

## Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte

### Aktuelle Situation und Perspektiven

Anja Klingenberg<sup>1</sup>, Björn Broge<sup>1</sup>, Harald Herholz<sup>2</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1,3</sup>, Dominik Ose<sup>3</sup>

#### ZUSAMMENFASSUNG

□ **Hintergrund und Ziel:** Seit 2004 haben alle Krankenkassen in Deutschland die Möglichkeit und seit 2007 die Verpflichtung, ihren Versicherten sowie deren Hausärzten die Teilnahme an einem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) anzubieten. Ziel der HZV-Verträge ist es, die Rolle des Hausarztes als Koordinator im Gesundheitswesen zu stärken. Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, wie diese Modelle von den teilnehmenden Hausärzten bewertet werden. Zielstellung dieser Befragung war es, Erfahrungen und Sichtweisen von Hausärzten zu erfassen, welche an der HZV in Hessen teilnehmen. Insbesondere die Koordination der Patientenversorgung, die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern, die Arzt-Patient-Beziehung sowie Auflagen und Qualifizierungsangebote standen dabei im Fokus des Interesses.

□ **Methodik:** Im April 2008 erhielten alle 2 815 zu diesem Zeitpunkt an der HZV in Hessen teilnehmenden Ärzte einen Fragebogen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen per Post zugesandt. Die Fragebögen wurden von den Ärzten anonym zur Auswertung an das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen geschickt. Die Auswertung der Befragung erfolgte mit SPSS 15.0.

□ **Ergebnisse:** 686 Hausärzte (Rücklaufquote 24,4%) nahmen an der Befragung teil. Insgesamt reichen die Rückmeldungen zur HZV von großer Zustimmung bis zu eindeutiger Ablehnung. 70,0% der Befragten finden das Angebot einer HZV jedoch prinzipiell sinnvoll, 60,1% fühlen sich durch die HZV in ihrer Rolle als Hausarzt gestärkt. Die „Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie“ und „hausarzt-spezifische Fortbildungen“ wurden besonders positiv aufgenommen (70,3% respektive 69,4% „sehr/eher sinnvoll“). Die Befragten berichten darüber hinaus u.a. von Verbesserungen bezüglich der Koordination der Patientenversorgung (53,3%) sowie der Zusammenarbeit mit den Patienten (36,3%). Seltener wird von Verbesserungen bezüglich der Zusammenarbeit mit Fachärzten (24,9%) und Krankenhäusern (13,0%) berichtet. Als problematisch wird insbesondere der zusätzliche Verwaltungsaufwand empfunden.

□ **Schlussfolgerung:** Qualifizierungsangebote wie Qualitätszirkel und hausarzt-spezifische Fortbildungen werden überwiegend positiv bewertet und scheinen als Teil der HZV akzeptiert zu sein. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und anderen Leistungserbringern sollte im Rahmen von Hausarztmodellen gezielt gefördert werden. Der Verwaltungsaufwand sollte minimiert werden.

Die Notwendigkeit einer starken Primärversorgung, insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung in einer alternden Bevölkerung mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, gilt heute international als anerkannt [1–4]. Entsprechend sind in den letzten Jahren weltweit zahlreiche Initiativen und Ansätze zur Stärkung der Primärversorgung entstanden. So wird etwa in England, Dänemark und den Niederlanden zunehmend auf „gatekeeping“ gesetzt, und in den USA wurde das sog. „medical home“-Konzept entwickelt [5, 6].

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde den Krankenkassen 2004 auch in Deutschland die Möglichkeit gegeben, hausarztzentrierte Versorgungsangebote zu etablieren (§ 73b SGB V). Im Rahmen der Reform zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (WSG) wurden schließlich 2007 alle Krankenkassen verpflichtet, Angebote zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) flächendeckend vorzuhalten. Dabei wurde es den Vertragspartnern (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen [KVen], Ärzte) überlassen, diese inhaltlich auszugestalten. Lediglich allgemeine und nicht verpflichtende Anforderungen wurden durch den Gesetzgeber definiert. So soll etwa durch die Vertragspartner sichergestellt werden, dass die teilnehmenden Hausärzte sich an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie beteiligen und die Behandlung auf Grundlage evidenzbasierter und praxiserprobter Leitlinien erfolgt. Eine gesetzlich geregelte Evaluation der Hausarztmodelle – wie etwa für Disease-Management-Programme – ist nicht vorgesehen [7–9]. Entsprechend zeigte sich in der Praxis, dass Verträge nach § 73b SGB V regional sehr unterschiedlich abgeschlossen und nur

<sup>1</sup>Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) Göttingen,

<sup>2</sup>Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt/Main,

<sup>3</sup>Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg.

## PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

*Übersicht 1. Hausarztzentrierte Versorgung in Hessen.***Gesetzliche Grundlage:** § 73b SGB V**Vertragspartner:** Verband der Ersatzkassen (vdek)<sup>a</sup>, Landesverband Hessen, und Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen**Laufzeit:** 04/2005–12/2008**Besonderheiten für Patienten**

Mit der freiwilligen Einschreibung verpflichten sich die Patienten,

- bei gesundheitlichen Problemen immer zuerst zum Hausarzt zu gehen,
- Fachärzte (Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte, Psychotherapeuten, Notärzte) und Krankenhäuser nur mit hausärztlicher Überweisung aufzusuchen.

Im Gegenzug haben die teilnehmenden Krankenkassen die Möglichkeit, den Patienten die Praxisgebühr bei Inanspruchnahme des Hausarztes zu erstatten.

**Besonderheiten für Hausärzte**

Mit der freiwilligen Einschreibung verpflichten sich die Hausärzte

- zur Koordination der gesundheitlichen Versorgung der eingeschriebenen Patienten,
- zur Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie (vier Treffen pro Jahr),
- zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit Fokussierung auf hausarzttypische Probleme (etwa patientenzentrierte Gesprächsführung oder ambulante Geriatrie),
- zur Umsetzung evidenzbasierter und praxiserprobter Leitlinien,
- zur Einführung eines anerkannten QM-Systems (QEP, EPA oder ISO),
- zur Einhaltung einer Wartezeitbegrenzung auf 30 min für eingeschriebene Patienten sowie zum Anbieten einer Abendsprechstunde.

Als Gegenleistung erhalten die Hausärzte für jeden am Modell teilnehmenden Patienten eine Einschreibes- sowie eine Quartalspauschale (bei Kontakt).

<sup>a</sup>bis zum 31. 12. 2008 Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)**Schlüsselwörter:** Hausarztzentrierte Versorgung · Hausarztvertrag · Hausarztmodell · Primärversorgung · Ärztebefragung*Med Klin 2010;105:89–95.*  
DOI 10.1007/s00063-010-1012-8**ABSTRACT****Evaluation of Special GP-Centered Health Care Contracts in Germany by the Participating GPs. Present Situation and Future Perspectives**

**□ Background and Purpose:** In 2004, German statutory health care funds were given the possibility to offer their insured a special general practitioner-(GP-)centered health care contract (HZV), since 2007 they are obliged to do so. The aim of these contracts is to strengthen the role of the GP as a coordinator in the health care system. Until now, the evidence regarding the GPs' view on these contracts is poor. A written survey was conducted in Hesse in order to learn how the participating GPs evaluate the regional HZV.

**□ Methods:** In April 2008, a questionnaire was developed, tested and mailed to 2,815 GPs who were participating in the GP-centered health care contract at that time. All analyses were conducted with SPSS (version 15.0).

**□ Results:** A total of 686 questionnaires were returned (response rate 24.4%). Altogether, the GPs' feedback ranged from great approval to clear disapproval of the contract. However, 70.0% of the survey's participants evaluated the HZV in general to be positive, 60.1% felt it strengthens their role as a GP. Quality circles on good prescribing and GP-specific education, obligatory parts of the HZV, were evaluated to be especially positive (70.3% and 69.4%, respectively). Positive effects were also seen concerning coordination of care (53.3%) and cooperation with patients (36.3%). Improvements concerning cooperation with specialists and hospitals were reported less often (24.9% and 13.0%, respectively). Workload because of additional administration for the HZV was criticized.

**□ Conclusion:** In future, special GP-centered health care contracts should focus on improvement of cooperation between GPs and other caregivers. Workload for additional administration should be reduced.

**Key Words:** GP-centered health care · Primary care · GP · Physician survey*Med Klin 2010;105:89–95.*  
DOI 10.1007/s00063-010-1012-8

sehr selten systematisch evaluiert wurden. Eine der wenigen Ausnahmen ist das Modell HZV in Hessen der KV Hessen und des Verbands der Ersatzkassen (vdek)<sup>4</sup> in Hessen (s. Übersicht 1), welches wissenschaftlich begleitet wird [10].

Zwischenzeitlich befindet sich die Landschaft der Hausarztverträge im Umbruch: Auch weil nicht alle Krankenkassen der Verpflichtung nachka-

men, HZV-Angebote vorzuhalten, kam es im Oktober 2008 zu einer Neufassung des § 73b SGB V. Danach muss jede gesetzliche Krankenkasse bis Juni 2009 einen Vertrag zur HZV mit einem Partner abschließen, der mindestens 50% der Hausärzte in einem KV-Bezirk vertritt. Inhaltlich zeichnet sich ab, dass von den teilnehmenden Ärzten durch die Krankenkassen sowohl eine stärkere Orientierung an Ergebnissen als auch eine stärkere Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. Qualitätszirkel, Leitlinien) gefordert wird [11, 12].

<sup>4</sup>Bis zum 31. 12. 2008 Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV).

Als problematisch erweist sich derzeit, dass aufgrund der unzureichenden Evaluation der Hausarztverträge der „ersten Generation“ wenig Erkenntnisse für die Ausgestaltung der „neuen“ Verträge zur HZV existieren. Während zumindest über Einstellungen von Patienten zur HZV [13] oder die Bedeutung des Hausarztes bei der Inanspruchnahme von Fachärzten [14] Erkenntnisse vorliegen, wissen wir bis heute wenig darüber, wie beteiligte Hausärzte diese Angebote einschätzen [15].

Vor diesem Hintergrund sollen nachfolgend die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Hausärzten präsentiert werden, die an der HZV in Hessen teilgenommen haben. Zielstellung dieser Befragung war es, Erfahrungen und Sichtweisen der teilnehmenden Hausärzte zu erfassen. Insbesondere die Koordination der Patientenversorgung, die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern, die Arzt-Patient-Beziehung sowie Auflagen und Qualifizierungsangebote standen dabei im Fokus des Interesses.

### Methodik

Orientiert an der Ausgestaltung der HZV in Hessen (s. Übersicht 1), wurde von Wissenschaftlern des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) in Zusammenarbeit mit der KV Hessen und Hausärzten ein Fragebogen entwickelt, mit dem die

Sichtweisen, Erfahrungen und Bewertungen der teilnehmenden Hausärzte bezüglich dieses Modells erfasst werden sollten. Ein erster Entwurf des Fragebogens wurde im Rahmen einer Pilotstudie mit fünf Hausärzten getestet und überarbeitet. Die Endversion des Fragebogens enthielt 33 Items (fünfstufige Antwortskala) und eine offene Frage („Haben Sie weitere Anmerkungen zur HZV?“). Im April 2008 erhielten alle 2 815 zu diesem Zeitpunkt an der HZV in Hessen teilnehmenden Ärzte den Fragebogen von der KV Hessen per Post zugesandt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden zur Auswertung direkt an das AQUA-Institut gesandt, ein adressierter Rückumschlag (Porto zahlt Empfänger) war beigefügt. Die Befragung war anonym. Per Fax wurde an das Ausfüllen des Fragebogens erinnert, ohne den Bogen erneut zuzusenden. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 15.0.

### Ergebnisse

#### Rücklaufquote und soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmer

Von insgesamt 2 815 verschickten Fragebögen wurden 686 zurückgesandt (Rücklaufquote 24,4%). Eine Non-responderanalyse konnte nicht durchgeführt werden, da die Befragung vollständig anonymisiert erfolgte. Von allen teilnehmenden Ärzten waren 471

männlich (68,6%) und 215 weiblich (31,4%). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 51,2 Jahren (Tabelle 1).

#### Freitextantworten

Die offene Frage wurde von 28,7% (n = 197) der Befragungsteilnehmer beantwortet. Diese Möglichkeit zu Äußerungen im Freitext wurde vor allem für kritische Rückmeldungen genutzt, so dass diese Ergebnisse insgesamt deutlich kritischer ausfielen als die Ergebnisse der standardisierten Fragen. Rückmeldungen, die im Freitext (sinngemäß) von > 5% der Antwortenden (= zehn Befragte oder mehr) gegeben wurden, werden im Folgenden zusätzlich zu den Ergebnissen der standardisierten Fragen berichtet, außerdem vereinzelt Rückmeldungen, die die Ergebnisse der standardisierten Fragen sinnvoll ergänzen bzw. erklären. Übersicht 2 veranschaulicht anhand von Zitaten das breite Spektrum an Rückmeldungen bezüglich der Gesamtbewertung der HZV. Übersicht 3 zeigt exemplarisch einige der geäußerten Kritikpunkte im Wortlaut.

#### Akzeptanz des Modells durch die Patienten aus Sicht der Ärzte

Die Bereitschaft ihrer Patienten zur Einschreibung in das Modell geben 74,2% der an der Befragung teilnehmenden Hausärzte mit „sehr/eher

Tabelle 1. Soziodemographische Merkmale der befragten Hausärzte sowie der HZV-Teilnehmer insgesamt. HZV: Hausarztzentrierte Versorgung; KV: Kassenärztliche Vereinigung.

	HZV-Befragungsteilnehmer <sup>a</sup>	HZV-Teilnehmer gesamt <sup>b</sup>
Teilnehmer	686	2 865
Alter [Durchschnitt (Minimum, Maximum)]	51,2 (30–72) Jahre	52,5 (30–73) Jahre
Geschlecht (Anteil Ärztinnen)	31,4%	32,2%
Niederlassungsdauer [Durchschnitt (Minimum, Maximum)]	16,1 (1–37) Jahre	15,8 (1–38) Jahre
Anzahl HZV-Patienten [nach Angabe des Arztes, Durchschnitt (Minimum, Maximum)]	333,4 (2–2 000)	
Praxisgröße (bis zu 1 250 Scheine/Quartal)	51,6%	
Lage der Praxis: ländlich/städtisch	57%/43%	
Teilnahme an HZV in Hessen seit [Durchschnitt (Minimum, Maximum)]	23 (2–36) Monaten	

<sup>a</sup>Angaben der Befragten  
<sup>b</sup>Quelle: KV Hessen, Stichtag: 31. 3. 2008

## PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

**Übersicht 2. Gesamtbewertung der HZV in Hessen durch die teilnehmenden Hausärzte – ausgewählte Beispiele.**

- „Sollte unbedingt beibehalten werden. Stärkt die hausärztliche Lotsenfunktion enorm.“
- „Bitte möglichst auf alle Kassen ausdehnen und beibehalten.“
- „Es hat sich nichts geändert. Wir waren schon immer Koordinator der Gesundheitsprobleme unserer Patienten mit Vorsorge, Überweisungen und Einweisungen.“
- „Bringt nur Bürokratie, gängelt Arzt und Patienten.“
- „Abschaffen!“

hoch“ an (18,2% „teils/teils“, 6,4% „eher/sehr gering“, 1,2% keine Angabe). 74,2% der Befragten empfinden die Akzeptanz ihrer Patienten bezüglich der Vorgabe „Facharztbesuche nur mit Überweisung durch den Hausarzt“ als „eher/sehr hoch“. Dies gilt auch für 72,2% der Befragten bezüglich der Vorgabe „Behandlung im Krankenhaus nur mit Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt, zu dem der Hausarzt überwiesen hat“. Häufig weisen Befragungsteilnehmer im Freitext darauf hin, dass ihre Patienten sich aus ihrer Sicht schon immer entsprechend diesen Vorgaben verhalten haben und dass sie als Hausarzt auch bisher schon die Rolle des Lotsen im Gesundheitswesen innehatten (n = 31). Auch wird

mehrfach die Vermutung geäußert, dass der Erlass der Praxisgebühr eine wesentliche Motivation für die HZV-Teilnahme sei (n = 26).

**Arzt-Patient-Beziehung und Koordination der Versorgung**

Dennoch finden 50,5% der Befragungsteilnehmer, dass sich die Bindung der am Modell teilnehmenden Patienten an ihre Praxis durch deren Teilnahme an der HZV „sehr/eher verbessert“ hat (Abbildung 1). 36,3% der Befragten berichten, dass sich im Zusammenhang mit der HZV die Zusammenarbeit mit den Patienten verbessert hat, 33,4% äußern dies im Hinblick auf die Kommunikation mit den Patienten (jeweils „deutlich/etwas verbessert“). 58,0% der Befragungsteilnehmer nehmen in mindestens einem dieser drei Punkte eine Verbesserung wahr.

Einzelne Befragungsteilnehmer berichten, dass aus ihrer Sicht eine Verschlechterung darin besteht, dass die HZV von Seiten der Patienten als „Zwang“ bzw. „Gängelung“ wahrgenommen wird (vgl. Übersichten 2 und 3).

Andere Befragungsteilnehmer wünschten dagegen noch strengere Auflagen für die Patienten bzw. Kontrollen, dass diese Auflagen auch eingehalten werden (n = 13). Dennoch fühlen sich viele Befragte durch das Modell in ihrer Koordinationsfunktion bestärkt: 53,3% geben an, dass sich ihre Möglichkeit, die Versorgung ihrer (eingeschriebenen) Patienten insgesamt zu koordinieren, verbessert hat, 48,4% haben nach eigener Angabe einen besseren Überblick über deren Gesundheitszustand und 31,5% über deren gesamte Versorgungssituation (andere Leistungserbringer, Abbildung 2). Für 26,5% der Befragten hat sich die Möglichkeit, ihre Patienten über Fachärzte zu beraten, verbessert, und 23,4% äußern dies bezüglich der Beratung über andere Gesundheitsversorger in der Region (Physiotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Anbieter von Patientenschulungen etc.; jeweils „etwas/deutlich verbessert“). 63,7% nehmen in mindestens einem dieser Punkte eine Verbesserung wahr. Einige wenige Befragungsteilnehmer berichten in diesen Bereichen von Verschlechterungen.

**Übersicht 3. Kritikpunkte und Verbesserungswünsche der Hausärzte bezüglich der HZV in Hessen – ausgewählte Beispiele.****Verwaltungsaufwand**

- „Der gesamte Aufwand ist viel zu hoch.“
- „Verwaltungsaufwand muss minimiert werden.“
- „Wäre die Bürokratie und die Kontrolle nicht so enormierend, würde ich eine HZV für Patienten als überaus sinnvoll sehen. Eine Entindividualisierung der Patientenversorgung in MVZs wäre ein deutlicher Rückschritt in der Versorgung!“

**Arzt-Patient-Beziehung**

- „Was vorher ohne Zwang gut lief, bekommt jetzt einen negativen Charakter (Zwang zum Überweisungsschein).“
- „Zusatzaufwand geht von Versorgungszeit für Patienten ab.“
- „Durch HZV, QM, DMPs etc. verstärkt sich der verwaltende Aspekt von Krankheiten. Kurative Aspekte reduzieren sich weiter.“

**Kooperation mit Fachärzten**

- „Die Regelmäßigkeit der Übermittlung von Facharzt-Befunden lässt bei uns eher nach. Einige teilen Befunde regelmäßig nicht mit.“
- „Viele fachärztliche Weiter- und Mitbehandlungen laufen immer noch zu ‚automatisiert‘. Patienten werden oft weiterhin im Folgequartal wieder einbestellt, obwohl es hierzu keinen gewichtigen Grund gibt. Der Hausarzt kann sich dann nur schwer ‚dazwischenwerfen‘.“

**Kooperation mit den Krankenkassen**

- „Informationen zur HZV sollten primär von den Krankenkassen kommen, Patienten sind zu wenig informiert, viel Aufwand für Arzthelferinnen.“
- „Es müsste von allen teilnehmenden Krankenkassen ein Anreiz für die Patienten gegeben sein (finanzielle Einsparungen, Zuschüsse zu sportlicher Betätigung usw.).“
- „Die Kassen sollten mit mehr Transparenz die Hausärzte über die regionalen Angebote informieren.“

**Rahmenbedingungen**

- „Dem Hausarzt muss mehr Zeit – honorierte Zeit! – gegeben werden, um den Patienten mit Überweisungswünschen aufklären zu können, um koordinieren zu können.“
- „Überweisungen zu Fachärzten könnten weniger sein, wenn unsere Budgetgrenzen nicht so eng wären. Betrifft sowohl Medikamentenbudget als auch RLV.“
- „Die HZV in der derzeitigen Form sollte von allen anderen Kassen übernommen werden, gleiche Bedingungen für die Patienten!“

Die Mehrheit der Befragten (60,1%) fühlt sich durch die HZV in Hessen in ihrer Rolle als Hausarzt insgesamt gestärkt („ja/eher ja“), 17,3% meinen, dies sei zumindest teilweise der Fall, 21,5% finden dies nicht („nein/eher nein“, Abbildung 3).

### Kooperation mit anderen Ärzten und Gesundheitsversorgern

25,8% der befragten Ärzte berichten von einer Verbesserung der Kontakte und der Kooperation mit anderen Hausärzten, für 24,9% hat sich die Kooperation mit Ärzten anderer Fachrichtungen (Gebietsärzte), für 13,0% die Kooperation mit Krankenhäusern und für 12,4% die mit anderen Gesundheitsversorgern (Physiotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Anbieter von Patientenschulungen etc.) verbessert (jeweils „etwas/deutlich verbessert“, Abbildung 4). 32,8% der Befragten berichten in mindestens einem dieser Punkte von Verbesserungen. Für die meisten Befragungsteilnehmer hat sich in dieser Hinsicht nichts verändert, vereinzelt wird von Verschlechterungen berichtet. Einige Befragungsteilnehmer (n = 5) berichten von ihrer Unzufriedenheit bezüglich der Kooperation mit Fachärzten (vgl. Übersicht 3). Ein Befragungsteilnehmer weist darauf hin, dass für eine umfassende Koordinationsfunktion des Hausarztes noch bessere Kenntnisse über die Angebote in der Region notwendig seien und dass hier die Krankenkassen Unterstützung leisten könnten (Übersicht 3).

### Angebote und Auflagen für die teilnehmenden Ärzte

Die Teilnahme an der HZV in Hessen war für die Ärzte mit bestimmten Fortbildungsangeboten und Auflagen verbunden (s. Übersicht 1). Am positivsten wurden die Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie (70,3%) und die Fortbildungen zu hausarzt-spezifischen Themen (69,4%) bewertet (jeweils „sehr/eher sinnvoll“, Abbildung 5). Die Anforderung, die Koordination der gesamten gesundheitlichen Versorgung der eingeschriebenen Patienten zu übernehmen, finden 66,5% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte „sehr/eher sinnvoll“, eine leitliniengestützte Behandlung ihrer Patienten 52,3%, die Durchführung

von Fallkonferenzen 43,9%. Die Einführung eines internen Qualitätsmanagement-(QM-)Systems als Auflage im Rahmen der HZV begrüßt nur etwa jeder dritte Befragungsteilnehmer. Ein Teil der Befragten findet diese Angebote und Auflagen jedoch zumindest „teilweise sinnvoll“, jeweils

nur eine Minderheit kommt zu dem Urteil „eher nicht/gar nicht sinnvoll“. Die Einrichtung einer Abendsprechstunde wird von 40,4% und die Zusage einer Wartezeitbegrenzung auf maximal 30 min für HZV-Patienten von 21,0% für sinnvoll befunden.

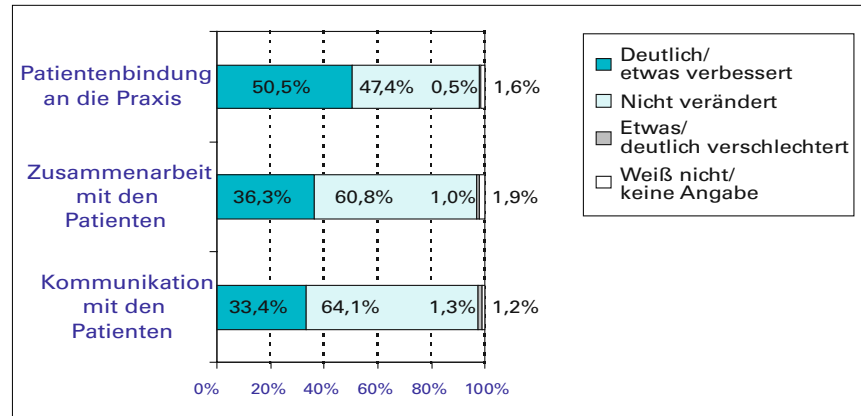


Abbildung 1. Wahrnehmbare Veränderungen bezüglich der Arzt-Patient-Beziehung (n = 686).

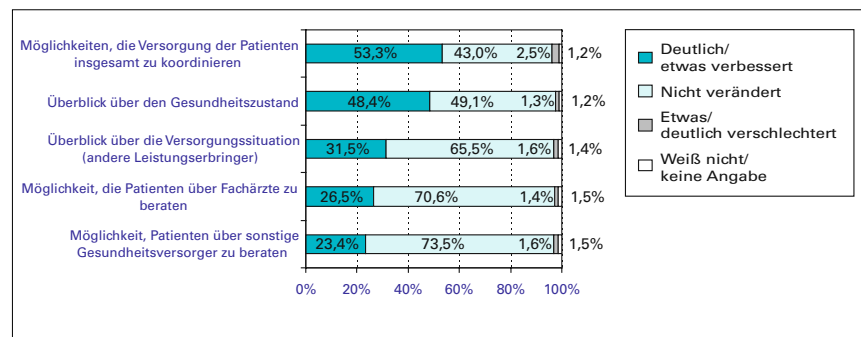


Abbildung 2. Wahrnehmbare Veränderungen bezüglich der Koordination der Patientenversorgung (n = 686).

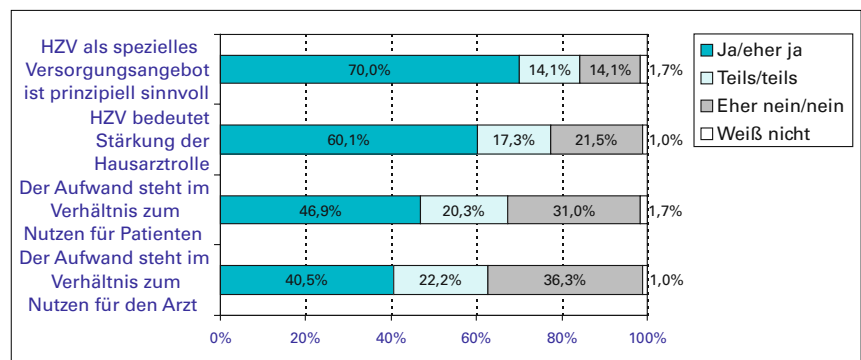


Abbildung 3. Bewertung der HZV in Hessen insgesamt (n = 686).

PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

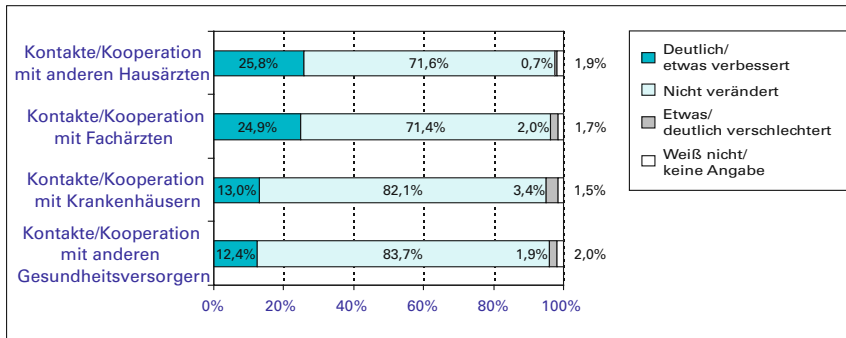


Abbildung 4. Wahrgenommene Veränderungen bezüglich der Kooperation mit anderen Gesundheitsversorgern (n = 686).

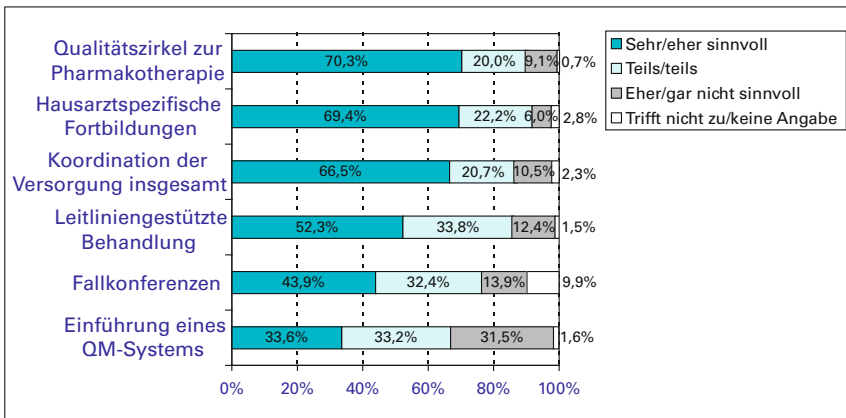


Abbildung 5. Bewertung der Fortbildungsangebote und Auflagen der HZV (n = 686).

**Aufwand im Verhältnis zum Nutzen**

Die Antworten auf die Fragen nach dem Aufwand im Verhältnis zum Nutzen zeigen, dass die Befragungsteilnehmer hier geteilter Meinung sind: 35,5% der Befragten empfinden den zusätzlichen Aufwand für die HZV als „eher/sehr hoch“, 44,9% machen die Angabe „teils/teils“, 18,3% finden den Aufwand „eher/sehr gering“ (1,3% keine Angabe). Für 46,9% steht der Aufwand für die HZV im Verhältnis zum Nutzen für den Patienten, für 40,5% im Verhältnis zum Nutzen für den Arzt (Abbildung 3). Eine Regressionsanalyse zeigt, dass Befragungsteilnehmer, die schon längere Zeit an der HZV teilnehmen, das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen für den Arzt ( $\beta = 0,21; p = 0,00$ ) und für den Patienten ( $\beta = 0,22; p = 0,00$ ) positiver bewerten. In den Freitextangaben ist der zusätzliche Verwaltungsaufwand der häufigste Kritikpunkt der Hausärzte

(n = 44). Darüber hinaus wird oft gewünscht, dass HZV-Angebote von allen Krankenkassen mit gleichen Bedingungen angeboten werden sollten, da die unterschiedliche Handhabung aufwendig und unübersichtlich sei (n = 21).

**Gesamtbewertung**

Eine deutliche Mehrheit der Befragungsteilnehmer (70,0%) findet das Angebot einer HZV als spezielles Versorgungsangebot prinzipiell sinnvoll. 14,1% halten es zumindest teilweise für sinnvoll, nochmals 14,1% sagen „eher nein/nein“ (Abbildung 3). Eine Regressionsanalyse zeigt, dass Ärzte, die länger an der HZV teilnehmen, diese insgesamt positiver bewerten ( $\beta = 0,18; p = 0,00$ ) und sich eher in ihrer Rolle als Hausarzt gestärkt fühlen ( $\beta = 0,21; p = 0,00$ ). Darüber hinaus bewerten Hausärzte in Gemeinschaftspraxen das Angebot einer HZV positiver als Haus-

ärzte in Einzelpraxen ( $\beta = 0,12; p = 0,02$ ). Im Freitext äußern einige Befragungsteilnehmer die Meinung, dass eine noch weitergehende Stärkung der Hausärzte notwendig sei (n = 12), etwa durch die Einführung eines Primärarztsystems (n = 3).

**DISKUSSION**

Mit 24,4% wurde eine durchschnittliche Rücklaufquote erzielt. Wie aus anderen Befragungsstudien in ähnlichen Zusammenhängen bekannt ist, sind selbst niedrigere Rücklaufquoten nicht ungewöhnlich [16]. Eine Ursache hierfür ist vermutlich die allgemein hohe Arbeitsbelastung von Ärzten. Darüber hinaus können die sehr heterogenen Befragungsergebnisse auch ein Indiz dafür sein, dass Hausärzte generell eine ambivalente Haltung zur HZV haben und sich einige daher nicht an der Befragung beteiligten. Die Befragungsteilnehmer unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf „Alter“, „Geschlecht“ und „Niederlassungsdauer“ nur gering von den an der HZV in Hessen teilnehmenden Hausärzten insgesamt, so dass keine Hinweise auf systematische Verzerrungen vorliegen. In jedem Fall ermöglicht diese Untersuchung erstmalig einen Einblick in das breite Spektrum unterschiedlicher Ansichten von Hausärzten, die an der HZV im Flächenvertrag teilnehmen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass die Mehrheit der befragten Hausärzte die HZV als Schritt in die richtige Richtung sieht: 70,0% finden die HZV als spezielles Versorgungsangebot prinzipiell sinnvoll, 60,1% sehen sich durch das Modell in ihrer Rolle als Hausarzt gestärkt. Auch die (verpflichtenden) Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie und Fortbildungen zu hausarzt spezifischen Themen stoßen bei der Mehrheit der Hausärzte auf positive Resonanz. Darüber hinaus findet mehr als die Hälfte der Befragten, dass sich ihre Möglichkeit, die Versorgung der eingeschriebenen Patienten insgesamt zu koordinieren, im Rahmen der HZV verbessert hat.

Deutlich wurde mit dieser Befragung auch, dass positive Auswirkungen der HZV, z.B. in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung oder die Koordination der Versorgung, erst langfristig

zum Tragen kommen und zu Beginn aus Sicht der Hausärzte vor allem der gestiegene Verwaltungsaufwand im Vordergrund steht. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Ärztebefragung (n = 74) im Ärztenetz Qualinet (Hausarztmodell Rhein-Neckar) im Jahr 2007: 4 Jahre nach Projektbeginn berichteten deutlich mehr Ärzte von Verbesserungen bezüglich der Patientenbehandlung und der Arzt-Patient-Beziehung als noch 2 Jahre zuvor [17]. Dass die Bewertung der HZV mit zunehmender Teilnahmedauer der Hausärzte durchschnittlich positiver ausfällt, lässt es sinnvoll erscheinen, Langzeiteffekte abzuwarten und nicht auf kurzfristige Ergebnisse zu setzen.

Die Tatsache, dass Ärzte in Gemeinschaftspraxen das Modell positiver bewerten als solche in Einzelpraxen, ist möglicherweise auch ein Hinweis darauf, dass gerade in Gemeinschaftspraxen, in denen eine eindeutige Zuordnung des Patienten zu einem bestimmten Arzt nicht immer gegeben ist, eine zusätzliche Stärkung der Arzt-Patient-Beziehung als sinnvoll empfunden wird.

Von den Befragungsteilnehmern wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die von Hausarztmodellen erwarteten Verbesserungen nur dann möglich sind, wenn entsprechende Veränderungen auch gefördert werden. Insbesondere die Kommunikation und Kooperation zwischen Hausärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern scheinen verbesserungswürdig, wenn der Hausarzt seine Rolle als Koordinator gesundheitlicher Versorgungsleistungen zukünftig stärker wahrnehmen soll. Allerdings sind bis heute die Rahmenbedingungen für die Übernahme dieser Aufgabe nicht gegeben. So haben viele Hausärzte unzureichende Kenntnisse über regionale Gesundheitsversorgungsstrukturen, und bis heute fehlen geeignete hausarztbasierte Kooperationsmodelle. Auch ist nicht geklärt, wie die umfassenden Leistun-

gen der Hausärzte zur Koordination und Beratung ihrer Patienten zukünftig vergütet werden sollen.

Bei der Gestaltung von Verträgen für Hausarztmodelle sollte – z.B. durch eine angemessene Honorierung von Beratungsgesprächen mit Patienten, die Einbeziehung von Fachärzten und anderen Gesundheitsversorgern in der Region sowie die Förderung von Informationsaustausch und Kontakten zwischen den Kooperationspartnern – noch mehr dafür gesorgt werden, dass verbesserte Kooperationsstrukturen auch tatsächlich entstehen und wirksam werden können. Gleichzeitig sollte der Verwaltungsaufwand durch einheitliche Regelungen minimiert werden.

### Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Hausärztinnen und Hausärzten der HZV in Hessen, die an der Befragung teilgenommen haben, für ihr Engagement und ihre wertvollen Rückmeldungen.

### Literatur

1. Primary health care: now more than ever – health report. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Scheffler R, Bodenheimer T, Lombardo P, et al. The future of primary care – the community responds. *N Engl J Med* 2008;359:2636–40.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
4. Haller S, Garrido MC, Busse R. Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Anlage zum Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009.
5. Rosenthal TC. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. *J Am Board Fam Med* 2008;21:427–40.
6. Atun RA. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Geneva: World Health Organization, 2004.
7. Stock J, Steiner M, Daul G. Deutschland: Hausarztmodelle der zweiten Generation. *Manag Care* 2006;8:27–9.
8. Böcken J. Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordina-

- tion zum Facharzt. *Gesundheitsmonitor* 2006. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2006:247–71.
9. Böcken J. Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen Ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsrealität. *Gesundheitsmonitor* 2008. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2008:105–21.
10. Evaluation der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung auf Basis von § 73b SGB V in fünf Bundesländern (VdAK und KVen). Göttingen: AQUA-Institut 2007 (<http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/HZV-Evaluation-Projekt-darstellung-2007-05-23.pdf>). Download: 11. 1. 2010).
11. Schütz J. Es gibt keine „Lex Hausärzteverband“. Juristische Betrachtungen zu § 73b SGB V. *Der Hausarzt* 2008;45:16–8.
12. Hausarztverträge: Vorbild sucht Nachahmer. *Dtsch Arztebl* 2009;106:A-741.
13. Studie der Bertelsmann Stiftung: Versicherte begrüßen Hausarztmodell. Pressemitteilung, 22. 4. 2004. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2004 ([http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-BBABAD0A-D3280FFD/bst/hs.xsl/nachrichten\\_4701.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-BBABAD0A-D3280FFD/bst/hs.xsl/nachrichten_4701.htm)). Download: 11. 1. 2010).
14. Ose D, Broge B, Riens B, Szecsenyi J. Mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten – Haben Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einen Einfluss? *Z Allg Med* 2008; 84:321–6.
15. Zentner A, Garrido MV, Busse R. Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2008“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung des Entwicklung im Gesundheitswesen, 2008.
16. Blättner B, Müller I. Häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung von Frauen: Ergebnisse einer Befragung hessischer Ärztinnen und Ärzte. *Hess Arztebl* 2007;9:565–8.
17. Prognos: Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell), 4. Zwischenbericht. Düsseldorf: Prognos AG, 2008.

### Korrespondenzanschrift

Anja Klingenberg  
AQUA – Institut für angewandte  
Qualitätsförderung und Forschung  
im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8–10  
37073 Göttingen  
Telefon (+49/551) 78952-20  
Fax -10  
E-Mail: [anja.klingenberg@aqua-institut.de](mailto:anja.klingenberg@aqua-institut.de)