

Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept

New Forms of Cooperation Between The Outpatient and Inpatient Sectors: An Innovative Funding Concept



Autoren

Laura Schang^{1*}, Leonie Sundmacher^{1*}, Eva Grill^{2*}

Institute

- 1 Fachbereich Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität München, München
- 2 Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Schlüsselwörter

Kontinuität der Versorgung, intersektorale Versorgungsnetzwerke, Qualitätsindikatoren

Key words

Continuity of care, intersectoral networks, quality indicators

online publiziert 4.2.2019

Bibliografie

Gesundheitswesen 2020; 82: 514–519

DOI 10.1055/a-0829-6465

ISSN 0941-3790

© 2020. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purpose, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Laura Schang
Department of Health Services Management
Ludwig-Maximilians-Universität München
Schackstraße 4
80539 München
schang@bwl.lmu.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Die Kontinuität der Versorgungs- und Informationskette an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist nicht immer gewährleistet. Um Übergänge zwischen den Sektoren wie Aufnahme und Entlassung

aus der stationären Einrichtung zu verbessern und dem Koordinationsbedarf von Patienten mit komplexen Erkrankungen oder multiplen Risikofaktoren gerecht zu werden, wurden Eckpunkte für ein Förderkonzept entwickelt.

Methodik Im Rahmen der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV) wurden konzeptionelle Grundlagen für die Förderung von sektorenübergreifenden Kooperationen entwickelt.

Ergebnisse Das Konzept für neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor umfasst die Förderung von Strukturen intersektoraler Versorgungsnetzwerke und den modularen Ausbau durch innovative Konzepte, die der patientenzentrierten Verbesserung der Kommunikation und Koordination der Versorgung dienen. Dazu zählt auch der Aufbau eines Case Managements zur Unterstützung der Koordination an sektoralen Schnittstellen. Folgende Module werden vertiefend erläutert: sektorenübergreifende, integrierte Behandlungspfade; Entlassmanagement; intersektorale Qualitätszirkel; strukturierte Pharmakotherapie; Einbindung von Akteuren aus der Pflege und der Rehabilitation; und Gesundheitsförderung und Prävention. Abschließend wird die Bedeutung einer systematischen und vergleichenden Evaluation der Netzwerke erörtert.

Schlussfolgerung Damit wirksame Impulse für die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation gesetzt werden, sollten zielgerichtete Module zur Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung an zentralen Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor gefördert werden. Die verpflichtende Evaluation sollte netzwerkübergreifend anhand validierter Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität als auch entlang netzwerkspezifischen Zielen erfolgen.

ABSTRACT

Introduction Continuity in information and care at the interface between inpatient and outpatient sectors is not always guaranteed. The aim of the study was to develop a funding concept to improve transitional situations such as admission and discharge from inpatient care and to meet the coordination needs of patients with complex diseases or multiple risk factors. **Methodology** Conceptual foundations to support cross-sectoral cooperation were developed by the Bavarian State Working Group on Health Services Research (LAGeV).

* Die Autorinnen haben gleichermaßen zum Manuskript beigetragen.

Results New forms of cooperation in the outpatient and inpatient sectors should promote intersectoral care networks and modules to foster patient-centered communication and coordination of care. This includes setting up case management systems to support coordination at sectoral interfaces. In the present study, the following modules are explained in more detail: integrated care paths, discharge management, inter-sectoral quality circles, structured pharmacotherapy, involvement of the nursing and rehabilitation sector, and

health promotion and prevention. Finally, the importance of systematic and comparative evaluation of the intersectoral networks is discussed.

Conclusion To provide effective impulses for the improvement of intersectoral cooperation, a funding concept should include targeted modules to improve patient-centered care at the interface between the inpatient and outpatient sectors. Systematic evaluation should be compulsory, using both generic quality indicators and network-specific targets.

Einführung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und die damit verbundene Reduktion von Unter-, Über- und Fehlversorgung, insbesondere beim Übergang der Patienten zwischen den Sektoren, bleibt eine zentrale Steuerungsaufgabe im deutschen Gesundheitswesen [1]. Während Deutschland im internationalen Vergleich über relativ hohe medizinische Angebotskapazitäten verfügt, mangelt es an einer bedarfsgerechten Koordination ambulanter und stationärer Leistungen [1]. Im Jahr 2016 berichteten etwa 28 % der befragten Erwachsenen ab 18 Jahren in Deutschland, die innerhalb der letzten 2 Jahre einen Krankenhausaufenthalt hatten, von Problemen beim Entlassmanagement, darunter die fehlende Organisation der ambulanten Nachsorge und des Medikationsmanagements [2].

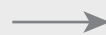
Bestehende Instrumente zur Förderung der intersektoralen Versorgung umfassen die Implementierung neuer Versorgungsformen außerhalb der Regelversorgung (gemäß § 140a SGB V) sowie den Aufbau einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch interdisziplinäre Gruppen aus niedergelassenen Ärzten und/oder Krankenhäusern, die bislang für definierte seltene Erkrankungen (u. a. Mukoviszidose), Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (u. a. rheumatische Erkrankungen) oder hochspezialisierte Leistungen (u. a. Brachytherapie) möglich ist (§ 116b SGB V). Zudem haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang zwischen Leistungsbereichen (§ 11 SGB V), insbesondere auf ein Entlassmanagement bei Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V), das durch den Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 nochmals konkretisiert wurde.

Für eine sektorenübergreifende Organisation der Versorgung müssen versorgungsbezogene Aufgabenfelder möglichst umfassend adressiert werden, die für eine kontinuierliche, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung bedeutsam sind. Eine patientenzentrierte Versorgung wird hier als eine umfassende Koordination der Versorgung verstanden, die sich primär am medizinischen Bedarf, den Präferenzen und der persönlichen Situation der Patienten statt an der Behandlung einzelner Krankheiten durch getrennt agierende Leistungserbringer orientiert [3].

Im Rahmen dieser und weiterer Herausforderungen wurde die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV) als Kommunikationsplattform zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis eingerichtet, um die evidenzbasierte Versorgungsforschung in Bayern weiterzuentwickeln. In einem ersten Memorandum [4] zu den wichtigsten Forschungsprioritäten wurden die Schnittstellen- und Vernetzungsforschung und innovative medizinische Versorgungskonzepte an erster Stelle genannt. Im Auftrag des Bayerischen Ministeriums für Gesundheit und Pflege wurde daher ein Förderkonzept für neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor im Rahmen der LAGeV entwickelt, dessen Eckpunkte nachfolgend vorgestellt werden. Die Literatursuche erfolgte spezifisch zu den a priori festgelegten Modulen, die für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit bedeutsam sind (siehe auch ► **Abb. 1**), in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed/Medline, Science direct und Scopus sowie auf einschlägigen Webseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine Liste der verwendeten Suchbegriffe findet sich in ► **Tab. 1**. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit nicht um einen systematischen Review sondern um eine konzeptio-

Grundlagen zur Förderung intersektoraler Netzwerke

- **Aufbau eines regionalen ambulant-stationären Kernteams**
- **Stärkung der patientenzentrierten Koordination und Kommunikation in der sektorenübergreifenden Versorgung**
- **Festlegung von Zielen und Indikatoren einer sektorenübergreifenden Versorgung und netzwerkübergreifende Evaluation**
- Evaluation der Ergebnisqualität der intersektoralen Netzwerke anhand der Indikatoren (Performance benchmarking)
- Evaluation und Austausch über erfolgreiche Maßnahmen (Prozessevaluation bzw. practice benchmarking in den Netzwerken)



Vorschläge für Module

- sektorenübergreifende, integrierte Behandlungspfade
- Entlassmanagement
- strukturierte Pharmakotherapie
- Einbindung des Pflege- und Rehabilitationssektors
- Gesundheitsförderung und Prävention
- intersektoraler Qualitätszirkel

► **Abb. 1** Übersicht über das Förderkonzept Eigene Darstellung.

► Tab. 1 Suchbegriffe.

Modul	Verwendete Suchbegriffe
Modul I: Sektorenübergreifende integrierte Behandlungspfade	„Integrated care pathway OR Behandlungspfad * OR „Clinical pathway“
Modul II: Entlassmanagement	„Entlassmanagement“ OR „discharge management“
Modul III: Einbindung von Akteuren der Pflege und der Rehabilitation	„Entlassmanagement“ AND „Pflege“
Modul IV: Strukturierte Pharmakotherapie	„pharmaceutical counselling“ AND „intersectoral medication treatment“
Modul V: Gesundheitsförderung und Prävention	„Intersectoral action“ AND „health promotion“
Modul VI: Intersektorale Qualitätszirkel zur Diskussion gemeinsamer Ziele und Behandlungsergebnisse	„Qualitätszirkel“

nelle Arbeit handelt, wurde auf eine umfassende Auswertung einzelner Studien verzichtet. Die im Folgenden zitierten Studien sind vielmehr beispielhaft mit Hinblick auf wichtige Aufgabenfelder einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu verstehen.

Grundlagen zur Förderung intersektoraler Netzwerke

Im Fokus steht der Aufbau von intersektoralen regionalen Netzwerken, die jeweils ein Kernteam aus ambulant tätigen Haus- und Fachärzten, aus dem Krankenhaussektor und aus dem Bereich der Pflege umfassen. Um Doppel- oder Parallelstrukturen zu vermeiden, sollten die vor Ort bestehenden Ressourcen zweckmäßig eingebunden werden. Hierzu können die Netzwerke die Entwicklung eines Case Managements vorantreiben, das als ein Prozess der koordinierten Zusammenarbeit verstanden wird, welcher die Planung, Koordination und Überwachung von Leistungen für ein bestimmtes Individuum umfasst [5]. Ergänzend zu Modellen, die der Entlastung einzelner Ärzte dienen, orientiert sich das Case Management primär am Bedarf und an der persönlichen Situation der Patienten. Bei Übergängen zwischen den Sektoren und Leistungserbringern soll das Case Management die kontinuierliche Versorgung und den Informationsfluss zwischen den Sektoren verbessern.

Mangelnde Kommunikation und Koordination gelten als zentrale Ursachen für Versorgungsdefizite, die beim Übergang der Patienten zwischen den Sektoren entstehen [1]. Wichtige Maßnahmen betreffen daher die Stärkung einer patientenzentrierten Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren. Nachfolgend werden sechs, auf das Ziel der patientenzentrierten Kommunikation und Koordination ausgerichtete Module erörtert, die beispielhaft wichtige Aufgabenfelder einer sektorenübergreifenden Versorgung veranschaulichen (siehe folgende Abschnitte zu den Modulen).

Module zur Verbesserung der patientenzentrierten intersektoralen Versorgung

Sektorenübergreifende integrierte Behandlungspfade

Integrierte Behandlungspfade (Integrated Care Pathways, ICP) sind strukturierte multidisziplinäre Pläne, welche die wesentlichen Schritte der Therapie definierter Patientengruppen festlegen und damit die Zusammenarbeit im multidisziplinären Team formalisie-

ren [6]. Über evidenzbasierte Leitlinien hinausgehend umfassen ICP nicht nur Empfehlungen für effektive Leistungen, sondern sie definieren auch die lokalen Kooperations- und Überweisungsstrukturen und Verantwortlichkeiten der Beteiligten im Zeitverlauf. Ein Behandlungspfad ist damit eine konkrete Managementanweisung und sektorenübergreifende Gesundheitstechnologie, die „einen idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge ohne Rücksicht auf sektorale Grenzen“ beschreibt [7].

Behandlungspfade können dann effizient sein, wenn Krankheitsverlauf und therapeutische Optionen klar dargestellt werden können [8]. Ein systematischer Cochrane Review fand, dass die Implementierung von Behandlungspfaden die Häufigkeit von akutstationären Komplikationen, insbesondere Wundinfektionen, Blutungen und Pneumonien, verringerte und die Dokumentation dieser Ereignisse verbesserte [9]. Behandlungspfade sollten jedoch nicht nur als Qualitätsinstrument innerhalb einer Institution dienen. Ihr eigentlicher Zweck ist es, den Therapie- und Pflegebedarf definierter Patientengruppen jenseits von einzelnen Versorgungsinstitutionen und in zeitlicher Abfolge zu strukturieren. Innovationspotenzial liegt in der Entwicklung und Umsetzung sektorenübergreifender, integrierter Behandlungspfaden, deren Einhaltung mit der notwendigen digitalen Infrastruktur und unter Einbezug eines Case Managements im Sinne eines Prozess Managements kontrolliert und ggf. verbessert wird.

Entlassmanagement

Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1a SGB V). Um diesen Anspruch durchzusetzen, beauftragte der Gesetzgeber mit dem Versorgungstärkungsgesetz die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V, einen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen, der zum 01.10.2017 in Kraft trat. Um die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie weiterer verordnungs- oder veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) sicherzustellen, dürfen Krankenhausärzte seitdem in begrenztem Umfang Verordnungen für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen ausstellen sowie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung soll möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan für die ambulante Weiterbehandlung erstellt werden [10]. Krankenhäuser sollen Patienten zudem einen Entlassbrief aushändigen, der alle für die Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen umfassen soll (mit Mindestinformationen u. a. zum Entlassbefund und Medikationsplan) [10]. Für Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen soll das Krankenhaus zudem einen zeitnahen Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbaren [10].

Die Umsetzung dieser Vorgaben erfordert personelle Ressourcen und ein effektives Prozessmanagement, das angesichts sinkender Verweildauern im Krankenhaus möglichst bereits bei Aufnahme der Patienten im Krankenhaus beginnt. Hierfür gilt es, Konzepte zu erproben und systematisch zu vergleichen, um das Krankenhauspersonal, niedergelassene Haus- und Fachärzte, den Sozialdienst, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und weitere Akteure effektiv einzubinden.

Einbindung von Akteuren der Pflege und der Rehabilitation
Die Sicherung der Kontinuität der Versorgung ist eine wichtige Aufgabe von Akteuren aus dem Bereich der Pflege. Da die Entlassung aus der Klinik häufig „Versorgungsbrüche“ erzeugt, hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege einen Expertenstandard für Pflegefachkräfte in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen entwickelt, der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisindikatoren zur Qualitätssicherung bei der Krankenhausentlassung formuliert [11]. Zielgruppe sind Patienten mit fortgesetztem Bedarf an poststationärer Pflege und Versorgung, häufig multimorbide und ältere Personen. Überleitungspflege sollte als Bestandteil eines patientenzentrierten Behandlungspfades gesehen werden, bei dem ein effizientes Case Management im Vordergrund steht. In Anlehnung an den Expertenstandard und an einzelne, positiv evaluierte Projekte [12, 13] sind einige Anforderungen an die pflegerische Nachsorge zu stellen. Diese Anforderungen umfassen die Erstellung und Überprüfung von evidenzbasierten Behandlungspfaden, sowie die Identifikation und Motivation aller beteiligten Akteure, auch der Patienten und ihrer Angehörigen, zur Mitarbeit.

Strukturierte Pharmakotherapie

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen können mit dem Überleitungsprozess von ambulanter und stationärer Versorgung in Zusammenhang stehen. Bei der Aufnahme in das Akutkrankenhaus sind Informationsverluste möglich, Patienten (und selbst ihre behandelnden Ärzte) haben nicht immer einen vollständigen Überblick über ihre Medikation oder das benötigte Präparat ist nicht von der Klinikapotheke gelistet. Ein Medikationswechsel kann insbesondere auch durch einen erforderlichen Therapiewechsel notwendig sein. Bei unvollständiger Kenntnis der ambulanten Medikation berücksichtigt das stationäre Medikationsmanagement nicht immer den aktuellen Bedarf des Patienten [14]. Bei Entlassung können weitere Informationsdefizite bei Patienten und niedergelassenen Ärzten entstehen [15]. Internationale Best Practice-Ansätze zur Verbesserung der Pharmakotherapie an intersektoralen Schnittstellen legen nahe, dass elektronische Patientenakten und ein gemeinsamer Zugriff auf die Arzneimitteldaten die Kommunikation zwischen den Sektoren erleichtern [16]. Im Rahmen einer Medikationsüberprüfung bei Aufnahme und Entlassung sollten Fehler in der Arzneimittelliste des Patienten identifiziert und behoben werden, unter Einbezug der Patienten und bei Bedarf auch der Krankenhausapotheke und der Angehörigen [16].

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sollten gleichberechtigt neben Therapie, Rehabilitation und Pflege in ein regionales, intersektorales Gesundheitsnetz integriert werden. Die Weltgesundheitsorganisation unterstreicht die Notwendigkeit, hierfür alle sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit einzubeziehen [17]. Idealerweise werden verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsansätze kombiniert, die einerseits am individuellen Gesundheitsverhalten, andererseits an den äußeren Rahmenbedingungen (Verhältnissen) ansetzen [18]. Von Interesse sind bspw. Modelle präventiver Hausbesuche [19], bei denen nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch Unterstützung zum Selbstmanagement angeboten wird. Bei verhaltenorientierten Maßnahmen ist die Förderung von gesunder Ernährung

und Bewegung hervorzuheben [20] sowie auch die Förderung der Gesundheitskompetenz des Individuums, um gesundheitliche Sachverhalte und Entscheidungen beurteilen zu können [21]. Auch Verhältnisprävention im Sinne eines Risikoscreenings, z. B. zur Sturzprävention, kann so angeboten werden. Über die eher eng gefassten medizinischen Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung hinaus erfordern sie eine systematische interdisziplinäre Verzahnung u. a. mit Gesundheitswissenschaftlern, Physiotherapeuten und Ernährungswissenschaftlern, sinnvollerweise auch im Rahmen etablierter Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und unter Einbezug nichtärztlicher Praxisassistenten.

Intersektorale Qualitätszirkel zur Diskussion gemeinsamer Ziele und Behandlungsergebnisse

Im ambulanten Sektor haben sich Qualitätszirkel seit Mitte der 1990er Jahre deutschlandweit etabliert. Aktuell sind bundesweit regelmäßig mehr als 8500 Qualitätszirkel aktiv, mit etwa 60 000 beteiligten niedergelassenen Haus- und Fachärzten [22]. Qualitätszirkel sind als Kleingruppen von Ärzten definiert, die sich regelmäßig über ihre Arbeit austauschen, die ärztliche Versorgungspraxis diskutieren und konkrete Lösungsvorschläge erarbeiten und überprüfen. Sie dienen dem Zweck, durch interkollegialen Erfahrungsaustausch praxisnahe Hilfestellungen zu erarbeiten [23]. Sektorenübergreifende Fallbesprechungen und systematische Diskussionsrunden über Qualitätsindikatoren und Potenziale zur Verbesserung der Prozesse und Ergebnisse der Versorgung sind bislang nur in vereinzelten Initiativen in Deutschland etabliert. Ein Beispiel bilden die interdisziplinären und sektorenübergreifenden Qualitätszirkel im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE) in Nürnberg, bei denen oftmals Vertreter aus anderen Versorgungsbereichen und Sektoren wie zum Beispiel Apotheker und Klinikärzte teilnehmen [24].

Möglichkeiten der strukturellen Innovation im Rahmen dieses Moduls liegen daher in der Entwicklung intersektoraler Modelle von Qualitätszirkeln, um die lokale Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu gestalten. Dies betrifft die Entwicklung und Umsetzung machbarer Konzepte, um Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren zum regelmäßigen fachlichen Austausch zu bewegen. Ziel ist die Identifikation sinnvoller Strukturen und Prozesse, um den regelmäßigen intersektoralen Austausch zwischen Leistungserbringern und Sektoren in die Versorgung zu integrieren.

Systematische und vergleichende Evaluation

In der Vergangenheit sind viele innovative Projekte im Bereich des sektorenübergreifenden Schnittstellenmanagements ohne systematische und vergleichende Evaluation erfolgt [1]. Dies läuft Gefahr eines ineffizienten Ressourceneinsatzes und einer suboptimalen Ausschöpfung von Lerneffekten für andere Regionen, um die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu verbessern. Eine vergleichende wissenschaftliche Evaluation ist daher zentral. Dies gilt bspw. auch für Projekte, die zeitlich befristet im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a und § 92b SGB V gefördert werden.

Die Güte der Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke sollte anhand definierter Kriterien und Indikatoren evaluiert werden. Auf dieser Basis sollten erfolgreiche Konzepte auf ihre Übertragbarkeit in andere Regionen überprüft werden. Das Evaluationskonzept soll-

te 2-stufig aufgebaut sein, indem die Netzwerke sowohl anhand der selbst gesetzten Ziele als auch anhand allgemeiner, netzwerkübergreifender Ziele und validierter Qualitätsindikatoren evaluiert werden. Damit die Ergebnisse vergleichbar sind, sollte ein Katalog an Qualitätsindikatoren definiert und über alle Netzwerke hinweg erhoben werden. Zu diesem Zweck müssen auch Indikatoren entwickelt werden, mit denen sich die Güte der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor messen lässt.

Ein Beispiel für einen Indikator der sektorenübergreifenden Ergebnisqualität ist die (risikoadjustierte) Rate der Wiedereinweisungen für bestimmte Indikationen [25]. Dies basiert auf der Annahme, dass optimale Behandlungsqualität im Krankenhaus und angemessene ambulante Nachsorge im ambulanten Sektor das Risiko von Wiedereinweisungen vermindert. Wichtige Anknüpfungspunkte liefert hierbei die Weiterentwicklung der bisherigen sektoralen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V, die im Jahr 2018 für 2 Verfahren – die Vermeidung nosokomialer Infektionen/ postoperative Wundinfektionen (QS WI) sowie für Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie (QS PCI) – durchgeführt wurde [26].

Diskussion und Ausblick

Damit sektorenübergreifende Kooperationen zum Wohle der Patienten gelingen können, sollten zentrale Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor adressiert werden. In diesem Artikel wurden exemplarisch sechs Module dargestellt, die an solchen sektoralen Schnittstellen ansetzen, um eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Idealerweise sollten sektorenübergreifende Kooperationen möglichst umfänglich an verschiedenen Schnittstellen ansetzen. Die jeweiligen Maßnahmen, und die zu integrierenden Akteure, sollten an die strukturellen und personellen Herausforderungen vor Ort angepasst werden.

Übergreifende Rahmenbedingungen und Ziele für sektorenübergreifende Netzwerke sollten bundesweit eingegrenzt werden, um gemäß der Maßgabe des § 70 SGB V eine gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für die verpflichtende Evaluation, die netzwerkübergreifend entlang von generischen Qualitätsindikatoren als auch entlang netzwerkspezifischen Zielen erfolgen sollte. Wenn Qualitätsindikatoren erhoben werden, ist auch eine strukturierte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wichtig. Dies sollte im Rahmen der Förderung sichergestellt werden.

Auf lokaler bzw. regionaler Ebene müssen die Strukturen der koordinierten und kooperativen Leistungserbringung entwickelt werden. Im ambulanten Sektor in Deutschland haben sich in den letzten Jahren zunehmend Praxisnetze entwickelt [27], die gemäß § 87b SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen besonders gefördert werden können. Für die Förderung sektorenübergreifender Netzwerke in der Regelversorgung besteht bislang noch keine gesetzliche Grundlage. Vereinzelt bestehende sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und „Leuchtturmprojekte“ [28] außerhalb der Regelversorgung haben sich bislang nicht flächendeckend durchgesetzt, insbesondere angesichts der Komplexität der Umsetzung sowie fehlender finanzieller Anreize für die strukturierte Zusammenarbeit [29]. Internationale Erfahrungen zu Konzepten der vernetzten Versorgung können für Deutschland relevante Im-

pulse liefern. So zeigt die Umsetzung der Accountable Care Organizations, die im Jahr 2010 durch den Patient Protection and Affordable Care Act in den USA eingeführt wurden und die als Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern die koordinierte Versorgung von Patienten verantworten, dass die Implementierung effektiver Management- und IT-Strukturen sowie die Schaffung von Systemen und Anreizen zur Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität zentrale Herausforderungen bleiben [30]. Damit ambulante und stationäre Leistungserbringer koordiniert zum Wohle der Patienten zusammenarbeiten, müssen auch zentrale Voraussetzungen hinsichtlich eines geregelten Informationsaustausches, Vergütung und Qualitätssicherung gelöst werden [31]. Ziel ist es, eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit vor Ort zu fördern und zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen beizutragen.

Danksagung

Die Autoren danken Herrn Prof. Dr. Holleder und der AG1 der LAGEV für ihre Mitwirkung im Rahmen der Studie und dem Bayerischen Ministerium für Gesundheit und Pflege (StMG) für die finanzielle Unterstützung des Gutachtens.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] SVR. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012
- [2] Commonwealth Fund. 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries. Presented at 2016 Commonwealth Fund International Symposium Washington D.C. November 17, 2016
- [3] Mosher D. A Framework for Patient-Centred Care Coordination. *Healthc Manag Forum* 2014; 27: S37–S40
- [4] Holleder A, Braun GE, Dahlhoff G et al. Memorandum „Development of health services research in Bavaria from the perspective of the Bavarian State Working Group ‚Health Services Research (LAGEV)‘: status quo - potential - strategies“. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 180–185
- [5] Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen – Eine Einführung. 2. Auflage Freiburg: Lambertus; 1999
- [6] Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N et al. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133–137
- [7] AQUA-Institut. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; 2010
- [8] Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: What works, for whom, in which circumstances? *Int J Evid Based Healthc* 2009; 7: 61–74
- [9] Rotter T, Kinsman L, James E et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD006632

- [10] GKV-SV, KBV, DKG. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement), vereinbart bzw. durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgelegt zum 17.10.2016. 2016
- [11] DNQP. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2009
- [12] Grill E, Ewert T, Lipp B et al. Effectiveness of a community-based 3-year advisory program after acquired brain injury. *Eur J Neurol* 2007; 14: 1256–1265
- [13] Mangold R, Baur W, Podeswik AS-DI. Systemisches Case Management im Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung in der Pädiatrie. *Case Manag* 2008; 1: 22–27
- [14] Grill E, Weber A, Lohmann S et al. Effects of pharmaceutical counselling on antimicrobial use in surgical wards: intervention study with historical control group. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011; 20: 739–746
- [15] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831–841
- [16] Mehrmann L, Ollenschlager G. Problem areas and examples of best practice in intersectoral medication treatment – a literature review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2014; 108: 66–77
- [17] WHO. Intersectoral action for health – Experiences from small countries in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2016
- [18] Esslinger A, Emmert M, Schöffski O. Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Springer; 2010
- [19] Kruse A. Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann KTK and JH, (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber Verlag; 2014
- [20] Gill TM, Baker DI, Gottschalk M et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002; 347: 1068–1074
- [21] Jordan SHJ. Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2015; 58: 942–950
- [22] KBV. Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung. Stand 26.10.2016. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung;
- [23] KBV. Handbuch Qualitätszirkel. 2. Auflage Köln: Dt. Ärzte-Verlag; 2008
- [24] Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG. Qualitätsbericht 2013. Nürnberg: Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG; 2013
- [25] Sundmacher L, Fischbach D, Schüttig W et al. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. *Health Policy* 2015; 119: 1415–1423
- [26] GBA. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Quali. BAnz 07022018 B2 2018;
- [27] Agentur deutscher Arztnetze e.V. Was sind Arztnetze? http://deutsche-aerztenetze.de/ueber_netze/was_sind_arztnetze.php Zugegriffen: 11. Mai 2017 2014;
- [28] Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K et al. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis. Berlin: MWV; 2006
- [29] Schang L, Czypionka T, Thomson S. Strengthening care coordination: a comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria. London: LSE Health; 2013
- [30] Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A et al. Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges. *Health Policy (New York)* 2014; 118: 1–7. Im Internet: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.019>
- [31] Schmidt S. PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO Diskurs Positionspapier 03/2017. Bonn: 2017