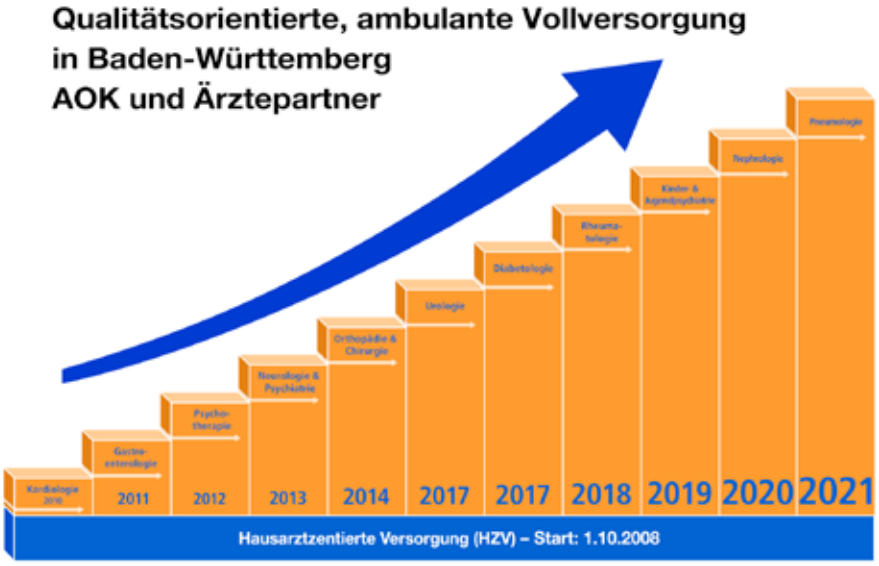
15 Jahre Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg

Szecsenyi: „Die Beweise liegen auf dem Tisch“

Hausarztzentrierte Versorgungsmodelle, auch Hausarztprogramme oder -modelle genannt, bei denen die Hausärzt:in als erste Anlaufstelle in allen Gesundheitsfragen fungiert, gibt es bundesweit viele. Hauptsächlich AOKen und BKKen, aber beispielsweise auch die Barmer oder BIG bieten ihren Versicherten die Möglichkeit zur Teilnahme an diversen, teils sehr unterschiedlichen Hausarztprogrammen an – wenn auch insgesamt doch recht wenigen Teilnehmenden im Vergleich zum Gros der Regelversorgten, die gemäß dem Versorgungsvertrag nach § 75 SGB V (1) betreut werden. Als Blaupause für die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V (2) gilt der HZV-Vertrag in Baden-Württemberg, zu dem die Vertragspartner – Hausärzteverband Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und die AOK Baden-Württemberg – auf einer Pressekonferenz in Berlin erstmals wissenschaftliche Evaluationsdaten über einen Zeitraum von zehn Jahren im direkten Vergleich von HZV und KV-Versorgung vorlegen konnten.



>> Ein Blick auf die Onlineseite des Hausärzteverbands (3) zeigt die Dimension dessen auf, was der Verband als die – Zitat – „größte Innovation für Hausärzte und ihre Patienten in den vergangenen Jahrzehnten“ bezeichnet. Über 6 Millionen Patient:innen würden bis dato freiwillig an dieser modernen Form der Versorgung teilnehmen. Dazu kämen weitere „über 2 Millionen Versicherte“, die sich in sogenannten „Add-on-Hausarztverträgen“ eingeschrieben hätten. Wenn man bedenkt, dass aktuell (Stand Juli 2022) von den mehr als 83 Millionen Bundesbürger:innen rund 74 Millionen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert und demgemäß auch entsprechend versorgt werden müssen, haben sich damit lediglich 8% für die „alternative Regelversorgung“ und die „Erfolgsstory“ entschieden, wie sie die Vertragspartner gerne bezeichnen. Auf der hausärztlichen Seite sieht es etwas anders aus: An der HZV – dem wettbewerblichen Aufbruch in eine Selektivvertragswelt ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen – nehmen derzeit 16.000 Hausärzt:innen teil, wobei die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 55.116 Hausärzt:innen (Stand 2020) verzeichnet: Das sind immerhin rund ein Drittel.

Mit ein Grund für die hier zutage tretende Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist, dass im Jahr 2004 zwar mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) ein neuer Paragraf zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ in das SGB V eingefügt, aber darin lediglich formuliert wurde, dass Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (Hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben. Diese Quasiverpflichtung setzen darum auch nur einige Krankenkassen mit unterschiedlichen Vertragspartnern um. Auf die „Passivität bzw. Boykotthaltung sehr vieler Krankenkassen“ hätte darum der Gesetzgeber im April 2007 im Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) mit einer Neuregelung des § 73b reagiert, schrieb Ulrich Weigeldt, der damalige Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes e. V. 2015 in der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ (G&S). Darin seien nun alle Krankenkassen noch mal ausdrücklich verpflichtet worden, ihren Versicherten wahlweise eine zur Regelversorgung im KV-System alternative flächendeckende HZV anzubieten. Doch ist laut Weigeldt trotz dieser Normierungen nicht die erwartete Zahl von HZV-Vertragsabschlüssen zustande gekommen, weil „viele Krankenkassen weiterhin auf Tauchstation“ geblieben seien. Der Gesetzgeber hätte sich daraufhin zu einer weiteren Klarstellung veranlasst gesehen, indem er mit dem im Januar 2009 in Kraft getretenen Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) im § 73b ergänzend bestimmt hätte, dass „die Krankenkassen bis zum 30.06.2009 verbindlich flächendeckende HZV-Verträge mit einer ausreichend mandatierten Gemeinschaft von hausärztlichen Leistungserbringern abschließen müssen“. Zudem sei, um zu verhindern, dass Krankenkassen diese Vorgaben wieder unterlaufen würden, der § 73b um die Regelung ergänzt worden, dass eine vertragsberechtigte hausärztliche Gemeinschaft ein Schiedsverfahren beantragen kann, falls eine Krankenkasse Verhandlungen verweigert oder in den Verhandlungen mit der Krankenkasse kein einvernehmlicher HZV-Vertrag vereinbart werden kann.

Da jedoch in der 2009er Novelle des § 73b nicht ausdrücklich normiert worden sei, in welcher Vertragsform eine HZV zu vereinbaren ist, hat laut Weigeldt, der 2022 bei seiner Verabschiedung aus dem Amt als Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands als „Wegbereiter der HZV“ tituliert wurde, diese Unbestimmtheit bei der zu vereinbarenden Vertragsform zu Auseinandersetzungen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Hausärzteverbänden geführt. Darum steht in einer gemeinsamen Presseerklärung des Vertragstrios, dass für viele Kassen der Kollektivvertrag immer noch zu bequem sei. Die gesetzliche HZV-

Kassenpflicht, die vorschreibt, eine HZV anzubieten, reiche nach den Erfahrungen der Vertragspartner nicht aus. Damit bundesweit deutlich mehr Patienten von den nachgewiesenen Vorteilen profitieren können, fordern sie deshalb, dass künftig Vollversorgungsverträge von der Bundespolitik durch Anschubfinanzierungen und Bonifizierungen explizit gefördert werden müssten.

Baumgärtner: „Die Koordinierung der Inanspruchnahme funktioniert“

All das muss man wissen, um abschätzen zu können, welch großen Schritt die Vertragspartner vor ziemlich genau 15 Jahren – am 8. Mai 2008 – taten, als sie ihre Unterschriften zur damals bundesweit ersten HZV leisteten, initial ausgelegt auf einen Zeitraum von fünf Jahren. Und vorher mussten auch noch 50% der in Baden-Württemberg tätigen Hausärzt:innen mandatieren, dass ein solcher Vertrag überhaupt abgeschlossen werden darf, wie Dr. Werner Baumgärtner, seit 2003 Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und von Anfang an Treiber und Mitinitiator der HZV-Idee, auf der Pressekonferenz zu Protokoll gab. „Wir sind als Fünfjahresvertrag gestartet, jetzt sind es 15“, freute sich Baumgärtner und setzte dazu: „Der Vertrag funktioniert jetzt 15 Jahre, darauf sind wir sehr stolz“. Wenn dem nicht so wäre, wäre der Vertrag gegebenenfalls neu verhandelt oder beendet worden. Aber, so Baumgärtner: „Die Steuerung und Koordinierung der Inanspruchnahme in den Verträgen funktioniert.“ Das ist seinen Worten zufolge „sicher auch der größte Unterschied zur Regelversorgung“ und mit Garant für „eine bessere Versorgung, insbesondere für chronisch Kranke“. In dieser Aussage verbirgt sich ein Hinweis darauf, warum seitens der Hausärzteschaft nur ein Teil der Patient:innen eingeschrieben wird.

Gerlach: „Qualitätsschere zwischen HZV und Regelversorgung öffnet sich von Jahr zu Jahr mehr“

„Besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen profitieren von der HZV“, ordnete Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main die aktuell vorgelegten Evaluationsergebnisse ein: „Wir sehen zum Beispiel bei Diabetikern signifikant weniger schwerwiegende Komplikationen und sogar eine längere Lebenserwartung.” Mitverantwortlich dafür sei sehr wahrscheinlich



v. li. n. re.: Dr. Jörg Schweigard, AOK Baden Württemberg; Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Universität Heidelberg; Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Universität Frankfurt/Main; Johannes Bauernfeind, AOK Baden-Württemberg; Prof. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Hausärzteverband Baden-Württemberg; Dr. Werner Baumgärtner, MEDI Baden-Württemberg/MEDI GENO Deutschland (Quelle: AOK BW, Foto: Jens Schicke).

Wenn ein Wissenschaftler „wahrscheinlich“ sagt

In seinem Impulsvortrag führte Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach aus, dass die HZV die „längst evaluierte und auch am tiefsten evaluierte Versorgungsinnovation“ in Deutschland sei. Dennoch verwandte er bei seiner Aussage, dass 11.000 schwerwiegende Komplikationen vermieden und für Diabetiker:innen im Vergleich zur Regelversorgung eine längere Lebenserwartung hochgerechnet werden konnte, die Einschränkung, dass dafür mitverantwortlich „sehr wahrscheinlich“ die um 20% höherer Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) sei, die in der HZV gezielt angereizt werde. Die Versorgung werde damit strukturierter und kontinuierlicher, was bei sich gegenseitig verstärkenden Steuerungsmaßnahmen sowie durch etablierte Qualitätszirkel zur leitliniengerechten Therapie und der gestärkten Rolle der Hausärzt:innen als Lotsen durch die Versorgungslandschaft zusammen mit einer besonders gut strukturierten Kooperation zwischen Haus- und Fachärzt:innen in eine umfassende, qualitätsorientierte Versorgungssteuerung münde. All diese Maßnahmen zusammengenommen, würden für Diabetiker:innen ganz konkret weniger Komplikationen und eine längere Lebenszeit – sogar unter den erschwerten Bedingungen während der Pandemie – ergeben.

Wann denn eigentlich ausreichend evaluiert sei, um eine politische Entscheidung zu rechtfertigen oder die Einführung von HZV dem jeweiligen Gusto jedes einzelnen Kassenchefs überlassen sei, fragte Monitor Versorgungsforschung“ auf der Pressekonferenz in Berlin die beiden anwesenden Versorgungsforscher; und ebenso, warum die Aussage nur „wahrscheinlich“ sei.

„Die Beweise liegen auf dem Tisch“, antwortete Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi auf den ersten Teil der Frage. Seit 15 Jahren würden in regelmäßigen Wellen Analysen präsentiert, die immer in die Richtung wiesen: dass die HZV im Zusammenspiel mit den Facharztverträgen der völlig ungesteuerten Inanspruchnahme der Regelversorgung überlegen sei. Szecsenyi: „Es ist eher eine politische Frage, was man daraus macht.“ Die positiven Ergebnisse auch der aktuellen Evaluation sollten „ein Aufruf an die Politik“ sein, einen Schritt weiterzugehen, ebenso wie das die Vertragspartner regelmäßig tun würden, wenn sie sich auf wissenschaftlicher Grundlage für die Einführung weiterer Versorgungsinnovationen entschieden.

Den zweiten Teil der Frage nach der Aussage „wahrscheinlich“ beantwortete Gerlach mit einem kleinen Ausflug in die der Evaluation zugrunde liegende Methodik. Inzwischen seien mehrere Tausend Seiten an Evaluationsberichten vorgelegt worden und über 30 Publikationen auch in internationalen Journals erschienen; zudem sei die Methodik der HZV-Evaluation auf Methodenkongressen diskutiert worden. Um HZV und Regelversorgung vergleichen zu können, werden nach Aussage von Gerlach klassische Überlebenszeitmodelle gerechnet. Diese werden adjustiert für mehrere Faktoren wie etwa Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Komorbidität und Krankheitslast, aber auch Pflegeheim- und Pflegestufenstatus sowie Nationalität bis hin zur Größe der versorgenden Praxis, um auszuschließen, dass „Äpfel mit Birnen verglichen“ würden. Ebenso würden ausschließlich solche Patient:innen berücksichtigt, die tatsächlich eine Hausärzt:in haben würden – einerseits in der HZV, andererseits in der Regelversorgung. Gerlach: „Wir adjustieren für diese relevanten Faktoren, um zwei Gruppen bilden zu können, die wirklich vergleichbar sind.“ Die damit erzeugbare Evidenz, so Gerlach, „ist überwältigend“. Doch eben mit der Einschränkung, dass es sich bei dieser Methodik um keine prospektive, randomisierte Studie und auch keinen Doppelblindversuch handele, mit der man die höchste Evidenzstufe erzeugen könne. Doch lasse sich ein RCT in der Realität der Versorgung nicht umsetzen, alleine schon, weil nun einmal Versicherte, die gerne in der HZV betreut werden möchten, aus Studien-usancen nicht in die Regelversorgung gesteckt werden können, wo sie so lange versorgt werden müssen, bis irgendwann einmal eine politische Entscheidung falle, die HZV für alle ermögliche. Darum sei mit der gewählten Methodik das höchste Maß an Zuverlässigkeit der Aussage möglich, deren Plausibilität extrem hoch sei, dass HZV die besser strukturierte und obendrein kosteneffektivere Versorgung darstelle, deren Kunde sich verbreiten müsse, auf dass es zu politischen Konsequenzen komme. Gerlach: „Wir haben die von uns verwandte Methodik immer wieder von Kritikern bewusst analysieren lassen und uns überlegt, wie wir die Methodik noch besser machen können.“ Doch sei sie unter den gegebenen Umständen „das Optimum an methodischer Validität und Reliabilität, die man erzielen kann“.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Szecsenyi: Die Beweise liegen auf dem Tisch“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/23), S. 18–20. http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2506

die um rund 20 Prozent höhere Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP), die in der HZV gezielt angereizt werde. Die Versorgung werde so strukturierter und kontinuierlicher, was bei chronischen Krankheiten besonders wichtig sei. Hinzu kommen sich gegenseitig verstärkende Steuerungsmaßnahmen, wie etwa die in der HZV etablierten Qualitätszirkel zur leitliniengerechten Pharmakotherapie oder die in der HZV gestärkte Rolle der Hausärzt:innen als Lots:innen durch die Versorgungslandschaft.

Bemerkenswert sei außerdem, dass sich die Qualitätsschere zwischen HZV und Regelversorgung (RV) von Jahr zu Jahr mehr zugunsten der HZV öffne. „Und dies gilt auch unter den erschwerten Bedingungen der Pandemie“, ergänzte Gerlach. So seien in der aktuellen Evaluation bei 422.000 älteren Versicherten (ab 65 Jahre) in der HZV-Gruppe im Vergleich zur RV beeindruckende Ergebnisse erzielt worden: Die Hochrechnungen im ersten Pandemiejahr 2020 hätten über 35.000 Influenza-Impfungen mehr, rund 6.500 weniger Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente und circa 195 vermiedene Krankenhausaufenthalte wegen Hüftgelenksfrakturen ergeben. Zudem seien bei Patient:innen über 65 Jahren durch die engmaschige Betreuung der Hausärzteschaft bei sogenannten ambulant sensitiven Erkrankungen weniger potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte feststellbar. Ebenso seien bei Patient:innen mit koronarer Herzkrankheit über zehn Jahre hinweg immer mehr Statinverordnungen und weniger Krankenhausaufenthalte detektierbar. All dies wertete Gerlach als einen „starken Hinweis“ auf die bessere Qualität der HZV.

Diese positiven Aussagen zu via HZV erzielbaren klinischen Endpunkten bestätigte Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Senior Professor und zuvor Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg sowie Geschäftsführer des aQua-Instituts Göttingen, gemeinsam mit Prof. Dr. Gunter Laux und seinem Team für die hausarztseitige Evaluation zuständig.

Szecsenyi: „Vorteile für HZV-Versicherte bei vielen Basisindikatoren“

„HZV-Patient:innen werden nachhaltig koordinierter versorgt“. Das ist eines der wichtigen Zwischenergebnisse, die Szecsenyi präsentierte. Dies liest der Wissenschaftler unter anderem aus dem Evaluationsergebnis ab, nachdem HZV-Patienten mit weniger unkoordinierten, aber dafür mehr koordinierten Facharztkontakten – mit jeweils vorher eingeholter Überweisung – deutlich zunehmen und so nachhaltig koordinierter versorgt würden. Ebenso gehe diese Schere über die Jahre auseinander – und, so Szecsenyi, „erfreulicherweise in die positive Richtung“. Auch gingen über die Jahre die Hospitalisierungsraten der HZV-Teilnehmenden im Vergleich zur den Regelversorgten nach unten. Als Beispiel nannte Szecsenyi das Jahr 2020, in dem 27.000 weniger Krankenhausaufnahmen und damit 124.731 vermiedene Krankenhaustage beobachtet wurden, als man hätte erwarten dürfen. Zudem seien weitere Vorteile für HZV-Versicherte bei vielen Basisindikatoren (s. Tab. 1) festzustellen.

Vorteile für HZV-Versicherte bei Basisindikatoren

	HZV* Ø ± Standardabw. Interventionsgruppe n=1.227.245	**Nicht-HZV*** Ø ± Standardabw. Kontrollgruppe n=709.402	**Hochrechnung** HZV vs. Nicht-HZV auf Basis des Regressionsmodells
Hausarztkontakte	12,85 ± 11,27	8,37 ± 10,84	+ 2.056.313 K
FA-Kontakte: koordiniert	3,96 ± 7,89	2,42 ± 5,20	+ 1.726.195 K
FA-Kontakte: unkoordiniert	1,94 ± 7,54	3,24 ± 9,80	-1.885.298 K
Hospitalisierungsrate	0,232 ± 0,692	0,229 ± 0,691	-27.269 KHA
Krankenhaustage (KH)	11,97 ±16,50	11,97 ±16,50	-124.731 T
KH-Wiederaufnahmen	0,211 ± 0,660	0,220 ± 0,675	-5.489 KHA
Vermeidbare KH-Aufnahmen	14,87 ± 32,94	14,48 ± 32,61	-1.673 KHA
Stationäre Kosten	8.102,50 ± 12.666,49	8.196,53 ± 13.437,30	-
Amb. Medikamentenkosten	1.439,17 ± 81.166,52	1.534,34 ± 133.729,44	-
Polymedikation	5,07 ± 4,92	4,57 ± 4,66	-95.954 W
Rot hinterlegte Präparate	2,28 ± 8,47	2,93 ± 10,46	-1.222.989 V

Tab. 1: Vorteile für HZV-Versicherte bei allen Basisindikatoren. Aus: Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg: Prof. Dr. Gunter Laux, Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg). Legende: K = Kontakte, KHA = KH-Aufnahmen, T = Tage, W = Wirkstoffe, V = Verordnungen. Anm.: um „adjustierte Differenz“ und „Unterschied in %-Signifikanz“ gekürzte Tabelle.

Buhlinger-Göpfarth: für zufriedene Patient:innen und begeisterte Ärzt:innen

Für die Vertragspartner sind diese Ergebnisse von hoher Bedeutung, da sie zentrale strategische Entwicklungsstränge untermauern, wie Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Vorsitzende des Hausärzteverbands Baden-Württemberg, betonte: „Die Hausarztpraxis muss der zentrale Ort der Versorgung bleiben. Mit dem HZV-Innovationsmotor setzen wir intensiv auf die Ausweitung von Delegation und die Entwicklung zur Hausarztpraxiszentrierten Versorgung.“ Im Kernteam einer Teampraxis sollen dann neben Hausärzt:innen, MFA und VERAH noch weitere akademisierte nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe vertreten sein. Dazu zählten vor allem die akademisierte VERAH und Physician Assistants. Ab Juli fördern die Vertragspartner deren Ausbildung mit 300 Stipendien zu je 5.000 Euro und nach Abschluss auch die Bezahlung dieser Fachkräfte. Ein zeitgemäßer Schritt zur HZV solle zudem durch die Einschreibung in Praxen statt bei einzelnen Ärzt:innen erfolgen. „Derart erweiterte HZV-Praxen sind leistungsstärker, flexibler und attraktiver für Mitarbeitende. Und sie können deutlich mehr Patient:innen betreuen. Das ist ein eminent wichtiger Beitrag, um auch zukünftig landesweit eine hochwertige Primärversorgung anbieten zu können”, so Buhlinger-Göpfarth, die sich überzeugt zeigte: „Die HZV steht für zufriedene Patient:innen und für begeisterte Ärzt:innen in modernen Praxen.“ Doch sei das Potenzial noch lange nicht ausgeschöpft, dazu müssten Kassen die Chancen der hausarztzentrierten Versorgung nutzen, statt sie infrage zu stellen. Darum sei es wichtig, dass das Recht der Versicherten auf eine hausarztzentrierte Versorgung durch eine Pflicht zum Angebot von Verträgen seitens der Kassen auch künftig gesichert bleibe, am besten durch seitens der Politik gezielt geförderte Vollversorgungsverträge. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1) https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__75.html
2) https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__73b.html
3) https://www.hausaerzteverband.de/themen/hausarztvertraege