

Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte
zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und
zum Stellenwert evidenzbasierter Medizin (EbM) im Versorgungsalltag

Forschungsauftrag des IQWiG vom 24.10.2007

Marcus Redaelli
Dusan Simic
Stefan Wilm

Witten, 15.07.09

Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zum Stellenwert evidenzbasierter Medizin (EbM) im Versorgungsalltag

Auftraggeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); Köln

Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Dipl. oec. Marcus Redaelli ¹

Dr. med. Stefan Wilm ¹

Wissenschaftliche Mitarbeit

Dipl.-Kfm. Dusan Simic ¹

¹Private Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

I. Inhaltsverzeichnis

II.	TABELLENVERZEICHNIS	IV
1.	EINLEITUNG	1
2.	HINTERGRUND	2
3.	UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	6
4.	METHODISCHE VORGEHENSWEISE.....	8
4.1.	VORPHASE: PROJEKTRECHERCHE	8
4.2.	PHASE I: QUALITATIVE STUDIE	10
4.2.1.	<i>Selbstreflexion von Auftraggebern und Auftragnehmern</i>	11
4.2.2.	<i>Planung und Strukturierung der Fokusgruppen</i>	11
4.2.3.	<i>Rekrutierung und Teilnehmer</i>	12
4.2.4.	<i>Durchführung der Fokusgruppen</i>	13
4.2.5.	<i>Datenorganisation und Datenanalyse</i>	13
4.3.	PHASE II: QUANTITATIVE STUDIE	14
4.3.1.	<i>Erstellung des Fragebogens</i>	14
4.3.2.	<i>Festlegung der Erhebungsgröße.....</i>	17
4.3.3.	<i>Ziehung der Stichprobe</i>	17
4.3.4.	<i>Durchführung des Surveys.....</i>	19
4.3.5.	<i>Datenorganisation und Datenanalyse</i>	20
5.	ERGEBNISSE	21
5.1.	ERGEBNISSE DER PROJEKTRECHERCHE	21
5.2.	ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN STUDIE.....	22

5.2.1.	<i>Rekrutierung und Teilnehmer</i>	23
5.2.2.	<i>Durchführung der Interviews</i>	24
5.2.3.	<i>Ergebnisse der Inhaltsanalysen</i>	24
5.3.	ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN STUDIE	30
5.3.1.	<i>Ergebnisse der Rückläufe</i>	30
5.3.2.	<i>Datenqualität der Rückläufe</i>	31
5.3.3.	<i>Charakteristik der Responder</i>	32
5.3.4.	<i>Repräsentativität der Responder</i>	32
5.3.5.	<i>Ergebnisse des Surveys</i>	37
6.	DISKUSSION	103
6.1.	METHODISCHE ANSÄTZE	103
6.1.1.	<i>Qualitativer Ansatz</i>	103
6.1.2.	<i>Quantitativer Ansatz</i>	105
6.2.	ERGEBNISSE	106
6.2.1.	<i>Qualitativer Ansatz</i>	106
6.2.2.	<i>Quantitativer Ansatz</i>	107
6.3.	ZUSAMMENFASSUNG: FAZIT AUS DEN ERGEBNISSEN	108
7.	EMPFEHLUNGEN AUS DEN ERGEBNISSEN	111
8.	LITERATUR	113
9.	ANHANG	I
10.	ANHANG BRIEFHÜLLE, ANSCHREIBEN (ALLE DREI WELLEN) UND FRAGEBOGEN..	VIII

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: AUS CODES ENTWICKELTE KATEGORIEN MIT VERDICHTUNG ZU HAUPT-KATEGORIEN	25
ABBILDUNG 2: ALTERSVERTEILUNG DER HAUSÄRZTE BUNDESWEIT [NACH GBE, 2009A]	34
ABBILDUNG 3: ALTERSVERTEILUNG DES RESPONDERKOLLEKTIVS.....	34
ABBILDUNG 4: GESCHLECHTSVERTEILUNG DER HAUSÄRZTE BUNDESWEIT [NACH GBE, 2009B].....	35
ABBILDUNG 5: GESCHLECHTSVERTEILUNG DES RESPONDERKOLLEKTIVS	36

II. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ABDECKUNG DER KV-REGIONEN INNERHALB DER STICHPROBE	19
TABELLE 2: CHARAKTERISTIKA DER FOKUSGRUPPEN	23
TABELLE 3: ERGEBNIS DER RÜCKLÄUFE	31
TABELLE 4: STRUKTURDATEN DER RESPONDER	32
TABELLE 5: TENDENZEN DER AUSSAGEN VON TEILNEHMERN MIT KENNTNISSEN ZUM IQWiG	99
TABELLE 6: TENDENZEN DER AUSSAGEN VON TEILNEHMERN MIT KENNTNISSEN ZUM G-BA	100
TABELLE 7: TENDENZEN DER AUSSAGEN VON TEILNEHMERN MIT KENNTNISSEN ZUR EbM	100
TABELLE 8: TENDENZEN DER AUSSAGEN VON TEILNEHMERN ZUR KENNTNIS DER POLITISCHEN UNABHÄNGIGKEIT	101
TABELLE 9: SUCHSTRATEGIEN IN DER PUBMED DATENBANK	I
TABELLE 10: SUCHSTRATEGIEN IN THE COCHRANE LIBRARY DATENBANK	I
TABELLE 11: SUCHSTRATEGIEN IN DER EMBASE DATENBANK	II
TABELLE 12: ÜBERSICHT ÜBER ANGESCHRIEBENE EXPERTEN UND INSTITUTIONEN	III

In dieser Arbeit wird die nach der Grammatik männliche Form in einem neutralen Sinne verwendet. Auf „-Innen“ oder „innen“ wird verzichtet, um den Text leichter lesbar zu halten. Somit stehen im Folgenden z.B. die Begriffe „Arzt“ bzw. „Ärzte“ stellvertretend für „Arzt/Ärztin“ bzw. „Ärzte/Ärztinnen“. Die Leserinnen werden für diese Vereinfachungen im Text um Verständnis gebeten.

Den schnellen Leserinnen und Lesern seien zur Kenntnisnahme der wichtigsten Ergebnisse der Studie die Abschnitte 6.3. (Zusammenfassung) und 7. (Empfehlungen) empfohlen.

1. Einleitung

Deutsche Hausärzte dienen oft als Forschungskollektiv zur Abbildung der Versorgungslandschaft. Doch ist kaum etwas über Wissen, Vorstellungen und Haltungen der Allgemeinmediziner zu Entscheidern und Steuerungsgremien, wie beispielsweise dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bekannt.

In Deutschland beträgt die Zahl der Allgemeinmediziner, hausärztlich tätigen Internisten sowie der Praktischen Ärzte insgesamt ca. 56.000 [Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009a+b]. Damit stellen die Vertreter der Hausärzteschaft die zahlenmäßig größte Gruppe der im ambulanten Sektor tätigen Ärzte dar, die von den Beschlüssen der Entscheider und Steuerungsgremien betroffen ist.

In den letzten Jahren hat die evidenzbasierte Medizin Einzug in die medizinische Versorgung gehalten. Während vor allem die Spezialisten im Gesundheitswesen in immer stärkerem Ausmaß Gebrauch davon machen, besonders in Form von Leitlinien, betrachten die Generalisten dieses evidenzbasierte Instrument vielfach skeptisch. Zahlreiche Initiativen sind gestartet, Implementierungsstudien aufgelegt worden, um die Verbreitung und Akzeptanz von Leitlinien zu verbessern, allein ein Durchbruch ist noch nicht in Sicht [Ollenschläger et al., 2001; Butzlaff et al., 2006; Juche et al., 2006]. Die wissenschaftlichen Erklärungen dieses Phänomens reichen von Angst vor Veränderungen bis Verlust der Autonomie. Daneben scheint das Misstrauen gegenüber den Entscheidern und Steuerungsgremien, die mit den Leitlinien assoziiert werden, einen maßgeblichen Einfluss zu haben. Deren Bild in der Fachöffentlichkeit wird stark von ihnen selbst mitbestimmt.

Umso wichtiger ist es, ein für Deutschland repräsentatives Bild davon zu bekommen, was die Generalisten vom IQWiG, vom G-BA und von evidenzbasierter Medizin halten, wenn hier Veränderungen erreicht werden sollen.

2. Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GMG), auch häufig GKV-Modernisierungsgesetz abgekürzt, wurde zum 01. Juli 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingeführt. In § 139a SGB V wird das IQWiG als *"...fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen..."* definiert [SGB V, 2008]. Der gleiche Paragraf, Absatz 3, legt auch die Aufgaben des IQWiG fest:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von auch für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Mit § 35b übernimmt das IQWiG noch die Aufgabe, eine Bewertung von Nutzen und Kosten von Arzneimitteln durchzuführen. Die Vorbereitungen für das methodische Vorgehen hierfür befinden sich auf der Zielgeraden.

Alle die hier aufgeführten Aufgaben betreffen mittel- und unmittelbar deutsche Hausärzte in ihrer alltäglichen Praxis. Somit werden hausärztliche Versorger durch Empfehlungen des IQWiG in ihrem Verhalten beeinflusst. Allerdings sind die

Verlautbarungen des IQWiG nur Auftragsarbeiten für den G-BA oder das Bundesministerium für Gesundheit, ohne selbst bindenden Charakter zu haben.

Zeitgleich mit dem IQWiG wurde auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in das deutsche Gesundheitswesen eingeführt. Die gesetzliche Grundlage für den G-BA bildet § 91 SGB V. Der G-BA stellt das höchste Gremium innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen dar. Dieses Gremium besteht aus 13 Mitgliedern: ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder, sowie jeweils fünf Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Leistungserbringer (DKG, KBV, KZBV). An den Sitzungen des G-BA nehmen bis zu fünf Patientenvertreter teil, die Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht, haben.

Dem G-BA kommt die Hauptaufgabe zu, zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderliche Richtlinien zu beschließen *„...über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich Arzneimitteln oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzweckmäßig oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist.“* [SGB V, 2008].

Die Richtlinien des G-BA, die den Charakter untergesetzlicher Normen haben und somit für alle Akteure der GKV bindend sind, beschließen vor allem über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,

6. Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und der nach § 10 versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

Der G-BA vergibt an das IQWiG beispielsweise Aufträge zur Begutachtung von Leistungen im ambulanten Sektor oder zur Bewertung von Nutzen bestimmter Arzneimittel. Das IQWiG untersteht prinzipiell dem G-BA. Allein das Bundesministerium für Gesundheit kann noch Expertisen einfordern. Umgekehrt kann aber das IQWiG Aufträge an externe Fachleute vergeben.

In der Vergangenheit sind IQWiG und G-BA mehrfach von unterschiedlichen Interessensvertretern angegriffen worden. Die vorgetragenen Kritikpunkte sind zahlreich. ‚Mangelnde Transparenz‘, ‚Unkenntnis der Versorgungslage‘, ‚Vetternwirtschaft‘, ‚bloße Kostenreduktion‘, ‚Bürokratievermehrer‘ oder ‚methodische Fanatiker‘ sind nur einige der Vorwürfe. Vor allem ärztliche Standesvertreter haben sich hier hervorgetan.

Das mediale Echo, dessen Inhalt vorwiegend Aussagen von den genannten Standesvertretern sind, ist überwiegend negativ. Wenig ist jedoch bekannt, was die große Gruppe der Leistungserbringer über Entscheidungs- und Steuerungsgremien denkt. Daher hat sich das IQWiG 2007 entschieden überprüfen zu lassen, wie es um

Haltungen, Vorstellungen und Wissen deutscher Hausärzte zum IQWiG und dem G-BA sowie zur Evidenz-basierten Medizin (EbM) bestellt ist.

3. Untersuchungsgegenstand

Am 24.10.2007 hat das IQWiG das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke beauftragt eine Untersuchung mit dem Titel **„Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zum Stellenwert evidenzbasierter Medizin (EbM) im Versorgungsalltag“** durchzuführen.

Der Untersuchungsgegenstand ist mit den nachfolgenden Forschungsfragen belegt worden:

1. Kennen deutsche Hausärzte das IQWiG und den G-BA?
2. Was wissen deutsche Hausärzte über Rolle und Funktion des IQWiG und des G-BA im deutschen Gesundheitswesen?
3. Wie wird die Stellung des IQWiG in Beziehung zum G-BA gesehen?
4. Wie werden Rolle, Funktion und Stellung des IQWiG und des G-BA allgemein beurteilt?
5. Wie werden sie für die eigene Tätigkeit als Hausarzt bewertet?
6. Kennen deutsche Hausärzte die Patienteninformationsseite 'gesundheitsinformationen.de' oder vergleichbare Angebote? Welche Bedeutung haben diese im Versorgungsalltag?
7. Gibt es gewünschte Funktionszuschreibungen an das IQWiG oder an ein ähnliches Institut (wenn das IQWiG nicht bekannt ist)?
8. Welche Themen aus dem hausärztlichen Versorgungsalltag werden als relevant und bearbeitenswert für das IQWiG bzw. ein solches Institut angesehen?
9. Welche Haltungen haben deutsche Hausärzte zur EbM? Welchen Stellenwert hat EbM in ihrem Versorgungsalltag?

Die Antworten zu diesen Fragen sollen Einblick in das Wissen, die Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte gegenüber dem IQWiG, dem G-BA und der evidenzbasierten Medizin geben. In Deutschland ist zu dieser Thematik noch keine Studie in dieser Komplexität durchgeführt worden.

Die Frage nach relevanten und für das IQWiG bearbeitenswerten Themen aus dem hausärztlichen Versorgungsalltag (Forschungsfrage 8) kann aus forschungsmethodischen Gründen in der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden; sie muss in einem gesonderten Ansatz untersucht werden.

Die Ergebnisse des Gesamtprojektes sollen dem IQWiG und dem G-BA Aufschluss über ihren Bekanntheitsgrad in dieser wichtigen Gruppe im Gesundheitswesen geben. Darüber hinaus sollen der Wissenstand der Hausärzte zum IQWiG und zum G-BA, ihre Vorstellungen über reale und gewünschte Rollen und Aufgaben der genannten Einrichtungen im Gesundheitswesen geschildert werden. Außerdem sollen die Bewertung des IQWiG und des G-BA allgemein und bezogen auf den individuellen Versorgungsalltag der Hausärzte sowie ihre Haltungen zur EbM und zu internetbasierten Patienteninformationen aufgezeigt werden.

Daraus können Konsequenzen

- für die öffentliche Selbstdarstellung und Positionierung des IQWiG und des G-BA,
- für die öffentliche Darstellung ihrer Arbeitsergebnisse, Empfehlungen und Beschlüsse sowie
- für die erfolgreiche Kooperation mit einer der Hauptzielgruppen (Hausärzte) gezogen werden.

4. Methodische Vorgehensweise

Um die in Abschnitt 3. erwähnten Ziele erreichen zu können, müssen die Ergebnisse des Projektes einerseits repräsentativ und valide für die untersuchte Population sein, andererseits differenziert genug, um vielschichtige Haltungen darzustellen. Dadurch können angemessene und nachhaltige Konsequenzen gezogen werden. Dies erfordert methodisch ein multimodales, qualitativ-quantitatives (mixed method) Vorgehen [Schnell et al., 2008; Schaeffer und Müller-Mundt, 2003; Sielk et al., 2004].

Das multimodale Vorgehen umfasste eine nationale und internationale Recherche zu Arbeiten dieser oder artverwandten Thematiken. Anschließend wurde der qualitative Anteil mit Fokusgruppen erarbeitet. Deren Inhalte flossen dann in einen Fragebogen ein, dessen Ergebnisse den quantitativen Teil dieser Studie darstellen.

4.1. Vorphase: Projektrecherche

Im Rahmen der Analyse wurden Studien zu Wissen und Haltungen von (Haus)ärzten zu Entscheidern und Steuerungsgremien im Gesundheitswesen nach einem systematischen Verfahren recherchiert und hinsichtlich ihrer Qualität im Sinne der Fragestellung geprüft. Nachfolgend wird der methodische Prozess der Recherche dargestellt.

Schritt 1

Zur Recherche relevanter Studien im Sinne der Fragestellung wurde in Medline nach entsprechenden MeSH-Terms gesucht. Dabei ergaben sich Keywords, die wenig relevante Treffer boten. Deshalb wurden vorliegende Reviews auf Schlagwörter hin untersucht und entsprechende Kombinationen für die Eingabe in die Suchmaske der elektronischen Datenbanken zusammengestellt.

Als relevante Suchbegriffe wurden „physician“ bzw. „general practitioner“ für die Begriffsebene 1 festgelegt. Diese wurden in jeweiliger Kombination mit den

Schlagwörtern „knowledge“, „attitude“, „conceivability“ sowie den Suchbegriffen „commission“, „board“ und „committee“ auf Begriffsebene 2 kombiniert. Die Festlegung der Begriffe in Singular- und/oder Plural-Form wurde nach der im englischen Sprachraum üblichen Form ausgewählt.

Ausschlusskriterien waren eine andere Sprache als Englisch oder Deutsch und Publikationen vor dem Jahr 1990.

Die systematische Recherche wurde in den folgenden elektronischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE,
- The Cochrane Library (inklusive NHS-Datenbanken) und
- EMBASE.

Nach Eingabe von Schlagwörtern durchsuchte diese elektronische Datenbank ihren Bestand auf Übereinstimmungen. Diese wurden als Treffer (Literaturlisten) ausgegeben. Erzielte Treffer wurden nach Ausschluss von Dubletten auf Abstract-Ebene von zwei Untersuchern nach den Zielkriterien der Studie (Befragung von Hausärzten zu Wissen, Vorstellungen und Haltungen über Entscheider bzw. Steuerungsgremien im Gesundheitswesen) untersucht.

Der Recherchezeitraum des ersten Schrittes war 06.05. – 13.05.2008. Die jeweiligen Kombinationen und Datenbanken sind in den Tabellen 9 bis 11 des Anhangs mit der untersuchten Anzahl an Abstracts dargestellt.

Vorwegnehmend sei erwähnt: Mit der dargestellten Suchstrategie konnte keine Studie identifiziert werden, die das vorgegebene Studienziel verfolgte. Alle recherchierten Arbeiten beschrieben Erhebungen von Institutionen / Einrichtungen über Hausärzte. Eine systematische Befragung von Ärzten über Entscheider bzw. Steuerungsgremien im Gesundheitswesen ist bis dato nach unseren Erkenntnissen nicht veröffentlicht worden (siehe Abschnitt 5.1.).

Schritt 2

Im zweiten Schritt erfolgte eine Freitextsuche mittels Google™, Google Scholar™ und Yahoo im Internet. Es wurde nach Untersuchungen gefahndet, die das genannte Studienziel untersucht haben. Auch die Freitextrecherche führte nicht zu einer Identifizierung einer relevanten Studie.

Parallel wurden 36 nationale und internationale Institutionen/Experten im Zeitraum vom 15.05.2008 bis 28.05.2008 angeschrieben (siehe Anhang, Tabelle 12). Das Anschreiben beinhaltete eine kurze Darstellung des Studienziels. Dabei wurden die untersuchten Institutionen nicht explizit genannt, sondern durch die Begriffe Einrichtungen und Steuerungsgremien im Gesundheitswesen bzw. public health coordinating centers anonymisiert. Es wurde nachgefragt, inwiefern bekannt sei, ob Untersuchungen, die unserem Studienziel entsprechen, national oder international durchgeführt worden sind. Die Anschreiben wurden in deutscher oder in englischer Sprache verfasst. Erfolgte keine Antwort, wurde nach einer zweiwöchigen Frist ein Reminder gesendet.

Im Verlauf dieser Untersuchung wurde in Literaturdatenbanken und Internet zweimal nachrecherchiert. Darüber hinaus kamen Anfang 2009 noch Hinweise von Experten.

Die Ergebnisse aller Recherchen sind unter 5.1. beschrieben.

4.2. Phase I: Qualitative Studie

Da über den Untersuchungsgegenstand keine Vorkenntnisse aus vergleichbaren Studien vorlagen (siehe Abschnitt 4.1.) und die Vorannahmen aller Beteiligten (siehe Abschnitt 4.2.1.) nur auf kasuistischen Erfahrungen oder auf Aussagen von Standesvertretern in den Medien (siehe Abschnitt 2.) beruhten, war eine qualitative Studienphase zur Beschreibung des untersuchten, bisher unbekanntes Phänomens erforderlich. Sie sollte das Feld in seiner Breite, Vielfalt und Tiefe beschreiben und die maximal kontrastierenden Vorstellungen und Haltungen der Hausärzte erfassen. Die Fragebogenerstellung für den quantitativen Studienteil lediglich auf die Annahmen der Forschenden über das untersuchte Phänomen aufzubauen hätte

bedeutet, auch nur Aussagen über genau diese Annahmen erfassen zu können. Aspekte der Realität, die nicht in den Annahmen der Forschenden abgebildet waren, wären so für die Studie verloren gegangen.

Die Phase der qualitativen Studie untergliederte sich in die Abschnitte Selbstreflexion, Planung und Strukturierung der Fokusgruppen, Rekrutierung der Fokusgruppen, Durchführung der Interviews mit den Fokusgruppen und Datenorganisation und -analyse.

4.2.1. Selbstreflexion von Auftraggebern und Auftragnehmern

Vorannahmen über den Forschungsgegenstand und die Antworten auf die Grundfragen existierten sowohl beim Auftraggeber (IQWiG) als auch bei den Projektleitern und -mitarbeitern. Sie wurden in einem gemeinsamen Gespräch am 07.12.2007 im IQWiG in Köln thematisiert und zusammen mit professionsbiografischen, themenbezogenen Daten der Mitarbeiter dokumentiert, um ihren möglichen Einfluss auf das Projekt bei der späteren Auswertung transparent zu halten (Positionierung) [Flick, 1995; Sofaer, 2002; Kalitzkus, 2005]. Die Ergebnisse dieses Gespräches, das nach Einverständnis aller Beteiligten aufgezeichnet wurde, sind als Transkript allen Beteiligten per E-Mail zugegangen; es ist wegen seiner vereinbarten Vertraulichkeit nicht Bestandteil dieses Abschlussberichtes.

Bei der Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen sowie bei der Überführung der Fokusgruppeninhalte in die Themen des Fragebogens wurden die Vorannahmen der Mitarbeiter kritisch reflektiert.

4.2.2. Planung und Strukturierung der Fokusgruppen

Bezogen auf das Studienziel und die in der Selbstreflexion identifizierten Themen wurden vorab Bereiche für Fragen festgelegt, die Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zu IQWiG, G-BA und EbM abdecken sollten. Daraus wurde ein Leitfaden mit Triggerfragen für die Durchführung der Interviews mit

Fokusgruppen entwickelt [Boulton et al., 1996; Fitzpatrick und Boulton, 1996; Ayres, 2007a-d; Hasseler, 2007; Vivar et al., 2007].

Als Minimum wurde eine Zahl von fünf Fokusgruppen festgelegt. Sollte sich nach dem Interview der vierten Fokusgruppe ein inhaltlicher Sättigungsgrad von über 80% eingestellt haben, konnte die Notwendigkeit eines weiteren Interviews erörtert werden.

Die Zahl der Teilnehmer pro Gruppe wurde auf mindestens 5 und maximal 15 festgelegt. Alle Teilnehmer mussten als niedergelassener Hausarzt tätig sein. Nach Möglichkeit sollte eine mindestens dreijährige Erfahrung in der Niederlassung bestehen, dies stellte aber bei Nichterfüllung kein Ausschlusskriterium dar. Weitere Einschränkungen waren nicht vorgesehen, da die Fokusgruppen nach den Regeln des „theoretical sampling“ ausgesucht wurden. Damit sollten möglichst viele Dimensionen erwarteter Einflussfaktoren (soziodemografische, berufsbiografische, Setting-Aspekte u.a.) einbezogen werden. Die Teilnahme war freiwillig. Es gab kein Geld oder geldwerte Incentives für die Teilnahme [Flick, 1995; Ahrens et al., 1998; DAE, 2000; Parsons und Greenwood, 2000; Bortz und Döring, 2003; Breitenfelder et al., 2004].

4.2.3. Rekrutierung und Teilnehmer

Für die Fokusgruppen mit Hausärzten wurden Gruppen aus den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Bayern, Hamburg, Hessen, Westfalen und Sachsen angesprochen. Die Auswahl der Gruppen aus diesen Regionen sollte die Vielfalt und die Grundbedingungen der bundesdeutschen Versorgungslandschaft abbilden (Flächenstaat – Stadtstaat; Ost- – West-, Nord- – Süddeutschland; städtische – ländliche Region; ohne/mit Beteiligung an studentischer Ausbildung). Über persönliche Kontakte wurden Qualitätszirkel (2) und Lehrbeauftragtenkreise (3) zur Teilnahme gewonnen.

4.2.4. Durchführung der Fokusgruppen

Die Dauer der Interviews war, je nach Anzahl der Teilnehmer, auf 1,5 – 2,5 Stunden terminiert. Vor dem eigentlichen Beginn des Interviews stellten sich die Teilnehmer mit Alter, Geschlecht und Jahren an Niederlassungserfahrung vor. Die Interviews wurden durch themenbezogene Triggerfragen anmoderiert. Die Moderationen wurden durch die Projektleiter S. Wilm und M. Redaelli geleistet. Die Moderatoren waren zur Vermeidung von Verzerrungen den Teilnehmern vorher nicht persönlich bekannt. Alle Interviews wurden nach Einholung des Einverständnisses aller Beteiligten und Zusicherung der Anonymisierung durch Aufzeichnung auf MD-/MP3-Recorder dokumentiert. Zusätzlich erfolgte eine Protokollierung der Interaktionen der Teilnehmer vor, während und nach dem Interview untereinander sowie der Einstellung zum Moderator [Clarke, 1999; Greenwood und Parson, 2000; Lucasey, 2000; Mansell et al., 2004; Rabiee, 2004; Krueger, 2006; Tong und Cote, 2007; Leung und Savithiri, 2009].

4.2.5. Datenorganisation und Datenanalyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden innerhalb weniger Wochen nach Durchführung von einer erfahrenen Kraft anonymisiert transkribiert und anschließend qualitätskontrolliert. Die Transkription erfolgte verbatim. Die inhaltsanalytischen Auswertungen wurden in einer multidisziplinären Auswertergruppe durch vier unabhängige Auswerter (1x Hausarzt, 1x Arzt und Gesundheitsökonom, 1x Wirtschaftswissenschaftler, 1x Medizinstudent) durchgeführt [Mayring, 1997]. Zur Identifizierung von Codes fand das offene Kodieren nach Glaser und Strauss [1998] Anwendung. Die Transkripte wurden erst einzeln und dann gemeinsam bearbeitet, die Analysen anschließend zusammengeführt und schrittweise verdichtet. Bei unterschiedlichen Ergebnissen blieben verschiedene Lesarten möglich.

Die relevanten Aspekte des Datenschutzes (u.a. Anonymisierung, Schutz der Aufzeichnungen und Datenlisten vor unbefugtem Zugriff) wurden erfüllt.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie sind unter 5.2. beschrieben.

4.3. Phase II: Quantitative Studie

Der nachfolgende Abschnitt beschreibt die Erstellung des Fragebogens, Festlegung der Erhebungsgröße, Stichprobenziehung, Durchführung des Surveys sowie die Datenorganisation und Datenanalyse.

4.3.1. Erstellung des Fragebogens

Entwurfsphase

Die Ergebnisse der Felderschließung in der qualitativen Studienphase wurden verwendet, um einen themenbezogenen Fragebogen mit geschlossenen Fragen zu entwickeln. Die aus den Fokusgruppen erhaltenen Aussagen, die daraus entwickelten Codes und die verdichteten Kategorien und Haupt-Kategorien dienten als Grundlage für die Erstellung. Darüber hinaus orientierte sich die Themenwahl für den Fragebogen an den vereinbarten Forschungsfragen (siehe Abschnitt 3.). Die Fragen zur evidenzbasierten Medizin wurden z.T. aus den Ergebnissen der Fokusgruppen entwickelt, z. T. aus früheren Untersuchungen entnommen [McColl et al., 1998; Meyer et al., 2004; Meyer et al., 2005], um Vergleiche mit anderen Studienkollektiven zu ermöglichen.

Aufgrund der Thematik der Befragung sollte eine Einstellungsmessung mit Bewertung von vorgegebenen Aussagen mittels einer 5-stufigen verbal verankerten, verschieden gepolten Likert-Skala erfolgen. Die Antwortkategorien reichten von „Trifft voll zu“ über „Teils/teils“ bis „Trifft gar nicht zu“. Bei der Formulierung der Fragen wurden die Regeln nach Edwards befolgt [Mummendey, 1995]. Andere Fragetypen schieden aus, weil sie weder valide Ergebnisse erbracht noch differenzierte Aussagen erlaubt hätten [Schnell et al., 2008]. Fragen mit Freitextantwortmöglichkeit erbringen in der schwierigen Befragtengruppe (Ärzte) erfahrungsgemäß überwiegend Nonresponder (meist >80%) und waren damit ebenfalls ungeeignet.

Der erste Entwurf des Fragebogens wurde Mitte 2008 im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse aus der qualitativen Studie dem Auftraggeber in Köln vorgestellt. Im Nachgang wurden zusätzliche Wünsche des Auftraggebers berücksichtigt.

Expertenvorstellung

Im November 2008 und Januar 2009 fanden Methoden-Workshops im Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke zur Theorie und Praxis von Untersuchungen mit Fragebögen statt. Als Experten waren Prof. Udo Kelle, Institut für Soziologie der Universität Marburg, und Dipl.-Soz. Rolf Porst, Leiter des Center for Survey Design & Methodology der Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS), Mannheim, geladen. In diesen Workshops wurden die Studienziele, das Studienkonzept und der Fragebogenentwurf vorgestellt und diskutiert.

An der Entwurfsfassung des Fragebogens wurde die große Anzahl an Themen und Fragen kritisch erörtert. Zudem wurde die Formulierung und Auswahl der Fragen bei einem politisch motivierten Studienziel als problematisch empfunden. Vor allem im Hinblick auf die Zielpopulation wurde von beiden Experten die möglicherweise abschreckende Wirkung des Fragebogens thematisiert.

Nach intensiver Auseinandersetzung mit der Methodik und den Inhalten fiel die Wahl auf eine Dreiteilung der Themen. Diese wurden, in Analogie zu dem Titel des Projektes, mit den Begriffen Meinungen, Wünsche und Kenntnisse versehen. Jeder Themenbereich sollte maximal zehn Fragen umfassen. Aus generellen Erfahrungen mit Ärztebefragungen empfahlen die Experten, dass der Umfang des Fragebogens nicht mehr als vier Seiten betragen sollte. Der Aufbau des Fragebogens sollte gut strukturiert und adressatenspezifisch sein. Der Einsatz von Filterfragen, der ursprünglich angedacht war, wurde klar mit der Begründung einer hohen Fehlerquote abgelehnt. Entsprechend den Themenblöcken wurde auch von den Experten eine Likert-Skala vom Zustimmungskarakter favorisiert.

Der unter Berücksichtigung der Wünsche des Auftraggebers aus dem Meeting in 2008 sowie der Expertenhinweise völlig überarbeitete Entwurf des Fragebogens

wurde den Experten sowie zwei mit der Methodik von Fragebogenuntersuchungen vertrauten Vertretern der Hausärzteschaft zur Überprüfung der Inhaltsvalidität und – konsistenz vorgelegt (face validity) [Rohrman, 1978; Edwards, 1997; Borg, 2000].

Pre-Test-Phase

Als erster Pre-Test des Instruments erfolgte Mitte Februar 2009 die Testung im Feld. Aus den zu diesem Zeitpunkt bereits vorbereiteten Adressdatensätzen (siehe Abschnitt 4.3.3.) wurde die KV-Region Saarland ausgewählt, in der keine Interviews mit Fokusgruppen durchgeführt worden waren. Eine Stichprobe von 97 Hausärzten wurde gezogen; die Fragebögen wurden noch am selben Tag versendet. Drei weitere Briefe waren an Institutsmitarbeiter zur Kontrolle der Zustellungsdauer gerichtet. Die Versendung galt auch als Test für das beauftragte Unternehmen für Massen-Mailings.

Die Versendung durch das Unternehmen erfolgte zuverlässig, zeitgleich und pünktlich. Die Anzahl der Rückläufe betrug 20 Briefe aus der ersten Welle und 10 aus der zweiten Welle. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 31%. Dabei konnte festgestellt werden, dass ca. 45% der antwortenden Hausärzte Kenntnisse zum IQWiG und zum G-BA hatten.

Anhand der Erfahrungen aus dem ersten Pre-Test bezüglich Verständlichkeit der Fragen, Antwortmuster oder Häufungen von Fehlern/Non-Response bei der Beantwortung einzelner Fragen wurde der Fragebogen nochmals leicht modifiziert.

Anfang März 2009 wurde der kognitive Pre-Test mit fünf niedergelassenen Hausärzten (alle Allgemeinmediziner) durchgeführt [Porst, 2000]. Mittels der Think-Aloud-Technik lasen die Teilnehmer die jeweiligen Fragen vor und sagten spontan ihre Gedanken. Dabei wurden noch bei drei Fragen mangelnde Trennschärfen aufgedeckt; diese Fragen wurden verbessert.

Die endgültige Version des Instrumentes findet sich im Anhang.

4.3.2. Festlegung der Erhebungsgröße

Zur Festlegung der Erhebungsgröße war im Studiendesign angenommen worden, dass 25% der Befragten das IQWiG und den G-BA kennen. Es sollten rund 400 Hausärzte zum IQWiG und zum G-BA bundesweit repräsentativ befragt werden. Dabei wurde von einer Beteiligungsquote in Höhe von 65% ausgegangen. Unter den Prämissen des Studiendesigns waren somit 1.600 antwortende Hausärzte und damit 2.400 anzuschreibende Hausärzte notwendig.

Ein direkter Vergleich mit anderen Studien zur gleichen Thematik war mangels vergleichbarer publizierter Forschungsprojekte nicht möglich. Untersuchungen zur EbM konnten jeweils eine Responserate von zwei Drittel der angeschriebenen Hausärzte realisieren [McColl et al., 1998; Meyer et al., 2004].

Im Rahmen des Pre-Tests im Saarland (siehe Abschnitt 4.3.1.) war eine Rücklaufquote von 31% verzeichnet worden. Ungefähr 45% aller Responder konnten kenntnisgestützte Aussagen zum IQWiG und dem G-BA machen. Daher war eine Neuberechnung der Zahl der anzuschreibenden Hausärzte notwendig. Unter den oben dargestellten Prämissen bräuchte man 1.000 antwortende Hausärzte und damit ca. 3.500 anzuschreibende Hausärzte. Dies würde dann jeweils 400-500 Ärzte erbringen, die zum IQWiG bzw. zum G-BA Auskunft geben können, und weitere 400-500 Ärzte, die sich zum Problem einer zentralen, inhaltlich eingreifenden Handlungsvorgabe, zur Vorgabe eines Handlungsrahmens und zu ihrer Haltung zu EbM allgemein äußern können.

4.3.3. Ziehung der Stichprobe

Aus der Grundgesamtheit aller Hausärzte in Deutschland wurden als Erhebungseinheit die Hausärzte in sechs Regionen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bestimmt. Die ausgewählten KV-Regionen sollten über möglichst viele studienrelevante Strukturmerkmale (Flächenstaat – Stadtstaat; großer – kleiner Flächenstaat; Nord-, Süd-, West-, Ost-Deutschland; stark – gering urbanisiert; gute – geringe/keine Institutionalisierung des Faches Allgemeinmedizin an den Landesuniversitäten in Forschung und Lehre; regionale/lokale Nähe – Ferne

zu IQWiG und G-BA) einen repräsentativen Vergleich mit der Grundgesamtheit ermöglichen.

Zur Ziehung der Stichprobe aus der Erhebungseinheit standen die jeweils aktuellsten Adressdatensätze von Hausärzten (Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Praktische Ärzte) der KVen Süd-Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Nordrhein, Sachsen-Anhalt und Saarland zur Verfügung. Die von den KVen gelieferten Adressdaten lagen in unterschiedlichen Formaten und Inhalten vor. Vorab wurden diese angeglichen. Anschließend wurden die Datensätze vor der Ziehung der Stichprobe auf Plausibilität geprüft. Dabei wurden Doppelseintragungen und offensichtlich falsche Adressdaten (z.B. weniger als fünfstellige Postleitzahl) berücksichtigt. Doppelseintragungen wurden eliminiert, falsche Adressdaten nach Möglichkeit korrigiert, ansonsten gelöscht.

Aus dem bereinigten, alphabetisch sortierten, nach KV-Region stratifizierten Datensatz erfolgte abschließend die Stichprobenziehung. Mit der Abstandsmethode wurde jeder fünfte Adressdatensatz gezogen. Dies ergab in der Summe 3.463 Adressdatensätze. Diese sind aus der Gesamtmenge herausgenommen worden. Aus den verbliebenen Adressdatensätzen wurden zur Erreichung der benötigten 3.500 Adressdaten die restlichen 37 Adressen per Zufallszahl gezogen.

Für das Saarland war sichergestellt, dass sich kein für den Pre-Test gezogener Hausarzt (siehe Abschnitt 4.3.1.) in der Stichprobe befand. Aus Tabelle 1 sind die Größe und die Verteilung der Hausarztzahlen der einzelnen KV-Regionen ersichtlich.

Tabelle 1: Abdeckung der KV-Regionen innerhalb der Stichprobe

KV-Region	Zahl der Hausärzte	Ziehung
Nordrhein	6.271	1.267
Hessen	4.517	913
Saarland	540	109
Hamburg	785	159
Sachsen-Anhalt	2.047	414
Süd-Baden-Württemberg	3.157	638
Summe	17.317	3.500
Erhebungsgröße	3.500	
Auswahlsatz	20,2%	

4.3.4. Durchführung des Surveys

Die Befragung erfolgte in drei Wellen. Nach Versendung der ersten Welle erfolgten in Intervallen von jeweils drei Wochen zwei Reminder (2. und 3. Welle). Der Erhebungszeitraum lag zwischen März und Mai 2009. Mit der Versendung wurde ein auf Massen-Mailings spezialisiertes Unternehmen beauftragt. Eine entsprechende Datenschutzregelung war Bestandteil des Vertrages.

Die Hausärzte erhielten in einem weißen DIN A 6 Umschlag mit aufgeklebtem Adressetikett einen vierseitigen Fragebogen (doppelseitig farbig bedruckt, geheftet) (siehe Anhang) zusammen mit einem auf Hausärzte abgestimmten, einseitig bedruckten Anschreiben von einem Hausarztkollegen in Person von Dr. Wilm und einen an das Institut in Witten adressierten, weißen portofreien DIN A 5-Rückumschlag („Porto zahlt Empfänger“). Für Rückfragen waren der Name, die universitäre Telefonnummer und die Mobilnummer sowie die E-Mail-Adresse eines Mitarbeiters des Instituts angegeben. Das Anschreiben der dritten Welle war mit einer gesonderten Gewichtung versehen [Porst, 2000] (siehe Anhang). Die Bedeutung der Teilnahme von Hausärzten an dieser Befragung wurde noch einmal hervorgehoben.

Geld oder geldwerte Incentives für die Beantwortung der Fragen wurden nicht angeboten.

Die Umschläge wurden mit dem Logo des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin versehen. Oberhalb der Adressatenanschrift wurde der Schriftzug der Universität Witten/Herdecke platziert. Damit sollte vermieden werden, dass die für postalische Angelegenheiten zuständigen Medizinischen Fachangestellten in den Praxen diese Briefe der Vernichtung bzw. der Ablage zuführten.

4.3.5. Datenorganisation und Datenanalyse

Die Rückläufe wurden tagesaktuell bearbeitet um mögliche Irrläufer ggf. zurück zu senden. Die Dateneingabe erfolgte durch eine wissenschaftliche Hilfskraft in einer vordefinierten Datenmaske in SPSS Version 15.0. Zur Kontrolle der Dateneingabe wurde eine Stichprobe (jeder dritte Datensatz) gezogen und von einem anderen Mitarbeiter auf die Korrektheit der Dateneingabe geprüft. Systematische Eingabefehler fanden sich dabei nicht. Jede Welle verfügte über ihre eigene Datenmaske, die später für die Gesamtauswertung zusammen geführt wurden. Die Unterscheidung der Wellen war durch eine entsprechende Kodierung der Fragebögen möglich.

Die Datensätze für die jeweiligen Wellen wurden wöchentlich auf Plausibilität geprüft. Als nicht auswertbar wurden einzelne Items mit Doppelangaben (z. B. Stadt und Land; weiblich und männlich) und unplausiblen Altersangaben (< 25 Jahre und > 75 Jahre) gekennzeichnet.

Die relevanten Aspekte des Datenschutzes (u.a. Anonymisierung, Schutz der Original-Fragebögen, der Datensätze und Datenlisten vor unbefugtem Zugriff) wurden erfüllt.

Die Ergebnisse der quantitativen Studie sind unter 5.3. beschrieben.

5. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Projektrecherche, des qualitativen und des quantitativen Ansatzes dargestellt.

5.1. Ergebnisse der Projektrecherche

Die nationale und internationale Literaturrecherche sowie die nationale und internationale Institutionen-/Expertenabfrage erbrachten primär keine Hinweise auf publizierte Studien oder graue Literatur zu unserer Fragestellung. Von den 36 angeschriebenen Institutionen/Experten kamen 17 Rückläufe. Eine Institution sendete eine automatische Antwortmail über den Eingang der Anfrage, jedoch erfolgte keine weitere Reaktion. 4 Einrichtungen verwiesen auf andere zuständige Einrichtungen. Diese wurden dann gezielt angeschrieben. Von 9 Einrichtungen wurde mitgeteilt, dass Studien dieser Art nicht bekannt seien bzw. nicht durchgeführt worden sind.

Im Rahmen der Literatursuche konnten drei Untersuchungen identifiziert werden, deren Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung ähneln. Als erstes sind hier drei Arbeiten zu der National Practitioner Data Bank, einer neu geschaffenen Wissensdatenbank für Ärzte, zu erwähnen [Kolff et al., 1995; Ankney et al., 1995 und Health Resources and Services Administration (HRSA), o. J.]. Alle drei beinhalten eine Befragung von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen zum Wissen über und zum Nutzen der National Practitioner Data Bank (NPDB). Kolff et al. [1995] beschrieben, was 1410 Mitglieder der Pennsylvania Medical Society über das NPDB wissen. Hier zeigte sich eine mäßige Kenntnis der Ärzte über diese Datenbank [Kolff et al., 1995]. Ankney et al. [1995] verglichen das Wissen über die NPDB von 66 Fachärzten in der Klinik, von 19 medizinischen Fakultäten in Pennsylvania und Maryland sowie von den 1410 Mitgliedern der Pennsylvania Medical Society. Der Inhalt des dritten Artikels von der Health Resources and Services Administration (HRSA) [o.J.] bezieht sich auf die Erfahrung von medizinischen Leistungsanbietern mit der NPDB. Dabei wurden über 1000 Anfragen ausgewertet.

Eine durch Hinweis eines Experten recherchierte Studie der LifeScience Consulting Group zum Thema „Ärztenschaft im Spannungsfeld von Markt, Politik und Pharmaindustrie“ beinhaltete u. a. zwei Fragen zu IQWiG und G-BA. Mit einer Frage wurden die Aufgaben des G-BA bewertet, mit einer anderen die Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das IQWiG [LCG, 2009]. Die Studie ist methodisch unzureichend und wenig repräsentativ; sie basiert auf einer Internet-basierten Befragung unter 45.617 Teilnehmern mit einer Beteiligungsquote von 1,28%. Sie kommt bezüglich des IQWiG zu dem Ergebnis, dass die antwortenden Ärzte die Kosten-Nutzen-Bewertungen skeptisch beurteilen. Dies wird vor allem dadurch deutlich, dass den Bewertungen des IQWiG jedweder Bezug zum „State-of-the-Art“ abgesprochen wird. Der G-BA wird in der Umfrage ebenfalls skeptisch beurteilt. Es werden z. B. keine nennenswerten Verbesserungen ärztlicher Leistungen und Weiterentwicklungen von Präventionsleistungen durch die Richtlinien des G-BA angemahnt.

Ebenso auf Expertenhinweis wurde eine in dänischer Sprache verfasste Studie identifiziert, die die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Leistungen des staatlichen Instituts Rationale Arzneimittelversorgung, Kopenhagen, unter dänischen Hausärzten untersuchte [Gudex et al., 2009]. Insgesamt liegt dort die Skepsis der befragten Ärzte gegenüber der Behörde niedriger als die der Befragten in der vorliegenden Studie. Diese vermutlich kulturell bedingte Tatsache verhindert aber nicht die nur mäßige Akzeptanz in der Annahme von Leistungen dieser Einrichtung [Hoffmann et al., 2007].

Es scheint, dass national wie international mit der vorliegenden Studie erstmalig in dieser Form und in diesem Umfang eine Befragung von Hausärzten zu Entscheidern und Steuerungsgremien im Gesundheitswesen durchgeführt wurde.

5.2. Ergebnisse der qualitativen Studie

Die Ergebnisse der qualitativen Studie werden in der Reihenfolge Rekrutierung und Teilnehmer, Durchführung der Interviews und Ergebnisse der Inhaltsanalysen dargestellt.

5.2.1. Rekrutierung und Teilnehmer

Es wurden 5 Fokusgruppen mit insgesamt 53 Hausärzten aus den Regionen Bayern (Kirchberg im Wald), Hessen (Marburg), Sachsen (Dresden), Stadtstaat Hamburg und Westfalen-Lippe (Witten) durchgeführt. In Tabelle 2 sind die Charakteristika der Fokusgruppen dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der Fokusgruppen

	Anzahl Teilnehmer	Geschlecht (w/m)	Universitätsanschlus s
Bayern (Kirchberg im Wald)	22	8/14	Nein
Hessen (Marburg)	7	1/6	Ja
Sachsen (Dresden)	10	9/1	Teilweise
Stadtstaat Hamburg	8	4/4	Teilweise
Westfalen-Lippe (Witten)	6	4/2	Ja
Gesamt	53	26/27	

Die Anzahl der Teilnehmer bei den jeweiligen Fokusgruppen betrug minimal 6 bis maximal 22. Die Fokusgruppen waren so gewählt worden, dass ein möglichst breites Spektrum der in Deutschland praktizierenden Hausärzte vertreten war. Die jüngsten Teilnehmer waren 30 bzw. 36 Jahre (w/m), die ältesten 63 bzw. 61 Jahre (w/m). Das Durchschnittsalter betrug 57,4 Jahre. Männer und Frauen waren je etwa hälftig vertreten. Die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug ca. 23 Jahre (Minimum 1 Jahr / Maximum 32 Jahre, Median 21 Jahre). Etwa die Hälfte der Teilnehmer hat als Lehrärzte in der studentischen Ausbildung gelegentlichen oder regelmäßigen Kontakt zu universitären Einrichtungen oder nimmt an Qualitätszirkeln bzw. Fortbildungsveranstaltungen der Universitätseinrichtungen teil. Die andere Hälfte hat seit dem Studium überhaupt keinen Kontakt mehr mit universitären Einrichtungen gehabt.

5.2.2. Durchführung der Interviews

Die Dauer der Interviews betrug 1 – 2,5 Stunden. Die Interviews verliefen bei drei Gruppen in freundlicher und erwartungsvoller Atmosphäre. Eine Gruppe war anfangs sehr zurückhaltend, und erst im Verlauf der Diskussion ließ die Zurückhaltung nach. Eine andere Gruppe war durch eine durchweg negative Grundhaltung gegenüber dem Gesundheitswesen im Allgemeinen und gegenüber Entscheidern im Besonderen gekennzeichnet.

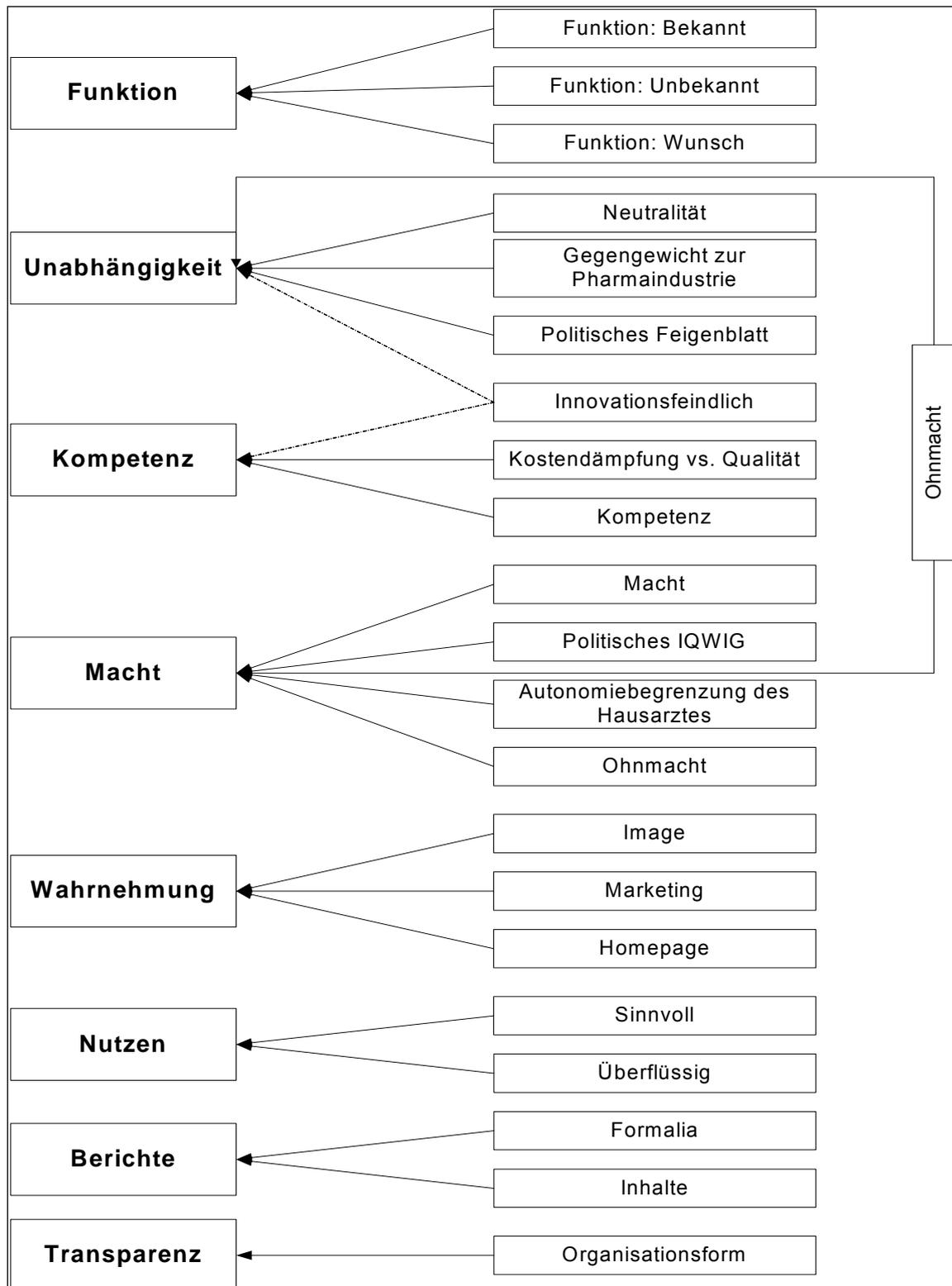
Insgesamt waren die Diskussionen offen und angeregt. Alle Teilnehmer konnten – in unterschiedlichem Umfang – in die Diskussion eingebunden werden. Aussagen über IQWiG und G-BA waren sowohl negativer als auch positiver Natur. Der Kenntnisstand schien bei den Lehrärzten höher zu sein. Nach Vorstellungen oder Haltungen befragt, gaben aber auch jene Statements ab, die vorher Kenntnisse über die genannten Einrichtungen verneint hatten. Bei dieser Gruppe waren die stärksten Emotionen feststellbar.

5.2.3. Ergebnisse der Inhaltsanalysen

Die im methodischen Teil beschriebene Vorgehensweise führte letztendlich zu 8 Haupt-Kategorien. Sie entstammen der Verdichtung der identifizierten Codes aus den Transkripten. Die gefundenen Themen sollen das bislang nicht erforschte Feld von Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte in seiner Breite, Vielfalt und Tiefe beschreiben. Hier sind also – im Gegensatz zum quantitativen Ergebnisteil (siehe Abschnitt 5.3.) – keine repräsentativen Verteilungen dargestellt, sondern ein möglichst umfassendes Spektrum von Phänomenen.

In der nachfolgenden Abbildung 1 sind diese Haupt-Kategorien mit der Verdichtung aus Kategorien dargestellt:

Abbildung 1: Aus Codes entwickelte Kategorien mit Verdichtung zu Haupt-Kategorien



Exemplarisch sollen hier einige Aussagen zu den Haupt-Kategorien aufgeführt werden, die aus der Verdichtung der Codes über Kategorien entstanden sind.

Die Kenntnisse über die Funktion des IQWiG und des G-BA sind sehr heterogen. Die Breite reicht von detailliertem Wissen bis zu vollkommener Unkenntnis. Hier weisen die Lehrärzte in der Regel einen höheren Kenntnisstand auf. Aussagen wie

„Also ich weiß nicht, was IQWiG irgendwas zu tun hat mit der Bewertung von Arzneimitteltherapie?“

oder

„Darüber weiß ich wenig bis nichts.“

oder

„Das IQWiG ist eine öffentliche Einrichtung, die im Auftrag des BMGS Bewertungen von medizinischen Leistungen vornimmt, damit diese dann von Krankenkassen übernommen werden.“

bilden das Spektrum der Aussagen ab. Der G-BA ist tendenziell im Vergleich zum IQWiG bei den Interviewten noch weniger bis gar nicht bekannt. Lediglich einigen Lehrärzten ist er ein Begriff. Über seine Funktion bzw. seine Bedeutung ist der Kenntnisstand noch geringer.

Zu Wünschen befragt, sagen die Teilnehmer der Fokusgruppen u. a. folgendes:

„Und wäre da nicht so ein Ausschuss doch hilfreich? Der da...da so eine Gegenposition vertreten kann.“

oder

„Es muss sich in die Politik einmischen. Besser noch, es soll Politik machen.“

Die Unabhängigkeit des IQWiG wurde in allen Fokusgruppen angezweifelt. Zum Ausdruck kommen diese Zweifel durch Aussagen wie

„Wessen Brot man isst, dessen Lied man singt. Hier sehe ich keine Neutralität.“

oder

„Das ist eben was, das krieg ich aber nicht von der Bundesregierung, über ihre überstaatlichen Institute, sondern denn wenn überhaupt, dann nur von meiner Universität.“

Die Wahrnehmung des IQWiG und des G-BA fiel unterschiedlich aus. Während zum IQWiG sowohl negative als auch positive Aussagen getätigt wurden, waren die Bewertungen des G-BA durchweg negativ. Exemplarisch für den G-BA sind:

„Das sind doch alles Verbrecher. Die entscheiden über Therapien, von denen sie keine Ahnung haben.“

oder

„Der reinste Klüngel.“

oder

„Wir Hausärzte machen Medizin daraus, und das brauchen die jetzt nicht mehr.“

oder

„Ja, aber die Ministerin kann jederzeit die Entscheidungen des G-BA kippen.“

oder

„Patienten werden gezwungen, mehr nicht Arzt-Patienten-Verhältnis in Eigenmedikation sich zu behandeln, weil sonst müssen sie da fünf Euro fürs Rezept bezahlen, zehn Euro Praxisgebühr, und stehen eigentlich mit einer eitrigen Nebenhöhlenentzündung beim Apotheker, und wissen, das mach ich dann nicht auch noch, da sag ich, hier, nimm die 15 Euro lieber und kauf mir was Pflanzliches. Und dann haben die nämlich gar keinen Arzt-Patienten-Kontakt mehr.“

Die Wahrnehmung des IQWiG ist:

„IQWiG finde ich sehr gut.“

oder

„Meiner Meinung nach die erste neutrale Institution.“

oder

„... der man keine Industrieinteressen nachsagen kann.“

aber auch

„...als das jetzt irgendwas Positives für mich dabei raus gekommen wäre.“

oder

„Für mich als Hausärztin aber empfinde ich jede weitere Einrichtung nur als Gängelungsorgan für uns Allgemeinmediziner.“

oder

„... für viele ist nicht klar wie das Institut arbeitet.“

Der hier letzt genannte Aspekt reißt ein sehr stark polarisierendes Thema auf: Transparenz. Hier gehen die Meinungen auseinander, tendenziell wird dem IQWiG mangelnde Transparenz vorgeworfen:

„Ich weiß auch nicht, was jetzt mit den Antidementiva, was da auch alles gelaufen ist, wie diese Beschlüsse zustande gekommen sind?“

oder

„Ich habe mir übrigens mal den Komplettbericht zu Insulinanaloga durchgelesen. Ich fand ihn zwar sehr strukturiert und aufwendig gemacht, aber das was Transparenz schaffen soll hat mich eher irritiert.“

oder

„Allerdings ist sie für außen Stehende wenig transparent.“

Das identifizierte Thema Macht wird in unterschiedlichen Nuancen wahrgenommen und beschrieben.

Beim IQWiG wird Macht eher als abstrakt wahrgenommen:

„...man hat das Gefühl der Willkür.“

oder

„Und da sitzen wahrscheinlich hoch bezahlte Wissenschaftler die über unser Ach und Weh bestimmen.“

Der G-BA wird auf der einen Seite als sehr mächtig wahrgenommen, auf der anderen Seite aber auch nicht.

„Und mit ihren Entscheidungen bestimmen die doch dann über Leben und Tod.“

oder

„Die entscheiden über Therapien von denen sie keine Ahnung haben.“

bzw.

„...ja, aber die Ministerin kann jederzeit die Entscheidungen des G-BA kippen.“

Weitere Ergebnisse aus dem qualitativen Teil der Studie wurden bereits bei der Präsentation des Zwischenberichts am 15.10.2008 im IQWiG in Köln dargestellt [Redaelli et al., 2008].

Einige quantifizierende Aspekte der Datenauswertung aus dem qualitativen Studienteil werden in Abschnitt 6.2.1. diskutiert.

Die in Abb. 1 und in diesem Abschnitt skizzierten Themen wurden zur Erstellung des Fragebogens für den quantitativen Teil der Studie herangezogen.

5.3. Ergebnisse der quantitativen Studie

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Rücklaufs aller drei Wellen beschrieben, die Ergebnisse des Surveys geschildert sowie eine Trendanalyse aus den drei Befragungswellen und Korrelationsanalysen der Einzelfragen dargestellt.

5.3.1. Ergebnisse der Rückläufe

In der ersten Welle wurden 3.500 Briefe versendet; zusätzlich erfolgte der Versand von drei Briefen an Mitarbeiter des Institutes zur Kontrolle möglicher Differenzen in der Zustellungsdauer. Für die folgenden beiden Wellen wurden als verzogen oder unbekannt gemeldete Ärzte, Vertreter anderer Fachgruppen als Hausärzte und diejenigen Ärzte, die telefonisch ihre Nicht-Teilnahme begründet hatten, nicht erneut angeschrieben (siehe Tabelle 3).

Von der ersten Welle kamen 76 Briefe als unzustellbar zurück. Vier Ärzte meldeten auf dem Fragebogen zurück, dass sie nicht zur Zielpopulation gehören (2x Pädiater, 2x nicht hausärztlich tätige Internisten). Des Weiteren erfolgten sieben Anrufe von Hausärzten in der ersten Welle, denen weder das IQWiG noch der G-BA bekannt seien und die sich außer Stande sahen an der Umfrage teilzunehmen. In der zweiten Welle kamen zwei und in der dritten Welle zwei Anrufe gleicher Art. Daraus ergibt sich eine bereinigte Stichprobe in Höhe von $n = 3.409$.

Insgesamt wurden aus der bereinigten Stichprobe 1.055 Briefe zurückgesandt. Unter den Rücksendungen waren 17 Irrläufer, in denen sich andere Inhalte als der Fragebogen befanden (Arztbriefe etc.). Die erste Welle beinhaltete zehn, die zweite Welle vier und die dritte Welle drei Irrläufer. Eine Bereinigung der Rückläufe ergibt valide Rückläufe für die erste Welle in Höhe von 603, für die zweite Welle 270 und für die dritte 165. Damit beträgt die Anzahl gültiger Rücksendungen $n = 1.038$. Dies führt zu einer Netto-Rücklaufquote in Höhe von 30,5%.

In Tabelle 3 sind die Rücklaufergebnisse aufgeführt.

Tabelle 3: Ergebnis der Rückläufe

Einheit	Anzahl
Anzahl angeschriebener Hausärzte	3.500
Als unzustellbar zurückgesendet	76
Anrufe von Hausärzten, die an der Studie nicht teilnehmen können aufgrund mangelnder Kenntnisse über IQWiG und G-BA	11
Rückläufe von anderen Arztgruppen	4
Bereinigte Stichprobe	3.409
Anzahl Rücksendungen aus der bereinigten Stichprobe in allen drei Wellen	1.055
Irrläufer	17
Bereinigte Rückläufe	1.038
Netto Rücklaufquote	30,5%

5.3.2. Datenqualität der Rückläufe

Von den 1.038 gültigen Fragebögen wurden insgesamt 841 komplett ausgefüllt. Somit weisen 197 Fragebögen Lücken auf. Als besonders anfällig für Nonresponder zeigten sich einzelne Kenntnisfragen. So hatte die Frage „Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig“ 108 Nonresponder. Hierbei wurde häufig die Kenntnis in Form von Fragezeichen oder eines kurzen Kommentars verneint. Auch die Frage „Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden“ wies mit 80 Nonrespondern überdurchschnittlich hohe Werte auf. Als Antwort waren auch hier häufig Kommentare zur Unkenntnis notiert worden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass bei den Kenntnisfragen die Nonresponderrate höher als bei den Abschnitten Meinungen und Wünsche lag. Die niedrigste Rate an Nonrespondern war eindeutig im Bereich des EbM-Fragenblocks zu verzeichnen.

5.3.3. Charakteristik der Responder

Das durchschnittliche Alter der Responder beträgt 51,6 Jahre (w: 49,9 Jahre; m: 52,3 Jahre). Es nahmen 27,7% Frauen und 71,3% Männer teil.

Ihre Praxislage beschrieben 47,6% der teilnehmenden Hausärzte als ländlich, 52,4% als städtisch.

Von einer annähernd vollständigen Identität des einzelnen Responders mit der angeschriebenen Person (Responderidentität) kann bei der Thematik und aus Erfahrungen anderer Studien in diesem Kollektiv ausgegangen werden.

In Tabelle 4 sind die Strukturdaten der Responder aufgeführt.

Tabelle 4: Strukturdaten der Responder

Item		Anzahl	Valide/Fehlend
Nennung: Geschlecht	Weiblich	288	1.028/10
	Männlich	740	
Nennung: Alter (Mittelwert: 51,6) (Median: 52)	< 35 Jahre	6	1.020/18
	35-39 Jahre	56	
	40-49 Jahre	343	
	50-59 Jahre	444	
	> 59 Jahre	171	
Nennung: Praxislage	Städtisch geprägt	538	1.027/11
	Ländlich geprägt	429	

5.3.4. Repräsentativität der Responder

Zur Abschätzung der Repräsentativität der Responder für die Grundgesamtheit der Hausärzte in Deutschland bezüglich soziodemografischer Daten wurden die Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahr 2008 (nach GBE 2009 a und b) herangezogen. In den Abbildungen 2 - 5 sind die Verteilungen aus den amtlichen Daten jeweils den Angaben der Responder gegenüber gestellt.

Aus den Abbildungen 2 und 3 können die Altersverteilung der Hausärzte in Deutschland und innerhalb dieser Untersuchung abgelesen werden. Die Gruppe der

über 60jährigen ist unter den Respondern gering unterrepräsentiert, während die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Lebensjahren etwas überrepräsentiert ist. Die anderen drei Altersklassen sind gleichwertig vertreten.

Abbildung 2: Altersverteilung der Hausärzte bundesweit [nach GBE, 2009a]

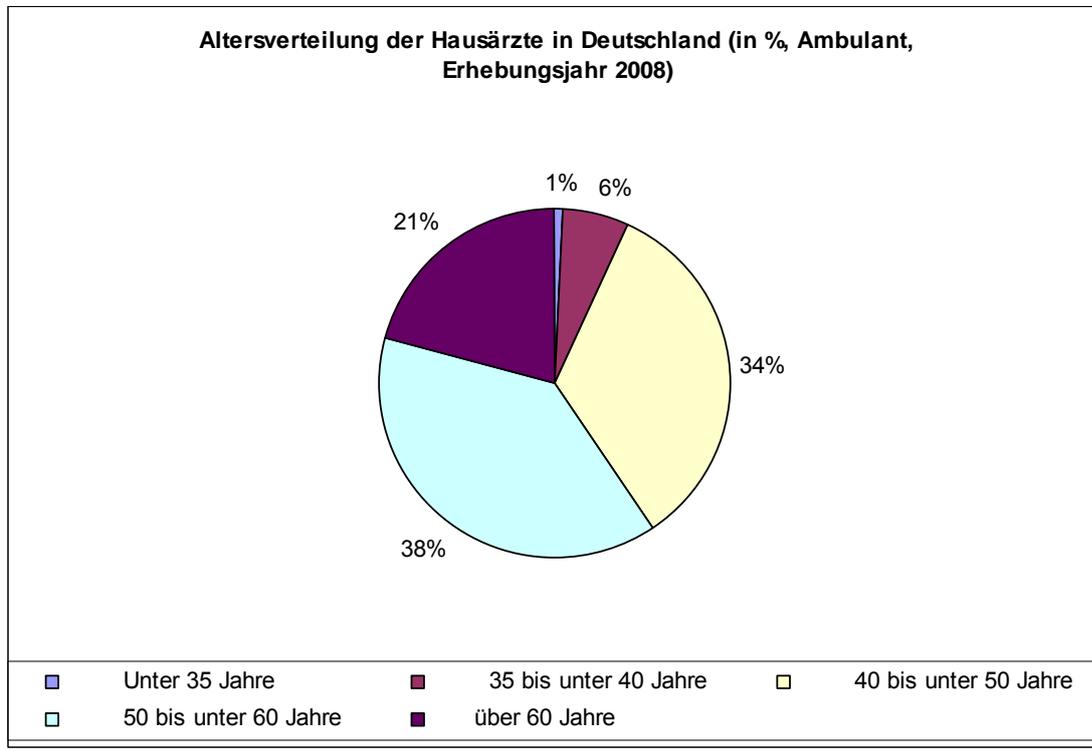
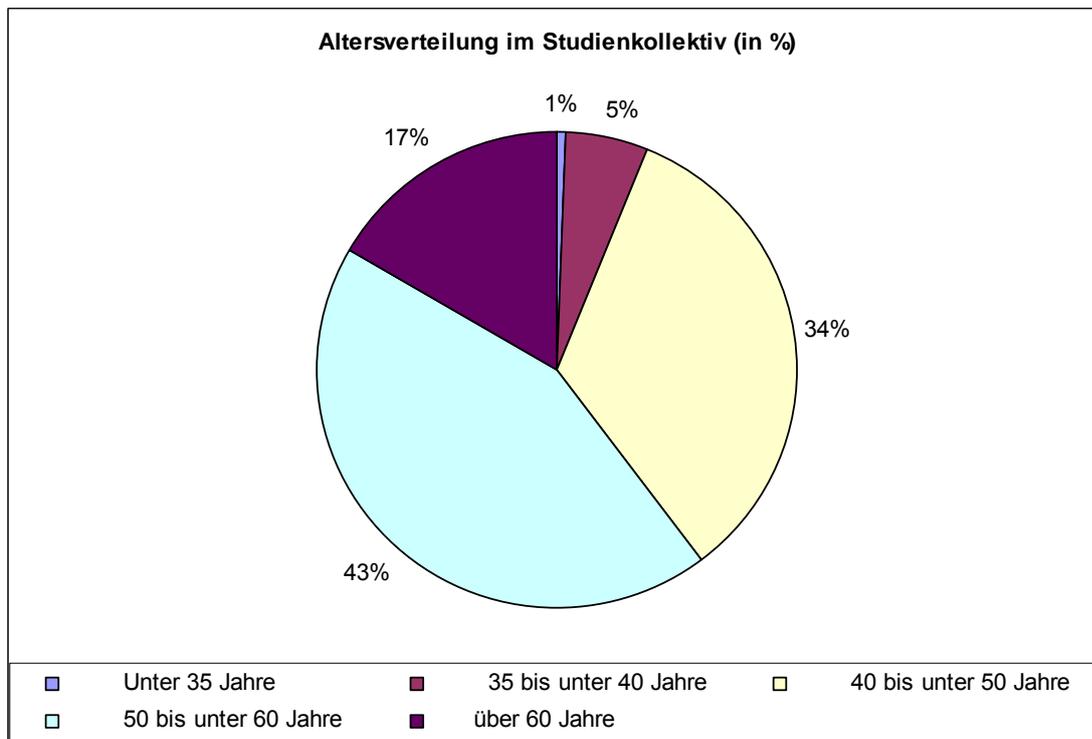
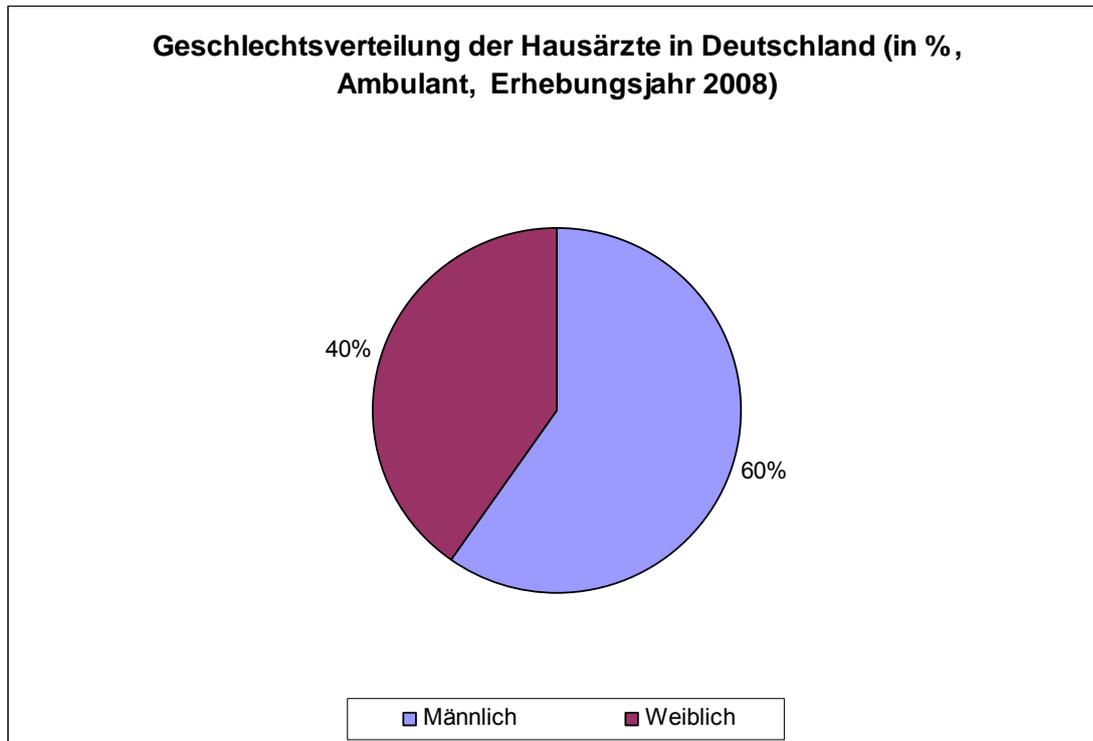


Abbildung 3: Altersverteilung des Responderkollektivs



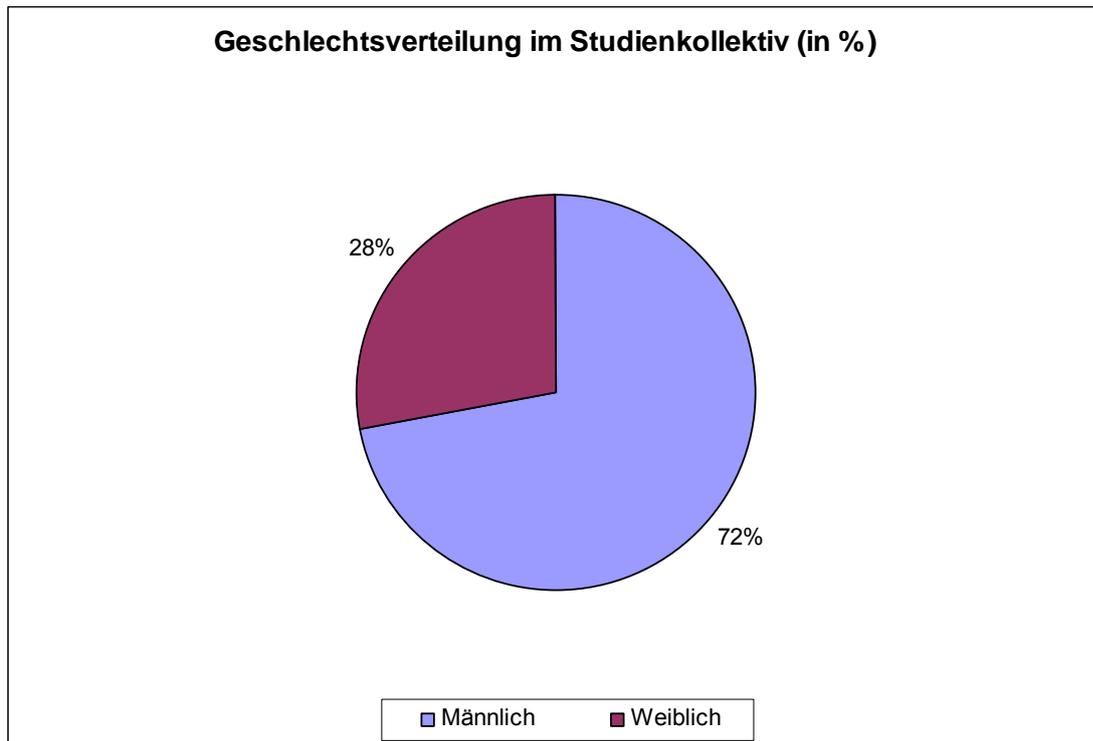
Aus den Abbildungen 4 und 5 lässt sich die Geschlechtsverteilung ablesen. In Abbildung 4 ist ersichtlich, dass sich unter den Hausärzten in Deutschland eine Verteilung von 60% Männern und 40% Frauen ergibt.

Abbildung 4: Geschlechtsverteilung der Hausärzte bundesweit [nach GBE, 2009b]



Die Geschlechtsverteilung im Studienkollektiv ist aus der Abbildung 5 ersichtlich. Hier zeigt sich eine deutliche Abweichung zu den bundesdeutschen Daten. Der Anteil der weiblichen Responder liegt bei 28% und liegt damit 12% unter dem Vergleichswert. Die männlichen Vertreter sind mit 72% überrepräsentiert.

Abbildung 5: Geschlechtsverteilung des Responderkollektivs



Vergleichsdaten zur selbst eingeschätzten Praxislage (ländlich/städtisch) liegen nicht vor.

Ein methodisch valider Vergleich des Responderkollektivs mit der Erhebungseinheit (Hausärzte aus den sechs ausgewählten KV-Regionen) oder der Stichprobe (siehe Abschnitt 4.3.3) ist mangels zu den Datensätzen vorliegender (Alter) oder abgefragter Daten (KV-Zugehörigkeit) nicht möglich.

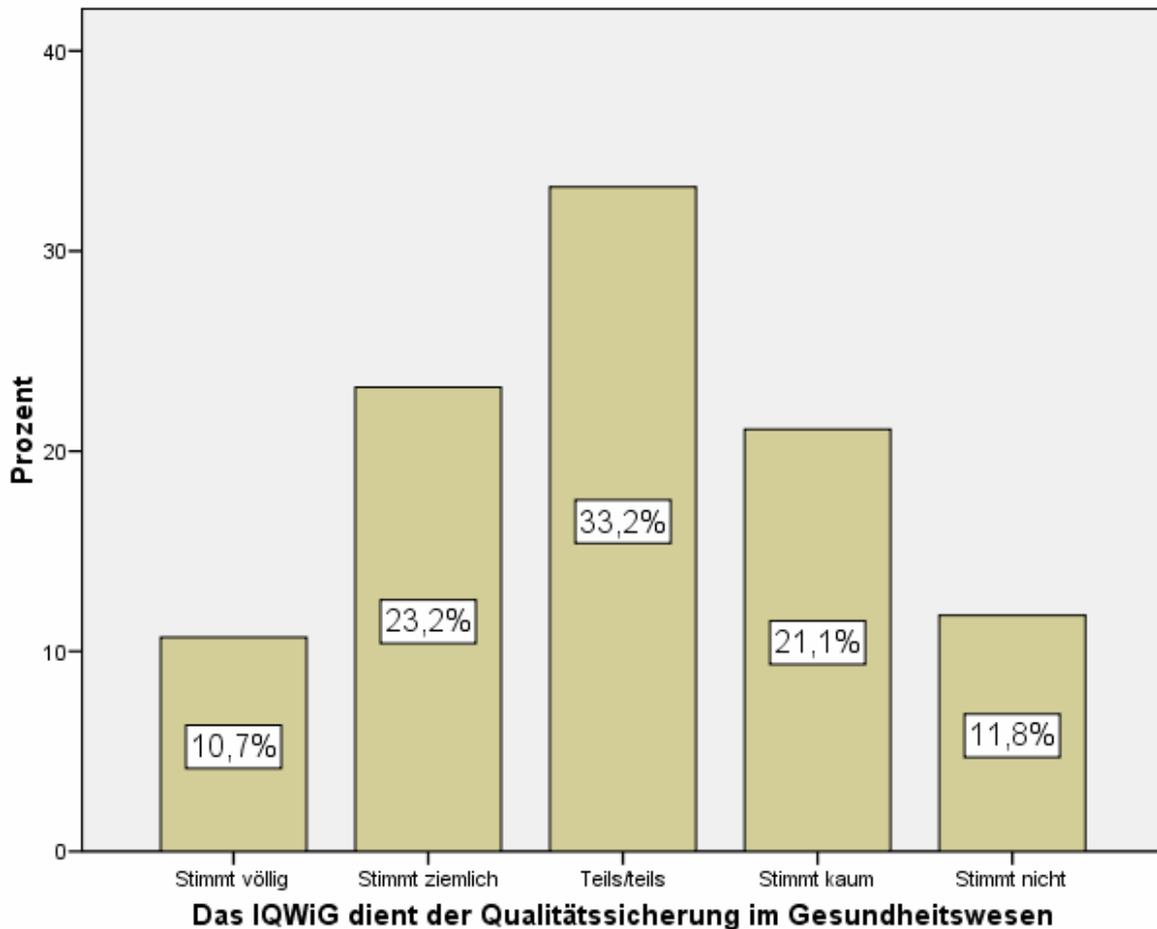
5.3.5. Ergebnisse des Surveys

Die Darstellung der Ergebnisse des Surveys ist untergliedert nach I. Gesamtauswertung der Einzelfragen über alle Wellen hinweg, II. Trendanalysen der Einzelfragen nach Befragungswellen und III. Korrelationsanalysen der Einzelfragen. Innerhalb der Abschnitte sind diese nach der Reihenfolge IQWiG (Teil A), G-BA (Teil B) und EbM (Teil C) ausgerichtet. Diese wiederum sind der Reihenfolge Meinungen (Haltungen), Vorstellungen (Wünsche) und Wissen (Kenntnisse) untergliedert.

I. Gesamtauswertung der Einzelfragen

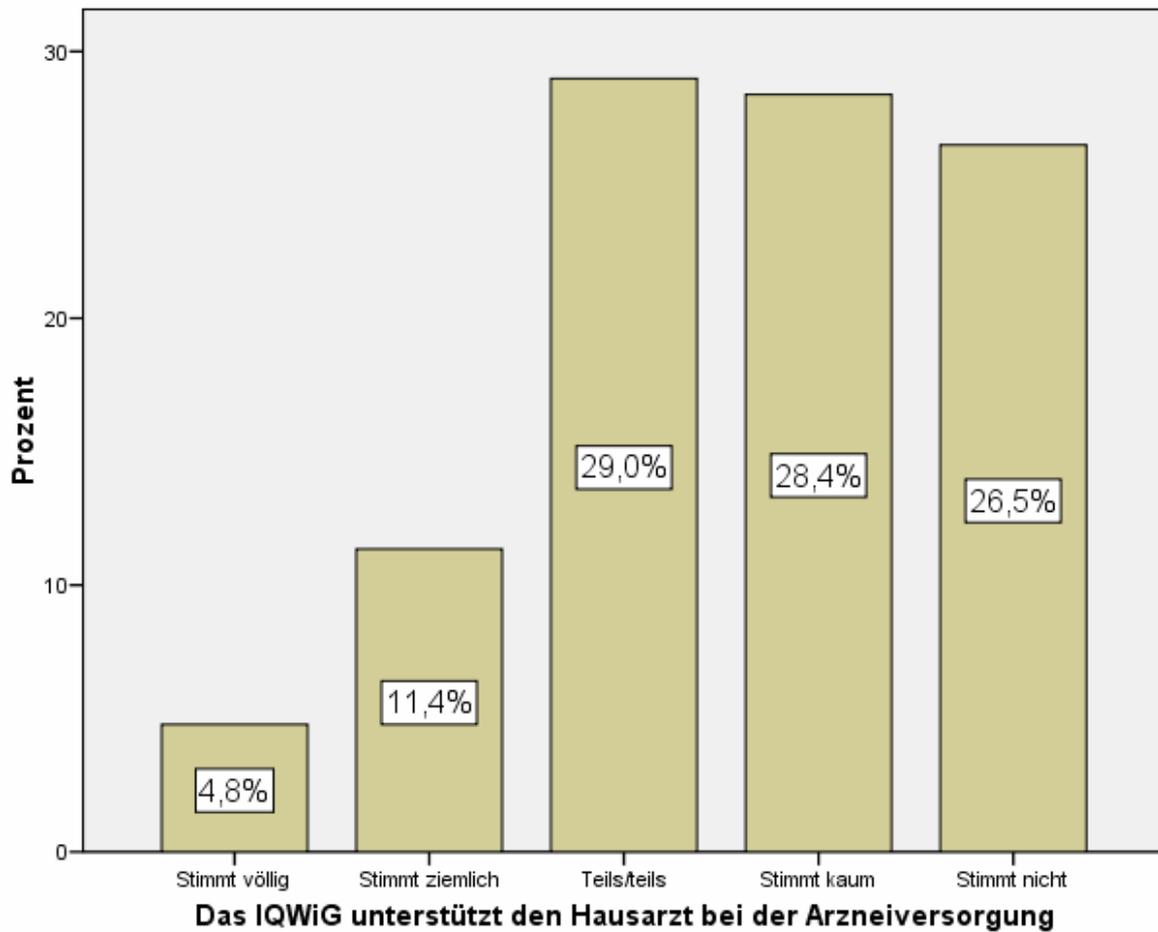
Teil A Aussagen zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Aussage (Meinungen): Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.



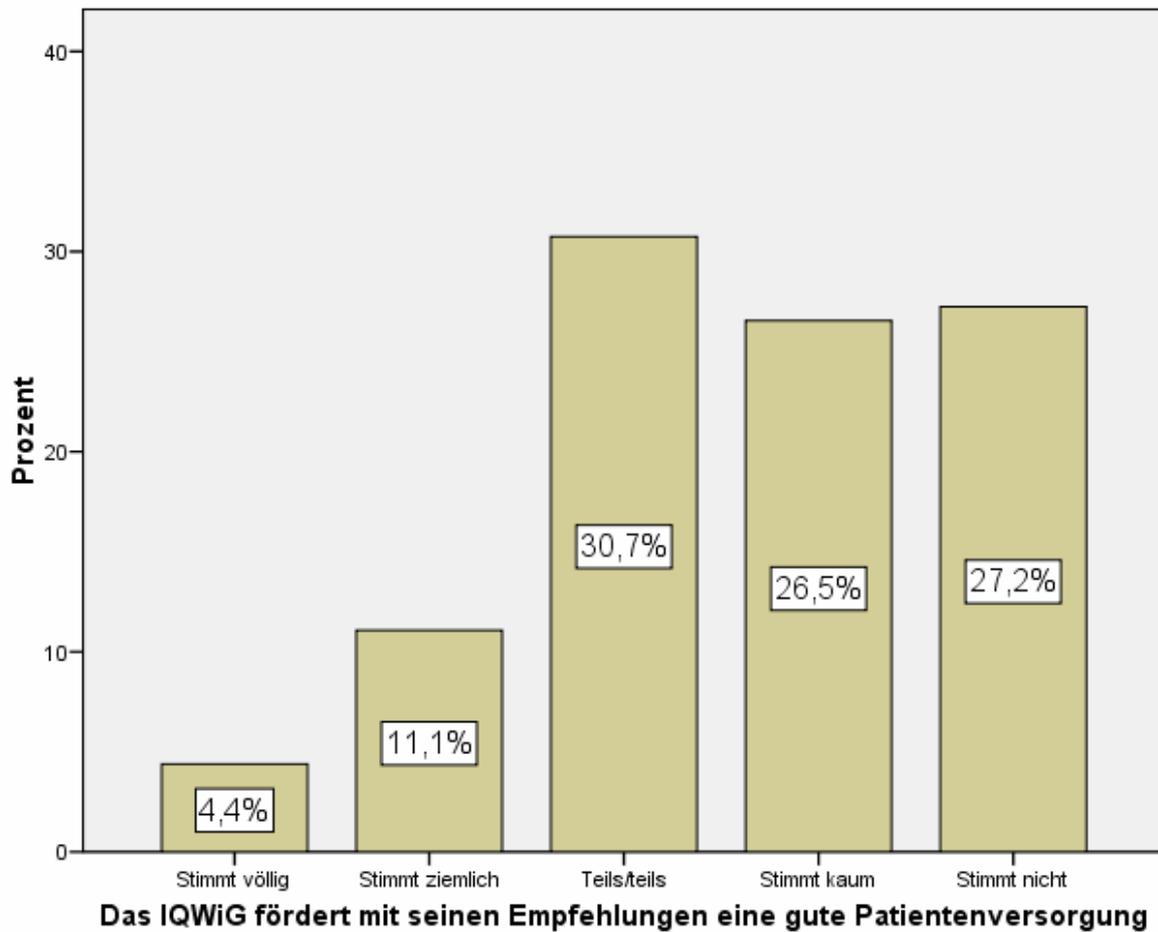
Ca. gleich viele der Antwortenden stimmen (ca. 34%) oder stimmen nicht (ca. 33%) dieser Aussage zu. Eine gleichgroße Gruppe mit ca. 33% jedoch ist der Meinung, dass das IQWiG nur bedingt der Qualitätssicherung dient. Die Anzahl der Responder lag bei $n = 1000$ und die der Nonresponder bei $n = 38$.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneiversorgung.



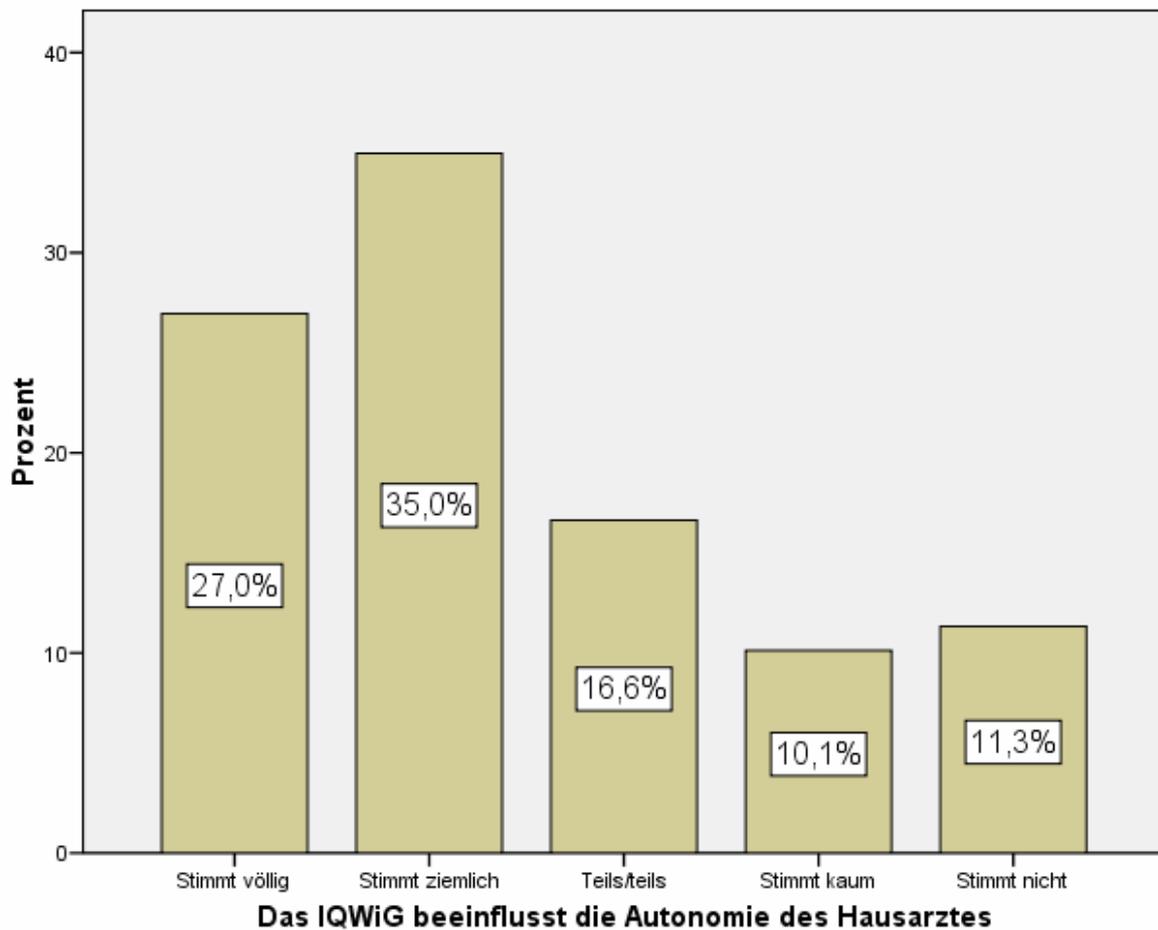
Die Mehrheit (ca. 55%) der antwortenden Hausärzte meinten, dass das IQWiG keine Unterstützung bei der Arzneiversorgung sei. Der Anteil der Unentschlossenen ist mit 29% recht hoch. Dagegen hielten lediglich ca. 16% der antwortenden Befragten das IQWiG für hilfreich bei der Arzneiversorgung. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1004 und die der Nonresponder bei n= 34.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung.



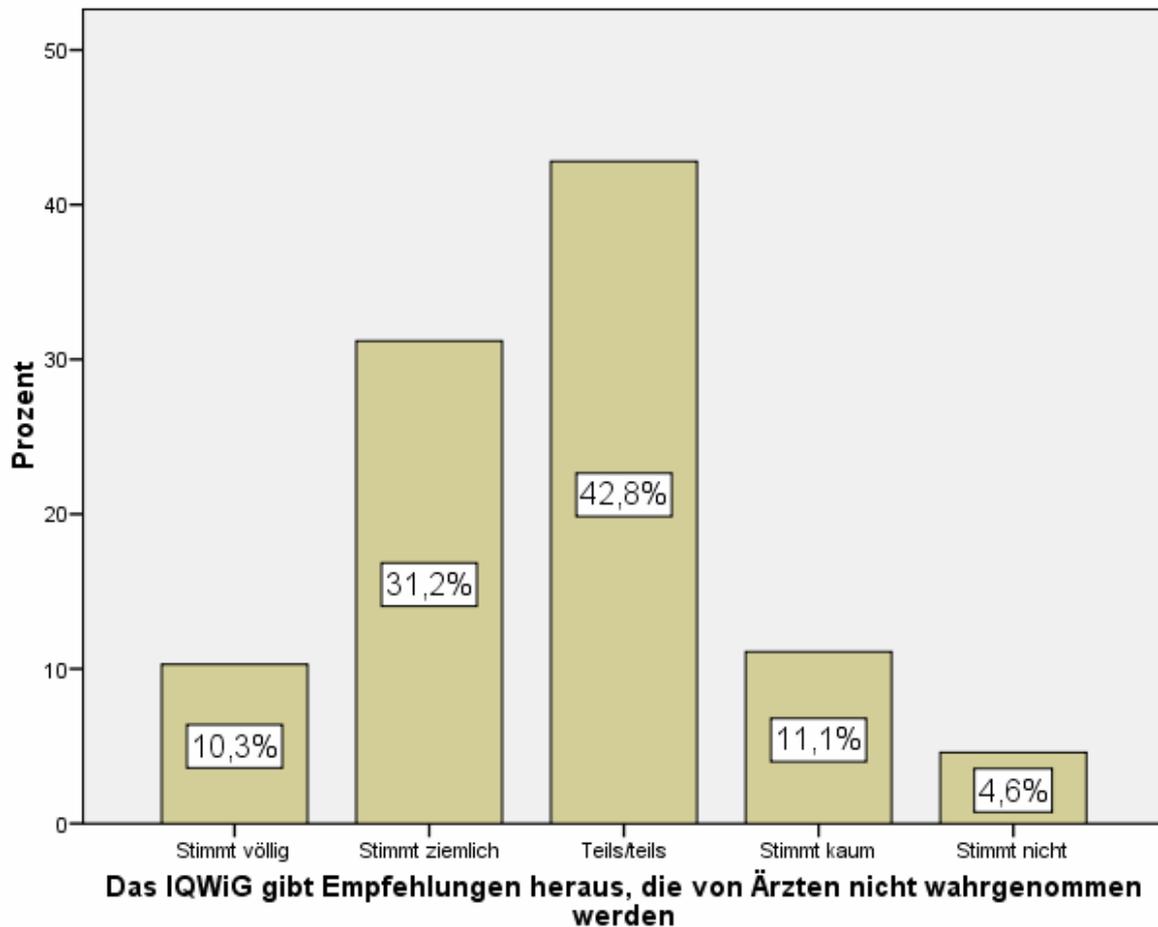
Ein ähnliches Bild wie bei der vorherigen Frage zeigt sich auch hier. Lediglich ca. 16% hielten das IQWiG für förderlich bezüglich der Patientenversorgung. Die gegenteilige Meinung vertraten ca. 54% der befragten Hausärzte. Mit ca. 31% fällt auch hier wieder der Anteil der Unentschlossenen hoch aus. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1002 und die der Nonresponder bei n= 36.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.



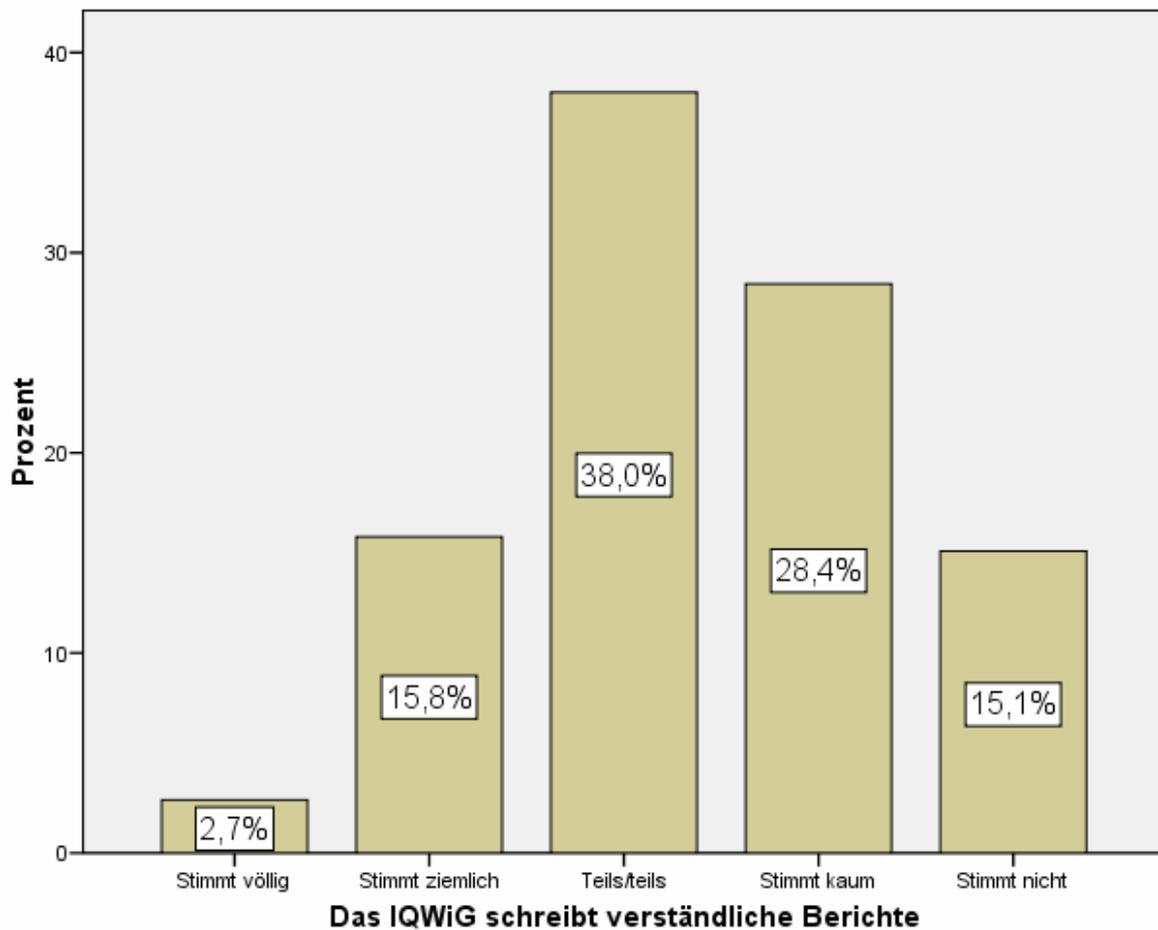
Dass das IQWiG die Autonomie des Hausarztes beeinflusst, meinten 62% der antwortenden Befragten. Keine Beeinflussung der Autonomie befanden ca. 21% der antwortenden Hausärzte. Ca. 17% hatten dazu keine klare Meinung. Die Anzahl der Responder lag bei n= 998 und die der Nonresponder bei n= 40.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden.



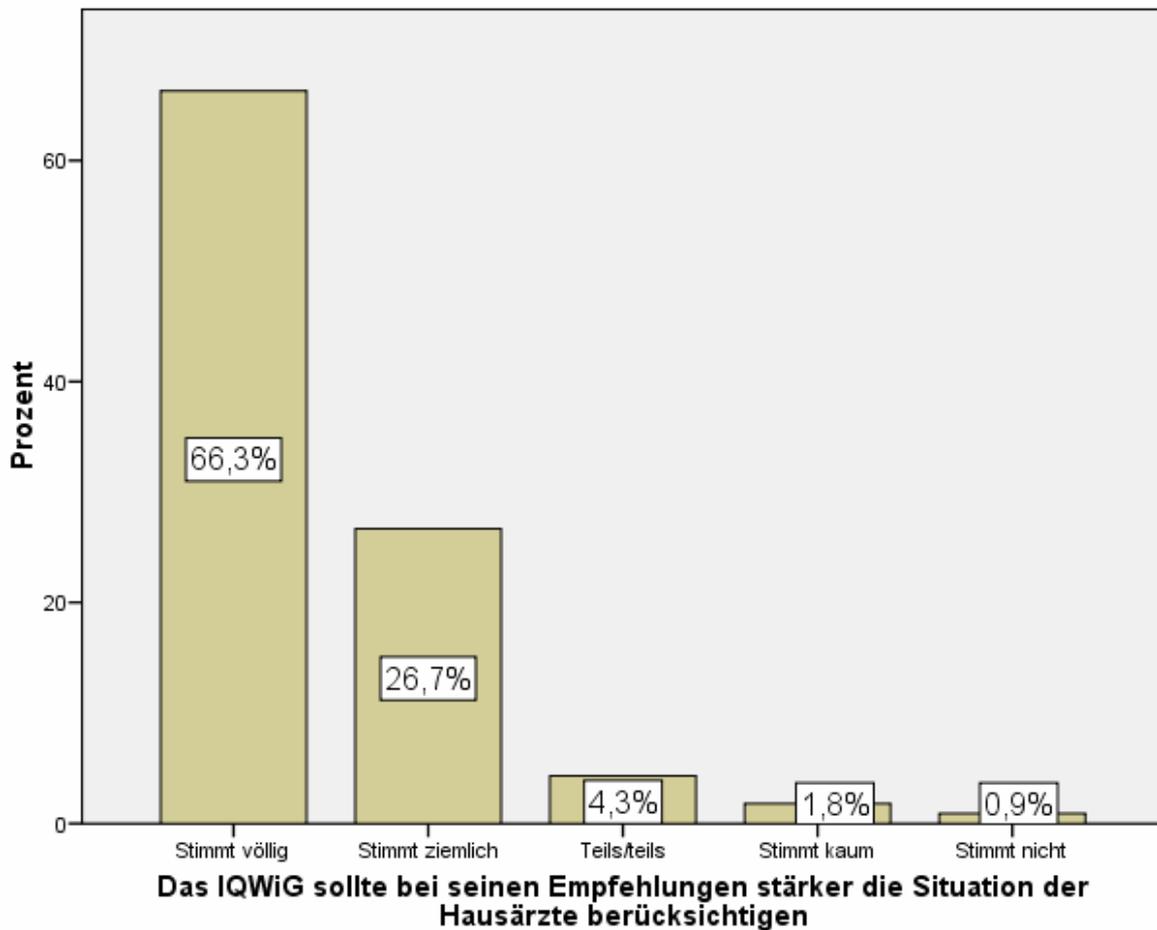
Zu dieser Aussage konnte ca. 43% der antwortenden hausärztlichen Leistungserbringer keine klare Meinung äußern. Eine positive Stellung bezogen dagegen ca. 42% und eine negative Position nahmen ca. 16% der Antwortenden ein. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1000 und die der Nonresponder bei n= 38.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG schreibt verständliche Berichte.



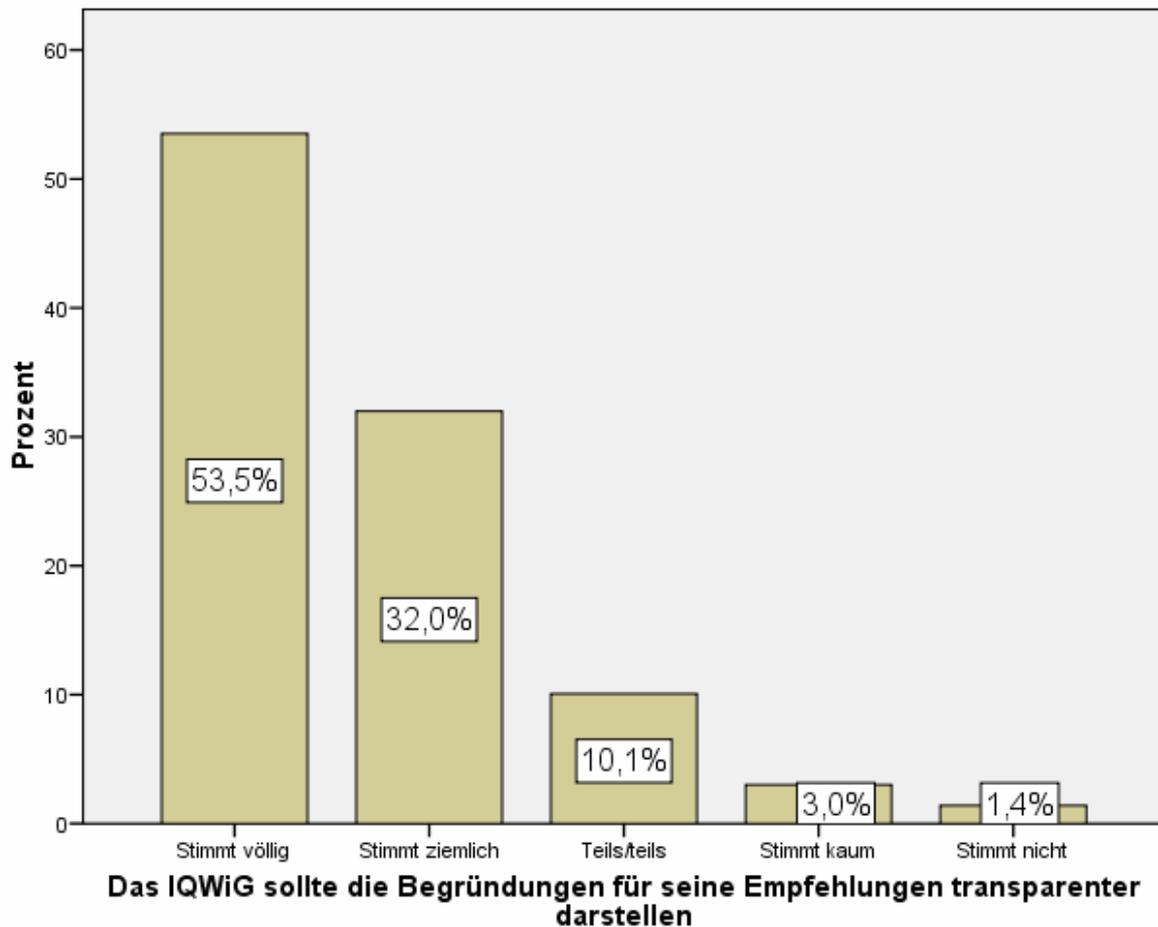
Lediglich ca. 19% der antwortenden Hausärzte waren der Meinung, dass das IQWiG verständliche Berichte schreibt. Vielmehr meinten ca. 44% der Antworter, dass eher das Gegenteil der Fall wäre. Ein erneut hoher Anteil (38%) hatte keine klare Meinung. Die Anzahl der Responder lag bei n= 981 und die der Nonresponder bei n= 57.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.



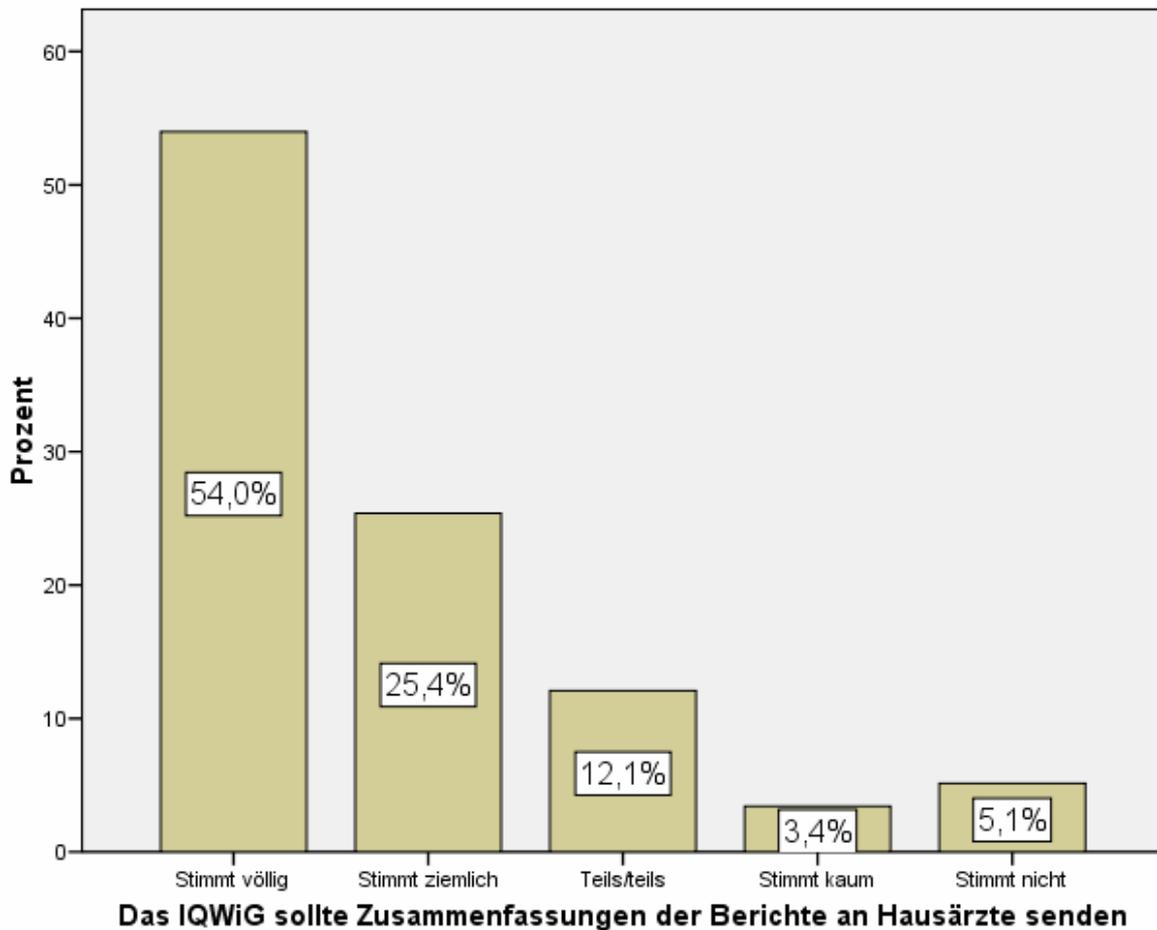
Der Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung der hausärztlichen Situation bei Empfehlungen des IQWiG teilten 93% der antwortenden Befragten. Hier ist der Anteil derjenigen, die keine klare Aussage tätigten mit ca. 4% der Antwortenden sehr gering. Nur ca. 3% hatten nicht diesen Wunsch. Die Anzahl der Responder lag bei n= 997 und die der Nonresponder bei n= 41.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.



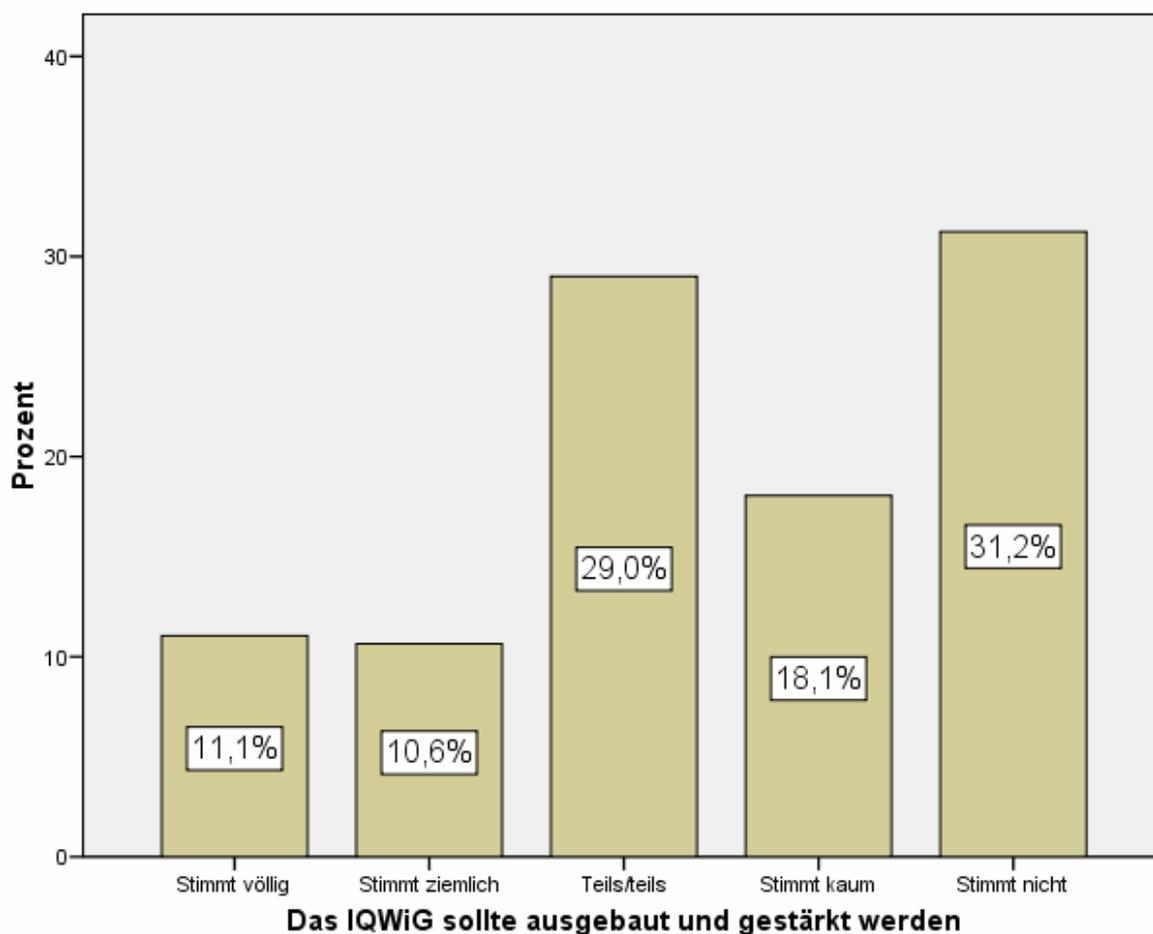
Eindeutig fällt auch der Wunsch nach mehr Transparenz aus. Ca. 86% der antwortenden Hausärzte gaben diesen Wunsch an. Dagegen waren ca. 4% der Antworter, und ca. 10% konnten sich nicht entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 994 und die der Nonresponder bei n= 44.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte senden.



Einem weiteren Wunsch, der Sendung von Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte, stimmten ca. 79% der antwortenden Befragten zu. Kein Interesse an diesen Zusammenfassungen zeigten ca. 9% der Antworter und ca. 12% konnten sich nicht entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 993 und die der Nonresponder bei n= 45.

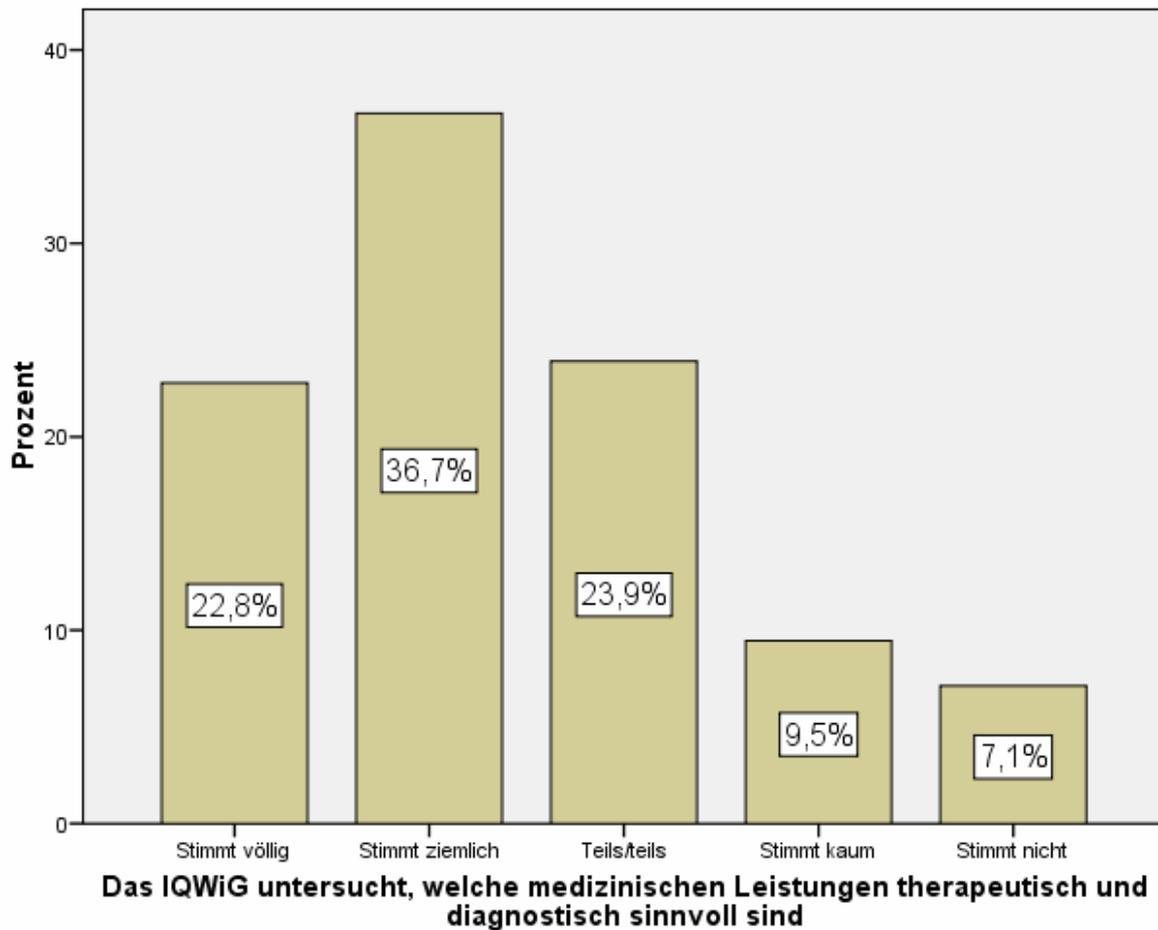
Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte ausgebaut und gestärkt werden.



Ein Ausbau bzw. eine Stärkung des IQWiG wurde von ca. 49% der antwortenden hausärztlichen Leistungserbringer abgelehnt. Dagegen unterstützten ca. 22% der Antwortenden diesen Wunsch. Keine Entscheidung diesbezüglich trafen 29% der antwortenden Hausärzte. Die Anzahl der Responder lag bei n= 986 und die der Nonresponder bei n= 52.

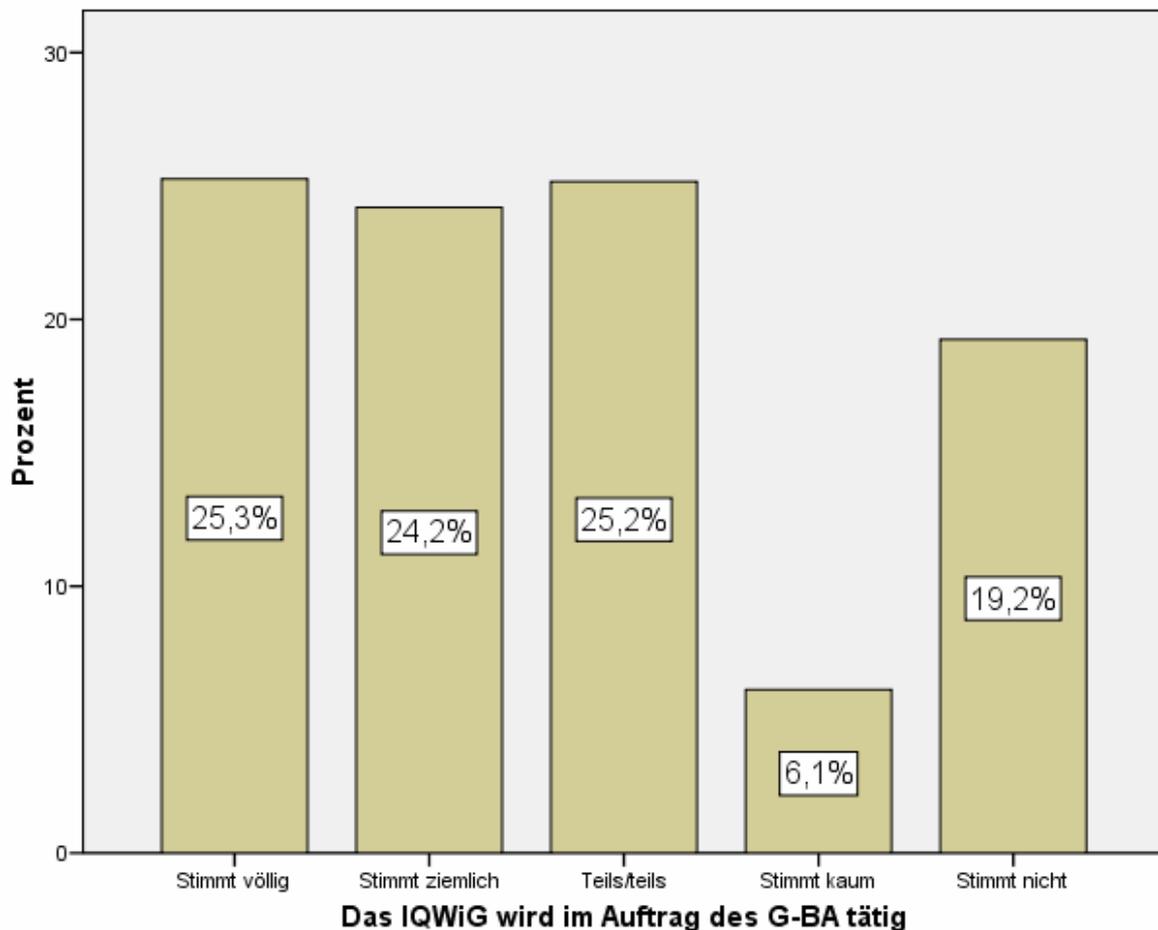
:

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind.



Ca. 60% der antwortenden Befragten gaben an, dass das IQWiG medizinische Leistungen untersucht. Ca. 17% der Antwortenden verneinten diese Aussage und ca. 24% konnten diese Aussage nicht beantworten. Die Anzahl der Responder lag bei n= 983 und die der Nonresponder bei n= 55. Die etwas höhere Anzahl der Nonresponder gegenüber den vorherigen Fragen ist dadurch begründet, dass ca. 30 Teilnehmer nur ein Fragezeichen neben der Frage oder einen kurzen Kommentar zur Verneinung ihrer Kenntnis hingeschrieben haben.

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig.

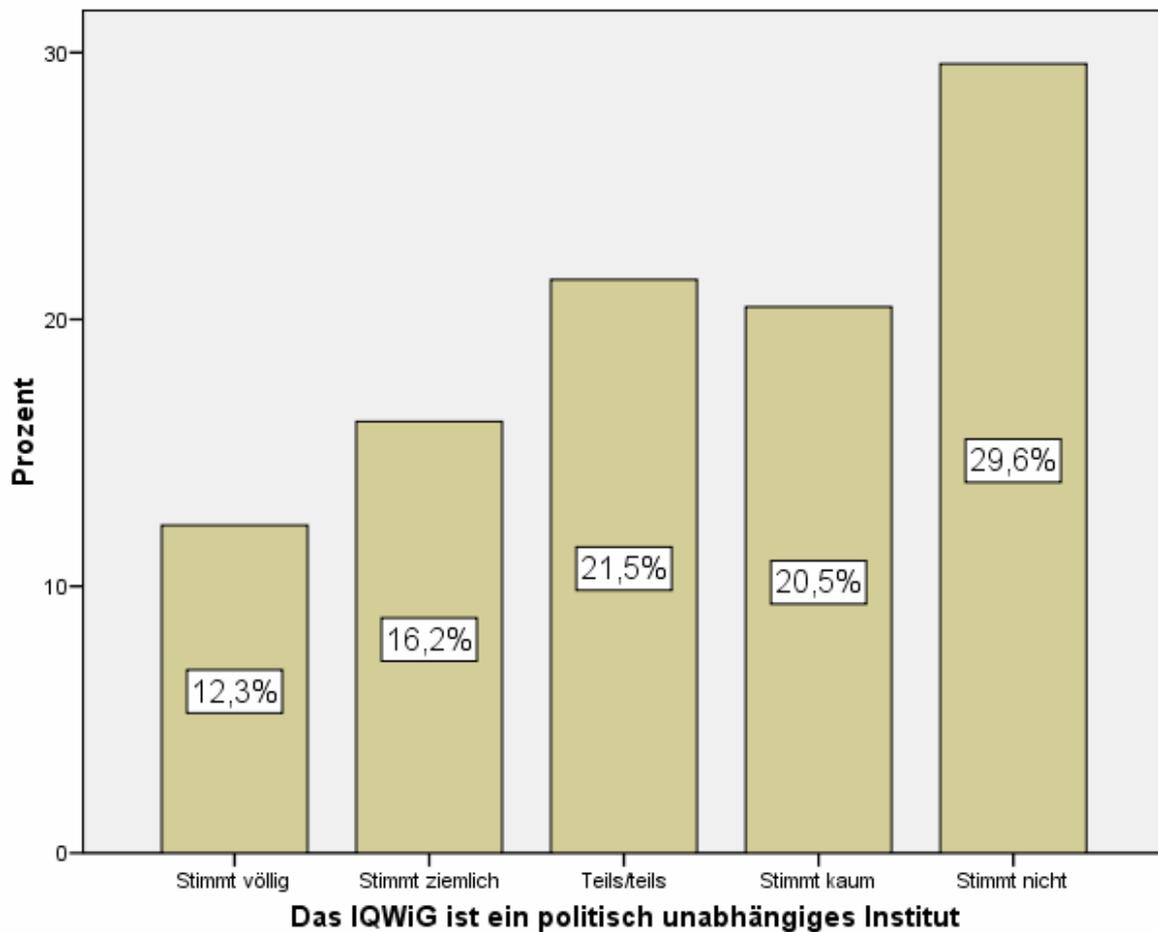


Beinah gleichmäßig wurden die Antwortkategorien „Stimmt völlig“, „Stimmt ziemlich“ und „Teils/teils“ angekreuzt. Im Ergebnis haben ca. 50% der antwortenden Hausärzte die Beziehung zwischen IQWiG und G-BA richtig gewusst. Ein Viertel der Antwortenden wollte keine Zuordnung abgeben und ca. 25% hatten eine andere Kenntnis. Die Anzahl der Responder lag bei n= 930 und die der Nonresponder bei n= 108. Die hohe Anzahl der Nonresponder ist durch die Verneinung der Kenntnis der Teilnehmer in Kommentarform oder durch Fragezeichen anstelle von Kreuzen begründet.

Nimmt man die Auswertung der beiden letztgenannten Fragen: „**Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen diagnostisch und therapeutisch sinnvoll sind.**“ sowie „**Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig.**“ zusammen als Gradmesser für solide Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des IQWiG, so konnten 29,1% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) beide Fragen richtig

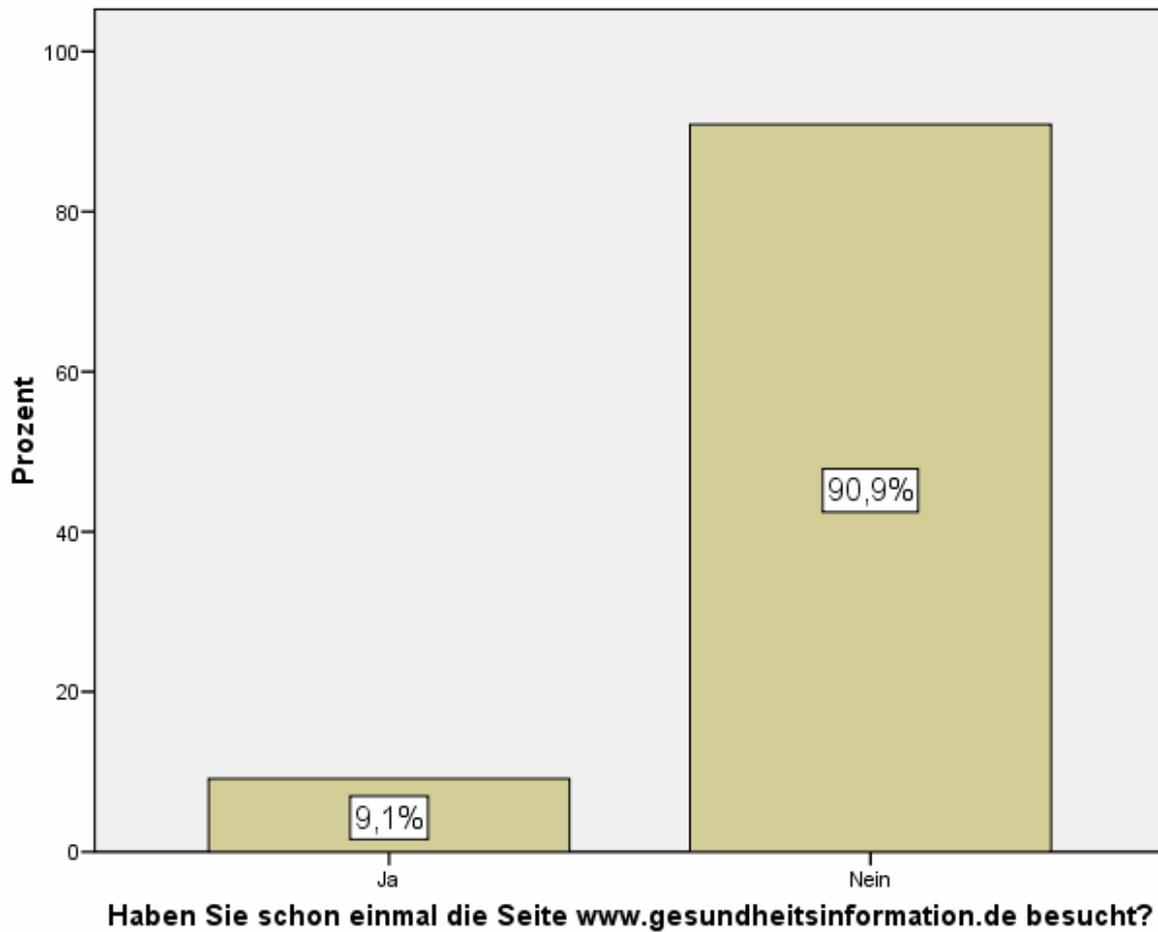
beantworten (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 924, Nonresponder n= 114).

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut.



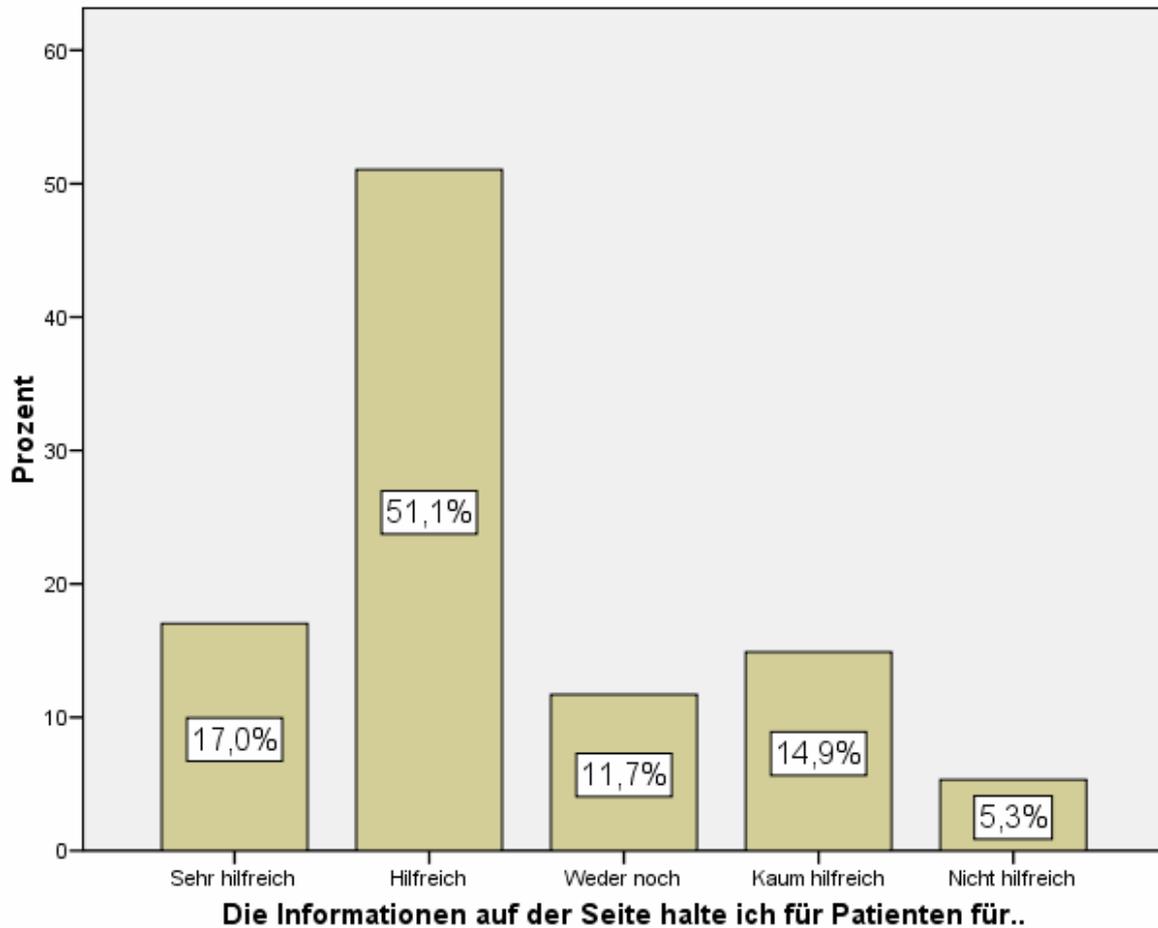
Nach Kenntnis von ca. 50% der antwortenden Befragten ist das IQWiG nicht politisch unabhängig, ca. 22% wussten dazu nichts und ca. 29% stimmten der Aussage zur politischen Unabhängigkeit des IQWiG zu. Die Anzahl der Responder lag bei $n = 977$ und die der Nonresponder bei $n = 61$. Bei den Nonrespondern sind auch 11 Kommentare im Sinne von „sollte politisch unabhängig sein“ enthalten.

Aussage (Kenntnisse): Haben Sie schon einmal die Seite www.gesundheitsinformation.de besucht?



Die Internetseite www.gesundheitsinformation.de ist wenig bekannt. Nicht einmal 10% der antwortenden Befragten kannten die angesprochene Seite. Die Anzahl der Responder lag bei $n = 1019$ und die der Nonresponder bei $n = 19$.

Aussage (Meinungen): Die Informationen auf der Seite halte ich für Patienten für...

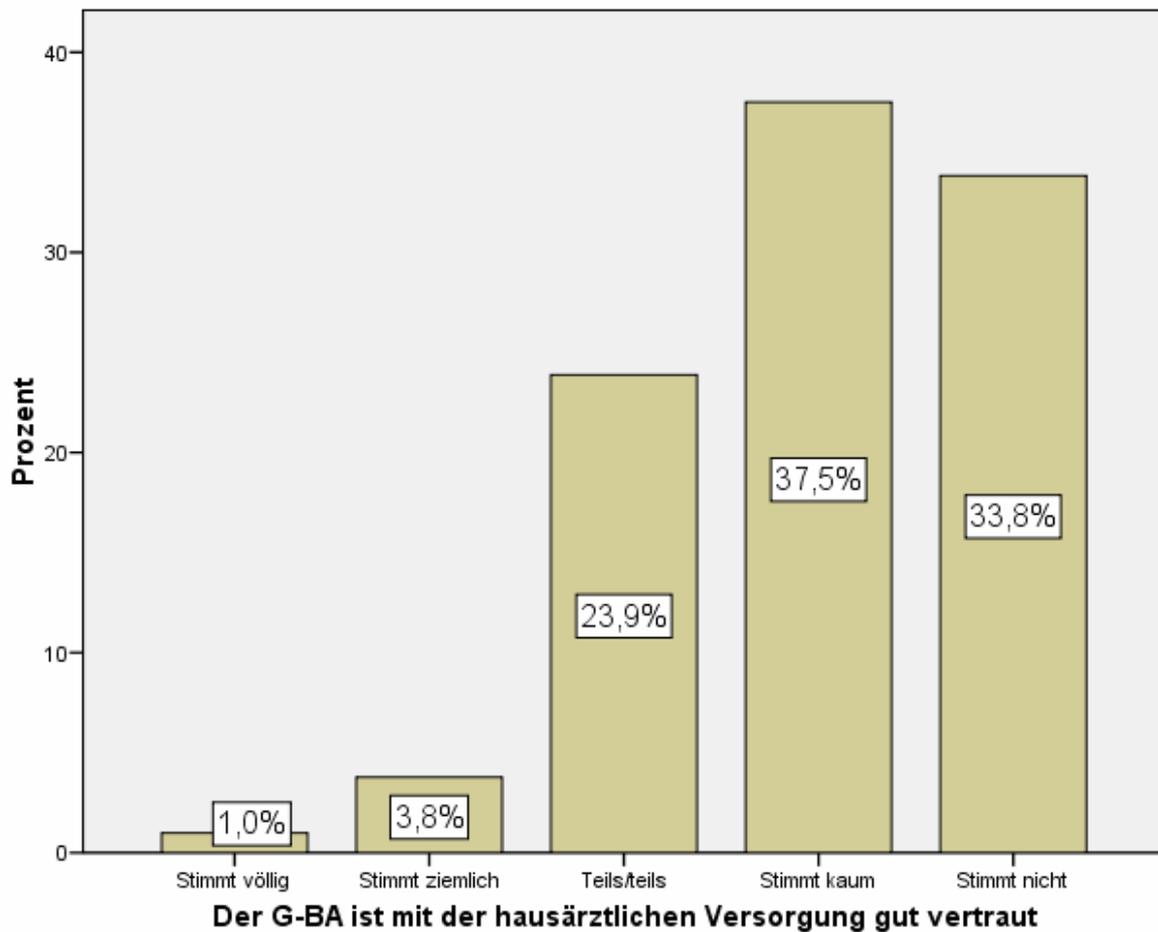


Von denjenigen Antwortern, denen diese Seite bekannt war, hielten ca. 68% die dort angegebenen Informationen für hilfreich bzw. sehr hilfreich für Patienten. Kaum bzw. wenig hilfreich fanden ca. 20% der antwortenden Befragten diese Informationen. Ca. 12% der antwortenden Seitenbesucher bildeten sich keine klare Meinung.

Insgesamt haben 94 Teilnehmer die Frage beantwortet. Davon hat ein Teilnehmer die vorhergehende Filterfrage mit Nein angekreuzt und trotzdem die Seite als hilfreich empfunden.

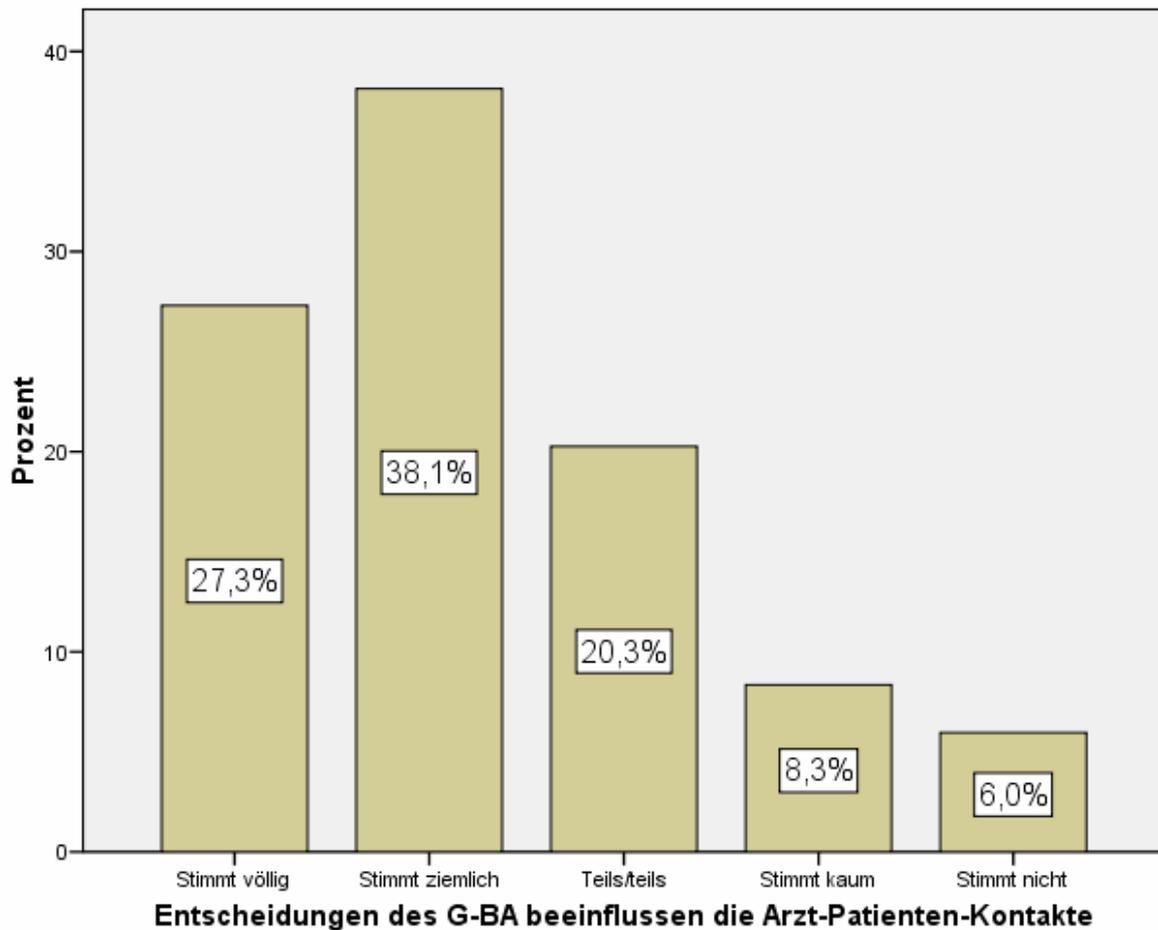
Teil B: Aussagen zum Gemeinsamen Bundesausschuss

Aussage (Meinungen): Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut.



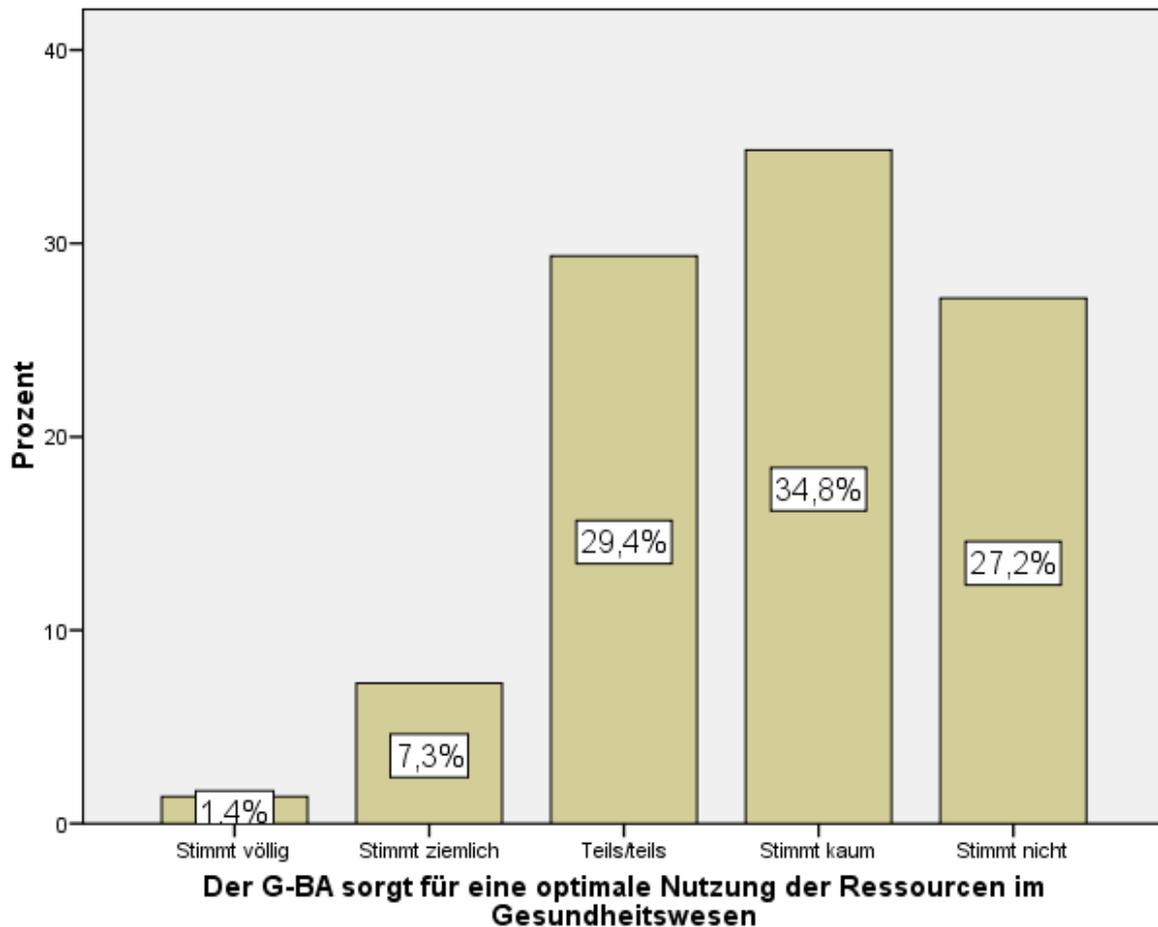
Die große Mehrheit von ca. 71% der antwortenden Hausärzte sprach dem G-BA die Kenntnis über die hausärztliche Versorgung ab. Lediglich ca. 5% der Antworter waren anderer Meinung. Ca. 24% der antwortenden Befragten hatten dazu keine klare Meinung. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1005 und die der Nonresponder bei n= 33.

Aussage (Meinungen): Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte.



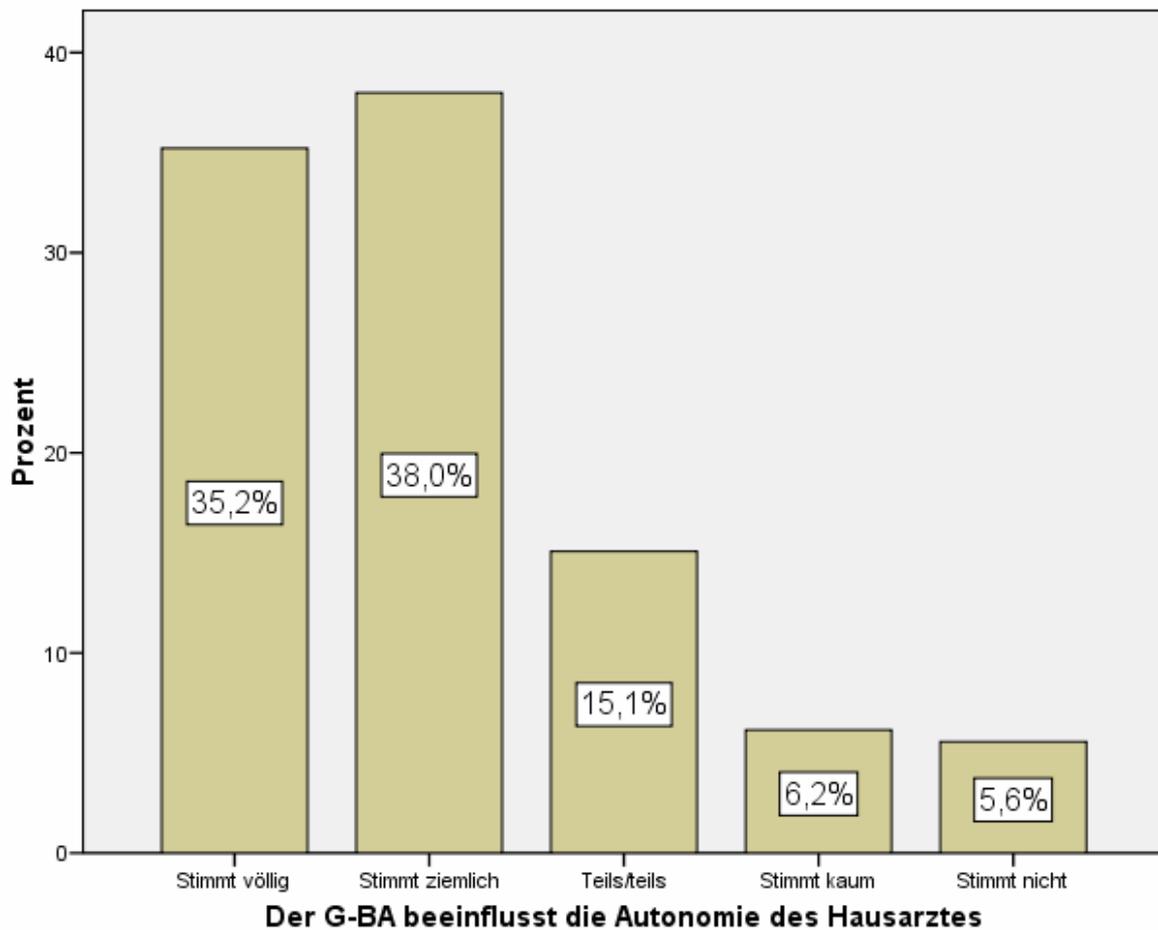
Der Aussage, dass die Entscheidungen des G-BA die Arzt-Patienten-Kontakte beeinflussen, stimmten ca. 65% der antwortenden Hausärzte zu. Eine Minderheit von ca. 14% der Antwortenden stimmte dem nicht zu; ca. 20% konnten sich nicht entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1007 und die der Nonresponder bei n= 31.

Aussagen (Meinungen): Der G-BA sorgt für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen.



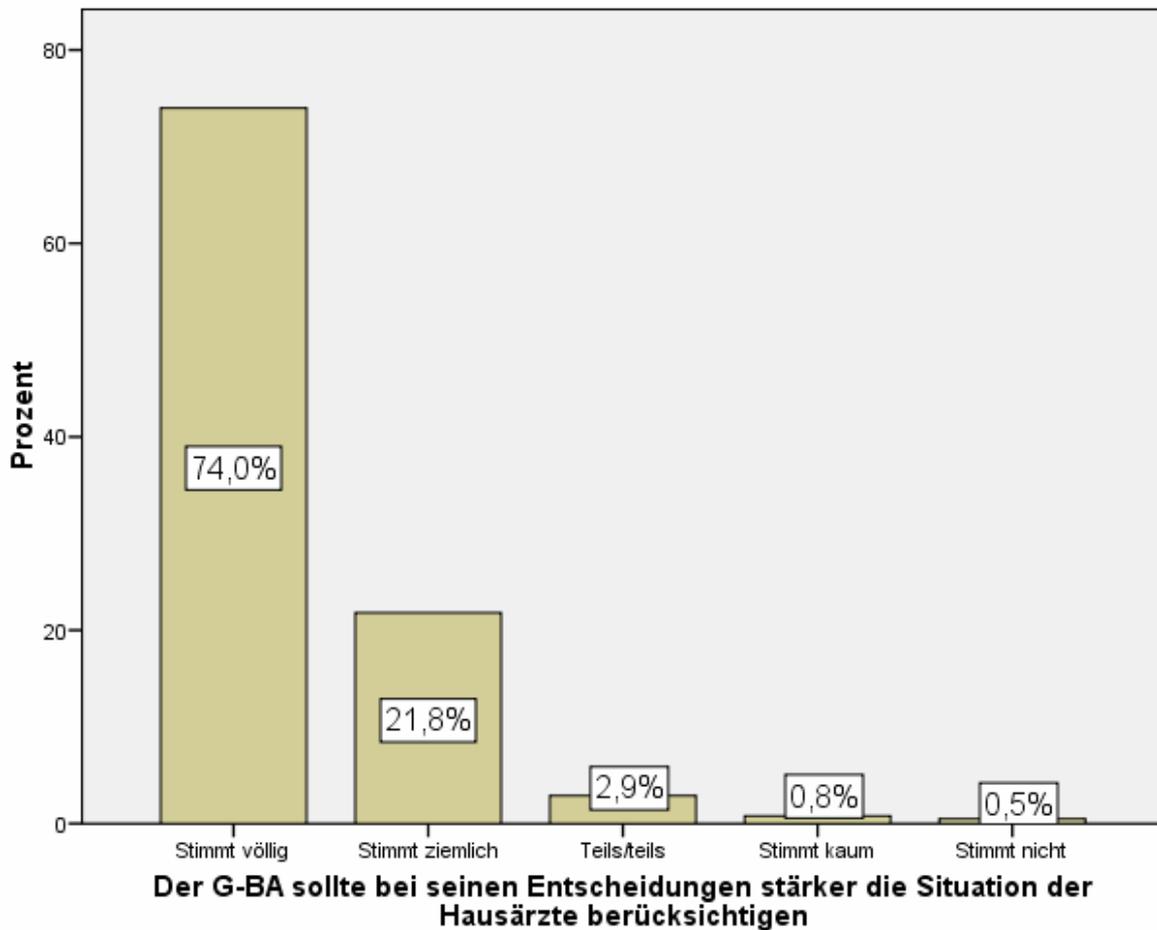
Eine Mehrheit von 62% der antwortenden hausärztlichen Leistungserbringer stimmte der Aussage nicht zu, dass der G-BA für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen sorgt. Zugestimmt haben nur ca. 9% der Antworter; ca. 29% bildeten sich keine klare Meinung dazu. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1005 und die der Nonresponder bei n= 33.

Aussagen (Meinungen): Der G-BA beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.



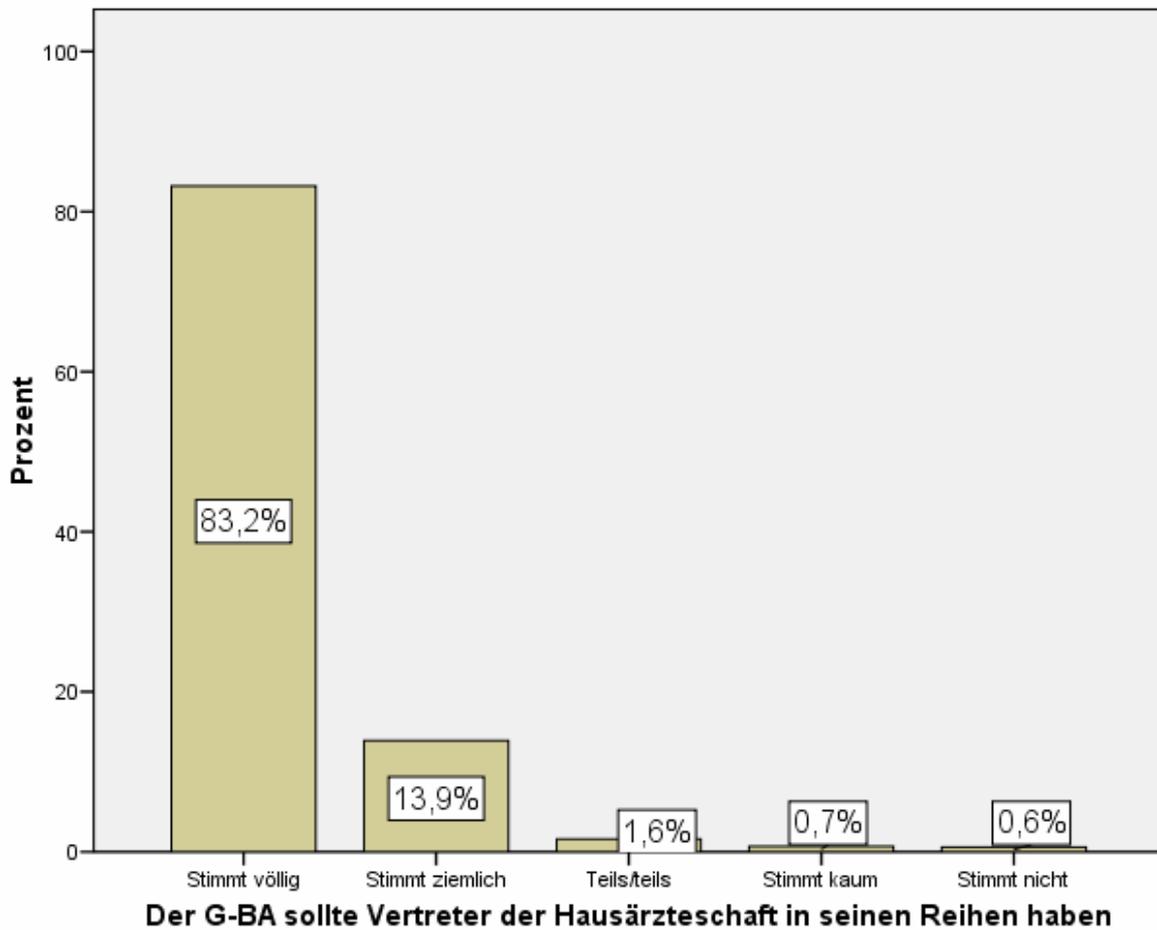
Dass der G-BA die Autonomie des Hausarztes beeinflusst, meinten ca. 73% der antwortenden Befragten. Keine Meinungsentscheidung konnten ca. 15% der antwortenden hausärztlichen Leistungserbringer fällen, und ca. 12% waren davon überzeugt, dass die Autonomie durch den G-BA nicht beeinflusst sei. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1008 und die der Nonresponder bei n= 30.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte bei seinen Entscheidungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.



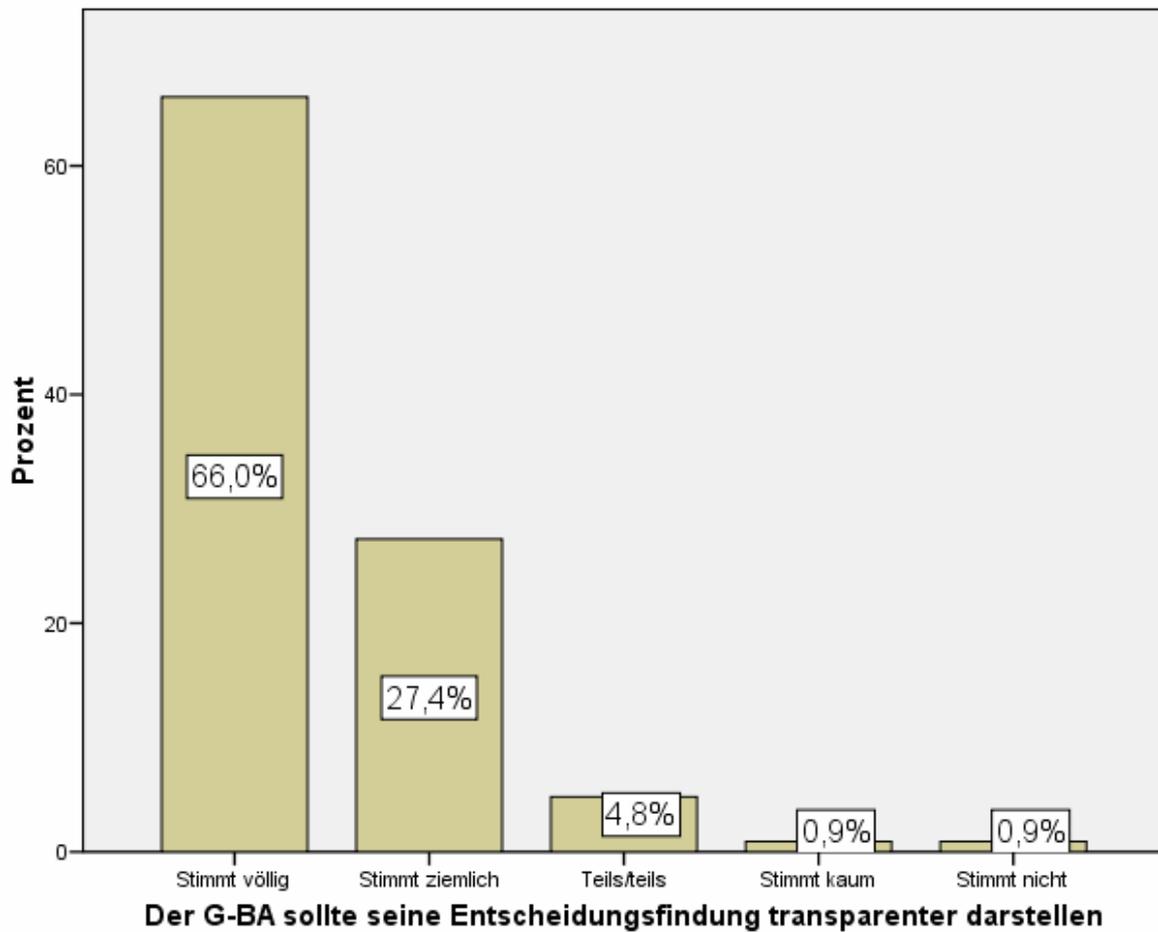
Die stärkere Berücksichtigung der hausärztlichen Situation bei Entscheidungen des G-BA wünschen sich ca. 96% der antwortenden Hausärzte. Keine Entscheidung fällten ca. 3% der Antworter, und ca. 1% lehnte den Wunsch ab. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1000 und die der Nonresponder bei n= 38.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte Vertreter der Hausärzteschaft in seinen Reihen haben.



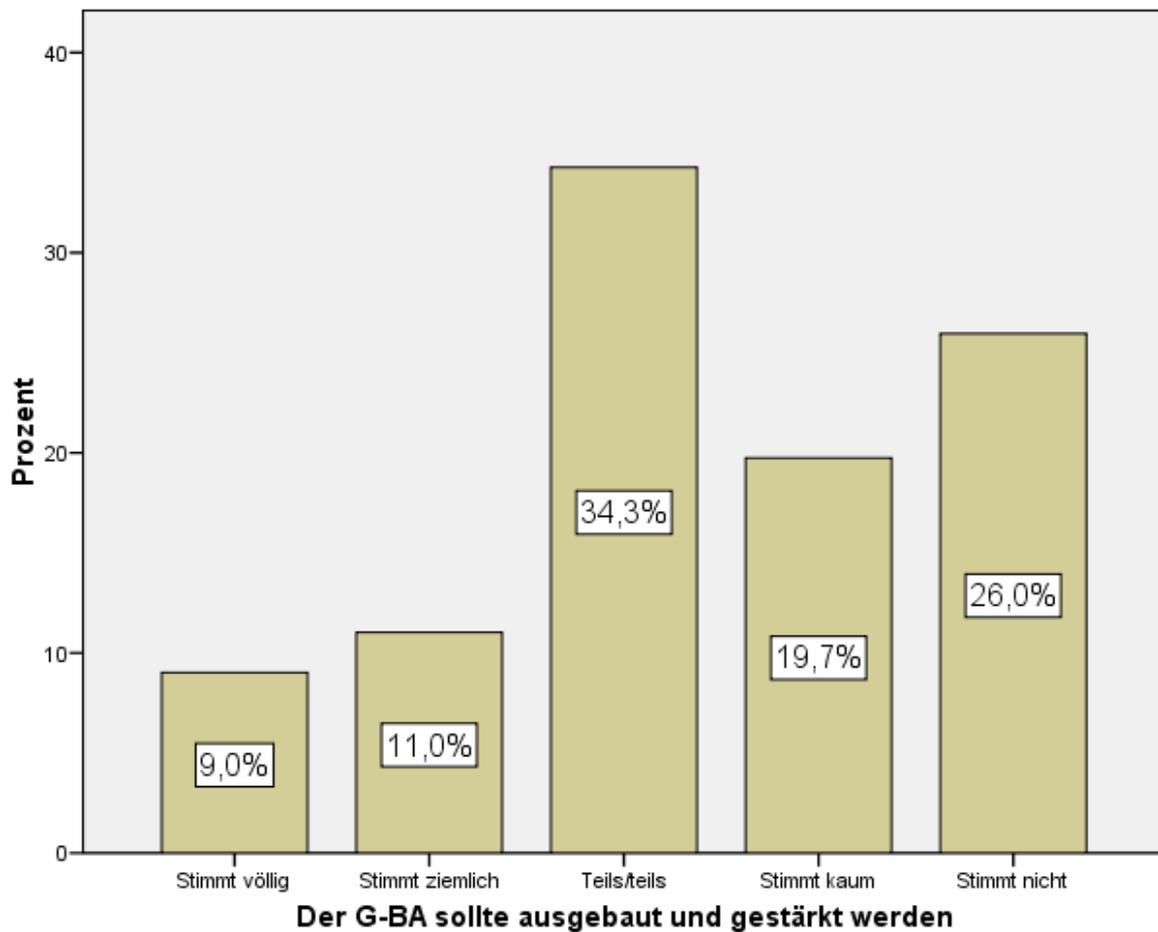
Der Wunsch nach Vertretern der Hausärzteschaft im G-BA ist klar. Von den antwortenden Hausärzten hatten ca. 97% diesen Wunsch. Mit ca. 83% erzielte die Einzelgruppe („Stimmt völlig“) den höchsten Wert in der gesamten Befragung. Gleichzeitig erzielte mit ca. 2% die Einzelgruppe („Teils/teils“) den niedrigsten Wert der Mittelitems aller Fragen. Keinen Wunsch nach Vertretern der Hausärzteschaft im G-BA hat nur ca. 1% der Antworter. Die Anzahl der Responder lag bei n= 999 und die der Nonresponder bei n= 39.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte seine Entscheidungsfindung transparenter darstellen.



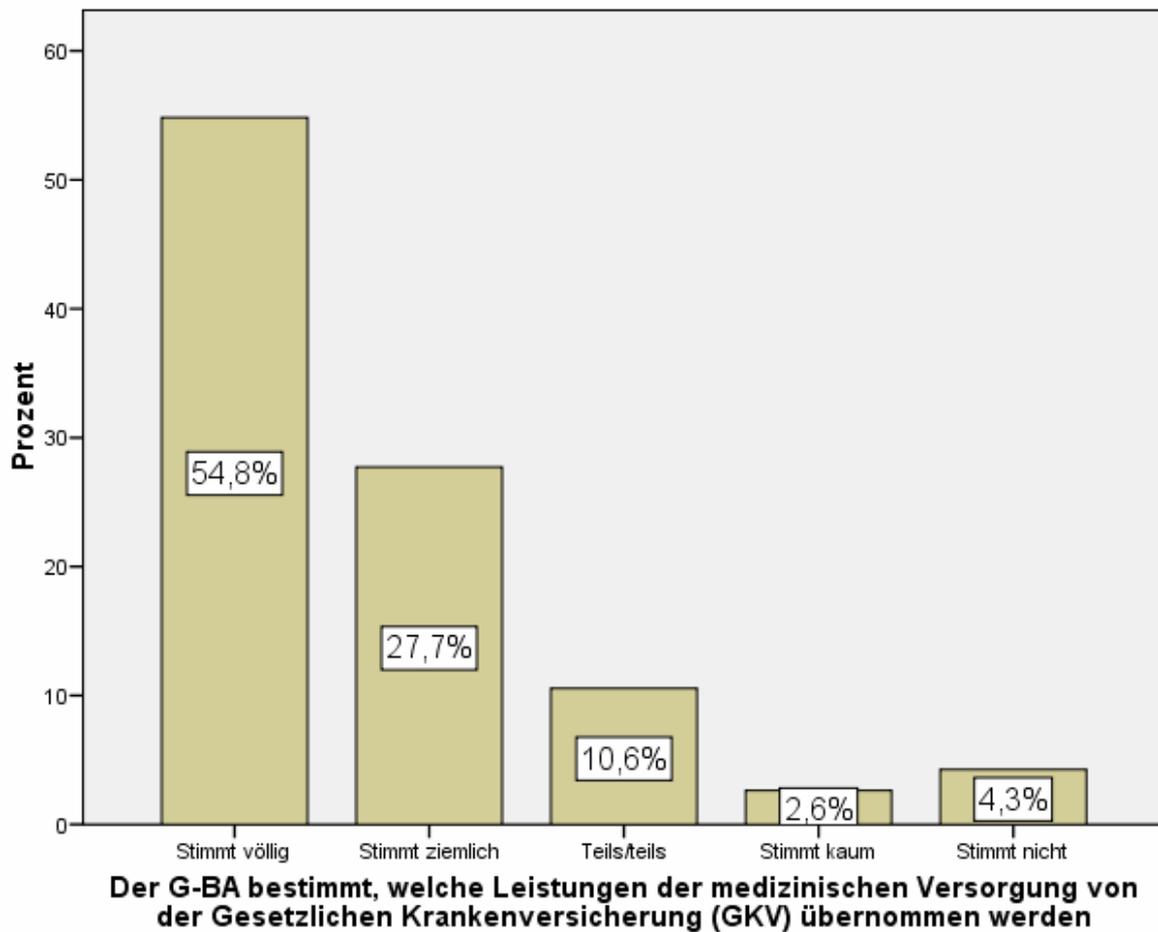
Auch der Wunsch nach Transparenz der Entscheidungsfindung fällt sehr eindeutig aus. Ca. 93% der Antworter gaben diesen Wunsch an. Lediglich ca. 2% hatten diesen Wunsch nicht, und ca. 5% der antwortenden Hausärzte konnten sich nicht entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 998 und die der Nonresponder bei n= 40.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte ausgebaut und gestärkt werden.



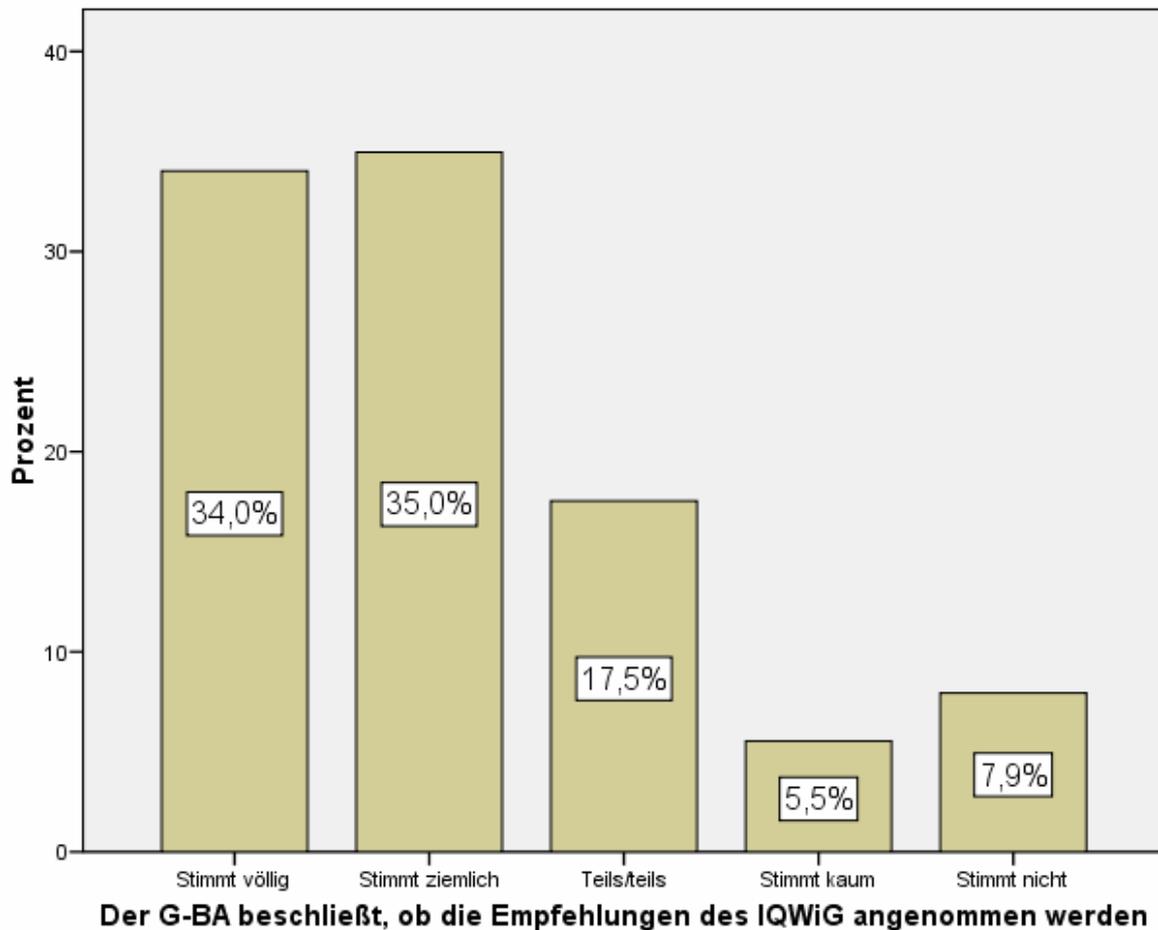
Die größte Gruppe in der Einzelbetrachtung (ca. 34% der Antwortter) konnte sich nicht entscheiden. Insgesamt betrachtet jedoch lehnt die Mehrheit (ca. 46% der Antwortter) den Ausbau und die Stärkung des G-BA ab. Mit 20% der antwortenden Hausärzte ist der Anteil der Befürworter am geringsten. Die Anzahl der Responder lag bei n= 998 und die der Nonresponder bei n= 40.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.



Eine gute Kenntnis über die Aufgabe des G-BA besitzen ca. 83% der antwortenden hausärztlichen Leistungserbringer. Der Anteil ohne Kenntnis lag bei ca. 18% der Antwortenden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 985 und die der Nonresponder bei n= 53.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden.



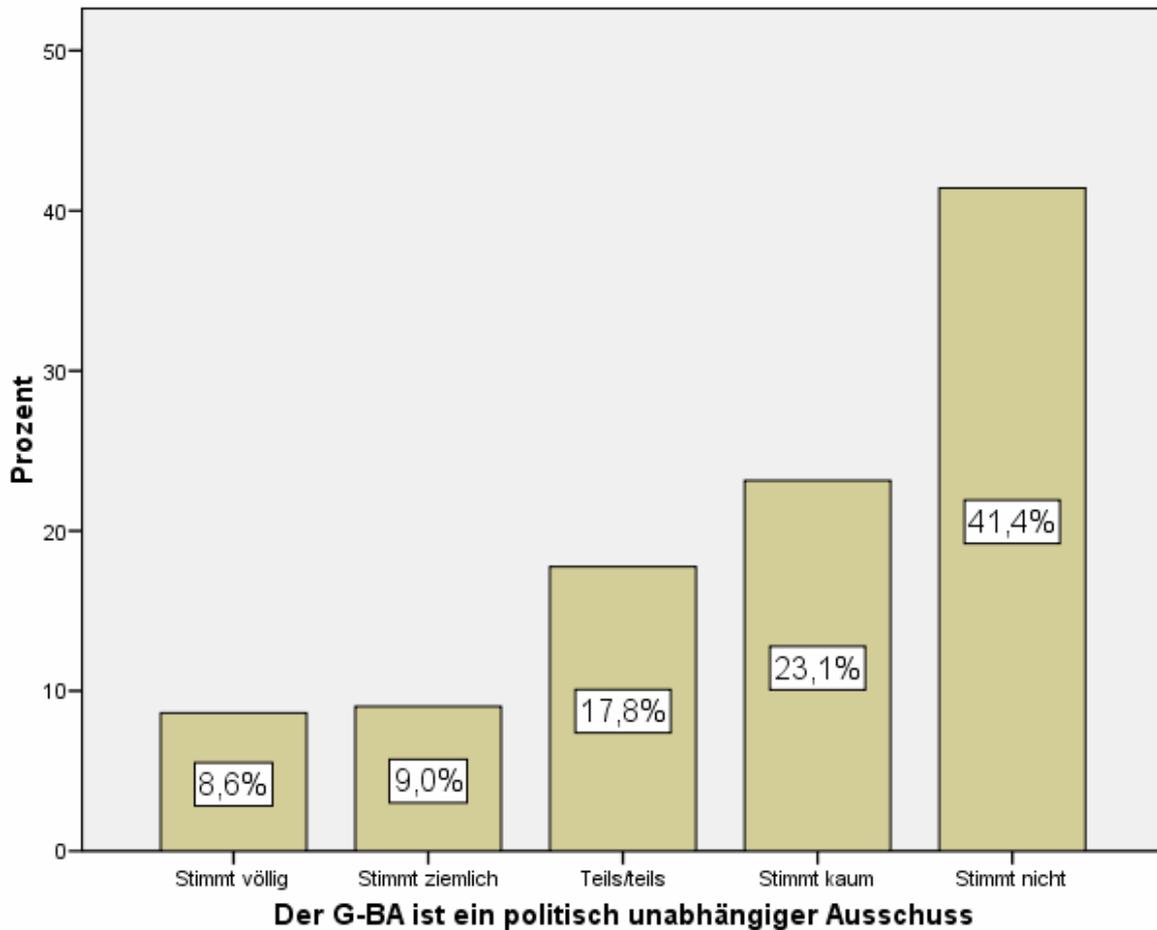
Dass der G-BA darüber entscheidet, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden, wussten 69% der antwortenden Hausärzte. Keine Kenntnis über diesen Sachverhalt hatten ca. 31% der Antwortenden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 958 und die der Nonresponder bei n= 80. Viele Nonresponder (36) haben nur ein Fragezeichen hingeschrieben.

Nimmt man die Auswertung der beiden letztgenannten Fragen: „**Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.**“ sowie „**Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden.**“ zusammen als Gradmesser für solide Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des G-BA, so konnten 58,4% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) beide Fragen

richtig beantworteten (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 954, Nonresponder n= 84).

Solide Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des IQWiG und des G-BA wiesen 23,3% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) auf, die alle vier Indexfragen richtig beantworteten (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 909, Nonresponder n= 129).

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss.

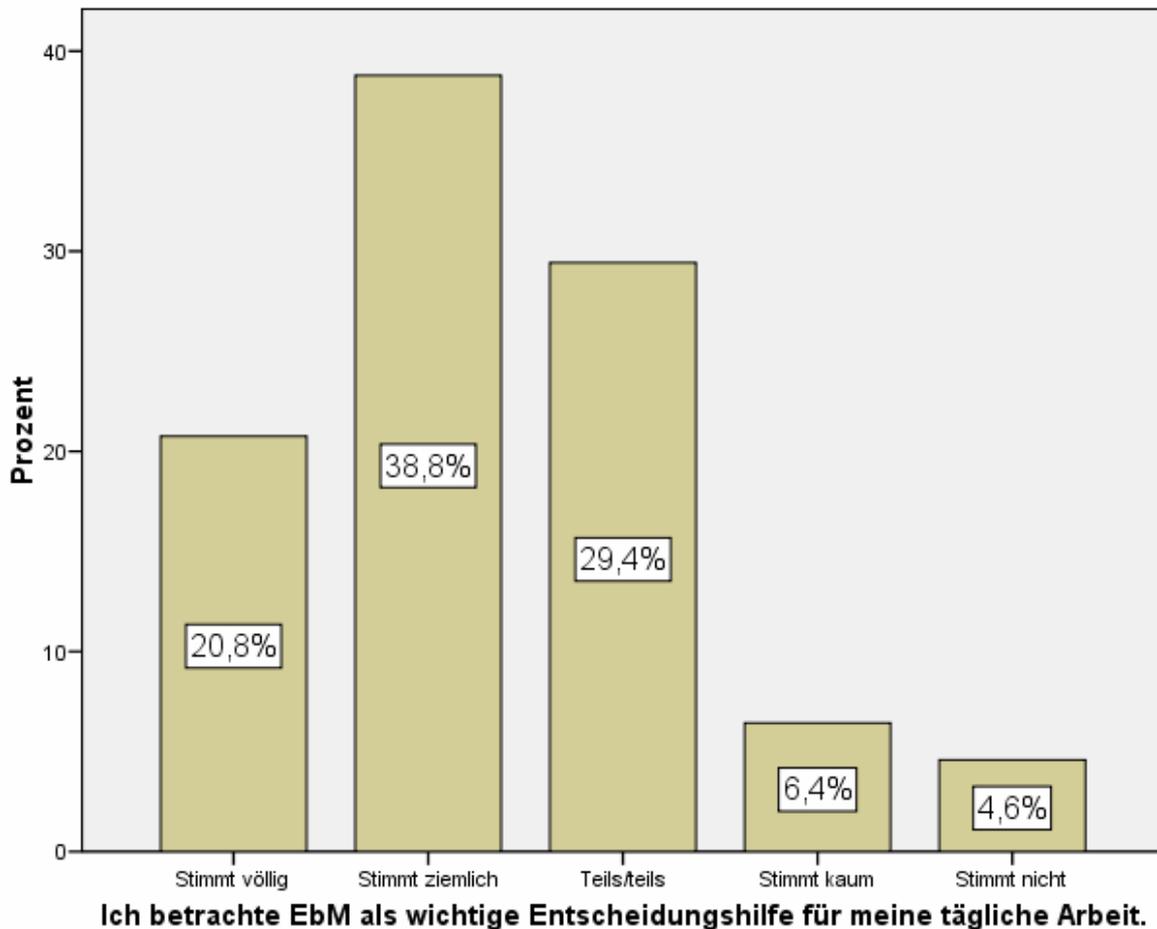


Der Aussage, dass der G-BA ein politisch unabhängiger Ausschuss ist, stimmten ca. 18% der antwortenden Hausärzte zu. Die große Mehrheit jedoch von ca. 82% der Antwortenden sah die politische Unabhängigkeit des G-BA anders. Die Anzahl der Responder lag bei n= 985 und die der Nonresponder bei n= 53.

Die gemeinsame Auswertung der beiden Fragen „**Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut.**“ Sowie „**Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss.**“ kann als Gradmesser für die Einschätzung beider Einrichtungen als politisch unabhängig angesehen werden. 11,4% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) haben beide Fragen richtig beantwortet (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 970, Nonresponder n= 68).

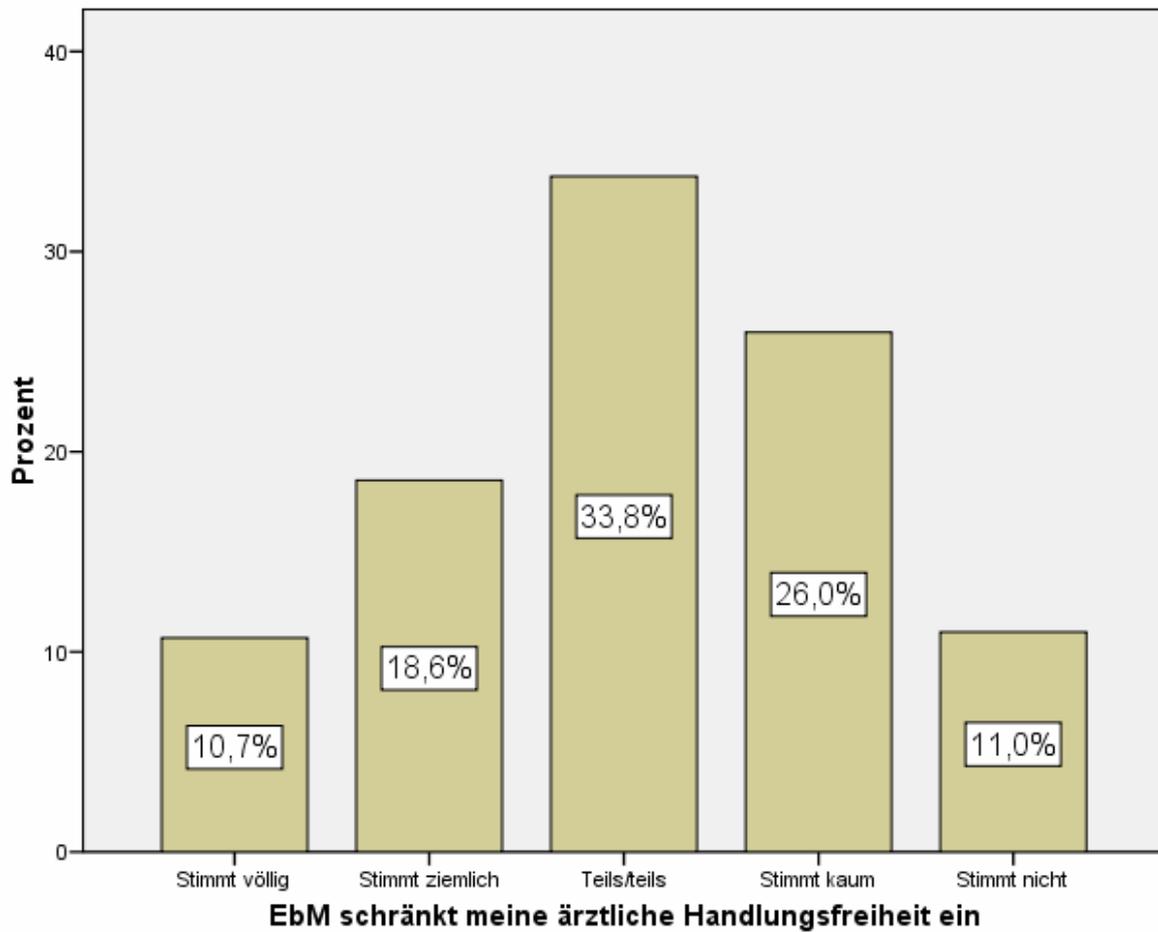
Teil C: Aussagen zum Stellenwert Evidenz-basierter Medizin (EbM)

Aussage (Meinungen): Ich betrachte EbM als wichtige Entscheidungshilfe für meine tägliche Arbeit.



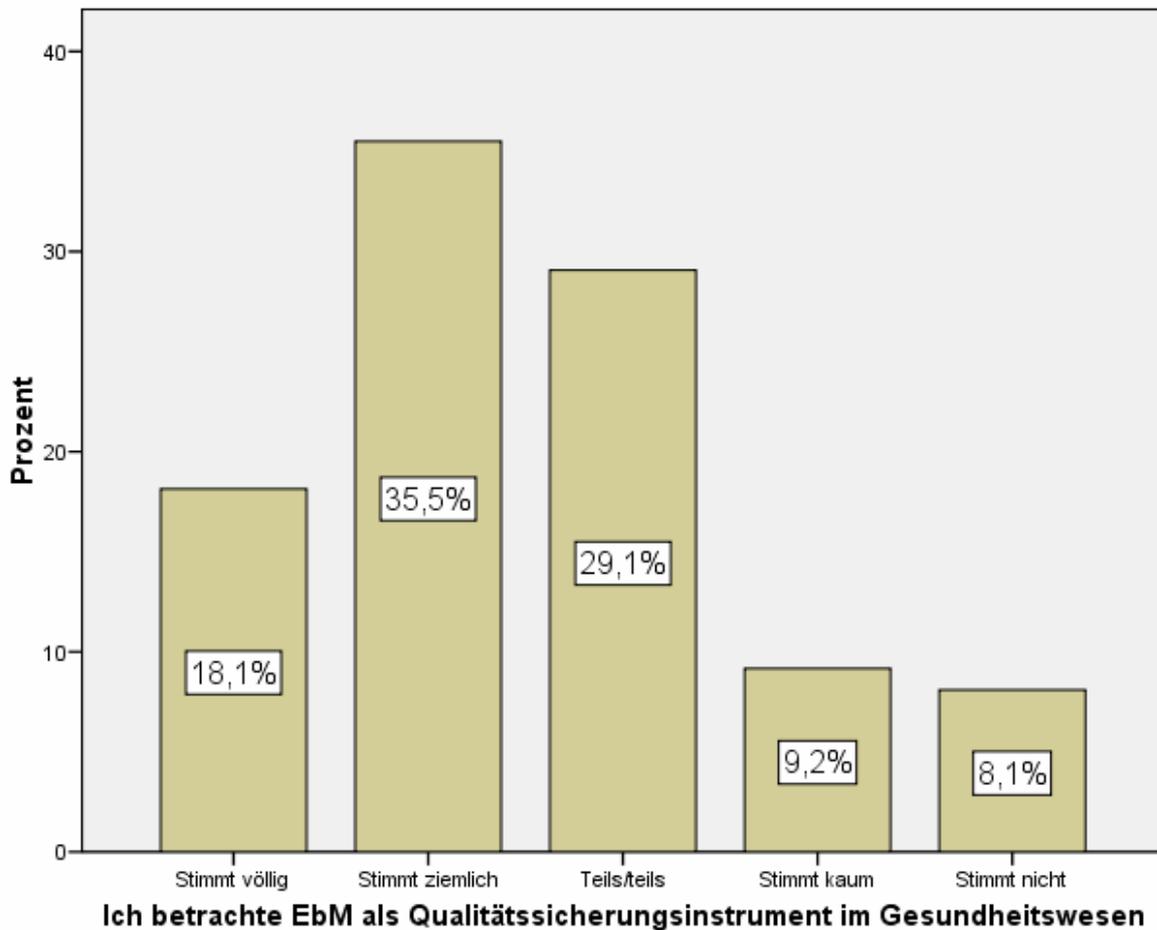
Mit ca. 60% der antwortenden Hausärzte sprach sich eine klare Mehrheit für EbM als wichtige Entscheidungshilfe in der täglichen Arbeit aus. Hoch war auch der Anteil derjenigen die sich nicht entscheiden konnten (ca. 29% der Antwortenden). Lediglich 11% der Antworter stimmten mit der Aussage nicht überein. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1026 und die der Nonresponder bei n= 12.

Aussage (Meinungen): EbM schränkt meine ärztliche Handlungsfreiheit ein.



