

Qualitätszirkel Efenau

# Interface between Primary and Secondary Care

## Evaluation der Kommunikation zwischen HausärztInnen

und SpitalärztInnen. Eine gemeinsame Arbeit des Qualitätszirkels Efenau<sup>1</sup> und der internistischen Klinik des Zieglerspitals<sup>2</sup>

Bruno Kissling  
Urs Wiprächtiger

**Zusammenfassung:** Die Kommunikation nimmt in der ärztlichen Therapie – im Sinne eines biopsychosozialen Denkmodells – einen besonders hohen Stellenwert ein. Ebenso bedeutend ist sie zweifellos für eine optimale Zusammenarbeit der Therapierenden. Schwierigkeiten sind vor allem dann zu bewältigen, wenn mehrere Therapieebenen in einen Behandlungsprozess involviert sind.

Unsere Arbeit untersucht – aus Sicht der HausärztInnen – die Kommunikation zwischen Haus- und SpitalärztInnen an den entscheidenden Schnittstellen einer internistischen Hospitalisation. Die internistischen Kliniken des Zieglerspitals und der anderen öffentlichen und privaten Spitäler der Stadt Bern werden anhand von Spitalaufenthalten eigener PatientInnen ausgewertet.

Die Untersuchung zeigt – allerdings ohne statistische Relevanz –, dass rund um die Eintrittszeit sowie während der Hospitalisation und bei wichtigen Entscheidungen bei rund einem Drittel der hospitalisierten PatientInnen ein Kontakt zwischen den Spital- und HausärztInnen stattfindet. Der Hälfte dieser Kontakte wird von den HausärztInnen kein Einfluss auf die weitere Behandlung zugemessen, während bei den fehlenden Kontakten in 15% bzw. 23% ein Kontakt als sinnvoll erachtet worden wäre. Über die Hälfte der Austritte wird den HausärztInnen von den SpitalärztInnen telefonisch mitgeteilt, wiederum zur Hälfte ohne Einfluss auf das Procedere. Bei der anderen Hälfte der Austritte wäre aber bei 43% der PatientInnen ein Kontakt als nötig angesehen worden.

Auf einer 10er-Skala über die Gesamtzufriedenheit verteilten die HausärztInnen dem Zieglerspital 8,1 von 10 möglichen Punkten, der Gruppe der übrigen Kliniken 6,5 Punkte. Dieser

– nicht signifikante – Unterschied dürfte sich möglicherweise durch das gemeinsame Projekt an sich erklären, durch einen höheren therapeutischen Konsens oder durch eine mit dem Zieglerspital insgesamt etwas höhere kommunikative Aktivität, auch wenn sich diese nicht stärker auf eine Beeinflussung der Therapie ausgewirkt hat als bei den anderen Spitätern.

Unsere Zahlen zeigen einerseits, dass bereits heute viel telefoniert wird, und andererseits, dass dem richtigen Zeitpunkt der Kommunikation zwischen Spital- und HausärztInnen ein besonders hoher Stellenwert zukommt.

Für eine gezielte Verbesserung der Kommunikation müssten die SpitalärztInnen auf diesen richtigen Zeitpunkt der Kontaktaufnahme sensibilisiert werden – und wir HausärztInnen müssten den SpitalärztInnen klar vermitteln, wann und bei welchen Ereignissen es für uns der richtige Zeitpunkt ist, in den Entscheidungsprozess mit einbezogen zu werden.

Ob durch eine Optimierung der Schnittstellen des Behandlungsprozesses auch eine Kostenoptimierung erreicht werden könnte, haben wir nicht untersucht.

**Résumé:** La communication, dans le sens d'un modèle de pensée bio-psycho-social, occupe une place essentielle dans le traitement médical. Elle est tout aussi importante, indubitablement, pour une collaboration optimale des thérapeutes; il s'agit surtout de maîtriser les difficultés lorsque plusieurs niveaux d'intervention coexistent dans une prise en charge.

Notre travail examine, sous l'angle des médecins de premier recours, la communication entre médecins praticiens et hospitaliers lors des moments cruciaux d'une hospitalisation en Médecine interne. Les services de médecine interne du Zieglerspital et des autres hôpitaux publics et privés de la ville de Berne ont été impliqués dans cette étude, basée sur les hospitalisations de nos patient-es.

Notre analyse montre – sans signification statistique toutefois – qu'à l'admission, pendant l'hospitalisation et lors des décisions importantes, il y a eu un contact entre médecins traitants et hospitaliers pour environ un tiers des patients hospitalisés. Les médecins traitants estiment que la moitié de ces contacts n'ont pas eu d'influence sur la suite du traitement, alors que là où il n'y a pas eu de contact, ce dernier aurait été jugé utile dans 15% et 23%

<sup>1</sup> Max Flückiger, Andreas Gerber, Anne-Lise Jordi, Bruno Kissling, Peter Näf, Lorenz Neuburger, Jörg Rohrer, Walter Rütli, Irmgard Unternährer, Urs Wiprächtiger

<sup>2</sup> Oswald Lang, Klaus Neftel, Mathias Weiss; mit herzlichem Dank für die konstruktive Zusammenarbeit.

Dr. med. B. Kissling  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin,  
Efenauweg 6, CH-3006 Bern

Dr. med. U. Wiprächtiger  
Facharzt FMH für Innere Medizin  
Buristrasse 12, CH-3006 Bern

des cas respectivement. Les médecins hospitaliers ont averti par téléphone les médecins traitants de plus de la moitié des sorties, mais sans influence à nouveau sur la suite du traitement dans un cas sur deux; pour l'autre moitié des sorties, un contact aurait pourtant été jugé utile pour 43% des patient-es.

Sur une échelle de satisfaction générale de 10 points, les médecins praticiens ont donné 8,1 points au Zieglerspital, et 6,5 points à l'ensemble des autres services. Cette différence, non significative, pourrait s'expliquer par l'existence de ce projet commun, par un meilleur consensus thérapeutique, ou par une circulation de l'information globalement plus active avec le Zieglerspital, même si cette meilleure communication n'a pas eu plus d'effets sur les suites de traitement que pour les autres hôpitaux.

Nos résultats montrent d'une part qu'on se téléphone déjà beaucoup aujourd'hui, et d'autre part que le moment de la communication entre médecins praticiens et hospitaliers joue un rôle particulièrement important.

Pour obtenir une réelle amélioration de la communication, les médecins hospitaliers devraient être sensibilisé-es à l'importance du moment de leur prise de contact, et nous médecins praticiens devrions faire savoir clairement à nos collègues hospitaliers quand et lors de quelles circonstances le moment de nous intégrer dans le processus décisionnel est venu.

Nous n'avons pas cherché à savoir si une meilleure gestion des moments cruciaux du processus thérapeutique permettrait d'obtenir une meilleure gestion des coûts.

## Gesundheitspolitisches Umfeld

In unserem immer komplexer, besser und teurer werdenden Gesundheitssystem erhält der verantwortungsvolle Umgang vor allem mit finanziellen Ressourcen einen immer höheren Stellenwert. Rationalisierende Massnahmen sollen die letztlich drohende Rationierung – die Unterschiede sind fließend – so lange wie möglich hinausschieben.

Managed Care versucht mit seinen Versicherungsmodellen, in welchen sich die Versicherten verpflichten, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen, die Kostenexplosion in den Griff zu bekommen.

In Ärztenetzwerken soll die Zusammenarbeit der LeistungserbringerInnen auf allen

Stufen von der Hausarztmedizin über die ambulante und spitalambulante Spezialmedizin bis hin zu den stationären Spitalbehandlungen kostenoptimierend gesteuert werden.

Wenn diese Modelle nach ihrem rein finanziellen Erfolg beurteilt werden, stellt sich bereits nach wenigen Jahren Enttäuschung ein. Etwelche Versicherer geben ihre Modelle auf oder gehen einen Schritt weiter zu Kapitationsmodellen, welche den Ärzten die volle Kostenverantwortung übergeben ... und die Ärzte selbst zu Versicherern machen mit den Chancen solcher Modelle, aber auch mit dem vollen Konfliktpotential, welches sich daraus für die Arzt-Patienten-Beziehung ergeben kann.

Es zeigt sich, dass ein weiterer Anstieg der Gesamtkosten des Gesundheitswesens nicht über rein finanzielle Massnahmen unter Kontrolle gebracht werden kann; denn die Summe des Verhaltens von Versicherten, PatientInnen, Versicherern, Leistungserbringern und Spitalinstitutionen – innerhalb und ausserhalb von Managed-Care-Produkten – bleibt sich gleich; die medizinisch-technischen Entwicklungen und die demographischen Veränderungen gehen weiter.

Unsere Untersuchung zeigt auf, dass auf seiten der LeistungserbringerInnen ein wichtiges Veränderungs- und Verbesserungspotential in der gezielten Optimierung der Kommunikation untereinander liegt.

## Hypothese: Die Rolle der Kommunikation

Innerhalb und ausserhalb von Managed-Care-Versicherungsmodellen bedarf es zum Erlangen einer bestmöglichen, patientenzentrierten und kostenoptimierten medizinischen Behandlungsqualität – im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses – vor allen anderen Elementen einer sehr guten Kommunikation.

Der Gesprächskontakt unter den Behandelnden der verschiedenen Behandlungsstufen kommt zuallererst den Patienten zugute. Denn das aus der beziehungsorientierten Langzeitbehandlung resultierende – die medizinischen und persönlichen Aspekte der Patienten berücksichtigende – Wissen der HausärztInnen und die aus der schwerpunktmässig medizinisch-technisch orientierten «Tiefendiagnostik» resultierenden Kenntnisse der Spitalmedizin können sich sinnvoll ergänzen.

Die Kommunikation optimiert zudem das Schnittstellen-Management und dürfte so zusätzlich zu einer funktionellen und qualitativen Verbesserung in der ganzen Behandlungskette führen. Vermutlich dürfte sich daraus ein günstiger Effekt auf die Kostenentwicklung im Sinne eines möglichst sinnvollen Einsatzes der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel ergeben.

Eine echte Messbarkeit des Einflusses der Kommunikation auf die Gesamtkosten (dies war nicht Gegenstand dieser Untersuchung) dürfte aber – wie bei allen anderen Eingriffen ins System – auch erst dann möglich werden, wenn von den Politikern und der Bevölkerung gemeinsam eine umfassende Zielvorgabe und Definition der Erwartungen an das Gesundheitswesen erarbeitet sein werden.

## Fragestellungen in dieser QZ-Arbeit

Die vorliegende, ausserhalb eines Versicherungsnetzwerkes angesiedelte Qualitätszirkel-Arbeit will – aus hausärztlicher Sicht – zwei Fragen zu klären versuchen.

1. Wie intensiv und zu welchem Zeitpunkt wird während einer Hospitalisation zwischen den praktizierenden HausärztInnen (AllgemeinmedizinerInnen und Allgemein-InternistInnen) und den SpitalmedizinerInnen kommuniziert?
2. Welcher Einfluss auf die Behandlungsentscheide während des Spitalaufenthaltes wird der Kommunikation – respektive der fehlenden Kommunikation – von den HausärztInnen zugemessen?

## Methode

### Vorprojekt

Dieses Projekt wurde auf Initiative des QZ Elfenau gemeinsam mit dem Chefarzt und den Oberärzten (ohne Einbezug der AssistenzärztInnen) der internistischen Klinik des Zieglerspitals erarbeitet.

In dieser ersten halbjährigen Untersuchung wollten wir zusätzlich zu den oben bereits genannten zwei Fragestellungen untersuchen, ob sich eine Wirkung auf die Kommunikation ergibt, wenn Haus- und SpitalärztInnen in ein gemeinsames Projekt eingebunden sind, ob sich messbare Unterschiede zu den übrigen SpitalärztInnen nachweisen lassen und ob sich allenfalls finanzielle Einsparungen nachweisen lassen.

Zur Ermöglichung zweier Vergleichsgruppen wurden die von den teilnehmenden HausärztInnen während der Untersuchungsphase ins Zieglerspital eingewiesenen PatientInnen mit einem speziellen, vom Zieglerspital entworfenen Einweisungsfeld kenntlich gemacht. Die Hospitalisationen in die übrigen internistischen Kliniken der öffentlichen und privaten

Spitäler der Stadt Bern, die alle mit in die Untersuchung einbezogen worden sind, wurden von den HausärztInnen mit den gewohnten individuellen Einweisungspapieren durchgeführt.

Wir HausärztInnen haben die Kommunikationsaspekte und deren Einfluss auf die Behandlung während des Spitalaufenthaltes untersucht.

Das Zieglerspital hat diese Hospitalisationen auf mögliche Einspareffekte analysiert.

Aus mehreren Gründen konnten keine relevanten Zahlen erhoben werden. Wir wollten zuviel erreichen. Die Zahl der zuweisenden ÄrztInnen war zu klein. Die bezüglich ihrer Arztzugehörigkeit sehr inhomogene Verteilung der PatientInnen verzerrte die Daten massiv. Der Fragebogen war zu kompliziert.

### Das Hauptprojekt

Aus den Fehlern des Vorprojektes haben wir gelernt.

Die Zahl der zuweisenden HausärztInnen konnte auf 34 erhöht werden. Die Qualitätszirkel-TeilnehmerInnen haben in Bern und in den Vorortsgemeinden praktizierende HausärztInnen – nicht randomisiert – persönlich um ihre Teilnahme angefragt. Als einziges Selektionskriterium galt, dass sich diese im Einzugsgebiet des Zieglerspitals und der anderen öffentlichen und privaten internistischen Kliniken der Stadt Bern befinden.

Die AssistenzärztInnen – durch die natürliche Fluktuation gab es inzwischen eine ganze Reihe neuer AssistentInnen – des Zieglerspitals wurden von ihrem Chefarzt lediglich zu Beginn der Erhebung einmalig auf die Studie aufmerksam gemacht. Es wurden keine speziellen Zuweisungsformulare mehr verwendet. Somit bestand für den Vergleich zwischen dem Zieglerspital und den anderen Spitälern kein markanter Unterschied mehr.

Der Auswertungsfragebogen der HausärztInnen wurde massiv vereinfacht.

### Vorgehen

Während einer halbjährigen Erhebungszeit (1.5.1999–31.10.1999) wurden die internistischen Hospitalisationen der PatientInnen der teilnehmenden ÄrztInnen in allen öffentlichen und privaten Spitälern der Stadt Bern bewertet, unabhängig davon, ob sie durch die HausärztInnen selber oder durch einen Notfallarzt eingewiesen worden waren. Die Zeit des Spitalaufenthaltes musste mindestens eine Nacht umfasst haben.

Wir registrierten – unter Festhalten der Richtung des Kommunikationsflusses – alle in der Regel telefonischen Kontakte zwischen Haus- und SpitalärztInnen. Als Optimalvariante erwarteten wir 3 Telefonate, je eines zum Zeitpunkt nach dem Eintritt (T.n.E.), während der Hospitalisation bei wichtigen Entscheidungen (T.w.H.) und rund um den Austritt (T.v/n.A.). Als Kriterium für die drei Zeitpunkte galt ein in den Augen der Zuweisenden vernünftiger zeitlicher Bezug zu diesen Beobachtungsräumen.

Wir HausärztInnen beurteilten alle Telefonate, die stattgefunden haben, auf ihren von uns eingeschätzten Einfluss auf das Procedere der Spitalbehandlung, die ersten beiden Kontakte zusätzlich auf eine mögliche Korrektur des Einweisungsgrundes. Wenn zu den erwarteten Zeitpunkten keine Telefonate stattgefunden haben (k.T.n.E. – k.T.w.H. – k.T.v/v.A.), beurteilten wir nachträglich, ob ein Kontakt nach unserer Meinung einen Einfluss auf das Procedere hätte haben können.

Schliesslich machten wir eine Gesamtbeurteilung über die Hospitalisation auf einer Zufriedenheits-Skala von 0–10.

## Resultate

Es konnten 223 Hospitalisationen ausgewertet werden, 94 im Zieglerspital und 129 in den anderen internistischen Kliniken der öffentlichen und privaten Spitäler der Stadt Bern.

### Telefonate nach Eintritt (Abb. 1)

Von den insgesamt 223 ausgewerteten Hospitalisationen wurden 194 auswertbare Aussagen zu diesem Punkt gemacht. Es zeigte sich weder bezüglich der Kontaktfreudigkeit noch der beeinflussenden Wirkung der Kommunikation ein signifikanter Unterschied zwischen dem Zieglerspital und den anderen Kliniken.

70mal (36%) wurde telefoniert. Die Richtung des Kommunikationsflusses verlief mit 36 zu 35 ausgeglichen in beide Richtungen; von den HausärztInnen zu den SpitalärztInnen und umgekehrt.

Von den 70 getätigten Anrufen führten 5 (7%) zu einer Korrektur des Einweisungsgrundes; 28 (40%) nahmen Einfluss auf das *Procedere* und 38 (54%) nicht.

Bei 124 (64%) Hospitalisationen fanden keine Telefonate statt.

In 19 (15%) Fällen dieser 124 fehlenden Kontakte hätten die Zuweisenden einen Kontakt eine mögliche Beeinflussung des *Procedere* zugemessen, 105mal (85%) nicht.

### Telefonate während der Hospitalisation (Abb.2)

182 Äusserungen konnten zu diesem Punkt ausgewertet werden. Das Zieglerspital zeigte sich etwas – jedoch nicht signifikant – kontaktfreudiger. Die beeinflussende Wirkung der Kontakte blieb ohne signifikanten Unterschied.

68 (37%) Telefonate fanden statt. Die Initiative lag mit 46 zu 22 Kontaktaufnahmen deutlich auf Seiten der SpitalärztInnen.

Bei 3 (4%) der 68 getätigten Telefonate kam es noch einmal zu einer Korrektur des Einweisungsgrundes. 32mal (47%) wurde den getätigten Anrufen von den Zuweisenden eine Einflussnahme auf das *Procedere* zugesprochen, 34mal (50%) nicht.

114 (63%) Hospitalisationen verliefen ohne telefonischen Kontakt zwischen Assistenz- und HausärztInnen.

Bei der Beurteilung dieser 114 nicht getätigten Telefonate hätten die Zuweisenden 26mal (23%) einen Kontakt als nötig betrachtet, 88mal (77%) nicht.

### Telefonate vor/nach dem Austritt (Abb. 3)

196mal wurde die Meinung zu diesem Punkt mitgeteilt. Wiederum liess sich kein wesentlicher Unterschied bezüglich Kontaktfreudigkeit und Beeinflussung des Geschehens zwischen den ÄrztInnen des Zieglerspitals und der anderen Spitäler registrieren.

107 (55%) Anrufe wurden getätigt. Mit einem Verhältnis von 99:8 ging die Initiative absolut schwergewichtig von den SpitalärztInnen aus.

Je 47mal (44%) wurde diesen 107 Kontaktnahmen eine Bedeutung respektive keine Bedeutung für die weitere Behandlung zuerkannt.

89 (45%) Nicht-Kontakte wurden festgehalten.

38 (43%) dieser nicht getätigten 89 Kontakte wäre eine Bedeutung zugemessen worden, 51 (57%) nicht.

## Diskussion

Insgesamt findet eine rege Kommunikation zwischen den SpitalärztInnen und den HausärztInnen statt; nach dem Eintritt und während der Hospitalisation bei einem Drittel und rund um den Austritt sogar bei der Hälfte der hospitalisierten PatientInnen.

Nach dem Eintritt fliesst die Kommunikation zirka je zur Hälfte von den Spital- zu den HausärztInnen und umgekehrt. Während der Hospitalisation übernehmen die SpitalärztInnen doppelt so häufig und vor dem Austritt über 10mal häufiger als die HausärztInnen die Initiative. Dieser Umstand scheint in sich logisch und verständlich zu sein. Nach der in den meisten Fällen notfallmässigen Einweisung interessieren sich die zuweisenden HausärztInnen, ob ihre PatientInnen gut angekommen sind, wie es ihnen geht und welche weiteren Schritte geplant werden. Während des Spitalaufenthaltes werden die Situationen und Ereignisse, welche eine Rücksprache bei den HausärztInnen als sinnvoll erscheinen lassen, zuerst von den SpitalärztInnen wahrgenommen. Das Wissen um den geplanten Austritt schliesslich scheint ganz die Domäne der SpitalärztInnen zu sein.

Für 70% aller hospitalisierten PatientInnen wird ausschliesslich aufgrund des Einweisungsschreibens ein Behandlungsplan aufgestellt. Ebenfalls werden für 70% der Hospitalisierten alle Entscheide während des

Spitalaufenthaltes ohne Kontaktnahme zu den HausärztInnen durchgeführt. Dies kann entweder bedeuten, dass die Aufträge an das Spital aufgrund der Einweisungsschreiben und Einweisungstelefonate genügend klar formuliert sind ... oder es ereignen sich hier Versäumnisse. Über 50% der Austritte werden ohne Rücksprache mit den weiter betreuenden HausärztInnen geplant und durchgeführt. Den Spitälern kann trotzdem zugute gehalten werden, dass die meisten Austretenden einen in der Regel sehr präzisen Kurzaustrittsbericht auf sich tragen.

Interessant ist, dass von den HausärztInnen in allen drei beobachteten Hospitalisationsphasen bloss zirka der Hälfte aller getätigten Telefonate eine beeinflussende Bedeutung für das weitere Procedere zugemessen wird. Oder umgekehrt gesagt, die Hälfte aller Telefonate wird ohne Notwendigkeit gemacht.

Bei ausgelassenen Kontakten hätte hingegen aus der Sicht der HausärztInnen eine im Verlauf der Hospitalisation zunehmende Einflussnahme resultiert: nach dem Eintritt in rund 15%, während der Hospitalisation bei rund 23% und vor Austritt in rund 43%. Hier zeigt sich ein grosser Handlungsbedarf.

Die ÄrztInnen des Zieglerspitals wurden trotz des – vom Qualitätszirkel Elfenau und den leitenden Ärzten – gemeinsam entworfenen Projektes bezüglich des Miteinbezuges der HausärztInnen in ihre Entscheidungsprozesse nicht signifikant anders beurteilt als die AssistenzärztInnen der anderen Spitäler.

Dass das Zieglerspital anhand einer pauschalen 10er Zufriedenheitsskala (Abb. 4) von den HausärztInnen trotzdem, wenn auch nicht signifikant, etwas besser beurteilt wurde, könnte spekulativ auf die insgesamt tendenziell regere Kontaktaufnahme zurückgeführt werden; oder das gemeinsame Projekt an und für sich könnte die Ursache gewesen sein ... oder es könnte mit dem Zieglerspital ein allgemein etwas besserer therapeutischer Grundkonsens bestehen ...

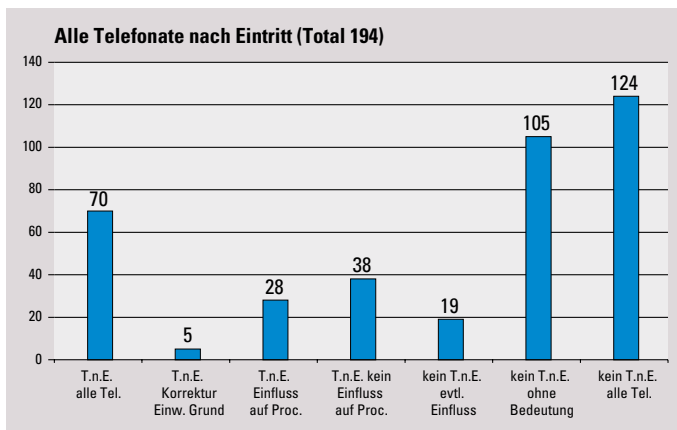


Abb. 1

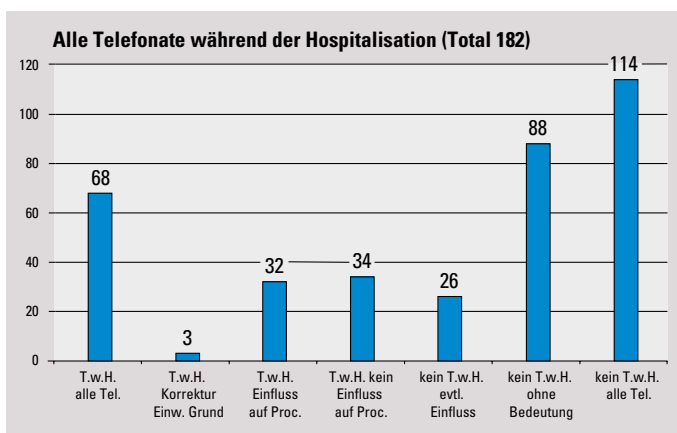


Abb. 2

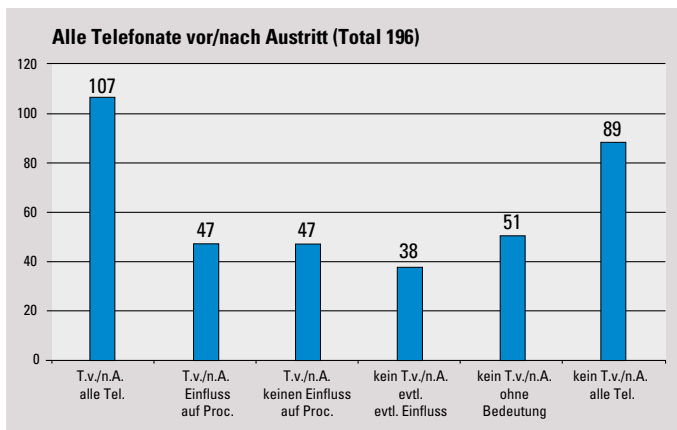


Abb. 3

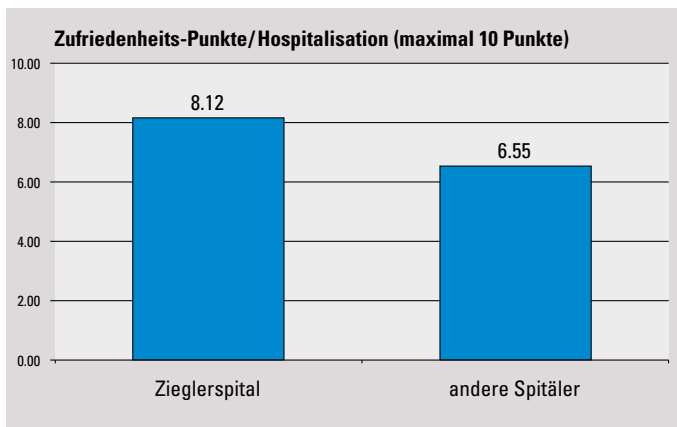


Abb. 4



## Schlussfolgerung

Unsere Zahlen zeigen einerseits, dass bereits heute viel telefoniert wird, und andererseits, dass nicht die Häufigkeit der Kontaktnahmen entscheidend ist, sondern dass die Kommunikation im richtigen Moment beim richtigen Patienten stattfinden muss.

Sie zeigen auf, dass die Kommunikation zwischen HausärztInnen und SpitalärztInnen – Primary und Secondary Care – verbessert werden kann und muss, dass darin ein erhebliches Potential für die Qualitätsverbesserung einer patientenbezogenen Spitalbehandlung liegt.

Es stellt sich die Frage der Bring- und/oder Hol-Schuld von Informationen. Für eine gezielte Verbesserung der Kommunikation müssten die SpitalärztInnen auf den richtigen Zeitpunkt der Kontaktaufnahme

sensibilisiert werden – und wir HausärztInnen müssten lernen, den SpitalärztInnen klar zu vermitteln, wann und bei welchen Ereignissen es für uns der richtige Zeitpunkt ist, in den Entscheidungsprozess mit einbezogen zu werden.

Es ist schwierig, insbesondere in einer grösseren Agglomeration mit vielen Spitälern – und bei der natürlichen Fluktuation von AssistenzärztInnen – Beziehungs- und Kommunikations-fördernde Aktivitäten einzuführen. Dazu bedürfte es wohl valabler Langzeitprojekte.

Ob durch alle diese Bemühungen letztlich auch eine positive Beeinflussung der Kosten im Sinne einer Kostenoptimierung bewirkt werden könnte, war nicht Gegenstand dieser Untersuchung; der Qualitätszirkel Elfenau könnte sich dies aber durchaus vorstellen.