

18 Leitlinienkomponenten in der Vertragsgestaltung einer gesetzlichen Krankenkasse

Sabine Hawighorst-Knapstein, Kateryna Karimova,
Catriona Friedmacher und Dorothea Lemke

C. Günster | J. Klauber | D. Klemperer | M. Nothacker | B.-P. Robra | C. Schmuker (Hrsg.) Versorgungs-Report.
Leitlinien – Evidenz für die Praxis.

DOI 10.32745/9783954668007-18, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2023

Der interdisziplinär fachübergreifenden Versorgungsqualität liegt das Prinzip der evidenzbasierten Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung zugrunde. Die inhaltlichen Grundsätze der Leistungserbringung zur Versorgung der Versicherten sind sozialrechtlich vertraglich auf Nachweise (Evidenz) der Wirksamkeit und des Nutzens zu stützen. Die fachlichen Maßstäbe beruhen dafür, zum Beispiel bei Vollversorgung, auf Vorgaben gemäß § 70, § 2, § 12, § 73b SGB V „mindestens auf G-BA-Niveau“ und vormals analog § 73c SGB V/neu § 140a: 1. der evidenzbasierten Medizin nach aktuell anerkanntem Sachstand der medizinischen Erkenntnisse bzw. gemäß Facharztstandard und -literatur, 2. den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, 3. den Empfehlungen des Sachverständigenrats und Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung (Robert Koch-Institut, GBE-Bund), um diagnosebezogene Versorgungsdefizite insbesondere bei chronischen Erkrankungen und entsprechende Risikofaktoren zu berücksichtigen und 4. hochwertigen Leitlinien, z.B. zur Aufklärung, zur Prävention durch Beratung und als biopsychosoziale Koordination (zu unterscheiden in der fachlichen Qualität sind die haus- von den spezial-fachärztlichen Leitlinien). § 12 SGB V verdeutlicht explizit, dass das Wirtschaftlich-

keitsgebot keine Abstriche bei der Wirksamkeit der diagnosebezogenen Leistungen bedeutet. Durch diese sozialrechtlichen Grundsätze zur Leistungserbringung und -erstattung ist die systematische wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit von Leistungen als fachlicher Maßstab der Gesundheitsversorgung verankert.

Der Beitrag erläutert die Voraussetzungen und das Versorgungskonzept der Haus- und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg nach vorgenannten Grundsätzen und berichtet Ergebnisse der unabhängigen Evaluation der Versorgungsverträge.

The interdisciplinary, multidisciplinary quality of care is based on the principle of evidence-based medicine with the aim of providing the best possible patient care. Principles of health care provision for insured persons of the statutory health insurance must be based on contracts including proof of evidence of efficacy and benefit. The professional standards, for example in the case of comprehensive care, are based on specifications according to § 70, § 2, § 12, § 73b SGB V (German Social Code V) “at least at G-BA level (G-BA=Joint Federal Committee)” and analogue to formerly § 73c SGB V/new § 140a: 1. evidence-based

medicine according to currently recognized state of the art of medical knowledge or according to specialist standards and literature, 2. the specifications of the Joint Federal Committee (G-BA), 3. the recommendations of the Council of Experts on Health Care („Sachverständigenrat“) and results of health reporting (Robert Koch Institute, GBE-Bund) in order to take into consideration diagnosis-related deficits in care, particularly in the case of chronic diseases and the corresponding risk factors, and 4. high-quality guidelines, e.g. on education, prevention through counseling, and biopsychosocial coordination (a distinction must be made between the professional quality of the guidelines for general practitioners from those for specialists). § 12 of SGB V explicitly clarifies that the efficiency principle does not mean any reduction in the effectiveness of diagnosis-related health care provision. Through these socio-legal principles for all provision of care and reimbursement of services, the systematic scientific review of the effectiveness of services is anchored as a professional standard of health care.

This article explains the conditions and the content of the care concept of the general practitioner and specialist contracts of the AOK Baden-Württemberg based on the mentioned principles and reports on the results of the independent evaluation of these contracts.

18.1 Versorgungsgestaltung im Dialog

Die Grundsätze der Leistungserbringung in der Versorgungsgestaltung gelten für die Krankenkassen und die Vertragsärzte. Diese haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung nach den fachlichen Maßstäben des SGB V zu organisieren und zu koordinieren.

„Der Gemeinsame Bundesausschuss konkretisiert grundlegend in Richtlinien mit Bindungswirkung für Leistungserbringer und Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot und präzisiert die Leistungsansprüche der Versicherten: diese Richtlinien müssen den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (Evidenzbasierte Medizin) und das Prinzip einer humanen Krankenbehandlung berücksichtigen“ (AOK Bundesverband 2023).

Laut SGB V können die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern über eine Besondere ambulante Versorgung der Versicherten abschließen, für deren Durchführung die Qualitätsanforderungen des „Gemeinsamen Bundesausschuss [...] als Mindestvoraussetzungen“ bzw. als fachliche Maßstäbe mit entsprechenden Wirksamkeitsnachweisen gelten (§ 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung; analog frühere Fassung § 73c SGB V facharztzentrierte bzw. spezialärztliche Versorgung, dazu neu § 140a Besondere ambulante ärztliche Versorgung Absatz 1). Mit in Kraft treten des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes im Juli 2015 wurde der § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ (ehemals Integrierte Versorgung) neu gefasst. Die §§ 73a („Strukturverträge“) und 73c („Besondere ambulante ärztliche Versorgung“) sind im neuen § 140a aufgegangen, Altverträge nach den §§ 73a, 73c SGB V a. F. genießen Bestandschutz.

Die AOK Baden-Württemberg hat beginnend mit 2008 einen Vertrag im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b („Hausarztzentrierte Versorgung“) und zudem mehrere facharztzentrierte Versorgungsverträge zu den jeweiligen Facharztgebieten angesichts Vollversorgung gemäß § 73c vereinbart.

Der Evidenzbasierung kam wesentliche Bedeutung zu. Dazu zählen der Facharztstandard zum Facharztgebiet, hochwertige fach- bzw. spezialärztliche Leitlinien zu den jeweiligen Diagnosen sowie die Vertragskonzipierung „mindestens auf G-BA-Niveau“ bzw. „aktuell anerkanntem Sachstand der medizinischen Erkenntnisse“ nach SGB V und entsprechend der Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist, die Grundsätze der AOK Baden-Württemberg für die Vertragsgestaltung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) darzustellen, interdisziplinär verkoppelt mit der Besonderen Versorgung bzw. der facharztzentrierten Versorgung (FAV). Dafür werden zunächst Prämissen und Rahmenbedingungen für die Versorgungsverträge vor-

gestellt (s. Kap. 18.2) und anschließend die Ausgestaltung der Verträge in Baden-Württemberg skizziert (s. Kap. 18.3). Schließlich werden beispielhaft Ergebnisse, hier unter besonderer Beachtung als Vollversorgungsverträge, erläutert (s. Kap. 18.4). Die Kapitel 18.1–18.3 wurden von der Erstautorin und das Kapitel 18.4 durch die Autorinnen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main verfasst.

18.2 Prämissen der Evidenzbasierung von Versorgungsverträgen

Mehrere Entwicklungslinien haben die Bedeutung einer interdisziplinären vertraglichen Ausgestaltung der Versorgung hinaus gefördert.

1. Handlungsbedarfe und kritische internationale Vergleiche zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens
Insbesondere der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist wiederholt auf Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen hin, um Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Seine Analysen, zum Beispiel von 2018, lassen erkennen, dass es „in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt“ und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen: solche Defizite müssten „nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden“. Auch weil „die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar“ sind, hält der Rat eine bedarfsorientiertere Steuerung für notwendig: „zum einen müssen Ausbau und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden [...]. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteu-

ert“ werden. Auf dieser Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem liegt ein besonderer Fokus des Gutachtens“ von 2018 (SVR 2018, RZ 10).

Schon lange zeigen Analysen des Sachverständigenrats, dass „die Versorgungssituation chronisch Kranker in vielen Fällen deutlich von den genannten Anforderungen abweicht. Hierbei ergeben sich für unterschiedlich chronische Krankheiten konvergente, krankheitsartenübergreifende Muster von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Diese lassen sich bei näherer Betrachtung auf eine begrenzte Zahl von überholten Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten zurückführen, die einer flächendeckenden adäquaten und qualitätsgleichen Versorgung chronisch Kranker im Wege stehen.“ (SVR 2001, RZ 93). Beispielhaft werden aufgeführt „Ischämische Herzerkrankungen, inklusive Myokardinfarkt, zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall, chronische, obstruktive Lungenerkrankungen, Rückenleiden, onkologische Erkrankungen, depressive Störungen“ (SVR 2001, RZn 144 bis 342).

Anforderungen an ein „Optimum an Gesundheit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ beschreibt der Sachverständigenrat auch 2018 in Teil III zur bedarfsgerechten, koordinierten Versorgung in ausgewählten Indikationsbereichen für Patienten mit Rückenschmerzen und zur koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (SVR 2018, RZn 1023 bis 1294).

Zur Versorgungssteuerung wird das sog. Gatekeeping bzw. die Lotsenfunktion des Hausarztes international in zahlreichen Ländern und mit verschiedenen Ansätzen implementiert, weil durch die Stärkung der primärärztlichen Versorgung eine Verbesserung der Patientensteuerung und der Versorgungsqualität erreicht werden kann (SVR 2018, RZn 690 bis 693).

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

In manchen Ländern haben Patienten laut Sachverständigenrat 2018 die freie Arztwahl, in anderen Ländern werden Patienten anhand ihres Wohnortes einem bestimmten Primär- bzw. Hausarzt zugeordnet. Die Lotsenfunktion soll ein leicht zugängliches, umfassendes sowie kontinuierliches Versorgungsangebot mit koordinierender Funktion zu anderen Versorgungsangeboten sein. Der Hausarzt kann für eine effektivere Leistungssteuerung zum Beispiel Überweisungen zu Spezialisten und anderen Gesundheitsberufen veranlassen, um Doppeluntersuchungen und Übertherapie zu vermeiden. Gleichzeitig werden Patienten durch eine umfassende Übersicht des Hausarztes über die verordneten Medikamente interdisziplinär besser versorgt. Somit kann laut Sachverständigenratsgutachten 2018 die medizinische Versorgung der Patienten qualitativ gefördert und die ungezielte Inanspruchnahme von Fachärzten vermindert werden.

Gemäß § 73b SGB V HZV in Verzahnung mit der FAV indikationsbezogen nach § 73c (alt) bzw. § 140a (neu), erfolgt für die AOK-Versicherten in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg eine kontinuierliche Evaluation punktuell auch zu der interdisziplinären Versorgung (SVR 2018, RZ 696, s. auch Kap. 18.4).

Für die bedarfsgerechte Versorgung und den entsprechenden Vergleich beschreibt der Sachverständigenrat schon lange explizit dringenden Handlungsbedarf unter den Stichworten „Transparenz und Qualitätssicherung [...] bezüglich der Dokumentation als einer Voraussetzung für eine verbesserte Transparenz zum Leistungsgeschehen, [...] als Grundlage [...] für die Identifizierung von Defiziten und Überfluß“ (SVR 1995, RZ 32). Besonders dringend wäre damit laut SVR „die Erstellung einer problem- und kostenorientierten Klassifikation für Krankheits- und Behandlungsverfahren (ICD-10-

GM) ...“, dieses im Sinne einer auch indikationsbezogenen, systematisch wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel zu folgenden Kenngrößen, soweit methodisch möglich (u.a. auch zur ärztlichen präventiven und motivationalen Beratung neben Vergleichen zur Hospitalisierung usw., s. auch Kap. 18.4):

- Informationen zum Behandlungskontext
- Information über die Anzahl tatsächlich behandelter Patienten
- Angaben zur Multimorbidität
- Verknüpfung von Diagnosestatistik mit Daten über Operationen und andere Leistungen
- Angaben zum Krankheitsschweregrad (SVR 1995, RZ 32; Kunz et al. 2007)

Trotz Fehlen ambulanter Kodierrichtlinien ist die laufende spezifische und korrekte Kodierung bei chronischen Verläufen interdisziplinär besonders wichtig, um die evidenzbasiert-medizinischen Versorgungsbedarfe gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung für die betroffenen Menschen, die Ärzte, Kostenträger und Evaluatoren soweit methodisch machbar fachlich nachzuvollziehen (s. Kap. 18.3; Beispiel Kardiologie und chronische Herz-Erkrankungen).

Deutschland hat weiterhin eines der teuersten Gesundheitssysteme der OECD-Staaten (<https://oecd.org>). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrugen die Gesundheitsausgaben 2021 474 Mrd. € oder etwa 5.700 € je Einwohnerin und Einwohner (Destatis 2023). Anhand von 80 Schlüsselindikatoren der OECD bestehen vor allem folgende Versorgungsprobleme für Deutschland (OECD 2019):

- Der Zugewinn an Lebenserwartung hat sich verlangsamt.
- Es gibt eine vergleichsweise hohe Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Risikofaktoren.

- Es besteht eine hohe Hospitalisierungsrate für chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz, die „am besten in der Primärversorgung“ behandelt werden.
- „Ungesunde Lebensstile“ sind in Deutschland weit verbreitet mit höherer Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Adipositas.
- Der Anteil an Rauchern ist höher als im OECD-Schnitt und diese tragen zu vermeidbaren Todesfällen weiterhin bei.
- Mit 255 Krankenhausfällen pro 1.000 Einwohner weist Deutschland die höchste Aktivitätsrate im stationären Bereich auf; 66% über dem OECD-Schnitt.
- Es gibt 20% mehr Ärzte und 50% mehr berufstätiges Pflegepersonal pro Kopf als im OECD-Schnitt.
- Der Anteil der Kosten, der vom Staat oder verpflichtenden Versicherungssystemen getragen wird (84%), ist der Dritthöchste aller OECD-Staaten.

Es besteht damit weiterhin populationsbezogen Gestaltungsbedarf in der ambulanten Versorgung, mit Schwerpunkten auf Risikofaktoren und chronische Erkrankungen.

2. internationale Präzisierung der evidenzbasierten Medizin (EbM)

Nach dem Bericht von Raspe und Hüppe zum SVR-Gutachten 2014 wurde das Konzept der evidenzbasierten Medizin (EbM) in Deutschland erstmals 1995 rezipiert (Raspe u. Hüppe 2014). Danach ist von jedem Funktionsbereich der Medizin zwischen Prävention und Rehabilitation zu fordern, dass seine Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) entsprechen. „Als dessen zentrales Fundament gelten heute die Ergebnisse hochwertiger und öffentlich zugänglicher klinischer und Ver-

sorgungsstudien. Ihr Ziel ist eine möglichst unverzerrte Schätzung des wahren mittleren (differenziellen) Effekts einzelner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und komplexer Interventionen. Die in ihnen enthaltenen Informationen und Daten werden in einem aufwändigen und kritischen (inter)nationalen Diskussionsprozess zu dem, was aktuell als „Evidenz“ bezeichnet wird“ (Raspe u. Hüppe 2014, S. 2).

Inzwischen hat die EbM, fußend auf „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu den Versorgungsbedarfen, Eingang in das SGB V gefunden, um damit u.a. die Patientensicherheit allgemein zu fördern (wie vorgenannt und z.B. § 70 Abs. 1, § 35 Abs. 1b, § 35a Abs. 1, § 139a Abs. 4 SGB V; Deutscher Bundestag 2021; Herold 2023).

3. Pflicht zur fachlichen Fortbildung (§ 4 MBO-Ä; § 95d SGB V, z.B. unabhängige Qualitätszirkel)
4. eine schrittweise Normierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den Gesetzgeber (z.B. gemäß SGB V § 73b Leitlinien und Qualitätsmanagement in der Hausarztzentrierten Versorgung, § 92 Leitlinienkompetenz des G-BA, § 135 Qualifikationsgebundene Leistungserbringung, § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, § 136ff, § 137a, § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
5. die Gewährleistung einer Versorgung wie oben genannt gemäß EbM: Im Kontext der Haus- und Facharztzentrierten Vollversorgung geht es populations- und indikationsbezogen interdisziplinär zunächst um den aktuellen Facharztstandard für das jeweilige Facharztgebiet (u.a. gemäß §§ 73b und vormals c, § 70 SGB V), weil der Facharztstandard für das jeweilige Facharztgebiet mit seinem gesamten Diagnosespektrum durch die Facharztliteratur abzubilden ist. Die jeweiligen fachlichen Versor-

gungsschwerpunkte ergeben sich aus den Empfehlungen der Sachverständigenratgutachten, hochwertigen Leitlinien, hier vor allem spezial-, fachärztlich (konsensusbasiert), und der Gesundheitsberichterstattung (Beispiel Orthopädie Kreuzschmerz gemäß NVL, SVR, RKI). Auf Basis einer umfassenden Bereinigung der Leistungen aus der KV-Gesamtvergütung bilden die Verträge eine fachgruppenspezifische Vollversorgung ab (s. z.B. Weigelt u. Tesic 2015).

6. die zunehmende Erarbeitung von hochwertigen evidenzbasierten Leitlinien durch wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften (s. Kap. 2) und
7. die schrittweise Flexibilisierung vertraglicher Möglichkeiten durch den Gesetzgeber im Hinblick auf Integrierte und Besondere Versorgungsformen (§ 140a SGB V, 73b Hausarztzentrierte Versorgung), vorbereitet und begleitet durch den Sachverständigenrat (SVR 1995).

18.3 Hausarztzentrierte Versorgung und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg

Aus den genannten Regulierungsvorgaben und der Evidenzlage folgt ein Gestaltungsauftrag an die Selbstverwaltung. Die Umsetzung vorgenannter Grundlagen und Anforderungen erfolgt im haus- und spezialfachärztlichen Praxisalltag auf der Basis des jeweiligen Facharztstandards für das jeweilige Facharztgebiet angesichts Vollversorgung und -bereinigung. Zahlreiche Einflussfaktoren wie regionale Gegebenheiten, Schwerpunkte in den Praxen, Ressourcenfragen oder gesellschaftliche Patientenerwartungen wirken auf die Versorgung und auf ihre Ergebnisse ein. Entsprechende Vergleichsmethoden sind stets aufwändig und bedürfen der Weiterentwicklung angesichts unterschiedlicher Versorgungsmodelle und Perspektiven (Schrappe 2015).

Ab 2008 wurde in Baden-Württemberg gemeinsam zwischen haus- und fachärztlich spezialisierten Ärzteverbänden und der AOK Baden-Württemberg ein erster multiprofessioneller Dialog gestartet.

Für den gemeinsamen Dialog wurden umfangreiche fachübergreifende Recherchen auf der Basis wissenschaftlicher Literatur und bestverfügbarer Evidenz durchgeführt und systematisch als Versorgungsinhalte mit Honorarbezug (Anlage 12 FAV) sowie wissenschaftsmethodisch begründend abgebildet (z.B. interdisziplinär abgebildet zur Kardiologie aufgrund des vereinbarten evaluierten Behandlungspfades des HZV/FAV: Hausärzterverband Baden-Württemberg 2013).

Das Vorgehen erfolgt prinzipiell in folgenden Schritten, die u.a. in den Anlagen 12 und 17 und Anhängen zur Versorgungsgestaltung begründend abgebildet sind:

1. Eingrenzung des jeweiligen Facharztgebietes nach der Weiterbildungsordnung und seinen jeweiligen Diagnosen in der aktuellen ICD-Klassifikation
2. Recherche zu Versorgungsdefiziten im jeweiligen Facharztgebiet zu dessen Indikationen gemäß übergreifender Facharztliteratur
3. ferner gezielt gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung vor allem gemäß SVR, RKI, G-BA
4. weitere Sichtung aktueller Facharztliteratur vertiefend zu angrenzenden Fachgebieten, z.B. zu biopsychosozialer Versorgung, Public Health, Prävention – vor allem zum Nikotinabusus, zur Fehl-Ernährung, zur körperlichen Aktivität und Gesundheitsförderung (z.B. Banzer 2017; Schiltenswolf u. Hennigsen 2018; Herold 2023)
5. Datenanalysen und deren evidenzbasierte Einordnung und Bewertung zur Gesundheitsberichterstattung u.a. auch des RKI (2021), des WIdO (z.B. Reports zu Fehlzeiten, Arzneiverordnungen, Klima und Gesundheit), der Statistischen Ämter des Bundes und des Landes

6. Veröffentlichungen der Fachgesellschaften, der Arzneimittelkommission, der AWMF, des EbM-Netzwerks, internationaler Leitlinien und Guidelines, Hausarztthandbücher DMP etc.
7. Veröffentlichungen wissenschaftlicher Institutionen wie des IQWiG und der DEGAM, u.a. zu Gesundheitsinformationen, und maßgeblicher Patientenorganisationen
8. Qualitätsförderung und Analytik (z.B. QS Kardiologie zur invasiven Versorgung, zum interdisziplinären Wiedervorstellungsintervall; zur Gastroenterologie Hygiene u.a.; Qualitätsparameter und -indikatoren, z.B. Pneumologie; Befragungen der Praxen und Versicherten, z.B. zur orthopädischen Versorgung, bei psychischen Störungen).

Wie vom SVR empfohlen (SVR 2007, RZ 392), wurden Vertreter der Fachärzteschaft für den gemeinsamen Dialog frühzeitig eingebunden, nachdem die Grundlagen der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73b SGB V wie die regelhaftete DMP-Versorgung, Beachtung von Risikotools wie arriba-HZV, Umsetzung von Qualitätszirkeln usw. vereinbart wurden. Generell einbezogen werden auch wissenschaftlich unabhängige Experten und Expertinnen aus universitätsklinischen Einrichtungen, aus NVL-Leitlinien-gremien, insbesondere auch vorausschauend zu Trends aus der Versorgungsforschung.

Einige Beispiele zur interdisziplinären Versorgungsgestaltung bezogen auf den entsprechenden Facharztstandard und entsprechend korrekt gesicherter, spezifischer Diagnosestellung zu vorwiegend chronischen Erkrankungen und ihren Versorgungsdefiziten (Anlage 12, evidenzbasierte Begründungen in Anlage 17 HZV/FAV, Umsetzung in den Anhängen):

1. interdisziplinäre Behandlungspfade wie universitätsklinisch evaluiert, verbunden mit regelmäßiger apparativer Diagnostik (12-Kanal-EKG, UKG, Eventrekorder usw.) bei chronischen Herzerkrankungen, um unnötige Hospitalisierung vorausschauend zu mindern

2. biopsychosoziale, auch nicht-medikamentöse, Beratungsangebote zu chronifizierenden Beschwerden einschl. Fallkonferenzen, z.B. zu unspezifischen Kreuzschmerzen, zur Arthrose, zur Osteoporose, wie auch in der Rheumatologie zur Bewegungsförderung, Gewichtsoptimierung, zum Nikotinstopp usw. als Risikofaktoren für schwerwiegendere Verläufe, zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Hospitalisierung
3. spezifische psychosozial-multiprofessionelle Versorgungspfade und -pläne gemäß EbM zu entsprechenden Methoden und Verfahren usw. bei psychischen Störungen, auch Transitionspsychiatrie zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr für mehr Teilhabe, auch Wegfall von Gutachten, zudem neue Gesprächsleistungen, Fallkonferenzen
4. evidenzbasierte Betreuung apparativ (z.B. 12-Stanzenbiopsie) wie auch beratend, z.B. zum Lebensstil, zu Risikofaktoren, zu SDM/PEF gemeinsame Entscheidungsfindung, choosing wisely, zur Erhebung von PSA-Werten in der Urologie usw.
5. Lebensstilberatung unter anderem auch in der Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie situativ kausal, z.B. zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung, zum Nikotinstopp und zu supportiven Maßnahmen wie auch zu Wahlmöglichkeiten der Behandlung nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse zu dem jeweiligen Facharztgebiet (z.B. auch Peritonealdialyse, zu Hygieneanforderungen, zur Adhärenz)

Zudem wurde eine Auswahl von Parametern zur Qualitätsförderung und zur QS aufgenommen (s. Kap. 15).

Die Beratungen der Vertragspartner mündeten 2008 in einen HZV-Vertrag und 2010 in den seither nach bester verfügbarer Evidenz aktualisierten „Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V“ zwischen der AOK Baden-

Württemberg, dem Mediverbund, dem Berufsverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) und weiteren Partnern (Hausärzteverband Baden-Württemberg 2023). Er regelt „die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch teilnehmende Fachärzte.“ Er verpflichtet den teilnehmenden Facharzt zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen. So wurden zur Diagnostik und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz Empfehlungen auf Basis der Leitlinien zur chronischen Herzinsuffizienz der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der European Society of Cardiology und der Nationalen VersorgungsLeitlinie Herzinsuffizienz (NVL-HI) erarbeitet. Allgemein sollten die Fachärzte eine die Abrechnung und sonstige administrative Prozesse vereinfachende spezielle Vertragssoftware einsetzen, um mehr Zeit für chronisch kranke Menschen und deren Bedarfe und Bedürfnisse „ambulant vor stationär“ aufwenden zu können. Vereinbarungen zur gezielten Umsetzung von Qualitätsanforderungen sind in begründenden Anlagen mit Anhängen für die Umsetzung konkretisiert.

Unterstützend eingebunden in das praxisbezogene Fallmanagement sind speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte: fachärztlich als sog. EFA®, hausärztlich als VE-RAH®. Speziell auf ausgewählt chronisch kranke, multimorbide Patienten ausgelegt, wurde PraCMan als hausarztbasiertes Case-Management etabliert. Die tendenziell stark pauschalierte und gleichzeitig nach Versorgungsschwerpunkten differenzierte Vergütung in den jeweiligen Verträgen ist frei verhandelt und unterstützt die vertraglichen Ziele zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Dabei wird insgesamt ein Fokus nicht nur auf gezielt apparative Leistungen, sondern auch auf die biopsychosoziale Versorgung einschließlich der sog. sprechenden Medizin gelegt, indikationsbezogen (wissenschaftliche

Begründungen spezialfachärztlich FAV Anlage 17 und Themenschwerpunkte HZV Anlage 17 und Anlage 12 FAV u.a.).

Analoge Verträge wurden auch geschlossen in Verbindung mit der HZV zur Orthopädie (2014) und dessen Modul Rheumatologie (2018), zur Gastroenterologie (2011), zu den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie (2012/2013), Urologie (2016), Nephrologie (2020) und Pneumologie (2021).

Wünschenswert ist angesichts wachsendem Forschungsstand der medizinischen Erkenntnisse auch eine verlässliche Einbindung von Künstlicher Intelligenz (KI), um die Vielfalt best-verfügbarer Evidenz bedarfs- und bedürfnisgerechter zu generieren, rascher zu transferieren und mit höchstmöglichem Nutzen qualitativ wie wirtschaftlich für alle Beteiligten effektiver anzuwenden.

Im folgenden Teilkapitel gibt das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main Einblick in das methodisch komplexe Thema der Evaluation von Selektivverträgen.

18.4 Wissenschaftliche Evaluation

Das Zusammenspiel von HA und FA (Kardiologen, Diabetologen, Orthopäden, usw.) im Rahmen der Selektivverträge ist ein wesentlicher Beitrag zur Versorgungskontinuität, was insbesondere chronisch kranken Patienten mit den in den Facharztverträgen definierten Schwerpunkt Diagnosen zugutekommt. Die Kooperation ist durch evaluierte, verbindliche und leitliniengerechte Therapiepfade für abgestimmte Indikationsbereiche strukturiert und in der Anlage 17 der jeweiligen Facharztverträge EbM-konform beschrieben.

Die wichtigsten Leitlinienkomponenten der aktuellsten Facharztverträge sind jeweils in der Anlage 17, Anhang 2 (AOK BW/Bosch BKK 2021) im Form des Qualitätskonzepts zusammenge-

fasst. Um die Versorgungsqualität durch effizientere und effektivere Steuerung der medizinischen Versorgung von Patienten besser bewerten zu können, wurden die etablierten QISA-Indikatoren ausgesucht. Die mit Fachärzten abgestimmten Qualitätsindikatoren werden regelmäßig analysiert und z.B. in den Qualitätssicherungsberichten veröffentlicht. Somit

wird eine Transparenz in der FAV/HZV-Versorgung gefördert und gefordert (s. Tab. 1).

Bei der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV nach § 73b SGB V) in Baden-Württemberg wurden zahlreiche nationale und internationale Qualitätsindikatoren zur Beschreibung und Bewertung der primären Versorgung im hausärztlichen Bereich angewandt.

Tab. 1 Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Qualität der Versorgung der Patienten und Patientinnen mit Asthma (Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg [AOK BW/Bosch BKK 2021])

Nr.	Indikator	Berechnung
1	Anteil der Asthmatiker, bei denen mindestens einmal jährlich der Grad der Asthmakontrolle bestimmt wird (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 3)	<p>Daten:</p> <p>Zähler: Anzahl Asthmatiker (I45) mit mind. einmal jährlich dokumentiertem Kontrollstatus (Informationsziffer „ACT“)</p> <p>Nenner: Anzahl aller Asthmatiker (I45)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: eingeschriebene Versicherte mit Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p>
2	Anteil der rauchenden Asthmatiker mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 4)	<p>Daten:</p> <p>Zähler: Patienten mit I45, mit dokumentiertem positivem Raucherstatus (F17.1/2) und dokumentierter Beratung zur Tabakentwöhnung (Abrechnungsziffern BG2A1, BG2B, BG3A, BG3B)</p> <p>Nenner: Patienten mit I45, mit dokumentiertem positivem (F17.1/2) Raucherstatus</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p>
3	ggf. Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 6)	<p>Daten:</p> <p>Zähler: Patienten mit Abrechnungsdiagnose Asthma und EBM-Notfallpauschale (GOP 01210 oder 01212)</p> <p>Nenner: Patienten mit Asthma (ICD J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Vergleichskollektiv: nicht eingeschriebene Versicherte mit keinem APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld bzw. mit APK bei nicht-teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Ziel: Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems im Versichertenkollektiv geringer als im Vergleichskollektiv (risikoadjustiert)</p>

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

Wichtige Ergebnisse der leitlinienkonformen Versorgung in der hausarztzentrierten Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes mellitus wurden in

Gerlach u. Szecsenyi 2013, 2016; Karimova et al. 2018; Laux et al. 2021; Gerlach u. Szecsenyi 2016; Karimova et al. 2021 veröffentlicht. Beispielsweise wird aus Tabelle 2 ersichtlich, dass Pa-

Tab. 2 Inanspruchnahme und Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (2018)

Population/Zielgröße	HZV (unadjustiert)	Nicht-HZV (unadjustiert)	adjustierte Differenz (HZV minus Nicht-HZV), p-Wert	Modellhochrechnung [95%-KI]
KHK-Patienten (n = 168.081)	n = 112.611	n = 55.470		
Krankenhausaufenthalt	33,89%	35,02%	-2,27%, p<0,0001	-2.557 [-3.177; -1.937]
durchschnittliche Liegezeit (mind. 1 Tag) bei Krankenhausaufenthalt	n = 38.165 15,69	n = 19.427 16,06	-0,55, p<0,0001	-20.991 [-30.637; -11.344]
Influenzaimpfung	35,81%	33,06%	+2,23%, p<0,0001	+2.507 [1.439; 3.575]
Herzinsuffizienz-Patienten (n=136.064)	n = 101.867	n = 34.197		
Krankenhausaufenthalt	34,98%	40,85%	-2,89%, p<0,0001	-2.942 [-3.605; -2.279]
durchschnittliche Liegezeit bei Krankenhausaufenthalt (HZV n = 35.628; Nicht-HZV n = 13.968)	n = 35.628 16,89	n = 13.968 18,04	-0,63, p<0,0001	-22.310 [-33.123; -11.497]

Tab. 3 Versorgung von älteren Versicherten ≥ 65 Jahre (2018)

Population/Zielgröße	HZV (unadjustiert)	Nicht-HZV (unadjustiert)	adjustierte Differenz (HZV minus Nicht-HZV), p-Wert	Modellhochrechnung [95%-KI]
ältere Versicherte (n = 628.523)	n = 399.804	n = 228.719		
Verordnung von potenziell inadäquater Medikation	20,95%	22,03%	-1,89%, p<0,0001	-7.559 [-9.101; -6.018]
Influenzaimpfung	33,57%	30,36%	+5,21%, p<0,0001	+20.820 [18.046; 23.594]
Krankenhausaufenthalt	26,10%	26,83%	-2,95%, p<0,0001	-11.784 [-13.039; -10.530]
durchschnittliche Liegezeit bei Krankenhausaufenthalt	n = 104.339 14,745	n = 61.373 14,922	-0,92, p<0,0001	-96.300 [-110.393; -82.207]
Krankenhausaufenthalte wegen Hüftfrakturen (Hauptdiagnose)	0,66%	0,78%	-0,085%, p = 0,0002	-339 [-523; -155]
Zahl der potenziell vermeidbaren Krankenhaus- aufenthalte (ACSC)	0,04	0,04	-0,002 p = 0,0006	-845 [-1.327; -362]

tienten mit kardiovaskulären Erkrankungen in der HZV viel seltener stationär behandelt worden sind als außerhalb der HZV (Regelversorgung) basierend auf den evaluierten Behandlungspfaden (Anlagen 17 HZV/FAV). Dies sind Hinweise darauf, dass die ambulante Versorgung für die HZV-Patienten optimal verläuft und die Schnittstelle zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung gut funktioniert.

Weitere Ergebnisse sind, dass die stationären Aufnahmen bei älteren Patienten/innen in der HZV deutlich niedriger ausfallen als in der Regelversorgung (Sawicki et al. 2021b). Des Weiteren sind die Krankenhausaufenthalte wegen Hüftfrakturen in der HZV seltener (s. Tab. 3). Die leitlinienkonforme Pharmakotherapie bei der Versorgung älterer Patienten/Innen wurde durch weniger Verordnungen von potenziell inadäquaten Medikamenten in der HZV bestätigt (s. Abb. 1). Auch ist die Influenzaimpfrate in der HZV bei den chronischen Patienten/-innen höher als in der Regelversorgung (Karimova et al. 2021; Sawicki et al. 2021a) (s. Tab. 3).

Die Evaluation des Kardiologie-Facharztvertrages in Baden-Württemberg, der mit zu den ältesten Facharztverträgen gehört (seit 2009), zeigt die Überlegenheit in der Versorgung der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. Die leitlinienkonforme Pharmakotherapie sowie eine gute interdisziplinäre Versorgungskontinuität, niedrige Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten (Sawicki et al. 2020) deuten darauf hin, dass die Vertragsziele seit Anfang an evidenzbasiert, leitlinienkonform und patientenorientiert umgesetzt worden sind (Wicke et al. 2021).

Die evidenzbasierte und nach hochwertigen Leitlinien ausgerichtete Vertragskonzipierung und die anschließende Qualitätsindikatoren-gestützte Evaluation haben die Versorgungsqualität nicht nur gestärkt, sondern auch Versorgungstransparenz im ambulanten Bereich geschaffen. Die Evaluationen der HZV (Karimova et al. 2021; Sawicki et al. 2021b; Müller et al. 2022; Laux et al. 2021; Laux et al. 2015; Wensing et al. 2019; Wensing et al. 2017) und Facharztverträge (Wicke et al. 2021; Sawicki et al. 2020) in Baden-Württemberg haben es erneut bekräftigt.

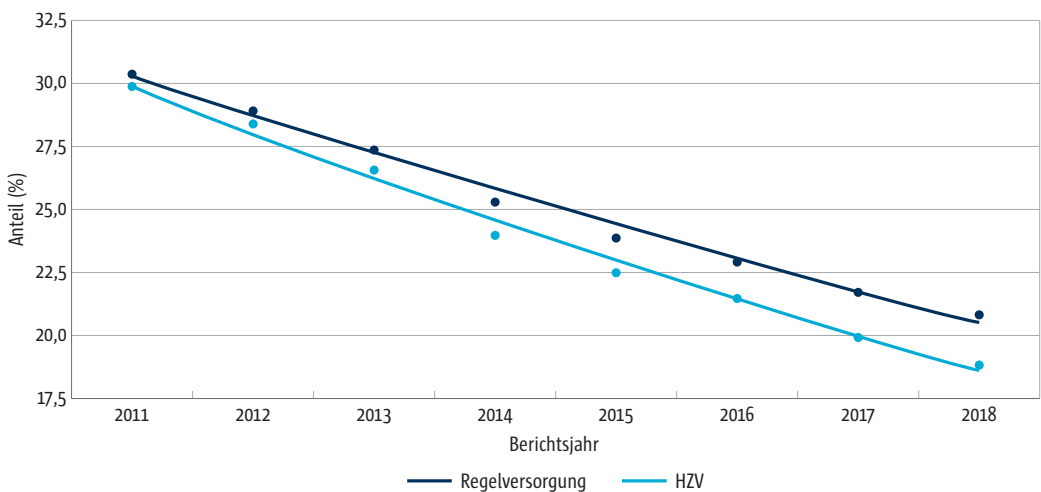


Abb. 1 Ältere Versicherte mit Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM, PRISCUS-Liste)

18.5 Fazit

Die Haus- und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg zeigen auf, wie eingebettet in Vorgaben „mindestens auf G-BA-Niveau“ und Kriterien der evidenzbasierten Medizin nach aktuell anerkanntem Sachstand der medizinischen Erkenntnisse gemäß Facharztstandard eine Vertragsgestaltung unter Berücksichtigung der medizinischen Leitlinien umgesetzt werden kann. Die Ergebnisse der Evaluationen belegen, dass unter den Rahmenbedingungen der betrachteten Versorgungsverträge die Versorgungsqualität verbessert werden konnte.

Literatur

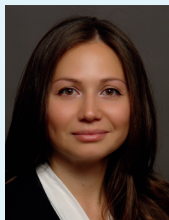
- AOK Bundesverband (2023) Lexikoneintrag „Richtlinien“. URL: https://aok-bv.de/lexikon/r/index_00135.html (abgerufen am 27.04.2023)
- AOK BW/Bosch BKK (2021) Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V. URL: <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-pneumologie/> (abgerufen am 02.05.2023)
- Banzer W (Hrsg.) (2017) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer Verlag Heidelberg
- Destatis (2023) Gesundheitsausgaben. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html (abgerufen am 02.05.2023)
- Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste (2021) Sachstand Evidenzbasierte Medizin: WD 9 – 3000 – 021/21. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/856284/9a27308d728eb41b4d7053ae4d704eb4/WD-9-021-21-pdf-data.pdf> (abgerufen am 27.04.2023)
- Gerlach FM, Szecsenyi J (2013) Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010–2011). URL: https://www.hausarzt-bw.de/01-Content/HZV/04-Evaluation/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf (abgerufen am 02.05.2023)
- Gerlach FM, Szecsenyi J (2016) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016): Ergebnisbericht 2016. Frankfurt, Heidelberg
- Gerlach FM, Szecsenyi J (2018) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg: Ergebnisbericht 2018. Frankfurt, Heidelberg
- Hausärzteverband Baden-Württemberg (2023) Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, Anhang 2.1 zu Anlage 17. URL: <https://www.hausarzt-bw.de/01-Content/HZV/03-vertragsunterlagen/aok/anlage-17/anlage-17--aok-facharztprogramm-kardiologie/anlage-17-anhang-2.1-versorgungs-und-leistungsinhalte.pdf> (abgerufen am 27.04.2023)
- Hausärzteverband Baden-Württemberg (2023) Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 08.05.2008 i.d.F. vom 01.04.2023 gemäß § 73b SGB V. URL: https://www.hausarzt-bw.de/01-Content/HZV/03-vertragsunterlagen/aok/vertrag-zur-hausarztzentrierten-versorgung-in-baden-wuerttemberg/2023_01_04_Hauptvertrag_final.pdf
- Herold G (Hrsg.) (2023) Innere Medizin. Dr. Gerd Herold Verlag Köln
- Karimova K, Sawicki OA, Müller A, Glushan A, Klaaßen-Mielke R, Trampisch HJ, Witte C, Kaufmann-Kolle P, Gerlach FM, Beyer M (2021) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2018). Studienphase 2019 bis 2020: Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, Nachhaltigkeit der Versorgungsqualität, Entwicklung von Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen 2020. URL: https://www.neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/2021-04-13_HZV-Abschlussbericht.pdf (abgerufen am 02.05.2023)
- Karimova K, Uhlmann L, Hammer M, Guethlin C, Gerlach FM, Beyer M (2018) The development of diabetes complications in GP-centered healthcare. Am J Manag Care 24(7), 322–7
- Kunz R et al. (2007) Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin. Deutscher Ärzteverlag Köln
- Laux G, Karimova K, Sawicki OA, Glushan A, Müller A, Beyer M, Szecsenyi J, Gerlach FM (2021) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg 2020. URL: https://www.neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/2021-04-13_HZV-Abschlussbericht.pdf (abgerufen am 02.05.2023)
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Stock C et al. (2015) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58(4–5), 398–407
- Müller A, Amberger OA, Glushan A, Klaaßen-Mielke R, Witte C, van den Akker M et al. (2022) Differences in opioid prescription rates between patients with musculoskeletal disorders enrolled in coordinated ambulatory healthcare and patients receiving usual care: a retrospective observational cohort study. BMJ Open 12(8), e062657. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/8/e062657> (abgerufen am 02.05.2023)
- OECD (2019) Health at a glance. URL: <https://www.oecd.org/germany/health-at-a-glance-germany-DEU.pdf> (abgerufen am 27.04.2023)
- Raspe H, Hüppe A (2014) Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation: eine systematische Literaturübersicht am Beispiel der Indikation chronischer Rückenschmerz. Bericht an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (im Bundesministerium für Gesundheit). URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Evidenzbasierung2014.pdf (abgerufen am 27.04.2023)

- Robert Koch-Institut (2021) Psychische Gesundheit in Deutschland. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 27.04.2023)
- Sawicki OA, Mueller A, Glushan A, Breitkreuz T, Wicke FS, Karimova K et al. (2020) Intensified ambulatory cardiology care: effects on mortality and hospitalisation-a comparative observational study. *Sci Rep* 10(1), 14695
- Sawicki OA, Mueller A, Klaaßen-Mielke R, Glushan A, Gerlach FM, Beyer M et al. (2021b) Strong and sustainable primary healthcare is associated with a lower risk of hospitalization in high risk patients. *Sci Rep* 11(1), 4349
- Sawicki OA, Müller A, Glushan A, Klaaßen-Mielke R, Gerlach FM, Beyer M, Karimova K (2021a) Influenza-Impfrate in der älteren Bevölkerung in und außerhalb der HZV in Baden-Württemberg: Influenza Vaccination Coverage in the Older Population In- and Outside Family Physician-Centered Health Care in Baden-Wuerttemberg. *ZFA* 97(5), 195–9
- Schiltenswolf M, Henningsen P (Hrsg.) (2018) Muskuloskelettale Schmerzen: Erkennen und Behandeln nach biopsychosozialen Konzept. Schattauer Verlag Stuttgart
- Schrapppe M (2015) Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin. URL: <https://mwv-open.de/site/books/m/10.32745/9783954661527/> (abgerufen am 27.04.2023)
- SVR, Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Bonn. URL: www.svr-gesundheit.de/gutachten/sachstandsbericht-1995/ (abgerufen am 27.04.2023)
- SVR, Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band 3. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band3.pdf (abgerufen am 27.04.2023)
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn. URL: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/> (abgerufen am 27.04.2023)
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. Bonn/Berlin. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Kurzfassung_2018.pdf (abgerufen am 27.04.2023)
- Weigeldt U, Tesic D (2015) Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Vollversorgungs- oder Add-on-Vertrag? *G+S* 2015(5), 37–45
- Wensing M, Szecsenyi J, Kaufmann-Kolle P, Laux G (2019) Strong primary care and patients' survival. *Sci Rep* 9(1), 10859
- Wensing M, Szecsenyi J, Stock C, Kaufmann-Kolle P, Laux G (2017) Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. *BMC Health Serv Res* 17(1), 62
- Wicke FS, Ditscheid B, Breitkreuz T, Glushan A, Lehmann T, Karimova K et al. (2021) Clinical and economic outcomes of a collaborative cardiology care program. *Am J Manag Care* 27(4), e114–e122



PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein

Sabine Hawighorst-Knapstein begann die Facharztausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe in Düsseldorf und schloss berufsbegleitend die Psychotherapieweiterbildung ab (T. H. Brocher), neben Tätigkeiten als Gastärztin in der Mayo-Klinik, Minnesota, und in Rochester, NY bei George L. Engel zum biopsychosozialen Versorgungsmodell. Mit dem Ziel, biopsychosoziale Versorgung klinisch und wissenschaftsmethodisch zu fördern, wechselte sie an die Universitätsfrauenklinik Mainz und begründete ein multiprofessionelles Team, das prospektiv u.a. die Lebensqualität in der Tumorbehandlung drittmittelgefordert evaluierte und mehrere Auszeichnungen dafür erhielt. Internationale Vorträge und Publikationen folgten, z.B. für die Society of Gynecologic Oncology, eine langjährige Reviewerinnentätigkeit und die Habilitation in 2008. Nach der Zusatzweiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement wechselte sie zur Förderung einer evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der Disease-Management-Programme und der haus- und facharztzentrierten Vertragsgestaltung in die Hauptverwaltung der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart. Von 2011 bis 2021 leitete sie das dafür begründete Referat Qualitätsförderung, führte ergänzend Weiterbildungen in Ernährungs- und Sportmedizin durch, initiierte das Forschungsprojekt Präventionsmedizin & Frauengesundheit und wirkt mit an weiteren evidenzbasierten Projekt- und Publikationen zur Förderung des Patientenwohls im Unternehmensbereich Versorgungsgestaltung der AOK Baden-Württemberg.



Dr. rer. med. Kateryna Karimova, MSE

Kateryna Karimova studierte Molekulare Biologie und anschließend Medizinische Epidemiologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Im Jahr 2019 schloss sie ihr Promotionsstudium an der Goethe-Universität Frankfurt im Fachbereich Medizin mit dem Dissertationsthema „Development of Diabetes Complications – retrospective cohort study with german claims data“ erfolgreich ab. Seit 2014 ist Kateryna Karimova im Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt tätig. Zuerst als Epidemiologin im Arbeitsbereich Qualitätsförderung und Konzeptentwicklung und ab 2017 als stellvertretende Leiterin dieses Arbeitsbereichs. 2019 gründete sie ihren eigenen Arbeitsbereich Versorgungsepidemiologie und Qualitätsförderung mit den Schwerpunkten: (1) Entwicklung von Versorgungskonzepten mit den Instrumenten und Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EbM), (2) wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung neuer Versorgungskonzepte (Implementierung) und (3) Evaluierung neuer Versorgungsformen.



Dr. Catriona Friedmacher

Catriona Friedmacher hat Humanmedizin an der medizinischen Hochschule der University of Aberdeen in Schottland studiert. Nach 6-jähriger Weiterbildungszeit hat sie 2008 ihre Facharztausbildung in Allgemeinmedizin (RCGP UK) abgeschlossen und ein Jahr später das Zusatz-Diplom für Familienplanung und sexuelle Gesundheit (RCOG UK) erhalten. Von 2008 bis 2020 hat Catriona Friedmacher als niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Großbritannien gearbeitet, zunächst in Edinburgh und später in London. Hierdurch hat sie viele Erfahrungen in der Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten, Arzneimittelmanagement und Qualitätsförderung gesammelt. Seit 2022 arbeitet sie am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt im Arbeitsbereich Versorgungsepidemiologie und Qualitätsförderung mit den Schwerpunkten: (1) wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung neuer Versorgungskonzepte mit den Instrumenten und Kriterien der evidenzbasierten Medizin und (2) Evaluierung neuer Versorgungsformen.



Dr. rer. med. Dorothea Lemke

Dorothea Lemke studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster Physische Geographie auf Diplom (2004). Nach verschiedenen Stationen in Naturschutzbehörden und geowissenschaftlichen Instituten (u.a. statistische Beratung) sowie einer Familienphase wechselte sie an das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Münster wo sie ihre Promotion über räumliche Risikomodellierungen (u.a. Bayes Modelle) mit Krebsregisterdaten abschloss (2016). Seit 2016 ist Dorothea Lemke wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und neben Datenmanagement und Statistik hauptsächlich für (räumliche) Versorgungsanalysen zuständig. Sie besitzt ein breites Fach- und Erfahrungswissen im Bereich GIS und räumliche Statistik sowie vertieftes Wissen in den Bereichen Epidemiologie und Versorgungsforschung. Aktuell arbeitet Dorothea Lemke im Arbeitsbereich Versorgungsepidemiologie und Qualitätsförderung und betreut die Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg.