

Implementierung eines ländlich gelegenen lokalen Gesundheitszentrums

Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung

Setting up a Local Health Center in a Rural Region

Results of a Population Survey

Tane Lammers¹, Antje Eler¹, Ferdinand M. Gerlach¹, Elke Kessler^{2,3}, Alwin Weber^{2,4}, Ulrich Falk⁵, Lisa-R. Ulrich¹

Hintergrund: Lokale Gesundheitszentren werden als Lösungsmodell postuliert, das eine flächendeckende Primärversorgung gerade in ländlichen Regionen sicherstellen kann. Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, wie die zu versorgende Bevölkerung diese Gesundheitszentren bewertet. Ziel dieser Arbeit war daher, zu untersuchen, wie die Bevölkerung einer ländlichen Region in Südhessen ein dort entstehendes lokales Gesundheitszentrum beurteilt.

Methoden: In einer Querschnitterhebung wurden von Juni bis Juli 2017 Bewohner der südhessischen Region Oberzent im Odenwald (Alter ≥ 18 Jahre, selbst selektierte Stichprobe) mittels eines Fragebogens befragt. Neben soziodemografischen Angaben und Fragen zur derzeitigen Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung wurde die Beurteilung einzelner Kerndomänen von Primärversorgung erfragt, die sich am *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) orientieren. Zusätzlich wurden Fragen zum gewünschten Angebot gestellt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv sowie mithilfe der Berechnung eines PCAT-Summen-Scores.

Ergebnisse: Von den insgesamt 500 Fragebögen wurden 266 Fragebögen ausgefüllt (Rücklaufquote 53 %). Mehr als 50 % der Befragten sind mit der aktuellen hausärztlichen ($n = 146/257$, 57 %) und fachärztlichen ($n = 153/244$, 63 %) Versorgung eher unzufrieden. Außerdem beurteilen 93 % der Befragten ein lokales Gesundheitszentrum als notwendig ($n = 234/262$). Insbesondere die Niederlassung von mehr Hausärztinnen und -ärzten sowie die PCAT-Domänen „Familienzentrierung“ und „Koordination der Versorgung“ werden als wichtig beurteilt.

Schlussfolgerungen: Kern- und Zusatzdomänen gesundheitlicher Primärversorgung ebenso wie die Bedürfnisse der Bevölkerung sollten beim Aufbau eines lokalen Gesundheitszentrums berücksichtigt werden, um dessen Akzeptanz und Nachhaltigkeit zu fördern.

Schlüsselwörter: Primärversorgung; Versorgungsforschung; regionale Gesundheitsplanung; bedarfsgerechte Versorgung

Background: Setting up local health centers is a recommended solution to the problem of how to ensure population-based and comprehensive primary care, especially in rural areas. However, little is known about how prospective patients view local health centers and which elements they consider essential. The aim was to investigate how the population of a rural region in southern Hesse (Germany) evaluated the establishment of a local health center.

Methods: Between June and July 2017 a cross-sectional study of the population of the Southern Hessian region of Oberzent was conducted. A self-selected group of participants (age ≥ 18 years) was surveyed using a questionnaire. It asked about socio-demographics and contained further questions on satisfaction with current health care provision, and the core domains of primary care. The *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) was used to assess the core domains. Additional questions sought to identify the range of services that would ideally be provided by the developing primary health care center. The data were analyzed descriptively and a PCAT score was calculated.

Results: 266 questionnaires out of 500 were completed (response rate 53 %). More than half the respondents were rather dissatisfied with current healthcare provision by family physicians ($n = 146/257$, 57 %) and specialists ($n = 153/244$, 63 %). Most respondents ($n = 234/262$, 93 %) consider a local health center necessary to ensure the provision of easily accessible primary care. The respondents regarded the establishment of more family practices, as well as the PCAT domains “family centeredness” and “coordination”, as particularly important.

Conclusions: To promote acceptance and sustainability when establishing primary health care centers, the needs of the population as well as core domains of primary care should be taken into consideration.

Keywords [MeSH]: primary health care; health services research; regional health planning; Health Services Needs and Demand

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

² GesundheitsVersorgungskooperation Oberzent e.V., Mümlingtalstr. 58, 64743 Beerfelden

³ Institut ASD Concepts GmbH & Co. KG, Darmstädter Str. 62, 64354 Reinheim

⁴ Urologische Gemeinschaftspraxis, Frankfurter Str. 37, 64720 Michelstadt

⁵ Der Kreisausschuss, Gesundheitsamt, Albert-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach

Peer-reviewed article eingereicht: 23.11.2018, akzeptiert: 20.01.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0119-0125

Hintergrund

Bedingt durch den demografischen Wandel und die damit assoziierte Zunahme der hochbetagten Bevölkerung mit häufig chronischen Erkrankungen [1] ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Primärversorgung* in Deutschland mehr denn je erforderlich [2]. Primärversorgungsmodelle wie beispielsweise das *Patient-Centered Medical Home* (PCMH) aus den USA, in dem eine persönliche Hausärztin/ein persönlicher Hausarzt gemeinsam mit einem interprofessionellen Team die Patientenversorgung koordiniert [3], zeigen, dass ein solches Modell kosteneffektiv und mit einem erleichterten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung verbunden ist sowie positive Auswirkungen auf Hospitalisierungsrate, Mortalität und Morbidität haben kann [4, 5]. In Deutschland lassen sich bereits einige Bestandteile des PCMH in der hausärztlichen Versorgung [6] und weitere Versorgungskonzepte zur Sicherstellung einer wohnortnahen Primärversorgung finden [7–9]. Doch zeigt nicht zuletzt auch das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Einführung eines Primärarztsystems für Deutschland Optimierungspotenzial auf [5]. Um auch zukünftig eine populationsorientierte und wohnortnahe Primärversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen zu können, empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten 2014 das Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum mit lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZ) als Kernbestandteil [2]. Im eher ländlich geprägten südhessischen Odenwaldkreis droht insbesondere eine hausärztliche Unterversorgung: So verteilten sich im Jahr 2013 laut dem Regionalen Gesundheitsreport Hessen „63 Hausärzte an 30 Standorten“ [10]; im Jahr 2020 seien es jedoch nur noch „voraussichtlich 28 Hausärzte, wenn die Hausärzte ihre Praxis mit 65 Jahren abgeben“ [10]. Die Erreichbarkeit von Hausarzt-

praxen liegt – bei einem Landesdurchschnittswert von 5,1 Kilometern – in den meisten Postleitzahlgebieten des Odenwaldkreises zwischen fünf und sieben Kilometern, in drei Gebieten sogar bei über neun Kilometern [10]. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wird daher seit 2014 ein kreisweites Strategiekonzept [11] zur Umsetzung von sogenannten Gesundheitsversorgungszentren (GVZ) entwickelt, das einige Vorschläge des SVR beinhaltet. Mithilfe dieser Zentren soll im gesamten Odenwaldkreis eine wohnortnahe, koordinierte Versorgung durch Haus- und Fachärztinnen/Haus- und Fachärzte mit nicht ärztlichen Gesundheitsanbieter/-innen, sozialen Diensten und der Pflege in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kommunen angeboten werden. In der Stadt Oberzent befindet sich solch ein GVZ derzeit in der Umsetzungsphase. (Zum 01.01.2018 ist aus dem Zusammenschluss der Stadt Beerfelden und den Gemeinden Hesseneck, Rothenberg und Sensbachtal die Stadt Oberzent entstanden.) Dachorganisation für den Aufbau des GVZ Oberzent ist ein Versorgungsverbund der Leistungserbringer/-innen der Region in Zusammenarbeit mit der Kommune und einer Managementgesellschaft als administrativer Geschäftsstelle (GesundheitsVersorgungsKooperation/GVK Oberzent e. V.).

Um das GVZ möglichst an die regionalen Bedarfe anzupassen und weiterzuentwickeln und somit auch die Integration und Akzeptanz dieses neuen Versorgungsmodells zu erhöhen [12], wurde zuvor eine Bevölkerungsbefragung in der Region Oberzent durchgeführt. Folgende Hauptfragestellungen lagen dabei zugrunde:

1. Wie bewertet die Bevölkerung die Kernelemente von Primärversorgung und welche sollten im GVZ berücksichtigt werden?
2. Welche weiteren Angebote sollte das GVZ aus Sicht der Bevölkerung beinhalten?

Der vorliegende Artikel stellt die Ergebnisse dieser Bevölkerungsbefragung vor.

Methoden

Anonyme, fragenbogenbasierte Querschnitterhebung unter der in der Region Oberzent lebenden, volljährigen Bevölkerung. Laut Empfehlung des Vorsitzenden der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main war für die Durchführung des Projektes kein Ethikvotum erforderlich (Schreiben vom 01.06.2017).

Erhebungsinstrument

Auf Basis einer fokussierten Literaturrecherche wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher sich insbesondere am *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) [13] zur Beurteilung von Primärversorgungsmodellen orientiert [14, 15]. Das PCAT wurde ursprünglich in den USA von der Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Starfield (1932–2011) als Messinstrument entwickelt, um die vier Kerndomänen von Primärversorgung

1. Zugänglichkeit
 2. kontinuierliche Versorgung
 3. umfassende Versorgung
 4. Koordination
- sowie die Zusatzdomänen
- a. Orientierung an der Gemeinde
 - b. Familienzentrierung
 - c. kulturelle Kompetenz
- bei bestehenden Primärversorgungsmodellen evaluieren zu können [13, 15].

Für den vorliegenden Fragebogen wurden die Domänen „Zugänglichkeit“, „umfassende Versorgung“, „Koordination“ und „Familienzentrierung“ ausgewählt und um eine Domäne „Digitalgestützte Behandlung“ ergänzt, da gerade telemedizinisch unterstützte Versorgungsangebote zunehmen [7]. Die Zusatzdomäne „Orientierung an der Gemeinde“ kann als eine allgemeine Zielsetzung des Fragebogens betrachtet werden. Die übrigen PCAT-Domänen konnten vor dem Hintergrund des erst neu entstehenden GVZ nicht sinnvoll berücksichtigt werden, da sie tendenziell erst nach dessen Entstehung beurteilbar sind. Zu den gewählten Domänen wurden selbst entwickelte Aussagen und Fragen formuliert, die sich auf die Beurteilung des neu entstehenden GVZ be-

* Unter „Primärversorgung“ wird in dieser Arbeit der „Bereich medizinischer Grundversorgung [verstanden], in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung [...] umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen (International: primary (health) care)“ [24].

