

PRÄVENTION UND VERSORGENGSFORSCHUNG

Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung

Tobias Freund, Joachim Szecsenyi, Dominik Ose¹

ZUSAMMENFASSUNG

□ **Hintergrund und Ziel:** Seit der Reform des GKV-Systems im Jahr 2004 wird hausärztliche Versorgung in Deutschland nicht allein im Rahmen von Kollektivverträgen der kassenärztlichen Vereinigung (KV), sondern zunehmend auch im Rahmen hausarztzentrierter Selektivverträge (HZV) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erbracht. Dabei stellt sich die Frage, ob und wie sich in die HZV eingeschriebene und nicht-ingeschriebene Patienten hinsichtlich ihres Alters, bestehender (Ko-)morbidity und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unterscheiden.

□ **Methode:** Es wurden Leistungsdaten aller AOK-Versicherten aus 10 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg ausgewertet. Verglichen wurden in diesen Praxen Patienten, die im 3. Quartal 2009 in die HZV eingeschrieben bzw. nicht-ingeschrieben waren. Dargestellt werden Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Krankenhauseinweisungen in 2007 und 2008 sowie das Ausmaß vorliegender Komorbiditäten anhand eines routinedatenbasierten Komorbiditätsmaßes (Charlson Index).

□ **Ergebnisse:** Es lagen insgesamt auswertbare Daten für 6.026 Versicherte der AOK vor. Der Anteil der Patienten, die im 3. Quartal 2009 in die HZV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben waren, betrug 51% (n = 3.066). In die HZV eingeschriebene Versicherte waren signifikant älter als nicht-ingeschriebene Versicherte (MW 61 Jahre [SD 18 Jahre] vs. 49 Jahre [SD 22 Jahre]; p < 0,001). Die Morbiditätslast (Charlson Index) lag bei HZV-Teilnehmern ebenfalls signifikant höher als bei nicht-ingeschriebenen Versicherten (MW 1,55 [SD 1,92] vs. 1,12 [SD 1,86]; p < 0,001). HZV-Teilnehmer waren mit im Mittel 0,64 [SD 1,20] vs. 0,57 [SD 1,21] Krankenhauseinweisungen in 2007 und 2008 vor ihrer Einschreibung in die HZV signifikant häufiger hospitalisiert als Nicht-HZV-Teilnehmer (p < 0,05).

□ **Schlussfolgerung:** In der HZV eingeschriebene Versicherte sind insgesamt älter und haben eine höhere Morbiditätslast. Außerdem wiesen sie vor ihrer Einschreibung häufiger Krankenhauseinweisungen auf. Individualisierte Versorgungsmodelle, die im Rahmen von flächendeckenden Selektivverträgen angeboten werden sollen, müssen sich den daraus resultierenden Herausforderungen stellen.

Schlüsselwörter: Hausarztzentrierte Versorgung · Multimorbidität · Allgemeinmedizin

Med Klin 2010;105:808–11.
DOI 10.1007/s00063-010-1138-z

Weltweit stehen die Gesundheitssysteme vor der Herausforderung einer stetig älter werdenden Gesellschaft mit einer steigenden Zahl chronisch und multipel erkrankter Patienten [1]. Ein leistungsfähiges primärärztliches System kann dieser Herausforderung durch geeignete Versorgungsangebote begegnen [2]. Deutschland sieht sich bereits heute in der Situation eines steigenden Versorgungsbedarfes chronisch und multipel erkrankter Menschen bei gleichzeitig abnehmenden (haus-)ärztlichen Ressourcen [3]. Vor diesem Hintergrund bedarf es innovativer Versorgungsmodelle, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige, primärärztliche Versorgung zu sichern.

Der Gesetzgeber hat mit der Reform des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) im Jahr 2004 die Grundlage für die Einrichtung hausärztlicher Selektivverträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geschaffen (§73b SGB V). Ziel dieser Versorgungsmodelle ist die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung von guter Qualität und Wirtschaftlichkeit. Kernelement ist dabei die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes, d.h. Spezialisten werden von eingeschriebenen Patienten erst nach Überweisung durch den Hausarzt konsultiert. Ergänzend finden Qualitätsförderungsmaßnahmen wie etwa strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie sowie Fortbildungsveranstaltungen zu evidenzbasierten Leitlinien statt. Nach der Durchführung erster Modellvorhaben [4, 5] war es die AOK Baden-Württemberg, die im Jahr 2008 den ersten flächendeckenden Hausarztvertrag anbot. Bis heute (Stand Juli 2010) haben sich 3.600 Ärzte und rund 860.000 Versicherte (23% von 3.700.000 AOK-Versicherten in Baden-Württemberg insgesamt) in die HZV eingetragen [6]. Die Besonderheiten der Vertragsgestaltung zwischen

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg.

ABSTRACT

Characteristics of Beneficiaries of a GP-Centred Health Care Contract in Germany

□ **Background and Purpose:** Since 2004, primary care in Germany has increasingly been provided in special general practitioner (GP)-centred health care contracts (HZV). To date there is limited evidence about the characteristics of their beneficiaries regarding morbidity burden and health care utilization.

□ **Methods:** We analysed insurance claims data from all beneficiaries of the “Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg” listed in 10 general practices that contracted in a special GP-centred health care contract (HZV). We compared beneficiaries enrolled in the HZV with those who were not enrolled in the contract. Comparisons included the number of hospital admissions in 2007–2008 and the Charlson comorbidity index.

□ **Results:** Insurance claims data of 6,026 beneficiaries were available for analysis. In the third quarter of 2009, 51% (3,066) of the beneficiaries were enrolled in the HZV. They were significantly older (mean 61 years [SD 18 years] vs. 49 years [SD 22 years]; $p < 0,001$) and had a higher number of hospital admissions in 2007 and 2008 (mean 0.64 [SD 1.20] vs. 0.57 [SD 1.21]; $p < 0,05$) compared with beneficiaries who were not enrolled in the HZV. Charlson comorbidity index was significantly higher for beneficiaries of the HZV (mean 1,55 [SD 1,92] vs. 1,12 [SD 1,86]; $p < 0,001$).

□ **Conclusion:** Beneficiaries of a GP-centred health care contract tended to be older and suffered from a higher morbidity burden when compared with beneficiaries of the same health care fund who were not enrolled in the contract. Besides, beneficiaries of the contract had higher numbers of hospital admissions during the two year period before enrolment. These findings have substantial implications for individualized care management approaches that may be offered to beneficiaries of GP-centred health care contracts.

Key Words: GP-centred health care · Multimorbidity · Primary health care

Med Klin 2010;105:808–11.
DOI 10.1007/s00063-010-1138-z

Kostenträgern und Leistungserbringern ermöglicht das Angebot individueller Versorgungsangebote (z.B. Case-Management-Programme). Die Gestaltung dieser Angebote setzt eine Kenntnis über die Zusammensetzung der eingeschriebenen Versichertenpopulation voraus.

Ziel dieser Arbeit war es daher, Patienten, die in die HZV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sind, hinsichtlich ihrer Morbiditätslast und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gegenüber Nicht-Teilnehmern zu vergleichen.

Methodik

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer retrospektiven Längs-

schnittstudie anhand von Versicherten- daten der AOK Baden-Württemberg dar. Die Analyse ist Teil einer Entwicklungsstudie für ein indikationsübergreifendes Hausarztpraxis-basiertes Case-Management-Programm im Rahmen

der HZV der AOK Baden-Württemberg [7].

Für die Studie wurden im Mai 2009 alle Hausarztpraxen der AOK Baden-Württemberg in den Regionen Karlsruhe und Pforzheim zur Teilnahme eingeladen. Für alle Versicherten der AOK aus den Studienpraxen wurden durch die AOK Baden-Württemberg Leistungsdaten aus dem ambulanten und stationären Sektor für die Jahre 2007 und 2008 zusammengestellt und pseudonymisiert übermittelt. Der Status zur Einschreibung in die HZV wurde zu Beginn des 3. Quartals 2009 bestimmt und in den Datensatz eingefügt. Nach erfolgter Qualitätssicherung wurden die bereinigten Datensätze deskriptiv statistisch ausgewertet. Die hier dargestellte Analyse fokussiert auf grundlegenden soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht) sowie auf vorbestehenden Komorbiditäten und Krankenhauseinweisungen in den beiden Jahren vor Einschreibung bzw. Nicht-Einschreibung in die HZV.

Die Morbiditätslast wurde mit Hilfe des für den ICD 10 GM modifizierten Charlson-Score bewertet [8]. Dieser Score eignet sich zur gewichteten Beurteilung bestehender Komorbiditäten auf Basis von Routinedaten. Beobachtete Unterschiede wurden bei kategorialen Variablen mit Hilfe des Chi-Quadrat Tests (zweiseitig), bei metrischen Variablen mit Hilfe eines zweiseitigen T-Tests auf ihre statistische Signifikanz hin untersucht. P-Werte $< 0,05$ wurden dabei als statistisch signifikant angenommen. Alle Berechnungen wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Version 16.0 (IBM Chicago, Illinois) durchgeführt. Die Studie wurde im Vorfeld von der zuständigen Ethikkommission des Uni-

Tabelle 1. Charakteristika teilnehmender Praxen.

Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis (n)	5/5 (50%/50%)
Stadt (n)/Land (n)	7/3 (70%/30%)
Zahl der gesetzlich und privat versicherten Patienten je Quartal (n)	
500–1.000 Patienten	1 (10%)
1.001–1.500 Patienten	3 (30%)
> 1.500 Patienten	6 (60%)
Zahl der AOK Versicherten je Praxis (MW und SD)	603 (313)
MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung	

PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

versitätsklinikums Heidelberg zustimmend bewertet.

Ergebnisse

Charakterisierung der Praxisstichprobe

Insgesamt wurden alle 79 in die HZV der AOK Baden-Württemberg eingeschriebenen Praxen der Region Pforzheim/Karlsruhe einmalig angeschrieben. 10 Praxen stimmten einer Teilnahme zu (13%). Insgesamt fünf weitere Praxen machten Angaben zum Grund der Nicht-Teilnahme (Zeitmangel: 4 Praxen, Kinderarztpraxis: 1 Praxis). Es nahmen überwiegend Praxen mit mehr als 1 500 Patientenkontakten pro Quartal an der Studie teil (Tabelle 1).

Vergleich zwischen Teilnehmern der HZV und Nicht-Teilnehmern

Insgesamt kamen die Daten von 6.026 AOK-Versicherten aus den teilnehmenden Praxen zur Auswertung. 3 066 Versicherten waren dabei im 3. Quartal 2009 in die HZV eingeschrieben (51%). Beim Vergleich zwischen eingeschriebenen Versicherten und nicht eingeschriebenen Versicherten zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters ($p < 0,001$), der bestehenden Komorbiditäten ($p < 0,001$) sowie früherer Krankenhauseinweisungen ($p < 0,05$) (Tabelle 2). Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung fanden sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben Einblick in die Morbiditätsstruktur von teilnehmenden Versicherten eines flächendeckenden Selektivvertrages zur hausärztlichen Versorgung nach §73b SGB V. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass eingeschriebene Versicherte im Mittel deutlich älter sind und demzufolge eine deutlich höhere Morbiditätslast aufweisen. Außerdem war bei eingeschriebenen Versicherten die Zahl der Krankenhausaufenthalte in den zwei Jahren vor ihrer Einschreibung in die HZV leicht erhöht.

Ältere Patienten sind von einer steigenden Zahl gleichzeitig bestehender

Tabelle 2. Vergleich von HZV-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammern).

	HZV-Teilnehmer (n = 3.066)	Nicht-Teilnehmer (n = 2.960)	p-Wert
Alter [Jahre]	61 (18) ²	49 (22) ²	< 0,001
Geschlecht [weiblich]	59%	57%	0,085
Charlson Komorbiditäts-Index ¹	1,55 (1,92) ²	1,12 (1,86) ²	< 0,001
Zahl der Krankenhausaufenthalte je Patient in 2007 und 2008	0,64 (1,2) ²	0,57 (1,21) ²	0,025

¹ Charlson-Index: Gewichtetes Komorbiditätsmaß: höhere Werte sprechen für eine höhere Morbiditätslast
² Der beobachtete Unterschied ist signifikant

chronischer Erkrankungen sowie einer höheren Anzahl von Krankenhauseinweisungen bedroht [1]. Somit könnten sich die gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen dadurch erklären, dass überwiegend ältere Patienten in die HZV eingeschrieben wurden. Auch wenn vor dem Hintergrund dieser Tatsache die Ergebnisse nicht überraschen [9], verweisen sie dennoch auf zwei wichtige Aspekte der Versorgung im Rahmen hausarztzentrierter Selektivverträge: Erstens deuten unsere Ergebnisse darauf hin, dass mit dem Angebot hausarztzentrierter Selektivverträge die Patientengruppen erreicht werden, die von einer strukturierten und kontinuierlichen Versorgung besonders profitieren können. Zweitens zeigen sie auf, welche Herausforderung die Gestaltung individueller Versorgungsangebote für diese Zielgruppe darstellt. Die Weiterentwicklung bestehender Disease-Management-Programme (DMP) sowie die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte (z.B. Case-Management-Programme) muss der Tatsache Rechnung tragen, dass insbesondere mehrfach chronisch erkrankte ältere Patienten von diesen Angeboten profitieren sollen. Ansätzen, welche auf eine stärkere Koordination der Versorgung sowie auf individuelle Unterstützung der Patienten setzen, wird daher zukünftig eine große Bedeutung zukommen [10].

International werden verschiedene Ansätze zur Koordination und Strukturierung der Versorgung chronisch kranker Patienten diskutiert [11, 12]. Sie betonen die Wichtigkeit einer kontinuierlichen und individualisierten

Betreuung durch Ärzte unter Einbeziehung von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Hausarztpraxis-basierte Versorgungsmodelle, wie etwa primärärztliches Case Management, stellen dabei eine gute Möglichkeit zur koordinierten und strukturierten Versorgung mehrfach chronisch erkrankter Patienten dar [13, 14].

Zur Umsetzung solcher Versorgungskonzepte bieten Selektivverträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung insgesamt vielfältige Möglichkeiten. So ist geplant, im Rahmen der HZV der AOK Baden-Württemberg ein Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten zu evaluieren [7]. Das Case Management soll zusätzlich zu bestehenden krankheitsspezifischen DMPs ein krankheitsunabhängiges, individualisiertes Angebot für mehrfach chronisch erkrankte Patienten darstellen. Dabei werden medizinische Fachangestellte durch spezielle Schulungen auf die Übernahme einzelner Versorgungsaufgaben vorbereitet.

Zu den Limitationen der hier vorgestellten Studie zählt, dass es sich bei der ausgewerteten Population um die eingeschriebenen Patienten „der ersten Stunde“ handelt. Es ist insbesondere vor dem Hintergrund der insgesamt kleinen Stichprobe nicht auszuschließen, dass Selektionseffekte aufgetreten sind, welche die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflussen. Zukünftige Analysen sollten daher klären, inwieweit die beobachteten Unterschiede zwischen HZV-Teilnehmern und Nicht-HZV-Teilnehmern zeitlich sta-

bil und auf andere Krankenkassen und Regionen übertragbar sind. Außerdem ist die routinedatengestützte Analyse der Morbiditätsstruktur einer Population aufgrund der möglichen Fehl-, Unter- oder Überkodierung von Diagnosen potenziell problematisch. Die Einbeziehung von Leistungsdaten aus dem stationären Sektor kann dieses Problem jedoch verringern [15].

Schlussfolgerungen

Die Daten der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass insbesondere ältere, mehrfach chronisch erkrankte Patienten in den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben wurden. Daraus resultieren besondere Herausforderungen für die Konzeption geeigneter Versorgungsmodelle, um dem Versorgungsbedarf dieser Population begegnen zu können.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Teams aller teilnehmenden Hausarztpraxen für ihr Engagement. Unser besonderer Dank gilt Andreas Rölz (Universitätsklinikum Heidelberg) für seine Unterstüt-

zung beim Routinedatenmanagement. Das Projekt wird von der AOK Baden-Württemberg und dem AOK Bundesverband finanziert.

Literatur

1. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162:2269–76.
2. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003;1:8–14.
3. Sachverständigenrat, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.
4. Ose D, Broge B, Riens B, Szecsenyi J. Mit Überweisung zum Hausarzt: Haben Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einen Einfluss? *Z Allg Med* 2008;84:321–6.
5. Klingenberg A, Broge B, Herholz H, Szecsenyi J, Ose D. Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte. *Med Klin (Munich)*. 2010 Feb;105(2):89–95.
6. Persönliche Kommunikation mit der AOK Baden-Württemberg am 5. Juli 2010.
7. <http://www.pracman.org>.
8. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *J Clin Epidemiol* 2004;57: 1288–94.
9. Böcken J. Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt. *Gesundheitsmonitor* 2006. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2006:247–71.
10. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract*. 2008;25:287–93.
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20:64–78.
12. Rosenthal T. The medical home: Growing evidence to support a new approach in primary care. *J Am Board Fam Med* 2008;21:427–40.
13. Bodenheimer T, Berry-Millet R: Care management of patients with complex health care needs. The Robert Wood Johnson Foundation 2009, Research synthesis report No. 19.
14. Bölter R, Ose D, Götz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten – Chancen und Barrieren aus Sicht deutscher Hausärzte. *Med Klin*. 2010;105: 7–12.
15. Quan H, Parsons GA, Ghali WA. Validity of information on comorbidity derived from ICD-9-CCM administrative data. *Med Care*. 2002;40:675–85.

Korrespondenzanschrift

Dr. med. Tobias Freund
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 37
Telefon (+49/6221) 56-8317
Fax -1972
E-Mail: tobias.freund@
med.uni-heidelberg.de