Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)

Ergebnisbericht
(Stand 09.09.2014)

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin
Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
Telefon: +49(0)69 / 6301 - 5687
Telefax: +49(0)69 / 6301 - 6428

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg
Tel +49 (0)6221 / 56 - 4743
Fax +49 (0)6221 / 56 – 1972

Projektleitung

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Projektbeteiligte

Arbeitspaket I

PD Dr. Gunter Laux, Dipl.-Wi.-Inf.
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle
Dipl.-Demogr. Erik Bauer
Valerie Steeb, M.A.
AQUA-Institut, Göttingen

Dr. sc. hum. Christian Stock, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Arbeitspaket II

PD Dr. phil. Katja Götz

PD Dr. med. Antje Miksch

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Arbeitspaket III

Karola Mergenthal, M. Sc. PH

Dipl. Soz. Martin Beyer

Dr. phil. Dipl. Psych. Corina Güthlin

Mareike Leifermann, B. Sc. PH

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Arbeitspaket IV

Dipl. Soz. Martin Beyer

Dr. phil. Dipl. Psych. Corina Güthlin

Dipl. Psych. Anne Kümmel

Dipl. Betriebswirtin Zeycan Albay

Kataryna Karimova, MSE

Dr. med. Paul Robert Lübeck
Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle
Dipl.-Demogr. Erik Bauer
Valerie Steeb, M.A.
AQUA-Institut, Göttingen

Dr. sc. hum. Christian Stock
Lorenz Uhlmann
Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg

Förderer

Deutscher Hausärzteverband, MEDI-Verbund und AOK Baden-Württemberg

Hauptverwaltung, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

TABELLENVERZEICHNIS **9**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS **12**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **13**

EXECUTIVE SUMMARY **15**

I. ARBEITSPAKT I **23**

1 HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNGEN **23**

1.1 NEUE FRAGESTELLUNGEN 24

2. METHODEN **26**

2.1 STICHPROBE 26
2.2 STUDIENDESIGN 27
2.3 DATENBASIS 27
2.4 DATENSCHUTZ 28
2.5 GRUPPENSPEZIFISCHE ERMITTLUNG VON HAUSÄRZTEN UND PRAXEN 28
2.6 MORBIDITÄTSMAß 28
2.7 STATIONÄRE AUFENTHALTE 29
2.8 HYPOTHESENPRÜFUNG UND VARIANZAUFKLÄRUNG 29

3. ERGEBNISSE **31**

3.1 SOZIODEMOGRAFISCHE STRUKTUR 32
3.2 TABELLARISCHE ERGEBNISÜBERSICHT 33
3.3 HAUSARZTKONTAKTE 35
3.4 FACHARZTKONTAKTE MIT ÜBERWEISUNG AUS DER HAUSARZTPRAXIS 35
3.5 FACHARZTKONTAKTE OHNE ÜBERWEISUNG AUS DER HAUSARZTPRAXIS 35
3.6 HOSPITALISATIONSRATE 35
3.7 KRANKENHAUSTAGE (LIEGEZEITEN) 35
3.8 KRANKENHAUS-WIEDEREINWEISUNGEN 36
3.9 POTENTIELL VERMEIDBARE KRANKENHAUSEINWEISUNGEN 36
3.10 STATIONÄRE KOSTEN 36
3.11 PHARMAKOTHERAPIEKOSTEN 36
3.12 POLYMEDIKATION 37
3.13 ROT HINTERLEGTE PRÄPARATE 37
3.14 DMP-EINSCHREIBUNGEN 38
3.15 TEILPAKET 1: KRANKENHAUSEINWEISUNGEN AUFGRUND VON PSYCHISCHEN STÖRUNGEN 39

4. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG **40**

II. ARBEITSPAKT II **42**

1. HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNGEN **42**

2. METHODE **43**

2.1 QUALITATIVE BEFRAGUNG 43
2.1.1 Interviews mit Hausärzten *43*
2.1.2 Interviews mit Patienten *44*

2.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse ... *45*
2.1.4 Gütekriterien qualitativer Forschung ... *45*
2.1.5 Ethische Anforderungen ... *46*

3. ERGEBNISSE ... 47

3.1 PERSPEKTIVE DER HAUSÄRZTE ... 47
3.1.1 Stichprobenbeschreibung ... *47*
3.1.2 Gründe für die Teilnahme ... *48*
3.1.3 Wesentliche Veränderungen durch Teilnahme an der HzV ... *50*
3.1.4 Gründe für Zufriedenheit ... *51*
3.1.5 Vorteile für Patienten ... *52*
3.1.6 Mögliche Nachteile für Patienten ... *56*
3.1.7 Veränderungen in der Praxisstruktur ... *57*
3.1.8 Veränderungen in Patientenversorgung ... *59*
3.1.9 Kooperation ... *60*
3.1.10 Fortbildung ... *62*
3.1.11 ARRIBA ... *64*
3.1.12 VERAH ... *66*
3.1.13 Zielgruppe ... *69*
3.1.12 Verbesserungsmöglichkeiten ... *70*
3.2 PERSPEKTIVE DER PATIENTEN ... 72
3.2.1 Beschreibung der Stichprobe ... *72*
3.2.2 Gründe für Teilnahme ... *73*
3.2.3 Wesentliche Veränderungen ... *76*
3.2.4 Gründe für Zufriedenheit ... *80*
3.2.5 Kooperation mit den Fachärzten ... *81*
3.2.6 Lotsenfunktion des Hausarztes ... *81*

4. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN ... 84

III. ARBEITSPAKET III ... 86

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG ... 86

2. METHODE ... 88

2.1 REKRUTIERUNG ... 88
2.2 STUDIENPOPULATION ... 88
2.2 ERHEBUNGSINSTRUMENTE ... 89
2.2.1 Tätigkeitsprotokolle ... *89*
2.2.2 Sozioökonomische Zusatzbefragung der VERAH ... *90*
2.2.3 Erfassung der Arbeitszufriedenheit ... *90*
2.2.4 Statistische Vorgehensweise ... *91*
2.2.5 Ethische Anforderungen ... *91*

3. ERGEBNISSE ... 92

3.1 DATENERHEBUNG UND RÜCKLAUFQUOTE ... 92
3.2 CHARAKTERISTIKA DER VERAH ... 94
3.2.1 Soziodemografische Daten der VERAH ... *94*
3.2.2 Erwerbstätigkeit und Berufserfahrung der VERAH ... *94*

3.2.3 Angaben zur VERAH-Qualifikation ... *95*
3.2.4 Zwischenzusammenfassung ... *96*
3.3 PRAXISSTRUKTURDATEN ... 97
3.3.1 Vergleich der Praxisstrukturdaten von Praxen mit einer vs. mehreren VERAH ... *98*
3.3.2 Abgerechnete VERAH-Zuschläge ... *99*
3.3.3 Zwischenzusammenfassung ... *99*
3.4 PATIENTENCHARAKTERISTIKA ... 100
3.4.1 Soziodemografische Daten der Patienten ... *100*
3.4.2 Versorgungssituation der Patienten ... *100*
3.4.3 Diagnosen der Patienten ... *101*
3.4.4 Vergleich mit HzV-Versicherten der AOK Baden-Württemberg ... *102*
3.4.5 Anzahl der Kontakte pro Patient ... *103*
3.4.6 Zwischenzusammenfassung ... *103*
3.5 TÄTIGKEITSGRUPPEN ... 104
3.5.1 Anzahl der Tätigkeitsgruppen ... *104*
3.5.2 Häufigkeit der Tätigkeitsgruppen ... *104*
3.5.3 Dauer der Tätigkeiten insgesamt ... *106*
3.5.4 Dauer der Tätigkeiten nach Tätigkeitsgruppen ... *107*
Routine- und Kontrolluntersuchungen ... 107
Medikamentenmanagement ... 108
Diagnostische/medizinische Tätigkeiten ... 109
Beurteilung des körperlichen Zustandes ... 110
Impfmanagement ... 111
Wundmanagement ... 112
Case Management ... 113
Tätigkeiten im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen ... 114
Beurteilung des psychischen Zustandes ... 115
Geriatrisches Assessment ... 116
Patientenschulungen ... 117
Andere Tätigkeiten ... 118
3.5.5 Zwischenzusammenfassung ... *119*
3.6 VERAH-SPEZIFISCHE AUSWERTUNGEN ... 120
3.6.1 Tätigkeitsprotokolle pro VERAH ... *120*
3.6.2 Kontaktart bei den Tätigkeiten pro VERAH ... *120*
3.6.3 VERAH-spezifische Tätigkeiten ... *122*
3.6.4 Handlungssicherheit ... *122*
3.6.5 Zwischenzusammenfassung ... *123*
3.7 HAUSBESUCHE ... 124
3.7.1 Patientencharakteristika in der Praxis und bei Hausbesuchen ... *124*
3.7.2 Versorgungssituation von Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen ... *125*
3.7.3 Diagnosen und Dauermedikamente bei Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen ... *125*
3.7.4 Tätigkeitsgruppen bei Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen ... *126*
3.7.5 Fahrtzeiten und Dauer der Hausbesuche ... *127*
3.7.6 Zwischenzusammenfassung ... *127*
3.8 ARBEITSZUFRIEDENHEIT ... 128
3.9 VORTEILE FÜR DIE PATIENTEN AUS SICHT DER VERAH ... 129
3.9.1 Kategorie „Beratung“ ... *129*

3.9.2 Kategorie „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“ ... 131
3.9.3 Kategorie „Organisation für den Patienten“ ... 131
3.9.4 Kategorie „Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung“ ... 132
3.9.5 Kategorie „VERAH-Patienten-Verhältnis“ ... 133
3.9.6 Kategorie „Motivation“ ... 134
3.9.7 Kategorie „Hausbesuche“ ... 135
3.9.8 Kategorie „Disease-Management-Programme“ (DMP) ... 135
3.9.9 Kategorie „Einbezug von Angehörigen“ ... 136
3.9.10 Zwischenzusammenfassung ... 136
3.10 ZUSAMMENARBEIT MIT PFLEGEEINRICHTUNGEN ... 137

4. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG ... 138

IV. ARBEITSPAKET IV ... 140

1. EINLEITUNG ... 140

1.1 BESONDERHEITEN GERIATRISCHER VERSICHERTER ... 140
1.2. WIRKUNGEN AUS DEM HZV-VERTRAG UND ERWARTETE KONSEQUENZEN ... 141
1.3 ZIELE DER STUDIE ... 142

2.MATERIAL UND METHODEN ... 144

2.1 STUDIENDESIGN ... 144
2.2 DATENGRUNDLAGE ... 144
2.3 DATENAUFBEREITUNG ... 145
2.4 SUBGRUPPENANALYSEN ... 146
2.5 STATISTISCHE ANALYSE ... 146
2.5.1 Versichertenebene ... 146
2.5.2 Arzt-/Praxisebene ... 146
2.6 INDIKATOREN/ MESSGRÖßEN ... 147

3. ERGEBNISSE ... 149

3.1 UNTERSUCHUNGSPOPULATION ... 149
3.1.1 Versichertencharakteristika ... 149
3.1.2 Hausärzte - Charakteristika ... 151
3.2 ERGEBNISÜBERSICHT ... 153
3.3 BEHANDLUNGSKOORDINATION/ INANSPRUCHNAHME ... 157
3.3.1 Konsultation unterschiedlicher Hausärzte ... 157
3.3.2 Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle (Überweisung durch den Index-Hausarzt) ... 159
3.3.3 Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle (ohne Überweisung) ... 160
3.3.4 Stationäre Notfallaufnahmen ... 162
3.3.5 Vermeidbare Krankenhausaufenthalte ... 163
3.4 QUALITÄT DER MEDIKATION ... 165
3.4.1 Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes) ... 165
3.5 ANZAHL DER WIRKSTOFFE JE PATIENT ... 167
3.5.1 Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes) 168
3.5.2 Hoher Verbrauch von Neuroleptika (Verordnungen des Index-Hausarztes) ... 170
3.5.3 Hoher Verbrauch von Neuroleptika (alle Verordnungen) ... 171

3.5.4 Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als sechs Wochen (Verordnungen des Index-Hausarztes) ... 172
3.5.5 Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als sechs Wochen 173
3.6 PRÄVENTION ... 175
3.6.1 Influenza-Impfung (nur durch den Index-Hausarzt) ... 175
3.6.2 Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen ... 176
3.7 DIABETES MELLITUS TYP II ... 177
3.7.1 Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme ... 177
3.7.2 Typ-2-Diabetiker mit jährlicher augenärztlicher Untersuchung ... 178
3.7.3 Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika durch den Index-Hausarzt ... 179
3.7.4 Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika (ohne Glimepirid) durch den Index-Hausarzt ... 180
3.7.5 Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern ... 181

4. DISKUSSION ... 183

4.1 BEHANDLUNGSKOORDINATION UND INANSPRUCHNAHME ... 183
4.2 QUALITÄT DER MEDIKATION ... 185
4.3 PRÄVENTION ... 186
4.4 DIABETES MELLITUS TYP 2 ... 187

5. ANHANG ... 190

V. LITERATURVERZEICHNIS ... 191

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Struktur 32
Tabelle 2: Ergebnisübersicht 2011 33
Tabelle 3: Ergebnisübersicht 2012 34
Tabelle 4: DMP-Einschreibungen in 2011 38
Tabelle 5: DMP-Einschreibungen in 2012 38
Tabelle 6: Beschreibung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. der Praxen 47
Tabelle 7: Gründe für die Teilnahme 48
Tabelle 8: Wesentliche Veränderungen durch Teilnahme an der HzV 50
Tabelle 9: Gründe für Zufriedenheit 51
Tabelle 10: Vorteile für Patienten 53
Tabelle 11: Mögliche Nachteile für Patienten 56
Tabelle 12: Veränderungen in Praxisstruktur 57
Tabelle 13: Veränderungen in Patientenversorgung 59
Tabelle 14: Kooperation 60
Tabelle 15: Fortbildung 62
Tabelle 16: ARRIBA 64
Tabelle 17: VERAH 66
Tabelle 18: Geeignete Patientengruppen 69
Tabelle 19: Verbesserungsmöglichkeiten 71
Tabelle 20: Soziodemografie Patienten 72
Tabelle 21: Kontakte Hausarztpraxis 73
Tabelle 22: Gründe für Teilnahme (Patienten) 74
Tabelle 23: Wesentliche Veränderungen (Patienten) 76
Tabelle 24: Gründe für Zufriedenheit (Patienten) 80
Tabelle 25: Kooperation mit Fachärzten (Patienten) 81
Tabelle 26: Lotsenfunktion des Hausarztes (Patienten) 82
Tabelle 27: Soziodemografische Daten der teilnehmenden VERAH 94
Tabelle 28: Erwerbstätigkeit und Berufserfahrung der VERAH 95
Tabelle 29: Dauer der VERAH-Tätigkeit, VERAHplus und VERAHmobil 96
Tabelle 30: Praxisstrukturdaten 97
Tabelle 31: Praxen mit einer VERAH und Praxen mit mehreren VERAH 98
Tabelle 32: Patientenzahlen 4. Quartal 2013 99

Tabelle 33: VERAH-Zuschläge pro Quartal für das Jahr 2013 99
Tabelle 34: Soziodemografische Daten der durch VERAH betreuten Patienten 100
Tabelle 35: Versorgungssituation der durch VERAH betreuten Patienten 101
Tabelle 36: Diagnosen der durch VERAH betreuten Patienten und auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg 101
Tabelle 37: Soziodemografische Daten der von VERAH betreuten Patienten und von HzV-Patienten der AOK Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten 102
Tabelle 38: Anzahl der von VERAH dokumentierten Patientenkontakte in der Praxis, am Telefon und bei Hausbesuchen 103
Tabelle 39: Anzahl der von den VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen bei Hausbesuchen und bei Praxiskontakten 104
Tabelle 40: Häufigkeit der von VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen 105
Tabelle 41: Mittlere Dauer aller von VERAH dokumentierten Tätigkeiten 106
Tabelle 42: Übersicht über die Tätigkeitsprotokolle pro VERAH 120
Tabelle 43: Verteilung der Praxis-, Telefon- und Hausbesuchskontakte pro VERAH 121
Tabelle 44: Dauer nach Tätigkeitsgruppen, VERAH-spezifische Tätigkeiten und Handlungssicherheit 123
Tabelle 45: Vergleich der Patientencharakteristika zwischen Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und Hausbesuchspatienten 124
Tabelle 46: Versorgungssituation der Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen 125
Tabelle 47: Diagnosen und Dauermedikamente der Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen 126
Tabelle 48: Tätigkeitsgruppen in der Praxis und bei Hausbesuchen 126
Tabelle 49: Dauer der Hausbesuche, Hausbesuchsprotokolle und Einbezug von Angehörigen bei Hausbesuchen 127
Tabelle 50: Ergebnisse Warr-Cook-Wall-Fragebogen 128
Tabelle 51: Versichertencharakteristika zu 2011 (SD=Standard Abweichung) 149
Tabelle 52: Hausärzte-Charakteristika für 2011 152
Tabelle 53 Adjustierte Differenzen der Indikatoren für das Jahr 2011 154
Tabelle 54 Adjustierte Differenzen für die Indikatoren im Jahr 2012 156
Tabelle 55: Regressionsmodell für „Zahl der unterschiedlich konsultierten Hausärzte =1/>1“ (2011) 158
Tabelle 56: Regressionsmodell für „Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle mit Überweisung“ (2011) 160
Tabelle 57: Regressionsmodell für "Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle ohne Überweisung“ (2011) 161

Tabelle 58: Regressionsmodell für „Stationäre Notfallaufnahmen“ (2012) 163
Tabelle 59: Regressionsmodell für „Vermeidbare Krankenhausaufenthalte“ (2011)..... 164
Tabelle 60: Regressionsmodell für „Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)..... 166
Tabelle 61: Regressionsmodell für „Anzahl der Wirkstoffe je Patient“ (2011) 167
Tabelle 62: Regressionsmodell für „Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)..... 169
Tabelle 63: Regressionsmodell für „Hoher Verbrauch von Neuroleptika (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)..... 170
Tabelle 64: Regressionsmodell für „Hoher Verbrauch von Neuroleptika“ (2011)..... 172
Tabelle 65: Regressionsmodell für „Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als 6 Wochen (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011) 173
Tabelle 66: Regressionsmodell für „Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als 6 Wochen“ (2011) 174
Tabelle 67: Regressionsmodell für „Influenza-Impfung (nur durch den Index-Hausarzt)“ (2011) 175
Tabelle 68: Regressionsmodell für "Hüftgelenksnahe Fraktur" (2011)..... 176
Tabelle 69: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme" (2011) 177
Tabelle 70: Regressionsmodell für "Jährliche augenärztliche Untersuchung" (2011) 178
Tabelle 71: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika durch den Index-Hausarzt“ (2012) 179
Tabelle 72: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika (ohne Glimipirid) durch den Index-Hausarzt“ (2012) 181
Tabelle 73: Regressionsmodell für "Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern" (2011)..... 182

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich 37
Abbildung 2: Ergebnisübersicht der Einweisungen wegen ICD-F-Diagnosen, 1.1.2011-31.12.2012 39
Abbildung 3: Rekrutierung und Rücklaufquote 93
Abbildung 4: Gesamtdauer aller von VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen 106
Abbildung 5: Gesamtdauer „Routine- und Kontrolluntersuchungen“ 107
Abbildung 6: Gesamtdauer „Medikamentenmanagement“ 108
Abbildung 7: Gesamtdauer „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“ 109
Abbildung 8: Gesamtdauer „Beurteilung des körperlichen Zustandes“ 110
Abbildung 9: Gesamtdauer „Impfmanagement“ 111
Abbildung 10: Gesamtdauer „Wundmanagement“ 112
Abbildung 11: Gesamtdauer „Case Management“ 113
Abbildung 12: Gesamtdauer „Früherkennungsleistungen" 114
Abbildung 13: Gesamtdauer „Beurteilung des psychischen Zustandes“ 115
Abbildung 14: Gesamtdauer „Geriatrisches Assessment“ 116
Abbildung 15: Gesamtdauer „Patientenschulungen“ 117
Abbildung 16: Gesamtdauer „Andere Tätigkeiten“ 118
Abbildung 17: Oberkategorien mit Angaben der Häufigkeiten 129
Abbildung 18: Übersicht zur Kategorie „Beratung“ 130
Abbildung 19: Übersicht zur Kategorie „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“ 131
Abbildung 20: Übersicht zur Kategorie „Organisation für Patienten“ 132
Abbildung 21: Übersicht zu „Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung 133
Abbildung 22: Übersicht zur Kategorie „VERAH-Patienten-Verhältnis“ 134
Abbildung 23: Übersicht zur Kategorie „Motivation“ 134
Abbildung 24: Übersicht zur Kategorie „Hausbesuche“ 135
Abbildung 25: Übersicht zur Kategorie „Disease-Management-Programme (DMP)“ 136
Abbildung 26: Schematische Übersicht der Datenfilterung für 2011 145
Abbildung 27: Altersverteilung (%) in 2011 in HzV- und nicht HzV in der Gesamtgruppe von AOK-Versicherten (volljährig) 151
Abbildung 28: Altersverteilung (%) in 2011 Altersgruppe ab 65 Jahren gruppiert 151

Abkürzungsverzeichnis

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Condition (potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisung)
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
BSNR	Betriebsstättennummer
CM	Case Management
DDD	Defined Daily Dose: definierte Tagesdosis
DMP	Disease Management Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GOP	Gebührenordnungsposition
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
Index-Hausarzt	In der HzV-Gruppe handelt es sich dabei um den Arzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist. In der Regelversorgung wird als Index-Hausarzt der Hausarzt definiert, bei dem mehr als 50% der Kontakte des Versicherten stattgefunden haben. Diese werden anhand der EBM-Ziffern und des Datums berechnet.
Indikator	Theoretisch begründete (im Idealfall evidenzbasierte) und operationalisierbare Messgröße, von der eine Abbildung der Versorgungsqualität erwartet werden kann
i.e.	id est
ICD	International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death
LANR	Lebenslange Arztnummer
MDS	Minimum Data Set
MEA	Mehrebenen-Analyse
MFA	Medizinische Fachangestellte
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio
p	p-Wert (Wahrscheinlichkeit für Fehler 1. Art)
Patient	Als Patient wird bezeichnet, wer krankheitsspezifische ärztliche Verordnungen oder Leistungen erhalten hat.
PS	Pflegestufe
QISA	Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung
RR	Rate Ratio
SE	Standard Error (Standardfehler)
SGB	Sozialgesetzbuch

Versicherter	Versicherte sind alle Mitglieder der AOK Baden-Württemberg, unabhängig davon ob sie krankheitsspezifische Leistungen erhalten haben. Die Abgrenzung erfolgt gegenüber der Bezeichnung „Patient“.
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Executive Summary

Arbeitspaket I (AP I): Evaluation auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg

Arbeitspaket I (AP I), über dessen Ergebnisse hier für den Beobachtungszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012 berichtet wird, zielt darauf ab, auf Basis von Sekundärdaten (Routinedaten der AOK-Baden-Württemberg gemäß §§ 284, 295, 300 und 301 SGB V) etwaige Zusammenhänge zwischen einer Einschreibung in die HzV (Hausarztzentrierte Versorgung) und patientenseitigen Parametern (insbesondere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) zu untersuchen. Im Fokus der Analysen für dieses Arbeitspaket standen insbesondere konkrete Fragestellungen zu Krankenhauseinweisungen und zur Pharmakotherapie, da die aus diesen Prozeduren resultierenden Kosten im deutschen Versorgungssystem insgesamt besonders hoch sind. Aufgrund der vertraglichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung von Versicherten, war es darüber hinaus naheliegend, Fragestellungen bzgl. Versichertenkontakten zu Haus- und Fachärzten sowie zum Überweisungsverhalten zu adressieren. Eine neue Fragestellung fokussiert auf potentielle Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf sog. „Vermeidbare Krankenhausweisungen“. Dabei werden bestimmte Krankheitsbilder (im anglo-amerikanischen Sprachraum als „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSCs) bezeichnet), die bei einer adäquaten medizinischen Versorgung im ambulanten, insbesondere im primärärztlichen Versorgungssektor, keine Hospitalisierung notwendig machen sollten, betrachtet. Die Hypothese ist, dass durch eine intensivere Betreuung im primärärztlichen Bereich ganz bestimmte Gesundheitsprobleme (z. B. Entgleisung des Blutzuckers oder des Elektrolythaushaltes) von vornherein vermieden werden könnten.

Für den o. g. Berichtszeitraum standen die Routinedaten von 3.952.775 Versicherten der AOK-Baden-Württemberg zur Verfügung. Von diesen Versicherten erfüllten 1.187.597 alle 10 Einschlusskriterien für die Analysen). Davon waren 610.985 (51,4%) Versicherte in die HzV eingeschrieben (Interventionsgruppe), sowie 576.612 (48,6%) Versicherte nicht in die HzV eingeschrieben (Kontrollgruppe). Zur Prüfung von Unterschiedshypothesen kamen jeweils adäquate Mehrebenen-Regressionsmodelle zum Einsatz.

Für beide Betrachtungszeiträume (1.1.2011 bis 21.12.2011 sowie 1.1.2012 bis 31.12.2012) zeigte sich unter Berücksichtigung relevanter Kovariaten, dass -gemessen an den Kontaktzahlen- die Betreuungsintensität beim Hausarzt in der HzV-Versichertengruppe höher war. Sowohl die Anzahl koordinierter (Überweisung durch den Hausarzt) als auch die Anzahl unkoordinierter (ohne Überweisung durch den Hausarzt) Facharztkontakte war dagegen in der HzV-Versichertengruppe deutlich niedriger. Auch in Bezug auf die Pharmakotherapie (Arzneimittelkosten, Anteil verordneter rot hinterlegter

Präparate) konnte für die Gruppe der HzV-Versicherten ein vorteilhafter, relevanter Zusammenhang beobachtet werden. Regelmäßige Pharmakotherapiezirkel, die fester Bestandteil der HzV-Intervention sind, könnten Erklärungskomponenten für diese Unterschiede sein. Die mit der HzV-Einschreibung assoziierten Minderkosten der Pharmakotherapie im gesamten ambulanten Versorgungssektor sind bemerkenswert. Für die Hypothesen, die den stationären Versorgungssektor betrafen, waren die ermittelten Unterschiede statistisch nicht signifikant und/oder relativ gering. Grundsätzlich ist dies plausibel, da die HzV-Intervention (noch) nicht explizit auf die stationäre Versorgung abzielt. Eine vielversprechende Ausnahme bildeten die „potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“ (ACSCs), die in der HzV-Versichertengruppe c. p. signifikant geringer waren. Eine Erklärungskomponente für den beobachteten Unterschied könnte durchaus die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in der Interventionsgruppe sein, die durch präventive Maßnahmen die Notwendigkeit von Einweisungen aufgrund von ASCSs reduziert.

Arbeitspakt II (AP II): Motivationsfaktoren von Patienten und Hausärzten in der Hausarztzentrierten Versorgung

Vor dem Hintergrund, dass eine allgemeine Plateaubildung bezüglich der Einschreibung von Ärzten und Patienten in die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) erreicht ist, bedarf es einer besonderen Betrachtung hinsichtlich der Vorteile und Motivationsfaktoren auf das Einschreibeverhalten in den Vertrag zur HzV der AOK-Baden-Württemberg. Der Schwerpunkt des vorliegenden Arbeitspakets lag dabei in der Analyse von Vorteilen und Motivationsfaktoren, die mit der Teilnahme an der HzV aus Perspektive der Versicherten und Leistungserbringer verbunden sind. Die Betrachtung der Vorteile und Motivationsfaktoren erfolgte mit einem qualitativen Forschungsdesign mit dem Ziel der Generierung von Hypothesen für weitere quantitative Befragungen. Ziel war es die Vorteile, die mit der HzV verbunden sind sowie die Umsetzung der Vertragsinhalte klar herauszuarbeiten.

Insgesamt wurden 30 Hausärzte und 40 Patienten, die in den Vertrag der HzV AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sind, in telefonischen Interviews befragt. Dabei wurde im Vorfeld ein halbstandardisierter Leitfaden erstellt. Die Auswertung der gewonnenen Interviewdaten orientierte sich am Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring.

Grundsätzlich sahen die befragten Hausärzte deutliche Veränderungen durch die Teilnahme an der HzV. Dabei wurden u.a. eine bessere Honorierung, eine vereinfachte Abrechnung und eine gesundheitspolitische Abkehr bzw. eine visionäre Alternative zum KV-System als wesentliche Gründe und Motivationsfaktoren für die ärztliche Teilnahme genannt. Die Patienten sahen an der Teilnahme in der HzV eine gute Möglichkeit den Hausarzt zu unterstützen, dabei stand das Argument im Vordergrund, dass dadurch eine angemessene Bezahlung entstünde. Patienten nahmen darüber hinaus Veränderungen wie z.B. mehr Zeit, eine freundlichere Praxisatmosphäre oder Verbesserungen in der

Prävention wahr. Darüber hinaus sahen Patienten den besseren Informationsfluss und die Lotsenfunktion des Hausarztes als wesentlichen Faktor an, der zu einem besseren Gefühl der Betreuung in der Versorgung führte.

Die Ergebnisse verdeutlichen insgesamt eine positive Bewertung der HzV, sowohl aus Sicht der Leistungserbringer als auch aus Perspektive der Patienten. Das qualitative Design ermöglichte in diesem Kontext die Darstellung und Analyse der Meinungen und Perspektiven der Hausärzte und AOK-Versicherten. Des Weiteren liefern die Ergebnisse relevante Informationen zur Umsetzung der Vertragsinhalte und auch zur weiteren Ausgestaltung der HzV. Schließlich dienen sie auch zur Generierung von Hypothesen, um daran anknüpfend in einem weiteren Schritt eine quantitative Befragung zur Einstellung und Ausgestaltung der HzV, angeboten durch die AOK Baden-Württemberg, zu initiieren.

Arbeitspakt III (AP III): Weitere Evaluation des VERAH-Einsatzes

Der Einsatz von „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAH) im Rahmen von Verträgen zur hausarztzentrierter Versorgung (HzV) stellt ein praxisteamorientiertes Konzept dar, bei dem es zu einer Aufgabenverteilung zwischen Hausärzten, VERAH und Medizinischen Fachangestellten (MFA) einer Praxis kommen soll, die in einer besseren Versorgung von chronisch Kranken und einer Entlastung der Hausärzte resultiert. Ergebnisse der ersten Evaluation der HzV in Baden-Württemberg im Zeitraum 2010 bis 2011 zeigten bereits, dass eine Delegation von Aufgaben an VERAH in den Praxen tatsächlich stattfindet und dass sie sowohl bei routinemäßigen Hausbesuchen als auch innerhalb der Praxis arztentlastend koordinierend tätig sind.

Dieser Ergebnisbericht umfasst die erste Phase einer für den Zeitraum 2013 bis 2016 konzipierten Folgeevaluation, in der die Tätigkeiten und Wirkungen des VERAH-Einsatzes näher untersucht werden. In diesem ersten Evaluationsteil wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Aufgaben werden von den VERAH übernommen?
- Welche Tätigkeiten werden von den VERAH als typisch wahrgenommen?
- Welche Patienten werden von den VERAH betreut?

Für eine umfängliche inhaltliche Darstellung des Aufgabenspektrums von VERAH in der HzV-Baden-Württemberg wurden differenzierte Tätigkeitsprotokolle erstellt, in denen die VERAH neben der Angabe von Tätigkeitsgruppen in Freitextfeldern spezifizierte Angaben zu diesen Tätigkeiten dokumentierten. Jede VERAH dokumentierte 60 Patientenkontakte bzw. maximal 3 Wochen lang jeden Patientenkontakt mit HzV-Patienten. Zusätzlich wurden sie nach ihrer Einschätzung des Vorteils ihrer Tätig-

keit für die Patienten über Freitextangaben gefragt. Soziodemographische Angaben (zu den betreuten Patienten und zu den VERAH) sowie Praxisstrukturdaten und ein Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit vervollständigten die Erhebung.

Im Erhebungszeitraum von 01.02.2014 bis 03.04.2014 protokollierten 87 VERAH insgesamt 4.367 Tätigkeiten bei 3.898 Patienten. Die VERAH waren berufserfahrene (MW 19,4; SD 10,4 Jahre tätige) Medizinische Fachangestellte (MFA), die seit durchschnittlich 14 Jahren in der jeweiligen Praxis beschäftigt waren. Der Großteil (63%) hatte mehr als 3 Jahre VERAH-Erfahrung. Die Praxen waren, wie schon in der ersten Evaluation, mehrheitlich Einzelpraxen und zu 84% von Allgemeinmedizinern geführt. Mit 43% waren ländliche Kleinstadtpraxen am häufigsten vertreten. Die von VERAH betreuten Patienten waren älter und eher pflegebedürftig als Patienten in der Gesamt-HzV. Sie waren chronisch krank, erhielten im Durchschnitt 5 Dauermedikamente und waren häufiger in ein DMP eingeschrieben. Vor allem der Anteil an Patienten mit Demenz und Diabetes mellitus war wesentlich höher als in der Gesamt-HzV. Durchschnittlich etwas mehr als die Hälfte der Protokolle pro VERAH bestanden aus Routine- und Kontrolluntersuchungen, etwas mehr als ein Viertel aller Protokolle pro VERAH befasste sich mit Tätigkeiten zum „Medikamentenmanagement“ und jeweils 15% mit der „Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten“ und „Diagnostischen und medizinischen Tätigkeiten“. Seltener wurden Tätigkeiten aus den Gruppen „Beurteilung des psychischen Zustandes“, „Geriatrisches Assessment“ und „Patientenschulungen“ pro VERAH genannt. Insgesamt dauerte ein Patientenkontakt im Median 12 Minuten. Die o.g. häufig durchgeführten Tätigkeiten dauerten im Median 6 bis 9 Minuten. Die zeitintensiveren Tätigkeiten (z.B. Case Management, Geriatrisches Assessment oder Patientenschulungen) dauerten mit 13 bis 17 Minuten im Median etwas länger.

Aus Sicht der VERAH waren Tätigkeiten aus den Bereichen „Case Management“, „Beurteilung des psychischen bzw. körperlichen Zustandes“, „Geriatrisches Assessment“, „Patientenschulungen“ und „Medikamentenmanagement“ eher als VERAH-spezifisch anzusehen. Während „Routine- und Kontrolluntersuchungen“, „Früherkennungs-untersuchungen“ oder „Diagnostische und medizinische Tätigkeiten“ eher nicht als VERAH-spezifisch angesehen wurden. In allen Tätigkeitsbereichen zeigten die VERAH eine sehr hohe subjektive Handlungssicherheit. 17% der VERAH protokollierten in der maximal 3-wöchigen Dokumentationsdauer keinen Hausbesuch. Bei allen anderen VERAH betrafen durchschnittlich 15% der Protokolle Tätigkeiten bei Hausbesuchen. Die Hausbesuchskontakte dauerten erwartungsgemäß länger als Praxiskontakte und es wurden durchschnittlich mehr Tätigkeiten durchgeführt. Nahezu alle Hausbesuchspatienten waren über 65 Jahre alt, ein Drittel lebte allein, der Großteil (56%) war pflegebedürftig. Die Hausbesuchspatienten hatten durchschnittlich mehr Dauerdiagnosen, mehr Medikamente und waren eher an Demenz oder Diabetes mellitus erkrankt. Die durch-

schnittliche Dauer eines Hausbesuchs betrug einschließlich der Fahrtzeiten 27 Minuten. Die teilnehmenden VERAH zeigten eine hohe Arbeitszufriedenheit, vorwiegend in den Bereichen der Gestaltungsfreiheit, Abwechslung, Verantwortung und bei den Arbeitsstunden und eine sehr hohe Gesamt-Arbeitszufriedenheit.

Aus Sicht der VERAH halfen den Patienten vor allem Tätigkeiten mit beratendem Charakter wie z. B. Medikamentenmanagement, Case Management oder bei Hausbesuchen. Die Patienten profitieren aus Sicht der VERAH u.a. von folgenden Aspekten:

- Bessere Information für die Patienten und Angehörigen (z.B. zu (Hilfe-)Möglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems oder über ihre Erkrankungen)
- Bei der Motivation von Patienten (z.B. für eine gesundere Lebensführung oder bei der Tabletteneinnahme)
- Um schneller Zugang zum Gesundheitssystem zu erhalten (z.B. kürzere Wartezeit da die VERAH Tätigkeiten übernimmt, für die Patienten ansonsten Termine benötigen, VERAH kann schnellere Termine vereinbaren)
- Im Bereich Organisation für Patienten bilden VERAH z.B. eine Schnittstelle zur Sozialarbeit, helfen Patienten bei Anträgen, Zugang zu Pflegeeinrichtungen, bei Hilfs- oder Heilmitteln
- VERAH sehen sich als zusätzliche Vertrauensperson im Hausarztpraxisteam. Aus VERAH-Sicht können Probleme und Ängste niedrigschwellig angesprochen, geklärt und gemildert werden

Die VERAH in der Befragung betreuen die Patientengruppen, für die sie vorgesehen sind: Ältere, chronisch kranke, multimorbide, eher pflegebedürftige Patienten (vor allem bei den Hausbesuchskontakten). Als VERAH-spezifisch wurden Tätigkeiten mit beratendem Charakter identifiziert. Dabei handelt es sich um eher zeitintensive Tätigkeiten, die von den VERAH neben den Alltagsroutinen durchgeführt werden. VERAH dokumentierten somit zahlreiche Tätigkeiten, die sie aufgrund ihrer Zusatzqualifikation besser, häufiger oder zielgerichteter ausführen konnten. Nach ihrer eigenen Einschätzung konnten sie eigenständige Beziehungen ‚auf Augenhöhe' zu den Patienten aufbauen und z.B. zur Motivation beitragen. Es handelt sich hier um Entwicklungen zum ‚'health coaching', die unbedingt weiter entwickelt werden sollten.[1]

[1] Eine aktuelle Einschätzung von Tom Bodenheimer (doi:10.1001/jamainternmed.2014.1319) sieht die Rolle der nichtmedizinischen Fachangestellten in drei Punkten: Panel Management (Übersicht über die Patienten), Dokumentation, sowie in der Motivationsarbeit (‚Coaching')

Arbeitspakte IV (AP IV): Versorgungsqualität bei wichtigen klinischen Themen: Versorgung geriatrischer Patienten

Ältere Patienten (ab 65 Jahre) sind sowohl quantitativ (Anteil an allen HzV-Versicherten von etwa 40%) wie sachlich (Zunahme chronischer Erkrankungen, höherer Betreuungsaufwand) eine der wichtigsten Zielgruppen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg (Ba-Wü). Die Analyse der Versorgungsqualität bei Versicherten über 65 Jahren steht im Zentrum der ersten Teilaufgabe des Arbeitspakets 4 des Evaluationsprojekts HzV-BaWü 2013-16. Im vorliegenden Bericht werden hierzu die ersten Analysen und Ergebnisse mitgeteilt. Grundlage der Evaluation sind Routinedaten der Versorgung, die von der AOK Ba-Wü erfasst wurden und zu Evaluationszwecken zur Verfügung gestellt wurden. Die Daten wurden vom AQUA-Institut in Göttingen aufbereitet und vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Biometrie und Informatik der Universität Heidelberg analysiert und ausgewertet.

Es erfolgte eine indikatorenbasierte Analyse der Versorgungsqualität. Auf der Grundlage einer systematischen Recherche wurden Qualitätsindikatoren identifiziert, die hinreichend reliabel und valide in den zur Verfügung gestellten Daten abgebildet werden können, und die eine potentielle Aussagekraft für folgende Aspekte der Versorgungsqualität besitzen:

- Behandlungskoordination (Inanspruchnahme)
- Qualität der Medikation
- Prävention
- Pflegebedürftigkeit
- Ausgewählte Erkrankung: Diabetes

Leitfrage war jeweils, ob sich in der Gruppe der in die HzV eingeschriebenen Versicherten auf der Grundlage der einzelnen Indikatoren Vorteile in der Versorgungsqualität zeigen ließen.
Die Analyse erfolgte jeweils deskriptiv, und anschließend in einem multivariaten Mehrebenen-Regressionsmodell, um für unterschiedliche Einflussfaktoren zu adjustieren. Darüber hinaus wurden Subgruppenanalysen für Gruppen mit einem besonders hohen Betreuungsbedarf (Hochaltrige > 80 Jahre, Versicherte mit Pflegestufe und Pflegeheimbewohner) durchgeführt. Da lediglich Daten aus zwei Jahren (2011 und 2012) nach bereits erfolgter flächendeckender Umsetzung des HzV-Vertrages zugrunde gelegt werden konnten, erfolgte die Analyse als querschnittlicher Vergleich der entsprechenden Ausprägung eines Indikators im Jahre 2011 und 2012.

Nach strengen Einschlusskriterien wurde eine Gruppe von durchgängig in die HzV eingeschriebenen Versicherten (HzV-Gruppe) und eine Gruppe von durchgängig nicht eingeschriebenen AOK-

Versicherten, die von einem ebenfalls nicht an der HzV teilnehmenden Hausarzt betreut wurde (Nicht-HzV-Gruppe) gebildet. Insgesamt konnte die hohe Zahl von 555.000 (2011) bzw. 569.000 (2012) älteren Versicherten in die Analyse einbezogen werden, die sich relativ gleichmäßig auf HzV- und Nicht-HzV-Gruppe verteilten.

Anders als im Gesamtkollektiv (siehe AP1), waren diejenigen Versicherten, die in die HzV eingeschrieben waren[2] etwas jünger (76,1 vs. 76,7 Jahre in 2011), jedoch kränker (Charlson-Score 2.2 vs. 2.1). Der Anteil der Versicherten mit hohem Betreuungsaufwand (Pflegestufe / Pflegeheim) war in der Nicht-HzV-Gruppe deutlich höher (17,9% vs. 13,0%/ 5,0% vs. 2,3% in 2011).

Im Bereich der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen war die Zahl der konsultierten Hausärzte ebenso wie die Zahl der Behandlungsfälle bei Fachärzten erwartungsgemäß geringer in der HzV-Gruppe. Dies galt für Facharzt-Konsultationen mit Überweisung durch den Index-Hausarzt. Die ungeregelte Inanspruchnahme ließ sich durch die HzV nicht reduzieren. Sowohl die Einweisungsrate als Notfall und die Quote potentiell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte (an allen Krankenhausaufenthalten) unterschied sich zwischen den Gruppen signifikant.

Die Qualität der Medikation war in beiden Gruppen, nach Maßgabe der hier erhobenen Indikatoren, insgesamt hoch. Bei der Zahl der verordneten Wirkstoffe und der Verordnung potentiell inadäquater Wirkstoffe nach der PRISCUS-Liste ergaben sich kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. Die längerdauernde Verordnung von Anxiolytika und Sedativa war, bei Betrachtung aller Verordnungen, in der HzV-Gruppe seltener zu beobachten. Die Verordnung von Neuroleptika in der HzV-Gruppe war deutlich geringer. In den Analysen des Jahres 2012 sowie in den Subgruppenanalysen gibt es eine leichte Tendenz, die eine zukünftige Verstärkung dieses Unterschieds vermuten lässt.

Als Präventionsleistung konnte die Influenza-Impfrate ausgewertet werden. Diese war in der HzV-Gruppe erwartungsgemäß deutlich höher, was als Folge einer im Vertrag mit diesem Ziel gezielt inzentivierten Leistung gewertet werden kann. Zudem wurden Patienten in der HzV signifikant seltener wegen hüftgelenksnaher Frakturen hospitalisiert.

Im Bereich der Patienten mit Diabetes ist die Versorgung der HzV-Versicherten besser. Dies kann auch mit der deutlich höheren Einschreibung in das DMP Diabetes Typ II zusammen hängen. So wurden HzV-Versicherte wurden regelmäßiger augenärztlich untersucht. Auch wurden ihnen seltener

[2] In die Analysen dieses Teils wurden nur Versicherte aufgenommen, die 2011 bzw. 2012 eine Leistung empfangen hatten (vgl. Einschlusskriterium ‚Index-Hausarzt')

nicht empfohlene orale Antidiabetika verschrieben. Auch zeigte sich eine deutlich geringere Hospitalisierungsrate.

Die Subgruppe pflegebedürftiger Versicherter wurde hinsichtlich zahlreicher Indikatoren betrachtet. Pflegebedürftige sind in der HzV-Gruppe gegenüber der Nicht-HzV-Gruppe unterrepräsentiert, was darauf hindeutet, dass diese Gruppe bisher nur zögerlich in die HzV eingeschrieben wurde. Veränderungen, die durch die Anpassung des HzV-Vertrages 2013 eingetreten sein könnten, sind in den verfügbaren Daten noch nicht abgebildet. Auch der Entwicklung der PraCMan-Intervention für die Patienten mit sehr hohem Betreuungsbedarf, die derzeit in Vorbereitung ist, kann vor dem Hintergrund unserer Daten zukünftig hohe Bedeutung zukommen.

Insgesamt zeichnen unsere Ergebnisse ein differenziertes Bild der Versorgungsqualität, mit Vorteilen der HzV in einigen Bereichen und Entwicklungsspielräumen in anderen Bereichen, die jeweils auch auf zukünftige Ansatzpunkte für die weitere Optimierung der HzV-Verträge hinweisen.

I. Arbeitspakt I

1 Hintergrund und Fragestellungen

Zur Verbesserung der Koordination und (sektoren-)übergreifenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer im Gesundheitswesen und zur Optimierung der Versorgung hausärztlich betreuter Versicherter der AOK Baden-Württemberg wurde in Baden-Württemberg zum 1.7.2008 ein Vollversorgungsvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach Paragraph 73b SGB V geschlossen (AOK Baden-Württemberg 2014a).

Wesentliche Elemente der HzV sind die freiwillige Einschreibung von Hausärzten und Patienten, die Stärkung der hausärztlichen Koordinationsfunktion, die Einhaltung bestimmter Fortbildungs-, Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, ein vereinfachtes Vergütungssystem sowie die Nutzung einer spezifischen Praxissoftware zur Medikamentenverordnung und Abrechnung. Aus wissenschaftlicher Sicht handelt es sich um eine komplexe Intervention, mit der die hausärztliche Versorgung gestärkt, die Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten verbessert und der Kostenaufwand für die (Primär-)Versorgung bei möglicher Erhöhung der Qualität begrenzt werden sollte (Gerlach und Szescsenyi 2013).

Im Rahmen einer vorangegangenen Beauftragung durch die AOK Baden-Württemberg wurde bereits eine Begleitevaluation für den Berichtszeitraum vom 1.10.2008 bis 31.12.2010 durchgeführt. Vertragsgemäß finden auch für die Berichtszeiträume 1.1.2011 bis 31.12.2014 insgesamt 3 weitere Evaluationen statt. Die Begleitevaluation der Intervention besteht modular aus je 4 Arbeitspaketen pro Beobachtungszeitraum.

Arbeitspaket I (AP I), über dessen Ergebnisse hier für den Beobachtungszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012 berichtet wird, zielt darauf ab, auf Basis von Sekundärdaten (AOK-Routinedaten gemäß §§ 284, 295, 300 und 301 SGB V) etwaige Zusammenhänge zwischen einer Einschreibung in die HzV und patientenseitigen Parametern (insbesondere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) explorativ zu untersuchen. Im Fokus der Analysen für dieses Arbeitspaket standen insbesondere konkrete Fragestellungen zu Krankenhauseinweisungen und zur Pharmakotherapie, da die aus diesen Prozeduren resultierenden Kosten im deutschen Versorgungssystem insgesamt besonders hoch sind.

Aufgrund dieser vertraglichen Rahmenbedingungen, den Maßnahmen und den damit verbundenen im- oder explizit intendierten Änderungen der hausärztlichen Versorgung von Versicherten, war es naheliegend, nachfolgende Fragestellungen bzgl. Versichertenkontakten zu Haus- und Fachärzten, Über- und Einweisungen sowie zur Pharmakotherapie zu adressieren:

Zeigen sich Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf …

F1: … die Anzahl der Hausarztkontakte?
F2: … die Anzahl der Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis?
F3: … die Anzahl der Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis?
F4: … die Hospitalisationsrate?
F5: … die Anzahl der Krankenhaustage (Liegezeiten?)
F6: … die Anzahl der Krankenhaus-Wiedereinweisungen innerhalb von vier Wochen nach Entlassung
F7: … die Entwicklung von Pharmakotherapiekosten im ambulanten Sektor?
F8: … die Anzahl der Versicherten mit Polymedikation?
F9: … die Anzahl der verordnete Präparate, die aufgrund qualitativer und wirtschaftlicher Alternativen unter Beachtung medizinischer Kriterien nicht verordnet werden sollten (sog. "rot hinterlegte Präparate", AOK Baden-Württemberg 2014-b)?
F10: … die Anzahl der Einschreibungen in Disease Management Programme (DMPs)?

Die Fragestellungen F1 bis F10 wurden bereits im Rahmen der vorangegangenen Beauftragung für den Berichtszeitraum 1.10.2008 bis 31.12.2010 behandelt (Laux et al. 2013) und deren Bearbeitung wird vertragsgemäß auch für die Berichtszeiträume 1.1.2011 bis 31.12.2014 fortgeführt.

Zu beachten ist das <u>unterschiedliche Studiendesign</u> im Vergleich zur vorangegangenen Beauftragung (siehe 3.2).

1.1 Neue Fragestellungen

Im Rahmen der Begleitevaluation für den Berichtszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012 wurden zusätzlich erweiterte und neue Fragestellungen adressiert (erweitert: F7, neu: F11, F12 und Teilpaket 1).

Die Fragestellung **F7** (Pharmakotherapiekosten im hausärztlichen Bereich) wurde für die Analysen für diesen Berichtszeitraum auf die Pharmakotherapiekosten im gesamten ambulanten Sektor erweitert. Es liegt hier die Hypothese zu Grunde, dass die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in Kombination mit gezielten HzV-Pharmkotherapiezirkeln für HzV-Versicherte eine Reduktion der Pharmakotherapiekosten bewirkt, die sich auf den gesamten ambulanten Versorgungssektor bezieht. Eine Pharmakotherapie beim Facharzt erfolgt demnach in bestimmten Fällen gar nicht oder in reduziertem Umfang, da entsprechende Verordnungen bereits durch den Hausarzt vorgenommen werden.

Die neue Fragestellung **F11** bezieht sich auf potentielle Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf die stationären Kosten. In den bisherigen Fragestellungen F4 bis F6 wurden bereits Zielgrößen betrachtet, die eine starke Assoziation mit Kosten im stationären Sektor aufweisen. Zusätzlich werden nun die Krankenhauskosten explizit für den jeweiligen Betrachtungszeitraum in die Analysen einbezogen.

Die neue Fragestellung **F12** fokussiert auf potentielle Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf sog. „Vermeidbare Krankenhausweisungen“. Dabei werden bestimmte Krankheitsbilder (im anglo-amerikanischen Sprachraum als „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSCs) bezeichnet (Caminal et al. 2004, Burgdorf und Sundmacher 2014), die bei einer adäquaten medizinischen Versorgung im ambulanten, insbesondere im primärärztlichen Versorgungssektor, keine Hospitalisierung notwendig machen sollten, betrachtet. Die Hypothese ist, dass durch eine intensivere Betreuung im primärärztlichen Bereich ganz bestimmte Gesundheitsprobleme (z. B. Entgleisung des Blutzuckers oder des Elektrolythaushaltes) von vornherein vermieden werden können.

Für den o. g. Betrachtungszeitraum wurde zusätzlich das sog. „**Teilpaket 1**“ bearbeitet. Dabei wird auf Krankenhauseinweisungen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00-F98) fokussiert. In diesem Ergebnisbericht werden HzV- und nicht HzV-Versicherte diesbezüglich in einer vergleichenden deskriptiven Analyse dargestellt.

2. Methoden

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgte durch eine umfangreiche Analyse auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Die Fragestellungen wurden in einer vergleichenden Deskription adressiert. Außerdem wurde der potentielle Effekt der hausarztzentrierten Versorgung auf die oben angegebenen Zielgrößen unter Berücksichtigung relevanter Kovariaten durch adäquate multivariate Modelle untersucht (siehe auch 2.8).

2.1 Stichprobe

Für den Zeitraum zwischen dem 1.1.2011 und dem 31.12.2012 (2 Jahre; 8 Quartale) stellte die AOK Baden-Württemberg der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg Routinedaten zur Verfügung (Routinedaten gemäß §§ 284, 295, 300 und 301 SGB V). Die Basis für die Analysen bildeten alle AOK-Versicherten, die in o. g. Zeitraum ohne Unterbrechung bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert waren. Für jeden Versicherten und jeden Hausarzt ließ sich anhand der Routinedaten eindeutig ableiten, ob ein Vertrag gemäß § 73b SGB V (HzV) vorlag.

Explizit ausgeschlossen wurden Versicherte, für die mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen zutraf:

A1: Versicherte nahmen keine hausärztlichen Leistungen im Berichtsjahr in Anspruch.

A2: Versicherte waren im jeweiligen Betrachtungszeitraum nicht durchgängig bei der AOK-Baden-Württemberg krankenversichert.

A3: Versicherte waren zu Beginn des Betrachtungszeitraumes noch nicht volljährig.

A4: Versicherte oder deren Hausarzt waren in ein anderes Versorgungsmodell eingeschrieben (Integrierte Versorgung basierend auf §63 oder §140 SGB V).

A5: Versicherte waren nicht in die HzV eingeschrieben, aber deren Hausarzt war eingeschrieben.

A6: Eine Unterbrechung der HzV-Einschreibung beim Versicherten lag im Betrachtungszeitraum vor.

A7: Eine Unterbrechung der HzV-Einschreibung beim Hausarzt lag im Betrachtungszeitraum vor.

A8: Versicherte wechselten den Hausarzt.

A9: Versicherte waren mit einer Postleitzahl außerhalb Baden-Württembergs registriert.

A10: Betriebsstätten waren mit einer Postleitzahl außerhalb Baden-Württembergs registriert (zugehörige Hausärzte und deren Versicherte wurden ausgeschlossen).

Alle Versicherten, für die keine der Bedingungen A1 bis A10 zutraf, wurden in die Analysen eingeschlossen.

2.2 Studiendesign

Für HzV- und nicht HzV-Versicherte erfolgte ein Vergleich der Zielgrößen jeweils querschnittlich für die Berichtsjahre 2011 und 2012 (jeweils 4 Quartale). Auch längsschnittliche Vergleiche (2011 vs. 2012) der jeweiligen Zielgrößen sind hier möglich, da die eingeschlossenen Versicherten für die hier angewandten Analysen für 2011 und 2012 identisch sind.

Zu beachten ist, dass sich das Studiendesign für diese Analysen vom Studiendesign für die vorangegangenen Analysen (Laux et al. 2013) unterscheidet. Die vorangegangenen Analysen betrafen einen Beobachtungszeitraum von insgesamt 10 Quartalen (1.7.2008 bis 31.12.2010), wobei ein wohldefiniertes Versichertenkollektiv zunächst vor einer potentiellen HzV-Einschreibung retrospektiv betrachtet wurde. Nach einer Einschreibephase wurde die Entwicklung relevanter Zielgrößen (siehe 2) für zwei Teilkollektive (HzV-Versicherte vs. nicht HzV-Versicherte) analysiert, um potentielle Zusammenhänge zur HzV-Intervention in einer relativ frühen Phase zu ermitteln. Die hier präsentierten Analysen beziehen sich auf querschnittliche Betrachtungen eines Versichertenkollektivs, dessen HzV-Teilkollektiv (Versicherte mit HzV-Einschreibung) bereits deutlich über 3 Jahre durchgängig eingeschrieben waren (siehe Tabelle 1, „Dauer der HzV-Einschreibung“).

2.3 Datenbasis

Die Daten wurden vom Auftraggeber gemäß den Vorgaben im Minimum Data Set zur Verfügung gestellt. Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen wurde beauftragt, die Sicherung der Datenqualität gemäß aktueller Standards (GPS 2012) zu gewährleisten. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Aufgabe wurden die Daten über sichere Verbindungen (siehe 3.4) zur Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg transferiert und in dafür vorgesehene Datenbanken importiert. Zur Datenspeicherung und -aufbereitung wurden ORACLE MySQL Community Server 5.5 (64 bit) und IBM DB2 Workgroup Server 9.7 (64 bit) verwendet.

2.4 Datenschutz

Angaben zu Betriebsstätten (Praxen), Ärzten und Versicherten wurden im Vorfeld pseudonymisiert. Damit konnten diese Entitäten longitudinal verfolgt werden, ohne dass es dem Anbieter möglich war, dieselben physisch zu identifizieren. Datentransfers erfolgten stets über sichere Verbindungen mit einer Verschlüsselungsstärke von mindestens 256 Bit.

2.5 Gruppenspezifische Ermittlung von Hausärzten und Praxen

In den Routinedaten waren alle Ärzte über ihre pseudonymisierte LANR (Lebenslange Arztnummer) eindeutig identifizierbar. Das gleiche galt für Arztpraxen, die sich durch eine eindeutige pseudonymisierte BSNR (Betriebsstättennummer) identifizieren ließen.

HzV-Versicherte (Interventionsgruppe)

Die pseudonymisierte LANR des Hausarztes wurde für HzV-Versicherte direkt in den Routinedaten übermittelt. Die pseudonymisierte BSNR der Hausarztpraxis wurde über die Kontakte des Versicherten zum Hausarzt in dieser Hausarztpraxis ermittelt.

Nicht HzV-Versicherte (Kontrollgruppe)

Für nicht HzV-Versicherte war die LANR des Hausarztes in den Routinedaten nicht verfügbar. Hausarzt-LANR und zugehörige BSNR (beide pseudonymisiert) wurden algorithmisch für den Versicherten ermittelt: Der Versicherte musste über 50% seiner hausärztlichen Kontakte in einer bestimmten hausärztlichen Praxis aufweisen. Die BSNR dieser Praxis wurde verwendet. Falls in einer Praxis mehr als ein Hausarzt tätig war, wurde die LANR des Hausarztes verwendet, auf den über 50% der Versichertenkontakte in dieser Praxis entfielen.

Versicherte, für die sich LANR und BSNR nicht wie beschrieben ermitteln ließen, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

2.6 Morbiditätsmaß

Die Morbidität der Versicherten ist im gegebenen Kontext eine wesentliche Kovariate. Auf Basis der gesicherten Diagnosen (ICD 1993) wurde für jeden Versicherten der sog. Charlson-Index (Sundararajan et al. 2004) ermittelt. Dieses Instrument eignet sich zur gewichteten Beurteilung be-

stehender Morbidität auf Basis von Routinedaten und hat sich in anderen Studien als praktikables Maß im Kontext von ICD-Codes aus Routinedaten erwiesen (Freund et al. 2010).

2.7 Stationäre Aufenthalte

Stationäre Aufenthalte im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen und teilstationäre Aufenthalte wurden nicht für die Analysen berücksichtigt.

2.8 Hypothesenprüfung und Varianzaufklärung

Wie auch in der ersten Phase der Begleitevaluation wurden Matching-Methoden (Rosenbaum und Rubin 1985) aufgrund der relativ großen Anzahl an Kovariaten und deren Ausprägungen zugunsten von der Anwendung multivariater Mehrebenen-Regressionsmodelle verworfen.

Beim methodischen Vorgehen zur Varianzaufklärung für die jeweiligen Zielgrößen mussten 3 Ziele parallel verfolgt werden. Neben der Notwendigkeit, die Hypothesen multivariat (Searle et al. 1992, Tabachnick et al. 2006) zu prüfen, musste der vorherrschenden Mehrebenenstruktur (Versicherter, Hausarzt, Hausarztpraxis) varianzanalytisch Rechnung getragen werden (Laux et al. 2008). Darüber hinaus galt es, für die Algorithmen, die zur Varianzaufklärung benutzt wurden, für jede relevante Kovariate und Zielvariable in Bezug auf deren Verteilung sowie deren Varianz- und Kovarianzstrukturen zu prüfen, ob die jeweiligen Modellvoraussetzungen gültig waren, um gegebenenfalls algorithmische Anpassungen oder Erweiterungen zu tätigen.

Mit dem Statistikpaket SAS (Version 9.4, 64-bit, SAS Inc. Cary, NY, USA) steht ein umfassendes Analysewerkzeug zur Verfügung, dessen Analysemodule durch eine wohldefinierte Syntax genutzt werden können. Darüber hinaus können die jeweiligen Basismodelle programmatisch adaptiert und erweitern werden, um eine methodisch angemessene Varianzaufklärung zu ermöglichen.

Konkret wurden die SAS-Prozeduren PROC MIXED (Proc Mixed 2014), PROC GLIMMIX (Proc Glimmix 2014) und PROC GENMOD (Proc Genmod 2014) eingesetzt. Diese lassen sich je nach Fragestellung mit bestimmten Verteilungsannahmen parametrisieren (u. a. normal-, exponential-, Beta-, Gamma-, T-, binär-, multinomial- und Poisson-Verteilung).

Für Zielgrößen seltener Ereignisse und/oder mit schiefen Verteilungen erwiesen sich Poisson-Regressionsmodelle (Fahrmeir et al. 2008) in Verbindung mit generalisierten Schätzgleichungen (Generalized Estimating Equations, GEEs) als angemessen (Hardin et al. 2003).

Zur Einschätzung darüber, wie gut sich ein bestimmtes Modell zur Varianzaufklärung eignet, lässt sich die „Goodness of fit“ beispielsweise über “Akaike's Information Criterion” (Akaike 1973) abschätzen,

das auf Maximum-Likelihood Methoden basiert und nach der Modellkonvergenz als Teil der Teststatistik ausgegeben wird. Für die Modellierung mittels GEEs, wurde zur Einschätzung der Varianzaufklärung das QIC (Quasi-likelihood under the Independence Model Criterion) herangezogen, das zu GEEs korrespondiert, ohne bestimmte Annahmen über die Verteilung der Antwortvariablen zu treffen (Shults et al. 2014).

In bestimmten Fällen konnten für bestimmte Variablen keine belastbaren Verteilungsannahmen getroffen werden. Über die Definition von sog. „Spline-Funktionen“ (Nürnberger et al. 2001), konnten die Modelle gezielt sukzessive um nichtparametrische Schätzfunktionen erweitert werden, um die betreffenden Variablen angemessen in die jeweiligen Modelle zu integrieren.

Für die multivariaten Modelle wurden versichertenseitig die Variablen „Alter“, „Geschlecht“, „Morbidität“, „Dauer der HzV-Einschreibung“, „Unterbringung im Pflegeheim“ und „Pflegestufe“, in Bezug auf den Arzt die Variable „DMP-Einschreibung“ sowie in Bezug auf die Hausarztpraxis die Variablen „Lage“ (Stadt/Land), „Praxisgröße“ (Versichertenkontakte im Betrachtungszeitraum), „Praxisart“ (Einzel-, Gemeinschaftspraxis) in die jeweiligen Modelle integriert.

Dem multiplen Testen wurde durch eine Adjustierung des Signifikanzniveaus gemäß der konservativen Bonferroni-Methode (Bonferroni 1936) Rechnung getragen.

3. Ergebnisse

Insgesamt stellte die AOK-Baden-Württemberg für den Beobachtungszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012 Daten von 3.952.775 Versicherten zur Verfügung. Von diesen Versicherten erfüllten 1.187.597 alle Einschlusskriterien für die Analysen (siehe 3.1). Davon waren 610.985 (51,4%) Versicherte in die HzV eingeschrieben (Interventionsgruppe), sowie 576.612 (48,6%) Versicherte nicht in die HzV eingeschrieben (Kontrollgruppe).

Tabelle 1 zeigt zunächst die soziodemografische Struktur von Interventions- und Kontrollgruppe. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Analyseergebnisse für die o. g. Fragestellungen für Kontroll- und Interventionsgruppe für beide Beobachtungsintervalle vorgestellt. Die Ergebnistabellen 2a und 2b in Abschnitt 3.2 zeigen eine tabellarische Ergebnisübersicht für die Berichtsjahre 2011 und 2012. In Spalte 2 und 3 werden die unadjustierten Werte mit deren Standardabweichung aufgeführt. Spalte 4 zeigt die adjustierte Schätzung für die potentielle Effektstärke der HzV-Intervention durch Angabe einer adjustierten Differenz unter Angabe des Standardfehlers und eines 95%-Konfidenzintervalls. Die letzte Spalte zeigt zusätzlich den prozentualen Unterschied (HzV- vs. nicht HzV-Versicherte) für die jeweilige Zielgröße für das jeweilige multivariate Modell sowie den Fehler 1. Art (P-Wert) auf.

3.1 Soziodemografische Struktur

Tabelle 1 zeigt die soziodemografische Struktur der eingeschlossenen Versicherten.

Tabelle 1: Soziodemografische Struktur

Strukturmerkmal	**Eingeschlossene Versicherte (n=1.187.597)**	
	HzV-Versicherte (Interventionsgruppe, n=610.985)	Nicht HzV-Versicherte (Kontrollgruppe, n=576.612)
Alter ± SD (in 2012)	59,34 ± 17,53	58,44 ± 18,30
Geschlecht		
männlich	42,62%	41,93%
weiblich	57,38%	58,07%
Nationalität		
deutsch	87,16%	86,50%
andere	12,84%	13,50%
Versichertenstatus		
Mitglied	44,41%	46,65%
Familie	5,70%	5,91%
Rentner	49,89%	47,44%
Morbidität ± SD **Berechnung auf Basis des Charlson-Index**	1,50 ± 2,01	1,41 ± 1,92
Dauer der HzV-Einschreibung **Quartale ± SE**	13,24 ± 2,47	-

Die HzV-Versicherten waren im Schnitt etwa 1 Jahr älter und -gemessen am Charlson-Index (Sundararajan et al. 2004)- etwas kränker (1,50 vs. 1,41). Durch die konsequente Berücksichtigung der genannten Ausschlusskriterien (siehe 3.1) für beide Versichertengruppen zeigten sich sehr ähnliche Verteilungen bzgl. der soziodemografischen Variablen.

3.2 Tabellarische Ergebnisübersicht

Tabelle 2: Ergebnisübersicht 2011

Zielgröße	Berichtsjahr 2011		Adjustierte** Differenz (Standardfehler) [95%-Konf.Intervall] HzV vs. Nicht-HzV	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HzV vs. Nicht-HzV
	HzV* Ø ± Standardabw. Interventionsgruppe n=610.985	Nicht-HzV* Ø ± Standardabw. Kontrollgruppe n=576.612		
Hausarztkontakte	**12,91** ± 10,49	**8,53** ± 9,37	**+2,65** (0,157) [2,343; 2,959]	**+14,1%** p<0,0001
Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis	**2,99** ± 3,07	**4,01** ± 4,42	**-0,975** (0,024) [-1,103; -0,924]	**-36,2%** p<0,0001
Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis	**1,87** ± 2,52	**2,27** ± 2,95	**-0,451** (0,024) [-0,498; -0,404]	**-26,8%** p<0,0001
Hospitalisationsrate Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen pro Versichertem	**0,247** ± 0,867	**0,264** ± 0,726	**-0,019** (0,007)*** [-0,081; -0,052] ***	**-6,41%** p<0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	**12,86** ± 15,90	**13,60** ± 17,47	**-0,328** (0,176) [-0,683; 0,007]	- n. s.
Krankenhaus-Wiedereinweisungen Durchschnittlicher Anteil der Wiedereinweisungen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	**0,172** ± 0,610	**0,184** ± 0,661	**-0,004** (0,019)*** [-0,059; 0,014] ***	- n. s.
Vermeidbare Krankenhauseinweisungen („ACSCs“) (Anteil an ACSC-Einweisungen in %)	**14,51** ± 32,81	**15,41** ± 33,54	**-1,421** (0,173) [-1,760; -1,081]	**-6,29%** p<0,0001
Stationäre Kosten (Kosten in € pro Versichertem mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr)	**5.428,43** ± 7.448,67	**5.552,76** ± 7.684,07	**-34,40** (0,007)*** [-0,018; 0,005] ***	**-0,65%** n. s.
Medikamentenkosten im ambulanten Sektor (Kosten pro Versichertem, Bruttopreise in € ohne Rabatte)	**1.253,14** ± 61.984,88	**1.313,24** ± 53.865,02	**-109,41** (0,014)*** [-0,108; -0,052] ***	**-8,34%** P<0,0001
Polymedikation (Durchschnittliche Anzahl verordneter unterschiedlicher Wirkstoffe)	**5,79** ± 5,09	**5,67** ± 5,02	**+0,071** (0,035) [-0,002; 0,144]	- n. s.
Rot hinterlegte Präparate (Verordnungen beim Hausarzt, Anteile in %)	**4,31** ± 12,26	**5,52** ± 14,41	**-0,972** (0,063) [-1,096; -0,848]	**-33,3%** p<0,0001

*Legende: * Durchschnittswerte ohne Adjustierung*
*** Kenngrößen mit Adjustierung unter Einbeziehung o. g. Kovariaten*
****Angabe von Standardfehler und Konfidenzintervall auf logarithmischer Skala wg. entsprechender Link-Funktion des Modells*

Tabelle 3: Ergebnisübersicht 2012

Zielgröße	Berichtsjahr 2012		Adjustierte** Differenz (Standardfehler) [95%-Konf.Intervall] HzV vs. Nicht-HzV	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HzV vs. Nicht-HzV
	HzV* Ø ± Standardabw. Interventionsgruppe, n=610.985	Nicht-HzV* Ø ± Standardabw. Kontrollgruppe, n=576.612		
Hausarztkontakte	**14,32** ± 11,44	**8,83** ± 9,83	**+3,75** (0,177) [3,41; 4,10]	**+16,6%** p<0,0001
Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis	**3,00** ± 3,11	**4,06** ± 4,46	**-1,01** (0,026) [-1,066; -0,962]	**-39,3%** p<0,0001
Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis	**1,93** ± 2,60	**2,21** ± 2,90	**-0,325** (0,02) [-0,365; -0,286]	**-20,5%** p<0,0001
Hospitalisationsrate Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen pro Versichertem	**0,272** ± 0,749	**0,285** ± 0,774	**-0,008** (0,008)*** [-0,044; -0,014] ***	**-2,95%** P=0,0002
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	**13,60** ± 17,18	**14,04** ± 18,02	**-0,008** (0,008) [-0,180; 0,164]	- n. s.
Krankenhaus-Wiedereinweisungen Durchschnittliche Anzahl der Wiedereinweisungen pro eingewiesenem Versichertem innerhalb von 4 Wochen	**0,200** ± 0,664	**0,205** ± 0,692	**-0,004** (0,017)*** [-0,012; 0,055] ***	**+2,17%** n. s.
Vermeidbare Krankenhauseinweisungen („ACSCs“) (Anteil an ACSC-Einweisungen in %)	**15,25** ± 33,15	**16,05** ± 33,83	**-1,263** (0,173) [-1,602; -0,923]	**-5,34%** p<0,0001
Stationäre Kosten (Kosten in € pro Versichertem mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr)	**5.881,59** ± 8.502,35	**5.848,46** ± 8.349,58	**+116,40** (0,021)*** [0,010; 0,033] ***	**+2,12%** P=0,0003
Medikamentenkosten im ambulanten Sektor (Kosten pro Versichertem, Bruttopreise in € ohne Rabatte)	**1.361,04** ± 62.117,00	**1.411,67** ± 46.379,79	**-113,20** (0,021)*** [-0,107; -0,054] ***	**-8,38%** P<0,0001
Polymedikation (Durchschnittliche Anzahl verordneter unterschiedlicher Wirkstoffe)	**5,99** ± 5,29	**5,85** ± 5,21	**+0,051** (0,029) [-0,006; 0,108]	- n. s.
Rot hinterlegte Präparate (Verordnungen beim Hausarzt, Anteile in %)	**4,53** ± 12,43	**5,92** ± 14,80	**-1,186** (0,067) [-1,314; -1,051]	**-37,2%** p<0,0001

*Legende: * Durchschnittswerte ohne Adjustierung*
*** Kenngrößen mit Adjustierung unter Einbeziehung o. g. Kovariaten*
****Angabe von Standardfehler und Konfidenzintervall auf logarithmischer Skala wg. entsprechender Link-Funktion des Modells*

3.3 Hausarztkontakte

In Bezug auf die kovariatenadjustierte Anzahl der Kontakte der Versicherten zu Ihrem Hausarzt war in beiden Beobachtungsintervallen für die HzV-Versichertengruppe eine erhöhte, statistisch signifikante Kontaktfrequenz (2011: +2,65 ± 0,157 (p<0,0001); 2012: +3,75 ± 0,177 (p<0,0001)) zu beobachten. Für den gesamten Betrachtungszeitraum lag die HzV-Versichertengruppe in Bezug auf die Kontaktfrequenz zum Hausarzt um etwa 15% über der Kontrollgruppe (siehe Tabellen 2 und 3).

3.4 Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis

Für die Anzahl der Facharztkontakte der Versicherten mit Überweisung aus der Hausarztpraxis war in beiden Beobachtungsintervallen für die HzV-Versichertengruppe eine geringere, statistisch signifikante Kontaktfrequenz (2011: -1,05 ± 0,025 (p<0,0001); 2012: -1,12 ± 0,025 (p<0,0001)) zu beobachten. Für beide Betrachtungszeiträume lag die HzV-Versichertengruppe damit um mindestens 35% unter der Kontrollgruppe (siehe Tabellen 2 und 3).

3.5 Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis

Auch in Bezug auf die Anzahl der Facharztkontakte der Versicherten ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis war in beiden Beobachtungsintervallen für die HzV-Versichertengruppe eine geringere, statistisch signifikante Kontaktfrequenz (2011: -0,443±0,024 (p<0,0001); 2012: -0,313 ± 0,021 (p<0,0001)) zu beobachten. Für beide Betrachtungszeiträume lag die HzV-Versichertengruppe damit um -26,8% bzw. -20,5% unter der Kontrollgruppe (siehe Tabellen 2 und 3).

3.6 Hospitalisationsrate

In Bezug auf die Hospitalisationsrate (i.e. die durchschnittliche Anzahl an Krankenhauseinweisungen pro Versichertem) für die beiden Beobachtungsintervalle war für die Interventionsgruppe eine geringfügig niedrigere Einweisungsrate zu beobachten. Die Tatsache, dass für das Jahr 2012 die adjustierte Differenz sehr nahe bei 0 lag, legt nahe, dass der beobachtete Zusammenhang nicht überinterpretiert werden sollte (siehe Tabellen 2 und 3).

3.7 Krankenhaustage (Liegezeiten)

In Bezug auf die durchschnittliche Anzahl der Tage, die hospitalisierte Versicherte im Krankenhaus waren (Liegezeit), ergaben sich weder für 2011 noch für 2012 statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (siehe Tabellen 2 und 3).

3.8 Krankenhaus-Wiedereinweisungen

In Bezug auf die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaus-Wiedereinweisungen pro Versichertem innerhalb von vier Wochen nach Entlassung ergaben sich weder für 2011 noch für 2012 statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (siehe Tabellen 2 und 3).

3.9 Potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen

Für „potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen“ (siehe 2.1, F12) war in beiden Beobachtungsintervallen für die HzV-Versichertengruppe eine statistisch signifikante Anzahl (2011: -1,42±0,173 ($p<0,0001$); 2012: -1,26 ± 0,173 ($p<0,0001$)) zu beobachten. Dieser positive Effekt bedeutet, dass für die HzV-Versicherten pro Jahr für beide Beobachtungszeiträume jeweils mehr als eine „potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisung“ weniger zu beobachten war (siehe Tabellen 2 und 3).

3.10 Stationäre Kosten

In Bezug auf die durchschnittlichen Kosten für hospitalisierte Versicherte ergaben sich für 2011 keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Für 2012 ergaben sich Mehrkosten in der Interventionsgruppe um 2,12%. Unter Einbeziehung des 95%-Intervalls sollte dieser Zusammenhang allerdings, wie auch in 3.5, nicht überinterpretiert werden (siehe Tabellen 2 und 3).

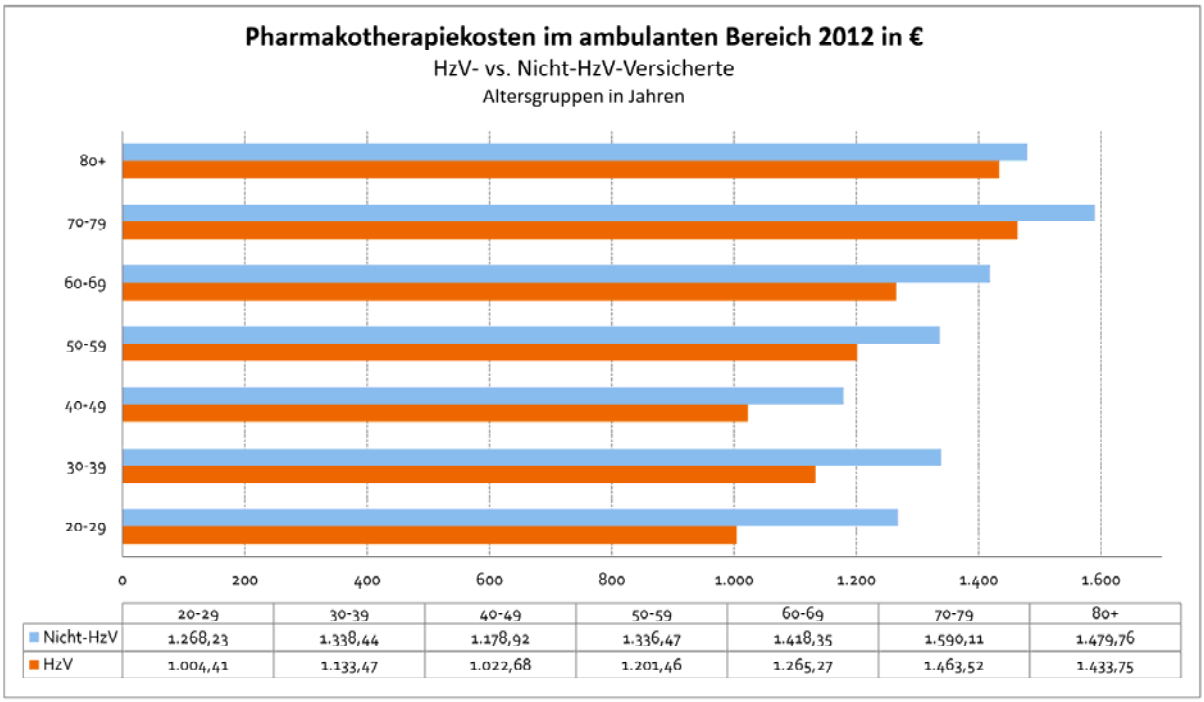
3.11 Pharmakotherapiekosten

In Bezug auf die Pharmakotherapiekosten im ambulanten Sektor (es lagen Arzneimittelbruttopreise in € vor) ergaben sich für beide Beobachtungsintervalle für die Interventionsgruppe adjustierte Minderkosten von deutlich über 100 € (siehe Tabellen 2 und 3). Im Gegensatz zur ersten Phase der Begleitevaluation wurde für diese 2. Evaluationsphase der gesamte ambulante Sektor betrachtet. Der

aufgedeckte, adjustierte Zusammenhang zwischen HzV-Einschreibung und Minderkosten der Pharmakotherapie im ambulanten Bereich war signifikant und ist vor allem kostenrelevant.

Abbildung 1 zeigt die Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich für das Jahr 2012 in 7 Altersgruppen. Zu beachten ist, dass die Kosten für die o. g. Kovariaten adjustiert wurden. Interessanterweise konnten Minderkosten für die HzV-Versicherten in jeder Altersgruppe beobachtet werden.

Abbildung 1: Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich



	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Nicht-HzV	1.268,23	1.338,44	1.178,92	1.336,47	1.418,35	1.590,11	1.479,76
HzV	1.004,41	1.133,47	1.022,68	1.201,46	1.265,27	1.463,52	1.433,75

3.12 Polymedikation

Für die Polymedikation, gemessen an der Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe der Verordnungen im Betrachtungszeitraum, ergaben sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe weder für 2011 noch für 2012 signifikante Unterschiede (siehe Tabellen 2 und 3).

3.13 Rot hinterlegte Präparate

In Bezug auf den Anteil der verordneten „rot hinterlegten“ Präparate, also Präparate, die aufgrund qualitativer und wirtschaftlicher Alternativen unter Beachtung medizinischer Kriterien nicht verordnet werden sollten (AOK Baden-Württemberg 2014b) an allen Verordnungen beim Hausarzt, war in beiden Beobachtungsintervallen für die HzV-Versichertengruppe ein geringerer, statistisch signifikanter Anteil (2011: -0,972±0,063 ($p<0,0001$); 2012: -1,186 ± 0,021 ($p<0,067$)) zu beobachten (siehe Tabellen 2 und 3). Unter Berücksichtigung der Kovariaten wurde für beide Betrachtungszeiträume für

die HzV-Versichertengruppe pro 100 Verordnungen etwa 1 rot hinterlegtes Präparat weniger verordnet.

3.14 DMP-Einschreibungen

In Bezug auf die Einschreibung in DMPs zeigte sich – mit Ausnahme von DMP-Diabetes mellitus I – eine positive Assoziation zur Einschreibung in die HzV. Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Anteile der eingeschriebenen Versicherten in Kontroll- und Interventionsgruppe für den Berichtszeitraum 2011 bzw. 2012.

Tabelle 4: DMP-Einschreibungen in 2011

DMP	DMP-Einschreibungen Eingeschriebene Versicherte im Berichtszeitraum 2011	
	HzV-Versicherte, n (Anteil in %) (Interventionsgruppe, n=610.985)	Nicht HzV-Versicherte, n (Anteil in %) (Kontrollgruppe, n=576.612)
Diabetes Mellitus I	659 (0,11%)	905 (0,15%)
Diabetes Mellitus II	85.181 (13,9%)	46.248 (8,0%)
Brustkrebs	1.050 (0,17%)	551 (0,10%)
Koronare Herzkrankheit	34.655 (5,7%)	15.447 (2,7%)
Asthma	11.198 (1,8%)	3.726 (0,65%)
COPD	13.435 (2,2%)	4.579 (0,79%)

Tabelle 5: DMP-Einschreibungen in 2012

DMP	DMP-Einschreibungen Eingeschriebene Versicherte im Berichtszeitraum 2012	
	HzV-Versicherte, n (Anteil in %) (Interventionsgruppe, n=610.985)	Nicht HzV-Versicherte, n (Anteil in %) (Kontrollgruppe, n=576.612)
Diabetes Mellitus I	759 (0,12%)	995 (0,17%)
Diabetes Mellitus II	90.773 (14,9%)	50.837 (8,8%)
Brustkrebs	1.104 (0,18%)	621 (0,11%)
Koronare Herzkrankheit	37.216 (6,1%)	17.293 (3,0%)
Asthma	12.160 (2,0%)	4.361 (0,76%)
COPD	14.670 (2,4%)	5.392 (0,94%)

Die angegebenen Anteile beziehen sich dabei auf alle Versicherten in der jeweiligen Gruppe, unabhängig davon, ob die Erkrankung beim Versicherten tatsächlich vorlag.

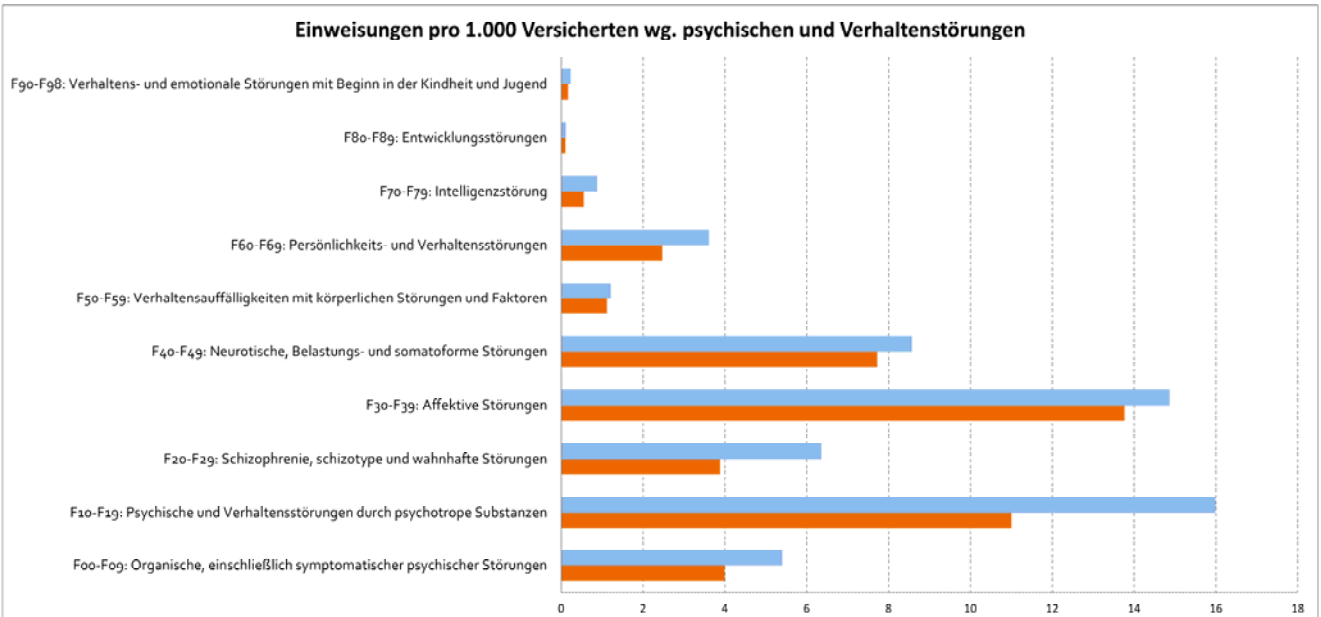
3.15 Teilpaket 1: Krankenhauseinweisungen aufgrund von psychischen Störungen

Die ICD-10 klassifiziert in Kapitel V der aktuell international gültigen Fassung „Psychische und Verhaltensstörungen“ (sog. „F-Diagnosen“, ICD-10: F00-F99). Störungen der psychischen Entwicklung sind in diesem Kapitel mit inbegriffen. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, werden in Kapitel XVIII (R00-R09) behandelt.

In Teilpaket 1 wird auf Krankenhauseinweisungen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen fokussiert. In diesem Ergebnisbericht werden HzV- und nicht HzV-Versicherte diesbezüglich in einer vergleichenden deskriptiven Analyse dargestellt.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Einweisungen pro 1.000 Versicherten aufgrund einer Einweisungsdiagnose aus Kapitel V. Dabei wurden die betreffenden Einweisungen für HzV- und nicht HzV-Versicherte in die 10 Teilkapitel von Kapitel V untergliedert.

Abbildung 2: Ergebnisübersicht der Einweisungen wegen ICD-F-Diagnosen, 1.1.2011-31.12.2012



	F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F30-F39: Affektive Störungen	F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F70-F79: Intelligenzstörung	F80-F89: Entwicklungsstörungen	F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Nicht-HzV	5,40	15,98	6,36	14,87	8,57	1,21	3,61	0,88	0,11	0,23
HzV	3,99	11,00	3,88	13,77	7,72	1,11	2,47	0,55	0,10	0,17

Die standardisierte Anzahl der Einweisungen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen lag für HzV-Versicherte im Vergleich zur Kontrollgruppe für alle 10 Teilkapitel niedriger.

Allerdings muss bei dieser Übersicht beachtet werden, dass sich Kontroll- und Interventionsgruppe bzgl. der Morbidität in Bezug auf diese Krankheitsbilder unterscheiden können. Tatsächlich lag - gemessen an der Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen Kapitel V der ICD- die dokumentierte Morbidität für die Interventionsgruppe um 10,9% niedriger. Dieser Sachverhalt dürfte eine wesentliche Erklärungskomponente für den beobachteten Zusammenhang (siehe Abbildung 2) darstellen.

Die Hintergründe, die zu Einweisungen von Versicherten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen führen, sind in der Regel komplex. Einer Beantwortung dieser Fragestellungen auf der Basis von Routinedaten erscheint nur sehr eingeschränkt möglich. In Bezug auf die Diagnosevalidität zeigen neueste Untersuchungen zu depressiven Erkrankungen beispielsweise eine häufige Verwendung unspezifischer Diagnosecodes und eine seltene Verwendung spezifischer Codes für Dysthymie und rezidivierende kurze depressive Episoden (Gerste und Roick 2014).

4. Diskussion und Schlussfolgerung

Für beide Betrachtungszeiträume (1.1.2011 bis 21.12.2011 sowie 1.1.2012 bis 31.12.2012) zeigte sich unter Berücksichtigung relevanter Kovariaten, dass -gemessen an den Kontaktzahlen- die Betreuungsintensität beim Hausarzt in der HzV-Versichertengruppe höher war. Sowohl die Anzahl koordinierter (Überweisung durch den Hausarzt) als auch die Anzahl unkoordinierter (ohne Überweisung durch den Hausarzt) Facharztkontakte war dagegen in der HzV-Versichertengruppe deutlich niedriger.

Auch in Bezug auf die Pharmakotherapie (Arzneimittelkosten, Anteil verordneter rot hinterlegter Präparate (AOK-Bundesverband 2014b)) konnte für die Gruppe der HzV-Versicherten ein vorteilhafter Zusammenhang beobachtet werden. Regelmäßige Pharmakotherapiezirkel, die fester Bestandteil der HzV-Intervention sind, könnten Erklärungskomponenten für diese Unterschiede sein. Die mit der HzV-Einschreibung assoziierten Minderkosten der Pharmakotherapie im gesamten ambulanten Versorgungssektor sind bemerkenswert.

Für die Hypothesen, die den stationären Versorgungssektor betrafen, waren die ermittelten Unterschiede statistisch nicht signifikant und/oder relativ gering. Grundsätzlich ist dies plausibel, da die HzV-Intervention (noch) nicht explizit auf die stationäre Versorgung abzielt. Eine vielversprechende Ausnahme bildeten die „potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“ (ACSCs). Eine Erklärungskomponente für den beobachteten Unterschied könnte durchaus die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in der Interventionsgruppe sein, die durch präventive Maßnahmen die Notwendigkeit von Einweisungen aufgrund von ASCSs reduziert.

Die Nutzung von Routinedaten (Sekundärdaten), d.h. von Daten, die im Versorgungsalltag unabhängig von etwaigen Forschungsfragen erhoben werden, stellt generell eine interessante Option für Evaluationen im gegebenen Kontext dar, weil kein zusätzlicher Aufwand für die Datenerhebung anfällt. Andererseits können Routinedaten mit ganz bestimmten - auch systembedingten - Einschränkungen behaftet sein (Laux et al. 2014). Grundsätzlich muss die Zweckbindung dieser Daten für die Abrechnung von Leistungen beachtet werden. Für den Morbiditätsbezug der Routinedaten gilt folglich, dass jeweils Abrechnungsdiagnosen dokumentiert sind. Dies kann, je nach Kontext, sowohl zur Unterschätzung als auch zur Überschätzung der tatsächlichen Morbidität führen. Allerdings betrifft dieser Sachverhalt HzV- und nicht HzV-Versicherte gleichermaßen.

Die „Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS), die „Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)“ und die „Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie“ (DGEpi) haben zusammen einen Leitfaden für eine gute Praxis im Umgang mit Sekundärdaten („Gute Praxis Sekundärdatenanalyse") für wissenschaftliche Fragestellungen entwickelt (GPS 2012). Der Wirkbereich dieser Leitlinien bezieht sich insbesondere auf medizinische Sekundärdaten, also typischerweise Routinedaten der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung oder Daten von (bevölkerungsbezogenen) Krankheitsregistern. Explizit wird dort auch erwähnt, dass konkrete Studienbedingungen und Spezifika bestimmter Daten es erforderlich machen können, begründet von den Empfehlungen der GPS abzuweichen. Für die vorliegende Evaluationsstudie bestand dafür aber keine Notwendigkeit. Insbesondere für die Qualitätssicherung, Datenaufbereitung und Datenanalyse diente die GPS als hervorragende Orientierungshilfe.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass wesentliche versichertenseitige Parameter (z. B. Bildungsstand, Beruf, Einkommen, gesundheitliche Risikofaktoren) in den vorliegenden Routinedatensätzen nicht zur Verfügung standen. Diese soziodemografischen Parameter können für bestimmte Fragestellungen zur Beurteilung der medizinischen Versorgung mehr oder weniger von Bedeutung sein. Eine Aufdeckung von etwaigen Unterschieden bzgl. dieser Parameter in Interventions- und Kontrollgruppe war aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich.

Trotz dieser Einschränkungen deuten die Ergebnisse aus Arbeitspaket 1 in die Richtung, dass durch die HzV die Lotsenfunktion des Hausarztes gestärkt wird und darüber hinaus zusätzlich gesundheitsökonomische Vorteile bewirkt werden.

Da sich für bestimmte Interventionen erst nach einer gewissen Zeit Veränderungen beobachten lassen, werden die Evaluationen, die im Rahmen dieses Arbeitspakets erfolgt sind, kontinuierlich weitergeführt und gegebenenfalls zusätzlich jeweils aktuelle Fragestellungen im gegebenen Kontext berücksichtigen.

II. Arbeitspakt II

1. Hintergrund und Fragestellungen

Die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurden eingeführt, um u.a. eine Verbesserung der Betreuung chronisch kranker Menschen in der Hausarztpraxis zu erreichen. Des Weiteren hatte die Einführung zum Ziel allen in die HzV eingeschriebenen AOK-Versicherten in der Hausarztpraxis eine optimierte Versorgung anzubieten, indem Praxisstrukturen und –Abläufe verändert werden, die Versorgung sich an evidenzbasierten Leitlinien orientiert und die Arbeitsbedingungen in der Praxis sich verbessern, um eine besser Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation zu erzielen. Zur Erreichung dieser Ziele ist es maßgeblich, dass die Patienten, die Ärzte und ihre PraxismitarbeiterInnen von den Vertragsinhalten tatsächlich profitieren. Um zukünftig noch besser zugeschnittene Konzepte entwickeln zu können sowie Informationsmaterialien und Informationswege nutzen zu können, ist es unerlässlich, die Faktoren zu verstehen, die Patienten und Hausärzte dazu motivieren, sich in den Vertrag einzuschreiben. In der ersten Evaluationsphase von 2008 bis 2011 wurden Zufriedenheitsfaktoren ermittelt (Gerlach & Szecsenyi 2013; Goetz et al. 2013). Das vorliegende Arbeitspakt II des ersten Abschnitts der zweiten Evaluationsphase befasst sich mit den Motivationsfaktoren bei Ärzten und Versicherten. In einer qualitativen Studienphase wurden dazu Interviews mit Hausärzten und mit Versicherten geführt.

Dem Arbeitspaket liegen dabei die folgenden Fragestellungen zugrunde:

- Welche Vorteile sind für Versicherte mit einer Teilnahme an der HzV verbunden?
- Was motiviert die Versicherten an der HzV teilzunehmen?
- Was motiviert Hausärzte sich in die HzV einzuschreiben?
- Schließen die Hausärzte bestimmte Patientengruppen gezielt in die HzV ein und wenn ja warum?
- Welche Versorgungsprozesse müssen optimiert werden, um die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die Schnittstelle zwischen Haus- und Fachärzten zu optimieren?
- Welche Änderungen in der Patientenversorgung sind für Hausärzte durch die HzV eingetreten?
- Welche Veränderungen nehmen Patienten wahr?

In diesem Ergebnisbericht werden nun die ersten Ergebnisse aus den Interviews dargestellt und diskutiert. Im Anschluss an diese qualitative Studienphase wird auf Grundlage der Hypothesen aus dieser Phase ein Fragebogen entwickelt werden, der in dem sich anschließenden quantitativen Studienteil zum Einsatz kommen wird.

2. Methode

2.1 Qualitative Befragung

Qualitative Forschung ist in den sozialwissenschaftlichen Fächern seit langem etabliert und gewinnt zunehmend auch in der Medizin an Bedeutung. Durch die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden wird das Erleben und Verhalten durch Verstehen und Interpretationsverfahren bestimmbar (Flick et al. 2010).

„Qualitative Forschung hat eine starke Orientierung am Alltagsgeschehen und / oder am Alltagswissen der Untersuchten. (…) Das Erkenntnisprinzip qualitativer Forschung ist auch eher das Verstehen von komplexen Zusammenhängen als die Erklärung durch die Isolierung einer einzelnen (z.B. Ursache-Wirkung-)Beziehung“ (Flick et al. 2010).

Das Ziel des vorliegenden Arbeitspaketes war es, die Sichtweise der Hausärzte bzw. der Patienten zu erfragen und daraus Hypothesen für eine weiterführende schriftliche Befragung abzuleiten. Aus diesem Grund wurde für die Studie eine qualitative Vorgehensweise mit teilstandardisierten Telefoninterviews gewählt. Telefoninterviews eignen sich hervorragend, um kosteneffektiv qualitative Forschung durchzuführen und sind im Vergleich zu face-to-face Interviews von gleicher Qualität (Sturges & Hanrahan 2004). Qualitative Forschung dient dabei dem Erfassen von persönlichen Sichtweisen ohne vorab detaillierte Inhalte vorzugeben. Dies erzeugt in der Regel ein breiteres Spektrum und neuere Erkenntnisse, die jeweils die Meinung und Perspektive der interviewten Zielgruppe wiedergeben. Qualitative Forschung hat dabei nicht das Ziel, repräsentative Ergebnisse hervorzubringen sondern viel mehr Neues aufzuzeigen und Hypothesen zu generieren. Im Rahmen dieses Ergebnisberichtes sind die Ergebnisse der Befragungen kategorisiert in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und werden anhand von prägnanten Beispielzitaten (sog. Ankerbeispielen) veranschaulicht (Mayring 2010).

Die Interviews mit den Hausärzten wurden von Heiko Anselm und die Interviews mit den Patienten von Falk Wallat jeweils als Bestandteil der medizinischen Doktorarbeit durchgeführt.

2.1.1 Interviews mit Hausärzten

Zur Rekrutierung der Interviewteilnehmer wurden diejenigen Hausärzte angeschrieben, die in der ersten Evaluationsphase (*2008-201*1) bereits an der Patientenbefragung teilgenommen haben sowie ein Aufruf per Fax über den Verteiler des Hausärzteverbandes und des MEDI-Verbundes gestartet. Die telefonischen Interviews mit den Hausärzten fanden zwischen Oktober 2013 und Januar 2014 statt. Allen Teilnehmern wurde eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro gezahlt. Für die Interviews mit an der HzV teilnehmenden Hausärzten wurde zunächst ein Interviewleitfaden entwickelt. Dazu

wurden Fragen formuliert, die sich an den erklärten Zielen und Vorgaben der HzV orientieren, und die darauf abzielen wesentliche Veränderungen und die Erfahrungen mit der Umsetzung der HzV im Praxisalltag zu erfassen. Der Interviewleitfaden wurde in zwei Probeinterviews pilotiert und modifiziert. Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt, digital aufgezeichnet und anschließend im Originalwortlaut transkribiert.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Hausärzte sollten niedergelassen sein und länger als zwei Jahre in den Vertrag der HzV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sein. Vor Beginn der Interviews wurde an die Hausärzte das Informationsblatt ausgehändigt und von allen die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Hausärzte, die nicht niedergelassen waren, wurden von der Studie ausgeschlossen. Des Weiteren waren sowohl unzureichende Deutschkenntnisse als auch die Rücknahme der Einverständniserklärung Kriterien für den Ausschluss aus der vorliegenden Studie.

2.1.2 Interviews mit Patienten

Diejenigen Hausärzte, die sich zur Teilnahme am Interview bereit erklärt hatten, wurden gebeten, darüber hinaus Patienten in die Studie einzuschließen. Die Ärzte, die sich bereit erklärten Patienten einzuschließen, bekamen jeweils fünf Informationsschreiben und Teilnahmeerklärungen für Patienten ausgehändigt. Die Ärzte konnten die unterzeichnete Teilnahmeerklärung der Patienten direkt an die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg faxen. Projektmitarbeiter nahmen dann Kontakt mit den Patienten auf und vereinbarten den Termin für das Telefoninterview. Die telefonischen Interviews mit den Patienten fanden zwischen November 2013 und Januar 2014 statt. Den Patienten wurde eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro bezahlt. Für die Interviews mit den Patienten wurde ebenfalls ein teilstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt und pilotiert. Die Interviews wurden ebenso telefonisch durchgeführt, digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Patienten sollten mindestens zwei Jahre Patient dieses Hausarztes sein, in die HzV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben und über 18 Jahre alt sein. Vor Beginn der Interviews wurde an die teilnehmenden Patienten das Informationsblatt ausgehändigt und von allen die schriftliche Einver-

ständniserklärung eingeholt. Patienten, die folgende Angaben erfüllten, waren von der Studie auszuschließen:

- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Heimbewohner
- Palliative Versorgungssituation mit begrenzter Lebenszeit
- Notfall- oder Vertretungspatienten
- Rücknahme der Einverständniserklärung.

2.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Transkripte der Telefoninterviews wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010). Dabei wurde orientiert an den Leitfragen aus dem Interviewleitfaden ein Kategoriensystem entwickelt, welches für diesen Ergebnisbericht anhand von Ankerbeispielen veranschaulicht wurde. Die einzelnen Textpassagen wurden in dieses Kategoriensystem eingeordnet, dabei wurden neue Kategorien gebildet sobald im Interview ein neuer Aspekt auftauchte.

Entsprechend der Kriterien für die qualitative Datenanalyse erfolgte die Analyse im interdisziplinären Team (Barbour 2001, Steinke 2007). Eine erste Version der Hauptkategorien und Unterkategorien wurde primär am Text der Pilotinterviews und einzelner Interviews induktiv durch Kodierung entwickelt. Anschließend wurden im Sinne einer konsensuellen Kodierung die Zuordnungen mit mindestens zwei Forschern verglichen und diskutiert. Am Material konnte so durch die Beteiligten ein Kategoriensystem entwickelt werden, das unter Zunahme des Abstraktionsniveaus durch die folgenden Interviews überarbeitet, revidiert und ergänzt wurde. Diese Methode ist angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010). Entsprechend der Empfehlungen für die Auswertung qualitativer Daten erfolgte die Bewertung der Ergebnisse nach dem Prinzip der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und nicht der intersubjektiven Reproduzierbarkeit.

2.1.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Gütekriterien der klassischen Testtheorie Reliabilität, Objektivität und Validität können für die qualitative Sozialforschung im Unterschied zur quantitativen Forschung nicht gleichermaßen gelten. Angemessen für qualitatives Vorgehen ist der Anspruch auf intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (Flick et al. 2010, Dunkelberg 2005, Barbour 2001). Diese kann durch eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation des Forschungsprozesses erfolgen. Dazu gehört die Festlegung von Transkriptionsregeln, die Darstellung des Erhebungskontextes, Angaben zum Vor-

verständnis und biographischen Hintergrund des Forschers, Beschreibung der Leitfadenentwicklung sowie Darstellung der Auswertungsmethode (Dunkelberg 2005, Steinke 2007).

Transkriptionsregeln

Nach Entwicklung eines Transkriptionsstandards und Hinterlegung einer Maske wurden die telefonischen Interviews am PC pseudonymisiert transkribiert. Die Transkription erfolgte nach rein orthographischer Regel (orthographisches Transkript). Die Transkripte wurden nur unter der Identifikationsnummer (ID) abgespeichert. Dialekte wurden zum besseren Verständnis teilweise ins Hochdeutsche übertragen. Alle Transkripte wurden erneut auf korrekte Abschrift überprüft und falls nötig geändert.

Interviewsituation

Beide Interviewer wurden im Vorfeld der Interviews geschult. Die Telefoninterviews fanden in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre statt. Sie dauerten zwischen 30 und 45 Minuten. Die Gespräche verliefen in einer ruhigen Atmosphäre. Dritte waren während des Gesprächs nicht im Raum. Störungen fanden nicht statt, und es bestand auch kein Zeitdruck.

Biographischer Hintergrund

Informationen, die innerhalb eines Interviews gewonnen werden, sind nie „objektiv“. Sie werden stets vom Beobachter und seinem Hintergrund beeinflusst (Cierpka 2008). Dieser bringt seinen eigenen theoretischen oder klinischen Kontext in die Beobachtung mit ein und beeinflusst damit die Interaktion im Rahmen des Gesprächs.

2.1.5 Ethische Anforderungen

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg hat der Evaluation im Rahmen des Teilprojekts II zugestimmt (Antragsnummer: S 289/ 2013).

3. Ergebnisse

3.1 Perspektive der Hausärzte

Es wurden insgesamt 30 Interviews mit an der HzV teilnehmenden Hausärzten geführt. Die Interviews dauerten im Schnitt 29 Minuten (Minimum: 16,11 Minuten, Maximum 40,36 Minuten). Die befragten Hausärzte waren durchschnittlich 54,2 Jahre alt und seit 19,25 Jahren als Hausärzte / Hausärztinnen tätig. Ein Großteil der Befragten war in einer Einzelpraxis tätig. Des Weiteren gaben die befragten Hausärzte eine mittlere Scheinzahl von 1.516 an. Die durchschnittliche Teilnahme an der HzV lag bei knapp 6 Jahren. Alle Befragten waren deutscher Nationalität.

3.1.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 6: Beschreibung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. der Praxen (Angaben in Prozent (Anzahl))

		Gesamt
Geschlecht	weiblich	3 (10%)
	männlich	27 (90%)
Alter	Mittelwert (SD)	54,2 Jahre (9,4)
	Min - Max	35 – 69 Jahre
Berufserfahrung in Jahren	Mittelwert (SD)	20,35 Jahre (9,7)
	Min – Max	1,5 – 37 Jahre
Art der Praxis	Einzelpraxis	16
	Gemeinschaftspraxis	13 (davon: 8 mit 1 Kollegen, 4 mit 2 Kollegen, 1 mit 3 Kollegen)
	Sonstiges	1 (mit 2 angestellten Kassenärzten)
Größe der Praxis (Scheinzahl)	Mittelwert (SD)	1516 (125)
Teilnahme an HzV (in Jahren)		5,9 Jahre
Anteil eingeschriebener Patienten (in Prozent)		67,5 %

3.1.2 Gründe für die Teilnahme

Zunächst wurden die Hausärzte nach den Gründen für Ihre Teilnahme an der HzV gefragt. Dabei wurden v.a. die vereinfachte Bürokratie und Abrechnung genannt, die verbesserte Honorierung sowie politische Gründe wie z.B. eine Alternative zum System der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Darüber hinaus wurde die Stärkung des Hausarztes als Lotse für die Patienten genannt (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Gründe für die Teilnahme

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Weniger Bürokratie	▪Weil ich relativ weniger Bürokratie habe und weil das finanzielle Outcome besser ist. (HA 23) ▪Trotz aller Probleme, weil es so viele verschiedene Verträge gibt, halte ich den bürokratischen Gesamtaufwand für geringer als im KV System. (HA 27) ▪Die Bürokratie im täglichen Ablauf ist weniger und wir haben einen höheren Praxiserlös. Man könnte auch philosophieren, dass weniger Bürokratie zu kürzeren Wartezeiten führt. (HA 28)
Vereinfachte Abrechnung	▪Die Abrechnung HzV ist plausibel, unkompliziert und schnell. Das spart mir Zeit und Ressourcen. (HA 15) ▪Es ist die Tatsache, dass ich nicht so viel abrechnen muss, es vereinfacht ist und ich nicht so viele Ziffern aufschreiben muss. Ich denke, dass ich für die Arbeit, die ich mache, einigermaßen adäquat bezahlt werde. (HA 16) ▪Ich spare durch die einfache Abrechnung viel Zeit, die ich für die Patienten zur Verfügung habe. (HA 16)
Bessere Bezahlung	▪Ich werde für meine Arbeit relativ anständig bezahlt. (HA 1) ▪Stabile Einkommenssicherung (HA 3) ▪Gerechte Bezahlung. (HA 4) ▪Stabile Vergütung, die wirklich objektivierbar ist (HA 6) ▪Durch die bessere Honorierung bin ich in der Lage mein Personal besser zu bezahlen und eben mehr Personal einzustellen. (HA 10)
Politische Gründe	▪Stärkung des Hausarztes (HA 5) ▪Aber politisch ist es für mich deutlich besser ein zweites Standbein zu haben und es ist der Gegenpol zur KV, gegen das KV-System. (HA 5) ▪Der zweite wichtige Grund ist, dass es der Hausarztverband ist. Also mein Verband, für den ich selber tätig bin und das Dritte, das ich über den Verband selber Einfluss auf die Vertragsgestaltung nehmen kann. (HA 6) ▪Es ist eine ganz große Chance zum Wechsel des Systems. Raus aus dem Zwang der KV und hin zu einem System, in dem die Bürokratie in den Hintergrund gerät und die Patienten in den Vordergrund stellt. (HA 9) ▪Weil das KV-System mich 30 Jahre gelehrt hat, wie wenig Geld für die Allgemeinmediziner übrig bleibt. (HA 12) ▪Es ist aus gesundheitspolitischer Sicht das einzig Visionäre, was wir in den letzten Jahren gehabt haben (HA 12).

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Ich finde es im Primärarztbereich viel logischer, wenn man pauschaliert. Ich finde es auch sinnvoll, dass eine Fülle von unnötigen Untersuchungen wegfällt, sondern nur gemacht wird, was notwendig ist. Es ist finanziell lukrativer. Die KV hat die letzten 25 Jahre nichts dafür getan, dass die Hausärzte besser dastehen. Uns ging es immer schlechter. (HA 22) ▪Die HzV kann dazu beitragen, dass die hausärztliche Versorgung erhalten bleibt. Und zwar flächendeckend. (HA 22)
Lotsenfunktion	▪Ich finde es eine sinnvolle Sache, weil ich begeisterter Hausarzt bin und das Prinzip des Hausarztes als Schaltstelle für die Patienten in ihrer gesundheitlichen Situation als wichtig erachte. (HA 13) ▪Ich finde jeder Patient braucht mehr oder minder einen Lotsen oder einen lebenslangen Begleiter. So sehe ich mich auch und das ist auch die Aufgabe, die ich mir selber stelle. Dass die Prävention und die Betreuung aus einer Hand kommen. (HA 17) ▪Viele Patienten nehmen den Hausarzt wieder mehr wahr. Es laufen bei uns wieder die Fäden zusammen. (HA 20) ▪Seit wir die Praxisgebühr nicht mehr haben, hat eine Bedienungsmentalität wieder eingesetzt und die Patienten springen ohne Überweisung zum Facharzt. Die bringen irgendwelche Befunde mit. Ich finde es gut, dass es im HzV über mich läuft. (HA 20) ▪Was ich an dem AOK Vertrag gut finde, ist die Anbindung an die Fachärzte und die Schnittstellendefinitionen, weil es für uns einfacher ist. (HA 24)
Mehr Arbeitszufriedenheit	▪Es ist für mich eine größere Arbeitszufriedenheit und ich habe einen besseren Überblick über die Patienten, die bei mir in Behandlung sind. (HA 16) ▪Meine medizinische Auffassung deckt sich auch damit, weil ich nach meinem besten Wissen und Gewissen den Patienten betreue und mir nicht überlegen muss, habe ich schon 30 Sonographien gemacht, bekomme ich die jetzt noch vergütet oder nicht. (HA 17) ▪Ich habe mehr Zeit für mich, weil ich mit der Nacharbeit nicht so beschäftigt bin. (HA 20) ▪Einmal ein subjektives Gefühl, das ich irgendwie die Arbeit mit HzV-Patienten lieber mache, weil sie nicht so reglementiert ist wie im KV System. (HA 27) ▪Ich muss mich nicht so oft ärgern. Ich kann die Therapie des Patienten besser lenken, weil ich die Befunde kenne, wenn ich den Patient zum Facharzt überweise. (HA 29)

3.1.3 Wesentliche Veränderungen durch Teilnahme an der HzV

Die interviewten Hausärzte wurden gefragt, welche wesentlichen Veränderungen im Praxisalltag durch die HzV wahrnehmbar sind. Die Befragten nehmen zum überwiegenden Teil deutliche Unterschiede und Veränderungen durch die Teilnahme an der HzV wahr. Die Ärzte beschreiben eine größere Arbeitszufriedenheit und eine Arbeitserleichterung, nehmen eine strukturiertere und z.T. bessere Behandlung wahr und haben das Gefühl mehr Zeit für den Patienten zu haben (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Wesentliche Veränderungen durch Teilnahme an der HzV

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Mehr Arbeitszufriedenheit	▪Es ist für mich eine größere Arbeitszufriedenheit und ich habe einen besseren Überblick über die Patienten, die bei mir in Behandlung sind. (HA 16) ▪Meine medizinische Auffassung deckt sich auch damit, weil ich nach meinem besten Wissen und Gewissen den Patienten betreue und mir nicht überlegen muss, habe ich schon 30 Sonographien gemacht, bekomme ich die jetzt noch vergütet oder nicht. (HA 17) ▪Ich habe mehr Zeit für mich, weil ich mit der Nacharbeit nicht so beschäftigt bin. (HA 20) ▪Einmal ein subjektives Gefühl, das ich irgendwie die Arbeit mit HzV-Patienten lieber mache, weil sie nicht so reglementiert ist wie im KV System. (HA 27) ▪Ich muss mich nicht so oft ärgern. Ich kann die Therapie des Patienten besser lenken, weil ich die Befunde kenne, wenn ich den Patient zum Facharzt überweise. (HA 29) ▪Es motiviert einen für die ganze Arbeit hinter den Kulissen, wenn sich der Patient für ein Jahr an den Hausarzt bindet. (HA 8)
Arbeitserleichterung	▪Ich bin in der Praxis wesentlich entspannter, weil ich ein gutes Gefühl habe und die Patienten mit dem ganzen Ablauf in der Praxis zufrieden sind. (HA 1) ▪Es läuft alles viel entspannter (HA 2). ▪Ein deutlich entspannteres Arbeiten, weil ich nicht danach schauen muss, welche Ziffer ich noch abrechnen kann. Ich kann einfach meine Arbeit machen. Ich bin nicht im Hamsterrad. (HA 6)
Strukturierte Behandlung	▪Es hat dazu beigetragen eine strukturierte Behandlung durchzuführen mit mehr Betonung auf Leitlinien. Und es gibt da auch neutralere Behandlungen (HA 5) ▪Die Patienten verpflichten sich einen geordneten Versorgungsweg zu gehen. (HA 22) ▪Mitarbeiterinnen wissen, was gemacht werden muss und vieles läuft standardisiert. (HA 1)
Bessere Behandlung	▪Man entscheidet nach medizinischen Gesichtspunkten und nicht so sehr nach abrechnungstechnischen Punkten. (HA 5) ▪Ich denke auch dass die Patienten im AOK Bereich besser behandelt sind. Man hat auch als Arzt, der nicht das anwenden kann was er gelernt hat, sondern das anwenden darf, was das System vorgibt. In unserer Ausbildung, 6 Jahre Studium und 6 Jahre Facharztausbildung da lernt man immer wie es gehen könnte aber die Repressalien sagen einem dann was möglich ist. (HA 27)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Im HzV Bereich habe ich mehr das Gefühl richtige Medizin zu machen. Zumal es besser bezahlt wird. (HA 27)
Mehr Zeit	▪Ich habe mehr Zeit für meine Patienten. Ich habe weniger Verwaltungs- und Schreibkram und deutlich mehr Honorar. (HA 7) ▪Wenn man weiß, dass man ordentlich bezahlt wird, dann hat man auch mehr Zeit (HA 2). ▪Ich kann mich besser auf den Patienten konzentrieren.
Praxisstruktur	▪Ich habe mein Personal verdoppelt und einen Raum angemietet, der behindertengerecht ist. Die hierarchische Struktur hat sich geändert. (HA 10) ▪Was bisher gemacht wurde, strukturell und finanziell, geht in die richtige Richtung. Zum Beispiel das VERAHmobil, die Betreuungspauschale für Altenheime, sind hervorragende Ideen, die nur durch die Zusammenarbeit mit der AOK realisiert werden konnten. (HA 15)
Bessere Diagnostik	▪bessere Möglichkeit der Diagnostik bei Patienten ohne auf irgendwelche Regresse oder ähnliches achten zu müssen. (HA 1) ▪Ich mache dadurch eine bessere Diagnostik, weil ich mehr Zeit für die Patienten habe und kann viele Erkrankungen schon im Vorstadium oder in der Frühphase feststellen und behandeln. Der Patient hat dadurch eine höhere Sicherheit, dass nicht irgendeine Krankheit übersehen wird. (HA 1)

3.1.4 Gründe für Zufriedenheit

Die Ärzte äußerten überwiegend Zufriedenheit mit der HzV. Um dieses subjektive Gefühl besser einordnen zu können, wurden die Ärzte in der nächsten Frage explizit nach den Gründen für ihre Zufriedenheit gefragt. Dabei zeigte sich, dass die Hausärzte durch die HzV ein Gefühl der Planungssicherheit wahrnehmen, eine verbesserte Versorgung und verbesserte Angebote der Prävention anbieten können, eine Arbeitserleichterung, eine bessere Zusammenarbeit mit anderen und ein Gefühl der Freiheit erleben (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gründe für Zufriedenheit

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Planungssicherheit	▪eine Sicherheit und Berechenbarkeit (HA 3) ▪Ich weiß, dass ein gewisser Grundbetrag gesichert ist und kann damit kalkulieren. (HA 4) ▪Ich weiß, ich habe einen Pauschalbetrag und mit dem bin ich ordentlich finanziell versorgt und ich mache das, was ich medizinisch für notwendig erachte, ungeachtet dessen was budgetmäßig noch drin ist. (HA 17) ▪Das gute Gefühl einigermaßen entlohnt zu werden. Es bietet eine gewisse Sicherheit. (HA 23) ▪Bessere Zukunftsplanung für die Hausarztpraxis. (HA 25)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Es ist eine Kalkulationssicherheit gegeben, weil ich relativ genau weiß, was rum kommt. Es sind feste Preise und keine Mauschelwährung. (HA 27)
Bessere Versorgung	▪Ich kann mich voll auf meine Arbeit konzentrieren, mich dem Patienten widmen. (HA 6)
Mehr Prävention	▪Ich habe mehr Möglichkeiten Prävention zu machen. Ich habe jährlich den Check Up und es sind einfach viele Dinge, die die Patienten gerne annehmen. (HA 7) ▪Die AOK bietet jedes Jahr den Gesundheitscheck an. Das ist aus Sicht der Prävention deutlich besser. Die anderen Kassen nur alle 2 Jahre. Bei einer Krebserkrankung könne 2 Jahre schon zu spät sein. Ich bekomme für HzV Patienten schneller bei den Fachärzten Termine. Ich hatte bisher noch kein Patient, der mit dem Vertrag unzufrieden war. (HA 29)
Arbeitserleichterung	▪Es erleichtert mir den Praxisbetrieb und ich habe dadurch eine höher persönliche Zufriedenheit. (HA 7)
Zusammenarbeit	▪Da hat man ein neues Miteinander gefunden, das nicht nur konfrontativ ist. (HA 12) ▪Die Umsetzung der AOK ist am unproblematischen von allen. Die Ersatzkassen streuen immer wieder vorsätzlich Sand ins Getriebe und wollen, dass es zu Fehlabrechnungen kommt und wir umsonst arbeiten. Dann muss nachträglich wieder jemand ausgebucht werden. Aber bei der AOK geht es reibungslos und hat die Zusammenarbeit verbessert. Auch das gegenseitige Verständnis für Probleme. Was nicht heißt, dass es immer konfliktfrei ist, aber wir haben eben zum Teil unterschiedliche Interessen. Wir wollen eine optimale Versorgung der Patienten und die AOK muss natürlich auf der anderen Seite Auswüchse Grenzen setzen. […] Also da gibt es sicher Konflikte aber man hat auch gelernt, die entsprechend zu entschärfen. Also bei schweren Konflikten bitte ich unseren Verbindungsoffizier der AOK, kümmere dich mal darum, dass es so nicht weitergeht. (HA 12)
Freiheit	▪Ich fühle mich freier in meinen Entscheidungen. (HA 14) ▪Man kann freier entscheiden, was man tut. (HA 28) ▪Durch die Pauschale muss ich weniger Einzelposten abrechnen. Das führt dazu, das man freier entscheidet ohne jedes Mal im Kopf zu überschlagen, bekomme ich das vergütet oder nicht. Ich habe das Gefühl es ist ein strukturierteres Arbeiten. (HA 28)

3.1.5 Vorteile für Patienten

Die Hausärzte wurden in den Interviews danach gefragt, welche Vorteile die Teilnahme an der HzV aus ihrer Sicht für Patienten bietet. Ein teilnehmender Hausarzt war der Meinung, dass mit der HzV keine Vorteile für Patienten verbunden sind, alle anderen haben Vorteile wahrgenommen. Dabei wurde u.a. positiv bewertet, dass der Hausarzt mehr Zeit für seine Patienten hat, dass eine bessere Bindung an den Hausarzt entsteht und durch die HzV-Teilnahme eine gewisse Sicherheit für die Patienten vorhanden ist. Insgesamt nehmen die Hausärzte eine bessere Versorgung wahr, die dem Patienten zugutekommt. Darüber hinaus gibt es Verbesserungen in den Angeboten der Prävention, eine

verbesserte Terminvergabe und eine bessere Erreichbarkeit. Ebenso gibt es Verbesserungen in der Arzneimitteltherapie, finanzielle Vorteile sowie insgesamt eine Sicherstellung der Versorgung, die langfristig für alle Versicherten Vorteile mit sich bringt (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Vorteile für Patienten

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Hausarzt hat mehr Zeit	▪Insbesondere der gezielte Einbezug der VERAH, zum Beispiel in der Hausbesuchstätigkeit bringt mir in der Woche 4 zusätzliche Termine, die ich sonst nicht hätte. (HA 12) ▪Nur insofern, dass wenn ich weiß, dass es mein Patient ist und er eingeschrieben ist, nehme ich mir die Zeit, die er braucht. Wenn es einer ist, der sehr häufig wechselt und nur eben mal da ist, dann kann es sein, dass ich mir nicht so viel Zeit nehme. (HA 16)
Bessere Bindung an den Hausarzt	▪Das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten wird noch mehr stabilisiert. (HA 4) ▪Das Patientenverhältnis ist stabilisiert durch die klare Zuordnung wer ist mein Hausarzt. (HA 4) ▪Der Hausarzt weiß, dass es sein Patient ist und er deshalb auch eher als Hausarztpatient behandelt wird. (HA 16) ▪Der Hausarzt weiß was läuft. Die Patienten wissen, dass sich ihr Hausarzt um sie kümmert. Dass sie einen Ansprechpartner haben, der sie unterstützt. (HA 20) ▪Die Patienten haben den Vorteil, dass die Arzt-Patienten-Beziehung stabilisiert wird. Ich glaube auch, dass es ein Vorteil ist, wenn die Patienten nicht von Doktor zu Doktor rennen.(HA 22)
Mehr Sicherheit	▪Alle Befunde bleiben in einer Hand (HA 1) ▪Für die Versicherten ist der Vorteil, dass sie einen Hausarzt haben, der sich für sie verantwortlich fühlt und der für sie erreichbar ist. Und der für sie auch sagt, ich gehe in die Verantwortung herein die Leute zu versorgen und ist nicht beliebig mal da und mal nicht da. (HA 4)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Er hat einen besser motivierten Hausarzt. Als Patient kann ich mich auf gewisse Qualitätsstandards in der hausärztlichen Versorgung verlassen, die ja vertraglich durch die Hausärzte auch zugesichert werden. Wenn der Hausarzt seine Rolle ernst nimmt, meine Befunde im Überblick hat, hinter der Abklärung steht und alles koordiniert. (HA 14) ▪Das wir als Hausarzt mehr Zeit für den Patienten haben, als in einer rein KV orientierten Praxis. Dass der Patient weiß, dass wir uns regelmäßig fort- und weiterbilden. Wenn ich sage ob Facharztvertrag oder nicht Facharztvertrag, die Überweisung geht wesentlich schneller, wenn wir das organisieren und das ist wirklich so. Das ist ein Vorteil für den Patient, wenn er nicht vier Wochen warten muss, sondern das innerhalb weniger Tage geht. (HA 15) ▪Weil es einen gibt der die Akten verwaltet und einen Überblick über alles hat. (HA 17) ▪dass es gut und wertvoll ist, wenn sie einen medizinischen Begleiter mit etwas Sachverstand haben. Der einen Überblick über das medizinische Ganze hat, weil im Fachärzte Bereich die Beratungszeit einfach zu kurz ist. Die Leute wissen zum Teil gar nicht was heraus gekommen ist. 80% der Leute kommen hierher und lassen sich den Facharztbericht erklären. Das andere ist, wenn es Kuranträge oder Behindertenausweise sind. Es gibt eine Stelle wo alles zusammen läuft. Das muss auch in deren Interesse sein. (HA 17)
Bessere Versorgung	▪Sie werden gründlicher untersucht und haben mehr Prävention. Ich habe mehr Zeit für die Patienten, weil ich das was ich an Bürokratieabbau erlebe, kann ich den Patienten in der Versorgung weitergeben und sie haben einen zufriedenen Arzt. Ich vermittle den Patienten selber Termine beim Facharzt, in dem ich dort z.B. anrufe. (HA 7) ▪Die Patienten bekommen mehr Laborleistungen, das ist ihnen auch recht. (HA 8) ▪Alle profitieren von den strukturellen Vorteilen unserer Praxis, die ich mir sonst nicht leisten könnte. (HA 12) ▪Wir haben einen Diskurs mit unseren Patienten über die Qualität der Versorgung, über die Vorteile des HzV. (HA 12) ▪Aber es ist noch mehr Reflektion bevor ein Facharzt konsultiert wird und es nicht zwingend notwendig ist. (HA 17)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Ein Vorteil für die Patienten ist, dass sie überwiegend gut und schnell ambulant behandelt werden. Und sie haben immer den gleichen Ansprechpartner. (HA 24)
Mehr Prävention	▪Der jährliche Gesundheits-Check. (HA 8) ▪Für die Jungen ist es unter der Sicht der Prävention wichtig, dass man einem mit Mitte zwanzig schon klar macht, das es sinnvoll ist, wenn er jemand hat, der ihn begleitet. Sei es mit Impfungen, sei es mit Vorbeugeuntersuchungen. Ich finde die Vorsorgeuntersuchung AOK 18+ gut, weile es die Erziehung macht. Weil bisher war es so, die machen die Jugendschutz Untersuchung und danach gar nichts mehr. (HA 17) ▪Bei der AOK steht die Prävention im Vordergrund und ist verbessert. Zum Beispiel die jährliche Untersuchung und Blutabnahme. Das ist ein Big Point, was die Patienten auch spüren. (HA 27)
Terminvergabe	▪Allerdings erlaube ich mir auch meine Terminvergabe für Patienten, die sich für den HzV entschieden haben, anders zu handhaben, als für Patienten, die sich dazu nicht durchringen können. Da wir jeden Tag eine Akutsprechstunde haben, sitzen sie es dann im Zweifel auf ihrem Gesäß aus. Die warten in der Akutsprechstunde bis sie dran kommen. Das erlaube ich mir als unternehmerische Freiheit. (HA 12) ▪Bei manchen kommt es zu schnelleren Terminvergabe durch den Facharztvertrag. Aber noch nicht im gewünschten Umfang. (HA 12) ▪Wir versuchen für die eingeschriebene Patienten schneller Termine beim Facharzt zu bekommen und rufen auch mal den Facharzt an. Wenn ich die Termine selber ausmache, bekomme ich natürlich viel schneller einen und kann den Patienten innerhalb weniger Tage vorstellen. (HA 16) ▪Was ich mir auch überlegt habe, ob wir unterschiedliche Terminvergaben machen. Das ist aber auf dem ländlichen Dorf schwierig. (HA 27)
Bessere Erreichbarkeit	▪Das wir erreichbar sind, meinetwegen durch Abendsprechstunde oder Sprechstunde am Samstag. (HA 15)
Medikamente	▪Bei der AOK bekommen die Jugendlichen bis 18 Jahre weiterhin sonst nicht erstattungsfähige Medikamente. Das ist anders als bei den anderen. Und sie haben einen höheren Anspruch auf Vorsorgeleistungen. (HA 18)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Und die Patienten haben den Vorteil, dass die Pharmakotherapie auf eine vernünftige Basis gestellt wird. Zum Beispiel durch die Bereitstellung der Rabattverträge. (HA 22)
Finanzielle Vorteile	▪Finanziell ist für die Versicherten die Zuzahlungsbefreiung interessant. Das ist eine gute Sache bei vielen chronisch Kranken. (HA 20) ▪Die Patienten haben natürlich auch einen finanziellen Vorteil, wenn sie nicht so viele Beiträge zahlen müssen. (HA 22)
Sicherstellung der Versorgung	▪Ich bin Landarzt und ich werde politisch gestärkt. Dadurch können die Patienten sicher sein, dass sie noch einen Hausarzt auf dem Land haben. Ich hoffe, dass es in den nächsten Jahren wieder mehr Hausärzte gibt. Aber ich bin nicht sehr optimistisch. (HA 21) ▪Das sie vielleicht in drei Jahren noch einen Hausarzt haben. Sie haben eine Verlässlichkeit. Das eine höhere Zufriedenheit und höhere Versorgungsqualität besteht. Wenn ich überleg, dass wir nun die dritte VERAH ausbilden, das wir ganz bewusst die Vorteile einer unterarztwürdigen Kommunikation einsetzen, sowohl in der Praxis als auch im Hausbesuchbereich. Das VERAHmobil kommt im Januar. Das sind Versorgungsvorteile, die vielen Patienten nicht klar sind, außer sie brauchen es dann. (HA 12)

3.1.6 Mögliche Nachteile für Patienten

Einige teilnehmende Hausärzte nehmen darüber hinaus auch Nachteile für die Patienten wahr. Dabei wurde z.B. die Verpflichtung zur Bindung an einen Hausarzt und damit verbunden eine geringere Freiheit genannt. In der Arzneimittelversorgung gibt es Nachteile insbesondere im Hinblick auf die Rabattverträge. Ein Arzt bemerkte seit dem Wegfall der Praxisgebühr eine nachlassende Qualität im Informationsfluss, Vertretungsregelungen werden im Rahmen der HzV als erschwert wahrgenommen (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Mögliche Nachteile für Patienten

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Bindung	▪Nachteile sind vielleicht, dass die Patienten nicht mehr mit ihrer Versichertenkarte überall herum gehen können, sondern dass sie sich verpflichtet haben einen Überweisungsschein zu holen. (HA 16)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Weil die Patienten vorher zum Hausarzt gehen müssen, wird ein gewisser Druck ausgeübt. Sie sind verpflichtet eine Überweisung zu holen. Bei Wechsel des Hausarztes ist es ein großer bürokratischer Aufwand und man bekommt dann seine Arbeit nicht bezahlt. (HA 20) ▪Der Hausarztwechsel sollte einfacher vonstattengehen. Wenn alte Patienten zum Beispiel bei einem anderen Arzt eingeschrieben sind und nicht mehr so mobil sind und nicht mehr in den Nachbarort fahren können, dann sollte der Wechsel, wenn eine bestimmte Plausibilität da ist, einfacher möglich sein. (HA 25)
Arzneimittel	▪Es ist schwierig den Patienten klar zu machen, dass z.B. nach 3 Jahren die Medikamente wieder anders heißen, weil neue Rabattverträge bestehen. (HA 5) ▪Allenfalls der häufige Wechsel der rabattierten Medikamente. (HA 14) ▪Ich habe sehr viele alte Patienten und die müssen sich alle zwei Jahre auf neue Schachteln einstellen. Das halte ich für einen Nachteil, was die Compliance anbelangt. Das halte ich auch für verbesserungswürdig. (HA 21)
Weniger Freiheit	▪Sie sind fixiert auf mich oder unsere Praxis. Sie können sich nicht frei im Gesundheitswesen bewegen und sie müssen den Umweg über den Hausarzt machen. (HA 13)
Keine Akupunktur	▪Mein hausärztlicher Kollege macht Akupunktur. Das ist der einzige echte Nachteil. Wenn die Patienten Akupunktur wollen, jetzt nimmt er sie nicht mehr […] Man sollte irgendwo anders einen Euro weniger geben und lieber die Akupunktur hinein nehmen. (HA 8)
Vertretung	▪Ein Nachteil ist zumindest die Vertretungsfrage, weil nicht alle Ärzte im HzV System sind. (HA 27)

3.1.7 Veränderungen in der Praxisstruktur

Die Hausärzte wurden im Interview danach gefragt, welche Veränderungen sie im Rahmen der HzV-Teilnahme in ihrer jeweiligen Praxis vorgenommen haben. Dabei zeigte sich, dass Hausärzte z.B. mehr VERAHs eingestellt haben, in eine modernere technische Ausstattung investiert haben, die Öffnungszeiten ihrer Praxen verändert haben oder z.B. die Wartezeiten optimiert haben. Ein Großteil der befragten Hausärzte gab an, eine Abendsprechstunde bereits vor der Einführung der HzV angeboten zu haben und ebenso bereits zuvor im Allgemeinen eine zufriedenstellende Wartezeit im Praxisablauf gehabt zu haben (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Veränderungen in Praxisstruktur

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Mehr VERAHs	▪Ich habe eine neue VERAH, was ein großer Gewinn ist. (HA 22) ▪Ja, es hat sich ein bisschen was verändert, weil die Arzthelferinnen erweiterte Kompetenzen haben und da hat sich auch in der Organisation etwas verändert. Wir haben auch eine VERAH. (HA 24)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Moderne Technik / Ausstattung	▪Dann habe ich wie erwähnt meine Hard- und Software modernisiert. (HA 1) ▪Ich habe einen neuen Computer und wir haben diesen Konnektor eingebunden. (HA 23) ▪IT-Technik und Praxisprogramm verbessert (HA 25) ▪Wir haben mittlerweile vier Konnektoren für unsere Datenleitung, weil wir am Rechnungszentrum hängen, Wir haben keinen Rechner mehr in der Praxis. Die Technik ist mehr geworden. EDV – technisch läuft das gut. (HA 27) ▪Wir mussten in neue Computer investieren. Das hat aber eher am Softwareprogramm gelegen. (HA 28)
Öffnungszeiten / Abendsprechstunde / Terminsystem	▪Wir haben die Abendsprechstunde ausgedehnt und sind schon früh morgens in der Praxis. (HA 11) ▪Eine Abendsprechstunde habe ich vorher schon gehabt. Insofern haben sich die Öffnungszeiten nicht geändert. (HA 13) ▪Bei mir hat sich mit den Öffnungszeiten nichts verändert und ich mache da auch keinen großen Unterschied. Also das da jetzt jemand drauf pocht, dass er abends kommen möchte, gibt es nicht. Die die kommen wollen, können kommen und Wartezeiten haben wir eh keine. Wir nehmen die halt alle dran. (HA 13) ▪Gefühlt dürfen sie sich eher verkürzt haben, weil die Praxisabläufe strukturierter sind. Es sind auch mehr Personalressourcen da. Also auch mehr Geld für mehr Mitarbeiterinnen vorhanden ist. (HA 14) ▪Wir haben am Donnerstagabend eine Abendsprechstunde. Da bin ich schon meistens bis um halb acht da. Wobei ich nach 19:00 Uhr nur nach Rücksprache mache. Wenn Patienten kommen, die nicht im HzV sind, dann müssen sich die in den HzV einschreiben. (HA 19) ▪Ich habe nur insofern gesteuert, indem ich gesagt habe, nach 18:00 Uhr kommen nur Privatpatienten und HzV Patienten dran. (HA 19) ▪Nein, ich fange morgens um 07:00 Uhr an und das fünf Tage in der Woche. Morgens um 07:00 Uhr können die kommen, die abends um 21:00 kommen würden. Abends kann ich nicht mehr arbeiten. (HA 23) ▪Nein, haben wir nicht, weil wir das bisher nie gebraucht haben. Wir bieten das auch nicht offensiv an. Wenn jemand was hat und kann nicht gleich kommen, kriegt er natürlich einen Termin außerhalb der Sprechstunde. Das ist klar. Das kommt aber selten vor. Wir fangen morgen um 07:30 Uhr an und hören um 18:00 Uhr auf und es gibt kaum jemanden, der dazwischen nicht kommen kann. (HA 24) ▪Eine Abendsprechstunde haben wir eh gehabt. Ich habe zwei Abendsprechstunden. Aber nach 19:00 Uhr kommt keiner mehr. (HA 27)
Strukturierung	▪Wir haben alle Qualitätskriterien vorher schon gehabt. Als akademische Lehrpraxis haben wir das haben müssen. […] Also wir haben Termine hinzugewonnen durch Delegation an die Helferinnen. Die DMP machen fast ausschließlich die Helferinnen. Wir versuchen alle Möglichkeiten da umzusetzen. Qualitätsmanagement mache ich seit 1996. Wir stehen nun zur dritten Rezertifizierung durch AQUA [EPA] an. Das ist schon lange Alltag in der Praxis, dass diese Dinge umgesetzt werden. (HA 12) ▪Die Abläufe sind schneller und die Wartezeit hat sich verkürzt. (HA 29)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Mehr Teambesprechungen	▪Das einzige was wir machen, sind öfters Besprechungen. Wir haben fast jede Woche eine Teambesprechung. Das ist durch die Komplexität der vielen Verträge mehr geworden. Früher hat man nur nicht Private gehabt. Das gab es nur ein Block. (HA 27)
Wartezeit	▪Gefühlt dürfen sie sich eher verkürzt haben, weil die Praxisabläufe strukturierter sind. Es sind auch mehr Personalressourcen da. Also auch mehr Geld für mehr Mitarbeiterinnen vorhanden ist. (HA 14) ▪Ich sage mal vorsichtig, die hat sich nicht geändert. Die Wartezeit war bei uns eigentlich schon immer gut. Das muss man einfach auch organisieren und man muss sich an die Termin halten. Das ist auch eine Sache der eigenen Disziplin. (HA 24) ▪Überhaupt nicht, weil ich ein ausgetüfteltes Terminsystem und zwar seit Anfang an habe. Wir haben eine Durchschnittwartezeit von 17 Minuten. (HA 27) ▪Im Rahmen des HzV Systems haben wir unsere Bestellzeit so optimiert, dass man nicht länger als 30 Minuten warten muss. Wir befragen immer unsere Patienten und das wird auch geschätzt. (HA 30)

3.1.8 Veränderungen in Patientenversorgung

Damit die Veränderungen durch die HzV vom Patienten wahrgenommen werden können, ist es wichtig zu erfassen, welche Änderungen sich explizit auf den direkten Patientenkontakt auswirken. Darum wurde im Interview eine Frage nach den Änderungen in der Patientenversorgung gestellt. Die befragten Hausärzte nehmen dabei Veränderungen wahr. Dazu zählen u.a. eine ausführlichere Labordiagnostik, das Angebot der Rabattverträge, mehr Zeit für die Patienten, eine intensivere Prävention oder die verbesserte Versorgung chronisch kranker Patienten und das Angebot der Abendsprechstunde (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Veränderungen in Patientenversorgung

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Ausführlichere Labordiagnostik	▪Wir bieten insgesamt mehr freie Leistungen an, wie zum Beispiel Labor. Das heißt wir machen beim Check Up nicht nur Glucose und Cholesterin sondern noch andere Laborparameter. Da handhaben wir das ziemlich freizügig. (HA 28)
Arzneimittel	▪Sehr gut finde ich diese Rabattverträge, die man durchsetzen konnte. Durch den Druck auf die Pharmaindustrie wird Geld gespart, was wieder der Krankenkasse und indirekt den Patienten zugutekommt. Eine Forcierung der Generika und wenn man da eine gute Quote erreichen kann, und das die Patienten auch eher mitziehen. Politisch ist das wichtig. Die Rabattgenerika war auch der HzV zu verdanken, dass das so gut durchging. (HA 5)
Mehr Zeit	▪Also die haben bei mir so viel Zeit, so viel Zeit haben sie glaube ich bei niemandem. (HA 8)

	▪Ja. Der größte Vorteil meiner Praxis ist die Organisation der Termin. Das heißt ich habe prinzipiell Zeit für meine Patienten. Wir haben vorher schon viel strukturiert. (HA 27) ▪Ich glaube schon, dass die Hausärzte mehr Zeit für ihre Patienten haben. (HA 28)
Nicht mehr Zeit	▪Nein, die Zeit ist ja nicht mehr geworden. Ich habe ja nichts geändert. Wo soll ich die Zeit denn herholen? Ich mache eine ärztliche Versorgung und zwar eine relativ gute. Ich biete viel an und mache mehr als eine Basisversorgung, insbesondere Chirurgie und Innere. Ich kann doch nicht mehr Zeit für die Leute haben, nur weil sich das System ändert. Das ist alles Augenwischerei in der Werbung. (HA 23)
Mehr Prävention	▪Es wird mehr Prävention gemacht, weil wir auch mehr Werbung dafür machen. (HA 7)
Chroniker	▪Wir konnten die Versorgung der chronisch kranken Patienten optimieren, die Patienten schätzen sehr die verringerten Wartezeiten, die Abendsprechstunde, die Rabattierung und den Wegfall der Zuzahlungspflichtigkeit. (HA 11) ▪Die Häufigkeit der ärztlichen Interventionen, gerade bei chronisch kranken Patienten, durch die Strukturiertheit deutlich gebessert hat. (HA 11)

3.1.9 Kooperation

Ein wichtiges Thema in der HzV ist die Kooperation mit anderen Ärzten (Hausärzte und Fachärzte anderer Fachrichtungen) und das Schnittstellenmanagement zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Darum wurden die Hausärzte in den Interviews nach Veränderungen in diesen Bereichen gefragt. Die Meinung der Hausärzte zur Veränderung in der Kooperation mit anderen Fachärzten war gemischt. Einige nehmen Verbesserungen war, andere keine Veränderung oder eher eine Verschlechterung. Bis auf wenige Ausnahmen waren die befragten Hausärzte der Meinung, dass die HzV keinerlei Auswirkungen auf die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung hat, und es diesbezüglich erheblichen Verbesserungsbedarf gibt (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Kooperation

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Verbesserung Kooperation Fachärzte	▪Die Erweiterung der Facharztprogramme hat besonders bei den Gastroenterologen und Kardiologen eine Verbesserung gebracht. (HA 11)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Das wächst langsam. Das dauert natürlich, weil noch nicht alle mitmachen aber die, die mitmachen, mit denen klappt das gut. Da kommen dann zum Teil schon strukturierte Briefe zurück, was mich dann überrascht und erfreut. Also es kommt langsam. Es ist noch nicht bei jedem Facharztkontakt, auch wenn der vielleicht teilnimmt. Ich weiß nicht, ob die sich dann scheuen den Patient in den Facharztvertrag einzuschreiben. Ich versuche es dann hier zu machen. Aber wenn ich es vergesse, macht es der Kollege nicht immer, obwohl er es ja könnte und er dafür ja auch mehr Geld bekommt. Und jetzt gibt es auf P1 auch wieder mehr Geld, wenn man es getan hat. Das muss sich erst rumsprechen. Aber es kommt. (HA 15)
	▪Die Kollegen schreiben keine Briefe mehr, wenn keine Überweisung vorliegt. (HA 17)
	▪Also die Schnittstellendefinition Hausarzt/Facharzt macht es für mich viel einfacher und ich glaube für die Fachärzte auch. Mit den Fachärzten geht es problemloser und es kommen auch die Briefe zurück. Zum Beispiel wie die Medikation weiter gehen soll usw. Wo es immer ein Problem war, war bei den Orthopäden, Urologen, Gynäkologen und Chirurgen. Das sind so Fachgruppen, die gar nichts melden. Mit den Kardiologen, Neurologen und Internisten läuft es sehr gut. (HA 24)
	▪Das funktioniert jetzt besser. Aber die Facharztverträge müssen weiter ausgebaut werden. (HA 25)
	▪Bei den Fachärzten, die im Facharztvertrag drin sind, bekomme ich innerhalb zwei Wochen einen Termin, wenn es medizinisch indiziert ist. Das ist auch ein Werbemittel, Termine für HzV Patienten schneller als ein Privatpatient zu bekommen. Das zieht in meiner Praxis schon. Auch die Befundübermittlung ist besser und schneller geworden. (HA 27)
	▪Die Zusammenarbeit mit den Kollegen ist eher positiv. Ich habe schon erwähnt, dass mit Überweisungen die Kollegen immer einen Befund schicken. (HA 28)
Verschlechterung Kooperation Facharzt	▪Wobei es viele Patienten immer noch nicht begriffen haben und ohne Überweisungsschein zum Facharzt gehen und ich auch ziemlich sauer bin, weil viel Fachärzte sagen: Seid es die Praxisgebühr nicht mehr gibt, braucht ihr keinen Überweisungsschein. Das finde ich ein schwaches Bild von denen. (HA 19)
	▪Ich habe mitbekommen, das mache Fachärzte bei HzV Patienten nur Minimalprogramm machen. Und ein Orthopäde zum Beispiel keine Krankengymnastik aufschreibt. Dann soll es der Hausarzt selber machen. Da kommt zum Teil ein wenig Ablehnung dazu. (HA 20)
Kooperation Hausärzte	▪Die HzV verbindet schon. Die hausärztliche Identität wird dadurch gefördert. (HA 22)
	▪Uns Hausärzte hat es mehr zusammengeschlossen. (HA 20)
Schnittstelle Krankenhaus	▪Das hat sich insofern verändert, wenn jemand stationär gehen soll, wir eine relativ schnelle Rückmeldung von den niedergelassenen Fachärzten bekommen, ob man sie direkt schicken soll oder ob man sie zuerst bei ihnen vorstellt und die Fachärzte dann die Schnittstelle Krankenhaus bedienen. Das ist viel einfacher geworden, weil wir nicht mehr im Krankenhaus betteln müssen, damit die Patienten stationär aufgenommen werden. Das läuft dann ganz automatisch und wunderbar. (HA 24)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Nein. Entlass Management steht zwar überall im Qualitätskatalog drin, ist aber genauso hundsmiserabel wie früher. Man bekommt freitags 5 nach 12 noch einen fünf seitenlangen Entlassbrief und muss dann noch die Pflege organisieren. Ein Tag vorher muss auch ein Krankenhaus wissen, wann es nach Hause geht. Ich bin in Zukunft da auch nicht zimperlich so einen Patienten wieder zurück zu schicken. Das kann nicht angehen. Oder noch schlimmer, ich habe Vertretung und muss dann freitags Mittag noch zu einem fremden Patienten und muss dann eine hochkomplexe Versorgung organisieren. Da sitze ich eine Stunde in der Wohnung und weiß immer noch nicht wo vorne und hinten ist. Das ist dann richtig ärgerlich. Die HzV hat auf den stationären Bereich überhaupt keine Auswirkung. (HA 27)
	▪Nein, das kann ich nicht wirklich sagen. Da gibt es immer wieder Probleme. Insbesondere mit dem Entlassmanagement und den Medikamenten. Ich glaube nicht, das HzV da Einfluss nehmen kann. Da gibt es sicher keine Unterschiede ob der Patient im HzV ist oder normaler Kassenpatient. (HA 28)
Kooperation Krankenkasse	▪Die Kooperation mit der AOK ist deutlich besser geworden. Wenn die AOK irgendwelche Einwände gegen eine Therapie haben, dann melden die sich und wenn ich Unklarheiten habe, dann können wir das diskutieren. Also das ist besser als vorher geworden. (HA 29)

3.1.10 Fortbildung

Ein zentrales Element der HzV ist die verpflichtende Teilnahme an qualitätsgesicherten Fortbildungen. Die Hausärzte wurden darum in den Interviews gefragt, welchen Stellenwert diese Fortbildungen haben und wie die Qualität wahrgenommen wird. Die meisten Hausärzte waren zufrieden mit den angebotenen Fortbildungen und schätzen insbesondere die Qualität der Pharmakotherapiezirkel als hoch und gewinnbringend für die Patientenversorgung ein. Einige Interviewteilnehmer erleben durch die Verpflichtung zur Teilnahme eine Mehrbelastung (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Fortbildung

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Qualitätszirkel Pharmakotherapie	▪Ja sehr. Ich mache diese vorgeschriebenen Themen gerne mit. Die Pharmakotherapie im Sinne der wirtschaftlichen Verordnungsweise ist doch eine bessere Schiene als wenn man da so allein dahin wurschtelt und auch der kleine finanzielle Anreiz der sich ergibt, indem man die Ziele, finde ich eine sehr wichtige Fortbildung. (HA 11)
	▪Sehr gut. Ich bin ja auch Moderator und bin auch überörtlich mit den anderen Moderatoren im Austausch. Wir sind in der Lage unsere Weiterbildung ohne Pharmawerbung zu veranstalten. (HA 12)
	▪Wir sind schon lange ein aktiver Qualitätszirkel gewesen. Wir machen zwar was von uns gefordert wird. Aber wir machen auch unsere eigenen Dinge und wesentlich mehr. Ich glaube wir sind da weiter und machen auch eigene Studien, Deswegen müssen wir uns nicht mehr Gedanken machen, ob man da falsch liegt. Die Zeiten haben wir schon hinter uns. Ich glaube wir sind da eine Stufe weiter. (HA 24)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Die finde ich gut. Da nehme ich auch teil. Es kommt zwar auf das Thema an aber ich finde das recht strukturiert und es kommt immer wieder mal etwas, wo man denkt, das hat man nicht gewusst. Es sind schon mal neue Sachen dabei. Gerade Medikamenteninteraktionen vergisst man schon mal. Ich finde es positiv, dass es nicht pharmagefärbt ist. (HA 28) ▪ Super. Die AQUA-Zirkel sind klasse, sind auch klasse vorbereitet. Da profitiert man auch als erfahrener Hirsch noch davon. (HA 7) ▪Ich finde das Material extrem gut und lese es auch immer durch. Wir diskutieren auf der Basis dieser Unterlagen richtig gut. (HA 17) ▪Ich gehe gerne in die Qualitätszirkel. Am Anfang waren diese AQUA Dinger ziemlich dürftig aber inzwischen bin ich sehr dankbar. Sowohl über meine eigene Statistik, als auch über die Ausführungen auf den Gelben Seiten. Das hat mir viel gebracht. Vor allem bei der Pharmakotherapie sind viele gute Anregungen. (HA 19) ▪Die Qualitätszirkel, die auf Grund der eigenen Abrechnungsdaten stattfinden, finde ich eine gute Sache, weil tatsächlich die eigene Tätigkeit wiedergespiegelt wird. Das ist was anderes als die normalen Fortbildungen, weil man das kollegial vergleichen kann. Ich finde das auch sehr belebend. (HA 20) ▪Durch die Vorarbeit von AQUA und entsprechender Moderatorenschulung sowie der Informationen ist die Arbeit nicht leichter aber effektiver geworden. (HA 22) ▪Ich finde diese Pharmakotherapie Zirkel hilfreich. Der Qualitätszirkel früher war ein berufspolitisches Plauderstündchen. Bei dem AQUA Institut hat man die statistische Auswertung und akuten wissenschaftlichen Background sowie die Diskussion unter den Kollegen. Das gibt es Hilfestellungen wie jeder Einzelne das handhabt. (HA 30)
Zusätzliche Belastung	▪Also ich machte natürlich bisher schon Fortbildungen und finde es eine zusätzliche Belastung, das man im Qualitätszirkel eine zusätzliche hat. Aber der Qualitätszirkel ist gut, das sind vernünftige Themen. Es ist für den Alltag praktisch und es sind wichtige Sachen, einschließlich Pharmaversorgung. Insofern ist das schon gut. (HA 16)
Weniger Gut	▪Mäßig. Der Kollege, der das hier betreut, der hält einen Kurzvortrag von einer halben bis max. einer Stunde. Er versteht nicht arg viel von dem was er spricht. Es ist nett mal die Kollegen zu sehen aber der Zugewinn an Informationen ist relativ marginal. (HA 26) ▪Fortbildung Note 1. Nur bei AQUA gibt es ein Problem, ich kann mit den Zahlen wenig anfangen. Mit dem fachlichen Angebot bin ich sehr zufrieden. (HA 27)
Aufwand	▪Sehr. Aber es ist alles zu viel. Wir müssen innerhalb von 5 Jahren 250 Punkte sammeln und ich war nach 3 Jahren schon fertig und hatte die 250 Punkte zusammen. Das Angebot ist sehr groß. Wir haben hier im Kreis viermal im Jahr die AQUA Zirkel. Das funktioniert fantastisch. Die Politiker und Rechtsanwälte und was weiß ich, die machen keine Fortbildungen. Wie machen die das? Ich habe noch nie gehört, dass Politiker irgendwelche Punkte nachweisen müssen. (HA 29)

3.1.11 ARRIBA

Im Rahmen der Beratung zur kardiovaskulären Prävention soll in der HzV das Beratungstool ARRIBA eingesetzt werden. Die Hausärzte wurden darum befragt, welchen Stellenwert sie der Beratung mit ARRIBA beimessen und wie sie diese Vorgabe umsetzen.

Die befragten Hausärzte waren im Großen und Ganzen überzeugt davon, dass ARRIBA in der kardiovaskulären Risikoberatung hilfreich ist. Einige Hausärzte gaben an, das Tool gar nicht oder kaum zu nutzen (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: ARRIBA

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Gut	▪Absolut, immer wieder. Jetzt war neulich eine junge Patientin da, die unter Stress immer wieder einen Blutdruck von 160 mmHg hatte, die aber täglich Fahrrad fährt, nicht raucht. Und der konnte ich dann zeigen, dass der Blutdruck ja erhöht ist, aber auf das Risiko es überhaupt keinen Einfluss hat. Also wirklich täglich. (HA 6) ▪Geschickt ist es. […] Man kann es, also die Risiken visuell besser darstellen. (HA 8) ▪Ja freilich, klar. Ich kann das aus dem HzV-Programm direkt aufrufen und mit den Patienten die weitere Vorgehensweise besprechen. (HA 11) ▪Ich benutze ARRIBA um dem Patienten manchmal anschaulicher zu zeigen, wie sie ihr Risiko verringern könne. Manche Patienten glauben es nicht so richtig und dann ist es ganz gut, wenn sie es schwarz auf weiß sehen. (HA 24)
Weniger nutzen	▪Jetzt noch selten. Das hängt damit zusammen, das ich natürlich mit ARRIBA dem Patienten ungern, (Pause) also von der Tendenz her würde ich versuchen dem Patienten ein gutes Gefühl zu vermitteln. Also wenn ich dem Patienten mit ARRIBA sage, ▪ihr Herzinfarktrisiko oder ihr Schlaganfallrisiko ist soundso groß, dann führt das zunächst mal relativ zu einer sehr, sehr großen Verunsicherung des Patienten. Also das eher Ängste produziert werden. Und ich denke, als Arzt sollte man versuchen Ängste der Patienten abzubauen und auf der anderen Seite doch darauf hinweisen, wie man eher Risikofaktoren reduzieren kann. Aber nicht das man beim Patient die Risikofaktoren durch entsprechende Ängste reduziert. Das ist nicht gut. (HA 1) ▪Kaum. Seltenmal zu speziellen Motivierungsgesprächen oder auch zur eigenen Überprüfung, wenn irgendwelche Medikamente von der Klinik verordnet wurden, zum Beispiel CSE-Hemmer. Aus Sicht des Patienten nicht, manchmal als Hilfe für mich als Arzt und im Praxisalltag in der Motivation und Aufzeigen der Risiken zur Änderung seines Lebensstils. Vielleicht hat er das bisher nicht so gesehen und er kann es nun besser visualisieren bzw. um für mich als Hinterfragung, ob ein Statin wirklich indiziert ist. (HA 14) ▪Nein, ich mache Procam. (HA 18) ▪Ja, das nutzen wir manchmal. Hat aber keinen großen Stellenwert. (HA 23) ▪Nein (HA 29)
Zeitmangel	▪Nein. Ich habe sehr viele Patienten und bin bisher einfach nicht dazu gekom-

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	men, mich mit dem zu befassen. Ich schaffe wirklich von morgens bis abends und habe die Patienten bisher 13 Jahre gut versorgt und da brauche ich kein ARRIBA. Wenn der Patient raucht und wenn er einen Bluthochdruck hat, dann bekommt es von mit zu hören, was er zu tun hat. Ich kriege relativ viel zum Nichtrauchen und relativ viel zu Gewichtsabnahme. Es ist daher die Frage wieviel Zeit stecke ich da rein. (HA 21)

3.1.12 VERAH

In Rahmen der HzV sollen in den teilnehmenden Praxen zunehmend zur VERAH qualifizierte medizinische Fachangestellte eingesetzt werden, um den Arzt zu entlasten. Die Hausärzte wurden im Rahmen der Interviews dazu gefragt, wie sehr es ihnen gelingt, dieses Konzept in der Praxis umzusetzen. Einige Ärzte gaben an, VERAHs einzusetzen. Die Entlastung gelingt v.a. im Bereich von Hausbesuchen und Blutabnahmen. Die VERAHs werden zum überwiegenden Teil als kompetent und gut qualifiziert wahrgenommen. Einige Hausärzte haben Bedenken dahingehend, dass sich die VERAH durch die zusätzliche Qualifikation selbst überschätzen könnte (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: VERAH

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Kompetenz	▪Also die Qualität ist gut, sie sind sehr viel selbstbewusster. (HA 1) ▪Ich glaube, dass sie in Zukunft es noch besser beurteilen kann, wie der Zustand des Patienten ist, ob ein Arzt nochmal gucken muss oder nicht. Das sie einfach einen zum Teil auch ein bisschen ersetzen kann. (HA 2) ▪Ja. Die VERAH hat selber das Gefühl, sie ist besser ausgebildet. Sie kann besser an der Patientenversorgung teilnehmen. Sie muss nicht nur Verwaltungssachen machen und Labor aufschreiben, sondern nimmt an der Patientenversorgung teil. (HA 16) ▪Die Helferinnen sind mit der besseren Ausbildung zufrieden. Sie können selbstständiger Arbeiten. Sie können Hausbesuche machen. Das funktioniert. Das ist ein gutes Konzept. (HA 18) ▪Es sehe Vorteile in der Qualifikation. Sie können Hausbesuche machen und entlasten mich auch. (HA 22) ▪Ja. Sie ist qualifizierter und kann mehr und es bringt mehr Geld. Die hat bei der Fortbildung etwas gelernt. Sie macht bei mir Blutentnahmen aber keine Hausbesuche. (HA 26)
Delegation	▪Die gezielte Delegation unter Aufsicht des Arztes in seiner Verantwortung, von geschulten charakterlich geeigneten Mitarbeitern, ist eine Versorgungsverbesserung. (HA 12) ▪Das ist die Frage eines Delegationsprinzips unter einer ausreichenden Verantwortung. (HA 12) ▪Ja. Nachteile eigentlich keine. Prinzipiell finde ich die ärztliche Delegation notwendig. Man muss nicht jeden Kram selbst machen. Auch der Kurs ist ja nicht trivial. Die müssen dann schon in die verschiedenen Bereiche rein schauen. Das ist ein echter Vorschritt, so lange es unter ärztlicher Aufsicht bleibt. So eine Situation, das sich eine Pflege selbstständig macht und anstatt des Arztes tätig wird, das ist natürlich politisch hoch brisant. Das funktioniert nicht. So wie die VERAH organisiert ist mit bestimmten Tätigkeiten, auch mal Hausbesuche oder Blutabnahmen, ist eigentlich schon eine Hilfe. (HA 27)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Entlastung Verantwortung des Arztes	▪Ich werde entlastet; mit den Hausbesuchen, mit den Blutentnahmen und unserer VERAH macht das richtig Spaß. Die macht das sehr, sehr gerne. Nachteile sehe ich keine. (HA 3) ▪Sie wird in die Patientenversorgung besser einbezogen. Es erfolgt eine Entlastung des täglichen Praxisablaufs und kann selbstverantwortlich mehr machen. Sie hilft mir bei den Hausbesuchen und Blutentnahmen. Sie entlastet mich insgesamt schon. (HA 9) ▪Es entlastet uns auch von Teilen der Arbeit, die wir nicht selber machen müssen. Zum Beispiel Zusammenarbeit Pflegeheim. Das macht zu 80% heute die VERAH. Und das ist viel besser geworden. Am Anfang haben die gesagt, die hat ja nicht mehr gelernt wie wir. Last die außen vor. Inzwischen sehen sie den Vorteil, dass sie in ihr einen verlässlichen Ansprechpartner haben, der in Ruhe das abklärt, was sie brauchen. (HA 12) ▪Sie nimmt mir ein Haufen Arbeit ab. Der Patient ist regelmäßig durch die Praxis und eine vertraute Person betreut. Das läuft hervorragend. (HA 15) ▪Ich sehe eigentlich da nur Vorteile, wobei ich meine Hausbesuche reduziert habe. Ich besuche meine Patienten nur noch einmal im Quartal und dann brauche ich eine VERAH. Wenn ich einen Patienten habe, dem es schlechter geht, dann schicke ich meine VERAH hin. Das ist einfach gut und ich denke, wir werden in zehn oder fünfzehn Jahren viel weniger Hausärzte haben. Da können wir die Patienten nicht mehr alleine versorgen. Und ich halte es berufspolitisch für falsch, wenn wir sagen es muss so bleiben. Wir haben nicht mehr die Zahlen und die Versorgung vor vierzig Jahren, da gab es eine Gemeindeschwester und es gab keinen Arzt vor Ort. Die hat das nicht so schlecht gemacht. Wenn man das nicht betriebswirtschaftlich sondern volkswirtschaftlich sieht, ist eine gut ausgebildete VERAH sicherlich eine günstige Basisversorgung vor Ort. (HA 21) ▪Ja. Wir sind gerade noch an der Findung mit den Einsatzgebieten. Das ist bei uns sicherlich ausbaufähig. Es ist eine Entlastung der Ärzte und bessere Zusammenarbeit zwischen Angestellten und Ärzten. Ich sehe das sehr positiv. Unsere VERAH ist im Moment personell bedingt stark in die Praxis eingebunden. Wir schaffen es im Moment kaum, dass sie uns bei Hausbesuchen entlastet. (HA 28) ▪Ja. Sie macht viel Hausbesuche. Die kann man einsetzen, wo man die anderen nicht einsetzen kann. (HA 29) ▪Ich habe eine VERAH und nächstes Jahr bekomme ich eine zweite dazu und wir werden uns dann ein VERAHmobil anschaffen. (HA 30) ▪Also ich habe schon einige VERAH Prüfungen abgenommen und da waren schon Kandidaten dabei, die dazu geneigt haben: Jetzt kann ich endlich. Die Gefahr besteht und wir können nur vernünftig nach außen vertreten, wenn wir diesen Mensch erkennen und von den Aufgaben, wo sie durch sich selber gefährdet sind, entbinden. Die können uns beim DMP helfen. Die können andere Dinge machen, wie Blutabnahme machen. Aber sie können nicht eigenverantwortlich Besuche durchführen, wo eine Abgrenzung der Patientenwünsche von der eigenen Persönlichkeit nicht möglich ist. Also da haben wir eine erhöhte Verantwortung gegenüber den Mitarbeiterinnen, dass sie nicht ins offene Messer laufen. Dieser Nachteil besteht immer, aber der besteht auch bei jedem Arzt in Weiterbildung, dass er eigenmächtig handelt. Wenn die Chance nicht besteht, dass ich Erfahrungen sammle und den Menschen dorthin zu führen, dann kann ich natürlich auch keine Entlastung haben. (HA 12)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Wir besprechen im Team auch belastende Situationen und arbeiten die auf. (HA 12) ▪Den Ansatz VERAH finde ich gut. Es ist für mich noch ein wenig schwierig der VERAH so viel zu delegieren. Das liegt aber eher an der Person VERAH, die ich habe. Sie ist zwar lieb und tüchtig aber manche Ratschläge, die sie gibt oder Dinge, die sie wahrnimmt. Da habe ich nicht so viel Vertrauen in die medizinische Kompetenz. (HA 19)
Bessere Schnittstellen	▪Verbesserung in der Schnittstelle zu den Sozialdiensten, Da habe ich den Eindruck, dass das wesentlich glatter läuft. Die Helferinnen bereiten mir die hausärztliche Versorgungsformulare zum Beispiel einfach schon besser vor und wenn Rückfragen sind, können die über die Helferinnen auf dem kurzen Weg beantwortet werden (HA 4)
Hausbesuche	▪Bei den Patienten, die stabil sind, kann sie hingehen und nach dem Rechten schauen. (HA 6)
Blutentnahme	▪Unsere VERAH macht Hausbesuche und Blutabnahmen. (HA 24)
Wenig Vorteil	▪Von der zusätzliche Qualität her finde ich es überbewertet. Eine VERAH kann meiner Meinung nach keinen Hausbesuch ersetzen, kann auch keine Arzttherapie ersetzen. Sie kann sicher manche Sachen zuarbeiten aber was ich von einer guten Arzthelferin an sich auch erwarte. Also sie macht bei mir keine Hausbesuche, die mache ich alle selber. Bei wenigen, bei denen man nur Blut abnehmen muss, schicke ich sie schon mal hin. (HA 5) ▪Es gibt Probleme, wenn die VERAH sich nicht mehr im Klaren ist, dass sie eine VERAH ist und in einer Art und Weise tätig wird, die sie nicht darf. (HA 10) ▪Die angehende VERAH überschätzt sich gerade ein wenig und hat samstags einen Anruf von einem Patienten bekommen und ist dann dorthin gefahren, da hatte sie kein Mandat dazu. (HA 12) ▪Außer einer Selbstüberschätzung einer charakterlich nicht geeigneten Mitarbeiterin sehe ich keine Nachteile. (HA 12) ▪Ein Nachteil ist, dass die Delegationsgeschichten für uns Ärzte am Ende vielleicht negativ auswirken können. Aber das ist ja noch Zukunftsmusik. So dass ich denke, das kann man sich mal in Ruhe anschauen. Die Politik verfolgt aber ein anders Ziel wie wir Ärzte. (HA 24)
Qualität	▪Ja. Ich kann qualitätsgesichert manche Aufgaben delegieren. Und ich habe das Glück gehabt, die ist jetzt 25 Jahre in der Praxis, die kennt alles. Die VERAH-Ausbildung war dann eine Selbstverständlichkeit. Die ist gut, die macht dann auch Hausbesuche und so. Nachteile sehe ich eigentlich keine, nein. (HA 7) ▪Positiv hat sich einfach die verbesserte Qualität des ärztlichen Betreuens und des Handelns festgestellt. Man kann viele Sachen delegieren und die Rückantwort an mich ist auch ein wesentlicher Bestandteil. Man kann gewisse Schwachstellen aufspüren und eine Praxismanagement dahinter sehen. Sie sind gut geschult. Das VERAHmobil ist auch ein positiver Punkt. (HA 11)
Verbesserung	▪Ja! Oh Vorteile super. VERAH ist super, tolle Ausbildung und die werden jetzt immer mehr eingesetzt. Sie macht Hausbesuche, Patientenversorgung. Durch die VERAH verändert sich sehr viel. Die Kommunikation mit den Pflegediensten. Die wird auch rumgehen. Wir werden auch ein Netzwerk aufbauen. Es gibt nur Vorteile. (HA 8)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Ja. Aus meiner Sicht eigentlich nur Vorteile. Ich habe eine motiviertere Mitarbeiterin. Ich kann vieles delegieren. Sie macht Hausbesuche für mich. Sie steigt in der Wertschätzung gegenüber den Patienten. (HA 14) ▪Ich sehe das für eine Landpraxis wie hier einen deutlichen Vorteil. Insbesondere was Hausbesuche angeht und wir haben auch ein VERAHmobil. Ich glaube auch, dass wenn die ärztliche Versorgung nicht mehr flächendeckend ist, dies ein Zukunftsmodell ist. Nachteile sehe ich keine. (HA 25) ▪Es gibt eine ganze Reihe multimorbider zu Hause lebender Patienten. Ich habe früher alle zwei Wochen Hausbesuche gemacht und mit der VERAH ist es jetzt so, dass ich alle vier Wochen mache. Dazwischen die Mitarbeiterin und dadurch hat sich meine Lebensqualität wesentlich verbessert. (HA 30)
Konkurrenz	▪ Ich sehe ein gewisses Konkurrenzdenken von Seiten der anderen Mitarbeiterinnen, die in der VERAH eine bessere bevormundende Mitarbeitern sehen könnten. (HA 11) ▪Sie muss sich aber manchmal ein wenig durchsetzen, weil sie einfach strukturierter die ganze Sache angeht. (HA 11)
Vorteile für Patienten	▪Die Patienten haben nur Vorteile, weil sie mehr Ansprechpartner haben. (HA 12)
Aufwand	▪Ein Nachteil ist, dass man sie zuerst mal ausbilden muss. Es kostet Geld und Zeit und die Helferinnen müssen dazu bereit sein. Es ist ein erheblicher Aufwand für die Helferinnen. (HA 18) ▪Das hatte ich mal versucht, aber meine Arzthelferinnen sind ein wenig fortbildungsmüde. (HA 20)
Praxis	▪Ich glaube auch für eine große Landarztpraxis ist das viel existenzieller als hier in einer Stadtpraxis. Das kommt vielleicht mit dem zunehmenden Hausärztesterben. (HA 20)

3.1.13 Zielgruppe

Die Hausärzte wurden im Rahmen der Interviews auch dazu befragt, welche Patientengruppe(n) sie bevorzugt in die HzV einschreiben und bei welchen Patienten dies weniger gelingt oder aus ihrer Sicht weniger geeignet erscheint. Der überwiegende Teil hält ältere und chronisch kranke Patienten für gut geeignet, für jüngere Patienten wäre die HzV aus Sicht der Befragten grundsätzlich auch gut geeignet, die meisten Hausärzte waren jedoch der Ansicht, dass bei den Jüngeren häufig weniger Motivation vorhanden ist. Hier sehen die Hausärzte noch Verbesserungspotenzial (s. Tabelle 18).

Tabelle 18: Geeignete Patientengruppen

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Chronisch Kranke	▪Die Chroniker und die Multimorbiden haben aktuell den meisten Profit davon. Die Jungen und gesunden Mittelalten bekommen langfristig dadurch einen Vorteil. Egal zu welchem Facharzt sie gehen, ich weiß dann Bescheid. Das ist doch gut. (HA 7)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Alle. Aus Sicht der Kasse natürlich die schwer kranken Chroniker. Aus meiner Sicht aber alle.(HA 14) ▪Also bei uns sind es überwiegend die Chroniker, weil die natürlich am meisten mit uns zu tun haben. (HA 24) ▪Für die älteren und die chronischen Patienten ist es ein unschätzbarer Vorteil, dass sie nicht immer alles erklären und neu erzählen müssen, sondern der Hausarzt die Krankengeschichte kennt. Und das schätzen die auch und ist ihnen wichtig. Deswegen schreiben wir die auch alle ein. (HA 24)
Ältere Patienten	▪Es sind vermehrt die älteren Patienten, weil sie eine stärkere Bindung an uns Ärzte und die Praxis haben. Junge Leute neigen zu Spontanaktionen. Die möchten sich eher nicht so binden. […] Die Konstanz von Wohnort und Beziehung ist bei älteren Leuten mehr gegeben. (HA 13)
Alle	▪Da differenziere ich nicht mehr. Ich schreibe alle ein, die ich schnappen kann. Ich schließe keine Patienten ein, bei denen ich weiß, dass keine Konstanz vorhanden ist. (HA 23)
Jüngere Patienten	▪Die Jungen kommen nur dann und wann und ich weiß nicht, wie ich das rüber bringen soll, das ich sie gerne in die HzV einschreiben möchte. […] Die Bereitschaft eines jungen Menschen an den Hausarzt zu binden und immer eine Überweisung zu holen ist gering. Die lesen ja im Internet und wissen selbst was gut für sie ist. […] Also wer sich im Internet informiert und weiß was er braucht und dann nur zum Hausarzt geht um sich die Krankmeldung zu abzuholen, da ist es schwer zu sagen, warum er sich in die HzV einschreiben soll. Obwohl ich glaube, dass es gut wäre und richtig ist. Das ist insgesamt ein gesellschaftliches Problem und nicht gelöst. Die Älteren sind froh, wenn sie jemand haben, der sich um sie kümmert und im Notfall auch mal nach Hause kommt. Die schreiben sich gerne ein. (HA 8) ▪Wir haben immer das Problem mit dem Einschreiben bei den jungen Leuten, weil die nicht verstehen, wieso sie sich einschreiben sollen. Denen ist es nicht so einleuchtend, weil sie meistens keine chronischen Krankheiten haben. Und dann wissen sie es auch nicht zu schätzen, dass sie immer vom gleichen Hausarzt behandelt werden. Die Jungen sind schwierig zu überreden. (HA 24) ▪Wir würden gerne mehr Patienten einschreiben. Aber die Jungen sind immer misstrauisch, wenn sie etwas unterschreiben sollen. (HA 24)

3.1.12 Verbesserungsmöglichkeiten

Im Rahmen der Interviews wurden sehr viele positive Aspekte zur HzV genannt. Insgesamt stellt sich die Umsetzung der HzV in der eigenen Praxis für die Hausärzte als ein „rundes Konzept“ dar. Dennoch wurden weitere wichtige Hinweise zu Verbesserungsmöglichkeiten genannt, wie aus Sicht der Hausärzte die HzV optimiert werden könnte (s. Tabelle 19). Drei wesentliche können dabei ausgemacht werden: AOK-Vertrag, Hausbesuch und das Thema der Vereinheitlichung.

Tabelle 19: Verbesserungsmöglichkeiten

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
AOK-Vertrag	▪Der AOK-Hausarztvertrag ist der Beste, den wir haben. Der ist von der Thematik ziemlich gut. Ich finde auch gut, dass die Betreuung im Pflegeheim aufgewertet wurde. Ich wünsche mir eine restriktive Weiterentwicklung, ohne dass wieder so viele Einzelleistungen hinein kommen. (HA 22)
Hausbesuch	▪ Mein größtes Anliegen wäre den Hausbesuch als Einzelleistung auf zu nehmen. (HA 23) ▪Im Prinzip finde ich das Konzept super, das man eine Aufwertung bekommt. Aber ich finde auch den Hausbesuch dadurch unterbewertet. (HA 28)
Vereinheitlichung	▪Es müsste für alle Kassen eine einheitliche Regelung geben. Dies führt die Vereinfachung ad absurdum. (HA 25) ▪Was mich sehr stört, ist die Vielzahl der HzV Verträge. Jede Kasse will ihre Selbstständigkeit beweisen und jede Kasse macht es ein bisschen anders. Das ist schon sehr ärgerlich und mittlerweile auch sehr aufwendig. (HA 27) ▪Das größte Hindernis sind die Vertragsunterschiede. Am besten wäre ein HzV für alle Kassen. Es gibt ja immer noch viele Kritiker. Das muss man weiter entwickeln. Die Detailprobleme gibt es zu Hauf aber die grobe Richtung stimmt schon. (HA 27) ▪Gut wäre, wenn es vereinheitlich würde. (HA 28)

3.2 Perspektive der Patienten

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Es konnten insgesamt 40 Patienten für die Teilnahme an der Befragung rekrutiert werden. Die Patienten waren im Schnitt 63,3 Jahre alt. 34 Patienten (85 %) gaben an, eine oder mehrere chronische Erkrankungen zu haben. Die soziodemografischen Charakteristika sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Soziodemografie Patienten

		Gesamt
Geschlecht	Männlich	18 (45%)
	Weiblich	22 (55%)
Alter	Mittelwert (Standardabweichung)	63,33 (12,59)
	Minimum – Maximum	24 - 80
Schulbildung	Hauptschul-/Volksschulabschluss	28 (70%)
	Realschulabschluss / mittlere Reife / POS	8 (20%)
	Fachabitur / Abitur	4 (10%)
Berufliche Situation	Vollzeit	10 (25%)
	Teilzeit	1 (2,5%)
	arbeitslos gemeldet / nicht berufstätig	8 (20%)
	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	1 (2,5%)
	Frührente / Altersrente / Pension	20 (50%)
Familienstand	verheiratet	26 (65%)
	Lebenspartner (unverheiratet)	2 (5%)
	ledig	2 (5%)
	getrennt lebend / geschieden	5 (12,5%)
	verwitwet	5 (12,5%)

Tabelle 21: Kontakte Hausarztpraxis

Hausarztbesuche in 12 Monaten	Angaben in Prozent (Anzahl)
0 – 1 Mal	--
2 – 3 Mal	10% (4)
4 – 5 Mal	32,5% (13)
6 – 7 Mal	20% (8)
8 – 9 Mal	7,5% (3)
mehr als 10 Mal	30% (12)
Wie lange sind Sie bereits Patient in ihrer Hausarztpraxis?	**Angaben in Prozent (Anzahl)**
weniger als ein Jahr	2,5% (1)
1 – 2 Jahren	2,5% (1)
3 – 7 Jahren	30% (12)
8 – 12 Jahren	15% (6)
mehr als 13 Jahren	50% (20)

3.2.2 Gründe für Teilnahme

Ebenso wie die Hausärzte wurden die teilnehmenden Patienten danach gefragt, warum sie an der HzV teilnehmen. Die meisten Patienten gaben an, dass ihr Hausarzt / ihre Hausärztin oder eine medizinische Fachangestellte sie darauf angesprochen habe. Einer gab an von der AOK angeschrieben worden zu sein. Als Gründe für die Teilnahme gaben die Befragten an, dass sie ihren Hausarzt unterstützen wollten, dass sie eine bessere Leistung insbesondere in der Prävention bekommen und dass das Vertrauensverhältnis zum Arzt besser wäre. Dabei war für die Patienten insbesondere die Lotsenfunktion wichtig, also dass alle Informationen beim Hausarzt zusammen laufen. Darüber hinaus sind veränderte Öffnungszeiten oder bessere Wartezeiten für Patienten Gründe an der HzV teilzunehmen, ebenso wie finanzielle Einsparungen z.B. bei Arzneimitteln (s. Tabelle 22).

Tabelle 22: Gründe für Teilnahme (Patienten)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Unterstützung des Arztes	▪Und mir persönlich ist natürlich auch der persönliche Bezug wichtig und deswegen ist es auch klar, dass ich meinen HA in diesem Punkt unterstütze, weil es ist wirklich eine Vertrauensperson für mich und das darf auch honoriert werden. (P 3) ▪Vor allem wie auch die Kommunikation stattfindet, geht es schon sehr in die Richtung mit der Bitte „Honorieren sie meine Arbeit irgendwie“ und wo wirklich sehr offengelegt wird wie die Bezahlung erfolgt und dass das sehr transparent ist. Und wenn man dann weiß, dass es eine Alternative gibt, dann kann man wirklich auch sagen: Ja, da möchte ich meine HA auch unterstützen. (P3) ▪Leichtere Abrechnungssystem (P4) ▪Und dann habe ich gedacht, dass ich mal mitmache, weil sie mir ja auch immer helfen, wenn es irgendetwas gibt und dann kannst du ihnen ja auch mal helfen. (P20) ▪Und wenn es etwas bringt für ihn: gut, dann mache ich halt mit. (P20) ▪Ich war halt einfach beim Doktor und er war da drin. (P37)
Mehr Prävention	▪Zusatzangebot, was man als jüngere Person bekommt, also dieser besagte Check Up (P3) ▪Gut dieser Gesundheitscheck jedes Jahr – dieser Gesundheitscheck bei der AOK jedes Jahr – das ist sehr sinnvoll. (P 4) ▪Also da bekomme ich jährlich auf jeden Fall diese allgemeine Untersuchung und das war vorher nicht. (P4) ▪Ich kann jetzt 1 mal im Jahr so einen Check Up haben und so ein Hautkrebsscreening kann man auch haben. (P14) ▪Was ich festgestellt habe, was ich auch gut finde, ist, dass ich erinnert werde, wenn die Impfungen wieder fällig sind. (P37) ▪Dieser Komplettcheck dann mit dem Blutbild und allem, das macht er. Und sämtliche Vorsorgeuntersuchungen, die man haben darf und auch Impfungen. Auf Impftermine weist er mich regelmäßig hin. (P47) ▪Das wir uns eigentlich davon versprochen haben, dass wir eben eine gewisse Verbesserung der Behandlung, der – sagen wir mal die Jahreschecks, die sind dann ja jährlich und nicht 2-jährlich – wir haben uns einfach beide eine bessere Überwachung unserer Gesundheit versprochen. (P50) ▪Ja, vorbeugende. (P58)
Vertrauensverhältnis	▪dass praktisch dieses Vertrauensverhältnis zwischen mir als Patientin und meinem Arzt nochmal gestärkt wird, dadurch, dass er, wenn ich in den Hausarztvertrag eingetragen bin, es entsprechend noch honoriert bekommt. (P3) ▪Das persönliche Verhältnis (P3) ▪Das ist ganz einfach, weil wir zu dem HA Vertrauen haben. (P16) ▪Ja. Und dann einfach: der Doktor hat mir das empfohlen und nachgefragt und dann habe ich gesagt: klar mache ich da mit. Ich bin halt auch sehr zufrieden mit unserem Arzt. (P47) ▪Einfach ich habe ihm vertraut – alles. Mit allem vertraue ich ihm. (P27)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Ja, ich habe gedacht, das wird einfach gut sein, wenn er mir das vorschlägt, dann vertraue ich ihm. (P28)
Öffnungszeiten	▪Die Abendsprechstunde (P4)
Wartezeiten	▪Manches Mal am nächsten Tag, mindestens am nächsten Tag, ja. (P27)
	▪Die Wartezeiten sind kürzer. (P37)
	▪Ja gut, dass ich nicht beim Arzt so lange rumsitzen muss, so lange warten muss. Dass er an einem Tag mal speziell länger offen hat, sagen wir es so. (P53)
Kooperation Fachärzte	▪Termine bei den Fachärzten (P4)
Lotsenfunktion	▪Da muss ich jetzt wieder darauf zurückkommen, dass es für mich persönlich wichtig ist, dass alle Ergebnisse bei einem Arzt sind und das ist ja in dem Falle der HA. (P9)
	▪Eine Person als Ansprechpartner. Der weiß dann alles und hat alles in der Kartei oder im Computer drin und fertig aus. Das ist mir am liebsten. (P16)
	▪Man wird gut unterrichtet, man kommt gleich weiter, wenn der Arzt sagt, du sollst da und da hin zum Spezialisten gehen, dann kann man fragen und dann kriegt man vorgelegt: die und die Spezialisten würde ich vorschlagen. Nicht ein bestimmter, man ist frei, wenn man will, aber wenn es zu lange dauert, wenn es kritisch ist, dann greift der Arzt ein und sagt: ich mache das, also letztlich seine Sprechstundenhilfe: da Kontakt aufnehmen. Was auch beinhaltet hat, dass meine Mutter noch am Leben ist, deswegen – die ist auch bei dem Programm. (P64)
	▪Ja. Ich würde eigentlich sagen, der HA ist durch das jetzt mein Manager geworden in Sachen Gesundheit. Und es wird wirklich mit allem erdenklich Möglichen gemacht und das finde ich toll. (P64)
	▪Auf jeden Fall bekommt man sämtliche Daten, wenn ich zu einem anderen Arzt gehe – wieder zurück zum HA und der tut mir das genau – was die Ergebnisse sind – sagen. (P69)
Arzneimittel	▪Ich denke Geld kann jeder brauchen, somit ist das mit den Medikamenten auch ein Punkt. (P14)
	▪Weil, ich habe immer gehört, dass die Medikamente billiger sein sollen, aber da ich erst ein einziges Mal was bei der Apotheke gehört habe: Oh, sie sind ja im Hausärztemodell, da müssen sie das nicht zahlen. Erst 1 Mal. Das war gut gewesen. (P53)
Mehr Zeit	▪Und wenn sich der Arzt für mich auch ein bisschen Zeit nimmt, wenn ich nicht so den Eindruck habe, ich muss da alles so schnell erzählen, was Sache ist und ich kriege dann nur ein Rezept in die Hand gedrückt und das war es, dann finde ich das auch sehr angenehm, wenn man als Mensch behandelt werden kann und nicht nur als eine Nummer – Zack und durch. (P14)
Ansprechpartner	▪Indem er auch manchmal privat ein bisschen schwätzelt. (P16)
	▪Wenn man reinkommt, geht es nicht gleich mit dem los: was haben Sie? Sondern er fragt auch manchmal private Sachen. […] Es gibt eben keine Massenabfertigung so in dem Sinne. (P50)
	▪Weil er mich kennt. Er weiß die Krankengeschichte von klein auf und das finde ich eigentlich gar nicht schlecht. Er weiß halt auch die Hintergründe. (P66)
Sicherstellung	▪Ich denke, es fördert halt auch die Ärzte im ländlichen Raum, dass die gehalten werden. (P66)

3.2.3 Wesentliche Veränderungen

Damit ein Eindruck davon entstehen kann, inwiefern sich die Versorgung aus Patientenperspektive durch die HzV verändert hat, ist es notwendig zu erfassen, welche Veränderungen Patienten wahrnehmen. Darum wurden die Patienten in den Interviews danach gefragt. Die meisten Befragten gaben an Veränderungen durch die HzV zu bemerken, einige wenige gaben an durch die Teilnahme an der HzV keinerlei Veränderungen wahrzunehmen. Die Patienten gaben dabei an, dass der Hausarzt mehr Zeit für sie habe, sie schnellere Termine bekommen, gründlichere Untersuchungen erleben oder Veränderungen in der Praxisstruktur oder der Personalbesetzung bemerkten. Darüber hinaus gaben Patienten an, bessere Gespräche und eine freundlichere Atmosphäre in der Praxis zu erleben. Hinsichtlich der Arzneimitteltherapie erleben die Patienten eine finanzielle Erleichterung, geben aber gleichzeitig an, durch die Rabattverträge und sich aus ihrer Perspektive ständig verändernde Medikamente verunsichert zu sein (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Wesentliche Veränderungen (Patienten)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Mehr Zeit	▪Zeitmäßig hat der Arzt mehr Zeit, ich denke mal, weil er von der Abrechnung her mehr entlastet wird. (P4) ▪Es war vorher für meine Begriffe schon gründlich und ich denke, dass jetzt vielleicht ein bisschen mehr Zeit dazu kommt. (P4) ▪Also er nimmt sich mehr Zeit für mich, habe ich festgestellt. (P14) ▪Vorher war es immer so, dass man, wenn man zur Untersuchung geht, es mir immer so oberflächlich vorgekommen ist. Er nimmt sich da jetzt mehr Zeit (P16) ▪Man merkt, der Arzt hat mehr Zeit für sie und er geht intensiver auf sie ein. Man ist nicht mehr nur eine Nummer, man hat auch einen Namen. (P58) ▪Das er mehr Zeit für einen hat und dementsprechend auch intensiver nachfragt und dann halt auch manche Sachen feststellt. (P58) ▪Er erklärt sehr gut worum es geht, was es ist und da kann ich nur sagen, es wird nicht auf die Uhr geschaut, sondern es wird sich alle Zeit dafür genommen, die es gibt. (P64) ▪Weil ich mit ihm über alles rede und das fühle ich mich nicht gedrängt oder irgendetwas, sondern er nimmt sich absolut die Zeit. (P64) ▪Dass ich nicht nur drinnen hocke 2-3 Minuten und dann bin ich gleich wieder draußen, sondern, dass er auch mal ein bisschen hinterfragt die Dinge – wie es mir geht oder auch wie er es dann aufzählt: was kann es sein, was kann es nicht sein. (P66) ▪Ja, mehr Zeit als vorher. […] Ich merke das halt. Wenn ich als hineingegangen bin und ich habe einen Fall gehabt z.B. eine Erkältung und dann wollte ich mit meinem Hals noch etwas wissen, dann hat er gesagt: wieder einen Termin ausmachen. Jetzt, wenn ich etwas sage: […] Ja, können wir mitmachen. Jetzt geht alles auf einmal mit 2 Krankheiten. (P67)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Sie nehmen sich alle ein bisschen mehr Zeit, meine ich. (P69)
Schnellere Termine	▪Also davor habe ich natürlich dann schon ein bisschen länger warten müssen und jetzt rufe ich an, wir machen einen Termin aus und den habe ich dann. (P4) ▪Die Termine gehen schneller als vorher. (P16) ▪aber ich finde einfach, es geht einfach flotter, alles geht flotter von der Sache her. (P16) ▪Aber ich habe das Versprechen, wenn ich jetzt einen Termin brauche, dann würde ich den recht zeitnah bekommen. (P59) ▪Man kriegt eine super Begleitung und kommt viel schneller bei den Spezialisten dran. (P64) ▪Wenn er eine Überweisung tätigt und ich komme zu einem anderen Arzt, dann habe ich schon das Gefühl, dass man eher einen Termin kriegt. (P64) ▪Dass ich besser einen Termin kriege, finde ich. Auch zu den Zeiten, wo ich halt Zeit habe oder wie es mir zeitlich passt. (P66) ▪Einfach, weil es schneller geht, von den Terminen her. (P67) ▪Also ich möchte jetzt einfach mal sagen: wenn ich ein Problem habe, kann ich anrufen beim Arzt oder ich kann nachfragen und man kommt mir immer positiv entgegen. Und ich habe auch schon 2 mal ganz kurzfristig einen Termin gebraucht und das war immer möglich. (P6) ▪ Ja. Vorher war es manchmal schon so, dass 1 bis 2 Tage dazwischen lagen und jetzt komme ich dann am gleichen Tag dran. (P14) ▪Dass es relativ schnell geht. Man bekommt auch bei den Fachärzten relativ schnell einen Termin. (P16) ▪Normal heißt: wenn ich nicht im Hausarztmodell gewesen wäre, hätte ich ein viertel bis halbes Jahr warten müssen auf den Augenarzt. Und? Innerhalb von einer Woche. (P16) ▪Gerade, wenn man berufstätig ist und öfters auch mal später abends nur Zeit hat, das ist bei ihm eigentlich gar kein Thema. Da muss ich sagen: da werde ich bevorzugt. (P59)
Keine	▪Gar keine. (P9) ▪Da habe ich noch nicht so viele Berührungen mit gehabt. Ich habe das weggeschickt und Sie haben wahrscheinlich ein paar Mal angerufen und wir sind ein bisschen unterwegs gewesen, sonst habe ich da keine anderen Berührungen gehabt. (P47) ▪Eigentlich gar nichts. (P71)
Keine Verhaltensänderung	▪Nein. Weder negativ noch positiv. Wir haben immer ein gutes Verhältnis gehabt, also darum: weder noch. Wenn es das wäre, dann wäre es schlimm. (P24)
Arzneimittel	▪Er achtet darauf, dass die Medikamente, die er mir aufschreibt, rabattiert sind – also, dass ich in der Apotheke nichts mehr dazu zahlen muss. (P14) ▪Es stört mich nur eins und zwar das von der Apotheke, von der Krankenkasse, dass immer wieder andere Arzneien in ihre Verträge gehen, dass sie immer wieder Arzneien wechseln. In meinem Fall z.B. komme ich mit den Arzneien gar nicht klar, dass immer etwas anderes ist. (P21)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Es heißt immer, es wären die gleichen Wirkungen und das stimmt aber nicht. Das ist nicht immer gleich. (P21) ▪Da kannst Du heute etwas verschrieben bekommen und wenn du ein viertel Jahr später wieder kommst und wenn der HA das jetzt ankreuzt: immer dieselben Medikamente, dann wirst du fast hingestellt in der Apotheke, alles Mögliche, wie so ein Irrer. Einmal geben sie dir die Sachen und dann heißt es: sie dürfen es wieder nicht. (P30) ▪Was wesentlich ist, ist mit den Medikamenten. Durch dieses Ding habe ich teilweise Medikamente kostenfrei. (P47) ▪Nein. Also das einzige wegen der Medikamente: welche Medikamente frei sind. Wo erfährt man das? Oder, dass der Arzt die raus schreibt. Er verschreibt mir Medikamente und ich weiß nicht: ist das bei den Hausärzten dabei? Ist das frei oder ist das nicht frei? Das weiß ich nicht. (P53) ▪Also einmal: man fühlt sich als normaler Krankenkassenversicherter mittlerweile als Patient dritter Klasse. Einerseits ist es problematisch einen Termin zu bekommen. Zum anderen ist es auch ein Thema, dass mittlerweile Medikamente, die an sich verschrieben worden sind auf einmal wieder nicht mehr verschrieben werden, sondern da werden Verträge gemacht – ich sage mal von der Firma Ratiopharm oder so was – und dann bekommt man Medikamente – klar, die sind jetzt nicht mehr vom Originalhersteller – mit der Begründung irgendwo, die sind genauso gut und das kann ich definitiv nicht bestätigen. (P59)
Gründlichere Untersuchungen	▪Ich würde sagen, es wird besser überwacht. Also diese Laboruntersuchung alle Vierteljahre hat man vorher eigentlich nicht gemacht. (P50) ▪Dadurch, dass er mehr Zeit hat, kann er ja auch mehr untersuchen. (P58) ▪Bei mir: ja. Das möchte ich sagen, es ist gründlicher. (P62) ▪Also was in dem ein oder anderen Bereich gewisse Leistungen sind. Also ich glaube schon. Da ist schon noch der Aspekt bei meiner Ärztin da: Ok, sie sind im HA-Vertrag – ich möchte sie rundum betreuen. Und das kommt schon rüber, dass sie das ein oder andere auch zusätzlich anbietet, einfach um zu zeigen: wir haben im entferntesten Sinne einen Vertrag miteinander. (P3)
Vereinfachung	▪Dass ich es einfacher habe. (P24) ▪Ja, die Einfachheit, das Einfache. Er weiß dann über alles Bescheid, ich muss nicht jedes Mal, wenn ich jetzt z.B. ein Rezept bräuchte, meinetwegen für Orthopädie, dann kann er nachlesen, was ich da zuletzt gekriegt habe und dann kann er ja selber abwägen. (P24) ▪Ich denke es ist vielleicht unkompliziert (P4)
Zeitersparnis	▪Zeitersparnis ist doch in unserer schnelllebigen Zeit ein wesentlicher Faktor. (P24) ▪Zeit ist alles in unserem Leben, würde ich mal so sagen. Wenn ich Zeit vertrödele, weil ich bei einem Arzt Unterlagen holen muss, ist das für mich nervend. (P24) ▪Keine langen Wartezeiten. Intensiver. Und was soll ich sagen? Wenn es irgendwie weitergeht zum nächsten Facharzt – auch keine Wartezeit mehr. […] Weil ich berufstätig bin. (P58)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
	▪Also wie gesagt: einmal die Zeitersparnis. Der Arzt, wie soll ich sagen, der hat mehr Zeit für jeden. Und wie gesagt: wenn es weiter geht zum nächsten Facharzt, dann kriegt man relativ schnell einen Termin, sobald man das Wort Hausarztprogramm benutzt. (P58)
Wartezeiten	▪Ja, es ist schon so zwischen 25 und 30% besser geworden. (P58) ▪Ja, davor war es vielleicht eine viertel bis halbe Stunde, je nachdem. Also ich finde, die bemühen sich da, dass sie schneller bzw. bevorzugt behandeln, die in der HzV sind. (P14) ▪Das neutrale Gefühl… Wie gesagt, wir warten genauso lange wie anderen Leute auch im Wartezimmer und für keine bevorzugte Behandlung, aber es geht. Es ist im Rahmen der Wartezeit. (P61) ▪Ohje, ohje, ohje. Also anderthalb Stunden mit Muss und wenn es ganz schlecht läuft auch 2. Das ist der einzige Nachteil bei dem HA, ansonsten ist er super. (P9)
Mehr Personal	▪Also früher war nur eine Sprechstundenhilfe da und diesmal sind 2 oder 3 Sprechstundenhilfen da. (P58)
Atmosphäre	▪Ja gut, wie soll ich es sagen? In der Praxis allgemein ist es freundlicher. (P58)
Besseres System	▪Nur, dass das System für mich das Beste ist, also nach Privatpatient. Man merkt keinen Unterschied zwischen einem Privatpatienten und zwischen diesem neuen System. (P58) ▪Und wenn ich es heut noch einmal machen müsste: ohne eine Sekunde nachzudenken – ich würde wieder in das Programm gehen. (P64)
Geborgenheit	▪Man hat sich früher auch wohl gefühlt, aber jetzt ist man mehr, wie soll ich es sagen, man ist mehr von sich selber überzeugt, […] Man fühlt sich wirklich rundum geborgen. (P64) ▪Die sind voll engagiert in jeder Hinsicht und probieren einem wirklich alles rundum gut zu machen und das Gefühl bringt schon viel. (P64)
Bessere Gespräche	▪Das Gespräch ist besser geworden mit dem HA. Man kann mehr reden als vorher. Für mich ist es so weit besser geworden mit dem HA, hauptsächlich mit den Gesprächen. (P72)
Abendsprechstunde	▪Davon wusste ich nichts (P3) ▪Nein. Das habe ich noch nie benutzt und auch noch nicht gehört. (P4) ▪Das habe ich nicht gehört, aber ich, will ich sagen: vielleicht braucht man sie mal, man weiß es ja gar nicht. Man kann nicht sagen: nein, ich gehe nicht abends. Warum soll ich denn abends gehen, wenn ich Zeit habe am Tag? (P27)

3.2.4 Gründe für Zufriedenheit

Diejenigen Patienten, die Veränderungen durch die HzV wahrgenommen haben, gaben an, damit im Großen und Ganzen zufrieden zu sein. Um dies noch besser einordnen zu können, wurden die Patienten nach den Gründen für ihre Zufriedenheit gefragt. Nach Angaben in den Interviews tragen zur Zufriedenheit der Patienten die folgenden Gründe in besonderem Maße bei: das bessere Verhältnis zum Hausarzt, das Gefühl, eine bessere Betreuung und Beratung zu bekommen und das Gefühl, dass der Hausarzt mehr Zeit für sie hat (s. Tabelle 24).

Tabelle 24: Gründe für Zufriedenheit (Patienten)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Verhältnis	▪Das persönliche Verhältnis (P3) ▪Dass das Personal auch sehr freundlich mir gegenüber ist und sich da auch Zeit nimmt und auch mal Smalltalk macht. Das war vorher nicht so. Früher war oft so dieses Arzt-Patient… Man war halt krank und war halt da. Und jetzt wird man mehr so als Kunde wahrgenommen. (P14) ▪Ja, dass eigentlich ein besseres Verhältnis zu mir das ist und dass er bessere Abrechnungsmöglichkeiten hat. (P64)
Betreuung	▪Ich fühle mich halt gut betreut durch den Arzt. (P4) ▪Ich komme mir jetzt nicht vor wie in einer Fabrik, wo man bloß abgefertigt wird, sondern er nimmt sich auch Zeit für ein Gespräch. (P4) ▪Ja, sie sind aufmerksamer oder zeigen einem neue Zeitungen oder so und bemühen sich einfach. (P14) ▪Sagen wir mal, mein Arzt ist sehr zuvorkommend, die Sprechstundenhilfen sind sehr zuvorkommend, du kannst auch mal eine Frage nebenher stellen, du kannst das auch telefonisch mal machen. Das wäre so das gravierende. Sie gehen auf dich ein. Nicht irgendwie, dass man das Gefühl hat: du möchtest etwas wissen, die aber sagen: Jaja, Alte, jetzt komme reg dich nicht auf. (P18) ▪Wenn man halt mit solchen Sachen zum HA kommt, dann kümmert er sich wirklich darum. (P20) ▪Die Hausarztversorgung, also, dass er auch ins Haus kommt und die ganze Versorgung eigentlich. (P21) ▪Nein, an und für sich ist es so, wenn etwas ist, dann guckt sich der Arzt das kritisch an und sagt: so und so würde ich das machen, wenn ich du wäre. Und dann kriegt man schnell einen Termin beim Spezialisten und dann wird aber flott alles nachgeguckt. Man fühlt sich eigentlich rundum geborgen. (P64) ▪Es ist sehr empfehlenswert für jeden. Man rennt nicht umsonst zu irgendeinem Spezialisten hin. Der Arzt hat ein gutes Totalbild über die Patienten und der kann einem da auch Rat geben. Ich kann nur „optimal“ sagen. Es ist ein tolles Programm. (P64)
Mehr Zeit	▪Dass er sich – nicht nur bei mir bestimmt, sondern bei anderen Patienten genauso, viel Zeit nimmt, die man für einen Patienten braucht. (P21)
Beratung	▪Zu jeder Zeit Beratung, wenn ich anrufe oder irgendwas. (P21)

3.2.5 Kooperation mit den Fachärzten

Die HzV hat das Ziel die Kooperation zwischen den Leistungserbringern, insbesondere zwischen Hausärzten und Fachärzten anderer Fachrichtungen zu verbessern. Die Patienten wurden darum gefragt, inwiefern sie in diesem Bereich Veränderungen wahrnehmen. Dabei zeigte sich, dass die Patienten Veränderungen bei der Terminvergabe und dem Informationsfluss bemerkten und positiv bewerteten.

Tabelle 25: Kooperation mit Fachärzten (Patienten)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Vermittlung / Termine	▪Ja, weil ich schon auf ihr Anraten / nach ihren Einschätzungen wie sie an die Kollegen etwas weitergibt, weiterbefördert werde. (P3) ▪ Man muss sagen er überschreibt einen gleich zu einem Facharzt jetzt. (P 16)
Facharztverträge	▪Zum Beispiel gibt es ja auch diese Facharztverträge habe ich festgestellt. Da kann man dann beim Facharzt innerhalb von 14 Tagen einen Termin bekommen und wenn ich selber anrufe kann ich schon sagen, dass ich an diesem Facharztprogramm teilnehme. Und dann habe ich auch noch festgestellt, dass die Helferinnen von der Hausarztpraxis mir schon Termine beim Facharzt vereinbart haben. Das macht schon einen Unterschied, ob eine Arztpraxis einen Termin vereinbart oder ob ich anrufe. (P14) ▪Besonders das mit den Facharztverträgen finde ich positiv, dass das jetzt so flott gehen kann, da man vorher so lange Wartezeiten gehabt hat. (P14)
Netzwerk	▪Das Netzwerk zu dem Punkt zum HA ist einfach besser. (P16)
Arztbriefe / Befunde	▪Die Fachärzte schreiben sofort so einen Arztbericht und dann bekomme ich den Arztbericht auch. (P16)

3.2.6 Lotsenfunktion des Hausarztes

Ein wesentliches Ziel der HzV ist es, den Hausarzt in seiner Funktion als Lotse für die Patienten zu stärken. Damit dies gelingt, ist es wichtig, dass Patienten diese Funktion auch als solche wahrnehmen. Darum wurden die Patienten in den Interviews dazu befragt, wie sie es finden, als erstes immer den Hausarzt aufsuchen zu müssen. Die meisten befragten Patienten fanden dies eine Verbesserung und bewerteten es positiv. Für einige Patienten war damit ein Mehraufwand verbunden, der eher als zusätzliche Belastung erlebt wurde.

Tabelle 26: Lotsenfunktion des Hausarztes (Patienten)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Positiv	▪Finde ich in Ordnung, weil da beim Arzt die ganzen Fäden zusammenlaufen. Und er die Berichte bekommt von den Fachärzten, wenn etwas war. (P4) ▪Ja gut, man kann mit ihm halt alles durchsprechen, weil er alle Informationen hat. (P4) ▪In Ordnung, denn ich denke mir, dass der HA Bescheid wissen sollte, wenn ich woanders hingehe und z.B. etwas anderes habe und gehe dann zu einem anderen Arzt, dann sollte er ja Bescheid wissen, um was es sich da dreht, was ich habe. Dass er auch Bescheid bekommt darüber. (P21) ▪Weil er ja der Hauptarzt ist, der verantwortlich ist für mich und wenn ich jetzt irgendwas habe und zu einem anderen Arzt muss und dann Folgebehandlungen und alles, dann wird er halt automatisch über alles informiert durch die Ärztebriefe und alles. Dann geht das reibungslos über die Bühne immer. (P47) ▪Das finde ich sehr gut. Weil ich finde, der HA kennt einen, weiß wie er mit einem umgehen muss und ich finde das gut. Der Facharzt, da sind wir doch eigentlich nur eine Nummer. Der kennt uns ja gar nicht. Der sieht sie einmal im Jahr, weil sie diese Krankheit haben und dann hat es sich. (P50) ▪Das finde ich schon gut, dass er einen Überblick hat über alles. […] Dann kann er koordinieren mit den Arzneien und so. (P61) ▪Das finde ich gut, weil ein anderer Arzt – die wissen ja gar nichts über einen. Der HA, der informiert ist durch deine Unterlagen, die er von dir hat, kann auch besser einschätzen, ob er mich irgendwohin überweist zu einem anderen Arzt oder so. Das finde ich gut. (P62) ▪Wer kennt mich besser? Mein HA. Der weiß genau, was los ist. Der kennt mich – der hat mich ja die ganze Zeit begleitet, der hat die ganzen Unterlagen, die ich aus Belgien und Holland mitgebracht habe. Also er kennt mich, er weiß, was ist da los, wo muss ich drauf achten und wenn ich zu ihm gehe, dann guckt er sich das genau an – oder seine Frau dann, sie sind zu zweit da oder zu dritt eigentlich – und man guckt mich an und die wissen genau: was ist für mich das beste dann. Und dann schicken die mich an die Stelle, wo es nötig ist. (P61)
Bessere Betreuung	▪Dass ich eben gezielt zum nächsten Facharzt überwiesen werde, wenn ich Probleme habe, die mein HA selbst so nicht weiterbehandeln kann. […] Weil es schon Situationen gegeben hat, wo mein HA, selbstverständlich in seinem besten Wissen und Gewissen, probiert hat mich zu behandeln – das dann aber nicht hingehauen hat. (P37)
Ökonomisch	▪An sich finde ich das einfach wirtschaftlicher, auch so gesehen. Es ist ökonomischer, wenn sie es betrachten. Jeder rennt x mal zum Arzt und ich habe dann eine Anlaufstelle und den nächsten Vorteil, den ich jetzt irgendwie erwarte, ist ja, dass auch eine Patientengeschichte irgendwo zentral gehandelt wird. Und nicht, dass es dann in allen Ecken rumgeistert oder auch nicht rumgeistert. Ich sage mal so eine zentrale Verwaltungsstelle, wenn man es so sehen will, ist auf jeden Fall ökonomisch. (P59) ▪Viele Krankheiten sind eben nicht – ich sage mal doch im Zusammenhang oft zu sehen. Und eine Person, mit der man viel öfter in Kontakt kommt und sich dann auch intensiver damit auseinander setzt – das ist auf jeden Fall, ich sage mal, medizinisch gesehen und auch für die Volkswirtschaft besser. (P59)

Kategorie	Zitat (Ankerbeispiel)
Weniger gut	▪Nicht arg gut. (P19) ▪Ja, das wollte ich mal so sagen: in dem Moment ist das nicht so angenehm. Es wäre schöner, ich könnte direkt zu dem anderen Arzt gehen. (P37) ▪Wenn ich merke, ich habe Ohrenschmerzen, dann muss ich erstmal zu meinem HA gehen und sagen, er soll den Ohrenarzt sagen. Das ist ein bisschen umständlich. Dass man das nicht über die Karte machen kann, das verstehe ich nicht. Dass man das in der heutigen Zeit mit den Computern und so. (P53) ▪Das ist umständlicher jetzt, ja. (P67)
Verbesserung	▪Es wäre von meiner Seite vielleicht wünschenswert, wenn man einfach nur anruft – Überweisung – und dann ist das eigentlich schon erledigt, dass die das dann zugeschickt bekommen oder so etwas. (P59) ▪Vielleicht müsste man das dahingehend insofern lockern, dass man sagt: klar, es ist eine Person, die man da angeht, die das auch steuert, aber nicht gerade einen Zwang daraus macht. […] Dass man das ganze Thema vielleicht doch ein bisschen lockerer dann handhabt, aber einfach den Sinn nochmal klar macht, dass es einfach besser ist, wenn jemand bekannter ist. (P59)

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse aus den Befragungen der Hausärzte und Patienten zeigen einige deutliche Veränderungen durch die HzV auf. Diese Ergebnisse liefern dabei Anhaltspunkte um Hypothesen zu generieren, die es in einer sich anschließenden quantitativen Befragung weiter zu betrachten gilt.

Grundsätzlich sehen Hausärzte deutliche Veränderungen durch die Teilnahme an der HzV. Dabei sind eine bessere Honorierung, eine vereinfachte Abrechnung und eine gesundheitspolitische Abkehr bzw. eine visionäre Alternative zum KV-System wesentliche Gründe und Motivationsfaktoren für die ärztliche Teilnahme. Die Ärzte nehmen für die Patienten und sich selbst Verbesserungen und Vorteile wahr. Dabei werden insbesondere chronisch Kranke eingeschlossen, jüngere Patienten wären aus Sicht der Ärzte gut für die HzV geeignet, lassen sich aber häufig schlechter dazu motivieren, sich einzuschreiben. Ein Hinderungsgrund aus Sicht der Ärzte ist dabei die Tatsache, dass der Patient durch eine Einschreibung an einen Hausarzt gebunden ist. Ein Vorteil für die Patienten ist aus Sicht der Ärzte das verbesserte Angebot v.a. in der Prävention, wie z.B. der jährlich angebotene Check Up. Die Schnittstelle zu den Fachärzten anderer Fachgruppen wird tendenziell durch die HzV und durch die Facharztverträge verbessert, allerdings besteht hier aus Sicht der Ärzte noch Verbesserungspotenzial. Die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird aus Sicht der Befragten durch die HzV nicht oder noch nicht ausreichend beeinflusst. Die unterschiedliche Ausgestaltung der einzelnen HzV-Verträge ist eine wesentliche Barriere für die Umsetzung in der Praxis. Die vorliegende Befragung hat das Ziel, den HzV der AOK in Baden-Württemberg zu untersuchen, darum gehören die Verträge der anderen Krankenkassen nicht zum Untersuchungsgegenstand. Möchte man allerdings eine noch bessere und flächendeckende Umsetzung der HzV erreichen, darf dieser Aspekt dennoch nicht außer Acht gelassen werden.

Die Patienten nehmen aus verschiedenen Gründen an der HzV teil. Einige sehen darin eine gute Möglichkeit den Hausarzt zu unterstützen, dabei steht das Argument im Vordergrund, dass dadurch eine angemessene Bezahlung entsteht. Patienten nehmen Veränderungen wie z.B. mehr Zeit, eine freundlichere Praxisatmosphäre oder Verbesserungen in der Prävention wahr. Darüber hinaus sehen Patienten den besseren Informationsfluss und die Lotsenfunktion des Hausarztes als wesentlichen Faktor an, der zu einem besseren Gefühl der Betreuung in der Versorgung führt.

Die Befragungen wurden leitfadenbasiert durchgeführt, die qualitative Auswertung dient dabei dem Generieren von Hypothesen und nicht einer Repräsentativität, darum wurde auf eine quantitative Auszählung der Meinungen und Argumente verzichtet. Die Stichprobe stellt eine positive Selektion von Ärzten und Patienten dar, die freiwillig teilnehmen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse anders gewesen wären, wenn andere Ärzte teilgenommen hätten. Die Bereitschaft zur Teilnahme ist in diesem Fall mutmaßlich mit einer Zufriedenheit mit dem System korreliert. Es war expli-

zit kein Ziel der Befragung, Ärzte oder Patienten zu interviewen, die nicht an der HzV teilnehmen. Darum werden auch wenige Hürden und Barrieren aufgezeigt, die dazu führen, dass jemand nicht teilnimmt.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern eine hervorragende Grundlage für die sich anschließende quantitative Befragung, für die aus dem qualitativen Teil nun ein Fragebogen entwickelt werden wird.

III. Arbeitspaket III

1. Einleitung und Fragestellung

Zur Verbesserung der Koordination und (sektoren-)übergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer im Gesundheitswesen wurden in den letzten Jahren unterschiedliche Konzepte der integrierten bzw. hausarztzentrierten Versorgung eingeführt. Ein Kernelement stellt dabei die Stärkung der Rolle des Hausarztes als Lotse bzw. als erste Anlaufstelle für Patienten, als Koordinator einer umfassenden Betreuung insbesondere bei chronisch (mehrfach) Kranken sowie der Einsatz eines speziell weitergebildeten Mitglieds des hausärztlichen Praxisteams, der „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) dar. Die Etablierung einer Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten zu verbessern und vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen. Vor diesem Hintergrund hat die AOK Baden-Württemberg am 1. Juli 2008 in Baden-Württemberg einen Vollversorgungsvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73 b SGB V geschlossen, in den sich Hausärzte mit ihren Praxisteams einschreiben können. (AOK Baden-Württemberg 2011) Sowohl für Ärzte als auch für Patienten ist die Teilnahme an der HzV grundsätzlich freiwillig, allerdings mit verschiedenen Anreizen bzw. potentiellen Vorteilen verbunden.

Es ist abzusehen, dass der verbesserten Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen zukünftig eine noch weiter steigende medizinische, gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Bedeutung zukommt. Aus diesem Grund wird in der HzV Baden-Württemberg der Einsatz von VERAH durch einen 'VERAH-Zuschlag' gefördert. In Praxen mit einer qualifizierten VERAH ist jeder eingeschriebene chronisch kranke HzV-Versicherte in der Hausarztpraxis vergütungsrelevant (AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Mediverbund 2011). Mit dieser auf alle chronisch Kranken einer Praxis zielenden Regelung wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Verfügbarkeit einer VERAH nicht nur individuell einem Patienten eine bestimmte Versorgungsleistung (z.B. einen Hausbesuch, der sonst nicht hätte stattfinden können) zu Gute kommen lässt, sondern dass durch eine entsprechende Aufgabenumverteilung bzw. -Delegation im Praxisteam für alle Patienten eine verbesserte Betreuung möglich sein soll.

Inzwischen sind in Deutschland Grenzen und Obliegenheiten einer Delegation medizinischer Leistungen so präzisiert worden, dass auch die Delegation für die Versorgung wichtiger Leistungen möglich geworden ist (u.a. Deutscher Ärztetag 2008, Pflege-Weiterentwicklungs-gesetz, Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte). Es sind mehrere Qualifikationsmodelle (u.a. auch 'AGnES', ‚EVA‘, 'MoNi') für Praxismitarbeiterinnen entwickelt worden, von denen das VERAH-Konzept, das vom Deutschen Hausärzteverband und dem Institut für hausärztliche Fortbildung getragen wird, das quantitativ weitaus bedeutendste ist. Bis heute sind mehr als 4.000 MFA als VERAH qualifiziert. Obwohl zum 01.10.2013 die

Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten Versorgung in Kraft getreten ist (Kassenärztliche Vereinigung/ GKV Spitzenverband 2013), sind dem Einsatz nicht-ärztlichen Personals immer noch enge Grenzen gesteckt.

In einer ersten Evaluationsphase der HzV in Baden-Württemberg (2010 bis 2011) wurde auch der Einsatz von VERAH untersucht (Abschlussbericht zur Evaluation der HzV 2013, Mergenthal et al. 2013). Hinsichtlich der Tätigkeitsübertragung (Delegation) zeigten sich folgende Ergebnisse:

- VERAH übernahmen einen Teil der routinemäßigen Hausbesuche, wurden aber auch innerhalb der Praxis arztentlastend und koordinierend (Impf- und Medikamentenmanagement, Case Management) tätig
- VERAH fühlten sich für die neuen Aufgaben hinreichend qualifiziert, bearbeiten diese in enger Kooperation mit dem Praxisinhaber, und begrüßten das neue Verantwortungsspektrum. Die Berufszufriedenheit scheint deutlich zugenommen zu haben, allerdings wurden der Aufgabenzuwachs und die Belastung noch nicht hinreichend in den Praxen aufgefangen
- Die Qualifizierung der VERAH hatte auch Auswirkungen auf das Zusammenspiel im gesamten Team der Hausarztpraxis. VERAH brachten u.a. Impulse zum Qualitätsmanagement und z.B. zur besseren Vernetzung der Praxis (Kontaktdatei) ein. Die Übernahme neuer Aufgaben könnte jedoch auch eine stärkere Belastung des Teams mit den herkömmlichen Aufgaben implizieren
- VERAH wurden nach den Ergebnissen unserer Untersuchung v.a. in Hausarztpraxen im ländlichen Raum eingesetzt und leisten dort möglicherweise einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Betreuungsintensität

Im 2. Quartal 2013 hatten in Baden Württemberg 1.493 Arztpraxen die Abrechnung der VERAH-Pauschale in Anspruch genommen. Damit hatten 42,45% der 3.517 Arztpraxen, die zum damaligen Zeitpunkt im HzV-Vertrag eingeschrieben waren, mindestens eine VERAH beschäftigt. Die Ergebnisse der ersten Evaluationsphase zeigten, dass nur ein Drittel als VERAH auch voll profiliert war, d. h. dass sie entsprechend der Qualifizierung auch überwiegend Tätigkeiten in der Patientenversorgung übernommen hatten. Da es sich hier aber um eine wichtige Stütze der hausärztlichen Versorgung handelt, sind Untersuchungen im weiteren Verlauf der HzV-Evaluation dringend angebracht.

In dieser **ersten Phase** der Evaluation 2013 bis 2016 wurden auf der Basis von detaillierten Protokollen Tätigkeitsprofile der VERAH erstellt. So können erstmals Aussagen zur Intensität von VERAH-Tätigkeiten in der HzV getroffen werden. Zusätzlich wurden Subgruppenanalysen durchgeführt (z.B. Vergleich von VERAH-Tätigkeiten in der Praxis vs. Tätigkeiten bei Hausbesuchen).

In dieser ersten Phase der Evaluation 2013 bis 2016 sollen folgende Fragenstellungen beantwortet werden:

Hauptfragestellung:

- Welche Aufgaben werden von den VERAH übernommen?
- Welche Tätigkeiten werden von den VERAH als typisch wahrgenommen?
- Welche Patienten werden von den VERAH in welcher Intensität betreut?

Zusätzlich sollen in dieser ersten Phase patientenrelevante Outcomes definiert werden, die aufgrund der Tätigkeitsschwerpunkte für eine in der zweiten Evaluationsphase folgende Patientenbefragung geeignet erscheinen.

2. Methode

2.1 Rekrutierung

Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG) übermittelte anhand ihres Datenbestandes eine Liste mit den Namen aller Ärzte, die in die HzV der AOK Baden-Württemberg zum Stichtag 23.10.2013 eingeschrieben waren, und für die eine VERAH-Pauschale abgerechnet wurde (N=1.872). Anhand der Betriebsstätten-Nummer wurden Gemeinschaftspraxen identifiziert und alle Doppelungen bereinigt, so dass als Grundgesamtheit 1.271 Praxen mit mindestens einer VERAH identifiziert werden konnten. Die VERAH erhielten über die Praxen ein Anschreiben mit einem Informationsblatt zur Studie, einem Formular zur Einverständniserklärung (einschließlich des Einverständnisses eines Arztes, der in der HzV eingeschrieben sein musste) und einem Formular zur Faxrückantwort. Dieses Schreiben wurde einmalig versendet, es gab kein Erinnerungsschreiben.

2.2 Studienpopulation

Die Studienpopulation bildeten alle Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Angehörige anderer medizinischer Fachberufe, die über eine abgeschlossene Weiterbildung zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) verfügen und für deren Einsatz eine Pauschale abgerechnet wurde. Um einerseits möglichst differenzierte und ausreichende Tätigkeitsprofile zu erstellen und andererseits die Studiendurchführung und Datenauswertung in dem begrenzten Zeitraum durchführen zu können, wurde auf der Basis vorliegender Evaluationserfahrungen als Ziel die Rekrutierung von 80 VERAH festgelegt.

Folgende Einschlusskriterien wurden für die VERAH definiert:

- Die VERAH musste eine abgeschlossene Weiterbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis haben
- Sie musste in einer hausärztlich tätigen Praxis beschäftigt sein, in der mindestens ein Arzt in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben war und ≥50 Patienten betreute, die in einen HzV-Vertrag eingeschrieben waren
- Sie sollte mit mindestens 50 %igem Beschäftigungsanteil in der Hausarztpraxis tätig sein
- Die VERAH musste mit der Studienteilnahme einverstanden sein und die Einverständnis- und Teilnahmeerklärung unterschreiben
- Ein Arzt der Praxis, in der die VERAH beschäftigt war, der in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben war, musste seine Kenntnisnahme und Einverständnis für die Studienteilnahme durch Unterschrift auf der Einverständniserklärung bestätigen

Als Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Keine abgeschlossene Weiterbildung zur VERAH (z.B. noch in Weiterbildung)
- Fehlende Einverständniserklärung (der VERAH oder des Arztes)

2.2 Erhebungsinstrumente

2.2.1 Tätigkeitsprotokolle

Zur Erfassung der Tätigkeiten einer VERAH wurde auf Basis der Ergebnisse der ersten Evaluation der HzV in Baden-Württemberg (2010 bis 2011) ein sogenanntes Tätigkeitsprotokoll verfasst, in dem jede VERAH alle Patientenkontakte protokollierte, die von ihr durchgeführt wurden und mit einem HzV-Patienten stattfanden. Um eine Selektion zu vermeiden, erhielten die VERAH die Anweisung jeden Patienten, der in die HzV eingeschrieben war, zu protokollieren, unabhängig davon, in welchem HzV-Vertrag er eingeschrieben war. Um später differenzierte Angaben machen zu können, erfassten die VERAH jedoch, in welchen HzV-Vertrag die Patienten eingeschrieben waren.

Die Tätigkeitsprotokolle erfassten sowohl die Tätigkeitsgruppe (z.B. Wundmanagement) als auch in einer Freitextangabe differenzierte Angaben zur Tätigkeit (z.B. Wundversorgung, Verbandwechsel, Wundreinigung etc.). Daneben wurden Angaben zur Art und Dauer des Kontaktes, Dauer von möglicher Vor- oder Nachbereitung, eine Einschätzung der Sicherheit bei der Tätigkeit und Angaben dazu, ob es sich um VERAH-spezifische Tätigkeiten in dieser Hausarztpraxis handelt, eingetragen.

Basisdaten zum Patienten, wie z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnsituation, Pflegestufe, Anzahl der Dauermedikamente und die Dauerdiagnosen, vervollständigten die Angaben zu jedem Patientenkon-

takt; sie wurden anonymisiert abgefragt. Bei Hausbesuchen wurden zusätzliche Daten erhoben wie z.B. Nutzung des VERAHmobils und der Einbezug von Angehörigen. Jede VERAH protokollierte sukzessive jeden Patientenkontakt bis zu maximal 60 Kontakten, längstens jedoch über einen Zeitraum von 3 Wochen (falls weniger Kontakte stattfanden).

Das Besondere an diesen Tätigkeitsprotokollen war die umfängliche inhaltliche Dokumentation der Tätigkeiten, die von VERAH in den Praxen vorgenommen wurden. Neben einer Angabe der Tätigkeitsgruppe mussten alle Tätigkeiten differenziert in Freitextfelder eingetragen werden, sodass zum ersten Mal spezifiziert werden konnte, welche Arbeiten von den VERAH in welchem Umfang übernommen wurden.

Nach jeweils 15 Protokollen beurteilten die VERAH in einer Zusatzerhebung, von welchen Tätigkeiten die Patienten ihrer Ansicht nach am stärksten profitierten und inwiefern die Patienten von der Tätigkeit profitierten. Diese Erhebung erfolgte ebenfalls als Freitextangabe.

Die Tätigkeitsprotokolle wurden in einem Pre-Test in 8 Hausarztpraxen (aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) mit insgesamt 8 VERAH und 9 MFA vorab auf Machbarkeit und in Bezug auf die Anzahl der zu protokollierenden Patientenkontakte getestet. Als Ergebnis des Pre-Tests wurde die Zahl der je VERAH zu protokollierenden Patientenkontakte auf 60 festgelegt.

2.2.2 Sozioökonomische Zusatzbefragung der VERAH

Begleitet wurde diese erste Phase durch eine quantitative Befragung der VERAH in Form eines strukturierten Telefon-Interviews. Studienmitarbeiter erhoben sozioökonomische Daten über die VERAH wie Alter, Geschlecht, Dauer der Berufsausübung. Darüber hinaus wurden einige Merkmale zur Praxis abgefragt (wie z.B. Stadt- oder Landsitz, Anzahl der MFA, Anzahl der VERAH, Anzahl abgerechneter HzV-Patienten im Vorquartal etc.) und zusätzlich einige organisationsbezogene Merkmale (wie z.B. Anzahl der Behandlungsräume, Qualitätsmanagement, feste Aufgabenzuteilung etc.).

2.2.3 Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Als standardisierter Fragebogen kam die „Warr Cook Wall-Skale“ (Warr et al. 1979) zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit zum Einsatz. Dieser Fragebogen besteht aus 10 Items und wurde über eine 7-stufigen Likertskala beantwortet.

Nach Abschluss der Erfassung der Tätigkeitsprotokolle füllte jede VERAH noch den Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit aus und sandte diesen per Post zurück an das Studienzentrum.

2.2.4 Statistische Vorgehensweise

Die Datensätze wurden manuell in eine SPSS-Datenbank eingegeben. Die Studienmitarbeiter erfassten die strukturierten Interviews direkt während der Befragung in einer Access-Datenbank, welche später in eine SPSS-Datei übertragen wurde. Eine Beschreibung der teilnehmenden VERAH und Praxen hinsichtlich des sozioökonomischen Status sowie der Strukturdaten der Praxen erfolgte in Form einer deskriptiven Auswertung. Auch die Patientendaten wurden deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, ggf. Mittelwerten und Standardabweichungen oder Median, ausgewertet. Der verwendete standardisierte Fragebogen wurde gemäß der vorgegebenen Skalenmaße deskriptiv ausgewertet. Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 20.

Die in der Zusatzerhebung protokollierten Freitextangaben zur Einschätzung der VERAH, von welchen dokumentierten Tätigkeiten die Patienten ihrer Meinung nach am meisten profitierten und in welcher Form sie profitieren, wurden zur Auswertung in Kategorien eingeteilt, codiert und ausgezählt. Die Auswertung erfolgte mit MAXQDA 11.

Die Auswertung der Freitextangaben zu den einzelnen Tätigkeitsgruppen wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Dazu werden induktiv Kategorien gebildet und die Angaben den Kategorien zugeordnet. Anschließend werden die Kategorien ausgezählt. Zur Auswertung der Diagnosen wurde eine Einteilung in Diagnosegruppen vorgenommen, so dass unterschiedliche Krankheitsgruppen definiert werden konnten. Die Krankheitsgruppen entstanden aus dem ADT-Panel aus Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte und bilden die 46 häufigsten abgerechneten chronischen Diagnosen ab. Bei Vorhandensein von Diagnosen aus mindestens drei unterschiedlichen Krankheitsgruppen kann von Multimorbidität ausgegangen werden (Schäfer et al. 2009).

2.2.5 Ethische Anforderungen

Die Ethikkommission der Universitätsklinik der Goethe-Universität, Frankfurt/Main hat der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (2013-2016) im Rahmen des Teilprojekts III (Phase 1) zugestimmt (Geschäfts-Nr. 484/13).

3. Ergebnisse

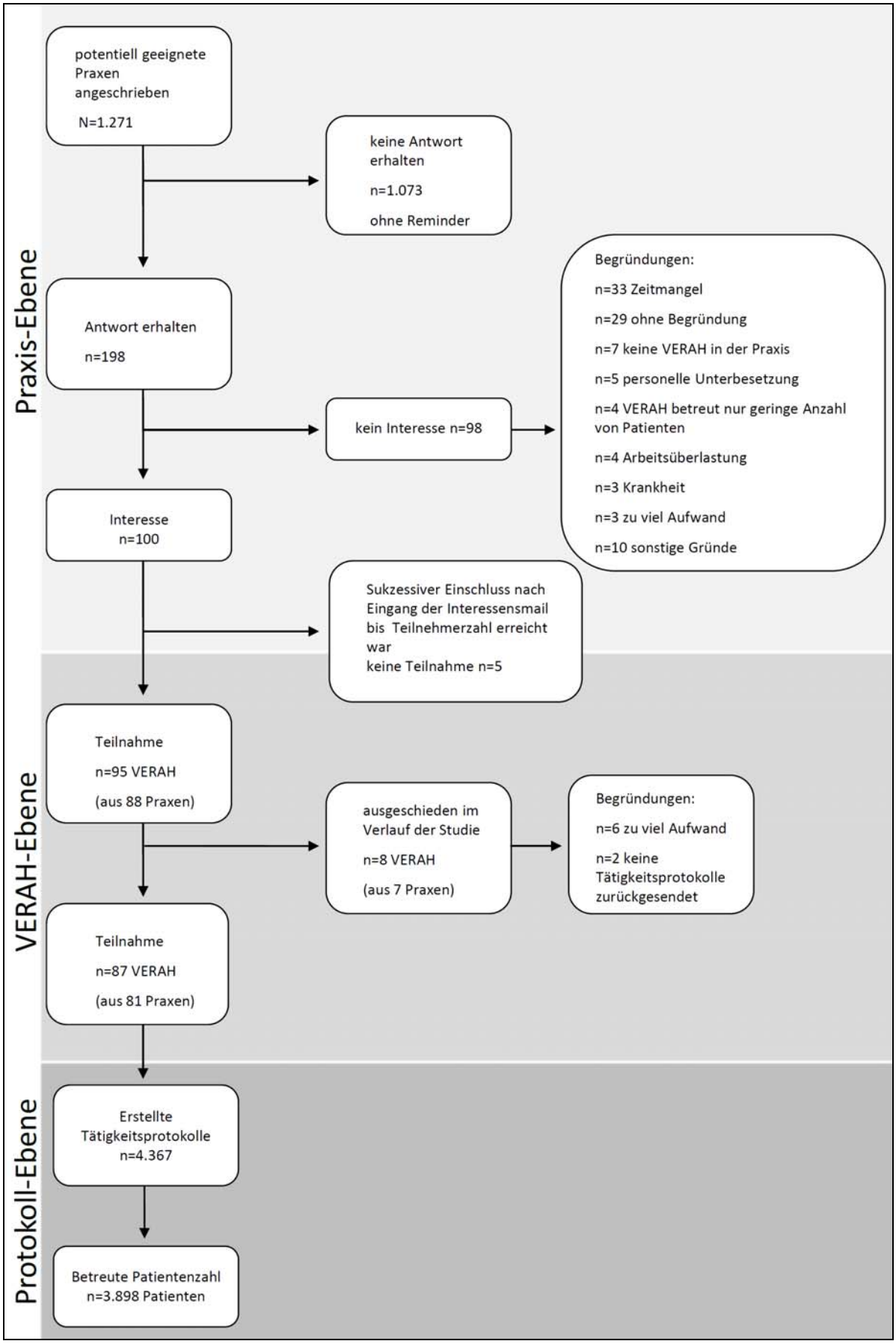
3.1 Datenerhebung und Rücklaufquote

Die postalische Aussendung von Informationsmaterial zur Studie an 1.271 Praxen fand am 22. Januar 2014 statt. Nachdem sich spontan ein Rücklauf von 100 interessierten VERAH erzielen ließ, wurden alle Interessierten telefonisch über die Studiendetails informiert. Danach wurden sukzessive die interessierten VERAH in die Studie eingeschlossen, bis die erforderlich Zahl der Teilnehmer erreicht war. Um mögliche Studienabbrecher im Studienverlauf auffangen zu können, wurden zusätzlich 15 VERAH rekrutiert, so dass nach dem Einschluss der 95. VERAH das Rekrutierungsverfahren beendet wurde. Von den 95 VERAH aus 88 Praxen, die sich für eine Teilnahme entschieden hatten, zogen im Laufe der Erhebung sechs VERAH aus fünf Praxen die Teilnahme zurück und zwei VERAH sendeten keine Tätigkeitsprotokolle zurück. Damit lagen uns am Ende des Erhebungszeitraumes (05.04.2014) die Tätigkeitsprotokolle von 87 VERAH aus 81 Praxen vor, was einer Stichprobe von 6,4% aller potentiell geeigneten Praxen entsprach. Die Teilnehmer und Gründe für eine Nichtteilnahme (soweit genannt) sind in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3 macht zusätzlich deutlich, dass die Ergebnisse dieser Evaluation auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden müssen. Die Praxisstrukturdaten beziehen sich auf die 81 teilnehmenden Praxen. Die Daten zur VERAH beziehen sich auf die 87 Teilnehmerinnen.

Bei der Auswertung der Tätigkeiten wurden die Protokolle analysiert (n=4.367). Da bei einigen Patienten mehrere Kontakte stattfanden, ist die Zahl der teilnehmenden Patienten geringer. Auswertung zu den Patientencharakteristika beziehen sich auf die Gruppe der Patienten (n=3.898).

Abbildung 3: Rekrutierung und Rücklaufquote



3.2 Charakteristika der VERAH

Die Daten von 87 VERAH aus 81 Praxen (5 x 2 VERAH in einer Praxis, 1 x 3 VERAH in einer Praxis) flossen in die Auswertungen ein, nachdem alle Ein- und Ausschlussgründe abgeklärt waren. Die Datenerhebung fand zwischen 10.02.2014 und 05.04.2014 in den Praxen statt. Die VERAH benötigten unterschiedlich lange, um die Protokolle zu erstellen. Die Spannweite betrug 3 Tage bis 3 Wochen.

3.2.1 Soziodemografische Daten der VERAH

Die VERAH der aktuellen Evaluationsphase waren ausschließlich weiblich und durchschnittlich 41,5 Jahre alt. Mit 76% besaß die Mehrheit einen Realschulabschluss. Bis auf eine VERAH haben alle eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte (MFA) bzw. als Arzthelferin.

Bei der Evaluation 2010 bis 2011 waren die soziodemografischen Daten sehr ähnlich (vgl. Tab. 27).

Tabelle 27: Soziodemografische Daten der teilnehmenden VERAH

		VERAH-Evaluation 2010-2011 % (n=294)*	VERAH-Evaluation 2013-2016 % (n=87)*
Geschlecht	weiblich	99,3% (292)	100% (87)
Alter in Jahren	MW (SD)	40,0 (10,5)	41,5 (10,3)
	Min - Max	22 - 62	24 - 64
Schulbildung	Abitur	7% (21)	8% (7)
	Fachhochschulabschluss	7% (21)	3% (3)
	Realschulabschluss	70% (208)	76% (66)
	Volksschul- bzw. Hauptschulabschluss	13% (36)	13% (11)
Ausbildung	Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte	91% (259)	98% (86)
	Pflegeberuf	6% (19)	0
	Andere	5% (14)	1% (1)

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

3.2.2 Erwerbstätigkeit und Berufserfahrung der VERAH

Zwei Drittel der teilnehmenden VERAH arbeiten 35 oder mehr Stunden pro Woche. Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer in der jeweiligen Praxis war mit 14,3 Jahren höher als in der Evaluation 2010 bis 2011. Die Spannweite reichte von einem Jahr bis 42 Jahre. Ebenso handelte es sich, ähnlich

wie in der ersten Evaluationsphase, um sehr erfahrene Personen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 19,4 Jahren (vgl. Tab. 28).

Tabelle 28: Erwerbstätigkeit und Berufserfahrung der VERAH

		VERAH-Evaluation 2010-2011 % (n=294)*	VERAH-Evaluation 2013-2016 % (n=87)*
Erwerbstätigkeit pro Woche	≥35 Stunden	55 % (161)	66% (57)
	15 bis 34 Stunden	45% (128)	34% (29)
Beschäftigungs-dauer in der Praxis (in Jahren)	MW (SD)	12,5 (8,6)	14,3 (8,4)
	Min - Max	1 - 41	1 - 42
Berufserfahrung	MW (SD)	17,85 (10,8)	19,4 (10,4)
	Min - Max	1 - 44	3 - 47

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

3.2.3 Angaben zur VERAH-Qualifikation

Ein Viertel der teilnehmenden VERAH (25,3%; n=22) waren seit mehr als 5 Jahren als VERAH tätig, 3 bis 4 Jahre VERAH-Erfahrung hatten 37,9% (n=33) der Teilnehmerinnen. Eine Weiterqualifizierung mittels mindestens eines VERAHplus-Modules war bei 34,5% (n=30) der VERAH gegeben. Bei etwas mehr als einem Fünftel (21,7%; n=21) der teilnehmenden VERAH waren außer ihr noch weitere VERAH in der Praxis beschäftigt. Etwa ein Drittel der VERAH hatte ein VERAHmobil zur Verfügung (32,2%; n=28), wovon 71,4% (n=20) das VERAHmobil auch privat nutzen konnten. Ein höheres Gehalt aufgrund ihrer VERAH-Qualifizierung gaben zwei Drittel der Teilnehmerinnen an (66,7%; n=58) (vgl. Tab. 29).

Tabelle 29: Dauer der VERAH-Tätigkeit, VERAHplus und VERAHmobil

		VERAH-Evaluation 2013-2016 % (n=87)
Dauer der VERAH-Tätigkeit	<1 Jahr	8,0% (7)
	1 bis 2 Jahre	24,1% (21)
	3 bis 4 Jahre	37,9% (33)
	5 bis 6 Jahre	25,3% (22)
VERAHplus	Mindestens ein VERAHplus-Modul absolviert	34,5% (30)
Anzahl der VERAH in den Praxen	1 VERAH	78,2% (68)
	2 VERAH	17,2% (15)
	3 VERAH	3,4% (3)
	4 VERAH	1,1% (1)
VERAHmobil	Nutzung eines VERAHmobils	32,2 % (28)
	Nutzung des VERAHmobils auch privat	*71,4% (20 von 28)*
Höheres Gehalt aufgrund der VERAH-Qualifizierung		66,7 (58)

3.2.4 Zwischenzusammenfassung

Die Ergebnisse sind vergleichbar mit Daten aus anderen Erhebungen zur VERAH und der Hausarzt-zentrierten Versorgung: die VERAH waren alle weiblich und die größte Gruppe hatte einen Realschul-abschluss als höchsten Schulabschluss. Nahezu alle VERAH hatten eine Ausbildung als MFA oder Arzthelferin.

Im Einklang mit der ersten Evaluation 2010 bis 2011 waren fast gleichviele VERAH in Teilzeit und Voll-zeit an der Evaluation beteiligt, wobei in der jetzigen Erhebungsphase etwas mehr VERAH in Vollzeit die Protokolle ausfüllten. Dies ist wahrscheinlich dem Aufwand für die Erstellung der Tätigkeitsproto-kolle geschuldet, da die Vollzeit-VERAH mehr Zeit in der Praxis zur Verfügung hatten und dadurch mehr Zeit für die Protokolle aufwenden konnten.

Es handelt sich, wie schon in der ersten Erhebungsphase, um erfahrene MFA mit durchschnittlich fast 15 Jahren Beschäftigungsdauer in der Praxis und durchschnittlich fast 20 Jahren Berufserfahrung.

Etwa ein Viertel der VERAH hatte schon zu Beginn, der Großteil im Lauf der HzV-Laufzeit, ihre VERAH-Qualifikation erworben. Fast 80% der VERAH waren als alleinige VERAH in der Praxis tätig, bei ca. 20% waren mehrere VERAH beschäftigt.

3.3 Praxisstrukturdaten

Die teilnehmenden VERAH waren in 81 unterschiedlichen Praxen beschäftigt. Die erhobenen Praxisstrukturdaten zeigten ein ähnliches Bild wie schon bei der VERAH-Befragung 2010 bis 2011 (vgl. Tab. 30).

Tabelle 30: Praxisstrukturdaten

		VERAH-Evaluation 2010-2011 % (n=294)*	VERAH-Evaluation 2013-2016 % (n=81)*
Praxisform	Einzelpraxis	59% (172)	56% (45)
	Davon Einzelpraxen mit angestellten Ärzten	*k.A.*	*14% (11)*
	Gemeinschaftspraxis	35% (103)	29% (24)
	Praxisgemeinschaft	6% (17)	14% (11)
	MVZ	0	1% (1)
Fachrichtung	Allgemeinmedizin	84% (247)**	84% (68)
	Hausärztlich tätiger Internist	24% (71)**	16% (13)
Lage der Praxis	Großstadt	8% (22)	16% (13)
	Größere Kleinstadt	21% (62)	19% (15)
	Ländliche Kleinstadt	43% (125)	43% (35)
	Dörfliche Siedlung	28% (82)	22% (18)
Anzahl MFA pro Praxis	MW (SD)	4,7 (2,6)	4,9 (2,3)
	Min - Max	1 - 12	1 – 13
Anzahl Ärzte pro Praxis	MW (SD)	1,8 (1,3)	2,2 (1,4)
	Min - Max	1 - 10	1 - 6

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

Der überwiegende Teil (mit 84%, wie bei der ersten Befragung) der teilnehmenden VERAH war bei einem Arzt für Allgemeinmedizin beschäftigt und arbeitete in einer Einzelpraxis (56%). Wie schon in der früheren Befragung war mit 43% die ländliche Kleinstadt die am häufigsten genannte Praxislage. Tabelle 30 beschreibt die Strukturdaten der Praxen im Vergleich mit der Evaluation von 2010 bis 2011.

3.3.1 Vergleich der Praxisstrukturdaten von Praxen mit einer vs. mehreren VERAH

Von den 81 Praxen hatten 14 (17,3%) mehr als eine VERAH beschäftigt, bzw. es befand sich aktuell eine weitere VERAH in der Weiterbildung. Tabelle 31 zeigt die Strukturdaten dieser Praxen im Vergleich.

Tabelle 31: Praxen mit einer VERAH und Praxen mit mehreren VERAH

		Praxen mit einer VERAH (n=67)	Praxen mit mehreren VERAH (n=14)
Praxisform	Einzelpraxis	44,8% (n=30)	27% (n=4)
	Davon Einzelpraxen mit angestellten Ärzten	*10,4% (n=7)*	*27% (n=4)*
	Gemeinschaftspraxis	32,8% (n=22)	14,3% (n=2)
	Praxisgemeinschaft	10,4% (n=7)	28,6 (n=4)
	MVZ	1,5% (n=1)	0
Fachrichtung	Allgemeinmedizin	83,6% (n=56)	85,7% (n=12)
	Hausärztlich tätiger Internist	16,4% (n=11)	14,3% (n=2)
Lage der Praxis	Großstadt	17,9% (n=12)	7,1% (n=1)
	Größere Kleinstadt	19,4% (n=13)	14,3% (n=2)
	Ländliche Kleinstadt	38,8% (n=26)	64,3% (n=9)
	Dörfliche Siedlung	23,9% (n=16)	14,3% (n=2)
Anzahl MFA pro Praxis	MW (SD)	4,5 (2,0)	6,79 (3,0)
	Min - Max	1 - 11	3 – 13
Anzahl Ärzte pro Praxis	MW (SD)	2,0 (1,2)	2,9 (2,0)
	Min - Max	1 - 5	1 - 6

In Praxen mit mehreren VERAH waren ausschließlich mehrere Ärzte tätig (Gemeinschaftspraxen oder in Praxisgemeinschaften, aber auch angestellt). Mit 64,3% waren 9 Praxen mit mehreren VERAH in einer ländlichen Kleinstadt angesiedelt. Praxen mit mehreren VERAH hatten auch insgesamt mehr Personal; durchschnittlich 6,79 MFA und 2,9 Ärzte (vgl. Tab. 31).

Tabelle 6 gibt Aufschluss über die Verteilung von einer oder mehreren VREAH in einer Hausarztpraxis in Relation zur Praxisgröße anhand der abgerechneten Patientenzahlen im 4. Quartal 2013. Außer in sehr kleinen Praxen (bis 499 Patienten, die in dieser Erhebung mit leidglich einer Praxis vertreten waren), waren auch in mittelgroßen Praxen teilweise mehr als eine VERAH beschäftigt. In großen Hausarztpraxen mit 2.000 oder mehr Patienten pro Quartal waren bei 42,9% (n=6) der Stichprobe mehrere VERAH beschäftigen (vgl. Tab. 32).

Tabelle 32: Patientenzahlen 4. Quartal 2013

Patienten pro Quartal		Alle Praxen (n=81)	Praxen mit einer VERAH (n=67)	Praxen mit mehreren VERAH (n=14)
Anzahl der Patienten im letzten Quartal (4/2013)	Bis 499	1,3% (n=1)	1,5% (n=1)	0
	500 - 999	12,5% (n=10)	12,1% (n=8)	14,3% (n=2)
	1000 - 1499	22,5% (n=18)	24,2% (n=16)	14,3% (n=2)
	1.500 - 1.999	23,8% (n=19)	24,2% (n=16)	21,4% (n=3)
	2.000 und mehr	25,0% (n=20)	21,2% (n=14)	42,9% (n=6)
	Nicht bekannt	15,0% (n=12)	16,7% (n=11)	7,1% (n=1)

3.3.2 Abgerechnete VERAH-Zuschläge

Tabelle 33 zeigt die durchschnittlich abgerechneten VERAH-Zuschläge pro Quartal für das gesamte Jahr 2013. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden nur Daten von Praxen mit einer VERAH in die Auswertung einbezogen. Im ersten Quartal wurden pro VERAH im Durchschnitt 399,5 VERAH-Zuschläge abgerechnet; die Spannweite betrug 0 bis 1.224. Die durchschnittliche Anzahl der VERAH-Zuschläge hat in jedem Quartal etwas zugenommen und betrug im 4. Quartal 428,3 mit einer Spannweite von 1-1.007.

In der Evaluation 2010 bis 2011 wurden von den VERAH der Stichprobe im 1. Quartal 2011 durchschnittlich 289 VERAH-Zuschläge abgerechnet.

Tabelle 33: VERAH-Zuschläge pro Quartal für das Jahr 2013

Anzahl VERAH-Zuschläge pro Quartal		Bei einer VERAH in der Praxis (n=60)
1.Quartal 2013	MW (SD) Min - Max	399,5 (265,4) 0-1.224
2.Quartal 2013	MW (SD) Min - Max	407,9 (255,5) 3-1.213
3.Quartal 2013	MW (SD) Min - Max	423,5 (263,8) 2–1.393
4.Quartal 2013	MW (SD) Min - Max	428,3 (243,9) 1-1.007

3.3.3 Zwischenzusammenfassung

Mehr als die Hälfte der Hausarztpraxen stellten Einzelpraxen dar, wobei auch in Einzelpraxen mehrere Ärzte angestellt sein können. Die Praxisstrukturdaten zeigen ein ähnliches Bild wie bei der Evaluation 2010 bis 2011: Praxen aus der ländlichen Kleinstadt bildeten die größte Gruppe. Vor allem größere Praxen hatten mehrere VERAH beschäftigt, aber auch in mittelgroßen Praxen waren z.T. mehrere VERAH tätig. Der Anteil der VERAH-Zuschläge lag gegenüber der Evaluation 2010 bis 2011 erheblich höher und hatte auch jetzt im Verlauf des abgebildeten Jahres kontinuierlich zugenommen, was der allgemeinen Zunahme der Anzahl eingeschriebener HzV-Patienten entspricht.

3.4 Patientencharakteristika

Von einigen VERAH wurden für einen Patienten mehrere Tätigkeitsprotokolle erstellt, wenn der Patient z.B. an mehreren Tagen vorstellig wurde. Die dokumentierten Tätigkeiten bezogen sich daher auf insgesamt zu 3.898 unterschiedliche Patienten. In der folgenden Gesamtauswertung wurde jeder Patient einmal einbezogen.

3.4.1 Soziodemografische Daten der Patienten

Die Patienten, bei denen die Tätigkeiten dokumentiert wurden, waren im Durchschnitt 66,58 Jahre alt. Fast 60% der Patienten (n=2.300) waren älter als 65 Jahre und etwas mehr als ein Fünftel (n=922) war über 80 Jahre alt. Die betreuten Patienten waren häufiger weiblich (56,9%; n=2.195) und zwei Drittel (66,7%; n=2.579) lebten mit dem Partner oder der Familie zusammen (vgl. Tab. 34).

Tabelle 34: Soziodemografische Daten der durch VERAH betreuten Patienten

		Patienten (n=3898)*
Alter	MW (SD) Min-Max	66,58 (17,23) 1-103
	Anteil der Patienten >65 Jahre	59,2% (n=2.300)
	Anteil der Patienten >80 Jahre	20,8% (n=810)
Geschlecht	weiblich	56,9 (n=2.195)
	männlich	43,1 (n=1.665)
Wohnsituation	Alleinlebend in eigener Wohnung	24,4 (n=950)
	Mit Partner/Familie	66,7 (n=2.579)
	Alten- oder Pflegeheim	4,6 (n=179)
	Andere	0,7 (n=28)
	Nicht bekannt	3,4 (n=131)

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

3.4.2 Versorgungssituation der Patienten

Zwei Drittel (67,3; n=2.609) der Patienten, für die Tätigkeiten protokolliert wurden, waren in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben. Mehr als die Hälfte der Patienten (53,2%; n=2.301) waren in mindestens ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben. Die durchschnittliche Anzahl der Dauermedikamente betrug 4,92. Bei 11,5% (n=440) der betreuten Patienten lag eine Pflegebedürftigkeit mit erteilter Pflegestufe vor (vgl. Tab. 35)

Tabelle 35: Versorgungssituation der durch VERAH betreuten Patienten

		Patienten (n=3.885)*
HzV-Zugehörigkeit	AOK Baden-Württemberg	67,3 (n=2.609)
	Andere KK	32,7 (n=1.269)
DMP	In mind. ein DMP eingeschrieben	53,2 (n=2.301)
Dauermedikamente	MW (SD) Min-Max	4,92 (3,8) 0-43
Pflegestufe	Pflegestufe 3	0,6 (n=22)
	Pflegestufe 2	3,2 (n=122)
	Pflegestufe 1	7,3 (n=281)
	Pflegestufe 0	0,4 (n=15)
	Pflegestufe beantragt	1,0 (n=40)
	keine	81,2 (n=3.126)
	Nicht bekannt	6,3 (n=242)

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

3.4.3 Diagnosen der Patienten

Die Diagnosen der Protokolle wurden zur Auswertung verschiedenen Krankheitsgruppen zugeordnet. Die Patienten wiesen durchschnittlich Diagnosen aus 4,22 Diagnosegruppen auf. Die Spannweite betrug 0 bis 14 Diagnosegruppen. Die VERAH-Kontakte bezogen sehr viele Patienten mit Diabetes mellitus ein. Deren Anteil betrug 37,9% (n=1.471). Aber auch ein großer Anteil der Patienten hatte eine Depression mit 17,7% (n=686), Patienten mit Demenz waren mit 6,7% (n=260) vertreten (vgl. Tab. 36).

Tabelle 36: Diagnosen der durch VERAH betreuten Patienten und auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg

		Patienten (n=3.885)*
Anzahl Diagnosegruppen	MW (SD) Min-Max	4,22 (2,44) 0 - 14
Anteil Patienten mit Demenz		6,7% (n=260)
Anteil Patienten mit Diabetes mellitus		37,9% (1.471)
Anteil Patienten mit Depression		17,7% (686)

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

3.4.4 Vergleich mit HzV-Versicherten der AOK Baden-Württemberg

Zum Vergleich mit allen HzV-Versicherten wurden die Datensätze der Routinedaten aus Arbeitspaket 1 und 4 herangezogen. Vergleichsdaten lagen für die Jahre 2011 und 2012 vor. Im Vergleich zeigt sich, dass die Patienten, für die von den VERAH Tätigkeitsprotokolle erstellt wurden, im Durchschnitt älter waren, insbesondere der Anteil der über 65jährigen (mit 59% vs. 39% 2011 bzw. 42% 2012) und über 80jährigen (mit 21% vs. 9% 2011 bzw. 11% 2012) war in der Stichprobe erheblich höher (vgl. Tab. 37).

Der Anteil der Patienten, die in mindestens ein DMP eingeschrieben waren (53% vs. 22% 2011 bzw. 23% 2012) und der Anteil der Patienten mit Pflegestufe (11,5% vs. 4,2% 2011 bzw. 5,5% 2012), waren in der Stichprobe mehr als doppelt so hoch als bei allen HzV-Versicherten 2011 bzw. 2012. Auch der Anteil der Patienten, die in einem Pflege- oder Altenheim untergebracht waren, war in der Stichprobe mit 4,6% vs. 0,6 (2011) bzw. 0,9% (2012) wesentlich höher als bei allen HzV-Versicherten 2011 bzw. 2012.

Tabelle 37: Soziodemografische Daten der von VERAH betreuten Patienten und von HzV-Patienten der AOK Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten

		Stichprobe (n=3.898)*	HzV-Versicherte in Ba-Wü 2011**	HzV-Versicherte in Ba-Wü 2012**
Alter	MW (SD)	66,58 (17,23)	58,34 (17,53)	59,34 (17,53)
	Anteil Patienten > 65 Jahre	59,2%	39,34%	41,51%
	Anteil Patienten > 80 Jahre	20,8%	9,05%	10,63%
Alle Patienten	In mind. ein DMP eingeschrieben	53,2%	22,25%	23,26%
	Patienten mit Pflegestufe	11,5%	4,23%	5,54%
	Anteil Patienten, die im Alten- oder Pflegeheim untergebracht sind	4,6%	0,60%	0,87%
Patienten über 65 Jahre	Anteil Patienten mit Demenz	10,9%	6,5%	7,6%
	Anteil Patienten mit Diabetes mellitus	46,1%	28,7%	31,9%

*Daten variieren aufgrund fehlender Angaben; **Angaben aus Routinedaten der AOK Baden-Württemberg aus Arbeitspaket 1 und 4

3.4.5 Anzahl der Kontakte pro Patient

Bei den meisten Patienten (n=3.560; 91%) wurde ein einzelner Patientenkontakt von den VERAH dokumentiert. In 6,6% (n=259) der Fälle wurden zwei Patientenkontakte pro Patient dokumentiert. Mehr als zwei Kontakte kamen seltener vor (2,1%; n=79), die Spannweite reichte von 1 bis 10 Kontakten. In Tabelle 12 sind zusätzlich differenziert die Kontakte pro Patient in der Praxis, bei Telefonaten und bei Hausbesuchen aufgelistet. Da einige Patienten sowohl in der Praxis, als auch telefonisch bzw. bei Hausbesuchen kontaktiert wurden, können sie mehrfach erscheinen. Die Anzahl der Patienten, bei denen sowohl ein Praxiskontakt, als auch ein Hausbesuch dokumentiert wurde, war mit 21 Nennungen gering.

Tabelle 38: Anzahl der von VERAH dokumentierten Patientenkontakte in der Praxis, am Telefon und bei Hausbesuchen

Anzahl Patientenkontakte	1 Patienten-kontakt	2 Patienten-kontakte	>2 Patienten-kontakte
Patienten gesamt n=3.898 (%)	3.560 (91,3%)	259 (6,6%)	79 (2,1%)
Patienten mit Kontakt in der Praxis n=3.139 (%)	2.861 (91,1%)	209 (6,7%)	69 (2,2%)
Patienten mit Telefonkontakt(en) n=290 (%)	211 (72,8%)	60 (20,7%)	19 (6,5%)
Patienten mit Hausbesuch(en) n=531 (%)	457 (86,1%)	55 (10,4%)	19 (4,5%)
Patienten mit Praxiskontakt *oder* Hausbesuch(en) n=3.649 (%)	3.318 (90,9%)	253 (6,9%)	78 (2,2%)
Patienten mit Praxiskontakt *und* Hausbesuchen n=21 (%)	0	11 (52,4%)	10 (47,6%)

3.4.6 Zwischenzusammenfassung

Die von VERAH betreuten Patienten waren älter als Patienten in der Gesamt-HzV, etwa 60% waren über 65 Jahre, ein Fünftel über 80 Jahre alt. Die VERAH versorgten chronisch kranke, eher multimorbide Patienten mit einem hohen Anteil an älteren Patienten mit Diabetes mellitus. Von VERAH betreute Patienten waren im Vergleich zu Patienten aus der Gesamt-HzV eher pflegebedürftig bzw. in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht. Über die Hälfte der Patienten war in ein DMP eingeschrieben, zwei Drittel waren in einem HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben. Damit betreuten die VERAH vorwiegend Patienten, für deren Versorgung sie auch vorgesehen sind (2). Für den Großteil der Patienten in der Praxis (91%) wurde im Beobachtungszeitraum ein Patientenkontakt dokumentiert, bei Hausbesuchspatienten wurden in 15% der Fälle mehrere Patientenkontakte dokumentiert. Dies könnte darauf hindeuten, dass VERAH bestimmte Hausbesuchspatienten engmaschiger betreuen als die Gesamtheit der HzV-Patienten.

3.5 Tätigkeitsgruppen

Von den VERAH wurden insgesamt 4.367 Patientenkontakte dokumentiert. Pro Patientenkontakt konnten eine oder mehrere Tätigkeitsgruppen angekreuzt werden (z.B. Medikamentenmanagement und Impfmanagement). Daneben protokollierten die VERAH in Freitextfeldern, welche Tätigkeiten sie genau innerhalb der jeweiligen Tätigkeitsgruppe erbracht hatten (z.B. Aktualisierung des Medikamentenplanes, Impfstatus überprüft, Impfung durchgeführt).

Die folgende Auswertung bezieht sich auf die angekreuzten Tätigkeitsgruppen. Die Inhalte der Freitextangaben zu den einzelnen Tätigkeitsgruppen werden zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet. Eine Übersicht der Tätigkeitsgruppen ist in Tabelle 39 dargestellt.

3.5.1 Anzahl der Tätigkeitsgruppen

In den meisten Protokollen (59,6%, n=2.602) wurden Tätigkeiten aus einer Tätigkeitsgruppe (z.B. Medikamentenmanagement) angegeben, die Spannweite reichte von 1-8 Tätigkeitsgruppen. Bei mehr als der Hälfte der Hausbesuche wurden Tätigkeiten aus mehreren Tätigkeitsgruppen durchgeführt, bei etwas mehr als einem Viertel der Hausbesuche wurden Tätigkeiten aus drei oder mehr Tätigkeitsgruppen angegeben (vgl. Tab. 39).

Tabelle 39: Anzahl der von den VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen bei Hausbesuchen und bei Praxiskontakten

	Protokolle gesamt (n=4.367)*	Protokolle bei Hausbesuchen (n=594)*	Protokolle bei Praxiskontakten (n=3.431)*
1 Tätigkeitsgruppe	59,6% (n=2.603)	44,0% (n=261)	60,5% (n=2.076)
2 Tätigkeitsgruppen	22,1% (n=966)	28,3% (n=168)	21,8% (n=746)
3 Tätigkeitsgruppen	11,7% (n=510)	14,3% (n=85)	11,9% (n=407)
>3 Tätigkeitsgruppen	6,6% (n=288)	13,3% (n=80)	5,9% (n=202)

*Angaben variieren aufgrund fehlender Daten

3.5.2 Häufigkeit der Tätigkeitsgruppen

In der folgenden Tabelle (Tab. 40) ist dargestellt, zu welchem Prozentanteil die jeweilige Tätigkeitsgruppe von jeder VERAH im Durchschnitt genannt wurde. Medikamentenmanagement wurde durchschnittlich von jeder VERAH bei 27,5% der Protokolle als Tätigkeit angegeben. Die Darstellung der Spannweite zeigt an, dass es einerseits VERAH gab, die kein Medikamentenmanagement als Tätigkeitsgruppe angegeben hatten und andererseits VERAH, die in bis zu 86,7% der Protokolle ein Medikamenten-management durchführten.

Tätigkeiten aus der Tätigkeitsgruppe der Routine- und Kontrolluntersuchungen wurden bei durchschnittlich 55,3% aller Tätigkeitsprotokolle angegeben. Wobei mindestens eine VERAH diese Tätigkeitsgruppe auf allen Tätigkeitsprotokollen angegeben hatte.

Tätigkeiten aus der Gruppe „Beurteilung des körperlichen Zustandes“ wurden durchschnittlich bei 14,9% der Tätigkeitsprotokolle von jeder VERAH genannt, ähnlich häufig auch Tätigkeiten aus der Gruppe „Diagnostische und medizinische Tätigkeiten“ mit 14,7%.

Tätigkeiten aus den Tätigkeitsgruppen „Beurteilung des psychischen Zustandes“, „Geriatrisches Assessment“ und „Patientenschulungen“ wurden insgesamt in den Protokollen seltener dokumentiert. Weitere Ergebnisse sind in Tabelle 40 dargestellt.

Tabelle 40: Häufigkeit der von VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen

Tätigkeitsgruppe	Anzahl gesamt (n)		%-Anteil pro VERAH
Routine/Kontrolluntersuchungen	2376	MW (SD) Min-Max	55,3% (22,2) 5,5-100%
Medikamentenmanagement	1149	MW (SD) Min-Max	27,5 % (20,6) 0-86,7%
Beurteilung des körperlichen Zustandes	649	MW (SD) Min-Max	14,9% (18,4) 0-76,7%
Diagnostische und medizinische Tätigkeiten	661	MW (SD) Min-Max	14,7% (11,9) 0-50,0%
Wundmanagement	438	MW (SD) Min-Max	9,7% (9,2) 0-66,7%
Impfmanagement	438	MW (SD) Min-Max	9,5% (12,6) 0-98,3%
Case Management	272	MW (SD) Min-Max	5,8% (8,0) 0-43,3%
Früherkennungsuntersuchungen	235	MW (SD) Min-Max	5,3% (6,5) 0-31,3%
Beurteilung des psychischen Zustandes	157	MW (SD) Min-Max	3,6% (8,5) 0-45,0%
Geriatrisches Assessment	154	MW (SD) Min-Max	3,3% (6,0) 0-38,3%
Patientenschulungen	94	MW (SD) Min-Max	2,1% (4,4%) 0-28,3%

3.5.3 Dauer der Tätigkeiten insgesamt

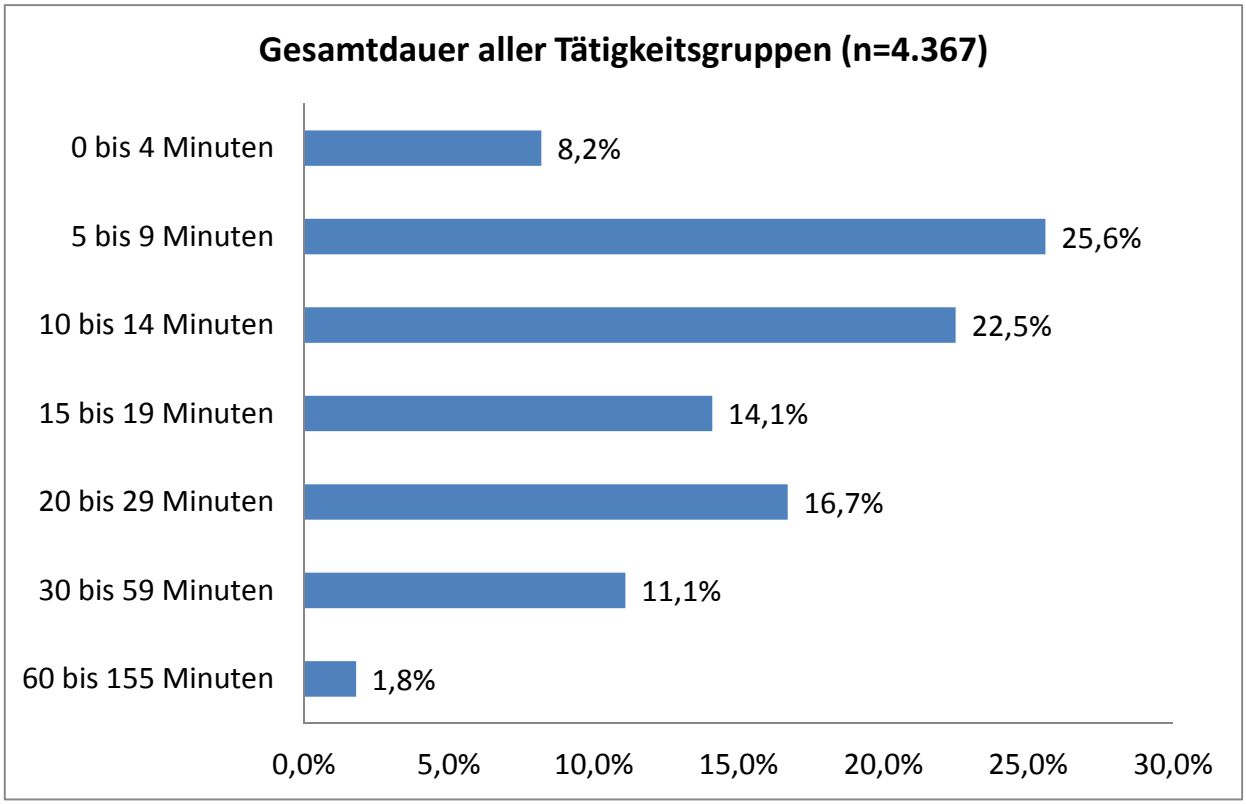
Die Dauer aller Tätigkeiten pro Protokoll betrug im Durchschnitt 11,32 Min (SD 10,91) mit einer Spannweite von 0 – 120 Minuten (vgl. Tab. 15). Die Dauer der Vor- und Nachbereitungszeit für protokollierte Tätigkeiten betrug im Durchschnitt 4,91 (SD 5,73) Minuten pro Protokoll. Dadurch ergab sich eine durchschnittliche Gesamtdauer, die für jedes Tätigkeitsprotokoll aufgebracht wurde, von 16,18 Minuten (SD 13,84) (vgl. Tab. 41).

Tabelle 41: Mittlere Dauer aller von VERAH dokumentierten Tätigkeiten

		Protokolle (n=4.367)
Dauer aller dokumentierter Tätigkeiten (in Minuten)	MW (SD) Min-Max	11,32 (10,91) 0 - 120
Dauer der Vor- und Nachbereitung (in Minuten)	MW (SD) Min-Max	4,91 (5,73) 0 - 75
Gesamtdauer der Tätigkeit (in Minuten)	MW (SD) Min-Max	16,18 (13,84) 1 - 155

Aus Abbildung 4 ist ersichtlich, dass ein Viertel aller Tätigkeiten zwischen 5 bis 9 Minuten dauerten. Etwas mehr als ein Fünftel der Tätigkeiten dauerten 10 bis 14 Minuten. >30 Minuten dauerten noch 11% der Tätigkeiten und Tätigkeiten mit einer Dauer von >60 Minuten kamen eher selten vor. Der Median lag bei 12 Minuten.

Abbildung 4: Gesamtdauer aller von VERAH dokumentierten Tätigkeitsgruppen



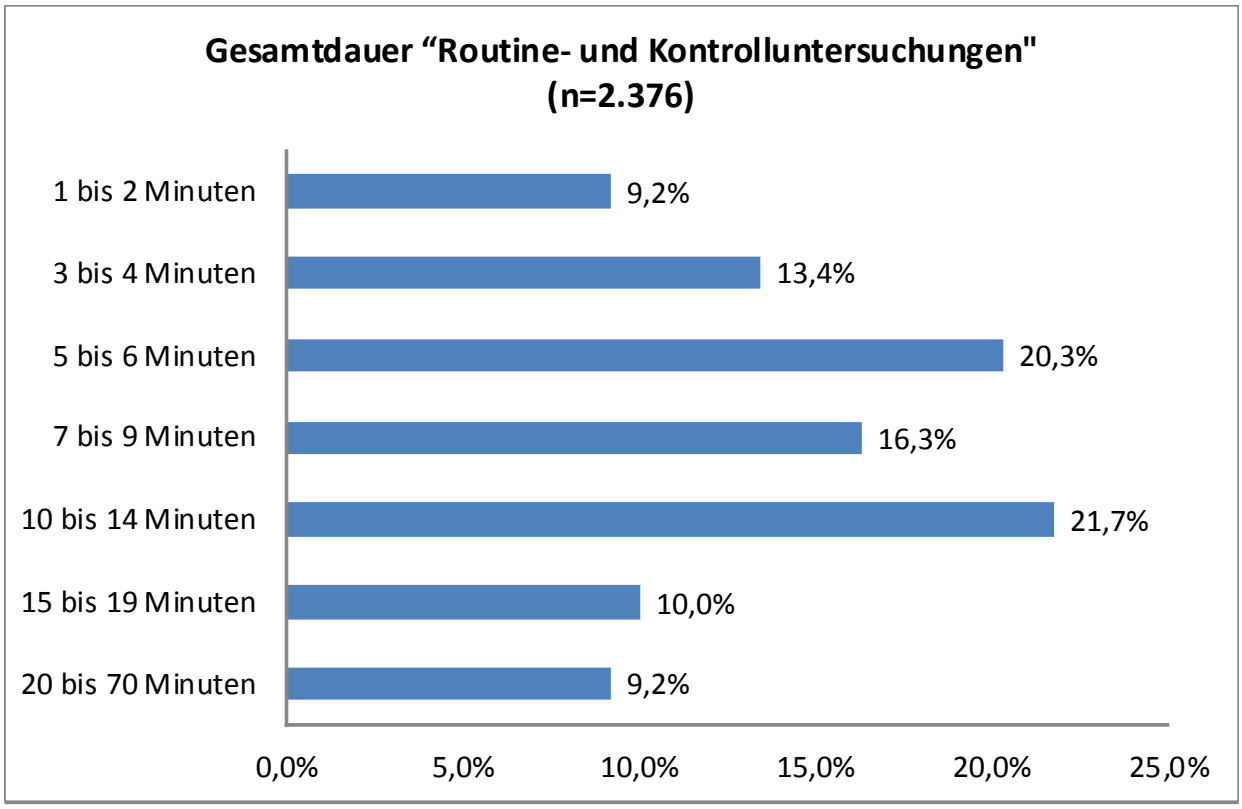
3.5.4 Dauer der Tätigkeiten nach Tätigkeitsgruppen

Routine- und Kontrolluntersuchungen

Die häufigsten Nennungen (n=2.376) in den Protokollen bildeten die Tätigkeiten in der Tätigkeitsgruppe „Routine- und Kontrolluntersuchungen“. Darunter fielen laut den Freitexteintragungen Tätigkeiten wie z.B. Blutdruckmessungen, Erhebung von Größe und Gewicht, Ableitungen von EKG, Blutentnahmen, Laborschnelltests, Blutzuckertests aber auch Beratungen z.B. zum Umgang mit Messgeräten u. ä.

Knapp 10% der Tätigkeiten waren mit jeweils 1 bis 2 Minuten von sehr kurzer Dauer. Jeweils etwas mehr als 20% der Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerten 5 bis 6 Minuten bzw. 10 bis 14 Minuten. Der Median betrug 7 Minuten (vgl. Abb. 5).

Abbildung 5: Gesamtdauer „Routine- und Kontrolluntersuchungen“



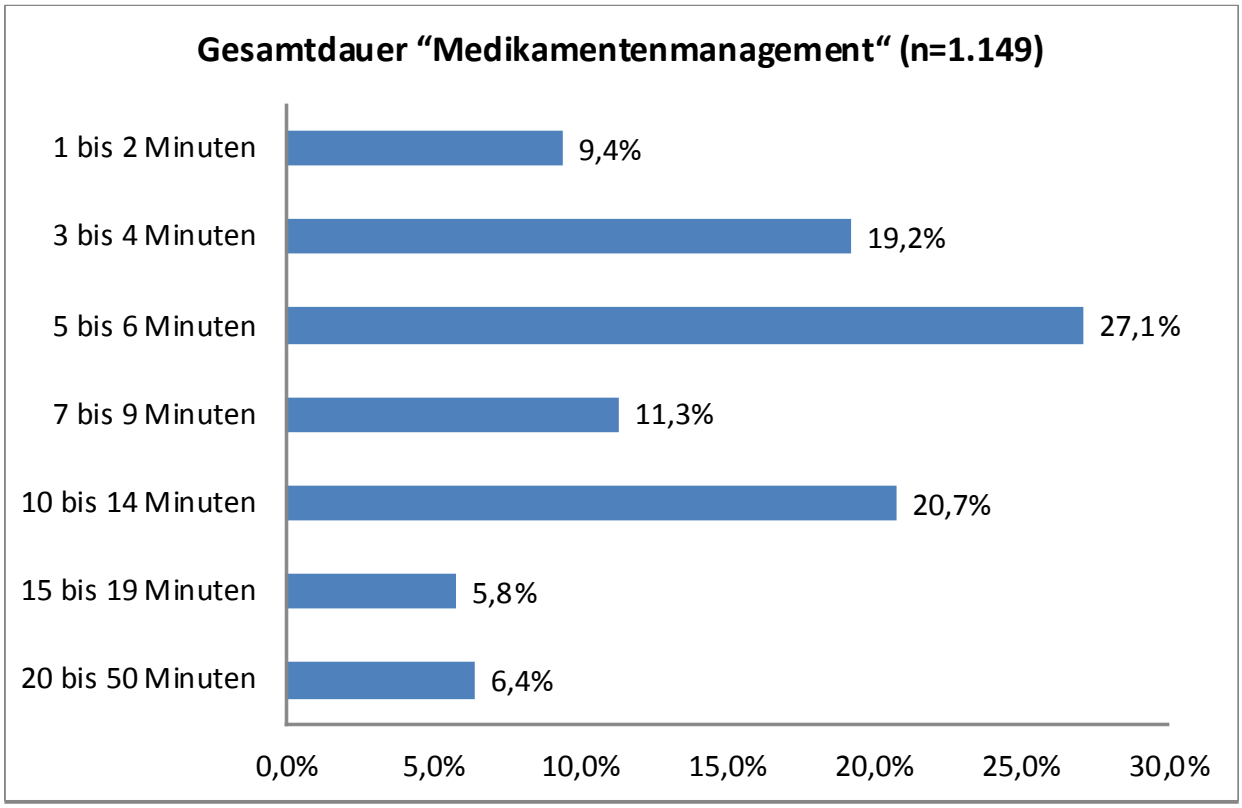
Insgesamt haben ca. 40% der Tätigkeiten in dieser Gruppe mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch genommen. Hierbei könnte man davon ausgehen, dass es sich in diesen Fällen um etwas anspruchsvollere Tätigkeiten innerhalb dieser Tätigkeitsgruppe handelt.

Medikamentenmanagement

Die nächsthäufige Tätigkeitsgruppe in den Protokollen bildeten Tätigkeiten der Kategorie „Medikamentenmanagement“ (n=1.149). In den Freitextangaben wurden hier u.a. genannt: Erstellung eines Medikamentenplanes aus der Praxis-Software, Kontrolle eines Medikamentenplanes, Erklärungen zu Medikamenten bzw. zu deren Einnahme, Vergleich des Medikamentenplanes mit der aktuellen Einnahme aber auch Aufklärung z.B. zur Messhäufigkeit von Blutzuckerwerten oder zu Medikamentennebenwirkungen.

Beim Medikamentenmanagement gab es auch ca. 9% der Protokolle mit kurzen Tätigkeiten von 1 bis 2 Minuten. Etwas mehr als ein Viertel der Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerte zwischen 5 und 6 Minuten. Der Median betrug 6 Minuten. Etwa ein Drittel (32,9%) der Tätigkeiten des Medikamentenmanagements dauerten länger als 10 Minuten, so dass man auch hier von einer ausführlicheren (VERAH-spezifischen) Tätigkeitsumsetzung ausgehen kann (vgl. Abb. 6).

Abbildung 6: Gesamtdauer „Medikamentenmanagement“

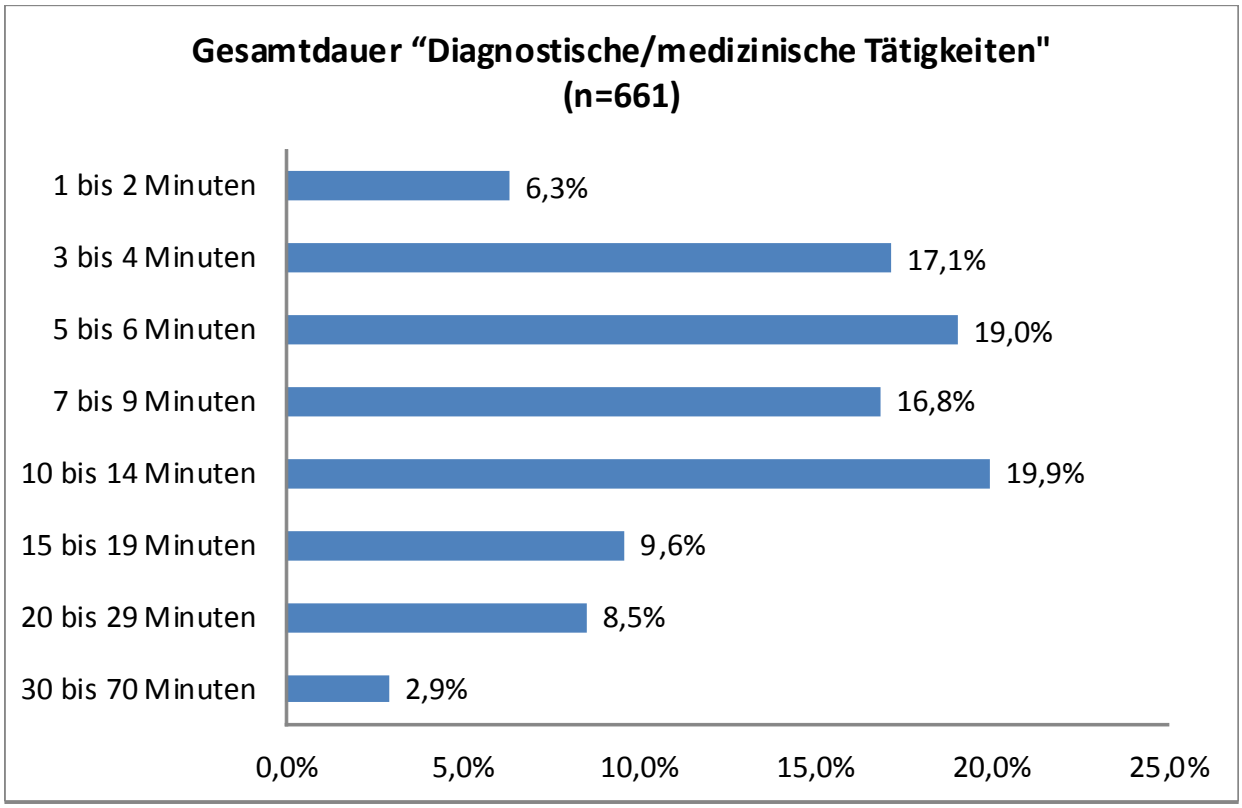


Diagnostische/medizinische Tätigkeiten

In der Tätigkeitsgruppe „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“ erfolgten 661 Nennungen. In den Freitextangaben mit den detaillierten Angaben waren Tätigkeiten aufgeführt wie beispielsweise Injektionen vorbereiten oder verabreichen, Infusionen vorbereiten, Ohrspülungen. Es wurden aber auch Beratungen (z.B. zu medizinischen Maßnahmen) oder Gespräch zum sozialen Umfeld der Patienten genannt.

In dieser Tätigkeitsgruppe waren weniger kurze Kontakte dokumentiert (6,3%). Kontakte mit einer Dauer von 3 bis 4 Minuten (17%), 5 bis 6 Minuten (19%), 7 bis 9 Minuten (17%) und 10 bis 14 Minuten (20%) waren in etwa gleichmäßig verteilt. Der Median lag bei 7 Minuten. Etwa 40% aller Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerten länger als 10 Minuten. Bei dieser Teilgruppe kann davon ausgegangen werden, dass eine umfassende, anspruchsvolle Betreuung stattgefunden hat (vgl. Abb. 7).

Abbildung 7: Gesamtdauer „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“

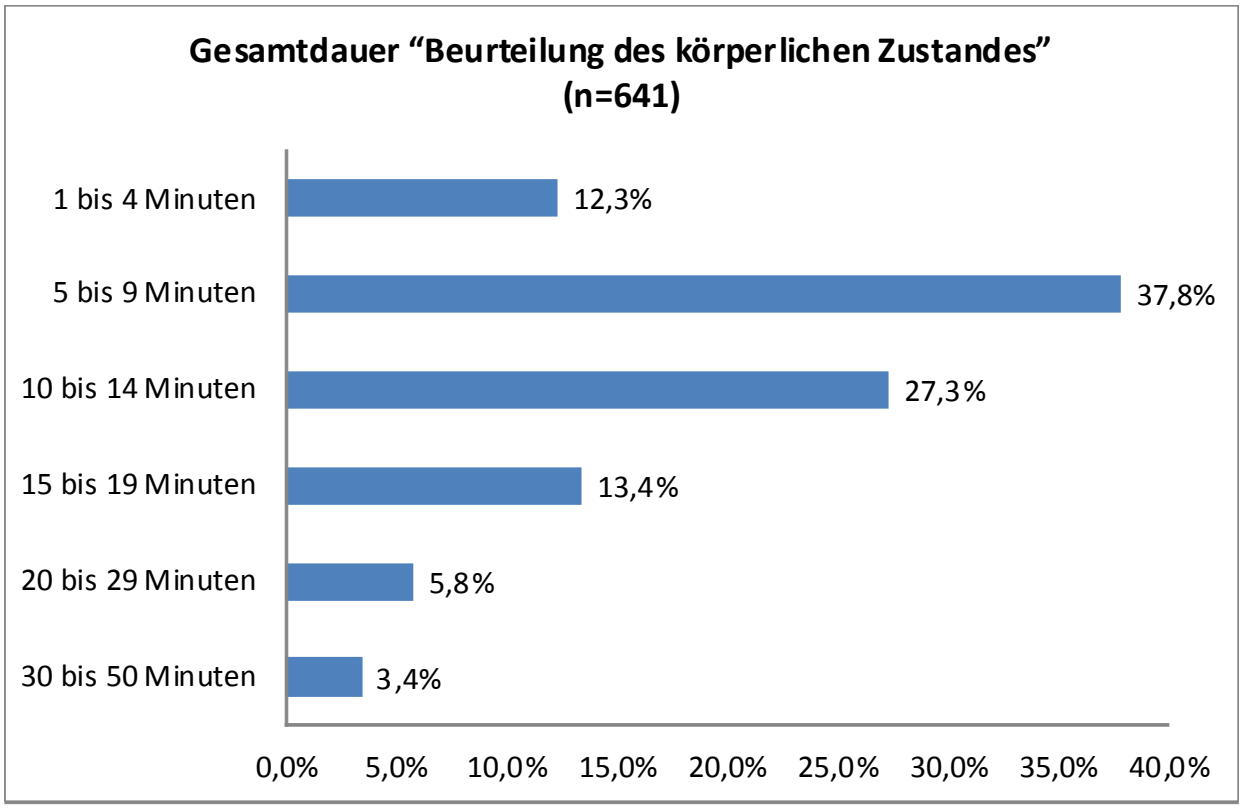


Beurteilung des körperlichen Zustandes

Typische Angaben in den Freitextfeldern der Tätigkeitsgruppe „Beurteilung des körperlichen Zustandes der Patienten“ (n=641) waren z. B. folgende Tätigkeiten: Verlaufskontrolle, Allgemeinzustand des Patienten beurteilt, vorbereitende Untersuchung, Beurteilung des körperlichen Zustandes nach Chemo oder in Verbindung mit DMP (Fußstatus-Kontrolle).

50% der Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerten unter 10 Minuten, d. h. der Median lag bei 9 Minuten. Etwas mehr als 20% der Tätigkeiten dauerten 15 Minuten oder mehr. Bei dieser Gruppe könnte man davon ausgehen, dass es sich um intensive, umfassende Betreuungstätigkeiten handelt, die von der VERAH im Rahmen ihrer Qualifizierung erbracht wurde. Weitere Angaben sind in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Gesamtdauer „Beurteilung des körperlichen Zustandes“

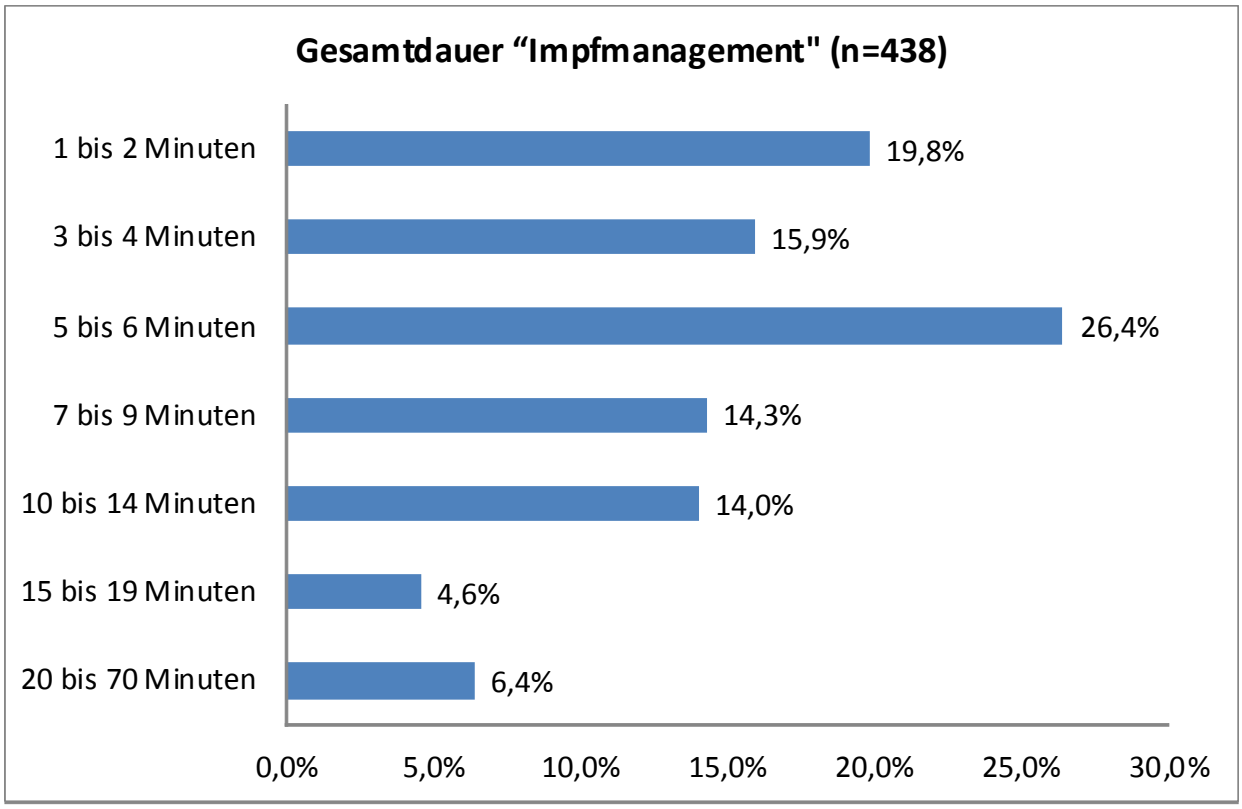


Impfmanagement

Die VERAH gaben in den detaillierten Angaben für das „Impfmanagement“ u. a. folgende Tätigkeiten an: Kontrolle des Impfpasses, Erhebung des Impfstatus sowie auch die Durchführung von Impfungen, aber auch Impfberatung (z.B. in Bezug auf Impf-Auffrischungen). Insgesamt wurden Tätigkeiten in dieser Kategorie 438 Mal angegeben.

Etwa 20% der Tätigkeiten beim Impfmanagement dauerten nur 1 bis 2 Minuten, bei etwa einem Viertel (26,4%) 5-6 Minuten. Der Median lag bei 5 Minuten. Bei einem Viertel (25%) dauerte die Tätigkeit 10 Minuten oder mehr. Bei diesen Angaben kann davon ausgegangen werden, dass ein umfassender, über das übliche Maß hinausgehender, evtl. beratender Kontakt stattgefunden hat (vgl. Abb. 9).

Abbildung 9: Gesamtdauer „Impfmanagement“

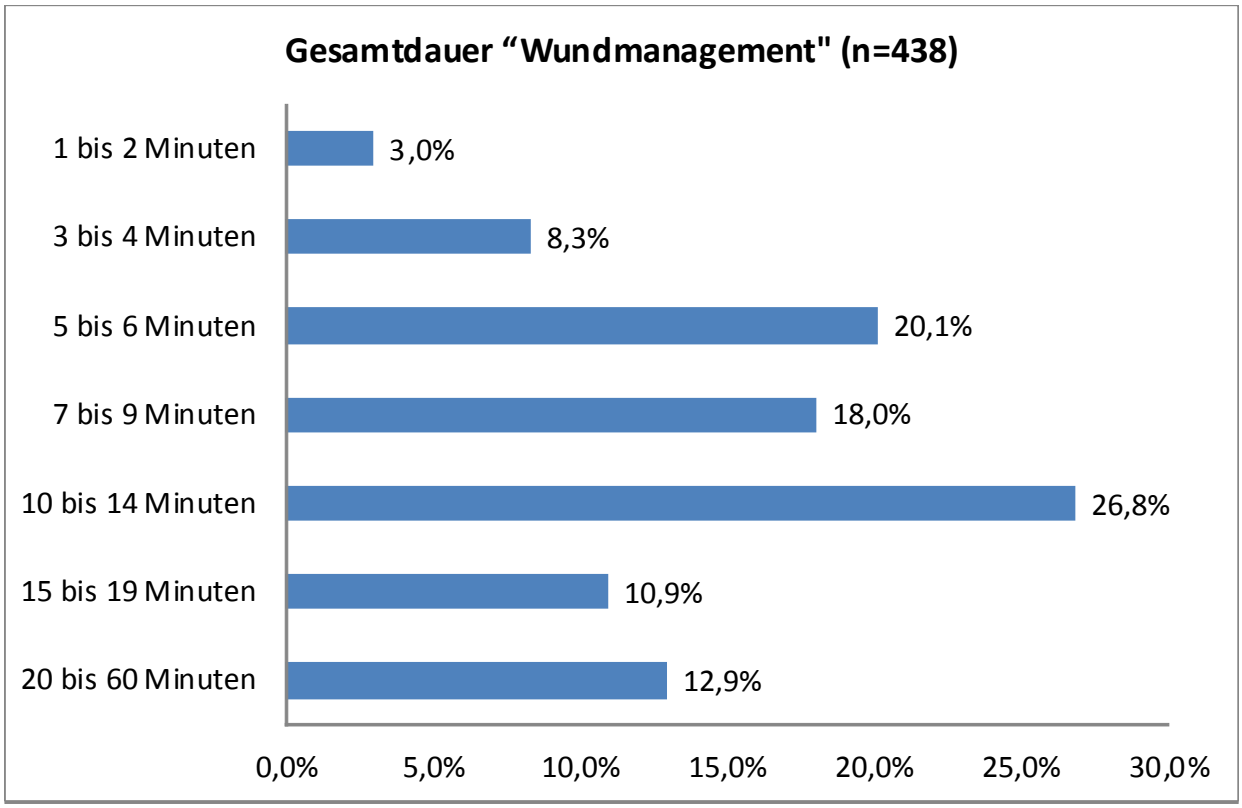


Wundmanagement

In der Kategorie „Wundmanagement“ dokumentierten die VERAH beispielsweise Verbandswechsel, Wundversorgung, Wundtoilette oder Entfernung von Fäden oder Klammern. Es wurden auch beratende Tätigkeiten genannt, wie z.B. Aufklärung zur Wundheilung, Beratung zu Umgang mit Schnittwunden, Einbezug von Angehörigen. Tätigkeiten im Bereich Wundmanagement wurden 438 Mal angegeben.

Eine kurze Dauer beim Wundmanagement mit 1 bis 2 Minuten wurde selten angegeben (3%). Bei etwa 20% der Tätigkeiten dauerte die Betreuung 5 bis 6 Minuten, mehr als ein Viertel der Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerte zwischen 10 bis 14 Minuten. Der Median betrug 10 Minuten. Bei einer Tätigkeitsdauer von ≥15 Minuten (23,8%) kann davon ausgegangen werden, dass die VERAH zusätzlich eine umfassende, anspruchsvolle Betreuung geleistet haben (vgl. Abb. 10).

Abbildung 10: Gesamtdauer „Wundmanagement“

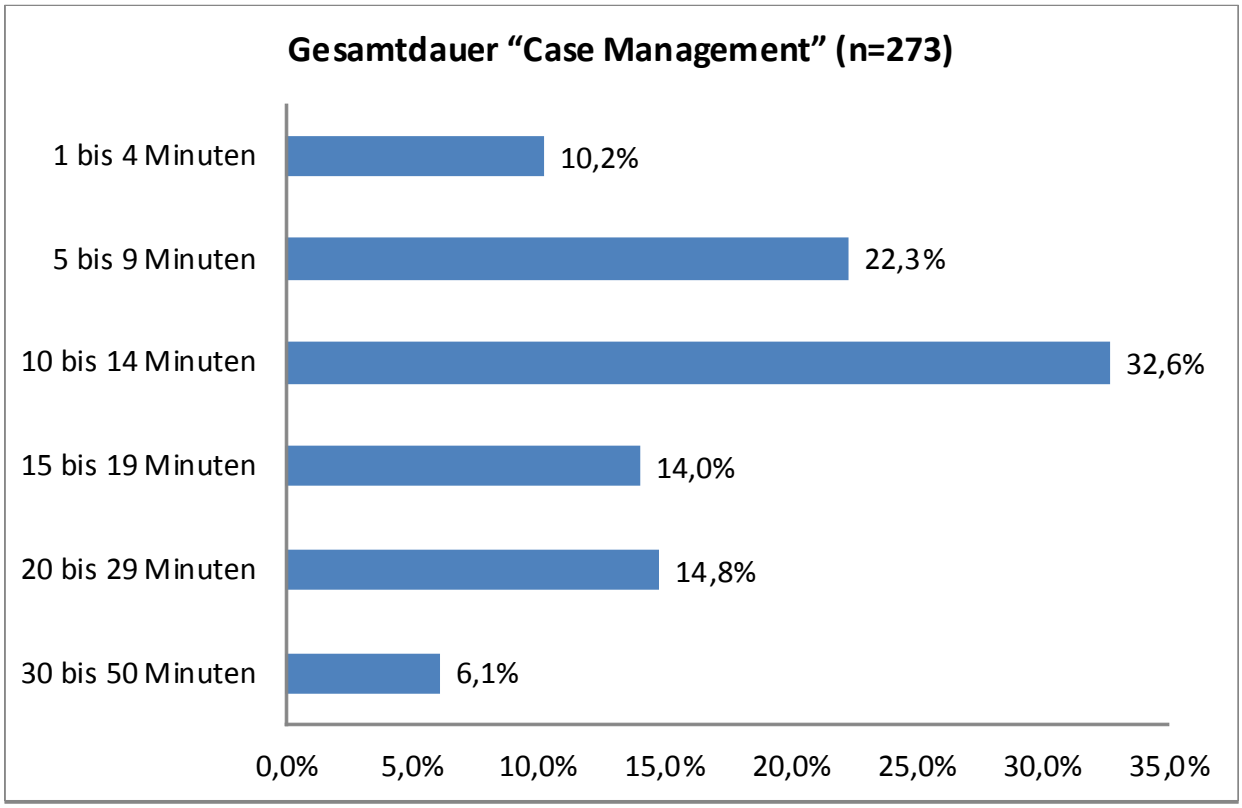


Case Management

Tätigkeiten aus der Tätigkeitsgruppe „Case Management“ waren vor allem Unterstützungsleistungen, z.B. bei Organisation von Hilfen für Patienten, Unterstützung vor bzw. nach stationären Aufenthalten, Kontakt mit häuslicher Krankenpflege oder dem Pflegedienst, Austausch mit anderen Einrichtungen, Unterstützung bei Antragsverfahren u. ä. Case Management bildet an sich schon eine intensivere Betreuungsform ab. In diesem Rahmen wurden von den VERAH auch häufig Beratungen, Aufklärung oder Gespräche genannt. VERAH dokumentieren 273 Mal Tätigkeiten aus diesem Bereich.

Etwa ein Drittel der Tätigkeiten beim Case Management dauerten zwischen 1 bis 9 Minuten, etwa ein Drittel 10 bis 14 Minuten, etwas mehr als ein Drittel (34,9%) dauerte 15 Minuten oder mehr. Der Median lag bei 10 Minuten. Gerade ab einer Dauer von ≤20 kann von einer umfassenden Betreuung von Seiten der VERAH ausgegangen werden. Dies wurde in der Erhebung von mehr als 20% der VERAH angegeben (vgl. Abb. 11).

Abbildung 11: Gesamtdauer „Case Management“

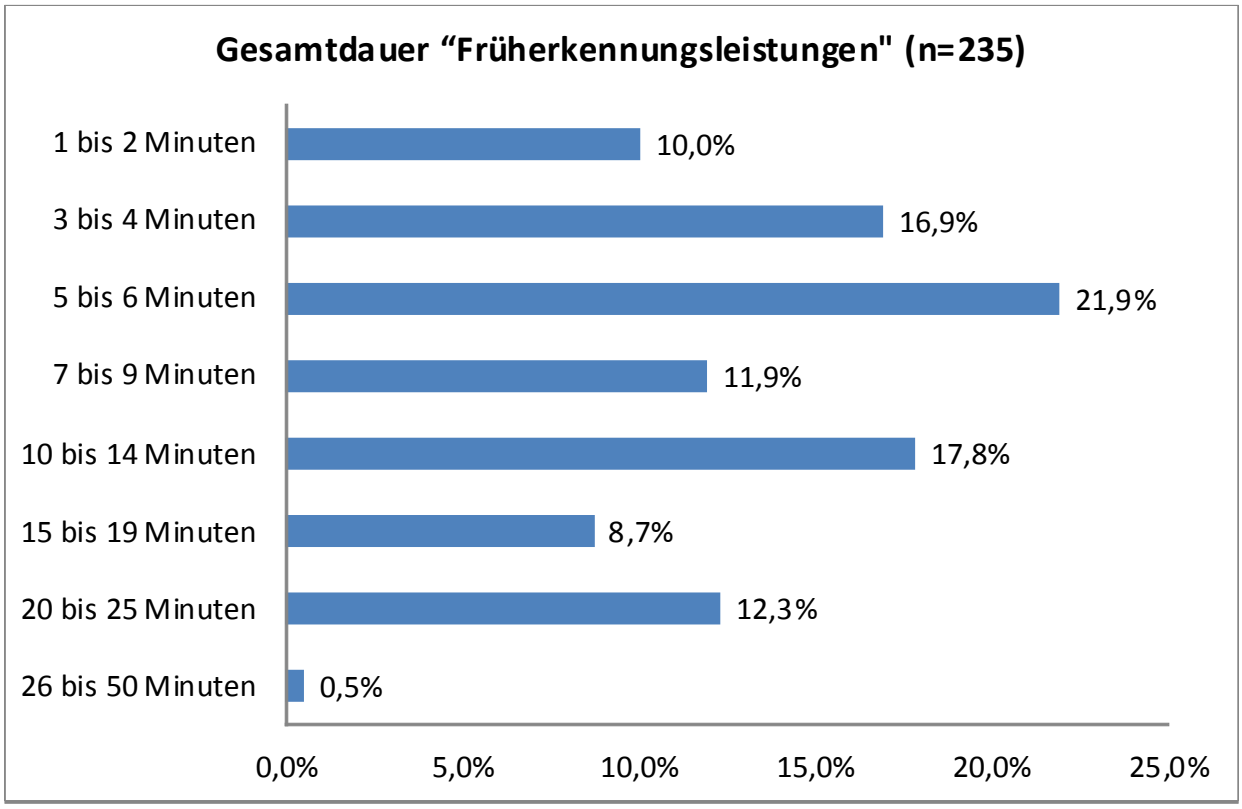


Tätigkeiten im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen

In der Kategorie „Früherkennungsleistungen“ dokumentierten die VERAH Tätigkeiten wie z.B. Laboruntersuchungen im Rahmen von Früherkennung, Erhebung der Körpermaße, Screening oder Beratungen zu Hauskrebsscreening oder Früherkennungsleistungen. Insgesamt wurden in 235 Protokollen Tätigkeiten aus dieser Gruppe genannt.

Bei etwa einem Viertel der Protokolle dauerte die Tätigkeit 1 bis 4 Minuten. Der Median lag bei 7 Minuten. Etwa ein Fünftel (21,5%) der Tätigkeiten dauerte länger als ≥15 Minuten. Dabei sollte es sich wiederum um eine anspruchsvollere Betreuungsleistung gehandelt haben (vgl. Abb. 12).

Abbildung 12: Gesamtdauer „Früherkennungsleistungen"

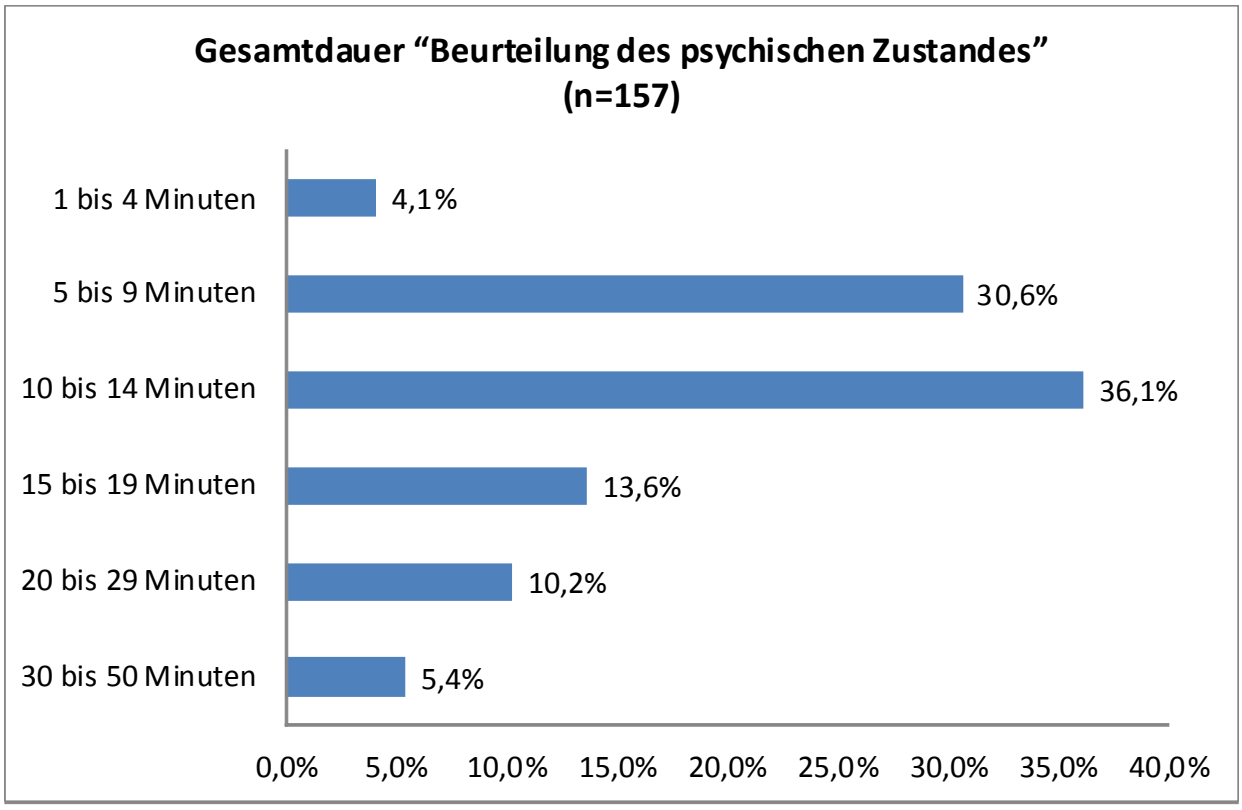


Beurteilung des psychischen Zustandes

Für die Tätigkeitsgruppe „Beurteilung des psychischen Zustandes“, die in den Protokollen 157 Mal genannt wurde, gaben die VERAH beispielsweise folgende Tätigkeiten an: Gespräche / Beratung bezüglich der psychischen Problematik (z.B. über Angstzustände, beruhigende Gespräche wegen bestimmter Erkrankungen), Beurteilungsbogen zum psychischen Zustand der Patienten, psychiatrische/psychologische Tests (z.B. Depressionstest) etc.

Tätigkeiten in dieser Tätigkeitsgruppe dauerten im Mittel etwas länger mit 12,5 Minuten. Der Median betrug 10 Minuten. Knapp 30% der Tätigkeiten dauerten mehr als ≥15 Minuten; aufgrund der Dauer kann hier davon ausgegangen werden, dass eine umfassende Betreuung stattgefunden hat (vgl. Abb. 13).

Abbildung 13: Gesamtdauer „Beurteilung des psychischen Zustandes“

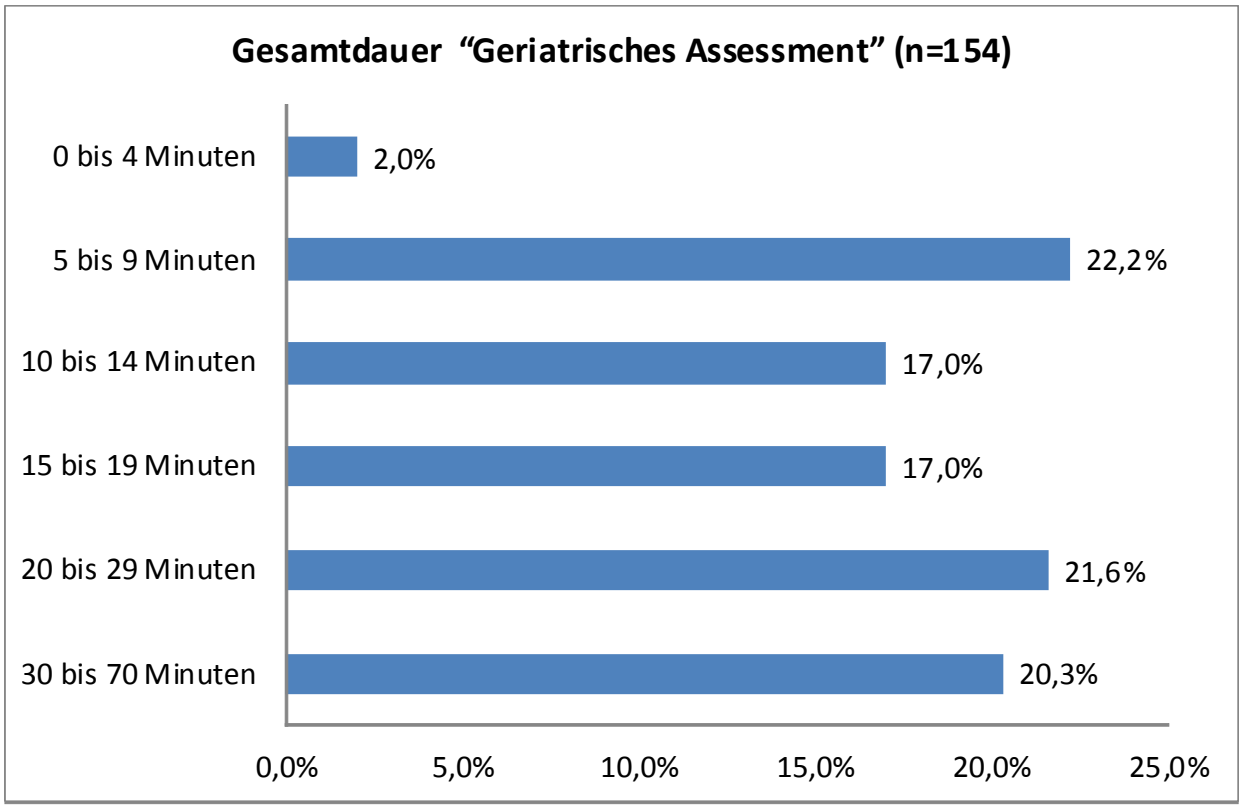


Geriatrisches Assessment

Tätigkeiten aus der Gruppe des „Geriatrischen Assessments“ wurden insgesamt 154 Mal in den Protokollen angegeben. Die VERAH dokumentierten in den detaillierten Angaben vorwiegend die Erhebung einer Anamnese mit geriatrischen Tests wie z.B. Time-up-and-Go, Uhrentest, Barthel-Index oder Lachs-Test. Aber auch Aufklärung (z.B. über Patientenverfügungen) wurden genannt.

In dieser Tätigkeitsgruppe dauerten die Tätigkeiten etwas länger, im Durchschnitt 19 Minuten. Der Median lag bei 17 Minuten. Ein Viertel der Tätigkeiten dauerte länger als 25 Minuten. Da in dieser Tätigkeitsgruppe oft Tests durchgeführt wurden, ist die längere Dauer dadurch erklärt. Zusätzliche umfassende Betreuung der Patienten ist in mindestens 20% der Fälle anzunehmen, die länger als ≥30 Minuten gedauert haben (vgl. Abb. 14).

Abbildung 14: Gesamtdauer „Geriatrisches Assessment“

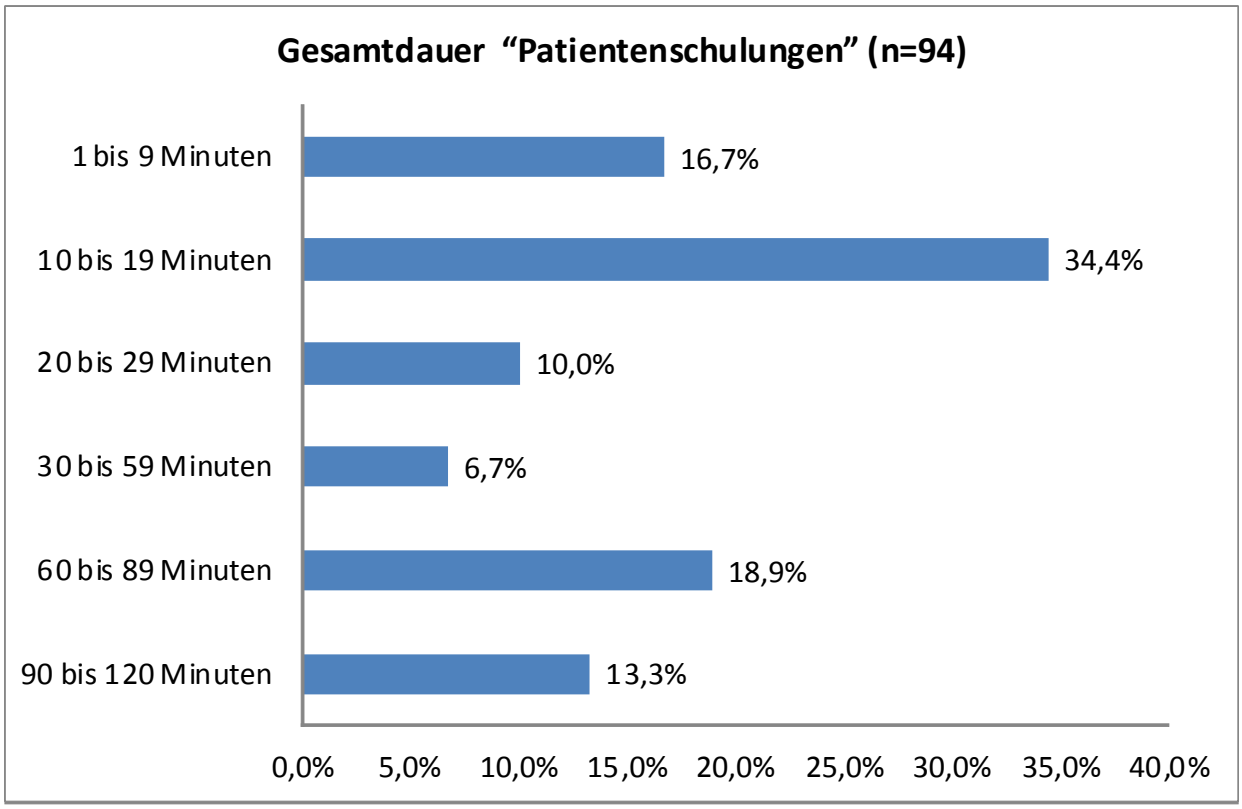


Patientenschulungen

Tätigkeiten aus dem Bereich der Patientenschulung wurden in den Protokollen insgesamt nur 94 Mal angegeben. Die VERAH schulten die Patienten u. a. im Bereich der Ernährung, zu Diabetes mellitus oder zu Koronarer Herzkrankheit.

Die mittlere Dauer in diesem Bereich betrug 36 Minuten, der Median lag bei 17 Minuten. Etwa ein Viertel der Tätigkeiten in diesem Bereich dauerte länger als 60 Minuten (vgl. Abb. 15).

Abbildung 15: Gesamtdauer „Patientenschulungen“

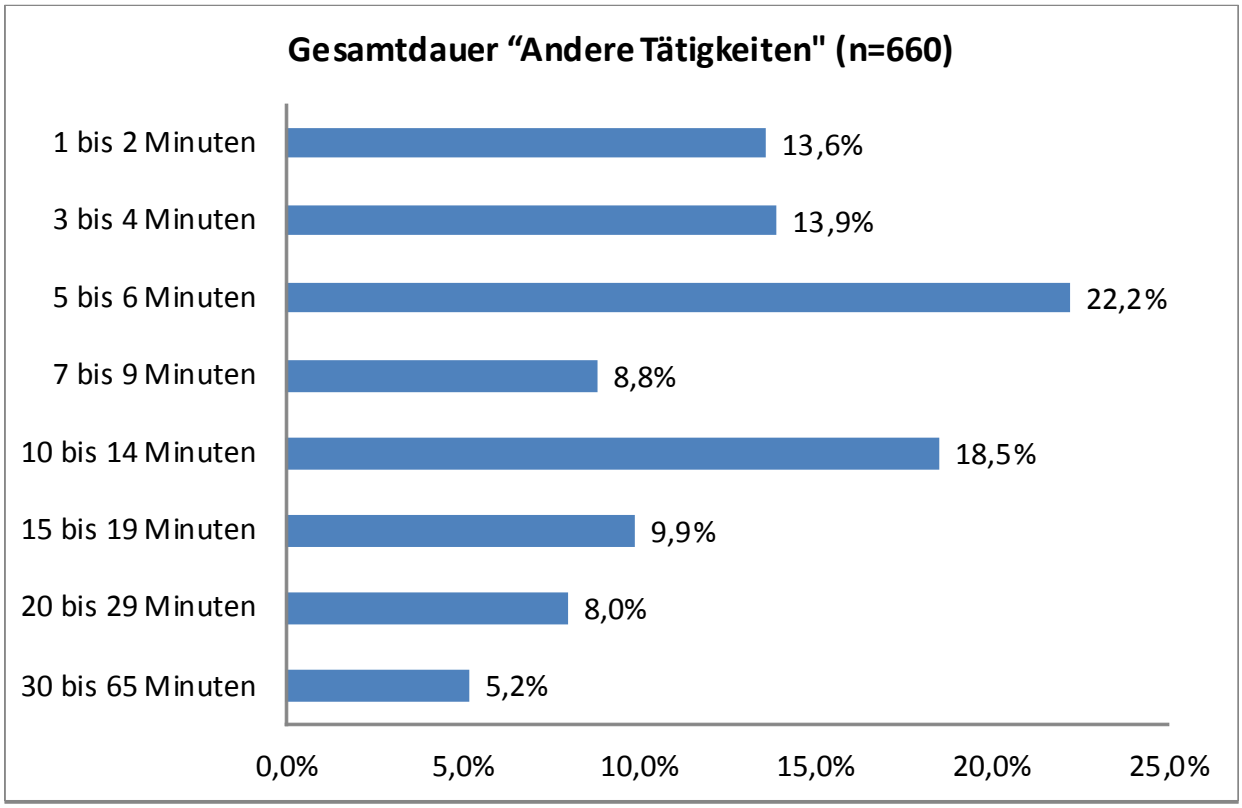


Andere Tätigkeiten

Einen großen Bereich mit 660 Nennungen bildete noch die Gruppe „Andere Tätigkeiten“. Hier konnten die VERAH alle Tätigkeiten subsummieren, die sie nicht in eine der anderen Tätigkeitsgruppen einordnen konnten. Unter anderem wurden hier Tätigkeiten genannt, wie Gespräch außerhalb der medizinischen Belange (z.B. Arztwechsel), Hinweise auf Untersuchungen, administrative Tätigkeiten wie Erstellung von Bescheinigungen, Beantwortung von Anfragen der Krankenkasse, Formularerstellung etc. Es wurden auch in dieser Gruppe beratende Tätigkeiten genannt wie z.B. Aufklärung zu Laborwerten, Beratung zu Krankengymnastik oder Rückenschule, beruhigende Gespräch über körperliche Belastung, Gespräche über Änderung der Lebenssituation oder zum Gesundheitszustand.

Tätigkeiten in dieser Gruppe dauerten im Mittel 11 Minuten, der Median betrug 7 Minuten. Knapp ein Viertel der Tätigkeiten dauerte 5 bis 6 Minuten, etwa ein Viertel (23%) dauerte mehr ≥15 Minuten (vgl. Abb. 16).

Abbildung 16: Gesamtdauer „Andere Tätigkeiten“



3.5.5 Zwischenzusammenfassung

In den meisten Protokollen (60%) dokumentierten die VERAH lediglich Tätigkeiten aus einer von mehreren spezifischen Tätigkeitsgruppen. Bei den Hausbesuchen wurden von den VERAH öfter Tätigkeiten aus mehreren verschiedenen Tätigkeitsgruppen gleichzeitig dokumentiert.

Durchschnittlich wurden bei jeder VERAH bei etwas mehr als der Hälfte der Protokolle (55%) Tätigkeiten aus dem Bereich der Routine- und Kontrolluntersuchungen dokumentiert gefolgt von Medikamentenmanagement (28%) und Tätigkeiten zur Beurteilung des körperlichen Zustandes (15%) und diagnostischen/medizinischen Tätigkeiten (15%). Tätigkeiten zum geriatrischen Assessment und zur Patientenschulung wurden jeweils durchschnittlich nur in 2% bis 3% der Protokolle pro VERAH dokumentiert.

Bei jeweils einem Drittel bis einem Viertel der Tätigkeiten aus jeder Tätigkeitsgruppe fand eine über das zu erwartende Maß hinausgehende zeitliche Betreuung statt. In diesen Fällen kann man davon ausgehen, dass VERAH eine (zeit-)intensive, umfassende, anspruchsvolle Betreuung geleistet haben, die ihrer Qualifikation entspricht.

3.6 VERAH-spezifische Auswertungen

3.6.1 Tätigkeitsprotokolle pro VERAH

Durchschnittlich hat jede VERAH 50 Tätigkeitsprotokolle erstellt. Die Spannweite reichte von 15 bis 60 Protokollen, wobei die geplante Anzahl von 60 Protokollen auch von mehr als der Hälfte der Teilnehmerinnen erreicht wurde. Insgesamt zwei Drittel der VERAH hatten mehr als 50 Protokolle dokumentiert. Durchschnittlich betreute jede VERAH 45 Patienten und dokumentierte Aktivitäten in 84 Tätigkeitsgruppen. Der zeitliche Umfang entsprach durchschnittlich 547 Minuten, d. h. es lagen je VERAH Tätigkeitsdokumentationen von insgesamt 9 Stunden Dauer vor (vgl. Tab. 42).

Tabelle 42: Übersicht über die Tätigkeitsprotokolle pro VERAH

		VERAH (n=87)
Anzahl Tätigkeitsprotokolle pro VERAH	MW (SD) Min - Max	50,20 (14,52) 15 - 60
	15 bis 50 Protokolle	33,3%
	51 bis 59 Protokolle	12,6%
	60 Protokolle	55,2%
Anzahl Patienten pro VERAH	MW (SD) Min-Max	44,80 (13,89) 15 - 60
Anzahl dokumentierter Tätigkeitsgruppen pro VERAH	MW (SD) Min – Max	84,41 (45,26) 21 - 251
Dauer aller dokumentierter Tätigkeiten pro VERAH in Minuten	MW (SD) Min – Max	547,39 (326,71) 64 - 1.554

3.6.2 Kontaktart bei den Tätigkeiten pro VERAH

Jede VERAH hat im Durchschnitt 77,0% ihrer Tätigkeiten in der Praxis erbracht, 6,6% waren Kontakte am Telefon, 15,2% Hausbesuche. Zwei VERAH (1,1%) hatten keinen und eine VERAH hatte ausschließlich Praxiskontakte dokumentiert. Während 26 VERAH (29,9%) keinen Telefonkontakt dokumentierten, gab es keine VERAH, die ausschließlich Telefonate protokollierte. Bei den Hausbesuchen fanden sich 15 VERAH (17,2%), die keinen und zwei VERAH (2,3%), die ausschließlich Hausbesuche dokumentierten (vgl. Tab. 43).

Tabelle 43: Verteilung der Praxis-, Telefon- und Hausbesuchskontakte pro VERAH

		VERAH (n=87)
Anteil der Praxiskontakte pro VERAH	MW (SD) Min – Max	77,0% 0 – 100%
	Median	81,7%
	0 Praxiskontakte	n=2 (2,3%)
	100% Praxiskontakte	n=1 (1,1%)
Anteil Telefonkontakte pro VERAH	MW (SD) Min – Max	6,6% 0 – 38,3%
	Median	4,8%
	0 Praxiskontakte	n=26 (29,9%)
	100% Telefonkontakte	0
Anteil Hausbesuche pro VERAH	MW (SD) Min – Max	15,2% 0 – 100%
	Median	8,3%
	0 Praxiskontakte	n=15 (17,2%)
	100% Hausbesuche	n=2 (2,3%)

3.6.3 VERAH-spezifische Tätigkeiten

In den Tätigkeitsprotokollen schätzten die VERAH zu jeder Tätigkeitsgruppe ein, ob es sich um VERAH-spezifische Tätigkeiten handelte oder ob in der Praxis diese Tätigkeiten in gleicher Weise von jeder MFA durchgeführt wurden.

In Tabelle 18 ist dargestellt wie hoch der Anteil der VERAH war, die Tätigkeiten der jeweiligen Tätigkeitsgruppe für VERAH-spezifisch hielten, d. h. ob sie diese Tätigkeit nur ausführte, weil sie eine VERAH-Qualifikation hatte bzw. ob sie diese Tätigkeit anders (z.B. komplexer, ausführlicher, intensiver) ausführte, weil sie eine VERAH-Qualifikation hatte.

Die häufigste VERAH-spezifische Tätigkeit gaben die VERAH in der Tätigkeitsgruppe des „Case Managements“ an mit 82,8%, dicht gefolgt von Tätigkeiten aus der Tätigkeitsgruppe „Beurteilung des psychischen Zustandes“ mit 81,4%. Bei jeweils etwa zwei Drittel der Angaben in den Tätigkeitsgruppen „Geriatrisches Assessment“ (70,7%), „Beurteilung des körperlichen Zustandes“ (67,9%) und „Medikamentenmanagement“ (66,3%) beurteilten die VERAH die Tätigkeiten als VERAH-spezifisch. Hingegen Tätigkeiten aus der Tätigkeitsgruppe „Diagnostische und medizinische Tätigkeiten“ (32,0%) und „Routine- und Kontrolluntersuchungen“ (18,3%) wurden von den VERAH als Tätigkeiten beurteilt, die in der Praxis von allen MFA gleichermaßen durchgeführt wurden und nur zu einem geringen Anteil VERAH-spezifisch angesehen wurden (vgl. Tab. 44).

3.6.4 Handlungssicherheit

Zusätzlich gaben die VERAH an, inwieweit sie sich bei der Durchführung der jeweiligen Tätigkeit sicher fühlten. Mögliche Angaben waren „sehr sicher“, „eher sicher“, „eher unsicher“, „sehr unsicher“. In Tabelle 18 dargestellt sind zusammengefasst die Ergebnisse der Antworten „sehr sicher“ und „eher sicher“.

Die Ergebnisse zeigen, dass in den Tätigkeitsgruppen „Geriatrisches Assessment“ und „Früherkennungsleistungen“ alle VERAH eine sehr sichere Handlungskompetenz angeben. In allen anderen Tätigkeitsgruppen wurde ebenfalls eine hohe Handlungskompetenz von 97% bis 99% von den VERAH wahrgenommen. Die niedrigste Rate zeigt sich bei Patientenschulungen mit trotzdem noch sehr hohen 97,8% (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Dauer nach Tätigkeitsgruppen, VERAH-spezifische Tätigkeiten und Handlungssicherheit

Tätigkeitsgruppe		Dauer der Tätigkeit am Patienten (in Min)	Dauer der Vor-/Nachbereitung (in Min)	Anteil VERAH- spezifische Tätigkeit	subjektiv hohe Handlungssicherheit
Case Management (n=272)	MW (SD) Min-Max	9,64 (6,8) 1-60	4,33 (6,7) 0-60	82,8%	99,6%
Beurteilung des psychischen Zustandes (n=157)	MW (SD) Min-Max	10,50 (6,2) 2-40	1,99 (3,1) 0-20	81,4%	98,6%
Geriatrisches Assessment (n=154)	MW (SD) Min-Max	13,80 (8,8) 2-50	5,00 (5,3) 0-20	70,7%	100%
Beurteilung des körper- lichen Zustandes (n=649)	MW (SD) Min-Max	7,90 (5,3) 1-40	2,39 (3,2) 0-30	67,9%	98,6%
Patientenschulungen (n=94)	MW (SD) Min-Max	33,87 (37,5) 1-120	2,45 (4,4) 0-30	67,4%	97,8%
Medikamenten-management (n=1.149)	MW (SD) Min-Max	5,39 (3,6) 0-25	2,63 (3,5) 0-30	66,3%	98,9%
Wundmanagement (n=438)	MW (SD) Min-Max	7,59 (5,0) 1-45	3,08 (3,5) 0-25	60,4%	98,4%
Impfmanagement (n=438)	MW (SD) Min-Max	5,41 (3,3) 1-20	2,21 (3,2) 0-30	45,7%	99,1%
Diagnostische und medizinische Tätigkeiten (n=661)	MW (SD) Min-Max	6,38 (5,3) 1-60	3,23 (3,9) 0-35	32,0%	99,5%
Früherkennungs-untersuchungen (n=235)	MW (SD) Min-Max	6,20 (4,4) 1-30	2,69 (3,3) 0-20	25,2%	100%
Routine- und Kontrolluntersuchungen (n=2.376)	MW (SD) Min-Max	5,98 (4,3) 1-45	3,12 (3,6) 0-30	18,3%	99,4%

3.6.5 Zwischenzusammenfassung

Durchschnittlich drei Viertel der dokumentierten Tätigkeiten wurden in der Praxis ausgeführt, etwa 15% bei Hausbesuchen.

Für VERAH-spezifisch hielten die Teilnehmerinnen vor allem Tätigkeiten aus den Bereichen Case Management, Beurteilung des psychischen Zustandes der Patienten, Geriatrisches Assessment, Beurteilung des körperlichen Zustandes und Medikamentenmanagement. Tätigkeiten aus dem Bereich Routine- und Kontrolluntersuchungen, Früherkennungs-leistungen und diagnostische/medizinische Tätigkeiten wurden nur zu einem geringen Anteil als VERAH-spezifisch bezeichnet. In allen Tätigkeitsbereichen fühlten sich die VERAH sicher in der Ausführung ihrer Tätigkeiten.

3.7 Hausbesuche

Von den insgesamt 4.367 protokollierten Patientenkontakten entfielen 594 (13,6%) auf Hausbesuche. Telefonische Patientenkontakte betrafen 307 (7,0%) Protokolle. In den Protokollen wurden zwischen 0 und 60 Hausbesuche aufgezeichnet, durchschnittlich entfielen 6,83 (SD 8,43) Hausbesuche auf eine VERAH. Von 14 VERAH wurden keine Hausbesuche protokolliert.

3.7.1 Patientencharakteristika in der Praxis und bei Hausbesuchen

Einige der protokollierten Patientenkontakte bezogen sich auf dieselben Patienten. In der folgenden Gesamtauswertung wurde jeder Patient einmal einbezogen. Falls bei ihm sowohl ein Hausbesuchskontakt als auch ein Praxiskontakt stattfand, wurde er beim Vergleich in jeder Gruppe einmal in die Auswertung einbezogen (vgl. Tab. 45).

Tabelle 45: Vergleich der Patientencharakteristika zwischen Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und Hausbesuchspatienten

Anzahl der Patienten		In der Praxis* (n=2.931)	Bei Hausbesuchen* (n=486)
Alter	MW (SD) Min-Max	63,48 (17,00) 1-96	82,53 (8,82) 45-101
	>65 Jahre	52,2% (n=1.527)	94,8% (n=460)
	>80 Jahre	13,0% (n=379)	64,9% (n=315)
Geschlecht	weiblich	54,3% (n=1.584)	71,7% (n=339)
	männlich	45,7% (n=1.332)	28,3% (n=134)
Wohnsituation	Alleinlebend in eig. Wohnung	23,2% (n=677)	31,9% (n=154)
	Mit Partner/Familie	71,9% (n=2.094)	37,9% (n=183)
	Alten- oder Pflegeheim	0,5% (n=16)	27,7% (n=134)
	Andere	0,3% (n=10)	2,5% (n=12)
	Nicht bekannt	3,9% (n=115)	0

*Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und bei Hausbesuchen wurden in jede Gruppe einbezogen

Die Hausbesuchspatienten waren im Durchschnitt 82,53 Jahre alt und damit wesentlich älter, als durchschnittlich 63,48 Jahre alte Patienten, die in der Praxis gesehen wurden.
94,8% der Hausbesuchspatienten waren über 65 Jahre alt und waren mehrheitlich Frauen (71,7%). 64,9% der Hausbesuchspatienten waren über 80 Jahre alt. Je etwa ein Drittel der Hausbesuche fand bei Personen, die alleine leben (31,9%) statt und bei Personen, die in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht sind (27,7%) (vgl. Tab 45)

3.7.2 Versorgungssituation von Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen

Drei Viertel (74,7%) der Hausbesuchspatienten waren in einen Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben, bei den Patienten, die in der Praxis gesehen wurden, waren es etwas weniger mit 66,1% (vgl. Tab. 46).

Tabelle 46: Versorgungssituation der Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen

<table>
<tr><th colspan="2">Anzahl der Patienten</th><th colspan="2">In der Praxis*
(n=2.931)</th><th colspan="2">Bei Hausbesuchen*
(n=486)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">HzV-Zugehörigkeit</td><td>AOK Baden-Württemberg</td><td colspan="2">66,1% (n=1.929)</td><td colspan="2">74,7% (n=363)</td></tr>
<tr><td>Andere KK</td><td colspan="2">33,9% (n=989)</td><td colspan="2">25,3% (n=123)</td></tr>
<tr><td colspan="2">In mind. ein DMP eingeschrieben</td><td colspan="2">46,5% (1.353)</td><td colspan="2">44,1% (n=212)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Dauer-medikamente</td><td>MW (SD)</td><td colspan="2">4,40 (3,69)</td><td colspan="2">7,54 (3,57)</td></tr>
<tr><td>Min-Max</td><td colspan="2">0-43</td><td colspan="2">0-20</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Pflegestufe</td><td>Pflegestufe 3</td><td rowspan="5">4,9%</td><td>0,1% (n=3)</td><td rowspan="5">56,2%</td><td>3,5% (n=17)</td></tr>
<tr><td>Pflegestufe 2</td><td>0,7% (n=21)</td><td>15,4% (n=74)</td></tr>
<tr><td>Pflegestufe 1</td><td>3,0% (n=88)</td><td>34,6% (n=166)</td></tr>
<tr><td>Pflegestufe 0</td><td>0,3% (n=10)</td><td>0,6% (n=3)</td></tr>
<tr><td>Pflegestufe beantragt</td><td>0,8% (n=24)</td><td>2,1% (n=10)</td></tr>
<tr><td>keine</td><td colspan="2">90,4% (n=2.620)</td><td colspan="2">29,6% (n=142)</td></tr>
<tr><td>Nicht bekannt</td><td colspan="2">4,5% (n=133)</td><td colspan="2">14,2% (n=68)</td></tr>
</table>

*Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und bei Hausbesuchen wurden in jede Gruppe einbezogen

Der Anteil an Patienten, die in mindestens ein DMP eingeschrieben waren, war mit 46,5% bei den Patienten, die in der Praxis gesehen wurden etwas höher als mit 44,1% bei Hausbesuchspatienten. Bei 54,1% der Personen, die einen Hausbesuch erhielten, lag eine Pflegestufe vor (vgl. Tab. 46).

3.7.3 Diagnosen und Dauermedikamente bei Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen

Durchschnittlich wurde ein Hausbesuchspatient mit 7,54 Medikamenten versorgt gegenüber den Patienten in der Praxis mit durchschnittlich 4,40 Medikamenten. Unter den Hausbesuchspatienten war ein wesentlich höherer Anteil von Dementen mit 25,8% als unter den Patienten mit Praxiskontakten (3,6%). Auch der Anteil der Diabetiker war mit 46,0% höher gegenüber 36,3% bei Patienten, die in der Praxis betreut wurden. Gleiches gilt für den Anteil der Depressiven mit 22,5% unter den Hausbesuchspatienten gegenüber 16,2% bei den Patienten, die in der Praxis gesehen wurden (vgl. Tab. 47).

Tabelle 47: Diagnosen und Dauermedikamente der Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen

Anzahl der Patienten		In der Praxis* (n=2.931)	Bei Hausbesuchen* (n=486)
Anzahl Dauerdiagnosen (Gruppen)	MW (SD) Min-Max	3,98 (2,40 0-14	5,57 (2,34) 0-14
Anteil Patienten mit Demenz		3,6 (n=104)	25,8% (n=125)
Anteil Patienten mit Diabetes mellitus		36,3 (n=1.061)	46,0% (n=223)
Anteil Patienten mit Depression		16,2 (n=474)	22,5% (n=109)

*Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und bei Hausbesuchen wurden in jede Gruppe einbezogen

3.7.4 Tätigkeitsgruppen bei Patienten in der Praxis und bei Hausbesuchen

Bei den Hausbesuchen wurden durchschnittlich mehr Tätigkeitsgruppen (2,08) angegeben als in der Praxis (1,65). Auch die Dauer der Kontakte war im Mittel bei den Hausbesuchen länger (14,01 vs. 11,15 Minuten). Einschließlich der Vor- und Nachbereitungszeit für Patientenkontakte ergab sich eine mittlere Dauer der Kontakte bei Hausbesuchen von 20,52 Minuten. Die Kontakte in der Praxis waren im Durchschnitt mit 15,83 Minuten fast 5 Minuten kürzer (vgl. Tab. 48).

Tabelle 48: Tätigkeitsgruppen in der Praxis und bei Hausbesuchen

Tätigkeitsgruppen		**In der Praxis* (n=3.431)**	**Bei Hausbesuchen* (n=594)**
Anzahl der genannten Tätigkeitsgruppen	MW (SD) Min-Max	1,65 (0,98) 0 - 7	2,08 (1,34) 0 - 8
Dauer aller dokumentierter Tätigkeiten	MW (SD) Min-Max	11,15 (11,01) 0 - 120	14,01 (11,64) 0 - 100
Dauer der Vor- und Nachbereitung	MW (SD) Min-Max	4,72 (5,44) 0 - 75	6,49 (7,04) 0 - 70
Gesamtdauer der Tätigkeit	MW (SD) Min-Max	15,83 (13,50) 0 - 155	20,52 (16,23) 3 – 145

*Patienten, die in der Praxis gesehen wurden und bei Hausbesuchen wurden in jede Gruppe einbezogen

3.7.5 Fahrtzeiten und Dauer der Hausbesuche

Die Fahrtzeit zu den Hausbesuchen dauerte durchschnittlich 11,23 Minuten und die Hausbesuche selbst im Mittel 16,72 Minuten. Fast ein Drittel (31%) der VERAH nutzten ein VERAHmobil um zu den Hausbesuchen zu gelangen, 41,2% nutzten ihren eigenen PKW und bei 18,5% stand ein Praxis-PKW zur Verfügung. Bei knapp der Hälfte (46,7%) der Hausbesuche wurde ein Hausbesuchsprotokoll erstellt (vgl. Tab. 49).

Tabelle 49: Dauer der Hausbesuche, Hausbesuchsprotokolle und Einbezug von Angehörigen bei Hausbesuchen

		Hausbesuchskontakte (n=594)
Dauer der Fahrtzeit	Median	10,00
	1. – 3. Quartil	5,00 – 15,00
Dauer der Hausbesuche	Median	15,00
	1. – 3. Quartil	10,00 - 20,00
Gesamtdauer pro Hausbesuch	Median	23,00
	1. – 3. Quartil	16,00 - 30,00
Verkehrsmittel	VERAHmobil	31% (n=161)
	Eigener PKW	41,2% (n=214)
	Praxis-PKW	18,5% (n=96)
	Zu Fuß	4,6% (n=24)
	PKW Arzt	3,7% (n=19)
Hausbesuchsprotokoll wurde erstellt		46,7% (n=241)
Gespräch mit Angehörigen wurde geführt		37,0% (n=189)

Die VERAH führten bei 37,0% der Hausbesuche auch Gespräche mit den Angehörigen. Insgesamt haben die VERAH für einen Hausbesuch durchschnittlich 26,57 Minuten aufgewendet. Der Median lag bei 23,00 Minuten (vgl. Tab. 49).

3.7.6 Zwischenzusammenfassung

Von VERAH besuchte Hausbesuchspatienten waren zu 95% älter als 65 Jahre. Ein Drittel lebte allein, etwas mehr als ein Viertel war in einer Pflegeeinrichtung untergebracht. Hausbesuchspatienten waren zumeist mehrfach chronisch erkrankt (multimorbide) und erhielten durchschnittlich 7,5 Dauermedikamente. Ein Viertel der Hausbesuchspatienten war an Demenz erkrankt, fast die Hälfte an Diabetes mellitus. Bei mehr als der Hälfte der Patienten bestand Pflegebedürftigkeit.

Bei den Hausbesuchen führten die VERAH durchschnittlich mehr Tätigkeiten durch als in der Praxis und die Tätigkeiten dauerten etwas länger (im Mittel 20 Min. vs. 15 Minuten).
Etwa einem Drittel der VERAH stand ein VERAHmobil zur Verfügung. Gespräche mit Angehörigen führten die VERAH bei 37% der Hausbesuche.

3.8 Arbeitszufriedenheit

Mit dem Warr-Cook-Wall-Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit konnten Vergleiche mit der VERAH-Evaluation 2010 bis 2011 durchgeführt werden. Wie schon in der Vorerhebung zeigte sich eine hohe Zufriedenheit in den qualitativen Bereichen der Arbeitszufriedenheit (Gestaltungsfreiheit, Abwechslung, Verantwortung, aber auch mit den Arbeitsstunden). Positiv fällt die hohe Gesamtzufriedenheit auf (vgl. Tab. 50).

Tabelle 50: Ergebnisse Warr-Cook-Wall-Fragebogen

	VERAH-Evaluation 2010-2011 (n=279)	VERAH-Evaluation 2013-2016 (n=78)
	MW (SD)	**MW (SD)**
Wie zufrieden sind Sie mit der psychischen Arbeitsbelastung?	5,14 (1,4)	5,40 (1,2)
Wie zufrieden sind Sie mit der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können?	5.52 (1,4)	5,49 (1,3)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen und Mitarbeitern?	5.75 (1,4)	5,69 (1,5)
Wie zufrieden sind Sie mit der Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen?	5,10 (1,6)	5,48 (1,5)
Wie zufrieden sind Sie mit der Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen?	5,48 (1,4)	5,74 (1,3)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Einkommen?	4,30 (1,7)	4,83 (1,8)
Wie zufrieden sind Sie mit der Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können?	5,18 (1,5)	5,53 (1,5)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Arbeitsstunden?	5,42 (1,4)	5,74 (1,2)
Wie zufrieden sind Sie mit dem Grad der Abwechslung Ihrer Arbeitsaufgaben?	5,62 (1,3)	5,91 (1,2)
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	5,64 (1,4)	6,01 (1,2)

Wertebereich 1(niedrig) – 7 (hoch)

3.9 Vorteile für die Patienten aus Sicht der VERAH

Im Rahmen der Zusatzerhebung sollte der Gewinn für Patienten, die in einen HzV-Vertrag eingeschrieben waren und von einer VERAH betreut wurden, aus Perspektive der VERAH aufgezeigt werden. Dazu wurden die teilnehmenden VERAH gebeten, Zusatzbögen als Freitextangaben innerhalb der Tätigkeitsprotokolle auszufüllen. Die Protokolle erfassten 60 Patientenkontakte, nach jeweils 15 Protokollen sollten die VERAH drei Tätigkeiten aus den letzten 15 Protokollen beschreiben, von denen Patienten ihrer Meinung nach am meisten profitierten. Darüber hinaus sollten die VERAH einschätzen, auf welche Weise die Patienten davon konkret profitiert haben.

Insgesamt 656 Freitextangaben von 85 teilnehmenden VERAH wurden ausgewertet. Einige Angaben wurden mehrfach kodiert, so dass insgesamt 981 Kodierungen den verschiedenen Kategorien zugeteilt werden konnten. Es wurden 9 Oberkategorien gebildet.

Ein Teil der Angaben bezog sich auf die Tätigkeiten, von denen Patienten aus Sicht der VERAH profitieren wie z.B. Beratung, diagnostische und medizinische Tätigkeiten, Hausbesuche oder Organisation für die Patienten. Ein weiterer Teil bezog sich darauf, auf welche Weise die Patienten von der VERAH-Betreuung profitieren (z.B. Motivation, Einbezug von Angehörigen, Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung). Abbildung 17 zeigt die Häufigkeit der Angaben zu jeder Oberkategorie.

Abbildung 17: Oberkategorien mit Angaben der Häufigkeiten

Codesystem	1345
Beratung	213
Diagnostische/medizinische Tätigkeiten	153
Organisation für Patienten	147
Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung	118
VERAH-Patienten-Verhältnis	116
Motivation	98
Hausbesuche	61
DMP	36
Einbezug von Angehörigen	28
Sonstiges	11
keine Angabe	364

3.9.1 Kategorie „Beratung“

Aus Sicht der VERAH profitieren Patienten von Beratungstätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen (vgl. Abb. 18), wie z.B. Beratungen im Rahmen des Medikamentenmanagements (n=71). VERAH besprechen gemeinsam mit dem Patienten Medikamentenpläne, erklären Einnahmeschemata, rabattierte Medikamente oder Nebenwirkungen. Sie vergleichen die eingenommene Medikation mit dem Einnahmeplan und passen diesen ggf. nach Rücksprache mit dem Arzt an.

> *„Medikamente sind manchmal unüberschaubar. Durch die verschiedenen rabattierten Medikamente kommen ältere Patienten ganz schnell durcheinander. Patienten fühlen sich durch die Beratung sicherer, die Beaufsichtigung der Medikamente gibt ihnen eine Motivation zur regelmäßigen Einnahme.“ VERAH 16-1*

Abbildung 18: Übersicht zur Kategorie „Beratung“

Beratung	0
Medikamentenmanagement	8
Medikamentenkontrolle	13
Medikamentenberatung/-aufklärung	39
Medikamente vergleichen	11
Impfmanagement	47
Informiertheit	14
Informationen zu Pflege	1
Information zu Zusatzleistungen	6
Informationen zu sozialer Hilfe	3
Besser über Krankheit informiert	28
Gesündere Lebensführung	20
Ernährungsberatung	11
Patientenschulungen	10
Telefonische Beratung	2

Weiterhin sind VERAH innerhalb des Impfmanagements (n=47) beratend tätig. Hier profitieren die Patienten aus VERAH-Sicht besonders von kompetenten Beratungen und Informationen zu Reiseimpfungen, Impfnutzen und –risiken sowie Informationen zu Impfauffrischungen.

Zusätzlich nannten die VERAH Beratungen bezüglich gesunder Lebensführung (n=20). Patienten wurden z.B. hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten aufgeklärt und beraten, inwieweit ein gesünderer Lebenswandel ihre Erkrankungen positiv beeinflussen kann.

Eine zusätzliche Ernährungsberatung (n=11) hilft den Patienten aus Sicht der VERAH bei Gewichtsproblemen und regten an besser einzuschätzen, welche Lebensmittel von Vorteil sind.

> *„Lebensführung, Ernährungsberatung: Patienten wussten zuvor nicht was wichtig und richtig für ihren Körper ist. Nach Aufklärung sind sie sicherer.“ VERAH 43-1*

Im Rahmen von Patientenschulungen (n=10) wurden die Patienten z.B. hinsichtlich des Umgangs mit Blutzucker- und Blutdruckmessgeräten oder zum Umgang mit verschiedenen Erkrankungen, wie Diabetes, KHK oder Hypertonie beraten.

Aus VERAH-Sicht sind die Patienten durch Beratungen und Informationen besser über ihre Krankheit informiert (n=28). Sie verstehen z.B. besser, wie sie sich auf ihre (chronische) Erkrankung einstellen und damit auseinandersetzen können.

3.9.2 Kategorie „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“

VERAH geben an, dass Patienten im Rahmen von diagnostischen und medizinischen Tätigkeiten besonders vom Wundmanagement (n=39) und Routine- und Kontrolluntersuchungen (n=47) profitieren (vgl. Abb. 19).

Abbildung 19: Übersicht zur Kategorie „Diagnostische/medizinische Tätigkeiten“

Diagnostische/medizinische Tätigkeiten	0
Routineuntersuchungen-/kontrollen	37
Laborwerte kontrollieren	10
Wundmanagement	39
Injektionen	17
Geriatrisches Assessment	13
Früherkennungsuntersuchungen	11
Gesundheitsuntersuchungen	7
Ohrspülung	4
Beurteilung körperlicher Zustand	3
Beurteilung psychischer Zustand	4
Infusionen anlegen	3
Vorbereiten von Untersuchungen	2
Lungenfunktionstest	1
Belastungs-EKG	1
Langzeit RR	1

Durch das professionelle Versorgen von chronischen Wunden, regelmäßige Kontrollen, Verbandswechsel oder Fäden Ziehen, erfahren die Patienten aus der Perspektive der VERAH eine optimale Wundbetreuung, die zu Schmerzlinderung und schnellerer Heilung führt.

> *„Verbandswechsel wird korrekter ausgeführt. Durch das Wundmanagement im Kurs kann ich Wunden und Verbände besser beurteilen und anlegen.“ VERAH 18-1*

Routine- und Kontrolluntersuchungen tragen laut VERAH dazu bei, mit den Patienten in regelmäßigem Austausch über die Erkrankung zu bleiben, sie über ihre Krankheitsverläufe und Laborwerte zu informieren sowie zu weiteren Kontrollterminen zu motivieren.

3.9.3 Kategorie „Organisation für den Patienten“

Die Patienten profitieren aus VERAH-Sicht von einer umfassenderen Organisation, die soziale und medizinische Aspekte einbezieht. Sie führen Case Management durch (n=24), organisieren den Zugang zu verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen (n=23), wie Kliniken, Reha-Kliniken, Physiotherapie oder spezialisierten Fachärzten. Durch die gute Kommunikation zu Facharztpraxen, können VERAH schneller Termine für die Patienten bei diesen vereinbaren (n=17) (vgl. Abb. 20).

Abbildung 20: Übersicht zur Kategorie „Organisation für Patienten“

Organisation für Patienten	0
Case-Management	24
Zugang zum Gesundheitssystem	0
Zugang zu anderen Einrichtungen	23
(schnellere) Facharzttermine	17
Anträge	15
Zugang zu Pflege	17
Beratung Pflegestufe	6
Organisation "Sozialarbeit"	5
Selbstständigkeit des Pat. bewahren/fördern	15
Heil- und Hilfsmittel	12
Organisation des Behandlungsprozesses	5
Dokumentation	2
Organisation/Absprache/Austausch mit anderen Einric...	3
Engmaschige Betreuung	1
Hilfe zur Selbsthilfe/Selbstmanagement	2

VERAH unterstützen und beraten die Patienten bei Pflege- oder Reha-Anträgen (n=15), kümmern sich um die Förderung und den Erhalt der Selbstständigkeit (n=15), indem sie die (auch häusliche) Situation der Patienten einschätzen, vorhandene Ressourcen fördern oder Unterstützung organisieren.

> *„Selbstständigkeit der Patienten. Viele wissen nicht was ihnen alles zusteht oder wer Hilfe leisten kann. Patienten können ihre vorhandenen Ressourcen besser einsetzen.“ VERAH 59-1*

Weiterhin organisieren sie Heil- und Hilfsmittel (n=12) kümmern sich um Zugang zu Pflegeeinrichtungen/Pflegestufen (n=23) und betreuen den gesamten Behandlungsprozess organisatorisch (n=18).

> *„Jahresbehandlungsplan erstellen: gute Übersicht für anstehende Facharztkontrollen, ggf. Terminabsprache, Vorbereitung aller notwendiger Unterlagen. Übersichtlich für Patienten, er kann in Ruhe Termine abmachen und fühlt sich gut behandelt.“ VERAH 49-1*

3.9.4 Kategorie „Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung“

Nach Meinung der VERAH haben die Patienten klare zeitliche Vorteile durch deren Betreuung (n=52). Gründe dafür bestehen aus Sicht der VERAH in der speziellen Qualifizierung, durch die sie beispielsweise in der Lage sind, Tätigkeiten durchzuführen, für die die Patienten ansonsten andere Einrichtungen hätten aufsuchen müssen (vgl. Abb. 21).

Weiterhin können sie viele Tätigkeiten ohne lange Wartezeiten oder bei Hausbesuchen durchführen, so dass der Patient nicht zusätzliche Termine ausmachen oder in die Praxis kommen muss.

> *„Impfberatung: Patient muss nicht für die normale Sprechstunde warten, wird von der VERAH betreut, die Impfbuchkontrolle und Impfung vornimmt.“ VERAH 1-1*

Abbildung 21: Übersicht zu „Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung

Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung	0
Kürzere Wartezeit/Zeitersparnis für Patienten	52
Lebensqualität/ Verringerung von Beschwerden	34
Erfahrung/Wissen der VERAH	18
mehr Zeit	10
Filterfunktion für Arzt	4

Einen weiteren Vorteil für die Patienten sehen die VERAH in der Verringerung der Beschwerden und somit Verbesserung der Lebensqualität der Patienten (n=34) durch ihre diagnostischen/medizinischen aber auch beratenden Tätigkeiten.

Die VERAH beschreiben, dass sie durch die VERAH-Weiterbildung besondere Kompetenzen und spezielles Wissen erlangt haben, um die Patientenversorgung zu optimieren (n=18). Weiterhin profitieren die Patienten aus VERAH-Sicht von vermehrten zeitlichen Ressourcen der VERAH bei Gesprächen in der Praxis und im häuslichen Umfeld (n=10) und erleben sich als Filterfunktion für den Arzt, indem sie alle relevanten Patienteninformationen zusammenfassen und weitergeben (n=4).

3.9.5 Kategorie „VERAH-Patienten-Verhältnis“

Aus Sicht der VERAH besteht eine besondere Kommunikation zwischen ihnen und *ihren* Patienten (n=19). Diese fühlen sich durch die Tätigkeiten der VERAH z.B. gut betreut und sicher (n=26). In Gesprächen können Probleme angesprochen und geklärt werden (n=17), die VERAH helfen den Patienten Ängste abzubauen oder zu mildern (n=18) und leisten psychische Unterstützung (n=6) (vgl. auch Abb. 22).

> *„Für den Patienten Zeit haben, um ein Gespräch zu führen, ist für die Patienten oft wichtiger, als sonstige Leistungen. Dem Patienten zeigen, dass es mir wichtig ist, was er mir gerade erzählt. Eventuell ihm auch nützliche Tipps geben zu können oder auch einmal nur Mut und Zuversicht zuzusprechen.“, VERAH 40-1*

> *„Ängste und Probleme der Patienten werden besprochen und ausgeräumt.“ VERAH 77-1.*

Die Patienten haben neben dem Arzt eine weitere direkte Ansprechpartnerin (n=8) zu der ein besonderes Vertrauensverhältnis (n=14) besteht.

> *„Patienten haben einen weiteren Ansprechpartner. Sie können mit Fragen bezüglich der Ernährung, Insulineinstellung, BZ-Geräte oder Stechhilfen auch zu mir kommen.“ VERAH 1-1*

Abbildung 22: Übersicht zur Kategorie „VERAH-Patienten-Verhältnis“

VERAH-Patienten-Verhältnis	0
Kommunikation zwischen VERAH und Patient	19
Psychologischer Kontext	0
Patienten fühlen sich sicherer/gut betreut	26
Ängste besprechen/nehmen	18
Psychische Unterstützung	5
Einfühlsamkeit	3
Patienten können besser mit Erkrankung umgehen	2
Schamgefühl nehmen	1
Gespräche	17
Vertrauensverhältnis	14
VERAH als weitere/direkte Ansprechpartnerin	8
Zuhören	3

3.9.6 Kategorie „Motivation“

Die VERAH gaben an, dass sie Patienten motivieren regelmäßig Routine- und Kontrolluntersuchungen in der Praxis wahrzunehmen (n=36). Weiterhin würden sie zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten (n=20) und einer gesünderen Lebensführung und Ernährung (n=17) motivieren. Die Patienten werden aus VERAH-Sicht dazu motiviert, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen (n=9) sowie regelmäßig Impftermine (n=4), Vorsorgeuntersuchungen (n=3) und DMP-Termine (n=3) wahrzunehmen. Teilnehmende VERAH berichteten, dass Gespräche mit dem Patienten und die enge persönliche Betreuung zur allgemeinen Motivation beitragen (n=6) (vgl. Abb. 23).

Abbildung 23: Übersicht zur Kategorie „Motivation“

Motivation	0
Motivation Routine-/Kontrolluntersuchungen	36
Motivation Medikamente	20
Motivation Ernährung/Gesündere Lebensführung	17
Motivation sich mit Erkrankung auseinanderzusetzen	9
Motivation Impfen	4
Motivation Vorsorge	3
Motivation DMP	3
Motivation durch Betreuung/Gespräche	5
Motivation Hilfe anzunehmen	1

3.9.7 Kategorie „Hausbesuche“

VERAH geben an, dass durch ihre Hausbesuche besonders ältere, immobile Patienten entlastet werden, da sie nicht in die Hausarztpraxis kommen müssen (n=21). Tätigkeiten, die VERAH bei Hausbesuchen durchführen sind unter anderem diagnostische/medizinische Tätigkeiten (n=24) (z.B. Injektionen), Routine- und Kontrolluntersuchungen (z.B. Blutabnahme) oder Medikamentenkontrolle, aber auch Wundmanagement oder Geriatrisches Assessment (vgl. Abb. 24).

Abbildung 24: Übersicht zur Kategorie „Hausbesuche“

Hausbesuche	0
(Immobile) Patienten müssen nicht in Praxis kommen	21
medizinisch/diagnostische Tätigkeiten	5
Wundmanagement	3
Routine- und Kontrolluntersuchungen	16
Untersuchung des häuslichen Umfeldes	4
Unterstützung von Angehörigen	5
psychosoziale Unterstützung	2
Lebensführung	1
Selbstständigkeit	1
Motivation	1
Lebensqualität	1
Vertrauensverhältnis	1

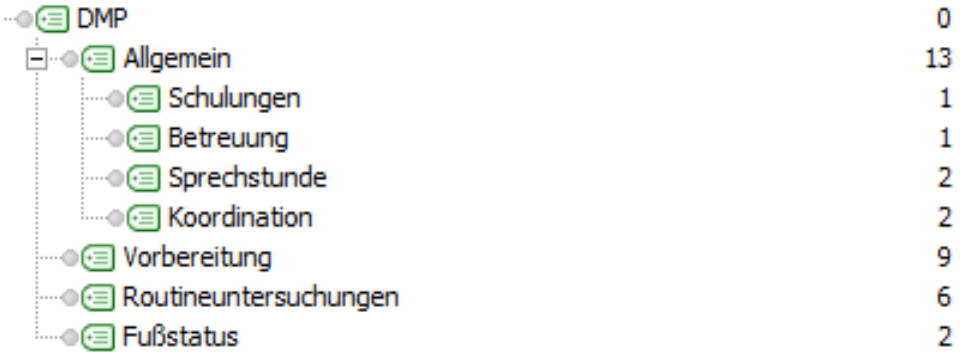
Beim Hausbesuch können VERAH das häusliche Umfeld der Patienten begutachten (n=4), z.B. „Stolperfallen“ identifizieren, beseitigen und das Sturzrisiko somit minimieren und die Angehörigen unterstützen (n=5).

> *„Hausbesuchspatienten erhalten schneller Hilfe, wie z.B. häusliche Pflege. Man erkennt, wann der Patient sich nicht mehr optimal selbst versorgen kann.“ VERAH 13-2*

3.9.8 Kategorie „Disease-Management-Programme“ (DMP)

Im Rahmen von DMP übernehmen VERAH verschiedene Tätigkeiten, von denen Patienten profitieren. Sie führen strukturierte Vorarbeiten durch (z.B. Dokumente, Vorbereitung von Untersuchungen) (n=9), erledigen Routine- und Kontrolluntersuchungen für das DMP (n=6) oder erheben den Fußstatus bei Diabetikern (n=2). VERAH führen die Patienten durch die DMP-Sprechstunde, koordinieren, betreuen, terminieren und schulen die Patienten und schreiben sie in das Programm ein (n=19) (vgl. Abb. 25).

Abbildung 25: Übersicht zur Kategorie „Disease-Management-Programme (DMP)“



3.9.9 Kategorie „Einbezug von Angehörigen“

In der Kategorie „Einbezug von Angehörigen“ gab es 28 Nennungen, die nicht weiter unterteilt wurden. Bei der Patientenbetreuung beziehen VERAH regelmäßig die Angehörigen in Versorgungsprozesse ein (n=28). Sie informieren die Angehörigen beispielsweise über Heil- und Hilfsmittel, Pflegestufen oder besprechen Sorgen und Ängste. Aus Sicht der VERAH können Angehörige durch ihre Beratung z.B. die Pflegebedürftigkeit besser einschätzen oder können sich besser auf die aktuelle Situation einstellen. VERAH beraten und betreuen die Angehörigen sowohl bei Hausbesuchen als auch in der Praxis oder telefonisch.

> *„Gespräche mit den Angehörigen erleichtern den Umgang mit und die Versorgung des Patienten. Die Lebensqualität des Patienten und der Angehörigen wird dadurch verbessert.“ VERAH 80-1*

3.9.10 Zwischenzusammenfassung

VERAH sehen den Gewinn ihrer Tätigkeit für die Patienten zunächst durch ihre beratenden, niedrigschwelligen Angebote, z.B. im Rahmen der Informationsübermittlung an Patienten. Sie sehen sich darüber hinaus als Motivator, können beim Zugang zum Gesundheitssystem unterstützen und Hilfestellungen beim Erlangen von Sozialleistungen (z.B. bei Antragsverfahren) geben. Durch ihre Tätigkeiten kann aus Sicht der VERAH die Lebensqualität der Patienten erkennbar verbessert werden. Sie füllen die Schnittstellen zwischen dem Patienten und anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem. Die Ergebnisse zeigen, dass sich VERAH in einer wichtigen Vertrauensposition innerhalb des Praxisteams sehen.

3.10 Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen

In einer offenen Frage sollten die Teilnehmerinnen angeben, ob sie das Gefühl haben, dass die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten besser funktioniert, seitdem sie VERAH sind.

Von 83 befragten VERAH gaben 40 an, dass die Weiterbildung keinen Einfluss auf die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten hatte.

43 VERAH gaben jedoch an, dass ihre Weiterbildung zur VERAH die Zusammenarbeit mit Pflegediensten verbessert hat. Zur Verbesserung tragen laut VERAH u.a. folgende Punkte bei: Bessere Einblicke in die Strukturen und eine bessere Zusammenarbeit, aufgrund von Praktika im Rahmen der Weiterbildung.

4. Diskussion und Schlussfolgerung

Auf der Basis von detaillierten Tätigkeitsprotokollen sollte der Einsatz von VERAH in der HzV-Baden-Württemberg erstmals ausführlicher und umfassender dargestellt werden. Es wurden VERAH-spezifische Tätigkeiten identifiziert und gezielt erhoben, welche Tätigkeiten bei welchen Patienten tatsächlich durchgeführt werden. Die auf diese Weise erreichte Dokumentation ist eine wichtige Voraussetzung, um patientenrelevante Outcomes für die folgende Patientenbefragung zu definieren.

Als VERAH-spezifisch konnten v.a. Tätigkeiten identifiziert werden, die beratenden Charakter haben. Diese Tätigkeiten wurden einerseits von den VERAH als „eher nicht von MFA übernommen“ und andererseits als solche Tätigkeiten eingeschätzt, von denen Patienten wirklich profitieren können. Auch in verschiedenen anderen Ländern, wie z.B. den USA, entwickelte sich die Rolle der medizinischen Fachkraft (Assistentinnen in der Arztpraxis ohne qualifizierten medizinischen Berufsabschluss) zu sogenannten „Health Coaches“, die Patienten beim Selbstmanagement unterstützen. Sie beraten zu Krankheiten, Lebensstilveränderungen oder motivieren zur Medikamenteneinnahme. Sie unterstützen die Patienten dabei, aktiv ihre Gesundheit zu beeinflussen. Durch die Unterstützung dieser Assistentinnen haben die betreuten Patienten bessere Blutdruckwerte, Blutzucker- oder Cholesterinwerte oder auch einen niedrigeren Body-Mass-Index (BMI) (Bodenheimer et al. 2014).

Diese VERAH-spezifischen Tätigkeiten sind zeitintensiver als die – ebenfalls übernommenen – MFA-Arbeitstätigkeiten in der Praxis und können daher die Grundlage für die in der nächsten Phase durchzuführende Patientenbefragung bilden, da die Tätigkeiten aufgrund der Länge der Zeit am Patienten (Median 13 bis 17 Minuten) vermutlich sehr bewusst vom Patienten wahrgenommen werden können.

Die VERAH in der HzV betreuen offensichtlich die Patientengruppen, für die sie vorgesehen sind: Ältere, chronisch kranke, multimorbide, eher pflegebedürftige Patienten. Vor allem bei den Hausbesuchskontakten war ein Großteil der Patienten pflegebedürftig oder im Pflegeheim untergebracht. Ein hoher Anteil der Hausbesuchspatienten litt an Demenz oder Diabetes mellitus. Gerade bei Hausbesuchen setzten die VERAH ihre umfassende Betreuung ein, berieten Angehörige und unterstützten beim psychosozialen Bedarf der Patienten.

Die Betreuung bei Hausbesuchen hat aus diesem Grund auch weitere spezifische Qualifizierungskonzepte für MFA beeinflusst (Gerlach et al. 2011) und sollte bei der folgenden Patientenbefragung Berücksichtigung finden.

In der Zusatzbefragung konnte aus Sicht der VERAH gezeigt werden, wovon ihrer Meinung nach die Patienten profitieren. Dabei fielen vor allem beratende Merkmale auf (wie z.B. Beratung zu Medika-

menten- oder Impfmanagement oder Informationen für die Patienten zum Krankheitsverständnis oder zur Lebensführung), aber auch organisatorische Aspekte wie die gezielte Unterstützung beim Zugang zu anderen Einrichtungen. Zudem wurde deutlich, dass die VERAH nach eigener Einschätzung das Vertrauen der Patienten genießen und mit ihrer Betreuung die Lebensqualität der Patienten verbessern können. Aus anderen Studien ist bekannt, dass eine intensive Betreuung durch MFA die Bindung der Patienten zur Hausarztpraxis stärken kann (Gensichen et al. 2012) bzw. durch die Betreuung von Pflegekräften die Lebensqualität der Patienten verbessert werden kann (Martinez-González et al. 2014).

In den Tätigkeitsprotokollen wurden einerseits die bekannten Obergruppen zu jeder Tätigkeit erfasst. Daneben machten die VERAH in Freitextfeldern noch detaillierte Angaben dazu, welche Tätigkeiten innerhalb der jeweiligen Tätigkeitsgruppen (z.B. Medikamentenmanagement) sie konkret durchgeführt haben. Diese detaillierten Angaben werden zurzeit ausgewertet. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Tätigkeiten im Rahmen des DMP in fast allen Tätigkeitsgruppen eine Rolle spielen (z.B. bei der Erhebung des körperlichen Status, beim Case Management, bei Routine- und Kontrolluntersuchungen oder beim Medikamentenmanagement). Dies betrifft vor allem auch die große Gruppe der Patienten mit Diabetes mellitus.

IV. Arbeitspaket IV

1. Einleitung

Der Schwerpunkt der im Rahmen des Arbeitspakets IV bearbeiteten Teilaufgabe 1 liegt in der Betrachtung der **Versorgungsqualität geriatrischer Versicherter**.

Der vorliegende Ergebnisbericht zur Evaluation der Versorgungsqualität geriatrischer Versicherter beschreibt die Ziele der Evaluation, die Indikatoren für die Leistungs- und Qualitätsbewertung und ihre Operationalisierung, die Evaluationsmethoden und die zur Evaluation herangezogenen Daten auf Grundlage der Auswertung der ersten Datenlieferung.

1.1 Besonderheiten geriatrischer Versicherter

Ältere Versicherte bilden einen großen Teil der Klientel der Hausarztpraxen und weisen wegen erhöhter Morbidität, Chronizität und Komplexität einen erhöhten Behandlungsbedarf auf. In der gerontologisch-geriatrischen Fachliteratur herrscht keine Einigkeit über die Eingrenzung des geriatrischen Versorgungsbereichs nach Alter, Ko- und Multimorbidität und Versorgungsbedarf. Um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, werden in die Studie alle Versicherten mit einem Lebensalter > 64 Jahre als Grundgesamtheit eingeschlossen. Es werden Subgruppen mit höherem Alter und erhöhtem Versorgungsbedarf gebildet (s. weiter unten), um den im Alter sich rapide verändernden Bedarf an einer qualitativ hochwertigen Versorgung abzubilden.

Es hat sich gezeigt, dass in die HzV eingeschriebene Versicherte insgesamt älter sind und eine höhere Morbiditätslast haben als nicht eingeschriebene Versicherte (Freund et al. 2010, Abschlussbericht zur HzV-Evaluation der Phase 1 in Baden-Württemberg 2013). Dabei wiesen multimorbide Patienten eine deutlich erhöhte Anzahl von jährlichen Arztkontakten auf (Bussche und Scherer 2011, S. 82). Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an chronischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme ärztlicher bzw. medizinischer Leistungen ist wiederum mit erhöhten Kosten verbunden (Lehnert und König 2012; Brilleman et al. 2011).

Geriatrische Patienten benötigen besonders häufige Pflegeleistungen. So zeigen sich deutliche merkmalsbezogene Überschneidungen von Versicherten mit Inanspruchnahme geriatrischer Versorgungsleistungen und Versicherten mit Pflegestufe (Meinck et al. 2012). So ist für Versicherte mit Pflegestufe gegenüber Versicherten ohne Pflegestufe die Wahrscheinlichkeit, geriatrisch versorgt zu werden, rund 5-fach erhöht. (Meinck et al. 2012). Auch geht das Vorliegen geriatrietypischer Merkmalskomplexe mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Versterben, Heimübertritt, Anstieg des Pflegebedarfs und Krankenhausinanspruchnahme im Folgejahr im Sinne erhöhter Risikokonstellationen einher. (Meinck und Lübke 2013).

Ein Großteil der Medikamentenverschreibungen betrifft ältere Patienten, welche in der Folge auch besonders häufig von Polymedikation, d.h. der Verschreibung mehreren Medikamente gleichzeitig, betroffen sind (Holt et al. 2010). Diese führt, verstärkt durch im Alter nachlassende Organfunktionen in Form von Leber- und Niereninsuffizienz, vermehrt zu Arzneimittelinteraktionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen, welche letztlich für einen erheblichen Anteil an Krankenhausaufnahmen und auch für eine erhöhte Sterblichkeit verantwortlich sind (Garfinkel et al. 2007). Ein rationaler Umgang mit Medikamentenverschreibungen ist daher gerade bei geriatrischen Patienten anzustreben.
Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit dem Lebensalter in exponentiell steigendem Maße zu und stellt besonders komplexe Versorgungsprobleme. Inzwischen leiden in der Bundesrepublik bereits etwa 2% der erwachsenen Bevölkerung an einer Demenz.
Bei der Interpretation der spezifizierten Messgrößen muss grundsätzlich in der folgenden Studie berücksichtigt werden, dass die Zielsetzung sich mit der sehr diversen Bedarfslage unter den älteren Versicherten stark verändern kann: Von Überversorgung zu Unterversorgung. So ist ein rationaler und kooperativer Umgang mit den Möglichkeiten der spezialistischen Versorgung grundsätzlich anzustreben. Es ist jedoch bekannt, dass z.B. bei Pflegeheimbewohnern eine angemessene spezialistische Versorgung oft nur schwer zu gewährleisten ist. Daher sind die bei den Indikatoren / Messgrößen jeweils angegebenen Subgruppenanalysen durchaus wichtig.

1.2. Wirkungen aus dem HzV-Vertrag und erwartete Konsequenzen

In der vorliegenden Analyse wird die Versorgungsqualität bei älteren Versicherten zwischen HzV-eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten verglichen. Wir gehen im Rahmen dieser Evaluationsstudie grundsätzlich davon aus, dass im Studienzeitraum (2011-2012, in späteren Verlaufsbeobachtungen werden längere Beobachtungen bis einschließlich 2014 möglich sein) die HzV bereits flächendeckend implementiert war (jeweils mehr als 50% der Hausärzte und der AOK-Versicherten eingeschlossen), also kein „Vorher-Nachher-Effekt“ mehr im Vordergrund steht. Die Umsetzung der Vertragsinhalte soll sich primär vielmehr in Indikatoren der Versorgungsqualität im Vergleich zu älteren Versicherten, die nicht an der HzV teilnehmen, darstellen lassen. Die wirksame Implementierung solcher Vertragsinhalte in die hausärztliche Versorgung setzt die Veränderung langjährig eingeübter Routinen von Praxen und Patienten voraus und braucht generell immer eine erhebliche Zeit. Auch in Studien, die den Effekt von Leitlinienimplementierungen untersuchen, zeigte sich in der Regel nur ein schwacher bis moderater Effekt auf die Verbesserung der Versorgungsqualität (Grol 2001; Grimshaw et al. 2004). In den bisherigen Untersuchungen des Effekts von Qualitätszirkeln auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten in Deutschland zeigten sich ebenfalls jeweils eher kleinschrittige, moderate Auswirkungen (Wensing et al. 2009). Die Effekte sind allerdings in der Regel nachhaltig und können durch ein angemessenes Vergütungssystem wirksam unterstützt werden. Im

Bereich der Versorgung älterer Versicherter bzw. geriatrischer Patienten gilt dies besonders, weil hier besonders komplexe Neben- und Randbedingungen zu beachten sind.

Angesichts der Höhe der Teilnehmerzahlen ist die Evaluation allerdings in der Lage, auch kleine bis moderate Effekte erkennen zu können.

Aus den Inhalten des HzV-Vertrags[3] erwarten wir insbesondere folgende Wirkmechanismen:

- Einschreibung in eine feste Hausarztpraxis als primären Ansprech- und Koordinationspartner, Hausarztbindung
- Stärkung der Koordinationsfunktion (insbesondere bei Überweisungen)
- Durch (erhöhte) Pauschalierung die Möglichkeit für die Praxen, auch Patienten mit komplexeren Bedürfnissen besser versorgen zu können
- Förderung des Einsatzes von VERAH bei der Versorgung chronisch Kranker
- Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, insbesondere in dem hier sehr wichtigen Bereich der Pharmakotherapie (durch Qualitätszirkel, in denen im Studienzeitraum mehrfach geriatrierelevante Themen bearbeitet wurden) und die Zusatzqualifikation für Geriatrie
- Bearbeitung und Umsetzung hausärztlicher Leitlinien
- die verstärkte Einschreibung in und Umsetzung von DMP. Dies wird nach den Erfahrungen aus dem Vorprojekt nicht als konkurrierender Einflußfaktor, sondern als Komponente der HzV-Wirkung angesehen und an älteren Patienten mit Diabetes genauer untersucht

1.3 Ziele der Studie

Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg nach § 73b SGB V soll primär eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung für eingeschriebene AOK-Versicherte sicherstellen.

Konkret werden zur Umsetzung folgende Ziele angestrebt:

- Flächendeckende Sicherstellung nach § 73b
- Ausbau der hausärztlichen Lotsenfunktion
- Vermeidung von Über-, Fehl- oder Unterversorgung
- Steigerung der Behandlungsqualität
- Reduzierung unnötiger Kosten
- Attraktive und einfache Vergütungsstruktur
- bessere Ergebnisqualität
- höhere Zufriedenheit von Versicherten
- höhere Zufriedenheit von Ärzten

[3] In der Fassung von 2008, Die Neufassung von 2013, die auf Koordination und chronische Krankheit noch stärker fokussiert, können wir in dieser Studie noch nicht abbilden.

Im Rahmen der Evaluation der Versorgungsqualität geriatrischer Patienten liegt der Fokus vor allem auf der Überprüfung der Behandlungskoordination und der Behandlungsqualität. Beleuchtet werden verschiedene Versorgungsbereiche. Aus den beschriebenen Besonderheiten geriatrischer Patienten ergeben sich folgende Aspekte geriatrischer Versorgungsqualität:

- Behandlungskoordination (Inanspruchnahme)
- Qualität der Medikation
- Prävention
- Pflegebedürftigkeit
- Ausgewählte Erkrankung: Diabetes

Die einzelnen Aspekte werden jeweils weiter untergliedert und mittels geeigneter Indikatoren und Messgrößen untersucht.

2.Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Evaluationsstudie auf Basis von Routinedaten. In die HzV eingeschriebene Versicherte wurden mit nicht in die HzV eingeschriebenen Versicherten in einer querschnittlichen Untersuchung jeweils für das Jahr 2011 und 2012 verglichen. Da keine randomisierte Zuteilung in Interventions- und Kontrollgruppe möglich ist, müssen statistisch aufwendigere Verfahren der Adjustierung der beiden Gruppen angewandt werden. In dieser Studie werden daher Verfahren der *multiplen Regression* benutzt.

Im Gegensatz zu einer kontrollierten klinischen Studie gibt es hier *zahlreiche* Zielgrößen, die summativ evaluiert werden. Einige der gewählten Evaluations-Indikatoren haben zudem formativen Charakter und können auf Optimierungschancen in der Versorgungssituation aufmerksam machen, welche durch zukünftige HzV-Vertragsanpassungen gelöst werden können.

Das Studienvorhaben wurde der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt vorgelegt und von dieser am 03.12.2013 ohne Bedenken zur Kenntnis genommen (Gesch-Nr. 470/13).

2.2 Datengrundlage

Die Analyse basiert auf den Routinedaten aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die im Zeitraum von 01.01.2011 bis 31.12.2012 durchgehend versichert waren. Die übermittelte Datenbasis wurde in einem „Minimum Data Set“ exakt definiert. Dieses enthält pseudonymisierte Daten über Ärzte, Betriebsstätten und Versicherte sowie HzV-Teilnahme, DMP-Teilnahme, Pflegestufe oder Heimunterbringung. Weiterhin enthält das MDS Daten zu erbrachten EBM-Leistungen, Verordnungen, ambulanten Diagnosen, stationären Behandlungen und Diagnosen.

Die Daten werden von (dem Datendienstleister) der AOK Baden-Württemberg an das zertifizierte AQUA-Institut, Göttingen, verschlüsselt übermittelt, dort auf Plausibilität überprüft und für die Studienzwecke aufbereitet. Die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung wurden von der AOK, den Instituten für Allgemeinmedizin in Frankfurt und Heidelberg und dem AQUA-Institut besprochen, sowie Anpassungen für die Datenlieferungen im weiteren Projektverlauf festgelegt. Zudem hat das AQUA-Institut die gemeinsam mit den Instituten für Allgemeinmedizin in Frankfurt und Heidelberg definierten Ausschlusskriterien (siehe 2.4) umgesetzt, eine Hausarztzuordnung für die Nicht-HzV-Versicherten erstellt und weitere grundlegende Kovariaten berechnet. AQUA berechnete zudem die Messgrößen, aus denen die definierten Indikatoren bestimmt (siehe 2.7) werden. Die geprüften und aufbereiteten Daten wurden anschließend an die Institute für Allgemeinmedizin in Frankfurt und Heidelberg übermittelt.

Das Institut in Frankfurt erzeugte die Ergebnistabellen für die biostatistische Auswertung, die an die für Arbeitspaket 4 beauftragten Biometriker des Instituts für Medizinische Biometrie und Informatik der Universität Heidelberg weitergegeben wurden.

Die Bestimmung des Index-Hausarztes wurde nach Anwendung eines vordefinierten Algorithmus durchgeführt (detailliert siehe im Anhang, Abschnitt 6)

2.3 Datenaufbereitung

Eingeschlossen wurden alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Wohnsitz in Baden-Württemberg, die im Studienzeitraum durchgängig versichert waren, volljährig waren und nicht in ein anderes Versorgungsmodell (basierend auf §73b/c SGB V oder integrierte Versorgung basierend auf §63 oder §140 SGV V) eingeschrieben waren. Die Anwendung aller Ausschlusskriterien und die Indexierung der Ärzte und Praxen erfolgten je Berichtsjahr.

Die Ausschlusskriterien sind in der Abb. 1 für 2012 schematisch dargestellt, für 2011 siehe Abb. 26 im Anhang. Als weiteres Einschlusskriterium galt ein Alter von 65 Jahren am 01.01.2011 bzw. am 01.01.2012.

Abbildung 26: Schematische Übersicht der Datenfilterung für 2011

Die so definierte Untersuchungspopulation wurde anhand der HzV-Teilnahme in eine **HzV-** und **Nicht-HzV-Gruppe** unterteilt.

2.4 Subgruppenanalysen

Die untersuchte Population der geriatrischen Versicherten ist sehr heterogen, daher wurden bestimmte Subgruppen gezielt untersucht.

Vordefinierte Subgruppen wurden wie folgt definiert:

a) Hochaltrige – definiert als alle vorstehend eingeschlossenen Versicherten, die am 01.01.2011 das 80. Lebensjahr vollendet hatten.

b) Pflegebedürftige – definiert als Versicherte, denen im Analysezeitraum / Jahr eine Pflegestufe (per 31.12. des Beobachtungsjahres) zugeordnet war.

c) Pflegeheimbewohner – Versicherte, die am 31.12. des Jahres in einem Pflegeheim wohnten.

2.5 Statistische Analyse

Die Auswertungen beziehen sich auf eine Querschnittserhebung aus den Jahren 2011 und 2012. Ziel ist es, die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) anhand von Indikatoren zu evaluieren. Es werden deskriptive Auswertungen der Indikatoren, sowie der Versicherten- und Arzt- bzw. Praxischarakteristika berichtet, sowie Regressionsmodelle betrachtet, in welchen adjustierte Effekte der HzV beschrieben werden können.

Es wird grundsätzlich von einem zweistufigen Datenmodell ausgegangen: Versicherte mit bestimmten Eigenschaften befinden sich bei Ärzten mit bestimmten Eigenschaften in (hausärztlicher) Behandlung, welche wiederum in Praxen[4] mit bestimmten Eigenschaften tätig sind. Mithin ist ein zweistufiges Mehrebenenmodell für die Hypothesenprüfung erforderlich.

In der Auswertung werden folgende Kovariablen berücksichtigt:

2.5.1 Versichertenebene

- Alter (in Jahren)
- Geschlecht (Referenzkategorie- weiblich)
- Morbidität (Charlson-Index im Beobachtungsjahr)

2.5.2 Arzt-/Praxisebene

- Praxisform (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Referenzkategorie- Einzelpraxis)
- Praxislage (Stadt, Land, Referenzkategorie- Land)
- Praxisgröße (AOK-Versicherte/Jahr)

[4] Da nur wenige Ärzte in mehreren Betriebsstätten tätig waren, wurde den einzelnen Ärzten eine fixe Betriebsstätte (=Praxis) zugeordnet. Daher wird von einem zweistufigen Datenmodell (Patient, Arzt=Praxis) ausgegangen.

- DMP-Einschreibequote (Anteil von Typ2-Diabetikern einer Praxis, die in das DMP Diabetes 2 eingeschrieben sind). [Begründung: die Einschreibequote soll als Indikator für die Versorgungsqualität chronischer Patienten dienen.]

Alle Analysen haben explorativen Charakter. Eine Adjustierung für multiples Testen wurde daher nicht vorgenommen. Die deskriptiven Statistiken für stetige Variablen umfassen N, Mittelwert, Standardabweichung, Median, 1. und 3. Quartil, Maximum und Minimum. Für kategoriale Variablen werden Häufigkeiten angegeben.

Das Verfahren der Modellbildung und die Wahl der statistischen Prozeduren sind in einem biometrischen Auswertungsbericht dargestellt.

Da die Ergebnisse multivariater Modellbildungen als Odds Ratio bzw. Rate Ratio zwar die methodisch korrekte Darstellung der Analysen darstellen, aber für praktische Zwecke nicht einfach zu interpretieren sind (vgl. dazu die „Interpretationshilfe“ im Anhang), haben wir im Abschnitt 3.2 der Ergebnisdarstellung zur besseren Übersicht (vergleichbar mit der Darstellung der Ergebnisse von AP 1) als alternative Ergebnisdarstellung „adjustierte Differenzen“ gewählt, die wir dem eiligen Leser empfehlen. Diese sind auf der Grundlage der zugehörigen gemischten Modelle, die um Kovariableneinflüsse bereinigt sind, berechnet und werden daher als „adjustiert“ bezeichnet. Pro Gruppe wird ein populationsgemittelter Wert unter Verwendung der geschätzten Parameter errechnet. Hierbei werden alle Einflussgrößen einbezogen, die in den Modellen berücksichtigt sind, und über die Modellgleichung ein mittlerer Effekt errechnet. Für stetige Daten wird der Mittelwert eingesetzt, bei kategorialen Variablen werden die Effekte der einzelnen Kategorien gemittelt. Die angegebenen Differenzen können in erster Näherung als *absolute* Unterschiede zwischen HzV- und Vergleichsgruppe aufgefasst werden. Die angegebenen p-Werte (Signifikanz) ergeben sich dabei unmittelbar aus dem berechneten Modell.

2.6 Indikatoren/ Messgrößen

Die Indikatoren wurden in einem mehrstufigen Verfahren selektiert. Im Abschnitt 6 (Anhang
) werden die einzelnen Indikatoren und Messgrößen detailliert beschrieben.

Zunächst erfolgte eine **Recherche** nach möglichen Indikatoren, insbesondere für die geriatrische Versorgung. Dabei wurden Pflege-, Krankenhaus-, Versorgungs-, Gesundheits- und Arzneimittelreports, HTA-Berichte, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Leitlinien, die Verordnungsspiegel der hausärztlichen Qualitätszirkel in Baden-Württemberg sowie Qualitätsindikatorensysteme wie QISA, AQUIK oder ACOVE zu Rate gezogen.

Zur Gewährleistung der Standardisierung der Evaluation von hausarztzentrierten Versorgungsmodellen wurden die Indikatoren weitgehend aus bereits bestehenden Indikatorsystemen entnommen,

z.B. QISA des AQUA-Instituts. Dieses Indikatorensystem ist primär auf die Perspektive von Anbietern, z.B. Ärztenetzen, ausgerichtet. Da in der vorliegenden Studie *die Versicherten die primäre Beobachtungseinheit sind* (und nicht die Praxen) wurden zahlreiche Indikatoren leicht umformuliert und angepasst. So wurde beispielsweise nicht die „Impfrate pro Praxis“ ermittelt, sondern die „Chance des Versicherten, die Impfung zu erhalten“.

Anschließend wurden die ermittelten Indikatoren hinsichtlich ihrer *Validität* bewertet, insbesondere für die hausärztliche bzw. vom Hausarzt zu beeinflussende Versorgungsqualität. Es folgten die Bewertung der *Reliabilität*, insbesondere unter Berücksichtigung der verfügbaren (Sekundär-) Daten, und die Bewertung der *Relevanz* und *Interpretierbarkeit*. (Beyer et al. 2011)

Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet die Aussage, Begründung und Zielsetzung des einzelnen Indikators. Subgruppenanalysen werden (obligat) je nach Indikator angegeben, wobei sich die Zielsetzungen innerhalb der Subgruppen unterscheiden können. Dies wird ebenfalls vermerkt. Aufgeführt sind auch die zu prüfende Hypothese, der Zeitbezug sowie die Operationalisierung, soweit sinnvoll.

Der Beobachtungszeitraum wurde jeweils sinngerecht festgelegt: bei Inanspruchnahmedaten zumeist jährlich, bei Verordnungsdaten je ein (oder zwei) Quartale.

3. Ergebnisse

3.1 Untersuchungspopulation

3.1.1 Versichertencharakteristika

In Tabelle 51: Versichertencharakteristika zu 2011 (SD=Standard Abweichung) sind die Versichertencharakteristika für das Jahr 2011 dargestellt. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen HzV- und nicht-HzV-Versicherten ist etwa gleich, mit etwas weniger nicht-HzV- als HzV-Versicherten (272392 bzw. 282599 in 2011). In der Stichprobe sind deutlich mehr Frauen als Männer (60.7%) vorhanden, wobei das Verhältnis in beiden Gruppen (nicht-HzV/HzV) ähnlich ist. Das mittlere Alter lag insgesamt bei 76.4 Jahren und unterschied sich in beiden Gruppen nur geringfügig.

Der Anteil der in 2011 Verstorbenen war in der Nicht-HzV-Gruppe größer (2011: 4.7% gegen 3.9%; 2012: 5.1% gegen 4.0%).[5]. Der Charlson Score war in der nicht-HzV-Gruppe im Mittel etwas geringer im Vergleich zur HzV-Gruppe (2.1 bzw. 2.2).

Der Anteil der Patienten mit Pflegestufe ist in der nicht-HzV-Gruppe mit fast 18% deutlich höher als in der HzV (13%), und der Anteil der Pflegeheimbewohner ist sogar doppelt so hoch (5% vs. 2,5%).[6] Wir vermuten, dass die Praxen bei den Patienten mit dem höchsten Betreuungsaufwand diesen in der Vergütung der HzV noch nicht angemessen berücksichtigt sahen.

Tabelle 51: Versichertencharakteristika zu 2011 (SD=Standard Abweichung)

	Nicht-HzV (272392)	**HzV (282599)**	**Gesamt (554991)**
Geschlecht			
- Männlich	104633 (38.4%)	113516 (40.2%)	218149 (39.3%)
- Weiblich	167759 (61.6%)	169083 (59.8%)	336842 (60.7%)
Verstorben in 2011	12924 (4.7%)	11113 (3.9%)	24037 (4.3%)
Verstorben in 2012	13786 (5.1%)	11189 (4.0%)	24975 (4.5%)
Alter in 2011			
- N	272121	282466	554587
- Mittelwert +/- SD	76.7 +/-7.0	76.1 +/-6.6	76.4 +/-6.8
Pflegebedürftige			
- Nein	223510 (82.1%)	245767 (87.0%)	469277 (84.6%)

[5] Dies bedeutet jedoch keinen ‚Mortalitätsvorteil' in der HzV-Gruppe: nach Adjustierung [Daten hier nicht dargestellt] hebt sich der Mortalitätsunterschied auf.

[6] Für diesen Unterschied ist im vorliegenden Bericht bewußt nicht adjustiert worden. Dies muss mit AP 1 noch abgestimmt werden.

	Nicht-HzV (272392)	HzV (282599)	Gesamt (554991)
- Ja	48882 (17.9%)	36832 (13.0%)	85714 (15.4%)
Pflegeheimbewohner			
- Nein	258816 (95.0%)	275964 (97.7%)	534780 (96.4%)
- Ja	13576 (5.0%)	6635 (2.3%)	20211 (3.6%)
Charlson Score (2011)			
- N	272392	282599	554991
- Mittelwert +/- SD	2.1 +/-2.2	2.2 +/-2.2	2.1 +/-2.2
- Median	1.0	2.0	1.0
- Min, Max	0.0, 18.0	0.0, 17.0	0.0, 18.0
Einschr.dauer (Tage) HzV bis Ende 2011			
- N	272392	282599	554991
- Mittelwert +/- SD	0.0	793.1 +/-307.4	
- Median	0.0	913.0	
- Min, Max	0.0, 0.0	0.0, 1186.0	

Die Versichertencharakteristika im Jahr 2012 sind im Anhang dargestellt. Insgesamt sind im Vergleich zu 2011 etwas mehr Patienten vorhanden[7] (n=568560). 269585 Versicherten waren in der nicht-HzV-, 298975 in der HzV-Gruppe. In der grundsätzlichen Struktur sind die Datensätze sehr ähnlich. Analog wurden auch hier weniger Todesfälle in der HzV-Gruppe beobachtet.

Erwartungsgemäß waren mehr ältere Versicherte (mit zumeist chronischen Erkrankungen) in die HzV eingeschrieben, in den höchsten Altersgruppen allerdings etwas weniger (Abbildung 27).

[7] Anders als in AP 1 sind die Jahresgruppen hier nicht deckungsgleich: Versicherte, die 2011 verstorben sind, sind in der Gruppe 2012 nicht enthalten, Patienten, die erst am 01.01.2012 das 65 Lj. vollendeten, sind nur in 2012 enthalten.

Abbildung 27: Altersverteilung (%) in 2011 in HzV- und nicht HzV in der Gesamtgruppe von AOK-Versicherten (volljährig) in 6 Kategorien: (18J-25J=1) (26J-35J=2) (36J-45J=3) (46J-55J=4) (56J-64J=5) (65J-∞J=6)

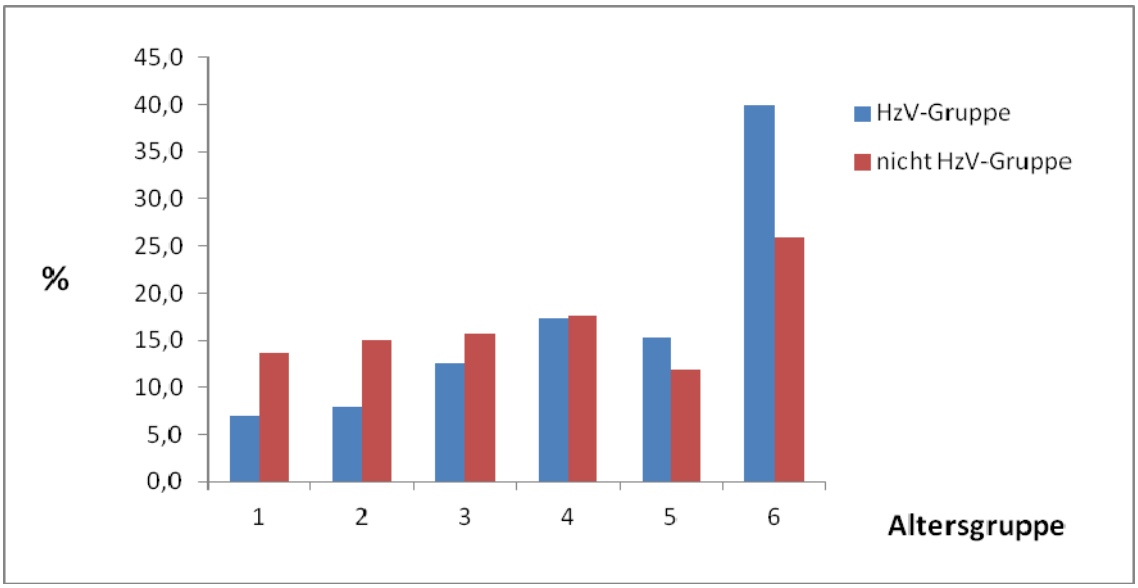
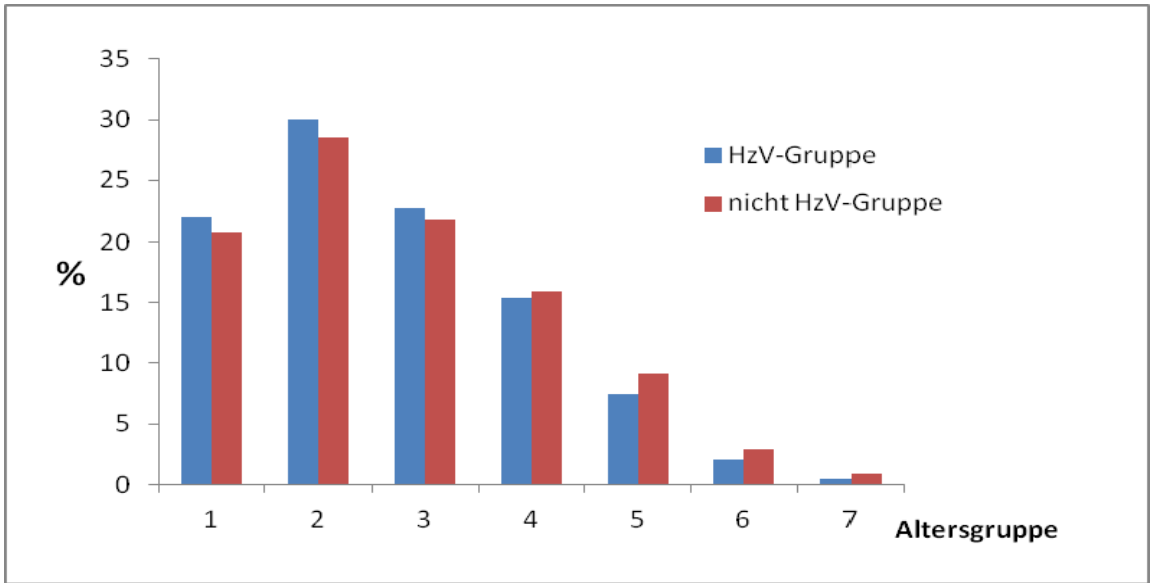


Abbildung 28: Altersverteilung (%) in 2011 Altersgruppe ab 65 Jahren gruppiert (65J-70J=1) (71J-75J=2) (76J-80J=3) (81J85J=4) (86J-90J=5) (91J-95J=6)(95J-101J=7



3.1.2 Hausärzte - Charakteristika

In Tabelle 52 sind die Hausärzte-Charakteristika für 2011 dargestellt. Insgesamt sind 6381 Hausärzte in die Analyse eingeschlossen worden. Davon nehmen 3094 (48.90 %) an der HzV teil, die restlichen 3287 (51.51%) Hausärzte nicht. HzV-Hausärzte sind eher in ländlichen Gebieten (53%) tätig im Vergleich zu den Nicht-HzV-HÄ (47.7%). Tendenziell arbeiten mehr HzV-HÄ in Gemeinschaftspraxen (52.4% gegenüber 43.4% Nicht-HzV-HÄ). Die Praxisgröße (Versicherte der AOK pro Hausarzt) ist unter

den HzV-HÄ (400) fast doppelt so groß wie bei den Nicht-HzV-HÄ (228 Versicherten). Die Einschreibequote in das DMP Diabetes Typ 2 ist bei den HzV-Ärzten erheblich höher (71.6%) als bei den Nicht-HzV-HÄ (40%). Diese Einschreibequote wird im Folgenden als Indiz für die Vertrautheit mit strukturierter Versorgung chronischer Erkrankungen genommen und als Arzt/Praxisvariable in die multivariaten Modelle eingeführt.

Die Ärzte-Charakteristiken für 2012 sind im Anhang aufgelistet. Die Ergebnisse zeigen sehr starke Ähnlichkeit zu den Ärzte-Charakteristiken von 2011.

Tabelle 52: Hausärzte-Charakteristika für 2011

	HzV	**Nicht-HzV**	**Gesamt**
Ärzte N,(%)	3094 (48.90)	3287 (51.51)	6381 (100)
Ort, N (%)			
Land	1640 (53)	1568 (47.7)	3208 (50.3)
Stadt	1454(47)	1719 (52.3)	3173 (49.7)
Gemeinschaftspraxis, N, (%)			
ja	1622 (52.4)	1427 (43.4)	3049 (47.8)
nein	1472 (47.6)	1860 (56.6)	3332 (52.2)
DMP Quote (Median,%)	71.6%	40%	60
Praxisgröße, N (AOK-Versicherte, Mittelwert)	400	228	311

3.2 Ergebnisübersicht

Als Gesamtübersicht über die Ergebnisse der multivariaten Analyse werden hier zunächst tabellarisch die sog. „adjustierten Differenzen“ für alle Indikatoren wiedergegeben.

Tabelle 53 Adjustierte Differenzen der Indikatoren für das Jahr 2011

Zielgröße	**Nicht-HzV** unadjustierte Anzahl bzw. Rate	**HzV** unadjustierte Anzahl bzw. Rate	**Adjustierte Differenz** HzV – Nicht-HzV	**p-Wert**
Mehr als ein konsultierter Hausarzt	47.1%	29.4%	-25.58%	<.0001
Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle pro Patient mit Überweisung durch den Index-Hausarzt	3.9	2.9	-1.08	<.0001
Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle pro Patient ohne Überweisung	2.4	2.5	0.07	<.0001
stationäre Notfallaufnahmen (>= 1)	14.7%	13.7%	-0.59%	<.0001
vermeidbare Krankenhausaufenthalte (>= 1)	6.4%	5.9%	-0.41%	<.0001
Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)	3.1	3.3	0.10	<.0001
Anzahl der Wirkstoffe je Patient	4.0	4.2	0.06	<.0001
Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes)	15.0%	14.8%	0.23%	0.2204
Mehr als 20DDD Neuroleptika im Halbjahr obwohl keine Indikation dafür vorhanden (Verordnungen des Index-Hausarztes)	1.5%	1.1%	-0.23%	<.0001
Verordnung von Neuroleptika (mehr als 20DDD im Halbjahr. obwohl keine Indikation dafür vorhanden)	2.4%	1.7%	-0.49%	<.0001
Verordnung von Anxiolytika. Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch (Verordnungen des Index-Hausarztes)	1.9%	1.7%	-0.08%	0.0899
Verordnung von Anxiolytika. Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch	2.5%	2.1%	-0.21%	0.0002
Influenza-Impfung(nur durch den Index-Hausarzt)	32.2%	35.9%	3.51%	<.0001
Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen	0.8%	0.6%	-0.06%	0.0003
Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme	49.2%	74.1%	6.47%	<.0001
Typ-2-Diabetiker mit jährlicher augenärztlicher Untersuchung (kooperative Versorgung)	54.3%	61.4%	3.19%	<.0001

Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlener Medikation von Nicht-Insulin-Antidiabetika	9.6%	8.3%	-1.18	<.0001
Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern	38.1%	34.7%	-3.17%	<.0001

Tabelle 54 Adjustierte Differenzen für die Indikatoren im Jahr 2012

Zielgröße	**Nicht-HzV** unadjustierte Anzahl bzw. Rate	**HzV** unadjustierte Anzahl bzw. Rate	**Adjustierte Differenz** HzV – Nicht-HzV	**p-Wert**
Mehr als ein konsultierter Hausarzt	47.4%	32.0%	-22.53	<.0001
Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle pro Patient mit Überweisung durch den Index-Hausarzt	4.0	2.9	-1.12	<.0001
Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle pro Patient ohne Überweisung	2.5	2.6	0.06	<.0001
stationäre Notfallaufnahmen (>= 1)	15.6%	14.4%	-0.97	<.0001
vermeidbare Krankenhausaufenthalte (>= 1)	6.4%	6.0%	-0.36	<.0001
Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)	3.2	3.3	0.07	<.0064
Anzahl der Wirkstoffe je Patient	4.1	4.1	0.03	0.0039
Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes)	14.3%	13.9%	0.01	0.9359
Mehr als 20DDD Neuroleptika im Halbjahr obwohl keine Indikation dafür vorhanden (Verordnungen des Index-Hausarztes)	1.4%	1.1%	-0.21	<.0001
Verordnung von Neuroleptika (mehr als 20DDD im Halbjahr. obwohl keine Indikation dafür vorhanden)	2.4%	1.8%	-0.43	<.0001
Verordnung von Anxiolytika. Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch (Verordnungen des Index-Hausarztes)	1.8%	1.6%	-0.14	0.0281
Verordnung von Anxiolytika. Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch	2.4%	2.0%	-0.24	<.0001
Influenza-Impfung(nur durch den Index-Hausarzt)	32.0%	36.4%	4.82	<.0001
Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen	0.8%	0.7%	-0.06	0.0003
Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme	49.8%	73.7%	7.04	<.0001
Typ-2-Diabetiker mit jährlicher augenärztlicher Untersuchung (kooperative Versorgung)	53.2%	59.7%	3.18	<.0001

Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlener Medikation von Nicht-Insulin-Antidiabetika	9.6	8.6%	-0.90	<.0001
Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern	36.0%	33.5%	-2.47	<.0001

Im Bereich der hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Inanspruchnahme gibt es bei den älteren Versicherten zumeist geringe bis erhebliche Vorteile in der HzV-Gruppe, insbesondere bei der Konsultation zusätzlicher Hausärzte und Spezialisten (mit Überweisung). Bei der stationären Inanspruchnahme (ausgewertet wurden Notfalleinweisungen und vermeidbare ‚ACSC'-Einweisungen) sind die Unterschiede geringer, aber wegen der hohen Kostenintensität dennoch von Belang.

Dies entspricht auch dem Ergebnis aus Arbeitspaket 1, in dem *alle Versicherten* ausgewertet wurden und die Zielgrößen stärker aufwandsbezogen ausgerichtet sind, während die Analyse hier in Arbeitspaket 4 stärker auf die klinische Versorgungsqualität patientenbezogen ausgerichtet ist. Daher dürfen hier keine Missverständnisse aufgrund unterschiedlicher Messgrößen entstehen.

Im Bereich Qualität der Pharmakotherapie konnten wir nur bei dem Indikator „Verordnung von Neuroleptika" deutliche Unterschiede nachweisen.

Im Bereich „Prävention" ergeben sich bei der Impfung gegen Influenza bei den älteren Versicherten ein deutlicher, möglicherweise noch nicht befriedigender Unterschied (zugunsten HzV) und ein ebenfalls erheblicher Unterschied in der Hospitalisierungsrate wegen (sturzbedingter) Hüftgelenksfrakturen.

Im Bereich Patienten mit Diabetes ist die Versorgung der HzV-Versicherten besser – möglicherweise wegen der deutlich höheren Einschreibung in das DMP Diabetes Typ II. Dies wirkt sich evtl. auch auf die deutlich geringere Hospitalisierungsrate aus.

3.3 Behandlungskoordination/ Inanspruchnahme

Dem Bericht liegt im Anhang eine Interpretationshilfe für die multivariaten Analysen bei, die bei Bedarf herangezogen werden kann.

3.3.1 Konsultation unterschiedlicher Hausärzte

Deskriptive Statistik

Für die Daten von 2011 zeigt sich bei der Zahl der unterschiedlichen konsultierten Hausärzte, dass diese in der Nicht-HzV-Gruppe im Mittel etwas höher war, als in der HzV-Gruppe (1.7 gg. 1.4), was den Erwartungen entspricht. Median, 25%- sowie 75%-Quantil sind jedoch in beiden Gruppen gleich, was für eine sehr ähnliche Verteilung in den beiden Gruppen spricht. Da die meisten Versicherten nur einen oder zwei Hausärzte konsultiert haben (61.9% einen; 27.0% genau zwei; 11.1% mehr als zwei), wurde zusätzlich eine Dichotomisierung dieser Variable durchgeführt (Anzahl = 1 gg. Anzahl >

1). Hier zeigen sich nun auch deutlichere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Anteil der Versicherten mit einer Anzahl > 1: 47.1% der nicht-Hzv-Versicherten, 29.4% der HzV-Versicherten). Eine ähnliche Verteilung ergab sich für 2012.

Anzahl verschiedener Hausärzte 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Anzahl = 1	144167 (52.9%)	199522 (70.6%)	343689 (61.9%)
- Anzahl > 1	128225 (47.1%)	83077 (29.4%)	211302 (38.1%)
Anzahl verschiedener Hausärzte 2012			
- Anzahl = 1	141843 (52.6%)	203265 (68.0%)	345108 (60.7%)
- Anzahl > 1	127742 (47.4%)	95710 (32.0%)	223452 (39.3%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell zeigt sich, dass HzV-Versicherte in 2011 ein geringeres Risiko hatten, mehr als einen Hausarzt zu konsultieren (OR: 0.330; p<0.0001). Hier wurde der Unterschied bestätigt, den man in den univariaten Analysen gesehen hatte. Dies gilt auch für die Daten von 2012.

Tabelle 55: Regressionsmodell für „Zahl der unterschiedlich konsultierten Hausärzte =1/>1“ (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	0.330	[0.311;0.351]	<.0001
Alter	1.004	[1.003;1.005]	<.0001
Geschlecht: Männlich	0.842	[0.832;0.854]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.256	[1.252;1.259]	<.0001
Praxisgröße	0.999	[0.999;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.835	[0.792;0.881]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.989	[0.980;0.999]	0.0266
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.911	[1.811;2.017]	<.0001

Subgruppen

Innerhalb der Subgruppen bestätigten sich die oben beschriebenen Beobachtungen. Mit zunehmendem Betreuungsaufwand war der Zusammenhang jedoch etwas abgeschwächt. Die Betreuung ist hier offenbar etwas schwerer durch nur einen HA zu leisten.

Interpretation

Gegenüber der Regelversorgung wurden Versicherte in der HzV nur in einem erheblich geringeren Maß von verschiedenen Hausärzten behandelt. Dies entspricht auch den vertraglich vereinbarten Bedingungen des HzV-Vertrages. Die Rolle des Hausarztes wird gestärkt.

Kernpunkte

- **In der HzV kommt es zu einer deutlich verringerten Inanspruchnahme mehrerer unterschiedlicher Hausärzte**

3.3.2 Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle (Überweisung durch den Index-Hausarzt)

Deskriptive Statistik

Für die Daten in 2011 und 2012 zeigen sich fast gleiche Werte. Im Mittel suchten Nicht-HzV-Versicherte mit Überweisung durch den Index-Hausarzt je Quartal einmal öfter einen Facharzt auf. Dies erfolgt *mit* Überweisung.

Fachärztliche Behandlungsfälle mit Überweisung 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- N	248300	230480	478780
- Mean +/- SD	3.9 +/-3.0	2.9 +/-2.6	3.4 +/-2.9
- Median	3.0	2.0	3.0
- p25, p75	2.0, 6.0	1.0, 4.0	1.0, 5.0
- Min, Max	0.0, 40.0	0.0, 26.0	0.0, 40.0
Fachärztliche Behandlungsfälle mit Überweisung 2012			
- N	245967	243486	489453
- Mean +/- SD	4.0 +/-3.1	2.9 +/-2.6	3.4 +/-2.9
- Median	3.0	2.0	3.0
- p25, p75	2.0, 6.0	1.0, 4.0	1.0, 5.0
- Min, Max	0.0, 33.0	0.0, 26.0	0.0, 33.0

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich, dass HzV-Versicherte seltener zum Facharzt überwiesen werden. Einen ähnlich starken Einfluss scheint hier die Praxisform Gemeinschaftspraxis zu haben. Dies könnte eventuell durch das in der Gemeinschaftspraxis vorhandene Leistungsspektrum erklärt werden.

Tabelle 56: Regressionsmodell für „Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle mit Überweisung“ (2011)

Name	Rate ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.724	[0.720;0.727]	<.0001
Alter	0.989	[0.988;0.989]	<.0001
Geschlecht: Männlich	1.080	[1.075;1.085]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.073	[1.072;1.074]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.070	[1.065;1.075]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.009	[1.008;1.009]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.775	[0.771;0.778]	<.0001

Subgruppen (Tendenzen)

In den Subgruppen verstärkt sich der beschriebene Trend nochmals. Dies trifft für alle hier untersuchten Subgruppen, also Hochaltrige (RR 2011/2012: 0.700 bzw. 0.692), Pflegebedürftige (0.715 bzw. 0.699) und Pflegeheimbewohner (RR 0.693 bzw. 0.698), zu. Wir fanden keine Hinweise für eine Unterversorgung in den Subgruppen (wie im Methodenteil erwogen); die Überweisungszahlen lagen in ähnlicher Höhe wie in der Gesamtgruppe.

Interpretation

Gegenüber der Regelversorgung finden weniger Facharztkontakte mit Überweisung durch den Index-Hausarzt statt. Dies könnte Folge der engeren Bindung an den Hausarzt sein, welcher, wie bereits erwähnt, üblicherweise 90% der Behandlungsanlässe selbstständig klären kann.

Aufgrund der Datenlage ist allerdings nicht sicher zu klären, ob und bei welchen Kontakten eine Überweisung tatsächlich (nicht) vorgelegen hat.

Kernpunkte

- **Facharztkontakte mit Überweisungen sind in der HzV um etwa ein Drittel (oder einen Kontakt pro Quartal) seltener.**

3.3.3 Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle (ohne Überweisung)

Deskriptive Statistik

Im Gegensatz zu dem vorgenannten Indikator finden sich hier etwas mehr Facharztkontakte innerhalb der HzV-Gruppe.

Fachärztliche Behandlungsfälle 2011	Nicht-HzV	HzV	Gesamt
- N	248300	230480	478780
- Mean +/- SD	2.4 +/-3.1	2.5 +/-3.0	2.5 +/-3.0
- Median	1.0	2.0	1.0
- p25, p75	0.0, 3.0	0.0, 4.0	0.0, 3.0
- Min, Max	0.0, 46.0	0.0, 35.0	0.0, 46.0
Fachärztliche Behandlungsfälle 2012			
- N	245967	243486	489453
- Mean +/- SD	2.5 +/-3.1	2.6 +/-3.0	2.5 +/-3.1
- Median	1.0	2.0	1.0
- p25, p75	0.0, 3.0	0.0, 4.0	0.0, 4.0
- Min, Max	0.0, 57.0	0.0, 38.0	0.0, 57.0

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich die Aussage der deskriptiven Statistik.

Tabelle 57: Regressionsmodell für "Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle ohne Überweisung“ (2011)

Name	Rate ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	1.033	[1.026;1.041]	<.0001
Alter	0.969	[0.969;0.970]	<.0001
Geschlecht: Männlich	1.000	[0.993;1.006]	0.8970
Charlson-Index pro Punkt	1.129	[1.127;1.131]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.156	[1.148;1.164]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.992	[0.991;0.993]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.486	[1.476;1.496]	<.0001

Subgruppen (Tendenzen)

In den Subgruppen zeigen sich die gleichen Tendenzen, wie in der Gesamtgruppe.

Interpretation und Diskussion

Gegenüber der Regelversorgung finden etwas mehr Facharztkontakte ohne Überweisung innerhalb der HzV statt. Die ungeregelte Inanspruchnahme lässt sich also durch HzV nicht reduzieren, jedoch muss auf die Unsicherheiten der Datengrundlage und die wesentlich reduzierte Gesamtinanspruchnahme hingewiesen werden.

Kernpunkte

- **Die Facharztinanspruchnahme ohne Überweisung konnte in der HzV-Gruppe nicht gesenkt werden.**

3.3.4 Stationäre Notfallaufnahmen

Deskriptive Statistik

Das Risiko einer stationären Notfallaufnahme unterschied sich in beiden Gruppen wenig. Die Mittelwerte sind jeweils gleich. Da auch hier eine sehr schiefe Verteilung zu beobachten war, wurde diese Variable ebenfalls dichotomisiert. (85.8% der Patienten hatten keine stationäre Notfallaufnahme, 10.8% genau eine. Die restlichen 3.4% hatten mehr als eine Notfallaufnahme.) Es wurden also die Kategorien „Anzahl=0“ und „Anzahl>0“ gebildet und bzgl. der HzV-Gruppenvariable miteinander verglichen. Nach dieser Transformation zeigt sich, dass in der Nicht-HzV-Gruppe etwas mehr Patienten mindestens eine Notfallaufnahme hatten, als in der HzV-Gruppe (14.7% bzw. 13.7%).

Im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2011 war der Anteil der Patienten, die mindestens eine Notfallaufnahme hatten, 2012 leicht erhöht. Auch hier wurde eine analoge Dichotomisierung durchgeführt (85.1% hatten keine stationäre Notfallaufnahme, 11.2% der Patienten hatten genau eine stationäre Notfallaufnahme).

Notfallaufnahmen 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Anzahl = 0	232444 (85.3%)	243843 (86.3%)	476287 (85.8%)
- Anzahl > 0	39948 (14.7%)	38756 (13.7%)	78704 (14.2%)
Notfallaufnahmen 2012			
- Anzahl = 0	227512 (84.4%)	256061 (85.6%)	483573 (85.1%)
- Anzahl > 0	42073 (15.6%)	42914 (14.4%)	84987 (14.9%)

Adjustierte Modelle

Aus dem berechneten Modell für ergab sich nur ein geringer Effekt; das Risiko für eine Notfallaufnahme war in der HzV-Gruppe 2011 leicht verringert (OR 0.943; $p<0.001$).

Gleiches wurde 2012 beobachtet (OR: 0.912; $p<0.0001$). Dieses Modell ist hier dargestellt.

Tabelle 58: Regressionsmodell für „Stationäre Notfallaufnahmen“ (2012)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.912	[0.888;0.935]	<.0001
Alter	1.041	[1.040;1.042]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.961	[0.945;0.977]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.405	[1.401;1.409]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.8245
Gebiet: Stadt	1.106	[1.081;1.131]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.979	[0.974;0.983]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.993	[0.971;1.016]	0.5683

Subgruppen

Das Risiko einer stationären Notfallaufnahme steigt in den Subgruppen je nach Betreuungsbedarf deutlich an. Während sich für Hochaltrige noch ähnliche Werte ergeben, zeigt sich für Pflegebedürftige eine Trendumkehr, welche mit einem statistisch nicht signifikanten Risiko für eine Notfallaufnahme innerhalb der HzV einhergeht. In der höchsten Risikogruppe, den Pflegeheimbewohnern ist dieser *Nachteil* bei den HzV-Patienten statistisch signifikant zu verzeichnen (adjustierte OR in der HzV-Gruppe = 1.196, p< 0.0001). Woran das liegt, bedarf noch weiterer Analysen, die auch das Basisrisiko für eine Einweisung berücksichtigen müssen.

Interpretation

Das Risiko einer (oder mehrerer) notfallmäßigen Aufnahme war bei den hier betrachteten Patienten gering (etwa 14%/Jahr). Es ließ sich in der HzV im zweiten Beobachtungsjahr um etwa 1% (absolut betrachtet) senken.

Kernpunkte

- **Für die Gesamtgruppe der älteren HzV-Patienten gibt es ein etwas geringeres Risiko für Notfallaufnahmen**

3.3.5 Vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Deskriptive Statistik

Das Risiko eines vermeidbaren Krankenhausaufenthalts für einen Versicherten war 2011 gering (im Mittel gleich 0.1 Ereignisse / Patient / Jahr). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren ebenfalls kaum vorhanden. 93.6% der Versicherten hatten keine vermeidbaren Krankenhausaufent-

halte, 5.1% genau einen. Nach einer entsprechenden Dichotomisierung („Anzahl=0“ gg. „Anzahl>0“), zeigte sich in der Nicht-HzV-Gruppe ein etwas höherer Prozentanteil in der Kategorie „Anzahl>0“ als in der HzV-Gruppe (6.4% bzw. 5.9%).

Große Veränderungen im Vergleich zu den Daten aus 2011 waren in 2012 nicht erkennbar. In der Nicht-HzV-Gruppe gab es prozentual betrachtet etwas mehr Versicherte mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt als in der HzV-Gruppe (6.4% bzw. 6.0%). Der Anteil der Versicherten mit keinem vermeidbaren Krankenhausaufenthalt lag bei 93.6%, der Anteil der Versicherten mit genau einem Aufenthalt bei 5.1%.

Vermeidbare KH-Aufenthalte 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Anzahl = 0	254885 (93.6%)	265920 (94.1%)	520805 (93.8%)
- Anzahl > 0	17507 (6.4%)	16679 (5.9%)	34186 (6.2%)
Vermeidbare KH-Aufenthalte 2012			
- Anzahl = 0	252368 (93.6%)	280899 (94.0%)	533267 (93.8%)
- Anzahl > 0	17217 (6.4%)	18076 (6.0%)	35293 (6.2%)

Adjustierte Modelle

Im Modellzeigt sich für das Jahr 2011 eine Odds Ratio von 0.911 (p<0.0001).

Tabelle 59: Regressionsmodell für „Vermeidbare Krankenhausaufenthalte“ (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	0.911	[0.878;0.944]	<.0001
Alter	1.028	[1.026;1.029]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.880	[0.859;0.902]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.380	[1.374;1.386]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.8615
Gebiet: Stadt	0.920	[0.892;0.950]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.987	[0.981;0.993]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.008	[0.976;1.041]	0.6461

Subgruppen

Das Risiko eines vermeidbaren Krankenhausaufenthalts nimmt in den Subgruppen deutlich zu. Während in der Gruppe der Hochaltrigen eine Tendenz zugunsten der HzV-Gruppe ersichtlich ist, ist das

Risiko einer vermeidbaren Einweisung in der HzV-Gruppe *bei den Pflegeheimpatienten etwas, aber nicht* statistisch signifikant, erhöht.

Interpretation

In der deskriptiven Auswertung zeigte sich zwischen den Gruppen ein kleiner Unterschied zugunsten der HzV, welcher sich nach Adjustierung im Rahmen der multivariaten Analyse bestätigen ließ. Die bereits bei den Notfallaufnahmen beschriebene „Trendumkehr" für pflegebedürftige Patienten und besonders Pflegeheimbewohner muss genauer untersucht werden.

Kernpunkte

- **Für die Gesamtgruppe der älteren HzV-Versicherten gibt es ein etwas geringeres Risiko für vermeidbare Krankenhausaufenthalte.**

3.4 Qualität der Medikation

3.4.1 Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)

Deskriptive Statistik

Die Anzahl der Wirkstoffe je Patient war 2011 in der HzV-Gruppe höher im Vergleich zur Nicht-HzV-Gruppe, auch wenn die Unterschiede nur gering waren (Mittelwerte: 3.1 bzw. 3.3).

2012 zeigte sich kein Unterschied zwischen den Mittelwerten der Gruppen (Nicht-HzV und HzV jeweils 4.1). Minimum, Maximum, Median, 25%- und 75%-Quantil waren ebenfalls jeweils fast identisch.

Wirkstoffe vom Index-Hausarzt 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- N	272392	282599	554991
- Mean +/- SD	3.1 +/-2.9	3.3 +/-2.9	3.2 +/-2.9
- Median	3.0	3.0	3.0
- p25, p75	1.0, 5.0	1.0, 5.0	1.0, 5.0
- Min, Max	0.0, 28.0	0.0, 28.0	0.0, 28.0
Wirkstoffe vom Index-Hausarzt 2012			
- N	269585	298975	568560
- Mean +/- SD	4.1 +/-3.3	4.1 +/-3.3	4.1 +/-3.3
- Median	4.0	4.0	4.0
- p25, p75	1.0, 6.0	2.0, 6.0	2.0, 6.0
- Min, Max	0.0, 38.0	0.0, 30.0	0.0, 38.0

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell zeigt sich, dass HzV-Patienten eine etwas höhere Anzahl an Wirkstoffen verordnet bekommen (RR: 1.033; p<0.0001).

Tabelle 60: Regressionsmodell für „Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)

Name	Rate ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	1.033	[1.027;1.039]	<.0001
Alter	1.009	[1.008;1.009]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.879	[0.874;0.883]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.133	[1.131;1.134]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.971	[0.966;0.976]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.001	[1.000;1.002]	0.0788
Praxisform: Gemeinschaftspraxis	0.857	[0.853;0.862]	<.0001

Subgruppen

In den Risikogruppen nimmt die Zahl der verordneten Wirkstoffe erwartungsgemäß zu. Pflegeheimbewohner erhielten durch HzV-HÄ etwas weniger Wirkstoffe (RR 0.959) als die Vergleichsgruppe.

Interpretation

Es zeigt sich eine leicht erhöhte Anzahl von verordneten Wirkstoffen innerhalb der HzV-Gruppe. Mit einem Mittelwert von knapp über 3 verordneten Wirkstoffen je Quartal durch den Hausarzt in beiden Gruppen ist von einem moderaten Verschreibungsverhalten auszugehen.

Kernpunkte

- **Insgesamt ist die Anzahl der verschriebenen Wirkstoffe in beiden Gruppen moderat.**

3.5 Anzahl der Wirkstoffe je Patient

Deskriptive Statistik

Die Anzahl der Wirkstoffe insgesamt war 2011 ebenfalls in beiden Gruppen sehr ähnlich und im Vergleich zur Anzahl der Wirkstoffe, die vom Index-Hausarzt verordnet wurden, selbstverständlich erhöht (im Mittel um ca. 0.9 Wirkstoffe). Gleiches gilt für 2012.

Wirkstoffe 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- N	272392	282599	554991
- Mean +/- SD	4.0 +/-3.3	4.2 +/-3.3	4.1 +/-3.3
- Median	4.0	4.0	4.0
- p25, p75	2.0, 6.0	2.0, 6.0	2.0, 6.0
- Min, Max	0.0, 32.0	0.0, 31.0	0.0, 32.0
Wirkstoffe 2012			
- N	269585	298975	568560
- Mean +/- SD	4.1 +/-3.3	4.1 +/-3.3	4.1 +/-3.3
- Median	4.0	4.0	4.0
- p25, p75	1.0, 6.0	2.0, 6.0	2.0, 6.0
- Min, Max	0.0, 38.0	0.0, 30.0	0.0, 38.0

Adjustierte Modelle

Es zeigt sich, dass die HzV-Patienten eine höhere Anzahl an Wirkstoffen bekommen (Rate ratio: 1.023; p<0.0001)

Tabelle 61: Regressionsmodell für „Anzahl der Wirkstoffe je Patient“ (2011)

Name	**Rate ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	1.023	[1.014;1.032]	<.0001
Alter	1.004	[1.004;1.005]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.881	[0.877;0.884]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.138	[1.137;1.139]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.0002
Gebiet: Stadt	0.987	[0.980;0.994]	0.0006
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.002	[1.001;1.004	0.0019
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.012	[1.004;1.020]	0.0019

Subgruppen

Die Tendenz ist die gleiche, wie zum vorigen Indikator beschrieben.

Interpretation und Diskussion

Im Wesentlichen gelten die gleichen Überlegungen wie für den zuvor beschriebenen Indikator.

3.5.1 Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes)

Deskriptive Statistik

Insgesamt erhielten im Jahr 2011 14.9% aller Patienten Wirkstoffe der PRISCUS-Liste. Dabei war dieser Anteil in der Nicht-HzV-Gruppe kaum höher als in der HzV-Gruppe (15.0% bzw. 14.8%). Analog stellt sich die Situation in 2012 dar.

Wirkstoffe der PRISCUS-Liste durch den Index-Hausarzt 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Keine PRISCUS Verschreibungen	231472 (85.0%)	240740 (85.2%)	472212 (85.1%)
- PRISCUS Verschreibungen	40920 (15.0%)	41859 (14.8%)	82779 (14.9%)
Wirkstoffe der PRISCUS-Liste durch den Index-Hausarzt 2012			
- Keine PRISCUS Verschreibungen	230991 (85.7%)	257373 (86.1%)	488364 (85.9%)
- PRISCUS Verschreibungen	38594 (14.3%)	41602 (13.9%)	80196 (14.1%)

Adjustierte Modelle

Im adjustierten (logistischen) Regressionsmodell zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Unter den beeinflussenden Faktoren sind das männliche Geschlecht und die Praxisform ‚Gemeinschaftspraxis' hervorzuheben.

Tabelle 62: Regressionsmodell für „Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	1.020	[0.988;1.053]	0.2204
Alter	1.029	[1.028;1.030]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.647	[0.637;0.658]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.087	[1.083;1.090]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.915	[0.891;0.941]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.992	[0.987;0.997]	0.0024
Praxisform: Gemeinschaftspraxis	0.801	[0.779;0.824]	<.0001

Subgruppen

In den Subgruppen wurden keine signifikanten Unterschiede beobachtet.

Interpretation

Es sollte keine Verschreibung von Medikamenten der PRISCUS-Liste erfolgen. Das Risiko ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Der gesamte Verordnungsanteil (bzw. das Risiko für den einzelnen Patienten, solche zu erhalten) liegt etwas niedriger, als wir das aus anderen Daten erwartet hätten.

Kernpunkte

- **Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verschreibung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste.**

3.5.2 Hoher Verbrauch von Neuroleptika (Verordnungen des Index-Hausarztes)

Deskriptive Statistik

In der Gesamtgruppe ist der Anteil der Versicherten mit mehr als 20 DDD Neuroleptika im Halbjahr gering (1.3%). In der Nicht-HzV-Gruppe war er etwas erhöht (1.5% gegenüber 1.1% in der HzV-Gruppe).

Mehr als 20 Tagesdosen Neuroleptika durch den Index-Hausarzt 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- <=20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	268374 (98.5%)	279372 (98.9%)	547746 (98.7%)
- >20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	4018 (1.5%)	3227 (1.1%)	7245 (1.3%)
Mehr als 20 Tagesdosen Neuroleptika durch den Index-Hausarzt 2012			
- <=20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	265758 (98.6%)	295568 (98.9%)	561326 (98.7%)
- >20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	3827 (1.4%)	3407 (1.1%)	7234 (1.3%)

Adjustierte Modelle

Hier zeigt sich, entsprechend den univariaten Analysen, ein erheblich geringeres Risiko in der HzV-Gruppe (OR: 0.784; p<0.0001). Es zeigen sich gleiche Effekte in 2012.

Tabelle 63: Regressionsmodell für „Hoher Verbrauch von Neuroleptika (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	0.784	[0.734;0.837]	<.0001
Alter	1.080	[1.077;1.084]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.783	[0.743;0.825]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.123	[1.113;1.134]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.001]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.778	[0.735;0.823]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.998	[0.987;1.009]	0.6915
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.812	[0.765;0.861]	<.0001

Subgruppen

In den Subgruppen der Pflegebedürftigen (5,4%) und vor allem der Pflegeheimbewohner (8,6%) nimmt der Anteil deutlich zu. Bei den Pflegebedürftigen ist hier ein HzV-Effekt signifikant zu verzeichnen, bei den Pflegeheimbewohnern besteht ein ähnlicher Effekt, der allerdings nicht signifikant ist.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherten werden in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika von ihrem Hausarzt verschrieben.**

3.5.3 Hoher Verbrauch von Neuroleptika (alle Verordnungen)

Deskriptive Statistik

Hier zeigt sich ein analoges Ergebnis zu den Verordnungen durch den Index-Hausarzt. Insgesamt lag der Anteil der Verordnungen bei 2.1% (nicht-HzV im Vergleich zu HzV: 2.4% gg. 1.7%), ähnlich wie in 2012.

Mehr als 20 Tagesdosen Neuroleptika 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- <=20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	265871 (97.6%)	277670 (98.3%)	543541 (97.9%)
- >20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	6521 (2.4%)	4929 (1.7%)	11450 (2.1%)
Mehr als 20 Tagesdosen Neuroleptika 2012			
- <=20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	263201 (97.6%)	293706 (98.2%)	556907 (98.0%)
- >20 Tagesdosen Neuroleptika pro Halbjahr	6384 (2.4%)	5269 (1.8%)	11653 (2.0%)

Adjustierte Modelle

Analog zu den Verordnungen durch den Index-Hausarzt ergibt sich hier ebenfalls ein deutlich reduziertes Risiko in der HzV-Gruppe (OR: 0.737; $p<0.0001$). Gleiches gilt für 2012.

Tabelle 64: Regressionsmodell für „Hoher Verbrauch von Neuroleptika“ (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.737	[0.700;0.776]	<.0001
Alter	1.073	[1.070;1.075]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.798	[0.766;0.832]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.124	[1.115;1.132]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.0021
Gebiet: Stadt	0.902	[0.863;0.944]	<.0001
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.002	[0.993;1.010]	0.7066
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.997	[0.953;1.044]	0.9008

Subgruppen

Es ergibt sich ein analoges Bild wie bei Indikator 2.05 in den Subgruppen. Jedoch ist zu beachten, dass bei Heimpatienten die Verschreibungsrate fast 16% beträgt, von denen fast 40% von Nicht-Hausärzten verschrieben werden. In der HzV-Gruppe werden auch hier signifikant weniger Versicherten längerdauernde Neuroleptika-Verordnungen ausgestellt.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherten werden in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika verschrieben.**

3.5.4 Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als sechs Wochen (Verordnungen des Index-Hausarztes)

Deskriptive Statistik

Der Anteil der Verordnungen von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa über einen Zeitraum länger als sechs Wochen lag insgesamt bei 1.8%. In der nicht-Hzv-Gruppe war er etwas höher als in der HzV-Gruppe (1.9% gg. 1.7%). Erfreulicherweise ist der Anteil (resp. das individuelle Risiko) sehr gering.

Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa (AHS) für mehr als 6 Wochen durch den Index-Hausarzt 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- keine oder <6 Wochen AHS	267234 (98.1%)	277843 (98.3%)	545077 (98.2%)
- AHS für >6 Wochen	5158 (1.9%)	4756 (1.7%)	9914 (1.8%)
Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa für mehr als 6 Wochen durch den Index-Hausarzt 2012			
- keine oder <6 Wochen AHS	264677 (98.2%)	294298 (98.4%)	558975 (98.3%)
- AHS für >6 Wochen	4908 (1.8%)	4677 (1.6%)	9585 (1.7%)

Adjustierte Modelle

In den univariaten Analysen war bereits zu sehen, dass es zwischen den beiden Gruppen kaum Unterschiede gibt. Somit ist auch hier der Effekt nicht signifikant und nahe bei Eins (OR: 0.938; p=0.0899). In 2012 ergibt sich ein sehr ähnliches Ergebnis, die Odds-Ratio der HzV-Gruppe ist jedoch 0.920 [95%-KI: 0.854; 0.991] und mit einem p-Wert von 0.0281 knapp signifikant.

Tabelle 65: Regressionsmodell für „Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als 6 Wochen (Verordnungen des Index-Hausarztes)“ (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.938	[0.871;1.010]	0.0899
Alter	1.036	[1.033;1.039]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.594	[0.567;0.621]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.111	[1.102;1.120]	<.0001
Praxisgröße	1.001	[1.000;1.001]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.987	[0.926;1.053]	0.7014
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.965	[0.954;0.977]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.750	[0.702;0.802]	<.0001

Subgruppen

In den Subgruppen gab es 2011 hierzu keine signifikanten Unterschiede. Auffällig ist allerdings, dass in 2012 Reduzierungen gegenüber 2011 in beiden Gruppen vorliegen.

Interpretation

Bei dieser Substanzgruppe ist zu bedenken, dass sie oft auf Privatrezept verordnet wird.

Kernpunkte

- **Es fanden sich keine eindeutigen Unterschiede.**

3.5.5 Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als sechs Wochen

Deskriptive Statistik

Analog zu den Verordnungen des Index-Hausarztes zeigt sich ein niedrigerer Anteil in der HzV-Gruppe (Nicht-HzV: 2.5%; HzV: 2.1%). Insgesamt war der prozentuale Anteil etwas höher im Ver-

gleich zu den Verordnungen durch den Index-Hausarzt, mitbehandelnde Fachärzte verschreiben etwa ein Drittel bis ein Viertel dieser Substanzgruppe.

Auch hier war der Anteil in der HzV-Gruppe jeweils etwas geringer (ingesamt: 2.2%; Nicht-HzV-Gruppe: 2.4%; HzV-Gruppe: 2.0%)

Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa (AHS) für mehr als 6 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- keine oder <6 Wochen AHS	265640 (97.5%)	276616 (97.9%)	542256 (97.7%)
- AHS für >6 Wochen	6752 (2.5%)	5983 (2.1%)	12735 (2.3%)
Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa (AHS) für mehr als 6 Wochen 2012			
- keine oder <6 Wochen AHS	263181 (97.6%)	292994 (98.0%)	556175 (97.8%)
- AHS für >6 Wochen	6404 (2.4%)	5981 (2.0%)	12385 (2.2%)

Adjustierte Modelle

Es zeigt sich, analog zu den univariaten Analysen, dass HzV-Versicherte ein geringeres Risiko für eine entsprechende Verordnung haben (OR: 0.888; p=0.0002).

Tabelle 66: Regressionsmodell für „Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als 6 Wochen“ (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	0.888	[0.833;0.946]	0.0002
Alter	1.031	[1.029;1.034]	<.0001
Geschlecht: männlich	0.585	[0.562;0.609]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.120	[1.112;1.128]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.012	[0.958;1.069]	0.6767
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.975	[0.965;0.985]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.966	[0.913;1.022]	0.2250

Subgruppen

In den Subgruppen gab es hierzu keine signifikanten Unterschiede.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherten werden in geringerem Umfang Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa über einen Zeitraum von länger als sechs WochenNeuroleptika verschrieben.**

3.6 Prävention

3.6.1 Influenza-Impfung (nur durch den Index-Hausarzt)

Deskriptive Statistik

Es wurden 34.1% aller Versicherten (durch den Index-Hausarzt) im kombiniertem Beobachtungszeitraum (4. Quartal 2011 und 1. Quartal 2012) geimpft. In der Nicht-HzV-Gruppe lag der Anteil bei 32.2%, in der HzV-Gruppe bei 35.9%. Eine höhere Impfrate in der HzV-Gruppe entspricht den Erwartungen.

Impfung im Beobachtungszeitraum durch den Index-Hausarzt 2011/12	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Keine Impfung	184709 (67.8%)	181221 (64.1%)	365930 (65.9%)
- Impfung	87683 (32.2%)	101378 (35.9%)	189061 (34.1%)

Adjustierte Modelle

Wie schon in den univariaten Analysen zu sehen war, ist die Chance, eine Influenza-Impfung vom Hausarzt zu erhalten, in der HzV-Gruppe erhöht (OR: 1.173; p<0.0001).

Tabelle 67: Regressionsmodell für „Influenza-Impfung (nur durch den Index-Hausarzt)“ (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	1.173	[1.127;1.221]	<.0001
Alter	1.010	[1.009;1.011]	<.0001
Geschlecht: männlich	1.020	[1.008;1.032]	0.0015
Charlson-Index pro Punkt	1.015	[1.012;1.018]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.036	[1.029;1.042]	0.1941
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.420	[1.333;1.514]	<.0001
Praxisform: Gemeinschaftspraxis	0.967	[0.933;1.001]	0.0580

Subgruppen

In den Subgruppen Hochaltrige, Pflegebedürftige und Heimbewohner gibt es ebenfalls signifikant höhere Impfraten in der HzV-Gruppe.

Interpretation

Die Influenza-Impfung ist die einzige Impfung, die wir in den Daten zweifelsfrei nachvollziehen können. Die Dokumentation z.B. der Pneumokokken-Impfung war dagegen lückenhaft und konnte daher nicht ausgewertet werden.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherte wurden signifikant häufiger gegen Influenza geimpft.**

3.6.2 Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen

Deskriptive Statistik

Die hüftgelenksnahe Fraktur stellt sich für die Gesamtgruppe zunächst als seltenes Ereignis dar, von dem weniger als 1% der Versicherten betroffen war. Es findet sich ein geringer Unterschied von 0,1-0,2%-Punkten zwischen HzV und Nicht-HzV.

Hüftgelenksnahe Fraktur 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Nein	270121 (99.2%)	280794 (99.4%)	550915 (99.3%)
- Ja	2271 (0.8%)	1805 (0.6%)	4076 (0.7%)
Hüftgelenksnahe Fraktur 2012			
- Nein	267327 (99.2%)	296963 (99.3%)	564290 (99.2%)
- Ja	2258 (0.8%)	2012 (0.7%)	4270 (0.8%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell ergibt sich ein leicht erniedrigtes Risiko für eine hüftgelenksnahe Fraktur innerhalb der HzV.

Tabelle 68: Regressionsmodell für "Hüftgelenksnahe Fraktur" (2011)

Name	**Odds ratio**	**95%-KI**	**p-Wert**
HzV-Gruppe	0.871	[0.809;0.938]	0.0003
Alter	1.103	[1.098;1.108]	<.0001
Geschlecht: Männlich	0.566	[0.526;0.610]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.210	[1.196;1.223]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.6602
Gebiet: Stadt	1.035	[0.971;1.103]	0.2945
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.981	[0.969;0.994]	0.0027

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.006	[0.943;1.074]	0.8528

Subgruppen

Hochaltrige Versicherte innerhalb der HzV unterliegen ebenfalls einem minimal erniedrigten Risiko für das Erleiden einer hüftgelenksnahen Fraktur. Bei Pflegebedürftigen und Pflegeheimbewohnern wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede beobachtet.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherte wurden signifikant seltener wegen hüftgelenksnaher Frakturen hospitalisiert.**

3.7 Diabetes mellitus Typ II

3.7.1 Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme

Deskriptive Statistik

Die DMP-Teilnahme innerhalb der HzV zeigt sich deutlich höher als in der Regelversorgung.

DMP-Teilnahme 2011	Nicht-HzV	HzV	Gesamt
- Nein	34803 (50.8%)	20859 (25.9%)	55662 (37.4%)
- Ja	33658 (49.2%)	59574 (74.1%)	93232 (62.6%)
DMP-Teilnahme 2012			
- Nein	38779 (50.2%)	24785 (26.3%)	63564 (37.0%)
- Ja	38456 (49.8%)	69555 (73.7%)	108011 (63.0%)

Adjustierte Modelle

Das Regressionsmodell bestätigt die deskriptive Statistik, auch hier fördert die Teilnahme an der HzV die Einschreibung in das DMP Diabetes. Auch eine hohe DMP-Quote des Arztes erhöht die Chance für den Patienten, in das DMP eingeschrieben zu werden.

Tabelle 69: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme" (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	1.368	[1.321;1.417]	<.0001
Alter	0.942	[0.940;0.944]	<.0001
Geschlecht: Männlich	0.927	[0.903;0.953]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.069	[1.063;1.075]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.0012
Gebiet: Stadt	0.999	[0.969;1.029]	0.9378
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.645	[1.634;1.657]	<.0001

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.042	[1.008;1.076]	0.0135

Subgruppen

Die für die Gesamtgruppe beobachtete, erhöhte Chance einer DMP-Teilnahme innerhalb der HzV ist in den Subgruppen noch höher (Pflegeheimbewohner Odds Ratio: 1.729).

Kernpunkte

- Im Rahmen der HzV wird das DMP Diabetes dem Vertrag entsprechend umgesetzt. Auch Pflegebedürftige und Heimbewohner werden davon erreicht.

3.7.2 Typ-2-Diabetiker mit jährlicher augenärztlicher Untersuchung

Deskriptive Statistik

Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen von absolut 6-7% zugunsten der HzV.

Jährliche augenärztliche Untersuchung 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Nein	31262 (45.7%)	31076 (38.6%)	62338 (41.9%)
- Ja	37199 (54.3%)	49357 (61.4%)	86556 (58.1%)
Jährliche augenärztliche Untersuchung 2012			
- Nein	36123 (46.8%)	38011 (40.3%)	74134 (43.2%)
- Ja	41112 (53.2%)	56329 (59.7%)	97441 (56.8%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich die häufigere jährliche augenärztliche Untersuchung innerhalb der HzV. Einen deutlicheren Einfluss hat die Teilnahme des Patienten am DMP-Diabetes. Die HzV-Zugehörigkeit erhöht zusätzlich die Chance für eine regelmäßige augenärztliche Kontrolle.

Tabelle 70: Regressionsmodell für "Jährliche augenärztliche Untersuchung" (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	1.140	[1.098;1.185]	<.0001
Alter	0.973	[0.972;0.975]	<.0001
Geschlecht: Männlich	0.893	[0.873;0.914]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.009	[1.005;1.014]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.029	[0.999;1.059]	0.0574
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.956	[0.950;0.963]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	1.066	[1.030;1.103]	0.0002

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
DMP-Teilnahme Patient	3.398	[3.306;3.492]	<.0001

Subgruppen

In den Subgruppen finden sich die gleichen Tendenzen wie in der Hauptgruppe, jedoch auf niedrigerem Niveau. Von den Pflegeheimbewohnern wurden im Jahr 2011 24.8 % der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2(2012: 22.5%) beim Augenarzt vorgestellt.

Kernpunkte

- **HzV-Versicherte mit Diabetes werden häufiger beim Augenarzt vorgestellt.**

3.7.3 Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika durch den Index-Hausarzt

Deskriptive Statistik

In der nicht-HzV-Gruppe werden häufiger nicht empfohlene Antidiabetika verschrieben. Der Unterschied ist mit 0,5% jedoch klein.

Nicht empfohlene Antidiabetika 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Nein	58675 (85.7%)	69259 (86.1%)	127934 (85.9%)
- Ja	9786 (14.3%)	11174 (13.9%)	20960 (14.1%)
Nicht empfohlene Antidiabetika 2012			
- Nein	66036 (85.5%)	81341 (86.2%)	147377 (85.9%)
- Ja	11199 (14.5%)	12999 (13.8%)	24198 (14.1%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich die Risikoreduktion für die Verschreibung nicht empfohlener Medikamente innerhalb der HzV. Der beobachtete Zusammenhang ist jedoch wenig ausgeprägt und statistisch fraglich signifikant. Beachtenswert ist hier, dass die DMP-Teilnahme des Patienten das Risiko für die Verschreibung deutlich erhöht.

Tabelle 71: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika durch den Index-Hausarzt“ (2012)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.920	[0.876;0.967]	0.0010
Alter	0.980	[0.977;0.982]	<.0001
Geschlecht: Männlich	1.084	[1.052;1.115]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.002	[0.996;1.008]	0.4517

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	<.0001
Gebiet: Stadt	0.981	[0.945;1.019]	0.3285
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.897	[0.889;0.906]	<.0001
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.744	[0.712;0.778]	<.0001
DMP-Teilnahme Patient	2.941	[2.829;3.058]	<.0001

Subgruppen (Tendenzen)

In den Subgruppen zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung weitgehend gleichsinnige Zusammenhänge.

Kernpunkte

- **HzV-Patienten mit Diabetes werden etwas weniger mit nicht-empfohlenen oralen Antidiabetika versorgt.**

3.7.4 Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika (ohne Glimepirid) durch den Index-Hausarzt

Deskriptive Statistik

In der nicht-HzV-Gruppe werden häufiger nicht empfohlene Antidiabetika verschrieben.

Nicht empfohlene Antidiabetika (ohne Glimipirid) 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Nein	61870 (90.4%)	73742 (91.7%)	135612 (91.1%)
- Ja	6591 (9.6%)	6691 (8.3%)	13282 (8.9%)
Nicht empfohlene Antidiabetika (ohne Glimipirid) 2012			
- Nein	69825 (90.4%)	82260 (91.4%)	156085 (91%)
- Ja	7410 (9.6%)	8080 (8.6%)	15490 (9%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich die Risikoreduktion für die Verschreibung nicht empfohlener Medikamente innerhalb der HzV.

Tabelle 72: Regressionsmodell für "Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlenen Antidiabetika (ohne Glimipirid) durch den Index-Hausarzt“ (2012)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.881	[0.829;0.937]	<.0001
Alter	0.969	[0.966;0.971]	<.0001
Geschlecht: männlich	1.040	[1.004;1.077]	0.0289
Charlson-Index pro Punkt	1.059	[1.051;1.066]	<.0001
Praxisgröße	3.070	[2.926;3.222]	<.0001
Gebiet: Stadt	1.000	[1.000;1.000]	0.0574
DMP-Quote Arzt: je 10%	0.980	[0.935;1.026]	0.3846
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.888	[0.878;0.898]	<.0001
HzV-Gruppe	0.926	[0.877;0.978]	0.0060

Subgruppen (Tendenzen)

In den Subgruppen zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung weitgehend gleichsinnige Zusammenhänge.

Kernpunkte

- **HzV-Patienten mit Diabetes werden weniger mit nicht-empfohlenen oralen Antidiabetika versorgt.**

3.7.5 Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern

Deskriptive Statistik

Patienten mit Diabetes Typ-2 wurden innerhalb der HzV seltener stationär behandelt. Gegenüber der Regelversorgung wurde dieses Ereignis ca. 4% weniger beobachtet.

Typ-2-Diabetiker mit Hospitalisierung 2011	**Nicht-HzV**	**HzV**	**Gesamt**
- Nein	42354 (61.9%)	52495 (65.3%)	94849 (63.7%)
- Ja	26107 (38.1%)	27938 (34.7%)	54045 (36.3%)
Typ-2-Diabetiker mit Hospitalisierung 2012			
- Nein	49400 (64.0%)	62734 (66.5%)	112134 (65.4%)
- Ja	27835 (36.0%)	31606 (33.5%)	59441 (34.6%)

Adjustierte Modelle

Im Regressionsmodell bestätigt sich die deskriptive Statistik. Die DMP-Teilnahme verringert für Typ-2-Diabetiker ebenfalls das Risiko einer stationären Behandlung. Die Verminderung ist mit einer OR von 0.87 erheblich und signifikant. Eine hohe Morbidität hingegen erhöht das Risiko.

Tabelle 73: Regressionsmodell für "Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern" (2011)

Name	Odds ratio	95%-KI	p-Wert
HzV-Gruppe	0.870	[0.839;0.903]	<.0001
Alter	1.012	[1.010;1.014]	<.0001
Geschlecht: Männlich	0.937	[0.915;0.961]	<.0001
Charlson-Index pro Punkt	1.522	[1.513;1.531]	<.0001
Praxisgröße	1.000	[1.000;1.000]	0.1095
Gebiet: Stadt	0.987	[0.958;1.017]	0.3838
DMP-Quote Arzt: je 10%	1.005	[0.998;1.012]	0.1497
Praxisform: Gemeinschafts-praxis	0.983	[0.951;1.016]	0.3192
DMP-Teilnahme Patient	0.651	[0.632;0.670]	<.0001

Subgruppen (Tendenzen)

Die Richtung der für die Gesamtgruppe beschriebenen Beobachtungen trifft für alle Subgruppen zu. Für Pflegebedürftige und Pflegeheimbewohner sind sie jedoch nicht statistisch signifikant.

Kernpunkte

- **Die Hospitalisationsrate von Patienten mit Diabetes Typ 2 ist in der HzV-Gruppe deutlich geringer.**

4. Diskussion

Die vorliegende Studie hat die Versorgungsqualität bei älteren Versicherten, einer sowohl quantitativ (knapp 40% der eingeschriebenen HzV-Versicherten) wie sachlich (Häufung von Morbidität, Beeinträchtigung und Versorgungsbedarf) besonders wichtigen Gruppe zwischen den in die HzV eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Patienten verglichen. Es waren einzelne Unterschiede zu verzeichnen, insgesamt waren aber die Unterschiede nicht so erheblich, wie in AP 1 für die Gesamtheit der Versicherten beschrieben.

Im Bereich „Prävention“ ergeben sich bei der Impfung gegen Influenza bei den älteren Versicherten ein deutlicher, möglicherweise noch nicht befriedigender Unterschied (zugunsten HzV) und ein ebenfalls erheblicher Unterschied in der Hospitalisierungsrate wegen (sturzbedingter) Hüftgelenksfrakturen.

Im Bereich Patienten mit Diabetes ist die Versorgung der HzV-Versicherten besser – möglicherweise wegen der deutlich höheren Einschreibung in das DMP Diabetes Typ II. Dies wirkt sich evtl. auch auf die deutlich geringere Hospitalisierungsrate aus.

4.1 Behandlungskoordination und Inanspruchnahme

Im Bereich der Inanspruchnahme gab es bei den älteren Versicherten meist Vorteile in der HzV-Gruppe.

So wurden Versicherte in der HzV gegenüber der Regelversorgung nur in einem erheblich geringerem Maße von verschiedenen Hausärzten behandelt. Dies entspricht auch den vertraglich vereinbarten Bedingungen des HzV-Vertrages. Die Rolle des Hausarztes wird so gestärkt. Die konsequente Betreuung durch einen Hausarzt ist erstrebenswert, da hierdurch wichtige Merkmale hausärztlicher Versorgung, wie z.B. die „erlebte Anamnese“, erst möglich werden. Durch Integration zahlreicher Kenntnisse über Umfeld, Vorerkrankungen und Vorstellungen und Wünsche eines Patienten wird so die partizipative Entscheidungsfindung erleichtert und eine bessere Behandlung und höhere Behandlungszufriedenheit erreicht.

Zudem finden gegenüber der Regelversorgung weniger Facharztkontakte, etwa ein Drittel bzw. ein Kontakt pro Quartal weniger, mit Überweisung durch den Index-Hausarzt statt. Dies könnte Folge der engeren Bindung an den Hausarzt sein, welcher üblicherweise 90% der Behandlungsanlässe selbstständig klären kann. Die Facharztinanspruchnahme erfolgt also gezielter, sodass Fachärzte entlastet werden. Gleichzeitig fanden etwas mehr Facharztkontakte ohne Überweisung innerhalb der HzV statt. Die ungeregelte Inanspruchnahme lässt sich also durch HzV nicht reduzieren, jedoch muss auf die Unsicherheiten der Datengrundlage und die wesentlich reduzierte Gesamtinanspruchnahme hingewiesen werden.

Das Risiko einer (oder mehrerer) notfallmäßigen Aufnahme war bei den hier betrachteten Patienten insgesamt gering (etwa 14%/Jahr). Es ließ sich in der HzV im zweiten Beobachtungsjahr um etwa 1% (absolut betrachtet) senken. Für Versicherte in der HzV zeigte sich also ein geringeres Risiko für eine Notfallkrankenhausaufnahme. Eine schlechte Erreichbarkeit des Primärversorgers oder eine diskontinuierliche Versorgung gelten als Risiko für eine Krankenhausaufnahme bei chronisch Kranken (Bindman et al. 1995). Die optimierte ambulante Versorgung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung könnte die beobachtete Verringerung ungeplanter Inanspruchnahmen des stationären Sektors erklären. Inwieweit der Hausarzt diese jedoch wirklich beeinflussen kann, wird kontrovers diskutiert. So spielen andere Faktoren, wie auf Patientenebene der sozioökonomische Status und die Morbidität, aber auch das Aufnahmeverhalten des jeweiligen Krankenhauses eine dominierende Rolle (Jankowski 1999). Zudem dient die vorliegende Kennzeichnung als „Notfall“ zunächst Abrechnungszwecken und kann von jedem Krankenhaus unterschiedlich angewendet werden. Ob es sich um einen tatsächlichen „Notfall“ bzw. eine ungeplante Krankenhausaufnahme gehandelt hat, kann retrospektiv nicht sicher beurteilt werden. Tatsächlich zeigen sich zwischen verschiedenen Krankenhäusern große Unterschiede in der Häufigkeit von „Notfällen“. Insgesamt ist die Aussagekraft bezüglich „Notfallaufnahmen“ also in zweierlei Hinsicht niedrig: Zum einen aufgrund der Datenlage, zum anderen aufgrund der geringen Beeinflussbarkeit durch den Hausarzt.

Wie bereits beschrieben, können sich stationäre Krankenhausaufnahmen aus einer Nichterreichbarkeit des Primärversorgungssystems oder einer unsystematischen Betreuung ergeben. Dies gilt insbesondere für vermeidbare Krankenhausaufnahmen, welche auch als „ambulatory care sensitive conditions – ACSC“ beschrieben werden (Freund et al. 2013). Es handelt sich hier um eine Liste von (chronischen) Krankheitsbildern, bei denen durch ein kontinuierliches Monitoring oder eine Prävention von Zuspitzungen eine Reduktion von stationären Einweisungen erwartet werden kann. Durch eine optimale ambulante Versorgung könnte es zu einer geringeren Anzahl von durch ACSC bedingten Krankenhausaufnahmen kommen. In der deskriptiven Auswertung zeigte sich zwischen den Gruppen ein kleiner Unterschied zugunsten der HzV, welcher sich nach Adjustierung im Rahmen der multivariaten Analyse bestätigen ließ. Einige Faktoren, die bei der Interpretation der Krankenhausaufnahmen zu beachten sind, wurden bereits oben genannt. Für Aufnahmen aufgrund von ACSC kommen weitere hinzu. So lassen sich diese zunächst in fünf Kategorien unterteilen.

1) System (Unerreichbarkeit ambulanter Versorger)
2) Arzt (nicht ausreichendes Monitoring)
3) Medikamente (UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen)
4) Patient (verzögertes Aufsuchen von Hilfe)
5) Sozial (zu wenig Unterstützung im persönlichen Umfeld des Patienten)

Dabei entziehen sich besonders die systembezogenen, patientenbezogenen und sozialbezogenen Kategorien weitgehend der Einflussnahme des Primärarztes. Gerade systembezogene und soziale Ursachen scheinen jedoch für einen großen Anteil der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen verantwortlich zu sein (Walsh et al. 2011; Billings et al. 1993). Folglich ist der Einfluss des Hausarztes, auch bei optimalem Patientenmanagement, als begrenzt einzustufen (Ricketts et al. 2001). Zudem ist nicht bewiesen, dass das für die Einschätzung als ACSC gewählte Diagnoseraster hinreichend sensitiv ist.

4.2 Qualität der Medikation

Mit einem Mittelwert von knapp über 3 verordneten Wirkstoffen je Quartal durch den Hausarzt in beiden Gruppen ist allgemein zunächst von einem moderaten Verschreibungsverhalten auszugehen. Mit einer steigenden Zahl von verschiedenen Wirkstoffen steigt das Risiko von Inkompatibilitäten und Wechselwirkungen und damit letztlich auch von unerwünschten Arzneimittelwirkungen mit möglichen negativen Folgen für den Patienten. Dieses Risiko ist jedoch in Abhängigkeit von der Morbidität des Patienten unterschiedlich (Payne et al. 2014). Gerade ältere Patienten können daher von einer gezielten Reduktion der verabreichten Wirkstoffe im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie profitieren (Garfinkel et al. 2007). Gleichzeitig muss eine Unterversorgung mit durch Leitlinien gut begründeten Arzneistoffen vermieden werden. Die Bestimmung der Anzahl der Wirkstoffe je Patient durch den Index-Hausarzt dient dabei als erster Anhaltspunkt für die Beurteilung der Verordnungsqualität. In weitergehenden Analysen müssen daher diejenigen Patienten untersucht werden, die eine sehr hohe Anzahl von Wirkstoffen einnehmen und daher unter einem deutlichen Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen stehen. Im Hinblick auf die deskriptive Statistik sind jedoch auch hier kaum Unterschiede zu erwarten.Hinsichtlich der Verschreibung potentiell inadäquater Medikamente ist das Risiko in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Die Medikamente wurden mittels einer an die Gegebenheiten in Deutschland angepassten PIM-Liste, der PRISCUS-Liste, gewählt (Holt et al. 2010). Der gesamte Verordnungsanteil (bzw. das Risiko für den einzelnen Patienten, solche zu erhalten) liegt etwas niedriger, als es aus anderen Daten zu erwarten war.Im Bereich Qualität der Pharmakotherapie konnten wir nur bei dem Indikator „Verordnung von Neuroleptika“ deutliche Unterschiede nachweisen. Dabei werden HzV-Versicherten in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika von ihrem Hausarzt verschrieben. Bei der Anwendung von Neuroleptika ist gerade bei älteren Versicherten aufgrund des veränderten Stoffwechsels Vorsicht geboten. Indikationen für den Einsatz von Neuroleptika bei älteren Versicherten liegen oft außerhalb ihres Zulassungsbereichs und sind neuropsychiatrische Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Aggression, Depressionen, Halluzinationen, Schlafstörungen und Angst. Diese nichtkognitiven Symptome spielen aufgrund ihrer hohen Prävalenz und ihres hohen Belastungspotentials eine wesentliche Rolle bei der Behandlung von demenziellen Erkrankungen. 50% - 80 % demenzkranker Versicherter entwickeln im Verlauf der Erkrankung neuropsychi-

atrische Verhaltensauffälligkeiten (Howard et al. 2001; Lyketsos et al. 2002). Die Wirksamkeit von Neuroleptika ist umstritten, ein erhöhtes Mortalitätsrisiko gilt jedoch als gesichert. Auf der Grundlage von 17 Placebo-kontrollierten Studien wurde ein 1,6-1,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko bei älteren Patienten mit Demenz nach der Einnahme von atypischen Neuroleptika festgestellt (Fritze et al. 2005). Zwei retrospektive Kohortenstudien weisen vergleichbare Ergebnisse für typische Neuroleptika bei Demenz auf (Schneeweiss et al. 2007; Gill et al. 2007). Wooltorton (2002) berichtet in seiner Studie zur Behandlung mit Risperidon bei Demenz von einer erhöhten Schlaganfallrate (Wooltorton 2002). Ballard und Kollegen untersuchten zudem die Langzeitbehandlung von Neuroleptika bei Demenz (Ballard et al. 2009). Sie konnten im Rahmen ihrer Placebo-kontrollierten Studie zeigen, dass zu allen Messzeitpunkten das Mortalitätsrisiko in der Neuroleptika-Gruppe gegenüber der Placebo-Gruppe erhöht war. Die Indikation sollte deshalb spätestens nach drei Monaten überprüft und Ausschleichversuche unternommen werden (DEGAM-Leitlinie Demenz 2008). Insgesamt ist also die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei älteren Versicherten grundsätzlich zu problematisieren, wie es ebenso Hinweise auf eine konkrete Schädigungswirkung in Gestalt einer erhöhten Mortalität gibt. HzV-Ärzte werden insbesondere im Bereich optimierter Arzneimittelvergabe geschult und zu einer leitliniengerechten medizinischen Versorgung mit Neuroleptika aufgerufen. In Anlehnung an die Literatur wurde ein Schwellenwert von 20 DDD gewählt, um den gelegentlichen Einsatz, z.B. während eines akuten Delirs, nicht auszuschließen. Aus der Betrachtung ausgenommen sind Patienten mit psychischen Störungen, bei denen Neuroleptika leitliniengerecht zum Einsatz kommen.

Hinsichtlich der Verabreichung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Es gilt zu bedenken, dass diese Substanzgruppe häufig auf Privatrezept verordnet wird, welche nicht in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten.

4.3 Prävention

HzV-Versicherte wurden signifikant häufiger gegen Influenza geimpft. Nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts sollten, neben einiger anderer Indikationen, alle Versicherten, die 60 Jahre oder älter sind, jährlich geimpft werden. Auch in den in den besonders gefährdeten Subgruppen der Hochaltrigen, Pflegebedürftigen und Heimbewohner zeigten sich signifikant höhere Impfraten in der HzV-Gruppe. Insgesamt sind diese dennoch weiter steigerungsbedürftig.

Hüftgelenksnahe Frakturen sind in 90% der Fälle sturzbedingt. Sie führen häufig zu einer bleibenden Funktionseinschränkung oder sogar zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Daher sind sie als schwerwiegende und kostenintensive Erkrankung aufzufassen. Ziel von Präventionsmaßnahmen sollte es sein, Stürze und Sturzfolgen bei älteren Menschen zu verhindern. Diese Sturzprophylaxe beginnt mit der Einschätzung des individuellen Sturzrisikos, zum Beispiel im Rahmen eines geriatrischen Basisassessments. Eine umfassende hausärztliche Betreuung könnte dazu beitra-

gen, Stürze und damit auch Hospitalisierungen wegen hüftgelenksnaher Frakturen zu vermeiden. In der vorliegenden Untersuchung konnte innerhalb der HzV ein erniedrigtes Risiko für eine hüftgelenksnahe Fraktur beschrieben werden. Ob dies auf häufiger durchgeführte geriatrische Basisassessments zurückzuführen ist, kann nicht beantwortet werden.

4.4 Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Die Prävalenz liegt dabei in der Altersgruppe der 70-79% Jährigen bei über 20% (Rathmann et al. 2013). Disease Management Programme (DMP) haben sich als effektive Instrumente zur optimierten Behandlung chronischer Erkrankungen erwiesen. Daher wird durch den HzV-Vertrag die Einschreibung in DMP ausdrücklich gefördert und gefordert. Dies konnte in der vorliegenden Evaluation bestätigt werden. Gerade Pflegebedürftige und Heimbewohner waren innerhalb der HzV deutlich häufiger in das DMP Diabetes eingeschrieben.

Eine häufige Spätfolge des Diabetes mellitus ist die diabetische Retinopathie und Makulopathie. Im Erwachsenenalter bis 74 Jahre stellt sie in den westlichen Nationen mit die häufigste Erblindungsursache dar. Obwohl die Prävalenz der diabetischen Retinopathie in den letzten Jahren gesunken ist, wird dieser Erfolg durch die massive Zunahme der Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 überdeckt. Schon bei Erstdiagnose weisen 10-15% der Patienten eine diabetische Retinopathie auf. Nach einer Diabetesdauer von 15 bis 20 Jahren leiden bis zu 50% der Patienten ohne Insulintherapie und bis zu 80% der Patienten mit Insulintherapie unter einer diabetischen Retinopathie. Bei einem Viertel der Patienten tritt nach mehr als 15-jähriger Diabetesdauer eine diabetische Makulopathie auf. Um entsprechende Veränderungen frühzeitig erkennen und therapieren zu können, ist eine regelmäßige augenärztliche Vorstellung erforderlich. Daher sollte jeder Diabetiker jährlich einer augenärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Von dieser Vorgabe muss jedoch individuell abgewichen werden. So sind andere Kontrollintervalle zu wählen, wenn ein Patient beispielweise bereits vollständig erblindet ist. Innerhalb der HzV erfolgten für mehr Versicherte mit Diabetes die notwendigen augenärztlichen Kontrolluntersuchungen.

Die antidiabetische Therapie ist ein sehr kontrovers diskutiertes Thema. In den letzten Jahren sind mehrere orale Antidiabetika auf den Markt gekommen. Anfängliche Hoffnungen guter Wirksamkeit bei geringen Nebenwirkungen konnten sich jedoch meist nicht bestätigen. Substanzen, wie Alpha-Glukosidase-Inhibitoren, Glinide, Glitazone, Dapagliflozin oder Gliptine können nicht empfohlen werden. Dennoch erfreuen sie sich, gerade in Deutschland, wachsender Beliebtheit. Zwar konnte für einige dieser Substanzen eine Verringerung der Blutzuckerspiegel nachgewiesen werden, jedoch führte dies zu keiner Verbesserung hinsichtlich der Senkung makrovaskulärer oder mikrovaskulärer Komplikationen oder der Sterblichkeit. Daher bleibt laut Leitlinien das Standardmedikament zur oralen Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 Metformin. In Ausnahmen wird auch die Gabe von Glibenclamid

oder Gliclazid empfohlen. Die hier zugrunde gelegte Auswahl gründet sich auf die Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Therapieplanung) bzw. den dort genannten Verordnungsalgorithmus in der Version von DEGAM/Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft. Es zeigte sich, dass HzV-Teilnehmer seltener mit nicht empfohlenen oralen Antidiabetika versorgt werden.

Diabetikern wird ein erhebliches Hospitalisierungsrisiko zugeschrieben. Die Hospitalisierungen sind sowohl diabetesbezogenen Komplikationen, als auch anderen Ursachen zuzuordnen. Diabetiker in der HzV wurden im Beobachtungszeitraum signifikant weniger stationär behandelt. Dies könnte Folge einer engeren und umfassenderen ambulanten Versorgung in der hausärztlichen Praxis sein.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen letztlich noch folgende Punkte bedacht werden:

- Bei der Auswahl der Indikatoren für die Versorgungsqualität mussten aufgrund der Studienanlage als Sekundärdatenanalyse zahlreiche Einschränkungen hingenommen werden. Eine ganze Reihe von Indikatoren, die in bekannten Indikatorensets (ACOVE, QISA) aufgeführt sind, konnten in den uns zur Verfügung stehenden Daten nicht abgebildet werden, z.T. weil klinische Daten zur Zustandsbeschreibung der Versicherten, z.T. weil Daten des Versorgungsgeschehens (u.a. auch durch die vereinfachte Dokumentation und Vergütung in der HzV!) fehlen.
- Bei älteren Versicherten, insbesondere bei multimorbiden oder pflegebedürftigen Patienten spielen zahlreiche Faktoren der Vulnerabilität, des medizinischen Bedarfs und auch des Versorgungssystems eine bedeutende Rolle, die vom Hausarzt, auch im Rahmen der HzV, wenig beeinflussbar sind. Das gilt z.B. für die oben dargestellten Daten zu notfallmäßigen oder potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen.
- Es scheint auch so zu sein, dass der Bedarf und der Versorgungsaufwand der Patienten mit dem höchsten Versorgungsbedarf (hohe Hausbesuchsfrequenz, Pflegebedürftigkeit oder Heimaufenthalt) noch nicht angemessen in der HzV dargestellt werden kann. Darauf deuten unterdurchschnittliche Anteile an Pflegebedürftigen und Heimbewohnern in der HzV-Gruppe, wie oben berichtet, hin. Die hier vorgestellten Ergebnisse können hier auch zu einer bedarfsgerechteren Fortentwicklung der Verträge beitragen. Inzwischen ist der HzV-Vertrag (ab 01.07.2013) für Pflegebedürftige fortentwickelt worden (die Effekte liegen außerhalb des Beobachtungszeitraums), und eine weitere Entwicklung auf der Grundlage der PraCMan-Intervention ist in Arbeit.
- In einigen Bereichen (insbesondere bei der Inanspruchnahme und der Medikamentenversorgung) waren dennoch Effekte, oder Qualitätsgewinne, in der HzV zu verzeichnen, insbesondere fan-

den wir keine Hinweise, dass bestimmte Versichertengruppen in der HzV schlechter versorgt würden.

- Die vorgelegte Analyse ist wegen der Kürze des Beobachtungszeitraums querschnittlich angelegt. Für das dritte Jahr des Evaluationsvertrags sind jedoch längsschnittliche Analysen (über dann etwa vier Jahre) vorgesehen, von denen wir uns weitere Aufschlüsse erhoffen.
- Zwischen 2011 und 2012 haben sich bei vielen Indikatoren die positiven Befunde in der HzV-Gruppe leicht verstärkt bzw. befestigt (auch in Subgruppen). Dies könnte auf fortdauernde Qualitätsreserven in der hausarztzentrierten Versorgung hinweisen.

5. Anhang

Der Anhang mit der methodischen Begründung der einzelnen Indikatoren ist bei den Verfassern auf Anfrage erhältlich unter beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

V. Literaturverzeichnis

Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011); 2013. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten_und_fakten/index.html.

Akaike H. Information Theory and an Extension of the Maximum Likelihood Principle? in B.N. Petrov and F. Csaki ed., 2nd International Symposium on Information Theory, pp. 267-281, Akademia Kiado, Budapest, 1973.

AOK Baden-Württemberg. Modul Arzneimittelverordnung. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/faq/index_02756.html. Zugriff am 16.4.2014.

AOK Baden-Württemberg: Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. http://aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/index.html. Zugriff am 16.04.2014.

AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Mediverbund. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. der Änderungsvereinbarung vom 15.04.2011: VERAH-Zuschlag [Anhang 4 zu Anlage 12].http://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2011_04_12_Anl12_Anh4_VERAH_Zuschlag.pdf.

AOK Baden-Württemberg. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V; 2011. http://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html.

Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K. et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2009; 8 (2): 151–157.

Barbour RS. Checklist for improving rigour in qualitative research: a case of the trail wagging the dog? Brit Med J 2001; 322: 1115-1117

Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011;105(1):13-20.

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. Health Affairs 1993; 12 (1): 162–173.

Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N. et al. Preventable hospitalizations and access to health care. JAMA 1995; 274 (4): 305–311.

Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A, Expanding the Roles of Medical Assistants: Who Does What in Primary Care? JAMA internal medicine. Published online May 12, 2014

Bonferroni CE. Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze 1936;8:3-62.

Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany. Dtsch Arztebl Int 2014;111(13):215-23.

Bussche H, Scherer M. Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare). Z Gerontol Geriat 2011; 44 (S2): 73–100.

Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health 2004;14(3):246-51.

Cierpka M. Familiendiagnostik In: Cierpka, M (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik 3. aktualisierte und ergänzte Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, pp. 1-22, 2008

DEGAM-Leitlinie Demenz (2008). Stand: 2008. Düsseldorf: Omikron Publ. (DEGAM-Leitlinie, 12).

Dunkelberg S. Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser auch von Aufsätzen. Z Allg Med 2005; 81: 248-252

Fahrmeir L, Kneib T, Lang S. Regression - Modelle, Methoden und Anwendungen. Berlin: Springer 2008.

Flick U, Kardorff E von, Steinke I.Was ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, pp. 13 -29, 2010

Freund T, Szecsenyi J, Ose D. Characteristics of beneficiaries of a GP-centred health care contract in Germany. Med Klin 2010;105(11):808-11.

Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. Ann Fam Med 2013; 11 (4): 363–370.

Freund T, Szecsenyi J, Ose D. Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung. Med Klin 2010; 105 (11): 808–811.

Fritze J, Aldenhoff J, Bergmann F, Maier W, Möller H-J. Antipsychotika bei Demenz. psychoneuro 2005; 31 (11): 581–583.

Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr Med Assoc J 2007;9 (6): 430–434.

Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jager C, Mergenthal K et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. Patient Educ Couns 2012; 86(1):114–9

Gerlach FM, Szecsenyi J. Family doctor-centred care in Baden-Wuerttemberg: concept and results of a controlled evaluation study. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2013;107(6):365-71.

Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2013; 107: 365-371

Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. Z Allg Med. 2011: 280–286

Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N. Versorgungs-Report 2013/2014: Schwerpunkt: Depression. Stuttgart: Schattauer, 2014.

Gill SS. Bronskill SE. Normand, S-LT, Anderson GM, Sykora K, Lam K et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. In: Ann. Intern. Med. 2007; 146 (11): 775–786.

Glaeske G, Schicktanz C (2012): Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2010 bis 2011. Siegburg: Asgard-Verl.-Service (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse).

Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S, Beyer M, Miksch A. Wie beurteilen chronisch kranke Patienten Ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2013; 107: 379-385

GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 2012.

Grimshaw, JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L. et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2006; 8 (6): iii-iv, 1-72.

Grol, R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. In: Med Care 2001; 39 (8 Suppl 2): II46-54.

Hardin J, Hilbe J. Generalized Estimating Equations. London: Chapman and Hall, 2003.

Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107 (31-32): 543–551.

Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16 (7): 714–717.

ICD, Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Tenth revision, ICD-10. Geneva, World Health Organization, 1993.

Jankowski R. What do hospital admission rates say about primary care? BMJ 1999; 319 (7202): 67–68.

Kassenärztliche Bundesvereinigung /GKV Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGBV: Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Dtsches Ärzteblatt 2013 110(38), A-1757 / B-1549 / C-1525.

Laux G, Bauer E, Stock C. Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität. Public Health Forum 2014; doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2014.03.004.

Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation of family doctor centred medical care based on AOK routine data in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2013;107(6):372-8.

Laux G, Kühlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: Results from the German CONTENT project. BMC Health Serv Res 2008; 8: 14–21.

Lehnert T, König H-H. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. Bundesgesundheitsbl. 2012; 55 (5): 685–692.

Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. JAMA 2002; 288 (12): 1475–1483.

Majic T, Pluta J-P, Mell T, Aichberger MC, Treusch, Gutzmanns et al. The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. Dtsch Arztebl Int 2010; 107 (18): 320–327.

Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2014; 14(1):214.

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, pp. 468-474, 2010

Meinck M, Lübke N. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten. In: Z Gerontol Geriat. 2013; DOI: 10.1007/s00391-012-0462-8.

Meinck M, Lübke N, Ernst F. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Z Gerontol Geriat 2012; 45 (7): 647–657.

Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarzt-zentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen 2013; (107):386–93.

Nürnberger G, Schmidt JW, Walz G. Multivariate Approximation and Splines. Basel: Birkhäuser, 2001.

Payne RA, Abel GA, Avery AJ, Mercer SW, Roland MO. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. Br J Clin Pharmacol. 2014; DOI: 10.1111/bcp.12292.

PROC GENMOD Statement. SAS User's Guide, Second Edition. http://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63347/HTML/default/viewer.htm#statug_genmod_sect010.htm. Zugriff am 16.4.2014.

PROC GLIMMIX Statement, SAS User's Guide, Second Edition,. https://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63033/HTML/default/viewer.htm#statug_glimmix_a0000001405.htm. Zugriff am 16.4.2014.

PROC MIXED Statement, SAS User's Guide, Second Edition,. http://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63033/HTML/default/viewer.htm#mixed_toc.htm. Zugriff am 16.4.2014.

Rathmann W, Scheidt-Nave C, Roden M, HerderC. Type 2 diabetes: prevalence and relevance of genetic and acquired factors for its prediction. Dtsch Arztebl Int 2013; 110 (19): 331–337.

Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. Health Place 2001; 7 (1): 27–38.

Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika Biometrika 1983;70(1):41-55.

Brilleman SLB, Gravelle H, Hollinghurst S, Purdy S, Salisbury C, Windmeijer F. (2011): Keep it Simple? Predicting Primary Health Care Costs with Measures of Morbidity and Multimorbidity. The University of York. Online verfügbar unter http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP72_predicting_primary_health_care_costs.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2013.

Schäfer I, Hansen H, Schön G et al. The German MultiCare-study: patterns of multimorbidity in primary health care–protocol of a prospective cohort study. BMC Health Serv Res 2009; 9: 145

Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. CMAJ 2007; 176 (5): 627–632.

Searle SR, Casella G, McCulloch CE. Variance components. New York: Wiley, 1992.

Shults J, Hilbe JM. Quasi-Least Sqares Regression. Boca Raton: CRC Press, 2014.

Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek, pp. 319-331, 2010

Sturges JE, Hanrahan KJ. Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. Qualitative Research 2004; 4: 107-118.

Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. J Clin Epidemiol 2004;57(12):1288-94.

Tabachnick, B; Fidell, L: Using Multivariate Statistics. Allyn&Bacon: Boston, 2006.

Walsh B, Roberts HC, Nicholls PG. Features and outcomes of unplanned hospital admissions of older people due to ill-defined (R-coded) conditions: Retrospective analysis of hospital admissions data in England. In: BMC Geriatr 2011; 11 (1): 62.

Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology 1979.

Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009; 18 (9): 763–769.

Wooltorton, E. Risperidone (Risperdal): increased rate of cerebrovascular events in dementia trials. CMAJ 2002; 167 (11): 1269–1270.