

# Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungs- verhalten und -motiven

## *From Family Practitioner to Specialist – Actual Data on Referral Behaviour and Motives*

Stefan Bösner<sup>1,2</sup>, Susanne Träger<sup>1,2</sup>, Oliver Hirsch<sup>1</sup>, Annette Becker<sup>1</sup>, Muazzez Ilhan<sup>1</sup>, Erika Baum<sup>1</sup>, Norbert Donner-Banzhoff<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Vor dem Hintergrund der Einführung hausarztzentrierter Verträge erscheint die Überweisung von der Hausarztpraxis in den ambulanten fachärztlichen Sektor als wichtiges Handlungsfeld. Ziel der Untersuchung war eine Beschreibung des Überweisungsverhaltens deutscher Hausärzte.

**Methoden:** Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden innerhalb eines Quartals in 29 Hausarztpraxen jeweils eine Woche lang sämtliche von den Praxen ausgestellten Überweisungsformulare erfasst. Wir dokumentierten die darin enthaltenen primären Informationen (Patientenstammdaten, Fachgruppe des Empfängers, kurativ/präventiv usw.). Darüber hinaus wurde jede Überweisung einzeln in einem Interview mit dem Hausarzt besprochen. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv und analytisch.

**Ergebnisse:** Es wurden 3988 Überweisungen ausgewertet. Der Altersmedian lag bei 52 Jahren. 64% der Patienten waren weiblich. 2138 (53,6%) aller Überweisungen erfolgten zur spezifischen Diagnostik und 1006 (25,2%) zur spezifischen fachärztlichen Therapie. Es dominierten Überweisungen an die Innere Medizin, Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie und Dermatologie. 71,8% aller Überweisungen wurden von Patientenseite (mit-)initiiert.

**Schlussfolgerungen:** Überweisungen deutscher Hausärzte sind durch mangelnden Informationsfluss und durch zunehmend informierte Patienten beeinflusst. Eine hausarztzentrierte Versorgung in Kombination mit einer verbesserten Koordination und einem effektiveren Informationsfluss in beide Richtungen könnte verhindern, dass Überweisungen zu einer Formalität in der Patientenversorgung degenerieren.

*Schlüsselwörter: Hausarztpraxis; Überweisung; Patienteninitiative*

**Background:** Referrals between family practitioners (FPs) and specialists are an important area in the light of the introduction of FP centred patient management. This study aimed to describe the referral practice of German FPs.

**Method:** In a cross sectional study we included 29 FP practices. During a three months period FPs gathered all referrals for one week. We documented all primary informations (patient related basic data, specialist referred to, curative/preventative referral etc.) including the referral direction (to which specialist) and accompanying medical and organisational information. We interviewed FPs about each referral. Referral data were analysed mainly descriptively.

**Results:** We analysed 3988 referrals. Median age was 52 years. 64% of patients were female. 2138 (53,6%) of all referrals were issued for specific diagnosis and 1006 (25,2%) for specific therapy offered by a specialist. Referrals were predominantly for internal medicine, gynaecology, ophthalmology, orthopaedics, neurology/psychiatry/psychotherapy and dermatology. 71,8% were (partially) initiated by the patient.

**Conclusion:** Referrals of German FPs are influenced by insufficient information flow and increasingly informed patients. A gate keeper model in combination with increased coordination and a more effective bidirectional information flow could prevent the degeneration of the referral process to a formal act of patient care.

*Keywords: Family Practice; Referral; Patient Initiative*

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universität Marburg

<sup>2</sup> Gleichwertiger Beitrag beider Autoren / both authors contributed equally

Peer reviewed article eingereicht: 16.05.2011, akzeptiert: 19.07.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0371

## Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch einen überdurchschnittlich hohen Arzt-Patienten-Kontakt gekennzeichnet. Allein bei den 60.000 Hausärzten betrug, laut GEK-Report 2009, die durchschnittliche Konsultationsfrequenz 7,1 Arztbesuche pro Bundesbürger pro Jahr [1], die 78.000 Spezialisten mit eingeschlossen ging jeder deutsche Bürger durchschnittlich 18-mal pro Jahr zu einem Arzt.

Auf dem Weg vom Hausarzt zum Spezialisten hat der Gesetzgeber die Überweisung in langer Tradition gesetzt [2]. Nach Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 bekam die Überweisung zusätzlich die Qualität einer Quittung für die bezahlte Praxisgebühr.

Während die klassische Überweisung vom Hausarzt an den Facharzt hauptsächlich bei diagnostischer oder therapeutischer Unsicherheit ausgestellt wird, z.B. bei erforderlichen spezialisierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die auf der primärärztlichen Versorgungsebene nicht verfügbar sind, verbirgt sich hinter diesem formalen Akt jedoch eine komplexere Realität. So befinden sich Patienten mit chronischen Erkrankungen, die einer aufwendigeren Behandlung bedürfen, häufig in gemeinsamer Betreuung von Haus- und Fachärzten. Überweisungen werden dabei nicht nur von Hausärzten, sondern auch zunehmend von Patienten initiiert [3, 4]. Der Informationsfluss zwischen Haus- und Facharzt erfolgt zum einen formell (Überweisungstext, Arztbrief), zum anderen informell (z.B. Anrufe). Dem Hausarzt kommt hierbei eine koordinierende Schlüsselrolle in einer komplex vernetzten Struktur zu [5].

Obwohl die Primärversorgung in Europa sehr heterogen bzgl. der Organisation oder Finanzierung ist, spielt die hausärztliche Filterfunktion in allen Gesundheitssystemen eine tragende Rolle [6]. Diese zielt vor allem auf eine Effizienzsteigerung und Kostenreduktion ab [7]. In der Europäischen Überweisungsstudie belegte (West-)Deutschland mit einer Überweisungsrate von 51,6 pro 1000 Konsultationen bei Frauen und 60,1/1000 bei Männern den Europäischen Spitzenplatz. Hierbei wurde gut die Hälfte der Überweisungen als vom Patienten (mit-)beeinflusst be-

zeichnet [3]. Zahlreiche Studien haben sich mit dem Thema der Variabilität von Überweisungen beschäftigt [8–10]. Dabei konnte nur ein kleiner Anteil der beobachteten Schwankungen in der Überweisungsfrequenz plausibel erklärt werden [9], was dazu führte, die individuelle Schwelle auf Seiten des Hausarztes als wesentliche Erklärung heranzuziehen [11]. Eine niederländische Untersuchung, die die gesamte Praxispopulation als Nenner zu Grunde legte, konnte jedoch mittels einer Multilevel-Analyse etwa die Hälfte der beobachteten Variabilität auf den Faktor Morbidität zurückführen [12].

In der vorliegenden Studie beschreiben wir grundsätzliche Charakteristika im Überweisungsverhalten deutscher Hausärzte (z.B. Überweisungsfrequenz, -gründe und -richtung) und analysieren eine mögliche Assoziation zu Charakteristika des überweisenden Hausarztes (Stadt/Land) und des überwiesenen Patienten (Überweisung auf Patienteninitiative).

Variable	Anzahl (%)
<b>Geschlecht</b>	
• Männlich	28 (65)
• Weiblich	15 (35)
<b>Alter (Jahre)</b>	
• 31–40	3 (7)
• 41–50	20 (47)
• 51–60	18 (41)
• >60	2 (5)
<b>Praxistyp (nach Arzt)</b>	
• Einzelpraxis	14 (33)
• Gemeinschaftspraxis	28 (65)
• Praxisgemeinschaft	1 (2)
<b>Praxislokalisierung</b>	
• Stadt	14 (48)
• Land	15 (52)
<b>Scheinzahl der Praxis</b>	
• <1000	9 (31)
• 1000–1500	8 (28)
• >1500	12 (41)

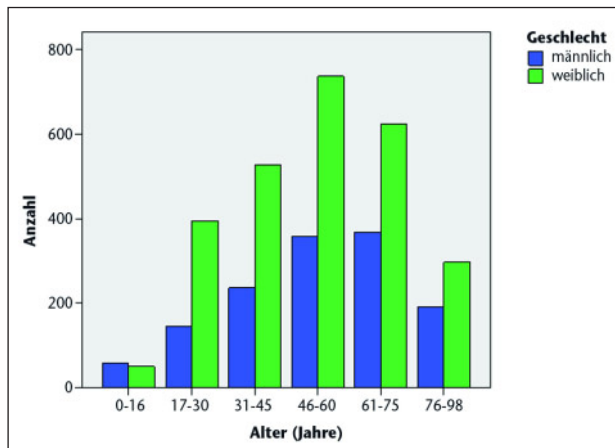
**Tabelle 1** Arztcharakteristika (n=43) und Praxiseigenschaften (n=29).

## Methoden

Wir führten eine explorative Querschnitterhebung durch. 52 Praxen wurden nach dem Zufallsprinzip aus dem Adressbuch per Brief kontaktiert. 29 Praxen (43 Hausärzte) nahmen an der Studie teil. Über den Zeitraum eines kompletten Quartals im Jahr 2008 verteilt, dokumentierten die Hausärzte alle Überweisungen für eine gegebene Woche. Die Wochen, in der die verschiedenen Praxen die Datenerhebung durchführten, wurden nach einem Zufallsverfahren zugeteilt, um den Abstand zum Quartalsbeginn als Quelle eines möglichen Selektionsbias auszuschalten. Die einzelnen Erhebungswochen waren hierbei gleichmäßig über das Quartal verteilt. Wir erfassten pseudonymisiert sämtliche Daten jeder einzelnen Überweisung mittels eines standardisierten Dokumentationsbogens. Die medizinischen Fachangestellten dokumentierten Fachgebiet, Überweisungstext, zusätzliche Informationen wie mitgegebene Befunde, Medikamentenplan oder Terminvereinbarung beim Facharzt für den Patienten. In einer abschließenden kurzen Befragung ging der Studienarzt mit den jeweiligen Hausärzten noch einmal alle Überweisungen durch. In diesem Gespräch wurde der Überweisungstyp (spezielle Diagnostik, spezielle Therapie, Facharzt induziert, organisatorische Gründe, Budgetentlastung oder vorrangig zur Patientenberuhigung) erhoben. Außerdem legten wir auf einer visuellen Analogskala (0%–100%) fest, wie stark die Überweisungsinitiative vom Hausarzt oder dem Patienten ausging.

Überweisungen von Fachärzten untereinander, ebenso wie Überweisungen vom Facharzt an den Hausarzt waren nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Für die statistische Auswertung dichotomisierten wir die Ergebnisse der Analogskala. Wir gingen dabei davon aus, dass bei den Fällen, in denen der Arzt eine ausgeglichene Entscheidungsbeteiligung angab (50%), in Wirklichkeit wahrscheinlich ein tendenziell höherer Patientenanteil vorlag. Werte von 0–50% wurden deshalb als Patienteninitiative kodiert, Werte von 51–100% als Arztinitiative. Für Assoziationen zwischen zwei binären Variablen verwendeten wir Kreuztabellen und den Chi-Quadrat-Test zur Signifikanzprüfung. Für



**Abbildung 1** Patientenverteilung nach Altersgruppen und Geschlecht (n=3988).

Gruppenvergleiche mit mehr als zwei Variablen verwendeten wir Cramer-V mit standardisierten Residuen zur Messung der Effektstärke. Werte über 0,3 zeigen einen ausgeprägten Effekt an [13].

Zur Berechnung der durchschnittlichen Überweisungsfrequenz, bezogen auf die Scheinzahl, multiplizierten wir die durchschnittliche Überweisungsfrequenz aller 29 teilnehmenden Praxen mit 13 Quartalswochen und teilten das Ergebnis durch die Gesamtscheinzahl aller 29 Praxen.

Alle Berechnungen erfolgten mit SPSS 19.0.

## Ergebnisse

### Arzt-, Patientencharakteristika und allgemeine Überweisungscharakteristika

Von den 52 initial kontaktierten Praxen nahmen 29 (55,8%) mit insgesamt 43 Hausärzten an der Studie teil. Es herrschte ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Stadt- und Landpraxen. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht von weiteren Arztcharakteristika und Praxiseigenschaften unserer Stichprobe.

10% der überwiesenen Patienten waren jünger als 23 Jahre, 10% älter als 77 Jahre und 50% zwischen 38 und 68 Jahren alt. Der Altersmedian lag bei 52 Jahren. 64% der Patienten waren weiblich, 36% männlich. Außer in der Altersgruppe der 0–16-Jährigen waren in allen Altersgruppen weibliche Patienten stärker vertreten (Abb. 1). Die im Durchschnitt von allen teilnehmenden Pra-

**Tabelle 2**  
 Allgemeine Überweisungscharakteristika (n=3988).

Variable	Anzahl (%)
<b>Geschlecht (Patient)</b>	
• Männlich	1358 (34,1)
• Weiblich	2630 (65,9)
<b>Zahl an Überweisungen pro Fall und Quartal</b>	
• 1 ÜW	3180 (79,7)
• 2 ÜW	622 (15,6)
• 3 ÜW	133 (3,3)
• 4–11 ÜW	53 (1,4)
<b>Vorüberweisungen für das gleiche Fachgebiet in den letzten 2 Jahren</b>	
• 0	1234 (30,9)
• 1	811 (20,3)
• 2	613 (15,4)
• 3	343 (8,6)
• 4–8	987 (24,8)
<b>Überweisungsart</b>	
• Mit-/Weiterbehandlung	3921 (98,3)
• Auftragsleistung	56 (1,4)
• Konsiliarisch	11 (0,3)
<b>Überweisungstext</b>	
• Keine Angaben	1010 (25,3)
• Wenig Angaben	2656 (66,6)
• Ausführliche Angaben	322 (8,1)
<b>Facharzttempfehlung</b>	760 (19,1)
<b>Terminabsprache für den Pat.</b>	122 (3,1)
<b>Telef. Ankündigung durch HA</b>	15 (0,4)
<b>Befunde dem Pat. mitgegeben</b>	169 (4,2)
<b>Medikamentenliste mitgegeben</b>	170 (4,3)

xen ausgestellten Überweisungen betrug 4,0% der in dem Quartal abgerechneten Scheinzahlen. Während für 79,7% der Patienten in dem Untersuchungszeitraum nur eine Überweisung ausgestellt wurde, verteilten sich die restlichen 20,3% auf zwei bis maximal elf Überweisungen. 31% der Überweisungen waren Erstüberweisungen (bezogen auf die vorhergehenden acht Quartale des jeweiligen Fachgebietes). Die überwiegende Mehrzahl der Überweisungen wurde zur Mit-/Weiterbehandlung ausgestellt. Für 8% der Patienten machten die Hausärzte ausführliche Angaben im Überweisungstext und 19%

bekamen von ihrem Hausarzt eine spezielle Empfehlung, welchen Facharzt sie aufsuchen sollten (s. Tabelle 2).

### Überweisungsgründe

Über die Hälfte aller Überweisungen erfolgte zur spezifischen Diagnostik und ein weiteres Viertel zur spezifischen fachärztlichen Therapie. Weitere Gründe spielten eher eine untergeordnete Rolle (s. Tabelle 3). Stadt- und Landpraxen unterschieden sich hier nicht wesentlich (Effektstärke: Cramer-V = 0,09).

Überweisungen ausschließlich zur Beruhigung des Patienten kamen vor al-

Überweisungsgrund*	Anzahl (%)
Zur spezifischen Diagnostik	2138 (53,6)
Zur spezifischen fachärztlichen Therapie	1006 (25,2)
Vom Facharzt gewünscht	237 (5,9)
Zur Patientenberuhigung	204 (5,1)
Organisatorische Gründe	154 (3,9)
Budgetgründe	90 (2,3)
Keine Aussage möglich	159 (4,0)

\* Aus Sicht der überweisenden Ärzte; lagen mehrere Gründe vor, musste sich der Arzt für den Hauptgrund entscheiden

**Tabelle 3** Überweisungsgründe (n=3988).

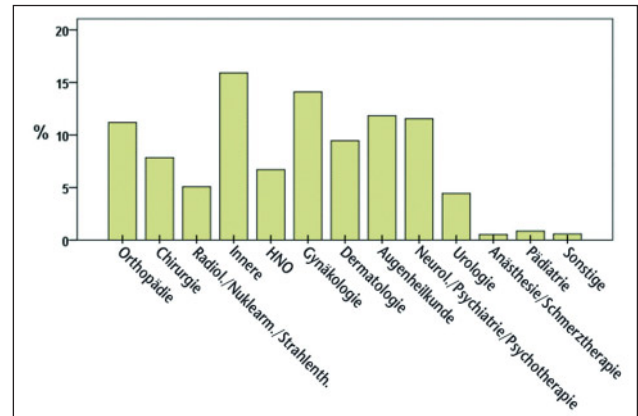
lem in den Gebieten Orthopädie, Innere und Dermatologie vor. Hier äußerten die Hausärzte bei der abschließenden Befragung, dass die Patienten anders nicht zu überzeugen waren. Überweisungen aus organisatorischen Gründen (z.B. DMP bedingt) kamen vor allem in der Augenheilkunde zum Tragen.

### Überweisungsrichtung

Abbildung 2 zeigt die prozentuale Verteilung der Überweisungen an verschiedene Fachrichtungen für alle Altersgruppen. Hier dominierten die Innere Medizin, Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Dermatologie und Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie. Die altersstratifizierte Auswertung zeigte vermehrte Überweisungen für Augenheilkunde und HNO in der Altersgruppe von 0–16 Jahren. In der Erwachsenenkatégorie bis 60 Jahre überwogen Überweisungen an Gynäkologie und Neurologie/Psychiatrie. In den Altersgruppen über 60 Jahre dominierten Überweisungen an Augenheilkunde, Innere Medizin und Orthopädie.

### Überweisungsinitiative

Abbildung 3 stellt dar, ob die Initiative zur Überweisung eher vom Arzt oder vom Patienten ausging. Eine Dichotomisierung, in der die ausgeglichen dargestellten Fälle (44% aller Überweisungen) der Patientenseite zugerechnet wurden, ergab eine Patienteninitiative in 71,8% aller Überweisungen. Eine weitere Stratifizierung nach Praxislokalisation ergab keinen Unterschied zwischen Stadt- und Landpraxen ( $p=0.1$ ).



**Abbildung 2** Verteilung der Überweisungen an verschiedene Fachrichtungen (n=3988).

Tabelle 4 zeigt die Stratifizierung nach Überweisungsgründen und Überweisungsrichtung. Vom Facharzt gewünschte Überweisungen und Überweisungen zur Beruhigung des Patienten wurden eher von Patientenseite initiiert.

Bzgl. der Überweisungsrichtung gingen v.a. Überweisungen an die Gynäkologie und die Augenheilkunde von Seiten der Patienten aus, während die Ärzte v.a. die Initiatoren für Überweisungen an die Chirurgie und Innere Medizin waren.

### Diskussion

Bei den 3988 ausgewerteten Überweisungen lag der Altersmedian bei 52 Jahren, 64% der Patienten waren weiblich. 31% der Überweisungen waren Erstüberweisungen, 53,6% erfolgten zur spezifischen Diagnostik und 25,2% zur spezifischen fachärztlichen Therapie. Es dominierten Überweisungen an die Innere Medizin, Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie, wobei 71,8% aller Überweisungen von der Initiative des Patienten ausgingen.

### Studienstärken und Limitationen

Stärken der Studie sind eine große und repräsentative Stichprobe und die persönliche Befragung der Studienärzte, in deren Rahmen alle Überweisungen besprochen wurden. Als Limitationen sind zu nennen, dass es aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, alle Patientenkontakte der jeweiligen

Ärzte über den Erhebungszeitraum zu dokumentieren, sodass wir die Überweisungsfrequenz nur auf die Quartalscheinanzahl beziehen konnten. Ferner war es nicht möglich, zwischen direkten (mit Arztkontakt) und indirekten (ohne Arztkontakt) Überweisungen zu unterscheiden. Da die Hausärzte jede Überweisung kommentieren mussten, lässt sich ein gewisses Maß an ‚ex post‘-Rechtfertigung bzgl. der Überweisungsgründe nicht ausschließen. Ferner ist es möglich, dass sich das Wissen um die Studie bei den Hausärzten im Sinne eines Hawthorne-Effektes auf deren Überweisungsverhalten auswirkte. Abschließend muss einschränkend erwähnt werden, dass die Dichotomisierung der Daten bzgl. der Arzt-/Patienteninitiative einer gewissen subjektiven Interpretation unterliegt, da wir davon ausgingen, dass die von den Ärzten als ausgeglichen angegebenen Fälle tendenziell eher als vom Patienten initiiert zu werten sind. Die Entscheidung, welcher der beiden Gruppen der hohe Anteil ausgeglichener Fälle zugeordnet wird, beeinflusst natürlich maßgeblich die Ergebnisse weiterer Subanalysen.

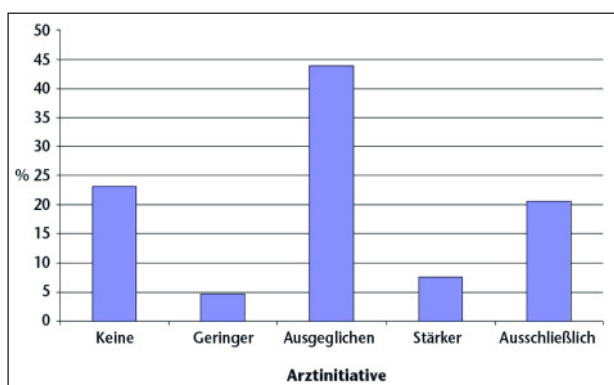
### Vergleich mit bestehender Literatur

Der Altersmedian der in unserer Studie eingeschlossenen Patienten lag bei 52 Jahren und 64% der Patienten waren weiblich. Außer in der Altersgruppe der 0–16-Jährigen waren in allen Altersgruppen weibliche Patienten stärker vertreten.

