



Stand: 12.01.2024

Dokumentation der Rückmeldungen

zum Beschluss des Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V
zum abgeschlossenen Projekt *K-APAT (01VSF18036)*

Der Innovationsausschuss berät bei geförderten Projekten der Versorgungsforschung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der jeweiligen bewertbaren Schluss- und Ergebnisberichte über die darin dargestellten Erkenntnisse. Dabei kann er eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung beschließen. Dies kann auch eine Empfehlung zur Nutzbarmachung der Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung sein. In seinem Beschluss konkretisiert der Innovationsausschuss, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Zudem stellt er fest, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist.



Stand: 12.01.2024

A. Beschluss mit Begründung

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. August 2023 zum Projekt *K-APAT - Ambulante parenterale Antibiotikatherapie in der Kölner Metropolregion* (O1VSF18036) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden zur Information an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) weitergeleitet.

Begründung

Das Projekt *K-APAT* hat erfolgreich im Rahmen einer Machbarkeitsstudie eine ambulante parenterale Antibiotikatherapie (APAT) in einem Netzwerk im Großraum Köln überprüft. Nach Stellung der Indikation mit Hilfe eines infektiologischen Konsils und Überprüfung der Eignung der Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthaltes, erfolgte eine ambulante Weiterbetreuung gemeinsam durch eine Lotsin bzw. einen Lotsen oder einen infektiologischen Konsildienst, einen Apothekendienstleister und Ärztinnen und Ärzten aus einer Ambulanz oder Praxis. Die antibiotische Therapie wurde dabei über einen Gefäßkatheter verabreicht. Zur Beurteilung der Behandlung, Sicherheit und Logistik wurden Patientinnen und Patienten bei der APAT begleitet und Primärdaten zur Überprüfung der Machbarkeit erhoben. In einem weiteren Schritt wurden niedergelassene und klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekendienstleister zu ihrer Einstellung hinsichtlich möglicher Implementierungshürden der APAT befragt. Abschließend wurde mithilfe einer Sekundärdatenanalyse mit Routinedaten von vier Krankenkassen die aktuelle Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten abgebildet.

Innerhalb des Projekts erhielten 78 Patientinnen und Patienten eine APAT, wodurch 1.782 stationäre Krankenhaustage eingespart werden konnten. Die APAT konnte bei 85 % der Teilnehmenden ohne Unterbrechung beendet werden. Im Durchschnitt betrug die Dauer der gesamten APAT 15 Tage. Komplikationen waren meist mit der Katheteranlage verbunden, was jedoch kaum Relevanz für die Durchführung der APAT hatte. Bei 67 Patientinnen und Patienten zeigte sich nach Ende der Therapie ein gutes klinisches Ansprechen (Heilung oder Umstellung auf orale antibiotische Therapie). Langfristige Ergebnisse konnten nicht ermittelt werden. Sowohl die quantitative als auch die qualitative Befragung der Teilnehmenden spiegelten eine insgesamt positive Bewertung und hohe Zufriedenheitswerte wider. Da sich keine Patientinnen und Patienten gegen die APAT entschieden, konnten keine Ablehnungsgründe erhoben werden.



Stand: 12.01.2024

Die Mehrheit der befragten Hausärztinnen und -ärzte kannte die APAT noch nicht. Fast alle bekundeten die Sorge über einen erhöhten Arbeitsaufwand durch die APAT, fehlende zeitliche Ressourcen und das Risiko für Patientinnen und Patienten, zu früh aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Auch wenn zwei Drittel der Hausärztinnen und -ärzte ihren Patientinnen und Patienten die selbstständige Durchführung der APAT nicht zutrauen würden, wären 70 % bereit dazu, Tätigkeiten im Rahmen der APAT zu übernehmen.

Eine Potenzialschätzung aus Sekundärdatenanalysen, die 26 mögliche Diagnosen betrachtete, ergab, dass 206 je 100.000 Personen pro Jahr als mögliche Patientinnen und Patienten für eine APAT in Frage kommen.

