



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für psychosoziale Medizin
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 42803-2400
Telefax: (040) 42803-3681
bussche@uke.uni-hamburg.de

Antrag auf Förderung eines Forschungs- und Entwicklungsvorhabens

Aufnahme- und Entlassungsmanagement von Krankenhauspatienten im Raum Harburg/Süderelbe

Hamburg, den 20.11.2003

1 Problembeschreibung

Beim Übergang des Patienten vom ambulanten in den stationären Sektor und vice versa ergeben sich von jeher eine Reihe von Problemen, deren Lösung mittels informationstechnologischer Verfahren denkbar und erprobenswert erscheint. Zu diesen Problemen gehören:

- Mangelnde Vorabinformationen für die Klinik durch den einweisenden Arzt aufgrund nicht standardisierter bzw. unvollständig ausgefüllter Einweisungsscheine. Befunde von Voruntersuchungen werden nicht immer mitgegeben. Auf der anderen Seite werden von den Hausärzten mitgegebene Befunde und Fragestellungen in den Kliniken häufig wenig beachtet.
- Über die Krankenhausaufnahme eines Patienten, der als Selbsteinweiser oder als Notfall aufgenommen wurde, erhält der Hausarzt – oder der behandelnde Gebietsarzt – keine Informationen. Dementsprechend ist es diesem auch nicht möglich, das Krankenhaus mit womöglich therapielevanten Informationen zu versorgen. Genau so wenig ist es ihm möglich, im Hintergrund Probleme zu lösen bzw. Maßnahmen für die Entlassung vorzubereiten.
- Die Entlassung des Patienten findet nicht immer zu einem Zeitpunkt bzw. unter Bedingungen statt, die für eine reibungslose Übernahme des Patienten durch den Hausarzt und/oder den ambulanten Pflegedienst günstig sind: Zu diesen Standardproblemen gehört die Entlassung zu ungünstigen Zeitpunkten (Freitagnachmittag), nicht rechtzeitig eintreffende, unvollständige oder nicht lesbare vorläufige Entlassungsbriefe.
- Ein weiteres Problem des Übergangs ergibt sich auf der Ebene der Medikation. Häufig stellt das Krankenhaus diese um, ohne ersichtlichen therapeutischen Nutzen, ohne Aufklärung des Patienten und ohne Berücksichtigung budgetarier Grenzen des Vertragsarztes. Hierbei kann es zu einer Verunsicherung der Patienten kommen, vor allem, wenn keine Begründung gegeben oder die Vormedikation negativ bewertet wird. In einigen Bundesländern werben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Kliniken um Kooperation bezüglich der Medikation, so dass in den Entlassungsberichten nur noch die Wirkstoffnamen, nicht mehr die Firmennamen der Präparate stehen.

- Die genannten Probleme werden durch die Schwierigkeit verschärft, schnell und zuverlässig einen Kontakt zwischen Klinik und Praxis herzustellen. Unterschiedliche Arbeitszeiten, wechselnde Arbeitsorte, häufiger Wechsel der ärztlichen Ansprechpartner im Krankenhaus verhindern eine kontinuierliche Kommunikation und den Aufbau eines persönlichen Kontaktes mit den Hausärzten.

Diese Probleme dürften sich in Zukunft durch die Einführung von Fallpauschalen auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) noch wesentlich verschärfen. Gerechnet wird mit deutlich kürzeren Liegezeiten.

2 Lösungsmöglichkeiten

Die Lösung dieser Probleme setzt eine intensivere Kommunikation zwischen Krankenhaus und Hausärzten mit dem Ziel voraus, gemeinsame Ziele und Instrumente für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement zu finden. Hierbei können informationstechnologische Tools eine wesentliche Hilfestellung bieten. Nicht weniger notwendig ist aber das Interesse der Beteiligten auf beiden Seiten zu besseren Lösungen zu kommen. Der durch die DRGs erzeugte Druck könnte dies maßgeblich befördern, so dass die Aussichten auf eine wirkliche Verbesserung im Sinne einer integrierten ambulant-stationären Versorgung wesentlich realistischer geworden sind.

Die Lösungsstrategie beinhaltet dementsprechend drei Ebenen:

- Aufbau einer Projektgruppe zur Festlegung und Überprüfung von Leitlinien und Instrumenten (standardisierten Aufnahme- und Entlassungsdokumenten, standardisierten Arztbriefen, pharmakotherapeutischen Leitlinien, E-Mail-Hotline, gemeinsam erarbeitetes Informationsmaterial für Patienten etc.) für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement.
- Aufbau eines hausarztinternen Konzepts zur internen Arbeitsteilung, zur Schwerpunktbildung, Notfallversorgung und gegenseitiger Vertretung in Sachen Aufnahme- und Entlassungsmanagement.
- Telematische Vernetzung der Praxen mit den relevanten Abteilungen des Krankenhauses zwecks Datenübertragung mit dem Ziel der Erhöhung der Effektivität der Kommunikation. Installation von Datensicherungssystemen.

3 Erfolgsaussichten

Die Voraussetzungen für ein solches Projekt wären insbesondere im Bereich Harburg aus folgenden Gründen günstig:

- Dort existiert ein Hausärztekreis, der bereits auf eine mehrjährige Tätigkeit zurück blickt und regulär als eingetragener Verein („Hausärztekreis Harburg/Süderelbe e.V.“) organisiert ist. Zu den Aktivitäten des Vereins vgl. www.hausarzt-harburg.de.
- Dieser Hausärztekreis führt bereits seit mehreren Jahren zwei hausärztliche Qualitätszirkel durch [vgl. Niemann D, van den Bussche H et al. (1996) Theorie und Praxis hausärztlicher Qualitätszirkel am Beispiel Hamburg-Harburg. Hamburger Ärzteblatt 50: 6-9].
- Der gleiche Kreis betreibt bereits am AK Harburg seit 2001 eine hausärztliche Notfallbereitschaft, die außerhalb der Sprechstunden stark in Anspruch genommen wird.
- Seit Oktober 2002 finden bereits Gespräche zwischen dem Direktorium des AK Harburg und dem Vorstand des Vereins statt. Eine prinzipielle Einigung wurde darüber erzielt, dass der Aufnahme- und der Entlassungsprozess optimiert werden sollte.
- Zwischen dem Hausärztekreis und dem Institut für Allgemeinmedizin am UKE existieren bereits seit mehreren Jahren intensive und erfolgreiche Kooperationsbeziehungen.

Eine erfolgreiche Umsetzung dieses Projekts wäre ein substantieller Beitrag zu einer weiteren Vernetzung der maßgeblichen Akteure im Gesundheitswesen und zur dringend notwendigen Verbesserung der Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Das größte Problem dürfte aus heutiger Sicht in der Installation und der Finanzierung der Telematik liegen. Hierbei ist von Hard- und Softwareproblemen sowie insbesondere von Schnittstellenproblemen für die Übermittlung von Arztbriefen, Röntgenbildern und Laborbefunden auszugehen. Die Schnittstellenprobleme ergeben sich u.a. aus der Vielfalt der benutzten Softwareprogramme in den Praxen. Auch ist zu bedenken, dass ausreichend Mittel für die Schulung aller Beteiligten zurzeit fehlen. Die Aussichten einer erfolgreichen Bewältigung dieser Problematiken können insofern als gut angesehen werden, als der Verband Deutscher Arztpraxis-Softwarehersteller e.V. (VDAP) offiziell zugesagt hat, das Projekt mit Expertenwissen zu unterstützen.

4 Projektablauf und Zuständigkeiten

Hauptakteure des Projekts wären das AK Harburg einerseits und der Hausärztekreis andererseits. Für das Demonstrationsprojekt sollen zwei Abteilungen des Krankenhauses und ca. 20 Hausärzte nach noch zu präzisierenden Kriterien (insbesondere in Bezug auf vorhandene Hard- und Software) ausgewählt werden. Sobald die Verhandlungen zwischen dem LBK Hamburg und dem Träger des Krankenhauses Mariahilf zu einem vorläufigen Abschluss gekommen sind, wird auch das Krankenhaus Mariahilf einbezogen. Ferner wird zu Beginn des Projekts innerhalb der Krankenhäuser und der ambulanten Versorgung jeweils auch die Pflege mit eingebunden (Vierfelder-Ansatz). Es wird davon ausgegangen, dass mindestens drei ambulante Pflegedienste in das Projekt einbezogen werden, damit die Mehrzahl der aufgenommenen und entlassenen Patienten aus der Region einbezogen werden können.

Das Institut für Allgemeinmedizin wird die Moderation der Projektgruppe von Krankenhaus und Hausärztekreis, die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen, die Entwicklung der Dokumentenformate sowie die Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität übernehmen.

Die beteiligten Einrichtungen werden ihre jeweiligen Rechte und Pflichten in diesem Vorhaben zu Projektbeginn schriftlich niederlegen.

Eine wichtige Voraussetzung für den Projekterfolg dürfte darin liegen, dass alle Beteiligten sich bereits aus anderen Projekten kennen und gute Erfahrungen mit einander gemacht haben. Diesbezüglich sei in erster Linie die hausärztliche Notfallpraxis am AK Harburg genannt, die seit dem Jahr 2001 erfolgreich von beiden Seiten kooperativ betrieben wird. Auf Seiten des Instituts für Allgemeinmedizin liegen langjährige Erfahrungen mit Projektmanagement und der Organisationsentwicklung vor.

Da es sich um ein pragmatisch und realistisch konzipiertes Projekt handelt, dürfte die Übertragung in weitere Krankenhäuser der Stadt sowie in weitere Kerne der hausärztlichen Versorgung ohne große Schwierigkeiten möglich sein. Hierzu werden die im Projekt entwickelten Instrumente (Dokumentationen, Ablaufbeschreibungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen etc.) in schriftlicher und elektronischer Form zu einem Handbuch gebündelt, das anderen Interessenten zur Verfügung gestellt werden kann. Das Institut für Allgemeinmedizin würde auch die Beratung solcher Interessenten bezüglich der erforderlichen Umsetzungsschritte übernehmen.

Bis dato liegen im Internet nur Berichte über Projekte zum Entlassungsmanagement auf der Ebene der Pflege vor. Das hiermit vorgeschlagene Projekt wäre somit das erste in Deutschland, das auf der Ebene der Ärzte bzw. auf der interdisziplinären Ebene von ärztlichem und pflegerischem Dienst ansetzt. Als solches kann es als Beitrag zum Medizinstandort Hamburg angesehen werden.

5 Beschreibung des IT-Bedarfs

Das Projekt bezweckt eine Standardisierung des Informationsaustausches und der Kommunikationskanäle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor einerseits sowie eine Intensivierung und Flexibilisierung der Kommunikation andererseits. Es wird davon ausgegangen, dass eine informationstechnologische Unterstützung diese Prozesse wesentlich fördern und effektivieren dürfte.

Allerdings ist die Vereinheitlichung dieser Prozesse zwischen den vielen beteiligten Hausärzten und der Vielzahl der Abteilungen mit den wechselnden dort tätigen Ärzten unter informationstechnologischen Gesichtspunkten leichter zu bewältigen als unter sozialen. Konsensbildung und Verständigung zwischen den Beteiligten, Weckung der Kooperationsbereitschaft und Sensibilisierung für den Gewinn durch IT-Infrastruktur stehen dementsprechend in der ersten Phase des Projekts im Vordergrund.

Kurz- bis mittelfristig werden folgende Einsatzmöglichkeiten von IT im Projekt eingesetzt und geprüft:

- Standardisiertes transmurales Berichtswesen per E-Mail (Einweisungs- und Entlassungsdokumente).
- Aufnahmebericht an den Hausarzt bei Notfall.
- Elektronischer vorläufiger Arztbrief.
- Elektronischer Pflegebericht.
- Konsiliarische Hotline für Ärzte und Pflegende (E-Mail, Telefonsprechstunden).
- Vertretungsdienstplan der Hausärzte in Bezug auf Aufnahme- und Entlassungsmanagement.
- Standardisierte Infos für Patienten und Angehörige über die praktizierten Aufnahme- und Entlassungsstandards im Projekt (Internet und Print).

Als mittel- und langfristige IT-Einsatzmöglichkeiten, deren Bedarf bereits während des Projekts untersucht wird, sind zu nennen:

- Vollvernetzung von Krankenhäusern, Praxen und Pflegediensten.
- Elektronischer Arztbrief.
- Elektronische Patientenakte(n).
- Möglichkeiten der Telekonsultation („virtuelle Visiten“).
- Weiterentwicklung der Dokumentation von Leitlinien (z.B. Pharmakotherapie).
- Routineeinsatz von Qualitätssicherungsverfahren.

Bei allen IT-Maßnahmen in den Praxen und Pflegediensten sind die einschlägigen Bestimmungen des Rechnerzugangs und des Datenschutzes mit hoher Priorität anzuwenden.

Im Hinblick auf eine Diffusion der Projektergebnisse in anderen Krankenhäusern bzw. Praxisnetze der Stadt wird sich das Projekt in Bezug auf die Möglichkeiten einer gemeinsamen Nutzung einer Kommunikationsplattform sowie der Entsprechung der Vorgaben des Hamburger Datenschutzbeauftragten frühzeitig mit Prof. Dr. Jürgen Stettin, Fachbereich Naturwissenschaftliche Technik, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, abstimmen.

6 Arbeits- und Zeitplan

Für das Projekt wird von einem Zeitraum von zwei Jahren ausgegangen. Dieser Zeitraum ist erforderlich, da sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhausärzte das Projekt nicht hauptberuflich durchführen können.

Mit dem Projekt kann innerhalb von einem Monat nach Bewilligung der Mittel begonnen werden.

Zeitraum	Aktivität
Monate 1-4	<p>Entwicklung und Vertreibung eines Flyers über das Projekt an alle Interessenten</p> <p>Information aller Leitenden Ärzte und Pflegekräfte der Abteilungen</p> <p>Konstitution einer transmuralen und interdisziplinären Projektgruppe</p> <p>Dokumentation von vorhandenen Projekten und Dokumentationsinstrumenten</p> <p>Konsensbildung über Ziele und Fahrplan</p>
Monate 5-8	<p>Prozessabläufe (von Einweisung bis Entlassung) und Schwachstellenanalyse</p> <p>Erhebung der IT-Ausstattung und der IT-Bedarfe</p> <p>Entwicklung und Erprobung der Standard-Dokumentationssysteme bei Einweisung und Entlassung</p>
Monate 9-12	<p>Implementation und Erprobung der Informationstechnologien; Schulungen</p> <p>Installation von Rechnerzugangs- und Datenschutzmaßnahmen</p> <p>Entwicklung eines Evaluationskonzepts</p>
Monate 13-16	<p>Praktische Erprobung; Datenerhebungen zur Effektivität und Akzeptanz</p> <p>Zwischenbilanz (Monat 16)</p>
Monate 17-20	<p>II. Phase der praktischen Erprobung</p> <p>Weitere Datenerhebungen</p> <p>Diffusionsworkshop für interessierte Hamburger Krankenhäuser und Vertragsärzte</p>
Monate 21-24	<p>Endauswertung der Evaluation</p> <p>Vorschläge für eine Diffusion der Ergebnisse und Methoden</p> <p>Präsentationen (Verein Hamburger Gesundheit und überregional)</p>