



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Darstellung der Hausarztzentrierten Versorgung am Beispiel des Baden-Württemberger Modells

Kurzrecherche

Version 3

19.09.2013

Aline Dragosits MA

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung
Gesundheitsökonomie

a) Abstract

Hintergrund: Der Grundstein für das Versorgungsmodell der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurde im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz gelegt. Die Behandlung der PatientInnen durch die HausärztInnen erfolgt in der HzV nach freiwilliger, vertraglicher Vereinbarung, außerhalb des kollektivvertraglichen Systems und verfolgt das Ziel einer effizienten und effektiven Betreuung der PatientInnen.

Fragestellung/Methode: Ziel dieser Kurzrecherche ist die Erörterung relevanter Eckpunkte zur HzV mit besonderer Berücksichtigung der Regelungen in Baden-Württemberg. Mithilfe einer Literaturrecherche konnten relevante Daten im Hinblick auf die Rahmenbedingungen und den Inhalt der HzV Verträge in Baden-Württemberg eruiert werden.

Ergebnisse: Die Mindestanforderungen, welche die HausärztInnen erfüllen müssen, werden bundesweit in § 73b SGB V definiert. Die Teilnahmevoraussetzungen werden jedoch individuell pro Krankenkasse mit den VertragspartnerInnen vereinbart. In diesem Zusammenhang nehmen die Baden-Württemberger Regelungen eine Vorreiterrolle für die Selektivverträge ein. Um am Modell teilnehmen zu können, müssen die HausärztInnen neben den gesetzlichen Mindestanforderungen, wie beispielsweise die Einhaltung der Fortbildungspflicht, auch Anforderungen wie Kassenzulassung, Praxisausstattung, bestimmte medizinische Qualifikationen und die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen erfüllen. Die LeistungserbringerInnen werden gesondert unter anderem in Form von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen vergütet. Eine wissenschaftliche Evaluation des Modells bestätigt positive Effekte, beispielsweise im Hinblick auf die Reduktion der unkoordinierten Inanspruchnahme von FachärztInnen.

Fazit: Nachdem anfängliche Hindernisse wie beispielsweise die Akzeptanz innerhalb der Zielgruppe oder Softwareprobleme überwunden wurden, belegen die Evaluationsergebnisse positive Effekte, welche durch die Umsetzung des Versorgungsmodells erzielt werden.

b) Inhalt

| | | |
|-------|--|---|
| 1 | Fragestellung und Methode | 1 |
| 1.1 | Fragen..... | 1 |
| 1.2 | Methode | 1 |
| 2 | Ergebnisse | 1 |
| 2.1 | Rahmenbedingungen | 1 |
| 2.2 | Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg | 2 |
| 2.2.1 | Qualitätsanforderungen..... | 2 |
| 2.2.2 | Vergütung | 2 |
| 2.2.3 | Evaluationsergebnisse | 3 |
| 3 | Literaturverzeichnis | 4 |
| | Anhang..... | 5 |

c) Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

| | |
|--|---|
| Tabelle 1: Relevante Qualitätskriterien des Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg | 2 |
| Tabelle 2: Gebührenordnung der AOK Baden-Württemberg..... | 2 |
| Tabelle 3: Gegenüberstellung HzV-Verträge Baden-Württemberg..... | 5 |

1 Fragestellung und Methode

1.1 Fragen

| | |
|--|--|
| Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland | Welche bundesweit gesetzlich vereinbarten Grundlagen dienen als Rahmenbedingungen für das Modell der Hausarztzentrierten Versorgung? |
| Baden-Württemberger Modell | Wie werden die Vertragsinhalte der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg ausgestaltet? |

1.2 Methode

Um relevante Daten im Hinblick auf die Rahmenbedingungen und die gesetzlich beschlossenen Inhalte des Modells der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) generieren zu können, wurden einerseits gesetzliche Grundlagen recherchiert und andererseits eine Literaturrecherche in Datenbanken (z.B. Pubmed, DIMDI) sowie eine Handsuche mittels Google durchgeführt.

2 Ergebnisse

Zunächst werden die Rahmenbedingungen der HzV näher erläutert. Danach wird im Speziellen auf die Regelungen im Bundesland Baden-Württemberg eingegangen.

2.1 Rahmenbedingungen

Die Grundlage für das Angebot von hausarztzentrierten Versorgungsmodellen für Versicherte und deren HausärztInnen durch Deutschlands Krankenkassen wurde mit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 geschaffen (§ 73b SGB V) (Broge 2007, Klingenberg et al. 2010). Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wird zwischen den Krankenkassen, dem Hausärzterverband/MEDI und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft abgeschlossen und verfolgt das Ziel einer effektiven und effizienten Betreuung der PatientInnen. Den HausärztInnen wird dabei eine **zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion** zugesprochen. Durch diesen Add-on Vertrag außerhalb des kollektivvertraglichen Systems sollen unter anderem eine flächendeckende, ambulante Versorgung gesichert, Wartezeiten abgebaut und die Ausrichtung nach Leitlinien/EbM ermöglicht werden (Deutscher Hausärzterverband 2011, Weigelt 2011). Versicherte und HausärztInnen können **freiwillig** an dieser Versorgungsform teilnehmen. Verpflichtend ist lediglich, dass die Versicherten nur einen Hausarzt / eine Hausärztin in Anspruch nehmen und von diesem / dieser in die ambulante fachärztliche Behandlung überwiesen werden (Ausnahme: AugenärztInnen und FrauenärztInnen) (www.sozialgesetzbuch-sgb.de 2013).

2.2 Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg¹

Im Mai 2008 wurde in Baden-Württemberg der erste Vertrag zur HzV gemäß § 73b SGB V zwischen der AOK-Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, dem MEDIVERBUND, den teilnehmenden ÄrztInnen und dem Deutschen Hausärzteverband abgeschlossen. Im Rahmen dieses Vertrags zur HzV sind die HausärztInnen zur Erfüllung bestimmter Qualitätsanforderungen verpflichtet und werden entsprechend honoriert (Deutscher Hausärzteverband 2011, Niebling 2013b).

2.2.1 Qualitätsanforderungen

Tabelle 1: Relevante Qualitätskriterien des Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg

| Mindestanforderungen nach § 73b SGB V | Teilnahmeanforderungen |
|--|--|
| Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie | Kassenzulassung als Hausarzt / Hausärztin oder zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum |
| Behandlung nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien | Praxisausstattung (z.B. apparative Mindestausstattung, Arztinformationssystem, spezifische Praxissoftware zur Medikamentenverordnung) |
| Indikatoren gestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement | Qualifikation zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur psychosomatischen Grundversorgung |
| Einhaltung der Fortbildungspflicht | Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (Stichwort DMP) |

Quelle: Deutscher Hausärzteverband 2011, Niebling 2013b

2.2.2 Vergütung

Die Vergütung der HausärztInnen erfolgt außerhalb des kollektivvertraglichen Systems der kassenärztlichen Vereinigung und beruht aus diesem Grund nicht auf der Honorierung von Einzelleistungen bzw. Budgetierung (Gerlach et al. 2013). Sie folgt einer eigenen Systematik. Vergütungspositionen sind in den Verträgen mit den einzelnen Kassen gesondert geregelt. Die Gebührenordnung besteht aus:

Tabelle 2: Gebührenordnung der AOK Baden-Württemberg

| Vergütungspositionen | |
|--|---|
| Pauschale 1 (kontaktunabhängig, 1 x 65 Euro/Jahr) | Pauschale 2 (kontaktabhängig, max. 3 x 40 Euro/Jahr) |
| Pauschale 3 (Zuschlag für chronisch Kranke, max. 4 x 25 bis 30* Euro/Jahr) * incl. 5 Euro Zuschlag für VersorgungsassistentIn | Vorhaltezuschlägen (z.B. Pharmako-therapie), Einzelleistungen (z.B. Screening-leistungen), ergebnisabhängige Zusatzvergütungen (z.B. Zielerreichungsquote für Arzneimittelverordnungen) |

Quelle: Niebling 2013a, Weigelt 2011

¹ Wie eingangs erwähnt, werden die Vertragsinhalte der HzV pro Krankenkasse vereinbart. Diese bestehen einerseits aus den Mindestanforderungen nach § 73b SGB V und andererseits werden die Teilnahmevoraussetzungen und die Höhe der Vergütung gesondert geregelt. Da die Baden-Württemberger Regelungen eine Vorreiterrolle für die Selektivverträge einnehmen wird in diesem Punkt lediglich auf die Teilnahmeanforderungen des Vertrages – welcher mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossen wurde - eingegangen und die Gebührenordnung nur oberflächlich dargestellt. Im Anhang ist eine Gegenüberstellung der HzV-Verträge der teilnehmenden Kassen angefügt, bei welcher v.a. auf die Gebührenordnung eingegangen wird.

Die Abrechnung erfolgt elektronisch. Darüber hinaus werden den HausärztInnen online Informationen u.a. über Arzneimittel-Listen und Leitlinien zur Verfügung gestellt (Niebling 2013a, Weigelt 2011).

2.2.3 Evaluationsergebnisse

Anfängliche Hindernisse wie beispielsweise die Akzeptanz innerhalb der Zielgruppen oder Softwareprobleme konnten überwunden werden (Niebling 2013b). Zur wissenschaftlichen Evaluation der Versorgungssituation im Modell wurden Routinedaten von AOK-Versicherten, welche an der neu implementierten Versorgungsform teilnehmen mit jenen, welche nicht teilnehmen verglichen.

Die teilnehmenden PatientInnen waren älter und kränker. Darüber hinaus stiegen die Hausarztkontakte bei der HzV deutlich an, während FachärztInnen seltener ohne gezielte Überweisungen in Anspruch genommen wurden. Mehr als verdoppelt hat sich die Einschreibquote in Disease Management Programme im Rahmen der HzV, während es bei der Hospitalisierungsrate keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen gab.

Teilnehmende ÄrztInnen fühlen sich trotz höherer Arbeitsbelastung weniger gestresst. Kommunikation, Kooperation und Koordination werden durch das Programm gestärkt. Präventive Angebote und das Angebot eines Behandlungsplans werden von den teilnehmenden PatientInnen besser bewertet.

VersorgungsassistentIn in der Hausarztpraxis (VERAH) sollen die teilnehmenden HausärztInnen im Behandlungsalltag entlasten. Diese werden speziell geschult und gesondert vergütet. Die Evaluierung hat gezeigt, dass sich das eher administrativ geprägte Aufgabenfeld gewandelt hat und die VersorgungsassistentInnen verstärkt in die Patientenbetreuung eingebunden werden (z.B. ärztlich abgestimmte Hausbesuche, Casemanagement sowie Medikamenten- und Wundmanagement) (Gerlach et al. 2013).

3 Literaturverzeichnis

- Broge B.: Evaluation der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung auf Basis von § 73 b SGB V in fünf Bundesländern (VdAK und KVen). Projektdarstellung, AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen, 2007.
- Deutscher Hausärzteverband: Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. Der Änderungsvereinbarung vom 15.04.2011 zwischen AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG, MEDIVERBUND AG, und teilnehmenden Hausärzten sowie Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. und MEDI Baden-Württemberg e.V. Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) bei der AOK Baden-Württemberg, Stand 11.05.2011. Fragen und Antworten, 2011
- Gerlach F., Szecsenyi J. et al.: Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011), 2013
- Klingenberg A., Broge B., Herholz H. et al.: Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte. Medizinische Klinik 105 (2), S. 89-95, 2010
- Niebling W.: Hausarztzentrierte Versorgung – HZV, Stärken und Schwächen. Präsentation, 12. Österreichische Wintertagung für Allgemeinmedizin, Zug, 2013a
- Niebling W.: Der Hausarzt im Zentrum – Baden-Württembergs neuer Weg. Präsentation, 3. Tag der Allgemeinmedizin, Wien, 2013b
- Sozialgesetzbuch: § 73 SGB V. online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73b.html> letzter Zugriff: 28.08.2013
- Weigelt: Die hausarztzentrierte Versorgung, ein Weg in die Sackgasse oder Ausgangspunkt einer effizienteren Versorgung. Präsentation, 8. DGIV – Bundeskongress, 20./21.10.2011 in Berlin, 2011

Anhang

Tabelle 3: Gegenüberstellung HzV-Verträge Baden-Württemberg

| Vertrag | AOK | LKK | IKK classics | Bosch BKK BKK VAG | Ersatzkassen BKK Verbund Knappschaft Bahn und See |
|--|--|---|--|---|--|
| Übermittlung der Teilnahmeerklärungen Patient | Postweg | Online Übermittlung | | | Postweg |
| Einreichfristen für die Teilnahmeerklärungen Patient | Für alle Verträge gelten folgende Einreichfristen: bis zum 01.02. für Quartal 2 bis zum 01.05. für Quartal 3 bis zum 01.08. für Quartal 4 bis zum 01.11. für Quartal 1 | | | | |
| P1 (1 x jährlich) Keine Abrechnung erforderlich | 65,00 € | P1a (Mitglied) 60,00 € P1b (Renten- bezieher) 70,00 € | 60,00 € | 65,00 € | |
| P2 (max. 3 x jährlich) | 40,00 € | P2a (Mitglied) 35,00 € P2b (Renten- bezieher) 45,00 € | 40,00 € | | |
| P3 (max. 4 x jährlich) | Chroniker laut G-BA 25,00 € | | Übersicht P3-Diagnosen + Übersicht P3-Diagnosen TK 30,00 € | | |
| P4 (max. 4 x jährlich) | Pauschale für multimorbide Patienten 15,00€ (ab 01.10.2013) | - | | | |
| P5 (max. 4 x jährlich) | Pflegeheimpauschale 15,00 € | - | | | |
| Vertreterpauschale | 20,00 € | 12,50 € | 17,50 € | | |
| Zielauftragspauschale | 12,50 € | | 17,50 € | | |
| Prävention | Jährlicher erweiterter Gesundheits-Check-Up bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 (a/b) 2,00 € | | Erweiterter Gesundheits-Check- Up max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren 35,00 € EL | Präventionszuschlag Hautkrebscreening Gesundheits-Check-Up Krebsvorsorge Frau Krebsvorsorge Mann 4,00 € Max. 1 x pro Quartal | |
| | Kindervorsorgeuntersuchung (gilt nur für Kinder- und Jugendärzte) Bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 2,00 € | | | | |
| | Hautkrebscreening (ab 20 | Hautkrebscreening | | | |

| Vertrag | AOK | LKK | IKK classics | Bosch BKK BKK VAG | Ersatzkassen BKK Verbund Knappschaft Bahn und See |
|--|---|--|---|--|--|
| | Jahre) Mit Dermatoskop 25,00 € EL Ohne Dermatoskop 20,00 € EL Krebsvorsorge Frau 20,00 € EL Mann 16,00 € EL | Mit Dermatoskop 25,00 € EL Krebsvorsorge Frau 20,00 € EL Mann 16,00 € EL | | | |
| | Kindervorsorgeuntersuchung U1-U11; J1, J2 In Pauschale enthalten | | Kinder- vorsorgeuntersuchung U1-U10, J1 30,00 € EL | Kindervorsorgeuntersuchung U1-U10, J1 in Pauschale enthalten | |
| AOK-Check 18+ (Patient zw. 18 bis 34 Jahre) | Einmalige Zahlung (für Nicht-HzV-Teilnehmer nach wirksamer Einschreibung 40,00 € | - | | | |
| Impfen | Influenza-Impfung Bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 (gilt nicht für Kinder und Jugendärzte) 3,00 € | Influenza-Impfung bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 (a/b) (gilt nicht für Kinder und Jugendärzte) 2,00 € | | Überprüfung Impfstatus Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren 10,00 € EL | |
| | Masern-Mumps-Röteln-Impfung Bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 (gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte) 3,00 € | Masern-Mumps-Röteln-Impfung bei Quotenerreichung Zuschlag auf P1 (a) (gilt nur für Kinder- und Jugendärzte) 2,00 € | | | |
| Kleine Chirurgie I | Qualifikationszuschlag auf P1 (a/b) 5,00 € | | 8,00 € EL | | |
| Kleine Chirurgie II | | | 16,00 € EL | | |
| Kleine Chirurgie III | | | 30,00 € EL | | |
| Schilddrüsen-Sonographie | Qualifikationszuschlag auf P1 (a/b) 8,00 € | | 11,00 € EL | | |
| Abdominelle Sonographie | | | 21,00 € EL | | |
| Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände | Qualifikationszuschlag auf P1 (a/b) 6,00 € | | 20,00 € EL | | |
| Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen | | | 20,00 € EL | | |
| Kooperationszuschlag Facharztverträge | Zuschlag auf P1 4,00 € | - | | | |
| Weiterbildungsassistenten | Beschäftigung eines | - | | | |

| Vertrag | AOK | LKK | IKK classics | Bosch BKK BKK VAG | Ersatzkassen BKK Verbund Knappschaft Bahn und See |
|---|---|--|---|----------------------|--|
| | Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung Plus der Universität Heidelberg Zuschlag auf P1 3,00 € | | | | |
| Rationale Pharmakotherapie | Bei Quotenerreichung Zuschlag auf P2 Bis zu 4,50 € | | Bei Quotenerreichung Zuschlag auf P2 (a/b) Bis zu 4,00 € | | |
| VERAH | | VERAH Qualifikationszuschlag auf P3 5,00 € | | | |
| VERAHmobil | Leasingzuschlag (auf Antrag) 300,00 €/Quartal | | - | | |
| Behindertenheim | Individueller Zuschlag auf P3 (ab 50 Patienten in Behindertenheimen) | | - | | |
| Pflegeheim | Zuschlag auf Vertreterpauschale (bei Umschreibung) 20,00 € | | - | | |
| Unvorhergesehene Inanspruchnahme I | | | 25,00 € EL | | |
| Unvorhergesehene Inanspruchnahme II | | | 40,00 € EL | | |
| Verordnung von med. Rehabilitation | Pauschale | | | 38,00 € EL | |
| Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment | Pauschale | | | 17,00 € EL | |
| Belastungs-EKG | Pauschale | | | 26,00 € EL | |
| DMP | Abrechnung über HzV- Vertrag nur „Patienten- Schulung“ Abrechnung über KV | | Abrechnung über KV | | |
| Abschlagszahlung pro eingeschr. Patienten | | Die Auszahlung erfolgt jeweils zum 15. Kalendertag Bsp.: 15.02/15.03/15.04 für Quartal 1 | | | |
| Übermittlung der Abrechnungsdaten | | Bis zum 05.04. für Quartal 1 Bis zum 05.07. für Quartal 2 Bis zum 05.10. für Quartal 3 Bis zum 05.01. für Quartal 4 | | | |

Hinweis: Leistungsinhalte sowie die Abrechnungsregeln zu den einzelnen Positionen entnehmen Sie bitte den jeweiligen Vergütungsanlagen

Quelle: Deutscher Hausärzteverband: Gegenüberstellung HzV-Verträge Baden Württemberg, 2013(Stand Juli 2013) <http://www.hausarzt-bw.de> (letzter Zugriff: 12.09.2013)