

# Rationale und Stand der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland

## Hintergrund

Zur Sicherung einer flächendeckenden, für alle Bürger leicht zugänglichen, qualitativ hochwertigen und nachhaltig entwicklungsfähigen gesundheitlichen Versorgung ist ein leistungsfähiges primärärztliches System notwendig [1, 2]. Dies gilt insbesondere angesichts der demografischen Entwicklung. Das steigende Alter der Bevölkerung geht dabei mit erhöhter Morbidität sowie gesundheitlicher Chronizität und Komplexität einher, sodass der Behandlungsbedarf insgesamt steigt [3]. So weisen multimorbide Patienten eine deutlich erhöhte Anzahl von jährlichen Arztkontakten auf [4]. Die zunehmende Zahl an chronischen Erkrankungen und die daraus resultierende steigende Inanspruchnahme ärztlicher bzw. medizinischer Leistungen ist wiederum mit erhöhten Kosten verbunden [5, 6]. Auch ein Großteil der Medikamentenverschreibungen betrifft ältere und chronisch kranke Patienten, die in der Folge auch besonders häufig von Polymedikation betroffen sind [7]. Dies führt vermehrt zu Arzneimittelinteraktionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die für einen erheblichen Anteil an vermeidbaren Krankenhausaufnahmen und auch für eine erhöhte Sterblichkeit verantwortlich sind [8]. Ein Großteil der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung wird von chronisch Kranken verursacht. Die beschriebene Problematik führt zu einer stetigen Zunahme der Behandlungskomplexität, wodurch die Notwendigkeit eines ärztlichen Koordinators ersichtlich wird.

Der Hausarzt als Generalist kann dieser Aufgabe am ehesten gerecht werden. Hierfür müssen jedoch zunächst die pas-

senden Voraussetzungen geschaffen werden [9]. Denn häufig unterliegt der Hausarzt der „Dominanz des Dringlichen“, die fragmentierte Versorgungsmuster einer Akutversorgung begünstigt und die notwendige proaktive und umfassende Versorgung chronisch Kranker erschwert [10, 11].

Der deutsche Gesetzgeber entschied daher, die hausärztliche Grundversorgung zu stärken. Zu diesem Zweck wurde das SGB V (Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) in verschiedenen, nicht immer geradlinigen Schritten um die Regelungsinhalte des § 73 b, die „hausarztzentrierte Versorgung“ (HzV), ergänzt. Der vorliegende Beitrag erläutert das Prinzip sowie die Rahmenbedingungen der HzV und berichtet über die aktuelle Verbreitung dieser Versorgungsform.

## Rationale

Die Einführung der HzV als eine durch Hausärzte koordinierte Versorgung hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten zu verbessern und vorhandene Ressourcen möglichst effizient zu nutzen [12]. Da in Deutschland international übliche Instrumente wie ein konsequentes Primärarztsystem (gate keeping) oder eine durch Aufhebung des „Payer-Provider-Splits“ gesteuerte Organisation der Versorgung (Managed Care, etwa in Gestalt von Health Maintenance Organizations) als „nicht politikfähig“ bewertet wurden, wurde das Konzept der (für die Vertragsärzte und die Versicherten freiwilligen) Selektivverträge gewählt. Dies soll beispielsweise zu einer Reduktion von unnötigen Doppeluntersuchungen

und Hospitalisierungen führen. Darüber hinaus wird eine gezielte und qualitätsorientierte Verordnung von Arzneimitteln unter Berücksichtigung von Wirksamkeit und Kosten im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie angestrebt [12].

An teilnehmende Ärzte werden bestimmte Anforderungen gestellt. So müssen diese beispielsweise strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie besuchen. Zudem wird eine Behandlung nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien für die hausärztliche Versorgung und ein indikatorgestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement gefordert [13]. Versicherte verpflichten sich, mit ihren Problemen als Erstes den einschreibenden Hausarzt aufzusuchen.

Das Konzept der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ist ein spezifisch deutsches, das zwar zahlreiche international diskutierte Anregungen aufnimmt, aber auf die deutsche gesundheitspolitische Situation zugeschnitten ist [14]. Innerhalb dieser gehört es seit 2004 zu den wichtigsten Regelungen bzw. Änderungsansätzen im System. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden potenziell weitreichende Veränderungen der gesundheitspolitischen Arena eingeführt: Neue Akteursverbände wurden vertragsfähig gemacht, das Honorierungsprinzip wurde zum Teil grundlegend verändert (Pauschalierung anstelle primär einzelleistungsbezogener Vergütung), und die Inanspruchnahme sollte einem gestuften Prinzip folgen. Evidenzbasierte Behandlungs- und Verordnungsentscheidungen sollen gefördert werden.

Mit der Regelung nach § 73 SGB V (insbes. § 73b) wurden mit der Möglich-

keit spezieller Selektivverträge bestimmte Akteure (insbesondere Kassen und Berufsverbände) in der traditionell stark korporatistisch bestimmten ambulanten Versorgung mit der Absicht der Verstärkung des Wettbewerbs und der Stärkung der Primärversorgung neu positioniert und veränderte Interessenkonstellationen ermöglicht, die das traditionelle Muster der vertragsärztlichen Versorgung infrage stellen können. Das Modell der HzV soll zugleich aber auch eine Antwort auf sachliche Versorgungsprobleme bieten, bei denen in Deutschland Defizite gesehen werden:

1. Im internationalen Vergleich zeigen Länder mit einer starken Rolle der Primärversorgung eine höhere Versorgungsqualität und Effizienz in diesem bevölkerungsrelevanten Versorgungsbereich.
2. Mit dem demografischen Wandel treten patientenbezogene Bedürfnisse, z. B. eine langzeitige und verlässliche Versorgung bei chronischer Erkrankung, weiter nach vorne.
3. Eine Stärkung der Primärversorgung ist aus Gründen der Nachhaltigkeit, der Nachwuchsgewinnung und auch des Bestandes im (Verdrängungs-) Wettbewerb mit spezialistischen Fächern erwünscht.
4. Schließlich soll und kann das Modell der HzV über eine sektorspezifische Stärkung der Primärversorgung hinaus im Kontext einer integrierten, sektorübergreifenden Versorgung angelegt sein.

Im Muster des Selektivvertrags sind dabei recht unterschiedliche Regelungen möglich, die diese Rationale in größerem oder geringerem Maße ausfüllen. Es wurde angenommen, dass das Instrument verstärkten Wettbewerbs der Kassen (insbesondere bei den Beitragssätzen) die Wirtschaftlichkeit erhöhen würde, selbst bei erhöhten Pauschalvergütungen im hausärztlichen Bereich.

Perspektivisch sollte das Modell der HzV allerdings nicht alleine stehen, sondern z. B. zusammen mit fachärztlichen Selektivverträgen nach § 73c, Versorgungsformen nach § 53 und § 63–65 sowie nach § 137f–g und auch Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a–d zu

einer stärker sektorübergreifenden Gesamtversorgung beitragen [1, 16]. Ziel ist das Zukunftskonzept einer umfassenden, populationsorientierten Betrachtungsweise, anstelle des traditionellen, anbieter- und sektororientierten Systems [1]. Damit soll eine Zunahme der Behandlungsqualität einhergehen. In solch einem integrierten Modell kommt einer starken Primärversorgung jedoch die Schlüsselfunktion der Koordination und des „verlässlichen Rückkehrpunktes“ zu [15]. Ob sich diese Erwartungen erfüllen, kann nur anhand wissenschaftlicher Evaluation erwiesen werden.

In der gesetzlichen Regelung nach § 73b sind unabdingbare Inhalte der HzV vorgegeben, die sich substantiell auf die Versorgungsqualität auswirken sollen, damit der Regelungszweck nicht, wie z. B. in zahlreichen Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a–d, unterlaufen wird [1, 16].

5. Ein verbreiteter Zuständigkeitsbereich und damit erhöhter Leistungsumfang der Primärversorger soll und muss mit einer erhöhten Vergütung einhergehen. Diese ist in unterschiedlichem Maße in den Verträgen zur HzV auch vorgesehen. In Abänderung der zwischenzeitlich verschärferten Regelung, dass die Verträge bereits prospektiv ihre Ersparnis darlegen mussten, besteht die Regelung, dass die Verträge in der Perspektive von vier Jahren ihre Wirtschaftlichkeit darlegen müssen. Einsparungen sind in kürzerer Frist zumeist nur im Arzneimittelbereich darzustellen, im Bereich z. B. der ambulanten und stationären Inanspruchnahme nur dann, wenn parallel eine wissenschaftlich angemessene Evaluation stattfindet.

## Verbreitung der hausarztzentrierten Versorgung

Bei Einführung der HzV in das SGB V im Jahr 2004 war es den Krankenkassen zunächst freigestellt, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Die Bereitschaft der Kassen, HzV-Verträge abzuschließen, war sehr heterogen. Die meisten Krankenkassen lehnten Vertragsabschlüsse ab, da sie dies als Eingriff in ihre Vertragsfreiheit werte-

ten. Zudem war zunächst der aufwendige Aufbau neuer Strukturen notwendig, da die hausarztzentrierte Versorgung einen Selektivvertrag außerhalb des Kollektivvertragssystems darstellt. Dies bietet Gestaltungsmöglichkeiten, erfordert aber auch ein zusätzliches Engagement der Beteiligten. Es lassen sich Add-on-Verträge von Vollversorgungsverträgen differenzieren. Die Vertragstypen unterscheiden sich deutlich in Anspruch und Komplexität. Add-on-Verträge zielen nur auf einzelne Versorgungsaspekte, die zusätzlich zur kollektivvertraglich definierten Regelversorgung vereinbart werden, ab. Dies kann bspw. das Anbieten einer Abendsprechstunde oder die Förderung der DMP-Teilnahme sein. Während Add-on-Verträge die traditionelle Vergütung nach EBM nur in diesen Punkten ergänzen, weisen umfassende Vollversorgungsverträge erheblich mehr Honorierungs- und Steuerungskomponenten sowie Instrumente zur Qualitätsverbesserung auf [17]. Die Vergütung, die in Baden-Württemberg z. B. eine kontaktunabhängige Pauschale umfasst, erfolgt außerhalb des KV-Systems.

Der Aufbau von Parallelstrukturen ist zunächst nicht im Interesse des (etablierten) Kollektivsystems, das in der Hand der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) liegt. Nach dem Gesetz sind auf der einen Seite die einzelnen Kassen (obligat) und auf der anderen Seite legitimierte Vertreter der Hausärzte abschlussberechtigt. Mit dieser Regelung waren die KVen nicht mehr allein für die Vertretung und Abwicklung der hausärztlichen Versorgung zuständig. Dies war im Interesse der Hausärzte, die innerhalb der 17 regionalen KVen gegenüber den Fachärzten zunehmend häufiger in der Unterzahl sind. In den meisten Bundesländern ist mit dem Berufsverband der Hausärzte, dem Deutschen Hausärzterverband, ein neuer Akteur aufgetreten, der mit oder ohne KV über die von den Landesverbänden getragene Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) Vertragspartner für Selektivverträge ist, wenn er die Mobilisierung von 50 % der Hausärzte nachweisen kann. Daraus ergaben sich teilweise neue Konflikte zwischen Krankenkassen und KVen [18]. Kassenärztliche Vereinigungen können jedoch in Fällen, in denen hausärztli-

R. Lübeck · M. Beyer · F. Gerlach

**Rationale und Stand der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland****Zusammenfassung**

**Hintergrund.** Angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme von Morbidität, Chronizität und Komplexität ist zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ein leistungsfähiges primärärztliches System notwendig. Der Hausarzt als Generalist kann dieser Aufgabe nur unter den passenden Voraussetzungen gerecht werden.

**Ziel der Arbeit.** Zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung wurde das SGB V durch den Gesetzgeber um die Regelungsinhalte des § 73 b, die „hausarztzentrierte Versorgung“ (HzV), ergänzt. Der vorliegende Beitrag soll das Prinzip und die Rahmenbedingungen der HzV erläutern und über die Verbreitung dieser Versorgungsform berichten.

**Material und Methoden.** Literaturrecherche, Anfragen bei Vertragsteilnehmern.

**Ergebnisse.** Die HzV als Vollversorgungsvertrag fördert durch pauschalisierte Vergütung, verpflichtende Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln, Fortbildungen zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern und Qualifizierung nichtärztlicher Mitarbeiter ein Umfeld, das die vom Hausarzt geforderten Funktionen ermöglicht. Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen und alle Versicherten betrachtend, ist die Verbreitung der HzV noch gering. An der Anzahl der bestehenden Verträge (79) und der daran teilnehmenden Ärzte und Versicherten (> 3,6 Mio.) lässt sich aber eine stete Weiterverbreitung der HzV ablesen.

**Diskussion.** Die Schaffung eines leistungsfähigen primärärztlichen Systems wird durch die HzV begünstigt und entschieden vorangetrieben. Zukünftig müssen Wege gefunden werden, die starren Grenzen zwischen den Sektoren zu überwinden und im Sinne einer populationsorientierten Gesundheitsversorgung den Versicherten mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen. Dafür kann die HzV ein wichtiger Ausgangspunkt sein.

**Schlüsselwörter**

Hausarztzentrierte Versorgung · HzV · Primärversorgung · Koordination der Versorgung – Versorgungskonzept

**Rationale and dissemination of “GP centered health care” (“HzV”) in Germany****Abstract**

**Background.** In the face of demographic changes, the aging of the population, and the increase in chronic morbidity and complexity, efficient primary care is needed to ensure comprehensive and high-quality health care. The general practitioner (GP) can only cope with this task, if certain preconditions are met.

**Objectives.** To strengthen primary health care, the German legislator added § 73b, “GP-centered health care” (“Hausarztzentrierte Versorgung”, HzV) to the Social Code Book V. This article seeks to illustrate the rationale and general set-up of the HzV and to report on its dissemination. We discuss whether

or not the HzV can promote the preconditions required.

**Materials and methods.** Literature search, querying participants.

**Results.** Several elements of the HzV, such as lump-sum reimbursement, obligatory participation in structured quality circles, continuing education, and the qualification of non-medical health care assistants help to promote an environment that enables GPs to fulfill their new role. Considering all assured people and the Federal Republic as a whole, the distribution of the HzV is poor. However, a growing number of contracts (currently:

79) and participants (currently > 3.6 million) is expected.

**Conclusions.** The establishment of efficient primary care is heavily promoted by the HzV. In future, ways must be found to overcome the inflexible borders between sectors and to integrate community-based health care, which truly focuses on the patients need. The HzV can be seen as a starting point.

**Keywords**

GP-centered health care · HzV · Primary care · Health care coordination · Concept in medical care

che Gemeinschaften sie beauftragen, beim Abschluss von HzV-Verträgen ebenfalls als Vertragspartner auftreten.

Erst mit einer neuen gesetzlichen Regelung wurde das Anbieten der HzV den Krankenkassen bis spätestens 30.06.2009 zur Pflicht. Dennoch kam es nur zögerlich zu einer Verbreitung der HzV. Vollerorts bedurfte und bedarf es zahlreicher Schiedsverfahren. Dadurch werden in vielen Fällen Vertragsabschlüsse zwischen den verschiedenen Krankenkassen und der HÄVG, die als Vertretung der Hausärzteschaft in Vertragsverhandlungen auftritt, verzögert. Auch bei Honorarstreitigkeiten sind häufig Schiedsverfahren notwendig. Dies führt teilwei-

se zu nicht unbeträchtlichen Liquiditätsproblemen bei teilnehmenden Ärzten. In der Folge kann auch seitens der Hausärzteschaft, die im Rahmen der HzV auf eine bessere Vergütung hofft, die Motivation zur Fortführung entsprechender Verträge gemindert werden. Zwischenzeitlich kam für Verträge mit Abschluss nach dem 22. September 2010 die Erweiterung des § 73b um den Absatz 5a hinzu, der als Refinanzierungsklausel den Abschluss neuer Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung deutlich erschwerte [19]. Absatz 5a sah vor, dass Mehrleistungen im Rahmen von Hausarztverträgen nur dann von den gesetzlichen Krankenkassen honoriert würden, wenn an anderer Stelle entspre-

chend eingespart würde. Die umstrittene Klausel wurde am 01.04.2014 wieder abgeschafft.

Dennoch lässt sich an der Anzahl der bestehenden Verträge und der daran teilnehmenden Ärzte und Versicherten eine stete Weiterverbreitung der HzV ablesen (■ **Tab. 1** – es ist anzumerken, dass hier nur vergütungswirksame Verträge mit Beteiligung der HÄVG aufgeführt sind). Zudem handelt es sich jeweils um Verbundverträge, die sich in zahlreiche regionale Verträge, mit jeweils quasi gleichen Vertragsinhalten, aufgliedern lassen. Die unterschiedliche Zahl an teilnehmenden Ärzten und Versicherten ergibt sich teilweise auch aus der (bisherigen)

**Tab. 1** Anzahl der Verträge und Teilnehmer an der hausarztzentrierten Versorgung nach Regionen (Angaben der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG), Stand 10.10.14)

Region	Anzahl laufender Verträge	Teilnehmer	
		Ärzte	Versicherte
<b>NORD</b>			
Bremen			
Hamburg	7	1522	30.512
Niedersachsen			
Schleswig-Holstein			
<b>SÜD</b>			
Bayern	14	8907	3.134.432
Baden-Württemberg			
<b>OST</b>			
Berlin			
Brandenburg			
Mecklenburg-Vorpommern	7	742	13.652
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Thüringen			
<b>WEST</b>			
Braunschweig			
Hessen			
Nordrhein	18	5070	438.038
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Westfalen-Lippe			
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>16.241</b>	<b>3.616.634</b>

Vertragslaufzeit. Auffällig ist ein deutliches Süd-Nord-Gefälle mit einer ausgeprägteren Verbreitung der HzV im Süden Deutschlands. Hier kommt besonders dem HzV-Vertrag der AOK in Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle zu. Dieser wurde als einer der ersten Vollversorgungsverträge abgeschlossen und konnte, dank des hohen Marktanteils der AOK in Baden-Württemberg, frühzeitig sehr vielen Versicherten angeboten werden. Dies wurde durch die Versichertenstruktur der AOK, als Versorgerkasse mit einer überdurchschnittlichen Anzahl von Versicherten mit hohem Versorgungsbedarf, begünstigt.

Es lässt sich also feststellen, dass die Verbreitung der HzV-Verträge sehr stark vom Vertragstyp (Vollversorgungsvertrag), vom Marktanteil des Partners (Kasse) und den technischen Anforderungen des Vertrags abhängig ist. Viele Verträge sind erst in jüngerer Zeit gestartet, sodass hier zukünftig mit deutlich größeren Teilnehmerzahlen gerechnet werden kann.

Bislang wurden 46 HzV-Verträge (Tab. 1) durch die HÄVG abgeschlos-

sen. Bundesweit gibt es daneben zurzeit 33 Hausarztverträge mit KV-Beteiligung, wobei beispielsweise in Sachsen-Anhalt die KV alleiniger Vertreter der Hausärzte ist [20, 21]. Bundesweite Zahlen, wie sie hier wiedergegeben sind, konnten wir nur für die mit der HÄVG abgeschlossenen HzV-Verträge erhalten. Von ca. 70 Mio. Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zum Stichtag 10.10.2014 mehr als 3,6 Mio. Versicherte in ein HzV-Programm eingeschrieben.

Auch anhand des von der HÄVG umgesetzten Honorarvolumens kann die zunehmende Bedeutung der HzV bemessen werden. So kam es zwischen 2012 und 2013 zu einer Zunahme um fast 50 % von 520 Mio. € auf ca. 780 Mio. € [22]. Das Honorarvolumen könnte, angetrieben durch die Unzufriedenheit mit der jüngsten EBM-Reform, im Jahr 2014 auf rund 1 Mrd. Euro anwachsen.

Durch die Vielzahl der beteiligten Kassen (veranschaulicht in Tab. 2) ist die Umsetzung der jeweiligen Verträge ernsthaft behindert, da in diesen Verträgen – teilweise minimal unterschiedliche –

Anspruchsgrundlagen oder Anforderungen formuliert werden. Hinderlich ist u. a. auch, dass je nach Kasse unterschiedliche Definitionen von „chronischer Erkrankung“ zugrunde gelegt werden. Die Verträge erfordern jeweils eine spezifische Software-Anbindung an die Praxissoftware (PVS), die von den Anbietern nur gegen Aufpreis (oder bei geringem Versichertenanteil gar nicht) geliefert wird. Möglicherweise werden die HzV-Verträge wie die anderen Selektivverträge daher zukünftig zu einer verstärkten Fusion von Kassen führen.

Einschränkend muss eingeräumt werden, dass wir konkrete Zahlen nur für einen Teil der laufenden HzV-Verträge angeben können. Dies ändert jedoch nichts an den grundsätzlichen Aussagen – im Gegenteil wird die tatsächliche Verbreitung der HzV eher noch unterschätzt.

Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen und alle Versicherten betrachtend, ist die Verbreitung der HzV noch gering. Der „Süd-Nord“-Gegensatz in Tab. 1 ist schlagend. Dies erklärt sich vor allem daraus, dass in Baden-Württemberg die AOK die Chancen der HzV zur proaktiven Versorgungsgestaltung erkannt hatte und daher einen weitreichenden Selektivvertrag schloss. In Bayern mobilisierte ein hausärztlicher Berufsverband mit hohem Organisationsgrad vor dem Hintergrund eines berufspolitischen Konflikts im Jahr 2010 massiv. Speziell in Norddeutschland gibt es dagegen meist nur – zögerlich abgeschlossene – Add-on-Verträge, die noch keine Wirksamkeit entwickelt haben.

## Wirksamkeit und Nutzen hausarztzentrierter Versorgung

Der Hintergrund der Einführung der HzV und die damit verbundenen Erwartungen wurden eingangs bereits erläutert. Zur Beurteilung, ob diese eingetroffen sind sollten „Kriterien guter Primärversorgung“ herangezogen und hinsichtlich der Zielerreichung überprüft werden [23, 24]. Die wissenschaftliche Evaluation derartiger selektivvertraglich gestalteter Versorgung ist in § 73b nicht gefordert. Unseres Wissens erfolgen Evaluationen nur in Thüringen (HzV-Vertrag der

**Tab. 2** Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und beteiligte Kassen nach Regionen (Angaben der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG), Stand 10.10.14)

Region	Bundesland	Verträge		
NORD	Bremen (HB)	hkk HzV HB/HH		
		H <sub>z</sub> V EK Bremen		
		H <sub>z</sub> V TK		
	Hamburg (HH)	H <sub>z</sub> V IKK classic		
		H <sub>z</sub> V TK		
	Niedersachsen	H <sub>z</sub> V IKK classic		
	Schleswig-Holstein	H <sub>z</sub> V TK		
SÜD	Bayern	H <sub>z</sub> V AOK Bayern S12		
		H <sub>z</sub> V BKK Bayern		
		H <sub>z</sub> V EK Bayern S12		
		H <sub>z</sub> V IKK classic		
		H <sub>z</sub> V LKK Bayern		
		H <sub>z</sub> V TK		
		Baden-Württemberg	H <sub>z</sub> V AOK BW	
	H <sub>z</sub> V BKK Verbund Baden-Württemberg			
	H <sub>z</sub> V BKK-VAG BW			
	H <sub>z</sub> V Bosch BKK BW			
	H <sub>z</sub> V EK Baden-Württemberg			
	H <sub>z</sub> V IKK classic BW			
	H <sub>z</sub> V LKK Baden-Württemberg			
	H <sub>z</sub> V RV Knappschaft-Bahn-See Baden-Württemberg			
	OST		Berlin	H <sub>z</sub> V AOK Nordost & IKK Br.-Berlin
				H <sub>z</sub> V EK Berlin
				H <sub>z</sub> V IKK classic
			Brandenburg	
			Mecklenburg-Vorpommern	
		Sachsen	H <sub>z</sub> V EK Sachsen	
H <sub>z</sub> V IKK classic				
H <sub>z</sub> V TK				
Sachsen-Anhalt				
Thüringen	H <sub>z</sub> V IKK classic			
WEST	Hessen	H <sub>z</sub> V AOK Hessen		
		H <sub>z</sub> V IKK classic		
		H <sub>z</sub> V TK		
	Nordrhein (NO)	H <sub>z</sub> V AOK NO		
		H <sub>z</sub> V BKK NO		
		H <sub>z</sub> V EK NO		
		H <sub>z</sub> V IKK classic		
		H <sub>z</sub> V LKK Nordrhein		
		H <sub>z</sub> V RV Knappschaft-Bahn-See Nordrhein		
		H <sub>z</sub> V TK		
	Rheinland-Pfalz	H <sub>z</sub> V TK		
	Saarland			
	Westfalen-Lippe (WL)	H <sub>z</sub> V AOK WL		
		H <sub>z</sub> V BKK WL		
		H <sub>z</sub> V EK WL		
		H <sub>z</sub> V IKK classic		
H <sub>z</sub> V LKK Westfalen-Lippe				
H <sub>z</sub> V RV Knappschaft-Bahn-See Westfalen-Lippe				
H <sub>z</sub> V TK				

AOKplus – Ergebnisse noch ausstehend) und in Baden-Württemberg.

Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg wird seit dem Jahr 2010 einer kontinuierlichen externen Evaluation unterzogen. Bereits in der ersten Phase dieser Evaluation konnten viele Thesen und Erwartungen bestätigt werden [25]. So führte die HzV insbesondere bei chronisch Kranken zu einer höheren Behandlungszufriedenheit [26]. Dies geht auch mit einer Zunahme der Zufriedenheit der teilnehmenden Hausärzte einher. Auch kam es zu einer leitliniengerechteren Therapie herzinsuffizienter Patienten [27]. In der zweiten Phase der Evaluation konnten nun weitere positive Auswirkungen aufgezeigt werden, wie auch im vorliegenden Schwerpunktheft von Laux et al. im Artikel „Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg“ beschrieben. Demnach zeigen sich insbesondere hinsichtlich der ambulanten und stationären Inanspruchnahme und der Qualität der Medikamentenversorgung Vorteile gegenüber der Regelversorgung. Während sich eine Optimierung der Prozesse bereits aus vertraglich festgelegten Qualitätsstandards ergibt, können durch die Evaluation verbesserte Outcomes festgestellt werden.

## Fazit

Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft werden tragfähige Versorgungskonzepte benötigt, die den komplexen Behandlungsbedürfnissen einer steigenden Zahl an chronisch kranken und multimorbiden Patienten gerecht werden. Dem steht eine zunehmend spezialisierte und fragmentierte Gesundheitsversorgung in Deutschland gegenüber. Diese zeichnet sich vor allem durch eine hohe Zahl an jährlichen Arztkontakten und ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung aus. Länder mit einer starken Primärversorgung können hingegen bei vergleichsweise niedrigeren Kosten eine bessere medizinische Versorgung leisten – gerade bei chronisch Kranken [24, 28].

Neue Versorgungskonzepte in Deutschland müssen daher zunächst auf eine Stärkung und Optimierung der Primär-

versorgung abzielen. Dem Hausarzt kommt dabei die Aufgabe eines Koordinators und gesundheitlichen Begleiters zu. Doch „Hamsterrad“ und „Case Management“ lassen sich schwer vereinen. Die hausärztliche Versorgung benötigt daher stabile Rahmenbedingungen [29]. Die HzV liefert, wenn in Form eines umfassenden Vollversorgungsvertrages wie in Baden-Württemberg praktiziert, durch die pauschalierte und damit zum Teil kontakunabhängige Vergütung einen wesentlichen Beitrag, um die Wahrnehmung dieser nun vom Hausarzt geforderten Funktionen überhaupt erst möglich zu machen. Gleichzeitig erfolgt durch die verpflichtende Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln, insbesondere zur Arzneimitteltherapie, und durch Fortbildungen zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern eine systematische Qualitätsförderung. Außerdem wird die Qualifizierung nichtärztlicher Mitarbeiter effektiv unterstützt, indem spezifische von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) erbrachte Leistungen, wie z. B. Case Management oder Hausbesuche, separat honoriert werden. Dadurch wird die Schaffung interdisziplinärer Teams vorangetrieben. Im Rahmen von Facharztverträgen (nach § 73c SGB V) findet eine zunehmende Vernetzung statt, die den Patienten in Form multiprofessioneller Kooperationen zugeht. Zukünftig müssen Wege gefunden werden, die starren Grenzen zwischen den Sektoren zu überwinden und im Sinne einer populationsorientierten Gesundheitsversorgung den Patienten mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen. Die HzV kann dafür Ausgangspunkt sein.

## Korrespondenzadresse

### R. Lübeck

Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt  
am Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt  
Luebeck@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** R. Lübeck, M. Beyer und F. Gerlach erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, 1. Aufl. Nomos, Baden-Baden
2. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP (2003) Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 1(1):8–14. doi:10.1370/afm.1
3. Gensichen J, Muth C, Butzlaff M et al (2006) Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Ubergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke (The future is chronic: German primary care and the Chronic Care Model – The comprehensive principles in the proactive treatment of the chronically ill). *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 100(5):365–374
4. Busche H, Scherer M (2011) Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare). *Z Gerontol Geriat* 44(52):73–100. doi:10.1007/s00391-011-0249-3
5. Lehnert T, König H (2012) Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 55(5):685–692. doi:10.1007/s00103-012-1475-6
6. Brilleman SL, Gravelle H, Hollinghurst S, Purdy S, Salisbury C, Windmeijer F (2011) Keep it simple? Predicting primary health care costs with measures of morbidity and multimorbidity. *J Health Econ* 35(2014):109–122. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.02.005
7. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010) Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 107(31–32):543–551. doi:10.3238/arztebl.2010.0543
8. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J (2007) The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J* 9(6):430–434
9. Erlar A, Beyer M, Gerlach FM (2010) Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. *Z Allg Med* 86(3):159–165
10. Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J (2006) Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis (New perspectives in the primary care of the chronically ill – against the "tyranny of the urgent". Part 1: chronic diseases as a challenge for primary care). *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 100(5):335–343
11. Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J (2006) Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung (New perspectives in the primary care of the chronically ill – against the "tyranny of the urgent". Part 2: The chronic care model and case management as the basis of a forward-looking approach to primary care). *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 100(5):345–352
12. Gerlach FM, Szecsenyi J (2013) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation (Family doctor-centred care in Baden-Wuerttemberg: concept and results of a controlled evaluation study). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(6):365–371. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.002
13. § 73b SGB V in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190), zuletzt geändert durch das 14. SGB-V-ÄndG vom 27. März 2014 (BGBl. S. 261)
14. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004: publication no. 2004/20E.
15. Beyer M, Erlar A, Gerlach FM (2010) Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med* 86(3):93–98
16. (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, 1. Aufl. Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit, Bd. 2012. Huber, Bern
17. Gerlach FM, Szecsenyi J (2011) Inhalte und Qualität sind entscheidend. Statt eines Wettbewerbs um die beste Versorgung findet in Deutschland vor allem eine Auseinandersetzung um Vertrags Höhe und Honorare statt. Es ist Zeit für eine Kurskorrektur. HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG. *Dtsch Arztebl* 108(18):A996–A998
18. Tesic D (2014) Hausarztzentrierte Versorgung als Pflichtangebot der Krankenkassen – Freiheitsberaubung oder politisch gewollte Alternative zur Regelversorgung? *Z Allg Med* 90(4):181
19. Ärzte Zeitung Weigelt: Sparklausel im Paragraph 73b muss weg. [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/812702/weigelt-sparklausel-paragraph-73b-muss-weg.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/812702/weigelt-sparklausel-paragraph-73b-muss-weg.html). Zugegriffen: 25. Oktober 2014
20. Ärzte Zeitung (2014) Hausarztvertrag Sachsen-Anhalt: Erfolge nach zehn Jahren nachweisbar. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60084/Hausarztvertrag-Sachsen-Anhalt-Erfolge-nach-zehn-Jahren-nachweisbar>. Zugegriffen: 25. Oktober 2014
21. KV-Blatt (2014) Vor 10 Jahren gab es den ersten HzV-Vertrag mit KV-Beteiligung. [http://www.kv-berlin.de/40presse/30kvblatt/2014/10/50\\_verschiedenes/kvbo.pdf](http://www.kv-berlin.de/40presse/30kvblatt/2014/10/50_verschiedenes/kvbo.pdf). Zugegriffen: 25. Oktober 2014
22. HÄVG Bericht des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2013 der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft. [https://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user\\_upload/redaktion/haevg/Unternehmensberichte/HAEVG-Bericht\\_des\\_Vorstandes\\_2013.pdf](https://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user_upload/redaktion/haevg/Unternehmensberichte/HAEVG-Bericht_des_Vorstandes_2013.pdf). Zugegriffen: 25. Oktober 2014
23. Gerlach FM, Szecsenyi J (2011) Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und Qualität sind entscheidend. *Dtsch Arztebl* 108(18):A996–A998
24. Macinko J, Starfield B, Shi L (2003) The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 38(3):831–865. doi:10.1111/1475-6773.00149
25. Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010–2011). [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf). Zugegriffen: 25. Oktober 2014

26. Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S, Beyer M, Miksch A (2013) Wie beurteilen chronisch kranke Patienten Ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg (How chronically ill patients evaluate their care: results of an evaluation study of the family doctor-centred health care model). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(6):379–385. doi:10.1016/j.zefq.2013.06.001
27. Roehl I, Beyer M, Gondan M et al. (2013) Leitlinien-gerechte Behandlung bei chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie (Guideline compliance in the treatment of patients with chronic heart failure through family doctor-centred health care: results of an evaluation study). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(6):394–402. doi:10.1016/j.zefq.2013.08.010
28. Starfield B, Shi L, Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83(3):457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
29. WHO (2008) The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). <http://www.who.int/whr/2008/en/>. Zugegriffen: 25. Oktober 2014