

Das Projekt «Elektronischer Datenaustausch und Case Management» (EDCM)

Hausärzterein Lenzburg-Seetal, Kantonsspital Aarau AG, Kliniken Barmelweid und AarReha Schinznach

Peter Lessing, Thomas Holler,
Max-Albrecht Fischer

Autoren für die Arbeitsgruppe EDCM

Eine häufige Barriere in der umfassenden Versorgung von Patienten sind die Übergänge zwischen dem vorklinischen und klinischen sowie dem sich anschliessenden poststationären und Reha-Bereich. Um diese zu minimieren, haben Vertreter der Hausärzte, eines Zentrums sowie zweier Reha-Kliniken eine Arbeitsgruppe für die sektorenübergreifende Versorgung gebildet.

Les passages du secteur préclinique au secteur clinique, puis au traitement post-stationnaire et à la convalescence, s'avèrent souvent une course d'obstacles dans la prise en charge complète des patients. Pour les surmonter ou les minimiser, des représentants des médecins de premier recours, un hôpital central et deux cliniques de convalescence ont constitué un groupe de travail destiné à l'étude d'une prise en charge intersectorielle. Les résultats de cette étude sont présentés ci-dessous.

Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen oft unnötige Hürden dar, die eine effektive und dem Patienten gerechte Betreuung erschweren und durch Doppelspurigkeiten zusätzliche Kosten erzeugen.

Um die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und den Spitälern für die Einwohner der Region zu verbes-

sern, wurde zwischen den Mitgliedern des Hausärzterein Lenzburg-Seetal, der Kantonsspital Aarau AG und den Rehakliniken Barmelweid und AarReha-Schinznach das Projekt EDCM initiiert.

Mitglieder Arbeitsgruppe EDCM

(in alphabetischer Reihenfolge)

HVLS: Ahmed Aisha, Beck Max, Billig Michel, Fischer Max-Albrecht, Hänny Peter

KSA: Conen Dieter, Ebner Armin, Hasler Paul, Holler Thomas, Lessing Peter, Rieben Erwin, Ruffin Georg, Schmid Katja, Vuilliomenet André, Wagner Judith, Zumstein Marc

Klinik Barmelweid: Levkovits Michael
AarReha Schinznach: Dössegger Hans, Stoll Thomas

Das Projekt – Zielsetzung und Hintergründe

EDCM steht für «Elektronischer Datenaustausch und Case Management».

Dieser Titel beschreibt die zwei Schwerpunkte der Arbeitsgruppe:

- «Case Management» bedeutet hier die Entwicklung eines gemeinsamen qualitätsorientierten und die Versorgungsgrenzen überschreitenden Konzepts zur Behandlung häufiger Krankheiten. Um dieses Ziel erreichen zu können,
 - muss die Kommunikation zwischen klinischer und ambulanter Versorgung verbessert werden,
 - muss die Zusammenarbeit auf Basis von anerkannten Medizinischen Leitlinien harmonisiert werden,
 - müssen mögliche Synergien zwischen den an der Behandlung Beteiligten vermehrt genutzt werden,
 - muss die gesamte Behandlung aus

ökonomischer Sicht Sektoren-übergreifend betrachtet werden.

- Hinter dem Begriff «Elektronischer Datenaustausch» verbirgt sich die Entwicklung eines schnellen und sicheren Datenaustauschsystems zwischen den Spitälern und den Hausärzten, welches die Kommunikation der Untersuchungsergebnisse und Austrittsberichte zeitnah ermöglicht.

Anhand der Pilotprojekt-Pfade «akutes koronares Syndrom» (ACS) und «Implantation einer Hüfttotalprothese» (Hüft-TP) wurde aufgezeigt, dass es für Patienten, Hausärzte, Spitäler und Versicherer vorteilhaft ist, wenn die Patientenversorgung koordiniert abläuft. Es entstanden einheitliche, an den nationalen Empfehlungen der Fachgesellschaften orientierte Behandlungsleitlinien, die Gültigkeit für alle Beteiligten – die niedergelassenen Ärzte, ihre Kollegen im Krankenhaus und in der Rehabilitation – haben.

Die Definition und Beschreibung der Institutionen-übergreifenden Pfade erfolgte mittels der Methode «mipp» (Modell integrierter Patientenpfade). Für beide obengenannte Krankheitsbilder existiert im Kantonsspital Aarau AG je ein Patientenpfad, der die hausinternen Prozesse aufzeigt und die Kostenseite bewertet. Die bestehenden Pfade wurden im Rahmen der Projektarbeit durch die vor- und nachgeordneten Phasen der Patientenbehandlung ergänzt.

Pfad akutes koronares Syndrom

Beim Pilotpfad «akutes koronares Syndrom» stehen zwei Ergebnisse der neueren Forschung im Vordergrund: «Zeit ist Myokard» und «der Verdacht auf ein akutes koronares Syndrom bedeutet De-

fibrillationsbereitschaft». Hinter diesen Schlagworten verbirgt sich die Erkenntnis, dass eine schnelle klinische Versorgung des Patienten mit Verdacht auf ein akutes koronares Syndrom die Überlebensrate erhöht und das Risiko einer anschliessend vorliegenden Herzinsuffizienz mindert. Erhalt von vitalem Myokard ist eine Funktion der Zeit bis zur Wiedereröffnung der verschlossenen Koronararterie. Daher wird nach dieser Versorgungsbereich-übergreifenden Leitlinie ein Patient mit Verdacht auf akutes koronares Syndrom eben nicht mehr zuerst in die Praxis zum EKG bestellt oder später zu Hause besucht, sondern notfallmässig vom Hausarzt mit dem gleichzeitig alarmierten Rettungsdienst zusammen aufgesucht. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben, beim gerade in den allerersten Stunden auftretenden Kammerflimmern sofort eine lebensrettende Defibrillation durchzuführen. Ziel ist es, durch dieses Vorgehen den Patienten schneller zur Akutkoronarintervention im Zentrumsspital vorzustellen. Weiterhin werden in den Web-basierten Pfaden Empfehlungen zum Risikofaktoren-Screening, zu den aktuellsten Grenzwerten in der Lipidtherapie und Indikationsempfehlungen für stationäre und ambulante Rehabilitation bei Patienten mit einem überlebten ACS dargestellt. Aus ökonomischer Sicht wird beim Pilotpfad «akutes koronares Syndrom» erstmals die Kostenstruktur der gesamten prä- bis poststationären Versorgung einer weit verbreiteten Erkrankung transparent und umfassend dargestellt.

Pfad Hüftendoprothese

Beim Pfad «Hüftendoprothese» (Hüft-TP) ist die gemeinsam abgestimmte und festgelegte Zuständigkeit für die präoperativen Voruntersuchungen eine sehr nützliche Innovation. Wer hat es nicht schon erlebt, dass ein Patient, der gut begründet zu einer Opera-

tion dem Spital zugewiesen wurde, aufgrund eines sich präoperativ ergebenden Abklärungsbedarfs zunächst wieder ohne Operation austreten musste? Dadurch, dass das präoperative Anästhesie-Konsilium im Vorfeld der stationären Aufnahme ambulant erfolgt, lassen sich oben geschilderte Situationen vermeiden. Auch ergeben sich bei nicht koordinierten Zuweisungen immer wieder Doppelspurigkeiten in der präoperativen Diagnostik, die in diesem die Versorgungsgrenzen überschreitenden Patientenpfad durch klar definierte Zuständigkeiten vermieden werden können. Die frühzeitige Koordination der sich anschliessenden Rehabilitation hilft durch Reduktion der Verweildauer im Akutspital, Kosten zu sparen. Im Pfad «Hüft-TP» werden drei verschiedene Rehabilitationstypen definiert. Je nach Rehabilitationstyp – ambulante Rehabilitation, Rehabilitation anlässlich eines Kuraufenthaltes oder mit stationärer Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik – ergibt sich im Akutspital eine unterschiedliche Aufenthaltsdauer. Durch die Koordination von Akutspital und nachfolgender Rehabilitation konnte dargestellt werden, wie Leistungen des Akutbereiches in den Reha-Bereich verlagert werden können.

Sicherer elektronischer Datenaustausch

Elektronische Vernetzung: Die Kommunikation zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten wird im Alltag dadurch erschwert, dass bei Telefonanrufen der Empfänger häufig gerade in einen Arbeitsprozess involviert ist, der nicht unterbrochen werden kann. Der bisherige Kommunikationsweg des Arztbriefes ist durch oft erhebliche Zeitverzögerung charakterisiert. Das Fax erfüllt nicht mehr die Anforderungen, die heute an den Datenschutz gestellt werden müssen. Daher ist die Kommunikation mittels E-Mail, welches in freien Zeitintervallen

bearbeitet werden kann, eigentlich ideal. Bisher war aber die Datensicherheit über die gängigen Mail-Server unzureichend. EDCM bedient sich des geschützten Internet-Zugangs HIN (Health Information Network), der allen Hausärzten des Hausärztereins Lenzburg-Seetal und allen Argomed-Ärzten, der Betriebsgesellschaft der Aargauer Grundversorger, zur Verfügung steht. HIN ermöglicht mittels der Sicherheitstechnologie ASAS einen geschützten Extranet-Datenaustausch mit End-zu-End-Verschlüsselung. Um dieses System zum sicheren Datenaustausch mit den Hausärzten nutzen zu können, wurde das System HIN im KSA eingeführt. Seit Mai 2003 ist es möglich, mit allen Kliniken und Instituten des KSA sichere E-Mails auszutauschen.

Ausblick

Die Kommunikation aller am Projekt Beteiligten über die Versorgungsgebiete hinweg hat sich deutlich verbessert, was ebenso wie die schriftliche Web-basierte Fixierung der gemeinsamen Leitlinien als erster Projekterfolg gesehen werden kann.

Die beiden ersten «Pilotpfade» sind weitgehend fertiggestellt. Ab dem Frühsommer 2004 werden sie real zum Einsatz kommen. Die Auswertung der ersten Erfahrungen und Ergebnisse wird zeigen, welche realen Verbesserungen durch solch ein Vorgehen zu erzielen sind.

Ein weiterer zukunftsweisender Aspekt stellt die mögliche künftige Finanzierung der Gesamtbehandlung dar. Zeitverbrauchende Diskussionen mit den Krankenkassen über die Rehabilitationsindikation bei einzelnen Patienten könnten sich so erübrigen.

Erste Ergebnisse können nicht vor Anfang August erwartet werden. Dennoch sind die Mitglieder der Arbeitsgruppe davon überzeugt, dass das vorgestellte Modell zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen wird.