Kontinuität und Koordination in der Versorgung

BMC Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen

Gesundheitsmanagement
25.06.2026

Behandlung chronischer Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Fach- und Hausärzt*innen

Befund 1

Das größte Problem ist nicht die fehlende Steuerung in **die** Versorgung, sondern in **der** Versorgung.

➥ Primärversorgung muss mehr als Zugangssteuerung sein.

Befund 2

Fachärztliche Befunde und Therapieänderungen finden in der Behandlung durch Hausärztinnen und Hausärzte oftmals keine Berücksichtigung.

➥ Verbesserung des Informationsflusses

Gesundheitsreport 2025

Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg

Gestufte Versorgung

Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg zeigen:

Fälle unkontrollierten Zugangs (**blau**) machen weniger als zehn Prozent der fachärztlichen Behandlungsfälle aus.

Zugangssteuerung ist richtig, der Hebel zur Entlastung fachärztlicher Ressourcen ist aber begrenzt.

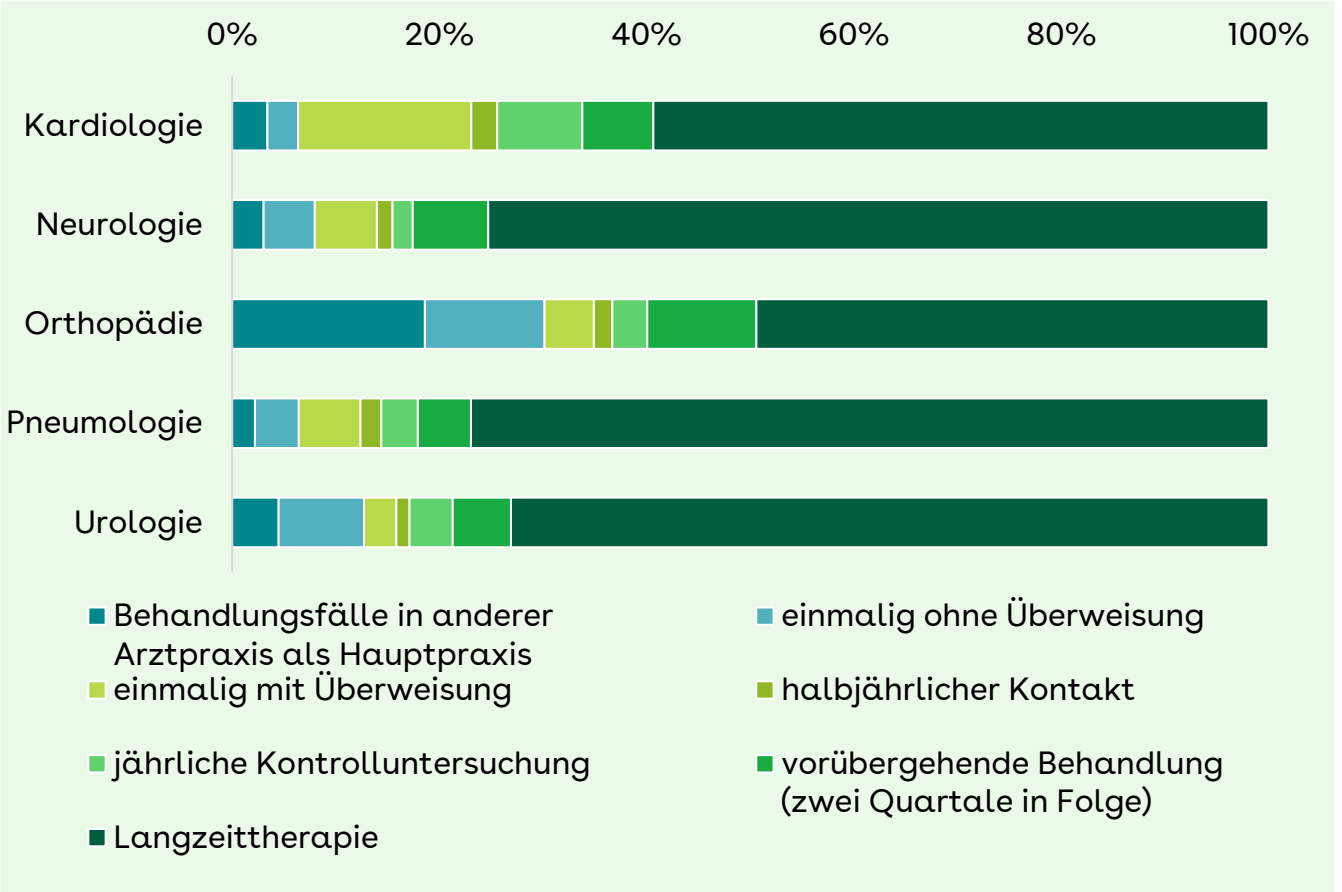
Nebeneinander fachärztlicher Über- und Unterversorgung:

- Fachärztliche Langzeittherapie medizinisch zumeist nicht erforderlich.
- Nur die Hälfte der Versicherten mit Indikation für Facharztbehandlung bei chronischer Krankheit mit Kontakt.

→ kein bedarfsgerechter Einsatz der ärztlichen Ressourcen mit bestehendem Instrumentarium

→ Primärversorgungssystem muss Aufgabenteilung in der ambulanten Versorgung neu ordnen: Zugangssteuerung UND Steuerung der Patientinnen und Patienten in der Behandlung

Ambulante fachärztliche Behandlungsfälle nach Behandlungskontext



Integrierte Versorgung

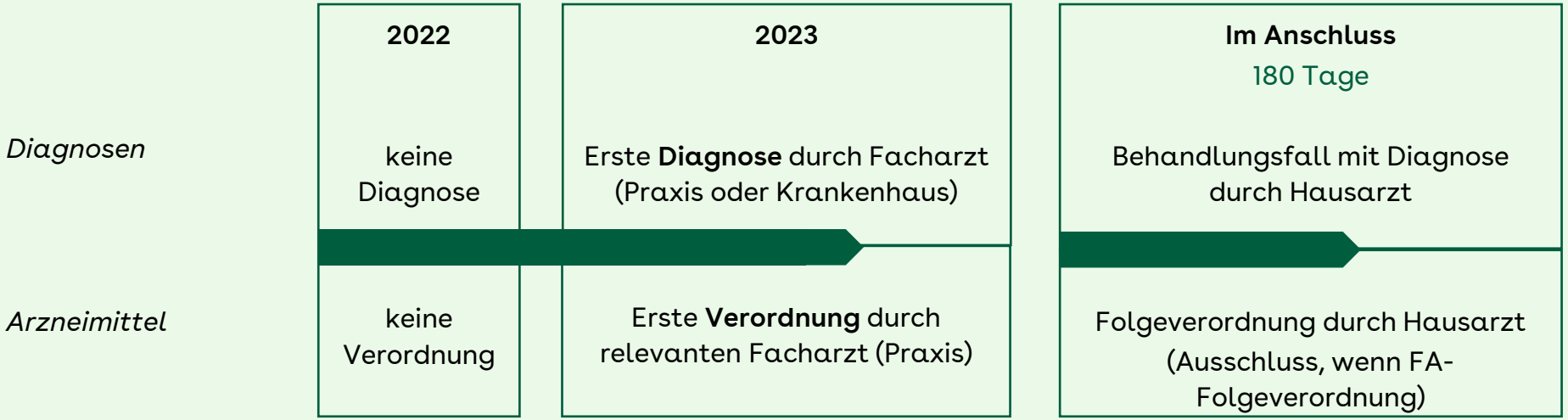
Leitfrage: Behandeln Fachärzte und Hausärzte chronische Erkrankungen gemeinschaftlich und abgestimmt?

Szenario: Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt im Krankenhaus oder in einer Praxis

- liefert einen neuen Befund oder
- verordnet ein neues Arzneimittel zur Behandlung einer chronischen Erkrankung.

Für diese Versicherten wird geprüft, ob in den nächsten 180 Tagen eine Weiterbehandlung beim Hausarzt stattgefunden hat.

Analysedesign:

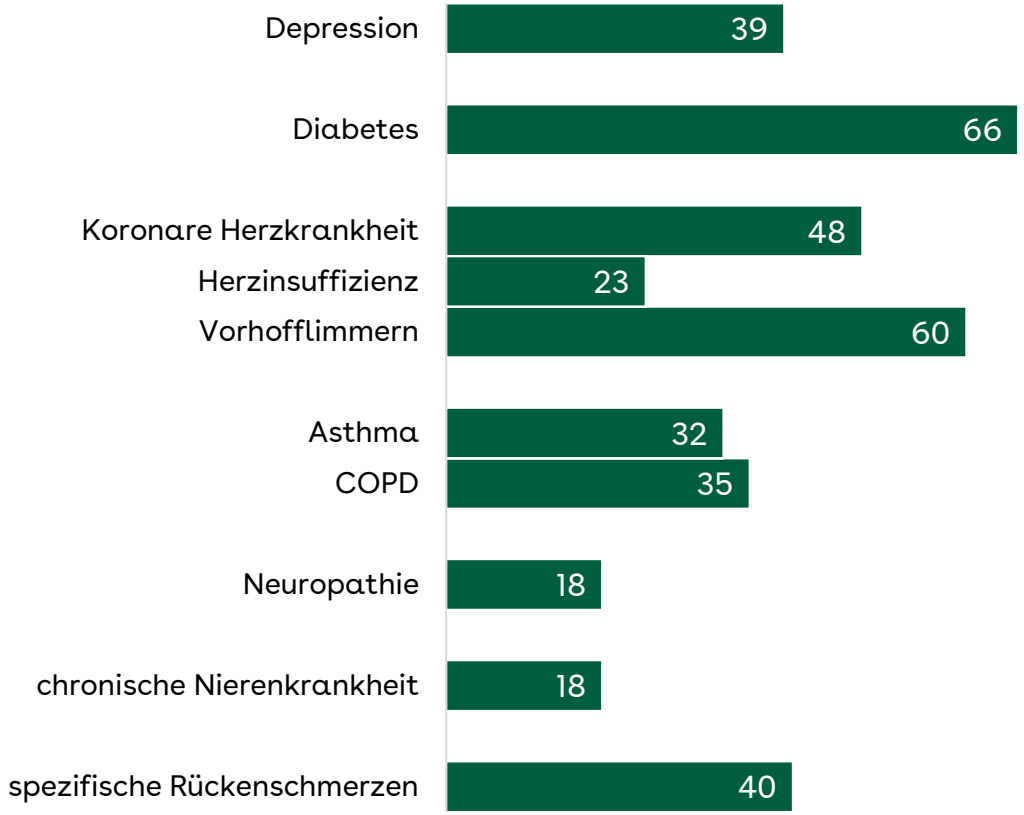


Es wurden nur Versicherte betrachtet, die im Folgezeitraum mindestens einen qualifizierten Hausarztkontakt hatten.
D. h. Behandlungsfall mit mindestens einer Diagnose bzw. mit einer Arzneimittel-verordnung zur Behandlung einer chronischen Erkrankung.

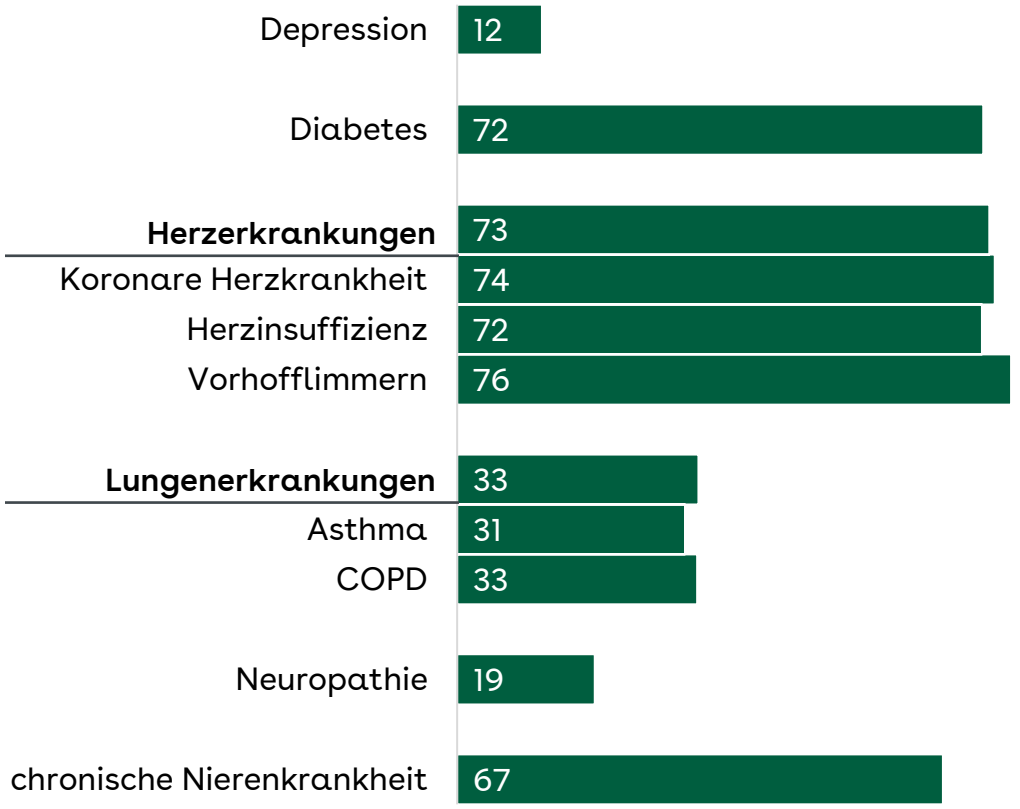
Hausärztliche Weiterbehandlungsraten

Angaben in Prozent

Indikator: Ambulanter Behandlungsfall mit Diagnose

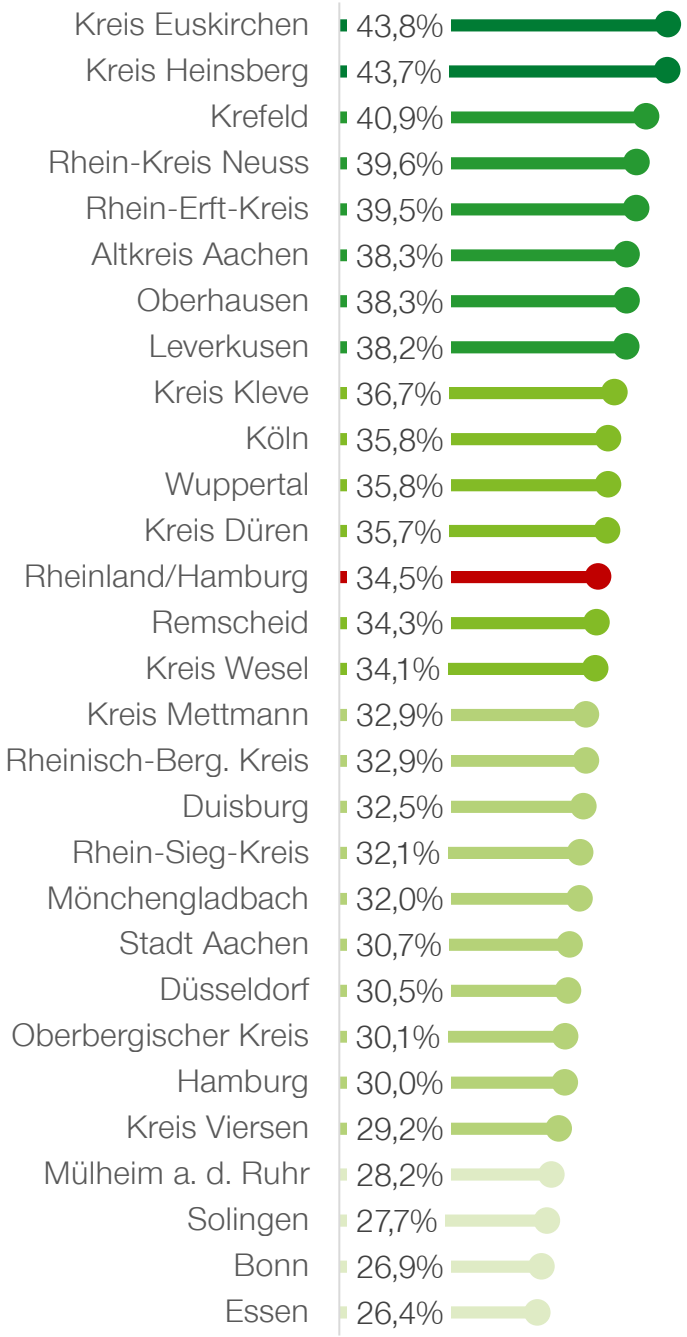


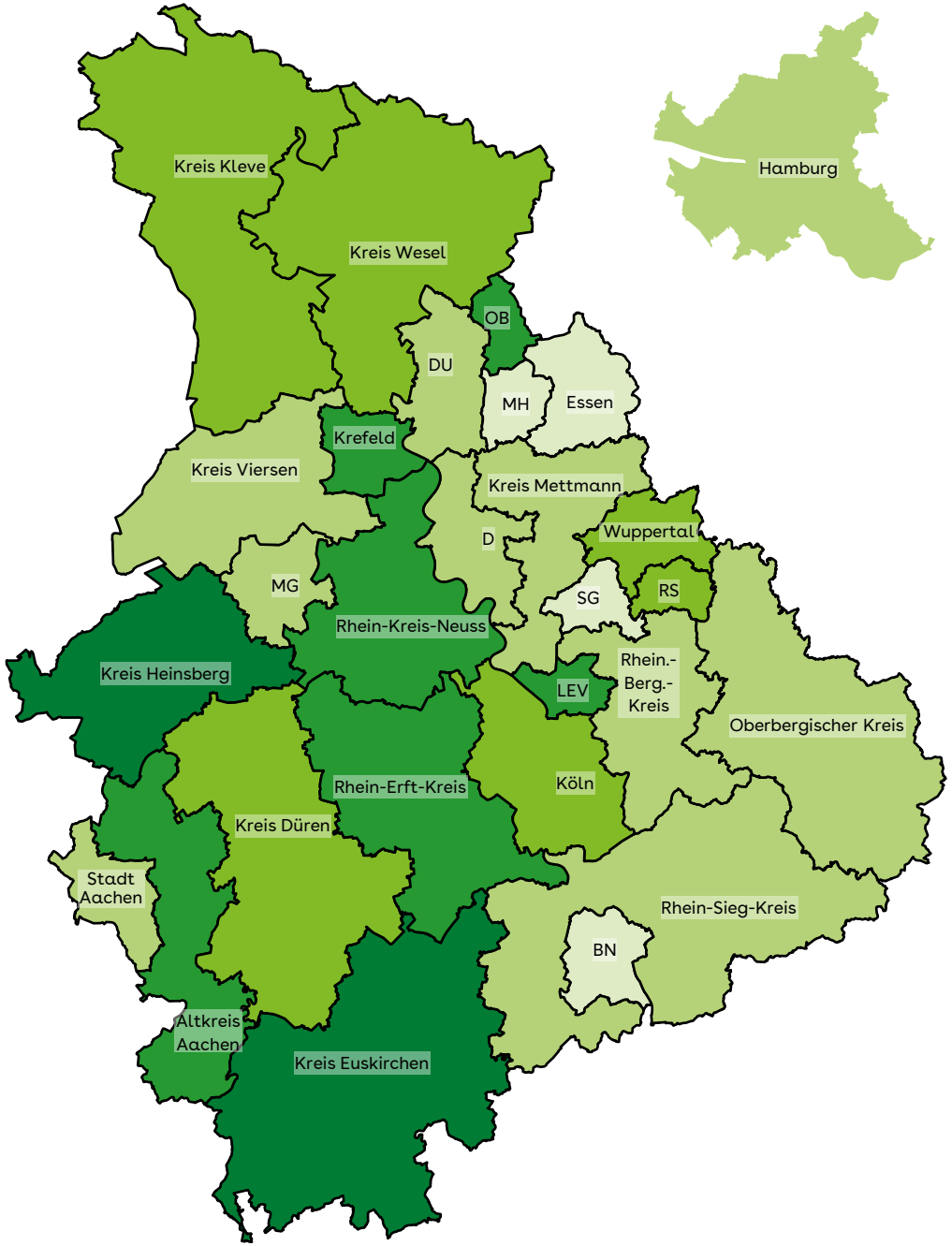
Indikator: Arzneimittel-Folgeverordnung



Lungenerkrankungen: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer chronischen Lungenerkrankung





Zeitraum: 2023 bis 2024

Aufgreifkriterien: ICD-10-Codes: J44, J45

Standardisierung: Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle: AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung: Wohnort der Versicherten

Hausärztliche Weiterbehandlung, Indikator: Behandlungsfälle mit Diagnose

Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit einer hausärztlichen Weiterbehandlung

Einflussfaktor	Depression	KHK	Herzinsuffizienz	Vorhofflimmern	Asthma	COPD	Neuropathien	Diabetes	Nierenkrankheit	Spezifische Rückenschmerzen
Alter: Jüngere werden häufiger weiterbehandelt als ältere.	↑	↑	↑	↓	↑	↑		↑		↑
Geschlecht: Männer werden häufiger weiterbehandelt als Frauen		↑		↓		↑	↑			↑
Pflege: Pflegebedürftige werden seltener weiterbehandelt als Nicht-Pflegebedürftige.		↑		↑	↑	↑		↑	↑	↑
Sozioökonomie: Personen in der Grundsicherung werden seltener weiterbehandelt als Erwerbstätige.				↑			↑			
HzV: Patient*innen der hausarztzentrierten Versorgung werden häufiger weiterbehandelt.										
Krankenhaus: Patient*innen mit Erstdiagnose im Krankenhaus werden seltener weiterbehandelt als Patient*innen mit Erstdiagnose in Facharztpraxis.	↑	↓	↓		↑	↑	↓	↑	↑	↓
Behandlungskontext: Patient*innen mit Überweisung werden häufiger weiterbehandelt.	↑				↑	↑	↑		↑	
Parallele Facharztbehandlung: Patient*innen mit paralleler Facharztbehandlung werden häufiger weiterbehandelt.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Krankheitsausprägung: Je schwerer die Erkrankung, umso eher wird eine Patient*in weiterbehandelt.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

↑ These trifft zu ↑ These trifft teilweise zu ↓ gegenteilige These trifft zu

→ Effekt, keine eindeutige Richtung kein Einfluss

Gründe für fehlende Weiterbehandlung

Sender	Weg	Empfänger
Facharzt	Informationsfluss	Hausarzt
Einbindung des Hausarztes ist gar nicht vorgesehen, da **Behandlung allein durch Facharzt** erfolgt. Einfluss: recht selten. Bei Arzneimittel-auswertungen wurde dieser Fall ausgeschlossen. **Fehlende klinische Relevanz** einer Diagnose. Diagnose wird zwar gestellt, aus ihr folgt aber kein unmittelbarer Behandlungsbedarf. Einfluss: durchaus relevant für Krankheiten in frühen Stadien. Die Teilgruppenanalysen zeigen aber, dass auch fortgeschrittene Erkrankungen zu selten weiterbehandelt werden.	Erkrankung ist behandlungsbedürftig, wird aber vom Hausarzt nicht behandelt, weil er **keine Kenntnis von der Erkrankung** hat.	Hausarzt behandelt Erkrankung, **kodiert sie** aber **nicht**. Einfluss: sicherlich relevant. Die Kodierqualität in Hausarztpraxen ist nicht gut. Aber es zeigen sich in den Daten systematische Effekte in Bezug auf verschiedene Einflussfaktoren. Dies lässt sich nicht durch eine allgemein schlechte Kodierung erklären. Bei Arzneimittelauswertungen: Fehlende Weiterverordnung kann **therapeutische Gründe**, wie z.B. unzureichenden Therapieerfolg oder starke Nebenwirkungen, haben. Einfluss: wird es geben, ist aber nicht die Regel.

Aktivitäten der AOK Rheinland/Hamburg

1) Diskussion mit Krankenhäusern über die Weiterbehandlungsraten ihrer Patient*innen
2) Beteiligung am Innovationsfonds-Projekt ReGen zur Untersuchung von Erfolgsfaktoren für vernetzte Versorgung
3) Beteiligung an dem Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) zur Entwicklung einer digitalen Versorgungsplattform zur Therapiesteuerung.

In Überlegung

4) Forschungsprojekt mit einer Uniklinik zu Gründen für fehlende Weiterbehandlung nach (ambulanter) Krankenhausbehandlung
5) Förderung der integrierten Versorgung durch konsequente Nutzung der ePA in einem Ärztenetz

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Volquart Stoy
Referent Gesundheitsmanagement
volquart.stoy@rh.aok.de
0211 8791-28157