

**Zusatzinformationen zur Presseinformation der
AOK Baden-Württemberg und der KV Nordbaden
vom 08.04.2003 zum Thema
"Qualitäts- und Kooperationsmodell in der
hausärztlichen Versorgung"**

Qu@linet

Ein im Januar 2003 eigens gegründetes Hausärztenetz in der Rechtsform eines Vereins; Vereinszweck ist der Abschluss und die Umsetzung der zwischen der AOK und der KV Nordbaden einerseits sowie dem Qu@linet andererseits zu treffenden Vereinbarungen über das Hausarztmodell gemäß § 63 SGB V; der Verein hat 9 Gründungsmitglieder; die weiteren Hausärzte werden durch eine Ausschreibung gewonnen, wobei sie besondere qualitätsorientierte Teilnahmebedingungen erfüllen müssen im Hinblick auf Praxisausstattung, Organisation, sowie die Bereitschaft zur Umsetzung der Modellinstrumente; ein Ausschluss kann erfolgen, wenn die Anforderungen nicht mehr erfüllt werden.

Wahlmodell

Dies bedeutet, dass die AOK-Versicherten selbst entscheiden, ob sie an einem Modell teilnehmen möchten. Das Qualitäts- und Kooperationsmodell der AOK Baden-Württemberg in der hausärztlichen Versorgung wird den Versicherten als Wahlmodell angeboten, d. h. die Versicherten können sich einschreiben und das Modell natürlich auch wieder verlassen. Für die Teilnehmer des Modells gibt es eine Reihe von Vorteilen, im Gegenzug auch Selbstverpflichtungen.

Gesundheitsreform 2003

Ulla Schmidt will im Rahmen der angestrebten Gesundheitsreform ein Hausarztssystem als Wahlmodell einführen. Im Arbeitsentwurf für das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) ist bislang angedacht, dass der Versicherte einen Hausarzt für mindestens 1 Jahr wählt und nur auf Überweisung zum Facharzt geht (Ausnahmen: Augenärzte und Frauenärzte). Als Bonus soll der Versicherte eine Ermäßigung bei Zuzahlungen für Arznei- (und Heil)mitteln erhalten. Weiteres sollen die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln.

Bonus

Bonus für die Versicherten im Modellvorhaben ist die optimierte Qualität der Versorgung. Da letztendlich nur Qualität wirtschaftlich ist, erwartet die AOK Baden-Württemberg, dass die Qualitätsverbesserungen im Modell auch zu Einsparungen führen. Das spiegelt sich auch in den mit den Ärzten vereinbarten Zielvorgaben wider. Erst wenn nachweislich qualitätsbedingte Einsparungen erzielt werden, kann auf seriöser Basis über einen auszahlbaren Bonus für die Versicherten entschieden werden.

Auch die Versicherten der AOK Baden-Württemberg haben in einer Kundenbefragung Qualitätsverbesserungen höher bewertet als simple Bonus-Zahlungen.

Einschreibung der Versicherten (mit Eingangsuntersuchung und Präventionsplan)

Voraussetzung für die Teilnahme ist eine schriftliche Erklärung der Versicherten, d.h., er schreibt sich ein. Mit der Einschreibung in das Modell wählt der Versicherte unter den teilnehmenden Hausärzten seinen behandelnden und betreuenden Arzt des Vertrauens. Fachärzte konsultiert er auf Überweisung des gewählten Hausarztes.

Die direkte Inanspruchnahme eines Facharztes ist bei den Facharztgruppen der Gynäkologen und Augenärzte sowie Kinderärzte zur Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und natürlich im Notfall möglich.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, einen gewählten Hausarzt zum Ende des Quartals zu wechseln. Außerdem kann er seine Teilnahme jederzeit kündigen.

Die Einschreibung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Hausarztpraxis. Die Versicherten erhalten eine Eingangsuntersuchung und einen individuellen Präventionsplan.

Leitlinien

Eine Leitlinie beschreibt einen medizinischen Lösungsweg, um bei einem gegebenen Behandlungsproblem nach den im Qualitätszirkel bzw. im Ärztenetz erarbeiteten und als wichtig erachteten Kriterien vorzugehen mit dem Ziel, einer dem Patientenproblem optimalen Versorgung unter den gegebenen Bedingungen. Hierzu gehören auch klare Richtlinien, wann zum Facharzt überwiesen oder in die Klinik eingewiesen werden soll.

Im Qualitäts- und Kooperationsmodell der AOK Baden-Württemberg adaptieren die teilnehmenden Hausärzte ab dem 2. Projektjahr jährlich mindestens eine vorhandene oder entwickeln eine eigene Leitlinie und implementieren diese verbindlich im Qu@linet. Die Leitlinien müssen sich auf jeweils bestverfügbare Evidenz, d. h. dem zur Zeit bestverfügbaren medizinischen Wissensstand stützen.

Medizinische Verantwortung/Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind Messgrößen für die Behandlungsqualität. Sie werden im Modell vor allem als innovatives Instrument zur internen Qualitätsarbeit der Ärzte eingesetzt. Die gemessenen Werte werden in Qualitätszirkeln besprochen und bewertet. Sie unterstützen die Festlegung von Zielen und konkreten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und ermöglichen zugleich die spätere Messung der Zielerreichung. Indikatoren können z.B. die Zahl der entdeckten Hypertoniker und der Anteil normgerecht eingestellter Hypertoniker sein. Mit Qualitätsindikatoren kann die Qualität auch nach außen dargestellt und verglichen werden. Der Indikatorenansatz ist in anderen Ländern (z.B. Großbritannien, Neuseeland, Niederlande) bereits etabliert und gilt als Megatrend in der Entwicklung von Gesundheitssystemen. Das Qu@linet und die AOK bringen hier umfangreiche Vorarbeiten ein: Hier zu gehört die Zusammenarbeit mit dem Aqua-Institut Göttingen und der Universität Heidelberg. AOK und Ärzte haben den gemeinsamen Prozess zum Einsatz der Indikatoren vertraglich festgelegt.

Wirtschaftliche Verantwortung/Ergebnisverantwortung

Die Hausärzte im Modell übernehmen schrittweise Ergebnisverantwortung für die Kosten der Versorgung. Damit soll dreierlei erreicht werden: Es entsteht ein Anreiz, Einsparungen

bei unnötigen und überflüssigen Leistungen oder durch die Auswahl günstiger Angebote zu erzielen. Diese Einsparungen dienen als Gegenfinanzierung für den zusätzlichen Aufwand für Qualität und Kooperation. Weiter bildet Ergebnisverantwortung für mehrere Leistungssektoren (z. B. Arzneimittel, Krankenhaus u.a.) eine zentrale Voraussetzung für die nachweisliche Koordination und Integration der Leistungen in diesen Sektoren. Motto: Integrierte Versorgung setzt integrierte Verantwortung voraus. Zudem ermöglicht Ergebnisverantwortung für mehrere Leistungssektoren die optimale Wahl der Behandlung unabhängig von den bisherigen Finanzierungs- und Abrechnungsanreizen. So ist es z. B. für die Ärzte leichter, eine zwar kostenintensive ambulante Behandlung zu wählen, wenn dies zugleich einen noch aufwendigeren stationären Aufenthalt erspart.

Für den Einstieg in Ergebnisverantwortung (s.o.) sind im Modell genaue Prozessschritte vereinbart. In Zielvereinbarungen werden Jahr um Jahr für eine wachsende Zahl von Leistungssektoren Ausgabenziele festgelegt. Dabei werden risikoadäquate Kopfpauschalen zugrunde gelegt, d. h., es werden die Zahl und das Morbiditätsrisiko der Versicherten berücksichtigt. Nach Ablauf jedes Jahres wird festgestellt, inwieweit das vereinbarte Ziel erreicht wurde. Falls es übertroffen wird, werden die Hausärzte an dem Überschuss beteiligt. Falls es unterschritten wird, können im Folgejahr Zusatzvergütungen reduziert werden.

Stuttgart, den 08.04.2003