

Hausärztliche Versorgungssteuerung vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr

Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern

FP-Centred Coordination of Care Before and After Abolition of Copayment

Summarised Results of a Routine Data Analysis From Bavaria

Michaela Olm¹, Ewan Donnachie², Martin Tauscher², Roman Gerlach², Klaus Linde¹, Werner Maier³, Lars Schwettmann^{3,4}, Antonius Schneider¹

Hintergrund

Um die hausärztliche Koordination zu stärken, wurde 2004 die Praxisgebühr eingeführt. Diese wurde, begründet mit einer mangelnden Wirksamkeit gegenüber einem zu hohen bürokratischen Aufwand, 2012 abgeschafft. Die vorliegende Arbeit ist eine Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse zweier international publizierter Artikel, die die Änderung der hausärztlichen Steuerung nach Abschaffung der Praxisgebühr analysierten.

Methoden

Es erfolgte eine retrospektive Analyse anonymisierter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Zeitraum von 2011–2016 (2011/2012 mit, 2013–2016 ohne Praxisgebühr). Eingeschlossen wurden alle gesetzlich Versicherten mit Mindestalter 18 Jahren und Hauptwohnsitz in Bayern. Patient*innen galten als „hausärztlich gesteuert“, wenn sämtliche Facharztkontakte innerhalb eines Quartals auf einer hausärztlichen Überweisung basierten.

Ergebnisse

Nach Abschaffung zeigte sich ein deutlicher Rückgang der hausärztlich gesteuerten Versorgung von 49,6 % (2011) auf 15,5 % (2016). Städtisch geprägte Regionen verzeichneten höhere Rückgänge als ländlicher geprägte Gebiete. Hinsichtlich Morbidität nahmen die Anteile an chronischen und psychischen Erkrankungen bei ungesteuerten Patient*innen zu.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Praxisgebühr in Teilen ein wirksames Instrument zur Unterstützung der koordinierten Primärversorgung war. Nach ihrer Abschaffung sind alternative Ansätze nötig, um die hausärztliche Versorgungssteuerung zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Routinedaten; Gatekeeping; Überweisung; Allgemeinmedizin

Background

In order to strengthen the coordination by family physicians, a copayment was introduced in 2004. Due to a perceived lack of efficacy in comparison to high bureaucratic efforts, this copayment was abolished in 2012. This paper is a summary of the most relevant results of two internationally published articles that analysed the change of coordination after the abolition of the copayment.

Methods

A retrospective analysis of anonymized claims data of the Bavarian Association of Statutory Health Insurance Physicians from 2011–2016 (2011/2012 with, 2013–2016 without copayment). The analysis included all statutory health insurance with a minimum age of 18 years and with residential address in Bavaria. A patient was considered to be ‘coordinated’ if every ambulatory specialist contact within a quarter occurred as a result of a family physicians’ referral.

Results

After the abolition, there was a substantial decrease in coordinated primary care in Bavaria, from 49.6 % (2011) to 15.5 % (2016). Comparing regional characteristics, urban areas showed higher decreases than rural areas. In terms of morbidity, the proportions of chronic and mental diseases increased in the group of uncoordinated patients.

Conclusions

The results suggest that the copayment was a partly effective instrument to support coordinated primary care. After the abolition, alternative approaches are required to support coordinated primary care by family physicians.

Keywords

health services research; copayment; routine data; gatekeeping; family medicine

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Klinikum rechts der Isar/Technische Universität München

² Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

³ Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)

⁴ Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Peer reviewed article eingereicht: 20.07.2021, akzeptiert: 07.10.2021

DOI 10.32387zfa.2021.0444-0450

Hintergrund

Ein vorherrschendes Problem moderner Industrieländer ist der demografische Wandel, der durch die Alterung der Gesellschaft mit einem höheren Anteil an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einhergeht [1]. Verbunden mit aufwendigeren und teureren Behandlungsoptionen führt dies zu einem Wettbewerb um die Zuteilung knapper Ressourcen. In diesem Spannungsfeld ist eine effektive und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung essenziell. Untersuchungen konnten zeigen, dass eine starke und umfassende Primärversorgung entscheidend dazu beitragen kann [2–4]. Hausärzt*innen in ihrer Funktion als Koordinator*innen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, da sie durch eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung ein hohes Maß an Behandlungskontinuität erreichen können [5, 6]. Darüber hinaus ist eine umfassende Primärversorgung nötig, um einen niederschweligen Zugang zu medizinischen Leistungen zu ermöglichen [2], insbesondere für vulnerable [5] und benachteiligte [2] Patientengruppen.

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Versorgungssteuerung durch Primärversorger*innen in Deutschland schwach ausgeprägt [7], da Patient*innen einen freien, unmittelbaren Zugang zu haus- und fachärztlichen Primärversorgungsstrukturen haben. Im internationalen Vergleich hat Deutschland zudem mit jährlich 14,7 Arztkontakten (2016) pro Patient/in eine hohe Kontaktrate [8]. Um diese hohe Zahl an Arztkontakten sowie die unkoordinierte Parallelinanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer*innen zu reduzieren und gleichzeitig die koordinierende Rolle von Hausärzt*innen zu stärken, wurde im Jahr 2004 die sogenannte Praxisgebühr eingeführt [9]. In jedem Quartal mussten erwachsene Patient*innen (≥ 18 Jahre) für den ersten ambulanten Arztkontakt ohne Überweisung eine Gebühr von 10 Euro entrichten; mögliche weitere Gebührenzahlungen bei darauffolgenden Arztkontakten konnten somit durch Überweisungen umgangen werden. In der Regel erfolgten diese Überweisungen durch Hausärzt*innen, jedoch waren Erstkontakte bei niedergelassenen Spezialist*innen ebenso möglich. Im

Rahmen der 2004 erfolgten Gesundheitsreform wurde zudem das Konzept der „Hausarztzentrierter Versorgung“ (HzV) auf den Weg gebracht, welches Hausärzt*innen als erste Anlaufstelle im Krankheitsfall stärken sollte. Hier konnten bereits positive Effekte gezeigt werden [10–15], die jedoch auch mit gewissen Selektionsmechanismen und geändertem ärztlichen Verhalten verbunden waren [16].

Ende 2012 erfolgte die Abschaffung der Praxisgebühr, da der Einfluss auf die Zahl der Arztkontakte in Relation zum hohen bürokratischen Aufwand als zu gering bewertet wurde [17]. Von Interesse ist, wie sich die hausärztliche Versorgungskoordination in Bayern nach Abschaffung der Praxisgebühr verändert hat. Die Analyse dieser Entwicklung war Bestandteil eines vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) geförderten Projekts. In zwei international publizierten Arbeiten [18, 19] wurden anhand von deskriptiven Zeitreihenanalysen und einer Kohortenanalyse umfassende Abschätzungen von Ausmaß und Entwicklung hausärztlicher Steuerung in Bayern durchgeführt. Der vorliegende Artikel stellt eine Zusammenfassung der für die deutsche Leserschaft relevantesten Projektergebnisse dar. Im Unterschied zu den beiden internationalen Veröffentlichungen erfolgt im vorliegenden Artikel eine detailliertere Betrachtung regionaler Veränderungen, ebenso wie die Darstellung von Wahrscheinlichkeiten, nach Abschaffung der Praxisgebühr eine hausärztliche Steuerung aufzuweisen, welche in [19] lediglich als anhängende Ergebnisse aufgeführt wurden.

Methoden

Studiendesign

Es erfolgte eine retrospektive Analyse anonymisierter Routinedaten, welche von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) bereitgestellt wurden. Mithilfe von Zeitreihenanalysen wurden die Jahre 2011 und 2012 mit Praxisgebühr sowie 2013 bis 2016 ohne Praxisgebühr untersucht. Da die KVB-Daten quartalsweise erfasst sind, wurde der Untersuchungszeitraum in 24 aufeinanderfolgende Abschnitte unterteilt.

Studienpopulation und Datenquelle

Die KVB-Daten umfassen alle gesetzlich versicherten ambulanten Patient*innen in Bayern und repräsentieren somit etwa 85 % der 13 Millionen Einwohner*innen des Freistaats [20]. In die Analysen eingeschlossen wurden alle gesetzlich Versicherten mit Mindestalter 18 Jahren und Hauptwohnsitz in Bayern.

Im Zuge der Abrechnung werden die Patientendaten von Hausärzt*innen (ca. 9000), ambulant tätigen Fachärzt*innen (ca. 13.000) sowie Psychotherapeut*innen (ca. 4000) an die KVB übermittelt. Die eingereichten Daten enthalten Informationen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie die entsprechenden, nach ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) kodierten Diagnosen.

Die Analysen des Projektes erfolgten in Anlehnung an die Richtlinie „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS) [21]. Gemäß dieser Richtlinie ist für Studien, die ausschließlich auf anonymisierten Sekundärdaten basieren, keine Konsultation einer Ethikkommission erforderlich. Dennoch wurde eine Genehmigung durch den zuständigen Datenschutzbeauftragten der KVB eingeholt und die Analysen unter strengen Datenschutzbestimmungen durchgeführt.

Definition hausärztlicher Versorgungssteuerung

Patient*innen wurden als „gesteuert“ definiert, wenn sämtliche ambulanten Facharztkontakte innerhalb eines Quartals auf Basis einer hausärztlichen Überweisung erfolgten [18, 19, 22, 23]. Patient*innen, die mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt ohne hausärztliche Überweisung aufsuchten, wurden als „ungesteuert“ klassifiziert. Allerdings ist das Konzept der hausärztlichen Steuerung nicht für jeden Facharztbesuch anwendbar. Aus diesem Grund wurden bei der Einteilung „gesteuert/ungesteuert“ nur Facharztkontakte berücksichtigt, bei welchen auch tatsächlich eine Überweisung von einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu erwarten gewesen wäre. Ambulante Notfallbehandlungen

Quartal	Koordinationsstatus	Patientinnen/ Patienten		Alter		Geschlecht: weiblich	Anteil mit chronischer Erkrankung	Anteil mit psychischer Erkrankung	Anteil mit Wohnort „Stadt“
		Anzahl	(%)	(MW)	(SD)	(%)	(%)	(%)	(%)
1/2011	Gesteuerte Patient*innen	1.685.655	27,0	57,4	17,7	59,2	86,5	43,1	44,2
	Ungesteuerte Patient*innen	1.716.124	27,5	51,4	18,5	59,2	70,1	39,2	49,4
	Nur Kontakt mit HA	1.649.237	26,5	49,0	19,9	49,3	64,4	25,6	41,5
	Patient*innen ohne Steuerungsrelevanz	1.184.723	19,0	48,2	19,9	71,1	61,9	29,0	43,4
	Insgesamt	6.235.739							
1/2013	Gesteuerte Patient*innen	883.894	13,5	59,6	17,1	55,5	88,1	42,1	39,4
	Ungesteuerte Patient*innen	2.626.830	40,2	52,7	18,5	59,6	73,7	41,6	49,4
	Nur Kontakt mit HA	1.786.331	27,3	48,9	19,6	48,5	63,2	25,6	42,3
	Patient*innen ohne Steuerungsrelevanz	1.245.184	19,0	48,1	19,8	71,0	61,3	29,5	44,4
	Insgesamt	6.542.239							
1/2016	Gesteuerte Patient*innen	568.526	8,3	59,3	17,4	51,5	87,5	39,9	35,0
	Ungesteuerte Patient*innen	3.099.360	45,2	53,9	18,6	59,6	77,8	43,6	49,3
	Nur Kontakt mit HA	1.868.128	27,2	49,4	19,6	47,6	65,8	27,2	42,1
	Patient*innen ohne Steuerungsrelevanz	1.320.475	19,3	48,1	20,0	70,4	63,3	29,9	44,5
	Insgesamt	6.856.489							

Tabelle 1 Eigenschaften der Patientinnen und Patienten zu Beginn des Untersuchungszeitraums (1/2011), unmittelbar nach Abschaffung der Praxisgebühr (1/2013) und zu Ende des Untersuchungszeitraums (1/2016), unterteilt nach Koordinationsstatus (je erstes Quartal dargestellt); HA: Hausarzt/Hausärztin; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

gen (Notfallambulanz und Bereitschaftsdienst), Mutterschaftsbehandlungen und Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Mammografie) wurden deshalb in der Kategorie „ohne Steuerungsrelevanz“ aufgeführt, ebenso wie Kontakte mit Radiolog*innen, Anästhesist*innen, Nuklearmediziner*innen, Chirurg*innen und Dialysezentren, da in diesen Fälle in der Regel eine Überweisung durch Fachärzt*innen erfolgt. Gesondert betrachtet wurden außerdem Patient*innen, die innerhalb eines Quartals nur bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt (HA) waren („Nur Kontakt mit HA“).

Statistische Analyse

Primärer Zielparameter war der Anteil an Patient*innen mit hausärztlich gesteuerter Versorgung und im Zuge dessen insbesondere, wie sich dieser Anteil nach Abschaffung der Praxisgebühr verändert hat. Dazu wurde ei-

ne Zeitreihenanalyse auf Quartalsebene durchgeführt. Unterschiede in den Steuerungsgruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität werden in tabellarischer Form dargestellt. Die detaillierte Definition von chronischen und psychischen Erkrankungen ist den beiden internationalen Publikationen zu entnehmen [18, 19]. Die Präsentation regionaler Unterschiede erfolgt anhand einer nach Kreisen unterteilten Bayernkarte. Die Regionszuweisung entspricht dabei dem Wohnort der Patient*innen.

Als sekundärer Outcome wurde anhand von multinomialen Regressionsmodellen ermittelt, welche Wahrscheinlichkeit Patient*innen mit gegebenen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Wohnort, Morbidität) haben, in einem Quartal „hausärztlich gesteuert“, „hausärztlich ungesteuert“ oder nur bei einer Hausärztin/einem Hausarzt gewesen zu sein. Die Ent-

wicklung der Wahrscheinlichkeiten im Untersuchungszeitraum wird anhand der Wahrscheinlichkeitsdichte grafisch dargestellt. Aufgrund der hohen Anforderungen der Berechnungen an die Rechnerleistung erfolgte diese Modellierung der Wahrscheinlichkeiten in einer Kohorte von 500.000 zufällig gezogenen Patient*innen. Die Methodik der Regressionsmodellierungen ist in der Publikation [19] ausführlich beschrieben.

Ergebnisse

Entwicklung der Anteile hausärztlicher Steuerung

Zu Beginn des Untersuchungszeitraums im Jahr 2011 (1. Quartal) hatten 6.235.739 der gesetzlich versicherten Patient*innen in Bayern mindestens einen Arztkontakt (Tab. 1). Diese Zahl stieg bis zum Jahr 2016 auf 6.856.489 Patient*innen an.

Hausärztliche Steuerung von ambulanten Facharztbesuchen

Von allen Patient*innen, die im 1. Quartal des Jahres 2011 einen steuerungsrelevanten Facharztkontakt hatten (3.401.779), waren 1.685.655 (49,6 %) hausärztlich gesteuert, 1.716.124 (50,4 %) dagegen ungesteuert (Tab. 1). Im ersten Quartal nach Abschaffung der Praxisgebühr (1/2013) sank die Zahl der hausärztlich gesteuerten Patient*innen auf 883.894 (25,2 %), wohingegen die Zahl der ungesteuerten Patient*innen auf 2.626.830 (74,8 %) anstieg. Im weiteren Verlauf setzte sich dieser Trend in den beiden Gruppen fort, sodass im 1. Quartal 2016 nur noch 568.526 (15,5 %) der Patient*innen mit Facharztkontakt eine hausärztliche Steuerung hatten, dagegen 3.099.360 (84,5 %) steuerungsrelevante Fachärzte ohne hausärztliche Überweisung aufsuchten. Die Zahlen in den weiteren beiden Gruppen („nur Kontakt mit HA“, „ohne Steuerungsrelevanz“) blieben dagegen annähernd konstant.

Alters- und Geschlechterverteilung

Betrachtet man das mittlere Alter der beiden Gruppen „gesteuert“ und „ungesteuert“, so ist zu erkennen, dass gesteuerte Patient*innen im Schnitt etwa sechs Jahre älter waren als ungesteuerte (Tab. 1). Von 2011 bis 2016 verzeichneten jedoch beide Gruppen einen leichten Anstieg des mittleren Alters von 57,4 auf 59,3 (gesteuert) bzw. von 51,4 auf 53,9 (ungesteuert). Mit einem durchschnittlichen Alter von etwa 49 Jahren („Nur Kontakt mit HA“) bzw. 48 Jahren („ohne Steuerungsrelevanz“) waren die anderen beiden Gruppen sogar noch etwas jünger, allerdings zeigten sich hier über die Zeit kaum Änderungen.

Änderungen sind zudem bei der Geschlechterverteilung zu beobachten: War der Frauenteil in den Gruppen „gesteuert“ und „ungesteuert“ mit Praxisgebühr im 1. Quartal 2011 mit jeweils etwa 59,2 % in etwa gleich, kommt es nur in der Gruppe der gesteuerten Patient*innen bereits unmittelbar nach der Abschaffung zu einer Abnahme des Frauenanteils (1/2013: 55,5 %; 1/2016: 51,5 %). In den restlichen Gruppen blieb der Frauenanteil hingegen annähernd

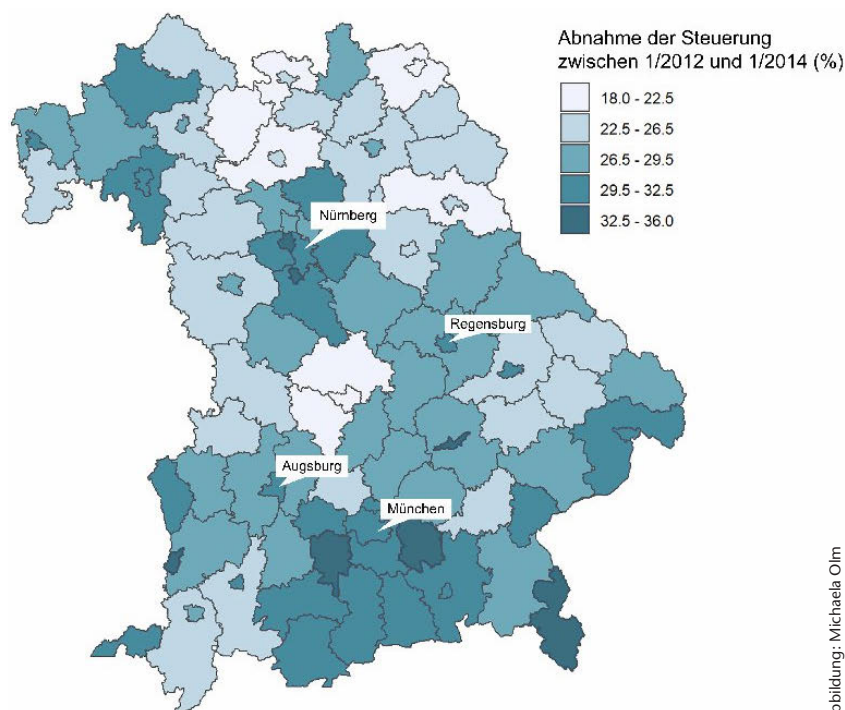


Abbildung: Michaela Olm

Abbildung 1 Regionale Unterschiede hausärztlicher Steuerung im Vergleich 1/2012 und 1/2014 (Abnahme in Prozentpunkten), Kreisebene

stabil (geringer Rückgang in der Gruppe „nur Kontakt mit HA“).

Chronische und psychische Erkrankungen

Hinsichtlich der Morbidität zeigte die Gruppe der hausärztlich ungesteuerten Patient*innen steigende Anteile bei chronischen (1/2011: 70,1 %; 1/2016: 77,8 %) und psychischen Erkrankungen (1/2011: 39,2 %; 1/2016: 43,6 %) (Tab. 1). Bezüglich chronischer Erkrankungen verzeichnete die Gruppe der gesteuerten Patient*innen ebenfalls Anteilsanstiege, jedoch in geringerem Ausmaß. Dagegen ist bei den psychischen Erkrankungen ein Rückgang zu erkennen.

Regionale Unterschiede

Bei Betrachtung des Anteils mit Wohnort „Stadt“ (Tab. 1) war in der Gruppe der hausärztlich gesteuerten Patient*innen eine deutliche Abnahme zu erkennen (1/2011: 44,2 %; 1/2016: 35,0 %), wohingegen in den anderen Gruppen nur geringfügige oder keine Änderungen zu beobachten waren.

Im Zuge einer weitergehenden regionalen Analyse auf Kreisebene erfolgte ein Vergleich der Anteile hausärztlicher Steuerung mithilfe einer Choro-

plethenkarte des Freistaats Bayern (Abb. 1). Um die unmittelbaren Auswirkungen der Abschaffung zu quantifizieren, erfolgte eine Auswahl der Quartale 1/2012 (mit Praxisgebühr) und 1/2014 (ohne Praxisgebühr). Helle Flächen kennzeichnen Gebiete mit einer geringeren Abnahme der Steuerung, dunkle Flächen dagegen höhere Anteilsrückgänge. Insbesondere der Süden Bayerns (München, Münchner Umland und Berchtesgadener Land) sowie größere Städte (bspw. Nürnberg und Landshut) verzeichneten hohe Rückgänge nach Abschaffung der Praxisgebühr. Ländlich geprägte Regionen, wie etwa der Norden und die Mitte Bayerns, zeigten dagegen geringere Steuerungsabnahmen.

Entwicklung der Steuerungswahrscheinlichkeit

Betrachtet man die geschätzten Wahrscheinlichkeiten, dass Patient*innen aufgrund von bestimmten persönlichen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Morbidität, Wohnort) „hausärztlich gesteuert“, „ungesteuert“ bzw. „nur bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt“ waren, so zeigen die beiden Gruppen „gesteuert“ und „ungesteuert“ große Ände-

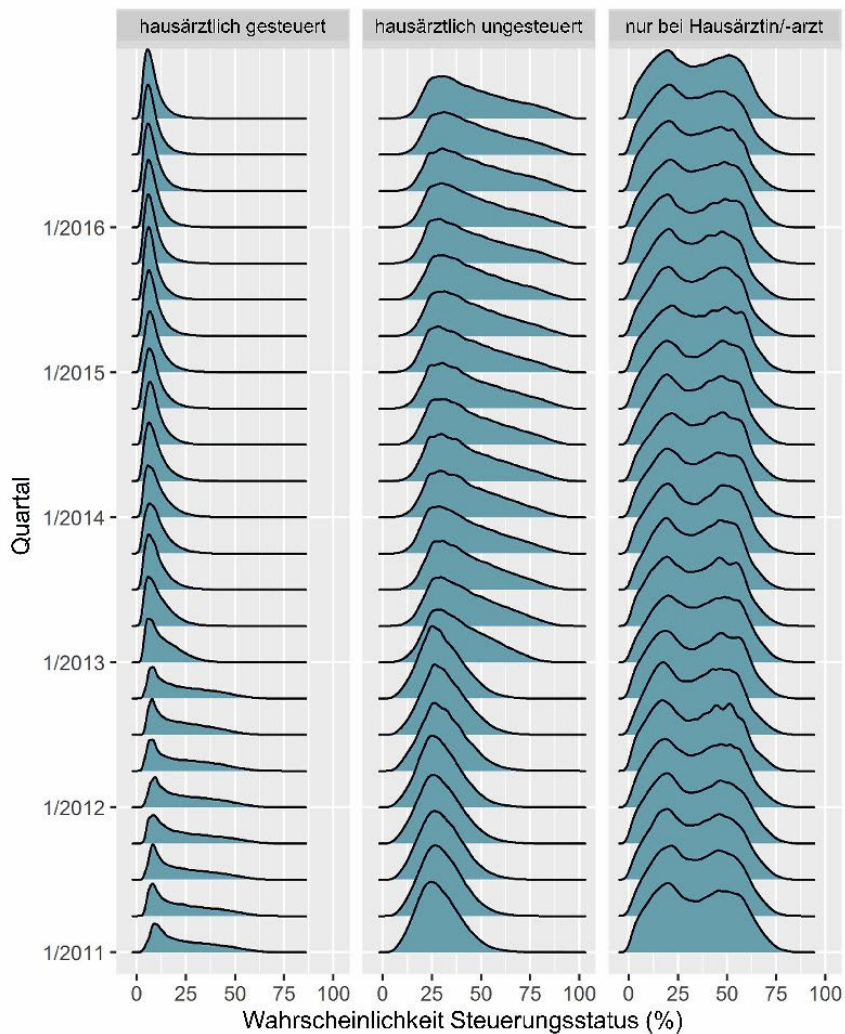


Abbildung: Michaela Olm

Abbildung 2 Wahrscheinlichkeitsverteilungen im Untersuchungszeitraum, nach Steuerungsstatus (gesteuert, ungesteuert oder nur hausärztlicher Kontakt), quartalsweise; Fläche unter Kurve kennzeichnet die Häufigkeit der Wahrscheinlichkeiten insgesamt; Höhe der Kurve gibt die Häufigkeit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit an.

rungen im Vergleich der Zeiträume mit und ohne Praxisgebühr (Abb. 2).

Die horizontale Achse zeigt die Wahrscheinlichkeit in Prozent „hausärztlich gesteuert“, „ungesteuert“ oder „nur bei einem Hausarzt/einer Hausärztin“ gewesen zu sein. Die vertikale Achse bildet die 24 Quartale des Untersuchungszeitraumes ab. Die Fläche unter einer Kurve kennzeichnet dabei die Häufigkeit der Wahrscheinlichkeiten insgesamt (d.h., eine große Fläche repräsentiert eine größere Anzahl an Wahrscheinlichkeiten); die Höhe der Kurve zeigt die Häufigkeit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit.

Der Grafik ist zu entnehmen, dass das Wahrscheinlichkeitsspektrum bei gesteuerten Patient*innen im Quartal 1/2011 noch recht breit ausfällt und

eine Kumulation bei ca. 10–12 % aufweist. Bis zum Quartal 4/2016 schrumpft dieses Spektrum deutlich und die Wahrscheinlichkeiten kumulieren auf einem noch niedrigeren Level.

Im Gegensatz dazu zeigte die Gruppe der ungesteuerten Patient*innen einen gegenläufigen Trend. Im Quartal 1/2011 häuften sich die Wahrscheinlichkeiten bei etwa 25 % und deckten insgesamt ein eher enges Spektrum ab. Nach Abschaffung der Praxisgebühr kommt es zu einer Verbreiterung und Rechtsverschiebung des Spektrums. Konkret bedeutet dies, dass ein großer Patientenanteil nun mit hoher Wahrscheinlichkeit Fachärzt*innen ohne hausärztliche Überweisung aufsucht.

Die Wahrscheinlichkeiten der Patient*innen mit alleinigem Hausarztkontakt in einem Quartal bleibt im Untersuchungszeitraum stabil, unabhängig vom Vorliegen der Praxisgebühr. Die Darstellung zeigt zudem, dass ein großer Teil der Patient*innen eine mittlere Wahrscheinlichkeit hat, in einem Quartal nur die Hausärztin oder den Hausarzt aufzusuchen.

Diskussion

Nach Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2012 zeigte sich ein deutlicher Rückgang der hausärztlich gesteuerten Versorgung in Bayern. Lag der Anteil an ambulanten Facharztbesuchen mit hausärztlicher Überweisung im Jahr 2011 noch bei 49,6 %, ist unmittelbar nach Abschaffung bereits ein Rückgang auf 25,2 % (1/2013) zu beobachten, welcher sich bis ins Jahr 2016 sogar noch weiter verschärft (15,5 %).

Das Ausmaß der hausärztlichen Steuerung in Bayern konnte bereits in vorhergegangenen Routinedatenanalysen für das Jahr 2011 dargestellt werden [22, 23]. Diese ergaben, dass Patient*innen mit hausärztlicher Steuerung im Schnitt 9,45 Euro geringere ambulante Kosten (haus- und fachärztlicher Leistungsbedarf sowie Verordnungskosten) pro Quartal auslösten als vergleichbare Patient*innen ohne Steuerung [22]. Darüber hinaus zeigten sich höhere Steuerungsanteile in älteren Patientengruppen und bei Vorliegen von chronischen Erkrankungen. Diese Analysen stellen eine Momentaufnahme der Versorgungssituation im Jahr 2011, also noch zu Zeiten der Praxisgebühr, dar [22, 23]. Im Unterschied dazu ergänzen die vorliegenden Analysen [18, 19] den anschließenden Verlauf, insbesondere die Entwicklung in der Zeit nach Abschaffung der Praxisgebühr. Neben einem ausgeprägten Rückgang der Steuerungsanteile zeigte sich, dass auch nach 2011 ungesteuerte Patient*innen im Durchschnitt jünger, eher wohnhaft in städtisch geprägten Regionen und etwas häufiger weiblich waren; nach Abschaffung der Praxisgebühr fallen diese Unterschiede nun noch deutlicher aus. Besonders anschaulich zeigte sich diese Trendverschärfung in der räumlichen Darstellung: Wie Mehring et al. [23] bereits für das Jahr 2011 zeigen konnten, weisen städtisch geprägte Gebiete geringe-

re Anteile hausärztlicher Steuerung auf als ländliche Gebiete. Die Autoren erklärten diese Unterschiede mit einer geringeren Facharztdichte in ländlichen Regionen [23]. Im vorliegenden Projekt zeigte sich, dass diese Unterschiede zwischen Stadt und Land im Zeitraum nach Abschaffung der Praxisgebühr sogar noch zunahmen.

Der Rückgang hausärztlicher Steuerung ist mit Sorge zu sehen, da unkoordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit Fehlmedikationen, unnötigen Doppeluntersuchungen bzw. „Ärzte-Hopping“ [18, 22] und damit einem ineffektiven Einsatz von Ressourcen verbunden sein kann. In diesem Kontext erscheint die Anteilszunahme an chronischen und psychischen Diagnosen in der Gruppe der ungesteuerten Patient*innen besonders kritisch, da vor allem diese vulnerablen Patientengruppen von einer hausärztlichen Versorgungssteuerung profitieren könnten, etwa durch ein höheres Maß an Behandlungskontinuität [5, 10]. Dies konnte beispielsweise für Patient*innen mit somatischen Störungen im Hinblick auf die Inanspruchnahme von potenziell gefährlichen medizinischen Diagnostiken und Interventionen gezeigt werden – hausärztlich gesteuerte Patient*innen waren zumindest partiell davor „geschützt“ [24]. Nach Abschaffung der Praxisgebühr sind also alternative Ansätze nötig, um die hausärztliche Koordination zu stärken. Aktuelle politische Diskussionen präferieren hierzu die Ausweitung der Hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere aufgrund positiver Anzeichen hinsichtlich des Patientenüberlebens [10, 11] und der Versorgung von chronischen Patient*innen [12–15]. Alternativ wird darüber hinaus die Einführung höherer Beiträge für Facharztbesuche ohne Überweisung diskutiert [25]. Weitere potenzielle Lösungen repräsentieren der sogenannte *Medical home*-Ansatz [26], verbunden mit einer intensiven Arzt-Patienten-Beziehung, oder, wie etwa in der Schweiz [27], die Implementierung abgestufter Versorgungsverträge mit günstigeren Tarifen bei geringerer Wahlfreiheit.

Eine wesentliche Stärke der vorliegenden Studie ist die Analyse von Daten, welche 85 % der bayerischen Bevölkerung über einen Zeitraum von

sechs Jahren hinweg abdecken. Durch Einbeziehung aller gesetzlich versicherten Patient*innen kann von einer höheren Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden als etwa in Studien, die Daten einzelner Krankenkassen analysieren. Die vorliegende Studie untersucht das Ausmaß der hausärztlichen Steuerung vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr. Die bereits genannten internationalen Veröffentlichungen enthalten darüber hinaus weiterführende Analysen, etwa zum Ausmaß des „Ärzte-Hoppings“, zur Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und die Abschätzung ambulanter Facharztkosten [18, 19].

Im Unterschied dazu wurden weitere Studien zur Praxisgebühr entweder unmittelbar nach Einführung der Praxisgebühr [28–30] oder kurz vor ihrer Abschaffung durchgeführt [22, 23, 31] und beinhalteten somit keinen Vorher-Nachher-Vergleich. Es konnte ein technischer Bericht identifiziert werden, der das Versorgungsgeschehen vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr abbildet, jedoch ohne Berücksichtigung hausärztlicher Steuerung und möglicher Patientenunterschiede [32].

Die Analyse von Routinedaten ist mit Limitationen verbunden, da diese Daten primär zu Abrechnungs- und nicht zu Forschungszwecken erhoben

wurden. Im Zeitraum 2013 bis 2016 waren weitere Rückgänge der Steuerungsanteile zu beobachten, die jedoch mit der alleinigen Datenbetrachtung nicht eindeutig erklärt werden können. Die Autor*innen vermuten, dass in diesem Trendverlauf gewisse Gewöhnungseffekte“ enthalten sein könnten. Des Weiteren kann nicht voll umfänglich abgeschätzt werden, welche Effekte die Einführung der HzV in Bayern im Jahr 2012 hatte. Versorgungsdaten der HzV-Patient*innen sind im Hinblick auf Überweisungen im Datensatz enthalten – allerdings keine hausärztlichen Kosten. Durch die naturalistische Perspektive aller bayerischer Patient*innen kann jedoch ein unverzerrter Einblick in die hausärztliche Steuerung ermöglicht werden, insbesondere zu Beginn des Untersuchungszeitraums. Im Zuge der Überweisungen ist es nicht möglich festzustellen, ob hinter einem Überweisungsschein auch eine aktive Hausarztsteuerung steht, da sogenannte „Tresen-Überweisungen“ ohne direkten Arztkontakt möglich sind [33]. Somit kann es sein, dass die vorliegenden Analysen den Anteil der Steuerung überschätzen. Eine weitere Einschränkung ist, dass aus den vorliegenden Daten keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität gezogen werden können. Die Zielgröße „Anteil mit hausärztlicher Steuerung“ ist im Zuge dessen als Surrogat-Parameter für eine effektive Primärversorgung zu sehen. Darüber hinaus erfolgte keine Berücksichtigung der Behandlungsergebnisse, der Mortalität oder möglicher Hospitalisierungen.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es nach Abschaffung der Praxisgebühr zu einem deutlichen Rückgang der hausärztlichen Versorgungssteuerung in Bayern kommt. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Praxisgebühr, zumindest in Teilen, ein wirksames Instrument zur Unterstützung der koordinierten Primärversorgung war. Zukünftige politische Bestrebungen sollten darauf abzielen, die hausärztlich gesteuerte Versorgung zu stärken, um insbesondere die Versorgung von vulnerablen, chronisch kranken Patient*innen zu verbessern.



Michaela Olm, MPH, ...

... arbeitet seit 2018 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München (TUM). Derzeitige Forschungsschwerpunkte: Routinedatenanalysen, Evaluation der Burnout-Belastung in der Weiterbildung Allgemeinmedizin, Bewertung des bayerischen COVID-19-Versorgungssysteme.

Foto: Michaela Olm

Interessenskonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37–43
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–65
- Kringos D, Boerma W, van der Zee J, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32: 686–694
- Shi L, Forrest CB, von Schrader S, et al. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *Am J Pub Health* 2003; 93: 138–44
- Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018; 8: e021161
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013; 63: e742–50
- Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J. Barmer Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf (letzter Zugriff am 20.07.2021)
- Brenner G, Koch H, Franke A. Steuert die Praxisgebühr in die richtige Richtung? – Analyse des Versorgungsgeschehens nach Einführung der „Praxisgebühr“. *Z Allg Med* 2005; 81: 377–81
- Freund T, Szecsenyi J, Ose D. Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung. *Med Klin* 2010; 105: 808–811
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 398–407
- Freytag A, Krause M, Lehmann T, et al. Depression management within GP-centered health care – A case-control study based on claims data. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 45: 91–98
- Wensing M, Szecsenyi J, Kaufmann-Kolle P, et al. Strong primary care and patients' survival. *Sci Rep* 2019; 9: 10859
- Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013; 107: 365–371
- Freytag A, Biermann J, Ochs A, et al. The impact of GP-centered health-care. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 791–798
- Schnitzer S, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmeier A. Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern. *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 942–950
- Osterloh F. Praxisgebühr: Das Ende eines Irrtums. *Dtsch Arztebl Internat* 2012; 109: 2279
- Olm M, Donnachie E, Tauscher M, et al. Impact of the abolition of copayments on the GP-centred coordination of care in Bavaria, Germany: analysis of routinely collected claims data. *BMJ Open* 2020; 10: e035575
- Olm M, Donnachie E, Tauscher M, et al. Ambulatory specialist costs and morbidity of coordinated and uncoordinated patients before and after abolition of copayment: A cohort analysis. *PLoS One* 2021; 16: e0253919
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Bevölkerung. Fläche und Bevölkerung nach Länder. www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung (letzter Zugriff am 20.07.2021)
- Swart E, Gothe H, Geyer S, et al. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Leitlinien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 120–26
- Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, et al. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open* 2016; 6: e011621
- Mehring M, Donnachie E, Schneider A, et al. Impact of regional socioeconomic variation on coordination and cost of ambulatory care: investigation of claims data from Bavaria, Germany. *BMJ Open* 2017; 7: e016218
- Schneider A, Donnachie E, Zipfel S, et al. Patients with somatoform disorders are prone to expensive and potentially harmful medical procedures – results of a retrospective cohort study over 15 years. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 425–431
- dpa. Gesundheitsversorgung: Reinhardt plädiert für Hausarztmodell. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: 5
- Rosenthal TC. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. *J Am Board Fam Med* 2008; 21: 427–440
- Ehring FS, Köster AD. PKV Dokumentation Nr. 29. Gesundheitssysteme im Vergleich. Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland. www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/pkv-doku_no29_12w.pdf (letzter Zugriff am 21.09.2021)
- Grabka MM, Schreyögg J, Busse R. The impact of co-payments on patient behavior: evidence from a natural experiment. *Med Klin* 2006; 101: 476–483
- Winkelmann R. Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – evidence from a natural experiment. *Health Econ* 2004; 13: 1081–1089
- Farbmacher H, Winter J. Per-period co-payments and the demand for health care: evidence from survey and claims data. *Health Econ* 2013; 22: 1111–1123
- Schreyögg J, Grabka MM. Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *Eur J Health Econ* 2010; 11: 331–341
- Heuer J. Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte. *Zi-Paper* 8/2016. www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/ZiPaper_08-2016_Trends_Arzneiverordnungen_V3.pdf (letzter Zugriff am 20.07.2021)
- Schneider A, Hilbert B, Hörlein E, et al. The effect of mental comorbidity on service delivery planning in primary care: an analysis with particular reference to patients who request referral without prior assessment. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 653

Korrespondenzadresse

Michaela Olm
Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Klinikum rechts der Isar/
Technische Universität München
Orleansstraße 47
81667 München
michaela.olm@mri.tum.de