationalen Vergleich (2022)

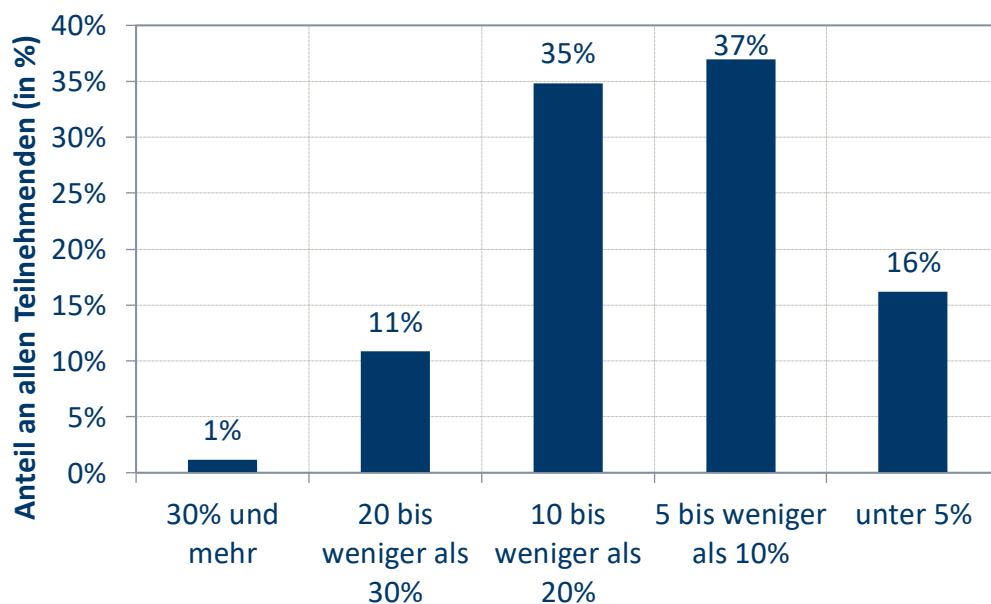


Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: *Wie häufig unterstützen Sie oder Ihre Mitarbeiter Ihre Patienten auf folgende Weise:*
Wir machen ärztliche Hausbesuche.
Wir koordinieren die Versorgung mit sozialen Diensten oder Pflegediensten.
Wir bieten Videosprechstunden an.
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie ihre Patientinnen und Patienten dahingehend "routinemäßig" unterstützen.

Ein anderes Bild zeigt sich allerdings beim internationalen Vergleich des Angebots von Videosprechstunden als Zugangsweg zur Versorgung. Hier landet Deutschland auf einem der hinteren Plätze. In fast allen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, haben die Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten zu einem größeren Teil routinemäßig Videosprechstunden angeboten. Die höchsten Anteile zeigten sich dabei in den USA, wo 39 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten routinemäßig Videosprechstunden als Zugang zur Versorgung anboten, im Vereinigte Königreich (UK) und in Frankreich, wo dies auf immerhin rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte zutraf. Noch seltener als in Deutschland zählten Videosprechstunden in Kanada (12 %), in den Niederlanden (6 %) und in der Schweiz (2 %) zum routinemäßigen hausärztlichen Angebot.

Gemessen an der Gesamtsprechstundenzeit haben die Hausbesuche einen vergleichsweise geringen Anteil. Im Jahr 2022 entfiel bei etwas mehr als einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland lediglich ein Anteil zwischen 5 und 10 Prozent auf die Hausbesuche (Abbildung 18). Rund ein weiteres Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte verbrachte zwischen 10 und 20 Prozent der gesamten Sprechstundenzeit mit Hausbesuchen.

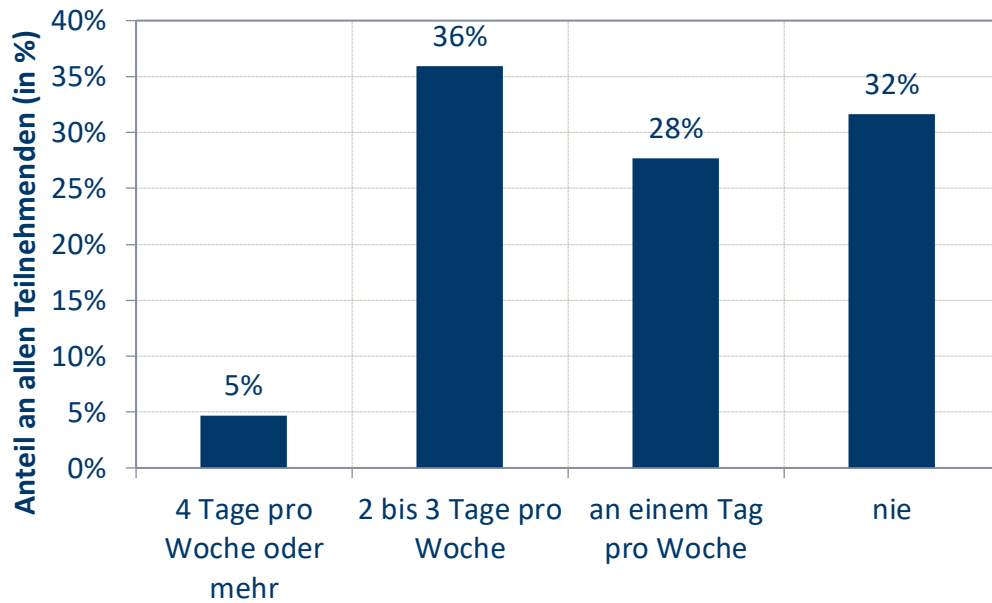
Abbildung 18: Anteil Hausbesuche an Gesamtsprechstundenzeit (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie hoch ist der Anteil Ihrer Sprechstunden für Hausbesuche (inkl. Fahrzeit) an Ihrer Gesamtsprechstundenzeit?*
 n=945

Bei der Terminvergabe an Tagen unter der Woche nach 18 Uhr unterscheidet sich das Angebot der Hausärztinnen und Hausärzte. Knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland hat den Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 überhaupt keine Möglichkeit gegeben, Sprechstunden an Tagen unter der Woche nach 18 Uhr in Anspruch zu nehmen (Abbildung 19). Dabei zeigten sich Unterschiede bezüglich des Alters der Hausärztinnen und Hausärzte. In der Altersgruppe „unter 50 Jahre“ war diese Möglichkeit etwa doppelt so oft nicht gegeben (43 %) wie in der Altersgruppe „über 60 Jahre“ (21 %). Bei 28 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte bestand das Angebot von Sprechstunden an Werktagen abends zumindest an einem Tag pro Woche, bei etwas mehr als einem weiteren Drittel an zwei bis drei Tagen in der Woche.

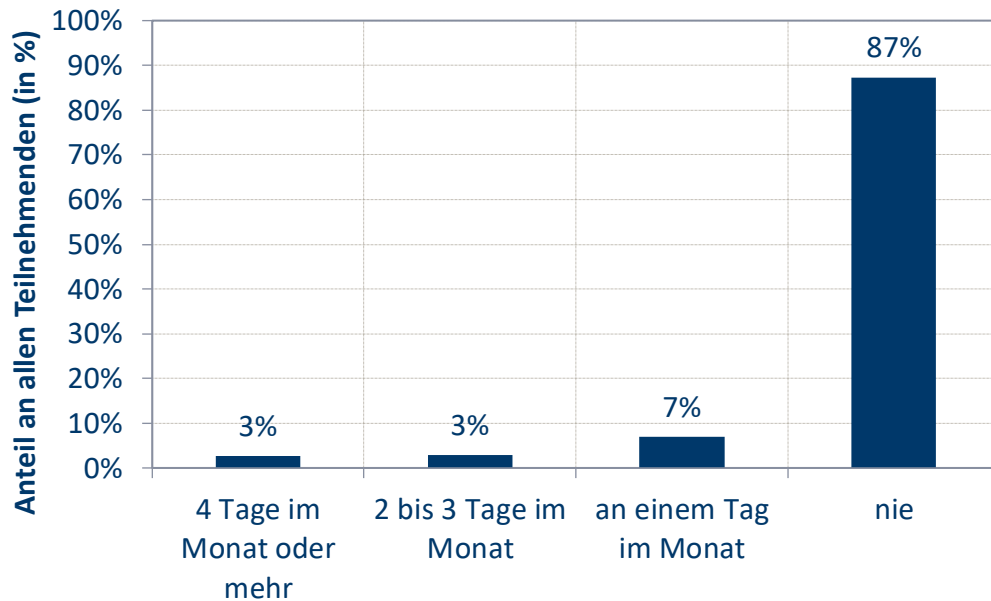
Abbildung 19: Terminvergabe unter der Woche nach 18 Uhr (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie oft bietet Ihre Praxis Termine...: ...unter der Woche nach 18 Uhr an?*
n=946

Deutlich einheitlicher zeigte sich das Angebot der Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich der Terminvergabe für Sprechstunden an Wochenenden. Die weitüberwiegende Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte (87 %) bot im Jahr 2022 keine Sprechstunden am Wochenende an (Abbildung 20). Bei den Hausärztinnen und Hausärzten, die Sprechstunden am Wochenende anboten, beschränkte sich das Angebot in der Regel auf wenige Tage pro Monat.

Abbildung 20: Terminvergabe am Wochenende (2022)

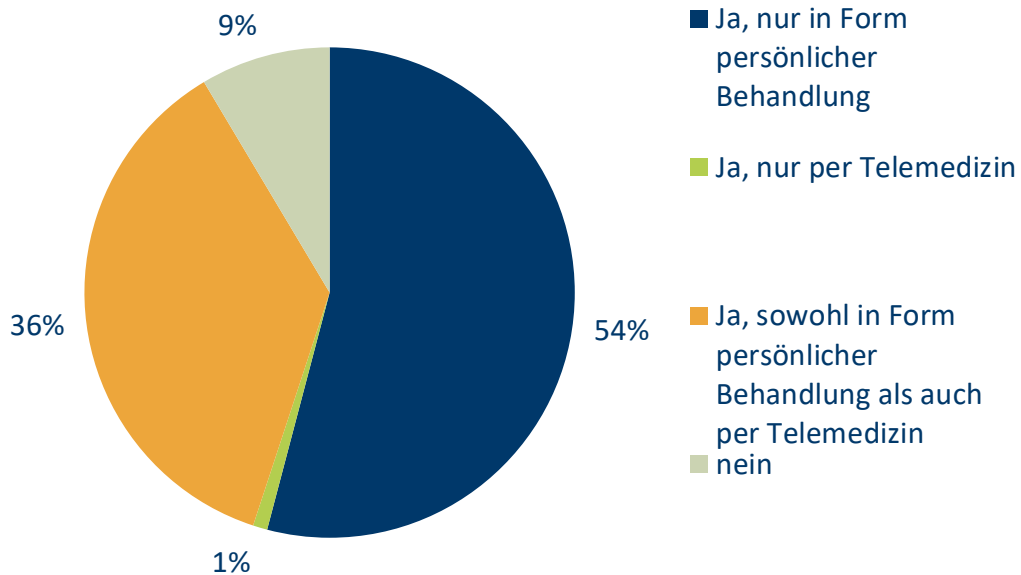


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie oft bietet Ihre Praxis Termine...: ...am Wochenende an?*
n=938

Die weitüberwiegende Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte bot ihren Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 an, außerhalb der eigenen Sprechzeiten einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin zu kontaktieren, ohne sich dabei an Notaufnahmen oder Notärzte wenden zu müssen. In welcher Form dieses Angebot in Anspruch genommen werden konnte, unterschied sich allerdings zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten.

Etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte bot diese Alternative der ärztlichen Behandlung ausschließlich in Form einer persönlichen Behandlung in Präsenz in den Praxisräumen an (Abbildung 21). Bei etwas mehr als einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte bestand die Möglichkeit, außerhalb der Sprechzeiten einen anderen Arzt zu kontaktieren, entweder persönlich durch Präsenz in den Praxisräumlichkeiten oder alternativ per Telemedizin, also in Form einer Fernbehandlung ohne Anwesenheit der Patientinnen und Patienten in den Praxisräumlichkeiten. Lediglich knapp ein Zehntel der Hausärztinnen und Hausärzte bot ihren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit der stellvertretenden Behandlung durch andere Ärzte überhaupt nicht an.

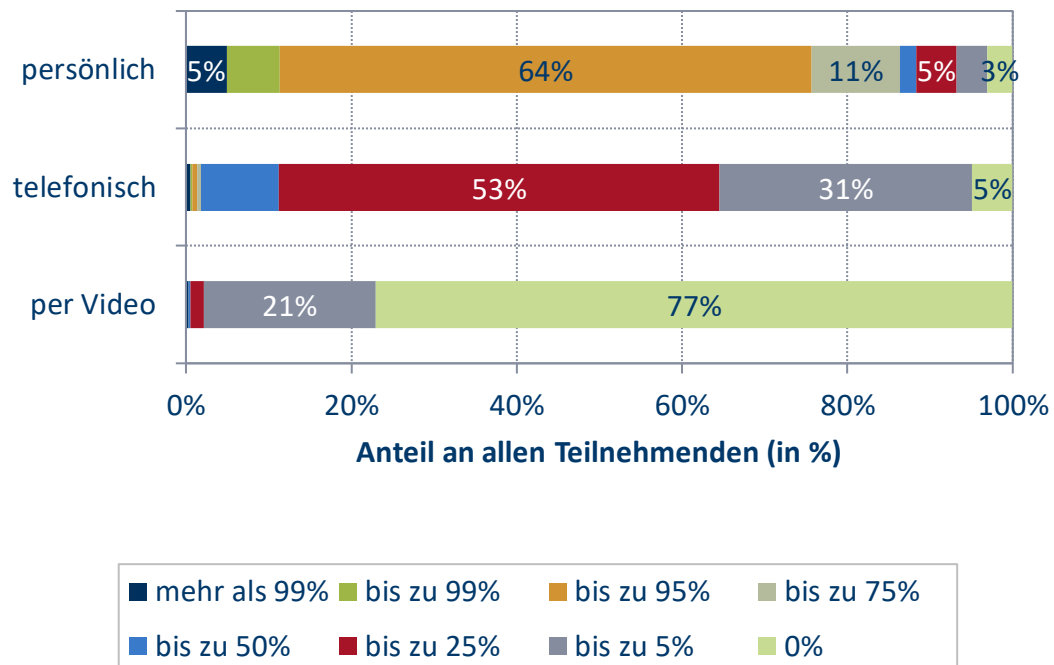
Abbildung 21: Verfügbarkeit anderer Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Sprechzeiten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: Können Ihre Patientinnen/Patienten, wenn sie außerhalb der Sprechzeiten ärztliche Hilfe brauchen, eine andere Ärztin/einen anderen Arzt kontaktieren, ohne sich an eine Notaufnahme oder eine Notärztin/einen Notarzt wenden zu müssen?
n=945

Die in der hausärztlichen Versorgung weiterhin herausragende Bedeutung der persönlichen Behandlung durch Anwesenheit der Patientinnen und Patienten in den Praxisräumlichkeiten zeigt sich auch in der Betrachtung der Struktur der Patientinnen und Patienten nach der Form der Behandlung. Die weitüberwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten wurde in der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2022 persönlich bei Anwesenheit in den Praxisräumlichkeiten behandelt. Etwa drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, dass der Anteil ihrer Patientinnen und Patienten, die persönlich in Anwesenheit behandelt wurden, bei 75 Prozent oder mehr lag (Abbildung 22).

Abbildung 22: Anteil der Patientinnen und Patienten nach der Form der Behandlung (2022)



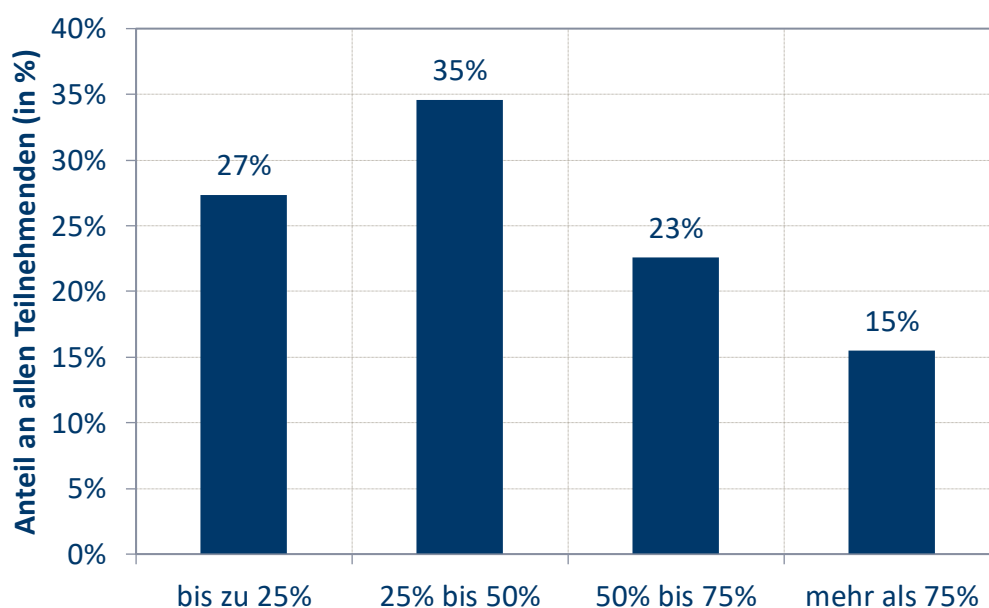
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen/Patienten werden derzeit in einer typischen Woche betreut: ...?*
 n=913
 Lesebeispiel: 53 % der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, dass sie zwischen 5 % und 25 % ihrer Patientinnen und Patienten telefonisch (Gespräch oder Textnachricht) behandeln.

Telefonisch hingegen wurden die Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Versorgung deutlich seltener behandelt. Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass nur zwischen 5 Prozent und 25 Prozent ihrer Patientinnen und Patienten telefonisch behandelt wurden. Knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte behandelte sogar nur bis zu 5 Prozent der Patientinnen und Patienten telefonisch.

Noch seltener erfolgte die Behandlung in der hausärztlichen Versorgung per Video. Rund drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte hat im Jahr 2022 keine Patientinnen und Patienten per Bildübertragung fernbehandelt. Etwa ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte hat zumindest bei bis zu 5 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Videobehandlung durchgeführt.

Einen deutlich größeren Stellenwert weist die Telefonie bei den Rezeptbestellungen in der hausärztlichen Versorgung auf. Rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass telefonische Rezeptbestellungen einen Anteil von bis zu 25 Prozent an allen Rezeptbestellungen ihrer Praxis aufwiesen (Abbildung 23). Bei rund einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte betrug dieser Anteil zwischen 25 Prozent und 50 Prozent und bei knapp einem weiteren Viertel sogar zwischen 50 Prozent und 75 Prozent. Immerhin noch 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte nahmen Rezeptbestellungen sogar weitüberwiegend (mehr als 75 %) telefonisch entgegen.

Abbildung 23: Telefonische Rezeptbestellungen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie hoch ist der Anteil der telefonischen Rezeptbestellungen bei Ihren Sprechstundenpatientinnen/-patienten in einem Quartal?*
n=884

4.2 Einsatz von Telemedizin

Ein Schwerpunktthema des IHP-Surveys 2022 waren der Einsatz von Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung und die Erfahrung der Hausärztinnen und Hausärzte mit diesem Einsatz. In der hausärztlichen Versorgung in Deutschland werden telemedizinische Leistungen im Wesentlichen erbracht im Zusammenhang mit Videosprechstunden bzw. Videofallkonferenzen, telefonischer Beratung, Telekonsilien sowie dem Telemonitoring von Patientinnen und Patienten bzw. der Kontrolle von kardialen Geräten bei Herzschwäche bzw. Herzrhythmusstörungen.⁵

Die in der hausärztlichen Versorgung zahlenmäßig größte Bedeutung kommt dabei den Videosprechstunden und den telefonischen Beratungen zu. Im Rahmen von Videosprechstunden und telefonischer Beratung können Hausärztinnen und Hausärzte Patientinnen und Patienten per Bildübertragung oder Telefon ohne persönliche Anwesenheit versorgen. Die Patientinnen und Patienten befinden sich dabei typischerweise in ihrer Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung. Sie kommunizieren entweder direkt mit den Hausärztinnen und Hausärzten oder mittelbar über medizinische Fachkräfte bzw. Pflegekräfte. Tauschen sich die Hausärztinnen und Hausärzte mit medizinischen Fachkräften oder Pflegekräften aus, ohne dass ein konkreter Bezug zu bestimmten Patientinnen und Patienten besteht, handelt es sich um Videofallkonferenzen, die allerdings zahlenmäßig weniger bedeutsam sind als Videosprechstunden. Hausärztinnen und Hausärzte können sich darüber hinaus zu komplexen Fragestellungen im Zusammenhang mit einer fachärztlichen Weiterbehandlung in Form der Einholung von Telekonsilien oder der telekonsiliarischen Beurteilung mit niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten oder Krankenhausärztinnen oder -ärzten austauschen. Des Weiteren werden telemedizinische Leistungen im Zusammenhang mit dem Telemonitoring bei Herzinsuffizienz erbracht. Dabei erfolgt entweder eine Fernnachsorge oder eine Fernüberwachung von Patientinnen und Patienten mit einer Herzschwäche, bei der routinemäßig Versorgungsdaten fernübertragen werden und ggfs. Warnsignale beim Überschreiten von vordefinierten Grenzwerten gesendet werden. Im Zusammenhang mit der Versorgung von Herzschwäche und Herzrhythmusstörungen kommen oft kardial implantierbare Therapiegeräte (u. a. Schrittmacher) zum Einsatz. Diese können u. a. von Hausärztinnen und Hausärzten in Form von Funktionsanalysen telemedizinisch auf ihre technische Funktionsfähigkeit überprüft werden, wobei auch Daten übertragen werden können.

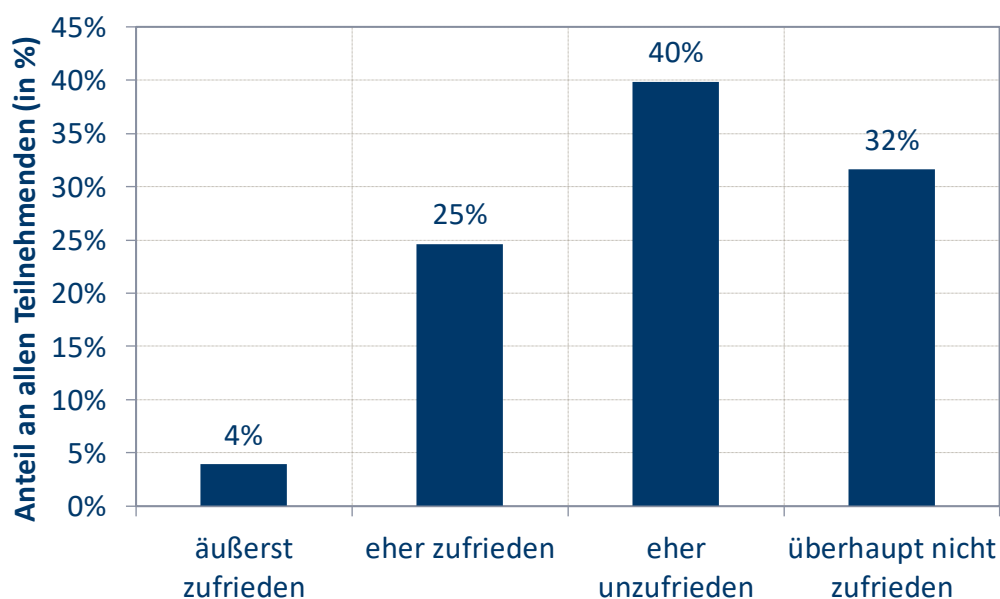
Im Rahmen der Befragung zum IHP-Survey 2022 wurden die Hausärztinnen und Hausärzte gebeten, den Begriff der Telemedizin als die Versorgung von Patientinnen und Patienten per Bildübertragung oder Telefon anstelle eines persönlichen Besuchs zu verstehen. Unklar bleibt dabei, inwiefern die Hausärztinnen und Hausärzte bei Beantwortung der Fragen den Begriff der Telemedizin überwiegend oder eventuell sogar ausschließlich auf die Versorgung in Form von Videosprechstunden

⁵ Vgl. den Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im ambulanten und sektorenübergreifenden Bereich gemäß § 87 Abs. 2a Satz 16 SGB V (Deutscher Bundestag, 2022).

bezogen haben und in welchem Umfang sie dabei an Erfahrungen im Zusammenhang mit Fallkonferenzen, Konsilien, Telemonitoring oder der reinen Geräteüberwachung gedacht haben. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass die Videosprechstunde als die zahlenmäßig bedeutsamste telemedizinische Leistung in der hausärztlichen Versorgung auch im Rahmen dieser Befragung in den meisten Fällen den Bezugspunkt für die Erfahrungen der Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Einsatz von Telemedizin darstellte.

Ein zentrales Ergebnis der Erhebung in Deutschland ist, dass die Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin im Jahr 2022 größtenteils unzufrieden waren. Mehr als ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte (40 %) gab an, dass sie mit der Ausübung der Telemedizin eher unzufrieden waren (Abbildung 24). Und knapp ein weiteres Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte war sogar überhaupt nicht zufrieden mit dem Einsatz von Telemedizin. Insgesamt waren damit annähernd drei Viertel (72 %) der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit dem Einsatz von Telemedizin im Rahmen ihrer hausärztlichen Tätigkeit unzufrieden. Weniger als 5 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte waren demgegenüber äußerst zufrieden.

Abbildung 24: Zufriedenheit mit der Ausübung der Telemedizin (2022)



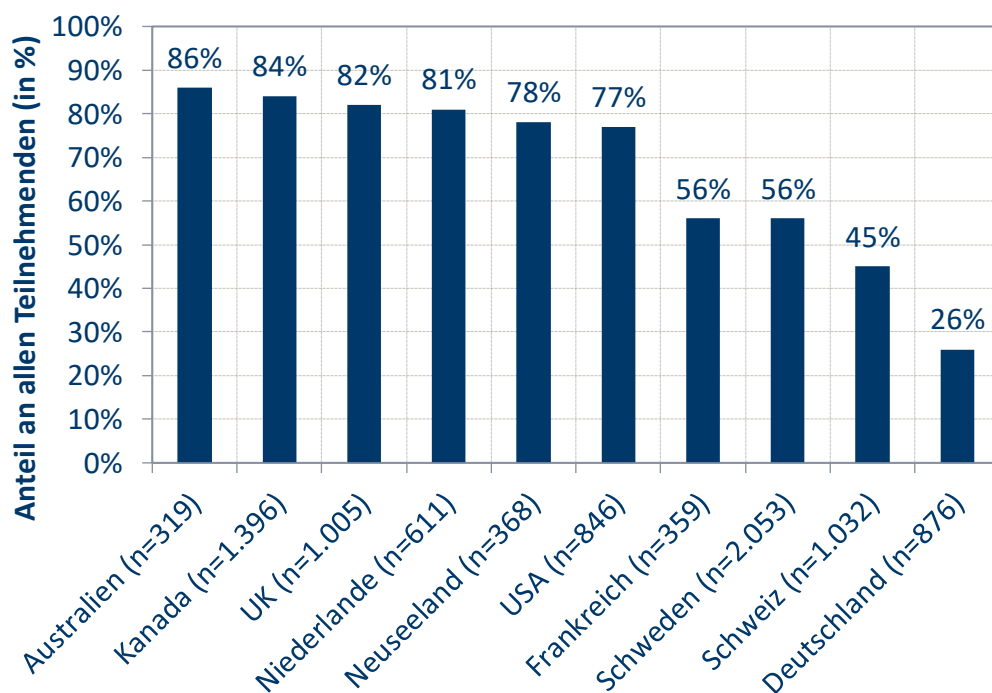
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Ausübung der Telemedizin?*
n=813

Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

Diese Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit der Ausübung der Telemedizin erweist sich auch im internationalen Vergleich als stark

ausgeprägt. Während nur rund ein Viertel (26 %) der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland, die Telemedizin bereits genutzt haben, im Jahr 2022 angaben, mit der Ausübung der Telemedizin "eher zufrieden" oder "äußerst zufrieden" zu sein, war in allen anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, mitunter ein deutlich größerer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Einsatz von Telemedizin zufrieden (Abbildung 25).⁶

Abbildung 25: Zufriedenheit mit der Ausübung der Telemedizin im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)

Anmerkung: *Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Ausübung der Telemedizin?*
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie Telemedizin bereits genutzt haben und mit der Ausübung insgesamt "eher zufrieden" oder "äußerst zufrieden" sind.
 Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

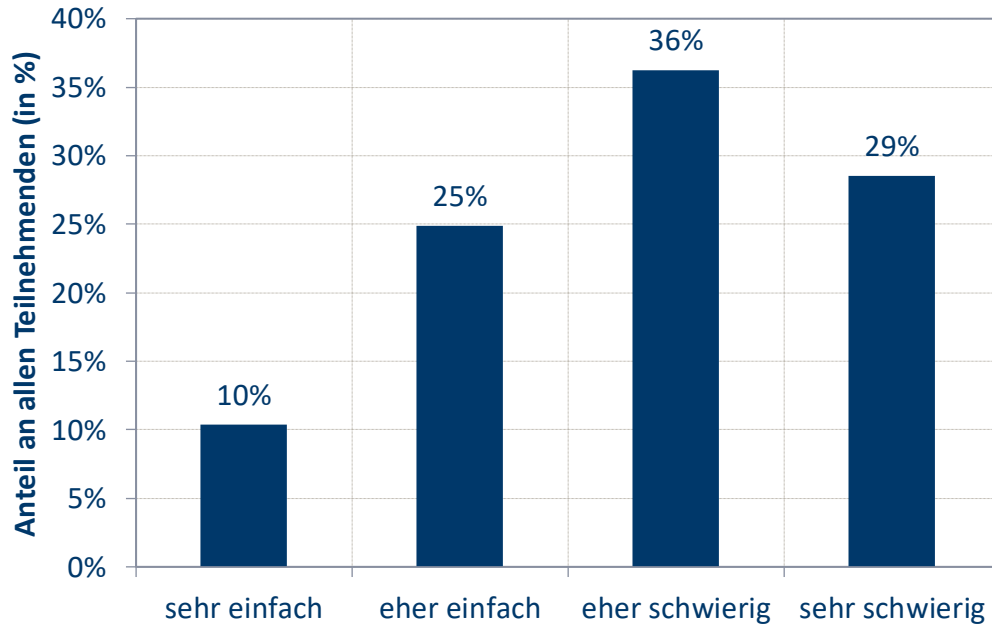
⁶ Der dargestellte Anteil für Deutschland weicht etwas ab von der reinen Darstellung für Deutschland in Abbildung 24. Das ist darauf zurückzuführen, dass beim internationalen Vergleich zum Zwecke der Vergleichbarkeit zwischen den Ländern in der Basis, auf die der Anteil bezogen wurde, auch Hausärztinnen und Hausärzte einbezogen wurden, denen diese Frage zwar gestellt wurde, die sie allerdings nicht beantwortet haben. Diese Hausärztinnen und Hausärzte wurden hingegen bei der Auswertung der Ergebnisse der Befragung in Deutschland nicht in die Basis einbezogen.

Lediglich in der Schweiz waren nur etwas weniger als die Hälfte (45 %) der Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Einsatz von Telemedizin zufrieden, in Frankreich und Schweden waren es jeweils etwas mehr als die Hälfte (56 %). In allen anderen Ländern waren mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin zufrieden; am größten fiel dieser Anteil in Australien (86 %) und Kanada (84 %) aus.

Ein Grund für die große Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit der Ausübung der Telemedizin dürften die Erfahrungen der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform sein. Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, Patientinnen und Patienten telefonisch oder per Videosprechstunde behandelt zu haben, wurden gefragt, wie einfach oder schwierig es war, eine Telemedizin-Plattform in Ihrer Praxis einzuführen. Die genaue Einordnung des Begriffs der Telemedizin-Plattform wurde dabei offen gelassen. Grundsätzlich kann es sich bei einer Telemedizin-Plattform um einen Dienst zur Durchführung von Videosprechstunden, der gegebenenfalls noch weitere Funktionen wie eine integrierte Terminvermittlung umfasst, oder um ein Angebot, das die telemedizinische Funktionskontrolle ermöglicht, handeln. Die Hausärztinnen und Hausärzte sollten ihren Erfahrungsbericht auf die jeweilige Plattform beziehen, die sie für die von ihnen erbrachte telemedizinische Leistung verwendet haben. Aufgrund der bereits eingangs angesprochenen Vermutung, dass die meisten Hausärztinnen und Hausärzte, die hier Erfahrungen mit telemedizinischen Leistungen berichtet haben, diese auf die Erbringung von Videosprechstunden bezogen haben dürften, ist auch hier davon auszugehen, dass es sich bei den Telemedizin-Plattformen in den meisten Fällen um Dienste zur Durchführung von Videosprechstunden handeln dürfte, deren genauer Leistungsumfang allerdings nicht weiter beurteilt werden kann.

Knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte, die bereits Erfahrungen mit der Telemedizin gesammelt haben, gaben im Jahr 2022 an, dass die Einführung einer Telemedizin-Plattform für sie eher schwierig oder sogar sehr schwierig gewesen sei (Abbildung 26). Ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte empfand die Einführung als eher einfach und nur ein Zehntel als sehr einfach.

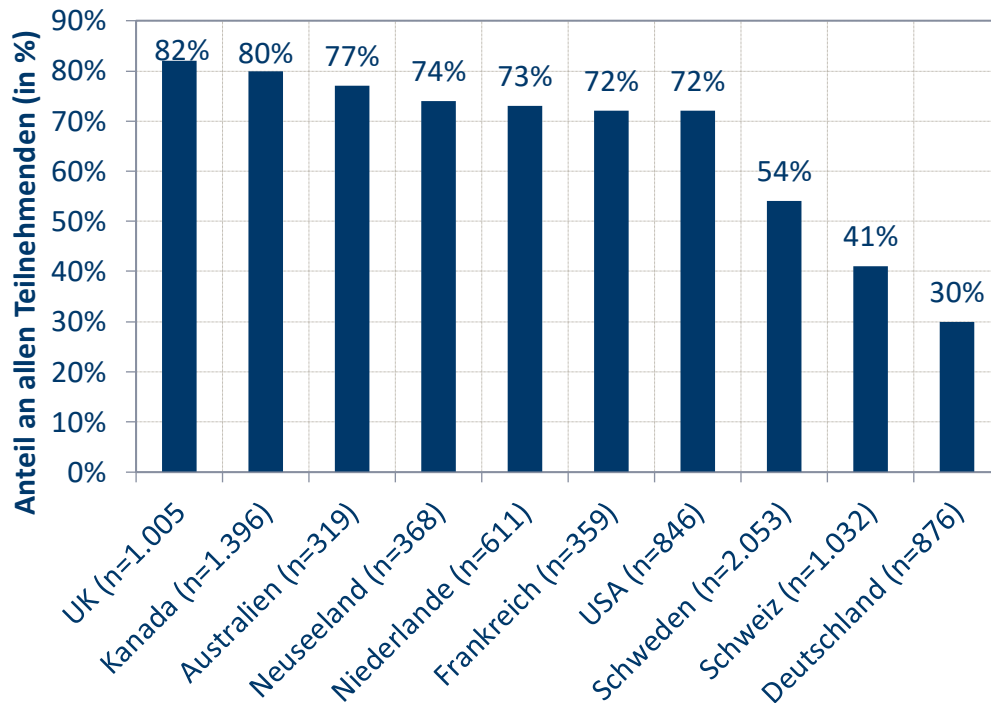
Abbildung 26: Erfahrungen mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie einfach oder schwierig war es, eine Telemedizin-Plattform in Ihrer Praxis einzuführen?*
n=732
Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

Der internationale Vergleich der Erfahrungen der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform offenbart erneut, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit Abstand die meisten Schwierigkeiten bei der Einführung hatten. Nur knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland empfand die Einführung einer Telemedizin-Plattform als einfach (Abbildung 27) (vgl. zu den Abweichungen beim Anteil im Vergleich zur vorhergehenden Auswertung der Ergebnisse für Deutschland die Ausführungen in Fußnote 6).

Abbildung 27: Erfahrungen mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: *Wie einfach oder schwierig war es, eine Telemedizin-Plattform in Ihrer Praxis einzuführen?*
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie Telemedizin bereits genutzt haben und dass die Einführung einer Telemedizin-Plattform "sehr einfach" oder "eher einfach" war.
 Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

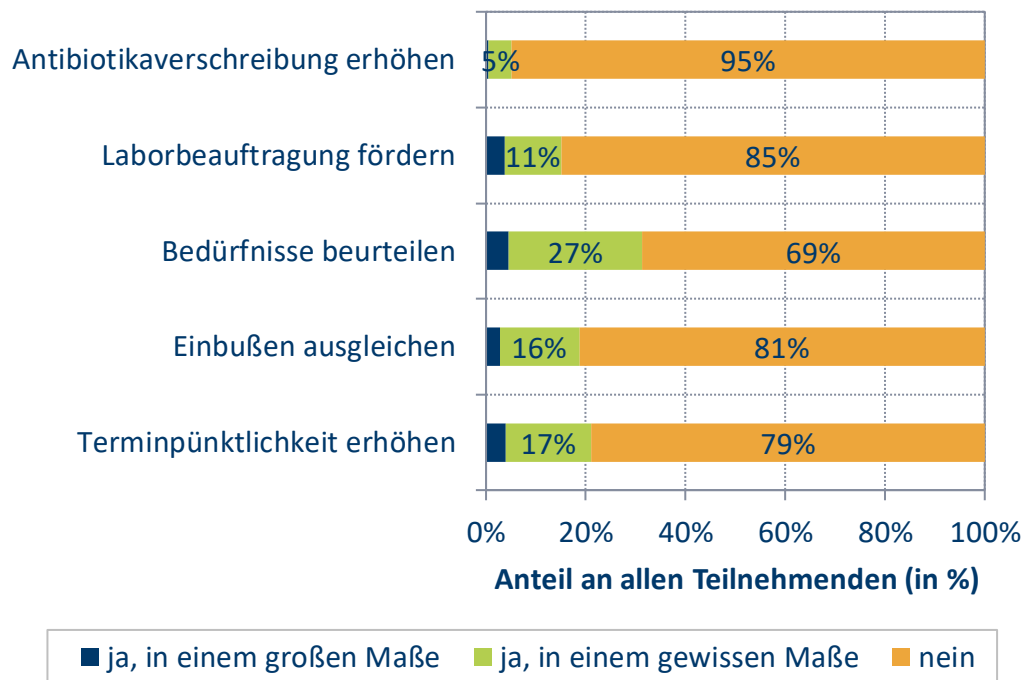
In der Schweiz traf dies auf knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte zu und in Schweden auf etwas mehr als die Hälfte. In diesen beiden Ländern fiel auch bereits die Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin geringer aus als in anderen Ländern (vgl. Abbildung 25).

In allen anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, allerdings empfanden deutlich mehr Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 die Einführung einer Telemedizin-Plattform als einfach. In den USA, Frankreich, den Niederlanden und Neuseeland traf dies auf knapp drei Viertel der Telemedizin nutzenden Hausärztinnen und Hausärzte zu und in Australien, Kanada und dem Vereinigten Königreich (UK) sogar auf mehr als drei Viertel.

Ein weiterer Grund für die große Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit der Ausübung der Telemedizin dürfte darin zu finden sein, dass die Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Einsatz von Telemedizin bei ihrer

ärztlichen Tätigkeit keine ausgeprägten Effekte verbanden.⁷ Mehr als drei Viertel (79 %) der Hausärztinnen und Hausärzte, die Telemedizin eingesetzt haben, kamen im Jahr 2022 zu der Einschätzung, dass der Einsatz von Telemedizin nicht dazu beigetragen hat, die Terminpünktlichkeit insofern zu erhöhen, dass vereinbarte Termine ärztlicherseits pünktlicher stattgefunden haben (Abbildung 28).

Abbildung 28: Effekte des Einsatzes von Telemedizin (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten

Anmerkung: Würden Sie sagen, Telemedizin hat: ...

... die Verschreibung von Antibiotika verstärkt? (n=721)

... die Beauftragung von Labor- oder Bildgebungsuntersuchungen verstärkt? (n=749)

... es Ihnen ermöglicht, die psychischen und verhaltensbezogenen Gesundheitsbedürfnisse effektiv zu beurteilen? (n=766)

... es Ihrer Praxis ermöglicht, mögliche finanzielle Einbußen während der COVID-19-Pandemie auszugleichen? (n=780)

... verbessert, dass vereinbarte Termine ärztlicherseits pünktlich stattgefunden haben? (n=782)

Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

⁷ Es sei darauf hingewiesen, dass durch die Autorinnen und Autoren dieses Berichts weder die hier erhobenen Versorgungsaspekte ausgewählt wurden noch auf ihre Auswahl Einfluss genommen werden konnte. Die Auswahl erfolgte durch den Commonwealth Fund (CWF). Zu den Beweggründen für die Auswahl sind den Autorinnen und Autoren dieses Berichts keine Einzelheiten bekannt. Es wird verwiesen auf CWF (2022).

Ein ähnlicher Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass der Einsatz von Telemedizin es auch nicht ihrer Praxis ermöglicht hat, finanzielle Einbußen während der COVID-19-Pandemie auszugleichen oder die Beauftragung von Labor- oder Bildgebungsuntersuchungen zu fördern. Ein noch größerer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte kam zu der Einschätzung, dass der Einsatz von Telemedizin auch nicht die Häufigkeit der Verschreibung von Antibiotika erhöht hat. Ein wenig mehr Effekte der Telemedizin sahen die Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf die Möglichkeit, die psychischen und verhaltensbezogenen Gesundheitsbedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten effektiv beurteilen zu können. Immerhin knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte war der Auffassung, dass dies in einem großen Maße oder zumindest in einem gewissen Maße zutraf.

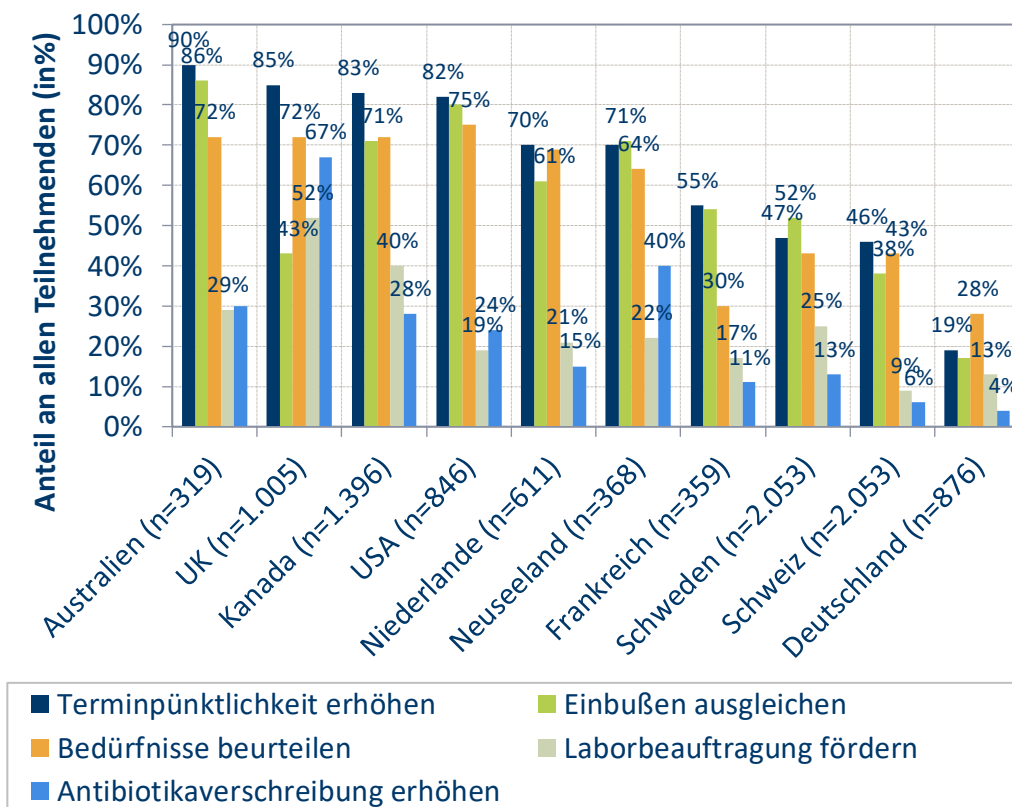
Bei der Beurteilung der Effekte des Einsatzes von Telemedizin zeigen sich ansatzweise Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass der Einsatz von Telemedizin die Beauftragung von Labor- oder Bildgebungsuntersuchungen in großem oder gewissem Maße fördert, fiel in der Gruppe der über-60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte mit 25 Prozent deutlich größer aus als in der Gruppe der unter-50-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte mit 10 Prozent.

Der internationale Vergleich zeigt auch hier, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland dem Einsatz von Telemedizin mit Abstand die geringsten Effekte beigemessen haben. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass der Einsatz von Telemedizin die Terminpünktlichkeit in großem oder zumindest gewissem Maße erhöht hat, fiel in allen Ländern mitunter deutlich größer aus als in Deutschland (Abbildung 29, siehe auch Fußnote 6). Auch in Bezug auf die weiteren möglichen Effekte des Einsatzes von Telemedizin war der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die entsprechende Effekte sahen, in Deutschland durchweg die geringsten.

Generell sahen die Hausärztinnen und Hausärzte in den anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, durch den Einsatz der Telemedizin vor allem einen positiven Effekt auf die Terminpünktlichkeit – zwischen 46 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz und 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Australien sahen diese Wirkung. Ebenfalls ein beträchtlicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte in diesen Ländern hat dem Einsatz von Telemedizin einen Effekt auf die Möglichkeit, finanzielle Einbußen beim Praxisbetrieb in Folge der Pandemie auszugleichen, beigemessen (zwischen 38 % in der Schweiz und 86 % in Australien). Zwischen knapp der Hälfte (Schweden und Schweiz) und drei Vierteln (USA) der Hausärztinnen und Hausärzte gaben darüber hinaus an, dass Telemedizin die Möglichkeiten verbessere, die psychischen und verhaltensbezogenen Gesundheitsbedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten effektiv beurteilen zu können. Seltener sahen die Hausärztinnen und Hausärzte Effekte auf die Häufigkeit von Laborbeauftragungen und von Antibiotikaverschreibungen. Allerdings zeigten sich dabei auch Ausnahmen von vergleichsweise häufiger Zustimmung zu diesen Effekten, beispielsweise im Vereinigten Königreich, wo rund die

Hälfte (Laborbeauftragung) bzw. rund zwei Drittel (Antibiotikaverschreibungen) der Hausärztinnen und Hausärzte solche Effekte beobachtet haben.

Abbildung 29: Effekte der Telemedizin auf den Praxisalltag im internationalen Vergleich (2022)



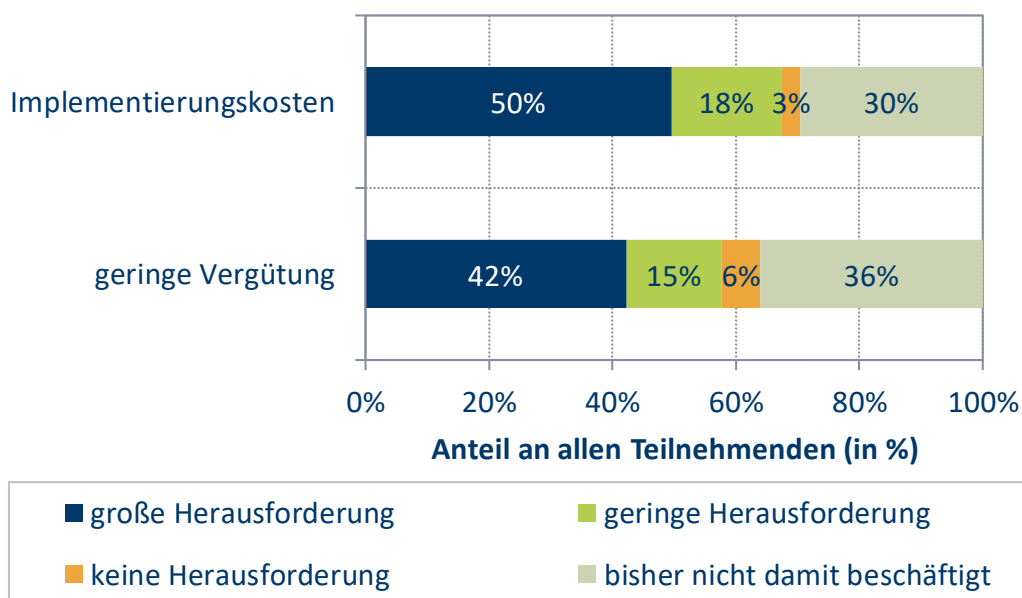
Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: Würden Sie sagen, die Telemedizin hat...
 ...Behandlungszeiträume für Patienten verbessert?
 ...ermöglicht, finanzielle Verluste während der COVID-19 Pandemie auszugleichen?
 ...ermöglicht, psychische und verhaltensbedingte Gesundheitsbedürfnisse zu beurteilen?
 ...ermöglicht mehr Bestellungen von Labor- oder Bildgebungsuntersuchungen?
 ...Verschreibung von Antibiotika erhöht?
 Hausärztinnen und Hausärzte, die zugestimmt haben, dass Telemedizin die jeweiligen Effekte hat.
 Die Frage wurde nur Hausärztinnen und Hausärzten gestellt, die angaben, Patientinnen und Patienten per Bildübertragung zu betreuen.

Insgesamt zeigt dieser internationale Vergleich der Einschätzungen der Effekte von Telemedizin durch die Hausärztinnen und Hausärzte, dass diese Effekte sehr unterschiedlich eingeschätzt werden und dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit Abstand am seltensten Effekte des Einsatzes von Telemedizin auf die hausärztliche Versorgung sehen.

Ein weiterer Grund für die große Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit der Ausübung der Telemedizin wird vermutlich sein, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte mitunter großen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Ausübung der Telemedizin gegenübersehen. Dazu wurden alle Hausärztinnen und Hausärzte in der Stichprobe befragt, auch solche, die angaben, bisher noch keine Telemedizin eingesetzt zu haben.

Die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, dass für sie die Herausforderung erhöhter Kosten für die Implementierung und die Wartung einer telemedizinischen Infrastruktur groß sei (Abbildung 30). Etwas weniger als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte sah zudem für sich eine große Herausforderung aufgrund geringer oder gar keiner Vergütung telemedizinischer Leistungen. Und etwa ein Sechstel der Hausärztinnen und Hausärzte sah immerhin eine geringe Herausforderung im Zusammenhang mit den Implementierungskosten und der Vergütung telemedizinischer Leistungen. Nur für 6 Prozent (geringe Vergütung) bzw. 3 Prozent (Implementierungskosten) der Hausärztinnen und Hausärzte stellten diese Aspekte der Ausübung der Telemedizin überhaupt keine Herausforderung dar. Jeweils etwa ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass sie sich mit diesem Thema noch überhaupt gar nicht beschäftigt haben.

Abbildung 30: Herausforderungen im Zusammenhang mit der Telemedizin (2022)

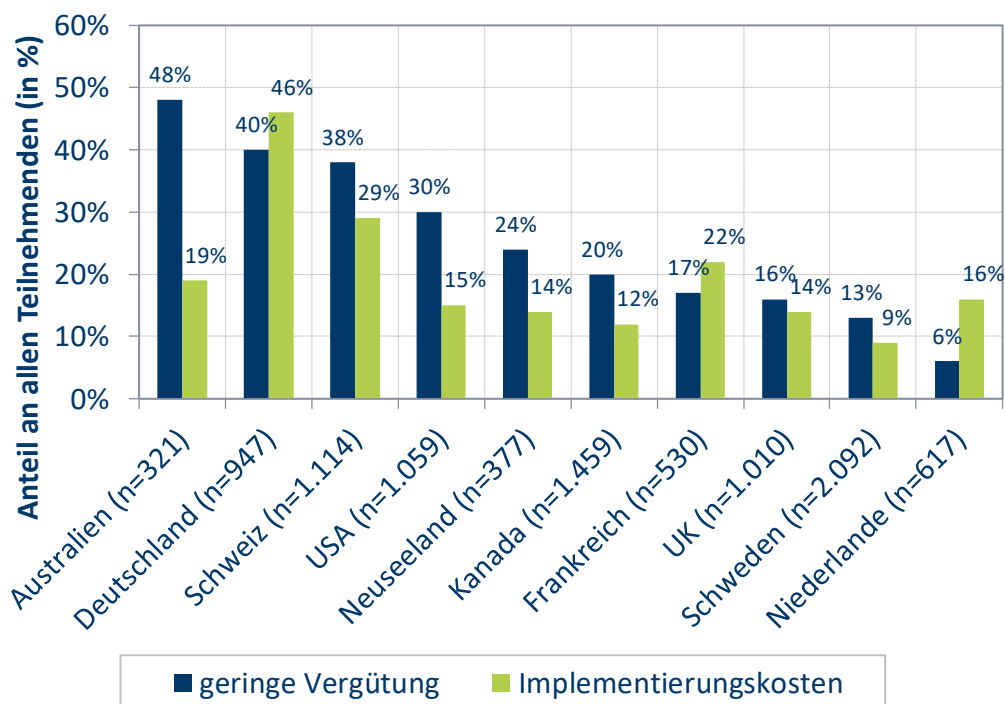


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie groß ist für Sie die Herausforderung bei den folgenden Aspekten der Telemedizin: ...*
 ... *geringe oder keine Vergütung der Leistungen?* (n=869)
 ... *erhöhte Kosten für die Implementierung und/oder Wartung einer telemedizinischen Infrastruktur?* (n=872)

In den meisten anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, sahen die Hausärztinnen und Hausärzte zwar in den Implementierungskosten einer telemedizinischen Infrastruktur und der Vergütung telemedizinischer Leistungen ebenfalls eine Herausforderung, allerdings ordneten sie diese Herausforderung mitunter deutlich geringer ein.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die in einer geringen Vergütung telemedizinischer Leistungen eine große Herausforderung sahen, bewegte sich zwischen 6 Prozent in den Niederlanden und 38 Prozent in der Schweiz (Abbildung 31). Lediglich in Australien fiel dieser Anteil mit 48 Prozent noch etwas größer aus als in Deutschland (40 %, siehe auch Fußnote 6).

Abbildung 31: Herausforderungen im Zusammenhang mit der Telemedizin im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: *Wie groß ist für Sie die Herausforderung bei den folgenden Aspekten der Telemedizin:*
Geringe oder keine Vergütung der Leistungen?
Erhöhte Kosten für die Implementierung und/oder Wartung einer telemedizinischen Infrastruktur?
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass die Herausforderung bei diesen Aspekten für sie "groß" ist.

Die Implementierungskosten einer telemedizinischen Infrastruktur wurden von den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland tatsächlich mit Abstand am

häufigsten (46 %) als eine große Herausforderung angesehen. In den übrigen Ländern bewegte sich der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die in den Implementierungskosten eine große Herausforderung sehen, mit zwischen 9 Prozent in Schweden und 29 Prozent in der Schweiz auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Insgesamt zeigt sich aber auch, dass in allen betrachteten Ländern die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte weder in den Implementierungskosten noch in der Vergütung telemedizinischer Leistungen eine große Herausforderung sahen.

Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf die Reihenfolge, welcher der beiden Aspekte mit größeren Herausforderungen für die Hausärztinnen und Hausärzte verbunden ist. In den Niederlanden, Frankreich und Deutschland wurden die Implementierungskosten als größere der beiden Herausforderungen eingestuft. Die Hausärztinnen und Hausärzte in Australien, der Schweiz, den USA, Neuseeland, Kanada, dem Vereinigten Königreich und Schweden hingegen sahen in einer geringen Vergütung telemedizinischer Leistungen eine größere Herausforderung.

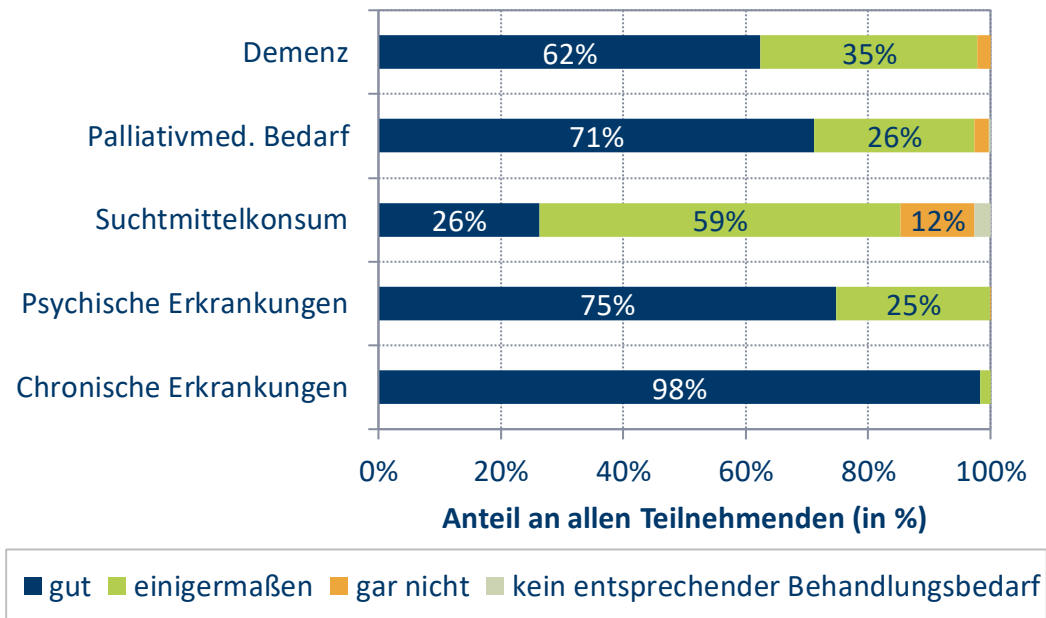
4.3 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben sich dazu geäußert, in welchem Maße sie ihre Praxis dafür qualifiziert und darin erfahren sehen, Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf zu versorgen. Dabei haben sie eine differenzierte Einschätzung hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz, mit palliativmedizinischem Behandlungsbedarf, mit Medikamenten- und Suchtmittelkonsum, mit psychischen Erkrankungen und mit chronischen Erkrankungen vorgenommen.

Die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland sahen ihre Praxis im Jahr 2022 überwiegend gut für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf qualifiziert. Annähernd alle Hausärztinnen und Hausärzte gaben dies in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen an und immerhin drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (Abbildung 32). Hinsichtlich palliativmedizinischem Behandlungsbedarf sahen ihre Praxis knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte gut qualifiziert und hinsichtlich Patientinnen und Patienten mit Demenz knapp zwei Drittel.

Deutlich schlechter hingegen schätzten die Hausärztinnen und Hausärzte die Qualifikation ihrer Praxis für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Medikamenten- und Suchtmittelkonsum ein. Lediglich rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte sieht ihre Praxis dahingehend gut qualifiziert, mehr als die Hälfte (59 %) nur einigermaßen qualifiziert. Immerhin 12 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, dass ihre Praxis gar nicht für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtmittelkonsum qualifiziert sei.

Abbildung 32: Qualifikation zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf (2022)

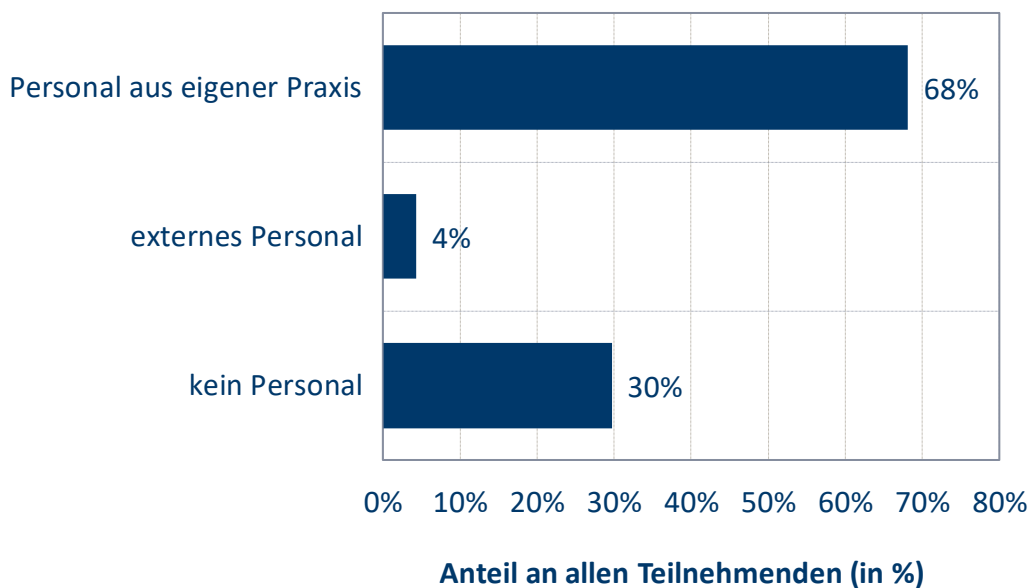


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie gut ist Ihre Praxis dafür qualifiziert und darin erfahren, folgende Patienten zu behandeln? Patienten mit...:*
 ...Demenz? (n=858)
 ...palliativmedizinischem Versorgungsbedarf? (n=879)
 ...Problemen durch Medikamenten- und Suchtmittelkonsum (z. B. Drogen, Opi-
 oide, Alkohol)? (n=919)
 ...psychischen Erkrankungen (z.B. Angststörungen, leichte oder mittelgradige
 Depression)? (n=934)
 ...chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, COPD, Herzinsuffizienz)?
 (n=946)

In den vergangenen drei Jahren hat der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass ihre Praxis gut zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf qualifiziert sei, zugenommen. Eine Zunahme zeigte sich insbesondere bei der Qualifikation zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Problemen durch Medikamenten- und Suchtmittelkonsum, wozu im Jahr 2019 noch 28 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte ihre Praxis gut qualifiziert sahen (ohne Abbildung). Mittlerweile fällt dieser Anteil mehr als doppelt so groß aus (59 %). Auch bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (von 65 % auf 75 %), bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf (von 64 % auf 71 %) und bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz (von 56 % auf 62 %) zeigte sich eine Zunahme des Anteils der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Praxis dafür gut qualifiziert sahen. Unverändert hoch liegt der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die sich gut zur Behandlung von Personen mit chronischen Erkrankungen qualifiziert sahen (etwa 98 %).

Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen setzt ein Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte speziell geschultes Personal ein. Rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, dafür Personal aus der eigenen Praxis einzusetzen (Abbildung 33).

Abbildung 33: Einsatz von speziell geschultem Praxispersonal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2022)



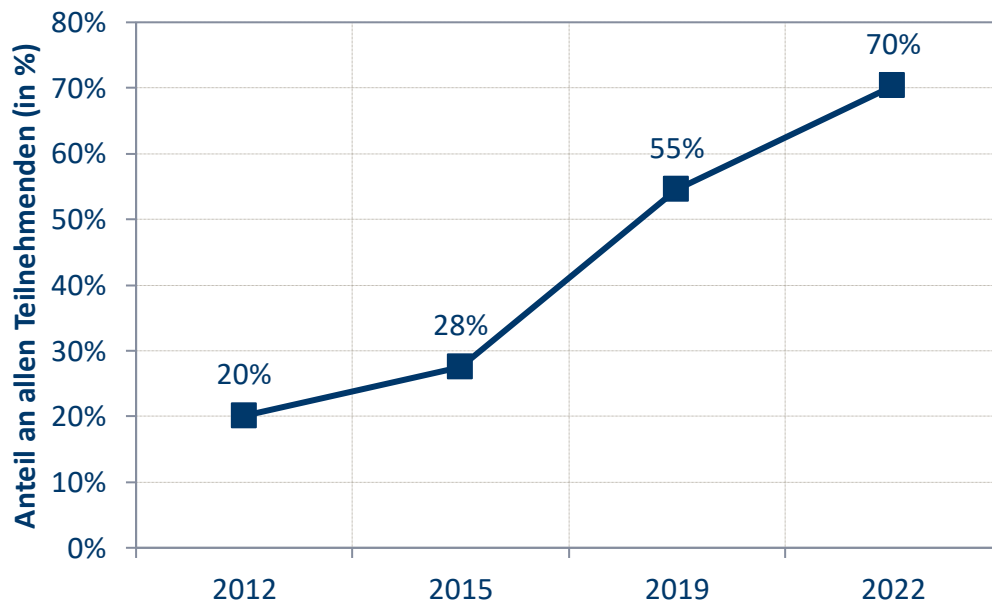
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: Setzt Ihre Praxis Personal wie z. B. VERAHs, Pflegekräfte oder Case Managerinnen/Case Manager ein, um die Versorgung von Patientinnen/Patienten mit chronischen Erkrankungen, die eine regelmäßige Nachsorge benötigen, zu überwachen und zu steuern? (n= 947)
 Ja, es wird Personal aus meiner eigenen Praxis eingesetzt. (n=645)
 Ja, es wird externes Personal eingesetzt. (n=41)
 Nein (n=281)
 Die Auswahl mehrerer Antworten war möglich.

Nur ein geringer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte (4 %) gab an, dafür externes Personal, das speziell geschult ist, einzusetzen. Knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte setzte überhaupt kein speziell geschultes Personal wie beispielsweise VERAHs, Pflegekräfte oder Casemanager für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ein.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie speziell geschultes Personal einsetzen, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die eine regelmäßige Nachsorge benötigen, zu überwachen und zu steuern, hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2012 gab noch ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte an, dass

sie entsprechendes Personal einsetzen (Abbildung 34). Im Jahr 2019 waren es bereits mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte, und im Jahr 2022 traf dies auf immerhin 70 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte zu.

Abbildung 34: Einsatz von speziell geschultem Praxispersonal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2012, 2015, 2019, 2022)

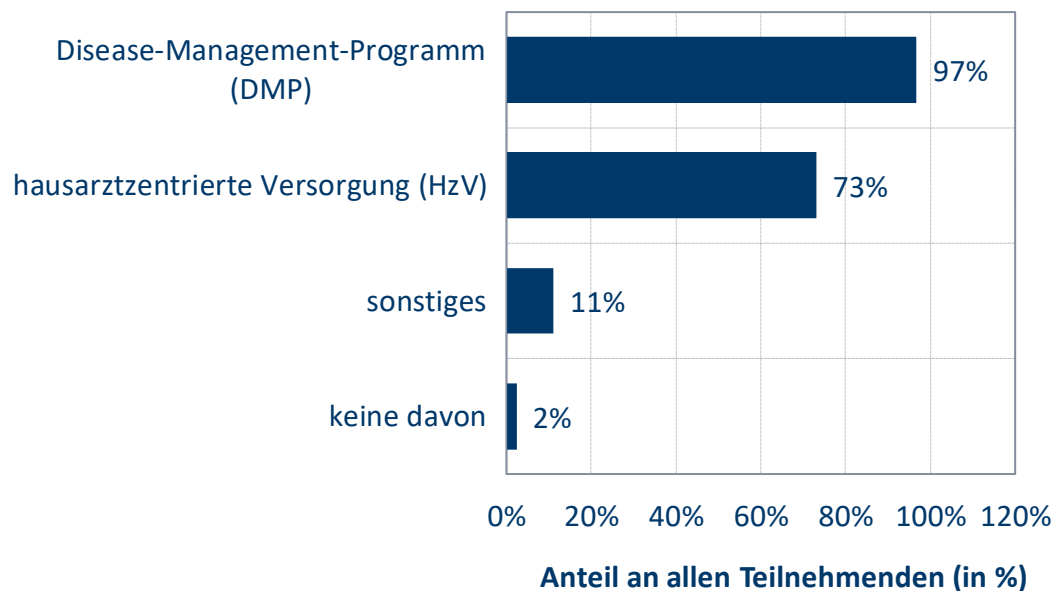


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Setzt Ihre Praxis Personal wie z. B. VERAHs, Pflegekräfte oder Case Managerinnen/Case Manager ein, um die Versorgung von Patientin-nen/Patienten mit chronischen Erkrankungen, die eine regelmäßige Nachsorge benötigen, zu überwachen und zu steuern?*
Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie entsprechendes Personal einsetzen (entweder Personal aus der eigenen Praxis oder externes Personal).

In der hausärztlichen Versorgung werden zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf bestimmte Programme verbreitet eingesetzt. Zu nennen sind dabei in erster Linie die Disease-Management-Programme (DMP) und die hausarztzentrierte Versorgung (HzV).

Annähernd alle Hausärztinnen und Hausärzte gaben im Jahr 2022 an, dass ihre Praxis an DMP-Programmen teilnimmt (Abbildung 35). Knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte nahm zudem an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Rund ein Zehntel der Hausärztinnen und Hausärzte nannte darüber hinaus sonstige Programme zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf, an denen ihre Praxis teilnahm. Unter den sonstigen Programmen öfter genannt wurden das hausarztpraxisbasierte Case Management für chronisch kranke Patientinnen und Patienten (PracMan), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und Programme der integrierten Versorgung (IV).

Abbildung 35: Teilnahme an Programmen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf (2022)



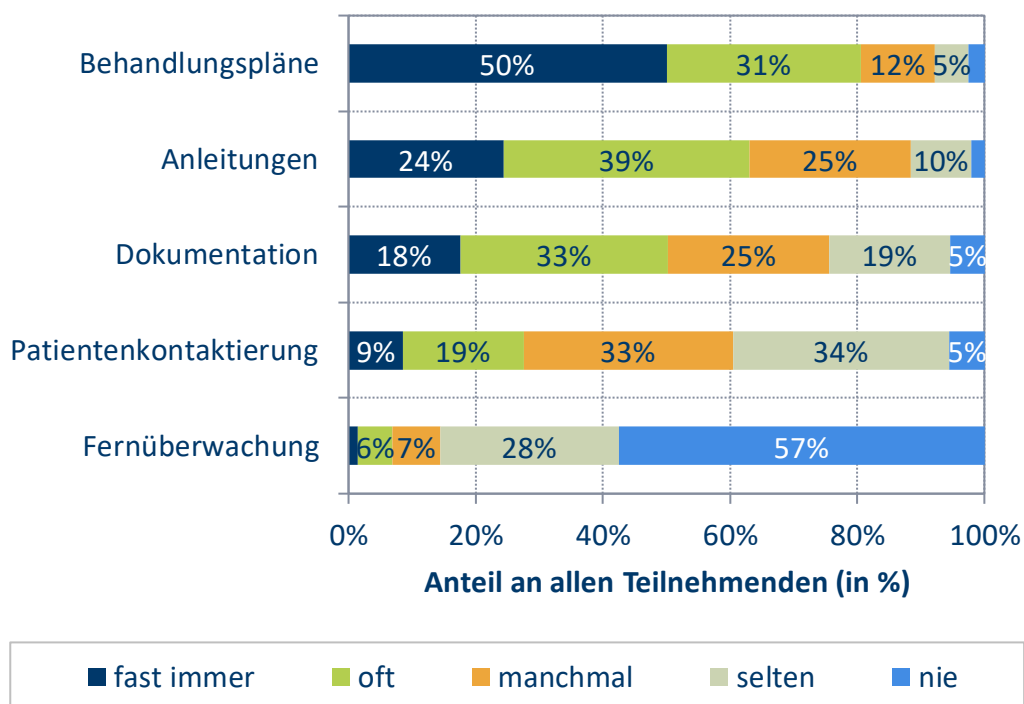
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: Nimmt Ihre Praxis an einem der folgenden Programme teil? (n=947)
 Disease-Management-Programm (DMP) (n=916)
 hausarztzentrierte Versorgung (HzV) (n=692)
 sonstiges (n=106)
 keine davon... (n=23)
 Die Auswahl mehrerer Antworten war möglich.

Die Hausärztinnen und Hausärzte bieten des Weiteren bestimmte Leistungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen an. Es werden Behandlungspläne gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten entwickelt, die diese in ihrem Alltag anwenden können. Patientinnen und Patienten werden schriftliche Anleitungen zum Umgang mit der Erkrankung zu Hause bereitgestellt. Selbstmanagementziele von Patientinnen und Patienten werden in deren Akten dokumentiert. Patientinnen und Patienten werden zwischen Arztterminen kontaktiert, um

sich nach ihrem Zustand zu erkundigen. Sofern medizinisch sinnvoll, werden Patientinnen und Patienten mit technischen Hilfsmitteln fernüberwacht. Allerdings unterscheidet sich das Leistungsspektrum der Hausärztinnen und Hausärzte dahingehend.

Mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte gaben im Jahr 2022 an, Behandlungspläne gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen fast immer oder oft zu entwickeln (Abbildung 36).

Abbildung 36: Leistungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie oft bieten Sie oder Mitarbeiter Ihrer Praxis folgende Leistungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen an: ...*
... Entwicklung von Behandlungsplänen gemeinsam mit den Patienten, die diese in ihrem Alltag anwenden können? (n=946)
... Bereitstellung von schriftlichen Anleitungen für Patienten zum Umgang mit ihrer Erkrankung zu Hause? (n=930)
... Dokumentation der Selbstmanagementziele von Patienten in deren Akten? (n=901)
... Wir kontaktieren Patienten auch zwischen den Arztterminen, um uns nach ihrem Zustand zu erkundigen? (n=878)
... Fernüberwachung der Patienten mit technischen Hilfsmitteln, sofern dies klinisch sinnvoll ist? (n=825)

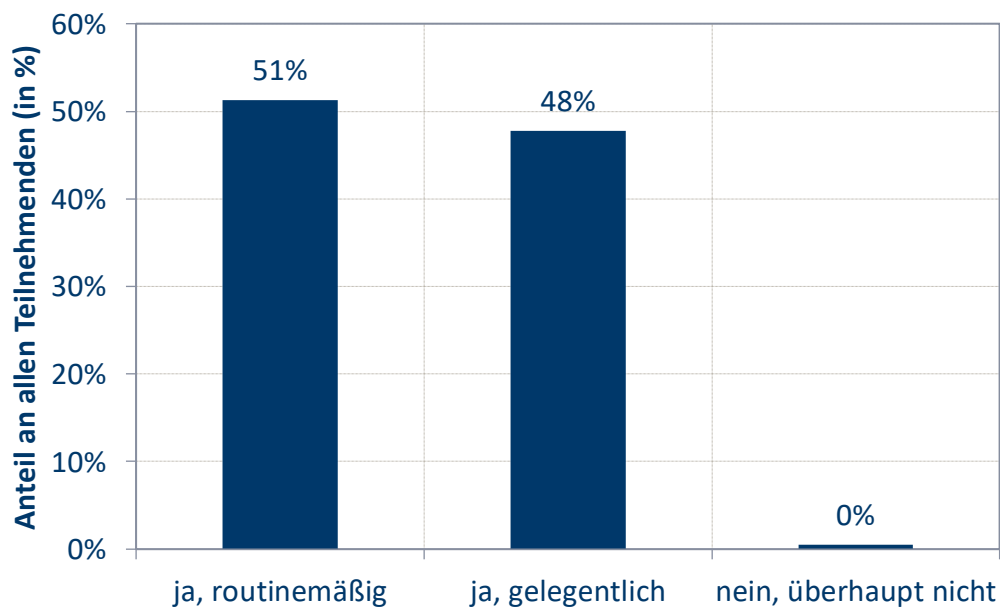
Anleitungen zum Umgang mit der Erkrankung in der häuslichen Umgebung stellten knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten fast immer oder oft bereit. Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte dokumentierte Selbstmanagementziele von Patientinnen und Patienten fast immer oder oft. Eine Kontaktierung von Patientinnen und Patienten zwischen Arztterminen wurde hingegen von nur rund einem Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte und eine Fernüberwachung von nur knapp zehn Prozent fast immer oder oft vorgenommen. Die Kontaktierung von Patientinnen und Patienten wurde aber von einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte zumindest manchmal umgesetzt, während eine Fernüberwachung von mehr als drei Vierteln der Hausärztinnen und Hausärzte selten oder nie durchgeführt wurde. Bei der Kontaktierung von Patientinnen und Patienten zeigen sich Unterschiede nach der Praxisgröße. In Einzelpraxen kontaktiert immerhin ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten fast immer oder oft zwischen Terminen, während dies in Praxen mit mehr als einem Arzt nur knapp ein Viertel tut.

Bei der Häufigkeit der Kontaktierung von Patientinnen und Patienten zwischen den Arztterminen zeigt sich ein Unterschied in Bezug auf das Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Während in der Gruppe der unter-50-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte nur rund ein Fünftel die Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen fast immer oder oft zwischen Terminen kontaktierte, traf dies in der Gruppe der über-60-Jährigen auf 38 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte zu.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie fast immer oder oft Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen zwischen Terminen kontaktieren, ist in den vergangenen drei Jahren deutlich angestiegen, von 6 Prozent im Jahr 2019 auf 28 Prozent im Jahr 2022 (ohne Abbildung). Geringer fiel der Anstieg aus beim Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen fast immer oder oft Ziele zum Selbstmanagement in den Patientenakten dokumentieren (von 45 % auf 50 %). In etwa unverändert blieb über diesen Zeitraum hingegen der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie fast immer oder oft Behandlungspläne für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten entwickeln (etwa 80 %), ihnen schriftliche Anleitungen bereitstellen (etwa 63 %) oder sie mit technischen Hilfsmitteln fernüberwachen, sofern dies klinisch sinnvoll ist (etwa 7 %).

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben zudem angegeben, in welcher Regelmäßigkeit sie mit Ihren Patientinnen und Patienten Gespräche über deren Versorgungspräferenzen, -wünsche und -ziele für ihr Lebensende führen. Offenbar führten annähernd alle Hausärztinnen und Hausärzte (mehr als 99 %) solche Gespräche. Allerdings unterscheidet sich dahingehend die Regelmäßigkeit zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten. In etwa die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte führte Gespräche über Versorgungswünsche am Lebensende routinemäßig mit den Patientinnen und Patienten, während die andere Hälfte sie nur gelegentlich führte (Abbildung 37).

Abbildung 37: Gespräche mit Patientinnen und Patienten über Versorgungspräferenzen am Lebensende (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Führen Sie mit Ihren Patientinnen/Patienten Gespräche darüber, welche Versorgungspräferenzen, -wünsche und -ziele sie für ihr Lebensende haben, im Falle, dass sie schwer erkranken oder schwer verletzt werden und keine Entscheidungen mehr für sich selbst treffen können?*
 n=946

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, mit ihren Patientinnen und Patienten – unabhängig von der Regelmäßigkeit – Gespräche über deren Versorgungspräferenzen am Lebensende zu führen, hat sich gegenüber dem Jahr 2019 erhöht. Während im Jahr 2019 noch 86 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte solche Gespräche gelegentlich oder routinemäßig führten, traf dies im Jahr 2022 auf annähernd alle Hausärztinnen und Hausärzte (99 %) zu (ohne Abbildung).

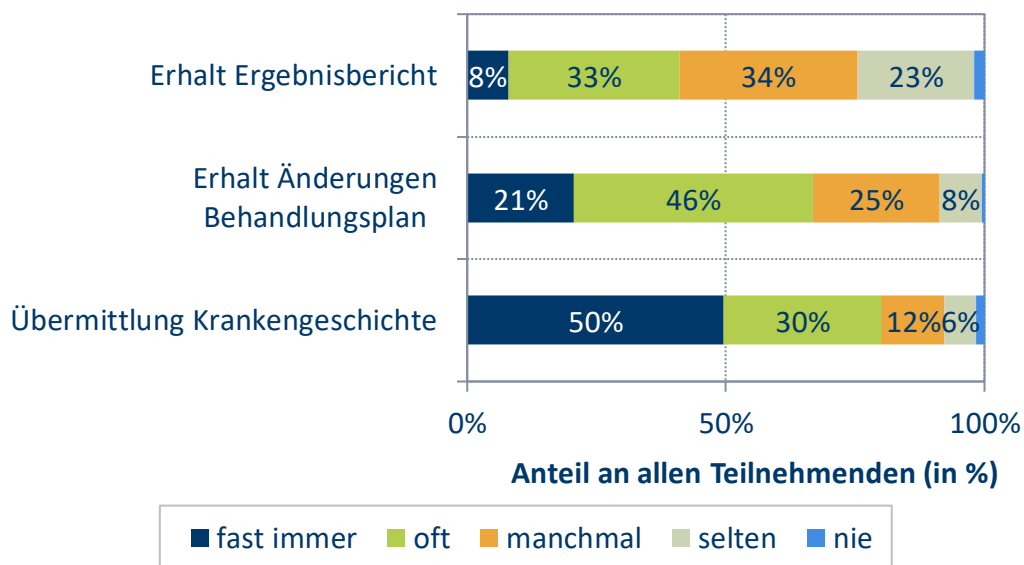
4.4 Koordination der Versorgung mit anderen Leistungserbringern

4.4.1 Koordination mit Fachärztinnen und Fachärzten

Hausärztinnen und Hausärzte können die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit Fachärztinnen und Fachärzten koordinieren, indem sie im Anschluss an Überweisungen an Fachärztinnen und Fachärzte von diesen einen Bericht zum Ergebnis der Behandlung erhalten, von diesen Informationen erhalten über Änderungen, die bei der Medikation oder beim Behandlungsplan der Patientinnen und Patienten vorgenommen wurden, und/oder selbst die Krankengeschichte und den Grund der Überweisung an die Fachärztinnen und Fachärzte übermitteln.

Die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, dass sie im Anschluss an Überweisungen zu Fachärztinnen und Fachärzten die Krankengeschichte fast immer übermitteln, ein weiteres knappes Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte tut dies zumindest oft (Abbildung 38).

Abbildung 38: Koordination mit Fachärztinnen und Fachärzten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie häufig trifft Folgendes zu, nachdem Sie Patienten zu einem Facharzt überwiesen haben?*
Wir erhalten innerhalb einer Woche, nachdem eine Patientin/ein Patient bei einem Facharzt war, einen Bericht mit den Ergebnissen. (n=908)
Wir erhalten Informationen über Änderungen, die bei der Medikation oder beim Behandlungsplan eines Patienten vorgenommen wurden. (n=937)
Wir senden die Krankengeschichte und den Grund der Überweisung an die Fachärztin/den Facharzt. (n=946)

Die anderen Leistungen im Zusammenhang mit der Koordination der Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten wurden von den Hausärztinnen und Hausärzten

etwas seltener eingesetzt. Änderungen am Behandlungsplan erhielt rund ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte fast immer von Fachärztinnen und Fachärzten und knapp die Hälfte oft. Hier zeigen sich Unterschiede nach der Versichertenstruktur im Hinblick auf Privatversicherte. Hausärztinnen und Hausärzte mit einem höheren Anteil privatversicherter Patientinnen und Patienten erhielten diese Informationen tendenziell öfter. Rund drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil privatversicherter Patientinnen und Patienten (mehr als 10 Prozent) erhielten Informationen über Änderungen am Behandlungsplan fast immer oder oft. Dies trifft hingegen nur auf 62 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte mit einem durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Privatversichertenanteil zu.

Einen Bericht zum Ergebnis der Behandlung erhielten hingegen nur 8 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte fast immer innerhalb von einer Woche nach der Behandlung und ein Drittel oft. Ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte erhielt von Fachärztinnen und Fachärzten im Anschluss an eine Überweisung nur selten oder nie innerhalb von einer Woche einen Bericht zum Ergebnis der Behandlung.

Die Häufigkeit, mit der Hausärztinnen und Hausärzte im Anschluss an Überweisungen Berichte zum Ergebnis der Behandlung von Fachärztinnen und Fachärzten erhielten, unterscheidet sich offenbar nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Während 36 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von unter 50 Jahren angaben, fast immer oder oft solche Behandlungsberichte zu erhalten, traf dies immerhin auf knapp die Hälfte (49 %) der Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von über 60 Jahren zu. Ebenfalls in Bezug auf die Versichertenstruktur zeigen sich hier Unterschiede. Hausärztinnen und Hausärzte mit einem höheren Anteil privatversicherter Patientinnen und Patienten erhielten auch diese Informationen tendenziell öfter. Hausärztinnen und Hausärzte mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil privatversicherter Patientinnen und Patienten erhielten Behandlungsberichte beispielsweise nur zu 18 Prozent selten oder nie, hingegen Hausärztinnen und Hausärzte mit einem durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Privatversichertenanteil zu 29 Prozent.

Auch in Bezug auf den Versand von Krankengeschichten an Fachärztinnen und Fachärzte im Zusammenhang mit Überweisungen zeigen sich ansatzweise Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Im Alter von unter 50 Jahren gaben rund drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte (76 %) an, fast immer oder oft Krankengeschichten an Fachärztinnen und Fachärzte im Zusammenhang mit Überweisungen weiterzugeben. Im Alter von mehr als 60 Jahren traf dies auf 87 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte und damit öfter zu.

Ähnlich wie im Jahr 2022 haben auch bereits im Jahr 2019 etwa 80 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte angegeben, fast immer oder oft die Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Facharztüberweisung zu übermitteln (ohne Abbildung). Hingegen hat in den vergangenen drei Jahren der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die fast immer oder oft von

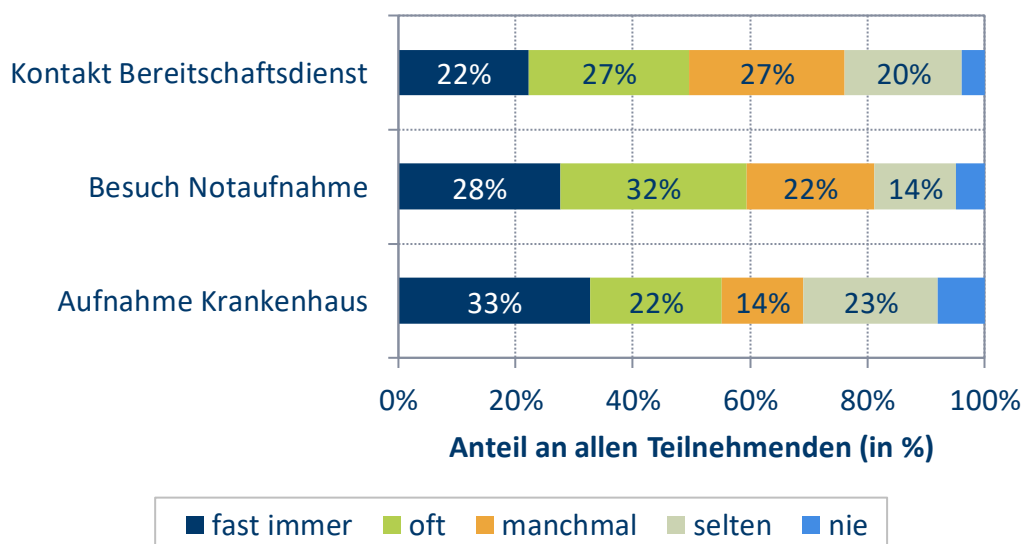
Fachärztinnen und Fachärzten Informationen über Änderungen im Behandlungsplan erhalten, von 73 Prozent auf 67 Prozent und der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die innerhalb einer Woche einen Ergebnisbericht von Fachärztinnen und Fachärzten erhalten, von 47 Prozent auf 41 Prozent abgenommen.

4.4.2 Koordination mit Krankenhäusern

Im Zusammenhang mit der Koordination der Versorgung mit Krankenhäusern haben die Hausärztinnen und Hausärzte angegeben, wie häufig sie Informationen darüber erhalten, dass ihre Patientinnen und Patienten den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen haben, eine Notaufnahme aufgesucht haben oder zur Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen wurden. Etwa die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte erhielt dazu im Jahr 2022 fast immer oder oft Informationen.

Knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, fast immer oder oft Informationen darüber zu erhalten, dass ihre Patientinnen und Patienten den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen haben (Abbildung 39). Dabei zeigen sich Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von unter 50 Jahren gaben dies nur zu 41 Prozent an, während 59 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von über 60 Jahren fast immer oder oft diese Informationen erhielten.

Abbildung 39: Unterrichtung über die Inanspruchnahme von Leistungen durch Patientinnen und Patienten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie oft werden Sie davon unterrichtet, dass Ihre Patienten...:*
...den ärztlichen Bereitschaftsdienst benötigt haben? (n=946)
...in einer Notaufnahme waren? (n=935)
...in ein Krankenhaus aufgenommen wurden? (n=930)

Etwas mehr als die Hälfte (55 %) der Hausärztinnen und Hausärzte wurde fast immer oder oft darüber unterrichtet, dass ihre Patientinnen und Patienten zur Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen wurden, und ein noch etwas größerer Anteil (60 %) erhielt fast immer oder oft Informationen darüber, dass ihre Patientinnen und Patienten die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht haben.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie über die Inanspruchnahme dieser Leistungen durch ihre Patientinnen und Patienten fast immer oder oft unterrichtet werden, hat seit dem Jahr 2019 deutlich abgenommen. Bezüglich der Kontaktierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nahm der Anteil von 71 Prozent auf 50 Prozent ab, bezüglich des Besuchs einer Notaufnahme von 73 Prozent auf 59 Prozent und bezüglich der Aufnahme in einem Krankenhaus von 70 Prozent auf 55 Prozent.

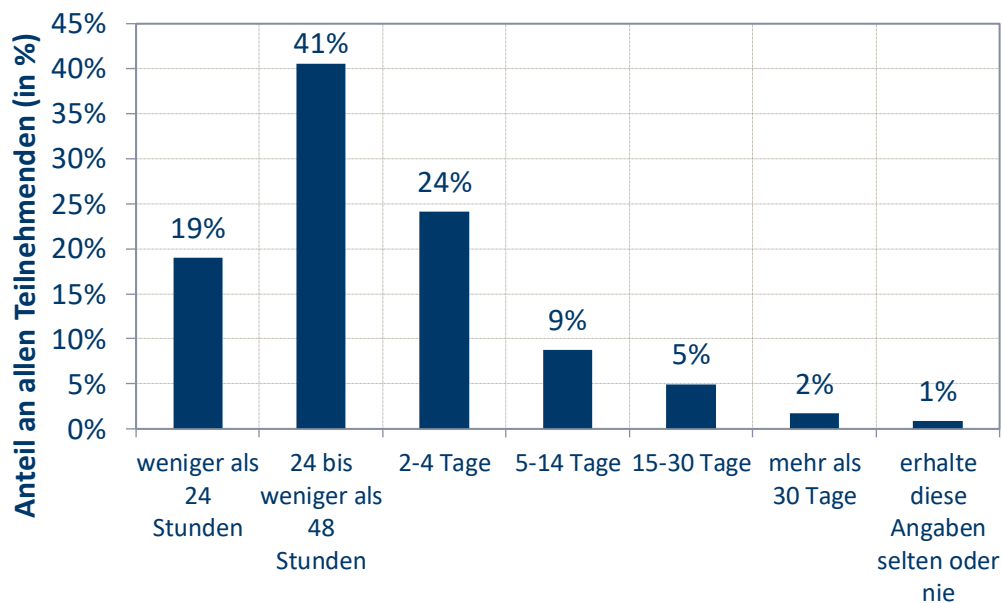
Im Anschluss an die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erhalten Hausärztinnen und Hausärzte in der Regel Informationen zur Entlassung Ihrer Patientinnen und Patienten, um mit ihrer Behandlung, einschließlich der Nachsorge, fortfahren zu können. Wie lange es im Durchschnitt dauert, bis Hausärztinnen und Hausärzte diese Informationen erhalten, fällt in der Erfahrung der befragten Hausärztinnen und Hausärzte unterschiedlich aus.

Knapp ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte erhielt im Jahr 2022 innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus die benötigten Informationen zur Fortführung der Behandlung (Abbildung 40).

Bei etwas weniger als der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte dauerte dies länger, sie erhielten diese Informationen aber noch innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung. Knapp ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte erhielt diese Angaben allerdings erst innerhalb von zwei bis vier Tagen. Beim verbleibenden Sechstel der Hausärztinnen und Hausärzte dauerte dieser Prozess im Durchschnitt fünf Tage oder mitunter auch deutlich länger.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung ihrer Patientinnen und Patienten aus einem Krankenhaus Informationen zu dieser erhalten, ist in den vergangenen Jahren leicht zurückgegangen. In den Jahren 2012 und 2015 lag dieser Anteil noch bei 67 bis 68 Prozent. Im Jahr 2019 ist er dann bereits auf 63 Prozent zurückgegangen und im Jahr 2022 weiter auf 60 Prozent. Im Gegenzug zugenommen hat der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass diese Informationsübermittlung zwei bis vier Tage und damit länger dauert.

Abbildung 40: Dauer bis zum Erhalt von Informationen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus (2022)



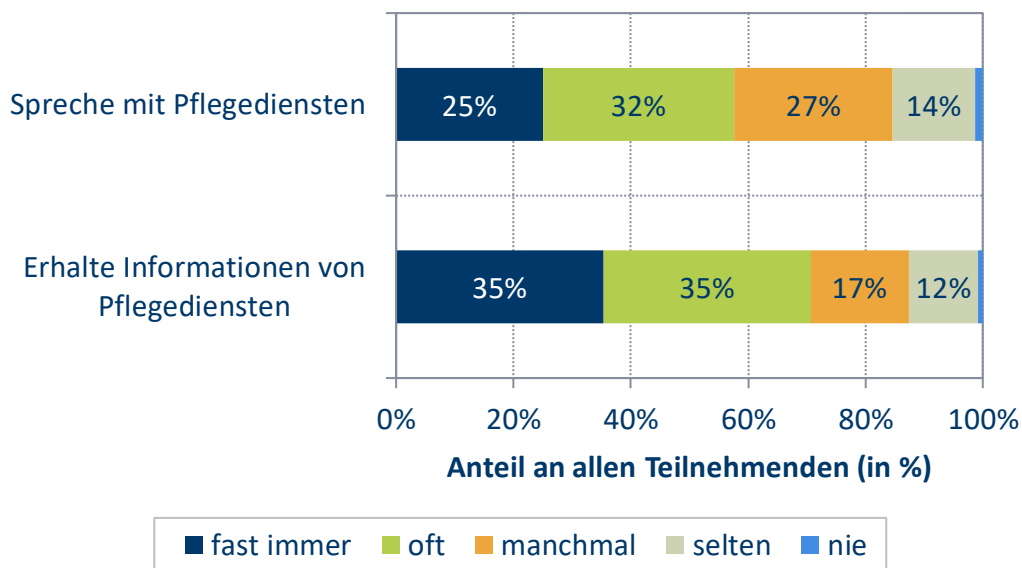
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie lange dauert es durchschnittlich nach der Entlassung Ihrer Patientinnen/Patienten aus dem Krankenhaus, bis Sie die notwendigen Informationen erhalten, um mit der Behandlung der Patientinnen/Patienten – einschließlich der empfohlenen Nachsorge – fortfahren zu können?*
 n=947

4.4.3 Koordination mit Pflegediensten

Die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte koordiniert des Weiteren die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten, die häusliche Pflegeleistungen (spezielle Krankenpflege oder Grundpflege) erhalten, mit Pflegediensten. Dazu sprechen sie zum einen mit Pflegediensten über die Bedarfe ihrer Patientinnen und Patienten und die durchzuführenden Pflegeleistungen und erhalten zum anderen von Pflegediensten Informationen bei relevanten Änderungen im Gesundheitsstatus Ihrer Patientinnen und Patienten. Wie oft dies jeweils geschieht, unterscheidet sich zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten.

Etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte sprach im Jahr 2022 fast immer oder oft mit Pflegediensten über die Bedarfe ihrer Patientinnen und Patienten und die durchzuführenden Pflegeleistungen (Abbildung 41), rund ein Viertel tat dies manchmal.

Abbildung 41: Koordination mit Pflegediensten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: Wenn Ihre Patienten häusliche Pflegeleistungen (spezielle Krankenpflege oder Grundpflege) erhalten, wie oft...:
 ...sprechen Sie mit Pflegediensten über die Bedarfe der Patienten und die durchzuführenden Pflegeleistungen? (n=945)
 ...erhalten Sie von Pflegediensten Informationen bei relevanten Änderungen im Gesundheitsstatus Ihrer Patienten? (n=892)

Hier zeigten sich Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte und der Region ihres Praxisstandorts. Während nur knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte unter 50 Jahren fast immer oder oft mit Pflegediensten sprach, traf dies in der Altersgruppe „60 Jahre oder älter“ auf 71 Prozent zu. In Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern sprach die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte fast immer oder oft mit Pflegediensten, in ländlichen Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern waren es rund zwei Drittel (68 %).

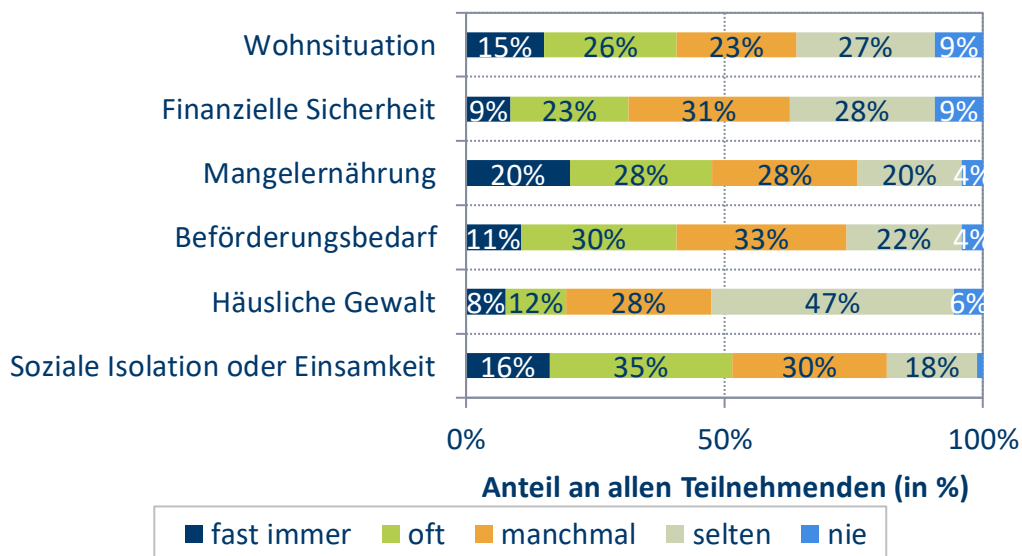
Informationen bei relevanten Änderungen im Gesundheitsstatus Ihrer Patientinnen und Patienten erhielten immerhin 70 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte fast immer oder oft von Pflegediensten, knapp ein weiteres Fünftel manchmal.

Im Vergleich zum Jahr 2019 hat sich der regelmäßige Austausch zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten und den Pflegediensten geringfügig zurückentwickelt (ohne Abbildung). Im Jahr 2019 gaben noch 63 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an, dass sie fast immer oder oft mit Pflegediensten über die Bedarfe ihrer Patientinnen und Patienten und die durchzuführenden Pflegeleistungen sprechen (58 % in 2022), und noch 74 Prozent berichteten, dass sie fast immer oder oft von Pflegediensten Informationen bei relevanten Änderungen im Gesundheitsstatus ihrer Patientinnen und Patienten erhalten (71 % in 2022).

4.4.4 Koordination mit sozialen Diensten

Im Zusammenhang mit der Koordination der Versorgung mit sozialen Diensten prüfen die Hausärztinnen und Hausärzte die sozialen Unterstützungsbedarfe ihrer Patientinnen und Patienten. Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte hat im Jahr 2022 fast immer oder oft geprüft, inwiefern ihre Patientinnen und Patienten von sozialer Isolation oder Einsamkeit betroffen sind (Abbildung 42). Ein ähnlich großer Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte prüfte bei ihren Patientinnen und Patienten fast immer oder oft Unterstützungsbedarf im Hinblick auf Ernährungsprobleme. Etwas geringer fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte aus, die fast immer oder oft Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit verkehrsmäßiger Beförderung oder der Wohnsituation (jeweils 41 %) überprüften. Nur ein knappes Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte prüfte bei ihren Patientinnen und Patienten fast immer oder oft Unterstützungsbedarf in Bezug auf finanzielle Sicherheit und nur ein Fünftel in Bezug auf häusliche Gewalt. Etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte überprüfte selten oder nie Unterstützungsbedarf in Bezug häusliche Gewalt.

Abbildung 42: Prüfen sozialer Unterstützungsbedarfe der Patientinnen und Patienten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie oft prüfen oder bewerten Sie oder Ihre Mitarbeiter die folgenden sozialen Unterstützungsbedarfe bei Ihren Patienten: ...*
Probleme mit der Wohnsituation (z.B. Wohngräumung, Obdachlosigkeit)? (n=944)
Finanzielle Sicherheit (z.B. Erwerbstätigkeit, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe)? (n=940)
Mangelernährung oder Hunger? (n=927)
Beförderungsbedarf? (n=906)
Häusliche Gewalt? (n=893)
Soziale Isolation oder Einsamkeit? (n=846)

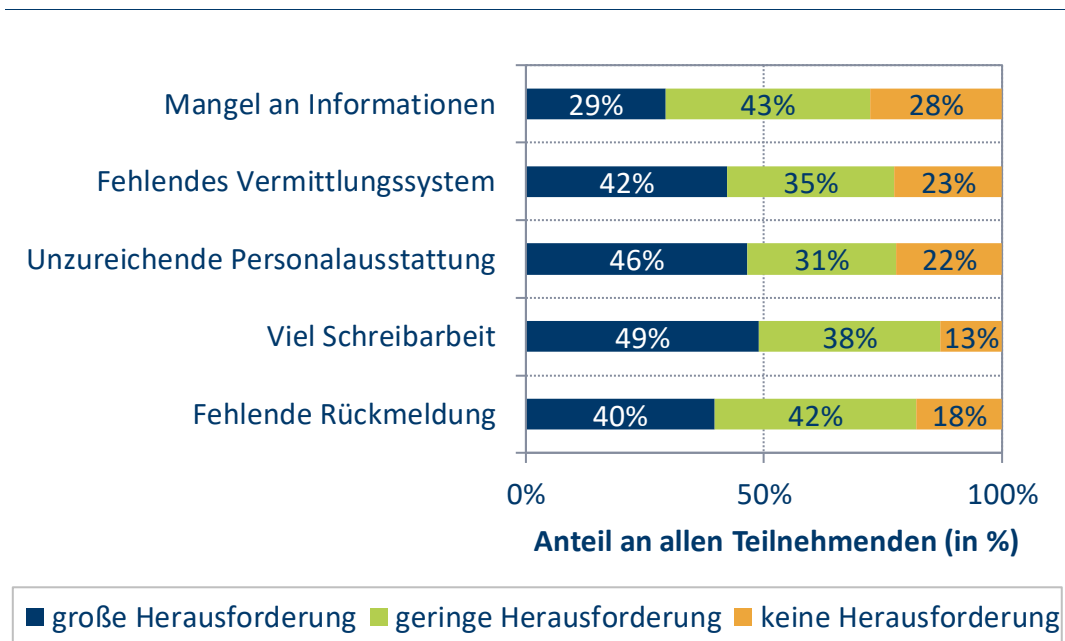
Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die soziale Unterstützungsbedarfe ihrer Patientinnen und Patienten im Allgemeinen überprüften, hat gegenüber dem Jahr 2019 generell zugenommen. Mittlerweile überprüften 41 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte fast immer oder oft Probleme bei der Wohnsituation ihrer Patientinnen und Patienten (noch 34 % im Jahr 2019), 32 Prozent überprüften die finanzielle Sicherheit (24 %), 41 Prozent den (verkehrsmäßigen) Beförderungsbedarf (37 %), 19 Prozent das Vorkommen von häuslicher Gewalt (18 %) und 52 Prozent das Vorkommen von sozialer Isolation (43 %). Lediglich bezüglich Ernährungsproblemen ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die solche bei ihren Patientinnen und Patienten fast immer oder oft überprüfen, von 49 Prozent im Jahr 2019 auf 48 Prozent im Jahr 2022 geringfügig zurückgegangen.

Ausgehend von diesen sozialen Unterstützungsbedarfen koordinieren die Hausärztinnen und Hausärzte die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit sozialen Diensten. In diesem Zusammenhang sehen die Hausärztinnen und Hausärzte sich allerdings zu einem erheblichen Teil großen Herausforderungen ausgesetzt. Für knapp die Hälfte stellte das Maß an „Schreibarbeit“, die bei der Koordination mit sozialen Diensten entsteht, eine große Herausforderung dar, für mehr als ein Drittel immerhin eine geringe Herausforderung (Abbildung 43). Ein ähnlich großer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte bezeichnete eine unzureichende Personalausstattung, um Patientinnen und Patienten an soziale Dienste zu vermitteln und die Versorgung zu koordinieren, als eine Herausforderung. Auch eine unzureichende Personalausstattung stellte offenbar für jüngere Hausärztinnen und Hausärzte (unter 50 Jahre) öfter eine Herausforderung dar (90 %) als für ältere (über 60 Jahre) Hausärztinnen und Hausärzte (67 %). Hier zeigen sich darüber hinaus Unterschiede nach der Region des Praxisstandorts. In Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern war eine unzureichende Personalausstattung offenbar öfter eine Herausforderung (83 %) als in ländlichen Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern (68 %).

Nur unwesentlich geringer ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die das Fehlen eines geeigneten Vermittlungssystems bzw. geeigneter Abläufe, um Patientinnen und Patienten an soziale Dienste zu vermitteln, als Herausforderung ansah. Erneut zeigen sich Altersunterschiede. Auch dieses Fehlen stellte für jüngere Hausärztinnen und Hausärzte (unter 50 Jahre) öfter eine Herausforderung dar (88 %) als für ältere (über 60 Jahre) Hausärztinnen und Hausärzte (70 %).

Auch eine fehlende Rückmeldung durch soziale Dienste, welche Hilfsleistungen die Patientinnen und Patienten erhalten haben bzw. benötigen, und ein Mangel an Informationen über die sozialen Dienste in der Umgebung ihres Praxisstandorts wurden von einem beträchtlichen Teil der Hausärztinnen und Hausärzte als große oder immerhin geringe Herausforderung genannt. Für jüngere Hausärztinnen und Hausärzte (unter 50 Jahre) stellten die fehlenden Informationen über die sozialen Dienste in der Umgebung ihres Praxisstandorts offenbar öfter eine Herausforderung dar (84 %) als für ältere (über 60 Jahre) Hausärztinnen und Hausärzte (66 %).

Abbildung 43: Herausforderungen bei der Koordination mit sozialen Diensten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Vor welchen Herausforderungen stehen Sie derzeit bei der Koordination der Versorgung Ihrer Patienten mit sozialen Diensten?*
Mangel an Informationen über die sozialen Dienste in der Umgebung (n=937)
Kein geeignetes Vermittlungssystem/geeignete Abläufe, um Patienten an soziale Dienste zu vermitteln (n=939)
Unzureichende Personalausstattung, um Patienten an soziale Dienste zu vermitteln und die Versorgung zu koordinieren (n=935)
Zu viel Schreiarbeit in der Koordination mit den sozialen Diensten (895)
Keine ausreichende Rückmeldung durch soziale Dienste, welche Hilfsleistungen die Patienten erhalten haben/benötigen (n=885)

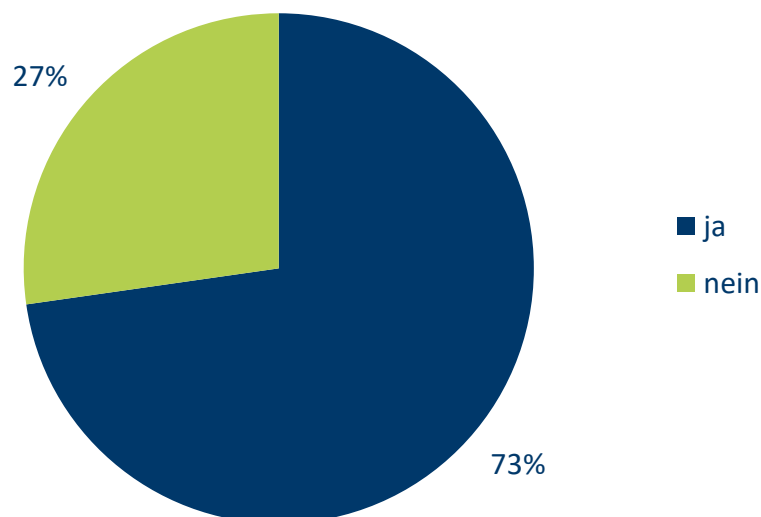
Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Koordination der Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten mit sozialen Diensten nehmen offenbar seit einigen Jahren zu. Gegenüber dem Jahr 2019 hat der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die eine große Herausforderung in der Koordination sehen, in Bezug auf alle genannten Aspekte zugenommen. Bezüglich des Mangels an Informationen über die sozialen Dienste in der Umgebung nahm der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die diesen als große Herausforderung empfanden, von 23 Prozent auf 29 Prozent zu, bezüglich eines fehlenden Vermittlungssystems von 32 Prozent auf 42 Prozent, bezüglich einer unzureichenden Personalausstattung von 32 Prozent auf 46 Prozent, bezüglich der Schreiarbeit von 39 Prozent auf 49 Prozent und bezüglich einer fehlenden Rückmeldung durch soziale Dienste von 30 Prozent auf 40 Prozent.

4.5 Digitalisierung der Praxisverwaltung

4.5.1 Elektronische Patientenakten

Gefragt, ob sie in ihrer Praxis mit „einer elektronischen Patientenakte“ arbeiten, gab im Jahr 2022 ein Anteil von 73 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland an, dass dies zutreffe, und 27 Prozent verneinten das (Abbildung 44). Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, mit „einer elektronischen Patientenakte“ zu arbeiten, fiel in der Altersgruppe „unter 50 Jahre“ mit 79 Prozent deutlich größer aus als in der Altersgruppe „über 60 Jahre“ mit 59 Prozent.

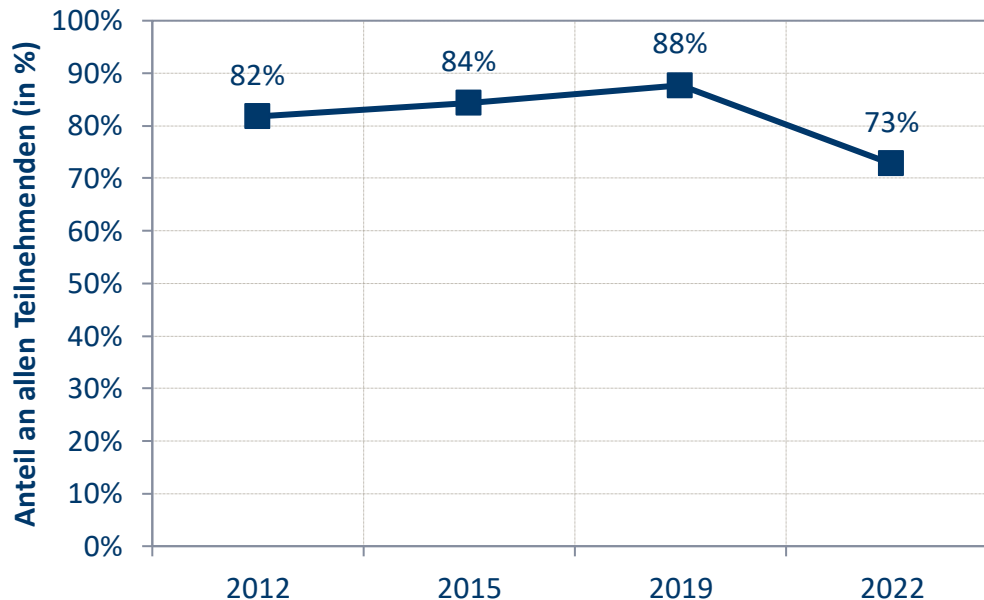
Abbildung 44: Einsatz einer elektronischen Patientenakte (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Arbeiten Sie in Ihrer Praxis mit einer elektronischen Patientenakte?*
n=946

Vergleicht man diese Verteilung mit den Angaben, die die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren im Rahmen des IHP-Surveys gemacht haben, zeigen sich Hinweise auf einen Rückgang bei der Nutzungsrate „elektronischer Patientenakten“. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie in ihrer Praxis mit „einer elektronischen Patientenakte“ arbeiten, fiel im Jahr 2022 geringer aus als in den Vorjahren. Dieser Anteil ist zunächst von 82 Prozent im Jahr 2012 auf 84 Prozent im Jahr 2015 und anschließend auf 88 Prozent im Jahr 2019 leicht angestiegen. Im Jahr 2022 gab es dann einen Rückgang auf nur noch 73 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie in ihrer Praxis mit „einer elektronischen Patientenakte“ arbeiten (Abbildung 45).

Abbildung 45: Einsatz einer elektronischen Patientenakte (2012, 2015, 2019, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pahud (2019)

Anmerkung: *Arbeiten Sie in Ihrer Praxis mit einer elektronischen Patientenakte?*
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, mit einer elektronisch Patientenakte zu arbeiten.
 In den Jahren 2012 und 2015 gab es in der Frage noch den Zusatz „(Abrechnungssysteme nicht mit eingerechnet)“.

Diese Ergebnisse der Entwicklung der Nutzungsrate „einer elektronischen Patientenakte“ in hausärztlichen Praxen über den Zeitraum der Jahre 2012 bis 2022 sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Es ist zu vermuten, dass die Vergleichbarkeit der Angaben zur Nutzung „einer elektronischen Patientenakte“ über diesen Zeitraum erheblich eingeschränkt ist.

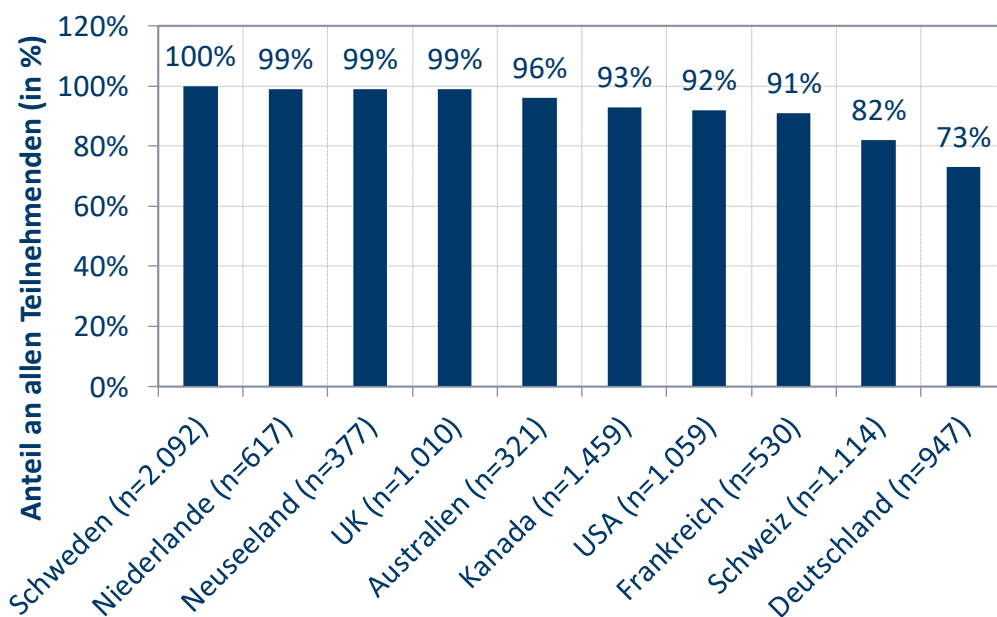
Zwischen den Jahren 2019 und 2022 hat in Deutschland die von der gematik entwickelte elektronische Patientenakte (ePA) in der medialen Verbreitung und vermutlich auch im Bewusstsein der Hausärztinnen und Hausärzte erheblich an Präsenz gewonnen. Daher dürften im Jahr 2022 bei der Frage zum Einsatz „einer elektronischen Patientenakte“ wesentlich mehr Hausärztinnen und Hausärzte an die ePA gedacht haben als noch in den Jahren 2019, 2015 oder 2012. Die ePA hatte allerdings in Deutschland im Jahr 2022 noch eine sehr begrenzte Verbreitung.⁸ Somit dürfte der weitüberwiegende Teil der Hausärztinnen und Hausärzte, der bei

⁸ Gemäß TI-Atlas 2022 der gematik haben im Jahr 2022 nur 4 Prozent der Arztpraxen in Deutschland die ePA genutzt. Vgl. https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Telemedizininfrastruktur/Dokumente/gematik_Ti_Atlas_2022_web.pdf. Abruf: 06.02.2023

der Befragung im Jahr 2022 an die ePA gedacht haben, diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, während in den Vorjahren vermutlich systematisch weniger Hausärztinnen und Hausärzte an die ePA gedacht haben und die Frage daher öfter mit „Ja“ beantwortet wurde. Da also von einem über die Zeit veränderten Verständnis der Fragestellung durch die Hausärztinnen und Hausärzte ausgegangen werden muss, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse über die Zeit vermutlich eingeschränkt, und die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Dies muss jedoch eine Vermutung bleiben, die nicht ohne Weiteres überprüft werden kann.

Im internationalen Vergleich fällt Deutschland im Jahr 2022 dann beim Einsatz „einer elektronischen Patientenakte“ in hausärztlichen Praxen gegenüber den anderen Ländern ab. Mit Ausnahme der Schweiz (81 %) haben alle anderen Länder eine Nutzungsrate „einer elektronischen Patientenakte“ von mehr als 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte, vereinzelte Länder sogar von 99 Prozent oder nahe 100 Prozent (Abbildung 46).

Abbildung 46: Einsatz einer elektronischen Patientenakte im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)

Anmerkung: *Arbeiten Sie in Ihrer Praxis mit einer elektronischen Patientenakte?*
Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie in ihrer Praxis mit einer elektronischen Patientenakte arbeiten.

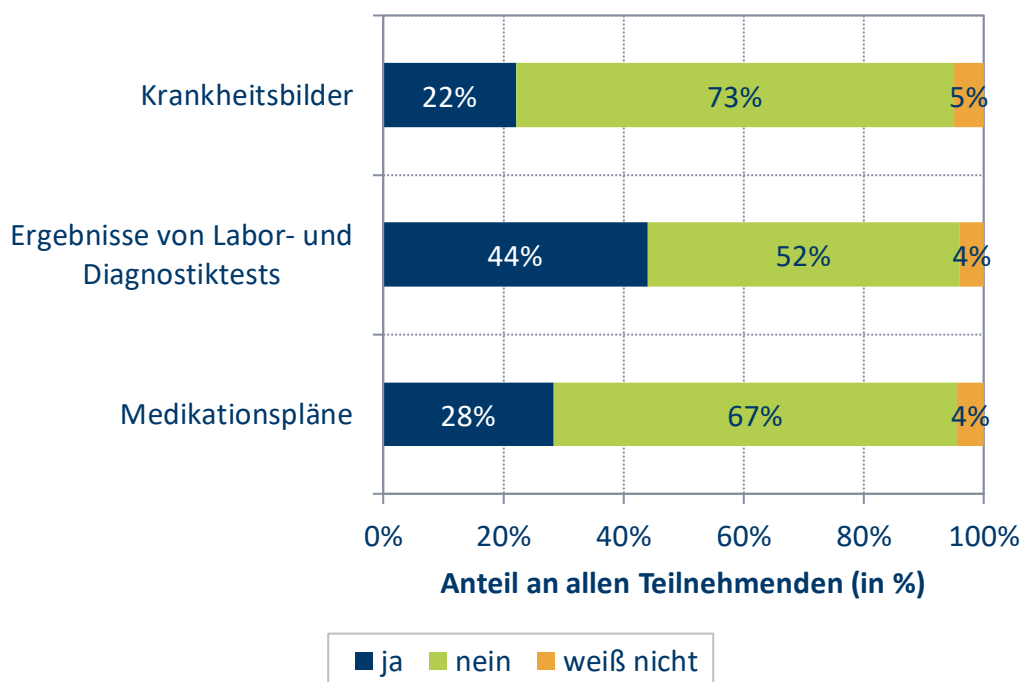
Auch hier ist allerdings Vorsicht geboten bei der Interpretation der Ergebnisse für Deutschland aufgrund der zuvor erläuterten Vermutung, dass die Fragestellung durch die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland im Jahr 2022 vermutlich unterschiedlich verstanden wurde.

4.5.2 Elektronischer Informationsaustausch

Die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland können Informationen mit Gesundheitsdienstleistern außerhalb ihrer Praxis auf elektronischem Wege austauschen. Dabei handelt es sich um Krankheitsbilder ihrer Patientinnen und Patienten, Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests und Medikationspläne. Der Grad der Verbreitung des elektronischen Austausches dieser Informationen unterscheidet sich allerdings zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten.

Insgesamt konnte die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 diese Informationen (noch) nicht elektronisch austauschen. Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests konnten von knapp der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 elektronisch mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb der Praxis auf elektronischem Wege ausgetauscht werden (Abbildung 47).

Abbildung 47: Elektronischer Austausch von Informationen mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb der Arztpraxis (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: Können Sie die folgenden Informationen elektronisch mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen:
Krankheitsbilder von Patienten? (n=938)
Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests? (n=937)
Medikationspläne der Patienten? (n=934)

In der Gruppe der Über-60-Jährigen konnte dies interessanterweise etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte (52 %) und von den Unter-50-Jährigen nur rund ein Drittel (35 %). Medikationspläne hingegen konnten nur rund ein Viertel und Krankheitsbilder nur rund ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte elektronisch austauschen. Auch bei den Medikationsplänen konnten die älteren Hausärztinnen und Hausärzte (über 60 Jahre) häufiger den elektronischen Weg (33 %) verwenden als die jüngeren (unter 50 Jahre) Hausärztinnen und Hausärzte (23 %).

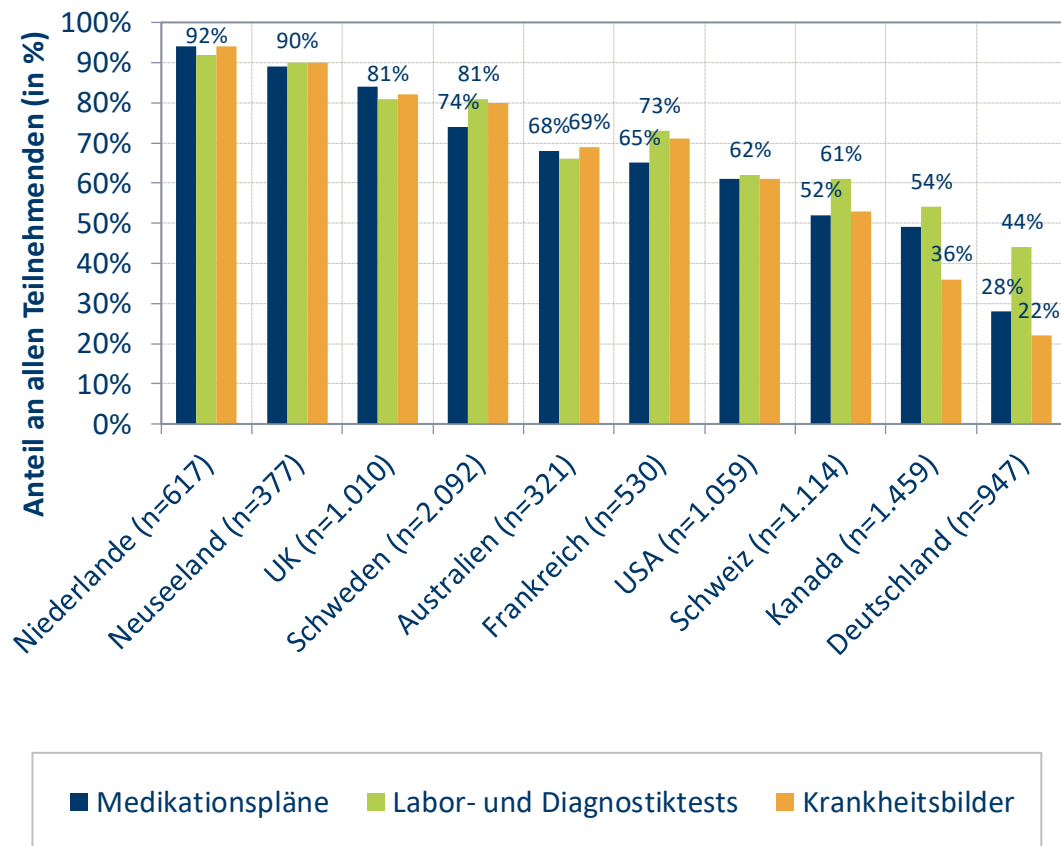
Seit dem Jahr 2019 ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die diese Informationen elektronisch mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen können, deutlich gestiegen. Krankheitsbilder konnten im Jahr 2019 nur 12 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte austauschen (22 % in 2022) und Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests 32 Prozent (44 % in 2022). Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die Medikationspläne mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen können, hat sich von 14 Prozent auf 28 Prozent sogar verdoppelt.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland bei den Möglichkeiten, Informationen elektronisch mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen zu können, gegenüber den Hausärztinnen und Hausärzten in anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, erheblich zurückstanden. In allen anderen Ländern konnte ein mitunter deutlich größerer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte die genannten Informationen elektronisch austauschen.

In aller Regel konnte zumindest die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte in anderen Ländern – im Gegensatz zu den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland – diese Informationen elektronisch austauschen. Lediglich in Kanada konnten Medikationspläne nur von knapp der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte ausgetauscht werden und Krankheitsbilder nur von rund einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte. In der Schweiz lagen die Zugangsraten knapp über 50 Prozent, in den USA bei etwa 60 Prozent. In Frankreich und Australien konnten etwa zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte den elektronischen Austausch von Informationen verwenden. In Schweden, dem Vereinigten Königreich, Neuseeland und den Niederlanden traf dies auf drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte oder mitunter mehr als 90 Prozent zu (Abbildung 48).

Zudem zeigt der internationale Vergleich, dass die Zugangsraten der drei Anwendungsbeispiele (Medikationspläne, Krankheitsbilder und Ergebnisse von Labor- bzw. Diagnostiktests) in allen anderen Ländern jeweils deutlich näher zusammenlagen als in Deutschland. Nur in Deutschland lag die Zugangsrate bei den Ergebnissen von Labor- bzw. Diagnostiktests doppelt so hoch wie bei Krankheitsbildern und etwa anderthalbmal so hoch wie bei Medikationsplänen. So ungleich fielen die Zugangsraten in keinem anderen Land aus.

Abbildung 48: Elektronischer Austausch von Informationen mit Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern außerhalb der Arztpraxis im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: Können Sie die folgenden Informationen elektronisch mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen:
 Krankheitsbilder von Patienten?
 Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests?
 Medikationspläne der Patienten?
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie diese Informationen elektronisch austauschen können.

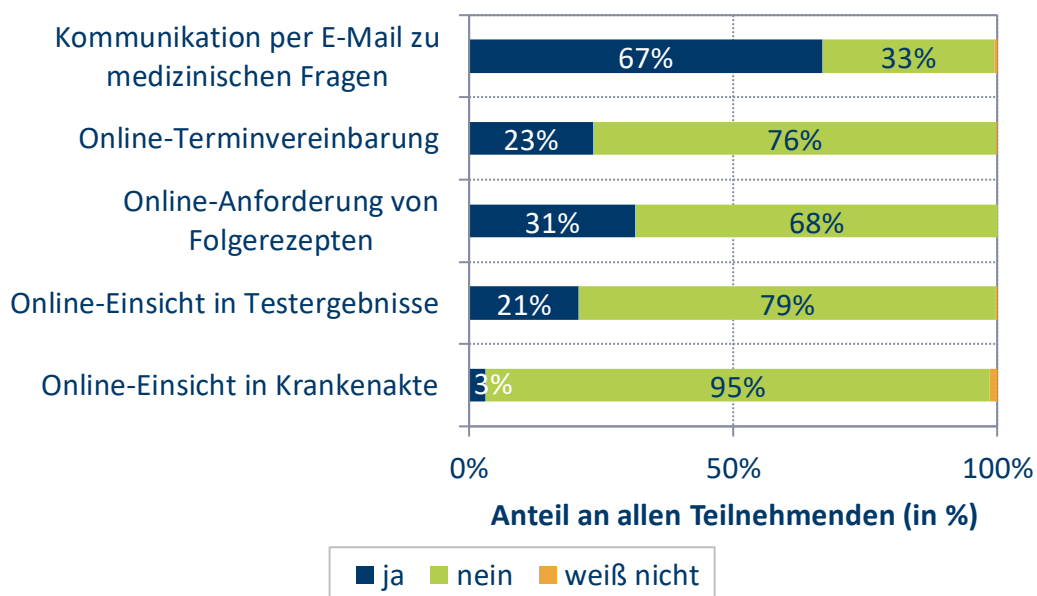
4.5.3 Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient

Die Kommunikation zwischen Arztpraxen und ihren Patientinnen und Patienten erfolgt heutzutage zunehmend digital. Praxen kommunizieren mit ihren Patientinnen und Patienten zu medizinischen Fragen oder Anliegen per E-Mail oder über eine sichere Website, Termine werden online vereinbart (über die Möglichkeit hinaus Terminanfragen per E-Mail zu stellen), Folgerezepte können online angefordert werden (über E-Mail hinaus), Testergebnisse können von Patientinnen und Patienten online eingesehen werden und Patientinnen und Patienten können ihre Kran-

kenakte online einsehen. Entsprechend ihrer Angaben waren diese Formen der digitalen Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient allerdings bei den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland im Jahr 2022 ganz unterschiedlich ausgeprägt und insgesamt eher nur ansatzweise umgesetzt worden.

Immerhin haben rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten angeboten, zu medizinischen Fragen oder Anliegen per E-Mail oder über eine sichere Website zu kommunizieren (Abbildung 49). Folgerezepte online anzufordern (über E-Mail hinaus), hat hingegen nur knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten angeboten. Dieses Angebot war bei Hausarztpraxen in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern etwas öfter vorzufinden (39 %) als bei Hausarztpraxen in ländlichen Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern (27 %). Auch bei Praxen mit mehr als einem Hausarzt oder mehr als einer Hausärztin konnten Folgerezepte deutlich öfter (38 %) online angefordert werden als bei Einzelpraxen (19 %).

Abbildung 49: Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient bzw. Patientin (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: Bitte geben Sie an, welche der folgenden Möglichkeiten Ihre Praxis Ihren Patienten anbietet:
 Kommunikation mit Ihrer Praxis zu medizinischen Fragen oder Anliegen per E-Mail oder über eine sichere Website (n=944)
 Online-Terminvereinbarung (Anfragen per E-Mail sind nicht gemeint) (n=946)
 Folgerezepte online anfordern (Anfragen per E-Mail sind nicht gemeint) (n=944)
 Testergebnisse online einsehen (n=928)
 Patienten können ihre Krankenakte online einsehen (n=904)

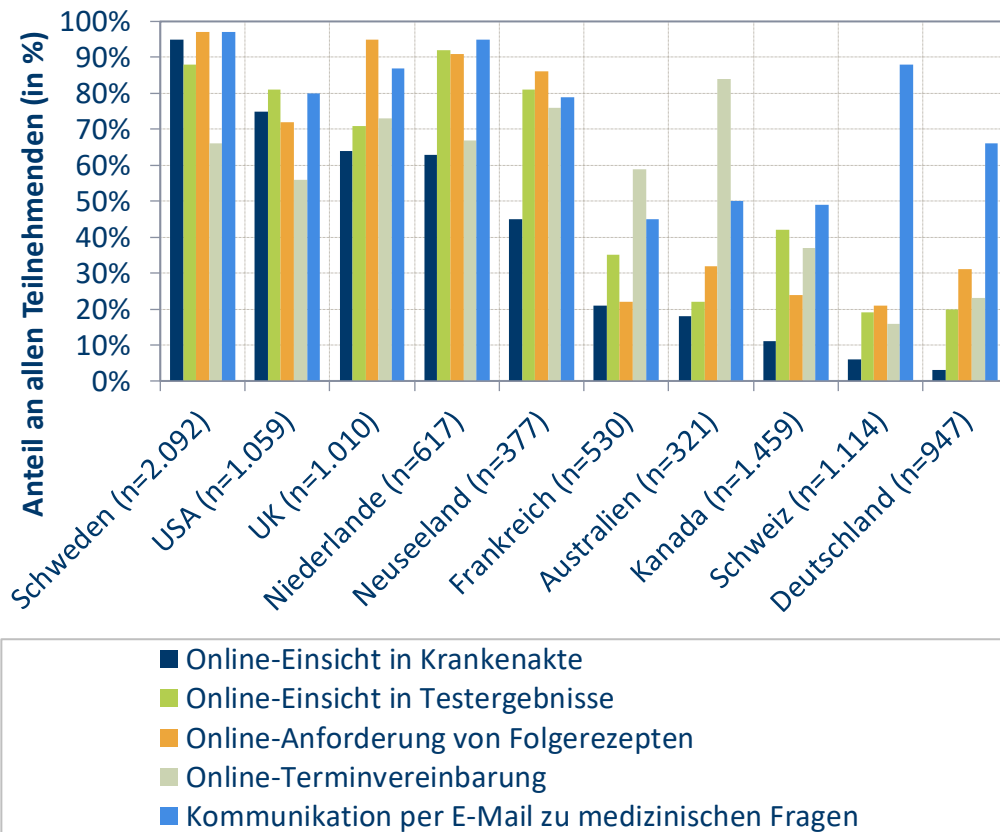
Zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte haben ihren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit angeboten, Termine online (über E-Mail hinaus) zu vereinbaren (23 %) und Testergebnisse online einzusehen (21 %). Bei Praxen mit mehr als einem Hausarzt oder mehr als einer Hausärztin gab es die Möglichkeit der Online-Terminvereinbarung öfter (27 %) als bei Einzelpraxen (17 %). Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von weniger als 50 Jahren haben ihren Patientinnen und Patienten deutlich öfter (31 %) eine Online-Einsicht in Testergebnisse ermöglicht als Hausärztinnen und Hausärzte im Alter von mehr als 60 Jahren (16 %). Eine Online-Einsicht in die eigene Krankenakte war nur bei 3 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte möglich.

Gegenüber dem Jahr 2019 hat sich der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihren Patientinnen und Patienten diese Möglichkeiten des digitalen Zugangs und Austauschs anbieten, erhöht. Boten vor drei Jahren noch etwa 60 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten eine Kommunikation zu medizinischen Fragen oder Anliegen per E-Mail oder über eine sichere Website an, traf dies im Jahr 2022 bereits auf 67 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte zu. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die eine Online-Terminvereinbarung (exkl. E-Mail) anbieten, ist von 15 Prozent auf 23 Prozent gestiegen. Folgerezepte online anzufordern, boten im Jahr 2019 noch 21 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an und in 2022 bereits 32 Prozent. Der kräftigste Anstieg zeigte sich beim Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die es ihren Patientinnen und Patienten ermöglichen, Testergebnisse online einzusehen (von 2 % auf 21 %). Online die eigene Krankenakte einsehen konnte man im Jahr 2019 noch bei so gut wie keinen Hausärztinnen und Hausärzten (<1 %), während dies im Jahr 2022 immerhin in Praxen von 3 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte angeboten wurde.

Im internationalen Vergleich schnitten die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland auch bei den Angeboten zur digitalen Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient bzw. Patientin eher schlecht ab. Allerdings landeten die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland dieses Mal nicht in Bezug auf alle Angebote auf dem letzten Platz. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die im Jahr 2022 eine Online-Einsicht in Krankenakten angeboten haben, ist in Deutschland im internationalen Vergleich am geringsten, und auch die Online-Einsicht in Testergebnisse boten in Deutschland, zusammen mit der Schweiz die wenigsten Hausärztinnen und Hausärzte an. Bei der Online-Terminvereinbarung erreichten die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland einen etwas größeren Anteil als die Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. Und bei der Möglichkeit, zu medizinischen Fragen mit der Praxis online (über E-Mail hinaus) zu kommunizieren, landeten die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland sogar im Mittelfeld im internationalen Vergleich. In Frankreich, Australien und Kanada fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die dies ihren Patientinnen und Patienten anbieten, geringer aus als in Deutschland (Abbildung 50).

Auch bei diesem internationalen Vergleich zeigt sich allerdings, dass die Digitalisierung in der hausärztlichen Versorgung vieler anderer Länder bereits deutlich weiter ausgeprägt ist als in Deutschland. In Neuseeland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, den USA und Schweden boten im Jahr 2022 anteilig wesentlich mehr Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten eine digitale Kommunikation an als in Deutschland. Alle genannten Möglichkeiten der digitalen Kommunikation – mit Einschränkungen bei der Online-Einsicht in die Krankenakte – wurden in diesen Ländern von mindestens der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte angeboten, oftmals von mehr als zwei Dritteln.

Abbildung 50: Digitale Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient bzw. Patientin im internationalen Vergleich (2022)



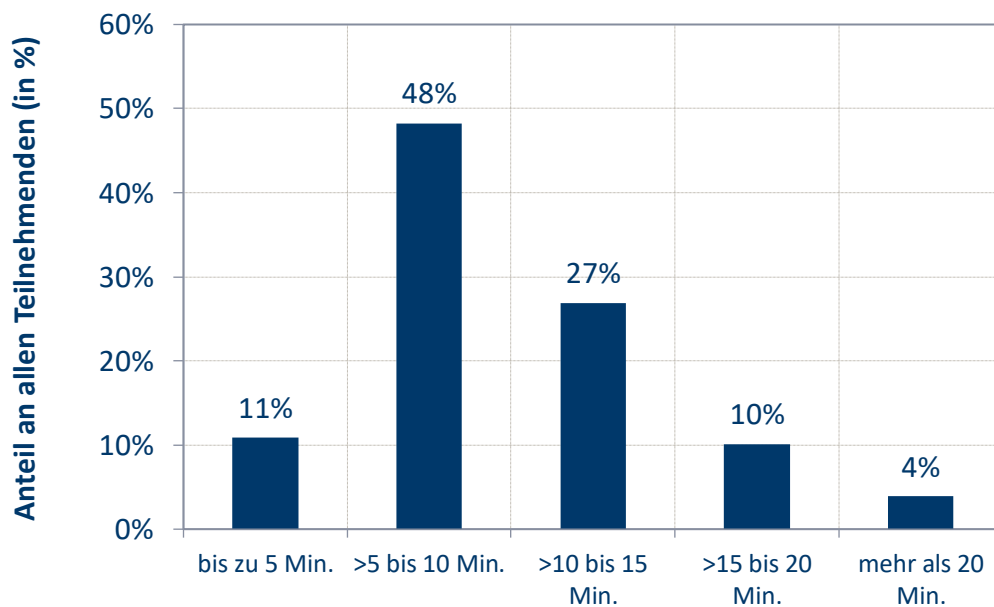
Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: Bitte geben Sie an, welche der folgenden Möglichkeiten Ihre Praxis Ihren Patienten anbietet:
 Kommunikation mit Ihrer Praxis zu medizinischen Fragen oder Anliegen per E-Mail oder über eine sichere Website
 Online-Terminvereinbarung (Anfragen per E-Mail sind nicht gemeint)
 Folgerezepte online anfordern (Anfragen per E-Mail sind nicht gemeint)
 Testergebnisse online einsehen
 Patienten können ihre Krankenakte online einsehen
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass ihre Praxis die jeweilige Möglichkeit den Patientinnen und Patienten anbietet.

4.6 Arbeitssituation im Praxisalltag

4.6.1 Behandlungszeit

Die Zeit, die die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland durchschnittlich (Median⁹) für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten aufgebracht haben, belief sich im Jahr 2022 auf 10 Min. pro Patient bzw. Patientin, wobei sich Unterschiede zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten zeigten. Knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte hat durchschnittlich mehr als 5 Min. und bis zu 10 Min. je Patient bzw. Patientin für die Behandlung aufgebracht (Abbildung 51).

Abbildung 51: Durchschnittliche Zeit für Behandlung von Patientinnen und Patienten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie viel Zeit verbringen Sie im Durchschnitt mit einer Patientin/einem Patienten während eines Routinebesuchs?* (n=926)
Die Minutenzahl wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten als exakter Wert angegeben. Die Angaben wurden anschließend für diese Darstellung kategorisiert.

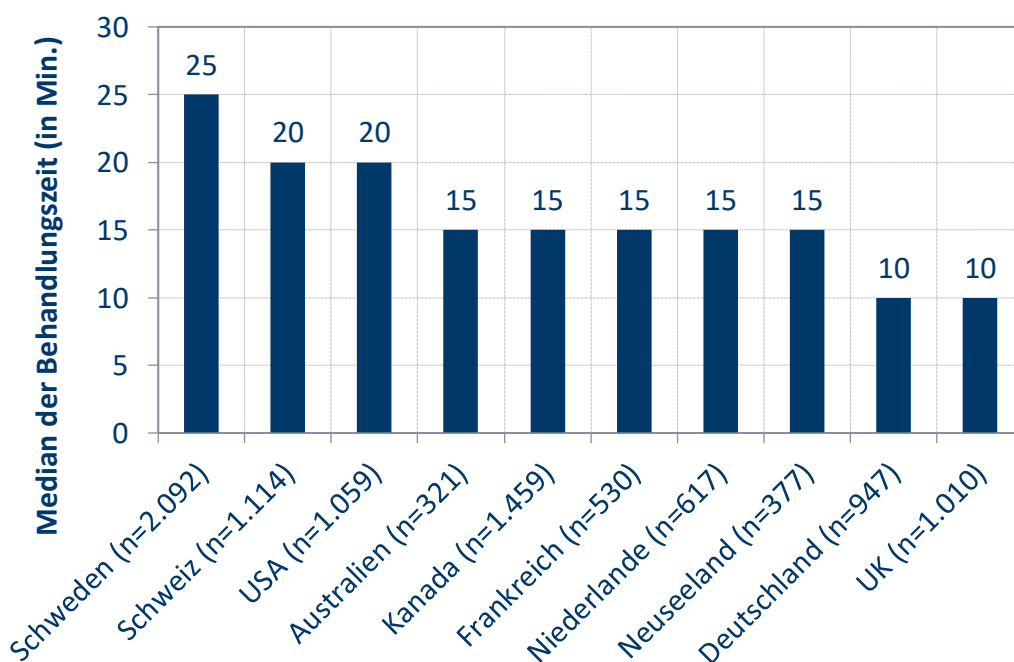
Rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte hat mehr als 10 Min. und bis zu 15 Min. für die Behandlung aufgebracht und rund ein Siebtel der Hausärztinnen und Hausärzte hatte eine durchschnittliche Behandlungszeit von mehr als 15 Min. Insgesamt haben rund 40 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte mehr als

⁹ 50 Prozent der Hausärzte gaben eine größere Minutenzahl bei der Behandlungszeit an und 50 Prozent eine niedrigere.

10 Min. pro Patient bzw. Patientin für die Behandlung im Rahmen eines Routinebesuchs aufgebracht. In der Gruppe der unter 50-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte fiel dieser Anteil mit 36 Prozent etwas geringer aus und in der Gruppe der über-50-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte mit 51 Prozent etwas größer. Auch haben Hausärztinnen und Hausärzte in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern häufiger eine durchschnittliche Behandlungszeit von mehr als 10 Min. (50 %) als Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern (31 %).

Der internationale Vergleich der Behandlungszeit zeigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in den meisten Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, im Durchschnitt 15 Minuten oder mehr je Patient bzw. Patientin bei einem Routinebesuch aufgebracht haben (Median). Damit fiel die durchschnittliche Behandlungszeit in diesen Ländern größer aus als in Deutschland (10 Min.). Nur im Vereinigten Königreich war die Behandlungszeit genauso kurz wie in Deutschland (Abbildung 52). Vergleichsweise lang fiel die Behandlungszeit in den USA und der Schweiz (jeweils 20 Min.) sowie in Schweden (25 Min.) aus.

Abbildung 52: Durchschnittliche Zeit für Behandlung von Patientinnen und Patienten im internationalen Vergleich (2022)

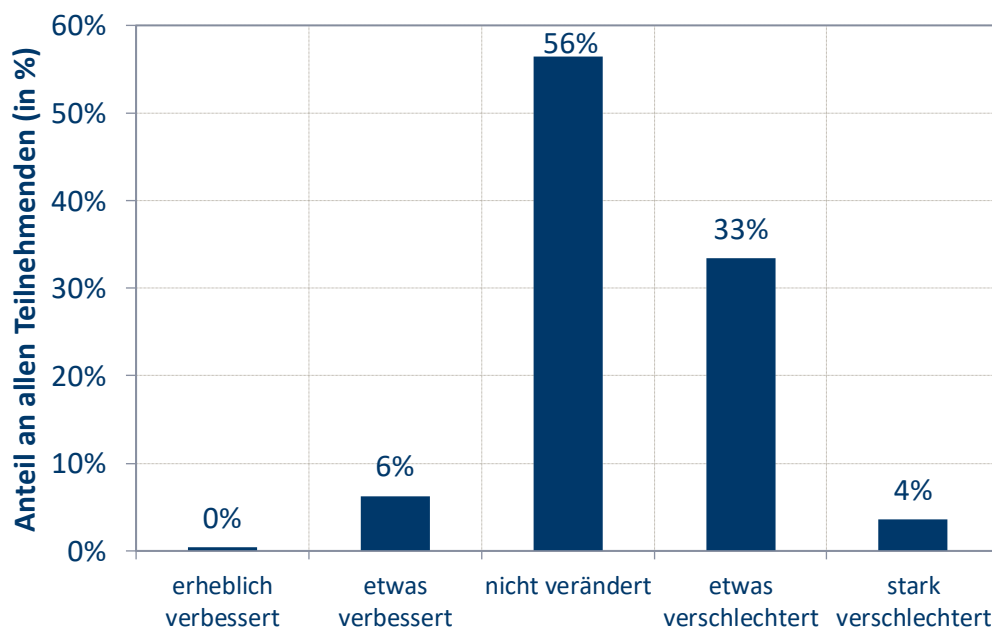


Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: *Wie viel Zeit verbringen Sie im Durchschnitt mit einer Patientin/einem Patienten während eines Routinebesuchs?*
 Median in Minuten: 50 % der Hausärztinnen und Hausärzte gaben eine größere Minutenzahl an und 50 % eine niedrigere.

4.6.2 Behandlungsqualität

In Bezug auf die Behandlungsqualität haben die Hausärztinnen und Hausärzte eine Einschätzung abgegeben, inwiefern sich durch die COVID-19-Pandemie die Qualität der Behandlung, die Sie Ihren Patientinnen und Patienten in Ihrer Praxis anbieten können, verändert hat. Etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte hat im Jahr 2022 angegeben, dass sich die Qualität ihrer Behandlung nicht verändert habe (Abbildung 53). Allerdings hat immerhin ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte die Einschätzung abgegeben, dass sich die Qualität ihrer Behandlung durch die Pandemie etwas verschlechtert hat, und 4 Prozent haben sogar eine „starke Verschlechterung“ angegeben. Jüngere Hausärztinnen und Hausärzte haben deutlich öfter eine Verschlechterung der Behandlungsqualität gesehen als ältere. Während unter den über-60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzten nur ein Viertel ihre Behandlungsqualität durch die Pandemie etwas oder stark verschlechtert sah, traf dies unter den unter-50-jährigen Hausärztinnen und Hausärzten auf knapp die Hälfte zu.

Abbildung 53: Veränderung der Behandlungsqualität der eigenen Patientinnen und Patienten seit Beginn der COVID-19-Pandemie (2022)



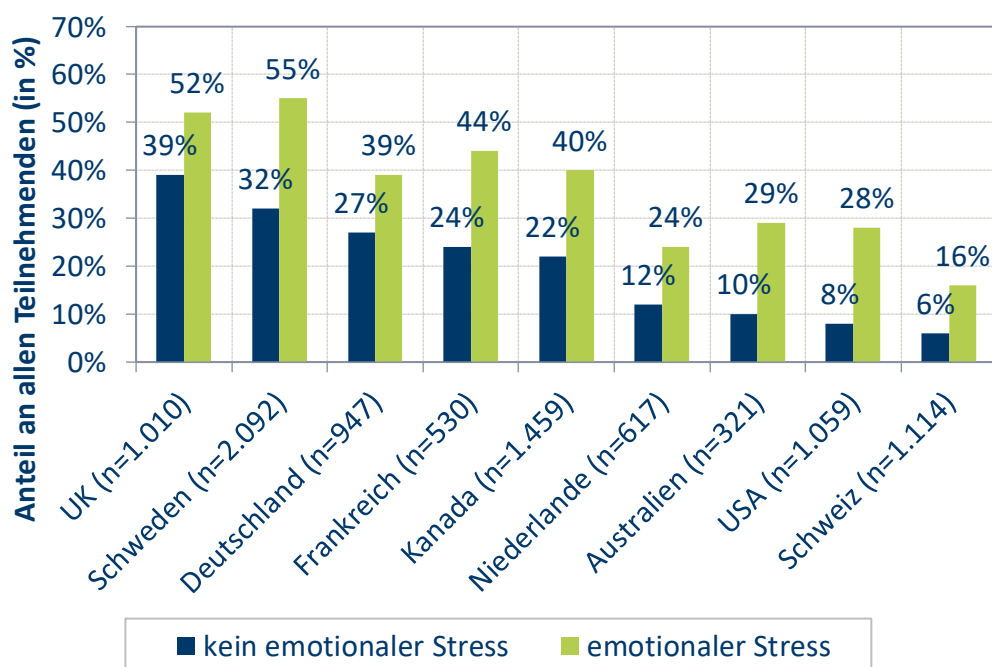
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie hat sich die Qualität der Behandlung, die Sie Ihren Patientinnen/Patienten in Ihrer Praxis anbieten können...?*
 n=945

Dabei zeigen sich Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens von emotionalem Stress wie Angst, großer Traurigkeit, Wut oder Gefühle der Hoffnungslosigkeit bei den Hausärztinnen und Hausärzten. Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, seit

Beginn der COVID-19-Pandemie emotionalen Stress empfunden zu haben, sahen zu 39 Prozent eine Verschlechterung ihrer Behandlungsqualität, während Hausärztinnen und Hausärzte, die keinen emotionalen Stress empfunden haben, nur zu 27 Prozent dahingehend eine Verschlechterung sahen.

Ähnliche Unterschiede in der Einschätzung der Hausärztinnen und Hausärzte zur Veränderung der Qualität ihrer Behandlung nach Vorliegen von emotionalem Stress zeigen sich im internationalen Vergleich. In allen betrachteten Ländern sahen Hausärztinnen und Hausärzte, die emotionalen Stress während der Pandemie empfunden haben, öfter durch diese eine Verschlechterung ihrer Behandlungsqualität als Hausärztinnen und Hausärzte, die keinen emotionalen Stress empfunden haben (Abbildung 54).

Abbildung 54: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit verschlechterter Behandlungsqualität der eigenen Patientinnen und Patienten seit Beginn der COVID-19-Pandemie nach Vorliegen von emotionalem Stress im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

Anmerkung: *Im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie hat sich die Qualität der Behandlung, die Sie Ihren Patientinnen/Patienten in Ihrer Praxis anbieten können:...*?
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, die Behandlungsqualität der eigenen Patientinnen und Patienten habe sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie „etwas“ oder „stark“ verschlechtert.
 Für Neuseeland konnten die Angaben aufgrund einer geringen Fallzahl nicht ausgewertet werden.

Die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland lagen hinsichtlich ihrer Einschätzung zu einer Verschlechterung ihrer Behandlungsqualität im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Unter den Hausärztinnen und Hausärzten, die emotionalen Stress während der Pandemie empfunden haben, sah in Kanada, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Schweden ein größerer Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte eine Verschlechterung ihrer Behandlungsqualität. Unter den Hausärztinnen und Hausärzten, die keinen emotionalen Stress empfunden haben, fiel dieser Anteil nur in Schweden und dem Vereinigten Königreich größer aus als in Deutschland.

4.6.3 Administration

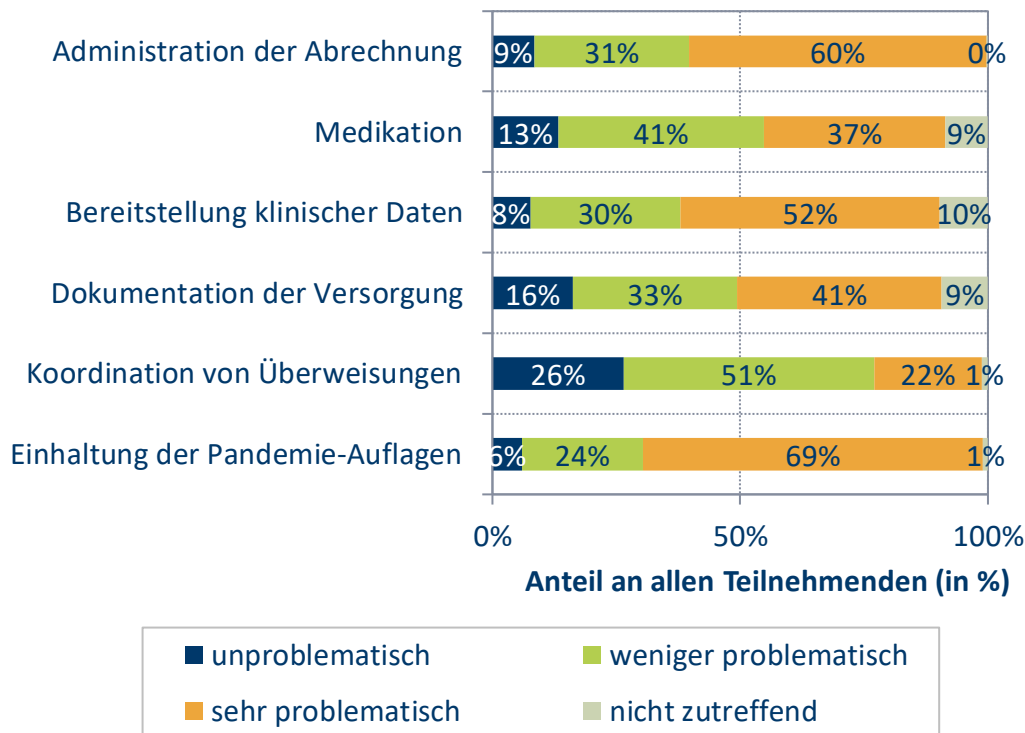
Die Hausärztinnen und Hausärzte müssen über die Behandlungszeit hinaus auch Zeit für administrative Tätigkeiten in ihrem Praxisalltag vorsehen. Darunter fallen zum Beispiel die Administration der Abrechnung, die Dokumentation der Versorgung, die Koordination von Überweisungen, die Bereitstellung klinischer Daten oder Daten zur Qualitätsmessung an öffentliche Stellen oder andere externe Einrichtungen wie z. B. Krankenkassen, die Medikation bei eingeschränktem Versicherungsschutz und die Einhaltung von Auflagen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.

Generell empfanden die Hausärztinnen und Hausärzte den Zeitaufwand, den sie mit diesen administrativen Tätigkeiten haben, oft als sehr problematisch (Abbildung 55). Etwas mehr als zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte empfanden im Jahr 2022 den Zeitaufwand für die Einhaltung von Auflagen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie als sehr problematisch und nur etwas weniger als zwei Drittel den Zeitaufwand für die Administration der Abrechnung. Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass der Zeitaufwand im Zusammenhang mit der Bereitstellung klinischer Daten für sie sehr problematisch sei. Etwas weniger problematisch sahen die Hausärztinnen und Hausärzte den Zeitaufwand für die Dokumentation der Versorgung und die Medikation bei eingeschränktem Versicherungsschutz. Vergleichsweise unproblematisch ist offenbar der Zeitaufwand für die Koordination von Überweisungen, der nur von rund einem Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte als sehr problematisch empfunden wurde.

Die Einschätzung des Zeitaufwands für diese Tätigkeiten durch die Hausärztinnen und Hausärzte hat sich in den vergangenen Jahren verändert. So zeigte sich beispielsweise eine Zunahme bei dem Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die den Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten bei der Abrechnung als „sehr problematisch“ einschätzten, von etwa 52 Prozent in den Jahren 2012, 2015 und 2019 auf zuletzt 60 Prozent im Jahr 2022 (ohne Abbildung). Deutlich angestiegen ist auch der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die den Zeitaufwand für die Bereitstellung bzw. Meldung von klinischen Daten als „sehr problematisch“ einschätzten, und zwar von 23 Prozent im Jahr 2015 auf 44 Prozent im Jahr 2019 und zuletzt 52 Prozent im Jahr 2022. Hingegen zeigte sich ein leichter Rückgang beim

entsprechenden Anteil in Bezug auf Zeitaufwand für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der benötigten Medikation oder Behandlung, wenn nur ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht, von 44 Prozent im Jahr 2019 auf 37 Prozent im Jahr 2022.

Abbildung 55: Einschätzung des Zeitaufwands administrativer Tätigkeiten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie problematisch ist aus Ihrer Sicht der Zeitaufwand, den Sie für folgende Tätigkeiten haben?*
Administrative Tätigkeiten bei der Abrechnung (n=945)
Versorgung von Patienten mit der benötigten Medikation oder Behandlung, wenn nur ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht (n=944)
Bereitstellung/Meldung von klinischen Daten oder Daten zur Qualitätsmessung an öffentliche Stellen oder andere externe Einrichtungen (n=937)
Dokumentation der Versorgung von Patienten/Patientinnen, einschl. ärztlicher Vermerke und Aktualisierungen der elektronischen Patientenakten (n=905)
Koordination von Überweisungen an Fachärztinnen/Fachärzte (n=892)
Einhaltung der sich ändernden COVID-19-Vorgaben und damit verbundenen Auflagen (n=850)

4.6.4 Datenanalyse

Das Personal der Hausarztpraxen analysiert grundsätzlich Daten zu diversen Aspekten der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Darunter fallen insbesondere Daten zum Gesundheitszustand ihres Patientenbestands insgesamt (zum Beispiel der Anteil der Diabetiker oder Asthmatiker am Patientenbestand), die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen oder die Inanspruchnahme der Notaufnahme durch die eigenen Patientinnen und Patienten, die Verschreibungspraxis (beispielsweise Verwendung von Generika, Antibiotika oder Opioiden), Ergebnisse von Umfragen zur Zufriedenheit und den Erfahrungen Ihrer Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung (sogenannte Patient Reported Experience Measures; PREMs) sowie Daten zu patientenberichteten Behandlungsergebnissen (sogenannte Patient Reported Outcome Measures; PROMs).

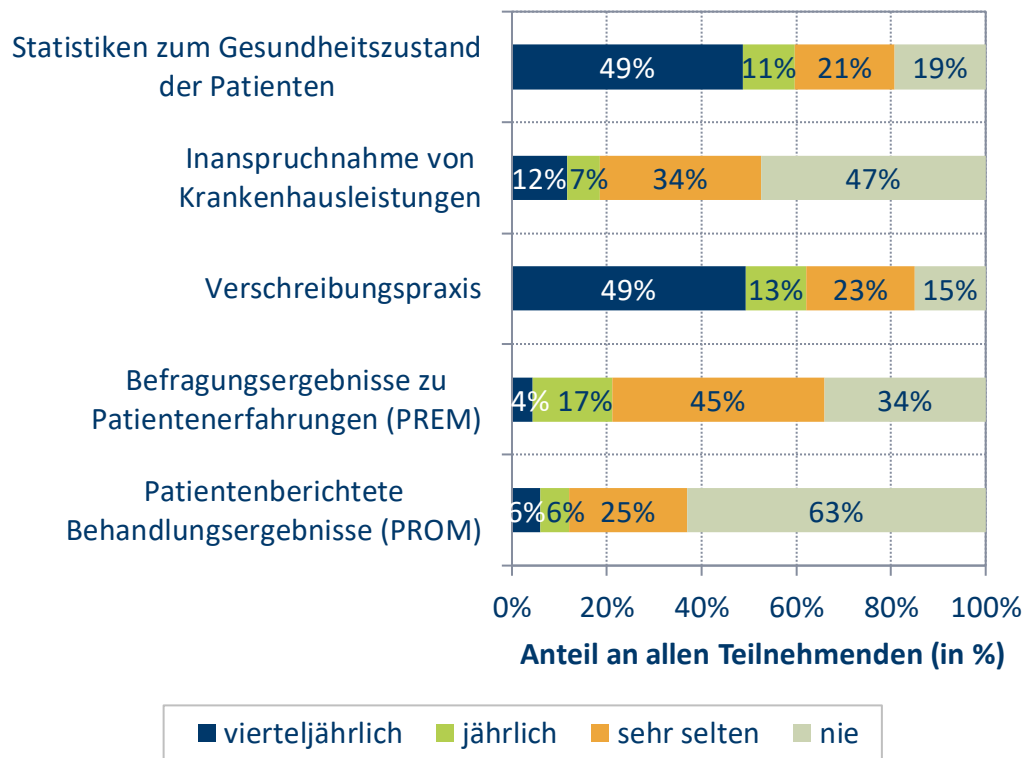
Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Hausarztpraxen und vor allem auch zwischen den Inhalten hinsichtlich der Regelmäßigkeit, mit der solche Daten analysiert werden. In vergleichsweise hoher Regelmäßigkeit analysieren die Hausärztinnen und Hausärzte bzw. das Personal ihrer Praxen Daten zum Gesundheitszustand ihres Patientenbestands insgesamt und Daten zur Verschreibungspraxis. Zu den anderen genannten Aspekten der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erfolgt hingegen die Analyse offenbar in deutlich geringerer Regelmäßigkeit.

Knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, vierteljährlich Daten zum Gesundheitszustand ihres Patientenbestands insgesamt und ebenfalls vierteljährlich Daten zur Verschreibungspraxis zu analysieren (Abbildung 56). Weitere rund 10 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sahen sich solche Daten immerhin jährlich an. Hingegen wurden Befragungsergebnisse zu Patientenerfahrungen (PREM) von knapp der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte sehr selten herangezogen, von einem weiteren Drittel sogar nie. Ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, Daten zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch ihre Patientinnen und Patienten nur sehr selten zu betrachten, knapp die Hälfte schaute sich solche Daten nie an. Ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte analysierte sehr selten patientenberichtete Behandlungsergebnisse (PROM), knapp zwei Drittel sogar überhaupt nicht.

Im Vergleich zum Jahr 2019 hat sich der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die sich entsprechende Versorgungsdaten zumindest vierteljährlich oder jährlich ansehen, verändert. Eine Zunahme zeigte sich bei Daten zum Gesundheitszustand des Patientenbestands insgesamt (von 57 % im Jahr 2019 auf 60 % im Jahr 2022), bei Umfragen zur Zufriedenheit und den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung (PREM) (von 13 % auf 21 %) sowie bei der Betrachtung patientenberichteter Behandlungsergebnisse (PROM) (von 10 % auf 12 %). Hingegen gab es einen Rückgang beim Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die sich vierteljährlich oder jährlich Daten zur Anzahl der Krankenhauseinweisungen oder der Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch ihre Patientinnen und Patienten ansehen (von 27 % auf 19 %), sowie beim Anteil der

Hausärztinnen und Hausärzte, die sich vierteljährlich oder jährlich Daten zur Verschreibungspraxis ansehen (von 73 % auf 62 %).

Abbildung 56: Regelmäßigkeit der Analyse von Versorgungsdaten durch die Arztpraxis (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten

Anmerkung: *Wie oft analysiert Ihre Praxis Daten zu den folgenden Aspekten der Versorgung Ihrer Patienten?*

Klinische Daten (z.B. Prozentanteil der Diabeterinnen/Diabetiker oder Asthmatikerinnen/Asthmatiker mit guter Kontrolle) (n=942)

Anzahl der Krankenhauseinweisungen oder Inanspruchnahme der Notaufnahme durch die Patienten (n=940)

Verschreibungspraxis (z.B. Verwendung von Generika, Antibiotika oder Opioiden) (n=940)

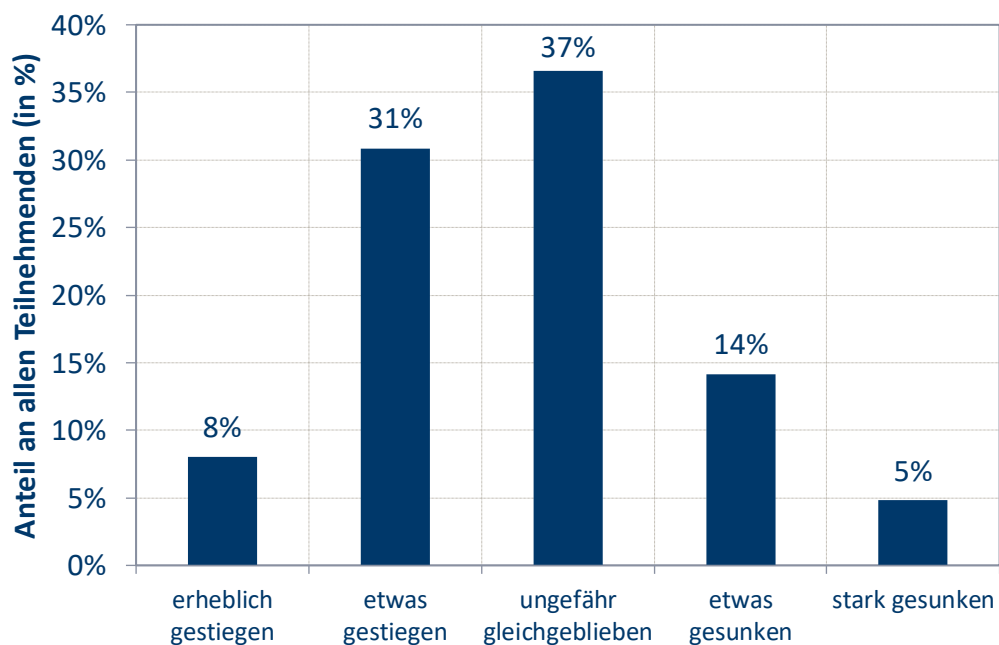
Umfragen zur Zufriedenheit und den Erfahrungen Ihrer Patienten mit der Gesundheitsversorgung (n=928)

Betrachtung patientenberichteter Behandlungsergebnisse (Patient Reported Outcome Measures; PROMs) (n=907)

4.6.5 Veränderung durch Pandemie

Im Zuge der COVID-19-Pandemie haben sich die Einnahmen der Hausärztinnen und Hausärzte aus ihrem Praxisbetrieb verändert. Von diesen Veränderungen waren die Hausärztinnen und Hausärzte allerdings offenbar in unterschiedlichem Maße betroffen. Etwas mehr als ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, dass ihre Praxiseinnahmen seit Pandemiebeginn ungefähr gleichgeblieben sind (Abbildung 57).

Abbildung 57: Veränderung der Praxiseinnahmen seit der COVID-19-Pandemie (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie: Sind die Praxiseinnahmen...?*
n=945

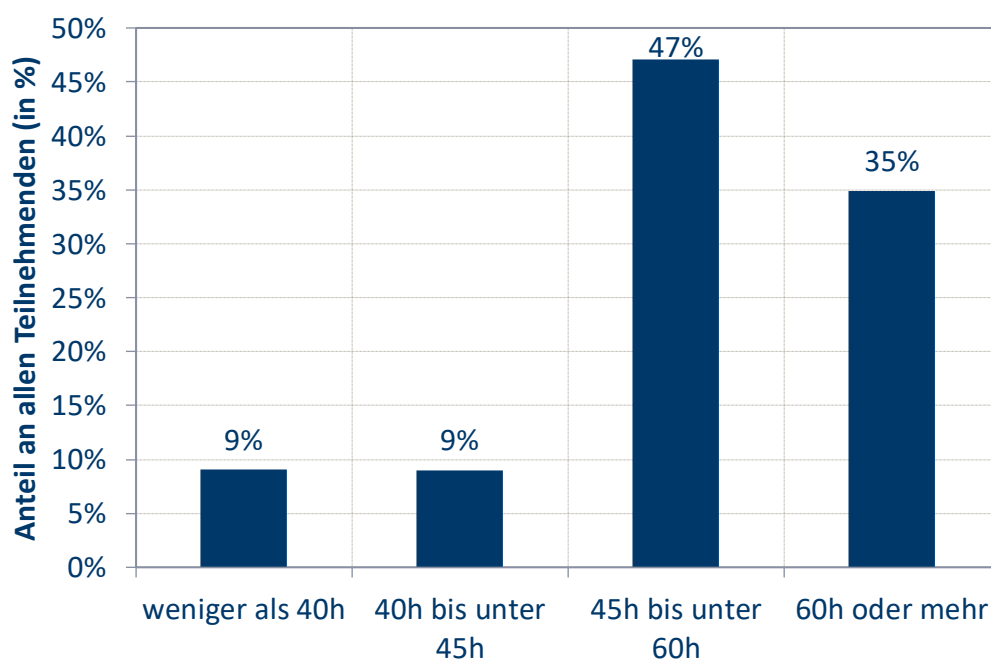
Auf der einen Seite berichtete knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte von etwas gestiegenen Einnahmen und etwa jeder zwölfte Hausarzt von erheblich gestiegenen Einnahmen. Auf der anderen Seite gaben 14 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an, dass ihre Praxiseinnahmen etwas gesunken seien, und bei 5 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sind die Einnahmen seit Pandemiebeginn sogar stark gesunken.

4.7 Arbeitsbelastung

4.7.1 Arbeitszeit

Die Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland bewegt sich weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Rund 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, im Jahr 2022 normalerweise 40 Stunden oder mehr pro Woche gearbeitet zu haben (Abbildung 58).

Abbildung 58: Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte (2022)



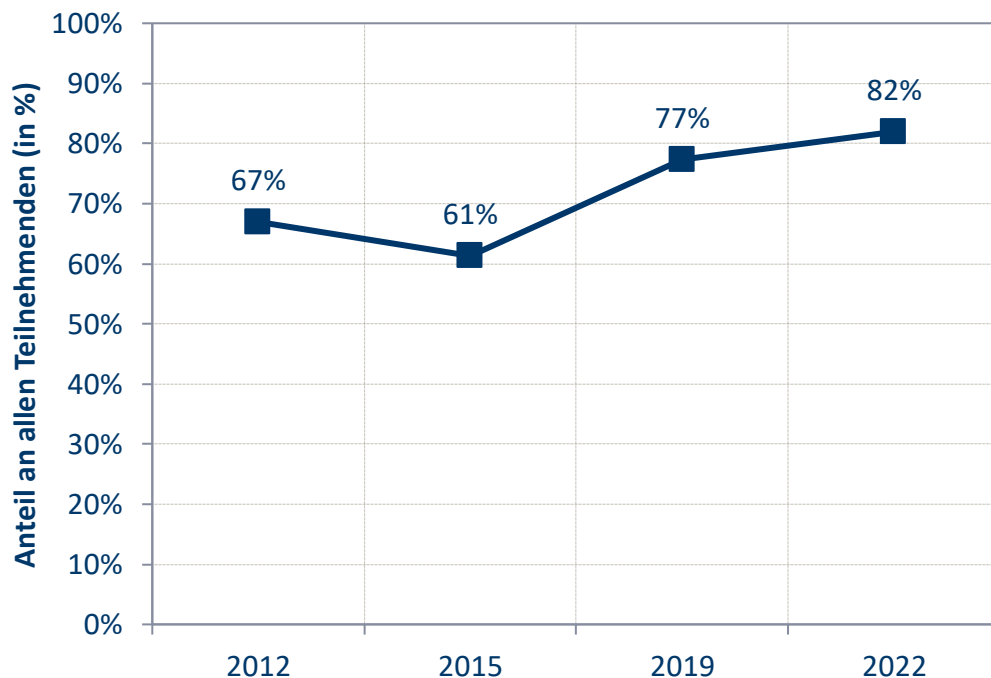
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: Wenn Sie an Ihre gesamte Tätigkeit als Ärztin/Arzt denken, wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise?
Die Wochenstundenzahl wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten als exakter Wert angegeben. Die Angaben wurden anschließend für diese Darstellung kategorisiert.
n=943

Darunter hat knapp ein Zehntel der Hausärztinnen und Hausärzte normalerweise zwischen 40 und 45 Wochenstunden gearbeitet, knapp die Hälfte zwischen 45 und 60 Wochenstunden, und rund ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte hat sogar 60 Wochenstunden oder mehr gearbeitet. Mehr als drei Viertel (82 %) der Hausärztinnen und Hausärzte haben damit 45 Wochenstunden oder mehr gearbeitet. Nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Region ihres Praxisstandorts zeigten sich bei der Wochenarbeitszeit keine Unterschiede in relevanter Größenordnung, allerdings nach der Praxisgröße. Hausärztinnen und Haus-

ärzte in Einzelpraxen arbeiteten öfter mehr als 60 Wochenstunden (23 %) als Hausärztinnen und Hausärzte in Praxen mit mehr als einem Arzt bzw. mehr als einer Ärztin (13 %).

In den vergangenen Jahren hat der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die normalerweise 45 Stunden oder mehr pro Woche arbeiten, zugenommen. Zunächst zeigte sich ein Rückgang von 67 Prozent auf 61 Prozent zwischen den Jahren 2012 und 2015 (Abbildung 59). Im Jahr 2019 hat sich der Anteil dann auf 77 Prozent kräftig erhöht, und im Jahr 2022 folgte ein weiterer Anstieg auf 82 Prozent.

Abbildung 59: Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte (2012, 2015, 2019, 2022)



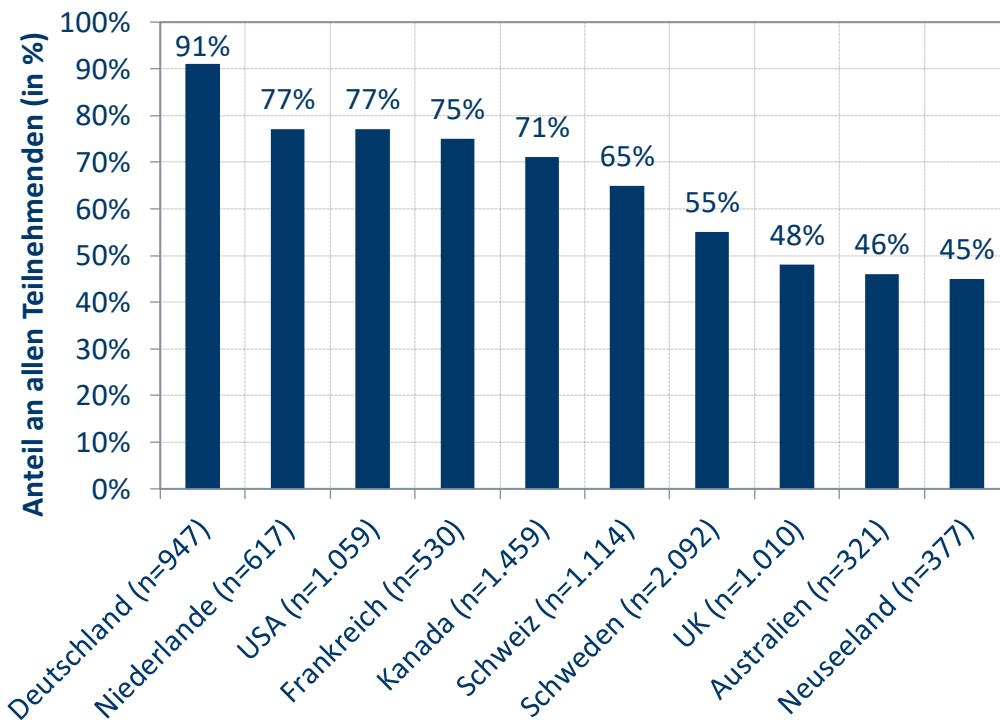
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pahud (2019)

Anmerkung: *Wenn Sie an Ihre gesamte Tätigkeit als Ärztin/Arzt denken, wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise?*
Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie normalerweise 45 Stunden oder mehr pro Woche arbeiten.

Der internationale Vergleich der Arbeitszeit offenbart, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit Abstand am öftesten eine vergleichsweise große Zahl an Stunden pro Woche arbeiten. In den anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, bewegte sich im Jahr 2022 der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die normalerweise 40 Std. oder mehr pro Woche arbeiten, zwischen knapp der Hälfte und rund drei Vierteln. In Deutschland hingegen

gaben rund 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte eine Wochenarbeitszeit von 40 oder mehr Stunden an (Abbildung 60).

Abbildung 60: Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)
 Anmerkung: Wenn Sie an Ihre gesamte Tätigkeit als Ärztin/Arzt denken, wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise?
 Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sie 40 Std. oder mehr pro Woche arbeiten.

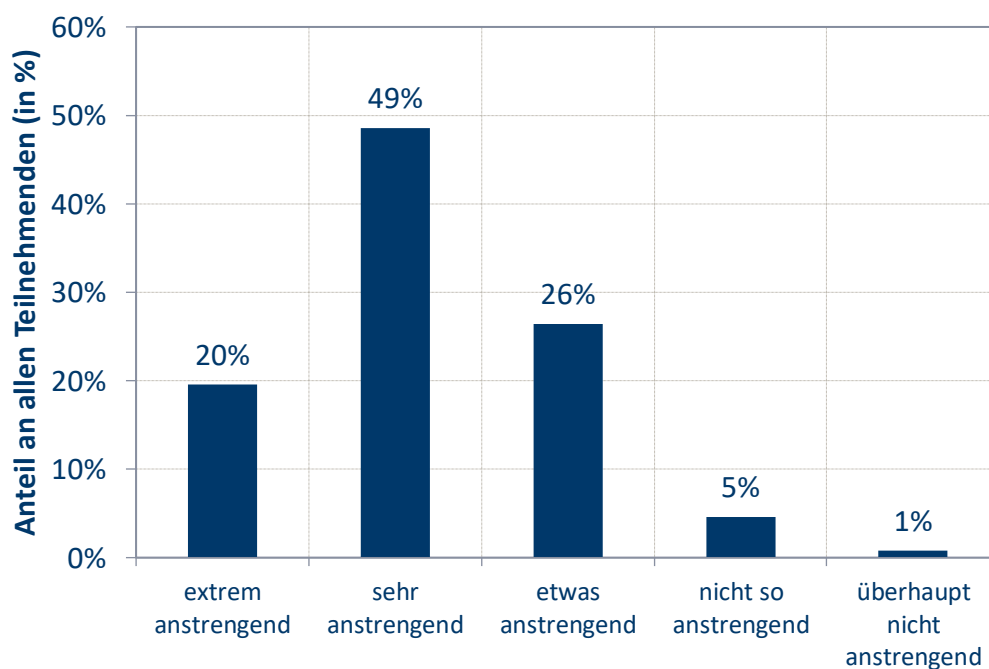
Vergleichsweise gering fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit 40 oder mehr Wochenstunden in Neuseeland, Australien und dem Vereinigten Königreich aus, wo nur knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte 40 Std. oder mehr pro Woche arbeiteten. Nach Deutschland die höchsten Anteile mit einer solchen Wochenarbeitszeit zeigen sich in den Niederlanden, in den USA und in Frankreich (jeweils rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte). Im Mittelfeld des internationalen Vergleichs der Arbeitszeit landeten die Hausärztinnen und Hausärzte in Schweden, in der Schweiz und in Kanada, wo jeweils zwischen etwas mehr als der Hälfte und knapp drei Vierteln der Hausärztinnen und Hausärzte eine normale Wochenarbeitszeit von 40 Std. oder mehr berichteten.

4.7.2 Empfundene Arbeitsbelastung

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben sich im Rahmen der Befragung zum IHP-Survey auch dazu geäußert, wie anstrengend sie ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. ihre Praxistätigkeit empfinden. Dabei zeigt sich, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Tätigkeit zu einem beträchtlichen Teil als anstrengend empfinden.

Knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. ihre Praxistätigkeit als sehr anstrengend zu empfinden (Abbildung 61). Ein weiteres Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte empfand die Tätigkeit als etwas anstrengend und ein Fünftel sogar als extrem anstrengend. Weniger als ein Zehntel der Hausärztinnen und Hausärzte empfand ihre Tätigkeit als nicht so anstrengend oder überhaupt nicht anstrengend. Dabei zeigen sich Unterschiede nach der Praxisgröße. Hausärztinnen und Hausärzte in Einzelpraxis empfanden ihre Tätigkeit öfter als extrem anstrengend (24 %) als Hausärztinnen und Hausärzte in Praxen mit mehr als einem Arzt bzw. mehr als einer Ärztin (17 %).

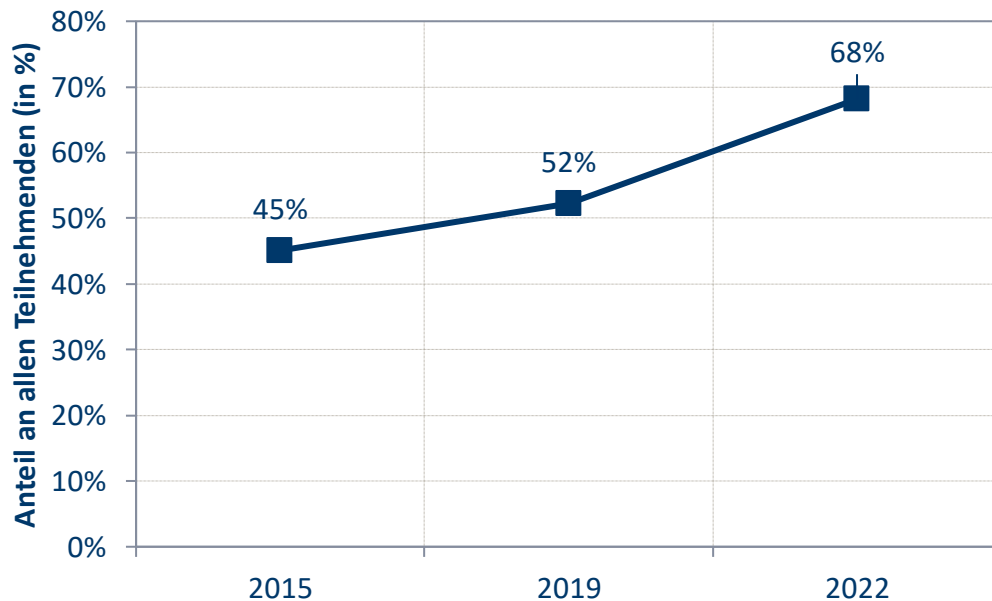
Abbildung 61: Arbeitsbelastung durch hausärztliche Tätigkeit (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie anstrengend empfinden Sie Ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. Ihre Praxistätigkeit?* (n=946)

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit als sehr anstrengend oder extrem anstrengend empfanden, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Im Jahr 2015 traf dies noch auf knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte zu (45 %) (Abbildung 62).

Abbildung 62: Arbeitsbelastung durch hausärztliche Tätigkeit (2015, 2019, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pahl (2019)

Anmerkung: *Wie anstrengend empfinden Sie Ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. Ihre Praxis-Tätigkeit?*

Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, die Arbeitsbelastung als „extrem anstrengend“ oder „sehr anstrengend“ zu empfinden.

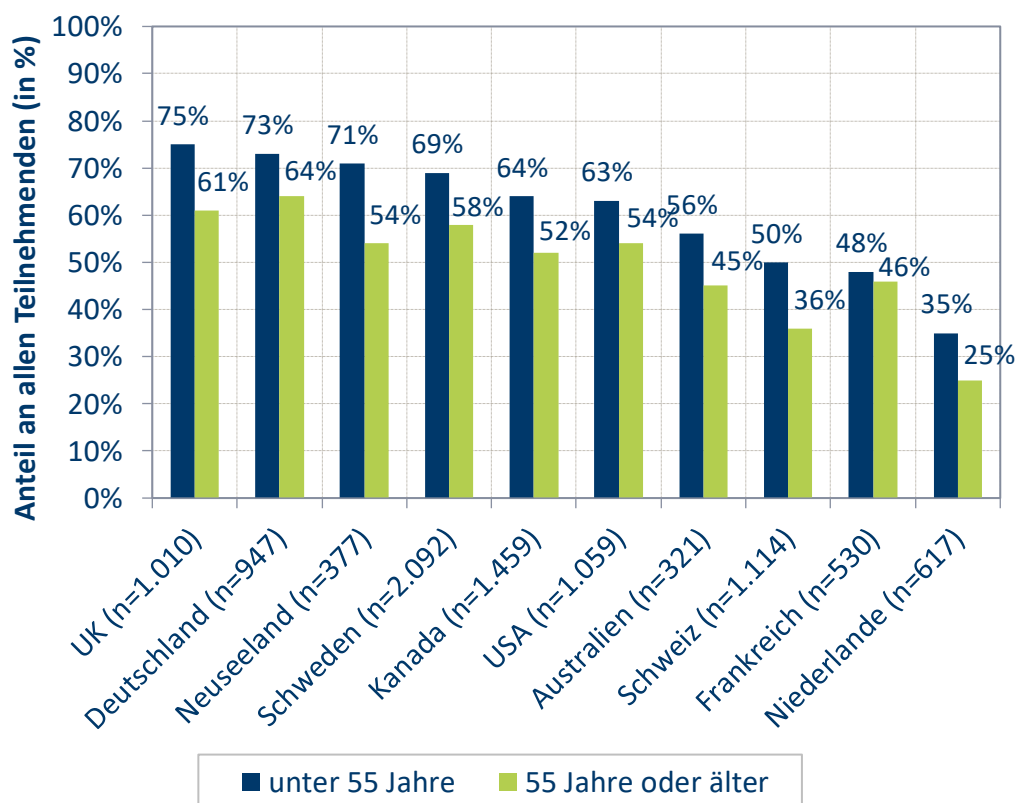
Im Jahr 2019 waren es bereits etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte (52 %), und im Jahr 2022 empfanden mehr als zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte (68 %) ihre ärztliche Tätigkeit als sehr anstrengend oder extrem anstrengend.

Im internationalen Vergleich bewegten sich die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit dieser Empfindung im oberen Drittel der Länder, mit den höchsten Anteilen an Hausärztinnen und Hausärzten, die ihre Tätigkeit als anstrengend empfanden. Ähnlich oft traf dies auf die Hausärztinnen und Hausärzte im Vereinigten Königreich, in Neuseeland und in Schweden zu.

Die Differenzierung der Empfindung einer anstrengenden Tätigkeit nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte offenbart weitere Unterschiede zwischen den Ländern. In allen Ländern empfanden jüngere Hausärztinnen und Hausärzte ihre Tätigkeit öfter anstrengend als ältere. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte

im Alter von 55 Jahren oder älter, die ihre Tätigkeit als sehr oder extrem anstrengend empfanden, bewegte sich in den Ländern zwischen 25 Prozent in den Niederlanden und 64 Prozent in Deutschland. In der Altersgruppe „55 Jahre oder älter“ hingegen fiel dieser Anteil größer aus und lag zwischen 35 Prozent in den Niederlanden und 75 Prozent im Vereinigten Königreich (Abbildung 63).

Abbildung 63: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre hausärztliche Tätigkeit als anstrengend empfinden, nach Alter im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

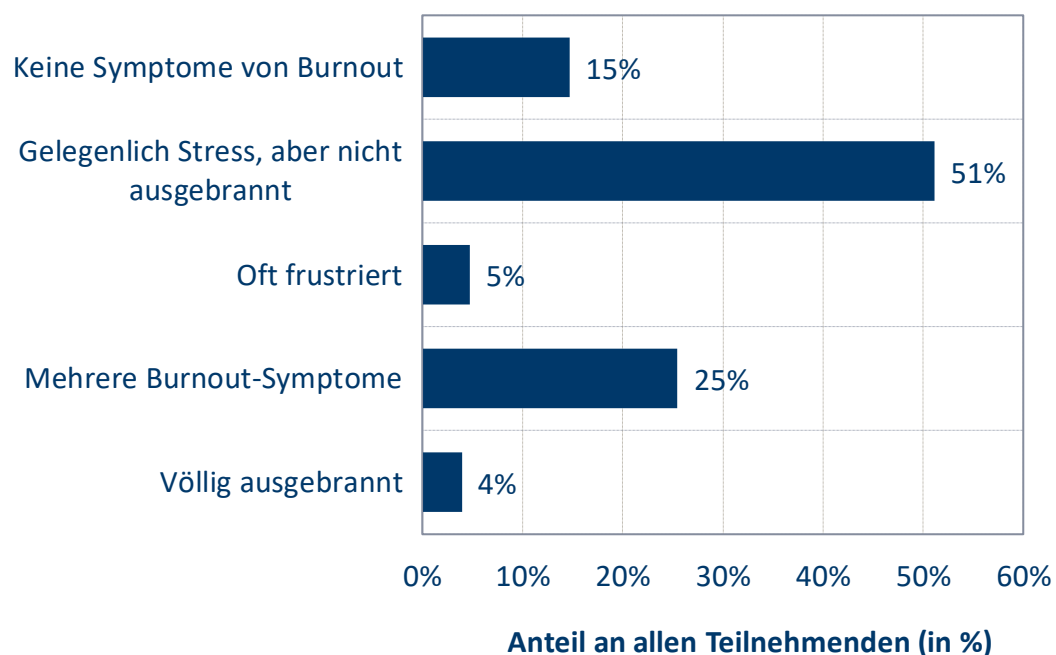
Anmerkung: *Wie anstrengend empfinden Sie Ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. Ihre Praxis-Tätigkeit?*

Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, ihre hausärztliche Tätigkeit sei „sehr anstrengend“ oder „extrem anstrengend“.

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben im Rahmen des IHP-Surveys 2022 des Weiteren eine Schätzung abgegeben, inwieweit die eigene ärztliche Tätigkeit sie so sehr belastet, dass sie Symptome eines „Burnouts“ bei sich selbst beobachten.

Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland kam dahingehend zu der Einschätzung, dass sie gelegentlich gestresst sind, aber sich nicht „ausgebrannt“ fühlen (Abbildung 64). Allerdings hat ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte angegeben, mehrere Burnout-Symptome bei sich beobachtet zu haben, 5 Prozent sind „oft frustriert“ und 4 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte hat sich als „völlig ausgebrannt“ bezeichnet. Damit wies im Jahr 2022 rund ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte Burnout-Symptome in unterschiedlich starker Ausprägung auf. Lediglich 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte kamen zu der Einschätzung, selbst keine Symptome von Burnout aufzuweisen.

Abbildung 64: Einschätzung zum Vorliegen eines eigenen Burnouts (2022)



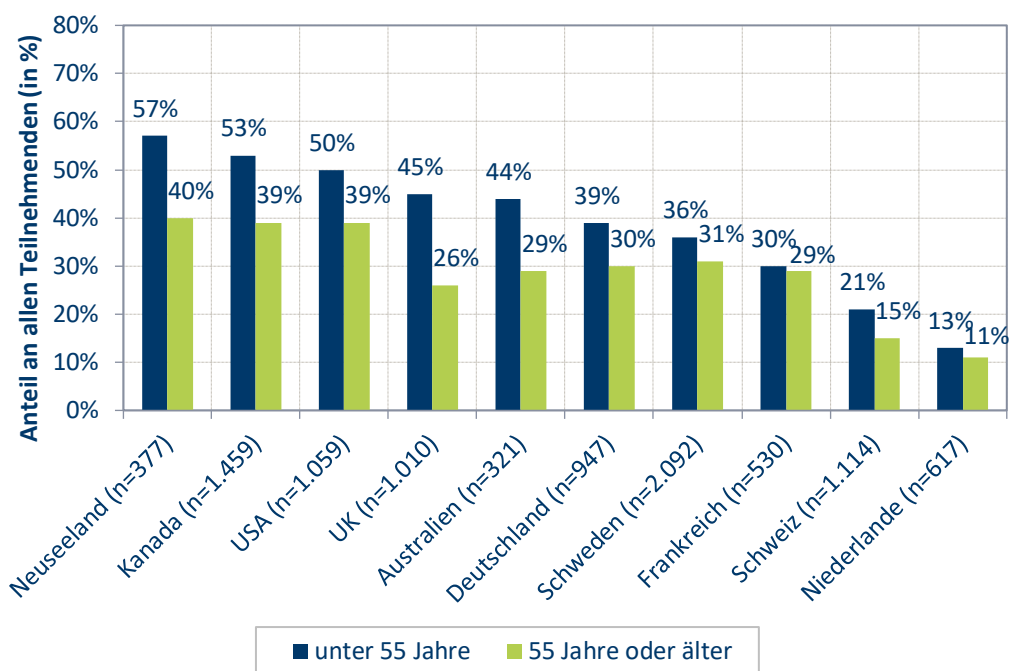
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie würden Sie insgesamt, basierend auf Ihrer Definition von Burnout, Ihr derzeitiges Burnout-Niveau einschätzen?*
Ich fühle mich völlig ausgebrannt und frage mich oft, ob ich weitermachen kann.
Ich bin definitiv ausgebrannt und leide an einem oder mehreren Burnout-Symptomen.
Die Burnout-Symptome, unter denen ich leide, lassen nicht nach. Ich bin oft bei der Arbeit frustriert.
Gelegentlich stehe ich unter Stress, aber ich fühle mich nicht ausgebrannt.
Ich habe Spaß an meiner Arbeit. Ich habe keine Symptome von Burnout.
 n=944

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland hinsichtlich der Verbreitung von Burnout-Symptomen im Mittelfeld

lagen. In einigen Ländern hat ein mitunter deutlich größerer Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte als in Deutschland (34 %) angegeben, Burnout-Symptome aufzuweisen. Am öftesten berichteten Hausärztinnen und Hausärzte in Neuseeland, Kanada und den USA von eigenen Burnout-Symptomen.

Die weitere Differenzierung des Vorkommens von Burnout-Symptomen bei den Hausärztinnen und Hausärzten nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte offenbart weitere Unterschiede zwischen den Ländern. In allen Ländern berichteten jüngere Hausärztinnen und Hausärzte öfter von Burnout-Symptomen als ältere. In der Altersgruppe „55 Jahre oder älter“ lag der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit Burnout-Symptomen zwischen 11 Prozent in den Niederlanden und 40 Prozent in Neuseeland. In der Altersgruppe „unter 55 Jahre“ hingegen wiesen zwischen 13 Prozent in den Niederlanden und immerhin 57 Prozent in Neuseeland Burnout-Symptome auf (Abbildung 65).

Abbildung 65: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit Symptomen eines Burnouts nach Alter im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

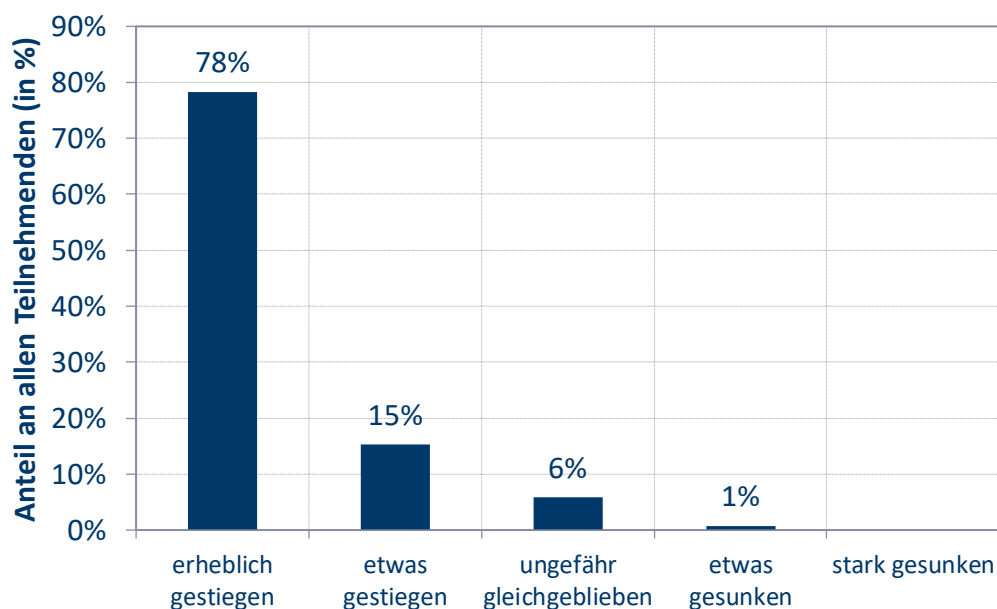
Anmerkung: *Wie würden Sie insgesamt, basierend auf Ihrer Definition von Burnout, Ihr derzeitiges Burnout-Niveau einschätzen?*
 Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in eine der folgenden Kategorien einordneten:
Ich fühle mich völlig ausgebrannt und frage mich oft, ob ich weitermachen kann.
Ich bin definitiv ausgebrannt und leide an einem oder mehreren Burnout-Symptomen.
Die Burnout-Symptome, unter denen ich leide, lassen nicht nach. Ich bin oft bei der Arbeit frustriert.

4.7.3 Veränderung durch Pandemie

Die Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte hat sich im Zuge der COVID-19-Pandemie erheblich verändert. Auch dazu haben die Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen des IHP-Surveys 2022 eine Einschätzung abgegeben. Bereits die Darstellung der Entwicklung der Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte über den Verlauf der letzten Jahre (vgl. Abbildung 62) mit einem vor allem seit dem Jahr 2019 deutlich ansteigenden Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Tätigkeit als anstrengend bezeichneten, deutet darauf, dass die COVID-19-Pandemie bei diesem Anstieg eine wesentliche Rolle spielt.

Mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte (78 %) gaben im Jahr 2022 an, dass ihre Arbeitsbelastung im Vergleich zu der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie erheblich gestiegen ist (Abbildung 66). Weitere 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte berichteten von einer „etwas“ gestiegenen Arbeitsbelastung, und nur für 6 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte ist die Arbeitsbelastung während der Pandemie ungefähr gleichgeblieben. Von einem Rückgang der Arbeitsbelastung haben annähernd überhaupt keine Hausärztinnen und Hausärzte berichtet.

Abbildung 66: Veränderung der Arbeitsbelastung seit der COVID-19-Pandemie (2022)

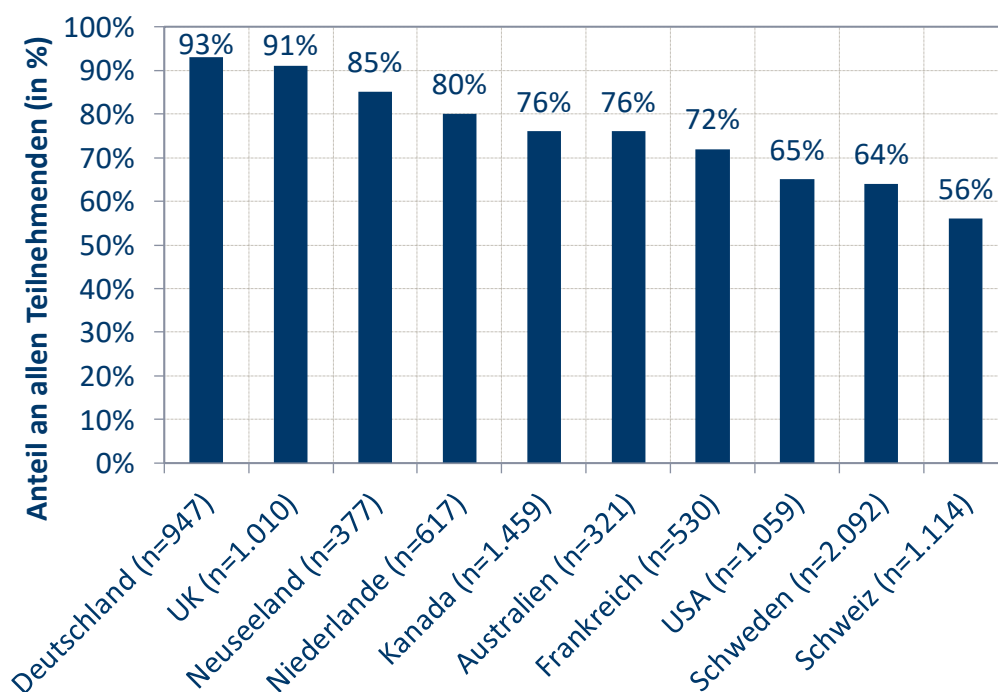


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie: Ist die Arbeitsbelastung...?*
n=947

Insgesamt haben somit 93 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland im Jahr 2022 angegeben, dass ihre Arbeitsbelastung im Vergleich zu der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie entweder etwas oder sogar erheblich gestiegen ist.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit am oberen Ende der Verteilung nach Zunahme der Arbeitsbelastung. In allen Ländern berichteten mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte von einer gestiegenen Arbeitsbelastung seit Pandemiebeginn, allerdings erreichte kein Land einen so hohen Anteil wie Deutschland (93 %). Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die eine zunehmende Arbeitsbelastung erfahren haben, bewegte sich zwischen 56 Prozent in der Schweiz und über 90 Prozent im Vereinigten Königreich und Deutschland. Er lag in Schweden und den USA bei knapp 60 Prozent und in Australien und Kanada bei rund drei Vierteln der Hausärztinnen und Hausärzte (Abbildung 67).

Abbildung 67: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit gesteigener Arbeitsbelastung seit der COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

Anmerkung: *Im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie: Ist die Arbeitsbelastung...?*

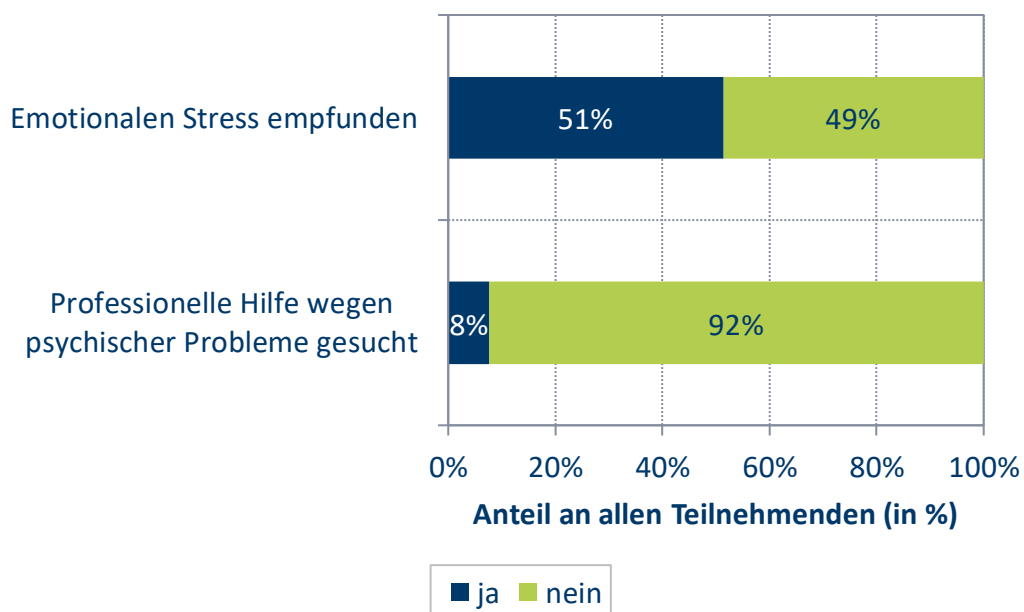
Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, die Arbeitsbelastung sei „etwas gestiegen“ oder „erheblich gestiegen“.

Über eine gestiegene Arbeitsbelastung hinaus hat die COVID-19-Pandemie die Hausärztinnen und Hausärzte auch psychisch betroffen. Die Hausärztinnen und Hausärzte haben in diesem Zusammenhang angegeben, ob sie seit Pandemiebeginn emotionalen Stress wie Angst, große Traurigkeit, Wut oder Gefühle der Hoffnungslosigkeit empfunden haben und ob sie wegen psychischen Problemen nach professioneller Hilfe gesucht haben.

Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland gab im Jahr 2022 an, dass sie seit Beginn der COVID-19-Pandemie emotionalen Stress empfunden haben (Abbildung 68). Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede nach Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. In der Altersgruppe „unter 50 Jahre“ war der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die emotionalen Stress empfunden haben, mit 61 Prozent wesentlich größer als in der Altersgruppe „über 60 Jahre“ mit 39 Prozent.

Professionelle Hilfe wegen psychischer Probleme hat allerdings nur ein kleiner Teil der Hausärztinnen und Hausärzte gesucht. 8 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, dass dies auf sie zutrifft.

Abbildung 68: Emotionaler Stress aufgrund Pandemie und professionelle Behandlung (2022)

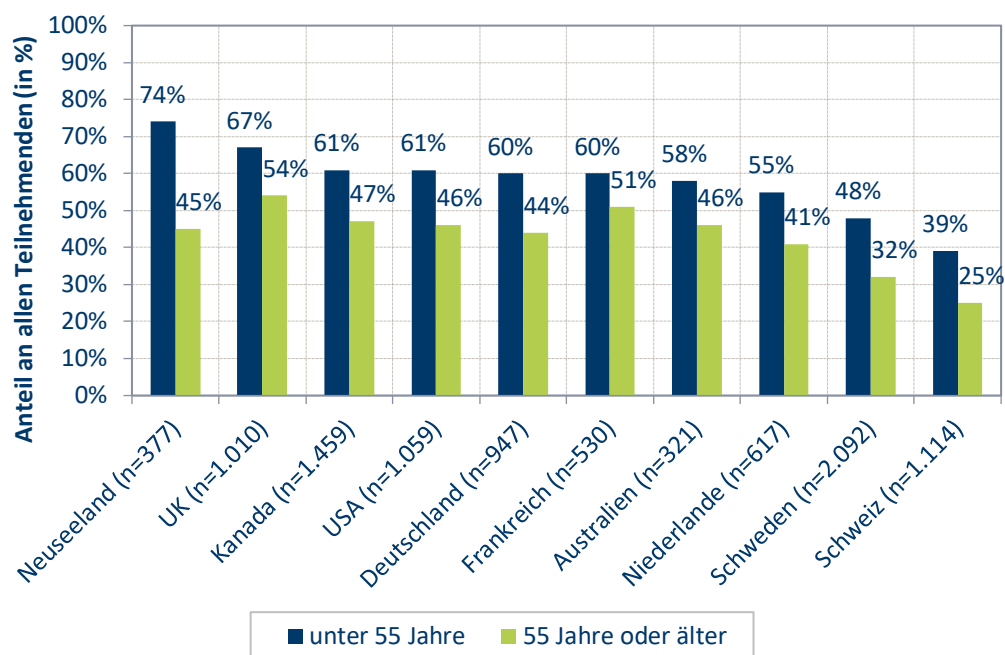


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Haben Sie seit März 2020, als die COVID-19-Pandemie begann, ...: ...emotionalen Stress wie Angst, große Traurigkeit, Wut oder Gefühle der Hoffnungslosigkeit empfunden?* (n=946)
...nach professioneller Hilfe wegen eines psychischen Problems gesucht? (n=943)

Ähnliche Unterschiede beim Empfinden von emotionalem Stress während der Pandemie nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte zeigen sich auch in den anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde. Insgesamt über alle Altersgruppen lag Deutschland bei diesem Vergleich im Mittelfeld. In beispielsweise Neuseeland, dem Vereinigten Königreich und Kanada fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die emotionalen Stress empfunden haben, größer aus als in Deutschland und unter anderem in der Schweiz, Schweden und den Niederlanden fiel er geringer aus.

In Neuseeland haben knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in der Altersgruppe „unter 50 Jahren“ emotionalen Stress seit Pandemiebeginn empfunden, mehr als in allen anderen Ländern (Abbildung 69), in der Schweiz traf dies nur auf 39 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte dieser Altersgruppe zu. Im Vereinigten Königreich haben etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte in der Altersgruppe „über 60 Jahre“ emotionalen Stress empfunden, in der Schweiz fiel dieser Anteil mit nur einem Viertel halb so groß aus.

Abbildung 69: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit emotionalem Stress aufgrund der Pandemie nach Alter im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

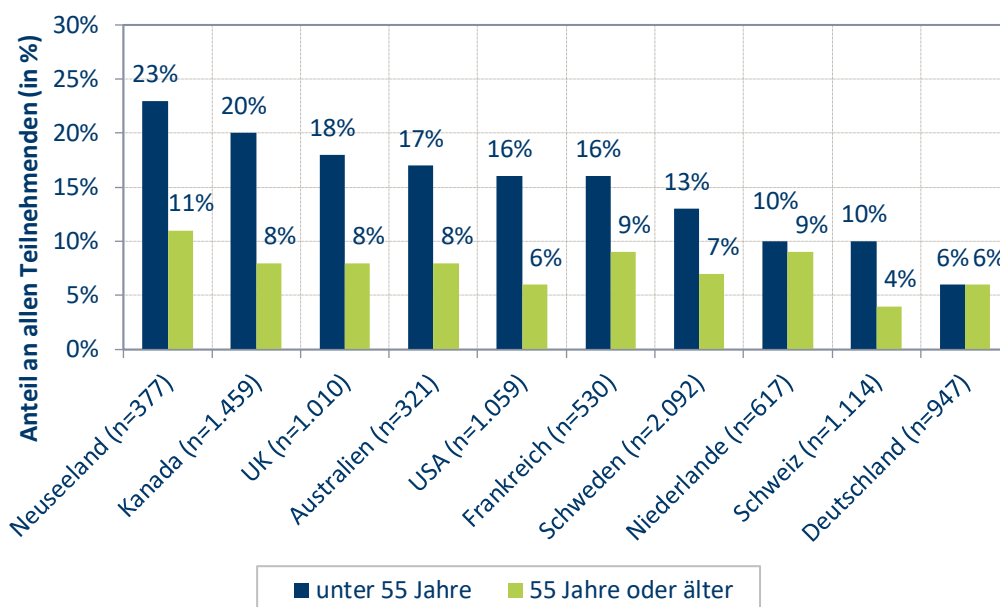
Anmerkung: *Haben Sie seit März 2020, als die COVID-19-Pandemie begann, emotionalen Stress wie Angst, große Traurigkeit, Wut oder Gefühle der Hoffnungslosigkeit empfunden?*

Im internationalen Vergleich der Häufigkeit, mit der die Hausärztinnen und Hausärzte selbst nach professioneller Behandlung aufgrund psychischer Probleme seit

Pandemiebeginn gesucht haben, zeigt sich, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland vergleichsweise selten nach einer solchen Behandlung gesucht haben. Zudem offenbart der internationale Vergleich an dieser Stelle mitunter erhebliche Unterschiede der Häufigkeit des Aufsuchens einer professionellen Behandlung nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Abgesehen von Deutschland fiel in allen Ländern der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die eine professionelle Behandlung gesucht haben, bei den jüngeren Hausärztinnen und Hausärzten größer aus als bei den älteren.

In der Altersgruppe „unter 50 Jahre“ bewegte sich der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die aufgrund psychischer Probleme seit Pandemiebeginn eine professionelle Behandlung gesucht haben, zwischen 10 Prozent in der Schweiz und immerhin 23 Prozent in Neuseeland; er fiel damit teilweise erheblich größer aus als in Deutschland (6 %) (Abbildung 70). In der Altersgruppe „über 60 Jahre“ hingegen waren wesentlich geringere Unterschiede bei der Häufigkeit der Behandlungssuche zwischen den Ländern zu beobachten. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die aufgrund psychischer Probleme seit Pandemiebeginn eine professionelle Behandlung gesucht haben, bewegte sich in dieser Altersgruppe zwischen 4 Prozent in der Schweiz und 11 Prozent in Neuseeland. In Deutschland zeigte sich bei der Häufigkeit der Behandlungssuche durch die Hausärztinnen und Hausärzte kein Unterschied nach dem Alter.

Abbildung 70: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit Suche nach professioneller Behandlung aufgrund psychischer Probleme seit Pandemiebeginn nach Alter im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

Anmerkung: Haben Sie seit März 2020, als die COVID-19-Pandemie begann, nach professioneller Hilfe wegen eines psychischen Problems gesucht?

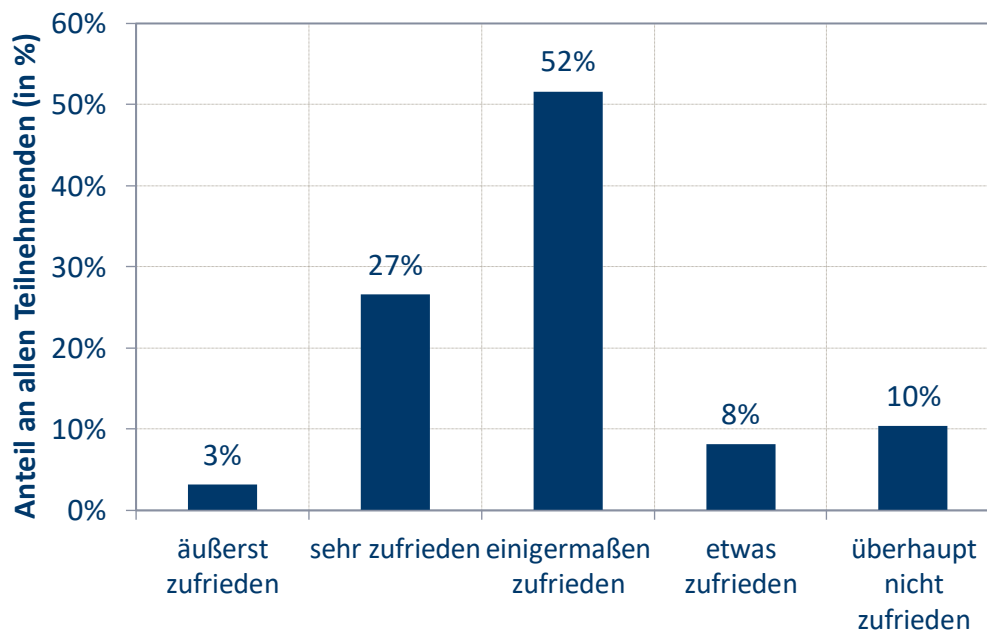
4.8 Zufriedenheit mit ärztlicher Tätigkeit und Zukunftspläne

4.8.1 Ärztliche Tätigkeit allgemein

Trotz einer zunehmenden Arbeitsbelastung und empfundenem emotionalen Stress während der COVID-19-Pandemie (vgl. Abschnitt 4.7) waren die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit ihrer derzeitigen ärztlichen Tätigkeit überwiegend zufrieden.

Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, mit ihrer derzeitigen ärztlichen Tätigkeit „einigermaßen“ zufrieden zu sein (Abbildung 71). Rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte war sehr zufrieden, und weitere 3 Prozent waren äußerst zufrieden.

Abbildung 71: Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen ärztlichen Tätigkeit?*
 n=945

Allerdings waren nicht alle Hausärztinnen und Hausärzte mit ihrer derzeitigen ärztlichen Tätigkeit zufrieden. Ein Anteil von 8 Prozent äußerte nur „etwas“ Zufriedenheit, und immerhin jeder zehnte Hausarzt oder Hausärztin in Deutschland war im Jahr 2022 mit seiner bzw. ihrer ärztlichen Tätigkeit überhaupt nicht zufrieden. Dabei zeigen sich Unterschiede nach der Praxisgröße. Während rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Einzelpraxen „etwas“ oder „überhaupt nicht“ zufrieden war, traf dies auf nur 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Praxen mit mehr als einem Arzt oder mehr als einer Ärztin zu.

Seit dem Jahr 2019 ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zufrieden, sehr zufrieden oder äußerst zufrieden sind, zurückgegangen (ohne Abbildung). Im Jahr 2019 gaben noch 87 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an, mindestens zufrieden zu sein, im Jahr 2022 traf dies nur noch auf 81 Prozent zu. Gleichzeitig ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die überhaupt nicht mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zufrieden sind, von 6 Prozent auf 10 Prozent gestiegen.

4.8.2 Aspekte der ärztlichen Tätigkeit

Über die Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen hinaus wurden die Hausärztinnen und Hausärzte auch zu ihrer Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der ärztlichen Tätigkeit, wie dem Einkommen, das sie aus ihrer ärztlichen Tätigkeit erzielen, der Zeit, die sie für Patientinnen und Patienten aufbringen können, dem täglichen Arbeitsaufkommen, dem Zeitaufwand für administrative Aufgaben sowie ihrer Work-Life-Balance befragt.

Dabei zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte mit diesen Aspekten ihrer ärztlichen Tätigkeit unzufrieden war. Mit dem Einkommen, das sie aus der ärztlichen Tätigkeit erzielen, waren im Jahr 2022 immerhin noch knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte zufrieden, sehr zufrieden oder äußerst zufrieden (Abbildung 72).

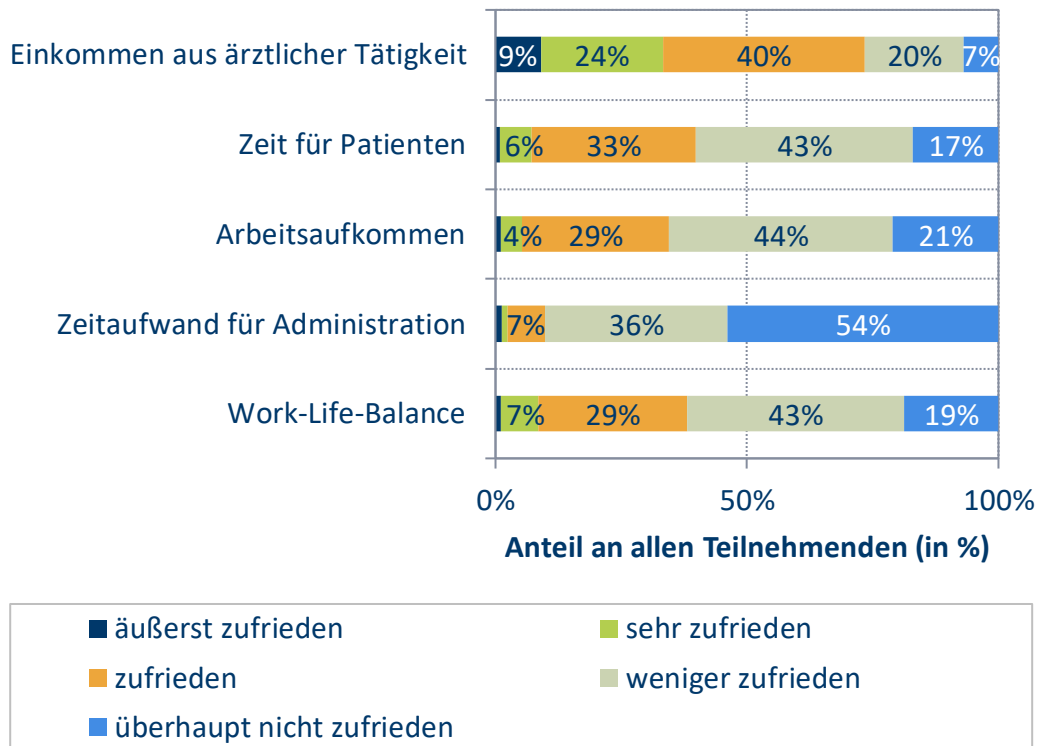
Mit der Zeit, die sie für Patientinnen und Patienten aufbringen können, waren jedoch 43 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte weniger zufrieden und 17 Prozent überhaupt nicht zufrieden. Hier zeigen sich Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Jüngere Hausärztinnen und Hausärzte waren generell seltener zufrieden als ältere Hausärztinnen und Hausärzte. In der Altersgruppe der unter-50-Jährigen war nur rund ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Zeit für Patientinnen und Patienten zufrieden, in der Altersgruppe der über-60-Jährigen immerhin rund die Hälfte. Auch mit ihrem täglichen Arbeitsaufkommen waren knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte weniger oder überhaupt nicht zufrieden.

Nur unwesentlich geringer fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte aus, die mit ihrer Work-Life-Balance weniger oder überhaupt nicht zufrieden waren. Hier zeigen sich Unterschiede nach der Praxisgröße. Hausärztinnen und Hausärzte in Einzelpraxen waren öfter mit ihrer Work-Life-Balance unzufrieden. Während ein Anteil von 57 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Praxen mit mehr als einem Arzt oder mehr als einer Ärztin mit ihrer Work-Life-Balance weniger zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden war, trifft dies unter den Hausärztinnen und Hausärzten in Einzelpraxen auf 70 Prozent zu.

Mit dem Zeitaufwand für administrative Aufgaben waren die Hausärztinnen und Hausärzte insgesamt am unzufriedensten im Vergleich der hier erhobenen Aspekte. Etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab an, mit diesem überhaupt nicht zufrieden zu sein, und rund ein weiteres Drittel war immerhin

weniger zufrieden. In der Summe waren neun von zehn Hausärztinnen und Hausärzten mit dem Zeitaufwand für administrative Aufgaben unzufrieden.

Abbildung 72: Zufriedenheit mit Aspekten der ärztlichen Tätigkeit (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind:
 Mit Ihrem Einkommen aus der ärztlichen Tätigkeit (n=946)
 Mit der Zeit, die Sie pro Patientin/Patient aufbringen können (n=947)
 Mit Ihrem täglichen Arbeitsaufkommen (n=947)
 Mit dem Zeitaufwand für administrative Aufgaben (n=940)
 Mit Ihrer Work-Life-Balance (n=926)

Die Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte mit ihrem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit hat seit dem Jahr 2019 etwas zugenommen. Vor drei Jahren waren noch 19 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte mit ihrem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit weniger oder überhaupt nicht zufrieden. Bis zum Jahr 2022 ist dieser Anteil auf 27 Prozent gestiegen.

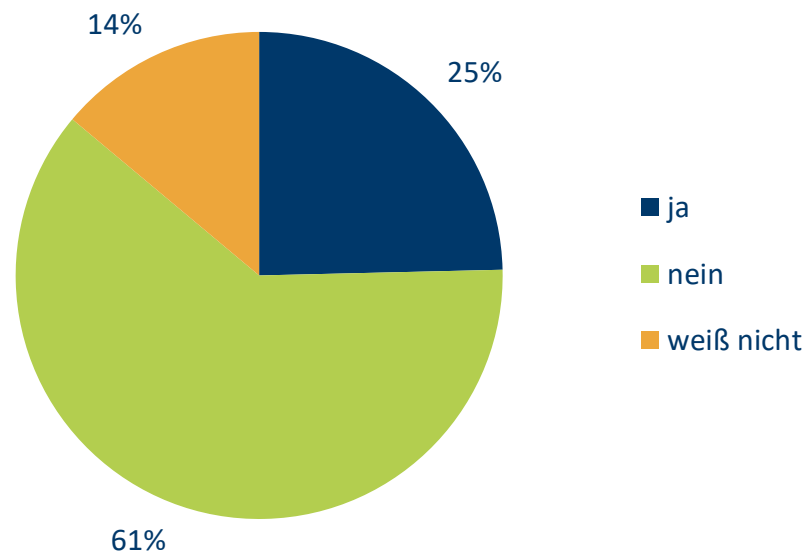
Ebenfalls etwas unzufriedener sind die Hausärztinnen und Hausärzte in den vergangenen Jahren mit der Zeit, die sie für ihre Patientinnen und Patienten aufbringen können, geworden. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, mit dem Umfang dieser Zeit weniger oder überhaupt nicht zufrieden zu sein, ist von 57 Prozent im Jahr 2019 auf 60 Prozent im Jahr 2022 gestiegen.

Zudem sind die Hausärztinnen und Hausärzte zunehmend unzufrieden mit dem Umfang ihres täglichen Arbeitsaufkommens geworden. Im Jahr 2019 haben noch 56 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte angegeben, mit ihrem täglichen Arbeitsaufkommen weniger oder überhaupt nicht zufrieden zu sein. Im Jahr 2022 traf dies auf knapp zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte zu (65 %).

4.8.3 Zukunftspläne

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben im Rahmen der Befragung auch ein wenig Einblicke in ihre Zukunftspläne in Bezug auf die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit gegeben. Sie wurden gefragt, ob sie planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln. Ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte bejahte die Frage, ob sie planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln im Jahr 2022, und 14 Prozent gaben an, dass sie das (noch) nicht wissen. 61 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte antworteten, dass sie nicht planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln (Abbildung 73).

Abbildung 73: Pläne, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln (2022)



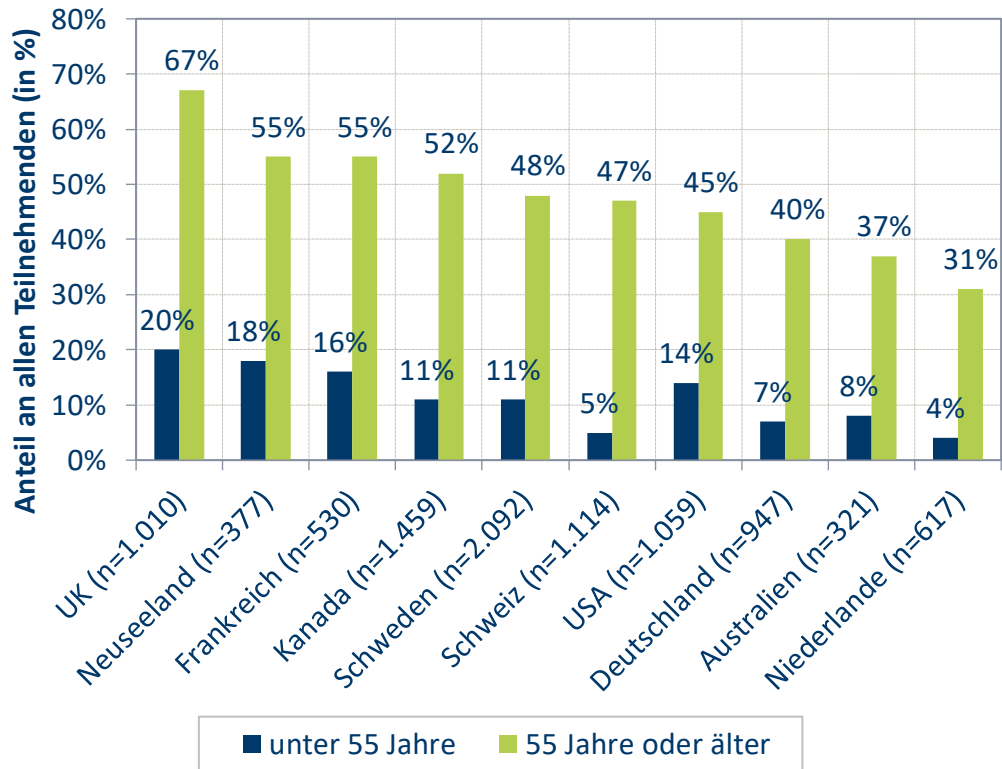
Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Beabsichtigen Sie, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen/Patienten mehr regelmäßig zu behandeln?* (n=947)

Bei den Plänen der Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit in den kommenden ein bis drei Jahren zeigen sich Unterschiede sowohl nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte als auch nach der Region ihres Praxisstandorts. In der Altersgruppe der 50-bis-60-Jährigen hat ein Anteil von 10 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte angegeben zu planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln. In der Altersgruppe der über-60-Jährigen hingegen traf dies auf mehr als die Hälfte (56 %) der Hausärztinnen und Hausärzte zu. Knapp ein Drittel (32 %) der Hausärztinnen und Hausärzte mit Praxisstandort in einer Stadt mit mehr als 50.000 Einwohnern hat diese Pläne geäußert. In ländlichen Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern hingegen plant nur knapp ein Viertel (24 %) der Hausärztinnen und Hausärzte, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln. Noch etwas geringer fiel dieser Anteil in Vororten einer (Groß-)Stadt oder Kleinstadt mit 5.000 bis 50.000 Einwohner aus, wo nur ein Fünftel (20 %) der Hausärztinnen und Hausärzte solche Pläne hat.

Im internationalen Vergleich des Anteils der Hausärztinnen und Hausärzte, die planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln, liegt Deutschland im unteren Drittel. In der Differenzierung nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte zeigt sich in allen Ländern eine erhebliche Diskrepanz bezüglich dieser Zukunftspläne.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die planen, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln, bewegte sich in der Altersgruppe „unter 55 Jahre“ in einer Bandbreite zwischen 4 Prozent in den Niederlanden und 20 Prozent im Vereinigten Königreich (Abbildung 74). In der Altersgruppe „55 Jahre oder älter“ hingegen bewegte sich dieser Anteil in einer Bandbreite zwischen 31 Prozent in den Niederlanden und 67 Prozent im Vereinigten Königreich. In dieser Altersgruppe fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die in den kommenden Jahren voraussichtlich aus dem Versorgungsgeschehen ausscheiden werden, im Vereinigten Königreich mehr als doppelt so groß aus wie in den Niederlanden. In Deutschland lag er mit 40 Prozent im unteren Drittel dieser Bandbreite.

Abbildung 74: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die planen, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln, nach Alter im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: IGES auf Basis von Gunja et al. (2022)

Anmerkung: *Beabsichtigen Sie, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patientinnen/Patienten mehr regelmäßig zu behandeln?*

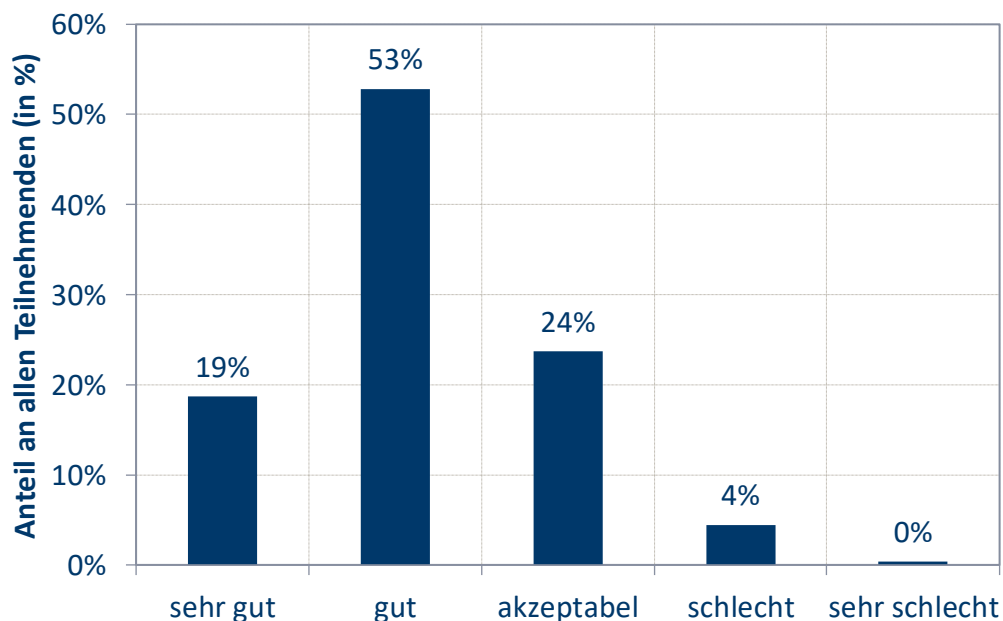
4.9 Perspektiven auf das Gesundheitssystem

Zuletzt haben die Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen des IHP-Surveys 2022 ein paar Fragen beantwortet, die ihre Perspektiven auf das Gesundheitssystem erfassen.

4.9.1 Bewertung des Gesundheitssystems

Zum einen haben die Hausärztinnen und Hausärzte eine Bewertung des Gesundheitssystems in Deutschland insgesamt abgegeben. Knapp ein Fünftel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland gab im Jahr 2022 an, das Gesundheitssystem insgesamt als „sehr gut“ zu bewerten (Abbildung 75). Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte befand das Gesundheitssystem immerhin für „gut“ und knapp ein Viertel noch für „akzeptabel“. Somit kamen insgesamt etwas weniger als drei Viertel (71 %) der Hausärztinnen und Hausärzte zu der Einschätzung, dass das Gesundheitssystem gut oder sehr gut ist. Rund 95 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte befanden das Gesundheitssystem für mindestens akzeptabel. Als „schlecht“ (4 %) oder „sehr schlecht“ (<1 %) stuften nur wenige Hausärztinnen und Hausärzte das Gesundheitssystem ein.

Abbildung 75: Bewertung des Gesundheitssystems (2022)

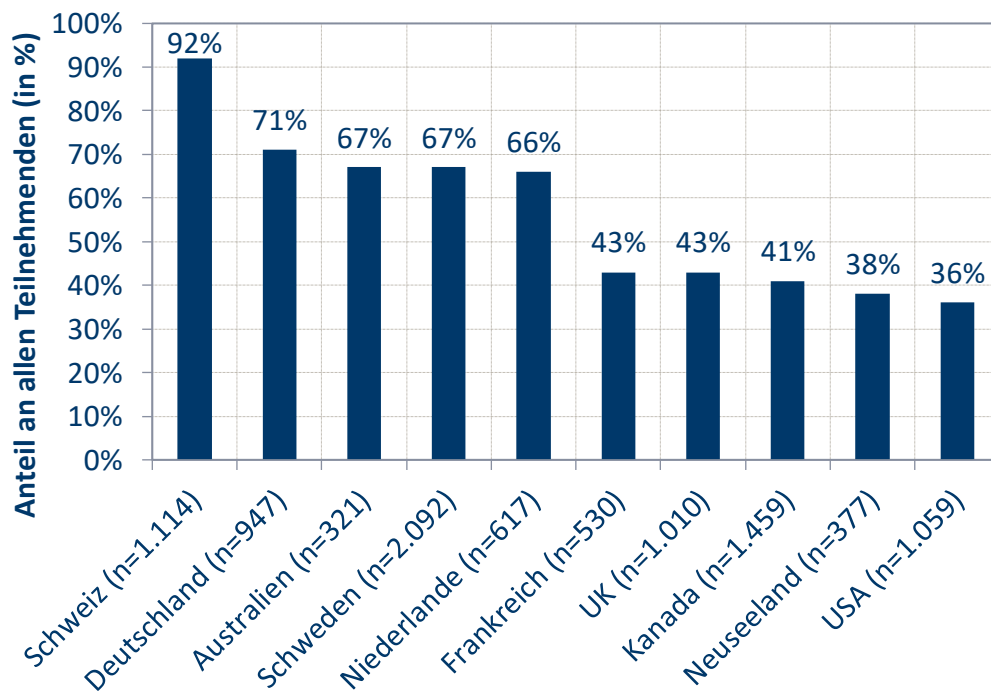


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Wie bewerten Sie das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt?*
n=947

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland, die das Gesundheitssystem insgesamt als gut oder sehr gut bewerteten, ist zwischen den Jahren 2019 und 2022 geringfügig zurückgegangen. Er lag im Jahr 2019 bei 73 % und im Jahr 2022 mit 71 % nur unwesentlich niedriger.

Im internationalen Vergleich schnitt das deutsche Gesundheitssystem damit in den Augen der Hausärztinnen und Hausärzte überdurchschnittlich gut ab. Mit Ausnahme der Schweiz fiel der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die das Gesundheitssystem ihres Landes als „gut“ oder „sehr gut“ bewerteten, in allen anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, niedriger aus als in Deutschland (Abbildung 76).

Abbildung 76: Bewertung des Gesundheitssystems im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)

Anmerkung: Wie bewerten Sie das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt?
Hausärztinnen und Hausärzte, die das Gesundheitssystem als "gut" oder "sehr gut" bewerteten.

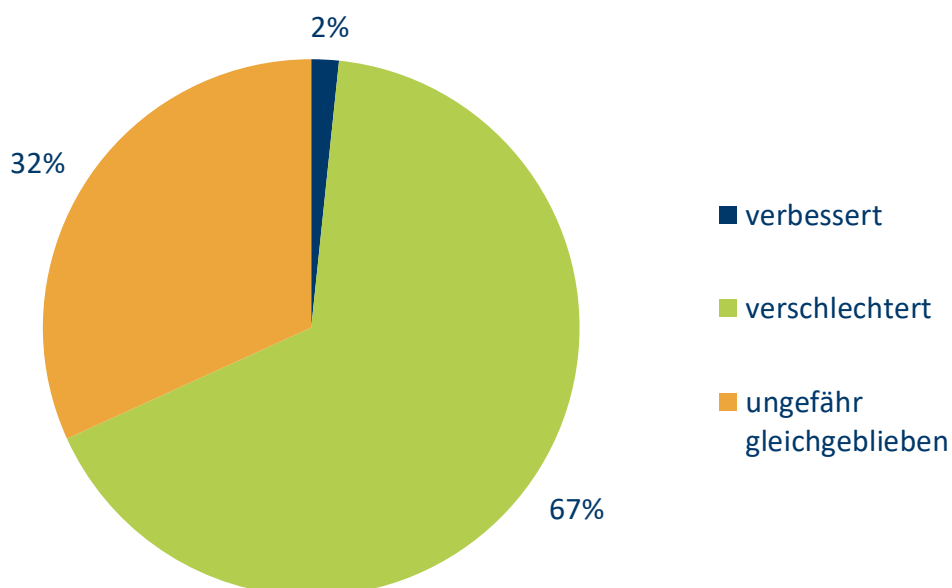
Die Länder lassen sich dahingehend in zwei Gruppen teilen: solche, in denen die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte das Gesundheitssystem als „gut“ oder „sehr gut“ bewertete, und solche, in denen dies nur auf die Minderheit der Hausärztinnen und Hausärzte zutraf. Auf der einen Seite kamen im Jahr 2022 in der Schweiz mehr als 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte zu dieser Einschätzung, in Australien, Schweden und den Niederlanden waren es immerhin etwa

zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte. Deutschland lag mit 71 Prozent dazwischen. Auf der anderen Seite waren weniger als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte in Frankreich, dem Vereinigten Königreich, Kanada und Neuseeland der Auffassung, das Gesundheitssystem ihres Landes sei gut oder sehr gut. In den USA war sogar nur etwas mehr als ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte dieser Meinung.

4.9.2 Veränderung durch Pandemie

Im Zusammenhang mit der Bewertung des Gesundheitssystems in Deutschland im Allgemeinen haben die Hausärztinnen und Hausärzte zum anderen angegeben, inwiefern sie denken, dass sich die Qualität der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem insgesamt seit Beginn der COVID-19-Pandemie verändert hat. Rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte waren im Jahr 2022 der Auffassung, die Versorgungsqualität im Allgemeinen habe sich in Deutschland seit Pandemiebeginn verschlechtert (Abbildung 77). Knapp ein Drittel gab an, die Versorgungsqualität sei ungefähr gleichgeblieben. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität sahen hingegen nur sehr wenige Hausärztinnen und Hausärzte.

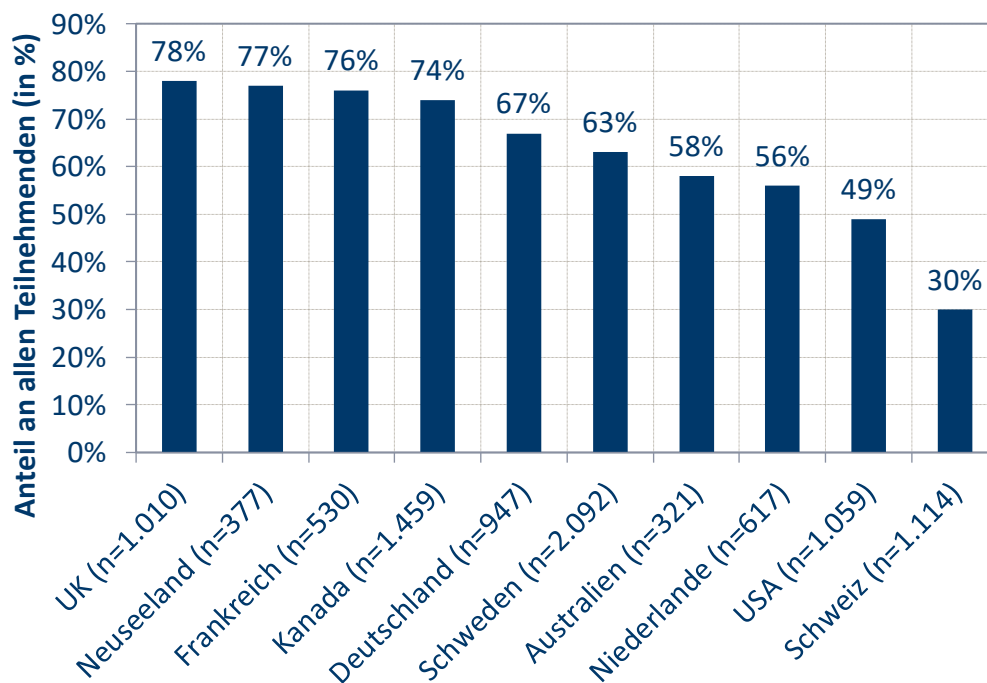
Abbildung 77: Veränderung der Versorgungsqualität im Allgemeinen seit Beginn der COVID-19-Pandemie (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Hat sich Ihrer Meinung nach seit März 2020 die Qualität der medizinischen Versorgung Ihrer Patientinnen/Patienten im deutschen Gesundheitssystem insgesamt verbessert, verschlechtert oder ist sie ungefähr gleichgeblieben?*
n=947

Im internationalen Vergleich des Anteils der Hausärztinnen und Hausärzte, die der Auffassung waren, die Versorgungsqualität im Gesundheitssystem ihres Landes habe sich seit Pandemiebeginn verschlechtert, landeten die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit einem Anteil von zwei Dritteln der Hausärztinnen und Hausärzte im Mittelfeld. Auf der einen Seite zeigt sich eine Gruppe von Ländern, in denen ein größerer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte eine Verschlechterung der Versorgungsqualität erkannt hat, und zwar in etwa drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Kanada, Frankreich, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich (Abbildung 78).

Abbildung 78: Veränderung der Versorgungsqualität im Allgemeinen seit Beginn der COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich (2022)



Quelle: Commonwealth Fund (2022)

Anmerkung: *Hat sich Ihrer Meinung nach seit März 2020 die Qualität der medizinischen Versorgung Ihrer Patientinnen/Patienten im Gesundheitssystem ihres Landes insgesamt verbessert, verschlechtert oder ist sie ungefähr gleichgeblieben?*
[sinngemäße Übersetzung aus dem Englischen]

Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, dass sich die Versorgungsqualität im Allgemeinen seit Pandemiebeginn verschlechtert habe.

Auf der anderen Seite fiel dieser Anteil in einigen Ländern mitunter deutlich geringer aus als in Deutschland. In Australien und Schweden sahen um die 60 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Zuge der Pandemie, in den Niederlanden waren es etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte. In den USA berichteten nur etwas weniger als

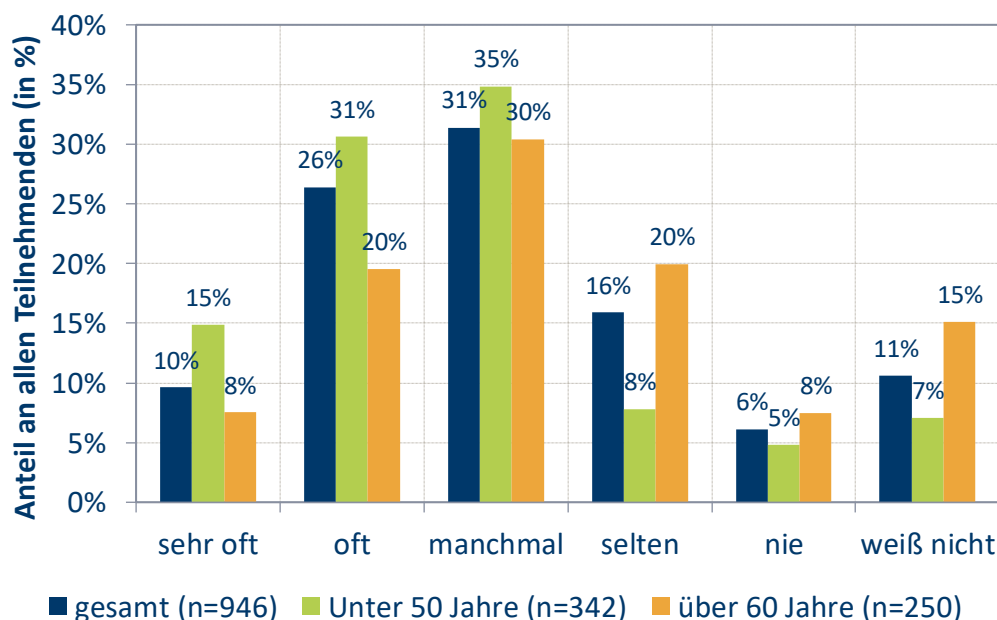
die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte von einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und in der Schweiz sogar nur weniger als ein Drittel. Damit zeigt sich im Vergleich zwischen den Ländern insgesamt eine große Diskrepanz bezüglich der Einschätzung der Auswirkungen der Pandemie auf die medizinische Versorgungsqualität durch die Hausärztinnen und Hausärzte.

4.9.3 Diskriminierung im Gesundheitswesen

In Bezug auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen wurden die Hausärztinnen und Hausärzte des Weiteren zu ihrer Einschätzung befragt, in welcher Häufigkeit es im deutschen Gesundheitswesen zur Benachteiligung bzw. Diskriminierung von Menschen aufgrund eines Migrationshintergrunds kommt. Und die Hausärztinnen und Hausärzte waren mehrheitlich der Auffassung, dass dies manchmal oder oft geschieht.

Knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte kam im Jahr 2022 zu der Einschätzung, dass eine Diskriminierung von Menschen im deutschen Gesundheitswesen manchmal erfolgt (Abbildung 79).

Abbildung 79: Einschätzung zur Benachteiligung von Menschen im deutschen Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte (2022)

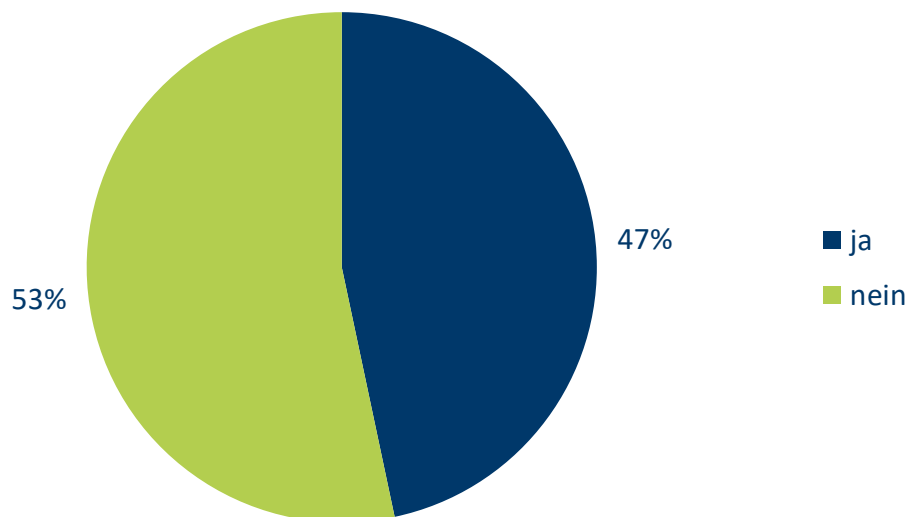


Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
 Anmerkung: *Wie oft werden Ihres Wissens nach im Gesundheitswesen in Deutschland Menschen aufgrund ihres Migrationshintergrunds oder ethnischen Herkunft benachteiligt?*
 n=946
 Differenzen zu 100 % sind auf Rundungen zurückzuführen.

Rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte war der Auffassung, dass dies oft geschieht und jeder zehnte Hausarzt bzw. Hausärztin sah sogar sehr oft Diskriminierung im Gesundheitswesen. Somit kam rund ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte zu der Einschätzung, dass oft oder sehr oft Menschen im Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds benachteiligt werden. Dabei unterscheidet sich die Einschätzung nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte. Jüngere Hausärztinnen und Hausärzte dachten öfter, dass es zu Diskriminierung im Gesundheitswesen kommt als ältere Hausärztinnen und Hausärzte. In der Altersgruppe „unter 50 Jahre“ gab ein Anteil von 46 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an, dass es oft oder sehr oft zu Diskriminierung käme, in der Altersgruppe „über 60 Jahre“ nur ein Anteil von 28 Prozent.

Über die Einschätzung zum Vorkommen von Diskriminierung im Gesundheitswesen insgesamt hinaus haben die Hausärztinnen und Hausärzte auch Angaben zu ihren Erfahrungen mit Berichten ihrer eigenen Patientinnen und Patienten von ungerechter Behandlung im Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds gemacht. Etwas weniger als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, dass sie dahingehend bereits einmal Erfahrungsberichte ihrer Patientinnen und Patienten von Diskriminierung erhalten haben (Abbildung 80).

Abbildung 80: Erfahrung, dass eigene Patientinnen und Patienten von ungerechter Behandlung aufgrund eines Migrationshintergrunds berichtet (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten
Anmerkung: *Hat Ihnen eine Patientin/ein Patient jemals gesagt, dass sie/er aufgrund ihres/seines Migrationshintergrunds oder der ethnischen Herkunft ungerecht behandelt wurde?*
n=946

Entsprechend hat etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gemäß eigenen Angaben bisher nicht die Erfahrung gemacht, dass Patientinnen und Patienten ihnen berichtet haben, dass sie aufgrund eines Migrationshintergrunds im Gesundheitswesen ungerecht behandelt wurden.

4.9.4 Verbesserung der Patientenkommunikation

Schließlich wurden die Hausärztinnen und Hausärzte nach ihrer Meinung gefragt, welche Ansätze zur Steigerung der Qualität der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe zu priorisieren wären. Dabei kamen die Hausärztinnen und Hausärzte zu einer eindeutigen Rangfolge der Priorisierung (Abbildung 81).

Die höchste Priorität sollte nach Auffassung der Hausärztinnen und Hausärzte eindeutig einer Ausweitung der Zeit, die für die Arzt-Patienten-Gespräche zur Verfügung steht, beigemessen werden. 81 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben im Jahr 2022 an, dass dieser Ansatz eine hohe Priorität haben sollte, weitere 15 Prozent befürworteten immerhin eine mittlere Priorisierung.

An zweiter Stelle plädierten die Hausärztinnen und Hausärzte für eine bessere Vergütung von Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten stärken. Rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte sahen hier eine hohe Priorität und ein Viertel eine mittlere.

Mit deutlichem Abstand zu den beiden am stärksten zu priorisierenden Ansätzen folgt auf dem dritten Rang eine Ausweitung besonderer Kommunikationsangebote für „vulnerable Gruppen“ wie zum Beispiel Angebote in „leichter Sprache“, Videos, Fotos, Grafiken oder Erfahrungsberichte. Etwas mehr als ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte wünschte sich für diesen Ansatz eine hohe Priorität, und 41 Prozent würden diesem Ansatz immerhin eine mittlere Priorität beimessen.

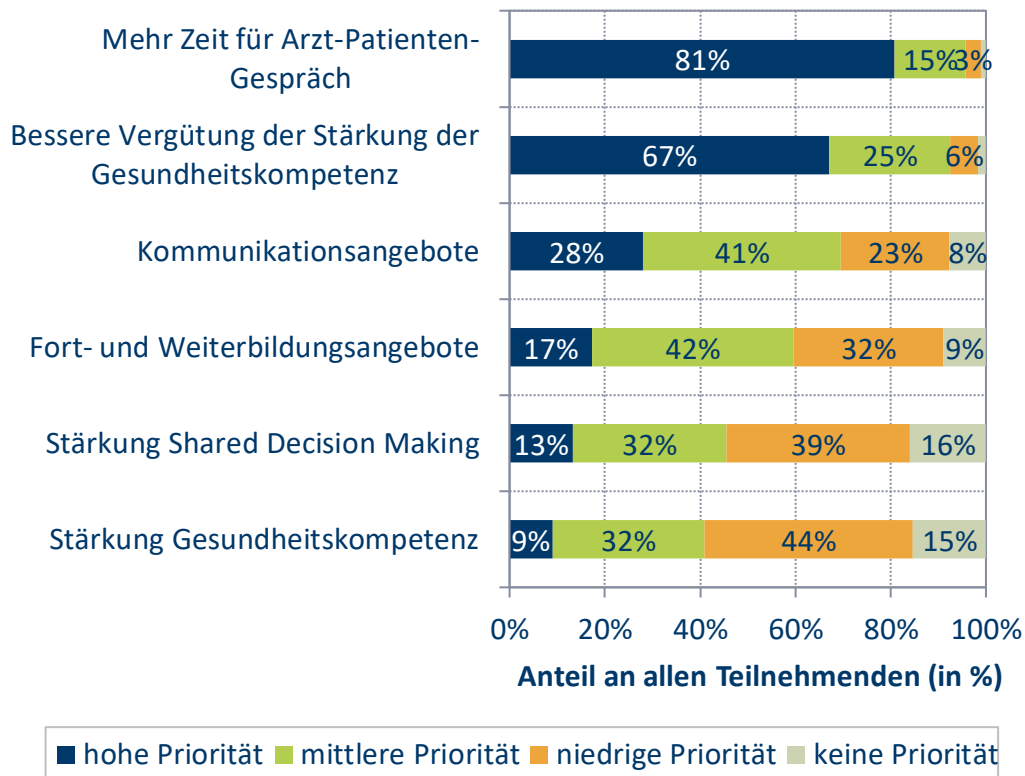
Eine Ausweitung von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten im Bereich der Kommunikation für die Angehörigen der Gesundheitsberufe würden die Hausärztinnen und Hausärzte an vierte Stelle der Priorisierung setzen. Nur 17 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sahen für diesen Ansatz eine hohe Priorität, aber immerhin 42 Prozent eine mittlere Priorität.

Erst auf den fünften Rang platzierten die Hausärztinnen und Hausärzte eine Stärkung des Shared-Decision-Making-(SDM)-Ansatzes durch die Anwendung einheitlicher Instrumente wie Entscheidungshilfen, Online-Tools für das Arzt-Patienten-Gespräch oder bestimmter Leitfragen für die Patientinnen und Patienten. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die diesem Ansatz eine hohe Priorität beimaßen, betrug nur noch 13 Prozent. Knapp ein weiteres Drittel votierte hier für eine mittlere Priorität.

Mit der geringsten Priorität sollte in den Augen der Hausärztinnen und Hausärzte der Ansatz einer Ausweitung und Verbesserung digitaler Angebote für Patientinnen und Patienten zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz verfolgt werden. Weniger als jeder zehnte Hausarzt bzw. Hausärztin sah für diesen Ansatz eine hohe

Priorität und nur knapp ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte eine mittlere Priorität.

Abbildung 81: Ansätze zur Steigerung der Qualität der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe (2022)



Quelle: IGES auf Basis der Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten

Anmerkung: Ansätze zur Steigerung der Qualität der Kommunikation zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patienten:
 Allgemein mehr Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch (n=946)
 Eine bessere Vergütung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten (n=942)
 Mehr und bessere digitale Angebote für Patienten zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz (n=941)
 Eine Stärkung von „SDM“ (Shared Decision Making) durch die Anwendung einheitlicher Instrumente wie Entscheidungshilfen, Online-Tools für das Arzt-Patienten-Gespräch oder bestimmter Leitfragen für die Patientinnen/Patienten (n=920)
 Mehr Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote im Bereich Kommunikation für die Angehörigen der Gesundheitsberufe (n=916)
 Besondere Kommunikationsangebote für „vulnerable Gruppen“ wie z.B. Angebote in „leichter Sprache“, Videos, Fotos, Grafiken oder Erfahrungsberichte (n=889)

5. Vergleich zu Ergebnissen anderer Erhebungen

Punktuell wurden für diesen Bericht Ergebnisse des IHP-Surveys 2022 in Deutschland mit den Ergebnissen anderer Befragungen von (Haus-)Ärztinnen und Ärzten in Deutschland aus den vergangenen Jahren verglichen. Dies diente der Überprüfung, inwiefern die Befunde des IHP-Surveys durch andere Befragungen gestützt werden können bzw. inwieweit sich Unterschiede zeigen.

Dafür wurde eine Auswahl an Surveys und Ergebnissen aus diesen Surveys getroffen, für die eine Vergleichbarkeit zu Ergebnissen des IHP-Surveys in einem hinreichenden Maße gegeben schien. Aufgrund einer wesentlich eingeschränkten Vergleichbarkeit bei vielen Ergebnissen wurde der Vergleich zu anderen Erhebungen an dieser Stelle auf eine überschaubare Auswahl an Ergebnissen beschränkt. Auch in Bezug auf diese ist der Vergleich jedoch nicht frei von Einschränkungen, von denen auf relevante in dem jeweiligen Abschnitt kurz eingegangen wird.

Für einen dahingehenden punktuellen Vergleich haben sich folgende Befragungen als grundsätzlich geeignet erwiesen: das Zi-Praxis-Panel, der Ärztemonitor der KBV, das PraxisBarometer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und eine Blitzumfrage des Zi zur Pandemiebelastung aus dem Jahr 2022. Diese Surveys werden im Folgenden anhand einer kurzen Beschreibung vorgestellt.

Mit dem Zi-Praxis-Panel untersucht das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland. Für den Vergleich verwendet wurde der Jahresbericht 2020, der auf der Erhebung aus dem Jahr 2020 basiert und die wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2016 bis 2019 darstellt (Zi, 2021). An der Befragung im Jahr 2020 nahmen 5.132 Praxen teil.

Der KVB-Ärztemonitor des Jahres 2018 (KBV, 2018) ist eine Befragung der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland. Erhoben wurde unter anderem die Einstellung der Ärzte gegenüber ihrem Beruf, die Zufriedenheit mit ihrem Einkommen und der Zeitaufwand für bürokratische Tätigkeiten. Befragt wurden 133.577 Haus- und Fachärztinnen und -ärzte (darunter etwa 44 % Hausärztinnen und Hausärzte) und 23.181 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

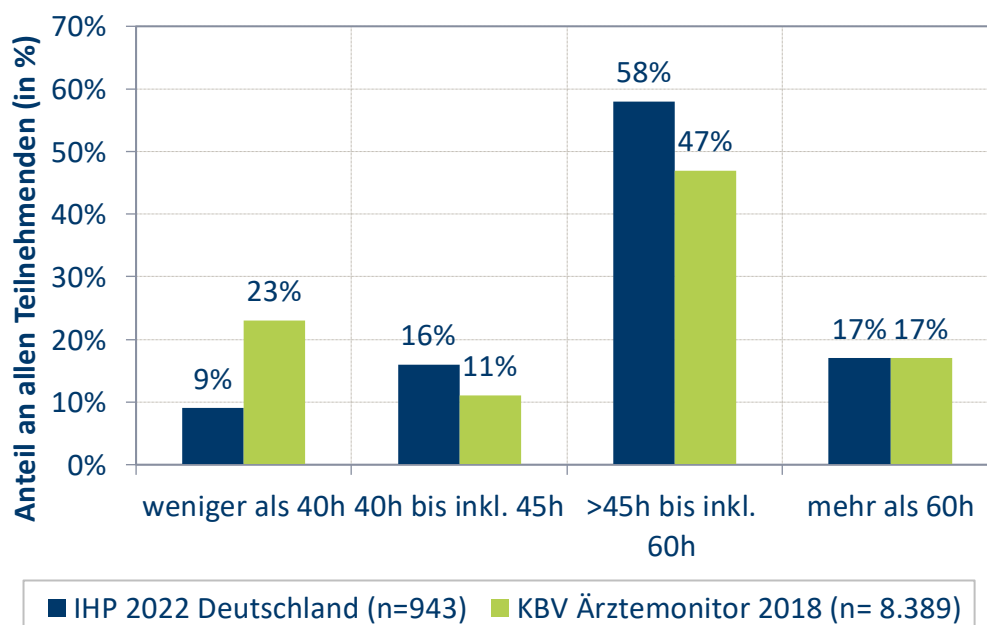
Das PraxisBarometer Digitalisierung der KBV ist eine bundesweite Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zum Stand und den Herausforderungen der Digitalisierung ihrer Praxisabläufe. Für das fünfte PraxisBarometer Digitalisierung wurden im Herbst des Jahres 2022 rund 2.500 Praxen online befragt. Im Fokus standen die Kommunikationswege mit Patientinnen und Patienten sowie mit anderen Ärztinnen und Ärzten sowie Einrichtungen im Gesundheitswesen (vgl. Albrecht et al., 2023). Im Vorjahr nahmen rund 2.800 Praxen teil (vgl. Albrecht et al., 2022).

Die Zi-Blitzumfrage vom Frühjahr 2022 untersuchte die Auswirkungen der Omikron-Welle der COVID-19-Pandemie sowie der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auf die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte (Czihal et al., 2022). In diesem Zusammenhang wurden insgesamt 11.741 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten befragt, darunter knapp 55 Prozent Hausärztinnen und Hausärzte.

5.1 Arbeitszeit

Die Wochenarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte weist nach dem KBV-Ärzte-monitor aus dem Jahr 2018 eine grundsätzlich ähnliche Verteilung auf wie die Wochenarbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte nach dem IHP-Survey aus dem Jahr 2022 (Abbildung 82). Beide Erhebungen zeigen, dass die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte mehr als 45 Std. pro Woche gearbeitet haben. Unterschiede bei der Besetzung der Klassen im Einzelnen dürften darauf zurückzuführen sein, dass die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte sich zwischen den Jahren 2018 und 2022 weiter erhöht hat und dass im IHP-Survey nur Hausärztinnen und Hausärzte befragt wurden, während im KBV-Ärzte-monitor Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen enthalten sind. Unterschiede beim Anteil der in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen den Fachgruppen könnten dann die dargestellten Abweichungen erklären.

Abbildung 82: Wochenarbeitszeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärzte-monitor 2018 und dem IHP-Survey 2022



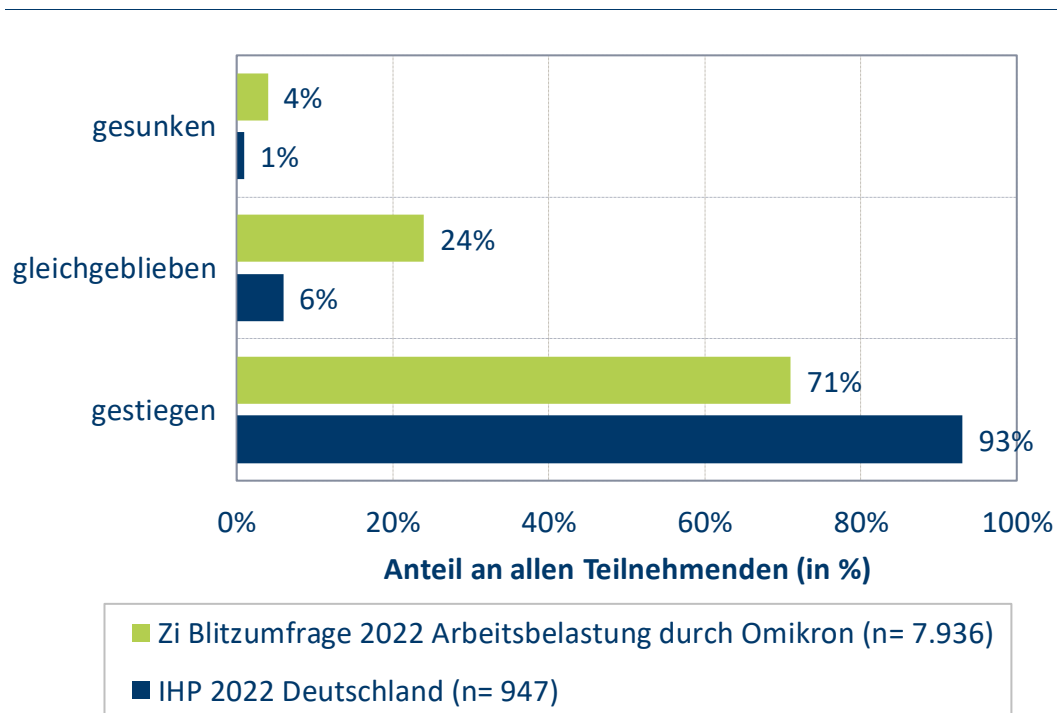
Quelle: KBV (2018), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte

5.2 Arbeitsbelastung

5.2.1 Veränderung durch Pandemie

Im IHP-Survey 2022 wurde erhoben, inwieweit die Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte mit Eintreten der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 gestiegen, gleichgeblieben oder gesunken ist. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte weitüberwiegend eine Zunahme der Arbeitsbelastung empfunden haben. 93 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, dass ihre Arbeitsbelastung seit COVID-19 im Vergleich zu vor der Pandemie etwas oder erheblich gestiegen ist (Abbildung 83).

Abbildung 83: Veränderung der Arbeitsbelastung seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Vergleich zwischen der Zi-Blitzumfrage 2022 und dem IHP-Survey 2022



Quelle: Czihal et al. (2022), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte

In der Zi-Blitzumfrage zur Omikron-Welle der Pandemie aus dem Frühjahr 2022 wurde erhoben, inwiefern die Vertragsärztinnen und -ärzte insbesondere durch die Omikron-Welle vom Frühjahr 2022 eine erhöhte Arbeitsbelastung hatten. Insofern ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Erhebungen eingeschränkt.

Dennoch deuten auch die Befunde der Zi-Blitzumfrage in die gleiche Richtung wie die IHP-Ergebnisse: Die meisten Ärztinnen und Ärzte haben eine gestiegene Arbeitsbelastung empfunden. 71 Prozent der Vertragsärztinnen und -ärzte gaben an, dass ihre Arbeitsbelastung durch die Omikron-Welle gestiegen sei. Knapp ein Viertel der befragten Ärztinnen und Ärzte gab an, dass ihre Arbeitsbelastung gleichgeblieben ist. Lediglich 4 Prozent berichteten von einer gesunkenen Arbeitsbelastung. Nach dem IHP-Survey gaben 6 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte an, dass ihre Arbeitsbelastung gleichgeblieben ist und nur 1 Prozent der befragten Hausärztinnen und Hausärzte gab an, dass ihre Arbeitsbelastung seit dem Aufkommen der COVID-19 Pandemie gesunken ist. Die Ergebnisse der Zi-Blitzumfrage bestätigen also – unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit – die Befunde aus dem IHP-Survey, dass die Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland durch die COVID-19 Pandemie deutlich zugenommen hat.

5.2.2 Burnout

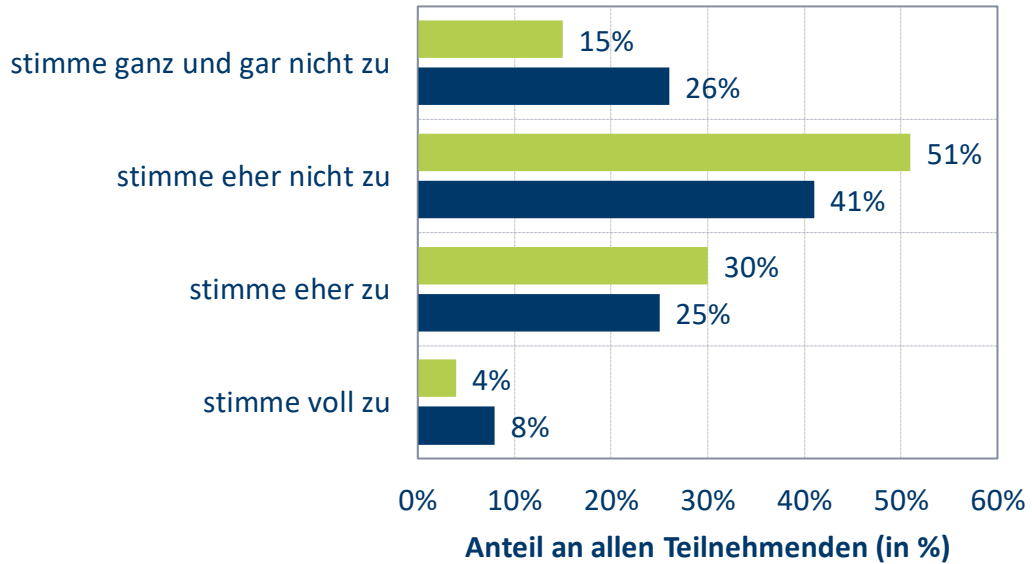
Das Burnout-Niveau der Ärztinnen und Ärzte wurde neben dem IHP-Survey 2022 auch im Ärztemonitor der KBV aus dem Jahr 2018 erhoben. Grundsätzlich ist die Vergleichbarkeit dieses Merkmals zwischen diesen beiden Erhebungen eingeschränkt, zum einen durch unterschiedliche Arztgruppen (Hausärztinnen und Hausärzte bei IHP, alle Arztgruppen beim Ärztemonitor), zum anderen aber auch durch die verschiedenen Erhebungszeiträume, zwischen denen die COVID-19-Pandemie lag.

Dennoch zeigen sich generell ähnliche Ergebnisse. Überwiegend gaben die Ärztinnen und Ärzte an, dass sie eher keine Burnout-Symptome bei sich beobachten. Nach IHP-Survey gaben 51 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 an, eher nicht zuzustimmen (nur gelegentlich Stress) und 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, gar nicht zuzustimmen (gar keine Symptome) (Abbildung 84).

Allerdings sagten nach dem IHP-Survey auch 30 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte, dass sie eher zustimmen (oft frustriert oder mehrere Burnout-Symptome), und 4 Prozent stimmten voll und ganz zu (völlig ausgebrannt).

Ähnliche Ergebnisse – unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen – zeigt auch der KBV-Ärztemonitor aus dem Jahr 2018 für die Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen. Im Einzelnen sind die Kategorien etwas unterschiedlich besetzt. Nach dem Ärztemonitor waren 2018 mehr Ärztinnen und Ärzte völlig ausgebrannt als Hausärztinnen und Hausärzte nach dem IHP-Survey 2022, allerdings auch deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte ohne jegliche Burnout-Symptome. Generell bekräftigen die Ergebnisse des Ärztemonitors jedoch die IHP-Befunde, dass ein erheblicher Teil der Ärztinnen und Ärzte von Burnout-Symptomen betroffen ist.

Abbildung 84: Einschätzung zum Vorliegen eines eigenen Burnouts im Vergleich zwischen dem KBV-Ärzte-monitor 2018 und dem IHP-Survey 2022



■ IHP 2022 Deutschland (n= 944) ■ KBV Ärzte-monitor (n=8.389)

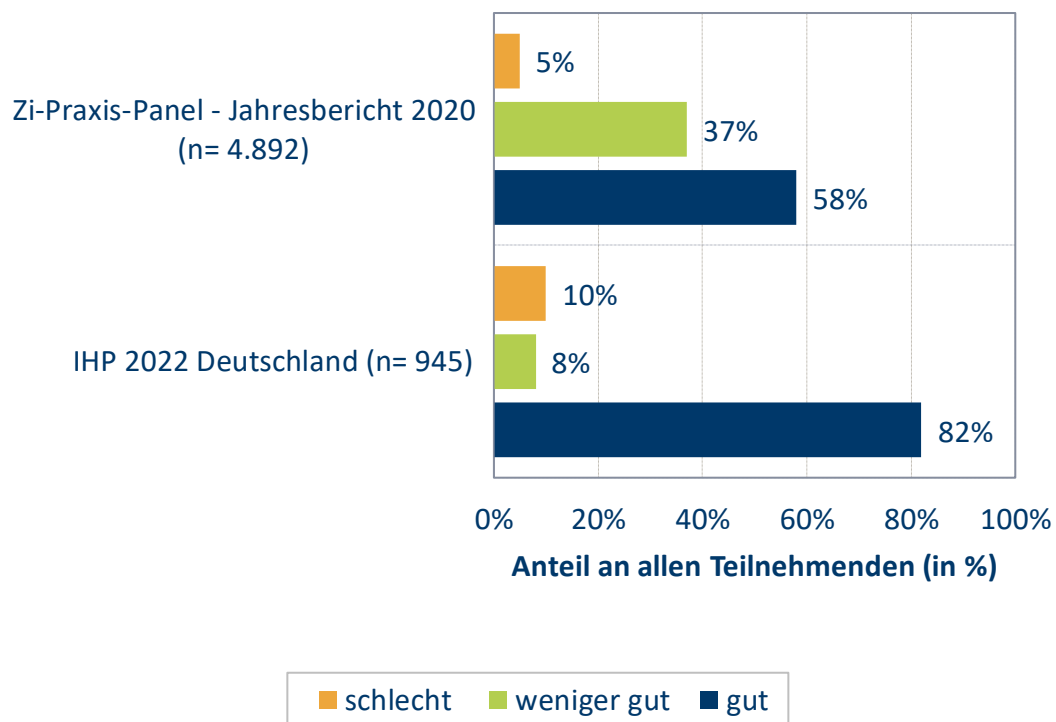
Quelle: KBV (2018), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte
Anmerkung: Aussage: „Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.“
Die Antwortkategorien des IHP-Surveys wurden wie folgt zugeordnet:
keine Symptome von Burnout -> stimme ganz und gar nicht zu
gelegentlich Stress, aber nicht ausgebrannt -> stimme eher nicht zu
oft frustriert oder mehrere Burnout-Symptome -> stimme eher zu
völlig ausgebrannt -> stimme voll zu

5.3 Zufriedenheit mit ärztlicher Tätigkeit

5.3.1 Ärztliche Tätigkeit insgesamt

Mit ihrer ärztlichen Tätigkeit insgesamt waren die Hausärztinnen und Hausärzte gemäß den Ergebnissen des IHP-Surveys im Jahr 2022 tendenziell etwas zufriedener als die Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen im Jahr 2020 gemäß den Ergebnissen des Zi-Praxis-Panels (Abbildung 85). Dabei ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse insofern eingeschränkt, dass unterschiedliche Arztgruppen befragt wurden und der Befragungszeitraum des Zi-Praxis-Panels in das erste Jahr der Pandemie fiel, während der IHP-Survey am Ende der Pandemie durchgeführt wurde.

Abbildung 85: Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt im Vergleich zwischen dem Zi-Praxis-Panel 2020 und dem IHP-Survey 2022



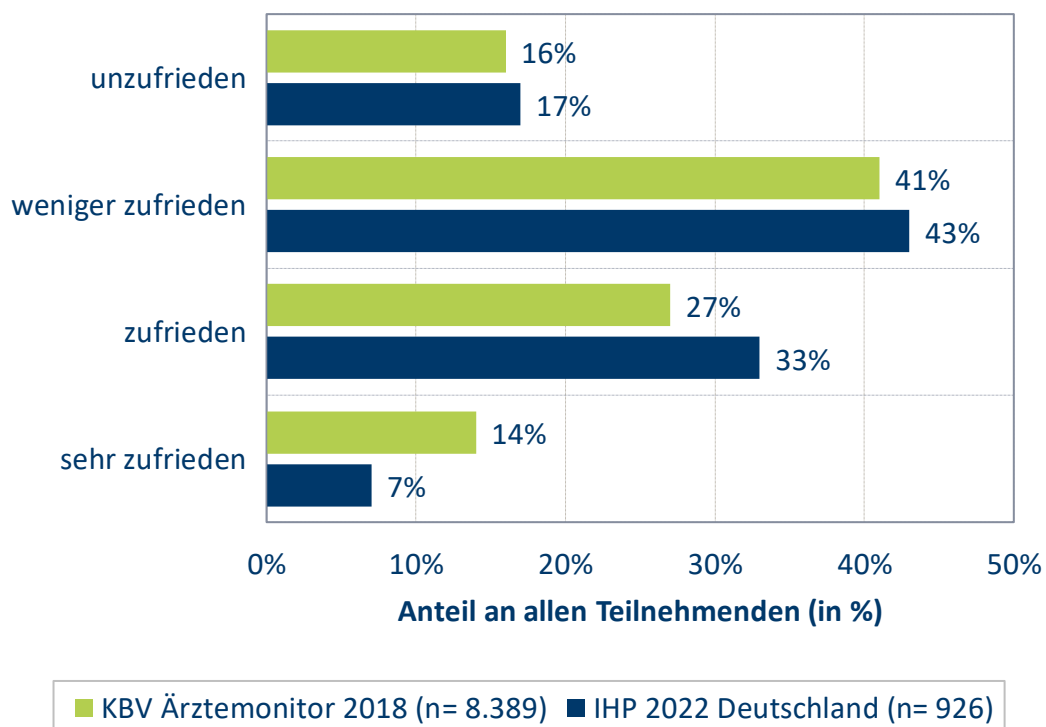
Quelle: Zi (2020), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte
 Anmerkung: Zuordnung der Antwortkategorien im IHP-Survey:
 äußerst zufrieden, sehr zufrieden, einigermaßen zufrieden -> gut
 etwas zufrieden -> weniger gut
 überhaupt nicht zufrieden -> schlecht

5.3.2 Behandlungszeit

Die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der verfügbaren Behandlungszeit je Patient kann mit Einschränkungen zwischen dem IHP-Survey 2022 und erneut dem KBV Ärztemonitor 2018 verglichen werden. Dabei liegen grundsätzlich die gleichen Einschränkungen wie beim Vergleich der Arbeitszeit und dem Vorliegen eines Burnouts vor: zum einen durch unterschiedliche Arztgruppen und zum anderen durch abweichende Erhebungszeiträume, zwischen denen die Pandemie lag.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen fallen die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Behandlungszeit beim IHP-Survey 2022 und beim KBV-Ärztemonitor 2018 ähnlich aus. Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte (etwa 60 %) ist mit dem Umfang der verfügbaren Behandlungszeit weniger zufrieden oder unzufrieden (Abbildung 86). Dieser Vergleich lässt vermuten, dass sich die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der verfügbaren Behandlungszeit je Patient bzw. Patientin durch die COVID-19-Pandemie nicht wesentlich verändert hat.

Abbildung 86: Zufriedenheit mit der verfügbaren Behandlungszeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärztemonitor 2018 und dem IHP-Survey 2022



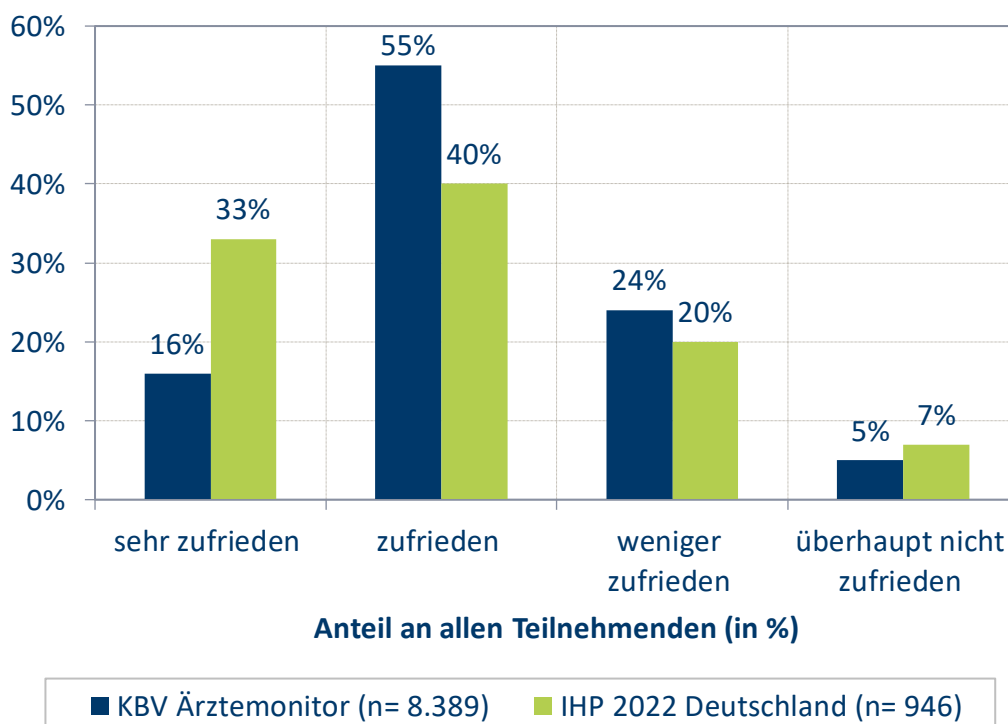
Quelle: KBV (2018), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte

5.3.3 Zufriedenheit mit Einkommen

Ähnliches gilt für die Zufriedenheit mit dem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit. Auch hier lassen sich die Ergebnisse des IHP-Surveys 2022 mit den zuvor genannten Einschränkungen zu den Ergebnissen des KBV-Ärztemonitors 2018 grundsätzlich vergleichen.

Dieser Vergleich zeigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 ebenfalls mit ihrem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit ähnlich oft zufrieden waren wie alle Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2018. Etwas weniger als drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte gaben an, mit ihrem Einkommen zufrieden oder sehr zufrieden zu sein (Abbildung 87). Dabei waren die Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 öfter sehr zufrieden als alle Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2018 und seltener „nur“ zufrieden. In beiden Surveys waren etwas mehr als ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit weniger zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden.

Abbildung 87: Zufriedenheit mit dem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit im Vergleich zwischen dem KBV-Ärztemonitor 2018 und dem IHP-Survey 2022



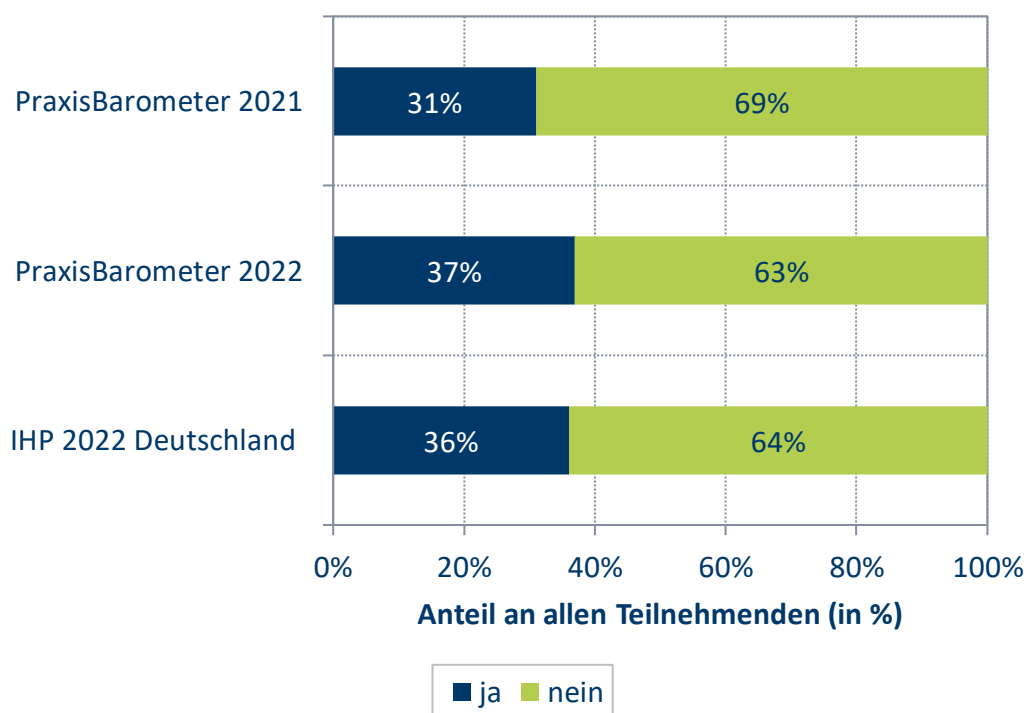
Quelle: KBV (2018), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte

5.4 Telemedizin

Die Nutzungsrate der Videosprechstunde unter den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland im Jahr 2022 gemäß den Befragungsergebnissen des IHP-Surveys 2022 fällt in einer sehr ähnlichen Größenordnung aus wie unter allen Vertragsärzten gemäß den Ergebnissen des Praxisbarometers Digitalisierung der KBV aus dem Jahre 2022.

Unter den Hausärztinnen und Hausärzten lag der Anteil mit Nutzung von Videosprechstunden gemäß IHP-Survey im Jahr 2022 bei 36 Prozent und unter allen Vertragsärzten gemäß Praxisbarometer Digitalisierung bei 37 Prozent (Abbildung 88). Der weitergehende Vergleich zu den Ergebnissen des PraxisBarometers Digitalisierung aus dem Vorjahr zeigt, dass der Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte, die Videosprechstunden anbieten, zwischen den Jahren 2021 und 2022 merklich von 31 Prozent auf 37 % zugenommen hat.

Abbildung 88: Nutzung von Videosprechstunden im Vergleich zwischen dem PraxisBarometer 2021 bzw. 2022 der KBV und dem IHP-Survey 2022



Quelle: Albrecht et al. (2023), Albrecht et al. (2022), IGES auf Basis der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte

6. Zusammenfassung und Empfehlungen zur Survey-Weiterentwicklung

6.1 Zusammenfassung

Hinter den Hausärztinnen und Hausärzten liegen etwa drei Jahre COVID-19-Pandemie, in denen sie – nicht nur in Deutschland – einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung geleistet haben. Im Rahmen des International-Health-Policy-(IHP-)Surveys 2022 wurden die Hausärztinnen und Hausärzte zu ihren Arbeitsbedingungen, der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten, der Digitalisierung ihrer Praxisabläufe sowie den Auswirkungen der Pandemie auf diese befragt. Die Befragung wurde in insgesamt zehn Industrieländern in etwa gleichzeitig durchgeführt. In Deutschland fand sie in der ersten Hälfte des Jahres 2022 statt, und 947 Hausärztinnen und Hausärzte haben sich an ihr beteiligt.

Die Ergebnisse der Befragung offenbaren in relevantem Maße Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen, der Patientenversorgung, dem Digitalisierungsstand sowie den Pandemieauswirkungen sowohl zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland als auch im Vergleich zu Hausärztinnen und Hausärzten in anderen Ländern und deuten darüber hinaus auf trendmäßige Entwicklungen über den Verlauf der vergangenen Jahre hin. Punktuell zeigen sich darüber hinaus Unterschiede nach dem Alter der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Region ihres Praxisstandorts. Alle Daten wurden zudem geschlechtsspezifisch analysiert, allerdings zeigen sich keine Unterschiede nach dem Geschlecht in relevanter Größenordnung.

Der Zugang für Patientinnen und Patienten zur hausärztlichen Versorgung erfolgt in Deutschland weiterhin überwiegend durch das Leistungsangebot der Hausärztinnen und Hausärzte unmittelbar am Praxisstandort und in Form von Hausbesuchen. Darüber hinaus bietet ein zunehmender Teil der Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patientinnen und Patienten eine Behandlung per Videosprechstunde an. Dieser Teil ist seit dem Jahr 2019 erheblich gestiegen und erreichte im Jahr 2022 eine Größenordnung von etwa einem Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte, die routinemäßig oder gelegentlich Videosprechstunden anbieten. Gegenüber Ländern wie den USA, dem Vereinigten Königreich oder Frankreich fällt der Verbreitungsgrad der Videosprechstunden in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland allerdings weiterhin gering aus.

Ein Schwerpunktthema des IHP-Surveys 2022 waren der Einsatz von Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung und die Erfahrungen, die die Hausärztinnen und Hausärzte mit der Telemedizin gemacht haben. Ein zentrales Ergebnis der Erhebung in Deutschland ist, dass die Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin – der Versorgung von Patientinnen und Patienten per Bildübertragung oder Telefon anstelle eines persönlichen Besuchs – im Jahr 2022 größtenteils unzufrieden waren. Mehr als ein Drittel (40 %) der Hausärztinnen und Hausärzte,

die bereits Telemedizin genutzt haben, gab an, dass sie mit der Ausübung der Telemedizin eher unzufrieden waren, ein weiteres Drittel war sogar überhaupt nicht zufrieden. Insgesamt waren knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit dem Einsatz von Telemedizin unzufrieden. Diese Unzufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit der Ausübung der Telemedizin erweist sich auch im internationalen Vergleich als stark ausgeprägt. In allen anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, waren mehr Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin zufrieden als in Deutschland, in einigen Ländern sogar wesentlich mehr (mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte).

Als Gründe für ihre Unzufriedenheit mit der Telemedizin führten die Hausärztinnen und Hausärzte vor allem Schwierigkeiten mit der Einführung einer Telemedizin-Plattform sowie große Herausforderungen im Zusammenhang mit den Implementierungskosten und mit einer vergleichsweise geringen Vergütung von telemedizinisch erbrachten Leistungen an. Diese Aspekte verbinden die Hausärztinnen und Hausärzte in anderen Ländern offenbar mit deutlich geringeren Herausforderungen.

Zudem sehen die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland nur selten Effekte des Einsatzes von Telemedizin. Weder eine Erhöhung der Terminpünktlichkeit noch bessere Möglichkeiten zur Beurteilung des Behandlungsbedarfs der Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten wurden in diesem Zusammenhang oft von den Hausärztinnen und Hausärzten angeführt. Auch hier sehen die Hausärztinnen und Hausärzte in anderen Ländern deutlich öfter Wirkungen des Einsatzes von Telemedizin.

Offen blieb, auf welche Form der telemedizinischen Leistungserbringung genau die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Einschätzungen bezogen (Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien, Telemonitoring, Gerätekontrolle oder die telefonische Beratung). Aus diesem Grund konnte keine weitere Analyse der Herausforderungen, die die Hausärztinnen und Hausärzte mit der Ausübung der Telemedizin verbanden, und der Form der Ausübung erfolgen. Des Weiteren konnte nicht beurteilt werden, inwiefern sich die Form der Nutzung der Telemedizin zwischen den Ländern unterscheidet (beispielsweise vergleichsweise mehr telefonische Beratung in Deutschland und mehr Videosprechstunden in anderen Ländern). Aufgrund der ungeklärten Vergleichbarkeit konnten auch die Gründe für die im Ländervergleich größere Unzufriedenheit und größer empfundenen Herausforderungen mit der Telemedizin in Deutschland nicht erörtert werden.

Über den Einsatz von Telemedizin im Zusammenhang mit der Leistungserbringung hinaus nimmt auch der Grad der Digitalisierung der Praxisverwaltung bei den Hausärztinnen und Hausärzten weiter zu. Allerdings zeigen die Ergebnisse des IHP-Surveys 2022, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland bei den Möglichkeiten, Informationen wie Medikationspläne, Ergebnisse von Labor- und Diagnostiktests sowie Krankheitsbilder elektronisch mit anderen Gesundheitsdienstleistern außerhalb Ihrer Praxis austauschen zu können, gegenüber den

Hausärztinnen und Hausärzten in anderen Ländern weiterhin erheblich zurückstehen.

Die COVID-19-Pandemie hat nach Einschätzung der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland unter anderem Auswirkungen auf ihre eigene Behandlungsqualität gehabt. Zwar haben etwas mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte im Jahr 2022 angegeben, dass sich die Qualität ihrer Behandlung nicht verändert habe. Allerdings hat auch immerhin ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte die Einschätzung abgegeben, dass sich die Qualität ihrer Behandlung durch die Pandemie etwas verschlechtert hat. Hausärztinnen und Hausärzte, die angaben, seit Beginn der COVID-19-Pandemie emotionalen Stress empfunden zu haben, sahen dabei häufiger eine Verschlechterung ihrer Behandlungsqualität als Hausärztinnen und Hausärzte, die keinen emotionalen Stress empfunden haben. Im internationalen Vergleich bewegten sich diese Einschätzungen im Mittelfeld.

Bemerkenswerte Ergebnisse zeigen sich auch im Zusammenhang mit der Arbeitszeit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland. Diese hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Während im Jahr 2012 noch rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte normalerweise 45 Stunden oder mehr pro Woche arbeiteten, waren es im Jahr 2019 bereits rund drei Viertel, und im Jahr 2022 folgte ein weiterer Anstieg auf 82 Prozent. Der internationale Vergleich der Arbeitszeit offenbart, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit Abstand am öftesten eine vergleichsweise große Zahl an Wochenstunden arbeiten. In den anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde, bewegte sich im Jahr 2022 der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die normalerweise 40 Std. oder mehr pro Woche arbeiten, zwischen knapp der Hälfte und rund drei Vierteln. In Deutschland hingegen gaben rund 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte eine Wochenarbeitszeit von 40 oder mehr Stunden an.

Im Zusammenhang mit einer hohen Arbeitszeit berichten die Hausärztinnen und Hausärzte auch von einer hohen Arbeitsbelastung insgesamt, sie empfinden ihre ärztliche Tätigkeit oft als anstrengend. Knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gab im Jahr 2022 an, ihre hausärztliche Tätigkeit bzw. ihre Praxistätigkeit als sehr anstrengend zu empfinden. Ein weiteres Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte empfand die Tätigkeit als etwas anstrengend und ein Fünftel sogar als extrem anstrengend. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit als sehr anstrengend oder sogar extrem anstrengend empfinden, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Traf dies im Jahr 2015 noch auf knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte zu, waren es im Jahr 2019 bereits etwas mehr als die Hälfte, und im Jahr 2022 empfanden mehr als zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte ihre ärztliche Tätigkeit als sehr anstrengend oder extrem anstrengend. Im internationalen Vergleich bewegten sich die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland damit im oberen Drittel der Länder, hatten also überdurchschnittlich oft diese Empfindung geäußert.

Die Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte hat sich zudem im Zuge der COVID-19-Pandemie erheblich erhöht. Mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und

Hausärzte in Deutschland gaben im Jahr 2022 an, dass ihre Arbeitsbelastung im Vergleich zu der Zeit vor Beginn der Pandemie erheblich gestiegen ist, ein weiterer Teil gab eine „etwas“ gestiegene Arbeitsbelastung an. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit über 90 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte, für die die Arbeitsbelastung zugenommen hat, am oberen Ende der Verteilung nach Zunahme der Arbeitsbelastung. In keinem anderen Land hat ein so großer Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte von einer gestiegenen Arbeitsbelastung seit Pandemiebeginn berichtet.

Trotz dieser beobachteten Entwicklungen und empfundenen Belastungen sind die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland mit ihrer ärztlichen Tätigkeit weiterhin überwiegend zufrieden. Mehr als drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte gaben im Jahr 2022 an, mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zufrieden, sehr zufrieden oder äußerst zufrieden zu sein. Allerdings ist der Anteil der zufriedenen Hausärztinnen und Hausärzte seit dem Jahr 2019 leicht rückläufig gewesen. Genauer nach einzelnen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit gefragt, offenbart sich, dass ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Zeit, die sie für die Patientenversorgung aufbringen können, mit ihrem täglichen Arbeitsaufkommen, mit ihrer Work-Life-Balance und vor allem mit dem Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten weniger zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden sind. Gegenüber dem Jahr 2019 hat diese Unzufriedenheit tendenziell zugenommen.

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben im Rahmen der Befragung auch ein wenig Einblicke in ihre Zukunftspläne in Bezug auf die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit gegeben. Demnach plante im Jahr 2022 ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland, in den kommenden ein bis drei Jahren keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig zu behandeln. In der Altersgruppe der über-60-Jährigen traf dies sogar auf mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte zu. In anderen Ländern besteht allerdings in dieser Hinsicht eine noch größere Herausforderung für die zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Die größten Anteile der Hausärztinnen und Hausärzte mit dahingehenden Ausstiegsplänen zeigen sich im Vereinigten Königreich, in Neuseeland und in Frankreich.

Schließlich haben die Hausärztinnen und Hausärzte noch einige Einschätzungen abgegeben, die ihre Perspektiven auf das Gesundheitssystem in ihrem Land erfassen. Das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt wurde dabei von den hier praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten überwiegend als gut oder sehr gut bewertet. Knapp drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte kamen zu dieser Einschätzung und damit mehr als in den meisten anderen Ländern, in denen der IHP-Survey 2022 durchgeführt wurde. In vielen Ländern haben weniger als die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte eine gute Bewertung ihres Gesundheitssystems abgegeben, insbesondere in Neuseeland und den USA. Lediglich in der Schweiz fiel dieser Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte mit über 90 Prozent noch ein ganzes Stück größer aus als in Deutschland.

Im Zusammenhang mit der Bewertung des Gesundheitssystems in Deutschland im Allgemeinen haben die Hausärztinnen und Hausärzte des Weiteren angegeben, inwiefern sie denken, dass sich die Qualität der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem insgesamt seit Beginn der COVID-19-Pandemie verändert hat. Rund zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte waren im Jahr 2022 der Auffassung, die Versorgungsqualität im Allgemeinen habe sich in Deutschland seit Pandemiebeginn verschlechtert. Im internationalen Vergleich landet Deutschland damit im Mittelfeld. Im Vereinigten Königreich, Neuseeland, Frankreich und Kanada haben jeweils etwa drei Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte eine Verschlechterung festgestellt und hingegen in den USA nur etwa die Hälfte sowie in der Schweiz nicht einmal ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte.

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben auch eine Einschätzung abgegeben, wie oft es in ihrer Wahrnehmung im Gesundheitswesen zu Benachteiligung bzw. Diskriminierung von Menschen aufgrund eines Migrationshintergrunds kommt. Rund ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte kam dabei zu der Einschätzung, dass oft oder sehr oft Menschen im Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds benachteiligt werden. Erfahrungen mit Berichten ihrer eigenen Patientinnen und Patienten von ungerechter Behandlung im Gesundheitswesen aufgrund eines Migrationshintergrunds hat knapp die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte bereits einmal gemacht.

Abschließend wurden die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland noch gefragt, welche Ansätze zur Steigerung der Qualität der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe ihrer Meinung nach zu priorisieren wären. Die höchste Priorität sollte nach Auffassung der Hausärztinnen und Hausärzte eindeutig einer Ausweitung der Zeit, die für die Arzt-Patienten-Gespräche zur Verfügung steht, beigemessen werden. Auf den weiteren Rängen folgten eine bessere Vergütung von Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten stärken, eine Ausweitung besonderer Kommunikationsangebote für „vulnerable Gruppen“ wie zum Beispiel Angebote in „leichter Sprache“, Videos, Fotos, Grafiken oder Erfahrungsberichte sowie eine Ausweitung von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten im Bereich der Kommunikation für die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Hingegen für eine geringere Priorisierung votierten die Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf eine Stärkung des Shared-Decision-Making-(SDM)-Ansatzes durch die Anwendung einheitlicher Instrumente wie Entscheidungshilfen und Online-Tools für das Arzt-Patienten-Gespräch. Ebenfalls gering zu priorisieren wären nach Ansicht der Hausärztinnen und Hausärzte eine Ausweitung und eine Verbesserung digitaler Angebote für Patientinnen und Patienten zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz.

6.2 Empfehlungen zur Survey-Weiterentwicklung

Die Belastbarkeit dieser Ergebnisse des IHP-Surveys 2022 ist generell mit gewissen Einschränkungen verbunden, die auf Limitationen beim methodischen Vorgehen im Zusammenhang mit der Erhebung in Deutschland zurückzuführen sind. Für eine Steigerung der Belastbarkeit der Ergebnisse lassen sich vor diesem Hintergrund für zukünftige Befragungen im Rahmen des IHP-Surveys Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Befragungsinstruments und seiner Umsetzung ableiten.¹⁰

Die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Teilnahme an der Befragung im Rahmen des IHP-Surveys 2022 wurde in Deutschland dieses Jahr in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausärzterverband (DHV) umgesetzt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden aus dem Mitgliederbestand des DHV bzw. den Mitgliederbeständen der untergeordneten Landesverbände rekrutiert. Mit diesem Vorgehen wurde hinsichtlich der Rekrutierung vom Vorgehen im Rahmen des IHP-Surveys 2019 in Deutschland abgewichen. Im Jahr 2019 wurde für die Stichprobenziehung auf dem Adressdatenbestand eines kommerziellen Anbieters aufgesetzt. Inwiefern der damalige Datenbestand im Sinne der Repräsentativität der Befragung eine bessere Stichprobenziehung ermöglicht hat als der DHV-Mitgliederbestand für die Befragung im Jahr 2022, konnte nicht abschließend geklärt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Stichprobenziehung aus dem Mitgliederbestand des DHV keine systematisch „verzerrte“ Stichprobe erzeugt hat. Über die Gewichtung der Daten wurden Abweichungen in der Verteilung der Stichprobe von der Grundgesamtheit hinsichtlich Alter und Geschlecht der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Region des Praxisstandorts berücksichtigt.

Für die Stichprobenziehung wurde des Weiteren entschieden, grundsätzlich alle Mitglieder des DHV bzw. der Landesverbände zur Teilnahme einzuladen. Zumindest theoretisch war somit geplant, eine Vollerhebung unter allen Mitgliedern des Deutschen Hausärzterverbands durchzuführen. Letztlich ist allerdings keine Vollerhebung erfolgt. Den Versand der Einladungen hat der DHV eigenständig organisiert, indem der Dachverband die Landesverbände um Einladung ihrer Mitglieder gebeten hat. Die Aktivitäten der einzelnen Landesverbände in Bezug auf die Einladung ihrer Mitglieder fielen nach Darstellung des DHV sehr heterogen aus. Dies hat erschwerend dazu beigetragen, eine regional ausgeglichene Verteilung der Stichprobe zu erreichen. Letztlich konnte im Einzelnen nicht mehr exakt nachvollzogen werden, welcher Teil der Mitglieder der Landesverbände eingeladen wurde und welcher nicht. Die Repräsentativität der Erhebung beim Mitgliederbestand des DHV kann mit diesem Vorgehen nicht gewährleistet werden.

Letztlich wurde ein Stichprobenumfang erreicht, der deutlich geringer ausgefallen ist, als ursprünglich mit dem Vorgehen der Rekrutierung über den DHV angestrebt wurde (947 Hausärztinnen und Hausärzte haben an der Befragung teilgenommen). Auch die regionale Verteilung der Stichprobe konnte nicht mit der angestrebten

¹⁰ Die Empfehlungen beziehen sich auf alle Geschlechter gleichermaßen. Da die Analysen der Befragungsergebnisse keine geschlechtsspezifischen Befunde in relevanter Größenordnung ergeben haben, wurden auch keine geschlechtsspezifischen Empfehlungen abgeleitet.

Abdeckung erreicht werden. Aus diesem Grund konnten die Befragungsergebnisse nur eingeschränkt in der regionalen Perspektive ausgewertet werden, lediglich nach städtischen und ländlichen Regionen; eine Auswertung nach ostdeutschen und westdeutschen Bundesländern hingegen war nicht möglich. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs waren auch keine multivariaten Analysen zu Zusammenhängen zwischen mehr als zwei erhobenen Merkmalen möglich, ebenso wenig wie geschlechtsspezifische Auswertungen der Segmentierungsmerkmale (Alter und Region).

Es ist daher zu empfehlen, für zukünftige Erhebungen im Rahmen des IHP-Surveys kritisch zu prüfen, ob die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Teilnahme an der Befragung erneut in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzterverband erfolgen sollte. Dabei wären die Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Ein wesentlicher Nachteil sind die potenziellen Einschränkungen bezüglich der Repräsentativität. Seitens der Vorteile kommt ein höherer Stichprobenumfang in Betracht. Diesen hat man sich im Vorfeld der Befragung in 2022 von der Kooperation mit dem DHV offenbar versprochen. Allerdings muss festgestellt werden, dass der Stichprobenumfang in 2022 letztlich nicht viel größer ausgefallen ist als in 2019. Hier sind offenbar alle Beteiligten von einer deutlich größeren Teilnahmebereitschaft unter den Mitgliedern des DHV ausgegangen als sie sich letztlich gezeigt hat (siehe dazu auch den folgenden Punkt).

Über die Gründe für eine möglicherweise geminderte Bereitschaft der Mitglieder des Deutschen Hausärzterverbands, an der international koordinierten Befragung im Rahmen des IHP-Surveys 2022 teilzunehmen, kann nur spekuliert werden. Es liegen allerdings vereinzelt Hinweise vor zu möglichen Ursachen für eine geringere Teilnahmebereitschaft bei den Hausärztinnen und Hausärzten.

Der IHP-Survey war in Deutschland im Jahr 2022 in den Monaten März, April und Mai in der Feldphase. Zu dieser Zeit hatte Deutschland gerade den Höhepunkt der Omikron-Welle der COVID-19-Pandemie überwunden. Die Hausärztinnen und Hausärzte waren in dieser Zeit nicht nur erheblich in die Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten eingebunden. Sie haben darüber hinaus auch einen Großteil der Bevölkerung mit Impfungen gegen die Omikron-Variante des Erregers versorgt. Zu dieser Zeit dürfte ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte nicht sonderlich viel Zeit für die Teilnahme an einer Befragung gehabt haben – zumal davon auszugehen ist, dass der IHP-Survey nicht die einzige Befragung war, zu der die Hausärztinnen und Hausärzte in dieser Zeit eingeladen wurden.

Eine geminderte Teilnahmebereitschaft am IHP-Survey unter den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland ist auch mit Blick auf die Erfahrungen im Zusammenhang mit der Rekrutierung im Jahr 2022 in anderen Ländern plausibel. In einigen Ländern gab es offenbar mitunter deutlich größere Schwierigkeiten bei der Rekrutierung für den IHP-Survey 2022 als in Deutschland, insbesondere in Australien, Kanada, Frankreich, Neuseeland und den USA. Aus diesem Grund wurde im

Laufe der Feldphase das international koordinierte Zeitfenster für die Befragung erheblich nach hinten erweitert.

Eine weitere mögliche Ursache für eine geminderte Teilnahmebereitschaft unter den Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland könnte in der Konzipierung des international abgestimmten Befragungsinstruments liegen. Hierzu gab es bereits vereinzelt im Rahmen des Pretests die Rückmeldung von Teilnehmern, dass viele Fragen als „realitätsfern“ in Bezug auf Ihren Praxisalltag oder nicht passgenau genug auf das Gesundheitssystem in Deutschland bewertet wurden. In die gleiche Richtung haben auch der Deutsche Hausärzteverband bzw. einzelne seiner Landesverbände die Rückmeldung gegeben, dass sie das Befragungsinstrument in seiner Konzipierung nicht durchgängig als geeignet einstufen und daher nicht uneingeschränkt unterstützen würden. Dies legt die Vermutung nahe, dass nicht alle Landesverbände ihre Mitglieder mit gleichem Nachdruck zur Teilnahme am IHP-Survey 2022 aufgefordert haben. Auch dieser Aspekt sollte zukünftig bei der Frage, auf welchen Datenbestand bei der Rekrutierung zurückgegriffen wird, berücksichtigt werden.

Der Aspekt, auf den die Kritik einzelner Hausärztinnen und Hausärzte sowie Landesverbände abzielt, ist ein weiterer, der zukünftig bei der Konzipierung des Befragungsinstruments und insbesondere bei der Anpassung auf den jeweiligen nationalen Kontext bzw. letztlich die Übersetzung aus dem Englischen in die Landessprache noch stärker berücksichtigt werden sollte. Die Passgenauigkeit der einzelnen Themen bzw. Fragen und ihrer Formulierungen auf das jeweilige nationale Gesundheitssystem ist essenziell für eine präzise und verzerrungsfreie Erhebung der Fragen. Sie steht aber gleichzeitig potenziell in Konflikt mit der internationalen Vergleichbarkeit. Je mehr auf die Passgenauigkeit geachtet wird, desto größer ist das Risiko, dass die Vergleichbarkeit der Erhebung zwischen den einzelnen Ländern gefährdet ist. Die Autorinnen und Autoren dieses Berichts plädieren jedoch dafür, zukünftig die Passgenauigkeit der Fragen, insbesondere im Prozess ihrer Übersetzung, stärker als zuletzt zu priorisieren. Denn sofern es an der Passgenauigkeit mangelt und Fragen unpräzise oder verzerrt erhoben werden, kann auch die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern nur dem Anschein nach gegeben sein.

Zentrale Terminologie aus dem Befragungskonzept, die dem internationalen Basis-konzept entstammt, sollte eingehender auf Kompatibilität und Verständlichkeit im nationalen Kontext geprüft werden. Insbesondere für dynamische Themenkomplexe wie die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es unabdinglich, dass die verwendeten (Fach-)Begriffe unmissverständlich formuliert sind und gegebenenfalls für den jeweiligen nationalen Kontext erläutert werden, damit sie von den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern einheitlich und korrekt eingeordnet werden. Als Beispiele für potenziell missverständlichen Kontext aus der aktuellen Befragung, der im Rahmen der Befragung zumindest für Deutschland deutlicher eingeordnet werden sollte, sind zu nennen die Verwendung „einer elektronischen Patientenakte“ („electronic patient medical records“) sowie der Einsatz von „Telemedizin“ („telehealth“).

Der Einsatz von Telemedizin sollte darüber hinaus genauer erhoben werden, insbesondere wenn es sich um ein Schwerpunktthema der Studie handelt. So blieb im Rahmen der Einschätzungen der Hausärztinnen und Hausärzte und ihren Erfahrungsberichten zum Einsatz der Telemedizin weitestgehend unklar, auf welche Form der telemedizinischen Leistungserbringung genau die Hausärztinnen und Hausärzte sich bezogen (Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien, Telemonitoring, Gerätekontrolle oder die telefonische Beratung). Ohne eine eindeutige Zuordnung zu der Form der Behandlung ließen sich die Äußerungen der Hausärztinnen und Hausärzte nur eingeschränkt interpretieren. So zeigte sich beispielsweise ein Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte unzufrieden mit der Vergütung telemedizinischer Leistungen.

Hausärztinnen und Hausärzte können im Zusammenhang mit Videosprechstunden eine ganze Reihe von Pauschalen und Zuschlägen abrechnen, ähnlich bei telefonischer Beratung (Deutscher Bundestag, 2022): Neben den Grund- und Versicherungspauschalen gibt es eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags, eine Pauschale bei chronischen Erkrankungen („Chronikerpauschale“), Technikzuschläge und ggf. weitere Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten oder bei einem Notfall. Erfolgt die Behandlung im Quartal ausschließlich per Videosprechstunde ohne persönlichen Kontakt, ist ein Abschlag anzusetzen. Die Vergütung von Videosprechstunden wurde während der COVID-19-Pandemie ausgeweitet, indem die Begrenzung, dass insgesamt nur 20 % (mittlerweile 30 %) der Kontakte jeder Hausärztin und jedes Hausarztes per Videosprechstunde stattfinden dürfen, vorübergehend ausgesetzt wurde. Arbeitsunfähigkeit konnte zudem per telefonische Beratung festgestellt werden. Bis zum Herbst 2021 gab es darüber hinaus zwei Jahre lang eine weitere Vergütung im Rahmen der Anschubförderung von Videosprechstunden. Gegenwärtig können noch befristet Authentifizierungszuschläge bei Neupatientinnen und -patienten im Rahmen von Videosprechstunden abgerechnet werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Unzufriedenheit eines Großteils der befragten Hausärztinnen und Hausärzte mit der Vergütung der telemedizinischen Leistungen überraschend. Allerdings sollte dieser Zusammenhang ohne eine genauere Zuordnung zu den erbrachten Leistungen und ohne Einordnung durch die Hausärztinnen und Hausärzte, welchen Maßstab sie für eine hinreichende Vergütung ansetzen, mit Vorsicht interpretiert werden. Ähnliches gilt an dieser Stelle für den Ländervergleich. Auch die Gründe für die im Ländervergleich größere Unzufriedenheit und größer empfundenen Herausforderungen mit der Telemedizin in Deutschland ließen sich aufgrund der fehlenden Zuordnung nicht weiter erörtern (vgl. die Zusammenfassung in Abschnitt 6.1).

Empfohlen wird daher, das Befragungskonzept in Bezug auf den Einsatz telemedizinischer Leistungen zukünftig zu präzisieren, um eine zielgenauere Einordnung und Interpretation der Befragungsergebnisse sowie der Gründe für Unterschiede im Ländervergleich zu ermöglichen.

7. Anhang

- A1** Angaben zum Datenschutz im Rahmen der Befragung
 - A2** Abfrage personenbezogener Daten
 - A3** Begrüßungsseite der Befragung
-

A1 Angaben zum Datenschutz im Rahmen der Befragung

Folgende Datenschutzerklärung wurde in der Online-Befragung dargestellt.

Datenschutzerklärung

Datenschutzerklärung für die Websites der der IGES Institut GmbH zur Online-Befragung „Internationale Studie zur hausärztlichen Versorgung“ im Rahmen des International Health Policy-Surveys 2022. Die IGES Institut GmbH führt diese Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an der Befragung ist uns ein wichtiges Anliegen.

Verantwortlicher

Für die Datenerhebung und -verarbeitung auf der Webseite ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

Welche Daten wir erfassen und wie wir diese verwenden

Diese Datenschutzerklärung gibt Auskunft darüber, welche Daten wir während Ihres Besuchs auf dieser Website erheben und in welcher Weise wir diese nutzen. Ihre Teilnahme an der Online-Befragung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Bearbeitung des Fragebogens abubrechen und die Website zu verlassen.

Daten der Online-Befragung

Die Befragung erfolgt in anonymisierter Form, d. h. im Fragebogen werden keine Angaben erhoben, die eine Zuordnung zu einer konkreten Person ermöglichen. Die Befragungsergebnisse werden in aggregierter Form (z.B. Mittelwerte nach Altersgruppen, Bundesländern oder Tätigkeitsschwerpunkt) an den US-amerikanischen Datendienstleister SSRS weitergegeben. SSRS wird die aggregierten Ergebnisse mit den Ergebnissen aus den anderen Ländern, in denen die Befragung ebenfalls durchgeführt wurde, zusammenführen. Schließlich werden die zusammengeführten Ergebnisse an den Commonwealth Fund (CWF) weitergereicht, der sie darstellt und publiziert. Eine Weitergabe von Einzeldatensätzen, also den Angaben einzelner Ärztinnen und Ärzte, erfolgt zu keinem Zeitpunkt. Des Weiteren erheben wir am Ende der Befragung Daten, die zur Durchführung von Interviews nach Abschluss der Befragung genutzt werden können. Die Angabe von Name, E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Diese Daten übermitteln wir an SSRS in die USA, welche Sie dann ggf. in der Folge zur Durchführung der Interviews kontaktieren. Es sind keine negativen Konsequenzen mit der Nichtbereitstellung dieser Daten verbunden.

Rechtsgrundlage

Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 Satz 1 lit a DSGVO, sofern Sie eine gesonderte Einwilligung erteilt haben. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten

Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Datenempfänger

Wir übermitteln Ihre Daten nur an Dritte, sofern eine datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis besteht. Ihre Daten können von uns zudem an externe Dienstleister weitergegeben werden, welche uns bei der Datenverarbeitung im Rahmen einer Auftragsverarbeitung streng weisungsgebunden unterstützen. Wir übermitteln anonymisierte Auswertungen der Befragung sowie für den Zweck der Durchführung von Interviews auch personenbezogene Kontaktdaten an Dritte. Sofern die Daten in diesem Rahmen außerhalb der EU bzw. des EWR verarbeitet werden, beachten Sie bitte, dass das Risiko besteht, dass Behörden auf die Daten zu Sicherheits- und Überwachungszwecken zugreifen, ohne dass Sie hierüber informiert werden oder Rechtsmittel einlegen können. Sofern wir Daten an Unternehmen in unsicheren Drittländern übermitteln und Sie einwilligen, erfolgt die Übermittlung in ein Drittland auf Grundlage von Art. 49 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Kontaktdaten SSRS:

SSRS

1 Braxton Way, Suite 125

Glen Mills, PA 19342

E-Mail: info@ssrs.com

Kontaktdaten CWF:

The Commonwealth Fund (CWF)

1 East 75th Street

New York, NY 10021

E-Mail: info@cmwf.org

Speicherung der IP-Adresse

Wir speichern die von Ihrem Webbrowser übermittelte IP-Adresse streng zweckgebunden für die Dauer von sieben Tagen, in dem Interesse, Angriffe auf unsere Webseiten erkennen, eingrenzen und beseitigen zu können. Nach Ablauf dieser Zeitspanne löschen bzw. anonymisieren wir die IP-Adresse. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung. Ihre IP-Adresse wird nicht mit dem Online-Fragebogen verknüpft.

Nutzungsdaten

Wenn Sie unsere Webseiten besuchen, speichern wir auf Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung temporär sogenannte Nutzungsdaten. Die Nutzungsdaten verwenden wir zu statistischen Zwecken, um die Qualität unserer Webseiten zu verbessern sowie zu Sicherheitszwecken. Wir

verwenden diese Informationen außerdem, um den Aufruf unserer Website zu ermöglichen, zur Kontrolle und Administration unserer Systeme sowie zur Verbesserung der Gestaltung der Webseiten. Diese von uns verfolgten Zwecke stellen zugleich das berechtigte Interesse im Sinne von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung dar.

Im Einzelnen wird über jeden Abruf folgender Datensatz gespeichert:

- ◆ IP-Adresse
- ◆ Name der abgerufenen Datei
- ◆ Datum und Uhrzeit des Abrufs
- ◆ übertragene Datenmenge
- ◆ Meldung, ob der Abruf erfolgreich war
- ◆ Meldung, warum ein Abruf ggf. fehlgeschlagen ist
- ◆ Betriebssystem und Browsersoftware Ihres Computers
- ◆ Bildschirmauflösung
- ◆ Browsersprache
- ◆ Farbtiefe
- ◆ Browser-Plugins (JavaScript, Flash Player, Java, Silverlight, Adobe Acrobat Reader usw.)
- ◆ sowie die Webseite, von der aus Sie zu unserer Webseite gekommen sind

Einsatz von Dienstleistern/ Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraum

IGES setzt zur Erbringung bestimmter Leistungen und zur Verarbeitung Ihrer Daten Dienstleister ein. Die Dienstleister verarbeiten die Daten ausschließlich auf Weisung von IGES und sind zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet worden. Sämtliche Auftragsverarbeiter wurden sorgfältig ausgewählt und erhalten nur in dem Umfang und für den benötigten Zeitraum Zugang zu Ihren Daten, der für die Erbringung der Leistungen erforderlich ist.

Ihre Rechte als Nutzer

Auf Anforderung teilt Ihnen IGES gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben weiter das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung erhoben (Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen), steht Ihnen das Recht zu, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten

dann nicht mehr, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden, zum Beispiel per E-Mail an: datenschutz@iges.com.

A2 Abfrage personenbezogener Daten

Folgender Text wurde im Rahmen der IHP-Befragung in Deutschland im Jahr 2022 am Ende der Befragung eingeblendet.

Mit einigen Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern würden wir uns gerne in Verbindung setzen, um genauere Informationen zu erhalten. Dafür würden Sie der bei der Befragung beteiligte Datendienstleister (SSRS), der internationale Koordinator (Commonwealth Fund), beide aus den USA (vgl. Datenschutzerklärung), oder das mit der Durchführung in Deutschland beauftragte IGES Institut noch einmal kontaktieren, um Ihnen weitere Fragen zu stellen.

Sollten Sie einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein Interview nicht zustimmen wollen, ist eine Teilnahme an den Interviews nicht möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Telefon, E-Mail) zur Durchführung eines Interviews an das Unternehmen SSRS mit Sitz in den USA übermittelt werden, welche diese außerdem an den Commonwealth Fund (CWF) weitergibt. In den USA herrscht im Vergleich zum Europäischen Wirtschaftsraum kein angemessenes Datenschutzniveau, insbesondere wegen erweiterter Zugriffsrechte von Behörden und weniger Betroffenenrechten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden seitens des IGES sechs Monate nach Projektabschluss gelöscht. Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen z. B. per E-Mail an datenschutz@iges.com. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt rechtmäßig. Nach Ihrem Widerruf löschen wir Ihre Daten. Weitere Informationen finden Sie in den Datenschutzhinweisen.

Sollten Sie einer Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zukünftig widersprechen wollen, senden Sie bitte eine E-Mail an ihp@iges.com. Ihre sonstigen Antworten werden weiterhin verarbeitet.

A3 Begrüßungsseite der Befragung

Für die Online-Befragung wurde folgender Text auf der Begrüßungsseite vorgesehen:

Internationale Studie zur hausärztlichen Versorgung 2022

Herzlich Willkommen zur Befragung

Sehr geehrte Teilnehmerin,

sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an der Befragung im Rahmen des International Health Policy-Surveys des Commonwealth Funds teilnehmen.

Bitte nehmen Sie sich ca. 20 Minuten Zeit, um uns über Ihre derzeitigen Arbeitsbedingungen und die Versorgungssituation zu berichten. Beginnen Sie über den Button "Befragung starten" eine neue Befragung. Sie können die Befragung stets unterbrechen. Mit dem nach Start der Befragung unten links angezeigten Token gelangen sie jederzeit zu Ihrer Befragung zurück. Bitte beachten Sie, dass diese Möglichkeit nur besteht, solange Sie die Befragung nicht abgeschlossen haben. Nachdem Sie die Befragung abgeschlossen haben, können Sie sich Ihre Antworten bei Bedarf in einer PDF-Datei herunterladen.

Für Ihre Unterstützung bei dieser Befragung und Ihre wertvolle Zeit danken wir Ihnen ganz herzlich!

Wir wünschen viel Spaß bei der Befragung.

Die Befragung findet zwischen dem 09.03.2022 und dem 09.05.2022 statt.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Otten M & Bernhard J (2023): PraxisBarometer Digitalisierung 2022. Befragung von Vertragsärztinnen/-ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). IGES Institut. https://www.kbv.de/media/sp/Praxisbarometer_Digitalisierung_2022_Kurzbericht_IGES.pdf. Abruf 09.02.2023.
- Albrecht M, Otten M & Sander M (2022): PraxisBarometer Digitalisierung 2021. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. IGES Institut. https://www.kbv.de/media/sp/IGES_PraxisBaroDigit2021_Kurzbericht.pdf Abruf 09.02.2023.
- Commonwealth Fund (2022): The Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries. Unveröffentlicht (zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts).¹¹
- Czihal T, von Stillfried D, Kodjo, Vissienon, Krause C & Kroll L (2022): Ergebnisse zur Blitzumfrage zur Omikron-Welle und einrichtungsbezogenen Impfpflicht in Vertragspraxen. Bericht für Deutschland. Zi-Paper Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- Deutscher Bundestag (2022): Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab. BT-Drs. 20/4982.
- GESIS (2019): Regionale Standards. GESIS-Schriftenreihe. Band 23. Ausgabe 2019, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg.). GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] (2018): Tabellenband Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund). Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] (2022): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf. Abruf am 15.06.2022. Abruf 09.02.2023.
- Gunja M Z, Gumas E D, Williams II R D, Doty M M, Shah A & Fields K (2022): Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis – Findings from the 2022

¹¹ Hauptfinanzierung durch den Commonwealth Fund, Co-Finanzierung und technische Mitarbeit durch die folgenden Organisationen: the Australian Institute of Health and Welfare; the Canadian Institute for Health Information; Commissaire à la santé et au bien-être du Québec; Ministère de la Santé et des Services sociaux; La Haute Autorité de Santé; the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; Bundesministerium für Gesundheit und IGES Institut GmbH; the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport; The Royal New Zealand College of General Practitioners; the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vård- och omsorgsanalys); the Swiss Federal Office of Public Health; The Health Foundation.

International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. Commonwealth Fund Surveys. November 2022.

Pahud O (2019): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Rapoport R, Czyzewicz E & R Manley (2019): 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors – Methodology Report. SSRS.

Rapoport R, Manley R & C Kline (2022): 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors – Methodology Report. SSRS.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi] (2021): Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2020. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2016 bis 2019.

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com