



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Möglichkeiten und Grenzen der Ambulantisierung von Versorgungsleistungen - aus primärärztlicher Sicht -

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Direktor a. D.

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Was erwartet Sie hier und heute?

- Die Richtung: was heißt „primärärztlich“?
- Verlagerungen vom Krankenhaus zur primärärztlicher Versorgung:
 - Die (internationale) Theorie: die ambulant-sensitiven Diagnosen (ASD) und die vermeidbaren Krankenhausaufnahmen (VKA).
 - Der internationale Vergleich der Struktur- und Ergebnisqualität.
 - Mögliche evidenzbasierte Maßnahmen:
 - Präventive Maßnahmen.
 - Spezielle ambulante Behandlungskonzepte für relevante Krankheiten: zwecks Aufnahmevermeidung
 - Effektiveres Management bei und nach Entlassung: Vermeidung von Rehospitalisierung.
 - Mögliche Maßnahmen des Krankenhauses selber.
 - Primärärztliche Aufgaben im Krankenhaus selber.



Definitionsproblem primärärztlicher Bereich

- Alma Ata [WHO 1978]: *„It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system [...] and constitutes the first element of a continuing health care process“*
- Zugehörigkeit qua Zertifikat zum primärärztliche Bereich?
 - Hausärzte + hausärztlich tätige Internistinnen (+ Pädiatrie, Gynäkologie + x)?
- Welche Aufgaben/Tätigkeiten sind primärmedizinspezifisch?
 - Keine harten Kriterien, sondern Ideale: (Kontinuität, Ganzheitlichkeit, Koordination, advocacy etc.)
- blue sky Attribute?)
 - Empirisch: gewaltige Überschneidungen mit dem sekundärärztlichen Bereich (arztbedingt?
kundenbedingt?): vgl. nachfolgende Folie zur Orthopädie.
- Künftig: Erweiterung des primärärztlichen Bereichs mittels Delegationen und Substitutionen infolge des Hausärztemangels (auf dem Lande).
- Primärärztliche Aktivitäten der Krankenhausnotaufnahmen und -ambulanzen regelhaft ausgeblendet; künftig ebenfalls zunehmend, insbes. auf dem Lande?



78% der Patienten niedergelassener Orthopäden
haben folgende Diagnosen (ADT-Panel 2008)

Diagnosen (Behandlungsanlass) nach ICD10	Rang/Anteil	
	Rang	Anteil in % der Behandlungsfälle <u>Info</u>
M54 Rückenschmerzen	1	44,4
M47 Spondylose	2	17,5
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	3	16,1



Verlagerungsmöglichkeiten vom Krankenhaus zur primärärztlichen Versorgung

International dominante Denkrichtung:

- Es gibt ambulantsensitive Diagnosen (**ACSC: ambulatory care sensitive conditions; deutsch: ASD**) solche, die - in einem gewissen Prozentsatz - zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen führen [**(possibly) preventable admissions (PPA); deutsch: VKA**].
- Diese sollten nach Möglichkeit vermieden werden: wg. Lebensqualität, Kosten etc.
- Erreichbar über eine vermehrte Effektivität des primärärztlichen Bereichs.
- Eine geringe Prävalenz von ASD im Krankenhaus gilt folglich als Indikator für die Qualität der primärärztlichen Versorgung: „*Avoidable hospital admission is often used as an indicator of either access problems to primary care or the quality and continuity of care*“ (OECD 2012).
- The money should follow the patient: Bei Erfolg sollten entsprechende Budgettransfers in den primärärztlichen Bereich stattfinden.



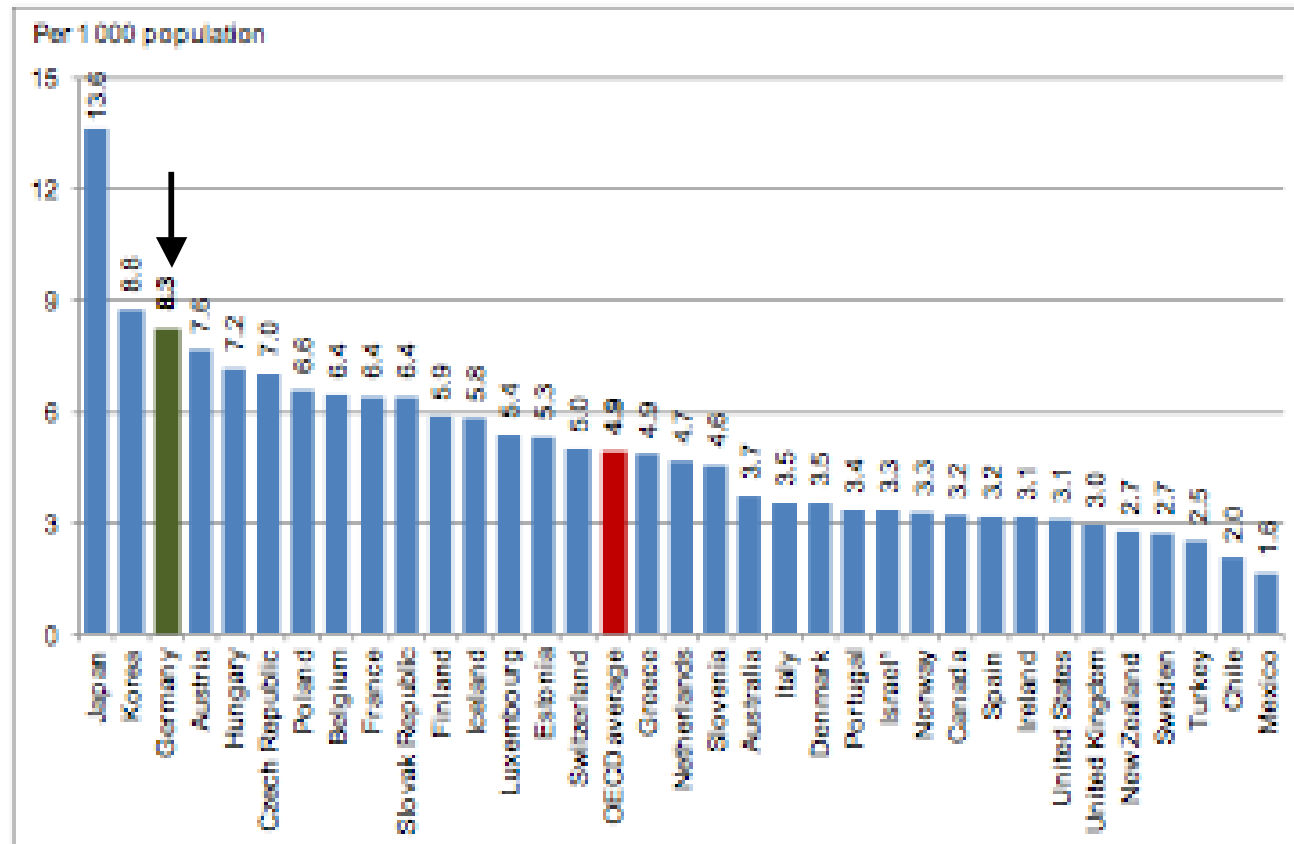
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Deutschland?

- Im OECD-Vergleich sind Deutschland und Österreich *aequo loco*
Weltmeister bezüglich des Krankenhausangebots:
 - Betten pro Einwohner
 - Aufnahmen pro Einwohner
 - Liegetage pro Einwohner

- Die Krankheitsprävalenzen sind in den vergleichbaren industrialisierten Ländern vergleichbar.



Betten/1.000 Einwohner 2010

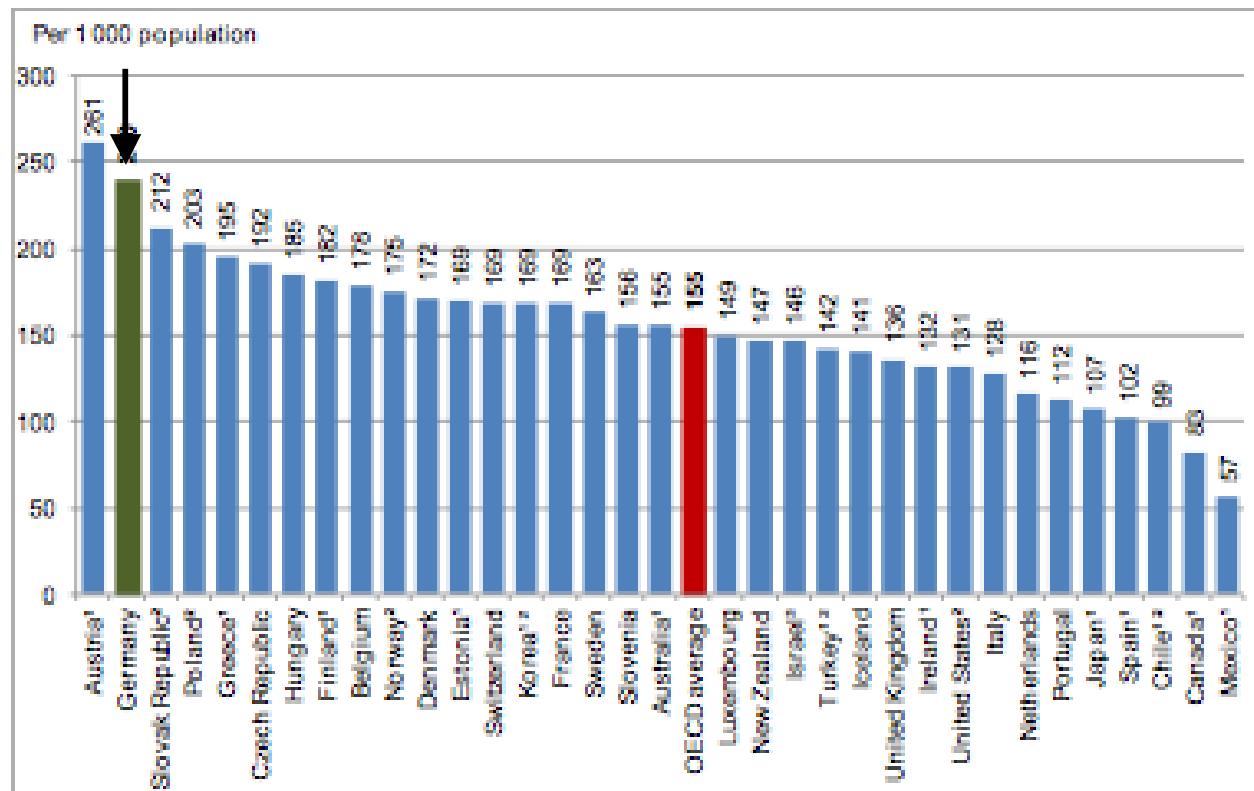


Note: To aid international comparability, this data includes beds in all hospitals, including general hospitals, mental health hospitals and other speciality hospitals. This includes prevention and rehabilitation hospitals.

Source: OECD Health Data 2012



Krankenhausentlassungen/1.000 Einwohner 2010



Notes:

1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-7% of all discharges).

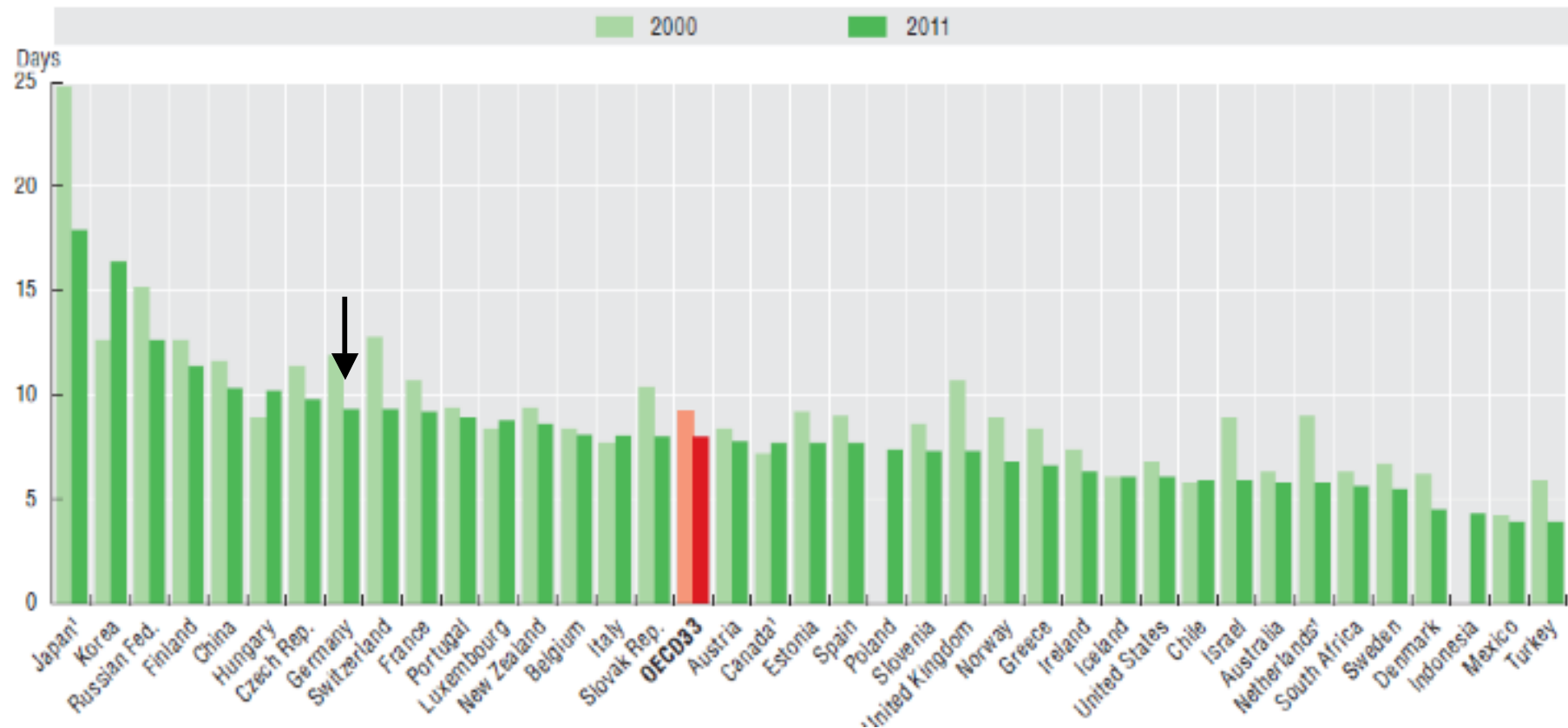
2. Includes same-day separations. 3. Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source: OECD Health Data 2012



Liegedauer im Krankenhaus 2000 und 2011

Average length of stay in hospital, 2000 and 2011 (or nearest year)





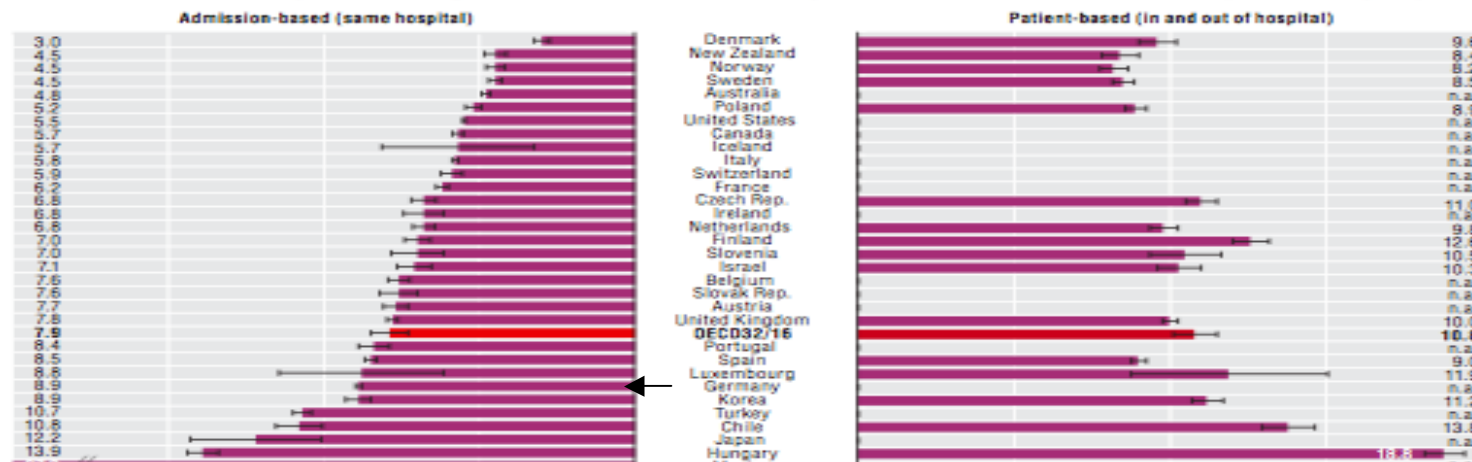
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Deutschland?

- Es gibt aber keine Indizien für vergleichbare (alters- und geschlechtsstandardisierte) Ergebnisqualität; hier ist Deutschland in der Regel durchschnittlich.



Sterberaten bei Erwachsenen ≥ 45 Jahren innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme wg. Herzinfarkt (oben) bzw. Schlaganfall (unten)

5.3.1. Case-fatality in adults aged 45 and over within 30 days after admission for AMI, 2011 (or nearest year)

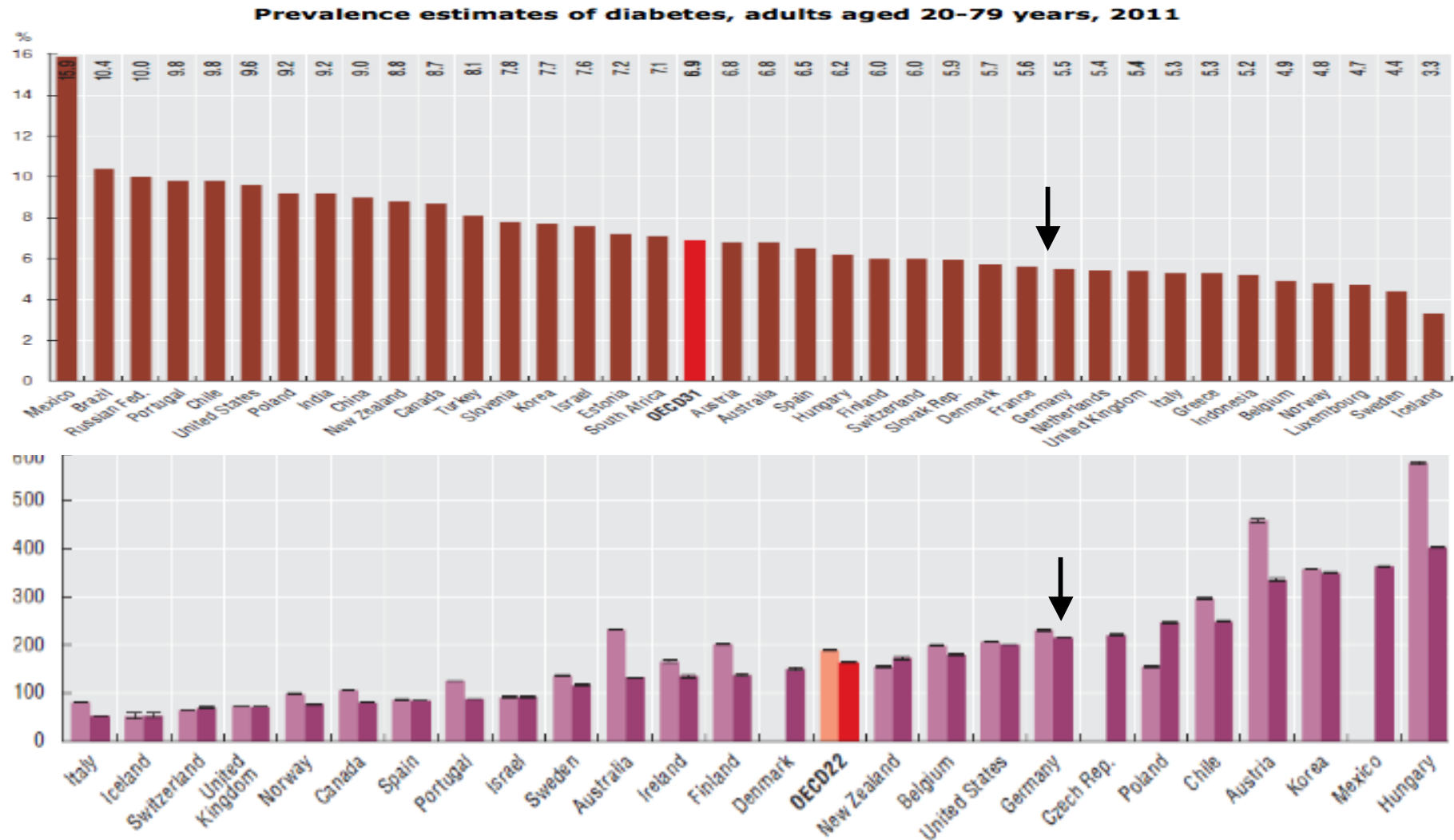


5.4.1. Case-fatality in adults aged 45 and over within 30 days after admission for ischemic stroke, 2011 (or nearest year)



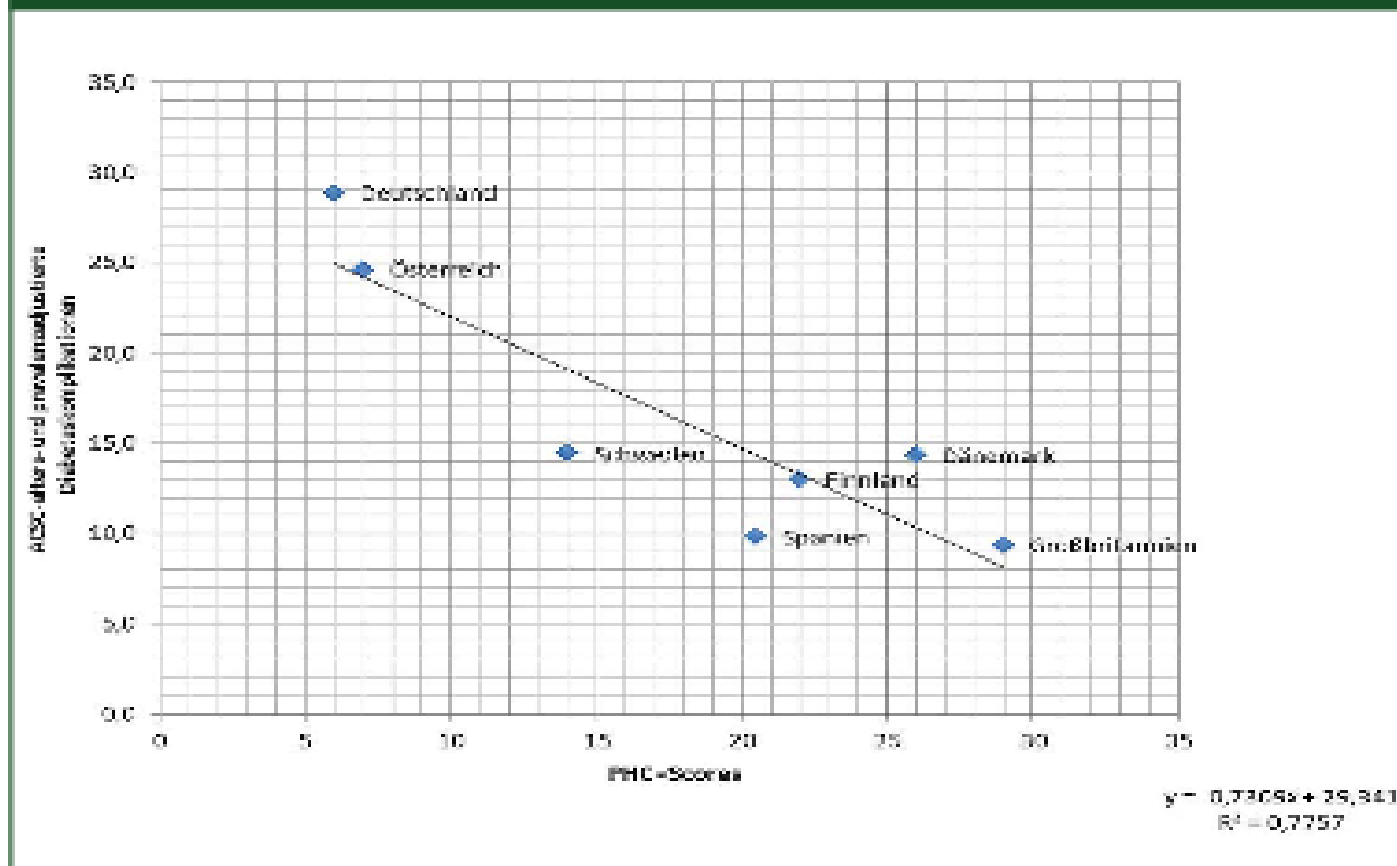


Prävalenz 2011 und KH-Aufnahmen wg. Diabetes 2006 und 2011



Zusammenhang zwischen Qualität der Primärversorgung und Diabeteskomplikationen (adjustiert)

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen dem Primärversorgungssystem (PHC-Scores) und ACSC (alters- und prävalenzadjustierte Diabeteskomplikationen)



Quelle: Czymionka et al. 2013: 32.



Vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Deutschland?

- Es gibt aber keine Indizien für vergleichbare (alters- und geschlechtsstandardisierte) Ergebnisqualität; hier sind wir in der Regel durchschnittlich.
- Allein schon diese stationären Mengen sind ein Indiz für häufige ASD-bedingte Aufnahmen in Deutschland, d.h. für ein Verlagerungspotential.



Beispiel: Eine 19er ASD-Liste aus UK (NHS Institute for Innovation and Improvement) und Österreich (Frank 2009)

Angina Pectoris	Asthma
Phlegmonöse Erkrankungen	Herzinsuffizienz
Epilepsie und Kramp fzustände	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
Dehydrierung und Gastroenteritis	Mundhöhlen- und Zahnerkrankungen
Diabetes mellitus mit Komplikationen (Typ I und II)	HNO-Infektionen
Gangrän	Hypertonie
Influenza und Pneumonie	Mangelernährung
Eisenmangelanämie	Entzündungen im Beckenbodenbereich
Perforiertes/blutendes Ulcus	Nierenbecken- und Nierenentzündungen
Andere durch Impfungen vermeidbare Krankheiten	



Prävalenz von ASD

- Deutschland:
 - 38% der 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen in Deutschland 2009 (Freund et al. 2013).
 - In einer Befragungsstudie werteten die Hausärzte 41% der präsentierten Fälle als potentiell vermeidbar (Freund et al. 2013).
- USA:
 - Geschätzte 13% bis 27% der Notaufnahmen (Weinick et al. 2010).
 - 30 Tage risikoadjustierte Wiedereinweisungsschance für CHI, Infarkt, Pneumonie: 20-25%.
- Neuseeland/Australien: 24% aller Aufnahmen.
- UK:
 - 16% aller Notaufnahmen in 2009/10; regionale Varianz bis 100%.
 - Zunahme 2001 - 2011 trotz Maßnahmen!



Prävalenz von ASD

➤ Cave:

- Nicht alle Einweisungen von ASD-Patienten sind vermeidbare; man braucht diagnose- und kontextspezifische Kriterien.
- Nicht alle VKA befinden sich auf der ASD-Liste (Beispiel: Alcoholabusus).



Vermeidbare Krankenhausaufnahmen (VKA) abhängig von ... (1)

1. ... ambulanten Versorgungsangeboten:

- Arztdichte:
 - DKI-Studie 2014: kein Zusammenhang mit Hausarztdichte, jedoch (schwach) mit Facharztdichte (Betas: - 0,06 und - 0,12) = geringfügige Substitution (1 Facharzt/10.000 E = -7 KH-Fälle bei Frauen bzw. 4 KH-Fälle bei Männern).
- Adäquate regionaler Verteilung der ambulanten Angebote.
Gatekeeping:ja/nein.
- Alternative ambulante Angebote (Beispiele: Tageskliniken, Beobachtungseinrichtungen, Kurzzeitpflege).
- Grad der (Un)-Strukturierung der Strukturen.



VKA abhängig von ... (2)

2... stationären Versorgungsangeboten:

- Akutbettendichte.
- Gute finanzielle Lage der Krankenhäuser.
- Facharztstandard beim ersten Arztkontakt im Krankenhaus.
- Adäquates Entlassungsmanagement (-25% Wiedereinweisung für CHI; Philips CO et al. JAMA 2004).

3... variierenden Behandlungsstilen; Grad der Abweichung von Leitlinien.



VKA abhängig von ... (3)

- Wahrgenommene Versorgungsbedürfnisse; Patientenpräferenzen bezüglich Behandlung (Beispiel: Komplementärmedizin).
- Akzeptanz von Präventivmaßnahmen, vor allem zu Lebensstilen
 - Tian B et al. UK 2014: 6 positive Verhaltensweisen = - 50% VKA.
 - [hohe Zahl alkoholbedingter \[Not\]-Aufnahmen in Deutschland.](#)
- Demographische Faktoren (geographische Lage, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit): [DKI-Studie: Ja+](#).
- Sozio-ökonomische Faktoren (Einkommen, regionale Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsniveau, Versicherungsstatus): [DKI-Studie: Ja++](#).



Evidenzbasierte Ansätze zur Reduktion von VKA

1. Präventive Aufgaben
 - Immunisierung: Influenza, Pneumokokken.
 - Sturzprävention bei Älteren.
2. Spezielle ambulante Behandlungskonzepte für ASDs zwecks Vermeidung von VKA (Beispiele: DMPs, Praxisnetze).
3. Effektiveres Management bei und nach Entlassung: Vermeidung von Rehospitalisierung.
4. Mögliche Maßnahmen des Krankenhauses selber.
5. Primärärztliche Aktivitäten im Krankenhaus selber.

Evidenzbasierte Ansätze zur Reduktion von VKA

- Grundsätzliche Vorbemerkung zum “Elend der Versorgungsforschung”:
 - *We know a lot about better care, but it is difficult to realize in practice: lack of translational research, quantity promoting financial incentives, vested interests, culture of interventionism, fragmented records, too small impacts of interventions (Grace, JAMA 2007; 298: 2623-33).*
 - Folge: vielfach finden Sie für Yes-Studien auch immer No-Studien.
 - Kontext: Übertragbarkeit von (US)-Studien?
 - Jede (auch nur kleine) Veränderung kostet beträchtlichen Aufwände.
 - Die Effekte sind oft klein,
Es gibt keine “magische Kugel”!



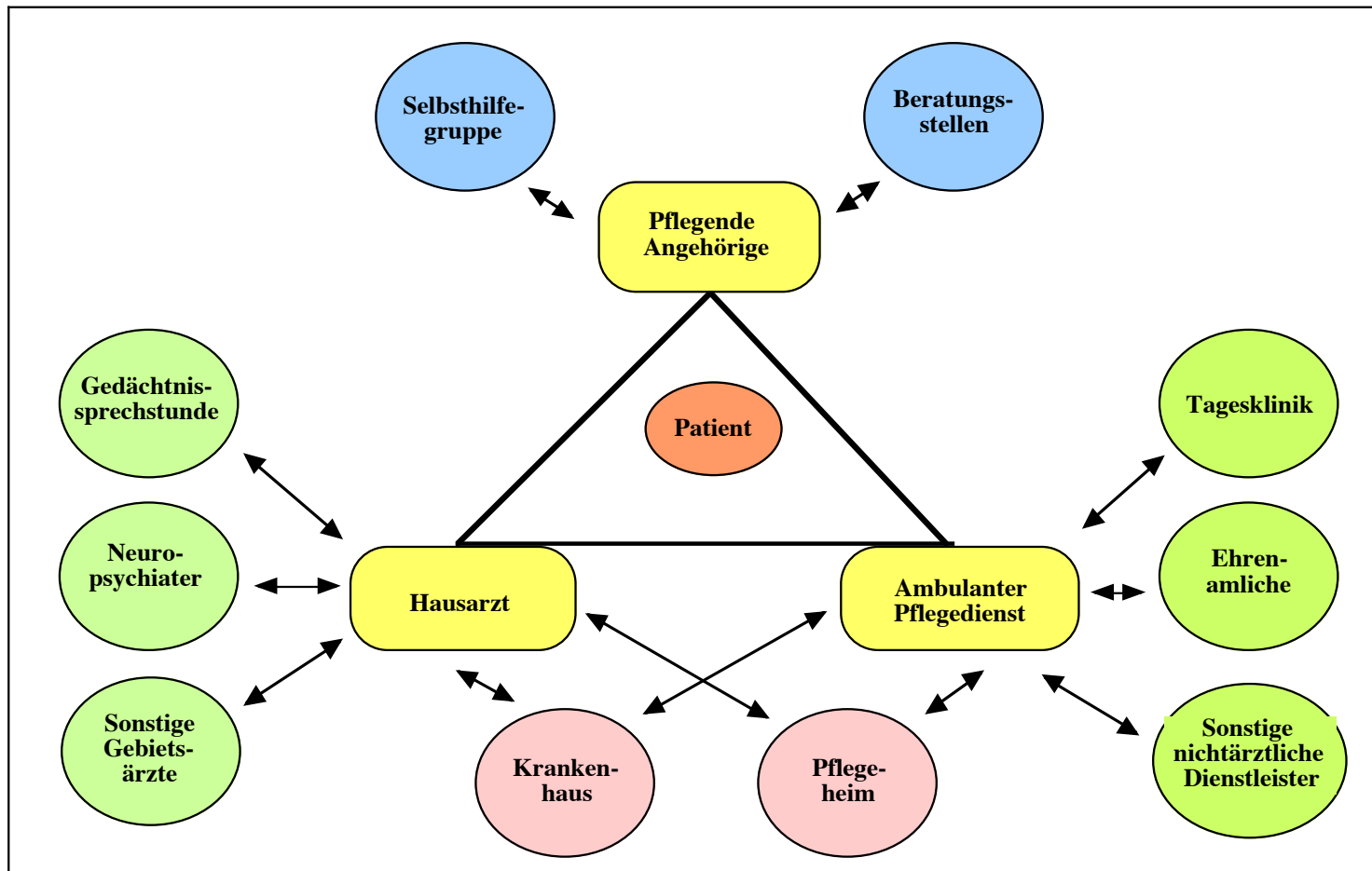


Evidenzbasierte Ansätze zur Reduktion von VKA (1)

- Bessere Kooperation von primärer und sekundärer vertragsärztlicher Versorgung bzw. von ambulanter und stationärer Versorgung.
- Spezielle interprofessionelle und integrierte DMPs; einzelne Case management-Ansätze.
- Leitlinien mit Behandlungspfaden.
- Vermehrter Einsatz von nurse practitioners et al. (aufsuchende Ansätze; z.B. ambulante Versorgung von Schizophrenie bzw. Frailty in der Geriatrie).
- Höhere Behandlungskontinuität in der ärztlichen Primärversorgung (Gatekeeping).
- Bessere primärärztliche Versorgung „out-of-hours“ für Risikopatienten [Effektiver (KV)-Notdienst].
- IT-Infrastruktur (EPA), Telemedizin bzw. Telefonmonitoring. (z. B. bei CHI).



Schnittstellen überall: Die komplexe Versorgungslandschaft am Beispiel der Demenz





Arbeitsteilung und Kooperation kein Thema (für Leitlinien)

- In keiner der deutschen Behandlungsleitlinien zu Demenz finden sich Ausführungen zu Aufgaben und Arbeitsteilung der verschiedenen ambulant tätigen Dienstleister.
- Selbst die hundertseitige Leitlinie der „zuständigen“ Fachgesellschaft, der DEGAM, widmet dem Case Management, der Pflege und der Einbeziehung der Angehörigen exakt eine halbe Seite.



Evidenzbasierte Ansätze zur Reduktion von VKA (2)

- Kein Zusammenhang der Krankenhausaufnahmen mit der individuellen Behandlungsqualität der Praxen ([Quality and Outcomes Framework-Scores in UK](#)).
- Kein Zusammenhang mit der Größe der Einrichtung.
- Kein Zusammenhang mit finanzielle Anreizen, weder in USA noch in UK (z.B. „P4P“).



Beispiel: Evidenzbasierte Ansätze zur Reduktion von VKA für chronische Herzinsuffizienz

- University of Manchester: Systematische Übersicht von 7 multikomponent-Programmen für CHI (n= 3.927 Patienten). Erfolgsfaktoren:
 - Zusammenarbeit von Kardiologen und Gemeindekrankepflege.
 - Patientenschulung/Lebensstilveränderungen/Sport.
 - Hausbesuche.
 - Case Management durch Krankenpflegekräfte.
 - Multidisziplinäre Teams.
 - Wöchentliche Mails und Telefonanrufe; Überwachung zuhause; intensive primärversorgerische Unterstützung.

- Sechs der sieben Studien zeigten eine Verringerung der Krankenhausaufnahmen zwischen 50% und 85% (*Philbin EF. J Gen Int Med 1999; 14: 130-5*).



Beispiel: Effektivität von “specialized, multidisciplinary, community-based care (SMCCC)” bei CHI (Toronto 2009)

➤ Design der Metanalyse:

- Die Intervention bestand aus einem Team von Hausarzt und Pflegekraft, von denen eine Person über Expertenwissen zu CHI verfügte.
- Die Kontrollgruppe erhielt Behandlung von einem Arzt (Primärarzt oder Kardiologe).
- Die Intervention setzte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus an.

➤ Es gibt eine mittlere Evidenz dafür, dass SMCCC bewirkt:

- Eine Mortalitätsverringering um 29-40%.
- Eine VKA von Krankenhausaufnahmen von 12 %.
- Eine VKA von CHI-spezifischen Krankenhausaufnahmen von 26%.

➤ Es gibt nur eine geringe Evidenz dafür, dass SMCCC bewirkt:

- Eine CHI-spezifische Mortalitätsverringering von 58%.
- Eine Verkürzung der Liegezeiten.
- Eine Erhöhung der Lebensqualität.



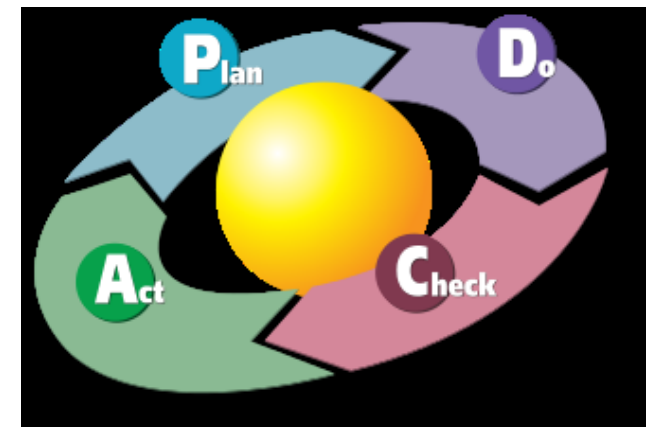
Systematischer Review zur Reduktion von ASD-bedingte Aufnahmen (HSAC-Report, Neuseeland 2008; 125 Studien)

➡ **Bsp. chronische Herzinsuffizienz**

- Training des Selbstmanagements.
- Telemonitoring.
- Periodische Telefonanrufe.
- Beobachtungseinheiten im Krankenhaus ohne Aufnahme.
- Spezielles interprofessionelles und integriertes DMP.
- Hausbesuche durch Krankenschwestern.
- Effektives Entlassungsmanagement.

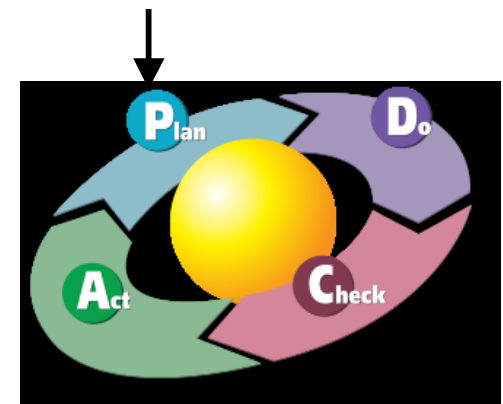
Handlungsbedarf (in HH)

- Konsensbildung über prioritäre Aktionsfelder (welche ASDs sollen bearbeitet werden?)
- Evidenzbasierter ASD-spezifischer Maßnahmenplan nach dem **PDCA-Zyklus**
 - Eigene und „benachbarte“ Professionen bzw. Einrichtungen mitnehmen („ohne Konsens kein Preis“).
 - Neue Kompetenzbedarfe durch Weiter- und Fortbildung sichern.
 - Informatisierung aufbauen.
 - Veränderungskultur bewirken.
 - Kosten(reduktions)-Frage ausblenden.
 - Regelmäßiges öffentliches Berichtswesen.



Beispiel: **PDCA** chronische Herzinsuffizienz (Phase 1)

- Definition der Zielgruppe: Stadien, Identifikationsstrategie (Risikoberechnung), Diagnostische Kriterien, psychosoziale Voraussetzungen etc.).
- Kriterien der Vermeidbarkeit festlegen (wann ist eine KA eine VKA?)
- Disease Management Programm konstruieren/prüfen/ergänzen, dabei
 - ärztliche Beteiligung sichern,
 - Schulungsbedarf ermitteln und beantworten,
 - nichtmedikamentöse Maßnahmen präzisieren,
 - Behandlungspfade festlegen (Überweisungsregeln; Kontinuitätssicherung, Aufgaben anderer Berufe),
 - Notfallstrategie beschreiben,
 - Entlassungsmanagement beschreiben, und
 - Follow-up Strategie bilden.
- Flächendeckende Konsensbildung!





Krankenhausseitige Reduktion von PPA

- Transmurale Versorgung durch das Krankenhaus.
- Leitlinien:
 - Evidenzbasierte Aufnahmekriterien inklusive Behandlungspfade.
- (Vergleichende) Forschung zu Ergebnisqualität.
- Generalistische Dienste im Krankenhaus.



Generalistische/ambulante Dienste im Krankenhaus (1)

- Einführung einer hausärztlichen Versorgungsebene in der Aufnahme- und Notfallversorgung des Krankenhauses (nicht nur für eine Triage).
- Stärkere Beteiligung der Vertragsärzte an den Entscheidungen im Krankenhaus (siehe USA und Kanada).
 - *“The value to hospitalized patients of having skilled and knowledgeable family physicians providing bedside care, coordinating the services of other health care workers, advocating for them [...] cannot be underestimated”*
(Gutkin C. Can Fam Physician 1999;45: 2248).



Generalistische/ambulante Dienste im Krankenhaus (2)

- Generalistische ärztliche Berufsbilder im Krankenhaus (z.B. [hospitalist physicians in den USA](#)).
- Care und Case Management durch Pflegekräfte.
- Gutes Entlassungsmanagement durch spezielle Manager (Kooperation mit Hausarzt und ambulanter Pflegedienst), hierbei
- Stärkung des Selbstmanagements der Patienten („Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“).



Forschungsbedarf (bezüglich HH)

- Informationsbedarf bezüglich Krankenhausinanspruchnahme:
 - Einweisung: Disziplinen, Raten und Merkmale der Patienten (Morbidity) und der Einweiser (Varianz).
 - Kurzlieger: Raten und Merkmale.
 - Notfallversorgung: Raten und Merkmale.
 - Wiedereinweisung: Disziplinen, Raten und Merkmale.
 - Zeitliche Entwicklung der Interventionsvarianten (Abnahme großer chirurgischer Interventionen?).
 - Kenntnisstand der Hausärzte über Angebots- und Qualitätsunterschiede von Krankenhäusern.
- SWOT-Analysen → Identifikation von morbidityspezifischen Vermeidungsmöglichkeiten und Verlagerungspotentialen.



Forschungs- und Handlungsbedarf (bezüglich HH)

Wenn Sie denken:

das ist ganz schön viel

oder

das ist mir viel zu viel,

dann

haben Sie erst einmal Recht;

bedenken Sie aber auch, was die Katze sagte:



Alice in Wonderland (Lewis Carroll)

- Alice: Würden Sie mir bitte sagen, welchen Weg ich von hier aus gehen sollte?
- Die Katze: Das hängt wesentlich davon ab, wo sie ankommen wollen.
- Alice: Das interessiert mich aber nicht besonders.
- Die Katze: Dann ist es auch egal, welchen Weg sie nehmen.
- Alice: Hauptsache, ich komme irgendwo an.
- Die Katze: Oh, da können Sie sicher sein, wenn sie nur lange genug gehen.





Schlusswort

- Ein Projekt Ambulantisierung ist mehr als eine Verlagerung zwischen Versorgungssektoren.
- Ein Projekt Ambulantisierung ist eine tiefgreifende globale Intervention, die einen umfassenden, „ganzheitlichen“ Ansatz erfordert.