	Patienten-Initiative – n(%)	Arzt-Initiative – n(%)	Signifikanz und Effektstärke
<b>Überweisungsgrund</b>			
Zur spezifischen Diagnostik	1359 (47,5)	779 (69,2)	p<0.001 (Chi-Quadrat, df 6); 0.26 (Cramer-V)
Zur spezif. fachärztl. Therapie	739 (25,8)	267 (23,7)	
Vom Facharzt gewünscht	232 (8,1)	5 (0,4)	
Zur Patientenberuhigung	192 (6,7)	12 (1,1)	
Organisatorische Gründe	118 (4,1)	36 (3,2)	
Budgetgründe	64 (2,2)	26 (2,3)	
Keine Aussage möglich	159 (5,6)	0 (0,0)	
<b>Überweisungsrichtung</b>			
Orthopädie	293 (10,2)	153 (13,6)	p<0.001 (Chi-Quadrat, df 12); 0.28 (Cramer-V)
Chirurgie	170 (5,9)	143 (12,7)	
Radiol./Nuklearmed./Strahlenth.	113 (3,9)	89 (7,9)	
Innere Medizin	383 (13,4)	251 (22,3)	
HNO	177 (6,2)	90 (8,0)	
Gynäkologie	528 (18,4)	34 (3,0)	
Dermatologie	282 (9,8)	95 (8,4)	
Augenheilkunde	411 (14,4)	61 (5,4)	
Neurol./Psychiatrie/Psychotherap.	327 (11,4)	133 (11,8)	
Urologie	125 (4,4)	52 (4,6)	
Anästhesie/Schmerztherapie	13 (0,5)	8 (0,7)	
Pädiatrie	24 (0,8)	10 (0,9)	
Sonstige	17 (0,6)	6 (0,5)	

**Tabelle 4**

Abhängigkeit von Überweisungsgründen und Überweisungsrichtung von der Patienteninitiative (n=2863) bzw. Arztinitiative (n=1125).



**Abbildung 3**

Überweisungsinitiative (n=3988).

Daten aus der Europäischen Überweisungsstudie (für Hausärzte im damaligen Westdeutschland) zeigten mit 61% einen ähnlichen Anteil an weiblichen Patienten. Auch hier überwogen in den Altersgruppen ab 16 Jahren die Anteile an weiblichen Patienten [14].

Rosemann et al. berichten in einer Überweisungsstudie, die 25 Landarztpraxen in Süddeutschland einschloss, ein mittleres Patientenalter von 49,2 Jahren und 43% weibliche Patienten. In einer Kohorte aus 776 Überweisungen aus den Vereinigten Staaten waren

60% weibliche Patienten und das mittlere Patientenalter betrug 48,2 Jahre [15].

Die im Durchschnitt von allen teilnehmenden Praxen ausgestellten Überweisungen betragen 4,0% der in dem Quartal abgerechneten Scheinzahlen. Da es uns nicht möglich war, während des Erhebungszeitraumes die zugrundeliegenden Patientenkontakte zu zählen, ist hier nur ein bedingter Vergleich möglich. In verschiedenen internationalen Studien bewegen sich die Überweisungs-raten zwischen 25 bis 66 pro 1000 Konsultationen [16–18]. Wenn man davon ausgeht, dass die meisten Patienten nur eine Überweisung pro Quartal benötigen, würde sich unser Ergebnis ungefähr im Bereich von 25–30/1000 Konsultationen ansiedeln, was eine deutliche Reduktion im Vergleich zu den Ergebnissen der Europäischen Überweisungsstu-

**Dr. med. Stefan Bösner, MPH, DTM&H ...**

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Medizinstudium in Würzburg und Marburg; Facharztausbildung in Hildesheim. Danach siebenjähriger Aufenthalt im Sudan (Leitung verschiedener medizinischer Hilfsprojekte). Weiterbildungen in Tropenmedizin (Liverpool) und Public Health (London). Seit November 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg. Parallel Leitung einer Notdienstzentrale und freiberufliche Arbeit als Dozent und Consultant.

**Dr. med. Susanne Träger ...**

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin und Notfallmedizin, Lehrbeauftragte der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Marburg, arbeitet als Praxisvertretung in 8 Allgemeinmedizinischen Praxen im Raum Marburg-Biedenkopf, und war 2 Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Marburg.

die bedeuten würde, in der (West-) Deutschland mit einer Überweisungsrate von 51,6 pro 1000 Konsultationen bei Frauen und 60,1/1000 bei Männern den Europäischen Spitzenplatz belegte [3]. Da jedoch in den meisten Praxen der weitaus größte Anteil an Überweisungen in der ersten Quartalswoche ausgestellt wird und unsere Erhebung bewusst auf die verschiedenen Wochen des Quartals aufgeteilt war, müssen wir davon ausgehen, dass die eigentliche Überweisungsrate wahrscheinlich deutlich höher liegt.

31% der von uns erfassten Überweisungen waren Erstüberweisungen, eine Facharzttempfehlung erfolgte in 19% der Fälle. In der Europäischen Überweisungsstudie wurden 73% der direkten Überweisungen (mit vorausgegangenem Arztkontakt) als neue Überweisungen ausgestellt [14]. Da unser Ergebnis auch indirekte Überweisungen (ohne vorherigen Arztkontakt) mit einschließt, resultiert ein deutlich niedrigerer Prozentsatz an Erstüberweisungen.

Forrest et al. berichten in einer deskriptiven Studie aus den Vereinigten Staaten, dass in 86% aller Überweisungen eine spezifische Facharzttempfehlung erfolgte [19]. Dieser deutliche Unterschied kann am ehesten durch die verschiedene Struktur der jeweiligen Gesundheitssysteme erklärt werden. Amerikanische Allgemeinärzte sind häufig in „managed care settings“ eingebunden, die nur eine begrenzte Facharztauswahl

ermöglichen und eine engere Zusammenarbeit mit bestimmten Spezialisten begünstigen [20].

53,6% der von uns erfassten Überweisungen erfolgten zur spezifischen Diagnostik und 25,2% zur spezifischen fachärztlichen Therapie. Eine vergleichbare Studie aus dem Deutschen Kontext berichtet als Überweisungsziele 66% zur Diagnosefindung und 27% zum Erhalt weiterer Informationen über Therapieoptionen [4]. Da diese Studie im Gegensatz zu unserer Erhebung nur Informationen von Patienten einschloss, die einen direkten Arztkontakt hatten, ist ein höherer Anteil der Diagnosefindung in Bezug auf die Überweisungsziele plausibel.

Donohoe et al. geben Therapieratschläge mit 63%, Assistenz bei der Diagnosestellung mit 58% und Diagnosebestätigung mit 46% an [21]. Eine weitere Studie beziffert 40,3% der Überweisungsgründe als Ratschläge bzgl. Diagnose und Therapie, 7,7% als ausschließlich therapeutischen und 3,5% als ausschließlich diagnostischen Ratschlag [19]. In allen genannten Studien waren Mehrfachnennungen für Überweisungsgründe möglich, während in unserer Erhebung sich der Hausarzt für einen Hauptgrund entscheiden musste.

Ein weiterer interessanter Aspekt zeigt sich in der Tatsache, dass bei gut 75% der Überweisungen zur spezifischen spezialärztlichen Diagnostik bzw. Therapie seitens der beteiligten Hausärzte lediglich bei 8% der Patienten

vorhandene Vorbefunde oder Medikamentenlisten mitgegeben wurden; bei nur 0,4% aller Patienten erfolgte eine vorherige (telefonische) Rücksprache mit dem Spezialisten. Diese Daten könnten darauf hinweisen, dass Überweisungen von Hausärzten insgesamt nicht sehr „ernst“ genommen werden und die Qualität der hausärztlichen Überweisung sicherlich noch verbessert werden kann.

Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der von uns erfassten Überweisungen zur Mit-/Weiterbehandlung ausgestellt wurde, hat wahrscheinlich auch abrechnungstechnische Gründe. Es kommt vor, dass Spezialisten kurative bzw. Vorsorge-Überweisungen verweigern, da dann bestimmte Ziffern (z.B. Konsultationsgebühr) von ihnen nicht abgerechnet werden können.

In unserer Studie überwiesen Hausärzte v.a. an Fachärzte für Innere Medizin (inklusive Kardiologie), Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Dermatologie und Neurologie/Psychiatrie/ Psychotherapie. In der Europäischen Überweisungsstudie belegten für die teilnehmenden deutschen Praxen die Fächer Orthopädie, Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin die Plätze 1–3 bei den direkten und die Augenheilkunde, Gynäkologie und HNO bei den indirekten Überweisungen [14]. Rosemann et al. führen Orthopädie, Kardiologie, Chirurgie, Radiologie und HNO in genannter Reihenfolge als häufigste Facharztkategorien auf [4].

Die an unserer Studie teilnehmenden Ärzte gaben für 44% aller Überweisungen eine Arztinitiative von 50% an. Wir hielten es für inhaltlich vertretbar, diese vom Arzt als ausgeglichen dargestellten Fälle bei der Dichotomisierung unserer Daten der Patientenseite zuzurechnen, woraus sich eine Patienteninitiative in 71,8% aller Überweisungen ergibt. Dies deckt sich sehr gut mit den aktuellen Angaben von Rosemann et al., die die Patienteninitiative mit 74% beziffern [4], während vor 20 Jahren ein starker Patienteneinfluss auf die Überweisungsentscheidung nur mit 22% angegeben wurde [14]. Es verwundert nicht, dass v.a. Überweisungen an Gynäkologie und Augenheilkunde auf Wunsch des Patienten zustande kommen, da es sich hier um ein eigenes Segment klassischer administrativer Überweisungen handelt.

## Schlussfolgerungen

Unsere Daten zeigen ein aktuelles Bild des Überweisungsverhaltens deutscher Hausärzte. Dieses ist durch mangelnden Informationsfluss gekennzeichnet. Zunehmend informierte Patienten beeinflussen das Überweisungsverhalten der Hausärzte mittlerweile in hohem Maße. Zumindest ein Teil der Patienten scheint seine Anliegen nicht mehr in den Kompetenzbereich des Hausarztes zu legen und bestimmt selber (evtl. in Kooperation mit dem jeweiligen Spezialisten) die weitere Behandlung.

Eine hausarztzentrierte Versorgung mit dem Allgemeinarzt in der Rolle des

Gate Keepers könnte zu einer besseren Koordination zwischen Haus- und Fachärzten beitragen und den Überweisungsfluss steuern [7, 22, 23]. Zusätzlich ist aber eine Verbesserung der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen erforderlich, mit einem daraus resultierenden effektiveren Informationsfluss in beide Richtungen. Dies wäre eine Möglichkeit zu verhindern, dass Überweisungen zu einer Formalität in der Patientenversorgung degenerieren und als Konsequenz ärztliche Kompetenz ineffizient eingesetzt wird.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

### Korrespondenzadresse

Dr. Stefan Bösner, MPH  
Abteilung für Allgemeinmedizin,  
Präventive und Rehabilitative Medizin  
Universität Marburg  
Karl-von-Frisch-Str. 4  
35043 Marburg  
Tel.: 06421 2865122  
E-Mail: boesner@staff.uni-marburg.de

## Literatur

1. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. Schwerpunkt: Erkrankung und zukünftige Ausgaben. St. Augustin: Asgard-Verlag, 2009: 1–252
2. Bundesmantelvertrag-Ärzte; <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2310.html> (aufgerufen am 24.05.2011)
3. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. *OccasPapRCollGenPract* 1992; 1–75
4. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMCH Health Serv Res* 2006; 6: 5
5. Forrest CB, Glade GB, Baker AE et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 499–506
6. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 128–130; discussion 130
7. Gervas J, Perez Fernandez M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract* 1994; 11: 307–317
8. Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. *Fam Pract* 1987; 4: 160–169
9. Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993; 307: 1467–1470
10. Calnan M, Payne S, Kemple T, Rosedale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 706–713
11. Cummins RO, Jarman B, White PM. Do general practitioners have different „referral thresholds“? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282: 1037–1039
12. Delnoij DMJ SP. Variation in GP's referral rates to specialists in internal medicine. *EJPH* 1997; 7: 427–435
13. Grissom RJ, Kim JJ. Effect sizes for research. A broad practical approach. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2005
14. Thies-Zajonc S, Köhle M, Szecsenyi J. Überweisungsverhalten von Hausärzten, Gebietsärzten und Klinikern [Referral behavior of primary care physicians, district physicians, and clinicians]. *Der Allgemeinarzt* 1990; 12: 568–580
15. Forrest CB, Shadmi E, Nutting PA, Starfield B. Specialty referral completion among primary care patients: results from the ASPN Referral Study. *Ann Fam Med* 2007; 5: 361–367
16. Calman NS, Hyman RB, Licht W. Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *J Fam Pract* 1992; 35: 31–38
17. Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 350–353
18. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000; 17: 462–471
19. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract* 2002; 51: 215–222
20. Kerr EA, Hays RD, Mittman BS et al. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA* 1997; 278: 308–312
21. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB et al. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 281–286
22. Sonntag B. Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? *Z Allg Med* 2005; 81: 499–502
23. Gerlach FM. Hausarztzentrierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A 996–9