

Evaluation des AOK-Hausarztvertrages in Baden-Württemberg, Berichtsjahre 2011-2017

Einordnung, Hintergrund zur Methodik und Ergebnisübersicht

(Stand: 16.12.2019)

In Zusammenarbeit von:

**Institut für
Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



UniversitätsKlinikum Heidelberg

1. Einordnung

Die AOK Baden-Württemberg hat als einzige Krankenkasse bereits im Jahr 2008 einen in der Fachöffentlichkeit viel beachteten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) gemäß §73b SGB V mit dem Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg abgeschlossen und damit selektivvertragliches Neuland betreten. Die Vertragspartner haben sich von Beginn an entschieden, den Vertrag und die mit der HZV eng verknüpften Facharztverträge von unabhängigen Wissenschaftlern evaluieren zu lassen, um eine objektive Bewertung der Versorgungseffekte zu gewinnen. Mittlerweile wurde die HZV der AOK Baden-Württemberg bereits vier Mal evaluiert, die Ergebnisse wurden umfassend veröffentlicht. Untersucht wurden die Jahre 2008/2009 im Vergleich zu 2010, 2011/2012, die Jahre 2013/2014 sowie 2015/2016.

Die HZV in Baden-Württemberg existiert nunmehr bereits seit elf Jahren, und nach der Einführung der HZV konnten bereits frühzeitig versorgungswirksame Qualitätsvorteile beobachtet werden. Eine wichtige Frage ist daher, wie sich die Versorgungsqualität in der HZV und Qualitätsunterschiede im Vergleich zur Regelversorgung über die Zeit entwickelt haben, und ob sich diese als nachhaltig erweisen. In diesem Jahr wurden insbesondere Längsschnittanalysen fortgeführt, die bereits in den vergangenen Jahren begonnen und veröffentlicht wurden. Es zeigt sich, dass für den untersuchten Zeitraum von sieben Jahren (2011 bis 2017) die positiven Effekte bei wesentlichen Indikatoren weiterhin bestehen und sich gegenüber der Regelversorgung im Zeitverlauf verstärken; das heißt, dass sich die „Qualitätsschere“ kontinuierlich zugunsten der HZV weiter öffnet.

Ein Erklärungsansatz für diese Entwicklung ist der Umstand, dass sich die hausärztlichen Praxen auf die neuen Bedingungen der HZV in Verbindung mit den Facharztverträgen erst einstellen mussten. Denn insbesondere bei chronischen Erkrankungen hat die hausärztliche Versorgung kurzfristig eher geringen Einfluss auf akute Komplikationen. Umso wirkmächtiger ist sie in der langfristigen Perspektive, in der eine verbesserte hausärztliche Versorgung die Krankheitsverläufe im hausärztlichen Versorgungsspektrum positiv beeinflusst. HZV-Versicherte profitieren somit über die Jahre immer stärker von der selektivvertraglichen Versorgung. Eine weitere Erklärung ist, dass sich die Vorteile einer optimierten haus- und

fachärztlichen Versorgung langfristig verstärken und in verbesserten Behandlungsergebnissen widerspiegeln.

2010 startete der Facharztvertrag Kardiologie in Baden-Württemberg. Dieser zielt auf eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen ab. Insbesondere soll die Zusammenarbeit zwischen haus- und kardiologisch tätigen Fachärzten systematisch gestärkt werden. Die geringere Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten bei kardiovaskulären Krankheiten kann somit durch die engere Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten mitbedingt sein. Nicht bei allen Indikatoren hat sich der Vorteil der HZV-Gruppe über die Jahre vergrößert. So zeigen zum Beispiel Ergebnisse zur leitliniengerechten Therapie mit Statinen bei KHK-Patienten, dass in diesem Bereich noch Verbesserungspotenziale bestehen.

Die aktuellen Evaluationsergebnisse untermauern somit die bereits in den vergangenen Evaluationen festgestellten positiven Wirkungen der HZV. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die HZV-Teilnehmer im Vergleich zur Kontrollgruppe der Regelversorgung,

- eine besser koordinierte Versorgung erhalten
- umfassend besser versorgt werden
- deutlich weniger schwerwiegende Komplikationen bei epidemiologisch relevanten chronischen Krankheiten haben (u.a. bei Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit)
- seltener medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen erhalten
- weniger von Über-, Unter- und Fehlversorgung betroffen sind
- wirtschaftlicher versorgt werden
- nach ersten Erkenntnissen Vorteile bei gewonnenen Lebensjahren aufweisen,
- durch den strukturierten Einsatz von speziell geschulten Medizinischen Fachangestellten, sogenannten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), insbesondere auch in ländlichen Gebieten profitieren
- in ländlichen wie in urbanen Regionen gleichermaßen gut versorgt werden. Dies gilt entsprechend beim Vergleich von sozial eher privilegierten und eher benachteiligten Versicherten anhand des Deprivationsindex⁴.

Vor dem Hintergrund des engen Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozialer Lage ist gerade letzterer Befund von besonderer Bedeutung.

2. Hintergrund zur Methodik

Die hier auszugsweise vorgestellten Auswertungen erfolgten durch eine umfangreiche Analyse von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Auf Basis dieser Daten wurden Querschnitts- und Längsschnittvergleiche für den Zeitraum 2011 bis 2017 durchgeführt: zwischen Versicherten, die in die HZV eingeschrieben waren (HZV-Gruppe), und Versicherten, die nicht in die HZV eingeschrieben waren (Regelversorgung bzw. Nicht-HZV-Gruppe). Potenzielle Effekte der HZV auf die jeweils adressierten Zielgrößen wurden mittels multivariabler Regressionsmodelle untersucht, in die kontextrelevante Einflussfaktoren eingingen. Als Ergebnis der multivariablen Modelle wurden die adjustierten Werte mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) und p-Werten dargestellt. Etwaige Abweichungen zur hier vorgestellten Methodik werden in den jeweiligen Abschnitten erklärt. Um Verzerrungen der Ergebnisse zu minimieren, wurde eine Adjustierung vorgenommen. In die multivariablen Modellrechnungen wurden versichertenseitig folgende Variablen einbezogen, um möglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen: Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP), Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart. Nach der Berücksichtigung der Einflussfaktoren wurden sowohl die Effektschätzer als auch die sogenannten populationsgemittelten Anzahlen für die jeweiligen Vergleichsgruppen berechnet. Die Differenz davon wird als adjustierte Differenz bezeichnet. Neben den adjustierten Kennzahlen werden zusätzlich die unadjustierten Kennzahlen ausgewiesen, also die tatsächlich beobachteten Werte.

Im Rahmen bestimmter Analysen wurden Hochrechnungen der Interventionseffekte auf die betrachtete HZV-Gruppe in Form von absoluten Zahlen vorgenommen. Für die Analysen der Diabetes-Komplikationen und bei den Effekten von KHK-Patienten ergeben sich die absoluten Zahlen durch Multiplikation der adjustierten Differenzen (HZV- minus Nicht-HZV-Gruppe) mit der Gesamtzahl der Personen in der HZV-Gruppe. Hochrechnungen unterliegen den aus dem Berechnungsverfahren sich ergebenden Annahmen und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Für die längsschnittlichen Analysen (2011 bis 2017) wurde die Versichertengruppe betrachtet, die für alle sieben Beobachtungsjahre die Einschlusskriterien erfüllte. Im Vergleich zu den längsschnittlichen Analysen aus vorangegangenen Analysephasen kann es Abweichungen geben, da die betrachtete Versichertengruppe Veränderungen unterworfen war. Die zeitabhängigen längsschnittlichen Analysen (Mortalitätsanalysen, Diabetes-Komplikationen sowie klinische Pharmakoepidemiologie) wurden mittels spezieller Ereigniszeitanalysen (Cox-Regression) durchgeführt.

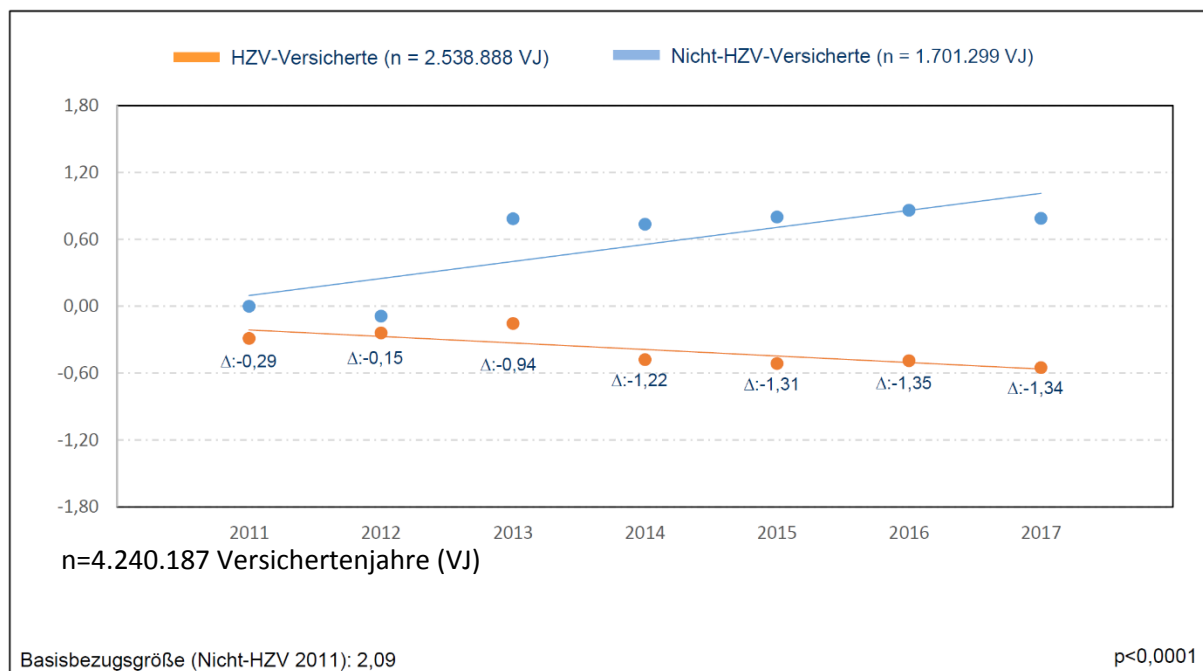
3. Ergebnisübersicht

3.1. Anzahl der Hausarztkontakte und Anzahl unkoordinierter Facharztkontakte

Ein zentraler Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist die Stärkung der hausärztlichen Koordinations- und Steuerungsfunktion. In der HZV werden Hausärzte als erste Ansprechpartner für die meisten Gesundheitsprobleme etabliert und die Kooperation mit Fachärzten im Rahmen des AOK-Facharztprogramms systematisch strukturiert. Ein Indikator für die Betreuungsintensität ist die Zahl der Hausarztkontakte. Es zeigt sich für den gesamten Betrachtungszeitraum (2011 bis 2017), dass Teilnehmer in der HZV-Gruppe mehr Arztkontakte pro Jahr als Teilnehmer der Nicht-HZV-Gruppe hatten. Die relative Differenz pendelt sich ab 2013 bei einem Plus von ungefähr 20 % ein. Eine querschnittliche Modellhochrechnung für das Jahr 2017 ergibt eine Zahl von fast 2,4 Mio. Mehrkontakten zum Hausarzt für die Gruppe der HZV-Versicherten. Die Ergebnisse zeigen, dass die angestrebte Lotsenfunktion des Hausarztes in der HZV-Gruppe verwirklicht wird: Die häufigeren Kontakte (rund 2,2 Kontakte mehr pro Jahr) sprechen für eine erhöhte Betreuungsintensität durch den Hausarzt.

Um einzuschätzen, wie intensiv die Versorgungssteuerung durch den Hausarzt wirksam ist, ist die Anzahl unkoordinierter Facharztkontakte, das heißt eine Behandlung ohne Überweisung, ein aussagekräftiger Indikator. Auch hier setzte sich der positive Trend der Vorjahre fort. Es traten 1,34 weniger unkoordinierte Facharztkontakte in der HZV-Gruppe auf. Über den gesamten Betrachtungszeitraum sind weniger unkoordinierte Facharztkontakte für die HZV-Versicherten zu beobachten. Eine querschnittliche Modellhochrechnung für das Jahr 2017 ergibt eine Zahl von über 1,3 Millionen unkoordinierter Facharztkontakte weniger für die Gruppe der HZV-Versicherten ($n = 1.037.093$).

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl der unkoordinierten Facharztkontakte, adjustierte Werte, 2011 bis 2017



3.2. Potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen bei KHK-Patienten

Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand können rund ein Viertel aller Krankenhaufälle in Deutschland als ambulant-sensitiv, und damit als vermeidbar eingestuft werden. Unter ambulant-sensitiven Krankenhaufällen versteht man Krankheitsbilder, bei denen durch eine frühzeitige und effektive Versorgung im ambulanten Bereich oder aber durch eine rechtzeitige Immunisierung wie beispielsweise die Grippe-Impfung eine Klinikaufnahme vermieden werden könnte. Synonym wird auch der Begriff „potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahme“ verwendet. Versicherte, die in das Krankenhaus aufgenommen werden, verlassen ihre gewohnte Umgebung und ihr gewohntes soziales Umfeld. Neben versorgungsökonomischen Aspekten ist ferner zu beachten, dass eine lange Krankenhausverweildauer oder wiederholte Hospitalisierungen auch das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen können. Von großer Bedeutung sind daher die Effekte, die durch eine verbesserte ambulante Versorgungssteuerung und eine intensivere Patientenbetreuung realisiert werden können, um Krankenhausaufnahmen und -wiederaufnahmen – wenn möglich – zu vermeiden bzw. die Aufnahmen auf jene Fälle zu beschränken, die medizinisch geboten und somit unstrittig sind. In den vergangenen Evaluationen konnte in der HZV-Gruppe pro 100 Versicherten im Vergleich zur Nicht-HZV-Gruppe mehr als eine potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahme tatsächlich vermieden werden. Besonders häufig treten vermeidbare Krankenseinweisungen bei kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinsuffizienz und KHK auf. Der Modellrechnung zufolge werden in der HZV-Gruppe bei 111.439 Patienten mit KHK im Jahr 2017 2.674 Krankenseinweisungen vermieden. Das waren rund 40 Prozent mehr als im Vorjahr.

3.3. Diabetes-Komplikationen

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Durch die Entwicklung von Komplikationen ist Diabetes mellitus mit einem hohen Versorgungsaufwand verbunden. Dies und die hohe Zahl der Betroffenen führen zu erheblichen Kosten im Gesundheitssystem. Dabei entfällt mehr als die Hälfte der Kosten auf die Behandlung der typischen Komplikationen. Es zeigen sich über sieben Jahre hinweg statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens typischer Diabetes-Komplikationen: Hochgerechnet können in der HZV-Gruppe mit 119.000 Versicherten rund 4.850 schwerwiegende Komplikationen wie Dialyse, Erblindung, Amputation, Herzinfarkt und Schlaganfall vermieden werden. Eine Analyse der langfristigen Auswirkungen einer HZV-Einschreibung zeigt, dass die strukturierte hausärztliche Versorgung Diabetes-Komplikationen auch über mehrere Jahre

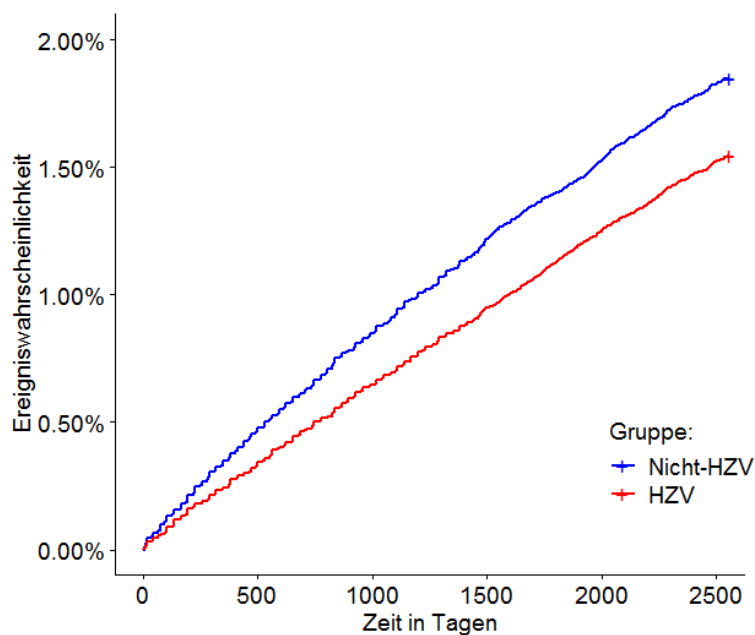
hinweg in einem hohen Ausmaß verhindern kann. Die im Modell hochgerechneten Zahlen vermiedener Komplikationen entwickeln sich im Zeitverlauf sogar überproportional.

Ein Bestandteil des HZV-Vertrages ist die verpflichtende Teilnahme der HZV-Hausärzte an Disease-Management-Programmen (DMPs) und die Einschreibung geeigneter Patienten in diese. Die strukturierte hausärztliche Betreuung und die Optimierung der Blutzuckereinstellung sind auch Bestandteil der Versorgung im DMP; diese ist aber von der Versorgung in der HZV nicht zu trennen. In der HZV-Gruppe werden deutlich mehr geeignete Patienten in ein DMP eingeschrieben, da dies ein verbindlicher Bestandteil des HZV-Vertrages ist. Die DMP-Rate liegt bei Diabetikern rund doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Darüber hinaus zeigen die adjustierten Analysen, dass die Kombination aus DMP und HZV einen besonders positiven Effekt hat. D.h. es gibt einen unabhängigen ‚HZV-Effekt‘, bedingt durch verschiedene Faktoren, der eigenständig zu den positiven Versorgungseffekten beiträgt. Neben der Förderung der DMP sind die Hausärzte etwa zur regelmäßigen Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur rationalen Pharmakotherapie verpflichtet. HZV-Versicherte, die auch am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, profitieren darüber hinaus auch von einem softwaregestützten Medikamenten-Management, das zur Harmonisierung der Verordnungen zwischen Haus- und Fachärzten beiträgt.

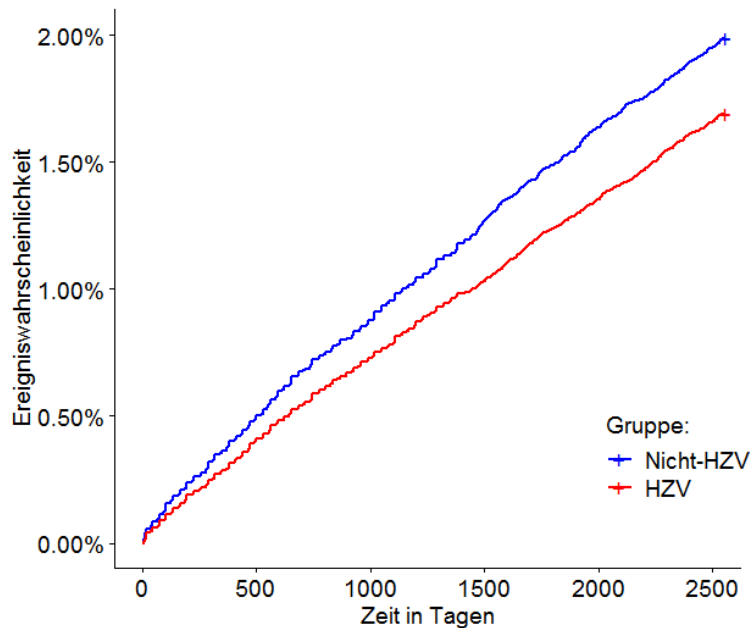
Abbildung 2:

Wahrscheinlichkeit des Auftretens von diabetesspezifischen Komplikationen zwischen 2011 und 2017

a) Amputationen



b) Erblindung



3.4. Versorgung älterer Versicherter (>65 Jahre)

In die HZV eingeschriebene Versicherte sind insgesamt älter und weisen eine höhere Krankheitslast auf als nicht eingeschriebene Versicherte. Sie sind in der Folge auch besonders häufig von Polymedikation und der Verordnung potenziell inadäquater Medikation (PIM) betroffen. Des Weiteren können hüftgelenksnahe Frakturen, die in den allermeisten Fällen sturzbedingt sind, als Indikator für ein medikamentös bedingtes Sturz- und Frakturrisiko dienen. Hinter der Betrachtung dieses Indikators steht die Annahme, dass eine gute hausärztliche Versorgung mit einer guten medikamentösen Einstellung einhergeht und so dazu beitragen kann, Stürze und damit auch Krankenhausaufenthalte wegen hüftgelenksnaher Frakturen zu vermeiden.

Bei der Reduktion von PIM kommt der koordinierenden Funktion der Hausärzte eine besondere Bedeutung zu. Die positiven Ergebnisse deuten auf die Vorteile einer kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung in der HZV hin, da ein qualitativ hochwertiges Medikamentenmanagement nur in Kenntnis der Gesamtsituation eines Patienten gelingt. Unterstützt wird dieser positive Effekt auf PIM außerdem durch die verpflichtende Teilnahme an Pharmakotherapie-Qualitätszirkeln in der HZV, in denen unter anderem das Thema PIM behandelt wird. Bei älteren Patienten über 65 Jahren wird im Jahr 2017 bei den 395.000 HZV-Versicherten in rund 7.000 Fällen weniger potenziell inadäquate Medikation verordnet.

Darüber hinaus können 393 Einweisungen wegen Hüftfrakturen vermieden werden, das sind fast doppelt so viele wie im Vorjahr.

Tabelle 1: Versorgung der älteren Versicherten >65 Jahre in 2017.

Zielgröße	Eingeschlossene Versicherte n=631.979		Adjustierte Differenz (HZV minus Nicht- HZV, p-Wert)	Modellhochrechnung [95 %-KI]
	HZV (unadjustiert) n=395.354	Nicht-HZV (unadjustiert) n=236.625		
Krankenhausaufenthalt wegen Hüftfrakturen	0,64 %	0,79 %	-0,10 % p<0,0001	-393 [-571; -216]
Influenzaimpfung	33,5 %	29,9 %	+5,43 % p<0,0001	+21.453 [18.720; 24.185]
Verordnung von potenziell inadäquater Medikation	21,8 %	22,9 %	-1,76 % p<0,0001	-6.956 [-8.491; -5420]

3.5 Versorgungskontinuität

Auf Basis der Berechnung von Maßzahlen zur Versorgungskontinuität können für das Jahr 2017 deutliche Unterschiede zugunsten der HZV-Versicherten beobachtet werden. So finden bei 96 % der HZV-Versicherten die Hausarztkontakte bei „ihrem“ Hausarzt statt, bei Nicht-HZV-Versicherten nur in 84 % der Fälle.

Zudem wurde nachgewiesen, dass der Grad der notwendigen Koordination zwischen verschiedenen Versorgern in einer Behandlungsepisode bei HZV-Versicherten niedriger ist.

Die deutlich höhere Hausarztbindung und die enge Verzahnung der hausärztlichen- und fachärztlichen Leistungserbringer bestätigen, was aus vielen Studien bekannt ist: Eine hohe Versorgungskontinuität geht einher mit größerer Patientenzufriedenheit, Verringerung unnötiger Einweisungsraten, geringerer Mortalität, einer effizienteren Nutzung der Ressourcen und einer zielgerichteteren Koordination zwischen den Leistungspartnern/Versorgern.