



---

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 2: Motivationsfaktoren

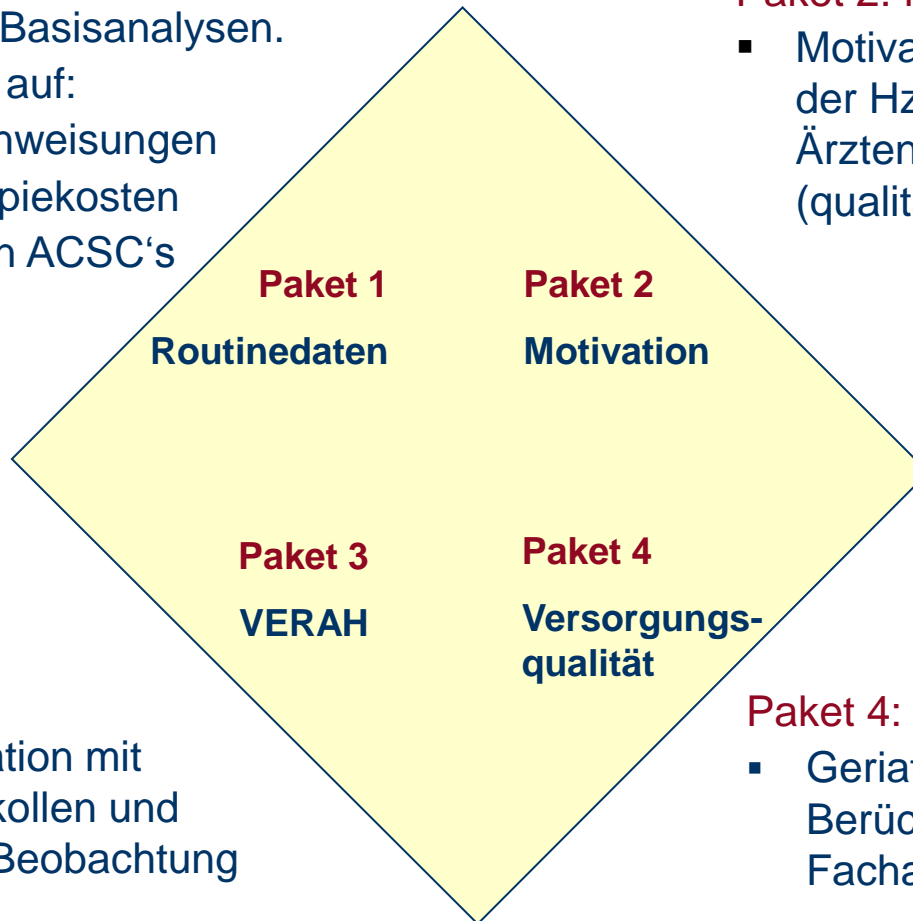
- Motivation zur Teilnahme an der HzV aus Perspektive von Ärzten und Versicherten (qualitativ)

## Paket 3: VERAH

- Vertiefte Evaluation mit Tätigkeitsprotokollen und teilnehmender Beobachtung

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

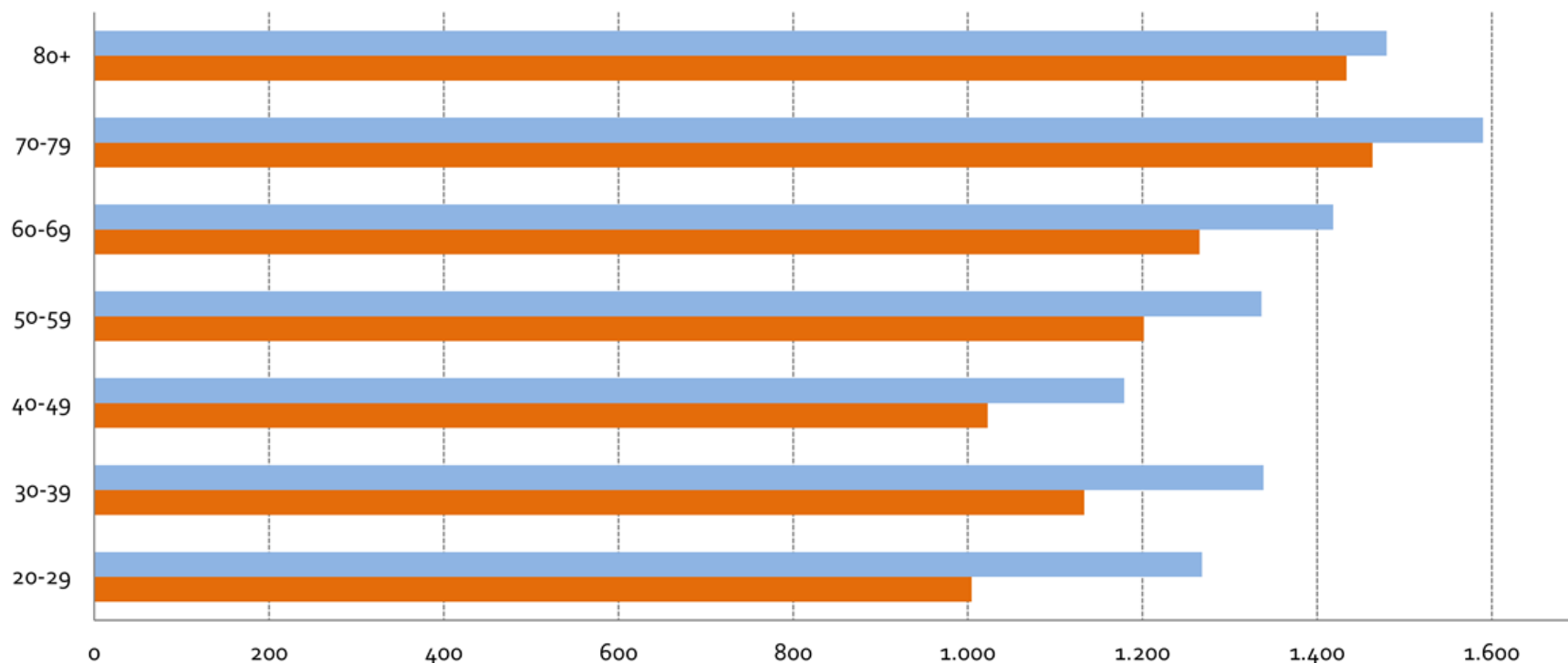


# Ergebnisse III: Pharmakotherapiekosten

## Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich 2012 in €

HzV- vs. Nicht-HzV-Versicherte

Altersgruppen in Jahren



	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
■ Nicht-HzV	1.268,23	1.338,44	1.178,92	1.336,47	1.418,35	1.590,11	1.479,76
■ HzV	1.004,41	1.133,47	1.022,68	1.201,46	1.265,27	1.463,52	1.433,75

# 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 Verstärkung 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
- Pharmakotherapiezykel

*„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 Pharmakotherapiezykel 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

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

- Mehr Prävention

- Vertrauensverhältnis

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

- Öffnungszeiten

- Kooperation Fachärzte

- Mehr Zeit

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

- Sicherstellung

# 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 heute 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 Pharmakotherapieziel
- Versicherte: Unterstützung des Hausarztes, Verbesserungen in Präventionsangeboten, besserer Informationsfluss zwischen Fachärzten und Hausärzten