

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	21
1 Einleitung und Hintergrund	23
1.1 Problemstellung: Welche hausärztliche Versorgungsform ist die Beste?	23
1.2 Forschungsfragen und Gang der Untersuchung	25
2 Stand der wissenschaftlichen Diskussion: Evaluationen der Hausarztzentrierten Versorgung	29
3 Patientennutzen: Eingrenzung des Nutzenbegriffs und Bedeutung für die Untersuchung	38
3.1 Begriffsabgrenzung des Patientennutzens	38
3.1.1 Definition des Nutzens der Gesundheitsversorgung für diese Untersuchung	39
3.1.2 Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes und des Patientennutzens	47
3.2 Evidenz für den Patientennutzen: Best Practice im Gesundheitswesen	51
3.2.1 Theoretischer Nachweis des Patientennutzens: Evidenzbasierte Medizin und Health Technology Assessment	52
3.2.1.1 Evidenzquellen der medizinischen Primärforschung	53
3.2.1.2 Evidenz- und Empfehlungsgrade	55
3.2.1.3 Ergänzung der EbM durch das HTA	60
3.2.1.4 Abgrenzung zwischen EbM und HTA	62
3.2.2 Praktischer Nachweis des Patientennutzens und der Qualitätssicherung in der Versorgungsforschung durch Behandlungsleitlinien	65
3.2.2.1 Überführung der theoretischen Evidenz in die praktische Leistungserbringung	66

3.2.2.2	Evaluation und Bestätigung von Behandlungsleitlinien	69
3.3	Zwischenfazit: Schlussfolgerungen für die weitere Untersuchung	70
4	Generierung von Patientennutzen: Konzeptionelle Grundlagen für die empirische Modelluntersuchung	72
4.1	Grundlagen der Generierung von Patientennutzen	72
4.1.1	Voraussetzung: Gesundheit als Ergebnis eines Generierungsprozesses	73
4.1.2	Einflussfaktoren auf die Generierung von Patientennutzen nach Donabedian	77
4.1.2.1	Strukturqualität	81
4.1.2.2	Prozessqualität	82
4.1.2.3	Ergebnisqualität	84
4.1.3	Konkretisierung der Einflussfaktoren durch Qualitätsindikatoren	86
4.2	Grundlagen der empirischen Auswertung des Untersuchungsmodells	94
4.2.1	Auswahl des Studiendesigns zur Beantwortung der Forschungsfrage	94
4.2.1.1	Notwendigkeit der Risikoadjustierung	94
4.2.1.2	Eignung von Matching-Verfahren zur Beantwortung der Forschungsfrage	97
4.2.1.3	Voraussetzungen des Propensity-Score- Matching	99
4.2.2	Möglichkeiten und Limitationen durch Routinedaten als Datenbasis	101
4.2.2.1	Eignung von Routinedaten für die Beantwortung der Forschungsfrage	101
4.2.2.2	Umfang und Struktur der Routinedaten	105
4.3	Zwischenfazit: Bedeutung der vorgestellten Grundlagen für die weitere Untersuchung	112

5	Entwicklung eines Modells zur Generierung des Patientennutzens	114
5.1	Bildung von Modellvariablen und Hypothesen aus dem Produktionsprozess nach Donabedian	114
5.1.1	Hypothesen zum Einfluss der Teilnahmeentscheidung zur HzV	115
5.1.2	Hypothesen zum Einfluss der Strukturqualität in der HzV	118
5.1.3	Hypothesen zum Einfluss der Prozessqualität in der HzV	120
5.1.4	Die graphische Darstellung des Modells	122
5.2	Operationalisierung des Modells durch Qualitätsindikatoren	123
5.2.1	Die Festlegung auf ein evidenzbasierten Satz von Indikatoren	124
5.2.2	Operationalisierung der Strukturqualität anhand von 19 Qualitätsindikatoren	129
5.2.2.1	Humanressourcen	131
5.2.2.2	Diagnosequalität	135
5.2.2.3	Patientendokumentation	137
5.2.3	Operationalisierung der Prozessqualität anhand von 76 Qualitätsindikatoren	139
5.2.3.1	Ärztliche Beratung und Empfehlung	142
5.2.3.2	Befundkontrolle	145
5.2.3.3	Konkrete Maßnahmen und Therapien	149
5.2.3.4	Indikationsgerechte Verordnung	151
5.2.3.5	Allgemeines Verordnungsverhalten	156
5.2.3.6	Prozessdokumentation	158
5.2.4	Operationalisierung der Ergebnisqualität anhand von 12 Qualitätsindikatoren	161
5.2.4.1	Komplikationsvermeidung / ambulant-sensitive Krankenhausfälle	163
5.2.4.2	Vorsorge	164
5.2.4.3	Zielerreichung	166
5.3	Kritische Würdigung des Modells zur Nutzenmessung der hausärztlichen Versorgung anhand der gewählten Indikatoren	168

6	Überführung des Modells von der Theorie in die empirische Praxis	174
6.1	Prüfung der Umsetzbarkeit der Indikatoren mit der gewählten Datenbasis	174
6.1.1	Umsetzbarkeit der 19 Strukturindikatoren	177
6.1.1.1	Humanressourcen	177
6.1.1.2	Diagnosequalität	178
6.1.1.3	Patientendokumentation	180
6.1.2	Umsetzbarkeit der 76 Prozessindikatoren	181
6.1.2.1	Ärztliche Beratung und Empfehlung	182
6.1.2.2	Befundkontrolle	184
6.1.2.3	Konkrete Maßnahmen und Therapien	186
6.1.2.4	Indikationsgerechte Verordnung	188
6.1.2.5	Allgemeines Ordnungsverhalten	191
6.1.2.6	Prozessdokumentation	192
6.1.3	Umsetzbarkeit der 12 Ergebnisindikatoren	194
6.1.3.1	Komplikationsvermeidung / ambulant-sensitive Krankenhausfälle	195
6.1.3.2	Vorsorge	196
6.1.3.3	Zielerreichung	197
6.2	Fazit und Auswahl der Indikatoren für die empirische Auswertung	198
7	Exkurs: Umsetzung der ausgewählten Indikatoren und empirische Auswertung des Modells	201
7.1	Material und Methodik	201
7.1.1	Verwendete Daten und Bestimmung der Studienpopulation	201
7.1.2	Deskriptive Analyse der Studienpopulation	203
7.1.3	Matching der Interventions- und Kontrollgruppe	208
7.1.3.1	Matching als Bedingungen für eine aussagekräftige Analyse	208
7.1.3.2	Auswahl der Kovariate, Matchingalgorithmen und Sensitivitätsanalyse	211
7.2	Ergebnisse ausgewählter Indikatoren	214
7.2.1	Ergebnisübersicht	214

7.2.2 Indikator C1.06: Hospitalisierung von Asthmatikern wegen Asthma	216
7.2.3 Indikator C2.08: Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern	220
7.2.4 Indikator E1.11: Hospitalisierung Älterer wegen Schenkelhalsfraktur	224
7.2.5 Indikator B.28: Notfalleinweisungen	229
7.3 Bewertung der Ergebnisse	233
8 Schlussfolgerungen und Ausblick	235
8.1 Zentrale Ergebnisse der Untersuchung	235
8.1.1 Patientennutzen sollte evidenzbasiert gemessen werden	235
8.1.2 Messung sollte anhand von Qualitätsindikatoren und Routinedaten der GKV erfolgen	236
8.1.3 Die HzV-Teilnehmer ziehen zum Teil einen höheren Patientennutzen aus der Versorgung als die Nicht-Teilnehmer	239
8.2 Gesundheitspolitische Implikationen und zukünftige Forschungsfelder	241
Literaturverzeichnis	245