



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Fakultät für Medizin

**Auswirkung der Regressgefahr auf die Tätigkeit von
niedergelassenen Ärzt*innen**

–

**Bundesweite Befragung von Hausärzt*innen und
Orthopäd*innen**

Leon Matthias Ribbat, B.Sc.

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin (Dr. med.) genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Florian Eyer
Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde
2. Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe

Die Dissertation wurde am 14.01.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 17.05.2022 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einführung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Rechtliche Grundlage eines Regressverfahrens	3
1.3 Wirtschaftlichkeitsprüfungen	4
1.3.1 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung	4
1.3.2 Verfahrensablauf	6
1.4 Forschungsbedarf	7
1.5 Ziele der Studie	7
2 Methodik	9
2.1 Studiendesign	9
2.2 Grundgesamtheit und Ziehung der Zufallsstichproben	9
2.3 Ablauf der Befragung	10
2.3.1 Zuteilung einer Identifikationsnummer	10
2.3.2 Strategien zur Gewährleistung einer ausreichenden Stichprobenausschöpfung	10
2.3.3 Erste Aussendung	11
2.3.4 Zweite Aussendung	11
2.3.5 Dritte Aussendung	12
2.4 Fragebogen	12
2.5 Fallschätzung, Dateneingabe und Auswertung	13
2.5.1 Fallzahlschätzung	13
2.5.2 Dateneingabe	13
2.5.3 Auswertung	18
2.6 Ethische und rechtliche Aspekte	18
3 Ergebnisse	20
3.1 Stichprobenausschöpfung	20
3.2 Tätigkeitsmerkmale	21
3.3 Soziodemographische Merkmale	21
3.4 Grundwissen und -einstellung zu Prüfungsmaßnahmen	24

3.5	Allgemeines Ordnungsverhalten	24
3.6	Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr	27
3.7	Überweisung an Spezialisten wegen Regressgefahr	31
3.7.1	Überweisungsverhalten im Allgemeinen	31
3.7.2	Überweisungsverhalten bei Arzneimitteln	31
3.7.3	Überweisungsverhalten bei Heilmitteln	32
3.7.4	Überweisungsverhalten bei Hilfsmitteln	33
3.7.5	Ausbleibende Verordnung trotz Indikation	33
3.8	Auswirkungen der Regressgefahr auf die Niederlassung.....	35
3.9	Tatsächliche Erfahrung mit Regressen.....	35
3.9.1	Unterschiede nach Regressarten.....	36
3.9.2	Auswirkungen tatsächlicher Regresserfahrungen.....	38
3.10	Schriftliche Schilderungen des „schlimmsten Regresses“	42
3.10.1	Typische Schilderungen	42
3.10.2	Ausgewählte schwerwiegende Regressfälle	46
3.10.3	Höchster schriftlicher Regressbetrag.....	51
3.10.4	Lange Rückwirkungsfrist und Verfahrensdauer.....	52
3.11	Zusatzanalyse I	53
3.12	Zusatzanalyse II: Mögliche Prädiktoren für eine Regresserfahrung.....	55
4	Diskussion.....	58
4.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	58
4.2	Methodenkritik	59
4.2.1	Repräsentativität	59
4.2.2	Mögliche Verzerrungen beim Ausfüllen der Fragebögen.....	61
4.2.3	Probleme beim Studiendesign	62
4.3	Interpretation.....	65
4.3.1	International unterschiedliche Vergütungssysteme medizinischer Versorgung.....	65
4.3.2	Vergleich des Regresses mit anderen Berufsgruppen.....	74
4.4	Schlussfolgerungen	75
4.4.1	Schlussfolgerungen für die Praxis.....	75
4.4.2	Schlussfolgerungen für die Forschung.....	77
5	Zusammenfassung	79
6	Veröffentlichungen	81

7	Anlagen.....	82
7.1	Informationen zur Befragung.....	82
7.2	Erstes Anschreiben.....	83
7.3	Zweites Anschreiben.....	84
7.4	Drittes Anschreiben.....	85
8	Eidesstattliche Erklärung.....	86
9	Literaturverzeichnis.....	87
10	Danksagung.....	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Stichprobenausschöpfung	20
Abbildung 2 Beschäftigung mit der Regressgefahr im Praxisalltag	28
Abbildung 3 Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln	29
Abbildung 4 Überweisung wegen Regressgefahr	32
Abbildung 5 Wegen Regressgefahr keine Verordnung trotz Indikation	33
Abbildung 6 Anzahl bisheriger Regresse	37
Abbildung 7 Belastung durch „schlimmsten Regress“	39
Abbildung 8 Höchste Regressbeträge	40
Abbildung 9 Typische Schilderungen	45
Abbildung 10 Höchster schriftlicher Regressbetrag	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Tätigkeitsmerkmale	22
Tabelle 2 Soziodemographische Merkmale	23
Tabelle 3 Grundinformationen zu Prüfungsmaßnahmen	25
Tabelle 4 Allgemeines Ordnungsverhalten	26
Tabelle 5 Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr	30
Tabelle 6 Verhalten wegen Regressgefahr.....	34
Tabelle 7 Auswirkungen der Regressgefahr auf die Niederlassung.....	35
Tabelle 8 Tatsächliche Regresserfahrungen	36
Tabelle 9 Auswirkungen des „schlimmsten Regresses“	41
Tabelle 10 Korrelationsanalyse.....	54
Tabelle 11 Variablen zur Regresserfahrung	56
Tabelle 12 Univariate Regressionsanalyse Regresserfahrung.....	57
Tabelle 13 Multivariate Regressionsanalyse Regresserfahrung.....	57
Tabelle 14 Vergleich der Studienpopulation mit Grundgesamtheit.....	63

Abkürzungsverzeichnis

AMNOG.....	<i>Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz</i>
CCG	<i>clinical commissioning groups</i>
GKV.....	<i>Spitzenverband Bund der Krankenkassen</i>
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
KV.....	<i>Kassenärztliche Vereinigung</i>
KVG.....	<i>Bundesgesetzes über die Krankenversicherung</i>
MVZ.....	<i>medizinisches Versorgungszentrum</i>
NHS.....	<i>National Health Service</i>
OECD.....	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OKP.....	<i>Obligatorische Krankenpflegeversicherung</i>
SGB.....	<i>Sozialgesetzbuch</i>
TSVG.....	<i>Terminservice- und Versorgungsgesetz</i>

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Gesundheitssysteme weltweit verfügen über begrenzte Ressourcen, die Spannungen zwischen Ethik, Medizin und Ökonomie begründen können (Stock et al., 2021, S. 19). Je nach Modell werden diese begrenzten Ressourcen unterschiedlich verteilt. So gilt zum Beispiel in Großbritannien das Fürsorge- (Beveridge-) Modell (Wendt, 2013, S. 90;113). Die gesamte Bevölkerung ist dort versichert, die Finanzierung erfolgt über Steuern. Der Staat im Sinne des National Health Service (NHS) ist zentraler Akteur und die Leistungserbringer, also generell diejenigen, die bei Versicherten die ihnen zustehenden Behandlungen erbringen, sind meist öffentlich bzw. staatlich angestellt. Ärzt*innen sind in Großbritannien primär also nicht freiberuflich tätig, sondern in Institutionen des NHS angestellt (Wendt, 2013, S. 263).

In den USA gilt ein freier Markt des Gesundheitssystems. Die Krankenversicherung ist freiwillig und erfolgt größtenteils über private Versicherungen mit eigenen Versicherungsbeiträgen. Die Leistungserbringung erfolgt über öffentliche und private Anbieter (Wendt, 2013, S. 263).

In Deutschland gilt das System des Sozialversicherungsmodells nach Bismarck (Wendt, 2013, S. 95). Es besteht prinzipiell für alle Menschen eine Versicherungspflicht. Die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen sind einheitlich einkommensabhängig geregelt. Die Beiträge der privaten Krankenkassen werden eigenständig kalkuliert und richten sich nicht nach dem Einkommen, sondern dem individuellen Risiko. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen verwalten sich selbst. Ebenso existieren öffentliche und private Anbieter als Leistungserbringer (Wendt, 2013, S. 99). 88% der in Deutschland lebenden Menschen sind Mitglieder der gesetzlichen Versicherung; 10% sind privat und 2% anderweitig, z.B. durch die freie Heilfürsorge für Polizisten oder Soldaten, versichert (Verband der Ersatzkassen e. V., 2020).

Die kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig (§77 SGB V/2020). Sie sind also das Bindeglied zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern und führen Honorar- und Arzneimittelbudgetverhandlungen mit den Krankenkassen durch. Sie prüfen außerdem die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzt*innen und verteilen das zur Verfügung stehende Honorar (Gassen, 2020).

Da Ressourcen nicht unbegrenzt verfügbar sind, der Konsumbedarf jedoch prinzipiell unbegrenzt ist, können Gesundheitssysteme an ihre Grenzen stoßen und vor Pro-

blemen stehen (Wernitz & Pelz, 2015, S. 22–23). Ein Spannungsfeld entsteht so beispielsweise, wenn sich entweder die Kapazität der Leistungserbringer verringert oder das Budget der bereitgestellten Mittel der Beitragszahlenden erschöpft. So müsste bspw. aufgrund der alternden Gesellschaft der gesetzliche Krankenversicherungsbeitragssatz von 14,6% im Jahr 2020 auf 16,9% im Jahr 2040 steigen, sofern keine Kostenreduktion in der Leistungserbringung erfolgt (Stock et al., 2021, S. 20).

Bereits seit Jahren ist der allgemeine Ärzt*innenmangel Thema gesellschaftlicher Diskussionen in Deutschland. Dieser wird einerseits durch die bevorstehende Berentung der geburtenstarken Jahrgänge, andererseits durch die zu geringe Zahl nachrückender Mediziner*innen bei gleichzeitig durch eine alternde Gesellschaft steigenden Bedarf begründet (Maybaum, 2019). Der Nachwuchsmangel trifft Hausärzt*innen oder Ärzt*innen in der ambulanten Versorgung besonders stark. Inzwischen sind auch im stationären Bereich, so beispielsweise in der Psychiatrie, Geriatrie oder auch Gastroenterologie, immer mehr Stellen unbesetzt (Martin, 2019).

Zwar nimmt die Zahl der angestellten Ärzt*innen im ambulanten Bereich rapide zu. Im Vergleich zu 2004 hat sich ihre Zahl von damals 8.000 auf 43.500 in 2019 nahezu verfünffacht (Bundesärztekammer, 2020, S. 7). Jedoch nimmt gleichzeitig die Zahl der selbstständig tätigen Ärzt*innen ab. Für den Zeitraum zwischen 2009 bis 2018 ist sie um 9% gesunken (Maybaum, 2019). Die Gründe für diesen Trend scheinen die Furcht vor den wirtschaftlichen Risiken der Selbstständigkeit sowie das Streben nach flexiblen und planbaren Arbeitszeiten zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und privaten Interessen zu sein (Gehrlein, 2015). Darüber hinaus geben viele Nachwuchskräfte an, dass sie trotz der zuletzt zurückgehenden bürokratischen Anforderungen eine Niederlassung wegen des hohen Verwaltungsaufwands scheuen (Aulehla, 2019). In einer Umfrage der kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2018 ergab sich, dass neben Bürokratie in der Praxis (62%) und dem hohen finanziellen Risiko (57%) vor allem auch die Regressgefahr (47%) als wesentlicher Grund für eine eher ablehnende Haltung zum Weg in die Niederlassung angegeben wird (Hinzmann, 2019).

Die Existenz und gefühlte Bedrohung sowie tatsächliche Erfahrungen mit Regressen werden immer wieder von bereits niedergelassenen Ärzt*innen als sehr unangenehme Begleiterscheinung bei der Führung einer Vertragsarztpraxis angegeben (Dielmann-von Berg, 2018). Ebenso wird die Regressbedrohung von niederlassungswilligen Ärzt*innen neben anderen Ursachen (z.B. Bereitschaftsdienst, zeitli-

che Belastung) als Niederlassungshindernis beschrieben (Dürr, 2018). In der nicht-wissenschaftlichen Fachpresse nimmt das Thema Regress einen nicht unerheblichen Raum ein (Dielmann-von Berg, 2018), wodurch der Eindruck der Bedrohung weiter intensiviert wird (Dürr, 2018).

Es existieren zwar Tools, wie z.B. die Medimed Benchmark Studie (IQVIA Holdings Inc., 2019) oder Verordnungsmodule (Sydow, 2018), welche den Ärzt*innen Hinweise zu einer möglichen Überschreitung ihrer Verordnungsgrenzen und damit zu einer möglichen Regressgefahr geben. Jedoch sind keine öffentlichen Datenbanken zu den tatsächlich stattgefundenen Regressen verfügbar. Solche Daten liegen nur den jeweiligen Prüfungsgremien, den kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden vor.

1.2 Rechtliche Grundlage eines Regressverfahrens

Die rechtliche Grundlage der Durchführung von Prüfungsmaßnahmen durch die kassenärztlichen Vereinigungen ist durch §12 und §106 SGB V gegeben.¹ Demnach müssen Maßnahmen zur Versorgung gesetzlich versicherter Personen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“. Außerdem dürfen sie „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. „Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§12 SGB V, 1988/2020).

Sogenannte Prüfungsstellen, die von den kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und den Krankenkassen getragen werden, sind gesetzlich gemäß § 106 SGB V zur Durchführung von Prüfungen einzelner oder auch der Summe mehrerer Verordnungen durch die Ärzt*in verpflichtet. „Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht [...] durchgeführt werden [...] haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen.“ (§106 SGB V, 1988/2020)

Liegt nach Ansicht der Prüfungsstelle ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor, wird die verordnende Ärzt*in beraten und falls darauffolgend nötig für den dann verursachten Schaden in Regress genommen.

Für die niedergelassenen Ärzt*innen bedeutet dies eine Überwachung ihres Verordnungsverhaltens.

¹ Im Rahmen des neuen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) vom 11. Mai 2019 wurden die entsprechenden Gesetzestexte im SGB V vor allem strukturell verändert. Die Datenerhebung dieser Studie fand also im Zeitraum der Änderung statt. Alle gesetzlichen Quellenangaben beziehen sich auf das SGB V nach der Änderung durch das TSVG. Die Inhaltlichen Veränderungen werden in dem Abschnitt 4.4.1 dargestellt.

1.3 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

1.3.1 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots regelt § 106 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfungen anhand einzelner Prüfungsarten. Zu diesen gehören Prüfungen

1. anhand von Richtgrößen im Arznei- und Heilmittelbereich
2. des Sprechstunden- / Praxisbedarfs
3. der Plausibilität
4. der Abrechnung
5. einzelner Rezepte.

Diese werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

1.3.1.1 Richtgrößen im Arznei- und Heilmittelbereich

Mit Richtgrößen werden auf Grundlage des § 84 Abs. 1 und Abs. 8 SGB V durchschnittliche Geldwerte für die Obergrenze von Heil- oder Arzneimittelausgaben je Patient und Planungsjahr im Voraus festgelegt. Diese Werte werden dann auf die einzelnen Fälle einer Fachgruppe aufgeteilt. Es handelt sich also um einen Geldbetrag, der durchschnittlich für eine Patient*in zur Verfügung steht. Die Richtgröße wird dann für die ganze Praxis basierend auf der Anzahl der Fälle berechnet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010).

Bei einer insgesamt über alle Patient*innen gemittelten fünfzehnprozentigen Überschreitung muss von Amts wegen ein Prüfungsverfahren eingeleitet werden. Ergibt sich aufgrund der Prüfung durch die Prüfungsstelle nach Berücksichtigung von z.B. Praxisbesonderheiten weiterhin eine Überschreitung von 15 – 25%, so muss eine Beratung erfolgen. Ab einer Überschreitung von 25% ist ein Regress durchzuführen, indem der überschreitende Betrag von der verantwortlichen Ärzt*in erstattet werden muss. Besondere Regelungen (§116 SGB V) begrenzen aber z.B. bei Ärzt*innen, die ihre Praxis neu gegründet haben, die Regresshöhe (Stellpflug, 2016). Außerdem sollen bei Praxen, die erstmalig in die Richtgrößenprüfung kommen, „gezielte Beratungen [...] weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen“ (§106 SGB V, 1988/2020). Hierzu ein fiktives Beispiel: Die Richtgröße sei pro Praxis, Patient und Quartal 50 €. Eine Praxis mit 1.000 Patienten pro Quartal hat demnach ein Richtgrößenvolumen von 50.000 € pro Quartal. Werden nun durch eine Vertragsärzt*in im Durchschnitt 70 € pro Patient, also ein Volumen von 70.000 € verordnet, wäre dies ein Überschreiten der Richtgröße um 20.000 €. Die Richtgröße wurde also um 40% überschritten. 7.500 € lägen über der 25% Grenze von 62.500 €. Hierfür würde die Vertragsärzt*in

nun in Regress genommen, also für den entstandenen „Schaden“ haftbar gemacht werden.

Regressverfahren zu Heilmitteln (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie) im Rahmen von Richtgrößenprüfungen verlaufen analog.

1.3.1.2 Durchschnittsprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich

Durchschnittsprüfungen ersetzen in manchen Bundesländern die Richtgrößenprüfungen im Heilmittel- und Arzneibereich. Anstelle von Fallwerten orientiert sich die Durchschnittsprüfung an den Verordnungsdurchschnitten der jeweiligen Fachgruppe, also den Verordnungskosten je Fall im Vergleich zur Fachgruppe. Geprüft werden maximal 5% der Ärzt*innen einer Fachgruppe. Als auffällig gilt ein durch Praxisbesonderheiten nicht zu erklärendes Überschreiten des Verordnungsdurchschnitts der Fachgruppe um über 50%. Rechtsgrundlage ist hierfür ebenfalls §106 SGB V (Aßhauer & Köster, 2021).

1.3.1.3 Sprechstunden-/ Praxisbedarf

Unter Sprechstunden- bzw. Praxisbedarf versteht man die Mittel, die eine Ärzt*in für den regelmäßigen Praxisbetrieb zur Patientenbehandlung benötigt. Dies sind entweder Mittel, die für mehr als eine Patient*in benutzt werden oder im Notfall verfügbar sein müssen. Oft wird hierfür auch heute noch der früher allgemein verwendete Begriff *pro comunitate* (für die Allgemeinheit) verwendet. Zum Sprechstundenbedarf gehören bspw. Verbands- und Nahtmaterial, Desinfektionsmittel, Notfallmedikamente und bestimmte Impfstoffe (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2020a). Ein Regress kann beispielsweise dann erfolgen, wenn zu viel Sprechstundenbedarf angefordert wurde oder die angeforderten Mittel bereits mit einer Abrechnungsvergütung abgegolten sind.

1.3.1.4 Plausibilität

Die rechtliche Grundlage der Plausibilitätsprüfung bildet § 106d SGB V. Im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung wird die Abrechnung einer Vertragsärzt*in dahingehend überprüft, ob sie inhaltlich korrekt war, also tatsächlich auch die Leistung erbracht und dokumentiert wurde, die abgerechnet wurde. Dies kann beispielsweise durch Zeitprofile erfolgen (Zimmermann, 2014). Hierbei wird der durchschnittliche Zeitaufwand einer erbrachten Leistung mit der Anzahl der Leistungen multipliziert. Bei einer

täglichen maximalen Arbeitszeit von zwölf Stunden, also einer Sechzigstundenwoche, ergeben sich bei dreizehn Arbeitswochen pro Quartal 780 mögliche Arbeitsstunden. Ergibt sich aus der Abrechnung der Ärzt*in ein für die abgerechnete Leistung benötigter Zeitaufwand von beispielsweise 900 Stunden, bestünde Anlass die Abrechnung auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen (Mangold, 2019).

1.3.1.5 Einzelfallprüfung

Ein weiterer Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot kann vorliegen, wenn bestimmten Patient*innen im Einzelfall Medikamente verordnet wurden, die nach den geltenden Vorschriften nicht verordnungsfähig sind, oder aber auch solche, welchen kein Zusatznutzen bescheinigt wurde und die darüber hinaus teurer sind als die Standardtherapie. Derartige Fälle werden individuell von den Prüfungsstellen geprüft.

Wurde der Behandlung einer anderen Patientengruppe mit diesem Medikament jedoch ein Zusatznutzen bescheinigt, kann dieses ohne Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verordnet werden (Korzilius, 2017).

1.3.1.6 Abrechnung

Ebenfalls wird das ärztliche Handeln anhand der Abrechnung überprüft. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt dies durch den Vergleich mit Durchschnittswerten. Das heißt, dass die jeweilige Ärzt*in mit ihrer Fachgruppe verglichen wird und bei Überschreitungen der Abrechnung in einer Leistungsgruppe oder bei einzelnen Leistungen eine Kürzung erfolgt (§106a SGB V, 1988/2020).

1.3.2 Verfahrensablauf

Alle Praxen werden im Hinblick auf Auffälligkeiten überwacht. Bei festgestellten Auffälligkeiten muss von Amts wegen (gesetzlich vorgeschriebene Richtgrößenprüfung – basierend auf § 106 SGB V) eine Prüfung eingeleitet werden. Im Rahmen von Durchschnittsprüfungen oder Einzelfallprüfungen wird in der Regel von den Krankenkassen ein Antrag auf Prüfung gestellt.

Die zu überprüfende Ärzt*in wird über das eröffnete Prüfungsverfahren unterrichtet. Es wird außerdem die Gelegenheit geboten, sich zum Sachverhalt zu äußern und etwaige Gründe für die Überschreitung darzulegen. Dies sind beispielsweise Praxisbesonderheiten hinsichtlich der Patient*innenstruktur (hohe Morbidität, hohes Alter, besonderes Patient*innenklientel). Auf Basis der Prüfungsmaßnahme und der Stel-

lungnahme ergeht durch den Prüfungsausschuss ein Bescheid. Wird hiergegen Widerspruch erhoben, wird der Fall der nächsten Instanz, dem Beschwerdeausschuss, zur mündlichen Verhandlung vorgelegt. In nächster Instanz kann Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Allerdings ist der Regressbescheid dann vorläufig vollstreckbar. Eine Klage hat keine zahlungsaufschiebende Wirkung (Christmann, 2020).

1.4 Forschungsbedarf

Bisher gab es kaum systematische, empirische Erhebungen, die genauer untersuchen, wie und in welchem Ausmaß sich die Regressgefahr oder auch das Erleben eines oder mehrerer Regresse auf die Tätigkeit einer niedergelassenen Ärzt*in sowohl in der Behandlung als auch in der Verordnung auswirken. Zwar befassen sich Arbeiten wie die Dissertation „Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung“ von Fabian Sinowatz am Rande mit den Regresserfahrungen von Hausärzt*innen (Sinowatz, 2015). Immerhin bejahten von den dort 1.847 an der Studie teilnehmenden Hausärzt*innen, 48% jemals Regresszahlungen geleistet zu haben (Sinowatz, 2015, S. 45). Die Studie untersuchte aber nicht, ob stattgehabte Regresse überhaupt eine Änderung des Ordnungsverhaltens bewirken, ob sich Fachrichtungen bzgl. Regressfragen unterscheiden oder welche Auswirkungen ein Regress auf die betroffene Ärzt*in persönlich hat. Ist die Belastung zum Beispiel besonders emotional oder eher finanziell? Dies sollte mit der in dieser Dissertation beschriebenen deutschlandweiten Befragung von Hausärzt*innen und Orthopäd*innen herausgefunden werden.

1.5 Ziele der Studie

Das Ziel der durchgeführten Befragung war die Untersuchung folgender Fragen bei den Gruppen der Hausärzt*innen und Orthopäd*innen:

1. Wie stark beeinflusst die Regressgefahr die Teilnehmenden in ihrem ärztlichen Handeln?
2. In welchem Ausmaß bestehen eigene Erfahrungen mit Regressverfahren?
3. In welchem Ausmaß werden stattgehabte Regressverfahren als belastend und beeinträchtigend empfunden?
4. In welchem Ausmaß unterscheiden sich Regresserfahrungen und -belastungen zwischen den beiden Gruppen?

5. Haben stattgehabte Regresse dazu geführt, dass sich das Verordnungsverhalten der betroffenen Ärzt*innen verändert hat?
6. Nutzen die befragten Ärzt*innen verfügbare Module in ihrem Praxisverwaltungssystem bzw. Informationsmöglichkeiten ihrer kassenärztlichen Vereinigung zur Vermeidung von Regressen?

2 Methodik

2.1 Studiendesign

Die Studie wurde angelegt als postalische Befragung einer deutschlandweiten Zufallsstichprobe von 2.000 niedergelassenen Ärzt*innen (1.000 Hausärzt*innen und 1.000 Orthopäd*innen) mit anonymisierter Auswertung.

2.2 Grundgesamtheit und Ziehung der Zufallsstichproben

Zur Grundgesamtheit gehörten alle in Deutschland tätigen Hausärzt*innen (d.h. Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin, praktische Ärzt*innen und Internist*innen, die hausärztlich tätig waren) und Orthopäd*innen (d.h. Fachärzt*innen für Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie, die in Niederlassung fachärztlich tätig waren), die an der Versorgung gesetzlich versicherter Personen als Inhaber*in oder als angestellte Ärzt*in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum teilnahmen. Per 31.12.2018 waren dies laut Bundesärztekammer 40.776 angestellt oder selbstständig hausärztlich tätige Ärzt*innen (Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin, praktische Ärzt*innen und Internist*innen) sowie 7.302 Orthopäd*innen (Bundesärztekammer, 2019).

Die Begrenzung auf die beiden gewählten Gruppen erfolgte aus folgenden Gründen:

1. Beide Gruppen sind wahrscheinlich häufig betroffen.
2. Zwischen den beiden Gruppen unterscheidet sich wahrscheinlich die Häufigkeit bestimmter Regresse (z.B. Arznei- vs. Heilmittel).
3. Die Arbeitsgruppe, in deren Rahmen das Promotionsprojekt durchgeführt wurde, hat ein besonderes Interesse am eigenen Fachbereich (Allgemeinmedizin).
4. Aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen war das Anschreiben ausreichend großer Stichproben nur für zwei Gruppen umsetzbar

Ein allgemein zugängliches Register, das Zugang zu Namen und Adressen dieser Grundgesamtheit erlaubt, war nicht verfügbar. Daher wurde zur Ziehung möglichst repräsentativer Stichproben aus diesen Gruppen auf die kommerzielle Adressensammlung der Firma ArztData zurückgegriffen. Diese umfasst die Adressen von 33.248 selbstständigen Hausärzt*innen sowie 7.161 Orthopäd*innen (ArztData AG, 2019). Für die geplante Befragung zog ArztData zufällig jeweils 1.000 Adressen aus beiden Gruppen. Dabei wurde außerdem berücksichtigt, dass pro Einrichtung nur eine Ärzt*in angeschrieben wird. Die Ziehung der 1.000 Hausärzt*innen und 1.000

Orthopäd*innen erfolgte zufällig und gewichtet nach Postleitzahlvorkommen. Je mehr Ärzt*innen der Grundgesamtheit also in derselben Postleitregion praktizierten, desto mehr wurden aus dieser Region auch in die Stichproben einbezogen.

2.3 Ablauf der Befragung

2.3.1 Zuteilung einer Identifikationsnummer

Allen Ärzt*innen der Zufallsstichprobe wurde eine sechsstellige Identifikationsnummer zugeordnet. Diese Identifikationsnummer diente ausschließlich folgenden zwei Zielen. Sie sollte gewährleisten, dass

1. nur diejenigen Ärzt*innen, die auf die erste bzw. zweite Aussendung (siehe unten) nicht geantwortet hatten, eine zweite bzw. eine dritte Aussendung erhalten würden;
2. die Teilnehmenden identifiziert werden konnten, die einen Ergebnisbericht erhalten mochten (siehe 2.3.3 Erste Aussendung).

Eine Zuordnung einzelner Fragebögen zu einzelnen Ärzt*innen erfolgte nicht.

2.3.2 Strategien zur Gewährleistung einer ausreichenden Stichprobenausschöpfung

Befragungen von Ärzt*innen leiden sehr häufig unter einer im hohen Maß unbefriedigenden Stichprobenausschöpfung (Anteil der zurückgesendeten auswertbaren Fragebogen an allen ausgesandten Fragebogen) und sind dementsprechend schwer interpretierbar. In der geplanten Befragung wurden daher mehrere Ansätze berücksichtigt, die nachgewiesenermaßen zu höheren Stichprobenausschöpfungen führen. So ist belegt, dass höhere Ausschöpfungen erzielt werden können, wenn nichtantwortende Befragte mehrmals kontaktiert werden (Edwards et al., 2009). Daher erfolgten in der Befragung maximal drei Aussendungen. Die Länge des Fragebogens wurde auf vier Seiten begrenzt, da auch der Umfang den Rücklauf beeinflusst. Die Anschreiben wurden, wie von Edwards et al. empfohlen, personalisiert (persönliche Anrede). Außerdem wurde den Teilnehmenden angeboten, bei Interesse eine Zusammenfassung der Ergebnisse erhalten zu können. In drei vorangegangenen Arztbefragungen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München zur Verwendung von Placebos und komplementärmedizinischen Verfahren (Linde et al., 2014) sowie (Linde et al., 2015), zu Aggression und Gewalt (Vorderwülbecke et al., 2015) und zum palliativmedizinischen Wissen von Hausärzt*innen

(Ammer et al., 2019), die nach der gleichen Methode erfolgten, wurden Rücklaufquoten von 46%, 59% bzw. 47% erreicht. Angesichts des für viele Ärzt*innen relevanten Themas der geplanten Befragung erschien eine Stichprobenausschöpfung von 50% als realistisches Ziel.

2.3.3 Erste Aussendung

Die erste Aussendung erfolgte am 27.03.2019. Allen Ärzt*innen der Zufallsstichproben wurde vom Institut für Allgemeinmedizin ein kurzes Anschreiben (siehe 7.2 Erstes Anschreiben) mit genaueren Informationen zur Befragung auf der Rückseite (siehe 7.1 Informationen zur Befragung), der Fragebogen (siehe 2.4 Fragebogen) und ein mit der Identifikationsnummer versehenes Rückantwortkuvert zugesandt. Die Portogebühr für die Rücksendung wurde vom Institut für Allgemeinmedizin übernommen. Die Teilnehmenden wurden auf der Rückseite des Anschreibens darauf hingewiesen, dass sie nach der Auswertung einen Kurzbericht der Ergebnisse erhalten könnten, wenn Sie auf dem Rückantwortkuvert „XXX“ vermerkten. Bei den eingehenden Antwortkuverts wurde zuerst die Identifikationsnummer und der Wunsch nach einer Ergebnismitteilung registriert. Die Antwortenden wurden aus der Exceldatei mit den Adressen für die zweite Aussendung gelöscht. Die Adressen von Teilnehmenden, die eine Zusendung der Ergebnisse wünschten, wurden in einer separaten Datei gespeichert. Danach wurde das Kuvert geöffnet, der Fragebogen entnommen, in einer Sammelbox abgelegt und das Kuvert verworfen. Bei Aussendungen, die als unzustellbar zurückkamen, wurden die entsprechenden Ärzt*innen aus der Stichprobe gestrichen.

Sollte eine Teilnahme an der Studie explizit nicht gewünscht gewesen sein, bestand die Möglichkeit den Antwortbogen leer zurückzusenden. Daraufhin wurde dann die betroffene Adresse gelöscht und nicht mehr angeschrieben.

2.3.4 Zweite Aussendung

Allen Ärzt*innen, die auf die erste Aussendung nicht innerhalb von drei Wochen geantwortet hatten, wurde am 27.04.2019 ein zweites Mal ein Anschreiben (siehe 7.3 Zweites Anschreiben), der Fragebogen und ein Rückantwortkuvert zugesandt. Mit den eingehenden Antworten wurde wie bei der ersten Aussendung verfahren.

2.3.5 Dritte Aussendung

Am 28.05.2019 wurde an Ärzt*innen, die auch auf die zweite Aussendung nicht geantwortet hatten, ein weiteres Erinnerungsschreiben (siehe 7.4 Drittes Anschreiben) ohne Fragebogen und Rückantwortkuvert zugesandt. Mit den eingehenden Antworten wurde wie bei der ersten und zweiten Aussendung verfahren.

2.4 Fragebogen

Der vierseitige Fragebogen (siehe unten) wurde vom Studienteam (Dr. Bernhard Riedl, Prof. Dr. Klaus Linde und dem Autor) selbst entwickelt. Eine Vorversion des Fragebogens wurde im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung im Oktober 2018 von 22 Ärzt*innen mit der zusätzlichen Bitte um Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge ausgefüllt. Auf Basis der Ergebnisse und des erhaltenen Feedbacks wurde der endgültige Fragebogen erstellt. Dieser umfasste insgesamt 39 Fragen in fünf Frageblöcken:

1. Vorabfragen:

Hier wurden zwei Fragen (Fragen 1-2) gestellt, die gewährleisten sollten, dass ausschließlich aktuell kassenärztlich tätige Ärzt*innen die folgenden Fragen ausfüllen.

2. Allgemeine Fragen:

Hier wurden zwei Fragen zu Merkmalen der kassenärztlichen Tätigkeit (3-4) und sieben Fragen (5-11) zur Kenntnis von und Einstellung zu Prüfungsmaßnahmen sowie zur Nutzung von Informationsquellen gestellt.

3. Fragen zur Belastung durch drohende Regresse:

Dieser Abschnitt bestand aus sechs Fragen (12-17; zwei davon mit vier bzw. fünf Unterantwortbereichen) zu Konsequenzen bzgl. des Verhaltens aufgrund bestehender Regressgefahr.

4. Fragen zu Erfahrungen mit eigenen Regressen:

Nach einer Eingangsfrage (18), ob bereits eigene Regresserfahrungen gemacht wurden, wurden Teilnehmer*innen, die dies bejahen, gebeten, 13 Fragen (19-31) zu Details der Regresse und den sich aus den Regressen ergebenden Belastungen, Konsequenzen und Verhaltensänderungen zu beantworten. Interessierte erhielten in einem Freitextfeld die Möglichkeit, ein Regresserlebnis zu schildern. Teilnehmer*innen, die die Eingangsfrage verneinten, wurden zum letzten Fragenblock (32-39) weitergeleitet.

5. Fragen zu Person und Praxis

Mit dem letzten Teil des Bogens wurden in sieben Fragen (32-39) Alter, Geschlecht, Praxisart, Fachrichtung, Ortsgröße und Bundesland sowie die eigene Einschätzung zur finanziellen Praxissituation erfasst.

Die folgenden vier Seiten zeigen die Originalversion des Fragebogens.

2.5 Fallschätzung, Dateneingabe und Auswertung

2.5.1 Fallzahlschätzung

Die Befragung hatte primär deskriptiven bzw. explorativen Charakter. Sie sollte jedoch auch erlauben, Fragen zur Häufigkeit von Regresserfahrungen mit ausreichender Präzision in den zwei Gruppen zu beantworten. Ziel war es, den Anteil von Ärzt*innen mit Regresserfahrungen mit einem 95%-Konfidenzintervall von maximal $\pm 5\%$ in den Gruppen schätzen zu können. Bei einem geschätzten Anteil von 50% der Ärzt*innen, die bereits ein Regressverfahren erlebt haben, wären hierfür 402 verwertbare Fragebögen notwendig gewesen (Kohn, 2019). Bei einer auf der Basis der Vorbefragungen konservativ geschätzten Rücklaufquote von mindestens 40% mussten demnach 1.000 Fragebögen an jede Fachgruppe versandt werden.

2.5.2 Dateneingabe

Der Fragebogen bestand aus 2 Blättern mit jeweils 2 Seiten. Im ersten Schritt wurde jede Seite eingescannt und als eigene Datei angelegt. Pro Scanvorgang wurden 20 Fragebögen eingelesen. Die Anzahl der Dateien pro Scanvorgang musste daher 80 betragen; dies wurde nach jedem Scanvorgang geprüft. So sollte vermieden werden, dass durch Scaneinzug zwei Blätter auf einmal eingezogen werden.

Sobald alle Fragebögen eingescannt waren, wurden die Dateien mit dem Programm *Zensus direkt* der Blubbsoft GmbH, Berlin, eingelesen (Kopinke & Materlik, o. J.). Der Fragebogen wurde im Vorfeld ebenfalls mit diesem Programm erstellt.

Während des Einlesevorgangs wurden am Bildschirm diejenigen Fragen angezeigt, bei denen die Kreuze nicht eindeutig erkannt werden konnten. Dies ist z. B. der Fall, wenn eine Studienteilnehmer*in mehrere Kreuze gesetzt oder sich durch Durchstreichen eines Kreuzes umentschieden hat. Diese nicht maschinenlesbar ausgefüllten Fragen wurden so durch Blickkorrektur verwertbar gemacht.

Fragebogen Regresse



Vielen Dank für Ihre Bereitschaft unseren Fragebogen auszufüllen!

Vorabfragen

1. Sind Sie kassenärztlich (selbst. oder angestellt) tätig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein → Keine weiteren Fragen – Bogen bitte trotzdem zurücksenden
2. Sind Sie ausschließlich privatärztlich tätig?	<input type="radio"/> Ja → Keine weiteren Fragen – Bogen bitte trotzdem zurücksenden	<input type="radio"/> Nein

Allgemeine Fragen

3. In welcher Form sind Sie in der Praxisniederlassung tätig?	<input type="radio"/> Angestellt in einer Praxis	<input type="radio"/> Praxisinhaber/in (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis)			
	<input type="radio"/> Angestellt in einem MVZ	<input type="radio"/> Inhaber/in eines MVZ			
	0-5 Jahre	6-10 Jahre	11-15 Jahre	16-20 Jahre	über 20 Jahre
4. Wie lange sind Sie schon in der Niederlassung tätig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wissen Sie um die Existenz von Prüfungsmaßnahmen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
6. Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich für die Veranlassung von Prüfungsmaßnahmen und Durchführung von Regressen?	<input type="radio"/> der Gesetzgeber	<input type="radio"/> die KV			
	<input type="radio"/> die Krankenkassen	<input type="radio"/> die Berufsverbände			
	sinnvoll	eher sinnvoll	teils-teils	eher nicht sinnvoll	nicht sinnvoll
7. Wie ist Ihre Grundeinstellung zu der Existenz der gesetzlich vorgeschriebenen Prüfung von Verordnung und Abrechnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	gar nicht	sehr selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
8. Wie intensiv nutzen Sie die Informationsmöglichkeiten Ihrer KV (z.B. Aussendungen oder Online Portal) zu Ihren Verordnungs- und Abrechnungsdaten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nutzen Sie zur Verordnung die verfügbaren Module in Ihrem Praxisverwaltungssystem?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
	gar nicht	sehr selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
10. Wenn ja, wie intensiv nutzen Sie diese Hilfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wer stellt normalerweise die Verordnungen in Ihrer Praxis nach der Stellung der Indikation durch Sie aus?	<input type="radio"/> Sie selbst	<input type="radio"/> die Praxismitarbeiter/innen (MFA)			
	gar nicht	wenig	teils - teils	stark	sehr stark
12. Wie stark beschäftigt Sie das Problem „Regressgefahr“ in Ihrem Praxisalltag (bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



13. Wie stark beeinflusst Sie die Regressgefahr in Ihrem weiteren Arzthandeln/Verordnungsverhalten (bitte ankreuzen)

	gar nicht	wenig	teils - teils	stark	sehr stark
Allgemein	<input type="radio"/>				
Verordnung Arzneimittel	<input type="radio"/>				
Verordnung Heilmittel	<input type="radio"/>				
Eigenes Handeln (Abrechnung)	<input type="radio"/>				
Hausbesuchstätigkeit	<input type="radio"/>				

14. Haben Sie schon einmal etwas nicht verordnet, weil es einen Regress nach sich ziehen könnte?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
15. Würden Sie aufgrund der Regressgefahr jungen Kollegen von einer Niederlassung abraten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
16. Hat die Besorgnis über mögliche Regresse bei Ihrer Niederlassung eine Rolle gespielt bzw. spielt sie eine Rolle in Ihren Gedanken in Bezug auf eine Niederlassung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

17. Haben Sie schon Patienten wegen der drohenden Regressgefahr zu einem anderen Arzt (z.B. Spezialist) überwiesen, obwohl die Verordnung indiziert war?

	noch nie	sehr selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
Allgemein	<input type="radio"/>				
Verordnung Arzneimittel	<input type="radio"/>				
Verordnung Heilmittel	<input type="radio"/>				
Hilfsmittel	<input type="radio"/>				

Fragen zu eigenen Erfahrungen mit Regressen

18. Hatten Sie schon einmal einen Regress/Regresse?	<input type="radio"/> Ja → weiter mit Frage 19 <input type="radio"/> Nein → weiter mit Frage 32	
19. Regress zu Arzneimittel Gruppe / Richtgröße?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
20. Regress zu Arzneimittel Einzelrezept(e)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
21. Regress zu Heilmittel Gruppe / Richtgröße?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
22. Regress zu Heilmittel Einzelrezept(e)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
23. Regress zu Praxisbedarf?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
24. Regress zu Abrechnung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
25. Regress zu Plausibilität?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

	Einmal	2-3 Mal	4-6 Mal	7-10 Mal	über 10 Mal
26. Wie häufig hatten Sie schon Regresse?	<input type="radio"/>				

27. Wie stark hat Sie der „schlimmste“ Regress belastet?

	gar nicht	wenig	teils - teils	stark	sehr stark
Allgemein	<input type="radio"/>				
Finanziell	<input type="radio"/>				
Emotional	<input type="radio"/>				

	bis 500 €	501 - 1000 €	1001 - 2500 €	2501 - 5000 €	über 5000 €
28. Wie hoch war der höchste Regressbetrag?	<input type="radio"/>				



	weniger als 1 Stunde	1-3 Stunden	4-10 Stunden	über 10 Stunden
29. Wie viel Zeit haben Sie maximal für die Bearbeitung einer Prüfungsmaßnahme bzw. eines Regresses aufgewendet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Haben Sie Ihr Verordnungsverhalten aufgrund erlebter Regresse verändert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

31. Möchten Sie Ihr „schlimmstes Regresserlebnis“ genauer schildern?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, und zwar wie folgt
--	----------------------------	--

(bitte nur ein Ereignis schildern)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis

	21 - 30 Jahre	31 - 40 Jahre	41 - 50 Jahre	51 - 60 Jahre	61 - 70 Jahre	über 70 Jahre
32. Ihr Alter	<input type="radio"/>					

33. Ihr Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
	<input type="radio"/> divers	

34. Ihre Praxisart	<input type="radio"/> Einzelpraxis	<input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis
	<input type="radio"/> MVZ	

35. Ihre Fachrichtung	<input type="radio"/> Allgemeinmedizin	<input type="radio"/> Orthopädie
	<input type="radio"/> Innere Medizin	

	bis 500	501 - 800	801 - 1200	über 1200
36. Wie viele Fälle („Scheine“) behandeln Sie durchschnittlich pro Quartal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Seite 4 von 4
Fragebogen Regresse

	in einer Stadt mit über 100.000 Einwohnern	in einer Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern	in einem Ort mit unter 10.000 Einwohnern
37. Die Praxis liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
38. Wie würden Sie die finanzielle Situation Ihrer Praxis bewerten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis?	
<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bayern
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Brandenburg
<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Hamburg
<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern
<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen
<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	<input type="radio"/> Saarland
<input type="radio"/> Sachsen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/> Schleswig-Holstein	<input type="radio"/> Thüringen
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!	



Nach dem Einlesen aller Fragebögen wurden für eine Stichprobe von 32 Fragebögen (bei 50 eingelesenen Variablen pro Fragebogen entspricht dies 1600 Einträgen) die Angaben in den Originalen mit den eingelesenen Daten verglichen. Die Zahl von 32 Fragebögen wurden auf der Basis von Berechnungen (Kohn, 2019) unter der Annahme durchgeführt, dass der wahre Anteil an Fehlangaben der Auslesesoftware bei maximal 0,005% liegt.

Hätte in dieser Prüfung der obere Wert des 99%-Konfidenzintervalls den Anteil von 1% falschen Angaben überschritten, wäre der gesamte Einlesevorgang wiederholt worden. In keinem der überprüften 32 Fragebögen war ein Fehler feststellbar. Alle genannten Schritte erfolgten durch den Verfasser.

2.5.3 Auswertung

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS Version 25. Für die deskriptive Auswertung wurden je nach Datentyp absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane und Quartile berechnet. Explorative Analysen der Unterschiede zwischen den Gruppen erfolgten mit dem Chi-Quadrat- und dem Mann-Whitney-U-Test. Neben der Darstellung von absoluten Häufigkeiten erfolgte die zusätzliche Berechnung von Mittelwerten bei Antwortoptionen aus Rangskalenniveau zur leichteren Einordnung zentraler Tendenzen. Zusätzlich wurden für ausgewählte Variablen Korrelationsanalysen (Spearman Rang-Korrelationen) durchgeführt. Logistische Regressionsanalysen erfolgten, um eventuelle Prädiktoren für eine Regresserfahrung zu untersuchen.

Zur qualitativen Auswertung wurden die schriftlichen Schilderungen des „schlimmsten Regresses“ (Frage 31) gesichtet und Ähnlichkeiten in Tabellen als kategoriale Häufigkeiten erfasst (siehe Abbildung 9 Typische Schilderungen).

2.6 Ethische und rechtliche Aspekte

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Auswertung der Befragung erfolgte anonym. Sollte eine Teilnahme explizit nicht gewünscht worden sein, bestand die Möglichkeit den Antwortbogen leer zurückzusenden. In diesem Fall wurde die betroffene Person aus der Adressdatenbank gelöscht, nicht mehr angeschrieben und lediglich die Rücksendung des leeren Fragebogens dokumentiert.

Eine Zuordnung eines Bogens zu einem bestimmten Teilnehmenden war nach dem Verwerfen des mit einer Identifikationsnummer versehenen Rückantwortkuverts bei der Registrierung des Posteingangs nicht möglich (siehe 2.3.3 Erste Aussendung).

Das Studienprotokoll wurde vor Studienbeginn der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Begutachtung vorgelegt und ohne Auflagen genehmigt (Zeichen 20/19 S-SR).

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenausschöpfung

Es wurden insgesamt 1.000 niedergelassene Hausärzt*innen und 1.000 niedergelassene Orthopäd*innen angeschrieben (vgl. Abbildung 1 Stichprobenausschöpfung). Von sechs Hausärzt*innen und 20 Orthopäd*innen waren die Adressen so fehlerhaft, dass sie selbst durch eine individuelle Internetrecherche nicht ermittelbar waren. Bei sieben hausärztlichen und neun orthopädischen Praxen wurde uns mitgeteilt, dass die Praxen mittlerweile geschlossen seien. Darüber hinaus gaben weitere fünf der angeschriebenen Hausärzt*innen an, nun in einem anderen Arbeitsfeld tätig zu sein. Weitere fünf Hausärzt*innen und elf Orthopäd*innen gaben an, nur privatärztlich tätig zu sein. Dementsprechend wurden 977 Hausärzt*innen und 960 Orthopäd*innen korrekt angeschrieben. 573 der Hausärzt*innen und 586 der Orthopäd*innen haben nicht geantwortet. Fünf Hausärzt*innen und drei Orthopäd*innen antworteten mit leeren Rücksendecouverts, wollten dementsprechend nicht an der Studie teilnehmen. Geantwortet haben dementsprechend 404 der 977 korrekt angeschriebenen Hausärzt*innen (41%) und 374 der 960 korrekt angeschriebenen Orthopäd*innen (39%). Von den korrekt angeschriebenen Ärzt*innen nahmen 399 (41%) der Hausärzt*innen und 371(39%) der Orthopäd*innen an der Auswertung teil. Insgesamt wurden also 770 von 1937 (40%) Teilnehmende in die Auswertung eingeschlossen.

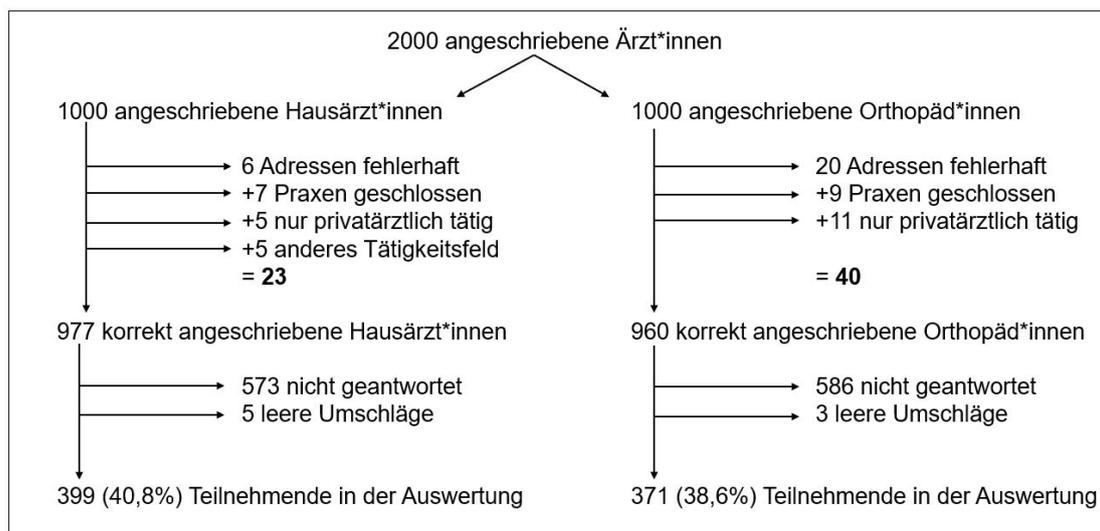


Abbildung 1 Stichprobenausschöpfung

3.2 Tätigkeitsmerkmale

Hinsichtlich aller erhobenen Tätigkeitsmerkmale gab es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (siehe Tabelle 1 Tätigkeitsmerkmale).

Unter den Hausärzt*innen waren 95% Praxisinhaber, 3% waren angestellt in einer Praxis und 2% in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Nur ein einziger Teilnehmer war Inhaber eines MVZ. Unter den Orthopäd*innen waren 84% Praxisinhaber*innen, 5% in einer Praxis und 8% einem MVZ angestellt. Die verbleibenden 2% waren Inhaber*innen eines MVZ.

Es zeigte sich, dass die Mehrheit der befragten Ärzt*innen (61% der Hausärzt*innen und 50% der Orthopäd*innen) seit 16 oder mehr Jahren niedergelassen tätig war. Unter den Hausärzt*innen waren die verbleibenden 16% seit 11-15 Jahren, 9% seit 6-10 Jahren und 14% seit 0-5 Jahren in Niederlassung. Bei den Orthopäd*innen waren es 20%, die seit 11-15 Jahren niedergelassen tätig waren. Die verbleibenden 31% waren seit 10 oder weniger Jahren in Niederlassung.

Bezüglich des Patient*innenaufkommens gemessen an der „Anzahl der Scheine“ gaben 45% der Hausärzt*innen und 60% der Orthopäd*innen an, über 1.200 „Scheine“ pro Quartal abzurechnen. Weitere 36% bzw. 31% gaben an, zwischen 801 und 1200 Scheine pro Quartal zu leisten. Die restlichen 20% der Hausärzt*innen und 10% der Orthopäd*innen betreuen im Schnitt unter 801 Fälle pro Quartal.

In diesem Zusammenhang bewerteten 20% der Hausärzt*innen und 10% der Orthopäd*innen ihre finanzielle Situation als „sehr gut“. Weitere 66% bzw. 63% schätzten sie als „eher gut“ ein. Als „eher schlecht“ bewerteten 14% der Hausärzt*innen und 24% der Orthopäd*innen ihre Situation. Nur 1% der Hausärzt*innen und 3% der Orthopäd*innen bewerteten ihre Situation als „schlecht“.

3.3 Soziodemographische Merkmale

Wie aufgrund der nach Postleitzahl und Anzahl der Ärzt*innen gewichteten Stichprobenziehung zu erwarten, war mehr als die Hälfte der teilnehmenden Hausärzt*innen und Orthopäd*innen in Nordrhein-Westfalen (21% vs. 23%), Bayern (17% vs. 18%) oder Baden-Württemberg (15% vs. 15%) tätig (vgl. Tabelle 2 Soziodemographische Merkmale).

Bezüglich Praxislage, Alter und Geschlecht der Teilnehmer*innen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Während 38% der Hausärzt*innen in einem Ort mit weniger als 10.000 tätig waren, war dies nur bei 6% der Orthopäd*innen

Tabelle 1 Tätigkeitsmerkmale

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen Orthopäd*innen			p-Wert
	n=399	n=371	Gesamt	
Tätigkeitsform in Praxis (2;2)				<0,001*
angestellt in Praxis	12 (3%)	19 (5%)	31 (4%)	
Praxisinhaber*in	375 (95%)	311 (84%)	686 (90%)	
angestellt in MVZ	9 (2%)	31 (8%)	40 (5%)	
Inhaber*in eines MVZ	1 (<1%)	8 (2%)	9 (1%)	
Praxisart (14;14)				<0,001*
Einzelpraxis	259 (67%)	177 (50%)	436 (59%)	
Gemeinschaftspraxis	115 (30%)	139 (39%)	254 (34%)	
MVZ	11 (3%)	41 (11%)	52 (7%)	
Seit wie vielen Jahren in Niederlassung (0)				0,04#
0 – 5 Jahre	54 (14%)	58 (16%)	112 (15%)	
6 – 10 Jahre	36 (9%)	55 (15%)	91 (12%)	
11 – 15 Jahre	64 (16%)	74 (20%)	138 (18%)	
16 – 20 Jahre	68 (17%)	50 (14%)	118 (15%)	
über 20 Jahre	177 (44%)	134 (36%)	311 (40%)	
Anzahl der Scheine (9;7)				<0,001#
bis 500	18 (5%)	10 (3%)	28 (4%)	
501 – 800	58 (15%)	24 (7%)	82 (11%)	
801 – 1200	140 (36%)	111 (31%)	251 (33%)	
über 1200	174 (45%)	219 (60%)	393 (52%)	
Bewertung der finanz. Situation (17;8)				<0,001#
sehr gut	76 (20%)	37 (10%)	113 (15%)	
eher gut	251 (66%)	227 (63%)	478 (64%)	
eher schlecht	52 (14%)	88 (24%)	140 (19%)	
schlecht	3 (1%)	11 (3%)	14 (2%)	

p-Wert berechnet über *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test

der Fall. In Städten mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern arbeiteten 37% der Hausärzt*innen und 58% der Orthopäd*innen. In einer Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohner*innen betrieben 36% der Orthopäd*innen und 25% der Hausärzt*innen ihre Praxis. 34% der Hausärzt*innen und 22% der Orthopäd*innen waren 61 Jahre alt oder älter. 45% der Hausärzt*innen und 50% der Orthopäd*innen waren zwischen 51 und 60 Jahren alt, 24% der Orthopäd*innen und 17% der Hausärzt*innen zwischen 41 und 50 Jahren. 4% der Teilnehmenden waren zwischen 31 und 40 Jahren

alt. 63% der teilnehmenden Hausärzt*innen waren männlich und 37% weiblich. Bei den Orthopäd*innen waren 88% der Teilnehmer männlich und 12% weiblich.

Tabelle 2 Soziodemographische Merkmale

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen n=399	Orthopäd*innen n=371	Gesamt	p-Wert
Bundesland des Praxisorts (12;5)				0,81*
Baden-Württemberg	57 (15%)	54 (15%)	111 (15%)	
Bayern	65 (17%)	64 (18%)	129 (17%)	
Berlin	10 (3%)	12 (3%)	22 (3%)	
Brandenburg	13 (3%)	9 (3%)	22 (3%)	
Bremen	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)	
Hamburg	4 (1%)	9 (1%)	13 (2%)	
Hessen	28 (7%)	29 (8%)	57 (8%)	
Mecklenburg-Vorpommern	10 (3%)	9 (3%)	19 (3%)	
Niedersachsen	38 (10%)	33 (9%)	71 (9%)	
Nordrhein-Westfalen	82 (21%)	83 (23%)	165 (22%)	
Rheinland-Pfalz	17 (4%)	15 (4%)	32 (4%)	
Saarland	5 (1%)	5 (1%)	10 (1%)	
Sachsen	21 (5%)	19 (5%)	40 (5%)	
Sachsen-Anhalt	11 (3%)	7 (2%)	18 (2%)	
Schleswig-Holstein	8 (2%)	11 (3%)	19 (3%)	
Thüringen	16 (4%)	5 (1%)	21 (3%)	
Einwohnerzahl des Praxisorts (10;4)				<0,001#
Stadt über 100k	99 (25%)	132 (36%)	231 (31%)	
Stadt mit 10k – 100k	143 (37%)	213 (58%)	356 (47%)	
Ort unter 10k	147 (38%)	22 (6%)	169 (22%)	
Alter (9;7)				<0,001#
31 – 40 Jahre	15 (4%)	17 (5%)	32 (4%)	
41 – 50 Jahre	65 (17%)	88 (24%)	153 (20%)	
51 – 60 Jahre	176 (45%)	181 (50%)	357 (47%)	
61 – 70 Jahre	110 (28%)	72 (20%)	182 (24%)	
71 – 70 Jahre	24 (6%)	6 (2%)	30 (4%)	
Geschlecht (10;6)				<0,001*
weiblich	145 (37%)	42 (12%)	187 (25%)	
männlich	244 (63%)	323 (88%)	567 (75%)	
divers	0	0	0	

p-Wert berechnet über *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test

3.4 Grundwissen und -einstellung zu Prüfungsmaßnahmen

Bei den Fragen zu den Grundinformationen zu Prüfungsmaßnahmen zeigten die Teilnehmenden ein ähnliches Bild zueinander. Fast alle Befragten, sowohl 98% der Orthopäd*innen als auch der Hausärzt*innen, wussten um die Existenz von Prüfungsmaßnahmen (siehe Tabelle 3 Grundinformationen zu Prüfungsmaßnahmen). Lediglich 15 Teilnehmende (2%) gaben an, hiervon nicht zu wissen. Von ihnen waren 13 als Praxisinhaber und zwei in einem Angestelltenverhältnis tätig. Darüber hinaus hielten 20% der teilnehmenden Hausärzt*innen und 28% der Orthopäd*innen allein die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Durchführung von Prüfungsmaßnahmen verantwortlich. Ihnen gegenüber standen 33% der befragten Hausärzt*innen und 28% der Orthopäd*innen, die allein die Krankenkassen hierfür verantwortlich hielten.

Die Frage nach der Grundeinstellung zu Prüfungsmaßnahmen wurde auf einem Rangskalenniveau von „sinnvoll (2)“ bis „nicht sinnvoll (-2)“ beantwortet. Im Mittelwert hielten sowohl die Orthopäd*innen (-0,29) als auch die Hausärzt*innen (-0,25) die Durchführung von Prüfungsmaßnahmen für „teils-teils“ bzw. „eher nicht sinnvoll“. Der deutliche Großteil beider Gruppen (46%) tendierte jedoch zur Antwort „teils-teils“. 35% der Befragten hielten die Durchführung von Prüfungsmaßnahmen für „eher nicht sinnvoll“ oder „nicht sinnvoll“.

3.5 Allgemeines Ordnungsverhalten

Dieser Abschnitt behandelt Fragestellungen von der Ausstellung des Rezeptes bis zur Nutzung der Informationsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigung bzw. von Ordnungsmodulen um das allgemeine Ordnungsverhalten des Teilnehmenden. Ordnungsmodule sind Computerprogramme, die der Ärzt*in Preisinformationen und Wirtschaftlichkeitshinweise zum betreffenden Arzneimittel anzeigen. So müssen Ordnungsmodule über preisgünstige und ordnungsfähige Leistungen und deren jeweiligen Kosten informieren. Darüber hinaus müssen sie Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen geben (Sydow, 2018, S. 12).

Bei der Frage, wer nach Indikationsstellung durch die Ärzt*in das Rezept ausstellt, gaben 78% der Hausärzt*innen an, dies selbst zu tun (siehe Tabelle 4 Allgemeines Ordnungsverhalten). Das medizinische Fachpersonal allein führte dies in 17% der Hausarztpraxen durch. In 5% der hausärztlichen Praxen erfolgte das Ausstellen des Rezeptes sowohl durch das medizinische Personal als auch durch die verordnende Hausärzt*in. Bei den Orthopäd*innen gaben 63% an, dies selbst zu tun. Bei 34% der

orthopädischen Praxen erfolgte dies durch das medizinische Fachpersonal. Bei den verbleibenden 3% durch beide.

Tabelle 3 Grundinformationen zu Prüfungsmaßnahmen

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen n=399	Orthopäd*innen n=371	Gesamt	p-Wert
Wissen um Existenz von Prüfungsmaßnahmen (1;1)				0,61*
ja	389 (98%)	364 (98%)	753 (98%)	
nein	9 (2%)	6 (2%)	15 (2%)	
Verantwortlich für Prüfungsmaßnahmen (9;4)				0,34*
GG	51 (13%)	43 (12%)	94 (12%)	
KV	79 (20%)	104 (28%)	183 (24%)	
KK	128 (33%)	101 (28%)	229 (30%)	
BV	1 (<1%)	2 (1%)	3 (<1%)	
GG, KV, KK und BV	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)	
KV, KK und GG	7 (2%)	7 (2%)	14 (2%)	
KV und GG	30 (8%)	27 (7%)	57 (8%)	
KV und KK	62 (16%)	52 (14%)	114 (15%)	
KK und GG	30 (8%)	27 (7%)	57 (8%)	
KV und BV	0 (0%)	2 (1%)	2 (<1%)	
Grundeinstellung zur Durchführung von Prüfungsmaßnahmen (5;0)				0,62#
sinnvoll (= 2)	25 (6%)	24 (7%)	49 (6%)	
eher sinnvoll (= 1)	55 (14%)	45 (12%)	100 (13%)	
teils-teils (= 0)	178 (45%)	171 (46%)	349 (46%)	
eher nicht sinnvoll (= -1)	68 (17%)	62 (17%)	130 (17%)	
nicht sinnvoll (= -2)	68 (17%)	69 (19%)	137 (18%)	

Legende: KV=Kassenärztliche Vereinigung; GG= Gesetzgeber; KK= Krankenkassen; BV= Berufsverbände; p-Wert berechnet über *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test

[Mittelwert ± Standardabweichung]

Die Intensität der Nutzung von Informationsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigung wurde auf einer Rangskala von „sehr häufig (2)“ bis „gar nicht (-2)“ abgefragt. Informationsmöglichkeiten wären beispielsweise regelmäßige Verordnungsrundschreiben wie „Verordnung aktuell“ der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Hier wird z.B. darauf hingewiesen, dass bestimmte Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf und nicht über die gesetzliche Krankenkasse direkt abgerechnet werden

Tabelle 4 Allgemeines Verordnungsverhalten

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen n=399	Orthopäd*innen n=371	Gesamt	p-Wert
Ausstellen des Rezeptes nach Indikationsstellung durch Ärzt*in (2;1)				<0,001*
Ärzt*in selbst	310 (78%)	232 (63%)	542 (71%)	
MFA	69 (17%)	126 (34%)	195 (25%)	
beide	18 (5%)	12 (3%)	30 (4%)	
Intensität der Nutzung der Informationsmöglichkeiten der KV (0;1)	[0,39±0,94]	[0,18±1,1]	[0,29±1,0]	0,019#
gar nicht (= -2)	9 (2%)	32 (9%)	41 (5%)	
sehr selten (= -1)	55 (14%)	52 (14%)	107 (14%)	
gelegentlich (= 0)	155 (39%)	139 (38%)	294 (38%)	
häufig (= 1)	132 (33%)	110 (30%)	242 (32%)	
sehr häufig (= 2)	48 (12%)	37 (10%)	85 (11%)	
Nutzung der Verordnungsmodule (6;1)				0,16*
ja	283 (72%)	283 (77%)	566 (74%)	
nein	110 (28%)	87 (24%)	197 (26%)	
Intensität der Nutzung der Verordnungsmodule (77;46)	[0,57±1,1]	[0,64±1,2]	[0,61±1,1]	0,24#
gar nicht (= -2)	26 (8%)	28 (9%)	54 (8%)	
sehr selten (= -1)	15 (5%)	20 (6%)	35 (5%)	
gelegentlich (= 0)	94 (29%)	73 (23%)	167 (26%)	
häufig (= 1)	123 (38%)	124 (38%)	247 (38%)	
sehr häufig (= 2)	64 (20%)	80 (25%)	144 (22%)	

p-Wert berechnet über *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test

[Mittelwert ± Standardabweichung]

dürfen, da sonst ein Regress drohe (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2020b). Die Informationsmöglichkeiten variieren je nach Bundesland.

45% der Hausärzt*innen gaben eine „häufige“ oder „sehr häufige“ Nutzung der vorbeschriebenen Informationsmöglichkeiten an. Nur 2% berichteten diese gar nicht zu nutzen. Im Mittelwert lagen die Hausärzt*innen mit 0,39 zwischen „gelegentlich“ und „häufig“. 40% der Orthopäd*innen berichteten von einer „häufigen“ oder „sehr häufigen“

gen“ Nutzung. 9% der Orthopäd*innen gaben an, die Informationen der kassenärztlichen Vereinigung gar nicht zu nutzen. Die Orthopäd*innen lagen mit 0,18 eher bei einer „gelegentlichen“ Nutzung der Informationsmöglichkeiten.

Die Fragen nach der Nutzung der Verordnungsmodule bejahten 72% der befragten Hausärzt*innen und 77% der befragten Orthopäd*innen. Auf der Rangskalenfrage nach der Intensität der Nutzung lagen im Mittelwert die Hausärzt*innen (0,57) und Orthopäd*innen (0,64) zwischen „gelegentlich“ und „häufig“. Jeweils über die Hälfte, 58% der Hausärzt*innen und 63% der Orthopäd*innen, nutzten Verordnungsmodule „sehr häufig“ oder „häufig“. Auf der anderen Seite gaben nur 13% der Hausärzt*innen und 15% der Orthopäd*innen „gar keine“ oder eine „seltene“ Nutzung der Verordnungsmodule an.

3.6 Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr

Die Antworten der Teilnehmer auf die Frage nach der Beschäftigung mit dem Thema „Regressgefahr im Praxisalltag“ waren innerhalb beider Gruppen recht ähnlich (siehe Abbildung 2 Beschäftigung mit der Regressgefahr im Praxisalltag und Tabelle 5 Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr). 47% der befragten Hausärzt*innen gaben an, dass sie die Regressgefahr „stark“ oder „sehr stark“ beschäftige. Für 31% war der Einfluss „teils-teils“. 23% der Hausärzt*innen beschäftigten sich nur „wenig“ oder „gar nicht“ mit der Regressgefahr. Die Orthopäd*innen berichteten zu 55% ebenfalls von einer „starken“ bzw. „sehr starken“ Beschäftigung. 23% beschäftigten sich nur „teils-teils“ und 22% „wenig“ bzw. „gar nicht“ mit der Regressgefahr.

Im Fragenblock nach der Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln unterschieden sich beide Gruppen teils erheblich (siehe Abbildung 3 Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln sowie Tabelle 5 Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr). Es wurde nach der Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln auf einer Skala von „gar nicht (-2)“ bis „sehr stark (2)“ gefragt. Hier gaben 37% der Hausärzt*innen an, dass die Regressgefahr sie im Allgemeinen „stark“ oder „sehr stark“ beeinflusse. „Gar keine“ oder nur eine „geringe“ Beeinflussung gaben hier hingegen nur 30% der Hausärzt*innen an. Die Orthopäd*innen berichteten zu 47% von einer „starken“ oder „sehr starken“ allgemeinen Beeinflussung. „Gar keine“ oder nur eine „geringe“ Beeinflussung nahmen nur 27% der Orthopäd*innen war.

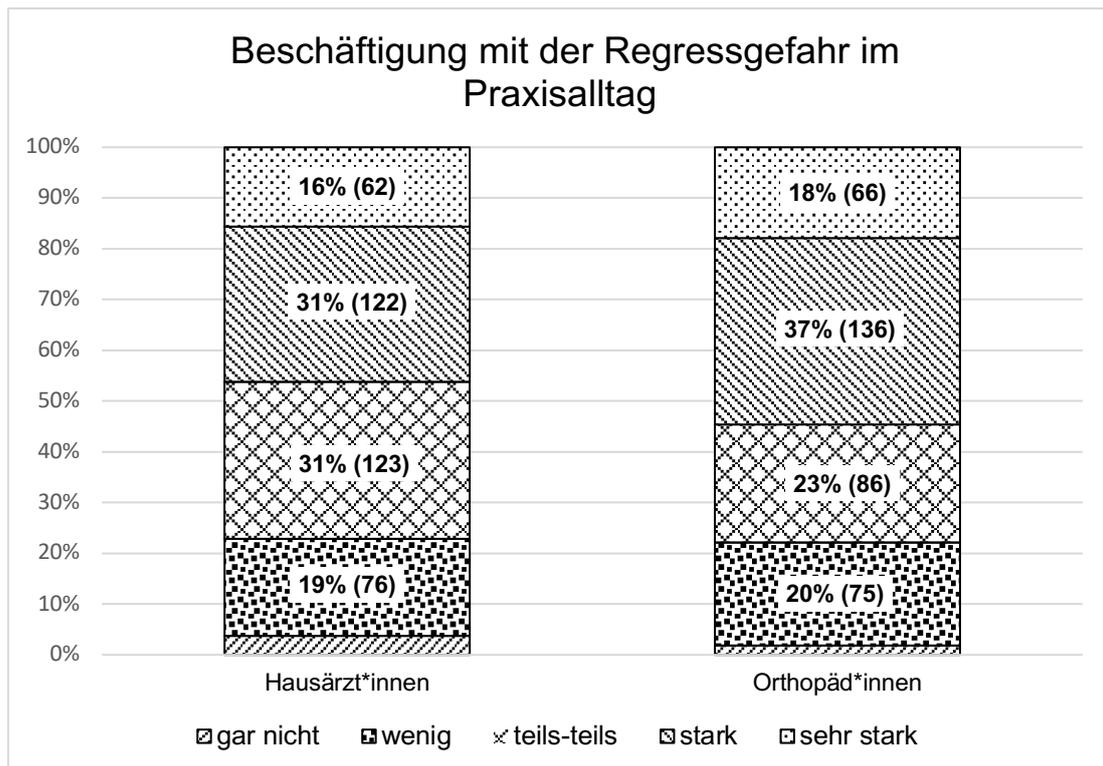


Abbildung 2 Beschäftigung mit der Regressgefahr im Praxisalltag

Die Beeinflussung in der Verordnung von Arzneimitteln war bei beiden Gruppen tendenziell ähnlich. Hier gaben 49% der Hausärzt*innen und 50% der Orthopäd*innen an, dass sie durch die Regressgefahr „stark“ oder „sehr stark“ beeinflusst würden. Nur 25% der Hausärzt*innen und 28% der Orthopäd*innen verspürten gar keine oder nur eine geringe Beeinflussung bei der Verordnung von Arzneimitteln.

Eher unterschiedlich wurde jedoch die Beeinflussung bei der Verordnung von Heilmitteln erlebt. 26% der Hausärzt*innen und 36% der Orthopäd*innen berichteten hier von einer „sehr starken“ Beeinflussung, weitere 39% bzw. 33% von einer „starken“. Ihnen gegenüber standen 15% der Befragten die „gar keine“ oder nur eine „geringe“ Beeinflussung im ärztlichen Handeln bei der Verordnung von Heilmitteln erlebten. Die Mittelwerte deuteten hier mit 0,72 bzw. 0,84 ebenfalls eher auf eine „eher starke“ Beeinflussung hin. Bezüglich des eigenen Handelns und der Abrechnung sprachen 44% der Hausärzt*innen und 35% der Orthopäd*innen von „gar keiner“ oder einer „geringen“ Beeinflussung. Ihnen gegenüber standen 33% bzw. 40%, die diese „stark“ oder „sehr stark“ einschätzten.

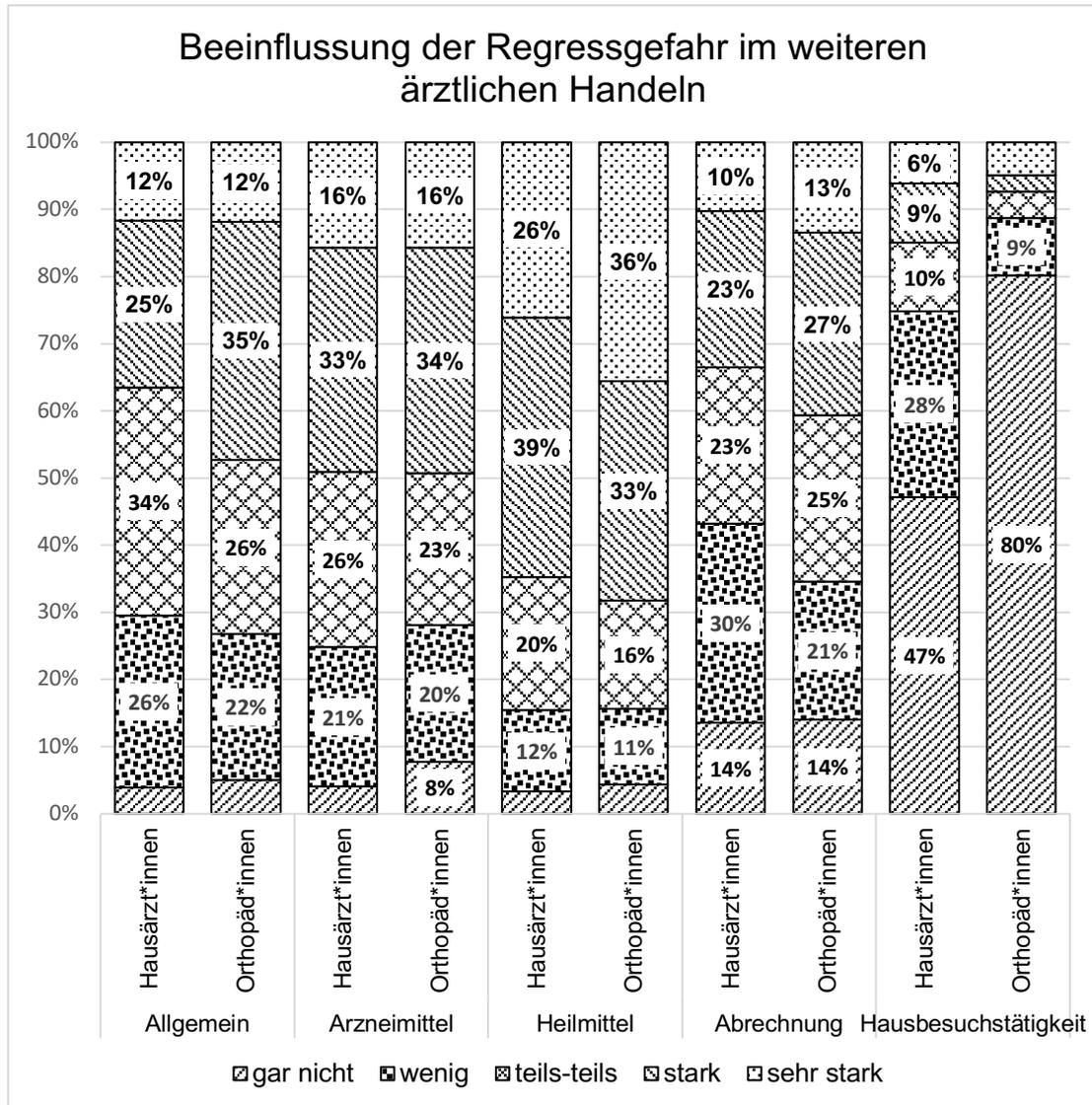


Abbildung 3 Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln

Der Tatsache geschuldet, dass vor allem Hausärzt*innen auch Hausbesuche unternehmen, war zu erwarten, dass 80% der Orthopäd*innen von „gar keiner“ Beeinflussung diesbezüglich sprachen. Bei den Hausärzt*innen waren dies 47%. Hingegen berichteten 15% der Hausärzt*innen von einer „starken“ bzw. „sehr starken“ Beeinflussung diesbezüglich. Die Mittelwerte lagen dementsprechend mit -1 bei den Hausärzt*innen bzw. -1,6 bei den Orthopäd*innen zwischen der Antwortmöglichkeit „wenig“ und „gar nicht“.

Tabelle 5 Wahrnehmung und Einfluss der Regressgefahr

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen		Orthopäd*innen		p-Wert
	n=399		n=371	Gesamt	
Beschäftigung „Regressgefahr“ im Praxisalltag (1;1)	[0,35±1,1]		[0,48±1,1]	[0,42±1,1]	0,08
gar nicht (= -2)	15 (4%)		7 (2%)	22 (3%)	
wenig (= -1)	76 (19%)		75 (20%)	151 (20%)	
teils-teils (= 0)	123 (31%)		86 (23%)	209 (27%)	
stark (= 1)	122 (31%)		136 (37%)	258 (34%)	
sehr stark (= 2)	62 (16%)		66 (18%)	128 (17%)	
Beeinflussung der Regressgefahr im weiteren ärztlichen Handeln					
Allgemein (13;16)	[0,15±1,1]		[0,27±1,1]	[0,21±1,1]	0,06
gar nicht (= -2)	15 (4%)		18 (5%)	33 (5%)	
wenig (= -1)	99 (26%)		77 (22%)	176 (24%)	
teils-teils (= 0)	131 (34%)		92 (26%)	223 (30%)	
stark (= 1)	96 (25%)		126 (36%)	222 (30%)	
sehr stark (= 2)	45 (12%)		42 (12%)	87 (12%)	
Verordnung Arzneimittel (4;8)	[0,36±1,1]		[0,29±1,2]	[0,33±1,1]	0,57
gar nicht (= -2)	16 (4%)		28 (8%)	44 (6%)	
wenig (= -1)	82 (21%)		74 (20%)	156 (21%)	
teils-teils (= 0)	103 (26%)		82 (23%)	185 (24%)	
stark (= 1)	132 (33%)		122 (34%)	254 (34%)	
sehr stark (= 2)	62 (16%)		57 (16%)	119 (16%)	
Verordnung Heilmittel (5;6)	[0,72±1,1]		[0,84±1,2]	[0,78±1,1]	0,05
gar nicht (= -2)	13 (3%)		16 (4%)	29 (4%)	
wenig (= -1)	48 (12%)		41 (11%)	89 (12%)	
teils-teils (= 0)	78 (20%)		59 (16%)	137 (18%)	
stark (= 1)	152 (39%)		119 (33%)	271 (36%)	
sehr stark (= 2)	103 (26%)		130 (36%)	233 (31%)	
Eig. Handeln und Abrechnung (8;7)	[-0,13±1,2]		[0,05±1,3]	[-0,04±1,2]	0,03
gar nicht (= -2)	53 (14%)		51 (14%)	104 (14%)	
wenig (= -1)	116 (30%)		75 (21%)	191 (25%)	
teils-teils (= 0)	91 (23%)		90 (25%)	181 (24%)	
stark (= 1)	91 (23%)		99 (27%)	190 (25%)	
sehr stark (= 2)	40 (10%)		49 (14%)	89 (12%)	
Hausbesuchstätigkeit (5;43)	[-1,0±1,2]		[-1,6±1,0]	[-1,3±1,2]	<0,001
gar nicht (= -2)	186 (47%)		263 (80%)	449 (62%)	
wenig (= -1)	109 (28%)		28 (9%)	137 (19%)	
teils-teils (= 0)	40 (12%)		13 (4%)	53 (7%)	
stark (= 1)	35 (9%)		8 (2%)	43 (6%)	
sehr stark (= 2)	24 (6%)		16 (5%)	40 (6%)	

p-Wert berechnet über *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test; [Mittelwert ± Standardabweichung]

3.7 Überweisung an Spezialisten wegen Regressgefahr

Die Antworten auf die Frage nach einer stattgefundenen Überweisung einer Patient*in an eine Spezialist*in wegen einer möglichen Regressgefahr trotz Indikation der Verordnung unterscheiden sich in allen Unterpunktfragen zwischen beiden Gruppen erheblich (siehe

Tabelle 6 Verhalten wegen Regressgefahr und Abbildung 4 Überweisung wegen Regressgefahr). Dieser Punkt des Fragebogens wurde auf einer Rangskala von „noch nie (-2)“ bis „sehr häufig (2)“ abgefragt. In den folgenden Abschnitten werden nun die Ergebnisse als relative Häufigkeiten in Prozent sowie die jeweiligen Durchschnitte dargestellt.

3.7.1 Überweisungsverhalten im Allgemeinen

50% der Hausärzt*innen gaben an, dass sie im Allgemeinen „noch nie“ oder „sehr selten“ Patient*innen trotz Indikation zur Regressvermeidung an eine Spezialist*in überwiesen hätten. Ihnen standen über jede zehnte Hausärzt*in (12%) gegenüber, die dies „häufig“ oder „sehr häufig“ taten. Bei den befragten Orthopäd*innen berichteten 49% dies „noch nie“ getan zu haben. Für 25% war dies „selten“ der Fall. 6% sprachen von einer „häufigen“ oder „sehr häufigen“ Praxis diesbezüglich. Gelegentlich überwiesen 39% der Hausärzt*innen und 19% der Orthopäd*innen an eine Spezialist*in. Der Mittelwert der Hausärzt*innen lag bei -0,6, der der Orthopäd*innen bei -1,2. Er lag damit zwischen „gelegentlich“ und „sehr selten“, bzw. „sehr selten“ und „noch nie“.

3.7.2 Überweisungsverhalten bei Arzneimitteln

Ähnlich zum allgemeinen Verhalten gaben bezüglich einer Überweisung an eine Spezialist*in zur Vermeidung von Arzneimittelregressen 49% der Hausärzt*innen an, dies „noch nie“ oder nur „sehr selten“ praktiziert zu haben. 37% berichteten dies gelegentlich getan zu haben. 14% gaben an dies häufig oder sehr häufig zu praktizieren. Die Orthopäd*innen verneinten zu 49% dies überhaupt zu praktizieren. Weitere 23% sprachen von einer „sehr seltenen“ und 21% von einer „gelegentlichen“ Praxis. 7% gaben an, dies häufig zu tun.

Der Mittelwert der Hausärzt*innen lag bei -0,5, der der Orthopäd*innen bei -1,1. Er lag damit zwischen „gelegentlich“ und „sehr selten“, bzw. „sehr selten“ und „noch nie“.

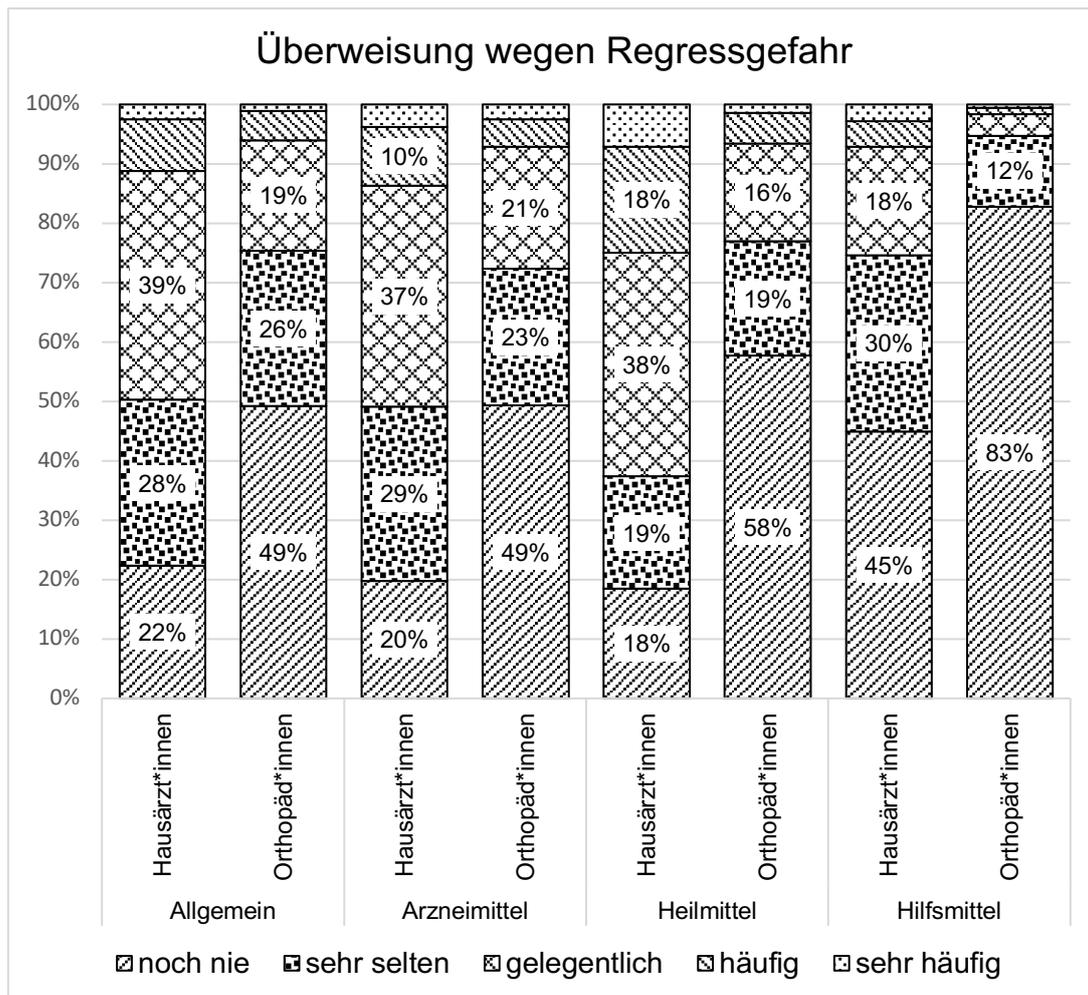


Abbildung 4 Überweisung wegen Regressgefahr

3.7.3 Überweisungsverhalten bei Heilmitteln

Bei den Heilmitteln zeichnete sich insgesamt die Tendenz ab, dass Hausärzt*innen im Gegensatz zu Orthopäd*innen hier eher dazu neigen, trotz Indikation eine Verordnung von Heilmitteln durch eine Spezialist*in erfolgen zu lassen. 37% der Hausärzt*innen und 77% der befragten Orthopäd*innen gaben an „sehr selten“ oder „noch nie“ zwecks einer Verordnung an eine Spezialist*in überwiesen zu haben. „Häufig“ oder „sehr häufig“ erfolgten solche Überweisungen bei immerhin 25% der befragten Hausärzt*innen und nur 6% der befragten Orthopäd*innen. Entsprechend verschieden sind die Mittelwerte beider Gruppen. Der Mittelwert der Hausärzt*innen lag mit -0,2 bei „gelegentlich“, der der Orthopäd*innen mit -1,3 zwischen „selten“ und „noch nie“.

3.7.4 Überweisungsverhalten bei Hilfsmitteln

Ähnlich unterschiedlich, jedoch in der Tendenz näher den Antwortmöglichkeiten „noch nie“ und „sehr selten“, waren die Antworten zu der Frage nach Hilfsmittelverordnungen. 95% der Orthopäd*innen gaben an dies „noch nie“ oder nur „sehr selten“ getan zu haben. Ebenso verhielten sich 75% der befragten Hausärzt*innen. Die Mittelwerte beider Gruppen lagen dementsprechend mit -1,1 bzw. -1,8 zwischen „sehr selten“ und „noch nie“.

3.7.5 Ausbleibende Verordnung trotz Indikation

Es bejahten 85% der Hausärzt*innen und 82% der Orthopäd*innen die Frage, ob sie jemals etwas wegen drohender Regressgefahr nicht verordnet hätten. Nur 16% der Befragten verneinten dies. (siehe Abbildung 5 Wegen Regressgefahr keine Verordnung trotz Indikation und Tabelle 6 Verhalten wegen Regressgefahr).

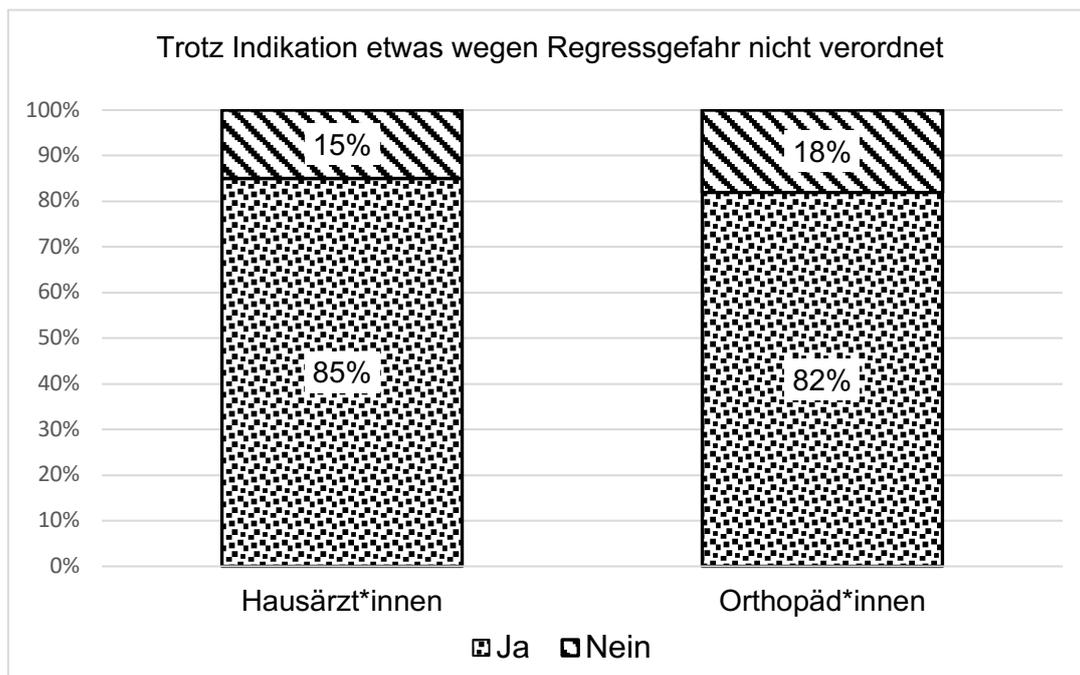


Abbildung 5 Wegen Regressgefahr keine Verordnung trotz Indikation

Tabelle 6 Verhalten wegen Regressgefahr

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen n=399	Orthopäd*innen n=371	Gesamt	p-Wert
Trotz Indikation der Verordnung wegen Regressgefahr an Spezialisten überwiesen				
Allgemein (5;5)	[-0,6±1,0]	[-1,2±1,0]	[-0,87±1,0]	<0,001#
noch nie (= -2)	88 (22%)	180 (49%)	268 (35%)	
sehr selten (= -1)	110 (28%)	96 (26%)	206 (27%)	
gelegentlich (= 0)	152 (39%)	68 (19%)	220 (29%)	
häufig (= 1)	34 (9%)	18 (5%)	52 (7%)	
sehr häufig (= 2)	10 (3%)	4 (1%)	14 (2%)	
Arzneimittel (4;6)	[-0,5±1,0]	[-1,1±1,0]	[-0,8±1,1]	<0,001#
noch nie (= -2)	78 (20%)	180 (49%)	258 (34%)	
sehr selten (= -1)	116 (29%)	84 (23%)	200 (26%)	
gelegentlich (= 0)	147 (37%)	75 (21%)	222 (29%)	
häufig (= 1)	39 (10%)	17 (5%)	56 (7%)	
sehr häufig (= 2)	15 (4%)	9 (2,5%)	24 (3%)	
Heilmittel (3;7)	[-0,2±1,2]	[-1,3±1,0]	[-0,7±1,2]	<0,001#
noch nie (= -2)	73 (18%)	210 (58%)	283 (37%)	
sehr selten (= -1)	75 (19%)	70 (19%)	145 (19%)	
gelegentlich (= 0)	149 (38%)	60 (16%)	209 (28%)	
häufig (= 1)	71 (18%)	19 (5%)	90 (12%)	
sehr häufig (= 2)	28 (7%)	5 (1%)	33 (4%)	
Hilfsmittel (5;6)	[-1,1±1,0]	[-1,8±0,6]	[-1,4±0,9]	<0,001#
noch nie (= -2)	177 (45%)	299 (83%)	476 (63%)	
sehr selten (= -1)	117 (30%)	43 (12%)	160 (21%)	
gelegentlich (= 0)	72 (18%)	13 (4%)	85 (11%)	
häufig (= 1)	17 (4%)	4 (1%)	21 (3%)	
sehr häufig (= 2)	11 (3%)	2 (1%)	13 (2%)	
Jemals etwas wegen drohender Regressgefahr nicht verordnet (2;1)				0,28\$
Ja	339 (85%)	305 (82%)	644 (84%)	
Nein	58 (15%)	65 (18%)	123 (16%)	

p-Wert berechnet aus *Chi²-Test bzw. #Mann-Whitney-U-Test bzw. \$ Fischer's exaktem Test;

[Mittelwert ± Standardabweichung]

3.8 Auswirkungen der Regressgefahr auf die Niederlassung

Sowohl bezüglich der Relevanz der Sorge vor Regressen bei der Niederlassung als auch bezüglich des Abratens von einer Niederlassung gegenüber jungen Kolleg*innen verhielten sich beide Gruppen in ihrem Antwortverhalten ähnlich (siehe Tabelle 7 Auswirkungen der Regressgefahr auf die Niederlassung). Immerhin knapp ein Viertel der Befragten würde jungen Nachwuchsmediziner*innen von einer Niederlassung wegen drohender Regresse abraten. Ein Fünftel der Befragten gab an, dass bei ihnen selbst die Sorge vor Regressen bei der Niederlassung relevant war.

Tabelle 7 Auswirkungen der Regressgefahr auf die Niederlassung

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Haus- ärzt*innen	Ortho- päd*innen	Gesamt	p-Wert
Wegen Regress jungen Kolleg*innen von Niederlassung abraten (4;1)				0,27\$
ja	85 (22%)	93 (25%)	178 (23%)	
nein	310 (79%)	277 (75%)	587 (77%)	
Sorge vor Regress bei Niederlassung relevant (6;2)				0,65\$
ja	75 (19%)	76 (21%)	151 (20%)	
nein	318 (81%)	293 (79%)	611 (80%)	

\$: p-Wert berechnet aus Fisher's exaktem Test

3.9 Tatsächliche Erfahrung mit Regressen

Die befragten Hausärzt*innen erlebten einen Regress signifikant häufiger als die befragten Orthopäd*innen. Rund 70% der Hausärzt*innen und knapp 60% der Orthopäd*innen hatten in ihrer bisherigen niedergelassenen Arzttätigkeit mindestens einen Regress (siehe Tabelle 8 Tatsächliche Regresserfahrungen).

Es ist zu beachten, dass die folgenden Tabellen 8 und 9 sowie die Abbildungen 6-8 die Ergebnisse als relative Anteile innerhalb der Gruppe der Befragten anzeigen, die überhaupt jemals ein Regressverfahren erlebt haben.

3.9.1 Unterschiede nach Regressarten

Die befragten Hausärzt*innen und Orthopäd*innen bejahten die Fragen nach stattgehabten Regressen zu Arzneimittelrezepten, Heilmittelrichtgrößen, Heilmittelrezepten und Regressen zur Plausibilität unterschiedlich häufig. Bei 81% der Hausärzt*innen, die bereits einen oder mehrere Regresse erlebt hatten, handelte es sich um einen Einzelregress zu Arzneimittelverordnungen. Dies traf in dieser Frage auf 56% der regresserfahrenen Orthopäd*innen zu. Für beide Gruppen war dies die häufigste Regressform.

Tabelle 8 Tatsächliche Regresserfahrungen

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen	Orthopäd*innen	Gesamt	p-Wert
Jemals Regress gehabt (1;0)				<0,001\$
• ja	294 (74%)	219 (59%)	513 (67%)	
• nein	104 (26%)	152 (41%)	256 (33%)	
R. zu Arzneimitteln: Richtgröße (112;156)				0,36\$
• ja	118 (42%)	97 (46%)	215 (43%)	
• nein	166 (58%)	115 (54%)	281 (57%)	
R. zu Arzneimitteln: Einzelrezepte (108;160)				<0,001\$
• ja	234 (81%)	118 (57%)	352 (71%)	
• nein	54 (19%)	91 (43%)	145 (29%)	
R. zu Heilmitteln: Richtgröße (104;156)				0,001\$
• ja	69 (24%)	79 (37%)	148 (29%)	
• nein	223 (76%)	134 (63%)	357 (71%)	
R. zu Heilmitteln: Einzelrezepte (107;160)				0,03\$
• ja	52 (18%)	55 (26%)	107 (21%)	
• nein	237 (82%)	154 (74%)	396 (79%)	
R. zu Praxisbedarf (108;157)				0,20\$
• ja	178 (62%)	118 (56%)	296 (59%)	
• nein	110 (38%)	93 (44%)	203 (41%)	
R. zur Abrechnung (108;153)				0,14\$
• ja	98 (34%)	87 (41%)	185 (37%)	
• nein	190 (66%)	127 (59%)	317 (63%)	
R. zur Plausibilität (108;155)				0,03\$
• ja	57 (20%)	61 (28%)	118 (23%)	
• nein	231 (80%)	152 (72%)	383 (77%)	
Wie häufig bisher Regresse (110;154)				0,002#
• einmal	37 (13%)	41 (19%)	78 (15%)	
• 2-3 Mal	108 (37%)	105 (48%)	213 (42%)	
• 4-6 Mal	89 (31%)	51 (24%)	140 (28%)	
• 7-10 Mal	26 (9%)	10 (5%)	36 (7%)	
• über 10 Mal	29 (10%)	10 (5%)	39 (8%)	

p-Wert berechnet aus #Mann-Whitney-U-Test bzw. \$ Fischer's exaktem Test]

Die Einzelregresse zu Heilmittelverordnungen waren eher selten. Erfahrungen bejahten hier 18% der regresserfahrenen Hausärzt*innen und 26% der Orthopäd*innen.

Hingegen bejahten 37% der Orthopäd*innen und 24% der Hausärzt*innen die Frage nach einem stattgehabten Regress zu Heilmittelrichtgrößen. Darüber hinaus berichteten 20% der betroffenen Hausärzt*innen und 28% der betroffenen Orthopäd*innen von Regressen zur Plausibilität.

Eher gering war der Unterschied beider Gruppen bei Regressen zur Abrechnung, zum Praxisbedarf und zu Arzneimittelrichtgrößen. 43% der regresserfahrenen Ärzt*innen gaben an, bereits mindestens einmal einen Regress zu Arzneimittelrichtgrößen erfahren zu haben. Beim Praxisbedarf berichteten 62% der Hausärzt*innen und 56% der Orthopäd*innen von stattgehabten Regressen. Regresse zur Abrechnung gaben nur 37% der befragten regresserfahrenen Ärzt*innen an.

Die Häufigkeit bisher aufgetretener Regresse war zwischen beiden Gruppen recht unterschiedlich (siehe Tabelle 8 Tatsächliche Regresserfahrungen und Abbildung 6 Anzahl bisheriger Regresse). Unter den befragten Hausärzt*innen, die bereits über eigene Regresserfahrung verfügten, gaben 50% an, ein oder zwei bis drei Mal in ihrer bisherigen Laufbahn einen Regress erlebt zu haben. Bei den Orthopäd*innen waren dies 67%. Vier bis sechs Mal widerfuhr 31% der Hausärzt*innen und 24% der Orthopäd*innen ein Regress. 19% der Hausärzt*innen und 10% der Orthopäd*innen gaben an, bisher sieben oder mehr Regressverfahren erlebt zu haben.

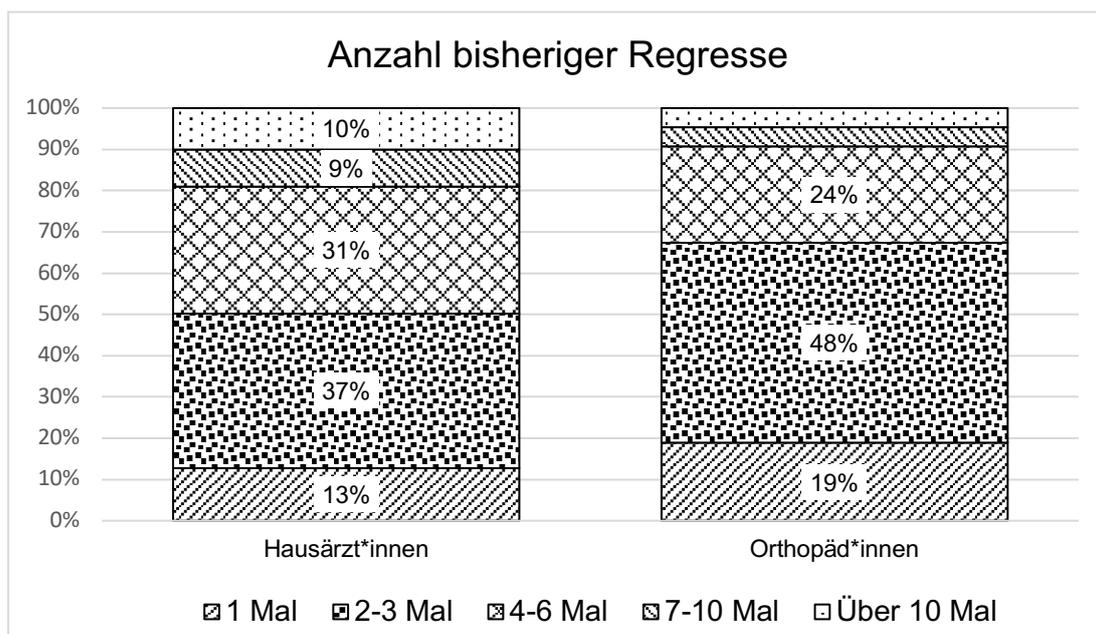


Abbildung 6 Anzahl bisheriger Regresse

Es ist anzumerken, dass obwohl nur 111 der Hausärzt*innen und 156 der Orthopäd*innen angaben, niemals einen Regress gehabt zu haben, teilweise die fehlenden Angaben bei einer Untergruppenfrage zur Regressform über bzw. unter dieser Anzahl lagen. Sie lag um maximal 7 bei den Hausärzt*innen und um maximal 3 bei den Orthopäd*innen darunter. Darüber lag sie maximal um 1 bei den Hausärzt*innen und um 4 bei den Orthopäd*innen (siehe linke Spalte der Tabelle 8 Tatsächliche Regresserfahrungen)

3.9.2 Auswirkungen tatsächlicher Regresserfahrungen

Bei der allgemeinen Belastung durch den „schlimmsten Regress“ berichtete nahezu jeweils ein Viertel der regresserfahrenen Hausärzt*innen von einer „wenig starken“, „teils-teils“ starken, „starken“ oder „sehr starken“ Belastung (siehe Tabelle 9 Auswirkungen des „schlimmsten Regresses“ und Abbildung 7 Belastung durch „schlimmsten Regress“). Fast 60% der Orthopäd*innen hielten die Belastung durch den „schlimmsten Regress“ für „stark“ oder „sehr stark“. Jeweils 5% beider befragten Gruppen gaben an, „gar keine“ allgemeine Belastung durch den schlimmsten Regress verspürt zu haben. Tendenziell lagen sowohl die Mittelwerte der regresserfahrenen Hausärzt*innen (0,4) und auch die der regresserfahrenen Orthopäd*innen (0,6) zwischen einer „teils-teils“ starken und „starken“ allgemeinen Belastung durch den „schlimmsten Regress“.

Die finanzielle Belastung beider Gruppen durch den „schlimmsten Regress“ unterschied sich teilweise erheblich. 47% der regresserfahrenen Hausärzt*innen hielten diese für gering. Weitere 22% der Hausärzt*innen erlebten sie als „stark“ oder „sehr stark“. Als „gar nicht belastend“ empfanden ihn 12% der Hausärzt*innen. Die regresserfahrenen Orthopäd*innen erlebten in finanzieller Hinsicht zu 31% eine geringe, hingegen 34% eine „starke“ oder „sehr starke“ Belastung. 13% gaben an finanziell gar nicht belastet gewesen zu sein. Die Mittelwerte der finanziellen Belastung lagen sowohl für die Hausärzt*innen (-0,4) als auch für die Orthopäd*innen (-0,1) eher zwischen einer „geringen“ und „teilweisen“ Belastung.

Eher gering unterschiedlich beantworteten die befragten regresserfahrenen Ärzt*innen die Frage nach der emotionalen Belastung durch den „schlimmsten Regress“. 72% der regresserfahrenen Hausärzt*innen erlebten diese Belastung als „stark“ oder „sehr stark“. Nur weitere 10% berichteten von „gar keiner“ oder nur einer „geringen“ Belastung.

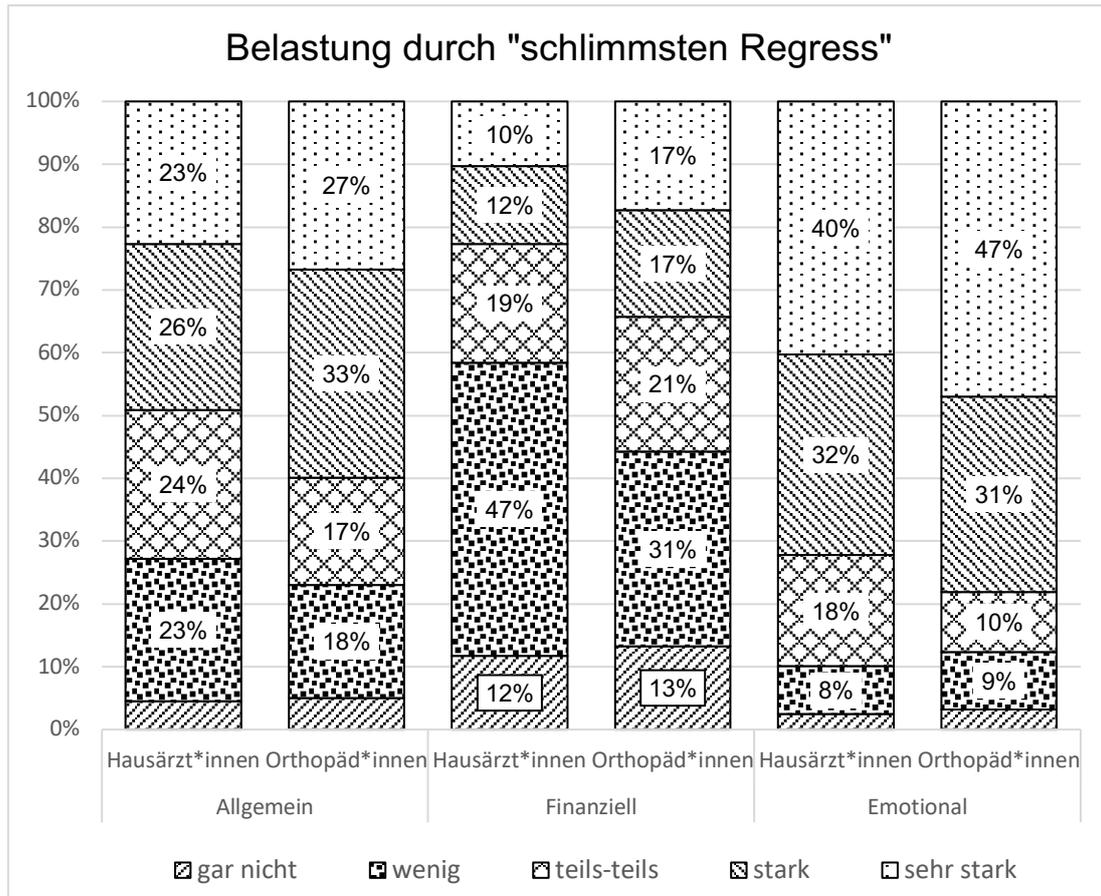


Abbildung 7 Belastung durch „schlimmsten Regress“

78% der regresserfahrenen Orthopäd*innen erlebten die emotionale Belastung als „stark“ oder „sehr stark“. Nur 12% gaben „gar keine“ oder nur eine „geringe“ Belastung an. Sehr deutlich lagen hier außerdem die Mittelwerte der Hausärzt*innen (1,0) und der Orthopäd*innen (1,1) zwischen einer „starken“ und „sehr starken“ emotionalen Belastung.

Ebenfalls unterschiedlich wurde die Frage nach dem höchsten Regressbetrag beantwortet. 55% der regresserfahrenen Hausärzt*innen berichteten von einem maximalen Regressbetrag kleiner als 1.000€. Bei weiteren 13% der Hausärzt*innen lag der höchste Regressbetrag zwischen 1.001 und 2.500 €. Von einem Regressbetrag zwischen 2.501 und 5.000 € berichteten 7% der Hausärzt*innen. 24% der Hausärzt*innen gaben einen Regressbetrag von über 5.000 € an.

Mit 45% lagen hingegen deutlich mehr regresserfahrene Orthopäd*innen bei einem Regressbetrag von über 5.000 € an. Bei weiteren 11% lag dieser zwischen 2.501

und 5.000 €. Zwischen 1.001 und 2.500 € war der Regressbetrag bei 8% der Orthopäd*innen. Kleiner als 1.000 € war der maximale Regressbetrag für 35% der Orthopäd*innen.

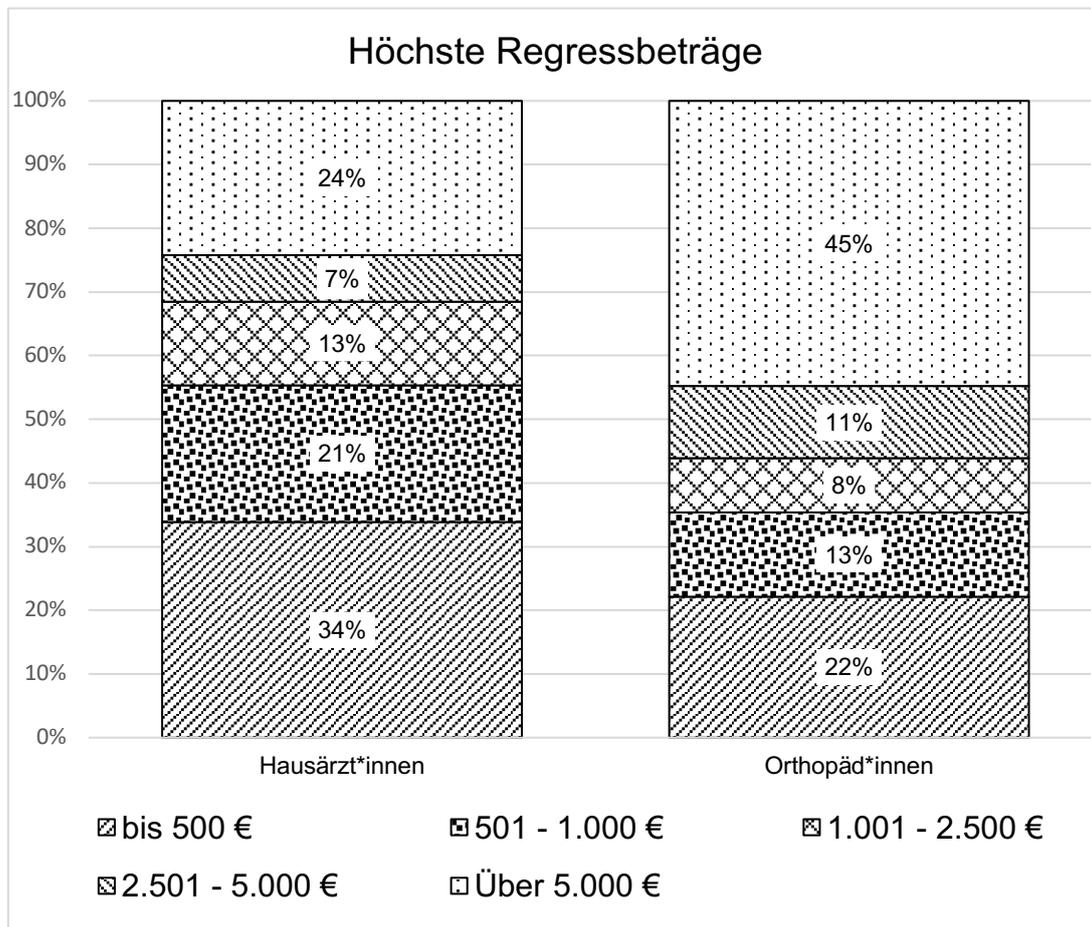


Abbildung 8 Höchste Regressbeträge

Die Angaben bezüglich der Bearbeitungszeit der Regressverfahren waren unterschiedlich. 14% der regresserfahrenen Hausärzt*innen bearbeiteten einen Regressfall in weniger als einer Stunde. Eine Bearbeitungszeit zwischen einer und drei Stunden fiel für 26% der Hausärzt*innen an. Für 22% der Hausärzte lag sie zwischen 4 und 10 Stunden. Eine Bearbeitungszeit von über 10 Stunden fiel für 38% der Hausärzt*innen an. Die Orthopäd*innen brauchten tendenziell länger für die Bearbeitung eines Regressverfahrens: 54% benötigten dafür mehr als 10, 19% zwischen 4 und 10 und nur 28% drei oder weniger Stunden.

Die Frage, ob ein stattgehabter Regress das Ordnungsverhalten der betroffenen Ärzt*innen verändert hätte, bejahten 82%.

Tabelle 9 Auswirkungen des „schlimmsten Regresses“

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben in Gruppe Hausärzt*innen; Orthopäd*innen)	Hausärzt*innen	Orthopäd*innen	Gesamt	p-Wert
Wie stark war die Belastung durch den „schlimmsten“ Regress				
allgemein (112;154)	[0,4±1,2]	[0,6±1,2]	[0,5±1,2]	0,14#
gar nicht (= -2)	13 (5%)	11 (5%)	24 (5%)	
wenig (= -1)	65 (23%)	38 (18%)	103 (21%)	
teils-teils (= 0)	68 (24%)	37 (17%)	105 (21%)	
stark (= 1)	76 (26%)	72 (32%)	148 (29%)	
sehr stark (= 2)	65 (23%)	58 (27%)	123 (24%)	
finanziell (108;152)	[-0,4±1,2]	[-0,1±1,3]	[-0,2±1,2]	0,004#
gar nicht (= -2)	34 (12%)	29 (13%)	63 (12%)	
wenig (= -1)	136 (47%)	67 (31%)	203 (40%)	
teils-teils (= 0)	55 (19%)	47 (22%)	102 (20%)	
stark (= 1)	36 (12%)	37 (17%)	73 (14%)	
sehr stark (= 2)	30 (10%)	38 (17%)	68 (13%)	
emotional (111;152)	[1,0±1,0]	[1,1±1,1]	[1,0±1,1]	0,11#
gar nicht (= -2)	7 (2%)	7 (3%)	14 (3%)	
wenig (= -1)	22 (8%)	19 (9%)	41 (8%)	
teils-teils (= 0)	51 (18%)	21 (10%)	72 (14%)	
stark (= 1)	92 (32%)	68 (31%)	160 (32%)	
sehr stark (= 2)	116 (40%)	103 (47%)	219 (43%)	
Höhe des höchsten Regressbetrags (110;159)				<0,001#
bis 500 €	98 (34%)	47 (22%)	145 (29%)	
501 – 1.000 €	62 (21%)	28 (13%)	90 (18%)	
1.001 – 2.500 €	38 (13%)	18 (9%)	56 (11%)	
2.501 – 5.000 €	21 (7%)	24 (11%)	45 (9%)	
Über 5.000 €	70 (24%)	95 (45%)	165 (33%)	
Wie viel Zeit wurde zur Bearbeitung des Regresses aufgewendet?				0,001#
weniger als 1 Stunde	41 (14%)	14 (7%)	55 (11%)	
1 – 3 Stunden	74 (26%)	43 (21%)	117 (24%)	
4 – 10 Stunden	63 (22%)	40 (19%)	103 (21%)	
über 10 Stunden	109 (38%)	117 (54%)	226 (45%)	
Haben Sie Ihr Ordnungsverhalten aufgrund erlebter Regresse verändert?				1,0\$
ja	232 (82%)	174 (82%)	406 (82%)	
nein	51 (18%)	38 (18%)	89 (19%)	

p-Wert berechnet aus #Mann-Whitney-U-Test bzw. \$ Fischer's exaktem Test; [Mittelwert ± Standardabweichung]

3.10 Schriftliche Schilderungen des „schlimmsten Regresses“

Den befragten regresserfahrenen Ärzt*innen wurde die Möglichkeit gegeben ihr „schlimmstes“ Regresserlebnis schriftlich zu schildern. Diese Möglichkeit wurde von 99 (35%) der regresserfahrenen Hausärzt*innen und 70 (33%) der regresserfahrenen Orthopäd*innen wahrgenommen. Passend zu den quantitativen Erhebungen (siehe Tabelle 9 Auswirkungen des „schlimmsten Regresses“), wurde auffallend häufig die emotionale Belastung geschildert.

3.10.1 Typische Schilderungen

Abbildung 9 fasst die typischen Schilderungen in absoluten Häufigkeiten mehrfach-kategorisiert zusammen.

3.10.1.1 Emotionale Belastung

Am häufigsten wurde die emotionale Belastung des „schlimmsten Regresses“ geschildert und bzw. oder Kritik an „unlogischer“ Bürokratie geäußert. Die typischen emotionalen Äußerungen waren eine erlebte „Bevormundung, als wäre man ein Kind“ (9 Hausärzt*innen und 3 Orthopäd*innen) oder die „Behandlung, als wäre man ein Verbrecher“ (13 Hausärzt*innen und 6 Orthopäd*innen). Hier beschrieben die Betroffenen vor allem die Anhörungen vor Prüfungsgremien oder „bedrohliche Schreiben“ der kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkassen. 2 Hausärzt*innen und 6 Orthopäd*innen nahmen die kassenärztliche Vereinigung als Bedrohung wahr. 5 Hausärzt*innen und 5 Orthopäd*innen schilderten, dass sie „nervlich am Ende seien“.

3.10.1.2 „Unlogische“ Bürokratie

Ebenfalls wurde von 7 Hausärzt*innen und 8 Orthopäd*innen Kritik an einer aus ihrer Sicht „unlogischen Bürokratie“ geäußert. Hierunter wurden Schilderungen zusammengefasst, die von Regressen oder Regressandrohungen sprachen, weil beispielsweise das Kreuz an einer Stelle des Rezepts fehlte, die Unterschrift undeutlich oder die Therapie zwar günstiger jedoch „Off-Label“ war. Unter einem „Off-Label-Use“ versteht man die Verordnung eines Arzneimittels zur Therapie einer Erkrankung, für die es ursprünglich nicht zugelassen wurde (Graziul et al., 2012). Um einen Regress

nach einer Off-Label-Verschreibung zu vermeiden, bedarf es der vorherigen Genehmigung der Krankenkassen (Wortmann, 2013).

Weiterhin wurde von den Hausärzt*innen (12 Mal) im Vergleich zu den Orthopäd*innen (5 Mal) auffallend häufig bemängelt, dass beim Vergleich ihrer Praxis mit den Durchschnittswerten aller Praxen des Bundeslands spezielle Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt wurden. Dies war beispielsweise der Fall, wenn in ihrer eigenen Praxis überdurchschnittlich viele ältere, oder diabetologische, oder kardiologische Patient*innen waren.

3.10.1.3 Regress trotz indizierter Behandlung

9 Hausärzt*innen und 4 Orthopäd*innen gaben an, trotz einer ihrer Meinung nach indizierten Behandlung einem Regressverfahren unterzogen worden zu sein. Zwei Hausärzt*innen berichteten, dass zusätzlich zur Beratung durch die kassenärztlichen Vereinigung auch ein Regress erhoben wurde. 3 Orthopäd*innen und 4 Hausärzt*innen schilderten, dass die Datengrundlage für das Regressverfahren fehlerhaft war, also bspw. der Regress für Patient*innen einer anderen Ärzt*in erhoben wurde.

3.10.1.4 Hoher Zeitaufwand

12 Hausärzt*innen und 9 Orthopäd*innen schilderten einen außerordentlich hohen Zeitaufwand zur Bearbeitung eines Regressverfahrens. In diesem Zusammenhang bemängelten 2 Orthopäd*innen und 4 Hausärzt*innen die Skala des Fragebogens in der Frage nach der Bearbeitungszeit eines Regressverfahrens als „völlig unrealistisch“. 14 Hausärzt*innen und 12 Orthopäd*innen führten aus, dass die hohen Anwaltskosten und der Klageweg durch die Instanzen der Sozialgerichte eine große Belastung darstellen.

3.10.1.5 Konsequenz aus stattgehabten Regress

Als Konsequenz aus einem Regressverfahren erfolgte bei einer Hausärzt*in und einer Orthopäd*in die Umformung ihrer Kassen- in eine Privatpraxis. 2 Orthopäd*innen verkauften ihre Praxis. 2 Hausärzt*innen und eine Orthopäd*in berichteten, nun zum Quartalsende keine Physiotherapie mehr zu verschreiben, sobald die „Budgetgrenze“ erreicht sei.

3.10.1.6 Genauer Regressgrund

Viele der regresserfahrenen Ärzt*innen schilderten den genauen Regressgrund. 17 Orthopäd*innen und 15 Hausärzt*innen gaben als Grund einen Heilmittelregress an. Diesen spezifizierten 5 Orthopäd*innen und 7 Hausärzt*innen auf einen Regress wegen verordneter Physiotherapie. Die übrigen beschrieben den Heilmittelregress nicht weiter.

4 Hausärzt*innen und 7 Orthopäd*innen gaben Dokumentationsfehler, also bspw. eine fehlende Diagnose, als Regressgrund an.

Den Off-Label-Use als Regressgrund spezifizierten 3 Orthopäd*innen und 2 Hausärzt*innen näher als die Verschreibung von Alendronsäure zur Osteoporosetherapie mit täglicher Einnahme. Die tägliche Einnahme sei nur bei der Frau zugelassen, beim Mann nur die wöchentliche. Zur Verschreibung beim Mann bedürfe es der Genehmigung der Krankenkasse.

4 Hausärzt*innen und 6 Orthopäd*innen gaben an, dass häufig ein Medikament aus der Verordnungsliste gestrichen würde, ohne dass sie hierüber informiert würden. Jahre später wäre dann „überraschend“ ein Regress erfolgt.

11 Hausärzt*innen berichteten von Regressen wegen zu vielen Hausbesuchen bzw. zu vielen palliativmedizinischen Leistungen.

6 Hausärzt*innen gaben als Regressgrund nach Impfungen Rezeptierfehler (Einzelrezept statt Praxisbedarf oder vice versa) an, die anderen drei eine postexpositionelle Tollwutimpfung.

3 Hausärzt*innen berichteten über einen Regress wegen zu vieler abgerechneter psychosomatischer oder psychotherapeutischer Leistungen. Ähnliches schilderten auch 2 Orthopäd*innen.

3.10.1.7 Positive Äußerungen

2 Hausärzte beschrieben auch positive Regresserfahrungen. So sei einer bei Regressdrohung gut von der kassenärztlichen Vereinigung beraten worden. Der andere verstand, dass Regresse ärgerlich sein können, sah sie aber als „gutes Mittel zur Budgetkontrolle“.

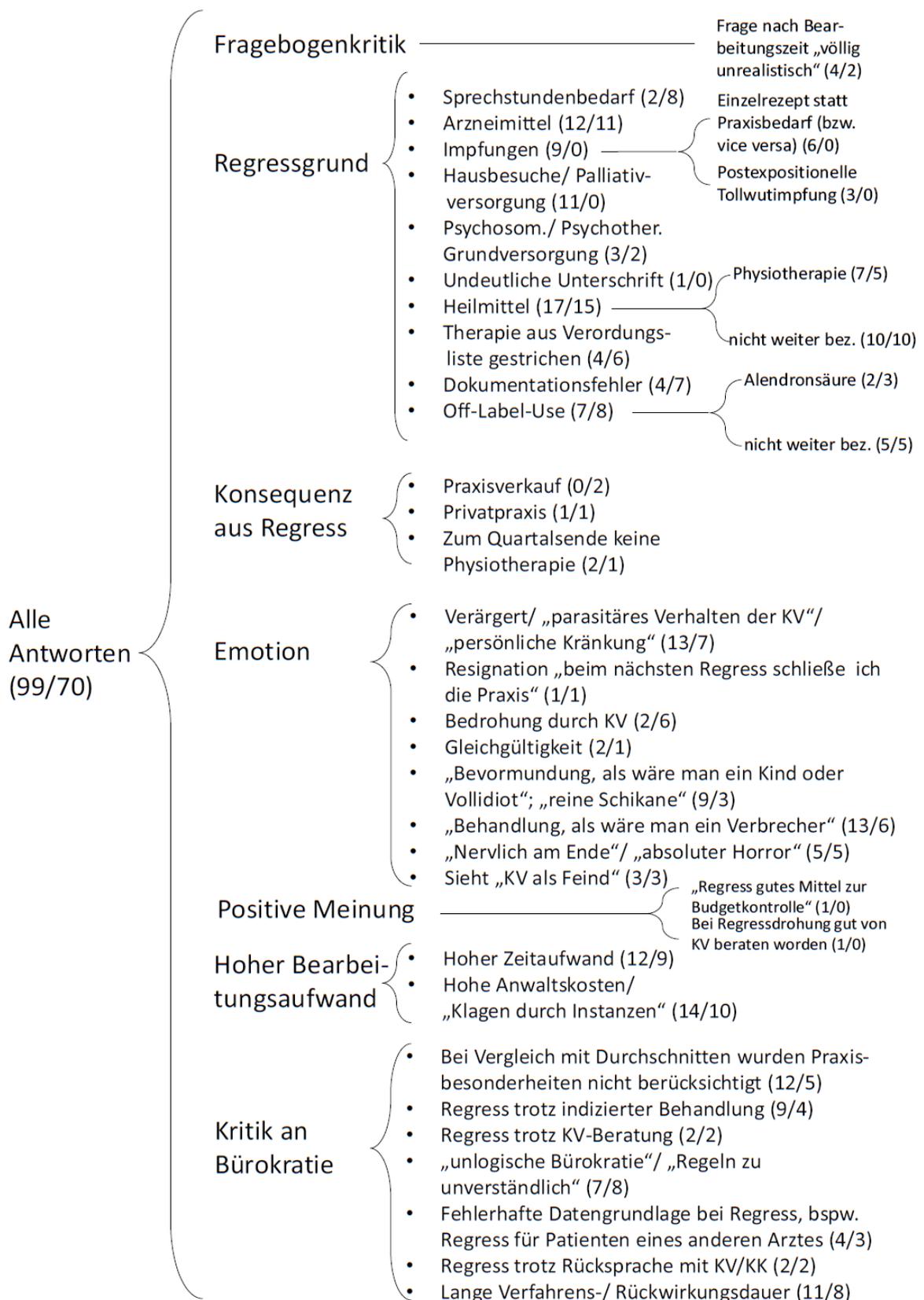


Abbildung 9 Typische Schilderungen (Anzahl Hausärzt*innen/ Anzahl Orthopäd*innen)

3.10.2 Ausgewählte schwerwiegende Regressfälle

In den folgenden Abschnitten werden besonders charakteristische und schwerwiegende Regressfälle dargestellt. Sofern in einem zusammenhängenden Text geantwortet wurde, wird dieser als volles Zitat wiedergegeben. Teilweise wurde in Stichworten geantwortet. In diesem Fall werden wörtliche Zitate hervorgehoben.

3.10.2.1 Hausärztin 1

Eine seit 1991 in eigener Niederlassung tätige Landärztin berichtete, dass sie über einen Zeitraum von zehn Jahren vor dem Hintergrund der Betreuung eines Heims für chronisch psychisch Kranke überprüft wurde. Da „die ortsansässige Psychiaterin ohne Ersatz berentet wurde“ und „kein anderer Hausarzt die teilweise teuren Psychopharmaka, bspw. Zyprexa N3 bzw. für eine hunderttätige Behandlung 427,70 €, verordnen wollte“, erfolgten die meisten Verordnungen durch sie. Sie berichtete, dass sie „jedes Jahr aufs Neue am 22. oder 23. Dezember Regressschreiben“ bekam und „trotz gleicher Sachlage mal ein Regress, mal eine Beratung und mal nichts folgte“.

3.10.2.2 Hausärztin 2

Eine weitere Hausärztin schilderte ein Regressverfahren wegen der Weiterverordnung eines Kalziumpräparates nach endokrinologischer Diagnose einer Hypoparathyreose. Das Prüfungsgremium führte aus, „dass

1. ein Hausarzt nicht unkritisch Verordnungen fortsetzen dürfe,
2. das Präparat vom falschen Hersteller verordnet wurde,
3. Kalzium nur mit Vitamin D3 wegen des Einbaus in den Knochen bei Osteoporose verordnet werden dürfe (Dass diese Diagnose unzutreffend war, sei vom Prüfungsgremium ignoriert worden.),
4. Kalzium nicht als Kau- sondern Brausetablette verordnet werden müsse,
5. der Facharzt weiterverordnen hätte müssen und nicht der Hausarzt.“

3.10.2.3 Hausärztin 3

Eine weitere Hausärztin berichtete über einen Regress wegen zu häufig verordneter Physiotherapie vor circa fünfzehn Jahren. Sie führe seitdem quartalsweise Listen über die bereits verordneten Physiotherapien. Wenn die jeweilige Obergrenze erreicht sei, würde sie die Patient*innen an Orthopäd*innen verweisen oder sie um Wiedervorstellung zu Beginn des nächsten Quartals bitten. Weiterhin führte sie aus, dass die „Prüfungssitzung einem Tribunal ähnele“ mit 12 Vor- bzw. Beisitzern, die

einen wie einen „Vollidioten behandeln“ und einem „vorwerfen Luxusmedizin“ zu betreiben.

3.10.2.4 Hausarzt 4

Ein Hausarzt verordnete einem Patienten mit drohender akuter, irreversibler Nierenfibrose ein Medikament, das zur Behandlung einer Lungenfibrose zugelassen ist. Nach Ausführung des Hausarztes wäre der Patient ohne dieses Medikament dialysepflichtig geworden. Es folgte trotzdem ein Regress über 800 €. Nach hinzuziehen eines Anwalts mit den damit verbundenen Kosten folgte vor Gericht die Einigung auf eine Zahlung in Höhe von 400 €.

3.10.2.5 Hausarzt 5

Ein Hausarzt übernahm die adäquate Medikation aus dem Entlassungsbrief eines Krankenhauses. Eine Änderung erfolgte nicht, da auch keine Alternativen verfügbar waren. In der Zwischenzeit wurde aber das Medikament aus der Verordnungsliste gestrichen. Hierüber erfolgte weder ein Hinweis in der Praxissoftware noch ein E-Brief. Es erfolgte trotzdem ein Regress.

3.10.2.6 Hausarzt 6

„Medikamentenverordnung, Regress über 100.000 €. Letzten Endes konnten weitere Medikamentenverordnungen herausgerechnet werden. Da [es] vorher noch keine wesentliche Auffälligkeit [gab,] blieb es bei einer schriftlichen Belehrung. Damals wurde mir vorgeworfen, das Volumen um 36% überschritten zu haben. Ich habe einen sehr hohen Anteil alter und sehr alter Patienten. Ich betreue ein Pflegeheim und eine Hausbetreuungsgruppe mit 8 Patienten. Das wurde alles nicht berücksichtigt. Nach dem nun geltenden Praxisrichtwert liege ich ca. 9% darüber. Die Entlohnung der niedergelassenen Ärzte ist im Vergleich zum Aufwand in keinster Weise angemessen. Als niedergelassener Arzt haben Sie in Deutschland das niedrigste Akademiereinkommen. Ich habe ein gutes Auskommen, weil ich eine überdurchschnittlich große Praxis (1900-2000 Scheine pro Quartal) habe und dafür auch überdurchschnittlich viel arbeiten muss (60-70 Stunden pro Woche), 7 Arzthelferinnen um die Arbeitszeit ohne Überstunden für die Helferinnen leisten zu können. Meine Kinder (3 Söhne) haben alle das Medizinstudium aufgrund der lächerlichen Entlohnung verweigert. Und trotzdem ist es für mich immer noch der schönste Beruf der Welt; und schöner als Papst!“

3.10.2.7 Hausarzt 7

„Die Fachkollegen in der Umgebung sind (vermutlich zur Vermeidung gegen sie gerichteter Regresse) sehr zurückhaltend bei der Verordnung von Heilmitteln. Der Bedarf besteht aber auch ich kann als Allgemeinarzt die Notwendigkeit erkennen. So hatte ich für 2014/15/16 ca. 200% meiner Richtgröße zu Lasten der GKB eingesetzt. Die von der Fachkollegen in meiner Umgebung eingesparten Beträge wollte/ konnte der Prüfungsausschuss aber nicht zu meinen Gunsten mit meinem Überschreibungsbetrag verrechnen. Da das Akzeptieren der gegen mich verhängten Beratungsmaßnahme mich aber in dem Sinne verwundbar gemacht hätte, dass ab dem Folgejahr der Beratung Überschreibungsbeträge einfach einbehalten worden wären (abgesehen von den zu erwartenden Aufwand mein Ordnungsverhalten verteidigen zu müssen) beschritt ich den Klageweg, der noch nicht abgeschlossen ist. Die spitzfindigen Juristen meiner Interessensvertretung (der KV) gegen mich zu haben, ist für mich über 60-Jährigen nach mehr als 32 Jahren im Beruf ein Vertrauensverlust und ich kann nun all die vielen Verstehen, die mit dem Einser-Abitur sich so etwas nicht antun wollen und das flache Land nun den Deutschen überlassen wird, die die Sprache erst noch lernen müssen.“

3.10.2.8 Orthopäde 1

Ein Orthopäde berichtete, dass er durch die intramuskuläre Applikation einer Muskelrelaxans den Einsatz teurerer Opiate verhindern konnte. Diese Argumentation half ihm jedoch vor dem Prüfungsgremium nicht. Es folgte ein Regress.

3.10.2.9 Orthopäde 2

Ein anderer Orthopäde schilderte, dass er emotional unter dem „bürokratischen Vorwurf“ litt, einen „Schaden verursacht“ zu haben, obwohl seine „Verordnung zum Patientenwohl“ erfolgt war.

3.10.2.10 Orthopäde 3

In einem weiteren Fall wurde von einer orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis mit Schwerpunkt Psychotherapie, Rheumatologie und Osteologie über ständige, jedes Quartal betreffende, Plausibilitätsprüfungen bezüglich psychosomatischer Versorgung, verordneter Massage oder manueller Medizin berichtet, die ebenfalls als finanziell und emotional stark belastend beschrieben wurden.

3.10.2.11 Orthopäde 4

Ebenfalls wurde über das Dilemma zwischen „zufriedenstellender Patientenbehandlung“ und „Regressdrohung“ berichtet. So führte ein Orthopäde aus, dass bei „ausbleibender adäquater Patientenbehandlung“ diese „unzufrieden“ würden und häufig dann den Arzt auf „Bewertungsportalen schlecht bewerteten“. Eine „zufriedenstellende Behandlung“ führe jedoch „häufig zu einem Regress“. Regresse hätten darüber hinaus dazu geführt, dass er seine Praxis an ein MVZ verkauft hätte.

3.10.2.12 Orthopäde 5

In einem anderen Fall führte ein „Bürokratiefehler“ zu einem Regress über 10.000 €. Der betroffene Orthopäde hatte Implantate über den Sprechstundenbedarf angeschafft und verwendet. Zwei Jahre später folgte ein Regress, „weil Implantate nach Änderung der Verordnungspraxis als Individualrezept hätten bestellt werden müssen.“

3.10.2.13 Orthopäde 6

Ähnlich bürokratisch erschien der Regressgrund einem weiteren Orthopäden. Hier wurde über Jahre Lidocain eines bestimmten Generikaherstellers über den Sprechstundenbedarf verwendet. Es war das preiswerteste unter allen wirkstoffidentischen Präparaten auf dem Markt. Es hatte jedoch, im Vergleich zu den teureren wirkstoffidentischen Präparaten, keine Zulassung für den schmerztherapeutischen Einsatz, für das es in der betroffenen Praxis aber verwendet wurde. Es erfolgte ein Regress über fünf Quartale. Die Praxis reagiert darauf mit einer Umstellung der Verordnung auf die teureren, wirkstoffidentischen Produkte. Der betroffene Orthopäde führte aus, dass „das neue Ordnungsverhalten nun schon für die Krankenkassen teurer geworden sei, als der Regress eingebracht habe.“

3.10.2.14 Orthopäde 7

Ein Übermittlungsfehler führte in einem anderen Fall zu einem Regressverfahren, dass sich über zehn Jahre erstrecken sollte. Bei der Verordnung von Verbandsmaterial über den Sprechstundenbedarf einer orthopädischen Praxis im Jahr 2003 wurde anstatt der Verpackungszahl die Stückzahl der Verbände an den Zulieferer übermittelt. Es folgte ein „böser Brief der AOK“ mit der Aufforderung den enormen Verbandsmittelverbrauch zu erklären und einer Regressandrohung in Höhe von

38.000 €. Die Nachforschungen des Orthopäden ergaben den Hinweis auf den Übermittlungsfehler. Nach einer Zusammenkunft mit einem „KV-Juristen“, einem „AOK-Repräsentant“ und dem Hersteller erfolgte die „gütliche Einigung samt eidesstattlicher Erklärung, dass die alten Rezepte von der AOK eingestampft und vom Orthopäden neue Rezepte ausgestellt würden“. 2013, also zehn Jahre später, folgte „eine Regressforderung der AOK mit Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigung über 38.000 €“, da „die alten Rezepte von der AOK nicht eingestampft wurden“. Nach weiteren acht Monaten wurde angeboten den Regress auf 19.000 € zu reduzieren. Erst nachdem der Orthopäde mit „dem Einschalten der Staatsanwaltschaft wegen Meineids und Betrugs drohte“, wurde der Regress zurückgenommen.

3.10.2.15 Orthopäde 8

Ein anderer Orthopäde erhielt von der kassenärztlichen Vereinigung per Post zwei CDs mit insgesamt 1.000 Fällen, zu denen er Stellung nehmen sollte. Anschließend erfolgte eine mündliche Anhörung vor einem Prüfungsgremium, die einen Praxisausfall für einen Tag bedingte. Das Prüfungsgremium sei „völlig inkompetent“ gewesen. Für ihn habe die Zeit „viel Stress“ bedeutet. Seitdem habe er auch im Praxisalltag fast täglich Diskussionen mit Patienten wegen „Wunschverordnungen“ im Heilmittelbereich.

3.10.2.16 Orthopäde 9

In einem weiteren Regressfall ging es um die Überschreitung der Tageszeitprofile an mehr als drei Tagen. Diese führte zu einem „Regress über 17.000 € zuzüglich Anwaltskosten“. Der Orthopäde zog als Konsequenz, dass für ihn klar sei, dass die „Bereitschaft mehr zu leisten, als unbedingt sein muss, von der KV nicht gewürdigt bzw. bestraft wird“. Darüber hinaus unterliege seine Praxis „regelmäßigen, dreijährlichen Überprüfungen wegen Überschreiten des Arzneimittelbudgets“. Dies sei jedes Mal mit „einwöchiger Arbeit und Anwaltskosten in Höhe von zwei- bis dreitausend Euro“ verbunden.

3.10.2.17 Orthopäde 10

Ein operativ tätiger Orthopäde geriet wegen Prüfzeitregelungen in einen Regress. Bei der Verhandlung wurde ihm erklärt, dass man nicht so schnell operieren könne, wie er es tat. Er brauchte für eine „Karpaltunnelsyndrom-Operation acht bis fünfzehn Minuten“, vorgeschrieben waren aber 45 Minuten. Der Prüfungsvorsitzende gab dem

Orthopäden außerdem zu bedenken, dass er „zwar vor ein Sozialgericht ziehen könnte“, dies aber „Jahre dauern würde und ein Vermögen kosten würde“. Der Orthopäde „sollte sich daher mit einer Strafzahlung in Höhe von 69.000 € zufrieden geben“. Der Orthopäde war hierzu nicht bereit. „Der Prüfungsvorsitzende bot daraufhin eine Strafzahlung in Höhe von 35.000 € an“. Diese akzeptierte der Orthopäde auf Geheiß seines Anwalts, da die „derzeitige Rechtsprechung der Sozialgerichte inakzeptabel sei“.

3.10.2.18 Orthopäde 11

„Ich habe ambulant operiert (Kypho-/ Vertebroplastik), die angeblich nicht gelistet waren. Null Zwischenfälle, allen Patienten ging es gut. Gestrichen wurde von der Drecks-KV ein Jahrgang Operationen inklusive Sachkosten. Waren ca. 19.000 € Rückzahlung für nichts und wieder nichts. Man hätte in dieser Drecksgesellschaft besser einen Imbiss aufgemacht!!!“

3.10.2.19 Orthopäde 12

Ein Regressverfahren über 59,17 € dauerte für einen Orthopäden zwei Jahre inklusive ausführlicher schriftlicher Korrespondenz. Er bezeichnete das Verfahren als „kafkaesk“.

3.10.2.20 Orthopäde 13

„Regress wegen Verordnung von Arthotec ein Jahr nachdem es durch kleine Bemerkung im DÄ aus der Verordnungsfähigkeit rausgenommen wurde. Es folgten 4 Regresse (4 Quartale) angestrengt durch die Barmer EK. Letztendlich mussten wir alle Arthotec-Verordnungen bezahlen. Patient profitierte, Kasse profitierte, nur der Arzt, der etwas Gutes tat, stand dumm da. Es wurden noch nicht einmal die Kosten verrechnet mit einer Diclofenac+Omeprazol-Alternativverordnung.“

3.10.3 Höchster schriftlicher Regressbetrag

Insgesamt 48 der befragten, regresserfahrenen Ärzt*innen schilderten uns schriftlich ihren höchsten Regressbetrag (siehe Abbildung 10 Höchster schriftlicher Regressbetrag). Die Höhe der geschilderten Regressbeträge variierte von unter 5.000 € bis zu einem Betrag in Höhe von 1.000.000 €.

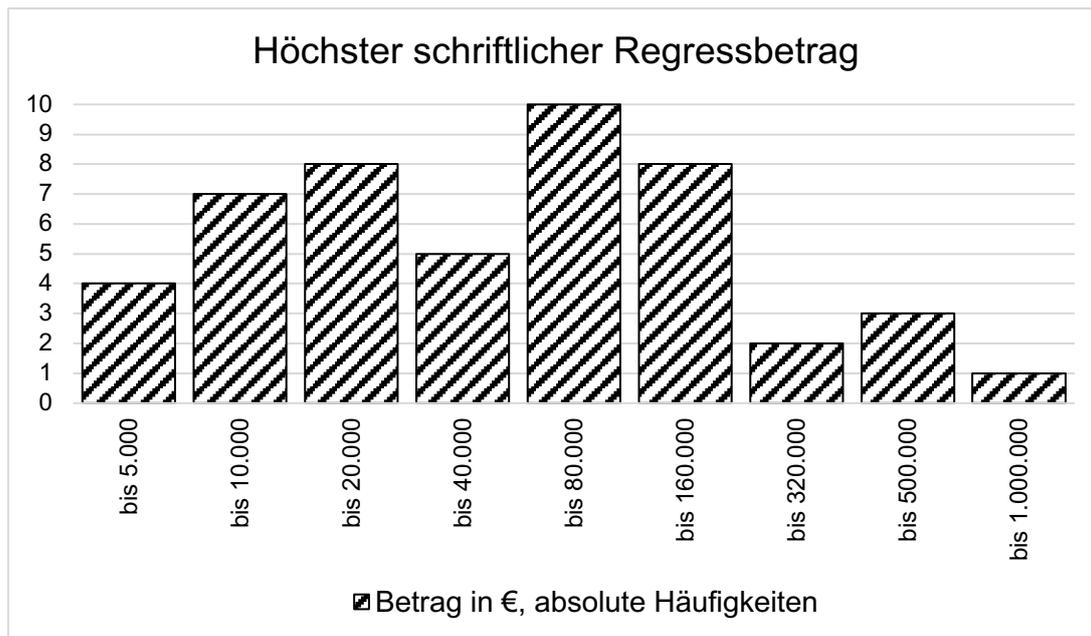


Abbildung 10 Höchster schriftlicher Regressbetrag

3.10.4 Lange Rückwirkungsfrist und Verfahrensdauer

19 der befragten, regresserfahrenen Ärzt*innen, die ihr schlimmstes Regressverfahren schilderten, bemängelten die lange (im Mittel 4,5 Jahre) Rückwirkungsfrist bzw. die lange Bearbeitungsdauer der Regresse. Unter der langen Rückwirkungsfrist versteht man, dass es beispielsweise möglich ist, dass eine Ärzt*in über ihr regresswürdiges Ordnungsverhalten erst einige Jahre später informiert wird bzw. es erst dann zum Regress kommt. Da in den dann bereits vergangenen Jahren keine Möglichkeit bestand, das Verhalten entsprechend zu ändern, ist ein Regress auch für die Folgejahre sehr wahrscheinlich. Die folgenden fünf ausgewählten Beispiele sollen die typischerweise geäußerte Kritik verdeutlichen.

So bemängelte beispielsweise ein Hausarzt, dass sich viele Regresse auf Einzelverordnungen beziehen, die im Schnitt vier Jahre zurückliegen. Der Prüfungsgrund sei dann häufig ein „Off-Label-Use“, der jedoch kein echter „Off-Label-Use“ war. Es sei meistens lediglich vergessen worden, die Diagnose bei der Abrechnung anzugeben. Nach vier Jahren und derweil fortgesetzter Verordnung sei dann keine „Nachtragung der Diagnose“ mehr möglich.

Ähnlich schilderte das Problem ein Orthopäde. Er sah es als allgemeines Hauptproblem der Regresse, dass die Forderungen erst sehr spät, kurz vor Ablauf der vier Jahre einträfen. Damit könne ein Arzt sein Verhalten erst sehr spät verändern und müsse somit für die bereits vergangenen Jahre zahlen.

Die lange Verfahrensdauer wurde unter anderem von einer Orthopädin bemängelt. In Ihrem Fall ging es um einen Regress über die Sonderleistungen Chirotherapie, Psychosomatik und Injektionsleistungen zwischen den Jahren 1999 und 2007. Die Gerichtsverhandlung vor einem Sozialgericht fand 2014 statt. Erst dann wurde festgelegt, dass auch die Folgejahre einzeln aufgearbeitet werden hätten müssen. Die verordnete Chirotherapie wurde anerkannt und der Regress wurde um 50% auf 100.000 € reduziert. Ein weiterer Regress zur Plausibilität wurde nach drei Jahren rückwirkend mit insgesamt 75.000 € vollzogen.

In einer weiteren Schilderung eines Orthopäden ging es um eine Plausibilitätsprüfung der vier Jahre 2013 bis 2016. Im September 2018 folgte dann ein Regressbescheid über 360.000 €, die sofort zahlbar wären. Mit viel Mühe konnte dann eine Ratenzahlung über vier Quartale vereinbart werden. Der drohende finanzielle Ruin konnte nur über die Kreditaufnahme bei einer Bank abgewandt werden. Die gerichtliche Auseinandersetzung folgte und dauert nach wie vor und wahrscheinlich noch mehrere Jahre an. Die Anwaltskosten belaufen sich auf über 10.000 € mit ungewissem Ausgang.

3.11 Zusatzanalyse I

In diesem Abschnitt werden über beide Gruppen die Korrelationen zwischen der Häufigkeit und der Betragshöhe der Regresse sowie der allgemeinen, emotionalen und finanziellen Belastung (siehe Tabelle 10 Korrelationsanalyse). Die Variablen wurden aufgrund einer naheliegenden und zu vermutenden Korrelation ausgewählt.

Es lässt sich erkennen, dass die Anzahl der erfahrenen Regresse nur geringfügig mit der allgemeinen ($\rho=0,10$), finanziellen ($\rho=0,13$) oder emotionalen ($\rho=0,13$) Belastung sowie dem höchsten Regressbetrag ($\rho=0,14$) zusammenhängt. Darüber hinaus korreliert die empfundene allgemeine Belastung am stärksten mit der emotionalen Belastung ($\rho=0,73$) und die finanzielle Belastung am stärksten mit dem höchsten Regressbetrag ($\rho=0,61$).

Die allgemeine Belastung korreliert mäßig mit der finanziellen Belastung ($\rho=0,53$), dem höchsten Regressbetrag ($\rho=0,48$) und der Bearbeitungszeit ($\rho=0,54$). Die finanzielle Belastung hängt eher gering mit der Bearbeitungszeit ($\rho=0,44$) und der emotionalen Belastung zusammen ($\rho=0,39$). Die emotionale Belastung korreliert dementsprechend ebenfalls nur gering mit dem höchsten Regressbetrag ($\rho=0,39$) und der finanziellen Belastung ($\rho=0,39$). Ein Zusammenhang zwischen der Bearbeitungszeit

und der finanziellen ($p=0,44$) und emotionalen ($p=0,48$) Belastung lässt sich ebenfalls eher nur geringfügig feststellen.

Tabelle 10 Korrelationsanalyse

Variable		Häufig- keit	Allge- meine B.	Finanzi- elle B.	Emotio- nale B.	Höchster Regress	Bearbei- tungszeit
Häufig- keit	ρ	1,00	0,10*	0,13**	0,13**	0,14**	0,07
	p		0,021	0,003	0,005	0,002	0,103
	n	506	497	504	501	496	494
Allge- meine B.	ρ	0,10*	1,00	0,53**	0,73**	0,48**	0,54**
	p	,021		,000	,000	,000	,000
	n	497	504	502	500	493	492
Finanzi- elle B.	ρ	,13**	0,53**	1,00	0,39**	0,61**	0,44**
	p	0,003	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	n	504	502	510	507	500	498
Emotio- nale B.	ρ	0,13**	0,73**	0,39**	1,00	0,39**	0,48**
	p	0,005	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	n	501	500	507	507	497	495
Höchster Regress	ρ	0,14**	0,48**	0,61**	0,39**	1,00	0,54**
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	n	496	493	500	497	501	489
Bearbei- tungszeit	ρ	0,07	0,54**	0,44**	0,48**	0,54**	1,00
	p	0,103	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	n	494	492	498	495	489	502

B. = Belastung; ρ = Spearman-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzniveau; n = Anzahl

* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig);

** = Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

3.12 Zusatzanalyse II: Mögliche Prädiktoren für eine Regresserfahrung

Um mögliche Prädiktoren für eine Regresserfahrung (ja oder nein) zu untersuchen, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Die Auswahl von Variablen erfolgte auf der Basis konzeptueller Überlegungen (welche Eigenschaften könnten kausalen Einfluss haben) und der beobachteten Daten (welche Variablen sind beim univariaten Vergleich statistisch auffällig ($p < 0,05$)). Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse des deskriptiven Gruppenvergleichs für die Variablen, bei denen sich im univariaten Vergleich (analog zum Vorgehen bei Vergleich der Fachgruppen) p-Werte $< 0,05$ ergeben hatten. Bei allen aus konzeptuellen Überlegungen ausgewählten Variablen war $p < 0,05$. Im nächsten Schritt wurden diese Variablen zunächst in univariaten (Tabelle 12) und dann in einer multivariaten logistischen Regression (Einschlussmodell; Tabelle 13) untersucht. Da zwischen Alter und der Tätigkeitsdauer eine sehr hohe Korrelation bestand, wurde aus konzeptuellen Überlegungen (die Tätigkeitsdauer erschien im Zusammenhang mit einer Regresserfahrung besonders plausibel) nur die Tätigkeitsdauer in die Analysen einbezogen, um Kolinearitätseffekte zu vermeiden.

