



# Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung auf Grundlage der Routinedaten der Techniker Krankenkasse

28.05.2026

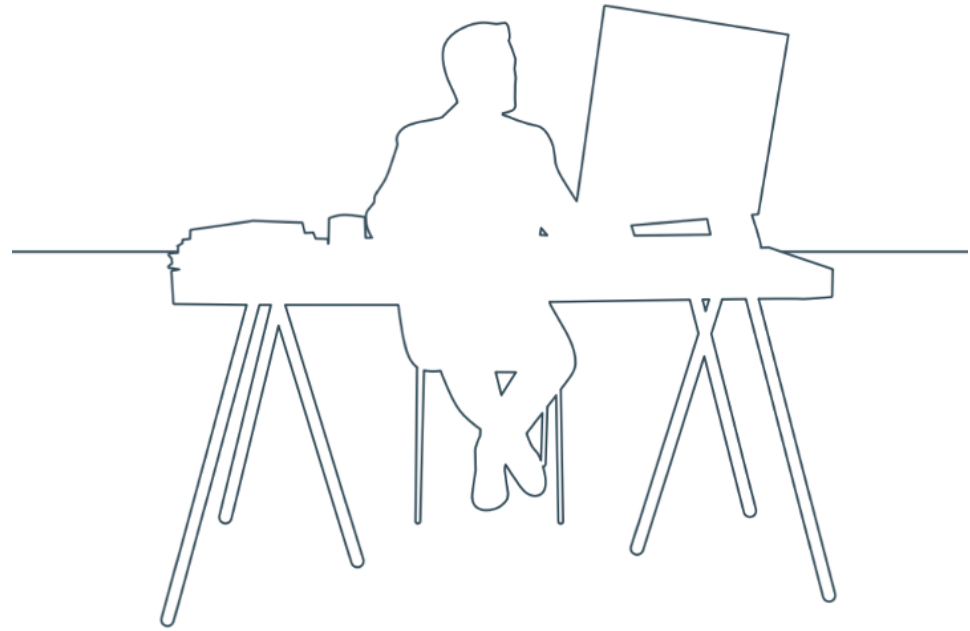
**Prof. Dr. Jonas Schreyögg**

# Agenda

- 1 Forschungsfrage & Methodik
- 2 Ergebnisse der HzV-Evaluation
- 3 Fazit und Empfehlungen auf Basis der Evaluation

# 1

## Methodik



*Welchen Effekt hat die Einschreibung in die HzV auf die teilnehmenden Versicherten?*

# Datengrundlage

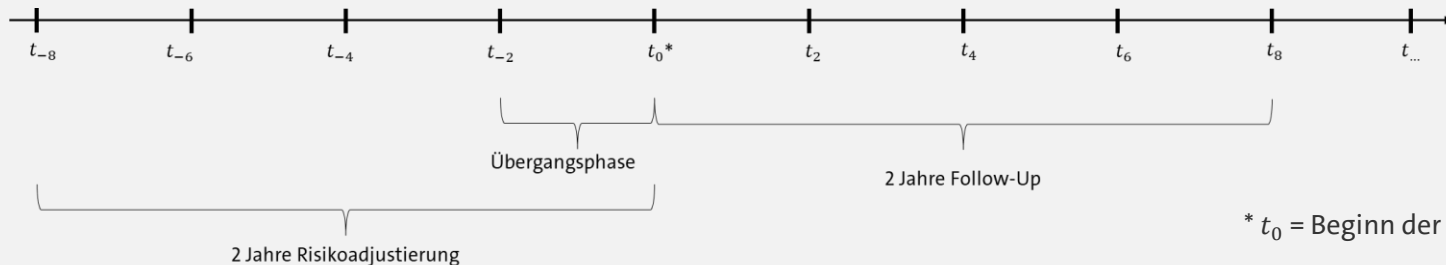
## Datengrundlage

- Routinedaten der Techniker Krankenkasse (> 8 Millionen Beobachtungen, Paneldaten) der Jahre 2015 bis 2024
- INKAR-Datenbank

## Studienaufbau

- Nicht-randomisierte, retrospektive Kohortenstudie mit quasi-experimentellem Design
- Entropy Balancing nach Personenmerkmalen
- Evaluation nach Difference-in-Differences-Ansatz (DiD)
  - Interventionsgruppe: HzV-Teilnehmende
  - Kontrollgruppe: Nicht-HzV-Teilnehmende

## Beobachtungszeitraum



# Beobachtungsgruppen

**Intention-to-Treat (ITT):** Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

**Per-Protocol (PROT):** Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums

## Krankheitsspezifische Betrachtung (sowohl nach ITT und PROT)

- Diabetes Mellitus Typ 2
- COPD
- Herzinsuffizienz

## Betrachtung der adhärennten HzV-Teilnehmenden (ADH)

- Basierend auf den HzV-Teilnehmenden der Per-Protocol-Definition
- Einhaltung des Kontaktes mit der/dem HzV-Ärztin und des Überweisungsgebots bei Spezialistenkontakte

## Betrachtungsgruppe:

249.719 HzV-Teilnehmende

958.766 Nicht-HzV-Teilnehmende

Interventionsgruppe (IG) n = 187.574

Kontrollgruppe (KG) n = 729.370

IG n = 12.347 (PROT); KG n = 47.831 (PROT)

IG n = 6.037 (PROT); KG n = 23.159 (PROT)

IG n = 3.516 (PROT); KG n = 13.124 (PROT)

## Adhärenz 50 % V.a:

IG n = 40.384; KG n = 140.234

## Adhärenz 60 % V.a:

IG n = 33.404; KG n = 117.392

## Adhärenz 70 % V.a:

IG n = 30.759; KG n = 108.778

## Adhärenz 80 % V.a:

IG n = 29.807; KG n = 105.821

# Soziodemographische Struktur der HzV-Teilnehmenden (PROT)

- Im durchschnittlich zwei Jahre älter als Versicherte in der Regelversorgung
  - Etwas höherer Anteil an männlichen Versicherten als in der Regelversorgung
  - Größerer Anteil an Pflichtversicherten; Anteil an Familienversicherten und freiwillig Versicherten geringer als bei Versicherten der Regelversorgung
  - Etwas geringer Anteil an Versicherten mit Pflegegrad
  - Regionale Unterschiede nicht stark ausgeprägt; eher wohnhaft in Mittelzentren verglichen mit Versicherten in der Regelversorgung
  - Tendenziell eine stärkere Morbidität
- ⇒ Für die Analyse wurden sämtliche Unterschiede zwischen den HzV-Teilnehmenden und Nicht-HzV-Teilnehmenden durch das Entropy Balancing ausgeglichen

# 2

## Ergebnisse



# Ambulante Versorgung (pro Quartal)

⇒ Marginal weniger Hausarzt-, aber mehr Spezialistenkontakte

Indikator	TN mind. 2 Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Hausarztkontakte (Anzahl)	-0,026 <sup>***</sup>	-0,047 <sup>***</sup>
Spezialistenkontakte (Anzahl)	+0,317 <sup>***</sup>	+0,320 <sup>***</sup>
Spezialistenkontakte ohne Überweisung durch die/den HzV- bzw. Primärärzt:in (Anzahl)	-0,107 <sup>***</sup>	-0,131 <sup>***</sup>

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme auf die ambulante Versorgung pro Quartal im Vergleich zur Regelversorgung.  $p < 0,1$  (\*),  $p < 0,05$  (\*\*),  $p < 0,01$  (\*\*\*). PP = Prozentpunkte.

<sup>1</sup> Intention-to-Treat (ITT): Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

<sup>2</sup> Per-Protocol (PROT): Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums

# Stationäre Versorgung (pro Quartal)

- ⇒ Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme steigt leicht
- ⇒ Kein Einfluss auf die Anzahl der stationär verbrachten Tage
- ⇒ Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme der Notaufnahme sinkt

Indikator	TN mind. 2 Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Stationäre Aufnahme (PP)	+0,13 <sup>***</sup>	+0,02
Stationäre Aufnahme vermeidbarer Krankenhausaufenthalte (ACSC) (PP)	+0,1 <sup>***</sup>	0,0
In stationärer Versorgung verbrachte Tage (in Tagen)	-0,004	-0,032
Inanspruchnahme Notaufnahme (PP)	-0,02	-0,19 <sup>***</sup>

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme auf die stationäre Versorgung pro Quartal im Vergleich zur Regelversorgung.  $p < 0,1$  (\*),  $p < 0,05$  (\*\*),  $p < 0,01$  (\*\*\*). PP = Prozentpunkte.

<sup>1</sup> Intention-to-Treat (ITT): Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

<sup>2</sup> Per-Protocol (PROT): Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums

# Pharmakotherapie (pro Quartal)

- ⇒ keine wesentliche Veränderung von Verordnungen inadäquater Medikamente
- ⇒ Erhöhte Medikamente-Verordnung innerhalb von 7 Tagen von unterschiedlichen Leistungserbringenden

Indikator	TN mind. 2 Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Verordnung inadäquater Medikamente der PRISCUS-Liste (PP)	+0,24	-0,03*
Denselben Wirkstoff innerhalb 7 Tage von unterschiedlichen Leistungserbringenden verordnet bekommen (PP)	+0,05***	+0,02**

# Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldtage (pro Quartal)

⇒ HzV-Teilnahme führt zu mehr Tagen mit Krankengeldbezug (KG) und Arbeitsunfähigkeit (AU)

Indikator	TN mind. 2 Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Krankengeldtage (in Tagen)	+0,278 <sup>***</sup>	+0,999 <sup>***</sup>
Tage in Arbeitsunfähigkeit (in Tagen)	+0,275 <sup>***</sup>	+1,920 <sup>***</sup>

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme pro Quartal auf AU- und KG-Tage im Vergleich zur Regelversorgung.  $p < 0,1$  (\*),  $p < 0,05$  (\*\*),  $p < 0,01$  (\*\*\*)

<sup>1</sup> Intention-to-Treat (ITT): Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

<sup>2</sup> Per-Protocol (PROT): Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums



# Ausgaben pro Jahr je Leistungsbereich

⇒ höhere Gesamtausgaben

Indikator	TN mind. 2 Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Gesamtausgaben (€)	+186,12 <sup>***</sup>	+122,00 € <sup>***</sup>
Hausärztliche Ausgaben (€)	+73,84 <sup>***</sup>	+80,56 € <sup>***</sup>
Spezialfachärztliche Ausgaben (€)	+5,88 <sup>***</sup>	-4,036 €
Stationäre Ausgaben (€)	+25,92 <sup>***</sup>	+5,28 €
Ausgaben für Pharmakotherapie (€)	+32,96 <sup>***</sup>	+17,80 € <sup>***</sup>
Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel (€)	+12,76 <sup>***</sup>	+7,60 € <sup>***</sup>
Krankengeldausgaben (€)	+26,88 <sup>***</sup>	+2,16 € <sup>***</sup>

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme pro Jahr auf die Ausgaben je Leistungsbereich im Vergleich zur Regelversorgung.  $p < 0,1$  (\*),  $p < 0,05$  (\*\*),  $p < 0,01$  (\*\*\*)

<sup>1</sup> Intention-to-Treat (ITT): Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

<sup>2</sup> Per-Protocol (PROT): Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums

# Krankheitsspezifische Betrachtung

Indikator	Diabetes		COPD		Herzinsuffizienz	
	TN $\geq 2$ Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>	TN $\geq 2$ Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>	TN $\geq 2$ Jahre <sup>1</sup>	TN durchgehend <sup>2</sup>
Hausarztkontakte (Anzahl)	-	-	-	-	-	-
Spezialistenkontakte (Anzahl)	-	-	+	+	0	0
Stationäre Aufnahme (in PP)	+	+	+	+	+	+
In stationärer Versorgung verbrachte Tage (Anzahl)	0	-	-	-	0	0
Medikamentös behandelt (in PP)	+	+	+	+	0	0
Mortalität	0	0	0	0	0	0
Gesamtausgaben (in €)	+	-	+	+	+	0

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme je Quartal in der krankheitsspezifischen Betrachtung im Vergleich zur Regelversorgung. *Zunahme (+), Abnahme (-), keine Auswirkung (0).*

<sup>1</sup> **Intention-to-Treat (ITT):** Mindestexposition: Acht Quartale Teilnahme an der HzV

<sup>2</sup> **Per-Protocol (PROT):** Durchgängige Teilnahme an der HzV bis zum Ende des Betrachtungszeitraums

# Ergebnisse der Teilnehmenden, die sich an das HzV-Modell halten (pro Quartal)

⇒ Je konsequenter sich Versicherte an das HzV-Modell halten, desto höher die Effekte; die Quote ist auf Freiwilligenbasis gering

Indikator	Mind. 50%	Mind. 60%	Mind. 70%	Mind. 80%
Hausarztkontakte (Anzahl)	-0,177***	-0,209***	-0,231***	-0,241***
Spezialistenkontakte (Anzahl)	keine Aussage möglich			
Stationäre Aufnahme (in PP)	-0,65***	-0,74***	-0,80***	-0,79***
Verordnung inadäquater Medikamente der PRISCUS-Liste (in PP)	-0,13	-0,75***	-1,33***	-0,70***
Gesamtausgaben (in €)	keine Aussage möglich			

Gesamteffekte der HzV-Teilnahme pro Quartal in der adhärenenten Betrachtung im Vergleich zur Regelversorgung.  $p < 0,1$  (\*),  $p < 0,05$  (\*\*),  $p < 0,01$  (\*\*\*). PP = Prozentpunkte.



**Anmerkung:** 50% bedeutet, dass pro Quartal mind. 50% der Hausarztbesuche bei der/dem HzV-Ärztin **UND** mind. 50% der Spezialistenkontakte mit Überweisung stattgefunden haben müssen. Schwelle greift nur, wenn tatsächlich ein Kontakt stattfand.

„Keine Aussage möglich“ bedeutet, dass keine belastbare Analyse durchgeführt werden konnte. Es liegen also keine Ergebnisse dazu vor.

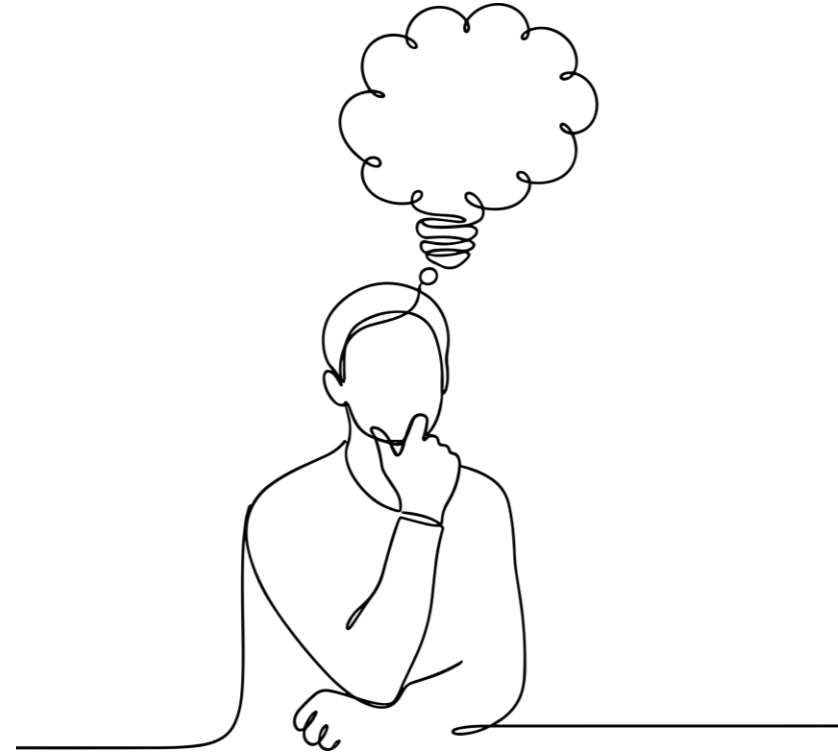
# Kosten-Nutzen

- Die HzV führt in der Gesamtbetrachtung zu keiner wesentlichen Verbesserung der Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität
- Für einzelne Subgruppen u.a. chronisch Erkrankte und ältere HzV-Teilnehmende ist tendenziell ein Steuerungseffekt zu beobachten, das gilt auch für Versicherte, die sich an die Vorgaben des Programms halten
- Die HzV führt in allen Leistungsbereichen zu signifikanten Mehrausgaben:

Die Gesamtausgaben der HzV-Teilnehmenden liegen **186,12 € (ITT) bzw. 122 € (PROT) pro Jahr** höher als in der Regelversorgung.

# 3

## Fazit



# Bewertung der Ergebnisse

- Keine wesentliche Verbesserung in der Steuerung der Versorgung, bei der Wirtschaftlichkeit und bei der Versorgungsqualität
- Tendenziell leichte Steuerungseffekte im ambulanten Sektor
  - Geringere Hausarztkontakte
  - Höherer Anteil Hausarztkontakte bei der/dem HzV-Ärzt:in
  - Anstieg Spezialistenkontakte
  - Höherer Anteil Spezialistenkontakte mit Überweisung der/des HzV-Ärzt:in
- Kaum Effekt auf die stationären Aufenthalte
- Anstieg der AU-Tage und KG-Tage
- Anstieg der Ausgaben in allen Leistungsbereichen und damit auch **höhere Gesamtausgaben** als in der Regelversorgung



## Limitationen

- Unvollständige Erfassung der Überweisungen an spezialfachärztliche Praxen
- Berücksichtigung des Moduls Früherkennung von Begleiterkrankungen bei Diabetes im Rahmen der HzV
- Ausschluss der KV-Regionen ohne HzV-Bund-Vertrag (Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt)

# Empfehlungen aufgrund der Evaluationsergebnisse

- Verbindliches Primärarztmodells als Ersatz für HzV gesetzlich regeln ohne Parallelstrukturen zu schaffen
- Künftiges Primärarztmodell: **Stärkere Verbindlichkeit** für die Versicherten sowie für die Leistungserbringenden könnte zu einem steuernden Effekt führen:
  - Finanzielle Anreize zur Inanspruchnahme
  - Grundsätzlich gesteuerter Zugang zur spezialfachärztlichen Versorgung in der Regel über den Hausarzt/die Hausärztin
  - Festlegung ausgewählter Fachgruppen mit Direktzugang
- **Stärkere Vernetzung** der unterschiedlichen Leistungserbringenden des ambulanten Bereichs
  - Standardisierter digitaler Austausch von Befunden
  - Überweisungen als digitale Überweisung mit Priorisierung der/des Hausärzt:in nach Dringlichkeit
- Steuerungselemente für chronische erkrankte und ältere Versicherte integrieren



# Kontakt



**Prof. Dr. Jonas Schreyögg**

Hamburg Center for Health Economics

Universität Hamburg

Esplanade 36 · 20354 Hamburg

[jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de](mailto:jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de)

[www.hche.de](http://www.hche.de)