

Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Evaluationsphase 2013–2014

Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Evaluationsphase 2013–2014

Einführung

Ferdinand Gerlach, Joachim Szecsenyi
Frankfurt a.M., Heidelberg, im September 2014

Durch zahlreiche internationale Studien und Reviews wird es bestätigt: Der Hausarzt steht im Mittelpunkt einer flächendeckenden, für alle Bürger gleichermaßen zugänglichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung¹. Der Hausarzt löst dabei nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern steht als Primärarzt im engen Austausch insbesondere zu Fachärzten, Pflegekräften, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern. Er koordiniert und informiert zu Präventions- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen wie z. B. Chronikerprogrammen oder zum Sozialen Dienst und weist auf Angebote sozialer Einrichtungen und Patientenorganisationen hin. Auch lebenspraktische Fragen der Versicherten, beispielsweise zum Thema Patientenverfügung, der Krankheitsbewältigung und den Auswirkungen von Erkrankungen auf die Lebensführung gehören zum Praxisalltag. In einer Gesellschaft des langen Lebens kommt angesichts der deutlichen Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen den Hausärzten eine zentrale Rolle zu. Umso mehr, als die zunehmende Spezialisierung vieler Akteure im Gesundheitswesen dazu (ver)führt, sich nur auf ihren eng umrissenen, häufig nur auf ein einzelnes Organ konzentrierten Versorgungsauftrag zu begrenzen. Versicherten fehlt dann oft die Orientierung. Sie irren nicht selten durch das Gesundheitswesen, so dass unabgestimmte Über-, Unter- und Fehlversorgung vorprogrammiert sind. Die Koordination durch den Hausarzt, davon sind Versorgungsforscher zunehmend überzeugt, wird wesentlichen Einfluss darauf haben, ob die derzeitige „organisierte Verantwortungslosigkeit“², die auf vielen Gebieten vorherrscht, zurückgedrängt werden kann.

In der so genannten Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die der Gesetzgeber bereits 2004 in das

5. Sozialgesetzbuch aufgenommen hat und die seit 2009 verpflichtend von den Krankenkassen anzubieten ist, werden alle wesentlichen Kriterien berücksichtigt, die eine koordinierte, dem individuellen Umfeld Rechnung tragende und begleitende Behandlung von Patienten unterstützt:

1. Eine auf Kontinuität ausgerichtete Betreuung: Der Versicherte wählt freiwillig für mindestens 12 Monate verbindlich einen persönlichen Hausarzt und sucht andere Spezialisten grundsätzlich nur mittels Überweisung auf. Vor allem bei chronischen Patienten werden so Informationsverluste und Diskontinuitäten vermieden.

2. Strukturierte Arbeitsteilung: Der Hausarzt stimmt medizinische Handlungen mit anderen Leistungserbringern ab und kooperiert aktiv mit ihnen. In den Facharztverträgen, die die AOK Baden-Württemberg mit MEDI Baden-Württemberg abgeschlossen hat, sind entsprechende Kooperationsregelungen enthalten.

3. Stärkung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient: Gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Beurteilung des individuell richtigen Behandlungs- bzw. Therapiewegs, die individuellen Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt.

4. Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten: In der HZV haben die Vertragspartner einen höheren Freiheitsgrad, abseits von zentralistischen Vorgaben der Politik auf die Versorgungsbedürfnisse vor Ort und in der Region einzugehen und auf die konkrete Versorgungsrealität zugeschnittene Angebote zu entwickeln.

1. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. 1 ed.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2010; *Hausärztliche Versorgung. Bestandaufnahme und Perspektiven*, AOK BW (Hg.), o.J., S. 6.

2. Vgl. F. Gerlach, J. Szecsenyi, *Dtsch Arztebl* 2011; 108(18): A 996–8 und Gerlach, Szecsenyi, *ZEFQ* 107 (2013)6, S. 363f.

Die Verbesserung der Abstimmung und (sektoren)übergreifenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen – verbunden mit der Verbesserung der Versorgungsqualität sowie attraktiven Rahmenbedingungen bzgl. Vergütung und Unterstützungsleistungen für Ärztinnen und Ärzte – waren die Leitmotive von AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und Deutschem Hausärzteverband Baden-Württemberg, am 8. Mai 2008 einen Vollversorgungsvertrag zur HZV nach Paragraph 73b SGB V abzuschließen. Es handelte sich um den ersten Vertrag dieser Art in Deutschland.

Die Wissenschaft versucht mit spezifischen Methoden zu überprüfen, ob Annahmen eingetroffen sind und inwieweit die zuvor formulierten Erwartungen erfüllt wurden. Insofern stellen wissenschaftliche Evaluationen, die den Zielerreichungsgrad feststellen, immer auch ein gewisses Risiko für die Auftraggeber dar. Leider findet die wissenschaftliche Überprüfung und Bewertung insbesondere von neuen, innovativen Versorgungsansätzen in Deutschland bisher nur in Ausnahmefällen statt. Anders jedoch bei der HZV in Baden-Württemberg: Im Rahmen einer Beauftragung durch die o.g. HZV-Vertragspartner wurde bereits für die Jahre 2008 bis 2010 eine Begleitevaluation 2010/2011 durchgeführt und veröffentlicht.³ Als wichtigster positiver „HZV-Effekt“ im Vergleich zu einer Kontrollgruppe wurde eine deutlich verbesserte Versorgung insbesondere der chronisch Kranken festgestellt. Die Weiterführung der Evaluation, auch mit der Möglichkeit, neue Fragestellungen zu ergänzen und längere Zeitverläufe zu analysieren, war insbesondere im Hinblick auf den Pioniercharakter der HZV in Baden-Württemberg und bundesweit erforderlicher Weichenstellungen im deutschen Gesundheitswesen konsequent.

Am 9. September dieses Jahres wurden die aktuellen Ergebnisse auf Grundlage von Daten aus den Jahren 2011 und 2012 sowie unter Verwendung von Interviews und Befragungen aus den Jahren 2013 und 2014 in Berlin vorgestellt. Viele positive Effekte haben sich seit der ersten Evaluation erkennbar verstetigt, neue, zunächst noch nicht beobachtete positive Effekte konnten festgestellt werden.

Als übergreifendes Ergebnis kann zusammenfassend festgehalten werden:

- Im Vergleich zur Auswertung der Jahre 2008 bis 2010 kann die aktuelle Evaluation der Jahre 2011/2012 an die bisher positive Entwicklung anknüpfen. Die HZV-Evaluation zeigt mess- und nachweisbare Verbesserungen auf. Die positiven Versorgungs-Trends verfestigen sich auch im Untersuchungszeitraum der zweiten Evaluationsphase.
- Im stationären Bereich konnten erstmals signifikante, das heißt nicht zufällige Effekte festgestellt werden.
- Die HZV-Versorgung der eingeschriebenen Versicherten im Südwesten ist vergleichsweise intensiv, stärker koordiniert und insgesamt sicher. Dies bedeutet im Ergebnis: Es gibt in der HZV deutliche Hinweise auf eine Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Überflüssige Behandlungen, Fehlanreize und nicht notwendiger Medikamenteneinsatz sind gegenüber der Kontrollgruppe reduziert.
- Auch kleine Auswirkungen und Veränderungen in der Fläche erfordern eine enorme Kraft- und Steuerungsanstrengung aller Beteiligten, die mit der HZV bereits in vielen Versorgungs-Feldern gelungen ist.

Zu den Ergebnissen möchten wir anmerken, dass selbst vergleichsweise klein erscheinende Unterschiede zwischen der HZV-Gruppe und der Nicht-HZV-Gruppe vielfach signifikant, also nicht zufällig entstanden, und darüber hinaus angesichts einer insgesamt großen Zahl von Versicherten auch relevant sein können.

Die Auswirkungen der HZV sind deutlich erkennbar und für betroffene Versicherte auch konkret spürbar. Wenn man bedenkt, dass Veränderungen im Gesundheitswesen generell langsam und in kleinen Schritten erfolgen – schließlich müssen sehr viele Menschen (Ärzte, Praxisteam, Patienten) ihr Routinehandeln ändern –, ist dies eine erfreuliche und beeindruckende Entwicklung: Die HZV ist tatsächlich in der Lage, den Tanker Gesundheitswesen langsam, aber sicher auf einen neuen, vielversprechenden Kurs zu bringen.

3. Vgl. www.neue-versorgung.de sowie http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf, Zugriff: 13.08.2014.

Zur aktuellen

Evaluationsstudie

Die Ergebnisse der durch die Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main durchgeführten unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchungen der HZV in Baden-Württemberg für die Jahre 2011 und 2012 liegen jetzt vor und werden im Folgenden in komprimierter Form vorgestellt.

Das modulare Evaluationskonzept umfasst vier Arbeitspakete:

Arbeitspaket 1:

Auswertung von Routinedaten:
Weiterführung der Basisanalysen mit besonderem Blick auf Krankenhauseinweisungen (ACSC)⁴ und Pharmakotherapiekosten.

Methode: Querschnittsvergleich.

Arbeitspaket 3:

Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH): Ausführliche Tätigkeitsanalyse des VERAH-Einsatzes mit Tätigkeitsprotokollen.

Methode: Tätigkeitsdokumentation, Befragungen.

Arbeitspaket 2:

Motivationsfaktoren: Motivation zur Teilnahme an der HZV aus Ärzte- und Versichertenperspektive.

Methode: Interviews, Befragungen.

Arbeitspaket 4:

Auswertung von Routinedaten zur Analyse der Versorgungsqualität geriatrischer Patienten.

Methode: Querschnittsvergleich.

Die Evaluation im Rahmen der Arbeitspakete 1 und 4 erfolgte grundsätzlich kontrolliert, das heißt in der Regel jeweils im Vergleich zur Regelversorgung. Die Datenauswertung in diesen beiden Arbeitspaketen basiert auf Querschnittsvergleichen der Jahre 2011 und 2012. Zur Analyse wurden Routinedaten der AOK Baden-Württemberg verwendet. In den Arbeitspaketen 2 und 3 wurden mittels Befragungen und Interviews sowie der Erhebung von Tätigkeitsprotokollen durch die VERAH Primärdaten erhoben. (VERAH: Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis).

In den Routinedatenauswertungen wurden Ausprägungen wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, Teilnahme an Chronikerprogrammen (auch Disease Management-Programme, kurz: DMP), Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart berücksichtigt. Da die in die HZV eingeschriebenen Versicherten erwartungsgemäß älter und kränker waren und sich dadurch von der Kontrollgruppe durch ihre höhere Krankheitslast unterschieden, wurden die jeweiligen Risiken statistisch berücksichtigt, um möglichen Verzerrungen bei der Auswertung Rechnung zu tragen.

4. ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions): potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen.

Soziodemographische Struktur der Versicherten

Strukturmerkmal	Eingeschlossene Versicherte (n=1.187.597)	
	HZV-Versicherte (Interventionsgruppe, n=610.985)	Nicht HZV-Versicherte (Kontrollgruppe, n=576.612)
Alter (in 2012)	59,34	58,44
Geschlecht		
männlich	42,62 %	41,93 %
weiblich	57,38 %	58,07 %
Nationalität		
deutsch	87,16 %	86,50 %
andere	12,84 %	13,50 %
Versichertenstatus		
Mitglied	44,41 %	46,65 %
Familie	5,70 %	5,91 %
Rentner	49,89 %	47,44 %
Morbidität Berechnung auf Basis des Charlson-Index	1,50	1,41
Dauer der HZV-Einschreibung in Quartalen	13,24	–

Quelle:

Laux et al. (Universität Heidelberg), Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016) Erste Studienphase (2013–2014)

Das durchschnittliche Alter der ausgewerteten HZV-Gruppe liegt bei 59,3 Jahren, in der Kontrollgruppe bei 58,4 Jahren. Die Geschlechterverteilung ist in beiden Gruppen nahezu identisch (ca. 58% weiblich, ca. 42% männlich). Die Krankheitslast (Morbidität) nach dem sogenannten Charlson-Index ist in der HZV-Gruppe höher (1,5) als in der Kontrollgruppe (1,4). Die durchschnittliche HZV-Teilnahmedauer der untersuchten Versicherten beträgt 13,2 Quartale. Durch konsequente Berücksichtigung von Ausschlusskriterien (z. B. Herausnahme von Versicherten unter 18 Jahren) für beide Versichertengruppen

zeigen sich ähnliche Verteilungen bzgl. der soziodemografischen Größen.

Insgesamt stellte die AOK-Baden-Württemberg für den Beobachtungszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012 Daten von 3.952.775 Versicherten zur Verfügung. Von diesen Versicherten erfüllten 1.187.597 alle Einschlusskriterien für die Analysen. Davon waren 610.985 (51,4%) Versicherte in die HZV (Interventionsgruppe) sowie 576.612 (48,6%) Versicherte nicht in die HZV eingeschrieben (Kontrollgruppe).

Unsere Analysen zeigen, dass Versicherte in der HZV Baden-Württemberg deutlich mehr Kontakte zum Hausarzt haben als in der Regelversorgung und HZV-Ärzte die HZV-Versicherten intensiver versorgen:

Ergebnisse der Evaluation:

HZV-Patienten werden durch den Hausarzt intensiver betreut

Für beide Betrachtungszeiträume (2011 und 2012) lag die Betreuungsintensität beim Hausarzt – gemessen an der Anzahl der Kontakte zum Hausarzt – in der HZV-Versicherungengruppe mit über 3 Hausarztkontakten mehr deutlich höher als in der Kontrollgruppe der Nicht-HZV-Teilnehmer.

Die Anzahl der Facharztkontakte war in der HZV-Versicherungengruppe insgesamt deutlich niedriger. Dies betraf sowohl koordinierte Facharztkontakte (mit Überweisung durch den Hausarzt) als auch unkoordinierte Facharztkontakte (ohne Überweisung durch den Hausarzt). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die angestrebte Abstimmungs- und Begleitfunktion des Hausarztes wirkt. Unkoordinierte Inanspruchnahmen des Facharztes (ohne Überweisung durch den Hausarzt) liegen für beide Betrachtungszeiträume um 26,8 % bzw. 20,5 % unter denen in der Kontrollgruppe.

Vor allem auch ältere HZV-Versicherte (ab 65 Jahren) haben weniger koordinierte Facharztkontakte als die Kontrollgruppe (2012 HZV 2,9 vs. 4,0 Kontakte), was einem Facharztkontakt weniger pro Quartal entspricht.

Beides spricht für eine intensivere Patientenversorgung und eine bessere Steuerung in der HZV.

Diese positiven Einflüsse nehmen sowohl die Versicherten als auch die beteiligten Ärzte direkt wahr. Befragungen haben ergeben, dass HZV-Patienten Veränderungen bei der Terminvergabe sowie den verbesserten Informationsfluss positiv erleben. Dass Informationen beim Hausarzt in seiner Funktion als Lotse zusammenlaufen, ist hierbei den Versicherten besonders wichtig.

„Man kriegt eine super Begleitung und kommt viel schneller bei den Spezialisten dran.“ (Versicherter)

„Man merkt, der Arzt hat mehr Zeit für sie und er geht intensiver auf sie ein. Man ist nicht mehr nur eine Nummer, man hat auch einen Namen.“ (Versicherter)

„Ich finde, jeder Patient braucht mehr oder minder einen Lotsen oder einen lebenslangen Begleiter. So sehe ich mich auch und das ist auch die Aufgabe, die ich mir selber stelle: Dass die Prävention und die Betreuung aus einer Hand kommen.“ (Hausarzt)

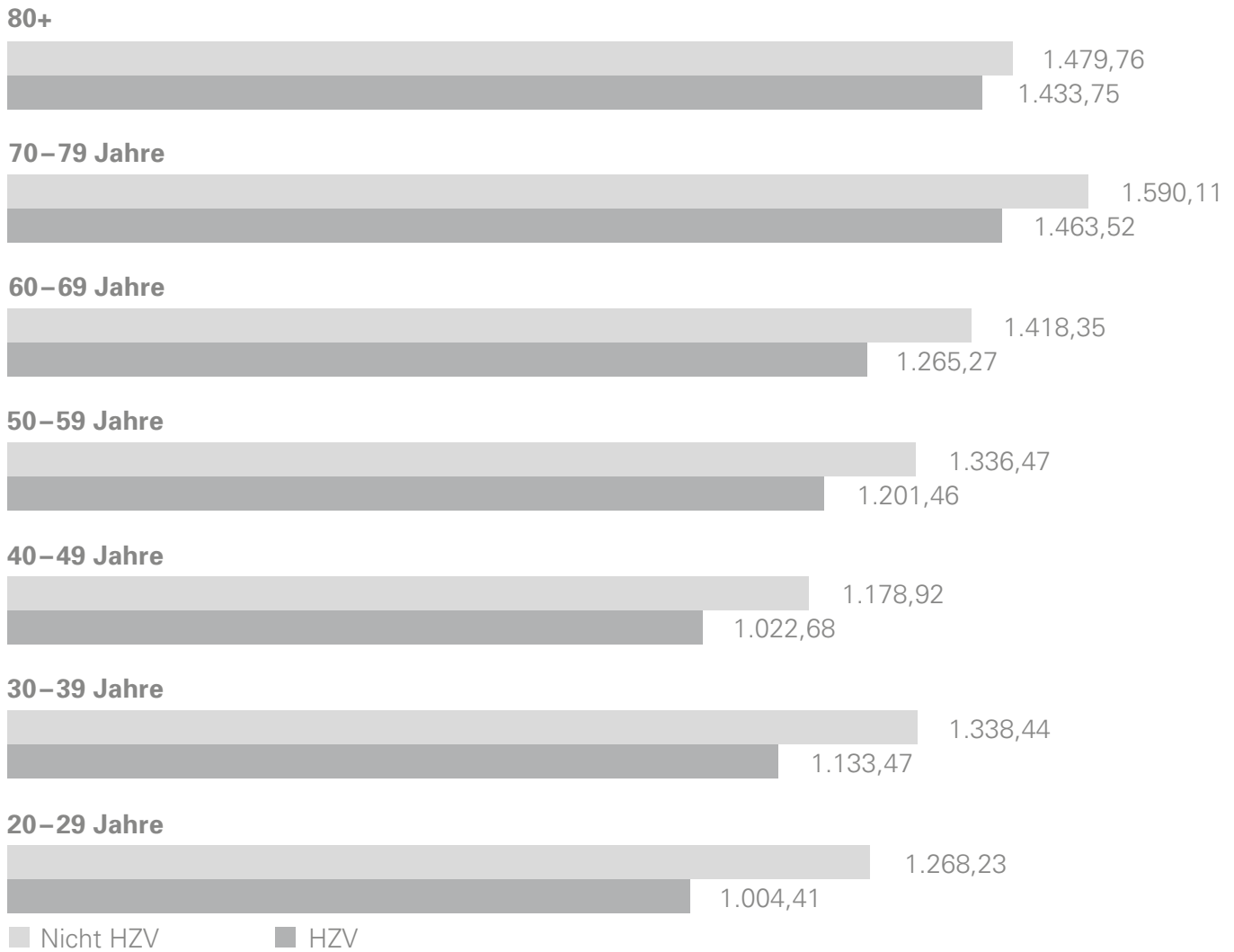
Arzneimittelsteuerung in der HZV sorgt für geringere Kosten. Erstmals konnten deutlich weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen festgestellt werden

Die Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich waren für alle Altersgruppen der HZV-Versicherten in beiden Betrachtungszeiträumen 2011 und 2012 über 100 Euro geringer als in der Kontrollgruppe (siehe dazu auch Tabelle Seite 10). Dies ist ein Indiz dafür, dass die über 300 Pharmakotherapie-Qualitätszirkel, an denen Hausärzte in der HZV in Baden-Württemberg regelmäßig teilnehmen, Wirkung zeigen, denn dort erfolgt die Vermittlung der in der gemeinsamen Arzneimittelkommission erarbeiteten Empfehlungen.

HZV-Ärzte verordnen 33 % bzw. 37 % weniger Arzneimittel, sogenannte Me-too-Präparate, welche in der Regel durch qualitativ bessere oder gleichwertige und oft auch wirtschaftlichere Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien ersetzt wurden. Durch die in den Facharztverträgen vereinbarte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten werden unterschiedliche Ansätze zur Pharmakotherapie zum Wohle des Versicherten – sofern möglich – vereinheitlicht.

Die Arzneimittelversorgung ist zudem zielgerichteter: Für ältere HZV-Versicherte (ab 65 Jahren) werden in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika (Psychopharmaka mit beruhigender und antipsychotischer Wirkung) außerhalb der zugelassenen Indikationen verschrieben (1,1 %) als in der Kontrollgruppe (1,4 %). Des Weiteren werden für diese HZV-Versicherten auch weniger (- 0,24 %) Sedativa (Beruhigungsmittel) für einen längeren Zeitraum als sechs Wochen verschrieben (siehe dazu auch Tabelle Seite 11).

Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich 2012 in €



Quelle:

Laux et al. (Universität Heidelberg), Arbeitspaket I
zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)
Erste Studienphase (2013-2014)

*Pharmazeutische und stationäre Versorgung bei älteren Versicherten
(ab 65 Jahre) 2012*

Zielgröße	Nicht-HZV unadjustierte Anzahl bzw. Rate	HZV unadjustierte Anzahl bzw. Rate
stationäre Notfallaufnahmen (≥ 1)	15,6 %	14,4 %
vermeidbare Krankenhausaufenthalte (≥ 1)	6,4 %	6,0 %
Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Hausarztes)	3,2	3,3
Mehr als 20 DDD (DDD = definierte Tagesdosis) Neuroleptika im Halbjahr obwohl keine Indikation dafür vorhanden (Verordnungen des Hausarztes)	1,4 %	1,1 %
Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch	2,4 %	2,0 %
Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern	36,0 %	33,5 %

Quelle:

Lübeck et al. (Universität Frankfurt), Arbeitspaket IV
zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)
Erste Studienphase (2013–2014)

Erstmalig konnte mit der aktuellen Evaluation gezeigt werden, dass in der HZV deutlich weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen vorkommen: Für beide Betrachtungszeiträume ist zu beobachten, dass jeweils mehr als eine potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisung auf 100 Versicherte bei HZV-Versicherten auch tatsächlich vermieden wurde – eine relative Differenz von minus 5,3 % bzw. minus 6,3 %. Für ältere Versicherte ab 65 Jahren – mit Ausnahme von Pflegeheimbewohnern und Pflegebedürftigen – konnte zudem festgestellt werden, dass vermeidbare Krankenhauseinweisungen in der HZV seltener sind (6,0 %) als bei Nicht-HZV-Versicherten (6,4 %). Diese Zahlen sind auch ein Indiz für die zunehmende Verzahnung

der HZV mit so genannten Facharztverträgen, die dazu beitragen, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu befördern.

Für beide Beobachtungsintervalle ist ebenso eine niedrigere stationäre Einweisungsrate in der HZV-Gruppe (-6,41 % bzw. -2,95 %) feststellbar. Für ältere Versicherte (ab 65 Jahren) – mit Ausnahme von Pflegeheimbewohnern und Pflegebedürftigen – konnte festgestellt werden, dass Notfallaufnahmen im stationären Bereich in der HZV seltener sind (14,4 %) als bei Nicht-HZV-Versicherten (15,6 %). Auch geriatrische HZV-Versicherte mit DM II (Diabetes Mellitus Typ 2) werden seltener hospitalisiert (- 2,47 %).

Der HZV-Vertrag wurde eingeführt, um allen in die HZV eingeschriebenen AOK-Versicherten in der Hausarztpraxis eine optimierte Versorgung anzubieten, indem Praxisstrukturen und -abläufe verändert werden und die Versorgung sich an wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten Leitlinien orientiert. Ziel ist, die Arbeitsbedingungen in der Praxis zu verbessern, um eine bessere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation zu erzielen. Des Weiteren wurde insbesondere eine Verbesserung der Betreuung chronisch kranker Menschen in der Hausarztpraxis angestrebt. Zur Erreichung dieser Ziele ist maßgeblich, dass die Patienten, die Ärzte und ihre Praxisteams auch tatsächlich von den Vertragsinhalten profitieren. Um zukünftig noch besser zugeschnittene Konzepte entwickeln zu können, ist es unerlässlich, die Faktoren zu verstehen, die Patienten und

koordinierender Lotse für ihre Patienten. Durch die Teilnahme am HZV-Vertrag erleben die Hausärzte mehr Planungssicherheit und sehen die kontinuierliche, auf eine langfristige Arzt-Patient-Beziehung angelegte hausärztliche Versorgung von Versicherten gestärkt. Fortbildungen, vor allem die strukturierten, neutralen und datenbasierten Pharmakotherapiezyklen, werden als gewinnbringend für die Patientenversorgung angesehen. Hausärzte schätzen den HZV-Vertrag schließlich wegen der besseren und strukturierten Kooperation mit Fachärzten und der erfolgreichen Vermeidung von Fehlanreizen. Das gilt insbesondere bei den Fachgebieten, für die es bereits Selektivverträge gibt. Insgesamt berichten die Hausärzte in der HZV über eine höhere Arbeitszufriedenheit als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Regelversorgung.

Motivationsfaktoren von Versicherten und Hausärzten in der HZV

Hausärzte motivieren, sich in den Vertrag einzuschreiben und diesen mit Leben zu erfüllen.

In der ersten Evaluationsphase 2010/2011 wurden Zufriedenheitsfaktoren ermittelt. Das Arbeitspaket 2 der zweiten Evaluationsphase befasst sich mit den Motivationsfaktoren bei Ärzten und Versicherten. Dazu wurden Interviews mit Versicherten und Hausärzten geführt.

Vereinfachte bürokratische Strukturen, verbesserte Honorierung sowie die gesundheitspolitische Perspektive (Abkehr vom System der Kassenärztlichen Vereinigung) motivieren Hausärzte, am HZV-Vertrag teilzunehmen. Sie sehen darin vor allem eine Stärkung ihrer Rolle als primär zuständiger, grundversorgender Hausarzt und damit als

HZV-Ärzte erleben wegfallenden Aufwand für ihre Praxisverwaltung als Chance, sich mehr Zeit für den Versicherten zu nehmen und somit eine langfristige, kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken. Zudem begrüßen sie es, zu ihren Patienten deutlich intensiveren und kontinuierlicheren Kontakt zu haben: Bei der Messung der Hausarztstreue liegen ältere HZV-Versicherte mit 96 % sogar deutlich vor der gleichaltrigen Vergleichsgruppe (88 %).

„Die Bürokratie im täglichen Ablauf ist weniger und wir haben einen höheren Praxiserlös. Man könnte auch philosophieren, dass weniger Bürokratie zu kürzeren Wartezeiten führt“ (Hausarzt)

„Durch die bessere Honorierung bin ich in der Lage, mein Personal besser zu bezahlen und eben mehr Personal einzustellen“ (Hausarzt)

„Ein deutlich entspannteres Arbeiten, weil ich nicht danach schauen muss, welche Ziffer ich noch abrechnen kann. Ich kann einfach meine Arbeit machen. Ich bin nicht im Hamsterrad“ (Hausarzt)

Versicherte fühlen sich im HZV-Vertrag insgesamt sehr gut versorgt. Dieser Eindruck geht einher mit wahrgenommenen Verbesserungen bei der Terminvergabe und mit einer für Versicherte erkennbaren Stärkung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern. Sie sehen in ihrer Teilnahme am HZV-Vertrag eine Stärkung ihres Hausarztes in der Koordination der eigenen Gesundheitsversorgung.

Patienten fühlen sich in der HZV besser körperlich untersucht und erhalten insbesondere mehr Angebote zur Prävention. HZV-Versicherten wurden zudem häufiger durch Medizinische Fachangestellte unterstützt. Sie schätzen die Beratung und persönliche Ansprache, die durch VERAH zusätzlich gestärkt wird.

*„(...) dass praktisch dieses Vertrauensverhältnis zwischen mir als Patientin und meinem Arzt nochmal gestärkt wird.“
(Versicherter)*

Fragen an

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

Herr Professor Szecsenyi, wenn Sie die Ergebnisse der Studie der Jahre 2008/2010, die Sie 2012 in Berlin vorgestellt haben, mit der jetzigen vergleichen: Was ist für Sie der wesentliche Unterschied?

Zunächst einmal muss berücksichtigt werden, dass die Voraussetzungen unterschiedlich waren: In der ersten Evaluation haben wir die Jahre 2008 bis 2010, also unmittelbar nach Beginn der HZV in Baden-Württemberg, untersucht. Jetzt, zwei Jahre später, können wir bereits Vergleiche bezüglich der Entwicklung innerhalb der HZV vornehmen, was zuvor nicht möglich war. Außerdem unterscheidet sich die Methodik etwas. Diese Einschränkungen schmälern jedoch nicht das Fazit, dass sich die positiven Trends der HZV Baden-Württemberg konsolidiert und verstetigt haben. Im stationären Bereich konnten erstmals signifikante Effekte festgestellt werden.

Welche positiven Effekte sind das?

Es konnte nachgewiesen werden, dass dank intensiver und koordinierter hausärztlicher Versorgung in der HZV Baden-Württemberg medizinisch überflüssige Krankenhauseinweisungen vermieden werden können. Wir konnten jährlich mehr als eine potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisung pro 100 hospitalisierten HZV-Versicherten weniger beobachten – das ist ein sehr beachtlicher Wert, der auch darauf hinweist, dass die Verzahnung zwischen HZV und Fachärzten nicht zuletzt aufgrund der mittlerweile zahlreichen AOK-Facharztverträge immer besser wird. Auch die rationale Pharmakotherapie ist nachweislich zielgerichtet und führt durch die HZV zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Welche Tatsachen machen die HZV für Versicherte attraktiv?

Zu nennen ist hier die nachweislich intensivere Behandlung der Versicherten. Aber auch eine bessere Patientensteuerung, Verbesserungen bei der Terminvergabe und vermehrte Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt und den übrigen Leistungserbringern sind zu nennen.

Sehen Sie in dem baden-württembergischen Hausarztvertrag ein Rezept, bestehende Probleme in unserem Gesundheitssystem zu lösen?

Auf jeden Fall. Beispielsweise was den immer wieder beschworenen drohenden Ärztemangel betrifft, bietet die HZV in Baden-Württemberg sehr beachtenswerte Perspektiven: Sie führt zu mehr Berufszufriedenheit für den Arzt, bietet mehr Planungssicherheit und nicht zuletzt eine bessere Honorierung. Eine stabilere Beziehung Arzt-Patient und ein besseres Vertrauensverhältnis wirken motivierend für Hausärzte, weil sie sich in ihrer Rolle als primär zuständiger, grundversorgender Arzt gestärkt sehen. Die Verträge wirken zudem Schwachpunkten wie einem schlechten Zusammenwirken zwischen Haus- und Fachärzten in der konkreten Abstimmung entgegen. Dies macht es mit Sicherheit attraktiver, sich als Allgemeinarzt niederzulassen, auch auf dem Land.



Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg – verantwortlich für die Arbeitspakete 1 und 2

Ältere und Hochbetagte

werden in der HZV intensiv versorgt

Ältere und chronisch kranke Patienten sind eine wichtige Zielgruppe der HZV, weil sie in der Regel einen höheren Versorgungsbedarf haben. Für diese Gruppe kommt es daher nicht nur auf die Qualität der Versorgung an, sondern es galt auch zu überprüfen, dass sie in der HZV nicht im Sinne einer Unterversorgung schlechter versorgt werden. Im Arbeitspaket 4 wurden Indikatoren der Versorgungsqualität überprüft, die besonders für ältere Versicherte relevant sind und die sich durch Versorgungsdaten

abbilden lassen. Dies betraf die Bereiche der ambulanten und stationären Inanspruchnahme, der Pharmakotherapie, der Prävention und beispielhaft für wichtige und häufige chronische Erkrankungen die Behandlung des Diabetes Typ 2.

Bezüglich der ambulanten Behandlung kommt es in der HZV in den Jahren 2011 und 2012 zu einer deutlich verringerten Inanspruchnahme unterschiedlicher Hausärzte (Zahlen für 2012: Nicht-HZV: 47,4 %; HZV: 32,0 %).

Ältere Versicherte 2012

Zielgröße	Nicht-HZV Mittelwert	HZV Mittelwert	Adjustierte Differenz ⁵ HZV – Nicht-HZV
Mehr als ein konsultierter Hausarzt	47,4 %	32,0 %	-22,53
Influenza-Impfung (nur durch den Hausarzt)	32,0 %	36,4 %	4,82
Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen	0,8 %	0,7 %	-0,06

Quelle: Lübeck et al. (Universität Frankfurt), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)
Erste Studienphase (2013–2014)

Positives gibt es auch im Bereich der Prävention zu vermelden: HZV-Versicherte wurden in beiden Jahren signifikant häufiger gegen Influenza geimpft und HZV-Versicherte wurden in beiden Jahren signifikant seltener wegen hüftgelenksnaher Frakturen stationär behandelt (Jahr 2012: Nicht-HZV: 0,8 %; HZV: 0,7 %).

5. Eine adjustierte Differenz ist die Differenz zwischen beiden Gruppen (HZV- und Nicht-HZV-Versicherte) in Bezug auf eine bestimmte Zielvariable. Diese Zielvariable berücksichtigt neben der Gruppenzugehörigkeit zusätzliche weitere Variablen, welche möglicherweise einen Einfluss auf die Zielvariable haben könnten, um den eigentlichen Effekt der HZV realistischer einzuschätzen.

Ein Beispiel: Die Anzahl der Facharztkontakte von Versicherten in einem bestimmten Beobachtungszeitraum hängt von mehreren, unterschiedlichen Merkmalen der Versicherten ab, darunter unter anderem Morbidität, Alter und Geschlecht. Aus diesem Grund werden Differenzen bzgl. solcher Einflussfaktoren angepasst (= „adjustiert“).

VERAH – ein Erfolgsmodell

Arztentlastende Tätigkeiten durch VERAH

Tätigkeitsgruppe	Anteil an den von VERAH berichteten Tätigkeiten in % (Mittelwert)
Medikamentenmanagement	27,5 %
Beurteilung des körperlichen Zustandes	14,9 %
Diagnostische und medizinische Tätigkeiten	14,7 %
Wundmanagement	9,7 %
Impfmanagement	9,5 %
Case Management	5,8 %

Quelle: Mergenthal et al. (Universität Frankfurt), Arbeitspaket III zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)
Erste Studienphase (2013–2014)

Der vermehrte Einsatz von hausarztentlastenden Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), erweiterte Öffnungszeiten und eine Optimierung des Terminmanagements sind weitere Folgen der HZV. VERAH bewähren sich als Berater, Motivator, Unterstützer beim Zugang zum Gesundheitssystem sowie als wichtige zusätzliche Vertrauensperson innerhalb des Praxisteam; sie bilden Schnittstellen zu anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems. Durch den Einsatz von VERAH erleben die Patienten eine Verbesserung in der Prävention und eine Kommunikation „auf Augenhöhe“: der Patient versteht besser, warum welche ärztlichen Leistungen erbracht werden oder wie er selbst seine Krankheitssituation verbessern kann.

Der tatsächliche Einsatz der VERAH entspricht der Zielsetzung: Sie erreichen bevorzugt die Versicherten, für deren Versorgung sie laut dem HZV-Vertrag vorgesehen sind – beispielsweise ältere und hochbetagte Patienten mit

einem durchschnittlichen Alter von 66,6 Jahren, während der gesamte HZV-Altersdurchschnitt 59,3 Jahre beträgt; 21 % der von VERAH betreuten Personen waren über 80 Jahre alt.

Rund 15 % der VERAH-Leistungen werden bei Hausbesuchen erbracht, 85 % in der Hausarztpraxis. Dabei übernehmen sie Tätigkeiten, die arztentlastend wirken, beispielsweise Beurteilung des körperlichen Zustandes, Medikamenten-, Wund-, Impf- und Case Management mit unmittelbarer Praxisanbindung und geben Hinweise zur Krankheitsbewältigung bzw. zu den Auswirkungen von Erkrankungen auf die Lebensumstände der Patienten.

Zudem erledigen sie Aufgaben, die zuvor im Praxisgeschehen nicht oder nur selten stattfanden wie Information zu Antragsverfahren, Beratungen zum Erhalt der Selbständigkeit in der häuslichen Umgebung, Kontakt mit Pflegestellen und Sozialleistungsanbietern usw. und bilden Schnittstellen zu anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem.

„Patienten haben sehr häufig Schwierigkeiten, was den Medikamentenplan oder die Einnahme angeht. Mit ein wenig Geduld und Zeit kann man helfen. Durch das Erklären, was für Medikamente eingenommen werden und die Erstellung eines neuen Medikamentenplans im Beisein der Patienten, wird es übersichtlicher.“ (VERAH)

„(...) Gespräche über Zusatzleistungen: werden Angehörige über den Grad der Behinderung oder Pflegestufen, Hilfs- und Heilmittel usw. beraten. Patienten bekommen in der Praxis eine bessere Auskunft und Info, wo sie was wann beantragen.“ (VERAH)

„Lebensführung, Ernährungsberatung: Patienten wussten zuvor nicht, was wichtig und richtig für ihren Körper ist. Nach Aufklärung fühlen sie sich sicherer.“ (VERAH)

„Ich kann die Patienten motivieren, sich selbst besser mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen.“ (VERAH)

„Absprache mit dem Pflegedienst, welche Möglichkeiten zur Stabilisierung und Verbesserung es gibt. Der Patient wird in der Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung unterstützt.“ (VERAH)

„Krankenhauseinweisung und Organisation von Krankentransport. Schnelle Hilfe für Patienten, Entlastung für den Arzt, der mehr Zeit für Patienten hat.“ (VERAH)

„Durch enge und persönliche Betreuung fühlen sich die Patienten gut aufgehoben und verstanden, scheuen nicht vor Rückfragen.“ (VERAH)

„Für den Patienten Zeit haben, um ein Gespräch zu führen, ist für die Patienten oft wichtiger als sonstige Leistungen. Dem Patienten zeigen, dass es mir wichtig ist, was er mir gerade erzählt. Eventuell ihm auch nützliche Tipps geben zu können oder auch einmal nur Mut und Zuversicht zuzusprechen.“ (VERAH)

„Führung der Patienten durch Sprechstunde, Ansprechpartner für alle anstehenden Fragen, Kasse, Physiotherapeuten, etc. Man kann in Ruhe auf sämtliche Belange eingehen und ggf. Hilfestellung für weitere Lösungen zeigen.“ (VERAH)

„Eine reibungslose Zusammenarbeit (Arzt, Facharzt, Diakonie, Krankenhaus) ermöglicht eine schnellere Terminvereinbarung. Das Ganze wird durch VERAH abgewickelt. Eine gute Zusammenarbeit ist auch mit Angehörigen hergestellt.“ (VERAH)

Die HZV-Vergütungssystematik befördert die Betreuung multimorbider (mehrfacherkrankter), chronischer Patienten: Die HZV-Ärzte selektieren nicht junge und gesunde Versicherte, sondern betreuen einen überdurchschnittlich hohen Anteil von chronisch Kranken in der HZV: Die Morbidität ist in der HZV höher als in der Kontrollgruppe. Es gibt also keine „Rosinenpickerei“ bei Patienten mit dem Ziel, nur gesunde Versicherte einzuschreiben. Die Pauschalierung der Vergütung führt zugleich nicht zu einem Rückgang der Behandlungsintensität. Die HZV-Ärzte schreiben bevorzugt (chronisch) kranke Versicherte ein.

HZV-Ärzte müssen an den DMP DM II (Diabetes mellitus, Typ 2), KHK (koronare Herzkrankheit) und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) teilnehmen. Die Teilnahmequote bei HZV-Versicherten liegt für diese DMP im Vergleich zur Regelversorgung um ein Vielfaches höher (siehe hierzu Tabelle Seite 19).

Geriatrische Patienten, insbesondere auch Pflegeheimbewohner und Pflegebedürftige in der HZV werden erreicht: Die DM II-Umsetzung für geriatrische Patienten liegt um 7 % über der Kontrollgruppe, bei Pflegeheimbewohnern sowie Pflegebedürftigen liegen die Werte noch höher (9 % bzw. 10 %). Darüber hinaus haben DM-II-Patienten in

Die HZV in Baden-Württemberg führt zu einer signifikant besseren Versorgung chronisch kranker Patienten

Auch die DMP-Quote liegt in der HZV deutlich höher (DMP = Disease Management-Programm, ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützt).

der HZV häufiger eine jährliche Vorstellung beim Augenarzt (+3,18 %).

HZV-Ärzte, die Kinder und Jugendliche eingeschrieben haben, sind zusätzlich zur Teilnahme am DMP Asthma verpflichtet. Auch dort liegt die Teilnahmequote um fast das Dreifache höher als in der Kontrollgruppe.

Geriatrische Versicherte und Chronikerprogramme 2012

Zielgröße	Nicht-HZV Mittelwert	HZV Mittelwert	Adjustierte Differenz ⁵ HZV – Nicht-HZV
Typ-2-Diabetiker (ab 65 Jahren) mit DMP-Teilnahme	49,8 %	73,7 %	7,04
Typ-2-Diabetiker (Pflegebedürftige) mit DMP-Teilnahme	34,6 %	61,1 %	8,97
Typ-2-Diabetiker (Pflegeheimbewohner) mit DMP-Teilnahme	21,9 %	49,8 %	10,0
Typ-2-Diabetiker (ab 65 Jahren) mit jährlicher augen- ärztlicher Untersuchung (kooperative Versorgung)	53,2 %	59,7 %	3,18
Typ-2-Diabetiker (Pflegebedürftige) mit jährlicher augenärztli- cher Untersuchung (kooperative Versorgung)	30,9 %	36,3 %	3,01
Typ-2-Diabetiker (Pflegeheimbewohner) mit jährlicher augenärztli- cher Untersuchung (kooperative Versorgung)	19,4 %	22,5 %	2,17

Quelle: Lübeck et al. (Universität Frankfurt), Arbeitspaket IV zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)
Erste Studienphase (2013–2014)

5. Eine adjustierte Differenz ist die Differenz zwischen beiden Gruppen (HZV- und Nicht-HZV-Versicherte) in Bezug auf eine bestimmte Zielvariable. Diese Zielvariable berücksichtigt neben der Gruppenzugehörigkeit zusätzliche weitere Variablen, welche möglicherweise einen Einfluss auf die Zielvariable haben könnten, um den eigentlichen Effekt der HZV realistischer einzuschätzen.

Ein Beispiel: Die Anzahl der Facharztkontakte von Versicherten in einem bestimmten Beobachtungszeitraum hängt von mehreren, unterschiedlichen Merkmalen der Versicherten ab, darunter unter anderem Morbidität, Alter und Geschlecht. Aus diesem Grund werden Differenzen bzgl. solcher Einflussfaktoren angepasst (=„adjustiert“).

Fragen an

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Herr Professor Gerlach, was sind die wesentlichen positiven Effekte der HZV in Baden-Württemberg?

Mit Blick auf die von uns untersuchten Bereiche kann ich vor allem eine signifikant bessere Versorgung chronisch kranker Patienten nennen. Diese wird u.a. deutlich durch einen zielgerichteten Einsatz von Medikamenten, nachweislich weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen und eine bessere Versorgung geriatrischer Patienten verbunden mit mehr Prävention. Die bereits für die Jahre 2008 bis 2010 festgestellten positiven Trends haben sich im Untersuchungszeitraum 2011 bis 2012 weiter verfestigt.

Sie haben, wie bereits vor zwei Jahren, speziell den Einsatz der VERAH untersucht. Haben sie sich bewährt?

Nicht nur das: Ihr Einsatz entspricht dem Gedanken der HZV, nämlich die hausärztliche Praxis als Dreh- und Angelpunkt einer kontinuierlichen Patientenversorgung zu stärken, in geradezu idealer Form. Nicht umsonst lassen daher vor allem HZV-Praxen in Baden-Württemberg ihre Medizinische Fachangestellten zur VERAH fortbilden. Der Hausarzt neuen Typs ist vernetzt, professionsübergreifend und interdisziplinär tätig – genau diesem Teamgedanken entspricht die VERAH. Auf der anderen Seite stellen die mit der HZV verknüpften Facharztverträge die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten auf qualitativ bessere Füße. Dieses Prinzip lässt sich weiter ausbauen. Außerdem: Der Einsatz von arztentlastenden VERAH hat durch die HZV in Baden-Württemberg einen bundesweit beispiellosen Aufschwung erfahren. Derzeit sind bereits in über 1.200 HZV-Praxen arztentlastende Assistentinnen in der HZV registriert, deren Einsatz in Baden-Württemberg durch HZV-Zuschläge auch erstmals zusätzlich vergütet wird.

Manchmal sind die Vergleichswerte zwischen Regelversorgung und HZV doch eher geringfügig. Dennoch dieses positive Urteil?

Selbstverständlich gibt es auch in der HZV immer noch etwas zu verbessern, im Übrigen ist das immer noch ein sehr junges, sich weiter entwickelndes System. So haben wir zum Beispiel angeregt, die nachlassende Nierenfunktion bei chronisch kranken Patienten mit langjähriger Dauermedikation stärker in den Blick zu nehmen. Hier erweist sich die HZV als ein lernendes, flexibles System

und, was noch wichtiger ist, die Partner reagieren schnell und flexibel auf solche Anregungen. Gemeinsam mit dem Hausärzterverband wurde ein entsprechendes Modul zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) entwickelt, das Ärzten in der Praxis automatisch einen Warnhinweis anzeigt, wenn bei nachlassender Nierenfunktion eine Dosisanpassung eines Wirkstoff erforderlich ist, um ansonsten negative Auswirkungen auf die Erkrankung zu verhindern. Es ist kein Zufall, dass dieses System jetzt bundesweit erstmalig in der HZV Baden-Württemberg zum Einsatz kommt.

Gibt die HZV in Baden-Württemberg Antworten auf die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion?

Auf jeden Fall: Systematische Fortbildung, strukturierte Maßnahmen zur Qualitätsförderung, mehr Zeit für den einzelnen Patienten, professionsübergreifende Teamorientierung in der Praxis, bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten – hier wird gute Arbeit geleistet, die gerade angesichts der enormen Herausforderungen für eine flächendeckende Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung bundesweite Beachtung verdient.



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg – verantwortlich für die Arbeitspakete 3 und 4

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

der wissenschaftlichen Evaluationsstudie

Arbeitspaket 1

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

PD Dr. sc. hum. Gunter Laux, Dipl.-Wi.-Inf.,
Dipl.-Demogr. Erik Bauer*,
Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle*,
Dr. sc. hum. Christian Stock, MSc (Biometrie)** und
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

Arbeitspaket 2

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

PD Dr. Katja Götz,
PD Dr. Antje Miksch und
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.

Arbeitspaket 3

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Medizin
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Karola Mergenthal, M.Sc. PH,
Dipl. Soz. Martin Beyer,
Dr. phil. Dipl. Psych. Corina Güthlin,
Mareike Leifermann, BSc PH und
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Arbeitspaket 4

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Medizin
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Dr. med. Paul Robert Lübeck,
Dipl.-Demogr. Erik Bauer*,
Dipl. Soz. Martin Beyer,
Dr. phil. Dipl. Psych. Corina Güthlin,
Dipl. Psych. Anne Kümmel,
Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle*,
Dipl. Betriebswirtin Zeycan Albay,
Kataryna Karimova, MSE,
Dr. sc. hum. Christian Stock, MSc (Biometrie)**,
Lorenz Uhlmann, MSc** und
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Weitere Kooperationspartner:

*AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

**IMBI – Institut für Medizinische Biometrie und Informatik,
Universitätsklinikum Heidelberg

Förderer aller vier Arbeitspakete:

Deutscher Hausärzteverband Baden-Württemberg

MEDI Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

Frankfurt a.M. und Heidelberg, 2014

Herausgeber:



UniversitätsKlinikum Heidelberg

UniversitätsKlinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg

**Institut für
Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt