Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH
Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz, MPH

Wenn Patienten Überweisungen fordern – eine Analyse von Einzelinterviews mit Hausärzten

Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte nehmen bei Überweisungen zum Gebietsarzt durch ihre koordinierende Funktion eine zentrale Rolle ein. Der Praxisalltag zeigt, dass Patienten Überweisungen von ihrem Hausarzt auch wünschen bzw. fordern. Bisher liegen kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu Überweisungsforderungen vor und darüber wie Hausärzte mit solchen umgehen. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Studie „Interaktion" des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Erfahrungen und Meinungen zu diesem Sachverhalt aus der Perspektive von Hausärzten exploriert. **Methode:** Zweiundzwanzig leitfadengestützte Einzelinterviews mit Hausärzten aus Heidelberg, Ludwigsburg, Tübingen und Ulm. Computergestützte inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring. **Ergebnisse:** Der Wunsch oder die Forderung einer Überweisung komme häufig vor und finde häufig vor dem Behandlungszimmer statt. Es wurden verschiedene Gründe von Forderungen einer Überweisung identifiziert (z. B. aufgrund der Präferenz von oder Forderung durch Spezialisten). Außerdem konnte der Umgang der Hausärzte mit dem Wunsch oder Forderung einer Überweisung mit zahlreichen Verhaltenweisen attribuiert werden (z. B. Verweigerung, Hinterfragung, Ausstellung bei Insistieren des Patienten oder aus juristischen oder zeitlichen Gründen). **Schlussfolgerung:** Überweisungen auf Wunsch oder Forderung können vom Patienten initiiert oder vom Arzt (mit-)initiiert sein. Sie finden im oder vor dem Behandlungszimmer statt. Die Abgrenzung zu Überweisungen im Rahmen von indizierten Kontrolluntersuchungen erscheint schwierig. Die meisten der hier präsentierten Aussagen von Hausärzten beziehen sich vermutlich auf Patienten aus der Sprechstunde. Ob sich diese Aussagen unterscheiden von Aussagen über Patienten, die Überweisungen vor dem Behandlungszimmer wünschen (und sie dort erhalten), bleibt somit offen.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Allgemeinmedizin, Wunschüberweisung, Überweisung, Qualitative Studie

Aktuelle Daten einer Querschnittuntersuchung mit Überweisungspatienten von 29 Hausarztpraxen in Deutschland lassen vermuten, dass rund ein Viertel der Überweisungen auf Wunsch oder Forderung der Patienten stattfindet [1]. Informationen über solche Überweisungen in Deutschland beruhen hauptsächlich auf Meinungsbeiträgen und Erfahrungsberichten. Im offenen Internetsuchdienst Google finden sich zahlreiche Treffer zum Thema, vor allem in gesundheitsbezogenen Publikumsveröffentlichungen und medizinischen Allgemeinpublikationen („medical tribune", „Ärztezeitung", etc.). Hiernach werden mitunter Überweisungen ausgestellt, ohne dass ein Arzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat [2-3]. Derartige Überweisungen können zu einer Überversorgung führen und somit die Patientensicherheit gefährden sowie die ärztlichen und solidarisch finanzierten Ressourcen belasten. Aufgrund der spärlichen wissenschaftlichen Datenlage für das deutsche Versorgungssystem war es das Ziel der vorliegenden Arbeit Erfahrungen und Meinungen von Hausärzten im Rahmen der aktiven Forderung von Patienten einer Überweisung zu explorieren.

>> Die vorliegende Analyse des Textmaterials der 22 Leitfragen gestützten Interviews bezieht sich auf den Themenbereich „Arzt-Patient-Kontakt" mit Fokus „Aktive Forderung des Patienten einer Überweisung". (Die Frage im Leitfragenkatalog lautete: „Wie gehen Sie mit der Situation um, wenn Patienten aktiv eine Überweisung fordern?"). Berücksichtigt wurden außerdem Äußerungen mit dem Terminus „Wunschüberweisungen" oder „Überweisungen auf Wunsch". Ergebnisse dieser Studie zum Themenbereich „Arzt-Facharzt-Kontakt" wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht [6].

Methode

- **Studiendesign**

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit Einzelinterviews gewählt. Hierfür wurde vorab ein Leitfragenkatalog mit verschiedenen Themenbereichen auf Basis der Literatur und Erfahrungen der Autoren zusammengestellt.

- **Rekrutierung der Hausärzte**

Die Rekrutierung erstreckte sich auf Hausärzte in den Regionen Tübingen, Ulm, Heidelberg und Ludwigsburg. In Tübingen und Ulm wurden 10 Lehrärzte telefonisch kontaktiert. Alle stimmten einem Interview zu (je 5). In Heidelberg und in Ludwigsburg wurden 85 Hausärzte angeschrieben. Von diesen erklärten sich 21 Ärzte bereit, an der Studie teilzunehmen (16 in Heidelberg, 5 in Ludwigsburg); von diesen wurden 12 Ärzte (9 in Heidelberg, 3 in Ludwigsburg) für ein Interview ausgewählt. Die Auswahl der Ärzte erfolgte nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation [4], um möglichst verschiedene Merkmale (z. B. Einzel- und Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder Tätigkeit in der Stadt oder auf dem Land) zu berücksichtigen (siehe Tabelle 1 und 2).

- **Datenerhebung**

Insgesamt wurden 22 leitfadengestützte Einzelinterviews im Zeitraum Juli bis Oktober 2009 in den Praxisräumen der Hausärzte durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils 45-60 Minuten und wurden mit Einverständnis der Befragten auf Tonträger aufgezeichnet.

- **Datenanalyse**

Alle Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet [5]. Die Textanalyse erfolgte computer-gestützt durch die Autoren: Im Konsensusverfahren wurden aus den Antworten der Ärzte deduktive (theoriegeleitet anhand der Leitfragen) und induktive (aus dem Textmaterial heraus) Kategorien abgeleitet. Im nächsten Schritt erfolgte die Bildung von Unterkategorien im Konsensverfahren (siehe Tabelle 3). Aus allen Kommentaren einer Unterkategorie wurden bis zu drei prägnante Zitate ausgewählt (siehe Tabelle 4).

Ergebnisse

Aus dem Textmaterial wurden drei Hauptkategorien mit jeweiligen Unterkategorien gebildet (siehe Tabelle 3).

Die Hauptkategorien (im Fließtext als Überschrift gekennzeichnet) und ihre Unterkategorien werden im Folgenden ausgeführt:

Quantitative Einschätzungen

Der überwiegende Anteil aller Überweisungen würde an der Anmeldung auf Wunsch des Patienten ausgestellt. Angaben zum Anteil

der Überweisungen, der auf Wunsch der Patienten stattfinde, liegen bei 30 und 70%;

Gründe

Medien (z. B. Fernsehen oder Internet) oder das soziale Umfeld (z. B. Nachbarn), der Hausarztvertrag und die Präferenz des Spezialisten (z. B. Dermatologe, Urologe, Orthopäde) wurden als Gründe für Forderungen von Überweisungen genannt. Einige Interviewte äußerten, dass Überweisungen, die Patienten wünschen oder anfordern, aus wirtschaftlichen Gründen von Spezialisten initiiert würden.

Umgang

Eine Reihe von Verhaltensweisen konnte eruiert werden. Hierunter fallen beispielsweise unterschiedliches praxis-internes Dokumentieren oder das (Nicht-)Mitgeben von Befunden durch den Arzt bei Forderung einer Überweisung, das Verweigern von gewünschten Überweisungen, das Erläutern (im Sinne von Erklären) oder das Hinterfragen des Arztes bezüglich der Notwendigkeit solcher Überweisungen und das Zustimmen bei Nachvollziehbarkeit. Einige Ärzte berichteten, dass sie die Forderung oder den Wunsch einer Überweisung aus „juristischen Gründen" oder aus „Zeitmangel" erfüllen würden. Überweisungen auf Wunsch würden auch ausgestellt, um negative Folgen zu vermeiden; explizit wurde das „Vergraulen" von Patienten bei Nicht-Überweisung genannt. Für detaillierte Informationen siehe Tabelle 4.

Diskussion

Soziodemographische Daten der interviewten Hausärzte	
Mittleres Alter in Jahren (Spannweite)	
Frauen	47 (38-57)
Männer	56 (45-68)
Gesamt	53 (38-68)
Mittlere Berufserfahrung in Jahren (Spannweite)	
Frauen	7 (3-17)
Männer	21 (5-34)
Gesamt	15 (3-34)

Tab. 1: Soziodemographische Daten der interviewten Hausärzte. Im Kollektiv befanden sich 9 Frauen und 13 Männer.

Praxisdaten der interviewten Ärzte	
Praxisumfeld	**Anzahl der Praxen**
In der Stadt	9
Im städtischen Umkreis von 20 km	8
Auf dem Land	5
Praxisform	
Einzelpraxis	4
Gemeinschaftspraxis	13
Praxisgemeinschaft	5
Patientenanzahl/Quartal	
< 500 Patienten	2
500-1000 Patienten	3
1001-1500 Patienten	5
> 1500 Patienten	12

Tab. 2: Praxisdaten der interviewten Ärzte.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen vermuten, dass Überweisungsforderungen ein relevantes Phänomen an der Schnittstelle von Hausarzt und Gebietsarzt sind. Es wird deutlich, dass das Thema viele Facetten aufweist. Die drei Hauptkategorien sollen im Folgenden diskutiert werden.

Quantitative Angaben

„Der Hauptprozentsatz der Überweisungen" würde vor dem Behandlungszimmer (und zwar auf Wunsch der Patienten) ausgestellt werden. Im Jahre 2004 wurde im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) die Praxisgebühr eingeführt und mittlerweile wieder abgeschafft. Um nicht erneut 10 Euro beim Facharzt bezahlen zu müssen, benötigten Patienten eine Überweisung vom Hausarzt. Die Auswirkungen der Einführung der Praxisgebühr auf die Überweisungshäufigkeit ist in der Promotionsarbeit von Dahmen in Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen untersucht worden: Patienten forderten nach Einführung der Praxisgebühr häufiger Überweisungen vom Hausarzt [7]. Ob sich diese überwiegend vor dem Behandlungszimmer abspielten, ist unklar. Welchen Stellenwert „beim Hauptprozentsatz der Überweisungen" Routineüberweisungen ausmachen und ob eine Rücksprache der medizinischen Fachangestellten mit dem Arzt bezüglich dieser Patienten erfolgt, geht aus den vorliegenden Daten nicht hervor.

Die Einschätzungen der Hausärzte zur Häufigkeit (siehe Tabelle 4) von geforderten Überweisungen sind beträchtlich und durchaus realistisch. Bösner et al. vermuten aufgrund der Ergebnisse der einleitend zitierten Querschnitterhebung in 29 deutschen Hausarztpraxen, dass sogar rund 70% aller Überweisungen von Patienten (mit-)initiiert werden [8]. Ob Überweisungen an der Anmeldung, von denen die Rede in den vorliegenden Ergebnissen ist, alleinig vom Patienten gefordert werden, eine Würdigung des medizinischen Sachverhalts durch den Arzt vorliegt/fehlt oder bei fehlender Indikation ausgestellt wird, bleibt ebenso offen.

In der Querschnitterhebung von Rosemann et al. zum Thema „Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt" wurden die Überweisungen von 26 deutschen Hausärzten gesichtet. In gut 5% der „di-

Kategorien aus 22 Interviews zum Thema „Wunsch/Forderung"	
Hauptkategorie	**Unterkategorie**
Quantitative Einschätzungen	• an der Anmeldung • allgemein
Gründe von Forderungen	• durch Medien und soziales Umfeld beeinflusst • durch hausarztzentrierte Versorgung bedingt • Präferenz des Spezialisten (Urologe, Orthopäde, Dermatologe) • auf Initiative der Fachärzte (aus wirtschaftlichen Gründen)
Umgang mit Forderungen	• Ausstellung der Überweisung bei Insistieren des Patienten • Verweigerung/Ablehnung • Hinterfragung • Erklärung • Ausstellung der Überweisung aus zeitlichen Gründen • Zustimmung bei Nachvollziehbarkeit • Zustimmung aus „juristischen Gründen" • Unterschiedliche Dokumentation bei Wunschüberweisungen • Mitgabe von Befunden bei Wunschüberweisung • Vermeidung Patienten zu verlieren • zur Förderung der Arzt-Patient-Beziehung

Tab. 3: Kategorien aus 22 Interviews mit Hausärzten zum Thema „Wunsch/Forderung der Patienten einer Überweisung". Details siehe Tabelle 4.

Äußerungen von Hausärzten zum Thema Wunsch oder Forderung einer Überweisung		
Hauptkategorien	**Unterkategorien**	**Beispielzitate**
Quantitative Einschätzungen	• an der Anmeldung	… Überweisen tue ich diejenigen Patienten, die entweder mit dem direkten Wunsch einer Überweisung kommen oder wo ich selber keine weitere Abklärung machen kann … Ich denke der Hauptprozentsatz der Überweisungen wird vorne [an der Anmeldung] ausgestellt auf Wunsch des Patienten. Ich schätze etwa 70%. 30% machen wir hier im Raum [Behandlungszimmer] (HA 4)
	• allgemein	(…) also ich würde sagen, in meiner Praxis ist die Anzahl der Wunschüberweisungen, bei etwa 30 Prozent. (HA 15)
Gründe von Forderungen	• durch Medien und soziales Umfeld beeinflusst	Die [Patienten] kommen so fordernd, weil sie schon „geeicht" sind, also nach dem Frühstücksfernsehen. Die Medien und die Nachbarn, die sagen dann halt: da musst du unbedingt ein Kernspin machen lassen. (HA 7) (…) durch die Medien gefördertes Denken (…), die meisten schauen dann im Internet und Fernsehen nach, das könnte ein Bandscheibenvorfall sein oder so was. Und dann wollen die gleich zum Facharzt, gleich CT und Kernspin und so. (HA 11)
	• durch hausarztzentrierte Versorgung bedingt	Jetzt bei dem Hausarztvertrag werben wir die Patienten, dass sie zum Hausarzt gehen und dass sie sich vom Hausarzt die Überweisung holen zu den Fachärzten. Und das ist ein gewünschtes Verhalten sowohl von uns natürlich, als auch von den Krankenkassen und jetzt kann ich das natürlich nicht übermäßig bestrafen, dadurch, dass ich Überweisungen verweigere. (HA 22)
	• Präferenz des Spezialisten (Urologe, Orthopäde, Dermatologe)	(…) also ich biete ja auch Hautscreenings an. Wenn jemand aber sagt, nee, er möchte lieber zum Hautarzt gehen wegen diesem Leberfleck, dann gebe ich ihm eine Überweisung. (HA 2) … wenn die dann sagen: mir brennt's beim Wasserlassen, dann sag ich, deshalb müssen sie aber nicht zum Urologen. (…) bei den Patienten merkt man schon sehr, dass der Trend zum Facharzt zu gehen, schon groß ist. (HA 7) Also das ist zum Beispiel meistens dann der Orthopädie. (…) weil es halt der Orthopäde sein muss, dann muss es halt der Orthopäde sein. Der macht auch nichts anderes als ich, aber die Patienten sind beruhigt. (HA 14)
	• auf Initiative der Fachärzte (aus wirtschaftlichen Gründen)	Die Wiedereinbestellung von Patienten ist sicherlich ein Produkt der Tatsache, dass sich speziell in der Stadt XY viele Fachärzte niedergelassen haben und die ihre Scheinzahlen brauchen, weil sie ihre Geräte abbezahlen müssen. (HA 3) … Kontrolluntersuchungen von Urologen, die die Patienten jedes Viertel Jahr wegen Mikrohämaturie untersuchen lassen wollen, auch aus wirtschaftlichen Gründen… (HA 12) … Und wenn ich merke, das ist wirklich nur eine Kontrolle, um einen Schein zu bekommen, dann sage ich dem Patienten schon „also ich finde es eigentlich nicht nötig (…). Es reicht nächstes Jahr wieder". (HA 18)
Umgang	• Ausstellung der Überweisung bei Insistieren des Patienten	(…) aber wenn jetzt jemand wirklich insistiert, dann kann ich die Überweisung kaum verweigern. Also, wir sind dann auch großzügig. (HA 22) Und wenn es mir einleuchtet, dann kriegt er die Überweisung, und wenn es mir nicht einleuchtet, dann sage ich ihm das, und wenn er sie dann immer noch will, dann kriegt er sie meistens. (HA 13)
	• Verweigerung/Ablehnung	Es kommen auch sehr viele, die sagen, also ich habe Rückenschmerzen, jetzt will ich mal ein MRT machen. Dann sage ich nein, das tut mir leid, wir machen jetzt zuerst mal (…). (HA 14) Also ich muss ganz konkret sagen, dass ich erst einmal eine Überweisung abgelehnt habe, weil ich das nicht für sinnvoll gehalten habe … (HA 9) (…) und dann gibt es natürlich schon auch Leute, zum Beispiel sehr viel unserer türkischen Mitbürger, die, weil sie erkältet sind und Kopfweh haben, ein Schädel-CT haben wollen. Und dann muss man halt sagen, so und jetzt warten sie erstmal ab … (HA 14)
	• Hinterfragen	(…) Ich versuche zumindest mal nachzufragen, warum sie jetzt zu dem Facharzt wollen. (HA 13) (…) ich versuche halt abzuklären, ob die Überweisung wirklich notwendig ist … (HA 14) (…) Ich frage erstens, was der eigentliche Anlass ist und ich frage zweitens, zu welchem Kollegen sie sich eigentlich begeben wollen und warum gerade zu dem. (HA 15)
	• Erklärung	(…) Und dann versucht man halt zuerst einmal dem Patient zu erklären, dass das völlig unnötig ist … (HA 14) (…) Also, ich versuche bei Wunschüberweisungen dem Patienten zu erklären, wenn ich denke, es ist wirklich gar nicht nötig. (HA 18)
	• Ausstellung der Überweisung aus zeitlichen Gründen	(…) die Patienten sehe ich meistens gar nicht. Die kommen vorne an den Tresen, zahlen ihre 10 Euro und sagen: „Ich brauche jetzt eine Überweisung". Es ist zwar nicht im Sinne des Erfinders, aber aus Zeitmangel macht man das halt. (HA 11)
	• Zustimmung bei Nachvollziehbarkeit	… er hat dieses und jenes Problem und er möchte das noch mal fachärztlich abgeklärt haben … Ja, wenn ich das nachvollziehen kann, dann überweise ich das auch. (HA 10) … Wunschüberweisung: ja, solange es für mich nachvollziehbar ist. Es muss natürlich nachvollziehbar sein. (HA 17)
	• Zustimmung aus „juristischen Gründen"	Wenn er aber dann sagt, er möchte trotzdem unbedingt eine Überweisung, dann mache ich es in der Regel. Einfach auch aus juristischen Gründen. (HA 18)
	• Mitgabe von Befunden bei Wunschüberweisungen	(…) also, bei Wunschüberweisung nicht [keine Mitgabe von Befunden], wenn die Patienten die Überweisung vorne holen. Aber ansonsten, wenn ich jetzt jemand wohin schicke und ich habe schon Vorbefunde, dann gebe ich die auch mit. (HA 11)
	• Vermeidung Patienten zu vergraulen	(…) also, bei Wunschüberweisung nicht [keine Mitgabe von Befunden], wenn die Patienten die Überweisung vorne holen. Aber ansonsten, wenn ich jetzt jemand wohin schicke und ich habe schon Vorbefunde, dann gebe ich die auch mit. (HA 11)
	• zur Förderung der Arzt-Patient-Beziehung	(…) Ich bin da nicht stur. Ich bin da offen [gegenüber einer vom Patienten geforderten Überweisung]. Ich finde das bindet eher einen Patienten, wenn man da großzügiger ist. (…) Ich glaube, das fördert die Arzt-Patient-Beziehung. (HA 17)

Tab. 4: Äußerungen von Hausärzten zum Thema Wunsch oder Forderung einer Überweisung. HA (arabische Ziffer) – interviewter Hausarzt (interne Nummerierung eines Interviews); HZV – Hausarztzentrierte Versorgung.

rekten Überweisungen" (also Überweisungen, bei denen eine persönliche Konsultation stattgefunden hat) waren die Hausärzte der Meinung „eigentlich gegen die Überweisung zu sein" [8]. In der Querschnittuntersuchung von Schneider et al. in 13 deutschen Hausarztpraxen unterschieden sich „Patienten mit Tresen-Überweisung" (n=307) von Patienten aus der Sprechstunde (n=977) bezüglich psychischer Erkrankungen (Depression, Angst- und Panikstörung, somatoforme Störung) nicht [9].

Gründe

Es konnten eine Reihe von Gründen, die zu Forderungen von Überweisungen führen, detektiert werden. Die Beeinflussung durch Medien ist plausibel und entspricht den Erfahrungen des praktizierenden Autors; sie wird zudem in Einzelinterviews mit Hausärzten zum Thema „Hausärztliches Image im gesellschaftlichen Wandel" erwähnt [10]: Insbesondere jüngere Patienten, die mit dem Internet vertraut sind, verschaffen sich Informationen über ihre Erkrankungen oder Symptome. Auch der von den interviewten Ärzten erwähnte Punkt zur Beeinflussung durch ihr soziales Umfeld (z. B. durch Nachbarn) ist nachvollziehbar.

Mit der Erwähnung der HZV (hausarztzentrierte Versorgung) wurde ein „System bedingter" Grund angesprochen. Dies ist insofern relevant, da die an der HZV teilnehmenden Versicherten nur mit Überweisung durch ihren Hausarzt einen Gebietsarzt aufsuchen dürfen. Ein weiterer Steuerungsmechanismus von Überweisungen in Deutschland ist durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) gegeben.

Aus dem hier vorliegendem Material wird deutlich, dass Patienten auch bei banalen Erkrankungen wie beispielsweise unkomplizierten Harnwegsinfekten, den Spezialisten, in diesem Fall Urologen, präferieren. Manche Patienten unterschätzen hier wohl generell die Fertigkeiten eines Hausarztes. Diese Vermutung und obiger Sachverhalt (des obersten Stellenwerts der Diagnosestellung durch den Spezialisten) spiegeln sich in der Aussage wider, „dass es eben der Orthopäde sein muss", der bei muskuloskelettalen Beschwerden präferiert wird. Die Überweisungen zum Orthopäden scheinen insofern relevant, weil mindestens 35% aller Patienten den Orthopäden mit Überweisung vom Hausarzt aufsuchen [11].

Auch würden Hausärzte mit Überweisungen, die von Seiten der Gebietsärzte angefordert werden, konfrontiert werden. Die Einzelmeinungen hierzu implizieren mögliche betriebswirtschaftliche Gründe und eine fehlende medizinische Indikation.

Umgang

Die vielen Unterkategorien zum Umgang zeigen, dass Hausärzte sich differenziert mit den jeweiligen Patienten auseinandersetzen (müssen).

Welche Folgen das Ausstellen von Überweisungen bei Insistieren des Patienten haben kann, verdeutlichte eine Befragung von 160 britischen Hausärzten vor bereits mehr als 20 Jahren: Hier zeigte sich, dass die Gesamtzahl an Überweisungen zunimmt und dass eine höhere Überweisungsrate (bezogen auf die Gesamtkonsultationen in einer Praxis in einem definierten Zeitraum) assoziiert war mit jenen Hausärzten, die über stärkeren „Druck vonseiten des Patienten" bezüglich einer Überweisung berichteten [12].

Der Umgang mit Forderungen von Überweisungen beinhaltet außerdem die Verweigerung/Ablehnung und Hinterfragung sowie die Erklärung des Hausarztes über etwaige Unnötigkeit. Verständlicherweise scheinen solche Auseinandersetzungen mit den Patienten im Praxisalltag aus zeitlichen Gründen aber nicht immer von den Hausärzten zu leisten zu sein.

Hinter der „Zustimmung aus juristischen Gründen" verbirgt sich vermutlich die Absicherung oder Angst des Hausarztes, dass in (seltenen) Fällen eben doch eine Überweisung indiziert sein könnte. Leider konnten hierzu im Interview keine weiteren Informationen eruiert werden.

Die Mitgabe von Befunden (inklusive Medikamentenplänen) sowie die Definierung der klinischen Fragestellung durch Hausärzte sind essenziell bei der problem- und patientenorientierten Behandlung. In diesem Zusammenhang beklagen Spezialisten die oft unzureichende Ausstattung von überwiesenen Patienten mit solchen Informationen [13-16]. Nach den hier vorliegenden Daten scheint die

Literatur

[1] Hirsch O, Trager S, Bosner S, Ilhan M, Becker A, Baum E, et al. Referral from primary to secondary care in Germany: developing a taxonomy based on cluster analysis. Scand J Public Health 2012;40(6):571-8.

[2] Schlingensiepen I. Quartalsbeginn - Vorsicht mit den Wunschüberweisungen. Springer Medizin; 2012 [updated 30.11.2012; cited 2012 06.12.2012]; Available from: http://www.springermedizin.de/vorsicht-mit-den-wunschueberweisungen/3665910.html.

[3] Rosemann T. Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt - Naht oder Bruchstelle: Schlusswort. Deutsches Ärzteblatt 2007;104(8):A 507.

[4] Kleining G. Umriss zu einer Methodologie Qualitativer Sozialforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1982;34:224-53.

[5] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken Weinheim: Beltz Verlag 2003.

[6] Grober-Gratz D, Mosshammer D, Bolter R, Ose D, Joos S, Natanzon I. [Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care? A qualitative study about general practitioners' perception]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011;105(6):446-51.

[7] Dahmen A. Führt die Praxisgebühr zu Patientenforderungen ohne ärztlich verifizierte Indikation - eine empirische Analyse auf der Basis von Daten aus Hausarztpraxen.2010.

[8] Bösner S, Träger A, Hirsch O, Becker A, Muazzez I, Baum E, et al. Vom Hausarzt zum Facharzt - aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2011;87(9):371-7.

[9] Schneider A, Hilbert B, Horlein E, Wagenpfeil S, Linde K. 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(39):653-9.

[10] Natanzon I, Szecsenyi J, Gotz K, Joos S. [The image of general practitioners' profession in a changing society]. Med Klin (Munich) 2009;104(8):601-7.

[11] Gröber-Grätz D, Gulich M, Zeitler HP. Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten und Gebietsärzten in Baden-Württemberg vor Einführung der Hausarztverträge. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2011;87(10):415-21.

[12] Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. BMJ 1991;302(6786):1186-8.

[13] Gandhi TK, Puopolo AL, Dasse P, Haas JS, Burstin HR, Cook EF, et al. Obstacles to collaborative quality improvement: the case of ambulatory general medical care. Int J Qual Health Care 2000;12(2):115-23.

[14] Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. Br J Gen Pract 1993;43(368):111-3.

[15] Williams PT, Peet G. Differences in the value of clinical information: referring physicians versus consulting specialists. J Am Board Fam Pract 1994;7(4):292-302.

[16] Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. Med J Aust 2002;177(9):516-20.

[17] Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J 2005;35(8):491-6.

unzureichende Mitgabe von Befunden insbesondere im Rahmen von Forderungen von Überweisungen aufzutreten.

Wir denken, dass die „Angst Patienten zu vergraulen" bei Nicht-Überweisung korreliert mit Überweisungen, die medizinisch nicht indiziert sind.

In einer Stellungnahme bzw. Standpunktausführung von australischen Autoren zum Thema Überweisungsprozess vom Hausarzt zum Spezialisten hat die Einholung einer Meinung vom Spezialisten obersten Stellenwert für Patienten bei der Diagnosestellung. Außerdem sei die (großzügige) Ausstellung von Überweisungen zum Spezialisten im Rahmen einer gemeinsamen Betreuung durch beide Arztgruppen zu verstehen und bewirke eine Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses [17].

Stärken und Schwächen

Die vorliegende Studie ist die erste Studie, die versucht, Forderungen einer Überweisung durch Hausarztpatienten qualitativ zu untersuchen. Sie wurde in mehreren Regionen (von Baden-Württemberg) von einem interdisziplinären Team durchgeführt und war darauf ausgelegt, das Phänomen auf einer breiten Basis zu beschreiben. Die Heterogenität des befragten Kollektivs gewährleistet die nötige strukturelle Variation zur Eruierung eines möglichst breiten Meinungsspektrums.

Eine Limitation besteht darin, dass die Gründe der Nichtteilnahme der Praxen in der Region Heidelberg und Ludwigsburg nicht erhoben wurden. Eine Kontrolle auf potenziellen Selektionsbias konnte somit nicht stattfinden. Zentrum dieser Untersuchung war die Befragung von Hausärzten; obwohl mit Forderungen von Überweisungen auch beim Spezialisten zu rechnen ist, sind die hier erhobenen Informationen nicht ohne Weiteres auf die anderen Bereiche der ambulanten (und stationären) Versorgung übertragbar.

Schlussfolgerung

Die Daten verdeutlichen, dass Hausärzte im Rahmen von Überweisungsforderungen sich differenziert mit den jeweiligen Patienten auseinandersetzen (müssen). Forderungen von Überweisungen scheinen von Fall zu Fall vom Arzt (mit-)initiiert zu sein. Die Abgrenzung zu Überweisungen im Rahmen von indizierten Kontrolluntersuchungen erscheint schwierig. Überweisungsforderungen finden im oder vor dem Behandlungszimmer statt. Im letzteren Fall bleibt offen, inwieweit sie mit und ohne eingehende Würdigung des medizinischen Sachverhalts durch den Hausarzt einhergehen. Die meisten der hier präsentierten Aussagen von Hausärzten beziehen sich vermutlich auf Patienten aus der Sprechstunde. Ob sich diese Aussagen unterscheiden von Aussagen über Patienten, die Überweisungen vor dem Behandlungszimmer wünschen (und sie dort erhalten), bleibt somit offen. <<

When Patients ask for Referrals – Analysis of Interviews with General Practitioners

Background: Due to their coordinating function, general practitioners (GPs) play central role in referrals to specialists. Daily routine shows that patients also ask their GP for referrals to specialists. Scientific data on such referrals and how do GPs deal with them is sparse. Therefore, experiences and opinions of GPSs to this topic were explored in the study "InteraKtion" conducted by the Competence Centre Primary Care Baden-Württemberg. **Method:** Twenty-two single interviews with GPs, computer-assisted content analysis according to the approach of Mayring. **Result:** Requests or demands for referrals would be found to be frequently and would mainly take place in front of the examination room. Several reasons why referrals are requested could be identified (e. g. preference of or request by specialists). Further, GPs´ handling with requests or demands of referrals could be attributed to a set of behavioural pattern (e. g. refusal, questioning, writing referrals when patients insist upon it and due to legal or time reasons). **Conclusion:** Referrals on request or demand may be patient- and/or physician-initiated. Such referrals take place inside or in front of the examination room and they are difficult to distinguish from indicated routine referrals. Most of the statements in this study refer most likely to patients from consultation-hour. It remains open, whether these statements are differ from statements on patients requesting referrals in front of the examination room.

Keywords

Health Services Research, General Practice, Referrals, Qualitative Study

Autorenerklärung

Es bestehen keine Interessenkonflikte. Beide Autoren danken dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg für die Zusammenarbeit und die Bereitstellung der Interview-Daten aus Heidelberg und Ludwigsburg. Das Kompetenzzentrum wird gefördert vom Ministerium Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg und koordiniert von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg.

Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH
ist seit 2005 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, und tätig als angestellter Facharzt für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) im hausärztlichen Bereich.

Kontakt: dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de



Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz
war zur Zeit der Studiendurchführung wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Ulm und Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Uni Heidelberg.

Kontakt: dmgroebergraetz@t-online.de

