

Die Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells für hochbetagte Menschen aus hausärztlicher Sicht

Implementing an Integrated Geriatric Care Model from the Perspective of Family Practitioners

Ute Karbach¹, Simone Steinhausen², Anja Dietrich¹, Ludger Pientka³, Holger Pfaff¹

Hintergrund: Integrierte Versorgungsmodelle sind eine Strategie, um der Desintegration von Funktionen und Leistungen im Versorgungssystem entgegen zu wirken. Trotz des gezeigten politischen Willens konnten Umsetzungsbarrieren in den zurückliegenden Jahren nicht überwunden werden. Zu bedenken ist, dass die Implementierung integrierter Versorgungsmodelle von den Akteuren eine Änderung ihres Routineverhaltens erfordert. In der begleitenden Evaluation eines integrierten Versorgungsmodells für hochbetagte Versicherte untersuchten wir die Modellpraktikabilität aus hausärztlicher Perspektive.

Methodik: Mit den am Versorgungsmodell teilnehmenden Hausärzten (n = 34) werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Evaluation Einzelinterviews und eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt. Alle Einzelinterviews sowie die Diskussion der Fokusgruppe wurden mit Zustimmung der Teilnehmenden digital aufgezeichnet, transkribiert und in Anlehnung an die Grounded Theory thematisch kodiert.

Ergebnisse: Die zu Projektbeginn befragten Hausärzte (n = 3) begründen ihre bislang nur geringe Teilnahmeaktivität mit einer generellen Praxisbelastung. Zudem zeigt sich ein Informationsdefizit hinsichtlich der einzuschreibenden Zielpopulation. Dieses Problem wird auch nach einem Jahr Projektlaufzeit in der Fokusgruppe (n = 6) diskutiert. Ebenso wird – trotz der inzwischen etablierten Praxisentlastung durch eine Projekt-Krankenpflegerin – ein ärztlicher Unterstützungsbedarf bei der Versicherteneinschreibung geltend gemacht. Die zum Projektende befragten aktiven Hausärzte (n = 3) betonen die Notwendigkeit einer Erinnerung und des kollegialen Austauschs zur Modellrealisierung.

Schlussfolgerung: Die erfolgreiche Implementierung des integrierten Versorgungsmodells erfordert von den teilnahmebereiten Hausärzten sowie deren Praxismitarbei-

Background: Managed care is a strategy used to counteract the disintegration of functions and services in healthcare systems. Despite the demonstrated political will to put such models into practice in Germany, barriers to their implementation could not be surmounted in recent years. One reason for this, which should be considered, is that implementation of these models would require changes in routine practice. The present formative evaluation project examined the feasibility of an integrated geriatric care model from the view of family practitioners.

Methods: Face-to-face interviews and a focus group discussion were conducted at different points during the project with the physicians (N = 34) participating in the integrated care program. All interviews and the focus group discussion were digitally recorded, transcribed and thematically coded using the grounded theory approach.

Results: At the beginning of the project, the surveyed physicians (n = 3) cited their overall burden of work as the reason for their limited participation in the program. In addition, it became apparent that the target enrollment population of elderly insured patients was not sufficiently informed about the program. This problem was also discussed in the focus group (n = 6) one year later. The physicians also claimed that additional assistance was needed with enrolling patients in the program – even though an enrollment nurse position had been created during the project to lighten the burden of work. At the end of the project, the physicians (n = 3) actively participating in the program stressed the need for reminders and exchanges with colleagues to successfully put the model into practice.

Conclusions: Successful implementation of an integrated care model requires that physicians willing to participate in the program and those working in their practice make changes to their routine practice. This could

¹ Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

² Fakultät für Gesundheit (Department für Medizin), Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Universität Witten/Herdecke

³ Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Peer reviewed article eingereicht: 18.07.2012, akzeptiert: 27.11.2012

DOI 10.3238/zfa.2013.0016-0022

terinnen eine Änderung ihrer gewohnten Handlungsrou-tinen. Dies konnte allein über monetäre Anreize und Unter-stützung seitens einer Projekt-Pflegekraft nicht realisiert werden. Eine kontinuierliche, ärztliche Begleitung der teil-nehmenden Hausärzte im Sinne eines „academic detai-ling“ könnte zu einer Modellrealisierung beitragen.

Schlüsselwörter: integrierte Versorgung; hausärztliche Versorgung; Geriatrie; Versorgungsforschung; Qualitative Forschung

not be achieved during this project through monetary in-centives and the support of an enrollment nurse alone. Continuous support of the participating family practi-tioners provided in the form of academic detailing could contribute to successful model implementation.

Keywords: Integrated Care Model; Family Practitioner; Geriatric; Health Services Research; Qualitative Research

Hintergrund

Integrierte Versorgungsmodelle nach § 140 SGB V sind eine Strategie, um der Desintegration von Funktionen und Leistungen im Versorgungssystem entgegen zu wirken. Mit dem Anspruch eines am Einzelfall orientierten, dabei sek-torenübergreifenden Versorgungsprozesses sind sie Teil einer strukturellen Re-organisation des deutschen Gesund-heitssystems, in die Wege geleitet mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 und gefördert durch eine Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2008.

Insgesamt wurden bis zum Jahr 2008 6407 integrierte Versorgungsmodelle gemeldet; durchschnittlich wurden 1500 Verträge pro Jahr neu ab-geschlossen [1]. Nach dem Auslaufen der Meldepflicht und der Anschub-finanzierung zeichnete sich im Jahr 2008 bereits ein Rückgang neu abge-schlossener Versorgungsverträge um 54 % ab. Im Jahr 2010 konnten 1762 – aktive als auch inaktive – integrierte Ver-sorgungsmodelle ermittelt werden [2]. Der Bundesverband Managed Care e.V. resümiert in seinem Positionspapier eine Stagnation der integrierten Versor-gung. Trotz des gezeigten politischen Willens konnten Blockaden seitens der Leistungserbringer, der Krankenkassen, der Versicherten und der Sektorengren-zen in den rückliegenden elf Jahren nicht überwunden werden [3].

Die nur unzureichende Implemen-tierung ist ein Indiz der noch begrenzten Innovationsfähigkeit des Gesundheits-wesens. Dies ist u.a. auf einen Mangel an „Daten und Wissen über die Versor-gungssituation und ihrer ‚inneren‘ Zu-sammenhänge“ zurückzuführen [4]. So sind wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Versorgungsmodellen nach § 140 nicht vorgesehen. Dennoch

werden sie unter bestimmten Vorausset-zungen evaluiert. Es sind vor allem die größeren Projekte, welche über die not-wendigen personellen Ressourcen zur be-gleitenden Evaluation verfügen. Ihre Evaluationsergebnisse werden im Sinne eines strategischen Controllings an die beteiligten Vertragspartner zurückgemel-det, gegebenenfalls werden sie außen-wirksam zur Versichertenakquise und zum Image-Marketing öffentlich ge-macht [5]. Denkbar ist hingegen auch, dass die Beteiligten aus Konkurrenzgrün-den ihr Know-how nicht öffentlich zur Verfügung stellen [6]. Generell ist aus an-deren Wissenschaftsdisziplinen bekannt, dass positive Forschungsergebnisse eine größere Chance haben, veröffentlicht zu werden. Sie werden zudem schneller und eher in Fachzeitschriften mit hohem Im-pact Factor publiziert. Dies führt zu einer Überbewertung von (Therapie-)Erfolgen und somit zu einer Fehleinschätzung der Versorgungsrealität [7]. Vorstellbar ist, dass diese Publikationspraxis ebenfalls auf die bislang wenigen Ergebnisse der Implementationsforschung zutrifft.

Das integrierte Versorgungsmodell für hochbetagte Versicherte

Der vorliegende Artikel basiert auf den Teilergebnissen einer Begleitevaluation eines integrierten Versorgungsmodells für hochbetagte Versicherte, welches in seiner Realisierung weit hinter den Er-wartungen der Vertragspartner zurück-blieb.

Methodik

Die beteiligten Vertragspartner – ein Ärztenetz, eine Krankenkasse und die geriatriische Abteilung eines Kranken-hauses der Regelversorgung – entwickel-

ten gemeinsam das zu implementieren-de Versorgungsmodell. Die Zielpopulati-on des Modells umfasst alle 75-jährigen und älteren Versicherten einer Groß-stadt in Nordrhein-Westfalen und zielt auf die Verbesserung der medizinischen Behandlung dieser Versichertengruppe. So sind für diese Altersgruppe eine Über-medikalisierung [8], die Einnahme ris-kanter Medikamente [9], ein Zuwachs stationärer Versorgungsleistungen im Zeitverlauf [10] – wobei die Inanspruch-nahme stationärer Versorgungsleistun-gen für einen Teil der Betroffenen mit einer Verschlechterung ihrer Funktions-fähigkeit einhergeht [11] – als auch stei-gende Versorgungskosten bekannt. Vor diesem Hintergrund beinhaltet das Ver-sorgungsmodell folgende neu zu imple-mentierende Versorgungsstrukturen:

- Jährliches Risikoscreening der Ver-sicherten

Mit der Einschreibung wird in der hausärztlichen Praxis ein geriatrisches Assessment durchgeführt [12]. Dieses erfasst altersrelevante Problemberei-che über insgesamt 102 Items und 8 medizinische Untersuchungen (z.B.: Blutdruckmessung, Gangtest). Auf Ba-sis dieses strukturiert erfassten Ge-sundheitszustands können gegebe-nenfalls präventive Interventionen ärztlicherseits veranlasst werden.

- Intensivierte ambulante Therapie (IAT) altersrelevanter Erkrankungen. Die IAT ist eine sektorenübergreifende Behandlungsalternative zur stationä-ren Therapie ausgewählter Erkran-kungen. Mittels konsentierter Be-handlungspfade können folgende akute Erkrankungen im häuslichen Umfeld behandelt werden: Exsikkose, Herzinsuffizienz, infektexazerbierte COPD und Pneumonie. Behand-lungskits, welche sämtliche Thera-peutika und weitere Hilfsmittel bein-

halten, werden seitens der geriatrischen Abteilung des Krankenhauses bereitgestellt und im ambulanten Behandlungsfall vor Ort an den behandelnden Arzt geliefert. Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer stationären Unterstützung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, im Bedarfsfall kann der oder die Versicherte vollstationär übernommen werden.

Die Durchführung des Risiko-Assessments als auch der IAT wurden extrabudgetär vergütet¹. Ein projektinternes Koordinationsbüro übernahm die Dokumentation abrechnungstechnischer Angelegenheiten sowie die Sicherstellung der koordinierten Zusammenarbeit und war zudem Ansprechpartner für alle am Versorgungsmodell beteiligten Akteure.

Die hausärztliche Umsetzung der Versorgungsstrukturen

Die Hausärzte (n = 34) wurden seitens des Ärztenetzes kontinuierlich zur Projektplanung, der Vertragsausgestaltung sowie zum aktuellen Projektstand informiert. Weiterhin stellten sich die beteiligten Vertragspartner im Rahmen von Praxisbesuchen persönlich vor. Alle Ärzte erklärten sich zur Teilnahme am Versorgungsmodell für hochbetagte Menschen bereit. Zur Entlastung der Praxen bei der Durchführung des Risikoscreenings wurde nach sieben Monaten eine Projekt-Krankenpflegerin eingestellt. Diese übernahm nun nach Terminvereinbarung die Einschreibung der interessierten Versicherten sowie die Durchführung des Assessments.

Insgesamt wurden über einen Zeitraum von 33 Monaten 38 % (n = 1336) der erwarteten Versicherten eingeschrieben². 53 % (n = 18) der Hausärzte schrieben maximal 50 Versicherte ein und führten das Assessment durch. 17 % (n = 6) schrieben keine Versicherten ein. Die IAT wurde insgesamt 33-mal durchgeführt. Hieran beteiligten sich 21 % (n = 7) der Ärzte. Hausärzte, die maximal 50 Versicherte eingeschrieben hatten, führten keine IAT durch [13].

Also für mich persönlich, denke ich, ist der stärkste Anreiz, das ist sicher die großzügige Honorierung. Dass man die Arbeit, die man häufig dann auch leistet, unentgeltlich leistet, besser honoriert bekommt. Int002 (3, 24–26)

Dass man natürlich das auch finanziell überhaupt erst mal honoriert bekommt, ist gut. Weil sonst fahren wir zum Hausbesuch für sechs Euro. Und da kriegen wir wenigstens ein bisschen mehr Geld. Int001 (5, 12–15)

Textkasten 1 Finanzieller Anreiz vs. unter- bzw. unbezahlter hausärztlicher Leistungen

Im Rahmen der Evaluation interessiert die hausärztliche Perspektive im 33-monatigen Projektverlauf. Die Sichtweise der teilnehmenden Hausärzte ist deswegen von besonderem Interesse, da die zu implementierenden Strukturen maßgeblich über das konkrete ärztliche Handeln realisiert werden.

Zur Beurteilung der Versorgungsstrukturen – Risiko-Assessment und IAT – hinsichtlich ihrer Praktikabilität in der hausärztlichen Praxis wurden Einzelinterviews als auch eine Fokusgruppe durchgeführt. Das Ärztenetz fungierte jeweils als Türöffner, informierte diesbezüglich die Hausärzte und stellte den Kontakt zu den Interviewbereiten her.

Sieben Monate nach Start des Versorgungsmodells wurden Einzelinterviews (Durchführung: Soziologin SSt) mit Ärzten geführt, die ihre Teilnahme am Versorgungsmodell zugesagt, bisher jedoch nur wenige ihrer Patienten eingeschrieben hatten (Anzahl der eingeschriebenen Versicherten < 10). Ziel war es, die Umsetzungsbarrieren bei den „Wenig-Einschreibern“ mittels Leitfadeninterview [15] möglichst früh zu eruieren. Der Leitfaden wurde von den Autorinnen (UK, SSt, AD) entwickelt und umfasste sieben Fragen zur praktischen Umsetzung des Versorgungsmodells (Vor- und Nachteile des integrierten Versorgungsmodells für den behandelnden Hausarzt, mögliche Vor- und Nachteile der Teilnahme für die Versicherten, wahrgenommener Veränderungsbedarf am Versorgungsmodell, mögliche Anreize für die hausärztliche Teilnahme). Die Fragen wurden weitgehend offen formuliert, sodass auch unerwartete Themen von den Interviewten eingebracht werden konnten.

Nach einem Jahr wurde eine Fokusgruppe durchgeführt [16]. Ziel war es, Hausärzte mit möglichst unterschiedlicher – hoher bzw. geringer – Teilnahmeaktivität für die Fokusgruppe zu gewinnen. Neben potenziellen Umsetzungsbarrieren sollten Beispiele gelungener Umsetzungspraxis erschlossen werden. Hierzu wurden alle Hausärzte per Fax seitens des Ärztenetzes zur Fokusgruppe informiert. Die Fokusgruppenteilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung. Zur Diskussionsanregung wurden die Teilnehmer gebeten, fünf Argumente, die einen Kollegen überzeugen könnten am integrierten Versorgungsmodell teilzunehmen, sowie verbesserungswürdige Aspekte des Modells auf Karteikarten zu notieren.

Zum Ende des Evaluationszeitraums, nach 31 Monaten, wurden Ärzte interviewt, welche bereits mehrmals eine IAT durchgeführt hatten. Im Mittelpunkt der Leitfadeninterviews stand die Erfahrung bei der konkreten IAT-Durchführung. Der Leitfaden begann mit einer offenen Erzählaufforderung und enthielt weitere sechs Fragen zu den förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren der Therapiegabe im häuslichen Umfeld (patientenseitige Faktoren, Gestaltung der IAT-Durchführung vor Ort, Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern, wahrgenommener Veränderungsbedarf am Versorgungskonzept, mögliche Anreize für die hausärztliche Teilnahme). Alle Einzelinterviews sowie die Diskussion der Fokusgruppe wurden mit Zustimmung der Teilnehmenden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden vor ihrer Auswertung anonymisiert. Zur Auswertung

¹ Die teilnehmenden Hausärzte erhielten zunächst pro eingeschriebenen Versicherten, dann für jedes durchgeführte Risiko-Assessment 50 Euro, die Durchführung einer IAT wurde mit 400 Euro vergütet.

² Die erwartete Zahl von 3500 eingeschriebenen Versicherten im Laufe von zwei Jahren beruht auf gemeinsamen Berechnungen der beteiligten Vertragspartner. Durchschnittlich bedeutet dies für eine Arztpraxis, vier Versicherte pro Monat einzuschreiben.

tung wurden alle Interviews (Einzel/Gruppe) von der Autorin (UK) thematisch kodiert [17].

Ergebnisse

Nach siebenmonatiger Projektlaufzeit konnten drei Leitfadeninterviews mit Hausärzten geführt werden, welche bisher nur eine geringe Teilnahmeaktivität gezeigt hatten. An der Fokusgruppe nach einjähriger Laufzeit beteiligten sich insgesamt sechs Ärzte. Drei Interviews konnten mit Hausärzten geführt werden, die im Rahmen von 31 Monaten mehrere IATs durchgeführt hatten.

Die „Wenig-Einschreiber“

Die drei in ihrer Praxis interviewten Hausärzte haben zum Zeitpunkt des Interviews weniger als zehn Patienten eingeschrieben. Keiner von ihnen hat bisher eine IAT durchgeführt.

Die drei Befragten bewerten den von den beteiligten Vertragspartnern gesetzten finanziellen Anreiz als zur Teilnahme motivierend, insbesondere vor der zum Ausdruck gebrachten Wahrnehmung unter- bzw. unbezahlter hausärztlicher Leistungen (s. Textkasten 1)^{3,4}.

Trotz dieser positiven Bewertung zeigen die Befragten bislang nur eine geringe Teilnahmeaktivität. Diese wird mit einer generellen Praxisbelastung begründet. Sie zeichnet sich aus durch einen zunehmenden Dokumentationsaufwand und sich häufig ändernde Formalitäten. Die Symptome dieser Bürokratisierung der hausärztlichen Arbeit werden von den Interviewten meist ausführlich und in generalisierender Weise geschildert. Sie signalisieren eine eher ablehnende Haltung gegenüber weiteren Neuerungen und die Befürchtung einer fortschreitenden Überbürokratisierung. Bezogen auf das Versorgungsmodell sehen die befragten Ärzte dies bei der Einschreibung der Versicherten, in der Durchführung des Risiko-Assessments, bestätigt. Die eigentliche Funktion des eingesetzten Assessment-Instruments, das Risikoscreening, und ein damit möglicherweise einhergehender Er-

Und wie gesagt, wenn das [Risiko-Assessment des integrierten Versorgungsmodells] dann solche riesigen Datensätze wieder erfordert, ist das das Gleiche, wie wir das jetzt bei den DMPs erlebt haben. Wir dokumentieren uns tot. Int004 (1, 20–24)

Textkasten 2 Bürokratisierung der hausärztlichen Arbeit

Und natürlich, dass wir zurzeit, glaube ich, eher die Gesunden eingeschrieben haben. Int004 (3, 6)

Vielleicht muss man vielleicht sogar sagen, dass man das eben vielleicht ein bisschen altersmäßig vorzieht, das würde mir vielleicht einfallen. Ab 70 schon. Weil dann natürlich viel, viel mehr Patienten und die sind auch oft fitter. Klar, eine Patientin, die schon im Altenheim liegt, was soll das dann? Int002 (4, 3–10)

Textkasten 3 Informationsdefizit: Risikoselektion

kenntnisgewinn wird von keinem der Befragten thematisiert (s. Textkasten 2).

Die bisher geringe Anzahl an eingeschriebenen Versicherten begründen sie mit dem Gesundheitszustand ihrer Patienten. So wird in den Interviews deutlich, dass die Befragten den Gesundheitszustand als ein Kriterium bei der Versicherteneinschreibung – mehr oder weniger bewusst – geltend machen. Ihnen scheint ein Mindestmaß an Gesundheit und damit an körperlichen und kognitiven Fähigkeiten eine Teilnahmevoraussetzung für das integrierte Versorgungsmodell zu sein. Dieses hier zutage tretende ärztliche Informationsdefizit trägt bei zu einer Risikoselektion in der Zielpopulation (s. Textkasten 3).

Die ärztlichen Rückmeldungen verdeutlichen zudem eine wesentliche Beeinträchtigung des Praxisablaufs durch das Assessment-Prozedere. Insbesondere der hohe Zeitaufwand und die damit einhergehende Bindung des Praxispersonals – Durchführung der medizinischen Untersuchungen, Unterstützung der Versicherten beim Ausfüllen des Fragebogens – führen zu Störungen in der Praxisorganisation.

Die Vertragsbeteiligten – Krankenkasse, Ärztenetz, Krankenhaus – reagieren zeitnah auf das hausärztliche Feedback und stellen eine Projekt-Krankenpflegerin zur Verfügung. Diese übernimmt nun nach Terminvereinbarung in den Praxen die Einschreibung der Versicherten sowie die Durchführung des Assessments.

Die hausärztliche Fokusgruppe

Ein Jahr nach Start des Versorgungsmodells nehmen insgesamt sechs Hausärzte an einer Fokusgruppe teil. Die Teilnehmenden unterscheiden sich in der Zahl ihrer bisher eingeschriebenen Patienten (Anzahl der eingeschriebenen Versicherten: Minimum: 5, Maximum: 30). Bis auf einen der Diskussionsteilnehmer haben alle Kontakt zur Projekt-Krankenpflegerin, ein Hausarzt hatte bereits eine IAT durchgeführt.

Auch in der Fokusgruppe wird thematisiert, dass die finanzielle Vergütung der ärztlichen Tätigkeit im integrierten Versorgungsmodell ein Teilnahmemotiv darstelle. Unterschiedliche Meinungen gibt es in der ärztlichen Diskussion bezüglich der Versichertenzielgruppe. So gehen einige der Diskussionsteilnehmer davon aus, dass das Versorgungsmodell auf die Einschreibung von noch gesunden Versicherten ziele, während andere den Gewinn insbesondere für die Gruppe der multimorbiden oder der an Demenz erkrankten Patienten sehen. Dass das Versorgungsmodell hochbetagte Versicherte unabhängig von ihrem derzeitigen Gesundheitszustand einbezieht, wird von keinem der Anwesenden in die Diskussion eingebracht.

Trotz der Zusammenarbeit mit der Projekt-Krankenpflegerin wird ein ärztlicher Unterstützungsbedarf bei der Versicherteneinschreibung geltend gemacht. Dabei wird das Informieren und Motivieren der Patienten zur Teilnahme

³ Beispielhaft werden einige Aussagen anhand von Zitaten veranschaulicht.

⁴ Transkriptionszeichen im Zitat: NEIN: betonte Aussprache; []: Ergänzung der Autorin.

am Versorgungsmodell als eine schwierige sowie als eine nicht-hausärztliche Aufgabe wahrgenommen.

Darüber hinaus geben die diskutierenden Ärzte an, dass sie sich ihrer Teilnahme am Versorgungsmodell im Praxisalltag nicht bewusst sind. Sie begründen dies mit der Vielzahl an gegenwärtig zu bewältigenden Innovationsansätzen, beispielhaft genannt werden DMP-Programme. Der Zusammenarbeit mit der Projekt-Krankenpflegerin kommt daher auch eine Erinnerungsfunktion zu. Mit ihrem Besuch in der Praxis rückt das Versorgungsmodell in die Aufmerksamkeit der ärztlichen Teilnehmer, zudem erhalten sie von ihr eine Rückmeldung zum gegenwärtigen Stand ihrer Versicherten-einschreibung.

Die Hausärzte mit IAT-Erfahrung

Gegen Ende des Evaluationszeitraums nach 31 Monaten werden insgesamt drei Einzelinterviews mit Hausärzten geführt, welche über eine mehrmalige IAT-Erfahrung verfügen.

Hinsichtlich der konkreten IAT-Durchführung berichten die Befragten von einem einzigen Problem, dem Fehlen eines Infusionsständers zur intravenösen Medikamentengabe im privathäuslichen Umfeld. Die bereitgestellten IAT-Behandlungskits enthalten ansonsten alle notwendigen Materialien in ausreichender Menge. Die Zusammenarbeit mit den Vertragsbeteiligten beschreiben alle Befragten als vorbildlich in ihrer Organisation. Charakterisiert wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit als zeitnah, reibungslos und unbürokratisch, dies insbesondere im Falle der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen.

Zur Realisierung einer IAT bedarf es aus ärztlicher Sicht eines passenden Umfelds. Dieses Umfeld ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von ärztlichem Engagement, dem patientenseitigen Vertrauen in das ärztliche Vorgehen sowie häuslicher Sicherheit, diese wird meist durch Angehörige oder Pflegepersonen gewährleistet (s. Textkasten 4).

Nach Einschätzung der interviewten Ärzte entspricht die Behandlungsmöglichkeit IAT den Bedürfnissen ihrer

Die müssen zu mir Vertrauen haben. Wenn die mir nicht vertrauen, ist klar, dann brauche ich da auch gar nicht hin, wenn die sagen, ach, der kümmert sich da nicht. Oder lässt mich dann nachher hier mit der Flasche alleine in der Ecke liegen. Ja? Das ist klar. (II-10–11, 19–1)

Textkasten 4 IAT-Voraussetzung: Vertrauen

Ja, wenn man bedenkt, dass man die meisten Hausbesuche gar nicht bezahlt kriegt. Weil die im Budget drin sind. (I-6, 5–7)

Locken können Sie die Kollegen mit Geld. Denen einfach nochmal klar machen, was sie daran verdienen können, wenn sie es machen. So sind wir leider (lacht). (III-6, 10–14)

Textkasten 5 IAT-Voraussetzung: Finanzieller Anreiz

hochbetagten Patienten. So machte keiner die Erfahrung, dass Angehörige oder die Erkrankten selbst eine stationäre Behandlung bevorzugt hätten. Darüber hinaus verweisen die Befragten auf die Gefahr nosokomialer Infektionen oder auf eine gegenwärtige, personell bedingte Verschlechterung der stationären Versorgung. Nach ihrer Beurteilung haben sie mit den von ihnen durchgeführten IATs in den meisten Fällen einen Krankenhausaufenthalt tatsächlich vermeiden können.

Weitere Voraussetzungen der Realisierung der Versorgungsstruktur IAT sind eine angemessene finanzielle Vergütung, das explizite Wissen um die Möglichkeit dieser Behandlungsalternative und die erste Erfahrung einer problemlosen IAT-Durchführung. So erleben die IAT-erfahrenen Ärzte ihre regulären Hausbesuche als unbezahlt, da ihre Vergütung im Rahmen des Regelleistungsvolumens nicht auf den konkreten Einzelfall beziehbar und wahrnehmbar ist. Demgegenüber stellt die extrabudgetäre Vergütung der IAT eine angemessene Vergütung dar und wird als starker Anreiz zur hausärztlichen Verhaltensänderung angesehen (s. Textkasten 5).

Des Weiteren bedarf es einer Erinnerung an die Möglichkeit der Behandlungsalternative IAT und einen zentralen Handlungsentschluss (s. Textkasten 6).

Keiner der Befragten berichtet von negativen Erlebnissen bei der IAT-Durchführung, selbst die erste Durchführung bedarf weder einer Praxisbegleitung noch einer lerntechnischen Ein-

übung. Allerdings mangle es an der Möglichkeit eines kollegialen Austauschs. Eine kollegiale Information könnte das Versorgungskonzept weiteren Kollegen zugänglich machen und deren Interesse an der IAT-Durchführung wecken (s. Textkasten 7).

Diskussion

Die vorliegende Arbeit fokussiert die hausärztliche Perspektive bei der Umsetzung eines fast dreijährigen populationsbezogenen Versorgungsmodells. Die Strukturumsetzung verlangt von den Hausärzten eine Änderung ihrer gewohnten Handlungsroutine. Dies konnte – trotz einer kontinuierlichen Einbeziehung der Hausärzte seitens des Ärztenetzes – über monetäre Anreize und die Unterstützung durch eine Projektpflegekraft in nur wenigen hausärztlichen Praxen realisiert werden.

Als Limitierung der Arbeit ist anzumerken, dass die vorliegenden Ergebnisse allein auf den Aussagen interviewbereiter Hausärzte basieren⁵. Anzunehmen ist, dass ihre Interviewbereitschaft mit einem Interesse an dem Verlauf des integrierten Versorgungsmodells und vorhandenen zeitlichen Ressourcen einhergeht. Angesichts dieser methodischen Grenzen sind die Aussagen der am Modell interessierten Ärzte als richtungsweisende Ergebnisse zu werten.

Die im Rahmen der Fokusgruppen als auch die einzeln befragten Hausärzte benennen die finanzielle Vergütung als größten motivierenden Anreiz. Dies vor

⁵ Methodisch kann demnach nicht von einer gesättigten Stichprobe ausgegangen werden, auch liegt keine Non-Responder-Analyse vor.

Also, die Schwester [Krankenpflegerin des IV-Projektes] hat uns da öfter mal dran erinnert. Also mit der IAT, das war mir irgendwie ganz weggerutscht. (I-5, 9–12)

Also ich glaube, man muss erst mal dran denken, das ist eine Sache, dass es das überhaupt gibt, dass man das machen könnte. Das ist die eine Sache. Und das Zweite ist einfach dann zu sagen, okay, ich probiere das jetzt aus und ziehe das durch. (II-10, 12–16)

Textkasten 6 IAT-Voraussetzung: Erinnerung und Handlungsentschluss

Im Prinzip müsste man noch mal gezielt eine Fortbildung machen, noch mal auf die Vorteile und die Einfachheit dieser IATs hinweisen. Aber dann vielleicht von Hausarzt zu Hausarzt. Und nicht von Facharzt zu Hausarzt. Weil der kann, weiß nicht, wie der normale Ablauf ist. (III-3, 22–27)

Textkasten 7 IAT-Voraussetzung: Kollegialer Austausch

dem Hintergrund einer nicht wahrgenommenen Vergütung hausärztlicher Leistungen. Entgegen den Erwartungen der Vertragspartner und wissenschaftlicher Belege [18] führte der finanzielle Anreiz zu einer prinzipiellen Teilnahmebereitschaft aller Hausärzte des Ärztenetzes, die erhoffte Strukturumsetzung erfolgte jedoch nur bei wenigen.

Durch den Einsatz einer Projekt-Pflegekraft konnte die starke Beeinträchtigung des routinemäßigen Praxisablaufs aufgefangen werden. Der bei den Befragten auch nach einjähriger Projektlaufzeit bestehende Informationsbedarf hinsichtlich der einzuschreibenden Versichertenzielgruppe konnte dagegen nicht gedeckt werden. Die Daten zur hausärztlichen Strukturumsetzung lassen vermuten, dass Hausärzte, die mehr als 50 Versicherte einschrieben und demnach vergleichsweise häufig mit der Projekt-Pflegekraft zusammenarbeiteten, eher eine IAT durchführten.

Darüber hinaus machten die Hausärzte ein Unterstützungsbedarf bei der Informierung ihrer Patienten geltend. Grundsätzlich ist die ärztliche Fürsprache als entscheidender Erfolgsgarant für die patientenseitige Teilnahme an einem Versorgungsprogramm belegt [19]. Angesichts des hohen Alters der Versichertenzielgruppe gilt dies umso mehr, da bei diesen Patienten von einer Paternalismuspräferenz in der medizinischen Behandlung auszugehen ist. Diese wesentliche hausärztliche Projektverantwortung hatten die befragten Ärzte bislang nicht angenommen.

Nach den vorliegenden Aussagen der Hausärzte bedarf es zur konkreten Handlungsumsetzung einer weitergehenden Informierung, einer regelmäßigen Erinnerung sowie des kollegialen Austauschs. An diesem Unterstützungsbedarf sollten zukünftige Implementierungsstrategien ansetzen. Unseres Erachtens könnte bei gegebenen finanziellen und personellen

Ressourcen eine ärztliche Begleitung im Sinne eines „academic detailing“ zu einer Strukturrealisierung führen. Bezüglich der Akzeptanz dieser informierenden Maßnahme zeigt u.a. eine kanadische Studie, dass die befragten Ärzte sowohl die praxisnahe als auch die Beratung durch einen ärztlichen Experten auf gleicher Augenhöhe positiv bewerten [20]. Eine Modelltestung und eine stärkere Orientierung beispielsweise an dem MRC-Framework zur Implementierung komplexer Interventionen ist zukünftig wünschenswert [21].

Danksagung: Die AutorInnen bedanken sich insbesondere bei den interviewten Hausärztinnen und Hausärzten für ihr zeitliches Engagement und ihre Offenheit. Weiterhin danken die AutorInnen Frau Dr. med. Junius Walker für die Bereitstellung des STEP-Assessments, Herrn Professor Berger für die fachliche Unterstützung sowie dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen für die finanzielle Förderung.

Interessenkonflikte: Der Autor Holger Pfaff gibt Honorarzählungen von diversen Unternehmen (darunter Boehringer Ingelheim und Astra Zeneca), Instituten im Gesundheitswesen und Krankenkassen sowie ein Vortragshonorar eines Versicherungsforums an. Diese Zahlungen stehen nicht im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit. Der Autor Ludger Pientka gibt an, dass Zahlungen der Knappschaft Bahn, See an seine Institution im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung erfolgt sind. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Dr. rer. pol. Ute Karbach ...



... studierte Arbeits-, Betriebs- und Organisationssoziologie. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Medizinsoziologie mit dem Forschungsprogramm „Interaktion und Organisation in der Versorgung“ des IMVR der Universität zu Köln.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Ute Karbach
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (IMVR)
Eupener Str. 129, 50933 Köln
Ute.Karbach@uk-koeln.de

Literatur

- Grothaus F-J. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. BQS gGmbH, 2009
- Gersch M. Quo Vadis IV? – Monitoring Integrierte Versorgung : Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen; DGIV Hauptstadtkongress-Gespräch, 12. Mai 2011. Berlin: Freie Universität Berlin, 2011
- Bundesverband Managed Care e.V. Blockaden der integrierten Versorgung lösen. Berlin: Bundesverband Managed Care e.V., 2011
- Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (eds.) Gesundheitsversorgung und Disease Management : Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 2003: 13–23
- Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H. Innovatives Versorgungsmanagement : Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wiss. Verl.-Ges., 2011
- Hildebrandt H. Die Evaluation integrierter Versorgung und ihr wirtschaftliches Umfeld. In: Preuß K, Rübiger J, Sommer J (eds.) Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Stuttgart: Schattauer, 2002: 257–261
- Dubben H-H, Beck-Bornholdt H-P. Unausgewogene Berichterstattung in der medizinischen Wissenschaft. Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, 2004: 1–30
- Du Y, Hopf H, Pientka L, Thiem U, Scheidt-Nave C. Drug use patterns and polypharmacy among elderly adults in Germany. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 250
- Berdot S, Bertrand M, Dartigues J-F, et al. Inappropriate medication use and risk of falls – a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 30
- Hoffmann E, Nachtmann J. Report Altersdaten: GeroStat; Statistisches Informationssystem 3/2007; Alter und Pflege. Berlin: DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2007
- Gill TM, Allore HG, Gahbauer E, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA* 2010; 304: 1919–1928
- Junius U, Fischer G. Geriatisches Assessment für die hausärztliche Praxis – Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35: 210–223
- Karbach U, Pfaff H. Begleitende Versorgungsforschung im Rahmen des Integrierten Versorgungsmodells proSenior. Köln: Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, 2011
- Giddens A. Die Konsitution der Gesellschaft : Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt: Campus, 1997
- Hopf C. Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (eds.) *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 2008: 349–360
- Morgan DL. *The focus group guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publ., 1998
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2007
- Janus K, Amelung VE. Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen: Anreizorientierte Vergütungssysteme für Ärzte. *ZFühr Organisations* 2004; 6: 304–311
- Eschner M. Disease-Management: Kooperation statt Konfrontation. *Gesundh Gesellsch / Wissensch* 2011; 11: 18–19
- Allen M, Ferrier S, O'Connor N, Fleming I. Family physicians' perceptions of academic detailing: a quantitative and qualitative study. *BMC Med Educ* 2007; 7: 36
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: 979–983



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Pressekontakt:

Philipp Gehring
 DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
 Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Telefon: 069 65007245
 Fax: 069 68974602
 E-Mail: presse@degam.de
 Homepage: www.degam.de