

**Evaluation der**

**Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)**

**in Baden-Württemberg**

*Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2016*

---



# Inhaltsverzeichnis

Einführung .....	4
Methodik und Versichertenbasis zur aktuellen Evaluationsphase .....	6
Nachhaltig bessere Versorgungssteuerung und intensivere Patientenbetreuung .....	8
Die Arzneimitteltherapie erfolgt zielgerichteter und effizienter .....	14
Die HZV-Kosten sind niedriger – bei besserer Versorgung .....	16
Weniger schwerwiegende Komplikationen und Krankenhauseinweisungen bei chronisch Kranken .....	18
Ältere und Hochbetagte werden besser versorgt .....	21
Zusatznutzen durch fachübergreifende ambulante Kooperation von Haus- und Fachärzten .....	22
VERAH: entlastend für den Arzt – akzeptiert von den Patienten .....	25
Fragen an die beiden Studienleiter .....	28
Mitarbeiter/innen der wissenschaftlichen Evaluationsstudie .....	30
Förderer .....	31
Herausgeber .....	32

## Neue Versorgungsstrategien sind nötig

In unserer Gesellschaft des langen Lebens nehmen chronische Krankheiten und vor allem Mehrfacherkrankungen deutlich zu. Dieser Trend geht einher mit einer ausgeprägten Spezialisierung im Gesundheitswesen. Für die betroffenen Patienten fehlt es jedoch oft an der notwendigen Abstimmung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Im Zusammenhang mit einer inzwischen sehr ausgeprägten Fragmentierung sowie zunehmender spezialisierter Angebotskapazitäten, Leistungsmengen und Preise kommt es zu einem unabgestimmten Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung<sup>1</sup>. Diese Entwicklungen verursachen einen Großteil der Kostensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Um die medizinische Versorgung durch unterschiedliche Akteure bedarfsgerechter zu gestalten, muss diese enger vernetzt und besser auf den individuellen Patienten abgestimmt werden. Insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen sollten zukünftig vermehrt integrierte – verschiedene Disziplinen, Professionen und Versorgungsstufen übergreifende – Versorgungsmodelle genutzt werden. Der Hausarztpraxis als Ort einer umfassenden Grundversorgung („Medical Home“) kommt für diese Neujustierung eine zentrale Rolle zu, denn hier werden nicht nur Menschen mit vielen unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen umfassend behandelt, sondern von hier aus steht der Hausarzt als gesundheitlicher Koordinator im engen Austausch mit anderen Akteuren wie Fachärzten, Pflegekräften, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern.

## Ziele und Strukturen der HZV

Die 2004 vom Gesetzgeber im Paragraph 73b SGB V eingeführte Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) setzt an diesem Punkt an. Sie orientiert sich am Zukunftskonzept einer umfassenden, populationsorientierten Betrachtungsweise, mit deren Hilfe die Begrenzungen des traditionellen, anbieter- und sektorenorientierten Systems überwunden werden können. Die HZV will die Hausarztrolle stärken, die Patientenversorgung verbessern und die Ressourcen möglichst effizient nutzen. Dazu wurden verpflichtende Anforderungen definiert: Hausärzte müssen etwa an strukturierten Qualitätszirkeln zur rationalen

Pharmakotherapie teilnehmen, die sich an praxiserprobten Leitlinien für die hausärztliche Versorgung orientieren. Ein wichtiges Element ist die strukturierte Arbeitsteilung: Der Hausarzt stimmt als Primärversorger medizinische Maßnahmen mit anderen Leistungserbringern ab und kooperiert aktiv mit ihnen. Als Voraussetzung dafür wählt der Versicherte freiwillig für mindestens 12 Monate verbindlich einen persönlichen Hausarzt und sucht andere Spezialisten grundsätzlich nur nach Überweisung auf. Informationsverluste und Diskontinuitäten, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, werden so reduziert. Darüber hinaus sollen die Anreizstrukturen das partnerschaftliche Arzt-Patienten-Verhältnis und damit die gemeinsame Entscheidungsfindung im Arzt-Patienten-Gespräch fördern. Eine ausführliche Aufklärung zu biologisch-medizinischen Zusammenhängen sowie eine Anleitung zu dauerhaften Lebensstiländerungen sind ebenfalls wesentliche Faktoren in der HZV. Der erweiterte Leistungsumfang geht einher mit einer erhöhten Vergütung für die Hausärzte. Diese soll durch Effizienzverbesserungen primär im stationären und Arzneimittelbereich kompensiert werden. Regional spezifizierte Vollversorgungsverträge zwischen Kassen und legitimierten Vertretern der niedergelassenen Ärzteschaft nach § 73b und § 73c SGB V sollen hier die notwendige Flexibilität und Motivation einbringen.

## Verbreitung der HZV

2008 starteten die AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und der Hausärzteverband Baden-Württemberg auf freiwilliger Basis den bundesweit ersten HZV-Vertrag. Die HZV ist dort mittlerweile mit rund 1,4 Millionen Versicherten und knapp 4.000 teilnehmenden Haus- und Kinderärzten als Alternative zur Regelversorgung fest etabliert. Die meisten anderen Krankenkassen machten dagegen zunächst keinen Gebrauch von diesem neuen Angebot. 2009 wurden sie deshalb verpflichtet, ihren Versicherten eine HZV anzubieten. Danach lässt sich eine stete Weiterverbreitung feststellen: Bundesweit bestehen 63 Verträge, an denen mehr als 3,8 Millionen Versicherte teilnehmen (Stand: Ende 2015)<sup>2</sup>. Weiter wachsen dürfte die HZV aufgrund einer 2014 erfolgten Gesetzesänderung, die (sinnvollerweise) vorsieht,

1 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, 2000/2001.

2 Quelle: HÄVG (Stand: Q4 2015)

dass die Verträge erst nach vier Jahren ihre Wirtschaftlichkeit darlegen müssen. Eine Besonderheit in Baden-Württemberg ist die vertragliche Verknüpfung von haus- und fachärztlicher Versorgungsebene. Seit 2010 wurden dazu schrittweise Vollversorgungsverträge nach § 73c SGB V in den großen versorgungsrelevanten Fachgebieten abgeschlossen - unter anderem für Kardiologie, Gastroenterologie, PNP<sup>3</sup> und Orthopädie. So entstand ein strukturiertes ambulantes Versorgungssystem aus Selektivverträgen mit bereits rund 1.500 spezialisierten Fachärzten und Psychotherapeuten und knapp 500.000 Versicherten.

### **Bisherige Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation**

Die Vertragspartner haben sich von Anfang an zu einer externen Evaluation der HZV in Baden-Württemberg entschlossen. Sie überprüft die Effekte der HZV im direkten Vergleich mit der Regelversorgung und gibt Hinweise zur Weiterentwicklung der Verträge. Basis dafür ist die Auswertung routinemäßig erhobener Versorgungsdaten zu unterschiedlichen Versorgungsaspekten. Die Ergebnisse für die Jahre 2008 bis 2012<sup>4</sup> zeigten schon frühzeitig, dass insbesondere chronisch kranke Patienten vielfältig von der HZV profitieren: Gemessen an Hausarztkontakten ist die Versorgung intensiver und koordinierter; das heißt, dass deutlich mehr Patienten nur mit Überweisung zum Facharzt gehen. An der Schnittstelle zum stationären Sektor erfolgen weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen. Befragte Patienten gaben an, dass der Hausarzt mehr Zeit für sie hat, die Terminvergabe schneller erfolgt und Untersuchungen gründlicher sind. Auch die Hausärzte sind insgesamt deutlich zufriedener mit den neuen Arbeitsbedingungen. Wichtig ist auch der seit Beginn stark geförderte Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH). Sie entlasten den Hausarzt bei Routineaufgaben und werden von den Patienten akzeptiert.

### **Einordnung der neuen Untersuchungsergebnisse**

Die aktuelle Evaluation bestätigt die positiven „HZV-Effekte“ und zeigt neue Erkenntnisse, die es bisher für die ambulante Versorgung nicht gab:

- Im Zeitverlauf bleiben die untersuchten Indikatoren konstant oder vergrößerten den Abstand zur Regelversorgung sogar noch. Das verdeutlicht, dass die strukturellen HZV-Effekte nachhaltig und nicht auf die Regelversorgung übertragbar sind.
- Bei Diabetikern in der HZV wurde beobachtet, dass schwerwiegende Komplikationen in geringerem Maße auftraten. Diese Komplikationen wie etwa Amputationen, Dialysen oder Erblindungen sind für die Betroffenen mit einer weitaus größeren Einschränkung der Lebensqualität verbunden als die Diabetes-Erkrankung an sich. Es wird angenommen, dass diese Vorteile für die HZV-Versicherten insbesondere auf die intensivere Betreuung in der HZV zurückzuführen ist.
- Weitere Qualitätsverbesserungen ergeben sich durch die enge Verzahnung von Hausarzt- und Facharztverträgen, unter anderem in der Vermeidung von Krankenhausaufnahmen und Operationen.
- Die Qualitätsverbesserungen werden in Einklang mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit erbracht. Nach einer Investitionsphase zum Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen liegen die jährlichen Gesamtausgaben mittlerweile unter denen in der Regelversorgung.

Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass der politische Wille des Gesetzgebers zur HZV erfolgreich umgesetzt werden kann und bei den Patienten ankommt. Die Verträge verbessern die medizinische Versorgung, stärken die Rolle des Hausarztes als Gesundheitslotsen und können zu einer spürbaren finanziellen Entlastung beitragen, indem Über-, Fehl- und Unterversorgung systematisch adressiert werden. Allerdings gibt es bundesweit noch nicht viele Verträge zur HZV, die diesen Weg ähnlich zielgerichtet wie der Vertrag in Baden-Württemberg gehen.

*Ferdinand Gerlach, Joachim Szecsenyi  
Frankfurt a.M., Heidelberg im Juni 2016*

3 PNP: Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie

4 [www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

# Methodik und Versichertenbasis

## zur aktuellen Evaluationsphase

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen zur HZV in Baden-Württemberg werden im Folgenden in komprimierter Form vorgestellt.

Verschiedene Längsschnittanalysen der Jahre 2011 bis 2013 und 2011 bis 2014 gaben insbesondere Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Versorgungseffekte. Hierzu wurden ausgewählte HZV-Indikatoren (z.B. Arztkontakte oder Pharmakotherapiekosten) über mehrere Jahre bewertet. Das Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten wurde anhand von Querschnittsanalysen für die Jahre 2013 und 2014 untersucht.

Die beiden Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main haben dies arbeitsteilig in vier modularen Arbeitspaketen getan: Für die aktuelle Evaluationsphase wurden dabei folgende Schwerpunkte gesetzt:

- **Arbeitspaket 1:** Auswertungen von Routinedaten: Weiterführung der Basisanalysen mit Fokus auf der Entwicklung von Hausarzt- und Facharztkontakten und verschiedenen Effekten im Krankenhausbereich; Qualität und Kostenentwicklung der Pharmakotherapie. Methoden: Querschnitts- und Längsschnittvergleich.
- **Arbeitspaket 2:** Auswertungen von Routinedaten: Qualitätsindikatoren bei chronisch-entzündlichen Darmkrankungen; Qualitätsindikatoren zur Pharmakotherapie: Verordnungen von Analgetika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa; Gesamtkosten pro Versichertem. Methoden: Querschnitts- und Längsschnittvergleich.
- **Arbeitspaket 3:** Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Praxis (VERAH): Tätigkeitsprotokolle, Vergleich bei HZV-Patienten mit und ohne VERAH-Betreuung, Befragung von VERAH und HZV-Ärzten. Methoden: Protokollauswertungen, qualitative Befragungen, Interviews.

- **Arbeitspaket 4:** Auswertungen von Routinedaten: Analyse der Versorgungsqualität geriatrischer und chronisch kranker Patienten mit Fokus auf die Verhinderung schwerwiegender Komplikationen und Krankenhauseinweisungen, Qualitätsindikatoren bei älteren Patienten, Diabetikern, Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Patienten mit Hüftgelenksfrakturen; Impfquoten.

Methoden: Querschnitts- und Längsschnittvergleich.

Die Evaluation im Rahmen der Arbeitspakete 1, 2 und 4 erfolgte grundsätzlich kontrolliert, das heißt jeweils im Vergleich zur Regelversorgung. Zur Analyse wurden Routinedaten der AOK Baden-Württemberg verwendet. Im Arbeitspaket 3 wurden mittels Befragungen und Interviews Primärdaten<sup>5</sup> erhoben.

### Soziodemographische Struktur der Versicherten

Da die in die HZV eingeschriebenen Versicherten in der Regel älter und kränker waren als die Versicherten in der Kontrollgruppe, war es erforderlich, vergleichbare Patientenkollektive zu bilden. Dazu wurden die entsprechenden Risiken statistisch berücksichtigt. In die multivariablen Modellrechnungen wurden deshalb versichertenseitig folgende Variablen einbezogen, um möglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen: Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, Teilnahme an Chronikerprogrammen, Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart. Die nachfolgenden Analyseergebnisse berücksichtigen eine Adjustierung für die oben genannten Kovariablen.

Das durchschnittliche Alter der gesamten HZV-Gruppe liegt bei 57,7 Jahren, in der Kontrollgruppe bei 55,5 Jahren. Die Geschlechterverteilung ist in beiden Gruppen nahezu identisch (ca. 56 Prozent weiblich, ca. 44 Prozent männlich).

<sup>5</sup> Primärdaten: z.B. Befragungen, Beobachtungen oder Experimente mit direktem Bezug auf einen Untersuchungsgegenstand.

Die Krankheitslast (Morbidität) nach dem sogenannten Charlson-Index<sup>6</sup> ist in der HZV-Gruppe geringfügig höher (1,4) als in der Kontrollgruppe (1,3). Die durchschnittliche HZV-Teilnahmedauer der untersuchten Versicherten beträgt 18,2 Quartale.

Durch konsequente Berücksichtigung von Ausschlusskriterien (z.B. Herausnahme von Versicherten unter 18 Jahren) für beide Versichertengruppen zeigen sich ähnliche Verteilungen bzgl. der soziodemografischen Größen.

Insgesamt stellte die AOK-Baden-Württemberg für den Beobachtungszeitraum vom 1.1.2014 bis zum 31.12.2014 Daten von 3.813.398 Versicherten zur Verfügung. Von diesen Versicherten erfüllten 1.590.412 alle Einschlusskriterien für die Querschnittsanalysen des Berichtsjahres 2014. Davon waren 861.223 (54,2 Prozent) Versicherte in die HZV (Interventionsgruppe) sowie 729.189 (45,8 Prozent) Versicherte nicht in die HZV eingeschrieben (Kontrollgruppe).

Tab. 1: Soziodemographische Struktur der Versicherten 2014

Strukturmerkmal	Berichtsjahr 2014 Eingeschlossene Versicherte (n=1.590.412)	
	HZV-Versicherte (Interventionsgruppe, n = 861.223)	Nicht HZV-Versicherte (Kontrollgruppe, n = 729.189)
<b>Alter ± SD<sup>7</sup></b> (in 2014)	57,69 ± 18,28	55,51 ± 19,72
<b>Geschlecht</b>		
männlich	43,56 %	43,44 %
weiblich	56,44 %	56,56 %
<b>Nationalität</b>		
deutsch	84,98 %	83,62 %
andere	15,02 %	16,38 %
<b>Versichertenstatus</b>		
Mitglied	51,54 %	53,36 %
Familie	9,08 %	10,61 %
Rentner	39,38 %	36,03 %
<b>Morbidität ± SD</b> Berechnung auf Basis des Charlson-Index	1,38 ± 1,99	1,27 ± 1,92
<b>Dauer der HZV-Einschreibung</b> Quartale ± SD	18,20 ± 5,89	–

Quelle: Laux et al. (Universität Heidelberg), Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

6 Charlson Index: gewichteter Summenscore. Eignet sich als Morbiditätsmaß auf Basis von Routedaten.

7 SD: (Standard Deviation) ist die verbreitetste Maßzahl für die Varianz der Beobachtungen (Streumaß) bei intervallskalierten Daten.

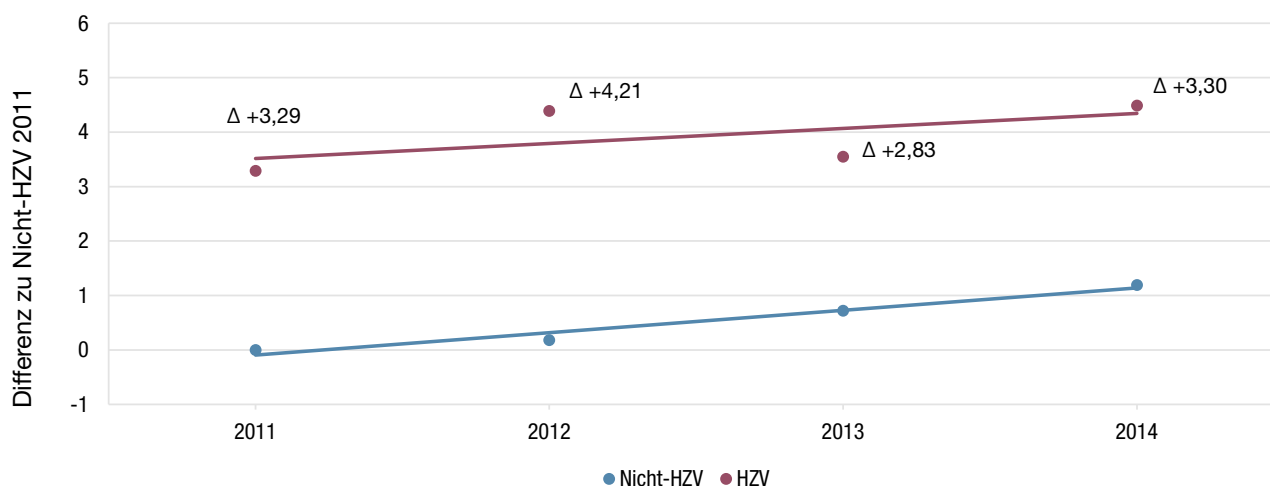
# Nachhaltig bessere Versorgungssteuerung und intensivere Patientenbetreuung

Nach der Einführung der HZV in Baden-Württemberg konnten schon frühzeitig Qualitätsvorteile auf zahlreichen Gebieten aufgezeigt werden. Dies gilt insbesondere für die Versorgung chronisch Kranker und die Arzneimitteltherapie. Es stellt sich jedoch – für Versicherte wie für Kostenträger – die Frage, ob diese Entwicklung nachhaltig über mehrere Jahre hinweg ist. Ein Beispiel des britischen National Health Service unterstreicht die Bedeutung dieser Frage: Dort wurde seit 2002 die Erfüllung einzelner Qualitätsindikatoren monetär honoriert. Zahlreiche anfänglich festgestellte Verbesserungen schwächten sich mit der Zeit wieder ab, wurden durch konkurrierende Anreize ‚ausgebremst‘ oder führten zur Vernachlässigung von Ergebniszielen, deren Erreichung

nicht gefördert wurde. Die HZV verfolgt dagegen den Ansatz, nur wenige Versorgungsergebnisse bzw. -ziele monetär zu fördern, und durch stabile Rahmenbedingungen (z.B. kalkulierbare Vergütung, mehr Zeit für den Patienten, Qualitätszirkelarbeit etc.) die Versorgungsqualität insgesamt und langfristig zu verbessern.

Erstmals lagen jetzt Daten vor, um einzelne Qualitätsparameter bei der Versorgung chronisch Erkrankter über einen längeren Zeitraum (2011-2014) zu verfolgen<sup>8</sup>. Hierbei wurden, wie bei allen Analysen, mit Blick auf wichtige Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen etc.) vergleichbare Patientengruppen gebildet (Regressionsanalysen).

Abb. 1: Anzahl der Hausarztkontakte



	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	11,79	12,89	12,05	12,99
<b>Nicht-HZV</b>	8,50	8,68	9,22	9,69
<b>Differenz</b>	<b>+3,29</b>	<b>+4,21</b>	<b>+2,83</b>	<b>+3,30</b>
<b>Relative Differenz</b>	+38,7 %	+48,5 %	+30,7 %	+34,1 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Quelle: Laux et al. (Universität Heidelberg), Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

<sup>8</sup> Die vergleichenden längsschnittlichen Analysen (HZV-Versicherte vs. Nicht-HZV-Versicherte) beziehen sich auf Versicherte mit je einer Beobachtung pro Jahr im Vier-Jahres-Datensatz 2011 bis 2014 (insgesamt 850.000 Versicherte, die durchgängig über vier Jahre beobachtet wurden).



### Mehr Hausarztkontakte

Ein aussagekräftiger Indikator für die Betreuungsintensität ist die Zahl der Hausarztkontakte. Es zeigt sich für den gesamten Betrachtungszeitraum (2011 bis 2014), dass Teilnehmer in der Interventionsgruppe drei Arztkontakte mehr pro Jahr (durchschnittlich 12 Kontakte) hatten als Teilnehmer der Kontrollgruppe (durchschnittlich neun Kontakte). Dieser Unterschied ist signifikant ( $p < 0,0001$ ).<sup>9</sup>

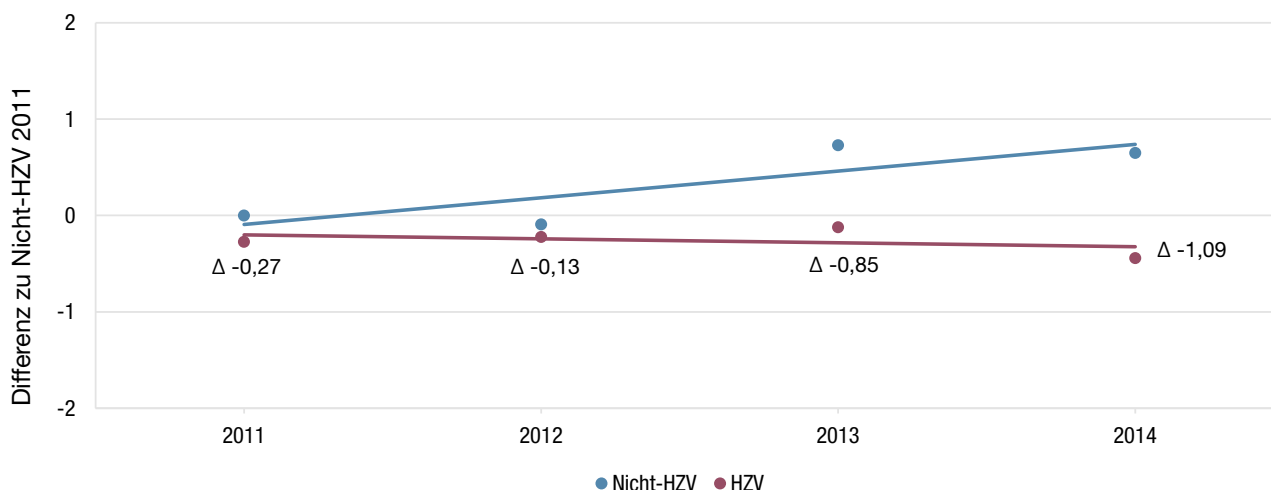
Dies gilt auch für den Zeitraum nach dem Wegfall der Praxisgebühr (2013), woraus sich eine gleichbleibend stabile Versorgungssteuerung durch die HZV-Ärzte ableiten lässt.

### Weniger unkoordinierte Facharztkontakte

Die Anzahl der unkoordinierten Facharztkontakte erlaubt vergleichende Aussagen darüber, wie intensiv die Koordinierungsfunktion des Hausarztes wahrgenommen wird.

Der Unterschied von 30,5 Prozent im Jahr 2013 zugunsten der Interventionsgruppe stieg auf über 40 Prozent im Folgejahr. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass mit der Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 in der Regelversorgung<sup>10</sup> die Rolle des koordinierenden, grundversorgenden Hausarztes geschwächt wurde, während die angestrebte Lotsenfunktion des Hausarztes in der HZV-Gruppe weiterhin gelingt und sich die Werte sogar noch weiter verbesserten.

Abb. 2: Anzahl der unkoordinierten Facharztkontakte



	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	1,79	1,84	1,94	1,62
<b>Nicht-HZV</b>	2,06	1,97	2,79	2,71
<b>Differenz</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,85</b>	<b>-1,09</b>
<b>Relative Differenz</b>	-13,1 %	-6,6 %	-30,5 %	-40,2 %
<b>P-Wert</b>	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$

Quelle: Laux et al. (Universität Heidelberg), Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

9 P-Wert: Die Irrtumswahrscheinlichkeit, dass die HZV realiter nicht mit einer höheren Kontaktrate assoziiert ist, ist kleiner als 0,1 Promille.

10 Regelversorgung: Damit ist im Weiteren die kollektivvertragliche Versorgung im Gegensatz zur selektivvertraglichen Versorgung gemeint.

### Positive Effekte bei allen Klinik-Indikatoren

Der stationäre Sektor ist geprägt von einer besonders hohen Intensität der Versorgungsleistungen und – daraus resultierend – besonders hohen Versorgungskosten. Eine Einweisung ins Krankenhaus wird in der Regel durch den Hausarzt initiiert und kann – je nachdem, welcher Umstand der Einweisung zugrunde liegt – durch eine adäquate Versorgung im ambulanten, hausärztlichen Bereich sogar vermieden werden. Krankenhausaufenthalte entziehen die Betroffenen ihrer gewohnten Umgebung und sind meist mit einer Beeinträchtigung hinsichtlich der Aktivitäten im gewohnten sozialen Umfeld verbunden. Eine lange Krankenhausverweildauer oder eine hohe Wiedereinweisungsrate können durchaus auch zu psychischen Beeinträchtigungen und einem gefühlten Verlust an Lebensqualität führen. Deshalb ist die Betrachtung der möglichen Effekte, die durch eine verbesserte ambulante Versorgungssteuerung und intensivere Patientenbetreuung bewirkt werden können, von großer Bedeutung.

### Analysiert wurden folgende Indikatoren:

- Potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ACSCs)<sup>11</sup>
- Hospitalisierungsrate
- Durchschnittliche Verweildauer der Versicherten im Krankenhaus (Krankenhausliegezeiten in Tagen)
- Krankenhauswiedereinweisungen
- Stationäre Kosten

Erstmals kann gezeigt werden, dass es für die gesamten Beobachtungszeiträume (2011 bis 2014) im Vergleich zur Kontrollgruppe bei allen fünf stationären Indikatoren signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe gab.

### Weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen

Bei potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen handelt es sich um bestimmte Krankheitsbilder – im angloamerikanischen Sprachraum als „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSCs) bezeichnet –, die eine Hospitalisierung bei einer adäquaten medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich nur ausnahmsweise notwendig machen. Hierunter werden einzelne Krankheiten zusammengefasst, die durch eine frühzeitige und qualitativ hochwertige Versorgung in der überwiegenden Zahl der Fälle ambulant therapiert werden können, ohne dass ein nachfolgender Krankenhausaufenthalt erforderlich wäre. Zum Beispiel kann durch die engmaschige Kontrolle des Hausarztes die Verschlechterung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung frühzeitig erkannt und therapiert werden. Die Liste der Krankheiten, die unter diese Rubrik fallen, wird international unterschiedlich definiert. Eine potenzielle Vermeidbarkeit bedeutet aber nicht, dass jede Aufnahme aufgrund einer der definierten Diagnosen auch tatsächlich verhindert werden kann. Besondere Umstände, wie z.B. Komorbiditäten oder besondere Schweregrade, müssen im Einzelfall immer berücksichtigt werden.

Pro Jahr konnten in der Interventionsgruppe pro 100 Versicherte im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr als eine „potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisung“ vermieden werden. Eine Erklärungskomponente für den Unterschied könnte durchaus die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in der Interventionsgruppe sein, die durch präventive Maßnahmen die Notwendigkeit von Klinikeinweisungen verringert.

Tab. 2: Vermeidbare Krankenhauseinweisungen pro 100 eingewiesene Versicherte

Vermeidbare Krankenhauseinweisungen	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	13,6	13,9	14,9	15,0
<b>Nicht-HZV</b>	14,7	15,2	16,0	16,1
<b>Adjustierte Werte/Absolute Differenz</b>	<b>-1,1</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>-1,1</b>
<b>Relative Differenz</b>	-7,5 %	-8,6 %	-6,9 %	-6,8 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Quelle: Laux et al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Studienphase (2015-2016).

11 Ambulatory Care Sensitive Conditions“

Tab. 3: Hospitalisierungsrate - durchschnittliche Anzahl der Einweisungen pro 100 Versicherte

Hospitalisierungsrate	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	19,1	20,3	21,8	22,2
<b>Nicht-HZV</b>	21,4	22,5	24,8	26,1
<b>Adjustierte Werte/Absolute Differenz</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,2</b>	<b>-3,0</b>	<b>-3,9</b>
<b>Relative Differenz</b>	-10,7 %	-9,8 %	-12,1 %	-14,9 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Tab. 4: Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenen Versicherten

Krankenhausliegezeiten in Tagen	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	12,63	12,97	13,27	13,13
<b>Nicht-HZV</b>	13,45	13,55	14,02	14,01
<b>Adjustierte Werte/Absolute Differenz</b>	<b>-0,82</b>	<b>-0,58</b>	<b>-0,75</b>	<b>-0,88</b>
<b>Relative Differenz</b>	-6,1 %	-4,3 %	-5,3 %	-6,3 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Tab. 5: Durchschnittliche Anzahl der Wiedereinweisungen pro 100 Versicherte innerhalb von 4 Wochen

Krankenhaus-Wiedereinweisungen	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	14,5	16,2	17,3	17,0
<b>Nicht-HZV</b>	15,9	17,1	18,8	19,2
<b>Adjustierte Werte/Absolute Differenz</b>	<b>-1,4</b>	<b>-0,9</b>	<b>-1,5</b>	<b>-2,2</b>
<b>Relative Differenz</b>	-8,8 %	-5,3 %	-8,0 %	-11,5 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Tab. 6: Stationäre Kosten in € pro eingewiesenen Versicherten

Stationäre Kosten	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	5.143,01 €	5.442,54 €	5.898,58 €	5.897,42 €
<b>Nicht-HZV</b>	5.323,77 €	5.507,03 €	6.104,95 €	6.399,21 €
<b>Adjustierte Werte/Absolute Differenz</b>	<b>-180,76 €</b>	<b>-64,49 €</b>	<b>-206,37 €</b>	<b>-501,79 €</b>
<b>Relative Differenz</b>	-3,4 %	-1,2 %	-3,4 %	-7,8 %
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Quelle (Tab. 3-6): Laux et. al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

### Gute Koordination zwischen Hausarzt und Facharzt bei KHK-Patienten

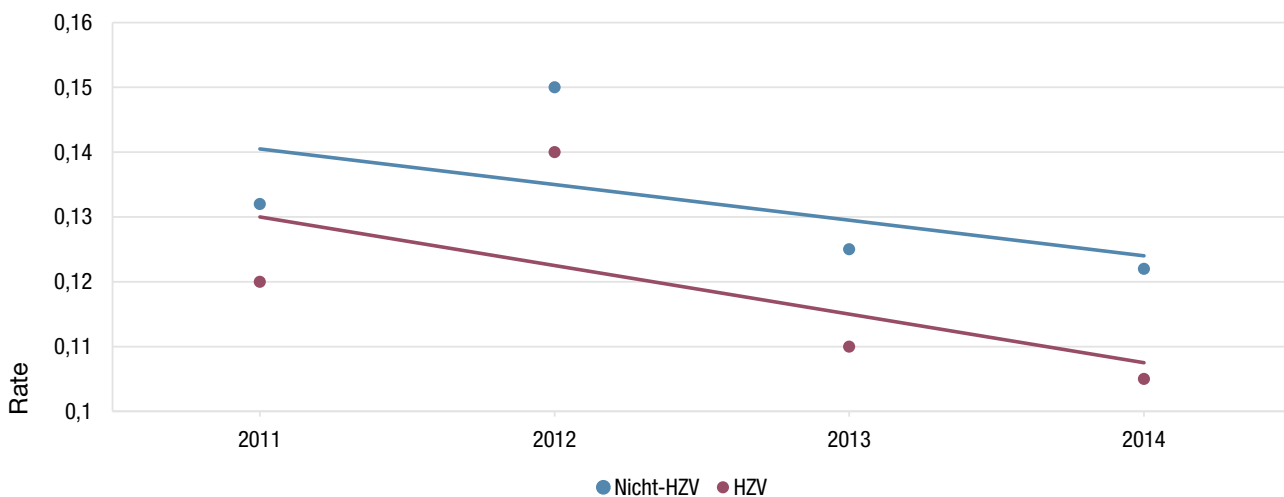
Ein typisches Beispiel, an dem sich zeigen lässt, dass sich ein Qualitätsvorsprung im Zeitverlauf innerhalb der HZV noch vergrößert, sind die Krankenhauseinweisungen von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK). Solche Einweisungen sind zwar nicht gänzlich zu vermeiden und können in besonderen Situationen auch medizinisch sinnvoll sein. Durch eine gute ambulante Versorgung in Kooperation zwischen Hausarzt und Kardiologen kann die Anzahl dieser Einweisungen jedoch spürbar verringert werden.

Bereits 2011, nachdem die HZV flächendeckend eingeführt war, fiel die Einweisungsrates bei den HZV-Versicherten geringer aus als in der Regelversorgung (12 Prozent statt 13,3 Prozent). Bis 2014 sank sie in beiden Gruppen, jedoch deutlicher in der Interventionsgruppe. Die HZV hat hier einen Qualitätsvorteil vertiefen können.

### Vorteile für weitere Patientengruppen

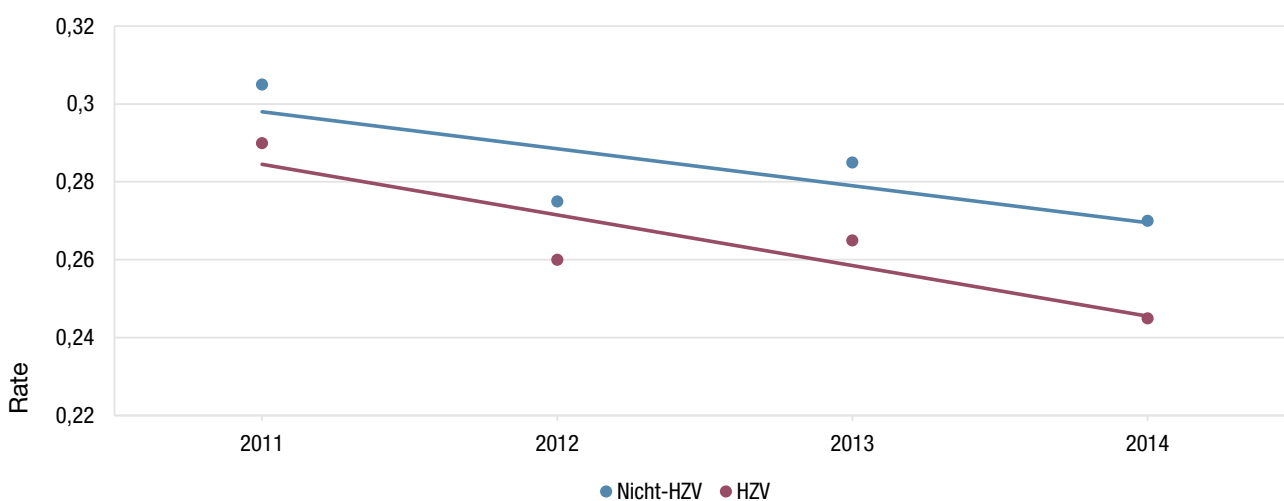
Ein weiteres Beispiel für eine in der HZV günstige Entwicklung ist die Verordnung „potenziell inadäquater Medikamente“ (PIM<sup>12</sup>) an ältere Patienten.

Abb. 3: Stationärer Aufenthalt mit kardiovaskulärer Hauptdiagnose bei KHK-Patienten



Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

Abb. 4: Verordnung potenziell inadäquater Medikation bei älteren Versicherten (ab 65 Jahre)



Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

<sup>12</sup> Medikamente, die vor allem bei älteren Patienten mit erhöhten Risiken verbunden sein können und deswegen zu reduzieren bzw. ersetzen sind. In Deutschland in der sog. PRISCUS-Liste aufgeführt.

Von Beginn an wurden in der HZV älteren Patienten solche PIM seltener verordnet. Allerdings zeigt sich in beiden Gruppen im Zeitverlauf eine deutliche Reduktion dieser Verordnungen. Dies kann unter anderem auch darauf zurückgeführt werden, dass seit 2012 zunehmend über potenziell riskante Arzneimittelverordnungen und Polymedikation bei älteren Patienten berichtet wurde und die öffentliche Diskussion die Aufmerksamkeit der Ärzte für diesen Aspekt sicherlich geschärft hat. Dennoch hat sich auch hier die Qualitätsschere zugunsten der HZV noch geringfügig weiter geöffnet: In der Interventionsgruppe sank die Zahl der PIM-Verordnungen stärker als in der Kontrollgruppe.

### Die Qualitätsschere öffnet sich weiter

Für die weiteren untersuchten Qualitätsindikatoren sind die

Ergebnisse summarisch aufgeführt. Dargestellt ist, ob es einen initialen Qualitätsvorteil für die HZV gab (1. Spalte), ob die Interventionsgruppe ihr Ergebnis (ggf. auch gegen einen negativen ‚Trend‘) behaupten oder sogar verbessern konnte (2. Spalte) und ob die ‚Qualitätsschere sich öffnete‘, d. h. der Abstand zur Regelversorgung größer wurde (3. Spalte). Insgesamt ist ein initialer Vorteil zugunsten der Interventionsgruppe erkennbar. Signifikant verbesserte sich die Qualität in der Interventionsgruppe im Vergleich der Jahre 2011 und 2014 in fünf von 12 Fällen. Die Schere öffnete sich in zehn von 12 Fällen weiter; es wurde also ein Fortschritt gegenüber der Regelversorgung erreicht. Bei sieben dieser zehn Merkmale ist der Fortschritt signifikant. Die Qualitätsentwicklung in der HZV kann daher als nachhaltig bezeichnet werden.

Tab. 7: Qualitätsindikatoren in der HZV – Längsschnittbetrachtung 2011-2014<sup>13</sup>

Patientengruppe (Angabe Patientenzahl für 2011)	Zielvariable	Vorteil für HZV-Gruppe 2011	Verbesserung in HZV-Gruppe (2011 - 2014)	Unterschied zur Regel- versorgung vergrößert (2011 - 2014)
<b>Ältere Patienten</b> (Nicht-HZV n = 282.228) (HZV n = 293.135)	Vermeidbare Krankenhaus- einweisungen	+*	+/-	+
	Jährliche Influenzaimpfung	+*	+*	+*
	Stationäre Behandlungen wegen Hüftfrakturen (Hauptdiagnose)	+*	+/-	+
	Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten	+*	+*	+*
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b> (Nicht-HZV n = 72.480) (HZV n = 91.229)	Risiko der Krankenhaus- einweisung	+*	+*	+*
	Risiko der Krankenhaus- einweisung (diabetes- bezogene Hauptdiagnose)	+*	+*	+/-
<b>Herzinsuffizienz</b> (Nicht-HZV n = 38.551) (HZV n = 43.962)	Risiko der Krankenhaus- einweisung	+	+/-	+*
	Verordnung von ACE- Hemmern/AT1-Blockern	+*	+/-	+/-
<b>Koronare Herzkrankheit</b> (Nicht-HZV n = 57.666) (HZV n = 68.092)	Krankenhausaufnahmen wg. kardiovaskulärer Diagnose	+*	+*	+*
	Vermeidbare Krankenhaus- aufnahmen	+	+/-	+*
	Statinverordnungen	+/-	+/-	+
<b>Myokardinfarkt</b> (Nicht-HZV n = 2.629) (HZV n = 2.704)	Statinverordnungen	+/-	+/-	+*

**Legende:** + Vorteil    +/- kein Unterschied    \* signifikanter Unterschied (< 0,001)

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Studienphase 2015-2016.

<sup>13</sup> Für das Verständnis der Tabelle ist der Blick auf die Diagramme auf S.12 nützlich, denn die Qualitätsentwicklung kann unter verschiedenen Blickwinkeln gesehen werden. ‚Baseline-Vorteil für HZV‘ bedeutet: war zum Zeitpunkt 2011 ein Unterschied vorhanden? ‚Verbesserung in HZV-Gruppe‘ bedeutet: ist die Steigung der blauen Gerade positiv oder negativ? ‚Unterschied gegenüber Regelversorgung vergrößert‘ bedeutet: ist der Abstand der beiden Geraden zum Zeitpunkt 2014 größer als der zum Zeitpunkt 2011? Dies wird auch als ‚Qualitätsschere‘ zwischen HZV- und Regelversorgung bezeichnet.

# Die Arzneimitteltherapie erfolgt zielgerichteter und effizienter

Einen wesentlichen Bestandteil der HZV stellen die mehr als 300 datengestützten strukturierten Pharmakotherapiekreise dar, die eine qualifizierte und unabhängige Fortbildung gewährleisten. Die Kreise vermitteln die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen der HZV-Arzneimittelkommission auf der Basis evidenzbasierter Erkenntnisse zur risikoarmen Pharmakotherapie. Die HZV-Ärzte sind verpflichtet, pro Jahr an vier dieser Qualitätskreise teilzunehmen.

## **Gezielte Arzneimitteltherapie bei Patienten mit Depressionen**

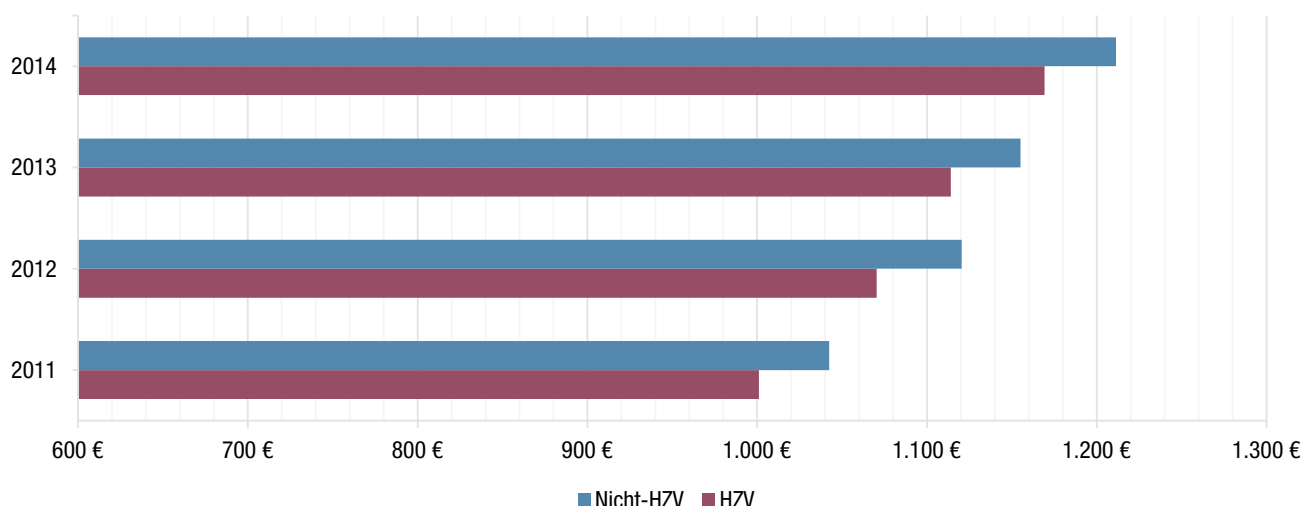
Stellvertretend für wichtige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Versorgung wurden Patienten mit Depressionen untersucht. Als Indikatoren für eine gezieltere Therapie wurden hierzu Wechselwirkungen und die Therapiedauer bei ausgewählten Medikamenten betrachtet. Gerade bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten führen insbesondere Wechselwirkungen zwischen Medikamenten verschiedener Wirkstoffgruppen nicht selten zu Klinikeinweisungen, Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder zum Abbruch medizinisch sinnvoller medikamentöser Therapien. Zudem können solche Antidepressiva in Kombination mit klassischen Schmerzmedikamenten wie NSAR (z.B. Diclofenac oder Ibuprofen) die Gefahr von Blutungen im Magen-Darm-Trakt (gastrointestinale Blutungen) erhöhen. Daher sollte der Einsatz von Psychopharmaka sehr gezielt und nach kritischer Indikationsstellung erfolgen.

Bestimmte Analgetika haben eine sog. „serotonerge“ Wirkung, d. h. sie führen zu einer Erhöhung der Konzentration des Neurotransmitters Serotonin. Falls ein Patient ein solches Präparat verordnet bekommt und gleichzeitig einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

(SSRI, Selective Serotonine Reuptake Inhibitor) einnimmt – meist zur antidepressiven Pharmakotherapie –, so kann es aufgrund eines zu hohen Serotoninspiegels im Gehirn zu einem lebensbedrohlichen Serotoninsyndrom kommen. Es konnte im Rahmen der Evaluation gezeigt werden, dass bei Patienten mit SSRI-Therapie die Verordnung von Analgetika für die HZV-Versicherten so erfolgte, dass die Wahrscheinlichkeit für das potentielle Auftreten eines Serotoninsyndroms um 12,7 Prozent niedriger im Vergleich zu den Versicherten in der Regelversorgung lag ( $p < 0,0362$ ).

Für einen Großteil der angstlösenden Arzneien (Anxiolytika), Schlafmittel (Hypnotika) und Beruhigungsmittel (Sedativa) gilt, dass diese ab einer Einnahmedauer von mehr als vier Wochen ein Abhängigkeitspotenzial aufweisen, welches mit zunehmender Einnahmedauer ansteigt. Für die Jahre 2013 und 2014 wurde überprüft, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, mit der Diagnose „Depression“ eine nicht adäquate, den Zeitraum von vier Wochen überschreitende Pharmakotherapie mit Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa zu erhalten. Im Ergebnis war die Rate in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in beiden Jahren signifikant niedriger (2013: 6,98 Prozent; 2014: 7,5 Prozent).

Abb. 5: Pharmakotherapiekosten im ambulanten Sektor – Kosten pro Versicherten:



	2011	2012	2013	2014
<b>HZV</b>	1.001,09 €	1.070,31 €	1.113,98 €	1.169,29 €
<b>Nicht-HZV</b>	1.042,44 €	1.120,34 €	1.155,01 €	1.211,32 €
<b>Differenz</b>	<b>-41,35 €</b>	<b>-50,03 €</b>	<b>-41,03 €</b>	<b>-42,03 €</b>
<b>Relative Differenz</b>	<b>-3,97 %</b>	<b>-4,47 %</b>	<b>-3,55 %</b>	<b>-3,47 %</b>
<b>P-Wert</b>	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Quelle: Laux et. al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

### Geringere Pharmakotherapiekosten durch effizienteren Einsatz

Die Ausgaben für Pharmakotherapie im ambulanten Bereich waren für alle Altersgruppen der Interventionsgruppe im gesamten Betrachtungszeitraum von 2011-2014 im Durchschnitt fast vier Prozent geringer als in der Kontrollgruppe.

Der gezieltere Einsatz von Arzneimitteln ist eine Ursache für die geringeren Arzneimittelkosten in der HZV. Eine weitere Ursache liegt in dem geringeren Ordnungsanteil der in der obligatorischen Vertragssoftware rot hinterlegten („Me-Too“) Präparate.<sup>14</sup> Das sind Präparate, welche in der Regel durch qualitativ bessere oder gleich-

wertige und oft auch wirtschaftlichere Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien ersetzt wurden.

Unter Berücksichtigung der Kovariablen wurde für alle Zeiträume in der HZV-Gruppe pro 100 Verordnungen ein rot hinterlegtes Präparat weniger verordnet.

Die Vergütungsstrukturen in der HZV fördern auch die „Sprechende Medizin“. Der Arzt hat mehr Zeit, dem Patienten seine Wahl des verordneten Arzneimittels ausführlich zu erläutern oder ihm zu erklären, weshalb ein anderes Medikament unnötig ist.

<sup>14</sup> Ein Expertengremium der Vertragspartner spricht auf Grundlage medizinischer und ökonomischer Kriterien und unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren Empfehlungen aus. Das Ergebnis ist eine für Hausärzte und Fachärzte einheitliche Medikationsliste, die laufend aktualisiert wird.

# Die HZV-Kosten sind niedriger – bei besserer Versorgung

Tab. 8: Durchschnittliche Versorgungskosten in € pro Versicherten 2014

	HZV-Versicherte (n=861.223)	Nicht HZV- Versicherte (n=729.189)	HZV-Versicherte (adjustierter Wert)	Adjustierte Werte: Unterschied in %, (p-Wert)
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	103,73 €	115,69 €	88,73 €	-23,3 % (p < 0,0001)
<b>Heilmittel</b>	125,01 €	122,27 €	125,82 €	+2,9 % (p < 0,0001)
<b>Hilfsmittel</b>	143,15 €	151,32 €	147,99 €	-2,2 % (p < 0,0001)
<b>Krankenhaus</b>	1.114,87 €	1.329,63 €	1.176,72 €	-11,5 % (p < 0,0001)
<b>Pharmakotherapie</b>	1.356,50 €	1.577,64 €	1.500,34 €	-4,9 % (p < 0,0001)
<b>Leistungen gemäß EBM/GOP</b>	792,55 €	729,46 €	783,44 €	+7,4 % (p < 0,0001)
<b>... davon beim Hausarzt</b>	324,09 €	279,60 €	338,88 €	+21,2 % (p < 0,0001)
<b>Gesamtkosten</b>	3.635,81 €	4.026,01 €	3.877,05 €	-3,7 % (p < 0,0001)

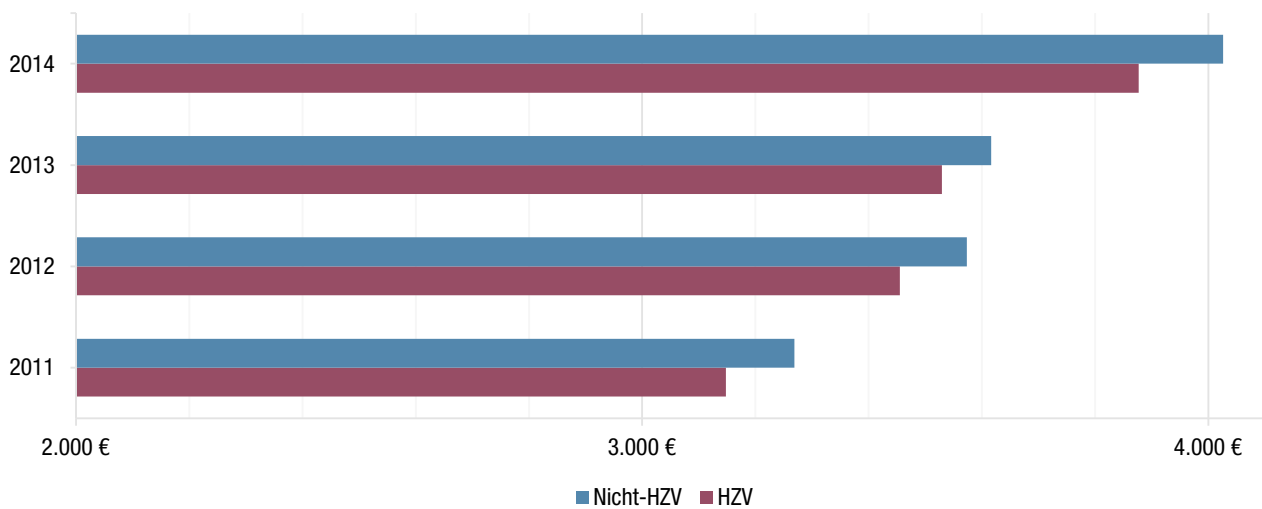
Quelle: Laux et. al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

Den höheren ambulanten Kosten der Interventionsgruppe stehen niedrigere Kosten insbesondere im stationären und Arzneimittelbereich gegenüber, die die Mehrausgaben bei ärztlichen Leistungen und im Heilmittelsektor überkompensieren. Adjustiert ergeben sich für 2014 3,7 Prozent weniger Kosten für einen HZV-Versicherten

im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es zeigt sich, dass die Selektivverträge nicht auf Einschränkung ärztlicher Leistungen abzielen, sondern auf ein möglichst effizientes Erbringen derselben. Analoge Kostenentwicklungen sehen wir für die Jahre 2011-2014.



Abb. 6: Durchschnittliche Versorgungskosten in € pro Versicherten  
Adjustierte Unterschiede, Querschnitt 2011 – 2014



Quelle: Laux et. al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

# Weniger schwerwiegende Komplikationen und Krankenhauseinweisungen bei chronisch Kranken

Erstmals war es möglich, bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen die Frage zu untersuchen, ob in der HZV auch schwerwiegende Ereignisse bzw. Komplikationen verringert werden können. Dazu wurde exemplarisch über einen längeren Zeitraum (2011 bis 2013) die Versorgung von Menschen mit Diabetes abgebildet und mit der Regelversorgung verglichen. Bei Diabetes mellitus kommt es deshalb besonders auf die Komplikationsentwicklung (sog. ‚harte Outcomes‘) an, weil nicht die Krankheit selbst, sondern die schwerwiegenden Komplikationen mit starken Einschränkungen der Lebensqualität für den Patienten einhergehen. Zudem stellen ihre hohen Folgekosten eine deutliche Belastung der Gesundheitsausgaben dar.

Bei allen wichtigen Endpunkten erreichten die Patienten in der HZV diese Endpunkte signifikant später (oder gar nicht) im Beobachtungszeitraum. Die Eintrittswahrscheinlichkeit der meisten Komplikationen war zwar in beiden Gruppen relativ gering; dennoch ergaben sich in Bezug auf die schwerwiegenden Diabetes-Komplikationen signifikante Vorteile mit vermiedenen Folgekosten in der HZV-Gruppe im Vergleich zur Nicht-HZV. Sie lagen - je nach Komplikation - zwischen 139 und 500 Fällen.

Einerseits ebnet die HZV durch eine Reihe von vertragsimmanenten Steuerungsinstrumenten den Weg zu einer strukturierteren Versorgung und intensiveren Patientenbetreuung bei chronischen Erkrankungen. Andererseits

Tab. 9: Risikodifferenz für das Erreichen klinischer Endpunkte bei Patienten mit Diabetes in der HZV (2011-2013)

Klinischer Endpunkt bei Diabetikern (n=217.967)	HZV unadjustiert (n=119.355)	Nicht HZV unadjustiert (n=98.609)	Adjustierte Differenz (HZV-Nicht-HZV), (p-Wert)	Modellhochrechnung [95% KI]
Dialysepflicht	1,10 %	1,10 %	<b>-0,26 %</b> (p<0,0001)	<b>-389</b> [-582; -215]
Erblindung	0,80%	0,90%	<b>-0,11 %</b> (p<0,0001)	<b>-139</b> [-283; -14]
Amputation	0,70%	0,90%	<b>-0,17 %</b> (p<0,0001)	<b>-260</b> [-412; -127]
Herzinfarkt	4,20%	4,40%	<b>-0,36 %</b> (p<0,0001)	<b>-450</b> [-763; -155]
Schlaganfall	5,60%	6,00%	<b>-0,41 %</b> (p<0,0001)	<b>-500</b> [-857; -162]

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.) Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

Für die Analyse wurde ein Regressionsmodell<sup>15</sup> genutzt, aus dem sich Risikodifferenzen ableiten lassen. Ausgewertet werden konnten die Daten von über 217.000 Patienten, die 2011 an Diabetes erkrankt waren und bis zum Untersuchungszeitpunkt den entsprechenden Endpunkt noch nicht erreicht hatten. Patienten, die im untersuchten Zeitraum verstarben, wurden bis zum Zeitpunkt ihres Todes einbezogen.

kann vermutet werden, dass gerade auch die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen bzw. Disease-Management-Programmen (kurz: DMP) maßgeblich zu diesen positiven Versorgungseffekten beiträgt. Im Regressionsmodell wurde auch die DMP-Teilnahme als eigene Variable berücksichtigt und untersucht. Dabei hat sich gezeigt, dass beide Variablen (DMP und HZV) einen Einfluss in ähnlicher Stärke auf die betrachteten Endpunkte haben.

15 In einem Regressionsmodell (in diesem Fall einer time-to-event-Betrachtung) wird der Einfluss aller als relevant eingeschätzter Variablen getrennt voneinander auf das Ergebnis berechnet.

### Höhere Teilnahme an DMP

HZV-Versicherte mit chronischen Erkrankungen profitieren überdies generell von der deutlich verstärkten Einschreibung in die DMP im Vergleich zur Regelversorgung. Die DMP-Teilnahmequote bei Typ-2-Diabetikern lag bereits bei Beginn des Betrachtungszeitraums (2011) bei 77,8 Prozent, in der Kontrollgruppe waren es 53,9 Prozent. Hausarztpraxen können an der HZV nur teil-

nehmen, wenn sie auch aktiv ihren Patienten die DMP anbieten. Praxen, die die DMP nutzen, behandeln meist verstärkt chronisch kranke Patienten, deren Behandlung durch die HZV weiter optimiert werden soll. Zudem verfügen die Hausärzte durch die Teilnahme an den DMP über Erfahrungen in der Vernetzung von Haus- und Facharztbene.

Tab. 10: DMP-Teilnahmen im Vergleich (2011–2014)

AOK-Versicherte	2011 (n=1.467.915)		2012 (n=1.533.120)		2013 (n=1.590.340)		2014 (n=1.590.412)	
	HZV (n=704.276)	Nicht-HZV (n=763.639)	HZV (n=761.167)	Nicht-HZV (n=771.953)	HZV (n=823.956)	Nicht-HZV (n=766.384)	HZV (n=861.223)	Nicht-HZV (n=729.189)
<b>DM Typ 2-Kohorte</b>	2011 (n=163.709)		2012 (n=175.235)		2013 (n=208.965)		2014 (n=217.948)	
	HZV (91.229)	Nicht-HZV (72.480)	HZV (97.507)	Nicht-HZV (77.728)	HZV (123.394)	Nicht-HZV (85.571)	HZV (132.769)	Nicht-HZV (85.179)
<b>DMP-DM Typ 2 Teilnahme</b>	<b>77,80%</b>	<b>53,90%</b>	<b>77,80%</b>	<b>54,90%</b>	<b>77,70%</b>	<b>55,10%</b>	<b>77,90%</b>	<b>54,80%</b>
<b>KHK-Kohorte</b>	2011 (n=125.758)		2012 (n=146.247)		2013 (n=152.400)		2014 (n=153.751)	
	HZV (68.092)	Nicht-HZV (57.666)	HZV (81.414)	Nicht-HZV (64.833)	HZV (89.059)	Nicht-HZV (63.341)	HZV (93.729)	Nicht-HZV (60.022)
<b>DMP-KHK Teilnahme</b>	<b>53,70%</b>	<b>28,20%</b>	<b>55,7%</b>	<b>44,3%</b>	<b>54,7%</b>	<b>32,1%</b>	<b>57,0%</b>	<b>34,4%</b>
<b>DM Typ 1-Kohorte</b>	2011 (n=14.434)		2012 (n=14.512)		2013 (n=14.511)		2014 (n=14.593)	
	HZV (7.218)	Nicht-HZV (7.216)	HZV (7.310)	Nicht-HZV (7.202)	HZV (7.721)	Nicht-HZV (6.790)	HZV (8.207)	Nicht-HZV (6.386)
<b>DMP-DM Typ 1 Teilnahme</b>	<b>11,5%</b>	<b>15,3%</b>	<b>13,8%</b>	<b>17,8%</b>	<b>14,9%</b>	<b>20,5%</b>	<b>16,0%</b>	<b>22,4%</b>
<b>COPD-Kohorte</b>	2011 (n=81.831)		2012 (n=88.008)		2013 (n=93.297)		2014 (n=99.237)	
	HZV (44.240)	Nicht-HZV (37.591)	HZV (48.566)	Nicht-HZV (39.442)	HZV (54.590)	Nicht-HZV (38.677)	HZV (61.952)	Nicht-HZV (37.285)
<b>DMP-COPD Teilnahme</b>	<b>35,1%</b>	<b>16,1%</b>	<b>17,5%</b>	<b>35,7%</b>	<b>36,2%</b>	<b>18,3%</b>	<b>35,0%</b>	<b>19,1%</b>
<b>Asthma-Kohorte</b>	2011 (n=59.942)		2012 (n=69.805)		2013 (n=76.349)		2014 (n=80.301)	
	HZV (33.528)	Nicht-HZV (26.414)	HZV (39.947)	Nicht-HZV (29.858)	HZV (45.902)	Nicht-HZV (30.447)	HZV (50.156)	Nicht-HZV (30.145)
<b>DMP-Asthma Teilnahme</b>	<b>33,3%</b>	<b>14,2%</b>	<b>34,3%</b>	<b>16,7%</b>	<b>34,6%</b>	<b>17,4%</b>	<b>33,7%</b>	<b>17,5%</b>

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.) Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

### Deutlich weniger Krankenhauseinweisungen, besserer Impfstatus, bessere medikamentöse Versorgung

Im Berichtsjahr 2013 wurde die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen und die Behandlungsqualität von Versicherten mit kardiovaskulären Erkrankungen untersucht, insbesondere Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Herzinsuffizienz. Auch hier fanden sich Qualitätsvorteile in der HZV-Gruppe, die in Tabelle 11 dargestellt sind.

Die HZV fördert eine strukturierte Versorgung. Durch die Einschreibung in eine Hausarztpraxis als festen Ansprech- und Koordinationspartner wird die Behandlungskontinuität deutlich erhöht – und offenbar hilft das, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. So mussten im Jahr 2013 in der HZV-Gruppe knapp 2.000 KHK-Patienten weniger ins Krankenhaus als in der Nicht-HZV-Gruppe.

Auch die Aufenthaltsdauer war dabei durchschnittlich kürzer. Bezogen auf die KHK-Patienten in der HZV summiert sich dies geschätzt auf ca. 19.000 Krankenhaustage. Einen Anteil daran könnte haben, dass Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung auch signifikant häufiger geimpft werden (ca. 4.200 zusätzliche Influenza-Impfungen).

Patienten mit Herzinsuffizienz in der HZV waren auch seltener im Krankenhaus als jene in der Regelversorgung (ca. 2000 Patienten). Dazu könnte die leitliniengerechte Behandlung geführt haben: So erhielten sie häufiger ACE-Hemmer oder AT-1-Blocker. Außerdem war in der HZV der Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten, die weder einen ACE-Hemmer, AT-1-Blocker, noch einen Betablocker oder Reninhemmer erhielten, deutlich geringer.

Tab. 11: Inanspruchnahme und Versorgungsqualität bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (2013)

Patientengruppe/Zielgröße	Nicht-HZV unadjustiert	HZV unadjustiert	Adjustierte Differenz (HZV-Nicht-HZV), (p-Wert)	Modellhochrechnung für Risikopopulation pro Jahr [95% KI]
<b>KHK-Patienten (n=152.360)</b>	<b>(n=63.303)</b>	<b>(n=89.057)</b>	–	–
mit Krankenhausaufenthalt	36,0 %	34,4 %	–2,2 % (p<0,0001)	–1.960 [–2.548; –1.372]
mit Influenzaimpfung	34,5 %	38,5 %	4,7 % (p<0,0001)	4.222 [3.272; 5.173]
Zahl der Krankenhaustage	6,13	5,71	–0,21 % (p=0,0003)	–18.787 [–28.704; –8.870]
<b>Herzinsuffizienz-Patienten (n=100.552)</b>	<b>(n= 40.601)</b>	<b>(n=59.951)</b>	–	–
mit Krankenhausaufenthalt	41,2 %	37,6 %	–3,2 % (p<0,0001)	–1.942 [–2.429; –1.456]
mit ACE-Hemmer oder AT1-Blocker	65,4 %	69,5 %	1,2 % (p = 0,003)	732,0 [253,5; 1.210,4]
mit potentieller medikamentöser Unterversorgung*	20,1 %	16,8 %	–0,7 % (p=0,0205)	–419,5 [–778,9; –60,0]

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2014-2015.

\* Herzinsuffizienzpatienten ohne ACE-Hemmer, AT1-Blocker oder Betablocker

# Ältere und Hochbetagte werden besser versorgt

Der HZV-Vertrag in Baden-Württemberg hat von Beginn an den Realitäten der hausärztlichen Versorgung Rechnung getragen. Er schafft Anreize, damit insbesondere für chronisch kranke und ältere Patienten bessere Versorgungsangebote umgesetzt werden. Es zeigt sich, dass die Hausärzte die gesicherten Rahmenbedingungen in der HZV auch dazu nutzen, gerade Patienten mit einem erhöhten Versorgungsbedarf einzuschreiben: Versicherte in der HZV sind eher älter und haben eine höhere Krankheitslast. Eine negative Risikoselektion angesichts gesicherter Pauschalen findet also nicht

Die saisonale Grippeimpfung ist ein wichtiges Präventionsangebot für Ältere, das von der Ständigen Impfkommission auch explizit empfohlen wird. Die Impfquote in der HZV-Gruppe ist zwar noch nicht vollständig befriedigend, liegt allerdings adjustiert um absolut 4,7 Prozent höher als in der Kontrollgruppe. Angesichts der hier ausgewerteten über 600.000 Patienten entspricht dies über 16.000 zusätzlich Geimpften. Der Anteil der Risikopatienten, die potenziell inadäquate Medikamente<sup>17</sup> verordnet bekamen, konnte im HZV-Kollektiv um 1,62 Prozent gesenkt werden. Dies kann auf die in der HZV verbindlichen Qualitäts-

Tab. 12: Versorgung älterer Versicherter > 65 Jahre (2014)

Zielgröße	Nicht-HZV unadjustiert (n = 251.654)	HZV unadjustiert (n = 349.022)	Adjustierte Differenz (HZV-Nicht-HZV), [95 % KI <sup>16</sup> ], (p-Wert)	Modellhochrechnung [95 % KI]
<b>Influenza-Impfung</b> (nur durch Hausarzt IV Quartal 2013 und I Quartal 2014) (n=547.086)*	33,5 % (n=82.824)	38,7 % (n=124.504)	4,70 % [4,69 %; 4,80 %] (p<0,0001)	16.403 [13.681; 19.126]
<b>Hospitalisierungen wegen gelenksnaher Frakturen</b> (Hauptdiagnosen)	0,8 % (n=1.964)	0,6 % (n=2.082)	-0,1 % [-0,12 %; -0,07 %] (p<0,0001)	-349 [-419; -245]
<b>Verordnung von potenziell inadäquater Medikation</b>	26,3 % (n=66.257)	25,1 % (n=87.693)	-1,62 % [-1,63 %; -1,60 %] (p<0,0001)	-5.654 [-5.689; -5.584]

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.) Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

\* Es wurden nur die Versicherten berücksichtigt, die in Quartal IV 2013 und in Quartal I 2014 eingeschlossen waren.

statt, im Gegenteil nutzen Hausärzte die gesicherten Rahmenbedingungen, um Patienten mit einem erhöhten Versorgungsbedarf angemessen zu versorgen.

Einige ausgewählte Kennzahlen zur altersspezifischen Prävention und Therapie können dies exemplarisch verdeutlichen.

zirkel zurückgeführt werden, in denen die HZV-Ärzte für den sinnvollen Umgang mit diesen Medikamenten sensibilisiert wurden.

Hüftgelenksnahe Frakturen, meist eine Sturzfolge, die zum Hüftgelenkersatz führt, ereigneten sich um (absolut) 0,1 Prozent seltener - angesichts der großen Auswertungsgruppe entspricht dies etwa 350 Patienten pro Jahr.

16 Das Konfidenzintervall ist der Erwartungsbereich für die Lageschätzung eines Parameters (Zielvariablen/ Endpunkte) Ein 95 %-Konfidenzintervall enthält den gesuchten Parameter mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 %.

17 Siehe auch Abb. 4 auf Seite 12 zu PIM.

# Zusatznutzen durch fachübergreifende ambulante Kooperation von Haus- und Fachärzten

Die HZV in Baden-Württemberg orientiert sich am Zukunftskonzept einer umfassenden, populationsorientierten Betrachtungsweise anstelle des traditionellen anbieter- und sektororientierten Systems<sup>18</sup>. Deshalb hat die AOK Baden-Württemberg die 2008 gestartete HZV - unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär - seit 2010 systematisch und erstmals in Deutschland flächendeckend um Facharztverträge nach § 73c SGB V erweitert.

Bisher sind die folgenden Fachgebiete eingeschlossen (Stand: Mai 2016).

Fachgebiet	Start des § 73c Vertrages
Kardiologie	01.07.2010
Gastroenterologie	01.01.2011
PNP Psychotherapie	01.07.2012
PNP Psychiatrie und Neurologie	01.01.2013
Orthopädie	01.01.2014

Die für alle teilnehmenden Versicherten freiwillig wählbare alternative Versorgungskette Hausarztvertrag und Facharztverträge strebt eine qualitativ hochwertige wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene Haus- und Facharztverträge an.

Als erster derartiger Vertrag wurde der zur ambulanten kardiologischen Versorgung geschlossen. Dieser ist in der Fläche gut umgesetzt worden, so dass auf der Grundlage der Daten der Jahre 2013/14 Aussagen über bestimmte Versorgungseffekte getroffen werden können. Verglichen wurden Patienten, die in die § 73c-Versorgung eingeschrieben sind und tatsächlich von einem Kardiologen behandelt wurden, mit HZV-Versicherten, die im Betrachtungszeitraum nicht an der § 73c-Versorgung teilgenommen haben. Da an der § 73c-Versorgung

ausschließlich HZV-Versicherte teilnehmen können, wäre ein Vergleich mit einer Patientengruppe aus der Regelversorgung nicht sinnvoll gewesen. Da Patienten mit Pflegestufe in der Subgruppe mit Teilnahme an der § 73c-Versorgung naturgemäß sehr stark unterrepräsentiert sind (Kardiologen machen in der Regel keine Heimbesuche), wurden diese nicht in der Analyse berücksichtigt.

Adjustiert wurde auch hier für wichtige Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Morbidität, DMP-Teilnahme u.a.m. Allerdings muss einschränkend angenommen werden, dass aus der Teilnahme am § 73c-Vertrag Selektionseffekte resultieren können, die sich nicht vollkommen korrigieren lassen.

Fast 20 Prozent der KHK-Patienten in der HZV nehmen zusätzlich an der Versorgung nach § 73c teil, bei von Vorhofflimmern (VHF) und Herzinsuffizienz Betroffenen ca. 10 Prozent.

## Folgende Indikatoren wurden verglichen

- die Inanspruchnahme spezieller kardiologischer Verfahren
- die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung
- die Verordnung jeweils von Leitlinien empfohlener Medikamente bei den betrachteten Erkrankungen

18 Lübeck R, Beyer M, Gerlach FM (2015) Bundesgesundheitsblatt: Rationale und Stand der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland. 4-5: 360-366, DOI: 10.1007/s00103-015-2118.

**Bessere ambulante Versorgung für Patienten mit chronischen Herzkrankheiten**

Für kardiovaskulär erkrankte Versicherte zeigt sich in wichtigen Bereichen ein Vorteil bezüglich der Behandlungsqualität in der HZV. So erfolgt die ambulante Inanspruchnahme spezieller kardiologischer Verfahren mutmaßlich zielgerichteter als in der Regelversorgung. Auch die für die Versicherten oft belastende stationäre Inanspruchnahme ist vermindert. Schließlich befindet sich auch die Pharmakotherapie in der HZV auf bereits hohem Niveau.

Für Versicherte mit zusätzlicher Teilnahme am § 73c-Vertrag verstärken sich diese HZV-Vorteile nochmals deutlich.

Dieses strukturiertere Zusammenspiel im ambulanten Sektor erweist sich gerade im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl chronisch erkrankter und multimorbider Patienten als zunehmend wichtig.

Tab. 13: Versorgung von Patienten mit KHK, Vorhofflimmern und nach akutem Herzinfarkt: HZV versus § 73c ohne Pflegebedürftige (2013)

Patientengruppe Zielgröße	HZV ohne § 73c unadjustiert	§ 73c unadjustiert	Adjustierte Differenz (§ 73c vs. HZV ohne § 73c), (p-Wert)	Modellhochrechnung für Risikopopulation pro Jahr [95 % KI]
<b>KHK Patienten (n=77.404)</b>	<b>(n=61.126)</b>	<b>(n=16.278)</b>	–	–
mit Koronarangiographie	5,4 %	7,5 %	0,8 % (p< 0,0001)	125,5 [61,5; 189,6]
mit Koronarintervention	2,7 %	3,9 %	0,5 % (p< 0,0001)	77,5 [33,9; 121,2]
Krankenhausaufenthalte pro Jahr	0,55	0,57	–0,04 (p< 0,0001)	–669,5 [–875,7; –463,3]
Zahl der Krankenhaustage	5,14	4,64	–0,60 (p< 0,0001)	–9.675 [–12.162; –7.188]
mit Statin-Verordnung	57,5 %	72,1 %	11,7 % (p< 0,0001)	1.884,0 [1.706,1; 2.061,8]
<b>Vorhofflimmern (n=32.128)</b>	<b>(n=25.869)</b>	<b>(n=6.259)</b>	–	–
mit Vitamin-K-Antagonist- Verordnung	47,8 %	53,4 %	5,9 % (p< 0,0001)	367,2 [271,3; 463,1]
<b>Patienten nach akutem Herzinfarkt (n=2.359)</b>	<b>(n=2.059)</b>	<b>(n=300)</b>	–	–
mit Statin-Verordnung	72,0 %	81,2 %	6,0 % (p< 0,0001)	20,0 [3,6; 36,5]
mit Betablocker-Verordnung	75,4 %	89,6 %	10,9 % (p< 0,0001)	36,6 [23,6; 49,6]
mit ACE-Hemmer-Verordnung	61,6 %	69,6 %	6,0 % (p< 0,0001)	20,2 [1,2; 39,2]

Quelle: Beyer et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2014-2015.

### Partienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) profitieren

Neben den dargelegten positiven Effekten bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen wurde auch erstmalig die Optimierung der Versorgung durch Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Gastroenterologen untersucht. Hierzu wurden als Leitindikation die beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn herangezogen. Beide erfordern eine intensive Betreuung des Patienten im Hinblick auf Ernährung, medikamentöse Therapie und das rechtzeitige Erkennen von Komplikationen, welche eine Krankenhauseinweisung oder sogar eine Operation zur Folge haben können. Bei vorliegender Multimorbidität werden diese Aspekte noch weiter verstärkt (vgl. Charlson-Index).

Es zeigt sich, dass die im § 73c-Vertrag Gastroenterologie eingeschriebenen Patienten eine im Vergleich zur Regelversorgung höhere Multimorbidität aufweisen. Trotz dieser vermeintlich schlechteren Ausgangssituation war für diese Versicherten ein geringerer Anteil an Einweisungen sowie an Operationen am Verdauungstrakt zu beobachten.

Diese Differenz bestätigt sich durch die multivariate Analyse, also risikoadjustiert: Einweisungen fallen für 73c-Versicherte um 13,6 Prozent ( $p=0,0496$ ) geringer aus, Operationen am Verdauungstrakt um 26,93 Prozent ( $p=0,0202$ ) im Vergleich zur Regelversorgung. Beide Effekte sind statistisch signifikant.

Tab. 14: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Einweisungen und Operationsrate 2014 (unadjustiert)

Patientengruppe <sup>19</sup>	Eingeschlossene Versicherte (n=1.591.017)	
	§ 73c-Vertrag (n=277.722)	Regelversorgung (n=729.189)
<b>Versicherte mit entzündlichen Darmerkrankungen, n (%)</b>	4.081 (1,47 %)	6.160 (0,84 %)
... davon männlich (%)	43,60 %	45,50 %
... Durchschnittsalter (SD)	57,83 (15,95)	55,14 (17,07)
... Morbidität (SD) (gemäß Charlson-Index)	1,98 (2,44)	1,53 (2,23)
... davon eingewiesen, n (%)	468 (11,47 %)	778 (12,62 %)
... davon mehrfach eingewiesen, n (%)	133 (3,26 %)	252 (4,10 %)
<b>Durchschnittliche Anzahl an Einweisungen pro 100 Versicherte</b>	<b>16,39</b>	<b>18,81</b>
<b>Anzahl der Operationen am Verdauungstrakt pro 100 Versicherte (OPS: 5-42* bis 5-54*)</b>	<b>6,86</b>	<b>9,22</b>

Quelle: Arbeitspaket II zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016); Studienphase 2015-2016.

\* nicht endstellig kodiert

19 Vergleich von Teilnehmern am AOK-Facharztprogramm (AOK-Facharztverträge nach § 73c SGB V) mit Versicherten aus der Regelversorgung.



# VERAH: entlastend für den Arzt – akzeptiert von den Patienten

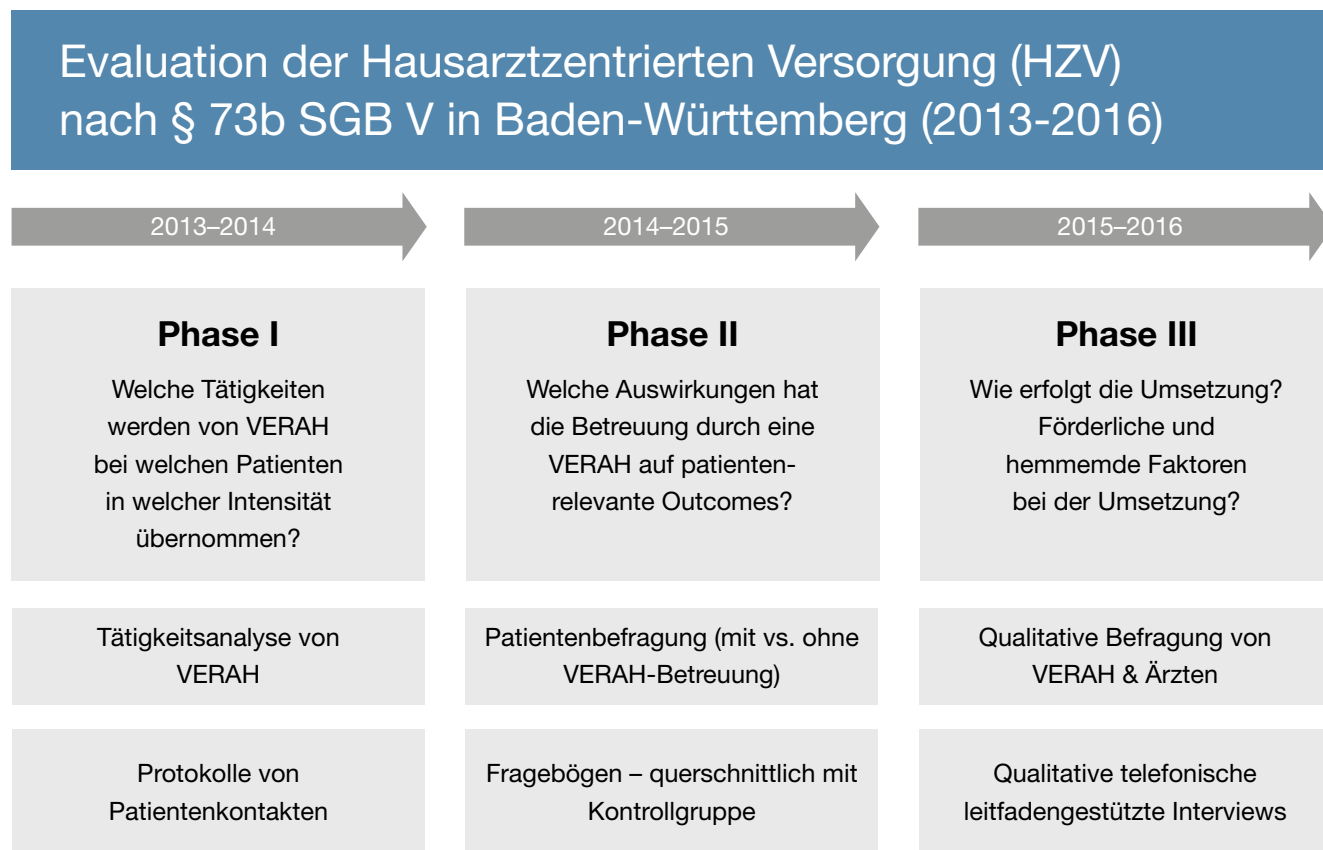
Seit 2008 wird der vermehrte Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) im Rahmen der HZV unterstützt und gefördert. VERAH haben sich als Berater, Motivator und Unterstützer beim Zugang zu anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems etabliert. Zudem fungieren sie als wichtige zusätzliche Vertrauensperson innerhalb des Praxisteam.

Die Evaluation teilte sich in drei Arbeitsschritte, die aufeinander aufgebaut waren: Zunächst erfolgte eine Erhebung von Tätigkeitsprotokollen bei den VERAH (Phase I), um eine Tätigkeitsanalyse durchzuführen. Danach wurde in einer querschnittlichen Fragebogenerhebung ein

Vergleich von HZV-Patienten mit VERAH-Betreuung und HZV-Patienten ohne VERAH-Betreuung durchgeführt (Phase II). Anschließend fand eine qualitative telefonische Befragung von VERAH und HZV-Ärzten statt (Phase III).

Die Tätigkeitsanalyse (Phase I) ergab, dass VERAH viele Tätigkeiten übernehmen, die den Arzt entlasten können, wie z.B. (Routine) Hausbesuche, aber auch Tätigkeiten, die im Praxisalltag oft zu kurz kommen (z.B. Beratung von Angehörigen zu Pflegestufen). VERAH führen darüber hinaus in vielen Bereichen qualifizierte und patientennahe Tätigkeiten durch.

Abb. 7: Grafik zur Methodik



Quelle: Mergenthal et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket III zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016).

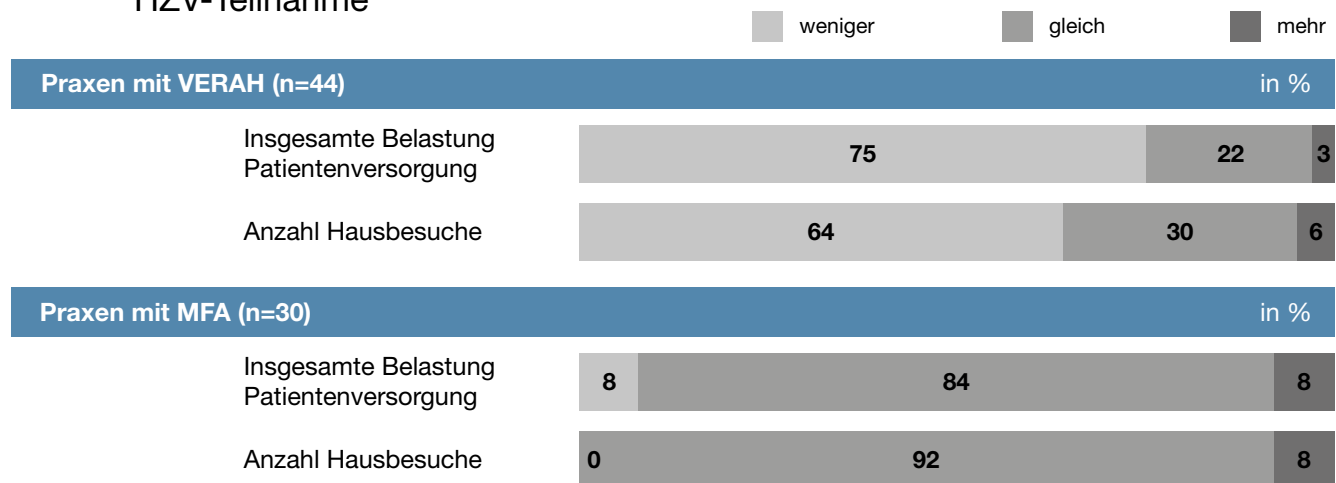
### Hausärzte fühlen sich durch die VERAH entlastet

Bei der Ärztebefragung (Phase II) nahmen 44 HZV-Ärzte mit und 30 HZV-Ärzte ohne VERAH teil. Auf die Frage, in welchen Bereichen sich in der Praxis durch den VERAH-Einsatz bzw. durch die HZV-Teilnahme etwas verändert habe, gaben 64 Prozent der Ärzte mit VERAH an, dass sich die Zahl der Hausbesuche für sie verringerte, in der Gruppe der HZV-Ärzte ohne VERAH wurde in Bezug auf die Hausbesuche keine Veränderung wahrgenommen. Noch gravierender war der Unterschied bei der Entlastung in der Patientenversorgung insgesamt. Hier gaben drei von vier HZV-Ärzten mit VERAH an, dass sich die Belastung insgesamt verringert habe, bei den HZV-Ärzten ohne

VERAH hatte nur bei zwei (acht Prozent) die Belastung insgesamt abgenommen (siehe Abb. 8).

Auch in den qualitativen Studienergebnissen (Phase III) wurde die Entlastung der Hausärzte durch die VERAH bestätigt. Am häufigsten wurde dabei die Entlastung durch die Übernahme von Hausbesuchen genannt, wobei dies sowohl zeitliche als auch tätigkeitsbezogene Aspekte einbezog. Zusätzlich entlasten viele VERAH die Hausärzte, indem sie eine Filterfunktion einnehmen: Sie sind häufig erste Ansprechpartnerin, beispielsweise bei Hausbesuchen oder auch in der Praxis, und können schon im Vorfeld medizinische Notwendigkeiten abklären.

Abb. 8: Veränderungen in der Praxis durch den Einsatz der VERAH / durch die HZV-Teilnahme



Quelle: Mergenthal et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket III zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016).

„Ich habe mir Entlastung erhofft, denn für einen Hausarzt gibt es doch einige Besuche, die nicht so ganz zwingend medizinisch indiziert sind - wo man also einfach auch nach den Leuten mal schauen muss in ihrem häuslichen Umfeld, wie es denen geht. Und wenn da eine VERAH hinfährt und das Ganze filtert und sagt: „Pass auf, hier könnte medizinisch was anbrennen“, fahre ich gezielt zu den Leuten hin. Aber die Leute fühlen sich betreut. Es schaut jemand mit Fachverstand nach ihnen. Und die VERAH filtert für mich einfach, wo es wirklich notwendig ist, als Arzt selbst vorbei zu schauen. Das spart mir dann doch einiges.“

(Arzt)

„Ich hätte mir nie denken können, wie stark die Entlastung für mich ist. Ich meine, in der HZV bin ich verpflichtet, mindestens einmal im Quartal die Patienten persönlich zu sehen, das mache ich immer zu Quartalsbeginn. Aber ich merke jetzt in der Grippezeit ganz besonders, wie mich schon allein das doch belastet. Und diese Sicherheit, dass sie das macht, das ist für mich unaussprechlich. Die Erwartung war, dass ich Entlastung habe, aber nicht so eine gute.“

(Arzt)

### Patienten akzeptieren die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch VERAH

Viele an VERAH delegierte Aspekte der Versorgung scheinen bei den Patienten angekommen und akzeptiert zu sein. Zudem können sich viele Patienten vorstellen, dass nichtärztliche Mitarbeiter noch weitere Tätigkeiten übernehmen. Von VERAH betreute Patienten gaben bei der Patientenbefragung (Phase II) in 12 Prozent der Fälle an, dass MFA<sup>20</sup> bei ihnen einen Hausbesuch durchgeführt haben (vs. fünf Prozent bei Patienten ohne VERAH-Betreuung). Über 57 Prozent der Patienten mit VERAH-Betreuung halten es für ausreichend, wenn der Arzt nur noch bei dringendem medizinischem Bedarf einen Hausbesuch abstattet, und zwei Drittel der Patienten konnten sich vorstellen, dass VERAH oder MFA noch weitere Aufgaben übernehmen - wobei auch in der Vergleichsgruppe, also bei Patienten

ohne VERAH-Betreuung, ähnlich hohe Ergebnisse erzielt werden konnten (vgl. Tabelle 15).

### Hausärzte, VERAH und Patienten profitieren vom VERAH-Einsatz in der HZV

Die Ärzte in der HZV profitieren vom VERAH-Einsatz, weil sie entlastet werden und mehr Zeit für primär ärztliche Aufgaben und schwierige Arzt-Patienten-Gespräche gewinnen. Die Betreuung durch VERAH wird für die HZV-Patienten erfahrbar. Die Ergebnisse zeigen, dass sie die Kompetenzen und Fähigkeiten der VERAH anerkennen. Wenn die Praxisstrukturen dies zulassen und das Vertrauen seitens der Ärzte in die Qualifikation und Kompetenz ihrer speziell geschulten Mitarbeiterinnen vorhanden ist, können VERAH die ihnen zugedachten Kompetenzen am besten umsetzen.

Tab. 15: Patientensicht auf die Betreuung durch VERAH und MFA in der Hausarztzentrierten Versorgung

	Patientenbefragung mit VERAH	Patientenbefragung mit MFA
Im letzten Jahr hat eine MFA, nicht der Hausarzt, bei mir einen Hausbesuch durchgeführt (n=1.195) (Anteil ja)	12,0 % (n=80)	5,1 % (n=27)
Mindestens eine der MFA übernimmt bei mir Hausbesuche, die früher vom Arzt selbst durchgeführt wurden (n=1.152) (Anteil ja)	14,7 % (n=95)	8,1 % (n=41)
Es ist ausreichend, wenn der Arzt mir nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf einen Hausbesuch abstattet (n=658) (Anteil ja)	57,1 % (n=372)	55,3 % (n=286)
Ich kann mir gut vorstellen, dass MFA noch weitere Aufgaben übernehmen (n=774) (Anteil ja)	65,7 % (n=432)	66,2 % (n=342)

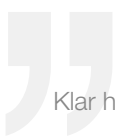
Quelle: Mergenthal et al. (Universität Frankfurt a. M.), Arbeitspaket III zur Evaluation der Hauszentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016).



Also ich mache ja dann die Hausbesuche und habe dann immer die Rücksprache zu meinem Chef. Er hat dann auch schon gemeint: Ja, man merkt es, dass ich sicherer werde und dass es ihn auch einfach entlastet. Er stellt auch fest, dass, was ich dann auch so nachfrage und worüber ich mit ihm Rücksprache halte, dass das fundiert ist.

Ja also, es hat schon was gebracht.

(VERAH)



Klar hat man dann jemanden, der dann nochmal extra drauf geschult ist, und da werde ich auch losgeschickt, um mir Wunden anzugucken, was sonst nur die Ärzte gemacht haben. Somit werden sie ja schon entlastet.

Aber ich finde die Entlastung beim Patienten viel höher und viel wichtiger.

(VERAH)

20 MFA: Medizinische Fachangestellte

# Fragen an die beiden Studienleiter



Bildquelle: Michael Fuchs

## **Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**

*Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, verantwortlich für die Arbeitspakete 3 und 4*

**Herr Professor Gerlach, Sie konnten jetzt erstmalig nachweisen, dass in der HZV in Baden-Württemberg bei Diabetikern auch so genannte ‚harte Outcomes‘ wie etwa Erblindungen reduziert auftreten. Wie bewerten Sie diese Ergebnisse?**

Schwerwiegende Diabetes-Komplikationen wie Herzinfarkte oder gravierende Folgen wie eine Dialysepflicht sind mit einer weitaus größeren Einschränkung in der Lebensqualität und eventuell auch der Lebensdauer der Betroffenen verbunden als die Diabetes-Erkrankung an sich. Die dadurch bedingten Folgekosten belasten die Gesundheitsausgaben deutlich. Allerdings konnten wir sie bisher in den zumeist kurzfristiger angelegten Evaluationen zu neuen Versorgungsformen nur selten erfassen. Deswegen sind gerade diese Erkenntnisse von sehr hoher Bedeutung. Es gibt zwei Erklärungsansätze: Einerseits nehmen die HZV-Ärzte an ausgewählten Disease Management-Programmen (DMP) verbindlich teil. Dadurch ist die Zahl der Patienten mit DMP-Teilnahmen höher und diese Ärzte verfügen bereits über Erfahrungen in der strukturierten Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten. Andererseits zeigt sich, dass es einen unabhängigen ‚HZV-Effekt‘ gibt. Patienten sind enger und kontinuierlicher an den Hausarzt gebunden, Behandlungsentscheidungen werden gemeinsam getroffen und die HZV-Ärzte sind besser über aktuelle Leitlinien informiert.

**Lassen sich diese in der HZV erzielten Verbesserungen auch auf die Regelversorgung übertragen?**

Nein, denn die Systematik in der HZV ist eine andere und es werden hier bewusst Anreize gesetzt und Strukturen entwickelt, die zu dem gewünschten Ergebnis führen sollen. So ist es etwa erklärtes Ziel, mittels der HZV die ‚sprechende Medizin‘ zu stärken, indem pauschalisierte Vergütungsbestandteile die Komplexität der Vergütung deutlich

reduzieren und eine zeitliche Entlastung eine intensivere Beratung der Patienten ermöglicht. Ersteres übrigens, ohne die Abbildung des hausärztlichen Leistungsspektrums in der HZV-Vergütung einzuengen oder zu beschränken. Die Ärzte sind auch zur regelmäßigen Teilnahme an industrieunabhängigen Qualitätszirkeln verpflichtet. Diese Strukturen haben zur Folge, dass Ärzte, Praxisteams und Patienten dabei unterstützt werden, ihr Routinehandeln zu überdenken und dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, zu ändern und eingetretene Pfade zu verlassen. Einzelne Bestandteile, wie zum Beispiel der Einsatz einer VERAH, lässt sich sicherlich auch in der Regelversorgung umsetzen, aber das gesamte „HZV-System“ ist eine komplexe Intervention und so nicht übertragbar.

**Sie haben erstmalig auch das Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten untersucht. Welche Faktoren sind für die dort festgestellten, weiteren Qualitätsverbesserungen ausschlaggebend?**

Wesentlicher Bestandteil der Verträge ist ein gemeinsam erarbeitetes und vertraglich festgelegtes Schnittstellen-Management. Es regelt die strukturierte Zusammenarbeit durch indikationsspezifisch definierte Versorgungsziele und daraus abgeleitete Diagnose- und Therapiepfade. Darauf basiert eine morbiditätsbasierte Vergütungsstruktur. Auf diese Weise schaffen die Verträge Anreize und Strukturen, damit insbesondere für chronisch kranke Patienten bessere Versorgungsangebote umgesetzt werden.

**Welche versorgungspolitischen Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus?**

Die Hausarzt- und Facharztverträge bedeuten einen neuen Ansatz und geben eine wirksame Antwort auf die zunehmende Spezialisierung, Ausdifferenzierung und damit auch Fragmentierung der ambulanten medizinischen Versorgung. Angesichts der deutschlandweit zu beobachtenden Fehlsteuerungen bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen würde eine flächendeckende Umsetzung – wie sie in Baden-Württemberg erfolgt –, einen wichtigen Schritt zu einem klarer strukturierten und besser funktionierenden Zusammenspiel führen. Eine bessere Zusammenarbeit und „mehr Teamgeist“, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das nennt, sind im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und die damit einhergehende Zunahme der Zahl chronisch mehrfacherkrankter Patienten wichtiger denn je.



**Prof. Dr. med. Dipl. Soz.  
Joachim Szecsenyi**

Ärztlicher Direktor der  
Abteilung Allgemeinmedizin  
und Versorgungsforschung  
am Universitätsklinikum  
Heidelberg – verantwortlich für  
die Arbeitspakete 1 und 2

**Herr Professor Szecsenyi, seit acht Jahren gibt es die HZV jetzt in Baden-Württemberg. Ergebnisse zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluation wurden schon 2012 und 2014 vorgestellt. Hat die nunmehr dritte Evaluationsphase diese positiven Entwicklungen bestätigt?**

Diese Frage kann ich mit einem uneingeschränkten Ja beantworten. Konkret ist hier die bessere Patientensteuerung durch den Hausarzt zu nennen. Sie bleibt über die beobachteten Jahre konstant oder verbessert sich sogar noch im Vergleich zur Regelversorgung. Dies lässt sich unter anderem an der Zahl der unkoordinierten Facharztkontakte – also wenn der Patient ohne Überweisung durch den Hausarzt zum Facharzt geht – feststellen. 2014 lag diese Zahl bei HZV-Patienten schon rund vierzig Prozent niedriger als bei Patienten in der Regelversorgung - 2011 lag sie erst bei minus dreizehn Prozent. Andererseits hatte jeder Patient in der HZV im Schnitt drei Hausarztkontakte mehr pro Jahr. Das unterstreicht die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in der HZV.

**Gibt es weitere Beispiele?**

Im Zeitraum 2011 bis 2014 lag die Zahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen pro Jahr in der HZV jeweils um einen Prozentpunkt niedriger. Ich führe das auf die intensivere Betreuung chronisch kranker Patienten durch den Hausarzt zurück. Diese Unterschiede erscheinen zwar auf den ersten Blick vergleichsweise klein. Hochgerechnet auf eine Million HZV-Versicherte im Jahr 2011 sind dies aber immerhin rund 40.000 Fälle in vier Jahren, auf Basis von 2016 mit derzeit rund 1,4 Millionen Versicherten entspräche dies 14.000 vermiedenen Krankenhaufällen pro Jahr.

**Als 2008 in Baden-Württemberg der bundesweit erste Hausarztvertrag abgeschlossen wurde, sollten neben der verbesserten Patientenversorgung auch die Rolle des Hausarztes als Primärversorger aufgewertet werden. Hat sich die damals geäußerte Erwartung erfüllt?**

Die HZV ist mit Abstand die wichtigste Errungenschaft zur Aufwertung des Hausarztberufes der letzten Jahre. Sie bietet umfassend bessere Rahmenbedingungen: Mehr Zeit für Patienten durch weniger Abrechnungsaufwand, mehr Qualität durch eine wirkungsvolle VERAH-Unterstützung und nicht zuletzt mehr Honorar, das planbar und auf den Behandlungsbedarf zugeschnitten ist. Das ermöglicht auch Praxisformen, die dem ärztlichen Nachwuchs entgegenkommen. Unter anderem in puncto geregelte Arbeitszeiten und engerem Austausch mit Kollegen. Auch aus früheren Evaluationen wissen wir, dass HZV-Ärzte mit ihrer Arbeit zufriedener waren als ihre Kollegen in der Regelversorgung.

**Was ist Ihr Fazit in Richtung Politik?**

Wir konnten nachweisen, dass eine qualitativ hochwertige und koordiniert-verzahnte Versorgung nicht im Widerspruch zur Wirtschaftlichkeit steht. Nach einer Investitionsphase zum Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen liegen die jährlichen Gesamtausgaben mittlerweile unter denen in der Regelversorgung.

Die Untersuchungen zeigen jetzt nachdrücklich, dass die HZV medizinisch sowie wirtschaftlich erfolgreich umgesetzt werden kann und bei den Patienten ankommt. Die Verträge verbessern die medizinische Versorgung, stärken die koordinierende Rolle des Hausarztes als Gesundheitslotsen und können zu einer spürbaren finanziellen Entlastung beitragen, indem Über-, Fehl- und Unterversorgung systematisch adressiert werden. Der eingeschlagene Weg ist aus Sicht der Versorgungsforschung der derzeit beste, um auch zukünftig für die Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens gewappnet zu sein.

# Mitarbeiter/innen der wissenschaftlichen Evaluationsstudie

## **Arbeitspaket 1 und 2**

Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

Prof. Dr. sc. hum. Gunter Laux, Dipl.-Wi.-Inf.,  
Dr. sc. hum. Christian Stock, M.Sc. (Biometrie)\*,  
Valerie Steeb, M.A. (Soziologie)\*\*,  
Linda Barnewold, Dipl. Soz.-Wirt.\*\*,  
Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle\*\* und  
Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

## **Arbeitspaket 3**

Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Fachbereich Medizin  
Institut für Allgemeinmedizin Direktor:  
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Karola Mergenthal, M.Sc. PH  
Dipl. Soz. Martin Beyer  
Dr. phil. Dipl. Psych. Corina GÜthlin  
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

## **Arbeitspaket 4**

Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Fachbereich Medizin  
Institut für Allgemeinmedizin Direktor:  
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Dipl. Soz. Martin Beyer  
Dr. med. Paul Robert Lübeck  
Katelyna Karimova, M.Sc. (Epidemiologie)  
Dr. phil. Dipl. Psych. Corina GÜthlin  
Lorenz Uhlmann, M.Sc. (Statistik)\*  
Dr. sc. hum. Christian Stock, M.Sc. (Biostatistik),  
M.Sc. (Gesundheitswissenschaften)\*  
Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle\*\*  
Valerie Steeb, M.A. Soziologie\*\*  
Linda Barnewold, Dipl. Soz.-Wirt.\*\*  
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

## **Weitere Kooperationspartner:**

\*Institut für Medizinische Biometrie und Informatik,  
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

\*\*AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

**Förderer aller vier Arbeitspakete:**

Hausärzteverband Baden-Württemberg

MEDI Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

# Herausgeber

Frankfurt a.M. und Heidelberg, 2016



**Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung  
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung**

Ärztlicher Direktor:

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

Marsilius-Arkaden, Turm West

Im Neuenheimer Feld 130.3

69120 Heidelberg



**Goethe-Universität Frankfurt am Main;  
Institut für Allgemeinmedizin**

Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt