

HZV – ein Erfolgsmodell von Hausärzten für Hausärzte

2003 führte der Gesetzgeber die Regelungen über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V ein. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten die Teilnahme an der HZV anzubieten. Die Politik hatte die Vorteile dieses neuen Versorgungsmodells erkannt, das der Deutsche Hausärzteverband, als Vertretung der Interessen der Hausärzte, gemeinsam mit Partnern entwickelt hatte.

Zuvor hatte es keine wirkliche Alternative zu den maroden Strukturen der Selbstverwaltung gegeben, innerhalb derer die Hausärzte bis heute benachteiligt werden. Eine Situation, die auch im Hinblick auf die Nachwuchsgewinnung nicht folgenlos blieb.

Patient im Fokus

In der HZV steht die Versorgung des Patienten im Fokus. Dieses strukturierte Primärarztssystem, bei dem der Patient mit allen gesundheitlichen Fragen zuerst seinen persönlich gewählten Hausarzt aufsucht, von diesem versorgt und – wenn nötig – an Fachärzte und Kliniken überwiesen wird, trägt entscheidend dazu bei, die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. In weit über 80 Prozent der Fälle lösen Hausärzte die Patientenprobleme in ihren Praxen abschließend.

Vom Zwang der Budgetierung sowie von dem enormen bürokratischen Aufwand der Abrechnung im Kollektivvertragssystem befreit, können sich die Hausärzte wieder mehr auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren. So gewinnen sie die Zeit, ihre Kompetenzen voll zu ent-



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

fallen und das wird auch entsprechend honoriert. Ein um 30 Prozent höherer Fallwert pro Patient ist hier eher die Regel als die Ausnahme. Hierdurch trägt die HZV zu einer fairen und leicht abzurechnenden Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte bei. Das kommt auch beim hausärztlichen Nachwuchs an.

Ökonomisch tragfähig!

Ein langfristiges System, das die Hausarztpraxis fair vergütet, Bürokratie abbaut, die Patientenversorgung optimiert und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung beiträgt, ist das ökonomisch tragfähig? Diese Frage kann klar bejaht werden – eine gemeinsame Evaluation mit der AOK Baden-Württemberg belegt das deutlich [1]. Darin wurde nicht nur anschaulich, dass neben der erhöhten Versorgungsqualität auch die Leistungen der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte fair honoriert werden. Langfristig sparen auch die Kassen durch bessere Ressourcenallokation als in der kollektivvertraglichen Regelversorgung. Vermeidbare Mehrfachuntersuchungen und Krankenhausaufenthalte gefährden nämlich nicht nur die Qualität der Versorgung, sie belasten auch das Gesundheitssystem. Dass sich diese in der HZV reduzieren, wurde ebenfalls durch die Evaluation mit der AOK Baden-Württemberg belegt. So lag die HZV-Gruppe hinsichtlich der Hospitalisierungsrate acht Prozent unter der Vergleichsgruppe.

Nährboden für Innovation

In der Hausarztzentrierten Versorgung liegt noch weiteres Potenzial: Sie ist zugleich auch ein Nährboden für weitere innovative Strukturen. So wird das Vorhalten einer speziell weitergebildeten Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) im Rahmen der HZV-Verträge extra vergütet. Diese Zusatzqualifikation erfahrener MFA stärkt die Hausarztpraxen als zentralen Ort der Versorgung und steigert die Arbeitszufriedenheit der mittlerweile über 8.000 VERAH®. Zugleich werden dadurch, dass es sich bei den HZV-Verträgen um ein Einschreibesystem handelt, die Umsetzungen von telemedizinischen Anwendungen erleichtert.

Schon heute ist die HZV bundesweit die größte und erfolgreichste alternative Versorgungsform zur Regelversorgung – 17.000 Hausärzte und 5,8 Millionen Versicherte, davon vier Millionen komplett unabhängig von den Strukturen der Selbstverwaltung, sind der sichere Beweis.

Eva Böge

HZV-Vertriebsprojektleiterin

Literatur

1. Mergenthal K, Beyer M, Gühlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 2013; 107: 361–430