

# „Die HZV wird in fünf Jahre
# Zentrum der Versorgung ste

*Warum funktioniert eine Versorgungsinnovation wie die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V, eine neue Versorgungswelt jenseits der KV-Regelversorgung, ausgerechnet in Baden-Württemberg? Es ist nicht so, dass es Hausarztprogramme oder -modelle nicht auch anderswo in deutschen Landen gibt, aber erstens nicht so lang – aktuell immerhin 15 Jahre – und zweitens nicht derart konstant und obendrein ständig weiterentwickelt. Wichtig sei, so Johannes Bauernfeind, der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, dass die HZV nicht nur wirtschaftlicher ist als die sogenannte Regelversorgung, sondern mehr als 90 Prozent der freiwillig eingeschriebenen Patienten:innen „sehr zufrieden sind mit diesem Versorgungsangebot, wie wir es gestaltet haben".*

Im Interview: Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

n im

ehen“

>> Die am 8. Mai 2008 von der AOK Baden-Württemberg geleistete Vertragsunterschrift kann als Startpunkt des ersten Hausarzt-zentrierten Vertrags und durchaus auch als mögliche Blaupause für alle HZV-Verträge verstanden werden. Was ist in 15 Jahren in Baden-Württemberg aus diesem wettbewerblichen Aufbruch in eine Selektivvertragswelt ohne Beteiligung der KV geworden?

*„Die Vertragspartner können mit Stolz darauf blicken, dass sich diese positiven Ergebnisse wie ein roter Faden durch alle Evaluationen der vergangenen Jahre durchziehen.“*

Man kann mit Fug und Recht von einem Erfolgsmodell sprechen. Die Vertragspartner können auf eine sehr positive Entwicklung seit dem 8. Mai 2008 blicken. Das ist beispielsweise an der stetig wachsenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten abzulesen. Aber das primäre Ziel der HZV war und ist sowohl für sich gesehen als auch in Verbindung mit Facharztverträgen eine qualitativ bessere Versorgung unserer Versicherten. Und dass das gelungen ist, haben die Mitte Mai vorgestellten aktuellen Evaluationsergebnisse erneut bewiesen – vor allem chronisch Kranke profitieren durch weniger Klinikeinweisungen, kürzere Wartezeiten auf Termine bei Haus- und Fachärzten und eine bessere Koordination der Behandlung – zu den Details kommen wir später noch. Die Vertragspartner können mit Stolz darauf blicken, dass sich diese positiven Ergebnisse wie ein roter Faden durch alle Evaluationen der vergangenen Jahre durchziehen. Wir haben es geschafft, eine „Architektur“ einzuziehen, die dauerhafte Effekte hat und deren positive Wirkungen von Jahr zu Jahr wachsen. Die Langzeitanalysen bei chronisch Kranken und versorgungsbedürftigen Älteren zeigen, dass die Qualitätsunterschiede zugunsten der HZV-Versicherten über die Jahre stabil sind und sich in vielen Fällen noch weiter verbessern – die „Qualitätsschere“ öffnet sich zugunsten der HZV-Teilnehmerinnen und -teilnehmer. Unterm Strich nimmt die AOK Baden-Württemberg im Rahmen der eingegangenen Partnerschaft den Sicherstellungsauftrag – der bei Selektivverträgen auf die vertragsschließende Krankenkasse übergeht – in Form regionaler und individueller Lösungen verantwortungsvoll wahr.

Mittlerweile gibt es in Baden-Württemberg für 13 Facharztgruppen 8 Facharztverträge, an denen rund 3.200 Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen und 835.000 Versicherte der AOK und Bosch BKK teilnehmen. Ist das ein nahezu flächendeckendes Angebot oder ein auf einige Städte und/oder Metropolregionen fokussiertes?

Wir – damit meine ich die ärztlichen Vertragspartner und die AOK Baden-Württemberg gemeinsam mit der Bosch BKK – hatten von Anfang an den Anspruch, das Angebot flächendeckend zu etablieren. Es würde außerdem nicht unserem Grundsatz entsprechen, wenn wir ländliche und dünn besiedelte Regionen im Land außen vor lassen. Natürlich darf man auf der anderen Seite aber auch nicht die Augen vor der Realität verschließen. Es gibt immer mehr ältere Ärztinnen und Ärzte, die nach und nach in den Ruhestand gehen, es arbeiten immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Angestellten- und Teilzeitverhältnissen und durch den demografischen Wandel gibt es immer mehr ältere Patientinnen und Patienten und im Zuge dessen auch mehr „Versorgungsfälle“. Es wird immer schwieriger, hier die richtige Balance zu finden. Damit aber auch weiterhin in einem Flächenland wie Baden-Württemberg die ländlicheren Regionen ärztlich gut versorgt werden, entwickeln wir mit unseren Vertragspartnern die HZV weiter. Zum Beispiel indem wir die Teampraxen und die Delegation weiter ausbauen.

Was heißt das konkret?

In einem Kernteam einer HZV-Praxis werden neben Hausärztinnen und Hausärzten, MFA und VERAH zukünftig noch weitere akademisierte nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe wie die akademisierte VERAH und Physician Assistants vertreten sein. Ab Juli 2023 fördern die drei Vertragspartner die Ausbildung von Physician Assistants und der akademisierten VERAH mit 300 Stipendien a 5.000 Euro. Zur Förderung der Teampraxen werden außerdem die Zuschläge für die VERAH erhöht. Und für die Beschäftigung akademischer Mitarbeiter:innen aus nichtärztlichen Heilberufen wird ein neuer Zuschlag eingeführt. Auch in den Facharztpraxen wird die Delegation und Lastenverteilung eine immer wichtigere Rolle spielen. Seit 2014 fördern die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK die Tätigkeit der EFA (Entlastungsassistent:in in der Facharztpraxis). 2022 waren bereits mehr als 500 EFA in den Fachgebieten Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie, Pneumologie und Urologie tätig. Ähnlich wie eine VERAH übernimmt die EFA delegationsfähige Aufgaben.

Mit 15 Jahren Selektivvertragswelt wurde die über viele Jahrzehnte davor etablierte Regelversorgung ein Stück weit geändert. Warum nicht gleich ganz eine Regelversorgung anstreben?

Die HZV ist vor allem auf Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf ausgerichtet, auf vulnerable Gruppen, chronisch Kranke, aber auch auf Familien mit Kindern, die häufiger einen Arzt oder eine Ärztin benötigen. Für sie haben wir eine aus unserer Sicht bessere Versorgungsalternative gewissermaßen zur Regel gemacht. Versicherte, die nicht so häufig einen Arzt benötigen, sind dagegen im Kollektivsystem gut aufgehoben.

Wird denn HZV immer nur eine „bessere Alternative“ zur KV-basierten Regelversorgung bleiben?

Ich glaube, dass sich die HZV in keiner Weise hinter der Regelversorgung verstecken muss. Im Gegenteil. Wir sind die Treiber und bringen immer wieder Innovationen in die Versorgung ein. Ich glaube, dass die HZV in fünf Jahren im Zentrum der Versorgung stehen wird. Wir werden im Verhältnis weniger Hausärzt:innen und weniger Arztzeit haben. Deshalb brauchen wir dringend eine bessere Steuerung der Patient:innen. Die HZV wird mustergebend für die Versorgungslandschaft sein, wie sie das bereits in den vergangenen 15 Jahren auch war.

Die Frage aller Fragen: Warum funktioniert HZV in Baden-Württem-

berg, aber – bis auf wenige Ausnahmen – nicht im Saarland, Sachsen oder anderswo in den deutschen Landen? Andersherum: Könnte HZV überall funktionieren, wenn man denn wollte?

Diese Frage müssten Sie den beteiligten Institutionen in den genannten Ländern stellen. Ich kann nur für die AOK Baden-Württemberg sprechen und warum es hier bei uns funktioniert. Unserem Hausarztvertrag liegt eine bestimmte Mechanik zugrunde, die die Vertragspartner gemeinsam ausgehandelt haben. Zum Beispiel enthält der Vertrag eine nachvollziehbare Vergütungsstruktur und eine einfache Abrechnung ohne überbordende Bürokratie. Eine „einfache" Überführung der HZV in die Regelversorgung wird nicht funktionieren. Es geht bei Haus- und Facharztverträgen um strukturelle Fragen – man kann nicht mal eben im Vorbeigehen Haus- und Facharztverträge implementieren und schon gar nicht von oben durch die Politik oktroyieren. Man braucht Partner in den Regionen, die mit dem gleichen Verständnis Versorgung gestalten wollen und die Krankenkassen müssen in finanzielle Vorleistung gehen, das Ganze muss refinanziert werden. Der Vertrag der AOK Baden-Württemberg hat sich auch deshalb so erfolgreich durchgesetzt, weil die Vertragspartner am gleichen Strang gezogen und statt zentraler Vorgaben die regionale Versorgungsgestaltung selbst in die Hand genommen haben. Viele Kassen erkennen die Vorteile, Themen wie Bereinigung, Administration der Verträge, der damit einhergehende Aufwand in Personal und auch Sachkosten, z. B. für IT-Lösungen, schrecken aber gegebenenfalls auch ab.

Sie konnten kürzlich auf einer Pressekonferenz in Berlin die aktuellen Evaluationsdaten über 15 Jahre Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg vorlegen und dabei – wir kommen später im Detail darauf – eine Erfolgsbilanz insbesondere für chronisch Kranke präsentieren, die mithilfe ihrer HZV und Facharztverträge besser und wirtschaftlicher versorgt werden und obendrein länger leben. Wenn die Evaluationsergebnisse stimmen, wovon wir ausgehen können, schließlich stehen u. a. Prof. Gerlach und Prof. Szecsenyi mit ihren guten Namen dafür ein: Warum gibt es dann nicht längst einen Rechtsanspruch auf bessere Versorgung?

Den Rechtsanspruch auf die Hausarztzentrierte Versorgung – und sie ist mehrfach wissenschaftlich belegt eine qualitativ bessere Versorgung – gibt es längst. Wichtiger ist die konkrete Umsetzung. Bessere Versorgung erreicht man nur, wenn man die Versorgung auch verändert. Das geht nur mit Verträgen, die Leistungen und deren Vergütung in Gänze umfassen und strukturieren. Einschreibevergütungen alleine sind da ohne Wirkung.



## Johannes Bauernfeind

*ist seit Januar 2020 Vorstandsvorsitzender der AOK-Baden-Württemberg*

*Vor seiner Berufung in den Vorstand war der Diplom-Volkswirt bei der AOK Baden-Württemberg in diversen Führungspositionen tätig, zuerst als Fachbereichsleiter Krankenhaus und Leiter der von ihm in der Stuttgarter Hauptverwaltung aufgebauten Stabsstelle „Versorgungscontrolling und Analytik", danach war er von 2014 bis Ende 2019 Geschäftsführer der Bezirksdirektion Neckar-Fils in Esslingen.*

*Sein Vorgänger im Amt als Vorstandsvorsitzender der AOK-Baden-Württemberg war Dr. Christopher Hermann, der – ebenso wie Bauernfeind – Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung" ist.*

Gehen wir auf die Detailergebnisse ein. Bei der Implementierung von Interventionen kommt es häufig vor, dass Versorgungsinnovationen recht schnell positive Effekte zeigen, diese aber oft nicht nachhaltig sind. Wie sehen ihre Langzeitanalysen aus?

Das ist das absolut Erfreuliche: Die Zehnjahresdaten, die jetzt vorgestellt wurden, zeigen, dass die „Qualitätsschere" auch nach diesem langen Zeitraum zugunsten der HZV-Versicherten immer weiter aufgeht. Wenn wir die sogenannten Basisindikatoren über zehn Jahre betrachten, dann zeigen sich signifikante und relevante Qualitätsunterschiede zugunsten der HZV-Teilnehmenden. Prof. Szecsenyi hat das an fünf Hochrechnungen für das Jahr 2020 beispielhaft belegt. Die Anzahl der Hausarztkontakte war um zwei Millionen Kontakte höher, gleichzeitig gab es 1,9 Millionen weniger unkoordinierte Facharztkontakte ohne Überweisung, die Hospitalisierungsrate weist 27.000 Krankenhausaufnahmen weniger auf. Dadurch gab es 125.000 weniger Krankenhaustage und nicht zuletzt gab es rund 5.500 weniger Wiedereinweisungen. Das ist aber noch nicht alles. Auch das Frankfurter Team um Prof. Gerlach hat beeindruckende Zahlen vorgelegt. Die Ergebnisse zeigen für ca. 119.000 Diabetiker:innen, die in der HZV eingeschrieben sind, dass dort innerhalb von zehn Jahren – zwischen 2011 bis 2020 – insgesamt über 11.000 schwerwiegende Komplikationen vermieden wurden und „HZV-Diabetiker:innen" im Vergleich zur Regelversorgung eine längere Lebenserwartung hatten. In Zahlen bedeutet das, dass rund 350 Fälle neu aufgetretener Erblindungen und circa 2.250 Schlaganfälle vermieden wurden.

Was sind für Sie die wichtigsten Kenngrößen der Evaluation?

Für mich ist eines der erfreulichsten Ergebnisse, dass wir genau die Zielgruppe erreichen, die eine bessere und umfassendere Versorgung benötigt – nämlich multimorbide und chronisch kranke Menschen, die an Diabetes, Koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz oder Asthma leiden. Die in der Frage vorher erläuterten Ergebnisse bestätigen das.

Für Betroffene bedeutet das Auftreten vermeidbarer Komplikationen häufig starke Einschränkungen der Lebensqualität und eine Verkürzung der Lebensdauer, für das

Zitationshinweis

Bauernfeind, J., Stegmaier, P.: „Die HZV wird in fünf Jahren im Zentrum der Versorgung stehen", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/23), S. 22–25. http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2507

*„Für mich ist eines der erfreulichsten Ergebnisse, dass wir genau die Zielgruppe erreichen, die eine bessere und umfassendere Versorgung benötigt."*

Gesundheitssystem hingegen oft hohe Folgekosten. Wie sieht die gesundheitsökonomische Evaluation aus?

Die Selektivverträge der AOK sind in der Versorgung nicht nur qualitativ besser, sondern auch wirtschaftlicher als die Regelversorgung. Alle Evaluationen haben ergeben, dass die durchschnittlichen Versorgungskosten eines HZV-Versicherten im Jahr günstiger gegenüber vergleichbaren Versicherten im Kollektivvertrag sind; zuletzt vor der Pandemie – also 2019 – lagen sie rund 40 Euro pro Jahr niedriger. Allerdings sind erfolgreiche Versorgungsstrukturen wie die HZV nur dann gestaltbar, wenn die Effizienzvorteile durch Selektivverträge dort bleiben, wo sie erzielt werden. Es ist nicht zielführend, wenn Regionen wie Baden-Württemberg mit hoher Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung in finanzieller Sicht dafür bestraft werden.

Was müsste seitens der Politik getan werden, um ein Recht aller Versicherten auf eine HZV durchzusetzen?

Grundsätzlich sollten Vollversorgungsverträge von der Bundespolitik durch Anschubfinanzierungen und Bonifizierungen explizit gefördert werden. Wenn man in die Vergangenheit blickt, waren wir vor 15 Jahren viel freier in der Gestaltung der Versorgung, da konnten wir auch einmal etwas ausprobieren. Heute müssen wir unmittelbar die Wirtschaftlichkeit eines neuen Angebots nachweisen. Mehr Freiheitsgrade für die Vertragspartner in der Gestaltung der Versorgung wäre daher eine weitere Erwartung. Und wir müssten die Hausarzt-Facharzt-Verträge in Richtung angrenzende Sektoren, also Krankenhaus, weiterdenken. Die AOK Baden-Württemberg setzt deshalb auch stark auf Selektivverträge mit ausgewählten Kliniken, um dort die Qualität der Eingriffe zu steigern. Wichtig ist dabei, dass Patient:innen auch vor und nach der OP gut versorgt werden – vorzugsweise im gut ausgebauten Hausarzt- und Facharztprogramm. Im Land haben wir in den vergangenen zwei Jahren erste Qualitätsverträge in den Leistungsbereichen Hüft- und Knieendoprothetik abgeschlossen. Die Resonanz der Kliniken ist grundsätzlich positiv. Um die Qualitätsverträge mit der ambulanten Versorgung zu verzahnen, wurde gemeinsam mit den Orthopäd:innen im Facharztvertrag der Versorgungspfad „Arthrose" verankert, der die bedarfsgerechte Beratung und Versorgung von der Erstdiagnose über die potenziell notwendige Gelenkimplantation bis hin zu Reha und Nachsorge umfasst. Dies trägt der wissenschaftlichen Erkenntnis Rechnung, dass es in Kliniken mit hohen Fallzahlen bei solchen Operationen seltener zu Komplikationen und Folgeeingriffen kommt. Aber die aufwendige Dokumentation für die Evaluation dieser Qualitätsverträge durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – kurz IQTIG – stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar. Deshalb bedarf es zur Erleichterung der praktischen Umsetzung solcher Qualitätsverträge, speziell mit Blick auf den Evaluationsaufwand, weniger Reglementierungen und auch hier mehr regionale Gestaltungsfreiheiten. <<

Herr Bauernfeind, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Für einen diskriminierungsfreien Datenzugang

>> „Wir suchen weitere Unterstützer, die den EHDS in Deutschland aktiv gestalten möchten", erklärt Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks, Rechtsanwalt und Managing Partner des 2018 von ihm und seiner Frau Juliana in Berlin gegründeten Beratungsunternehmens Dierks+Company auf seiner Homepage (1). Dierks, der mit seinem Unternehmen Rechtsberatung mit strategischem Denken und politischer Kommunikation verknüpfen will, hat die EHDS-Koalition ins Leben gerufen, der derzeit zehn Unterstützer, ideell wie finanziell, angehören – dies sind neben einigen Pharmaunternehmen das Aktionsbündnis Patientensicherheit und Vision Zero sowie der Gesundheitsdatendienstleister Flatiron Health und das IT-Unternehmen DMI.

Idee der EHDS-Koalition ist es, Einfluss auf das laufende EU-Gesetzgebungsverfahren (2) und die darauf aufsetzende nationale Umsetzung zu nehmen, um einen möglichst diskriminierungsfreien Zugang privater und öffentlich-rechtlicher Forschungsvorhaben zum European Health Data Space (EHDS) zu erreichen. Nach Ansicht von Dierks und seinen Förderern, die allesamt dafür sind, das Potenzial von Gesundheitsdaten besser zu nutzen, drohen im laufenden EU-Gesetzgebungsverfahren und in der nationalen Umsetzung Einschränkungen, die die gesteckten Ziele gefährden würden.

Unter Federführung von Dierks+Company hat die EHDS-Koalition in einer ersten Phase nicht nur ein Positionspapier (3), sondern auch eine darauf aufsetzende Kommunikationsstrategie entwickelt, mit der in erster Linie die Zielgruppe Politik angesprochen werden soll. Darin steht unter anderem, dass der Entwurf zur EHDS-Verordnung bei vielen Stakeholdern für Verunsicherung sorge und den Wunsch nach mehr Klarheit und Rechtssicherheit schüre. Zudem würden diverse Risiken bestehen, dass beispielsweise

- öffentlich-rechtliche Forschungsvorhaben zum Nachteil der privatwirtschaftlichen Forschung priorisiert werden könnten,
- die Datenzugangsstelle personell, finanziell und technisch unzureichend ausgestattet sein könnte,
- Deutschland aufgrund seiner restriktiven Datenschutzbestimmungen nicht in voller Konsequenz am EHDS teilnimmt – und Deutschland aus Sicht der Forschung weiter an Bedeutung verliert.

Die Generalforderung des Papers: „Die Akzeptanz zur Nutzung von Gesundheitsdaten setzt einen Paradigmen- und Haltungswechsel in der Bevölkerung voraus – hin zu einer stärker gemeinwohlorientierten Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten. Nur so kann im Sinne einer Solidargemeinschaft ein wertvoller, nachhaltiger Beitrag für das Allgemeinwohl geschaffen werden."

Für die Ausgestaltung des EHDS in Deutschland sind laut Aussagen des Positionspapiers sieben Punkte besonders wichtig:

1. eine breite qualifizierte Datenbasis
2. Einrichtung eines funktionsfähigen, vertrauenswürdigen Datenzugangs in Deutschland
3. Einbindung der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft als wertvolle Dateninhaber
4. gleichberechtigte Beteiligung der Unternehmen als Datennutzer
5. Schaffung einer fairen Gebührenordnung
6. Anbindung kleiner Arztpraxen als freiwillige Dateninhaber
7. Verwendung der Daten für Ausbildungszwecke <<

Links:
1: https://www.dierks.company/initiatives/ehds-coalition/
2: https://bit.ly/3IsRINa
3: https://bit.ly/42XMH7t