

Funktionierende Kommunikation über die Sektorengrenzen

Wer aus dem Krankenhaus entlassen wird, benötigt in den meisten Fällen eine Weiterbehandlung durch ambulant tätige Ärzte ebenso wie Medikamente. Hier und da hapert es beim Entlassmanagement jedoch an der Kommunikation. Abhilfe schaffen soll das 2013 von der Knappschaft initiierte Projekt *Elektronische Behandlungsinformation* (eBI).

VERSICHERTE DER KNAPPSCHAFT, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, können freiwillig das Angebot der eBI nutzen, sofern das gewählte Krankenhaus zu den dreißig Partnerhäusern gehört. Derzeit nehmen etwa eine Viertelmillion Versicherte daran teil. Erklärt der Versicherte beim Aufnahmegespräch sein Einverständnis, stellt die Krankenkasse Informationen wie verordnete Arzneimittel, zurückliegende Erkrankungen und Behandlungen, Namen und Kontaktdaten der Ärzte und Angaben zu früheren Krankenhausaufenthalten in Echtzeit digital zur Verfügung.

Wichtige Gesundheitsmerkmale werden kommuniziert

Aus den Abrechnungsdaten der Kasse werden Gesundheitsmerkmale, die bei der ärztlichen Behandlung berücksichtigt werden müssen, besonders hervorgehoben. Das gilt zum Beispiel für Dialysepflicht, Niereninsuffizienz, Organtransplantationen oder Pflegegrade. Ebenso vermerkt sind die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) und der MRSA-Status. Die von der Kasse bereitgestellten Daten beinhalten darüber hinaus Informationen über die bisherige und aktuelle Medikation sowie Diagnosen des Patienten. Abgebildet werden Wirkstoffe, Stärken und Verordnungszeiträume sowie die Diagnosen der vergangenen zwölf beziehungsweise 36 Monate. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhält der behandelnde Hausarzt über einen erweiterten Entlass-Brief die nötigen Informationen für eine sektorübergreifend abgestimmte Medikationstherapie.

Risikocheck inklusive

eBI generiert im Arzneimitteltherapie-Risikoreport per Knopfdruck einen Arzneimitteltherapiesicherheits-(AMTS-)

Check. Dieser zeigt die möglichen Gefahren der individuellen Medikation des Versicherten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Dabei werden beispielsweise potenzielle Wechselwirkungen angezeigt. Darüber hinaus berücksichtigt die Analyse auch die Dosierungen und die individuellen Besonderheiten des Patienten (etwa Laborwerte, Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, Erkrankung). Besteht ein Risiko, werden geeignete Behandlungsalternativen empfohlen. Die Risikohinweise und Behandlungsalternativen sind wissenschaftlich belegt, werden laufend aktualisiert und beinhalten folgende Risiko-Dimensionen:

- Interaktionen
- Rote-Hand-Briefe
- PRISCUS-Liste (altersinadäquate Wirkstoffe)
- Nierenfunktionsabhängige Arzneimittel
- Arzneimittel, die nicht plötzlich pausiert oder abgesetzt werden dürfen
- Dosierungen unter Berücksichtigung der Indikationen und Laborwerte (GFR)
- OTC-Präparate (rezeptfreie Medikamente)

Wissen digital austauschen

Da eine sektorenübergreifende digitale Kommunikation bisher nicht genutzt wird, gehen bei der Krankenhausaufnahme als auch bei der Entlassung wichtige Informationen verloren. Die Folgen können fehlerhafte Anamnesen sein, falsche Diagnosen und Therapieentscheidungen oder Medikationsfehler. »Um dies zu vermeiden, wurde das Projekt gestartet«, sagt Markus Weiß, Referent im Fachbereich Versorgungsmanagement und Competence Center elektronische Behandlungsinformation. »Aus Sicht der KNAPPSCHAFT ist das Krankenhaus der ideale Ort für eine initiale sektorenübergreifende Abstimmung der Behandlung. Die Kliniken erhalten mit eBI Informationen über die Vorerkrankungen.«

Informationsaustausch fördert Patientensicherheit



kungen der Patienten, die aktuelle und frühere Arzneimitteltherapie, die stationär und ambulant erhobenen Diagnosen sowie zu den betreuenden Ärzten und Institutionen. Alle Beteiligten können so koordiniert zusammenarbeiten und ihr Wissen austauschen. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Patientensicherheit zu steigern und die Versorgungsqualität zu optimieren, indem strukturelle Kommunikationsdefizite aufgehoben werden«, erklärt Weiß.

So komme es vor allem beim Wechsel der Sektoren aufgrund fehlender Informationen zu Fehlern. Lediglich die Hälfte der vom Krankenhaus vorgeschlagenen Medikationen würde von den niedergelassenen Ärzten fortgeführt. Da diese die Gründe für die Therapieumstellung nicht kennen oder die ambulante Medikamentenversorgung als unwirtschaftlich betrachten würden, werde eine stationäre Therapie wieder zurückgestellt oder die Medikamentengabe um zusätzliche Präparate ergänzt.

Die elektronische Behandlungsinformation kann diese Informationslücke schließen, da zum Beispiel sämtliche Medikationsumstellungen medizinisch/pharmakologisch begründet sowie dokumentiert werden müssen. »Mit diesem

Schritt wird erstmals der medizinische Entscheidungsprozess des Krankenhausarztes für den Weiterbehandler transparent und nachvollziehbar. Ohne diese Information bleibt ein Fortführen

Keine Konkurrenz für die elektronische Gesundheitskarte

der stationär vorgeschlagenen Medikation oft ein mit Spekulation behafteter Prozess, der letztlich zu einer unzureichenden Nachhaltigkeit und Stringenz in der Medikationsverordnung führt«, sagt Weiß.

Steigerung der Patientensicherheit

Im Gegensatz zur elektronischen Gesundheitskarte stellt eBI neben den Arzneimittel- und Diagnosedaten einen Risikocheck und ein Entlassmanagement bereit. Referent Weiß sieht die elektronische Behandlungsinformation aber nicht als Konkurrenz zur Gesundheitskarte. »Beides ist unabhängig voneinander.« Bei eBI handelt es sich um eine Anwendung, nicht um eine Kommunikationsinfrastruktur. Zukünftig sollen bei der KNAPPSCHAFT und perspektivisch auch über den Zugang der Telematikinfrastruktur weitere Dienste implementiert werden und zusätzliche Partner folgen wie niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen sowie der Patient selbst.

Die bisherigen Ergebnisse einer Evaluation sprechen laut Weiß für eine Ausweitung von eBI: Es zeigte sich, dass 66% von über 3000 evaluierten Versicherten mehr als acht Wirkstoffe gleichzeitig erhielten. eBI ermittelte die Medikationsrisiken sämtlicher Risikodimensionen bei den aufgenommenen Patienten: Insgesamt kam es zu 1335 Wechselwirkungen, davon etwa 300 schwerwiegende. Über 100 Versicherte wiesen mehr als fünf Wechselwirkungen in ihrer akuten Medikationstherapie auf. Im Bereich der Doppelverordnungen nahmen 2196 Versicherte verschiedene Präparate gleichzeitig ein, deren Wirkstoffe mindestens in zwei Präparaten parallel vorhanden waren. Als weitere Dimension wurden altersinadäquate Wirkstoffe nach PRISCUS-Liste untersucht. Insgesamt 677 Versicherte über 65 Jahre nahmen mindestens einen PRISCUS-Wirkstoff zu sich. Auch im Bereich der Über- und Unterdosierung wiesen 2036 Versicherte eine potenzielle Über- bzw. Unterdosierung auf. Des Weiteren konnten 871 Versicherte identifiziert werden, die mindestens ein Präparat eingenommen hatten, zu dem ein Roter-Hand-Brief und damit ein relevanter Risikohinweis vorlag.

Pragmatische Lösungen

Die elektronische Behandlungsinformation beweist, dass Entlassmanagement, Medikationsplan und Patientensicherheit durch Informationsaustausch im Zusammenspiel von Krankenhaus, niedergelassenem Arzt, Krankenkasse und Patient möglich sind. Für Markus Weiß zeigt sich daran auch, dass die Krankenkasse eine neue Rolle bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens übernehmen kann – »real und nutzbringend für alle«. Während Akteure hier gewillt sind, pragmatische Lösungen zu finden, scheitert es oft im Großen. Vielleicht geht die elektronische Gesundheitskarte entgegen allen Prognosen ja doch noch vor dem Berliner Flughafen an den Start.

Mehr Informationen bei Markus Weiß:
*Knappschaft Fachbereich Versorgungsmanagement
 Competence Center elektronische Behandlungsinformation
markus.weiss@kbs.de*



Martin Dutschek ist Leiter Personalentwicklung beim MDK Niedersachsen.
martin.dutschek@mdkn.de