NEUE VERSORGUNG

Gesund in Baden-Württemberg

Dezember 2012

Hausarztzentrierte Versorgung Baden-Württemberg geht voran

Editorial	5	Warum Neue Versorgung?
Leitartikel	6	In der hausarztzentrierten Versorgung steckt noch viel Potenzial
Hintergrund	10	Demografie: Es ist fünf nach zwölf
	12	Hausarztverträge: ein evolutionärer Prozess
	16	HZV: Mythen und Wirklichkeit
Wissenschaftliche Evaluation	18	HZV unter der Lupe – Studiendesign
	20	Gestärkte Lotsenfunktion
	27	Messbar mehr Zufriedenheit
	28	Wertvolle VERAHs
	30	Gute Noten bei Herzinsuffizienz
Bewertung und Ausblick	32	Das sagt der Versorgungsforscher: Die HZV stärkt den Hausärzten den Rücken
Standpunkte	34	Es anders besser machen: die Architekten der Neuen Versorgung im Gespräch
Reportage	39	Neue Perspektiven für Hausärzte
Schnittstelle Haus- und Facharzt	42	Ambulant vor stationär: nicht ohne gute Fachärzte
Exkurs	46	Das Stuttgarter Ballett stellt sich vor
Auf den Punkt gebracht	48	von Dr. med. Norbert Metke

Alessandra Tognoloni und Alexander Jones in *Hope Mountain* Fotografie: © Ulrich Beuttenmüller

Warum Neue Versorgung?

Liebe Leserinnen und Leser,

vieles ist heutzutage unsicher, eines nicht: 2013 werden die Weichen für die nächste Gesundheitsreform gestellt. Denn es gibt nach wie vor viele Baustellen. Und die Erfahrung lehrt, dass nachhaltige Lösungen die Ausnahme sind.

Um die ambulante Versorgung langfristig auf sichere Beine zu stellen, ist in Baden-Württemberg deshalb vor fünf Jahren ein neuer Weg eingeschlagen worden: AOK Baden-Württemberg, Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg in Verbindung mit weiteren ärztlichen sowie psychotherapeutischen Berufsverbänden haben – gestützt auf die Selektivverträge nach Paragraf 73b und c SGB V – eine alternative Versorgungsstruktur etabliert.

Dieses Vorhaben bedeutete Veränderung auf vielen Ebenen, schürte Ängste und wurde von verschiedenen Seiten massiv bekämpft. Eine wissenschaftliche Evaluation bestätigt die handelnden Akteure jetzt in der Richtigkeit ihrer Entscheidung: Die medizinische Versorgung ist im Vergleich zum KV-System besser koordiniert, die teilnehmenden Ärzte sind zufriedener, die Patientenakzeptanz ist sehr hoch. Entscheidend für diesen Erfolg sind die beteiligten Personen – rund 3 500 Hausärzte sowie 700 Fachärzte und Psychotherapeuten (Stand: 20.11.2012) arbeiten mittlerweile in den neuen Versorgungsstrukturen. 1,1 Millionen Versicherte sind bereits eingeschrieben. Noch ist nicht alles perfekt, aber die Selektivverträge sind aus dem Versorgungsalltag in Baden-Württemberg nicht mehr wegzudenken.

Wie geht es weiter?

Das vorliegende Gesundheitsmagazin will diese wichtige Frage intensiv begleiten. Darüber hinaus wollen wir ausführlich über zukünftige Neuerungen in Baden-Württembergs Versorgungs- und Gesundheitslandschaft informieren und damit zu einem konstruktiven Dialog zwischen den Entscheidern im Gesundheitswesen beitragen.

Dass Baden-Württemberg neben gesunder Versorgung noch andere bemerkenswerte Höchstleistungen zu bieten hat, zeigt beispielhaft das Stuttgarter Ballett. Ebenso wie bei den Hausärzten werden Spitzenleistungen auch in diesem Bereich nur durch jahrelange Übung, ein Höchstmaß an Koordinations- und Konzentrationsvermögen und Spaß an der Arbeit ermöglicht. Für die Erstausgabe wurden uns einige hochwertige Aufnahmen der Tänzer des Stuttgarter Balletts zur Verfügung gestellt, die wir sehr gerne integriert haben und für die wir uns herzlich bedanken. Mehr zum Stuttgarter Ballett erfahren Sie auf S. 46.

Ihr Jürgen Stoschek
Chefredakteur

PS: Weiterführende Informationen finden Sie unter www.neue-versorgung.de

Prof. Ferdinand Gerlach

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, MPH
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt

In der hausarztzentrierten Versorgung steckt noch viel Potenzial

Angesichts der Alterung unserer Bevölkerung liegt eine der größten Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung einer wachsenden Zahl chronisch kranker und multimorbider Patienten. Gleichzeitig beobachten wir in Deutschland eine Entwicklung, die besorgniserregend ist. Die Zahl der Hausärzte, die wir zur Versorgung genau dieser Patienten dringend benötigen, nimmt kontinuierlich ab, während die Zahl der Fachspezialisten weiter steigt. Zudem sind die meisten Ärzte dort tätig, wo sie wahrscheinlich am wenigsten gebraucht werden, nämlich in den überversorgten Innenstädten. Im ländlichen Raum haben wir dagegen vielfach schon jetzt zu wenige qualifizierte Ärzte, insbesondere zu wenige Hausärzte.

Diese Probleme werden noch dadurch verschärft, dass die Patienten, die heute mehrheitlich mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig haben, in unserem Gesundheitswesen weitgehend auf sich allein gestellt sind. Sie müssen sich ihren Weg durch ein komplexes, für sie sehr unüberschaubares und kaum transparentes Versorgungssystem selbst bahnen. Keiner übernimmt die Gesamtverantwortung für eine abgestimmte Versorgung des einzelnen Patienten. Die im internationalen Vergleich sehr hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten ist auch Ausdruck dieser oft ziellosen Suche. All das führt zu einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung, während gleichzeitig zwischen Hausärzten, Fachärzten sowie Kliniken und auch gegenüber anderen Gesundheitsberufen starre Grenzen bestehen.

Sue Jin Kang in *Dances at a Gathering* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Organisierte Verantwortungslosigkeit abbauen

Das sind keine wirklich guten Voraussetzungen, um kranke Menschen und vor allem chronisch Kranke gut und flächendeckend zu versorgen. Vor allem die systembedingte und damit organisierte Verantwortungslosigkeit muss beendet werden. Der Patient muss wieder in den Mittelpunkt rücken – und diesmal tatsächlich und nicht nur als Lippenbekenntnis. Eine hausarztzentrierte Versorgung (HZV), die genau diesen Mangel beseitigt, kann hier wirksam Abhilfe schaffen.

Aus internationalen Studien wissen wir inzwischen sehr genau, dass eine von Allgemeinmedizinern koordinierte Versorgung gleiche oder bessere Gesundheitsergebnisse bringt als das bestehende System. Wenn Hausärzte die Versorgung koordinieren, ist das zudem kosteneffektiver als eine Versorgung, die durch Kliniken oder Fachspezialisten gesteuert wird, oder wenn die Versorgung gar völlig unkoordiniert erfolgt.

2012 wurden diese Erkenntnisse durch die wissenschaftliche Evaluation des AOK-Hausarztvertrages in Baden-Württemberg auch für Deutschland eindrucksvoll bestätigt: Chronisch Kranke werden in der HZV in Baden-Württemberg besser versorgt als in der Regelversorgung. Vor allem weil die Praxen bessere Rahmenbedingungen haben, unter denen sie die Patienten versorgen. Und weil die Versorgung insgesamt planvoller, strukturierter und zielgerichteter ist. Dabei wurde erstmalig ein Hausarztvertrag auf Vollversorgungsbasis (HZV-Vertrag der 3. Generation) evaluiert, der in puncto Qualitäts- und Steuerungskomponenten der HZV auf der obersten Entwicklungsstufe steht. Das Potenzial, das der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg als bundesweiter Vorreiter beinhaltet, ist aber noch längst nicht ausgeschöpft.

Innovationen erfordern Mut und Nachhaltigkeit

Hausarztverträge auf Vollversorgungsbasis stellen – im Gegensatz zu reinen Add-on-Verträgen früherer Prägung – einen Paradigmenwechsel dar. Strukturen und eingefahrene Verhaltensweisen müssen schrittweise verändert werden. Das geht nicht von heute auf morgen. Dazu bedarf es Mut und einer gemeinsamen Vision von Ärzteverbänden, Kassen und teilnehmenden Ärzten. Außerdem verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bereitschaft, in neue Versorgungsstrukturen zu investieren. Gerade die HZV weiß davon ein Lied zu singen: Als sie 2004 im Paragraf 73b SGB V ins Leben gerufen wurde, war dies dem Grunde nach als freiwillige Vereinbarung konzipiert, von der allerdings bis auf das Beispiel Baden-Württemberg kaum Gebrauch gemacht wurde. 2008 erfolgte die bis dato gültige gesetzliche Umsetzungsverpflichtung für alle Krankenkassen.

Inzwischen verlangt der Gesetzgeber, dass etwaige Mehraufwendungen für eine HZV durch vertraglich sichergestellte Einsparungen und Effizienzsteigerungen a priori nachgewiesen werden müssen. Diese enge Bindung an die Beitragssatzstabilität, die der Gesetzgeber jetzt für den Abschluss eines Hausarztvertrages verlangt, macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte auf den Weg zu bringen; innovative Projekte, die anfangs vergleichsweise hohe Investitionen verursachen, sich aber erst später amortisieren und zudem einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leisten können. Außerdem zeugt dieser Zickzackkurs bei der HZV von einem gewissen Misstrauen gegenüber der Vertragsfreiheit und des Effizienz- und Effektivitätspotenzial, das sich mit Hilfe selektiver Verträge und wettbewerblicher Prozesse heben lässt.

Wie geht es 2013 weiter?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat den Refinanzierungsvorbehalt für die hausarztzentrierte Versorgung in seinem Sondergutachten 2012 als empfindliche Einschränkung der Vertragsfreiheit kritisiert. Stattdessen schlägt er vor, den gesetzlichen Zwang zum Vertragsabschluss aufzuheben und die inhaltliche Ausgestaltung der Verträge einschließlich der Vergütung den Vertragsparteien zu überlassen. Die Vertragspartner müssen jeweils für sich Vorteile in einem Abschluss sehen.

2013 ist ein wichtiges Jahr, um auch gesundheitspolitisch Weichen neu zu stellen: Die HZV in Baden-Württemberg ist noch nicht perfekt, hat aber unter Beweis gestellt, dass Ärzte und Patienten zufriedener sind als in der Regelversorgung. Es ist höchste Zeit, ihr nicht nur in Baden-Württemberg eine echte Chance zu geben.

Wir wollen eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung.

Jens Spahn, CDU[1]
28.07.2010

Die Verträge in Baden-Württemberg zeigen ja, dass diese funktionieren können.

Daniel Bahr, FDP[2]
23.6.2011

Die Ergebnisse klingen gut.

Biggi Bender,
Bündnis 90/Die Grünen[3]
15.6.2012

Die Ergebnisse der HZV-Evaluation sind in jedem Belang überzeugend.

Professor Karl Lauterbach[4]
19.06.2012

[1] Gesundheitspolitischer Sprecher der Unions-Bundestagsfraktion [2] Bundesgesundheitsminister
[3] Gesundheitspolitische Sprecher der Grünen im Bundestag [4] Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Bundestag

Demografie: Es ist fünf nach zwölf

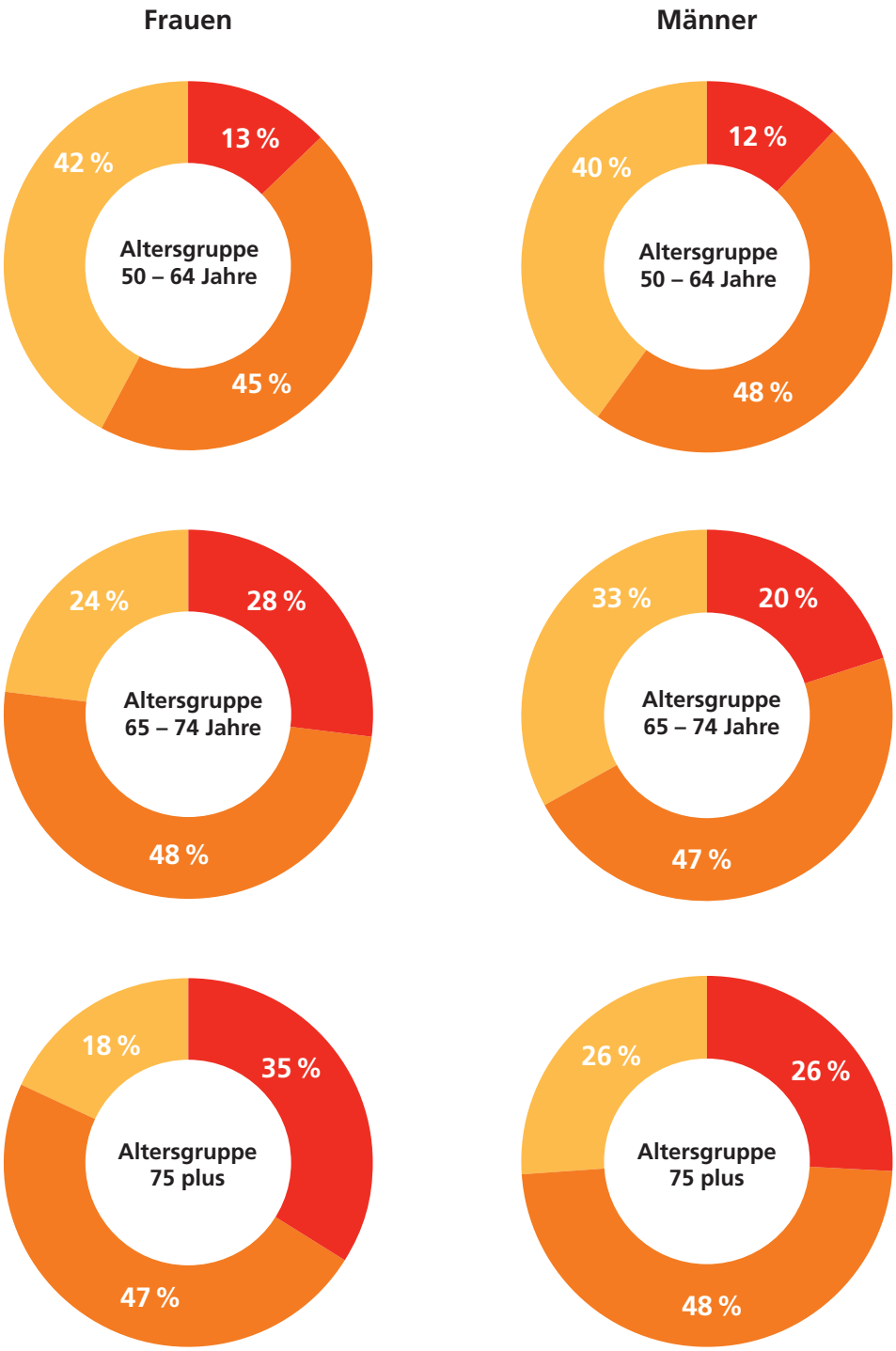
In Deutschland ist inzwischen jeder fünfte Bürger älter als 65 Jahre. Vor 20 Jahren waren es erst 15 Prozent. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen und sogar noch beschleunigen. Bis zum Jahr 2030 wird der Anteil der über 65-Jährigen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auf 29 Prozent ansteigen.

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden. Auch das Risiko für eine oder mehrere Erkrankungen nimmt zu. Das Robert Koch-Institut in Berlin hat dazu aktuelle Zahlen veröffentlicht: Von den über 65-Jährigen haben mehr als 75 Prozent der Frauen mehr als zwei Krankheiten, rund 30 Prozent davon sogar mehr als fünf Erkrankungen gleichzeitig. Bei den Männern liegen die Zahlen nur knapp darunter (siehe Abbildung).
Bereits heute wendet die gesetzliche Krankenversicherung 80 Prozent ihrer Ausgaben für die Versorgung von chronisch kranken, meist älteren Patienten auf. Mit an vorderster Stelle stehen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Schlaganfall, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen.

Allein auf diese Krankheiten entfallen drei Viertel der Todesfälle und rund ein Viertel der Krankheitskosten. Daneben tragen chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Seh- oder Hörbeeinträchtigungen sowie genetisch verursachte Krankheiten erheblich zur Krankheitslast der Bevölkerung bei.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat deshalb in seinem Sondergutachten 2009 ein dringendes Plädoyer für eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung abgegeben. Die demografische Alterung der Bevölkerung und die Zunahme multimorbider und chronisch Kranker „macht einen Ausbau der damit verstärkt geforderten hausärztlichen Primärversorgung erforderlich“, heißt es dort. Die Realität in Deutschland sieht freilich anders aus: Seit 1993 ist die Zahl der spezialisierten Fachärzte um über 50 Prozent gestiegen, während die Zahl der Hausärzte im gleichen Zeitraum um fast acht Prozent zurückgegangen ist.

Zusammenhang zwischen Demografie und Multimorbidität



Anzahl chronischer Krankheiten 5 und mehr 2 – 4 0 – 1

Quelle: Robert-Koch-Institut, GBE-Kompakt, 03.04.2012

Hausarztverträge: ein evolutionärer Prozess

Auch der Gesetzgeber hat erkannt, wie wichtig die Hausärzte für die medizinische Grundversorgung einer älter werdenden Bevölkerung sind. Wie in vielen anderen Industriestaaten wurde daher beschlossen, die hausärztliche Grundversorgung zu stärken. Grundlage ist der Paragraf 73b SGB V, der dafür eine speziell definierte hausarztzentrierte Versorgung (HZV) vorsieht. Im Zentrum steht dabei ein Vertrauensarzt, der eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung aus einer Hand sicherstellen kann. Ganz bewusst hat der Gesetzgeber die HZV im Sinne von Vollversorgungsverträgen als wirkliche Alternative zur Regelversorgung definiert. Sie enthält wichtige Komponenten für eine effektive Versorgungssteuerung und gleichzeitig verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung. Dazu zählen: strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie, Behandlungen nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien, die Teilnahme an Fortbildungen zu hausarzttypischen Fragestellungen und die Einführung eines wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

Was zeichnet eine gute hausärztliche Versorgung aus?

Daneben gibt es eine Reihe von Kriterien, die Hausarztverträge im Sinne einer guten Primärversorgung erfüllen sollten, unter anderem:

- Eine freiwillige Einschreibung der Versicherten
- Besonderes Augenmerk auf die Versorgung chronisch Kranker
- Sektorübergreifende Versorgungssteuerung
- Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit mit niedrigschwelliger Erreichbarkeit
- Kombination der Vergütung aus Pauschalen und qualitätsbezogenen Anreizen
- Anpassung der Konzepte an regional existierende Versorgungsstrukturen.
- Koordination aus einer Hand

Friedemann Vogel in *Bolero* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Evolution der HZV – Vertragstypen zur hausarztzentrierten Versorgung

Diese Kriterien wurden im Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrats analysiert und in einem sektorübergreifenden populationsbezogenen „Zukunftskonzept“ zusammengefasst. Um ein solches Konzept umzusetzen, sind konkrete Veränderungen in der einzelnen Praxis erforderlich. Dazu zählen unter anderem die Professionalisierung des Praxisteams, eine strukturierte Zusammenarbeit mit Fachspezialisten und die arbeitsteilige Praxisorganisation mit attraktiven Einstiegsmöglichkeiten – auch für die bei zugelassenen HZV-Ärzten angestellten Ärzte und im Bereich Teilzeitbeschäftigung von Mitarbeitern. Flankierend sind weitere regional ausgerichtete Maßnahmen notwendig (siehe dazu das Beispiel Baden-Württembergs: Abbildung – roter Kasten). Nach Maßgabe der Erfüllung dieser Kriterien können Hausarztverträge unterschiedlichen „Reifegrades“ unterschieden werden.

Seit 2004 können die Krankenkassen ihren Versicherten eine HZV anbieten. 2008 machte der Gesetzgeber die HZV sogar zur Pflicht. Doch viele Krankenkassen zögerten, verhielten sich ablehnend oder tendieren zur Umsetzung einfacher Add-on-Verträge.

1. Generation

Vertragstyp (Beispiel)

Add-on-Vertrag (Deutscher Hausärzteverband [HÄV] und Barmer, 2005 bis 2008)

Honorierung/Steuerungskomponenten

- **Aufteilung von Einsparungen im Arzneimittelbereich zwischen Krankenkassen, Hausärzten und Apotheken**

Instrumente zur Qualitätsverbesserung

- **Bindung des Versicherten an eine „Hausapotheke“**
- **Zusammenarbeit von Hausarzt und Hausapotheke**
- **Förderung der DMP-Einschreibung**

2. Generation

Vertragstyp (Beispiel)

Add-on-Vertrag mit verbesserten Qualitätskomponenten (zum Beispiel KV Hessen und VdAK, ohne Barmer, 2005 bis 2009)

Honorierung/Steuerungskomponenten

- **Add-on-Honorar von neun Euro je eingeschriebenen Versicherten pro Quartal**
- **Wartezeitbegrenzung, Abendsprechstunde**

Instrumente zur Qualitätsverbesserung

- **Systematische hausärztliche Fortbildung**
- **Qualitätszirkel zum rationalen Arzneimitteleinsatz**
- **Einsatz evidenzbasierter Leitlinien (DEGAM)**
- **Einführung eines hausärztlichen Qualitätsmanagements**

Quelle: nach F.M. Gerlach/J.Szecsenyi; Deutsches Ärzteblatt, 06.05.2011

Das, was die HZV im Kern ausmacht, wird in diesen Verträgen nicht umgesetzt: Die systematische Stärkung der hausärztlichen Steuerungs- und Koordinationsfunktion. Denn in der Regel bilden Add-on-Verträge nur einen sehr kleinen Bereich der Versorgungsrealität ab und bieten wenig Anreize für eine primäre Inanspruchnahme von Hausärzten. Im Sinne einer systematischen Stärkung der hausärztlichen Basis greifen diese Verträge daher schlicht zu kurz.

3. Generation

Vertragstyp (Beispiel)

Vollversorgungsvertrag mit verstärkten Qualitäts- und Steuerungskomponenten (HÄVG/MEDI und AOK BaWü, BKK-Landesverband BaWü, seit 2008)

Honorierung/Steuerungskomponenten

- **Einschreibesystem**
- **Verbindliche/einheitliche EDV-Infrastruktur**
- **Weitgehend pauschalierte Vergütung (kontakt-unabhängige Jahreseinschreibepauschale, Quartalsbehandlungspauschale), die unnötige Arzt-Patient-Kontakte und nichtindizierte Leistungsausweitung vermeiden soll**
- **Bonus bei Erreichen einer Impfquote**
- **Zuschlag für Betreuung chronisch Kranker**
- **Reduzierung der Verordnung von Mee-too-Präparaten und Steigerung der Verordnung von rabattierten Arzneimitteln**
- **Verknüpfung mit Facharztverträgen (§ 73c)**

Instrumente zur Qualitätsverbesserung

- **Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie nach evaluiertem Konzept (8)**
- **Einsatz evidenzbasierter DEGAM-Leitlinien**
- **Case-Management chronisch Kranker durch speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte**
- **Einsatz des softwaregestützten ARRIBA-Konzepts zur kardiovaskulären Risikoberatung**
- **Fortbildung durch Institut für hausärztliche Fortbildung und „Tage der Allgemeinmedizin“ an den medizinischen Fakultäten in BaWü sowie dem Fortbildungsinstitut IFFM (MEDI)**
- **Nachwuchsförderung durch Verbundweiterbildungskonzept des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin BaWü**

HZV: Mythen und Wirklichkeit

Grundlegende Veränderungen in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, wie sie in der HZV in Baden-Württemberg auf den Weg gebracht werden, lösen vielfach auch Ängste und Befürchtungen aus, die zu Verunsicherungen führen. Kritiker der HZV nutzen diese Verunsicherung, um Stimmung zu machen, aus der Mythen entstehen. Tatsachen bleiben dabei oft auf der Strecke.

So wird ein Hausarzt, der an der HZV teilnimmt, dadurch keineswegs zum „AOK-Arzt“, wie immer wieder behauptet wird. Denn ebenso wie im KV-System besteht keine direkte Vertragsbeziehung zwischen der Kasse und dem Hausarzt. Und es besteht auch keine IT-Beziehung zwischen der Kasse und dem Hausarzt. Die AOK beziehungsweise andere Kassen erhalten die gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Daten wie im KV-System.

Auch in der HZV ist die Therapiefreiheit gegeben. Zur Optimierung seiner eigenen Versorgungssteuerung nimmt der Hausarzt regelmäßig an Qualitätszirkeln zu hausarzttypischen Themen teil. Bei der Auswahl der Medikamente, die er im Einzelfall verordnet, ist der Hausarzt frei. Werden bestimmte Zielquoten bei den Arzneimitteln erreicht, für die ein Rabattvertrag besteht, gibt es einen Zuschlag. Eine Malus-Regelung existiert nicht.

Einzelleistungen werden nicht in Pauschalen versenkt

Zu den Besonderheiten des baden-württembergischen Hausarztvertrages gehört ein einfaches Vergütungssystem. Es besteht aus Pauschalen, wenigen Einzelleistungen sowie Zuschlägen für besondere Qualifikationen und das Erreichen von Zielquoten.

Bei der Kalkulation der Pauschalen wurden alle hausärztlichen EBM-Ziffern mit ihrer Häufigkeit und mit einem angemessenen Euro-Betrag je Leistung berücksichtigt. Dadurch wurde ein einfaches Vergütungssystem geschaffen, das das unterschiedliche Leistungsspektrum der Hausärzte im Sinne einer Mischkalkulation dennoch angemessen abbildet. Die HZV ist für typische Vollversorgerpraxen ausgelegt, die das Gros der hausärztlichen Versorgungslast tragen. In der HZV liegt der durchschnittliche Quartalsfallwert seit Beginn im Jahr 2008 konstant über 80 Euro, das heißt rund 30 Prozent höher als in der KV. Große Praxen mit Abstaffelung im KV-System profitierten von der HZV besonders. In einer Vollversorgerpraxis mit rund 2 000 Patienten bedeutet eine HZV-Teilnahme jährlich rund 50 000 bis 70 000 Euro mehr Honorar im Vergleich zur KV.

Hausarztpraxen, die zur Betreuung chronisch Kranker besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, VERAH) beschäftigen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. VERAHs ermöglichen dem Hausarzt, einen Teil seiner Arbeit – insbesondere bei der Behandlung chronisch kranker Patienten – qualifiziert und rechtssicher zu delegieren. Die Gesamtkosten einer VERAH-Ausbildung von etwa 4 000 Euro amortisieren sich mit nur 200 an der HZV teilnehmenden „Chronikern“ bereits in einem Jahr.

Vertragssoftware – eine Conditio sine qua non

Voraussetzung für eine reibungslose Teilnahme an der HZV ist die Vertragssoftware. Anfängliche Probleme, die bei Einführung einer neuen Software keine Seltenheit sind, wurden behoben. Mittlerweile läuft die Software bei allen

Fakten zum AOK-Hausarztprogramm

Vertragsgrundlage	**§ 73b des Sozialgesetzbuchs**
Vertragspartner	**• AOK Baden-Württemberg • Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVg) • MEDI Verbund AG**
Leistungsgegenstand	**alle vertraglich vereinbarten hausärztlichen Leistungen, die das typische hausärztliche Behandlungsspektrum vollständig abdecken**
Vertragsdauer	**unbefristet, frühestmögliche Kündigung Ende 2015**
Teilnehmerstand	**Ärzte: 3 500, Versicherte: über 1,1 Millionen**
Einschreibung	**Freiwillige Teilnahme für Ärzte und Patienten, Einschreibungsbeginn für AOK-Versicherte, sobald HZV-Ärzte zugelassen sind**
Vergütung	**• Gesamtes hausärztliches Leistungsspektrum ohne Notfalldienst, der im KV-System verbleibt • Pauschalen und wenige Einzelleistungen; Zuschläge für besondere Qualifikationen sowie das Erreichen von Zielquoten • Durchschnittlicher Fallwert ca. 80 Euro pro Patient (keine Abstaffelungen oder Fallzahlbegrenzungen)**

Quelle: AOK Baden-Württemberg

Herstellern nahezu problemlos. Nach wie vor gibt es jedoch deutliche Unterschiede in der Preisgestaltung der Anbieter. Der Konkurrenzdruck führt aber zu Bewegungen im Markt, sodass ein Preisvergleich lohnend ist. Die Software ist in die normale Praxissoftware gut integrierbar. Der gesamte Abrechnungsprozess läuft über die onlinefähige Vertragssoftware. Die Abrechnung ist nicht nur deutlich einfacher, sondern spart im Vergleich zur KV-Abrechnung auch viel Zeit. Der Honorarbescheid ist kurz und verständlich.

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Vielfach wird auch behauptet, die HZV entwickele sich nicht weiter. Das Gegenteil ist der Fall. In vielen Bereichen wird kontinuierlich in enger Abstimmung zwischen Ärzten und Kassen an wichtigen Details gearbeitet. So wurden zum Beispiel 2011 die Kinder- und Jugenduntersuchungen U11 und J2 zusätzlich in den AOK-Hausarztvertrag aufgenommen. Zudem wird die HZV durch die Anbindung der AOK-Facharztverträge nach Paragraf 73c SGB V erweitert, was die Steuerungsfunktion des Hausarztes weiter stärkt und die vorausschauende, koordinierte Betreuung verbessert. Verlässliche Befundübermittlung, standardisierte Patientenbriefe, schnellere Terminvergabe und definierte Versorgungspfade und Schnittstellen zwischen Haus- und Facharzt sind einige der Bausteine dieser interdisziplinären Versorgung.

HZV unter der Lupe – Studiendesign

Zwei Arbeitsgruppen der Universität Heidelberg und der Universität Frankfurt haben den AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg evaluiert – erste Ergebnisse wurden beim Hauptstadtkongress im Juni 2012 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt.

„Bei der Evaluation handelt es sich um die erste wissenschaftlich kontrollierte Untersuchung eines Vollversorgungsvertrags gemäß Paragraf 73b SGB V (HZV-Vertrag der 3. Generation)“, erklärt Co-Studienleiter Professor Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt. Um aussagekräftige Wirksamkeits- und Nutzenbelege der neuen Versorgungsform zu erhalten, wurden insgesamt vier Arbeitspakete mit verschiedenen Zielgrößen bzw. Qualitätsindikatoren zusammengestellt und abgearbeitet. Inhaltlich orientiert sich die Untersuchung dabei an internationalen und anerkannten Empfehlungen für eine gute Primärversorgung.

Datenbasis und Studiendesign

Datengrundlage waren zum einen routinemäßig erhobene Abrechnungs- und Verordnungsdaten der AOK Baden-Württemberg: Dazu wurden die Behandlungsdaten von insgesamt 1,44 Millionen AOK-Versicherten herangezogen, die zwischen dem 1. Juli 2008 und dem 31. Dezember 2010 in Baden-Württemberg versichert waren.
Zum Anderen wurden repräsentative Befragungen von Hausärzten, Praxismitarbeiterinnen und Patienten durchgeführt.

Alle Zielgrößen der Evaluation wurden kontrolliert, das heißt im Vergleich zur Regelversorgung ausgewertet, um eine hohe Aussagekraft der Ergebnisse zu gewährleisten.

Primäres Ziel: Stärkung der Versorgungssteuerung und -koordination

Je komplexer die gesundheitlichen Probleme und je differenzierter die Leistungsangebote, umso wichtiger ist ein zentraler Koordinator und Gesundheitsbegleiter, der die Versorgungssteuerung übernimmt. Nur so kann gerade für chronisch Kranke eine kontinuierliche Versorgung ohne Informationsverluste sichergestellt werden. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass eine von Allgemeinmedizinern koordinierte Versorgung zum Teil bessere Gesundheitsergebnisse bringt und kostengünstiger ist als eine unkoordinierte Versorgung.

Zur Beurteilung, ob und in welchem Umfang diese Lotsenfunktion im HZV-Vertrag wahrgenommen wurde, wählten die Wissenschaftler unter anderem die Anzahl von Hausarzt- und Facharztkontakten, DMP-Einschreibungen und die Entwicklung der Arzneimittelkosten als Zielgrößen aus (Arbeitspaket 1). In einem weiteren Arbeitspaket standen die subjektiven Erfahrungs- und Zufriedenheitswerte der Ärzte und der Mitarbeiterinnen in den beteiligten Praxen und der teilnehmenden Patienten im Fokus (Arbeitspaket 2).

Versorgungsoptimierung und Arztentlastung durch VERAHs

Angesichts der zunehmenden Arbeitsbelastung der Hausärzte wurde auch die Frage der Delegierbarkeit von hausärztlichen Leistungen an entsprechend qualifiziertes Fachpersonal (sogenannte VERAHs) explizit untersucht. Inwieweit dies zur Versorgungsverbesserung und Arztentlastung beitrug, stand im Mittelpunkt des Untersuchungsinteresses von Arbeitspaket 3.

Implementierung von Leitlinien

Nach dem Sozialgesetzbuch müssen Hausärzte, die an der HZV teilnehmen, Anforderungen erfüllen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Dazu zählen als wichtige Bestandteile die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie sowie pharmaunabhängige Fortbildungsveranstaltungen mit hausarzttypischen Fragestellungen.

Diese Fortbildungsmaßnahmen erfolgen entlang spezifischer praxiserprobter hausärztlicher Leitlinien (gemäß DEGAM). Ob sich daraus messbare HZV-Effekte in puncto Implementierung dieser Leitlinien ergeben, wurde in Paket 4 beispielhaft für die Indikation Herzinsuffizienz untersucht. Welche HZV-Effekte wurden im Einzelnen festgestellt? Die folgenden Seiten geben einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse.

Die 4 Arbeitspakete der HZV-Evaluation im Überblick

1

Koordination und Steuerung, unter anderem:

- Ein- /Überweisungen
- Arzneimitteldaten (Kosten, Polymedikation)
- DMP-Einschreibungen
- KH-Tage

2

Zufriedenheit, unter anderem:

- Arbeitszufriedenheit Arzt
- Arbeitszufriedenheit MFA
- Patientenbewertung

3

VERAH, unter anderem:

- Aufgabenbereiche
- Patientenversorgung
- Arztentlastung

4

Leitlinienumsetzung, unter anderem:

- Implementierung DEGAM LL Herzinsuffizienz (Indikatoren: Medikation, Ein-/Überweisungen u.a.)

Quelle: nach J. Szecsenyi; Hauptstadtkongress Berlin, 12.05.2011

Veränderungen wichtiger Zielgrößen im Zeitverlauf:

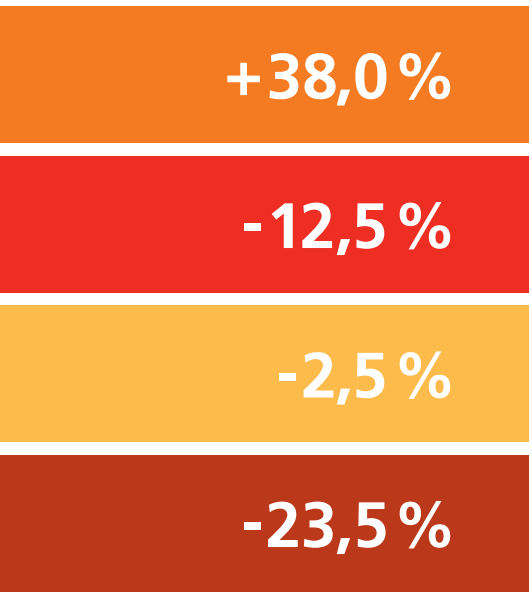
Zielgrößen	Q3/Q4 2008 vs. Q3/Q4 2010
Hausarztkontakte	
Facharztkontakte ohne Überweisung durch den Hausarzt	
Arzneimittelkosten Hausarzt (Bruttopreise, ohne Rabatte)	
Anteil Me-too-Präparate an sämtlichen Verordnungen (Hausarzt)*	

*43 Wirkstoffe, die im gesamten Zeitraum von den Vertragspartnern als Me-too definiert waren
Quelle: nach J. Szecsenyi; Hauptstadtkongress Berlin, 15.06.2012

Gestärkte Lotsenfunktion

„Die HZV-Evaluation wurde in einer frühen Phase des Vertrages durchgeführt“, so Professor Joachim Szescenyi aus Heidelberg. Das sei insofern von großer Bedeutung, weil sich in den HZV-Praxen erst gewisse Routinen ändern müssen, was nicht von heute auf morgen gehe. Trotzdem zeigen sich bei den wichtigsten Zielgrößen bereits deutliche Unterschiede.

Veränderung (adjustiert)



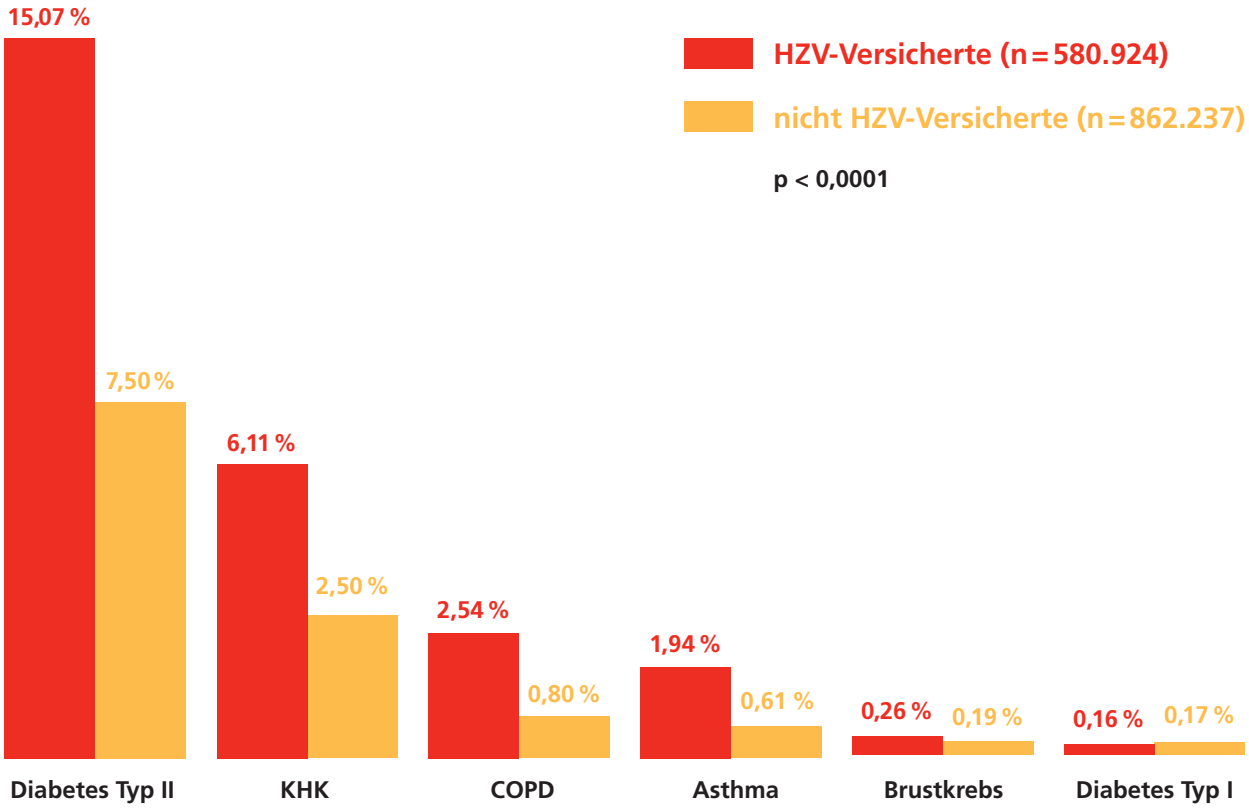
Die Zahl der Hausarztkontakte – ein wichtiger Indikator für eine intensivere Patientenbetreuung – liegt in der Untersuchung signifikant höher als in der Regelversorgung. Unter Berücksichtigung wichtiger Einflussgrößen wie Alter und Morbidität beträgt der risikoadjustierte Unterschied plus 38 Prozent oder mit anderen Worten: fast zwei weitere Hausarztkontakte pro Halbjahr. Signifikante Unterschiede zeigen sich auch beim Indikator unkoordinierte Inanspruchnahme eines Facharztes (d. h. ohne Überweisung des Hausarztes). In der HZV liegt dieser Anteil um 12,5 Prozent niedriger als in der Regelversorgung. Dadurch verringert sich auch die Zahl der medizinisch nicht erforderlichen Facharzttermine. Das entlastet Fachärzte, die für dringende Fälle wieder mehr Zeit haben. Diese beiden Teilergebnisse unterstreichen, dass die Lotsenfunktion des Hausarztes verantwortungsbewusst wahrgenommen und von den Patienten akzeptiert wird. Auch das von Kritikern häufig herangezogene Argument, eine pauschalierte Vergütung verleite zur Untätigkeit, wird eindrucksvoll widerlegt. Bei Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte sowie Wiedereinweisungen zeigen sich noch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Effizientere Arzneimittelsteuerung

Bei der Arzneimittelversorgung ist seit Jahren ein Anstieg der Ausgaben zu beobachten. Diese Entwicklung geht auch an der HZV nicht spurlos vorüber. Allerdings ist der Anstieg der Arzneimittelausgaben in der HZV geringer als in der Regelversorgung. Und auch der Anteil der Präparate, die keinen therapeutischen Zusatznutzen bringen, ist rückläufig. Von den sogenannten Me-too-Präparaten haben die Hausärzte in der HZV im Untersuchungszeitraum 23,5 Prozent weniger verordnet und stattdessen qualitativ gleichwertige, aber preiswerte Arzneimittel ausgewählt. In der HZV können demnach nachweislich Einsparungen ohne Einschränkungen von Versorgungsqualität oder ärztlicher Therapiefreiheit erzielt werden. Einen deutlich positiven Effekt gibt es auch bei der Anzahl der Patienten mit Polymedikation, deren Anstieg im Vergleichszeitraum niedriger ausfällt als in der Kontrollgruppe.

Anna Osadcenko in *Bolero* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

DMP-Einschreibungen im Vergleich



Quelle: nach J. Szecsenyi; Hauptstadtkongress Berlin, 15.06.2012

Deutliche höhere DMP-Quote

Die HZV-Patienten sind älter (56,2 vs. 53,1 Jahre) und weisen eine höhere Morbidität auf als die Patienten in der Kontrollgruppe der Regelversorgung (Charlson-Komorbiditäts-Index: 1,49 vs. 1,19).

Auffallend ist der vergleichsweise hohe Anteil der HZV-Patienten, die in Disease-Management-Programme (DMPs) eingeschrieben sind (siehe Abbildung). Hier liegen die Einschreibequoten in der HZV teilweise um das Zwei- bis Dreifache höher als in der Regelversorgung, was durch die Unterschiede der Faktoren Alter und Morbidität allein nicht begründbar ist. Die intendierten DMP-Wirkungen werden durch die HZV daher besonders positiv verstärkt (u. a. konsequentere Arzneimitteltherapie, Aktivierung von Patienten, weniger Komplikationen).

Friedemann Vogel in *Bolero* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Myriam Simon und Jason Reilly in *Slice to Sharp* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Messbar mehr Zufriedenheit

Im 2. Arbeitspaket der Evaluation wurde ausführlich nach der Arbeitszufriedenheit der Hausärzte und dem Urteil der Patienten zu ihrer gesundheitlichen Versorgung gefragt. Insgesamt zeigen auch diese subjektiven Einschätzungen deutliche Unterschiede zwischen HZV und Regelversorgung in der KV.

Eine Fragebogenaktion bei insgesamt 2 000 zufällig ausgewählten Hausärzten, von denen die Hälfte an der HZV teilnimmt, ergibt in beiden Gruppen eine mittlere bis hohe Arbeitszufriedenheit.

Trotz stärkerer Arbeitsbelastung fühlen sich die Hausärzte in der HZV weniger gestresst und zeigten mehr Bereitschaft, organisatorische Veränderungen in ihren Praxen anzustoßen. Da der höhere Arbeitsaufwand durch ein um etwa 30 Prozent höheres Einkommen in der HZV kompensiert wird, sind die HZV-Hausärzte auch zufriedener als ihre Kollegen in der Regelversorgung. Die Ärzte empfinden die HZV mehrheitlich als bessere Versorgungsform und als Aufwertung ihres Berufsbildes, weil ihre Lotsenfunktion deutlich gestärkt wird.

Ein weiteres interessantes Detail der Arztbefragung: Der Anteil der Ärzte, die im Untersuchungszeitraum durch die HZV eine Verbesserung ihrer Zusammenarbeit mit anderen Hausärzten empfinden, liegt deutlich höher als umgekehrt (29,5 % vs. 5,8 %); die gleiche positive Tendenz war bei der Zusammenarbeit mit Fachärzten feststellbar (19,3 % vs. 4,5 %).

Verbesserung der Patientenakzeptanz bei wichtigen HZV-Elementen

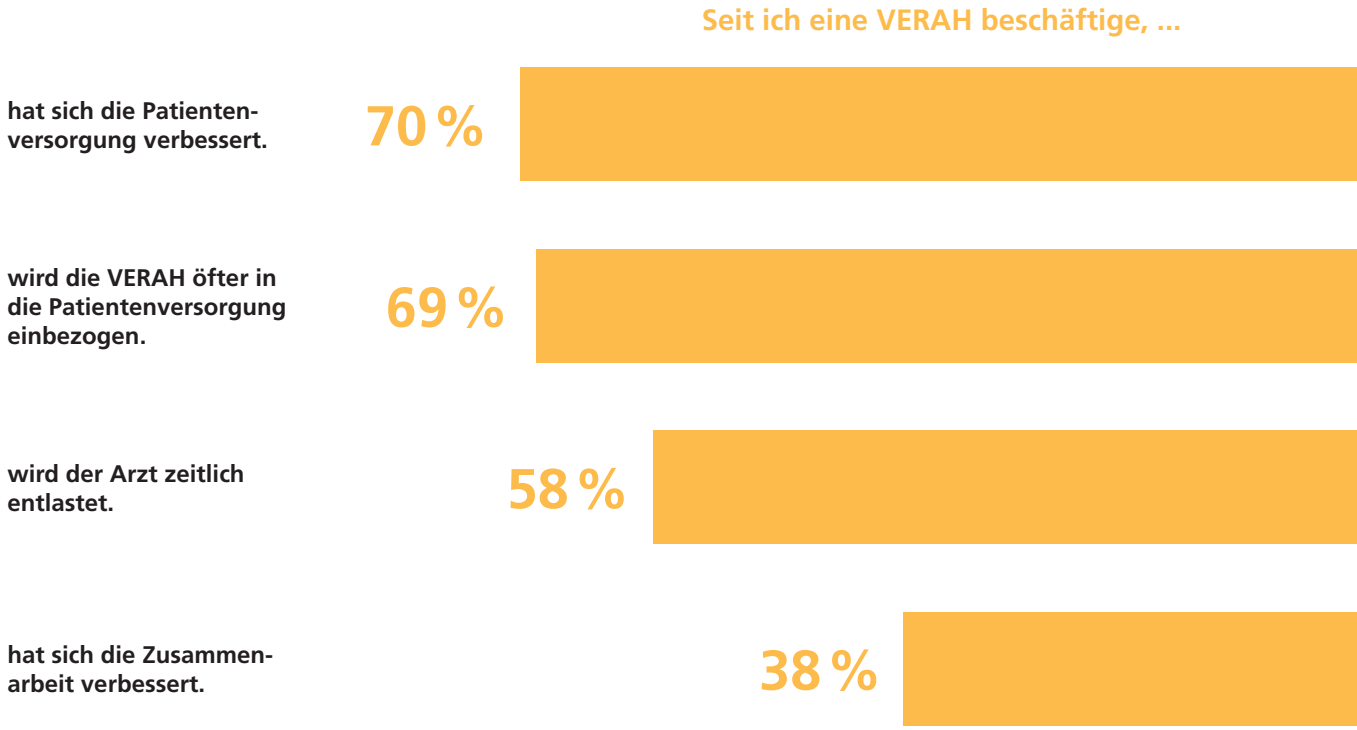
In wichtigen HZV-spezifischen Versorgungsbereichen erkennen teilnehmende Ärzte ebenfalls bereits spürbare Auswirkungen in Bezug auf eine erhöhte Patientenakzeptanz (In Klammern der Anteil der Ärzte, die laut Befragung eine Verbesserung feststellen):

- Operationen ambulant vs. stationär (29,2 %)
- Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (55,7 %)
- Zusammenspiel von HZV- und Facharztverträgen (28,9 %)

Ferner wird auch eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation mit Patienten von jeweils rund 30 Prozent der befragten Ärzte festgestellt; eine höhere Patientenbindung konstatieren sogar rund 40 Prozent der HZV-Ärzte. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass die meisten Patienten sich von ihrem Hausarzt bereits gut betreut fühlen. Diese positiven Ergebnisse bestätigt grundsätzlich auch die Befragung von 2 527 Patienten aus 53 Praxen für beide Gruppen.

HZV-Patienten nehmen bei zwei wichtigen Punkten weitere Verbesserungen wahr: Zum einen wird dies anhand des Kriteriums „Körperliche Untersuchung“ festgemacht, zum anderen geben signifikant mehr Patienten an, häufiger Gesundheits- und Vorsorgeangebote von ihrem Arzt zu erhalten. Bemerkenswert ist zudem, dass vielen Patienten ihr Hausarzt seit Beginn des Vertrages zufriedener erscheint.

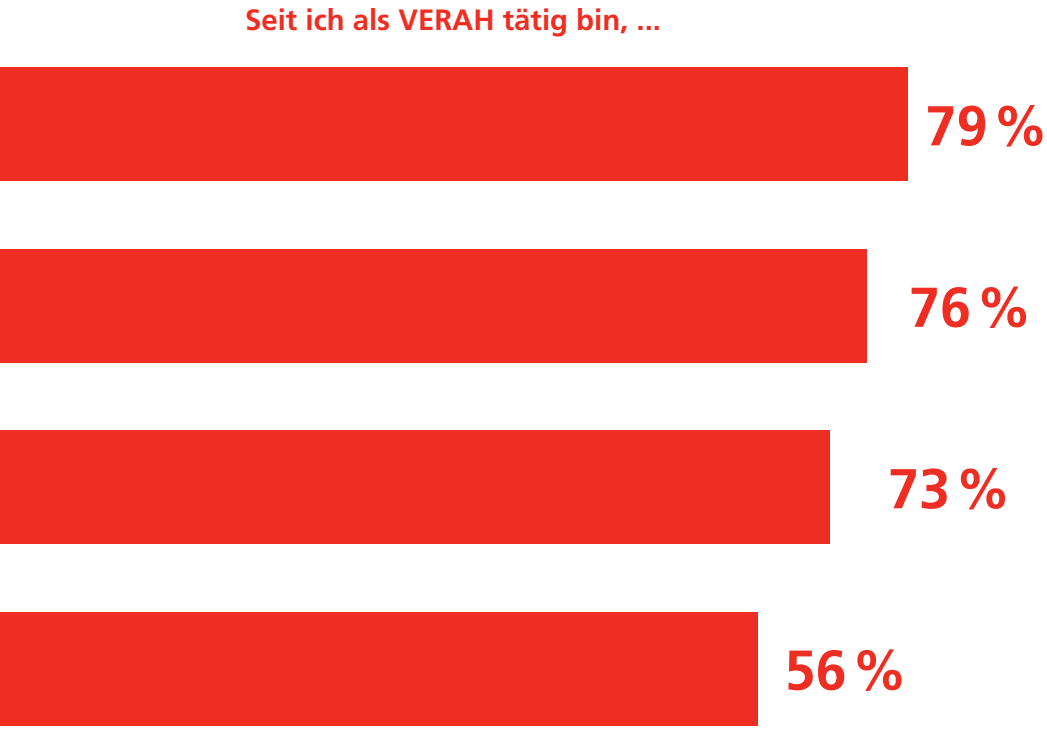
VERAH – positive Effekte in der Praxis



Quelle: F.M.Gerlach; Hauptstadtkongress Berlin, 15.06.2012

Wertvolle VERAHs

Im Rahmen der HZV übernehmen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAHs) häufiger spezifische Aufgaben (z. B. Hausbesuche) als in der Regelversorgung. Hausärzte werden dadurch spürbar entlastet. Ärzte und VERAHs beschreiben eine bessere Versorgung, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.



Allein in Baden-Württemberg haben sich inzwischen mehr als 1 000 Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen entsprechend fortgebildet. In der HZV beschäftigen 29 Prozent der Praxen eine VERAH.

Der AOK-Hausarztvertrag ist der erste Vertrag, in dem die Tätigkeit einer VERAH eigenständig vergütet wird: Für die Beschäftigung einer qualifizierten Versorgungsassistentin erhalten HZV-Praxen einen VERAH-Zuschlag von fünf Euro pro chronisch krankem HZV-Versicherten im Quartal.

Im Arbeitspaket 3 der Evaluation wurde daher untersucht, welche Tätigkeiten die VERAHs in der HZV tatsächlich übernehmen und ob dies auch zu einer Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten beiträgt. Dazu wurden 909 VERAHs und deren Hausärzte befragt. Die VERAHs sind im Durchschnitt 40 Jahre alt und haben 18 Jahre Berufserfahrung. Nahezu drei Viertel sind in Landarztpraxen tätig.

Deutliche Entlastung des Hausarztes und verbesserte Patientenversorgung

Die Evaluation zeigt, dass die VERAHs den Hausarzt in allen gemessenen Kriterien wirksam entlasten. Untersucht wurden folgende Bereiche:

- Impfmanagement
- Medikationsmanagement
- Hausbesuche
- Protokolle
- Wundmanagement
- Geriatrisches Assessment

Vor allem bei chronisch Kranken führt der verstärkte Einsatz von VERAHs zu einer besseren Versorgung und zu einer spürbaren Entlastung des Hausarztes. Einig sind sich die befragten Ärzte und VERAHs daher auch in der positiven Gesamtbeurteilung, wie die Grafik verdeutlicht.

Gute Noten bei Herzinsuffizienz

Patienten mit Herzinsuffizienz erhalten signifikant häufiger eine medikamentöse Therapie gemäß aktueller hausärztlicher Leitlinie (DEGAM). Eine weitere Versorgungsverbesserung durch Qualitätszirkel wurde nicht festgestellt.

Die demografische Entwicklung führt seit Jahren dazu, dass auch die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz zunimmt. Im 4. Arbeitspaket der Evaluation wurden dazu zwei Fragestellungen untersucht: Frage 1 begutachtete das Versorgungsniveau bei diesem kostenintensiven Krankheitsbild, das nicht immer entlang aktueller, wissenschaftlich belegter Empfehlungen therapiert wird.

Dazu wurden knapp 46 000 anonymisierte Routinedaten von Patienten mit der Diagnose „Herzinsuffizienz“ ausgewertet. Angaben zum Schweregrad der Erkrankung sowie zu den Arzneimitteldosierungen lagen den Wissenschaftlern in dieser Sekundäranalyse nicht vor.

In der zweiten Frage wurde untersucht, ob die Implementierung der DEGAM-Leitlinie „Herzinsuffizienz“ durch die in der HZV vorgeschriebenen Qualitätszirkel verbessert wird. Die Leitlinie wurde seit September 2009 in den Qualitätszirkeln der Hausärzte in Baden-Württemberg bearbeitet.

Etwas höhere Versorgungsquote in der HZV

Der Vergleich der Behandlungsdaten von HZV-Patienten mit denen von Patienten, die außerhalb der HZV behandelt wurden, zeigt, dass die Patienten in beiden Gruppen bereits auf einem hohen Niveau versorgt werden. Allerdings sind die Verordnungen von ACE-Hemmern bzw. AT1-Blockern sowie von Beta-Blockern bei den Patienten in der HZV noch etwas höher und der Anteil unbehandelter Patienten geringer. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Patienten mit Herzinsuffizienz in der HZV deutlich häufiger auch in einem oder mehreren Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind. Daraus kann man schließen, dass Patienten mit Herzinsuffizienz in der HZV insgesamt besser versorgt werden.

Bei der zweiten Fragestellung wurden keine weiteren signifikanten Unterschiede in der Versorgung festgestellt.

Als mögliche Ursache führen die Forscher unter anderem an, dass die DEGAM-Leitlinie „Herzinsuffizienz“ schon seit 2006 verfügbar ist und dadurch ein gewisser „Kontaminationseffekt“ zu berücksichtigen sei. Trotz dieser Ergebnisse seien die Qualitätszirkel ein wichtiger Bestandteil der HZV, der zu einer kontinuierlichen Versorgungsverbesserung beiträgt.

Hyo-Lung Kang in *Slice to Sharp* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Kommentar von Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.
Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg

Das sagt der Versorgungsforscher: Die HZV stärkt den Hausärzten den Rücken

Die vorliegenden Ergebnisse der HZV-Evaluation stammen aus der Aufbauphase der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Sie stellen also nur einen Zwischenstand dar. Gleichwohl rechtfertigt diese erste Bestandsaufnahme die Aussage: „Chronisch Kranke werden im Südwesten besser versorgt“.

Um die Ergebnisse der HZV-Evaluation einordnen zu können, muss man wissen, dass der überwiegende Teil der HZV-Versicherten im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung älter und auch häufiger schwer chronisch erkrankt ist. Die Einschreibequoten in strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, also in Disease-Management-Programme (DMPs), sind in der HZV deutlich höher als in der Regelversorgung. Dementsprechend ist auch die Inanspruchnahme der Hausärzte in der HZV zunächst höher als in der Regelversorgung.
Man kann jedoch erwarten, dass die Inanspruchnahme im weiteren Verlauf wieder etwas zurückgeht. Das wäre aber kein Problem, denn wir haben in Deutschland nicht die Situation, dass Patienten zu wenige Kontakte zu Ärzten haben. Viel wichtiger als die Zahl der Arztkontakte ist die Frage, was beim Arztbesuch geschieht. Und hier weist die Evaluation darauf hin, dass die Patienten in der HZV besser und intensiver betreut werden.

Hausärzte übernehmen Versorgungsverantwortung

Im Zusammenhang mit der Einführung einer pauschalierten Vergütung wird häufig der Verdacht geäußert, Pauschalen führten zu Fehlanreizen. Das Gegenteil ist der Fall. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Hausärzte die Hände nicht in den Schoß legen, sondern Verantwortung für die Versorgung ihrer Patienten übernehmen.

Die rückläufigen Zahlen bei der Inanspruchnahme unkoordinierter Facharztbesuche belegen, dass die Lotsenfunktion des Hausarztes auch von den Patienten akzeptiert wird. Dadurch werden die Fachärzte entlastet und haben mehr Zeit für dringliche Fälle. Das trägt zu einer gezielteren und koordinierteren Versorgung bei.

In der HZV gibt es eine Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, insbesondere die Versorgung chronisch Kranker strukturierter zu gestalten. Dass diese Maßnahmen wirken, zeigen nicht nur die höheren Einschreiberaten von HZV-Patienten in die DMPs, sondern auch die Veränderungen in der Pharmakotherapie im Hinblick auf Mehrfachverordnungen und Arzneimittel-Interaktionen. Patienten mit Herzinsuffizienz erhalten signifikant häufiger eine medikamentöse Therapie gemäß aktueller hausärztlicher Leitlinie der DEGAM.

Dass in der Evaluation keine weitere Verbesserung durch die Pharmakotherapiequalitätszirkel festgestellt werden konnte, liegt primär an dem ohnehin schon sehr hohen Ausgangsniveau in dieser Indikation.

Nachhaltige Investitionen in Qualitätsverbesserung zeigen Wirkung – auch beim Nachwuchs

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer steigenden Zahl chronisch Kranker besteht die Notwendigkeit, eine belastbare, nachhaltige und gut aufgestellte Primärversorgung zu haben. Aus Befragungen von Medizinstudierenden und Weiterbildungsassistenten wissen wir, dass der ärztliche Nachwuchs ein großes Interesse daran hat, in einer gut organisierten Arztpraxis zu arbeiten. In der HZV gibt es viele zusätzliche Anreize, die dazu beitragen, die Praxen zukunftsfähiger zu machen.

Das gilt für das Qualitätsmanagement, die Mitarbeit in Qualitätszirkeln oder die Vernetzung und strukturierte Kooperation von Hausärzten und Fachärzten durch die Anbindung von Selektivverträgen nach Paragraf 73c SGB V an die HZV. Selektivverträge ermöglichen dem Hausarzt einen besseren Zugang zur Facharztebene und im Ergebnis kürzere Wartezeiten für seine Patienten auf einen Facharzttermin.

Dass in Baden-Württemberg erstmals ein Kostenträger auch in die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung investiert, ist außergewöhnlich. Den Rahmen hierfür bildet die HZV. Weiterbildungsbefugte Hausärzte erhalten in der HZV einen Zuschlag auf die kontaktunabhängige Pauschale P1, wenn sie einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen, der an der strukturierten „Verbundweiterbildung Plus“ teilnimmt. An diesem sehr erfolgreichen Programm nehmen inzwischen mehr als 250 Ärzte in Weiterbildung teil. Die Nachfrage, auch von jungen Ärztinnen und Ärzten aus anderen Bundesländern oder dem Ausland, ist sehr groß.

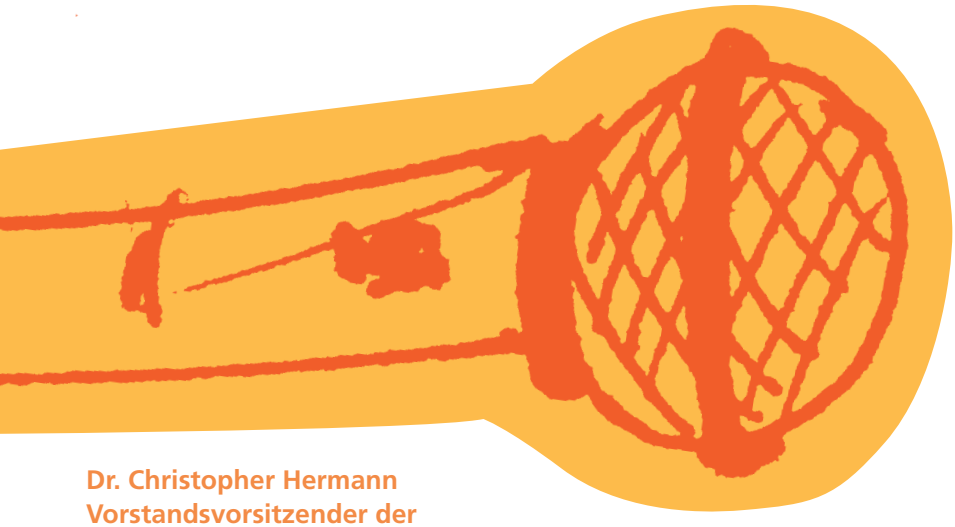
Die HZV gibt den Praxen auch Anreize, ihre Medizinischen Fachangestellten zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) zu qualifizieren. VERAHs entlasten den Hausarzt etwa bei der Betreuung chronisch Kranker. Jede dritte HZV-Praxis in Baden-Württemberg beschäftigt bereits eine VERAH. Das führt nicht nur zu einer beruflichen Aufwertung der Mitarbeiterinnen, sondern stärkt auch die Praxen. Zusätzlich gibt es mittlerweile ein Angebot für Praxismitarbeiterinnen, sich im Case Management ausbilden zu lassen.

Ein wesentliches Element der HZV sind die strukturierten Qualitätszirkel, zu denen sich die Ärzte viermal im Jahr treffen. Inzwischen gibt es flächendeckend mehr als 400 dieser Gruppen. Die Qualitätszirkel werden von geschulten Moderatoren geleitet, zentral vom AQUA-Institut vorbereitet und mit Unterlagen ausgestattet. Jeder teilnehmende Arzt bekommt regelmäßig einen Feedback-Bericht über seine Arzneimittelverordnungen und evidenzbasierte Informationen und Leitlinien zu wichtigen hausarztrelevanten Themen. Darüber hinaus sind die Qualitätszirkel auch ein Forum, für den Austausch wesentlicher Vertragsinhalte und Vertragsziele. So kann sichergestellt werden, dass sich Versorgung in der gesamten HZV gleichmäßig weiterentwickelt.

Der Kurs stimmt – weitere Verbesserungen werden folgen

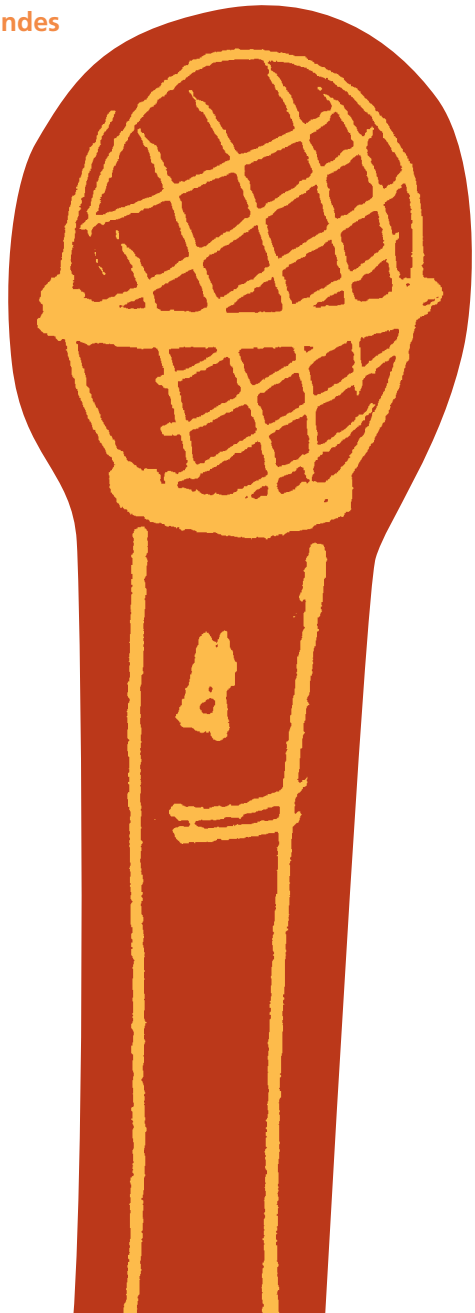
Auch wenn die Evaluationsergebnisse nur einen vergleichsweise kurzen Beobachtungszeitraum umfassen, lässt sich schon jetzt feststellen, dass die HZV in Baden-Württemberg mit der Implementierung klarer Qualitätsanforderungen im Hinblick auf Strukturen und Prozesse zu einer Verbesserung der Versorgung führt. Es wurde in kurzer Zeit bereits deutlich mehr erreicht als in den Hausarztverträgen der 1. und 2. Generation, weil die HZV als wirklicher Vollversorgungsvertrag dem Leitgedanken des Paragrafen 73b SGB V Rechnung trägt: In den Praxen wurden organisatorische Veränderungen angestoßen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung beitragen. Die HZV stärkt den Hausarzt dadurch in seiner Rolle als Koordinator der Versorgung. Dieser Aspekt wird nach der Abschaffung der Praxisgebühr noch zusätzlich an Bedeutung gewinnen.

Die Entwicklung ist aber sicher noch nicht abgeschlossen. Die HZV ist ein lernendes System, weitere Evaluationen, die in den kommenden Jahren folgen, werden zeigen, wo noch nachjustiert werden muss.



Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK Baden-Württemberg

Dr. Berthold Dietsche
Landesvorsitzender des
Hausärzteverbandes



Es anders besser machen: die Architekten der Neuen Versorgung im Gespräch

Hausarzt- und Facharztverträge sind als zweites Versorgungsstandbein aus der ambulanten Versorgung Baden-Württembergs nicht mehr wegzudenken. Die Anfangsinvestitionen in die HZV lohnen sich in jeder Hinsicht und zeigen Wirkung. Doch der im GKV-Finanzierungsgesetz festgelegte Refinanzierungsvorbehalt des Paragrafen 73b ist ein Innovationshemmnis, der den weiteren Wettbewerb um eine bessere hausärztliche Versorgung lahm zu legen droht. Im Interview erläutern Dr. Christopher Hermann, Dr. Berthold Dietsche und Dr. Werner Baumgärtner wesentliche Aspekte der HZV und der Facharztverträge.

Frage: Ist die HZV das Versorgungsmodell der Zukunft?

Dr. Christopher Hermann: Davon sind wir als größte Versorgerkasse in Baden-Württemberg gemeinsam mit unseren ärztlichen Partnern überzeugt. Die HZV in Baden-Württemberg ist im Übrigen schon längt kein Modell mehr, sondern eine fest etablierte Versorgungsstruktur mit weit über einer Million Patienten. Wir werden künftig in Deutschland noch mehr chronisch Kranke und noch mehr multimorbide Menschen haben, die intensiver versorgt werden müssen. Das erfordert eine umfassende, auf die Versorgungsprobleme vor Ort abgestimmte Koordinierung und Kooperation, die sinnvoll nur von der primärärztlichen Versorgungsebene ausgehen kann. Die Regelversorgung ist mit ihren zentralistischen Strukturen dazu nicht in der Lage und hat seit Langem wesentlich dazu beigetragen, dass sich der Hausarzt bundesweit auf einem absteigenden Ast befindet.

Für uns in Baden-Württemberg hat die Zukunft mit dem Start des ersten Vollversorgungsvertrages außerhalb des KV-Systems schon vor fast fünf Jahren begonnen. Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen uns jetzt eindrucksvoll in unserem eingeschlagenen Kurs. Sie zeigen, dass es in Deutschland eine bessere ambulante Versorgung geben kann. Man muss es nur wollen und entsprechend handeln

Frage: Überraschen Sie die Ergebnisse der HZV-Evaluation?

Dr. Berthold Dietsche: Die Ergebnisse freuen mich, kommen aber nicht ganz überraschend. Aus vielen Gesprächen und Veranstaltungen mit den rund 3 500 teilnehmenden Hausärzten wissen wir, dass die Akzeptanz des Hausarztvertrags der AOK Baden-Württemberg sehr hoch ist. Die teilnehmenden Ärzte im Südwesten sind sehr zufrieden, weil sie von Bürokratielast und dem Hamsterrad der Fünf-Minuten-Medizin befreit sind. Außerdem erhalten sie endlich für alle Patienten ein faires und planbares Honorar, was die Regelversorgung seit Jahren nicht mehr bieten kann. Dadurch steigern die Hausarztverträge den Wert einer Praxis, weil die Einnahmen höher sind und die betriebswirtschaftliche Planbarkeit langfristig sichergestellt ist.

Dr. Werner Baumgärtner
Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg

Es geht uns Hausärzten aber nicht nur um eine angemessene Vergütung beziehungsweise ums Geld allein, wie Kritiker gerne behaupten. Uns ist wichtig, dass der Hausarztberuf durch die HZV insgesamt aufgewertet und systematisch gestärkt wird. Das ist wichtig, um die Trendwende in puncto Nachwuchsmangel einzuläuten. Da finanzielle Anreize allein aber nicht ausreichen, haben wir in Baden-Württemberg im Jahr 2012 übrigens zusätzlich eine integrierte Initiative zur Nachwuchsförderung gestartet, die von vielen Partnern unterstützt wird (Anmerkung der Redaktion: weitere Informationen dazu unter www.perspektive-hausarzt-bw.de)

Frage: Zur ambulanten Versorgung gehören auch die Fachärzte.

Dr. Werner Baumgärtner: Richtig. Für uns steht im Zentrum der Selektivverträge die langfristige Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dazu bedarf es einer ausreichenden Anzahl qualifizierter und motivierter Hausärzte, die

Dr. Christopher Hermann

noch umfassender als in der Vergangenheit mit ebenso qualifizierten und motivierten Fachärzten zusammenarbeiten. Nur im engen Zusammenspiel von Hausarzt- und Facharztverträgen sind Verbesserungen der Patientenversorgung und Kosteneinsparungen bei veranlassten Leistungen, insbesondere bei Arzneimitteln und Krankenhauseinweisungen, möglich. Auch bei den Facharztverträgen darf nicht vergessen werden, dass wir hier zusammen mit den beteiligten Verbänden und den Kassen gänzlich andere und innovative Versorgungsstrukturen definiert haben. Das erfordert Zeit und die laufende Überprüfung und Anpassung. Kardio- und Gastrovertrag laufen mit über 100 000 Patienten bereits seit 2010 bzw. 2011 erfolgreich und der PNP-Vertrag mit dem Modul Psychotherapie ist Mitte 2012 gestartet. Anfang 2013 starten auch die Module Neurologie und Psychiatrie und der Orthopädievertrag dürfte Mitte 2013 folgen.

Frage: Geht es bei der HZV nicht auch um Einsparungen?

Dr. Christopher Hermann: Klare Antwort: Nein. Die HZV ist kein Sparmodell. Es geht darum, bessere Strukturen zu schaffen, und zwar für alle Beteiligten. Die Bevölkerung wird älter und die Zahl der multimorbiden Patienten steigt. Das kann nicht mit Einsparungen verbunden sein. Wir müssen das Geld dort wegnehmen, wo es heute falsch ausgegeben wird und es dorthin bringen, wo es für die Versorgung benötigt wird. Wir haben als AOK allein im Jahr 2011 in der HZV 250 Millionen Euro ausgegeben. 83 Prozent davon sind der Versorgung von chronisch Kranken zugutegekommen. 72 Prozent der Ausgaben wurden über die Bereinigung der Gesamtvergütung bei der KV gegenfinanziert. Die restlichen 70 Millionen stammen aus Einsparungen im Arzneimittelbereich, bei Doppeluntersuchungen, bei veranlassten Leistungen und auch bei Krankenhauseinweisungen. Das ist also gut angelegtes Geld für eine Versorgerkasse. Diesen Weg werden wir konsequent fortsetzen.

Was hat sich durch die HZV noch verändert?

Dr. Berthold Dietsche: Die Teilnahme an den Hausarztverträgen stellt einen Paradigmenwechsel in der Versorgung dar. Für die teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sind dazu eine Reihe organisatorischer Umstellungen und erhebliche Investitionen in verschiedenen Bereichen nötig,

Dr. Werner Baumgärtner

was von Außenstehenden häufig unterschätzt wird. Das betrifft zum einen Ausgaben für die Professionalisierung der Mitarbeiter und die Bereitstellung der notwenigen EDV-Infrastruktur; außerdem die Reorganisation vieler Strukturen und Abläufe. Besonders erwähnen möchte ich an dieser Stelle die regelmäßigen Pharmakotherapiezirkel. Aus meiner Sicht gibt es gerade in puncto Koordinierung der Arzneimittelverordnungen noch einen vergleichsweise hohen Verbesserungsbedarf. In den Qualitätszirkeln findet eine sehr intensive Auseinandersetzung und Diskussion im Kollegenkreis statt, der hier im Zusammenspiel mit den Facharztverträgen für eine nachhaltige Versorgungsverbesserung sorgt.

Frage: Stichwort unkoordinierte Versorgung. Was ist durch den Hausarzt- und Facharztverträge noch besser geworden?

Dr. Werner Baumgärtner: Ich bin ein großer Freund von Schnittstellendefinitionen und von Koordinierung. Im GKV-System erbringen nicht nur Fachärzte viele Leistungen, die wegen der Budgetierung und der Abstaffelungen gar nicht bezahlt werden. Durch eine koordinierte Versorgung ist klar definiert, welche Leistungen Haus- und Fachärzte erbringen. Das nützt dem Patienten und schont die finanziellen Ressourcen. Wir tun alles, um das Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten zu verbessern. Krankenhauseinweisungen stellen die letzte Möglichkeit dar. Dabei ist für mich auch sehr wichtig, dass Kassen und Ärzte auf Augenhöhe zusammenarbeiten und Probleme gemeinsam lösen, statt sie öffentlich zu diskutieren.

Frage: Welchen politischen Stellenwert haben aus Ihrer Sicht die Ergebnisse der Evaluation?

Dr. Christopher Hermann: Wir haben in Baden-Württemberg vor fünf Jahren mit dem Qualitätswettbewerb Ernst gemacht, aber hier ist auch kein Wunder geschehen. Das von den Wissenschaftlern festgestellte positive Zwischenergebnis zum HZV-Vertrag ist das Resultat vorausschauender und konsequenter Arbeit, was auch woanders möglich wäre. Davor kann die Politik nicht die Augen verschließen. Sie hat in der Vergangenheit die Behauptungen von Gegnern der HZV nur allzu willig aufgenommen und ihr – übrigens zu einem Zeitpunkt, bevor überhaupt irgendein Ergebnis vorliegen konnte – mit dem GKV-Finanzierungsgesetz de facto den Garaus gemacht. Wer behauptet, dass durch die Änderung des Paragrafen 73b für Selektiv- und Kollektivvertrag jetzt gleiche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, unterschlägt, dass das Altsystem 50 Jahre Investitionsvorsprung hat. Für wirklich Neues, wie die Einführung der HZV-Verträge, bedarf es zwingend eines Investitionsvorlaufes. Über uns schwebt jetzt das Damoklesschwert der rechtlichen Vorgabe, nach der wir ab Mitte 2014 nicht mehr in die HZV investieren dürfen. Das muss dringend wieder raus aus dem Gesetz.

Dr. Berthold Dietsche

Drs. Albertus Arends, Heidelberg

Dr. Volker Pfisterer, Hemsbach

Neue Perspektiven für Hausärzte

Im fünften Jahr nach Start des bundesweit ersten Hausarztvertrags in Baden-Württemberg ist die HZV für viele teilnehmende Hausärzte nicht mehr wegzudenken: Mitmachen lohnt sich sowohl für Praxen als auch für ihre Patienten – im städtischen Bereich genauso wie in ländlichen Regionen.

Dr. Volker Pfisterer ist seit dem Start des AOK-Hausarztprogramms dabei. Der Allgemeinmediziner praktiziert in einer Gemeinschaftspraxis im 12 000-Seelen-Städtchen Hemsbach im Nordwesten Baden-Württembergs und nimmt an allen Hausarztverträgen dort teil. Vorteile gegenüber dem KV-System sieht er unter anderem bei Abrechnung und Bürokratie: „Die Entwicklung beim Praxisumsatz ist durchweg positiv. Im KV-System kann man Leistungen erbringen so viel man will, aber aufgrund des festgesetzten Regelleistungsvolumens wird das ab einem bestimmten Punkt einfach nicht mehr vergütet. In der HZV kann dagegen jede erbrachte Leistung auch abgerechnet werden.“ Das hat konkrete Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, von der auch die Patienten profitieren. Der Arzt kann sich mehr Zeit nehmen und ist besser motiviert. „Je zufriedener man ist, desto besser arbeitet man natürlich auch. Umgekehrt liefern frustrierte Ärzte auch schlechtere Ergebnisse“, ist Pfisterer überzeugt.

HZV schützt Patienten vor unnötigen Untersuchungen und Therapien

Das bestätigt auch sein Kollege Drs. (NL) Albertus Arends, der in der Universitätsstadt Heidelberg praktiziert. „Ich nehme mir mehr Zeit für die Beratung und Betreuung der HZV-Patienten, dafür bekomme ich ja auch mehr Geld. Damit sorge ich dafür, dass die Patienten nicht gleich bei jeder Bagatelle zum Facharzt müssen.“ Darin sieht er eine der Hauptaufgaben der HZV: den Schutz der Patienten durch den Hausarzt vor medizinisch-technischen Untersuchungen, die nicht nötig sind, vor Überdiagnostik und Übertherapie.

Unterstützt wird der Hausarzt durch die Fortbildungsangebote in der HZV. Dazu gehört vor allem die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln. Diese stehen zwar allen Hausärzten offen, Arends, der auch als Qualitätszirkel-Moderator und Lehrbeauftragter der Universität Heidelberg tätig ist, weiß jedoch: „In den Qualitätszirkeln sitzen hauptsächlich HZV-Ärzte drin.“ Seine Schlussfolgerung: „Wer qualitativ hochwertige Medizin liefern will, der ist in der Regel auch in der HZV.“

Mündige Patienten durch die HZV

Ein weiterer Effekt der HZV sind für Arends mündige Patienten. Denn für aufgeklärte Patienten, die in der Lage sind, über ihre Therapie gemeinsam mit dem Arzt zu entscheiden, sind laut Arends drei Faktoren wichtig: Das nötige Know-how des Arztes, sichergestellt durch regelmäßige Fortbildungen in der HZV, Zeit, den Patienten eingehend zu beraten, und sinnvolle Angebote, mit denen der Arzt dem Patienten medizinische Sachverhalte anschaulich erläutern kann. „Neulich kam ein Patient, der etwas über die Messung der Gefäßwanddicke der Halsschlagader zur Bestimmung des Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos gehört hatte. Eine Leistung, die normalerweise vom Patienten selbst bezahlt werden muss“, verdeutlicht Arends an einem Beispiel. „Dem konnte ich erklären, dass das weit weniger bringt als das ARRIBA-Programm, mit dem sich anschaulich und aussagekräftig – zudem für Teilnehmer am AOK-Hausarztprogramm kostenlos – das persönliche Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ermitteln lässt.“

HZV-Software vereinfacht Abrechnung und Kodierung

Entgegen mancher Vorurteile gegenüber der HZV, die vereinzelt immer noch kursieren, erhöht sich der Aufwand in den Praxen durch die HZV-Abrechnung neben der KV-Abrechnung nicht. Im Gegenteil: „Die Abrechnung funktioniert einfacher in der HZV, denn sie erfolgt komplett online über den Konnektor“, sagt Hausarzt Pfisterer aus Hemsbach. Die Diagnoseeingabe sei zudem erleichtert, da auf die Eingabe von Klartext oder IDC-10-Ziffern sofort Diagnosevorschläge folgen. „Patienten werden dann gleich richtig kodiert“, erklärt Pfisterer. Stadtarzt Arends plagen immer noch Probleme mit der Vertragssoftware. „Ich weiß aber aus den Qualitätszirkeln, dass ich mit meinen Softwareproblemen eher eine Ausnahme bin, bei den meisten anderen Kollegen laufen die Programme mittlerweile problemlos“, berichtet er.

Bessere Vergütung hilft Chronikern

Ein weiterer Pluspunkt ist die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, kurz VERAH. Die Beschäftigung einer VERAH wird in den Hausarztverträgen durch Zuschlag auf die Chronikerpauschale extra vergütet. Pfisterer beschäftigt zwei VERAHs in seiner Praxis. Sie machen zwar keine Hausbesuche, haben laut Pfisterer aber „innerbetriebliche Bedeutung“. „VERAH bedeutet generell eine Kompetenz-Verbesserung der Medizinischen Fachangestellten“, ist seine Beobachtung.

Dass chronisch Kranke besonders von der HZV profitieren, liegt zum einen an der VERAH, zum anderen aber auch an der Honorarstruktur der Hausarztverträge. Die bessere Vergütung für die notwendige intensivere Betreuung macht sich hier bezahlt. Ein Grund, warum Hausarzt Arends aus Heidelberg auch insbesondere ältere und chronisch Kranke in die HZV einschreibt. „Für diese Patienten ist die intensive Beratung und Betreuung, die Hausarztverträge ermöglichen, besonders wichtig“, argumentiert er. Dass die meisten eingeschriebenen Patienten in seiner Praxis AOK-

versichert sind, hat seinen Grund nicht nur in der Alterstruktur der AOK-Versicherten. Das „Original“ in Sachen Hausarztvertrag punktet unter anderem mit einer besonders realitätsbezogenen Definition des Begriffes „chronisch krank“, also der Patienten, auf die die Chronikerpauschale angewendet werden kann.

Auch junge Versicherte profitieren von Hausarztverträgen

In Bezug auf die Patientengruppen, die besonders von der HZV profitieren, räumt Arends jedoch ein, dass der Schutz vor Übertherapie und die Eingrenzung des sogenannten Ärzte-Hoppings gerade auch für junge Versicherte von Vorteil ist. Sie tendieren eher dazu, gleich zu einem Facharzt zu gehen, auch wenn dies nicht nötig ist. Ein Grund, weshalb Kleinstadtarzt Pfisterer auch keinen Unterschied beim Einschreiben der Patienten macht. Bei ihm nehmen Patienten jeden Alters an den Hausarztverträgen teil.

Bessere Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten

Jungen wie alten Patienten kommt daneben auch die verbesserte Kommunikation zu Fachärzten zugute, vor allem im Rahmen der an das AOK-Hausarztprogramm angegliederten Facharztverträge. Das fängt in der Hausarztpraxis an: „Wir stellen nicht einfach eine Überweisung aus, sondern stellen konkrete Anfragen“, nennt Arends positive Veränderungen in der eigenen Praxis. „Der Arztbrief vom Facharzt an den Hausarzt und die Kooperation bei der Medikation – das funktioniert erst in der HZV mit Facharztverträgen so richtig.“ Durch die Facharztverträge ist genau festgelegt, wer welchen Part der Behandlung übernimmt. Eine enge Zusammenarbeit ist also unabdingbar; auch das habe die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten verbessert, ist seine Einschätzung.

Verbesserungspotenzial bei Prävention und Hausbesuchen

Freilich gibt es auch einige Punkte, bei denen beide Hausärzte noch Verbesserungspotenzial sehen, allen voran eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Verträge. Pfisterer sieht außerdem Optimierungsbedarf bei der Vergütung von Impfungen, Präventionsleistungen und Laboruntersuchungen, die er derzeit nicht beziehungsweise nicht ausreichend in den Hausarztverträgen berücksichtigt sieht. Auch die Hausbesuche könnten besser honoriert werden. „Stadtpraxen betrifft das tendenziell weniger, da hier fast keine Hausbesuche gemacht werden müssen“, erläutert er. Auf dem Land seien Hausbesuche dagegen häufig notwendig und aufgrund der hohen Benzinpreise sehr kostspielig. „Hier sollte eine Spezialzulage ab einer bestimmten Menge an Hausbesuchen in den Vertrag aufgenommen werden, besonders bei weiten Strecken auf dem flachen Land“, schlägt er vor.

HZV wertet den Hausarztberuf auf

Alles in allem aber stehen beide Kollegen voll hinter der HZV. „Unglaublich positiv“, findet Pfisterer diese Versorgungsform, die es ohne das Engagement des Hausarztverbandes, von MEDI und der AOK nicht gebe. „Eine herausragende Leistung, vor der ich den Hut ziehe“, resümiert er. Baden-Württemberg habe hier eine Leuchtturmfunktion für ganz Deutschland inne. Das sieht auch Arends so: „Die HZV ist das Modell der Zukunft.“ Der Hausarzt werde durch die Koordination der Behandlung und Qualitätsverbesserungen im Rahmen der Fortbildung deutlich aufgewertet, konkretisiert er. Von herausragender Bedeutung sei auch die Tarifautonomie: „In der KV haben die Fachärzte die Mehrheit, und wenn es ums Verteilen von Geld geht, sind Hausärzte oft benachteiligt. Bei der HZV verhandeln wir selber.“ Und besseres Honorar für den Arzt bedeute auch größeren Spielraum beim Gehalt der Praxismitarbeiterinnen, führt Arends einen weiteren Pluspunkt ins Feld.

Fazit: Von der HZV haben alle Beteiligten etwas, am allermeisten die Patienten. Denn ihre Behandlung wird strukturierter und qualitativ besser. Und: Die Aufwertung des Hausarztberufes durch die HZV könnte wieder mehr Nachwuchsmediziner zur Wahl des Fachs Allgemeinmedizin veranlassen und so dafür sorgen, dass eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung auch in Zukunft erhalten bleibt.

Neuer Service im AOK-Hausarztprogramm

Die HZV wird ständig weiterentwickelt und an neue Anforderungen in der Gesundheitsversorgung angepasst. Seit November steht Teilnehmern am AOK-Hausarztprogramm, die an leichter bis mittelgradiger Depression oder Bluthochdruck leiden, nach Empfehlung durch den Hausarzt eine kostenfreie Onlineschulung offen. Sie wird von HausMed, einer Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes, angeboten. Teilnehmer an den jeweils zwölfwöchigen Schulungsprogrammen werden von ihrem Hausarzt und einer VERAH unter anderem durch regelmäßige Telefonanrufe als Motivationshilfe unterstützt.

Ambulant vor stationär: nicht ohne gute Fachärzte

Seit 2010 sind in Baden-Württemberg erstmalig in Deutschland Hausarzt- und Facharztverträge auf freiwilliger Basis miteinander verzahnt und bilden damit Versorgungseinheiten. Die enge Kooperation von Hausärzten und Fachärzten gemäß dem Motto „ambulant vor stationär" stärkt die wohnortnahe ambulante Versorgung und stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung dar.

„Etwa zehn Prozent unserer Versicherten, die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, suchen jährlich einen Kardiologen auf. Viele Herz-Kreislauf-Patienten können bei entsprechend qualifizierten und für die aufwendige Behandlung angemessen vergüteten Kardiologen ambulant statt stationär behandelt werden. Wir gehen davon aus, dass etwa 150 Millionen Euro pro Jahr für leichte Behandlungsfälle in den stationären Bereich fließen", so Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Der erste Facharztvertrag wurde deshalb folgerichtig im Bereich Kardiologie abgeschlossen, 2010 folgte der Vertrag für Gastroenterologie und 2011 der PNP-Vertrag (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie). An den Facharztverträgen Kardiologie, Gastroenterologie und Psychotherapie nehmen inzwischen mehr als 100 000 Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK sowie rund 700 Fachärzte und Psychotherapeuten teil (Stand: 20.11.2012).

Enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten

„Wir wollen und brauchen diese Vernetzung", sagt Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. „Denn ohne funktionierende Hausarztverträge gibt es keine Facharztverträge. Aber auch der HZV-Vertrag wird ohne die Facharztverträge politisch dauerhaft nicht überleben." Nur im engen Zusammenspiel von Hausarzt- und Facharztverträgen seien nachhaltige Verbesserungen der Patientenversorgung und Kosteneinsparungen bei veranlassten Leistungen, insbesondere bei Arzneimitteln und Krankenhauseinweisungen, möglich.

Die engere Zusammenarbeit von Hausarzt und Facharzt durch eine verbesserte Kommunikation ist Voraussetzung für eine vorausschauende und koordinierte Betreuung. Dazu gehören strukturierte Arztbriefe, eine verlässliche Befundübermittlung und eine schnellere Terminvergabe beim Facharzt.

Die Facharztverträge definieren auf der Grundlage leitlinienbasierter Behandlungspfade das Leistungsspektrum der Hausärzte. Vor einer Überweisung zum Facharzt soll

Katja Wünsche und Jason Reilly in *Othello* Fotografie: © Stuttgarter Ballett.

die diagnostische Abklärung so weit wie möglich in der Hausarztpraxis erfolgen. Bei einer geplanten stationären Einweisung soll nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zunächst der Facharzt eingeschaltet werden. Die medikamentöse Behandlung gemeinsamer Patienten wird eng zwischen Hausarzt und Facharzt abgestimmt.

„Selektivverträge auf der Basis eines Vollversorgungsvertrages eröffnen die Möglichkeit, viele Schnittstellen und Leistungsbereiche selbst zu definieren“, betont Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK). Laut Smetak können so Leistungen, die im EBM nicht oder nicht sinnvoll hinterlegt sind und die im Krankenhaus wesentlich besser bezahlt werden, über eine entsprechende Vergütung im Selektivvertrag in der ambulanten Versorgung weiterhin zur Verfügung gestellt werden (z. B. Im- und Explantation von Herzschrittmachern). Im KV-System sei das in dieser Form nicht möglich.

Erfahrungen der Teilnehmer

Nach Ansicht vieler Kardiologen profitieren vor allem schwer und chronisch Herzkranke. Das liege an der intensiveren Behandlung durch regelmäßige Untersuchungsintervalle und der höheren Versorgungsqualität, die der Selektivvertrag ermögliche. Er trage dazu bei, dass weniger Herz-Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden. Ähnlich das Urteil teilnehmender Gastroenterologen. Die höhere Vergütung im Facharztvertrag sichere die Existenz der Praxen und komme damit auch der Patientenversorgung zugute.

Bei seiner Entscheidung, sich in die 73c-Verträge für Gastroenterologen und für Kardiologen einzuschreiben, habe der Gedanke, damit den Wert der Praxis zu erhöhen, zwar nicht im Vordergrund gestanden, berichtet Dr. Günther Limberg, Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie aus Bad Wildberg. Er sei jedoch überzeugt, dass eine Praxis, die gut strukturiert ist, die sich dem Netzgedanken geöffnet, ihre EDV-Struktur angepasst und sich der Kooperation mit den Kollegen verschrieben hat, „mit Sicherheit besser dasteht“. Auch bei der Beurteilung, wie sich der Umsatz einer Praxis zusammensetzt und wie nachhaltig das Einkommen ist, spielen nach Limbergs Auffassung die Selektivverträge eine wichtige Rolle. „Die 73c-Verträge bieten ein sicheres Einkommen, das es bei der KV in der Form nie gab“, sagt Limberg.

Hauptvorteile für die eingeschriebenen Patienten sehen die teilnehmenden Ärzte im Wegfall der Zuzahlungen bei rabattierten Arzneimitteln, schnellerer Terminvergabe und der Betreuung aus einem Guss.

Facharztverträge – auch ein lernendes System

Ebenso wie beim HZV-Vertrag gab es anfänglich Probleme mit der Vertragssoftware, die zur reibungslosen Umsetzung und zur Abrechnung erforderlich ist. Diese Probleme variierten je nach Anbieter und sind mittlerweile weitgehend gelöst, sodass sie heute kein Grund mehr für eine Zurückhaltung bei der Vertragsteilnahme sein sollten.
Nach Maßgabe der praktischen Erfahrungen werden die Facharztverträge ebenso wie der HZV-Vertrag in enger Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Ärzteverbänden weiterentwickelt. „So lag im Kardiologie-Vertrag anfangs das Hauptaugenmerk auf den Indikationen Herzinsuffizienz, KHK, Herzrhythmusstörungen und Vitien“, erinnert Smetak. Inzwischen wird auch die Hypertonie als eine wichtige Indikation berücksichtigt. Zum 1. Oktober 2012 wurden daher zusätzlich eine Hypertoniepauschale von 25 Euro sowie ein Diagnostikzuschlag von 20 Euro eingeführt. Die Hypertoniepauschale zielt auf Patienten ab, bei denen die Behandlung oder Mitbehandlung durch den Kardiologen wegen Folgeerkrankungen einer Hypertonie medizinisch sinnvoll ist.

Die Honorarverbesserung erhöhe die Fallwerte, betont Baumgärtner. „Das kommt insbesondere den Fachinternisten ohne Schwerpunkt zugute. Wichtig ist, dass die vereinbarte Mehrvergütung nicht durch Umverteilung oder durch Einsparungen bei den teilnehmenden Ärzten zustande kommt, sondern durch zusätzliches Geld der Krankenkassen“, sagt Baumgärtner.

Eine weitere Verbesserung ist bereits zum 1. Juli 2012 in Kraft getreten. Seitdem können Fachärzte, die neue Patienten einschreiben, erbrachte Leistungen noch im gleichen Quartal abrechnen. Für Fachärzte, die Patienten beim ersten Kontakt umfassend untersuchen und vermutlich in nächster Zeit keinen weiteren Kontakt mit dem Patienten haben – was beispielsweise bei Vorsorgekoloskopien üblich ist – stellen die Einschreibung am selben Tag und die Sofortabrechnung einen wesentlichen Vorteil dar, der die Attraktivität der Selektivverträge weiter erhöht hat.

Alicia Amatriain und Roman Novitzky in *Il Concertone* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

„Perfekte Tanz- und Heilkunst erfordern viel Koordinationsvermögen“

Das Stuttgarter Ballett stellt sich vor

Seit 50 Jahren tanzt das Stuttgarter Ballett an der Weltspitze. Mit 70 Tänzern aus 23 Nationen und Gastspieleinladungen in aller Welt ist die Compagnie von der internationalen Ballettbühne nicht mehr wegzudenken. Das sehr breit gefächerte Repertoire begeistert sowohl Liebhaber des klassischen Balletts als auch Anhänger des zeitgenössischen Tanzes. Die Anzahl der Uraufführungen und die der renommierten Choreografen, die in Stuttgart neue Stücke kreiert haben, ist weltweit beispiellos. Die vielseitigen Tänzer der Compagnie, technisch wie dramatisch hochkarätig, sind gefragte Gäste auf den bedeutendsten Bühnen der Welt.

Ballett hat in Stuttgart eine traditionsreiche Geschichte, die bis ins 18. Jahrhundert zurückreicht. Im Jahr 1961 begann mit der Berufung des Choreografen John Cranko (1927 – 1973) zum Ballettdirektor eine neue Ära. Mit drei legendären Neuschöpfungen wurde Cranko zum genialen Erneuerer des Genres Handlungsballett: Romeo und Julia, Onegin und Der Widerspenstigen Zähmung. Beim ersten USA-Gastspiel des Stuttgarter Balletts im Jahr 1969 prägten amerikanische Kritiker den Begriff vom „Stuttgarter Ballettwunder“. Von 1976 bis 1996 leitete die große Ballerina Marcia Haydée die Compagnie. Reid Anderson, ehemals Solist unter Cranko, schreibt seit 1996 als Ballettintendant die Erfolgsgeschichte des Stuttgarter Balletts fort: Mit einem Spielplan, der sowohl der jüngeren Choreografen-Generation einen großen Stellenwert einräumt, als auch das reiche Cranko-Erbe pflegt.

Zwischen Allgemeinmedizinern und Balletttänzern erkennt Ballettintendant Reid Anderson durchaus gewisse Parallelen: „So wie unsere Tänzer vielseitig sein und mehrere Tanzstile von der Klassik bis hin zum Zeitgenössischen beherrschen müssen, ist der Hausarzt der vielseitigste unter den Medizinern. Tanz- und Heilkunst erfordern enormes Koordinationsvermögen gepaart mit viel Einfühlungsvermögen und dem Verständnis für komplexe Strukturen. Nicht zuletzt entsteht große Kunst nicht ohne die notwendige innere Leidenschaft, die aus dem Beruf eine Berufung macht. Das spüren Zuschauer wie Patienten gleichermaßen“, so der Intendant abschließend.

Im Februar 2013 hat der Ballettabend **TANZ//TÖNE** Premiere. Er vereint drei Choreografien, die zu großer Musik geschaffen wurden. John Crankos technisch anspruchsvolles Konzert für Flöte und Harfe war 25 Jahre lang nicht mehr auf der Bühne zu sehen. Mit dem Bravourstück Slice to Sharp stellte der zeitgenössische Choreograf Jorma Elo sich 2008 in Stuttgart vor. Hin- und mitgerissen ist das Publikum schließlich auch von der betörenden Expressivität in Maurice Béjarts Bolero.

KRABAT ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert. Der junge Choreograf Demis Volpi, der bereits international für Aufsehen sorgte, choreografiert sein erstes abendfüllendes Handlungsballett. Dabei widmet er sich mit KRABAT einem Klassiker der deutschen Jugendliteratur und damit einem Stoff, der vor allem auch junge Menschen anspricht. Außerdem fällt die Uraufführung am 22. März 2013 in das Jahr, in dem der Autor Otfried Preußler seinen 90. Geburtstag feiern wird.

Der Ballettabend **MEISTERWERKE**, der am 20. April 2013 seine Premiere feiert, vereint drei faszinierende Choreografien von George Balanchine, Jerome Robbins und Glen Tetley. Für einen der größten Theaterskandale des 20. Jahrhunderts sorgte die Uraufführung von Le Sacre du Printemps. Zum 100. Jubiläum von Strawinskys monumentaler Komposition präsentiert das Stuttgarter Ballett mit Glen Tetleys Choreografie eine der wichtigsten Interpretationen. Außerdem gezeigt werden Die Vier Temperamente (George Balanchine), ein weiterer Meilenstein der Tanzgeschichte des 20. Jahrhunderts, sowie Dances at a Gathering, Jerome Robbins‘ Hymne auf den Tanz.

Mit **OTHELLO** beschließt das Stuttgarter Ballett die Spielzeit 2012/13. Der 400 Jahre alte Theaterstoff Shakespeares inspirierte den Choreografen John Neumeier zu einer choreografisch einfallsreichen, dramaturgisch vielschichtigen, künstlerisch inspirierten, musikalisch auserlesenen und tänzerisch vollendeten Studie über menschliche Abgründe.

Alexander Zaitsev in *le Sacre du Printemps* Fotografie: © Stuttgarter Ballett

Auf den Punkt gebracht...

von Dr. med. Norbert Metke, KV-Vorsitzender Baden-Württemberg

Fünf Fragen an Dr. med. Norbert Metke, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Wie bewerten Sie die HZV-Evaluation aus der Sicht des Facharztes?
Die fachärztliche Inanspruchnahme wurde nicht reduziert, erfolgt aber selektiver. Und das ist gut für das Arbeitsfeld des spezialisierten Facharztes.

… und durch die Brille des KV-Vorsitzenden?
Es werden zum einen mehr Mittel für die Patientenversorgung zur Verfügung gestellt, was wir im Kollektivsystem erst noch anstreben, zum anderen werden Versorgungs-strukturen vorgelebt, die ein Ansporn für die Kollektivversorgung sein könnten.

Ihr Ratschlag an den Vorsitzenden der KBV?
Keinen. Dr. Köhler hat klar definiert, dass sich die Frage des Sinns einer parallelen kollektiven und selektiven Versorgung erst dann wieder stellt, wenn sich die Strukturen und Honorarbedingungen beider angeglichen haben. Und daran arbeiten wir im Kollektivsystem.

Was empfehlen Sie den Kassen außerhalb Baden-Württembergs?
Mehr Pragmatismus statt dialektischen Streit – nur halb so friedlich wie im Ländle wäre schon gut.

2013 – wie geht es weiter mit der HZV?
Teilnehmerzahl in Baden-Württemberg sowie die Ergebnisse der Evaluation sprechen klar für die HZV. Daran werden wir die verantwortlichen Politiker gerade im Wahljahr 2013 mit vereinten Kräften erinnern.

Impressum

Herausgeber:
AOK Baden-Württemberg,
Hausärzteverband Landesverband BW,
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG,
MEDI Baden-Württemberg,
MEDIVERBUND AG
Redaktion: Patzer PR GmbH, München
Umsetzung: Wegener Werbung GmbH, München

Weiterführende Informationen:
AOK Baden-Württemberg: www.aok-bw.de
Hausärzteverband Landesverband BW: www.hausarzt-bw.de
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft: www.hausaerzteverband.de
MEDI Baden-Württemberg und MEDIVERBUND AG:
www.medi-verbund.de
www.neue-versorgung.de