

Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte

Joachim Heuer

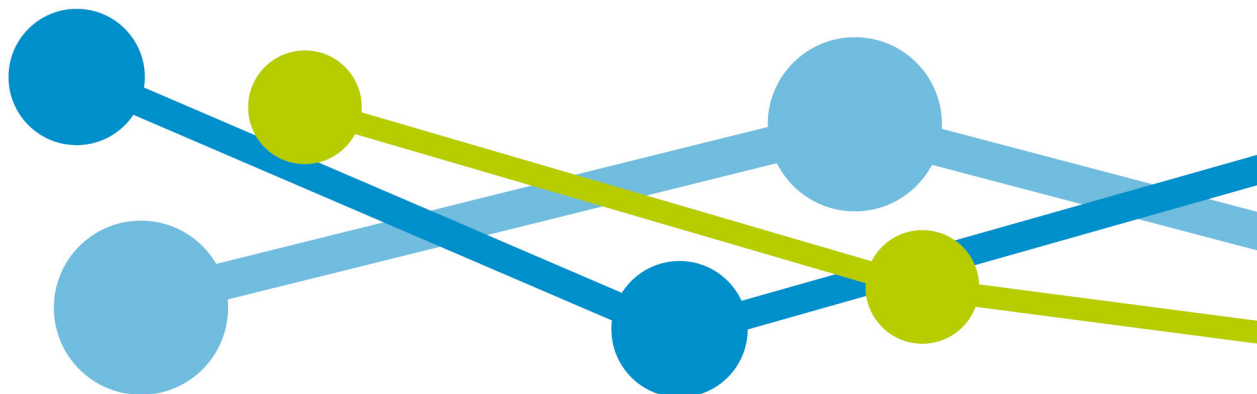


www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

E-Mail: jheuer@zi.de
Tel. +49 30 4005 2412
Fax +49 30 4005 27 2412

ISSN 2199-1480 (online)



Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung und Einordnung in den Forschungsstand	4
2. Material und Methode	4
3. Ergebnisse	7
3.1 Fallzahlentwicklung seit 2000	7
3.2 Behandlungsfallzahlen, Arzneiverordnungen, Leistungsbedarf, Diagnosen	8
3.3 Zum Vergleich: Trend im Bundesgebiet	11
3.4 Trend im Bundesgebiet nach Versorgungsbereichen	11
4. Schlussfolgerung	15
5. Literatur	16

1. Zielsetzung und Einordnung in den Forschungsstand

Zwischen 2004 und 2012 mussten gesetzlich Krankenversicherte beim Besuch einer Vertragsarztpraxis eine Gebühr entrichten. Diese Zahlung in Höhe von zehn Euro fiel auch beim Aufsuchen einer Notaufnahme im Krankenhaus an. 2013 schaffte der Gesetzgeber die so genannte Praxisgebühr wieder ab.

Die vorliegende Arbeit untersucht, ob die Gebühr das Leistungs- und Verordnungsgeschehen in ärztlichen Praxen sowie die behandelte Morbidität nachhaltig veränderte. Weiterhin sollen typische Merkmale von Patienten beschrieben werden, die nach Abschaffung der Praxisgebühr verstärkt Hausärzte oder ohne Überweisung Fachärzte aufgesucht haben. Auch der Zusammenhang zur verstärkten Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen¹ steht im Blickfeld dieser Analyse.

Da bei Einführung der Praxisgebühr rückläufige Fallzahlen beobachtet wurden (Bertelsmann Stiftung 2005), wären nach deren Abschaffung eine erhöhte Behandlungsfallzahl und dadurch ausgelöst steigendes Leistungs- und Verordnungsvolumen zu erwarten. Allerdings waren die Fallzahlen bereits wieder gestiegen, bevor der Gesetzgeber die Gebühr abschaffte (o.V. 2007); unmittelbar nach dem Ende der Praxisgebühr blieben sie jedoch im wesentlichen konstant (KV Bayerns 2013). Lediglich bei Hausärzten nahmen die Besuchszahlen zu (o.V. 2013). Studien zu sozioökonomischen Folgen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Zunächst machten Wissenschaftler unerwünschte Steuerungswirkungen der Praxisgebühr mit Blick auf das Verhalten von Patientinnen und Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand und geringem Einkommen aus (Brenner u.a. 2005, Bundeszentrale für politische Bildung 2014). Andere Forscher entgegneten, dass sich die sozialen Verzerrungen nur unmittelbar nach der Einführung gezeigt und später nivelliert hätten (Zok, K 2005).

2. Material und Methode

Die Studie verwendet als Datenbasis das Arzt-Patienten-Panel zur Morbiditätsanalyse „Zi-ADT-Panel“ mit seiner Zufallsstichprobe der Patienten von Praxen aus 13 Fachgruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Nordrhein (je Region n=450 Praxen und etwa 600.000 Behandlungsfälle je Quartal)². Die Fragestellung wird abhängig von vorliegenden Daten für drei Untersuchungszeiträume bearbeitet.

Maßgeblich für die Fallzahlentwicklung ist die mittlere Fallzahl je Praxis vom Quartal 1/2000 bis 4/2014. Hausärzte ohne Kinderärzte beinhalten Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten, die bis 2010 separat geführt wurden und für diesen Zeitraum hier zusammengefasst sind. Der Trend von Behandlungsfallzahlen in Verbindung mit Arzneiverordnungen, Leistungsbedarf und Diagnosen lässt sich lediglich für den Teil Nordrhein darstellen, nach Aufnahme von Daten zu Arzneiverordnungen in diesen Teil des ADT-Panels ab 1/2011; ergänzt wird die Zeitreihe durch die folgenden Quartale bis 2/2014. Je Fachgruppe werden für Arzneiverordnungen, Leistungsbedarf und Diagnosehäufigkeiten im Quartalsverlauf deskriptiv durch Betrachtung von Mittelwerten die stärksten Trends dargestellt. Zum Vergleich wird ein Trend im Bundesgebiet mit Abrechnungsdaten für ganz Deutschland für die Jahre 2009 bis 2013 dargestellt.

Um den zugrunde liegenden Trend zu verdeutlichen, soll die quartalsbezogene Zeitreihe in der Mittelung auf das betreffende Jahr durch das arithmetische Mittel aus den Quartalszahlen dargestellt werden.

Die Praxenzahl im ADT-Panel ist im Folgenden dargestellt (Tabelle 1).

¹ Wird synonym mit dem Begriff Notfallaufnahme verwendet.

² Einzelheiten zur Methodik der Behandlungsdaten sind an anderer Stelle publiziert (Kerek -Bodden u.a. 2005).

