

Mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten – Haben Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einen Einfluss?

Contacts to Specialists with Referrals by GP – Have GP Centred Health Care (HZV) Contracts an Impact?

Autoren **D. Ose¹, B. Broge², B. Riens², J. Szecsenyi^{1,2}**
 Institute Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- Hausarztzentrierte Versorgung
- Koordination
- Überweisung
- Qualität
- Primärversorgung

Key words

- GP centred health care
- coordination
- referral
- quality of care
- primary care

Peer reviewed article

eingereicht: 05.07.2008
 akzeptiert: 24.07.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1083787
 Online-Publikation: 2008
 Z Allg Med 2008; 84: 321–326
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

D. Ose
 Universitätsklinikum
 Heidelberg
 Abteilung Allgemeinmedizin
 und Versorgungsforschung
 Voßstr. 2
 Geb. 37
 69115 Heidelberg
 Germany
 dominik.ose@med.uni-
 heidelberg.de

Zusammenfassung

Im Jahr 2004 wurde den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben ihren Versicherten eine Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) anzubieten. Ein Anliegen dieser HZV-Angebote ist es, die Koordinations- und Steuerungsfunktion des Hausarztes zu stärken. Ziel der vorliegenden Analyse ist es zu untersuchen, ob die Verträge zur HZV einen Beitrag dazu leisten, dass Versicherte häufiger mit Überweisung zum Spezialisten gehen. Die Daten stammen aus der Evaluation von Verträgen zur HZV (HZV-Evaluation), die seit 2005 in fünf Modellregionen umgesetzt werden. Die HZV-Evaluation ist als prospektive, kontrollierte Kohortenstudie angelegt. Zudem wird für jede Kohorte HZV-Versicherter eine Vergleichsgruppe gebildet. Dabei wird jedem HZV-Versicherten ein Versicherter mit vergleichbarer Morbidität zugeordnet („Matched Pairs“). Grundlage für die vorliegende Analyse ist die erste von drei Kohorten, die im Verlauf der Evaluation betrachtet werden. Zur Beantwortung der Fragestellung wird die Inanspruchnahme von Konsultationen beim Spezialisten der HZV-Versicherten (n=236221) mit der Inanspruchnahme in der Vergleichsgruppe (n=236221) verglichen. Insgesamt wurden im Jahr 2005 2847203 Konsultationen beim Spezialisten abgerechnet. 1390030 davon wurden durch HZV-Versicherte und 1457173 durch die Vergleichsgruppe in Anspruch genommen. Deutliche Unterschiede zeigten sich bei der Inanspruchnahme von Spezialisten mit Überweisung vom Hausarzt. Während in der Vergleichsgruppe der Anteil von Konsultationen mit Überweisung von 54,1% (2005) auf 50,3% (2006) sinkt, steigt dieser Anteil bei den HZV-Versicherten von 68,8% (2005) auf 72,5% (2006). Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung einen Einfluss darauf haben, dass Versicherte häufiger mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten gehen.

Abstract

In the year 2004 the German statutory health care funds got the possibility to offer their insured a special GP centred health care contract (HZV). In a new legislation since 2007 the statutory health care funds now are obligated to offer this kind of contract. A substantial reason for this legal regulation is to strengthen the role of GP's as a coordinator in the health care system which until now is characterized by high utilisation of primary and specialized services. In this paper we focus on the question whether participation in HZV leads to an increasing proportion of patients who contact a specialist with a referral from a GP instead of direct access. The evaluation is based on routine claims data from projects which started in 2005 in 5 regions. The HZV evaluation is projected as a prospective, controlled cohort study. Controls are matched for age, sex and morbidity. To investigate the influence of HZV we compare the consultation of the specialists by HZV insured (n=236221) and not HZV insured (n=236221) patients. Altogether in the year 2005 2847203 consultations (contacts) to specialist were accounted, 1390030 of these for HZV insured and 1457173 for not HZV insured. Clear differences showed up for consultations with a referral from GP. For not HZV insured patients the rate of consultations with a GP referral decreased from 54,1% in 2005 to 50,3% in 2006. For HZV insured patients this rate increased from 68,8% in 2005 to 72,5% in 2006. The results of this analysis shows, that GP centred health care has an impact on the proportion of patients who contact a specialist with a referral from a GP.

Hintergrund

▼ Für viele Menschen ist der Hausarzt der erste und wichtigste Ansprechpartner, wenn es um gesundheitliche oder medizinische Fragestellungen geht. Durch eine oftmals langjährige therapeutische Beziehung kennt dieser nicht nur die Krankengeschichte seiner Patienten sehr gut, sondern hat auch einen Einblick in deren soziales und familiales Umfeld. Diese Tatsache wird in den letzten Jahren zunehmend auch aus gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Perspektive mehr beachtet. Angenommen wird in diesem Kontext, dass eine Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung einen Beitrag dazu leisten kann Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefiziten im deutschen Gesundheitssystem zu begegnen.

International besteht heute Einigkeit, dass Gesundheitssysteme mit ausgeprägter primärärztlicher Koordinierung insgesamt effektiver und effizienter sind, als Gesundheitssysteme in denen dieser Sektor weniger entwickelt ist [1]. Entsprechend sind in den letzten Jahren weltweit zahlreiche Initiativen und Ansätze entstanden, welche diese neuen Erkenntnisse aufgreifen. So wird etwa in England, Dänemark und den Niederlanden zunehmend auf „Gatekeeping“ gesetzt und in den USA das sogenannte „Medical Home“ Konzept entwickelt [2, 3].

Aber auch in Deutschland wurde dieser internationale Trend erkannt und den gesetzlichen Krankenkassen 2004 die Möglichkeit gegeben, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (HZV) anzubieten. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007) wurden schließlich alle gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, solche Angebote vorzuhalten. Entscheiden sich die Versicherten für die HZV, verpflichten sie sich auch, Spezialisten nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes zu konsultieren. Im Gegenzug hat die Krankenkasse die Möglichkeit, die Versicherten von der Praxisgebühr zu befreien. Die Versicherten sind an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden.

Gesetzliche Grundlage für alle Verträge zur HZV ist der Paragraph 73b des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Neben der generellen Verpflichtung der Krankenkassen zum Anbieten solcher Verträge, regelt dieser auch allgemeine Anforderungen an die Ausgestaltung Hausarztzentrierter Versorgungsangebote. So soll durch die Vertragspartner etwa sichergestellt werden, dass teilnehmende Hausärzte sich an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie beteiligen oder die Behandlung auf Grundlage evidenzbasierter und praxiserprobter Leitlinien erfolgt. Allerdings sind diese Vorgaben nicht verpflichtend. Die konkreten Inhalte müssen separat zwischen den Vertragspartnern geregelt werden.

Auch wenn mit den Verträgen zur HZV insgesamt zahlreiche Zielsetzungen verbunden sind, wird speziell der hausärztlichen Koordinierungs- und Steuerungsfunktion eine besondere Bedeutung beigemessen. Trotz der Wichtigkeit einer gelungenen Koordination zwischen hausärztlicher und spezialisierter Versorgungsebene existieren bisher jedoch international und national nur wenige Studien, die diese Schnittstelle thematisieren [4]. Eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik scheint daher dringend geboten.

Mit der Stärkung des Hausarztes als Koordinator gesundheitlicher Versorgung sind hohe Erwartungen und unterschiedliche Interessen verbunden. So wird oftmals argumentiert, mit den Verträgen zur HZV könnten auch Konsultationen beim Spezialisten vermieden werden (vgl. [5]). Ob die Anzahl der Konsulta-

tionen beim Spezialisten jedoch ein geeigneter Indikator zur Einschätzung hausärztlicher Koordinationsleistungen sein kann, ist allerdings fraglich.

Übersehen wird häufig, dass es nicht das primäre Ziel des Hausarztes ist, Konsultationen beim Spezialisten generell zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, dass „der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt mit der richtigen Fragestellung zum richtigen Spezialisten“ überwiesen wird [6]. Im Zentrum hausärztlicher Koordination stehen dementsprechend eine angemessene Stufendiagnostik, die gezielte Überweisung zu Spezialisten sowie insgesamt die federführende Koordination zwischen den Versorgungsebenen [7]. Ist dies gewährleistet, können ggf. auch andere Effekte erzielt werden.

Bisher wissen wir jedoch viel zuwenig darüber, ob mit HZV-Angeboten und der Bindung von Konsultationen beim Spezialisten an eine Überweisung, tatsächlich der Einfluss des Hausarztes auf die Versorgungsgestaltung gestärkt wird. Zwar verpflichten sich die Versicherten mit der Einschreibung in ein HZV-Modell Spezialisten nur auf Überweisung zu konsultieren – tatsächlich wird dies aber nicht überprüft. Dementsprechend unklar ist bisher, inwieweit Angebote zur HZV tatsächlich dazu beitragen, dass Patienten häufiger mit einer Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten gehen.

Wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zur Wirkung Hausarztzentrierter Versorgungsangebote stehen bisher aber kaum zur Verfügung. Ursächlich dafür ist etwa, dass gesetzliche Vorgaben zur Evaluation dieser Angebote fehlen und dementsprechend Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Verträge) selten systematisch evaluiert werden.

Eine Ausnahme bilden die HZV-Verträge, welche 2005 durch den Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiterersatzkassen (VdAK/AEV), die Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Technische Krankenkasse (TK), die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), die Hamburg Münchner Krankenkasse (HMK) sowie die Hanseatischen Krankenkasse (HEK) in fünf Modellregionen (Westfalen-Lippe, Nordrhein, Niedersachsen, Hessen, Nordwürttemberg) mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden. Im April 2006 wurde das Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA Institut) vom Verband der Angestelltenkrankenkassen damit beauftragt, auf Grundlage von Routinedaten die Verträge zur HZV zu evaluieren.

Auf Grundlage der durch diese Evaluation gewonnenen Erkenntnisse soll mit dem vorliegenden Beitrag der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Verträge zur HZV dazu beitragen, dass Versicherte bei der Inanspruchnahme eines Spezialisten eine Überweisung vom Hausarzt haben.

Diese konkrete Fragestellung ist nicht Bestandteil des Evaluationsauftrages – alle notwendigen Informationen wurden vom AQUA Institut speziell für diesen Beitrag aufgearbeitet. Entsprechend wird im Kapitel Methodik auf Aspekte fokussiert, welche unmittelbar für diese Auswertung relevant waren¹.

Methodik

▼ Die Evaluation der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Evaluation) ist als prospektive, kontrollierte Kohortenstudie angelegt. Kohortenstudie bedeutet dabei, dass alle teilneh-

¹Weitere Informationen zur Hausarztzentrierten Versorgung können unter www.aqua.de abgerufen werden.

menden Versicherten (HZV-Versicherten) – entsprechend dem Jahr ihrer Einschreibung – zu Jahreskohorten zusammengefasst werden. Damit die Entwicklung innerhalb der HZV-Verträge von allgemeinen Trends abgegrenzt werden kann, wird zudem für jede Kohorte von HZV-Versicherten eine Vergleichsgruppe gebildet. Dies bedeutet, dass jedem HZV-Versicherten ein Versicherter mit vergleichbarer Morbidität zugeordnet wird, welcher zwar zur HZV-Teilnahme berechtigt, jedoch nicht eingeschrieben ist (Bildung von „Matched Pairs“). Berechtigter zur HZV-Teilnahme sind alle Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr erreicht haben, bei einer der teilnehmenden Ersatzkassen versichert sind und in einer der Modellregionen leben.

Methodisch orientierte sich die Bildung der „Matched Pairs“ am niederländischen Modell zur Morbiditätsadjustierung. Dieses wird dort seit 2007 im Rahmen des Risikostrukturausgleiches angewendet. Aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen und spezieller Anforderungen im Rahmen der HZV-Evaluation waren allerdings einige Anpassungen notwendig. Eine zwingende Berücksichtigung aller definierten Kriterien hätte darüber hinaus dazu geführt, dass nur für 80% der HZV-Versicherten ein Vergleichsversicherter zur Verfügung gestanden hätte. In der praktischen Umsetzung wurde das Problem dadurch gelöst, dass 9 der 13 Kriterien als „Muss-Kriterium“ sowie die übrigen als „Soll-Kriterien“ behandelt wurden (vgl. Tab. 1) [9].²

