

## ZUM THEMA

102. Delegiertenversammlung des ÄKBV:

# Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis – Wie kann die Kommunikation verbessert werden?

*Am 30. Juni fand in dem Seminarzentrum des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München (ÄKBV) die 102. Delegiertenversammlung des ÄKBV statt. Zentrales Thema waren die Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis bei der Einweisung von Patienten in Kliniken und bei der Versorgung von Patienten nach einer Krankenhausbehandlung. Im Mittelpunkt standen dabei die Fragen, wie Reibungsverluste verhindert, mögliche Probleme in der Kommunikation zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern gelöst und der bekannte „Drehtüreffekt“ bei der Entlassung von Patienten vermieden werden könnten.*

### Sand im Getriebe?

Wie der 1. Vorsitzende des ÄKBV Dr. Christoph Emminger in seiner Einführung berichtete, habe das Thema der Schnittstellenprobleme den ÄKBV bereits vor 20 Jahren beschäftigt. Ein sogenannter „Münchner Arztbrief“, der von einem ÄKBV-Arbeitskreis „Versorgungskette“ in den 90er Jahren zur Verbesserung der Kommunikation erarbeitet worden war, konnte sich aber nie durchsetzen. In der aktuellen Delegiertenversammlung stellten nun fünf Referenten aus Klinik und Praxis ihre Problemanalyse und Lösungsvorschläge vor. Den Anfang machte der Hausarzt und ÄKBV-Delegierte Dr. Gabriel Schmidt, auf dessen Initiative das Thema auf die Tagesordnung der Delegiertenversammlung gesetzt worden war. Unter den Kollegen gebe es im Alltag „großen Frust und Ärger“, sagte Schmidt. Da der ÄKBV das einzige Gremium in München sei, in dem alle Kliniken und Niedergelassenen unter einem Dach zusammenkämen, könne am ehesten hier etwas für die Münchner Ärzte getan werden.

Zu Beginn seines Vortrags formulierte der Hausarzt seine Ziele: Die Rahmenbedingungen müssten so geändert werden, dass die Ärzte wieder mehr Freude an ihrem Beruf hätten. Dazu sei es notwendig, dass die Ärzteschaft wieder das Sagen habe und „nervende Bürokratie“ abgebaut werde. „Wir müssen uns gemeinsam für verbesserten Austausch einsetzen und Erleichterungen für Patienten und Ärzteschaft schaffen“, sagte Schmidt.

Als mögliche Lösungen und Projekte nannte Schmidt unter anderem 1) die Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch gegenseitige Akzeptanz der Voruntersuchungen, 2) die Verbesserung der Kommunikation durch die Bekanntgabe von Durchwahlnummern, 3) Hospitationen bzw. Mitarbeit zur Verbesserung des

gegenseitigen Verständnisses und 4) die bessere Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel.

### Reibung oder mangelhafte Prozesssteuerung?

Der zweite Redner, Dr. Axel Neumann – Facharzt für Chirurgie, Unfall- und Handchirurgie, Praxisklinik München West und Präsident des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren –, nannte als Hauptproblem für Reibungsverluste die „Eitelkeit der ärztlichen Disziplinen“. Viel zu häufig noch falle der Satz: „Das kann der nicht.“ Weitere Probleme seien die Tatsache, dass Klinikärzte und Praxisärzte nur zu bestimmten Zeiten erreichbar seien, und der wirtschaftliche Zwang, unter dem die Kliniken zu leiden hätten. „Aufnahme und Entlassung erfolgen zunehmend unter aggressivem Zeitmanagement“, sagte Neumann. Als weiteres Problem nannte der Chirurg eine häufig „mangelhafte Prozesssteuerung“. Hier müssten optimierte, d.h. vernetzte Versorgungsstrukturen durch ärztliche Zuweisung bevorzugt und von Kostenträgern sichtbar gefördert werden. Immer noch gebe es keinen elektronischen Arztbrief innerhalb von 24 Stunden, denn bislang habe man sich noch auf keine gemeinsame IT-Plattform einigen können. „Das hätten wir schon längst lösen müssen“, sagte Neumann. „Wir könnten individuell besser steuern“, erklärte der Chirurg in Hinblick auf eine Lösung der Probleme. „Wir könnten mehr miteinander telefonieren“. Das ließe sich nicht durch ein Bundesgesetz regeln, sondern könne nur vor Ort gelöst werden. Die Kammer müsse sich mehr einmischen, außerdem sollten die Landeskrankenhausesellschaften zu Kooperationen gezwungen werden. „Wir sollten die Bedingungen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes 2011 kreativ nutzen“, schloss Neumann seinen Vortrag.

### Erwartungen des Kliniklers

Als dritter Redner formulierte Dr. Jörg Franke, Krankenhausarzt und ÄKBV-Delegierter, die Erwartungen des Kliniklers an die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis. Seiner Meinung nach sieht eine ideale Kommunikation zwischen Klinik und Praxis folgendermaßen aus: Der Hausarzt ruft vor der Einweisung den zuständigen Arzt im Krankenhaus an (umgekehrt müsse bei einem Notfall natürlich auch das Krankenhaus den Hausarzt verständigen). Der Einweiser übermittelt eine Indikationsliste und die problembezogene Vorgeschichte des Patienten, zudem teilt er seine Erwartungen mit. Entlassungen werden dem Zuweiser vom Krankenhaus vorab mitgeteilt bzw. mit ihm abgesprochen, um das weitere Vorgehen zu organisieren.

Wie Franke erklärte, gebe es dieses Ideal schon jetzt in einigen Bereichen, nämlich bei einer überschaubaren Zahl von Akteuren, die sich persönlich kennen. Häufig genug träten aber verschiedene Schwierigkeiten auf: z.B. ist eine Praxis nicht erreichbar, Rückrufe kommen nach Ende der Dienstzeit des Stationsarztes; das Interesse des Zuweisers ist nicht ausreichend erkennbar, Nachfragen werden als Kritik verstanden und führen zu Missstimmungen; die Erstellung bzw. Zusammenstellung von Vorbefunden verzögert sich.

Häufig fehlten bei der Einweisung auch Informationen über die sozialen Hintergründe der Patienten und der Hinweis darauf, ob es ein Patiententestament gibt, sagte Franke. Er wünsche sich vor allem die Mitteilung aller Begleit- und Zusatzkrankungen und – bei einer sozialen Indikation – eine Diagnosestellung, die einen Krankenhausaufenthalt rechtfertige.

Wie Franke berichtete, würde andererseits von den Zuweisern die Form der Arztbriefe kritisiert, die sie bei der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus bekämen.

Hier bat der Krankenhausarzt um Verständnis. Probleme seien der Zeitdruck, unter dem Arztbriefe verfasst würden, und die Schwierigkeit, dass im Arztbrief einerseits ein rascher Überblick gegeben werden solle, darin andererseits aber auch Überlegungen und Grundlagen zur Diagnosefindung erwartet würden.

Zum Abschluss seines Vortrags bat Franke die Niedergelassenen um politische Unterstützung beim Erhalt der Fachabteilungsstrukturen, beim Erhalt des kurzen Kommunikationsweges zwischen Zuweiser und Klinikfacharzt, den es neben dem Case-Management weiterhin geben müsse, und beim Erhalt der Schreibdienste.

### Kommunikation zwischen Klinik und Praxis

Im vierten Vortrag fasste Prof. Dr. M. H. Schoenberg, Chefarzt am Rotkreuzklinikum und ebenfalls Delegierter des ÄKBV, die Schnittstellenproblematik aus seiner Sicht zusammen. Dabei stellte er unter anderem die Ergebnisse einer Umfrage bei Hausärzten zur Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Praxen vor. Demnach ist das Interesse an Kommunikation und an einer Kooperation bei Diagnose und Therapie groß. Hier gebe es aber eine große Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Dem Wunsch nach regelmäßiger Kommunikation werde in der Realität nicht entsprochen, resümierte Schoenberg. Als Hauptprobleme bei der Kooperation gaben die Befragten vor allem Zeitmangel, schlechte Erreichbarkeit der zuständigen Ansprechpartner und den häufigen Wechsel der Ansprechpartner an. Wie Schoenberg berichtete, hat das Rotkreuzklinikum zur Verbesserung der Kommunikation mit den Niedergelassenen vor einiger Zeit eine 0800er Nummer eingerichtet, unter der Niedergelassene zu den normalen Dienstzeiten Auskunft erhalten könnten, wenn sie ihren direkten Ansprechpartner nicht erreichten.

Wie die Umfrage weiter ergeben habe, würden elektronische Medien von den niedergelassenen Hausärzten in der Kommunikation mit Krankenhäusern noch nicht umfassend genutzt. Hier können man sich in Zukunft möglicherweise eine Kommunikation über Webportale vorstellen, sagte Schoenberg.

Zum Abschluss seines Vortrages formulierte der Krankenhausarzt auch seine Wünsche an die Zuweiser: Gerade bei Patienten mit komplexen Diagnosen sollte das Krankenhaus Informationen über die Erstdiagnose der Erkrankung, den letzten organbezogenen Status, relevante Operationen und Interventionen sowie neueste Arztbriefe, OP-Berichte, Befunde und Röntgenbilder erhalten. Außerdem sollten Patientenwünsche und Patientenvorstellungen übermittelt werden. Nicht zuletzt, so Schoenberg, sollten die Zuweiser dem Krankenhaus mitteilen, auf welchem Kommunikationsweg sie informiert werden wollen.

### Beispiel für Case Management in der Klinik

Im letzten Vortrag des Abends stellte Astrid Göttlicher, Leiterin des Pflege- und Service-Managements am Klinikum Bogenhausen, das Case Management (CM) an ihrem Krankenhaus vor. Wie Göttlicher erklärte, gebe es für den Begriff Case Management keine klare Definition, er werde bundesweit sehr unterschiedlich verwendet. Der Grundgedanke sei aber, dass beim CM die Pflege an der Schnittstelle zwischen Klinik und Praxis vermittele. „Ziel des Case Management ist die Schnittstellenoptimierung“, sagte Göttlicher.

Zu den Aufgabenbereichen des CM gehöre das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, das Einweisermanagement, Das Projekt- und Prozessmanagement sowie das abteilungsspezifische Controlling. Als Ziele des CM im Klinikum Bogenhausen nannte Göttlicher: die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Fallzahl- und Erlössteigerung, die Prozessoptimierung, die Verweildauerverkürzung, die Qualitätsentwicklung sowie die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Göttlicher räumte ein, dass einige Probleme in Zukunft noch gelöst werden müssten, bei einer Einweiserbefragung im Jahr 2009 habe es aber durchaus positive Rückmeldungen gegeben. Positiv seien bewertet worden: die Erreichbarkeit der stationären Case Manager und Case Managerinnen, die Vorabinformation zur stationären Aufnahme, die fachliche Kompetenz der Case Manager, die kurzen Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme

und die Verbesserung der Zusammenarbeit. Bei dieser Befragung sei aber auch ein eindeutiger Handlungsbedarf beim Entlassungsmanagement gesehen worden, das noch nicht wirklich geregelt sei. Hier wünschten sich die Einweiser eine frühzeitige Absprache der Entlassung und der Weiterversorgung sowie ein gezielteres Entlassungsmanagement. Göttlicher kündigte an, dass es in Zukunft weitere Einweiserbefragungen geben werde, um das CM weiter zu verbessern.

Als Ziele des Case Management für die Zukunft nannte Göttlicher: die vereinbarten Leistungszahlen zu erreichen, die medizinische und pflegerische Qualität auf dem höchsten Niveau zu halten sowie die Erlössituation, die personelle Ressourcen und die Kommunikation mit den Einweisern zu verbessern.

### Diskussion

In der anschließenden Diskussion kritisierten einige Delegierte, dass das Case Management zu einseitig an wirtschaftlichen Aspekten und weniger an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet sei. Dadurch könne die Schnittstellenproblematik nicht gelöst werden. Kritik wurde auch an der Form geäußert, in der das Thema der Schnittstellenproblematik in der Delegiertenversammlung behandelt wurde. Er hätte sich anstelle von fünf Vorträgen und der anschließenden Äußerung von Einzelmeinungen die Bearbeitung des Themas in Kleingruppen gewünscht, sagte Dr. Marcus Benz. So hätte man konkrete Lösungsvorschläge erarbeiten können. Der 1. Vorsitzende des ÄKBV, Dr. Christoph Emminger, griff diese Kritik auf und kündigte an, die 102. Delegiertenversammlung als einen ersten Impuls zu nehmen, um das Thema in den nächsten Monaten zu vertiefen. Ein Antrag von Dr. Eugen Allwein, nach dem der Vorstand des ÄKBV die Ergebnisse des Arbeitskreises Versorgungskette aus den 90er Jahren noch einmal sichten, evtl. aktualisieren und den Münchener Universitäten, Krankenhäusern sowie den niedergelassenen Ärzten zur Verwendung empfehlen sollte, wurde mehrheitlich angenommen.

*Caroline Mayer*

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter [www.aekbv.de](http://www.aekbv.de) > Münchener ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel