



LGL

Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor

Unter Mitwirkung der Landesarbeitsgemeinschaft
Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV)

Band 2 der Schriftenreihe Versorgungsforschung

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Internet: www.lgl.bayern.de

Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
Fotolia.com - © shefkate

Druck: osterchrist druck und medien GmbH, Nürnberg

Stand: Februar 2017

Autoren: Prof. Dr. Sundmacher, L.* , Dr. Schang, L. K.* , Prof. Dr. Grill, E.*
(*contributed equally).

Unter Mitwirkung der AG1 der LAGeV: Dr. Begemann, E., Diehm, A., Funke, K., Gaßner, S., Haggemüller, J., Dr. Kaplan, M., Dr. Kuhn, J., Prof. Dr. Linde, K., Prof. Dr. Nagels, K., Raible, N., Prof. Dr. Schneider, A., Prof. Dr. Schöffski, O., Spring, S., Dr. Tauscher, M., Dr. Vogel, H., Prof. Dr. Wildner, M., Zellner, A., Dr. Zapf, A., Prof. Dr. Holleder, A.

Gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. Alfons Holleder

Telefon: 09131 6808-2910

E-Mail: LAGeV@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100% Altpapier

ISSN 2510-3881	Druckausgabe
ISSN 2510-0815	Internetausgabe
ISBN 978-3-945332-91-7	Druckausgabe
ISBN 978-3-945332-92-4	Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG UND ZIELE DES GUTACHTENS	5
2	PROBLEMSTELLUNG	6
2.1	Herausforderungen an der Schnittstelle ambulant-stationäre Versorgung	6
2.2	Besondere Herausforderungen in ländlichen Räumen in Bayern.....	9
2.3	Netzwerke zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit: Status quo und Herausforderungen.....	12
3	EMPFEHLUNGEN: FÖRDERUNG NEUER FORMEN DER ZUSAMMENARBEIT IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN SEKTOR	14
3.1	Strukturförderung intersektoraler Netzwerke	14
3.1.1	Gemeinsame Antragstellung eines ambulant-stationären Kernteams.....	15
3.1.2	Einbettung in und Weiterentwicklung bestehender Strukturen	15
3.1.3	Ansiedlung im ländlichen Raum oder Übertragbarkeit aus dem städtischen Raum	15
3.1.4	Förderung der patientenzentrierten Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren	15
3.1.5	Aufbau eines Case Managements zur Ergänzung und Unterstützung der Koordination an sektoralen Schnittstellen im strukturschwachen Raum	16
3.2	Module zur Verbesserung der patienten-zentrierten und intersektoralen Versorgung: Möglichkeiten und Beispiele.....	18
3.2.1	Behandlungspfade für Indikationen von großer Relevanz für die öffentliche Gesundheit.....	18
3.2.2	Entlassungsmanagement.....	22
3.2.3	Intersektorale Qualitätszirkel: Diskussion gemeinsamer Ziele und Behandlungsergebnisse.....	24
3.2.4	Strukturierte Pharmakotherapie	26
3.2.5	Einbindung des Pflege- und Rehabilitationssektors	28
3.2.6	Erweiterte Vorsorge- und Präventionsangebote.....	29
4	BEGLEITENDE WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION	30
5	LITERATURVERZEICHNIS.....	33

Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte systemische Intervention
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisVO	Arzneimittelpreisverordnung
AMRL	Arzneimittelrichtlinie
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BrAVo	Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
DMP	Disease-Management-Programm
DNQ	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICP	Integrated Care Pathways
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LAGeV	Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QuATRo	Qualität in Ärztenetzen – Transparenz mit Routinedaten
QuE	Qualität und Effizienz e. G. (Nürnberg)
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
SVR	Sachverständigenrat
TZB	Therapiezentrum Burgau
UGHO	Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG
VerAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

1 EINFÜHRUNG UND ZIELE DES GUTACHTENS

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und veränderter beruflicher Bedingungen der Ärzteschaft ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und möglichst wohnortnahen medizinischen Versorgung auf hohem qualitativem Niveau eine der wichtigsten politischen Steuerungsaufgaben der nächsten Jahre. Obwohl die Kapazität für die medizinische Versorgung in Deutschland insgesamt ausreichend ist, wirft die Umstrukturierung der Bevölkerung zwischen Ballungs- und ländlichen Gebieten und die sich daraus ergebende Überalterung der ländlichen Räume neue Fragen und Versorgungsprobleme auf. Dazu bedarf es innovativer Versorgungskonzepte, die kompetent identifiziert, bewertet und wissenschaftlich begleitet werden sollten. Es ist dabei ein besonderes gesellschaftliches und wissenschaftliches Anliegen, soziale und regionale Unterschiede zu berücksichtigen und dafür zu sorgen, dass die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum adäquat bleibt.

Im Rahmen dieser und anderer Aufgabenstellungen wurde die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV) als Kommunikationsplattform zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis eingerichtet, um die evidenzbasierte Versorgungsforschung in Bayern weiterzuentwickeln. Im Rahmen dieses Fachgremiums werden Kompetenzen von Wissenschaft und weiterer Beteiligter im Gesundheitswesen in Bayern einbezogen und vernetzt. In einem ersten Memorandum [1] hat die LAGeV kürzlich die wichtigsten Problemfelder und Zukunftsthemen der medizinischen Versorgung in Bayern skizziert und eine Liste der Forschungsprioritäten erstellt. An erster Stelle wurden dabei die Themen Schnittstellen- und Vernetzungsforschung und innovative medizinische Versorgungskonzepte genannt.

Der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor und neuen Formen der Zusammenarbeit in diesen beiden Sektoren kommen hier besondere Bedeutung zu; besonders die Versorgung im ländlichen Raum könnte erheblich profitieren, wenn es gelänge, das hierin liegende Innovationspotenzial auszuschöpfen. Als eines von drei Aufgabenfeldern wurde dies von der LAGeV besonders priorisiert.

Ziel des Gutachtens ist es daher, den aktuellen Wissensstand in Forschung und Praxis zum Thema der neuen Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären

ren Sektor aufzuarbeiten, Wissenslücken und Forschungsbedarf darzustellen und konkrete Empfehlungen für die Umsetzung in ein Förderprogramm zu geben. Besonderes Interesse gilt den einzelnen Modulen, die Bestandteil innovativer Projekte sein könnten.

2 PROBLEMSTELLUNG

2.1 Herausforderungen an der Schnittstelle ambulant-stationäre Versorgung

Traditionell ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland sektoral organisiert und finanziert. Dabei stellt die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor eine besondere Herausforderung dar. Es ist davon auszugehen, dass Patienten mit komplexen und chronischen Erkrankungen, einer hohen Zahl an Begleiterkrankungen und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit eine Vielzahl an verschiedenen Leistungserbringern konsultieren und daher speziellen Beratungs- und Koordinationsbedarf haben. Der Bedarf eines sorgfältigen Managements der Entlassung aus der stationären Behandlung hat sich seit Einführung neuer Krankenhausvergütungssysteme und Fallpauschalen erhöht. Ungeplante kurzfristige Wiedereinweisungen zählen zu den teuersten und häufig diskutierten Konsequenzen [2] unzureichend organisierter Entlassung, um nur ein Beispiel zu nennen.

Es existieren zahlreiche Modelle und Möglichkeiten für Krankenhäuser, an der Schnittstelle ambulant/stationär tätig zu werden, so wie es auch für niedergelassene Ärzte einige wenige Möglichkeiten gibt, Patienten stationär zu behandeln. Etwa 4 % der niedergelassenen Ärzte haben belegärztliche Anerkennung, d. h. das Recht, Patienten im Krankenhaus zu behandeln. Hierzu zählen zum Beispiel operierende Fachärzte, deren Patienten Bedarf an stationärer Nachsorge haben (circa 36 % aller HNO-Ärzte und 19 % aller Urologen) [3]. 9.683 Ärzte in Krankenhäusern haben die Ermächtigung, ambulante Kassenpatienten zu behandeln [4]. Dies gilt jedoch überwiegend für internistisch und chirurgisch tätige Ärzte, die in der Regel in der Notfallversorgung tätig sind. Der Anteil der Krankenhäuser, die systematisch vor Aufnahme und nach Entlassung vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V) über-

nehmen, hat stetig zugenommen und lag 2014 bei 4,5 Millionen vorstationären und 1,0 Millionen nachstationären Fällen pro Jahr [5]. Laut einer Befragung des Sachverständigenrats haben fast 80 % aller befragten Krankenhäuser ein Überleitungs- oder Entlassungsmanagement etabliert [6]. Dies trifft häufiger auf Krankenhäuser mit hoher Bettenzahl und in öffentlicher Trägerschaft zu. Qualitäts- oder Erfolgsmessungen dieser Form krankenhausbasierten Managements gibt es bisher nicht, nimmt man einzelne Projekte, zum Beispiel ein Projekt zum pflegerischen Überleitungsmanagement nach schweren Hirnverletzungen aus [7, 8]. Dieses vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Modellprojekt kombinierte ein koordiniertes Entlassungsmanagement mit Angehörigenseminaren in der letzten Woche des stationären Aufenthalts mit Hausbesuchen und telefonischer Unterstützung der Angehörigen. Alle Maßnahmen waren vom Therapiezentrum Burgau (TZB) koordiniert und individuell auf den Schweregrad der Behinderung abgestimmt. Darauf setzt das derzeit laufende Projekt TEAM des TZB auf. Dabei werden je nach Mobilitätsgrad der Patienten nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation entweder tagesstrukturierende, tagesklinische Maßnahmen durchgeführt oder ein mobiler Fachdienst für immobile Patienten und deren Angehörige angeboten.

Obwohl die sektorenübergreifende Versorgung von Seiten des Gesetzgebers und der Kostenträger gezielt gefördert wird, ist die Schnittstellenproblematik aus Expertensicht noch längst nicht gelöst [6]. Im internationalen Vergleich wird berichtet, dass fachbereichsübergreifende multiprofessionelle Versorgungsmodelle in Deutschland unterentwickelt sind [9]. Dazu zählen zwei Problemfelder, die sich überschneiden, aber nicht deckungsgleich sind. Das erste Problemfeld betrifft die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Betreuung sowie Entlassung aus der stationären Betreuung; das zweite Problemfeld die sektorenübergreifende Versorgung multimorbider Patienten mit besonderen Koordinierungs- und Therapiebedarfen.

Hinsichtlich der ersten Problemstellung, der Schnittstelle zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung, sind die relevanten Aufgaben der vorausschauenden Therapieplanung und Informationsweitergabe zu nennen. Versicherte haben gesetzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (§ 11 Abs. 4

SGB V). Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin benennt mehrere Qualitätskriterien des Schnittstellenmanagements; hierzu zählen Kommunikation mit dem Patienten, Befundübermittlung und Medikationsüberprüfung [10]. Ohne sinnvolle Überleitung und sektorenübergreifende Weiterversorgung besteht das Risiko von Fehl-, Über-, Unterversorgung, unnötiger Verzögerung von weiteren Maßnahmen und insgesamt ineffizienter Behandlung. Ein beträchtlicher Teil der Literatur zu diesem Thema identifiziert Schwachstellen und Risiken. Studien berichten, dass mehr als die Hälfte der ambulanten Verordnungen bei der stationären Aufnahme oder nach der Entlassung verändert wurden [11, 12]. Patienten werden auch bei elektiven Eingriffen in der Regel stationär aufgenommen, ohne dass die detaillierte ärztliche Dokumentation des Hausarztes vorliegt. Damit steigt das Risiko durch fehlerhafte Selbstangaben des Patienten, zum Beispiel über Arzneimittelunverträglichkeiten oder Vorerkrankungen [13]. Vor der Entlassung berichten Patienten, zu wenig Informationen und insgesamt zu wenig Unterstützung bei der Nachbetreuung erhalten zu haben [14]. Über 60 % der chronisch kranken Patienten nahmen Lücken im Entlassungsmanagement wahr [9]. Dazu zählten auch widersprüchliche Angaben der einzelnen Versorger hinsichtlich Prognose und weiterem Therapieverlauf [14]. Besonders kritisch ist die Übergabe bei besonders vulnerablen Patientengruppen, wie zum Beispiel älteren, gebrechlichen Personen mit kognitiven Einschränkungen. Das Ausmaß der zusätzlichen Herausforderungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung von Flüchtlingen entstehen werden, sind im Moment noch nicht abzuschätzen, sollten aber dringend berücksichtigt werden.

Koordinierte Versorgung ist besonders offensichtlich von Vorteil, wenn es darum geht, spezielle Patientengruppen zu versorgen, bei denen die Komplexität der Beratung und Behandlung das Leistungsspektrum einer einzelnen Berufs- oder Fachgruppe übersteigt. Eine schnittstellenübergreifende Versorgung ist derzeit in Disease Management Modellen (DMP), in Modellen integrierter Versorgung, und für Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen, die über einen längeren Zeitraum umfangreiche, interdisziplinäre Versorgung brauchen (§ 116b SGB V in der Neufassung von 2012, Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) möglich. Integrierte Versorgung stößt zunehmend auf Interesse. Ende

2008 waren 6.407 Verträge integrierter Versorgung in Kraft, in die insgesamt etwas mehr als 4 Millionen Versicherte eingeschrieben waren. In Bayern wurden vergleichsweise wenige Verträge (619) mit einer höheren Zahl an Versicherten (insgesamt 1,8 Mio. Versicherte, 2.900 pro Vertrag) abgeschlossen [15]. Bayern war führend mit einer Abdeckung von 17 % aller GKV Versicherten der Region (Bundesdurchschnitt: 6 %). Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe und psychiatrische Erkrankungen waren die in Bayern am häufigsten vertretenen Hauptdiagnosegruppen. An 22 % der Verträge waren sowohl Akutkrankenhäuser als auch niedergelassene Arztpraxen beteiligt. Demenzerkrankte, ältere, multimorbide Patienten, Palliativpatienten und Patienten mit Krebserkrankungen sind typische Zielgruppen von Verbundversorgung. Seit 2009 ist die Palliativversorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in einem integrierten Modell im häuslichen Umfeld möglich, unter verstärkter Rolle der hausärztlich versorgenden Ärzte, die palliativmedizinische Konsiliardienste mit besonderer Fachkompetenz hinzuziehen können, koordiniert von erfahrenen Pflegekräften. Ein weiteres Beispiel ist das Onkologische und Palliativmedizinische Netzwerk Landshut. Es besteht eine systematische Zusammenarbeit von Akutkrankenhaus, dem Hospiz, einer Praxis für Strahlentherapie und Radiologie, und einer onkologischen Tagespraxis. Besonderheit ist hierbei, dass onkologische Patienten ambulant auch an regionalen Krankenhäusern (Rotenburg, Vilsbiburg, Dingolfing) behandelt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Schnittstellenproblematik einerseits in Transitionssituationen wie Aufnahme und Entlassung aus der stationären Einrichtung auftritt, andererseits aber auch Koordinationsbedarf bei Patienten mit komplexen Erkrankungen oder multiplen Risikofaktoren, wie zum Beispiel Multimorbidität im Alter oder Migration, besteht, der derzeit nicht ausreichend gedeckt ist.

2.2 Besondere Herausforderungen in ländlichen Räumen in Bayern

Ländliche Räume stehen vor besonderen Herausforderungen, was die Sicherstellung der medizinischen Versorgung betrifft. Diese Herausforderungen resultieren insbesondere aus den Folgen des demographischen Wandels, einer im Vergleich zu städ-

tischen Räumen geringeren Infrastruktur, sowie Veränderungen in der Verfügbarkeit medizinischen Fachpersonals [16].

Der demographische Wandel stellt eine seit langem bekannte, aber noch unzureichend gestemte Herausforderung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung dar [17]. In Bayern stieg der Altenquotient (die Zahl der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind im Verhältnis zur Zahl der 16- bis 64-jährigen Personen) zwischen 2004 und 2013 von 28 % auf 31 % an [18]. Zu beobachten sind allerdings auffallende regionale Variationen in der Höhe des Altenquotients: während dieser in den Landkreisen Freising und Erding im Jahr 2013 nur bei rund 23 % beziehungsweise 24 % lag, wiesen die Landkreise Wunsiedel im Fichtelgebirge, Garmisch-Partenkirchen und Hof einen Altenquotient von über 40 % auf [18].

Ländliche Räume verfügen über eine im Vergleich zu Städten meist schwächer ausgeprägte Infrastruktur in Bezug auf Verkehrswesen und Einrichtungen der medizinischen Versorgung. In strukturschwachen ländlichen Räumen existieren Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) oftmals nur unter der Woche und in den Schulzeiten [19]. Bei rückläufigen Schülerzahlen wird die Aufrechterhaltung von regelmäßigen und barrierefreien Möglichkeiten der Beförderung zunehmend schwieriger [19]. Insbesondere für Personen mit (zum Beispiel infolge von Alter und Krankheit) eingeschränkter Mobilität führt dies zu Hürden in der Erreichbarkeit von Ärzten. Allerdings ist eine differenzierte regionale Betrachtung erforderlich, da die Situation ländlicher Räume in Bayern heterogen ist in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung (siehe Abbildung 1): wohingegen einige ländliche Kreise im Norden und an Grenzgebieten Bayerns Schrumpfungstendenzen aufweisen (Typ 1, in blau), gibt es auch solche mit Wachstumsansätzen (Typ 2, in grün) oder strukturstarke Wachstumskreise (Typ 3, in gelb).

In Bezug auf das medizinische Fachpersonal lässt sich feststellen, dass die hausärztliche Versorgungsdichte in den meisten bayerischen Kreisen im Vergleich zum Rest Deutschlands überdurchschnittlich gut ist [20]. Dies betrifft insbesondere den Süden Bayerns (siehe Abbildung 2). Dennoch ist eine flächendeckende medizinische

Versorgung mittel- und langfristig nicht unbedingt gesichert. So waren im Jahr 2014 2.940 Hausärzte in Bayern, was fast 32 % entspricht, über 60 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 54,1 Jahren [21]. Auch bei den Psychotherapeuten lag das Durchschnittsalter bei fast 55 Jahren. Der Anteil der über 60-Jährigen betrug 32 %. Die Altersstruktur der Fachärzte war nur unwesentlich jünger: 21 % waren über 60 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 52,6 Jahre [21].

In den nächsten Jahren müssen daher für viele Praxen Nachfolger gefunden werden oder alternative Versorgungsangebote geschaffen werden. In seinem Gutachten zur bedarfsgerechten Versorgung aus dem Jahr 2014 zeigte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [17], dass in einigen ländlichen Räumen insbesondere eine primärärztliche Unterversorgung droht infolge des altersbedingten Ausscheidens von Hausärzten, fehlenden jungen Fachärzten für Allgemeinmedizin und der Reduktion der Lebensarbeitszeit der neuen Arztgeneration. Konzepte zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Sektor müssen daher differenziert erfolgen und ausreichend Spielraum ermöglichen, um die lokalen Gegebenheiten berücksichtigen zu können.

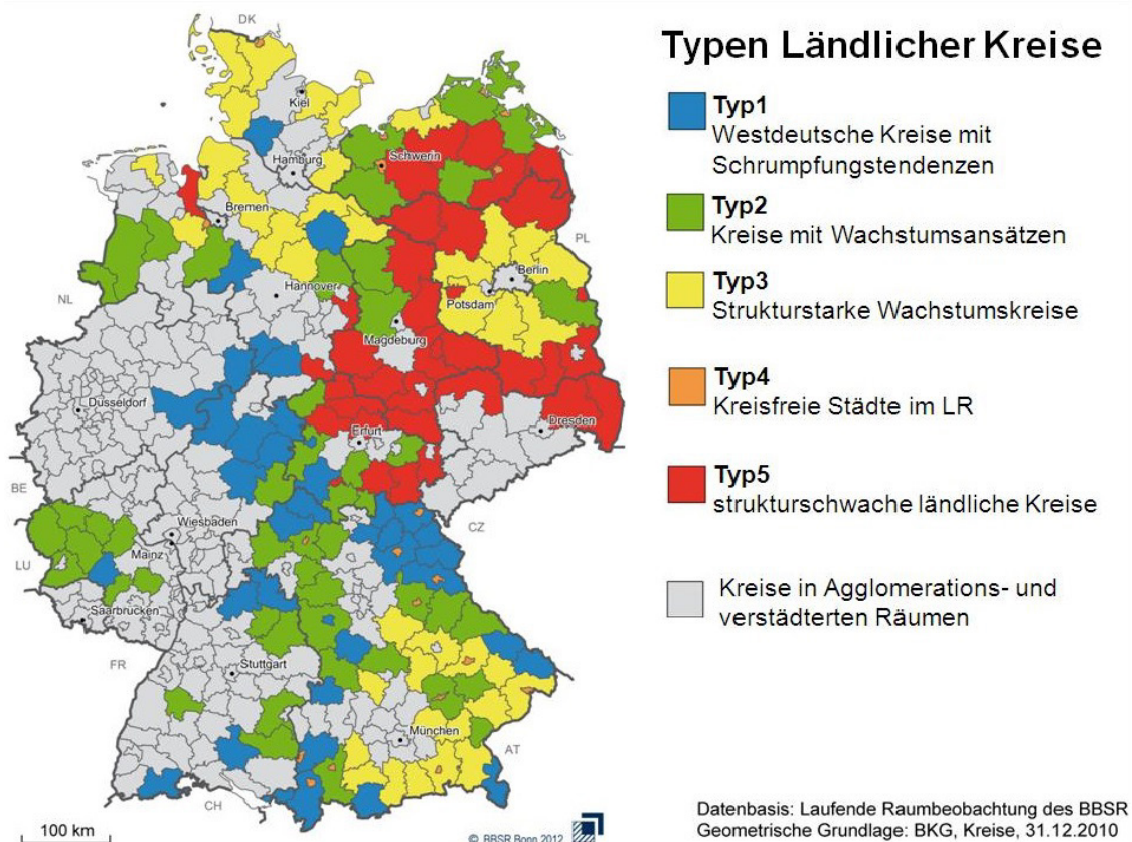


Abbildung 1: Typen ländlicher Kreise in Deutschland. Daten und Darstellung des BBSR.

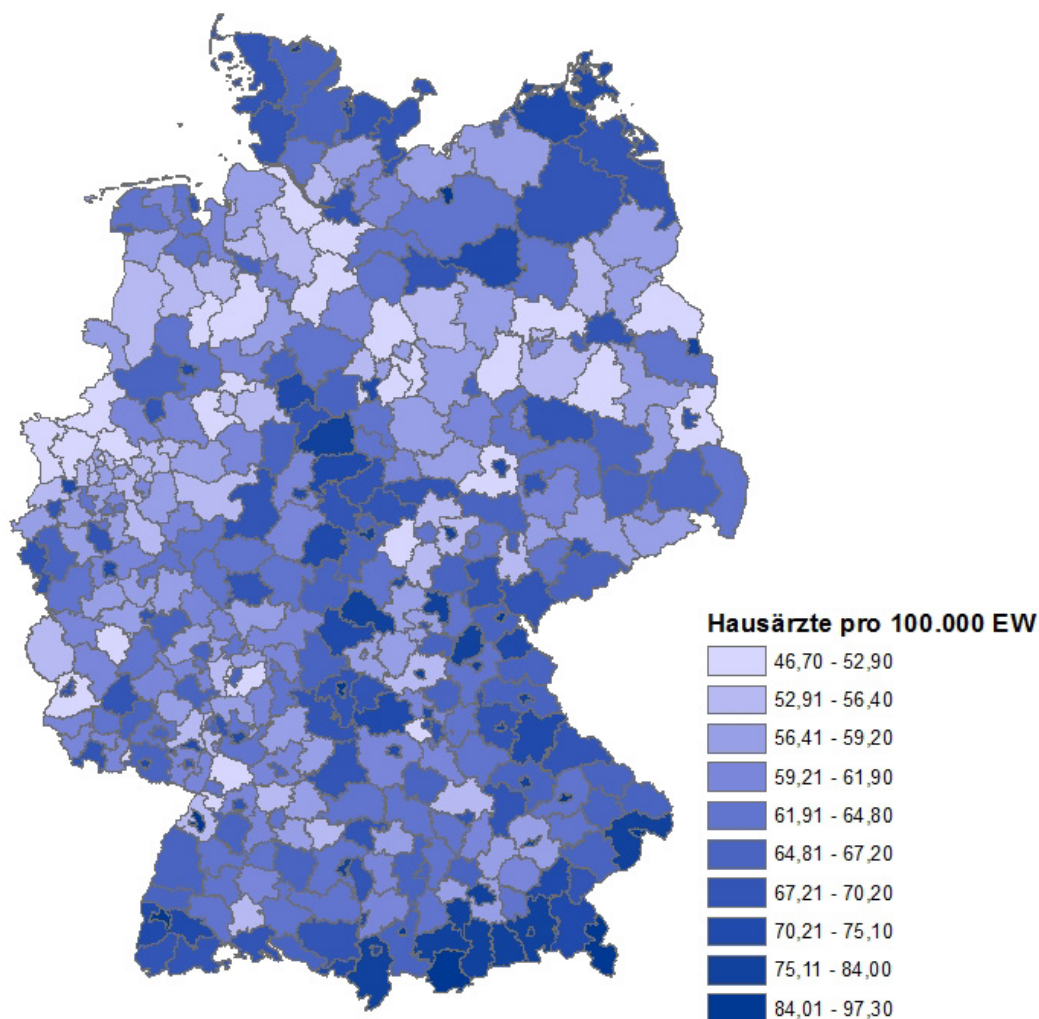


Abbildung 2: Kartographische Darstellung der hausärztlichen Versorgungsdichte. Verteilung der Hausärzte je 100.000 Einwohner. Datenstand 2011. Daten der KBV. Eigene Darstellung.

2.3 Netzwerke zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit: Status quo und Herausforderungen

Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich in vielen Regionen Deutschlands zunehmend regionale Praxisnetze gebildet. Mit Stand Oktober 2015 verzeichnet die Agentur Deutscher Arztnetze 53 organisierte Praxisnetze in Bayern [22]. Die Motivation, Entstehungsgeschichte und Ausgestaltung dieser Praxisnetze ist höchst unterschiedlich. Sie reicht von losen Treffen über Einkaufsgemeinschaften bis hin zur Gründung von Gesundheitsunternehmen. Meist beschränken sich die Netzwerke auf den ambulanten Sektor: intersektorale Verbünde zum Beispiel mit Krankenhäusern, Apotheken und Physiotherapeuten sind nicht die Regel [23].

Die nachhaltige Finanzierung und Organisation von Netzwerkstrukturen erfordert großen Organisationsbedarf. Dies umfasst zum einen das Netzwerkmanagement, also die Koordination zwischen den Ärzten. Außerdem betrifft es konkrete Projekte wie zum Beispiel den Aufbau von Case Management und Behandlungspfaden, um die Struktur des Netzwerks zu aktivieren und zu einer tatsächlichen Verbesserung der Koordination der Versorgung beizutragen [23].

Die Finanzierungsmodelle nach SGB V sind klassischerweise Selektivverträge, zum Beispiel integrierte Versorgung nach § 140ff. und Modellvorhaben nach § 63ff. [24, 25]. Problematisch ist hierbei jedoch, dass typischerweise nur die Versichertenpopulation der beteiligten Krankenkasse (anstelle aller in der Region wohnhaften Menschen) von Modellen zur verbesserten Versorgungskoordination profitiert. Neu seit Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes ist die (kassenübergreifende) Förderung von Praxisnetzen im Kollektivvertrag nach § 87b durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies geschieht auf Basis eines Kriterienkatalogs, den die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Anlehnung an einen bundesweiten Katalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [26] konkretisieren können. Die Realität der Netzwerklandschaft sieht jedoch so aus, dass bislang keine Netze in Bayern nach § 87b gefördert werden. Erst vier Netze wurden von der KV Bayern auf der Basis-Stufe anerkannt: Qualität und Effizienz e. G. (QuE) Nürnberg, Regionales Praxisnetz GO IN Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e. V., Münchner Ärzte - Praxisnetz West und Umgebung e. V. sowie Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO) [27].

In Bayern könnten sich intersektorale Netzwerke ggf. auch systematisch in die Strukturen der neuen Gesundheitsregionen^{plus} einbringen und in deren Gesundheitsforen und Arbeitsgruppen der Gesundheitsregionen^{plus} mitwirken. Über das bayerische Förderkonzept Gesundheitsregionen^{plus} des StMGP werden derzeit in 24 Gesundheitsregionen^{plus} Kommunikations- und Koordinationsstrukturen unter dem Vorsitz von Landräten oder Bürgermeistern auf der kommunalen Ebene aufgebaut [28]. Die Gesundheitsregionen^{plus} zielen darauf ab, eine sektorenübergreifende Zusammenar-

beit vor Ort zu fördern und zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen beizutragen. Der Fokus liegt bei den Gesundheitsregionen^{plus} auf den beiden Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung und Prävention/Gesundheitsförderung [28].

3 EMPFEHLUNGEN: FÖRDERUNG NEUER FORMEN DER ZUSAMMENARBEIT IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN SEKTOR

Das in diesem Gutachten vorgeschlagene Förderungskonzept für neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor umfasst drei Eckpfeiler:

- 1) Die Förderung von Strukturen intersektoraler Versorgungsnetzwerke auf Basis einer Reihe verpflichtender Förderbedingungen.
- 2) Den modularen Ausbau dieser intersektoralen Strukturen durch innovative Konzepte, die durch die Antragsteller selbst vorzuschlagen sind und die der patientenzentrierten Verbesserung der Kommunikation und Koordination der Versorgung dienen sollen.
- 3) Die strukturierte Evaluation der innovativen Projekte anhand validierter Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Ausgestaltung dieser drei Eckpfeiler wird in den folgenden Abschnitten vertiefend erläutert und dargestellt. Die Förderung kann sowohl bestehenden Netzen zu Gute kommen, die hiervon inspirierte Innovationen anstreben, als auch neuen Netzen, die entlang der Kriterien aufgebaut werden.

3.1 Strukturförderung intersektoraler Netzwerke

Um Strukturen intersektoraler Netzwerke von Leistungserbringern aus dem ambulanten und stationären Sektor zu fördern, empfehlen wir die Definition einer Reihe verpflichtender Kriterien und Förderbedingungen. Auf dieser Grundlage sollen Antragsteller ausgewählt werden. Die Kriterien sind im Folgenden zusammengefasst, und werden anschließend kurz erläutert und begründet.

Kriterien und Förderbedingungen:

1. Gemeinsame Antragstellung eines ambulanten-stationären Kernteams
2. Einbettung in und Weiterentwicklung bestehender Strukturen

3. Ansiedlung im ländlichen Raum oder Übertragbarkeit aus dem städtischen Raum
4. Förderung der patienten-zentrierten Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren
5. Aufbau eines Case Managements zur Ergänzung und Unterstützung der Koordination an sektoralen Schnittstellen im strukturschwachen Raum

3.1.1 Gemeinsame Antragstellung eines ambulant-stationären Kernteams

Das Kernteam eines Antrags auf Förderung soll Vertreter aus dem haus- bzw. allgemeinärztlichen Bereich, dem niedergelassenen fachärztlichen Bereich sowie dem Krankenhaussektor umfassen. Die Akteure des Kernteams sollen den Förderantrag gemeinsam stellen. Dies dient dem Zweck, die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu fördern und auch auf der Projektebene explizit zu verankern.

3.1.2 Einbettung in und Weiterentwicklung bestehender Strukturen

Die Antragssteller sollen darlegen, wie das zu fördernde Projekt in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet ist beziehungsweise wie es diese weiterentwickelt. Um den Aufbau von Doppel- oder Parallelstrukturen zu vermeiden, ist es entscheidend, die vor Ort bereits bestehenden Ressourcen zu bündeln und optimal zu nutzen.

3.1.3 Ansiedlung im ländlichen Raum oder Übertragbarkeit aus dem städtischen Raum

Die Projekte sollen vorzugsweise im ländlichen Raum angesiedelt sein. Projekte zur Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit im städtischen Raum sind ebenfalls möglich. Antragsteller sollen in diesem Fall die Relevanz des Projekts für den ländlichen Raum begründen und die Übertragbarkeit aus dem städtischen Raum darlegen.

3.1.4 Förderung der patientenzentrierten Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren

Das zu fördernde Netzwerk soll Ziele und Maßnahmen darlegen, um die patientenzentrierte Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren zu stärken. Die

jeweiligen Maßnahmen sollten an die konkreten strukturellen und personellen Probleme und Herausforderungen vor Ort angepasst werden. Mögliche Ansätze zur Förderung der patientenzentrierten Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren werden als „Module“ im Abschnitt 3.2 beispielhaft erörtert.

3.1.5 Aufbau eines Case Managements zur Ergänzung und Unterstützung der Koordination an sektoralen Schnittstellen im strukturschwachen Raum

Um die patientenzentrierte Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren zu stärken, können zu fördernde Netzwerke den Aufbau beziehungsweise die Weiterentwicklung eines Case Managements vorantreiben. Case Management wird im Rahmen dieses Gutachtens verstanden als ein Prozess der kontinuierlichen Zusammenarbeit, welcher die Planung, Umsetzung, Koordination und Überwachung von Dienstleistungen für ein bestimmtes Individuum umfasst [29]. Ziel ist es, die verfügbaren Ressourcen bestmöglich zu nutzen, um dem Bedarf einer Person an Versorgungsleistungen gerecht zu werden.

Die besondere Bedeutung des Case Managements im ländlichen Raum entspringt der oftmals geringeren Versorgungsdichte und der reduzierten Erreichbarkeit von Versorgern. Das Case Management soll helfen, sektorale Schnittstellen im strukturschwachen Raum gezielt zu überbrücken und somit als „Bindeglied“ zwischen den Sektoren dienen. Case Management soll als Maßnahme dienen, die von allen Netzwerken umgesetzt wird.

Das zu fördernde Case Management soll vom Ansatz her sektoren- und leistungserbringerübergreifend strukturiert sein. Es ist als Ergänzung zu Modellen zu sehen, die primär der Entlastung einzelner Ärzte dienen. Dies umfasst beispielsweise die Weiterqualifikation medizinischer Fachangestellter im Rahmen der VerAH und AGNES Modelle, welche vor allem auf die Delegation hausärztlicher Tätigkeiten ausgerichtet sind und nicht unbedingt die sektorenübergreifende Koordination fördern [30]. Das sektorenübergreifende Case Management soll solche bestehenden Strukturen ergänzen, indem Patienten im Übergang zwischen den Sektoren unterstützt werden. Es umfasst Aufgaben, die auf den einzelnen Patienten ausgerichtet sind und welche

die Kontinuität der Versorgungskette sowie den Informationsfluss zwischen den Sektoren sicherstellen.

Die konkrete Ausgestaltung des Case Managements soll an die jeweiligen Bedürfnisse vor Ort angepasst werden. Denkbare Interventionen im Hinblick auf die Besonderheiten des ländlichen Raums wären unter anderem:

- Einschaltung des Case Managers bei komplexen Krankheitsbildern (insbesondere Multi-morbidität), bei denen die kontinuierliche Behandlung durch verschiedene Fachgruppen und Sektoren von entscheidender Bedeutung ist;
- Gezielte Überbrückung lokaler Engpässe in den Versorgungsstrukturen (zum Beispiel mangelnde Erreichbarkeit von Kardiologen, Rheumatologen) durch die Unterstützung von Patienten im Zugang zu notwendigen Versorgungseinrichtungen;
- Vermittlung zwischen (räumlich und sektoral getrennten) Leistungserbringern, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind;
- Überprüfung der Einhaltung vereinbarter Behandlungspfade und Überleitungsmanagement zwischen beteiligten Leistungserbringern;
- Förderung der Mobilität zum Beispiel durch die Organisation von Rufbussen und Sammeltaxis.

Das Zusammenspiel der vorgeschlagenen Förderkriterien ist als Übersicht in Abbildung 3 dargestellt.

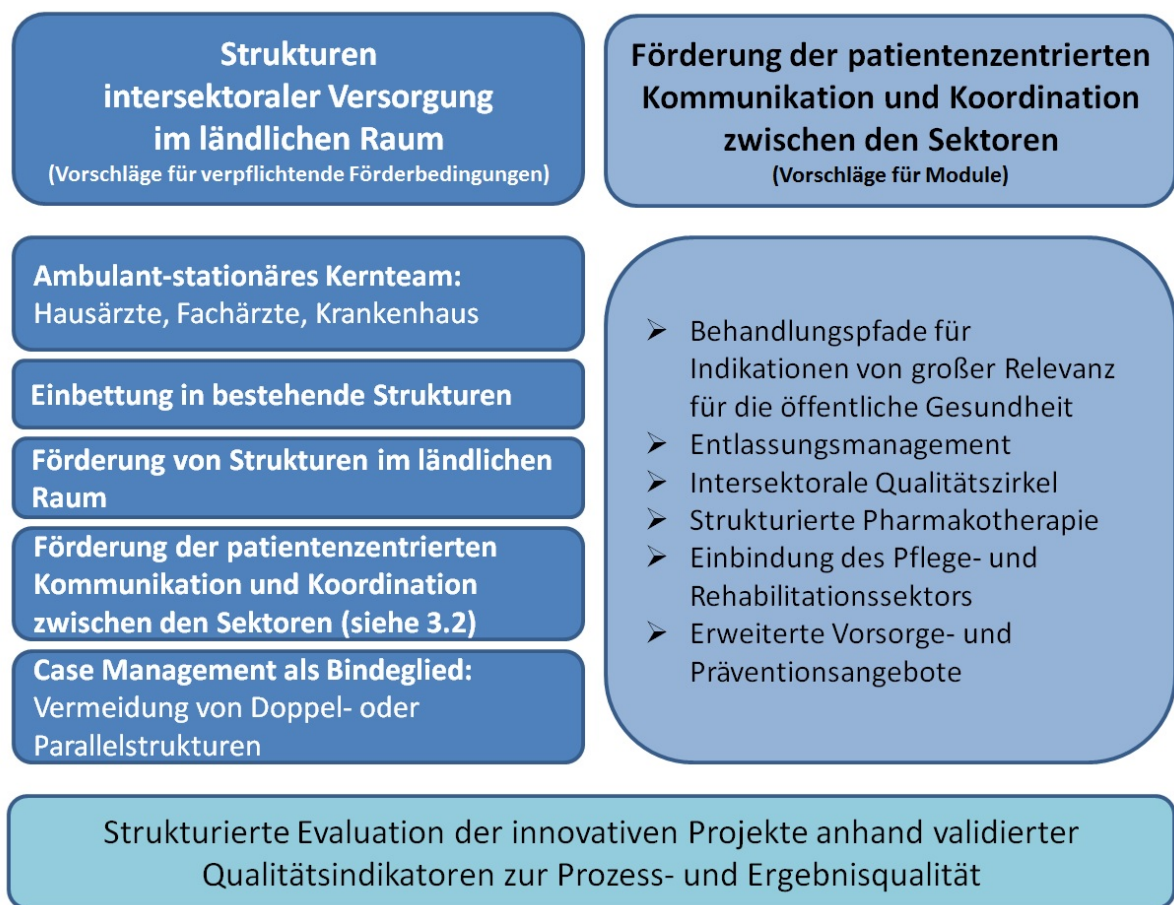


Abbildung 3: Übersicht der vorgeschlagenen verpflichtenden Förderkriterien und der vorgeschlagenen Module (ausgeführt in Abschnitt 3.2). Eigene Darstellung.

3.2 Module zur Verbesserung der patienten-zentrierten und intersektoralen Versorgung: Möglichkeiten und Beispiele

3.2.1 Behandlungspfade für Indikationen von großer Relevanz für die öffentliche Gesundheit

Integrierte Behandlungspfade (Integrated Care Pathways, ICP, auch „critical pathways“, „care paths“, „care maps“) sind strukturierte multidisziplinäre Pläne, welche die wesentlichen Schritte der Therapie definierter Patientengruppen und Krankheitsbilder festlegen und damit die Zusammenarbeit im multidisziplinären Team formalisieren [31]. Im Gegensatz zu Leitlinien geben ICP nicht nur Handlungsanweisungen, sondern definieren gleichzeitig die örtlichen Strukturen und Systeme und den Zeitrahmen, sind also konkrete Managementanweisungen. Das AQUA-Institut definiert

einen Versorgungspfad als eine sektorübergreifende Gesundheitstechnologie „[er] beschreibt einen idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge ohne Rücksicht auf sektorale Grenzen“ [32]. In dieser Hinsicht ist der Versorgungspfad noch weitreichender als der Behandlungspfad und ist nicht nur ein Qualitätsinstrument für die Versorgung innerhalb einer Institution oder eines Sektors, sondern beschreibt sämtliche Versorgungswege eines definierten Patienten. Dementsprechend komplexer ist die Aufgabenstellung von Versorgungspfaden; sie entspricht aber durchaus dem Kerngedanken von Behandlungspfaden, nämlich, dass sie stets die Patientenperspektive einnehmen und damit die persönliche Erfahrung des Patienten und dessen Therapie- und Pflegebedarf jenseits von einzelnen Versorgungsinstitutionen widerspiegeln. Ein systematischer Literaturreview stellt fest, dass Behandlungspfade dann effizient sind, wenn Krankheitsverlauf und therapeutische Optionen klar dargestellt werden können [33]. Es ist nicht erstaunlich, dass die Einführung von Behandlungspfaden in den letzten Jahren zunehmend attraktiv geworden ist, da eine verbesserte Strukturierung der Abläufe erhebliches Einsparungspotenzial verspricht. Jedoch variieren die Studienergebnisse hinsichtlich klinischer Ergebnisse. Ein Cochrane Review zur Wirksamkeit der Implementierung von Behandlungspfaden fand als Hauptergebnis eine Verringerung der akutstationären Komplikationen, vor allem von Wundinfektionen, Blutungen und Pneumonien und eine verbesserte Dokumentation [34]. In den hier untersuchten Studien wurde eine Steigerung der Effizienz bei gleichbleibender Qualität gezeigt. Es war aber nicht ermittelbar, ob die Kostenreduktion, beispielsweise durch Verkürzung der Liegezeiten, durch eine Verlagerung der Kosten, zum Beispiel in den Sektor der Rehabilitation, zustande kam [34]. Diese Effekte werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen, wenn weitere Optimierungsmaßnahmen wie zum Beispiel die Ausweitung der Indikationsfelder für ambulante Operationen Verantwortung, Kosten und Risiko auf einen anderen Teil des Versorgungspfades, hier den ambulanten Sektor auslagern [32].

Eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen durch Einführung von Behandlungspfaden konnte in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten gezeigt werden [35]. Ebenfalls wird postuliert, dass die Kommunikation

und Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt auf diese Weise verbessert werden kann [36]. Entsprechende Daten zur intersektoralen Versorgung und der Wirksamkeit von Behandlungspfaden in der intersektoralen Zusammenarbeit fehlen jedoch bislang weitgehend. Jedoch wurden einzelne intersektorale Versorgungskonzepte dieser Art beschrieben, zum Beispiel in der Schmerztherapie [37]. Schneider und Kollegen stellen dar, wie integrierte Versorgungspfade vor allem Therapiebrüche vermeiden können. Die Autoren stellen aber auch fest: „Das Konzept stößt dort an seine Grenzen, wo die Trennlinie zwischen der ambulanten und stationären Versorgung so starr bleibt, dass die sektorbezogenen Anreizsysteme eine Optimierung der Behandlung über die Sektorengrenzen hinaus verhindern“ [37].

Versorgungspfade haben ein erhebliches Wirksamkeitspotenzial, wobei es Versorgungssituationen gibt, die besser oder weniger gut geeignet sind, Grundlage von Versorgungspfaden zu werden [38].

Mehrere Voraussetzungen sollten gegeben sein:

- Eine positive Wirkung ist dann zu erwarten, wenn die bisherige Versorgungsrealität von starken (irrationalen) Variationen geprägt ist. Damit können Versorgungspfade zur Standardisierung und Evidenzbasierung beitragen. Komplexität der Behandlungsabläufe muss kein Hindernisgrund sein, wenn die Pfade durch adäquate Flexibilität der Komplexität Rechnung tragen.
- Versorgungspfade sind grundsätzlich geeignet, die multidisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern, sofern eine Bereitschaft der Beteiligten zur Kommunikation besteht. Hierfür müssen die formalen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Die Grundstrukturen für sinnvolle Implementierung und Evaluation müssen gegeben sein. Dies kann in Form eines externen Monitorings und einer wissenschaftlichen Begleitung durch geeignete akademische Einrichtungen geschehen oder auch durch die Etablierung einer systematischen Schulungsstruktur und eines Studienzentrums, das sich mit der Begleitevaluation beschäftigt [37].
- Es muss möglich sein, Behandlungsdaten fall- also patientenbezogen zusammenzuführen und neben Prozessparametern auch geeignete Outcome-parameter

über die Institutionen hinweg zu erheben. Die elektronische Patientenakte gewinnt in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Hier sollte der Schwerpunkt auf gemeinsam verwendeten Ontologien und Klassifikationssystemen liegen. Neben der ICD-Diagnose bietet sich als Outcome-Standard die Funktionsfähigkeit im Sinn der Definition der Weltgesundheitsorganisation [39] an, da diese Pflege- und Therapiebedarf widerspiegelt und dem patientenrelevanten Outcome am nächsten ist [40-42].

- Die Entwicklung und Etablierung eines Versorgungspfades muss die Komplexität der Aufgabe berücksichtigen und daher als komplexe Intervention im Sinn des Medical Research Councils gelten [43]. Misserfolge bei der Umsetzung von Evidenz in die Praxis können viele Ursachen haben, sind aber häufig darauf zurückzuführen, dass bei Entwicklung und Begleitforschung zu simplistische oder theoretische Ansätze gewählt wurden [44].

In einem bottom-up Ansatz erscheint es interessant, primärärztliche Aufgaben und deren Effekte näher zu untersuchen. Optimale flächendeckende hausärztliche Versorgung ermöglicht einerseits niedrigere Kosten für Gesundheitsversorgung, andererseits aber auch niedrigere Mortalitätsraten und weniger verlorene Lebensjahre aufgrund vermeidbarer Erkrankungen [45]. Es wurde gezeigt, dass Personen, die einen Hausarzt als primären Ansprechpartner benennen können, unabhängig von ihren demographischen Charakteristika und Vorerkrankungen ein niedrigeres Mortalitätsrisiko haben [46].

Mehrere Mechanismen tragen dazu bei und sollten daher berücksichtigt werden:

- Der Hausarzt erleichtert den Zugang zu medizinischer Versorgung, auch in Regionen relativer Deprivation.
- Hausärztliche Versorgung hat das Potenzial, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, wenn die Erkrankung im Kontext der Lebensumstände und der Begleiterkrankungen gesehen werden und wenn der Austausch mit fachärztlicher Bereuung gegeben ist.
- Die hausärztliche Tätigkeit hat ein erhebliches generisches, also nicht krankheitsspezifisches, Präventionspotenzial, da neben Empfehlungen für Früherken-

nungsmaßnahmen auch typische gesundheitsrelevante Lebensstilempfehlungen ausgesprochen werden können.

- Schließlich sorgt der Hausarzt für kontinuierliche und frühzeitige Versorgung und kann damit Komplikationen, Krankenhauseinweisungen und Übertherapie vermeiden.

Zusammenfassend ist die Hinwendung zu Versorgungspfaden ein Bekenntnis zur Qualitätssicherung und Stärkung der intersektoralen Versorgung, die vom Gesetzgeber nach § 137a SGB V auch so angelegt ist. Eine besondere Rolle kommt dabei dem Hausarzt zu. Verstärkte Standardisierung der Behandlung in Form von Pfaden und die Orientierung auf funktionsorientierte Outcomes werden vom Sachverständigenrat als hochrelevant für die Fallsteuerung angesehen [6].

3.2.2 Entlassungsmanagement

Um eine nahtlose Anschlussversorgung zu gewährleisten, erhielten Versicherte im Jahr 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung einen gesetzlichen Anspruch auf Versorgungsmanagement beim Übergang von einem stationären Aufenthalt in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung. Alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen wurden damit verpflichtet, mit Unterstützung der Krankenkassen eine sachgerechte Anschlussversorgung sicher zu stellen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Mit der Verankerung des Anspruchs im § 39 SGB V wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Leistungen zum Entlassungsmanagement für ihre Versicherten sicherzustellen. In den zweiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften oder Vereinigungen der Krankenhausträger im Land ist das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements zu regeln.

Der 2002 konsentiert und 2009 aktualisierte Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ formuliert Struktur-, Prozess-, und Ergebnisindikatoren zur Qualitätssicherung bei der Krankenhausentlassung [47]. In einer repräsen-

tativen Umfrage von 673 Krankenhäusern mit über 50 Betten stellte das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) fest, dass die Verbreitung interner schriftlicher Standards zum Entlassungsmanagement im Krankenhaus zum Jahr 2014 bei 76 % lag (2007: 54 %). Des Weiteren gaben 63 % der Krankenhäuser an, dass sie den Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] befolgen [47].

Dennoch bestehen weiterhin Probleme in der Kontinuität der Versorgungs- und Informationskette an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor [48]. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhalten Krankenhäuser den Auftrag, in einem Entlassungsplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. Zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung umfasst dies das Verordnungsrecht in Bezug auf Arzneimittel, häusliche Krankenpflege und Heilmittel für eine Dauer von maximal sieben Tagen und, soweit erforderlich, die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit [48].

Es ergeben sich mehrere Ansatzpunkte, bestehende Strukturen zum Entlassungsmanagement innovativ weiter zu entwickeln, um dem wachsenden Koordinationsbedarf einer zunehmend älteren und multimorbiden Patientenpopulation gerecht zu werden.

Eine Herausforderung liegt in der sektorenübergreifend (statt ausschließlich krankenhausintern) konsentierten Definition verbindlicher Mindeststandards für die Informationsübermittlung. Diese können beispielsweise auch entlang eines bereits existierenden, sektorenübergreifenden Behandlungspfades festgelegt werden. Laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassungsmanagements an einen weiterbehandelnden Vertragsarzt delegieren [48]. Hier gilt es, sinnvolle Maßnahmen zur Koordination mit vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern zu vereinbaren. Dies erscheint vor allem dann sinnvoll, wenn eine umfassende ambulante Weiterbehandlung nötig ist, zum Beispiel bei onkologischen Patienten.

Befunde und Therapieoptionen müssen zeitnah an die weiterbehandelnden niedergelassenen Haus- und Fachärzte übermittelt werden. Doch die technische Umsetzung dieses Informationsflusses stellt eine Herausforderung dar, da die Schnittstellenöffnung zwischen den Systemen verschiedener Softwarehersteller nicht verpflichtend ist. Um den sektorenübergreifenden Dokumentationsaustausch zu beschleunigen, müssen deshalb machbare Lösungen für die mangelnde Interoperabilität von ambulanten und stationären Informationssystemen gefunden werden. Außerdem darf die Übermittlung von Daten nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen. Hier gilt es, praktikable Lösungen zu finden (zum Beispiel die elektronische Patientenakte), die dem Datenschutz der Versicherten gerecht werden und gleichzeitig die Versorgungskontinuität sicher stellen insbesondere bei Risikogruppen, die einerseits einen erhöhten Bedarf an Entlassungsmanagement haben, aber andererseits aus denselben Gründen besonders vulnerabel sind (zum Beispiel aufgrund von Alter, Multimorbidität, Migrationshintergrund oder anderen Faktoren).

3.2.3 Intersektorale Qualitätszirkel: Diskussion gemeinsamer Ziele und Behandlungsergebnisse

Im ambulanten Sektor haben sich Qualitätszirkel seit Mitte der 1990er Jahre deutschlandweit etabliert. Aktuell sind bundesweit regelmäßig mehr als 8.000 Qualitätszirkel aktiv, mit etwa 60.000 beteiligten niedergelassenen Haus- und Fachärzten [27].

Qualitätszirkel sind definiert als Kleingruppen von Ärzten, die sich basierend auf Eigeninitiative regelmäßig über ihre Arbeit austauschen, die ärztliche Versorgungspraxis diskutieren und konkrete Lösungsvorschläge erarbeiten und überprüfen. Sie dienen dem Zweck, durch interkollegialen Erfahrungsaustausch konkrete und praxisnahe Hilfestellungen zu erarbeiten [49].

Wie aus einer Teilnehmerbefragung in 41 Qualitätszirkeln in Westfalen-Lippe hervorging, liegen Effekte der Qualitätszirkel insbesondere in der Praxisnähe der Ergebnisse, einem Wissenszuwachs der beteiligten Ärzte, positiven Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung sowie verbesserten Kontakten zu Kollegen [50]. Auch tatsächliche Auswirkungen der Qualitätszirkel auf die Versorgungsrealität wurden dokumentiert. So zeigten begleitende Evaluationen groß angelegter Pharmakotherapie-zirkel - Projekte in Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, dass neben einer

hohen Akzeptanz bei den teilnehmenden Ärzten [51] ebenfalls Änderungen im Verordnungsverhalten der Ärzte nachgewiesen werden konnten, welche sowohl qualitative Verbesserungen als auch monetäre Effekte auf der Versorgungsebene zur Folge hatten [51, 52].

Doch 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 [53].

Die für die QuE-Praxen verbindlichen Qualitätszirkel befassen sich in strukturierter Form mit Themenbereichen wie der ärztlichen Betreuung im Alten- und Pflegeheim, Bewegungsschmerz, Psychosomatik und Psychiatrie und Pharmakotherapie. Im intersektoralen Qualitätszirkel zur Polypharmakotherapie werden beispielsweise die vom Krankenhausarzt empfohlenen Arzneimittelverordnungen nach einem stationären Aufenthalt überprüft, insbesondere im Hinblick auf mögliche Wechselwirkungen und die Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation. Hierzu werden die Ergebnisse gemeinsam von Krankenhausärzten, Apothekern und QuE-Ärzten diskutiert, um Verordnungen besser aufeinander abzustimmen und Wechselwirkungen zu vermeiden.

Möglichkeiten der strukturellen Innovation im Rahmen dieses Moduls liegen daher in der vertiefenden Entwicklung intersektoraler Modelle von Qualitätszirkeln, um die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor vor Ort 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 Versorgungslandschaft zu integrieren.

3.2.4 Strukturierte Pharmakotherapie

Arzneitherapie zählt zu den Feldern des Schnittstellenmanagements, die zu Recht in der Öffentlichkeit und von Patienten als problematisch wahrgenommen werden. Hierzu zählt der Präparatewechsel, der potenziell riskant sein kann, sei es die Umstellung innerhalb einer Substanz, Substanzklasse oder therapeutischen Klasse, Unterbrechung oder Absetzen von etablierter Dauermedikation oder Änderung von Dosis oder Darreichungsform. Studien berichten von Konversionsraten von bis zu 80 % bei Aufnahme oder Entlassung aus dem Akutkrankenhaus. Hierzu muss jedoch berücksichtigt werden, dass für ambulante und stationäre Arzneimittelversorgung grundsätzlich unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen und Preis- und Erstattungssituationen gelten [54]. So sind Krankenhausapotheken nicht an das allgemeine Arzneimittelpreisrecht gebunden und beziehen daher Arzneimittel auf der Basis von ausgehandelten Preisen deutlich günstiger als öffentliche Apotheken (§ 1 Abs. 3, Nr. 1 AMPPreisVO). Daher dürfen Krankenhausapotheken nur in klar definierten Fällen Arzneimittel an Patienten abgeben, die stationär, teilstationär oder nachstationär behandelt werden, im Notfall, bei Ambulanzbesuch oder zur Überbrückung der Entlassung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V wirkt sich insofern aus, als ein Arzneimittel im Krankenhaus aufgrund spezieller Verträge preisgünstiger sein kann als im vertragsärztlichen ambulanten Bereich, eine Tatsache, die sich pharmazeutische Unternehmer zu Nutzen machen, wenn es um die Etablierung neuer Präparate im Markt geht. Daraus folgt jedoch, dass es durchaus nachvollziehbare Gründe geben kann, warum eine im Krankenhaus angesetzte Therapie ambulant nicht weitergeführt wird.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wirk- und Wirtschaftlichkeitsverluste können mit dem Überleitungsprozess in Zusammenhang stehen. Bei der Aufnahme in das Akutkrankenhaus sind Informationsverluste möglich, Patienten haben selbst keinen vollständigen Überblick über die notwendige Medikation oder das benötigte Präparat ist nicht von der Klinikapotheke gelistet. Medikationswechsel kann durch den Krankenhausaufenthalt notwendig sein, zum Beispiel durch neu hinzugekommene Risikofaktoren wie zum Beispiel Niereninsuffizienz oder mögliche Arzneimittelinteraktionen mit notwendig gewordener Medikation, wie zum Beispiel Antibiotika wegen einer ka-

theterinduzierten Harnwegsinfektion. Dabei konnte gezeigt werden, dass das stationäre Medikationsmanagement nicht immer den aktuellen Bedarf des Patienten berücksichtigt [55] und Patienten und niedergelassene Ärzte ungenügend über die Entlassungsmedikation informiert werden [56].

Aus nachvollziehbaren Gründen wird die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Arzneimittelversorgung zunehmend gesetzgeberisch geregelt. Das Krankenhaus muss dem weiterbehandelnden Arzt die Therapievorschläge und Wirkstoffe mitteilen und preisgünstigere Alternativen nennen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist sektorenübergreifend zu interpretieren. Außerdem wurde der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, besondere Arzneimittelrichtlinien zur sektorenübergreifenden Arzneimittelversorgung zu erlassen, was dieser auch getan hat (§ 46 Abs. 3 AMRL). Das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin gibt klare Empfehlungen und Zuständigkeiten [10]. Der zuweisende niedergelassene Arzt sollte ggf. eine Umstellung der Medikation einleiten und einen endgültigen Medikamentenplan erstellen, der dem Krankenhaus kommuniziert wird. Dieser Plan sollte vom behandelnden Krankenhausarzt überprüft, ggf. geändert und mit dem Patienten und dem Krankenhausapotheker besprochen werden. Bei Entlassung sollte der behandelnde Klinikarzt eine Medikationsliste erstellen, die Wirkstoffe, Dosierung und Einnahmeschemata sowie die Entlassungsmedikation der Medikation bei der Einweisung gegenüberstellt. Patienten und weiterbehandelnden Ärzten müssen Änderungen oder Umstellungen und die notwendige Weiterverordnung der Medikation mitgeteilt werden. Die Medikation sollte sichergestellt werden; für maximal drei Tage können die erforderlichen Medikamente mitgegeben werden. Bei dieser Auseinzelnahme von Arzneimitteln gelten spezielle gesetzliche Regelungen (Bezeichnung, Chargebezeichnung, Verfallsdatum, nach § 10 Abs. 11 AMG-neu). Um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu genügen und um Konflikte zu vermeiden, ist es ratsam, die verordneten Medikamente zu harmonisieren. Das kann in gemeinsamen Rundtischgesprachen geschehen, in denen die Wirkstoffe festgelegt werden, die entsprechend einer regional erarbeiteten, gemeinsamen Wirkstoffliste verschrieben werden [57]. Darüber hinaus sind aus internationalen Studien weitere Best Practice Ansätze identifiziert worden [58].

Folgende Empfehlungen ergeben sich daraus:

- **Erstens** sollten Apotheker in jeden Schritt der Qualitätssicherungskette mit einbezogen werden, idealerweise den Prozess leiten und verantworten.
- **Zweitens** erleichtern elektronische Patientenakten und ein gemeinsamer Zugriff auf die Arzneimitteldaten die Kommunikation zwischen den Sektoren; das spricht ebenfalls für eine Speicherung der Arzneimitteldaten auf der Gesundheitskarte, wie vom e-Health Gesetz vorgesehen.
- **Drittens** sollte der Einbezug von Angehörigen bei der Informationsübergabe überlegt werden. Schließlich kann bei Hochrisikopatienten ein System von Hausbesuchen durch Klinikapotheker ähnlich wie bei der Pflegeüberleitung sinnvoll sein, bei denen Patienten geschult und informiert werden, medikamentenbezogene Risiken abgeschätzt und die Adhärenz verbessert werden kann.

3.2.5 Einbindung des Pflege- und Rehabilitationssektors

Die Sicherung der Kontinuität der Versorgung ist im Krankenhaus auch eine Aufgabe der Pflege. Da die Entlassung aus der Klinik die Situation ist, die am häufigsten „Versorgungsbrüche“ erzeugt, hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege einen Expertenstandard für Pflegefachkräfte in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung entwickelt [59]. Zielgruppe sind Patienten mit fortgesetztem Bedarf an poststationärer Pflege und Versorgung, mithin in der Regel multimorbide, oft ältere Personen.

Der Expertenstandard stellt Struktur- Prozess- und Ergebniskriterien vor. Strukturelle Anforderungen sind zum Beispiel die Voraussetzungen, die in der Einrichtung gegeben sein müssen, und die Kompetenzen und die Autorisierung der Pflegefachkraft, die das Entlassungsmanagement durchführt. Bemerkenswert ist, dass die Pflegefachkraft bereits vom Zeitpunkt der Aufnahme an die zu erwartenden poststationären Risiken einschätzen und ständig aktualisieren soll. Bei der Entlassungsplanung sind nicht nur Patient und ggf. Angehörige, sondern auch die weiterbehandelnden Institutionen einzubeziehen. Ebenso wird der multidisziplinäre Ansatz betont, bei dem alle potenziell benötigten Berufsgruppen einbezogen werden. 48 Stunden nach Entlassung soll das Ergebnis abschließend evaluiert werden. Damit beschreibt der Exper-

tenstandard die Beobachtung eines Versorgungswegs. Obwohl der Expertenstandard keine bestimmten Organisationsformen festlegt, wird klar, dass neue Einheiten und Planungsspielräume geschaffen werden müssen, damit das Entlassungsmanagement gelingt. Zudem stellt er hohe Anforderungen, ggf. die Anforderung einer Akademisierung, an die Ausbildung der Pflegefachkräfte [6]. Strittig ist, ob diese Aufgaben durch speziell identifizierte Pflegekräfte einzelner Stationen geleistet werden kann und wie sich das in einer besonderen Fallvergütung niederschlagen könnte. Entlassungsvorbereitung und –organisation kann auch durch externe Organisationen wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste geleistet werden [60], das stößt auf organisatorische, datenschutzrechtliche und finanzielle Grenzen. Übergangsversorgung (transitional care) geht noch einen Schritt weiter; hier werden über die unmittelbare Entlassung hinaus ambulante pflegerische Leistungen wie zum Beispiel die Schulung und Unterstützung von Angehörigen, dem Personal von Pflege- und Altenheimen und die Koordination weiterführender Dienste erbracht.

Es ist jedoch zu überlegen, ob eine vom Krankenhaus organisierte pflegerische Überleitung nicht zu kurz greift. Überleitungspflege sollte als Bestandteil eines patientenzentrierten Behandlungspfads gesehen werden, bei dem nachhaltiges Fallmanagement im Vordergrund steht. In Anlehnung an den Expertenstandard und an einzelne, positiv evaluierte Projekte [8, 61] sind einige Anforderungen an die Pflegenaachsorge zu stellen. Evidenzbasierte Versorgungspfade müssen existieren oder erstellt werden. Alle wichtigen Akteure müssen identifiziert und zur Mitarbeit motiviert werden. In jedem Schritt müssen Patienten und Angehörige mit einbezogen werden. Strukturelle Voraussetzungen müssen geklärt werden. Schließlich ist es essentiell, zwischen dem Projektmanagement der Implementierung und dem eigentlichen Fallmanagement zu unterscheiden.

3.2.6 Erweiterte Vorsorge- und Präventionsangebote

Intersektorale Versorgung schließt Gesundheitsförderung und Prävention mit ein, auch wenn auf den ersten Blick nicht offensichtlich ist, warum und wie das zu leisten ist. Die Weltgesundheitsorganisation unterstreicht in ihren Empfehlungen „Intersectoral Action on Health“ die Notwendigkeit, alle gesundheitsrelevanten Bereiche ge-

zielt einzubeziehen [62]. Ökonomische, soziale und umweltbezogene Faktoren sind gesundheitsrelevante Bereiche im weiteren Sinn.

Aufgaben der Prävention, Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung nehmen im Alter einen höheren Stellenwert ein [63]. Aus der herausragenden Rolle des Hausarztes ergeben sich besondere Anforderungen an die Versorgung älterer Personen. Über 45 % der Erwachsenen über 60 Jahre haben eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz [64]; in deprivierten Situationen ist der Anteil der Risikogruppen sogar noch höher [65]. Hervorzuheben ist die Bedeutung der Förderung von Mobilität und Bewegung [66, 67] und gesunder Ernährung. Da der Hausarzt für ältere Menschen in der Regel der erste Ansprechpartner für Gesundheitsfragen ist, scheint es folgerichtig, die Beratungs- und Interventionskompetenz des Hausarztes auch hinsichtlich Gesundheitsförderung zu stärken. Von Interesse sind Modelle präventiver Hausbesuche [68], bei denen nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern vor allem Unterstützung zum Selbstmanagement und Verstärkung der Gesundheitskompetenz angeboten werden kann. Auch Verhältnisprävention im Sinn eines Risikoscreenings, zum Beispiel zur Sturzprävention, kann so betrieben werden. Dies gilt verstärkt für strukturschwache ländliche Gebiete. Über die eher eng gefasste medizinische Prävention hinaus fehlt bisher eine systematische Verzahnung mit den etablierten Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie erfordert eine interdisziplinäre Kooperation und Einbeziehung von Präventionsfachleuten, Gesundheitswissenschaftler, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ernährungswissenschaftler etc. Sie kombiniert idealerweise verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsansätze.

4 BEGLEITENDE WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION

Um Lernprozesse über „Good Practice“ Modelle voranzutreiben, sollten die geförderten Projekte wissenschaftlich evaluiert werden. Wie der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012 bemängelt hat, sind in der Vergangenheit viele innovative Projekte im Bereich des sektorenübergreifenden Schnittstellenmanagements ohne systematische und vergleichende Evaluation erfolgt [6]. 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 begleitende wissenschaftliche Evaluation ist daher unabkömmlich.

Die Güte der Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke sollte anhand definierter Kriterien und Indikatoren der Erfolgsmessung evaluiert werden. Auf dieser Basis können erfolgreiche Konzepte auf ihre Übertragbarkeit in andere Regionen hin überprüft werden.

Das Evaluationskonzept sollte zweistufig aufgebaut sein, indem die Netzwerke einerseits anhand der selbst gesetzten Ziele, und andererseits anhand netzwerk- und regionenübergreifender Ziele und validierter Qualitätsindikatoren evaluiert werden. Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen, sollte daher ein Katalog an Qualitätsindikatoren definiert und über alle Netzwerke hinweg erhoben werden.

Für den ambulanten Sektor bestehen bereits Ansätze zur Qualitätsmessung in Ärztenetzen. Beispiele hierfür sind die QiSA-Indikatoren (Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung [QiSA]), die vom Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) und dem AOK Bundesverband entwickelt wurden. Sie werden im Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten (QuATRo)“ von der AOK eingesetzt, welches Arztnetzen einen Vergleich der Versorgungsqualität mit anderen Netzen und mit dem landesweiten Durchschnitt ermöglicht [69]. Auch das Konzept „Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung“ (BrAVo), entwickelt von der BARMER GEK, zielt darauf ab, die Leistung von Arztnetzen abzubilden und dadurch die regionale Versorgungsqualität zu optimieren [70].

Da der Schwerpunkt dieser Förderinitiative jedoch auf der Güte der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor liegt, gilt es, zusätzliche Indikatoren zur Messung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu identifizieren. Ein Beispiel für einen Indikator der sektorenübergreifenden Ergebnisqualität ist die (risikoadjustierte) Rate der Wiedereinweisungen für bestimmte Indikationen [71]. Dies basiert auf der Annahme, dass optimale Behandlungsqualität im Krankenhaus und ange-

messene postoperative Nachsorge im ambulanten Sektor das Risiko von Wiedereinweisungen vermindert.

Für Indikatoren zur Messung der Prozessqualität in ambulant-stationären Netzwerken schlagen wir außerdem die Erhebung von Qualitätsindikatoren zu Indikationen und Themenfeldern vor, die aufgrund ihrer Prävalenz besonders relevant für die öffentliche Gesundheit sind. Beispiele für sinnvolle Themenfelder wären unter anderem Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Pharmakotherapie, da für diese Versorgungsbereiche die Behandlungsqualität maßgeblich von der ambulant-stationären Zusammenarbeit abhängt. Eine optimale sektorenübergreifende Koordination ist daher besonders wichtig.

5 LITERATURVERZEICHNIS

1. Holleederer A, Braun GE, Dahlhoff G, Drexler H, Engel J, et al. (2015) 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* 77: 180-185.
2. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA (2009) Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 360: 1418-1428.
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2014. Accessed: Dec 2015
4. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2016). Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2014. <http://www.gbe-bund.de> Accessed: Feb 2016
5. Statistisches Bundesamt (2014) Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Accessed: Dec 2015
6. Sachverständigenrat (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Accessed: Dec 2015
7. Bender A, Bauch S, Grill E (2014) Efficacy of a post-acute interval inpatient neurorehabilitation programme for severe brain injury. *Brain Inj* 28: 44-50.
8. Grill E, Ewert T, Lipp B, Mansmann U, Stucki G (2007) Effectiveness of a community-based 3-year advisory program after acquired brain injury. *Eur J Neurol* 14: 1256-1265.
9. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, et al. (2011) New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 30: 2437-2448.
10. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2012) Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf> Accessed: Jan 2016
11. Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E (2004) Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther* 42: 103-109.

12. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y (2008) Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging* 25: 861-870.
13. Ommen O, Ullrich B, Janssen C, Pfaff H (2007) The ambulatory-stationary interface in medical health care: problems, model of explanation, and possible solutions. *Med Klin (Munich)* 102: 913-917.
14. Ludt S, Heiss F, Glassen K, Noest S, Klingenberg A, et al. (2014) Patients' perspectives beyond sectoral borders between inpatient and outpatient care - patients' experiences and preferences along cross-sectoral episodes of care. *Gesundheitswesen* 76: 359-365.
15. Gemeinsame Registrierungsstelle (2009) Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung 2004–2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Accessed: Dec 2015
16. Ozegowski S, Sundmacher L (2012) Is the needs-based planning mechanism effectively needs-based? An analysis of the regional distribution of outpatient care providers. *Gesundheitswesen* 74: 618-626.
17. Sachverständigenrat (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bundestag-Drucksachen, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 18/1940.
18. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2015) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Indikator 2.7 Altersstruktur der Bevölkerung, Bayern im Regionalvergleich, 2004 und 2013. <http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld02/indikator0207.html> Accessed: Dec 2015
19. Bayerische Staatsregierung (2015) Demographie Leitfaden-Öffentlicher Personennahverkehr. <http://www.demografie-leitfaden-bayern.de/oeffentlicher-nahverkehr/> Accessed: Dec 2015
20. Sundmacher L, Ozegowski S (2015) Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*.
21. Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2014) Viele Praxen brauchen Nachfolger. *Prognose ungewiss. KVB FORUM* 4: 11.

22. Agentur Deutscher Arztnetze (2015) Liste der Netze in Deutschland. http://deutsche-aerztnetze.de/ueber_netze/liste_der_netze_in_deutschland.php?bundesland=Bayern Accessed: Dec 2015
23. Hellmann W, Eble S (2009) Gesundheitsnetzwerke managen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
24. Amelung V, Eble S, Hildebrandt H (2011) Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
25. Amelung V, Wolf S, Ozegowski S, Eble S, Hildebrandt H, et al. (2015) Totgesagte leben länger. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 352-359.
26. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013) Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. Ausfertigung 16.04. 2013.
27. Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2015) Praxisnetze: Anerkennung durch die KVB. <https://www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/anerkennung-in-bayern/> Accessed: Dec 2015
28. Holleder A, Eicher A, Pfister F, Stuhler K, Wildner M (2015) Networking, Coordination and Responsibilities based on Health Regionsplus: New Health Political Approaches and Developments in Bavaria. Gesundheitswesen.
29. Wendt WR (1999) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen - Eine Einführung. 2. Auflage. Freiburg: Lambertus.
30. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S (2009) AGnES, EVA, VerAH und Co - Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85: 403-405.
31. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M (1998) Integrated care pathways. BMJ 316: 133-137.
32. AQUA-Institut (2013) Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 3.0. Accessed: Dec 2015.
33. Allen D, Gillen E, Rixson L (2009) Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? Int J Evid Based Healthc 7: 61-74.

34. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, et al. (2010) Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*: CD006632.
35. Sulch D, Evans A, Melbourn A, Kalra L (2002) Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? A randomized controlled trial. *Age Ageing* 31: 175-179.
36. Kramer L, Schlossler K, Trager S, Donner-Banzhoff N (2012) Qualitative evaluation of a local coronary heart disease treatment pathway: practical implications and theoretical framework. *BMC Fam Pract* 13: 36.
37. Schneider AM, Klasen B, Jennerwein C, Amelung VE, Thoma R (2013) Intersectoral pain treatment. The Algesiologikum group. *Schmerz* 27: 166-173.
38. Mad P, Johanson T, Guba B, Wild C (2008) Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade. HTA-Projektbericht 16. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA).
39. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Geneva. 1-303 p.
40. Grill E, Gloor-Juzi T, Huber EO, Stucki G (2011) Assessment of functioning in the acute hospital: operationalisation and reliability testing of ICF categories relevant for physical therapists interventions. *J Rehabil Med* 43: 162-173.
41. Grill E, Huber EO, Gloor-Juzi T, Stucki G (2010) Intervention goals determine physical therapists' workload in the acute care setting. *Phys Ther* 90: 1468-1478.
42. Mueller M, Lohmann S, Strobl R, Boldt C, Grill E (2010) Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. *BMC Health Serv Res* 10: 295.
43. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, et al. (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 337: a1655.
44. Grassel E, Donath C, Holleder A, Drexler H, Kornhuber J, et al. (2015) Evidence-based health services research--a short review and implications. *Gesundheitswesen* 77: 193-199.
45. Starfield B, Shi L, Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83: 457-502.
46. Franks P, Fiscella K (1998) Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 47: 105-109.

47. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (2009) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
48. Deutscher Bundestag (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz –GKV-VSG). BT-Drucksache 18/4095 vom 15.2.2015. Berlin: Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode.
49. Kassenzärztliche Bundesvereinigung (2008) Handbuch Qualitätszirkel. Köln: Dt. Ärzte- Verlag.
50. Aubke W (2003) Ärztliche Qualitätszirkel. Positive Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Deutsches Ärzteblatt 100: A-241-242.
51. Klingenberg A, Kaufmann-Kolle P, J (2004) Mündige Patienten. Patientenbefragung zur Pharmakotherapie. Niedersächsisches Ärzteblatt 77: 78-80.
52. von Ferber L, Köster I, Schubert I, Ihle P (1999) Fortbildung in Pharmakotherapie zirkeln. Ein evaluiertes Verfahren zur Optimierung der Arzneimitteltherapie. In: B. Badura and J. Siegrist, editors. Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa-Verlag. pp. 139-162.
53. Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (2013) Qualitätsbericht 2013. Nürnberg: Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG.
54. Hauck E (2010) Rechtliche Schnittstellen im SGB V zwischen ambulanter und stationärer Arzneimittelversorgung. Med R 28: 226-232.
55. Grill E, Weber A, Lohmann S, Vetter-Kerkhoff C, Strobl R, et al. (2011) Effects of pharmaceutical counselling on antimicrobial use in surgical wards: intervention study with historical control group. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 20: 739-746.
56. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, et al. (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297: 831-841.
57. Korzilius H (2008) Arzneimittelversorgung: Es hakt an der Schnittstelle. *Dtsch Arztebl* 105: A-932.
58. Mehrmann L, Ollenschlager G (2014) [Problem areas and examples of best practice in intersectoral medication treatment--a literature review]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 108: 66-77.
59. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (2009) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

60. Kwok T, Lee J, Woo J, Lee DT, Griffith S (2008) A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *J Clin Nurs* 17: 109-117.
61. Mangold R, Baur W, Podeswik A, Schroll-Decker I (2008) Systemisches Case Management im Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung in der Pädiatrie. *Case Management* 1: 22-27.
62. World Health Organization (1978) Declaration of Alma-Ata. USSR: WHO.
63. Sachverständigenrat (2010) Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Accessed: Dec 2015.
64. Jordan S, Hoebel J (2015) [Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58: 942-950.
65. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 25: 1053-1058.
66. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, et al. (2002) A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 347: 1068-1074.
67. Hamer M, Lavoie KL, Bacon SL (2014) Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med* 48: 239-243.
68. Kruse A (2014) Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: K. Hurrelmann, T. Klotz and J. Haisch, editors. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber Verlag.
69. Milde S, Arnold M (2014) Qualitätsvergleich für Arztnetze. *Gesundheit & Gesellschaft* 14: 14-15.
70. Laag S, Ullrich W, von Maydell B, Pankratz M, Kleff G, et al. (2013) Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance: Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Ärztenetze. In: U. Repschläger, C. Schulte and N. Osterkamp, editors. *Gesundheitswesen aktuell 2013*. Köln: BARMER GEK. pp. 222-247.
71. Brand C, Jones C, Lowe A, Nielsen D, Roberts C, et al. (2004) A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 28: 275-284.

Schriftenreihe Versorgungsforschung:

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

- Band 1: Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums (November 2016)

- Band 2: Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor (Februar 2017)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de