



QUALITÄTSBERICHT 2010

Region Südlicher Oberrhein – Hochrhein-Bodensee

Berichtszeitraum: 1.1.2010 – 31.12.2010

Hausärztliches Qualitäts- und Kooperationsmodell Südbaden
Dr. Gisela Sigrist, Netzmanagement



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Projektorganisation	5
1.1 Projektbeirat	5
1.2 Projektteam	5
1.3 Netzmanagement	5
1.4 Arbeitsgruppen	5
1.5 Die Regionen im Modellprojekt	6
2. Akteure im Modell	7
2.1 Ärzte und Praxisteams	7
2.1.1 Vollständige Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	8
2.1.2 Teilnahme an Netzkonferenzen	9
2.1.3 Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen	11
2.1.4 Qualitätszirkel-Teilnahme	11
2.1.5 Implementierung einer Leitlinie	14
2.2 Versicherte/Patienten und Patientinnen	15
2.2.2 Versichertenstruktur	15
2.2.3 Versichertenfluktuation	15
2.2.4 Strukturierte Behandlungsprogramme	16
2.2.5 Gesundheits- und Präventionsangebote	18
2.3 Die AOK Baden-Württemberg	19
2.4 Das Netzmanagement	21
3. Information und Kommunikation im HQM	22
3.1 Kommunikationswege	22
3.2 Der HQM-Rundbrief	22
3.3 Die Homepage	23
3.4 Die Medizinische Dokumentation	24
4. Controlling	26
4.1 Balanced Scorecard	26
4.2 Qualitätsindikatoren	27
4.3 Ergebnisverantwortung	27
5. Stärken- /Schwächen-Analyse	29
Stärken	29
Schwächen	31
6. Fazit	32
7. Ausblick 2011	33



Einleitung

Im Jahr 2010 trat das *Hausärztliche Qualitäts- und Kooperationsmodell-Südbaden* in seine letzte Modellphase ein. Ein wesentliches Ziel des innovativen Modellvorhabens war neben der medizinischen auch die ökonomische Ergebnisqualität der Leistungserbringung zu messen und zu verbessern. So lagen im Jahr 2010 erstmalig die Controllingdaten vor, die die Grundlage für die ökonomische Ergebnisverantwortung der HQM-Praxen bilden. Die Bereitstellung dieser Daten geben den Leistungserbringern einen Einblick in die von ihnen veranlassten Kosten (Ist-Kosten) für die Kostenfelder *Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Verordnung häuslicher Krankenpflege* und *Haushaltshilfe*.

Voraussetzung für die Erstellung dieser Controllingberichte war die aufwändige Zusammenstellung der Daten für das gesamte Ärztenetz und für jede einzelne Arztpraxis durch die AOK Hauptverwaltung (AOK-HV) und die Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein (AOK-BDSO). Daneben musste ein umfassendes Datenschutzkonzept erarbeitet werden, das sicherstellte, dass keine Rückschlüsse auf die Versicherten möglich würden. Darüber hinaus bedurfte es der schriftlichen Einwilligung der Ärzte, dass ihre Daten zu Steuerungszwecken verwendet werden können. Bis Dezember 2010 hatten 97 % der HQM-Ärzte¹ eine Einverständniserklärung zur Freigabe von Controlling- und Steuerungsdaten unterzeichnet. Das Projektteam hatte eine Zielvereinbarung ausgearbeitet. Das HQM-Budget soll sich dabei auf Basis der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (*Morbi-RSA*) im Jahr 2011 errechnen. Die HQM-Praxen, die die Erklärung unterschrieben haben, sollen an den Einsparungen partizipieren, jedoch bei Verfehlen des Einsparziels keine finanziellen Konsequenzen zu tragen haben. Noch im Dezember 2010 erhielt jeder HQM-Arzt zu seiner Information einen Überblick über die Kosten, die er für das erste und zweite Quartal 2010 für seine HQM-Patienten veranlasst hatte.

Damit war eine wichtige Voraussetzung erfüllt, um in Form einer Zielvereinbarung neben der medizinischen auch budgetäre Ergebnisverantwortung zu übernehmen und Transparenz über die veranlassten Ausgaben zu erhalten. Zugleich erfuhren die Ärzte, was die anderen HQM-Kollegen im Schnitt für ihre Patienten ausgegeben hatten.

Selbstverständlich arbeitete das Ärztenetz auch im Jahr 2010 daran, die medizinische Qualität seiner Arbeit regelmäßig zu dokumentieren und die meist vielfach chronisch kranken Patienten optimal zu versorgen und zu betreuen. Neben den jährlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen, die stark auf Prävention und damit auf langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet sind und gut dokumentiert und ausgewertet werden, trug die Implementierung einer weiteren Leitlinie (*Rhinosinuitis*) und die hohe Einschreibequote in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP Diabetes mellitus Typ II, Asthma/COPD und KHK) zu einer hohen Versorgungsqualität bei. Die HQM-Ärzte schrieben 25 % mehr als ihre Kollegen in der Region, 21 % mehr als im Landesdurchschnitt Baden-Württemberg in DMPs ein. Die Themenauswahl der regelmäßig sechsmal im Jahr stattfindenden Qualitätszirkel orientierte sich an den häufigsten chronischen Krankheiten der meist älteren hausärztlichen Patienten und deren medikamentösen Versorgung.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form (Mitarbeiter, Ärzte, Patienten) gewählt. Selbstverständlich bezieht diese Form gleichermaßen Frauen und Männer mit ein.



Die Themenvielfalt und hohe Informationsdichte auf den drei gut besuchten Netzkonferenzen traf bei den HQM-Ärzten ebenfalls auf großes Interesse.

Um die Verbesserung in der Struktur- und Prozessqualität der Arbeit in den HQM-Praxen zu dokumentieren, wird auf die konsequente Umsetzung eines anerkannten Qualitätsmanagementsystems großer Wert gelegt. Im Jahr 2010 wurden in den Praxen Selbstbewertungen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt und nach statistisch validen Kriterien ausgewertet. Im Jahr 2011 werden bei allen HQM-Praxen Folgeaudits durchgeführt, um zu evaluieren, ob die eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung erfolgreich waren.

Unverändert gut ist die vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Netz: zwischen den HQM-Praxen und der AOK-Bezirksdirektionen Südlicher Oberrhein, Hochrhein-Bodensee, der AOK-Hauptverwaltung, dem durch die QP GmbH vertretenen Ärztenetz und dem Netzmanagement. Hierzu gehört das reibungslose Funktionieren der Projektorganisation, der professionelle Sitzungsablauf auf verschiedenen Organisationsebenen des Projekts (Netzmanagement, Projektteam und Projektbeirat), die vertrauensvolle Zusammenarbeit im operativen Bereich zwischen Mitarbeitern der AOK, dem Netzmanagement und den beteiligten Hausarztpraxen sowie die Kommunikation per Telefon und E-Mail, die ermöglicht auf Probleme und Fragen der HQM-Ärzte schnell zu reagieren.

Am Ende des Jahres 2010 waren 69 % aller HQM-Ärzte im Modellbereich dem HzV-Vertrag beigetreten. Im Vergleich dazu nahmen nur 31 % aller Arztpraxen der Regionen Südlicher Oberrhein und Hochrhein-Bodensee am HzV-Vertrag teil. Die wesentlich höhere Einschreibequote bei den HQM-Teilnehmern ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die positiven Erfahrungen mit dem Netz und auf die wiederholten ausführlichen Darstellungen der Vorteile des Vertrages für Hausärzte im Rahmen der Netzkonferenzen zurückzuführen.

Selbstverständlich stellt auch das finanzielle Anreizsystem des HQM-Modells einen wichtigen Motivationsfaktor für die Ärzte dar. Die auch im Jahr 2010 in größerem Umfang durchgeführten finanziellen Sanktionen wegen der Nichteinhaltung von Vertragsverpflichtungen zeigten Wirkung und werden hoffentlich auch zukünftig dazu führen, dass beispielsweise die Datenlieferungen und Rückmeldungen zuverlässiger und pünktlicher erfolgen werden. Die Messung der ökonomischen Ergebnisse am Ende des Projekts wird Aufschluss darüber geben, ob budgetäre Ergebnisverantwortung verbunden mit einem finanziellen Anreizsystem dazu beitragen kann, das Ziel zu erreichen, die Ausgaben im hausärztlichen Bereich zu reduzieren oder zumindest zu stabilisieren.



1. Projektorganisation

1.1 Projektbeirat

Der Projektbeirat ist das oberste Entscheidungsgremium im Hausarztmodell HQM-Südbaden. Der HQM-Vertrag sieht vor, jährlich den Vorsitz des Projektbeirates alternierend zwischen den Vertragspartnern zu wechseln. Im Jahr 2010 hat Herr Dr. med. H. Böckmann (QP-Qualitätspraxen GmbH) den Vorsitz an Herrn Graf (AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung) übergeben. Herr Graf moderierte in Stuttgart die beiden Projektbeiratssitzungen Nr. 14 (28.04.2010) und 15 (24.11.2010).

1.2 Projektteam

Das Projektteam ist für den operativen/dispositiven Bereich im HQM zuständig. Im Beobachtungszeitraum fanden sieben Projektteamsitzungen (Sitzung Nr. 36 – 42) statt am 21.01., 10.03., 13.04. (zusammen mit der 53. Netzmanagementsitzung), 19.05., 28.07., 22.09. und am 03.11. sowie eine Telefonkonferenz am 15.12.2010. Die Sitzungen wurden im Wechsel von Herrn Dr. Böckmann, Frau Höckh (AOK-Hauptverwaltung), und Herrn Kroiher (Beauftragter HQM-Projektgeschäftsstelle) geleitet.

1.3 Netzmanagement

Im Bereich des Netzmanagements fanden 2010 neun Sitzungen (Sitzung Nr. 51 – 59) statt. An den Sitzungen nahm ein Vertreter der AOK-BD Südlicher Oberrhein, der Geschäftsführer der QP GmbH und die Netzmanagerin teil. Die Sitzungstermine fanden am 19.01., 02.03., 13.04., 18.05., 06.07., 14.09., 17.10., 16.11. und 14.12.2010 statt.

Von allen Sitzungen wurden Protokolle angefertigt und der Prognos AG zur Verfügung gestellt.

1.4 Arbeitsgruppen

Im Rahmen des HQM-Modells kann das Projektteam Arbeitsgruppen einsetzen, die für das Modell wichtige und innovative Fragestellungen und Themen bearbeiten und zeitnah an alle Netzteilnehmer kommunizieren. Die Arbeitsgruppen setzen sich aus den Hausärzten zusammen, die sich für die spezielle Thematik interessieren. Sie können aber auch vom Projektteam oder vom Netzmanagement gebeten werden, sich an den Arbeitsgruppen zu beteiligen. Experten, die keine Hausärzte sind, können nur nach Genehmigung durch das Projektteam hinzugezogen werden.



Die Arbeitsgruppe „*Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern*“, die im Jahr 2009 eingerichtet wurde, um die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu verbessern, tagte am 13.01., am 09.06. und am 07.07.2010. Der erste Termin fand mit den Verwaltungsleitern der größten Kliniken der Region statt, die nachfolgenden Termine mit Vertretern der Universitätsklinik Freiburg. In der Arbeitsgruppe wurden Bögen entwickelt, auf denen die Hausärzte ihre positiven oder negativen Erfahrungen mit der Uniklinik vermerken und an die Koordinationsstelle der Uniklinik (verantwortlich Frau Karola Beck) melden konnten. Ziel war Kommunikationsprobleme, sowie Probleme bei der Versorgung und Entlassung von Patienten direkt anzusprechen und zu beheben. Die HQM-Ärzte erhielten auch eine Liste mit Telefonnummern und Emailadressen der jeweils zuständigen Abteilungen der Universitätsklinik.

Am 13.01.2010 tagte die ebenfalls aus 5 Ärzten bestehende Arbeitsgruppe „*Hilfsmittel*“, die Tipps für die Verordnung von Hilfsmitteln erarbeitete und diese auf der Netzkonferenz am 03.02.2010 den Kollegen vorstellte. Die Arbeitsgruppe wurde begleitet von Mitarbeitern der AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein. Am 14.4. wurde darüber hinaus ein HQM-Workshop zum Thema „*Informationen und Tipps bei der Hilfsmittelverordnung*“ angeboten. Experten der AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein gaben Informationen zur sinnvollen Verordnung von Hilfsmitteln.

1.5 Die Regionen im Modellprojekt

Entsprechend den Bezirksdirektionen der AOK Baden-Württemberg sind im Modellprojekt HQM-Südbaden Ärzte und Patienten aus zwei Regionen vertreten: der Region Südlicher Oberrhein (Bezirksdirektion SO) und Hochrhein-Bodensee (Bezirksdirektion HR). Ende 2010 waren 104 Ärzte eingeschrieben, die in 89 Praxen tätig sind; 97 Ärzte (82 Praxen) im Bereich Südlicher Oberrhein und neun Ärzte (7 Praxen) im Bereich Hochrhein-Bodensee.

Hinweis: *Im HQM gelten Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften = BAG) als eine Praxis.*

Von den 8.841 im Jahr 2010 im HQM-Modell eingeschriebenen Versicherten kamen 7.422 aus der Region Südlicher Oberrhein und 1.419 aus der Region Hochrhein-Bodensee.



2. Akteure im Modell

2.1 Ärzte und Praxisteam

Die Gesamtzahl der Praxen blieb im Jahr 2010 mit 89 stabil. Ein Arzt kam neu hinzu, so dass sich die Gesamtzahl der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen auf 104 erhöhte; eine Einzelpraxis wurde in eine Berufsausübungsgemeinschaft umgewandelt. Ende 2010 existierten somit 74 Einzelpraxen und 15 Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) im Modell.

HzV-Einschreibung der HQM-Ärzte

In den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) haben sich bis Ende 2010 72 HQM-Ärzte eingeschrieben, das entspricht 69 % aller HQM-Ärzte. Vom Jahr 2009 zum Jahr 2010 steigerte sich damit die Einschreibequote um 5 %.

Alle Praxen im Modell verpflichteten sich vertraglich Qualitätsmaßnahmen umzusetzen. Dafür erhalten sie

- a) eine Pauschale für internes Qualitätsmanagement (Einzelpraxis 500 €, Gemeinschaftspraxis: + 250 €/pro Praxis/pro Quartal) für die vollständige Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagementsystems
- b) eine Qualitäts- und Betreuungspauschale (25 €/pro Versicherten/pro Quartal) für:
 1. Teilnahme an 3 Netzkonferenzen
 2. Teilnahme an 6 Qualitätszirkeln
 3. Implementierung einer Leitlinie und Einschreibung von Patienten in DMP-Programme
 4. Steuerung, Kooperation, Koordination, einschließlich Patientenpass, -akte-, -begleitschreiben
 5. Organisation, Moderation Qualitätszirkel, Netzkonferenzen
 6. Durchführung von Qualitätscontrolling mittels Qualitätsindikatoren (inkl. deren Dokumentation)
 7. Folgedokumentation



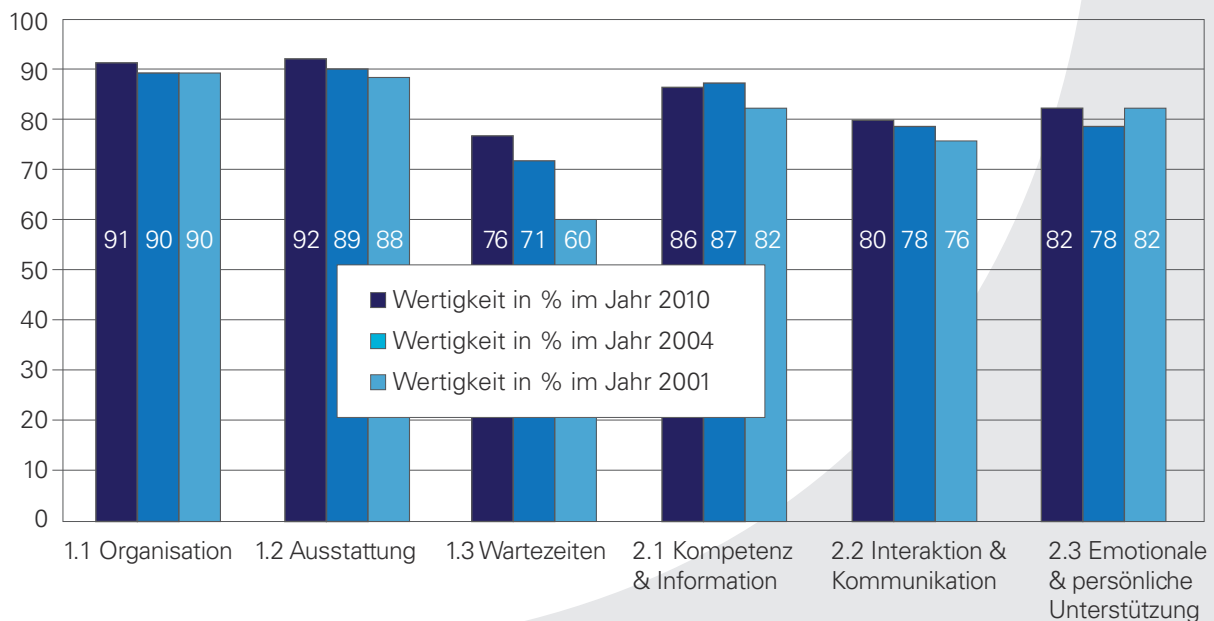
2.1.1 Vollständige Einführung eines Qualitätsmanagementsystems

Alle 89 Praxen haben bereits im Jahr 2008 ein Qualitätsmanagement-System vollständig in die Praxis eingeführt. Bis 30.06.2011 muss jede HQM-Praxis einen zweiten Zyklus vollständig durchlaufen haben.

Der Arbeitskreis *EFQM* hatte im Jahr 2009 den Selbstbewertungsbogen für hausärztliche Praxen aus dem Jahr 2005 überarbeitet, d.h. durch Fragen ergänzt, die den neuesten Anforderungen an eine Arztpraxis entsprechen. Die Fragen wurden mit der *Gesellschaft für empirische Forschung (GEB)* abgestimmt, um die Vergleichbarkeit der Antworten zu gewährleisten. Die *GEB* verschickte die Bögen und wertete sie sowohl für jede Einzelpraxis als auch im Benchmark im Vergleich mit den anderen teilnehmenden Praxen aus. Die Ergebnisse wurden den Praxen schriftlich mitgeteilt und in ihrer Gesamtheit auf der 1. Netzkonferenz 2010 vorgetragen. Im Jahr 2010 verschickte die *GEB* auch Bögen zur Patienten- und Mitarbeiterbefragung, die ebenfalls ausgewertet, den Praxen zurückgeschickt und auf der 2. Netzkonferenz vorgestellt wurden.

Die Auswertung des dritten Durchlaufs der Patientenbefragung nach 2001 und 2004 im Jahr 2010 ergab, dass sich die beteiligten Praxen in der Bewertung der Patienten, die befragt wurden, in fast allen Bereichen verbessert haben. Besonders deutlich verbesserte sich die Bewertung der Wartezeiten, nämlich seit 2001 um 16 %.

Wertigkeit Befragung 2010 vs. vorherige Befragungen



Quelle: Daten der *GEB* 2010 (*Gesellschaft für Empirische Beratung*)



2.1.2 Teilnahme an Netzkonferenzen

Der HQM-Vertrag schreibt den HQM-Ärzten pro Jahr die Teilnahme an drei Netzkonferenzen vor. Die Netzkonferenzen stellen eine wichtige Kommunikationsplattform für die HQM-Teilnehmenden dar. Dort werden für das Modell wichtige und aktuelle Informationen gegeben. Die Konferenzen dienen zugleich dem Austausch unter den Ärzten. Im Jahr 2010 wurden folgende Themen besprochen.

1. Netzkonferenz 2010	
Referent	Thema
Dr. Matthias Nübling	Abläufe im EFQM Modell
Dr. med. Harro Böckmann	Resultate der Umfrage zur Zufriedenheit der Ärzte mit dem HQM
Dr. med. Harro Böckmann	Fortbildungswünsche der MFA
Dr. med. Harro Böckmann	Umfrage zum Wundmanagement
Dr. med. Harro Böckmann	Vorstellung des QI Sturzprophylaxe
Dr. med. Ewald Unteregger	Arzneimittelkostenveranlassung von QP Praxen im HQM im Vergleich zu Südbaden und BW.
Prof. Wilhelm Niebling	Kostenplanung im HQM im Sinne einer „Zielvereinbarung“ ab 2010
Dr. med. Frank Pabst	Ergebnisse der AG „Kooperation von Hausärzten mit Fachärzten und Kliniken“
Herr Engler, AOK	Ergebnisse der AG „Hilfsmittel“
2. Netzkonferenz 2010	
Referent	Thema
Dr. Matthias Nübling	Ergebnisse der Patientenbefragung und Mitarbeiterbefragung 2009/2010
Hansjörg Imhof, AOK	„Richtig Codieren“ und „Morbi-RSA“
Prof. Wilhelm Niebling	Vorstellung der Leitlinie Rhinosinusitis
Stephan Kroiher, AOK und Dr. Gisela Sigrist	Bericht aus der Arbeitsgruppe AG Hilfsmittel und Kooperation mit der Universitätsklinik
Dr. med. Harro Böckmann	Vertragsergänzung zum Thema „Zielvereinbarung ökonomische Ergebnisverantwortung“
3. Netzkonferenz 2010	
Referent	Thema
Dr. med. Harro Böckmann und Stephan Kroiher, AOK	Zielvereinbarung im HQM Südbaden
Dr. med. Ewald Unteregger	rationale Pharmakotherapie Planungen einer „Netzliste“ gemeinsam mit dem AQUA-Institut und dem Partnernetz HAM
Dr. med. Harro Böckmann	Stand der Kooperation mit Krankenhäusern
Dr. med. Johannes Fechner	Honorierung der Hausärzte ab 2011, HzV-Verträge, aktuelle Kodierrichtlinien

Quelle: QP Praxen GmbH



Die Termine für die Netzkonferenzen werden zu Jahresbeginn bekanntgegeben. Es besteht die Möglichkeit einer Veranstaltung entschuldigt fernzubleiben. Unentschuldigtes oder mehrfaches Fernbleiben führt zu finanziellen Konsequenzen.

Teilnahme der HQM-Ärzte an Netzkonferenzen im Jahr 2010

1. NK			2. NK			3. NK		
03.02.2010			09.06.2010			13.10.2010		
Gesamtzahl 89 Praxen			Gesamtzahl 89 Praxen			Gesamtzahl 89 Praxen		
anwesend	entsch.	unentsch.	anwesend	entsch.	unentsch.	anwesend	entsch.	unentsch.
96 %	4 %		94 %	4 %	2 %	83 %	12 %	4 %

Quelle: Netzmanagement 2010

Die Teilnahmequote der Ärzte an Netzkonferenzen betrug im Jahr 2010 91 %. Entschuldigt blieben 7 % der Ärzte, unentschuldig 2 % den Veranstaltungen fern. Die betroffenen Ärzte wurden schriftlich über die finanziellen Konsequenzen informiert.

Netzkonferenzteilnahme 2006 – 2010

Teilnahme	2006	2007	2008	2009	2010
Anwesend	82 %	88 %	93,5 %	91 %	91 %
Entschuldigt	7 %	7 %	5,0 %	8 %	7 %
Unentschuldig	7 %	2 %	1,5 %	1 %	2 %

Quelle: Netzmanagement

Die Teilnahmequote der Ärzte an Netzkonferenzen blieb im Jahr 2010 mit 91 % stabil. Dies spricht insgesamt für eine hohe Akzeptanz der Veranstaltungen.



2.1.3 Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen

Parallel zu den Netzkonferenzen fanden 3 Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) statt.

Fortbildungen für medizinische Fachangestellte-Teilnahme

NK 1: Praxishygiene	NK 2: Tape-Verbände	NK3: HzV-Abrechnung
45 MFA	60 MFA	60 MFA

Quelle: Netzmanagement

Die Fortbildungsveranstaltungen hatten *Praxishygiene, Tape-Verbände und HzV-Abrechnung* zum Thema. Während die ersten beiden Veranstaltungen sehr positiv bewertet wurden, fiel die Beurteilung der dritten Fortbildungsveranstaltung durch die Medizinischen Fachangestellten sehr kritisch aus. Grund dafür war der unterschiedliche Informationsstand bei den Praxismitarbeiterinnen. Einige wussten bereits über das Modell bescheid, während andere noch Bedarf an grundlegenden Informationen hatten.

2.1.4 Qualitätszirkel-Teilnahme

Der HQM-Vertrag schreibt den Ärzten die verpflichtende Teilnahme an 6 Qualitätszirkeln pro Jahr vor. Wegen Notfällen, Notdienst, Fortbildungsverpflichtungen, Krankheit oder Urlaub kann ein Arzt einen Qualitätszirkel ausfallen lassen, er muss sein Fehlbleiben jedoch entschuldigen. Schon seit 1992 bestehen in der Region Südbaden regelmäßig tagende Qualitätszirkel, die evaluiert wurden und denen eine gute Struktur sowie qualitätsverbessernde Wirkung bescheinigt wurden. Sie sind teils fachübergreifend, teils rein hausärztlich besetzt und werden von geschulten Moderatoren organisiert und durchgeführt. Diese Fortbildungsveranstaltungen sind unabhängig und werden nicht von Pharmafirmen organisiert oder gesponsert.

Für das Jahr 2010 konnten HQM-Ärzte die von ihnen besuchten 5–6 Qualitätszirkel auf der Homepage elektronisch in ein Formular eingeben. Manche Ärzte sind Mitglieder in mehreren Qualitätszirkeln oder nehmen zu bestimmten Themen an anderen Zirkeln teil. Daher ergeben sich teilweise Überschneidungen, was zu einer höheren Anzahl an Teilnehmern führt.



Für das Jahr 2010 ergab sich folgende Qualitätszirkelteilnahme:

HQM-Qualitätszirkelteilnahme im Jahr 2010

Nr.	HQZ-Name	Moderator	Anzahl HQM-Ärzte	Häufigkeit pro Jahr
1	Arbeitskreis-EFQM	Dr. Unteregger	7	2
2	Ärztekreis Weil a. Rhein	Dr. Lehmann	7	6
3	Fachübergreifender Freiburger Qualitätszirkel	Dr. Michaelis	11	6
4	Hausärztlicher QZ Gundelfingen	Drs. Koch	4	6
5	Hausärztlicher Qualitätszirkel Hochschwarzwald	Dr. Grünholz/Prof. Niebling	10	6
6	Hausärztlicher QZ Dr. Unteregger	Dr. Unteregger	5	6
7	HQZ Bad Krozingen-Hartheim	Dr. Böckmann	16	6
8	HQZ Dr. Frick	Dr. Frick	5	6
9	HQZ Freiburg Südwest	Dr. Hagemann/Dr. Thum/ Dr. Kühnert	6	6
10	Qualitätszirkel Dr. Rönnefarth	Dr. Rönnefarth	4	7
11	Ärztegemeinschaft Zell-Hausen	Dr. Koch	8	6
12	QZ Regio	Dr. Feil	2	6
13	QZ Dr. Ulrike Pankow	Dr. Pankow	5	4
14	QZ Dreisamtal	Dr. Barth	6	6
15	QZ Freiburg-West (Breisgauer QZ)	Dr. Hammerich	6	6
16	QZ Hinterzarten	Dr. Gabelmann	5	6
17	Interdisziplinärer QZ Südbaden	Dr. Götz	4	6
18	QZ Kardiologie Freiburg	Dr. Wybitul/Dr. Schulz-Weiling	4	6
19	Diabetesnetz Breisgau	Prof. Seufert	3	6
20	AQUA-Institut	Dr. Fechner	2	6
21	QZ Müllheim/ Ärztliche Notfallgruppe Sulzbachtal	Dr. Summ-Beck/Dr. Jacobs	2	6
22	QZ Reisemedizin	Dr. Mazolla	2	4
23	QZ Akupunktur	Dr. Kienle/Dr. Pabst	2	4
24	Forum Geriatrie Südwest	Prof. Hüll	6	4
Summe			135	

Quelle: Daten des Netzmanagements

Anmerkung: Viele Ärzte nehmen an mehreren Qualitätszirkeln teil.



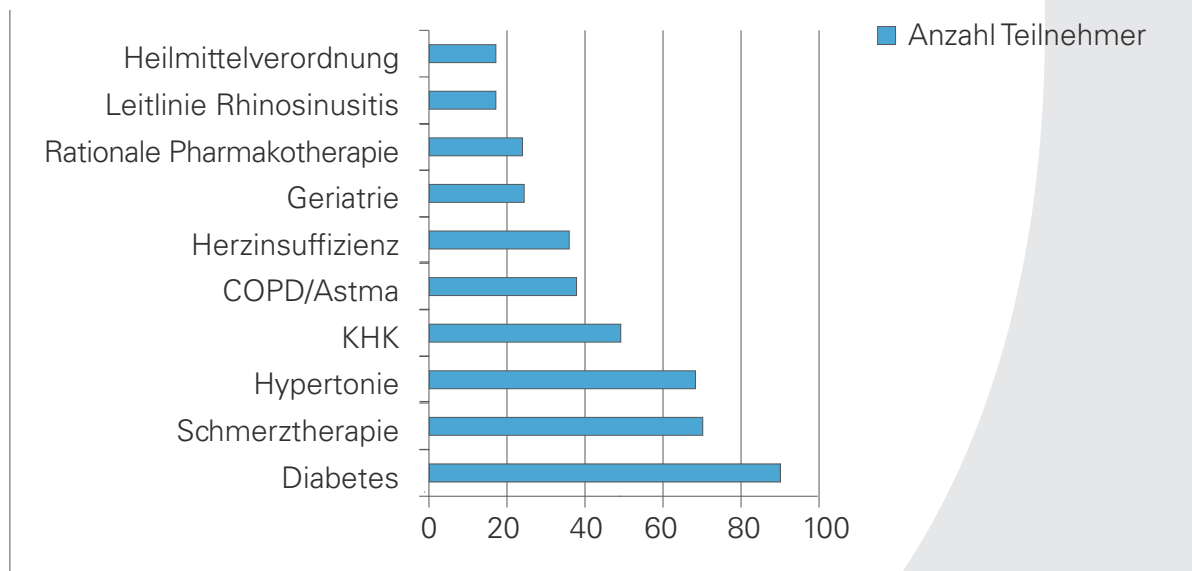
HQM-Qualitätszirkelteilnahme im Jahr 2010

Von den 89 HQM-Praxen nahmen 75 Praxen an 6 hausärztlichen Qualitätszirkeln teil, 8 Praxen an 5 Qualitätszirkeln, 1 Praxis an 4 Qualitätszirkeln teil. Fünf Praxen meldeten keine Teilnahme. Hier entscheidet der Projektbeirat auf seiner ersten Sitzung im Jahr 2011 über Konsequenzen.

Im Vergleich zum Vorjahr veränderte sich die Struktur der Qualitätszirkelteilnahme der HQM-Ärzte. Da ein Großteil der Ärzte inzwischen zusätzlich im HzV-Vertrag eingeschrieben ist und damit vom *AQUA-Institut* entwickelte thematisch festgelegte Qualitätszirkel besucht, ergab sich je nach Themenangebot eine höhere Fluktuation zwischen den verschiedenen angestammten Zirkeln. Damit variierte die Anzahl der Teilnehmer je Sitzungstermin.

Übersicht über die am häufigsten behandelten Qualitätszirkel-Themen

Anzahl Teilnehmer





Übersicht über die am häufigsten behandelten Qualitätszirkel-Themen

	Themen	Anzahl Teilnehmer
1	Behandlung des Diabetes mellitus Typ II	90
	davon: Antidiabetika	44
	davon: Der diabetische Fuß	12
	davon: diabetische Augenschäden	2
2	Schmerztherapie	70
	davon: Analgetika	28
3	Behandlung der Hypertonie	68
	davon: Antihypertensiva	44
4	KHK	49
5	COPD/Asthma	38
6	Herzinsuffizienz	36
7	Geriatric	24
8	rationale Pharmakotherapie	24
9	Leitlinie Rhinosinusitis	17
10	Heilmittelverordnung	17

Anmerkung: In vielen Qualitätszirkeln wurden pro Sitzung mehrere Themen angeboten. Hier wurde nur das „Hauptthema“ des jeweiligen Zirkels aufgenommen.

Die Auswertung ergab, dass das Thema der Behandlung des Diabetes mellitus Typ II in verschiedenen Facetten einen besonders hohen Stellenwert bei der hausärztlichen Fortbildung einnahm. Schmerztherapie war ebenfalls ein wichtiges Thema, gefolgt von der Behandlung der Hypertonie. Dabei nahm die medikamentöse Versorgung der Patienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen großen Raum ein. Der leitliniengerechten Behandlung der koronaren Herzkrankheit (KHK) und von Asthma und COPD kam ebenfalls große Bedeutung zu.

2.1.5 Implementierung einer Leitlinie

Im Jahr 2010 wurde die *DEGAM-Leitlinie Rhinosinusitis* auf der Netzkonferenz vorgestellt, implementiert und in den Qualitätszirkeln besprochen.



2.2. Versicherte/Patienten und Patientinnen

2.2.2 Versichertenstruktur

Ende des Jahres 2010 waren 8.841 Versicherte im HQM-Modell eingeschrieben. 7.422 kamen aus der Region Südlicher Oberrhein und 1.419 aus dem Region Hochrhein-Bodensee. 68 % davon sind Frauen .

2.2.3 Versichertenfluktuation

Versichertenfluktuation seit 2005					
2005	2006	2007	2008	2009	2010
10.893	10.662	10.023	9.775	9.141	8.841

Quelle: IV-ADMIN der AOK Baden-Württemberg

Im Jahr 2005 waren 10.893 Versicherte im Modell eingeschrieben. Am Ende des Jahres 2010 waren 8.841 Patientinnen und Patienten im Modell. Die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten ging damit seit Modellbeginn um 19 %, seit 2009 um 3 % zurück.

Gründe für das Ausscheiden aus dem HQM-Modell

Nr.	Austrittsgrund	Absolut 1.1. – 31.12.2008	Absolut 1.1. – 31.12.2009	Absolut 1.1. – 31.12.2010
1	Ausschluss Versicherte	0	0	0
2	Arztwechsel außerhalb HQM	11	59	74
3	HQM-Kündigung durch Versicherte	3	32	12
4	HQM-Kündigung durch Arzt (Verbleib in AOK)	0	1	0
5	Kassenwechsel wegen sonstiger Gründe	0	139	0
6	Umzug	10	9	11
7	Tod	163	166	158
	Summe	195	406	255

Quelle: IV-ADMIN der AOK Baden-Württemberg

Die Gründe 5 bis 7 sind vom HQM nicht beeinflussbar und werden deshalb nicht in die Versichertenfluktuation eingerechnet. Die Austrittsgründe 1 bis 5 sind für den Allgemeinen Qualitätsindikator Versichertenfluktuation relevant. Der Rückgang resultiert in erster Linie aus dem Tod der Versicherten. Die ausgeschiedenen Versicherten werden vereinbarungsgemäß nicht ersetzt, da zu Modellbeginn 2005 die Zielgröße von 10 000 Versicherten mit 10.893 übererfüllt war und sich die Vertragspartner übereinstimmend gegen eine Nachakquise von Versicherten bis zur Zielgröße 10.000 ausgesprochen haben.



2.2.4 Strukturierte Behandlungsprogramme

Einschreibung von Patienten in Disease-Management-Programme

Die Ergebnisse der Analysen der strukturierten Behandlungsprogramme zeigen, dass diese positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten haben. Die medizinischen Werte verbessern sich, die Zahl der Folge- und Begleiterkrankungen verringert sich deutlich. Die Programme motivieren die Patienten zu einer gesünderen Lebensweise und erleichtern ihnen den Umgang mit der Erkrankung. Patientenbefragungen belegen, dass sich Patienten im DMP besser betreut fühlen. Außerdem helfen DMPs dem Praxisteam, die Behandlung chronisch kranker Patienten besser zu koordinieren und zu organisieren.

Aus diesen Gründen legten die HQM-Ärzte, wie schon im Vorjahr, im Jahr 2010, großen Wert auf die Einschreibung von Patienten mit chronischen Erkrankungen in entsprechende Disease-Management-Programme. Erstmals wurden im Jahr 2009 auch die HQM-Versicherten erfasst, die ins DMP Asthma/COPD eingeschrieben waren.

I. DMP-Teilnahme im Jahr 2010

Nr.	DMP-Teilnahmen	Datenstand: 31.12.2010		
		HQM-Ärzte	Übrige Ärzte	Gesamtzahl Ärzte
I. DMP Asthma/COPD				
1	DMP-Versicherte	1.069	6.424	7.493
2	DMP-Ärzte	103	920	1023
3	Durchschnittliche Einschreibung je Arzt	10,4	7,0	7,3
II. DMP Diabetes mellitus Typ II				
4	DMP-Versicherte	2.434	21.860	24.294
5	DMP-Ärzte	104	1.020	1124
6	Durchschnittliche Einschreibung je Arzt	23,4	21,4	21,6
III. DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)				
7	DMP-Versicherte	1.400	8.537	9.937
8	DMP-Ärzte	104	925	1029
9	Durchschnittliche Einschreibung je Arzt	13,5	9,2	9,7

Quelle: CIS-Daten der AOK Baden-Württemberg

Die Einschreibequote in das Disease-Management-Programm Asthma/COPD lag bei den HQM-Patienten im Jahr 2010 um 33 Prozentpunkte über der Quote der übrigen Ärzte in der Region. Die Quote der Patienten, die von HQM-Ärzten in alle drei DMPs, DMP Diabetes mellitus Typ II, KHK, und Asthma/COPD eingeschrieben waren, lag um 25 Prozentpunkte höher als bei den übrigen Hausärzten der Region.



II. DMP-Potentialausschöpfung

Die nachfolgende Liste zeigt auf, wie viele der für ein DMP in Frage kommenden Versicherten bereits in dieses DMP eingeschrieben worden sind. Dies wird durch den Ausschöpfungsgrad in den einzelnen DMPs ausgedrückt.

Jahr 2010		Absolut			
Nr.	DMP	Gesamtes Potenzial	Ausgeschöpftes Potenzial	Rest-Potenzial	DMP-Potenzialausschöpfungsgrad*
1	Asthma/COPD	1.447	1.069	378	74 %
2	Diabetes mellitus Typ II	2.546	2.434	112	96 %
3	Koronare Herzkrankheit (KHK)	1.649	1.400	249	85 %

Quelle: CIS-Daten der AOK Baden-Württemberg

Legende: * = DMP-Potenzialausschöpfungsgrad (PAG) = Ausgeschöpftes Potenzial / Gesamt-Potenzial

Laut Vertragsergänzung vom 17. Juli 2008 wurde für das DMP Diabetes mellitus Typ II 92 % und das DMP KHK 70 % Potentialausschöpfung festgelegt. Mit 96 % beim DMP Diabetes mellitus Typ II und 85 % beim DMP KHK wurden die Werte um 2 % bzw. 12 % überschritten. Mit 74 % beim DMP Asthma/COPD lag die Potentialausschöpfung wesentlich höher als bei den Ärzten in der Region (43 %), die nicht am HQM-Modell teilnehmen.

III. DMP-Einschreibungen im Vergleich

	DMP-Einschreibungen in den Bezirksdirektionen Südlicher Oberrhein und Hochrhein-Bodensee	DMP Einschreibung in Baden-Württemberg	DMP-Einschreibung im HQM
DMP	Teilnahmequote in %	Teilnahmequote in %	HQM-Quote
Asthma/COPD	43 %	39 %	74 %
Diabetes mell. Typ II	84 %	91 %	96 %
KHK	49 %	57 %	85 %

Quelle: CIS-Daten der AOK Baden-Württemberg

Die HQM-Ärzte haben 31 % mehr Versicherte ins DMP Asthma/COPD, um 5 % mehr ins DMP Diabetes mellitus Typ II und um 28 % mehr ins DMP KHK eingeschrieben als die übrigen Ärzte im Bundesland Baden-Württemberg. Die Gesamteinschreibungsquote liegt damit um 21 % über dem Landesdurchschnitt.



2.2.5 Gesundheits- und Präventionsangebote

Aktivprogramm

Ein Bestandteil der Prävention im HQM ist das Aktivprogramm der AOK. Für die HQM-Versicherten wurden spezielle Präventionskurse in verschiedenen Bereichen (Aktiv plus, AOK-Curaplan, Asthma, Bewegung, Entspannung, Ernährung, Junge Familie, Kombi-Spezial, Rauchen, Rückenschmerzen, Umweltmedizin und Sonstiges) entwickelt. Den teilnehmenden Versicherten und Ärzten werden diese besonderen Angebote halbjährlich mit einem speziellen Schreiben und einer Kursübersicht zugesandt. Die Bezirksdirektionen Südlicher Oberrhein und Hochrhein-Bodensee erfassen die Teilnahme an den Präventionskursen.

Teilnahme an Aktivkursen und Präventionsangeboten der AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein

Teilnehmer gesamt	HQM-Versicherte
4.785	374
5 %	8 %

Quelle: Daten der AOK-BD Südlicher Oberrhein

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Methoden der Datenerhebung bei der AOK-BD Südlicher Oberrhein und Hochrhein-Bodensee wurden nur die Daten der AOK-BD Südlicher Oberrhein verwendet.

Während nur 5 % aller AOK-Versicherten im Bereich Südlicher Oberrhein die angebotenen Präventionskurse und Aktivangebote nutzten, betrug die Teilnahmequote unter den HQM-Versicherten rund 8 %. Gegenüber dem Vorjahr steigerte sich die Teilnahmequote bei den HQM-Teilnehmern geringfügig. Die HQM-Ärzte hatten 2427 Präventionsempfehlungen ausgesprochen und ihre Empfehlungen mit Präventionsplänen dokumentiert.

Die vergleichsweise höhere Teilnahmequote bei den HQM-Versicherten ist auf die regelmäßige Beratung durch die HQM-Ärzte zurückzuführen. Denn im Modell nimmt das Thema Prävention einen besonders hohen Stellenwert ein. Durch den Erst- und Folgerhebungsbogen Prävention sowie durch den Präventionsplan werden die Themen Vorbeugung und gesundheitsbewusstes Verhalten verstärkt angesprochen. Darüber hinaus können die Ärzte anhand des breiten Spektrums an Gesundheitsangeboten durch die AOK einen passenden Kurs auswählen. In einem nächsten Beratungsgespräch/Untersuchungstermin können sie Erfolg oder Misserfolg überprüfen. Nachteilig ist allerdings nach wie vor, dass die behandelnden Ärzte aus Datenschutzgründen keine Mitteilung darüber erhalten, an welchen Kursen und Beratungsgesprächen der AOK die Versicherten teilgenommen haben.



2.3. Die AOK Baden-Württemberg

Zur erfolgreichen Weiterentwicklung des HQM auf Basis der inzwischen fest etablierten und gut funktionierenden Prozesse und Strukturen setzten die AOK-Hauptverwaltung und die AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein im Mai 2009 neue Schwerpunkte bei der Erledigung ihrer bisher wahrgenommenen Aufgaben. Damit reagiert die AOK auf die sich ändernden Anforderungen im HQM. Waren die ersten Jahre des HQM durch den Aufbau des Modells mit der Einführung von Basisprozessen, z. B. Aufbau Projektorganisation und -kommunikation, Akquise und Beratung Versicherte/Ärzte bzgl. HQM und DMP, Einführung Präventionsdokumentation, Abrechnung, Controlling, Datenmanagement, Projektsteuerung und Evaluation geprägt, treten jetzt die Themen Qualitätsmessung, Versorgungsanalyse und -management sowie Kostensteuerung – im Rahmen der ökonomische Ergebnisverantwortung – in den Vordergrund. Diese Aufgabeteilung hat sich im Jahr 2010 als zielführend herausgestellt und wurde sofort eingeführt.

Die AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein hat 2010 federführend Aufgaben der Kostensteuerung übernommen. Dazu zählen die

- Auswahl von Kostenfeldern (z. B. Hilfsmittel) mit Optimierungspotenzial,
- Entwicklung des Arzt- und Netzbezogenen Controllingberichts für die Kostenfelder *Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Verordnung häuslicher Krankenpflege* und *Haushaltshilfe*,
- Datenerhebung und -aggregation zur Erstellung der arzt- und netzbezogenen Controllingberichte für das erste und zweite Quartal 2010, sowie Versand der Berichte an die Netzmanagerin,
- Vereinbarung von Zielvorgaben mit der QP GmbH unter Einbeziehung von Analyseergebnissen der AOK-Hauptverwaltung,
- Gemeinsame Steuerung der relevanten Kostenfelder mit der QP GmbH,
- Kontinuierliche Rückkopplung der Ergebnisse und Erkenntnisse an die AOK-Hauptverwaltung,
- Unterstützung bei der Implementierung von relevanten HzV-Modulen.

Ihre bisherigen Aufgaben führt sie unvermindert fort:

- Information, Betreuung und Steuerung der HQM-Versicherten,
- Durchführung und Weiterentwicklung der HQM-Aktivprogrammurse,
- Information / Beratung der HQM-Ärzte zum Datenexport (IVM-Portal) und DMP-Potenzial,
- Durchführung von Arbeitsgruppen / Seminaren für Ärzte und Praxisteams,
- Quartalsabrechnung und Vergütung,
- Auswertung von HQM-Daten für das Vertragscontrolling (Fluktuation, DMP, Aktivprogramm) und die Evaluation,
- Führung der Geschäftsstelle des Projektbeirats, insbesondere Vor-/Nachbereitung, Moderation von bzw. Teilnahme an Sitzungen der Projektgremien und Netzkonferenzen.



Demgegenüber setzte die AOK-Hauptverwaltung im Jahr 2010 ihre Schwerpunkte auf die künftig vor allem auf die

- Weiterentwicklung und Verhandlung der Zielvereinbarung für die ökonomische Ergebnisverantwortung unter Einbeziehung der für die Kalkulation der Ergebnisverantwortung zuständigen Stabsstelle Controlling und Analytik der AOK-Hauptverwaltung,
- Abstimmung des HQM-Datenschutzkonzepts und der schriftlichen Einverständniserklärung mit dem Datenschutzbeauftragten zur datenschutzkonformen Umsetzung der ökonomischen Ergebnisverantwortung im HQM,
- Organisation der ersten Sitzung zur Abstimmung der Arzneimittelwirkstoffliste mit Vertretern der beiden Hausarztmodelle HAM und HQM, des AQUA-Instituts und der AOK-Hauptverwaltung,
- Durchführung von Fall-/Kostenanalysen inklusive Morbiditäts- und Versorgungsanalysen zum HQM
- Konzeption innovativer Versorgungsprojekte mit Qualitäts- und Kostenzielen, die von der AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein umgesetzt werden (z. B. Wundmanagement),
- Auswertung der Resultate und Erkenntnisse dieser Versorgungsprojekte,
- Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen in Abstimmung mit der Bezirksdirektion und der QP GmbH,
- Abstimmung und Implementierung von Qualitätsindikatoren zu Indikationen (z. B. Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ II, KHK) und / oder Versorgungsprogrammen,
- Vereinbarung und Messung von Ziel-Werten für Qualitätsindikatoren und Bewertung der Ergebnisse mit der QP GmbH und der Bezirksdirektion,
- Konzeption der Struktur des Evaluations-Endberichts der Prognos AG – Abstimmung mit dem Projekt-Team und dem Evaluator.

Daneben bearbeitete die AOK-Hauptverwaltung – wie bisher – nachfolgende Aufgaben:

- Fortentwicklung und Umsetzung des Projektsteuerungsinstrumentes Balanced Scorecard,
- Weiterentwicklung eines Budgetkalkulationsmodells und eines entsprechenden elektronischen Controllinginstrumentes für die ökonomische Ergebnisverantwortung,
- Bereitstellung von Controlling- und Vergleichsdaten aus den GKV-Routinedaten,
- Beratung der AOK-Bezirksdirektionen und bei Bedarf Hinzuziehung von Experten, z.B. IT-Spezialisten, Juristen, Datenschützer, Beratungsinstitute, Pharmazeuten,
- jährliche Budgetplanung,
- Steuerung der Evaluation, Qualitätssicherung der Ergebnisse und Entwicklung von Verbesserungen zusammen mit den Vertragspartnern,
- Öffentlichkeitsarbeit in Abstimmung mit der QP GmbH,
- Vorbereitung, Moderation von/und Teilnahme an Sitzungen der Projektgremien.

Die in den vergangenen Jahren erzielten Projektergebnisse und – fortschritte, insbesondere in Bezug auf die Informationen zur Versorgungssituation im HQM ermöglicht der AOK Baden-Württemberg nun die oben aufgeführte Verlagerung ihrer Aufgabenschwerpunkte. Sie knüpft daran die Erwartung, zukünftig eine noch bedarfsgerechtere, effektivere und effizientere gesundheitliche Versorgung ihrer HQM-Versicherten zur Verfügung zu stellen.



2.4. Das Netzmanagement

- Betreuung und Unterstützung der am Hausarztmodell (HQM) teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sowie Praxisteams (Ansprechpartnerin für Fragen Netzstruktur, Organisation, wissenschaftliche Begleitung, Abrechnung, Datenanalyse etc.),
- Überprüfung der Kontaktdaten der Praxen,
- Aktualisierung der Homepage,
- Kontaktpflege in Absprache mit der AOK-Bezirksdirektionen Südlicher Oberrhein und Hochrhein- Bodensee,
- Ansprechpartner bei Bedarf für die *Prognos AG*,
- Erstellung des Halbjahres- und Qualitätsberichtes bis 31.3. des Folgejahres (in Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg und der Geschäftsführung der QP GmbH),
- Teilnahme an Projektteam- und Projektbeiratssitzungen,
- Vor- und Nachbearbeitung und Teilnahme an den Netzmanagementsitzungen,
- Vor- und Nachbearbeitung und Teilnahme an den Netzkonferenzen,
- Aufbau und Durchführung des internen operativen Netzmanagements, z.B. Kosten- und Qualitätscontrolling
- Laufendes Controlling und Reporting gemäß HQM-Vertrag (Teilnahme QZ, Umsetzung IQM, Teilnahme an den Netzkonferenzen),
- Erstellung der HQM-Rundbriefe,
- Mithilfe bei Planung von Seminaren für Medizinische Fachangestellte,
- Kontrolle und Aktualisierung der Homepage,
- Mitarbeit bei der Implementierung von Qualitätsindikatoren,
- Mitentwicklung einer Kooperation mit Krankenhäusern, Rehakliniken und sonstigen Vertragspartnern,
- Abstimmung und Überprüfung der Balanced Scorecard,
- Controlling im Rahmen der Budgetsteuerung.

Andere Bereiche, wie die technische Pflege der Homepage, die Kontrolle über die Datenlieferung sowie deren Auswertung wurden der *Gesellschaft für empirische Beratung (GEB)* übertragen.

Die Teilnahme an und die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen auf allen Organisationsebenen, die Weitergabe von Informationen an die HQM-Ärzte, sei es telefonisch, per Rundbrief oder über die Homepage machte einen großen Teil der Tätigkeit des Netzmanagements aus. Die Erläuterung von zu erbringenden Aufgaben der Ärzte, Unterstützung beim Datenexport bzw. der Meldung der Qualitätszirkel in ca. 300 Telefonaten, rund 500 E-Mails, Mailings und zahlreichen Praxisbesuchen stellte ein weiteres umfassendes Aufgabenspektrum dar. Dasselbe gilt für die Erstellung des Halbjahresberichtes 2010 und des Qualitätsberichtes 2010, bestehend aus dem Zusammentragen, der Verarbeitung und Darstellung wichtiger Daten im Modell.



3. Information und Kommunikation im HQM

3.1. Kommunikationswege

Wichtigstes Kommunikationsmedium stellen die drei Netzkonferenzen dar, auf denen über alle Neuerungen und Entwicklungen berichtet wird. Im Jahr 2010 gab es neben wissenschaftlichen Vorträgen zu medizinischen Themen aktuelle Informationen aus der Versorgungsforschung im ambulanten hausärztlichen Bereich (HzV) und Erläuterungen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen (Kodierrichtlinien). Die Netzkonferenz gilt bei den Hausärzten als wichtiges Diskussionsforum, bei dem alle Teilnehmer Kritik oder Anregungen äußern können. Diese Anregungen werden aufgegriffen und es wird nach Verbesserungen gesucht.

Darüber hinaus werden im HQM-Südbaden andere Kommunikationsmittel wie zum Beispiel Email, Fax, Telefon, Postversand, Internet, Homepage (www.hqm-suedbaden.de) verwendet. Alle Ärzte nutzen regelmäßig Email für den Informationsabruf zum Hausarztmodell. Der passwortgeschützte interne Bereich der Homepage wurde für die Meldung von Qualitätszirkeln, Beteiligung an Umfragen und Zugriff auf Informationen genutzt. Weiterhin fand eine hohe Zahl an Praxisbesuchen sowie Telefonaten durch die Netzmanagerin und durch die Mitarbeiter der AOK-Bezirksdirektionen statt. Gründe für die Praxisbesuche waren: bessere und nachhaltigere Unterstützung bei Praxisbelangen wie zum Beispiel Internes Qualitätsmanagement, Beratungen zum HzV, Qualitätszirkelteilnahmen, DMP, Fragen zur Vergütung, zu den Arztberichten oder zum IVM-Portal. Die erbrachte Hilfestellung wurde vom Praxispersonal sowie von den HQM-Ärzten als positiv eingestuft.

3.2. Der HQM-Rundbrief

Neben der Netzkonferenz stellt der monatlich erscheinende Rundbrief das wichtigste Kommunikationsmittel innerhalb des Ärztenetzes dar. Dieser wird vom Netzmanagement verfasst und soll die Praxen zeitnah mit wichtigen Informationen versorgen, Entscheidungen des Projektteams oder Projektbeirats transparent machen und an wichtige Termine erinnern.

Im Jahr 2010 wurden 10 Rundbriefe (Nr. 51 bis Nr. 60) per E-Mail an die HQM-Ärzte verschickt. Folgende Themen wurden behandelt:

- IVM-Portal und Datenexport,
- Teilnahme an Qualitätszirkeln,
- Einführung und Umsetzung des internen Qualitätsmanagements,
- Informationen zu den Netzkonferenzen,
- Vertragliche Verpflichtungen,
- Aktivprogramm,
- Einführung der Leitlinie *Rhinosinusitis*,
- Informationen über die Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum,
- Informationen zum Thema ökonomische Ergebnisverantwortung.



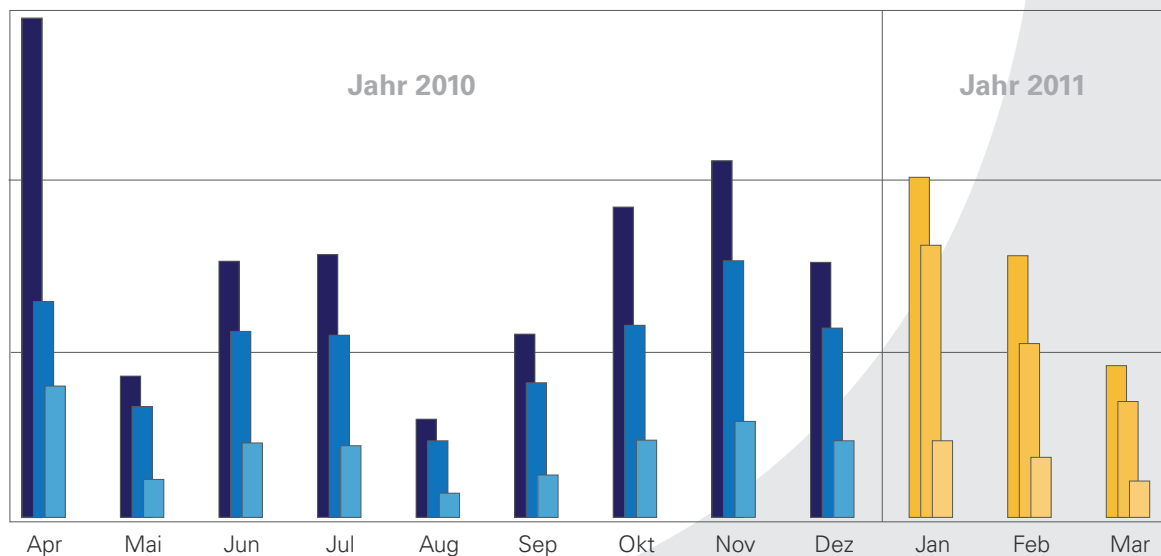
3.3. Die Homepage

Das Hausarztmodell HQM-Südbaden präsentiert sich seit 5 Jahren mit einer eigenen Homepage im Internet www.hqm-suedbaden.de. Im Jahr 2008 wurde die Pflege der Homepage von der GEB übernommen. Die Homepage bekam ein neues „Gesicht“, d.h. ein moderneres Layout; die übersichtlichere Struktur war bereits im vorhergehenden Jahr geschaffen worden. Alle wichtigen Informationen (Vertragsergänzungen, Vorträge auf Netzkonferenzen, alle Rundbriefe) sind im internen Bereich der Homepage zu finden. Außerdem war es den Ärzten durch einen eigenen Zugangscode möglich, die von ihnen besuchten Qualitätszirkel elektronisch direkt in ein Online-Formular einzugeben.

Weiterhin wurde auf der Homepage ein schwarzes Brett geschaffen, das elektronisch den Austausch von Informationen untereinander ermöglichen sollte. Diese Form des Informationsaustausches wurde jedoch sehr wenig genutzt.

Im Gegensatz dazu wurden viele Informationen zum HQM über die Homepage erfragt. Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum vom 1.4.2010 bis 31.3.2011. In dieser Zeit wurde die Homepage 5.212 Mal aufgerufen. Es wurde auf 12874 Seiten zugegriffen und 49.803 Informationen abgerufen. Nachfolgende Grafik zeigt, dass die meisten Besuche auf der Homepage im Juni, November 2010 und Januar 2011 erfolgten.

Zusammenfassung der Anfragen an www.hqm-suedbaden.de



Quelle: GEB GmbH



Die weitere Auswertung der Zugriffstatistik ergab, dass die meisten Besucher über den Navigationspunkt HQM-Praxen Informationen zu einzelnen Ärzten suchten. Im Unterpunkt Wissenswertes wurde der Häufigkeit nach auf die verschiedenen Qualitätsberichte und auf die Kurstermine für die AOK-Aktivprogramme zugegriffen. Am häufigsten gelangten Besucher auf die Homepage, indem sie HQM-Südbaden in die jeweilige Suchmaschine eingaben.

3.4. Die Medizinische Dokumentation

In den HQM-Praxen werden mit Hilfe des IVM-Portals der Firma DOCexpert seit 2006 die erforderlichen medizinischen Dokumentationen nach einem festgelegten Zeitrhythmus elektronisch erfasst.

Für die Auswertung dieser Dokumentationsbögen wurde die *Gesellschaft für empirische Beratung (GEB)* in Denzlingen verpflichtet. Seit 1.7.2008 können die DMP-Dokumentationen nur mehr elektronisch erfasst werden. Dies betrifft folgende Dokumentationsbögen:

- Erhebungsbogen Prävention,
- Präventionsplan (zur Dokumentation der Primär- und Sekundärprävention),
- DMP-Bögen (Diabetes mellitus Typ I und II, KHK, Asthma, COPD),
- Ergänzungsbögen zu den DMP-Bögen KHK; Diabetes mellitus Typ I und II; Asthma/COPD,
- E-DMP-Bögen zu Diabetes, Asthma und COPD.

Erhobene Dokumentationsbögen (Erhebungsbögen Prävention und DMP-Dokumentation)

	2006/2007	2008	2009	2010
Anzahl der Dokumentationsbögen	19.274	26.380	20.595	17.113

Quelle *GEB GmbH*

Anmerkung: Bei der Anzahl der gelieferten Dokumentationen für das Jahr 2010 sind die in Papierform gelieferten Bögen noch nicht einbezogen.

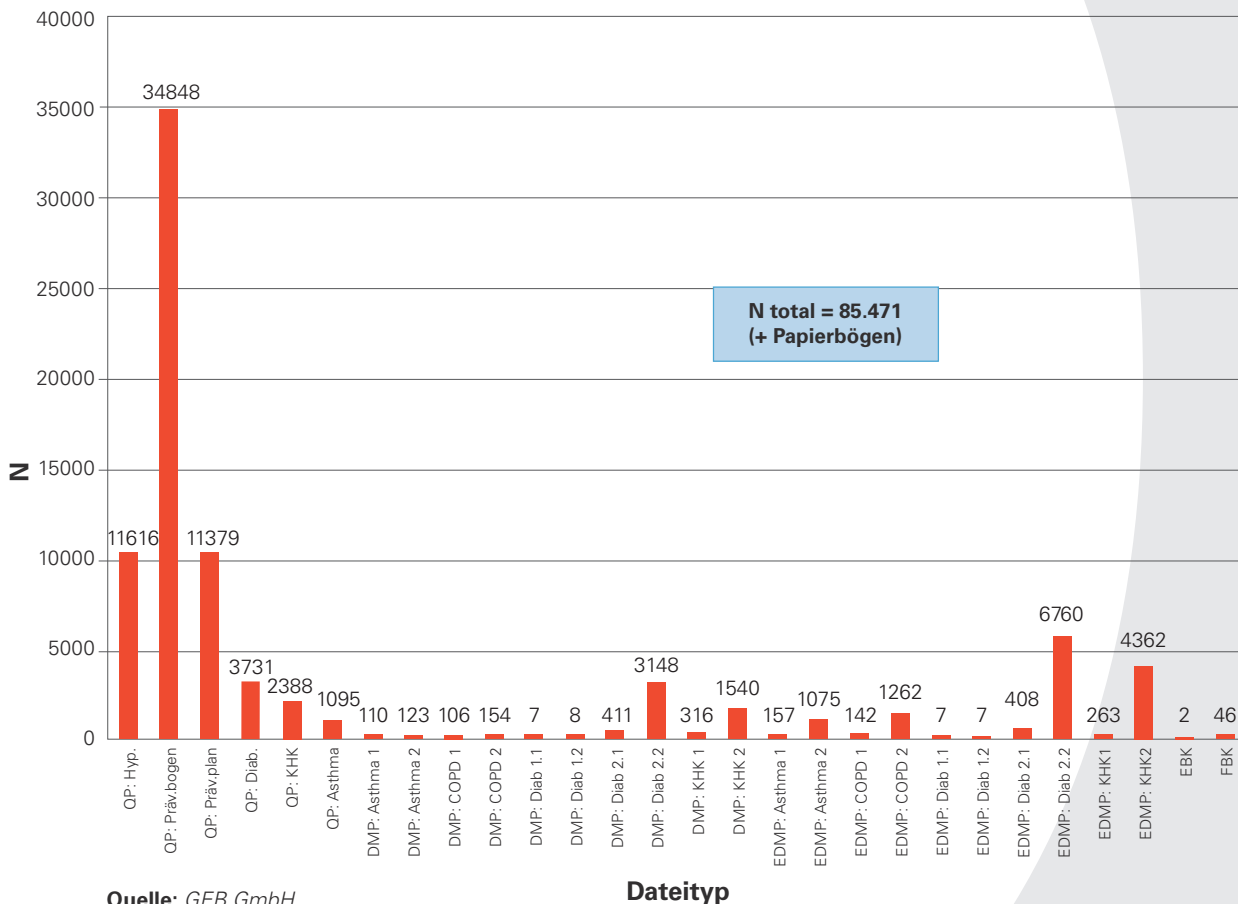
Im Jahr 2010 lieferten die Praxen 17.113 Bögen in elektronischer Form. Insgesamt wurden bis Ende 2010 83.362 Bögen geliefert, davon 37.245 Erst- und Folgerhebungsbögen Prävention. Die HQM-Ärzte und Ärztinnen stellten im gleichen Zeitraum insgesamt 10.552 Präventionspläne aus.

Alle HQM-Ärzte wurden verpflichtet, ihre Dokumentationen für das Jahr 2010 bis zum 31.01.2010 abzuschließen und der *GEB* bis spätestens 15.2.2011 für das Einlesen in die HQM-Datenbank zuzusenden. Alle Praxen lieferten ihre Daten für das Jahr 2010 fristgerecht. Die Erhebungsbögen Prävention und die Präventionspläne waren für die *GEB* meist entschlüsselbar; bei der Lesbarkeit der DMP-Daten gab es in vielen Praxen Probleme, da die Daten entschlüsselt und wieder neu verschlüsselt werden mussten. Da Praxen mit unterschiedlichen Softwaresystemen arbeiten, wurde für die Datenerfassung und den Datenexport das IVM-Portal von DocExpert gewählt. Im IVM-Portal tauchten viele



Probleme auf, die von der Hotline nicht zufriedenstellend gelöst wurden. Dies führte zu sehr vielen Nachfragen von Praxen, zur Notwendigkeit Daten wiederholt neu zu exportieren und zu erheblichem Unmut bei vielen Praxisteams. Manche Praxen lieferten daher nach wie vor Papierbögen. Diese werden von der GEB gegen eine Gebühr manuell eingegeben.

Alle HQM Dateien nach Dateityp (Stand 20.03.2011)



Quelle: GEB GmbH

Dateityp

Im Jahr 2010 wurde bezüglich der Datenlieferung für alle Praxen eine Prüfung der Plausibilität durchgeführt. Dazu wurde die Anzahl der im Modell eingeschriebenen Patienten zu der Anzahl der gelieferten Präventionsbögen, Präventionspläne und DMP-Dokumentationen in Beziehung gesetzt. Die Praxen bekamen die Anzahl der gelieferten Bögen von der GEB zurückgemeldet. Sie konnten auf diese Weise überprüfen, ob sie wirklich alle Bögen exportiert hatten. Wenn nach der Rückmeldung die Inkonsistenz zu groß war, wurde ein Teil der Vergütung einbehalten. Davon wurden die Praxen brieflich in Kenntnis gesetzt.

Die Plausibilitätsprüfung der von den Praxen im Jahr 2009 gelieferten Präventionserhebungsbögen ergab bei zwei Praxen erhebliche Mängel. Bei diesen Praxen wurde gemäß dem Projektbeiratsbeschluss vom 22.7.2009 für das Jahr 2010 eine Pauschale von 5€ pro Quartal und Versichertem einbehalten. Insgesamt wurden für nicht vollständige Datenlieferungen 9.140€ einbehalten.



4. Controlling

4.1 Balanced Scorecard

Im Jahr 2007 ersetzte eine Balanced Scorecard (BSC), den HQM-Aufgabenplan als Strategie- und Controlling-Instrument. Das BSC-Controlling erhebt die Zielerreichungsgrade (ZEG) der fünf BSC-Perspektiven der HQM-BSC und berechnet daraus einen Gesamt-Zielerreichungsgrad der HQM-BSC. Die Bewertung der Zielerreichungsgrade erfolgt über ein Ampel-System und veranschaulicht dadurch die Bewertung.

Bewertung der Zielerreichung aller BSC-Ziele 2010 im HQM

Nr.	Perspektive	ZEG (Zielerreichungsgrad)	Bewertung
1	AOK Versicherte (Kundenperspektive) – Was erwartet der Kunde?	71 %	
2	Entwicklung/ Mitarbeiter (Potentialperspektive) – Welche Potentialziele müssen erreicht werden?	67 %	
3	Prozessperspektive – Welche Prozesse sind zu implementieren?	62 %	
4	Finanzperspektive – Welche finanziellen Ziele sind zu erreichen?	84 %	
5	Leistungserbringerperspektive – Welche Ziele sind gemeinsam mit den Vertragspartnern zu erreichen?	100 %	
Gesamtbewertung		77 %	

Quelle: Daten der AOK Baden-Württemberg und der QP GmbH

Erläuterung: rot: $x < 50 \%$
 gelb: $50 \% < x < 75 \%$
 grün: $x > 75 \%$

Bewertung: Bei der Kundenperspektive wurden die Ziele nur mit 71 % erreicht. Die Mitarbeiterperspektive wurde mit 67 % die Prozess-Perspektive mit 62 % erfüllt. Die Leistungserbringerperspektive war mit 100 % gut erfüllt. Die Ziele der Finanzperspektive konnten mit 84 % erreicht werden. Mit einem Gesamt-ZEG von 77 % ist der Erfüllungsgrad für die BSC-Ziele erfüllt. Die Balanced Scorecard erreicht damit eine grüne Ampel und liegt 1 % unter dem Zielerreichungsgrad des Jahres 2009. Das gute Ergebnis ist auf die vorliegenden guten Daten bei den DMP-Einschreibungen und auf die positive Einschätzung des HQM bei den Ärzten (Leistungserbringer) zurückzuführen.



4.2 Qualitätsindikatoren

Die teilnehmenden HQM-Ärzte und die QP GmbH verpflichteten sich, die geleistete Versorgungsqualität im Rahmen von geeigneten, weitgehend evidenzbasierten und auf Modellebene aggregierten *Qualitätsindikatoren (QI)* aufzuzeigen (s. a. HQM-Vertrag, S. 19).

Das Konzept zur Implementierung der *Qualitätsindikatoren* wurde bereits 2006 vom Projektbeirat genehmigt. Die QI stellen einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Ergebnismessung dar. Während die *Allgemeinen QI* die Versicherten- und Ärztefluktuation die Teilnahme der Ärzte an Netzkonferenzen und Qualitätszirkel messen, befassen sich die jährlich erhobenen *Präventions QI* mit der Wirksamkeit der Präventionsempfehlungen, die *Krankheitsbezogenen QI* mit der Entwicklung der Morbidität. Die *Qualitätsindikatoren* wurden stufenweise eingeführt.

Da aufgrund des Wechsels der DMP-Bögen in Papierform zum E-DMP im Juli 2008 zum Teil unterschiedliche Daten erhoben wurden, ist es schwierig für alle Qualitätsindikatoren valide Werte zu erhalten. Daher wird im Jahr 2011 die Datenbasis in Zusammenarbeit mit der *GEB* noch einmal überprüft.

Neu hinzugekommen sind:

- *Pharmakotherapie-Qualitätsindikatoren*

In Zusammenarbeit mit dem *Hausarztmodell Rhein-Neckar*, dem *AQUA-Institut* und Pharmazeuten der AOK Hauptverwaltung wurden wissenschaftliche Informationen zu einer Wirkstoffliste (Positivliste, Netzliste) zusammengetragen und ausgewertet. Sie soll im Jahr 2011 abgeschlossen und beiden Netzen zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus erhalten die HQM-Ärzte quartalsweise Kurzberichte über ihren Verordnungsanteil an der Wirkstoffliste auch in Vergleich zum Gesamtnetz.

4.3 Ergebnisverantwortung

Im Vertrag HQM-Südbaden wurde die „gemeinsame Einführung sowohl einer ökonomischen als auch einer medizinischen Ergebnisverantwortung“ (I.1.5) vereinbart. Zu diesem Zweck sollten Zielvereinbarungen für die veranlassten Leistungssektoren geschlossen und die Umsetzung mit Hilfe von Controlling-Berichten regelmäßig gemessen werden.

Dazu mussten drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. ein umfassendes Datenschutzkonzept musste erarbeitet werden; das ermöglicht den Ärzten die relevanten AOK-Daten zur Verfügung zu stellen, ohne Rückschlüsse auf Patienten zuzulassen,
2. eine valide Berechnungsgrundlage für die Ist- und Soll-Kosten,
3. eine Einverständniserklärung jeden Arztes zur Weitergabe und Verarbeitung seiner Verordnungs- und Diagnosedaten sollte vorliegen.



Nach Genehmigung des Datenschutzkonzepts und Vorliegen der Einverständniserklärungen im Jahr 2010 konnten die Arztberichte für ausgewählte Kostenfelder erstellt werden und zwar sowohl auf Netzebene (aggregierte Daten für das gesamte HQM-Netz) als auch für jeden Arzt individuell.

Die netz- und arztbezogenen Ist-Kosten wurden getrennt nach Kostenfeldern durch die ITSCare der AOK Hauptverwaltung erhoben und in aufwändiger Arbeit von Frau Höckh (AOK Hauptverwaltung) aggregiert. Sie wurden dann pseudonomisiert dem Netzmanagement zur Verfügung gestellt. Außerdem stellte die AOK-BD Südlicher Oberrhein (Herr Kroiber) die entsprechenden Daten für die Region zusammen.

Folgende Kostenfelder wurden analysiert:

- Gesamtkosten pro HQM-Patient (wurde den Ärzten nicht zur Verfügung gestellt),
- Ausgaben für Arzneimittel,
- Kosten für Krankenhausaufenthalte (wurde den Ärzten nicht zur Verfügung gestellt),
- Kosten für die Verordnung von Heilmitteln,
- Kosten für die Verordnung von Hilfsmitteln,
- Kosten für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege,
- Kosten für Haushaltshilfe.

Im Dezember 2010 erhielt jeder HQM-Arzt einen Überblick über die Kosten, die er – entsprechend der obigen Auflistung für Quartal I und II 2010 – für seine HQM-Patienten veranlasst hatte. Diese Angaben sollten zur Information dienen. Die Ärzte wurden aufgefordert, sich mit den zur Verfügung gestellten Daten auseinanderzusetzen und sie bei Bedarf in ihren Qualitätszirkeln zu diskutieren. Das Netzmanagement und die AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein standen für Nachfragen zur Verfügung. Um eine größere Transparenz über das Leistungs- und Ausgabengeschehen zu erhalten wurden den individuellen Arztberichten die Vergleichszahlen aus dem Netz gegenübergestellt.

Als Zeitraum für die ökonomische Ergebnisverantwortung wurde der 1.1.2011 – 31.12.2011 festgelegt. Die Einsparungen, die die HQM-Ärzte in diesem Zeitraum erzielen, sollen nach Eingang aller Abrechnungen im 3. Quartal 2012 auf der Basis der Zuweisungen aus dem zugewiesenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berechnet werden. Gegebenenfalls erzielte Gewinne werden zwischen der AOK Baden-Württemberg und den Ärzten, die ihr Einverständnis erklärt haben, nach dem Schlüssel 55:45 aufgeteilt. Die Gewinnsumme ist für die HQM-Ärzte auf maximal 450.000 € begrenzt. Eventuelle Kostensteigerungen haben keine negativen finanziellen Auswirkungen für die Vertragspartner.

Ende 2011 hatten 73 von 74 Berufsausübungsgemeinschaften, 14 von 15 Einzelpraxen, 101 der 104 HQM-Ärzte die Einwilligungserklärung unterschrieben und bekamen ihre Daten per Post zugesandt.



5. Stärken-/Schwächen-Analyse

Stärken

- Als Pilot- und Leuchtturmprojekt ist das HQM-Modell Vorreiter für Modelle zur hausarztzentrierten Versorgung. Erfahrungen mit diesem Modell können die Basis für zukünftige oder bereits bestehende Modelle (z.B. HzV) bilden.
- Im Jahr 2010 wurde die Berechnungsgrundlage geschaffen um mit dem Modell in Modellphase III einzutreten. Die Datenbasis für die Berechnungen für Ausgaben im Bereich der *Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, häusliche Krankenpflege* wurde geschaffen, Datenschutzauflagen ausgearbeitet und umgesetzt. Die entsprechenden Daten wurden in einem aufwändigen Verfahren sowohl von der AOK-HV in Stuttgart als auch von der AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein errechnet. Die Vertragspartner verständigten sich auf ein Modell, bei dem Einsparungen aufgrund der ökonomischen Ergebnisverantwortung durch die Ärzte zwischen den HQM-Ärzten und der AOK aufgeteilt werden sollten, nach dem Schlüssel 55 % / 45 %.
- Die Einverständniserklärung zur Freigabe von *Controlling- und Steuerungsdaten im Rahmen der ökonomischen Ergebnisverantwortung im HQM-Südbaden* wurde nach intensiver Überzeugungsarbeit (auf Netzkonferenzen und in persönlichen Gesprächen durch das Netzmanagement) von 98 % der teilnehmenden Ärzte unterzeichnet.
- Im Dezember 2010 ging den HQM-Ärzten erstmalig eine Übersicht über die von ihnen veranlassten Ausgaben in Quartal I und II 2010 zur Überprüfung zu.
- Die Arbeitsgruppe *Hilfsmittel* erarbeitete Tipps zur sinnvollen und ökonomischen Verordnung von Hilfsmitteln, die sie den HQM-Ärzten zur Verfügung stellte. Dabei wurde sie von Experten der AOK unterstützt.
- Die Arbeitsgruppe *Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern* erarbeitete gemeinsam mit der Uniklinik einen „Beschwerdebogen“ den die Ärzte bei Problemen direkt an die Klinik senden können. Dort versucht man, das Problem zeitnah zu lösen.
- Die positiven Erfahrungen der HQM-Ärzte mit dem Hausarztmodell bewog im Jahr 2010 erheblich mehr Ärzte (69 %) in den AOK-Bezirksdirektionen Südlicher Oberrhein und Hochrhein-Bodensee sich in den HzV-Vertrag einzuschreiben als der Durchschnitt der übrigen Ärzte in der Region, der bei 31 % liegt. Im gesamten Bundesland Baden-Württemberg beträgt die Einschreibung in den hausarztzentrierten Vertrag der AOK 45 %. Gespräche mit Praxisinhabern ergaben dass die berechenbare und gesicherte Vergütung für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten ebenso wie der HzV-Verordnungsspiegel auf positive Resonanz stößt.
- Die hohe Anzahl von Ärzten, die regelmäßig an den Netzkonferenzen teilnehmen, zeigt, dass sie als wichtiges Forum zur Kommunikation untereinander und zur Übermittlung von Informationen und Neuerungen im Modell genutzt werden. Die lebhaften Diskussionen zu einzelnen Beiträgen machen das Engagement der Ärzte deutlich. Die Protokolle der Konferenzen werden zeitnah verschickt, die Beiträge sind nach wenigen Tagen auf der Homepage abrufbar.
- Die aktive Teilnahme an hausärztlichen Qualitätszirkeln dient nicht nur dem kollegialen Austausch; die Auswertung der in Qualitätszirkeln behandelten Themen zeigt, dass zunehmend



gezielt Themen besprochen werden, die HQM- oder HzV-spezifisch sind, (z.B. die neu implementierten Leitlinien). Die Qualitätszirkel sind Fortbildungseinrichtungen, die gewährleisten, dass die teilnehmenden Hausärzte auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sind.

- Die monatlichen Rundbriefe und die ständig aktualisierte Homepage ermöglichen den Ärzten im Modell einen schnellen Zugriff auf alle wichtigen und aktuellen Informationen. Auch die Erreichbarkeit des Netzmanagements bzw. der AOK-Mitarbeiter durch Telefon, Fax oder E-Mail ermöglichen eine rasche Reaktion auf Fragen und eine unbürokratische Lösung von Problemen. Diese Kommunikationsmöglichkeiten leisten einen Beitrag zu größerer Transparenz im Modell und stärken das Vertrauen zwischen den Vertragspartnern.
- Bereits im Jahr 2008 hatten alle im Modell eingeschriebenen Praxen einen vollständigen Qualitätsmanagement-Zyklus durchlaufen. Der zweite Durchlauf, der im Jahr 2009 mit Selbstbewertungsbogen der Praxen, Mitarbeiterbefragung und Patientenbefragung begann, endet im Jahr 2011 mit einem Folgeaudit. Dies entspricht einer Rezertifizierung der jeweiligen Praxis. Die Befragungen wurden von erfahrenen Auditoren entworfen und umfassen Fragen zu allen wichtigen Aspekten und Abläufen einer zeitgemäßen Praxisführung. Alle Befragungen sind nach statistisch validen Kriterien aufgebaut. Die Bewertungen werden von der *Gesellschaft für empirische Beratung* ausgewertet und den Praxen schriftlich übermittelt. Hier konnte jede Praxis ihr Abschneiden im Vergleich zu den anderen Praxen im Modell vergleichen. Der zweite Durchlauf ermöglichte sowohl eine Analyse der Entwicklung der eigenen Praxis als auch Hinweise auf zukünftige Verbesserungspotentiale.
- Die Einschreibung chronisch kranker Patienten in strukturierte Disease-Management-Programme, vor allem in das DMP-Programm Asthma/COPD konnte 2010 erneut gesteigert werden. Außerdem schrieben die HQM-Ärzte 25 Prozentpunkte mehr Versicherte in DMPs ein als andere Arztkollegen in der Region und 21 Prozentpunkte mehr als in ganz Baden-Württemberg.
- Die im Vergleich zu nicht ins HQM eingeschriebenen Versicherten höhere Teilnahmequote an Gesundheitsangeboten zeigt den Erfolg der Maßnahmen zur Prävention. Er ist auf die konsequente Präventionsberatung durch die HQM-Ärzte und die passenden Präventionsangebote der AOK Bezirksdirektionen zurückzuführen.
- Die Zusammenarbeit zwischen der AOK, den HQM-Praxen und dem Netzmanagement ist konstruktiv. Durch die gemeinsame Arbeit im Projekt, in Arbeitsgruppen, Workshops und Informationsveranstaltungen entstand ein Vertrauensverhältnis zwischen den Vertragspartnern, das sich durch die gewachsenen Strukturen in den letzten Jahren mehr und mehr etabliert hat. So funktioniert die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen der QP GmbH, der AOK Baden-Württemberg und dem Netzmanagement schnell und effektiv. Um ein reibungsloses „Tagesgeschäft“ zu gewährleisten, werden die vorhandenen Strukturen und Elemente regelmäßig überprüft und angepasst.
- Während der (monatlich stattfindenden) straff organisierten Netzmanagementsitzungen werden anstehende Aufgaben, Termine und Aktionen geplant. Die Teilnehmer benennen und analysieren die Probleme und erarbeiten Lösungsmöglichkeiten. Aufgaben werden verteilt und protokolliert, ihre Durchführung wird anhand der vorhergehenden Protokolle kontrolliert. Die AOK-Hauptverwaltung bereitet die Projektteamsitzungen detailliert vor.
- In den gut vorbereiteten und organisierten Projektteamsitzungen werden strategische Konzepte entwickelt, ihre Durchführung überprüft und zur Entscheidung in den Projektbeirat weitergeleitet. Die Sitzungsergebnisse und Informationen werden zeitnah im Rundbrief an die Arztpraxen kommuniziert.



Schwächen

- Da es sich um ein Modellprojekt handelt, entstehen viele Situationen (Präzedenzfälle), die nicht vorhergesehen werden können und für die erst juristisch nicht anfechtbare Lösungen erarbeitet werden müssen. So dauert es oftmals lange, bevor Sanktionen vom Projektbeirat beschlossen und umgesetzt werden können.
- Nach wie vor bestehen Probleme beim Datenexport aus dem IVM-Portal. Sie verzögern die für das Jahr 2010 die vereinbarte vollständige Lieferung von Befunddaten, so dass die Befunddatenerhebung für die QI erst im Jahr 2011 erfolgen konnte. Vor allem der Export von DMP-Daten (Daten müssen erst entschlüsselt und anschließend neu verschlüsselt werden) ist sehr unbefriedigend. Die Daten können von der GEB oft nicht entschlüsselt werden. Dies erschwert die zeitnahe Kalkulation der Ist-Werte der Qualitätsindikatoren im darauffolgenden Jahr ebenso wie die Festlegung neuer Ziel-Werte und verkürzt damit auch den Handlungszeitraum für die Versorgungssteuerung.
- Es gelang noch nicht abschließend zu klären, welche Datenbasis für die Qualitätsindikatoren gültig ist. Daher war es nur zum Teil möglich verbindliche Ist-Werte zu ermitteln und Zielwerte entsprechend festzulegen. Daher konnte noch kein Feedback-Bericht zu den Präventions-QI erstellt werden.
- Während der Großteil der Ärzte und Ärztinnen sich mit dem Modell identifiziert und konstruktiv mitarbeitet, gibt es einen kleineren Teil, der die Vorgaben unzureichend erfüllt. Die Diskussion um das geeignete Vorgehen, die Festlegung und Durchsetzung von Sanktionen beansprucht viel Zeit.
- Einige Ärzte lesen die Rundbriefe nicht regelmäßig oder geben die darin enthaltenen Informationen nicht an ihre Mitarbeiterinnen weiter. Diese werden in manchen Praxen bei Schwierigkeiten (z. B. Datenexport) von den Praxisinhabern nicht ausreichend unterstützt. Es bedarf dann vieler Telefonate und Gespräche durch das Netzmanagement um die anstehenden Fragen und Probleme zu klären. Diese Zeit fehlt um innovative Ansätze zu entwickeln oder fortzuführen.
- Die Vergütungsstruktur des HQM-Modells ist so angelegt, dass die Vergütung zunächst ausbezahlt und erst bei Nichteinhaltung von Vertragsbestandteilen wieder abgezogen wird. Dies führt häufig zu Unmut bei den HQM-Ärzten.



6. Fazit

Im Jahr 2010 haben sich die meisten Strukturen und Abläufe im Modell fest etabliert. Die Sitzungen laufen auf allen Organisationsebenen effektiv ab, eine gewisse Routine bestimmt auch die Arbeitsabläufe. Die Kooperationspartner arbeiten Hand in Hand, die Zusammenarbeit ist konstruktiv und vertrauensvoll. Die meisten Ärzte identifizieren sich mit dem Netz und wissen über Abläufe und Termine Bescheid.

Lag in den ersten Jahren der Schwerpunkt der Arbeit für alle Akteure und Kooperationspartner darauf, effektive Strukturen und sinnvolle Abläufe im Modell zu schaffen, funktionierende Kommunikationsformen und -wege zu entwickeln, Vertrauen aufzubauen, eine Datenbasis zu etablieren und Parameter für eine Messung der medizinischen Ergebnisqualität zu definieren, Kennzahlen zu erheben, die zu Steuerungszwecken eingesetzt (Qualitätsindikatoren) werden sollten, so wurden im Jahr 2010 die Voraussetzungen für eine ökonomische Ergebnisverantwortung geschaffen. Ziel war (und ist), durch Offenlegung der Höhe der von jeder einzelnen Praxis veranlassten Ausgaben in einzelnen Kostenfeldern Transparenz über die Kosten zu schaffen. Dies ist die Voraussetzung für jede Praxis, sich ihrer Verantwortung für das Budget bewusst zu werden. Die gelieferten Informationen sollten die Ärzte dabei unterstützen, ihre Ausgaben zu analysieren, die Notwendigkeit der verursachten Kosten zu überprüfen und gegebenenfalls Einsparungen vorzunehmen.

Das Projektteam erarbeitete im Verlauf des Jahres 2010 eine *Zielvereinbarung zur ökonomischen Ergebnisverantwortung*. Auf der Basis eines Kalkulationsmodells, das sich am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (*Morbi-RSA*) orientiert, wurde ein HQM-Budget ausgewiesen (Sollgröße), das ein Großteil der ärztlicherseits veranlassten Leistungssektoren umfasst. Nach Genehmigung eines umfassenden Datenschutzkonzepts erhielten die HQM-Ärzte eine *Einverständniserklärung zur Freigabe von Controlling- und Steuerungsdaten im Rahmen der ökonomischen Ergebnisverantwortung im HQM-Südbaden* mit Bitte um Unterzeichnung. Im Dezember hatten 98 % der HQM-Praxen die Erklärung unterzeichnet und erhielten, nach Kostenfeldern aufgliedert, Daten zu den von ihnen veranlassten medizinischen Leistungen. An den Einsparungen, die an den Zuweisungen aus dem *Morbi-RSA* gemessen werden sollten, werden sie mit 45 %, maximal mit 450.000 € beteiligt. Sollten keine Einsparungen möglich sein, entstehen den Ärzten keine finanziellen Nachteile.

Im Rahmen mehrerer Netzkonferenzen wurden die HQM-Ärzte auch darauf hingewiesen, dass nicht nur Einsparungen bei Verordnungen, sondern auch das gründliche Kodieren von Diagnosen, insbesondere bei chronisch kranken, multimorbiden Patienten zum wirtschaftlichen Erfolg des Modells beiträgt, da sich durch richtiges Kodieren auch die Einnahmenseite in Form von höheren Zuweisungen aus dem *Morbi RSA* verbessert. Insgesamt nahm das Thema Budgetverantwortung im Jahr 2010 eine zentrale Position ein. Ein Beteiligungsmodell, das Einsparungen belohnt, erscheint nach ersten Erfahrungen für die Zukunft erfolgversprechend.



7. Ausblick 2011

Für das Jahr 2011 sind folgende Aktivitäten geplant:

- **Überprüfung der Daten aus dem IVM-Portal**

Jede HQM-Praxis bekommt von der *GEB* eine Aufstellung der gelieferten Dokumentationsbögen zugeschickt. Damit kann sie vergleichen, ob die Anzahl der in der eigenen EDV dokumentierten Daten mit der Anzahl der von der *GEB* ausgewerteten Dokumentationsbögen übereinstimmt. Die Bögen werden vom Netzmanagement auf ihre Plausibilität hin überprüft.

- **Datenerhebung**

Auch im Jahr 2011 werden die Praxen wieder Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen bei ihren Patienten durchführen, die ermittelten Werte in die entsprechenden Dokumentationsbögen eintragen und diese zur Befunddatenanalyse elektronisch an die *GEB* übermitteln.

- **Fortschreibung der Qualitätsindikatoren**

Nachdem im Jahr 2010 erhebliche Inkonsistenzen bei der den *krankeitsbezogenen Qualitätsindikatoren* zugrunde liegenden Datenbasis entdeckt wurden, müssen diese Fragen geklärt werden, um zu validen Werten zu kommen. Nachdem die Basis klar ist, werden die Ist-Werte für die *Präventions-Qualitätsindikatoren* und für die *krankeitsbezogenen Qualitätsindikatoren* erhoben und Zielwerte bestimmt.

- **Pharmakotherapieindikatoren**

In Zusammenarbeit mit dem Hausarztmodell Rhein-Neckar, dem *AQUA-Institut* und Pharmazeuten der AOK soll nach wissenschaftlichen Kriterien eine Arzneimittel- und Wirkstoffliste abgestimmt und im Netz implementiert werden. Ein Controlling misst, ob oder in welchem Umfang Wirkstoffe aus dieser Liste von den Ärzten verordnet werden.

- **Implementierung einer Leitlinie und Aufarbeitung in Qualitätszirkeln**

Im Jahr 2011 wird die *DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz* implementiert und auf einer Netzkonferenz vorgestellt. Ihre Umsetzung wird in den Qualitätszirkeln diskutiert.

- **Weiterentwicklung des Internen Qualitätsmanagement**

Nach Auswertung einer zweiten Selbstbewertung (*Self Assessment*), einer Patientenbefragung und einer Mitarbeiterbefragung durch die *GEB* werden im Laufe des Jahres 2011 in allen Praxen Folgeaudits stattfinden. Sie überprüfen, ob die Praxen an der Verbesserung ihrer Qualitätsstandards gearbeitet haben.

- **Arbeitsgruppen**

Die AG *Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern* wird ihre Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik und das Projekt auch mit anderen regionalen Krankenhäusern fortführen. Die AG legt ihren Schwerpunkt zunächst auf die Zusammenarbeit mit der Uniklinik.

- **Umfrage bei HQM-Ärzten**

Im Juni 2011 wird eine erneute Online-Umfrage zur Beurteilung des HQM-Modells bei allen HQM-Ärzten durchgeführt.



■ **Ergebnisverantwortung**

Die HQM-Praxen werden die Daten für die von ihnen veranlassten Kosten und Leistungen jedes Quartal vom Netzmanagement erhalten. Mit „Vielverordnern“ werden Gespräche geführt. Es werden Beratungen angeboten. Die Erfahrungen aus dem Prozess der Budgetverantwortung werden ausgewertet und dokumentiert. Die Ergebnisse werden der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

■ **Analyse des HQM-Modells**

Alle Projektbeteiligten werden eine Stärken-Schwächenanalyse des Modells über die gesamte Laufzeit durchführen. Der Evaluations-Endbericht der *Prognos-AG* wird ausgewertet. Planungen zur Zukunft des HQM-Modells oder eines weiterführenden Pilotprojekts, das die hausarztzentrierte Versorgung stärkt und Aspekte einer integrierten Versorgung enthält, werden durchgeführt.