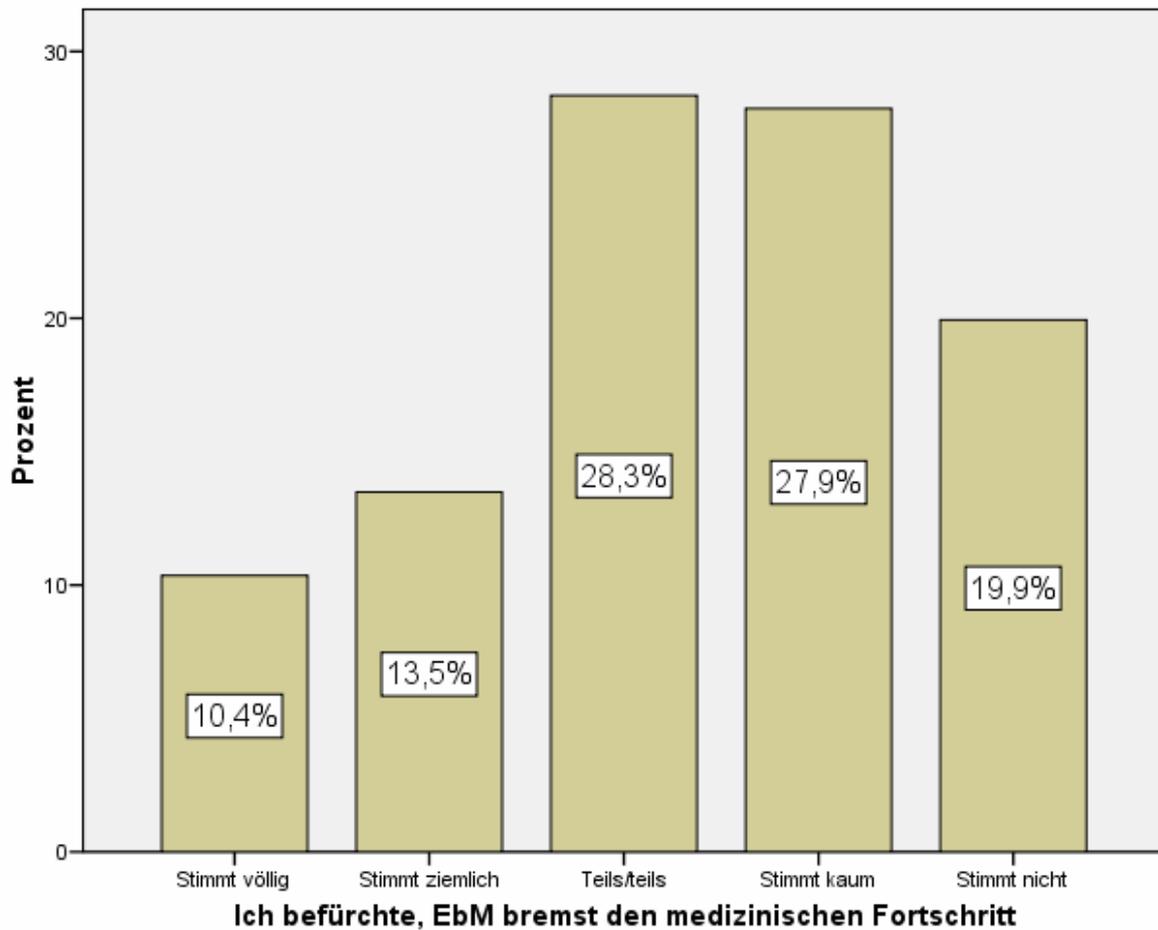
37% der befragten Hausärzte waren der Meinung, dass durch EbM nicht ihre ärztliche Handlungsfreiheit eingeschränkt wird. Für ca. 29% der Befragten schränkt EbM ihre ärztliche Handlungsfreiheit ein. Die größte Einzelgruppe umfasste diejenigen, die keine klare Meinung hatten (ca. 34%). Die Anzahl der Responder lag bei n= 1028 und die der Nonresponder bei n= 10.

Aussage (Meinungen): Ich betrachte EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen.



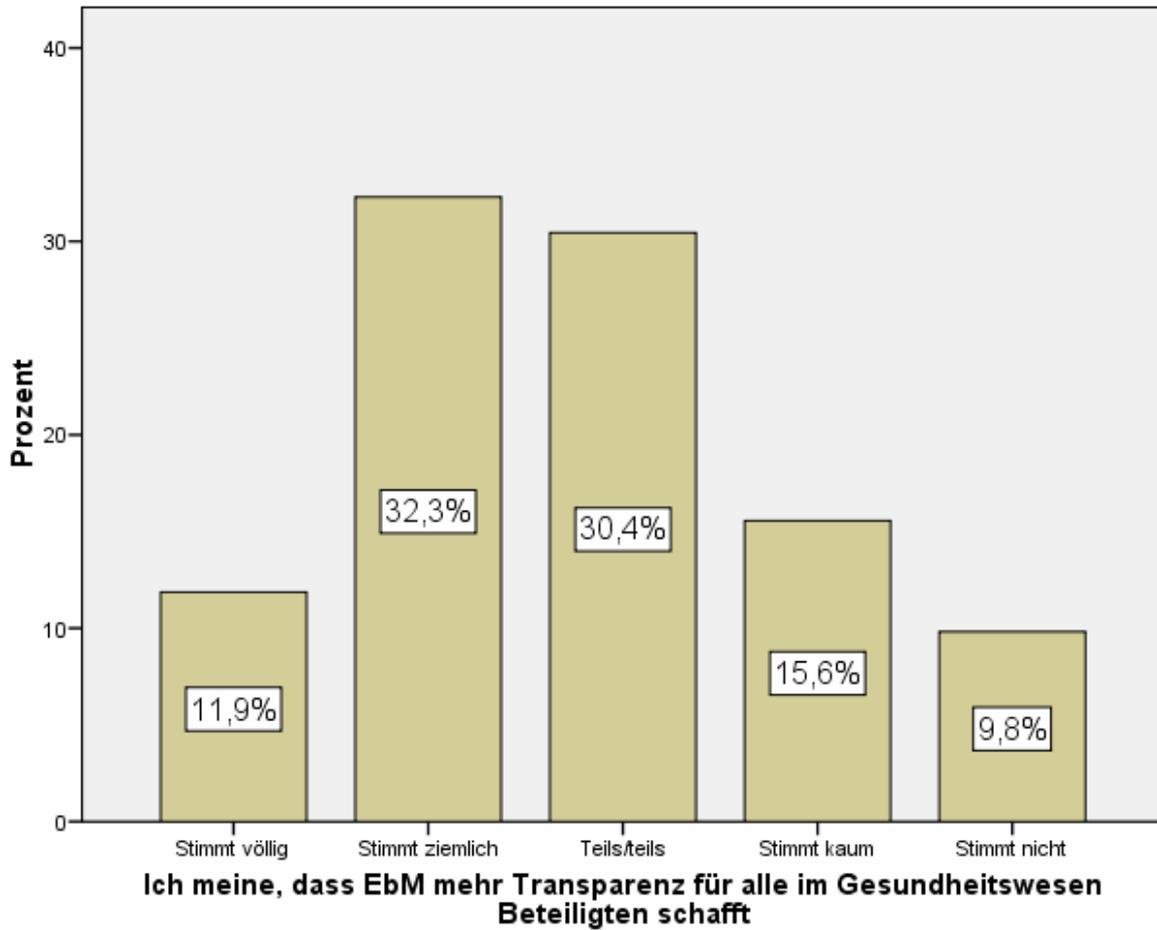
Mit ca. 54% der antwortenden Hausärzte betrachtet die Mehrheit EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen. Ca. 29% der Antworter haben keine differenzierte Meinung dazu, und eine Minderheit von ca. 17% betrachtet EbM nicht als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1025 und die der Nonresponder bei n= 13.

Aussage (Meinungen): Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt.



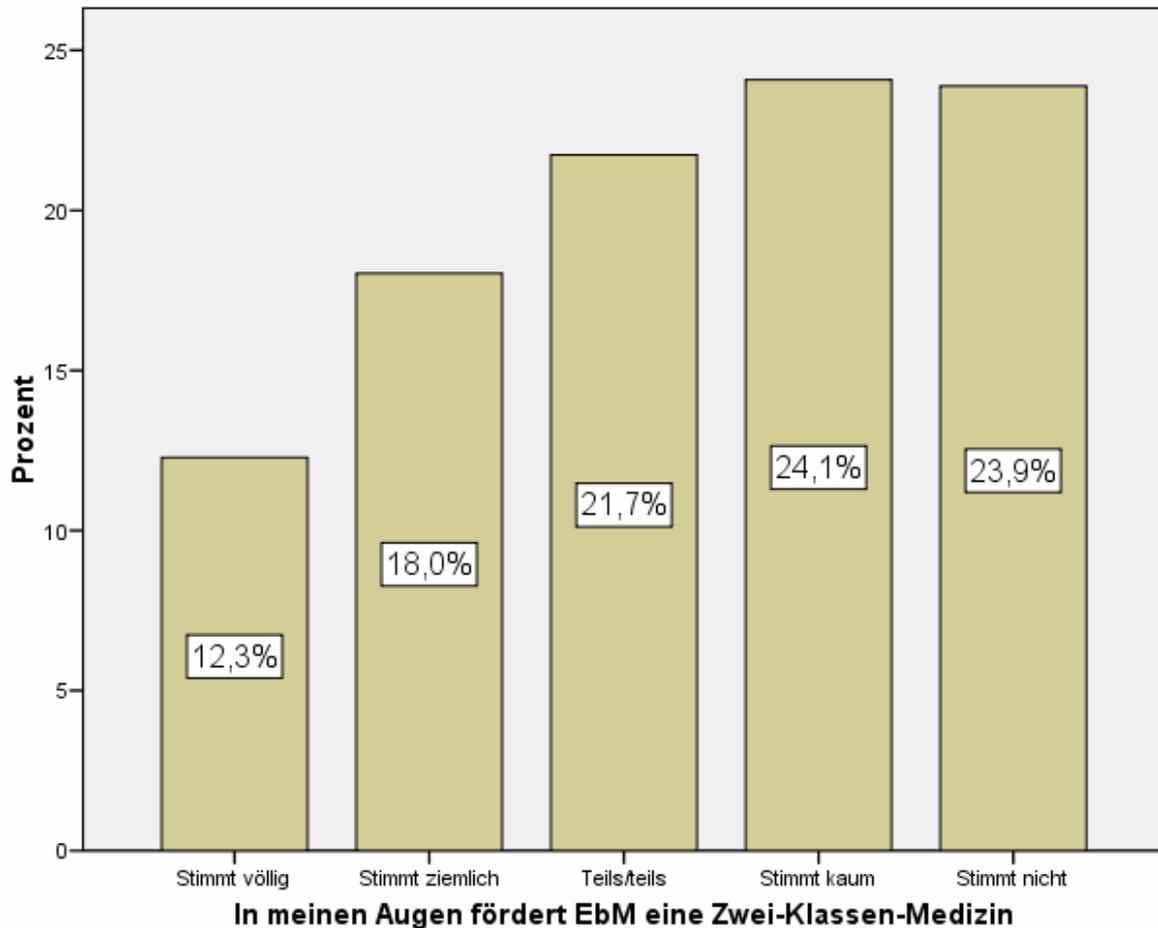
Die Befürchtung, dass EbM den medizinischen Fortschritt bremst, teilten ca. 24% der antwortenden Hausärzte. Keine Befürchtung diesbezüglich hatten ca. 48% der antwortenden Befragten. Ca. 28% der Antworter, und hier die größte Einzelgruppe, konnten sich nicht entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1023 und die der Nonresponder bei n= 15.

Aussage (Meinungen): Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft.



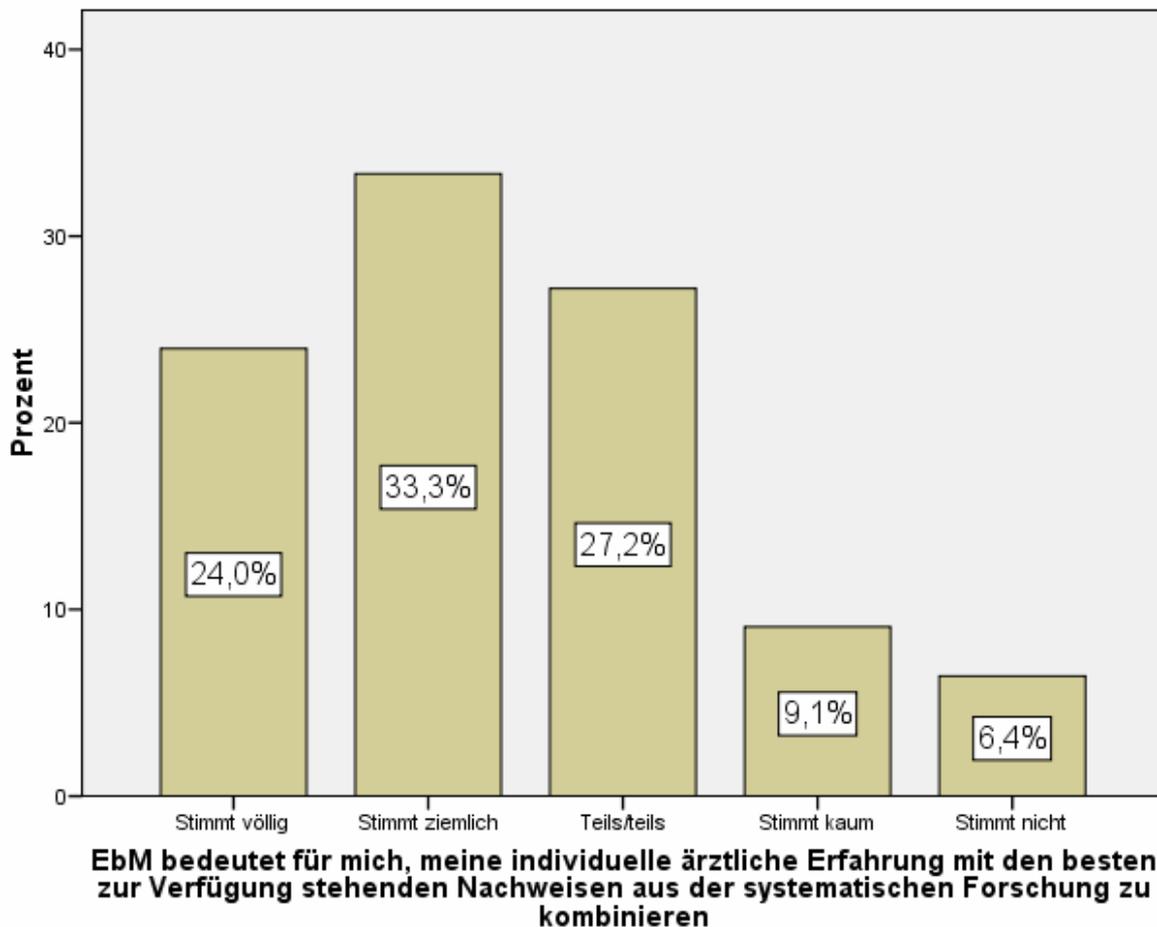
Dass EbM mehr Transparenz schafft, meinten ca. 44% der antwortenden Hausärzte. Dagegen sprachen sich ca. 25% der Antworter aus. Keine klare Aussage trafen ca. 30% der antwortenden Befragten. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1028 und die der Nonresponder bei n= 10.

Aussage (Meinungen): In meinen Augen fördert EbM eine Zwei-Klassen-Medizin.



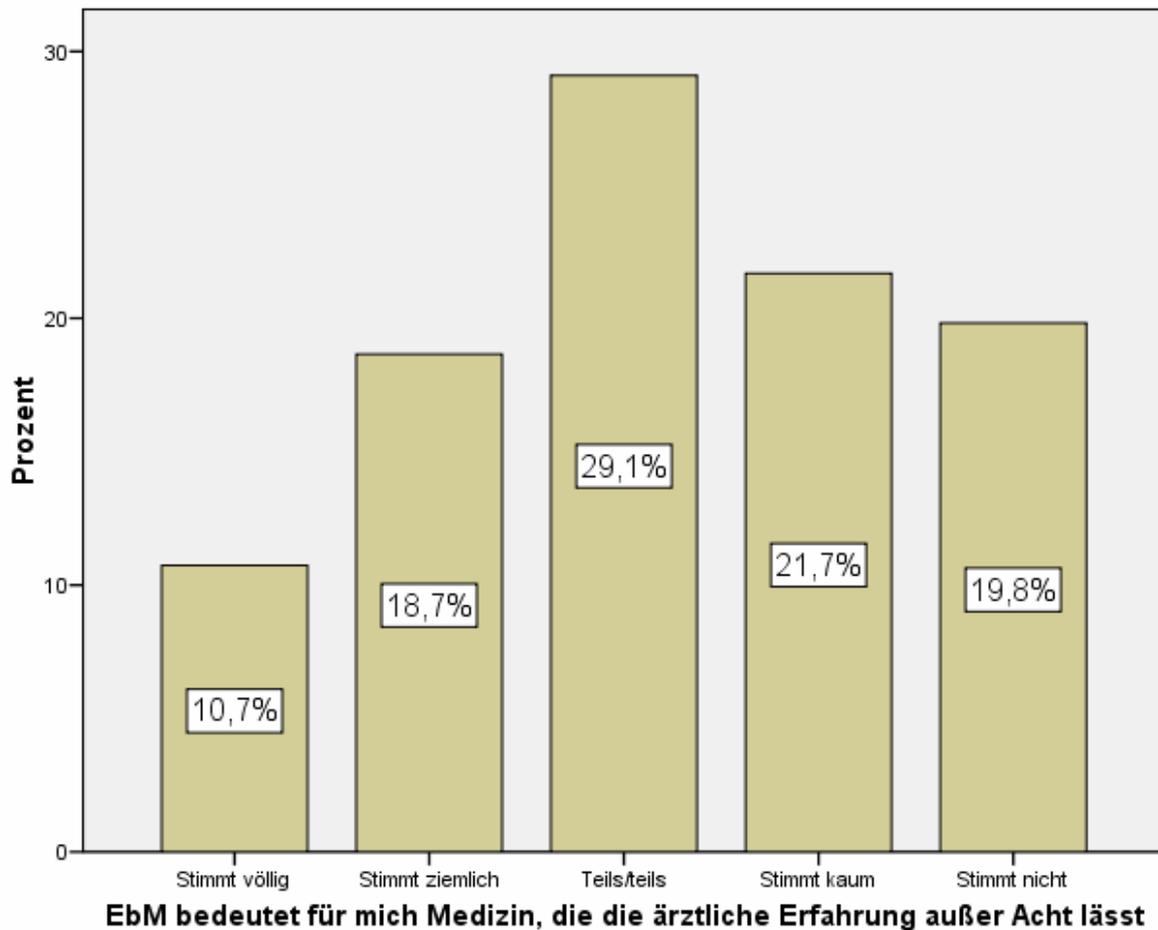
Von den antwortenden Hausärzten waren ca. 30% der Meinung, dass EbM eine Zwei-Klassen-Medizin fördert. Eine Mehrheit von 48% der Antworter war der gegenteiligen Meinung. Ca. 22% konnten sich weder für noch gegen diese Aussage entscheiden. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1026 und die der Nonresponder bei n= 12.

Aussage (Meinungen): EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren.



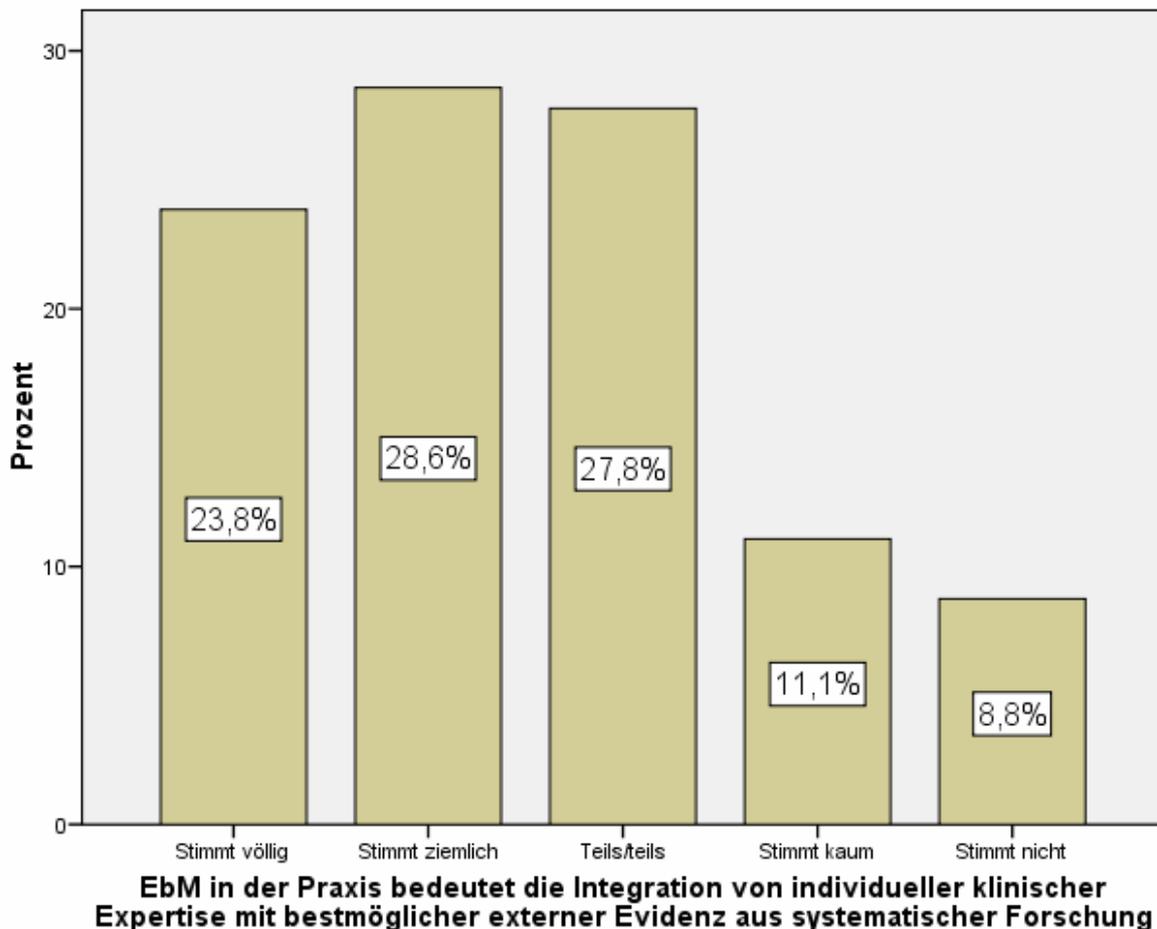
Mit ca. 57% waren die antwortenden Hausärzte der Meinung, dass EbM die individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung kombiniert. Dieser Meinung konnten sich knapp 16% der Antwortenden nicht anschließen, und ca. 27% waren unsicher in ihrer Meinung. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1026 und die der Nonresponder bei n= 12.

Aussage (Meinungen): EbM bedeutet für mich Medizin, die die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt.



Dass EbM die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt, meinen ca. 29% der antwortenden Hausärzte. Ebenfalls ca. 29% der Antworter, und damit die größte Gruppe in der Einzelbetrachtung, konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden. Mit einer Mehrheit von ca. 42% waren die antwortenden Hausärzte der Meinung, dass ärztliche Erfahrung berücksichtigt wird. Die Anzahl der Responder lag bei n= 1024 und die der Nonresponder n= 14.

Aussage (Kenntnisse): EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung.



Mit ca. 52% der antwortenden Befragten hat die Mehrzahl der Hausärzte die Aussage als Definition für EbM bestätigt. Jedoch weisen ca. 48% der Antworter keine (sichere) Kenntnis der EbM-Definition aus. Die Anzahl der Responder lag bei n= 994 und die der Nonresponder n= 44.

Zur Überprüfung der Konsistenz des Antwortverhaltens erfolgte ein Vergleich der zuletzt genannten Antwortmuster zu der Meinungs-Frage „**EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren.**“. Die Bestimmung der Konsistenz wurde mittels Cronbach-Alpha berechnet. Der Reliabilitätskoeffizient wies einen Wert von 0,71 auf und kann somit als befriedigend angesehen werden.

Setzt man die konsistente Beantwortung der Aussage (Meinungen): „**EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren.**“ mit der Aussage (Kenntnisse): „**EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung.**“ als solide Kenntnis der EbM-Definition an, so haben 40,5% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) hier korrekt geantwortet (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 992, Nonresponder n= 46).

Solide Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des IQWiG und des G-BA sowie zusätzlich konsistente Kenntnis der EbM-Definition wiesen 12,3% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) auf, die alle sechs Indexfragen richtig beantworteten (Kategorien ‚Stimmt völlig‘ oder ‚Stimmt ziemlich‘) (Responder n= 901, Nonresponder n= 137).

II. Trendanalysen der Einzelfragen

Die nun folgenden Trendanalysen wurden für die Extrapolation des Antwortverhaltens der Nonresponder durchgeführt. Schon nach Eingabe der Hälfte der zweiten Welle fiel in Zwischenauswertungen auf, dass keine signifikanten Veränderungen im Antwortverhalten der Teilnehmer zu beobachten waren. Diese Beobachtung blieb ebenfalls in der dritten Welle konsistent.

Es werden jeweils die Prozentzahlen der drei Wellen miteinander verglichen (Trend) sowie die Zahlen der dritten Welle, die den Nonrespondern am ‚nahesten‘ sind, mit den Gesamt-Zahlen (Abweichung der dritten Welle vom Durchschnitt). Alle gefundenen Veränderungen erreichen statistisch kein Signifikanzniveau.

Teil A Aussagen zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Aussage (Meinungen): Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Gruppe * Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Kreuztabelle

			Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	60	126	186	134	76	582
		% von Gruppe	10,3%	21,6%	32,0%	23,0%	13,1%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	30	72	89	41	27	259
		% von Gruppe	11,6%	27,8%	34,4%	15,8%	10,4%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	17	34	57	36	15	159
		% von Gruppe	10,7%	21,4%	35,8%	22,6%	9,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	107	232	332	211	118	1000
		% von Gruppe	10,7%	23,2%	33,2%	21,1%	11,8%	100,0%

In der 2. Welle lag die Zustimmung ca. 7% höher als in der 1. bzw. 3. Welle. Die 1. und 3. Welle weisen im Rahmen der Zustimmung aber fast identische Zahlen auf. Der Anteil der Unentschiedenen steigt leicht von der 1. bis zur 3. Welle kontinuierlich an.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneiversorgung.

Gruppe * Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneiversorgung Kreuztabelle

			Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneiversorgung					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	28	60	157	182	155	582
		% von Gruppe	4,8%	10,3%	27,0%	31,3%	26,6%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	11	34	90	61	66	262
		% von Gruppe	4,2%	13,0%	34,4%	23,3%	25,2%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	9	20	44	42	45	160
		% von Gruppe	5,6%	12,5%	27,5%	26,3%	28,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	48	114	291	285	266	1004	
	% von Gruppe	4,8%	11,4%	29,0%	28,4%	26,5%	100,0%	

Im Vergleich der drei Wellen lässt sich kein Trend ablesen. Der Anteil der Unentschlossenen liegt in der 2. Welle zulasten der Gruppe, die der Aussage nicht zustimmt, ca. 7% höher als in den beiden anderen Wellen.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung.

Gruppe * Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung Kreuztabelle

			Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	24	63	174	153	167	581
		% von Gruppe	4,1%	10,8%	29,9%	26,3%	28,7%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	13	30	86	70	62	261
		% von Gruppe	5,0%	11,5%	33,0%	26,8%	23,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	7	18	48	43	44	160
		% von Gruppe	4,4%	11,3%	30,0%	26,9%	27,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	44	111	308	266	273	1002	
	% von Gruppe	4,4%	11,1%	30,7%	26,5%	27,2%	100,0%	

Die etwas weniger negative Stimmung der 2. Welle mündet in einen ca. 3% höheren Anteil an Unentschlossenen. Ansonsten lässt sich hier kein Trend ablesen.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.

Gruppe * Das IQWiG beeinflusst die Autonomie des Hausarztes Kreuztabelle

			Das IQWiG beeinflusst die Autonomie des Hausarztes					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	166	201	88	62	63	580
		% von Gruppe	28,6%	34,7%	15,2%	10,7%	10,9%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	68	84	54	23	30	259
		% von Gruppe	26,3%	32,4%	20,8%	8,9%	11,6%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	35	64	24	16	20	159
		% von Gruppe	22,0%	40,3%	15,1%	10,1%	12,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl		269	349	166	101	113	998
	% von Gruppe		27,0%	35,0%	16,6%	10,1%	11,3%	100,0%

Zwar nimmt hier die völlige Zustimmung von der 1. zur 3. Welle kontinuierlich ab, jedoch gewinnt diesen Verlust die ziemliche Zustimmung in der 3. Welle, in der 2. Welle erfährt der Anteil der Unentschlossenen einen Zugewinn in Höhe des vorgenannten Verlustes.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden.

Gruppe * Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden Kreuztabelle

			Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	59	187	255	52	27	580
		% von Gruppe	10,2%	32,2%	44,0%	9,0%	4,7%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	23	81	103	38	15	260
		% von Gruppe	8,8%	31,2%	39,6%	14,6%	5,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	21	44	70	21	4	160
		% von Gruppe	13,1%	27,5%	43,8%	13,1%	2,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl		103	312	428	111	46	1000
	% von Gruppe		10,3%	31,2%	42,8%	11,1%	4,6%	100,0%

Auch bei dieser Frage lässt sich kein Trend ausmachen. Alle sich verändernden Werte weisen keine Kontinuität über die drei Wellen hinweg auf.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG schreibt verständliche Berichte.

Gruppe * Das IQWiG schreibt verständliche Berichte Kreuztabelle

			Das IQWiG schreibt verständliche Berichte					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	9	87	215	169	88	568
		% von Gruppe	1,6%	15,3%	37,9%	29,8%	15,5%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	13	45	98	68	35	259
		% von Gruppe	5,0%	17,4%	37,8%	26,3%	13,5%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	4	23	60	42	25	154
		% von Gruppe	2,6%	14,9%	39,0%	27,3%	16,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	26	155	373	279	148	981	
	% von Gruppe	2,7%	15,8%	38,0%	28,4%	15,1%	100,0%	

Die Zustimmungsrates zu dieser Frage liegt in der 2. Welle um ca. 6% höher als in der 1. bzw. 3. Welle. Ansonsten lassen sich keine Trenderfasslichkeiten nachweisen.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.

Gruppe * Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen Kreuztabelle

			Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	384	154	24	10	6	578
		% von Gruppe	66,4%	26,6%	4,2%	1,7%	1,0%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	167	71	11	6	2	257
		% von Gruppe	65,0%	27,6%	4,3%	2,3%	,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	110	41	8	2	1	162
		% von Gruppe	67,9%	25,3%	4,9%	1,2%	,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	661	266	43	18	9	997	
	% von Gruppe	66,3%	26,7%	4,3%	1,8%	,9%	100,0%	

Die Veränderungen der Punktwerte gleichen sich jeweils im gleichen Lager aus. Einen Gesamttrend zu mehr oder weniger Zustimmung lässt sich nicht ausmachen.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.

Gruppe * Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen Kreuztabelle

			Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	309	189	55	17	7	577
		% von Gruppe	53,6%	32,8%	9,5%	2,9%	1,2%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	137	79	27	9	4	256
		% von Gruppe	53,5%	30,9%	10,5%	3,5%	1,6%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	86	50	18	4	3	161
		% von Gruppe	53,4%	31,1%	11,2%	2,5%	1,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	532	318	100	30	14	994	
	% von Gruppe	53,5%	32,0%	10,1%	3,0%	1,4%	100,0%	

Der einzige Trend, der hier erkennbar ist, ist die leichte, kontinuierliche Zunahme des Anteils an Unentschlossenen. In den Bereichen der Zustimmung bzw. Nicht-Zustimmung bewegt sich kaum etwas.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte senden.

Gruppe * Das IQWiG sollte Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte senden Kreuztabelle

			Das IQWiG sollte Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte senden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	322	139	64	23	28	576
		% von Gruppe	55,9%	24,1%	11,1%	4,0%	4,9%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	130	70	33	8	15	256
		% von Gruppe	50,8%	27,3%	12,9%	3,1%	5,9%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	84	43	23	3	8	161
		% von Gruppe	52,2%	26,7%	14,3%	1,9%	5,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	536	252	120	34	51	993	
	% von Gruppe	54,0%	25,4%	12,1%	3,4%	5,1%	100,0%	

Auch hier lässt sich beobachten, dass eine Zunahme des Anteils Unentschlossener von der 1. Welle bis zur 3. Welle stattfindet. Ansonsten sind auch bei dieser Frage die Gesamtwerte der Zustimmung versus Nicht-Zustimmung kaum verändert.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte ausgebaut und verstärkt werden.

Gruppe * Das IQWiG sollte ausgebaut und gestärkt werden Kreuztabelle

			Das IQWiG sollte ausgebaut und gestärkt werden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	68	58	157	95	195	573
		% von Gruppe	11,9%	10,1%	27,4%	16,6%	34,0%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	23	31	81	53	64	252
		% von Gruppe	9,1%	12,3%	32,1%	21,0%	25,4%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	18	16	48	30	49	161
		% von Gruppe	11,2%	9,9%	29,8%	18,6%	30,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	109	105	286	178	308	986
		% von Gruppe	11,1%	10,6%	29,0%	18,1%	31,2%	100,0%

Bei dieser Frage ist von der 1. Welle bis zur 3. Welle in der Gesamtheit eine minimale (< 1%) kontinuierliche Abnahme als Trend im Rahmen der Zustimmung zu beobachten. Die übrigen Punktwerte bestätigen diesen Trend jedoch nicht als Gegenbewegung.

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind.

Gruppe * Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind Kreuztabelle

			Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	132	211	137	54	41	575
		% von Gruppe	23,0%	36,7%	23,8%	9,4%	7,1%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	55	90	64	24	18	251
		% von Gruppe	21,9%	35,9%	25,5%	9,6%	7,2%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	37	60	34	15	11	157
		% von Gruppe	23,6%	38,2%	21,7%	9,6%	7,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	224	361	235	93	70	983
		% von Gruppe	22,8%	36,7%	23,9%	9,5%	7,1%	100,0%

Während im Bereich der Nicht-Zustimmung fast gar keine Bewegung zwischen den Befragungswellen feststellbar ist, finden die Schwankungen zwischen Zustimmungsanteil und dem Anteil der Unentschlossenen statt. Ein Trend ist nicht zu beobachten.

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig.

Gruppe * Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig Kreuztabelle

			Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	149	121	142	32	108	552
		% von Gruppe	27,0%	21,9%	25,7%	5,8%	19,6%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	57	63	55	11	43	229
		% von Gruppe	24,9%	27,5%	24,0%	4,8%	18,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	29	41	37	14	28	149
		% von Gruppe	19,5%	27,5%	24,8%	9,4%	18,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	235	225	234	57	179	930
		% von Gruppe	25,3%	24,2%	25,2%	6,1%	19,2%	100,0%

Als Einzelfeststellung kann hier beobachtet werden, dass die 3. Befragungswelle eine gering schlechtere Kenntnis über die Beziehung zwischen IQWiG und G-BA aufweist.

Aussage (Kenntnisse): Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut.

Gruppe * Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut Kreuztabelle

			Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	75	87	113	121	176	572
		% von Gruppe	13,1%	15,2%	19,8%	21,2%	30,8%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	25	48	64	47	64	248
		% von Gruppe	10,1%	19,4%	25,8%	19,0%	25,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	20	23	33	32	49	157
		% von Gruppe	12,7%	14,6%	21,0%	20,4%	31,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	120	158	210	200	289	977
		% von Gruppe	12,3%	16,2%	21,5%	20,5%	29,6%	100,0%

In der 2. Welle ist die Nicht-Zustimmung gegenüber der 1. und der 3. Welle um jeweils ca. 7% geringer. Die Verlagerung führt zu einer Zunahme des Anteils Unentschlossener und des Zustimmungsteils zu fast gleichen Teilen, die sich aber in der dritten Welle wieder rückverlagern.

Teil B: Aussagen zum Gemeinsamen Bundesausschuss

Aussage (Meinungen): Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut.

Gruppe * Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut Kreuztabelle

			Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	5	21	121	230	203	580
		% von Gruppe	,9%	3,6%	20,9%	39,7%	35,0%	
	2. Welle	Anzahl	3	11	69	91	89	263
		% von Gruppe	1,1%	4,2%	26,2%	34,6%	33,8%	
	3. Welle	Anzahl	2	6	50	56	48	162
		% von Gruppe	1,2%	3,7%	30,9%	34,6%	29,6%	
Gesamt	Anzahl	10	38	240	377	340	1005	
	% von Gruppe	1,0%	3,8%	23,9%	37,5%	33,8%		

Hier lassen sich Trends beschreiben. Während auf der Seite Nicht-Zustimmung eine Abnahme zu beobachten ist, steigt in etwa gleichen Maßen kontinuierlich der Anteil der Unentschlossenen.

Aussage (Meinungen): Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte.

Gruppe * Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte Kreuztabelle

			Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	168	217	117	53	29	584
		% von Gruppe	28,8%	37,2%	20,0%	9,1%	5,0%	
	2. Welle	Anzahl	65	103	60	12	22	262
		% von Gruppe	24,8%	39,3%	22,9%	4,6%	8,4%	
	3. Welle	Anzahl	42	64	27	19	9	161
		% von Gruppe	26,1%	39,8%	16,8%	11,8%	5,6%	
Gesamt	Anzahl	275	384	204	84	60	1007	
	% von Gruppe	27,3%	38,1%	20,3%	8,3%	6,0%		

Die Veränderungen der Punktwerte gehen zu Lasten des Anteils der Unentschlossenen. Beide Lager legen zu, wenn der Anteil Unentschlossener sinkt und umgekehrt. Ein Trend ist nicht ablesbar.

Aussage (Meinungen): Der G-BA sorgt für optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen.

Gruppe * Der G-BA sorgt für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen Kreuztabelle

			Der G-BA sorgt für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	8	41	158	205	169	581
		% von Gruppe	1,4%	7,1%	27,2%	35,3%	29,1%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	4	21	85	87	65	262
		% von Gruppe	1,5%	8,0%	32,4%	33,2%	24,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	2	11	52	58	39	162
		% von Gruppe	1,2%	6,8%	32,1%	35,8%	24,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	14	73	295	350	273	1005	
	% von Gruppe	1,4%	7,3%	29,4%	34,8%	27,2%	100,0%	

Die Nicht-Zustimmungsrate liegt in der 2. Welle niedriger als in den anderen beiden Wellen. Auffällig ist der hohe Anteil an Nicht-Zustimmung in der 1. Welle, die sich aber nicht zugunsten der Zustimmungsrates der anderen Wellen verschoben hat, sondern vielmehr in den Anteil der Unentschlossenen gegangen ist.

Aussage (Meinungen): Der G-BA beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.

Gruppe * Der G-BA beeinflusst die Autonomie des Hausarztes Kreuztabelle

			Der G-BA beeinflusst die Autonomie des Hausarztes					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	227	205	85	34	32	583
		% von Gruppe	38,9%	35,2%	14,6%	5,8%	5,5%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	72	117	42	17	15	263
		% von Gruppe	27,4%	44,5%	16,0%	6,5%	5,7%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	56	61	25	11	9	162
		% von Gruppe	34,6%	37,7%	15,4%	6,8%	5,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	355	383	152	62	56	1008	
	% von Gruppe	35,2%	38,0%	15,1%	6,2%	5,6%	100,0%	

Während auf der Seite Nicht-Zustimmung und bei den Unentschlossenen fast unveränderte Punktwerte über alle drei Wellen zu beobachten sind, verändern sich die Punktwerte zwischen „Stimmt völlig“ und „Stimmt ziemlich“ in der 2. Welle um ca. 11%. Ein Trend lässt sich aber nicht ableiten.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte bei seinen Entscheidungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.

Gruppe * Der G-BA sollte bei seinen Entscheidungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen Kreuztabelle

			Der G-BA sollte bei seinen Entscheidungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	440	118	16	3	2	579
		% von Gruppe	76,0%	20,4%	2,8%	,5%	,3%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	181	64	7	5	2	259
		% von Gruppe	69,9%	24,7%	2,7%	1,9%	,8%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	119	36	6	0	1	162
		% von Gruppe	73,5%	22,2%	3,7%	,0%	,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	740	218	29	8	5	1000	
	% von Gruppe	74,0%	21,8%	2,9%	,8%	,5%	100,0%	

Die Summen in den beiden Polgruppen bleiben in ihrer Gesamtsumme fast unveränderlich über alle drei Wellen hinweg konstant.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte Vertreter der Hausärzteschaft in seinen Reihen haben.

Gruppe * Der G-BA sollte Vertreter der Hausärzteschaft in seinen Reihen haben Kreuztabelle

			Der G-BA sollte Vertreter der Hausärzteschaft in seinen Reihen haben					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	487	78	8	3	2	578
		% von Gruppe	84,3%	13,5%	1,4%	,5%	,3%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	208	39	5	3	4	259
		% von Gruppe	80,3%	15,1%	1,9%	1,2%	1,5%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	136	22	3	1	0	162
		% von Gruppe	84,0%	13,6%	1,9%	,6%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	831	139	16	7	6	999	
	% von Gruppe	83,2%	13,9%	1,6%	,7%	,6%	100,0%	

Die bereits beschriebene Kontinuität der Antworten lässt sich auch hier beobachten. Es zeigen sich über die Wellen hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen Zustimmung und Nicht-Zustimmung.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte seine Entscheidungsfindung transparenter darstellen.

Gruppe * Der G-BA sollte seine Entscheidungsfindung transparenter darstellen Kreuztabelle

			Der G-BA sollte seine Entscheidungsfindung transparenter darstellen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	381	155	30	5	6	577
		% von Gruppe	66,0%	26,9%	5,2%	,9%	1,0%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	172	73	8	3	3	259
		% von Gruppe	66,4%	28,2%	3,1%	1,2%	1,2%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	106	45	10	1	0	162
		% von Gruppe	65,4%	27,8%	6,2%	,6%	,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	659	273	48	9	9	998
		% von Gruppe	66,0%	27,4%	4,8%	,9%	,9%	100,0%

Trends sind auch hier nicht feststellbar.

Aussage (Wünsche): Der G-BA sollte ausgebaut und gestärkt werden.

Gruppe * Der G-BA sollte ausgebaut und gestärkt werden Kreuztabelle

			Der G-BA sollte ausgebaut und gestärkt werden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	54	61	198	110	155	578
		% von Gruppe	9,3%	10,6%	34,3%	19,0%	26,8%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	22	31	93	55	58	259
		% von Gruppe	8,5%	12,0%	35,9%	21,2%	22,4%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	14	18	51	32	46	161
		% von Gruppe	8,7%	11,2%	31,7%	19,9%	28,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	90	110	342	197	259	998
		% von Gruppe	9,0%	11,0%	34,3%	19,7%	26,0%	100,0%

Die 2. Welle weist gegenüber der 1. und 3. Welle minimal höhere Zustimmungsraten für einen Ausbau bzw. eine Stärkung des G-BA auf. Allerdings sind über alle Wellen hinweg auch hier keine Trends ablesbar.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.

Gruppe * Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden Kreuztabelle

			Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	331	153	55	11	24	574
		% von Gruppe	57,7%	26,7%	9,6%	1,9%	4,2%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	125	68	31	10	16	250
		% von Gruppe	50,0%	27,2%	12,4%	4,0%	6,4%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	84	52	18	5	2	161
		% von Gruppe	52,2%	32,3%	11,2%	3,1%	1,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	540	273	104	26	42	985	
	% von Gruppe	54,8%	27,7%	10,6%	2,6%	4,3%	100,0%	

Bei dieser Frage ist zu beobachten, dass die Antwortkategorie „Stimmt ziemlich“ eine Steigerung der Werte von der 1. bis zur 3. Welle ausweist. Ein entsprechendes Pendant auf der Nicht-Zustimmungsseite lässt sich nicht identifizieren. Vielmehr ist in der 2. Welle die Gruppe der Zustimmer zugunsten der Gruppe der Nicht-Zustimmer kleiner, was sich in der 3. Welle wieder vollständig umkehrt. Somit ist auch dies nicht als Trend zu bewerten.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden.

Gruppe * Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden Kreuztabelle

			Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	194	193	86	35	52	560
		% von Gruppe	34,6%	34,5%	15,4%	6,3%	9,3%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	82	87	50	10	15	244
		% von Gruppe	33,6%	35,7%	20,5%	4,1%	6,1%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	50	55	32	8	9	154
		% von Gruppe	32,5%	35,7%	20,8%	5,2%	5,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	326	335	168	53	76	958	
	% von Gruppe	34,0%	35,0%	17,5%	5,5%	7,9%	100,0%	

Während die Antwortkategorie „Stimmt völlig“ eine kontinuierliche Abnahme von ca. 2% von der 1. bis 3. Welle verzeichnet, kann kein entsprechendes Pendant

identifiziert werden, denn auch die Kategorie „Stimmt nicht“ nimmt in gleichem Maße ab.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss.

Gruppe * Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss Kreuztabelle

			Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	54	51	90	136	244	575
		% von Gruppe	9,4%	8,9%	15,7%	23,7%	42,4%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	19	27	54	48	103	251
		% von Gruppe	7,6%	10,8%	21,5%	19,1%	41,0%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	12	11	31	44	61	159
		% von Gruppe	7,5%	6,9%	19,5%	27,7%	38,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	85	89	175	228	408	985
		% von Gruppe	8,6%	9,0%	17,8%	23,1%	41,4%	100,0%

Hier weisen beide eindeutigen Positionen („Stimmt völlig“ und „Stimmt nicht“) eine - wenn auch unterschiedlich starke - Abnahme ihrer Werte von der 1. bis zur 3. Welle auf. Aber auch hier sind keine gegenläufigen Bewegungen, die einen Trend bestätigen könnten, zu beobachten.

Teil C: Aussagen zum Stellenwert Evidenz-basierter Medizin (EbM)

Aussage (Meinungen): Ich betrachte EbM als wichtige Entscheidungshilfe für meine tägliche Arbeit.

Gruppe * Ich betrachte EbM als wichtige Entscheidungshilfe für meine tägliche Arbeit. Kreuztabelle

			Ich betrachte EbM als wichtige Entscheidungshilfe für meine tägliche Arbeit.					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	121	230	181	35	28	595
		% von Gruppe	20,3%	38,7%	30,4%	5,9%	4,7%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	60	97	74	24	12	267
		% von Gruppe	22,5%	36,3%	27,7%	9,0%	4,5%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	32	71	47	7	7	164
		% von Gruppe	19,5%	43,3%	28,7%	4,3%	4,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	213	398	302	66	47	1026
		% von Gruppe	20,8%	38,8%	29,4%	6,4%	4,6%	100,0%

Weder strukturell noch temporär lässt sich ein Trend ablesen.

Aussage (Meinungen): EbM schränkt meine ärztliche Handlungsfreiheit ein.

Gruppe * EbM schränkt meine ärztliche Handlungsfreiheit ein Kreuztabelle

			EbM schränkt meine ärztliche Handlungsfreiheit ein					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	62	108	199	161	66	596
		% von Gruppe	10,4%	18,1%	33,4%	27,0%	11,1%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	31	51	90	63	33	268
		% von Gruppe	11,6%	19,0%	33,6%	23,5%	12,3%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	17	32	58	43	14	164
		% von Gruppe	10,4%	19,5%	35,4%	26,2%	8,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	110	191	347	267	113	1028
		% von Gruppe	10,7%	18,6%	33,8%	26,0%	11,0%	100,0%

Der minimale Trend der kontinuierlichen Zunahme von der Antwortkategorie „Stimmt ziemlich“ von der 1. bis zur 3. Welle wird parallel von der Zunahme des Anteils der Unentschlossenen begleitet. Eine entsprechende kontinuierliche Abnahme anderer Kategorien ist nicht zu beobachten.

Aussage (Meinungen): Ich betrachte EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen.

Gruppe * Ich betrachte EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen Kreuztabelle

			Ich betrachte EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	105	205	178	56	49	593
		% von Gruppe	17,7%	34,6%	30,0%	9,4%	8,3%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	53	95	80	20	20	268
		% von Gruppe	19,8%	35,4%	29,9%	7,5%	7,5%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	28	64	40	18	14	164
		% von Gruppe	17,1%	39,0%	24,4%	11,0%	8,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	186	364	298	94	83	1025	
	% von Gruppe	18,1%	35,5%	29,1%	9,2%	8,1%	100,0%	

Die Gesamtzustimmung steigt zwar von der 1. bis zur 3. Welle kontinuierlich gering an, während die Zahl der Unentschlossenen sinkt; eine Kontinuität der Aussagen im Sinne eines Trends im Gegenpol ist aber nicht zu erkennen.

Aussage (Meinungen): Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt.

Gruppe * Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt Kreuztabelle

			Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	68	76	160	167	122	593
		% von Gruppe	11,5%	12,8%	27,0%	28,2%	20,6%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	26	31	83	71	56	267
		% von Gruppe	9,7%	11,6%	31,1%	26,6%	21,0%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	12	31	47	47	26	163
		% von Gruppe	7,4%	19,0%	28,8%	28,8%	16,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	106	138	290	285	204	1023	
	% von Gruppe	10,4%	13,5%	28,3%	27,9%	19,9%	100,0%	

Während die Nicht-Zustimmungsrate von der 1. bis zur 3. Welle kontinuierlich gering sinkt, lässt sich keine klare Gegenbewegung feststellen. Somit lässt sich auch hier kein Trend ablesen.

Aussage (Meinungen): Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft.

Gruppe * Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft Kreuztabelle

			Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	65	192	181	90	68	596
		% von Gruppe	10,9%	32,2%	30,4%	15,1%	11,4%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	37	80	82	45	24	268
		% von Gruppe	13,8%	29,9%	30,6%	16,8%	9,0%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	20	60	50	25	9	164
		% von Gruppe	12,2%	36,6%	30,5%	15,2%	5,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	122	332	313	160	101	1028	
	% von Gruppe	11,9%	32,3%	30,4%	15,6%	9,8%	100,0%	

Eine kontinuierliche Abnahme der Antwortkategorie „Stimmt nicht“ von der 1. bis zur 3. Welle wird nicht von einer entsprechenden, kontinuierlichen Zunahme an anderer Stelle begleitet.

Aussage (Meinungen): In meinen Augen fördert EbM eine Zwei-Klassen-Medizin.

Gruppe * In meinen Augen fördert EbM eine Zwei-Klassen-Medizin Kreuztabelle

			In meinen Augen fördert EbM eine Zwei-Klassen-Medizin					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	71	115	113	148	147	594
		% von Gruppe	12,0%	19,4%	19,0%	24,9%	24,7%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	33	43	76	51	65	268
		% von Gruppe	12,3%	16,0%	28,4%	19,0%	24,3%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	22	27	34	48	33	164
		% von Gruppe	13,4%	16,5%	20,7%	29,3%	20,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	126	185	223	247	245	1026	
	% von Gruppe	12,3%	18,0%	21,7%	24,1%	23,9%	100,0%	

Zwar laufen die Antwortkategorien „Stimmt völlig“ und „Stimmt nicht“ über die drei Wellen gegenläufig, aber in der Gesamtbetrachtung der Zustimmungsrates und Nicht-Zustimmungsrates lässt sich dieser Trend nicht bestätigen.

Aussage (Meinungen): EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren.

Gruppe * EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren Kreuztabelle

			EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	143	207	160	45	40	595
		% von Gruppe	24,0%	34,8%	26,9%	7,6%	6,7%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	63	83	78	27	16	267
		% von Gruppe	23,6%	31,1%	29,2%	10,1%	6,0%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	40	52	41	21	10	164
		% von Gruppe	24,4%	31,7%	25,0%	12,8%	6,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	246	342	279	93	66	1026	
	% von Gruppe	24,0%	33,3%	27,2%	9,1%	6,4%	100,0%	

Bei dieser Frage nimmt die Nicht-Zustimmungsrate kontinuierlich von der 1. bis zur 3. Welle zu. Eine solche Kontinuität lässt sich auf der anderen Seite aber nicht nachweisen.

Aussage (Meinungen): EbM bedeutet für mich Medizin, die die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt.

Gruppe * EbM bedeutet für mich Medizin, die die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt Kreuztabelle

			EbM bedeutet für mich Medizin, die die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	67	103	185	126	113	594
		% von Gruppe	11,3%	17,3%	31,1%	21,2%	19,0%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	28	53	74	51	60	266
		% von Gruppe	10,5%	19,9%	27,8%	19,2%	22,6%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	15	35	39	45	30	164
		% von Gruppe	9,1%	21,3%	23,8%	27,4%	18,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	110	191	298	222	203	1024	
	% von Gruppe	10,7%	18,7%	29,1%	21,7%	19,8%	100,0%	

Die kontinuierliche Zunahme in der Antwortkategorie „Stimmt ziemlich“ generiert sich aus der Abnahme von der Antwortkategorie „Stimmt völlig“; zusammen nehmen sie gering zu. Auch die Gruppe der Nicht-Zustimmer wird kontinuierlich größer. Beide Zuwächse kommen aus der deutlichen kontinuierlichen Abnahme der Zahl der

Unentschlossenen. Daher ist ein Trend zwischen Zustimmungsrates und Nicht-Zustimmungsrates nicht gegeben.

Aussage (Kenntnisse): EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung.

Gruppe * EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung Kreuztabelle

			EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung					Gesamt
			Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht	
Gruppe	1. Welle	Anzahl	145	171	150	63	49	578
		% von Gruppe	25,1%	29,6%	26,0%	10,9%	8,5%	100,0%
	2. Welle	Anzahl	55	67	80	27	26	255
		% von Gruppe	21,6%	26,3%	31,4%	10,6%	10,2%	100,0%
	3. Welle	Anzahl	37	46	46	20	12	161
		% von Gruppe	23,0%	28,6%	28,6%	12,4%	7,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	237	284	276	110	87	994
		% von Gruppe	23,8%	28,6%	27,8%	11,1%	8,8%	100,0%

Hier lässt sich weder strukturell noch temporär eine tendenzielle Veränderung ablesen.

Fazit

In der Summe zeigt sich über alle Fragen hinweg ein fast bewegungsloses Muster der Antwortschemata. Wenn Veränderungen zwischen den einzelnen Wellen zu verzeichnen sind, weisen diese lediglich einen Shift innerhalb der positiven bzw. der negativen Zustimmung auf. Eine signifikante Bewegung zwischen den Gegensätzen ist nicht zu verzeichnen. Die nicht-signifikanten Veränderungen weisen ebenfalls nicht als Muster in eine bestimmte, aus den Ergebnissen des Surveys zu erwartende Richtung über die drei Wellen hinweg (etwa Abnahme der Kenntnisse zu beiden Einrichtungen oder Zunahme der negativen Haltung).

Da gemeinhin von der Annahme ausgegangen wird, dass der Trend der ersten Welle bis zur letzten Welle sich immer stärker dem Antwortschema der Nonresponder nähert (zumindest in den Bereichen Meinungen und Wünsche), muss hier davon ausgegangen werden, dass die Nonresponder in ihrem hypothetischen Antwortverhalten ungefähr dem hier vorliegenden Durchschnitt der drei Befragungswellen entsprechen. Dies deutet auf eine hohe Validität der Ergebnisse hin.

III. Korrelationsanalyse der Einzelfragen

Neben der Analyse der Häufigkeitsverteilung und der Trends über die drei Befragungswellen hinweg erfolgte auch eine Korrelationsanalyse mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests (zweiseitig) bei einem akzeptierten alpha-Fehler von 5%. Die Ergebnisse der Fragen wurden in SPSS Version 15.0 jeweils mit Alter (< 50; ≥50 Jahren), Geschlecht (weiblich; männlich) und Praxislage (Stadt; Land) sowie mit dem Kenntnisstand der Responder korreliert. Zur Vereinfachung werden hier nur die Korrelationen wiedergegeben, die eine entsprechende Signifikanz ($p < 0,05$) aufweisen. Alle Korrelationen sind als Deskriptionen zu verstehen, sie dienen nicht der Hypothesentestung.

Alter

Für die Korrelationsberechnung mit dem Alter wurde eine Zweiteilung gewählt. Da das Durchschnittsalter bei ca. 51 Jahren lag fiel die Grenze auf unter 50 Jahren und größer/gleich 50 Jahren. Bei der Analyse konnten keine Korrelationen festgestellt werden. Bei der Korrelationsberechnung mit den Wissensblöcken zu IQWiG, G-BA und EbM ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Geschlecht

Im Vergleich der Geschlechter wiesen die Ergebnisse bei vier Fragen und einem Wissensblock signifikante Unterschiede im Antwortmuster aus.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG schreibt verständliche Berichte

Hausärztinnen meinen signifikant häufiger, dass das IQWiG verständliche Berichte schreibt.

Aussage (Meinungen): Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte.

Männliche Kollegen dagegen meinen statistisch signifikant häufiger, dass die Entscheidungen des G-BA die Arzt-Patienten-Kontakte beeinflussen.

Aussage (Meinungen): Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft.

Dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft, meinen Männer signifikant mehr als Frauen.

Aussage (Kenntnisse): Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.

Statistisch signifikant wissen mehr Frauen als Männer, dass der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.

Bei der Korrelationsberechnung mit den Wissensblöcken konnten signifikant mehr Frauen als Männer die Kenntnisfragen zur Funktion des G-BA richtig beantworten.

Praxislage

Im Vergleich der Praxislage (Stadt versus Land) ergaben sich die meisten signifikanten Unterschiede. Bei sieben Fragen unterschieden sich die Ergebnisse zwischen Vertretern aus städtisch bzw. ländlich geprägten Regionen.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Hausärzte aus der Stadt sind statistisch signifikant häufiger der Meinung, dass das IQWiG der Qualitätssicherung dient.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung.

Die städtischen Praxisinhaber meinen statistisch signifikant häufiger, dass das IQWiG mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung fördert.

Aussage (Meinungen): Das IQWiG schreibt verständliche Berichte.

Ebenso sind die städtischen Hausärzte statistisch signifikant häufiger der Meinung, dass das IQWiG verständliche Berichte schreibt.

Aussage (Meinungen): Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut.

Auch hier meinen die städtischen Praxisinhaber statistisch signifikant häufiger, dass der G-BA gut mit der hausärztlichen Versorgung vertraut sei.

Aussage (Meinungen): Der G-BA sorgt für optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen.

Dass der G-BA für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen sorgen kann, meinen statistisch signifikant mehr Hausärzte aus städtisch als aus ländlich geprägten Regionen.

Aussage (Wünsche): Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.

Statistisch signifikant wünschen sich mehr ländliche Praxisinhaber mehr Transparenz in den Begründungen der Empfehlungen des IQWiG als die städtischen Vertreter.

Aussage (Meinungen): Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt.

Dass EbM den medizinischen Fortschritt bremsen könnte, befürchten statistisch signifikant mehr Hausärzte aus den ländlichen Regionen als Praxisinhaber aus städtischen Regionen.

Bei der Korrelationsberechnung mit den Wissensblöcken zu IQWiG, G-BA und EbM ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Wissensblöcke

Jeweils zwei Kenntnisfragen zu IQWiG, G-BA, EbM und politischer Unabhängigkeit werden mit den anderen Fragen aus dem Fragebogen korreliert. In den Tabellen der jeweiligen Abschnitte sind nur die Fragen mit Signifikanzen aufgeführt. Entsprechend der Aussage sind sie einer Tendenz zugeordnet. Die Nummern der Fragen beziehen sich auf die Fragenblöcke des Fragebogens.

a) Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des IQWiG

Solide Kenntnisse zum IQWiG wiesen 29,1% der Teilnehmer auf (siehe Abschnitt 5.3.5., I). Bei 26 Fragen unterschieden sich ihre Ergebnisse von denen der Teilnehmer ohne diese Kenntnisse signifikant.

Tabelle 5: Tendenzen der Aussagen von Teilnehmern mit Kenntnissen zum IQWiG

Fragenblock	Tendenzen bei den Fragen	
	Aussage zutreffend	Aussage nicht zutreffend
<i>Meinung</i>	1), 2), 3), 5), 6), 7), 9)	8)
<i>Wünsche</i>	3), 4), 8)	1), 2)
<i>EbM</i>	1), 3), 5), 7)	2), 4), 6), 8)
<i>Kenntnisse</i>	3) – 7)	----

Bei einem soliden Kenntnisstand neigen die Teilnehmer zu positiveren Ansichten über das IQWiG und G-BA und stimmen Aussagen wie IQWiG dient der Qualitätssicherung oder der G-BA ist der hausärztlichen Versorgung gut vertraut zu. Entsprechend dieser Logik lehnen sie dann tendenziell auch eine stärkere Berücksichtigung der Situation von Hausärzten ab. Insgesamt fällt diese Gruppe durch einen soliden Kenntnisstand bzw. durch seine positive Haltung gegenüber den genannten Einrichtungen auf. Zudem sind sie gegenüber der EbM sehr positiv eingestellt bzw. lehnen die negativen Aussagen zu EbM ab.

b) Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des G-BA

Solide Kenntnisse zum G-BA ließen 58,4% der Teilnehmer vermuten (siehe Abschnitt 5.3.5., I). Im Vergleich zu den Teilnehmern ohne diese Kenntnisse wiesen die Ergebnisse bei 9 Fragen signifikante Unterschiede im Antwortmuster aus. Damit stellt sie mit nur 9 Fragen die Gruppe mit der geringsten Signifikanzrate.

Tabelle 6: Tendenzen der Aussagen von Teilnehmern mit Kenntnissen zum G-BA

Fragenblock	Tendenzen bei den Fragen	
	Aussage zutreffend	Aussage nicht zutreffend
<i>Meinung</i>	8), 9), 10)	----
<i>Wünsche</i>	----	----
<i>EbM</i>	1), 7)	----
<i>Kenntnisse</i>	1), 2), 6), 7)	----

Bei soliden Kenntnissen über den G-BA gleichen die Antwortmuster nicht denjenigen mit soliden Kenntnissen über das IQWiG. Zwar weisen sie einen soliden Kenntnisstand auf, insgesamt sind sie jedoch negativer eingestellt. So meint beispielsweise diese Gruppe, dass der G-BA die Arzt-Patienten-Kontakte bzw. die Autonomie des Hausarztes beeinflusst. Weiterhin fällt auf, dass bezüglich der Fragen zu IQWiG (Meinungen) kein Unterschied zwischen denjenigen mit soliden und weniger solidem Kenntnisstand besteht

c) Kenntnis der EbM-Definition

Eine solide Kenntnis der EbM-Definition konnten 40,5% der Teilnehmer vorweisen (siehe Abschnitt 5.3.5., I). Ihre Ergebnisse wiesen bei 25 Fragen signifikante Unterschiede im Antwortmuster im Vergleich zu den Teilnehmern ohne solche Kenntnis aus.

Tabelle 7: Tendenzen der Aussagen von Teilnehmern mit Kenntnissen zur EbM

Fragenblock	Tendenzen bei den Fragen	
	Aussage zutreffend	Aussage nicht zutreffend
<i>Meinung</i>	1), 2), 3), 6), 7), 8), 9)	10)
<i>Wünsche</i>	3), 4), 8)	1), 2)
<i>EbM</i>	1), 3), 5)	2), 4), 6), 8)
<i>Kenntnisse</i>	1), 3) – 6)	----

Die Gruppe mit soliden Kenntnissen zur EbM ist, ebenso wie die Gruppe mit soliden Kenntnissen zu IQWiG, insgesamt sehr positiv zu beiden Einrichtungen eingestellt und wünscht sich beispielsweise, dass G-BA und IQWiG stärker ausgebaut werden sollen.

d) Einschätzung der politischen Unabhängigkeit von IQWiG und G-BA

Die Einschätzung der politischen Unabhängigkeit von IQWiG und G-BA lag bei 11,4% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) vor (siehe Abschnitt 5.3.5., I). Bei 25 Fragen unterschieden sich ihre Ergebnisse signifikant von denen der Teilnehmer ohne diese Kenntnisse.

Tabelle 8: Tendenzen der Aussagen von Teilnehmern zur Kenntnis der politischen Unabhängigkeit

Fragenblock	Tendenzen bei den Fragen	
	Aussage zutreffend	Aussage nicht zutreffend
<i>Meinung</i>	1), 2), 3), 6), 7), 9)	10)
<i>Wünsche</i>	4), 8)	1), 2), 5), 7)
<i>EbM</i>	1), 3), 5), 7)	2), 4), 6), 8)
<i>Kenntnisse</i>	1), 4), 5), 7)	----

Die Gruppe mit der Kenntnis zur politischen Unabhängigkeit der Einrichtungen hat ein fast identisches Antwortmuster mit der vorherigen Gruppe bezüglich der EbM-Fragen. Sie sehen EbM nicht als Einschränkung der ärztlichen Handlungsfreiheit und auch nicht als Bremse des medizinischen Fortschritts. Insgesamt weist auch diese Gruppe eine sehr positive Einstellung gegenüber beiden Einrichtungen auf.

Fazit

Das Alter scheint bei Meinungen, Wünschen und Kenntnissen zu IQWiG, G-BA und EbM keinen Einfluss zu haben. Das Geschlecht dagegen beeinflusst offensichtlich in einzelnen Items das Antwortschema. Hausärztinnen beurteilen das IQWiG und den G-BA in Einzelitems positiver als ihre männlichen Kollegen. Dagegen hegen sie in einem Einzelitem eher Ressentiments gegenüber EbM. Eine besondere Bedeutung weist die Praxislage auf. Hausärzte in ländlichen Regionen scheinen grundsätzlich eine negativere Haltung gegenüber dem IQWiG und dem G-BA zu haben. Diese negative Haltung weisen sie in einem Einzelitem auch gegenüber der EbM auf.

Solide Kenntnisse zum IQWiG beeinflussen das Antwortschema in Richtung einer sehr positiven Grundeinstellung. Auch die soliden Kenntnisse zum G-BA beeinflussen das Antwortverhalten, jedoch nicht so eindeutig positiv wie bei den anderen Gruppen. Wenn die Kenntnis der EbM-Definition solide ist, antworten die Responder in beinahe gleichlautender Art wie die Gruppe mit soliden Kenntnissen zu IQWiG und politischer Unabhängigkeit der Einrichtungen. Wenn IQWiG und G-BA als politisch abhängig eingeschätzt werden, ist die Haltung den beiden Einrichtungen gegenüber insgesamt auch negativer.

6. Diskussion

Nach den Ergebnissen der Literatur- und Expertenrecherche zu urteilen, ist dies die erste größere Untersuchung dieser Art. In Deutschland existiert derzeit ein thematisch in einem kleinen Teil vergleichbarer webbasierter Survey [LCG, 2009]. International können zwei Untersuchungen zum Vergleich herangezogen werden [Kolff et al., 1998; Hoffmann et al., 2007 und Gudex et al., 2009]. Allerdings bilden alle drei Studien nicht den Untersuchungsgegenstand, hier speziell Steuerungsgremien und Entscheider im Gesundheitswesen, der vorliegenden Untersuchung ab.

Zum Thema EbM bestehen bereits nationale wie internationale Untersuchungen [u.a. McColl et al., 1998; Freeman und Sweeny, 2001; Green und Ruff, 2005; Meyer et al., 2005].

6.1. Methodische Ansätze

Die Tatsache, dass bis heute vermutlich keine vergleichbaren Untersuchungen zur Fragestellung dieser Studie vorliegen, begründet die Notwendigkeit des Mixed-Method-Ansatzes mit dem vorausgehenden qualitativen Anteil (siehe Abschnitt 4.2., erster Teil) [Creswell et al., 2004; Moffat et al., 2006; O’Cathain et al., 2008; Alonso-Coello et al., 2009]. International setzt sich dieser Ansatz immer stärker bei Untersuchungsgegenständen durch, für die keine ausreichenden Vorerkenntnisse vorliegen [Huston, 1998; Barbour, 1999; Sofaer, 1999; Hoff und Witt, 2000; Turgeon und Cote, 2000; Leys, 2003; McKibbon und Gadd, 2004; Jack, 2006; Sandbaek, 2006; Daly, 2007; Dixon-Woods et al., 2007; O’Cathain et al., 2007].

6.1.1. Qualitativer Ansatz

In diesem Teil der Studie wurde das Studienfeld erschlossen. Mit der Auswahl der fünf Fokusgruppen wurden die geografischen Gegensätze Stadt versus Land, Nord-, Süd-, West- und Ostdeutschland sowie Stadtstaat versus Flächenstaat bestmöglich

abgedeckt. Möglichst viele Dimensionen erwarteter Einflussfaktoren (soziodemografische, berufsbiografische, Setting-Aspekte u.a.) wurden so einbezogen.

In zwei Fokusgruppen führten alle Teilnehmer Lehrarztpraxen. Jeweils die Hälfte der Teilnehmer zweier weiterer Gruppen hatten ebenfalls universitäre Verbindungen. Etwa die Hälfte der Teilnehmer an den Fokusgruppen war ohne jegliche universitäre Anbindung. Damit waren unter den 53 teilnehmenden Hausärzten die Lehrärzte im Vergleich zur Gesamtpopulation aller deutschen Hausärzte überrepräsentiert. Da aber nach den Erfahrungen aus den Gruppendiskussionen davon ausgegangen werden kann, dass die Lehrärzte bessere und differenziertere Kenntnisse zu IQWiG und G-BA haben, trug dies zur Ausdifferenzierung und Vertiefung des Materials bei.

Das Durchschnittsalter der Fokusgruppenteilnehmer lag ca. sechs Jahre über dem der Responder im quantitativen Studienteil. Beide Geschlechter waren gleich stark vertreten. Dies entspricht weder dem Responderkollektiv im quantitativen Studienteil noch der bundesweiten Verteilung.

Welche Faktoren einen Einfluss auf welches Ergebnis in den Aussagen in den Gruppendiskussionen hatten, lässt sich nicht differenzieren. Aus Studien zu anderen Untersuchungszielen ist bekannt, dass Frauen weniger zu extremen Meinungen neigen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass Lehrärzte und Teilnehmer an Qualitätszirkeln Aspekten der evidenzbasierten Medizin, Leitlinien etc. offener gegenüberstehen als Hausärzte, die sich hier nicht engagieren. Vielleicht kann – neben der in Fokusgruppen nie auszuschließenden Verzerrung durch soziale Erwünschtheit - durch diese beiden Umstände der positivere Trend in der Beurteilung von IQWiG und G-BA in den Gruppendiskussionen im Vergleich zur postalischen Befragung erklärt werden. Ohnehin geht es bei den Ergebnissen der Fokusgruppen nicht um Repräsentativität, sondern um eine möglichst breite und tiefe Abbildung des Feldes; zu allen Themen der Diskussionen konnten hier gut kontrastierende Standpunkte erfasst werden.

6.1.2. Quantitativer Ansatz

Die Bedeutung einer systematischen, standardisiert durchgeführten qualitativen Studie zeigt sich beim Mixed-Method-Ansatz sehr deutlich. Es konnten auf diese Weise Themenfelder für die Fragebogenerstellung identifiziert werden, die im Vorfeld als Erwartungen (siehe Abschnitt 4.2.1.) nicht im Fokus standen [Moffatt et al, 2006]. Der qualitative Anteil hat das Feld phänomenologisch erschlossen und der quantitative Ansatz diese Beobachtungen quantifiziert.

Die Durchführungen von Pre-Tests im „Labor“ (Kognitiver Pre-Test) und im „Feld“ (Pilottest) waren hilfreich zur Aufdeckung mangelnder Trennschärfen und bis dahin unentdeckter Ungereimtheiten im Fragebogeninstrument. Der Pilottest lieferte die Grundlage der Neuberechnung der bis dahin anders geplanten Erhebungsgröße.

Die Netto-Rücklaufquote mit 30,5% Respondern liegt unterhalb der ursprünglichen Planung. Im Vergleich mit einer Studie zur Bedeutung und Akzeptanz von Evidenz-basierter Medizin (EbM) in Schleswig-Holstein mit einer Responserate von ca. 66% beträgt die hier erzielte Rücklaufquote weniger als die Hälfte der dortigen Rate. Erklärt werden kann dieser Erfolg u.a. vermutlich durch den Effekt der Lokalität, da die Befragung von der Universität Lübeck in Schleswig-Holstein aus stattfand und dieser Umstand als treibende Kraft für die angeschriebenen Hausärzte diente [Meyer et al, 2005]. Eine andere Studie, ebenfalls zu EbM, hat ebenfalls eine hohe Responserate aufzuweisen [McColl et al., 1998]. Beiden Studien ist jedoch gemeinsam, dass sie auf Bedürfnisse der Hausärzte abzielen, die infolge der Beantwortung einen direkten Mehrwert erzielen, in diesen Fällen eine Schaffung von EbM-Kursen für Hausärzte. Dieser direkte Mehrwert könnte ebenfalls für die höhere Rücklaufquote verantwortlich sein.

In der internationalen Literatur lässt sich keine allgemeingültige Responserate für Befragungen von Hausärzten ablesen. Sie scheint abhängig zu sein von Themen, Aktualität, Betroffenheit oder möglichen Einflussnahmen (Mehrwert, Incentives) durch Beantwortung des Fragebogens.

Ein nicht unerheblicher Punkt scheint bei dieser Befragung der politische Kontext gewesen zu sein. Es handelte sich um ein emotional aufgeladenes

gesundheitpolitisches Thema, zu dem allerdings mindestens ein Drittel der angeschriebenen Hausärzte zwar Meinungen, aber keine Kenntnisse hatte, was viele von der Beantwortung der Fragen abgehalten haben dürfte.

Betrachtet man die Teilnahme der eingangs erwähnten webbasierten nationalen Studie zu gesundheitpolitischen Themen, liegt hier die Responserate bei 1,28% [LCG, 2009]. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung hat 2004 nach drei Befragungswellen den Befragungsteil der Ärzte mangels Beteiligungsbereitschaft eingestellt.

Nach den Ergebnissen der Trendanalysen (siehe Abschnitt 5.3.5., II) kann davon ausgegangen werden, dass in der vorliegenden Studie die Nonresponder in ihrem Antwortverhalten nicht wesentlich von dem der Responder abweichen würden. Wieweit die Verzerrung der Geschlechtsverteilung zwischen dem Responderkollektiv und der Grundgesamtheit (siehe Abschnitt 5.3.4.) sich auf die Antwortmuster ausgewirkt hat, kann nicht quantifiziert werden. Da das Geschlecht in den Korrelationsanalysen der Einzelfragen nur in wenigen Einzelitems einen Einfluss zeigt (siehe Abschnitt 5.3.5., III), dürfte auch der Einfluss der Verzerrung eher gering sein.

6.2. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den beiden methodischen Ansätzen kurz diskutiert und abschließend bewertet.

6.2.1. Qualitativer Ansatz

Die Ergebnisse des qualitativen Ansatzes haben gezeigt, dass knapp die Hälfte der in den Fokusgruppen interviewten Hausärzte solide Kenntnisse über das IQWiG hatte. Zum G-BA lagen diese bei etwa einem Drittel der interviewten Hausärzte vor. Das Meinungsbild über das IQWiG fiel gleichermaßen positiv wie negativ aus. Für den G-BA war das Meinungsbild durchweg negativ. In den Vorstellungen (Wünschen) wurden für beide Institutionen vor allem mehr Transparenz und

Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgungssituation gefordert. Letztere Forderung beruht auf der Tatsache, dass pauschal beiden Institutionen die Kompetenz für die hausärztliche Versorgung abgesprochen wurde. Dies galt deutlich stärker für den G-BA.

Einer der Hauptkritikpunkte, die in den Interviews mit den Fokusgruppen aufgezählt wurden, war die so wahrgenommene fehlende politische Unabhängigkeit beider Institutionen. Vielmehr wurden diese als Handlanger der Politik betrachtet. Gegenüber dem IQWiG und dem G-BA empfanden die Diskussionsteilnehmer eine gewisse Ohnmacht.

6.2.2. Quantitativer Ansatz

Die Ergebnisse des Surveys haben viele Aspekte aus dem qualitativen Ansatz bestätigt, jedoch auch Überraschungen geliefert. Hier ist vor allem die Kontinuität der Antworten über alle drei Befragungswellen zu benennen.

Insgesamt fällt das Ergebnis der Befragung im Hinblick auf das IQWiG negativer aus, als der qualitative Ansatz es vermuten ließ.

Eines der auffallenden Ergebnisse liegt in der generellen Wahrnehmung des IQWiG durch die Befragten. Bei der Aussage *„Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden.“* gaben ca. 43% der Antwortenden an, dass dies „teils/teils“ sei; weitere ca. 42% der Antworter stimmten der Aussage zu. Vermutlich werden nur Empfehlungen wahrgenommen, die aufgrund ihrer Strittigkeit eine hohe mediale Präsenz erfahren (Beispiel aus den Fokusgruppen: Insulinanaloga), während andere Empfehlungen nur auf der Homepage des IQWiG einsehbar sind und daher nicht zur Kenntnis der Hausärzte gelangen. In diesem Zusammenhang kann auch der starke Wunsch der Hausärzte (knapp 80% der Antwortenden) nach Zusendung von Zusammenfassungen der Empfehlungen verstanden werden.

Die negative Meinung über den G-BA entspricht den Erwartungen aus dem qualitativen Ansatz. Jedoch hat die Höhe der Zahlen leicht überrascht. Mittlere Kenntnis und negative Vorstellungen der Befragten vervollständigen das Bild.

Der fast gleichmäßig hohe Anteil von 20-30% an antwortenden Hausärzten, die bei den Fragen zu IQWiG und G-BA die „Fluchtkategorie“ „teils/teils“ gewählt haben, sowie die deutlich höhere Zahl an Nonrespondern bei Kenntnisfragen lassen auf einen entsprechenden Grad an Unkenntnis schließen. Die Zahl der Nonresponder war bei den Fragen zur EbM durchgehend deutlich niedriger. Folglich muss von durchschnittlich einem Viertel bis einem Drittel an teilnehmenden Hausärzten ausgegangen werden, die nicht über zumindest grundlegende Kenntnisse zu den Institutionen verfügen. Bei den Nicht-Teilnehmern an der Befragung dürfte dieser Anteil noch höher liegen.

Die Ergebnisse der Befragungen zum Thema Evidenz-basierte Medizin bestätigen den Trend früherer Untersuchungen [McColl et al., 1998; Putnam et al., 2002; Meyer et al., 2005]. Die positive Einstellung zur EbM hat sich in der Landschaft der Hausarztversorgung verfestigt. Allerdings sind die Kenntnisse noch ausbaufähig.

Die bereits eingangs des Abschnitts 6. sowie in Abschnitt 5.1. angesprochenen Untersuchungen verfolgen nicht in vergleichbarer Weise das vorliegende Studienziel. Sowohl die US-amerikanische als auch die dänische Studie basieren auf freiwilliger Inanspruchnahme von Leistungen für Ärzte und betreffen nicht, wie in der vorliegenden Studie, Steuerungsgremien oder Entscheider mit direktem Einfluss auf das hausärztliche Handeln.

6.3. Zusammenfassung: Fazit aus den Ergebnissen

Die in Abschnitt 3. skizzierten Forschungsfragen dieser Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassend beantworten:

Die vorliegende Studie ist, nach Kenntnis der Autoren, die erste nationale Untersuchung über Wissen, Vorstellungen und Haltungen von deutschen Hausärzten

zu Steuerungsgremien und Entscheidern im Gesundheitswesen. Auch international scheinen keine vergleichbaren Projekte zu existieren.

Bei ca. einem Viertel bis einem Drittel der teilnehmenden Hausärzte kann davon ausgegangen werden, dass sie nicht über zumindest grundlegende Kenntnisse zu IQWiG und G-BA verfügen; bei den Nicht-Teilnehmern an der Befragung dürfte dieser Anteil noch höher sein. Solide Kenntnisse über Aufgabe und Rolle des IQWiG (29,1% der Teilnehmer) und des G-BA (58,4% der Teilnehmer) liegen über alle Fragen zu Wissen über beide Einrichtungen hinweg bei ca. 23,3% der Befragten vor. Die Patienteninformationsseiten des IQWiG sind in der Hausärzteschaft kaum bekannt.

Bedeutsam ist vor allem die fehlende Kenntnis von der politischen Unabhängigkeit beider Einrichtungen (11,4% über beide Fragen), die noch einmal deutlich von den sonstigen themenbezogenen Kenntnissen abweicht. Diejenigen Teilnehmer, die zu IQWiG und/oder G-BA keine soliden Kenntnisse aufwiesen, hielten in der Mehrzahl die Einrichtungen nicht für politisch unabhängig.

Die Kenntnis der Definition von EbM ist nach fast 10jähriger Dauerplatzierung von EbM in den ärztlichen Fachorganen bei 40,5% der befragten Hausärzte vorhanden. Solide Kenntnisse über das IQWiG und den G-BA, sowie zusätzlich konsistente Kenntnis der EbM-Definition wiesen aber nur 12,3% der Teilnehmer (Responder und Nonresponder) auf. Betrachtet man die Korrelation zwischen Kenntnis und Haltung zu den Einrichtungen, so scheint solide Kenntnis zu EbM förderlich für eine positivere Haltung gegenüber Entscheidern und Steuerungsgremien zu sein.

Hausärzte in ländlichen Regionen scheinen grundsätzlich eine negativere Haltung gegenüber dem IQWiG und dem G-BA zu haben. Wenn allgemein bei den Befragten wenig oder kein solides Wissen über die Einrichtungen vorhanden war, fiel die Haltung ihnen gegenüber ebenfalls insgesamt negativer aus. Die negativen Meinungsbilder könnten möglicherweise auf der beschriebenen Unkenntnis der politischen Unabhängigkeit beruhen. Beide Einrichtungen haben mit Imageproblemen zu kämpfen. Die Wahrnehmung bei den Hausärzten von mangelnder Transparenz, fehlender Kompetenz (zumindest im Bereich der hausärztlichen Versorgung) und politischer Abhängigkeit sind aus der Befragung als

Probleme zu identifizieren. Das Meinungsbild zu EbM hat sich hingegen im Vergleich zu früheren Untersuchungen noch positiver dargestellt.

Entsprechend klar fallen daher auch die Wünsche an IQWiG und G-BA zu den genannten Problemfeldern aus: Mehr Transparenz, mehr direkte Information und stärkere Einbindung hausärztlicher Kompetenz. In Folge der bisherigen Wahrnehmung der Situation wird daher auch ein Ausbau bzw. eine Stärkung von IQWiG und G-BA abgelehnt.

7. Empfehlungen aus den Ergebnissen

Ein Hauptergebnis der vorliegenden Studie ist die Erkenntnis, dass das IQWiG und der G-BA in der deutschen Hausärzteschaft derzeit eindeutig ein starkes Imageproblem haben. Sie werden mehrheitlich als Handlanger der Politik angesehen, die die tägliche Arbeit der Hausärzte, von der sie nichts verstehen, negativ beeinflussen. Dies basiert vermutlich vor allem auf Unkenntnis der Struktur, Aufgaben und Rollen der Einrichtungen. Hier wäre es – wenn eine Veränderung gewünscht ist dringend geboten, eine langfristig angelegte, kontinuierliche Informationskampagne zu starten, die in der Zielgruppe über die genannten Aspekte informiert und schrittweise, aber nachhaltig das Image verbessert. Möglicherweise sollte dies nicht direkt von den Einrichtungen selbst erfolgen, sondern über Opinion Leader und Informationsmedien der Hausärzteschaft. Eine solche langfristige Informationskampagne könnte auch gezielten Fehlinformationen von unterschiedlichen Interessenvertretern über das IQWiG begegnen und vorbeugen. Im Vordergrund dieser Informationskampagne müssen neben Verbesserung der Kenntnisse der Zielgruppe über IQWiG und G-BA vor allem die Themen politische Unabhängigkeit und Transparenz im Arbeiten und Entscheiden beider Einrichtungen stehen. Ins Zentrum dieser Kampagne sollten Hausärzte in ländlichen Regionen bzw. Regionen ohne räumliche Nähe zu akademischen Einrichtungen wie Universitäten gerückt werden.

Als zweites wesentliches Ergebnis wird das hausärztliche Interesse an der Arbeit des IQWiG identifiziert, welches u.a. dadurch bekundet wird, dass der Wunsch nach Zusendung der Zusammenfassung der Berichte besteht. Anscheinend existiert trotz großer Skepsis die Bereitschaft mit dem IQWiG zu kommunizieren. Der Boden hierfür ist fruchtbar, denn das Thema Evidenzbasierte Medizin ist in der Zielgruppe positiver besetzt als noch vor einigen Jahren. Hier sollten die Erfahrungen aus den Implementierungsstrategien von Leitlinien berücksichtigt werden. Das Vorhandensein von Leitlinien bedeutet nicht die automatische Dissemination in der Versorgungslandschaft. Es müssen gezielte Distributionswege beschritten werden um eine Akzeptanz zu erzielen. Daher ist neben der Informationskampagne der direkte Weg zum Hausarzt, hier die möglicherweise kostenlose Zusendung der

zusammengefassten Berichte per E-Mail/Post, zu suchen. Dies kann beispielsweise in Form von Newslettern ähnlich dem Arzneimitteltelegramm erfolgen, denn dieses Publikationsorgan wurde in den Fokusgruppen mehrfach als Hausarztorgan glorifiziert. Wichtig erscheint die adressatenspezifische Abfassung dieser Newsletter zu sein, um eine höchstmögliche Kenntnisnahme und Akzeptanz zu erzielen. Dadurch können die Hausärzte das Gefühl bekommen, dass sie wahrgenommen und als wichtige Leistungserbringer anerkannt sind. Daneben sollten die für die Zielgruppe relevanten Zusammenfassungen in den Informationsmedien der Hausärzteschaft aktuell und regelmäßig referiert sowie kompetent, aber ‚hausarztparteiisch‘ kommentiert werden.

Aus der Forschung zur Implementierung von Leitlinien ist weiterhin die Wichtigkeit der Einbeziehung der Zielgruppe in die Erarbeitung der Empfehlungen bekannt. Hier ist das dritte wesentliche Ergebnis dieser Untersuchung angesiedelt: Die befragten Hausärzte fordern die stärkere Einbeziehung hausärztlicher Kompetenz. Es sollte daher in der Öffentlichkeitsarbeit deutlich gemacht werden, dass sie für den G-BA bereits existiert, und dass das IQWiG sich darum bemüht. Beide Einrichtungen könnten auch gezielt im Hausarztalltag brennende Themen bei den Betroffenen abfragen und – soweit formal möglich - in ihre Arbeit einbeziehen.

Mit diesen drei zentralen Punkten einer veränderten Öffentlichkeitsarbeit glauben die Autoren, dass das IQWiG und der G-BA ein deutlich verbessertes Image erzielen können, bei dem der Nutzen und der Gewinn dieser Einrichtungen für den hausärztlichen Alltag im Vordergrund stehen, und dass damit eine erheblich gesteigerte Akzeptanz ihrer Arbeit bei deutschen Hausärzten erreicht werden kann.

8. Literatur

1. Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH. *Messungen soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. München: MMV Medizin, 1998.
2. Alonso-Coello P, Sola I, Rotaecche R, Gonzalez AI, Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, et al. Perceptions, attitudes and knowledge of evidence-based medicine in primary care in Spain: a study protocol. *BMC Health Serv Res* 2009;9:80.
3. Ankney RN, Coil JA. Residents' knowledge of the National Practitioner Data Bank. *Acad Med* 1994;69(3):243.
4. Ankney RN, Coil JA, Kolff J, Esper E. Physician understanding of the National Practitioner Data Bank. *South Med J* 1995;88(2):200-3.
5. Ayres L. Qualitative research proposals--part III: sampling and data collection. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(3):242-4.
6. Ayres L. Qualitative research proposals-part II: conceptual models and methodological options. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(2):131-3.
7. Ayres L. Qualitative research proposals-part VI: potential problems and possibilities. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(6):610-2.
8. Ayres L. Qualitative research proposals--Part I: Posing the problem. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(1):30-2.
9. Barbour RS. The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv Res Policy* 1999;4(1):39-43.
10. Borg I. Explorative Multidimensionale Skalierung. *How-To-Reihe*. Mannheim: GESIS, 2000.
11. Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer, 2002.
12. Boulton M, Fitzpatrick R, Swinburn C. Qualitative research in health care: II. A structured review and evaluation of studies. *J Eval Clin Pract* 1996;2(3):171-9.
13. Breitenfelder U, Hofinger C, Kaupa I, Picker R. Fokusgruppen im politischen Forschungs- und Beratungsprozess. *FQS* 2004;5(2):25.
14. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). *Sozialgesetzbuch V*. München: DTV-Beck Verlag, 2008.
15. Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M, Dieterle WE, Bocken J, Rieger MA. German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines - a national survey. *BMC Fam Pract* 2006;7:47.
16. Clarke A. Focus group interviews in health-care research. *Prof Nurse* 1999;14(6):395-7.
17. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* 2004;2(1):7-12.
18. Daly J, Willis K, Small R, Green J, Welch N, Kealy M, et al. A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *J Clin Epidemiol* 2007;60(1):43-9.
19. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE). Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). *Gesundheitswesen* 2000;62:295-302.
20. Dixon-Woods M, Fitzpatrick R, Roberts K. Including qualitative research in systematic reviews: opportunities and problems. *J Eval Clin Pract* 2001;7(2):125-33.
21. Edwards D. *Discourse and Cognition*. London: Sage, 1997.

22. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative research in health care: I. The scope and validity of methods. *J Eval Clin Pract* 1996;2(2):123-30.
23. Flick U. *Qualitative Forschung*. Reinbek: Rowohlt, 1995.
24. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323(7321):1100-2.
25. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Indikator 8.6: Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich und Alter, Deutschland, Jahr, 2009a.
26. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Indikator 8.5: Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich und Geschlecht, Deutschland, Jahr, 2009b.
27. Glaser BB, Strauss AL. *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Göttingen: Huber, 1998.
28. Green ML, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med* 2005;80(2):176-82.
29. Greenwood J, Parsons M. A guide to the use of focus groups in health care research: Part 2. *Contemp Nurse* 2000;9(2):181-91.
30. Gudex C, Hoffmann M, Brors O, Dahlqvist R. [GPs' perceptions of the Institute for Rational Pharmacotherapy]. *Ugeskr Laeger* 2009;171(7):522-6.
31. Hasseler M. Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. *Gesundheitswesen* 2007;69(5):297-302.
32. Health Resources and Services Administration (HRSA). The National Practitioner Data Bank - A Success Story. Chantilly, VA.
33. Hoff TJ, Witt LC. Exploring the use of qualitative methods in published health services and management research. *Med Care Res Rev* 2000;57(2):139-60.
34. Hoffmann M, Brørs O, Dahlqvist R, Gudex C. Ekstern evaluering af Institut for Rationel Farmakoterapi. Linköping, 2007.
35. Huston P, Rowan M. Qualitative studies. Their role in medical research. *Can Fam Physician* 1998;44:2453-8.
36. Jack SM. Utility of qualitative research findings in evidence-based public health practice. *Public Health Nurs* 2006;23(3):277-83.
37. Juche A, Kunz R, Willich SN, Bruggenjurgen B. Implementierung evidenzbasierter Medizin in der hausärztlichen Praxis (Neuköllner Recherche-Projekt) - Akzeptanz und Nutzung eines externen Rechercheangebots. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2006;100(5):383-7.
38. Kalitzkus V. Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2005(6):243-7.
39. Kolff J, Ankney RN, Firilas A. Pennsylvania physicians' knowledge of the National Practitioner Data Bank. *Ann Thorac Surg* 1995;59(4):1044-5.
40. Krueger RA. Analyzing focus group interviews. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006;33(5):478-81.
41. Leung FH, Savithiri R. Spotlight on focus groups. *Can Fam Physician* 2009;55(2):218-9.
42. Leys M. Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment. *Health Policy* 2003;65(3):217-26.
43. LifeScience Consulting Group (LCG). Ergebnisse einer Ärztebefragung. Karlsruhe, 2009.
44. Lucasey B. Qualitative research and focus group methodology. *Orthop Nurs* 2000;19(1):54-5.

45. Mansell I, Bennett G, Northway R, Mead D, Moseley L. The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurse Res* 2004;11(4):79-88.
46. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz, 1997.
47. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998;316(7128):361-5.
48. McKibbin KA, Gadd CS. A quantitative analysis of qualitative studies in clinical journals for the 2000 publishing year. *BMC Med Inform Decis Mak* 2004;4:11.
49. Meyer T, Strobel A, Raspe H. Evidenz-basierte Medizin aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: ein repräsentativer Survey zu Akzeptanz und Fortbildungsinteressen. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2004;98(4):293-300.
50. Meyer T, Stroebel A, Raspe H. Medical practitioners in outpatient care: who is interested in participating in EBM courses? Results of a representative postal survey in Germany. *Eur J Public Health* 2005;15(5):480-3.
51. Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research - what happens when mixed method findings conflict? [ISRCTN61522618]. *BMC Health Serv Res* 2006;6:28.
52. Mummendey HD. *Die Fragenbogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe, 1995.
53. O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:85.
54. O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy* 2008;13(2):92-8.
55. Ollenschläger G, Kirchner H, Fiene M. Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung? *Internist (Berl)* 2001;42(4):473-4, 477-83.
56. Parsons M, Greenwood J. A guide to the use of focus groups in health care research: Part 1. *Contemp Nurse* 2000;9(2):169-80.
57. Porst R. Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. *How-To-Reihe*. Mannheim: GESIS, 2000.
58. Porst R. Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *How-To-Reihe*. Mannheim: GESIS, 2001.
59. Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *CMAJ* 2002;166(12):1525-30.
60. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc* 2004;63(4):655-60.
61. Redaelli M, Simic D, Wilm. Zwischenbericht der Studie: Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zum Stellenwert evidenzbasierter Medizin (EbM) im Versorgungsalltag. 2008, Witten.
62. Rohrman B. Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 1978(9):222-245.

63. Sandbaek A. Qualitative methods used for effect studies and evaluations of healthcare strategies? *Scand J Prim Health Care* 2006;24(3):131-2.
64. Schaeffer D, Müller-Mundt G. *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber, 2003.
65. Schnell R, Hill PB, Esser E: *Methoden der Empirischen Sozialforschung*. 8., unveränderte Auflage, R. Oldenbourg Verlag, München 2008.
66. Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung - Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Ein klärender methodischer Überblick. *Z Allg Med* 2004;80:334-42.
67. Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Serv Res* 1999;34(5 Pt 2):1101-18.
68. Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care* 2002;14(4):329-36.
69. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57.
70. Turgeon J, Cote L. Qualitative research in family medicine. An inevitable development. *Can Fam Physician* 2000;46:2171-2, 2178-80.
71. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Armayor NC. Getting started with qualitative research: developing a research proposal. *Nurse Res* 2007;14(3):60-73.

9. Anhang

Tabelle 9: Suchstrategien in der Pubmed Datenbank

Eingesetzte Suchbegriffe	Anzahl Treffer
physician and understanding and commission	44
physician and understanding and board	99
physician and understanding and committee	113
physician and knowledge and commission	61
physician and knowledge and board	286
physician and knowledge and committee	227
physician and attitude and commission	131
physician and attitude and board	379
physician and attitude and committee	277
physician and questionnaire and commission	99
physician and questionnaire and board	512
physician and questionnaire and committee	365
physician and conceivability	0
general practitioner and understanding and commission	6
general practitioner and understanding and board	24
general practitioner and understanding and committee	27
general practitioner and knowledge and commission	8
general practitioner and knowledge and board	77
general practitioner and attitude and commission	34
general practitioner and attitude and board	142
general practitioner and attitude and committee	88
general practitioner and questionnaire and commission	30
general practitioner and questionnaire and board	199
general practitioner and questionnaire and committee	103
general practitioner and conceivability	0

Tabelle 10: Suchstrategien in The Cochrane Library Datenbank

Eingesetzte Suchbegriffe	Anzahl Treffer
physician knowledge	125
physician understanding	41
physician attitude	47
physician conceivability	30
general practitioner understanding	10
general practitioner knowledge	55
general practitioner attitude	21
general practitioner and conceivability	7

Tabelle 11: Suchstrategien in der EMBASE Datenbank

Eingesetzte Suchbegriffe	Anzahl Treffer
physician and understanding and commission	17
physician and understanding and board	44
physician and understanding and committee	39
physician and knowledge and commission	27
physician and knowledge and board	143
physician and knowledge and committee	106
physician and attitude and commission	48
physician and attitude and board	229
physician and attitude and committee	198
physician and questionnaire and commission	45
physician and questionnaire and board	194
physician and questionnaire and committee	152
physician and conceivability	0
general practitioner and understanding and commission	6
general practitioner and understanding and board	10
general practitioner and understanding and committee	4
general practitioner and knowledge and commission	10
general practitioner and knowledge and board	40
general practitioner and attitude and commission	17
general practitioner and attitude and board	53
general practitioner and attitude and committee	30
general practitioner and questionnaire and commission	21
general practitioner and questionnaire and board	92
general practitioner and questionnaire and committee	58
general practitioner and conceivability	0

Übersicht über angeschriebene Experten und Institutionen

Tabelle 12: Übersicht über angeschriebene Experten und Institutionen

Land	Angeschriebene Institution	Datum des Anschreibens	Antwortdatum	Inhalt Antwortschreiben
Vorsitz Portugal	European Association for Quality in General Practice/Family Medicine	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Australien	Australian Primary Health Care Research Institute	15.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Belgien	Belgischer Föderaler Öffentlicher Dienst (Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt)	15.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Dänemark	The Danish College of General Practitioners	15.05.2008	28.05.2008	Keine Untersuchungen dieser Art in Dänemark
Frankreich	French National Authority for Health	15.05.2008	22.05.2008	Weiterleitung zur zuständigen Stelle
Kanada	Canadian Medical Association	15.05.2008	20.05.2008	Keine Studien durchgeführt. Verweis auf Webseiten mit „Quality Tools“.
Kanada	Canadian Institute for Health Information	15.05.2008	28.05.2008	Keine Studien bekannt

Land	Angeschriebene Institution	Datum des Anschreibens	Antwortdatum	Inhalt Antwortschreiben
Kanada	College of Family Physicians of Canada	15.05.2008	27.05.2008	In Bearbeitung
Sekretariat Niederlande	The European General Practice Research Network	22.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Niederlande	Netherlands Institute for Health Services Research NIVEL	15.05.2008	20.05.2008	Weiterleitung zur zuständigen Stelle, am 21.05.2008 neue Antwort. Keine Durchführung dieser Studien in den Niederlanden, aber Interesse an unserer Studie.
Nordische Länder	Nordic Federation of General Practice ApS	22.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Norwegen	The Norwegian College of General Practice	22.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Norwegen	The Central Committee for Quality Development in General Practice	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Österreich	Bundesministerium für Gesundheit (Österreich)	15.05.2008	16.05.2008	Weitergehende Fragen, daher neue Mail am 17.05.2008 gesendet. Keine Studien dieser Art bekannt.
Schweden	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care	15.05.2008	15.05.2008	Verweis auf das SFAM - The Swedish Association of General Practice

Land	Angeschriebene Institution	Datum des Anschreibens	Antwortdatum	Inhalt Antwortschreiben
Schweden	SFAM – The Swedish Association of General Practice	15.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Schweiz	Bundesamt für Gesundheit	15.05.2008	20.05.2008	Verweis auf Webseite des Forschungsinstituts BASS. Dort keine vergleichbaren Studien.
UK	Department of Health	15.05.2008	15.05.2008	Verweis auf Ipsos MORI; Weiterleitung zu Ipsos MORI
UK	Ipsos MORI	15.05.2008	16.05.2008	Verweis auf Studie, entspricht jedoch nicht unserer Zielsetzung http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/DH_082156 ,
UK	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	15.05.2008	22.05.2008	Keine Studien bekannt
UK	Centre for Reviews & Dissemination, University of York	15.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
USA	American Academy of Family Physicians	15.05.2008	15.05.2008	Automail zur Eingangsbestätigung
Vorsitz Slowenien	WONCA Europe	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
USA	American Board of Family Medicine (ABFM)	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort

Land	Angeschriebene Institution	Datum des Anschreibens	Antwortdatum	Inhalt Antwortschreiben
Österreich	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Frankreich	French National College of Teachers in General Practice	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Singapur	College of Family Physicians	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Frankreich	La Société Française Médecine Générale SFMG	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
USA und Kanada	North American Primary Care Research Group, NAPCRG	28.05.2008	07.06.2008	Keine Studien bekannt
Italien	Scientific Interdisciplinary Association of Both Family and Community Medicine	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Schweiz	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Japan	The Japanese Medical Society of Primary Care	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort

Land	Angeschriebene Institution	Datum des Anschreibens	Antwortdatum	Inhalt Antwortschreiben
Italien	Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale CSeRMEG	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Tschechien	Czech Society of General Practice	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort
Malta	Malta College of Family Doctors	28.05.2008		Trotz Reminder keine Antwort

10. Anhang Briefhülle, Anschreiben (alle drei Wellen) und Fragebogen



Institut für
Allgemeinmedizin
und Familienmedizin



Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten
Dr. med. Marcus Redaelli
Krefelder Straße 7/9
52070 Aachen



Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin -Universität Witten/Herdecke-

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,

„Schon wieder ein Fragebogen“, werden Sie denken. Ja! Und diesmal einer, bei dem forschende Allgemeinmediziner die Hilfe **aller** angeschriebenen hausärztlichen Kollegen brauchen, damit sich mit Hilfe der Ergebnisse etwas für uns Hausärzte verbessert. Wir als Teil der Hausärzteschaft gehören zu der zahlenmäßig größten und wichtigsten Gruppe im ambulanten Sektor, die von den Beschlüssen der politischen Entscheider und Steuerungsgremien betroffen ist.

Deutsche Hausärzte dienen nicht selten als Forschungsobjekt zur (oft negativen) Beschreibung der Versorgungslandschaft. Über ihre Meinungen, Wünsche und täglichen Erfahrungen zu Entscheidern bzw. Steuerungsgremien, wie beispielsweise dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ist allerdings kaum etwas bekannt.

Das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke will dies ändern. Wir möchten mit dem beiliegenden Fragebogen Ihre Meinungen, Wünsche und Vorstellungen zum IQWiG, zum G-BA und zur Evidenzbasierten Medizin (EbM) ermitteln.

Ich kenne aus meiner Praxis unsere tägliche Zeitnot. Wir haben den Fragebogen deshalb bewusst kurz gehalten. Wir bitten Sie herzlich, die nachfolgenden Fragen und Aussagen sorgfältig zu lesen und Ihre Antworten und Bewertungen einzutragen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wählen Sie die jeweils am ehesten zutreffende Antwort aus. **Bitte kreuzen Sie pro Frage nur ein Feld an.**

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten – Ihre ganz persönliche Einschätzung und Bewertung ist für uns von Bedeutung!

Bitte helfen Sie mit, der Stimme der Hausärzte in der gesundheitspolitischen Landschaft angemessen Gehör zu verschaffen. Nur wenn JEDER im Zufallsprinzip angeschriebene Kollege mitmacht, werden die Ergebnisse verwertbar.



Ihr Stefan Wilm
Dr. med. Stefan Wilm
Niedergelassener Hausarzt
Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Für weitergehende Informationen oder Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Dusan Simic.

E-Mail: Dusan.Simic@uni-wh.de
Telefon: 02302 / 926718
Mobil: 0151 / 56691978

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

-Universität Witten/Herdecke-

Vor ca. 2 Wochen erhielten Sie diesen Fragebogen schon einmal. Sie werden sich sicherlich jetzt fragen, wieso noch mal? Nun, es handelt sich um eine **anonymisierte Befragung**, und alle Teilnehmer werden ein 2. Mal angeschrieben. Haben Sie diesen Fragebogen bereits ausgefüllt und zurückgesendet, dann betrachten Sie diesen Brief als erledigt. Viele Kolleginnen und Kollegen haben schon geantwortet. **Wenn Sie noch keine Zeit hatten, bitten wir sehr herzlich um Ihre Mitarbeit. Nur wenn JEDER im Zufallsprinzip angeschriebene Hausarzt mitmacht, können wir unserer Stimme in der gesundheitspolitischen Landschaft angemessen Gehör verschaffen!**

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,

„Schon wieder ein Fragebogen“, werden Sie denken. Ja! Und diesmal einer, bei dem forschende Allgemeinmediziner die Hilfe **aller** angeschriebenen hausärztlichen Kollegen brauchen, damit sich mit Hilfe der Ergebnisse etwas für uns Hausärzte verbessert. Wir als Teil der Hausärzteschaft gehören zu der zahlenmäßig größten und wichtigsten Gruppe im ambulanten Sektor, die von den Beschlüssen der politischen Entscheider und Steuerungsgremien betroffen ist.

Deutsche Hausärzte dienen nicht selten als Forschungsobjekt zur (oft negativen) Beschreibung der Versorgungslandschaft. Über ihre Meinungen, Wünsche und täglichen Erfahrungen zu Entscheidern bzw. Steuerungsgremien, wie beispielsweise dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ist allerdings kaum etwas bekannt.

Das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke will dies ändern. Wir möchten mit dem beiliegenden Fragebogen Ihre Meinungen, Wünsche und Vorstellungen zum IQWiG, zum G-BA und zur Evidenzbasierten Medizin (EbM) ermitteln.

Ich kenne aus meiner Praxis unsere tägliche Zeitnot. Wir haben den Fragebogen deshalb bewusst kurz gehalten. Wir bitten Sie herzlich, die nachfolgenden Fragen und Aussagen sorgfältig zu lesen und Ihre Antworten und Bewertungen einzutragen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wählen Sie die jeweils am ehesten zutreffende Antwort aus. **Bitte kreuzen Sie pro Frage nur ein Feld an.**

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten – Ihre ganz persönliche Einschätzung und Bewertung ist für uns von Bedeutung!



Ihr Stefan Wilm

Dr. med. Stefan Wilm

Niedergelassener Hausarzt

Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Für weitergehende Informationen oder Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Dusan Simic.

E-Mail: Dusan.Simic@uni-wh.de // Telefon: 02302 / 926718 // Mobil: 0151 / 56691978

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin -Universität Witten/Herdecke-

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,

bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen kurzen Brief zu lesen.

*Wie sollen wir gesundheitspolitisch unsere Stimme erheben,
wenn SIE nicht mit uns Kollegen sprechen?*

***Ich bitte Sie herzlich: Investieren Sie 5 Minuten Ihrer Zeit
in diesen Fragebogen!***

Es handelt sich um eine **anonymisierte Befragung**, und alle im Zufallsprinzip ausgewählten Teilnehmer werden drei Mal angeschrieben. Haben Sie diesen Fragebogen bereits zurückgesendet, dann betrachten Sie diesen Brief als erledigt.

„Schon wieder ein Fragebogen“, werden Sie denken. Ja! Und diesmal einer, bei dem forschende Allgemeinmediziner die Hilfe **aller** angeschriebenen hausärztlichen Kollegen brauchen, damit sich mit Hilfe der Ergebnisse etwas für uns Hausärzte verbessert. Wir als Teil der Hausärzteschaft gehören zu der zahlenmäßig größten und wichtigsten Gruppe im ambulanten Sektor, die von den Beschlüssen der politischen Entscheider und Steuerungsgremien betroffen ist.

Deutsche Hausärzte dienen nicht selten als Forschungsobjekt zur (oft negativen) Beschreibung der Versorgungslandschaft. Über ihre Meinungen, Wünsche und täglichen Erfahrungen zu Entscheidern bzw. Steuerungsgremien, wie beispielsweise dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ist allerdings kaum etwas bekannt.

Das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke will dies ändern. Wir möchten mit dem beiliegenden Fragebogen Ihre Meinungen, Wünsche und Vorstellungen zum IQWiG, zum G-BA und zur Evidenzbasierten Medizin (EbM) ermitteln.

Wir bitten Sie herzlich, die nachfolgenden Fragen und Aussagen sorgfältig zu lesen und Ihre Antworten und Bewertungen einzutragen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wählen Sie die jeweils am ehesten zutreffende Antwort aus. **Bitte kreuzen Sie pro Frage nur ein Feld an.**

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten – Ihre ganz persönliche Einschätzung und Bewertung ist für uns von Bedeutung!



Ihr Stefan Wilm

Dr. med. Stefan Wilm

Niedergelassener Hausarzt

Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Für weitergehende Informationen oder Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Dusan Simic.

E-Mail: Dusan.Simic@uni-wh.de // Telefon: 02302 / 926718 // Mobil: 0151 / 56691978

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragebogen

zu Meinungen und Wünschen
deutscher Hausärzte
zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG),
zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und
zum Stellenwert Evidenzbasierter Medizin (EbM)
im Versorgungsalltag

Bitte ausgefüllt im beiliegenden Rückumschlag zurücksenden
an das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

Zur Vereinfachung der Fragen sind die jeweiligen Abkürzungen verwendet worden. Daher hier noch einmal die Bedeutungen:

IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

Die folgenden Aussagen beschäftigen sich mit Ihrer Meinung zum IQWiG und zum G-BA. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

	Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/ teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht
1. Das IQWiG dient der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.	<input type="checkbox"/>				
2. Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneiverordnung.	<input type="checkbox"/>				
3. Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung.	<input type="checkbox"/>				
4. Das IQWiG beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.	<input type="checkbox"/>				
5. Das IQWiG gibt Empfehlungen heraus, die von Ärzten nicht wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>				
6. Das IQWiG schreibt verständliche Berichte.	<input type="checkbox"/>				
7. Der G-BA ist mit der hausärztlichen Versorgung gut vertraut.	<input type="checkbox"/>				
8. Entscheidungen des G-BA beeinflussen die Arzt-Patienten-Kontakte.	<input type="checkbox"/>				
9. Der G-BA sorgt für eine optimale Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen.	<input type="checkbox"/>				
10. Der G-BA beeinflusst die Autonomie des Hausarztes.	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie schon einmal die Seite www.gesundheitsinformation.de besucht?

ja nein, → bei nein, weiter mit der nächsten Seite

Wenn Sie mit ja geantwortet haben, kreuzen Sie bitte in dieser Zeile das zutreffende Kästchen an.

	Sehr hilfreich	Hilfreich	Weder noch	Kaum hilfreich	Nicht hilfreich
1. Die Informationen auf der Seite halte ich für Patienten für...	<input type="checkbox"/>				

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Wünsche bezüglich des IQWiG und des G-BA. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

	Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/ teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht
1. Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Alltagssituation der Hausärzte berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>				
2. Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.	<input type="checkbox"/>				
3. Das IQWiG sollte Zusammenfassungen der Berichte an Hausärzte senden.	<input type="checkbox"/>				
4. Das IQWiG sollte ausgebaut und gestärkt werden.	<input type="checkbox"/>				
5. Der G-BA sollte bei seinen Entscheidungen stärker die Alltagssituation der Hausärzte berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>				
6. Der G-BA sollte Vertreter der Hausärzteschaft in seinen Reihen haben.	<input type="checkbox"/>				
7. Der G-BA sollte seine Entscheidungsfindung transparenter darstellen.	<input type="checkbox"/>				
8. Der G-BA sollte ausgebaut und gestärkt werden.	<input type="checkbox"/>				

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Evidenzbasierte Medizin (EbM). Bitte kreuzen Sie an, inwieweit folgende Aussagen für Sie persönlich zutreffen.

	Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/ teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht
1. Ich betrachte EbM als wichtige Entscheidungshilfe für meine tägliche Arbeit.	<input type="checkbox"/>				
2. EbM schränkt meine ärztliche Handlungsfreiheit ein.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich betrachte EbM als Qualitätssicherungsinstrument im Gesundheitswesen.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich befürchte, EbM bremst den medizinischen Fortschritt.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich meine, dass EbM mehr Transparenz für alle im Gesundheitswesen Beteiligten schafft.	<input type="checkbox"/>				
6. In meinen Augen fördert EbM eine Zweiklassen-Medizin.	<input type="checkbox"/>				
7. EbM bedeutet für mich, meine individuelle ärztliche Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen Forschung zu kombinieren.	<input type="checkbox"/>				
8. EbM bedeutet für mich Medizin, die die ärztliche Erfahrung außer Acht lässt.	<input type="checkbox"/>				

Zur Vereinfachung der Fragen sind die jeweiligen Abkürzungen verwendet worden. Daher hier noch einmal die Bedeutungen:

IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

EbM = Evidenzbasierte Medizin

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre **Kenntnisse** über das IQWiG, den G-BA und der EbM. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

	Stimmt völlig	Stimmt ziemlich	Teils/ teils	Stimmt kaum	Stimmt nicht
1. Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind.	<input type="checkbox"/>				
2. Das IQWiG wird im Auftrag des G-BA tätig.	<input type="checkbox"/>				
3. Das IQWiG ist ein politisch unabhängiges Institut.	<input type="checkbox"/>				
4. Der G-BA bestimmt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.	<input type="checkbox"/>				
5. Der G-BA beschließt, ob die Empfehlungen des IQWiG angenommen werden.	<input type="checkbox"/>				
6. Der G-BA ist ein politisch unabhängiger Ausschuss.	<input type="checkbox"/>				
7. EbM in der Praxis bedeutet die Integration von individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher externer Evidenz aus systematischer Forschung.	<input type="checkbox"/>				

Zum Schluss möchten wir noch ein paar Informationen von Ihnen erhalten.

Ihr Alter in Jahren .

Ihr Geschlecht Weiblich Männlich.

Ihre Praxis liegt eher im ländlich oder im städtisch geprägten Gebiet.

Niedergelassen seit (in Jahren)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!