

Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013 bis 2016)

Arbeitspaket III

Weitere Evaluation des VERAH-Einsatzes

Arbeitspaket IV

Versorgungsqualität bei ausgewählten klinischen Themen

**Institut für
Allgemein-
medizin**



Auftraggeber



Kooperationspartner



Arbeitspaket III

Weitere Evaluation des VERAH-Einsatzes

Studiendurchführung:

Karola Mergenthal, Martin Beyer, Corina GÜthlin,
Mareike Leifermann

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Fragestellung in Phase 1 (2013/14)

- Welche **Patienten** werden von den VERAH betreut?
- Welche **Aufgaben** werden von den VERAH übernommen?
- Welche **Tätigkeiten** werden von den VERAH als einschlägig wahrgenommen?

Methode

- **Tätigkeitsprotokolle** (von VERAH im Alltag ausgefüllt)
- **Einschätzung** der VERAH: von welchen Tätigkeiten profitieren die Patienten am stärksten? (**Freitextangaben**)
- **Soziodemographische Daten** von VERAH und Patienten
- **Zusatzbefragung** der VERAH zu Praxisvariablen, Zusammenarbeit mit Fachärzten/Pflegediensten und Case Management

Ergebnisse im Überblick

- **4.365 Protokolle** von VERAH-Tätigkeiten bei **3.898 Patienten** (87 VERAH / 81 Hausarztpraxen, konsekutiv eingeschlossen)
- **VERAH erreichen tatsächlich *die* Patienten**, für deren Versorgung sie laut dem HzV-Vertrag vorgesehen sind
- VERAH übernehmen Tätigkeiten, die **arztenantlastend** wirken können
- VERAH übernehmen **Tätigkeiten, die im Praxisalltag oft zu kurz kommen** (z.B. Beratung von Angehörigen zu Pflegestufen)
- VERAH sehen sich als **Berater, Motivator, Unterstützer beim Zugang** zum Gesundheitssystem und als wichtige **zusätzliche Vertrauensperson** innerhalb des Praxisteam
- VERAH **überbrücken Schnittstellen** zu anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem

VERAH erreichen die Patienten, für deren Versorgung sie vorgesehen sind

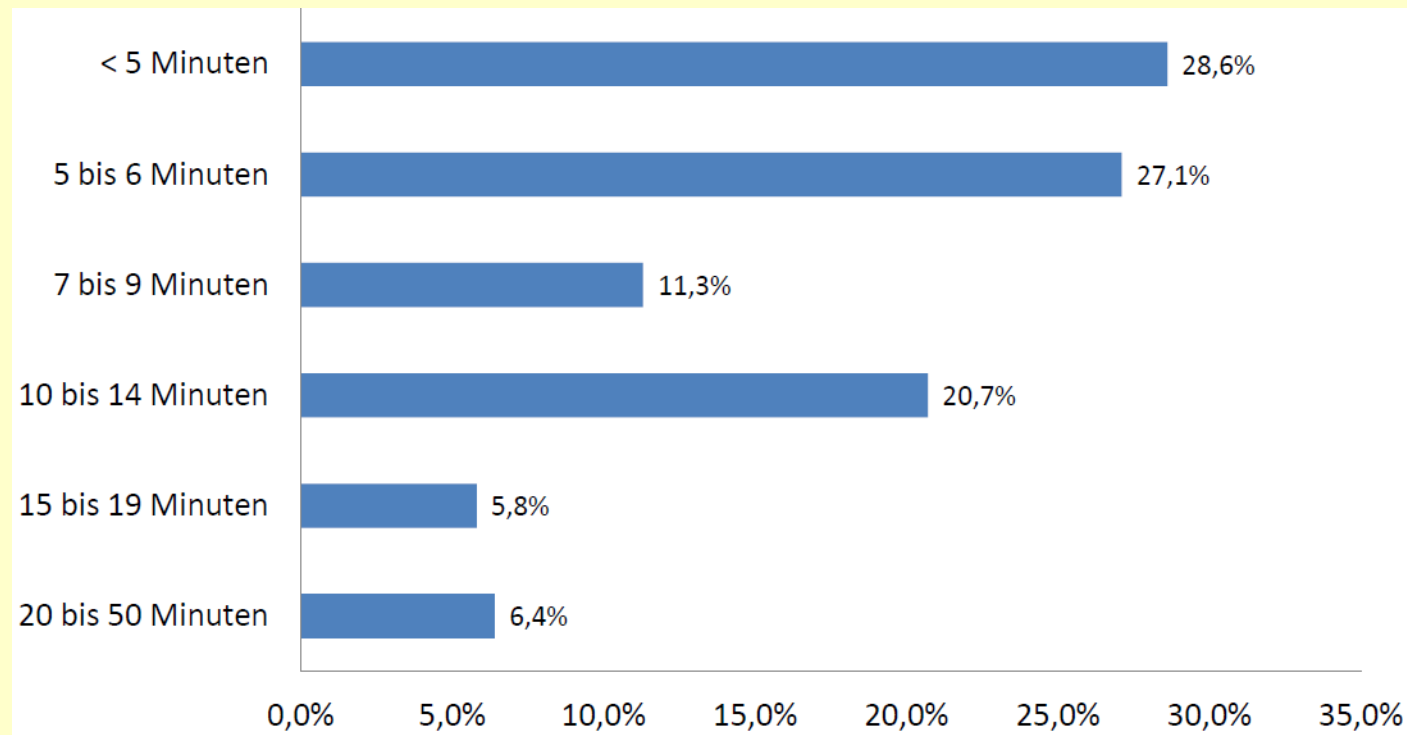
		Stichprobe (n=3.898)	HzV-Versicherte in Ba-Wü 2012
Alter	Mittelwert (Standardabweichung)	66,58 (17,23)	59,34 (17,53)
	Anteil Patienten > 65 Jahre	59,2%	41,51%
	Anteil Patienten > 80 Jahre	20,8%	10,63%
Alle Patienten	In DMP eingeschrieben	53,2%	23,26%
	Patienten mit Pflegestufe	11,5%	5,54%
	Anteil Patienten, die im Alten- oder Pflegeheim untergebracht sind	4,6%	0,87%
Diagnosegruppen	Mittelwert (Standardabweichung)	4,22 (2,4)	k.A.
Medikamente	Mittelwert (Standardabweichung)	4,92 (3,8)	k.A.

VERAH übernehmen Tätigkeiten, die arztentlastend wirken können

Tätigkeitsgruppe	Anzahl gesamt (n = 4.365 Protokolle)		%-Anteil <i>pro</i> VERAH
Medikamentenmanagement	1.149	MW (SD)	27,5 % (20,6)
Beurteilung des körperlichen Zustandes	649	MW (SD)	14,9% (18,4)
Diagnostische und medizinische Tätigkeiten	661	MW (SD)	14,7% (11,9)
Wundmanagement	438	MW (SD)	9,7% (9,2)
Impfmanagement	438	MW (SD)	9,5% (12,6)
Case Management	272	MW (SD)	5,8% (8,0)

15,2% der VERAH-Leistungen wurden bei Hausbesuchen erbracht

VERAH übernehmen Tätigkeiten, die im Praxisalltag oft zu kurz kommen (Beispiel Medikamentenmanagement)



- Bestandsaufnahme, Abgleich Medikationsplan, Einnahmehinweise ...
- ca. 33% der Tätigkeiten: 10 Minuten oder länger

Vorteile für Patienten aus VERAH-Sicht

Tätigkeiten und Effekte, von denen Patienten laut VERAH profitieren:

+ ● ☰ Beratung	213
+ ● ☰ Diagnostische/medizinische Tätigkeiten	153
+ ● ☰ Organisation für Patienten	147
+ ● ☰ Vorteile durch die VERAH bei der Patientenbetreuung	118
+ ● ☰ VERAH-Patienten-Verhältnis	116
+ ● ☰ Motivation	98
+ ● ☰ Hausbesuche	61
+ ● ☰ DMP	36
● ☰ Einbezug von Angehörigen	28

VERAH sehen sich als

- **Berater**,
- **Unterstützer** beim Zugang zum Gesundheitssystem,
- **Motivator** und als
- **wichtige Vertrauensperson** innerhalb des Praxisteam

VERAH überbrücken Schnittstellen zu anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem

- Weiterbildung qualifiziert für **guten Kontakt an Schnittstellen** (z.B. durch Hospitation im örtlichen Pflegeheim)
- VERAH als **Ansprechpartnerin für Patient** übernimmt auch Absprachen mit anderen Versorgern

„Die Leute vom Pflegedienst haben einen Ansprechpartner, man kann sich abstimmen. Außerdem sieht man besser, was der Pflegedienst vielleicht nicht so gut macht, weil man sich besser auskennt nach der Weiterbildung.“

(Aussage einer VERAH)

Arbeitspaket IV

Versorgungsqualität bei ausgewählten klinischen Themen

Studiendurchführung:

Martin Beyer, Corina Güthlin, Robert Lübeck, Zeycan Albay,
Anne Kümmel, Kateryna Karimova, Marc Hammer

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Teilaufgabe 1 – Versorgung geriatrischer Patienten in der HzV (bearbeitet 2013/14)

Hintergrund: Besonderheiten älterer Versicherter (> 65 Jahre)

- (Multi-) Morbidität, Chronizität und Komplexität
- Erhöhter Behandlungs- und Medikamentenbedarf
- Multimedikation
- Erhöhte Pflegebedürftigkeit
- Häufige Heimunterbringung

Fragestellung in Phase 1 (2013/14)

- Entwicklung und Anwendung von Indikatoren zur Versorgungsqualität bei älteren Patienten für folgende Bereiche:
 - Inanspruchnahme
 - Pharmakotherapie
 - Prävention
 - Behandlungsqualität bei Diabetes Typ 2
- Prüfung auch auf Unterversorgung/Unterlegenheit der HzV

Methode

- Versichertendatenanalyse der Jahre 2011 und 2012 (Daten jeweils gezeigt für 2012)
- Vergleich der HzV-Versicherten mit Nicht-HzV-Teilnehmern
- Multivariates Mehrebenenmodell bzw. Adjustierung
- Analyse von Subgruppen: Hochaltrige >80, Vers. mit Pflegestufe, Pflegeheimbewohner

Behandlungskoordination / ambulante Inanspruchnahme

- **Versicherte konsultieren ihren persönlichen Hausarzt, deutlich verringerte Inanspruchnahme unterschiedlicher Hausärzte:**
HzV: nur 32,0%, Nicht-HzV: 47,4%
Adjustierte Differenz: -22,53 [p-Wert: <0,0001]
- **Messung der „continuity of (primary) care“ mittels UPC (usual provider index):** HzV-Patienten haben 96% ihrer Kontakte / Jahr mit persönlichem Hausarzt
(Nicht-HzV: 88%; adjustiert, alle Altersgruppen)
- **Hausarztzentrierte Versorgung entlastet Fachärzte**
Zahl der Facharztkonsultationen (mit Überweisung) ist gegenüber Regelversorgung niedriger (HzV: 2,9; Nicht-HzV: 4,0; Adjustierte Differenz: -1,12 [p-Wert: <0,0001]) -die Differenz in der HzV-Gruppe entspricht einem Facharztkontakt weniger pro Quartal.

Behandlungskoordination / stationäre Inanspruchnahme

- **Notfall-Krankenhausaufnahmen sind in der HzV seltener**
HzV: 14,4%, Nicht-HzV: 15,6%
Adjustierte Differenz: -0,97 [p-Wert: <0,0001].
(gilt bisher nicht für Pflegebedürftige und Pflegeheimbewohner)
- **Vermeidbare Krankenhausaufenthalte sind in der HzV seltener**
HzV 6,0%, Nicht-HzV: 6,4%
Adjustierte Differenz: -0,36 [p-Wert: <0,0001].
(gilt bisher nicht für Hochaltrige, Pflegebedürftige und Pflegeheimbewohner)

Qualität der Pharmakotherapie

- **HzV-Versicherten werden in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika (außerhalb zugelassener Indikationen) verschrieben**
Index-HA: HzV: 1,1%, Nicht-HzV: 1,4%;
Adjustierte Differenz: -0,21 [p<0,001]
Alle Ärzte: HzV: 1,8%; Nicht-HzV: 2,4%;
Adjustierte Differenz: -0,43 [p-Wert: <0,0001]
- **In der HzV werden weniger Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als sechs Wochen verschrieben**
Alle Ärzte: HzV: 2,0%, Nicht-HzV: 2,4%;
Adjustierte Differenz: -0,24 [p-Wert: <0,0001]
- Bei zahlreichen weiteren Indikatoren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, insbesondere keine Unterlegenheit der HzV

Prävention

- **HzV-Versicherte wurden signifikant *häufiger* gegen Influenza geimpft**

HzV: 36,4%, Nicht-HzV: 32,0%

Adjustierte Differenz: 4,82 [p-Wert: <0,0001]

- **HzV-Versicherte wurden signifikant *seltener* wegen hüftgelenksnaher Frakturen stationär behandelt**

HzV: 0,7%, Nicht-HzV: 0,8%

Adjustierte Differenz: -0,06% [p-Wert: 0,0003]

Versorgungsqualität der älteren Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2

- **Im Rahmen der HzV wird das DMP Diabetes dem Vertrag entsprechend umgesetzt**

DMP-Einschreibung: HzV: 73,7%, Nicht-HzV: 49,8%

Adjustierte Differenz: 7,04 % [p-Wert: <0,0001]

Auch Pflegebedürftige und Heimbewohner werden erreicht

- **HzV-Versicherte mit Diabetes werden häufiger beim Augenarzt vorgestellt**

HzV 59,7%, Nicht-HzV: 53,2%

Adjustierte Differenz: 3,18 [p-Wert: <0,0001]

Versorgungsqualität der älteren Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 (II.)

- **Patienten in der HzV werden seltener mit *nicht*-empfohlenen oralen Antidiabetika* versorgt**
HzV: 8,6%, Nicht-HzV: 9,6%
Adjustierte Differenz: -0,90% [p-Wert: <0,0001]
- **Patienten mit Diabetes Typ 2 in der HzV werden *seltener* hospitalisiert** (alle Einweisungsgründe)
HzV: 33,5%, Nicht-HzV: 36,0%,
Adjustierte Differenz: -2,47% [p-Wert: <0,0001]
- * alle außer Metformin und Sulfonylharnstoffen

Fazit

- **Auch bei älteren Versicherten zeigt sich in der HzV für wichtige Bereiche ein Vorteil in der Behandlungsqualität:**
 - gezieltere ambulante und stationäre Inanspruchnahme
 - Pharmakotherapie, insbesondere mit Psychopharmaka
 - Prävention
 - Diabetes-Therapie
- Allerdings waren in die HzV deutlich **unterproportional Versicherte mit Pflegestufe** bzw. **Heimbewohner** eingeschrieben

Zusammenfassung der Arbeitspakete I bis IV

- Im Spiegel der Routinedaten zeigen sich in der HzV Vorteile durch **koordiniertere stationäre und ambulante Inanspruchnahme**, teilweise auch **Kostenvorteile**
- **Ärzte und Praxisteams**, aber auch **Versicherte sehen Vorteile** der HzV
- **VERAH** übernehmen **neue, teilweise** auch **arztentlastende Tätigkeiten** im Interesse der Patienten
- Auch die **älteren Versicherten profitieren** von der HzV