

# Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland?

## *Family Practices in Germany: a Medical Home for Patients with Chronic Illness?*

Anna Constantinidis<sup>1</sup>, Martin Beyer<sup>1</sup>, Sabine Karl<sup>2</sup>, Ferdinand M. Gerlach<sup>1</sup>, Antje Erler<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Im Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 wurde das in den USA populäre Patient-Centered Medical Home (PCMH) als ein möglicher Beitrag zur Entwicklung eines koordinierten und populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland vorgestellt, von dem vor allem chronisch kranke und multimorbide Patienten profitieren könnten.

**Methode:** Im Rahmen einer internationalen Studie wurden chronisch kranke Patienten in hausärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen in Südhessen zur Umsetzung von definierten PCMH-Elementen in ihrer Praxis befragt. Der Einfluss von Patienten-, Arzt- und Praxismerkmalen auf diese Bewertung wurde mittels eines gemischt linearen Modells untersucht.

**Ergebnisse:** 1.848 Patienten aus 36 Hausarztpraxen wurden rekrutiert. 94 % schätzten die Qualität ihrer Hausarztpraxis als gut bis ausgezeichnet ein. Optimierungspotenzial zeigte sich bei der Kooperation mit sozialen Diensten, der Nutzung von Internet und E-Mail zur Kommunikation, dem Interesse des Arztes an der psychosozialen Situation des Patienten und der Unterstützung des Selbstmanagements. Alter, Bildung und Herkunft des Patienten, Anzahl der Erkrankungen, Anzahl der Arztbesuche, Anzahl der Ärzte und Lage der Praxis hatten Einfluss auf die Einschätzung der Patienten.

**Schlussfolgerung:** Aus Patientensicht sind wichtige Elemente des PCMH-Konzepts in Hausarztpraxen etabliert. Mit seinem patientenorientierten und krankheitsübergreifenden Ansatz zeigt das PCMH-Modell Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten in Deutschland auf.

*Schlüsselwörter:* Patientensorientierte Versorgung; Medical Home; chronische Krankheiten; hausärztliche Versorgung; Versorgungsqualität

**Background:** In its 2009 special report, the German Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System presented the Patient-Centered Medical Home (PCMH). The PCMH is popular in the U.S. and was described in the report as a possible means of contributing to the development of a coordinated and population-based health care model in Germany that would benefit particularly chronically ill and multimorbid patients.

**Method:** In an international study, chronically ill patients in single-handed and group practices in South Hesse were asked about the implementation of defined PCMH elements in their family practice. The influence of patient, doctor and practice characteristics on this assessment was then examined using multilevel modelling.

**Results:** 1848 patients were recruited from 36 family practices. 94 % of those surveyed described the quality of their family practice as good to excellent. Cooperation with social services, the use of internet and email to communicate with patients, the doctor's interest in the patient's psychosocial situation and self management support were seen as areas with improvement potential. The patient's age, education and national origin, number of diseases and medical consultations, the number of doctors in the practice, and practice location, had an influence on surveyed patients' views.

**Conclusion:** From the patients' perspective, important elements of the PCMH concept are well-established in family practices. The PCMH model's patient-oriented and disease-spanning approach offers further opportunities to improve health care for chronically ill and multimorbid patients in Germany.

*Keywords:* Patient-Centered Care; Medical Home; Chronic Disease; Primary Health Care; Quality of Health Care

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

<sup>2</sup> Institut für Mathematik, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Peer reviewed article eingereicht: 08.04.2013, akzeptiert: 13.06.2013

DOI 10.3238/zfa.2013.0317-0324

## Hintergrund

Zukunftsweisende Konzepte für eine angemessene Versorgung chronisch Kranker sind aufgrund der demografischen Alterung unserer Gesellschaft und der daraus folgenden Zunahme dieser Patientengruppe dringend erforderlich.

Seit der letzten Gesundheitsreform in den USA wird das „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH) als hausärztliches Versorgungsmodell der Zukunft staatlich gefördert [1]. Das Konzept eines PCMHs wurde erstmals 1967 von der American Academy for Pediatrics (AAP) für Kinder mit besonderen gesundheitlichen Problemen beschrieben. Ziel war es, eine feste medizinische Anlaufstelle mit guter Kenntnis der Krankengeschichte des Patienten zu schaffen und die Koordination der Versorgung mit anderen Ärzten oder Institutionen zu verbessern. Mit dem Advanced Medical Home wurde das Konzept von der American Academy of Family Physicians auf die primäre gesundheitliche Versorgung aller Patientengruppen, insbesondere der chronisch Kranken, ausgeweitet. 2004 wurde es von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften als „Patient-centred Medical Home“ (PCMH) konsentiert, das als Kernelement des Medical Home die Patientenorientierung herausstellt [2, 3]. Insgesamt umfasst das PCMH sieben Kernelemente, die in deutscher Übersetzung dem Sondergutachten des Sachverständigenrates 2009 entnommen sind [3: Ziff. 935]:

„(1) Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt. (2) Der persönliche Arzt leitet ein Team von Gesundheitsprofessionals, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist. (3) Der persönliche Arzt ist verantwortlich für die ‚ganze Person‘. (4) Die Patientenversorgung ist über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde abgestimmt (care is coordinated and/or integrated). (5) Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der medizinischen Praxis. (6) Verbessertes Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und durch neue Optionen wie Gruppensitzungen und Telefonsprechstunden ermöglicht. (7) Diese neuen Werte müssen sich in einer Vergütung abbilden.“

Übersichtsarbeiten zum PCMH zeigen insgesamt eine verbesserte Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung, eine geringere Morbidität und Mortalität, weniger Behandlungsfehler und unnötige Doppeluntersuchungen sowie eine höhere Patientenzufriedenheit [3, 4].

Im Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2009 wurde das PCMH als ein möglicher Beitrag zur Entwicklung eines koordinierten und populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland vorgestellt, das den zukünftigen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens Rechnung trägt [3].

Im Rahmen einer internationalen, vom Commonwealth Fund geförderten Studie wurden chronisch kranke Patienten und Hausärzte in fünf europäischen Ländern (Deutschland, Dänemark, Belgien, Niederlande und England) dazu befragt, inwieweit Elemente des PCMH aus ihrer Sicht in der Primärversorgung etabliert sind [5]. In der vorliegenden Arbeit werden die deutschen Ergebnisse der Patientenbewertung dargestellt. Zusätzlich wird analysiert, welche Patienten-, Arzt- und Praxismerkmale die Bewertung einer Hausarztpraxis als PCMH beeinflussen.

## Methoden

### Erhebungsinstrumente

Die Konstruktion der Erhebungsinstrumente erfolgte zentral durch die internationale Projektleitung im Scientific Institute for Quality (IQ) of Healthcare in Nijmegen, Niederlande.

Auf der Basis einer dort durchgeführten systematischen Literaturrecherche in Medline (PubMed) mit dem Suchbegriff: „Medical Home“ und einer ergänzenden Literaturrecherche zu den Schlüsselmerkmalen von primary care in Europa wurden relevante Kernelemente eines PCMH identifiziert und sieben Dimensionen zugeordnet. Die aus der Literaturrecherche ermittelte große Anzahl von Items wurde auf Inhaltsvalidität geprüft. Die endgültige Auswahl der Items und ihre Zuordnung zu den Dimensionen erfolgten durch ein internationales Expertenteam (rating der Items, modifiziertes Delphi-Verfahren).

Sie dienten als inhaltliche Basis des in englischer Sprache entwickelten Arzt-, Praxis- und Patientenfragebogens [6]. Der Patientenfragebogen wurde im Institut für Allgemeinmedizin (IfA) in Frankfurt nach dem Forward-backward-Prinzip ins Deutsche übersetzt und mittels kognitiver Interviews an elf chronisch kranken Patienten auf praktische Anwendbarkeit und Verständlichkeit getestet. Im Ergebnis wurden zum besseren Verständnis der Items z.B. wichtige Inhalte visuell hervorgehoben und bei missverständlichen Begriffen Beispiele angefügt. Der Patientenfragebogen enthielt 40 Fragen, davon 12 Fragen zum Gesundheitszustand und soziodemografischen Merkmalen (Auszüge in Tab. 1), sowie 28 Fragen zu den PCMH-Dimensionen (Tab. 2).

### Datenerhebung

Die Untersuchung erfolgte im Zeitraum April bis September 2009 im Raum Südhessen. Die Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität befürwortete die Studie.

Das im Rahmen der internationalen Studie vorgegebene Rekrutierungsziel waren 36 hausärztliche Studienpraxen, stratifiziert nach städtischen (> 100.000 Einwohner) und ländlichen (< 100.000 Einwohner), Einzel- (EP) und Gemeinschaftspraxen (GP) sowie 50 chronisch kranke Patienten pro Praxis. Einschlusskriterien für Patienten waren Alter  $\geq$  18 Jahre und das Vorliegen mindestens einer ärztlich diagnostizierten chronischen Krankheit (Asthma, COPD, Diabetes, Hypertonie, KHK/pAVK, Angststörung, Depression, Krebs, Arthrose, Rheuma). Ausschlusskriterien waren keine ausreichenden Deutschkenntnisse und die mangelnde Fähigkeit zum selbstständigen Ausfüllen des Fragebogens. Als Datenbasis für die Praxisrekrutierung diente das aktuelle Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen aller hausärztlich tätigen Praxen (n = 2949). Nach Ausschluss von Fachärzten für Pädiatrie, den besonders motivierten und deshalb möglicherweise nicht repräsentativen Lehr- und Forschungspraxen des IfA und aller Praxisadressen außerhalb des Postleitzahlraums 6 (= Südhessen), ergab sich eine Gesamtzahl von 1115 Praxen mit einer ungleichmäßigen Verteilung von 178 EP/Stadt, 78 GP/

Stadt, 197 GP/Land und 662 EP/Land. Mittels Zufallsauswahl des Statistikprogramms SPSS (Version 15.0) wurden in zwei Erhebungswellen insgesamt 633 dieser Praxen zur Studienteilnahme eingeladen [7].

Der konsekutive Einschluss geeigneter Studienpatienten oblag den Studienpraxen, deren Praxisteams vor Ort bezüglich Studienablauf sowie Ein- und Ausschlusskriterien geschult wurden. Die konsekutive Patientenrekrutierung begann ab dem Tag nach der Vor-Ort-Schulung des Praxisteams. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte im Wartezimmer.

### Datenauswertung

Bezüglich der Merkmale der Patienten, Ärzte und Praxisstruktur wurden für kategoriale Variablen Häufigkeiten und Prozentwerte, für kontinuierliche Parameter Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum berechnet.

Zur Bildung eines Scores pro PCMH-Dimension wurden die Antwortkategorien der ursprünglichen vier- und fünfstufigen Likertskalen in die Werte 0 (*selten/nie* bzw. *befriedigend/schlecht*) und 1 (*ausgezeichnet/sehr gut/gut* bzw. *immer/häufig*) dichotomisiert; *bin mir nicht sicher, trifft nicht zu* und unbeantwortete Fragen wurden als fehlende Werte behandelt. Die Anzahl der Fragen mit dem Wert 1 pro Dimension wurde addiert, durch die Anzahl der beantworteten Fragen pro Dimension dividiert und mit 100 multipliziert, was einen PCMH-Score zwischen 0 und 100 % ergab. Je höher der Score war, desto besser waren die Kriterien eines PCMH aus Sicht der Patienten erfüllt. In die Berechnung der Scores gingen jeweils alle Patienten ein, die mindestens eines der Items des betreffenden Scores beantwortet hatten. Für jeden PCMH-Score wurde zunächst für jede Praxis der Mittelwert der Patienten dieser Praxis berechnet. Anschließend wurden von diesen Praxismittelwerten der Median und das 25 %- (Q1) und 75 %-Quartil (Q3) über alle Praxen genommen. Damit wurde die Zugehörigkeit der Patienten zu ihrer Praxis berücksichtigt. Da die Patienten innerhalb der Praxen geclustert waren, wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen den Patientenvariablen (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Herkunft,

Gesundheitszustand, Zahl chronischer Erkrankungen und Arztbesuche), den Arzt- und Praxisvariablen (Alter, Geschlecht, Facharztjahre, Anzahl Ärzte und nicht-ärztliche Mitarbeiter, Praxislage) und der Höhe des PCMH-Scores je nach Skalenniveau des Scores mithilfe eines multivariaten linearen bzw. verallgemeinert linearen gemischten Modells mit random intercept untersucht. Patienten, bei denen nicht alle zu untersuchenden Einflussvariablen vollständig waren, wurden aus der entsprechenden Analyse ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau war 5 %. Für die Datenauswertung wurden die Programme SPSS (Version 20 und 21) und R (Version R.2.12.0) verwendet.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden fünf städtische GP mit 240 Patienten, elf ländliche GP mit 708 Patienten, zehn städtische EP mit 579 Patienten und zehn ländliche EP mit 682 Patienten rekrutiert. Die erreichte Fallzahl von 2.209 Patienten entsprach einer Rücklaufquote von 61 %, wovon 361 Patienten aus der Studie ausgeschlossen werden mussten, da keine Angabe zur chronischen Erkrankung vorlag (n = 355) bzw. maximal drei Fragen (n = 6) im Fragebogen beantwortet wurden. Der Rücklauf der Praxen betrug 6 %.

### Auswertung des PCMH-Fragebogens

Tabelle 1 zeigt ausgewählte strukturelle und soziodemografische Merkmale von Patienten, Hausärzten und Studienpraxen, Tabelle 2 die Patientenbewertungen der Items der sieben PCMH-Dimensionen.

### Bewertung der Hausarztpraxen mittels PCMH-Scores

Mit einem Median von 78 % (Q1: 72 %; Q3: 81 %) wies die Dimension Koordination der Versorgung (n = 1685) insgesamt die niedrigsten Werte auf.

Die Dimension Teamarbeit (n = 1.725) wurde mit einem Median von 97 % (Q1: 95 %; Q3: 98 %) in allen Praxen am besten beurteilt, gefolgt von der Dimension Persönlicher Hausarzt (n = 1739) mit einem Median von 95 % (Q1:

89 %; Q3: 97 %). Die Zugänglichkeit (n = 1685) der Praxen lag im Vergleich zu den anderen Dimensionen im Mittelfeld der Bewertungen mit einem Median von 82 % (Q1: 76 %; Q3: 86 %), wobei Patienten in den meisten Praxen die Höhe finanzieller Eigenleistungen nicht als Zugangsbarriere empfanden (Median 89 %, Q1: 86 %; Q3: 92 %).

Die Anzahl n bezieht sich jeweils auf die Patienten, die in die Berechnung der Praxismittelwerte für die Medianberechnung eingingen.

### Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Bewertung der Praxen

In den folgenden PCMH-Dimensionen zeigten sich bei gleichzeitiger Betrachtung aller gewählten Einflussgrößen signifikante Ergebnisse bezüglich der gewählten Einflussgrößen:

**Persönlicher Hausarzt (n = 1570):** Je älter der Patient, desto größer war die Chance, dass er einen persönlichen Hausarzt hatte. Patienten mit zwei bis vier Krankheiten und Patienten, die ihren Arzt in den letzten 12 Monaten mehr als einmal aufsuchten, hatten häufiger einen persönlichen Hausarzt als Patienten mit höchstens einer chronischen Krankheit bzw. Patienten, die ihren Hausarzt höchstens einmal aufsuchten. Patienten mit einem Hochschulabschluss hatten seltener einen persönlichen Hausarzt als Patienten ohne Abitur.

**Koordination der Versorgung (n = 1517):** Patienten mit zwei bis vier Krankheiten, und Patienten, die ihren Hausarzt in den letzten 12 Monaten sehr häufig (fünfmal oder öfter) aufsuchten, beurteilten die Koordination besser als Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung, die ihren Hausarzt nicht oder nur einmal in diesem Zeitraum aufsuchten. Gegenüber im Inland geborenen bewerteten im Ausland geborene Patienten dagegen die Koordination durch ihre Hausarztpraxis schlechter.

**Teameinsatz bei der Versorgung (n = 1557):** Ältere Patienten beurteilten die Zusammenarbeit im Team positiver. Je größer die Anzahl der Ärzte in einer Praxis war, desto schlechter wurde die Teamarbeit bewertet.

**Qualität und Sicherheit (n = 1642):** Je älter der Patient, desto besser bewertete er die Qualität der Versor-

Merkmale der Patienten (N = 1848)		Merkmale der Ärzte und Praxisstruktur (N = 36)	
<b>Alter Patient</b>	<b>n = 1791</b>	<b>Alter Arzt</b>	
in Jahren (Mittelwert)	64,2	in Jahren (Mittelwert)	50,6
Standardabweichung	13,3	Standardabweichung	8,5
Spannweite (range)	19–95	Spannweite (range)	34–68
% Alter über 60	65,7		
<b>Geschlecht Patient</b>	<b>n = 1793</b>	<b>Geschlecht Arzt</b>	
% weiblich	55,3	% weiblich	44,4
<b>Schulabschluss</b>	<b>n = 1746</b>	<b>Jahre seit der Facharztprüfung</b>	
% Schulabschluss ohne Abitur	70,1	im Durchschnitt (Mittelwert)	15,0
<b>Herkunft Patient</b>	<b>n = 1782</b>	<b>Durchschnittliche Anzahl der Ärzte in der Praxis</b>	
% in Deutschland geboren	86,4	in Vollzeitäquivalenten (Mittelwert)	1,5
<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b>	<b>n = 1802</b>	<b>Durchschnittliche Anzahl nicht-ärztlichen Personals aus einem Gesundheitsberuf in der Praxis</b>	
% „befriedigend/schlecht“ <sup>1</sup>	65,0	in Vollzeitäquivalenten (Mittelwert)	2,8
<b>Anzahl chronischer Erkrankungen</b>	<b>n = 1848</b>	<b>Lage der Praxis</b>	
% 1 Krankheit	41,8	% Stadt (> 100 000 Einwohner)	41,7
% 2–4 Krankheiten	55,6	% Land (< 100 000 Einwohner)	58,3
% ≥ 5 Krankheiten	2,5		
<b>Arztbesuche (letzte 12 Monate)</b>	<b>n = 1814</b>		
% ≥ 5-mal <sup>2</sup>	63,8		

<sup>1</sup> Angaben auf einer fünfstufigen Skala: ausgezeichnet/sehr gut/gut/befriedigend/schlecht

<sup>2</sup> Angaben auf einer vierstufigen Skala: gar nicht/einmal/2- bis 4-mal/5-mal oder öfter

**Tabelle 1**

Übersicht ausgewählter Merkmale der Patienten, Ärzte und Praxisstruktur.

gung. Patienten, die ihren Hausarzt in den letzten 12 Monaten fünfmal oder öfter aufsuchten, bewerteten die Qualität der Versorgung besser als Patienten, die in diesem Zeitraum höchstens einmal beim Hausarzt waren.

**Zugänglichkeit (n = 1519):** Je älter ein Patient war, desto positiver wurde die Zugänglichkeit gewertet. Patienten mit fünf oder mehr chronischen Erkrankungen bewerteten diese Dimension schlechter als Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung. Gegenüber Stadtpraxen war die Zugänglichkeit auf dem Land und in kleineren Orten (Vorstadt) geringer.

**Kosten (n = 1495):** Je älter der Patient, desto weniger Probleme hatte er mit den Kosten. Patienten, die in den letzten 12 Monaten den Hausarzt zwei- bis viermal oder häufiger aufsuchten, und Patienten mit Abitur oder Abschluss einer (Berufs-) Fachschule hatten weniger Probleme mit den Kosten der Gesundheitsversorgung als Patienten,

die im betrachteten Zeitraum höchstens einmal beim Arzt waren bzw. Patienten ohne Abitur. Dagegen hatten Patienten, die im Ausland geboren waren, mehr Probleme mit den Kosten als im Inland Geborene.

## Diskussion

### PCMH-Eigenschaften von Hausarztpraxen aus Patientenperspektive

94 % der Befragten schätzten insgesamt die Qualität der Hausarztpraxis als *ausgezeichnet* bis *gut* ein, davon 65 % als *ausgezeichnet/sehr gut*, ein Ergebnis, das sich auch bei Koch et al. findet [8].

Eine hohe Anzahl der Patienten in unserer Studie hatte den gleichen Hausarzt über einen längeren Zeitraum, was von weiteren Untersuchungen in Deutschland bestätigt wird [8–10].

Die Studienpraxen bieten nach Meinung der befragten Patienten überwie-

gend eine patientenzentrierte Versorgung (gute Arzt-Patienten-Kommunikation durch aufmerksames Zuhören und verständliches Erklären, Eingehen auf Terminwünsche, Mitbeteiligung bei Entscheidungen), was auch aus anderen Studien mit deutschen Patienten zu Fragen der Arzt-Patient-Kommunikation und Patientenorientierung bekannt ist. Jedoch fand sich in Einzelaspekten noch Spielraum für Verbesserungen [8,11,12]. In unserer Studie wurde das Interesse des Hausarztes an der psychosozialen Situation des Patienten von den Befragten weniger wahrgenommen als es die Hausärzte in der gleichen Studie selbst postulierten. Die geringe Nachfrage des Hausarztes, ob die Erwartungen am Ende der Konsultation erfüllt wurden, wurde von Seiten der befragten Ärzte bestätigt [13]. Die gezielte Unterstützung einer aktiven Patientenrolle mit schriftlichen Hinweisen zum Selbstmanagement bzw. Prävention war nach Meinung der Studienpatienten ebenfalls ausbaufähig, ein Er-

Items der sieben PCMH-Dimensionen	Positiv und negativ bewerteter Anteil n (%)				Fehlende Werte n (%)		
	„ja“	„nein“	„immer/häufig“ bzw. „ausgezeichnet/sehr gut/gut“*	„selten/nie“ bzw. „befriedigend/schlecht“*	„bin mir nicht sicher“	„trifft nicht zu“	keine Angabe
<b>Persönlicher Hausarzt</b>							
B6 ... seit mind. 3 Jahren beim gleichen Hausarzt?	1623 (87,8 %)	116 (6,3 %)			11 (0,6 %)	8 (0,4 %)	90 (4,9 %)
<b>Koordination der Versorgung (letzte 12 Monate)</b>							
B7 Koordination der Behandlung mit Fachärzten/Krankenhaus durch den Hausarzt?	1331 (72,0 %)	246 (13,3 %)			40 (2,2 %)	101 (5,5 %)	130 (7,0 %)
B8 Austausch des Hausarztes mit sozialen Diensten?	175 (9,5 %)	672 (36,4 %)			69 (3,7 %)	744 (40,3 %)	188 (10,2 %)
B9 Gute Kenntnis des Hausarztes über die Versorgung durch andere Gesundheitseinrichtungen z. B. Facharzt?	1314 (71,1 %)	80 (4,3 %)			146 (7,9 %)	169 (9,1 %)	139 (7,5 %)
<b>Patientenorientierung (letzte 12 Monate)</b>							
B10 Interesse für seelisches Wohlbefinden?			1161 (62,9 %)	309 (16,7 %)	79 (4,3 %)	163 (8,8 %)	136 (7,4 %)
B11 Aufmerksames Zuhören?			1642 (88,9 %)	69 (3,8 %)	28 (1,5 %)	17 (0,9 %)	92 (5,0 %)
B12 Verständliche Erklärung medizinischer Dinge?			1591 (86,1 %)	87 (4,7 %)	25 (1,4 %)	36 (1,9 %)	109 (5,9 %)
B13 Interesse für Person und Lebensumstände?			1059 (57,3 %)	428 (23,2 %)	53 (2,9 %)	168 (9,1 %)	140 (7,6 %)
<b>Teameinsatz bei der Versorgung (letzte 12 Monate)</b>							
B14 Gute Zusammenarbeit des Praxisteams?			1643 (88,9 %)	44 (2,3 %)	38 (2,1 %)	41 (2,2 %)	82 (4,4 %)
B15 Innerhalb des Praxisteams klare Aufgabenverteilung?	1546 (83,7 %)	61 (3,3 %)			104 (5,6 %)	35 (1,9 %)	102 (5,5 %)
<b>Qualität und Sicherheit (letzte 12 Monate)</b>							
B16 Zugriff auf eigene Patientenakte?	396 (21,4 %)	1089 (58,9 %)			49 (2,7 %)	194 (10,5 %)	120 (6,5 %)
B17 Hausarzt auf dem neuesten medizinischen Stand?	1487 (80,5 %)	27 (1,5 %)			223 (12,1 %)	11 (0,6 %)	100 (5,4 %)
B18 Termine auf eigene Bedürfnisse abgestimmt?			1607 (86,9 %)	58 (3,1 %)	30 (1,6 %)	59 (3,2 %)	94 (5,1 %)
B19 Kenntnis des Hausarztes über Konsultation anderer Ärzte außerhalb der Sprechstunden?			889 (48,1 %)	212 (11,5 %)	84 (4,5 %)	534 (28,9 %)	129 (7,0 %)
B20 Guter Überblick des Hausarztes über Untersuchungsergebnisse (Facharzt, Labor, Röntgen) von sich aus?			1440 (77,9 %)	82 (4,4 %)	137 (7,4 %)	68 (3,7 %)	121 (6,5 %)
B21 Mitbeteiligung bei anstehenden Behandlungen?			1394 (75,4 %)	134 (7,3 %)	29 (1,6 %)	143 (7,7 %)	148 (8,0 %)
B22. Nachfrage des Hausarztes, ob die Erwartungen vom Arztbesuch erfüllt wurden?			815 (44,1 %)	615 (33,3 %)	99 (5,4 %)	134 (7,3 %)	185 (10,0 %)



B23 Patientenakte im Computer geführt?	1504 (81,4 %)	61 (3,3 %)			129 (7,0 %)	21 (1,1 %)	133 (7,2 %)
B24 Zufriedenheit über Umgang der Praxis bei Einreichen einer Beschwerde?	308 (16,7 %)	85 (4,6 %)			57 (3,1 %)	1216 (65,8 %)	182 (9,8 %)
B25 Schriftliche Anweisungen (nicht Medikamentenplan) durch den Hausarzt zum Selbstmanagement der chronischen Krankheit?			749 (40,5 %)	422 (22,8 %)	55 (3,0 %)	453 (24,5 %)	169 (9,1 %)
B26 Leicht verständliche Hinweise zu Prävention und Lebensstiländerung durch den Hausarzt?			1213 (65,6 %)	249 (13,5 %)	39 (2,1 %)	187 (10,1 %)	160 (8,7 %)
A5 Generelle Einschätzung der Qualität der Versorgung?			1744 (94,4 %)	71 (3,9 %)	7 (0,4 %)		26 (1,4 %)
<b>Zugänglichkeit (letzte 12 Monate)</b>							
B27 Erreichbarkeit des Hausarztes per E-Mail?	168 (9,1 %)	431 (23,3 %)			120 (6,5 %)	896 (48,5 %)	233 (12,6 %)
B28 Einfache telefonische Erreichbarkeit der Praxis in der Sprechzeit?	1478 (80,0 %)	114 (6,2 %)			35 (1,9 %)	101 (5,5 %)	120 (6,5 %)
B29 Telefonische Information über medizinische Versorgung außerhalb der Sprechzeit?	1109 (60,0 %)	89 (4,8 %)			56 (3,0 %)	448 (24,2 %)	146 (7,9 %)
B30 Internetseite mit Informationen zur Praxis?	289 (15,6 %)	266 (14,4 %)			734 (39,7 %)	251 (13,6 %)	308 (16,7 %)
<b>Kosten (letzte 2 Jahre)</b>							
B31 Hausarztbesuch schwierig wegen zu hoher Kosten?	74 (4,0 %)	1455 (78,7 %)			27 (1,5 %)	162 (8,8 %)	130 (7,0 %)
B32 Medizinische Behandlungen ohne Zuzahlungen?	1016 (55,0 %)	266 (14,4 %)			92 (5,0 %)	335 (18,1 %)	139 (7,5 %)

**Tabelle 2** Patientenbewertungen der Items des Patient-centered Medical Home (PCMH)-Fragebogens (N = 1848) (\* bei Item A5 (Qualität und Sicherheit))

gebnis, das durch andere Befragungen bestätigt wird [8, 12]. Probleme bei der Koordination der Versorgung der Befragten zeigten sich in unserer wie auch in anderen Studien [8, 9]. Vor allem die Kenntnis des Hausarztes über Konsultationen von Ärzten außerhalb der Sprechstundenzeiten (z.B. beim ärztlichen Notdienst) sowie der Austausch mit ambulanten und sozialen Diensten wurden als verbesserungswürdig angesehen. Hier haben Hausärzte einen besonderen Integrationsauftrag, während die Koordination zwischen Hausarzt und Facharzt bereits besser gelingt [3]. Zugangsmöglichkeiten für Patienten zur Praxis via E-Mail und Praxis-Website waren in unserer Studie wenig verbreitet. Andere Untersuchungen zeigen, dass deutsche Hausarztpraxen zwar eine gute IT-Ausstattung (Computer, Internetanschluss) haben [14]; über einen Internetauftritt verfügt

jedoch nur knapp über die Hälfte, und E-Mail wird kaum zum Patientenkontakt genutzt [15, 16]. Einsicht in ihre Patientenakte hatten nur wenige der Befragten genommen; möglicherweise bestand daran kein Interesse oder das persönliche Recht zur Akteneinsicht war nicht bekannt, wie andere Untersuchungen zeigen [17]. Dagegen zeigte sich mehr als in anderen Studien [8, 11] eine gute Zugänglichkeit zur Hausarztpraxis in Bezug auf telefonische Erreichbarkeit und geringe Kostenbarrieren.

#### Einflussfaktoren auf die Bewertung von Hausarztpraxen aus Patientensicht

Wie in anderen Studien schätzen auch in unserer Studie insbesondere ältere Patienten, Patienten mit einer höheren Zahl von Erkrankungen und Patienten

mit häufigeren Arztbesuchen ihre Versorgung insgesamt positiver ein, während Patienten mit höherem Bildungsniveau kritischer eingestellt sind und eine weniger enge Bindung an ihren Hausarzt aufweisen [18–20]. In unserer Studie gaben ältere Patienten, Patienten mit Abitur oder Abschluss einer (Berufs-) Fachschule und Patienten mit hoher Inanspruchnahme signifikant weniger Probleme mit den Kosten der Gesundheitsversorgung an. Dies spiegelt möglicherweise einen positiven Effekt der verminderten Zuzahlungsgrenze (maximal 1 % des Einkommens) in der gesetzlichen Krankenversicherung für „schwerwiegend“ chronisch Kranke in Dauerbehandlung wider [21].

In unserer Studie wurde die Teamarbeit schlechter eingeschätzt, je größer die Anzahl der Ärzte in der Praxis war. Andere Studien [22, 23] bestätigen, dass

**Anna Constantinidis ...**

... nach dem Studium der Humanmedizin an der Universität Pécs (Ungarn) und an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main arbeitet sie nun als Assistenzärztin in der Neurologie. Sie ist Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und beschäftigt sich mit dem Thema Versorgungsforschung und chronische Erkrankungen.

Patienten Praxen mit mehr Personal tendenziell schlechter bewerten, was eine gesundheitspolitische Herausforderung bedeutet angesichts der Empfehlung des SVR, die hausärztliche Versorgung zukünftig in größeren Einheiten zu organisieren [3].

**Limitationen der Studie**

Die Stichprobe war zwar klein, erscheint aber ausreichend, um Effekte im Rahmen vergleichender internationaler Studien nachzuweisen [11]. Sie weicht bezüglich Geschlecht und Alter der Ärzte nur wenig von der entsprechenden Verteilung der Hausärzte in Deutschland im Jahr 2010 ab [24]. Selektionseffekte (nur Praxen aus der Region Südhessen, Auswahl der Studienpatienten durch die Praxen, Ausfüllen der Fragebögen im Wartezimmer) können jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Die Fragen des PCMH-Fragebogens waren eher allgemein formuliert, um die Versorgungssituation in unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu erfassen, und es war nur eine geringfügige kulturelle Adaptation möglich. Fragen mit einem hohen Anteil fehlender Werte (z.B. B8, B27, B30, B24 in Tab. 2) konnten nicht ausreichend in die Bildung der PCMH-Scores einbezogen werden und machten eine Interpretation schwierig. Patienten könnten aus Altersgründen beispielsweise soziale Dienste oder IT-Medien bisher nicht benötigt bzw. genutzt haben. Eine Weiterentwicklung des Fragebogens mit einer Überarbeitung problematischer Items, einer kulturellen Adaptation und evtl. testtheoretischen Überprüfung anhand bereits validierter Fragebögen (z.B. EUROPEP) im Rahmen weiterführender Studien erscheint daher sinnvoll.

**Schlussfolgerungen**

Aus Sicht chronisch kranker Patienten sind wichtige Elemente des PCMH-Konzepts in deutschen Hausarztpraxen etabliert, jedoch besteht Optimierungspotenzial bei einzelnen Aspekten. Mit seinem patientenorientierten und krankheitsübergreifenden Ansatz zeigt das PCMH-Modell Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten in Deutschland auf.

**Interessenkonflikte:** FMG ist Vorsitzender des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; FMG, MB und AE sind Mitautoren des zitierten Sondergutachtens 2009.

**Korrespondenzadresse**

Anna Constantinidis  
Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
anna.constantinidis@gmx.de

**Literatur**

- Arvantes J. President announces funds for community health centers, PCMH pilot project 2009. *Am Fam Physician* 2010; 81: 103–104
- Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical homes: challenges in translating theory into practice. *Med Care* 2009; 47: 714–722
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Band I. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009
- Epperly T. The patient-centred medical home in the USA. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 373–375
- Faber M, Voermann G, Erler A, et al. Survey of 5 European countries suggests that more elements of patient-centered medical homes could improve primary care. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32: 797–806
- Faber M. (internationale Projektleitung im IQ of Healthcare in Nijmegen, Niederlande), persönliche Mitteilung, 15.05.2013
- Guethlin C, Beyer M, Erler A, et al. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Z Allg Med* 2012; 88: 173–181
- Koch K, Schurmann C, Sawicki P. The German health care system in international comparison: a patient perspective. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 427–434
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30: 2437–2448
- van den Bussche H, Eisele H, Schäfer I, Bachmann C, Kadaszkiewicz H. Die chronisch Kranken und ihre speziellen Versorgungsprobleme. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2007*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2007: 54–75
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 1999; 93: 437–445
- Osborn R, Squires D. International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth fund survey. *J Ambul Care Manage* 2012; 35: 118–128
- Erler A, Lilienkamp C, Constantinidis A, Beyer M, Gerlach FM. Die Hausarztpraxis – Ein 'medical home' für chronisch kranke Patientinnen und Patienten in Deutschland? Heidelberg (43. DEGAM-Kongress) 03.10.2009. <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung4/medicalhome.html> (letzter Zugriff am 30.05.2013)
- Schmiemann G, Schneider-Rathert W, Gierschmann A, Kersting M. Arztförderungssysteme in Hausarztpraxen – zwischen Pflicht und Kür. *Z Allg Med* 2012; 88: 127–132
- Dobrev A, Haesner M, Marten T, Korte W, Meyer I. Benchmarking ICT use

- among general practitioners in Europe. Brussels 2008. [http://www.empirica.com/publikationen/2009\\_en.htm](http://www.empirica.com/publikationen/2009_en.htm) (letzter Zugriff am 30.10.2012)
16. Institut für Demoskopie Allensbach. Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von niedergelassenen und Krankenhausärzten im April/Mai 2010. Berlin 2010. [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eHealth\\_Bericht\\_lang\\_final.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eHealth_Bericht_lang_final.pdf) (letzter Zugriff am 20.03.2013)
  17. Braun B, Reiners H, Rosenwirth M, Schlette S. Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen – Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006
  18. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 178
  19. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010; 22: 86–92
  20. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM. Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005; 48: 296–306
  21. Bundesministerium für Gesundheit. Informationsblatt zu den Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung 2011. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_broschueren/Infoblatt\\_Zuzahlungen\\_Stand\\_Januar\\_2011.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Infoblatt_Zuzahlungen_Stand_Januar_2011.pdf) (letzter Zugriff am 15.3.2013)
  22. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 46
  23. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expect* 2008; 11: 384–390
  24. Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2010; Kapitel 3: Ärztliche Versorgung. Berlin 2010. [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2011\\_03.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2011_03.pdf) (letzter Zugriff am 20.03.2013)



© Wilfried Deiß

## Leserfoto

Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto schenken wir Ihnen das Buch „Medizin kompakt“ von Michael Spalek aus dem Deutschen Ärzte-Verlag. Also senden Sie uns weiterhin Ihre Fotos.