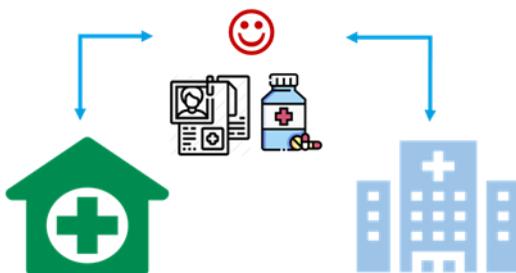




Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Forschungsprojekt HYPERION-TransCare



Teilstudie 1: Partizipative Entwicklung einer Intervention



IMPRESSUM

Titel:

Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Forschungsprojekt HYPERION-TransCare

Teilstudie 1: Partizipative Entwicklung einer
Intervention

Autorenteam:

Martin Kramer, Franziska Brosse, Astrid Klein, Jenny Petermann, Truc Sophia Dinh, Maria-Sophie Brückle, Maria Hanf, Sylvia Schulz-Rothe, Christine Schwarz, Karola Mergenthal, Antje Bergmann, Marjan van den Akker, Karen Voigt

Förderung:

Pilotprojekt des vom Bundesministerium
für Bildung und Forschung (BMBF)
geförderten Projekts „SaxoForN – Aufbau
einer transregionalen Forschungspraxen-
Struktur in Ost und West“

(Förderkennzeichen:
01GK1906A/01GK1906B).

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

„Interessant, dass alle die gleichen Probleme haben – Kommunikation müsste verbessert werden, dann würde es laufen.“

Zitat eines Workshopteilnehmers in HYPERION-TransCare

Wir danken allen, die an den Interviews und Workshops teilgenommen haben für ihre investierte Zeit sowie ihre aktive Beteiligung an der Entwicklung unseres Forschungsprojekts.

INHALTSVERZEICHNIS

Hintergrund.....	1
Durchführung der Studie.....	6
Interviews.....	7
Digitale Workshops	11
Ergebnisse	17
Interviews.....	17
Digitale Workshops	23
Fazit.....	30
Zusammenfassung & Ausblick	31
Abbildungsverzeichnis	34
Tabellenverzeichnis	34
Literatur	35

HINTERGRUND

Mit steigendem Lebensalter nimmt bei vielen Menschen die Anzahl an chronischen Erkrankungen zu. Dadurch entsteht häufig die Notwendigkeit dauerhaft Medikamente einzunehmen. Nimmt ein Patient oder eine Patientin mehrere Medikamente pro Tag über einen längeren Zeitraum ein, spricht man von Multimedikation.

Die Verordnung von Medikamenten ist eine ärztliche Aufgabe. Gerade ältere Patienten oder Patientinnen befinden sich jedoch oft bei verschiedenen Ärzten oder Ärztinnen parallel in Behandlung. Diese können unabhängig voneinander Medikamente verordnen. Dies kann dazu führen, dass die jeweils behandelnden Ärzte oder Ärztinnen keinen vollständigen Überblick über alle verordneten Medikamente haben.

Zudem gibt es rezeptfreie Medikamente, welche von Patienten oder Patientinnen in Apotheken oder Drogerien selbst erworben und zusätzlich

eingegenommen werden können (sogenannte over-the-counter Medikamente, kurz OTC). Auch diese selbst gekauften Medikamente können Wirkstoffe beinhalten, die Nebenwirkungen verursachen. In Kombination mit anderen Medikamenten können sie unerwünschte Wirkungen hervorrufen. Insgesamt kann es durch die Einnahme mehrerer Medikamente zu Neben- oder Wechselwirkungen kommen, die persönlich belastend sein können und die Gesundheit zusätzlich schädigen können.

Darüber hinaus gibt es Medikamente oder Dosierungen, die speziell für ältere Patienten und Patientinnen gefährlich werden können (sogenannte potenziell inadäquate Medikation, kurz PIM). Das liegt daran, dass durch Veränderungen im Körper beim Älterwerden auch die Wirkungsweise von Medikamenten teilweise verändert wird. Wichtige Empfehlungen zum Erkennen und zum Umgang mit solchen Situationen liefert die sogenannte *PRISCUS-Liste* (1).

Es ist daher sehr wichtig, einen Überblick über alle eingenommenen Medikamente zu behalten, inklusive der rezeptfreien Medikamente. So lassen sich unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen verringern oder sogar verhindern.

An dieser Stelle übernimmt die Hausarztpraxis eine wichtige Rolle. Eine Aufgabe des Hausarztes oder der Hausärztin ist die Abstimmung der medizinischen Behandlung (2). Dazu gehört auch eine Übersicht möglichst aller Medikamente zu haben, die aktuell eingenommen werden. Dies setzt voraus, dass er oder sie über verordnete Medikamente von allen mitbehandelnden Fachärzten oder Fachärztinnen informiert ist. Weiterhin muss er oder sie die Medikamente kennen, die von Patienten und Patientinnen selbst gekauft und eingenommen werden.

Gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen sollte der Hausarzt oder die Hausärztin alle Medikamente dokumentieren und Veränderungen regelmäßig ergänzen. Für eine

übersichtliche Dokumentation der Medikamente steht seit 2016 der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP (3)) zur Verfügung. Der bundeseinheitliche Medikationsplan wird im Alltag bisher jedoch nur unzureichend genutzt (4).

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Krankenhausaufenthalte. Am Übergang zwischen der Behandlung in der Hausarztpraxis und dem Krankenhaus kann es zu Schwierigkeiten bei der Übermittlung von Informationen kommen. Dazu gehören Informationen zur gesundheitlichen Situation eines Patienten oder einer Patientin wie beispielsweise die Medikamenteneinnahme (5), Vorerkrankungen, Vorbefunde, Allergien und Unterstützungsbedarfe. Ebenso können Informationslücken bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in die hausärztliche Weiterbehandlung auftreten (4). Auch Informationsverluste zwischen ambulant behandelnden Ärzten und Ärztinnen oder auch Therapeuten und Therapeutinnen sind möglich.

Diese komplexe Problematik greifen wir mit unserem Forschungsprojekt **HYPERION-TransCare¹** auf. Wir haben das Ziel, den Austausch von Informationen beim Übergang zwischen der Behandlung in der Hausarztpraxis und dem Krankenhaus zu verbessern. Speziell im Mittelpunkt steht dabei die Medikation.

Unser Forschungsprojekt gliedert sich in zwei Teilstudien:

1. Entwicklung: Die erste Teilstudie startete im August 2020 und endete im Juli 2021. Sie diente der Entwicklung einer Maßnahme. Diese soll die Patientenversorgung beim Übergang von der Behandlung in der Hausarztpraxis zum Krankenhaus verbessern.

¹ Der Projektname HYPERION-TransCare ist aus dem englischsprachigen Titel des Projektes abgeleitet: Heading to Continuity of Prescribing in Elderly with Multimorbidity in Transitional Care (deutsch: Kontinuität in der medikamentösen Versorgung bei Patienten an der Schnittstelle Hausarztpraxis-Krankenhaus).

2. Erprobung: Die anschließende zweite Teilstudie startete im August 2021 und wird voraussichtlich Ende 2022 enden. Sie dient dazu herauszufinden, ob die entwickelte Maßnahme machbar ist.

Der folgende Text bezieht sich ausschließlich auf Teilstudie 1. Informationen und Ergebnisse der Teilstudie 2 liegen noch nicht vor und werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

DURCHFÜHRUNG DER STUDIE

Um die Sichtweisen der einzelnen Personengruppen, welche an der Versorgung beteiligt sind, zu erfassen, wurden zunächst **Interviews** geführt. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Interviews wurden anschließend sogenannte **Workshops** (Gruppendiskussionen) geplant und durchgeführt.

Alle Teilnehmenden wurden im Vorfeld über die Studie und die eigene Beteiligung aufgeklärt. Sie

unterzeichneten zudem eine schriftliche Einwilligungserklärung und erhielten eine Aufwandsentschädigung. Die beiden Methoden der Interviews und Workshops werden nachfolgend ausführlich vorgestellt.

Studienteilnehmende stammten hauptsächlich aus den Regionen der beiden Studienstandorte in Frankfurt am Main (Hessen) sowie Dresden (Sachsen).

Interviews

Es wurden verschiedene Vertreter und Vertreterinnen von an der Versorgung beteiligten Personengruppen für telefonische Interviews gewonnen (sogenannte Stakeholder). Dazu gehörten Personen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie Patienten, Patientinnen und Angehörige (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Personen die an telefonischen Interviews teilnahmen

Stationäre Versorger	Ambulante Versorger	Patienten, Angehörige, Zugehörige²
4 Klinikärzte	6 Hausärzte	3 Patienten
4 stationäre Pflegerkräfte	4 Medizinische Fachangestellte	2 Angehörige, Zugehörige
3 Klinik- apotheker	4 ambulante Pflegerkräfte	
3 Klinik- informatiker		

Die Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt. Dieser beinhaltete vorher festgelegte, zentrale Fragen, die im Interview von den Teilnehmenden beantwortet wurden.

² Angehörige sind verwandte unterstützende Personen, zum Beispiel Geschwister, Ehemann oder Ehefrau. Zugehörige sind unterstützende Personen, die nicht verwandt sind, zum Beispiel Nachbarn, Kollegen, Sportfreunde.

Thematisch befassten sich die Fragen im Interview mit Rollen und Aufgaben, die beim Übergang eines Patienten oder einer Patientin von der Versorgung durch die Hausarztpraxis ins Krankenhaus und wieder zurück in die Hausarztpraxis entstehen. Ein besonderer Fokus lag dabei auf dem Erfragen von Schwierigkeiten und Unzufriedenheiten in diesem Bereich. Zudem wurden auch nach ersten Lösungsideen sowie nach bereits sehr gut laufenden Prozessen und positiven Erfahrungen gefragt.

Die Fragen wurden dabei pro "Etappe" gestellt, die ein Patient oder eine Patientin von der Einweisung in ein Krankenhaus bis hin zur Entlassung und der anschließenden Weiterversorgung, durchläuft. Diese „Etappen“ sind in Abbildung 1 dargestellt.

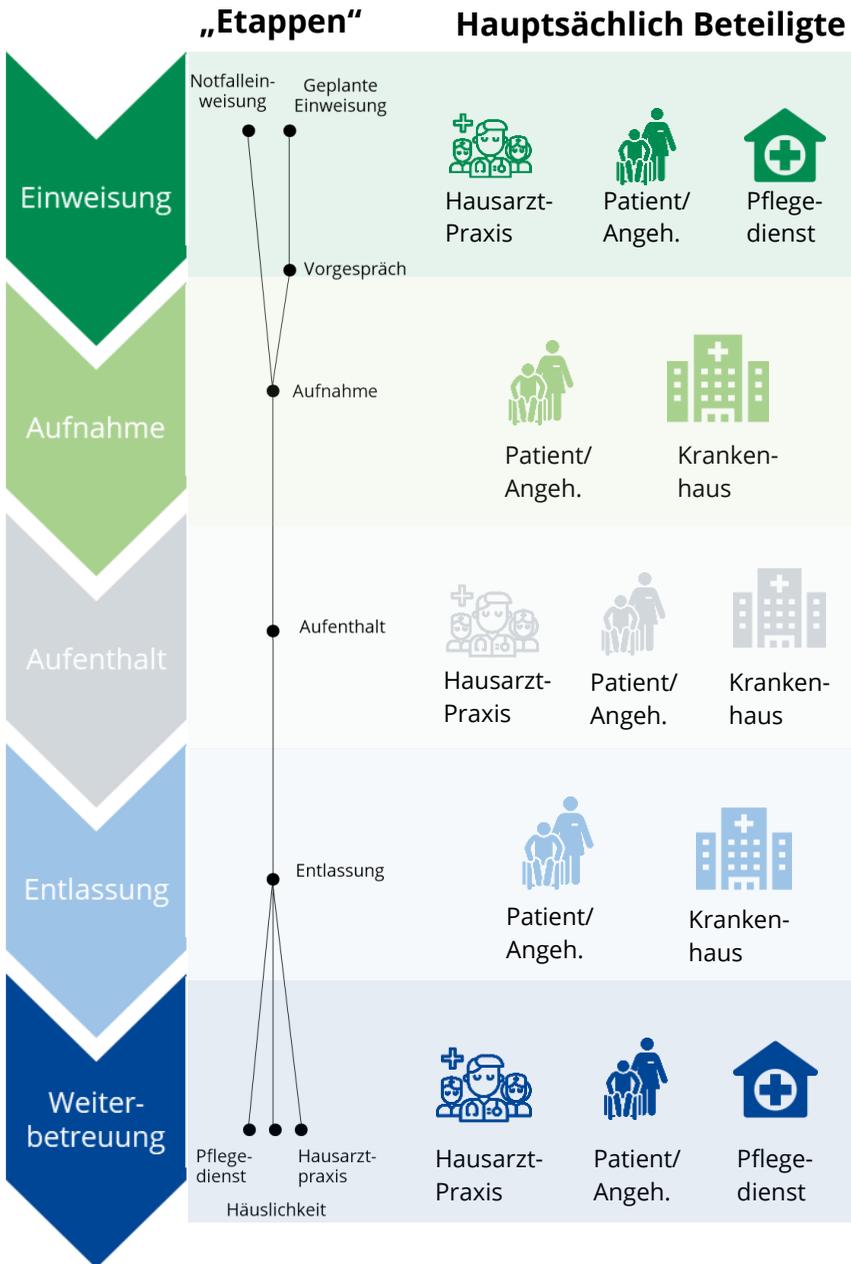


Abbildung 1: Typische „Etappen“ eines stationär im Krankenhaus behandelten Patienten oder Patientin
 Abkürzung: Angeh. = Angehörige

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend Wort für Wort verschriftlicht und danach mittels einer sogenannten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Das bedeutet, dass vier wissenschaftliche Mitarbeiterinnen die verschriftlichten Interviews lasen und die Aussagen anhand vorher gemeinsam festgelegter Kriterien („Kategorien“) in Gruppen zusammenfassten. Diese Ergebnisse wurden zusammengefasst und grafisch aufbereitet.

Digitale Workshops

Es wurden wieder Vertreter und Vertreterinnen der verschiedenen Personengruppen, die an der Versorgung beteiligt sind, zu einer Teilnahme eingeladen. Dadurch kamen Personen mit verschiedenen Perspektiven und Aufgabengebieten zu einer Diskussion zusammen. Die Teilnehmenden konnten die Perspektiven der anderen kennenlernen und gemeinsam Lösungs-ideen entwickeln.

Aufgrund der Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie fanden die Workshops digital über die Software BigBlueButton statt. Ein Bild einer Gruppendiskussion ist beispielhaft in Abbildung 2 dargestellt.



Abbildung 2: Bildschirmfoto³ eines digitalen Workshops

Anfänglich fanden fünf **Intensiv-Workshops** statt. In diesen kamen zunächst Vertreter und Vertreterinnen aus ähnlichen Gruppen

³ Alle Teilnehmenden haben der Veröffentlichung zugestimmt.

zusammen. Das heißt wir begannen mit einem Workshop bestehend nur aus Patienten und Patientinnen, sowie Patientenvertretern und An- und Zugehörigen. Im zweiten Workshop trafen Pflegekräfte aus dem ambulanten und dem stationären Bereich, sowie Medizinische Fachangestellte aufeinander. Ein dritter Workshop bestand aus Hausärztinnen und Hausärzten, Klinikärztinnen und Klinikärzten, Apothekern und Technikern.

Dieses Vorgehen, mit zunächst ähnlichen Gruppen, sollte mögliche Hemmungen und Barrieren in der Diskussion zwischen den Teilnehmenden reduzieren. Ziel war es, dass jeder frei seine persönliche Meinung und Erfahrung in die Gruppe einbringen kann.

In den anschließenden **Synthese-Workshops** wurden die Vertretenden der verschiedenen Gruppen zusammengeführt. Eine Übersicht über die Gruppenzusammensetzung bietet Tabelle 2.

Tabelle 2: Zusammensetzung Gruppen in den Workshops

Workshop	Beteiligte
Technikeinführung	Patienten, Angehörige bzw. Zugehörige, Patientenvertreter
Intensiv-Workshop 1	Patienten, Angehörige bzw. Zugehörige, Patientenvertreter
Intensiv-Workshop 2	Medizinische Fachangestellte, ambulante und stationäre Pflegekräfte
Intensiv-Workshop 3	Patienten, Patientenvertreter, Angehörige bzw. Zugehörige, Medizinische Fachangestellte, ambulante und stationäre Pflegekräfte
Intensiv-Workshop 4	Hausärzte, Klinikärzte, Techniker

Fortsetzung Tabelle 2

Workshop	Beteiligte
Intensiv-Workshop 5	Hausärzte, Klinikärzte, Techniker
Synthese- Workshop 1	Alle Beteiligten
Synthese- Workshop 2	Alle Beteiligten

In den beiden Synthese-Workshops wurden die Teilnehmenden zunächst in Kleingruppen aufgeteilt. Die Kleingruppenergebnisse wurden anschließend allen Teilnehmenden in der große Runde vorgestellt, gemeinsam diskutiert und vervollständigt.

Den teilnehmenden Patienten und Patientinnen und Angehörigen wurde zu Beginn der Workshops

eine Technikeinführung angeboten. Diese wurde von den meisten auch genutzt. Während jedes Workshops stand bei technischen Fragen oder Schwierigkeiten eine Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Alle Workshops wurden von jeweils einem unabhängigen Moderator oder Moderatorin geleitet. Begleitend fand eine für alle Teilnehmenden auf ihrem Bildschirm sichtbare Dokumentation statt. Somit konnten zu jedem Zeitpunkt angesprochene oder diskutierte Themen erfasst und nachverfolgt werden. Im Hintergrund erfolgte zusätzlich eine umfassende schriftliche Protokollierung durch Projektmitarbeitende.

Inhaltliche Schwerpunkte der Workshops

Zunächst wurden in den **Intensiv-Workshops** die zentralen Ergebnisse der Interviews präsentiert. Die herausgestellten Probleme bei der Patientenversorgung vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt wurden aus den

verschiedenen Blickwinkeln der Teilnehmenden vorgestellt. Anschließend wurden diese in den Gruppen diskutiert und ergänzt. Darauf aufbauend wurde diskutiert, wie diese Probleme behoben werden könnten und unterschiedliche Lösungsideen wurden formuliert. Diese Lösungsideen wurden nach Wichtigkeit aber auch Umsetzbarkeit sortiert.

In den beiden **Synthese-Workshops** wurde anschließend einer der Lösungsansätze gemeinsam weiterentwickelt und ausgearbeitet. Ziel war es, dass dieser ausgearbeitete Lösungsansatz (auch Intervention oder im folgenden Maßnahme genannt) in der nachfolgenden Teilstudie 2 ausprobiert werden kann.

ERGEBNISSE

Interviews

Insgesamt wurden 32 Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern aus der ambulanten medizinischen Versorgung, der Versorgung im Krankenhaus sowie mit Patienten,

Patientinnen, An- und Zugehörigen geführt. Eine Übersicht bietet Tabelle 1. Je nach Perspektive berichteten diese Personen unterschiedliche Aufgaben und Rahmenbedingungen, die die verschiedenen Etappen eines Patienten oder einer Patientin im Fall einer Krankenhauseinweisung (siehe Abbildung 1) betrafen. Dazu gehörten das Vorbereiten und Mitgeben von Unterlagen und dem Treffen von Absprachen. Zudem wurden selbst erlebte Versorgungsprobleme benannt und erste Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Versorgung formuliert.

Ein häufig angesprochenes Problem war die **Verfügbarkeit von Informationen**. Dieses wurde für jede Etappe eines Patienten oder einer Patientin im Fall einer Krankenhauseinweisung berichtet. Vor allem sahen die Teilnehmenden den Übergang von ambulanter nach stationärer Versorgung und umgekehrt als problematisch an. Hier wurde insbesondere über Mängel in der

Weitergabe und Vollständigkeit von Informationen zur aktuellen Medikation des Patienten oder der Patientin berichtet.

Bei Vorstellung in einer Notaufnahme aufgrund einer **Notfallsituation** konnten die behandelnden Pflegekräfte, Ärzte und Ärztinnen häufig nur auf mündliche Angaben des Patienten oder der Patientin vertrauen. In manchen Notfallsituationen waren die Betroffenen nicht auskunftsfähig. Schriftliche Informationen waren häufig gar nicht, nur unvollständig oder veraltet vorhanden. Die Beschaffung notwendiger medizinischer Informationen bei vorbehandelnden Ärzten und Ärztinnen wurde als häufig zeitaufwendig beschrieben.

Berichtet wurde aber auch, dass zum Beispiel bei der **Entlassung in die Häuslichkeit** durch Personal des Krankenhauses keine ausreichende Information der ambulanten Ärzte und Ärztinnen erfolgte. Damit war die weiterführende medikamentöse Versorgung mitunter nicht

gewährleistet. Zudem gab es teilweise eine unzureichende oder auch ungenaue Dokumentation von neu verordneten Medikamenten aber auch bei Umstellung bestehender Medikamente.

Abbildung 3 gibt einen Überblick der Schwierigkeiten und Lösungsideen, die von den ambulant und stationär Versorgenden berichtet wurden.

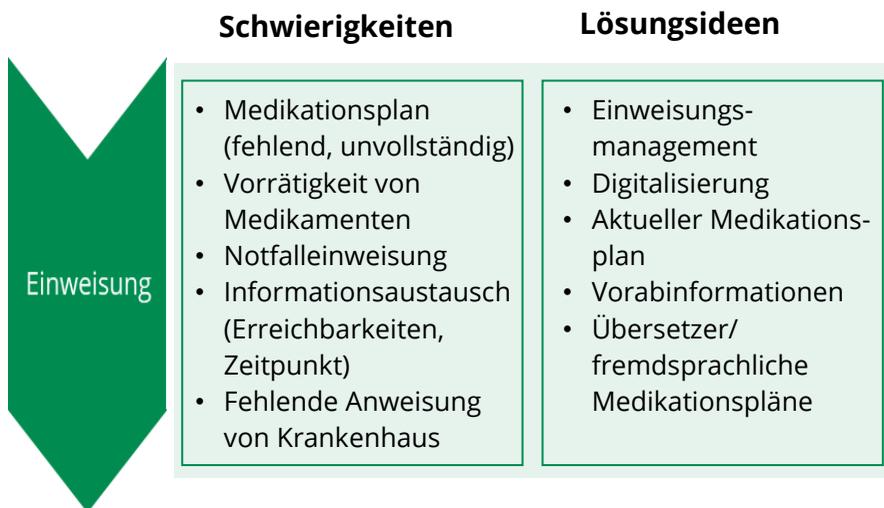


Abbildung 3: Medikationsbezogener Informationsfluss aus Sicht der Versorger: Probleme und Lösungsideen. (Fortsetzung auf Seite 21)



Schwierigkeiten

Lösungsideen

- Medikationsplan (fehlend, unvollständig)
- Notfalleinweisung
- Übertragungsfehler
- Beschaffung von Medikamenten
- Selbstmedikation
- Softwareprobleme

- Zentralisierung von Medikationsdaten
- Layout Medikationsplan
- Unterstützung durch Apotheker*innen
- Vorgespräche

- Erreichbarkeit
- Informationsaustausch: Rücksprache, Medikamente, fehlende Dokumente

- Einfachere Möglichkeiten des Informationsaustausches/ der Rücksprache

- Kurzfristige Änderungen
- Ungeplante Entlassung
- Vorrätigkeit von Medikamenten
- Patient*in als Informationsübermittler
- Absetzen von Klinikmedikation & Versorgungslücke

- Einfachere Möglichkeiten des Informationsaustausches/ der Rücksprache
- Vorabinformationen
- Zentralisierung von Medikationsdaten
- Layout Entlassbrief & Medikationsplan

- Patient*innen nicht ausreichend informiert
- Medikation (Versorgungslücke, Differenzen (ambulant /stationär))
- Informationsaustausch (Zeitpunkt, Format, Qualität)

- Informationsaustausch (Format, Zeitpunkt)
- Digitalisierung
- Medikamente mitgeben
- Checklisten (Laufzettel)
- Schnittstellenübergreifende Versorgung

Interviewte **Patienten, Patientinnen und Angehörigen** berichteten für den Zeitpunkt der Einweisung und Aufnahme in ein Krankenhaus von keinen Schwierigkeiten. In dieser für sie sehr emotionalen Situation wurden keine offenen Fragen zu der eigenen Medikation angegeben. Sie gaben Vertrauen in ihre derzeitige Versorgung an. Zu den Zeitpunkten des Aufenthalts sowie der Entlassung aus dem Krankenhaus und der anschließenden Weiterbetreuung berichteten die Patienten, Patientinnen und Angehörigen, dass sie sich nicht ausreichend informiert gefühlt hätten. Hier hätten sie sich eine bessere Aufklärung und Information zum Beispiel bei Änderungen der Medikation gewünscht. Auch schriftliche Informationen wie Entlassbriefe hätten sie teilweise unvollständig oder verspätet erhalten. Zudem wären die Entlassbriefe für Patienten und Patientinnen häufig schwer zu verstehen.

Erste Lösungsideen und Wünsche, die von allen Interviewten genannt wurden, betrafen unter anderem:

- Eine bessere und schnellere Verfügbarkeit und Austauschmöglichkeit von gesundheitsbezogenen Informationen
- Eine verbesserte Kommunikation zwischen Versorgenden sowie mit Patienten und Patientinnen
- Unterstützung bei den Prozessen der Einweisung

Digitale Workshops

Das bestimmende Thema in allen Gruppen und Workshops war die fehleranfällige beziehungsweise teilweise unzureichende Kommunikation zwischen den Beteiligten. Hier bietet sich ein großes Verbesserungspotenzial. Für die Teilnehmenden zeigten sich am Übergang zwischen der häuslichen Versorgung und dem Krankenhaus die größten Schwierigkeiten. Es wurden daher schließlich folgende **vier Kernthemen** herausgearbeitet:

„Medikation“



Insbesondere bei ungeplanter stationärer Aufnahme ist eine sichere Kenntnis der Medikation eines Patienten oder einer Patientin von großer Bedeutung. Daher sprachen sich die Teilnehmenden für eine Weiterentwicklung des seit 2016 existierenden Bundeseinheitlichen Medikationsplanes aus. Ideen betrafen zum Beispiel die Handhabung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes, welche vereinfacht werden könnte. Zudem könnte die Aktualisierung der Medikationsdaten verbessert und vielleicht sogar digital ermöglicht werden (Stichwort: elektronischer Medikationsplan, EMP). Aber auch hier wurden technische Barrieren geschildert. So wurde berichtet, dass für die Digitalisierung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes häufig nicht die notwendigen Voraussetzungen bestehen. Dies traf für Hausarztpraxen wie auch für Krankenhäuser zu.

„Digitalisierung“



Neben der Medikation existiert noch eine Fülle anderer medizinischer Informationen, welche für die erste Behandlung bei stationärer Aufnahme wesentlich sein können. Diese sollten möglichst zeitnah, aktuell und gebündelt vorliegen. Der Wunsch beinhaltet ein digitales Format, welches auch von der Software aller an der Versorgung Beteiligten verwendet werden kann. Die aktuellen Bestrebungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) in Verbindung mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden durch die Teilnehmenden begrüßt. Gleichzeitig wurden auch erste Hürden und Schwierigkeiten bei diesem Vorhaben aufgezeigt. Für die breite Nutzung sei ein Abbau bürokratischer Hürden sowohl für die Patienten und Patientinnen als auch für das Gesundheitspersonal notwendig. Zusätzlich müsse die Einführung der technischen Voraussetzungen allen Beteiligten deutlich erleichtert werden.

Des Weiteren diskutierten die Teilnehmenden, dass es noch andere Möglichkeiten zur einfachen, schnellen und sicheren Kommunikation geben müsste. Auf diese Weise könnten Absprachen zwischen Krankenhauspersonal und ambulanten Versorgenden im Vorfeld getroffen werden. Möglicherweise wäre hier die Entwicklung oder der Ausbau sowie der regelmäßige Einsatz digitaler Programme zielführend.

„Einweisung ins Krankenhaus“



Einige Teilnehmende beschrieben, dass eine gut vorbereitete Einweisung einen wichtigen Ausgangspunkt für eine gute Entlassung bietet. Hier wurde Bedarf für Verbesserung und unterstützende Strukturen gesehen. Ähnlich wie beim Entlassmanagement (siehe nächster Punkt) sollten Hausarztpraxen sowie Patienten und Patientinnen davon profitieren.

„Entlassung aus dem Krankenhaus“



Es existieren bereits gesetzliche Vorgaben, die eine strukturierte Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglichen sollen (Entlassmanagement). Diese Vorgaben seien jedoch teils nicht umsetzbar oder mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Die Teilnehmenden sahen Potential in einer stärkeren Vereinheitlichung des ärztlichen Entlassbriefes, welcher so zu einem allgemeingültigen Informationsmittel beim Übergang in den ambulanten Bereich werden könnte. Damit würde die standardisierte Weitergabe von Informationen zum Beispiel über die Medikation sichergestellt werden.

Im Anschluss an die Intensiv-Workshops bewertete das Forscherteam die erarbeiteten Lösungsansätze. Nach Literaturrecherche und Überlegungen zur Machbarkeit erfolgte die Auswahl des Ansatzes zur Einweisung ins Krankenhaus.

Das sogenannte **Einweisungsmanagement** sollte auf das Wesentliche fokussiert sein und sich in den hausärztlichen Versorgungsalltag integrieren lassen.

In den beiden abschließenden **Synthese-Workshops** wurden die Ergebnisse der Intensiv-Workshops in einer einführenden Gesamtrunde präsentiert. Anschließend wurde die Idee zum Entwurf eines Einweisungsmanagements in Kleingruppen diskutiert und bewertet. Es sollten zunächst die Sichtweisen der unterschiedlichen Personengruppen eingeholt werden.

Anschließend wurden diese unterschiedlichen Sichtweisen auf die gleichen Themen in der Gesamtgruppe vorgestellt, gemeinsam bewertet und weiterentwickelt. Es zeigte sich der Wunsch nach einer nicht digitalen Lösung insbesondere für die Zielgruppe älterer Patienten und Patientinnen.

Es wurde erarbeitet, dass das Einweisungsmanagement möglichst alle relevanten Daten

eines Patienten oder einer Patientin, aktuelle Medikationsdaten sowie wichtige medizinische Dokumente enthalten sollte. In der Gesamtgruppe erfolgte eine Einigung über das Format und den Inhalt des Einweisungsmanagements.

Dieses soll:

- alle wichtigen Informationen über den Gesundheitszustand eines Patienten oder einer Patientin bündeln,
- bei geplanter Einweisung, aber auch bei ungeplanter Notfalleinweisung, schnell griffbereit und möglichst aktuell sein und
- von der Hausarztpraxis koordiniert werden.

Zudem sollte ein Teil der Verantwortung beim Patienten oder der Patientin liegen. Gemeinsam sollen alle wichtigen Informationen über den eigenen Gesundheitszustand zusammengestellt werden.

Gemeinsam mit allen Teilnehmenden wurde auf diese Weise eine Maßnahme (das Einweisungsmanagement) entwickelt, welche in der

anschließenden zweiten Teilstudie geprüft werden soll.

FAZIT

Mit unserer ersten Teilstudie in HYPERION-TransCare haben wir verschiedene Sichtweisen von Beteiligten betrachtet. Wir konnten so viele medikamentenbezogene Bedarfe an der Schnittstelle Hausarztpraxis und Krankenhaus bestätigen. Es bestand Übereinstimmung, dass die bestehenden Lösungsansätze wie zum Beispiel das Entlassmanagement oder der Bundeseinheitliche Medikationsplan, bisher nur unzureichend umgesetzt werden und verbessert werden müssten.

Die in den Workshops entwickelte Maßnahme soll der Herausforderung der Kommunikation begegnen und zu einer Verbesserung des Austauschs von Informationen zwischen ambulant und stationär Versorgenden, aber auch Patienten und Patientinnen beitragen.

Die Entwicklung der Maßnahme mit allen Beteiligten war Anspruch und zugleich Herausforderung. Erschwert war der Prozess durch die Corona-Pandemie, da alle Interviews und Workshops online stattfinden mussten. Besonders Ältere und Menschen mit fehlenden technischen Möglichkeiten konnten so gegebenenfalls nicht oder nur mit Unterstützung von Angehörigen oder Zugehörigen an der Studie teilnehmen. Auch Teilnehmende aus den Interviews konnten sich aufgrund technischer Barrieren nicht weiter an den digitalen Workshops beteiligen.

ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Unsere Studienteilnehmenden haben gemeinsam herausgearbeitet, dass Kommunikation den Schlüssel für eine gute Gesundheitsversorgung darstellt. Leider ist Kommunikation im Gesundheitswesen fehleranfällig. Wichtige Informationen gehen häufig verloren oder werden nur unvollständig oder verzögert weitergeleitet. Diese Probleme betreffen alle

Beteiligten im Gesundheitswesen. Medizinisches Personal wird hierdurch in seiner Arbeit eingeschränkt und es entsteht häufig Mehraufwand. Für Patienten und Patientinnen bedeuten unvollständige Informationen auf ihrem Weg zur Genesung unnötige Verzögerungen oder sogar eine Gefährdung.

Unser Ziel ist es daher, die Kommunikation und die Verfügbarkeit von Informationen zu verbessern. Hierfür werden wir die gewonnenen Erkenntnisse in der zweiten Teilstudie von HYPERION-TransCare in einer Maßnahme (Einweisungsmanagement) umsetzen. Über das Forschungspraxennetz SaxoForN wurden interessierte Hausarztpraxen gefunden, die uns gemeinsam mit ihren Patienten und Patientinnen bei der Testung der Machbarkeit und Umsetzbarkeit der neuen Maßnahme unterstützen werden. Die Beschreibung der Maßnahme und Ergebnisse der geplanten Testung werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle danken wir sehr herzlich allen Teilnehmenden, die sich in Interviews und/ oder Workshops eingebracht haben. Außerdem danken wir der Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg, die uns im Auswertungsprozess beratend zur Seite stand.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Typische „Etappen“ eines stationär im Krankenhaus behandelten Patienten oder Patientin.....	10
Abbildung 2: Bildschirmfoto eines digitalen Workshops.....	12
Abbildung 3: Medikationsbezogener Informationsfluss aus Sicht der Versorger: Probleme und Lösungsideen.....	20

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Personen die an telefonischen Interviews teilnahmen.....	8
Tabelle 2: Zusammensetzung Gruppen in den Workshops.....	14

LITERATUR

1. Holt, Stefanie; Schmiedl, Sven; Thürmann, Petra A. (2010): Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In: Deutsches Arzteblatt international 107 (31-32), S. 543–551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.

2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Fachdefinition. Online verfügbar unter: <https://www.degam.de/fachdefinition>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Medikationsplan. Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/medikationsplan.php>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

4. Barmer Arzneimittelreport 2020. Online verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/254084/b1fa6438da1c611b757a7b74b982f62a/data/dl-barmer-arzneimittelreport.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

5. Mehrmann, Lena; Ollenschläger, Günter (2014):
Problemfelder und Best-Practice-Ansätze in der
Arzneimittelversorgung an intersektoralen
Schnittstellen--Eine Literaturanalyse. In:
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität
im Gesundheitswesen 108 (1), S. 66–77. DOI:
10.1016/j.zefq.2013.08.012.

PROJKTLEITUNG UND KONTAKT:

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik 3
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Projektleitung und Kontakt:

Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH

Mail: Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Projektleitung und Kontakt:

Prof. Dr. Marjan van den Akker

Mail: m.vandenAkker@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Mai 2022