In den univariaten Analysen (Tabelle 12) waren eine längere Tätigkeitsdauer, ein Inhaberstatus, eine höhere Scheinzahl, eine Tätigkeit in einem kleineren Ort und eine eher schlechtere finanzielle Situation signifikant mit einer höheren Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio > 1) assoziiert, eine Regresserfahrung gemacht zu haben. Die Fachrichtung Orthopädie, weibliches Geschlecht und die Praxisform MVZ waren mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio < 1) assoziiert. In der multivariaten Regressionsanalyse (Tabelle 13) zeigten nur noch die Fachrichtung, die Tätigkeitsdauer, das Geschlecht und die Scheinzahl einen statistisch signifikanten Einfluss.

Nagelkerkes R^2 zeigt, dass 28% der Varianz durch das Modell erklärt werden.

In einer zusätzlichen multivariaten Regressionsanalyse, in der ein Regress von mindestens € 5.000 als unabhängige Variable verwendet wurde, zeigten nur eine längere Tätigkeitsdauer und eine höhere Scheinzahl eine signifikante Assoziation. Das Modell erklärte hier jedoch nur 11% der Varianz.

Tabelle 11 Variablen zur Regresserfahrung

Variable	Jemals Regress:	Ja	Nein	Gesamt	p
Inhaber*in oder Angestellt*in	Inhaber*in	460 (93,9%)	224 (84,5%)	684 (90,6%)	<0,001*
	Angestellt*in	30 (6,1%)	41 (15,5%)	71 (9,4%)	
	Gesamt	490 (100%)	265 (100%)	755 (100%)	
Geschlecht	männlich	379 (79,0%)	183 (69,3)	562 (75,5%)	0,04*
	weiblich	101 (21,0%)	81 (30,7%)	182 (24,5%)	
	gesamt	480 (100%)	264 (100%)	744 (100%)	
Fachrichtung	Hausärzt*in	280 (56,9%)	111 (41,6%)	391 (51,5%)	<0,001*
	Orthopäd*in	212 (43,1%)	156 (58,4%)	368 (48,5%)	
	gesamt	492 (199%)	267 (100%)	759 (100%)	
Tätigkeitsdauer	0-5 Jahre	21 (4,3%)	89 (33%)	110 (14,5%)	<0,001#
	6-10 Jahre	48 (9,8%)	41 (15,4%)	89 (11,7%)	
	11-15 Jahre	81 (16,5%)	55 (20,6%)	136 (17,9%)	
	16-20 Jahre	97 (19,7%)	21 (7,9%)	118 (15,5%)	
	über 20 Jahre	245 (49,8%)	61 (22,8%)	306 (40,3%)	
	gesamt	267 (100%)	492 (100%)	759 (100,0%)	
Anzahl der Scheine	bis 500	10 (2,1%)	18 (6,8%)	28 (3,8%)	<0,001#
	501-800	41 (8,5%)	41 (15,6%)	82 (11,0%)	
	801-1200	156 (32,4%)	90 (34,2%)	246 (33,1%)	
	über 1200	274 (57,0%)	114 (43,3%)	388 (52,2%)	
	gesamt	481 (100%)	263 (100%)	744 (100%)	
Praxisort	>100.000 EW	140 (28,9%)	88 (33,7%)	228 (30,6%)	0,034#
	10.000 – 100.000 EW	223 (46,1%)	129 (49,9%)	352 (47,2%)	
	<10.000 EW	121 (25,0%)	44 (16,9%)	165 (22,1%)	
	gesamt	484 (100%)	261 (100%)	745 (100%)	
Wegen Regress trotz Indikation nicht verordnet	ja	430 (87,4%)	207 (77,8%)	637 (84,0%)	0,001*
	nein	62 (12,6%)	59 (22,2%)	121 (16,0%)	
	gesamt	492 (100%)	266 (100%)	758 (100%)	
MVZ	Ja	24 (5,1%)	28 (10,7%)	430 (58,7%)	0,006*
	Nein	447 (94,9%)	223 (89,3%)	250 (34,2%)	
	Gesamt	471 (100%)	261 (100%)	732 (100%)	
Alter in Jahren	31-40	6 (1,3%)	25 (9,4%)	31 (4,2%)	<0,001#
	41-50	61 (12,7%)	91 (34,3%)	152 (20,4%)	
	51-60	245 (51,1%)	107 (40,4%)	352 (47,3%)	
	61-70	142 (29,6%)	37 (14,0%)	179 (24,1%)	
	Über 70	25 (5,2%)	5 (1,9%)	30 (4,0%)	
Finanzielle Situation	sehr gut	89 (18,6%)	24 (9,4%)	113 (15,4%)	0,006*
	eher gut	299 (62,4%)	171 (66,8%)	470 (63,9%)	
	eher schlecht	81 (16,9%)	57 (22,3%)	138 (18,8%)	
	schlecht	10 (2,1%)	4 (1,6%)	14 (1,9%)	
	Gesamt	479 (100%)	256 (100%)	735 (100%)	

EW = Einwohner; p-Wert berechnet mit *Exakter Test nach Fisher bzw. Chi²-Test, #Mann-Whitney U Test

Tabelle 12 Univariate Regressionsanalyse Regresserfahrung

Variable	RK	SF	Wald	p-Wert	OR	95% KI	
						UW	OW
Fachrichtung	-0,619	0,154	16,137	<0,001	0,539	0,398	0,729
Tätigkeitsdauer	0,637	0,059	118,162	<0,001	1,892	1,686	2,122
Geschlecht	-0,507	0,174	8,482	0,004	0,602	0,428	0,847
Inhaber*in oder Angestellt*in	1,032	0,254	16,546	<0,001	2,807	1,707	4,614
Gemeinschaftspraxis	-0,028	0,201	0,020	0,889	0,972	0,655	1,443
MVZ	0,456	0,485	0,885	0,347	1,578	0,610	4,081
Anzahl der Scheine	0,442	0,094	22,323	<0,001	1,556	1,295	1,870
Praxisort	0,251	0,108	5,421	0,020	1,285	1,040	1,587
Bewertung der finanziellen Situation	-0,328	0,121	7,294	0,007	0,721	0,568	0,914

Nagelkerkes $R^2 = 0,28$; RK = Regressionskoeffizient, SF = Standardfehler, OR = Odds Ratio, UW = Unterer Wert, OW = Oberer Wert, KI = Konfidenzintervall

Tabelle 13 Multivariate Regressionsanalyse Regresserfahrung

Variable	RK	SF	Wald	p-Wert	OR	95% KI	
						UW	OW
Fachrichtung	-0,865	0,213	16,419	<0,001	0,421	0,277	0,640
Tätigkeitsdauer	0,596	0,064	87,298	<0,001	1,815	1,602	2,057
Geschlecht	-0,535	0,222	5,822	0,016	0,585	0,379	0,904
Inhaber*in oder Angestellt*in	0,521	0,410	1,616	0,204	1,684	0,754	3,763
MVZ	0,456	0,485	0,885	0,347	1,578	0,610	4,081
Anzahl der Scheine	0,498	0,118	17,896	<0,001	1,645	1,306	2,072
Praxisort	-0,094	0,134	0,486	0,485	0,910	0,700	1,185
Bewertung der finanziellen Situation	-0,048	0,145	0,108	0,742	0,953	0,717	1,267
Konstante	-2,689	0,721	13,916	<0,001	0,068		

Nagelkerkes $R^2 = 0,28$; RK = Regressionskoeffizient, SF = Standardfehler, OR = Odds Ratio, UW = Unterer Wert, OW = Oberer Wert, KI = Konfidenzintervall

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die durchgeführte Befragung zeigt, dass Regresse und vor allem die Sorge vor Regressen bei niedergelassenen Hausärzt*innen und Orthopäd*innen eine erhebliche Auswirkung auf ihr tägliches ärztliches Handeln haben. Allein durch die drohende Regressgefahr haben 85% der befragten Hausärzt*innen und 82% der Orthopäd*innen mindestens einmal eine indizierte Verordnung unterlassen. 39% der Hausärzt*innen und 19% der Orthopäd*innen überwiesen gelegentlich trotz Indikation der Verordnung wegen der drohenden Regressgefahr lieber an eine Spezialist*in. Gleichzeitig werden Informationsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigungen von 19% der Befragten gar nicht oder sehr selten benutzt. Mehr als die Hälfte der Befragten scheint grundsätzlich die Notwendigkeit von Prüfungsmaßnahmen nachvollziehen zu können. Allerdings sahen 24% der Befragten, entgegen den tatsächlichen Rahmenbedingungen, die kassenärztliche Vereinigung allein verantwortlich für die Durchführung von Prüfungsmaßnahmen.

72% der Hausärzt*innen und 58% der Orthopäd*innen wurden mindestens einmal in Regress genommen, etwa ein Drittel bzw. ein Fünftel mehr als dreimal. 82% der regresserfahrenen Hausärzt*innen und 81% der regresserfahrenen Orthopäd*innen, haben wegen eines Regresses ihr Ordnungsverhalten verändert. Orthopäd*innen waren jedoch von höheren Regressbeträgen betroffen.

Ebenfalls deutlich stellte sich die persönliche Belastung durch einen Regress dar. Die allgemeine Belastung empfanden 49% der Hausärzt*innen und 59% der Orthopäd*innen als stark oder sehr stark. Die finanzielle Belastung empfanden nur 22% der Hausärzt*innen und 34% der Orthopäd*innen in diesem Ausmaß. Viel größer war dagegen die emotionale Belastung: Diese empfanden 72% der Hausärzt*innen und 78% der Orthopäd*innen als stark oder sehr stark. Auch in den Freitextangaben wurde dieser Aspekt häufig erwähnt.

Die allgemeine Belastung korrelierte am stärksten mit der emotionalen Belastung ($p=0,73$). Eine längere Tätigkeitdauer, eine höhere Scheinzahl, eine eher schlechtere finanzielle Situation, männliches Geschlecht und hausärztliche Tätigkeit waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, eine Regresserfahrung gemacht zu haben.

Sowohl in der quantitativen Datenerhebung als auch der qualitativen schriftlichen Schilderung des „schlimmsten Regresses“ stach der erhebliche Zeit- und Ressourcenaufwand zur Regressbearbeitung hervor. So gaben 45% der regresserfahrenen

Ärzt*innen einen Zeitaufwand von über 10 Stunden an. Die lange Verfahrensdauer war eine typische Kritik im qualitativen Teil. Darüber hinaus wurde auffallend häufig die emotionale Belastung näher beschrieben. So schilderten manche ein Gefühl der Resignation oder eine psychische Belastung vor dem Hintergrund des drohenden finanziellen Ruins.

4.2 Methodenkritik

4.2.1 Repräsentativität

Dieser Abschnitt behandelt die zentrale Frage, ob die in Abschnitt 3 präsentierten Ergebnisse repräsentativ, also auf die Allgemeinheit der deutschen Hausärzt*innen und Orthopäd*innen übertragbar sind. Hierzu wird diskutiert, inwieweit die Ergebnisse durch die Stichprobenziehung oder eine Selbstselektion der Antwortenden verzerrt sein könnten.

Die soziodemographischen Merkmale Geschlecht und Bundesland (siehe auch 3.3 Soziodemographische Merkmale) und die Tätigkeitsform (siehe auch Tabelle 1 Tätigkeitsmerkmale) lassen sich mit den Daten der Bundesärztekammer zum bundesdeutschen Gesamtbild vergleichen (Bundesärztekammer, 2019). Vor dem Hintergrund, dass diese Merkmale teilweise in die Teilnehmendenselektion einfließen (siehe 2.2 Grundgesamtheit und Ziehung der Zufallsstichproben) eignet sich dieser Vergleich zur Betrachtung einer möglichen Verzerrung durch die Selektion im Studienaufbau. Hierzu wurden die relativen Häufigkeiten der ambulant tätigen Ärzt*innen nach Bundesland und nach Geschlecht mit den angeschriebenen und den an der Auswertung teilnehmenden Ärzt*innen verglichen (siehe Tabelle 14).

Die Anteile der einzelnen angefragten bzw. antwortenden Ärzt*innen weichen kaum von den Verteilungsdaten der Bundesärztekammer ab. Lediglich in Sachsen beträgt die Abweichung 3%. In diesen Aspekten lag also eine weitgehende Kongruenz zwischen Studienteilnehmenden und der Grundgesamtheit vor.

Mit 60% bei den angeschriebenen Ärzt*innen und 63% bei den an der Auswertung teilnehmenden Ärzt*innen sind die männlichen Hausärzte im Vergleich zum tatsächlichen Wert der Bundesärztekammer (53%) überrepräsentiert. Bei den Orthopäden hingegen ähnelt das Bild der angeschriebenen Ärzt*innen und der an der Auswertung teilnehmenden Ärzt*innen eher dem bundesweiten Schnitt: 87% der angeschriebenen sowie 89% der teilnehmenden Orthopäden sind männlich. Laut Bundesärztekammer sind 86% der ambulant tätigen Orthopäd*innen männlich.

Gleichzeitig lässt sich erkennen, dass die selbstständige Tätigkeitsform in den Daten der ArztData AG (ArztData AG, 2019) und dementsprechend auch in der Gruppe der angeschriebenen Ärzt*innen und der, der an der Auswertung teilnehmenden Ärzt*innen, im Vergleich zum tatsächlichen Wert der Bundesärztekammer überrepräsentiert ist. So sind laut Bundesärztekammer 81% der ambulant tätigen Orthopäd*innen und 82% der Hausärzt*innen selbstständig. In der Gesamtheit der angeschriebenen Orthopäd*innen waren dies 86% und in der der Hausärzt*innen 90%. Von den zur Auswertung eingeschlossenen Teilnehmenden waren 86% der Orthopäd*innen und 95% der Hausärzt*innen selbstständig tätig. Dies spricht zwar dafür, dass sowohl die Angeschriebenen als auch die Antwortenden nicht repräsentativ für alle in der Praxis tätigen Hausärzt*innen und Orthopäd*innen sind. Angestellte Ärzt*innen einer Praxis oder eines MVZs dürften aber in der Regel nicht für die Abrechnung verantwortlich sein. Die Gruppe der selbstständigen Ärzt*innen als haftbare Unternehmer, ist diejenige, die tatsächlich unmittelbar von der Regressgefahr betroffen ist. Insofern erscheint eine Verzerrung der Studienergebnisse in dieser Hinsicht eher nicht relevant. Das wesentliche methodische Problem in der vorliegenden Befragung dürfte die Gefahr eines non-response bias, also einer Selbstselektion, sein. Sofern die Merkmale, Erfahrungen und Einschätzungen der Antwortenden grundlegend von denen aller Angeschriebenen abweichen, ist es statistisch schwierig, Aussagen aus der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu übertragen (Armstrong & Overton, 1977).

Ein geringer non-response Bias kann am ehesten vorliegen, wenn eine hohe Rücklaufquote erzielt wurde. Eine Repräsentativität kann aber auch gegeben sein, wenn das Nicht-Antworten wenig mit dem Antwortverhalten im Zusammenhang steht. Die Stichprobenausschöpfung der durchgeführten Befragung liegt mit 40% unter dem angestrebten Ziel von 50% (vgl. 2.3.2 Strategien zur Gewährleistung einer ausreichenden Stichprobenausschöpfung). Sie entspricht jedoch dem Durchschnitt einer zu erwartenden Rücklaufquote (Shih & Fan, 2008).

Es ist denkbar, dass regresserfahrene Ärzt*innen besonders häufig antworteten. Diese Vermutung wird gestützt durch die hohe Emotionalität und politische Brisanz des Themas (siehe dazu 4.3 Interpretation). Dementsprechend ist es auch möglich, dass diejenigen Ärzt*innen seltener antworteten, die bisher noch nicht von einem Regress betroffen waren.

Im Anschreiben zum Fragebogen wurde versucht, die Relevanz des Befragungsthemas darzulegen. Hierbei wurde vor allem auf die Notwendigkeit einer deutschlandweiten wissenschaftlichen Datenerhebung hingewiesen, da Regresse nach wie vor

als Belastung der täglichen Arbeit wahrgenommen werden, die Datenlage zur tatsächlichen Regresshäufigkeit und zu Regressauswirkungen aber nur gering ist. Ginge man davon aus, dass niemand der non-Responder über Regresserfahrungen verfügt, hätten immer noch 26% bereits mindestens einen Regress erlebt². Es nicht auszuschließen, dass der relative Anteil der Ärzt*innen, die tatsächlich einen Regress erfuhren, in unserer Stichprobe überpräsentiert wurde und der tatsächliche Anteil zwischen 26% und 65% liegt.

4.2.2 Mögliche Verzerrungen beim Ausfüllen der Fragebögen

4.2.2.1 Erinnerungsbias

Bei einem Erinnerungs- bzw. Recallbias wird durch eine fehlerhafte Erinnerung der Teilnehmenden das Studienergebnis verändert. Betroffen sind hiervon vor allem retrospektive Studien. Insbesondere subjektive Erlebnisse, die nicht dokumentiert sind, laufen Gefahr durch den Erinnerungsbias verfälscht zu werden. Negative Erlebnisse werden häufig detaillierter erinnert als positive (Porta et al., 2014, S. 240).

In der vorliegenden Studie ist denkbar, dass die Antworten zu den Fragen bzgl. der eigenen Regresserfahrungen durch einen Erinnerungsbias verzerrt wurden. Die Regresshöhe, -häufigkeit und -art sind in der Regel gut dokumentiert, ein Erinnerungsbias also eher unwahrscheinlich. Eine Verzerrung durch einen Erinnerungsbias ist jedoch insbesondere bei der Einschätzung der emotionalen Belastung möglich. 75% der antwortenden, regresserfahrenen Ärzt*innen gaben die emotionale Belastung als stark oder sehr stark an. Es ist denkbar, dass die tatsächliche, emotionale Belastung zum Zeitpunkt der Regresserfahrung geringer war.

4.2.2.2 Impression Management und soziale Erwünschtheit

Die Tendenz, Fragen so zu beantworten, dass sie das Selbstbild des Antwortenden in einer positiven Art und Weise bestätigen, bezeichnet man als Impression Management (Sassenrath, 2019). Ähnlich ist die Tendenz beschrieben, Fragen so zu beantworten, wie sie nach Meinung des Antwortenden am ehesten gesellschaftlich akzeptiert bzw. erwünscht sind. Dies bezeichnet man als Bias der sozialen Erwünschtheit (Smith et al., 2015, S. 109).

²Berechnung: $\frac{219 \text{ regresserfahrene Orthopädinnen} + 294 \text{ regresserfahrene Hausärztinnen}}{960 \text{ eingeschlossene Orthopädinnen} + 977 \text{ eingeschlossene Hausärztinnen}} = 0,26$

An die Rolle des Arztberufs werden gesellschaftlich hohe Erwartungen gestellt. Das Genfer Gelöbnis, das Ärzt*innen als Mitglieder der ärztlichen Profession leisten, fordert ein Leben im Dienst der Menschlichkeit. Es stellt „die Gesundheit und das Wohlergehen“ der Patient*innen in den Vordergrund. Außerdem soll man das „medizinische Wissen zum Wohle der Patient*innen und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung“ teilen sowie den „Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis“ ausüben (Weltärztebund, 2017). Darüber hinaus ist das Vertrauen der Patient*in in die Ärzt*in die Basis des ärztlichen Handelns. Die Ärzt*in wiederum nimmt Handlungen vor, die über Leben und Tod der Patient*in entscheiden können (Nauck & Jaspers, 2012).

Vor diesem Hintergrund ist es gut vorstellbar, dass die Antworten der Studienteilnehmenden insbesondere zur Beeinflussung durch die Regressgefahr bzw. stattgehabter Regresse im ärztlichen Handeln teilweise verzerrt sind. Es ist also denkbar, dass die Beeinflussung im Ordnungsverhalten geringer ist als tatsächlich eingeschätzt wurde, um so eher den gesellschaftlichen und eigenen Erwartungen an die Rolle der Ärzt*in zu entsprechen. Trotzdem gaben immerhin 84% der Befragten an, dass sie trotz Indikation etwas wegen der drohenden Regressgefahr nicht verordnet hätten. Auch gaben 29% an, dass sie Patienten trotz Indikation der Verordnung gelegentlich an eine Spezialist*in überweisen würden. Ebenfalls schätzten die Befragten die Beeinflussung des ärztlichen Handelns durch die Regressgefahr im Allgemeinen zu 42%, bei der Verordnung von Arzneimitteln zu 50% und von Heilmitteln zu 67% als stark bzw. sehr stark ein. Es ist also denkbar, dass die tatsächlichen Werte in diesen Fragen höher liegen.

4.2.3 Probleme beim Studiendesign

Trotz der ausführlichen konzeptionellen Arbeit am Fragebogen und der Vortestung durch 22 Ärzt*innen lässt sich nicht ausschließen, dass manche Fragen von manchen Teilnehmern missverstanden wurden oder das Design des Fragebogens einen Informationsverlust nicht verhindern konnte.

Tabelle 14 Vergleich der Studienpopulation mit Grundgesamtheit

Merkmal	Bundesärztekam-		
	mer	Angeschriebene Ärzt*innen	Auswertungsteilnehmende
Bundesland des Praxisorts[§]			
Baden-Württemberg	13%	14%	15%
Bayern	17%	15%	17%
Berlin	6%	5%	3%
Brandenburg	3%	3%	3%
Bremen	1%	1%	1%
Hamburg	3%	2%	2%
Hessen	7%	8%	8%
Mecklenburg-Vorpommern	2%	3%	3%
Niedersachsen	9%	9%	9%
Nordrhein-Westfalen	21%	21%	22%
Rheinland-Pfalz	5%	5%	4%
Saarland	1%	1%	1%
Sachsen	2%	5%	5%
Sachsen-Anhalt	4%	2%	2%
Schleswig-Holstein	3%	3%	3%
Thüringen	2%	3%	3%
Geschlecht			
Orthopäden	86%	87%	89%
Orthopädinnen	14%	13%	12%
Tätigkeitsform			
Selbstständige Orthopäd*innen	81%	86%	86%
Angestellte Orthopäd*innen	19%	14%	13%
Tätigkeitsform			
Selbstständige Hausärzt*innen	82%	90%	95%
Angestellte Hausärzt*innen	18%	10%	5%

[§]Hier war nach Daten der Bundesärztekammer keine Aufschlüsselung nach Bundesland und Facharztgruppe möglich

4.2.3.1 Informationsverlust durch Fragebogendesign

Um die Dateneingabe zu erleichtern, wurde der Fragebogen maschinenlesbar entworfen (vgl. 2.5.2 Dateneingabe). Da dadurch nur das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines Kreuzes erfassbar ist, wurden fast alle Variablen kategorial abgefragt. Hiervon weicht nur die offene Frage zur Schilderung des „schlimmsten Regressfalls“ ab. Der Nachteil eines möglichen Informations- und Skalenniveauperlusts wurde hier in Kauf genommen. Dieser ist insbesondere bei folgenden Fragen möglicherweise größer:

- Frage 4: Länge der Niederlassungstätigkeit
- Frage 26: Häufigkeit stattgehabter Regresse
- Frage 28: Höhe des höchsten Regressbetrags
- Frage 36: Anzahl der Fälle („Scheine“) pro Quartal

In allen vier Fragen wurde das Niveau einer Absolut- auf das einer Ordinalskala herabgesetzt. Die Kriterien einer kategorialen Intervallskala waren nicht erfüllt, da die zugrunde gelegten Intervalle einer jeden Antwortmöglichkeit nicht gleich groß definiert wurden.

Da 45% der Orthopäd*innen und 24% der Hausärzt*innen bei Frage 28 einen Regressbetrag höher als 5.000 € bezifferten, ist hier der Informationsverlust wahrscheinlich besonders groß. 33% der Studienteilnehmenden gaben also eine Kategorie an, die ab 5.000 € nach oben hin unbegrenzt war. Es fielen somit in das größte Intervall auch die meisten Antworten.

4.2.3.2 Fehlende Fragestellungen

Rückblickend wäre es interessant gewesen, den höchsten Regressbetrag in zwei Stufen abzufragen: Erstens, wie hoch der Betrag des angedrohten Regresses war. Zweitens, ob und wenn ja welcher Betrag am Ende tatsächlich gezahlt werden musste.

Auch wäre der Zeitpunkt des letzten bzw. des schlimmsten Regresses interessant gewesen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Rechtsgrundlage weitgehend verändert hat (siehe 1.2).

Die Frage, ob sich in den letzten Jahren eine Veränderung zum Besseren oder Schlechteren, beispielsweise durch Gesetzesänderungen, abgezeichnet hat, hätte ebenfalls in die Datenerhebung aufgenommen werden können.

Darüber hinaus hätten die Teilnehmenden auch gefragt werden können, wie hoch neben dem Zeitaufwand, der sonstige monetäre Aufwand, beispielsweise im Sinne von Rechtsberatungskosten war.

4.3 Interpretation

4.3.1 International unterschiedliche Vergütungssysteme medizinischer Versorgung

In den folgenden Abschnitten werden die Auswirkungen der Vergütungssysteme und der Budgetierung der Kosten des Gesundheitssystems, die in der durchgeführten Studie nur ein Drittel der Befragten für grundsätzlich nicht sinnvoll oder wenig sinnvoll hielten, in der Schweiz, Großbritannien und Deutschland diskutiert und die Ergebnisse der durchgeführten Studie in diesem Kontext betrachtet. Die Auswahl der Schweiz erfolgte vor dem Hintergrund eines zu Deutschland ähnlichen Abrechnungssystems, die Großbritanniens vor dem Hintergrund eines sehr verschiedenen.

Generell existieren vier Grundformen zur Vergütung ärztlicher Leistungen im ambulanten bzw. auch stationären Bereich: Einzelleistungshonorierung, Fallpauschalen, Pro-Kopf-Pauschalen oder ein festes Gehalt (Sandier, 1989). In Deutschland und der Schweiz werden Leistungen größtenteils nach der Einzelleistungshonorierung vergütet in Großbritannien primär anhand der Pro-Kopf-Pauschale.

Um die Höhe von Gesundheitsausgaben international in angemessener Weise vergleichbar zu machen, werden diese in Relation zum Bruttoinlandsprodukt gesetzt. Das Bruttoinlandsprodukt gibt hier die Summe aller Produzierten Waren und Dienstleistungen nach Abzug aller Vorleistungen an. Es gilt als Maß für die gesamtwirtschaftliche Leistung eines Landes (Alisch et al., 2004). In der Schweiz lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 2018 bei 12,2%. Dies war nach den USA (16,9%) der zweithöchste Anteil weltweit. In Deutschland lag er laut OECD bei 11,2%, in Großbritannien bei 9,8% (OECD, 2019, S. 153). Diese einfach gebildete Kennzahl berücksichtigt jedoch nicht alle Faktoren, um einen Kostenvergleich fundiert zu ermöglichen. So werden beispielsweise die Auswirkungen der Altersstruktur einer Volkswirtschaft auf die Höhe der Gesundheitsausgaben nicht berücksichtigt (Niehaus & Finkenstädt, S. 4). Nach Niehaus und Finkenstädt „wäre das Gesundheitssystem der USA um 132,27% teurer als das deutsche, hätte es das deutsche Gesundheitswesen mit den deutschen altersabhängigen Gesundheitsausgaben“ (Niehaus & Finkenstädt, 2009, S. 20). Das schweizerische Gesundheitssystem wäre 29% teurer und das britische 11% günstiger (Niehaus & Finkenstädt, 2009).

4.3.1.1 Gesundheitssystem und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitssystem ähnelt dem deutschen sehr. Auch hier ist jede Bürger*in als Mitglied der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) prinzipiell pflichtversichert (Artikel 1, KVG, 1994). Das Gesundheitswesen ist regional kantonsbezogen geregelt, was zu uneinheitlichen versorgungsrechtlichen und abrechnungstechnischen Gegebenheiten führt (Leu & Matter, 2009). In der Schweiz müsste die Rechtslage durch das Bundesgericht als höchstgerichtliche Instanz zumindest theoretisch einheitlich sein. Auch in Deutschland wäre das Bundessozialgericht letzte Instanz in regressbezogenen Rechtsstreitigkeiten. In der Praxis führt jedoch die Informationsasymmetrie zu einem für alle Beteiligten undurchschaubaren Prozedere (Boller, 2019). Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist durch Artikel 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gegeben. Demnach müssen sich der Leistungserbringer „auf das Maß beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist“ (Artikel 56, KVG, 1994). Bei einem Verstoß kann hier, ähnlich wie bei Regressverfahren in Deutschland, die Vergütung verweigert bzw. zurückgefordert werden. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt in der Regel rückwirkend anhand von Einzelfallkontrollen oder mittels Durchschnittskostenvergleich. Praxisbesonderheiten können berücksichtigt werden (Kieser, 2017, S. 4). Ein wesentlicher Unterschied zum deutschen Wirtschaftlichkeitsgebot ist jedoch, dass die Rückerstattungspflicht nur die direkten Kosten der betroffenen Ärzt*in, nicht jedoch die veranlassten Kosten betrifft (BGE 137 V 43, 19.01.2011). Eine Ärzt*in kann also nicht für die Verschreibung von Medikamenten oder die Anordnung von Physiotherapie in Regress genommen werden. Gerade dies schien jedoch in der vorliegenden Studie eine besondere Regressbelastung auszulösen: So waren Arznei- und Heilmittelregresse die mit Abstand häufigsten Regressformen.

Bei einem Verstoß gegen das schweizerische Wirtschaftlichkeitsverfahren ersuchen die schweizerischen Krankenversicherungen einzeln und nicht als Krankenkassenverband bei der Kantonalen Paritätischen Vertrauenskommission (KPVK) ein Rechtsbegehren, die betroffene Ärzt*in für die zu viel gezahlte Leistung in Regress zu nehmen. Im weiteren Verfahrensgang entscheiden die zuständigen Gerichte (Kieser, 2017, S. 5).

Beratung vor Regress ist ebenfalls Bestandteil der regelmäßigen Rechtsprechung. In der Schweiz ergibt sich diese Beratungspflicht aus dem Grundsatz von Treu und Glauben. Um diesem Grundsatz zu genügen, genügt es, wenn Krankenkassen eine

betroffene Ärzt*in auf die Gefahr eines Regresses bei fortgeführter Behandlungsweise aufmerksam machen (Boller, 2019).

Kritik am Wirtschaftlichkeitsverfahren beinhaltet unter anderem, dass dem Klageverfahren nicht wie sonst im Sozialrecht üblich ein objektives Verwaltungsverfahren vorausgeht. Die Krankenkassen sind ab der Einleitung des Verfahrens Partei und nicht objektive Prüfstelle des Rechtsstreits (Kieser, 2017, S. 21).

Trotzdem wird das Wirtschaftlichkeitsgebot, ähnlich wie in der vorliegenden Studie, als zulässiges Mittel gegen mutmaßlich fehlerhafte Leistungserbringende gesehen, da eine fehlerhafte Leistungsabrechnung zu steigenden Gesundheitskosten führen kann (Athanasopoulos, 2013).

Trotz regressähnlicher Verfahrensweisen sind nach dem International Health Policy Survey 2019 der Stiftung Commonwealth Fund die schweizerischen Hausärzt*innen am zufriedensten mit ihrem Gesundheitssystem (Wallenfels, 2020). Gleichzeitig sind auch deutsche Hausärzt*innen überaus zufrieden mit ihrer Tätigkeit (Korzilius, 2016). Auch die Teilnehmer dieser Studie bewerteten ihre finanzielle Situation zu knapp 80% mit eher gut oder sehr gut.

4.3.1.2 Kostenkontrolle im britischen Gesundheitssystem

Da Großbritannien mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 9,8% (OECD, 2019) deutlich hinter Deutschland liegt und auch um verteuernde Faktoren bereinigt günstiger zu sein scheint (Niehaus & Finkenstädt, 2009), ist zu vermuten, dass hier entweder eine effizientere Kostenstruktur vorliegt oder der Umfang der Leistungserbringung geringer ausfällt.

Der steuerfinanzierte seit 1948 bestehende National Health Service (NHS) ist für alle Staatsbürger verfügbar. Der Zugang ist kostenlos und für die Leistungsanspruchnahme gilt der Grundsatz der Gleichheit (Wendt, 2013, S. 110). Hausärzt*innen erhalten eine Pro-Kopf-Pauschale für ihre Patient*innen, teilweise werden die Hausarztpraxen auch direkt vom NHS betrieben und die Ärzt*innen dort angestellt (Wendt, 2013, S. 113). Die regionale Verwaltung der Hausärzt*innen innerhalb des NHS erfolgt über Clinical Commissioning Groups (CCGs) (Allen, 2020, S. 35). Fachärzt*innen haben mit Ausnahme der Zahn- und Augenärzt*innen grundsätzlich kein Niederlassungsrecht, sondern werden in den Krankenhäusern des NHS angestellt. Die Krankenhäuser des NHS erhalten ein festgelegtes Ausgabenbudget (Glennerster, 1996, S. 51). Insbesondere die Budgetierung des Krankenhaussektors hielt im Gegensatz zu den durch Leistungsausweitungen auch höheren Gesundheitsausgaben

im ambulanten Bereich die Kosten des britischen Gesundheitssystems auf einem relativ konstanten im internationalen Vergleich niedrigen Niveau (Wendt, 2013, 152;201).

Volkswirt*innen gehen davon aus, dass die Kostenkontrolle in Gesundheitssystem am stärksten mit der Interventionskraft des Staates korreliert (Saltman, 1997, S. 12). Gleichzeitig zeigen Untersuchungen, dass Budgetierungen zwar effektive Kostenkontrollmittel darstellen, jedoch gleichzeitig zur ineffizienten Mittelverwendung beitragen können (Enthoven, 1989). Darüber hinaus birgt eine Budgetierung die Gefahr, notwendige Gesundheitsleistungen zu rationieren oder einzuschränken (Wendt, 2013, S. 202). Um diesem Problem zu begegnen, überprüft das britische Gesundheitsministerium anhand von Leistungsindikatoren die Entwicklung der Leistungserbringung (Jones, 2010). Außerdem sind alle Leistungserbringer des NHS verpflichtet, über Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu berichten (Abel-Smith, 1997).

Im Gegensatz zum deutschen und schweizerischen System der dezentralisierten, föderalistisch organisierten Kostenverantwortung und -kontrolle, zentralisiert der NHS diese und bündelt sie in zentralen Kontrollgremien. Die Budgetverhandlung und -verteilung erfolgt zwischen staatlichen Stellen und Krankenhäusern bzw. ambulanten Leistungserbringern. Im ambulanten Sektor erhalten Hausärzt*innen ein von der Patientenanzahl abhängiges Praxisbudget (Beech & Baird, 2020). Es liegt also das Prinzip der Pro-Kopf-Honorierung vor. Außerdem fließt in die Pro-Kopf-Honorierung das Gesundheitsprofil bestimmter Zielgruppen ein. So erhalten Hausärzt*innen für ältere Patient*innen höhere Gratifikationen (Beech & Baird, 2020). Das individuelle Verhalten der Ärzt*innen in Großbritannien, die sich an die Leistungs- und Verordnungsvorgaben halten, kann nicht Gefahr laufen unwirtschaftlich zu sein, da sämtliche wirtschaftlichen Aspekte ex ante auf höheren institutionellen Ebenen verhandelt wurden.

Eine solche ex ante Entscheidung der möglichen Leistungs- und Verordnungsvorgaben scheint auch der Wunsch einiger Teilnehmenden dieser Studie zu sein. Zwar bewertet auch in Deutschland nach §35a Absatz 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit einer neuen Therapiemöglichkeit anhand ihres Nutzens (Klimek et al., 2021). Jedoch führt diese Neubewertung nicht automatisch dazu, dass bspw. das Ausstellen eines Rezepts für ein nun nicht mehr erstattungsfähiges Arzneimittel nicht mehr möglich ist. Dies wird teils erst Jahre später festgestellt und postquam durch einen Regress gerügt. Dieses Problem ist dem Gesetzgeber und den entsprechenden Behörden bekannt: Der 2018

erschienene Report zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) thematisiert das Problem des Wissenstransfers von G-BA-Beschlüssen an die verordnenden Ärzt*in bereits ausführlich und bietet auch Lösungsansätze. So sollen aktuelle G-BA-Beschlüsse übersichtlich in bestehende Praxisverwaltungssysteme implementiert und auch gesetzlich anhand §73 Abs. 9 SGB V vorgeschrieben (Sydow, Beggerow & Kuhn, 2018, S. 157–160). Die Ärzt*in würde so auf die abgelaufene Verordnungsfähigkeit einer Therapie in Echtzeit hingewiesen werden.

4.3.1.3 Einordnung der Ergebnisse zur Lage in Deutschland

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Regressverfahren gegen einen erheblichen Teil niedergelassener Hausärzt*innen und Orthopäd*innen und wahrscheinlich auch gegen einen erheblichen Teil aller niedergelassenen Ärzt*innen vorkommen. Die schriftlichen Freitextschilderungen vieler Teilnehmenden zeigen, dass Regresse im Einzelfall existenzbedrohend sein können. Sie unterstützen ferner die Ergebnisse der quantitativen Erhebungen der geschlossenen Fragen dieser Studie, dass die Belastung durch stattgehabte Regresse vor allem emotional behaftet ist.

Notwendig werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Deutschland als Mittel der Kontrolle der Mittelrationierung und -verwendung im Sinne der Wirtschaftlichkeitskontrolle unter Beachtung des § 12 SGB V. Auch in dieser Studie kann mehr als die Hälfte aller Befragten die Notwendigkeit der Prüfungsmaßnahmen zur Kostenkontrolle nachvollziehen. Etwa ein Drittel der Antwortenden sah Prüfungsmaßnahmen grundsätzlich als nicht oder eher nicht sinnvoll an. Die Beschäftigung mit einer implizierten Regressgefahr und der daraus resultierenden Beeinflussung muss nicht per se negativ sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V ist gesetzlich verankert und dürfte auch in der Ärzt*innenschaft weitestgehend akzeptiert sein. Die Tatsache, dass eine Therapie oder eine Maßnahme trotz (selbsteingeschätzter) Indikation wegen der Regressgefahr nicht verordnet wird, birgt für die betroffenen Ärzt*innen ein relevantes Konfliktpotenzial (Ribbat et al., 2021).

Patient*innen wünschen eine optimale Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig darf aus Sicht der Ärzt*innen eine indizierte Therapie keine prüftechnische Maßnahme nach sich ziehen. Die Krankenkassen beabsichtigen mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Lenkung der Ärzt*innen in Richtung einer ausreichenden Therapie, die das Notwendige nicht übersteigt und die sich an Kostenprofilen und den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit orientiert. Schließlich müssen aus Sicht des Gesetzge-

bers Ärzt*innen ebenfalls die Finanzierbarkeit im Rahmen einer impliziten Rationierung verantworten (Schwoerer, 2016, S. 46). Laut Schwoerer ergibt sich die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor allem aufgrund der „nicht hinreichend präzisierten, impliziten Rationierung der Arzneimittelversorgung“ (Schwoerer, 2016, S. 43). Er kritisiert vor allem, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß §12 SGB V zu unbestimmt ist und im Extremfall eine irrationale, weder in ihrem Nutzen noch in ihrem Schaden für den Patienten verbindlich bewertete Therapie begründet (Schwoerer, 2016, S. 43). Außerdem beeinflussten fehlerhafte Versorgungsstrukturen mit Krankenhäusern, die in ihrer Verordnung der Entlassmedikation nicht auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft werden, oder Kosten in die ambulante Versorgung auslagern, bspw. durch die Entlassung von Patient*innen mit großen sekundär heilenden Wunden, gleichzeitig die Verordnungsweise der Vertragsärzt*innen (Schwoerer, 2016, S. 43–44). Ferner berücksichtige das Zulassungsverfahren von Arzneimitteln keine stringente patientenbezogene Kosten-Nutzen-Bewertung sowie Therapiestandards. Forschung und Wissensmanagement seien finanziell stark von der Pharmaindustrie abhängig. Hier wird vor allem der überproportionale Stellenwert der pharmafinanzierten Fortbildungsveranstaltungen genannt (Schwoerer, 2016, S. 44). Auch die Befragten dieser Studie kritisieren die zum Teil „unlogische“ und nicht nachvollziehbare Bürokratie in Regressverfahren.

Lösungen könnten eine klare Definition der für einen Mindestnutzen maximal zur Verfügung gestellten Finanzmittel (Schwoerer, 2016, S. 42) oder ein Versicherungssystem sein, bei dem gesunden Versicherten ex ante die Wahl über die gewünschten Versicherungsleistungen gegeben wird. So könnte die totalerhebende Wirtschaftlichkeitsprüfung durch ein qualitätsorientiertes Monitoring der Indikationsstellung (Schwoerer, 2016, S. 45) ersetzt werden.

Anstatt also die Wirtschaftlichkeitsforderung jeder Ärzt*in individuell bei jeder einzelnen Indikationsstellung zu überlassen, wäre es sinnvoll, die Wirtschaftlichkeit ex ante bei der Zulassung der Therapie inklusive ihrer Indikation (bspw. im Rahmen eines Mindestnutzens pro zur Verfügung gestelltem Finanzmittel) festzustellen.

Eine weitere Anforderlichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung könnte sich aus dem Interesse des Gesetzgebers ergeben, betrügerisches oder unethisches Verhalten vorzubeugen bzw. aufzudecken. Die Kosten durch Betrug und Missbrauch werden auf 6% der Gesundheitsausgaben beziffert (Button & Gee, 2015). Betrügerisch handelt eine Person, die unter „Vorspiegelung falscher [...] Tatsachen ein Irrtum erregt“ um

sich „einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen“ (§263 StGB). Missbräuchlich handelt eine Person dann, wenn die Anforderungen an betrügerisches Verhalten nicht erfüllt sind, die Handlung aber trotzdem ethisch fraglich ist.

Im Gesundheitssystem kann sowohl eine Patient*in als auch eine Leistungserbringer*in betrügerisch handeln. Eine Ärzt*in, die Rechnungen fälscht und ihrer Nachbar*in zur Einreichung bei der privaten Krankenkasse überlässt, um sich den Gewinn mit ihr zu teilen, handelt betrügerisch. Eine Ärzt*in, die aus Sorge vor einer schlechten Bewertung auf einem Internetportal die von der Patient*in gewünschte Behandlung anstelle der indizierten Behandlung verschreibt, handelt zumindest missbräuchlich, bzw. ethisch fragwürdig (Joudaki et al., 2015).

Klassischerweise werden Leistungserbringende im Rahmen von Revisionssystemen hierhingehend überprüft. Diese sind arbeits- und personalintensiv und in Anbetracht der großen Datenmenge nur selten ausreichend durchführbar. Zu einem solchen System gehört auch die deutsche Wirtschaftlichkeitsprüfung. In einem System, in dem bspw. jede einzelne Konsultation einer Ärzt*in mit einer dritten Partei abgerechnet werden kann, könnte die betrügerische Absicht bestehen, die Menge der Konsultationen zu maximieren, ohne dass diese indiziert sind (Ortega et al., 2006). Data Mining analysiert große Datenbanken bezüglich auffälliger Muster und kann so dafür genutzt werden, betrügerisches oder fehlerhaftes Verhalten aufzudecken. Die statistische Auffälligkeit, die in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Deutschland erhoben wird, gehört hier, wenngleich als sehr einfaches und teilweise unzureichendes Mittel (Li et al., 2008), ebenfalls dazu.

Man geht generell davon aus, dass Einzelleistungshonorierungen, wie sie in Deutschland üblich sind, die Zahl der Patientenkontakte und damit die Kosten im ambulanten Sektor erhöhen (Wendt, 2013, S. 192). Legt man die auf Robert Evans zurückgehende „Supplier Induced Demand“-These zugrunde (Evans, 1974), versuchen im System der Einzelleistungshonorierungen Ärzt*innen mittels Leistungsausweitungen ein bestimmtes Zieleinkommen zu erreichen (Culyer, 1989, S. 38). In Deutschland wird das Honorar auf Landesebene verhandelt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen handeln eine Gesamtvergütung aus. Die erbrachten ärztlichen Leistungen wiederum werden durch die kassenärztlichen Vereinigungen mittels Honorarverteilungsmaßstäben honoriert (Wendt, 2013, S. 192). Man geht ferner davon aus, dass sich die Ärzt*innen innerhalb dieses budgetierten Leistungsvolumens so ähnlich verhalten wie die beiden Spielern des von Albert Tucker 1950 beschriebenen spieltheoretischen Gefangenendilemmas.

Dieses kennzeichnet eine Situation, in der das eigene rationale Verhalten eines Individuums nicht zu einem für das Kollektiv optimalen Ergebnis führt (Alisch et al., 2004, S. 1151). Für die Ärzt*innen als Spieler dieses Dilemmas ergibt sich als Konsequenz, dass jede*r einzelne*r sich so verhält, dass sein Anteil an der Gesamtvergütung ein Maximum erreicht. Diese Annahme scheint dadurch bestätigt, dass auf die Gefahr der Einkommenseinbußen durch niedrigere Punktwerte viele Vertragsärzte mit Leistungsausweitungen reagierten (Schwartz, 1997, S. 102).

Prüfungsmaßnahmen sind jedoch auch politisch im Kontext der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu sehen. Es ist politisch unbeliebt, Gesundheitsleistungen zu kürzen. Gleichzeitig ist die mit einer Anhebung der Krankenkassenbeiträge verbundene Erhöhung der Arbeitskosten vor dem Hintergrund der Konkurrenzsituation auf dem globalen Arbeitsmarkt schwierig. Eine Ökonomisierung kann entweder erreicht werden, wenn versucht wird mit fixem Input den maximalen Output, oder mit minimalen Input einen fixen Output zu erreichen. Ferner ist zu unterscheiden, ob die sachgemäße, ethisch vertretbare Patientenbehandlung Vorrang vor ökonomischen Interessen wie Profit oder Effizienz erhält.

Bei jährlich steigenden Gesundheitskosten scheint die Ökonomisierung des Gesundheitssystems im Sinne eines maximalen Outputs bei gegebenen Inputs ein Instrument zu sein, das die Problematik eher verschärft als sie zu lösen. Eine Gesundheitsbranche, die nach Umsatz- und Renditewachstum strebt, hat kein Interesse daran, sich zu limitieren. Sie strebt vielmehr danach, weiter zu wachsen und folglich höhere Kosten zu verursachen (Dengler & Fangerau, 2014, S. 223–232).

Es ist richtig, das Gesundheitssystem auf seine Effizienz oder Fehlprozesse hin zu überprüfen, also einen gegebenen Output (Mindestversorgung) bei minimalen Input (ressourcenschonend) zu erreichen (Dengler & Fangerau, 2014, S. 223–232).

Prüfungsmaßnahmen sollen der Gefahr der Kostensteigerungen und des Fehlverhaltens Einzelner begegnen. Ärzt*innen sollen für den Schaden unwirtschaftlich erbrachter oder verordneter Leistungen haften und aufkommen. Als unwirtschaftlich gelten beispielsweise Leistungen, wenn sie keinen relevanten Zusatznutzen für ein bestimmtes Patientenkontingent bieten. Es sei angemerkt, dass Ärzt*innen für verordnete Leistungen keine zusätzliche Vergütung erhalten. Ein Streben nach maximalen Verordnungen aus wirtschaftlichen Interessen kann dementsprechend nicht angenommen werden.

Gerade die qualitativen Ergebnisse dieser Studie werfen jedoch die Frage auf, ob Prüfungsmaßnahmen hierfür im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung valide Instrumente sind. Ein Orthopäde wurde bspw. für den Einsatz eines bestimmten Lidocainpräparats sanktioniert, weil dieses entgegen wirkstoffidenter Präparate anderer Hersteller für diese Indikation nicht zugelassen war. In solchen Prüfungsverfahren fallen Bearbeitungszeiten der Ärzt*innen im Äquivalent von teilweise 30 oder mehr Arbeitsstunden an. Sie sind also sehr ressourcenintensiv (Kossow, 2015). Gleichwohl haben die Verhandlungen zwischen Ärzt*innen und Krankenkassen in Deutschland bewirkt, dass sich die Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich im Kontext des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts moderat entwickelten. Insbesondere die 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz sektorale Budgetierung brachte eine nachhaltige Ausgabenbegrenzung im ambulanten Bereich (Wendt, 2013, S. 202).

Die besondere Betonung der emotionalen Komponente der Belastung durch Regresse in der vorliegenden Befragung erfordert eine besondere Beachtung. Dabei müssen die zum Teil sehr hohen Regressforderungen berücksichtigt werden. Auch wenn diese nur selten angegeben wurden, sind die hohen Summen existenzbedrohend. Da die genauen Ursachen für das Regresserlebnis nicht explizit abgefragt wurden, sind sichere Aussagen hierzu nicht möglich. Vermutlich wurden die hohen Regressforderungen in mehreren Fällen auch durch Fehler im Praxismanagement ausgelöst, die bei einem adäquaten Controlling nicht auftreten dürften. Diesbezüglich gibt es zahlreiche in die Praxissoftware integrierten Unterstützungssysteme und auch Feedbackmechanismen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch ist nachvollziehbar, dass durch derartige Ereignisse selbstständige Ärzt*innen „ein Damoklesschwert“ wahrnehmen. Die Aufklärung über die Notwendigkeit der Prüfungen und die zurückgehende Regresshäufigkeit sollte intensiviert werden. Darüber hinaus sollten Ärzt*innen in Weiterbildung Seminare zum Praxismanagement angeboten werden, mit denen sie ein angemessenes Wissen zu Controlling und Finanzen erwerben können (Ribbat et al., 2021).

Es bleibt jedoch der moralische Interessenskonflikt, den auch manche Ärzt*innen schriftlich schilderten: Ist es moralisch vertretbar, dem 51. Patienten ein etwas schlechteres Präparat zu verschreiben, weil nun die Budgetierungsobergrenze erreicht ist, und der Ärzt*in nun ein Regress droht? Manche Teilnehmenden fühlen sich hier allein gelassen. Es ist zu vermuten, dass genau dieses moralische Dilemma zu der auch hier festgestellten emotionalen Belastung beiträgt.

4.3.2 Vergleich des Regresses mit anderen Berufsgruppen

Dass Ärzt*innen für einen Schaden an öffentlichen Geldern, in diesem Fall die Summe der Krankenkassenbeitragseinnahmen, haften, den sie nicht fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, erscheint als Unikat (Thomas, 2018). Beamte*innen haften bspw. nur dann für einen in Ausführung ihres Dienstes verursachten Schaden, wenn sie ihn vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht haben (Baßlsperger, 2015).

Gerade die Wirtschaftlichkeit im Umgang mit Steuermitteln scheint zuweilen fraglich. Zwar prüft der Bundesrechnungshof regelmäßig, ob der Bund Mittel regelkonform oder unwirtschaftlich einsetzt. Dies geschieht aber ohne exekutive Konsequenzen und dient lediglich der Entscheidungsfindung für die Entlastung der Bundesregierung durch Bundestag und Bundesrat. So bemängelte der Bundesrechnungshof in der Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes 2019 unter anderem die Ausgaben in Höhe von knapp 5 Mio. Euro für 18 eigene App-Angebote, ohne Bedarf oder Wirtschaftlichkeit nachgewiesen zu haben (Bundesrechnungshof, 2019, S. 4).

Es scheint unüblich, dieses wirtschaftliche Fehlverhalten zu sanktionieren, bspw. Politiker*innen und ihre Entscheidungsträger haftbar zu machen, auch wenn eine Haftpflicht für Politiker*innen weitsichtigeres und gewissenhafteres Handeln fördern könnte (Verfürden & Gebauer, 2019).

Es erscheint wenig wahrscheinlich, dass Ärzt*innen den Schaden, den sie durch ihr Versorgungshandeln verursacht haben, im Großteil vorsätzlich, grob fahrlässig oder zum Erlangen wirtschaftlicher Vorteile verursacht haben, da sie in der Regel für verordnete Leistungen keine zusätzliche Vergütung erhalten. Trotzdem werden sie für diesen Schaden haftbar gemacht und leiden, wie in dieser Befragung festgestellt wurde, unter dieser Haftung vor allem emotional, aber auch finanziell.

Es wäre politisch zu diskutieren, ob statt bearbeitungsaufwendiger, individueller Regress- und Prüfungsverfahren, die Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen die Mittelverwendung und Kostenstruktur ähnlich dem Bundesrechnungshof überprüfen. Es könnte eine Prüfungskultur entstehen, die Mittelverschwendungen aufdeckt und in besonders schwerwiegenden oder vorsätzlichen Fällen bestraft. Gleichzeitig würde der Aufwand beider Seiten für mehrjährige Prüfungsverfahren zu eher geringfügigen Regressforderungen mit Werten unter 100 € (siehe bspw. 3.10.2.19) wegfallen. Dadurch freiwerdende Prüfungskapazitäten könnten für den Ausbau der Beratungsfunktionen kassenärztlicher Vereinigungen genutzt werden.

Vor dem Hintergrund, dass es nicht gewollt sein kann, Praxen existenziell zu bedrohen, oder Medizinstudierende vor einer Niederlassung abzuschrecken (auch in dieser Studie rieten 23% der Befragten jungen Kolleg*innen von einer Niederlassung ab), scheint es dringend geboten, dass Informationsangebote, Schulungen und Beratungen von Seiten der kassenärztlichen Vereinigungen noch weiter ausgebaut werden. Auch andere wissenschaftliche Publikationen zur Existenzgründung in der hausärztlichen Versorgung sehen die Regressangst (neben dem Finanzierungsrisiko und dem komplizierten Abrechnungssystem) als einen der wesentlichen hemmenden Faktoren bezüglich einer Niederlassung (Zwierlein et al., 2020).

Außerdem ist zu hinterfragen, inwiefern Regresse, die teilweise bis zu vier - bzw. nach dem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zwei Jahre - später rückwirkend gefordert werden, ein wirksames Instrument zur Einhaltung der Budgetverantwortung darstellen. Hier scheinen Verordnungsmodule, die einen möglichen Regress anzeigen, bevor dieser tatsächlich durch die Verordnung entsteht, zumindest teilweise lösungsbringend zu sein (Sydow, Beggerow & Kuhn, 2018, S. 157–160). Auch besteht die Möglichkeit, sämtliche Anforderungen an wirtschaftliches Verhalten technisch in Verordnungsmodule zu integrieren. Durch eine initial obligatorische Dokumentation, die nur im abgeschlossenen Fall ein Rezeptieren ermöglicht, ließen sich Regresse aufgrund von Dokumentationsfehlern vermeiden.

4.4 Schlussfolgerungen

4.4.1 Schlussfolgerungen für die Praxis

Die durchgeführte Studie zeigt, dass Regresse im Praxisalltag - nach wie vor - hochrelevant sind. Stattgehabte Regresse haben das Ordnungsverhalten bei 82% der befragten Ärzt*innen verändert. Sie scheinen daher generell ein effektives Lenkungsinstrument zur Budgetkontrolle zu sein. Gleichzeitig wirft die Richtung dieses Lenkungsinstruments Fragen auf, da Ärzt*innen sich ethisch und moralisch vor dem Dilemma der prinzipiell möglichen Leistungsverordnung bei gegebenenfalls ausgeschöpftem Budget finden können.

Die Ergebnisse deuten ferner darauf hin, dass der Informationsfluss bezüglich der Verordnungsfähigkeit oder der abgelaufenen Verordnungsfähigkeit mancher Medikamente verbessert werden sollte. Ein Warnsystem, welches zwei Jahre verzögert darauf hinweist, dass ein Medikament nicht mehr ordnungsfähig ist, ist nicht ausreichend. Das neue TSVG versucht hier abzuweichen. Es wäre weiterhin möglich, die

Verordnungsmodule hierhingehend zu verbessern, sodass die abgelaufene Verordnungsfähigkeit eines Medikaments in Echtzeit erkennbar sein würde. Die gesetzlichen und technischen Entwicklungen der letzten Jahre deuten hier eine Verbesserung in der Zukunft an (Sydow, Beggerow & Kuhn, 2018, S. 157–160). Außerdem sind Prüfungen und Regresse aufgrund statistischer Auffälligkeitsprüfungen im Arzneimittelbereich seit 2017 seltener geworden. Einzelfallprüfungen nahmen jedoch zu (Frisch, 2021).

Gleichzeitig werden die Informationsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigung von Seiten der Ärzt*innenschaft nicht ausreichend wahrgenommen. Immerhin ein Viertel beider befragten Fachgruppen gab an, die Informationsmöglichkeiten gar nicht oder nur sehr selten wahrzunehmen. Auch wird die abgelaufene Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln über weitere Informationswege kommuniziert (z.B. Deutsches Ärzteblatt und andere Fachzeitschriften), jedoch augenscheinlich nicht ausreichend wahrgenommen. Berufseinsteigende sollten dahingehend besser geschult werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die von den kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellten Auswertungen des eigenen Ordnungsverhaltens (Trendmeldungen und Arzneimittel-Frühinformationen) helfen, Regresse zu vermeiden (Frisch, 2021).

Inwieweit das neue TSVG, das am 11. Mai 2019 in Kraft trat (Bundesministerium für Gesundheit, 2019), Abhilfe schafft, bleibt abzuwarten. Es ist geplant, dass Regressverfahren künftig nur noch bis zu zwei statt wie bisher bis zu vier Jahre nach Abrechnung eingeleitet werden. Darüber hinaus sollen entgegen der bisherigen Prüfung von *mindestens* zwei Prozent der niedergelassenen Ärzt*innen nur noch *maximal* zwei Prozent überprüft werden. Diese Prüfungen sollen auch nur auf Antrag durch die kassenärztliche Vereinigung oder eine Krankenkasse erfolgen dürfen. Auch die Prüfungen nach Durchschnittswerten sollen für Praxen in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden (Kötter, 2019). Wichtig ist darüber hinaus die Änderung, dass künftig nicht mehr ein Regress über die Gesamtsumme der verordneten regresswürdigen Leistung erhoben wird. Stattdessen werden von dieser die vorgesehenen „wirtschaftlicheren“ Behandlungskosten abgezogen. Der Regressbetrag verringert sich also auf die Differenz (Dielmann-von Berg, 2020). Diese Regelung bedarf jedoch nach wie vor weiterer Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV), da vorbezeichnete Regelung einseitig durch die GKV zum 31.10.2021 aufgekündigt wurde, gleichzeitig jedoch expliziter Wunsch des Gesetzgebers im TSVG ist (Dürr, 2021).

Zum Zeitpunkt der vorliegenden Studie waren keine Rahmenvorgaben der kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen ausgearbeitet. Erst mit diesen Rahmenvorgaben können die Prüfungsvereinbarungen der kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und der Krankenkassen ausgearbeitet werden (Kötter, 2020). Regresse bleiben also weiterhin bestehen, auch wenn Interessensvertretungen wie beispielsweise der Hausärzteverband Niedersachsen ein „Regress-Ende“ fordern (Dielmann-von Berg, 2018).

4.4.2 Schlussfolgerungen für die Forschung

Auch für die Versorgungsforschung sollten Regresse und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ein wichtiges Thema sein. Es bleibt weiterhin genauer zu klären, ob

1. Regresse als Instrument der Ausgabensteuerung in einem limitierten Versorgungsbudget effektiv sind,
2. alternative Instrumente einsetzbar wären,
3. was getan werden kann, um Regressverfahren nach Möglichkeit zu vermeiden.

Auch wäre eine wissenschaftliche Befragung der Entscheidungsträger*innen bei kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen interessant. Hier könnte erfragt werden, ob die bisherigen Instrumente zur Budgetkontrolle effektiv sind und welche Verbesserungen angestrebt werden sollten. Gerade die in den schriftlichen Schilderungen der vorliegenden Studie beschriebene „unlogische Bürokratie“ könnte so durch wissenschaftliche Publikationen greifbarer werden.

Weiterhin könnten wissenschaftliche Untersuchungen erfolgen, die das Ordnungsverhalten von selbstständig und angestellt tätigen Ärzt*innen im ambulanten Bereich gegebenenfalls auch mit dem von ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzt*innen vergleichen. Hier könnte der Gruppenvergleich Erkenntnisse darüber bringen, inwiefern regresserfahrenere selbstständige Ärzt*innen wirtschaftlicher im Sinne des §12 SGB V handeln.

Weitere wissenschaftliche Forschungsprojekte könnten zum Ziel haben, die Auswirkungen von Beratungs- und Schulungsmaßnahmen vor bzw. nach Regressverfahren wissenschaftlich bezüglich ihrer Zugänglichkeit und Effektivität zu bewerten. Ließe sich ihre Effektivität nachweisen und quantifizieren, würde dies sicherlich die Akzeptanz und das Ausmaß der Nutzung in der Ärzt*innenschaft erhöhen.

Schließlich sollte genauer untersucht werden, warum ein Teil der Ärzt*innen kein größeres Problem mit Regressen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu haben scheint,

ein anderer dagegen schon. Hier wären Unterschiede in den Eigenschaften der Ärzt*innen (z.B. unterschiedlich ausgeprägte Affinität für oder Vorkenntnis über bürokratische Anforderungen und betriebswirtschaftliches Handeln) und den getroffenen Maßnahmen zur Vermeidung eines Regresses interessant. Die Ergebnisse könnten die Beratungsangebote inhaltlich verbessern und zukünftige niedergelassene Ärzt*innen vor Regressen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bewahren.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Die aktuellen öffentlichen Diskussionen in Fachmedien deuten darauf hin, dass Regresse gegenüber niedergelassenen Ärzt*innen häufig vorkommen sowie emotional und finanziell belastend sind. Systematische wissenschaftliche Erhebungen zu diesem Thema existierten bisher nicht.

Studienfrage: Ziel war es, die Beeinflussung der ärztlichen Tätigkeit durch die empfundene Regressgefahr (insbesondere bzgl. des Ordnungsverhaltens) und das Ausmaß eigener Regresserfahrungen und deren Auswirkungen zu erfassen.

Methoden: Ein systematisch entwickelter vierseitiger Fragebogen wurde an eine bundesweite Zufallsstichprobe von jeweils 1.000 Hausärzt*innen und 1.000 Orthopäd*innen versendet. Er beinhaltete unter anderem Fragen zu Auswirkungen und Konsequenzen der drohenden Regressgefahr bzw. tatsächlich erlebten Regressen.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 770 von 1937 (40%) korrekt ausgelieferten Fragebögen ausgewertet werden. 72% der Hausärzt*innen (n=399) und 58% der Orthopäd*innen (n=371) erlebten in ihrer bisherigen Tätigkeit mindestens einen Regress. Sowohl bei den Hausärzt*innen (80%) als auch den Orthopäd*innen (56%) war ein Regress zu Arzneimittelrezepten die häufigste Regressform. Allein durch die drohende Regressgefahr haben 85% der befragten Hausärzt*innen und 82% der Orthopäd*innen mindestens einmal eine indizierte Verordnung unterlassen. 82% der regresserfahrenen Hausärzt*innen und 81% der regresserfahrenen Orthopäd*innen, haben wegen eines Regresses ihr Ordnungsverhalten verändert. Die allgemeine Belastung empfanden 49% der Hausärzt*innen und 59% der Orthopäd*innen als stark oder sehr stark. Ähnlich stark empfanden nur 22% der Hausärzt*innen und 34% der Orthopäd*innen die finanzielle Belastung. Viel größer war die emotionale Belastung: Diese empfanden 72% der Hausärzt*innen und 78% der Orthopäd*innen als stark oder sehr stark. Die allgemeine Belastung korrelierte am stärksten mit der emotionalen Belastung ($\rho=0,73$). Eine längere Tätigkeitdauer, eine höhere Scheinzahl, eine eher schlechtere finanzielle Situation, männliches Geschlecht und hausärztliche Tätigkeit waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, eine Regresserfahrung gemacht zu haben. Hausärzt*innen erlebten häufiger einen Regress, die Regresse bei Orthopäd*innen fielen jedoch höher aus.

Schlussfolgerung: Regresserfahrungen sind unter niedergelassenen Hausärzt*innen und Orthopäd*innen weit verbreitet. Die Regressgefahr wirkt sich mitunter stark auf die ärztliche Tätigkeit aus. Regresse werden oft als emotional belastend empfunden und teilweise als niederlassungshemmend gesehen. In zukünftigen Analysen

und Studien sollte genauer untersucht werden, warum ein Teil der Ärzt*innen kein größeres Problem mit Regressgefahr und Regressprüfungen zu haben scheint, ein anderer dagegen schon. Dies könnte die vorhandenen Bemühungen um eine Minimierung von Prüfungsmaßnahmen und Regressen unterstützen.

6 Veröffentlichungen

Teile der vorliegenden Dissertation wurden der Fachöffentlichkeit in einer Zeitschrift mit Begutachtungsverfahren und im Rahmen einer Kongresspräsentation vorgestellt:

Ribbat, L., Linde, K., Schneider, A., Riedl, B.

Auswirkungen der Regressgefahr auf die Tätigkeit von Hausärzt*innen und Orthopäd*innen – Bundesweite Befragung / Effects of the Risk of Recourse Claims on the Work of General Practitioners and Orthopedists – A Nationwide Survey

Gesundheitswesen. 2021 Sep 29.

DOI: 10.1055/a-1594-2527; ISSN 0941-3790; PubMed-ID: 34587633

Ribbat, L., Linde, K., Schneider, A., Riedl, B.

Experiences of German GPs and orthopaedists with regress claims within the German statutory health system - a survey

Vortrag bei der von der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) und der WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) organisierten European Conference of Family Doctors, Berlin, 16. Dezember 2020

7 Anlagen

7.1 Informationen zur Befragung

Informationen zur Befragung

Wer ist verantwortlich für die Befragung?

Die Befragung erfolgt im Rahmen der Doktorarbeit des Medizinstudenten Leon Ribbat am Institut für Allgemeinmedizin (<http://www.am.med.tum.de/>) der Technischen Universität München. Die Arbeit wird inhaltlich von dem Allgemeinmediziner Dr. Bernhard Riedl betreut. Sollten Sie Fragen zur Studie haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per Email direkt an den methodischen Betreuer der Doktorarbeit, Prof. Dr. med. Klaus Linde (Klaus.Linde@lrz.tum.de, Tel. 089-614 65 89-16) wenden.

Wer bezahlt die Befragung?

Porto- und Materialkosten werden aus den Mitteln des Institutes für Allgemeinmedizin der TU München bezahlt. Es gibt keinerlei Förderung durch Industrie oder andere Stellen.

Was sind die genauen Ziele der Befragung?

Ziel der Studie ist die vergleichende Untersuchung folgender Fragen bei Hausärzten und Orthopäden: 1. Wie stark beeinflusst die Regressgefahr die Teilnehmer in ihrem ärztlichen Handeln? 2. In welchem Ausmaß bestehen eigene Erfahrungen mit Regressverfahren? 3. In welchem Ausmaß wurden stattgehabte Regressverfahren als belastend und beeinträchtigend empfunden? 4. In welchem Ausmaß unterscheiden sich Regresserfahrungen und -belastungen zwischen den beiden Gruppen von Ärztinnen und Ärzten?

Warum werden gerade Sie angeschrieben?

Der Fragebogen wird einer Zufallsauswahl von jeweils 1000 Hausärzten (d.h. Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und hausärztlich tätigen Internisten) und Orthopäden (d.h. Fachärzten für Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie) zugesandt, d.h. Sie wurden zufällig ausgewählt. Ihre Adresse haben wir aus einer kommerziellen Adressdatenbank der ArztData AG (www.arztdata.de).

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Auswertung erfolgt anonym, d.h. wir können die erhaltenen Antworten nicht einzelnen Ärztinnen oder Ärzten zuordnen. Die Daten werden in den Computer eingegeben und dann statistisch ausgewertet.

Auf dem Rückantwortkuvert für den Fragebogen ist eine Nummer aufgetragen, die wir unserer Adressdatei zuordnen können. Dies dient ausschließlich dazu, denen, die nicht antworten, ein bzw. maximal zwei Erinnerungsschreiben zusenden zu können bzw. um Ihnen eine Zusammenfassung der Befragungsergebnisse zusenden zu können, falls Sie dies wünschen. Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen und keine Erinnerungsschreiben erhalten wollen, schicken Sie uns am besten einfach den leeren Fragebogen mit durchgestrichener erster Seite zurück. Bei Posteingang wird bei uns registriert, von wem wir eine Rückantwort erhalten haben und wer einen Bericht mit den Ergebnissen der Befragung erhalten möchte (siehe unten). Das Rückantwortkuvert wird verworfen.

Wie erfahren Sie von den Ergebnissen?

Wir streben an, die Ergebnisse der Befragung (vermutlich 2020) in einer Fachzeitschrift zu veröffentlichen. Wenn Sie vorab (vermutlich im Herbst 2019) eine Zusammenfassung der Ergebnisse erhalten möchten, schreiben Sie bitte einfach XXX auf die Rückseite des Antwortkuverts. So können wir Ihren Wunsch unabhängig von Ihrem Fragebogen registrieren (siehe auch „Was geschieht mit Ihren Daten?“) und Ihnen die Zusammenfassung zusenden.

7.2 Erstes Anschreiben



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

ANREDE ANREDELANG
STRASSE
PLZ ORT

München, den 25.03.2019

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Orleansstr. 47
81667 München
E-Mail: klaus.linde@tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
Fax: +49-89-6146589-15

Doktorarbeit – Befragung zum Thema „Regress“ 10 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs

BRIEFANREDE,

unser Doktorand Leon Ribbat bittet Sie um Ihre Unterstützung als erfahrene/r Ärztin/Arzt. Wir führen eine Befragung zum Thema *Auswirkung der Regressgefahr auf die Tätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten* durch. Er würde sich freuen, wenn Sie den beiliegenden Fragebogen ausfüllen und im beiliegenden Freiumschlag zurücksenden. Bitte helfen Sie ihm dabei, möglichst viele und zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und daraus eine erfolgreiche Doktorarbeit zu erstellen!



Leon Ribbat
Doktorand

Die Ergebnisse sind aus unserer Sicht auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sehr interessant. Viele scheinen die Gefahr von Regressen als eine wichtige Belastung bei Ihrer Arbeit zu empfinden. Belastbare Daten hierzu gibt es jedoch nicht. Diese sollen mit einer repräsentativen bundesweiten Befragung nun erhoben werden. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym. Weitere Informationen zu Zielen und Methoden der Befragung finden Sie auf der Rückseite dieses Anschreibens. Wenn Sie wünschen, schicken wir Ihnen gerne eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu, sobald diese vorliegen. Bitte senden Sie uns den Bogen auch dann zurück, wenn Sie nicht kassenärztlich tätig sind – Sie brauchen nur die erste Frage zu beantworten!

Wir haben es getestet: Das Ausfüllen des Bogens dauert wirklich nur acht bis zehn Minuten.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
(Studienleiter und Betreuer)

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Schwaiger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Elke Frank
(Kaufmännische Direktorin)
Silke Großmann
(Pflegedirektorin)
Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

7.3 Zweites Anschreiben



Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

EINRICHTUNG
ANREDE ANREDELANG
STRASSE
PLZ ORT

München, den 26.04.2019

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Orleansstr. 47
81667 München
E-Mail: klaus.linde@tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
Fax: +49-89-6146589-15

Doktorarbeit – Befragung zum Thema „Regress“ 10 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs



BRIEFANREDE,

vor etwa einem Monat haben wir Sie um Ihre Unterstützung bei der Promotion unseres Doktoranden Leon Ribbat gebeten. Unser Doktorand führt eine Umfrage zum Thema *Auswirkung der Regressgefahr auf die Tätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten* durch.

Wie bei sorgfältigen Befragungen üblich, müssen wir nochmals alle diejenigen anschreiben, von denen wir bisher keine Antwort erhalten haben. Bitte helfen Sie mit einer hohen Rücklaufquote zu erzielen, damit wir aussagekräftige Ergebnisse erhalten.

Wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie den beiliegenden Fragebogen ausfüllen und im ebenfalls beiliegenden Freiumschlag zurücksenden könnten. Falls Sie Ihren Fragebogen in den letzten Tagen an uns versendet haben, können Sie den neuen Bogen natürlich verwerfen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
(Studienleiter und Betreuer)

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Schwaiger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Elke Frank
(Kaufmännische Direktorin)
Silke Großmann
(Pflegedirektorin)
Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

7.4 Drittes Anschreiben



Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

ANREDE ANREDELANG
STRASSE
PLZ ORT

München, den 24.05.2019

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Orleansstr. 47
81667 München
E-Mail: klaus.linde@tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
Fax: +49-89-6146589-15

Doktorarbeit – Befragung zum Thema „Regress“
10 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs



BRIEFANREDE,

wir bitten Sie ganz herzlich um Entschuldigung!
Zum dritten – aber nun auch wirklich letzten Mal– schreiben wir Sie mit der Bitte an, doch noch an unserer Befragung zum Thema *Auswirkung der Regressgefahr auf die Tätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten* teilzunehmen. Sie unterstützen damit auch die Promotion unseres Doktoranden Leon Ribbat.

Bis zum 23.05.2019 haben wir von XYZ der 2000 angeschriebenen Ärzte Antwort zurückerhalten – es wäre schön, wenn wir mit Ihrer Hilfe ein noch aussagekräftigeres Ergebnis erreichen könnten. Wenn es Ihnen möglich ist, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zukommen lassen könnten.

Sollten Sie den Bogen aus einem unserer ersten zwei Briefe bereits verworfen haben, finden Sie diesen auf unserer Website unter www.am.med.tum.de links in der Spalte unter „Fragebogen Regresse“ zum Download.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
(Studienleiter und Betreuer)

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Schwaiger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Elke Frank
(Kaufmännische Direktorin)
Silke Großmann
(Pflegedirektorin)
Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich, Leon Matthias Ribbat, erkläre an Eides statt, dass ich die bei der promotionsführenden Einrichtung der Fakultät für Medizin der TUM zur Promotionsprüfung vorgelegte Arbeit mit dem Titel

„Auswirkung der Regressgefahr auf die Tätigkeit von niedergelassenen Ärzt*innen
– Bundesweite Befragung von Hausärzt*innen und Orthopäd*innen“

unter der Anleitung und Betreuung durch

Prof. Dr. med. Klaus Linde

ohne sonstige Hilfe erstellt und bei der Abfassung nur die gemäß § 7 Abs. 6 und 7 angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuer*innen für die Anfertigung von Dissertationen sucht, oder die mir obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise erledigt. Ich habe die Dissertation in dieser oder ähnlicher Form in keinem anderen Prüfungsverfahren Prüfungsleistung vorgelegt.

Teile der Dissertation wurden in Das Gesundheitswesen (2021 Sep 29; DOI: 10.1055/a-1594-2527) sowie auf der European Conference of Family Doctors in Berlin am 16. Dezember 2020 veröffentlicht.

Ich habe den angestrebten Doktorgrad noch nicht erworben und bin nicht in einem früheren Promotionsverfahren für den angestrebten Doktorgrad endgültig gescheitert.

Ich habe keine Kenntnis über ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren in Bezug auf wissenschaftsbezogene Straftaten gegen mich oder eine rechtskräftige strafrechtliche Verurteilung mit Wissenschaftsbezug.

Die öffentlich zugängliche Promotionsordnung sowie die Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und für den Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten der TUM sind mir bekannt, insbesondere habe ich die Bedeutung von § 27 PromO (Nichtigkeit der Promotion) und § 28 PromO (Entzug des Doktorgrades) zur Kenntnis genommen. Ich bin mir der Konsequenzen einer falschen Eidesstattlichen Erklärung bewusst.

Mit der Aufnahme meiner personenbezogenen Daten in die Alumni-Datei bei der TUM bin ich einverstanden.

München, 14.01.2022

9 Literaturverzeichnis

Anmerkung: Da viele Quellen Internetartikel oder -dokumente sind, wurden diese mit Permalinks permanent archiviert, sodass ein Zugriff dauerhaft möglich ist.

Abel-Smith, B. (1997). Assessing the experience of health financing in the United Kingdom. In D. W. Dunlop & J. M. Martins (Hrsg.), *EDI seminar series. An international assessment of health care financing: Lessons for developing countries* (S. 149–162). Washington, D.C.: World Bank.

Alisch, K., Arentzen, U. & Winter, E. (Hrsg.). (2004). *Gabler Wirtschaftslexikon* (16. Aufl.). Wiesbaden: Gabler Verlag.

Allen, P., Checkland, K., Moran, V., & Peckham, S. (Eds.). (2020). *Commissioning healthcare in England: evidence, policy and practice*. Bristol University Press. doi: <https://doi.org/10.46692/9781447346128>

Ammer, A., Linde, K., Borasio, G. D. & Schneider, A. (2019). Palliativmedizinisches Wissen unter deutschen Hausärzten – eine bundesweite Befragung. *Z Allgemeinmed*, 95(6). 267-273.

Armstrong, J. S. & Overton, T. S. (1977). Estimating nonresponse bias in mail surveys. *J Mark Res*, 14(3), 396–402.

ArztData AG. (2019). Produktinformationen der ArztData AG: Adresspotentiale - Fachgebiete der niedergelassenen Ärzte/Chefärzte und Kliniken [Webpage]. Retrieved from https://www.arztdata.de/produktinformation_fachrichtungen.htm on 29.12.2021.

Abhauer, M. & Köster, U. (2021). Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/UH4T-45UE> on 29.12.2021.

Athanasopoulos, I. (2013). *Fehlbare Leistungserbringer in der Krankenversicherung: Von der Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bis zum Betrug*. Zürich: Schulthess.

Aulehla, I. (2019, Dezember 7). Aufwand für Bürokratie in Praxen ist 2019 zurückgegangen. *Medical Tribune*. Retrieved from <https://perma.cc/EH2M-R8GE> on 29.12.2021.

Baßlisperger, M. (2015, Juni 13). Haftung bei Amtspflichtverletzung – Teil I [Web log post]. Retrieved from <https://perma.cc/282V-N682> on 29.12.2021.

Beech, J. & Baird, B. (2020, Juni 11). GP funding and contracts explained. *The King's Fund*. Retrieved from <https://perma.cc/BP67-P3KM> on 29.12.2021.

BGE, Schweizerisches Bundesgericht, Urteil vom 19.01.2011, 137 V 43, 9C_733/2010.

Boller, M. (2019). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung neue Erkenntnisse des Bundesgerichts. *Schweizerische Ärztezeitung*, 100(14), 521–522.

Bundesärztekammer. (2019). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018: Bundesgebiet gesamt*. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf on 29.12.2021.

Bundesärztekammer. (2020). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019: Bundesgebiet gesamt*. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf on 29.12.2021.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019). Terminservice- und Versorgungsgesetz [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/LGY9-77EV> on 29.12.2021.

Button, M. & Gee, J. (2015). *The financial cost of healthcare fraud*. London: PKF Littlejohn LLP.

Christmann, P. (2020). Regress gegen den Arzt - Vorbeugung und Abwehrstrategien [Web log post]. Retrieved from <https://perma.cc/3QGF-CACV> on 29.12.2021.

Culyer, A. J. (1989). Cost containment in Europe. *Health Care Financ Rev*, Spec No, 21–32.

Dengler, K. & Fangerau, H. (Hrsg.). (2014). *Politische Soziologie und Soziale Ungleichheit. Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen* (1. Aufl.). Bielefeld: transcript.

Dielmann-von Berg, J. (2018). Hausärzteverband Niedersachsen fordert Regress-Ende. *Der Hausarzt*, 10/18, 25.

Dielmann-von Berg, J. (2020, Mai 14). Ärzte müssen weniger für Regresse zahlen: Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Der Hausarzt.digital*. Retrieved from <https://perma.cc/AM4B-CAU5> on 29.12.2021.

Dürr, I. (2018, August 15). Schreckt die Regressgefahr ab? Weniger Hausbesuche. *doctors|today*. Retrieved from <https://perma.cc/AD4A-MN24> on 29.12.2021.

Dürr, I. (2021). Drohen bald wieder mehr Regresse? *doctors|today* 7, 34–35.

Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguiseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M. & Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, issue 3, MR000008. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000008.pub4>

Enthoven, A. C. (1989). What can Europeans learn from Americans? *Health Care Financ Rev*, Spec No, 49-77.

Evans, R. G. (1974). Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In M. Perlman (Hrsg.), *International Economic Association Series. The economics of health and medical care: Proceedings of a conference held by the International Economic Association at Tokyo* (S. 162–173). London: Palgrave Macmillan.

- Frisch, J. (2021). Arzneimittel-Regress: Es trifft weniger, als man denkt. *Ärztezeitung* 88, 22.
- Gassen, A. (2020). Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/CYC2-LA89> on 29.12.2021
- Gehrlein, S. (2015). Angestellter Arzt im ambulanten Bereich (2): Fakten und Hintergründe im Überblick. *Marburger Bund Zeitung*. Retrieved from <https://perma.cc/CC3E-7ZE8> on 29.12.2021.
- Glennerster, H. (1996). *British social policy since 1945*. London: Blackwell.
- Graziul, C., Gibbons, R. & Alexander, G. C. (2012). Association between the commercial characteristics of psychotropic drugs and their off-label use. *Med Care*, 50(11), 940–947.
- Hinzmann, T. (2019). Berufsmonitoring Medizinstudierende 2019 [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/3NUF-KMJ7> on 29.12.2021.
- IQVIA Holdings Inc. (2019). Medimed Benchmark-Studie [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/L4LR-K7YQ> on 29.12.2021.
- Jones, R. (2010). The White Paper: a framework for survival? *Br J Gen Pract*, 60(578), 635–636.
- Joudaki, H., Rashidian, A., Minaei-Bidgoli, B., Mahmoodi, M., Geraili, B., Nasiri, M. & Arab, M. (2015). Improving fraud and abuse detection in general physician claims: A data mining study. *Int J Health Policy Manag*, 5(3), 165–172.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2020a). Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung [Webpage]. Retrieved from <https://perma.cc/CJ74-4RFH> on 29.12.2021.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2020b). Verordnung Aktuell: Impfstoffe zu lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnen - Regresse vermeiden. Retrieved from <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2020/KVB-VA-200131-WIS-Regressgefahr-Impfstoffbezug.pdf> on 29.12.2021.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2010). Wirtschaftlichkeit: Heilmittelvereinbarungen und Richtgrößenvereinbarungen der KVen [Webpage]. Retrieved from <https://web.archive.org/web/20101205160545/http://www.kbv.de/vl/24208.html> on 29.12.2021.
- Kieser, U. (2017). Gutachten erstattet dem Verein Ethik und Medizin in der Schweiz (VEMS) zu Fragen der Sachkunde bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der obligatorischen Krankenversicherung. Retrieved from <https://perma.cc/Q2MU-ZG27> on 29.12.2021.
- Klimek, L., Chaker, A., Deitmer, T., Plontke, S. K., Wollenberg, B., Bousquet, J. & Bachert, C. (2021). Dupilumab besitzt einen Zusatznutzen für die Behandlung der chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen. *HNO*, 69(11), 868–877.

- Kohn, M. (2019). Sample size calculators [Webpage]. Retrieved from <http://www.sample-size.net/sample-size-conf-interval-proportion> on 29.12.2021.
- Kopinke, L. & Materlik, D. (o. J.). Zensus direkt [Computer software]. Blubbsoft GmbH. Berlin.
- Korzilius, H. (2016). Ärzteumfrage: Große Zufriedenheit trotz hoher Belastung. *Dtsch Arztebl Int*, 113(43), A1902-A1904.
- Korzilius, H. (2017). Urteil zu Mischpreisen: Regressrisiko bleibt bestehen. *Dtsch Arztebl*, 114(29-30), A1411.
- Kossow, K.-D. (2015). Regress: Ein Sieg mit Beigeschmack. *Der Hausarzt*, 14/15, 34–35.
- Kötter, J. (2019). Neue Regress-Regeln statt Regress-Ende: Das umstrittene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geht auf die Zielgerade. *Der Hausarzt.digital*. Retrieved from <https://perma.cc/99EZ-WV9F> on 29.12.2021.
- Kötter, J. (2020). Neue Regress-Regeln brauchen Geduld. *Der Hausarzt*, 4/20, 30-31.
- Leu, R. & Matter, P. (2009). Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich. *Die Volkswirtschaft*, 82(11), 9–13.
- Li, J., Huang, K.-Y., Jin, J. & Shi, J. (2008). A survey on statistical methods for health care fraud detection. *Health Care Manag Sci*, 11(3), 275–287.
- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Wagenpfeil, S., Karsch-Völk, M. & Schneider, A. (2015). Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany - cross-sectional survey. *Fam Pract*, 32(1), 62–68.
- Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Wagenpfeil, S., Meissner, K. & Schneider, A. (2014). The use of placebo and non-specific therapies and their relation to basic professional attitudes and the use of complementary therapies among German physicians - a cross-sectional survey. *PloS one*, 9(4), e92938. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092938>
- Mangold, A. (2019). Anmerkung zu SG München, Urt. v. 25.7.2018 – S 38 KA 645/16. *Medizinrecht*, 37(11), 916–917.
- Martin, W. (2019). Ärztemangel: Einzelne Fachgebiete stark unter Druck. *Dtsch Arztebl Int*, 116(17), 2.
- Maybaum, T. (2019). Arztzahlen: Zuwachs nicht ausreichend. *Dtsch Arztebl Int*, 116(14), A-674.
- Nauck, F. & Jaspers, B. (2012). Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen Kontexten. Der Arzt als Begleiter in der Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(9), 1154–1160.

- Niehaus, F. & Finkenstädt, V. (2009). Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? *Wissenschaftliches Institut der PKV*. Retrieved from http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Deutschland_ein_teures_Gesundheitswesen.pdf on 29.12.2021.
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Ortega, P., Figueroa, C. & Ruz, G. (2006). A medical claim fraud/ abuse detection system based on data mining: a case study in Chile. *Int Conf on Data Mining* 6, 224-231.
- Porta, M., Greenland, S., Hernán, M., DosSantos Silva, I. & Last, J. M. (Hrsg.). (2014). *A dictionary of epidemiology* (Sixth edition). Oxford: Oxford University Press.
- Ribbat, L., Linde, K., Schneider, A. & Riedl, B. (2021). Auswirkungen der Regressgefahr auf die Tätigkeit von Hausarzt*innen und Orthopäd*innen – Bundesweite Befragung. *Gesundheitswesen*. doi: <https://doi.org/10.1055/a-1594-2527>
- Saltman, R. B. (1997). The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. *Health Policy*, 41, 9-26.
- Sandier, S. (1989). Health services utilization and physician income trends. *Health Care Financ Rev, Spec No(Suppl)*, 33–48.
- Sassenrath, C. (2019). “Let me show you how nice I am”: impression management as bias in empathic responses. *Soc Psychol Personal Sci*, 11(6), 752–760.
- Bundesrechnungshof. (2019). *Bemerkungen 2019 des Bundesrechnungshofes*. Retrieved from <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2019/downloads/2019-bemerkungen-2019-pressemitteilung/> on 11.01.2022.
- Schwartz, F. W. (1997). Fixing health budgets: experience from Europe and North America. *Health Econ*, 6(1), 100-101.
- Schwoerer, P. (2016). Erforderlichkeit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(2), 42–47.
- Shih, T.-H. & Fan, X. (2008). Comparing response rates from web and mail surveys: a meta-analysis. *Field Methods*, 20(3), 249–271.
- Sinowatz, F. (2015). *Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung*. (Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Smith, E. R., Mackie, D. M. & Claypool, H. M. (2015). *Social psychology* (4. Aufl.). London: Psychology Press.
- Stellpflug, M. (2016). Festsetzung eines Arzneikostenregresses wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens auch nach dem Ausscheiden des Vertragsarztes aus der vertragsärztlichen Versorgung zulässig: BSG, Urt. v. 28.10.2015 – B 6 KA 45/14 R. *Medizinrecht*, 34(9), 735–739.

- Stock, S., Lauterbach, K. & Sauerland, S. (Hrsg.). (2021). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. (2018). *Stellenwert des AIS aus Sicht der Krankenkassen: Qualität und Wirtschaftlichkeit - ein Widerspruch?* Retrieved from <https://perma.cc/85Y7-TNVR> on 29.12.2021.
- Sydow, K., Beggerow, E. & Kuhn, M. (2018). Die Arzneimittelinformationen durch die Praxissoftware der Ärzteschaft in Gegenwart und Zukunft. In A. Storm (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung: AMNOG-Report 2018* (S. 157–169). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Thomas, A. (2018). Ungerechte Heilmittel-Regresse. *Ärztezeitung*. Retrieved from <https://perma.cc/TFS7-VCEX> on 29.12.2021.
- Verband der Ersatzkassen e. V. (2020). Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte [Webpage]. Retrieved from https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html on 29.12.2021.
- Verfürden, M. & Gebauer, C. (2019, Juni 12). Politikversagen: Sollten Politiker für ihre Fehler haften müssen? *Wirtschaftswoche*. Retrieved from <https://perma.cc/LDF5-8FTN> on 29.12.2021.
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A. & Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians - a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int*, 112(10), 159–165.
- Wallenfels, M. (2020). Schweizer Ärzte geben Gesundheitssystem Bestnoten. *Ärztezeitung*. Retrieved from <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Schweizer-Aerzte-geben-Gesundheitssystem-Bestnoten-406005.html> on 29.12.2021.
- Weltärztebund. (2017). *Deklaration von Genf*. Retrieved from <https://perma.cc/Q5WP-YV6F> on 29.12.2021.
- Wendt, C. (2013). *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Wernitz, M. H. & Pelz, J. (2015). *Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen: Ein praxisorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wortmann, M. (2013). Regressfalle Telefon: Zusage von Kassen nur schriftlich verbindlich. *Ärztezeitung*, 179, 14.
- Zimmermann, G. (2014). Nicht alle EBM-Leistungen zählen bei der Plausibilitätsprüfung. *MMW Fortschr Med*, 156(4), 12.
- Zwierlein, R., Portenhauser, F., Flägel, K. & Steinhäuser, J. (2020). Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner – eine qualitative Studie. *Gesundheitswesen*, 82(6), 527-533.

10 Danksagung

Ich wurde bei diesem Promotionsvorhaben über zwei Jahre lang wirklich großartig betreut. Dies ist für Doktoranden keinesfalls selbstverständlich. Hierfür möchte ich mich bei Prof. Dr. Klaus Linde und Dr. Bernhard Riedl von ganzem Herzen bedanken. Ohne ihre stetige positive und konstruktive Unterstützung wäre diese Dissertation und die damit verbundenen Veröffentlichungen nicht möglich gewesen.

Ein weiterer Dank gilt Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider für seine wertvollen Ideen und Rückmeldungen sowie Univ. Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe für sein Mentorat.

Ein ebenso herzlicher Dank gilt allen Teilnehmenden dieser Studie, ohne deren Antworten höchstens die Einleitung dieser Dissertation möglich gewesen wäre.

Schließlich danke ich meiner Partnerin Luisa, ihrem Bruder Ferdinand Mühlbauer sowie meinem Freund Henner Wehrs, die mir bei den logistischen Herausforderungen eines dreifachen Postversands von jeweils 1.000 Briefumschlägen halfen.