

IGZ konkret

Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen



Institut für
Allgemeinmedizin
und Interprofessionelle
Versorgung
Universitätsklinikum
Tübingen



OBERENDER

Andreas Schmid, Heidrun Sturm, Edgar Drechsel-Grau, Florian Kaiser,
Philipp Leibinger, Stefanie Joos

IGZ konkret

Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen

Gutachten
im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Tübingen und Bayreuth, April 2021

Impressum

Autoren

PD Dr. Andreas Schmid*
Dr. med. Heidrun Sturm PhD, MPH*
Edgar Drechsel-Grau
Dr. Florian Kaiser
Philipp Leibinger
Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Unter Mitwirkung von

Jan Hacker
Sarah Günther
Tobias Hauff
Corinna Schneider
Sophia Fiedler
Dorothea Finzel
Katharina Klenk
Annika Philipps
Ingrid Gorodiscan



**Institut für
Allgemeinmedizin
und Interprofessionelle
Versorgung
Universitätsklinikum
Tübingen**

Osianderstr. 5
72076 Tübingen
Telefon: +49 (0)7071 29 - 8 5269



OBERENDER

Oberender AG
Unternehmensberatung im
Gesundheitswesen

Standort Bayreuth

Friedrichstraße 20
D-95444 Bayreuth

Standort München

Elsenheimerstr. 59
80687 München

Telefon: +49 (0)921 745443 - 0
Fax: +49 (0)921 745443 - 29

Herausgeber

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Zitierhinweis

Schmid A.*, Sturm H.*, Drechsel-Grau E., Kaiser F., Leibinger P. und Joos, S. (2021), IGZ konkret, Erweiterte Ambulante Versorgung – Umsetzung und Implikationen, Gutachten des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, DOI: 10.15495/EPub_UBT_00005662

* Geteilte Erstautorenschaft

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Executive Summary	10
I Einleitung	15
II Zentrale Prämissen und Vorarbeiten	17
III Aufbau des Gutachtens	22
IV Datengrundlage	24
Teil 1: Krankheitsbilder, Leistungen und Strukturen	27
1 Einführung in die Methodik	29
1.1 Experteninterviews	29
1.2 Erarbeitung des Indikations- bzw. Leistungsspektrums für die EAV	35
2 Ergebnisse	36
2.1 Zuordnung zur Behandlungsebene	36
2.2 Krankheitsbilder und Indikationen für die EAV	38
2.2.1 Abwendbar gefährliche Verläufe bei akuten Erkrankungen	38
2.2.2 Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und geriatrische Patienten	41
2.3 Leistungsangebote	47
2.3.1 Allgemeinmedizin als Basis	47
2.3.2 Fachärztliche Leistungen	48
2.3.3 Pflegerische Leistungen und Aufgaben	53
2.3.4 Umfassende medizinische Betreuung, ergänzt durch Beratung, Patienten- edukation und Empowerment	54
2.4 Schnittstellen der EAV (und des IGZ) mit anderen Versorgungsangeboten	56
2.5 Ausstattung	59
2.5.1 Personal und Expertise	59
2.5.2 Geräte- und laborbasierte Ausstattung (für Abklärung, Therapie und Monitoring)	62
2.5.3 Strukturell-organisatorische Aspekte	64
2.6 Grundsätzliche Anmerkungen und Erwartungen der Experten zu Strukturen und Konzept	67
2.6.1 Ein wachsendes regionales Versorgungsnetzwerk - Systemperspektive	67
2.6.2 Mehrwert für Patienten und Angehörige	68
2.6.3 Mögliche Risiken	69

3	Zwischenfazit	71
Teil 2: Versorgungspotenzial und -kapazität, Kosten und weitere Effekte – eine quantitative Annäherung		
		75
4	Versorgungspotenzial und -kapazität	77
4.1	Einführung in die Methodik	77
4.2	Definition der relevanten Patientenpopulation.....	78
4.3	Medizinisch hergeleitetes Versorgungspotenzial	84
4.3.1	Konzeptionelle Grundlagen	84
4.3.2	Erarbeitung einer ICD-DRG-Zuteilungssystematik.....	85
4.3.3	Szenarien zur Bestimmung des Versorgungspotenzials	87
4.3.4	Ergebnisse für das medizinisch hergeleitete Versorgungspotenzial.....	91
4.4	Strukturelle Versorgungskapazität	92
4.5	Ergebnisse bei einer gemeinsamen Betrachtung von Versorgungspotenzial und -kapazität.....	95
5	Kostenanalyse aus Perspektive der GKV	99
5.1	Vorbereitende Überlegungen und Methodik.....	99
5.2	Behandlungskosten stationärer Sektor	101
5.2.1	Systematik der Berechnung.....	101
5.2.2	Behandlungskosten im Krankenhaus	103
5.3	Behandlungskosten ambulanter Sektor	104
5.3.1	Systematik der Berechnung.....	104
5.3.2	Behandlungskosten in der EAV	108
5.4	Gesamteffekte aus Perspektive der GKV	110
6	Weitere ableitbare Effekte	111
7	Zwischenfazit	113
Teil 3: Weiterführende Implikationen und Einordnung in die aktuelle Versorgungssituation		
		115
8	Weiterführende Implikationen.....	116
8.1	Zentrale Anknüpfungspunkte aus Teil 1 und 2.....	117
8.2	Mehrwert der EAV bzw. Bettenführung.....	119
8.2.1	Schweiz.....	120
8.2.2	Schweden	121
8.2.3	Deutschland	121
8.3	Elemente integrierter Versorgung als zentraler Mehrwert	122
8.3.1	Notwendigkeit der interprofessionellen und interdisziplinären Abstimmung	124
8.3.2	Patientenpfade evidenzbasiert definieren und interprofessionell, sektorenübergreifend umsetzen	124

8.3.3	Case- und Care-Management	125
8.3.4	Beispiel Österreich: Gesetzlich verankerte „Primärversorgungseinheiten“	127
8.4	Schnittstellen, Einbettung	128
V	Ergebnisse und Zusammenfassung	128
9	Zentrale Erkenntnisse	128
9.1	Mehrwert der EAV für die Patientenversorgung	128
9.2	Perspektive von Krankenhausträgern und Kommunen	129
9.3	Formale Aspekte	129
9.4	Planung und Implementierung	130
9.5	Finanzielle Anreize	131
9.6	Attraktive Arbeitsstrukturen.....	131
10	Fazit	132
Anhang		135
Anhang A:	Vergütung – Vorhaltekosten (KBV)	135
Anhang B:	Vergütung – Pflegekosten (KBV)	137
Anhang C:	Indikationen.....	138
Anhang D:	Leistungen.....	148
Anhang E:	Strukturen.....	154
Anhang F:	Personal	155
Anhang G:	Schnittstellen.....	158
Literaturverzeichnis		161

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Grundstruktur IGZ	16
Abbildung 2:	Modulares IGZ	20
Abbildung 3:	Gliederung grafisch	23
Abbildung 4:	Schematisches Vorgehen.....	30
Abbildung 5:	Vorgestellte Struktur für die Interviews	34
Abbildung 6:	Vorgehen bei der Ermittlung von Versorgungspotenzial und -kapazität.....	78
Abbildung 7:	EAV-sensitive und ambulant sensitive Krankenhausfälle.....	79
Abbildung 8:	Implikationen von IGZ und EAV auf ambulant sensitive Krankenhausfälle	81
Abbildung 9:	Erweitertes Ambulantisierungspotenzial durch die EAV.....	82
Abbildung 10:	Definition der für das Gutachten relevanten Patientenpopulation	83
Abbildung 11:	ICD-DRG-Zuteilungssystematik.....	86
Abbildung 12:	Szenarien und korrespondierende Kriterien.....	89
Abbildung 13:	Komplexitätsvarianz und Szenarienzuordnung am Beispiel der ICD J20.8....	90
Abbildung 14:	Versorgungspotenzial für die EAV nach Szenarien	92
Abbildung 15:	Kriterien und Szenarien zur Bestimmung des Versorgungspotenzials	93
Abbildung 16:	Szenarien zur Abbildung der EAV-Versorgungskapazität	94
Abbildung 17:	Kriterien und Szenarien zur Bestimmung von Versorgungspotenzial und -kapazität.....	95
Abbildung 18:	Versorgungspotenzial und -kapazität gemäß Szenarien.....	96
Abbildung 19:	Schematische Darstellung der Kosteneffekte bei einer Verlagerung EAV-sensitiver Leistungen	101
Abbildung 20:	Berechnungssystematik der stationären Behandlungskosten.....	102
Abbildung 21:	Berechnung der Kosten EAV-sensitiver Leistungen im ambulanten Sektor	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Datengrundlagen.....	25
Tabelle 2:	Übersicht der in den Interviews vertretenen Berufs- und Fachgruppen.....	32
Tabelle 3:	Kriterien für die Versorgung in der EAV	37
Tabelle 4:	Einsparungen im stationären Sektor (Fallzahl und DRG-Erlöse)	103
Tabelle 5:	Vergleich zwischen EAV und Krankenhaus bzgl. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst.....	111
Tabelle 6:	Vorhaltekosten und variable Kosten	135
Tabelle 7:	Investitionen	136
Tabelle 8:	Herleitung des Jahresgehaltes in den entsprechenden Gehaltsstufen.....	137
Tabelle 9:	Berechnungsgrundlage der Zuschläge für Feiertage, Sonntage und Nacht	137
Tabelle 10:	Indikationen.....	138
Tabelle 11:	Leistungskatalog	148
Tabelle 12:	Ausstattung/Infrastruktur	154
Tabelle 13:	Personal, Qualifikation, Aufgaben	155
Tabelle 14:	Expertenaussagen zu Schnittstellen.....	158
Tabelle 15:	Expertenaussagen zur Versorgungsebene.....	159

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst
AG	Arbeitgeber
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurses
ASK	Ambulant sensitive Krankenhausfälle
ASD	Ambulant Sensitive Diagnosen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AZ	Allgemeinzustand
BÄK	Bundesärztekammer
BM	Basismodul
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BVMD	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie e. V.
BZ	Blutzucker
CC	Komplikationen/Komorbiditäten
CED	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CHN	Community Health Nursing
CMI	Case Mix Index
CMP	Case Mix Punkte
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computertomografie
CTG	Kardiotokogramm
CW	Case Weight (Relative Fallschwere)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.

DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosis Related Group
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBV	Epstein-Barr-Virus
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EM	Erweiterungsmodul
EpA	Ergebnisorientiertes Pflegeassessment
EU	Europäische Union
FA	Facharzt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLuT	Gemeinde nach Lage und Typ
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausarzt
HB	Hämoglobin
HbA1c	Hämoglobin A1c
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
IAIV	Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IGiB-StimMT	Strukturmigration im Mittelbereich Templin
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INKA	Allgemeinmedizinisch interdisziplinäre Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation
INT	Internistisch (die Innere Medizin betreffend)
i.v.	Intravenös
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KM	Knochenmark
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LEP	Leistungserfassung Pflege
MFA	Medizinische Fachangestellte
MR	Magnetresonanztomografie
MS	Multiple Sklerose
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
mVWD	Mittlere Verweildauer
n	Anzahl
NäPa	Nicht-ärztlicher Praxisassistent
ND	Nutzungsdauer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PA	Physician Assistant
PCCL	Patientenbezogener Gesamtschweregrad bzw. Patient Clinical Complexity Level
PD	Pflegedienst
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKV	Private Krankenversicherung
POC	Point-of-Care
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PraCMan	Hausarztpraxis-basiertes Case-Management
RR	Blutdruck
RX	Verschreibungspflichtige Medikamente
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Protocol
STATAmEd	Stationäre Allgemeinmedizin
SVR	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
	Transösophageale Echokardiografie
TEE	Öffentlicher Dienst – Pflegeberufe
TVÖD-P	Übernachtung
ÜN	
VERAH	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis
ViKo	Videokonferenz
VK	Vollkräfte
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Executive Summary

Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich mit diversen Herausforderungen konfrontiert, die häufig durch strukturelle Gegebenheiten verursacht oder zumindest verstärkt werden. So entsprechen die historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen in vielen Fällen weder dem Bedarf der Bevölkerung noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft (SVR 2018). Die strenge sektorale Trennung, die ein „Bett“ bisher stets mit einem Krankenhaus assoziiert und damit ein starkes strukturelles Gefälle erzeugt, ist dabei wenig hilfreich.

Das im Oktober 2018 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgestellte Gutachten mit dem Titel *„Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der Erweiterten Ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte“* sollte in diesem Kontext einen Reformimpuls setzen. Hier war das Ziel, eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur zu konzipieren und dabei insbesondere Situationen vor Augen zu haben, bei denen ein kleines, in der Regel (aber nicht ausschließlich) ländliches Krankenhaus geschlossen wird. Das entwickelte Konzept Intersektoraler Gesundheitszentren (IGZ) zeichnet sich insbesondere durch die Möglichkeit der sogenannten Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV) aus, welche eine Betreuung von Patienten für 3 bis 5 Nächte ermöglicht. Dabei liegt der ärztliche Fokus vorrangig auf dem allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Kompetenzbereich. Auch weitere fachärztliche Angebote, insbesondere konservative Leistungen, können integriert werden. Zudem profitiert die Versorgung von einem umfassenden und ggf. interprofessionellen Angebot durch die Möglichkeit, weitere medizinische und gesundheitsnahe Dienstleister unter dem Dach des IGZ zu vereinen: Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken etc. Dabei stellt das IGZ mit EAV jedoch den medizinischen Nukleus dar, der wirtschaftlich tragfähig sein muss.

Das Ziel des nun vorliegenden Gutachtens für die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist die weitere Konkretisierung insb. des Modells der EAV unter der Klärung von Umsetzungsdetails zu geeigneten Indikationen, Leistungen und strukturellen Voraussetzungen. Ferner soll eine quantitative Annäherung an die Implikationen einer derartigen Transformation erfolgen, wobei der Fokus auf Versorgungspotenzial und -kapazität sowie auf den Kosteneffekten aus Sicht der Krankenkassen liegen soll. Hierzu gilt es auch das Versorgungspotenzial abzuschätzen. Um einen ersten Eindruck möglicher Größenordnungen zu erhalten, werden verschiedene Szenarien zugrunde gelegt.

Die Analyse von passenden Krankheitsbildern, Leistungen und Strukturen wurde durch das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen in qualitativen Experteninterviews erstellt. Die Abschätzung quantitativer Auswirkungen wurde durch die Oberender AG vorgenommen.

Die Ergebnisse der Experteninterviews verdeutlichen das große Potenzial der Erweiterten Ambulanten Versorgung, zeigen zugleich aber die damit einhergehenden Herausforderungen auf. Eine eindeutige Zuordnung spezifischer Diagnosen in die Versorgungsebene EAV erwies sich als realitätsfern; diese muss kontextabhängig erfolgen. Dabei sind die individuelle Fallschwere, Behandlungsziele sowie Vorerkrankungen ebenso zu berücksichtigen wie die individuelle Versorgungssituation. Auf Anbieterseite ist die infrastrukturelle sowie fachlich-personelle Ausstattung der jeweiligen EAV sowie die lokale Vernetzung bestimmend für eine sichere Versorgung in der EAV.

Zusammenfassend kann man die Ergebnisse aus den Experteninterviews wie folgt strukturieren:

Bei den für die EAV geeigneten Indikationen kann grob zwischen akuten und chronischen Erkrankungen unterschieden werden. Bei Ersteren geht es häufig darum, mögliche gefährliche Verläufe zu erkennen und zu verhindern. Für Krankheitsbilder, für die mit der im IGZ bzw. in der EAV vorhandenen Infrastruktur eine sichere und schnelle Diagnosestellung sowie eine Therapie und Überwachung gewährleistet werden kann, ist häufig eine Klinikeinweisung vermeidbar. Auch invasive diagnostische und therapeutische Prozeduren, die zusätzlich einer pflegerischen oder ärztlichen Überwachung bedürfen, oder sozialmedizinische und ggf. psychiatrische Notfälle könnten kurzfristig in der EAV sicher versorgt werden. Bei bekannten chronisch Erkrankten stellt die EAV z. B. bei Entgleisungen und Therapieanpassungen unter Monitoring eine sinnvolle Alternative zur stationären Aufnahme in einem Krankenhaus dar.

Die EAV verlangt als mindestens vorzuhaltende personelle Infrastruktur qualifizierte Fachpflegekräfte für die 24-Stunden-Überwachung und Versorgung. Darin wurde von den interviewten Experten ein Mehrwert gesehen, da 1. die steigenden koordinativen und komplexen Anforderungen von multimorbiden und älter werdenden Patienten in der neuen Versorgungsform besser abgebildet und patientenzentrierter angeboten werden können, 2. Aufgaben optimiert auf die verfügbaren Kompetenzen und Ressourcen verteilt werden und dadurch Valenzen für ärztliche Aufgaben freigemacht werden können und 3. Arbeiten im Team die Attraktivität der Arbeitsumgebung steigert.

Sofern entsprechender Bedarf besteht und die baulichen Gegebenheiten es zulassen, bietet sich die Integration weiterer Fachärzte und Gesundheitsberufe an, was eine gelingende interprofessionelle Versorgung in der Umsetzung fördern würde. Auch die enge und strukturierte Kooperation mit Fachärzten außerhalb des IGZ ist zielführend. Das Netzwerk bestimmt letztendlich, welche Angebote qualifiziert erbracht werden können. Deshalb wird im Gutachten zwischen einer Basisvariante und einer erweiterten Variante unterschieden.

Grundsätzlich müssen für die neue Struktur eines IGZ inkl. EAV die Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den vorhandenen Berufsgruppen und Einrichtungen klar definiert und abgegrenzt werden. Als Rechtsform sind verschiedene Kooperationsmodelle vorstellbar, die auch die Einbeziehung lokaler Akteure ermöglichen und möglichst gemeinschaftlich definiert werden sollten.

Zur quantitativen Annäherung an das medizinische Versorgungspotenzial sowie denkbare EAV-Kapazitäten werden verschiedene Szenarien zugrunde gelegt. Diese reichen von einer eher konservativen Abgrenzung mit einem eher niedrig geschätzten medizinischen Potenzial und einer Beschränkung auf die eingangs dargestellte Transformation von rund 75 idealtypischen kleinen ländlichen Krankenhausstandorten bis zu einem optimistischen Szenario, das ein hohes medizinisches Substitutionspotenzial sowie umfangreich vorhandene EAV-Ressourcen unterstellt. Entsprechend ergeben sich je nach Szenario zwischen 0,09 Millionen und 3,95 Millionen Fälle. In einer hinsichtlich der Annahmen eher neutral gehaltenen Abgrenzung stehen 0,79 Millionen Fälle einem kalkulatorischen Kapazitätsbedarf von 644 IGZ gegenüber. Aufgrund der für diese Herleitung zu treffenden Annahmen können diese Zahlen lediglich eine erste Orientierung zu möglichen Größenordnungen in Abhängigkeit verschiedener Szenarien vermitteln. Erst eine Evaluation von Umsetzungsprojekten kann das tatsächliche Verhalten von Ärzten und Patienten ermitteln.

Bleibt man exemplarisch im Szenario mit 644 IGZ, könnte unter den getroffenen Annahmen die Versorgung in der EAV zu 27 % niedrigeren Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung erfolgen. Eine derartige Größenordnung ist jedoch in der Tendenz nur bei Transformationsszenarien mit entsprechenden Schließungen kleiner Krankenhausstandorte realisierbar. Wird davon ausgegangen, dass unter Beibehaltung von bestehenden Krankenhausstandorten ein Teil der Patienten künftig in der EAV versorgt wird, können die Krankenhäuser beispielsweise notwendige Vorhaltekosten nicht linear zur Fallzahl reduzieren, sodass die skizzierten Einsparpotenziale nicht vollständig realisiert werden können.

Das Gutachten zeigt, dass eine neue Struktur wie die hier vorgeschlagene die Chance birgt, sowohl die Qualität als auch die Effizienz der Versorgung zu verbessern. Dabei können zudem der Wunsch der Patienten nach einer umfassenderen niedrighwelligen heimatnahen Versorgung und der Wunsch der Versorgenden nach einer flexibleren, teambasierten integrierten Versorgung besser erfüllt werden.

I Einleitung

Die Diskussion zum Reformbedarf der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren wieder deutlich an Intensität gewonnen. Dies reicht vom Bestreben, die Zahl der Krankenhäuser zu reduzieren und Leistungen zur Steigerung von Qualität und Effizienz zu zentralisieren (Preusker et al. 2019; Loos et al. 2019), bis zu Bemühungen, auch im Bereich der Regional- und Primärversorgung Optimierungspotenziale zu heben (Benstetter et al. 2020; Hildebrandt et al. 2020). Auch wenn an diversen Punkten nicht nur gesundheitspolitisch kein Konsens besteht, sondern sich auch auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht die eine optimale Lösung ableiten lässt, gibt es doch ein weitreichendes Einverständnis, dass es schon allein angesichts der demografischen Herausforderungen und des eklatanten Fachkräftemangels innovativer Ansätze bedarf, um eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Im Jahr 2018 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Gutachten beauftragt, welches vor diesem Hintergrund ein neues Versorgungskonzept entwickeln sollte (Schmid et al. 2018). Die Vorgabe lautete, eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur zu konzipieren und dabei insbesondere Situationen vor Augen zu haben, bei denen ein kleines, in der Regel ländliches Krankenhaus geschlossen wird. Während in urbanen Regionen ein derartiger Wegfall eines Versorgers mit weniger als 200 Betten leichter kompensiert werden kann, entsteht in vielen ländlichen Regionen eine deutlich wahrnehmbare Versorgungslücke, die es zu füllen gilt. Ausgehend vom typischen Bedarf einer in einer derartigen Lage anzutreffenden Bevölkerung wurde das Modell des Intersektoralen Gesundheitszentrums (IGZ) entwickelt.

Ein IGZ bündelt einerseits mehrere „klassische“ Arztpraxen und bietet andererseits eine Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV). Letztere stellt eine innovative Versorgungsstruktur dar, die im SGB V bisher nicht existiert. Sie umfasst eine Möglichkeit der längerfristigen Versorgung inkl. Übernachtung, ist allerdings ganz explizit kein Krankenhaus. Die Versorgung erfolgt primär in Form einer durchgehenden Betreuung durch qualifizierte Pflegefachpersonen¹ und regelmäßige ärztliche Visiten. Zur Zielgruppe für dieses Versorgungsangebot „gehören insbesondere Patienten, welche nicht die hochtechnisierte Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen, jedoch – sei es aufgrund eines erhöhten Monitoringbedarfs oder einer sozialen Indikation – nicht für eine rein ambulante Versorgung infrage kommen“ (Schmid et al. 2018, S. 12). Im Detail kann und muss das IGZ an den konkreten Gegebenheiten vor Ort ausgerichtet werden.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen mal nur die männliche, mal nur die weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten grundsätzlich für alle Geschlechter und beinhalten keine Wertung.



Abbildung 1: Grundstruktur IGZ

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid et al. 2018

Das Konzept wurde äußerst positiv rezipiert. Es fand nicht nur Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion und Förderprogramme wie den Krankenhausstrukturfonds (BStMGP 2019)², sondern war Vorlage für diverse Projekte, welche die Gestaltung solcher oder ähnlich gelagerter Versorgungsmodelle zum Ziel hatten. Insbesondere auch Kommunen, die einerseits wirtschaftliche Verantwortung als Träger eines kleinen Krankenhausstandortes haben und andererseits die Versorgung in der Region auch nach einer möglichen Schließung sicherstellen müssen, nahmen das IGZ als sinnvolle Option wahr. Auch viele Krankenhausträger teilten diese Einschätzung. Die Erfahrungen dieser ersten Umsetzungsinitiativen bestätigten die zentralen Prämissen des Konzeptes, zeigten jedoch auch deutlich die Herausforderungen auf, die bei der Gründung eines IGZ mit EAV zu meistern sind (Schmid et al. 2020b). Hierzu gehört beispielsweise das Erzielen einer Vergütungsvereinbarung mit Krankenkassen oder ganz generell der planerische und organisatorische Vorlauf, der einen erheblichen Aufwand darstellt.

Dies bildet den Hintergrund, vor dem das vorliegende Gutachten wiederum durch die KBV beauftragt wurde. Es baut auf den existierenden konzeptionellen Arbeiten auf und soll helfen, die EAV

² Auch in verschiedenen Programmentwürfen und Positionspapieren zur Bundestagswahl 2021 finden sich Konzepte, die der Idee des IGZ mit EAV inhaltlich sehr nahekommen oder begrifflich Anleihen nehmen. Siehe z. B. SPD 2021; FDP 2021; Bündnis 90/Die Grünen 2021. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Gutachtens lag noch kein entsprechendes Programmpapier der CDU/CSU vor.

als wesentlichen Bestandteil der Versorgung eines IGZ weiter zu konkretisieren und deren Auswirkungen für die Versorgung zu skizzieren. Es trägt damit zur Abbildung der EAV in der regulären vertragsärztlichen Versorgung bei.

Konkret soll insbesondere ein besseres Verständnis dafür erreicht werden, welche Patienten bzw. Indikationen mit welchen Leistungen in einer EAV versorgt werden können und welche Strukturen und sonstigen Voraussetzungen hierfür notwendig sind. In verschiedenen Aspekten geht das Gutachten jedoch auch darüber hinaus, indem beispielsweise auch Schnittstellen ausgeleuchtet und auf Systemebene Abschätzungen zu den finanziellen Implikationen sowie weiterreichenden Konsequenzen für die Versorgung getroffen werden.

II Zentrale Prämissen und Vorarbeiten

Ausgangspunkt bildet das Gutachten aus dem Jahr 2018, welches die Struktur eines IGZ mit klassischer ambulanter und Erweiterter Ambulanter Versorgung (EAV) darstellt (Abbildung 1). Laut diesem Gutachten soll im Sinne eines Kern-IGZ die ambulante konservative Behandlung von Erkrankungen, die primär dem allgemeinmedizinischen und internistischen Bereich zuzuordnen sind, den inhaltlichen Fokus der Einrichtung darstellen. Die räumlichen und organisatorischen Strukturen bieten die Möglichkeiten, diese durch verschiedene Elemente zu erweitern, wobei die innovative Form der EAV ein konstitutives Element des IGZ darstellt. In der EAV wird die durchgehende Betreuung durch hierfür qualifizierte Pflegefachpersonen im Schichtdienst ermöglicht. Die ärztliche Betreuung erfolgt, neben der Verfügbarkeit während der regulären Sprechzeiten, durch Visiten. Für Notfälle außerhalb der Praxiszeiten muss die jeweils am besten auf die örtlichen Gegebenheiten passende Lösung gefunden werden. Dies kann von einer Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes über eine Kooperation mit einem nahe gelegenen Krankenhaus bis zu einer – sofern gewünscht – eigenständigen Abbildung durch die im IGZ tätigen Ärzte erfolgen.

Die dem vorliegenden Gutachten zugrunde liegenden Eckdaten eines IGZ mit EAV basieren auf den Ergebnissen des Business-Cases aus dem Gutachten von 2018. So wird mit einer Einrichtungsgröße von 15 Betten und mit einer durchschnittlichen Auslastung von 80 % gearbeitet. Die ärztliche Betreuung der EAV wird mit dem Umfang einer Vollkraft (VK) veranschlagt, die sich jedoch auf mehrere Ärzte verteilt, die im IGZ tätig sind. Im Gutachten von 2018 wurde unterstellt, dass 6 Ärzte in Vollzeit im IGZ tätig sind und die Betreuung der EAV unter sich aufteilen, womit ein Umfang von 5 VK für die klassische ambulante Versorgung verbleibt. Für die durchgehende Sicherstellung der qualifizierten pflegerischen Betreuung werden 12 VK Pflegedienst hinterlegt. Weitere Informationen zum Kontext und zu den Ergebnissen können dem folgenden Auszug des Ausgangsgutachtens entnommen werden.

Auszug aus dem Ausgangsgutachten von 2018:

„Ziel des Gutachtens ist es, durch die Entwicklung eines Konzepts für Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) einen Beitrag zur Schaffung nachhaltiger und qualitativ hochwertiger Versorgungsstrukturen zu leisten. Hierfür werden Krankenhäuser charakterisiert, die sich typischerweise für eine Umwandlung in dieses alternative Versorgungsangebot eignen. (...)

Für eine Umwandlung in ein IGZ geeignete Krankenhausstandorte gehören der Grund- und Regelversorgung an, betreiben zumindest eine internistische Fachabteilung, sind im ländlichen Raum angesiedelt und haben weniger als 200 Betten. Das Umwandlungspotential in Deutschland wird dabei auf rund 190 Einrichtungen taxiert. Im Zuge der Definition eines Idealtypus, der auch als Vorlage für die darauf aufbauende Fallstudie dient, reduziert sich die Zahl auf circa 75 Krankenhausstandorte. (...) Neben einigen Solitären sind die meisten Krankenhäuser Standorte eines lokalen oder regionalen Krankenhausverbundes oder – in deutlich geringerem Umfang – Teil einer überregionalen Kette.

Das Ergebnis der Umwandlung geeigneter Krankenhausstandorte sind IGZ, welche im ambulanten Sektor angesiedelt sind und deren Angebot über das klassische ambulante Leistungsportfolio hinausgeht. Diese IGZ umfassen zusätzlich die sogenannte erweiterte ambulante Versorgung (EAV), welche in einer bettenführenden Einheit erbracht wird. (...)

Das IGZ kann unter seinem Dach eine Reihe von medizinischen und gesundheitsnahen Dienstleistern vereinen: Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken etc. Das Gutachten fokussiert jedoch ein Kern-IGZ, welches den medizinischen Nukleus der Einrichtung darstellt und für sich wirtschaftlich tragfähig sein muss. Dieses Kern-IGZ deckt unter konsequenter Einhaltung des Facharzt[status] die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten ab. Neben der klassischen ambulanten Versorgung hält das IGZ daher für die EAV Betten vor, wodurch Patienten rund um die Uhr pflegerisch betreut werden können. (...) Organisatorisch und rechtlich basiert das IGZ in seiner Grundstruktur auf einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), mit welchem es auch den Gründerkreis teilt. (...)

Zur Zielgruppe gehören insbesondere Patienten, welche nicht die hochtechnisierte Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen, jedoch – sei es aufgrund

eines erhöhten Monitoringbedarfs oder einer sozialen Indikation – nicht für eine rein ambulante Versorgung in Frage kommen. Diesen wird durch die EAV eine wohnortnahe und ihrem Bedarf entsprechende Versorgung angeboten. Gleichzeitig kann das Ambulantisierungspotential, welches die adäquate Erbringung von vormals stationären Leistungen im ambulanten Setting beschreibt, durch die EAV erweitert werden. Insbesondere einfache konservative Indikationen sind im IGZ behandelbar. Patienten, welche zwingend einer Versorgung in Krankenhausstrukturen bedürfen, werden von den umliegenden Krankenhausstandorten aufgenommen, was dort zu einer besseren Auslastung führt und Optionen für strukturelle Qualitätsverbesserungen eröffnet. (...)

Die Struktur des IGZ erlaubt eine äußerst effektive und effiziente Erbringung qualitativ hochwertiger Versorgungsangebote, welche dem Bedarf der regionalen Bevölkerung besser entsprechen als die noch immer zahlreich anzutreffenden Kleinstkrankenhäuser. (...) Die verbleibenden Krankenhausstandorte werden wirtschaftlich gestärkt, was Investitionen in die Förderung der Versorgungsqualität erlaubt. Auch für die Chancen der Personalgewinnung werden positive Effekte erwartet.

Die – meist kommunalen – Träger der zu schließenden Krankenhausstandorte werden deutlich entlastet, da der häufig strukturell notwendige Defizitausgleich entfällt. (...) Zudem bleibt das nicht ambulantisierbare stationäre Fallvolumen in der Region, sodass der tatsächliche Verlust an Wirtschaftskraft in einem sehr überschaubaren Rahmen bleiben sollte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine wirtschaftliche, die Versorgungsqualität verbessernde Einrichtung wie das IGZ auch unter den derzeitigen Rahmenbedingungen grundsätzlich möglich ist. Neben den im Zuge des Gutachtens im Vordergrund stehenden ländlichen Regionen kann das IGZ auch in urbanen Regionen eine wertvolle Ergänzung des Versorgungsangebots darstellen. (...) Werden bisher stationär erbrachte Leistungen in den ambulanten Sektor transferiert, müssen entsprechend auch die sektoralen Budgets angepasst werden, sodass auch die Finanzmittel der Leistungsverlagerung folgen.“

(Schmid et al. 2018, S. 11-13)

Das vorliegende Gutachten baut auf die geschilderten strukturellen Grundannahmen auf, geht jedoch deutlich über die Zielstellung des ersten Gutachtens hinaus und nimmt auch Aspekte in

den Blick, die in diesem nur am Rande gestreift wurden. Die methodische Herangehensweise ist entsprechend explorativ und damit ergebnisoffen, um das Potenzial der EAV qualitativ und quantitativ besser einschätzen zu können.

Dies gilt insbesondere für das in der EAV behandelbare Indikationsspektrum. Bereits im Ausgangsgutachten war im Sinne einer modularen Erweiterbarkeit angelegt, dass das inhaltliche Spektrum beispielsweise durch weitere Facharztpraxen erweitert werden kann. Diese Option sowie die weiteren möglichen Ergänzungen (vgl. Abbildung 2) wurden jedoch nicht weiter vertieft, das konkrete Behandlungsspektrum blieb bis auf einige ausgewählte Beispiele eher vage.

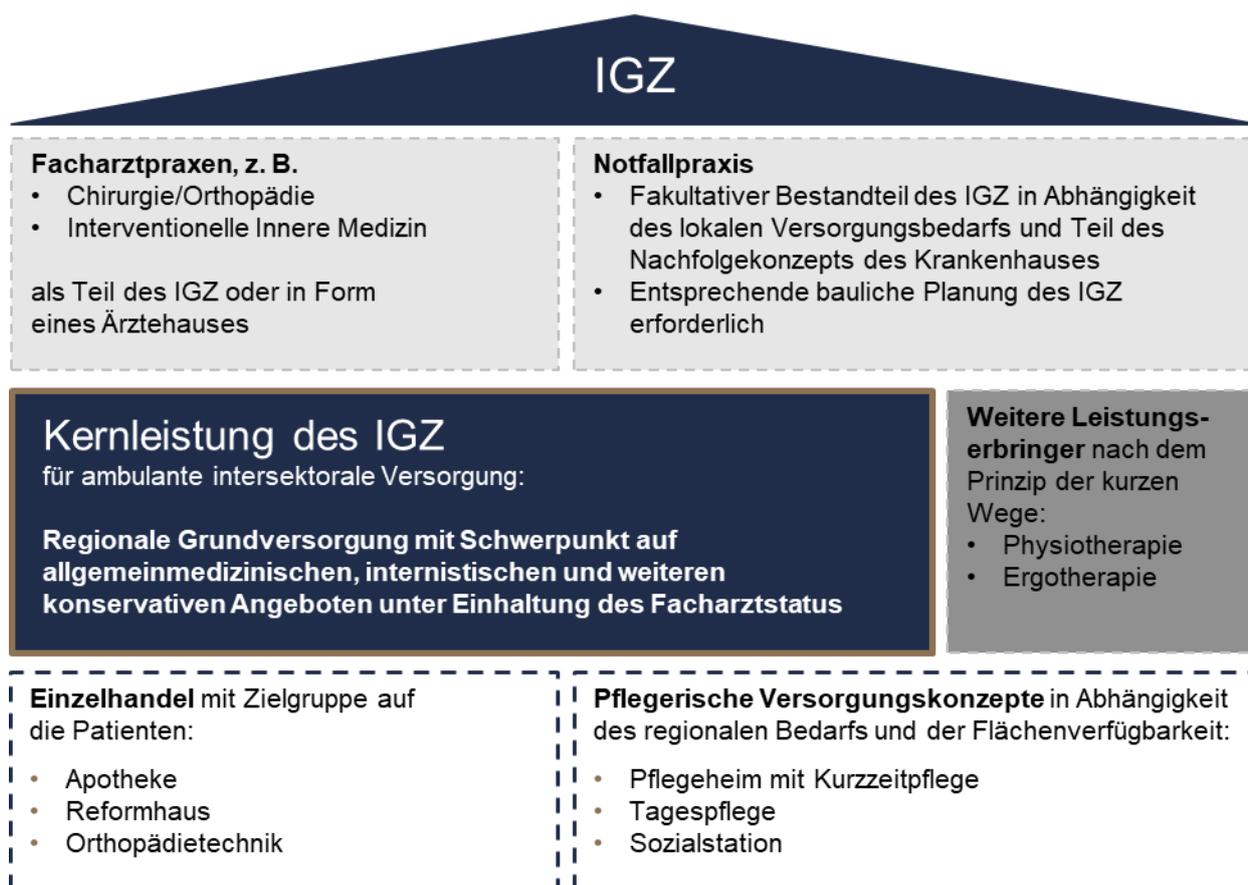


Abbildung 2: Modulares IGZ

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid et al. 2018

Ferner erfolgt eine im Vergleich zum ersten Gutachten deutlich breiter angelegte Einbettung, die über die reine Schließung eines Krankenhausstandortes als Gründungsimpetus für ein IGZ hinausgeht und stärker auch eine Vision vermittelt, wie sich ein derartiges Versorgungsangebot im Gesamtkontext einordnen könnte. Entsprechend sollen auch strukturelle Potenziale jenseits des reinen Schließungsszenarios Eingang finden.

Hierzu werden auch ausgewählte gesundheitspolitische, -wissenschaftliche und -ökonomische Erkenntnisse und Entwicklungen reflektiert. So ist die Versorgung in Deutschland nach wie vor

durch eine starke sektorale Trennung geprägt, die zu bekannten Fehlanreizen und Qualitätsproblemen in der Kontinuität der Versorgung führt. Die Versorgung ist dadurch mehr an Strukturen als an Patientenbedarfen ausgerichtet und wird insbesondere den Bedürfnissen älterer, chronisch kranker und multimorbider Patienten nur bedingt gerecht (Hildebrandt et al. 2020; Hölscher et al. 2019). Über einen längeren Zeitraum wurden zudem Koordinations- und Beratungsleistungen zugunsten einer Mengenausweitung technischer Prozeduren weiter verdrängt. Die Konsequenzen einer fehlenden Koordination und Patientensteuerung sind sichtbar, die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bei Patienten ebenso wie beim Personal wird immer deutlicher artikuliert (Wehkamp und Naegler 2017).

Entsprechend gilt es zu eruieren, inwiefern die zunehmende Anzahl multimorbider, vorwiegend älterer Patienten eine Population darstellt, deren Bedarfe durch ein IGZ mit den zusätzlichen Möglichkeiten der EAV besonders gut adressiert werden können. Durch die Kombination eines an die regionalen Bedarfe angepassten IGZ mit erweitertem Leistungsspektrum und Übernachtungsmöglichkeit könnte auch das qualitätsfördernde Potenzial in seiner ganzen Breite zur Geltung kommen. So könnten die Strukturen des IGZ auch strukturell und organisatorisch optimale Voraussetzungen bieten, um beispielsweise eine patientenzentrierte, umfassende Primärversorgung zu realisieren.

Auch durch diese inhaltliche Ausrichtung grenzt sich das IGZ ab von etablierten anderen Versorgungsmodellen wie der Praxisklinik nach § 115 SGB V oder auch den von Hahn et al. (2019) beschriebenen intersektoralen Facharztzentren, die z. B. über Kooperationen mit Krankenhäusern und entsprechende belegärztliche Vereinbarungen ebenfalls die Sektorengrenzen überwinden. Das IGZ ist in diesem Sinne kein konkurrierender Ansatz, sondern eine ergänzende Option mit einer etwas anders gelagerten Stoßrichtung.

Das Setting des IGZ könnte auch die Präferenzen der – vor dem Hintergrund des sich weiterhin verschärfenden Fachkräftemangels in der Medizin und der Pflege – besonders gefragten jüngeren Professionals besser adressieren als klassische Einzelpraxen. Sie wünschen sich u. a. eine bessere Nutzung ihrer jeweiligen Kompetenzen und eine berufsgruppenübergreifende Arbeit auf Augenhöhe im Team mit entsprechender interprofessioneller Teamkultur und geregelten Arbeitsbedingungen. Dies macht Gesundheitsberufe attraktiver und trägt dazu bei, die bereits bestehenden Personalengpässe etwas abzumildern (KBV 2019).

Letztlich darf auch die wirtschaftliche Seite der Leistungserbringung nicht unberücksichtigt bleiben. Während demografischer Wandel, sich verändernde Morbiditätsstrukturen und verschiedene Reformmaßnahmen der letzten Jahre weitere Ausgabensteigerungen erwarten lassen, verschlechtert sich allein schon demografiebedingt die Finanzierungssituation der Kostenträger.

Mögliche wirtschaftliche Verwerfungen mit Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt können die Situation weiter verschärfen. Auch wenn das Konzept des IGZ mit EAV vom Versorgungsbedarf her konzeptioniert ist, sind vor diesem Hintergrund auch die ökonomischen Implikationen zu untersuchen.

International werden diese verschiedenen Zieldimensionen häufig unter dem sogenannten „Quadruple Aim“ subsummiert. Dieses vierdimensionale Zielbild adressiert sowohl die individuelle Patientenerfahrung als auch die Gesundheit der Bevölkerung und berücksichtigt dabei zugleich die Kosten der Leistungserbringung und die Zufriedenheit der Leistungserbringer. Dabei zeigen Studien aus verschiedenen Ländern und Settings, dass insbesondere bei der Gruppe der multimorbiden Patienten durch eine optimierte Koordination und Kommunikation über den gesamten Versorgungsprozess hinweg die Bevölkerungsgesundheit und individuelle Zufriedenheit mit der Versorgung verbessert und die Pro-Kopf-Ausgaben reduziert werden (Bodenheimer und Sinsky 2014; Berwick et al. 2008). Neben den dahingehenden Implikationen der EAV bezieht das Gutachten entsprechend auch weitere Bedarfe wie Prävention, Langzeitversorgung, soziale Unterstützung, die die medizinische Grunderkrankung unmittelbar mit beeinflussen, mit ein und geht hier mehr ins Detail als das erste Gutachten.

Der explorative Ansatz des Gutachtens impliziert, dass das Spektrum des Machbaren und Denkbaren eher weit gefasst wird. Wie sich Ärzte und Patienten in der Praxis jedoch verhalten werden, lässt sich ob des innovativen Ansatzes nur schwer prognostizieren. Entsprechend fußen auch die quantitativen Abschätzungen auf starken Annahmen und können nur als erster Orientierungspunkt dienen. Es zeigt sich deutlich die Notwendigkeit, die getroffenen Aussagen und Annahmen in praktischen Umsetzungen zu validieren und gegebenenfalls entsprechend anzupassen.

III Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil stehen die medizinischen Fragestellungen im Fokus. Nach einer Einführung in das methodische Vorgehen (Kapitel 1) folgt die Darstellung der Ergebnisse. Hierbei wird herausgearbeitet, welche Indikationen für eine Behandlung in einer EAV geeignet sind (Kapitel 2.2), welche Leistungen hierfür zu erbringen sind (Kapitel 2.3) und welche Strukturen die Voraussetzung hierfür bilden. Ferner wird dargestellt, welche Schnittstellen für die Leistungserbringung von besonderer Bedeutung sind (Kapitel 2.4). Den Abschluss von Teil 1 bildet ein umfassendes Zwischenfazit, welches die Ergebnispräsentation der vorangehenden Kapitel einordnet, die Kriterien für eine Aufnahme in die EAV erläutert und den Kontext zu Fragen der interprofessionellen Arbeit und der Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke herstellt (Kapitel 3).

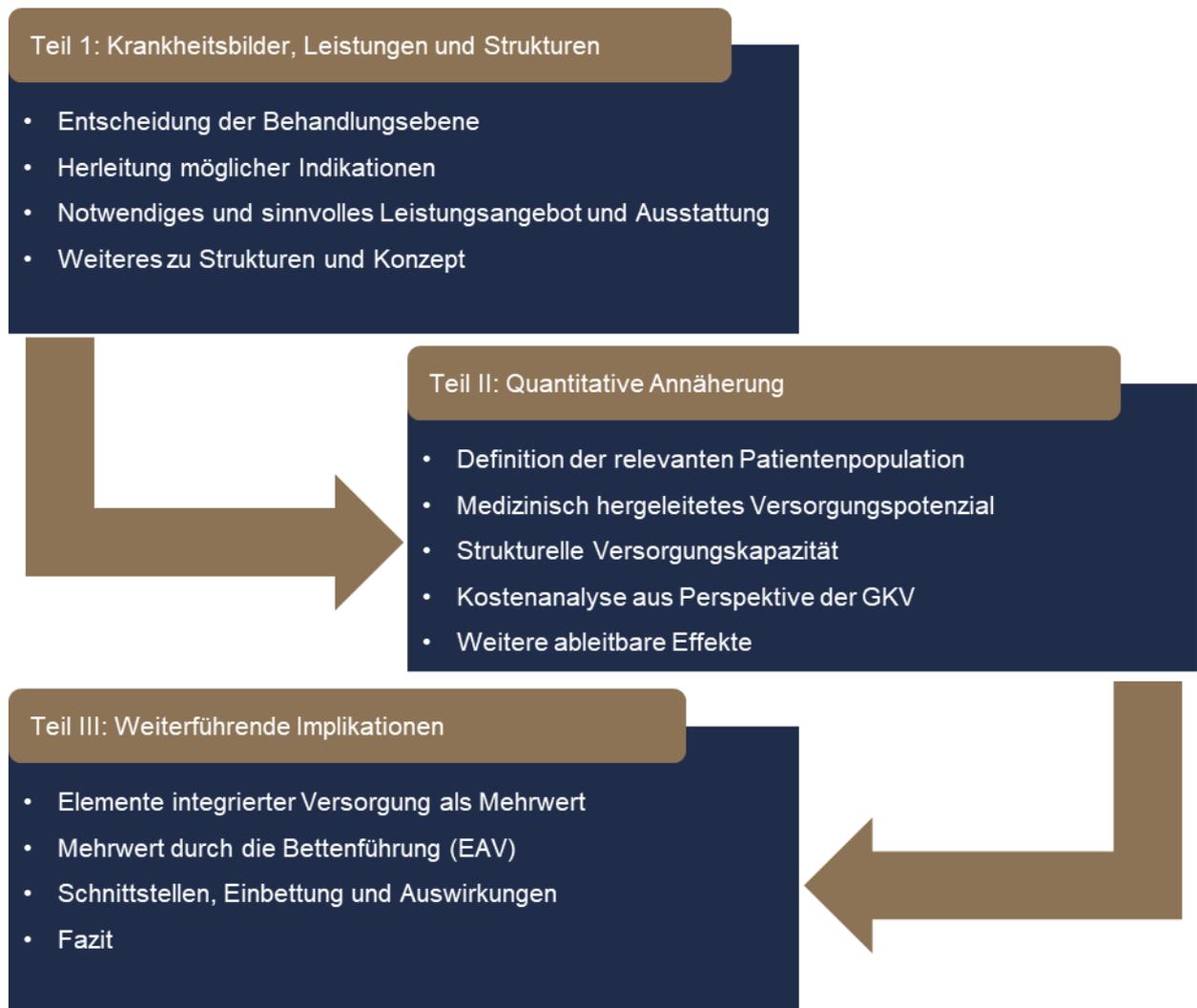


Abbildung 3: Gliederung grafisch
 Quelle: Eigene Darstellung

Aufbauend auf den Ergebnissen aus Teil 1 wurde von der KBV ein Preisgerüst für in der EAV erbringbare Leistungen erstellt. Dieses hat explizit keinen normativen Charakter für eine künftige Ausgestaltung der Vergütung einer EAV. Es soll lediglich – unter anderem abgeleitet aus den in der ambulanten Versorgung üblicherweise in diesem Kontext ausgelösten Vergütungsziffern – eine erste Abschätzung der in der EAV anfallenden Kosten für die GKV erlauben. Erläuterungen zum Vorgehen der KBV befinden sich in Anhang A: Vergütung – Vorhaltekosten (KBV) und Anhang B sowie Kapitel 5.3.1.

Entsprechend wird in Teil 2 des Gutachtens anknüpfend an Vorarbeiten aus Teil 1 sowie an den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellten Daten eine Abschätzung möglicher Auswirkungen einer umfassenden Etablierung von EAV-Angeboten vorgenommen. Zunächst wird die Mengenkomponekte hergeleitet (Kapitel 4). Hierzu folgen nach einer Einführung in die

Methodik eine grundlegende Systematisierung und Abgrenzung der für die EAV-geeigneten Patientenpopulation. Diese wird dann datengestützt in Anlehnung an medizinisch relevante Aspekte weiter eingegrenzt, wobei die Ergebnisse aus Teil 1 den Einstieg bilden. Es resultiert ein quantitativ umschriebenes Patientenkollektiv, das abschließend in Relation zu den realisierbaren EAV-Kapazitäten gesetzt wird. Unter der Annahme, dass die EAV ansonsten in Krankenhäusern erbrachte Leistungen substituiert, lassen sich daraus erste Aussagen zu den potenziellen finanziellen Implikationen für die stationäre wie die ambulante Versorgung ableiten (Kapitel 5). Die darüber hinaus resultierenden Konsequenzen für die Versorgung insbesondere hinsichtlich personeller Bedarfe oder struktureller Effekte schließen an diese Ausführungen an (Kapitel 6), wobei der Fokus hierbei auf quantifizierbaren Effekten auf Basis der vorgenommenen Modellierung liegt. Auch hier können nur erste Größenordnungen ermittelt werden, die im Zuge praktischer Erfahrungen zu konkretisieren sind.

Der darauffolgende Teil 3 öffnet die Diskussion hinsichtlich weiterführender Implikationen für die Versorgung. So werden die Chancen interprofessioneller und integrierter Versorgung, die ein IGZ inkl. EAV bietet, vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Evidenz diskutiert und mit Entwicklungen aus Deutschland in den Kontext gesetzt. Es werden sowohl strukturelle als auch organisatorische Voraussetzungen für die Kooperation beleuchtet. Im zweiten Abschnitt wird dezidiert auf den Mehrwert der EAV eingegangen und deren Einbettung in das aktuelle System diskutiert.

Die Autoren haben das Gutachten gemeinschaftlich erstellt, wobei sich entsprechend der jeweiligen Kompetenzgebiete eine deutliche Differenzierung der Schwerpunktlegung ergibt. Federführend verantwortlich für Teil 1 und Teil 3 zeichnet das Team des IAIV des Universitätsklinikums Tübingen, für Teil 2 das Team der Oberender AG.

IV Datengrundlage

Der explorativ angelegte Teil 1 stützt sich auf Experteninterviews. Das hierfür angewandte Vorgehen wird ausführlich in Kapitel 1.1 dargestellt. Ergänzend werden jedoch auch bereits in Teil 1 quantitative Analysen durchgeführt. In Teil 2 werden primär quantitative Abschätzungen und Hochrechnungen vorgenommen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die zugrunde liegenden Datenquellen auch hinsichtlich der verwendeten Datenjahre.

	Beschreibung Datensatz	Datenquelle	Datenjahr	Jahr der Veröffentlichung	Verwendete Merkmale
stationär	DRG-bezogene Leistungsdaten	Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik; Datenlieferung gemäß §21 KHEntgG sowie Fallpauschalen-Katalog	2018	2020	Fallzahlen, Fallschwere, mVWD
		Referenzdatenbank der Oberer AG	2017-19		PCCL
	Bundesbasisfallwert	GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und DKG gemäß §10 Abs. 9 KHEntgG	2018	2017	Bundesbasisfallwert 2018
	Personalkosten	Statistisches Bundesamt; Datenlieferung gemäß § 11a BStatG	2018	2020	Durchschnittliche Personalkosten ÄD, PD, MTD
	Verteilung der Fälle nach KH-Größe	G-BA; Strukturierte Qualitätsberichte der KH gemäß §136b SGB V	2018	2020	Bettenzahl der Krankenhäuser; ICD-Codes
	DRG-bezogene Kostendaten	InEK, G-DRG-Browser; Datenlieferung gemäß §17b KHG	2017	2019	Kostendaten gegliedert gemäß InEK-Kostenmatrix
	DRG-bezogene Leistungsbedarf	InEK, G-DRG-Browser; Datenlieferung gemäß §17b KHG	2017	2019	Leistungsbedarf gegliedert gemäß InEK-Kostenmatrix
	ICD-DRG-Zuteilungssystematik	InEK, G-DRG-Browser; Datenlieferung gemäß §17b KHG	2017	2019	Hauptdiagnose des Krankenhausaufenthalts
ambulant/ stationär	EAV-sensitive ICD	Erhebung des IAIV	2020		ICD-Codes
ambulant	Leistungsbedarf	Auswertung der KBV	Q4/2019		Leistungsbedarf im Behandlungsfall

Tabelle 1: Datengrundlagen

Quelle: Eigene Darstellung

Teil 1: Krankheitsbilder, Leistungen und Strukturen

1 Einführung in die Methodik

Die Konkretisierungen für das Setting einer in einem IGZ eingebetteten EAV wurden auf den im Erstgutachten vorgezeichneten Rahmenbedingungen aufgebaut und aus dem Bedarf sowie den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung entwickelt.

Konkrete Ziele in diesem Teil umfassten

1. die Erarbeitung eines passenden Indikations- bzw. Patientenspektrums für das Modell der EAV
2. die Definition eines inhaltlich prototypischen Leistungsportfolios (Angebote)
3. die dafür notwendigen strukturellen Anforderungen.

Zusätzlich wurden die sich daraus ergebenden Schnittstellen und Grenzbereiche in der ambulanten und stationären Versorgung betrachtet.

Der Fokus dieser Analyse lag in erster Linie auf der EAV, einer neuen Versorgungsform mit Übernachtungsmöglichkeit an der Sektorengrenze, mit dem Ziel, eine Grundlage für eine mögliche Vergütungsstruktur und eine quantitative Annäherung ihres Potenzials zu ermöglichen (Teil 2). Dies implizierte, in einem pragmatisch-explorativen Ansatz ein möglichst breites Spektrum an Möglichkeiten und Chancen aufzuzeigen und nicht restriktiv vorzugehen.

Zur Definition eines prototypischen Indikations- bzw. Leistungsspektrums wurden semistrukturierte Interviews mit Experten durchgeführt und diese Ergebnisse mit Abrechnungsdaten sowie Erkenntnissen aus der Literatur ergänzt.

1.1 Experteninterviews

Durch die Experteninterviews konnten die für alle folgenden Arbeitspakete relevanten Themen aus unterschiedlicher fachlicher Perspektive erfasst werden und so die bereits im ersten Gutachten zusammengetragenen theoretischen Aspekte durch praxisnahe Konkretisierungen ergänzt werden. Die dort gewonnenen Erkenntnisse wurden im Rahmen von mehreren Workshops mit Wissenschaftlern, Beratern und Ärzten gespiegelt und geschärft (s.u.).

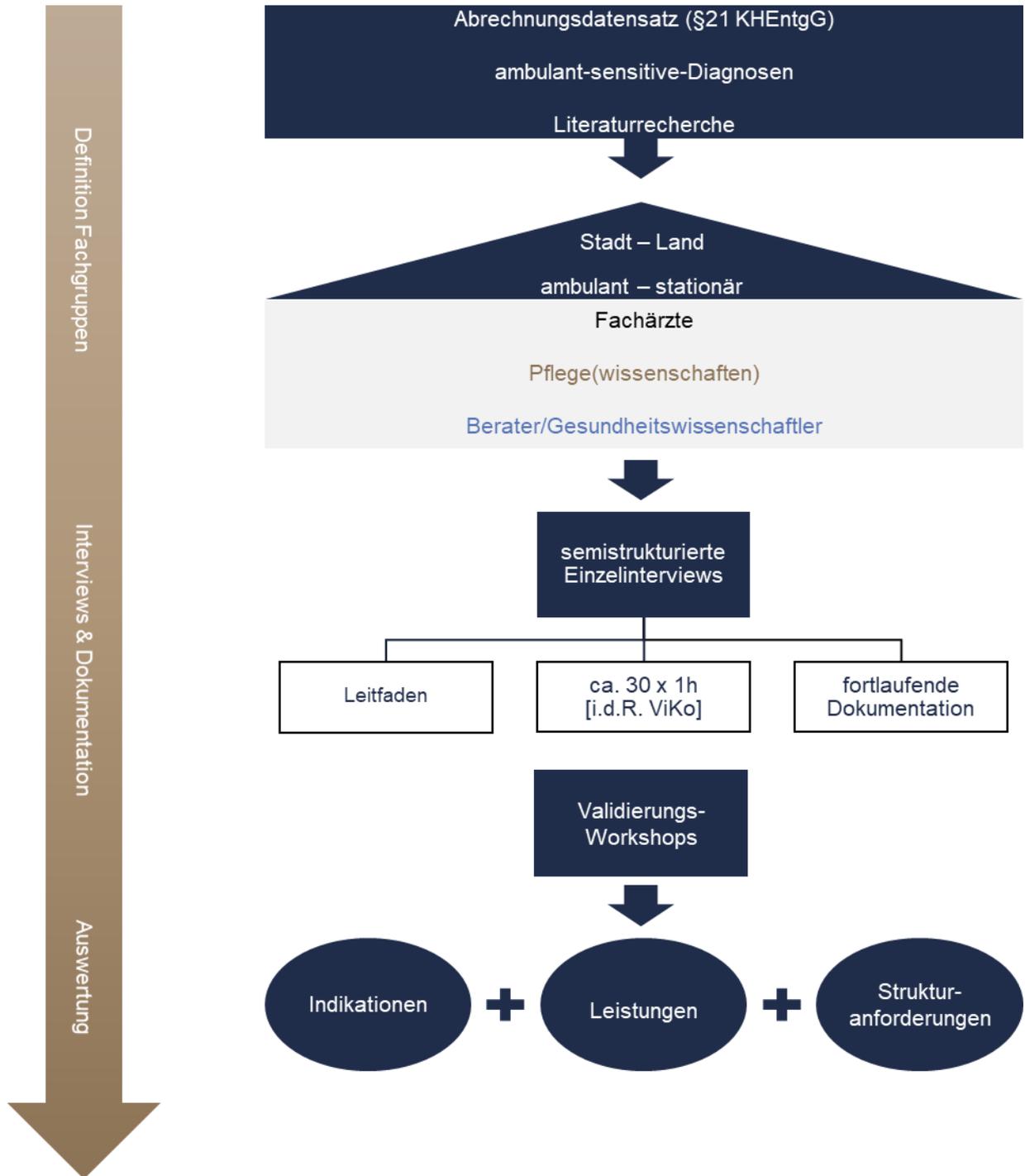


Abbildung 4: Schematisches Vorgehen
 Quelle: Eigene Darstellung

Definition der einzubeziehenden Fachgebiete und Interviewpartner

Die Festlegung der zu interviewenden medizinischen Fachgruppen wurde empirisch unterstützt. Aufgrund der vorgesehenen intermediären Versorgungsform an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden mithilfe der Referenzdatenbank der Oberen AG und der darin enthaltenen anonymisierten Datensätze nach §21 KHEntgG Indikationsgruppen identifiziert, die weitestgehend konservativ behandelt werden können und eine mäßige Fallschwere haben. So wurden beispielsweise alle Indikationen ausgeschlossen, die zwingend mit OPS-Codes aus Kapitel 5 (Operationen) einhergehen. Da dies zunächst nur zur Entwicklung eines sensibilisierenden Konzeptes dient, wurden die Grenzen sehr weit gefasst, um keine potenziellen Indikations- und Fachbereiche bereits auf dieser Stufe auszuschließen.

Die sich hieraus ergebenden 237 Diagnosegruppen wurden abgeglichen und ergänzt durch alle ambulant-sensitiven Diagnosen³ (n=215) (Sundmacher et al. 2015; Freund et al. 2013), da diese ein definiertes Ambulantisierungspotenzial darstellen. Aus dieser vorläufigen Diagnoseliste ergaben sich die relevanten Fachdisziplinen, die die Auswahl der Interviewpartner leitete. Ferner wurden die selektierten Diagnosen als Beispieldiagnosen/Diskussionsgrundlage für die Experteninterviews hinzugezogen.

Neben den Fachbereichen wurde bei den ärztlichen Interviews angestrebt, den stationären und ambulanten Sektor sowie urbane und ländliche Regionen abzudecken.

Interviewdurchführung

Zwischen Mai und August 2020 wurden über 30 Experteninterviews geführt⁴. Neben Hausärzten und fachärztlichen Spezialisten aus dem ambulanten und stationären Sektor wurden Interviews mit Pflegekräften, Pflegewissenschaftlerinnen, Mitarbeitern von Pflegestützpunkten (nach §7c, SGB XI) sowie drei weiteren Experten, die in die Planung und Steuerung intersektoraler Strukturen involviert sind, einbezogen.

Folgende ärztliche Disziplinen wurden interviewt: Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Subspezialisierungen (Endokrinologie/Diabetologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie), Gynäkologie, Neurologie, HNO, Pädiatrie, (Geronto-)Psychiatrie, Rehabilitation, Radiologie, Orthopädie, Dermatologie. Auf weitere Interviews wurde verzichtet, nachdem eine inhaltliche Sättigung eingetreten war.

³ Unter ambulant-sensitiven Diagnosen versteht man diejenigen Krankenhausfälle, welche durch effektives ambulantes Management vermeidbar wären. Hierunter subsumieren sich ein suffizientes ambulantes Management chronischer Erkrankungen, eine effektive ambulante Behandlung von Akutsituationen sowie präventive Maßnahmen, wie die Immunisierung (Sundmacher et al. 2015).

⁴ Auf Grund der Pandemiesituation wurden alle via Videokommunikation geführt und aufgezeichnet.

	ambulant	stationär	Land	Stadt
ärztliche Experten	Allgemeinmedizin (n=3)	x	x	
	Allgemeinmedizin (n=4)	x		x
	Innere/Hausarzt	x		x
	Innere	x	x	x
	Innere (n=2)		x	x
	Innere - Kardiologie	x		x
	Innere - Kardiologie		x	x
	Innere - Pulmologie/Kardiologie		x	
	Innere/Onkologie, Gastroenterologie		x	x
	Innere Onkologie/Geriatrie		x	x
	Chirurgie	x		x
	Dermatologie	x		
	Gynäkologie	x	(x)*	
	Neurologie	x		x
	HNO	x	(x)*	
	Pädiatrie	x		x
	Pädiatrie	x		x
	Pädiatrie		x	x
	Psychosomatik	x	(x)*	x
	Radiologie	x		x
Psychiatrie	x	x	x	
Schmerzambulanz	x		x	
Pflege	Pflege	x	x	
	Pflege	x		
andere	Geschäftsführer	x	x	x
	Arzt und Berater			

Legende: * Ärzte, die bis vor max. 2 Jahren stationär gearbeitet haben

Tabelle 2: Übersicht der in den Interviews vertretenen Berufs- und Fachgruppen

Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen von ca. einstündigen semistrukturierten Interviews wurden folgende vier Leitfragen thematisiert:

1. Welche (Fall-)Szenarien/Krankheitsbilder können in einem Setting der EAV sinnvollerweise behandelt werden?
2. Welche Leistungen können dabei in einer EAV erbracht werden?
3. Welche infrastrukturellen und personellen Ressourcen muss die EAV hierfür vorhalten?
4. Was sind strukturelle Chancen und Limitationen des EAV-Konzeptes?

Zu Beginn jedes Interviews wurde das prototypische Konzept der EAV innerhalb eines IGZ vorgestellt und so eine gemeinsame Vorstellung etabliert (Abbildung 1). Dann wurde das Gespräch durch eine offene Frage zu für die EAV geeigneten Fällen eröffnet. Ergänzend zu den durch die

Experten spontan eingebrachten Fallbeispielen wurden die, wie oben beschrieben, hergeleiteten und nach Fachgruppe angepassten Indikationsbereiche (s.o.) zur Diskussion gestellt.

Bei den folgenden Fragen ging es insbesondere auch um sinnvolle Abläufe, Qualifikationsbedarfe und technische Voraussetzungen sowie erwartete Chancen und Risiken.

Die Interviews wurden aufgezeichnet und schriftlich dokumentiert.

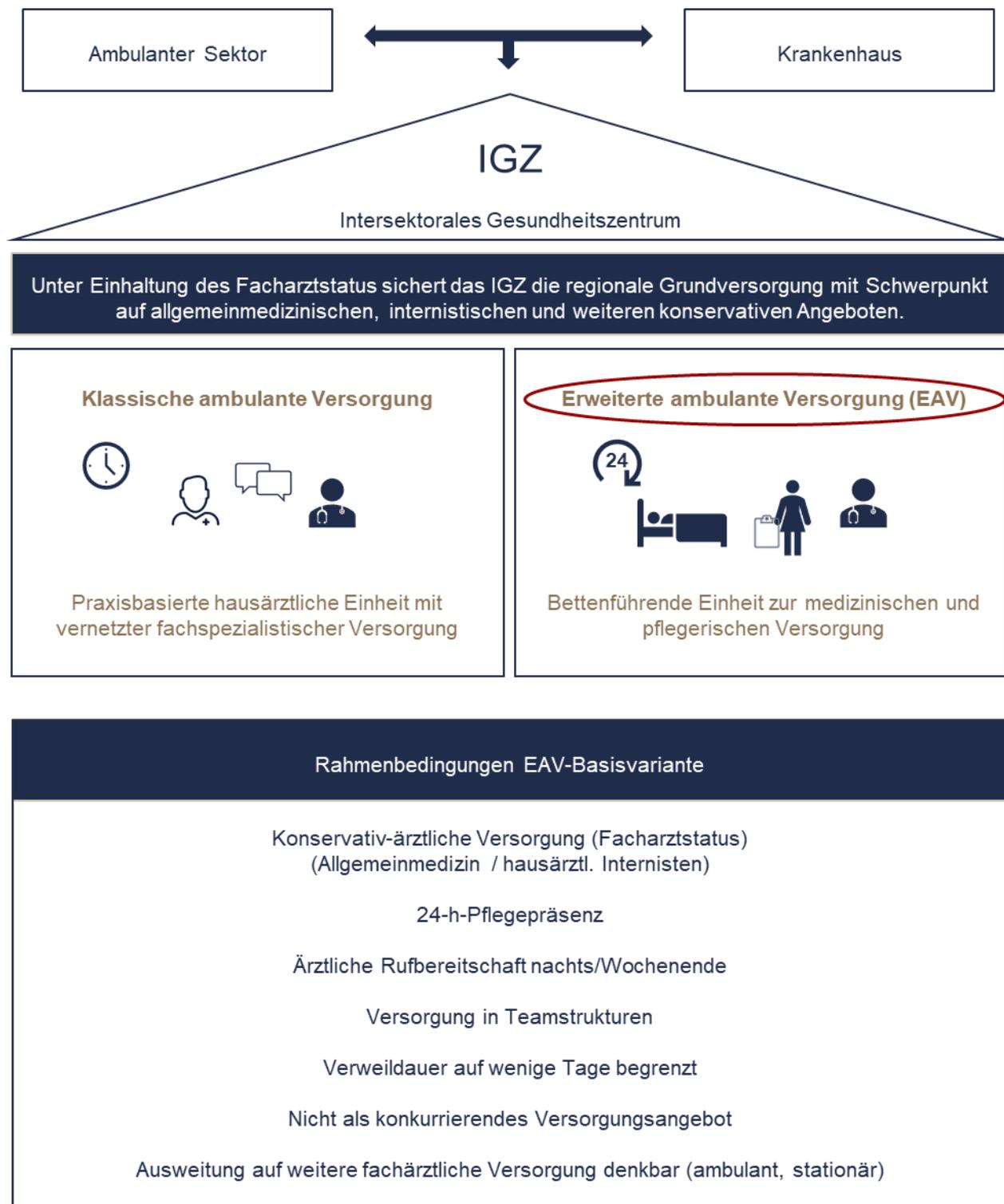


Abbildung 5: Vorgestellte Struktur für die Interviews

Quelle: Eigene Darstellung

Auswertung der Interviewdaten

Die Dokumentation und Auswertung der Interviews erfolgte pragmatisch, angelehnt an die strukturierte Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Die gewonnenen Daten wurden zunächst deduktiv

entsprechend der inhaltlichen Ziele geordnet (Indikationsspektrum; Leistungsportfolio; personelle und infrastrukturelle Voraussetzungen sowie relevante Schnittstellen, Chancen und Limitationen) und dann induktiv (den empirischen Daten folgend) weiter strukturiert bzw. kategorisiert.

1.2 Erarbeitung des Indikations- bzw. Leistungsspektrums für die EAV

Die Ausarbeitung des Ergebnisteils basiert auf den Ergebnissen der Experteninterviews. Diese wurden in einem iterativen Prozess unter Berücksichtigung mehrerer Validierungs-Workshops mit Hausärzten und Wissenschaftlern im Kontext des IAIV vom Autorenteam weiterentwickelt.

Auf Basis dieses Prozesses wurde eine Liste „geeignete[r] Indikationen für die EAV“ entwickelt. Nachdem jeder dieser Indikationen möglichst eine ICD-10-Diagnosegruppe zugeordnet wurde, wurden weitere Diagnosen aus dem bereits erarbeiteten Diagnosen-Datensatz ergänzt, um ein möglichst vollständiges Indikationsspektrum zu erhalten. Hierbei wurden nur konservativ behandelbare Indikationen mit leichter Fallschwere (PCCL<2) und geringem Aufwand (CMP/Relativgewicht<0,8) berücksichtigt. Dabei wurde eine Mindestfallzahl vorausgesetzt, um nur relevante Diagnosen zu erfassen. Ferner wurde die Auswahl von zwei Ärzten auf Plausibilität geprüft. Die daraus resultierende konsolidierte Liste EAV-sensitiver Indikationsbereiche (siehe Anhang C) bildet die Grundlage für die weiteren Schritte.

Bewusst wird an dieser Stelle der Begriff *EAV-sensitiver* Indikationsbereiche verwendet, um deutlich zu machen, dass es sich hier um keinen Automatismus handelt, sondern ein potenzielles Fallspektrum, welches je nach den spezifischen strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen der jeweiligen EAV sowie patientenindividuellen Charakteristika einzugrenzen ist.

Im nächsten Schritt wurde für jede Indikation die Begründung für eine Behandlung in der EAV benannt (siehe Kapitel 2.2). Hier wurde zwischen indikationsspezifischen oder Kontextfaktoren unterschieden. Ferner wurde dokumentiert, ob eine Übernachtung zwingend oder eher kontextabhängig notwendig erscheint bzw. ob ein besonderer Mehrwert durch eine interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Versorgung im Rahmen des IGZ gesehen wurde (siehe Anhang C).

Jeder Indikation wurden dann zu erbringende ärztliche, pflegerische und weitere Leistungen zugeordnet. Die so erfassten Leistungen wurden nach Diagnostik (Geräte, Konsile, Labor), Monitoring (Assessment), Planung und Koordination sowie Therapie (Eingriff, konservativ, Medikation, Pflege) gruppiert.

Zudem wurden die Leistungsangebote in ein „Basismodul“ (d. h. Leistungen, die in jedem EAV bzw. IGZ vorgehalten werden sollten) oder „Erweiterungsmodul“ (Leistungen, die je nach lokalen Gegebenheiten angeboten werden können) aufgeteilt (siehe Anhang D) und wiederum jeder Indikation zugeordnet (siehe Anhang C).

Orientiert an den zu erbringenden Leistungen wurden für jede Indikation die notwendigen infrastrukturellen und ggf. personellen Voraussetzungen benannt. Auch hier wurde, über die Basisvariante hinaus, die notwendige Infrastruktur separat aufgeführt.

Die für die EAV notwendige Infrastruktur wurde differenziert nach den 4 Kategorien (1) Labor-Diagnostik; (2) Geräte-Diagnostik; (3) Therapie/Intervention; (4) Rahmeninfrastruktur (siehe Anhang E).

Entsprechend des aufgeführten Indikationsspektrums und Leistungsportfolios wurde die für die EAV relevante ärztliche sowie nicht-ärztliche Expertise aufgelistet (siehe Anhang F).

Da die EAV eine neuartige Versorgungsform darstellt, die im Kontext einer bereits bestehenden vielfältigen Versorgungslandschaft gesehen werden muss, wurden entsprechende Anmerkungen zu relevanten Schnittstellen ebenso wie weitere Konkretisierungen und Anmerkungen ebenfalls dokumentiert.

2 Ergebnisse

2.1 Zuordnung zur Behandlungsebene

Eine eindeutige Zuordnung spezifischer Diagnosen in die Versorgungsebene EAV wurde als praxisfern angesehen. Bei einer Vielzahl an Indikationen/Diagnosen könne nicht pauschal von einem stationären oder ambulanten Management ausgegangen werden, die Entscheidung hierüber wird vielmehr kontextabhängig getroffen. So spiele die individuelle Fallschwere und vereinbarte, angestrebte Behandlungsziele sowie Vorerkrankungen als patientenimmanentes Kriterium eine zentrale Rolle. Außerdem stellen soziodemografische Kriterien und damit die individuelle Versorgungssituation ein weiteres wichtiges Kriterium in der Abwägung zur stationären Versorgung dar. Neben den krankheitsimmanenten Faktoren müssen auch die infrastrukturelle sowie personelle Ausstattung der jeweiligen EAV im Vergleich zu einem Krankenhaus berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann man die Kriterien, die von den Experten genannt wurden, wie folgt strukturieren:

Kategorie	Kriterien
Akut krankheitsbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • eindeutig diagnostizierbare Krankheitsbilder mit den vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten • relevante Komplikationen sind überschaubar und im Setting beherrschbar (im Umkehrschluss Zurückhaltung, z. B. Patienten ohne Vorerkrankungen mit akutem Brustschmerz, akuter Dyspnoe, akutem Abdomen oder akut auftretenden neurologischen Defiziten) • konservativer Therapieansatz, der im klassischen ambulanten Setting nicht ausreichend versorgt werden kann (i.v.-Therapie, Überwachung, Punktionen, Schmerztherapie, Wundbehandlung...)

Individuelle Fall-schwere	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit bekannter Vorgeschichte und damit einschätzbarem Risiko (z. B. Entgleisungen, Abstimmung und Therapieoptimierung bei Multimorbidität) • morbiditätsbedingte Zurückhaltung hinsichtlich einer Maximaltherapie, bekannte Therapiebegrenzung oder palliative Situation • Patienten mit großem Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf: chronisch kranke, multimorbide, geriatrische Patienten. • koordinierte Diagnostik
Soziodemografische Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • hohes Alter mit Gebrechlichkeit/Pflegegrad • Patienten mit hohem Unterstützungsbedarf (v. a. Kinder, Schwangere, kognitive Einschränkungen) • ländlicher Wohnort mit großer Entfernung zum nächsten Krankenhaus • schwierige häusliche oder soziale Situation: alleinstehend, niemand, der sich kümmern kann, Obdachlose, Sprachprobleme (Versorgung von Migranten), bildungsferne Schichten
Strukturbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • infrastrukturelle Ausstattung erlaubt notwendige Diagnostik und Therapie • personelle Kompetenz: Versorgungsspektrum je nach vorhandenen (Zusatz-) Qualifikationen des ärztlichen, pflegerischen und MFA-Personals. • lokale Kooperationen: erweitertes Behandlungsspektrum je nach lokalen Kooperationen des IGZ mit Fachspezialisten vor Ort oder (Tele-) Konsilmöglichkeiten- sowie mit anderen relevanten Berufsgruppen (Psychotherapie, Sozialberatung, Heilmitteltherapeuten, SAPV etc.)

Table 3: Kriterien für die Versorgung in der EAV

Quelle: Eigene Darstellung

Das Zusammenspiel dieser Kriterien wird am Beispiel des wiederholt zitierten *Verdachts* auf Herzinfarkt deutlich, wo bei Bestätigung des Verdachts unmittelbar eine Intervention stattfinden sollte, die aber in der EAV nicht vorgehalten werden kann. Für die Entscheidung der Behandlungsebene spielen hier neben patientenindividuellen Präferenzen und Wegezeiten insbesondere die lokalen Gegebenheiten wie Kooperationen mit Kliniken, verfügbare Diagnostikinfrastruktur sowie vorhandene Expertise, Erfahrung und Präferenzen der Behandler eine Rolle.

- Für den Herzinfarkt wurden die begrenzten diagnostischen oder interventionellen Möglichkeiten im Setting der IGZ bzw. EAV teilweise als strikter Hinderungsgrund für die Versorgung in dieser „semistationären“ Struktur gesehen: „...wenn ich doch das klinische Backup brauche“.
- Auf der anderen Seite wurde angemerkt, dass durch klare Kommunikations- und Verfahrensstandards in einer festen Kooperationsstruktur die erforderliche Qualität der (Notfall-) Versorgung teilweise sogar besser sichergestellt werden könnte, als das momentan der Fall wäre. Ein Klinik-Kardiologe formulierte: „Ich weiß, dass hier viele Kollegen anderer Meinung wären, aber aus meiner Sicht kann man stabile Patienten mit Brustschmerz durchaus in einem EAV-Setting führen, sofern klare Standards etabliert und der Anschluss zur Sekundärversorgung geklärt sind“.

2.2 Krankheitsbilder und Indikationen für die EAV

Die Indikationen bzw. Situationen, für die die Versorgung in der EAV ein Mehrwert darstellen kann, lassen sich zwei Bereichen zuordnen, die teilweise nicht ganz trennscharf sind, was in der Natur der Sache liegt: (1) akute Krankheitsfälle, (2) bekannte chronische Erkrankungen und deren Exazerbationen, wobei hier insbesondere der Versorgungsbedarf geriatrischer und multimorbider Patienten zum Tragen kommt. Im Folgenden werden diese Bereiche vertieft dargestellt.

2.2.1 Abwendbar gefährliche Verläufe bei akuten Erkrankungen

Akute Krankheitsbilder, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, sind häufig auch Symptome mit (noch) unklarer Ursache oder in ihrem Ausmaß variable Krankheitsbilder. Für die Behandlung ist es somit wichtig, Möglichkeiten zur Identifikation und Einordnung potenziell abwendbarer gefährlicher Verläufe⁵ zu haben. Um Patienten mit akuten Krankheitsbildern in der EAV sicher versorgen zu können, müssen daher bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Dazu gehören eine schnelle und für das jeweilige Krankheitsbild verlässliche Diagnosesicherung sowie die Möglichkeit einer zeitnahen (stationären) Überwachung oder Therapieeinleitung.

Voraussetzung: Sichere Diagnosestellung

Als für die EAV geeignete Krankheitsbilder wurden daher allem voran akute Krankheitsbilder benannt, die ohne komplexe apparative Infrastruktur eindeutig zu diagnostizieren sind, jedoch eine enge, kontinuierliche Überwachung und/oder Behandlung über einen Tag hinaus erfordern.

Für Indikationen, deren Diagnostik eine komplexere Infrastruktur benötigt, die nicht regelhaft in der EAV vorgehalten werden kann (z. B. radiologische und endoskopische Diagnostik), könnten Kooperationsmodelle das Behandlungsspektrum erweitern. So könnte die Diagnostik bzw. Intervention in ambulanten Facharztpraxen, durch Kooperationspartner im IGZ oder im Krankenhaus erfolgen und nur die anschließende Behandlung bzw. Überwachung im Rahmen einer EAV stattfinden.

- Beispielindikationen stellen Pneumonien oder gastrointestinale Krankheitsbilder wie schwere Gastritis, gastroduodenale Ulcera und milde gastrointestinale Blutungen dar. Hier kann nach Diagnosesicherung und individueller Abwägung der Krankheitschwere und des Behandlungswunsches die Therapie und Verlaufsbeobachtung in der heimatnahen EAV anstelle in der Klinik erfolgen.

⁵ Der abwendbar gefährliche Verlauf (Warnzeichen = red flags) bezeichnet das allgemeinmedizinische Vorgehen zur Identifikation oder zum Ausschluss eines dringend behandlungsbedürftigen Krankheitsbildes aus einer Gruppe gleichartig erscheinender, aber ungefährlicher Veränderungen. Letzteres meint die Vermeidung von bedrohlichen Krankheitszuständen durch vorausschauende Diagnostik sowie eine adäquate und entschiedene Behandlung (vgl. Kruse und Schettler 2011).

Akute ursächliche Therapie und begleitendes Monitoring

Ob ein Patient, anstelle weiter ambulant versorgt zu werden, in die EAV aufgenommen werden sollte, wird vor allem durch die Notwendigkeit einer engmaschigen Verlaufsbeobachtung mit kontinuierlicher Re-evaluation des Krankheitsverlaufs sowie einer parenteralen Medikamentengabe (v. a. intravenöse Medikamentengabe) bestimmt. Eine Krankenhauseinweisung kann damit in vielen Fällen vermieden werden.

- Dies gilt etwa für (fieberhafte) Infektsituationen, die je nach Schweregrad einer parenteralen Antibiotikatherapie und ggf. pflegetherapeutischer Maßnahmen bedürfen (wie z. B. Erysipel, Pyelonephritiden, Divertikulitis, infektiöse Sialadenitiden).
- Auch z. B. die Behandlung milder und kreislaufstabiler allergischer Reaktionen kann durch zielgerichtete Medikation in Verbindung mit einem Basismonitoring und regelmäßiger Re-evaluation heimatnah in der EAV durchgeführt werden.

*Am Beispiel des **Erysipels** lässt sich dies prototypisch verdeutlichen:*

Die Diagnose kann in der Regel durch eine präzise Anamnese und klinische Untersuchung suffizient erfolgen. Die Bestimmung von laborchemischen Entzündungsparametern kann problemlos ergänzt werden.

Therapeutisch ist bei entsprechend ausgeprägtem Befund und in Abhängigkeit des Gesamtzustandes der Patienten die Durchführung einer intravenösen antibiotischen Therapie erforderlich, welche zur Aufnahme in die EAV führt.

Durch eine qualifizierte pflegerische und ärztliche Re-evaluation können Komplikationen vermieden werden, eine adäquate Therapieanpassung oder wenn nötig im Verlauf ggf. eine Krankenhauseinweisung veranlasst werden, die dann nur in ausgeprägt schweren Fällen tatsächlich vonnöten wäre.

Akute symptomatische Therapie

Weiteren akuten Versorgungsbedarf stellen Situationen bei Grunderkrankungen dar, die an sich keiner Hospitalisierung bedürften, sondern in erster Linie einer adäquaten Akuttherapie (z. B. Schmerztherapie, Rehydrierung). Besonders vulnerable Patienten können einer kurzfristigen intensivierten Betreuung mit (zusätzlichen) supportiven Maßnahmen bedürfen.

- Die Behandlung einer unkomplizierten Gastroenteritis erfordert gewöhnlich keine antiinfektiöse Therapie und EAV-Aufnahme. Jedoch kann vor allem bei Kindern und hochaltrigen Patienten eine supportive parenterale Flüssigkeitssubstitution bei nicht ausreichender enteraler Flüssigkeitszufuhr einer klinisch relevanten Exsikkose und Elektrolytentgleisung vorbeugen bzw. entgegenwirken.

- Ausgeprägte Cephalgien, zum Beispiel im Rahmen einer Trigeminusneuralgie oder eines Status migraenosus, können eine intravenöse analgetische Therapie erfordern und zur EAV-Aufnahme führen.
- Ebenso gilt dies für Erkrankungen des Bewegungsapparats, z. B. Bandscheibenläsionen mit starker Schmerzausprägung, aber ohne OP-Indikation, die einer adäquaten Schmerztherapie bedürfen, die wiederum eine Mobilisation ermöglicht.
- Weitere Beispiele sind die Nierenkolik oder der akute Harnverhalt. Ebenso wurden Infektionen/Entzündungen im HNO-Bereich (wie akute Pharyngitiden oder (EBV-)Tonsillitiden) als potenziell für die EAV geeignet genannt. Diese führen oftmals zu ausgeprägter Schmerzsymptomatik bis hin zur Schluckunfähigkeit, die dann einer überbrückenden intravenösen Therapie bedarf.

In diesen Beispielen wurde jedoch deutlich, dass die Einschätzungen der Experten hier differieren und eine Behandlung in der EAV nur dann sicher erscheint, wenn die entsprechende Erfahrung und Infrastruktur vorhanden ist oder etwa der Patient bekannt ist.

Diagnostische oder therapeutische Prozeduren

Je nach Ausstattung des IGZ können auch kleinere diagnostische oder therapeutische Eingriffe durchgeführt werden, die aus verschiedenen Gründen (strukturelle Ausstattung, Nachbeobachtungserfordernis etc.) in Praxen meist nicht durchgeführt werden, jedoch an sich keiner vollstationären Versorgung bedürfen (z. B. Pleura- und Aszitespunktionen). Teilweise sind dies auch Eingriffe, die entsprechender fachspezifischer Expertise bedürfen. Dazu gehören z. B.

- Punktionen, inkl. Pleura-/Aszitespunktionen, ggf. Lumbal-, Leberpunktionen und Abrasionen.
- Akute Wundversorgung und chirurgisch-orthopädische Erst- oder Weiterversorgung (einfache Sehnenverletzungen, Torsionen, unkomplizierte Brüche etc.).
- Kleinere chirurgische Therapien (Fingerphlegmone, unkomplizierte Abszesse).
- Erweiterte Schluckdiagnostik mit Videoendoskopie.

Je nach Situation des Patienten können dann unterstützend und zeitnah die häuslich-pflegerische Weiterversorgung bzw. wenn nötig Bewegungstherapie unmittelbar eingeleitet werden und Brüche in der Versorgung vermieden werden.

Pflegerische Akutversorgung und sozialmedizinische, psychiatrische Krisenintervention

Weitere Szenarien für eine EAV bilden Situationen, in denen die Therapie nicht selbstständig in der Häuslichkeit umgesetzt werden kann. Hierzu gehört beispielsweise pflegerischer Unterstützungsbedarf:

- Kompressionstherapie bei tiefer Beinvenenthrombose: Hier muss gewährleistet sein, dass eine suffiziente Kompressionstherapie und therapeutische Antikoagulation erfolgt. Eine kurzzeitig überbrückende Aufnahme in der EAV zur Therapieinitiation und Bahnung der Versorgungssituation kann somit unnötige Hospitalisierung und Komplikationen entgegenwirken.

- Endoskopie-Vorbereitung: für manche Patienten sind die abführenden Maßnahmen in der Häuslichkeit schwer allein umzusetzen. Hier könnte die EAV eine Unterstützungsmöglichkeit darstellen, um kurzzeitige Hospitalisationen zu vermeiden.

Es wurden auch soziale und sozialmedizinische Notfälle genannt, bei denen Patienten kurzfristig davon profitieren, aus dem häuslichen Umfeld herausgenommen zu werden, bis die weitere Versorgungssituation geklärt ist. Aktuell müssen diese Patienten mangels Kapazitäten z. B. in der Kurzzeitpflege häufig stationär eingewiesen werden.

- Hierzu gehört etwa häusliche Gewalt oder Überforderung (pflegender) Angehöriger.

In Hinblick auf psychiatrische Indikationen wurden vor allem kurzzeitige Kriseninterventionen angedacht. Aufgabe der EAV kann in akut dekompensierten psychiatrischen Zuständen allerdings lediglich die initiale Stabilisierung der Patienten mittels Krisengespräch oder Medikation sowie ggf. die Bahnung einer qualifizierten Anschlussbehandlung sein. Akut suizidale Patienten sollten von einer Betreuung in der EAV ausgeschlossen bleiben.

- Akute Episoden bekannter Angststörungen oder Depressionen, somatoformen Störungen oder Schizophrenien.
- Intoxikationen bei Substanzabusus: Hier kann bei stabilen Patienten eine kontrollierte Entgiftung in der EAV durchgeführt werden und ebenfalls ggf. ein weiterführendes Therapieangebot erörtert werden. Voraussetzung ist jedoch, dass eine engmaschige Überwachung der Patienten gewährleistet ist.

Zusammenfassend – Abwendbar gefährliche Verläufe bei akuten Krankheiten

Bei einem breiten Spektrum akuter Versorgungsbedarfe könnte die EAV kostenintensive Hospitalisierungen in Teilen vermeiden und durch eine heimatnahe Versorgung ersetzen bzw. ergänzen. Zentral hierfür ist jedoch die Möglichkeit einer schnellen und klaren Indikationsstellung zur Abwägung gegenüber einer Hospitalisierung. Konkret sollten somit vor allem sicher (ambulant) diagnostizierbare Krankheitsbilder und Szenarien für die Versorgung in der EAV erwogen werden, die eine zeitlich überschaubare Überwachung und/oder intravenöse Medikamentengabe erfordern. Neu aufgetretene und nicht suffizient erklärbare Konstellationen, die einen potenziell komplikativen und gefährlichen Verlauf nehmen können, sollten nur mit größter Vorsicht in der EAV betreut werden.

2.2.2 Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und geriatrische Patienten

Der Fokus bei chronisch Erkrankten in der EAV liegt auf der Rekompensation und/oder Nachjustierung der Therapie bei Patienten mit bereits diagnostizierten chronischen Erkrankungen und etabliertem Therapiekonzept.

Die Betreuung chronisch Erkrankter in der EAV, die häufig auch mehrere Krankheiten gleichzeitig haben, erfordert gegenüber der Versorgung akuter Krankheitsbilder oftmals einen multimodalen, interprofessionellen und stärker koordinierenden Ansatz. So müssen medikamentöse Therapieansätze häufig interdisziplinär abgestimmt werden. Zusätzlich sollten weitere Maßnahmen wie Lebensstilmodifikationen, Heilmitteltherapien, ggf. der individuelle Pflegebedarf und Patienten- und Angehörigenschulungen aufeinander abgestimmt erfolgen. Die Infrastruktur des IGZ bzw. der EAV bietet die Möglichkeit einer solch ganzheitlichen, interprofessionellen Versorgung, die Sekundär- und Tertiärprävention sowie Selbstmanagement und Optimierung der häuslichen Versorgung mit abdecken kann. Sie ist damit insbesondere auch für geriatrische Patienten ein Mehrwert.

Im Vergleich zu einer regulären Klinikaufnahme wurde der Versorgungsaufwand in der EAV als geringer eingeschätzt. Dadurch könnten Fachkliniken entlastet und Patienten heimatnah versorgt werden. Der Mehrwert der EAV im Gegensatz zur rein ambulanten Therapieoptimierung wurde in der Möglichkeit einer schnelleren, effizienteren und patientenzentrierteren Abwicklung gesehen. So könnte hier (insb. für eingeschränkte Patienten) eine Diagnostik ggf. zügig terminiert und entweder am IGZ oder von der EAV aus in den spezialisierten Einrichtungen erfolgen.

Im Formenkreis chronischer Erkrankungen zeichneten sich hinsichtlich des denkbaren Indikationsspektrums der EAV in den Experteninterviews zwei wesentliche Teilbereiche ab: die Behandlung einer Exazerbation bzw. Dekompensation und geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zur Verlaufsoptimierung. Bei beiden Szenarien liegt ein großes Potenzial in der engen Kooperation mit spezialisierten Mitbehandlern.

Behandlung von Dekompensationen und Exazerbationen

Für akute Exazerbationen/Dekompensationen bekannter Grunderkrankungen kann eine kurzzeitige Aufnahme in die EAV sinnvoll sein. Im Fokus der Behandlung steht die schnelle Rekompensation bzw. Kontrolle möglicher Komplikationen, die einer intensivierten Therapie und einer engen Überwachung bedarf.

- Bei kreislaufstabiler Dekompensation einer bekannten Herz-, Leber- oder Niereninsuffizienz kann unter Basismonitoring eine kontrollierte Diurese und Optimierung der Therapie in der EAV durchgeführt werden.
- Akute Elektrolytentgleisungen oder Störungen des Flüssigkeitshaushaltes etwa als Folge diuretischer Therapie können innerhalb weniger Tage durch parenterale Therapie unter Monitoring versorgt werden.
- Weitere häufige Indikationen sind akute Blutzuckerentgleisungen bei bekanntem Diabetes mellitus. Hier wurde in den Interviews angeführt, dass für suboptimal eingestellte Patienten die Schwellen der formalen Einweisungsvorgaben ($HbA1c > 10$, $BZ > 250$) oft zu hoch sind, diese aber dennoch von einer engeren Betreuung in der EAV (oder ggf. tagesklinisch im IGZ) für die Blutzuckereinstellung profitieren würden.

- Für die chirurgisch-pflegerische Versorgung chronischer Wunden wie das diabetische Fußsyndrom bietet sich die EAV an.
- Exazerbationen bei bestehender COPD oder Asthma können in der EAV versorgt werden.
- Kleinere therapeutische Interventionen, wie (Pleura-/Aszites-) Punktionen oder auch Bluttransfusionen können in der EAV durchgeführt werden.

Elektive diagnostisch-therapeutische Maßnahmen im Verlauf einer chronischen Erkrankung

Neben der Akuttherapie von Exazerbationen bzw. Dekompensationen, die die schnelle Stabilisierung der Patienten zum Ziel hat, stellt die langfristige, maßgeblich präventiv angelegte Behandlungsoptimierung ein weiteres wichtiges Indikationsfeld einer EAV dar. Relevant sind hierfür insbesondere Maßnahmen, die aufgrund der medikamentösen Applikationsform, eines notwendigen begleitenden Basismonitorings und/oder begleitender laborchemischer Kontrollen in der Regel stationär durchgeführt werden müssen oder die einen hohen Koordinationsaufwand haben.

Als Beispiele wurden neben IV-Therapien folgende nicht-pharmakologische Maßnahmen genannt:

- Diagnostik/Therapieoptimierung bei schwer einstellbarer Hypertonie.
- Optimierung der Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen.
- Geplante therapeutische (oder diagnostische) Punktionen von Pleuraergüssen oder Aszites.
- Regelmäßige Transfusionen bei Patienten mit suffizient diagnostizierter therapierefraktärer Anämie.
- Geplante Aderlässe bei Patienten mit Hämochromatose oder Polycythaemia vera.
- PEG-Anlage oder -Wechsel für die künstliche Ernährung.
- Edukation mit Anleitung zu Lebensstilanpassung (Ernährung, Bewegung, Stressmanagement; dies wird i. d. R. in der EAV nur im Kontext weiterer ärztlicher Indikationen notwendig sein. Das Setting des IGZ liefert hier jedoch einen deutlichen Mehrwert).

Eine Behandlung dieser Patienten wäre in vielen Fällen in der EAV darstellbar, wenn Diagnostik und Therapieentscheidung entweder schon im Vorfeld durch spezialisierte Zentren bzw. die betreuenden Fachärzte festgelegt wurden oder diese im Verlauf gemeinsam entwickelt werden können. Hier sind insbesondere die Möglichkeiten der Telemedizin und Telekommunikation sowie konsiliarischer Sprechstunden einzubeziehen. Beispiele für Diagnostik oder Therapie in Kooperation mit Spezialisten sind u. a.:

In Kooperation mit Fachinternisten (und weiteren):

- Die Abklärung hämodynamisch stabiler chron. Anämien (bei Therapiebegrenzung).

- Die Applikation spezieller regelmäßig intravenös zu verabreichender Therapeutika bei chron. entzündlichen Darmerkrankungen, rheumatischen oder onkologischen Erkrankungen. Hier sind oftmals begleitende laborchemische Kontrollen, beispielsweise des Blutbildes oder der Entzündungswerte, notwendig.
- Begleitdiagnostik⁶ und schnelle Therapieoptimierung im Rahmen der Herzinsuffizienzversorgung in Kooperation durch Kardiologen, sofern keine interventionelle Diagnostik notwendig oder gewünscht ist.
- Bei definierten medizinischen Konstellationen und vorhandenen Überwachungsmöglichkeiten: Kardioversion bei Vorhofflimmern.
- Versorgung von Schwangerschaftskomplikationen.
- Steroidtherapie im MS-Schub oder antiepileptische Therapie-Anpassung.

Der Vorteil der Versorgung von multimorbiden und dadurch häufig komplexen Patienten im IGZ bzw. der EAV wurde im Gegensatz zur rein ambulanten Versorgung in der niedrighschwelligen intensivierten und multidisziplinären Abstimmung der beteiligten Fachdisziplinen gesehen.

- Therapeutische Erfordernisse der verschiedenen Krankheiten wie Polypharmazie, Ernährungs-/Lebensstilanpassung können gesamtheitlich und effizient gelöst werden.

Palliative Therapie und supportive Betreuung

Palliative Patienten mit oder ohne onkologische Diagnose könnten von einer heimatnahen Betreuung in der EAV profitieren, wenn die Versorgung zu Hause zeitweise nicht ausreichend ist. Nur im Krankenhaus vorgehaltene diagnostische, therapeutische und interventionelle Möglichkeiten werden in diesem Krankheitsstadium meist nicht mehr nachgefragt. Demgegenüber werden die überschaubareren, persönlicheren und vertrauterer Strukturen einer EAV im Vergleich zu einem Krankenhaus bei der Betreuung palliativ erkrankter Patienten als deutlicher Mehrwert angesehen. Idealerweise kann ein SAPV Dienst einbezogen werden.

Zu nennen wären hier beispielsweise

- anhaltende Schmerzzustände
- Übelkeit oder Luftnot bei fortgeschrittener Nieren- oder Herzinsuffizienz

⁶ Wie (Langzeit-)EKG und (Langzeit-)Blutdruckmessung, Sauerstoffsättigung, Labor und in Kooperation Echokardiografie, Bildgebung etc.

*Beispiel: ganzheitliche Begleittherapie von **Krebspatienten** unter oder nach Chemotherapie*

Neben einer ganzheitlich orientierten schmerztherapeutischen Intervention bei tumorassoziierten Schmerzen kann ein EAV-Aufenthalt auch der Behandlung von typischen Chemotherapie-assoziierten Komplikationen dienen. So können beispielsweise eine intravenöse Volumensubstitution und adäquate antiemetische Therapie bei starker therapieassoziiierter Übelkeit und Erbrechen erfolgen. Auch kann die Behandlung von Infekten, in der Folge von therapieassoziierten Neutropenie/Immunsuppression, zur EAV-Aufnahme führen. Dort kann neben Fokus- und Erregerdiagnostik eine antiinfektiöse intravenöse Therapie durchgeführt werden.

Durch die vorhandene pflegerische Kompetenz können weitere therapieassoziierte Nebenwirkungen wie Hautprobleme im Kontext von Bestrahlung ebenso angeboten werden wie die Vermittlung sozialrechtlicher und psychoonkologischer Unterstützung.

Geriatrische Versorgung

Für geriatrische Patienten wurde der EAV eine wichtige Rolle beigemessen. Im Falle hochaltriger, mehrfach vorerkrankter Patienten liegt oftmals der Fokus auf einer Bewahrung der Lebenssituation und Lebensqualität und weniger auf maximaler Diagnostik und Therapie. Für diese Patienten stellt im Falle der Notwendigkeit einer kurzen intensivierten Versorgung die heimatnahe Versorgung in einer EAV eine sinnvolle Alternative zur Klinikeinweisung dar.

- Der überschaubarere und potenziell vertrautere Rahmen der EAV vermindert insbesondere bei beginnender Demenz das Delirrisiko.
- Rooming-In-Angebote für Angehörige könnten z. B. für demenzielle Patienten ermöglicht werden.
- Außerdem könnten zur besseren Therapieplanung standardisierte Assessments (z. B. Demenz, frailty etc.) im Rahmen eines Aufenthaltes durch qualifizierte Pflegekräfte erhoben werden.
- In die EAV könnten Patienten aufgenommen werden, die die medizinisch notwendigen Maßnahmen nicht durchführen können, andererseits aber nicht der Infrastruktur einer Akutklinik bedürfen. Hier kann die EAV Kliniken entlasten und die Versorgung verbessern.

Das Spektrum möglicher Indikationen ist groß, ergibt sich teilweise aus den bereits o. g. Fallbeispielen und sollte immer dem individuellen Therapiewunsch ebenso wie den therapeutischen Möglichkeiten angepasst sein.

Ergänzende multimodale ganzheitliche Versorgung, Patientenedukation

Der Aufenthalt in der EAV kann durch das dort ohnehin vorzuhaltende interprofessionelle Team und die Infrastruktur bessere Möglichkeiten für einen multimodalen bzw. ganzheitlichen Ansatz bieten.

Medizinisch können während des Aufenthalts in der EAV neben der Anpassung der Medikation auch nicht-pharmakologische Maßnahmen, wie Heilmitteltherapien (wie frühe Mobilisation), spezialisierte Pflege und Lebensstilmodifikationen verfolgt werden. Sekundärpräventionsmaßnahmen können entweder während eines Aufenthaltes in der EAV angestoßen und im Setting eines IGZ optimal koordiniert oder teilweise angeboten werden.

Auch die Koordination und Klärung der häuslichen Versorgungssituation als Teil eines umfassenden Behandlungskonzepts wurde vielfach als Mehrwert dieser heimatnahen Versorgungsform gesehen, nicht zuletzt, da die größere Struktur eher Möglichkeiten für ein strukturiertes Case-Management-Angebot und interprofessionelle Kooperation eröffnet.

*Ganzheitliche Versorgung am Beispiel **Diabetes mellitus**.*

Neben der qualifizierten Anpassung einer pharmakologischen Therapie kann im Rahmen des EAV-Aufenthaltes Patientenedukation zu Ernährung, Bewegung u. v. m. angeboten werden. Entsprechende Zusatzqualifikationen des Personals (ärztliche Zusatzweiterbildung Diabetologie, Diabetes-Nurse, Diätassistent/-in) sind hierzu erforderlich.

Zusammenfassend...

bietet die EAV deutliche Vorteile für die Behandlung chronisch erkrankter Patienten. Einerseits können Therapien, die in der Regel eine stationäre Aufnahme erfordern, bei **akuten Entgleisungen** oder akutem intensiviertem Versorgungsbedarf chronischer Grunderkrankungen häufig im einfacheren Setting der EAV durchgeführt werden. Darüber hinaus kann die EAV auch für **weiterführende Diagnostik, Therapieplanung und invasive therapeutische Maßnahmen** eine sinnvolle heimatnahe Alternative zur primären Hospitalisierung sein oder eine unbefriedigende ambulante Versorgungssituation sinnvoll ergänzen. Das Spektrum der in der EAV führbaren Indikationen hängt unmittelbar von den **fachärztlich konsiliarischen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen** ab. Hier eröffnen Telemedizin und E-Health künftig weitergehende Möglichkeiten.

Im Rahmen der EAV/IGZ unterstützt außerdem die niedrighschwellige interprofessionelle Kooperation mit allen Akteuren (wie Physio- oder Ergotherapeuten, Pflege, Sozialdienste etc.) eine multimodale und ganzheitliche Versorgung. Idealerweise bietet das Netzwerk heimatnah koordinative Unterstützung im Sinne eines Case-Management, um eine angemessene Weiterversorgung zu sichern. Die Versorgungsqualität profitiert zusätzlich durch die Möglichkeit begleitender Angebote zur Sekundär-/Tertiärprävention. So können Fachkliniken entlastet werden und wiederkehrende Einweisungen vermieden werden. Chronisch kranken Patienten kann damit ein heimatnahes und ganzheitliches Angebot mit weniger Versorgungsbrüchen gemacht werden.

2.3 Leistungsangebote

Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen müssen entsprechend der oben beschriebenen Indikationsbereiche und Versorgungsbedarfe, die für eine EAV-Behandlung infrage kommen, zur Verfügung gestellt werden. Grundlage für die EAV bildet das allgemeinmedizinische Leistungsspektrum, ergänzt um rund um die Uhr verfügbare ärztliche Erreichbarkeit sowie die 24-Stunden-Präsenz von Pflegefachpersonen.

Die Möglichkeit, Patienten mit unklarem Verlauf oder ungeklärter Versorgungssituation für wenige Tage im Rahmen der EAV engmaschig zu überwachen, wurde von den Experten als eine sinnvolle Ergänzung zur ambulanten Primärversorgung gesehen. Zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Betreuung sind für die oben skizzierten Versorgungsbedarfe sowohl koordinative als auch pflegerische und ärztliche fachspezifische Leistungsangebote für die EAV sinnvoll. So wurden auch invasive Prozeduren wie Aszites- oder Pleurapunktionen außerhalb des stationären Settings durch die EAV als besser möglich erachtet. Diese Leistungen sollten im Sinne eines interdisziplinär-interprofessionellen Ansatzes gut aufeinander abgestimmt sein.

2.3.1 Allgemeinmedizin als Basis

In der Fachdefinition der DEGAM werden die Anforderungen und Arbeitsweise der Allgemeinmedizin klar definiert (DEGAM): Es geht um „die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation“. Dabei wird besonders auf die Einbeziehung des Umfelds und die individuellen Patientenbedürfnisse hingewiesen sowie auf besondere Herausforderungen der Entscheidungsfindung in einem allgemeinen, nicht vorselektierten Patientenkollektiv. Das heißt, die Aufgaben umfassen neben der unmittelbaren Behandlung insbesondere die Filter- und Steuerfunktion des gesamten Versorgungsprozesses vor dem Hintergrund der individuellen Situation des Patienten. Für diese Aufgaben ist das allgemeinmedizinische Praxisteam, bestehend aus Fachärzten für Allgemeinmedizin und medizinischen Fachangestellten, ergänzt um nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa, VERAH), prädestiniert.

2.3.2 Fachärztliche Leistungen

Zur Erweiterung des diagnostisch-therapeutischen Spektrums sind fachspezifische ärztliche Kompetenzen erforderlich, die auf verschiedenen Wegen bzw. über verschiedene Strukturen in die EAV eingebracht werden können. Neben Fachärzten für Allgemeinmedizin können auch weitere Fachärzte direkt ins IGZ integriert werden. Daneben gibt es die Möglichkeit, Satellitensprechstunden (etwa im Rahmen einer Zweigpraxis) in den Räumlichkeiten des IGZ anzubieten, oder natürlich die konsiliarische Mitbetreuung von Patienten.

Folgende ärztliche Fachgruppen (bzw. Zusatzqualifikationen) wurden als grundsätzlich sinnvolle Kooperationspartner für die EAV genannt:

- Anästhesie, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin mit folgenden Schwerpunkten: Diabetologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie, Rheumatologie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Radiologie (CT, MR, Interventionell), Schmerztherapie, Orthopädie/Unfallchirurgie.

Grundlegend in diesem Kontext ist eine verlässliche kurzfristige Erreichbarkeit und schnelle und einfache Informationsübermittlung. Denkbar sind dafür neben definierten (telefonischen) Zeitslots neue Kommunikations-Technologien wie z. B. Video- oder Telekonsile, gemeinsame Patientenakten oder datengeschützte Chatrooms.

Satellitensprechstunden

Fachspezialisten können im Rahmen von Satellitensprechstunden innerhalb der IGZ- und EAV-Strukturen weitergehende diagnostisch-therapeutische Betreuung bzw. Interventionen vor Ort anbieten. Zwar zählen chirurgische und interventionelle Eingriffe nicht zum Leistungsportfolio einer IGZ-/EAV-Basisvariante, sind aber bei entsprechenden lokalen Kooperationen durchaus an der Schnittstelle vorstellbar. Hier könnten durch die EAV Rationalisierungsreserven entstehen.

Aber auch das IGZ würde sich für weitere ambulante fachärztliche Angebote anbieten, da Räumlichkeiten oft vorhanden und dadurch auch besser ausgelastet werden könnten. Dabei müssen die entsprechenden Geräte etc. vorhanden und die ärztliche Überwachung bzw. Zuständigkeit geklärt sein.

Beispielhaft wurden die folgenden möglichen Leistungen im Rahmen von Satellitensprechstunden, die häufig von einem Aufenthalt in der EAV profitieren würden, genannt:

- Rheumatologie/Orthopädie: Diagnostische Gelenkpunktionen
- Gastroenterologie: Endoskopien mit Überwachung nach Koloskopien oder Gastroskopien, Leberpunktion, PEG-Anlage und -Wechsel
- Diabetologie: konsiliarische Betreuung bei schwer einstellbarem Diabetes
- Onkologie: Diagnostische Knochenmarkpunktionen (z. B. bei Neoplasien)

- Kardiologie: transösophageales Echo (TEE), Kardioversion (elektrisch + medikamentös)
- Neurologie: EEG
- Ophthalmologie: Erstellung von Augendruckprofilen, z. B. für Glaukom-Patienten
- Chirurgie/Dermatologie: Kleinere chirurgische Eingriffe, Hautbiopsien
- Urologie: Dauerkatheter-Anlage
- Zahnheilkunde/Oralchirurgie: zahnheilkundliche Intervention (in Kurznarkose)
- Geburtshilfe: CTG-Überwachung
- Gynäkologische Vorsorge
- Pädiatrie: Vorsorgen für Kleinkinder

Konsiliarische Mitbetreuung bzw. Unterstützung

Folgende beispielhafte Settings für sinnvolle konsiliarische Abstimmungsmöglichkeiten in der EAV wurden genannt:

- Mit **ambulanten Facharztpraxen** innerhalb des IGZ oder regional: explizit genannt wurden Anästhesie bzw. Schmerztherapeut, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Internisten (Diabetologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie, Rheumatologie), Neurologie, Pädiatrie, Pharmakologie, Psychiatrie, Zahnarzt, Orthopädie/Unfallchirurgie.
- Mit der **Radiologie**: diagnostische Abklärung. Jedoch: *„Eine Bildgebung im IGZ lohnt sich wohl kaum, daher ist die Kooperation mit einer Praxis in der Nähe sinnvoll.“* Hintergrund sind die gesetzlichen Vorgaben bzgl. des Strahlenschutzes. Für die „rechtfertigende Indikation“ bei einer Röntgenuntersuchung müssen Ärzte und Assistenzpersonal entsprechend im Strahlenschutz geschult und zertifiziert sein.
- Mit **Notaufnahmen der regionalen Kliniken**: Abstimmung über mögliche stationäre Aufnahmen mit bekannten Ansprechpartnern. In der klinischen NA könnte eine Triage stattfinden und von dort entweder stationär/EAV/ambulante Weiterversorgung induziert werden. Allerdings wurde angemerkt: *„Wenn die Vergütung für ambulante Diagnostik in der klinischen Notaufnahme kostendeckend wäre, würde es keinen Sinn machen, eine EAV zu nutzen. Die Strukturen dort sind besser.“*
- Mit **Spezialambulanzen** z. B. an Universitätskliniken: Telekonsile, ggf. gemeinsam mit Patienten.

Zusätzlich zu patientenindividuellen Konsilen könnten auch regelmäßige konsiliarische Visiten in der EAV durchgeführt werden. Hier wurden insbesondere internistische und pharmazeutische Visiten bei multimorbiden oder chronisch-kranken Patienten vorgeschlagen. Durch die engere Einbeziehung von Apothekern könnten Hausärzte entlastet und die Arzneimitteltherapie verbessert werden.

Koordinierte fachärztliche und interprofessionelle Diagnostik im Rahmen des IGZ und der EAV

In Reaktion auf die häufig unbefriedigende Situation bei der diagnostischen Abklärung im ambulanten Setting bei bestimmten Facharztgruppen bzw. bei Dringlichkeit, aber auch in Bezug auf

eine ganzheitliche Beurteilung, wurde in den Interviews vorgeschlagen, in der EAV eine kompakte, heimatnahe „Komplexabklärung“ anzubieten, die in Analogie zu geriatrischen Institutsambulanzen (§118a, SGB V, s. u.) geplant werden könnte. Dadurch würde ein langwieriger ambulanter Abklärungsprozess abgekürzt werden können und eine stationäre Aufnahme evtl. vermieden werden. Konkret böte sich die Möglichkeit, die Diagnostik während eines 1-2-tägigen Aufenthalts komprimiert durchzuführen und die Therapie und weitere Versorgung im interdisziplinären Team zu planen.

Strukturbeispiel Geriatrische Institutsambulanzen:

In der Vereinbarung nach § 118a SGB V vom 15.07.2015 heißt es „... Die Geriatrische Institutsambulanz gewährleistet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden“ (GKV-Spitzenverband 2015).

Auch der Behandlungsumfang ist klar beschrieben: von den diagnostischen Voraussetzungen und Maßnahmen (insbesondere „umfassende geriatrische Assessments in mindestens fünf Bereichen, z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten, sowie soziale Assessments in mindestens fünf Bereichen, z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf...“) über Therapieplan bis hin zur Koordination und Beratung. Die Therapie selbst wird dann durch die Einweiser oder Weiterbehandler erbracht (GKV-Spitzenverband 2015).

Multimodale Schmerztherapie

Im Rahmen des IGZ bzw. EAV könnte ideal ein leitliniengemäßes interprofessionelles multimodales Schmerzmanagement etabliert werden, was ohnehin zu wenig und häufig nur an klinischen Standorten angeboten werde.

Psychiatrisch/Psychotherapeutisches Krisengespräch

Hier besteht häufig ein Zugangsproblem, das durch die EAV abgedeckt werden könnte. Wenn in psychiatrischen Krisensituationen die Versorgung im Rahmen der EAV stattfinden soll, muss neben der medizinisch-therapeutischen Kompetenz gleichzeitig die Überwachung durch erfahrene Pflegekräfte gewährleistet sein.

Geriatrische Versorgung

Die von den Experten genannten Bedarfe zeigen, dass die EAV insbesondere für geriatrische Patienten einen Mehrwert hat. Sie ist heimatnah und überschaubarer und kann oft notwendige Leistungen für diese Patientengruppe ebenso gut oder besser anbieten als Krankenhäuser. Wo möglich ist eine Kooperation/Abstimmung mit geriatrischen Institutsambulanzen sinnvoll.

Hier sind einige Beispiele für mögliche EAV-Angebote im Kontext der geriatrischen Versorgung:

- Akute Krankheitsbilder, inklusive Stürze, können häufig ausreichend gut in der EAV beherrscht werden. Besonders wurde auf die Sinnhaftigkeit eines konzeptionellen alterstraumatologischen Angebots im Rahmen der EAV hingewiesen. Wichtig ist hierbei ein geschultes interprofessionelles Management aus Ärzten, Pflegenden und Therapeuten, unterstützt durch zeitnahes Case-Management.
- Insbesondere die geriatrische Komplexabklärung kann ideal im Rahmen eines Aufenthalts in der EAV (oder ambulant im IGZ) durchgeführt werden. Hierzu gehören die Durchführung und Dokumentation von standardisierten Assessments (z. B. Kachexie, Frailty, Demenz, Delir in der Anamnese, Depression, Fragilität, lebensbegrenzende Krankheiten, Patientenverfügung), die nach Auffassung der Interviewten in der Regel durch Pflegekräfte oder geschulte MFA durchgeführt werden können (s. u.). Häufig führten die fehlenden Informationen zu unnötigen Klinikeinweisungen.
- Prästationäre standardisierte Assessments bei Elektiveingriffen können zum Beispiel Risikofaktoren für typische mit einem Klinikaufenthalt assoziierte Komplikationen wie Delir eruieren und ggf. präventiv beseitigen.
- Akute Verwirrheitszustände/Delir und beginnende Demenz: Im Rahmen der EAV kann bei entsprechend qualifiziertem Personal eine strukturierte Demenzdiagnostik durchgeführt werden. Hier wurden insbesondere zusätzliche (telemedizinische) Konsilmöglichkeiten mit Psychiatern, Neurologen oder Pharmakologen als Mehrwert angesehen. Zusätzlich können hier Versorgungs- und Unterstützungsangebote für die Alltagsplanung gemeinsam mit den Angehörigen vor Ort geplant werden.

Strukturbeispiele aus der Geriatrie

Strukturierte Alterstraumatologie

In den Interviews wurde betont, dass bei Stürzen im Alter oft keine chirurgische Intervention notwendig sei, wohl aber die internistische Ursachenklärung, ggf. eine Medikationsanpassung und frühe Physiotherapie. Gleichzeitig sei oft die weitere Versorgung zu regeln.

Bei Kontusionen sei die heimatnahe und notwendige pflegerische und therapeutische Versorgung in der EAV sicher besser als in einer Regelklinik. So ist insbesondere eine zeitnahe Mobilisation zentral.

Auch die zur langfristigen Versorgung notwendige interprofessionelle regionale Kooperation erscheine in dieser Struktur realisierbar.

Die erforderliche Diagnostik könne man im regionalen Netzwerk anbieten (Röntgen, Sonografie).

Konzept der Akut-geriatrischen-Grundversorgung in Geriatrischen Zentren

Hingewiesen wurde durch Experten auf das Geriatriekonzept aus Baden-Württemberg. Dort wird auf die Bündelung der Kompetenzen in geriatrischen Schwerpunkten und deren Verknüpfung mit stationärer Versorgung im Rahmen von Geriatrischen Zentren verwiesen. Die Schwerpunkte leisten dabei insbesondere koordinative Aufgaben, die im Rahmen eines IGZ bzw. der EAV angeboten werden könnten (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014).

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Brückenpflege

Die EAV böte die Möglichkeit, palliative oder schwer kranke SAPV-Patienten überbrückungsweise dort intensiviert zu versorgen. Patienten müssten dann nicht in eine ggf. örtlich weit entfernte Klinik eingewiesen werden. Zusätzlich biete die Kooperation mit der SAPV auch erweiterte Kompetenzen in der Supportiv- und Schmerztherapie. Pflegende Angehörige könnten ggf. durch ein Rooming-in einbezogen werden.

Insgesamt wurde in den Experteninterviews vielfach ein Bedarf nach einer multimodalen und interprofessionellen Betreuung bei dieser Patientengruppe ausgesprochen. Insbesondere auch „ethische Fallkonferenzen“ zur Planung des weiteren Patientenmanagements in palliativen Situationen wurden als Mehrwert gesehen.

2.3.3 Pflegerische Leistungen und Aufgaben

Für die Versorgung in der EAV muss eine enge Überwachungsmöglichkeit der Vitalfunktionen (Bilanzieren, Kreislauf-Monitoring, Überwachung) gegeben sein, um Patienten sicher und sinnvoll über eine längere Phase, insb. über Nacht, zu versorgen. Im Falle einer Dekompensation oder eines akuten Geschehens können pflegerische Leistungen die medizinische Versorgung unter einem standardisierten Vorgehen mit hoher Qualität sichern und damit eine Einweisung vermeiden. Dazu gehört z. B. das Bilanzieren, ggf. mit Katheteranlage, was im häuslichen Setting schwer umgesetzt werden kann. Kompressionsverbände/-systeme (z. B. bei tiefer Beinvenenthrombose) können sachgerecht angebracht und auch die Wundversorgung und Hautpflege (z. B. bei Dekubitus) durchgeführt werden. Des Weiteren können Patienten durch grundpflegerische Unterstützungsleistungen (wie Unterstützung bei Ausscheidung, Inhalation) überbrückend intensiviert betreut werden. Ein weiterer Vorteil der EAV ist, dass dabei Angehörige wohnortnah angeleitet werden können.

Während akuter Erkrankungen, die an sich keinen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen würden, aber in der individuellen häuslichen Situation nicht ambulant geführt werden können, können durch Behandlungspflege und aktivierende Pflege viele Patienten im Setting der EAV ausreichend gut behandelt und eine kurzfristige Situationsverschlechterung ohne Krankenhausaufenthalt überbrückt werden.

Im allgemeinen Setting des IGZ können Pflegefachpersonen auch weitere Aufgaben, insbesondere im Bereich Case- und Care-Management, übernehmen. In den Interviews wurden konkrete Beispiele genannt, bei denen spezifisch, insb. akademisch qualifizierte Pflegekräfte (z. B. Advanced Practice Nurses (APNs) oder Community Health Nurses) besondere Unterstützung leisten könnten (Burgi und Igl 2021):

- Vor allem bei geriatrischen Patienten fehle es häufig an einer ganzheitlichen Erfassung und umfassendem Management der Situation. Hier wurden im Sinne eines Case-Managements insbesondere standardisierte Assessments, die Erfassung der Medikation und Sozialberatung genannt. Dies könnte maßgeblich von APNs koordiniert und die Aufgaben im interprofessionellen Zusammenspiel mit Ärzten übernommen werden.
- APNs könnten auch vermehrt aufsuchend in der Häuslichkeit der Patienten aktiv sein, deren sozialen Kontext und individuellen Versorgungsbedarf erfassen und die Versorgungsplanung maßgeblich mitgestalten.
- Eine koordinierte Überleitung in die Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung könnte helfen, wiederholte Krankenseinweisungen zu vermeiden. Das Modell der „begleitenden Entlassung“ mit systematischer Einbeziehung und Befähigung der Angehörigen war ein konkreter Vorschlag hierzu.
- Eine verstärkte, engere pflegerische Betreuung im Rahmen der EAV würde insbesondere bei häufig unterversorgten stark eingeschränkten und behinderten Patienten einen Mehrwert in der Versorgung bieten, da in der EAV mehr Zeit und Fokus durch Pflegepersonal möglich wäre. Hier wäre dann auch die Schnittstelle zur ambulanten Pflege noch besser mit zu berücksichtigen.

- Von den Interviewten wurde ein Beispiel aus England genannt, wo etwa Kinderkrankenschwestern Kinder selbstständig versorgen mit Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen, Ernährungsberatung, Wiegen/Monitoring. Ähnliches wurde aus Schweden berichtet, wo etwa Diabetes-Nurses ihre Patienten nach einmaliger Abstimmung mit dem Hausarzt selbstständig betreuen und nur einmal jährlich oder bei speziellen Problemen Ärzte hinzugezogen werden. Auch aus anderen Ländern, bspw. der Schweiz (Gysin et al. 2019) und Österreich, gibt es Erfahrungen mit einer erweiterten Pflege-rolle.

2.3.4 Umfassende medizinische Betreuung, ergänzt durch Beratung, Patientenedukation und Empowerment

Aus den Interviews kristallisierten sich weitere für die normale ambulante Versorgung im Rahmen des IGZ (aber auch der EAV) sinnvolle patientenzentrierte Leistungsangebote heraus, die die Verbesserung der Versorgungskontinuität und die Stärkung der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung thematisieren.

Einbindung von weiteren Gesundheitsberufen und Angeboten vor Ort

Die Struktur einer integrierten Einrichtung bietet die Chance, den Fokus verstärkt auf Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen. Für Patienten und auch für Angehörige könnten Schulungen wie Diabetesschulungen, Ernährungsberatung etc. sowohl während eines Aufenthaltes in der EAV als auch ambulant durch Kooperationspartner angeboten werden, die entweder innerhalb des IGZ angesiedelt sind oder eng zusammenarbeiten. Dies könnte insgesamt zur Vermeidung von Exazerbationen und somit Krankenhausaufenthalten beitragen (oder als Teil der Rehabilitation angeboten werden).

Der Mehrwert liegt in einem interdisziplinären und interprofessionellen Angebot, das je nach Erfordernis ambulant oder innerhalb der EAV patientenindividuell oder in Gruppen durchgeführt werden kann. Hier ergibt sich eine große Schnittstelle zu anderen therapeutischen Gesundheitsberufen.

Abstimmungen zwischen den Professionen und Fachdisziplinen sollten niederschwellig möglich sein, ergänzend könnten in besonders komplexen Konstellationen auch interprofessionelle Fallkonferenzen etabliert werden. Hier sind keine fachlichen Grenzen gesetzt.

Folgende Beratungsangebote bzw. Kooperationen wurden genannt und für die EAV als sinnvoll erachtet:

- Medikationsreviews (inkl. Erklärung des Medikamentenplans, Instruktion zu Inhalativa etc.).
- Enge Kooperation mit der Physiotherapie, um die frühe Mobilisierung und kontinuierliche, über die Entlassung hinaus fortgeführte Betreuung von Patienten effektiver zu gestalten.
- Integration einer Hebammenpraxis zur Betreuung von Schwangeren und Müttern bis hin zu teilstationären Geburten heimatnah.

- Präventive Hausbesuche durch Pflegespezialisten.
- Tagesklinische Schulungsprogramme und Patientenedukation, z. B. für Diabetespatienten, und Unterstützung pflegender Angehöriger.
- Präventionsangebote zu Lebensstilthemen (Ernährung, Bewegung im Alltag etc.). Vorgeschlagen wurde z. B. eine Übungsküche, die auch für die Ergotherapie eingesetzt werden könnte, oder die Einbindung lokaler Angebote durch Kassen, Sportvereine.
- Räumliche Integration von Beratungsdiensten wie Sozialberatung, Frühförderung bzw. frühe Hilfen, Pflegestützpunkte (SGB XI), lokale Suchthilfe, Wohnberatung sowie ehrenamtliche Helfer, Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfe.

Zur Umsetzung dieser Beratungsleistungen/Angebote sind neben Räumlichkeiten insbesondere eine gute Vernetzung mit relevanten Akteuren sowie mit bereits existierenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten in der Region notwendig. Sinnvoll können z. B. regelmäßige Sprechzeiten von Selbsthilfe- oder anderen Angeboten in den Räumlichkeiten des IGZ sein.

Auch Apotheken sollten mehr einbezogen werden – einerseits könnte die Notfallversorgung abgestimmt erfolgen, andererseits sollte das Wissen der Apotheker besser genutzt werden. Auch Patientenedukation und Lotsen-Aufgaben könnten neben dem reinen Medikationsmanagement von Apotheken mit übernommen werden.

Eine elektronische Übersicht über das vorhandene Informationsangebot (z. B. webbasierte Informationsplattform für regionale Angebote) könnte sowohl für Patienten als auch für die Mitversorger sehr hilfreich sein.

Rooming-In

Gerade für Patienten mit erhöhtem Delirrisiko bei notwendigem Aufenthalt könnte man gewinnbringend das Programm und die Struktur der EAV mitnutzen. Dasselbe gilt für Eltern von pädiatrischen Patienten und Menschen mit Behinderung.

Poststationäre Phase

Immer wieder wurde durch die Experten auf die Möglichkeiten der EAV nach einem stationären Klinikaufenthalt hingewiesen. Die EAV könne die Kontinuität der Versorgung besser sicherstellen und das aktuelle Entlassmanagement, das als oftmals insuffizient bewertet wurde, ergänzen.

Insbesondere bei besonders vulnerablen oder geschwächten Patienten könnten durch eine poststationär prolongierte ärztliche und pflegerische Betreuung in der EAV Komplikationen frühzeitig erkannt und behandelt werden, beispielsweise durch ärztlich begleitete Schmerztherapie oder Wundbehandlung.

Folgende ärztliche und pflegerische Bedarfe wurden für Patienten, die aus der Klinik kommen, formuliert:

- Sie sind bei Entlassung oft nicht in einem ausreichend stabilen Zustand (internistische Patienten öfter als chirurgische Patienten). D. h., es braucht akut und unter Umständen wiederholt eine ärztliche und pflegerische Re-evaluation und ein Komplikationsmanagement. Dies könnte in der EAV optimal erfolgen. Zusätzlich bedarf es oft der Wundbehandlung (Fäden ziehen) und Wundbeurteilung.
- Auch die Medikations-Anpassung (oft Analgesie) an den Alltag erfordere oft eine Austeriarung, wie etwa bei Diuretika oder Blutdruckmedikation.
- Die weitere Therapie-Planung sollte zeitnah und wenn möglich mit anderen Mitbehandlern (z. B. Physiotherapie) erfolgen. Hier ist insbesondere bei älteren Patienten die aktivierende Pflege ein wichtiges Element, um ein selbstständiges Leben im häuslichen Umfeld zu fördern.

Stärkung der aufsuchenden Versorgung

Wiederholt wurde überdies auf die Notwendigkeit der Stärkung einer aufsuchenden Versorgung (teilweise auch als Alternative zur EAV) hingewiesen. Interventionen, die in der EAV stattfinden könnten, könnten teils auch in der Häuslichkeit stattfinden. Auch in den krankheitsbezogenen Interviewergebnissen wurde diese Alternative wiederholt thematisiert. Konkret wurde dies wie folgt formuliert:

- Wichtig wäre ein aktives auf Patienten Zugehen bei chronisch-kranken Patienten, telefonisch, per Video und aufsuchend (z. B. bei Herzinsuffizienz). Pflegende Angehörige sollten mit einbezogen werden.
- Viele therapeutische und diagnostische Maßnahmen (Transfusion, Schmerz, Wunden, Punktionen etc.) könnten auch in der Häuslichkeit durchgeführt werden. „Man kann mit Tablet und Schallkopf auch beim Hausbesuch punktieren.“ ...“die Durchführung der prästationären Diagnostik (z. B. Laboruntersuchungen) wäre prinzipiell auch via Hausbesuch denkbar.“
- Aufsuchende Versorgung mit sozialer Arbeit wäre sehr wichtig, Kontakt zur Frühförderung, frühe Hilfen, Ernährung, Sprachförderung, Logopädie hat v. a. einen fördernden Einfluss. Hier wurde auch die Rolle von Hebammen und Sozialhebammen erwähnt.
- Aber: der aktuelle EBM decke tägliche Hausbesuche nicht ab. So könnten manche Patienten durchaus ambulant weitergeführt werden, wenn es personelle und finanzielle Ressourcen für tägliche Hausbesuche gäbe.

2.4 Schnittstellen der EAV (und des IGZ) mit anderen Versorgungsangeboten

Enge Kooperationen mit den regionalen Akteuren sind eine Voraussetzung für eine gute Implementierung und eine breite Akzeptanz unter Versorgern und Patienten. Hierfür ist die Klärung der organisationsrechtlichen Einbettung in vorhandene Strukturen ein elementarer Aspekt, insbesondere auch, um neue Bruchstellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Wichtige strukturelle Schnittstellen werden im Folgenden einzeln aufgeführt:

Notaufnahme in der Klinik

Ein viel diskutiertes Thema in den Experteninterviews war die Frage, ob Patienten direkt in der EAV versorgt werden können oder ob nicht die Akutdiagnostik zunächst in einer Klinik-Notaufnahme oder sog. Aufnahmestation stattfinden sollte. Einige Experten plädierten deshalb für eine enge Kooperation mit einer stationären Einrichtung, auch um Doppelstrukturen zu vermeiden. In der klinischen Notaufnahme solle die Triage stattfinden und von dort die Ebene der Weiterversorgung (stationär/EAV/ambulant) entschieden und eingeleitet werden.

- "Wenn die Vergütung für ambulante Diagnostik in der klinischen Notaufnahme kostendeckend wäre, würde es keinen Sinn machen, eine EAV zu nutzen. Die Strukturen dort sind besser"
- Beispielhaft wurde von bereits etablierten „Aufnahmestationen“ berichtet, in denen alle Patienten zunächst triagiert und einer ersten Diagnostik zugeführt werden. Von dort wird dann im Team und innerhalb von 24 Stunden über die weitere Versorgungsebene entschieden (vgl. Teil 3).

Notarztstandort

Einige Experten waren der Meinung, dass es aus Personalkapazitätsgründen sinnvoll sein könnte, den regionalen Notarztstandort zu integrieren. Vorteile wären einerseits die Anwesenheit eines Facharztes (sofern der Notarzt ein Facharzt ist) durch die Bereitschaftszeiten, die das fachliche Spektrum für die EAV sinnvoll ergänzt, und andererseits wäre ein solches Konstrukt auch attraktiv für Ärzte in Weiterbildung in Allgemeinmedizin und etwa, um die Zusatzqualifikation Notfallversorgung zu erlangen.

Kurzzeit-Pflege und Tagespflege

Die Besonderheiten beim Übergang von der Häuslichkeit oder dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege wurden von den Experten folgendermaßen geschildert:

- Patienten in Kurzzeitpflege seien häufig nicht wohnortnah untergebracht und somit i. d. R. ohne Betreuung durch den eigenen Hausarzt.
- Für die konsiliarisch betreuenden Ärzte in der Phase während der Kurzzeitpflege sei es eine sehr anspruchsvolle und zeitaufwendige Tätigkeit, sich in die Krankheitsgeschichte (somatisch, psychisch, sozial) dieser häufig multimorbiden Patienten einzuarbeiten, da sei außerdem viel Erfahrung notwendig. Aktuell sei ohnehin nur sehr sporadisch überhaupt ein Hausarzt in der Kurzzeitpflege verfügbar und ganz sicher gäbe es in der wohnortfernen Kurzzeitpflege keinen Hausarzt, der die Häuslichkeit und das soziale Umfeld kennt und eruieren kann.
- Patienten, die aus der ambulanten Versorgung in die Kurzzeitpflege kämen, hätten meist nur „Bagatell-Themen“ (wie Schmerzmedikation anpassen...). Dort gehe es v. a. um Versorgungsfragen.

Die räumliche Integration von EAV und Tagespflegeeinrichtungen oder Kurzzeitpflege ließe eine Kombination aus Kurzzeitpflegebetten und „ärztlichen Betten“ zu. Dabei sei es ein großer Mehrwert für Patienten, wenn die kontinuierliche hausärztliche Betreuung in der Kurzzeitpflege bzw.

der Übergangsphase sichergestellt wäre. In der wohnortnahen EAV könne zudem die weitere Therapie und Versorgung gemeinsam im Team geplant werden. Gleichzeitig könne damit die Wirtschaftlichkeit verbessert werden.

Rehabilitation

Sinnvoll sei die Möglichkeit, spezifische Rehabilitations-Angebote (z. B. onkologisch, kardiologisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch) in ein IGZ oder die EAV zu integrieren. Insbesondere Patienten nach Intensivtherapie oder anderen schweren Erkrankungen würden hier profitieren. Mit Angeboten wie interprofessioneller Heilmitteltherapie und Patientenedukation mit intensiver Betreuung wäre es besser möglich, die Kontinuität der Versorgung zu sichern. Dies könnte im Rahmen der EAV angeboten werden.

Pflegeheime

In den Interviews ging es v. a. um eine optimierte ärztliche Betreuung in den Pflegeheimen durch Ärzte der EAV. Dabei würden die interprofessionellen Teamstrukturen im IGZ eine bessere Aufgabenverteilung ermöglichen und so Ressourcen schaffen. Insbesondere die Möglichkeit, vermehrt strukturierte Konsile und Telekonsile aus dem IGZ heraus durchzuführen oder Patienten niedrigschwellig im Rahmen der EAV zu versorgen, wurde als erfolgversprechend angesehen. Auch bei der Durchführung von Prozeduren (wie Anlage von Ernährungssonden – PEG) bestünde die Möglichkeit, Krankenseinweisungen durch die EAV zu umgehen.

Pflegestützpunkt und andere Beratungsstellen

Insbesondere für Patienten, die aufgrund einer besonderen sozialen oder familiären Konstellation in der EAV versorgt würden, wurde eine enge Vernetzung ggf. auch räumliche Integration von Pflege- und Sozialberatung als zentral angesehen. Hier gilt es, mit der Region oder dem Landkreis gemeinsam vernetzte Konzepte zu entwickeln.

Integration von ambulanten Behelfsstrukturen (z. B. Fieberambulanzen)

Gerade in Zeiten von COVID-19 wurde die Bedeutung der ambulanten Versorgung deutlich; der schnelle und funktionierende Aufbau ambulanter Behelfsstrukturen oder klinischer Schwerpunkte wie z. B. Fieberambulanzen und Schwerpunktpraxen sei als Schlüsselmaßnahme zu sehen. Für solche Angebote könnte ein IGZ Kristallisationspunkt sein und von dort aus könnten Behelfsstrukturen bzw. klinische Schwerpunkte geplant und angeboten werden.

Apotheke

Die Kooperation von Praxen mit Apotheken in der ambulanten Versorgung wurde von den Interviewpartnern insgesamt als zu wenig ausgeprägt gesehen. Apotheken spielten nicht nur bei der

Versorgung mit Medikamenten vor Ort (sowohl für die EAV/IGZ als auch für Patienten) eine zentrale Rolle, Apotheker vor Ort könnten das Medikationsmanagement maßgeblich unterstützen und hier auch Hausärzte entlasten. Darüber hinaus könnten Apotheker und deren Räumlichkeiten auch bei der Patientenedukation und -steuerung und weiteren Versorgungsaspekten viel enger einbezogen werden. Ein weiterer Punkt war die Abgleichung der Apothekennotdienste mit den ärztlichen Notdiensten bzw. deren Integration in das IGZ.

2.5 Ausstattung

Aus den Ergebnissen der Interviews ergaben sich folgende Aspekte: Bei der Ausstattung der Erweiterten Ambulanten Versorgung sind einerseits die fachliche Qualität zu berücksichtigen und andererseits der Bedarf einer 24/7-Versorgung. Hierfür gilt es, sowohl die entsprechenden personell-fachlichen Voraussetzungen wie auch die infrastrukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen. Hinzu kommen rechtliche Fragen, die etwa bei neuen Rollen oder Zuständigkeiten geklärt und angepasst werden müssen.

Bei den Interviews wurde deutlich, dass die Einschätzung dazu, welche Fälle in einem Setting der EAV führbar wären und wie Strukturen und Aufgabenverteilung aussehen könnten, sehr von der individuellen Erfahrung der jeweiligen Experten geprägt ist, was sich sicher auch in der späteren Ausgestaltung der jeweiligen Strukturen niederschlagen wird.

Im Prozess kristallisierte sich heraus, dass zwischen einer Basisversorgung, die in jedem IGZ vorgehalten werden muss, und erweiterten Angeboten, die individuell nach regionalen Versorgungsbedarfen und bereits existierenden Strukturen einbezogen werden können, unterschieden werden muss.

2.5.1 Personal und Expertise

Ärzte vor Ort

Die Grundidee eines IGZ wie in Schmid et al. (2018) dargelegt entspricht dem eines Versorgungszentrums, das häufig im ländlichen Raum vorhandene bauliche Strukturen einer (ehemaligen, kleinen) Klinik für die EAV nutzt, um so weiterhin eine wohnortnahe internistisch-hausärztliche Versorgung zu ermöglichen. Aus medizinischen Gründen ist jedoch eine Beschränkung auf ländliche Regionen bzw. Umwandlungsprojekte nicht zwingend notwendig. Als besonders relevanter Anwendungskontext werden diese im Weiteren jedoch gezielt immer wieder aufgegriffen. Weiterhin Bestand hat der Fokus vorrangig auf dem allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Kompetenzbereich inkl. eines breiten internistischen Spektrums, bei dem die Patientensteuerung und ganzheitliche Verantwortung angesiedelt würde.

Qualifikation: Um das o. g. Leistungsspektrum anbieten zu können, müssen vor Ort tätige Ärzte eine allgemeinmedizinische Weiterbildung abgeschlossen haben (Facharztstatus), die eine Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung einschließt. Dies schließt auch ausreichende Erfahrung in geriatrischen Fragestellungen sowie Basisexpertise in Notfallversorgung und psychiatrischen Kriseninterventionen über die in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung enthaltene Mindestzeit von 24 Monaten in der hausärztlichen Praxis ein. Weitere zertifizierte ärztliche Zusatzqualifikationen z. B. im Bereich Schmerzmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin wären wünschenswert. Auch bei Pflegefachpersonen sind Zusatzqualifikationen z. B. hinsichtlich aktivierend-therapeutischer Pflege, Palliative Care, Pain Nurse oder Wundexpertin sinnvoll.

Je nach örtlicher Konstellation könnten ggf. Notarztstandorte eingebunden werden, die die Bereitschaftsdienste in der EAV unterstützen und gleichzeitig (je nach Qualifikation) zeitweise den Facharztstatus sicherstellen könnten.

Weitere fachärztliche Praxen oder Ärzte in Anstellung könnten im IGZ angesiedelt sein.

Einbindung von ärztlicher Fachexpertise

Ergänzende fachspezialistische Expertise wäre sinnvoll und teilweise sogar zwingend erforderlich. Neben der Möglichkeit der direkten Leistungserbringung im IGZ könnte das über einen Konsildienst (auch per Telemedizin/Video) oder Satellitensprechstunden umgesetzt werden (s. o.). Dafür müssten strukturelle Grundlagen im Sinne von Kooperationsvereinbarungen bzw. vertragliche Verzahnungen angelegt werden. Eine zentrale Rolle spielten hierbei die Möglichkeiten der Telekommunikation.

Abstimmungsbedarf bzw. enge Vernetzung wäre sinnvoll mit

- Notaufnahmen der regionalen bzw. kooperierenden Kliniken
- Fachärztlichen Praxen
- Radiologie (entweder in Praxen oder Kliniken)
- Spezialambulanzen, z. B. an Universitätskliniken (z. B. Tumorboards)

Je nach fachlicher, räumlicher und zeitlicher Verfügbarkeit könnten zusätzliche fachspezialistische Vor-Ort-Sprechstunden (Satellitensprechstunden) in ein IGZ integriert und dort angeboten werden, die dann primär für regionale Patienten zur Verfügung stünden (s. o.).

Die Einbindung von qualifizierten Pflege-/Koordinationskräften

Pflegefachkräfte und akademisch qualifizierte Advanced Practice Nurses (APN): Vor dem Hintergrund der fehlenden ärztlichen Präsenz in der EAV außerhalb der klassischen Arbeitszeiten wäre die Vorhaltung von qualifizierten, erfahrenen Pflegekräften zwingend. Diese könnten – neben der

Überwachung der Patienten – viele Versorgungsaufgaben rund um die Patienten während des gesamten Aufenthaltes in der EAV übernehmen und damit die Ärzte maßgeblich entlasten. Durch die Ausweitung der Ressourcen könnten sie aber v. a. auch bislang häufig nicht suffizient abgedeckte Aufgaben, z. B. Beratung zu Selbstmanagement bzw. Patientenschulungen oder selbstständige pflegerische Aufgaben, übernehmen und dadurch auch ärztliche Kapazitäten freisetzen. Eine Weiterqualifikation auf Masterniveau im Sinne von Advanced Practice Nursing (APN) nach internationalem Vorbild liegt bereits vor.

Medizinische Fachangestellte (MFA): Für die Sicherstellung der Abläufe analog der (haus-)ärztlichen Praxen bildeten MFA die Basis. Durch die in den letzten Jahren ausgeweiteten Zusatzqualifikationen von MFAs zur VERAH/NäPa etc. im Bereich chronischer Erkrankungen und Disease-Management oder Wundversorgung wäre eine klare Abgrenzung zwischen diesen Aufgaben und den o.g. (erweiterten) pflegerischen Aufgaben jeweils konkret zu bestimmen.

Koordination und Case-Management: Neben der notwendigen personellen ärztlichen und pflegerischen Grundausstattung wäre bei den o. g. Szenarien in vielen Fällen auch eine intensiviertere Koordination notwendig. Sinnvoll wäre es, hier die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. So könnten diese Aufgaben teilweise durch MFA oder die Pflegekräfte übernommen werden. Denkbar wäre auch die Einbindung von Physician Assistants, die nach Einführung entsprechend neuer Qualifizierungsangebote zunehmend als Personalressource verfügbar sein müssten.

Weitere Berufsgruppen

Neben den o. g. Berufsgruppen kann es individuell vorteilhaft sein, weitere Gesundheitsfachberufe (Hebammen, Physio-, Ergo-, Logo-, Ernährungstherapie etc.) und weitere spezielle Qualifikationen wie Psychotherapie, Psychoonkologie, Suchttherapie formal und/oder räumlich einzubinden. Die genaue Ausgestaltung sollte sich an der regionalen Bevölkerungsstruktur und dem Versorgungsbedarf orientieren.

Ressourcen optimal nutzen – Aufgaben neu verteilen

Angesichts des Fachärztemangels, der in ländlichen Regionen häufig noch ausgeprägter ist, geht es darum, jede vorhandene Fachkompetenz optimal einzusetzen.

- „Es ist ohnehin schwer, die medizinische Versorgung vor Ort sicherzustellen, man muss gut überlegen, wie die ärztlichen Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden.“

D. h., die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sollte dahingehend überprüft werden, ob alle Kompetenzen optimal ausgeschöpft sind, um, wo immer es geht, ärztliche Kapazitäten zu generieren. Die dadurch entstehende Teamstruktur macht auch die Tätigkeiten für die jüngere Generation Ärzte, aber auch MFAs und Pflege, attraktiver.

Ein weiterer Grund für eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung liegt im steigenden Koordinationsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft. Hier bietet eine größere Organisationsstruktur und auch die Nutzung des regionalen Versorgernetzes durchaus Potenzial, mehr Kompetenzen einzubinden und dadurch neben der Kapazität auch die Qualität zu optimieren.

Ein besonderer Mehrwert in dem Kontext wurde aus Sicht der interviewten Pflegeexpertinnen in der Integration einer weiterqualifizierten Pflegekraft (z. B. APN) nach internationalem Vorbild gesehen. Insgesamt bestünde die Herausforderung darin, die Aufgaben und dafür jeweils notwendigen Qualifikationsprofile individuell für jedes IGZ zu definieren und aufeinander abzustimmen.

Ob patientenbezogene Koordinationsaufgaben durch das EAV selbst angeboten werden oder ob z. B. der regionale Pflegestützpunkt integriert wird, ob und wie Apotheken einbezogen werden können, muss mit den Akteuren vor Ort definiert werden. Deshalb sollten möglichst alle Akteure von Beginn der Planungsphase einbezogen werden.

2.5.2 Geräte- und laborbasierte Ausstattung (für Abklärung, Therapie und Monitoring)

Neben der Expertise sind die notwendige räumliche und technische Ausstattung zu definieren. Ziel sollte es sein, vorhandene Infrastruktur und Geräte möglichst sinnvoll weiter zu nutzen und zu überprüfen, inwieweit eine gemeinschaftliche Nutzung Vorteile bringen kann.

1. Technische Ausstattung für Diagnostik und Monitoring

Die Interviewten waren einhellig der Auffassung, dass eine „normale“ allgemeinmedizinische Praxisausstattung bezüglich Diagnostik und Therapie die Basis darstellt, die durch Monitoring-Möglichkeiten ergänzt werden müsse.

- Auf Grund der ausgeweiteten Überwachungs- und Therapiemöglichkeiten im Rahmen der Bettenführung müssen z. B. Sauerstofftherapie, Perfusoren und Kreislaufmonitoring vorhanden sein.
- Der Einsatz von Point-Of-Care-Labordiagnostik erlaubt eine v. a. in der Akutbehandlung relevante schnelle Einschätzung der Krankheitsschwere. Genannt wurden beispielsweise POC-Blutbild-, POC-Troponin-, POC-Blutzucker-, POC-CRP/Procalcitonin-Messungen.

Je nach fachlichen Kooperationen könnte diese Ausstattung dann ausgeweitet und ergänzt werden (siehe Anhang E).

IT-Infrastruktur

Die IT-Infrastruktur spielt eine zentrale Rolle einerseits für einen funktionierenden Informationsaustausch der beteiligten Versorger innerhalb des Zentrums, andererseits, um die fachlichen Vernetzungen im Kontext einer EAV nach extern zu gewährleisten. Auch die Kommunikation mit den Patienten ist hier mitzubedenken.

Bei der Kommunikation geht es einerseits um die Kommunikation zwischen den Behandlern (konsiliarisch oder zur Abstimmung).

- Telemedizinische Möglichkeiten („eine remote Unterstützung“) wie Übertragung von EKG, Sonografie etc. können die Diagnostische Sicherheit in der EAV erhöhen, Konferenzschaltungen (z. B. Tumorboards) können gemeinsame Abstimmungen und Fallkonferenzen ermöglichen.
- ...müssten Video- oder telefonische Konsilmöglichkeiten zwischen Leistungserbringern etabliert werden, um dringende Absprachen wie die Bewertung von Laborbefunden/EKG abzustimmen.
- ...müsste die Möglichkeit eines zeitversetzten/asynchronen Kontaktes geschaffen werden, etwa durch „store and forward“-Konsile (z. B. TeleDerm-Projekt) oder datengesicherte Anwendungen, die Chatrooms und Datenübertragung ermöglichen (Bsp. TeleDerm {Koch et al. 2018}). Hier können neben den Behandlern auch Patienten und Angehörige angeschlossen werden.

Andererseits geht es um die Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten. Video- oder Telefonsprechstunden können Vor-Ort-Besuche der Patienten ersetzen. Hierzu müssen elektronische Kommunikationsmedien integriert und die notwendige Hardware zur Verfügung gestellt und unter Umständen Patienten in der technischen Anwendung unterstützt werden.

- „...es könnten Satellitensprechstunden mit Spezialisten auch als Videosprechstunde im Zentrum abgehalten werden, wobei Patienten technisch unterstützt werden“.
- Videokonsile bzw. Sprechstunden könnten auch gemeinsam zwischen den EAV-Ärzten und dem Patienten in der EAV mit den fachärztlichen Spezialisten in ihren Praxen geführt werden.

Weiterhin geht es um die Dokumentation und den Zugriff auf medizinische Daten, wo möglichst alle Beteiligten angeschlossen sein sollten.

- Möglichst alle im Netzwerk Beteiligten sollten Zugang zu einer gemeinsame Fallakte haben.
- Auch Case-Manager und Pflegekräfte oder VERAHs/NäPas auf Hausbesuchen müssten ihre Arbeit elektronisch dokumentieren und in eine gemeinsame Fallakte integrieren können.

Hierzu müssen die Prozesse für den gesicherten Datenzugriff und -austausch definiert sein, so dass sie den Datenschutz gewährleisten und trotzdem einen schnellen Informationsaustausch ermöglichen. Dieser muss auch über das unmittelbare IGZ hinausgreifen. Auch die Patienteneinwilligung muss an die Strukturen angepasst werden.

Fallbeispiel **Corona-Pandemie**

Während der Corona-Pandemie konnte durch die schnelle Etablierung von Videosprechstunden in hausärztlichen Praxen die kontinuierliche Versorgung von Patienten ermöglicht werden.

Ein gemeinsames Video-Konsil/Gespräch zwischen Ärzten, Patienten und Dritten kann ein großer Mehrwert sein, der auch für die EAV besteht:

- Hausarzt und Patient und ggf. Angehöriger sprechen gemeinsam die aktuelle Beschwerdesituation durch. Dadurch wird zeitnah unter größtmöglicher Minimierung des Ansteckungsrisikos ein gemeinsamer Wissensstand erzielt und die weitere Versorgung kann gemeinsam geplant werden.
- Intensivpersonal kann (u.U. gemeinsam mit Patienten) mit den Angehörigen (u.U. gemeinsam mit dem Hausarzt) sprechen, die Situation klären und die Isolationssituation abmildern.
- Pflegekräfte können Hausbesuche oder Besuche in Pflegeheimen durchführen und mit den betreuenden Ärzten konferieren.

Räumliche Ausstattung

Für die EAV bedarf es der medizinisch-technischen Ausstattung für die bettenführende Einheit. Diese besteht neben den ca. 15 Betten inkl. Nasszellen auch aus Aufenthalts- bzw. Ruheräumen für die Pflege. Daneben sollte ein solches Zentrum dem Anspruch einer integrierten Versorgung auch Rechnung tragen, indem z. B. Schulungsräume, Multifunktionsräume für Besprechungen, z. B. für Fallkonferenzen, Videokonferenzen oder Selbsthilfe, vorgehalten werden. Barrierefreie Räume sollten ebenso im Fokus sein wie die Erreichbarkeit des Zentrums an sich.

Eine weitere Überlegung wäre es, das Zentrum zu nutzen, um ländliche kommunale Strukturen zu beleben und weitere Angebote wie z. B. Bibliothek oder Café in die Räumlichkeiten zu integrieren.

2.5.3 Strukturell-organisatorische Aspekte

Interprofessionelles Arbeiten im Team

Auch in der Umsetzung werden sich die Abläufe in der EAV und im IGZ von den Abläufen in gängigen Praxen unterscheiden müssen. Es sind Elemente nötig, die einerseits den Informationsfluss sichern und andererseits die Teamstrukturen unterstützen.

Folgende organisatorische Vorschläge kristallisierten sich im Prozess heraus.

- Kurze regelmäßige (tägliche) Teamsitzungen der direkt an der Versorgung Beteiligten („Frühbesprechung“, „es sind Übergaben erforderlich“).
- Kurze tägliche (interprofessionelle) Visite der EAV-Patienten.
- In größeren Strukturen könnten z. B. ergänzend pharmazeutische Visiten mit Apothekern für Medikations-Reviews bei komplexen Patienten ergänzt werden
- Um eine interprofessionelle, teambasierte Versorgung umzusetzen, sind klare und standardisierte Abläufe mit eindeutigen Verantwortlichkeiten unabdingbar. Deshalb wurde vorgeschlagen, Ablaufstandards (SOPs) auf der Basis von klinischen Leitlinien zu entwickeln (s.u.).
- Regelmäßige (mehrmals jährlich) Strategiesitzungen des Gesamtteams, um gemeinsam Ziele zu definieren und weitere Schritte zu planen
 - mit allen an der Behandlung Beteiligten, auch aus dem erweiterten Netzwerk (z. B. Sozialarbeit, Pflege, Angehörige)
 - mit fester Uhrzeit
 - die finanziell abgebildet sind
 - deren Effekte evaluiert werden sollten.

Teamentwicklung und Leitung

Leitung: Als besonders wichtig wurden in den Experteninterviews die Aspekte Teamentwicklung und Leitung benannt. Die leitende Person müsse vielfältige Kompetenzen mitbringen, sie solle ein persönliches „Standing“ haben und integrierend sein, Führungsqualitäten haben, aber auch organisatorische und fachliche Expertise besitzen. Hierbei wäre sowohl eine Leitungsperson mit ärztlichem wie auch pflegerischem Hintergrund denkbar.

Hospitationen: Im Sinne der interprofessionellen Teamentwicklung wurden in den Interviews auch Hospitationen in den kooperierenden klinischen Fachabteilungen und Facharztpraxen vorgeschlagen:

- „Die Pflege sollte in allen beteiligten Praxen vor Ort hospitieren, um diese kennenzulernen.“
- „Ärzte aus der EAV sollten in die stationären Fachabteilungen rotieren, um die Kollegen und Strukturen kennenzulernen.“

Dadurch könnten Kompetenzen und Kooperationen gestärkt werden. Auch Ärzte aus den umgebenden Kliniken könnten z. B. im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung eine Rotation im IGZ absolvieren, was neben einem fachlichen Kompetenzgewinn auch das gegenseitige Verständnis verbessern würde. Dies gilt auch für „nicht-ärztliche“ Teammitglieder, insbesondere Pflege, Case-Management, MFA etc.

Interprofessionelle Fortbildungen: Außerdem könnten durch gemeinsame, berufsübergreifende Fortbildungen das Team entwickelt und das gegenseitige Verständnis verbessert werden.

Grundlagen der Zusammenarbeit mit externen Partnern

In den Interviews wurden immer wieder auch mögliche Hürden durch die existierenden hausärztlichen Praxen im näheren Umfeld einer solchen neuen Versorgungseinrichtung thematisiert. Zur sinnvollen und für alle förderlichen Einbeziehung der lokalen (Haus-)Ärzte seien verbindliche Regeln zu vereinbaren. Hierzu bräuchte es einen Prozess im Vorfeld, um die Befürchtungen der lokalen Ärzteschaft und anderer Versorger aufzugreifen und eine *gemeinsame* Vision zu entwickeln. Es bedarf eines gemeinsamen Verständnisses und Vertrauens, dass die neue Struktur einen Mehrwert für die Region und damit für alle Beteiligten darstellt. Die (rechtlichen) Kooperationen und Arbeitsabläufe sollten je nach lokaler Situation mit den regionalen Akteuren *gemeinsam* geplant werden.

- Zur formalen Einbettung und Unterstützung der regionalen Versorger und weiterer wichtiger Akteure wie Kostenträger wurde ein Beirat vorgeschlagen.
- Das Belegarztmodell könnte als Blaupause dienen („Belegpraxis“ mit lokalen Ärzten): D.h., jeder ist für seine eigenen Patienten zuständig, muss dann auch Visiten anbieten und für seine Patienten erreichbar sein.

Rechtliche Aspekte

Haftung und klare Verantwortlichkeiten - Standards: In den Experteninterviews wurde häufig die Frage der Letztverantwortung bei der Arbeit im interprofessionellen Team thematisiert:

- „Ärzte haben die kontinuierliche Verantwortung.“
- „Wenn nicht die Hausärzte vor Ort verantwortlich sind, sondern wie etwa bei Teleportalkliniken die Chefärzte der Kliniken, ist es schwer, die Verantwortung für eine gute Qualität zu tragen.“
- „... wenn was schief gehen sollte in der EAV und im Nachhinein geklagt wird, dass der Patient vollstationär hätte aufgenommen werden müssen.“

Die Verantwortung bzw. Haftung müsse auch zum Schutz des Personals geklärt sein. Hier wurde auch die unklare rechtliche Lage etwa in Bezug auf Delegation und sog. Vorbehaltsaufgaben, welche zwingend von Ärzten durchgeführt werden müssen, thematisiert, die nach wie vor das interprofessionelle Arbeiten erschwert.

Neben den (rechtlichen) Verantwortlichkeiten sind demnach auch die Schnittstellen zwischen den Akteuren klar zu definieren. Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Dienste, Anwesenheiten müssen klar geregelt werden, insbesondere, wenn die Akteure evtl. eine weitere eigene Praxis betreiben.

- Um eine interprofessionelle, teambasierte Versorgung umzusetzen, auch zwischen den Berufsgruppen und Partnern, wurde vorgeschlagen, Ablaufstandards (SOPs) auf der Basis von klinischen Leitlinien zu entwickeln.

Rechtlich-formale Strukturen: Grundsätzlich sind verschiedene Kooperationsmodelle und Rechtsformen möglich, etwa eine genossenschaftliche Organisationsform oder die Vergemeinschaftung von Gerätschaften, um vorhandene Infrastruktur nutzen zu können. Die EAV bzw. IGZ könnte auch als MVZ an ein regionales Krankenhaus angebunden werden.

Zentrale Aspekte, die auch in den Interviews konkret benannt wurden, waren, dass

- ...eine vorgegebene Struktur regional ausgestaltet werden kann. D. h., es muss die Möglichkeit geben, die Angebote an den Bedarf sowie an die vorhandenen Strukturen und Kompetenzen anzupassen, auch, dass dort arbeitende Ärzte in Anstellung oder als Gesellschafter eingebunden werden können.
- ...die Struktur möglichst aus der Patientenperspektive (und nicht aus Organisationsperspektive) geplant wird, d. h., was würde für Patienten die Versorgung erleichtern und verbessern.
- ...die Akteure vor Ort eingebunden werden.
- ...die Schnittstellen zu anderer Versorgung optimiert sind (z. B. Entlassmanagement, IT-Infrastruktur).
- ...geklärt werden muss, von wo und wer Patienten dorthin überweisen könnte bzw. ob es eventuell auch die Möglichkeit eines Direktzugangs von Praxen in EAV geben könnte.

2.6 Grundsätzliche Anmerkungen und Erwartungen der Experten zu Strukturen und Konzept

Die Darstellung des geplanten Konzepts zu Beginn des Interviews triggerte meist ein Nachdenken über die Struktur der Erweiterten Ambulanten Versorgung, aber auch des gesamten Ansatzes des IGZ, deren Einbettung, Organisation, Abgrenzung zu bestehenden Strukturen und der Sinnhaftigkeit insgesamt. Grundsätzlich ließ sich der Mehrwert der EAV schwer von den Strukturen der interprofessionellen und intersektoralen Versorgung im Rahmen von IGZ trennen.

2.6.1 Ein wachsendes regionales Versorgungsnetzwerk - Systemperspektive

Von den Experten wurden die Auswirkungen einer EAV bzw. IGZ auf die vor Ort vorhandenen Praxen und Leistungserbringer, d. h. der eigenen Strukturen inklusive der Wirtschaftlichkeit, diskutiert.

- Durch die Implementierung eines IGZ sei eine Stärkung der regionalen Kooperation zu erwarten. Man würde sich eine enge Kooperation mit stationären und fachärztlichen Versorgern erhoffen, die eine schnelle Klärung bei akuten Fragen ermöglicht. Dadurch könnten etwa fachärztliche Konsile schneller erfolgen, die insbesondere dann hilfreich sind, wenn eine rasche Diagnostik notwendig ist, um eine Einweisung zu vermeiden: Für akute Facharzttermine „*braucht man v. a. Überzeugungskraft*“. Genannt wurden hier insbesondere Bedarfe für die Kardiologie, für bildgebende Diagnostik und Rheumatologie.
- Entlastungspotenzial für die niedergelassenen Ärzte: Entlastung würde durch strukturiert organisierte Diagnostik oder durch gemeinsame Therapiebeschlüsse sowie durch bessere Unterstützung

bei koordinativen, sozialmedizinischen und pflegerischen Aufgaben entstehen. Die Entscheidung, ob Patienten in einer EAV geführt werden können und damit die Wirtschaftlichkeit und das Entlastungspotenzial realisiert werden können, hingen unmittelbar mit der Größe und Zusammensetzung des Netzwerks zusammen.

- Hierzu seien insbesondere auch technische Lösungen wie Video-Konsile (zur besseren Einschätzung der Situation, Übertragung von Befunden) geeignet.
- Als wirtschaftlicher Vorteil der organisatorischen Einbindung von Praxen wurde die Möglichkeit, Ressourcen gemeinsam nutzen zu können, gesehen. Geregelt werden müsste dann jedoch, wie Praxen Zugriff auf die Struktur bekommen können bzw. wie sich dies finanziell abbilden ließe.
- Ein weiterer Vorteil wurde in der steigenden Attraktivität der Arbeitsplätze in der Primärversorgung und ländlichen Regionen gesehen, denn junge Ärzte präferierten den Austausch in (interprofessionellen) Teams. Andererseits machten notwendige Bereitschaftsdienste in einer solchen Einrichtung die Arbeit dort ggf. unattraktiv.
- Immer wieder wurde aus Sicht von im Krankenhaus tätigen Ärzten die Vision der EAV als „allgemeinmedizinische Station“ formuliert, die das stationäre Setting nutzbringend ergänzen könnte. Häufig würden Patienten in Krankenhäuser aufgenommen, weil die Versorgung im ambulanten Bereich nicht sichergestellt werden kann. In den Kliniken können aber die Erfordernisse dieser Patienten oft aufgrund von Zeit- und Ressourcenmangel ebenfalls nicht befriedigend gelöst werden. D. h., sie können eigentlich nicht sicher entlassen werden, blockieren dann aber andererseits Akutbetten. Durch die EAV könnten somit Akutkliniken entlastet werden.

2.6.2 Mehrwert für Patienten und Angehörige

Die interviewten Gesundheitsexperten erwarteten, dass viele Bedarfe durch eine intersektorale und regional vernetzte Struktur wie das IGZ besser abgedeckt werden könnten. Dadurch könnten die Bedarfe der Patienten besser gedeckt werden. Ein Hauptelement hierbei sei ein verbesserter kontinuierlicher ganzheitlicher Versorgungsprozess, der interdisziplinär und interprofessionell sein müsste und so eine umfassende Diagnostik, Anleitung und Schulung (inkl. Angehöriger) ermögliche. Die hierfür notwendigen Arbeitsstrukturen wären in solch einem Setting einfacher umsetzbar.

- Durch eine umfassende und patientenzentrierte Betreuung könnten Exazerbationen und Wiedereinweisungen vermieden werden. So könne auch das „unnötige Hin- und Herüberweisen“ vermieden werden, das normalerweise entstände, weil etwa bei einzelnen Behandlern die Zeit für eine profunde Diagnostik fehle.
- „Case- und Care-Manager“⁷ könnten einerseits entlasten, aber v. a. die patientenzentrierte Versorgung verbessern. Sie könnten folgende Aufgaben übernehmen: Einbeziehung der häuslichen Gegebenheiten durch aufsuchende Versorgung, gemeinsam mit Patienten und Angehörigen erarbeitete individuelle Behandlungsziele, aktivierende Pflege, begleitetes Entlassmanagement oder Prärehabilitation vor anstehenden Eingriffen etc. Insbesondere wurde ein großer Bedarf hinsichtlich komplexer Abklärung und Betreuung geriatrischer/gerontopsychiatrischer Patienten gesehen.

⁷ In Deutschland gibt es aktuell noch keine klaren Begriffsdefinitionen. Zur Begriffsdefinition Braeseke et al. (2018).

- Die (Sekundär-) Prävention durch ein verbessertes Selbstmanagement insbesondere bei chronisch Kranken, multimorbiden, Patienten könnte in solch einer Struktur einen größeren Stellenwert erhalten und Krankenhausaufenthalte vermieden werden („Drehtüreffekt“). In einem IGZ könnten Patienten- und Angehörigenschulungen angeboten werden. Solche Angebote würden bislang nicht suffizient genutzt bzw. angeboten. Dasselbe gilt für gesundheitsfördernde präventive Kurse und Angebote, für die ein Zentrum die Infrastruktur bieten würde.
- Hausärzte und insbesondere Pflege sahen durch die Erweiterung der therapeutischen Teams (Pflege, Physio-, Ergo-, Psychotherapeuten) sowie die Einbeziehung koordinierender und beratender Funktionen großes Potenzial, das etwa dazu beitragen würde, die Versorgung in der häuslichen Umgebung zu stabilisieren und dadurch Entgleisungen und Einweisungen zu vermeiden.

Ein weiterer Mehrwert wurde in der heimatnahen, niedrighschwelligem Versorgung der kurzzeitigen Aufnahme in einer EAV gesehen.

- Dadurch könne die Versorgung von immobilen Patienten besser ermöglicht werden. „Aus Angst, im weit entfernten Krankenhaus bleiben zu müssen, würden Beschwerden von Patienten oft verschleppt.“
- Eine begleitende Aufnahme („Rooming in“) von Angehörigen in die EAV (die oft selbst betagt und sehr belastet sind) wurde insbesondere bei Kindern, Älteren und Pflegebedürftigen als hilfreich angesehen. So könne etwa das Delirrisiko bei gefährdeten (z. B. demenziellen) Patienten während eines notwendigen stationären Aufenthaltes durch Begleitung eines Angehörigen gesenkt werden. Zusätzlich könne dies zur Entlastung des Personals bei der Versorgung von EAV-Patienten beitragen.

2.6.3 Mögliche Risiken

Jedoch gab es auch skeptische Stimmen: Ein besonders sensibler Aspekt stellte die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Zentrum und die Schnittstelle zu den lokalen Hausärzten dar. Den interviewten Ärzten war dabei die Möglichkeit des fortgesetzten Bezugs des primär behandelnden Arztes zum Patienten wichtig:

- „Ich würde die Patienten dann gern selbst weiterführen und nicht an das IGZ abgeben.“
- „...könnte nicht noch eine zusätzliche Aufgabe stemmen. Aber eigene Patienten würde man weiter betreuen.“

Einige Interviewte sahen wenig Hoffnung für eine Kooperationsbereitschaft unter Hausärzten zum gemeinsamen Betreiben eines IGZ:

- „Das Einbinden der Hausärzte als Kooperationspartner ist für das Gelingen und die Akzeptanz der EAV/IGZ essenziell.“

Evtl. würden sich einige Hausärzte auch schwertun, Kompetenzen an das IGZ abzugeben.

- „Warum sollte ich als Hausarzt die Patienten an ein anderes Primärversorgungszentrum überweisen?“

Auch die Einbettung in das bestehende System wurde teilweise kritisch gesehen:

- Entstehen dadurch Doppelstrukturen? Und bedarf es überhaupt einer weiteren zusätzlichen Struktur? „Patienten müssen dann ja auch wieder irgendwo hingehen“. „Welche Ausstattung sollte es denn dort geben? Entweder haben die FÄ oder die Kliniken diese, die sind dann aber nicht im EAV.“
- „Vorsicht – neue Schnittstelle!“ Man fürchtet weitere Brüche in der Versorgungskontinuität und Kommunikationsverluste.
- „Wie ist der Bedarf überhaupt festgestellt worden?“
- „Wie kommuniziere ich den Unterschied zwischen EAV und ‚die Klinik ist wieder offen‘ in der Bevölkerung?“ Das IGZ könnte von den Menschen auch als Notaufnahme aufgefasst werden, weil unklar ist, wer wohin soll. Und außerdem: Nachfrage entstünde erst, wenn die Struktur verstanden werde.
- Entlastungspotenzial sei für Hausärzte eher gering.
- Wichtiger als eine neue Struktur wäre eine ganzheitliche und v. a. aktiv aufsuchende Versorgung, die anderen Strukturen seien vorhanden und ausreichend (s.u.).

Als potenziell problematisch wurde auch die mögliche Konkurrenz mit Ärzten, die nicht teilnehmen, gesehen:

- „Wie grenzt sich das IGZ von meiner eigenen Praxis mit meinem Facharzt-Netzwerk ab?“
- Die eventuell als Bedrohung empfundene Konkurrenz durch das IGZ spiele insbesondere vor dem Hintergrund des Hausarztmangels eine eher untergeordnete Rolle.

Eine weitere Sorge war die Frage nach lokaler Kompetenz und personellen Ressourcen:

- „Woher kommen die Fachärzte? Woher kommen die medizinischen Fachkräfte?“
- Die Anreize für die Ärzte müssten stimmen.
- Die interprofessionelle Kooperation und die Arbeit im Team könnten die Attraktivität für Mitarbeiter steigern.

Hierbei zeigte sich ein deutlicher Unterschied in der Bewertung zwischen Ärzten, die sich bereits mit neuen Strukturen auseinandergesetzt haben, und solchen, die bislang überwiegend in einer traditionellen Versorgungsform (meist Einzelpraxis) tätig sind. Bestehende Bedenken könnten große Hindernisse bei der Umsetzung innovativer Strukturen darstellen und sollten berücksichtigt werden. Für eine gelingende Umsetzung müssten auch alle Beteiligten vom Mehrwert einer EAV für die Patientenversorgung überzeugt sein.

3 Zwischenfazit

Das IGZ mit der EAV stellt eine neuartige intermediäre Versorgungsform an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Im Gegensatz zum Vorgängergutachten, in dem das Modell zunächst überwiegend theoretisch entwickelt wurde, ist der Fokus in diesem Gutachten, die praktische Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit und Auswirkungen im Versorgungsalltag zu beleuchten. Aus diesem Grund wird in diesem ersten Teil auch insbesondere auf die verschiedenen Perspektiven von praktisch tätigen Akteuren gesetzt.

Eine zentrale Aufgabe dieses Teils stellt daher die Konkretisierung des möglichen Indikationspektrums und die sich daraus ergebenden strukturellen Rahmenbedingungen für eine EAV dar. Diese bilden dann die Grundlage für die Ausarbeitung der Finanzierungsoptionen und Einschätzungen zu quantitativen Auswirkungen im folgenden Teil.

Eine Haupteinsicht aus den Interviews ist, dass die Betrachtung einzelner Indikationen zu kurz greift. Die Eignung von Patienten für die Erweiterte Ambulante Versorgung, die zwar keine volle krankenhausesquivalente Infrastruktur bietet, jedoch die rein ambulante Versorgung deutlich erweitert, bemisst sich neben rein medizinischen auch an patientenindividuellen und infrastrukturellen Faktoren.

Dabei wird zwischen krankheitsbezogenen (Indikation, Prognose, Schwere der Krankheit) Faktoren, patientenbezogenen (sozioökonomisches Umfeld, Präferenzen etc.) und strukturbezogenen (strukturelle Ausstattung und vorhandene Expertise) Faktoren unterschieden. Ausgehend von der individuellen Patientensituation und den lokalen strukturellen Gegebenheiten müssen Arzt und Patient also stets im Einzelfall anhand klinischer Kriterien eine Entscheidung treffen.

Indikationen

Neben den Vorteilen, die sich durch den Strukturwandel der Krankenhauslandschaft und dem Fachkräftemangel ergeben, wird ein zentraler Mehrwert eines IGZ bzw. der EAV in einer verbesserten Versorgungsqualität von Patienten gesehen. Insbesondere für die wachsende Patientengruppe mit mehreren Erkrankungen sowie geriatrischer Patienten mit einem vermehrt koordinativen und komplexen Versorgungsbedarf kann ein IGZ inklusive EAV eine Chance bieten, die Versorgungsbrüche in den häufig stark getrennten Versorgungsstrukturen zu verbessern.

Krankheitsgruppen

Bei den Krankheitsbildern wird wiederum unterschieden zwischen akuten Zuständen, die sich entweder durch die Behandlung beseitigen oder mildern und damit kontrollieren lassen, die aber derzeit insuffizient im ambulanten Setting beherrscht werden können, und chronischen Erkrän-

kungen, bei denen akute Exazerbationen oder geplante Therapieoptimierungen unter Beobachtung ideal im Rahmen der kurzstationären Betreuung in der EAV betreut werden könnten. Einen weiteren Mehrwert stellt das Angebot der koordinierten und umfassenden interprofessionellen Versorgung dar, wo durch die Wohnortnähe eine bessere Kontinuität erreicht werden könnte.

Dasselbe gilt für multimorbide und geriatrische Patienten, die insbesondere von der IGZ-Struktur und deren umfassendem Angebot profitieren könnten. Bei geriatrischen Patienten ist häufig die Wohnortnähe noch ausschlaggebend.

Ein weiterer sinnvoller Bereich wird in der kurzfristigen poststationären bzw. postinterventionellen kurzzeitigen Betreuung etwa bis zur Sicherung der weiteren Versorgung gesehen.

Angebote und Ausstattung

Um einen zusätzlichen Nutzen für die Erweiterte Ambulante Versorgung zu erzielen, bedarf es bestimmter Kompetenzen und Angebote, die sich aus den o. g. Indikationen und Szenarien ergeben. Dabei wird zwischen einer Basisvariante und einer regional unterschiedlichen erweiterten Variante unterschieden.

Die Basisvariante bietet eine teambasierte allgemeinmedizinische Grundversorgung, die durch die Möglichkeit einer 24-stündigen pflegerischen Überwachung ergänzt wird. Je nach Versorgungsbedarf sowie fachärztlicher oder infrastruktureller Verfügbarkeit erweitert sich das mögliche Diagnostik- und Versorgungsangebot. Somit ist eine hausärztliche Praxisausstattung, ergänzt durch Monitoring, der Hauptpfeiler der Ausstattung.

In den räumlichen Möglichkeiten eines IGZ sollten immer auch erweiterte Pflege-, Koordinations- und Beratungsangebote mitberücksichtigt werden, ebenso wie die Einbeziehung von weiteren Gesundheitsfachberufen und Apotheken. Hierbei stellt der interprofessionelle und interdisziplinäre ganzheitliche Versorgungsansatz einen wesentlichen Zusatznutzen dar.

Um die Abläufe im IGZ sowie eine gute Kooperation mit dem regionalen Netzwerk sicherzustellen, ist eine gut geplante IT-Infrastruktur vorzusehen, die E-Health-Anwendungen, moderne Kommunikationsmedien und den Datenaustausch einschließt.

Basis- und Erweiterungsmodule

In der Gesamtschau aus Indikationen, erforderlicher fachlicher Qualifikation und strukturellen Voraussetzungen lässt sich für die EAV damit ein Basis-IGZ (Basis-Variante) von verschiedenen Erweiterungsoptionen (Erweiterungsmodule) abgrenzen. Die Basis-Variante ist die Minimalausstattung eines IGZ und muss immer vorgehalten werden. Dort steht das allgemeinmedizinische/internistische Indikationsspektrum im Vordergrund, für das neben der Überwachungseinheit im Wesentlichen die allgemeinmedizinische Ausstattung (möglichst inklusive telemedizinischer

Anbindung) notwendig ist. In Tabelle 10 (Anhang C) sind die auf Basis der Interviews identifizierten Indikationen entsprechend einsortiert. Das Basismodul entspricht damit weitgehend dem im Ausgangsgutachten von 2018 beschriebenen Kern-IGZ.

Schnittstellen und Organisation

Insbesondere für die EAV als neue Struktur an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär ist die Abgrenzung zu anderen Einrichtungen und deren Einbettung in die existierende Versorgungslandschaft aus der Versorgungsperspektive zentral. Hierfür müssen Zuständigkeiten und Patientenpfade definiert werden.

Für die Entscheidung, ob die Behandlung in der EAV sicher möglich ist, ist insbesondere bei akuten Krankheiten die diagnostische Sicherheit wichtig. Hier könnte eine Kooperation zur Notaufnahme einer Klinik hilfreich sein, sofern das strukturell und organisatorisch umsetzbar ist.

Für die Phase nach der Entlassung ist die Abstimmung mit der Kurzzeitpflege wichtig, da die EAV u. U. dort eine passendere Versorgung für vulnerable Patienten bieten könnte. Ebenso kann eine frühe Rehabilitation im Rahmen der EAV Wartezeiten überbrücken, Drehtür-Effekte vermeiden und den Therapieerfolg sichern. Hier ist zusätzlich die enge Kooperation mit sozialrechtlichen Beratungsangeboten und Pflegestützpunkten sinnvoll, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, sind strukturierte Kooperationen mit Pflegeheimen sowie der SAPV bzw. Brückenpflege sinnvoll.

Für ein umfassendes Angebot inklusive Schulungen und Lebensstiländerung der Patienten und Angehörige stellen Kooperationen mit den lokalen Gesundheitskonferenzen, Kostenträgern, Sportvereinen und Apotheken einen wichtigen Baustein dar.

Die Ergebnisse aus unseren Expertenbefragungen zeigen, dass Chancen und Risiken solch intermediärer Strukturen gesehen wurden. Als Risiko wird die Entstehung möglicher Doppelstrukturen sowie Unklarheiten in den Aufgaben und Funktionen benannt.

Als vorteilhaft wird die Weiterentwicklung der regionalen Versorgung mit Etablierung regionaler interprofessioneller Versorgungnetzwerke und damit verbunden eine Verbesserung des Versorgungsangebots für Patienten als Chance gesehen.

Teil 2: Versorgungspotenzial und -kapazität, Kosten und weitere Effekte – eine quantitative Annäherung

4 Versorgungspotenzial und -kapazität

4.1 Einführung in die Methodik

Teil 1 beschreibt einen Katalog von Indikationsbereichen, die aus medizinischer Perspektive für eine Behandlung im Setting einer EAV grundsätzlich geeignet und somit „EAV-sensitiv“ sind. Diese Eignung eines Patienten ist jedoch keine an eine Indikation gekoppelte binäre ja/nein-Entscheidung. Die Entscheidung, welcher Patient für die EAV geeignet ist, muss in letzter Instanz immer der zuständige Arzt treffen, der den konkreten Fall im Lichte medizinischer Leitlinien und etablierter medizinischer Standards bewertet. Dies gilt umso mehr, als es sich um ein innovatives Versorgungsmodell handelt, für das entsprechende Erfahrungswerte erst zu sammeln und Behandlungspfade zu etablieren sind.

Einerseits handelt es sich also stets um Einzelfallentscheidungen. Andererseits ist es zugleich notwendig, für Aussagen etwa zu Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und zu ökonomischen Implikationen abzuschätzen, welche Fallzahlen zu erwarten sind. Eine exakte Fallzahlenprognose ist vor dem Hintergrund dieser Unsicherheit jedoch nicht möglich, weshalb in Teil 2 mit Szenarien gearbeitet wird, die einen Korridor aufspannen. Dieser wird durch eine untere Grenze mit durchweg konservativen Annahmen und eine obere Grenze mit einer eher optimistischen Abgrenzung, was das Patientenpotenzial in der EAV betrifft, gebildet. Dazwischen wird ein neutrales Szenario skizziert, das die Grundlage für weiterführende Berechnungen darstellt.

Initial ist zu definieren, welches Patientenkollektiv die Grundgesamtheit für die weitere Analyse bildet. Hierzu wird in Kapitel 4.2 die Zielpopulation definiert. Das Patientenkollektiv speist sich im Ergebnis aus derzeit stationär im Krankenhaus versorgten Patienten bestimmter Indikationsgruppen. Zur Operationalisierung erfolgt an dieser Stelle eine Überführung der in Teil 1 hergeleiteten Indikationsbereiche in die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; siehe Anhang C). Diese bildet die Grundlage für die weiteren Auswertungen in Kapitel 4.3. Da im Krankenhaus sowohl die Vergütung als auch die statistische Erfassung der Fallzahlen auf Grundlage des fallpauschalisierten DRG-Klassifikationssystems erfolgen, greift auch das vorliegende Gutachten auf diese Datenbasis zurück. Diese hat zudem den Vorteil, dass – anders als eine einzelne ICD – die DRG zusätzliche Rückschlüsse auf die Komplexität des Falls zulässt, was für die weitere Abschichtung des Fallvolumens ein wichtiger Faktor ist. Um eine Verknüpfung zwischen den EAV-sensitiven Erkrankungen aus Teil 1, die nun in ICD-Form vorliegen, und dem DRG-Vergütungssystem herzustellen, wird zunächst eine Verbindung von ICDs und einschlägigen DRGs hergestellt. Es werden dabei alle von einer ICD als Hauptdiagnose ausgelösten DRGs identifiziert und daraus die Anzahl der DRG-Fälle ermittelt, die auf

eine EAV-sensitive ICD zurückgeführt werden können. Durch das Einführen verschiedener Restriktionen und Kriterien, die die Komplexität der notwendigen Behandlung vor dem Hintergrund der Möglichkeiten in der EAV reflektieren, wird das Fallpotenzial sukzessive abgeschichtet.

Ein derartiges Vorgehen stellt naturgemäß auf starke Annahmen ab, die im Folgenden transparent dargelegt werden. Die dabei eingezogenen Grenzen sind stets kritisch zu hinterfragen. In die Analyse wird entsprechend – wie bereits eingangs dargelegt – mit verschiedenen Szenarien gearbeitet, die die damit einhergehende Unsicherheit berücksichtigen. Das Ergebnis von Kapitel 4.3 ist damit ein Fallzahlkorridor, der sich versucht – an medizinischen Faktoren orientierend –, dem Fallzahlpotenzial anzunähern.

Darauf aufbauend erfolgt in Kapitel 4.4 eine Überführung des medizinischen Potenzials in Transformationsszenarien, die berücksichtigen, dass das Potenzial nur gehoben werden kann, wenn entsprechende Angebotsstrukturen zur Verfügung stehen. Auch hier wird zur Einordnung mit drei Szenarien gearbeitet. Das Vorgehen wird durch die nachfolgende Abbildung 6 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

- 1 Abgrenzen der relevanten Patientenpopulation
- 2 Überführen der Erkrankungsbilder in ICD-Endsteller
- 3 Verknüpfen der ICD-Information mit DRG-Daten
- 4 Ermitteln von Fallzahlen und DRG-Merkmalen bzgl. EAV-sensitiver ICDs
- 5 Bilden von kriterienbasierten Szenarien
- 6 Abschichten der Fallzahlen je nach Szenario
→ Versorgungspotenzial (medizinische Dimension)
→ Versorgungskapazität (strukturelle Dimension)

Abbildung 6: Vorgehen bei der Ermittlung von Versorgungspotenzial und -kapazität

Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Definition der relevanten Patientenpopulation

Begriffe wie „Ambulantisierung stationärer Fälle“ oder „Ambulant-sensitive-Krankenhausfälle“ (ASK) werden – auch im Kontext der EAV – häufig verwendet, ohne die betroffenen Patientengruppen exakt abzugrenzen. Für ein objektives Verständnis des Untersuchungsgegenstandes ist entsprechend in einem ersten Schritt für den Kontext des vorliegenden Gutachtens das Patientenkollektiv der EAV zu definieren.

Hierbei wird davon ausgegangen, dass eine Menge Patienten P1 existiert, die idealtypisch für eine Behandlung in der EAV ist. Diese Patienten können nicht mehr sicher in rein ambulanten Strukturen geführt werden und müssen im Status quo entsprechend in einem Krankenhaus stationär aufgenommen werden. Sie benötigen aber eigentlich auch kein hochtechnisiertes Krankenhaus mit 24/7-Arztpräsenz. Von der Gesamtheit der in Krankenhäusern stationär behandelten Patienten (P0) ist es somit möglich, einen Teil qualitativ mindestens gleichwertig auch in der EAV⁸ zu versorgen, wie in Abbildung 7 dargestellt.

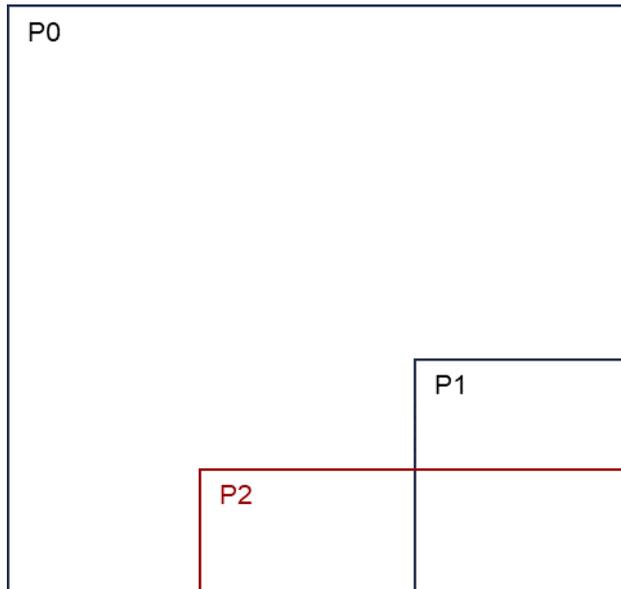


Abbildung 7: EAV-sensitive und ambulant sensitive Krankenhausfälle

Legende: P0: Stationär behandelte Patienten; P1: Teilmenge der Patienten, die auch in der EAV mindestens gleichwertig versorgt werden könnten (EAV-sensitiv); P2: Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK).

Quelle: Eigene Darstellung

Ferner gibt es einen Teil von Patienten in P0, die sich in einem Zustand befinden, der ambulant nicht mehr sicher geführt werden kann. Das Eintreten dieses Zustands hätte jedoch durch eine bedarfsgerechte Versorgung im klassischen ambulanten Sektor oder bessere Compliance des Patienten vermieden werden können. Die Patienten dieser Gruppe (P2) werden als ASK bezeichnet (siehe Abbildung 7, zur Definition vergleiche Sundmacher et al. 2015 und Fußnote 3 in Teil 1).

Schließlich existiert eine Schnittmenge zwischen P1 und P2. Dies sind ambulant sensitive Krankenhausfälle, die nicht zwingend in einem Krankenhaus zu behandeln sind, da sie ebenfalls adäquat in der EAV versorgt werden können. Dementsprechend kann die EAV auf die Patienten aus der Gruppe P2 auf drei unterschiedliche Weisen wirken (siehe Abbildung 8):

⁸ Zu den strukturellen, personellen und sonstigen Merkmalen der EAV siehe Teil 1.

1. Die EAV wirkt indirekt (Einbettung der EAV in einem IGZ, welches im Vergleich zum Status quo stärker vernetzt ist und weitere Dienste anbieten kann⁹) und trägt zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgung bei, sodass die Patienten weiterhin rein ambulant versorgt werden können und keinen Zustand erreichen, der rein ambulant nicht mehr sicher geführt werden kann (P3, rot schraffiert). D.h. Patienten, die bisher stationär versorgt wurden, benötigen nun keine mehrtägige Versorgung mit Übernachtung.
2. Die EAV kann die indirekte Wirkung nicht entfalten, der Patient hat nach wie vor einen eigentlich vermeidbaren Zustand erreicht, der nicht für eine rein ambulante Versorgung geeignet ist, die EAV kann aber den stationären Krankenhausaufenthalt ersetzen (rot gepunktet).
3. Die EAV kann die indirekte Wirkung nicht entfalten, der Patient kommt in ein Stadium, das einen stationären Krankenhausaufenthalt erfordert, eine Substitution durch einen Aufenthalt in der EAV ist nicht möglich. Diese stationären Krankheitsfälle sind vermeidbar, erfordern aber eine weitere Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation, die nicht durch die EAV bzw. das IGZ adressierbar ist (rot gestrichelt).

⁹ Vgl. hierzu auch Teil 1 und Teil 3.

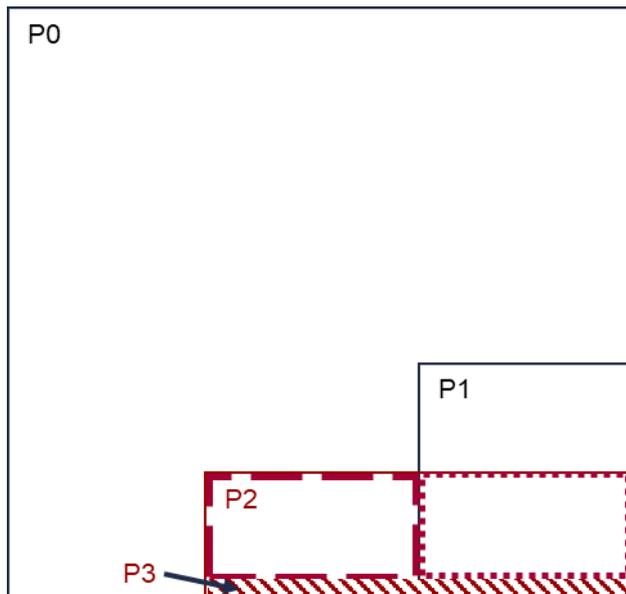


Abbildung 8: Implikationen von IGZ und EAV auf ambulant sensitive Krankenhausfälle

Legende: P0: Stationär behandelte Patienten; P1: Teilmenge der Patienten, die auch in der EAV mindestens gleichwertig versorgt werden könnten; P2: Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK); P3: Verbesserung der ambulanten Versorgung durch IGZ mit EAV (indirekte Wirkung), Patienten können weiterhin „ambulant“ versorgt werden.

Quelle: Eigene Darstellung

Für einige Fälle kann eine stationäre Krankenhausaufnahme nur deshalb vermieden werden, weil die neue Struktur der bettenführenden EAV existiert. Dies bedeutet, dass diese Krankenhausfälle erst durch die EAV vermeidbar werden. Sie gehören nicht zu den klassischen ASK. Im Sinne der dargelegten Nomenklatur wird diese in Abbildung 9 rot eingefärbte Teilmenge als ASK^{PLUS} bezeichnet. Eine stationäre Krankenhausaufnahme kann für diese Fälle nur aufgrund der neuen EAV-Struktur vermieden werden, die es erlaubt, Patienten auch außerhalb eines Krankenhauses qualifiziert über Nacht überwachen zu lassen. Es bestehen somit klare Unterschiede zu dem in der Literatur verwendeten Begriff der klassischen ASK. Diese Unterschiede berücksichtigt das Gutachten, indem eine klare definitorische Abgrenzung durch die Verwendung des Begriffs ASK^{PLUS} vorgenommen wird.

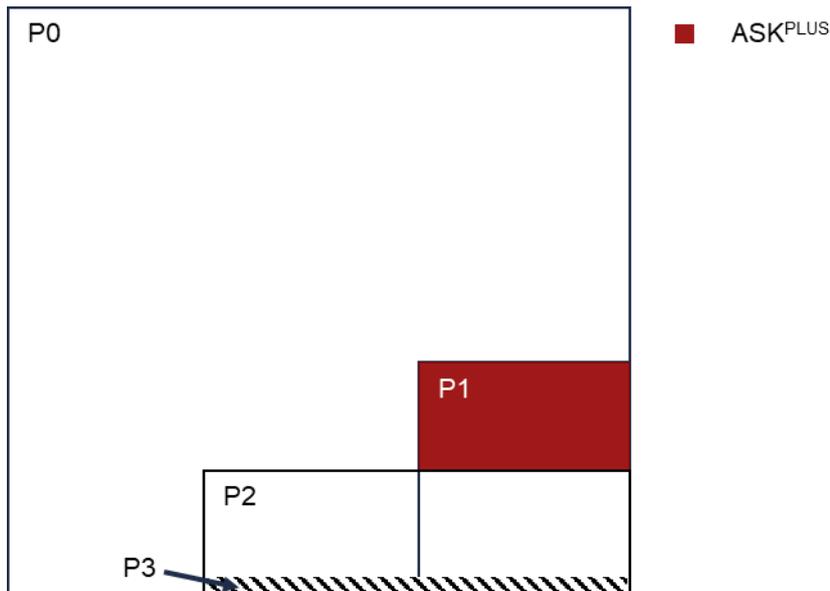


Abbildung 9: Erweitertes Ambulantisierungspotenzial durch die EAV

Legende: P0: Stationär behandelte Patienten; P1: Teilmenge der Patienten, die auch in der EAV mindestens gleichwertig versorgt werden könnten; P2: Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK); P3: Verbesserung der ambulanten Versorgung durch EAV (indirekte Wirkung), Patienten können weiterhin „ambulant“ versorgt werden. **ASK^{PLUS}**: Erst durch die EAV werden diese Krankenhausfälle vermeidbar.

Quelle: Eigene Darstellung

Zuletzt müssen ebenfalls jene Patienten erfasst werden, die bisher rein ambulant versorgt wurden, bei denen diese Art der Versorgung jedoch eigentlich eine Unter- bzw. Fehlversorgung und im Ergebnis eine suboptimale Versorgungsqualität darstellt. Für einen Teil dieser Patienten kann durch die EAV eine adäquate Versorgung erreicht werden (P4) und ein weiterer Teil müsste stationär versorgt werden (P5), wie in Abbildung 10 nachfolgend dargestellt wird.

Die Menge P3 ist derzeit nicht quantifizierbar, da die über die EAV hinausgehende Wirkung des IGZ nicht Gegenstand dieses Gutachtens ist. Ebenso ist die Menge P4 basierend auf dem derzeitigen Forschungsstand kaum ermittelbar. Während die Nichtberücksichtigung von P3 zu einer Überschätzung des Fallpotenzials führt, folgt aus der Nichtberücksichtigung von P4 eine Unterschätzung des Fallzahlpotenzials, sodass sich die beiden Effekte zumindest zum Teil kompensieren sollten. Aus diesem Grund sowie um konsistent mit der Logik des Vorgängergutachtens zu bleiben, bildet die Teilmenge P1 die Basis für die weiteren Ausarbeitungen für das vorliegende Gutachten. P1 beschreibt dabei das relevante Versorgungspotenzial EAV-sensitiver Leistungen, deren Fallzahl im weiteren Verlauf der Untersuchung abzuschätzen ist, und wird als P^{EAV} bezeichnet. Diese Abgrenzung entspricht damit direkt der des initialen Gutachtens von Schmid et al.

(2018), in welchem das substitutive Potenzial der EAV für stationäre Krankenhausleistungen im Fokus stand.

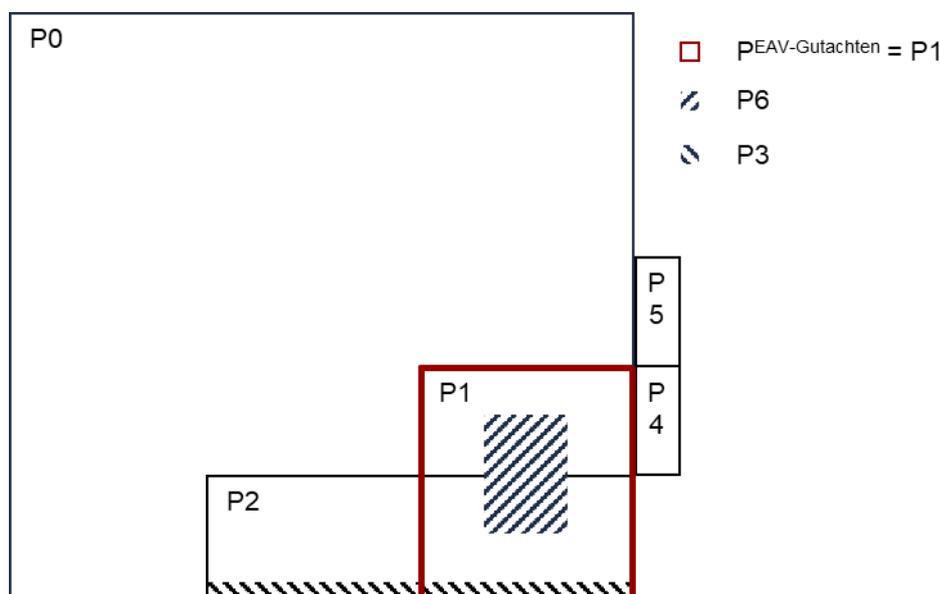


Abbildung 10: Definition der für das Gutachten relevanten Patientenpopulation

Legende: $P^{EAV-Gutachten}$ bzw. P1: Menge der für dieses Gutachten als für die EAV einschlägig definierten Patienten; P0: Stationär behandelte Patienten; P1: Teilmenge der Patienten, die auch in der EAV mindestens gleichwertig versorgt werden könnten; P2: Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK); P3: Verbesserung der ambulanten Versorgung durch EAV (indirekte Wirkung), Patienten können weiterhin „ambulant“ versorgt werden; P4: Bisher ambulant versorgte Patienten, die eigentlich mindestens in einer EAV versorgt werden sollten; P5: Bisher ambulant versorgte Patienten, die eigentlich stationär in einem Krankenhaus versorgt werden sollten; P6: Nicht aktivierbarer Teil des EAV-Potenzials.

Quelle: Eigene Darstellung

In der Folge ergibt sich somit ein Gesamtpotenzial für Fälle, die in einem EAV-Setting versorgt werden können. Dieses Potenzial wird in der vorangehenden Abbildung durch die rot umfasste Menge P^{EAV} beschrieben. In der Praxis wird sich jedoch eine derartige idealtypische Abgrenzung kaum erreichen lassen, da regelmäßig eine nicht aktivierbare Teilmenge bestehen wird, für die beispielsweise im Zuge eines erst beginnenden Transformationsprozesses noch keine EAV-Angebote zur Verfügung stehen. Dieses nicht aktivierbare Potenzial wird in Abbildung 10 mit der schraffierten Teilmenge P6 beschrieben.

P^{EAV} bzw. P1 repräsentiert somit das in Modul 1 skizzierte Fallspektrum, welches aus medizinischer Sicht grundsätzlich für die EAV geeignet ist. Die Abschätzung der Mächtigkeit der Menge P1, also die Quantifizierung des Potenzials, erfolgt in Kapitel 4.3. Die Transformationsszenarien in Kapitel 4.4 reflektieren P6, wobei diese Menge im optimistischen Szenario auf null reduziert werden kann.

4.3 Medizinisch hergeleitetes Versorgungspotenzial

4.3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Basierend auf Experteninterviews wurden in Teil 1 Erkrankungsbilder und Indikationen identifiziert, die medizinisch für die EAV geeignet erscheinen und im erweiterten ambulanten Setting in einer zur stationären Versorgung mindestens äquivalenten Qualität erbracht werden könnten. Die den Krankheitsbildern zugrunde liegenden medizinischen Diagnosen wurden vorbereitend für Teil 2 in die ICD-Klassifikation überführt (Tabelle 10, Anhang C). Hierzu wurden zunächst schematisch alle ICD-Endsteller mit Bezug zum Erkrankungsbild aufgenommen. Einschränkend ist dabei hervorzuheben, dass sich auf der Basis der Hauptdiagnosen keine eindeutigen Entscheidungsregeln ableiten lassen, welche die Erkrankungen entweder stationär oder in einem erweiterten ambulanten Setting einordnen, da die einzelne Indikation i. d. R. nichts über den Versorgungskontext aussagt, in dem sie behandelt werden muss. So gibt es innerhalb der Indikationen eine große Spannbreite von leichten bis hin zu sehr schweren Ausprägungen. Diese aus medizinischer Perspektive teils erheblichen Differenzen vermag die ICD-Systematik nur bedingt zu erfassen.

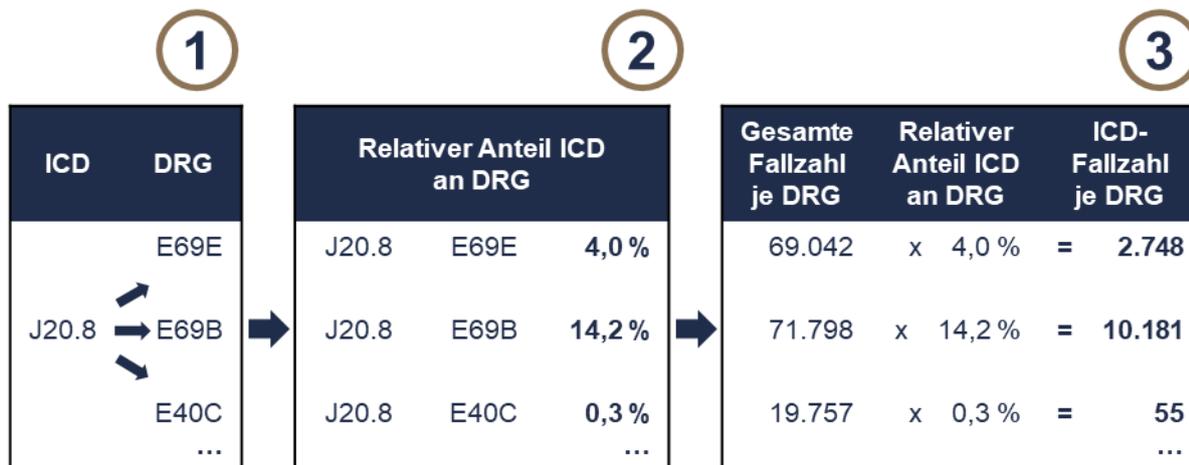
Diese im Ausgangszustand mehrere Tausend Einträge umfassende Liste von ICD-Codes mit Bezug zu den Krankheitsbildern aus Teil 1 enthält entsprechend auch viele Krankheiten, die nicht für eine Behandlung in der EAV geeignet sind. Folglich wurde diese Liste zunächst grob selektiert, indem beispielsweise nur leichtere Fälle und damit ICD-Codes darin belassen wurden, die als Hauptdiagnose in mindestens eine DRG mit einem Fallgewicht von kleiner 1,0 münden und nicht auf der Liste des Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) für Indikationen stehen, die vorrangig von Maximalversorgern behandelt werden (Heyder 2015). Die verbleibenden rund 500 ICD-Endsteller wurden manuell von drei Ärzten gesichtet und um ICDs bereinigt, die selbst unter optimalen Umständen für eine Behandlung in der EAV nicht infrage kommen. ICD-Codes, für die nur unter besonderen, den Patienten betreffenden sowie strukturellen oder personellen Voraussetzungen eine Versorgung in der EAV möglich erscheint, wurden zunächst in der am Ende rund 400 ICD-Endsteller umfassenden Liste belassen.

Nicht nur in diesen, sondern in allen Fällen ist deshalb in der Praxis eine individuelle ärztliche Entscheidung notwendig, die neben rein medizinischen auch sozio-demografische, strukturelle und sonstige Kontextfaktoren berücksichtigt. Um die Zahl jener Fälle, die idealtypisch für eine Behandlung in der EAV sind, dennoch abschätzen zu können und zugleich dieser Unsicherheit Rechnung zu tragen, wird, ausgehend von der Zahl der mit diesen Indikationen als Hauptdiagnose aufgenommenen stationären Patienten, eine schrittweise Abschichtung vorgenommen. Selektierende Kriterien sind beispielsweise die am Relativgewicht gemessene Fallschwere, die Verweildauer oder die Komplikationen und Komorbiditäten, gemessen am PCCL.

4.3.2 Erarbeitung einer ICD-DRG-Zuteilungssystematik

Im vorliegenden Kontext geht es um eine Verlagerung von Leistungen aus dem Krankenhaus in die EAV. Im stationären Sektor erfolgt die Vergütung auf Grundlage des fallpauschalisierten DRG-Klassifikationssystems. Aus den DRG-bezogenen Daten können dann Informationen zu Fallzahlen, mittleren Verweildauern oder relativen Fallschweren (case weights) ermittelt werden. Die in den Krankenhäusern in diesem Kontext erhobenen Daten sind Teil eines umfassenden Berichtswesens, das sich beispielsweise aus den Abrechnungsdatensätzen der Krankenhäuser nach §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ergibt und die Grundlage für die amtliche Krankenhausstatistik, Elemente der Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie die Datensätze zur DRG-Begleitforschung bilden. Entsprechend greift dieses Gutachten auf alle genannten Datenquellen zurück.

Um die zu erwartende Menge an Fällen zu bestimmen, muss eine Verknüpfung zwischen den Diagnosen EAV-sensitiver Erkrankungen in ICD-Kodierung und dem DRG-Vergütungssystem hergestellt werden. Zu diesem Zweck wurde auf Basis der Daten der G-DRG-Begleitforschung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine Systematik erarbeitet, die Abbildung 11 nachfolgend skizziert. Im ersten Schritt werden alle DRGs herausgearbeitet, die eine der knapp 400 identifizierten ICDs als Hauptdiagnose haben. Aus den Daten der G-DRG-Begleitforschung lässt sich ableiten, welche ICD als ursächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes eines Patienten kodiert wurde. So ist beispielsweise die ICD J20.8 (akute Bronchitis) die Hauptdiagnose für mehr als ein Dutzend DRGs. Abbildung 11 greift illustrativ drei der zugehörigen DRGs auf und zeigt dabei die große Spannweite möglicher Ausprägungen.



- ICD J20.8** Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
- DRG E69E** Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
- DRG E69B** Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
- DRG E40C** Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie

Abbildung 11: ICD-DRG-Zuteilungssystematik

Quelle: Eigene Darstellung

Ausgehend von den knapp 400 ICDs auf Endsteller-Ebene, die in Teil 1 als aus medizinischer Perspektive für die EAV potenziell relevant identifiziert wurden, ergeben sich insgesamt rund 3.000 mögliche ICD-DRG-Kombinationen. Bereits das gewählte Beispiel der ICD J20.8 zeigt, dass viele der mit dieser Hauptdiagnose assoziierten DRGs keine Behandlungsfälle repräsentieren, die in einer EAV auch versorgt werden könnten, und verdeutlicht, dass allein auf Basis einer Indikation kein Fallspektrum abgegrenzt werden kann. Um sich einem solchen dennoch anzunähern, werden im weiteren Verlauf (siehe Kapitel 4.3.3) entsprechende Eingrenzungen vorgenommen.

Im zweiten Schritt (Abbildung 11) ist aber zunächst der relative Anteil zu bestimmen, den jede der einschlägigen ICDs am gesamtem Fallvolumen der jeweiligen DRG hat. So zeigt sich, dass z.B. für die DRG E69B in rund 14,2 Prozent der Behandlungsfälle die ICD J20.8 als Hauptdiagnose kodiert wurde. Die Berechnung der Verhältnisse erfolgt hierbei ebenfalls basierend auf den

Daten der G-DRG-Begleitforschung des InEK gemäß §17b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).¹⁰

Im dritten Schritt wird die ICD-DRG-Relation auf die Grundgesamtheit der rund 19,4 Millionen stationären Behandlungsfälle aus dem Jahr 2019 übertragen. Die Datengrundlage dieser Vollerhebung bilden die Leistungsdaten aller deutschen Akutkrankenhäuser gemäß §21 KHEntgG. Es wird dabei der relative Anteil einer ICD an der DRG aus Schritt zwei mit der gesamten Zahl der Fälle dieser DRG multipliziert.¹¹ Diese Summe entspricht der Gesamtzahl der DRG-Fälle in Deutschland, die auf eine EAV-sensitive ICD zurückgeführt werden können. Über alle Diagnosen hinweg ergibt sich nach weiteren Abgrenzungen daraus, wie viele Fälle potenziell aus der stationären in die Erweiterte Ambulante Versorgung verlagert werden könnten.

4.3.3 Szenarien zur Bestimmung des Versorgungspotenzials

Das Versorgungspotenzial der EAV – das heißt die Zahl der aus medizinischer Sicht idealtypisch in einem erweiterten ambulanten Setting behandelbaren Patienten – hängt wesentlich von dem jeweils dort erbringbaren Behandlungsspektrum ab. Welche Erkrankungen behandelbar sind, wird grundlegend durch den in Teil 1 definierten Katalog EAV-sensitiver Krankheitsbilder bestimmt. Allerdings vermag das ICD-Kodierungssystem die Frage, welche Erkrankungen entweder stets stationär oder in einem erweiterten ambulanten Setting versorgt werden können, nur begrenzt zu beantworten. So können sich auch Patienten mit der gleichen Hauptdiagnose auf ICD-Endsteller-Ebene aus medizinischer Perspektive etwa bezüglich Pflegeaufwand oder notwendiger Diagnostik und indizierten Therapien deutlich voneinander unterscheiden. Dies führt auch zum breiten Spektrum an DRGs, die einer ICD zugeordnet werden können. Selbst innerhalb einzelner DRGs zeigt sich diese Problematik.

Um sich einem realistischen Fallvolumen für die EAV anzunähern, werden im Folgenden drei Szenarien entworfen, die von einem konservativen bis zu einem optimistischen Ansatz reichen (Abbildung 12). Das *konservative* Szenario steht stellvertretend für eine strikte Fallselektion, die

¹⁰ Wie auch der aG-DRG-Browser basiert dieser Datensatz auf den Kosten- und Leistungsdaten der deutschen Kalkulationskrankenhäuser, die Daten zu ihren rund 3,3 Millionen Behandlungsfällen für die Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalenkatalogs an das InEK übermitteln. Insbesondere seit dem Inkrafttreten der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation gemäß § 17b Abs. 3 Satz 6 KHG zwischen den Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung im Jahr 2016 kann von einer hohen Entsprechung zwischen dieser Stichprobe und der Grundgesamtheit aller deutschen Krankenhäuser ausgegangen werden (Augurzky et al. 2018).

¹¹ Zur Vereinfachung und Absicherung einer insgesamt eher konservativen Herangehensweise werden bei der Zählung der Fälle alle Fälle mit Patienten jünger als 16 Jahren ausgeschlossen. Dies soll jedoch keine normative Annahme darstellen. In der EAV können bei entsprechender medizinischer Eignung durchaus auch jüngere Patienten behandelt werden. Der Anteil ist jedoch eher niedrig anzusetzen, sodass bei der ohnehin geringen Gesamtzahl an Fällen dieser Alterskategorien der vollständige Ausschluss bei der Abschätzung des gesamten Fallpotenzials zweckmäßig erscheint.

sich auf sehr einfache, komplikationsarme Krankheitsbilder begrenzt. Mit ihm soll ein Fallvolumen abgebildet werden, das selbst unter sehr konservativen Annahmen bzgl. des geeigneten Patientenklientel sowie der verfügbaren Infrastruktur in der EAV realistisch erscheint. Dem gegenüber steht das *optimistische* Szenario, welches für eine EAV-Versorgung steht, die auch die Versorgung komplexerer Krankheitsbilder mit besonderen Anforderungen an das Setting in der EAV erlaubt. Diese Anforderungen können sich beispielsweise auf die technologische oder personelle Ausstattung sowie die Art und Intensität der Vernetzung mit anderen Leistungserbringern beziehen. Das dritte, *neutrale* Szenario soll ein Fallvolumen repräsentieren, welches sich zwischen den beiden extremen Positionen bewegt und für einen plausiblen Mittelweg steht. Hier sind nicht nur sehr einfache, aber in der EAV auch ohne besondere Voraussetzungen gut führbare Krankheitsbilder das Zielbild.

Die Operationalisierung der Szenarien im Datensatz erfolgt anhand folgender Kriterien:

- Fallgewicht bzw. Case Weight (CW), das die DRGs entsprechend ihres Aufwands gewichtet
- mittlere Verweildauer (mVWD)
- patientenbezogener Gesamtschweregrad bzw. Patient Clinical Complexity Level (PCCL)

Das CW stellt die Relation des Aufwandes dar, den ein Leistungserbringer zur Behandlung eines Patienten leisten muss. Liegt ein CW kleiner als 1,0 vor, so kann auf eine unterdurchschnittliche ökonomische Fallschwere beziehungsweise auf weniger aufwendige Patientenfälle zurückgeschlossen werden. Die mVWD gibt in der Verlaufsstatistik das arithmetische Mittel der individuellen Verweildauern aller Behandlungsfälle je DRG an. Das letzte Kriterium, das PCCL, ergibt sich aus den kumulierten Schweregraden von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC). Er gliedert sich in 7 Stufen (0 = keine CC bis 6 = schwerste CC). Liegen entsprechende Nebendiagnosen (CC) vor, ist anzunehmen, dass sich die Behandlung entsprechend erschwert oder verteuert.

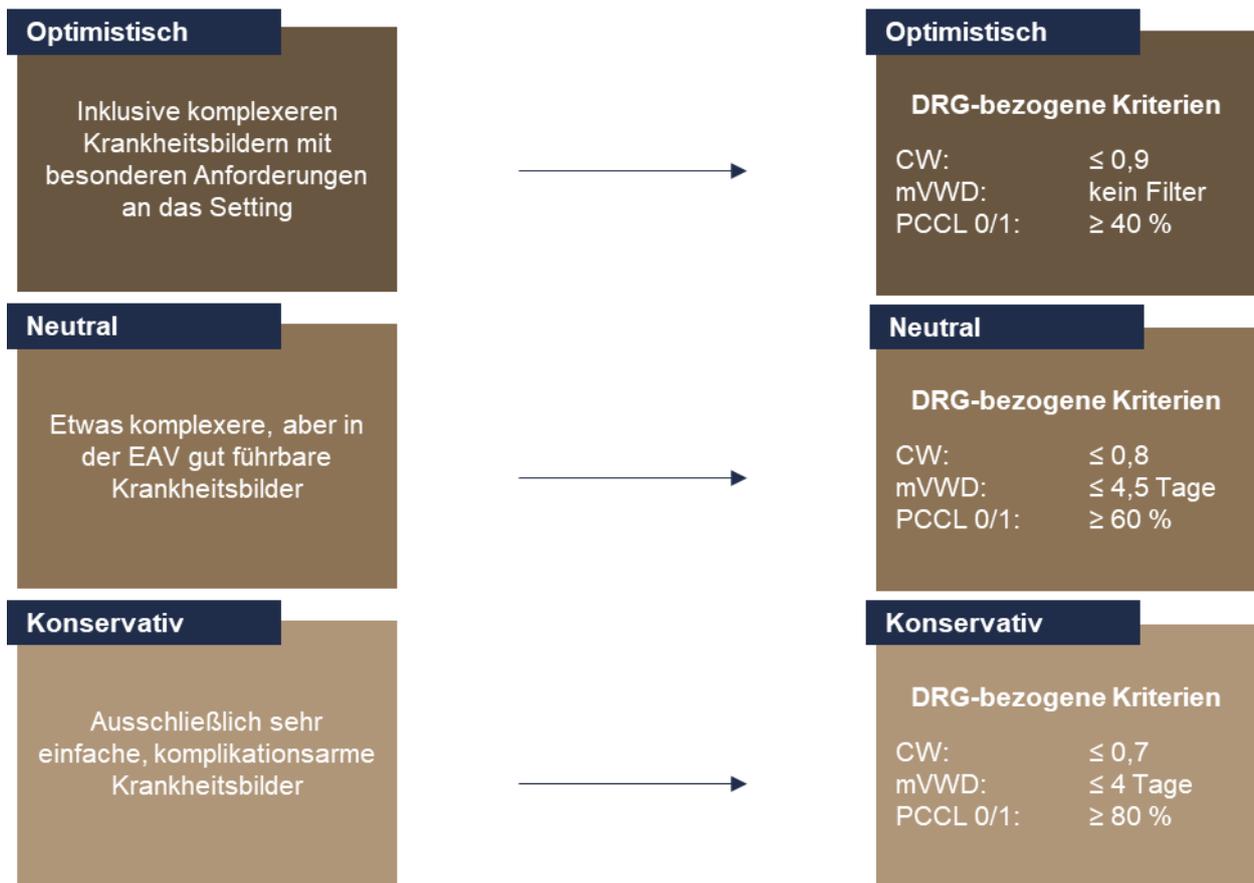


Abbildung 12: Szenarien und korrespondierende Kriterien
Quelle: Eigene Darstellung

Wie aus Abbildung 12 hervorgeht, stellen für das CW die Werte 0,7, 0,8 und 0,9 die korrespondierenden Grenzwerte dar, für die mVWD die Werte 4 und 4,5 Tage. Im optimistischen Szenario erfolgt keine Begrenzung der mVWD. Diese komplette Aufhebung des Kriteriums mVWD stellt eine Reaktion auf die mehrfach in den Interviews geuserte Einschätzung, dass die Verweildauer wenig über die Komplexität oder den technologischen Anspruch eines Falls aussagt und auch viele Patienten mit längerer Verweildauer gut in einer EAV geführt werden können, dar. Für das PCCL wird der Anteil der Flle der jeweiligen DRG ermittelt, die das Level 0 oder 1 erreichen und somit einen geringen patientenbezogenen Gesamtschweregrad aufweisen. Je nach Szenario variiert dieser Anteil: Das konservative Szenario geht von mindestens 80 % und damit einem erheblichen Anteil von leichten Fällen aus, während bei dem neutralen Szenario der Grenzwert bei 60 % und beim optimistischen Szenario bei 40% liegt.

Am Beispiel der ICD J20.8 wird in Abbildung 13 das Vorgehen nochmals dargestellt. Die DRG E69E wird im konservativen wie auch in allen anderen Szenarien berücksichtigt. Die DRG E69B fällt aufgrund der höheren mVWD in das optimistische Szenario und wird bei der Ermittlung der

Fallzahl nur in diesem Szenario berücksichtigt. Die DRG E40C findet in keinem Szenario Berücksichtigung, da das CW den Grenzwert des optimistischen Szenarios noch übersteigt.

Komplexitätsvarianz am Beispiel der ICD J20.8

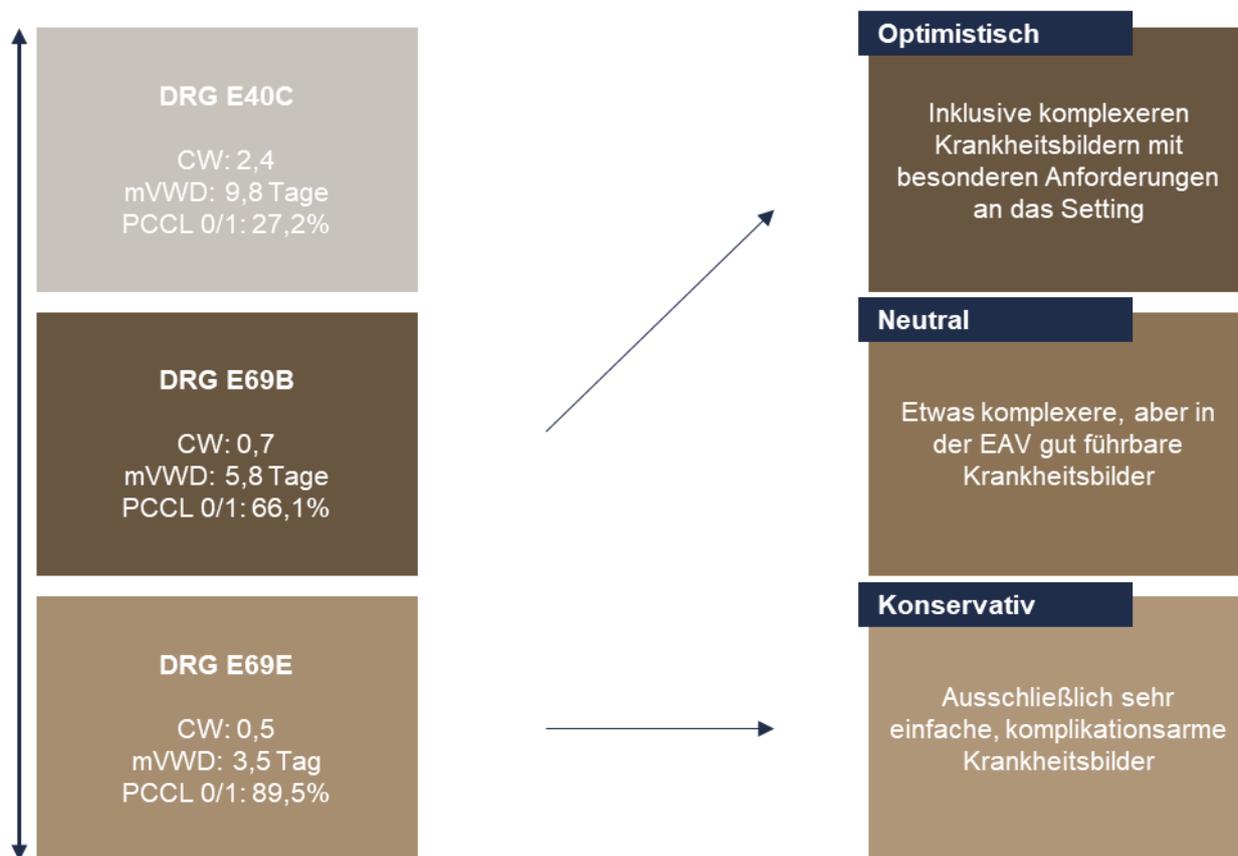


Abbildung 13: Komplexitätsvarianz und Szenarienzuordnung am Beispiel der ICD J20.8

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der festgelegten Kriterien und Grenzwerte wird es möglich, Leistungen auf DRG-Ebene noch differenzierter herauszufiltern, die nicht für die ambulante Versorgung geeignet erscheinen, ohne den medizinisch begründeten Katalog EAV-sensitiver Diagnosen einzuschränken. Im Weiteren werden die so ermittelten Größenordnungen als das Versorgungspotenzial bezeichnet, welches vorrangig die medizinische Dimension abbildet.

Um insgesamt eine Überschätzung des Potenzials zu vermeiden, werden für die folgenden Analysen alle Fälle von Patienten, jünger als 16 Jahren, ausgeschlossen, was die Grundgesamtheit reduziert (siehe Fußnote 11).

Es soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass es sich hier um ein approximatives Verfahren zur Abschätzung der Fallzahlen handelt. Dies impliziert zwangsläufig, dass bei diesem Vorgehen Unschärfen entstehen, da auch auf Basis einer DRG keine Aussage über die EAV-Eignung eines einzelnen Patienten getroffen werden kann. Sowohl falsch-positive wie auch falsch-negative Einschätzungen sind unvermeidbar. Es sollte entsprechend weniger die exakte Zahl als vielmehr die grundsätzliche Größenordnung betrachtet werden, in der sich die jeweiligen Ergebnisse bewegen.

Alternativ müsste eine medizinisch qualifizierte Einzelfallprüfung aller rund 3.000 relevanten ICD-DRG-Kombinationen erfolgen, die in einer Abschätzung des jeweils für die EAV geeigneten Anteils münden müsste. Ein derart detailliertes Vorgehen übersteigt einerseits die Zielstellung der vorliegenden Analyse und kann andererseits Unschärfen aufgrund mangelnder Informationen zu individuellen Fallkonstellationen dennoch nicht verhindern.

4.3.4 Ergebnisse für das medizinisch hergeleitete Versorgungspotenzial

Die Ausgangsbasis für die Berechnung bilden die für 2018 in den Qualitätsberichten erfassten rund 18 Mio. stationären Krankenhausfälle. Nach Abzug der unter 16-jährigen Patienten (siehe Fußnote 11) verbleiben rund 16 Mio. stationäre Krankenhausfälle. Nach Durchführung der beschriebenen Schritte zur Abschichtung der Fallzahlen ergeben sich Größenordnungen für das Fallvolumen in den einzelnen Szenarien.

In Abbildung 14 bewegt sich die Fallzahl somit zwischen 1,98 Mio. Fällen im konservativen sowie 3,95 Mio. Fällen im optimistischen Szenario. Das neutrale Szenario liegt mit rund 2,61 Mio. Fällen deutlich näher am konservativen als am optimistischen Szenario. Bei Letzterem wirkt sich insbesondere die Aufhebung des Kriteriums mittlere Verweildauer deutlich fallzahlerhöhend aus. Es liefert Hinweise zu der aus medizinischer Sicht oberen Grenze des Versorgungspotenzials, da aus medizinischer Sicht durchaus auch Krankheitsbilder mit einer mittleren stationären Verweildauer von über 4,5 Tagen in der EAV versorgt werden könnten.



Abbildung 14: Versorgungspotenzial für die EAV nach Szenarien
Quelle: Eigene Darstellung

Das Substitutionspotenzial liegt damit je nach Szenario zwischen 12 % und 25 %. Im mittleren Szenario beläuft es sich auf 16 %. Diese Werte basieren jedoch auf der Annahme, dass *alle* geeigneten stationären Krankenhausfälle in ein IGZ mit EAV überführt werden könnten. Entsprechend können sie nur als langfristiges Potenzial interpretiert werden, dessen Realisierung einen substanziellen Umbau von Versorgungsstrukturen erfordern würde.

4.4 Strukturelle Versorgungskapazität

Das im vorangehenden Kapitel ermittelte Potenzial ist nicht ad hoc in die Versorgungspraxis überführbar. Dies ist bereits allein daraus ersichtlich, dass erst durch korrespondierende EAV-Strukturen entsprechende Kapazitäten geschaffen werden müssen. Analog zur Abschichtung beim Versorgungspotenzial sollen auch für die Versorgungskapazität Szenarien definiert werden, die einen potenziellen Transformationspfad nachbilden (Abbildung 15). Auch hier gilt, dass es sich um keine normativ zu verstehende Perspektive handelt, sondern lediglich ein Eindruck für verschiedene Größenordnungen vermittelt werden soll.

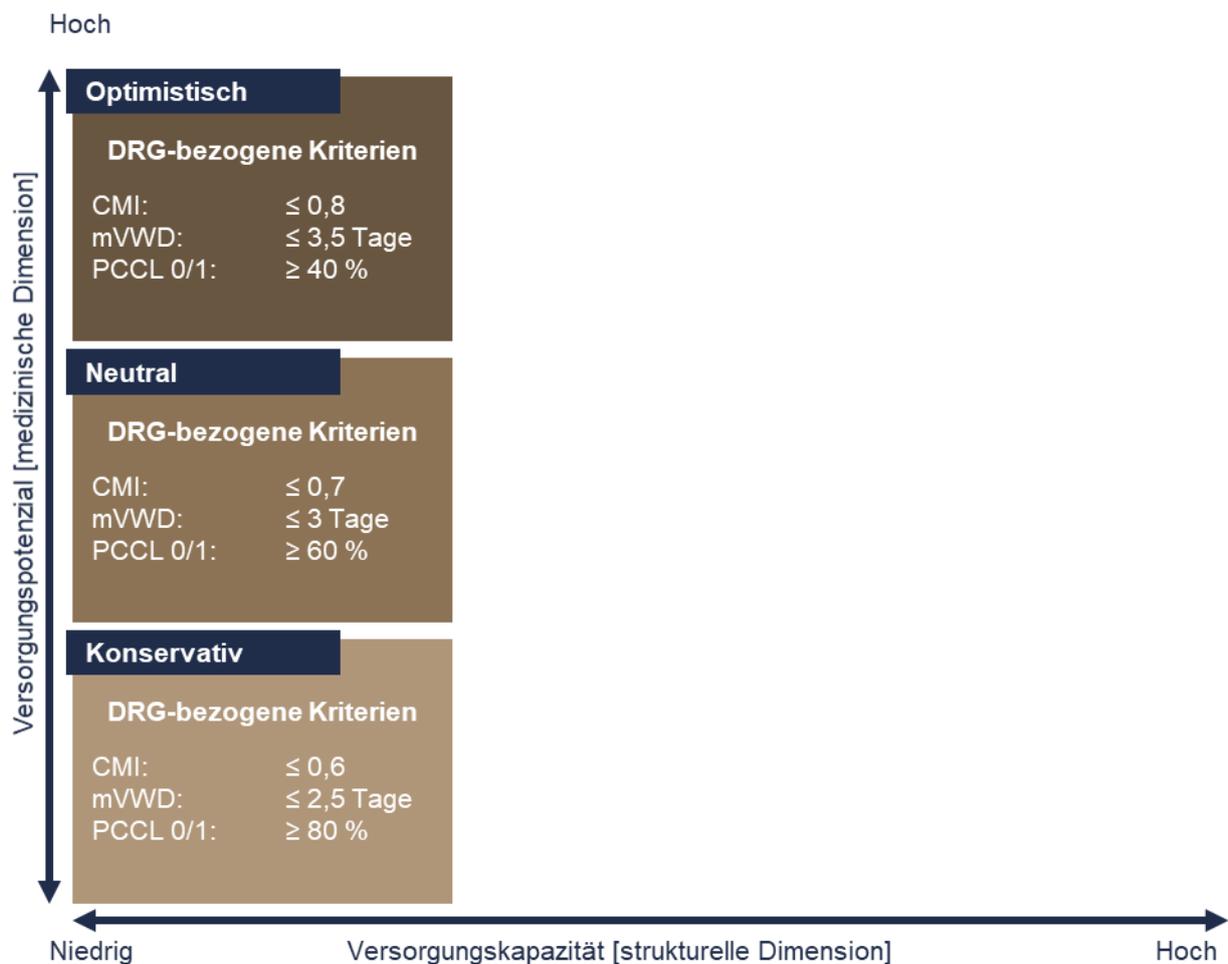


Abbildung 15: Kriterien und Szenarien zur Bestimmung des Versorgungspotenzials

Quelle: Eigene Abbildung

Die Szenarien setzen dabei an den Krankenhausstandorten an, an denen die einschlägigen stationären Leistungen bisher erbracht werden. Diese werden anhand der Kriterien Bettenzahl und Lage charakterisiert, was eine direkte Verknüpfung mit dem im ersten IGZ-Gutachten (Schmid et al. 2018) zugrunde gelegten Szenario erlaubt. In diesem wurden insbesondere basierend auf Größe und Lage¹² 75 kleine ländlich gelegene Grund- und Regelversorger identifiziert, die idealtypische Umwandlungskandidaten in ein IGZ darstellen würden. Das *konservative* Szenario repliziert genau dieses Setting und unterstellt, dass in einem ersten Schritt diese Krankenhausstandorte umgewandelt werden und das als geeignet identifizierte Fallpotenzial aus diesen, und zwar nur aus diesen Krankenhäusern direkt und vollständig in die EAV-Versorgung überführt

¹² Zur Charakterisierung der Lage wird analog zu Schmid et al. 2018 der sogenannte GLuT-Index (Gemeinde nach Lage und Typ) konstruiert, der auf Gemeindeebene sowohl nach Siedlungstyp (Groß-, Mittel-, Kleinstadt bzw. Landgemeinde) als auch nach Lage (sehr zentral bis sehr peripher) differenziert und auf den Kategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung basiert.

wird. Den Gegenpol bildet das *optimistische* Szenario, welches unterstellt, dass EAV-Versorgungskapazitäten in einem Umfang aufgebaut werden, der die vollständige Überführung des Fallpotenzials in die EAV zulässt.

Da anzunehmen ist, dass in der praktischen Umsetzung weder nur kleine ländliche Krankenhausstandorte noch das gesamte EAV-sensitive Fallpotenzial überführt werden könnten, wird zudem auch hier ein Mittelweg skizziert. Dieser unterstellt ein neutrales Szenario, in dem zunächst das Versorgungspotenzial aus Krankenhäusern mit weniger als 250 Betten, aber ohne Einschränkung der Lage, in EAV-Kapazitäten überführt werden kann (Abbildung 16). Diese Operationalisierung impliziert, dass für ungefähr ein Viertel des Potenzials korrespondierende EAV-Strukturen bereitstehen.



Abbildung 16: Szenarien zur Abbildung der EAV-Versorgungskapazität

Quelle: Eigene Abbildung

Während die Grundgesamtheit (ohne Fälle unter 16-jähriger Patienten) im optimistischen Szenario die bereits angeführten 15,96 Mio. Fälle umfasst, sind es im neutralen Szenario 4,30 Mio. Fälle und im konservativen Szenario 0,61 Mio. Fälle. Auch andere Transformationsszenarien sind – insbesondere hinsichtlich des mittleren Szenarios – plausibel. So gibt es, abgesehen vom Bestreben, einen konsistenten Kriterienkatalog zu hinterlegen, keinen expliziten Grund, weshalb geeignete Patienten aus Krankenhäusern mit 250 oder mehr Betten nicht in der EAV behandelt werden sollten. Alternativ könnte auch ein anderes prozentuales Maß angelegt werden, welches definiert, in welchem Umfang das Potenzial in die Praxis überführt wird. Mit rund einem Viertel liegt das neutrale Szenario wiederum deutlich näher am konservativen (4 %) als am optimistischen Szenario (100 %).

Versorgungspotenzial [medizinische Dimension]	Hoch	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,9 mVWD: <i>kein Filter</i> PCCL 0/1: ≥ 40 % KH-bezogene Kriterien Betten: 50 - 149 Lage: ländlich	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,9 mVWD: <i>kein Filter</i> PCCL 0/1: ≥ 40 % KH-bezogene Kriterien Betten: 0 – 249 Lage: ländlich/urban	Optimistisch	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,9 mVWD: <i>kein Filter</i> PCCL 0/1: ≥ 40 % KH-bezogene Kriterien Betten: ab 0 Lage: ländlich/urban
	Neutral	DRG-bezogene Kriterien CMI: ≤ 0,8 mVWD: ≤ 4,5 Tage PCCL 0/1: ≥ 60 % KH-bezogene Kriterien Betten: 50 - 149 Lage: ländlich	DRG-bezogene Kriterien CMI: ≤ 0,8 mVWD: ≤ 4,5 Tage PCCL 0/1: ≥ 60 % KH-bezogene Kriterien Betten: 0 – 249 Lage: ländlich/urban	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,8 mVWD: ≤ 4,5 Tage PCCL 0/1: ≥ 60 % KH-bezogene Kriterien Betten: ab 0 Lage: ländlich/urban	
	Konservativ	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,7 mVWD: ≤ 4 Tage PCCL 0/1: ≥ 80 % KH-bezogene Kriterien Betten: 50 - 149 Lage: ländlich	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,7 mVWD: ≤ 4 Tage PCCL 0/1: ≥ 80 % KH-bezogene Kriterien Betten: 0 – 249 Lage: ländlich/urban	DRG-bezogene Kriterien CW: ≤ 0,7 mVWD: ≤ 4 Tage PCCL 0/1: ≥ 80 % KH-bezogene Kriterien Betten: ab 0 Lage: ländlich/urban	
	Niedrig	Versorgungskapazität [strukturelle Dimension]			Hoch

Abbildung 17: Kriterien und Szenarien zur Bestimmung von Versorgungspotenzial und -kapazität

Quelle: Eigene Abbildung

In Kombination der Szenarien für das Versorgungspotenzial und die Versorgungskapazität ergibt sich eine 3x3-Matrix. Abbildung 17 stellt diese Matrix sowie die korrespondierenden Kriterien dar.

4.5 Ergebnisse bei einer gemeinsamen Betrachtung von Versorgungspotenzial und -kapazität

Die Ergebnisse der Kombination aus beiden Dimensionen sind in Abbildung 18 dokumentiert. Die rechte Spalte, mithin das optimistische Szenario im Hinblick auf die Versorgungskapazität, entspricht den Ergebnissen aus Abbildung 14. Die niedrigsten Umsetzungskapazitäten finden sich in der linken Spalte, welches ein äußerst restriktives Szenario darstellt. Die niedrige Versorgungskapazität wird jedoch dadurch relativiert, dass die Grundgesamtheit in diesem Szenario nur 0,61 Mio. Fälle umfasst. Entsprechend werden selbst bei einem EAV-Potenzial von nur 0,09 Mio. Fällen in diesem Szenario bereits 15 % der Grundgesamtheit von der stationären in die ambulante Versorgung verlagert.

Bewegt man sich in der medizinischen Dimension in der durchschnittlichen Kategorie, reicht der strukturabhängige Substitutionsgrad von 21 % (0,13 Mio. Fälle) im konservativen bis zu lediglich 16 % (2,61 Mio. Fälle) im optimistischen strukturellen Szenario. Das prozentual geringere Substitutionspotenzial im optimistischen strukturellen Szenario ergibt sich daraus, dass dieses nun auch größere Krankenhäuser enthält, die entsprechend einen höheren Anteil an komplexen Fällen behandeln, welche nicht durch die EAV substituiert werden können.



Abbildung 18: Versorgungspotenzial und -kapazität gemäß Szenarien

Quelle: Eigene Darstellung

Legt man die im ersten IGZ-Gutachten ermittelten 75 idealtypischen Krankenhäuser zugrunde, die im Modell durch eine entsprechende Anzahl von IGZ mit EAV ersetzt werden, entfallen auf ein IGZ im „doppelt konservativen“ Szenario (0,09 Mio. Fälle) pro Jahr etwas über 1.200 Fälle. Bleibt man in der rechten Spalte und setzt das aus medizinischer Sicht mittlere Versorgungspotenzial mit 0,13 Mio. Fällen an, steigt der Wert auf knapp 1.800 Fälle. Beide Werte liegen über den im ersten IGZ-Gutachten im Zuge des Business-Cases angesetzten rund 1.000 Fällen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch innerhalb der Gruppe dieser „idealtypischen“ Krankenhäuser sehr heterogene Voraussetzungen vorliegen, sodass in jedem Einzelfall zu prüfen ist,

inwiefern diese Werte beispielsweise vor dem Hintergrund des individuellen Einzugsgebiets auch erreicht werden können.

Es bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse dieses Kapitels stark durch die getroffenen Annahmen getrieben werden. Diese wurden jedoch so gewählt, dass in der Tendenz eher eine Unterschätzung der Fallzahlen erfolgt. Erst Erfahrungswerte aus der praktischen Umsetzung des Versorgungsmodells werden zeigen, wie Ärzte und Patienten mit der Option EAV verfahren und wie im Aggregat der Einzelfälle die Risikoabwägung für die Entscheidung einer Versorgung in der stationären oder in der Erweiterten Ambulanten Versorgung ausfällt. Selbst bei einer restriktiven Auslegung der medizinischen Dimension bleibt jedoch eine Größenordnung erhalten, die den wirtschaftlichen Betrieb einer EAV unter den im ersten Gutachten ausgeführten Annahmen realistisch erscheinen lässt, da die hier getroffenen Fallzahlannahmen sogar übertroffen werden.

5 Kostenanalyse aus Perspektive der GKV

5.1 Vorbereitende Überlegungen und Methodik

In den vorangehenden Kapiteln wurde, ausgehend von verschiedenen Szenarien, ein Korridor der zu erwartenden Fallzahlen EAV-sensitiver Krankheitsbilder herausgearbeitet. Dabei wurde unterstellt, dass eine Substitution der Leistungserbringung im Krankenhaus durch die Behandlung in der dem ambulanten Sektor zuzurechnenden EAV erfolgt. Aufbauend auf dem erarbeiteten Mengengerüst kann nun abgeschätzt werden, in welchem Umfang Behandlungskosten für stationäre Versorgungsleistungen wegfallen könnten. Zugleich muss jedoch die Höhe der Ausgaben bestimmt werden, die für die Versorgung dieser Fälle im ambulanten Sektor entstünden. Im Ergebnis können aus der Differenz der aggregierten stationären Einsparungen und der zusätzlich anfallenden ambulanten Mehrausgaben die potenziellen Kosteneffekte auf Gesamtebene bestimmt werden. Ziel ist es dabei, sich bei der Abschätzung der Kosten der GKV-Perspektive anzunähern, soweit die Verfügbarkeit entsprechender Daten dies zulässt. Da, wie bereits ausgeführt, die zu erwartenden Fallzahlen nur grobe Orientierungswerte darstellen, sind auch die Aussagen zu Kosteneffekten nur als Anhaltspunkte zu verstehen. Es wird dabei stets auf das mittlere Szenario abgestellt.

Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass innerhalb der Vergütungssystematiken der beiden Sektoren deutliche Unterschiede hinsichtlich der Abgrenzung und Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten bestehen. So bleiben bei der Untersuchung der Kosteneffekte die Investitionskosten von Krankenhäusern unberücksichtigt, da diese im Sinne der dualen Finanzierung und auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von den jeweiligen Bundesländern zu tragen sind. Dass dieses Schema die Finanzierungsrealität nur noch bedingt abbildet, muss an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben, ist angesichts des Ziels, erste Orientierungswerte zu liefern, für die weitere Berechnung jedoch zweckmäßig. Entsprechend wird unterstellt, dass die laufenden Betriebskosten in der stationären Versorgung über das fallpauschalierte DRG-Vergütungssystem durch die Krankenkassen finanziert werden. Für die Analyse werden folglich die DRG-Erlöse der Krankenhäuser herangezogen. Dies lässt Zusatz- und sonstige Entgelte sowie Zu- und Abschläge und Ausgleichs unberücksichtigt. Nach einer Auswertung von Hentschker et al. 2020 liegt das globale vereinbarte DRG-Gesamtbudget für das Jahr 2018 bei 62.668 Mio. Euro, während das Gesamtbudget mit Ausgleichen bei 65.089 Mio. Euro liegt. Da die Differenz zum Teil auf fallzahlbezogenen Erlösbestandteilen beruht, wird durch das hier vorliegende Vorgehen der Einspareffekt leicht unterschätzt.

Im Rahmen der Modellierung bleibt dabei zunächst ebenfalls unberücksichtigt, dass viele der Kosten für die Krankenhäuser zumindest kurz- bis mittelfristig Fixkosten darstellen, da beispielsweise Infrastruktur- und verschiedene sonstige Vorhaltekosten, aber auch der Personalkörper nicht unmittelbar auf Veränderungen des Leistungsvolumens angepasst werden können. Verbleibt man in den Szenarien mit niedrigen Versorgungskapazitäten, welche die Schließung kleiner Krankenhäuser implizieren, ist dies weitgehend unproblematisch. Hier wird angenommen, dass die Verteilung der weiterhin stationär zu versorgenden Patienten auf umliegende Krankenhäuser deren wirtschaftliche Situation eher verbessert. Wenn hingegen in den anderen beiden Szenarien nur ein Teil der Leistungen in den Krankenhäusern wegfällt, können Infrastruktur- und Personalkosten jedoch nicht linear reduziert werden. Würde das volle im Folgenden hergeleitete Einsparpotenzial realisiert, würde dies Krankenhäuser vor wirtschaftliche Herausforderungen stellen.

Für die durch die EAV entstehenden Kosten im ambulanten Sektor werden sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten berücksichtigt. Da eine Orientierung an der Perspektive der Krankenkassen erfolgt, findet dies Eingang in die folgenden Berechnungen. Das vorangehend hergeleitete Mengengerüst wird hierzu mit Annahmen zur Vergütung kombiniert, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellt wurden (siehe Anhang A: Vergütung – Vorhaltekosten (KBV) und Anhang B).

Abbildung 19 fasst die Zahlungsströme zur Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten noch einmal schematisch zusammen. Hierbei wird ersichtlich, dass bei einer Verlagerung EAV-sensitiver Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor verschiedene Effekte zu erwarten sind. So werden zum einen die Ausgaben der GKV für Betriebskosten im Krankenhaussektor sinken. Gleichzeitig entstehen zusätzliche Ausgaben für die Erbringung der EAV-Leistungen im ambulanten Sektor. Da hier über den EBM abgerechnet wird, haben die Krankenkassen sowohl die Betriebs- als auch Investitionskosten zu erstatten. Die Einsparungen im stationären Sektor durch sinkende Investitionskosten, die bei einer Verlagerungen EAV-sensitiver Fälle entstünden, würden im Status quo die Bundesländer, nicht die GKV, entlasten. Auf Seiten der Krankenkassen entstehen demzufolge erst dann Kosteneinsparungen durch die erweiterte Ambulantisierung,

wenn die GKV-relevanten Gesamtkosten der EAV geringer als die eingesparten Betriebskosten aus der DRG-Vergütung im stationären Sektor ausfallen.

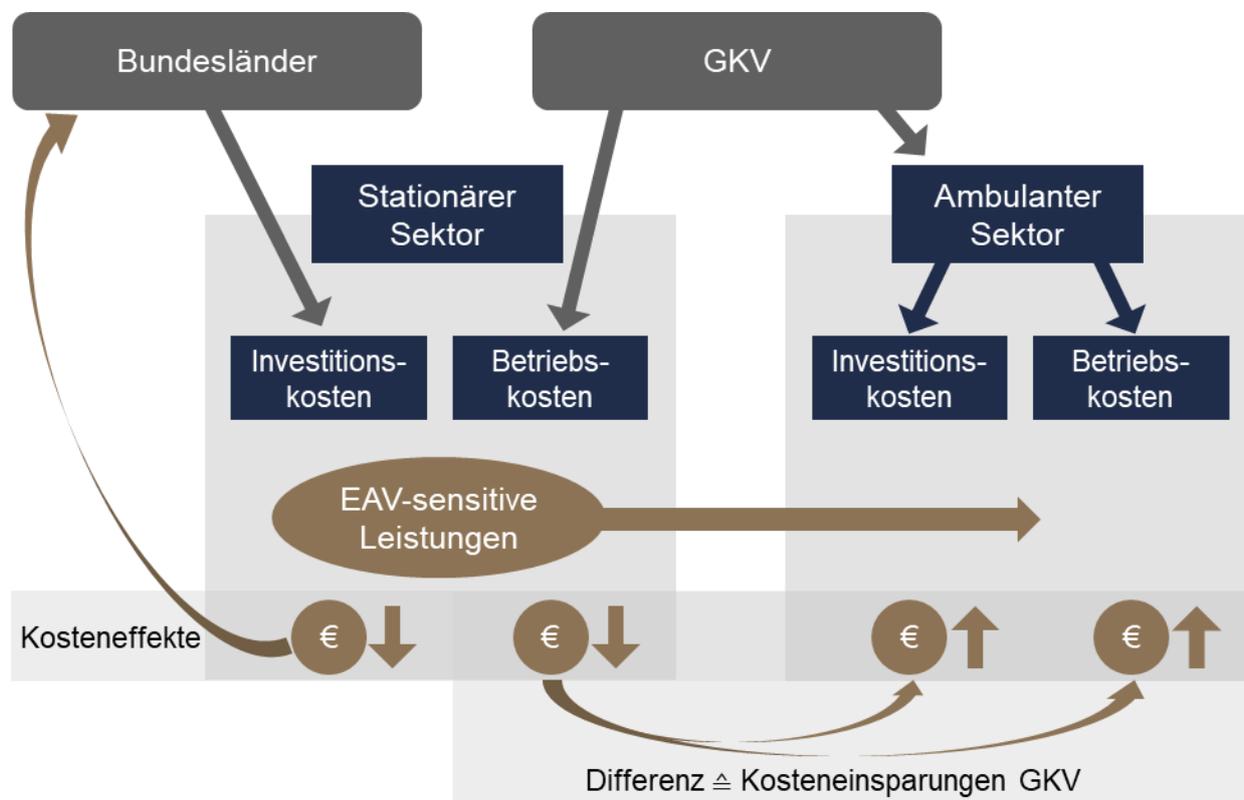


Abbildung 19: Schematische Darstellung der Kosteneffekte bei einer Verlagerung EAV-sensitiver Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung

Um die Höhe der Kosteneffekte zu bestimmen, die aus einer Überführung EAV-sensitiver Leistungen in den ambulanten Sektor resultieren, werden nachfolgend die Kosten sowohl im stationären Sektor als auch im ambulanten Sektor zunächst getrennt voneinander berechnet. In der sich anschließenden Gegenüberstellung der Ergebnisse spiegelt die Differenz zwischen stationären Minder- und ambulanten Mehrkosten die konsolidierten Effekte durch die Verlagerung in die EAV wider.

5.2 Behandlungskosten stationärer Sektor

5.2.1 Systematik der Berechnung

Die Berechnung der Betriebskosten für den stationären Sektor baut auf der in Kapitel 4.3.2 erarbeiteten ICD-DRG-Zuteilungssystematik auf. Ausgehend von den definierten Szenarien wurde ein Korridor der zu erwartenden Fallzahlen bei einer Verlagerung EAV-sensitiver Leistungen von der stationären in die ambulante Versorgung herausgearbeitet. Dieses Mengengerüst ist die

Grundlage für die Berechnung der Behandlungskosten. In Abbildung 20 wird die Systematik exemplarisch für die ICD J20.8 (akute Bronchitis) dargelegt.

Versorgungspotenzial/Versorgungskapazität					Kostenanalyse aus GKV-Sicht		
ICD	DRG	Gesamt-Fallzahl je DRG	Relativer Anteil ICD/DRG	ICD-Fallzahl je DRG	Kosten je DRG*	ICD-Fallzahl je DRG	Gesamtkosten je DRG
	E69E	71.199	x 4,0 %	= 2.748	1.744 €	x 2.748	= 4,8 Mio. €
J20.8	E69B	79.066	x 14,2 %	= 10.181	2.458 €	x 10.181	= 25,0 Mio. €
	E40C	17.763	x 0,3 %	= 55	8.780 €	x 55	= 0,5 Mio. €
			

Abbildung 20: Berechnungssystematik der stationären Behandlungskosten

* Erlöse je DRG = CW x Basisfallwert

Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der Kostenanalyse berechnen sich die Erlöse je DRG durch die Multiplikation des am Bundesbasisfallwert 2018 orientierten Wertes von 3.467,30 Euro mit der relativen Fallschwere (CW) der DRG. Im vorliegenden Beispiel beträgt somit der Erlös, den ein Krankenhaus für die Erbringung der DRG E69E mit der Hauptdiagnose J20.8 von den Kostenträgern erhält, durchschnittlich 1.744 Euro je Fall.

Im nächsten Schritt wird der Fallerlös mit der Zahl der einschlägigen DRG-Fälle im Gesamtmarkt multipliziert, die aus dem jeweiligen Versorgungspotenzial und der Versorgungskapazität hervorgehen. Das Ergebnis der Berechnung gibt den Gesamterlös für alle DRG-Fälle an, die von der jeweils zugrunde liegenden ICD ausgelöst werden. Hierbei ist direkt ersichtlich, dass der Gesamterlös von der zu erreichenden Fallzahl abhängt, die je nach zugrunde liegendem Szenario deutlich variieren kann (siehe Kapitel 4.3.4).

Durch die Szenarien wird dafür Rechnung getragen, dass selbst eine ICD auf Ebene des Endstellers zum Teil noch eine recht große Spanne an Schweregraden abbildet, von denen nur ein Teil für eine Behandlung in der EAV geeignet ist. Diese Einschränkung wird in der Praxis stets durch eine ärztliche Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung aller patienten-, krankheits- und strukturbezogenen Faktoren bestimmt, wozu keine aggregierten Daten vorliegen. Für die Modellierung wird diese „Abschichtung“ daher über die Szenarien stark vereinfacht abgebildet, was zwangsweise dazu führt, dass punktuell sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Zuordnungen vorliegen. D. h., einzelne Kombinationen wurden durch die den Szenarien zugrunde liegenden Filter fälschlich ausgeschlossen oder eingeschlossen, würden also auf Basis einer Ein-

zelfallbetrachtung anders bewertet. Auf Basis stichprobenartiger Prüfungen sowie der grundlegenden Struktur der Modellierung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich diese Effekte zumindest teilweise kompensieren und insgesamt keine nennenswerte Verfälschung des Gesamtergebnisses erfolgt.

Ferner kommt es zu einer gewissen Unschärfe, da die Zuordnung der Fälle nach Krankenhausgröße und Siedlungsstruktur über die Qualitätsberichte nur eine differenzierte Analyse der ICDs zulässt. Für die Ebene der DRG muss dann jedoch eine Gleichverteilung über alle Krankenhäuser angenommen werden, was dazu führt, dass der Anteil relativ gesehen schwerer DRGs bei kleinen Krankenhäusern etwas zu hoch, bei größeren Krankenhäusern etwas zu niedrig angesetzt wird. Dieser Effekt kommt am stärksten im konservativen Szenario und weniger stark im mittleren Szenario zum Tragen, da in Letzterem die Filterung nach Siedlungsstruktur entfällt. Im Bereich der hohen Versorgungskapazität, also ohne Beschränkungen hinsichtlich der EAV-Kapazitäten, liegt diesbezüglich keine Verzerrung vor. Bezogen auf die Kosten aus GKV-Perspektive impliziert dies, dass das Verlagerungs- und damit das Einsparpotenzial insbesondere im konservativen Szenario leicht überschätzt wird.

5.2.2 Behandlungskosten im Krankenhaus

Für das neutrale Szenario lassen sich auf Basis der vorliegenden Modellierung für die Krankenkassen Aufwendungen für die Vergütung von DRGs in Höhe von 1.376 Mio. Euro vermeiden. Diese ergeben sich aus 0,79 Mio. Krankenhausfällen, die nicht mehr stationär, sondern in der EAV erbracht werden.

Einsparungen im stationären Sektor [neutrales Szenario]	
Fallzahl	793.029
DRG-Erlöse	1.376 Mio. €

Tabelle 4: Einsparungen im stationären Sektor (Fallzahl und DRG-Erlöse)

Quelle: Eigene Berechnungen

Bewegt man sich in der *strukturellen* Dimension in die optimistische Kategorie und folgt der Annahme, dass alle im mittleren medizinischen Szenario als realistisch eingeschätzten 2,61 Mio. Fälle in korrespondierenden EAV-Strukturen versorgt werden könnten, würde ein Betrag von 4.541 Mio. Euro zu Buche schlagen. Bezogen auf das für 2018 vereinbarte DRG-Budget für die stationäre Versorgung in Höhe von 62.669 Mio. Euro (Hentschker et al. 2020) entspricht dies rund 7,2 % des Gesamtbudgets. Dieser Wert erscheint zunächst niedrig, da bezogen auf die Fallzahlen ein Substitutionspotenzial von 16 % (vgl. Kapitel 4.3.4) ermittelt wurde. Das Ergebnis ist jedoch plausibel, da die substituierten Fälle einen deutlich unterdurchschnittlichen Case Mix Index

(CMI) aufweisen. Unterstellt man, dass nur eine niedrige Versorgungskapazität realisiert werden kann, würden die 0,13 Mio. Fälle DRG-Erlöse in Höhe von 232 Mio. Euro vermeiden.

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass – anders als unter der Annahme einer niedrigen Versorgungskapazität, die eine Schließung sehr kleiner Standorte und ihren Ersatz durch ein IGZ impliziert – unter der Annahme einer mittleren oder hohen Versorgungskapazität ein kompletter Abfluss dieser Mittel aus der stationären Versorgung nicht unerhebliche Auswirkungen auf die finanzielle Situation der betroffenen Krankenhäuser hätte.

Dies ist unter anderem damit zu begründen, dass sich durch eine Verlagerung von EAV-sensitiven Fällen in die ambulante Versorgung die Fixkosten der Krankenhäuser zunächst auf eine geringere Zahl an Behandlungsfällen verteilen. Es ist zu erwarten, dass in der mittleren Frist durch strukturelle Anpassungen dies teilweise kompensiert werden kann. Da primär weniger komplexe Fälle in die ambulante Versorgung abfließen, ist auch damit zu rechnen, dass die durchschnittliche Fallschwere in der stationären Versorgung insgesamt steigen wird. Da jedoch z. B. aufgrund notwendiger Vorhaltung nicht alle Fixkosten abgebaut werden können, ist die Kompensation dieser Differenz zu diskutieren.

5.3 Behandlungskosten ambulanter Sektor

5.3.1 Systematik der Berechnung

Die Berechnung der Behandlungskosten, die bei der Erbringung EAV-sensitiver Leistungen im ambulanten Sektor zusätzlich anfallen, basiert auf einer von der KBV erarbeiteten Kosten- und Vergütungssystematik (eine ausführliche Darstellung der hierbei zugrunde liegenden Annahmen und Kosten befindet sich in Anhang A bis Anhang B. Die hier formulierten Aussagen zur Vergütung stellen explizit kein Zielbild für eine mögliche Ausgestaltung einer künftigen Vergütung von EAV-Leistungen dar, sondern dienen lediglich zur Abschätzung der im ambulanten Sektor durch die Einführung einer EAV entstehenden Kosten.

Der Berechnung liegen folgende Annahmen zugrunde:

- Es gilt das neutrale Szenario in medizinischer wie struktureller Dimension (0,793 Mio. Fälle).
- Die Auslastung der 15 Versorgungsplätze umfassenden EAV liegt bei 80 %.
- Die mittlere Verweildauer entspricht exakt der mittleren Verweildauer der substituierten Krankenhausfälle (3,56 Tage).
- Es können 1.231 Fälle pro Jahr je IGZ versorgt werden ($[365 \text{ Tage} \times 15 \text{ Versorgungsplätze} \times 80 \% \text{ Auslastung}] / 3,56 \text{ Tage pro Fall}$).
- Aus dem Kapazitätsbedarf zur Realisierung des neutralen Szenarios ergibt sich somit ein Bedarf von 644 IGZ mit EAV (0,793 Mio. Fälle / 1.231 Fälle je IGZ).

Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, beleuchtet das vorliegende Gutachten die Kosteneffekte bei einer Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenkassen. Da die GKV in der ambulanten Versorgung sowohl Investitions- als auch Betriebskosten erstattet, sind diese auch innerhalb der vorliegenden Berechnung zu berücksichtigen.

Gegliedert werden die Kosten zunächst in EAV-spezifische Kosten, die über die Abrechnung derzeit im EBM abgebildeter Leistungen nicht erfasst werden, sowie die Kosten der ärztlichen Tätigkeit, die im EBM abgebildet werden. Während die EBM-Positionen für Letztere ein Aggregat von Investitions- und Betriebskosten inkl. des kalkulatorischen Arztlohns darstellen, werden für die EAV-spezifischen Komponenten Investitionskosten und Betriebskosten separat ausgewiesen.

Im Bereich der Investitionskosten werden alle Ausgaben für längerfristige Anlagegüter erfasst, die nicht dem operativen Geschäftsbetrieb zugerechnet werden können und notwendig sind, um EAV-bezogene Übernachtungs- und Therapieleistungen zu erbringen. Hierzu zählen im vorliegenden Fall etwa die Möblierung der Patientenzimmer oder spezifische, über den normalen Praxisbedarf hinausgehende medizinische Geräte (z. B. Kategorie Überwachungsmonitor). Die Investitionskosten werden jährlich über einen definierten Nutzungszeitraum abgeschrieben. Im vorliegenden Fall wurden hier nur solche Investitionskosten abgebildet, die EAV-spezifisch sind und entsprechend bei einer Vergütung ärztlicher Tätigkeit in der EAV auf Basis des EBM nicht abgebildet würden, da dieser derzeit keine derartige Einrichtung vorsieht.

Demgegenüber sind den Betriebskosten der EAV all jene Kosten zuzurechnen, die bei der Erbringung der Patientenbehandlungen und der Vorhaltung von Infrastruktur und Personal mit Ausnahme der ärztlichen Tätigkeit anfallen. Die wichtigsten Kostenblöcke sind hierbei Personalkosten für den Pflegedienst sowie Vorhaltekosten für die bettenführende Einheit, insbesondere Mietkosten.

Die ärztlichen Leistungen werden dabei in Anlehnung an die EBM-Logik kalkuliert. Für eine Hochrechnung der Kosten für die ärztliche Leistung in der EAV wurde von der KBV eine Abschätzung der je ICD anfallenden EBM-relevanten Leistungen vorgenommen. Das Vorgehen wird im folgenden Kasten durch die KBV dargestellt. Im Ergebnis erlaubt dieses Vorgehen eine Verknüpfung von aus der Vergütung der Behandlung einzelner Indikationen resultierenden Kosten mit den ICD-basierten Fallzahlprognosen aus den vorangehenden Kapiteln.

Erläuterung des Vorgehens durch die KBV:

„Beschreibung zur Ermittlung der Fallwerte zur Implementierung im Gutachten

Angenommene Fallwerte im ambulanten Bereich

Als Anhaltspunkt für die Vergütungen, die im ambulanten Bereich im IGZ anfallen könnten, wurden fachgruppenspezifische durchschnittliche Fallwerte je Patient ermittelt, für die die von den Gutachtern benannte Diagnose kodiert wurde. Die Fallwerte im Rahmen dieses Gutachtens orientieren sich dabei an dem Vergütungssystem des ambulanten vertragsärztlichen Sektors. Ergänzend zu den ermittelten Fallwerten wurde zur Abbildung der zusätzlich in der EAV erforderlichen ärztlichen Leistungen angenommen, dass je in die EAV aufgenommenem Patienten eine Aufnahmepauschale in Höhe von 30 € anfällt, täglich eine Visite analog der Gebührenordnungsposition 01414 in Höhe von 10 € durchgeführt wird und in jedem zweiten Fall eine Fallkonferenz (je Fall durchschnittlich 5 €) zum Ansatz kommt.

Aufgrund der systematischen Unterschiede der Vergütungssysteme im stationären und ambulanten Versorgungssektor ist ein Vergleich nur sehr eingeschränkt und unter Annahmen möglich. Die damit verbundenen Limitationen werden im Folgenden ausgeführt.

Besonderheiten im Hinblick auf die Kodierung im ambulanten Bereich

Gemäß §295 Abs 1 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, mit den dazugehörigen Diagnosen, zu übermitteln.

Die Diagnosen sind nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Deutschen Fassung und gleichzeitiger Angabe der Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit, A (Ausgeschlossene Diagnose), G (Gesicherte Diagnose), V (Verdachtsdiagnose) und Z ({symptomloser} Zustand nach der betreffenden Diagnose), zu verschlüsseln.

In der Quartalsabrechnung sollten alle Diagnosen kodiert werden, für die im abzurechnenden Quartal diagnostische und/oder therapeutische vertragsärztliche

Leistungen erbracht wurden („Behandlungsdiagnosen“). Dazu zählen beispielsweise auch Beratungen und weitere Veranlassungen wie Überweisungen und Verordnungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Lediglich rein anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal sollen nicht kodiert werden.

Pro Behandlungsfall ist mindestens eine „Behandlungsdiagnose“ anzugeben. Die Gesamtanzahl ist nicht begrenzt und die Reihenfolge beliebig. Für die mehrfache Behandlung eines Patienten wegen derselben Krankheit in einem Quartal genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-10-Codes. Für alle „Behandlungsdiagnosen“, für die im jeweiligen Quartal vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden, sollten präzise ICD-10-Codes nach vorliegendem Kenntnisstand ausgewählt werden. In der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes sind vierstellige ICD-10-Codes ausreichend. Eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes erfolgt nur, wenn diese erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen. Dabei sind ggf. die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

Besonderheiten im Hinblick auf die Vergütungssystematik im EBM

Bei den angenommenen Fallwerten der betrachteten Diagnose hat man sich am Durchschnitt der im 4. Quartal 2019 abgerechneten Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes orientiert, die von einem Arzt oder mehreren Ärzten der ausgewerteten Fachgruppe in einer Praxis für einen Patienten berechnet wurden. Bei der Wahl der Fachgruppe wurde i. d. R. der gewichtete Durchschnitt der Fallwerte der interviewten Fachgruppe und des Hausarztes verwendet. Sofern der Patient wegen der betrachteten Diagnose fachgruppenübergreifend in mehreren Praxen behandelt wird, ist dies in den ausgewerteten Fallwerten nicht enthalten, da sich die Fallwerte immer nur auf eine Praxis beziehen. Die Fallwerte enthalten ggf. auch Leistungen, die in den ausgewerteten Fällen zu Fragestellungen anderer Diagnosen angefallen sind. Andererseits fehlen auch die Leistungen, die von anderen Fachgruppen und/oder Praxen im Zusammenhang mit der ausgewerteten Diagnose im Rahmen von Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung bzw. von Auftragsleistungen, wie z. B. Laborleistungen, angefallen sind.

Bei der Betrachtung bleibt außen vor, dass die Behandlung im IGZ möglicherweise einer intensiveren ärztlichen Behandlung bedarf, als dies in der Durchschnittsbetrachtung im ambulanten Setting in der Vergütung von Leistungen bzw. der Anwendung von Höchstwerten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Berücksichtigung gefunden hat. Auch andere Begrenzungen, wie z. B. die Regelung, dass die Pauschale für die Betreuung in der Schwangerschaft (GOP 01770) nur von einem Arzt berechnet werden darf, finden keine Berücksichtigung. Die GOP 01770 käme im IGZ somit nur dann zur Abrechnung, wenn der im IGZ tätige Gynäkologe die Schwangere bereits außerhalb des Falles der erweiterten Ambulanten Versorgung betreuen würde.

Bei Implementierung eines IGZ in die ambulante Versorgung ist im Hinblick auf die Vergütungsregelungen für Quartalspauschalen zu beachten, dass ein Teil der Patienten, die die EAV in Anspruch nehmen würden, sich bereits beim Arzt in Behandlung befinden. Hier sollte eine zusätzliche Vergütung für die Behandlung im EAV-Fall erfolgen.“

(KBV 2021)

5.3.2 Behandlungskosten in der EAV

Abbildung 21 nimmt eine schematische Darstellung dieser Systematik vor und zeigt die entstehenden Kosten am Beispiel einer 15 Versorgungsplätze umfassenden EAV-Einheit. Basierend auf den vorangehend geschilderten Annahmen werden in einem Standard-IGZ mit EAV pro Jahr Kosten von 68.250 Euro für EAV-spezifische Investitionskosten, 1.286.400 Euro für EAV-spezifische Betriebskosten sowie 175.200 Euro für ärztliche Leistungen fällig. Letztere ergeben sich aus der Multiplikation der wie oben dargestellt hergeleiteten EBM-Fallwerte je ICD mit dem jeweiligen EAV-sensitiven Fallpotenzial sowie Pauschalen für die Aufnahme und Fallbesprechung je Patient und die Visiten je Belegungstag. In der Summe entstehen somit Kosten in Höhe von rund 1,53 Mio. Euro pro Jahr je IGZ mit EAV.

Gesamtkosten 15-Versorgungsplätze-EAV-Einheit*							
EAV-spezifische Kosten				Kosten ärztlicher Leistungen			
Investitionskosten (Abschreibung p. a.)		Betriebskosten (Sach- und Personalkosten)		In regulären EBM-Leistungen enthaltene Investitions- und Betriebskosten inkl. Kosten MFA**			
				ICD	Fall- zahl	Erlös je Fall	Gesamt- erlös
Überwachungs- monitor	5.000 €	Vorhaltekosten (Miete, Energie etc.)	282.000 €				
Einrichtung inkl. Bett	17.333 €	Personalkosten (Verwaltung etc.)	135.000 €	B02	zum Vorgehen siehe Anhang A und B sowie Kapitel 5.3.1		
Inventar	8.000 €	Personalkosten Pflegedienst	742.500 €	G40			
Med. Kleingeräte	1.250 €	Rufbereitschaft	45.800 €	I80			
IT-Ausstattung	6.667 €	Verpflegung und Wäsche	81.100 €	J45			
Umbaukosten	30.000 €		
Summe	68.250 €	Summe	1.286.400 €	Summe			175.200 €

Abbildung 21: Berechnung der Kosten EAV-sensitiver Leistungen im ambulanten Sektor

* Gesamtkosten aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherungen

** Inkl. Pauschalen für Aufnahme & Fallbesprechung je Patient sowie Visite je Belegungstag

Quelle: KBV und eigene Berechnungen

Wird der Betrag hochgerechnet auf alle zur Abdeckung des Bedarfs (neutrales Szenario) notwendigen 644 IGZ mit EAV ergibt sich ein Budgetbedarf in Höhe von 985 Mio. Euro für die direkt in der EAV anfallenden Kosten. Dabei ist zu beachten, dass der Annahme einer 15 Versorgungsplätze umfassenden EAV in Anlehnung an das erste Gutachten der Kontext einer ländlichen und dünn besiedelten Region zugrunde liegt. Bewegt man sich im Bereich einer mittleren oder höheren Versorgungskapazität, erfolgt die Verlagerung in die EAV auch in dichter besiedelten und urbanen Regionen. In diesen sind auch etwas größere Einrichtungen denkbar, die mit einem vergleichbaren Personalschlüssel in der Pflege etwas mehr Versorgungsplätze betreuen, was die wirtschaftliche Effizienz der Versorgung in der EAV noch weiter erhöht, da diese mit Abstand den größten Kostenblock darstellt.

Orientiert man sich zur Abschätzung der Kosten für Arzneimittel an den korrespondierenden Daten der InEK-Kostenmatrix¹³, wären je Fall weitere 27 Euro aufzuwenden. Die Gesamtkosten steigen im neutralen Szenario damit um 21 Mio. Euro auf 1.006 Mio. Euro. Da der Bezug der Arzneimittel für die Krankenhäuser in der Tendenz günstiger ist als der Bezug über die Apotheke, werden die Kosten etwas unterschätzt.

5.4 Gesamteffekte aus Perspektive der GKV

Von besonderem Interesse ist der Vergleich der Kosten, die im Bereich der stationären Versorgung potenziell eingespart werden können, mit denen, die stattdessen für eine Versorgung in der EAV aufzuwenden sind. Ein direkter Vergleich ist schon aus Gründen der Unterschiede in der Investitionskostenfinanzierung schwierig. Auch konnten nicht für alle außerhalb des IGZ anfallenden, aber der Behandlung in der EAV zuzurechnenden Kosten belastbare Größenordnungen ermittelt werden. Hier musste – z. B. über eine Ableitung der Arzneimittelkosten aus der stationären Versorgung oder eine Einpreisung in die ärztlichen Leistungen – eine grobe Abschätzung vorgenommen werden. Entsprechend gilt auch für die Betrachtung der Differenz – wie für die Betrachtung der Einzelwerte –, dass sich lediglich Aussagen zu grundsätzlichen Größenordnungen ableiten lassen.

Nimmt man die vorangehenden Werte von 1.376 Mio. Euro für die DRG-Erlöse und die 1.006 Mio. Euro für korrespondierende EAV-Leistungen, würde dies einem Delta von rund 370 Mio. Euro und damit einer Einsparung von rund 27 % der Kosten für diese Fälle entsprechen. Für die ersten Jahre ist allerdings eine Anschubfinanzierung zu berücksichtigen, da beispielsweise davon ausgegangen werden muss, dass der Betrieb erst schrittweise aufgenommen und die Zielauslastung erst sukzessive erreicht wird. Auch ist zu berücksichtigen, dass der stationäre Sektor möglicherweise für einen Teil der entgangenen Deckungsbeiträge kompensiert werden muss.

Diese Werte beruhen auf dem neutralen Szenario mit rund 0,79 Mio. Fällen. Die Spannweite über alle Szenarien hinweg ist dabei beträchtlich, sodass in absoluten Zahlen je nach Annahme auch mit deutlich abweichenden Werten gerechnet werden kann. Das neutrale Szenario bewegt sich jedoch sowohl hinsichtlich der Annahmen der Versorgungskapazität wie auch des medizinischen Versorgungspotenzials näher am konservativen als am optimistischen Szenario, sodass es eine durchaus plausible Größenordnung darstellen dürfte.

¹³ Bezogen auf die der Berechnung zugrunde liegenden DRGs, Arzneimittel Gemein- und Einzelkosten.

6 Weitere ableitbare Effekte

Differenziert man die mit den DRG-Erlösen korrespondierenden Kosten der Krankenhäuser weiter nach Kategorien der InEK-Kostenmatrix, lässt sich ermitteln, welche Beträge auf die Sach-, Infrastruktur- und Personalkosten entfallen, wobei Letztere weiter differenziert werden können. In Tabelle 5 werden der Ärztliche Dienst (ÄD) sowie der Pflegedienst (PD) separat ausgewiesen, wobei die Kosten für den ÄD leicht über den Kosten für den PD liegen.

Auf Basis der vom statistischen Bundesamt ermittelten Personalkosten lässt sich wiederum ableiten, wie viel Personal in Vollkräften (VK) durch diesen Betrag finanziert werden kann. Die Personalkosten umfassen alle Kosten, die dem Krankenhaus durch die Beschäftigung entstehen, und schließen die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung ein. Auch hier handelt es sich um eine vereinfachende Annahme, die es jedoch zumindest erlaubt, grundlegende Größenordnungen zu ermitteln. Für den Ärztlichen Dienst ergeben sich 2.123 VK, für den Pflegedienst 4.782 VK, die rechnerisch in Krankenhäusern für die Versorgung von Patienten notwendig sind, die im neutralen Szenario auch in der EAV versorgt werden könnten.

	Kosten			Vollkräfte		
	Krankenhaus	EAV	Differenz	Krankenhaus	EAV	Differenz
Ärztlicher Dienst	278 Mio. €	85 Mio. €	- 193 Mio. €	2.123	644	-1.479
Pflegedienst	261 Mio. €	478 Mio. €	+ 217 Mio. €	4.782	7.728	+2946

Tabelle 5: Vergleich zwischen EAV und Krankenhaus bzgl. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
Quelle: Eigene Berechnungen

Vergleicht man diese Zahlen mit den für die EAV zugrunde gelegten VK, zeigen sich deutliche Unterschiede. Während die Zahl der Ärzte in der EAV deutlich unter der der Ärzte im Krankenhaus liegt, verhält es sich mit dem Pflegepersonal genau umgekehrt. Beide Effekte lassen sich durch die Charakteristika der EAV erklären. Die ärztliche Präsenz wird deutlich reduziert, die Anwesenheit in der EAV ist pro Tag auf relativ wenige Stunden beschränkt und wird außerhalb der regulären Sprechzeiten der im IGZ tätigen Ärzte durch eine in der Kalkulation separat berücksichtigte Rufbereitschaft ergänzt. Diese Reduktion wird kompensiert durch eine deutlich stärkere Präsenz der Pflege, die insbesondere auch den Schichtdienst übernimmt. Die relativ hohe Zahl ist dabei auch in Relation zum Szenario zu sehen. Im ausgeführten Beispiel werden 644 IGZ aus dem neutralen Szenario zugrunde gelegt, womit sich im Pflegedienst ein Gesamtbedarf von 7.728 VK ergibt. Geht man vom konservativen Szenario mit rund 75 in ein IGZ umzuwandelnden Krankenhäusern aus, liegt die Zahl der benötigten Pflegekräfte bei lediglich 900. Ferner ist im Ver-

gleich zum Krankenhaus der Quotient aus VK PD je Bett in der EAV deutlich höher. Wie insbesondere auch in Kapitel 8 noch dargestellt wird, ist das Aufgabenspektrum zwar auch weiter gefasst, jedoch ist im Vergleich zur stationären Versorgung ein deutlich günstigerer Personalschlüssel in der Pflege möglich. Hierdurch gewinnt nicht nur die Tätigkeit der Pflege in der EAV an Attraktivität, sondern kann auch die Betreuung der Patienten verbessert werden.

Im Vergleich zum Vorläufergutachten blieben die Annahmen zum Umfang der ärztlichen Tätigkeit (1 VK) unverändert. Eine Änderung bei den Annahmen zum Pflegedienst führt jedoch dazu, dass sich nun statt einer Neutralität beim Bedarf an Pflegepersonal ein deutlicher Mehrbedarf zeigt. So wurde im ersten Gutachten von 8 VK Pflegekräften und 4 VK Pflegehilfskräften ausgegangen. Nun sind 12 VK Pflegekräfte hinterlegt. Ausschlaggebend für diese Änderung war insbesondere eine tiefere Analyse des Aufgabenprofils, das auch weiter gefasst ist (siehe Kapitel 2.5), wobei je nach Setting auch andere Konstellationen denkbar sein können. Dabei werden erst die Erfahrungen der praktischen Umsetzung zeigen können, welcher Qualifikationsmix für die Pflege angemessen ist und wie Kombinationen verschiedener Berufsgruppen bspw. mit Medizinischen Fachangestellten und Pflegehilfskräften integriert werden können.

7 Zwischenfazit

Bereits die definitorische Abgrenzung der für die EAV geeigneten Patienten macht deutlich, dass eine Prognose des Fallaufkommens für die EAV nicht trivial ist. So bestehen zwar Interdependenzen mit den ambulant sensitiven Krankenhausfällen, das Konzept der EAV im engeren Sinne adressiert jedoch vorrangig Patienten, die rein ambulant nicht mehr sicher geführt werden können, unabhängig davon, ob es sich um ambulant sensitive Krankenhausfälle handelt oder nicht. Bewusst wurde deshalb der Begriff der *Erweiterten* Ambulanten Versorgung gewählt. Durch die bettenführende Einheit ergibt sich ein *erweitertes* Ambulantisierungspotenzial, welches über das derzeit gemeinhin diskutierte Ambulantisierungspotenzial hinaus geht. „Ambulant“ bezieht sich dabei auf die sektorale Zuordnung und betont, dass die Leistung nicht mehr in Krankenhäusern erbracht wird.

Die ärztliche Einzelfallentscheidung, die zwingend jeder Aufnahme in die EAV vorangeht, kann in jedweder Modellierung nur abstrakt abgebildet werden. Die mit einer Prognose zu potenziellen Fallzahlen somit zwingend einhergehende Unsicherheit wird im vorliegenden Gutachten durch die Bildung von Szenarien adressiert, die einen Korridor aufspannen, in dem sich die realisierbaren Volumina mit hoher Wahrscheinlichkeit bewegen. Die Ergebnisse zeigen, dass erhebliche Substitutionspotenziale vorliegen, auch wenn die Grenzen des medizinisch Machbaren nicht ausgereizt werden und nur ein Teil des Potenzials tatsächlich realisiert wird.

Im Gutachten von 2018 wurde das Konzept des IGZ und der EAV vom Bedarf her abgeleitet. Es zeichnete sich aber bereits damals ab, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung zu wirtschaftlich nachhaltigen Konditionen unterhalb des Kostenniveaus der stationären Versorgung im Krankenhaus erbracht werden kann. Diese Einschätzung wird durch die aktuelle Hochrechnung gestützt.

Die explorativ angelegte Ausgestaltung dieses Ansatzes impliziert auch, dass mit den hier hergeleiteten Größenordnungen lediglich ein Startpunkt für weitere Ausarbeitungen und – noch wichtiger – Umsetzungen des Projektes gesetzt werden kann. Letztere sind unabdingbar, um zu prüfen, inwiefern die in Teil 2 getroffenen Annahmen auch mit dem tatsächlichen Verhalten der beteiligten Patienten und Ärzte korrespondieren.

Teil 3: Weiterführende Implikationen und Einordnung in die aktuelle Versorgungssituation

8 Weiterführende Implikationen

Die Defizite im Deutschen Gesundheitssystem wurden vielfach beschrieben. So liegt Deutschland im Ressourceneinsatz im Spitzenfeld mit einer hohen Zahl an Krankenhausbetten und einem weit über dem EU-Schnitt liegenden Patientendurchsatz. Prävention dagegen hat im internationalen Vergleich einen niedrigen Stellenwert. Damit erzielt Deutschland bei den Gesundheitsoutcomes nur mittlere Ergebnisse (OECD 2019). Trotz hoher Arztzahlen haben Patienten im Mittel weniger Zeit beim Arztbesuch als in anderen Ländern, u. a. wegen hoher Kontaktzahlen (Neumann et al. 2014). Koordination und Kommunikation werden immer wieder als problematisch beschrieben (Ryan Jamie et al. 2015). Bei hohem Verwaltungsaufwand besteht nach wie vor ein sehr geringer Einsatz digitaler Hilfsmittel (Neumann et al. 2014). Gleichzeitig findet sich in praktisch allen Versorgungsberufen ein Nachwuchsmangel, da das Arbeitsumfeld häufig als unattraktiv (Ärzte, Apotheker, Pflege) und/oder unterbezahlt (Pflege, MFA, Therapeuten) wahrgenommen wird.

Inzwischen werden die strukturellen Schwächen, die die patientenzentrierte Zusammenarbeit behindern, immer klarer formuliert und Rufe nach einer integrierten, sektoren- und professionenübergreifenden Versorgung auf fast allen Akteursebenen immer lauter. Hier einige konkrete Beispiele:

- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat bereits in den Gutachten SVR 2014, SVR 2017 und SVR 2018 populationsbezogene und bedarfsorientierte, regionale, vernetzte Versorgungsansätze, verstärkte Patientensteuerung und angepasste Vergütung gefordert.
- Um die Versorgung patientenzentrierter und ganzheitlicher zu gestalten, fördert die Robert-Bosch-Stiftung seit 2015 "PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung". Dort sind Angebote zur Koordination und Kontinuität sowie eine multiprofessionelle Versorgung im Team konzeptionelle Bedingungen. Inzwischen wird das Konzept in Richtung populationsbezogene PORT-Regionen ausgeweitet (Schmid et al. 2020a).
- Bereits zum Bundestagswahlkampf 2017 wurde die Bedeutung von Koordination und Zusammenarbeit ins Zentrum des Positionspapiers der Barmer Ersatzkasse gestellt (Barmer 2017).
- Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) fordert die Einführung eines Primärarztsystems, um die Patientensteuerung durch verbesserte Koordination und Kommunikation zu optimieren (DEGAM 2018).
- Seit 2019 gab es zwei Bund-Länder-AGs, die sich damit befassten, wie etwa Koordination und Abstimmung sektorenübergreifend verbessert oder die Gesundheitsberufe auf neue Anforderungen vorbereitet werden können. (Bund-Länder-AG 2020, 2019).

- Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschland e. V. (BVMD 2018) forderte 2018 in einem Positionspapier zur Verminderung des Landärztemangels eine ganzheitliche Versorgung, mehr Patientenzentrierung und Interprofessionalität statt Einzelkämpfertum, um den Hausarztberuf aufzuwerten.
- Eine Autorengruppe hat im Vorfeld der aktuellen Bundestagswahlen einen Vorschlag für die Etablierung einer regional integrierten Versorgung als nachhaltige Regelversorgung unterbreitet. Leitend dabei war, die regionale Koordination an eine neutrale, bereits etablierte Struktur (Gesundheitskonferenzen) zu übertragen. Gleichzeitig wurde ein Finanzierungsvorschlag erarbeitet (Hildebrandt et al. 2020).
- Der Bundesverband Managed Care fordert, Gesundheitslotsen flächendeckend in der Versorgung zu etablieren und „...engagiert sich [...] für einen Regelleistungsanspruch auf Care- und Case-Management, der sozialgesetzbuchübergreifend verankert werden muss“ (BMC 2021a).
- Selbst der Bundesverband der Medizintechnik formulierte unlängst in einem Positionspapier: „chron. Erkrankungen müssen strukturierter behandelt werden“, die dauerhafte Begleitung von erkrankten Menschen müsse verstärkt über telemedizinische Lösungen erfolgen (BVMed 2021).

8.1 Zentrale Anknüpfungspunkte aus Teil 1 und 2

Ziel des vorliegenden Gutachtens war es, die konzeptuellen Vorarbeiten zu IGZ und EAV von Schmid et al. (2018) zu konkretisieren. Insbesondere sollte ein besseres Verständnis dafür generiert werden, wie sich die Struktur der EAV in die bestehende Versorgungslandschaft einordnen lässt. Hierzu gehört die Beschreibung, welche Patienten mit welchen Indikationen in einer EAV versorgt werden können und welche Leistungen und dazu notwendigen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen dafür anzubieten wären. Zu diskutieren galten außerdem Chancen und Risiken mit der Einführung einer solchen Versorgungsform, insbesondere im Hinblick auf Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen, sowie eine Abschätzung zu den finanziellen Implikationen für die Versorgung.

Unsere pragmatische Herangehensweise mit Einbindung von Experteninterviews erlaubte, die Fragen zu Patientenspektrum und strukturellen Voraussetzungen sehr praxisnah und konkret zu untersuchen. In den über 30 Experteninterviews und nachfolgenden Workshops ergab sich zwar ein weites mögliches Indikationsspektrum für die EAV, welches sich jedoch zu wenigen Szenarien bzw. Voraussetzungen verdichtete, die eine Einordnung von individuellen Patienten zur ambulanten, stationären Ebene oder der neuen EAV ermöglichen. Für die Einordnung sind neben den rein medizinischen Anforderungen die individuellen Patientencharakteristika sowie die vorhandene Expertise und Infrastruktur des jeweiligen Zentrums von zentraler Bedeutung. Somit sind

im Einzelfall weniger singuläre Kriterien als vielmehr ein Kontinuum von patientenbezogenen und versorgungsbezogenen Faktoren für die letztendliche Einordnung entscheidend.

Als Zielgruppe für die EAV identifizierten die Experten einerseits Patienten, die derzeit stationär versorgt werden, für deren Behandlung aber eine EAV-Infrastruktur ausreichend wäre. Andererseits verwiesen sie auch auf Patienten, die bislang im ambulanten Setting betreut werden müssen, weil das medizinische Problem eine stationäre Einweisung nicht gerechtfertigt hätte, deren Versorgung aber „unbefriedigend“ ist. Das heißt, man erwartet durch die EAV eine Win-Win-Situation durch die Verbesserung der (ambulanten) Patientenversorgung und gleichzeitig eine Entlastung der Kliniken von Patienten, die nicht unbedingt deren Infrastruktur benötigen. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist es wahrscheinlich, dass die Patientengruppe, die von einer EAV profitieren würde, zukünftig größer wird, da komplexe Konstellationen, chronische Erkrankungen und Multimorbidität, die besonders von der EAV profitieren würden, im Alter zunehmen.

Der Versuch, das Versorgungspotenzial zu quantifizieren, muss im Gutachten ausschließlich auf die besser abgrenzbare Gruppe von Patienten, die statt im Krankenhaus auch in der EAV versorgt werden könnten, fokussieren (siehe hierzu auch Kapitel 4.2). Der methodische Ansatz kann die tatsächlichen Effekte, die von vielen ärztlichen und patientenseitigen Faktoren abhängen, jedoch nur grob abbilden. Entsprechend spannen die Szenarien einen breiten Rahmen auf, in welchem sich das tatsächlich realisierbare Potenzial bewegen dürfte. Das als neutral bezeichnete Szenario orientiert sich dabei eher an einer vorsichtigen Auslegung von verfügbaren Kapazitäten und infrage kommenden Fällen und kommt dennoch auf ein Fallpotenzial von 0,79 Mio. Fällen. Werden keine Restriktionen hinsichtlich der verfügbaren IGZ-Kapazitäten angenommen, liegt das Fallpotenzial sogar bei 2,61 Mio. Fällen, ohne dass die Grenzen des medizinisch Vertretbaren dabei ausgeschöpft werden. Wird sowohl für die Kapazitäten als auch für das medizinisch Machbare das jeweils maximale Potenzial angenommen, ergibt die vorliegende Modellierung eine Zahl von 3,95 Mio. Fällen, die allerdings mit entsprechender Vorsicht und nicht normativ zu interpretieren ist.

Da im deutschen Setting Erfahrungen mit dem Modell einer EAV fehlen, ist es schwer, das Verhalten von Ärzten, weiteren Gesundheitsberufen wie auch von Patienten vorauszusagen. Es ist entsprechend unabdingbar, konkrete Umsetzungsprojekte auf den Weg zu bringen, mit dem Ziel, die Umsetzbarkeit unter Alltagsbedingungen und damit die dieser Modellierung zugrunde liegenden Annahmen zu validieren.

Die Unsicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Fallzahl führt auch dazu, dass die aggregierten Kosten für die EAV nur schwer zu prognostizieren sind. Mit einer Kostendifferenz aus GKV-Perspektive, die zwischen einem Viertel und einem Drittel liegen dürfte (Ergebnis der Modellierung: Einsparpotenzial in Höhe von 27 %), stellt diese jedoch eine erhebliche Größenordnung dar,

selbst wenn außerhalb von Schließungsszenarien die finanziellen Mittel den betroffenen Krankenhäusern kurzfristig und ohne weitere strukturelle Anpassungen nicht vollständig entzogen und Einsparpotenziale entsprechend nur partiell realisiert werden könnten.

Ziel der EAV ist es jedoch nicht, eine Kostenersparnis zu generieren, sondern eine qualitativ hochwertige, zukunftsfähige, am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete und wirtschaftlich tragfähige Versorgungsstruktur zu schaffen. Hierzu ist eine qualitativ hochwertige Besetzung in der Pflege Voraussetzung, die auch weiterführende pflegerische und koordinative Maßnahmen qualifiziert umsetzen kann.

Im Folgenden sollen die Erkenntnisse aus Teil 1 und Teil 2 vor dem Hintergrund bestehender Evidenz und anhand etablierter Beispiele aus dem In- und Ausland diskutiert werden. Hierzu werden die Kernmerkmale der neuen Struktur in ihrem Gesamtkontext beleuchtet und anhand von internationaler Literatur diskutiert. Folgende Kernmerkmale können die neue Struktur beschreiben:

- Als Basis häufig Rückgriff auf existierende bauliche Strukturen (insbesondere im Kontext der Schließung eines Krankenhausstandortes); grundsätzlich sind IGZ bzw. EAV auch in anderen Konstellationen und auch außerhalb von Klinikumwandlungen denkbar.
- Die medizinische Basis bildet die (räumliche) Zusammenlegung mehrerer Hausarztpraxen und ggf. Facharztpraxen. Möglich und sinnvoll ist darüber hinaus die Integration weiterer Gesundheitsberufe und Angebote in den Strukturen eines IGZ.
- Integration einer bettenführenden Einheit (EAV), die explizit keine stationäre Versorgung darstellt, aber durch 24-stündige qualifizierte Pflegepräsenz und ärztliche Rufbereitschaft eine intensivere medizinisch-pflegerische Versorgung für wenige Tage ermöglicht.
- Die Versorgung im interprofessionellen Team, das dabei eng mit weiteren regionalen Versorgern und Anbietern kooperiert.

Das heißt aber gleichzeitig, dass eine EAV immer in den Kontext eines IGZ mit definierten Infrastrukturstandards eingebunden werden muss. Solche Strukturen bieten durch die Größe und Vernetzung gleichzeitig die Chance, durch interprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation eine kontinuierliche und ganzheitliche Versorgung sowie Patientenzentrierung besser umzusetzen, als das in kleineren Organisationseinheiten ohne Vernetzung möglich ist.

8.2 Mehrwert der EAV bzw. Bettenführung

Im Fokus dieses Gutachtens stand insbesondere die Möglichkeit der Bettenführung im Rahmen der EAV als zentraler Teil von IGZ. Die Kriterien für die Versorgungsebene der EAV (siehe Tabelle 3) weisen darauf hin, dass (abgesehen von der konkreten Indikation) insbesondere chronisch und mehrfach Erkrankte sowie Patienten mit größerem Unterstützungsbedarf von einer

Versorgung in der EAV profitieren würden. Diese Gruppe wird durch den demografischen Wandel in Zukunft noch deutlich wachsen. Der Vorteil der mehrtägigen Betreuung wurde insbesondere in einer intensivierten, koordinierten Betreuung in einer niedrigschwellig zugänglichen, übersichtlicheren und heimatnahen Versorgungsoption gesehen; also in einer Betreuung, die aktuell im Rahmen der bereits maximal belasteten ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung häufig defizitär bleibt. Dies führt zu unnötigen Klinikeinweisungen (i. S. von ambulant sensitiven Diagnosen), wo aber ebenfalls diese Bedarfe nicht zufriedenstellend erfüllt werden können und unwirtschaftlich sind, so auch ein Ergebnis der Interviews. In einigen Ländern und auch in Deutschland wurden ähnliche erweiterte Primärversorgungsmodelle mit integrierter Bettenführung in den letzten Jahren bereits umgesetzt und teilweise evaluiert. Nachfolgend werden einige (inter-)nationale Beispiele aufgeführt.

8.2.1 Schweiz

In Onex im Kanton Genf wurde im Jahr 2012 die Cité Générations eröffnet. Es handelt sich hierbei um ein multifunktionelles Gesundheitszentrum mit der Zielsetzung der Verbesserung des lokalen und regionalen medizinischen Versorgungsangebots und der öffentlichen Gesundheitspflege. Diese interprofessionelle Struktur hält neben einem medizinischen Grundversorgungszentrum mit Notfallambulanz sowie haus- und kinderärztlichem Zentrum auch ein ambulantes Pflegezentrum, eine Apotheke und weitere Versorgungsangebote vor. Zudem ist eine kleine bettenführende Abteilung integriert, welche primär der kurzfristigen heimatnahen Aufnahme geriatrischer Patienten dient.

Aufgrund der durchgehenden Betreuung durch die auch ambulant behandelnden Ärzte soll eine optimale Fokussierung auf die Problemlage der Patienten bei minimalem Informationsverlust gewährleistet werden. Ein adäquates Entlassmanagement soll den Therapieerfolg nachhaltig absichern. Bei diesem Modell wurde die Leistungsfinanzierung an die Struktur angepasst (Schaller 2014; Schaller und Chichignoud 2008). Eine Evaluation dieser intermediären Struktur zwischen ambulantem und stationärem Bereich bei geriatrischen Patienten aus dem Jahr 2015 erbrachte vielversprechende Ergebnisse. So zeigte sich eine hohe Patientenzufriedenheit, gepaart mit geringeren Kosten und einer adäquaten medizinischen Qualität der Behandlung, d. h., es zeigten sich weder erhöhte Wiederaufnahme- oder Komplikationsraten noch erhöhte Mortalität (Egglı et al. 2015).

Ein ähnliches Modell wurde im Unterengadin realisiert, wo sowohl stationäre als auch ambulante Akutversorgung gemeinsam mit häuslicher und ambulanter Pflege und Reha örtlich zusammengelegt und unter einer gemeinsamen Stiftungsträgerschaft angeboten wird (Gunzinger 2014).¹⁴

8.2.2 Schweden

In Schweden gibt es sog. „Sjukstuga“ - Krankenstuben, die mit dem Modell der EAV vergleichbar sind. Sjukstugor können als Primärversorgungszentren unter allgemeinmedizinischer Leitung beschrieben werden, die eine Anzahl Betten und Kurzzeitpflegeplätze bereithalten. Nachts ist die Pflege allein für die Patientenversorgung zuständig, es gibt aber einen ärztlichen Hintergrunddienst. Am Tag ist die Sjukstuga mit Ärzten besetzt. Sie haben meist auch – ungewöhnlich für schwedische Gesundheitszentren – Röntgenausstattung, wobei diese mittlerweile teilweise per Fernwarte bedient werden können, d. h. telemedizinisch ausgewertet werden. Diese Form besteht in den dünn besiedelten ländlichen nordschwedischen Regionen Norrbotten und Västerbotten weiter, auch wenn der Name dort stellenweise in "Gesundheitszentrale" umgewandelt wurde (Hedman 2016).

8.2.3 Deutschland

Ein Kurzliegerangebot im Sinne der EAV wurde z. B. durch das Innovationsfonds-Projekt IGiB - StimMT *Strukturmigration im Mittelbereich Templin* angestoßen, das (ähnlich wie beim Konzept des IGZ) strukturelle Defizite durch Umwandlung einer stationären in eine integrierte Versorgungsstruktur inklusive einer "ambulant-stationären Brückenstruktur" gelöst hat (Schaller 2014; Schaller und Chichignoud 2008). Fokus bei der Brückenstruktur war hier die Pädiatrie. Die Effekte sind insgesamt vielversprechend: Im Vergleich zur Bevölkerung, die nicht von den Angeboten profitieren konnte, ging die Anzahl stationärer Fälle von AOK-Versicherten im StimMT deutlich stärker zurück, noch ausgeprägter waren die Auswirkungen bei ASD-Fällen zu sehen (Bohm et al. 2021).

Als weiteres konkretes Beispiel für eine quasi Erweiterte Ambulante Versorgung könnte man die bereits 2010 am Albertinen-Krankenhaus in Hamburg konzipierte *allgemeinmedizinisch interdisziplinäre Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation (INKA)* werten. Ziel war es, eine Antwort auf die steigende Zahl an hochaltrigen chronisch erkrankten Patienten und die Zunahme an Notfallvorstellungen in Klinikambulanzen zu finden. Die INKA sollte eine multimodale und interdisziplinäre Komplexbehandlung mit besonderem Augenmerk auf die Versorgungsplanung gewährleisten. Im Fokus stehen Krankheitsfälle mit geringer Fallschwere, weniger komplexer Diagnostik und vo-

¹⁴ <https://cseb.ch/das-cseb/organisation/>

raussichtlich kurzer Verweildauer, d. h., die Zielgruppe sind v. a. chronisch erkrankte und geriatrische Patienten mit allgemeinmedizinisch-internistischem Versorgungsbedarf. Unter dem Motto: „Versorgung älterer Notfallpatienten: Hightouch statt Hightech“ sollen die Versorgungsqualität dieser Patientengruppen verbessert und gleichzeitig die Klinik-Notaufnahmen entlastet werden (Groening et al. 2013).

Das daraus erwachsene Konzept *STATAmed (stationäre Allgemeinmedizin)* der Stadtteilklinik Hamburg bietet folgerichtig ein allgemeinmedizinisch ausgelegtes kurzstationäres Versorgungsangebot auf Basis eines Belegärztemodells. Gedacht als Angebot der Grundversorgung richtet es sich vorwiegend an akut dekompenzierte chronische Krankheitsfälle mit erwartbar unkompliziertem und kurzem Aufenthalt (Tuschen 2018).

8.3 Elemente integrierter Versorgung als zentraler Mehrwert

Neben dem besonderen Angebot der EAV an der Schnittstelle der Sektoren kann das IGZ allein schon einen Mehrwert bieten, indem es die Zentrumsstrukturen dafür nutzt, Elemente integrierter Versorgung anzubieten und diese damit in eine Regelstruktur zu überführen. „Integrierte Versorgung“ (nicht bezogen auf §140a SGB V, sondern im Wortsinn) zielt darauf ab, Brüche in der Patientenversorgung (etwa an den Sektorengrenzen) zu verhindern, und stellt Patienten und deren Angehörige in den Mittelpunkt der Versorgung (Kodner und Spreeuwenberg 2002). Die WHO definiert Integrated Care wie folgt: *“...the organization and management of health services so that people get the care they need, when they need it, in ways that are user-friendly, achieve the desired results and provide value for money”* (World Health Organization 2008). Dabei kommt der Primärversorgung („primary care“¹⁵) eine zentrale Rolle in der Koordination zu, da dort der erste und kontinuierliche Kontakt mit dem Gesundheitssystem stattfindet (Valentijn et al. 2013).

Interventionen, die in integrierten Versorgungsformen eingesetzt werden, können in vier Bereiche gruppiert werden: (1) direkte Patientenversorgung, (2) Organisations- und Systemanpassungen, (3) Arbeitsweise, Team und Kooperation, (4) finanzielle und regulative Änderungen. Patientenfähigkeit, Case-Management sowie multiprofessionelle Teams sind dabei die Interventionen, die mit am häufigsten in integrierten Versorgungsprogrammen umgesetzt werden (Baxter et al. 2018). Allerdings sind die Effekte erwartungsgemäß kaum einzelnen Interventionen zuzuordnen bzw. nicht für einzelne Interventionen getrennt quantifizierbar. Die Ergebnisse gaben jedoch Hinweise

¹⁵ «Primary health care» is an overall approach which encompasses the three aspects of: multisectoral policy and action to address the broader determinants of health; empowering individuals, families and communities; and meeting people’s essential health needs throughout their lives. **«Primary care» is a subset of PHC and refers to essential, first-contact care provided in a community setting** (World Health Organization o.j.).

u. a. auf einen verbesserten Versorgungsablauf, verbesserte Patientenzufriedenheit und erhöhte Leitlinienadhärenz (als Operationalisierung für die Qualität der Versorgung). Auch die Zufriedenheit der Leistungsanbieter scheint positiv beeinflusst zu werden (Baxter et al 2018). Ob integrierte Versorgung auch ökonomisch vorteilhaft ist, ist – auch aufgrund der heterogenen Umsetzung – noch unklar (Baxter et al. 2018; Desmedt et al. 2016).

Das lässt zumindest vermuten, dass Strukturen wie ein IGZ mit EAV, das die Möglichkeiten einer integrierten Versorgung stärkt, auch in Deutschland positive Effekte auf bekannte Defizite generieren kann. Im Rahmen des hier vorgestellten Modells des IGZ mit EAV können die folgenden, auch politisch erwünschten Elemente einer integrierten Versorgung in optimaler Weise integriert und umgesetzt werden:

- Niedrigschwellige intensivierete ambulante Versorgung im Rahmen der EAV als eine intermediäre Struktur zwischen den etablierten getrennten Versorgungssektoren.
- Umfassende interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung mit verbesserter (sektoren- und berufsübergreifender) Kommunikation und Abstimmung.
- Unterstützung durch Case- und Care-Management.

Dabei können die Angebote eines IGZ inklusive EAV modulartig aus- bzw. aufgebaut werden: Das hier als Basis-Variante bezeichnete Modul fokussiert dabei auf allgemeinmedizinische Versorgung mit der Möglichkeit einer verlängerten und intensivierten Betreuung. Dazu können ärztlich-spezialistische Kompetenzen das Angebot erweitern. Ebenso können erweiterte koordinative und unterstützende Angebote im Sinne eines Case- und Care-Managements und weitere (psycho-)therapeutische Leistungen integriert werden. Das erweiterte (jeweils lokal angepasste) interprofessionelle Netzwerk schließt auch Apotheken, ambulante Pflegedienste und weitere regional vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebote mit ein. Die Vision wäre, die Versorgung aus Patientenperspektive so zu gestalten, dass Bedarfe entweder durch Leistungen aus dem IGZ heraus oder durch Kooperation mit und Koordination von allen notwendigen Akteuren, unabhängig von Beruf oder Trägerschaft, möglichst friktionsfrei angeboten werden können. Viele der von den Experten beschriebenen Fallkonstellationen profitieren gerade von den Möglichkeiten solch eines erweiterten Angebotes im Sinne von integrierter Versorgung, bei der die EAV ein zentrales Modul eines Kontinuums darstellt.

In Deutschland fokussieren viele vernetzte Versorgungsmodelle (wie Ärztenetze) oft auf die ärztliche Berufsgruppe bzw. die rein medizinische Versorgung (Auschra et al. 2018). IGZ sollten hier die Zentrumsstruktur nutzen und die Integration der Versorgung vorantreiben. Im Folgenden werden einige Elemente integrierter Versorgung etwas detaillierter dargestellt, um den Mehrwert, der innerhalb eines IGZ erzielt werden kann, deutlich zu machen.

8.3.1 Notwendigkeit der interprofessionellen und interdisziplinären Abstimmung

Verschiedene Reviews und Studien haben sich in den letzten Jahren den Effekten und Möglichkeiten einer Versorgung mit erweitertem „Skill-Mix“ und integrierter Versorgung in verschiedenen Gesundheitssystemen gewidmet (Baxter et al. 2018; Desmedt et al. 2016; Stumm et al. 2019; Bienkowska-Gibbs et al. 2015; Freund et al. 2015). So zeigen Beispiele aus dem In- und Ausland, dass durch eine gute Aufgabenverteilung in interprofessionellen Teams die Versorgungskapazitäten erhöht und gleichzeitig die Qualität mindestens gehalten, wenn nicht sogar verbessert werden können.

Wenn Koordination dabei nicht als klar definierte Aufgabe gesehen wird, besteht für diese komplexen Settings die Gefahr der unklaren Verantwortlichkeiten, Intransparenz und Fragmentierung der Versorgung (Rich et al. 2021). Dies gilt auch für Deutschland, wo etwa im Bereich Onkologie (Philipps et al. 2020) oder Delirprävention (Sturm et al. 2019) erst kürzlich gezeigt werden konnte, dass die Versorgungsqualität ohne eindeutige Definition des Behandler-Teams und deren Verantwortlichkeiten über den gesamten Versorgungsprozess deutlich leidet.

Diese Aspekte sind im österreichischen Konzept zur „multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“, das einem IGZ (jedoch ohne die EAV-Komponente) in weiten Teilen ähnelt, explizit definiert. Sie werden unter „Prozessqualitätskriterien“ zusammengefasst und umfassen neben „Patientenwegen“ insbesondere auch die Kommunikationsprozesse mit Patienten, das Informationsmanagement und die Kompetenzverteilung (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014). Dieses Konzept könnte für das Setting eines IGZ mit EAV als Blaupause dienen, um interprofessionelle und sektorenübergreifende Abläufe standardisiert in den Versorgungsalltag zu integrieren.

Die Infrastruktur eines IGZ bietet die Möglichkeit, Patientenpfade im regionalen Kontext zu definieren und so Versorgungsbrüche besser zu vermeiden. Die Erweiterte Ambulante Versorgung kann dabei als neue Struktur an den Sektorengrenzen direkt in die definierten Abläufe integriert werden. Dabei ist es zentral, Strukturen nicht in Konkurrenz, sondern regional ganzheitlich zu konzipieren.

8.3.2 Patientenpfade evidenzbasiert definieren und interprofessionell, sektorenübergreifend umsetzen

Ein Weg, einen verlässlichen Abstimmungsprozess zwischen den an einem Behandlungsprozess beteiligten Akteuren zu erreichen, sind definierte Kriterien für die Zuordnung zu Behandlungsebenen bis hin zu kompletten Patientenpfaden.

Dass Prozesse teilweise ebenso wichtig sind wie medizinische Einzelmaßnahmen, zeigt z. B. die DEGAM-Leitlinie zur Multimorbidität (DEGAM 2017/DEGAM 2017).

- „Das Konstrukt Multimorbidität beschreibt eine sehr heterogene Patientenpopulation bezüglich der Kombinationen von Krankheiten, deren Schweregrad und Folgen für die Patienten und die Versorgung. Daher gründen die Empfehlungen dieser Leitlinie auf einem hohen Abstraktionsniveau und betreffen den Umgang mit Multimorbidität und nicht mit einzelnen Krankheitskombinationen.“

Die hierzu vorgeschlagenen multimodalen und interprofessionellen Therapieansätze werden auch in den nationalen Versorgungsleitlinien an vielen Stellen empfohlen. Allerdings bleiben die konkrete Zuständigkeit und die Versorgungsebene meist vage (BÄK et al. 2019, 2020). Auch in den Richtlinien des G-BA, wie aktuell der *Richtlinie zu Strukturvorgaben zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur*, werden interprofessionelle Versorgungsvorgaben gemacht (G-BA 2021). In diesem Fall wird im Rahmen von standardisierten Handlungsanleitungen (sogenannten Standard Operation Procedures, SOP) u. a. die Kooperation zwischen Orthopädie, Physiotherapie und Geriatrie bis hin zur Durchführung interdisziplinärer Visiten und wöchentlicher Teambesprechungen definiert (G-BA 2020). Doch bleibt in diesem Fall das Vorgehen über den stationären Aufenthalt hinaus unerwähnt und greift angesichts der stetig sinkenden Aufenthaltsdauern zu kurz.

Die Übersetzung von klinischen Guidelines in sektorenübergreifende, an die gesamte Versorgungsorganisation angelegte Patientenpfade (oder SOPs) sind international eine zunehmend eingesetzte Methode, um die Versorgung über mehrere Sektoren und Akteure hinweg zu regeln (Thijssen, Wendy A. M. H. et al. 2016; Evans et al. 2015; Baxter et al. 2018). Diese gleichzeitig herausfordernde Aufgabe (Brody et al. 2018) wird auch in Deutschland immer mehr aufgegriffen (Wiegand et al. 2020; Berg et al. 2019; Dieckelmann et al. 2020).

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Einschätzungen der Experten konkretisieren etwa die Behandlungsstufen unter Einbeziehung der EAV. Kriterien, wie sie z. B. in den Nationalen Versorgungsleitlinien zur chron. Herzinsuffizienz oder COPD für eine stationäre Behandlung aufgeführt werden, lassen sich damit durchaus auch auf die EAV übertragen. Für IGZ, EAV und ähnliche integrierte Versorgungsstrukturen ist es darüber hinaus zentral, die Schnittstellen zu vorhandenen Strukturen klar zu definieren, um neue Bruchstellen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

8.3.3 Case- und Care-Management

Die wachsende Anzahl an Patienten mit komplexen Anforderungen („complex needs“) erfordert neben verschiedenen Fachärzten, Therapeuten und Pflegenden häufig noch weitere Unterstützung, um ihre funktionellen Einschränkungen zu adressieren und unabhängig leben zu können. Hierzu gehören auch Unterstützungsangebote für ihre soziale Teilhabe bis hin zu Transportdiensten. Hier ein typisches klinisches Beispiel aus dem deutschen Setting, das solch einen Bedarf aufzeigt, zitiert nach Groening et al. 2013:

- „Die Exsikkose ist im Alter häufig und muss in vielen Fällen stationär behandelt werden. Sie ist ein medizinisch leicht zu behebendes Problem. Kommt ein alter Mensch von zu Hause mit der alleinigen Diagnose „Exsikkose“ in die Klinik, muss dies als möglicher Hinweis darauf interpretiert werden, dass die aktuelle Lebenssituation des Patienten nicht in Ordnung ist. Setzt sich der Arzt zunächst nur mit der medizinischen Fragestellung [...] auseinander, so wird er dem Problem des Patienten insgesamt nicht gerecht. Gegebenenfalls fällt erst am medizinisch möglichen Entlassungstag auf, dass die häusliche Versorgung nicht gesichert ist. Dies zieht wiederum eine längere Verweildauer nach sich.“

Aktuell gibt es keine eindeutige Funktion, die patientenbezogen für die Beratung und Nutzung im Zusammenspiel mit *allen* Akteuren zuständig ist und die vorhandenen Angebote überblickt. So ist bekannt, dass es in Praxen häufig kein einheitliches Wissen oder strukturiertes Vorgehen bzgl. Beratungs- und Unterstützungsangeboten gibt. Auch die Aufgaben der Pflegestützpunkte oder regionale sozialpsychiatrische Angebote sind den Hausärzten nicht immer bekannt, sodass deren Angebote sehr unterschiedlich genutzt werden. Ausdruck für die hier vorliegende Schwachstelle sind die vielen Projekte zu regionalen oder krankheitsbezogenen Lotsen bzw. Case- und Care-Managern, die in den letzten Jahren initiiert oder entwickelt wurden (BMC 2021b; Burgi und Igl 2021; BKK Dachverband 2020). Hierbei wird deutlich, dass es bis dato weder eine einheitliche Definition und Aufgabenbeschreibung solcher Funktionen gibt, noch ist die konkrete Einordnung in die Regelversorgung (inklusive Vergütung und rechtliche Befugnisse) organisiert. Die Aufgaben dieser Case- und Care-Manager reichen von organisationsbezogener Unterstützung über sozialrechtliche und allgemeine Beratung bis hin zu individueller medizinischer Mitbetreuung im Rahmen von Disease-Management, Assessments, (präventiven) Hausbesuchen oder gemeinsamer Zieldefinition. Dabei richten sich Interventionen zur Koordination bei Erwachsenen v. a. an die Patientengruppe mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder komplexen medizinischen Bedarfen (Braeseke et al. 2018; Blotenberg et al. 2020). Die größere Struktur eines IGZ ermöglicht die Einbindung solcher Funktionen in idealer Weise.

Wer die konkrete Koordinationsarbeit im Einzelnen letztendlich übernimmt, scheint dabei aktuell eher zweitrangig. Vielmehr müssen die Tätigkeiten dem jeweiligen Setting angepasst werden und dann eine Fachkraft mit entsprechender Qualifikation gesucht werden. Im Setting der EAV böten sich Pflegekräfte für die Koordinationsarbeit an. Diese sind ohnehin für die Sicherstellung der 24-h-pflegerischen Versorgung als fester und obligater Bestandteil eines jeden EAV-Teams, anzusehen. Seit einiger Zeit werden Medizinische Fachangestellte (MFA) in hausärztlichen Praxen zu AGnES, *VERAH* und *NäPa* weiterqualifiziert, um dort Aufgaben in Delegation zu übernehmen (Freund et al. 2015; van den Berg et al. 2009). Über Programme wie PraCMan werden sie auch

für das Case-Management eingesetzt (PraCMan o.j.).¹⁶ Darüber hinaus werden neue Berufsgruppen, wie „Physician Assistants“ (PAs), qualifiziert, deren Weiterqualifizierung jedoch bisher überwiegend auf den Einsatz im stationären Setting ausgerichtet ist (Maier et al. 2018; Duale Hochschule Baden-Württemberg o.j.). Zentral für die Koordination ist vor allem, dass die Zuständigkeiten und Aufgaben klar abgegrenzt und abgestimmt sind. So können Hausärzte entlastet und Doppelstrukturen vermieden werden. Im Setting der EAV sind bereits Ressourcen und Qualifikation vorhanden, die für Koordinationsaufgaben genutzt werden können.

8.3.4 Beispiel Österreich: Gesetzlich verankerte „Primärversorgungseinheiten“

Deutschland und Österreich weisen hinsichtlich ihrer Bevölkerungsstruktur und Gesundheitssysteme erkennbare Ähnlichkeiten auf. In Österreich wurde bereits 2014 von der Zielsteuerungskommission Gesundheit ein Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung erstellt, das Parallelen mit dem hier avisierten Versorgungsmodell aufweist, auch wenn das Angebot der EAV hier fehlt. Dort heißt es: *„Dieses vorliegende Konzept beschreibt ein Bild, dass sich die Teammitglieder „rund um den Hausarzt“ räumlich entweder „unter einem Dach“ oder auch dezentral in einem „Netzwerk“, d. h. an mehreren verschiedenen wohnortnahen Standorten, befinden. Maßgebend ist jedenfalls, dass das Team in einem organisatorischen Verbund verbindlich miteinander kooperieren kann. Die Art der räumlichen Umsetzung, die Organisationsformen (z. B. miteinander vernetzte Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien oder überhaupt neue Formen der gesellschaftlichen Kooperation) werden in diesem Konzept nicht festgeschrieben, weil diese von regionalen Gegebenheiten (z. B. Siedlungsdichte, Verkehrsverhältnisse) sowie von bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen abhängen“* (Bundeszielsteuerungskommission 2014). 2017 wurde darauf aufbauend das Primärversorgungsgesetz verabschiedet (Rechtsinformationssystem des Bundes 2017) und die technischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen schließlich 2019 in einem bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag zwischen Ärztekammer und Bundessozialversicherungsträger fixiert. Kernelemente sind ein definiertes interprofessionelles Team aus Hausärzten und Pflegekräften, die im Rahmen eines Zentrums oder Netzwerkes ein ganzheitliches Angebot erbringen müssen. Hierbei sind (ebenso wie in diesem Gutachten) Basisaufgaben und „spezielle“ Aufgaben definiert sowie die immer anzubietenden unterstützenden Lotsenfunktionen.

Erste Ergebnisse weisen eine gute Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit auf und deuten darauf hin, dass die Anzahl der Kontakte mit Allgemeinmediziner*innen höher als in der Vergleichsgruppe ist,

¹⁶ „Die VERAH übernimmt dabei entsprechend ihrer Qualifikation Aufgaben des Case-Managements und führt unter ärztlicher Supervision, unterstützt durch eine entsprechende Software, Assessments, Hilfeplanung und Monitoring durch.“ (PraCMan o.j.)

während die Anzahl der Facharztkontakte niedriger ist (Antony et al. 2018). Einige der Lösungsoptionen, die auf den Seiten der österreichischen Sozialversicherung detailliert erklärt und inklusive Implementierungshinweisen dargestellt sind, könnten bei der Konkretisierung eines IGZ beispielhaft unterstützen (Österreichische Sozialversicherung o.j.).

8.4 Schnittstellen, Einbettung

Insbesondere durch einen niedrigschwelligen Kontakt und Informationsaustausch mit der stationären Notaufnahme kann gemeinsam zwischen niedergelassenen Ärzten und der EAV die Versorgungsebene der EAV sowie das weitere Vorgehen geklärt werden. Als Modell könnte hier z. B. die Notaufnahme im Albertinenstift in Hamburg (Groening et al. 2013) oder das Konstrukt der geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V dienen.

Weitere inhaltliche Schnittstellen im Versorgungsablauf sind die Kurzzeit- und Tagespflege, Pflegeheime und Rehabilitation. Wie erwähnt gibt es einen Bedarf in der poststationären Phase; bei der Kurzzeitpflege fehlt häufig die hausärztliche Betreuung; die Pflegeheimbetreuung ist für Hausärzte oft zeitaufwendig; dies führt – häufig verstärkt durch Abstimmungsprobleme und fehlende Standards an den Schnittstellen – u. U. zu unnötigen Krankenhaus(wieder-)einweisungen oder Komplikationen. Die vermehrte Verfügbarkeit von qualifizierter Pflege und intensivierter therapeutischer Möglichkeiten im Rahmen von EAV und IGZ könnten hier entgegenwirken (Krause et al. 2019). Die EAV könnte bei entsprechenden vertraglichen Konstrukten die Kurzzeitpflege heimatnah ergänzen. Auch die enge Zusammenarbeit mit der SAPV wurde als zielführend gesehen. Bei all den Strukturen stellt sich für die Kooperation immer die Frage der Kostenträgerschaft und Zuständigkeiten, die dann individuell geklärt werden müssen.

V Ergebnisse und Zusammenfassung

9 Zentrale Erkenntnisse

9.1 Mehrwert der EAV für die Patientenversorgung

Die EAV ist eine Form der Versorgung, die der bekannten strukturellen Schwäche der strikten Sektorentrennung entgegenwirken kann, da es den gravierenden strukturellen Unterschied durch eine „Zwischenstufe“ abmildert. Für viele Patienten scheint das Modell eine passende Versorgungsalternative zu bieten. Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen deutlich, dass der Bedarf von Versorgerseite gesehen wird und auch konkret benannt werden kann. Die hier vorgeschlagene Struktur ist ein konkreter Schritt in Richtung Umsetzbarkeit im Rahmen der Regelversorgung.

Da das intersektorale Versorgungskonzept des IGZ mit EAV bislang in Deutschland nicht etabliert ist, nehmen aktuelle Praxisleitlinien und Behandlungspfade auch keinen direkten Bezug auf eine solche intermediäre Versorgungsmöglichkeit. In den Experteninterviews wurde jedoch darin ein deutlicher Mehrwert gesehen. Es wurden konkrete Abläufe beschrieben, bei denen sich eine EAV bzw. ein IGZ im Kontext bestehender Strukturen gewinnbringend einbetten ließen und ein relevanter Anteil an stationären Patienten bei entsprechender Infrastruktur in einem IGZ mit EAV betreut wird. Wenn es gelingt, die finanziellen und formalen Rahmenbedingungen an sinnvolle Versorgungspfade anzupassen, können damit Doppelstrukturen vermieden und die vorhandenen Ressourcen in optimaler Weise genutzt werden. Die quantitativen Analysen zeigten dabei ein klares Optimierungspotenzial auf.

9.2 Perspektive von Krankenhausträgern und Kommunen

Das Konzept des IGZ mit EAV ist klar in der ambulanten Versorgung verankert. Es ist an dieser Stelle jedoch zu betonen, dass es sich um keine Konkurrenz zu Krankenhäusern handeln soll. Vielmehr wurde auch in den Experteninterviews deutlich, dass sich durch diese Versorgungsform eine Chance für Krankenhäuser eröffnet, sich stärker auf die Patienten fokussieren zu können, welche tatsächlich auch einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Auch das Bestreben vieler (öffentlicher) Krankenhausträger, bei unvermeidbaren Standortschließungen Zugangspunkte zur Versorgung auch in der Fläche weiter sicherzustellen, lässt sich über ein IGZ mit EAV sehr gut umsetzen. Für Kommunen ergibt sich durch das vernetzende Potenzial des IGZ zudem die Möglichkeit, gestaltend tätig zu werden und die Bedürfnisse der Bevölkerung bestmöglich zu adressieren.

9.3 Formale Aspekte

Die Kombination aus IGZ und EAV lässt ein breites inhaltliches wie organisatorisches Ausgestaltungsspektrum zu. Neben der Basisvariante, die ein Team aus mehreren Ärzten in der klassischen ambulanten Versorgung, ergänzt durch die ärztlich-pflegerische Betreuung in der EAV mit Fokus auf allgemeinmedizinische und internistische Indikationen vorsieht, sind verschiedene Erweiterungen denkbar. Durch die Integration weiterer (ärztlicher und therapeutischer) Fachspezialisten und der Schaffung ggf. notwendiger technologischer und struktureller Voraussetzungen kann das Indikationsspektrum ausgeweitet werden. Weitere Ergänzungen können durch die Schaffung eines regionalen Versorgungsnetzwerkes entstehen, das auch Leistungen anderer Kostenträger (wie Pflege, Rehabilitation, Beratung, Prävention) entweder in den Räumen des IGZ oder in Kooperation einschließt.

Neben Leistungserbringern des SGB V können auch weitere Angebote (etwa des SGB XI, Einrichtungen der Kommunen oder zivilgesellschaftliche Organisationen) eingebunden werden. Diese tragen den in der EAV konstitutiv angelegten Gedanken der integrierten Versorgung, der bereits durch die zentrale Rolle der federführend verantwortlichen Pflege für die durchgehende Überwachung der Patienten zwingend erforderlich ist, über die reine Akutversorgung hinaus. Analog zu Konzepten wie den PORT-Zentren können sie einen Nukleus für die Integration verschiedener gesundheitlicher und sozialer Dienste sein.

9.4 Planung und Implementierung

Die Ausgestaltung bzw. die Angebote sollten sich dabei an den vor Ort vorhandenen Ressourcen und Netzwerken orientieren und können modular erweitert werden. Das gilt sowohl dafür, wer eingebunden werden soll, als auch für das „wie“ und birgt die Möglichkeit, flexibel auf lokale Spezifika und Entwicklungen reagieren zu können. Dabei sollte das Basismodul des IGZ inkl. EAV von Beginn an immer vorgehalten werden, während die Integration weiterer Angebote im Sinne einer integrierten ganzheitlichen Versorgung von Beginn an in die Erarbeitung einer Vision einbezogen werden sollte. Ganz generell muss ein IGZ mit EAV als Versorgungsprojekt für eine Region gedacht werden, was zwangsläufig nur gemeinsam mit den etablierten Versorgern gelingen kann.

Das frühzeitige Einbinden aller lokalen und regionalen Akteure (insbesondere die vor Ort tätigen {ärztlichen und weiteren} Praxen, Pflegedienste, Apotheken und Krankenhäuser) kann die Befürchtungen hinsichtlich möglicher Doppelstrukturen auffangen und stattdessen ein konstruktives Miteinander ermöglichen. Es ist auch davon auszugehen, dass die Akzeptanz sowohl bei medizinischen Akteuren als auch bei den Patienten wächst, wenn die konkreten Angebote bekannt sind. Dasselbe gilt auch für die digitale Anbindung der Akteure. Hier ist insbesondere auch die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen mitzubedenken. Zusammenfassend ist also eine gute Vorbereitung, Projektleitung und offene Kommunikation, insbesondere während des Implementierungsprozesses, unabdingbar. Insgesamt wurde von den Experten jedoch die Chance für einen deutlichen Mehrwert gesehen.

Mehrfach wurde deutlich, dass für Ärzte, für die ein Wechsel in ein IGZ mit EAV häufig einen Standortwechsel ihrer Praxis bedeutet, eine langfristige Verbindlichkeit insbesondere der Vergütungsmodalitäten wichtig ist. Um den großen planerischen Aufwand vertreten zu können, müssen derartige Vereinbarungen zumindest in ihren Eckpunkten bereits möglichst früh im Planungsprozess verbindlich mit den Kostenträgern vereinbart werden können.

9.5 Finanzielle Anreize

Jede Form der Leistungserbringung erfordert eine adäquate Form der Vergütung und jede Form der Vergütung geht mit spezifischen Anreizen einher. Entsprechend ist zum einen ein angemessenes Vergütungsniveau sicher- sowie eine langfristige Planungssicherheit herzustellen, damit Ärzte und Pflegekräfte überhaupt bereit sind, in diesem neuen Format tätig zu werden. Zum anderen muss vermieden werden, dass Anreize für medizinisch nicht indizierte Aufnahmen oder medizinisch unbegründete lange Verweildauern gesetzt werden.

Bei innovativen Versorgungsansätzen ist ex ante stets schwer zu beurteilen, wie schnell Leistungserbringer und Patienten sich auf diese Versorgungsform einlassen und ein Regelbetrieb erreicht wird. Zusätzlich ist – insbesondere in der Erprobungsphase – mit einem erheblichen planerischen Vorlauf und somit Mehraufwand zu rechnen. Entsprechend muss für die Startphase eine Anschubfinanzierung vorgesehen werden. Generell sollte die Einführung einer derartigen Versorgungsform unabhängig evaluiert werden, um die Qualität des Konzepts zu sichern und ggf. notwendige Justierungen am Vergütungssystem aufzuzeigen.

Perspektivisch können flexiblere regionale Finanzierungsmodelle erwogen und ermöglicht werden, die Anreize für eine optimierte interprofessionelle, SGB- bzw. kostenträgerübergreifende Versorgung setzen. Während im skizzierten EAV-Modell ein gewisses Maß an Koordinationsleistungen über die Basisvergütung des Pflegepersonals abgedeckt werden kann, fallen darüber hinausgehende koordinative Leistungen (wie Fallkonferenzen) häufig noch durch das Raster. Diese Defizite konnten auch im Kontext großer Innovationsfondsprojekte bislang nicht nachhaltig gelöst werden (Bohm et al. 2021).

9.6 Attraktive Arbeitsstrukturen

Junge Ärzte wünschen sich ein Arbeiten im interprofessionellen und interdisziplinären Team, sie wollen den Austausch und fachliche Herausforderungen (Steinhäuser et al. 2013; Hartmannbund 2017). Zudem sind flexible Arbeitszeitmodelle bzw. geregelte Arbeitszeiten, insbesondere auch in Anstellung, immer wichtiger (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland 2018).

Das IGZ kann hierbei ein attraktives Arbeitsumfeld bieten, das neben diesen Faktoren auch inhaltliche Vorteile bietet: Es kann bereits für die Weiterbildung eine attraktive Kombination zwischen stationärer und ambulanter Versorgung darstellen. Auch in der Versorgung können mehr und ggf. komplexere Fälle als in der klassischen ambulanten Versorgung betreut werden, was eine positive Herausforderung in einem fachlich interessanten Umfeld darstellen kann.

Flexibilität und attraktive Tätigkeitsfelder sind auch für Pflege- und andere Gesundheitsberufe essentiell, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Das Setting IGZ mit EAV stellt hier ein

sehr attraktives Arbeitsumfeld dar in einer Umgebung, die häufig besonders von Fachkräftemangel betroffen ist, und kann somit zusätzlich zur Sicherung der Versorgung beitragen.

10 Fazit

Das IGZ mit der neuen Versorgungsform der Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV) bietet ein breites Spektrum an Lösungsoptionen für die vielfältigen Anforderungen an eine patientenzentrierte ambulante Versorgung der Zukunft. Gleichzeitig sind für eine erfolgreiche Umsetzung viele Detailfragen zu bearbeiten. Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, diese Details auszu-leuchten und greifbarer zu machen.

Hierzu werden in Teil 1 auf Basis eines explorativen Ansatzes mögliche Fallkonstellationen und ein dazu gehörendes Indikations- und Leistungsspektrum für die EAV konkretisiert. Es zeigt sich, dass die Betrachtung einzelner Indikationen zu kurz greift, sondern Versorgungskontexte eine wichtige Rolle spielen. So lassen sich zwei Bereiche identifizieren, in denen die Versorgung in einer EAV einen Mehrwert darstellen kann: (1) akute Krankheitsfälle, (2) bekannte chronische Erkrankungen und deren Exazerbationen, wobei hier insbesondere der Versorgungsbedarf geriatrischer und multimorbider Patienten zum Tragen kommt. Zentral ist dabei eine gute Diagnostik und die Möglichkeit einer sicheren Verlaufsabschätzung bei Aufnahme der Patienten, ein ausreichendes und kontinuierliches Monitoring durch entsprechend qualifizierte und erfahrene Pflegekräfte sowie eine enge Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen.

Zusätzlich zur engen ärztlich-medizinischen Betreuung erlaubt das Setting des IGZ, die Versorgung weitergehend im Sinne einer umfassenden Primärversorgung bzw. „integrierten Versorgung“ auszugestalten und durch eine verbesserte Koordination und interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Kooperation Versorgungsbrüche und Doppelstrukturen zu minimieren. Dies reflektiert auch das erarbeitete Leistungsspektrum, welches aufbauend auf einem starken allgemeinmedizinischen Basisangebot weitere ärztliche, therapeutische, aber auch weiterführende Angebote (wie Pflege, Prävention, Case-Management etc.) integrieren oder durch Vernetzung (räumlich oder organisatorisch) einbinden kann.

Für Teil 2 des Gutachtens, das eine Quantifizierung der möglichen Effekte anstrebt, muss zwangsläufig eine Konkretisierung des Leistungsspektrums auf Ebene von ICDs vorgenommen werden. Dies suggeriert eine Genauigkeit, die – aufgrund der individuellen und kontextabhängigen Entscheidungssituationen für oder gegen eine Aufnahme in die EAV – in Realität nicht gegeben ist. Entsprechend wird über Szenarien ein Korridor aufgespannt. Einerseits wird abgeschichtet, wie groß das medizinisch hergeleitete Versorgungspotenzial ist. Andererseits wird dargestellt, in welchem Umfang EAV-Kapazitäten bereitgestellt werden könnten. Im Ergebnis ergeben sich aus diesen beiden Dimensionen Szenarien, die sich zwischen sehr hohen – optimistischen –

Niveaus und eher niedrigen – konservativen – Niveaus bewegen. Die daraus ableitbaren Größenordnungen bestätigen, dass die EAV einen substantiellen Beitrag zur Versorgung leisten kann, selbst wenn die Grenzen des medizinisch Möglichen nicht ausgereizt werden. Ferner kann sie dies zu einem niedrigeren Kostenniveau als die klassische Krankenhausversorgung, ohne Abstriche bei der auf den Bedarf abgestimmten Versorgungsqualität machen zu müssen.

In Teil 3 wird der Bogen nochmals etwas weiter gespannt und diskutiert, welche weitere Implikationen diese Versorgungsstruktur mit sich bringt. Dabei zeigt sich, dass die Kombination aus EAV und IGZ zahlreiche Potenziale birgt, gerade auch hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit, der Etablierung von Patientenpfaden oder einem umfassenden Case- und Care-Management. Das IGZ ist dabei explizit nicht als Konkurrenz zu den anderen in der Region ambulant tätigen Ärzten oder anderen Leistungserbringern zu sehen, sondern als Ressource, die von diesen genutzt werden kann und ein bestmöglich am Bedarf orientiertes Behandlungskontinuum ermöglicht. Ein Blick auf internationale Anwendungsbeispiele zeigt abschließend, dass das Konzept der EAV als bettenführende Einheit praxistauglich ist und sowohl einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung leisten als auch eine attraktive Arbeitsumgebung bieten kann.

Anhang

Anhang A: Vergütung – Vorhaltekosten (KBV)

Die zu schätzenden Kosten eines IGZ beruhen auf normativen Annahmen und können die tatsächlichen Kosten eines IGZ nur näherungsweise abschätzen, da diese sehr stark abhängig von den Gegebenheiten vor Ort sein werden.

Tabelle 6: Vorhaltekosten und variable Kosten

Annahmen		
Größe der Bettenstation in qm	465	Annahme: 6 X 2-Bett-Zimmer à 30 qm und 3 X 1-Bett-Zimmer à 25 qm jeweils inkl. Dusche/WC, Küche 25 qm, Arztzimmer 20 qm, Nachtdienstzimmer 30 qm, Flur 40 qm, Gemeinschaftsraum 25 qm, Arbeitsraum rein und unrein je 20 qm, Lager inkl. Entsorgung 30 qm
Anzahl Betten	15	Annahme 6 Doppelzimmer, 3 Einzelzimmer
durchschnittliche Anzahl belegter Betten	12	entspricht Auslastung in Höhe von 80 %
Übernachtungen im Jahr	4.380	Anzahl durchschnittlich belegter Betten X 365 Tage
EAV-Erlöse aus IGZ-Gutachten, Szenario 2	1.567.951 €	IGZ-Gutachten (Universität Bayreuth und Oberender, Oktober 2018)
Vorhaltekosten		Quelle
1.	Vorhaltekosten Bettenstation	Ermittlung
1.1	Personalkosten für Betrieb der Bettenstation (ohne ärztliches Personal und ohne Pflegepersonal)	Sonstige Personalkosten gemäß IGZ-Gutachten
1.1.1	Management (1 VZÄ)	50.000 €
1.1.2	Wirtschafts- und Verwaltungskraft (1 VZÄ)	35.000 €
1.1.3	Technischer Dienst (0,5 VZÄ)	25.000 €
1.1.4	Fallmanagement (0,5 VZÄ)	25.000 €
1.2	Miete	72.540 € 13 €/qm
1.3	Energie	18.135 € 3,25 €/qm
1.4	Versicherungen, Beiträge und Gebühren	23.519 € Annahme aus IGZ-Gutachten (1,5 % der EAV-Erlöse)
1.5	KV-Verwaltungskosten	39.199 € Annahme aus IGZ-Gutachten (2,5 % der EAV-Erlöse)
1.6	Aufwand Reinigung	31.388 € Annahme aus IGZ-Gutachten (67,50 €/qm)
1.7	Verwaltungsbedarf	31.359 € Annahme aus IGZ-Gutachten (2 % der EAV-Erlöse)
1.8	Fremdkapitalzinsen	13.500 € Annahme: Investitionssumme x 1,5 % Zinsfuß
1.9	Abschreibungen	68.250 € s. Tabelle Investitionen
1.10	Wartung, Reparatur	36.000 € 4 % auf Investitionssumme
1.11	jährlich wiederkehrende Kosten IT	10.000 € Schätzung, pauschal für updates, Zusatzmodule, Softwareschnittstellen
1.12	Sonstige Kosten	6.272 € Annahme aus IGZ-Gutachten (0,4 % der EAV-Erlöse)
	Summe	485.161 €
2.	Vorhaltekosten Rufbereitschaft	Annahmen
2.1	Personalkosten Rufbereitschaft	45.772 € In Anlehnung an § 8 Abs. 1 TV-L 12,5 % des kalkulatorischen Arztminutensatzes des Standardbewertungssystems (0,95 € * 12,5 %) für 385.452 Minuten (365 Tage - kalkulatorische Arbeitszeit Standardbewertungssystem von 140.148 Minuten)
Variable Kosten		Annahmen
3.1	Verpflegung	59.130 € Vollverpflegung durch externe Anbieter 13,50 €/Tag bei 4380 ÜN/Jahr
3.2	Mietwäsche	21.900 € Mietwäsche inkl. Reinigung pro Übernachtung 5 € bei 4380 ÜN/Jahr

Tabelle 7: Investitionen

Investitionen						
Nr.	Bezeichnung	Investition in €	Anzahl	Gesamt in €	ND (Jahre)	Abschreibungen pro Jahr in €
1	Überwachungsmonitor	5.000	8	40.000	8	5.000
2	Einrichtung ohne Bett, je Zimmer	10.000	9	90.000	15	6.000
3	Bett	10.000	17	170.000	15	11.333
4	Inventar Nebenräume, Arzt-/Dienst-/Pflegedienstleitungszimmer, Lager, Küche, Arbeitsraum (rein und unrein)	15.000	8	120.000	15	8.000
5	Diverse medizinische Kleingeräte	10.000	1	10.000	8	1.250
6	IT-Ausstattung (größerer Server, Monitore, Ein-/Ausgabegeräte)	20.000	1	20.000	3	6.667
7	Umbau in Bettenstation, je Zimmer	50.000	9	450.000	15	30.000
Summe				900.000		68.250

Quelle: Berechnungen der KBV in Anlehnung an Gutachten Intersektorale Gesundheitszentren (Universität Bayreuth und Oberender, Oktober 2018) und Expertenbefragungen

Anhang B: Vergütung – Pflegekosten (KBV)

Annahmen zu Pflegekosten eines IGZ

Der Berechnung liegt ein durchschnittliches Jahresgehalt einer Pflegekraft in Höhe von 61.871,50 € (Annahme Eingruppierung zu 75 % in EG 8/9 und 25 % in EG 12 des TVÖD-P 2020, (Öffentlicher-Dienst.info 2021)) bzw. 169,51 € pro Tag zugrunde. Es wird angenommen, dass für eine Bettenstation mit 15 Versorgungsplätzen, die durchschnittlich 12 Versorgungsplätze belegt hat, unter Berücksichtigung von Fehlzeiten (z. B. Urlaub, Krankheit, Fortbildung) in Höhe von 15 % der Arbeitstage, insgesamt 12 Vollzeit-Pflegekräfte benötigt werden. Bei 12 Vollzeitpflegekräften ergeben sich jährliche Kosten in Höhe von 742.458 €.

Tabelle 8: Herleitung des Jahresgehaltes in den entsprechenden Gehaltsstufen

Jahresarbeitszeit einer Vollzeitkraft		
lfd. Nr.	Bezeichnung	Dauer in Minuten
1	Jahresarbeitszeit in Minuten (208 Arbeitstage/Jahr, 38,5-Stundenwoche)	96.096
2	Nettojahresarbeitszeit bei Produktivität von 95 %	91.291
Personalkosten/Minute		
3	Pflege Entgeltgruppe 8/9, Stufe 4 (13-16 Jahre) ab 1. April 2020, Monatsgehalt	3.441,59 €
4	Pflege Entgeltgruppe 8/9, Stufe 4 (13-16 Jahre) ab 1. April 2020, Jahresgehalt	43.708,13 €
5	inkl. AG-Beitrag 19,325%	52.154,73 €
6	inkl. Zuschläge 11,77%	58.294,22 €
Personalkosten/Minute		
7	Pflege Entgeltgruppe 12, Stufe 4 (13-16 Jahre) ab 1. April 2020, Monatsgehalt	4.286,37 €
8	Pflege Entgeltgruppe 12, Stufe 4 (13-16 Jahre) ab 1. April 2020, Jahresgehalt	54.436,90 €
9	inkl. AG-Beitrag 19,325%	64.956,83 €
10	inkl. Zuschläge 11,77%	72.603,35 €

Tabelle 9: Berechnungsgrundlage der Zuschläge für Feiertage, Sonntage und Nacht

lfd. Nr.	Bezeichnung	Zuschlag	Tage im Jahr	Anteil Tage	Herleitung	Zuschlag anteilig
1	Zuschlag Feiertag	35%	11	3,0%	10 - 12 Feiertage	1,1%
2	Zuschlag Sonntag	25%	52	14,2%	52 Wochen im Jahr	3,6%
3	Zuschlag Nacht	20%	113,25	31,0%	(365 Tage im Jahr - 52 Sonntage - 11 Feiertage) x 9 Stunden (21 - 6 Uhr) / 24 Stunden	6,2%
4	Zuschlag Samstag 13- 21 Uhr	20%	17,3	4,7%	52 Wochen im Jahr x 8 Stunden / 24 Std.	0,9%
5	Normaler Tarif	-	285	78,0%	Zuschlag auf Jahresgehalt:	11,77%

Quelle: Berechnungen der KBV in Anlehnung an das Gutachten Intersektorale Gesundheitszentren (Universität Bayreuth und Oberender, Oktober 2018) und Expertenbefragungen

Anhang C: Indikationen

Tabelle 10: Indikationen

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Hals- und Brustschmerzen	R07.1- R07.4	INT-Allgemein	BM	x			schmales Indikationsfenster; nur bei Therapiebegrenzung oder sicher auszuschließendem abwendbar gefährlichen Verlauf
Überwachung und Assessment	Z03, Z04		BM	x	x		
Exsikkose, Volumenmangel	E86		BM	x	x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
febriler Infekt	J10, J11-J21, J22, B99		BM	x	x		wenn ambulantes Vorgehen nicht möglich, aber kreislaufstabil
Gastroenteritis	A00-A09, K52		BM	x			wenn ambulantes Vorgehen nicht möglich
infektiöse Mononukleose	B27		BM	x			Schluckunfähigkeit, Exsikkose
Kachexie	R64		BM	x	x	x	ggf. in Kooperation Kurzzeitpflege
AZ-Verschlechterung	R53	INT-Allgemein / Geriatrisch	BM	x	x	x	umfassende Therapieplanung, Fallkonferenz
sonstige Virus-erkrankungen	B34		BM	x	x		wenn ambulantes Vorgehen nicht möglich, aber kreislaufstabil
Polypharmazie	T78	Assessment	BM		x		
prästationäres Assessment			BM		x		prästationäre Risikoeinschätzung bzgl. psychiatrischer Komplikationen (Delir, Psychose, Verwirrung etc.)
Thrombose	I80	INT-Angiologie	BM		x		ambulant nur wenn Diagnose gesichert, kreislaufstabil, keine Niereninsuffizienz. Antikoagulation muss verlässlich administriert und monitort werden können
Thrombose	I80		EM	x			Diagnostik-Kompetenz muss geklärt sein
sonstige periphere Gefäßkrankheiten (Raynaud etc.)	I73		EM	x	x		Diagnostik etc.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
akut entgleister Diabetes mellitus - Hyperglycämie	E10, E11, E12, E13, R73	INT-Endokrinologie	BM	x	x	x	außer komatöse Patienten
Diabetes mellitus - Therapieoptimierung	E10, E11, E12, E13, R73		EM		x	x	geht auch tagesklinisch, kann DMP-Programm nutzen
Diabetes mellitus-chronische Wunden / diabetisches Fußsyndrom	E10 - E13, E14		BM	x	x	x	profitiert von IGZ
Hyponatriämie	E87.1		BM	x			längere Beobachtungszeit in EAV
Aszites, Leberzirrhose	R18	INT-Gastroenterologie	BM	x	(x)		kann auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. z. B. in palliativer Situation
unklare abdominelle Beschwerden	Z10, R10*		BM	x			kann ggf. als niedrigschwellig diagnostisches Vorgehen Klinikaufenthalt vermeiden
chronisch entzündl. Darmerkrankung	K50, K51		BM	x	x		bekannte CED-Patienten zur Schubbehandlung bei zuvor erfolgter Diagnostik Therapieempfehlung durch Spezialisten
Divertikulitis	K57		BM	x	x		je nach klinischem Zustand
Dysphagie	R13, R63		BM	x	x	x	Komplexabklärung und Therapie im interprofessionellen Team ergibt Mehrwert
Dysphagie	R13		EM	x	x	x	Komplexabklärung und Therapie im interprofessionellen Team ergibt Mehrwert
Gastritis und Duodenitis	K29		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
Gastritis und Duodenitis	K29		EM	x	x		Nachüberwachung nach ÖGD

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Gastrointestinale Blutung und sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	K92	INT-Gastroenterologie	BM	x	x		bei Blutung(szeichen) EAV nur bei Therapiebegrenzung oder bekanntem chron. Verlauf
Gastroösophageale Refluxkrankheit	K21		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
Gastroösophageale Refluxkrankheit	K21		EM		x		Nachüberwachung nach ÖGD
Gastrostoma	Z93.1		EM	x			Sedierung teilweise möglich, Kooperation mit Pflegeheim
Gastrostoma	Z93.1		EM	x			
Koloskopie			BM	x	x		ambulantes Abführen nicht möglich, Narkose-Nachbeobachtung wahrscheinlich
Leberparenchymveränderungen	K70-77 (exkl. 72)		EM	x			eher stationär, nur wenn Komplikationsversorgung geregelt
Übelkeit und Erbrechen	R11		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi	K26, K25		BM	x			nur leichte Hb-Abfall-Dynamik, geriatrisch, Therapiebegrenzung
Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi	K26, K25		EM		x		unklare häusliche Versorgungssituation, Monitoring nach Sedierung, Flüssigkeitstherapie, Endoskopie-Nachsorge
Herzinsuffizienz	I50, I11,	INT-Kardiologie	BM	x	x	x	chronische Konstellation ohne Bedarf an weiterführender Diagnostik, kreislaufstabil
Herzinsuffizienz	I50, I11,I24...		EM		x	x	weiterführende Diagnostik notwendig und erwünscht
Herzinsuffizienz	I50, I11,I24...		EM		x	x	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Herzinsuffizienz-Pleuraerguss	J90, J91, J94	INT-Kardiologie	EM	x	x		kardiopulmonal stabil oder kein Wunsch nach Maximaltherapie
Hypertonie	I10, I15 (ggf. + I11, I12, I13, I14)		BM		x	x	wenn ambulantes Vorgehen nicht möglich
Hypertonie-Entgleisung	I10, I15 (ggf. + I11-I14)		BM	x			geriatischer Patient, Therapiebegrenzung, abwendbar gefährlicher Verlauf unwahrscheinlich
Hypotonie	I95		BM	x	x		
Peri-/Myo-/Endokarditis	B99		BM	x			Diagnose bekannt, in EAV nur Therapie und Komplikationsmanagement
Schwindel/Taumel	R42 (R40-R46)		BM	x	x		abwendbar gefährlicher Verlauf bereits ausgeschlossen klare SOP für Diagnostik, dann neurolog./HNO-Konsil
Chronische ischämische Herzkrankheit, Angina Pectoris	I25, I20		BM	x	x		
Sinustachykardie	I47		BM	x			bekannte Konstellation
Synkope/Kollaps	R55 (R50-R69), I67		BM	x	x		nur wenn Ischämie ausgeschlossen. Schnellere (ambulante) Facharzt Diagnostik, während Patient noch nicht sicher stabil, keine Intensivtherapie gewünscht, Komplexabklärung
Synkope/Kollaps	R55 (R50-R69)		EM	x	x		wenn zusätzlich Sturztrauma ohne Schädelbeteiligung
Synkope/Kollaps	R55		EM		x	x	
Vorhofflimmern	I48		BM	x			keine Kardioversion notwendig und Ursache bekannt oder Therapiebegrenzung
Vorhofflimmern	I48		EM	x			kreislaufstabil
Störungen des Herzschlages	R00		BM	x			wenn abwendbar gefährlicher Verlauf auszuschließen ist

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung				
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen	
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika	
Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	D69	INT-Hämatologie	BM	x			bei bekannter Diagnose und zuvor erfolgter Therapieempfehlung durch Spezialisten	
unklare Anämie			BM	x	x	x	kreislaufstabil, kein aggressiver HB-Abfall, keine Maximaltherapie gewünscht	
chronische Anämie	D50, D51-D64		BM	x			bekannte chron. Anämie und vollständiger Diagnostik, Therapiebegrenzung	
chronische Niereninsuffizienz	N18,19, I12,13	INT-Nephro	BM	x	x		oft Kombination mit Herzinsuffizienz	
chron. Schmerzstörung	R52, F62.8	INT-Onkologie / chron. Schmerzen	BM	x		x	kann stat. psychosomatischen Aufenthalt vermeiden oder erfolgreicher gestalten, weil die Diagnostikphase zu Beginn entfällt	
Palliativbehandlung	Z51.5		BM	x	x	x		
Schmerzen (ohne Tumor)	R50-R69, G50-G59		BM	x	x	x	Kooperation SAPV	
Schmerzen (ohne Tumor)	R50-R69, G50-G59		EM		x	x	zusätzlich Heilmitteltherapie	
Tumorerkrankung-Supportiv / Schmerz			BM	x	x		wenn tagesklinische Versorgung nicht möglich	
Tumorerkrankung-Chemotherapie			BM	x	x		wenn tagesklinische Versorgung nicht möglich	
Asthma bronchiale	J45		INT-Pulmologie	BM	x			heutzutage sehr selten
Asthma bronchiale	J45			EM	x		x	
COPD, chron. Bronchitis	J41, J44, J42	BM		x	x	x	enges Monitoring und ärztliche und konsiliarärztliche Verfügbarkeit sind notwendig, da rasante Verschlechterungen möglich	
Lungenembolie	I26	BM		x	x	x	kardiopulmonal stabil, z. B. nach Primärtherapie	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Pneumonie	J12 - J14, J15, J16 - J18	INT-Pulmologie	BM	x			stationär bei ausgeprägten Komorbiditäten
Pneumonie	J12 - J14, J15, J16 - J18		EM	x			
spastische Bronchitis	J20, J40, J44		BM	x			können nachts schnell exazerbieren, daher muss Arzt schnell vor Ort sein können
rheumatologische Erkrankungen (z. B. Erkrankungsschub)	M79, M06 (M00-M25)	INT-Rheumatologie	BM	x	x		wenn tagesklinisch nicht durchführbar
rheumatologische Erkrankungen (z. B. Erkrankungsschub)	M79, M06 (M00-M25)		EM	x		x	
Abszess (unkompliziert)	L02	Chirurgie	BM		x		
eingewachsener Zehnnagel			BM		x		
Fingerphlegmone	L03		BM	x	x		nur kontextabhängig, sonst ambulant möglich
Knöcheltorsion	S93		BM	x	x	x	Physiotherapie, EAV von Kontext abhängig
Lymphangitis	L03, I89.1		BM	x			
oberflächliche Verletzungen	S00, S20, S30, S70		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
postoperative Versorgung			BM		x		unklare Versorgungssituation
Radiusfraktur	S52		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
Rippenfraktur	S22		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich
Sehnenverletzung	T14, M65, M67, S76, S86, S96		BM	x	x	x	Physiotherapie, EAV von kontextabhängig

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Allergie-anaphylaktische Reaktion	T78	Dermatologie	BM	x			
Allergie-Hyposensibilisierung	Z51.6		EM	x			Kooperation mit / Präsenz von Allergologen sinnvoll
atopisches Ekzem	L20		BM	x	x		bei schwerem Hautbefall, Superinfektion etc.
Borreliose	A69		BM	x			bei Resistenz vs. orale Antibiotika, Neuroborreliose
Dekubitus / chron. Wunden / Diabetisches Fußsyndrom	L89		BM	x	x		nicht ambulant führbar, Superinfektion, Exsikkose
Sonstige Virusinfektionen, durch Haut-/ Schleimhaut-Läsionen gekennzeichnet anderenorts nicht klassifiziert	B08		BM	x	x		häusl. Umgebung, Krankheitsschwere
Zoster [Herpes zoster]	B02		BM	x	x	x	i.v.-Medikation bei z. B. Kopf-Hals-Befall / schwerem Verlauf, nicht ambulant führbar, AZ-Verbesserung
Erysipel	A46		BM	x			
gyn.-chirurgische Eingriffe		Gynäkologie	EM	x		x	Abrasio, Bauchspiegelung, ggf. Mammachirurgie, bei Kooperation oder Angliederung einer gynäkologischen Praxis möglich
Hyperemesis während Schwangerschaft	O21		BM	x	x		bei Exsikkose, Elytentgleisung
Lungenreifeinduktion	P22.0		BM	x			bei Risikokonstellation für Lungenödem
Salpingitis und Oophoritis	N70		BM	x			
Schwangerschaftsbetreuung und Überwachung	O26, O47		BM	x	x		

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
Akute Infektion v. Larynx und unteren Atemwegen	J04, J22	HNO	BM	x	x		wenn klinisch nicht ambulant möglich
akute Pharyngitis / Atemwegsinfektion	J02, J06			x	x		wenn klinisch nicht ambulant möglich
akute Sinusitis	J01		BM	x			wenn klinisch nicht ambulant möglich
Hörsturz	H91		BM		x		Durchführung der Therapie in EAV nach Diagnose durch Spezialisten
Perichondritis (Ohr)	H61.0		BM	x	x		je nach Krankheitsschwere
Sialadenitis	K11.2		BM	x	x		Kombination mit Exsikkose häufig
Störungen der Vestibularfunktion	H81		BM	x			Durchführung der Therapie in EAV nach Diagnose durch Spezialisten
Tonsillitis, Peritonsillar cellulitis / Abszess	J03		BM	x			je nach Expertise: Peritonsillarabszess muss ausgeschlossen sein, ggf. primär i.v.-Antibiose abwarten vor chirurgischem Eingriff - Cave Atemnot
Commotio cerebri	S06.0	Neurologie	BM	x			
Epilepsie	G40		BM	x			ggf. ambulante Diagnostik veranlassen
Kopfschmerz	G44, R51		BM	x		x	
Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	G50		BM	x	x		
Multiple Sklerose	G35		EM		x	x	
Multiple Sklerose, Schubtherapie	G35		BM	x			
Status migraenosus	G43.2		BM	x			
Polyneuropathie	G62		BM		x		
Arthropathien	M05-M19, M22, M23	Orthopädie	BM				
Rückenschmerzen, Spondylose	M54, M47		BM		x		wenn klinisch oder sozial nicht ambulant möglich

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Typisierung				Konkretisierung			
				EAV-Aufnahmegrund			Anmerkungen & Erläuterungen
Indikation	ICD-10	Fachbezug	Basis-/Erweiterungsmodul	Indikations-spezifisch	kontext-abhängig	IGZ sinnvoll	Ein-/Ausschlusskonditionen & Konkretisierung Patientencharakteristika
akut obstruktive Bronchitis bei Kindern	J20	Pädiatrie	BM	x	x		wenn qualifiziertes elterliches Monitoring nicht ausreichend sicher angenommen werden kann
Fieberkrampf	R56.0		BM	x			
Gastroenteritis bei Kindern	A00-A09, K52		BM	x			
Pyelonephritis bei Kindern	N10-N12		BM	x			
Angststörung	F41	Psychiatrie	BM	x			
Demenz	F00, F01 - F03		BM	x		x	zeitlich kompakte Komplexdiagnostik
Depression (+ Manie)	F30, F31, F32, F33, F34		BM	x	x	x	ggf. Ausgangspunkt für weiteres therapeutisches Angebot
Substanzabusus	F10, F11, F19		BM	x		x	EAV ggf. in stark stigmatisierten Bereichen niederschwelligeres Angebot (z. B. Schlafmittelabusus)
Verwirrheitszustände (Delir, Demenz, akut psychotische / wahnhafte Störung)	F00, F01 - F03, F05, F20, F29		BM	x	x	x	primär oder sekundär (Infekte, Dekompensation, Medikamenten-UAW etc.), EAV wahrscheinlich weniger Trigger für Aggravation und Entstehen der psychiatrischen Symptomatik aufgrund vertrautem Umfeld, weniger fremden Reizen durch "Hightech-Medizin" und engere Anbindung der Angehörigen und des sozialen Umfelds
Somatoforme Störung	F45		BM	x			
akuter Harnverhalt	R33		Urologie	BM			
Entzündliche Krankheiten der Prostata	N41 (exkl. N41.2)	BM		x	x		
Harnwegsinfekt	N39.0	BM		x	x		
Nierenkolik	N23	BM		x			
zahnheilkundliche Intervention in Kurznarkose		Zahnmedizin	EM	x			

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Legende	
Indikation - Datengrundlage	Interviews mit den in Spalte A genannten Fachgruppen sowie zusätzlich aus dem Abrechnungsdatensatz (§21) alle weiteren Ambulant Sensitiven Diagnosen (Filter: > 150 Fälle; Anteil ohne 5er-OPS > 0,8; PCCL = kein Filter; CMP-rel =kein Filter; mVWD = kein Filter) sowie weitere Diagnosen mit mehr als 300 Fällen ohne 5er-OPS pro Jahr (unter Ausschluss von Ops und schweren Fällen [Filter: Fälle ohne 5er-OPS > 300; Anteil ohne 5er-OPS > 0,8; PCCL ≤ 1,5; CMP-rel ≤ 0,8; mVWD = kein Filter])
ICD-10	Rot geschriebene ICD-Codes entsprechen den zusätzlich zu Interviews aus §21 Datensatz ergänzten Diagnosen sowie den ambulant-sensitiven-Diagnosen. (Es wurden somit noch keine formalen Diagnosen aus dem ambulanten Bereich ergänzt)
Fachbezug	zeigt von welcher Fachgruppe die Indikationen vorgeschlagen wurden
Basis-/ Erweiterungsmodul	BM wird in jedem IGZ angeboten, Fokus auf Primärversorgung EM Angebot abhängig von der lokalen Infrastruktur und Expertise
Indikations-spezifisch	Aufnahmegrund ist überwiegend krankheitsbezogen
kontext-abhängig	Aufnahmegrund ist überwiegend kontextabhängig, wobei sich Kontext sowohl auf den Patienten, als auch auf die vorhandene Angebots-Infrastruktur bezieht
IGZ sinnvoll	wenn integrierte Versorgungselemente eines IGZ für die Versorgung besonders unterstützend sind

Legende – Abkürzungen	
AZ	Allgemeinzustand
BM	Basismodul
CED	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
CMP	Case Mix Punkte
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
EM	Erweiterungsmodul
EpA	Ergebnisorientiertes Pflegeassessment
HB	Hämoglobin
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
INT	Internistisch (die Innere Medizin betreffend)
i.v.	Intravenös
LEP	Leistungserfassung Pflege
mVWD	Mittlere Verweildauer
ÖGD	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patientenbezogener Gesamtschweregrad bzw. Patient Clinical Complexity Level

Art der Leistung	Leistung	Basis-/ Erweiterungs- modul	Anmerkungen													EAV zwingend	EAV kontextabhängig	Anmerkungen												
			ärztlich (Team)	ärztlich (Konsil)	pflegerisch	MFA/VERAH, NäPa	Sozialarbeit	Psychotherapie	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	MTA	Ernährungstherapie	Apotheker	Hebamme															
Therapie, Planung, Koordination	ärztl. Monitoring	BM	X	X														X												
	ärztl. Gespräche	BM	X	X																X										
	Therapieplanung	BM	X		X				X												X									
	Medikation-Anordnung	BM	X																		X									
	Dokumentation, Kommunikation	BM	X		X			X																						
	Video-Konsile	BM	X	X																										
	Video-Sprechstunde	BM	X																											
	Fallbesprechung (auch online)	EM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		
	Case-Management/ Koordination	EM			X	X	X	X	X																	X	u.U. aus der EAV heraus Konsile durchführen			
	aufsuchende Versorgung	EM	X		X	X		X																			X	Hausbesuche seien nicht adäquat finanziert		
	Palliativversorgung	EM	X		X	X		X																				X		
	aktives Disease-Management	EM	X		X	X		X																					X	sinnvoll für jedes IGZ
	Care-Management (Vernetzung der lokalen Akteure)	EM			X	X		X																						
konsiliarische (internistische, pharmakolog.) Visiten	EM	X	X																	X										

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Art der Leistung	Leistung	Basis-/ Erwei- terungs- modul												EAV zwingend	EAV kontextabhängig	Anmerkungen					
			ärztlich (Team)	ärztlich (Konsil)	pflegerisch	MFA/VERAH, NäPa	Sozialarbeit	Psychotherapie	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	MTA	Ernährungstherapie				Apotheker	Hebamme			
Therapie (Schwerpunkt Pflege)	Basispflege	BM			X													X		bessere pflegerische Betreuung insb. bei Menschen mit Behinderung sehr hilfreich	
	Supportive Therapie	BM	X		X					X	X							X			
	Behandlungspflege	BM			X													X			
	aktivierende Pflege	BM			X													X			
	Bilanzieren	BM			X	X												X			
	Kreislauf-Monitoring	BM			X													X			
	Überwachung	BM			X													X			
	Kompressionsverband	BM		X		X															
	Wundversorgung, Hauptpflege	BM			X														X		
	Unterstützung bei Ausscheidung	BM			X														X		Abführen, hoher Schwenkeinlauf vor Interventionen
	Inhalation	BM			X	X													X		
	Katheteranlage	BM			X	X													X		je nach Qualifikation
	Anleitung und Schulung	BM			X	X	X												X		vertiefende Instruktion, Instruktion der Angehörigen

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Legende	
Art der Leistung	alle in Tab. (Indik.-Leist.) genannten Leistungen wurden hier aufgegriffen und den hier aufgeführten Hauptkategorien zugeordnet
Leistung	angebotene Leistungen wurden ebenfalls auf Basis der Interviews, ergänzt durch ärztliche und pflegerische Expertise am Institut, erhoben. Das Leistungsangebot und die korrespondierende Ausstattung hängen stark von der lokalen Infrastruktur (technisch und fachlich) ab
Basis-/Erweiterungsmodul	BM wird in jedem IGZ angeboten, Fokus auf Primärversorgung EM Angebot abhängig von der lokalen Infrastruktur und Expertise
Berufsgruppen	hier wurden die für die Leistungserbringung notwendige Berufe bzw. Expertisen grob definiert
EAV	erweiterte Überwachung mit Übernachtung

Legende – Abkürzungen	
BM	Basismodul
BZ	Blutzucker
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CTG	Kardiotokogramm
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EM	Erweiterungsmodul
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
KM	Knochenmark
MFA	Medizinische Fachangestellte
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
NäPa	Nicht-ärztlicher Praxisassistent
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
RR	Blutdruck
RX	Verschreibungspflichtige Medikamente
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
TEE	Transösophageale Echokardiografie
VERAH	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis

Anhang E: Strukturen

Tabelle 12: Ausstattung/Infrastruktur

Ausstattung/Infrastruktur			
Labor-Diagnostik	Diagnostik	Therapie/Intervention	Rahmeninfrastruktur
"Zentrallabor"	EKG	Verbandswagen, Verbandmaterial	Betten etc.
BGA-Gerät	Langzeit-EKG	Punktions-Set (Aszites, Pleura)	Rufanlage
Mikrobiologie-Diagnostik	Langzeit Blutdruckmessgerät	Inhalator	Video-Konsil-Ausstattung (Videokonsile mit Spezialambulanzen / FÄ können die Vor-Ort- Besuche ersetzen)
Blutzucker-Messgerät	Pulsoxymeter	Infusionszubehör	Video-Sprechstd.- Ausstattung
Urin-Sticks	Vitalparameter-Monitoring	Perfusoren	Schulungsräume/ Gesprächsräume
Troponin-Schnelltest	Waage	Defibrillator	Überwachungsraum mit Monitoren
BB-POC-Gerät	Ultraschallgerät	<i>Reanimationsausrüstung</i>	<i>Telemed (Sono/Echo/ Radiologie/EKG etc.)</i>
iFOB-Test	<i>CTG</i>	<i>Sauerstofftherapie</i>	<i>Rooming-In-Möglichkeit</i>
CRP-POC-Gerät	<i>Doppler</i>	<i>Blaskatheter</i>	<i>Übungsküche</i>
Virologie-Diagnostik	<i>Video-Konsil-Anlage</i>	<i>mobile Anästhesie</i>	
...	<i>Otoskop</i>	<i>kleines chirurgisches Instrumentarium</i>	
	<i>Nasenspekulum</i>		

Legende	
Anmerkungen	hier wurde versucht, eine Standardausstattung (ausgehend von allgemeinmedizinischen Praxen und orientiert an den Leistungsangeboten) zu skizzieren, die in allen EAV-Einrichtungen vorgehalten werden sollte (Standard) und weitere Ausstattungen, die fakultativ (<i>Kursiv</i>) lokal benötigt werden

Legende – Abkürzungen	
BGA	Blutgasanalyse
BB	Blutbild
CRP	C-reaktives Protein
CTG	Wehenschreiber
EKG	Elektrokardiogramm
FÄ	Fachärzte
iFOB	Immunologischer Test auf okkultes Blut im Stuhl
POC	Point of Care

Anhang F: Personal

Table 13: Personal, Qualifikation, Aufgaben

	vor Ort		weitere (ggf. externe) Kooperationspartner	
	Fachgruppe/Beruf	Kompetenzen/ Qualifikation/Funktion	Fachgruppe/Beruf	Anmerkungen, Vorschläge
ärztlicher Personalbedarf	Hausärztliche Internisten	Allgemeinmedizinische	Anästhesie	
	Allgemeinärzte (evtl. Notärzte)		Chirurgie	
		Geriatrische Grundversorgung	Dermatologie	Allgemeinmedizinische Grundversorgung als Kernangebot mit den damit verbundenen Kompetenzen
		Psychosomatik, psychosomatische Grundversorgung	Gynäkologie	
		Psychiatrische Krisenintervention	HNO	
		Reanimation, Notfallversorgung	INT-Diabetologe	Zusätzlich können alle fachärztlichen Leistung im Zentrum angeboten werden
			INT-Gastroenterologie	wo nötig interdisziplinäre/interprofessionelle Abstimmung
			INT-Kardiologie	
			INT-Pulmologie	weitere niedergelassene Fachärzte Einbunden zur konsiliarischen Mitbetreuung
			INT-Rheumatologie	
			Neurologie	<i>gegenseitige Hospitationen der EAV-Ärzte mit kooperierenden Kliniken</i>
			Pädiatrie	
			Pharmakologie	
			Psychiatrie	
			Radiologie (CT, MR, Interventionell)	
			Orthopädie/ Unfallchirurgie	
		Q: Schmerztherapie		
		Notaufnahme		
		Fachärzte s.o. je nach Struktur	Ansprechpartner im KH	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Pflege für die EAV	klinisch erfahrene Pflegekräfte akademisierte Pflege (APN, CHN)	Leitungskompetenz / pflegerische Leitung Case-Management/ Koordination Q: Wundexperte Q: Patientenschulung Q: Diabetesassistent/ Diätassistent Q: Herzinsuffizienz-Nurse Q: Geriatrie (z. B. Zercur®) Q: Onkologiepflege/Palliativ Q: Pain Nurse oder Anaesthesiol. Fachassistent Erfahrung Krisenintervention Psychiatrie	
	MFAs (der Arztpraxen) IGZ-Management	Aufgaben analog Praxen Case-Management/ Koordination Geschäftsführung Administration Personal IT etc	Ergotherapie Ernährungstherapie Logopädie, Sprachförderung Physiotherapie Hebamme Psychotherapeut, Suchttherapeut, (psychologische Betreuung) frühe Hilfen, Frühförderung MTA/MFA-Röntgen Apotheker lokale Suchthilfe ehrenamtl. Strukturen

Kooperation als Partner im Zentrum oder im regionalen Netzwerk
gemeinsame regionale berufsübergreifende Fortbildungen

weitere Anmerkungen der Experten:	
Ärzte	Ärzte der EAV sollten in potenziellen Zuweisendisziplinen (z. B. HNO, Urologie etc.) hospitalisieren und umgekehrt WB-Ermächtigung im IGZ ist wichtig, so können auch WB-Assistenten rotieren
Pflege	die pflegerische Grundversorgung der EAV Patienten wird immer vorausgesetzt Aufgaben können anhand des LEP-Katalogs (Leistungserfassung Pflege) systematisiert werden. LEP wird häufig auch mit EpA (ergebnisorientiertes Pflegeassessment) kombiniert
Team	funktionierendes Team aus Ärzten, Pflegenden und MFA als Basis geriatrisches Team ist sinnvoll: Ärzte, Pflege, Physio, Ergo, Logo Wichtig: neue Aufgabenverteilung mitdenken, im Team definieren
Aufgaben	APNs sollte eine koordinierende Funktion zukommen MFA/VERA: kann auch Hausbesuche machen und ggf. über Video/Telemed angeschlossen sein Qualifikation Praxismanager: Erfahrung in vernetzten Strukturen, med. Hintergrund (z. B. akad. Pflege)

Quelle: (LEP 2021; ePA-CC 2021)

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Legende	
Allgemeine Anmerkung	es wurden sowohl Berufsbezeichnungen/formale Qualifikationen als auch Kompetenzen aufgenommen, wobei die Qualifikationen als wünschenswert (nicht zwingend) anzusehen sind
Kommentare/ Zitate	hier wurden Zitate bzw. Erkenntnisse aus den Interviews zum Thema Personalausstattung ergänzt
Spalte "externe Kooperationspartner"	hier wurden sinnvoll zu involvierenden Berufsgruppen auch auf Basis der Indikationen aufgeführt. Diese sind weder zwingend noch erschöpfend

Legende – Abkürzungen	
Allg.	Alle genannten Qualifikationen und Spezialisierungen wurden als sinnvoll, aber nicht zwingend vorgeschlagen
APN	Advanced Practice Nurses
CHN	Community Health Nursing
CT	Computertomografie
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
EpA	Ergebnisorientiertes Pflegeassessment
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
INT	Internistisch (die Innere Medizin betreffend)
KH	Krankenhaus
LEP	Leistungserfassung Pflege
MFA	Medizinische Fachangestellte
MR	Magnetresonanztomografie
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
VERA	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis
Q	(Mögliche) formale Qualifikationen

Anhang G: Schnittstellen

Tabelle 14: Expertenaussagen zu Schnittstellen

Anmerkungen zu Schnittstellen mit folgenden Einrichtungen:	Anmerkungen der Experten
Klinik, Reha, ambulant etc.	Schnittstellenmanagement sehr wichtig (inkl. Übergang in häusliche/ambulante Versorgung), Entlassmanagement Ansprechpartner, Netzwerk aufbauen, für Konsile und Gerätetechnik
Kurzzeitpflege	Kombination aus Kurzzeitpflegebetten und „ärztlichen Betten“ v.a. aus KH verlegte Patienten haben ärztlichen Bedarf, Vorteil der Betreuung durch eigenen HA
Reha	Möglichkeit, Reha-Angebote zu integrieren (onkologisch, kardiologisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch) Patientenedukation, interdisziplinäre, intensive Betreuung/Schulung, geht teilweise auch ambulant bzw. wohnortnah
SAPV	Onkologische und andere Palliativpatienten in Häuslichkeit oder EAV
Notaufnahme (NA)	In der klinischen NA könnte die meiste Triage stattfinden und von dort entweder stationär/EAV/ambulante Weiterversorgung induziert werden "Wenn die Vergütung für ambulante Diagnostik in der klinischen Notaufnahme kostendeckend wäre, würde es keinen Sinn machen, eine EAV zu nutzen. Die Strukturen dort sind besser"
Fieberambulanz (Covid)	ggf. in IGZ integrieren
Hebammenpraxis	teilstationäre Geburten in EAV
Fachärztl. Konsile	häufig auch über telemed. Anbindung möglich. Z. B. gemeinsame Videosprechstunde HA, Patient mit FA oder Klinik (und ggf. Angehörige), insb. in Corona-Zeiten sehr sinnvoll
Satellitensprechstunden für FÄ	Fachspezialisten könnten mehr Interventionen/Monitoring anbieten, wenn EAV-Infrastruktur vorhanden. Allerdings muss die ärztliche Überwachung bzw. Zuständigkeit geklärt sein
Pflegeheime	ggf. telemed. Konsile anbieten oder EAV zur Vermeidung von Einweisungen
Pflegestützpunkt	

Legende

allg. Anmerkungen	diese Schnittstellen wurden explizit genannt und Einschätzungen der Experten stichwortartig zusammengefasst
-------------------	---

Legende – Abkürzungen

EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
FÄ	Fachärzte
HA	Hausarzt
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
KH	Krankenhaus
NA	Notaufnahme
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Tabelle 15: Expertenaussagen zur Versorgungsebene

Einschätzungen zur Versorgungsebene	Anmerkungen der Experten
EAV insbesondere sinnvoll	wenn Diagnostik stationär sein muss, die Behandlung dann jedoch nicht
	wenn keine Max.diagnostik mehr gewünscht
	für post-Op-Versorgung, wenn häusliche Versorgung noch nicht geklärt
	für Pat. nach langem Intensivaufenthalt
	für poststationäre Kurzzeitversorgung (Therapie- und Versorgungsplanung)
	zur Krisenintervention bis zur Klärung der weiteren Versorgung (bzgl. häusl. Versorgung, Schutzsuchende, Obdachlose etc.)
	Koordinierte Diagnostik, wenn Patienten nicht mobil Bsp.: Abklärung und Versorgung nach Sturz bei Älteren und Klärung häuslicher Versorgung
EAV NICHT sinnvoll:	zur Eignung wenn möglich SOPs erstellen (basierend auf klinischen Leitlinien)
	Monitoring und Therapieoptimierung soweit keine erweiterte Diagnostik notwendig ist - bei akuten Entgleisungen chron. Krankheiten - zur Vermeidung von Entgleisungen chron. Krankheiten
EAV NICHT sinnvoll:	bei akuter Symptomatik mit potenziell schwerwiegenden Komplikationen, potenziell gefährliche / nicht managbare Situationen müssen vermieden werden (z. B. allerg. Asthma, allerg. Schock...)
	bei Akutfällen ist die vorhandene diagnostische Struktur ausschlaggebend, nur dann besteht ein Mehrwert gegenüber der Notaufnahme
Krankenhauseinweisungen sind notwendig wegen:	fehlende Facharzt-Verfügbarkeit (Rheuma, Urologie, Kardiologie....) führt oft zu Klinikeinweisung (A03)
	fehlende diagnostische Möglichkeiten <i>"welche Ausstattung sollte es denn dort geben? Entweder haben die FÄ diese, die sind dann aber nicht in der EAV, oder die Klinik."</i>
	<i>"oft sind es die fehlenden Diagnostikmöglichkeiten im ambulanten Setting, welche zu KH-Einweisung führen. Wenn EAV diese auch vorhält, verwischt die Grenze zum KH"</i>
	fehlende interventionelle Möglichkeiten <i>"was ist der Mehrwert von einer „semistationären“ Struktur, wenn ich doch das klinische Backup brauche"</i>
	<i>"Bsp. Herzinfarkt: wenn eine notwendige Intervention möglich ist, sollte man nicht abwarten"</i>
	fehlende ambulante Kapazitäten (z. B. tägliche Hausbesuche)
Vorteile einer wohnortnahen Versorgung	Vorteil für Ältere, Demente, Mütter, Kinder....
	ggf. Rooming in möglich: Delirgefahr vermindern, Personal entlasten, Anleitung der Angehörigen
	kann die Versorgungskontinuität besser wahren

Legende – Abkürzungen	
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
FÄ	Fachärzte
KH	Krankenhaus
Op	Operation
SOP	Standard Operating Protocol

Literaturverzeichnis

Antony, Katja; Ivansits, Sarah; Fröschl, Barbara (2018): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Zweiter Zwischenbericht zum Arbeitsfortschritt. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien. Online verfügbar unter https://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2018/09/zwischenbericht-2_evaluierung_phc.pdf, zuletzt geprüft am 11.02.2021.

Augurzky, Boris; Bünnings, Christian; Reifferscheid, Antonious; Wasem, Jürgen (2018): Aktualisierung der Bestimmung des Fixkostenanteils von zusätzlichen Leistungen in der stationären Versorgung. Projektbericht im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e. V. in Vertretung aller Landeskrankenhausgesellschaften. In: *RWI Projektbericht*.

Auschra, Carolin; Deisner, Jana; Berghöfer, Anne; Sydow, Jörg (2018): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch. Stiftung Münch. Berlin. Online verfügbar unter https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2018/11/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

BÄK; KBV; AWMF (2019): Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung. 3. Aufl. Online verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage>, zuletzt geprüft am 08.12.2020.

BÄK; KBV; AWMF (2020): Nationale Versorgungsleitlinie COPD – Langfassung. Konsultationsfassung. 2. Aufl. Online verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/themen/copd>, zuletzt geprüft am 10.02.2021.

Barmer (2017): Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem - Koordination und Zusammenarbeit. Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2017. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/105400/0dc0d2e5f96a2803ab782fec297dd3c2/data/dl-bundestagswahl-positionen-barmer.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Baxter, S.; Johnson, M.; Chambers, D.; Sutton, A.; Goyder, E.; Booth, A. (2018): Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. In: *Health Services and Delivery Research* 6 (29). DOI: 10.3310/hsdr06290.

Benstetter, Franz; Negele, Daniel; Lauerer, Michael; Schmid, Andreas (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Berg, T.; Tewarie, L.; Moza, A.; Zayat, R.; Autschbach, R.; Stoppe, C. et al. (2019): Requirements for outpatient care after implantation of a ventricular assist device: Views of patients and their relatives. In: *Herz* 44 (3), S. 257–264. DOI: 10.1007/s00059-017-4636-4.

Berwick, D. M.; Nolan, T. W.; Whittington, J. (2008): The triple aim: care, health, and cost. In: *Health Aff (Millwood)* 27 (3), S. 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759.

Bienkowska-Gibbs, T.; King, S.; Saunders, C. L.; Henham, M-L. (2015): New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS. Online verfügbar unter https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1100/RR1181/RAND_RR1181.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

BKK Dachverband (2020): Gute Pflege durch Vernetzung. Das progressive Konzept der Betriebskrankenkassen könnte zur Blaupause für eine sektorenübergreifende Versorgung werden. Online verfügbar unter <https://www.bkk-dachverband.de/versorgung/pflege/gute-pflege-durch-vernetzung>, zuletzt aktualisiert am 30.09.2020, zuletzt geprüft am 30.04.2021.

Blotenberg, Britta; Hejna, Urszula; Büscher, Andreas; Seeling, Stefanie (2020): Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? In: *Präv Gesundheitsf* 15 (3), S. 226–235. DOI: 10.1007/s11553-019-00753-0.

BMC (2021a): BMC Kongress 2021. Online verfügbar unter https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC21_Programm_Web.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

BMC (2021b): Gesundheitslotsen. Online verfügbar unter <https://www.bmcev.de/gesundheitslotsen/>, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Bodenheimer, Thomas; Sinsky, Christine (2014): From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. In: *Annals of family medicine* 12 (6), S. 573–576. DOI: 10.1370/afm.1713.

Bohm, Steffen; Freiberg, Lutz O.; Supantia, Pramono (2021): Strukturmigration im Mittelbereich Templin. In: *GGW* 21 (1), S. 7–14. Online verfügbar unter https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/assets/gg-wissenschaft/pdf/ggw_0121.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Braeseke, G.; Huster, S.; Pflug, C.; Rieckhoff, S.; Ströttchen, J.; Nolting, H. D.; Meyer-Rötz, S. (2018): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. IGES Institut. Berlin.

Brody, A. M.; Miller, J.; Polevoy, R.; Nakhle, A.; Levy, P. D. (2018): Institutional Pathways to Improve Care of Patients with Elevated Blood Pressure in the Emergency Department. In: *Current Hypertension Reports* 20 (4), S. 30. DOI: 10.1007/s11906-018-0831-9.

BStMGP (2019): Fortführung des Krankenhausstrukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022, 2019 an Träger von Plankrankenhäusern in Bayern.

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (2018): Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels. beschlossen am 30.06.2018 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Brandenburg a. d. Havel. Online verfügbar unter https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Prim%C3%A4rversorgung_-_Land%C3%A4rztemangel.pdf.

Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich: Bundesministerium für Gesundheit, Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur.

Bund-Länder-AG (2019): Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe. Online verfügbar unter https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/Novelle_Berufsgesetz/Bund-La__nder-Arbeitsgruppe_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe_Fragenkatalog_Verba__ndebeteiligung.pdf.

Bund-Länder-AG (2020): Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“. Online verfügbar unter https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-01-14-BLAG_S%C3%9CV_Fortschrittsbericht-%C3%9Cberarbeitung.pdf.

Bündnis 90/Die Grünen (2021): Programmmentwurf zur Bundestagswahl 2021. Online verfügbar unter https://cms.gruene.de/uploads/documents/2021_Wahlprogrammmentwurf.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2021.

Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Community Health Nursing - Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

BVMD (2018): Positionspapier. Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels.

BVMed (2021): BVMed-Positionspapier zur Bundestagswahl 2021. Online verfügbar unter <https://www.bvmed.de/download/bvmed-positionspapier-zur-bundestagswahl-2021>.

DEGAM: Fachdefinition. Online verfügbar unter <https://www.degam.de/fachdefinition.html>.

DEGAM (2018): Wir brauchen ein Primärarztsystem. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Online verfügbar unter https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Prim%C3%A4rarztversorgung_final_NEU.pdf.

Desmedt, M.; Vertriest, S.; Hellings, J.; Bergs, J.; Dessers, E.; Vankrunkelsven, P. et al. (2016): Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review. In: *Value Health* 19 (6), S. 892–902. DOI: 10.1016/j.jval.2016.05.001.

Dieckelmann, M.; Petersen, J. J.; Güthlin, C.; Reinhardt, F.; Plath, J.; Jeitler, K. et al. (2020): Healthcare experiences of patients with chronic heart failure in Germany: a scoping review. In: *BMJ Open* 10 (10). DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037158.

Duale Hochschule Baden-Württemberg: Physician Assistant - Arztassistent. Berufsperspektiven und Einsatzgebiete. Online verfügbar unter <https://www.karlsruhe.dhbw.de/pa/berufsperspektiven-einsatzgebiete.html#anchor-main-content>.

ePA-CC (2021): Die Methode ePA. Online verfügbar unter <https://www.epa-cc.de/methode.html>, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Evans, J. M.; Matheson, G.; Buchman, S.; MacKinnon, M.; Meertens, E.; Ross, J.; Johal, H. (2015): Integrating cancer care beyond the hospital and across the cancer pathway: a patient-centred approach. In: *Healthc Q* 17 Spec No, S. 28–32.

FDP (2021): Programmentwurf der Freien Demokraten zur Bundestagswahl 2021. Leitantrag des Bundesvorstandes zum 72. Ord. Bundesparteitag der Freien Demokraten am 14.-16. Mai 2021 (vorbehaltlich der Überprüfung des Wortprotokolls). Online verfügbar unter <https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2021/04/16/programmentwurf-nie-gab-es-mehr-zu-tun-2.pdf>, zuletzt geprüft am 27.04.2021.

Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M. (2015): Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? In: *International journal of nursing studies* 52 (3), S. 727–743. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.

Freund, Tobias; Campbell, Stephen M.; Geissler, Stefan; Kunz, Cornelia U.; Mahler, Cornelia; Peters-Klimm, Frank; Szecsenyi, Joachim (2013): Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. In: *Annals of family medicine* 11 (4), S. 363–370. DOI: 10.1370/afm.1498.

G-BA (Hg.) (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur/QSFFx-RL. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2359/QSFFx-RL_2020-12-02_iK-2021-01-01.pdf.

G-BA (2021): G-BA aktuell Nr. 1/2021. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/presse/newsletter/175/>.

GKV-Spitzenverband (2015): Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen - GIA) i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß § 118a SGB V

vom 15.07.2015. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/gia/Vereinbarung_nach__118a_SGB_V_i_d_F_aus_BSA_inkl_Anlagen_Fassung_vom_18082015.pdf.

Groening, Michael; Schwarz, Tobias; Lock, Guntram (2013): Versorgung älterer Notfallpatienten: Hightouch statt Hightech. In: *Dtsch Arztebl International* 110 (7), S. 262–265.

Gunzinger, Philipp (2014): Gesundheitszentrum Unterengadin. In: Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz // Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse. Neuägeri: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Matière à réflexion, n° 1), S. 48.

Gysin, S.; Sottas, B.; Odermatt, M.; Essig, S. (2019): Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. In: *BMC Fam Pract* 20 (1), S. 163. DOI: 10.1186/s12875-019-1055-z.

Hahn, Ursula; Awe, Burkhard; Koch, Jörg; März, Markus (2019): Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 24 (02), S. 69–77. DOI: 10.1055/a-0590-7298.

Hartmannbund (2017): „Wollen die Jungmediziner im Südwesten noch Hausarzt werden?“. Online verfügbar unter <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/umfragen/arbeitsbedingungen/wollen-die-jungmediziner-im-sudwesten-noch-hausarzt-werden/>, zuletzt geprüft am 30.04.2021.

Hedman, Mante (2016): Sjukstugor i Lapplands glesbygd. In: *AllmänMedicin Tidskrift För Svensk Förening För Allmänmedicin*, Bd. 2. 37 Bände. Göteborg: Svensk förening för allmänmedicin, S. 42–44.

Hentschker, Corinna; Leclerque, Gregor; Mostert, Carina (2020): Die Krankenhausbudgets 2017 und 2018 im Vergleich. In: Jürgen Klauber (Hg.): *Krankenhaus-Report 2020*. [S.l.]: Springer Berlin Heidelberg, S. 387–411.

Heyder, Ralf (2015): Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer, S. 99–113.

Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar et al. (2020): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. Online verfügbar unter https://optimedis.de/files/Aktuelles/2020/IV-als-Regelversorgung_Vollversion.pdf, zuletzt geprüft am 07.12.2020.

Hölscher, Andreas; Leyh, Gabriela; Plötze, Winfried; Szczepanski, Frank (2019): 10-Punkte-Papier. Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Hg. v. Barmer. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/194426/079d2efe3591dbc7c2a40c73908c16aa/data/10-punkte-papier.pdf>, zuletzt geprüft am 25.02.2021.

KBV (2019): Berufsmonitoring. Medizinstudierende 2018. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf, zuletzt geprüft am 01.03.2021.

Koch, R.; Polanc, A.; Haumann, H.; Kirtschig, G.; Martus, P.; Thies, C. et al. (2018): Improving cooperation between general practitioners and dermatologists via telemedicine: study protocol of the cluster-randomized controlled TeleDerm study. In: *Trials* 19 (1), S. 583. DOI: 10.1186/s13063-018-2955-2.

Kodner, Dennis L.; Spreeuwenberg, Cor (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. In: *International journal of integrated care* 2. DOI: 10.5334/ijic.67.

Krause, Olaf; Wiese, Birgitt; Doyle, Ina-Merle; Kirsch, Claudia; Thürmann, Petra; Wilm, Stefan et al. (2019): Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). In: *BMC Geriatrics* 19 (1), S. 24. DOI: 10.1186/s12877-019-1027-0.

Kruse, Waltraut; Schettler, Gotthard (2011): Allgemeinmedizin. 2. Aufl. Berlin: de Gruyter (Lehrbuch mit Repetitorium).

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

LEP (2021): Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.lep.ch/de/>, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Loos, Stefan; Albrecht, Martin; Zich, Karsten; Bertelsmann Stiftung (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung.

Maier, C. B.; Batenburg, R.; Birch, S.; Zander, B.; Elliott, R.; Busse, R. (2018): Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect? In: *Health Policy* 122 (10), S. 1085–1092. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.07.016.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Online verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pdf.

Neumann, Karsten; Gierling, Patrick; Dietzel, Jean (2014): Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. IGES im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Berlin (Gesundheit/Morbidität/Bildung), zuletzt geprüft am 20.04.2020.

OECD (2019): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_german.pdf.

Öffentlicher-Dienst.info (2021): Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst, P-Tabelle 2020. Gültigkeit der Tabelle: 01.03.2020 - 31.03.2021. Online verfügbar unter <https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/sue?id=tvoed-p-2020&matrix=1>, zuletzt geprüft am 02.06.2021.

Österreichische Sozialversicherung: Primärversorgungseinheiten. Online verfügbar unter <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&viewmode=content>, zuletzt geprüft am 08.02.2021.

Philipps, Annika; Joos, Stefanie; Fiedler, Magdalena; Sturm, Heidrun (2020): Sektorenübergreifende Kommunikation am Beispiel onkologischer Patienten in der Region Tübingen – Stuttgart (OnkoKom). Abschlussbericht. Universitätsklinikum Tübingen. Online verfügbar unter https://www.medizin.uni-tuebingen.de/files/view/OyxogWnM8Jone2ZB27zrqmAk/2020_09_07_freigegeben%20Projektbericht_Onkokom_final.pdf.

PraCMan: Das Versorgungsmodell PraCMan. Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten. Online verfügbar unter <https://www.hausarzt-bw.de/pracman>.

Preusker, U.; Böcken, J.; Busse, R. (2019): Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung. In: *MVF* 12 (05/2019), S. 62–67. DOI: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2175.

Rechtsinformationssystem des Bundes (2017): Gesamte Rechtsvorschrift für Primärversorgungsgesetz, Fassung vom 12.11.2017. Online verfügbar unter https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2017/04/2017_PrimVG.pdf.

Rich, Eugene; Lipson, Debra; Libersky, Jenna; Parchman, Michael (2021): Coordinating Care for Adults With Complex Care Needs in the Patient-Centered Medical Home: Challenges and Solutions. WHITE PAPER. Agency for Healthcare Research and Quality.

Ryan J; Doty M; al, et; M, Brodie (2015): Primary Care Providers' Views of Recent Trends in Health Care Delivery and Payment - The Commonwealth Fund ((Keine Angabe)).

2017: S3-Leitlinie Multimorbidität. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-047I_S3_Multimorbidaet_2018-01.pdf.

Schaller, Philippe (2014): CITÉ GÉNÉRATIONS – MAISON DE SANTÉ. In: Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz // Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse. Neuägeri: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Matière à réflexion, n° 1).

Schaller, Philippe; Chichignoud, Carole (2008): Cité générations espace santé. Une structure au cœur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie. In: *Gérontologie et société* 31 / 124 (1), S. 129–146. DOI: 10.3917/g.s.124.0129.

Schmid, Andreas; Günther, Sarah; Baierlein, Jochen (2020a): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Stuttgart.

Schmid, Andreas; Hacker, Jan; Rinsche, Florian; Distler, Franziska (2018): Intersektorale Gesundheitszentren : Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser. Berlin. Online verfügbar unter <https://epub.uni-bayreuth.de/3852/>.

Schmid, Andreas; Hauff, Tobias; Kramer, Marion (2020b): BMC-Kongress 2020. Posterbeitrag: Ein Jahr Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) – eine Bestandsaufnahme. Berlin.

SPD (2021): Das Zukunftsprogramm. Wofür wir stehen. Was uns antreibt. Wonach wir streben. Online verfügbar unter https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Partei-spitze/20210321_Zukunftsprogramm_Leitantrag.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.05.2021, zuletzt geprüft am 27.04.2021.

Steinhäuser, Jost; Joos, Stefanie; Szecsenyi, Joachim; Götz, Katja (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 89 (1), S. 10–15.

Stumm, J.; Thierbach, C.; Peter, L.; Schnitzer, S.; Dini, L.; Heintze, C.; Dopfmer, S. (2019): Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners - a qualitative study. In: *BMC Fam Pract* 20 (1), S. 160. DOI: 10.1186/s12875-019-1048-y.

Sturm, H.; Wildermuth, R.; Stolz, R.; Bertram, L.; Eschweiler, G. W.; Thomas, C. et al. (2019): Diverging Awareness of Postoperative Delirium and Cognitive Dysfunction in German Health Care Providers. In: *Clin Interv Aging* 14, S. 2125–2135. DOI: 10.2147/CIA.S230800.

Sundmacher, L.; Fischbach, D.; Schuettig, W.; Naumann, C.; Augustin, U.; Faisst, C. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates

be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: *Health Policy* 119 (11), S. 1415–1423. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf.

SVR (2017): Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland. Werkstattgespräch. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf.

SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf.

Thijssen, W. A.; Kraaijvanger, N.; Barten, D. G.; Boerma, M. L.; Giesen, P.; Wensing, M. (2016): Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. In: *BMC Health Serv Res* 16, S. 149. DOI: 10.1186/s12913-016-1400-z.

Tuschen, Guido (2018): Das Klinik MVZ in Krankenhausträgerschaft – Bestandsaufnahme und Perspektive: Theorie und Praxis in einem Krankenhaus MVZ: Dichtung, Verklärung und Wahrheitssuche. Düsseldorf, zuletzt aktualisiert am 14.11.2018, zuletzt geprüft am 04.02.2021.

Valentijn, Pim P.; Schepman, Sanneke M.; Opheij, Wilfrid; Bruijnzeels, Marc A. (2013): Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. In: *International journal of integrated care* 13. DOI: 10.5334/ijic.886.

van den Berg, Neeltje; Meinke, Claudia; Heymann, Romy; Fiss, Thomas; Suckert, Eileen; Pöller, Christian et al. (2009): AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel: model project evaluation regarding quality and acceptance. In: *Dtsch Arztebl Int* 106 (1-2), S. 3–9. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003.

Wehkamp, Karl-Heinz; Naegler, Heinz (2017): Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus // The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. In: *Dtsch Arztebl Int* 114 (47), S. 797–804. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0797.

Wiegand, H. F.; Saam, J.; Marschall, U.; Chmitorz, A.; Kriston, L.; Berger, M. et al. (2020): Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. In: *Dtsch Arztebl Int* 117 (27-28), S. 472–479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.

World Health Organization: Primary health care. Online verfügbar unter https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.

World Health Organization (2008): Integrated Health Services - What and why? Online verfügbar unter https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.