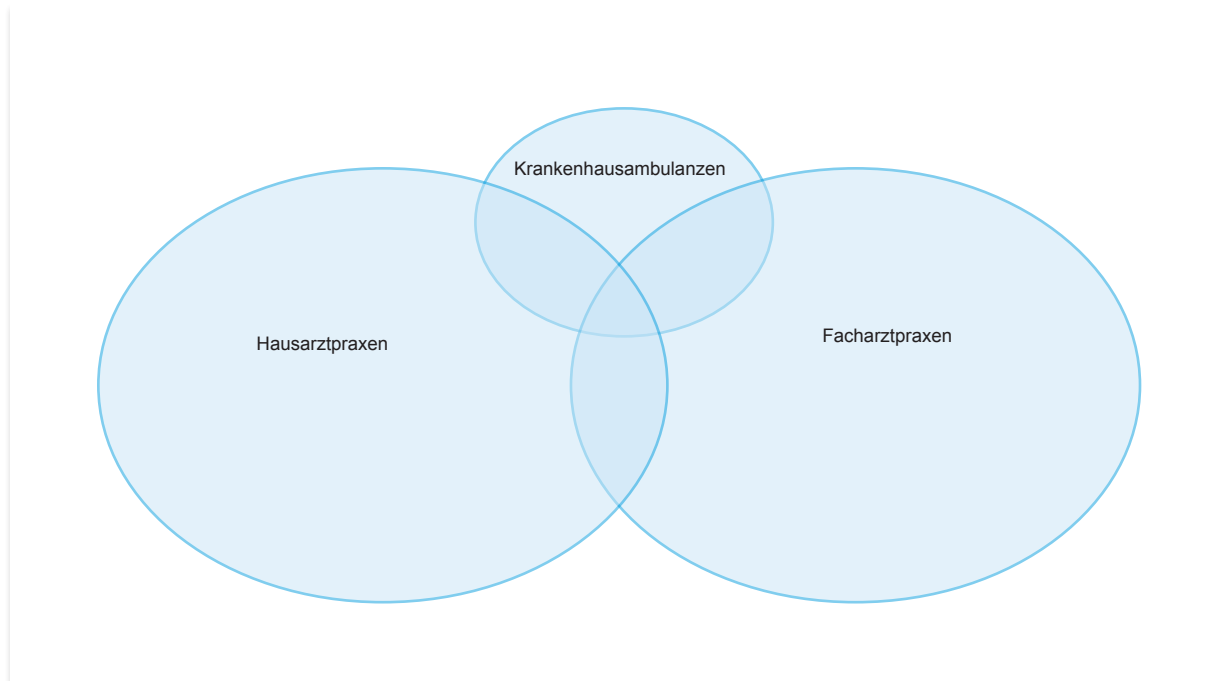
Tabelle 1: Zahl der Praxen im Zi-ADT-Panel

Quartal / Jahr	Arztgruppe											
	Haus-ärzte*	Anäs-thesen-ten	Augen-ärzte	Chirur-gen	Gynä-kologen	HNO-Ärzte	Haut-ärzte	Kinder-ärzte <HA>	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Urolo-gen
1/00	179	42	59	58	60	60	59	58	60	57	53	60
2/00	177	39	59	57	60	58	58	57	60	57	52	60
3/00	176	45	58	59	60	58	58	58	60	60	57	60
4/00	175	44	57	59	60	58	58	58	59	60	56	60
1/01	174	42	58	57	59	59	58	59	59	59	57	60
2/01	169	41	56	56	59	59	58	58	57	59	54	60
3/01	174	41	59	59	58	60	56	59	59	60	55	60
4/01	172	40	58	56	58	59	56	59	58	59	54	60
1/02	177	51	58	59	57	60	58	56	59	59	54	59
2/02	176	51	58	58	57	59	55	56	58	59	53	58
3/02	173	50	57	58	56	57	55	56	57	59	53	58
4/02	173	48	56	57	55	57	55	56	56	59	52	58
1/03	175	51	59	59	60	60	60	59	59	59	54	59
2/03	171	49	58	57	60	59	59	59	58	59	52	55
3/03	170	49	56	57	60	58	59	59	58	59	49	54
4/03	169	48	55	57	60	57	59	59	58	57	47	53
1/04	179	52	58	58	61	60	61	60	61	61	56	61
2/04	179	52	58	57	61	60	58	60	61	60	54	59
3/04	175	52	56	56	61	60	56	60	60	60	54	59
4/04	174	51	55	56	61	60	54	60	59	60	54	59
1/05	178	51	59	60	61	61	61	61	59	60	57	58
2/05	173	50	57	58	61	60	58	57	59	58	55	57
3/05	170	50	56	55	61	60	57	56	59	57	54	56
4/05	167	49	56	55	61	60	57	56	58	56	53	54
1/06	176	50	60	57	57	61	61	59	57	59	51	58
2/06	171	47	58	55	56	60	59	58	54	56	46	58
3/06	168	46	56	53	56	59	59	57	54	56	42	56
4/06	168	46	56	51	56	59	59	56	54	56	41	56
1/07	179	47	60	60	60	61	60	60	60	58	47	57
2/07	174	47	60	59	59	58	58	59	60	58	45	57
3/07	173	46	58	58	58	57	56	58	59	57	44	55
4/07	170	46	58	56	58	55	55	57	59	55	44	54
1/08	178	47	61	56	60	59	57	59	60	59	48	57
2/08	177	47	60	55	58	59	56	56	56	56	45	56
3/08	174	47	60	53	57	59	53	56	55	55	43	55
4/08	171	47	59	52	57	59	53	56	54	54	43	55
1/09	182	55	62	60	60	60	61	59	61	62	57	62
2/09	180	54	61	58	57	59	59	58	60	59	55	62
3/09	177	53	60	56	56	58	57	58	59	57	51	59
4/09	174	54	60	55	56	58	57	56	59	56	48	59
1/10	182	58	61	62	62	60	62	61	61	61	53	61
2/10	179	56	61	62	59	59	62	61	57	58	53	61
3/10	173	55	60	62	56	58	62	60	56	57	50	60
4/10	173	56	59	62	55	56	61	59	56	57	47	60
1/11	194	59	63	64	64	66	65	66	66	65	55	64
2/11	193	59	64	62	63	65	65	65	65	62	52	61
3/11	190	57	62	60	63	63	64	65	65	62	51	61
4/11	188	57	61	60	63	63	61	65	63	60	48	61
1/12	196	57	66	64	65	66	65	64	65	66	54	64
2/12	195	57	66	62	64	64	65	64	64	64	52	64
3/12	193	57	65	61	63	64	65	64	64	61	50	63
4/12	189	57	65	60	63	64	63	63	64	61	47	62
1/13	196	58	63	64	66	65	65	63	64	62	53	66
2/13	193	58	61	64	66	65	64	62	63	61	51	65
3/13	190	58	60	64	65	63	63	62	62	60	48	65
4/13	189	58	60	62	64	63	62	61	61	60	46	65
1/14	195	58	65	66	66	65	64	65	65	64	51	63
2/14	192	56	65	66	66	65	64	64	64	62	49	60
3/14	190	56	63	64	66	64	64	64	62	61	47	59
4/14	187	54	63	64	66	62	64	64	62	60	47	59

* ohne Kinderärzte. Quelle: Zi-ADT-Panel

Will man Patienten abhängig von ihrer Hausarzt- bzw. Facharztinanspruchnahme oder aufgesuchter Krankenhausambulanz charakterisierend darstellen, bedarf es einer Datenbasis mit kompletten Angaben je Patient. So sind verschiedene Kombinationen denkbar (Abbildung 1).

Abbildung 1: Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhausambulanzen



Da in der Stichprobe des ADT-Panels bedingt durch die Beschränkung auf die Praxen in der Stichprobe nicht gewährleistet ist, dass je Patient alle Behandlungsfälle erfasst sind, wird für diese Fragestellung die Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) ausgewertet. Gegenstand ist die ambulante Inanspruchnahme ohne Belegarztfälle. Für jeden Patienten müssen somit folgende Merkmale und Angaben berechnet werden (Abbildung 2):

Abbildung 2: Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhausambulanzen: Methode der Darstellung

Eingrenzung nach Scheinart (Filter): nicht belegärztlich
Gruppierung nach: <ul style="list-style-type: none">• Patientenidentifikation (Patient-Id NVG)• Jahr (2012/2013/2014)• Praxistyp Krankenhaus/Nicht-Krankenhaus• Versorgungsbereich (hausärztlich/fachärztlich/sonstige)
Patientenmerkmale: <ul style="list-style-type: none">• Alter (Geburtsdatum)• Geschlecht
Umfang der Inanspruchnahme: <ul style="list-style-type: none">• Anzahl Patienten

Untersuchungszeitraum sind die Jahre vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr bis 2014. Für jedes Jahr muss für jeden Patienten sichtbar werden, ob er bestimmte Praxistypen beansprucht hat (Krankenhaus oder sonstige Typen) und welchem Versorgungsbereich seine Inanspruchnahme galt (Haus-/Fachärzten/sonstigen).

Neben Haus-/Fachärzten gibt es also noch „Sonstige“. Unter diesen werden auch Krankenhäuser subsummiert, die im hier gewählten Ansatz als eigene Gruppe getrennt von „Sonstige“ separat geführt werden.

Somit ergibt sich folgende Gruppierung:

- Hausarztpraxen
- Facharztpraxen
- Krankenhausambulanzen
- Sonstige

Unter „Sonstige“ sind die Abrechnungsgebiete „Sonstige Ärzte“, „Fachwissenschaftler“ und „Sonstige Leistungserbringer“ untergeordnet.

Folglich sind insgesamt 15 verschiedene Kombinationen der Inanspruchnahme von Haus-/Fachärzten, „Sonstigen“ und Krankenhausambulanzen denkbar. Eine alleinige Inanspruchnahme von Haus- oder Fachärzten ist möglich, ebenso wie deren Kombination. Ebenso können Patienten die Ambulanz aufsuchen, ohne vorher in einer Praxis gewesen zu sein – oder sie sind vom Haus- zum Facharzt und dann in eine Ambulanz gegangen.

Als Patientenmerkmale sind Alter und Geschlecht zu berücksichtigen. Gruppirt nach diesen Merkmalen wird der Umfang der Inanspruchnahme mit der Zahl der Patienten berechnet.

3. Ergebnisse

3.1 Fallzahlentwicklung seit 2000

Tatsächlich sank die mittlere Fallzahl je Hausarztpraxis mit dem Start der Praxisgebühr zunächst. Ab 2006 indes stiegen die Zahlen erneut, und zwar über das Ausgangsniveau des Untersuchungszeitraums hinaus (Abbildung 3). Dieser Trend verstärkte sich nach der Abschaffung der Praxisgebühr.

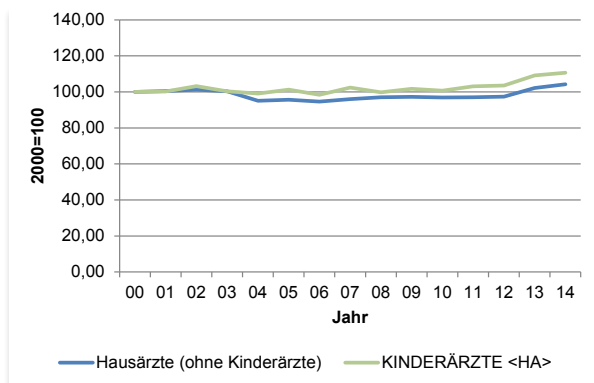
Bei hausärztlichen Kinderärzten stagnierten die mittleren Fallzahlen bis 2006 oder waren rückläufig. Danach stiegen die Zahlen auch hier, verstärkt seit dem Ende der Praxisgebühr und bis auf ein Hoch im Jahr 2014. Wie bei Hausarztpraxen ist bei mehreren Facharztgruppen 2004 ein Jahr rückläufiger Fallzahlen (Abbildung 4). Bei Gynäkologen und Orthopäden beginnt der Rückgang bereits im Jahr 2001. Bei Augenärzten setzt sich der Rückgang nach zwischenzeitlichem Anstieg bis 2014 fort, bei Gynäkologen fällt der weitere Rückgang noch stärker aus.

Bei Orthopäden steigt nach dem Rückgang deren mittlere Fallzahl je Praxis ab 2008 wieder, bei Chirurgen ab 2006. In beiden Fachgruppen liegt die mittlere Fallzahl dabei gegen Ende des Untersuchungszeitraums unter dem Ausgangsniveau.

Auch bei Urologen, HNO-Ärzten, Haut- und Nervenärzten gingen die mittleren Fallzahlen in den Praxen 2004 zurück (Abbildung 5). In den folgenden Jahren drehte sich der Trend, bei Nervenärzten bis 2011, gefolgt von leichtem Rückgang. Bei Urologen stiegen die Zahlen bis 2010, gefolgt von einem Rückgang. Der Anstieg führte bei HNO-Ärzten, Nervenärzten und Urologen über das Ausgangsniveau hinaus. Die mittlere Fallzahl bei Anästhesisten fiel bereits vor Einführung der Praxisgebühr, um danach unter dem Strich weiter zu sinken.

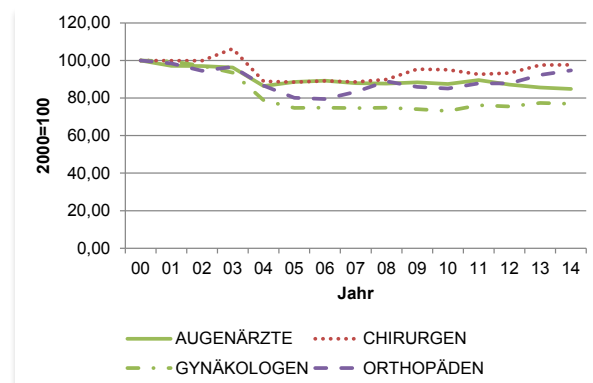
Signifikant wirkte sich die Praxisgebühr bei der Erstinanspruchnahme von Fachärzten aus: Mit ihrer Einführung sank der Anteil an Originalfällen schlagartig; deutlich mehr Menschen als zuvor kamen mit Überweisung statt wie bisher einfach mit ihrer Chipkarte in die Praxis (Abbildung 6). Kaum war die Gebühr abgeschafft, kehrten die Patienten zu alten Gewohnheiten zurück.

Abbildung 3: Mittlere Fallzahl je Praxis ausgewählter hausärztlicher Praxen 2000 bis 2014



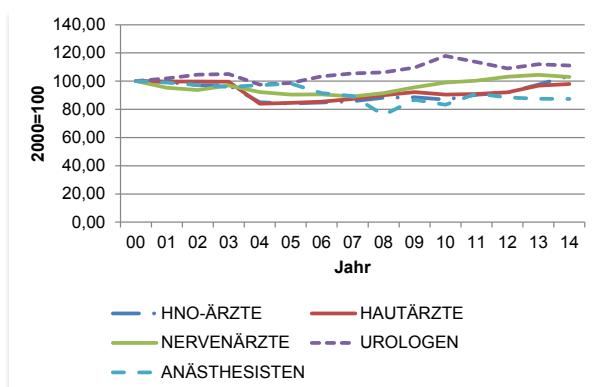
Quelle: Zi-ADT-Panel

Abbildung 4: Mittlere Fallzahl je Praxis ausgewählter fachärztlicher Praxen 2000 bis 2014 in vier Fachgruppen



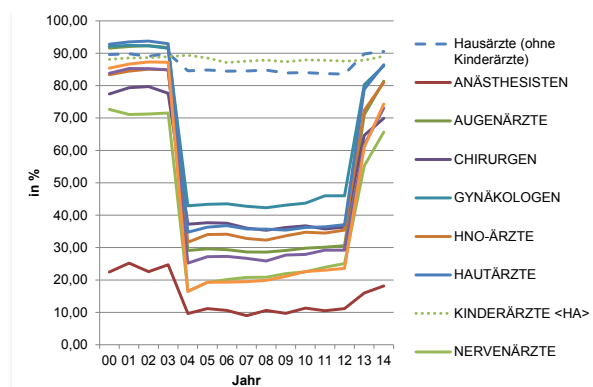
Quelle: Zi-ADT-Panel

Abbildung 5: Mittlere Fallzahl je Praxis ausgewählter fachärztlicher Praxen 2000 bis 2014 in weiteren fünf Fachgruppen



Quelle: Zi-ADT-Panel

Abbildung 6: Anteil Originalfälle in ausgewählten haus-/ fachärztlichen Praxen 2000 bis 2014



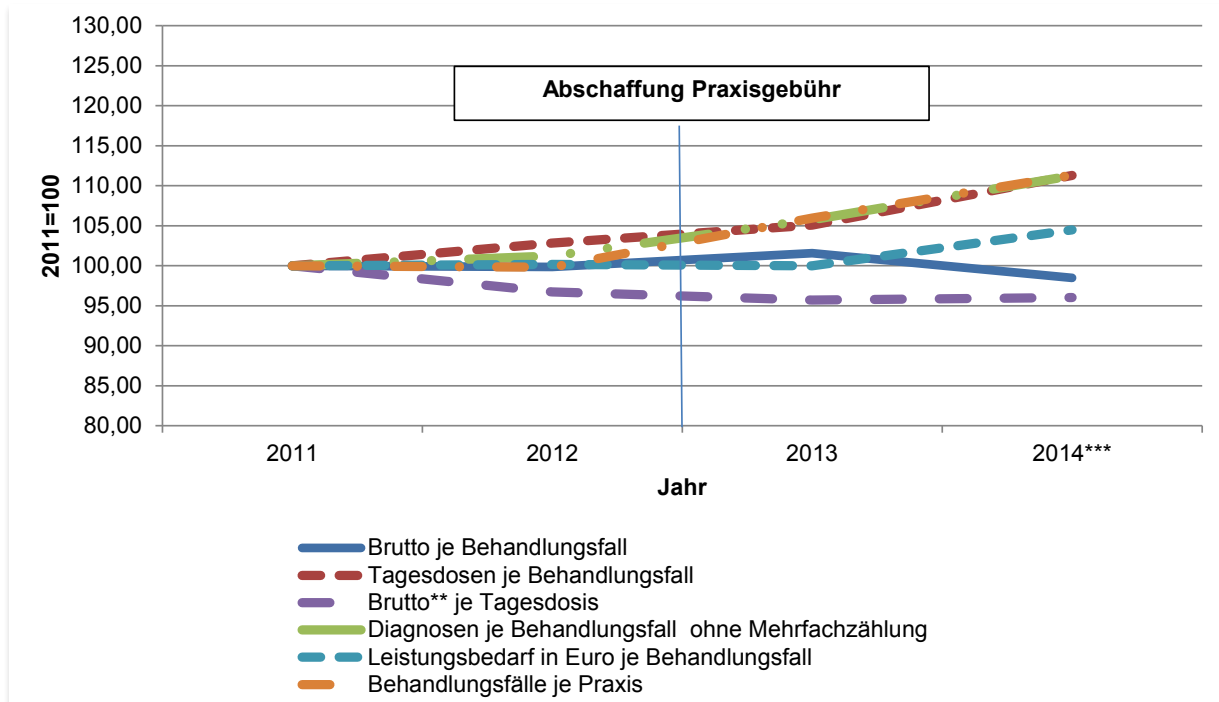
Quelle: Zi-ADT-Panel

3.2 Behandlungsfallzahlen, Arzneiverordnungen, Leistungsbedarf, Diagnosen

Seit 2011 beinhaltet der Teil Nordrhein des ADT-Panel auch Angaben zu Arzneiverordnungen, sodass diese in der Zusammenschau mit Behandlungsfallzahlen, Leistungsbedarf und Diagnosen dargestellt werden können. Nach Abschaffung der Praxisgebühr steigt die mittlere Fallzahl bei Hausärzten, ebenso der mittlere Leistungsbedarf je Fall (Abbildung 7). Der Trend des mittleren Verordnungsbruttos ist hingegen leicht rückläufig. Die mittlere Diagnosehäufigkeit steigt bereits vor Abschaffung der Praxisgebühr.

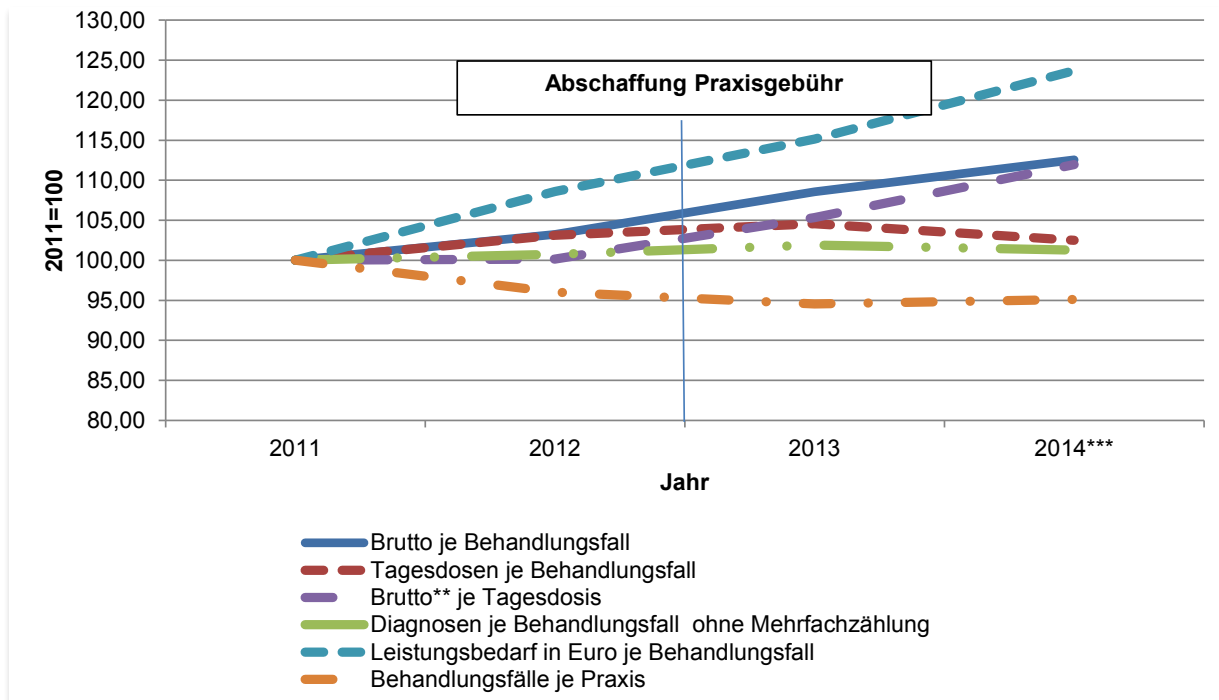
Der fallende Trend mittlerer Fallzahlen bei Augenärzten setzte sich ungeachtet dem Ende der Praxisgebühr fort (Abbildung 8), auch die mittlere Diagnosenhäufigkeit fiel nach der Abschaffung. Steigende Trends zeigen hingegen das mittlere Verordnungsbrutto und der mittlere Leistungsbedarf.

Abbildung 7: Hausärzte (ohne Kinderärzte): mittlerer Verordnungsaufwand, Diagnosenhäufigkeit*, mittlerer Behandlungsaufwand*, Fälle je Praxis



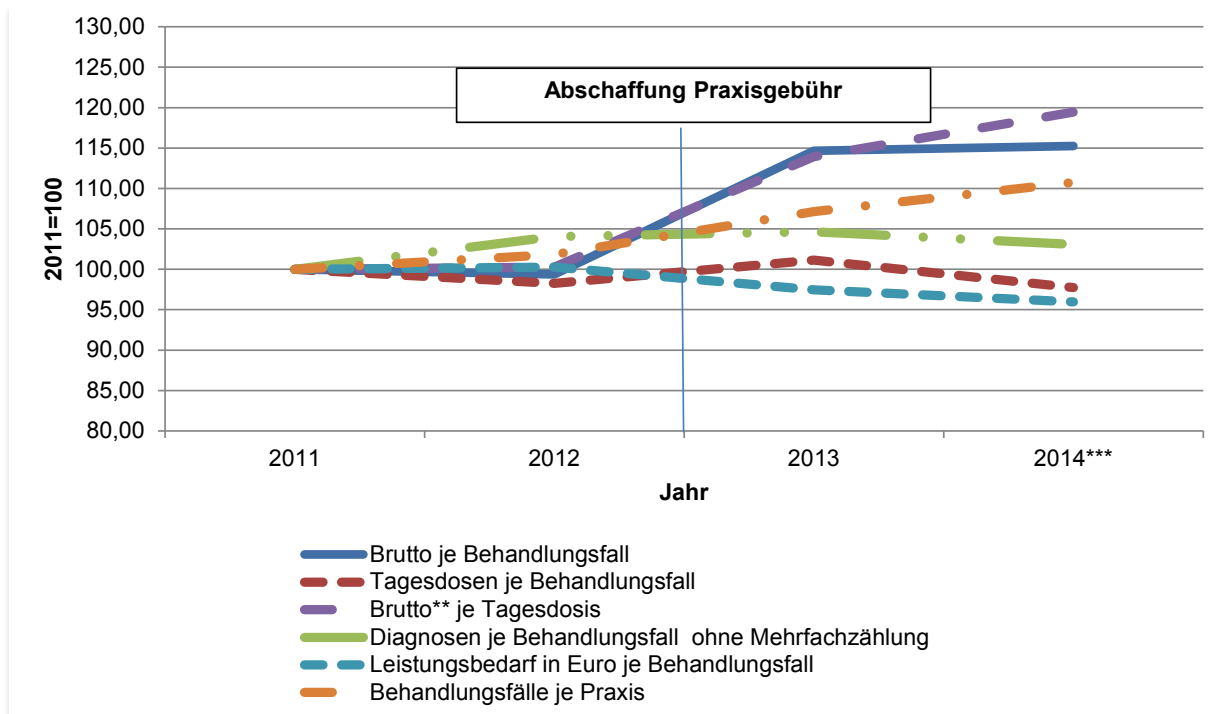
* je Fall , Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM **mit Tagesdosisangabe
 *** Jahresmittel aus Quartalsmittelwerten, 2014 erste 2 Quartale, Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Abbildung 8: Augenärzte: mittlerer Verordnungsaufwand, Diagnosenhäufigkeit*, mittlerer Behandlungsaufwand*, Fälle je Praxis



* je Fall, Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 ** mit Tagesdosisangabe
 *** Jahresmittel aus Quartalsmittelwerten, 2014 erste 2 Quartale, Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Abbildung 9: Kardiologen: mittlerer Verordnungsaufwand, Diagnosenhäufigkeit*, mittlerer Behandlungsaufwand*, Fälle je Praxis

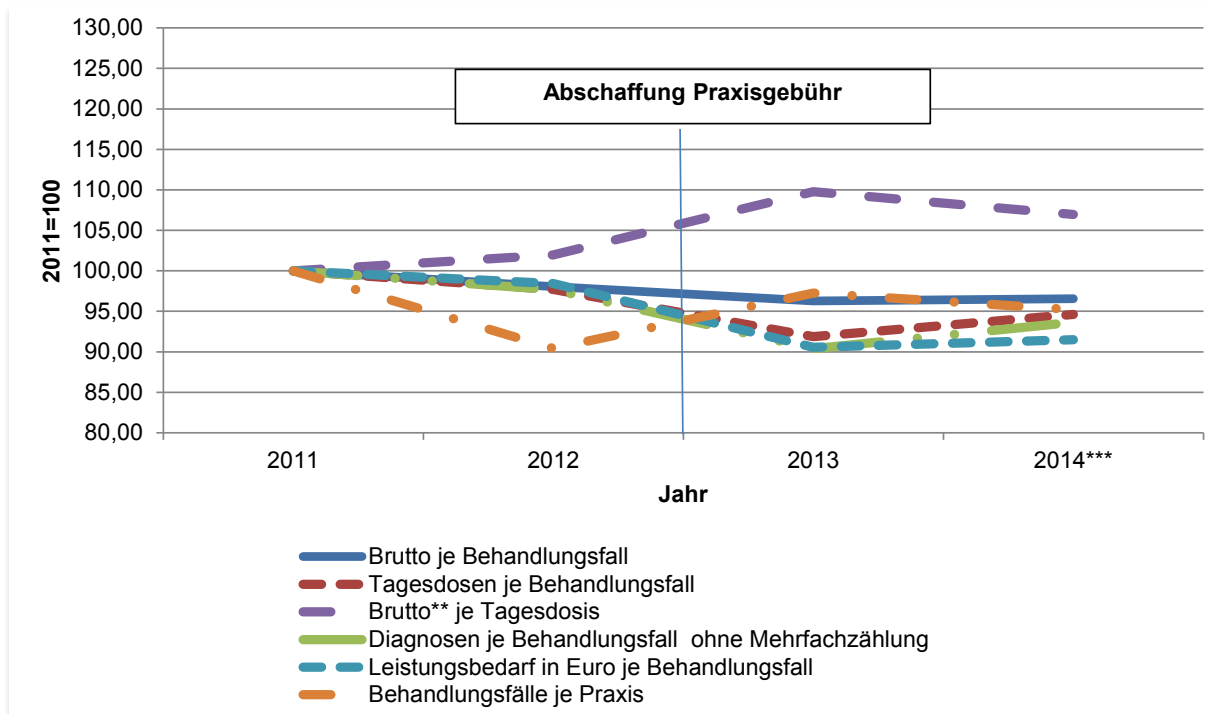


* je Fall, Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM

** mit Tagesdosisangabe

*** Jahresmittel aus Quartalsmittelwerten, 2014 erste 2 Quartale, Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Abbildung 10: Urologen: mittlerer Verordnungsaufwand, Diagnosenhäufigkeit*, mittlerer Behandlungsaufwand*, Fälle je Praxis



* je Fall, Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM

** mit Tagesdosisangabe

*** Jahresmittel aus Quartalsmittelwerten, 2014 erste 2 Quartale, Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

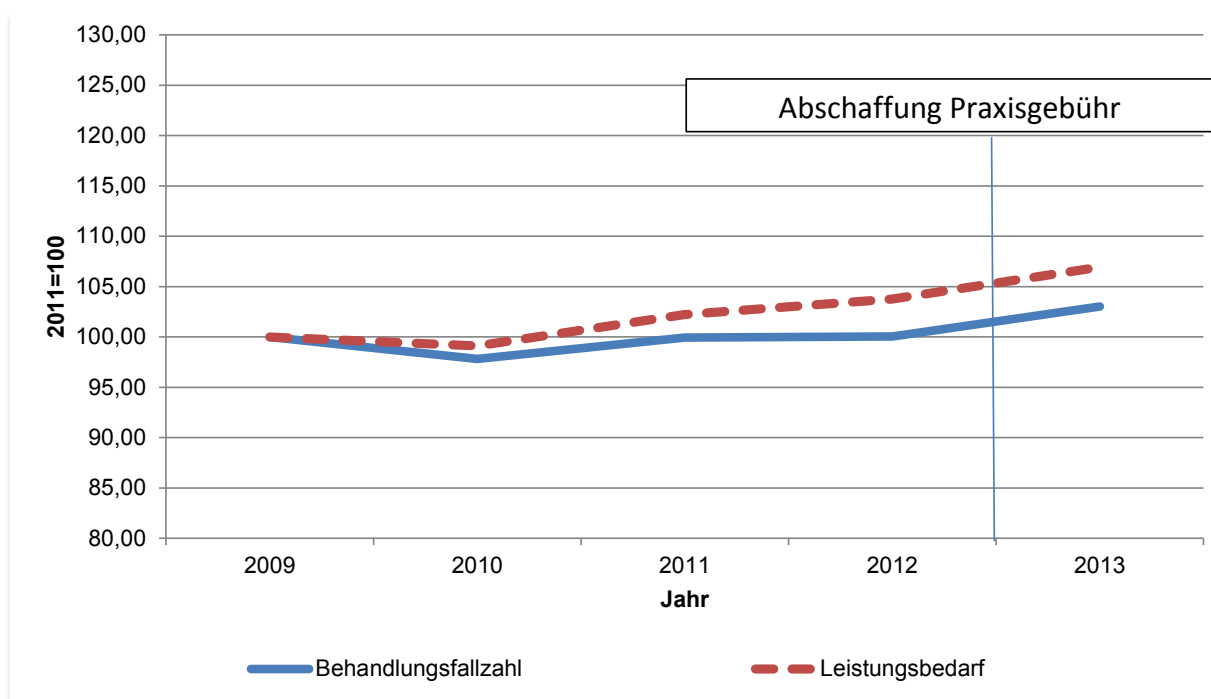
Bei Kardiologen setzte sich nach Abschaffung der Praxisgebühr der Anstieg der mittleren Fallzahl je Praxis sowie der Rückgang des mittleren Leistungsbedarfs fort (Abbildung 9). Das mittlere Verordnungsbrutto stieg, die mittlere Diagnosehäufigkeit fiel nach Abschaffung der Praxisgebühr.

Auch bei Urologen wies der Trend der mittleren Fallzahl nach dem Ende der Praxisgebühr nach oben, später ging sie leicht zurück (Abbildung 10). Der mittlere Leistungsbedarf war zunächst rückläufig, danach steigend, ebenso die mittlere Diagnosehäufigkeit. Das mittlere Verordnungsbrutto sank bereits vor dem Gebührenauss.

3.3 Zum Vergleich: Trend im Bundesgebiet

Für Leistungsbedarf und Fallzahlen lässt sich ein bundesweiter Trend im Mittel aller Fachgruppen ab 2009 darstellen, der ab 2010 steigend verläuft (Abbildung 11). Mit Abschaffung der Praxisgebühr setzt sich dieser Trend fort.

Abbildung 11: Leistungsbedarf und Behandlungsfallzahl in Deutschland



* nach Euro-Gebührenordnung

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Praxen mit zugelassenen Ärzten, eig. Ber.

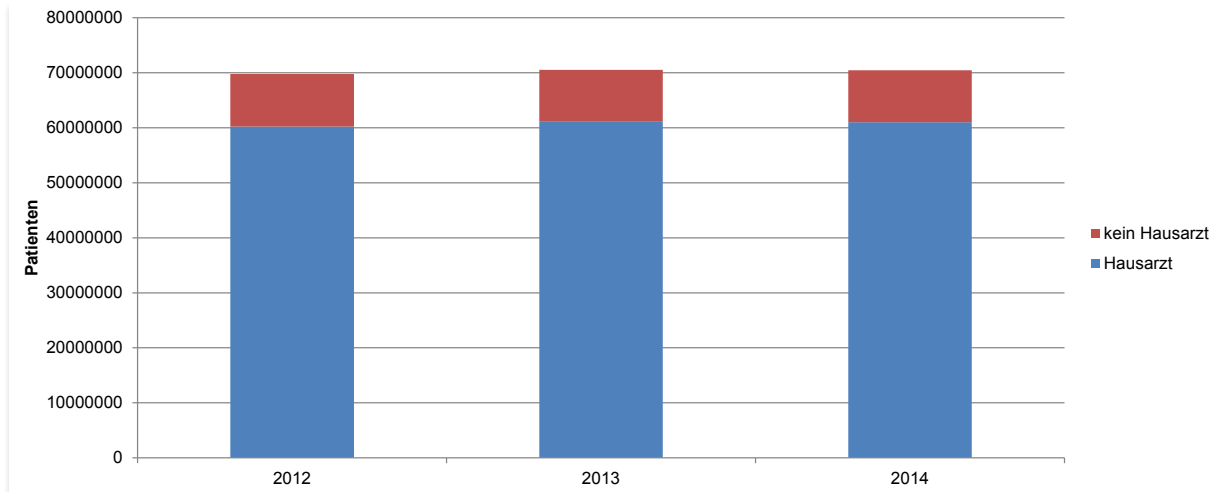
3.4 Trend im Bundesgebiet nach Versorgungsbereichen

Nach Abschaffung der Praxisgebühr stieg die Zahl der Patienten, die ambulante Leistungen in Anspruch nahmen, an (Abbildung 12). Die Zahl dieser Patienten, die dafür einen Hausarzt aufsuchten, stieg überdurchschnittlich stark, um 1,6 % 2013 im Vergleich zu 2012. Gleichzeitig wurden weniger Patienten gezählt, die keinen Hausarzt aufsuchten.

Die Patienten, die ambulante Leistungen in Anspruch nahmen, lassen sich demnach wie folgt gruppieren:

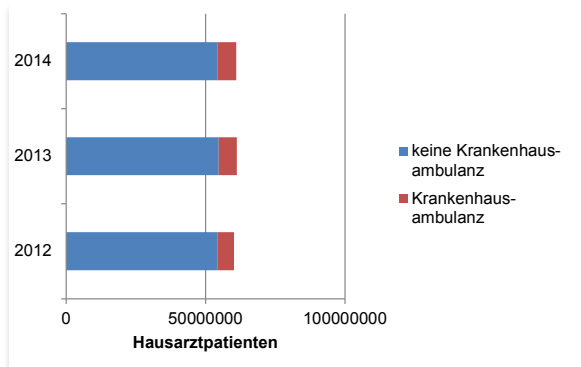
Hausarztpatienten	Hausarzt und evtl. weitere Praxen aufgesucht (inkl. Versorgungsbereich „Sonstige“)
Nichthausarztpatienten	kein Hausarzt, jedoch andere Praxen aufgesucht (inkl. Versorgungsbereich „Sonstige“)

Abbildung 12: Zahl der Patienten, die ambulante Leistungen* beanspruchten



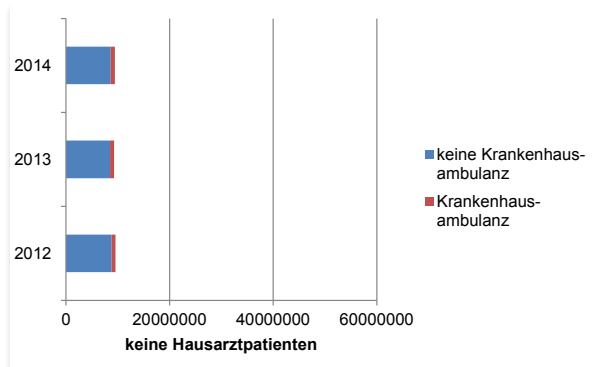
* ohne belegärztliche Leistungen
Quelle: Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

Abbildung 13: Hausarztpatienten, die ambulante Leistungen* in Anspruch nahmen



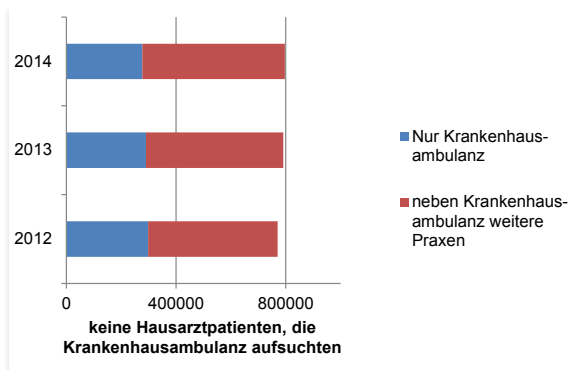
* ohne belegärztliche Leistungen
Quelle: Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

Abbildung 14: Nicht-Hausarztpatienten, die ambulante Leistungen* in Anspruch nahmen



* ohne belegärztliche Leistungen
Quelle: Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

Abbildung 15: Nicht-Hausarztpatienten, die ambulante Leistungen* im Krankenhaus und ggf. weiteren Praxen in Anspruch nahmen



* ohne belegärztliche Leistungen
Quelle: Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

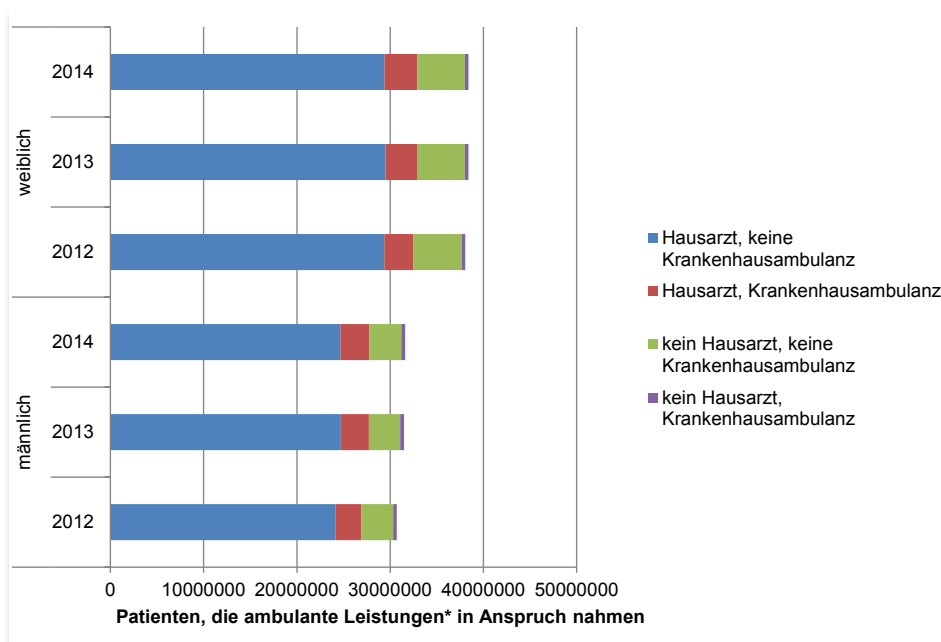
Die Teilgruppe der Hausarztpatienten, die ambulante Leistungen in Anspruch nahmen und neben dem Hausarzt Krankenhausambulanzen aufsuchten, wuchs von 2012 bis 2014 annähernd in gleichem Umfang wie alle Hausarztpatienten (Abbildung 13). Der Anteil dieser Patienten an allen Hausarztpatienten stieg von rund 10 auf rund 11 %. Unter den „Nicht-Hausarztpatienten“, die ambulante Leistungen in Anspruch nahmen, findet sich eine ebenfalls steigende Zahl dieser Patienten, die Krankenhausambulanzen aufsuchten (Abbildung 14). Der Anteil dieser Patienten an allen Nicht-Hausarztpatienten stieg von 8,1 auf 8,4 %.

Diese Nicht-Hausarztpatienten, die Krankenhausambulanzen aufsuchten, suchten überwiegend darüber hinaus weitere Praxen auf (Abbildung 15). Die Zahl dieser Patienten stieg im Untersuchungszeitraum an.

Die steigende Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen durch Hausarztpatienten ist sowohl bei männlichen wie weiblichen Patienten sichtbar (Abbildung 16). Auch bei „Nicht-Hausarztpatienten“ ist die steigende Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen sowohl bei männlichen wie weiblichen Patienten zu beobachten.

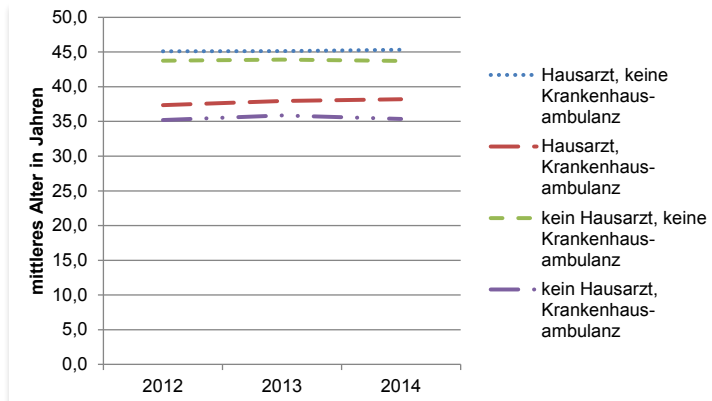
Im Durchschnitt sind solche Patienten deutlich jünger als die, die den Besuch von Ambulanzen vermeiden (Abbildung 17). Bei Hausarztpatienten, die Krankenhausambulanzen aufsuchten, stieg das Durchschnittsalter dabei im Laufe des Untersuchungszeitraums. Unter den Patienten, die nicht zu Krankenhausambulanzen gingen, waren die Hausarztpatienten im Mittel etwa ein Jahr älter als Nicht-Hausarztpatienten.

Abbildung 16: Hausarzt- und Nicht-Hausarztpatienten und Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen



* ohne belegärztliche Leistungen
Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

Abbildung 17: mittleres Alter von Hausarzt- und Nichthausarztpatienten, die ambulante Leistungen* in Anspruch nahmen

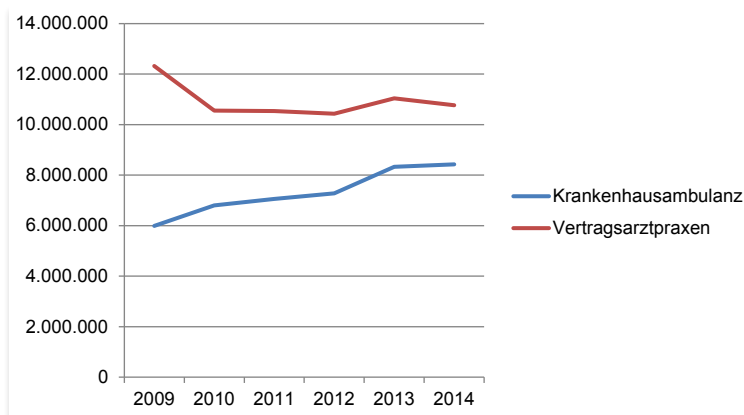


* ohne belegärztliche Leistungen

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

Der Effekt der abgeschafften Praxisgebühr zeigt sich auch in steigenden Notfallbehandlungsfallzahlen (Abbildung 18). Die Zahl dieser Fälle steigt 2013 sowohl in Krankenhausambulanzen als auch in Vertragsarztpraxen deutlich an. Der Trend in Krankenhausambulanzen ist allerdings nicht nur von der Praxisgebühr abhängig, da sich der Anstieg dort 2014 fortsetzt, während in Vertragsarztpraxen Notfallbehandlungsfallzahlen 2014 rückläufig sind.

Abbildung 18: Entwicklung der ambulanten Notfallbehandlungsfallzahlen*



* Fälle mit Gebührenordnungspositionen zu Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eig. Ber.

4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Abschaffung der Praxisgebühr einer von mehreren Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Inanspruchnahme kassenärztlicher Praxen sowie deren Leistungs- und Verordnungsvolumen und Diagnosenhäufigkeit ist. Die Einführung der Praxisgebühr wirkte zunächst abschreckend auf Patienten: In fast allen Fachgruppen gingen die Fallzahlen zurück. Die Erstinanspruchnahme von Fachärzten ging stark zurück.

Die Wirkung war jedoch nicht von Dauer: Noch während der Zeit der Praxisgebühr stiegen die Behandlungsfallzahlen wieder an. Nach ihrem Ende kletterten auch die Erstinanspruchnahmen von Fachärzten in die Höhe – die Hemmschwelle für Patienten, ohne Überweisung zu kommen, war gefallen.

Weniger eindeutig und in Teilen gegensätzlich verlief die Entwicklung hingegen bei mittlerer Fallzahl, mittlerem Verordnungsbrutto sowie mittlerem Leistungsbedarf. Dabei dürfte sich auswirken, dass im hausärztlichen Bereich deutlich mehr Patienten durch die Praxisgebühr belastet waren als bei Fachärzten (wo Patienten mit einer Überweisung Zahlungen vermeiden konnten).

Bundesweit sichtbare Trends zeigen, dass die Abschaffung der Praxisgebühr einher ging mit einer verstärkten Inanspruchnahme von Hausärzten, ebenso wie von Krankenhausambulanzen. Unter den Patienten, die diese aufsuchten, waren diejenigen, die außerdem einen Hausarzt aufsuchten, die größte Gruppe. Patienten von Krankenhausambulanzen unterscheiden sich offenbar systematisch von übrigen Patienten bedingt durch ihr wesentlich geringeres mittleres Alter. Dies weist darauf hin, dass Behandlungsanlässe in Krankenhausambulanzen und übrigen Versorgungsbereichen sich ebenfalls unterscheiden könnten, was zu untersuchen wäre. Notfallbehandlungsfallzahlen zeigen in Krankenhausambulanzen einen steigenden Trend, während deren Zahl in Vertragsarztpraxen nach Abschaffung der Praxisgebühr zunächst anstieg, danach jedoch wieder zurückging.

Die Zusammenhänge auch zu gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen könnten Gegenstand einer weiteren Analyse sein. Zudem empfehlen wir, die hier gebildeten Zeitreihen fortzuschreiben und die Ergebnisse aus der Stichprobe des ADT- Panels an einer umfassenden Datenbasis der Grundgesamtheit zu überprüfen.

5 Literatur

Bertelsmann Stiftung: Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkungen, Pressemeldung Gütersloh, 1.9.2005

Brenner, G, Koch, H, Franke, A, 2005: Steuert die Praxisgebühr in die richtige Richtung? - Analyse des Versorgungsgeschehens nach Einführung der „Praxisgebühr“. Z Allg Med 2005; 81: 377-381

Bundeszentrale für politische Bildung 2014: Acht Jahre Praxisgebühr: Ziele, Auswirkungen und Abschaffung. Die Praxisgebühr und ihre finanziellen Wirkungen, <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72604/arztbesuche-und-praxisgebuehr?p=1>, aufgerufen 6.10.2015

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2013: Praxisgebühr adé: Kein massiver Anstieg der Fallzahlen, <https://blog.kvb.de/vorstand/2013/11/11/praxisgebuehr-ade-kein-massiver-anstieg-der-fallzahlen/>, aufgerufen 6.10.2015

Kerek-Bodden H; Heuer J; Brenner G; Koch H; Lang A: Morbiditäts- und Inanspruchnahmeanalysen mit personenbezogenen Abrechnungsdaten aus Arztpraxen, in: Swart E; Ihle P (Hg.), Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, Bern 2005, S 35-55

Kerek-Bodden, H, Koch, H, Brenner, G, Heuer, J: Auswirkungen der Einführung der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte, Vortrag beim Kongress „Medizin und Gesellschaft“ 17.-21.9.2007, Augsburg

o.V. 2007: Fallzahlen steigen - ist die Bremswirkung der Praxisgebühr zu Ende? Die Zuzahlung beschert Hausärzten mehr Arbeit, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/474929/fallzahlen-steigen-bremswirkung-praxisgebuehr-ende.html, aufgerufen 6.10.2015

o.V. 2013: Wegfall der Praxisgebühr - Fallzahlen steigen, MMW Fortschr.Med. 2013; 155(15)

Zok, K 2005: Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3000 GKV-Versicherten, WIdO-monitor 2005; 2(2):1-7