Alle Hauptfragestellungen konnten beantwortet werden. Das Design der Machbarkeitsstudie war zur Beantwortung der deskriptiven und explorativen Fragestellungen angemessen. Der Einsatz selbst entwickelter Instrumente bei der Befragung der Patientinnen und Patienten schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse jedoch ein. Aufgrund der eingeschränkten Repräsentativität des Samples der befragten Ärztinnen und Ärzte sowie der Apothekendienstleister, ist die Aussagekraft der Querschnittstudie begrenzt. Innerhalb der Sekundärdatenanalyse wurde eine nicht validierte Definition der Zielpopulation gewählt, weshalb die Ergebnisse zum Potential der APAT nur eine Annäherung darstellen. Insgesamt erscheint die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf gut versorgte (urbane) Regionen beschränkt, da aufgrund der komplexen intersektoralen Zusammenarbeit, die zur Durchführung nötig ist, eine hohe Dichte an ambulant Behandelnden und bestenfalls ein APAT-Netzwerk vorliegen sollte.

Die ambulante parenterale Antibiotikatherapie bietet für jene Patientinnen und Patienten, für die keine orale Antibiotikatherapie möglich ist, das Potenzial, unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die ambulante Versorgung der Bevölkerung zukünftig weiter auszubauen. Das Projekt *K-APAT* konnte erste wichtige Erkenntnisse zu Behandlungserfolg, Akzeptanz und Nutzen einer APAT für die Region Köln aufzeigen und so wichtige Impulse zur Weiterentwicklung setzen. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss teilt die Auffassung des Projekts, dass eine Weiterentwicklung der APAT sowohl die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten erhöhen als auch eine für Kliniken entlastende Leistung darstellen kann. Vor diesem Hintergrund werden die im Projekt erzielten Ergebnisse an die o. g. Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet.



Stand: 12.01.2024

B. Dokumentation der Rückmeldungen

Nachfolgend aufgeführt die zur Veröffentlichung freigegeben Rückmeldungen der einzelnen Adressaten:

Adressat	Datum	Inhalt
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	12.09.2023	<p><i>„[...] Mit dem GBA-Innovationsfonds-geförderten Projekt K-APAT wird die Machbarkeit und Akzeptanz der durch Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt selbst durchgeführten ambulanten parenteralen Antibiotika-Therapie bei schweren Infektionen im Raum Köln dargestellt. Untersucht wurden 78 Patienten, die in drei Kliniken eingeschlossen wurden und die antibiotische Therapie mittels Pumpe über einen sicheren Zugang unter hausärztlicher/infektiologischer Kontrolle durchführten. Ergänzend erfolgte eine Befragungsstudie mit 400 Hausärzten.</i></p> <p><i>Die DEGAM begrüßt die in K-APAT evaluierte Vorgehensweise, die durch enge sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Einbindung der Kompetenz der Patienten eine Verbesserung der Versorgung darstellt und sowohl ein klinisch adäquates Outcome wie auch eine hohe Patientenzufriedenheit und erhebliche Einsparung von Krankenhaustagen erreicht.</i></p> <p><i>Für den Übergang in die bundesweite Verstetigung sehen wir folgende Punkte als relevant:</i></p> <p><i>- Etablierung der erforderlichen sektorenübergreifenden Kommunikations- und Koordinationsstrukturen</i></p>



Stand: 12.01.2024

		<ul style="list-style-type: none">- <i>Verbindliche Regelung der Verantwortlichkeiten (Klinikärzte/weiterbetreuende Haus/Fachgebietsärzte/Infektions-Sprechstunden) und Inhalte für:</i><ul style="list-style-type: none"><i>o Identifizierung der Patienten</i><i>o Schulung der Patienten</i><i>o Sicherstellung der ärztlichen Weiterbetreuung einschl. Information</i><i>o (haus)ärztliche Weiterbetreuung</i><i>o Sicherstellung einer Hotline für Nachfragen/bei Problemen</i><i>o Sicherstellung ggf. erforderlicher pflegerischer Mitbetreuung</i>- <i>Eine evtl regional begrenzte Einführung für einen definierten Zeitraum mit anschließender Prozessevaluation scheint passend, um die sektorenübergreifenden Prozesse im Versorgungsalltag optimal einzustellen</i>- <i>Entsprechende Vergütung für hausärztliche Betreuung</i> <p><i>Breit ausgerollte Schulungsmaßnahmen für Hausarztpraxen zur Durchführung der APAT sehen wir als wenig zielführend, da erfahrungsgemäß pro Praxis nur sehr wenige Patienten mit APAT versorgt werden. Information zum technischen und med. Vorgehen erfolgen idealerweise jeweils bei Übernahme eines Patienten, außerdem muss tagsüber- auch an Wochenenden eine Rückfragemöglichkeit und kompetente Beratung bei Problemen gegeben sein.</i></p> <p>Generelle Aspekte</p> <p><i>Viele Maßnahmen zur Reduzierung von Krankenhaustagen und „ambulant vor stationär“ sind sinnvoll, insbesondere wenn sie wie in diesem Fall explizit die Lebensqualität und die</i></p>
--	--	---



Stand: 12.01.2024

		<p><i>Gesundheitskompetenz der Patienten adressieren. Für viele Maßnahmen ist aus rein medizinischer Sicht durchaus eine Übernahme durch Hausarztpraxen denkbar.</i></p> <p><i>Allerdings stehen viele Praxen, insbesondere in ländlichen Regionen, vor erheblichen Problemen, die anfallende Workload mit zunehmend weniger Personal leisten zu müssen. Hinzu kommt dass bei sektorenübergreifenden Veränderungen wie bspw. der APAT die Zuständigkeiten explizit geklärt sein müssen und Kommunikations – und Koordinationsstrukturen etabliert werden müssen, die aktuell nicht flächendeckend vorhanden sind.</i></p> <p><i>Um mit zunehmender Zahl von an sich sinnvoll an die Hausarztpraxis zu übertragenden Maßnahmen die Primärversorgung nicht zum Kollaps zu bringen, braucht es bspw.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>- gesteuerte Facharztweiterbildung</i><i>- Sicherstellung der ärztlichen Arbeitszeit auch von Gebietsärzten für die Regelversorgung (IGeL-Leistungen außerhalb der Regel-Sprechstunden)</i><i>- mehr hausärztliche Praxiskapazität</i><i>- Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung durch z.B. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) oder Listensysteme“</i>
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)	18.09.2023	<p><i>„[...] die Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) nimmt gerne Stellung zu dem abgeschlossenen und durch den Innovationsausschuss beim GBA geförderten Projekt 01VSF18036 K_APAT.</i></p> <p><i>Dieses innovative Forschungsprojekt zeigt die Machbarkeit und Sicherheit der APAT bei Erwachsenen mit Infektionen, die einer protrahierten parenteralen Antibiotikatherapie (ABT) bedürfen und für deren Behandlung es allgemein oder in diesem individuellen Fall keine orale ABT</i></p>



Stand: 12.01.2024

	<p><i>Alternative gibt. In diese Studie konnten im Beobachtungszeitraum von 2 Jahren n=78 von 94 gescreenten Patient*innen mit einem medianen Alter von 56 Jahren (IQR 40-67) eingeschlossen werden. Die mediane Dauer der APAT betrug 15 Tage (IQR 11-26 Tage). Insgesamt wurden hierdurch 1782 Krankenhaustage gespart. In 85 % der Fälle wurde ein peripher eingelegter zentraler Venenkatheter (PICC-Leitung) verwendet. Katheter-assoziierte Komplikationen waren selten, nur bei 4 Patient*innen (5%) musste eine erneute Katheter-Anlage erfolgen. Eine erneute Krankenseinweisung während der APAT erfolgte nur in 6 % der Fälle. Von allen Beteiligten insbesondere auch von den Patient*innen wurde die Möglichkeit einer APAT ausdrücklich befürwortet.</i></p> <p><i>Die DGPI begrüßt und unterstützt das Anliegen der Autor*innengruppe, die APAT als eine Behandlungsoption in die Regelversorgung zu integrieren. Dafür spricht auch der immer stärker ausgeprägte Mangel an stationären Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendmedizin, der vor allem auf einen Mangel an im stationären Setting tätigen Fachschwestern und -pflegern zurückgeht. Viele Kinderkliniken können heute einen erheblichen Anteil ihrer vorhandenen Betten nicht betreiben, weil ihnen hierzu das Fachpersonal in der Pflege fehlt.</i></p> <p><i>Das bedeutet, dass in Kinderkliniken nahezu ausschließlich schwer kranke Kinder und Jugendliche behandelt werden, die unbedingt auf die stationäre Überwachung und Therapie angewiesen sind. Die DGPI ist aktuell über die Mandatierung von Frau PD Dr. Jennifer Neubert (Vertreter: Prof. Dr. Arne Simon) in der AWMF Arbeitsgruppe zum Thema ambulante parenterale Verabreichung von Antibiotika engagiert (unter Koordination von Frau Dr. Miriam Stegemann, Charité Universitätsmedizin Berlin). Das für Mitte 2024 erwartete Ergebnis der Arbeit dieser interdisziplinären Expert*innengruppe ist eine wichtige Unterstützung für das Anliegen die APAT in die Regelversorgung aufzunehmen. Diese Stellungnahme kann das Ergebnis des entsprechenden</i></p>
--	---



Stand: 12.01.2024

	<p><i>Konsentierungsprozesses nicht vorwegnehmen aber auf Besonderheiten in der Kinder- und Jugendmedizin hinweisen.</i></p> <p><i>Wenn die ambulante parenterale Verabreichung von Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen erfolgt, wird von einer pädiatrischen APAT gesprochen (pAPAT). Aufgabe der DGPI ist es die Besonderheiten, die bei der pAPAT beachtet werden müssen, auszuarbeiten. Die pAPAT wurde erstmalig 1974 bei Kindern und Jugendlichen mit Mukoviszidose eingesetzt und ist in den USA und in vielen anderen Ländern (u.a. UK, Australien, Kanada, Brasilien) fester Bestandteil der medizinischen Basisversorgung.</i></p> <p><i>Die pAPAT ist grundsätzlich nur für Patient*innen indiziert, die nicht in der Lage sind, eine orale ABT Alter-native einzunehmen oder für die keine oralen Alternativen zur Verfügung stehen. Dass eine intravenös (i.v.) verabreichte Antibiotikatherapie sicherer und effektiver ist, als eine orale ABT, trifft für die Initialtherapie schwerer systemischer Infektionen zu (Meningitis, Sepsis mit Organdysfunktion, komplizierte ambulant erworbene Pneumonie mit Pleuraempyem, Osteomyelitis, perforierte komplizierte Appendizitis, ausgedehnte Haut- und Weichteilinfektion usw.). Bei diesen Infektionen muss initial die Antibiotikakonzentration in der systemischen Zirkulation besonders hoch sein, um bei hoher Erregerlast oder einem ungünstig zu erreichenden Kompartiment (z.B. dem ZNS oder intraperitoneal) am Ort der Infektion eine ausreichende Konzentration zu erzielen. Ansonsten ist bei vielen Infektionen im Kindesalter eine angemessen dosierte orale Therapie mit einem geeigneten Antibiotikum äquivalent wirksam. Oft kann so früh wie möglich auf eine orale Sequenztherapie umgestellt werden. Das Potential der oralen Sequenztherapie sollte besser ausgeschöpft und keinesfalls durch eine pAPAT in den Hintergrund gedrängt werden. Dies ist einer der Gründe dafür, dass auch pAPAT Initiativen von einem</i></p>
--	---



Stand: 12.01.2024

		<p><i>pädiatrischen Antibiotic Stewardship Team geleitet werden sollen oder dass alternativ zumindest eine Beratung durch pädiatrische Infektiolog*innen obligater Bestandteil der Verordnung sein soll.</i></p> <p><i>Bei der pAPAT soll sowohl die Indikation zu Beginn oder Fortsetzung der antibiotischen Therapie als auch die Auswahl des am besten geeigneten Antibiotikums, das effektivste und praktikabelste intravenöse Verabreichungsschema sowie die voraussichtliche Dauer der pAPAT von einem pädiatrischen ABS Team geprüft werden. Ein Facharzt/eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Klinische Infektiologie soll Mitarbeiter*in des pAPAT Teams sein. Ggfls. können die entsprechenden Aufgaben auch konsiliarisch (zum Beispiel in einem sektorübergreifenden, regionalen pädiatrisch infektiologischen Netzwerk) bearbeitet werden. Bei folgenden Infektionen kann eine pAPAT nach sorgfältiger multidisziplinärer Überprüfung erforderlich/sinnvoll sein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>• Bei Patient*innen mit einer Mukoviszidose ist die pAPAT seit mehreren Jahrzehnten etabliert und hat Ein-gang in aktuelle AWMF-Therapieleitlinien gefunden. Die antibiotische Therapie hat einen hohen Stellenwert in der Behandlung von Patient*innen mit einer Mukoviszidose und kann je nach Indikation entweder oral, inhalativ oder intravenös erfolgen.</i><i>• Bei Kindern mit Osteomyelitis und septischer Arthritis mit günstigem Verlauf unter der initialen intravenösen Therapie hat sich in den letzten Jahren eine frühe orale Sequenztherapie bewährt. Allerdings gibt es Behandlungssituationen, bei denen die Lokalisation und Ausdehnung der Osteomyelitis einer frühen oralen Sequenztherapie entgegenstehen. Dies kann zum Beispiel bei einer Spondylodisziitis oder bei einer</i>
--	--	---



Stand: 12.01.2024

		<p><i>Osteomyelitis mit Beteiligung der Epiphysen der Fall sein. Außerdem sind nicht alle Kinder in der Lage, die in diesem Fall hoch dosierte orale Sequenztherapie konsequent einzunehmen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Bei Kindern < 9 Jahre mit einer Neuroborreliose erscheint eine pAPAT sinnvoll, da es aktuell keine orale alternative Therapieoption gibt. Eine pAPAT erscheint hier daher eine sinnvolle Therapieoption. Für Kinder > 9 Jahre kann die Therapie in den meisten Fällen oral mit Doxycyclin erfolgen.</i>• <i>Patient*innen mit präseptaler Cellulitis (einer Haut- und Weichteilinfektion des Gesichts) können -insofern keine orale Therapie möglich ist- von einer pAPAT profitieren.</i>• <i>Bei günstigem Verlauf ist unter strenger ärztlicher Kontrolle eine pAPAT bei akuter Mastoiditis vorstellbar, wenn keine ZNS-Komplikationen vorliegen.</i>• <i>Nach aktualisierter europäischer Empfehlung der Kardiologen kann auch bei der Endokarditis APAT zur Anwendung kommen.</i>• <i>Kinder mit komplizierter Pleuropneumonie müssen initial stationär aufgenommen, intravenös antibiotisch behandelt und ggf. mit einer Pleurapunktion oder -drainage entlastet werden. Einige dieser Kinder mit initial ausgedehnten Empyemen erholen sich vollständig, allerdings nur unter einer prolongierten Antibiotika-therapie mit einer Dauer zwischen 14 Tagen und 4 Wochen. In vielen Fällen ist es möglich, Kinder mit einer komplizierten Pleuropneumonie oral gezielt weiter zu behandeln, wenn der Erreger bekannt ist (meist Pneumokokken, A-Streptokokken, S. aureus), das Pleuraempyem nicht mehr abgeleitet werden muss und sie auf die initiale parenterale ABT gut angesprochen haben.</i>• <i>Für Kinder mit komplizierter Pyelonephritis ohne Zeichen einer schweren systemischen Infektion kann die pAPAT eine mögliche Therapieoption sein.</i>
--	--	--



Stand: 12.01.2024

		<ul style="list-style-type: none">• <i>Wenn die Patient*innen nach einer perforierten Appendizitis in der Lage sind orale Antibiotika einzunehmen, ist eine orale Sequenztherapie unter bestimmten Umständen möglich. Ist jedoch bei weniger günstigem Verlauf eine prolongierte intravenöse Behandlung erforderlich, kann diese als pAPAT erfolgen. Allerdings benötigen diese Kinder eine engmaschige klinische Kontrolle (sekundär aufgetretene fokale oder systemische Entzündungszeichen, Ileus, ausreichende Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, Schmerztherapie).</i>• <i>Die pAPAT ist bei Vorhaltung entsprechender Strukturen der ambulanten Versorgung eine Option bei stabilen kideronkologischen Patient*innen mit febriler Granulozytopenie, wenn diese kein erhöhtes Risiko für Komplikationen haben.</i> <p><i>Neben der Indikation zur pAPAT gibt es weitere Besonderheiten, die bei Kindern in der praktischen Umsetzung bedacht werden müssen: Kinder sind in der Regel nicht in der Lage sich Antibiotika parenteral selbst zu verabreichen, eine ausführliche Anleitung und praktische Schulung von (mental und physisch hierzu befähigten) erwachsenen Personen ist notwendig.</i></p> <p><i>Der Allgemeinzustand eines Kindes mit pAPAT und der Zustand des Gefäßzugangs müssen kompetent beobachtet und überwacht werden. Dies kann zumindest teilweise durch entsprechend angeleitete und geschulte erwachsene Kontaktpersonen erfolgen, die im gleichen Haushalt leben. Das Nebenwirkungsprofil der ABT kann sich bei Kindern und Erwachsenen unterscheiden. Blutentnahmen, z.B. zur Kontrolle des Blutbildes und anderer Laborwerte, sind bei Kindern mitunter schwieriger und personalintensiver als bei Erwachsenen. Das Gleiche gilt, wenn ein peripher venöser Zugang oder ein an-derer Gefäßzugang bei einem Kind neu angelegt werden muss.</i></p>
--	--	--



Stand: 12.01.2024

		<p><i>Die vielen Vorteile der pAPAT, vor allem die verbesserte Lebensqualität für die Patienten und die Entlastung der Kliniken, sind unumstritten. Allerdings müssen personelle und strukturell organisatorische Voraussetzungen (wie oben beschrieben) etabliert sein, um die Sicherheit und den Erfolg der pAPAT zu gewährleisten. [...]“</i></p>
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)	09.11.2023	<p>„DGI fordert die rasche Einleitung von Schritten zur Etablierung der ambulanten parenteralen Therapie mit Antiinfektiva (APAT) in Deutschland</p> <p><i>Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. zur K-APAT-Studie</i></p> <p>Die ambulante parenterale Antiinfektivtherapie, kurz APAT, wird in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Industrieländern noch nicht standardmäßig angewandt. Die K-APAT-Studie, die vom Innovationsfond des G-BA gefördert wurde, hat erstmals systematisch die Machbarkeit der APAT im deutschen Gesundheitssystem unter medizinischen, epidemiologischen und ökonomischen Gesichtspunkten untersucht. Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI) unterstützt die Empfehlungen dieser Studie vollständig.</p> <p><i>APAT bedeutet die intravenöse Verabreichung von antiinfektiven Substanzen außerhalb des Krankenhauses. Die Vorteile dieser Therapiemethode liegen auf der Hand: Stationäre Aufenthalte können verkürzt oder können ganz vermieden werden. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das, dass sie sich in ihrem gewohnten Umfeld bewegen und im besten Fall ihrem (beruflichen) Alltag nachgehen können. Das Risiko von nosokomialen Infektionen wird reduziert und die Gesamtkosten für Krankenhausbehandlungen werden gesenkt. Obwohl die APAT in vielen anderen Ländern bereits seit langem erfolgreich praktiziert wird, wird sie in Deutschland bisher nur selten durchgeführt. Es fehlen systematische Daten zur APAT in Deutschland.</i></p>



Stand: 12.01.2024

	<p><i>Die K-APAT-Studie (Ambulante parenterale Antibiotikatherapie in der Kölner Metropolregion) hatte das Ziel, die medizinische Versorgung mit APAT in der Modellregion Köln zu untersuchen und zu zeigen, dass APAT auch im deutschen Gesundheitssystem erfolgreich angewendet werden kann. Bereits mit einer vergleichsweise kleinen Kohorte von 78 eingeschlossenen Patienten konnten 1782 Krankenhaustage vermieden werden. Nur 5% der Patienten mussten erneut stationär aufgenommen werden, und die Nebenwirkungs- und Komplikationsraten waren sehr gering. Die Mehrheit der Haus- und Klinikärzte in Köln sprach sich in Umfragen für eine APAT bei geeigneten Patienten aus. Auch die behandelten Patienten selbst würden die APAT weiterempfehlen und erneut als Therapieform wählen. Basierend auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen wurde berechnet, dass es in Deutschland ein APAT-Potenzial von 206 Patienten pro 100.000 Personen pro Jahr gibt. Betrachtet wurden dabei 26 verschiedene Krankheitsbilder, die in anderen Ländern erfolgreich mit der APAT behandelt werden. Als Reaktion auf die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der K-APAT-Studie hat die Studiengruppe drei Handlungsempfehlungen formuliert:</i></p> <p>1. Anerkennung der APAT als Therapieform für ein breites Spektrum infektiologischer Indikationen: <i>Die Studie zeigt, dass APAT in Deutschland sicher durchgeführt werden kann, wenn qualifiziertes multidisziplinäres Personal die Behandlung überwacht. Angesichts der positiven Ergebnisse sollte APAT als Therapieform für verschiedene infektiologische Indikationen in Deutschland anerkannt und etabliert werden. Dies könnte langfristig dazu beitragen, den Druck auf den stationären Sektor zu reduzieren und die ambulante Versorgung auszubauen.</i></p> <p>2. Etablierung standardisierter nationaler Strukturen für die APAT: <i>Die APAT erfordert spezialisierte Strukturen im ambulanten Bereich, um das erhöhte Risiko zu minimieren. Infektiologen sollten eine Schlüsselrolle bei der Leitung der Behandlung spielen, und es sollten</i></p>
--	--



Stand: 12.01.2024

	<p><i>Standards zur Qualifikation und Durchführung der APAT entwickelt werden. Die Schulung von Pflegepersonal und die Sicherstellung der Medikamentenstabilität sind ebenfalls wichtig.</i></p> <p>3. Formale Finanzierung der APAT in der Primär- und Sekundärversorgung: <i>Die mangelnde angemessene Finanzierung der APAT stellt ein Hindernis für ihre Implementierung dar. Daher sollte die APAT als abrechenbare Leistung im ambulanten Sektor etabliert werden. Dies könnte durch die Integration in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder die Schaffung von Abrechnungsziffern erfolgen.</i></p> <p><i>Trotz einiger Limitationen der Studie ist die DGI überzeugt davon, dass die APAT in Deutschland als Therapieform anerkannt und etabliert werden sollte, insbesondere angesichts des politischen Willens zur Stärkung ambulanter Versorgungsmodelle. Dies könnte dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten und die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen.“</i></p>
--	---