



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Inanspruchnahme von Not- und Bereitschaftsdiensten sowie von Rettungsfahrten in der Hausarztzentrierten Versorgung

In Baden-Württemberg existiert seit 2008 der Vertrag zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV) nach § 73b SGB V mit dem Ziel einer flächendeckenden Vollversorgung. Vertragspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) als Teil des Deutschen Hausärzteverbands und der MEDI-Verbund.

Sowohl für die Versicherten als auch für die versorgenden Hausärzte ist eine Teilnahme an der HZV freiwillig. Versicherte verpflichten sich im Rahmen der Verträge zur HZV nach § 73b SGB V dazu, die fachärztliche Versorgung erst nach Vermittlung durch den Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Hausärzte verpflichten sich im Rahmen dieser Verträge unter anderem dazu, eine spezielle HZV-Vertragssoftware einzusetzen, die für eine jeweils adäquate Pharmakotherapie von besonderer Bedeutung ist.

Vertraglich festgelegt ist für HZV-Versicherte außerdem die Option, Abendsprechstunden in Anspruch zu nehmen, was insbesondere auch für berufstätige Versicherte ein wichtiges Versorgungselement darstellt.

Darüber hinaus zielen bestimmte Fortbildungsmaßnahmen, insbesondere die HZV-Qualitätszirkel für Hausärzte und deren Praxisteams, darauf ab, Hausärzte evidenzbasiert zu unterstützen und damit die Versorgungsqualität für die Versicherten insgesamt zu verbessern.

Die Hypothese für die Analysen, deren Ergebnisse im Rahmen dieses Newsletters vorgestellt werden, war, dass die HZV mit Vorteilen in der Patientenversorgung assoziiert ist. Eine intensivere und patientenindividuellere Versorgung im primärärztlichen Sektor sollte demnach in einer geringeren Inanspruchnahme von Not- und Bereitschaftsdiensten sowie von Rettungsfahrten resultieren.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Analysemethoden

Für die quantitativen Analysen standen strukturierte und umfangreiche Routinedaten (Daten, die vor allem mit der Abrechnung von Versorgungsleistungen im Zusammenhang stehen) von über 1,7 Mio. Versicherten der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung. Da die

HZV-Versicherten im Mittel älter und kränker waren als jene in der Kontrollgruppe (Nicht-HZV-Versicherte), war es erforderlich, diese Unterschiede analytisch zu berücksichtigen. In die multivariablen Modellrechnungen wurden nachfolgende Variablen einbezogen, um möglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen (Adjustierung): Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, Teilnahme an DMPs (Disease Management Programmen), Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart.

Die Analysen erfolgten querschnittlich für das Jahr 2016. Für jeden Versicherten lag im Datensatz die Information darüber vor, in welchem Umfang er Not- und Bereitschaftsdienste sowie Rettungsfahrten in Anspruch nahm.

In Bezug auf Not- und Bereitschaftsdienste wurde auf folgende Zielgrößen fokussiert:

- Ambulante Inanspruchnahmen zur Unzeit: Dies sind ambulante Inanspruchnahmen beim Hausarzt außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten. Hier werden die EBM-Ziffern für die Regelversorgung als auch die mit Unzeit assoziierten Abrechnungsziffern des HZV-Vertrags berücksichtigt.
- Ambulante Inanspruchnahmen im Notfall oder im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst: Hierunter fallen die ambulanten Inanspruchnahmen von Notfallambulanzen eines Krankenhauses sowie die Inanspruchnahme des organisierten Not(fall)dienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).
- Hausbesuche im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst: Darunter fallen Gesundheitsprobleme von Versicherten außerhalb regulärer Sprechstundenzeiten, die einen Hausbesuch notwendig machen.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Rettungsfahrten wurde auf folgende Zielgrößen fokussiert:

- Inanspruchnahme von Rettungsfahrten insgesamt
- Inanspruchnahme von Rettungsfahrten mit anschließender Hospitalisierung
- Inanspruchnahme von Rettungsfahrten mit anschließender potenziell vermeidbarer Hospitalisierung.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 1 und 2 wiedergegeben. Die vorletzte Spalte der Tabellen zeigt dabei die absolute Differenz (HZV-Versicherte vs. Nicht-HZV-Versicherte) der Inanspruchnahmen unter Berücksichtigung der kontextrelevanten Kovariablen, also „adjustiert“. Die letzte Spalte zeigt den adjustierten relativen Unterschied in Prozent sowie die statistische Signifikanz. Betrachtet man in Tabelle 2 bei den „Rettungsfahrten insgesamt“ den Wert in der vorletzten Spalte, so bedeutet dies, dass pro 100 Versicherten mehr als eine Rettungsfahrt (1,34) für die HZV-Versicherten „vermieden“ wurde.

Interpretation

Für alle sechs betrachteten Zielgrößen fallen die Ergebnisse signifikant und relevant zu Gunsten der HZV-Versicherten aus. Plau-

Tabelle 1: Not- und Bereitschaftsdienste

Inanspruchnahme pro 100 Versicherten in 2016	Eingeschlossene Versicherte (n=1.728.646)			
	HZV n=1.003.336	Nicht-HZV n=725.310	Adjustierte Differenz [95%-KI]	Unterschied in %, p-Wert
Ambulante Inanspruchnahme zur Unzeit	10,78	10,39	-2,78 [-2,99; -2,56]	-10,82 % p<0,0001
Ambulante Inanspruchnahme, Versorgung im Notfall oder im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst	24,77	27,09	-1,87 [-2,11; -1,64]	-3,98 % p<0,0001
Inanspruchnahme von Hausbesuchen im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst	2,50	3,13	-0,75 [-0,83; -0,68]	-4,48 % p<0,0001

Tabelle 2: Rettungsfahrten

Inanspruchnahme pro 100 Versicherten in 2016	Eingeschlossene Versicherte (n=1.728.646)			
	HZV n=1.003.336	Nicht-HZV n=725.310	Adjustierte Differenz [95%-KI]	Unterschied in %, p-Wert
Rettungsfahrten insgesamt	9,37	9,49	-1,34 [-1,470; -1,210]	-6,80 % p<0,0001
Rettungsfahrten mit anschließender Hospitalisierung	6,57	6,53	-1,04 [-1,13; -0,93]	-9,32 % p<0,0001
Rettungsfahrten mit anschließender potenziell vermeidbarer Hospitalisierung	1,88	1,90	-0,373 [-0,426; -0,319]	-6,28 % p<0,0001

sibel erscheinen diese Unterschiede insbesondere auch vor dem Hintergrund anderer Analyseergebnisse, die nahelegen, dass die Versorgung in der HZV koordinierter und mithin besser auf die Gesundheitsprobleme der Versicherten abgestimmt ist, so dass in vielen Fällen die Inanspruchnahme von Not- und Bereitschaftsdiensten sowie von Rettungsfahrten erst gar nicht notwendig wird. Durch eine engmaschige Kontrolle von – insbesondere morbidem – Versicherten durch den Hausarzt in der HZV entsteht offenbar das Potenzial, Notfallambulanzen und Einrichtungen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes zu entlasten.

Auch gesundheitsökonomisch sind die Ergebnisse – insbesondere in Bezug auf die Rettungsfahrten – bemerkenswert. Während ein einfacher Krankenwagen beim Rettungseinsatz Kosten von etwa 100 Euro pro Stunde verursacht, kostet ein Notarzt-Einsatzfahrzeug 160 und ein voll ausgestattetes Rettungsfahrzeug mehr als 300 Euro. Betrachtet man in Tabelle 2 die Inanspruchnahme von knapp 10 Rettungsfahrten pro 100 Versicherten und ein Einsparpotenzial von knapp 7%, so ergibt sich bei einer vorsichtigen Hochrechnung auf die bundesdeutsche Bevölkerung ein dreistelliger Millionenbetrag an Minderkosten alleine bei den Rettungsfahrten.

Fragen/Kontakt

Prof. Dr. Gunter Laux
gunter.laux@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation of family doctor centred medical care based on AOK routine data in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2013;107(6):372-8.
- [2] Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, Güthlin C, Götz K. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany: Results of a quantitative and qualitative evaluation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015;58(4-5):398-407.
- [3] Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107(6):365–71.
- [4] Wensing M, Kolle PK, Szecsenyi J, Stock C, Laux G. Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. Scand J Prim Health Care 2018;36(2):109-114.
- [5] AOK Baden-Württemberg. Evaluation AOKHausarztProgramm. https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/hzv_evaluationsbroschuere.pdf. Letzter Zugriff am 1.8.2019.
- [6] Wensing M, Szecsenyi J, Kaufmann-Kolle P, Laux G. Strong primary care and patients' survival. Nature Scientific Reports 2019 (zur Publikation angenommen).