

Gute Praxis in der ambulanten Versorgung

Anregungen für Deutschland auf Basis
internationaler Beispiele

STUDIEN
BERICHT

Gute Praxis in der ambulanten Versorgung

Anregungen für Deutschland auf Basis
internationaler Beispiele

Dr. Karsten Neumann
Patrick Gierling
Jean Dietzel

Studie
im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

Berlin, Juli 2014

Inhalt

Management Summary	7
1. Einleitung	9
2. Zielstellung	13
3. Methodik	14
4. Internationale Beispiele	16
4.1 Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte	16
4.1.1 Hintergrund und Konzept: Entlastung der Ärzte von originär ärztlichen Leistungen durch qualifizierte Fachkräfte	16
4.1.2 Das Modell: International zeigen sich sehr breite Anwendungsmöglichkeiten	17
4.1.3 Ergebnisse	19
4.1.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem	22
4.2 Chancen moderner Kommunikationsformen: Telemedizin in mehreren Varianten	27
4.2.1 Hintergrund und Konzept: Verbesserung und Vereinfachung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung	28
4.2.2 Das Modell: International zeigen sich sehr breite Anwendungsmöglichkeiten	28
4.2.3 Ergebnisse	31
4.2.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem	33
4.3 Eine Weiterentwicklung des MVZ: Patient Centered Medical Homes	37
4.3.1 Hintergrund und Konzept: Eine Kombination von Best-Practice-Ansätzen in der ambulanten Versorgung	37
4.3.2 Das Modell Patient Centered Medical Homes	38
4.3.3 Ergebnisse	41
4.3.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem	42
4.4 Terminmanagement zur Verringerung von Wartezeiten: Das Advanced-Access-Konzept	46
4.4.1 Hintergrund und Konzept: Für jeden Patienten einen Termin am selben Tag der Anfrage	46
4.4.2 Das Advanced-Access-Modell	47
4.4.3 Ergebnisse	48
4.4.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem	48
5. Fazit	51

Literaturverzeichnis	53
Abbildungen	5
Tabellen	5

Abbildungen

Abbildung 1:	Beispiel zur Verwendung von Mesh-Begriffen in Pubmed: Suche für das Themenfeld Telemedizin (129 Treffer)	15
Abbildung 2:	Zusammenfassung Delegation und Substitution	16
Abbildung 3:	Zusammenfassung Telemedizin	27
Abbildung 4:	Zusammenfassung Patient Centered Medical Homes	37
Abbildung 5:	Die Prinzipien des PCMH	40
Abbildung 6:	Zusammenfassung Advanced-Access-Konzept	46

Tabellen

Tabelle 1:	Vergleich konzeptioneller Grundbestandteile von PCMH und MVZ	39
------------	--	----

Management Summary

Die ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen bietet hochwertige medizinische Dienstleistungen für 82 Millionen Bundesbürger. Weitere Verbesserungen sind immer möglich, und bei mittelfristig steigenden Versorgungsbedarfen und begrenzten ärztlichen Ressourcen sind Möglichkeiten gefragt, um die ambulante ärztliche Versorgung noch effizienter und hochwertiger zu gestalten.

In der vorliegenden Studie hat das IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes internationale Ansätze identifiziert und beschrieben, die als Anregung für den gesundheitspolitischen Diskurs in Deutschland dienen sollen. Die Konzepte sind hier zwar bekannt, die Umsetzung ist in anderen Ländern aber weiter fortgeschritten. Wir stellen vier unterschiedliche Konzepte vor.

1. Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an/durch akademische Pflegekräfte
2. Telemedizinische Konzepte
3. Das Patient Centered Medical Home aus den USA als Weiterentwicklung des MVZ
4. Das Advanced-Access-Konzept zur effizienteren Vergabe von Arztterminen und Reduktion von Wartezeiten.

Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen sind international wesentlich weiter verbreitet als in Deutschland. Substitution kann bis zur Leitung ganzer Behandlungszentren durch akademische Pflegekräfte reichen. Wir zeigen, wo Delegation und Substitution zu einer verbesserten Versorgung führen können. Wir schlagen einen Ausbau zunächst in weniger versorgten Gebieten vor. Voraussetzungen dafür sind ein Kulturwandel und mehr Studienplätze, die eine ausreichende Anzahl ausgebildeter akademischer Pflegekräfte ermöglichen. Wir glauben, dass langfristig auch eine große Akzeptanz akademischer Pflegekräfte in der Bevölkerung vorhanden sein wird.

Die internationalen Anwendungsfelder der Telemedizin sind weit gefächert und beinhalten Konzepte, wie z. B. die Anwendung für das Zweitmeinungsverfahren und telefonische Beratung durch Pflegekräfte. In Deutschland müssen zur Umsetzung dieser innovativen Versorgungskonzepte die richtigen Voraussetzungen geschaffen werden. Dies betrifft vom allem eine telematikkompatible IT-Infrastruktur und punktuelle rechtliche Änderungen. Für die Erprobung der genannten Konzepte halten wir Selektivverträge für sehr gut geeignete Felder.

Das Patient Centered Medical Home (PCMH) ist eine Versorgungsform aus den USA, die am ehesten mit den deutschen MVZs vergleichbar ist. Jedoch geht das PCMH weit über den Integrationsgrad des MVZ hinaus und verbindet eine Reihe von Best-Practice-Ansätzen. Studien aus den USA deuten auf eine signifikant verbesserte Versorgung im PCMH im Vergleich zur Regelversorgung hin. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Implementierung des PCMH in Deutschland sind

weitestgehend gegeben. Das PCMH kann ein Element der Versorgungssicherstellung in ländlichen Regionen sein, eine Weiterentwicklung des MVZs oder ein Modell zum Abbau von Überversorgung im stationären Sektor.

Das Advanced-Access-Konzept ist ein neuartiges Modell der Terminvergabe, das ursprünglich von der amerikanischen HMO Kaiser Permanente entwickelt wurde. Kerngedanke des Konzepts ist es, jedem Patienten einen Termin noch am selben Tag der Terminanfrage, anbieten zu können. Auf diese Weise steigen die Termintreue, die Arzt- und die Patientenzufriedenheit. Für das deutsche Gesundheitswesen ist es erstrebenswert, auch vor dem Hintergrund der Koalitionsvereinbarungen zur Wartezeit auf Facharzttermine eine regionale Einführung des Konzepts zu testen, um die Wirksamkeit des Ansatzes zu zeigen.

Die hier dargestellten Konzepte können miteinander kombiniert werden. Sie sollen zeigen, dass wir durch konsequentere Einführung innovativer Modelle die Sicherstellung, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Versorgung weiter verbessern können, um uns auf die Herausforderungen der Zukunft noch besser vorzubereiten.

1. Einleitung

Die vorliegende Studie befasst sich mit der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Für einige wichtige Herausforderungen werden gute Lösungsansätze aus dem Ausland dargestellt, die dazu beitragen können, die Qualität und Sicherstellung der Versorgung noch weiter zu verbessern. Da sich Elemente aus anderen Gesundheitssystemen meist nicht unverändert nachbilden lassen, diskutieren wir auch die Übertragbarkeit auf Deutschland und mögliche Anpassung der Lösungsansätze.

In dieser Einleitung nehmen wir zunächst eine kurze Bewertung des Status quo in Deutschland vor.

In fast allen Ländern leisten ambulante Hausärzte¹ präventive und therapeutische Maßnahmen, meist als erste Anlaufstelle von Patienten. Oft übernehmen sie eine Lotsenfunktion für Weiterbehandlungen durch Fachärzte. Kennzeichnend für den Berufsstand der Hausärzte ist zumeist noch eine besonders enge Bindung zwischen Hausarzt und Patient, die sich auf eine langjährige Betreuung begründet.

Der ambulante Sektor und die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitswesen werden oft als besonders hochwertig im internationalen Vergleich dargestellt. Dies ist für eine Reihe von Aspekten sicherlich zutreffend. Beispiele umfassen die freie Arztwahl und den überwiegend unentgeltlichen Zugang zur Versorgung. Auch zeigen sich deutsche Patienten in Umfragen generell sehr zufrieden mit ärztlichen Dienstleistungen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Patienten gesetzlich oder privat versichert sind (Weisenfeld et al. 2010).

Legt man jedoch andere Bewertungskriterien an, so muss man festhalten, dass auch hier in Deutschland Defizite vorliegen. Das gilt sowohl für den Status Quo als auch für zukünftige Entwicklungen. Eine wesentliche Herausforderung der hausärztlichen Versorgung ist die doppelte Auswirkung der zunehmenden Alterung. Die demographische Entwicklung führt einerseits zu einem absehbaren Rückgang der Anzahl der Hausärzte² durch Renteneintritte und andererseits zu einer zunehmenden Patientenzahl in Altersgruppen mit Häufungen von Multimorbidität. Gerade in ländlichen Regionen wird die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung aufgrund eines faktischen oder wahrgenommenen Ärztemangels als kritisch angesehen. Bisher gibt es zwar nur in weniger als 2 % der Planungsbezirke eine rechnerische Unterversorgung im hausärztlichen Bereich³, diese Zahl wird aber absehbar

¹ Die Berufsbezeichnungen bezeichnen beide Geschlechter.

² Hinzu kommt die seit längerem bestehende Problematik, dass zu wenige Absolventen eines Medizinstudiums Hausarzt werden wollen.

³ Rechnerische Unterversorgung gemäß Bedarfsplan wird hier als Versorgungsgrad von 75 % und weniger verstanden. Ein Versorgungsgrad von 100 % ist definiert als ein Arzt pro 1.671 Einwohnern (G-BA 2013).

zunehmen. Durch einen besseren Ausgleich der Arztdichte zwischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten könnte auch dieser Mangel aufgehoben werden. Bisher ist ein solcher Ausgleich jedoch noch nicht gelungen. Hinzu kommt eine Knappheit an hausärztlichem Nachwuchs, da sich anhaltend mehr junge Mediziner für eine fachärztliche Niederlassung interessieren.

Ein Blick in andere westliche Industrienationen zeigt, dass die dortigen Herausforderungen überwiegend ähnlich sind. Beispielhaft seien hier Italien und die Schweiz genannt, die ebenfalls vor großen Herausforderungen in der Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen stehen.

International hebt sich Deutschland durch eine sehr hohe Kontakt- und Leistungsdichte je Hausarzt hervor. In Deutschland gab es 2006 etwa 243 Patientenkontakte je Woche (bei leicht rückläufiger Tendenz), in den USA waren es hingegen 102 Patientenkontakte und in den Niederlanden 141 (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007). Teilweise ist dies aus der historischen Vergütungssituation mit Einzelleistungsvergütungen und fließenden Punktwerten zu erklären (vgl. Beyer, Erler, Gerlach 2010). In Deutschland ist zudem ein international eher untypisch hoher Anteil an Einzelpraxen gegeben, der die Patientendichte je Arzt erhöhen dürfte. In anderen Ländern sind hingegen Praxismodelle mit 2 bis hin sogar zu 9 Ärzten verbreiteter (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007). Inzwischen spielt auch die zurückgehende Anzahl an Hausärzten in ländlichen Regionen eine Rolle bei der Höhe der Arzt-Patientenkontaktszahl.

In einem Vergleich von 7 Ländern (u. a. Australien, Niederlande, Vereinigtes Königreich) ist die Wochenarbeitszeit von Hausärzten im Jahr 2006 in Deutschland mit 50,64 Stunden am höchsten gewesen. In Australien waren es nur 39,9 Stunden.⁴ Der Zeitaufwand für direkte Arzt-Patientenkontakte ist international mit ca. 30 Stunden hingegen auf etwa gleichem Niveau (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007).

Vergleicht man die Arbeitszeit und die Anzahl der Patientenkontakte, wird deutlich, dass deutsche Ärzte weniger Zeit als Ärzte in anderen Ländern für jeden einzelnen Patienten aufbringen können. Im Vergleich zu Hausärzten in Australien, den Niederlanden, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich war in Deutschland der Wunsch nach mehr Zeit für die Patientenberatung mit 75 % entsprechend auch am ausgeprägtesten (Niederlande nur 44 % der Ärzte) (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007).⁵

⁴ Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von selbstständigen Ärzten 47,6 Stunden (GKV-SV 2013).

⁵ Dies kann sich teilweise sogar kostensenkend auswirken, da es eine Evidenz dafür gibt, dass Ärzte mit längeren Patientenkontakten je Besuch dazu neigen, weniger Arzneimittel zu verschreiben und eher auf Lebensstilveränderungen drängen (vgl. Haller, Velasco Garrido, Busse 2009).

Auch bei der Durchführung der ärztlichen Tätigkeit scheint es Verbesserungsmöglichkeiten zu geben. Bei einer Untersuchung des US-amerikanischen Commonwealth Funds, die auf Arzt- und Patientenbefragungen basiert, wurden Deutschland im hausärztlichen Bereich Defizite bescheinigt. Bei der Effizienz (Rang 6 von 7) gab es unter anderem bei den Präventionsbemühungen (z. B. zu seltenes Abfragen von Risikofaktoren) und bei der Behandlung chronisch Kranker (u. a. zu geringe Nutzung von Leitlinien) Verbesserungspotenziale. In diesem Vergleich liegt Deutschland bei der Patientensicherheit des Weiteren nur im Mittelfeld (Rang 3 von 7) und auf dem letzten Platz bei der Koordination zwischen den Sektoren.⁶ Hier wurde unter anderem bemängelt, dass Hausärzte den Fachärzten häufig die Krankenakte nicht zugesandt hatten, und dass auch die Rückkopplung der Fachärzte an die Hausärzte mangelhaft sei. Gut schneidet Deutschland hingegen bei der Qualität der Arzt-Patientenkommunikation und der Dauer des Arzt-Patientenverhältnisses ab. Weitere Stärken sind die vergleichsweise geringe finanzielle Belastung der Patienten und Wartezeiten, die im internationalen Vergleich kurz sind (Davis et al. 2010). Innerhalb Deutschlands werden die Wartezeiten der GKV-Versicherten allerdings doch als zu lange empfunden – gerade im Vergleich mit der PKV – und sind daher regelmäßig Inhalt gesundheitspolitischer Diskussionen.

Die Ärzte selbst sind in Deutschland besonders unzufrieden: 96 % von ihnen hielten 2006 grundlegende Änderungen des Gesundheitswesens für notwendig, in den USA waren dies 85 %, in den Niederlanden jedoch „nur“ 45 % (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007). Gleichzeitig zeigen diverse Befragungen eine generelle Zufriedenheit deutscher Ärzte mit ihrem Beruf und eine hohe Bereitschaft, den Beruf wiederzuwählen, wenn man sich noch einmal entscheiden müsste.

Aus diversen Ländervergleichen⁷ können zusammenfassend folgende wesentliche Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in Deutschland identifiziert werden:

- ◆ Hohe Behandlungsdichte je Arzt und vergleichsweise geringe Behandlungszeit je Patient.
- ◆ Vergleichsweise geringe Nutzung von elektronischen Hilfsmitteln.
- ◆ Hoher Verwaltungsaufwand (u. a. durch Organisation in Einzelpraxen).
- ◆ Verbesserungsfähige Kooperation und Koordination zwischen Schnittstellen.

⁶ In einer früheren Ärztebefragung schnitt Deutschland hier aber vergleichsweise gut ab, 30 bis 55 % der Ärzte hätten nie Koordinationsprobleme wie fehlende Akten wahrgenommen (vgl. Koch, Gehrman, Sawicki 2007).

⁷ Vgl. Beyer, Erler, Gerlach 2010 / Koch, Gehrman, Sawicki 2007 / (Davis et al. 2010) / Schoen et al. 2006.

- ◆ Künftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten.⁸

Zur Bewältigung von einigen dieser Herausforderungen können die nachstehend geschilderten Konzepte einen Beitrag leisten.⁹

⁸ Die oben schon angedeutete Frage der Umverteilung, also des Ausgleichs von Gebieten mit Überversorgung und solchen (in geringerer Anzahl) mit Unterversorgung, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

⁹ Die Studie wurde im ersten Halbjahr 2014 erstellt. Durch geplante Gesetzesvorhaben können sich Änderungen ergeben haben.

2. Zielstellung

Für manche der genannten Herausforderungen gibt es gute Lösungsbeiträge aus dem Ausland. Die vorliegende Studie stellt einige Felder beispielhaft dar, bei denen wir in guter internationaler Praxis eine Bereicherung der hiesigen Diskussion sehen. Damit soll zunächst der Raum der betrachteten Alternativen erweitert werden. Eine identische Übertragung ist nicht angestrebt. Vielmehr erörtern wir bei jedem Thema, welche Anpassungen in Deutschland erforderlich wären, um es hier anzuwenden, und welche Hürden bestehen. Schließlich ist kein umfassender oder systematischer Vergleich angestrebt. Es werden einzelne relevante Beispiele herausgehoben.

Wir haben uns auf Themen konzentriert, die für die deutsche Versorgungspraxis einen Neuigkeitswert haben oder in der Umsetzung im Ausland deutlich weiter fortgeschritten sind. In Summe tragen die Ansätze vor allem zu zwei Themen bei: Den Zugang von Patienten zur Versorgung zu erleichtern und die Qualität der Versorgung im Sinne von Service, Prozessqualität und Koordination zu verbessern. Aus einem Such- und Auswahlprozess ergaben sich die folgenden vier Themenfelder:

- ◆ Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten.
- ◆ Telemedizin.
- ◆ Alternative Organisationsformen am Beispiel „Patient Centered Medical Home“.
- ◆ Verbessertes Zugang durch „Advanced Access“ und Mobilitätskonzepte.

Nicht alles davon ist neu in der gesundheitspolitischen Diskussion – in der Praxis jedoch gehen andere deutlich weiter, wie wir sehen werden.

3. Methodik

Wir haben nach innovativen internationalen Beispielen gesucht. Der erste Schritt zur Auswahl geeigneter Ansätze bestand in einer Recherche möglicher Themen und einer anschließenden Priorisierung.

Zu den identifizierten Themenfeldern wurden anschließend systematische Literaturrecherchen basierend auf Schlagworten (Mesh)¹⁰ in der Datenbank Medline durchgeführt. Um auch unkonventionelle oder neuartige Ansätze zu identifizieren, wurden zusätzlich folgende Mesh-Suchbegriffe in Medline verwendet:

- ◆ Health Care Reform.
- ◆ Education, Professional.
- ◆ Efficiency, Organisation.

Um die Ergebnisse auf den ambulanten Sektor einzuschränken, wurden zusätzliche Meshs verwendet (Vgl. Abbildung 1).

Die so durchgeführte Suche führte zu mehreren Hundert Ergebnissen je Suchstrategie. Um die Ergebnisse einzugrenzen, wurden nur Ergebnisse in deutscher und englischer Sprache berücksichtigt, teilweise wurden Artikel ausgeschlossen, die mehr als 10 Jahre alt waren. Nach einer ersten Durchsicht der Überschriften wurde die Mehrzahl der identifizierten Artikel aufgrund von Relevanzkriterien ausgeschlossen. Im nächsten Schritt wurden die Abstracts der übrig gebliebenen Artikel gesichtet. Hierbei fand eine erneute Reduktion der relevanten Artikel statt.

Die vorliegenden Artikel wurden anschließend systematisch ausgewertet. So ergab sich eine Liste von 24 Konzepten zu 8 Themenfeldern aus denen dann 4 Themenfelder für diese Publikation ausgewählt wurden: Delegation/Substitution, Telemedizin, Patient Centered Medical Homes und das Advanced Access-Konzept.

Für diese Themenfelder erfolgte ergänzend eine gründliche Recherche auch in der „grauen Literatur“. Wurde in den Artikel auf Quellen verwiesen, die zusätzliche Informationen oder Evidenz beinhalteten, so wurden diese ebenfalls berücksichtigt.

Insgesamt wurden im vorliegenden Ergebnisteil 34 Artikel berücksichtigt.

¹⁰ Mesh steht für Medical Subject Heading. Jedem Artikel in der Pubmed-Datenbank werden ein oder mehrere Meshs zugeordnet, um so die Suche nach Informationen zu einzelnen Themen zu erleichtern.

Abbildung 1: Beispiel zur Verwendung von Mesh-Begriffen in Pubmed: Suche für das Themenfeld Telemedizin (129 Treffer)

Remote Consultation [Mesh] OR

Telenursing [Mesh]

AND

(general practice physician [Mesh] OR Physicians, Family [Mesh] OR Physicians, Primary Care [Mesh])

OR

Ambulatory Care Facilities [Mesh]

OR

Ambulatory Care [Mesh])

Quelle: IGES

Bei der Interpretation solcher Studien sind grundsätzlich einige Punkte zu berücksichtigen:

Die überwiegend positiven Ergebnisse der identifizierten Publikationen müssen kritisch auf einen Publikationsbias hinterfragt werden. Damit bezeichnet man die Tendenz, eher Studien mit positiven Ergebnissen zu veröffentlichen als solche mit negativen Ergebnissen.

Die Studienergebnisse sind zudem auch von ihrer jeweiligen individuellen Ausgestaltung abhängig und nicht notwendigerweise generalisierbar. Auch die unterschiedliche Ausgestaltung der Gesundheitssysteme, bei denen sowohl historische Entwicklungen als auch rechtliche Beschränkungen stark von Deutschland abweichen können, ist zu beachten.





4. Internationale Beispiele

4.1 Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte

Delegation und Substitution setzen sich international immer mehr durch und sind unter anderem in den folgenden Ländern dokumentiert: Australien, Großbritannien, Italien, Kanada, Malawi, Neuseeland, Niederlande, Schweden, Schweiz, USA.

Dort werden teilweise umfassende Kompetenzen auf nichtärztliche Heilberufe übertragen. Die Untersuchungen zu solchen Modellen zeigen eine hohe Patientenzufriedenheit und eine mindestens gleich hohe Versorgungsqualität. Kosteneinsparungen werden kaum beobachtet, aber in jedem Fall können zusätzliche Personalressourcen zur Sicherstellung der Versorgung genutzt werden.

Abbildung 2: Zusammenfassung Delegation und Substitution

Konzept 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akademisch ausgebildete Krankenpflegekräfte übernehmen wesentlich umfangreicher Verantwortung für die Versorgung als bisher.
Modell 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuum reicht von Pflegekräften, die delegierte Leistungen in Praxen erbringen bis hin zu Pflegekräften, die alleinverantwortlich in Behandlungszentren für geeignete Patientengruppen arbeiten.
Ergebnis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsqualität vergleichbar mit Ärzten. Kaum Einsparungen, aber höhere Patientenzufriedenheit. Eher für gut eingestellte Chroniker als Akutfälle. Zusätzliche Personalressourcen für Versorgung.
Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delegation sollte deutlich ausgebaut werden. Substitutionsansätze sollten in Modellprojekten getestet werden.

Quelle: IGES

4.1.1 Hintergrund und Konzept: Entlastung der Ärzte von originär ärztlichen Leistungen durch qualifizierte Fachkräfte

Unter Delegation wird hier die Erbringung von Leistungen durch medizinische Fachkräfte¹¹ unter Anleitung und/oder Anweisung eines verantwortlich bleibenden Arztes verstanden. Bei der Substitution erbringt die medizinische Fachkraft

¹¹ Im Folgenden werden hierfür auch die Begriffe Krankenpflegekraft und Pflegekraft synonym verwendet. Altenpflegekräfte sind explizit nicht gemeint.

diese Leistung eigenständig und eigenverantwortlich als Ersatz der ärztlichen Tätigkeit. Grundlage für beide Konzepte ist die Überlegung, dass die ärztliche Tätigkeit möglichst effizient eingesetzt werden sollte. Daraus ergibt sich, dass einige Leistungen der Ärzte möglicherweise von anderen Fachkräften in gleicher Qualität erbracht werden können. Delegation und Substitution unterscheiden sich im Grad der Arztferne dieser Erbringung. Weitere Ziele von Delegation und Substitution sind, dass insgesamt mehr Zeit für Patienten zur Verfügung steht und diese mehr Unterstützung und Zuwendung erhalten. Angesichts einer gewissen Hemmschwelle zwischen einigen Patienten und ihrem Arzt wird auch erwartet, dass Patienten im persönlichen Gespräch mit Fachkräften eher bereit sind, wichtige persönliche Informationen über ihren Gesundheitsstatus zu offenbaren (z. B. Medikamenteneinnahme, Sport- und Ernährungsgewohnheiten). Darüber hinaus haben längere persönliche Gespräche bekanntermaßen einen eigenen therapeutischen Effekt.

4.1.2 Das Modell: International zeigen sich sehr breite Anwendungsmöglichkeiten

Bei der breiten Anwendung von Delegation und/oder Substitution ärztlicher Leistungen in anderen Ländern wird meist das Ziel verfolgt, ärztlichen Arbeitsaufwand zu reduzieren bzw. die Arbeitszeit von Ärzten besser auf notwendige Patientenbehandlungen zu fokussieren. Teilweise ist der Ausgleich von Unterversorgung ein Ziel. Jedoch kann Delegation auch in gut versorgten Großstädten für eine Optimierung von Patientenflüssen genutzt werden.

Grundvoraussetzung für die Delegation von medizinischen Leistungen ist eine entsprechende Qualifizierung der Fachkräfte, an die delegiert wird. International werden Krankenpflegekräfte oft akademisch an Universitäten (oder an Äquivalenten von Fachhochschulen) ausgebildet und erwerben einen Pflege-Bachelor oder sogar einen Pflege-Master. Eine duale Ausbildung wie in Deutschland steht allerdings meist nicht als Alternative zur Verfügung. Es ist eine stärker theorielastige Ausbildung in anderen Ländern zu konstatieren, die verbunden mit praktischen Ausbildungsteilen zu einer Höherqualifizierung von Krankenpflegekräften führen kann. International gibt es dazu noch einen zweiten Weg: die systematische Weiterbildung praxiserfahrener Krankenpflegekräfte. Ein breites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten erfordert Abstufungen. Nicht jede delegierte Tätigkeit bedarf einer akademischen Ausbildung. Ziel ist es ausdrücklich auch nicht, eine neue Art Ärzte auszubilden. Die starken Hierarchieunterschiede zwischen Ärzten und Krankenpflegekräften wie in Deutschland sind in vielen Ländern mit Delegation und Substitution nicht mehr so stark ausgeprägt.

Unter anderem in Neuseeland können Krankenpflegekräfte ein Masterstudium absolvieren. Teil davon ist in Neuseeland ein „Verschreibungspraktikum“, bei dem die Krankenpflegekräfte lernen, eigenständig Arznei- und Heil- und Hilfsmittelverschreibungen vornehmen zu können – Tätigkeiten, die in den meisten Ländern als originäre Aufgabe von Ärzten verstanden werden. Die Lehrkräfte waren nach

ersten Erfahrungen ermutigt, dass dies ein erfolgsversprechender Weg sein könnte (Spence und Anderson 2006).

Dies zeigt, dass das Verständnis von typisch ärztlichen Aufgaben oder typisch pflegerischen Aufgaben auf Konventionen basiert, die prinzipiell berechtigt sein können, aber auch auf ihre heutige Gültigkeit zu überprüfen wären. So gilt gerade die kontinuierliche Betreuung von gut eingestellten chronischen Patienten als eine Aufgabe, die gut von Ärzten auf dafür ausgebildete Krankenpflegekräfte delegiert werden kann.

Die folgenden Beispiele führen diese Gedanken weiter aus.

4.1.2.1 Einsatz von akademischen Krankenpflegekräften als Unterstützung in der Praxis

In England werden akademische Krankenpflegekräfte von Hausärzten angestellt. Im Rahmen einer umfangreichen Delegation leisten sie einen erheblichen Beitrag zur Versorgung von Patienten. Ihre Ausbildung basiert vor allem auf Fortbildungen nach der normalen Ausbildung zur Krankenpflegekraft. In der Versorgung werden sie zum Beispiel für die Routineversorgung von Asthmapatienten und anderen chronischen Erkrankungen eingesetzt. Der Umfang der Behandlung übersteigt dabei wesentlich die übliche Tätigkeit von Arzthelfern. Zwischen 1997 und 2007 stieg die Anzahl derartiger Fachkräfte etwa um 44 % auf rund 15.000 (Vallejo-Torres und Morris 2011).

In den Niederlanden werden auf psychische Probleme spezialisierte Pflegekräfte in Hausarztpraxen eingesetzt. Gemeinsam mit dem Hausarzt sind diese Pflegekräfte die erste Anlaufstation für psychisch Kranke im niederländischen Gesundheitssystem. 2013 waren in mehr als 60 % aller Hausarztpraxen in den Niederlanden solche spezialisierten Pflegekräfte beschäftigt (Verhaak 2014).

4.1.2.2 Einsatz von akademischen Krankenpflegekräften außerhalb üblicher Sprechzeiten

Unkonventioneller sind Konzepte, in denen die Krankenpflegekräfte die Arbeitskraft des Arztes mehr oder weniger substituieren.

In den Niederlanden werden sogenannte „out of hours care“-Dienste angeboten, also eine ambulante Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (von 17 bis 20 Uhr und am ganzen Wochenende). Dabei handelt es sich überwiegend nicht um Notfälle, sondern um akute Erkrankungen. Diese Dienstleistungen werden von 128 Hausarztkooperativen in Krankenhäusern oder in der Nähe von Krankenhäusern organisiert, es werden jedoch auch Hausbesuche vorgenommen. Dem Besuch ist üblicherweise eine telefonische Beratung vorgeschaltet, worauf jedoch rund 58 % einen Behandlungstermin erhalten. Die Nachfrage für den out of hours care-Service stieg so stark an, dass versucht wird, sie durch den Einsatz akademi-

scher Pflegekräfte zu beherrschen. Diese Fachkräfte sollen für weniger schwierige Fälle eingesetzt werden und so die ärztliche Arbeitskraft substituieren. In diesem Pilotprojekt ersetzte eine akademische Pflegekraft je Dienstschicht einen von fünf ansonsten tätigen Ärzten, sodass nun vier Ärzte und eine akademische Pflegekraft als Team arbeiteten.

Die Pflegekräfte waren zuvor in hausärztlichen Praxen ausgebildet und angestellt worden. Darüber hinaus erhielten sie eine spezielle Schulung für die Diagnose und Behandlung von Sehstörungen, Muskelskelett-Erkrankungen (Brüche, Zerrungen) und von Wunden, da diese Erkrankungen im hausärztlichen Setting untypisch sind (Wijers et al. 2012).

4.1.2.3 Behandlungszentren mit akademischen Krankenpflegekräften und ärztlicher Leitung

In Kanada wurde eine von Krankenpflegekräften geleitete und von Ärzten überwachte ambulante Klinik etabliert. Die Zusammenarbeit wurde von beiden Berufsgruppen als positiv und produktiv bewertet und als echte Teamarbeit angesehen.

Für die Krankenpflegekräfte lieferte das Programm eine Möglichkeit, ihre Fähigkeiten stärker einbringen zu können als üblich. Es wurde eine sehr patientenzentrierte Versorgung angestrebt und versucht, generelle Präventionsstrategien zu vermitteln. Den Patienten konnte durch die Zuwendung von Krankenpflegekräften eine längere individuelle Behandlungszeit ermöglicht werden. Die Patienten berichteten von einer hohen Zufriedenheit und einer Verbesserung ihrer Gesundheit in einigen Punkten (Molzahn et al. 2008).

4.1.2.4 Behandlungszentren mit akademischen Krankenpflegekräften ohne ärztliche Leitung

In Australien wurde im Jahr 2010 als Reaktion auf einen Ärztemangel ein erstes Behandlungszentrum („walk-in centre“) eingeführt, das ausschließlich mit akademischen Krankenpflegekräften (dort mit Masterabschluss oder langjähriger Erfahrung) besetzt ist. Behandelt werden akute und chronische Erkrankungen ohne dass eine Terminvereinbarung notwendig ist. Das Zentrum befindet sich in einem Krankenhaus und liegt in unmittelbarer Nähe von dessen Notfallabteilung. Die akademischen Krankenpflegekräfte behandeln die Patienten basierend auf einem festen Protokoll. Bezüglich der Behandlungsqualität äußerten sich befragte Stakeholder des Behandlungszentrums überwiegend positiv überrascht (Parker et al. 2012).

4.1.3 Ergebnisse

Studienergebnisse zur Delegation ärztlicher Leistungen weisen häufig auf eine hohe Behandlungsqualität hin, die aber meist nicht zu ggf. erhofften Einsparungen führen können. Dies ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass akademische

Krankenpflegekräfte ein höheres Gehaltsniveau als nicht-akademische Pflegekräfte besitzen. Zum anderen wenden sie mehr Zeit als Ärzte für die Durchführung ihrer Aufgaben auf.

Sie widmen dem einzelnen Patienten mehr Zeit, was von diesen begrüßt wird und eine Qualitätsverbesserung darstellen kann.

Die Erwartung einer Fallzahlreduktion bei den Ärzten durch dieses Konzept erfüllte sich eher nicht. Gerade in unterversorgten Gebieten kann jedoch durch ihren erfolgreichen Einsatz eine Versorgungsverbesserung erwartet werden.

Im Folgenden werden ausgewählte internationale Erkenntnisse zu vorgestellten Delegationskonzepten noch ausführlicher dargestellt.

4.1.3.1 Einsatz von akademischen Krankenpflegekräften als Unterstützung in der Praxis

Wenige Jahre nach Einführung von akademischen Pflegekräften in ambulanten Praxen in Schweden (ca. seit 2005) wurde im Jahr 2009 basierend auf Interviews mit Beteiligten ein positives Fazit gezogen. Initiale Vorbehalte gegen die neue Rolle der Fachkräfte waren überwunden worden. Zudem wurde festgestellt, dass das Rollenbild des Arztes sich weiterhin deutlich von den akademischen Pflegekräften abgrenzen ließ. Die akademischen Pflegekräfte wurden als zusätzliche Ressource verstanden, die vor allem für mehr Zeit für die Patienten sorgt (Lindblad et al. 2010).

Im Vereinigten Königreich haben die Patienten im Wesentlichen die Wahl, ob sie zunächst den Hausarzt oder die akademische Krankenpflegekraft aufsuchen, die bei diesem Hausarzt angestellt ist. Entsprechend ergab ein Vergleich zwischen Patienten, die jeweils eine Berufsgruppe aufsuchten, dass chronisch kranke Patienten (z. B. mit gutartigen Neoplasmen, endokrinen Störungen, Herz- oder Atemungsproblemen) eher die akademische Krankenpflegekraft aufsuchen, während Patienten mit akuten Erkrankungen eher den Hausarzt wählen. Bei akademischen Krankenpflegekräften ist zudem ein geringeres Krankheitsspektrum beobachtet worden. Es wurde keine höhere Nutzungshäufigkeit von akademischen Pflegekräften für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen vorgefunden. Bewohner in ländlichen Regionen haben signifikant häufiger eine akademische Krankenpflegekraft ausgesucht (Vallejo-Torres und Morris 2011).

4.1.3.2 Behandlungszentren mit akademischen Krankenpflegekräften

Wie erwähnt konnte im kanadischen Konzept mit Behandlungszentren, die zwar ärztlich geleitet werden, aber von Krankenpflegekräften betrieben werden, eine längere individuelle Behandlungszeit der Patienten ermöglicht werden. Die Patienten berichteten von einer hohen Zufriedenheit und einer Verbesserung ihrer Gesundheit in einigen Punkten (Molzahn et al. 2008).

In der australischen Variante mit Behandlungszentren ohne ärztliche Leitung, betrieben von eigenverantwortlichen Krankenpflegekräften zeigt sich ein sehr differenziertes Bild. Die akademischen Krankenpflegekräfte behandelten die Patienten basierend auf einem festen Protokoll. Kritisch wurde angemerkt, das Festhalten am kompletten Protokoll führe dazu, dass sehr leichte Fälle länger als notwendig behandelt würden. Es wurde auch bemängelt, dass den akademischen Krankenpflegekräften durch die enge Bindung an vorgegebene Protokolle nicht die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Fähigkeiten voll einzubringen.

Bezüglich der Behandlungsqualität äußerten sich befragte Stakeholder des Behandlungszentrums überwiegend positiv überrascht. Die Behandlungskosten hingegen waren nicht unerheblich und würden möglicherweise bei Effizienzuntersuchungen anderen Alternativen unterlegen sein.

Viele Stakeholder hielten es zudem für sinnvoll, wenn wenigstens eine ärztliche Fachkraft unterstützend im Behandlungszentrum arbeiten würde. Interessanterweise berichtete die benachbarte ärztlich besetzte Notfallabteilung des Krankenhauses von einer Fallzahlzunahme aufgrund des Behandlungszentrums, wenn diese Zuweisungen auch üblicherweise berechtigt waren. Aufgrund dieser Ausgestaltungspraxis wurde von Spannungen zwischen den Mitarbeitern des Zentrums und der Notfallabteilung berichtet (Parket et al. 2012).

Einer Meta-Studie zu von Krankenpflegekräften geleiteten Behandlungszentren im Vereinigten Königreich fand heraus, dass die Patienten überdurchschnittlich jung waren (v. a. zwischen 17 und 45 Jahren alt), eher gut situiert waren und eher gut gebildet. Überwiegend kamen Patienten mit Gesundheitsproblemen (v. a. Atemwegsinfektionen oder Verschreibungswunsch für „Pille danach“) oder Verletzungen, die am gleichen Tag aufgetreten sind. 30 % kamen aufgrund einer Überweisung von anderen Berufsgruppen, der Großteil jedoch aufgrund von Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis. Die Hautbehandlungszeit lag während der Arbeitszeit und die Wartezeit lag bei durchschnittlich 10 bis 20 Minuten, während die Behandlungszeit durchschnittlich 14 Minuten betrug. Etwa 39 % der Fälle waren schon einmal dort behandelt worden. Die Behandlungsqualität wurde in den Studien als hoch bewertet und als vergleichbar zu der Behandlung in ärztlich geleiteten Praxen. Die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung war höher als bei ärztlich geleiteten Praxen, ggf. auf Grund einer durchschnittlich längeren Behandlungszeit. Jedoch wurde ebenso festgestellt, dass die Einrichtung von derartigen Behandlungszentren nicht zu einer Reduzierung der Arbeitslast oder Wartezeit bei anderen Gesundheitsanbietern führte, also aus Patientensicht eine rein additive Gesundheitsleistung darstellt (möglicherweise sogar eine angebotsinduzierte Nachfrage erzeugt). Dies zeigt sich auch darin, dass die Nutzer eher sozial höher gestellte Personengruppen waren, also eine Bevölkerungsschicht, die im Vereinigten Königreich eher nicht als unterversorgt gilt (Desborough et al. 2012).

4.1.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Hier und in den anderen Beispielen prüfen wir, ob sich die geschilderten Konzepte auf Deutschland übertragen lassen. Dies geschieht jeweils in fünf Schritten:

- ◆ Status quo in Deutschland,
- ◆ Ziele,
- ◆ Potenzielle Hürden im deutschen Gesundheitssystem,
- ◆ Ansätze zur Anpassung der internationalen Konzepte,
- ◆ Empfehlung.

4.1.4.1 Status quo in Deutschland

In Deutschland setzen sich Delegationsverfahren und eine entsprechende Personalqualifizierung nur langsam durch, während die Substitution ärztlicher Leistungen derzeit grundsätzlich nicht möglich ist (s. u.).

Bereits in seinem Gutachten im Jahr 2007 hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen eine Weiterentwicklung der Kooperation und damit eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen gefordert. Eine Arztzentriertheit der Versorgung sei nicht immer effizient (SVR 2009a, S. 433). In einem Sondergutachten 2009 wurde später ausgeführt: „Aus der Perspektive der hausärztlichen Versorgung ist die hausärztliche Arbeitskraft zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können“ (SVR 2009b, S. 137).

Wenn man betrachtet, was seitdem in Deutschland passiert ist, gilt es zwischen Delegation und Substitution zu unterscheiden. Für die Ärzte ist das Prinzip Delegation statt Substitution eines der obersten Ziele. „Die Verantwortung für Qualität und Angemessenheit einer delegierten Leistung darf nicht abgegeben werden, sondern muss in den Händen der niedergelassenen Ärzte liegen.“ so der frühere KBV-Vorsitzende Köhler.¹²

Für Substitutionsverfahren wurden bisher erste vorsichtige Modellvorhaben möglich gemacht.¹³ Bei der Delegation ist man in Deutschland bereits etwas weiter. Es gibt eine Vielzahl von Modellprojekten, z. B. unter Stichworten wie AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, EHealthgestützte, Systemische Intervention) oder VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis).

¹² Pressemitteilung der KBV: KBV erreicht Meilenstein: Delegation statt Substitution, <http://www.kbv.de/presse/43977.html>

¹³ Die Ausgestaltung dieser Modellvorhaben wird durch die gesetzlichen Krankenkassen, bzw. durch ihre Verbände und durch die Leistungserbringer vereinbart.

Zuletzt gab es verstärkte Bemühungen, bei dieser Thematik Fortschritte zu machen. Der GKV-Spitzenverband forderte in seinem Positionspapier zur Bundestagswahl 2013, dass „Insbesondere in dünn besiedelten Regionen [...] durch eine neue Arbeitsteilung zwischen qualifizierten Gesundheitsberufen die hausärztliche Versorgung ergänzt und gestärkt werden [muss].“ (GKV-SV 2013a, S. 12)

Die Arbeitsgemeinschaft IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg, KV Brandenburg, AOK Nordost und Barmer GEK) kritisierte Ende 2013 den heutigen EBM-Katalog als einschränkendes Kriterium bei einer stärkeren Umsetzung von Delegation. Modelle wie AGnES, VERAH und Co. sollten zu einem allgemeingültigen einheitlichen Konstrukt entwickelt werden (Ärzte Zeitung 2013).

Auch im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD wird eine entsprechende Absicht formuliert: „Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.“ Delegation würde somit zu einer Regelleistung, wenn eine sachgerechte Vergütung erreicht werden kann. Der Vertrag enthält auch einen Absatz zur Substitution: „Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden“ (CDU, CSU, SPD 2013).

GKV-Spitzenverband und KBV haben im Rahmen des Bundesmantelvertrags eine ab Oktober 2013 gültige Vereinbarung zu Delegationsleistungen erreicht. Sie regelt beispielhaft, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliches Personal ärztliche Leistungen erbringen darf und welche Anforderungen sie erfüllen müssen. Vorausgesetzt wird darin mindestens der Abschluss als Medizinische Fachangestellte oder eine vergleichbare Ausbildung. Es muss weiterhin ein dienstvertragliches Verhältnis der Fachkraft zum Arzt bestehen, der weiterhin die Verantwortung trägt. Nicht delegierbare Leistungen sind gemäß der Vereinbarung insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung, Diagnosestellung und Beratung des Patienten sowie Therapieentscheidungen (BMV-Ä 2013).

Bezüglich der Substitution von Leistungen werden Anforderungen zu Modellvorhaben derzeit noch beim G-BA verhandelt.

Im Hinblick auf die Ausbildung geeigneter Fachkräfte wurden in Deutschland bereits erste Schritte vorgenommen. Inzwischen gibt es in Deutschland 93 Pflegestudiengänge (inkl. Altenpflege), die mit einem Bachelor abgeschlossen werden davon 81 an Fachhochschulen, 12 an Universitäten. Im Masterbereich gibt es 36 Studiengänge. Die Zahl der Studienanfänger stieg von 574 im Jahr 2005 auf 1.754 im Jahr 2012 (DIE ZEIT 2013).

Trotz einer langsamen Entwicklung in Richtung stärkerer Delegation und Substitution sind wir also von dem Ausmaß, in dem andere Länder diese Instrumente einsetzen, noch weit entfernt.

4.1.4.2 Ziele, die mit Delegation und Substitution erreicht werden sollen

Mit der Delegation und Substitution sollen mehrere Ziele erreicht werden. Es soll eine ergänzende oder ersetzende Versorgung von Versicherten ermöglicht werden. Damit eignet sie sich perspektivisch besonders für mit Ärzten unterversorgte Regionen. Andernorts können Effizienzsteigerungen durch Delegation erreicht werden, wenn beispielsweise ein gut eingestellter Chroniker seinen regelmäßigen Termin nicht durchgehend bei einem Arzt wahrnimmt und diesen damit entlastet. Teilweise kann auch erwartet werden, dass einzelne Leistungen von nichtärztlichen Fachkräften besser erbracht werden können, z. B. weil in Routinekontrollen der Patient aufgrund eines geringer empfundenen Hierarchieunterschiedes zum Leistungserbringer unbefangener spricht.

Um diese Ziele zu erreichen, muss mittelfristig ausreichend geeignetes Personal zur Verfügung stehen. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Delegation und Substitution müssen aus- und kulturelle Vorbehalte abgebaut werden.

4.1.4.3 Potenzielle Hürden im deutschen Gesundheitssystem

Als wesentlichste Hürde einer stärkeren Implementierung von Delegations- und Substitutionsverfahren muss die noch zu klärende Finanzierung benannt werden. Bei einer Substitution in der Regelversorgung würde die Gesamtvergütung für Ärzte entsprechend der substituierten Leistungsmenge verringert, was die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte beeinträchtigt. Auf der anderen Seite kann es nicht im Sinne der Beitragszahler sein, die Gesamtvergütung unverändert zu lassen und die substituierten Leistungen additiv zu zahlen. Solange diese Frage nicht geklärt ist, ist ein Einsatz von akademischen Krankenpflegekräften perspektivisch vor allem in mit Ärzten unterversorgten Gebieten anzudenken, wo diese Problematik nicht vorliegt und eine höhere Akzeptanz auch bei den Ärzten vorliegen dürfte.

Die Patienten werden zunächst skeptisch sein, da die Leistungserbringung durch nichtärztliche Fachkräfte in Deutschland keine Tradition hat. Wie gezeigt, gab es dieses Phänomen auch stets in anderen Ländern, wo es sich überwiegend mit der Zeit legte. So haben auch in Deutschland Versicherte Erfahrungen mit Delegation gemacht. Haben diese Versicherten dabei erste positive Erfahrungen gemacht, stehen sie der Delegation überwiegend wohlwollend gegenüber. Aufgrund der regionalen Unterschiede in der Versorgungsdichte besteht auch eine unterschiedliche regionale Akzeptanz der Delegation. Je niedriger die Versorgungsdichte, desto höher ist die Akzeptanz (Wessels 2013).

Ein Einsatz von akademischen Krankenpflegekräften, die Leistungen anstelle von Ärzten erbringen, würde auch eine zusätzliche Schnittstelle im Gesundheitssystem bedeuten. Dabei wäre einer potenziellen Gefahr der Leistungsmengenausweitung, wenn delegierte und substituierte Leistungen überwiegend additiv anstatt alternativ erbracht würden, entsprechend zu begegnen.

Sollte es Ziel sein, dass nicht-ärztliche Fachkräfte substituierte Leistungen in eigenen Einrichtungen erbringen dürfen, stellt sich auch die Frage, wer zum Beispiel für die notwendigen Infrastruktur- und Systemkosten die Investitionskosten tragen würde.

Zuletzt besteht auch für eine sofortige Umsetzung das Problem, dass für eine flächendeckende Versorgung nicht ausreichend akademische Krankenpflegekräfte in Deutschland verfügbar sind. Es muss sich folglich um eine schrittweise Entwicklung handeln. Ein Einsatz verfügbarer Kräfte wäre daher wohl vor allem zuerst in Regionen mit besonderem Bedarf angezeigt.

4.1.4.4 Ansätze zur Anpassung der internationalen Konzepte an das deutsche System/Anpassungsnotwendigkeiten des deutschen Systems

Die vorgestellten Konzepte selbst müssten für eine Anwendung in Deutschland nicht angepasst werden. Zur systematischen Umsetzung der Ansätze in Deutschland bedarf es eines umfassenden und abgestimmten Konzepts. Dabei muss nicht völlig von vorne angefangen werden.

Benötigt wird vor allem eine größere Anzahl an entsprechenden Studienplätzen. Dafür bedarf es einer genauen Definition der Ausbildungsanforderungen und für die jeweils unterschiedlichen Leistungen eines Konzeptes für die jeweils notwendigen Ausbildungsniveaus. Dies ist nicht umsetzbar ohne einen gut definierten Rechtsrahmen mit klar definierten Leistungen, die delegiert und substituiert werden dürfen. Zur Implementierung ist ein Investitions- oder Finanzierungskonzept sinnvoll, das auch geeignete Vergütungsanreize und ein Bereinigungsverfahren beinhaltet. Die Investitionen könnten gerade in Regionen mit niedriger Versorgungsdichte beispielsweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kommunen getragen werden. Für die neuen Fachkräfte muss im SGB V eine Berücksichtigung gefunden werden. Mittelfristig wird auch eine Integration in die Bedarfsplanung erfolgen müssen.

4.1.4.5 Empfehlung

Die vorgestellten internationalen Beispiele zeigen, dass mit einem entsprechenden Kulturwandel eine bessere Versorgung der Patienten durch die stärkere Nutzung der Möglichkeiten von Delegation und Substitution möglich ist. Dieser Weg sollte zielstrebig und schrittweise gegangen werden.

Während die Substitution verstärkt in umfassenden und ernstgemeinten Modellprojekten weiter erprobt werden sollte (bspw. selbstständig tätige AGnES-Fachkräfte), plädieren wir dafür, die Delegation im hausärztlichen Bereich deutlich auszubauen. Dafür sollte eine genauere Ausgestaltung der Details entwickelt werden. Ziel ist die Überführung in eine Regelleistung mit sachgerechter Vergütung.

Mit einer sachgerechten Vergütung dürfte für die Ärzte ein stärkerer Anreiz bestehen, Leistungen zu delegieren, um sich zu entlasten. In unterversorgten Gebieten

würden so zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen. In heute überversorgten Gebieten dürfen Delegation und Substitution nicht zu additiven Leistungen führen, der Ausbau ist hier denkbar und sinnvoll, sobald die Überversorgung abgebaut wird.

Durch eine sich entsprechend entwickelnde Nachfrage nach geeigneten Fachkräften wird auch die Bereitschaft junger Männer und Frauen steigen, diesen Beruf zu studieren. Ist es eines Tages normal, dass akademische Krankenpflegekräfte Patienten behandeln, dürfte durch den Kulturwandel mittelfristig auch eine höhere Bereitschaft in der Gesellschaft entstehen, sich mit konkreteren Substitutionsansätzen – über Modellprojekte hinaus – auseinanderzusetzen.





4.2 Chancen moderner Kommunikationsformen: Telemedizin in mehreren Varianten

Telemedizin bezeichnet die Erbringung von Gesundheitsleistungen aus der Distanz mit Hilfe elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die Idee, dass Teile der ärztlichen Arbeit auch ohne einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt durchführbar sind, ist an sich nicht neu und spätestens seit der Erfindung des Telefons auch umsetzbar. Dennoch spielt die Telemedizin heute in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle. Im Zuge der technologischen Fortschritte der letzten drei Jahrzehnte wurde die Telemedizin in anderen Ländern wesentlich stärker in den beruflichen Alltag integriert. Sei es der Kontakt zwischen Patient und Arzt oder auch der interprofessionelle Kontakt. Telemedizin wird überall in Industrienationen verwendet, besonders in den USA, wo gerade Callcenter eine wichtige Rolle spielen. Auch in unmittelbarer Nachbarschaft (z. B. in der Schweiz) gibt es wesentlich ambitioniertere Konzepte. Insgesamt haben wir bei unserer Recherche Texte u. a. aus folgenden Ländern untersucht: Australien, Dänemark, Frankreich, Ghana, Großbritannien, Israel, Italien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Portugal, aus allen skandinavischen Ländern, Spanien, Taiwan, Türkei und USA. Interessante exemplarische Ansätze daraus stellen wir im folgenden Abschnitt vor.

Wir betrachten hier nicht alle möglichen Ausprägungsformen von e-Health. Insbesondere die elektronische Gesundheitskarte und die bundesweite Telematikinfrastruktur sind hier explizit ausgenommen.

Abbildung 3: Zusammenfassung Telemedizin

<p>Konzept</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erbringung vielseitiger Gesundheitsleistungen mit Hilfe elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien.
<p>Modell</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglich in Form von Hotlines, Telesprechstunden, Video-konferenzen, Telemonitoring, Zweitmeinungskonferenzen und Kombinationen hiervon.
<p>Ergebnis</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sehr gute Ergebnisse für Einholung von Zweitmeinungen. Die Ratschläge bei Telefonberatungen können von sehr hoher Qualität sein, sind aber eher nur bei chronischen Erkrankungen sinnvoll.
<p>Umsetzung</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Telemedizin sollte rechtlich gefördert werden. Finanzierungsmöglichkeiten sollten geprüft werden. Integration in Versorgungskonzepte (z. B. HzV).

Quelle: IGES

4.2.1 Hintergrund und Konzept: Verbesserung und Vereinfachung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Telemedizin wird in vielen Teilen der Welt genutzt, insbesondere um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und unnötige Arztbesuche zu vermeiden, sowie Ressourcen zu schonen (z. B. Zeitersparnis für Hausbesuche etc.).

Telemedizin kann auch in Fällen hilfreich sein, bei denen Patienten nur schwierig ihre Wohnung verlassen können, ein Hausbesuch jedoch nicht unbedingt indiziert ist. Eine weitere Methode ist das Telemonitoring, bei dem Messgeräte vom Patienten (z. B. Herzpatienten nach der stationären Entlassung) getragen werden und das Messgerät dem betreuenden Arzt die Messergebnisse zukommen lässt oder der Patient die Messergebnisse an den Arzt durchgibt. Darüber hinaus kann neben dem Kontakt von Ärzten und Pflegekräften zu Patienten auch ein unkomplizierter interprofessioneller Kontakt, z. B. zur Fallbesprechung zwischen Hausarzt und Facharzt oder zwischen verschiedenen Krankenhäusern ermöglicht werden. Telemedizin kann zum Beispiel in Form von Hotlines, Telefonsprechstunden oder auch über Videokonferenzen gestaltet sein.

Somit gibt es u. a. die folgenden Anwendungsmöglichkeiten:

- ◆ Fernberatung: Leistungserbringer (Arzt, Pflegekraft) – Patient,
- ◆ Interprofessioneller Kontakt zur Zweitmeinungseinholung: Leistungserbringer (Patientenkontakt) – Leistungserbringer (Spezialist).

Wesentliche technologische Hürden für die Durchführung komplexer telemedizinischer Verfahren (z. B. Videokonferenzen) bestehen heute praktisch kaum noch.

4.2.2 Das Modell: International zeigen sich sehr breite Anwendungsmöglichkeiten

Im vorliegenden Abschnitt sollen einige erwähnenswerte internationale Ansätze zur Anwendung von telemedizinischen Möglichkeiten kurz genauer dargestellt werden.

4.2.2.1 Telenursing und Telekonsultation

Telemedizin durch ausgebildete Pflegekräfte (englisch „telenurse“) sind weltweit ein verbreitetes Phänomen. Je nach Ausgestaltung kann es sich um eine Form der Delegation/Substitution handeln. Das Konzept findet sich insbesondere in den USA, jedoch auch in Australien und Neuseeland.

Dort wird dieser Dienst sogar durch Fachkräfte angeboten, die von zu Hause aus arbeiten können. Das Angebot dieser Dienste umfasst unter anderem medizinische Beratung und Gatekeeping. Dafür hatten die Pflegekräfte Fernzugriff auf die

Patientenakten der Anrufer an ihrem eigenen PC, der mit entsprechender Hard- und Software ausgestattet wurde, um auch die Datensicherheit der Patienten gewährleisten zu können. Die Pflegekräfte wurden durch Software durch Entscheidungspfade basierend auf klinischen Richtlinien gelotst, um die Pflegekräfte bei ihrer Beratung zu unterstützen. Pro Stunde wurden etwa 3,6 Anrufe bearbeitet (St. George et al. 2009).

Der Vorteil der Heimarbeit liegt in der hohen Flexibilität für die Pflegekräfte und in der Einsparung von Ressourcen (z. B. Büromiete) für die Arbeitgeber. Die Pflegekräfte, die von zu Hause aus arbeiten konnten, zeigten eine wesentlich höhere Zufriedenheit und Produktivität als Pflegekräfte in Callcentern, u. a. auch da keine Arbeitswege anfielen, Ausfälle durch kranke Kinder vermieden werden konnten und auch zu untypischen Arbeitszeiten (z. B. abends, nachts oder am Wochenende) gearbeitet werden konnte. Qualitative Unterschiede zwischen Heimarbeitern und Callcenter-Mitarbeitern, insbesondere bzgl. der Patientensicherheit, wurden nicht gefunden. Derartige Heimarbeit ermöglicht natürlich für unterversorgte Regionen vielerlei Möglichkeiten. Einerseits haben Fachkräfte aus ländlichen Regionen eine weitere Möglichkeit vor Ort eine Anstellung zu finden, andererseits können Patienten in ländlichen Regionen auch medizinische Beratung erfahren von Fachkräften aus der Großstadt oder weit entfernten Regionen, ohne dass die Fachkräfte incentiviert werden müssten, sich an Ort und Stelle zu begeben. Gleichzeitig stellt Telemedizin von zu Hause für die Arbeitskräfte hohe Anforderungen an die Selbstorganisation und bietet wenig Möglichkeit für Teamwork und Synergien (St. George et al. 2009).

4.2.2.2 Zweitmeinungsverfahren

Per Telemedizin und insbesondere über Videokonferenzen können Hausärzte selbst über größte Distanzen Kontakt zu anderen Hausärzten oder Fachärzten aufnehmen und sich austauschen, z. B. in dem sie sich fachlichen Rat zu einem Patienten einholen oder eine gemeinsame Behandlung abstimmen. Gerade bei der Überweisung von Patienten ergeben sich hier viele Vorteile gegenüber der klassischen schriftlichen Überweisung. Die Nutzung dieses Verfahrens ermöglicht eine schnelle und aufwandsarme Möglichkeit des Austauschs. Die Ärzte profitieren durch den Wissensaustausch auch fachlich. Nicht zu unterschätzen dürfte auch sein, dass gerade Hausärzte in abgelegenen ländlichen Regionen hierdurch einen regelmäßigen sozialen interprofessionellen Kontakt aufrechterhalten können.

In Italien wurde Telemedizin zum Beispiel angewandt, um Hausärzte durch Einholung von Zweitmeinungen von Kardiologen bei der Behandlung von Bluthochdruckpatienten mit hohem Risiko für kardiovaskuläre Probleme zu unterstützen. Die Spezialisten erhielten die EKG-Ergebnisse elektronisch durch ein spezielles EKG-Gerät und wurden daraufhin telefonisch kontaktiert. Dies war auch bei Hausbesuchen des Hausarztes möglich. Die Spezialisten waren im Rahmen eines Telearbeitsmodells rund um die Uhr für diesen Service verfügbar. Hausärzte baten etwa in der Hälfte der Fälle aufgrund von konkreten Symptomen (z. B. Brustschmerzen)

um eine Zweitmeinung und zur anderen Hälfte ohne konkrete Symptome (Scalvini et al. 2011).

In einem verwandten italienischen Projekt für dermatologische Probleme machten die Hausärzte jeweils ein Foto aus der Nähe und in größerer Entfernung von dem dermatologischen Problem, um es dem Hautarzt zur Begutachtung zuzusenden (Zanaboni et al. 2009).

Das Zweitmeinungsverfahren per Telemedizin wird auch in Norwegen als Teil der täglichen Routine praktiziert, insbesondere zwischen niedergelassenen Hausärzten und Spezialisten im klinischen Setting. In einer Studie von Nilsen beobachtete der Autor etwa Videokonferenzen einer Praxis, die üblicherweise viermal wöchentlich in den Morgenstunden stattfanden, sodass der Termin mit dem morgendlichen Meeting der Facharztteams im Krankenhaus zusammenfiel. Diskutiert wurde zum Beispiel in sieben Konferenzen über einen multimorbiden Patienten des Hausarztes, der öfter auch in der Klinik behandelt werden musste. Die Konferenzen dauerten zwischen fünf und fünfzehn Minuten. Themen waren neben einem Update über den Gesundheitsstatus unter anderem die Notwendigkeit zur Einweisung, die bestgeeignete medikamentöse Behandlung, Therapie- und Diagnostikoptionen sowie die Vermeidung von Infektionen (Nilsen 2011).

4.2.2.3 Umfassende systemische Umsetzungskonzepte

In Finnland liegt aufgrund der dezentralen Organisation und des Personalmangels in ländlichen Gegenden bereits eine hohe Verbreitung von Telemedizin vor, es gibt neben Telekonsultationen, Videokonferenzen und Patientenmonitoring und Beratungsdiensten auch Fernweiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter in Gesundheitsberufen (Häcker et al. 2008).

Umstritten, aber weit beachtet ist auch das schweizerische Konzept, das im Wesentlichen von dem Unternehmen Medgate geprägt wird. Medgate bietet umfassende telemedizinische Leistungen für momentan 2,6 Mio. Mitglieder. Der Ansatz ist eingebettet in zwei verschiedene Krankenversicherungsmodelle:

- ◆ Policen, die gegen einen Beitragsrabatt vor jedem Arztkontakt einen Anruf bei Medgate vorsehen,
- ◆ Policen, die Medgate-Leistungen als Zusatzservice anbieten.

Erstgenannte Police ist Teil des von schweizerischen Krankenversicherungen betriebenen „Demand Managements“. In diesem Modell ist der Kontakt mit Medgate vor dem Aufsuchen eines Arztes verpflichtend. Am Telefon oder per Videoverbindung können theoretisch die Fallaufnahme, die Diagnose, die Befundstellung anhand zugesendeter Röntgen- oder MRT-Bilder und die Nachkontrolle erfolgen. Nur falls notwendig, wird der persönliche Besuch eines Arztes veranlasst. In diesem Fall wählt Medgate den Arzt aus.

Polisen, die Medgate als Zusatzservice anbietet, können eine Vielzahl konkreter Dienstleistungen beinhalten. Beispiele umfassen Zweitmeinungsverfahren und Compliance-Systeme. Das Zweitmeinungsverfahren nutzen Medgate-Kunden meist bei sehr komplexen Fällen. Da Medgate nicht für jedes medizinische Fachgebiet Mitarbeiter beschäftigt, werden oft externe Experten für Zweimeinungsverfahren herangezogen.

Im Rahmen von Compliance-Systemen überwacht Medgate, ob der Versicherte tatsächlich alle geplanten Termine wahrgenommen hat. Diese Polisen sind für den Versicherten auf Grund der realisierbaren Einsparungen besonders günstig (Osl et al. 2009).¹⁴

4.2.3 Ergebnisse

Studienergebnisse zum Erfolg von Telekonsultationsmaßnahmen sind sehr stark von der individuellen Ausgestaltung des Konzeptes geprägt. Da aus Datenschutz- und Einwilligungsgründen bei diesen Studien zumeist sowohl Patient als auch medizinische Fachkraft über die Durchführung der Studie informiert sein müssen, wird die Studienqualität nicht unwesentlich durch einen Beobachtungseffekt (Hawthorneffekt) und Selektionseffekte beeinträchtigt.

Es folgt entsprechend nur eine kurze Übersicht über bemerkenswerte vorliegende Ergebnisse zur internationalen Anwendung von Telemedizin.

4.2.3.1 Telenursing und Telekonsultation

McKinstry et al. haben im Vereinigten Königreich die Unterschiede zwischen ärztlicher Beratung von Angesicht zu Angesicht und bei telefonischer Beratung untersucht. Demnach waren telefonische Beratungen mit durchschnittlich 4,6 Minuten rund 5 Minuten kürzer als Beratungen vor Ort. In den Telefongesprächen wurden gleichzeitig, wenn der Zeitunterschied heraus gerechnet wird, weniger Probleme besprochen, es wurden weniger Daten gesammelt, weniger Ratschläge erteilt und es fand in geringerem Umfang ein Aufbau einer persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient statt. Auch Patienten teilten ihrem Arzt weniger Informationen mit. Es lässt sich nicht pauschal bewerten, ob eine längere oder kürzere Behandlung je Konsultation besser ist. Dies müsste stets am Einzelfall bewertet werden.

Während die Patientenzufriedenheit in beiden Fällen ähnlich war (Telefon 85 %, in der Praxis 87 %), wurden die Telefonberatungen – trotz insgesamt hohem Niveau – fachlich als qualitativ geringer bewertet, sodass festgehalten werden

¹⁴ Evaluierungen zur Kosten-Effektivität oder Ergebnisqualität von Medgate wurden bislang nicht veröffentlicht. In Befragungen potenzieller Kunden äußerten sich jedoch besonders ältere Menschen kritisch. Vor allem die Weitergabe von persönlichen, medizinischen Daten wurde von den Befragten negativ bewertet (Osl et al. 2009).

muss, dass Telefonkonsultationen nicht für jede Erkrankung einen geeigneten Ersatz für Praxisbesuche darstellen können. Telefonische Beratung eigne sich insbesondere für Follow-up-Konsultationen und für das Management von erfahrenen Patienten mit chronischen Erkrankungen. Zudem könnte es hilfreich sein, telefonische Beratungen strukturierter durchzuführen (z. B. unterstützt durch eine Software mit Entscheidungspfaden), um die Einschränkungen einer fernmündlichen Kommunikation zu reduzieren (McKinstry et al. 2010).

Eine Studie aus Kanada untersuchte die Angemessenheit der Ratschläge von Pflegekräften per Telemedizin. Die Telefongespräche wurden von drei Auditoren geprüft (einem Hausarzt, einer akademischen Pflegekraft und einer erfahrenen Telemedizin-Pflegekraft). In 56 % der Fälle waren alle drei Auditoren der Ansicht, dass die Ratschläge angemessen waren, in 92 % der Fälle waren zwei von drei Auditoren dieser Ansicht. Alle Ratschläge wurden von mindestens einem Auditor als angemessen bewertet. Unangemessene Ratschläge wurden überwiegend als zu zurückhaltend und vorsichtig gewertet. Die Tele-Pflegekräfte, die v. a. als Gatekeeper einer ärztlichen Behandlung vorgeschaltet waren, empfahlen in 34 % der Fälle keine weitere ärztliche Behandlung und in 29 % der Fälle ein sofortiges Aufsuchen eines Arztes als dringende Fälle. In 11 % der Fälle wurden nur Informationen erfragt. 86 % der Anrufer waren weiblich und haben in den überwiegenden Fällen Rat für ihr Kleinkind erfragt (Hogenbirk und Pong 2004).

4.2.3.2 Zweitmeinungsverfahren

Die Vorteile des Zweitmeinungsverfahrens per Telemedizin wurden von den Hausärzten in einer Verkürzung der Warteliste, einer höheren Zeitnähe zur eigentlichen Erkrankung, einer höheren Sicherheit bei der Behandlung und einer Wissenszunahme gesehen. Besonders beachtenswert ist, dass in 91 % der Fälle der Spezialist eine abweichende Empfehlung von der Entscheidung des Hausarztes gab. In 86 % der Fälle ergab sich durch die Einbeziehung eine Ersparnis für die Kostenträger, v. a. durch die Vermeidung angedachter Krankenhauseinweisungen und Überweisungen zum Facharzt (Zanaboni et al. 2009).

Im erwähnten Beispiel aus Italien zur Einholung von Zweitmeinungen von Kardiologen bei der Behandlung von Bluthochdruckpatienten mit hohem Risiko für kardiovaskuläre Probleme wurde herausgefunden, dass in 49 % der Fälle die Zweitmeinungseinholung bei einer Lösungsfindung half. Dies ermöglichte vor allem, weitere Untersuchungen und Patientenbesuche zu vermeiden. In 42 % der Fälle war nach der Zweitmeinungseinholung eine weitere Untersuchung oder eine Therapieänderung notwendig. In 8 % der Fälle wurde eine sofortige Notaufnahme empfohlen. Das Verfahren konnte auf Basis von fernmündlichen Zweitmeinungseinholungen in erheblichem Umfang Facharzteinweisungen durch den Hausarzt vermeiden (Scalvini et al. 2011).

4.2.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem

4.2.4.1 Status quo in Deutschland

In Deutschland gibt es bereits einige Hundert Modellprojekte zur Telemedizin.¹⁵ Dennoch hat sich die Telemedizin im beruflichen Alltag bisher nicht durchgesetzt. Weiterhin gilt in Deutschland das für an der Telemedizin interessierte Ärzte sehr einschränkende Verbot einer Fernbehandlung gemäß der ärztlichen Musterberufsordnung. Dadurch wird eine regelmäßige Behandlung vor Ort in der Regel vorgeschrieben. Bei der ärztlichen Einholung einer Zweitmeinung von Kollegen gibt es zunächst keine rechtlichen Hürden, zum einen aber Abrechnungsschwierigkeiten, andererseits aber ggf. auch eine fehlende Mentalität, sich mit der Kritik eines Kollegen auseinandersetzen zu wollen. Auch Konkurrenzdenken kann einschränkend wirken.

Der GKV-Spitzenverband äußerte sich in seinem Positionspapier zur Bundestagswahl 2013: „Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass telemedizinische Maßnahmen mit der Telematikinfrastruktur kompatibel sind und die Einhaltung der einschlägigen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen bei der Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung medizinischer Daten gewährleisten“ (GKV-SV 2013, S. 26).

Sobald im Rahmen der Telemedizin neue Verfahren oder neue Indikationen der Verfahren etabliert werden sollen, besteht die Möglichkeit, dass das Verfahren als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) zunächst durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geprüft werden muss. Dies trifft insbesondere auf neuartige Monitoring- Verfahren zu. In diesem Fall bedarf es für das Verfahren eines konkreten Nutzenbeleges. Für Fachkonsultationen zwischen Ärzten o. ä. wäre dies jedoch nicht relevant.

Im Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Formulierung zur Förderung der Telemedizin festgeschrieben. Die KBV einigte sich daraufhin mit dem GKV-Spitzenverband Mitte 2013 auf eine Rahmenvereinbarung und beauftragte den Bewertungsausschuss, den EBM auf eine mögliche Finanzierung der Telemedizin hin zu prüfen.¹⁶

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD findet sich auch ein Abschnitt zu den Zielen der neuen Regierung bezüglich der Telemedizin: „Telemedizinische Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.“ Darüber hinaus müssten Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprobleme beseitigt werden und ein hoher Standard beim Datenschutz gelten (CDU, CSU, SPD 2013).

¹⁵ Auf www.telemedizin.fokus.frauenhofer.de werden 186 Projekte genannt (15.12.2013).

¹⁶ Ärzte Zeitung, 27.06.2013:
http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/telemedizin/article/841333/ebm-telemedizin-ziffer-weg.html

Eine beispielhafte Anwendung der Telemedizin heute zeigt auch eine interessante Verknüpfung zu den in diesem Bericht thematisierten Delegationsmöglichkeiten. Bei diesem Modellprojekt besucht die Fachkraft „AGnES Zwei“ Patienten mit einem Tablet-PC. Auf dem Tablet haben die AGnES-Fachkräfte Zugriff auf die Patientenakte, können dort Fotos ablegen und auf andere elektronische Formulare (Auftragsbogen, Anmerkungen, Sozialanamnese, Besuchsdokumentation) zugreifen.¹⁷

Einige Krankenkassen bieten bereits heute Ärzthotlines an. Der Service ist als zusätzliches Informationsangebot konzipiert und nicht für eine dauerhafte Behandlung des Versicherten. Versicherte bzw. Patienten, die solche Angebote nutzen, sind heute aber noch in der Minderheit.

In seinem Positionspapier zur Bundestagswahl 2013 definierte der GKV-Spitzenverband einige Anforderungen, die an die Telemedizin zu stellen wären: Krankheitsverläufe sollten dadurch „schneller, präziser und wirtschaftlicher erfasst werden als durch einen Arzt- oder Pflegedienstbesuch“, zudem sollte mit diesen eine „qualitativ hochwertigere bzw. wirtschaftlichere Behandlung erfolgen“ können. Für eine flächendeckende Nutzung sollte ein Zusatznutzen evidenzbasiert vorliegen (GKV-SV 2013, S. 26).

Insgesamt kann eine Telemedizin, die diesen Anforderungen genügt, zu einem besseren Zugang von Versicherten zur ärztlichen Versorgung einen Beitrag leisten. Es bestehen auch Effizienzpotenziale. Denn neben einer ergänzenden Versorgungsform kann sie ggf. auch eine ersetzende Versorgungsform für Patienten darstellen. Ziel muss es sein, die Patienten sachgerecht durchs Gesundheitssystem zu leiten.

Ein Vorteil der Telemedizin kann auch sein, dass gerade Landärzte, die oft freiwillig oder unfreiwillig Einzelkämpfer in ihrer Region sind, in ein soziales Netzwerk eingebunden werden, z. B. durch einen regelmäßigen Kontakt zu anderen Hausärzten oder regelmäßige Abstimmung mit Fachärzten (Zweitmeinungsverfahren).

4.2.4.2 Potenzielle Hürden im deutschen Gesundheitssystem

Für eine fehlende Anwendung von telemedizinischen Verfahren lassen sich einige Ursachen finden. So mangelt es an einem bundesweiten Telemedizinengesetz. In Deutschland ist auch der Datenschutz ein wesentlich wichtigeres Thema als in vielen anderen Ländern. Die Gefahren, die hier in Deutschland gesehen werden, wurden bereits in der Debatte um die elektronische Gesundheitskarte deutlich geäußert. Rein technisch ist darüber hinaus für den Patienten-Leistungserbringerkontakt in der Regel eine Kompatibilität der Telemedizinentechnik mit der Telematikinfrastruktur eine wichtige Grundvoraussetzung für die Durchsetzung. Für einige

¹⁷ Ärzte Zeitung online, 12.12.2013:
http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/assistentenberufe/default.aspx?sid=851928&cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20131212_-_Assistentenberufe

(v. a. neue) Verfahren müsste in Deutschland zunächst eine Zulassung der Leistung durch den GBA vorliegen. Für diese Zulassung müssen Nutzenbelege vorliegen.

Neben derzeit fehlenden monetären Anreizen sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch der Leistungserbringer bzw. neben dem Fehlen eines klaren Finanzierungskonzepts, das zur Anwendung wirtschaftlicher und qualitätsgesicherter Methoden anreizt, ist wie schon beschrieben auch eine kulturelle Hürde bei den Ärzten zu konstatieren. In der Berufsordnung der Ärzte besteht heute noch ein Verbot der Ferndiagnostik. Im interprofessionellen Austausch ist auch die ausgeprägte sektorale Trennung von hindernder Bedeutung.

Nicht zuletzt fehlt bisher eine klare Abgrenzung der geeigneten Anwendungsfelder, gerade für den Patienten-Leistungserbringerkontakt.

4.2.4.3 Ansätze zur Anpassung der internationalen Konzepte an das deutsche System und Anpassungsnotwendigkeiten des deutschen Systems

Wie aus den internationalen Beispielen und der Diskussion der Situation in Deutschland zu entnehmen ist, eignet sich die Telemedizin hervorragend für Delegationsansätze, gerade im Patienten-Leistungserbringerkontakt, z. B. als vorgeschaltete Instanz vor dem Praxisbesuch. Das Konzept selbst bedarf keiner wesentlichen Anpassung für eine Übertragung nach Deutschland.

Es wäre zielführend, eine Regelung zu erreichen, die das derzeit absolute Verbot der Ferndiagnose für definierte Situationen lockert (Ausnahmetatbestände o. ä.). Darüber hinaus wäre zu erwägen, zur besseren Durchsetzung Fördermittel für die Telemedizin bereitzustellen (z. B. im Rahmen des geplanten Innovationsfonds), gerade um ein sinnvolles und oft effizientes Zweitmeinungsverfahren zwischen Ärzten stärker zu institutionalisieren.

4.2.4.4 Empfehlung

Die vorgestellten internationalen Beispiele zeigen, dass mit der Anwendung der Telemedizin in der Regelversorgung eine bessere und effizientere Versorgung der Patienten möglich sind.





Für eine stärkere Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten im interprofessionellen Kontakt und im Kontakt zum Patienten benötigt man eine konsequente Erarbeitung von geeigneten wirtschaftlichen Anwendungsfeldern, eine telematikkompatible IT-Infrastruktur und eine größere Bekanntmachung der Möglichkeiten durch Modellprojekte. Eine freiwillige Erprobung im Rahmen von Selektivverträgen sollte erlaubt sein. Auch eine gesetzliche Erlaubnis von Zweitmeinungsverfahren via Telemedizin ist vorstellbar. Darüber hinaus sollte es Ausnahmen vom Verbot der Ferndiagnosen für Ärzte geben.

Natürlich ist für jedes vergütungsrelevante Verfahren eine Finanzierung im Einzelfall zu prüfen (nach Kriterien wie Wirtschaftlichkeit, Patientennutzen, Potenzial etc.).

4.3 Eine Weiterentwicklung des MVZ: Patient Centered Medical Homes

Das *Patient Centered Medical Home* (PCMH) ist eine aus den USA stammende, innovative Organisationsform ambulanter Versorgung. Es zeichnet sich durch einen hohen Grad an Koordination und Integration aus. Die Gesamtzahl der PCMHs wird auf über 10.000 geschätzt.¹⁸ Auch der „Affordable Care Act“, besser bekannt als „Obamacare“ greift das Konzept auf und betrachtet es als elementaren Bestandteil der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Mittlerweile haben die Hälfte aller US-Bundestaaten PCMHs im Rahmen der Medicaid-Versorgung eingeführt (Klein et al. 2013).¹⁹ Die bisherigen Evaluationen gehen davon aus, dass PCMHs eine deutlich effizientere Versorgung ermöglichen und so dazu beitragen, dem auch in den USA vorhergesagten Ärztemangel zu begegnen (Auerbach et al. 2013).

Abbildung 4: Zusammenfassung Patient Centered Medical Homes

Konzept	<ul style="list-style-type: none"> Das Patient Centered Medical Home (PCMH) bündelt verschiedene Best-Practice-Ansätze zur Verbesserung der ambulanten Versorgung.
	
Modell	<ul style="list-style-type: none"> Drei Prinzipien sind von zentraler Bedeutung: Arztgesteuerte Versorgung, ein fester Ansprechpartner für das gesamte Krankheitsspektrum, koordinierte und integrierte Versorgung.
	
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> Studien zeigen eine Verbesserung der Behandlungsqualität und eine Reduktion von Notfällen bei gleichbleibenden Kosten.
	
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Wir empfehlen die Erprobung des PCMH im Rahmen eines Modellversuchs. Dieser würde gemeinsam mit einer KV durchgeführt.
	

Quelle: IGES

4.3.1 Hintergrund und Konzept: Eine Kombination von Best-Practice-Ansätzen in der ambulanten Versorgung

Das PCMH kombiniert verschiedene Best-Practice-Ansätze aus der ambulanten Versorgung, wie z. B. die Koordination der Behandlung durch einen Arzt, digitale Patientenakten, Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifizierte Pflegekräfte und integrierte Versorgung. Adressiert werden damit eine Reihe von spezifischen Pro-

¹⁸ Die Schätzungen zur Anzahl der implementierten PCMHs schwanken stark. Eine systematische Erfassung fand bisher nicht statt.

¹⁹ Medicaid ist das staatliche US-Gesundheitssystem für Menschen mit geringem Einkommen.

blemen des US-Gesundheitssystems wie z. B. der hohe Verwaltungsaufwand durch versicherungsindividuelle Vergütungssystematiken und die ausufernden Ausgaben für medizinische Leistungen. Im Mittelpunkt des Modells steht jedoch der Anspruch, dem Patienten eine umfassende medizinische Versorgung aus einer Hand anzubieten.

4.3.2 Das Modell Patient Centered Medical Homes

Die Entwicklung des PCMH geht auf die Publikation „The future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community“ zurück. In dem Papier entwickelten Ärzteverbände und akademische Vereinigungen die Eckpfeiler für eine optimale ambulante Versorgung (Martin et al. 2004). In den folgenden Jahren wurde das Konzept weiterentwickelt. 2007 veröffentlichten die beteiligten Organisationen und Verbände konkrete Grundsätze für das PCMH. Aus deutscher Sicht sind vor allem die folgenden drei Prinzipien von Interesse:²⁰

- ◆ Arztgesteuerte Versorgung,
- ◆ Ein fester Ansprechpartner für das gesamte Krankheitsspektrum²¹
- ◆ Koordinierte und integrierte Versorgung.

Das PCMH scheint den deutschen Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) zu ähneln, zeichnet sich aber durch eine deutlich höhere Patientenzentrierung, einen höheren Integrationsgrad und intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit aus. Tabelle 1 stellt die strukturellen Unterschiede von PCMH und MVZ dar.

²⁰ Für einen Überblick über alle Prinzipien siehe Abbildung 5. Die in der Abbildung dargestellten Prinzipien, auf die im Text nicht eingegangen wird, wurden für die vorliegende Fragestellung als nicht relevant bewertet.

²¹ Im Englischen als „whole person orientation“ (Joshi 2010, S.2) bezeichnet.

Tabelle 1: Vergleich konzeptioneller Grundbestandteile von PCMH und MVZ

Merkmal	PCMH	MVZ
Nutzung von betriebswirtschaftlichen Synergien	Ja	Ja
Zusammenarbeit verschiedener Facharztgruppen	Ja	Ja
Delegation/Substitution ärztlicher Leistungen	Ja	Merkmale sind im MVZ grundsätzlich rechtlich möglich, faktisch aber meist nicht umgesetzt.
Fallkonferenzen	Ja	
Fester ärztlicher Ansprechpartner	Ja	
Arztgesteuerte Versorgung	Ja	
Fallmanagement	Ja	
Sektorübergreifende Integration	Ja	

Quelle: IGES

Ein zentraler Unterschied zwischen dem PCMH und den MVZs ist die dauerhafte Beziehung mit einem persönlichen, ärztlichen Ansprechpartner. Dieser „Vertrauensarzt“ ist die erste Kontaktperson für alle gesundheitlichen Probleme. Die so definierte Arzt-Patienten-Beziehung soll im Idealfall dauerhaft bestehen bleiben und den Patienten über einen längeren Zeitraum begleiten. Die Aufgaben des Arztes gehen in diesem Konzept über die Behandlung hinaus und beinhalten auch ein umfassendes Fallmanagement (arztgesteuerte Versorgung). Als Fallmanager bestimmt und koordiniert der Arzt alle auf den Erstkontakt folgenden Behandlungs- und Therapieschritte. Das Fallmanagement ist dabei sektorenübergreifend und beinhaltet im Idealfall nicht nur die Koordination medizinischer Behandlungspfade, sondern auch soziale Dienste. Das Fallmanagement muss nicht zwingend von einem Arzt durchgeführt werden, sondern kann auch von einer qualifizierten Pflegekraft übernommen werden.

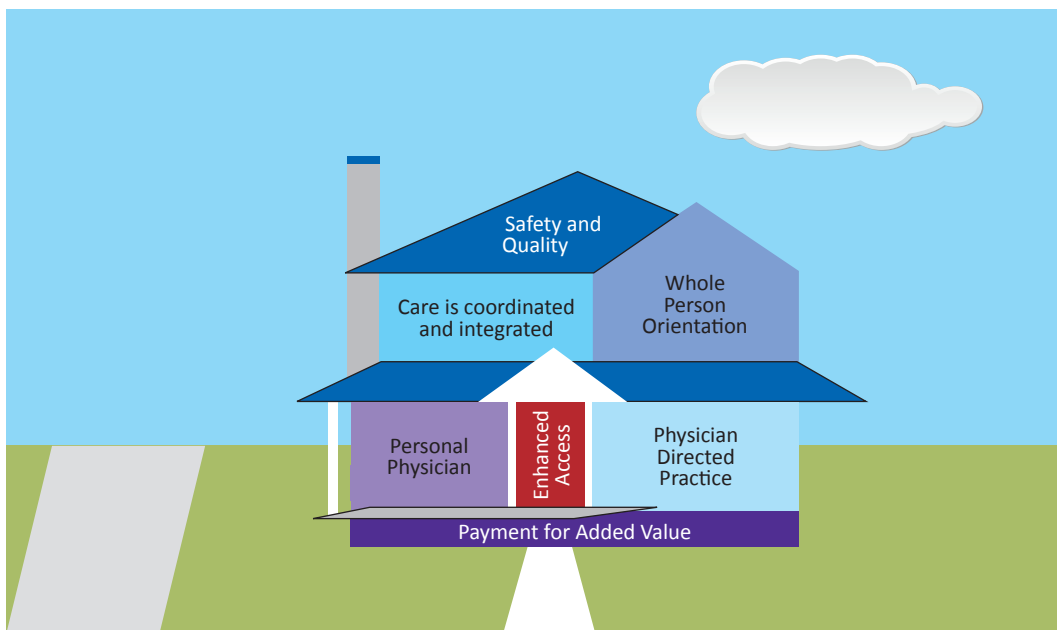
Von hoher Bedeutung im Konzept PCMH ist der interdisziplinäre Integrationsgedanke. Um den Patientenbedürfnissen vollständig gerecht zu werden, sollen Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere medizinische Berufsgruppen in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten. Die dabei auch vorgesehene Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifizierte Pflegekräfte ist kein spezifisches Merkmal des PCMH, sondern Teil des Versorgungsalltags in den USA. Aus deutscher Sicht ist dieser Ansatz jedoch als innovativ zu bewerten.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird z. B. mit täglich stattfindenden Fallkonferenzen umgesetzt. Im Rahmen dieser Fallkonferenzen werden dann z. B. gemeinsam Laborergebnisse oder Röntgenbilder ausgewertet, um dann die Teammitglieder zu bestimmen, die die nächsten Behandlungsschritte durchführen. Die Logik

hinter diesem Ansatz ist, dass der einzelne Patientenbesuch eines PCMH zwar teurer wird, insgesamt aber weniger PCMH- und Notfallambulanzbesuche notwendig sind (Klein et al. 2013). Ein zentrales Element in der praktischen Implementierung von PCMHs ist die IT-Infrastruktur. Der hohe Integrationsgrad und das ärztliche Fallmanagement stellen beträchtliche Anforderungen an die Verfügbarkeit von Patienteninformationen zu allen durchgeführten Behandlungen und Interventionen. Umfassende elektronische Patientenakten sind daher wichtige Voraussetzungen für ein funktionierendes PCMH (Nutting et al. 2009).

PCMHs sind im Regelfall größer als die deutschen MVZs mit ihren durchschnittlich 5,5 Ärzten (KBV 2013). Dabei ist die Spannweite der an einem PCMH beteiligten Ärzte enorm groß und reicht von einem bis zu mehr als 20 Ärzten. Einzelne PCMHs beschäftigen sogar mehr als 100 Ärzte (Bitton et al. 2010).²²

Abbildung 5: Die Prinzipien des PCMH



Quelle: <http://www.orlandohealthdocs.com/orlandointernalmedicinegroup/2012/12/06/new-model-of-care-patient-centered-medical-home/>. Abgerufen am 18.11.2013.

²² Es ist davon auszugehen, dass bei sehr kleinen PCMHs weniger der Integrations- und Versorgungsgedanke betont wird. Für diese Praxen ist es wahrscheinlich, dass die Lösungen spezifischer Probleme des US-Gesundheitssystems im Vordergrund stehen. Dies sind vor allem die Verbesserung administrativer Abläufe und eine Vereinheitlichung der Vergütungspraxis verschiedener Krankenversicherungen im Rahmen des PCMH.

4.3.3 Ergebnisse

Eine Reihe von Untersuchungen haben einzelne PCMH-Projekte evaluiert. Sie kommen zu überwiegend positiven Ergebnissen. Steiner et al. (2008) fasst Erfahrungen und Expertenmeinungen zu einem Vorläuferprojekt des PCMH in North Carolina zusammen. Er schließt, dass das Programm durch die oben beschriebenen Maßnahmen zu einer stärkeren Vernetzung und Integration medizinischer Dienstleistungen führte und zudem im Vergleich zur Regelversorgung Kosten von jährlich bis zu 160 Millionen US-Dollar im gesamten Bundesstaat eingespart wurden.

Reid et al. (2009) evaluiert ein PCMH-Projekt und vergleicht Mess- und Umfrageergebnisse vor und nach der Implementierung. Zusätzlich wurden dieselben Werte für eine Kontrollgruppe erhoben. Die Patientenzufriedenheit wurde für sieben Dimensionen auf einer Skala von 0 bis 100 bewertet.²³ Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Patienten des PCMH eine im Durchschnitt um 2,8 Punkte höhere Zufriedenheit. Die Behandlungsqualität wurde mit einem aggregierten Qualitätsindikator erfasst, der von 0 bis 100 reicht. Auch hier zeigte das PCMH bessere Ergebnisse als die Praxen der Kontrollgruppe. Insgesamt stieg die gemessene Qualität in dem betrachteten PCMH um 1,4 Punkte mehr als in der Kontrollgruppe. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe hatten die Patienten des PCMHs zudem 29% weniger Kontakte mit der Notaufnahme. Allerdings wiesen die Patienten des PCMHs einen im Schnitt besseren Gesundheitszustand auf.

Cooley et al. (2009), der 43 pädiatrische PCMHs evaluierte, kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie Reid et al. (2009). Basierend auf einer Regressionsanalyse kommt die Publikation zu dem Schluss, dass die Inanspruchnahme von Notfalldiensten und die Hospitalisierungsrate mit voranschreitender Implementierung von PCMH-Elementen rückgängig sind. Ebenso zeigt Jaen et al. (2010), dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Implementierung von PCMH-typischen Merkmalen und der Versorgungsqualität von chronisch Kranken besteht.

Zusammenfassend sind die hier dargestellten Ergebnisse durchweg positiv. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse gilt es jedoch zu bedenken, dass es sich um Untersuchungen von Modellprojekten handelt, die entscheidende Unterschiede zu einer flächendeckenden Implementierung aufweisen. Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass die Beteiligten in einem Modellprojekt eine höhere Motivation als im Routinebetrieb aufweisen. Zum anderen werden in Modellprojekten oft finanzielle Zuschüsse und Unterstützung durch Dritte gewährt, um die Implementierung zu beschleunigen. Diese Faktoren tragen sicherlich auch zu den in den Publikationen beschriebenen Erfolgen bei.

²³ Die Patientenzufriedenheit wurde für folgende Dimensionen erfasst: Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion, Shared-Decision-Making, Behandlungskoordination, Zugang, Unterstützung durch das Verwaltungspersonal, Patientenaktivierung, Zielsetzung.

4.3.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem

4.3.4.1 Status quo

Ähnliche Strukturen wie im PCMH könnte man in Deutschland am ehesten in den seit 2004 möglichen MVZs vermuten, von denen mittlerweile circa 1.800 existieren. Bei insgesamt rund 10.000 dort beschäftigten Ärzten (KBV 2013) ist der Anteil an der Versorgung noch eher gering. Der Vergleich beider Modelle in Tabelle 1 zeigt auch, dass das PCMH weit über die rein wirtschaftliche Integration hinaus geht und das Konzept der medizinischen Integration und Koordination im PCMH weiter entwickelt ist.²⁴

Rein rechtlich gesehen wurden mit dem GKV Modernisierungsgesetz von 2004 auch die juristisch notwendigen Voraussetzungen für das PCMH geschaffen. Um das PCMH-Konzept jedoch vollständig umsetzen zu können, müssen auch die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an bzw. durch Pflegekräfte erleichtert werden. Die dafür notwendigen rechtlichen Anpassungen und Umsetzungskonzepte wurden bereits oben in Kapitel 4.1.4. diskutiert. Mit Ausnahme der Regelungen zur Delegation sind daher alle rechtlichen Voraussetzungen für das PCMH gegeben.

4.3.4.2 Ziele

Das PCMH trägt zu dem Ziel bei, die ambulante Versorgung stärker zu integrieren und zu koordinieren. Dies würde die Behandlungsqualität vor allem geriatrischer Fälle und multimorbider Patienten verbessern.

Das PCMH bietet auch die Möglichkeit, die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen zu stärken und gleichzeitig qualitativ zu verbessern. Anstelle einzelner Landarztpraxen könnten in lokalen Zentren PCMHs die Versorgung gebündelt anbieten. So würden auch die Arbeitsbedingungen für Ärzte in ländlichen Regionen verbessert. In einem PCMH hätten Ärzte regelmäßig Kontakt und Austausch mit Kollegen, was der oft kritisierten ländlichen Isolation entgegenwirken würde. Des Weiteren können die Träger der lokalen PCMHs auch Ärzte anstellen. So würde das Investitionsrisiko bei Landarztpraxen wegfallen.

4.3.4.3 Hürden für die Umsetzung des PCMH in Deutschland

Die Einführung des PCMH im deutschen Gesundheitssystem ist mit vier zentralen Hürden verknüpft:

²⁴ Zwar ist es durchaus möglich, dass einzelne MVZs auch Elemente des PCMH umsetzen, wegen der geringen gesetzlich definierten Anforderungen zum medizinischen Integrationsgrad eines MVZ ist dies aber nicht erforderlich (vgl. § 95 SGB V).

- ◆ Die Steigerung des Bekanntheitsgrads des PCMH,
- ◆ Der Aufbau des PCMH,
- ◆ Die Vergütung der Koordinationsleistung,
- ◆ Die kulturelle Akzeptanz der Delegation ärztlicher Leistungen.

Eine wichtige Hürde in der Umsetzung ist der Bekanntheitsgrad des Konzepts. Eine Implementierung setzt das Wissen um Existenz, Funktionsweise und Vorteile für die Stakeholder voraus. Dies kann durch Fachpublikationen und eine folgende Diskussion befördert werden. Ein Modellversuch kann wesentlich zu einem höheren Bekanntheitsgrad des Konzepts beitragen.

Eine zweite Hürde – wahrscheinlich die größte – stellt der Aufbauprozess des PCMH dar. Schwierigkeiten ergeben sich in der Zusammenlegung von Kassensitzen und der Finanzierung der Investitionen. Die Zusammenfassung mehrerer Kassenarztsitze zur Bildung eines PCMH wird in ländlichen Regionen mit geringerer Versorgungsdichte leichter gelingen, hier ist dann die entsprechende Besetzung mit Ärzten eine zusätzliche Herausforderung. Sofern die PCMHs deutlich größer sein sollen als ein typisches MVZ, werden auch die Anforderungen an die betriebswirtschaftliche Steuerung wachsen.

Eine dritte Hürde besteht in der Vergütung der Koordinationsleistung durch den behandelnden Arzt innerhalb des PCMH. Dieser müsste einen größeren Anteil seiner Arbeitszeit auf die Koordinierung der Behandlungsabläufe verwenden. Teile davon refinanzieren sich durch Effizienzgewinne im PCMH selbst. Für weitere Koordinierungsaufgaben wäre eine zusätzliche Vergütung erforderlich, vorausgesetzt dass die zu erwartenden externen Einsparungen auch realisiert werden können.

Die kulturelle Akzeptanz der Delegation ärztlicher Leistungen wurde oben in Kap. 4.1.4 bereits diskutiert.

4.3.4.4 Anpassungen

Rechtliche Anpassungen sind zur Schaffung von PCMHs nicht notwendig. Es sind lediglich die notwendigen Änderungen bezüglich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu beachten.²⁵ Der laufende Betrieb eines PCMH würde aus der regulären ärztlichen Vergütung nach EBM finanziert.

Wo wirtschaftlich sinnvoll, sollte für die Vergütung der Koordinationsleistungen im PCMH eine eigene Abrechnungsmöglichkeit geschaffen werden. In anderen Bereichen der ambulanten Versorgung werden schon heute Fallkonferenzen und der fachliche Austausch zwischen Ärzten explizit vergütet. Zu nennen sind hier die Vergütung von Fallkonferenzen im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung und die Vergütung von fachlicher Beratung und Informationsaustausch durch die onkologischen Zusatzpauschalen.

²⁵ Vergleiche Abschnitt 4.1.4.

Das Versorgungskonzept PCMH könnte auch indikationsspezifisch umgesetzt werden, sofern zur Behandlung einer Indikation mehrere Fachrichtungen zusammenarbeiten müssen. So könnte z. B. die gesamte Diabetiker-Versorgung in einer Region durch ein zentrales PCMH durchgeführt werden.

4.3.4.5 Empfehlungen

Für die Umsetzung des PCMH im deutschen Gesundheitswesen sind drei komplementäre Varianten möglich:

- ◆ Die Schaffung von PCMHs zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten.
- ◆ Die Weiterentwicklung von bestehenden MVZs zu PCMHs.
- ◆ Die Umgestaltung von Krankenhäusern in PCMHs.

Eine Möglichkeit zur Implementierung von PCMHs besteht in der Zusammenführung von nicht besetzten Arztsitzen in ländlichen Regionen. Die Bildung von PCMHs könnte so zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen beitragen. Denn Ärzte könnten in einem Team arbeiten und ggf. auch als Angestellte tätig sein, statt eine wirtschaftlich riskante Praxis in einem abgelegenen Gebiet zu erwerben.

Das Konzept der MVZs bietet einen sehr guten Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung zu einem PCMH. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind im MVZ alle Voraussetzungen für ein PCMH gegeben. Aufbauend auf der vorhandenen wirtschaftlichen Organisation kann dann die weitere medizinische Integration erfolgen.

Eine dritte Möglichkeit zur Implementierung des PCMH bietet die Umwidmung von Krankenhäusern in PCMHs. Auf diese Weise könnten Überkapazitäten im stationären Sektor abgebaut werden, während medizinische Strukturen vor Ort erhalten bleiben. Angestelltes, fachärztliches Personal könnte in einem PCMH zu einem gewissen Anteil weiterhin beschäftigt werden. Auch die Infrastruktur kann teilweise weiter verwendet werden. Dies betrifft vor allem Gebäude und medizinisch-technische Geräte.

Die Kosten der Übergangsphase, bzw. des Aufbaus von Modellprojekten in allen drei Varianten könnten aus Mitteln des geplanten Innovationsfonds finanziert werden. Am Aufbau von PCMHs zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten könnten sich die betroffenen Kommunen finanziell beteiligen. Für eine langfristige und großflächige Implementierung des PCMH müssten auch die Regelungen zum Vorkaufsrecht auf Arztpraxen überarbeitet werden.





Langfristig würde die Implementierung des PCMH in drei Schritten erfolgen. Im ersten Schritt können die Patienten klassisch „mit den Füßen abstimmen“. Das PCMH existiert hier noch als Alternative zur Regelversorgung und die Patienten

können zwischen beiden Varianten wählen. Im nächsten Schritt können Krankenkassen und PCMH-Betreiber Versorgungsverträge abschließen. Basierend auf diesen Versorgungsverträgen können Versicherte sich dann in Versorgungsprogramme einschreiben. Vorstellbar sind hier vor allem Programme zu Behandlung von chronisch Kranken. Im dritten Schritt könnten PCMHs dann flächendeckend Teil der ambulanten Versorgung sein.

4.4 Terminmanagement zur Verringerung von Wartezeiten: Das Advanced-Access-Konzept

Das Advanced-Access-Konzept hat zum Ziel, jedem Patienten einen Termin am Tag der Anfrage anbieten zu können, um so die Patientenzufriedenheit zu steigern und den Zugang zur Versorgung zu verbessern. Großflächig zum Einsatz kommt das Konzept z. B. in der ambulanten Versorgung der US-amerikanischen Health Maintenance Organization (HMO) Kaiser Permanente, die fast neun Millionen Versicherte betreut. Auch international hat das Konzept große Verbreitung erfahren. Umgesetzt wurde die Idee z. B. in Australien und Großbritannien. Es konnte in mehreren Anwendungsfällen spürbare Verringerungen der Wartezeit auf einen Termin erreichen.

Abbildung 6: Zusammenfassung Advanced-Access-Konzept

<p>Konzept</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Das Advanced-Access-Konzept hat zum Ziel jedem Patienten noch am Tag seiner Anfrage, einen Termin anbieten zu können.
<p>Modell</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Basierend auf historischen Patientenbesuchen werden die Patientenströme vorhersagbar gemacht und die Abläufe reorganisiert.
<p>Ergebnis</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Studien zeigen die Wirksamkeit der Intervention. Auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte wird positiv beeinflusst.
<p>Umsetzung</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Die Umsetzung sollte einheitlich für gesamte geografische Regionen erfolgen. Für die erstmalige Einführung sollte ein Modellversuch stattfinden.

Quelle: IGES

4.4.1 Hintergrund und Konzept: Für jeden Patienten einen Termin am selben Tag der Anfrage

Das Konzept Advanced Access wurde in den frühen 1990er Jahren durch die HMO Kaiser Permanente entwickelt, um die Wartezeiten auf ambulante Behandlungen zu reduzieren. Aufbauend auf die aus der Betriebswirtschaftslehre stammenden Warteschlangentheorie²⁶ hat das Konzept zum Ziel, jedem Patienten einen Termin noch am Tag seiner Anfrage anbieten zu können.

²⁶ Die Warteschlangentheorie beschäftigt sich mit der Analyse, der Gestaltung und der Verbesserung von Warteprozessen.

4.4.2 Das Advanced-Access-Modell

Der Kernsatz des Advanced-Access-Modells besagt, dass die Nachfrage, bzw. der Patientenstrom auf Grundlage von Erfahrungswerten sehr gut vorhersagbar ist. Ist eine Vorhersage für die Nachfrage möglich, so können die Angebotskapazitäten so geplant werden, dass jedem Patienten ein Termin am Tag seiner Anfrage angeboten wird, während die Praxen trotzdem eine hohe Auslastung erreichen.

Die wichtigste Voraussetzung für die Implementierung eines Advanced-Access-Modells ist es, dass die Kapazitäten der Praxis grundsätzlich ausreichend sind, um die Nachfrage zu bewältigen. Daher müssen die wöchentlichen Terminanfragen den wöchentlichen Kapazitäten der Praxis ungefähr entsprechen. Ist diese Prämisse erfüllt, ist kein Ausgleich der Nachfrage notwendig. Patienten müssen nicht erst zu einem Termin in drei Wochen einbestellt werden, um die zukünftige Auslastung der Praxis zu gewährleisten. Eine solche Terminpolitik, wie sie heute weitgehend üblich ist, ist durchaus nachvollziehbar, da sie dem Arzt eine gewisse ökonomische Sicherheit über einen überschaubaren Zeitraum garantiert. Bei einer konstanten Patientennachfrage ist dieser Absicherungsansatz nicht notwendig. Aus der Perspektive des Patienten ist diese Art der Terminvergabe nicht wünschenswert, da in der Regel ein hohes Interesse an einer möglichst zeitnahen Behandlung vorliegt.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen dem Advanced-Access-Modell und klassischen Ansätzen der Terminvergabe besteht in der nur eingeschränkt erfolgenden Priorisierung nach Termindringlichkeit. Obwohl auch im Advanced-Access-Konzept die Versorgung von Notfällen grundsätzlich der Behandlung von Routinefällen vorgezogen wird, ist es das Ziel, auch Routinebehandlungen am Tag der Terminanfrage durchzuführen.

Der Nutzen des Advanced-Access-Konzepts geht über den schnellen Zugang zu ambulanten Leistungen hinaus. Befürworter des Konzepts argumentieren, dass die Termintreue der Patienten durch den direkt auf die Anfrage folgenden Termin nahezu 100 % beträgt. Dadurch entfällt der Aufwand für die erneute Terminvereinbarung und es entstehen keine potenziellen Leerzeiten. Die eingesparte Zeit kann für die Betreuung der Patienten eingesetzt werden (Mitchell 2008; Murray 2000).

Der Prozess zur Implementierung des Advanced-Access-Konzepts gliedert sich in drei Schritte. Zunächst wird eine genaue Vorhersage der zukünftigen Nachfrage erstellt. Diese erfolgt auf Grundlage der in der Arztpraxis vorliegenden, historischen Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Im zweiten Schritt der Implementierung wird das Angebot an die erkannten Nachfragemuster angepasst. So könnte aufgrund erkannter Nachfragespitzen z. B. eine Ausdehnung der Sprechzeiten an Montagen erfolgen. Zum Ausgleich würden die Sprechzeiten an anderen Tagen reduziert. Der aufwendigste Teil der Implementierung besteht in Schritt drei, dem Abbau der Warteliste. In der Übergangsphase zwischen dem herkömmlichen Modell und der Vergabe von Terminen, die am selben Tag stattfinden, müssen in einem schrittweisen Prozess sowohl die bereits vergebenen, als auch die nach dem

neuen System am selben Tag vereinbarten Termine, durchgeführt werden. Dieser Übergang erfordert ein hohes Maß an Einsatz seitens des Arztes und des gesamten Praxisteams. Eine in Fallberichten oft genannte Strategie für die Übergangsphase besteht in der Delegation von Aufgaben an andere Gesundheitsberufe (Tantau 2009). Andere Ärzte berichten, dass kein Weg an einer Verlängerung der Sprechstunden während der Übergangsphase vorbeiführe (Mitchell 2008).

4.4.3 Ergebnisse

Die bisher größte Studie zum tatsächlichen Effekt des Advanced-Access-Konzepts wurde im Jahr 2004 veröffentlicht und basiert auf den Daten von insgesamt 331 ambulanten Praxen des englischen NHS. Im Rahmen einer Qualitätsoffensive wurde den teilnehmenden Praxen ein Budget zur Verfügung gestellt, mit dem sie die Umsetzung des Advanced-Access-Konzepts finanzieren konnten. Typische Ausgaben umfassten externe Beratungsdienstleistungen und IT-Schulungen. Insgesamt konnte die Wartezeit in 66 % der teilnehmenden Hausarztpraxen reduziert werden. Ca. 85 % der Patienten erhielten einen Termin an dem Tag ihrer Wahl (Dixon et al. 2006). Die durchschnittliche Wartezeit wurde von 3,6 auf 1,9 Tage gesenkt.²⁷ Zudem empfand die Mehrheit der Praxen ihre Teilnahme an dem Programm als nützliche Erfahrung (Pickin et al. 2004).

Diese systematische Untersuchung deckt sich mit einer Vielzahl von Fallstudien einzelner Zentren oder Arztpraxen. Auch diese beschreiben durchweg positive Erfahrungen (Knight et al. 2005). Hervorzuheben ist, dass einzelne Ärzte nicht nur von einer höheren Patientenzufriedenheit berichten, sondern auch von einer Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit. Diese beruht vor allem auf dem Gefühl einer höheren Kontrolle über den eigenen Arbeitstag (Mitchell 2008).

4.4.4 Bewertung der Umsetzbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem

4.4.4.1 Status quo in Deutschland

Lange Wartezeiten auf Arzttermine sind ein von vielen Versicherten der GKV als Ärgernis wahrgenommenes Problem. Dies betrifft vor allem Termine bei Spezialisten wie Orthopäden oder Augenärzten und wird besonders im Vergleich mit PKV-Versicherten wahrgenommen (Gerechte Gesundheit 2012).²⁸ Besonders in ländlichen Regionen ist der zeitnahe Zugang zu diesen fachärztlichen Leistungen schwierig.

²⁷ Dies bezieht sich bei Dixon auf den dritten verfügbaren Termin. Man würde bei einer Studie zum Advanced-Access-Konzept erwarten, dass der Anteil der Termine gemessen wird, die noch am selben Tag stattfanden. Diese Angabe war der zitierten Studie aber leider nicht zu entnehmen.

²⁸ Gelegentlich wird darauf hingewiesen, dass die absoluten Wartezeiten in Deutschland im Vergleich zum Ausland relativ gering seien (Schreyögg 2012). U. E. können die GKV-Versicherten dieser Argumentation nicht folgen, denn ihnen wird durch den Vergleich mit der PKV ständig deutlich, dass kürzere Wartezeiten möglich wären.

Auch die gesundheitspolitische Debatte hat sich des Problems angenommen. Das Problem wird auch von der Politik wahrgenommen. So wird im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD das Ziel genannt, die Wartezeiten auf ambulante Facharzttermine zu reduzieren (CDU, CSU, SPD 2013). Auch einzelne gesetzliche Krankenkassen haben Gegenmaßnahmen entwickelt und bieten spezielle Online- oder Telefondienste an, die die Versicherten bei der Suche nach schnellstmöglichen Arztterminen unterstützen. Unzufriedenheit über die aktuelle Praxis der Terminvergabe und die langen Wartezeiten herrscht aber nicht nur auf Seite der Versicherten. Auch die Ärzteschaft ist wenig zufrieden mit der gängigen Praxis der Terminvereinbarung. So ergab eine Umfrage der KV Bayern, dass in einzelnen Arztpraxen bis zu 15 % der vereinbarten Termine durch die Patienten nicht wahrgenommen wurden. Oft geschieht dies auch ohne eine Absage des Termins. Dies führe nicht nur zu einem Verdienstausschlag aufseiten der Ärzte, sondern würde auch die Terminvergabe an andere Patienten verhindern (Ärzte Zeitung 2013).²⁹

4.4.4.2 Ziele

Ziel ist daher die Einführung des Advanced-Access-Konzepts in der vertragsärztlichen Versorgung. Hier liegt eine klassische „Win-Win-Situation“ vor. Das Konzept hat das Potenzial sowohl die Patienten-, als auch die Arztzufriedenheit zu steigern. Der Zugang zur Versorgung wird erleichtert. Schließlich ist zu erwarten, dass kürzere Wartezeiten bei vielen Erkrankungen sowohl die Lebensqualität als auch den Behandlungserfolg verbessern.

4.4.4.3 Hürden für eine Umsetzung in Deutschland

Eine Umsetzung des Advanced-Access-Konzepts ist in Deutschland im Wesentlichen mit drei zentralen Hürden verbunden:

- ◆ Die Akzeptanz des Konzepts seitens der Ärzte
- ◆ Die Gestaltung der Übergangsphase
- ◆ Und die Bestimmung der Organisationsebene.

Die konkrete Umsetzung des Konzepts in einzelnen Arztpraxen kann von der Ärzteschaft als Einmischung in ihre Angelegenheiten verstanden werden und wäre daher schwierig zu vermitteln. Hier gilt es vor allem, der Angst vor zukünftigen Verdienstausschlägen zu begegnen. Es muss erläutert werden, dass das langfristige Verteilen von Terminen nicht notwendig ist, da die Auslastung auch ohne Terminstreuung konstant bleibt.

²⁹ Wartezeiten für Versicherte der GKV gehen auch auf die Organisation der einzelnen Praxis zurück. Denn zu längeren Wartezeiten trägt es teilweise bei, wenn Patienten als sogenannte „Verdünnerefälle“ im nächsten Quartal wieder einbestellt werden.

In der Übergangsphase müssen zum Abbau der Wartezeiten in einem begrenzten Zeitraum mehr Patienten als sonst behandelt werden.³⁰ Dieser Übergang muss durch Arbeitsmodelle mit einer gewissen Glättung der Mehrbelastung erleichtert werden. Ergänzend können die Praxen zur Gestaltung des Übergangs beraten werden.

Eine weitere Hürde in der Umsetzung des Advanced-Access-Konzepts ist die Frage der Organisationsebene. Man kann es dem Wettbewerb überlassen, in dem sich einzelne Praxen durch Einführung des Konzepts Vorteile in der Patientenakquise versprechen. Sobald diese Praxen aber ausgelastet sind und durch einen verstärkten Zustrom von Patienten die tägliche Nachfrage nach Terminen das Angebot einer Praxis übersteigt, stößt das Konzept an seine Grenzen.

Aus der Versorgungssicht präferieren wir daher, das Konzept in einer ganzen Region oder Stadt einheitlich einzuführen.

4.4.4.4 Notwendige Anpassungen

Anpassungen am Konzept selbst sind aus unserer Sicht nicht notwendig. Jede Arztpraxis in Deutschland kann es heute schon umsetzen.

4.4.4.5 Empfehlungen

Für die Implementierung des Konzepts gibt es grundsätzlich zwei Varianten:

- ◆ Einführungen durch einzelne Praxen,
- ◆ Einheitliche und koordinierte Einführung in ganzen Regionen, Städten oder KV-Bezirken.

Die Einführung des Konzepts durch einzelne Praxen kann, wie oben beschrieben, zu Problemen führen. Praxen, die das Konzept zuerst implementieren sind, wegen des besseren Terminangebots, mit einem stärkeren Patientenzustrom konfrontiert. Übersteigt die tägliche Nachfrage nach Terminen aber das tägliche Angebot ist das Advanced-Access-Konzept nicht mehr umsetzbar. Um dieses Problem zu umgehen, präferieren wir daher eine regionale koordinierte Einführung.

Ein erster Schritt besteht in jedem Fall darin, das Konzept bekannt zu machen. Es sollte detailliert mit seinen Vorteilen und Umsetzungsschritten beschrieben werden (inkl. praktischer Ratschläge zur Implementierung in der Arztpraxis.). Anschließend könnten die Vertragspartner der ärztlichen Versorgung regionale Pilotversuche vereinbaren.

³⁰ Vgl. Abschnitt 4.4.2 für Lösungsstrategien zur Bewältigung der Übergangsphase.

5. Fazit

Die vorliegende Studie befasst sich mit konstruktiven Lösungsansätzen aus dem Ausland für Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Wir haben uns dabei auf Themen konzentriert, die für die deutsche Versorgungspraxis einen Neuigkeitswert haben und insbesondere perspektivisch für die deutsche hausärztliche Versorgung einen hohen Wert haben können. Die Best Practice-Ansätze aus dem Ausland sollen dazu beitragen können, die Qualität und den Zugang zur Versorgung noch weiter zu verbessern.

Auf Basis unserer Recherchen ergaben sich die folgenden vier Themenfelder und Übertragungsmöglichkeiten auf Deutschland:

- ◆ Delegation und Substitution:

In anderen Ländern werden in wesentlich größerem Umfang ärztliche Leistungen durch qualifizierte Krankenpflegekräfte erbracht – und das mit hoher Behandlungsqualität. In Deutschland ist dafür zunächst eine ausreichende Anzahl von geeigneten Fachkräften auszubilden. Verfügbare Fachkräfte sollten für Delegations- und Substitutionsaufgaben vor allem dort eingesetzt werden, wo sie den Zugang zur hausärztlichen medizinischen Versorgung wesentlich verbessern können. Eine Kultur, die eine Substitution von ärztlichen Leistungen akzeptiert, muss langsam entstehen und ist durch Modellversuche vorzubereiten. Delegation sollte hingegen bereits kurzfristig zu einer Regelleistung mit entsprechender Vergütung entwickelt werden.

- ◆ Telemedizin:

Während international die Möglichkeiten der Telemedizin – verbesserter Zugang zur ärztlichen Versorgung, bessere Versorgung durch interprofessionellen Erfahrungsaustausch, Effizienzverbesserungen, etc. – bereits sehr verbreitet sind, findet sich in Deutschland nur eine sehr geringe Anwendung der Verfahren im Praxisalltag der Hausärzte. Auch hier ist eine Kombination an rechtlicher Erleichterung und Kulturwandel erforderlich. Einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung von telemedizinischen Konzepten können Selektivverträge leisten.

- ◆ Alternative Organisationsformen am Beispiel „Patient Centered Medical Home“:

Das Patient Centered Medical Home (PCMH) aus den USA ist eine innovative Organisationsform ambulanter Versorgung mit einem hohen Grad an Koordination und Integration. Es stellt eine Bündelung verschiedener Best-Practice-Ansätze dar, die vier zentralen Prinzipien dabei sind: Arztgesteuerte Versorgung, ein fester Ansprechpartner für das gesamte Krankheitspektrum und eine koordinierte und integrierte Versorgung. Das Konzept

geht bezüglich Vernetzung und Integration weiter als die deutschen MVZs. Eine Umsetzung von PCMH ist in drei Formen denkbar: als Neugründung zur Versorgungssicherstellung in ländlichen Gebieten, als Weiterentwicklung von MVZs oder durch die Umwidmung von Krankenhäusern.

◆ Verbesserter Zugang durch „Advanced Access“ und Mobilitätskonzepte:

Ein weiteres innovatives Konzept aus dem englischsprachigen Raum ist Advanced Access. Hier geht es um den systematischen Ansatz, die Praxisabläufe so zu organisieren, dass jedem Patienten ein Termin noch am Tag seiner Anfrage angeboten werden kann. Dieses Konzept fußt auf der Erkenntnis vorhersagbarer Patientenströme. Auf den ersten Blick wird das System in Deutschland bei Ärzten möglicherweise als befremdlich interpretiert werden, jedoch war das Konzept dort, wo es angewandt wurde, sehr erfolgreich, und auch die anwendenden Ärzte kamen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Wesentliches Element, das eine Umsetzung vereinfachen könnte, wäre eine konzertierte gemeinsame Umsetzung aller Ärzte in einer Region, um das Funktionieren der Maßnahme auch für Deutschland nachweisen zu können und die Bekanntheit sowie Akzeptanz zu steigern.

In diesem Fazit sei abschließend noch betont, dass die in diesem Bericht vorgestellten internationalen Konzepte ineinandergreifen können. Die Patient Centered Medical Homes sind ein umfassendes Praxiskonzept, das moderne Ansätze der hausärztlichen Leistungserbringung bündelt. Dazu gehört eine optimale Prozessgestaltung, für die im Terminmanagement das Advanced Access-Konzept ein sinnvoller Ansatz ist. Die teambasierten Arbeitsabläufe in PCMHs enthalten bereits konzeptionell umfassende Delegationselemente. Diese könnten modellhaft auch um Ansätze für Substitution erweitert werden. In einem Modellprojekt kann auch eine telemedizinische Infrastruktur aufgebaut werden, die in diesem Fall vor allem einen regelmäßigen Kontakt zu Fachärzten (Zweitmeinungsverfahren) ermöglicht und eine Möglichkeit vorsieht, Beratungen oder sogar Behandlungen zwischen Patient und Arzt oder Krankenpflegekraft fernmedizinisch durchzuführen.

Schließlich zeigt der Blick ins Ausland, dass die dort vorgefundenen Ansätze helfen können, die hiesige Diskussion um neue Denkmöglichkeiten zu bereichern. Ein breiteres Spektrum an Alternativen wird uns helfen, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern und eine immer bessere hausärztliche Versorgung der Versicherten zu erreichen.

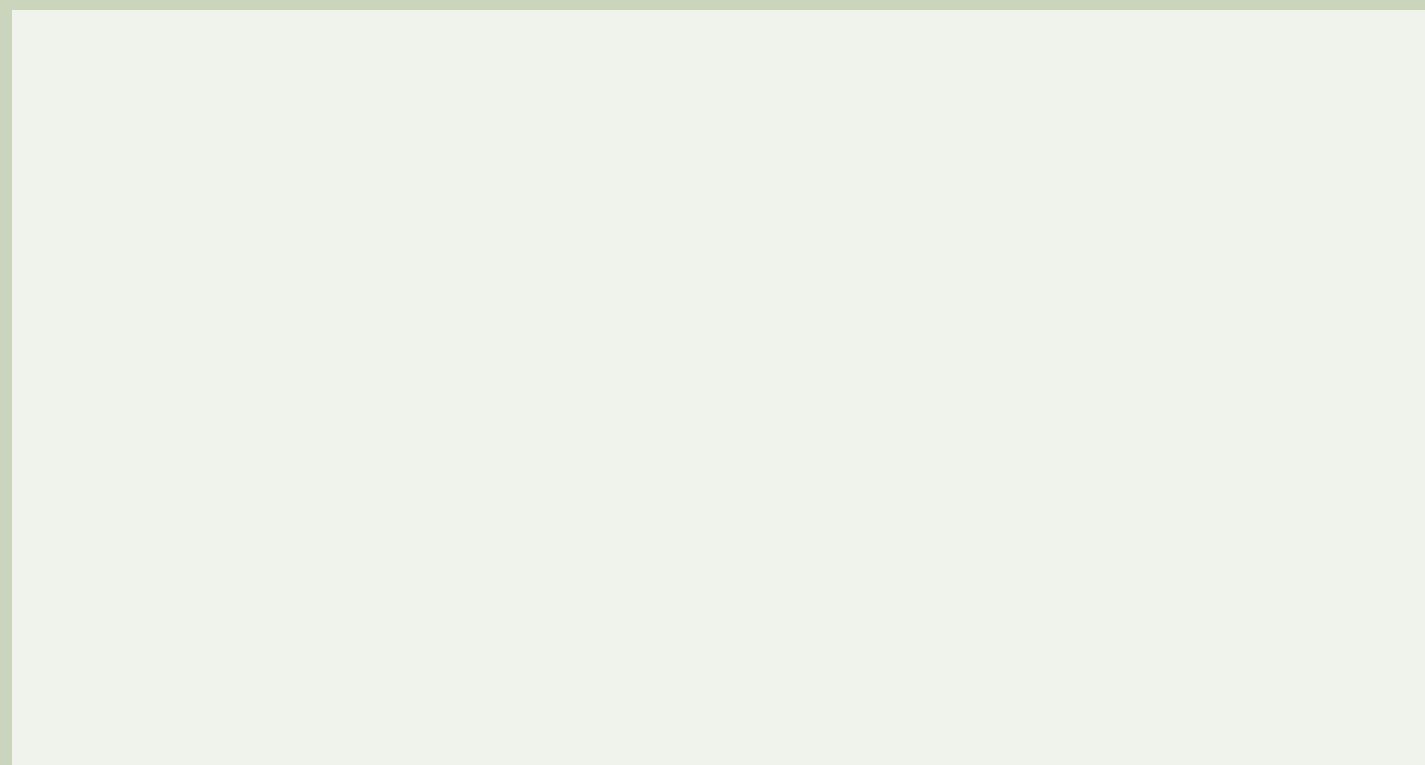
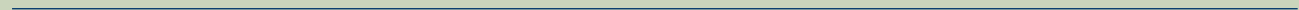
Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung (2013): Delegation versus EBM, Ärzte Zeitung Online vom 23.10.2013. Abgerufen am 19.12.2013 unter: http://www.aerztezeit-ung.de/praxis_wirtschaft/assistentenberufe/article/848699/agnes-co-delegation-versus-ebm.html.
- Auerbach D et al. (2013): Nurse-Managed Health Centers And Patient-Centered Medical Homes Could Mitigate Expected Primary Care Physician Shortage. *Health Affairs* 32(11): 1933-41.
- Bitton A et al. (2010): A nationwide survey of Patient Centered Medical Home Demonstration Projects. *Journal of General Internal Medicine* 25(6): 584-92.
- Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä 2013): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, Anlage 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte, 01.10.2013.
- CDU, CSU, SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode.
- Cooley C et al. (2009): Improved Outcomes Associated With Medical Home Implementation in Pediatric Primary Care. *Pediatrics* 124(1): 124-358.
- Desborough J et al. (2012): Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(2): 248-63.
- DIE ZEIT (2013): Der Bachelor kommt ans Bett, Ausgabe vom 14. 11. 2013, Seite H7.
- Dixon S et al. (2006): Advanced Access: more than just GP waiting times? *Family Practice* 23(12): 233-39.
- G-BA (2013): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Abgerufen am 31.01.2013 unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-751/BPL-RL_2013-06-20.pdf.
- Geraedts M (2008): Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche. In: Böcken J., Braun B. und Amhof R. (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2008*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Gerechte Gesundheit (2012): Wartezeit hat keinen Einfluss auf Versorgungsqualität. Abgerufen am 20.12.2013 unter: <http://www.gerechte-gesundheit.de/news/aktuell/detail/news-eintrag/2012/765.html>.
-

- GKV Spitzenverband (2013): Informationsveranstaltung des GKV-SV zur Ärztlichen Vergütung 2014. Präsentation zur Verfügung gestellt durch den GKV-SV. Die Zahlen basieren auf den Daten des statistischen Bundesamtes.
- GKV-Spitzenverband (2013a): Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung, Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode, Berlin 27.06.2013.
- Haikel R et al. (2012): Mammography-based screening program: preliminary results from a first 2-year round in a Brazilian region using mobile and fixed units. *BMC Women's Health* 2012, 12(32): 1-10.
- Hogenbirk J und Pong RW (2004): An audit of the appropriateness of teletriage nursing advice. *Telemedicine Journal and e-Health* 10(1): 53-60.
- Jaen R et al. (2010): Patient Outcomes at 26 Months in the Patient-Centered Medical Home National Demonstration Project. *Annals of Family Medicine* 8(Suppl. 1): 57-67.
- Joshi M (2010): Patient-Centered Medical Homev – AHA Research Synthesis Report. Chicago: American Hospital Association.
- Mitchell V (2008): Same-day booking – Success in a Canadian family practice. *Canadian Family Physician* 54(3): 379-83.
- KBV (2013): Medizinische Versorgungszentren (MVZ)). Abgerufen am 20.12.2013 unter: <http://www.kbv.de/8791.html>.
- Klein D et al. (2013): The Patient Centered Medical Home – A Future Standard for American Healthcare). New York: Columbia University. Abgerufen am 5.12.2013 unter: http://www.columbia.edu/~nl2320/doc/Patient_Centered_Medical_Home_Final%20online.pdf.
- Knight AW et al. (2005): Reduced waiting times for the GP: two examples for “advanced access” in Australia. *Medical Journal of Australia*: 183(2): 101-103.
- Lindblad E et al. (2010): Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 16(1): 69–74.
- Martin J (2004): The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community 2(Suppl. 1): 3-38.
- Massin-Short S et al. (2010): A Mobile Mammography Pilot Project to Increase Screening Among Latina Women of Low Socioeconomic Status, in. *Public Health Reports* 125 (5): 765-771.
-

- McKinstry B et al. (2010): The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Quality and Safety in Health Care* 19(4): 298-303.
- Nilsen L (2011): Collaborative Work by Using Videoconferencing: Opportunities for Learning in Daily Medical Practice. *Qualitative Health Research* 21(8): 1147-58.
- Medgate (2013): Über Medgate. Unter: <http://www2.medgate.ch/de-ch/%C3%BCbermedgate.aspx>. Abgerufen am 04.12.2013.
- Molzahn A et al. (2008): Managing Chronic Kidney Disease in a Nurse-Run, Physician-Monitored Clinic: The CanPREVENT Experience. *CJNR Vol.* 40(3): 96-112.
- Murray M (2000): Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. *Family Practice Management* 7(8): 45-50.
- Nutting P et al. (2009): Initial Lessons From the First National Demonstration Project on Practice Transformation to a Patient-Centered Medical Home. *Annals of Family Medicine* 7(3): 254-260.
- Oriol N et al. (2009): Calculating the return on investment of mobile healthcare. *BMC Medicine* 7(27): 1-6.
- Osl O et al. (2009): Erfolgreiche Telemedizinlösungen und Kundenzufriedenheit zukünftiger Weiterentwicklungen: Das Geschäftsmodell des Schweizer Zentrums für Telemedizin MEDGATE. Abgerufen am 05.12.2013 unter: https://www.alexandria.unisg.ch/Publications/citation/Philipp_Osl/67592.
- Parker R et al. (2012): Stakeholder perceptions of a nurse led walk-in centre. *BMC Health Services Research* 12(382): 1-14.
- Pickin M et al. (2004): Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaboration. *British Journal of General Practice* 54(4): 334-40.
- Reid RJ (2009): Patient-centered medical home demonstration: a prospective, quasi-experimental, before and after evaluation. *American Journal of Managed Care* 15(9): 71-87.
- Scalvini S et al. (2011): Telemedicine: The role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients. *Blood Pressure* 20(3): 158–165.
- Schreyögg J (2012): OECD-Länder im Vergleich – wie gehen andere Länder mit Versorgungsproblemen um? Vortrag auf dem 4. Jahreskongress der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 2012. Abgerufen am 29.01.2014 unter: http://www.kvwl.de/arzt/kv_dienste/info/berichte/2012_06_18/paes_schreyoegg.pdf.
-

-
- SOEP (2013): Zahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten. Berlin: DIW.
- Spence D und Anderson M (2007): Implementing a prescribing practicum within a Masters programme in advanced nursing practice. *Journal of Nursing Praxis New Zealand* 23(2): 27-42.
- Steiner B (2008): Community Care of North Carolina: Improving Care Through Community Health Networks. *Annals of Family Medicine* 6(4): 361-67.
- St. George I et al. (2009): How safe is telenursing from home?. *Collegian* 16(3) 119-123.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009): Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, BT-Drucksache 16/13770, 2009a.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009): Kurzfassung Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2009b.
- Tantau C (2009): Accessing Patient-Centered Care Using the Advanced Access Model. *Journal of Ambulatory Care Management* 32(1): 32-43.
- Vallejo-Torres L und Morris S (2011): Factors associated with the use of primary care services: the role of practice nurses. *European Journal of Health Economics* 12(2):373–381.
- Verhaak P (2014): Changes in Mental Health Care Experience from the Netherlands. Vortrag auf der Fachtagung zur psychiatrischen Versorgung des Bundesverband Managed Care e. V. am 23. Juni 2014 in Berlin.
- Wessels (2013): Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung, *Gesundheitsmonitor* 4/2013.
- Wijers N et al. (2012): The effectiveness of Nurse Practitioners working at a GP cooperative: a study protocol. *BMC Family Practice* 2012, 13(1): 1-9.
- Zanaboni P et al. (2009): Teleconsultation service to improve healthcare in rural areas: acceptance, organizational impact and appropriateness. *BMC Health Services Research* 9(238): 1-14.
-



Kontakt:
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.de