Grundlage für die vorliegende Analyse ist die erste von insgesamt drei Kohorten, die im Verlauf der Evaluation betrachtet werden. Berücksichtigt werden dementsprechend mit dieser Analyse alle Versicherten, die sich im ersten Jahr des Modellprojektes (2005) eingeschrieben haben, im zweiten Jahr (2006) nicht ausgeschieden sind – etwa durch Tod, Wechsel der Krankenkasse oder Austritt – und denen ein Versicherter mit vergleichbarer Morbidität zugeordnet werden konnte. Alle für die Auswertung notwendigen Informationen stammen aus anonymisierten Routinedaten der beteiligten Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zur Beantwortung der Frage, ob HZV-Verträge einen Einfluss darauf haben, dass Versicherte häufiger mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten gehen, wurde der Anteil der Konsultationen mit Überweisung vom Hausarzt der HZV-Versicherten mit dem Anteil in der Vergleichsgruppe verglichen. Dazu wurden in einem ersten Schritt alle Konsultationen beim Spezialisten³ näher betrachtet und nach Fachgruppen aufgeschlüsselt. Die Zuordnung einer Konsultation zu einer Fachgruppe erfolgte auf Basis der Arztgruppennummer im ärztlichen Abrechnungscode. Zum besseren Verständnis wird zudem zwischen Fachgruppen mit Schwerpunkt „Behandlung“ und Fachgruppen mit Schwerpunkt „Diagnostik“ unterschieden⁴. Nicht berücksichtigt wurden in der Analyse Fachgruppen, die auch in der HZV ohne Überweisung konsultiert werden können.⁵

Ausgehend von der Betrachtung aller Konsultationen wurde in einem zweiten Schritt analysiert, für wie viel Prozent dieser Konsultationen eine Überweisung vom Hausarzt vorlag. Alle sta-

Tab. 1 Übersicht der verwendeten Parameter und Kriterien für das Matching.

Parameter	Kriterium zur Bildung der Matched-Pairs [M] = „Muss“-Kriterium/ [S] = „Soll“-Kriterium
Altersgruppen/Geschlecht	Geschlecht [M]; Altersgruppen [M]; Kinder und Jugendliche bis 17 J. sind ausgeschlossen
Versichertenstatus	Renter (Vers. Status) [S]; DMP-Status [M]; Pflegestufe [S]; AU-Tage [S]
Region	KV-Region (Bundesland) [M]
Pharmakostengruppen (PCG)	Teuerste PCG und die Anzahl der PCGs [M]
Diagnosekostengruppen (DCG)	Teuerste DCG und die Anzahl der DCGs [M]
weitere	Krankenkasse [M]; Arzt: HZV/nicht-HZV [S]

PCG = Pharmakostengruppe (Pharmacy cost groups)

DCG = Diagnosekostengruppen (Diagnostic cost groups)

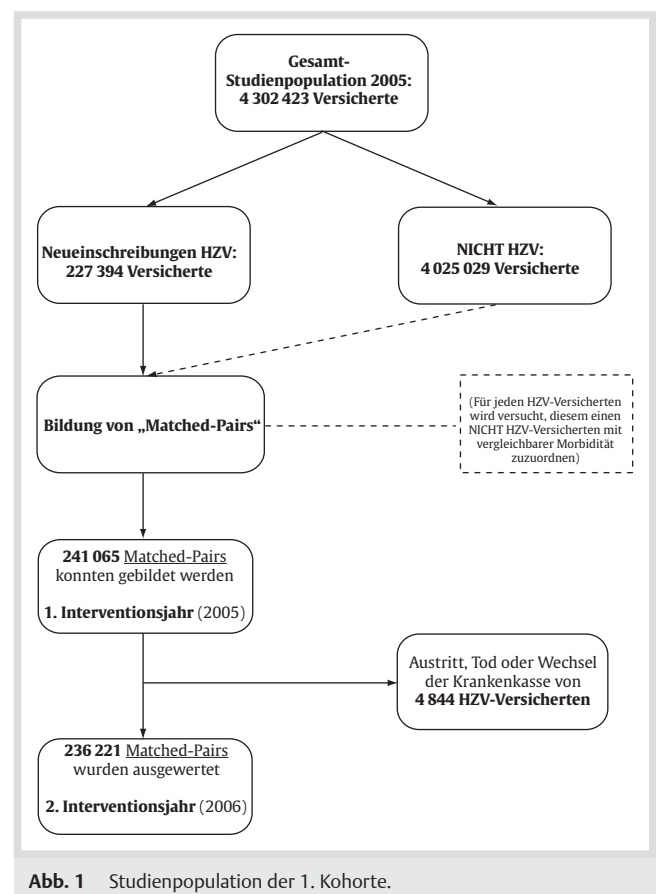


Abb. 1 Studienpopulation der 1. Kohorte.

tistischen Analysen wurden mithilfe von SPSS (Version 15) durchgeführt.

Ergebnisse

Mit dem Beginn des Modellprojektes im Jahr 2005 waren in den beteiligten Regionen 4 302 423 Versicherte berechtigt, sich in ein Angebot zur HZV der beteiligten Ersatzkassen einzuschreiben. Von insgesamt 277 394 Versicherten, welche diese Möglichkeit wahrgenommen haben, konnte 2005 für 241 065 ein Versicherter mit vergleichbarer Morbidität ermittelt werden. Durch Austritt, Tod oder Wechsel der Krankenkasse reduzierte sich diese

²Für weiterführende Informationen siehe [9, 11].

³Betrachtet werden die vom Spezialisten abgerechneten Konsultationen (Kontakte), unabhängig davon, ob diese durch den Hausarzt oder den Patienten initiiert wurden

⁴Unterscheidung nicht trennscharf – dient ausschließlich der Illustration.

⁵Ist in den Verträgen regional unterschiedlich geregelt; direkt zugänglich in Nord-Württemberg: Augen- und Frauenärzte; direkt zugänglich in allen anderen Regionen: Augen-, Frauen- und Kinderärzte, psychologische Psychotherapeuten und psycho-therapeutische Ärzte

Zahl im Verlauf des zweiten Jahres um 4844 Versicherte. 2006 konnten dementsprechend noch 236 221 Matched Pairs für diese erste Kohorte gebildet werden (vgl. **Abb. 1**). Nur diese Versicherten wurden mit der vorliegenden Analyse berücksichtigt. Eine Übersicht zur Alters- und Geschlechtsverteilung gibt **Tab. 2**.

Insgesamt wurden im Jahr 2005 für die erste Kohorte 2 847 203 Konsultationen (Kontakte) beim Spezialisten abgerechnet. 1 390 030 davon wurden durch HZV-Versicherte und 1 457 173 durch die Vergleichsgruppe (VG) in Anspruch genommen. Dies bedeutet, dass HZV-Versicherte durchschnittlich 5,88 Konsultationen und Versicherte der Vergleichsgruppe durchschnittlich 6,17 Konsultationen beim Spezialisten hatten. Fasst man die Fachgruppen zusammen, welche eher diagnostische Leistungen erbringen, entfielen auf diese Gruppe 232 533 (0,98) Konsultationen für HZV-Versicherte und 215 411 (0,91) Konsultationen auf Versicherte der Vergleichsgruppe. Betrachtet man die Fachgruppen zusammen, welche eher therapeutische Leistungen erbringen, entfielen auf diese Gruppe 1 083 158 (4,59) Konsultationen für HZV-Versicherte und 1 158 268 (4,90) Konsultationen auf Versicherte der Vergleichsgruppe (vgl. **Tab. 3, 4**).

Blickt man näher auf die einzelnen Fachdisziplinen, so fällt auf, dass sowohl für HZV-Versicherte als auch in der Vergleichsgruppe

die Fachgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit 301 761 (HZV) und 294 227 (VG) Konsultationen am häufigsten durch die Versicherten in Anspruch genommen wurde. Erst mit einigem Abstand folgen die Fachgruppen „Innere Medizin“ (HZV: 185 025/VG: 270 066) und „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ (HZV: 189 366/VG: 183 911). Interessant ist darüber hinaus, dass speziell für die Fachgruppe „Innere Medizin“ deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. Während HZV-Versicherte 2005 durchschnittlich 0,78 Konsultationen bei einem Facharzt für Innere Medizin in Anspruch nahmen, waren es für Versicherte der Vergleichsgruppe durchschnittlich 1,14 Konsultationen.

Im Jahr 2006 wurden für HZV-Versicherte und Versicherte der Vergleichsgruppe 2 700 839 Konsultationen bei einem Spezialisten abgerechnet. Dies bedeutet, dass im Vergleich zu 2005 die Anzahl der Konsultationen insgesamt um 146 364 (5,1%) zurückgegangen ist. Dieser Rückgang spiegelt sich auch in den Konsultationen der HZV-Versicherten bzw. der Vergleichsgruppe wider. So wurden im Vergleich zum Vorjahr durch HZV-Versicherte 62 409 (4,5%) und in der Vergleichsgruppe 83 955 (5,8%) weniger Konsultationen in Anspruch genommen. Entsprechend sank auch die durchschnittliche Anzahl von Kontakten je Versichertem in der HZV-Gruppe von 5,88 auf 5,62 und in der Vergleichsgruppe von 6,17 auf 5,81.

Klare Unterschiede zwischen HZV-Versicherten und der Vergleichsgruppe zeigten sich beim Anteil der Konsultationen, für welche eine Überweisung des Hausarztes vorlag. Betrachtet man alle Fachgruppen so lag dieser im ersten Interventionsjahr (2005) für HZV-Versicherte bei 68,84% und für die Vergleichsgruppe bei 54,12%. Deutlicher wird dieser Unterschied noch, werden nur die Fachgruppen mit eher therapeutischer Orientierung betrachtet. Während nämlich eine Vielzahl der abgerech-

Tab. 2 Versicherte der 1. Kohorte.

Alter	HZV-Versicherte		Vergleichsgruppe	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
18–44	47 015	27 252	47 185	27 393
45–64	56 809	38 566	56 486	38 420
65+	39 149	27 430	39 302	27 435
	142 973	93 248	142 973	93 248
Versicherte je Kohorte	236 221		236 221	

Tab. 3 Konsultationen (Kontakte) beim Spezialisten* gesamt.

Fachgruppen	2005		2006	
	Konsultationen der HZV-Versicherten (n=236 221)	Konsultationen der Vergleichsgruppe (n=236 221)	Konsultationen der HZV-Versicherte (n=236 221)	Konsultationen der Vergleichsgruppe (n=236 221)
Schwerpunkt Therapie				
Orthopädie und Unfallchirurgie	301 761	294 277	280 326	268 157
innere Medizin	185 025	270 066	175 028	259 973
Haut- und Geschlechtskrankheiten	189 366	183 911	185 978	174 017
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	124 705	129 357	118 365	120 788
Chirurgie**	144 730	143 841	136 830	128 804
Urologie	112 669	112 758	111 610	111 717
Anästhesiologie	24 902	24 058	23 129	22 451
Gesamt für diese Fachgruppen	1 083 158	1 158 268	1 031 266	1 085 907
Schwerpunkt Diagnostik				
Labormedizin	92 888	88 006	75 195	71 610
Radiologie***	92 006	83 141	80 329	72 110
Pathologie	36 268	33 973	32 113	28 972
Nuklearmedizin	11 371	10 291	9 576	8 615
Gesamt für diese Fachgruppen	232 533	215 411	197 213	181 307
sonstige Fachgruppen	74 339	83 494	99 142	106 004
alle Fachgruppen	1 390 030	1 457 173	1 327 621	1 373 218
	2 847 203		2 700 839	

*Nicht berücksichtigt wurden Spezialisten mit direkter Zugänglichkeit. Diese ist in den Verträgen regional unterschiedlich geregelt; Nord-Württemberg: Augen- und Frauenärzte; Alle anderen Regionen: Augen-, Frauen- und Kinderärzte, psychologische Psychotherapeuten und psycho-therapeutische Ärzte

**inkl. Neurochirurgie; Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

***inkl. Strahlentherapie

****inkl. Notärztliche Versorgung und MVZ

Tab. 4 Konsultationen (Kontakte) beim Spezialisten* je Versicherten.

Fachgruppen	2005		2006	
	Konsultationen je HZV-Versicherten	Konsultationen je Versicherten der Vergleichsgruppe	Konsultationen je HZV-Versicherten	Konsultationen je Versicherten der Vergleichsgruppe
Schwerpunkt Therapie				
Orthopädie und Unfallchirurgie	1,28	1,25	1,19	1,14
innere Medizin	0,78	1,14	0,74	1,10
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,80	0,78	0,79	0,74
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,53	0,55	0,50	0,51
Chirurgie**	0,61	0,61	0,58	0,55
Urologie	0,48	0,48	0,47	0,47
Anästhesiologie	0,11	0,10	0,10	0,10
Gesamt für diese Fachgruppen	4,59	4,90	4,37	4,60
Schwerpunkt Diagnostik				
Labormedizin	0,39	0,37	0,32	0,30
Radiologie***	0,39	0,35	0,34	0,31
Pathologie	0,15	0,14	0,14	0,12
Nuklearmedizin	0,05	0,04	0,04	0,04
Gesamt für diese Fachgruppen	0,98	0,91	0,83	0,77
sonstige Fachgruppen****	0,31	0,35	0,42	0,45
alle Fachgruppen	5,88	6,17	5,62	5,81

*Nicht berücksichtigt wurden Spezialisten mit direkter Zugänglichkeit. Diese ist in den Verträgen regional unterschiedlich geregelt; Nord-Württemberg: Augen- und Frauenärzte; Alle anderen Regionen: Augen-, Frauen- und Kinderärzte, psychologische Psychotherapeuten und psycho-therapeutische Ärzte

**inkl. Neurochirurgie; Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

***inkl. Strahlentherapie

****inkl. Notärztliche Versorgung und MVZ

Tab. 5 Anteil der Konsultationen (Kontakte) beim Spezialisten* mit Überweisung vom Hausarzt.

Fachgruppen	2005		2006	
	HZV-Versicherte	Vergleichsgruppe	HZV-Versicherte	Vergleichsgruppe
Schwerpunkt Therapie				
Orthopädie und Unfallchirurgie	78,9%	63,8%	84,0%	58,3%
innere Medizin	75,6%	53,0%	81,9%	48,2%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	79,5%	58,2%	81,7%	52,7%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	78,4%	61,8%	82,9%	56,3%
Chirurgie**	70,9%	57,3%	73,8%	53,4%
Urologie	81,3%	67,7%	84,9%	63,4%
Anästhesiologie	36,1%	32,0%	38,9%	32,1%
Gesamt für diese Fachgruppen	76,6%	59,1%	80,8%	54,2%
Schwerpunkt Diagnostik				
Labormedizin	49,0%	43,2%	51,6%	46,5%
Radiologie***	41,4%	35,9%	41,9%	36,7%
Pathologie	7,3%	6,6%	6,5%	6,2%
Nuklearmedizin	73,8%	68,0%	74,4%	66,3%
Gesamt für diese Fachgruppen	40,7%	35,8%	41,4%	37,1%
sonstige Fachgruppen****	44,4%	32,6%	47,5%	33,0%
alle Fachgruppen	68,8%	54,1%	72,5%	50,3%

*Nicht berücksichtigt wurden Spezialisten mit direkter Zugänglichkeit. Diese ist in den Verträgen regional unterschiedlich geregelt; Nord-Württemberg: Augen- und Frauenärzte; Alle anderen Regionen: Augen-, Frauen- und Kinderärzte, psychologische Psychotherapeuten und psycho-therapeutische Ärzte

**inkl. Neurochirurgie; Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

***inkl. Strahlentherapie

****inkl. Notärztliche Versorgung und MVZ

neten Konsultationen eher diagnostisch arbeitender Fachgruppen auch durch Überweisungen eines Spezialisten zustande kommt, ist dies bei therapeutisch orientierten Fachgruppen seltener der Fall. So zeigte die Analyse, dass 2005 für alle Konsultationen bei Fachgruppen mit eher therapeutischem Schwerpunkt

durch HZV-Versicherte in 76,6% und durch die Vergleichsgruppe in 59,1% eine Überweisung vom Hausarzt vorlag (vgl. **Tab. 5**). Im zweiten Interventionsjahr (2006) verstärkt sich dieser Effekt noch einmal. Während in der Vergleichsgruppe der Anteil der Konsultationen beim Spezialisten mit Überweisung vom Haus-

arzt – über alle Fachgruppen – von 54,1% auf 50,3% sinkt, steigt dieser bei den HZV-Versicherten von 68,8% auf 72,5% an. Gleiches gilt bei der separaten Betrachtung eher therapeutisch orientierter Fachgruppen. Hier sinkt der Anteil der Konsultationen mit Überweisung vom Hausarzt in der Vergleichsgruppe von 59,1% auf 54,2% und steigt der Anteil bei den HZV-Versicherten von 76,6% auf 80,8%.

Diskussion

Die Ergebnisse der Analyse zeigen sehr deutlich, dass HZV-Versicherte häufiger mit einer Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten gehen. Schon im ersten Interventionsjahr (Einschreibejahr 2005) ist der Unterschied zwischen den HZV-Versicherten und der Vergleichsgruppe klar erkennbar. Dieser Trend verstärkt sich noch einmal im zweiten Interventionsjahr (2006). Auffällig ist dabei, dass während die HZV-Versicherten im zweiten Interventionsjahr häufiger mit einer Überweisung des Hausarztes den Spezialisten konsultieren, dieser Anteil in der Vergleichsgruppe sinkt.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen auch, dass für HZV-Versicherte in beiden Interventionsjahren weniger Konsultationen abgerechnet wurden, als in der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied verringerte sich jedoch im zweiten Jahr. Es muss daher abgewartet werden, wie sich die Anzahl der Konsultationen in den nächsten Jahren entwickelt.

Ausgehend von der Fragestellung kann insgesamt festgehalten werden, dass Verträge zur HZV einen deutlichen Einfluss auf den Anteil der Konsultationen beim Spezialisten mit Überweisung vom Hausarzt haben. Zur Qualität und Angemessenheit der Konsultation beim Spezialisten können mit den hier vorgestellten Daten keine Aussagen getroffen werden. Auch muss berücksichtigt werden, dass der vorliegende Beitrag zunächst eine deskriptive Bestandsaufnahme ist. Ob der Zuwachs des Anteils an Konsultationen beim Spezialisten durch ein verändertes Koordinierungsverhalten der Hausärzte oder lediglich durch die vertragliche Bindung der Versicherten erreicht wurde, bleibt zunächst offen. Hingewiesen sei auch noch einmal darauf, dass der dieser Auswertung zugrundeliegende Beobachtungszeitraum derzeit nur das Einschreibejahr und ein Folgejahr beträgt. Erst die weitere Betrachtung wird zeigen, ob sich die beschriebenen Effekte stabilisieren. Eine weitere Analyse der vorliegenden Routinedaten wird hierzu durchgeführt. Zudem sollten Studien, welche stärker die inhaltlichen Aspekte einer Überweisung untersuchen, zur Beantwortung dieser Fragestellung folgen (vgl. [10]).

Danksagung

Wir danken dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) für die Bearbeitung der Routinedaten und die Bereitstellung notwendiger Informationen.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Institute

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Germany

² AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Geschäftsführung, Göttingen, Germany

Literatur

- 1 Health Council of the Netherlands. European primary care Draft report presented to the conference Shaping the EU Health Community. Den Haag, 7–9 September 2004
- 2 The Commonwealth Fund. Patient-Centred Medical Home Quality Matters 2008; Januar/Februar
- 3 Atun RA. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. World Health Organization; 2004
- 4 Rosemann T, Rüter G, Szecsenyi J. Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt: Naht- oder Bruchstelle? Dtsch Arztebl 2006; 37: A2387–A2392
- 5 Bertelsmann-Stiftung. Umfrage: Hausarztmodelle in der heutigen Form weitgehend wirkungslos Pressemeldung; Erschienen am 10.1.2008
- 6 Bawidamann G, Mader FH. GFB-Studie findet die Ergebnisse, die sie vorgibt. Hausarzt 2001; 13: 12–14
- 7 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition. Abgerufen im Internet am 3.7.2008 unter <http://www.degam.de/fachdefinition.html>
- 8 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Evaluation der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung – Projektbeschreibung. Göttingen; 2007; Abrufbar im Internet unter: <http://www.aqua-institut.de/pdf/HZV-Evaluation-Projektdarstellung-2007-05-23.pdf>
- 9 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Evaluation der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung – Beschreibung des methodischen Vorgehens. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Göttingen; 2007
- 10 Thies-Zajonc S. Wenn der Hausarzt überweist. Peter Lang: Frankfurt; 1995
- 11 Lamers LM, Vliet RCJA. Health-based risk adjustment. Eur J Econom 2003; 4: 107–114

Zur Person



Dominik Ose, MPH,

Studium der Pflegewissenschaften an der FH Fulda (Abschluss Diplom-Pflegewirt 2001). Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld (Abschluss MPH in 2005). Wiss. Mitarbeiter Universität Bielefeld 2005–2007. Seit 1.1.2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter

an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg.