

Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland

2. Das Modell der Primärversorgungspraxis

Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009

A Concept for the Future of Family Practice in Germany –

Part 2: A Future Model for Primary Care Practices

Based on Suggestions of the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System

Antje Erler¹, Martin Beyer¹, Ferdinand M. Gerlach¹

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung bei gleichzeitig erhöhten und veränderten Versorgungsbedürfnissen einer alternenden und zunehmend chronisch kranken Bevölkerung hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland vorgeschlagen. Wesentliche Elemente sind angemessene Arbeits- und Vergütungsbedingungen für Hausärzte, eine verstärkte Orientierung an den Bedingungen für eine hochwertige Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und eine Einbindung der Primärversorgung in ein sektorübergreifendes Versorgungskonzept. Nachdem in einem vorangegangenen Artikel die theoretischen Grundlagen für diese Entwicklung sowie Konsequenzen und mögliche Maßnahmen und Konzepte aus der internationalen Diskussion dargestellt wurden, wird im Folgenden anhand eines Modells von „Primärversorgungspraxen“ erläutert, auf welche Weise diese Elemente in die Praxis umgesetzt werden könnten. Dabei wird insbesondere darauf eingegangen, welche Voraussetzungen bei allen Beteiligten – Hausärzten, Fachspezialisten, Angehörigen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, aber auch von Seiten des Gesundheitssystems – gegeben sein müssen, um eine erfolgreiche Implementierung neuer hausärztlicher Versorgungsmodelle zu ermöglichen und welche Barrieren zu erwarten sind.

Schlüsselwörter: Hausärztliche Versorgung, Primärversorgung, Versorgungskonzepte

Abstract: Due to an imminent shortage of family practitioners (FPs) and the increasing and changing health care needs of an aging population with a mounting burden of chronic diseases, the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System suggested a concept for the future of primary care in Germany (2009 report). The main elements are: adequate working conditions and remuneration for FPs, a greater focus on the conditions necessary for high-quality care for patients with chronic illnesses, and the integration of primary care into a cross-sectoral, population-oriented model of care. In a previous paper, we presented the theoretical background for these developments (and possible consequences and concepts currently under discussion in an international context) which may improve the situation. In this article, we present a future model for primary care practices in Germany and explain how these elements can be put into practice using the example of a project already launched in the German land of Hesse (SCHAAZ). We specifically address the issue of the necessary prerequisites for FPs, specialists, medical assistants, other non-medical staff, and the health care system as a whole to successfully implement new primary care models, and to overcome the barriers expected in the process.

Keywords: family practice, primary care, health care systems

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt a. M.

Peer reviewed article eingereicht: 15.03.2010, akzeptiert: 22.03.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0159

Hintergrund

Dieser Beitrag ist der zweite Teil einer Publikationsreihe, die sich mit den Inhalten des aktuellen Sondergutachtens 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ [1] des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen befasst. Im ersten Teil wurden die theoretischen Grundlagen eines Zukunftskonzeptes für die hausärztliche Versorgung sowie Modelldarstellungen aus der internationalen Diskussion unter dem Gesichtspunkt der Konsequenzen für die Allgemeinmedizin dargestellt [2]. In diesem zweiten Teil des Artikels wird anhand eines Modells von „Primärversorgungspraxen“ erläutert, welche konkreten Entwicklungsmöglichkeiten für die hausärztliche Praxis in Deutschland bestehen.

Die umfangreiche Analyse des Sachverständigenrats zur Lage der Primärversorgung in Deutschland hat vor allem folgende Problembereiche ergeben (Ziffer 1139):

- Der demographische Wandel und die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität erfordern neue Strukturen in der Primärversorgung.
- Ziele und Ansprüche an den Lebensstil von Angehörigen der Gesundheitsberufe haben sich verändert; zunehmend erwünscht sind eine bessere „work-life balance“ und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren (vor allem zwischen Hausärzten, Fachspezialisten und Kliniken) ist erforderlich, um eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung zu erreichen.

Obwohl andere Länder, wie z. B. Großbritannien oder die Niederlande, im Vergleich zu Deutschland eine wesentlich stärkere hausärztliche Primärversorgung aufweisen, wurden international ähnliche Herausforderungen und Zukunftsanforderungen für die hausärztliche Versorgung identifiziert. In der Folge wurden entsprechende Vorschläge und Modelle entwickelt, wie z. B. das niederländische Gutachten über die Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung [3], die „Roadmap“ des Royal College of General

Practitioners in Großbritannien [4], das aus den USA stammende „Patient-Centered Medical Home“-Konzept [5] und das Chronic Care-Modell zur optimierten Versorgung chronisch Kranker [6].

Trotz ihrer unterschiedlichen Genese enthalten diese Modelle eine Vielzahl gemeinsamer Empfehlungen zur Stärkung der Primärversorgung, die sich in die Betrachtungsebene der Arzt-Patienten-Beziehung, die Ebene der Organisation des Versorgungsprozesses und die Ebene des Gesundheitssystems bzw. der gesundheitspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen aufgliedern lassen.

Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung

Auf der Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung ist das Vorhandensein eines persönlichen und frei gewählten Hausarztes die Voraussetzung für eine kontinuierliche und vertrauensvolle Betreuung des Patienten. Insbesondere chronisch Kranke sollten mittels besserer Patienteninformation, partizipativer Entscheidungsfindung und einer stärkeren Unterstützung des Selbstmanagements verantwortlich in ihre Behandlung einbezogen und ihre Präferenzen berücksichtigt werden.

Ebene der Hausarztpraxis

Auf Ebene der Hausarztpraxis ist eine besser abgestimmte und umfangreichere Kooperation erforderlich, sowohl im Sinne einer organisatorischen Umorientierung von Einzelpraxen hin zu größeren Versorgungseinheiten, als auch zwischen verschiedenen Professionen (Fachspezialisten, Pflege, Sozialarbeit). Vor allem bei chronisch Kranken sollte eine interdisziplinäre und arbeitsteilige Betreuung im Rahmen eines hausarztgeleiteten Primärversorgungsteams erfolgen. Dabei sollte der Hausarzt primärer Koordinator und Rückkehrpunkt in der Versorgung sein. Dazu ist ein Ausbau und eine verstärkte Nutzung von Informationstechnologien notwendig, nicht nur, um den Informationsaustausch innerhalb des Versorgungsteams zu gewährleisten, sondern auch für eine systematische, geplante, proaktive und

qualitätsgesicherte Patientenversorgung (z. B. für das Anlegen von krankheitsspezifischen Patientenregistern, Erinnerungssystemen für präventive Untersuchungen, elektronischen Zugriff auf Leitlinien und ein strukturiertes Qualitätsmanagement).

Eine Studie von Wensing et al. 2008 [7] zeigt, dass Patienten tendenziell mit der Versorgung in kleineren Praxen zufriedener sind. Um die Beziehung des Patienten zu seinem persönlichen Hausarzt mit dem Element der „gelebten Anamnese“ auch bei einer teambasierten Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig den Arzt zu entlasten, wird empfohlen, nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen (Medizinische Fachangestellte) stärker als bisher in die Patientenversorgung einzubeziehen. Dabei bilden Arzt und ein bis zwei MFA ein festes Kleinteam („Teamlet“), deren Mitglieder zuverlässige und gleichwertige Ansprechpartner für den Patienten sind [8].

Bevölkerungsebene

Ein regionaler Populations- und Public Health-Bezug soll dadurch hergestellt werden, dass Primärversorgungsteams die Versorgung einer definierten Bevölkerung (bei einer Praxisgröße von z. B. 5 bis 7 Hausärzten für ca. 10.000 bis 15.000 Personen) übernehmen. Auf diese Weise kann die Patientenversorgung über ihr gesamtes Kontinuum in der Gemeinde und im Gesundheitswesen abgestimmt werden und ermöglicht z. B. gezielte Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für bestimmte Gruppen der zu versorgenden Population.

Ebene des Gesundheitssystems

Auf der Ebene des Gesundheitssystems bzw. der gesundheitspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen sollte die Vergütung überwiegend mittels kontaktunabhängiger Pauschalen erfolgen. Sie sollte darüber hinaus teilweise an Qualitätsindikatoren orientiert sein, auch Leistungen nichtärztlicher Mitarbeiter honorieren, sowie Anreize für eine abgestufte Versorgung und für die Erbringung von Präventionsleistungen geben.

Aus- und Fortbildung

Um Hausärzte und andere Teammitglieder auf die Übernahme der neuen Aufgaben vorzubereiten, müssen innovative Aus- und Fortbildungskonzepte entwickelt werden, die einerseits Wissen und Fähigkeiten zur Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, der Einbeziehung von Patienten im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung, eine Förderung des Selbstmanagements, etc., und andererseits Führungseigenschaften und Strategien zur Teambildung vermitteln.

Neben diesen internationalen Empfehlungen gibt es inzwischen auch mehrere deutsche Vorschläge (der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden [9], der Kassenärztliche Bundesvereinigung [10]) sowie einen vom Rat in Auftrag gegebenen Evidenzreport [11] und einen systematischen Review zu hausärztlichem Gatekeeping [12]. Auf dieser Basis wird im Sondergutachten des Sachverständigenrats 2009 die konkrete Zukunftsvision einer „Primärversorgungspraxis“ entwickelt.

Das Modell der Primärversorgungspraxis

Primärversorgungspraxen (PVP) sind „entwickelte Organisationen“ (Ziff. 1141, 1148), die im Rahmen eines Einschreibemodells die umfassende Versorgung einer feststehenden Patientengruppe übernehmen (sogenanntes panel management [13]) (Ziff. 1156ff). Um eine solche umfassende Versorgung anbieten zu können, wird der Zusammenschluss von Einzelpraxen zu einer größeren Einheit empfohlen, die in der Lage ist, mehrere Hausärzte sowie spezialisierte MFA und/oder Krankenschwestern zu beschäftigen (Ziff. 1149). Darüber hinaus ermöglichen größere Praxen erweiterte Öffnungszeiten für Patienten und flexible Arbeitszeitmodelle für Mitarbeiter (Ziff. 1166). Weitere Kennzeichen einer „entwickelten Organisation“ sind die Realisierung eines Teamansatzes in der Versorgung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Praxis unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe (Ziff. 1157). Im Rahmen von Liaison-Modellen erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit Fachspezialisten aus Klinik oder Praxis (Ziff.

1166). Hausärzte nehmen dabei die Rolle von Koordinatoren/Moderatoren ein und behalten die Letztverantwortung im Versorgungsprozess (Ziff. 1155).

Unterschiede zwischen PVP und derzeitiger Hausarztpraxis

Durch die Einschreibung ist die von der Praxis zu versorgende Patientengruppe genau bekannt. Dieser Umstand ermöglicht eine systematische Analyse und Stratifizierung von Patientengruppen (z. B. nach Erkrankungsrisiko, Versorgungsbedarf). Krankheitspezifische Patientenregister können angelegt und Präventionsmaßnahmen gezielt nach Bedarf geplant werden (z. B. Impfrecalls, präventive Hausbesuche). Diese Planung erfolgt im Team und resultiert in einer zweckmäßigen Arbeitsteilung und Delegation von Leistungen, die den Hausarzt entlastet. Dabei stellt sich das Praxisteam z. B. folgende Fragen: Wie viele Diabetiker versorgen wir? Wie organisieren wir ein systematisches System zur Langzeitbetreuung dieser Patientengruppe mit programmierter Wiedereinbestellung und Erinnerungen zu Kontrolluntersuchungen (Ziff. 1156)?

In der derzeitigen hausärztlichen Sprechstunde vermischen sich akute Beratungsanlässe, das Monitoring chronischer Erkrankungen und die weiteren Probleme des Patienten. Aufgrund der knappen Konsultationszeit ist eine problemgerechte Prioritätensetzung kaum möglich [16]. Hingegen können PVP aufgrund ihrer Größe und Interdisziplinarität eine strukturierte Versorgung in separat organisierten Sprechstunden (z. B. Akut-, Chroniker-, Präventionsprechstunde) anbieten, die ggf. auch Fachspezialisten und nichtärztliche Gesundheitsberufe einbezieht (Ziff. 1157ff). Fachspezialisten, die im Rahmen einer Zweigpraxis oder neben der Beschäftigung im Krankenhaus stunden- oder tageweise in der PVP arbeiten, können entweder fallweise bei Bedarf zur Sprechstunde hinzugezogen oder auch fest dafür eingeplant werden, z. B. im Rahmen einer Multimorbiditätssprechstunde (Ziff. 1158, 1166).

Bei chronisch kranken Patienten übernehmen speziell geschulte MFA die Förderung der Selbstmanagementfähig-

keiten, indem individuelle Behandlungsziele vereinbart und Patienten bei der Umsetzung dieser Ziele unterstützt werden, z. B. durch regelmäßige Telefonanrufe der Patienten zwischen den Konsultationen im Sinne eines Case Managements [14, 15]. Auf diese Weise erfolgt eine kontinuierliche Betreuung von chronisch Kranken und der Patient wird stärker in seine Behandlung einbezogen (Ziff. 1157). Die Anwendung des Teamlet-Modells (ein Kleinteam aus einem Arzt und einer MFA als feste Ansprechpartner für Patienten) erhält dabei auch in größeren Organisationen die Behandlungskontinuität (Ziff. 1163).

Voraussetzungen für eine Umsetzung des PVP-Modells

Um das PVP-Modell in die Praxis umsetzen zu können, sind insbesondere Veränderungen der Infrastruktur und der Vergütung sowie Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung notwendig.

Infrastruktur

Für die Gründung einer PVP müssen entsprechende Räumlichkeiten in geeigneter Größe vorhanden sein. Hierfür muss ein tragfähiges Finanzierungsmodell bestehen.

Um ein systematisches Management der Patientengruppe zu ermöglichen, ist ein leistungsfähiges IT-System mit einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte notwendig. Das System muss die Kooperation aller am Behandlungsprozess Beteiligten unterstützen und eine Risikostratifizierung von Patientengruppen erlauben. Außerdem sollte es Qualitätsentwicklungsstrategien fördern, z. B. durch die Integration von Behandlungsleitlinien als EDV-Version oder von Programmen zur Berücksichtigung von Arzneimittelwechselwirkungen.

Personalentwicklung

Eine Aus- und Weiterbildung ist für alle Mitarbeiter notwendig, um ihre neuen Aufgaben erfüllen zu können. Hausärzte benötigen Führungs- und Moderationsqualifikationen, um ihre Rolle als Koordinator des interdisziplinären Behandlungsteams ausfüllen zu können, sowie

Fähigkeiten in Organisationsentwicklung und Prozessmanagement. Außerdem erfordert der Ansatz einer populationsbezogenen Versorgung eine Erweiterung der Perspektive von der individuellen Betrachtung des einzelnen Patienten hin zu einer zusätzlichen Betrachtung von Patientengruppen. Um erweiterte Aufgaben in der Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten übernehmen zu können, benötigen MFA ebenfalls entsprechende Qualifikationen.

Organisationsentwicklung

Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung der beschriebenen Veränderungsmaßnahmen ist eine umfassende Umstrukturierung der Prozesse, die derzeit in einer Hausarztpraxis ablaufen. Die Organisation einer interdisziplinären Sprechstunde mit einer Untergliederung in Akut-, Chroniker- und Präventionssprechstunde, ggf. ergänzt durch DMP- und Gruppenkonsultationen, erfordert sowohl eine zeitliche als auch eine personelle Neuplanung, die sich wiederum auf weitere Prozesse, wie z. B. das System der Terminvergabe, auswirkt. Um eine produktive interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams zu gewährleisten, sind darüber hinaus Maßnahmen zur Teambildung und -entwicklung notwendig.

Vergütung

Die beschriebenen Investitionen in Infrastruktur und Personal- bzw. Organisationsentwicklung müssen finanziert werden. Dies setzt ein Vergütungssystem voraus, das eine Honorierung von Koordinations-, Kooperations- und Managementleistungen sowie von Präventionsangeboten vorsieht und auch Leistungen nichtärztlicher Mitarbeiterinnen bzw. „Teamleistungen“ des gesamten Behandlungsteams finanziell fördert. Außerdem sollte das Vergütungssystem finanzielle Anreize zur Entwicklung/Nutzung funktioneller IT-Lösungen (auch Telemonitoring), zur Anwendung und Weiterentwicklung von Qualitätsförderungsmaßnahmen (z. B. Leitlinien, Qualitätsmanagement) und zur verbesserten Erreichbarkeit der Praxis für Patienten (auch via E-Mail/Internet

oder im Rahmen einer separaten Telefonsprechstunde) beinhalten.

Als Grundlage der Vergütung wird daher eine populationsbezogene, kontakunabhängige Kopfpauschale (capitation) pro Patient empfohlen, die durch wenige gezielte Qualitätszuschläge (pay for performance) für bestimmte erwünschte Leistungen ergänzt wird. Dabei ist eine Risikoadjustierung nach Morbidität (Case Mix) der versorgten Population erforderlich.

Erste Schritte auf dem Weg zu neuen Primärversorgungskonzepten: Das Beispiel des Schaafeheimer Arzt- und Apothekenzentrums (SCHAAZ)

Schaafeim liegt in einer ländlichen Umgebung am Fuße des Odenwaldes im südhessischen Landkreis Darmstadt-Dieburg und hat ca. 9.000 Einwohner. Die hausärztliche Versorgung in Schaafeim wurde bisher von acht Allgemeinmedizinern in vier Gemeinschaftspraxen sichergestellt, von denen fünf in den nächsten Jahren ihre Praxis aus Altersgründen abgeben werden und zum Teil seit Jahren vergeblich einen Nachfolger suchen. In der Nachbargemeinde Babenhäusen besteht bereits seit 2007 nach mehreren Praxis-schließungen eine hausärztliche Unterversorgung.

Um die hausärztliche Versorgung in ihrer Gemeinde langfristig sicherzustellen und eine bessere Veräußerbarkeit durch eine Erhöhung der Attraktivität ihrer Praxen für potenzielle Nachfolger zu erreichen, beschlossen sechs der acht Hausärzte, ihre Praxen in einem Gesundheitszentrum zusammenzuschließen. Durch die Vermittlung der Gemeindevertretung erklärte sich der Eigentümer eines ehemaligen Supermarktes im Ortskern bereit, die Umbaukosten zu übernehmen, wenn ein langfristiger Mietvertrag zustande käme.

Das im Juli 2009 eröffnete Schaafeheimer Arzt- und Apothekenzentrum umfasst neben dem hausärztlichen Praxisteam von sechs Ärzten und neun nichtärztlichen Mitarbeiterinnen eine Apotheke, eine Physiotherapiepraxis und einen Zahnarzt. Zusätzlich halten ein HNO-Arzt und ein Urologe an mehreren Tagen in der Woche eine Zweigsprechstunde in den Räumen des SCHAAZ ab. Weitere Kooperationen mit einer Gynäkologin und einem Kinderarzt sind geplant. Zurzeit werden ca. 5.500 Patienten pro Jahr versorgt. Obwohl aufgrund der Größenunterschiede der drei ursprünglichen

Gemeinschaftspraxen zunächst aus steuerlichen Gründen die Rechtsform einer Praxisgemeinschaft gewählt wurde, werden Personal, Räumlichkeiten (z. B. Anmeldung, OP-Raum für kleine Chirurgie, Schulungsräume, Patientenküche) und die von jeder Gemeinschaftspraxis eingebrachte Geräteausrüstung gemeinsam genutzt. Außerdem wurden eine Telefonanlage und ein einheitliches Praxis-EDV-System mit elektronischer Patientenakte zusammen neu angeschafft. Die in den einzelnen Praxisteamen vorhandenen speziellen Schwerpunkte und Fähigkeiten werden ebenfalls von allen genutzt. So verfügt eine der ursprünglichen Gemeinschaftspraxen über eine Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), eine andere über eine ausgebildete Diabetesassistentin, die DMP-Schulungen durchführen kann. Dadurch kann einerseits einer größeren Zahl chronisch kranker Patienten als bisher eine qualifizierte und strukturierte Versorgung angeboten werden. Andererseits wird für das Praxisteam eine effizientere Arbeitsteilung gemäß ihren Fähigkeiten und Neigungen möglich, was die Qualität der Versorgung und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter vermutlich erhöht.

Aufgrund der erweiterten personellen Kapazitäten können im SCHAAZ darüber hinaus längere Öffnungszeiten angeboten werden. Außerdem wird die Urlaubs- und Krankheitsvertretung erleichtert sowie flexible Arbeitszeitmodelle und Teilzeitarbeit für die Mitarbeiter ermöglicht. Dabei wird darauf geachtet, dass die individuelle Beziehung des Patienten zu seinem persönlichen Hausarzt als wichtiges Kernprinzip erhalten bleibt.

Zukünftig soll auch die Zusammenarbeit mit dem regionalen Krankenhaus intensiviert werden. Geplant ist die Einrichtung einer strukturierten Weiterbildungsrotation zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie die Mitarbeit von Fachspezialisten der Klinik im SCHAAZ.

Inzwischen ist deutlich geworden, dass das Konzept für den Nachwuchs deutlich attraktiver ist als die Übernahme einer kleinen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis im ländlichen Raum. Seit Gründung des SCHAAZ im Juli 2009 erreichten die Inhaber zahlreiche Anfragen von an einer Mitarbeit interessierten Nachwuchsmedizern. Damit erscheint eines der Ziele des SCHAAZ schon bald erreicht: die langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Schaafeim.

Begleitevaluation des SCHAAZ

Im Rahmen einer Evaluation des Instituts für Allgemeinmedizin in Frankfurt wird der Zusammenschluss der drei Gemeinschaftspraxen im SCHAAZ (siehe Kasten) mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse der Evaluation sollen erste Erkenntnisse über die Akzeptanz sowie über die Umsetzbarkeit und mögliche Implementierungsbarrieren neuer hausärztlicher Versorgungsmodelle generieren. Die – bisher durchweg positiven – Erfahrungen bei der Gründung des SCHAAZ könnten Hausärzte zur Nachahmung ermutigen und auf diese Weise eine weitere Umsetzung von neuen Primärversorgungskonzepten vorantreiben. Dies würde eine quantitative Evaluation möglicher Auswirkungen auf patientenrelevante Ergebnisparameter, Effizienz und Mitarbeiterzufriedenheit ermöglichen und damit eine wissenschaftlich fundierte Aussage darüber erlauben, ob solche Konzepte in der Lage sind, einen Beitrag zur Lösung der eingangs genannten Probleme zu leisten. Liaison-Sprechstunden mit Fachspezialisten, intelligente IT-Lösungen mit gemeinsamer elektronischer Patientenakte und eine enge Kooperation mit dem regionalen Krankenhaus werden international empfohlen, um die Koordination der Behandlung bei chronisch Kranken zu verbessern [16]. Ob auf diese Weise eine Steigerung der Effektivität und Effizienz der hausärztlichen Versorgung in Deutschland erreicht wird, muss im Rahmen einer begleitenden Evaluation solcher Konzepte untersucht werden.

Diskussion

Um die Herausforderungen zu bewältigen, die sich aus dem Mangel an hausärztlichem Nachwuchs bei gleichzeitig steigender Behandlungsbedürftigkeit einer alternden Gesellschaft mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität ergeben, ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation neuer hausärztlicher Versorgungskonzepte dringend notwendig. Das Beispiel des SCHAAZ zeigt, dass eine Tätigkeit als Hausarzt vor allem im ländlichen Raum für Nachwuchsmediziner in einem sol-

chen Modell wesentlich attraktiver ist als die Übernahme einer kleinen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Die Möglichkeit, im Angestelltenstatus zu arbeiten und zu Beginn der Berufstätigkeit keine hohen finanziellen Investitionen tätigen zu müssen, vermindert bei jungen Ärzten offenbar das Gefühl, sich langfristig „festzulegen“ und nicht mehr mobil zu sein. Flexible Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit und vereinfachte Urlaubs- und Krankheitsvertretung erhöhen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Für Hausärzte, die ihre Praxis aus Altersgründen abgeben werden, könnte ein solcher Zusammenschluss die Verkaufsfähigkeit der Praxis auch außerhalb begehrter städtischer Zentren steigern. Neue Versorgungsmodelle wie das SCHAAZ erscheinen insofern geeignet, einen Beitrag zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu leisten.

Viele der genannten Elemente solcher Versorgungsmodelle können innerhalb der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen umgesetzt werden. So ermöglicht es das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz seit 2007, Teilzulassungen zu beantragen und Ärzte im Angestelltenstatus zu beschäftigen. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) erlaubt die Niederlassung an mehreren Orten und die Bildung von Zweigpraxen. Nach einer Änderung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 dürfen nichtärztliche Praxisassistentinnen inzwischen delegierbare Leistungen wie Hausbesuche bei chronisch Kranken erbringen.

Ein großes Hindernis stellen jedoch die derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen dar, die wenig geeignet sind und kaum Anreize bieten, um die notwendigen Veränderungen im hausärztlichen Bereich zu unterstützen. So werden die von nichtärztlichen Praxisassistentinnen erbrachten Leistungen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs nur in unterversorgten Gebieten vergütet [17]. In den hausärztlichen Vollversorgungsverträgen nach §73b SGB V der AOK in Baden-Württemberg und Bayern ist immerhin eine kontaktunabhängige Pauschale von 65 Euro pro Jahr und Patient vorgesehen, und ein von VERAHs durchgeführtes Case Management sowie Leistungen zur Versor-

gung chronisch Kranker werden mit einer separaten Pauschale honoriert [18]. Für weitere sinnvolle und notwendige Elemente neuer hausärztlicher Versorgungsmodelle wie ein „panel management“, eine sektorübergreifende Behandlung, Teamleistungen, die Verwendung elektronischer Patientenakten und intelligenter IT-Lösungen, für die Anwendung/Umsetzung von Leitlinien und Qualitätsmanagement, für Patientenschulungen und die Erstellung von fach- und berufsgruppenübergreifenden Behandlungsplänen für chronisch kranke Patienten fehlen derzeit finanzielle Anreize und die Einbettung in ein umfassendes Vergütungssystem.

Weitere Schwierigkeiten bietet der Erwerb von Qualifikationen für Hausärzte, die zur Entwicklung und Führung eines interdisziplinären Behandlungsteams und zur Moderation und Koordination des Behandlungsprozesses bei chronisch Kranken notwendig sind. Für MFA existieren neben dem VERAH-Curriculum des Hausärzterverbandes [19] zurzeit kaum bundesweit anerkannte Angebote zur Vorbereitung auf ein erweitertes Aufgabenspektrum, das sie bei der Versorgung chronisch kranker Patienten übernehmen könnten. Auch Fachspezialisten und andere Berufsgruppen könnten möglicherweise von einer entsprechenden Fortbildung zu den Möglichkeiten und Instrumenten einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei chronisch Kranken profitieren.

Während die genannten Barrieren bei der Einführung neuer hausärztlicher Versorgungsmodelle mit einem entsprechenden Vergütungsmodell und neuen Aus- und Weiterbildungskonzepten behoben werden könnten, stellt die Notwendigkeit einer Organisationsentwicklung ein größeres Problem dar. Es besteht in erster Linie darin, Hausärzte davon zu überzeugen, dass die bisherigen Strukturen und Prozesse in Hausarztpraxen einer Überprüfung und ggf. einer Veränderung bedürfen, um die zukünftigen Anforderungen an die hausärztliche Versorgung erfüllen zu können. Dazu gehört sowohl die Generierung einer „kritischen Masse“ an personeller Ausstattung mit mehreren Hausärzten und spezialisierten MFA und die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur, als auch die Neugestaltung von Prozessen zur Versorgung verschiedener Patientengruppen und zur strukturierten

Dr. med. Antje Erler, MPH ...

... Fachärztin für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. Arbeitsgebiete: Neue hausärztliche Versorgungskonzepte, Disease-Management-Programme, Versorgung chronisch Kranker, Qualitätsförderung

Kooperation mit anderen Behandlern und Gesundheitsinstitutionen. Bisherige Öffnungszeiten, die Art der Termingestaltung und das Angebot alternativer Sprechstunden für bestimmte Patientengruppen (Gruppensprechstunden für Diabetiker, zusätzliche Telefonsprechstunden, E-Mailkontakt für Patienten) sollten geprüft und im Rahmen einer Umgestaltung der Prozesse angepasst werden [16]. Ein wichtiges Ziel einer solchen Umstrukturierung ist die Abkehr von einer Medizin, bei der der Hausarzt den Patienten in erster Linie nur dann sieht, wenn er aus eigener Initiative mit einem akuten Behandlungsanlass die Praxis aufsucht. Insbesondere bei chronisch Kranken sollte dieser „reaktive“ Ansatz durch einen proaktiven Ansatz ersetzt werden, bei dem ein regelmäßiges strukturiertes Monitoring im Rahmen geplanter Konsultationen und MFA-vermitteltem Case Management auf der Basis eines interdisziplinär abgestimmten Behandlungsplans im Vordergrund steht [20, 21]. Trotz ihrer Defizite hat die Einführung von Disease-Management-Programmen für einige chronische Erkrankungen zu einer stärkeren Strukturierung der Behandlung und zu einem regelmäßigen Monitoring der Patienten geführt [22]. Im Allgemeinen er-

folgte jedoch keine Umstrukturierung von Arbeitsprozessen, um DMP effizienter in den Praxisablauf einzupassen und geeignete Aufgaben, die im Rahmen der DMP zu erfüllen sind, an MFA zu delegieren, sondern die Betreuung von Patienten im DMP wird innerhalb der normalen Sprechstunde durchgeführt [23, 24].

Außerdem beziehen sich DMP jeweils nur auf eine bestimmte Erkrankung, was eine strukturierte Behandlung erleichtert. Patienten mit Multimorbidität bedürfen einer Versorgung, die ebenfalls strukturiert und proaktiv sein sollte, jedoch gleichzeitig individuell an die Bedürfnisse angepasst und interdisziplinär abgestimmt sein muss [25]. Das erfordert über die bisherigen Praxisabläufe hinausgehende entsprechend angepasste Strukturen, Prozesse und Instrumente, die eine optimale Kooperation und Koordination der Behandlung bei diesen Patienten ermöglichen [26].

Die mit Abstand größte Barriere eines Zusammenschlusses bzw. einer erfolgreichen Zusammenarbeit sowohl von Hausärzten einer Region als auch von Hausärzten und Fachspezialisten könnte jedoch im zwischenmenschlichen Bereich bestehen. Die Gründer

des SCHAAZ waren Mitglieder eines gemeinsamen Qualitätszirkels, hatten schon vorher eng kooperiert, sich gegenseitig bei Krankheit und Urlaub vertreten und sich durch den gemeinsamen Einkauf von Praxisbedarf wirtschaftliche Vorteile verschafft. In der Nachbargemeinde existierten dagegen keine ähnlich engen Kontakte zwischen den Praxen, die eher als „Einzelkämpfer“ agierten. Ein Zusammenschluss wurde deshalb nicht erwogen, was im Ergebnis zu einer ersatzlosen Schließung von Hausarztpraxen und zur hausärztlichen Unterversorgung des Ortes führte. Insofern ist ein wesentlicher und nicht zu unterschätzender Erfolgsfaktor für neue hausärztliche Versorgungsmodelle, dass bei den Beteiligten die „Chemie stimmt“, wie es die SCHAAZ-Betreiber ausdrücken.

Interessenkonflikte: keine angegeben. Prof. F. M. Gerlach war Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit und zusammen mit den Mitautoren an der Erstellung des dargestellten Gutachtens beteiligt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Antje Erler
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 63 01-41 32
E-Mail: Erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009. www.svr-gesundheit.de (acc. 11.03.2010). Zitiert wird die Langfassung anhand der Ziffern (Randnummern).
2. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009. Z Allg Med 2010; 86(3): 93–98
3. Health Council of the Netherlands. European Primary Care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004 (Publication No. 2004/20E)
4. Royal College of General Practitioners. The future direction of primary care – A roadmap. London: Royal College of General Practitioners, 2007
5. Robert Graham Center: The patient-centered medical home. Washington DC, 2007. www.adfammed.org/documents/grahamcentermedicalhome.pdf (acc. 11.03.2010)
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 2001; 20: 64–78
7. Wensing M, Hermesen J, Grol R et al. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect 2008 Dec; 11(4): 384–90
8. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. Ann Fam Med 2007 Sep–Oct; 5(5): 457–61
9. Gesundheitsministerkonferenz. Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

- den zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – „Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“. 2008. www.gesundheitsministerkonferenz.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top_0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf (acc. 11.03.2010)
10. Korzilius, H. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Stille Revolution. Dtsch Ärztebl 2008; 105(14): A713–A714
 11. Haller S, Velasco Garrido M, Busse R. Hausarztorientierte Versorgung – Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. 2009. www.svr-gesundheit.de (acc. 11.03.2010)
 12. Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R. Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin 2008. www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/Anhang%20GA2009/Anhang%207.7.2.3%20Systematischer%20Review%20Gatekeeping.pdf (acc. 11.03.2010)
 13. Neuwirth EB, Schmittiel JA, Tallman K et al. Understanding panel management: a comparative study of an emerging approach to population care. *Permanente J* 2007; 11(3): 12–20
 14. Gensichen J, von Korff M, Peitz M et al. Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–378
 15. Rosemann T, Joos S, Laux G. Case Management of Arthritis Patients in Primary Care: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57(8): 1390–1397
 16. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007
 17. Osterloh F. Nichtärztliche Praxisassistentin. *Hausbesuche in Niemegk. Dtsch Ärztebl* 2010; 107(9): 337
 18. Medi-Verbund. AOK Hausarztvertrag Baden-Württemberg 2009. www.medi-deutschland.de/seite.php?hauptmenu=45 (acc. 11.03.2010)
 19. Deutscher Hausärzteverband. 200 Stunden-Curriculum für die Qualifikation „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“. 2009. <http://www.hausaerzteverband.de/cms/Qualifikation-Versorgungsassistentin.250.0.html> (acc 11.03.2010)
 20. Gerlach FM, Beyer M, Muth C et al. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; 100: 335–343
 21. Gerlach FM, Beyer M, Saal K et al. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; 100: 345–352
 22. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S et al. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care* 2008 Jun; 31(6): 1150–4
 23. Grossmann K, Berg A, Fleischer S. Non-physician health care providers for the treatment and care of the chronically ill (focusing on DMP diagnoses). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2009; 103(1): 41–8
 24. Rosemann T, Joest K, Körner T. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Family Practice* 2006; 7: 14
 25. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med* 2009 Oct 15; 361(16): 1521–3
 26. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex healthcare needs. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2009