

Hintergrundinformationen zur HzV und der wissenschaftlichen Evaluation

von: Prof. F. Gerlach und Prof. J. Szecsesnyj (Berlin 15. Juni 2012)

1. Versorgungspolitische Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

- Eine flächendeckende, für alle Bürger leicht zugängliche und qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung ist die Basis eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems (1).
- Ein internationaler Evidenz-Report mit mehr als 1.000 Studien hat gezeigt, dass eine von Hausärzten koordinierte Versorgung besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft ist: Sie erreicht gleiche oder bessere Versorgungsergebnisse und ist zugleich kosteneffektiver als Versorgungskonzepte, die auf Kliniken bzw. Fachspezialisten fokussiert sind oder gar völlig unkoordinierte Gesundheitssysteme (2). Die jetzt vorgestellten Ergebnisse aus Baden-Württemberg bestätigen diese Erkenntnisse aus internationalen Studien.
- Heutzutage werden in Deutschland ca. 80 Prozent der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung von 20 Prozent der chronisch kranken Versicherten verursacht (3).
- Je komplexer die gesundheitlichen Probleme und je differenzierter das Leistungsangebot, umso notwendiger ist ein zentraler medizinischer Koordinator und gesundheitlicher Begleiter – insbesondere für die in der Zukunft weiter kontinuierlich ansteigende Anzahl älterer und multimorbider Patienten.
- Die Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland nimmt auf hohem Niveau kontinuierlich zu. Zugleich gibt es eine signifikante (Fehl-)Entwicklung: Zunehmend mehr (kliniknahe) Spezialisten (1993 bis 2009 +50,5 Prozent) stehen einer zu geringen und weiter sinkenden Zahl von Hausärzten (im selben Zeitraum: -7,8 Prozent) gegenüber (4).
- Der deutsche Gesetzgeber hat sich daher – wie in zahlreichen anderen Industriestaaten auch – entschlossen, die hausärztliche Grundversorgung zu stärken. Basis ist der 2004 eingeführte und seit 2008 für alle Krankenkassen verpflichtende § 73 b des fünften Sozialgesetzbuches (SGB) zur spezifischen hausarztzentrierten Versorgung (HzV).
- Trotz verpflichtender Vorgabe zur Umsetzung dieser Verträge wurden die Verträge seitens vieler Krankenkassen bislang nicht oder nur zögerlich umgesetzt.

2. Anforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung

- Der Gesetzgeber hat die HzV bewusst als Alternative zur Regelversorgung im Sinne von Vollversorgungsverträgen definiert. Im Gegensatz dazu stehen sogenannte Zusatz- bzw. Add On-Verträge, die in der Regel nur einen kleinen Bereich der Versorgungsrealität abbilden können. Add-On-Verträge greifen daher zu kurz, wenn es generell um die Steuerungschancen und eine umfassende Stärkung der hausärztlichen (Grund-) Versorgung geht.
- Der Gesetzgeber sieht für die HzV zusätzliche Anforderungen im Vergleich zur Regelversorgung vor. Dazu zählen als wesentliche Merkmale: strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie, Behandlungen nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien, Teilnahme an Fortbildungen zu hausarzttypischen Fragestellungen und ein auf Hausarztpraxen zugeschnittenes, indikatoren-gestütztes, wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement.
- Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erfolgt sowohl von Ärzten als auch Versicherten auf freiwilliger Basis.
- Die Vergütungssysteme für Ärzte werden auf einen einfachen Mix aus Pauschalen und wenigen, qualitätsbezogenen Einzelleistungen reduziert, um Fehlsteuerungen durch Einzelleistungsfokussierung weitgehend zu verhindern und um den abrechnungsbedingten Verwaltungsaufwand zu reduzieren.
- Die HzV erfordert in der Praxis insgesamt eine qualitätsorientierte (Neu-) Ausrichtung sowie organisatorische Weiterentwicklung. Dazu zählen neben der Unterstützung durch eine spezielle HzV-Vertragssoftware die permanente Qualifizierung des Praxisteam, insbesondere im Hinblick auf die Nutzung professioneller Kommunikationsstrukturen, und die stärkere Übernahme ärztlicher (Teil-)Leistungen durch besonders qualifiziertes Praxispersonal (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis: VERAH). Mit Zunahme (teil-)angestellter Hausärzte und Hausärztinnen ist zudem hohe Flexibilität in puncto arbeitsteiliger Praxisorganisation erforderlich.

3. Evaluation: Wissenschaftliche Methodik und Kriterien

- Der Gesetzgeber hat im § 73b SGB V eine Evaluation der Verträge nicht verpflichtend vorgesehen und keine expliziten Vorgaben dazu gemacht.
- Bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Nutzen hausarztzentrierter Versorgung sollten neben den Intentionen des Gesetzgebers nach Maßgabe des § 73 b SGB V grundsätzlich die international geforderten „Kriterien guter Primärversorgung“ herangezogen werden.
- Aufgrund bisheriger Untersuchungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung kann abgeleitet werden, dass die Bewertung aus einem Mix versorgungsrelevanter Parameter besteht (5).
- Auf Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz wurde eine modulare Evaluationsstruktur basierend auf vier Arbeitspaketen entwickelt:
 - Arbeitspaket 1: Bereich Versorgungs- und Steuerungsqualität
 - Arbeitspaket 2: Bereich Arzt-, Team- und Patientenzufriedenheit
 - Arbeitspaket 3: Bereich VERAH-Einsatz
 - Arbeitspaket 4: Bereich Umsetzung DEGAM-Leitlinie Herzinsuffizienz
- Die Evaluation erfolgte grundsätzlich kontrolliert, das heißt im Vergleich zur Regelversorgung.
- Da die in die HzV eingeschriebenen Patienten erwartungsgemäß älter und kränker waren und sich dadurch von der Kontrollgruppe in puncto Morbiditätslast unterschieden, wurden Risikostratifizierungen bzw. –adjustierungen vorgenommen, um methodische Verzerrungen auszuschließen.
- Zur Analyse wurden Routinedaten der AOK Baden-Württemberg verwendet und zusätzliche Daten mittels repräsentativer Befragungen erhoben.
- Die Datenauswertung erfolgte auf Basis sowohl von Querschnittsvergleichen als auch von Längsschnittuntersuchungen.
- Die vorliegende Evaluation beruht zudem auf methodischen und inhaltlichen Vorarbeiten: zu nennen sind hier Kenntnisse in den Bereichen der Nutzung von Routinedaten sowie der Einsatz von standardisierten Instrumenten zu Themen wie der Organisation der Versorgung, der Betrachtung der Arbeitszufriedenheit von Praxisteams sowie der Beurteilung von Patienten hinsichtlich ihrer Versorgung (6-10).

Quellen und weiterführende Literatur:

- 1) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (www.svr-gesundheit.de) (2009).
- 2) Haller S. et al.: Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Anhang zu Kap. 6.1.3. des Sondergutachtens (2009).
- 3) Bertelsmann Stiftung: Symposium zu Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen (2005).
- 4) Kopetsch, T.: Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung, Bundesärztekammer und KBV (2010).
- 5) Gerlach F, Szecsenyi J. Hausarztorientierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend. Dtsch Arztebl 2011; 108: A996-8.
- 6) Laux G, Nothacker M, Weinbrenner S, Störk S, Blozik E, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Scherer M. Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität: Eine kritische Beurteilung am Beispiel von Qualitätsindikatoren für die „Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz“. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2011; 105: 21–26.
- 7) Szecsenyi J, Götz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? BMJ Qual Saf 2011; 20: 508-514 doi:10.1136/bmjqs.2009.038166.
- 8) Goetz K, Campbell S, Steinhaeuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners. An exploratory study. BMC Fam Pract 2011; 12: 137 doi:10.1186/1471-2296-12-137.
- 9) Goetz K, Campbell S, Willms S, Rochon J, Klingenberg A, Szecsenyi J. How do chronically ill patients evaluate their medical care? An observational study with 46919 patients in 676 primary care practices. Int J Pers Cent Med 2011; 1: 338-346.
- 10) Goetz K, Freund T, Gensichen J, Miksch A, Szecsenyi J, Steinhaeuser J. Adaption and psychometric properties of the PACIC short form. Am J Manag Care 2012; 18: e55-e60.