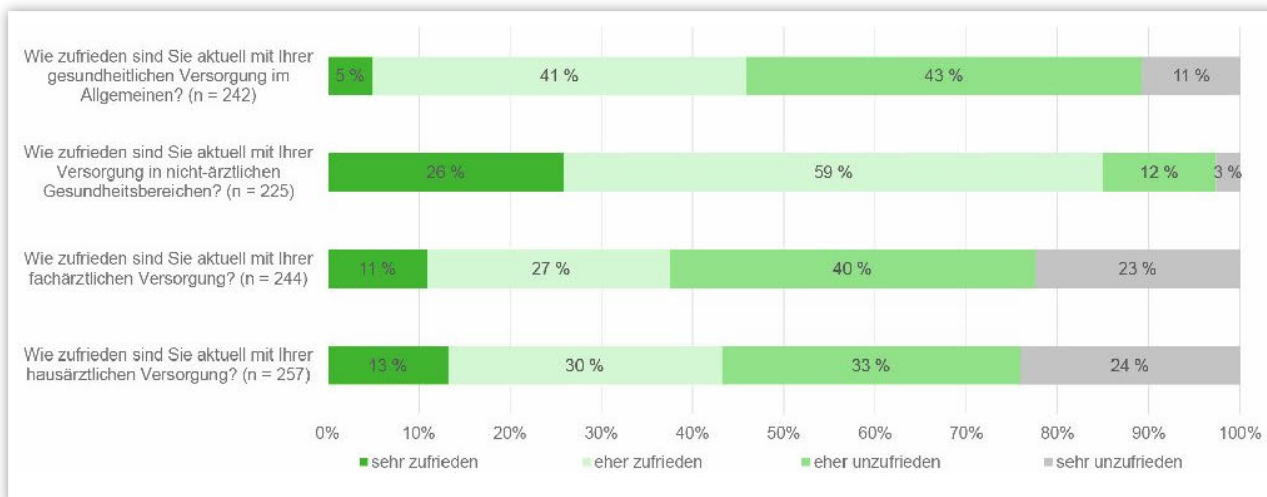


Abbildung 1 Zufriedenheit der befragten Bevölkerung in der Oberzent mit ihrer gesundheitlichen Versorgung. Angegeben sind die relativen Häufigkeiten in Prozent (%).

ziehen (detaillierte Angaben sind in eAbbildung 1 dargestellt). Zusätzlich wurden soziodemografische Fragen (u.a. Geschlecht und Altersklassen), Fragen zur aktuellen Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung sowie zu den gewünschten Angeboten des GVZ gestellt. Außerdem konnten in einem Freitextfeld allgemeine Ansichten zum GVZ geäußert werden. Die PCAT-Aussagen und die Zufriedenheitsfragen wurden anhand einer vierstufigen Likert-Skala („stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“) bewertet. Der Fragebogen wurde vor seiner Finalisierung von zehn Personen (Alter: 18 bis 78 Jahre) auf Verständlichkeit und Konsistenz überprüft und entsprechend der Rückmeldungen angepasst.

Datenerhebung

Der Fragebogen wurde bei einer Gesundheitsmesse am 10. und 11. Juni 2017 in der Stadt Beerfelden vorgestellt und in Papierform an einem Messestand ausgelegt. Zielgruppe waren alle Personen ab 18 Jahren, die in der Region Oberzent lebten und in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen (die Zahl der über 18-jährigen Einwohner in der Region Oberzent betrug zum Stichtag 31.12.2017 8751 Einwohner; Gesamt-einwohnerzahl: 10.133 [16]). Eine personenspezifische Zuordnung war dabei nicht möglich, insofern handelt es sich um eine selbstselektierte, anonyme Stichprobe. Die ausgefüllten Fragebögen konnten während der Messe in eine ver-

schlossene Box geworfen werden. Im Anschluss wurden die restlichen Fragebögen bis zum 31. Juli 2017 in verschiedenen Geschäften in der Region Oberzent ausgelegt. Diesen Fragebögen wurden frankierte und an das Institut für Allgemeinmedizin adressierte Rückumschläge mit dem Hinweis beigelegt, dass die Befragten keinen Absender auf dem Rückumschlag notieren sollten, um ihre Anonymität zu gewährleisten. Des Weiteren wurde ein Link zum Download des Fragebogens auf der Internetseite der GVK Oberzent bis zum 31. Juli 2017 freigeschaltet, sodass der Fragebogen auch eigenständig ausgedruckt und ausgefüllt ans Institut für Allgemeinmedizin versendet werden konnte.

Datenauswertung

Jeder zurückgesandte Fragebogen erhielt einen zufällig generierten Code, anhand dessen die Auswertung anonym mithilfe des Analyseprogramms SPSS (Version 22) erfolgte. Soziodemografische Daten und Angaben zur Zufriedenheit wurden deskriptiv anhand geeigneter Maßzahlen wie Mittelwert, Median, 1. und 3. Quartil (Q1, Q3) sowie absoluter und relativer Häufigkeiten ausgewertet. Mittels des Chi²-Homogenitätstests wurde die Stichprobenverteilung der Variablen Geschlecht und Alter (18 bis 64 Jahre; über 65 Jahren) mit der Normalbevölkerung des Odenwaldkreises verglichen und auf statistische Unterschiede getestet (α -Signifikanzniveau: 5 %,

Angabe des Konfidenzintervalls, KI). Die Freitextantworten wurden nach inhaltlich ähnlichen Aspekten kategorisiert.

Analog zu Carroll et al. [17] wurde für die Auswertung der PCAT-Domänen ein Summen-Score berechnet, indem die Antworten dichotomisiert wurden und ihnen ein Punktwert zugeordnet wurde: Die Antworten „stimme voll und ganz zu/stimme eher zu“ erhielten einen Punkt; „stimme eher nicht zu/stimme überhaupt nicht zu“ erhielten 0 Punkte. Für jeden Fragebogen wurden die Punkte pro Domäne addiert und durch die maximal zu erreichende Gesamtpunktzahl in Abhängigkeit von der Anzahl der Items der jeweiligen Domäne dividiert. Das Ergebnis wurde mit 100 multipliziert und so als Prozentwert angegeben, wobei ein hoher Prozentwert einer hohen Zustimmung zum jeweiligen Bestandteil entsprach.

Ergebnisse

Von den insgesamt 500 ausgeteilten Fragebögen wurden 266 Fragebögen ausgefüllt (Rücklaufquote 53 %). 149 Fragebögen wurden direkt auf der Gesundheitsmesse und 100 in den Geschäften der Region ausgefüllt. 17 Fragebögen wurden über die Homepage der GVK Oberzent in elektronischer Form heruntergeladen, eigenständig ausgedruckt und an das Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main versandt. Die Geschlechts- und Altersverteilung der Teilnehmenden ähnelte jener der Normal-

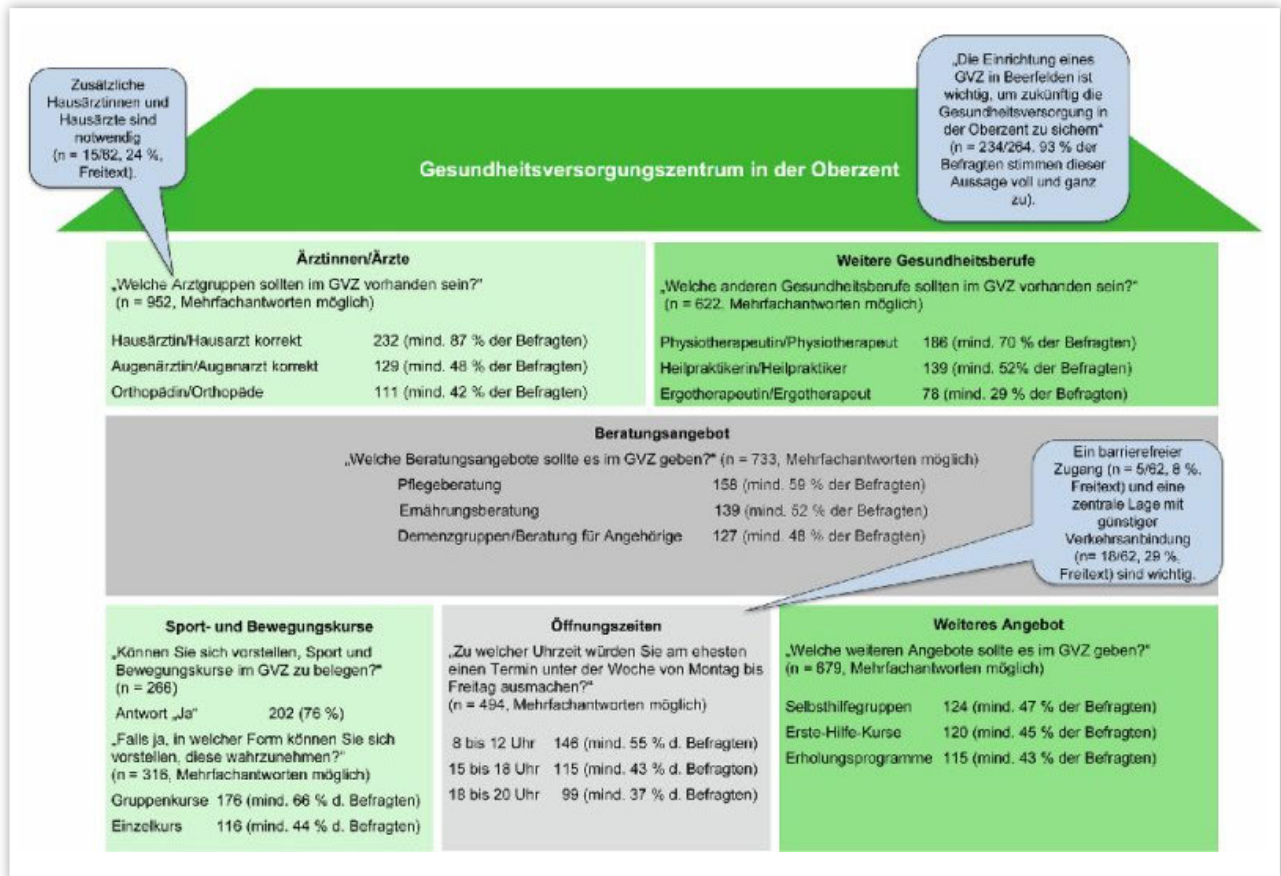


Abbildung 2 Vorstellungen und Erwartungen der befragten Bevölkerung für das zukünftige GVZ

bevölkerung der Region Oberzent [17]: Mit 61 % (n = 162) nahmen überwiegend Frauen an der Befragung teil, wobei sich im Vergleich der Geschlechterverteilung zwischen der Normalbevölkerung (50 % weiblich, n = 4375) und den Teilnehmenden ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte (KI: 0,05; 0,17). Hingegen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf die Variable Alter: 69 % (n = 182) der Teilnehmenden versus 71 % (n = 6240) der Normalbevölkerung waren zwischen 18 und 64 Jahre alt, 31 % (n = 83) der Teilnehmenden versus 29 % (n = 2511) der Normalbevölkerung über 65 Jahre alt (KI: -0,03; 0,08).

Angaben zur gesundheitlichen Versorgung

Die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen ist für etwa drei Viertel der Befragten (n = 212/277, 77 %, Mehrfachantworten möglich) die Hausarztpraxis, die für 73 % (n = 188/259) der Befragten bis zehn Kilometer vom Wohnort entfernt und zumeist mit dem Auto

(n = 215/275, 78 %, Mehrfachantworten möglich) zu erreichen ist. Mit der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung sind 46 % der Befragten (n = 111/242) „eher“ oder „sehr zufrieden“, wobei jedoch etwa ein Viertel bezogen auf die haus- und fachärztliche Versorgung „sehr unzufrieden“ mit der Versorgung ist (n = 62/257, 24 % mit der hausärztlichen bzw. n = 55/244, 23 % mit der fachärztlichen Versorgung). Weitere Ergebnisse zur Soziodemografie und zur Zufriedenheit mit der Versorgung zeigen eTabelle 1 und Abbildung 1.

Bewertung der Kerndomänen von Primärversorgung

Die PCAT-Domäne „Familienzentrierung“ findet in der Bevölkerung mit einem Median von 100 % die höchste Zustimmung, gefolgt von der Domäne „Koordination“ mit einem Median von 84 %. Darin werden sowohl eine „partizipative Entscheidungsfindung“ unter Einbezug der Patientin/des Patienten (100 %) als auch eine Therapieentscheidung unter Einbezug möglichst aller

Versorger/-innen (85 %) befürwortet. Die Domäne „Zugänglichkeit“ erhält im Mittel weniger Punkte, schneidet aber tendenziell ebenfalls positiv ab. Unter anderem zeigt sich darin, dass die Befragten auch einer Versorgung durch entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Behandler/-innen zustimmen (Stichwort Delegation), wenn dies mit kürzeren Wartezeiten verbunden ist (62 %). Zudem erhalten die Domänen „Umfassende Versorgung“ und „Digitalgestützte Behandlung“ eine Punktbewertung im mittleren Feld. Speziell die elektronische Patientenakte mit Möglichkeit der eigenen Einsicht findet Anklang bei den Befragten (97 %), die Videosprechstunde wird hingegen mehrheitlich abgelehnt (60 %). Eine detaillierte Darstellung zu den Ergebnissen der PCAT-Domänen und ihrer jeweiligen Items zeigt eAbbildung 1.

Aufbau des GVZ und gewünschte Angebote

Der Aussage, dass die Errichtung des GVZ in Beerfelden notwendig sei, stim-

men 93 % der Befragten „voll und ganz“ zu. Besonders Hausärztinnen/Hausärzte (mind. 87 % der Befragten), Augenärztinnen/Augenärzte (mind. 48 % der Befragten) und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (mind. 70 % der Befragten) sollten dabei laut der Aussage der Teilnehmenden einen Platz im GVZ finden. Das gewünschte Angebot für das GVZ sowie die kategorisierten Freitextantworten sind im Detail in Abbildung 2 dargestellt.

Diskussion

Mehr als die Hälfte der Befragten sind mit der aktuellen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung eher unzufrieden und beurteilen ein lokales Gesundheitszentrum zur Sicherstellung einer wohnortnahen Primärversorgung als notwendig. Kerndomänen von Primärversorgung, wie die partizipative Entscheidungsfindung und der Einbezug aller Versorger/-innen in die Therapieentscheidung, werden befürwortet („Koordination“). Ebenso sollte das GVZ als erste Anlaufstelle für die ganze Familie nutzbar sein („Familienzentrierung“) und präventive sowie individuell zugeschnittene Angebote beinhalten („umfassende Versorgung“). Eine digitalgestützte Behandlung wird hingegen ambivalent bewertet.

Um das Angebot des GVZ zu ergänzen, werden neben zusätzlichen Hausärztinnen/Hausärzten und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten eine Pflegeberatung und Bewegungskurse gewünscht.

Vergleich mit anderen Arbeiten

Von den beschriebenen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Bevölkerung von der Oberzent einem LGZ als neuem Versorgungsmodell positiv gegenübersteht und es als notwendig zur Sicherstellung einer wohnortnahen Primärversorgung erachtet. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Bevölkerungsbefragung, welche in acht ländlichen Regionen Niedersachsens durchgeführt wurde [7]. Sowohl in jener als auch in der vorliegenden Untersuchung schien die Bereitschaft groß, sich beispielsweise auch von nicht ärztlichen Versorger/-innen betreuen zu lassen (Stichwort Delegation ärztlicher Tätigkeiten), um im

Gegenzug eine zeitnahe sowie umfassend koordinierte Versorgung zu erhalten [7]. Die Bevölkerung von der Oberzent misst der Koordination der Versorgung eine hohe Bedeutung bei. Diese Schwerpunktsetzung findet sich ebenfalls in nationalen [6] und internationalen [14, 19] Befragungen. Darin wird von Problemen mit der Koordination und der Kommunikation beispielsweise zwischen der Hausarztpraxis und nicht ärztlichen Leistungserbringer/-innen berichtet [6], aus denen sich negative Auswirkungen für die Patientin/den Patienten (z.B. erhöhte Hospitalisierungsrate) ergeben können [19]. Vergleiche mit anderen Industrienationen zeigen für das deutsche Gesundheitssystem Optimierungspotenzial bei der Koordination und der Kontinuität der Versorgung auf [19, 20]. Die auch von den Teilnehmenden gewünschte räumliche Nähe und gemeinsame Arbeitsorganisation verschiedener Behandler/-innen unter einem Dach in einem LGZ könnte möglicherweise die Koordination und Zusammenarbeit verbessern, da durch den Zusammenschluss u.a. auf einen größeren Pool an Arbeitskräften (Stichworte Delegation und Arbeitsteilung) sowie eine einheitliche IT-Struktur zurückgegriffen werden kann (Stichwort gemeinsame elektronische Patientenakte). Dies ist in größeren Zusammenschlüssen wie einem LGZ eher möglich als in Einzelpraxen [21, 22]. Digitalgestützte Behandlungsformen und telemedizinische Anwendungen bekamen keine eindeutige Zustimmung, wurden jedoch im Gegensatz zur niedersächsischen Befragung auch nicht überwiegend abgelehnt [7]. Ursachen für dieses heterogene Bild könnten sowohl in der unterschiedlichen Einschätzung solcher Ansätze durch die befragten Altersgruppen als auch in einem fehlenden Bekanntheitsgrad neuer digitalgestützter Konzepte in der Medizin begründet liegen.

Analysen zu Barrieren und Erfolgchancen neuer Primärversorgungskonzepte stützen die These, dass funktionierende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen entscheidende Einflussfaktoren für deren Gelingen sind [5, 9]. Erste erfolgreiche Implementierungen, wie das sektorenübergreifende und bevölkerungsorientierte Versorgungsmodell „Gesundes Kinzigtal“, zeigen positive Effekte auf Gesamtzufrie-

denheit und Gesundheitsresultate der eingeschriebenen Teilnehmer/-innen und geben Anlass, den Aufbau neuer Versorgungsmodelle zu fördern [8]. Regionale Gegebenheiten und die Bevölkerung vor Ort sollten bei der Umsetzung einbezogen werden [7, 9]. Auf diese Weise können Bevölkerungswünsche und Versorgungsprobleme populationsbezogen charakterisiert und für den Aufbau eines neuen Versorgungsmodells berücksichtigt werden, was dessen Integration und Akzeptanz erhöhen kann [12]. Zudem kann so die Zusatzdomäne von Primärversorgung „Orientierung an der Gemeinde“ ebenfalls Anwendung finden [13]. Darüber hinaus kann beispielsweise ein LGZ präferierte Arbeitsbedingungen für den medizinischen Nachwuchs bieten, wie Teilzeitarbeit und Angestelltenverhältnisse [23], und so dem zunehmenden Nachwuchsmangel insbesondere im hausärztlichen Bereich entgegenwirken.

Stärken und Schwächen der Untersuchung

Über die verschiedenen Zugangsformen des Fragebogens konnte die potenzielle Zielgruppe der in der Region Oberzent lebenden, volljährigen Bevölkerung gut erreicht werden. Die Altersverteilung in der Stichprobe ähnelt derjenigen in der Bevölkerung. Aufgrund des gewählten Zugangs liegt eine selbstselektierte Stichprobe vor, bei der sich die Frage stellt, inwieweit vor allem besonders motivierte Personen an der Befragung teilgenommen haben (Selektionsbias). Das PCAT wurde mehrfach für die Evaluation bereits bestehender Primärversorgungskonzepte eingesetzt (exemplarisch [16]). In der vorliegenden Erhebung sollten jedoch Daten im Vorfeld des Aufbaus eines LGZ erhoben werden. Daher konnte es hier nur als Orientierung zur Erstellung des verwendeten Erhebungsinstruments genutzt werden. Dies macht die Vergleichbarkeit mit anderen PCAT-Erhebungen schwierig.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Bevölkerung der Region Oberzent für neue Versorgungsmodelle wie beispielsweise ein LGZ grundsätzlich offen ist. Die Befragten befürworten ins-

Tane Paulina Lammers ...

... studiert im 11. Semester Humanmedizin an der Johann Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main. Seit Ende 2016 ist sie Doktorandin im Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und beschäftigt sich neben dem Studium mit innovativer Versorgungsforschung.

Korrespondenzadresse

Tane Lammers
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
lammers@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

besondere die Kerndomänen „Koordination“ und „Familienzentrierung“ von Primärversorgung. Ferner lässt sich die Vorstellung der Bevölkerung von einem LGZ charakterisieren, um sie im Hinblick auf dessen Ausgestaltung zu berücksichtigen und damit möglicherweise die Nachhaltigkeit und Akzeptanz dieses Konzepts zu fördern.

Interessenkonflikte: FMG ist seit 2007 Mitglied und seit 2012 Vorsitzender des SVR sowie Mitglied der Expertengruppe im Rahmen des Förderprogramms „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert-Bosch-Stiftung. AE hat an der

Erstellung der SVR-Gutachten der Jahre 2009, 2012 und 2014 mitgearbeitet. AW, EK und UF haben finanzielle Reisekostenunterstützungen durch die Robert-Bosch-Stiftung erhalten. Der Aufbau des GVZ Oberzent wurde im Rahmen des Hessenpakts 2.0 durch Fördermittel des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration finanziell gefördert.

Alle Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der ICMJE-Empfehlungen (Stand 12/2017) besteht.

Förderung: Das Projekt wurde durch die GVK Oberzent e. V. mit Mitteln aus dem Förderprogramm „PORT“ der Robert-Bosch-Stiftung finanziell unterstützt.

Danksagung: Die Autorinnen und Autoren danken allen an der Fragebogenerhebung teilnehmenden Personen sowie Philipp Elliott für die Überarbeitung der englischsprachigen Zusammenfassung.

Zusatzmaterial im Internet

(www.online-zfa.de/)

eAbbildung 1 Auswertung der PCAT-Domänen mithilfe eines PCAT-Summen-Scores (dargestellt in Prozent). Ein hoher Prozentwert entspricht einer hohen Zustimmung der jeweiligen Domäne. Die Zustimmung der Befragten zu den Einzelitems ist als dunkelgrüner Balken in Prozent (%), Ablehnung als hellgrüner Balken dargestellt.

eTabelle 1 Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg). Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI und Destatis, 2016: 1–52. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE_DownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 08.08.2018)
2. Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Langfassung. Bonn/Berlin, 2014. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (letzter Zugriff am 08.08.2018)
3. Epperly T. The patient-centred medical home in the USA. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 373–75
4. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica* 2012; 2012: 1–22
5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Wir brauchen ein Primärärztsystem. DEGAM-Positionspapier 2018. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Prim%C3%A4rarztversorgung_final_NEU.pdf (letzter Zugriff am 08.08.2018)
6. Constantinidis A, Beyer M, Karl S, Gerlach FM, Erler A. Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? *Z Allg Med* 2013; 89: 317–24
7. Tangermann U, Kleij K, Krauth C, Amelung V. Hausärztliche Versorgungssituation und Einführung neuer Versorgungsformen in schwer zu versorgenden Regionen: Eine Befragung der Bevölkerung. *Gesundheitswesen* 2018. DOI 10.1055/s-0043-119084
8. Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, et al. Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58: 383–92
9. Müller BS, Leiferman M, Wilke D, Gerlach FM, Erler A. Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2016; 115–116: 49–55
10. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung Hessen: Daten – Fakten – Ausblicke. <https://docplayer.org/63029404-Regionaler-gesundheitsreport-vogelsbergkreis-hessisches-ministerium-fuer-soziales-und-integration-und.html> (letzter Zugriff am 08.08.2018)
11. Falk U, Schwab A, Weber A. Strategiekonzept Gesundheitsversorgung Odenwaldkreis. Der Kreisausschuss. Gesundheitsamt 2015 (nicht veröffentlicht). Kontakt zum Strategiekonzept: Dr. Ulrich Falk (u.falk@odenwaldkreis.de).
12. Tapp H, White L, Steuerwald M, Dublin M. Use of community-based participatory research in primary care to improve healthcare outcomes and disparities in care. *J Comp Eff Res* 2013; 2: 405–19
13. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50: 161–75
14. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What do people think is important about primary healthcare? *Healthc Policy* 2008; 3: 89–104.
15. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabao FRZ, Santos MS, Cappellini VK, de Almeida ACC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien Saude Colet* 2014; 19: 4851–60

16. E-Mail-Korrespondenz mit der Verwaltung Stadt Oberzent (24.01.18 bis 30.01.18): Altersgruppenstatistik Beersfelden, Rothenberg, Sensbachtal, Hesseneck – Hessisches Statistisches Landesamt. Stand 31.12.2017.
17. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, et al. Academic family health teams part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician* 2016; 62: 23–30
18. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1, Reihe 2.2. 2017 (überarbeitet). www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/2010220167004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 08.08.2018)
19. Penm AJ, Mackinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. *Ann Fam Med* 2017; 15: 113–19
20. Koch K, Schürmann C, Sawicki P. The German health care system in international comparison: a patient perspective. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 427–34
21. Erler A, Beyer M, Welbers G, Gerlach FM. Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout Risiko. *Z Allg Med* 2012; 88: 303–12
22. Bonciani M, Schäfer W, Barsanti S, Heinemann S, Groenewegen PP. The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 1–22
23. Herr D, Götz K. Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. *G+G Wissenschaft* 2014; 14: 7–15
24. Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Band 1. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2010. Kurzfassung: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff am 08.08.2018)



© Thorsten Peters

Leserfoto

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

eAbbildung 1 Auswertung der PCAT Domänen mithilfe eines PCAT-Summenscores (dargestellt in Prozent). Ein hoher Prozentwert entspricht einer hohen Zustimmung der jeweiligen Domäne. Die Zustimmung der Befragten zu den Einzelitems ist als dunkelgrüner Balken in Prozent (%), Ablehnung als hellgrüner Balken dargestellt.

PCAT-Domäne – Items	Anzahl der gültigen Antworten (N)	Median Summen-Score (in %)	1. Quartil. (Q1) Summen-Score (in %)	3. Quartil. (Q3) Summen-Score (in %)
Zugänglichkeit– 4 Items	237	75	50	75
1.: Versorgung nur durch eine/n (persönliche/n) Ärztin/Arzt, verbunden mit ggf. längeren Wartezeiten (N=257)				
		68%	32%	
2.: Versorgung durch entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche Behandler, verbunden mit kürzeren Wartezeiten (N=256)				
		62%	38%	
3.: Umfassende Öffnungszeiten, bspw. auch am Wochenende (N=253)				
		83%	17%	
4. Angebot von Hol- und Bringdiensten (N=229)				
		76%	24%	
Umfassende Versorgung – 7 Items	248	43	43	57
1.-4.: Angabe der in den letzten 6 Monaten wahrgenommenen Vorsorge-/Präventionsmaßnahmen (z. B. Impfungen) (N=258)				
		55%	45%	
5.: Zukünftige Teilnahme an Sport- und Bewegungskursen im GVZ (N=244)				
		83%	17%	
6.: Persönliche Hinweise durch das GVZ auf individuell passende Gesundheitsangebote (N=254)				
		89%	11%	
7.: Einrichtung einer Informationsstelle zum Thema Pflege im GVZ (N=258)				
		97%	3%	

PCAT-Domäne – Items	Anzahl der gültigen Antworten (N)	Median Summenscore (in %)	1. Quartil. (Q1) Summenscore (in %)	3. Quartil. (Q3) Summenscore (in %)
Koordination – 6 Items	232	84	67	100
1.: Feste Bezugsperson, welche die Koordination zu unterschiedlichen Gesundheitsversorgern übernimmt (N=251)		60%	40%	
2.: Feste Bezugsperson, die alle Behandlungsinformationen der/s Patientin/en sammelt und aktualisiert (z. B. in Form eines Therapieplans) (N=247)		70%	30%	
3.: Einbeziehung möglichst aller Versorger in Therapieentscheidung für die/den Patientin/en (N=251)		85%	15%	
4.: Miteinbeziehung der/s Patientin/en in ihre/seine Therapieentscheidung (Partizipative Entscheidungsfindung) (N=259)		100%	0%	
5.: Kürzere Wege (örtlich und kommunikativ) durch räumliche Konzentration unterschiedlicher Versorger unter einem Dach N=259		95%	5%	
6.: Terminorganisation der Versorgungstermine für den/die Patientin/en durch das GVZ (N=250)		74%	26%	
Familienzentrierung – 2 Items	244	100	100	100
1.: Angebote für die ganze Familie (N=251)		90%	10%	
2.: Kindgerechte Einrichtung (N=248)		97%	3%	

PCAT domain – Items	Anzahl der gültigen Antworten (N)	Median Summenscore (in %)	1. Quartil. (Q1) Summenscore (in %)	3. Quartil. (Q3) Summenscore (in %)
Digitalgestützte Behandlung (zusätzlich hinzugefügte Domäne) – 12 Items	235	67	50	75
1.-6.: Bereits im Alltag genutzte elektronische Kommunikationsmittel (z. B. Apps, Emails) (N=262)		53%	47%	
7.: Elektronische Terminerinnerung (z. B. per SMS, Email) (N=253)		72%	28%	
8.: Gemeinsame elektronische Patientenakte für alle behandelnden Versorger (N=255)		83%	17%	
9.: Einsicht der/s Patientin/en in die elektronische Patientenakte (N=255)		97%	3%	
10.: Nutzung von Videosprechstunden (N=256)		40%	60%	
11. Elektronisch verfügbares Informationsmaterial für die/den Patientin/en (N=254)		61%	39%	
12.: Nutzung eines elektronischen Patienteninformationssystem (z. B. zu einem bestimmten Krankheitsbild) (N=248)		73%	27%	

Alter in Klassen (n = 265*)	
18 bis 64 Jahre	182 (69 %)
≥ 65 Jahren	83 (31 %)
Geschlecht (n = 265)	
Weiblich	162 (61 %)
Männlich	103 (39 %)
Migrationshintergrund** (n = 264)	
Ja	9 (3 %)
Nein	254 (97 %)
Keine Angabe	1 (0 %)
Einwohnerzahl des Wohnortes (n = 262)	
Weniger als 5000 Einwohner/-innen im Wohnort	145 (55 %)
Über 5000 bis 20.000 Einwohner/-innen im Wohnort	113 (43 %)
Über 20.000 bis 100.000 Einwohner/-innen im Wohnort	2 (1 %)
Nicht bekannte Einwohnerzahl	2 (1 %)
Berufstätigkeit (n = 264)	
Aktuell berufstätig	154 (60 %)
Nicht berufstätig	104 (39 %)
Keine Angabe	2 (1 %)
Davon Berufstätigkeit im Gesundheitswesen[Mehrfachantworten möglich] (n = 56)	
Ärztin/Arzt	3 (5 %)
Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter	5 (9 %)
Pflegekraft	10 (18 %)
Physiotherapeutin/Physiotherapeut	5 (9 %)
Sonstiger Beruf im Gesundheitswesen	33 (59 %)
Erste Anlaufstelle bei einem gesundheitlichen Problem [Mehrfachantworten möglich] (n = 277)	
Hausarztpraxis	212 (77 %)
Andere Facharztpraxis	31 (11 %)
Heilpraktiker-Praxis	22 (8 %)
Sonstige erste Anlaufstelle	12 (4 %)
Entfernung der ersten Anlaufstelle vom Wohnort (n = 259)	
0 bis 3 km	107 (41 %)
Über 3 bis 10 km	81 (31 %)
Über 10 bis 20 km	56 (22 %)
Über 20 km	15 (6 %)
Besuche der ersten Anlaufstelle in den letzten 6 Monaten (n = 260)	
0 bis 3 Besuche	162 (62 %)
4 bis 10 Besuche	84 (32 %)
11 bis 20 Besuche	10 (4 %)
Über 20 Besuche	4 (2 %)
Transportmittel zur ersten Anlaufstelle [Mehrfachantworten möglich] (n = 275)	
Auto	215 (78 %)
Zu Fuß	52 (19 %)
Öffentliche Verkehrsmittel	5 (2 %)
Fahrrad	2 (1 %)
Sonstiges	1 (0 %)

Hausärztin/Hausarzt (n = 259)	
Hausärztin/Hausarzt vorhanden	237 (92 %)
Keine Hausärztin/kein Hausarzt vorhanden	17 (7 %)
Keine Angabe zur Hausärztin/zum Hausarzt	5 (2 %)
Besuche der Hausärztin/des Hausarztes in den letzten 6 Monaten(n = 238)	
0 bis 3 Besuche	169 (71 %)
4 bis 10 Besuche	62 (26 %)
11 bis 20 Besuche	5 (2 %)
Über 20 Besuche	2 (1 %)
Fachärztin/Facharzt (n = 253)	
Fachärztin/Facharzt vorhanden	176 (70 %)
Keine Fachärztin/kein Facharzt vorhanden	72 (28 %)
Keine Angabe zur Fachärztin/zum Facharzt	5 (2 %)
Besuche der Fachärztin/des Facharztes in den letzten 6 Monaten (n = 176)	
0 bis 3 Besuche	140 (80 %)
4 bis 10 Besuche	36 (20 %)
* Fehlende Werte sind nicht in „n“ enthalten.	
** Definition: Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn die befragte Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist [18].	

eTabelle 1 Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden