



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V in Baden-Württemberg

Pressekonferenz, Berlin, 09.09.2014

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, PD Dr. Gunter Laux, PD Dr. Katja Götz
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung



ALLGEMEINER ÜBERBLICK

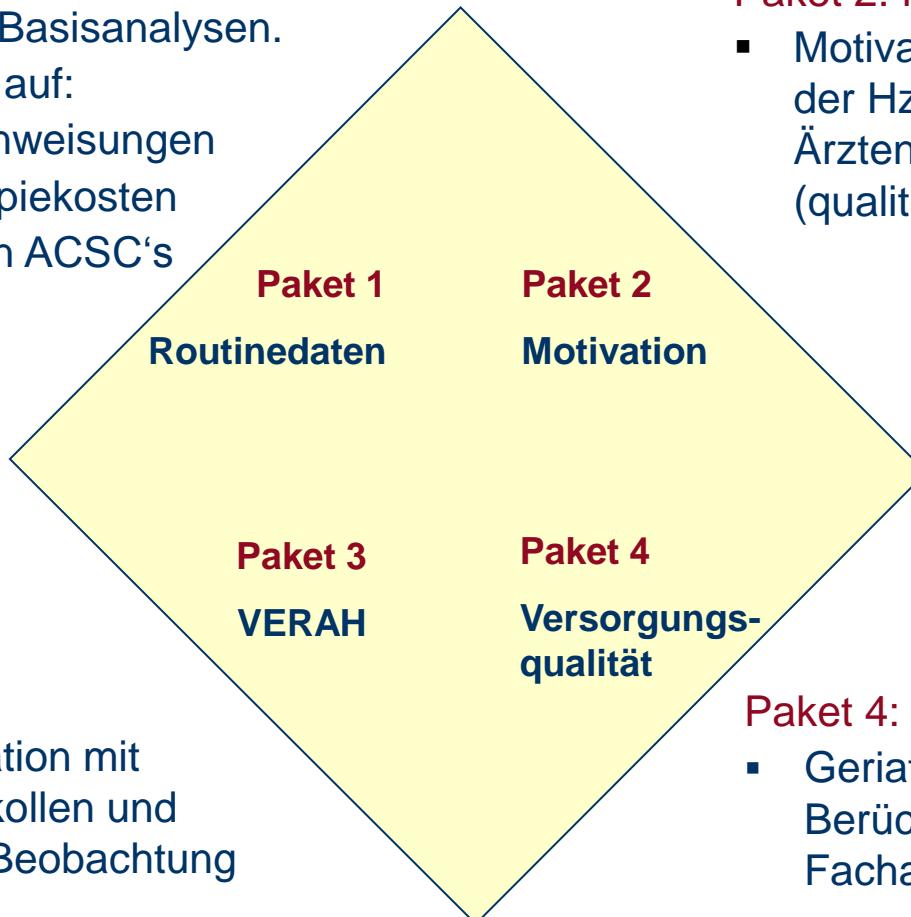
Phase II: Arbeitspakete im Überblick

Paket 1: Routinedaten

Weiterführung der Basisanalysen.

Besonderer Fokus auf:

- Krankenhauseinweisungen
- Pharmakotherapiekosten
- Betrachtung von ACSC's



Paket 3: VERAH

- Vertiefte Evaluation mit Tätigkeitsprotokollen und teilnehmender Beobachtung

Paket 2: Motivationsfaktoren

- Motivation zur Teilnahme an der HzV aus Perspektive von Ärzten und Versicherten (qualitativ)

Paket 4: Versorgungsqualität

- Geriatrische Versorgung unter Berücksichtigung der Facharztverträge (§ 73c SGBV)



Arbeitspakete im Überblick

1: Routinedaten

Vollerhebung (Routinedaten)

- Querschnittliche Vergleiche HzV-Versicherte vs. Nicht-HzV-Versicherte.
Beobachtungszeiträume: Jahre 2011 und 2012

2: Motivationsfaktoren

Zusätzliche Datenerhebung (Qualitative Studie)

- Interviews mit HzV-Ärzten und HzV-Versicherte

3: VERAH

Zusätzliche Datenerhebung (Befragung einer Stichprobe)

- Evaluation von Tätigkeitsprotokollen der VERAH

4: Leitlinien

Vollerhebung geriatrischer Patienten (Routinedaten)

- Querschnittliche Vergleiche HzV-Versicherte vs. Nicht-HzV-Versicherte.
Beobachtungszeiträume: Jahre 2011 und 2012

ARBEITSPAKET 1

EVALUATION DER ROUTINEDATEN

Hintergrund

Fortsetzung der Evaluation mit Routinedaten

Phase 1 (abgeschlossen)

Betrachtungszeitraum 1.7.2008 bis 31.12.2010

Potentielle Effekte der HzV in einer relativ frühen Phase nach Einführung

Longitudinale Beobachtung: Vor und nach Einschreibung

Phase 2 (aktuell)

Betrachtungszeitraum 1.1.2011 bis 31.12.2012

Potentielle Effekte der HzV in einer vorangeschrittenen Phase

(Durchschnittliche Einschreibedauer der HzV-Verischierten in 2012: mehr als 13 Quartale)

Querschnittliche Betrachtung in den Jahren 2011 und 2012

Fragestellungen I (Weiterführung aus Phase I)

Zeigen sich Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf ...

- ▶ ... die Anzahl der Hausarztkontakte?
- ▶ ... die Anzahl der Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis?
- ▶ ... die Anzahl der Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis?
- ▶ ... die Hospitalisationsrate?
- ▶ ... die Anzahl der Krankenhaustage (Liegezeiten)?
- ▶ ... die Anzahl der Krankenhaus-Wiedereinweisungen innerhalb von vier Wochen nach Entlassung?
- ▶ ... die Anzahl der Versicherten mit Polymedikation?
- ▶ ... die Anzahl der verordnete Präparate, die aufgrund qualitativer und wirtschaftlicher Alternativen unter Beachtung medizinischer Kriterien nicht verordnet werden sollten (sog. "rot hinterlegte Präparate")?
- ▶ ... die Anzahl der Einschreibungen in Disease Management Programme (DMPs)?

Fragestellungen II (Neue Fragestellungen in Phase II)

Zeigen sich Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf ...

- ▶ ... die Pharmakotherapiekosten im gesamten ambulanten Sektor?
- ▶ ... auf die tatsächlichen stationären Gesamtkosten?
- ▶ ... sog. „Potentiell vermeidbare Krankenhausweisungen“ aus dem ambulanten Bereich?



Ein-/Ausschluss-Kriterien

Basis für Einschluss:

Alle AOK-Versicherten mit Inanspruchnahme im Betrachtungszeitraum

→ **3.952.775 Mio. Versicherte**

Ausschlusskriterien:

- ▶ Versicherte nahmen keine hausärztlichen Leistungen im Berichtsjahr in Anspruch
 - ▶ Versicherte waren nicht durchgängig bei der AOK-BaWü krankenversichert
 - ▶ Versicherte waren zu Beginn des Betrachtungszeitraumes noch nicht volljährig
 - ▶ Versicherte oder deren Hausarzt waren in ein anderes Versorgungsmodell eingeschrieben (Integrierte Versorgung basierend auf §63 oder §140 SGB V)
 - ▶ Versicherte waren nicht in die HzV eingeschrieben, aber Hausarzt war eingeschrieben
 - ▶ Eine Unterbrechung der HzV-Einschreibung beim Versicherten
 - ▶ Unterbrechung der HzV-Einschreibung beim Hausarzt
 - ▶ Versicherte wechselten den Hausarzt
 - ▶ Versicherte mit Postleitzahl außerhalb Baden-Württembergs
 - ▶ Betriebsstätten mit Postleitzahl außerhalb Baden-Württembergs
- **Daten von 1.187.597 Mio. Versicherten gingen in Analysen ein**



Analysemethoden

Multivariate Mehrebenen-Regressionsanalysen unter Berücksichtigung von:

Kovariaten der Versicherten

- ▶ Alter
- ▶ Geschlecht
- ▶ Morbidität (über sog. „Charlson-Index“)
- ▶ Unterbringung im Pflegeheim
- ▶ Pflegestufe

Kovariaten der Hausärzte

- ▶ DMP-Einschreibung

Kovariaten der Hausarztpraxen

- ▶ Lage (Stadt/Land),
- ▶ Praxisgröße (Versichertenkontakte im Betrachtungszeitraum)
- ▶ Praxisart (Einzel-, Gemeinschaftspraxis)



Ergebnisse I

Zielgröße	Berichtsjahr 2012		Adjustierte** Differenz (Standardfehler) [95%-Konf. Intervall]	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert – HzV vs. Nicht-HzV
	HzV* $\bar{\phi} \pm \text{Standardabw.}$ Interventionsgruppe, n=610.985	Nicht-HzV* $\bar{\phi} \pm \text{Standardabw.}$ Kontrollgruppe, n=576.612		
Hausarztkontakte	14,32 ± 11,44	8,83 ± 9,83	+3,75 (0,177) [3,41; 4,10]	+16,6% p<0,0001
Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis	3,00 ± 3,11	4,06 ± 4,46	-1,01 (0,026) [-1,066; -0,962]	-39,3% p<0,0001
Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis	1,93 ± 2,60	2,21 ± 2,90	-0,325 (0,02) [-0,365; -0,286]	-20,5% p<0,0001
Hospitalisationsrate Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen pro Versichertem	0,272 ± 0,749	0,285 ± 0,774	-0,008 (0,008) *** [-0,044; -0,014] ***	-2,95% P=0,0002
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenen Versicherten	13,60 ± 17,18	14,04 ± 18,02	-0,008 (0,008) [-0,180; 0,164]	- n. s.

Legende:

* Durchschnittswerte ohne Adjustierung

** Kenngrößen mit Adjustierung unter Einbeziehung o. g. Kovariaten

*** Angabe von Standardfehler und Konfidenzintervall auf logarithmischer Skala wg. entsprechender Link-Funktion des Modells



Ergebnisse II

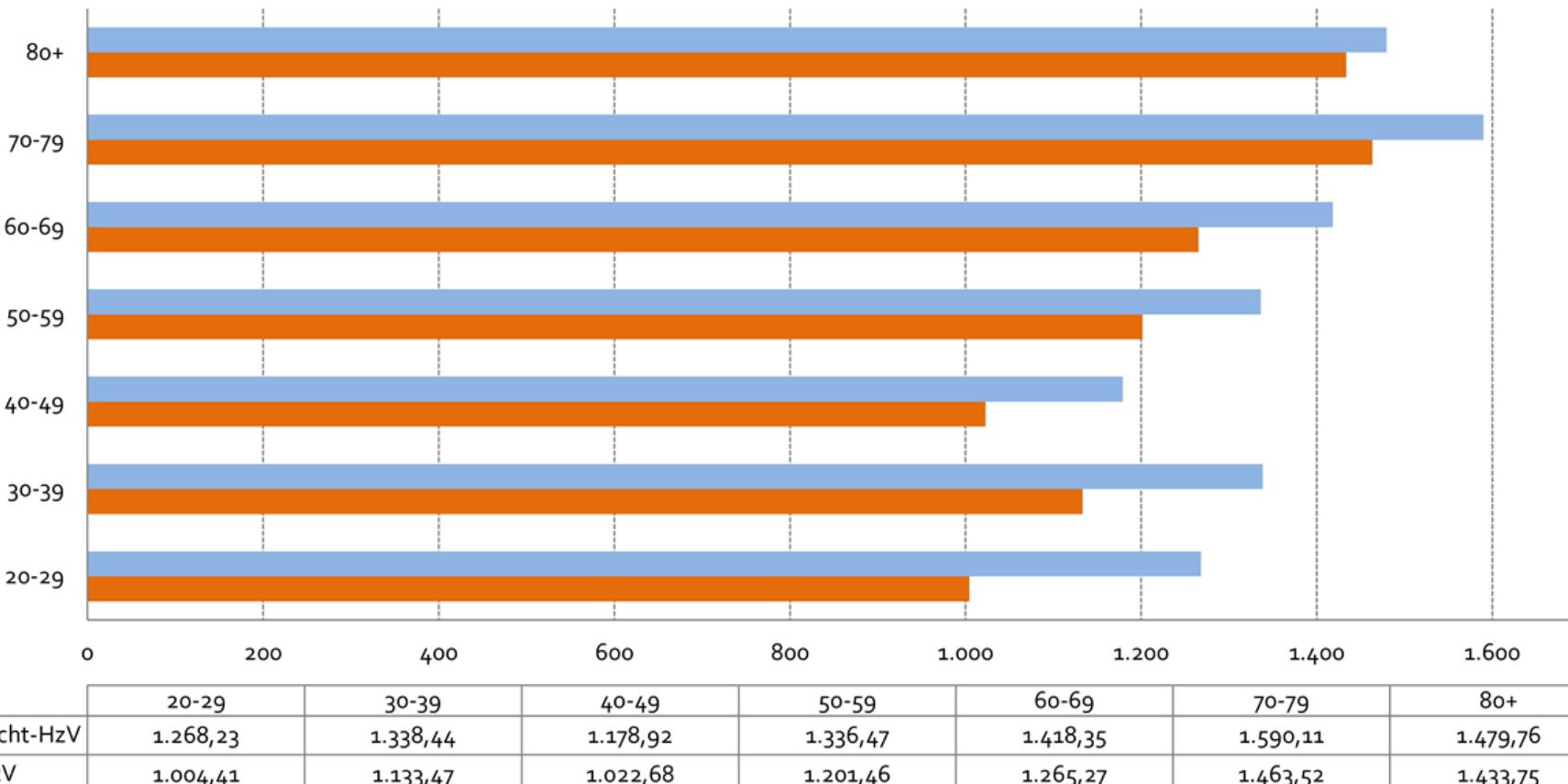
Zielgröße	Berichtsjahr 2012		Adjustierte ** Differenz (Standardfehler) [95%-Konf. Intervall]	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert – ** HzV vs. Nicht-HzV
	HzV* Ø ± Standardabw. Interventionsgruppe, n=610.985	Nicht-HzV* Ø ± Standardabw. Kontrollgruppe, n=576.612		
Krankenhaus- Wiedereinweisungen Durchschnittliche Anzahl der Wiedereinweisungen pro eingewiesenen Versichertem innerhalb von 4 Wochen	0,200 ± 0,664	0,205 ± 0,692	-0,004 (0,017) *** [-0,012; 0,055] ***	+2,17% n. s.
Vermeidbare Krankenhauseinweisungen („ACSCs“) (Anteil an ACSC-Einweisungen in %)	15,25 ± 33,15	16,05 ± 33,83	-1,263 (0,173) [-1,602; -0,923]	-5,34% p<0,0001
Stationäre Kosten (Kosten in € pro Versichertem mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr)	5.881,59 ± 8.502,35	5.848,46 ± 8.349,58	+116,40 (0,021) *** [0,010; 0,033] ***	+2,12% P=0,0003
Medikamentenkosten im ambulanten Sektor (Kosten pro Versichertem, Bruttopreise in € ohne Rabatte)	1.361,04 ± 62.117,00	1.411,67 ± 46.379,79	-113,20 (0,021) *** [-0,107; -0,054] ***	-8,38% P<0,0001
Polymedikation (Durchschnittliche Anzahl verordneter unterschiedlicher Wirkstoffe)	5,99 ± 5,29	5,85 ± 5,21	+0,051 (0,029) [-0,006; 0,108]	- n. s.
Rot hinterlegte Präparate (Verordnungen beim Hausarzt, Anteile in %)	4,53 ± 12,43	5,92 ± 14,80	-1,186 (0,067) [-1,314; -1,051]	-37,2% p<0,0001

Ergebnisse III: Pharmakotherapiekosten

Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich 2012 in €

HzV- vs. Nicht-HzV-Versicherte

Altersgruppen in Jahren



Zusammenfassung

Vergleich von HzV-Versicherten mit Nicht-HzV-Versicherten für 2011 und 2012

- ▶ Die Betreuungsintensität beim Hausarzt war in der HzV-Versichertengruppe deutlich höher.
- ▶ Die Anzahl koordinierter (Überweisung durch den Hausarzt) als auch die Anzahl unkoordinierter (ohne Überweisung durch den Hausarzt) Facharztkontakte war in der HzV-Versichertengruppe deutlich niedriger.
- ▶ Die Arzneimittelkosten und der Anteil verordneter „rot hinterlegter Präparate“ („Me-Too-Präparate“) waren für die Gruppe der HzV-Versicherten deutlich niedriger.
- ▶ Es war für HzV-Versicherte eine geringere Anzahl an „potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“ aus dem ambulanten Sektor zu beobachten.
- ▶ Insgesamt kann - in Bezug zur Evaluationsphase I - von einer Verfestigung der beobachteten positiven Ergebnisse für HzV-Versicherte gesprochen werden.



ARBEITSPAket 2

WAS MOTIVIERT PATIENTEN UND HAUSÄRZTE AN DER HZV TEILZUNEHMEN?

Fragestellungen - Hausärzte

- Was motiviert Hausärzte sich in die HzV einzuschreiben?
- Welche Versorgungsprozesse müssen optimiert werden, um die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die Schnittstelle zwischen Haus- und Fachärzten zu optimieren?
- Welche Änderungen in der Patientenversorgung sind aus Sicht der Hausärzte durch die HzV eingetreten?

Beobachtungszeitraum: 2013 bis 2014

Fragestellungen - Versicherte

- Welche Vorteile sehen Versicherte durch eine Teilnahme an der HzV?
- Was motiviert die Versicherten an der HzV teilzunehmen?
- Welche Veränderungen nehmen Versicherte wahr?

Beobachtungszeitraum: 2013 bis 2014

Methode

- Qualitative Vorgehensweise
- Entwicklung eines teilstandardisierten Leitfadens
- Durchführung von Telefoninterviews
(Dauer ca. 30 – 45 min)
- Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Interviews mit Hausärzten (n= 30)

Charakteristika		Gesamt
Geschlecht	weiblich	3 (10%)
	männlich	27 (90%)
Alter; Mittelwert (SD), min-max		54,2 Jahre (9,4); 35 - 69 Jahre
Anteil eingeschriebener Patienten		67,5%

Gründe für die Teilnahme

- Weniger Bürokratie
- Vereinfachte Abrechnung
- Bessere Bezahlung
- Politische Gründe
- Lotsenfunktion
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit
- Pharmakotherapiezirkel

„Weil ich relativ weniger Bürokratie habe und weil das finanzielle Outcome besser ist.“ (HA 23)

„Die Abrechnung HzV ist plausibel, unkompliziert und schnell. Das spart mir Zeit und Ressourcen.“ (HA 15)

„Was ich an dem AOK Vertrag gut finde, ist die Anbindung an die Fachärzte und die Schnittstellendefinitionen, weil es für uns einfacher ist.“ (HA 24)

„Ich finde diese Pharmakotherapiezirkel hilfreich.“ (HA 30)

Vorteile für Patienten

- Hausarzt hat mehr Zeit
- Mehr Prävention
- Bessere Bindung an den Hausarzt
- Terminvergabe
- Bessere Erreichbarkeit
- Finanzielle Vorteile
- Sicherstellung der Versorgung

„Insbesondere der gezielte Einbezug der VERAH, zum Beispiel in der Hausbesuchstätigkeit bringt mir in der Woche 4 zusätzliche Termine, die ich sonst nicht hätte.“ (HA 12)

„Das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten wird noch mehr stabilisiert.“ (HA 4)

„Ich bin ein Landarzt und werde politisch gestärkt. Dadurch können die Patienten sicher sein, dass sie noch einen Hausarzt auf dem Land haben.“ (HA 21)



Interviews mit Versicherten (n= 40)

Charakteristika	Gesamt
Geschlecht	weiblich 22 (55%)
	männlich 18 (45%)
Alter; Mittelwert (SD), min-max	63,3 Jahre (12,6); 24 – 80 Jahre
Mehr als 6 Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten	57,5%
Mehr als 8 Jahre in dieser Praxis	65,0%

Gründe für die Teilnahme

- Unterstützung des Arztes
- Mehr Prävention
- Vertrauensverhältnis
- Öffnungszeiten
- Kooperation Fachärzte
- Mehr Zeit
- Sicherstellung

„Und wenn es etwas bringt für ihn: gut, dann mache ich halt mit.“ (P20)

„Zusatzangebot, was man als jüngere Person bekommt, also dieser Check-Up.“ (P4)

„Ich denke, es fördert halt auch die Ärzte im ländlichen Raum, dass die gehalten werden.“ (P66)

Wesentliche Veränderungen

- Mehr Zeit
- Schnellere Termine
- Gründlichere Untersuchungen
- Vereinfachung
- Zeitersparnis
- Wartezeiten
- Mehr Personal
- Besseres System

„Zeitmäßig hat der Arzt mehr Zeit, ich denke mal, weil er von der Abrechnung her mehr entlastet wird.“ (P4)

„Keine langen Wartezeiten. Intensiver. Und was soll ich sagen? Wenn es irgendwie weitergeht zum nächsten Facharzt – auch keine Wartezeit mehr [...] Weil ich berufstätig bin.“ (P58)

„Und wenn ich es heut noch einmal machen müsste: ohne eine Sekunde nachzudenken – ich würde wieder in das Programm gehen.“ (P64)

Schlussfolgerungen

- Hausärzte: bessere Honorierung, vereinfachte Abrechnung, Alternative zum KV-System und Unterstützung durch Pharmakotherapiezirkel
- Versicherte: Unterstützung des Hausarztes, Verbesserungen in Präventionsangeboten, besserer Informationsfluss zwischen Fachärzten und Hausärzten