

Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) ist sinnvoll (BMC-Kongress 19.5.2022)

Dr. med. Heidrun Sturm MPH, Ph.D.
Edgar Drechsel-Grau
Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (IAIV)

PD Dr. Andreas Schmid
Dr. Florian Kaiser
Philipp Leibinger

Oberender AG



Hintergrund: Gutachten im Auftrag der KBV

<https://www.kbv.de/html/igz-gutachten.php>



- ✓ Konkretisierung des Behandlungs- und Leistungsspektrums der erweiterten ambulanten Versorgung (EAV)
- ✓ Auswirkungen der Einführung der EAV für die Versorgung

Eckpunkte einer EAV:
Med. Überwachung und Versorgung über 1-3 Tage
15 Betten, 80 % Auslastung,
12 VK PD, 1 VK ÄD
Einbettung in IGZ mit weiteren Ärzten

Krankheitsbilder, Leistungen und Strukturen → Diagnosegruppen

Abwendbarer gefährlicher Verlauf (AGV) bei akuten KH

Sichere Diagnosestellung und Kontrolle des Verlaufs

Pneumonie, Pyelonephritis, Erysipel, Schwangerschaftshyperemesis...

Akute ursächliche/symptom. Therapie

Bandscheibenläsionen, Exsikkose, Nierenkolik, Infekte

Diagnostische oder therapeutische Prozeduren

Pleura- Aszitespunktion, Wundversorgung, kleine chirurgische Eingriffe

Pflegerische Akutversorgung Krisenintervention

Kompressionstherapie Thrombosen, Vor-/ Nachbereitung Endoskopien, häusliche Gewalt, akute Angststörungen

Exazerbation/Dekompensation bei chronischen KH Geriatrich/Multimorbidität

Dekompensationen und Exazerbationen

Bekannte Herz-, Leber- oder Niereninsuffizienz: Monitoring und symptomatische Therapie, Diabetes, chronische Wunden, Asthma, COPD

Elektive diagnostisch-therapeutische Maßnahmen im Verlauf

Hypertonie, Schmerztherapie, PEG-Anlage/Wechsel, Anämiediagnostik, med. Kardioversion...
Wichtig: Kooperation mit den Fachspezialisten

Palliative Therapie und supportive Betreuung

Schmerztherapie, Übelkeit, Dyspnoe etc.
Bsp. *Chemotherapie-assoziierte Komplikationen*



Krankheitsbilder, Leistungen und Strukturen → Szenarien

Kategorien	Kriterien
Krankheitsbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Diseases, where a distinct diagnosis can be achieved with available resources • Complications are controllable within the setting of EOC (conversely: Restraint with patients without preconditions and acute potentially threatening symptoms) • Conservative therapies, that cannot be performed in sufficient quality in regular outpatient care (e.g. i.v.-therapies, monitoring, pain-therapy...)
Individuelle Fallschwere	<ul style="list-style-type: none"> • Patients with known preconditions and controllable/assessable risks (e.g. decompensations, therapy-adjustments with required monitoring...). • Patients with limited / restrained therapeutic goals (e.g. palliative patients) • Patients with significant need of co-ordination (e.g. multi-morbid, geriatric patients)
Sozio-demografische Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • High age and frailty • Patients with significant need of support (e.g. pregnant women, cognitive impaired patients, children or families) • Rural areas with long distances to the next hospital • Difficult home or social situation: single persons without caregivers, homeless, persons without language or other coping skills
Strukturelle Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Available infrastructure that enables necessary diagnostic and therapeutic procedures • Available competencies of physicians, nurses, therapists, social work etc. in the center as well as in the regional network (including tele-support)



Krankheitsbilder Leistungen und Strukturen

Leistungen und dafür notwendiges Personal

Tabellenauszug:

Art der Leistung	Leistung	Basis-/Erweiterungsmodul	ärztlich (Team)	ärztlich (Konsil)	pflegerisch	MFA/VERAH, NÄPA	Sozialarbeit	Psychotherapie	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	MTA	Ernährungstherapie	Apotheker	Hebamme	EAV (vs. IGZ) zwingend	EAV (vs. IGZ) kontextabhängig	
Diagnostik (Geräte)	Sonographie	BM	x														x	
	EKG	BM	x		x	x											x	
	Spirometrie	BM	x		x	x											x	
	langzeit-RR	BM	x	x	x	x											x	
	langzeit-EKG	BM	x	x	x	x											x	
	Röntgen	EM	x	x								x						x
	erweiterte Schluckdiagnostik	EM		x							x							x
Diagnostik (Konsile)	Koordination der einzubeziehenden Konsile	BM		x	x	x												x
	Demenzdiagnostik	BM	x	x														x
	Schwindeldiagnostik	EM	x	x														x
	Anämiediagnostik	EM	x	x												x		x
	ggf. weitere																	

Art der Leistung

Therapie, Planung, Koordination
Therapie (Eingriff)
Therapie (Medikation)
Therapie (Konsil)
Therapie (Schwerpunkt Pflege)

Monitoring, Assessment



Krankheitsbilder Leistungen und Strukturen

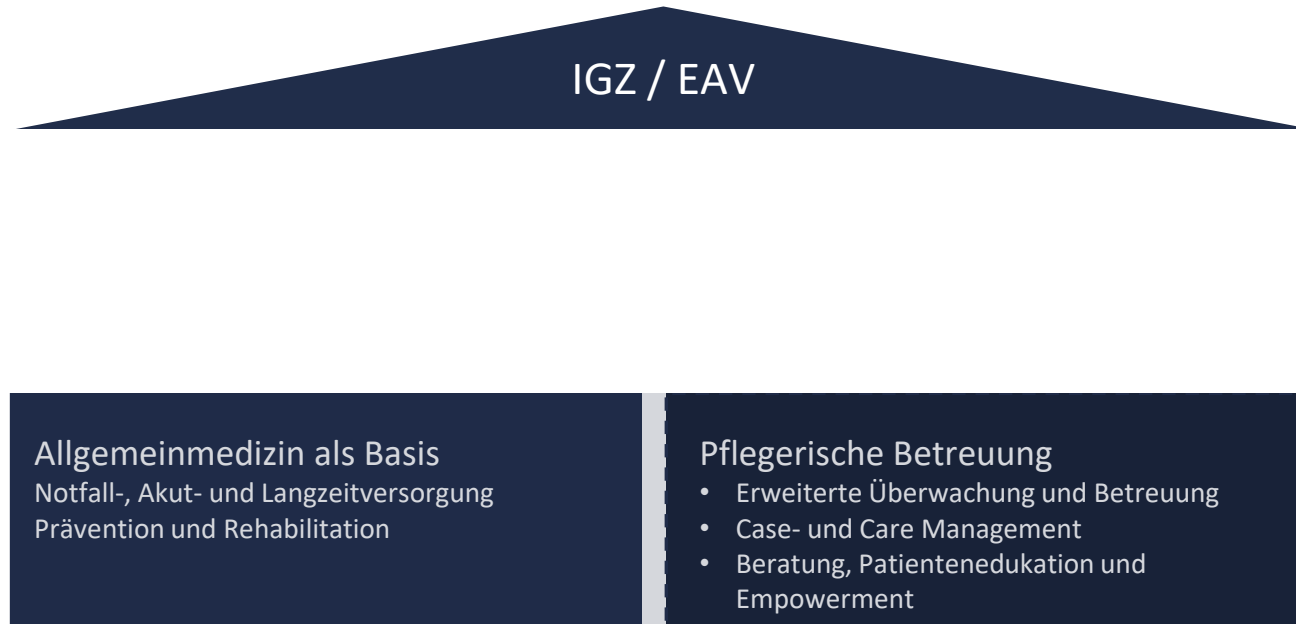
Personal/Expertise

	vor Ort		weitere (ggf. externe) Kooperationspartner	
	Fachgruppe / Beruf	Kompetenzen / Qualifikation / Funktion	Fachgruppe / Beruf	Kompetenzen / Qualifikation / Funktion
ärztlicher Personalbedarf	Hausärztliche Internisten Allgemeinmediziner (ev. Notärzte)	geriatrische Grundversorgung Psychosomatik Psychiatrische Krisenintervention Reanimation, Notfallversorgung	Anästhesie Chirurgie Dermatologie Gynäkologie HNO INT-Diabetologe INT-Gastroenterologie INT-Kardiologie INT-Pulmologie INT-Rheumatologie Neurologie Pädiatrie Pharmakologie Psychiatrie Radiologie (CT, MR, Interventionell) Orthopädie/Unfallchirurgie Q: Schmerztherapie Notaufnahme Fachärzte s.o. je nach Struktur	niedergelassene Fachärzte zur konsiliarischen Mitbetreuung gegenseitige Hospitationen der EAV-Ärzte mit kooperierenden Kliniken Ansprechpartner im KH
Pflege für die EAV	klinisch erfahrene Pflegekräfte akademisierte Pflege (APN, CHN)	Leitungskompetenz / pflegerische Leitung Case Management / Koordination Q: Wundexperte Q: Patientenschulung Q: Diabetesassistent / Diätassistent Q: Herzinsuffizienz-Nurse Q: Geriatrie (z.B. Zercur®) Q: Onkologie-Pflege / Palliativ Q: Pain Nurse oder Anaesthesiol. Fachassistent Erfahrung Krisenintervention Psychiatrie		
weitere Berufsgruppen	MFAs (der Arztpraxen) IGZ-Management	Aufgaben analog Praxen Case Management / Koordination Geschäftsführung Administration Personal IT etc	Ergotherapie Ernährungstherapie Logopädie, Sprachförderung Physiotherapie Hebamme Psychotherapeut, Suchttherapeut, (psychologische Betreuung) frühe Hilfen, Frühförderung MTA / MFA-Röntgen Apotheker lokale Suchthilfe ehrenamtl. Strukturen	entsprechend Beruf gemeinsame regionale berufsübergreifende Fortbildungen

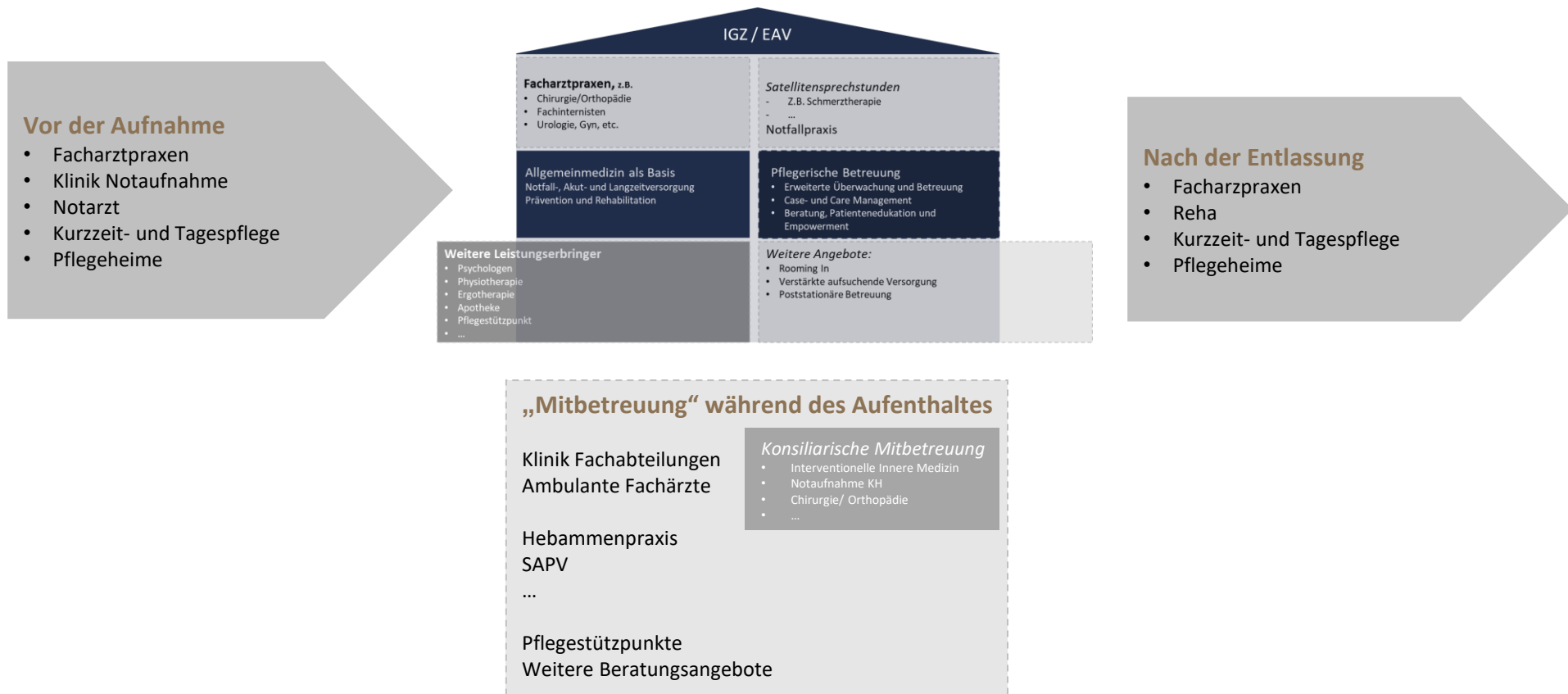


Krankheitsbilder Leistungen und Strukturen → MODELL

Allgemeinmedizin als Basis, Integrierte Versorgung als Prinzip



Krankheitsbilder Leistungen und Strukturen → SCHNITTSTELLEN



Quantitative Annäherung:

Definition der für die EAV relevanten Patientenpopulation

Bislang stationär behandelte Patienten:

- Patienten, die auch in der EAV mindestens gleichwertig versorgt werden könnten (EAV-sensitive Krankenhausfälle)
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK)

Bislang ambulant versorgte Patienten:

- ...die eigentlich mindestens in einer EAV versorgt werden sollten
- Verbesserung der ambulanten Versorgung durch IGZ mit EAV (indirekte Wirkung)



Quantitative Annäherung an Versorgungspotential und -kapazität

Abschichten der Fallzahlen je Szenario nach Versorgungspotenzial und -kapazität

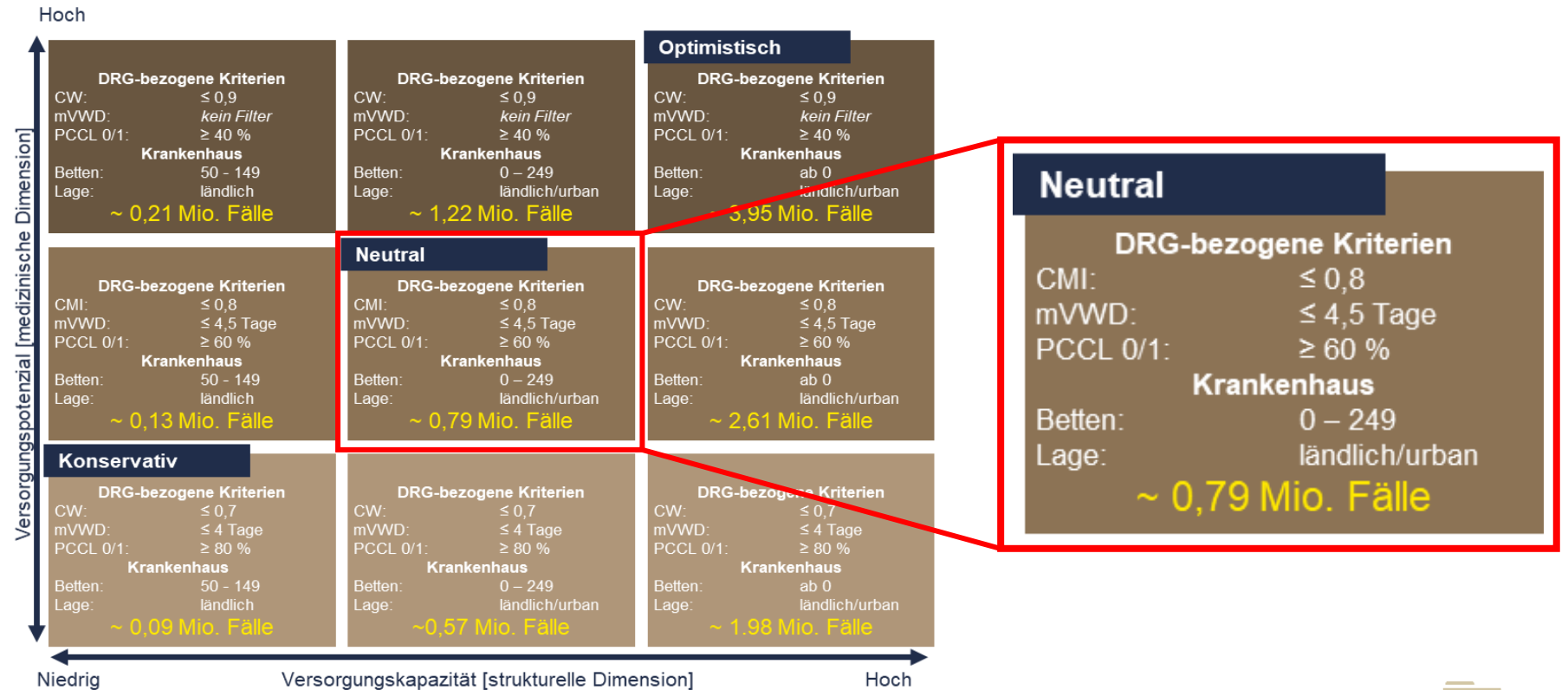
Das „konservative“ Szenario entspricht weitgehend dem Transformations-Szenario aus dem Gutachten von 2018: Umwandlung idealtypischer kleiner ländlicher Krankenhausstandorte (ca. 75 Standorte)



Quantitative Annäherung an Versorgungspotential und -kapazität

Abschichten der Fallzahlen je Szenario nach Versorgungspotenzial und -kapazität

Das „neutrale“ Szenario dient als Grundlage für die folgenden quantitativen Auswertungen; es tendiert deutlich in Richtung der konservativen Abgrenzung



Fazit und erste Implikationen

Chancen

System- / Versorgerperspektive:

- Versorgungspässen durch Entlastungspotenzial für Praxen und Klinik entgegen wirken
- Wirtschaftlichkeit: gemeinsame Ressourcennutzung, Nutzung der passenden Versorgungsebene
- Stärkung der regionalen interprof. Kooperationen durch technische und organisatorische Anbindung
- Nachwuchs sichern durch attraktives Arbeitsumfeld

Mehrwert für Patienten

- Patientenzentrierte umfassende Unterstützung,
- Vermeidung von Versorgungsbrüchen
- Heimatnahe niedrigschwellige Versorgungsstruktur
- Persönlichere Betreuung inkl. Angehörige
- Stärkung der Prävention

Risiken

Schnittstellen und organisatorische Umsetzung:

- Konkurrenzsituation mit lokal ansässigen Praxen
 - Organisat. und rechtlicher Rahmen
- Schnittstellen zu weiteren Versorgungsstrukturen klären (z.B. Kurzzeitpflege)

Konsequenzen

Planung und Implementierung:

- frühzeitig und transparent alle Akteure einbinden
- Flexible Anbindungsoptionen nutzen

Finanzielle Anreize...

- Anschubfinanzierung
- Perspektivisch regionale Finanzierungsmodelle?



Ansprechpartner

<https://www.kbv.de/html/igz-gutachten.php>

Dr. med. Heidrun Sturm, PhD

Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung (IAIV)

Osianderstr. 5

72076 Tübingen

Tel.: 07071 29-85269

heidrun.sturm@med.uni-tuebingen.de

www.medizin.uni-tuebingen.de/allgemeinmedizin

PD Dr. Andreas Schmid

Oberender AG

Unternehmensberatung im Gesundheitswesen

Friedrichstraße 20

95444 Bayreuth

Tel.: 0921 745443-0

andreas.schmid@oberender.com

www.oberender.com

Tübingen

Dr. med. Heidrun Sturm, Ph.D., MPH
Institute of General Practice and Interprofessional Care
University Hospital Tübingen
HS² – HeidrunSturm HealthcareStrategies

