



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

## 4. Österreichischer Primärversorgungskongress und OEFJ Jahrestagung Graz 2019

# Was bedeutet Qualität in der Primärversorgung?

**Univ. Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.**

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

# Agenda

- Herausforderungen
- Qualität im Gesundheitswesen: Eine Begriffsbestimmung
- Wie kann man Qualität in der Primärversorgung messen und fördern?
  
- **Beispiele:**
  - Antibiotikaeinsatz
  - Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)
  - Case-Management für Patienten mit Multimorbidität
  - Beispiel: Qualitätsmanagement in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
  
- Fazit und Ausblick

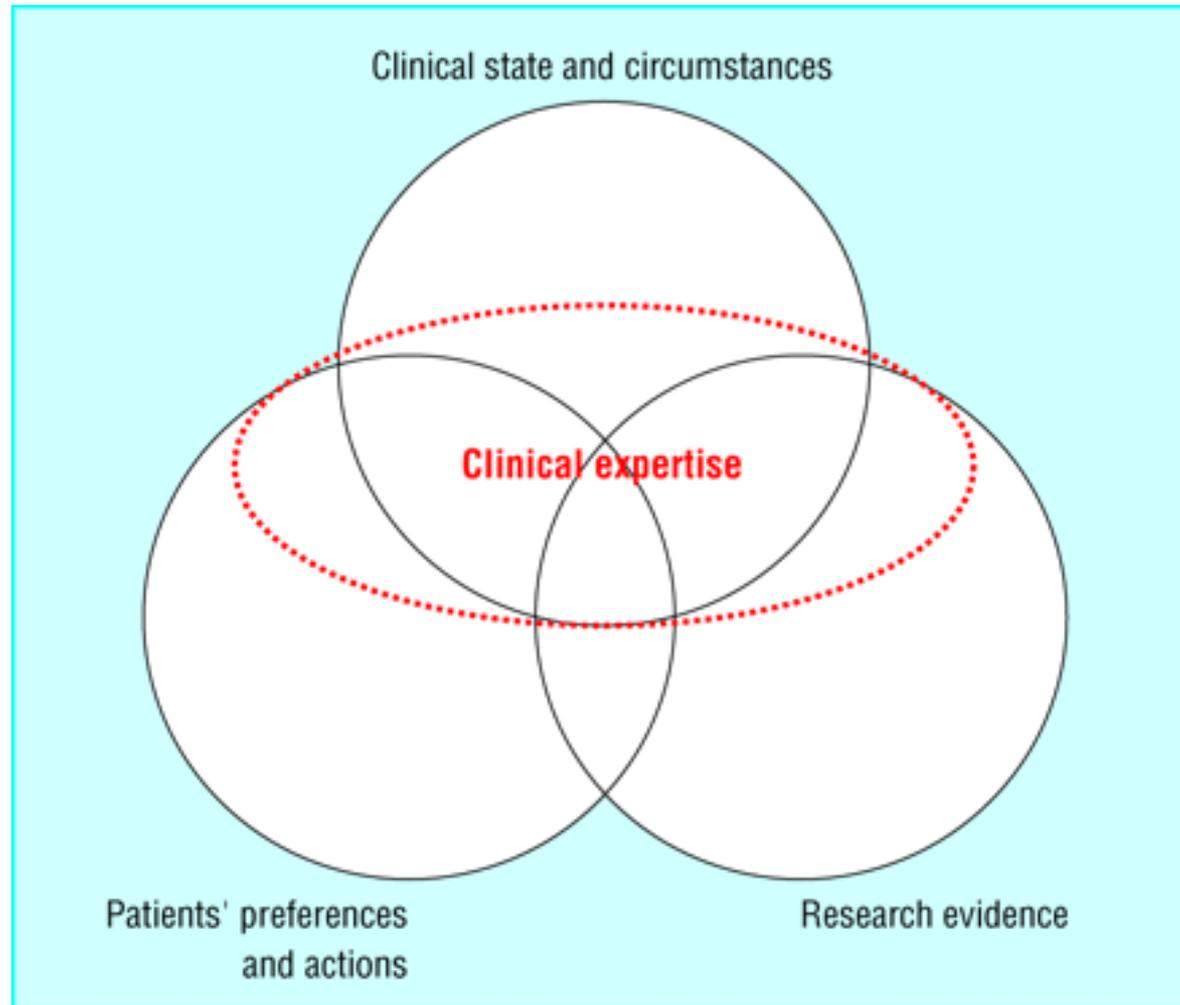
# Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in Europa

- Demografischer Wandel: Chronische Erkrankungen und Multimorbidität
- Urbanisierung in Ballungsgebieten, Gefahr der Überversorgung,
- Entleerung des Ländlichen Raumes, Gefahr der Unterversorgung
- Diagnostik und Therapie nicht immer evidenzbasiert
- Nachwuchsmangel nicht nur bei Hausärzten
- Neue Diagnostik und Therapien (z.B. liquid biopsy, Immuntherapien etc.)
- Digitalisierung: z.B. eHealth, Telemedizin, Plattformökonomie

# These

- Wir brauchen eine starke und qualitativ hochwertige Primärversorgung, um diesen Herausforderungen zu begegnen.

# Worum geht es?



Haynes, B et al: An updated model for evidence based clinical decisions. BMJ 2002

# Qualität in der Gesundheitsversorgung

“[...] quality health care is: Doing the right thing (getting the health care service you need) for the right patient, at the right time (when you need them), in the right way (using appropriate test or procedure) to achieve the best possible result.

Providing quality health care also means striking the right balance of services by: Avoiding underuse (for example, not screening a person high blood pressure), avoiding overuse (for example, performing tests that a patient doesn't need), eliminating misuse ( for example, providing medications that may have dangerous interactions).”

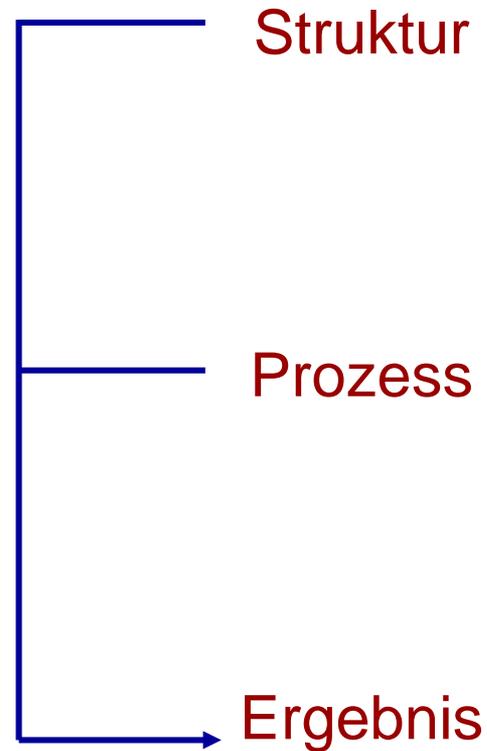
(Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2005)

# Dimensionen der Qualität

Indikation



**Avedis Donabedian**  
**1966**

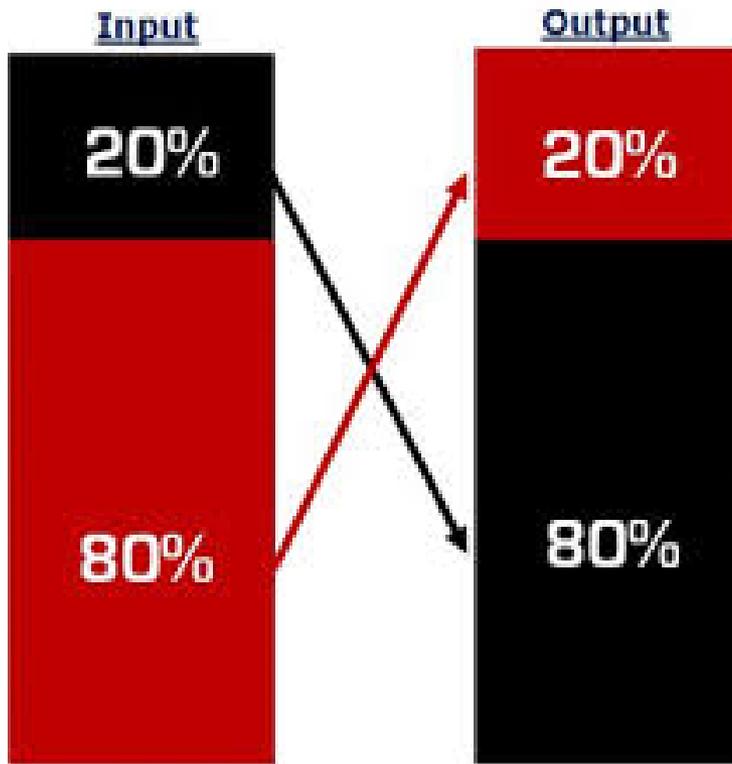


# Qualitätsindikatoren

Ein Qualitätsindikator ist eine (messbare) Größe, die Aussagekraft im Bezug auf die Qualität der Versorgung in einem ausgewählten Bereich besitzt.



# Pareto-Prinzip



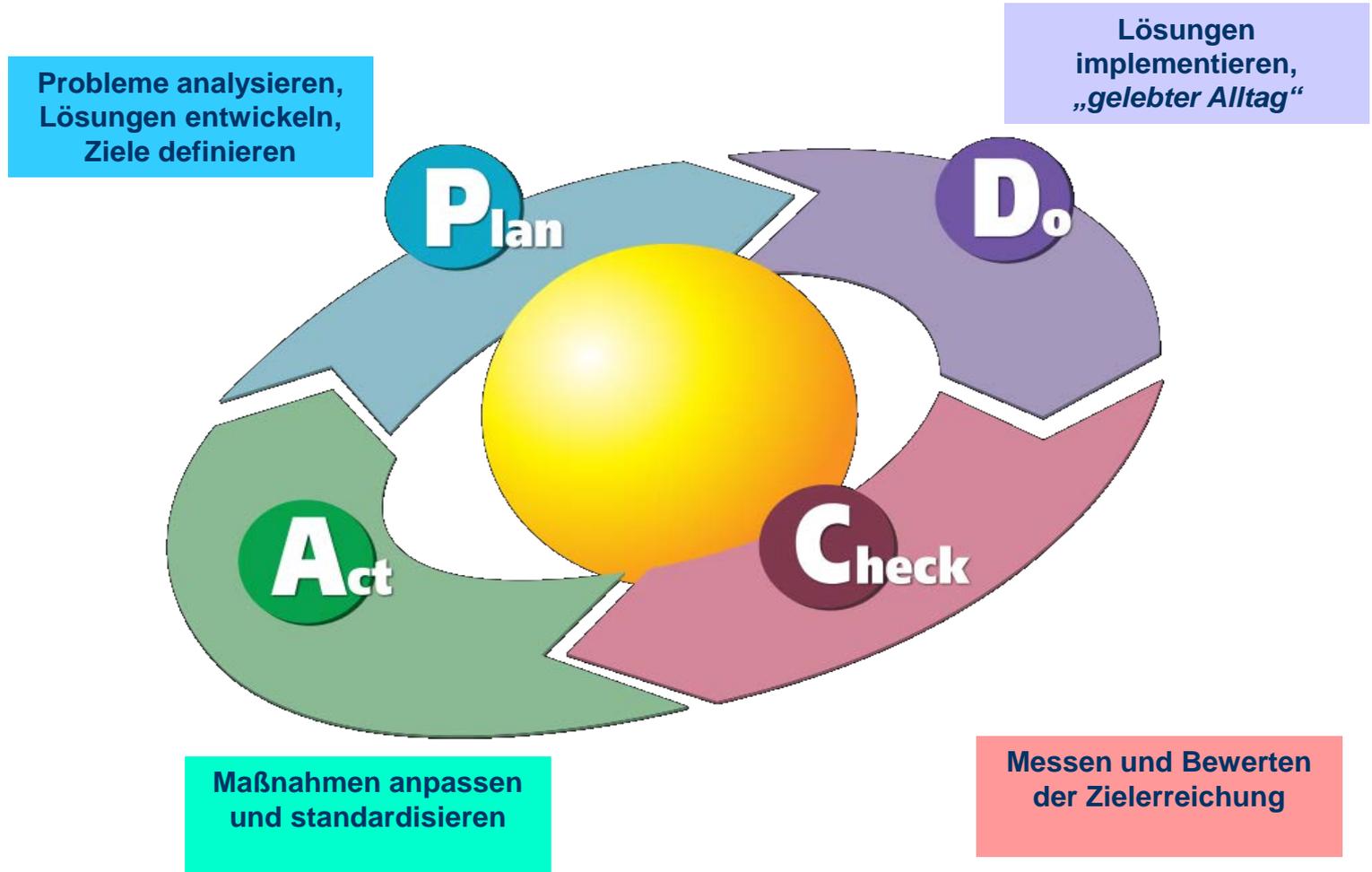
Der Pionier des Qualitätsmanagements in der Industrie, Dr. Joseph Juran beschrieb in den 1940er Jahren ein universelles Prinzip, nämlich **“the vital few and the trivial many”**.

Später nannte er es **“Pareto-Prinzip”** (nach dem italienischen Nationalökonom Vilfredo Pareto)

Gute Qualitätsindikatoren können dabei helfen auf die 20% der Strukturen und Prozesse zu fokussieren, die 80% der Effekte/Ergebnisse beeinflussen.

# PDCA-Zyklus

(auch Qualitätskreislauf oder Demingkreis)



# WIE KANN MAN QUALITÄT IN DER PRIMÄRVERSORGUNG FÖRDERN UND VERBESSERN?

# Kritische Indikationsstellung



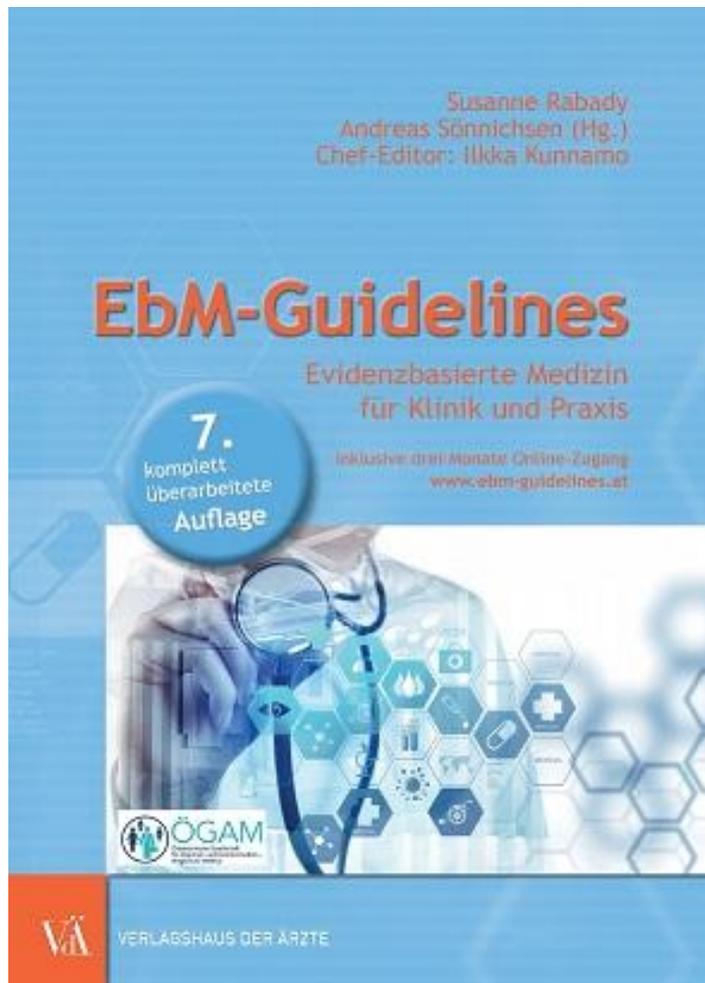
[www.choosingwiselycanada.org/](http://www.choosingwiselycanada.org/)

[www.choosingwisely.org/](http://www.choosingwisely.org/)

[www.gemeinsam-gut-entscheiden.at/](http://www.gemeinsam-gut-entscheiden.at/)

<https://www.gemeinsam-klug-entscheiden.de>

# Leitlinien





**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**  
German College of General Practitioners and Family Physicians

Home Kontakt Degam bei Facebook

DEGAM

BENEFITS

FAMULATUR

LEITLINIEN

NACHWUCHS

ZEITSCHRIFT

[DEGAM](#) > [Leitlinien](#) > [Portal für Ärzte](#) > DEGAM-Leitlinien

**LEITLINIEN**

Leitlinien

Portal für Ärzte

**DEGAM-Leitlinien**

- DEGAM-Beteiligung
- DEGAM Praxisempfehlungen

Portal für Patienten

Portal für Leitlinien-Entwickler

SLK Intern

## Leitlinien der DEGAM

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie alle Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Anwenderversionen der DEGAM.



Sie können zu jeder fertig gestellten Leitlinie verschiedene Module (z.B. Kurzversion, Langfassung, Leitlinienreport) einsehen, herunterladen und/oder ausdrucken. In Einzelfällen finden Sie zusätzliche Materialien, die Sie und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis unterstützen können. Die [Patienteninformationen](#) finden Sie an anderer Stelle.

Titel der Leitlinie	Klasse	AWMF Reg.-Nr.	gültig bis
Suchbegriff eingeben			
▼ Brennen beim Wasserlassen	S3	053-001	31.12.2021
▼ Müdigkeit	S3	053-002	30.11.2021
▼ Pflegende Angehörige	S3	053-006	30.07.2023
▼ Halsschmerzen	S3	053-010	Aktualisierung

# Qualitätszirkel im Gesundheitswesen

- 1988: Erste systematische Darstellung des „peer review“ Konzepts in der Medizin: „Peer Review in General Practice-Methods, Standards, Protocols“ von Richard Grol
- 1990: „Qualitätszirkel“ als Begriff für gruppenbasiertes ärztliches Peer-review in Deutschland (F. Gerlach, J. Szecsenyi, Th. Ruprecht (damals KBV-Referent) )
- Erstellung Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ (1993-94)
- 5.-6. Juni 1993: erstes bundesweites Moderatorentaining in Göttingen
- 1993 Qualitätssicherungsrichtlinie der KBV, besondere Hervorhebung Qualitätszirkel
- Ausweitung auf andere Berufsgruppen und Einrichtungen: Zahnärzte, Psychotherapeuten, Reha, Akutkliniken etc
- Verbreitung insbesondere in Deutschland, Österreich, Schweiz, wenige in NL und skandinavischen Ländern

# Warum datenbasierte Qualitätszirkel?

Wenig erfolgversprechend sind

- Frontalveranstaltungen allein (Sondergaard et al. 2003; Bloom, 2005)
- Feedback-Bericht allein (Sondergaard et al. 2003; Stone et al. 2002; Grol, Grimshaw, 2003; Jamtvedt et al. 2006)

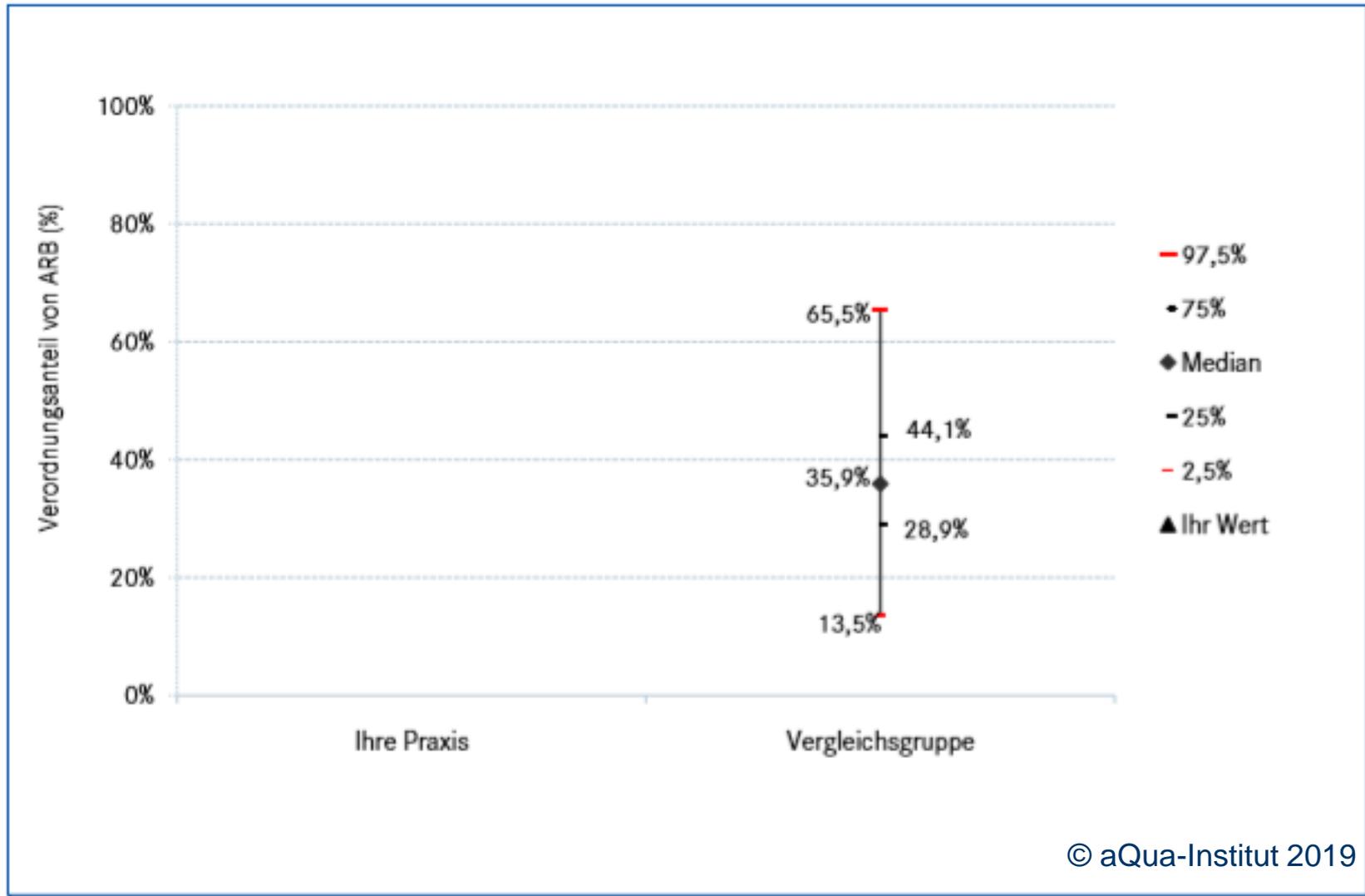
Erfolgversprechend sind

- mehrdimensionale Ansätze (Grol et al. 2005)
- sozialer Einfluss / Anpassung an die Zielgruppe, feste Gruppen (Wensing et al. 2009), kollegiale Gespräche (O'Brian et al. 2007)

Audit bzw. Feedback am effektivsten, wenn ... (Ivers et al. 2012):

- Optimierungspotenzial vorhanden ist
- Kontinuität gegeben ist
- Reflexion mündlich und schriftlich erfolgt
- klare Ziele und Handlungsoptionen entstehen

# Bsp. Feedback in hausärztlichen Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie



© aQua-Institut 2019

# Orientierung am PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act)

- Ca. 6-15 Teilnehmer
- Leitung: ärztl. Moderator/In
- Treffen: 4 x pro Jahr
- Individuelle Verordnungsanalyse zu wechselnden Themen erhält jeder Teilnehmer vor dem Treffen

Wie sieht die Verordnungsroutine in den Praxen aus?

Anhand der Verordnungsanalyse werden Problemfelder identifiziert

Diskussion + Erfahrungsaustausch in kollegialer Atmosphäre

Erarbeiten von Lösungen

Umsetzung in der täglichen Praxis

- ✓ Zufriedene Ärzte
- ✓ Gut versorgte Patienten
- ✓ Qualitätsverbesserung
- ✓ Einsparungen

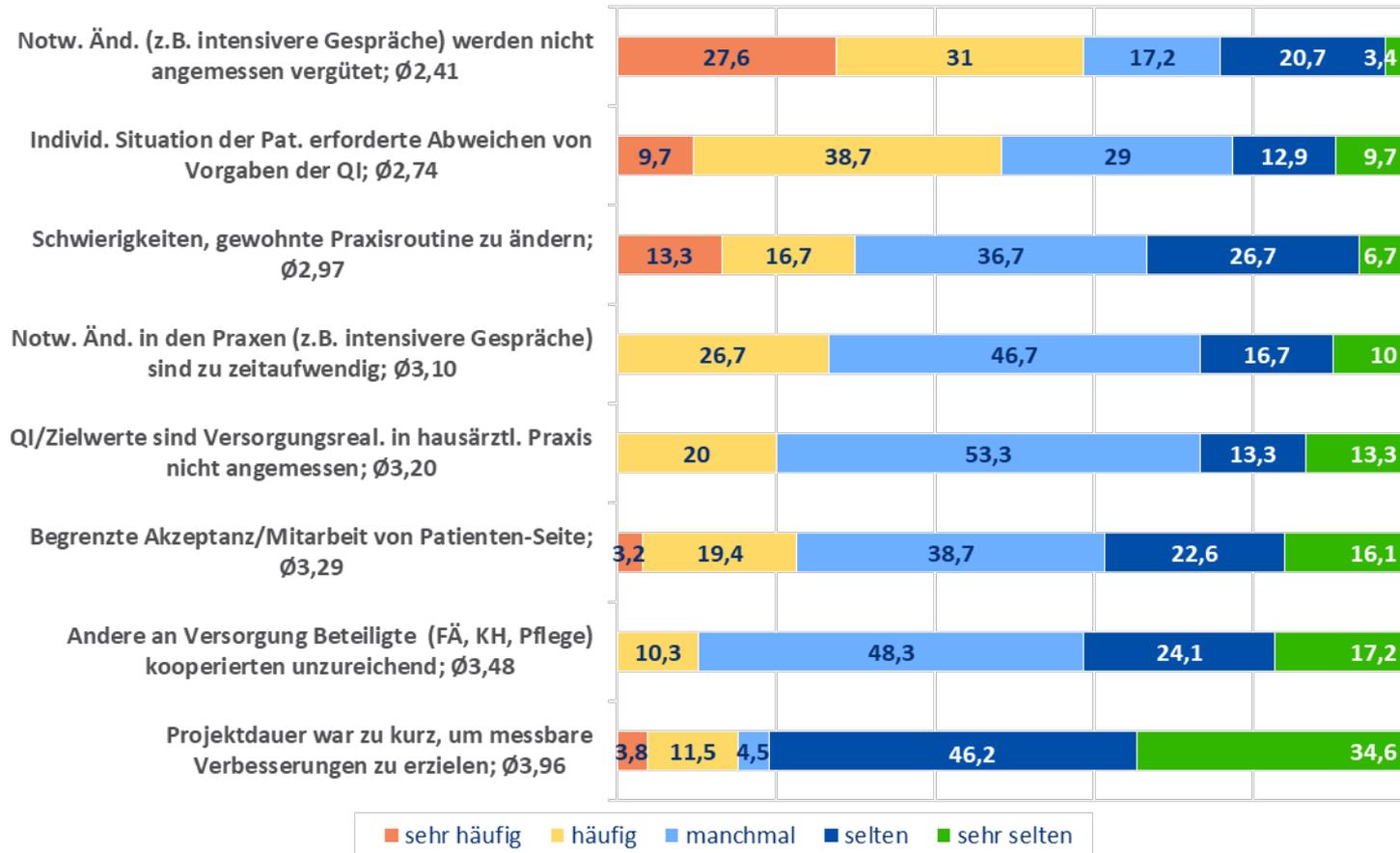
(Wensing, M et al. 2004; Wensing, M et al. 2009)

# Bsp: Qualitätsindikatoren- system

- A Einleitung
- B Allgemeine Indikatoren
- C Indikationsbezogene Module
  - C1 Asthma/COPD
  - ....
  - C8 Herzinsuffizienz
- D Pharmakotherapie
- E1 Prävention
- E2 Krebsfrüherkennung
- F Versorgungsbereiche
  - F1 Hausärztliche Palliativversorgung



# Barrieren bezgl. der Umsetzung der QiSA-KHK-Indikatoren



Andres et al., ZaefQ 2018



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung / Quality and Safety in Health Care

## Messen, Bewerten, Handeln: Qualitätsindikatoren zur Koronaren Herzkrankheit im Praxistest



*Measuring, assessing, acting: A practice test of quality indicators for coronary heart disease*

Edith Andres<sup>1,\*,a</sup>, Julian Bleek<sup>2,a</sup>, Johannes Stock<sup>3</sup>, Erwin Bader<sup>4</sup>, Alexander Günter<sup>4</sup>, Veit Wambach<sup>5</sup>, Jörg Lindenthal<sup>5</sup>, Thorben Breitzkreuz<sup>1</sup>, Anja Klingenberg<sup>1</sup>, Gerhard Schillinger<sup>2</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> aQua-Institut, Göttingen, Deutschland

<sup>2</sup> AOK-Bundesverband, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Mitherausgeber QISA, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup> AOK-Bayern, München, Deutschland

<sup>5</sup> Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE), Nürnberg, Deutschland

<sup>6</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

### ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 16. März 2018

Revision eingegangen: 31. Juli 2018

Akzeptiert: 21. August 2018

Online gestellt: 24. September 2018

Schlüsselwörter:

ambulante Versorgungsqualität

Qualitätsindikatoren

Qualitätszirkel

Implementierungsforschung

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte<sup>b</sup> haben aktuell kaum Möglichkeiten, ihr Qualitätsmanagement auf versorgungsbezogene Qualitätsdaten aufzubauen. Transparenz über das eigene Tun ist jedoch eine Voraussetzung, um die Versorgung qualitätsorientiert weiterzuentwickeln.

Ziel des Projektes war es, die Versorgungsqualität von Patienten mit koronarer Herzkrankheit transparent zu machen, auf dieser Grundlage Verbesserungsprozesse anzustoßen, sowie Rahmenbedingungen zu untersuchen, die sich fördernd bzw. hemmend auf die intendierte Verbesserung der Versorgungsqualität auswirken.

**Methodik:** Teilnehmer waren 48 Hausärzte in 32 Hausarztpraxen des bayerischen Arztnetzes *Qualität und Effizienz*. Auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten, DMP (Disease-Management-Programm)-Daten sowie ärztlich dokumentierten Daten wurden 11 Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit berechnet und die Ergebnisse in praxisindividuellen Feedbackberichten dargestellt. Die Berichte dienten als Diskussionsgrundlage für zwei Qualitätszirkeltreffen. Nach 12 Monaten wurden die Indikatoren erneut gemessen und Veränderungen gegenüber der Ausgangsmessung erfasst. Als Kontrollgruppe dienten alle Hausarztpraxen im Land Bayern. Über Fokusgruppen mit den Moderatoren der Qualitätszirkel sowie zwei Teilnehmerbefragungen wurden förderliche bzw. hemmende Rahmenbedingungen erfasst.

**Ergebnisse:** Die Ausgangswerte zeigten ein gutes Versorgungsniveau an. Verbesserungspotential offenbarte sich bei der Betablocker- und Statintherapie. Nach Durchführung der Qualitätszirkel zeigte sich für 4 der 11 Indikatoren ein Zuwachs in intendierter Richtung („Betablocker bei KHK und Herzinsuffizienz“/

# Was ist *pay for performance* (P4P)?

- „The concept of linking financial incentives to the quality of healthcare provided has been termed *pay for performance*, or P4P.“
  - „P4P is seen as a way to create a "business case" for quality by better aligning payment with quality of service instead of quantity of service.“
- Glickman SW, Peterson ED. Am J Manag Care 2009*
- Synonym oft auch qualitätsorientierte, leistungsorientierte oder ergebnisorientierte Vergütung

# Erhoffte Wirkungen von P4P

- Steigerung der Effektivität
- Steigerung der Kosteneffektivität
- Keine unerwünschten Wirkungen
- Verminderung von sozialer Ungleichheit
- Verbesserung des Zugangs zur Versorgung
- Verminderung von Varianz / regionale Unterschiede
- ....

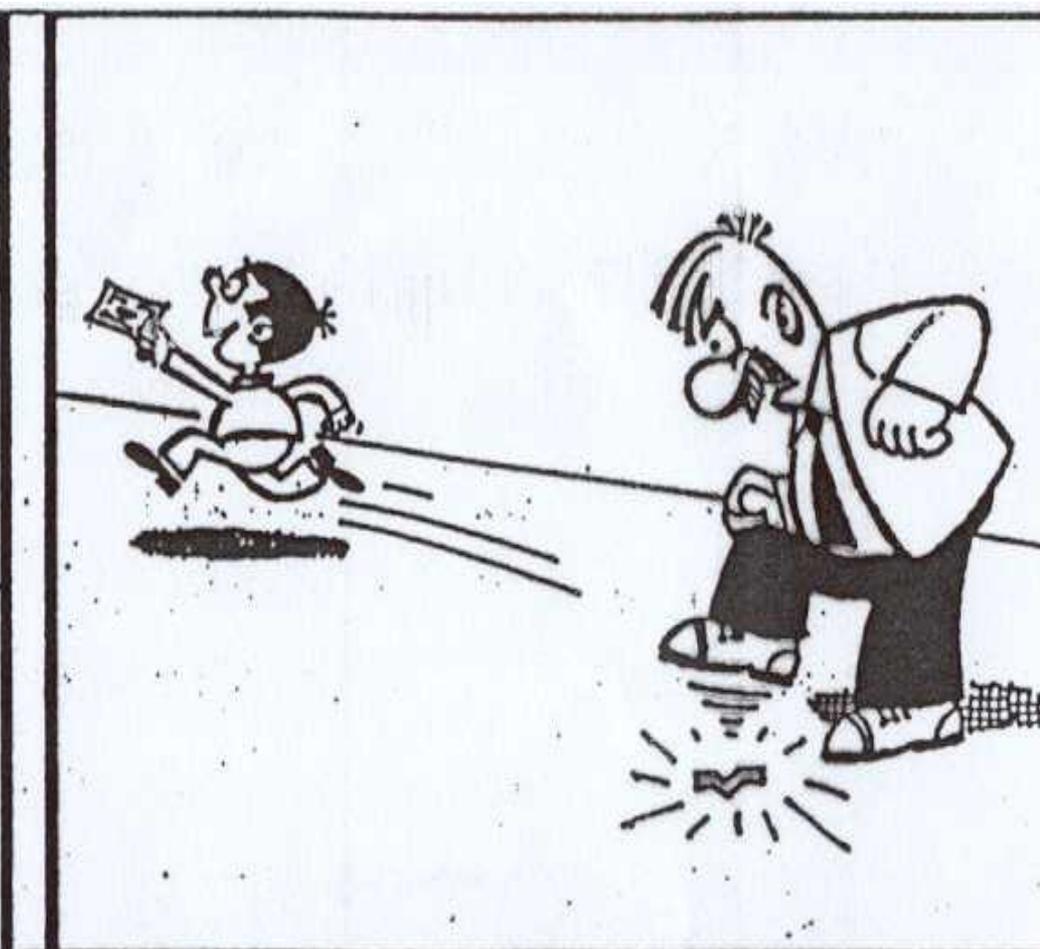
# Eijkenaar et al. 2013

“Although data is available on a wide variety of effects, strong conclusions cannot be drawn due to a limited number of studies with strong designs...”

Eijkenaar F et al.: Effects of pay for performance in healthcare: a systematic review of systematic reviews. Health Policy 2013; 110: 115-130.

# Roland u. Campbell 2014

- “...it is clear that P4P can be effective. However, the effects are sometimes only short-term and are often not as large as payers wish. The effect of incentives is dependent on the context in which they are introduced, and P4P schemes always have the potential to produce unintended consequences...”
- Roland M, Campbell SM. Successes and Failures of the United Kingdom’s pay for performance program. N Engl J Med 2014





**WIE WÜRDEN SIE  
PRIMÄRVERSORGER DABEI  
UNTERSTÜTZEN, ANTIBIOTIKA  
BESTMÖGLICH EINZUSETZEN?**

# Beispiel: Aktuelle Interventionen zur Verbesserung des Antibiotikaeinsatzes in (Haus)arztpraxen in D

	<b>ARena</b>	<b>CHANGE-3</b>	<b>RESIST</b>	<b>RAI</b>
Unterstützung der Arzt-Pat.-Kommunikation	x	x	x	x
Datengestütztes Feedback	x	x	x	
TapTool (App)				x
Feedback zur regionalen Resistenzsituation	x			
Entsch.Algorithm .+ Infomaterial (Ärzte)	x	x	x	
Einbezug der Med. Fachangestellten (MFA)	x			
Praxisbesuch		x		
Incentivierung	x	x	x	
IT-gestützte Entscheidungshilfe	x			
P4P	x			
Qualitätszirkel	x			
MOOC				x
Präsenzveranstaltungen				x
Infomaterialien für Pat. (Flyer, Poster)	x	x	x	
Öffentlichkeit (Radio, Print, Social Media)	x	x		
Sektorenübergreifender Ansatz	x			x

## Modul B

Ziel: Einbindung des Praxis-  
teams zur Arzt-Entlastung

### Blended Learning MFA



Zielgerichtete Patienten-Info



## Modul C

Ziel: u.a. Förderung interprofess.  
/ intersektoralen Kooperation

### Sektorenübergr. Qualitätszirkel



IT-basierte Entscheidungs-  
unterstützung (Praxissoftware)



### Öffentlichkeitskampagnen



Zielgerichtete Patienten-Info



## Modul A

Ziel: Leitliniengerechte  
Versorgung,  
Information der  
Öffentlichkeit

### Ergebnisabhängige Vergütung



Blended Learning Arzt



# Hausarztzentrierte Versorgung (HZV): AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

- **Ziele:**
- Stärkung evidenzbasierter, leitliniengerechter Therapie, insbesondere bei Arneimiteinsatz und Diagnostik
- Stärkung von Prävention
- Weniger potentiell vermeidbare Hospitalisierungen
- Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen
- Strukturierung und Koordinierung der Versorgung zwischen Hausärzten und Fachspezialisten
- Stärkung von teambasierter Versorgung, Delegation an Medizinische Fachangestellte (VERAH)
- ...

# AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

- **Vertragsgrundlage: § 73b Sozialgesetzbuch V**
- **Vertragspartner:**  
AOK Baden-Württemberg, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), MEDIVERBUND AG, Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V., MEDI Baden-Württemberg e.V. , Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ Service GmbH, seit 16.07.2013)
- **Vertragsdauer:**  
Vertragsstart: 01.10.2008; Vertragsdauer: **unbefristet**
- **Teilnehmerstand (Oktober 2018):**  
1,6 Millionen AOK-Versicherte  
Knapp 5.000 Hausärzte inkl. Kinder- und Jugendärzte, 2.500 Fachärzte u Psychotherapeuten
- **6 Facharztverträge** nach §73c: z.B. Kardiologie, Orthopädie usw.

# AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

- **Teilnahmevoraussetzungen Ärzte/ u. Leistungen**
- Vertragsärzte in BaWü, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie MVZ in BaWü, die Leistungen durch hausärztlich tätige Ärzte erbringen
- apparative Mindestausstattung
- Teilnahme an Disease Management-Programmen (**DMP**)
- psychosomatische Grundversorgung
- besondere Fortbildungspflichten (Teilnahme an mindestens vier **Qualitätszirkelsitzungen**/Jahr mit indikationsbezogenen Pharmakotherapie-Modulen und **datenbasiertem Feedback**)
- Angebot einer **Abendsprechstunde** pro Woche bis 20 Uhr
- Begrenzung der **Wartezeit** bei vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten, Termin beim Facharzt auf Überweisung max. 14 Tage

# AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

- **Für Patientinnen und Patienten:**
- Engmaschige Betreuung durch qualifizierte Praxismitarbeiterinnen (**VERAH**). Seit Juli 2014 profitieren Patienten mit besonders hohem Versorgungsbedarf von einem speziellen IT gestützten „Case-Management“ in der Hausarztpraxis (PraCMan)
- Erweiterte **Gesundheitsuntersuchungen**
- **Zuzahlungsbefreiung** bei vielen rabattierten Arzneimitteln;
- Möglichkeit der Teilnahme am **AOK-FacharztProgramm (§73c)**  
Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie/Neurologie/  
Psychotherapie (PNP), Orthopädie (inkl. Modul Rheumatologie),  
Urologie, Diabetologie, weitere 3 in Planung
- ....

# AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

- **Für beteiligte Ärzte:**
  - Feste (höher gegenüber EBM) Honorare, **kontaktunabhängige** und kontaktabhängige Pauschalen
  - Qualitätsabhängige Zuschläge

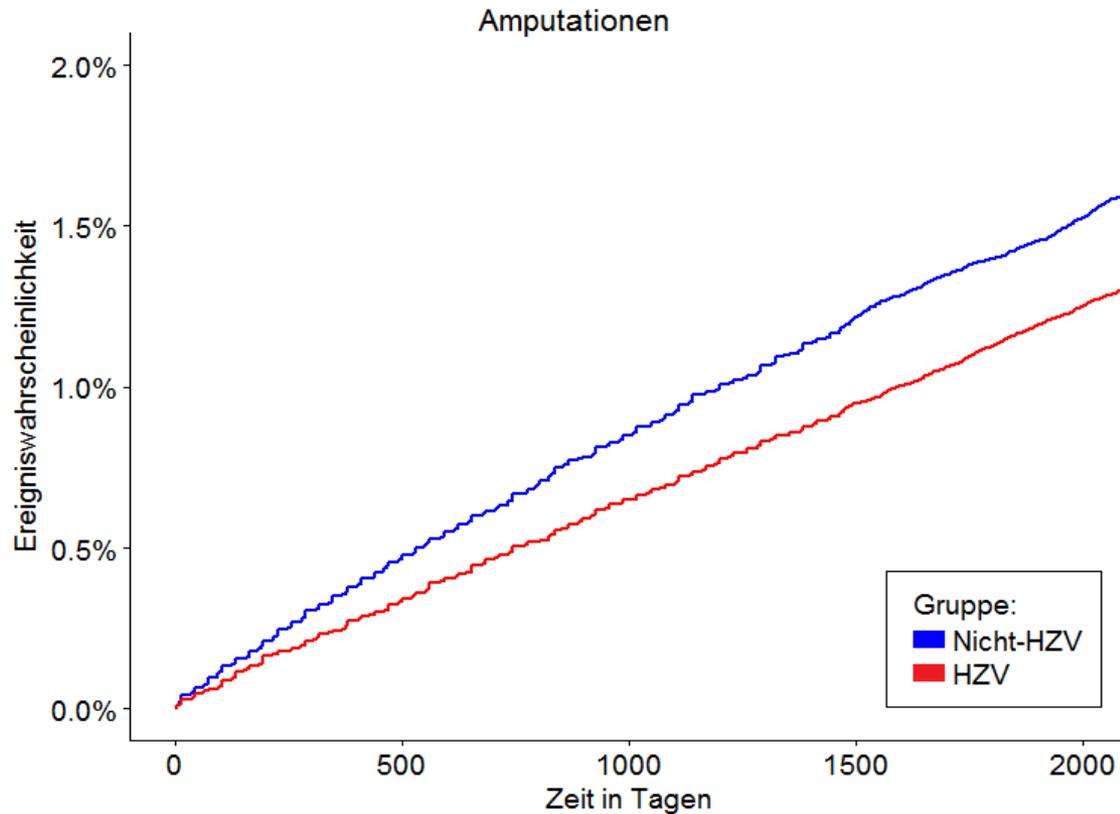
# Evaluation AOK Hausarztvertrag

- Analysen zu **Arzneimitteln, Diagnostik, Therapie, VERAH-Einsatz, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Kosten, Sterblichkeit ...**
- **Routinedaten** der AOK Baden-Württemberg **und eigene Erhebungen**
- **HZV im Vergleich zur Regelversorgung** (mit Adjustierung für Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, DMP-Teilnahme, Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart)
- **Längsschnitt-Analysen (2011 – 2016) über 4,1 Millionen Versichertenjahre**

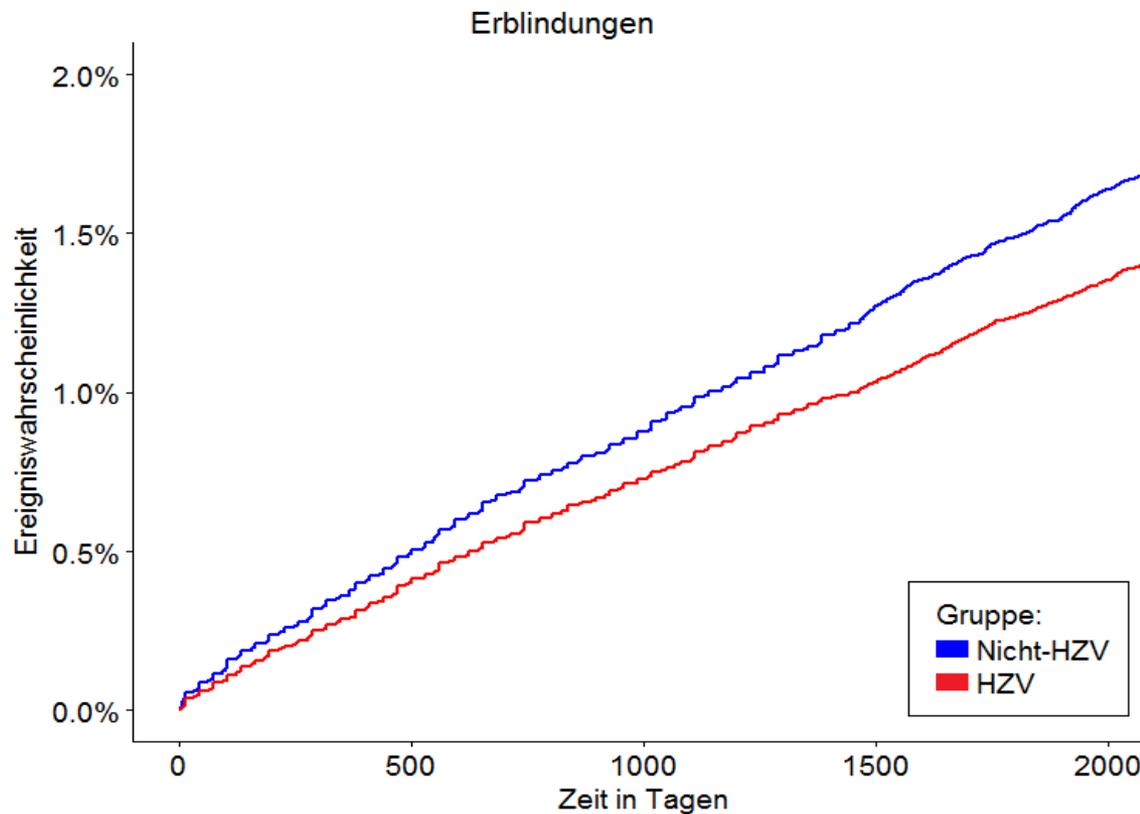
# Deutlich weniger schwerwiegende Komplikationen bei Diabetikern

- Weniger diabetesbedingte Komplikationen wie **Dialyse, Erblindung, Amputation, Herzinfarkt und Schlaganfall**
- Bei HZV-Patienten mit Diabetes mellitus **deutlich weniger und zeitlich später**
- **In sechs Jahren (2011 bis 2016)** konnten **ca. 4.000 schwerwiegende Komplikationen** (Amputation, Dialyse, Erblindung, Herzinfarkt und Schlaganfall) in der HZV-Gruppe **vermieden** werden.

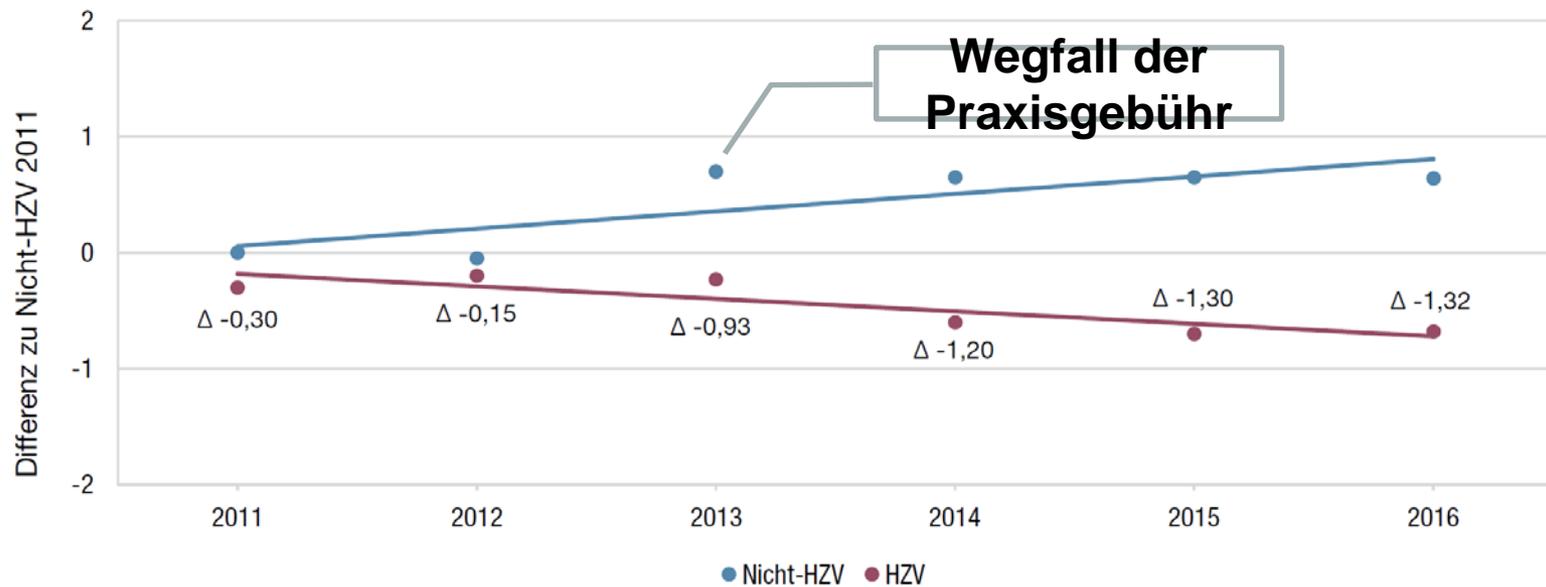
# Geringere Wahrscheinlichkeit von *Amputationen* bei Patienten mit Diabetes mellitus (2011 bis 2016)



# Geringere Wahrscheinlichkeit von *Erblindungen* bei Patienten mit Diabetes mellitus (2011 bis 2016)



# Weniger unkoordinierte Facharztkontakte (2011 bis 2016)



# Evaluation: Gesamtkosten in allen Versorgungssektoren

## Versorgungskosten 2016, HZV- vs. Nicht-HZV-Versicherte

Durchschnittliche Versorgungskosten in € pro Versichertem, Adjustierte Unterschiede

	Eingeschlossene Versicherte, N=1.728.646			Adjustierte Werte: Unterschied in % p-Wert
	HZV-Versicherte (n=1.003.336)	Nicht HZV- Versicherte (n=725.310)	HZV-Versicherte (adjustierter Wert)	
Häusliche Krankenpflege	120,04	120,43	115,79	-3,85% p<0,0001
Heilmittel	125,87	124,13	118,94	-4,18% p<0,0001
Hilfsmittel	151,70	144,46	137,02	-5,15% p<0,0001
Krankenhaus	1.236,54	1.212,98	1.149,22	-5,27% p<0,0001
Pharmakotherapie	1.452,35	1.451,63	1.345,53	-6,20% p<0,0001
Leistungen gemäß EBM/GOP	784,87	691,72	749,92	+8,41% p<0,0001
... davon beim Hausarzt	326,07	277,15	349,52	+26,11% p<0,0001
<b>Gesamtkosten</b>	<b>3.871,38</b>	<b>3.745,35</b>	<b>3.437,55</b>	<b>-8,23%</b> p<0,0001

# So sieht es die AOK

## Alternative Regelversorgung Baden-Württemberg 2017 Investitionen und Finanzierung

**Investitionssumme:** 618 Mio. Euro: 442 Mio. Euro HZV + 141 Mio. Euro Facharztverträge  
+ 35 Mio. Euro Versichertenentlastung durch Zuzahlungsbefreiung

### Wirtschaftliche Effekte durch:

... entfallene  
KV-Einzelleistungen

... vermiedene Ausgaben  
Sonstige Leistungen

... rationalere  
Arzneimitteltherapie

... vermiedene  
Krankenhausausgaben

**349 Mio. Euro**  
Bereinigung KV-Überweisungen

  
**Rund 319 Mio. Euro**

**Finanzvolumen: 668 Mio. Euro**  
**Positiver Saldo: 50 Mio. Euro**



# Positive HZV-Effekte durch strukturiertes Zusammenspiel mit Facharztverträgen weiter verstärkt

- Acht **Facharztverträge gegen Zersplitterung** des Gesundheitswesens: bundesweit einzigartig **in Baden-Württemberg**
- **Hausärzte können „Lotsenrolle“** im Gesundheitssystem **besser gerecht werden**, Patientenversorgung insgesamt besser koordiniert
- **Neue Qualität der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten:** Versorgungspfade, sinnvoll koordinierte Überweisungen, interdisziplinäre Fallkonferenzen, explizite Orientierung an evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen Entscheidungsgrundlagen
- **Zahlreiche positive Effekte:** u.a. gezieltere Überweisungen an Orthopäden / Radiologen, gezieltere Bildgebung, weniger Krankenhausaufenthalte, verkürzte AU-Dauer, leitliniengerechtere Pharmakotherapie

# HZV-Patienten profitieren von Jahr zu Jahr mehr

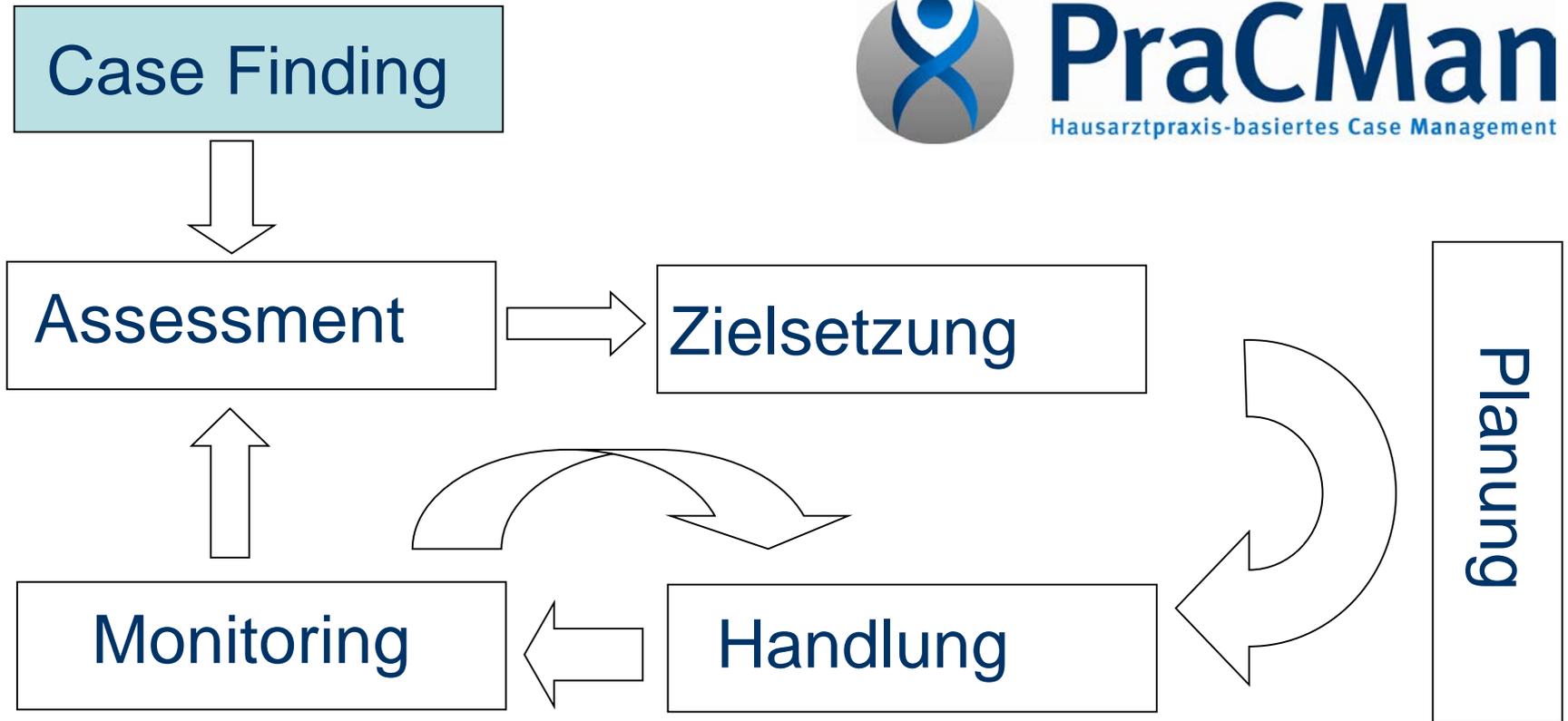
- **Versorgungsveränderungen brauchen Zeit**
- Daten zeigen in vielen Bereichen **schrittweise zunehmende Effekte**
- **Langzeitevaluation kann** zwischen “Strohfeuer“ und nachhaltiger Entwicklung **unterscheiden**
- **Inzwischen erste Hinweise auf Überlebensvorteile bei HZV-Patienten:** statistisches Überlebenszeitmodell, das viele (nicht alle) Einflussfaktoren kontrolliert, weist im 5-Jahres-Zeitraum (1.1.2012 bis 31.12.2016) ca. **1.672 „vermiedene Todesfälle“ in der HZV** aus
- **Attraktivität von Hausarztpraxen** für ärztlichen Nachwuchs und MFA steigt, in Kooperation mit Verbundweiterbildung mehr Facharztabschlüsse Allgemeinmedizin

# Projektberichte unter [www.neueversorgung.de](http://www.neueversorgung.de), zahlreiche Publikationen in wiss. Fachjournals



<https://www.neueversorgung.de/index.php/evaluation-der-hzv-2>

# Case-Management für Patienten mit Multimorbidität



# Medical Assistant–Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices

## A Cluster Randomized Clinical Trial

Tobias Freund, MD; Frank Peters-Klimm, MD; Cynthia M. Boyd, MD; Cornelia Mahler, MA; Jochen Gensichen, MD; Antje Eler, MD; Martin Beyer, MA; Matthias Gondan, PhD; Justine Rochon, MS; Ferdinand M. Gerlach, MD; and Joachim Szecsenyi, MD

**Background:** Patients with multiple chronic conditions are at high risk for potentially avoidable hospitalizations, which may be reduced by care coordination and self-management support. Medical assistants are an increasingly available resource for patient care in primary care practices.

**Objective:** To determine whether protocol-based care management delivered by medical assistants improves care in patients at high risk for future hospitalization in primary care.

**Design:** Two-year cluster randomized clinical trial. (Current Controlled Trials: ISRCTN56104508)

**Setting:** 115 primary care practices in Germany.

**Patients:** 2076 patients with type 2 diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, or chronic heart failure and a likelihood of hospitalization in the upper quartile of the population, as predicted by an analysis of insurance data.

**Intervention:** Protocol-based care management, including structured assessment, action planning, and monitoring delivered by medical assistants, compared with usual care.

**Measurements:** All-cause hospitalizations at 12 months (primary outcome) and quality-of-life scores (12-Item Short Form Health Survey [SF-12] and EuroQol instrument [EQ-5D]).

**Results:** Included patients had an average of 4 co-occurring chronic conditions. All-cause hospitalizations did not differ between groups at 12 months (risk ratio [RR], 1.01 [95% CI, 0.87 to 1.18]) and 24 months (RR, 0.98 [CI, 0.85 to 1.12]). Quality of life (differences, 1.16 [CI, 0.24 to 2.08] on SF-12 physical component and 1.68 [CI, 0.60 to 2.77] on SF-12 mental component) and general health (difference on EQ-5D, 0.03 [CI, 0.00 to 0.05]) improved significantly at 24 months. Intervention costs totaled \$10 per patient per month.

**Limitation:** Small number of primary care practices and low intensity of intervention.

**Conclusion:** This low-intensity intervention did not reduce all-cause hospitalizations but showed positive effects on quality of life at reasonable costs in high-risk multimorbid patients.

**Primary Funding Source:** AOK Baden-Württemberg and AOK Bundesverband.

# Was haben wir gelernt?

Studienergebnis	Umsetzung Breitenimplementierung
Effekte insbesondere bei Hochrisikopatienten	Anpassung Schwellenwerte „Likelihood of Hospitalisation“ (LoH) Risikomodell
Effekte (Mortalität!) bei hoher Implementierungstreue	Softwaregestützte Implementierung (PraCMan® Cockpit)
Effekte bei längerer Laufzeit	Kontinuierliches Case Management

# Umsetzung

- Einbettung in flächendeckenden HZV-Vollversorgungsvertrag nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (AOK, HÄVG)
  - Gut etablierte Struktur, hohe Teilnahmerate Patienten der Zielgruppe und Hausärzte, Qualitätsziele
- Schulungskonzept Teams (Hausärzte+MFA (VERAH)), Befähigung und Stärkung von Teams in der Fläche
  - Gut etabliertes Konzept der Weiterqualifizierung von MFA
- Anpassung Prädiktionsmodell und Patientenauswahl sowie Interventionsmodule
  - Erfahrungen und Ergebnisse aus der Evaluationsstudie optimal nutzen

- Standardisierte Umsetzung („Implementation Fidelity“) durch nutzergerechte und prozessunterstützende Software in den Praxen
  - Reduktion der Variabilität in der Umsetzung
- Robuste und sichere Datenübertragung für Evaluation, Aktualisierung und Abrechnung
  - Bedenken Hausärzte gegenüber Webbasierter Lösung ernst nehmen, aber Möglichkeit offenhalten
  - Etablierte Datenwege in der HZV nutzen
  - Aktualisierung Software über Web anbieten
- Qualitätssicherung und Qualitätsförderung durch Einbindung in Qualitätszirkel für MFA und Hausärzte
  - Ergänzung datenbasierte, feedbackgestützte Qualitätszirkel für Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA)

750 Praxen, >17.000 Patienten

**Welche  
Symptomtagebücher  
möchten Sie  
aktivieren?**

Ja

Nei

Herzinsuffizienz

COPD

Blutdruck

Diabetes melli-  
tus Typ 2

**Abbruch**

**Weiter**

# QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER HAUSARZTPRAXIS UND IM VERSORGUNGSZENTRUM

# Qualitätsmanagement

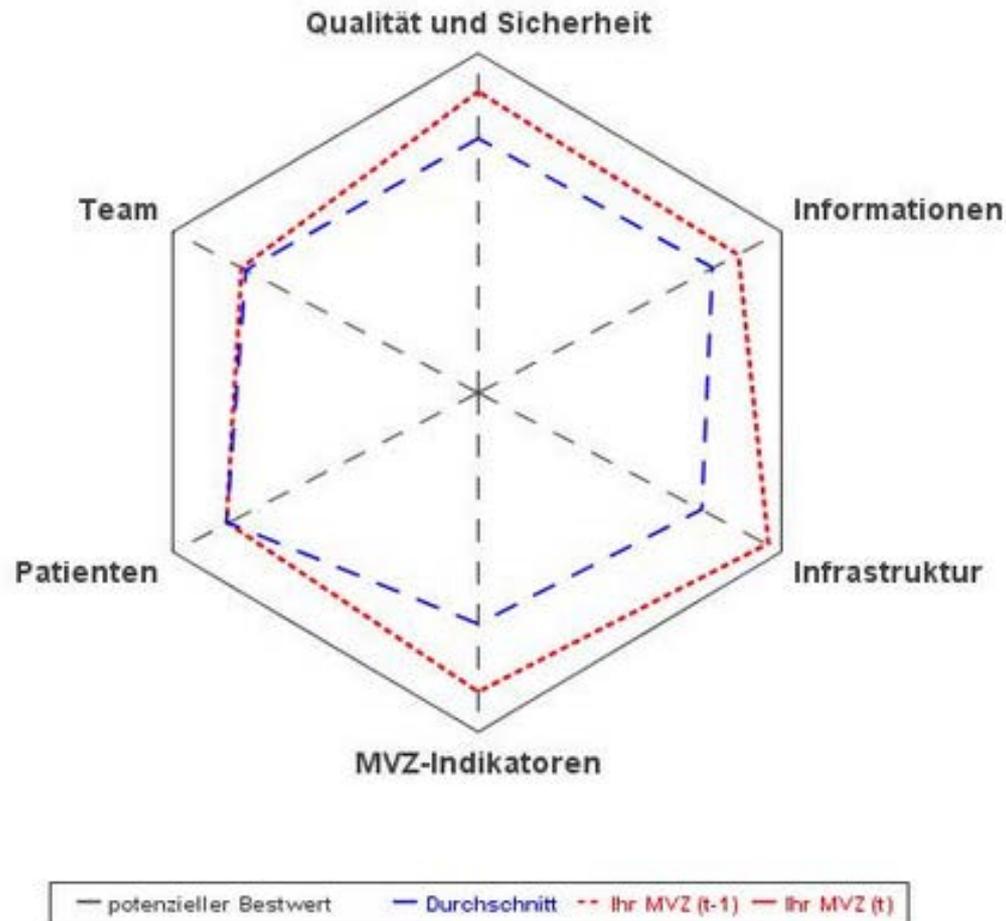
- „Qualitätsmanagement ist ein systematischer Weg sicherzustellen, dass Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind. .... Es geht darum **Probleme** von Anfang an zu **vermeiden**, in dem man die **Einstellung** und die **Methoden** etabliert, die eine Vermeidung möglich machen“

(Crosby 1979)

# Beispiel für indikatorengestütztes QM: Europäisches Praxisassessment EPA)

- Mehrperspektivische Qualitätsmessung anhand von Indikatoren, erhoben über:
  - Selbstauskunft der ärztlichen Leitung
  - Schriftliche Befragungen der Patienten und Mitarbeiter
  - Begehung der Räumlichkeiten (Visitor)
  - Interview mit der Leitung (Visitor)
- Feedback durch Visitor „Blick von außen“
- Moderierte Besprechung (Visitor, gesamtes Team)
- Indikatorenbasierte Umsetzung von Veränderungen, Qualitätsprojekte
- Benchmarking – Vergleich mit anderen Praxen

# Überblick MVZ



# Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices

Joachim Szecsenyi MD MSc, Stephen Campbell PhD, Bjoern Broge MBA, Gunter Laux PhD, Sara Willms MSc, Michel Wensing PhD, Katja Goetz PhD

## ABSTRACT

**Background:** The European Practice Assessment program provides feedback and outreach visits to primary care practices to facilitate quality improvement in five domains (infrastructure, people, information, finance, and quality and safety). We examined the effectiveness of this program in improving management in primary care practices in Germany, with a focus on the domain of quality and safety.

**Methods:** In a before–after study, 102 primary care practices completed a practice assessment using the European Practice Assessment instrument at baseline and three years later (intervention group). A comparative group of 102 practices was included that completed their first assessment using this instrument at the time of the intervention group's second assessment. Mean scores were based on the proportion of indicators for which a positive response was achieved by all of the practices, on a scale of 0 to 100.

**Results:** We found significant improvements in all domains between the first and second

assessments in the intervention group. In the domain of quality and safety, improvements in scores (mean scores were based on the proportion of indicators for which a positive response was achieved by all of the practices, on a scale of 0 to 100) were observed in the following dimensions: complaint management (from a mean score of 51.2 at first assessment to 80.7 at second assessment); analysis of critical incidents (from 79.1 to 89.6); and quality development, quality policy (from 40.7 to 55.6). Overall scores at the time of the second assessment were significantly higher in the intervention group than in the comparative group.

**Interpretation:** Primary care practices that completed the European Practice Assessment instrument twice over a three-year period showed improvements in practice management. Our findings show the value of the quality-improvement cycle in the context of practice assessment and the use of established organizational standards for practice management with the European Practice Assessment.

### Competing interests:

Bjoern Broge and Sara Willms are employed by the AQUA-Institute, which disseminates the European Practice Assessment in Germany. Joachim Szecsenyi is its director and a stockholder. No competing interests declared by Stephen Campbell, Gunter Laux, Michel Wensing or Katja Goetz.

This article has been peer reviewed.

### Correspondence to:

Dr. Katja Goetz; [katja.goetz@med.uni-heidelberg.de](mailto:katja.goetz@med.uni-heidelberg.de)

*CMAJ* 2011, DOI:10.1503/cmaj.110412

# Fazit und Ausblick

- Veränderungen brauchen Zeit
- Qualitätsmanagement und Qualitätsförderung lohnen sich für Patienten, Praxisteams und Kostenträger
- Anfangsinvestition notwendig
- Transparenz und Feedback elementar
- Interprofessioneller Ansatz muss gestärkt werden

# 2022 ? ?

- Ein Roboter an der Rezeption von Altenheim oder Praxis?
- Tragbare oder in der Wohnung verbaute Technologie sendet Daten an Ihre Praxis-EDV?
- Patienten fragen Sie um eine Zweitmeinung zu Ergebnissen digitaler Diagnostik und Therapie?
- Ihre Patienten managen ihre chronischen Erkrankungen und ihre Risiken hauptsächlich selbst und mit Ihrem interprofessionellen Team?



# Auch im Raumschiff Enterprise bleibt med. Versorgung trotz Technik eine Teamaufgabe



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

