

Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“?

Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland

Hintergrund und Fragestellung

Die Stellung des Hausarztes erhielt im deutschen Gesundheitswesen in den letzten Jahren eine deutliche Aufwertung. Mit Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) zum 1. Januar 2004 haben die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Mit Einführung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz zum 1. April 2007 wurde der § 73b SGB V präzisiert, und es wurde besonders betont, dass die Krankenkassen zur Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ besonders hoch stehenden, hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet sind. Weiterhin wurde nachträglich der 30. Juni 2009 als Stichtag für das Angebot hausarztzentrierter Versorgungsverträge im Gesetz bestimmt [1].

Die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung findet sich in den sogenannten Hausarztmodellen der Krankenkassen wieder. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Sie können sich bei ihrer Krankenkasse für die Dauer von mindestens einem Jahr in ein Hausarztmodell einschreiben. Mit Beginn der Teilnahme verpflichten sich die

Versicherten, im Krankheitsfall grundsätzlich zuerst den von ihnen gewählten Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur nach Überweisung durch ihn wahrzunehmen. Davon ausgenommen sind häufig Routineuntersuchungen, wie zum Beispiel der Besuch eines Gynäkologen, sowie medizinische Notfälle [2].

Der gewählte Hausarzt fungiert als „Gatekeeper“ und „Lotse“, der über die Gesundheitsversorgung der Versicherten entscheidet. Er entscheidet über den Zugang zur fachärztlichen Versorgung und zu planbaren stationären Aufenthalten. Dies hat den Hintergrund, dass Mehrfachuntersuchungen vermieden und sogenanntes „Ärzt hopping“ verhindert werden sollen. Da die Patienten ohne Umwege an die richtigen Fachärzte weitergeleitet werden, sollen Schnittstellenprobleme minimiert und eine effiziente Leistungserbringung gewährleistet werden. Durch die intensivierete Betreuung, insbesondere von Patienten mit hohem Versorgungsbedarf, soll der Hausarzt in seiner Koordinierungs-, Betreuungs-, Dokumentations- und Integrationsfunktion gestärkt werden, was im Idealfall zu einem verbesserten Behandlungsverlauf führen kann [3, 4].

Versicherte, die an Hausarztmodellen teilnehmen, können gemäß § 65a SGB V

für ihr gesundheitsbewusstes Verhalten mit Boni oder Beitragsermäßigungen seitens der Krankenkasse bedacht werden [3]. Bei der Handhabung der Boni unterscheiden sich die Angebote nur geringfügig, da die meisten Krankenkassen versuchen, ihre Versicherten mit einer Reduzierung der Praxisgebühr zur Teilnahme an Hausarztmodellen zu motivieren. Das Spektrum reicht hier vom vollständigen Wegfall der Praxisgebühr bis hin zum einmaligen Zahlen der Praxisgebühr zu Jahresbeginn. Des Weiteren bieten einige Krankenkassen zusätzliche Leistungen an (zum Beispiel Gesundheits-Check-ups oder individuelle Präventionspläne), was als weiterer Anreiz zur Teilnahme verstanden werden kann [5].

Die Wirkung von Hausarztmodellen auf die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit wurde in den letzten Jahren verstärkt evaluiert. Aufgrund der Aktualität der Thematik und der mangelnden Qualität vieler Evaluationen kommen zwei vorliegende Reviews jedoch zu keinen eindeutigen Befunden [1, 6]. Wenig ist zudem über den Nutzerkreis der Hausarztmodelle bekannt. Zwar existieren regionale Untersuchungen einzelner Krankenkassen [5, 7, 8], eine bundesweite und von einzelnen Krankenkassen losgelöste Studie zur Teilnahme an Hausarztmodellen und über mögliche Selektion

tionseffekte bei ihrer Nutzung liegt jedoch bislang nicht vor.

Ein selektives Teilnahmeverhalten ist aber durchaus zu erwarten, da es sich um einen Wahltarif mit finanziellen sowie versorgungsorientierten Anreizen handelt, der eine Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen und der eigenen Gesundheit voraussetzt. Es ist daher anzunehmen, dass besonders gesundheitsbewusste und jüngere Versicherte den Tarif wählen [4]. Aus Sicht der Gatekeeper-Funktion wäre damit aber die falsche Zielgruppe angesprochen, da insbesondere Ältere und chronische Kranke mit hohem Versorgungsbedarf von der Koordinierungs- und Betreuungsfunktion des Hausarztes profitieren können.

Der vorliegende Beitrag möchte daher der Frage nachgehen, welche Bevölkerungsgruppen besonders häufig in ein Hausarztmodell eingeschrieben sind und einer intensiveren Betreuung durch den Hausarzt zugestimmt haben. Hierbei soll das Verhaltensmodell von Andersen angewandt werden, das sich wiederholt als geeignet erwiesen hat, die Inanspruchnahme medizinischer Leitungen zu beschreiben [9, 10]. Mithilfe dieses Modells, das zwischen prädisponierenden Merkmalen (predisposing factors), institutionellen Voraussetzungen (enabling factors) und dem tatsächlichen medizinischen Bedarf (need factors) unterscheidet, sollen relevante Einflussgrößen der Teilnahme am Hausarztmodell bestimmt werden.

Ausgewertet werden Daten aus dem Telefonischen Gesundheitssurvey 2006 des Robert Koch-Instituts (RKI). Sie beinhalten Angaben zur Hausarztmodell-Nutzung. Somit können Einflussgrößen auf die Teilnahme am Hausarztmodell erstmals deutschlandweit und losgelöst von einzelnen Krankenkassen beschrieben werden. Die Auswahl möglicher Einflussgrößen orientiert sich hierbei am Verhaltensmodell von Andersen.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Studiendesign

Die telefonischen Gesundheitssurveys des RKI sind ein wichtiger Baustein des

Gesundheitsmonitoring-Systems in Deutschland. Sie verfolgen das Ziel, aktuelle Daten für Politik und Wissenschaft bereitzustellen. Dabei kommt der Verbreitung ausgewählter Erkrankungen sowie den Informationen zu Risikofaktoren und zum gesundheitsbezogenen Verhalten eine besondere Bedeutung zu [11, 12]. Die bundesweiten, telefonischen Gesundheitssurveys werden seit 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Grundlage der vorliegenden Arbeit ist der Telefonische Gesundheitssurvey 2006, der als vierter telefonischer Gesundheitssurvey vom RKI durchgeführt wurde.

Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2006 wurden die Verbreitung chronischer Erkrankungen, Aspekte des Gesundheitsverhaltens sowie die Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen adressiert. Weitere Ziele waren die Erhebung von Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit beitragen, und das Erlangen fundierter Kenntnisse über das Informationsverhalten zu gesundheitlichen Themen. Zusätzlich wurden Daten über Aspekte der Lebenswelt (Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation) erhoben.

Das Stichprobendesign des Telefonischen Gesundheitssurveys 2006 bildet die volljährige, deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten der Bundesrepublik ab, sofern sie über Festnetzanschlüsse erreichbar ist. Als Stichprobengrundlage diente ein nach dem Gabler-Häder-Design gezogenes Sample von 40.720 zufallsgenerierten Rufnummern [13]. Das Gabler-Häder-Verfahren gewährleistet auch, dass Haushalte erreicht werden, die sich nicht in öffentlich zugänglichen Telefonverzeichnissen eintragen lassen. Es ermöglicht damit eine bundesweit repräsentative Zufallsauswahl aller Privathaushalte [13, 14].

Die Repräsentativität auf Personenebene wird durch eine zweite Auswahlstufe erreicht. Hier wird in Mehrpersonenhaushalten nur die volljährige Person als Zielperson ermittelt oder befragt, die beim ersten Kontakt des entsprechenden Haushalts als Nächstes Geburtstag hat (Next-Birthday-Methode) [13, 14].

Die Hauptfeldphase begann Anfang Oktober 2005 und wurde Ende März 2006

beendet. Es wurde eine Ausschöpfungsquote von knapp 57% erreicht. Die folgenden Datenanalysen wurden mit dem Gewichtungsfaktor des Datensatzes ausgeführt, der sich aus einer Design- und einer Randverteilungsanpassung zusammensetzt [13].

Untersuchungsmethoden

Auf Basis des Verhaltensmodells von Andersen wurden zunächst potenzielle Einflussgrößen auf die Teilnahme am Hausarztmodell bestimmt, die sich drei grundlegenden Faktoren zuordnen lassen. Als predisposing factors wurden das Alter, das Geschlecht, die soziale Schichtzugehörigkeit, der Erwerbsstatus sowie Indikatoren des Gesundheitsverhaltens (sportliche Aktivität, Raucherstatus, Adipositas) gewählt. Als enabling factors wurden die jeweilige Krankenkasse der Befragten sowie die Wohnortgröße berücksichtigt, da die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten vom Wohnort abhängt. Der tatsächliche medizinische Bedarf, die sogenannten need factors, wurde über die subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten, das Vorliegen eines Diabetes mellitus, einer Hypertonie oder einer Krebserkrankung sowie über die Gesamtzahl der bestehenden ärztlich diagnostizierten Erkrankungen erfasst.

Bivariate Zusammenhänge der genannten Merkmale mit dem Einschreibeverhalten (eingeschrieben versus nicht eingeschrieben) wurden im Falle kategorialer Daten über Chi-Quadrat-Tests bestimmt. Bei zwei intervallskalierten Merkmalen wurden Mittelwertvergleiche durchgeführt. Um die Bedeutung der jeweiligen Einflussgrößen auch unter Kontrolle der weiteren Merkmale bestimmen zu können, wurden anschließend die Chancen einer Einschreibung in das Hausarztmodell in Abhängigkeit von den gewählten Einflussgrößen mittels einer multivariaten logistischen Regression geschätzt. Hierbei wurde ein kritisches Signifikanzniveau von 0,05 gewählt. Die Modellselktion innerhalb der logistischen Regression erfolgte über eine schrittweise Rückwärtsselektion. Ziel war es hier, ein Modell zu bestimmen, das die Teilnahme am Hausarztmodell bestmöglich beschreiben kann. Variablen, die kei-

nen signifikanten Beitrag zur Verbesserung des Modells leisten konnten, wurden daher auf Basis des Wald-Kriteriums ausgeschlossen. Somit verblieben nur Einflussgrößen im Modell, die einen substantziellen Beitrag zur Erklärung des Einschreibeverhaltens liefern konnten. Analysiert wurden lediglich jene Fälle, die bei allen Merkmalen vollständige Angaben aufwiesen. Sämtliche Auswertungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (für Windows, Version 16.0) durchgeführt.

Ergebnisse

Wie **Tab. 1** zeigt, wiesen 4160 Befragte bei allen Merkmalen vollständige Werte auf und wurden in die Analysen einbezogen. Ausgeschlossen blieben die Angaben von 851 Befragten, die nicht wussten, ob sie in ein Hausarztmodell eingeschrieben sind, und von Befragten, die bei einer der Einflussgrößen keine Antwort geben konnten. Wie sich in separaten Analysen zeigte, waren Befragte, die nicht wussten, ob sie eingeschrieben sind, im Durchschnitt jünger als die restlichen Befragten (der Anteil bei den unter 40-Jährigen lag bei 43,2% gegenüber 33,6% bei den Älteren) und hatten weniger diagnostizierte Erkrankungen (der Anteil ohne Erkrankung lag bei 34,8% gegenüber 29,1%).

Unter den 4160 berücksichtigten Befragten waren 50,5% Männer, 69,6% hatten das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet, 50,3% gehörten der Mittelschicht und 24,5% der Oberschicht an. 40,9% waren erwerbstätig und 51,7% wohnten in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern. Die Mehrheit schätzte ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein (77,9%), 28,0% berichteten eine ärztlich diagnostizierte Hypertonie, 5,8% eine Krebserkrankung und 6,6% einen ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus.

Wie **Tab. 1** zu entnehmen ist, waren 543 Befragte mit vollständigen Angaben in ein Hausarztmodell eingeschrieben. Dies entspricht einem Anteil von 13,1%. Somit war nahezu jeder siebte Befragte im Jahr 2006 bereits in ein solches Modell integriert.

Predisposing factors. Bezug nehmend auf das Modell von Andersen [9, 10], wurde zunächst die Bedeutung der predispo-

Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:221–227 DOI 10.1007/s00103-010-1205-x
© Springer-Verlag 2011

N. Kürschner · C. Weidmann · S. Müters

Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“? Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland

Zusammenfassung

Die gesetzlichen Krankenkassen sind seit Juli 2009 verpflichtet, sogenannte Hausarztmodelle anzubieten. In diesen Modellen wird die Koordinierungsfunktion des Hausarztes gestärkt. Bislang ist wenig über den Nutzerkreis von Hausarztmodellen bekannt. Die vorliegende Arbeit möchte diese Lücke schließen und auf Grundlage des Verhaltensmodells von Andersen Einflussgrößen der Teilnahme an Hausarztmodellen bestimmen. Hierzu werden Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2006 des Robert Koch-Instituts vorgestellt und Einflussgrößen des Einschreibeverhaltens mithilfe logistischer Regressionsmodelle bestimmt. Wie sich zeigt, nutzten ältere Versicherte, Angehörige der unteren sozialen Schichten, nicht oder nur geringfügig Erwerbstätige und Personen, die

in kleineren Wohnorten leben, besonders häufig das Angebot von Hausarztmodellen. Versicherte mit einem hohen Versorgungsbedarf sind tatsächlich häufiger in Hausarztmodelle eingeschrieben, auch wenn hierbei noch Verbesserungspotenzial besteht. Es handelt sich bei den Nutzern jedoch in erster Linie um Versicherte, die auch vor Einführung der Hausarztmodelle häufig einen Hausarzt konsultierten, während die Bevölkerungsgruppen, die den direkten Weg zum Facharzt wählen, häufig nicht erreicht werden.

Schlüsselwörter

Hausarztzentrierte Versorgung · Hausarztmodell · Inanspruchnahme · Krankenkassen · Deutschland

Who enrolls in a general practitioner model? The behavioral model of health services use and general practitioner-centered care in Germany

Abstract

Since July 2009, statutory health insurance companies in Germany are obliged to offer a so-called general practitioner model. By strengthening the general practitioner's position, these models should optimize healthcare especially for people with higher demands for health services. So far, little is known about which patients participate in the model. Our study's aim was to describe correlates of enrollment based on the behavioral model of health services use. The data were obtained from the Robert Koch Institute's 2006 telephone health survey. Variables influencing enrollment in the general practitioner models were determined through lo-

gistic regression models. Main indicators for enrollment were age above 60 years, lower social status, lower income status, and living in less populated areas. Insured persons with a higher demand for medical services were more often enrolled in general practitioner models. Most of them had consulted their general practitioner very frequently even before the general practitioner model was introduced.

Keywords

General practitioner model · Health service gatekeeper · Utilization · Statutory health insurance · Germany

Tab. 1 Gewichtete Fallzahlen und prozentualer Anteil der Eingeschriebenen nach predisposing, enabling und need factors im Telefonischen Gesundheitssurvey 2006 sowie Ergebnisse der bivariaten und multivariaten Auswertung

Variable	Kategorie	In Hausarztmodell eingeschrieben ^a		Bivariates Signifikanzniveau ^b	Odds Ratio (Konfidenzintervall) ^c
		Ja	Nein		
Gesamt		543 (13,1)	3617 (86,9)		
Predisposing Factors					
Geschlecht	Männlich	268 (12,8)	1833 (87,2)	n.s.	1,00
	Weiblich	275 (13,4)	1784 (86,6)		0,81 (0,66–0,99)
Alter		53,1 (16,9)	47,6 (16,0)	***	1,01 (1,00–1,02)
Soziale Schicht ^d	Unterschicht	196 (18,7)	854 (81,3)	***	1,00
	Mittelschicht	270 (12,9)	1822 (87,1)		0,71 (0,57–0,89)
	Oberschicht	77 (7,6)	941 (92,4)		0,52 (0,39–0,71)
Erwerbsstatus	Nicht/geringfügig Erwerbstätig	391 (15,9)	2069 (84,1)	***	1,00
	Vollzeit erwerbstätig	152 (8,9)	1549 (91,1)		0,73 (0,58–0,93)
Sportliche Aktivität ^e	Nicht aktiv	192 (12,6)	1326 (87,4)	n.s.	1,00
	Aktiv	351 (13,3)	2291 (86,7)		1,37 (1,12–1,68)
Raucherstatus	Nie- oder Ex-Raucher	400 (13,6)	2531 (86,4)	*	
	Raucher	143 (11,6)	1086 (88,4)		
Adipositas ^f	Nicht vorhanden	406 (12,2)	2926 (87,8)	**	
	Vorhanden	137 (16,5)	691 (83,5)		
Enabling Factors					
Krankenkasse	AOK	145 (17,0)	708 (83,0)	***	1,00
	EKK	283 (17,9)	1294 (82,1)		1,25 (0,98–1,57)
	BKK	56 (7,4)	700 (92,6)		0,47 (0,34–0,66)
	PKV/Beihilfe	20 (3,0)	637 (97,0)		0,22 (0,14–0,37)
	Rest	39 (7,2)	278 (92,8)		0,68 (0,46–1,01)
Wohnortgröße ^g	bis 5000	192 (15,0)	1091 (85,0)	***	1,00
	5000–20.000	122 (14,0)	749 (86,0)		0,92 (0,71–1,19)
	20.000–100.000	126 (14,0)	771 (86,0)		0,90 (0,70–1,16)
	Über 100.000	104 (9,4)	1007 (90,6)		0,57 (0,44–0,75)
Need Factors					
Subjektive Gesundheit	Sehr gut bis gut	374 (11,5)	2865 (88,5)	***	1,00
	Mittelmäßig	145 (19,4)	603 (80,6)		1,00 (0,78–1,28)
	Schlecht bis sehr schlecht	24 (13,9)	149 (86,1)		0,55 (0,33–0,91)
Diabetes mellitus	Nicht vorhanden	467 (12,0)	3418 (88,0)	***	1,00
	Vorhanden	76 (27,6)	199 (72,4)		1,81 (1,31–2,50)
Hypertonie	Nicht vorhanden	337 (11,4)	2619 (88,6)	***	
	Vorhanden	206 (17,1)	998 (82,9)		
Krebserkrankung	Nicht vorhanden	507 (12,9)	3411 (87,1)	n.s.	
	Vorhanden	36 (14,9)	206 (85,1)		
Diagnostizierte Krankheiten		2,5 (2,2)	1,6 (1,7)	***	1,14 (1,07–1,21)
N		4160 (100,0)	4160	4160	
Nagelkerkes R ²					0,127

^aBerichtet werden gewichtete Fallzahlen und Prozentwerte in Klammern für die kategorialen Merkmale sowie Mittelwerte und Standardabweichung in Klammern für die beiden Merkmale „Alter“ und „Diagnostizierte Krankheiten“. ^bDas Signifikanzniveau entstammt bei den kategorialen Merkmalen einem Chi-Quadrat-Test und bei den Merkmalen „Alter“ sowie „Diagnostizierte Krankheiten“ einem Mittelwertvergleich. ^cErgebnisse der logistischen Regression zur Erklärung der Einschreibung in das Hausarztmodell mit schrittweiser Rückwärtsselektion. Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervall. ^dNach Winkler-Schichtindex. ^eSelbstangaben, ob in den letzten drei Monaten Sport getrieben wurde (Ja – Nein). ^fBody-Mass-Index größer oder gleich 30. ^gSelbstangaben der Probanden.
n.s. nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

sing factors für das Einschreibeverhalten in das Hausarztmodell untersucht. Wie die bivariaten und multivariaten Ergebnisse aus **Tab. 1** belegen, erweisen sich das Geschlecht, Alter, die soziale Schicht-

zugehörigkeit sowie der Erwerbsstatus als Einflussgrößen auf das Einschreibeverhalten. Männer, ältere Befragte, Angehörige der sozialen Mittel- und Unterschicht, nicht- oder nur geringfügig Erwerbstäti-

ge und sportlich aktive Befragte waren signifikant häufiger in ein Hausarztmodell eingeschrieben als die Referenzgruppe.

Enabling factors. Auf der Ebene der enabling factors zeigte sich die Krankenkassenzugehörigkeit als relevante Einflussgröße. So waren die Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Ersatzkrankenkassen deutlich häufiger eingeschrieben als Mitglieder anderer Krankenkassen. Hierin kommen unter anderem das unterschiedliche Einführungsdatum eines Hausarzttarifs in den einzelnen Krankenkassen und die unterschiedliche soziale Zusammensetzung der Krankenkassen zum Ausdruck. Die sehr grobe Untergliederung der Krankenkassen ermöglicht keine tieferen Analysen. Allerdings zeigt sich, dass die Krankenkassenzugehörigkeit in der vorliegenden Kodierung die Modellgüte signifikant verbessern konnte. Dies gilt auch für die Wohnortgröße, da Befragte aus Großstädten signifikant seltener in ein Hausarztmodell eingeschrieben waren.

Need factors. Bei den need factors zeigten sich uneinheitliche Befunde. Einerseits waren Befragte, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht eingeschätzt haben, deutlich seltener in ein Hausarztmodell eingeschrieben. Andererseits waren aber Personen mit einem diagnostizierten Diabetes mellitus signifikant häufiger eingeschrieben – und jede weitere ärztlich diagnostizierte Erkrankung erhöhte die Chance einer Einschreibung deutlich.

Schlussfolgerung. In drei separaten Regressionsanalysen, in die jeweils nur die Merkmale der drei Erklärungsfaktoren eingebracht wurden, zeigte das Modell mit den need factors allerdings die geringste Modellgüte nach Nagelkerke auf (das Psuedo-R² lag bei 3,9% gegenüber 5,6% bei den predisposing factors und 7,2% bei den enabling factors). Anders als in Andersens Verhaltensmodell prognostiziert, waren die enabling factors und predisposing factors für das Einschreiben in ein Hausarztmodell zum Zeitpunkt der Befragung wichtiger als die need factors, in denen sich der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen ausdrückt.

Mithilfe der vorgestellten Einflussgrößen kann abschließend der Nutzerkreis von Hausarztmodellen folgenderma-

ßen charakterisiert werden: Im Jahr 2006 nutzten vor allem Männer, ältere Versicherte, Angehörige der unteren sozialen Schichten sowie nicht oder nur geringfügig Erwerbstätige oder Versicherte einer Allgemeinen Ortskrankenkasse oder Ersatzkasse besonders häufig das Angebot eines Hausarztmodells. Gleiches gilt für Personen, die in kleineren Wohnorten lebten, sportlich aktiv waren, und für Personen, die an einem Diabetes mellitus oder mehreren diagnostizierten Krankheiten litten.

Diskussion

Wie die Analysen zeigen, waren ältere und chronisch kranke Befragte, denen ein höherer Versorgungsbedarf unterstellt werden kann, tatsächlich häufiger in ein Hausarztmodell eingeschrieben. Diese Befunde sprechen dafür, dass Hausarztmodelle prinzipiell die richtige Zielgruppe erreichen. Die eher geringe Erklärungskraft der need factors und die große Bedeutung der enabling factors und der predisposing factors deuten jedoch darauf hin, dass der tatsächliche Versorgungsbedarf noch keinen dominierenden Stellenwert hat, da bislang eher die institutionellen und individuellen Charakteristika maßgeblich dafür sind, ob eine Teilnahme erfolgt oder nicht.

Vergleicht man die vorgestellten Befunde zur Teilnahme am Hausarztmodell mit früheren Evaluationen einzelner Krankenkassen, zeigen sich übereinstimmende Ergebnisse. So belegen beispielsweise die Auswertungen der IKK gesund-plus aus Sachsen-Anhalt, dass auch dort die Teilnehmer am Hausarztmodell im Durchschnitt älter, seltener erwerbstätig und häufiger chronisch krank waren als Nicht-Teilnehmer [5]. Keine Übereinstimmung gab es jedoch beim Geschlecht: Während laut Evaluation der IKK gesund-plus und nach dem Qualitäts- und Kooperationsmodell Rhein-Neckar Frauen signifikant häufiger eingeschrieben waren [5, 7], zeigt unsere Analyse, dass es eher Männer waren. Diese Abweichung ist zumindest teilweise auf die mangelnde multivariate Betrachtung in den genannten Studien zurückzuführen.

Vergleicht man die vorgestellten Befunde mit früheren Studien zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor Einführung der hausarztzentrierten Versorgung, ergibt sich ein zweigeteiltes Bild. Einerseits scheinen Hausarztmodelle für jene Gruppen attraktiv, die traditionell sehr häufig einen Hausarzt in Anspruch nehmen. So konnten Thode und Kollegen [15] anhand von Daten aus dem Bundes-Gesundheitsurvey 1998 zeigen, dass Ältere, Frauen sowie Nichterwerbstätige aus unteren sozialen Schichten, die mehrere Erkrankungen aufweisen und über eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügen, sehr häufig einen Hausarzt aufsuchen. Mit Ausnahme der Geschlechts- und Lebensqualitätsunterschiede konnten diese Faktoren auch als Einflussgröße auf die Teilnahme an Hausarztmodellen bestätigt werden.

Andererseits scheinen jene Gruppen, die bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen traditionell eher Fachärzte und weniger den Hausarzt konsultieren, dem Hausarztmodell gegenüber nicht besonders aufgeschlossen. Wie Thode und Kollegen zeigten [15], fällt die Zahl der kontaktierten medizinischen Fachgruppen bei Frauen, Angehörigen der höheren Sozialschichten, die in städtischen Regionen leben, eher einen gesunden Lebensstil pflegen, unter mehreren Krankheiten leiden und eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen, höher aus. Ähnliche Muster ergeben sich auch für die Kontaktierung eines Internisten. Wie unsere Auswertungen belegen, haben Merkmale des Gesundheitslebensstils nur einen geringen Einfluss auf die Teilnahme an Hausarztmodellen, ein städtischer Wohnort wirkt sich eher hinderlich aus, und eine hohe soziale Schichtzugehörigkeit reduziert die Chance auf eine Einschreibung nahezu um 50%. Die Versichertengruppe mit einer traditionell breiten Inanspruchnahme von Fachärzten scheint also auch weiterhin nicht auf den Hausarzt als Gatekeeper setzen zu wollen.

Die Ursache hierfür ist sicherlich auch in der Anreizstruktur zu finden, die sich in erster Linie auf die Reduzierung der Praxisgebühr gründet und weniger auf ein zusätzliches Angebot medizinischer Leistungen. Hierbei muss bedacht wer-

den, dass die Ersparnismöglichkeit von 30 oder 40 Euro nur attraktiv erscheint, wenn die Versicherten in jedem Quartal eines Jahres einen Arzt aufsuchen und diese Einsparung als relevant erachten. Dies trifft insbesondere auf ältere Versicherte und Mitglieder unterer Sozial-schichten zu, deren Budget durch Gesundheitsausgaben ungleich stärker belastet ist, sowie auf chronisch Kranke, sofern sie nicht aufgrund übermäßiger Ausgaben von der Praxisgebühr befreit wurden. Da diese Gruppen aber ohnehin traditionell sehr häufig einen Hausarzt aufsuchen, führt die Reduzierung der Praxisgebühr offensichtlich in vielen Fällen dazu, dass sie sich durch das Einschreiben von der bisher fälligen Praxisgebühr befreien. Gruppen, die traditionell den direkten Weg zum Facharzt vorziehen und somit keine koordinierte Versorgung erhalten, werden hingegen nicht erreicht. Die Befragungsergebnisse der Hausarztmodellnutzer der IKK gesund-plus in Sachsen-Anhalt unterstützen diese Sichtweise, da dort überwiegend monetäre Vorteile und nicht die verbesserte Versorgung als Anreize genannt werden [5].

Des Weiteren zeigt die Evaluation der IKK gesund-plus, dass die Bindung an einen Hausarzt eine große Rolle dabei spielt, ob Befragte der Teilnahme an einem Hausarztmodell zustimmen und diesem Modell treu bleiben. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass Bevölkerungsgruppen, die traditionell eher den direkten Weg zum Facharzt wählen und entsprechend keine oder nur eine geringe Bindung an ihren Hausarzt aufgebaut haben, nur selten in ein Hausarztmodell eingeschrieben sind. Wer dem Hausarzt wenig Vertrauen schenkt, wählt ihn auch nicht zum Gatekeeper.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich bei den vorliegenden Ergebnissen um eine Momentaufnahme aus dem Jahr 2006 handelt. Zu diesem Zeitpunkt hatten viele Krankenkassen noch keinen Hausarzttarif eingeführt, und vielen Versicherten war die Möglichkeit einer hausarztzentrierten Versorgung unbekannt, was sich in einer sehr hohen Zahl an „Weiß-nicht“-Angaben ausgedrückt hat. Befragte, die nicht wussten, ob sie eingeschrieben sind, wurden in

unserer Studie von allen Analysen ausgeschlossen. Unter den Ausgeschlossenen befinden sich vor allem junge Befragte, die von wenigen Erkrankungen berichten. Vor dem Hintergrund der vorgestellten Alters- und Erkrankungseffekte kann vermutet werden, dass viele ausgeschlossene Befragte eher nicht in ein Hausarztmodell integriert waren, da jüngere und gesündere Versicherte signifikant seltener eingeschrieben sind. Die berichtete Teilnahmequote von 13,1% ist daher – bedingt durch den Ausschluss dieser Befragten – vermutlich leicht überschätzt.

Unklar bleibt allerdings, ob die Befragten, die angaben, in ein Hausarztmodell eingeschrieben zu sein, tatsächlich an einem spezifischen Modell der hausarztzentrierten Versorgung teilnahmen und wie hoch der Anteil der diesbezüglichen Fehleinschätzungen war. Berücksichtigt man Studien zur Validität von Selbstangaben bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [16], kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Fehleinschätzungen nicht übermäßig hoch sein dürfte. Weder provozieren Fragen zur hausarztzentrierten Versorgung sozial erwünschtes Antwortverhalten, noch bestand die Grundgesamtheit der Teilnehmer am Telefonischen Gesundheitssurvey 2006 überwiegend aus älteren oder kognitiv eingeschränkten Personen, bei denen es häufiger zu Fehleinschätzungen kommt. Außerdem handelte es sich zum damaligen Befragungszeitpunkt um ein relativ neues Angebot, sodass keine übermäßig lange Rück Erinnerung nötig war.

Da inzwischen alle Krankenkassen verpflichtet sind, ein Hausarztmodell einzuführen und sein gestiegener Bekanntheitsgrad Fehleinschätzungen unwahrscheinlicher machen dürfte, erscheint eine erneute Erhebung reizvoll. Auch vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion um die hausarztzentrierte Versorgung und deren Einfluss auf die Versorgungsqualität und die Behandlungskosten erscheint eine erneute Erhebung des Einschreibeverhaltens angezeigt. Hier könnte dann geprüft werden, ob die Bedeutung der need factors, die in unseren Analysen relativ gering ausfiel, inzwischen zugenommen hat und der tatsächliche medizinische Bedarf maßgeb-

lich die Teilnahme an einem Hausarztmodell bestimmt.

Allerdings müsste dabei die bislang mangelnde Umsetzung berücksichtigt werden, da einige Krankenkassen, wie beispielsweise die Deutsche Angestellten-Krankenkasse, ihr Angebot eines Hausarztmodells aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeit vorerst zurückgezogen haben. Bei einer erneuten Erhebung des Einschreibeverhaltens erscheinen außerdem eine differenzierte Erfassung des gewählten Hausarztmodells sowie mögliche Veränderungen der Inanspruchnahme gerade von Fachärzten angezeigt. Es sollte auch die Bedeutung der Wohnortgröße erneut überprüft werden, da es während des Telefonischen Gesundheitssurveys 2006 in vielen Großstädten, wie zum Beispiel in Hamburg, Berlin und Bremen, noch nicht die Möglichkeit gab, sich in regionale Hausarztmodelle einzuschreiben [17]. Es ist nicht auszuschließen, dass der dargestellte Einfluss der Wohnortgröße auf das Einschreibeverhalten davon beeinflusst wird. Der Einfluss ließe sich allerdings auch dadurch erklären, dass in Gebieten oder Orten mit geringer Einwohnerzahl eine deutlich geringere Facharzt-dichte vorzufinden ist als in Großstädten und somit die Motivation zur Aufgabe der freien Arztwahl höher ist.

Fazit

Im Jahr 2006 nahmen 13,1% der Versicherten ein Hausarztmodell in Anspruch. Zu dieser Zeit waren vielen Versicherten Hausarztmodelle aber noch nicht bekannt, sodass der Anteil ihrer Nutzer in der vorliegenden Studie vermutlich leicht überschätzt wird. Überregionale Vergleichsdaten der Krankenkassen zur Nutzung des Hausarztmodells liegen bislang noch nicht vor. Allerdings zeichnen sich schon jetzt große Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenkassen ab [5, 7, 8, 17].

Die Auswertungen zur Teilnahme an Hausarztmodellen legen nahe, dass Versicherte mit einem hohen Versorgungsbedarf tendenziell häufiger in ein Hausarztmodell eingeschrieben sind und von der koordinierten Versorgung durch den Hausarzt profitieren können. Hier besteht allerdings durchaus noch Verbes-

serungspotenzial, da bislang eher individuelle Merkmale sowie die institutionellen Voraussetzungen und weniger der tatsächliche medizinische Bedarf das Teilnahmeverhalten prägen. Des Weiteren zeigt sich, dass Bevölkerungsgruppen, die traditionell sehr häufig einen Hausarzt aufsuchen, deutlich stärker vertreten sind als Versicherte, die schon früher eher den direkten Weg zum Facharzt suchten.

Korrespondenzadresse

N. Kürschner

Forlenweg 3b, 13467 Berlin
nkuerschner@gmx.de

Danksagung. Die Autoren danken Frau Dr. Lange, Herrn Dr. Bergmann und Herrn Dr. Ziese (Robert Koch-Institut, Berlin) für zahlreiche wertvolle Hinweise.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Moßhammer D, Gröber-Grätz D, Bölder R, Joos S (2009) Hausarztzentrierte Versorgung – internationale Daten und aktuelle Entwicklungen in Deutschland mit Fokus auf Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 71:832–838
- Amelung VE (2007) Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Gabler, Wiesbaden
- Schulzeis T (2007) Hausarztzentrierte Versorgung: ein Beitrag zum Spannungsverhältnis zwischen optimierter medizinischer Versorgung und Wirtschaftlichkeit am Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung. *Nomos, Baden-Baden*
- Greß S, Hessel F, Schulze S, Wasem J (2004) Prospects of gatekeeping in German social health insurance. *J Public Health* 12:250–258
- Höhne A, Jedlitschka K, Hobler D, Landenberger M (2009) Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Gesundheitswesen* 71:414–422
- Zentner A, Velasco M, Busse R (2010) Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. *Gesundheitswesen* 72:e38–e44
- Prognos AG (2007) 3. Zwischenbericht – Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell). http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/beratungsfelder/gesundheits_soiales_familie/gesundheits_pflge/Hausarztmodelle_3Zwischenbericht_Mannheim.pdf (30.8.2010)
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2008) Presseerklärung: Evaluation von Hausarztverträgen der Ersatzkassen – Erste Zwischenbilanz in fünf Regionen. http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/AKTUELL/2008/AQUA_Presseerlaerung_HZV-Eval_2008-01-11_aktualisiert.pdf (30.8.2010)
- Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *J Health Soc Behav* 36:1–10
- Andersen RM (2008) National health surveys and the behavioural model of health services use. *Med Care* 46:647–653
- Kurth BM, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene: Ansätze und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 3:261–272
- Kurt BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52:557–570
- Kohler M, Ziese T (2004) Telefonischer Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/cdn_091/nn_201180/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gstel03.pdf. (11.7.2008)
- Gabler S, Häder S (2002) Telefonstichproben – Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann, Münster New York München Berlin
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:296–306
- Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63:217–235
- Redaktionsbüro Gesundheit – Ein Service des Bundesministeriums für Gesundheit (2006) Regionale Hausarztmodelle in Deutschland (Stand: August 2006). http://www.kranken-bedingungen.de/text/uebersicht_hausarztmodelle_deutschland.pdf (10.5.2008)

Erster Deutscher Gesundheitsbericht für Männer

Dem Ersten Deutschen Männergesundheitsbericht zufolge müssen Präventionsangebote und medizinische Versorgung besser an die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen ausgerichtet sein. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen. Der Bericht stellt fest, dass Männer das weitgehend vernachlässigte Geschlecht sind. Allzu lange waren Wissenschaft, Politik und Krankenkassen zögerlich, männliche Gesundheitsprobleme zu akzeptieren und zielgerichtet zu beheben. So fehlte bisher auch ein Männergesundheitsbericht, während ein Frauengesundheitsbericht bereits seit 2001 vorliegt. Mit dem jetzigen Pilotbericht ist der Auftrag an die Politik erteilt, einen offiziellen staatlichen Männergesundheitsbericht auszuarbeiten. Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder verwies bei der Vorstellung des Berichts darauf, dass die Bundesregierung nun erstmals eine Jungen- und Männerpolitik betreiben. Moderne Familienpolitik funktioniere nicht mehr ohne Männer, da häufig nicht Mädchen, sondern Jungen als Problemkinder erschienen.

Der Männergesundheitsbericht könnte den gesundheitlichen Belangen von Männern nicht nur zu medizinischer, sondern auch zu gesellschaftlicher Aufmerksamkeit verhelfen.

Literatur:

Bardehle D., Stiehler M. (Hrsg.) (2010) *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. W. Zuckschwerdt-Verlag.

Quelle:

Stiftung Männergesundheit,
www.stiftung-maennergesundheit.de