

Sind deutsche Hausarztpraxen ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten?

Die Perspektive von Hausärzten

Do Family Practices Function as Medical Homes for Chronically Ill Patients in Germany?

The Perspective of Family Practitioners

Carolin Lilienkamp, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Antje Erler

Hintergrund: Das in den USA entwickelte Patient-Centered Medical Home (PCMH) wurde vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als ein potenzieller Beitrag zur Entwicklung eines koordinierten und populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland vorgestellt.

Methoden: Im Rahmen einer internationalen Studie wurden zufällig ausgewählte Hausarztpraxen in Südhessen befragt. Mittels Fragebogen und vertiefender Telefoninterviews wurde evaluiert, inwieweit Elemente des PCMH in der Praxis umgesetzt werden und welche Faktoren diese Umsetzung fördern bzw. behindern. Die Interviews mit Hausärzten wurden nach der Methode des „framework approach“ ausgewertet.

Ergebnisse: 36 Hausärzte wurden per Fragebogen und 14 per Telefoninterview befragt. Als bereits umgesetzte Aspekte des PCMH wurden ein guter Zugang zu hausärztlicher Behandlung, ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis zu einem persönlichen Hausarzt, ein guter Informationsaustausch mit anderen Behandlern, regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die Nutzung von Leitlinien und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit Patienten genannt. Barrieren sind nach Meinung der Befragten Zeitdruck und Bürokratie in der Praxis, die unzureichende Vergütung von Leistungen sowie mangelnde IT-Vernetzung und Datenschutzprobleme; fördernde Faktoren ein fundiertes Fachwissen, ärztliche Erfahrung, Netzwerkbildung und ein funktionierendes Team.

Schlussfolgerungen: Aus Sicht der Hausärzte werden zentrale Elemente des PCMH-Konzepts bereits umgesetzt. Optimierungspotenzial und Unterstützungsbedarf bestehen vor allem beim Thema IT, vergleichende Qualitätssicherung und der Finanzierung hausärztlicher Leistungen.

Schlüsselwörter: Hausärzte; Primärversorgung; neue Versorgungskonzepte; Patient-Centered Medical Home

Background: The patient-centered medical home (PCMH) developed in the U.S. has been described by the German Advisory Council on the assessment of developments in the healthcare system as potentially able to make a contribution towards the development of a coordinated and population-based healthcare model in Germany.

Methods: Randomly selected family practices in southern Hesse were surveyed as part of an international study. By means of questionnaires and in-depth telephone interviews, family practitioners were asked to what extent different elements of PCMH had been implemented in their practices and what factors promoted or hindered the implementation. The interviews were analysed using the framework approach.

Results: 36 family practices were surveyed by questionnaire and 14 by telephone interview. Features of the PCMH that have already been implemented include easy access to primary health care, a trusting relationship between the patient and a personal physician, effective communication between family practitioner and other health care providers, regular CME, use of guidelines, and shared decision making. Family practitioners regarded time pressure, bureaucracy in the practice, insufficient remuneration, deficits in IT-networking, and data security problems as obstacles, while sound professional knowledge, medical experience, the creation of personal networks, and a smoothly functioning team were considered supporting factors.

Conclusions: Family practitioners believed that central elements of the PCMH concept already had been implemented in their practices. Room for improvement and the need for support were found in the areas of IT, comparative quality assurance and remuneration.

Keywords: Family Physicians; Primary Care; Innovative Healthcare Concepts; Patient-Centered Medical Home

Hintergrund

Weltweit steigt die Lebenserwartung an [1]. Ab dem 80. Lebensjahr leidet jeder sechste Mann und jede vierte Frau unter fünf oder mehr Krankheiten (Multimorbidität) [2]. Bis zum Jahr 2020 wird der Anteil von Patienten mit chronischen Erkrankungen 60 % betragen [2], was die Primärversorgung vor erhebliche Herausforderungen stellt. In den USA sind daher verschiedene Rahmenkonzepte für eine strukturierte Versorgung chronisch Kranker entwickelt worden, deren bekannteste das Chronic Care Modell (CCM) [3] und das Patient-Centered Medical Home (PCMH) [4] sind.

Das PCMH beinhaltet einen erweiterten Zugang und eine langfristige Bindung an einen persönlichen Hausarzt, der ein Praxisteam leitet, das die Versorgung des Patienten koordiniert. Der Patient, sein Umfeld sowie dessen kulturelle und persönliche Wertvorstellungen werden bei der Behandlung berücksichtigt. Zusätzlich besteht ein niedrigschwelliger Zugang zur ärztlichen Versorgung. Durch eine längerfristige Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt sich der Hausarzt zu einer Vertrauensperson im Gesundheitswesen.

Qualität und Patientensicherheit sind zentrale Anliegen. Dazu ist ein Vergütungssystem notwendig, das diese Angebote entsprechend honoriert [4]. US-amerikanische Studien konnten zeigen, dass die Versorgung in einem PCMH in einer verbesserten Behandlungsqualität, Zugänglichkeit und Patientenzufriedenheit sowie in einer geringeren Morbidität und Mortalität resultiert [5]. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellte das PCMH im Jahr 2009 als einen potenziellen Beitrag zur Entwicklung eines koordinierten und populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland vor [6]. Auch die Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) haben einige PCMH-Elemente aufgenommen, z.B. die Bildung eines Praxisteam, und es sollten stabile und förderliche Rahmenbedingungen angestrebt werden. Der Arzt koordiniert die Behandlung mit dem Ziel einer langfristigen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, die besonders bei der Behand-

lung von chronisch kranken Patienten hilfreich ist. Die Allgemeinmedizin soll eine wohnortnahe, flächendeckende und niedrigschwellige Grundversorgung anbieten, besonders auch für ältere Patienten [7].

Während zur Implementierung von CCM-Elementen inzwischen einige Studien aus Deutschland vorliegen [z.B. 8], ist die Datenlage zum PCMH-Konzept spärlich.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen einer international vergleichenden Studie zum PCMH in fünf europäischen Ländern durchgeführt (Deutschland, Niederlande, Belgien, England, Dänemark) [9]. Sie untersucht in einem quantitativen und vertiefenden qualitativen Forschungsansatz, welche Faktoren bei der Versorgung chronisch kranker Patienten aus Sicht deutscher Hausärzte besonders wichtig sind, inwieweit Elemente des PCMH in Hausarztpraxen umgesetzt werden, und welche Faktoren die Umsetzung von PCMH-Elementen fördern bzw. behindern.

Methode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine prospektive Querschnittuntersuchung mit einem quantitativen (schriftliche Befragung) und einem qualitativen Untersuchungsteil (Telefoninterviews).

Erhebungsinstrumente

Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente erfolgte durch den niederländischen Kooperationspartner für alle teilnehmenden Länder in englischer Sprache. Fragebögen und Interviewleitfaden wurden in die jeweilige Landessprache übersetzt, kulturell adaptiert, in einem Pretest mit drei Hausärzten erprobt und bezüglich Anwendbarkeit und Verständlichkeit angepasst.

Für die Fragebogenentwicklung wurden relevante Elemente eines PCMH mittels einer systematischen Literaturrecherche identifiziert, von internationalen Experten bewertet, ergänzt, gewichtet und in einem mehrstufigen DELPHI-Verfahren konsentiert. Anhand der Ergebnisse wurde je ein Fragebogen für Patienten, Hausärzte sowie zur Praxisorganisation entwickelt. Der Entwicklungs-

prozess wurde bereits ausführlich beschrieben [10].

Der Fragebogen für Hausärzte beinhaltete 32 Fragen zur Demografie und zu den sieben PCMH-Dimensionen, der Fragebogen zur Praxisorganisation enthielt 27 Items. Die Antwortkategorien waren dichotom (*ja/nein*) oder vierstufige Likertskalen (*immer/häufig/selten/nie; sehr wichtig/wichtig/weder-noch/nicht wichtig; ausgezeichnet/gut/schlecht/sehr schlecht*) mit den zusätzlichen Antwortmöglichkeiten *bin mir nicht sicher* und *trifft nicht zu*.

Die englische Originalversion des Interviewleitfadens enthielt 30 Fragen; die deutsche Endversion mit Zusatzfragen zum Versorgungssystem 87 Fragen zu den Bereichen

- Patientenorientierung,
- Koordination, d.h. Organisation der Behandlung bei komplexen Versorgungsbedürfnissen,
- Koordination der Versorgung mittels IT-Funktionen,
- Qualität und Sicherheit,
- Zugang zur Versorgung,
- Kosten und Finanzierung hausärztlicher Versorgung.

Datenerhebung

Die **schriftliche Befragung** erfolgte zwischen dem 21.04.2009 und dem 22.06.2009. Die **telefonischen Interviews** wurden zwischen dem 15.02.2010 und dem 09.03.2010 durchgeführt. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität genehmigt.

Für die Praxisrekrutierung wurde eine nach strukturellen (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) und regionalen (städtische [> 100.000 Einwohner] oder ländliche [< 100.000 Einwohner] Lage der Praxis) Kriterien geschichtete Zufallsstichprobe ($n = 633$) aus dem hausärztlichen Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gezogen. Kinderärzte, Hausärzte außerhalb des Postleitzahlbereichs 6 (= Südhessen) sowie lehr- und erfahrungsbereite Hausärzte des Instituts für Allgemeinmedizin (IfA) Frankfurt wurden ausgeschlossen [9]. Die Praxen wurden schriftlich zur Teilnahme eingeladen und interessierte Praxen zwecks Terminabsprache für eine Studieneinweisung des Praxisteams vor Ort telefonisch kon-

	% (n)	Mittelwert	SD	Spannweite
Anteil SP	41,7 (15)			
Anteil GP	44,4 (16)			
Anzahl der Ärzte in der Praxis (VZÄ)		1,5		1,0–3,0
Anzahl der MFA (VZÄ)		2,8		1,0–8,0
Alter Hausärzte/-innen in Jahren		50,6	8,5	34,0–68,0
Anteil männlich	55,6 (20)			
Jahre seit der Facharztprüfung		14,4	1,4	1,0–30,0
Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt in Stunden		69,5	3,0	30,0–98,0
Patientenkonsultationen pro Woche		329,0	26,0	100,0–700,0
Dauer eines Routinetermins in Minuten		12,8	0,6	5,0–20,0
VZÄ = Vollzeitäquivalente, GP = Gemeinschaftspraxis (> 1 Hausarzt), SP = Stadtpraxis (> = 100.000 Einwohner); SD = Standardabweichung				

Tabelle 1 Charakteristika der Studienpraxen (N = 36)

taktiert. Hausarzt- und Praxisfragebogen wurden im Rahmen des Praxisbesuchs ausgefüllt.

Datenauswertung

Die Datenerfassung der **Fragebögen** erfolgte manuell im Institut für Allgemeinmedizin. Als Software für die Datenauswertung wurde das Programm SPSS (Version 18.0) verwendet. Kategoriale Variablen wurden deskriptiv als Häufigkeiten und Prozentwerte, kontinuierliche Variablen als Mittelwerte incl. Standardabweichung, Minimum und Maximum dargestellt. Für eine prägnantere Darstellung wurden die Antwortkategorien der vierstufigen Likertskalen in negative (*selten/nie; weder/noch/nicht wichtig; schlecht/sehr schlecht*) und positive Ausprägungen (*immer/häufig; sehr wichtig/wichtig; ausgezeichnet/gut*) dichotomisiert.

Die **Telefoninterviews** wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels des „framework approach“ [11]. Bei dieser Methode werden wörtliche Transkripte anhand eines vorher festgelegten theoretischen Modells relevanten Schlüsselthemen, Konzepten und Kategorien zugeordnet und ein Index zur Identifizierung von Hauptthemenbereichen und Unterthemen festgelegt. Im Anschluss erfolgt die Erstellung einer Tabelle (Matrix) zu jedem Hauptthema. Theoretische Grundlage und Hauptthemen unserer Auswertung waren die sie-

ben Dimensionen des PCMH-Modells [4], Unterthemen die derzeitige Umsetzung von PCMH-Elementen in der Hausarztpraxis („current practice“), die „ideale“ Umsetzung („best practice“) sowie Umsetzungsbarrieren und fördernde Faktoren. Index und Matrix wurden von zwei Untersuchern (CL und AE) unabhängig voneinander erstellt und anschließend konsentiert.

Ergebnisse

Das Rekrutierungsziel von 36 Studienpraxen (fünf städtische und elf ländliche Gemeinschaftspraxen, je zehn städtische und ländliche Einzelpraxen) wurde erreicht. 14 der 36 Studienpraxen erklärten sich zusätzlich zu einem Interview bereit.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung können den Tabellen entnommen werden. Tabelle 1 zeigt wichtige Merkmale der 36 Studienpraxen, Tabelle 2 die Bewertungen der Hausärzte für die Items des PCMH-Fragebogens.

Ergebnisse der Telefoninterviews

Patientenorientierung

Patientenorientierung bedeutete für die befragten Hausärzte vor allem die Einbeziehung psychosozialer Faktoren und eine ganzheitliche Sicht des Patienten,

die durch die langjährige Beziehung gefördert wird.

„[...] genaue Kenntnisse der Anamnese und auch soziales Umfeld [...] finde ich als Hausarzt sehr wichtig, weil viele Erkrankungen als Ursache eben diese Hintergründe haben.“ (Praxis 9)

Das eigene Wissen, Erfahrung und eine strukturierte Behandlung chronisch Kranker wurden als fördernde Faktoren; Bürokratie, mangelnde Honorierung, Budgetdruck und Zeitmangel als Barrieren für eine patientenorientierte Behandlung benannt.

Koordination

Eine gute Kommunikation zwischen allen Behandlern und das Vorhandensein eines Koordinators wurden als besonders wichtig erachtet. Für die Nachverfolgung von Überweisungen gab es kein standardisiertes Vorgehen. Neben dem Rücklauf von Arztbriefen erfolgen ggf. telefonische Nachfragen oder Patienten bringen die Befunde mit. Arztbriefe von Fachspezialisten erhielten die Hausärzte in 60–95 % der Fälle.

Als Barrieren wurden lange Wartezeiten auf Termine bei Fachspezialisten und fehlende Befunde, als fördernde Faktoren ein funktionierender Informationsaustausch (häufig per Fax) genannt, der vor allem durch persönliche Kontakte sichergestellt wird.

„[...] die gute Zusammenarbeit mit den Kollegen, das ist oft auch so, dass das durch den Qualitätszirkel gebahnt ist [...] oder

PCMH-Dimension	Gekürzte Fragen	Ja	Immer/ häufig; ausge- zeichnet/ gut; sehr wichtig/ wichtig	Mindest. 1x/Wo	1x/ Monat oder seltener	Nein	Selten/nie; schlecht/ sehr schlecht; weder- noch/nicht wichtig	Bin mir nicht sicher	Trifft nicht zu/ keine Angabe
		% (n)	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Pat.-Orientierung	Betreuung d. Pat. seit mind. 3 Jahren?	86 (31)							14 (5)
	Eingeschriebene Patienten?	17 (6)				61 (22)		8 (3)	14 (5)
	Breites Spektrum an Leistungen?	97 (35)						3 (1)	
	Berücksichtigung psychosozialer Aspekte?		100 (36)						
	Partizipative Entscheidungsfindung?		97 (35)				3 (1)		
	Behandlung aller Probleme?	67 (24)					14 (5)		19 (7)
Koordination	Wie oft Koordination der Behandlung mit anderen Ärzten/innen?		92 (33)				8 (3)		
	Wie oft Zusammenarbeit mit Einrichtungen in der Gemeinde?			72 (26)	25 (9)				3 (1)
Team	Teambeurteilung erfolgt?	72 (26)				25 (9)		3 (1)	
	Kollegialität im Team?		92 (33)					3 (1)	5 (2)
	Kommunikation im Team?		92 (33)					3 (1)	5 (2)
	Klare Aufgabenverteilung?	84 (30)				5 (2)		8 (3)	3 (1)
Qualität	Aus- und Fortbildungen?	97 (35)				3 (1)			
	Zweitmeinungen für Patienten?		95 (34)				5 (2)		
	Anwendung von Leitlinien?		90 (32)				5 (2)	5 (2)	
	Überprüfung von Patientenerwartung?		39 (14)				58 (21)		3 (1)
	Schriftliche Patientenweisung?		53 (19)				47 (17)		
	Interne Qualitätsprüfung?	84 (30)				11 (4)		5 (2)	
	Vorgehen bei Reklamationen?	51 (18)				39 (14)		5 (2)	5 (2)
	Jährlicher Geschäftsbericht?	25 (9)				69 (25)		3 (1)	3 (1)
Zugang	Informationen zur Versorgung außerhalb der Sprechzeiten?	97 (35)				3 (1)			
	Barrierefreie Praxis?	45 (16)				47 (17)		8 (3)	
	Hilfen bei Sprachbarrieren?	58 (21)				39 (14)		3 (1)	
	Praxisinternetseite?	30 (11)				67 (24)		3 (1)	
	Erreichbarkeit per E-Mail?	42 (15)				55 (20)		3 (1)	
	Separate Notfalltelefonnummer?	28 (10)				69 (25)			3 (1)
Finanzierung	Nicht finanzierbare Behandlung?		11 (4)				67 (24)	19 (7)	3 (1)
	Koordinationsvergütung Chroniker?	28 (10)				62 (22)		5 (2)	5 (2)
	Adäquate Vergütung Praxisteam?	3 (1)				80 (29)		14 (5)	3 (1)
	Behandlung ohne Zuzahlung?	80 (29)				17 (6)		3 (1)	
	Förderung Leitlinienanwendung?	5 (2)				90 (32)		5 (2)	
	Finanzielle Förderung elektronischer Patientenakten (EHR)?					95 (34)		5 (2)	

Informationstechnologie	Elektronische Patientenakten?	80 (29)			17 (6)			3 (1)
	Praxis-Internetanschluss?	72 (26)			28 (10)			
	Praxis-E-Mail?	67 (24)			33 (12)			
	Elektronische Apothekenrezepte?				100 (36)			
	Nutzung EHR mit anderen Ärzten?	22 (8)			75 (27)		3 (1)	
	EHR-Zugriff außerhalb der Praxis?	36 (13)			64 (23)			
	Zugriff Pat. auf eigene Akte?				100 (36)			
	Management für das Vorgehen bei							
	- herausgehenden Daten?	42 (15)			47 (17)		8 (8)	3 (1)
	- eintreffenden Daten?	90 (32)			5 (2)		5 (2)	
	- Nachverfolgung Befunde?	62 (22)			30 (11)		8 (3)	
	Leichter Leitlinienzugriff?	86 (31)			11 (4)		3 (1)	
	Zugang zu medizinischer Literatur?	59 (21)			36 (13)		5 (2)	
	Recall-System für Patienten?	47 (17)			53 (19)			

Tabelle 2 Ergebnisse des Hausarzt- und Praxisfragebogens

den regelmäßigen Kontakt mit Kollegen.“ (Praxis 15)

Team

Teammitglieder waren überwiegend medizinische Fachangestellte (MFA). Zum Informationsaustausch wurden Eintragungen in die Patientenakte, persönlicher Austausch, interne E-Mails und Teambesprechungen genutzt.

Qualität und Sicherheit

Qualitätsmanagement erfolgte im Rahmen von Teamsitzungen und mittels Patienten- und Mitarbeiterbefragungen. Eine systematische Qualitätsmessung oder Zertifizierung der Praxen war selten. Leitlinien lagen meist als Papierversion vor und wurden individuell angepasst. Zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit Patienten erklärten die Hausärzte Behandlungen und boten Alternativen an. Die Möglichkeiten für Patienten, sich im Internet zu informieren, wurden zum Teil kritisch gesehen.

„[...] Schwierig finde ich auch die Patienten, wenn die im Internet schon geblättert haben [...] und wollen das ausprobieren.“ (Praxis 31)

Schriftliche Anweisungen und Informationen zum Selbstmanagement wurden selten verwendet.

„[...] Nutzen wir eigentlich nicht. [...] Das kann mal, wenn es gut gemacht ist, von der Pharmaindustrie genommen werden,

wobei wir das selber immer nochmal aufarbeiten.“ (Praxis 1).

Eine systematische Identifizierung und Betreuung bestimmter Patientengruppen (z.B. mittels Patientenregister) erfolgte nur im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP). Limitierende Faktoren waren personelle und zeitliche Faktoren.

Als Barrieren für eine qualitativ hochwertige Versorgung wurden Zeitdruck und schlechtes Fehlermanagement genannt, als fördernde Faktoren ein strukturiertes Qualitätsmanagement, ein gutes Team und eine suffiziente Kommunikation.

Zugang („access“)

Das Angebot der Praxen umfasste erweiterte Öffnungszeiten, eine Telefonansage außerhalb der Sprechstunde und eine separate Notfalltelefonnummer, jedoch hatte keiner der befragten Hausärzte eine separate Telefonsprechstunde.

„Wenn die [Patienten] anrufen, dann wird die Nummer notiert. [...] Ich rufe dann zwischen Patienten oder nach der Sprechstunde zurück.“ (Praxis 13).

Die finanzielle Zugänglichkeit zu hausärztlicher Versorgung wurde insgesamt als gut eingeschätzt.

„Wo der sein Chipkärtchen eingelesen hat und seine 10 Euro bezahlt hat, [...] in dem Moment hat er ja alle Möglichkeiten des medizinischen Systems in Deutschland [...] offen.“ (Praxis 10)

Kosten und Finanzierung

Mit der Vergütung ihrer Leistungen waren die meisten Ärzte eher unzufrieden. Als Barrieren für eine angemessene Vergütung wurden die politischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen angesehen, fördernd wirkt sich eine hohe Patientenzahl aus.

„[...] die Honorierung [...] ist einfach für die angebotene Qualität und Leistung schlecht. Die Masse macht es dann, dass die Praxis doch überleben kann.“ (Praxis 13)

Nutzung von IT

Einerseits wünschten sich die Befragten eine bessere digitale Vernetzung und elektronische Kommunikation.

„[...] so eine Art elektronische Patientenakte mit einem zentralen Server auf den die einzelnen Fachgruppen, Krankenhäuser oder [so] zugreifen könnten und könnten die letzten Untersuchungsergebnisse oder Dokumentationsbefunde einsehen [...]“ (Praxis 13)

Andererseits standen sie dem digitalen Informationsaustausch skeptisch gegenüber. Als Barrieren für eine digitale Vernetzung wurden nicht funktionierender Software, der anfängliche Zeit- und Kostenaufwand und die Anforderungen des Datenschutzes genannt, dessen Einhaltung in der Verantwortung des einzelnen Arztes liegt.

„Das ist etwas, dem ich sehr zurückhaltend gegenüberstehe, aus Gründen des Datenschutzes. [...]“ (Praxis 5)

Barrieren für den E-Mail-Kontakt mit Patienten waren Unklarheiten bei der konkreten Handhabung im Praxisalltag.

„[...] Man muss die ja lesen, und [...] mehr als einmal am Tag wird man diese E-Mails nicht lesen können [...]“ (Praxis 1)

Diskussion

Nach Meinung der befragten Hausärzte sind zentrale und bereits umgesetzte Aspekte des PCMH ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis zu einem persönlichen Hausarzt, ein auf persönlichen Kontakten basierender guter Informationsaustausch mit anderen Behandlern (und Hausärzten als Koordinatoren), regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die Nutzung von Leitlinien und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit Patienten. Durch erweiterte Öffnungszeiten und geringe finanzielle Barrieren für Patienten bestehe ein guter Zugang zu ärztlicher Behandlung. Als Barrieren für die Implementierung des PCMH-Modells wurden Zeitdruck und Bürokratie in der Praxis, die unzureichende Honorierung von Leistungen, mangelnde IT-Vernetzung und Datenschutzprobleme, als fördernde Faktoren ein fundiertes Fachwissen, ärztliche Erfahrung, Netzwerkbildung und ein funktionierendes Team genannt.

Ergebnisse aus Deutschland [12, 13] bestätigen, dass ein niedrigschwelliger, von der finanziellen Situation weitgehend unabhängiger Zugang zu hausärztlicher Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen besteht. Über 90 % der Bevölkerung und 96 % der chronisch Kranken haben einen persönlichen Hausarzt [14].

Unsere Studie zeigt, dass Hausärzte in Eigeninitiative persönliche Kontakte mit anderen Behandlern knüpfen, um eine gute Koordination und Kooperation der Versorgung zu gewährleisten. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erscheinen Kommunikationswege in Deutschland wenig institutionalisiert und dadurch nicht ohne weiteres „gebahnt“ [15]. Hilfreich wären z.B. standardisierte Verfahren zur Information des Hausarztes vor Entlassung von pflegebedürftigen Patienten. Trotz gesetzli-

Carolyn Lilienkamp ...



... studierte Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit dem 01.01.2013 ist sie als Assistenzärztin im Klinikum Bielefeld Mitte beschäftigt. Sie ist Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und beschäftigt sich dort mit dem Thema Versorgungsforschung aus hausärztlicher Sicht.

cher Vorgaben zum Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement [16] gibt es offensichtlich bei der Umsetzung in die (hausärztliche) Praxis noch Probleme.

Potenzial für eine Förderung der Kooperation sahen die befragten Ärzte in einer IT-Vernetzung; andererseits bestanden erhebliche Bedenken bezüglich der Verantwortung für Patientendaten, Zeit- und Kostenaufwand sowie mangelnden IT-Kenntnissen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass 99 % der befragten Praxen ein Praxissoftwaresystem haben, was 93 % allerdings nur für die Abrechnung und Verordnung von Medikamenten nutzen [17]. Finanzielle Anreize für eine erweiterte IT-Nutzung, eine rechtliche Entlastung beim Datenschutz (z.B. Nachweis sämtlicher möglicher Sicherheitsmaßnahmen, wie funktionierende/aktuelle Firewall etc.) und Unterstützung durch einen professionellen IT-Support könnten möglicherweise Barrieren abbauen.

Ein wichtiges Thema in unserer Studie war die nach Meinung der Ärzte unzureichende Honorierung hausärztlicher Leistungen, die auch durch eigene Initiative und Mehrarbeit nicht zu verändern sei. Eine mögliche Verbesserung der hausärztlichen Honorierung bieten seit dem 31.12.2010 die Hausarztverträge (HzV), z.B. in der in Baden-Württemberg umgesetzten Form [18]. Die starke Resonanz ist ein Signal für dringlichen Veränderungsbedarf im derzeitigen Abrechnungssystem. Deutsche Hausärzte/innen haben eine hohe Anzahl von Patientenkontakten [19] und die stärkste Arbeitsbelastung im internationalen Vergleich [20], was die Hausärzte in unserer Studie damit begründeten, dass aus finanziellen Gründen eine große Anzahl von Patienten pro Quartal behandelt werden müsse. Eine entlastende Delegation von Aufgaben innerhalb eines multiprofessionellen Praxisteam oder alternative Kommunikationswege mit Patienten (z.B. Telefonsprechstunde) wer-

den im derzeitigen Vergütungssystem nicht finanziell gefördert und daher auch nicht umgesetzt, wie sowohl unsere Untersuchung als auch andere Studien zeigen. [z.B. 15].

Im Bereich Qualität und Sicherheit setzen die befragten Hausärzte/innen viele PCMH-Elemente bereits um, allerdings häufig, ohne diese im Sinne einer ständigen Verbesserung systematisch zu evaluieren. Ein Vergleich mit anderen Ärzten im Sinne eines Benchmarkings war vielen Befragten wichtig. Wie im Bereich der Pharmakotherapie könnten beispielsweise Qualitätszirkel hierfür noch systematischer genutzt werden.

Limitationen der Studie

Die Zahl der in unserer Studie befragten Hausärzte war relativ klein und die Zufallsauswahl auf eine Region in Hessen begrenzt, daher ist ein Selektionsbias wahrscheinlich. Da unsere Stichprobe bezüglich Alter und Geschlecht eine ähnliche Verteilung aufweist wie in Deutschland [21], und eine vergleichbare Größe in internationalen Studien als ausreichend angesehen wurde, um Effekte nachzuweisen [22], gehen wir davon aus, dass die Ergebnisse dadurch nicht sinngemäß verfälscht wurden. Zur Validierung wäre jedoch eine Untersuchung mit einer größeren Stichprobe, z.B. in Form einer bundesweiten Befragung, wünschenswert. Die Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden erlaubte eine umfassende Untersuchung des Themas mit tieferen Einblicken in die praktische Umsetzung von PCMH-Elementen als eine reine schriftliche Befragung.

Die Fragebogenitems wurden im Vorfeld auf Inhalts- und Konstruktvalidität, jedoch nicht formal testtheoretisch auf Validität und Reliabilität geprüft (z.B. mittels Faktorenanalyse), und bei einzelnen Fragen fielen Inkonsistenzen in den Antworten auf. Beispielswei-

se wurde die Frage „Können Patienten Sie oder Ihre Praxis per E-Mail kontaktieren?“, die in Hausarzt- und Praxisfragebogen vorkam, unterschiedlich häufig mit „Ja“ beantwortet. Für weitere Studien sollten problematische Items überarbeitet und formal validiert werden.

Schlussfolgerung

Wichtige Elemente des PCMH-Konzepts werden in deutschen Hausarztpraxen

bereits umgesetzt. Optimierungspotenzial und Unterstützungsbedarf bestehen vor allem beim Thema IT, vergleichende Qualitätssicherung und der Finanzierung hausärztlicher Leistungen.

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

Korrespondenzadresse

Carolin Lilienkamp
Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
carolin.lilienkamp@t-online.de

Literatur

1. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2 – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2010. <http://www.statistik.sachsen.de/html/9167.htm> (letzter Zugriff am 24.08.2013)
2. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2010; 53: 417–426
3. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20: 64–78
4. American Academy of Family Physicians. Joint principles of the patient-centered medical home. Del Med J 2008; 80: 21–22
5. Epperly T. The patient-centred medical home in the USA. J Eval Clin Pract 2011; 17: 373–375
6. 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
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Frankfurt am Main 2012. http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 04.11.2013)
8. Ludt S, van Lieshout J, Campbell SM, et al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. BMC Health Serv Res 2012; 12: 221
9. Faber M, Voerman 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
10. Constantinidis A, Beyer M, Karl S, Gerlach FM, Erler A. Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? Z Allg Med 2013; 89: 317–324
11. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. London: Sage Publications, 2009
12. Marstedt G. Transparenz in der ambulanten Versorgung: Patienten auf der Suche nach einem „guten Arzt“. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007: 11–34
13. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. Health Aff (Millwood) 2009; 28: w1–16
14. Bergmann E, Kalcklosch M, Tiemann F. [Public health care utilisation. Initial results of the Telephone Health Survey 2003]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48: 1365–1373
15. 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
16. Sozialgesetzbuch V. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/11.html (letzter Zugriff am 28.08.2013)
17. 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 (letzter Zugriff am 30.08.2013)
18. Gerlach FM, Szecsenyi J. Inhalte und Qualität sind entscheidend. Dtsch Arztebl 2011; 108: A 996–998
19. Koch K, Miksch A, Schurmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 255–261
20. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, von dem Knesebeck O, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. Soc Sci Med 2010; 71: 298–304
21. Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2010; Kapitel 3: Ärztliche Versorgung. Berlin 2010. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2011_03.pdf (letzter Zugriff am 30.08.2013)
22. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000; 50: 882–887