



Sektorenübergreifende Kommunikation am Beispiel onkologischer Patienten in der Region Tübingen – Stuttgart (OnkoKom)

Abschlussbericht

Februar 2020

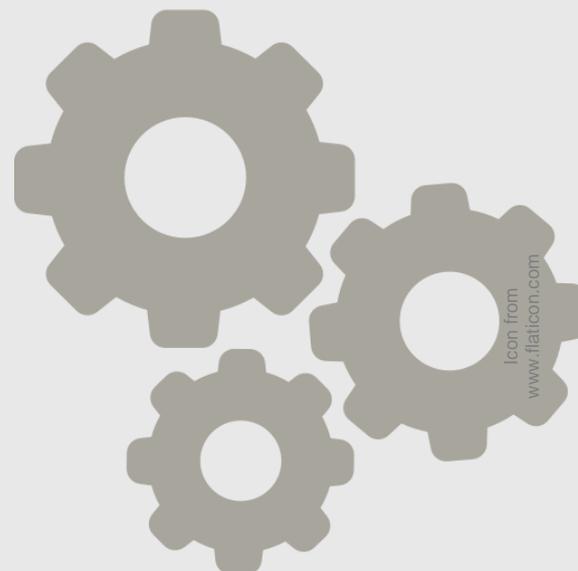
Erstellt von:

Dr. med. Annika Philipps

Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Magdalena Fiedler, cand. theol.

Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, Ph.D.



Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
Anmerkungen	5
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	7
Ziele:	8
2 Methoden	9
2.1 Studienaufbau (Überblick)	9
2.2 Studienpopulation der explorativen Vorgespräche und Fokusgruppen	9
2.2.1 Ausschlusskriterien	10
2.2.2 Rekrutierung	10
2.3 Entwicklung der Interviewleitfäden und Durchführung der Fokusgruppen	11
2.4 Datenerhebung, Durchführung der Interviews	11
2.4.1 Explorative Vorgespräche	11
2.4.2 Fokusgruppen	11
2.4.3 Validierungsworkshop	12
2.5 Auswertung der Daten	12
3 Ergebnisse	14
Studienpopulation / Teilnehmer	14
Hauptkategorien	16
3.1 Vernetzung der verschiedenen Akteure	17
3.1.1 Mangelnde Vernetzung – Mitbehandelnde aus anderen Sektoren oder Professionen werden nicht informiert	17
3.1.2 Lösungsansatz: Gemeinsame Erfassung der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure (prästationär und kontinuierlich im Behandlungsprozess).	18
3.1.3 Lösungsansatz Therapiebegleitbuch	18
3.1.4 Zusammenfassung Vernetzung	19
3.2 Adressatengerechte Informationsübermittlung zwischen den relevanten Akteuren	19
3.2.1 Inhalte	19
3.2.3 Format	21
3.2.3 Exkurs Entlassmanagement	21

3.2.4 Lösungsansätze Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit	22
3.2.5 Lösungsansatz Empfängerorientierter Entlassbericht	23
3.2.6 Lösungsansatz Nachsorgetelefonat	24
3.2.7 Zusammenfassung adressatengerechte Information	25
3.3 Kommunikationsmedien und Erreichbarkeit	25
3.3.1 Nicht-Erreichbarkeit bei telefonischer Kommunikation	26
3.3.2 Probleme mit Medien, die nicht die gleichzeitige Verfügbarkeit verlangen:.....	27
3.3.2 Lösungsansätze für Kommunikationsmedien, die keine direkte Erreichbarkeit erfordern	28
3.3.3 Zusammenfassung Kommunikationsmedien und Erreichbarkeit.....	29
3.4 Koordination der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure sowie der Organisation der Gesundheitsversorgung des Patienten	29
3.4.1 Mangel an Gesamtüberblick	29
3.4.2. Unklare Zuständigkeiten bzgl. Aufgabenaufteilung.....	30
3.4.2 Lösungsansatz Care Manager	30
3.4.3 Lösungsansatz interprofessionellen Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten	31
3.4.3 Koordination und Verantwortung im Versorgernetzwerk (Validierungsworkshop)	31
3.4.4 Zusammenfassung Koordination	33
3.5 Rollenverständnis	33
3.5.1 Rolle der Patientin aus Sicht der Mitbehandelnden.....	33
3.5.2 Rolle der Mitbehandelnden	34
3.5.3 Lösungsansätze Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit	35
3.5.3 Zusammenfassung Rollenverständnis	36
3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	37
4 Diskussion	37
4.1 Problemaspekte in der Vernetzung, Informationsübermittlung, Kommunikationsmedien, Koordination und Rollenverständnis	37
4.2 Übergreifende Lösungsansätze	42
4.4 Empfehlungen.....	46
4.4.1 Transparenz des BehandlerNetzwerks Fördern	46
4.4.2 Vernetzungsprozesse Initiieren und Fördern	47
4.4.3 Informationen adressatengerechter Machen	47
4.4.4 Verbesserung der Umsetzung des Entlassmanagement	48

4.4.5 Informationslücken durch zentrale Sammlung von relevanten Informationen Schließen	48
5 Beitrag zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung und Vernetzung	49
5.1 Inwiefern trug bzw. trägt das Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patientinnen bei?.....	49
5.2 Konnte bereits eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung durch das Projekt erreicht werden?.....	50
5.3 Welchen Schnittstellen bzw. Versorgungslücken hat sich das Projekt gewidmet?	50
5.4 Wie war das Projekt in die Versorgungsstrukturen vor Ort eingebunden?	50
5.5 Mit welchen Akteuren wurde das Projekt umgesetzt?	51
6 Durch welche Maßnahmen wurde die Qualität des Projekts sichergestellt?.....	53
6.1 Stärken und Schwächen der Studie	53
7 Geplante weitere Vorgehensweise zur Fortführung des Projekts.	54
7.1 Inwiefern können andere Städte/Gemeinden/Landkreise von Ihren Erfahrungen profitieren?	55
7.2 Materialien, die vom Land oder anderen Stadt-/Landkreisen genutzt werden können	55
8 Fazit	55
9 Bibliografie.....	57
10 Anlagen.....	60

Abkürzungsverzeichnis

CCC - Comprehensive Care Center

FG - Fokusgruppe

IAIV - Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung

KGK - Kommunale Gesundheitskonferenz

PHR - Patient Held Records

UKT - Universitätsklinikum Tübingen

Anmerkungen

Um gendergerechte Sprache abzubilden wird abwechselnd das maskuline und feminine Geschlecht verwendet. Das grammatikalische Geschlecht entspricht dabei nicht der geschlechtlichen Identität. Bei zusammengesetzten Begriffen (z.B. Ärztemangel) wird dieser feststehende Begriff benutzt, es sind beide Geschlechter gemeint.

Die Zitate aus den Fokusgruppen sind kursiv gesetzt. Am Ende jedes Zitats sind in Klammern die Fokusgruppe (FG) und das Pseudonym des Zitierten angegeben. Die Aufschlüsselung der Pseudonymisierung zur Berufsgruppe findet sich in Tabelle 1. Das Kategoriensystem befindet sich im Anhang (Abb. 2-5). Aufgrund der Anzahl an Kategorien wählten wir eine Darstellung in Form einer Mind Map. Dabei werden in Abbildung 2 zunächst nur die Hauptkategorien mit der ersten Ebene der Unterkategorien gezeigt. In den anschließenden Abbildungen wird jede Hauptkategorie einzeln mit all ihren Unterkategorien abgebildet. Dabei sind die Lösungsvorschläge jeweils rosa markiert.

Projektförderung:

Das Projekt wurde unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

Zusammenfassung

An der Gesundheitsversorgung von onkologischen Patientinnen sind aufgrund der Komplexität der Erkrankung viele verschiedene Personen beteiligt. Die Koordination dieser Akteure, die aus verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen stammen, ist oft eine Herausforderung. In dieser Studie beleuchten wir die Probleme der Schnittstellenkommunikation im regionalen Umfeld bei onkologischen Patienten näher. Das Ziel ist es konkrete Lösungsansätze zu entwickeln.

Wir führten fünf Fokusgruppen mit insgesamt 37 Teilnehmenden durch. Diese setzten sich aus Patienten und verschiedenen für die Versorgung relevanten Akteuren zusammen. Die Hauptergebnisse wurden in einem Validierungsworkshop diskutiert. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

In der Schnittstellenkommunikation wurden drei Problembereiche gesehen. A) Nicht alle relevanten Akteure werden informiert. B) Weder Inhalt noch Form der Information ist auf die Bedarfe der Empfängerin zugeschnitten. C) Aktuelle Kommunikationsmedien weisen verschiedene Defizite auf: Nicht-Erreichbarkeit bei telefonischer Kommunikation; Zeitrahmen bei postalischer Kommunikation, Datenschutz bei digitalen Medien. Als übergreifendes Problem wurde die Koordination der Zusammenarbeit der involvierten Akteure gesehen. Diese wird durch Unkenntnisse bezüglich der Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitbehandelnden erschwert.

Informationslücken und unzureichende Koordination mindern die Qualität der Gesundheitsversorgung von onkologischen Patienten. Alle involvierten Akteure müssen transparent sein und in die Informationsübermittlung einbezogen werden. Die Einführung einer Sammlung von Informationen zum Behandlungsplan und zu Zuständigkeiten der Mitbehandelnden (durch die elektronische Patientenakte) wurde als vielversprechender Ansatz gesehen, um Informationslücken ressourcenschonend zu schließen und die Transparenz für die Behandlung wichtigen Personen zu erhöhen. Die Nutzung von Kommunikationsmedien, welche zeitnah und effektiv sind sowie die direkte Erreichbarkeit überkommen, könnte den Informationsfluss erleichtern.

1 Einleitung

In diesem Bericht wird die Studie „OnkoKom – Sektorenübergreifende Kommunikation am Beispiel onkologischer Patienten in der Region Tübingen – Stuttgart“ bearbeitet. Nach einer Einführung in die Schnittstellenproblematik wird das methodische Vorgehen beschrieben. In den sich daran anschließenden Teilen werden die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Abschließend werden Stärken und Schwächen der Studie genannt und ein abschließendes Fazit mit Handlungsempfehlungen gezogen.

Die Prävalenz von Krebserkrankungen steigt kontinuierlich (1). Durch eine frühzeitige Diagnosestellung und verbesserte Therapien chronifizieren immer mehr onkologische Erkrankungen. Die Krankheitsgeschichte von chronisch kranken Patientinnen ist oft komplex; ebenso so wie die Patientenbedarfe zur Krankheitsbewältigung (2). Diese Komplexität der Erkrankung erfordert eine Versorgung durch verschiedene Akteure (3, 4). Die Herausforderung ist dabei, dass die Mitbehandelnden oft in verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems angesiedelt sind und sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzen (3). Um eine qualitativ adäquate Gesundheitsversorgung sicherzustellen, ist es erforderlich, die Versorgung durch die verschiedenen Behandelnden zu koordinieren (5). Ergebnisse von Befragungen von Krebspatienten sowohl in Deutschland als auch in den USA lassen daran zweifeln, dass dies aktuell genügend umgesetzt ist: Krebspatientinnen berichteten über Schwierigkeiten in der Umsetzung ihres Behandlungspfades aufgrund einer unzureichenden Koordination sowie über unzureichende Berücksichtigung emotionaler und sozialer Aspekte (2, 6, 7). Auch fühlen sich die Patienten selbst nicht hinreichend über den Behandlungsplan informiert (2, 8). Weitere Folgen einer unzureichenden Koordination in einem interdisziplinären, sektorenübergreifenden Kontext sind vermeidbare Zusatzdiagnostik und Krankenhausaufenthalte, unzureichende Berücksichtigung von Begleiterkrankung sowie erschwerte Kontinuität in der Gesundheitsversorgung (7, 9). Dies führt zu vermeidbarer Aufwendung von Ressourcen und schmälert allen voran die Qualität der Gesundheitsversorgung (9).

Internationale Gesundheitssystemexperten halten für eine erfolgreiche Koordination eine effektive Kommunikation aller beteiligten Akteure für essentiell (10, 11). Eine Voraussetzung dafür ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen allen Behandelnden (12). Dabei fällt auf, dass der Informationsfluss vor allem an den Schnittstellen problematisch ist: Zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (interprofessionell) einerseits und zwischen den Sektoren andererseits, wobei die Entlassung aus der stationären Behandlung eine besondere Herausforderung darstellt (9). Die Informationsübermittlung erfolgt wenig standardisiert und größtenteils informell, was begünstigt, dass nicht alle relevanten Informationen zwischen

allen relevanten Akteuren ausgetauscht werden (9). Dies gilt nicht nur für onkologische Patienten, sondern auch für Patientinnen, die aus anderen Gründen einer komplexen Gesundheitsversorgung bedürfen (13).

Problematisch sowohl für Patienten selbst als für die Organisation der weiteren Versorgung ist der Informationsmangel bei Hausärztinnen (7).

Auch auf lokaler Ebene stellt sich die Koordination der Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Akteure bei Patienten mit komplexen Erkrankungen als herausfordernd dar (UKT Zuweiserbefragung 2017, KGK AK Runder Tisch poststat. Versorgung). Insbesondere die Problematik, wie der Informationsaustausch inhaltlich und zeitlich adressatengerecht gestaltet werden kann, konnte bisher nicht gelöst werden (Workshop Tag der Allgemeinmedizin 2018, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (IAIV)). Zudem beziehen sich Lösungsangebote vorwiegend auf den Zeitraum der Entlassung (z.B. vorläufige Entlassberichte, scanbarer Medikationsplan), ein kontinuierlicher Austausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteurinnen war bisher nicht im Fokus.

Eine stärkere Formalisierung und Bündelung relevanter Informationen sowie neue Medien eröffnen hier zahlreiche neue Optionen, die jedoch an die jeweilige Situation angepasst werden müssen (13).

Ziele:

Uns ist keine Studie bekannt, die im deutschen Kontext untersucht hat, welche konkreten Lösungsansätze Betroffene sehen, um die Kommunikation zwischen möglichst allen Akteuren zu verbessern.

Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, welche Hürden verschiedene Behandelnde und Patienten aus ihren jeweiligen Perspektiven in der Zusammenarbeit und Kommunikation wahrnehmen. Basierend darauf sollen problemorientiert konkrete und praktikable Lösungsoptionen im lokalen Setting entwickelt werden. Dadurch könnte eine zielgerichtete und kontinuierliche Übermittlung von Informationen erreicht werden, was zu einer verbesserten Patientensicherheit, Behandlungsabläufen und somit Behandlungsqualität beiträgt.

2 Methoden

2.1 Studienaufbau (Überblick)

Aufgrund des explorativen Ansatzes wurde die vorliegende Studie als qualitative Befragung geplant. Ziel war es, die Problemaspekte der Schnittstellenkommunikation aus allen relevanten Perspektiven zu beleuchten und gemeinsam Lösungsansätze zu diskutieren. Sowohl die Datenerhebung (Nutzung verschiedener Interviewformen) als auch die Datenauswertung (Integration verschiedener Perspektiven in ein gemeinsames Kategoriensystem) basierte auf den Techniken der Triangulation nach Flick (14).

Um Einblicke in die lokale Thematik der Schnittstellenkommunikation zu bekommen und darauf aufbauend die inhaltliche Gestaltung der Fokusgruppen zu planen, wurden zunächst explorative Vorgespräche mit Experten geführt. Im Anschluss wurden leitfadengestützte, interprofessionelle Fokusgruppen durchgeführt, bis eine Informationssättigung erreicht wurde. Abschließend wurden die Ergebnisse in einem Validierungsworkshop im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Forum Innovative Primärversorgung“ validiert.

Die Teilnehmenden setzten sich aus Vertretern der unter 2.2 aufgeführten Gruppen zusammen.

2.2 Studienpopulation der explorativen Vorgespräche und Fokusgruppen

Die Teilnehmenden wurden so ausgewählt, dass eine Repräsentation der verschiedenen inhaltlich relevanten Perspektiven von Problemzugängen sichergestellt war.

Dies umfasste verschiedene Akteure, die in der Versorgung von onkologischen Patienten oder in der Kommunikationsgestaltung der Versorgung eine zentrale Rolle spielen sowie die Perspektive der Patientinnen selbst.

- Patientenvertretung
- Fachärztinnen, die onkologische Patienten am Tumorzentrum Comprehensive Care Center (CCC) Tübingen-Stuttgart behandeln
- Psychoonkologische Abteilung des CCC
- Pflegekräfte, die onkologische Patienten am CCC Tübingen-Stuttgart betreuen
- Mitarbeitende des Sozialdienstes, die onkologische Patienten am CCC Tübingen-Stuttgart betreuen
- Regionale Pflegewissenschaftler mit entsprechendem Schwerpunkt
- Hausärztinnen und deren Teams, die onkologische Patientinnen aus dem CCC betreuen

- Niedergelassene fachärztliche Mitbehandelnde
- Runder Tisch „Poststationäre Versorgung“ der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK)
- „Zentralbereich Medizin“ des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) (zuständig für Struktur-, Prozess- und Qualitätsmanagement)
- „Tübinger Projekt“ (ambulante Palliativversorgung)
- Lokale Apotheken

Der Durchführung der Studie stimmten die Ethikkommission der Universität Tübingen (331/2019BO2) sowie der Personalrat des Universitätsklinikums Tübingen zu. Das Einverständnis zur Teilnahme wurde von allen Teilnehmenden eingeholt.

2.2.1 Ausschlusskriterien

Personen, die unter 18 Jahre alt waren oder an einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung litten, wurden von der Studie ausgeschlossen.

2.2.2 Rekrutierung

Die Rekrutierung der o.g. Teilnehmenden erfolgte gemeinsam durch die Geschäftsstelle der KGK und das IAIV mit Unterstützung der Geschäftsführung des CCC. Die Patientenvertretung sowie das stationär tätige Personal aus den Bereichen Pflege, Sozialdienst und ärztlicher / psychotherapeutischer Dienst wurde über die jeweiligen organspezifischen Zentren des CCC persönlich per E-Mail rekrutiert. Diese wurden um Weiterleitung des Projekts an weitere Interessierte gebeten. Es fand zusätzlich eine Rekrutierung nach dem Schneeballprinzip statt. Die Hausärzte wurden über persönliche Kontakte des IAIV, über E-Mailverteiler der Lehrärztinnen des IAIV und des lokalen Qualitätszirkels rekrutiert. Über letzteren wurden auch lokale Apotheken erreicht. Der Zentralbereich Medizin des UKT, regionale Pflegewissenschaftler sowie die ärztliche und pflegerische Leitung des „Tübinger Projekt“ wurden persönlich per E-Mail kontaktiert. Weitere niedergelassene Fachärztinnen (insb. Gynäkologie, Gastroenterologie, HNO...) wurden nach dem Schneeballprinzip telefonisch oder schriftlich via Fax oder E-Mail kontaktiert. Eine weitere Rekrutierungsmöglichkeit bot die Vorstellung des Projekts im Rahmen der Sitzung der leitenden Personen des CCC sowie im Rahmen des Treffens des Arbeitskreises „Poststationäre Versorgung“ der KGK.

Die Rekrutierung für den Validierungsworkshop erfolgte per E-Mail an die Teilnehmenden der Fokusgruppen sowie an die Mitglieder des Arbeitskreises „Poststationäre Versorgung“ und „Hausärztliche Versorgung“ der KGK und wurde zusätzlich im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Forum Innovative Primärversorgung“ beworben. Bei den Sitzungen

dieser genannten Arbeitskreise und beim Tag der Allgemeinmedizin des IAIV im November 2019 wurde ebenfalls auf die Veranstaltung aufmerksam gemacht.

2.3 Entwicklung der Interviewleitfäden und Durchführung der Fokusgruppen

Die explorativen Vorgespräche wurden offen geführt. Der Schwerpunkt lag auf Problemen in der Schnittstellenkommunikation, konkreten Beispielen dafür und Lösungsideen für die genannten Probleme. Basierend auf den Ergebnissen dieser Experteninterviews wurde der Leitfaden für die Fokusgruppen im Sinne von halbstrukturierten Interviews entwickelt. Nach der ersten Fokusgruppe wurde der Leitfaden angepasst. Es war aufgefallen, dass der Informationsgewinn auf Basis der vorgegebenen (aus den Vorgesprächen extrahierten) Problemfelder wenig gewinnbringend war und eher der Diskussionsfluss dadurch gestört wurde. Daher wurde beschlossen auf das Einbringen von Ergebnissen aus den vorangegangenen Experteninterviews ganz zu verzichten und die Problemfelder induktiv aus den genannten Problemaspekten der Teilnehmenden zu generieren. Der weitere Ablauf der Fokusgruppe blieb unverändert.

2.4 Datenerhebung, Durchführung der Interviews

2.4.1 Explorative Vorgespräche

Die explorativen Vorgespräche wurden im Rahmen von Telefoninterviews geführt. Diese Experteninterviews wurden offen geführt und stichpunktartig protokolliert.

2.4.2 Fokusgruppen

Die Fokusgruppen wurden im IAIV von der Projektleiterin gemeinsam mit einer wechselnden Ko-Moderation durchgeführt. Im Rahmen der Kooperation mit der Geschäftsstelle der KGK des Landkreises Tübingen i.R. dieser Studie war bis auf die erste Fokusgruppe stets eine Vertretung dieser Abteilung beteiligt. Für die Teilnahme an den Fokusgruppen wurde eine Entschädigung von 100€ gezahlt.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen setzten sich interprofessionell aus dem unter 2.2 beschriebenen Personenkreis zusammen. Durch die Interaktion in einer heterogenen Gruppe sollte ein tiefergehender Informationsgewinn erreicht werden als es bei Einzelinterviews der Fall wäre. Durch den direkten Austausch aus verschiedenen Blickwinkeln konnten Lösungsvorschläge direkt von den unterschiedlichen Expertinnen sowie Nutzern bewertet werden.

Die Fokusgruppen wurden digital aufgenommen und nach den geltenden Datenschutzrichtlinien gespeichert und von einem lokalen Dienstleister wörtlich in geschriebene Form transkribiert. Bei der Transkription erfolgte eine Pseudonymisierung in

Bezug auf die Profession der Teilnehmenden. Angaben, die eine Identifizierung der Befragten ermöglichen könnten, wurden verallgemeinert.

2.4.3 Validierungsworkshop

Im Validierungsworkshop wurden zunächst die Ergebnisse der Fokusgruppen präsentiert und im Plenum offen diskutiert. Im Anschluss wurde in Kleingruppen am Thema der Vernetzung und Koordination der in die Versorgung involvierten Akteure sowie Patienten gearbeitet. Das Ziel war es, zu validieren, zwischen welchen Akteuren der Informationsaustausch problematisch ist.

In den Fokusgruppen war der Aspekt der Koordination der verschiedenen Mitbehandelnden nicht ausführlich thematisiert worden. Daher wollten wir herausfinden, welchen Akteuren Mitbehandelnde und Patienten eine Koordinationsfunktion zuschreiben. Dazu wurden die Teilnehmenden gebeten, Klebepunkte auf Akteure zu verteilen, die sie für das Gelingen der Gesundheitsversorgung verantwortlich halten. Jeder erhielt fünf Punkte, welche beliebig verteilt, also auch kumuliert werden konnten. Die Akteure umfassten relevante Behandelnde aus dem stationären sowie ambulanten Setting, Angehörige und Patientinnen selbst sowie die neue Profession eines Care Managers. Es fand eine fotografische Ergebnissicherung statt. Zusätzlich wurden die Beiträge während des Workshops stichpunktartig protokolliert.

2.5 Auswertung der Daten

Die Fokusgruppen wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die explorativen Vorgespräche wurden stichpunktartig protokolliert. Das Material wurde nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse (15) unter zur Hilfenahme des Programms „MaxQDA“ ausgewertet.

Bei der vorliegenden Arbeit erfolgte die Kategorienbildung in erster Linie induktiv. In den explorativen Vorgesprächen wurden die übergeordneten Problemfelder, aus denen die Hauptkategorien entstanden, am Material aus den genannten Problemen generiert. In den Fokusgruppen wurden zu Beginn Probleme offen abgefragt; im Verlauf der Fokusgruppe wurden einzelne Probleme bzw. Lösungsaspekte von der Interviewerin gezielt eingebracht, die aus den Vorgesprächen stammten. Die Hauptkategorien haben daher eher induktiven Charakter, enthalten jedoch Unterkategorien, die deduktiv und induktiv entstanden. Eine solche Mischung von induktiver und deduktiver Kategorienbildung ist in der angewendeten Auswertungsmethode üblich (16).

Für die Erstellung des Kategoriensystems wurden die Fokusgruppen in chronologischer Reihenfolge bearbeitet, wobei mit der ersten begonnen wurde. Durch die Interprofessionalität war in jeder Fokusgruppe ein Großteil der erwähnten Themen

abgedeckt. Die einzelnen Aussagen wurden abstrahiert und in Reduktionsbegriffen zusammengefasst. Durch thematische Zuordnung der Reduktionsbegriffe entstanden Kategorienbezeichnungen, aus deren Hierarchisierung das Kategoriensystem erstellt wurde (17). Dieses Beispiel veranschaulicht den Vorgang der Paraphrasierung und Reduktion.

Originaltext	Paraphrasierung	Generalisierung auf erstes Abstraktionsniveau und erste Reduktion	Zweite Reduktion
„Das Zweite ist, dass man dann oft nicht weiß, welche weiteren Kontrollen jetzt in meine Kompetenz fallen, ja, oder was jetzt in der Klinik vorgesehen ist, weiterzumachen.“	Der Hausarzt weiß nicht, wie die zu erledigenden Aufgaben zwischen ihm und der betreuenden Klinik aufgeteilt sind.	Unklarheiten der Aufgabenaufteilung zwischen Hausarzt und Klinik	Sektorenübergreifende Aufgabenverteilung
„[...] den Hausärzten vielleicht dann auch ein Stückweit eine Unsicherheit besteht, also was kann ich jetzt da wirklich dran verändern oder wie soll ich mich einmischen, oder ob das so ein, vielleicht nicht eine Unsicherheit, aber vielleicht lassen sich die Klinikärzte auch nicht so gerne da was sagen, oder dass da quasi was dann verändert wird an der Medikation oder so was eingestellt wird.“	Hausärzte sind sich unsicher, wie sie sich einbringen sollen. Klinikärzte lehnen eine Veränderung des von ihnen vorgeschlagenen Prozederes ab.	Unsicherheiten von Seiten der ambulanten Weiterbehandler bzgl. des Handlungsspielraums sowie eine befürchtete Ablehnung einer Veränderung des von der Klinik vorgegeben Prozederes beeinflussen, wer welche Aufgaben übernimmt.	

Zur Optimierung des Kategoriensystems und zur Objektivitätsprüfung wurden die Transkripte der einzelnen Fokusgruppen von der Interviewerin und einer Hilfswissenschaftlerin unabhängig voneinander kodiert. Im Anschluss an die Kodierung jeder einzelnen Fokusgruppe wurden die Abweichungen im von den beiden Personen jeweils erstellten Code besprochen und ein gemeinsames Kategoriensystem erstellt. Dieses wurde zur Kodierung der nächsten Fokusgruppe verwendet. Nach diesem Ablauf wurde das Kategoriensystem der Fokusgruppen optimiert. Gemeinsam mit einer mit dieser Auswertungsmethode erfahrenen Wissenschaftlerin wurden Queranalysen durchgeführt und das Kategoriensystem final angepasst. Abschließend wurde das finale Kategoriensystem auf das gesamte Material angewendet.

3 Ergebnisse

Studienpopulation / Teilnehmer

Im Zeitraum Juni bis Juli 2019 wurden fünf Fokusgruppen mit insgesamt 37 Teilnehmenden durchgeführt. Hausärzte (n=7) und stationär am UKT tätige Ärztinnen und Psychoonkologen unterschiedlicher onkologischer Fachrichtungen (n=7) stellten die in den Fokusgruppen am häufigsten vertretenen Gruppen dar (s. Tab.1). Darüber hinaus waren Teilnehmende aus den Bereichen Patientenvertretung (n=4), ambulantem oder stationärem Pflegedienst (n=4), Pflegewissenschaften (n=4), Sozialdienst des UKT (n=3), dem lokalen Palliativdienst (n=2), der lokalen Geschäftsstelle der KGK (n=2), Sonstige (n=3) sowie eine niedergelassene Fachärztin mit onkologischem Schwerpunkt vertreten. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden waren weiblich. Es wurde eine breite Alterspanne abgedeckt, das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 50 Jahren.

Am Validierungsworkshop nahmen insgesamt elf Personen teil darunter auch Patienten. An der eigentlichen Werkstattphase nahmen acht Personen teil.

Tabelle 1 - Zusammensetzung der Fokusgruppen

FG	Datum	Soziodemographische Informationen		Anzahl der Teilnehmenden pro Gruppe										Dauer	
		Geschlecht	Alter in Jahren	HA	AS	AA	PD	PW	PAT	SOZ	PAL	GK	Misc		
1	19.06.19	6 F/6	(32-76) 55,83	0 f1	1 f1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1:41:41 (102 min)
2	28.06.19	5F/7	(28-68) 54,3*	2	2	0	0	1	0	0	1	1	0	1:50:19 (110 min)	
3	03.07.19	4F/8	(45-65) 56,2*	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1:17:41 (78 min)	
4	10.07.19	6F/8	(27-59) 41,7*	1	3	1	0	1	0	1	0	1	0	1:36:27 (96 min)	
5	15.07.19	7F/10	(31-65) 46,7	2 f1	1 f1	0	1	1	1	1	0	1	2	1:35:26 (95 min)	
Gesamt		28F/37	(27-76) 50,95	7	7	1	4	4	4	3	2	2**	3	(95-110 min) 96 min	

Legende:

HA – Hausärztinnen und Hausärzte (u.a. Vorsitz Hospizdienste)

AS – Stationär tätiges ärztliches Personal aus verschiedenen Spezialisierungen, welche onkologische Patienten betreuen

AA – ambulant tätiges ärztliches Personal aus verschiedenen Spezialisierungen, welche onkologische Patienten betreuen

PD – stationär oder ambulantes Pflegepersonal, welche onkologische Patienten betreuen (u.a. Konsildienst, Pflegestützpunkte)

PW – Personen aus Bereich Pflegewissenschaften mit Erfahrungen in der onkologischen Patientenbetreuung

PAT – Patientenfürsprecher / Patientenberatung, Patientenvertretung am UKT

SOZ – Sozialdienst stationär

PAL – spezialisierte ambulante palliative Versorgung (ärztliches oder pflegerische Personal)

GK – Abteilung Gesundheit, Landratsamt Tübingen

Misc – Zentralbereich Strategie (an Kommunikationsgestaltung beteiligt), Apotheken

f- angemeldet, aber gefehlt (dahinter Anzahl der Personen, die das betrifft)

*Angaben zu Alter nicht vollständig

** Teilnehmende haben an mehreren Fokusgruppen teilgenommen, insgesamt 2 Teilnehmende aus dieser Gruppe

Hauptkategorien

Es wurden drei Hauptkategorien mit jeweils mehreren Unterkategorien herausgearbeitet, welche die Probleme bei der Schnittstellenkommunikation bei onkologischen Patienten umfassen. Das ausführliche Kategoriensystem findet sich im Anhang.

Organisation der Kommunikation

Vernetzung: Für eine funktionierende Schnittstellenkommunikation ist es erforderlich, dass alle relevanten Akteure inkl. Patientinnen in das Gesundheitsnetzwerk eingebunden sind und Informationen austauschen.

Kommunikationsmedien und Erreichbarkeit: Falls beim Empfänger der Information Fragen auftreten, sollte die Rückkommunikation zur Klärung von Fragen zeitnah und datenschutzrechtskonform möglich sein und der Sendende ressourcenschonend erreichbar sein.

Koordination: Über die Fragestellung der Kommunikation im engeren Sinne hinaus war ein weiteres Thema, wie die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure koordiniert wird.

Adressatengerechte Information: Beim Informationsaustausch zwischen zwei Akteuren ist es wichtig, dass die Information darauf abgestimmt ist, was für den Adressaten inhaltlich relevant ist. Zudem sollte sich auch das Format am Empfangenden orientieren.

Rollenverständnis: Wer einbezogen wird, welche Information geteilt wird und wie Therapieentscheidungen getroffen werden, wird maßgeblich von den zugrunde liegenden Rollenvorstellungen der Mitbehandelnden bestimmt. Dies bezieht sich sowohl auf das eigene Rollenverständnis sowie auf die Rolle, die die Mitbehandelnden den Patientinnen zuschreiben.

Als übergeordnetes Thema wurde eine patientenzentrierte Betreuung entlang eines ganzheitlichen Behandlungsplanes genannt, welcher an die individuellen Bedarfe angepasst ist und die Präferenzen des Patienten berücksichtigt.

Im Folgenden beschreiben wir für jedes o.g. Problemfeld, welche untergeordneten Problemaspekte und Lösungsansätze genannt wurden. In der Reihenfolge orientieren wir uns an dem chronologischen Ablauf einer Kommunikationskette. Die Lösungsideen setzen teilweise an mehreren Problemaspekten an und gehen in ihrer Zielsetzung über die hier untersuchte Fragestellung der Schnittstellenkommunikation hinaus. Die Aspekte, die im Validierungsworkshop aufkamen, werden an dem dazu passenden Abschnitt ergänzt.

3.1 Vernetzung der verschiedenen Akteure

3.1.1 Mangelnde Vernetzung – Mitbehandelnde aus anderen Sektoren oder Professionen werden nicht informiert

Als Problem wurde genannt, dass nicht alle Akteure, die an der Behandlung beteiligt sind, in die Kommunikation einbezogen werden. Dies tritt vor allem auf, wenn Informationen über Sektoren hinweg oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen übermittelt werden muss.

Sie hatte den Kurzbrief zu Hause noch gehabt, sie ist an Karfreitag entlassen worden, Drainage wurde auf Station entfernt. Also es hatte eigentlich keiner gewusst, außer dem Sohn, dass sie entlassen wird. (FG2 PD2)¹

Die Befragten sahen einen Grund dafür, dass wichtige Beteiligte nicht informiert werden, in Unklarheiten oder Unkenntnissen bezüglich der Zuständigkeiten und Kompetenzen von Mitbehandelnden. Dies betreffe vor allem hochspezialisierte oder nicht-medizinische Fragestellungen. Dafür kristallisierten sich in den Fokusgruppen zwei maßgebliche Gründe heraus: Oft sei nicht klar, welche Dienste oder Personen bereits in die Gesundheitsversorgung involviert seien. Zudem hänge, wer wann informiert wird mit dem Rollenverständnis und Behandlungsanspruch der jeweiligen Behandelnden zusammen (mehr dazu siehe Abschnitt 3.5):

Eben nicht alle Akteure [werden] selbstverständlich mit einbezogen, sondern immer so partiell werden Informationen gegeben oder auch Kontakte aufgebaut, aber nicht grundsätzlich an alle Akteure. (FG2 GK1)

[...] Zwischen stationärer quasi und ambulanter Versorgung, da ... ich weiß nicht, es gibt ja auch Aufnahmebögen oder so, aber ich glaube, da wird das einfach nie abgefragt, ob man schon Kontakt hatte [...] (FG2 PD2)

Außerdem spiele das Unwissen über Aufgaben, Angebote und Expertise von anderen Berufsgruppen eine maßgebliche Rolle.

[...] und viele Niedergelassene wissen einfach nicht, was für Therapie mache ich, [...] Und durch Zufall, weil vielleicht jemand sich drum kümmert, bekommen sie das, aber häufig viel zu spät. (FG5 AS7)

Aber es wird halt oft nicht auf uns verwiesen und die Leute kennen den Pflegestützpunkt z.B. nicht. (FG1 PD2)

¹ Am Ende jedes Zitats sind in Klammern die Fokusgruppe (FG) und das Pseudonym des Zitierten angegeben. Die Aufschlüsselung der Pseudonymisierung zur Berufsgruppe findet sich in Tabelle 1.

Es wurde berichtet, dass ein besonderes Problem der Informationsmangel bei ambulanter Chemotherapie sei: Es würden keine Behandlungsberichte erstellt, so dass unklar bleibe, wie diese Behandlung vertragen wurde oder der Behandlungsplan verändert wurde.

[...] die ambulanten Patienten, die zur ambulanten Chemo kommen, da ist oft eine ganz große Unsicherheit über diese Chemos und da werden wirklich keine Arztbriefe erstellt. Und das ist ein ganz großes Problem für die Patienten. (FG3 SOZ1)

All das zeigt, dass die einzelnen Akteure sehr aus ihrer eigenen Perspektive heraus handeln und eine ganzheitliche Betrachtung des Prozesses häufig fehlt. Die Thematik, dass Patienten nur partiell, aber nicht ganzheitlich betrachtet werden, wurde von den Teilnehmenden häufig eingebracht.

3.1.2 Lösungsansatz: Gemeinsame Erfassung der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure (prästationär und kontinuierlich im Behandlungsprozess).

Um den Einbezug aller in die Gesundheitsversorgung involvierten Akteure sicherzustellen, wurde folgender Lösungsvorschlag genannt: Der Patient bzw. eine Bevollmächtigte wird bei stationärer Aufnahme (oder vor geplanter stationärer Aufnahme vom Hausarzt) gefragt, welche Personen oder Dienste an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind und in welchem Ausmaß diese Informationen erhalten sollen. Dabei gab es verschiedene Vorschläge, wie genau dies dokumentiert werden sollte. Ein Vorschlag war im klinischen Dokumentationsprogramm ein sog. Behandler Netzwerk oder eine einfache Liste mit potenziellen Netzwerkakteuren zu erstellen.

3.1.3 Lösungsansatz Therapiebegleitbuch

Zur Verbesserung der Informationsübermittlung nach ambulanter Therapie schlugen die Befragten vor, ein Therapiebegleitbuch, das bei der Patientin verbleibt, zu führen. Dort sollen Meilensteine der Behandlung von dem jeweiligen Akteur dokumentiert werden. Ambivalent wurde dies bezüglich die konkrete Umsetzung gesehen. Bei dem vorgeschlagenen Format eines Laufzettels befürchteten einige Befragte, dass dieser verloren gehen oder vergessen werden könnte. Auch die Frage, wer diese Informationssammlung pflegt und aktualisiert, wurde aufgeworfen.

Im Validierungsworkshop wurden beide Lösungsvorschläge als vielversprechende und einfach umsetzbare Ansätze empfunden (insbesondere als Zwischenlösung bis zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte).

3.1.4 Zusammenfassung Vernetzung

Problemaspekte

- Nicht alle relevanten Behandelnden (insb. aus anderen Sektoren oder Professionen) werden informiert
- Informationsmangel und ungleicher Wissenstand (insbesondere nach ambulanter Chemotherapie)
- Mangel an einer ganzheitlichen Wahrnehmung des Versorgungsgeschehens (s.u.)

Lösungsansätze

- Erfassung der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure bei stationärer Aufnahme
- Gesundheitsmappe (ähnlich analoger Patientenakte)
- Vermehrt gemeinsame / interprofessionelle Fortbildungen

3.2 Adressatengerechte Informationsübermittlung zwischen den relevanten Akteuren

3.2.1 Inhalte

Wenn der Patient vom ambulanten Sektor in die Klinik kommt, sind die Informationen, die man benötigt, um weitere Diagnostiken oder Therapieentscheide fällen zu können, immer wieder unvollständig. Und andersherum genauso. (FG3 M1)

Dieses Zitat illustriert, dass die Empfängerin nicht die Informationen bekommt, die spezifisch für sie relevant sind. Dieser Missstand wurde von allen Teilnehmenden beklagt und war unabhängig von Sektor oder Profession.

Mitbehandelnde wünschten sich Informationen dazu, wo der Patient innerhalb des Behandlungsplanes steht und wie die konkreten Aufgaben für den nächsten Behandlungsabschnitt verteilt sind. Dabei sollte das Prozedere unter Einbezug des Patientenwillens und der individuellen Bedarfe begründet sein. Insbesondere Informationen zum Stand der Krankheitsverarbeitung bzw. Therapieziele (der Patientin) wurden vermisst.

Und auch nicht informiert wird, was jetzt angeleiert ist. Also, zum Beispiel der und der Pflegedienst oder das Projekt, die Brückenpflege, das Projekt ist informiert oder solche Dinge. [...] Es betrifft auch medizinische Themen, aber was mir jetzt mehr Schwierigkeiten macht, sind die nicht-medizinischen Themen. (FG2 HA1)

[...] wo jetzt eigentlich der Abdominalchirurg eine Entscheidung treffen muss und eine Entscheidung trifft, da macht man jetzt nichts mehr, die Patientin aber zu mir hereinkommt und voll im Leben steht und die jetzt eine Lösung will. [...] (FG4 HA5)

Professions- und sektorenunabhängig wurde beklagt, dass insbesondere konkrete Informationen zum Symptommanagement sowie zu nicht-medizinischen Aspekten fehlten. Dies betreffe vor allem psychosoziale und pflegerische Bedarfe.

Dass Inhalte, insbesondere bezüglich Symptommanagement und personeller Zuständigkeiten, allgemein und nicht konkret patientenbezogen formuliert würden, wurde als problematisch empfunden.

Ja, wenn der Patient Angst hat, geben Sie halt etwas zur Beruhigung. Ja, aber was denn? Ich finde vielleicht auch da mehr konkret, also da die Experten, die doch die Patienten behandelt haben, die zuhauf diese Nebenwirkungen sehen oder zuhauf dieses Erkrankungsbild, dann vielleicht auch konkreter, das sind ja oft diese Zusammenfassungen, die sind so kurz und einfach Standard und gar nicht individuell angepasst. (FG1 AS1)

Hausärzte wünschten sich, dass von Mitbehandelnden kommuniziert wird, an wen man sich bei Fragen wenden kann und die Erreichbarkeit dieser Person vorzuhalten.

[...] Ich habe auch keine Zeit und keine Lust, mich durch irgendwelche Akten dann durchzuwühlen und zu gucken: Wo ist der Ansprechpartner? Sondern ich brauche das [...] wo irgendwo das steht: Der und der und den kann ich anrufen, weil ich jetzt ein Problem habe. (FG3 HA3)

Dies wäre durch das o.g. Erfassen aller Akteure zu erreichen.

Die Befragten begründeten die Problematik der Kommunikation relevanter Inhalte darin, dass dem Sendenden nicht bekannt sei, welche Informationen (insbesondere nicht-medizinische) der Empfänger benötige und gewisse Informationen insbesondere nicht-medizinische gar nicht erst von Patientinnen erhoben werde. Das gesetzlich vorgeschriebene Entlassmanagement sei bezüglich der Erfassung solcher Patientenbedarfe unzureichend umgesetzt (siehe Punkt 3.2.3).

Die Wahrnehmung, dass nur partiell Informationen erfragt werden, interpretierten die Befragten als Mangel einer ganzheitlichen Betrachtung von Patientinnen.

Also, was braucht der Patient heute und [nicht] ich mache [...] mein Schema, um allein zu gucken, dass ich nach fünf Minuten den nächsten Patienten sehe. (FG1 AS1)

3.2.3 Format

Bei der Übermittlung von Informationen nahmen die Befragten Mängel bezüglich formaler Aspekte wahr. Sowohl Patienten als auch ambulante Behandlerinnen empfanden die Verwendung des Fachjargons inklusive Abkürzungen im Rahmen einer spezialisierten Behandlung als schwer verständlich. Dies betreffe vor allem Entlassberichte.

Ich meine, für den onkologischen Bereich ist es vielleicht klar, dass wenn man reinschreibt, der Patient hat diese oder jene insbesondere vielleicht neuartige Behandlung gehabt, Antikörper oder Ähnliches, dann ist es für einen Onkologen vielleicht klar, was das bedeutet oder worauf zu achten ist, aber für einen Niedergelassenen, gerade jetzt in der Kinderheilkunde, wo es eben keine Spezialisierung gibt, nicht unbedingt. (FG2 AS3)

Es gibt dann immer schon diese ganz langen Arztbriefe, wo dann anfängt mit Erstdiagnose im letzten Jahrhundert, ja, und dann alles ganz schön. Es würde völlig eine kurze Information reichen: Was ist gemacht worden? Wann ist es gemacht worden? Wann ... Was ist als Nächstes vorgesehen? Und welche Untersuchungen braucht es bis dahin? (FG3 HA3)

Ein weiteres Problem sei die Zeitverzögerung, mit der der Entlassbericht die Adressaten erreiche. Dieser Aspekt wird im Abschnitt 3.3 zu den verschiedenen Kommunikationsmedien vertieft.

Patienten berichteten zudem darüber, dass das Gesprächssetting nicht adäquat sei. Dies betreffe vor allem Gespräche zur Diagnoseübermittlung oder Therapieentscheidung. Patientinnen fehlte die empathische Komponente in diesen Gesprächen.

Diagnosen sind [...] am Telefon gegeben worden. Und das ist natürlich dann der Supergau. (FG1 PAT3)

3.2.3 Exkurs Entlassmanagement

Das eingeführte Entlassmanagement, das zur Lösung der oben genannten Probleme beitragen soll, sei aus Sicht vieler Befragter unzureichend umgesetzt.

Aber das Entlassmanagement, das ist ja nur eine Hülse, muss man ehrlicherweise sagen. (FG2 AS2)

Aus Mangel an Personal und Zeit für die Menge an Patientinnen fände kein umfassendes Assessment zur Feststellung der individuellen Patientenbedarfe statt; außerdem würden Entlassberichte nicht zeitnah an die poststationären Versorger weitergeleitet. Als besonders problematisch wurde dabei empfunden, dass die Aufgabenaufteilung im Rahmen des Entlassmanagement fragmentiert sei, ohne dass es eine Überprüfung gebe. Das ärztliche Personal sei letztendlich verantwortlich für Bereiche, die nicht in deren Aufgabenbereich fielen.

Bei uns gibt es in dem Sinne keine definierte Stelle, die das Entlassmanagement macht, sondern im Endeffekt ist es eben so, der psychosoziale Dienst macht seinen Part, die Ärzte machen ihren Part und die Pflege macht ihren Part. Und der Arzt muss am Ende im Entlassmanagement eben irgendwo ein Häkchen setzen, ob die Weiterbetreuung oder -behandlung gewährleistet ist. Aber im Endeffekt ist es sozusagen dann Aufgabe vom Arzt im Endeffekt einzutragen oder sich zu kümmern, ob der Patient die Medikamente hat, ob der Patient irgendwie anschlussversorgt ist oder nicht. Und das ist, wenn man praktisch so ein Entlassmanagement wirklich dann komplett umsetzen würde, dass das eben auch jemand anderes potenziell übernimmt diese Funktionen, das zu überprüfen. Das würde sicherlich auch qualitativ verbessern, weil dort eben Sachen praktisch mitbearbeitet werden sollen, die zwar jetzt dem Arzt nicht ... also, die den Arzt interessieren, aber die er nicht bearbeitet und deswegen nicht beeinflusst.
(FG2 AS3)

Die Mehrheit der Befragten bewerteten die Ansätze des Entlassmanagements als positiv und forderten eine Verbesserung der Umsetzung; insbesondere, dass eine zusätzliche dafür qualifizierte Person eingesetzt wird, um die Arbeit der einzelnen Bereiche zusammenzuführen und zu überprüfen (siehe auch 3.2.5.)

3.2.4 Lösungsansätze Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Für eine ganzheitliche Patientenbetreuung sei eine ausreichende Beachtung von nicht-medizinischen Aspekten unabdingbar. Zur Stärkung der Berücksichtigung dieser Aspekte gab es mehrere Vorschläge, die alle eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit beinhalteten.

- Interprofessioneller Bericht:

Die Befragten sahen einen Ansatz darin, interprofessionell zu dokumentieren und einen interprofessionellen Behandlungsbericht zu erstellen, der mit Informationen von allen an der Betreuung beteiligten Akteuren (möglichst automatisiert) gespeist wird. Ein Teilnehmer berichtete von Erfahrungen damit:

[...] Da hat wirklich jeder, der mit der Patientin gearbeitet hat, einen Passus im Arztbrief geschrieben. Die waren auch sehr unterschiedlich im Tonfall gehalten. (FG5 HA6)

Bezüglich der konkreten Umsetzung bemerkten die Teilnehmenden folgende offene Fragen: Wer trägt die Informationen zusammen? Wer signiert den Bericht und kennzeichnet sich abschließend dafür verantwortlich?

- Interprofessionelle Fallkonferenzen:

Ebenso dazu beitragen könnten aus Sicht der Befragten interprofessionelle Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten in Anlehnung an die bereits bestehenden Tumorkonferenzen, in welchen das weitere Prozedere sektorenübergreifend unter Beteiligung der verschiedenen medizinischen Disziplinen beschlossen wird. Dies wurde auch als Ansatz zur Begegnung des in 3.4 thematisierten Problems der Unklarheiten bezüglich der Aufgabenaufteilung bei der Zusammenarbeit vieler Akteure gesehen.

- Standardisierte Behandlungspfade:

Ein weiterer Vorschlag war, standardisierte Behandlungspfade im Rahmen von sektorenübergreifenden, interprofessionellen Workshops zu entwickeln. Dabei würden alle relevanten Akteure miteinbezogen.

3.2.5 Lösungsansatz Empfängerorientierter Entlassbericht

Bezüglich der Informationsübermittlung via Entlassbericht gab es konkrete Vorschläge, wie dieser sowohl inhaltlich als auch formal besser gestaltet werden könnte.

- Inhalte:
 - Aktueller Stand im Behandlungsplan (dies umfasse neben medizinischen auch psychologische, pflegerische und soziale Aspekte)
 - Psychosoziale Situation des Patienten
 - Konkretes Prozedere im Behandlungsplan inkl. der für die Umsetzung notwendigen Zuständigkeiten
 - Konkreter Ansprechpartner bei Fragen
 - Konkrete Vorschläge zum Symptom-Management
 - Sicht des Patienten auf Behandlungsplan
- Formal:
 - Grafisch übersichtliche und gebündelte Präsentation der wichtigen Inhalte (s.o.)
 - Keine Verwendung von (fachspezifischen) Abkürzungen

- Verwendung des Wirkstoffnamens anstatt des Handelsnamens bei Arzneimitteln
- Grafische Hervorhebung von Änderungen an der Medikation (z.B. Aufnahmemedikation neben Entlassmedikation platzieren)
- Übermittlung des vorläufigen Entlassberichtes an den Hausarzt per Fax / digital (die Thematik der Kommunikationsmedien wird in Punkt 3.3 tiefergehend ausgeführt)

Im Validierungsworkshop wurde ergänzend vorgeschlagen, einen *Translator* basierend auf künstlicher Intelligenz zu nutzen, um die Verständlichkeit von Berichten empfängerangepasst zu gestalten.

3.2.6 Lösungsansatz Nachsorgetelefonat

Um der Problematik der Unklarheiten bezüglich des Symptommanagements nach Entlassung aus stationärem Aufenthalt zu begegnen, wurde in zwei Fokusgruppen die Idee eines Nachsorgetelefonates eingebracht. Dies wurde hauptsächlich von Pflegekräften vorgeschlagen. Als weiteren Vorteil nannten sie die Möglichkeit, offene Fragen oder Bedarfe nach Entlassung zu klären.

Unter einem Nachsorgetelefonat stellten sie sich vor, dass eine Bezugsperson aus dem stationären Setting den Patienten einige Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus anrufe. Das Ziel sei, zu überprüfen, ob die Umsetzung des Behandlungsplans gelinge. Bei Bedarf werde ein Assessment durchgeführt und benötigte Versorgung organisiert sowie beim Umgang mit krankheitsassoziierten Symptomen beraten.

Es kamen mehrheitlich Fragen auf, z.B. welche Qualifikation diese Person benötige und wie dieses Konzept finanziert würde und wo es angesiedelt sein solle.

Also, ich bin jetzt gerade ein bisschen irritiert, aber die Patienten kommen doch zu mir mit diesen Fragen. (FG2 HA)

Vor allem vom stationär tätigen ärztlichen Personal wurde dieser Vorschlag abgelehnt. Diese betrachteten es als unnötige, verkomplizierte Zusatzkommunikation. Sie sahen eine Person aus dem stationären Setting nicht als die geeignete Person, weil diese aufgrund der Sektorentrennung wenig Handlungsspielraum habe und wiederum die für die spezifische Problemlösung zuständige Person informieren müsse. Stattdessen forderten diese, dass bei Entlassung alle nötigen Übergaben gemacht würden und alle relevanten Akteure informiert würden. Dazu, wie dies konkret erreicht werden könnte, wurde vorgeschlagen, die Umsetzung des Entlassmanagements durch Ressourcenstärkung zu verbessern.

Ein weiterer Aspekt, den vor allem Hausärzte und Palliativdienste als problematisch empfanden, war, dass sich diese selbst als zuständig für die Aspekte sehen, die durch das Nachsorgetelefonat unterstützt werden sollen. Sie könnten diese Aufgaben allerdings nur unzureichend übernehmen, weil ihnen selbst Informationen fehlten bzw. sie erst zeitverzögert informiert würden.

3.2.7 Zusammenfassung adressatengerechte Information

Problemaspekte

- Unzureichende Information zu nicht-medizinischen Aspekten (psychosoziale und pflegerische Bedarfe)
- Unzureichende Information zum aktuellen Stand im Behandlungsplan und zum konkreten Prozedere
- Unkonkrete Informationen zu Symptom-Management und personellen Zuständigkeiten
- Dauer, Verständlichkeit, Setting, Übersichtliche grafische Gestaltung
- Mangelnde Umsetzung des Entlassmanagements

Lösungsansätze

- interprofessionelle Dokumentation
- interprofessioneller Behandlungsbericht
- interprofessionelle Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten
- Entwicklung von Behandlungspfaden im Rahmen von sektorenübergreifenden, interprofessionellen Workshops
- Empfängerorientierter Entlassbericht
- Nachsorgetelefonat
- Umsetzung Entlassmanagement

3.3 Kommunikationsmedien und Erreichbarkeit

Wie bereits in 3.2 beschrieben wurde als Problem gesehen, dass die Akteure nicht die Information übermittelt bekommen, die für sie relevant ist. In 3.2 wurde ebenfalls beschrieben welche Ideen eingebracht wurden, um die Empfängerorientierung beim Sender

der Informationen zu verbessern und wie die Übermittlung der Informationen formal optimiert werden könnten.

Für manche Situationen ist jedoch ein direkter Kontakt zwischen den Akteuren sinnvoll und notwendig. Im folgenden Abschnitt wird beschrieben welche Medien die Befragten für geeignet hielten.

Die Befragten wünschten sich, gebündelt auf alle Informationen zugreifen zu können anstatt die Befunde einzeln zusammentragen zu müssen, was mit organisatorischem Zusatzaufwand verbunden ist.

Also in dem Fall wünsche ich mir immer diese Karte, die ich irgendwo reinstecke und alle Briefe kommen raus. (FG5 PD4)

Dieser Wunsch wäre mit der Einführung der elektronischen Patientenakte, die bis zum Jahr 2021 avisiert ist, weitgehend erfüllt.

3.3.1 Nicht-Erreichbarkeit bei telefonischer Kommunikation

Die Mehrheit der Befragten sah bei der direkten Kommunikation ein großes Problem in der Erreichbarkeit. Dies betreffe vor allem die Kommunikation zwischen Klinik und Hausärztinnen. Als Grund wurden die unterschiedlichen Erreichbarkeitszeiten aufgrund unterschiedlicher Arbeitsabläufe genannt. Eine im Krankenhaus tätige Ärztin beschreibt treffend, welche Hürden ihr begegnen, als sie versucht Informationen vom Hausarzt zu erfragen:

Und da kann ich dem Arzt wieder hinterherjagen, weil, der ist ja auch nicht permanent dabei. Und dann erreicht man ihn nicht, und dann ist der Arzt unzufrieden und ich habe viel Zeit investiert, das sieht der aber gar nicht. (FG4 AS4)

Bei der Kontaktaufnahme mit ambulanten Praxen trete das Problem auf, dass die Leitung belegt sei oder außerhalb der Sprechzeiten keine Möglichkeit bestünde, Nachrichten zu hinterlassen. Dem Vorschlag einer Hausärztin, sie auf dem Handy anzurufen, standen Klinikärzte ablehnend gegenüber.

Wobei man jetzt ja nicht [...] anruft nur um zu sagen, der Patient wird entlassen. (FG2 AS2)

Das ist ja keine Notfallsituation. Zu Handynummern greife ich da nicht zurück. (FG2 AS3)

Bei der Kontaktaufnahme mit der Bezugsperson in der Klinik empfanden es Hausärzte als problematisch diese Person zu erreichen.

Weil hier rufen sie an und sind im Callcenter. Dann ist der Arzt im OP und dann [...] (FG1 AS1)

3.3.2 Probleme mit Medien, die nicht die gleichzeitige Verfügbarkeit verlangen:

- Entlassberichte:

a) Verzögerte Zustellung:

Aufgrund des Vidierungsprozesses und des postalischen Wegs erreichten Entlassberichte die Adressaten zeitverzögert. Hausärztinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste beklagten, die Zeitverzögerung, mit der sie den Entlassbericht erhielten. Zeitverzögert über die Entlassung aus dem stationären Bereich informiert zu werden, führe dazu, dass die ambulante Betreuung verspätet fortgesetzt werde und der Patient bis dahin nicht optimal versorgt sei.

Was ich mir auch wünschen würde, wäre also ein schnellerer Brief. Den nicht erst nach 14 Tagen schicken, wenn sich das schon wieder alles überlebt hat. (FG2 HA1)

Personal ambulanter Pflegedienste beklagte, zu kurzfristig über die geplante Entlassung eines Patienten informiert zu werden. Es sei Vorlaufzeit nötig, um Hilfsmittel zu organisieren und die Versorgung zu planen.

[...] wenn wir am Mittwoch oder am Donnerstag wissen, dass ein Patient am Samstag entlassen wird. [...] Wenn wir das wissen und die Hilfsmittel vor Ort sind, weil es muss ja ein Bett da sein und ein Nachtstuhl da sein, die Medikamente müssen da sein ... Wir haben die Medikamente nicht am Wochenende, wir haben keinen gut gefüllten Medikamentenschrank wie in der Klinik. (FG2 PAL1)

b) Verlust/Verfügbarkeit bei papierbasierten Berichten:

Als weiteres Problem wurde bemerkt, dass es beim vorläufigen Bericht, welchen nur die Patient erhält, von der Compliance abhängt, ob dieser zeitnah an den Hausarzt weitergeleitet werde.

Es wird dem Patienten mitgegeben, aber da ist halt die Regel, die Patienten sind nicht in der Lage, die schwer krank sind, die sowieso nicht zu bringen, die Angehörigen sind oft alt oder haben keine Zeit. Und da liegt der Brief daheim und ich weiß von nichts. (FG2 HA2)

- Digitale Medien:

Bei Nutzung von digitalen Tools wie E-Mail oder Messenger-Dienste, die die direkte Erreichbarkeit umgehen, wurde insbesondere der Datenschutz als problematisch gesehen. Zudem müsse die Infrastruktur auf allen Versorgungsebenen vorhanden, zugänglich und bekannt sein.

3.3.2 Lösungsansätze für Kommunikationsmedien, die keine direkte Erreichbarkeit erfordern

Hausärzte schlugen vor, bereits den vorläufigen Entlassbericht per Fax an die allgemeinmedizinische Praxis zu schicken.

Zur Zeiteinsparung bei der Kontaktaufnahme mit ambulanten Behandlern schlugen stationär tätige Ärztinnen vor, dass diese einen separaten Telefonanschluss einrichten. Bei Nicht-Erreichbarkeit sollten Nachrichten auf einem Anrufbeantworter hinterlassen werden können.

Hausärzte wünschten sich eine Faxnummer in der Klinik, an die sie ihre Anliegen schicken können. Wie das klinikinterne Bearbeiten dieser Anliegen insbesondere das ausfindig machen der zuständigen Mitarbeiterin aussehen sollte, wurde nicht thematisiert.

Die Mehrheit der Befragten wünschten sich eine

[...] Art von Lösung [...] die Information von A irgendwie B zur Verfügung stellt, ohne dass B zu dem Zeitpunkt auch da sein muss [...] (FG2 AS3)

Ein Teilnehmer berichtete über positive Erfahrungen mit einem digitalen Nachrichtensystem:

Aber ich finde die Schnelligkeit gut, ich finde die Kommunikationsmöglichkeit gut, ich habe die Ansprechpartner mit drin, ich kann vom Patienten direkt sicher angesprochen werden. Also da ist alles gebündelt in einem. ... ich kann auch nur mit dem Patienten oder nur der Oberärztin kommunizieren. ...da wissen alle dann Bescheid, das ist die Lage [...] (FG4 HA5)

Hausärztinnen und Pflegewissenschaftler brachten persönliche Erfahrungen mit der Nutzung einer elektronischen Akte² ein. Diese empfanden die Vernetzung der verschiedenen Akteure, die Ressourcenschonung durch Umgehung von Erreichbarkeit sowie die Schnelligkeit des Informationsaustausches als positiv. Dadurch, dass dort der Behandlungspfad des Patienten gemeinsam definiert werde, werde auch das Problem der adressatengerechten Information

² Die elektronische Patientenakte soll ab 2021 für GKV-Patienten verfügbar sein. Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Impfungen, elektronische Medikationspläne, Notfalldatensätze sollen darin enthalten sein und je nach Patientenpräferenzen für die Behandler zugänglich sein. Eine elektronische Fallakte ist aktuell teilweise bereits an einigen Institutionen etabliert und wird nur intern sowie fallbezogen verwendet.

adressiert. Durch Filter werde festgelegt, welche Informationen im Rahmen des Behandlungspfades für wen relevant seien.

Vorbehalte wurden vor allem von älteren Befragten eingebracht, nämlich wie der Patienteneinbezug bei wenig technikaffinen Patienten gelingen könnte.

3.3.3 Zusammenfassung Kommunikationsmedien und Erreichbarkeit

Problemaspekte

- Nicht-Erreichbarkeit bei telefonischer Kommunikation
- Mangelnde Datenschutzkonformität bei digitalen Techniken
- Verfügbarkeit der Infrastruktur
- Laufzeiten bei postalischer Kommunikation

Lösungsansätze

- Sendung des vorläufigen Entlassbericht per Fax an die allgemeinmedizinische Praxis
- Separater Telefonanschluss bei ambulanten Behandlern
- Kontakt per Fax in Klinik für Rückfragen der Hausärzte
- Elektronische Patienten-Akte

3.4 Koordination der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure sowie der Organisation der Gesundheitsversorgung des Patienten

3.4.1 Mangel an Gesamtüberblick

Viele Befragten wünschten sich für die optimale Versorgung von Krebspatientinnen einen ganzheitlichen Behandlungsplan, dessen Umsetzung von einer Person koordiniert werde. Diese Person solle den Gesamtüberblick über den aktuellen Stand und Prozedere haben.

Und es gibt irgendwie keinen, der so einen Gesamtüberblick hat und dementsprechend auch koordinieren und führen könnte. (FG4 PW3)

Im Kontext dieses Zitats wird darauf abgehoben, dass es von professioneller Seite niemanden gebe, der die Versorgung vollständig organisiere. Es würden lediglich einzelne Teile der Patientenbedarfe von einem Akteur organisiert. Die Organisation dieser Teilaspekte geschehe meist entweder sektorenübergreifend innerhalb einer Profession (Stationsärztin – Hausarzt) oder innerhalb eines Sektors interprofessionell (Stationsarzt – Pflege).

Dass eine Person einen Gesamtüberblick hat, wünschten sich sowohl Patienten als auch ambulante Mitbehandelnde, um den aktuellen Stand und Plan der Behandlung zu erfragen.

Das ist für mich einer der wichtigsten Punkte, das ist die Koordination, was eine umfassende Betreuung angeht. Zum einen ist es die fehlende Information, wo der Patient steht. (FG3 HA4)

3.4.2. Unklare Zuständigkeiten bzgl. Aufgabenaufteilung

Häufig wurde über Unklarheiten berichtet, wie die Aufgaben auf die verschiedenen in die Behandlung involvierten Akteure aufgeteilt seien.

[...] bei den Hausärzten vielleicht dann auch ein Stückweit eine Unsicherheit besteht, also was kann ich jetzt da wirklich dran verändern oder wie soll ich mich einmischen. (FG5 PW4)

Also dass man vielleicht den Hausarzt auch fragt oder die Sozialberatung kann auch zwischenfragen, ob sie da jetzt etwas planen soll oder ob er eben das selber macht. Sonst macht man so Chaos. [...] manchmal kümmert er sich und ich weiß aber gar nicht, dass der sich schon kümmert. (FG4 AS4)

[...] dass man [als Niedergelassener] dann oft nicht weiß, welche weiteren Kontrollen jetzt in meine Kompetenz fallen, ja, oder was jetzt in der Klinik vorgesehen ist. (FG3 HA3)

Auch die Fokussierung auf die eigene Fachlichkeit wurde in diesem Zusammenhang als Problem gesehen. Dies wird in Abschnitt 3.5 vertieft. Jede Berufsgruppe sei anders sozialisiert und das führe zu diskrepanten Einschätzungen oder Therapieansätzen.

Unsere [Klinik-]Ärzte schreiben einen Kommentar unter diese Laborwerte, was der Hausarzt als Nächstes tun sollte oder wie häufig er kontrollieren sollte. Die Hausärzte sehen das nicht immer ganz so, wie wir das sehen. (FG1 PD1)

Der fehlende Gesamtüberblick und die unklaren Zuständigkeiten werfen die Frage auf, durch welche bereits bestehenden Strukturen diese Aufgaben übernommen werden könnten oder ob für die Absprachen der Aufgabenaufteilung und Anpassung des Behandlungsplans eine zusätzliche Koordination erforderlich ist.

3.4.2 Lösungsansatz Care Manager

So wurde vorgeschlagen Lotsen bzw. Care Managerinnen zur Koordination zu etablieren.

Als Aufgaben für diese Funktion wurden folgende Aspekte genannt: Bündelung der Informationen, Koordination und Organisation der Versorgung bei Patienten, die das nicht selbst übernehmen können, Nachsorgetelefonate.

Zu klärende Punkte seien aus Sicht der Teilnehmenden, welche Qualifikation eine solche Profession haben solle und wie weit der Zuständigkeitsbereich gefasst sei. Es gab Ideen zu ambulant, stationär oder sektorenübergreifend eingesetzten Lotsinnen. Darüber hinaus wurde die Frage der Finanzierung und damit der organisatorischen Anbindung gestellt.

Als problematisch wurde teilweise die Abgrenzung der Koordinationsaufgabe zu Hausärztinnen und Palliativdiensten gesehen. Diese fühlten sich zuständig für die Organisation der Betreuung im ambulanten Sektor. Allerdings könnten sie die Koordinationsfunktion nur unzureichend übernehmen, weil ihnen selbst Informationen fehlten.

Ich bleib einfach dabei: Ich brauche zeitnah die Information und dann braucht sich eigentlich niemand ... also Nachfragen oder so ist da nicht nötig. Ich glaube, das ist schon hausärztliche Aufgabe. Man muss halt einfach informiert sein. (FG2 HA1)

3.4.3 Lösungsansatz interprofessionellen Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten

Die in 3.2.3 bereits ausgeführten interprofessionellen Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten böten aus Sicht der Befragten die Möglichkeit die Zusammenarbeit der verschiedenen Mitbehandelnden zu koordinieren. Es könnte gemeinsam über das weitere Prozedere entschieden werden und die dafür notwendigen Aufgaben besprochen und die Zuständigkeiten geklärt werden.

3.4.3 Koordination und Verantwortung im Versorgernetzwerk (Validierungsworkshop)

Den Validierungsworkshop nutzen wir, die Frage tiefergehend zu bearbeiten, wer aus Sicht der Mitbehandelnden und Patientinnen für das Gelingen einer umfassenden Versorgung verantwortlich sei und somit eine wesentliche Koordinationsaufgabe innehave. Abbildung 1 zeigt, dass die Teilnehmer die Verantwortung auf verschiedenen Personen aufteilten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Zusammensetzung der Veranstaltungsteilnehmer (kein ärztliches Personal, hauptsächlich Patientenvertreter, Pflege und Personen aus dem Bereich Organisation der Gesundheitsversorgung) ein gewisser Selektionsbias bestand.

Abbildung 1 – Behandlernetzwerk und Koordinatoren



Legende: Linien verbinden Akteure, die häufig miteinander kommunizieren. Dabei sind rosa gezeichnete Linien eine Kommunikation zwischen Akteuren, die als problematisch empfunden wird.

Bei den folgenden Akteuren wurde am meisten Verantwortung gesehen:

- Patient (10)
- Klinikarzt (10)
- Care Manager (8)
- Hausarzt (7)

Außerdem wurde die „onkologische Pflege“ (regionales Pilotprojekt) als Ansatzpunkt für Koordination gesehen. Sie verbringe die meiste Zeit mit dem Patienten. Schwierig wurde allerdings der geringe Handlungsspielraum beurteilt. So dürfe die onkologische Pflege kein Tumorboard zusammenrufen, sie könne nur teilnehmen.

Einen Großteil der Verantwortung auch bei den Patientinnen zu sehen, stimmt mit einzelnen Stimmen der Fokusgruppen überein. Dieser Aspekt wird im Rahmen des Rollenverständnisses im Abschnitt 3.5 vertieft.

3.4.4 Zusammenfassung Koordination

Problemaspekte

- Mangel an Gesamtüberblick
- Unklare Zuständigkeiten bzgl. Aufgabenaufteilung

Lösungsansätze

- Care Manager / „onkologische Pflege“
- Interprofessionelle Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten

3.5 Rollenverständnis

3.5.1 Rolle der Patientin aus Sicht der Mitbehandelnden

In den Fokusgruppen gab es verschiedene, teilweise widersprüchliche Aussagen dazu, welche Rolle der Patient im Behandlungskontext (insb. Im Hinblick auf Informationsmanagement) einnehme bzw. einnehmen solle. Es gab Aussagen zum Grad der Einbindung der Patientin in die Entscheidungsfindung bezüglich der Therapie sowie zur Aktivität. Damit ist gemeint, wie

viele Aufgaben (insbesondere in Bezug auf Organisation der Gesundheitsversorgung) der Patient selbst übernimmt. Einerseits wurde eine stärkere Einbindung der Patientinnen im Sinne des selbstverantwortlichen Handelns gefordert.

[...] ich würde wieder mehr Verantwortung dem Patienten übergeben und das als Papierform dem Patienten geben. Also auch deutlich machen: Du bist der, der entscheidet [...] (FG4 AS4)

Andererseits hatten andere den Eindruck, dass Patienten diese Verantwortung nicht übernehmen könnten und Therapieentscheidungen von Expertinnen getroffen werden sollten.

Der Patient ist selber völlig überfordert. Der versteht nicht, was wichtig für ihn ist. (FG5 AS7)

Einzelne forderten aufgrund dieser Überforderung, Patientinnen zu entlasten.

[...] Was soll der Patient noch alles selber machen? (FG3 PW2)

Aus Sicht einiger Befragter bestünden auch Risiken, Patienten Aufgaben zu übergeben.

Ich halte den Patienten als Informationsübermittler – das sieht man auch in der Literatur – für extrem ungeeignet, weil es einfach zu unsicher ist. (FG3 M1)

3.5.2 Rolle der Mitbehandelnden

Aus Sicht der Befragten sei jede Profession auf die eigene Spezialisierung fokussiert.

[...] weil eigentlich heißt ein Patient bio, psychosozial, spirituell und ethisch. Und es fehlen oft...? Also, wenn es rein ärztlich gedacht ist, dann ist das Ärztliche drin, wenn es nur Pflege ist, ist Pflege drin. Aber ich habe immer das Gefühl, man sagt schon: Der Patient wird ganzheitlich versorgt, aber die Gruppen sind sich gar nicht einig. Es gibt immer noch so viele Streitpunkte schon auf Station, dass der Arzt macht seines, die Pflege ihres, der Sozialdienst seines, Pflegeüberleitung ihres.
(FG3 PW2)

Ein solch isoliertes Denken gehe mit einer Unkenntnis über Zuständigkeiten und Kompetenzen von Mitbehandelnden aus einem anderen Sektor oder Profession einher (s.o.).

[...] fällt nämlich auch oft unter den Tisch, und das ist die Meinung der Pflege [...] Dass da wirklich Kompetenzen nicht genutzt werden, die eigentlich vorhanden sind [...]

 (FG5 PW4)

Dieses Zitat veranschaulicht, dass ein enger Fokus auf die eigene Spezialisierung zu einem mangelnden Einbezug von anderen Behandelnden führt. Vor allem Akteure aus dem nicht-medizinischen Bereich erhalten keine Information (wie bereits in 3.1 beschrieben) oder werden nicht in das Behandlungskonzept einbezogen.

Die Unkenntnis über Kompetenzen und Relevanz für das Behandlungskonzept beeinflusst wie die Beiträge von anderen Berufsgruppen priorisiert werden. Vor allem Personen aus nicht-somatischen Bereichen hatten den Eindruck nicht auf Augenhöhe in das Behandlungskonzept einbezogen zu werden.

Da ist auch gerade der Bereich Psychoonkologie, Psychotherapie [...] einfach noch nicht so Teil des Gesamtkonzepts [...] sondern die sind halt auch noch da, wenn jemand nicht so spürt, wie er soll. (FG4 AS5)

Aus der verminderten Berücksichtigung nicht-somatischer Bereiche sowie der Fokussierung auf die eigene Profession anstatt auf die Patientin als Ganzes resultiert ein Mangel an Patientenzentrierung.

Weil man halt nicht den Patienten an sich als durchgehende Linie denkt, sondern den Bereich irgendwie. (FG5 GK2)

Es geht nicht darum: Das ist Pflegeaufgabe und das ist Arztaufgabe. Sondern wir müssen definieren: Was braucht der Patient? Und dann überlegen wir gemeinsam: Wer soll welche Rolle in diesem Behandlungskontext einnehmen? (FG3 M1)

3.5.3 Lösungsansätze Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Ein Ansatz, um den Blickwinkel zu weiten, sei die interprofessionelle Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg zu fördern. Denn bisher finde wie oben erwähnt die Arbeit sehr professionsbezogen statt.

Durch gegenseitigen Austausch von Mitbehandelnden aus verschiedenen Professionen und Sektoren könnte das Verständnis wachsen, welche Informationen für wen relevant sind und die Kenntnisse über Kompetenzen der anderen vertieft werden. Hierzu wurde vorgeschlagen,

- den Austausch z.B. in Form von gemeinsamen Fortbildungen für alle relevanten Akteure zu gestalten.
- in der Ausbildung der jeweiligen Berufe einen Schwerpunkt auf interprofessionelles Arbeiten und Kommunikationsstrategien zu legen. Ebenso sollte die Einbindung von Patienten in den Behandlungsplan thematisiert werden.

3.5.3 Zusammenfassung Rollenverständnis

Problemaspekte

- Unkenntnis über Zuständigkeiten und Kompetenzen der Mitbehandelnden
- Priorisierung berufsgruppenspezifischer Aspekte
- Mangel an Patientenzentrierung
- Ambivalente Patientenrolle

Lösungsansätze

- Interprofessionelles Arbeiten und empathische Kommunikationsstrategien in Ausbildung thematisieren
- Patientenzentrierung in Ausbildung und Fortbildungen thematisieren
- Stärkung des Austausches der beteiligten Mitbehandelnden i. R. von gemeinsamen Fortbildungen (sektorenübergreifend und interprofessionell)

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Tabelle 2 fasst die Ergebnisse unserer Studie zusammen und veranschaulicht problemfeldorientiert konkrete Lösungsvorschläge, übergreifende Lösungsansätze und Ziele.

Tabelle 2 - Problembereichorientierte Lösungen und Ziele

Problembereiche	Ziele	Konkrete Lösung	Übergreifende Lösungsansätze
a) Vernetzung der verschiedenen Akteure	Alle relevanten Akteure sind einbezogen und erhalten...	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche, patientennahe Erfassung aller beteiligten Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> • Analoges Therapiebegleitbuch / digitale Akte (Sammlung von Informationen zu Befunden, Behandlungsplan, Behandlungsteam, Zuständigkeiten)
b) Adressatengerechte Informationen	... die für sie jeweils inhaltlich relevanten Informationen...	<ul style="list-style-type: none"> • Empfängerorientierter Entlassbericht • Verbesserung der Umsetzung des Entlassmanagements 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (b,d,e) • Interprofessionelle Dokumentation / Entlassbericht • Interprofessionelle und sektorenübergreifende Entwicklung von Behandlungspfaden • Nachstationäre Kontaktaufnahme (b,d)
c) Kommunikationsmedien	... in einem adäquaten Zeitrahmen nach den geltenden Datenschutzregeln. Die Tools bieten Möglichkeiten zur zeitnahen Klärung von Fragen...	<ul style="list-style-type: none"> • Separate Telefonnummer für Klinikanfragen bei ambulanten Mitbehandlern • Sendung des vorläufigen Entlassbericht per Fax an die allgemeinmedizinische Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Patientenakte (a,c,d)
d) Koordination der Zusammenarbeit der verschiedene Akteure	... beim dafür verantwortlichen Ansprechpartner. Allen ist klar, wie die Aufgaben für den Behandlungsabschnitt zwischen den versch. Akteuren aufgeteilt sind.		<ul style="list-style-type: none"> • Care-Manager / Lotse • Interprofessionelle und sektorenübergreifende Fallbesprechungen an therapieentscheidenden Punkten (b,d,e)
e) Rollenverständnis der Mitbehandler	Die Arbeit der einzelnen Akteure ist patientenzentriert geleitet. Der Patient wird entlang eines Behandlungsplanes betreut, welcher an die individuellen Bedarfe angepasst ist und welcher unter Einbezug des Pat-Willen erstellt wurde. Die relevanten Akteure arbeiten wertschätzend zusammen.		<ul style="list-style-type: none"> • Lokale interprofessionelle und sektorenübergreifende Netzwerke (b,e) • Interprofessionelles Arbeiten, empathische Kommunikationsstrategien, Patientenzentrierung in Ausbildung thematisieren (b,e)
f) Rolle des Patienten	Unklar, verschiedene Ansichten		

4 Diskussion

In diesem Abschnitt werden zunächst die Problemaspekte, die in den Fokusgruppen genannt wurden, in Relation zur bestehenden Literatur gesetzt. Im Anschluss daran diskutieren wir übergreifende und konkrete Lösungsansätze, bevor wir auf Empfehlungen eingehen.

4.1 Problemaspekte in der Vernetzung, Informationsübermittlung, Kommunikationsmedien, Koordination und Rollenverständnis

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass in der Schnittstellenkommunikation bei onkologischen Patientinnen Probleme auftreten, die oft komplex sind. Im engeren Sinne der Schnittstellenkommunikation wurden dabei zwischen Problemen in der Vernetzung aller

Mitbehandelnden, in der Übermittlung von Informationen auf adressatengerechte Weise sowie bei der Verwendung von adäquaten Kommunikationsmedien differenziert.

Vernetzung

Dass nicht alle relevanten Akteure (insb. aus anderen Sektoren oder Professionen) informiert und in die Behandlung einbezogen werden, ist ein bekanntes Problem und deckt sich mit Ergebnissen anderer (qualitativer) Studien aus Deutschland und international (7). Dies tritt vor allem im interprofessionellen Kontext ((18) Projekt GeReNet.Wi) als auch über Sektorengrenzen hinweg auf: Dort werden vor allem Hausärztinnen nicht genügend einbezogen (4, 10, 19, 20), was die Vernetzung aller Akteure zusätzlich erschwert: Informationsmangel bei für die Koordination der Gesundheitsversorgung wichtigen Personen führt dazu, dass die Einbindung weiterer Akteure und die kontinuierliche Einbindung schon bestehender Akteure erschwert wird (21).

Unser Ergebnis, dass für die mangelnde Vernetzung zudem Unkenntnis über die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzen der involvierten Akteure eine maßgebliche Rolle spielt, wurde bereits vor längerer Zeit festgestellt (22). D.h. das Problem sollte lange bekannt sein, allerdings scheinen Lösungsansätze hierfür nicht genügend implementiert oder wirksam zu sein. Die von uns gefundenen Lösungsansätze der vermehrten interprofessionellen Fortbildungen scheinen tatsächlich noch wenig angeboten zu werden.

Adressatengerechte Information

Neben Missständen in der Vernetzung aller Mitbehandelnden ist der Aspekt, dass Informationen weder in Bezug auf das Format noch auf den Inhalt nach den Bedarfen der Empfängerin übermittelt werden, ein weiterer Grund für Informationsmangel. Auch dieses Phänomen ist von anderen Studien und Settings beschrieben (21). In Übereinstimmung mit bisherigen Studien fanden wir, dass häufig Informationen zum aktuellen Stand im Behandlungsplan, zum konkreten Prozedere inkl. personeller Zuständigkeiten sowie zum Symptommanagement fehlen (23, 24). Eine Vielzahl an Studien zeigt überdies, dass Entlassberichte bezüglich Befunden, Entlassmedikation, Prozedere und noch zu klärenden Aspekten unvollständig sind (25, 26).

Dass die Informationen, die Nachbehandelnden zu sozialen Bedarfen vorliegen, unzureichend sind, deckt sich mit neusten Studien (27). Auch Krebspatienten beklagten die unzureichende Berücksichtigung emotionaler und sozialer Aspekte (2).

Neben inhaltlichen Mängeln gibt es Defizite in der formalen Gestaltung. Mamo fand in einem retrospektiven Audit, dass bei mehr als einem Viertel der Entlassberichte, Änderungen der

Medikation nicht eindeutig kenntlich gemacht wurden (28). In Übereinstimmung mit neuesten Studien ist der Zeitrahmen weiterhin problematisch, in dem Informationen übermittelt werden. Nachversorger werden im Anschluss an den stationären Aufenthalt erst zeitverzögert informiert (29). Dies behindert im Falle von Hausärztinnen, die den Entlassbericht verspätet erhalten (10, 21), den Weiterfluss der Informationen zusätzlich (wie oben ausgeführt).

Zwar wird die Informationsübermittlung an Nachversorger im Entlassmanagement durch die verpflichtende Vorgabe aufgegriffen, dass die Entlassung aus dem stationären Sektor nur mit Aushändigung eines Berichtes erfolgt. Ein kontinuierlicher oder zeitnaher Informationsaustausch wird jedoch nicht explizit adressiert. Dies ist allerdings essentiell, da sich der Gesundheitszustand und die damit zusammenhängenden Bedarfe schnell ändern können. Beispielsweise können sich die Bedarfe nach Entlassung anders darstellen als a priori gedacht (18). Im häuslichen Setting könnten sich Fähigkeiten zum Selbstmanagement oder Verhaltensauffälligkeiten anders darstellen als während des stationären Aufenthalts vorhergesagt (30).

Auch dass die Umsetzung des Entlassmanagements oft problematisch ist, stimmt mit den - allerdings nur wenigen - Studien hierzu überein (31).

Die betreffenden Akteure sind sich dieser Probleme bewusst und auf lokaler Ebene wurden Versuche unternommen, die Entlassberichte durch Vereinheitlichung und Standardisierung zu optimieren sowie die Prozessqualität des Entlassmanagements zu evaluieren.

Kommunikationsmedien

Aus verschiedenen Gründen ist die direkte Rückkommunikation zur Klärung von Fragen bei fehlender oder unzureichender Informationsübermittlung erschwert. Dadurch wird die Beseitigung eines bestehenden Informationsmangels behindert. Studien aus Deutschland, aus europäischen Nachbarländern und auch aus Australien zeigen, dass der Austausch von Informationen bis auf Entlass- und Befundberichte und stationäre Einweisungen wenig standardisiert abläuft (13, 21). Dies scheint also ein ubiquitäres Problem zu sein, das zudem schon lange bekannt ist und weiterhin fortbesteht.

Da die unidirektionale (postalische) Übermittlung von Informationen für einen echten Austausch ungeeignet ist, und die Erreichbarkeit per Telefon oder gar persönlich schwer bis unmöglich ist, werden seit längerem Alternativen entwickelt und angeboten. Lösungsansätze hierbei können sog. Chatrooms bzw. Health-Messaging sein, über die man zeitnah patientenbezogenen Informationen und Befunde austauschen kann oder auch abstimmen kann. Digitale Techniken wie Chat-Programme werden als einfaches, günstiges und effektives Kommunikationsmittel wahrgenommen und nehmen in der Kommunikation im

Gesundheitswesen einen immer größer werdenden Stellenwert ein (32, 33). In 2015 fanden Mobasheri et al. bereits, dass mehr als ein Drittel des ärztlichen Personals Messenger-Dienste verwendeten (34). Lt. einer Umfrage des Deutschen Datenschutz-Instituts (DDI) aus 2017 nutzten nahezu alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen applikationsbasierte Nachrichtensysteme (35). Vor fünf Jahren hatte bereits jeder dritte Arzt der in UK befragten Krankenhäuser schon einmal patientenbezogene Informationen über Messenger-Dienste verschickt (34); in Deutschland vor drei Jahren jede zweite Ärztin (35). Bedenklich ist dabei, dass die genutzten Nachrichtensysteme nicht den geltenden Datenschutzvorgaben entsprechen (36). Bei dem Nachrichten-Dienst WhatsApp sei unklar, wo und wie die Daten gespeichert und verarbeitet werden und wer darauf zugreifen kann (37).

Im Vergleich zum internationalen Durchschnitt (32) ist sich die überwiegende Mehrheit der in westlichen Gesundheitssystemen tätigen Ärzte der mangelnden Datenschutzkonformität gewisser Nachrichtendienste bewusst (35). Mehr als zwei Drittel der befragten Ärztinnen (71,6%) wünschten sich ein Nachrichtensystem, das einen sicheren Austausch von Patienteninformationen unter Kollegen ermöglicht (34).

Mittlerweile sind in Deutschland als auch international datenschutzkonforme Alternativen zur Kommunikation via WhatsApp verfügbar (35, 38).

Eine davon ist der Messenger-Dienst „Sprechzimmer“ des Tübinger Unternehmens „Trustner“, welches am UKT erprobt wurde. Über diesen virtuellen Chatroom können Ärztinnen und Patienten sowohl Nachrichten als auch Befunde und Berichte in Form von Dateien austauschen. Dieses Tool wurde vor allem zur Kommunikation zwischen stationärer und poststationärer Behandlern bei Kindern mit Mukoviszidose verwendet. In den Fokusgruppen in unserer Studie wurde von Erfahrung mit diesem Tool berichtet, dabei wurde vor allem die Schnelligkeit und Ressourceneffizienz als positiv herausgestellt.

Ein Problem bei der Nutzung von digitalen Nachrichtensystemen ist die Anschlussfähigkeit an bestehende Praxis- bzw. Klinikinformationssysteme (39). Wenn dies nicht gegeben ist, bleiben Messenger-Dienste Insellösungen; der Mehrwert durch eine zentrale Sammlung von Informationen, auf die alle zugreifen können, würde nicht erreicht.

Außerdem sollte bei der Einführung von digitalen Kommunikationsmedien, die Patientinnen einbeziehen, berücksichtigt werden, dass bei gewissen Patientengruppen die Kenntnisse im Umgang mit digitaler Technik eingeschränkt sind (40).

Koordination

Lückenhafter Informationsfluss behindert nicht nur die Vernetzung und den Einbezug aller wichtigen Akteure für die Gesundheitsversorgung. Zusätzlich erschwert es auch die Koordination all dieser Akteure. Dies betrifft vor allem die Klärung von Zuständigkeiten (6). Kamradt et al. (7) unterstreichen in diesem Kontext, wie wichtig eine zeitnahe und adressatengerechte Informationsübermittlung an die Hausärztin ist. Denn diese organisiert größtenteils die Zusammenarbeit der involvierten Akteure. Darüber hinaus erwarten Patientinnen von ihrem Hausarzt Erläuterungen zum Krankheitsverlauf und zu Behandlungsoptionen (41). Diese Rolle können Hausärztinnen nur unzureichend erfüllen, wenn ihm selbst Informationen fehlen (4, 10). Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination der Zusammenarbeit verschiedener Behandler erprobt wurden, wird in Abschnitt 4.2 berichtet.

Rollenverständnis

Kamradt et al. (7) zeigten in einer qualitativen Studie zu onkologischen Patienten ebenfalls, dass der Fokus der an der Versorgung beteiligten Akteure auf der eigenen Spezialisierung lag. Es mangelte am Bewusstsein für Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Mitbehandelnden. Auch in der Evaluation regionaler Projekte fiel auf, dass Aufgabenbereiche kooperierender Berufsgruppen immer wieder falsch eingeschätzt werden und es zu Verwechslungen kommt ((18) Projekt EposB). Ein Grund hierfür könnte die strukturelle Trennung durch Sektoren und Professionen sein, in denen die verschiedenen Akteure arbeiten (9).

Durch ungenügende Kenntnisse der Zuständigkeiten ist nicht nur die Vernetzung und Organisation der Zusammenarbeit der Akteure erschwert. Sowohl Studien als auch Pilotprojekte zeigen, dass die aus der Fokussierung auf die eigene Spezialisierung erwachsende Unkenntnis eine auf den Patienten zentrierte Gesundheitsversorgung verhindert (7, 18). Auch inwiefern die Patientin in die Therapieplanung einbezogen wird, wird durch die Rollenvorstellung beeinflusst, die Patient und Behandelnder von sich und vom Gegenüber haben (42).

Mit patientenzentrierter Kommunikation ist gemeint, Patientinnen in der Beziehung mit Behandelnden ganzheitlich zu betrachten; dies umfasst die Wahrnehmung und den Einbezug der Perspektive des Patienten in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung (43). Die Patientin nimmt so eine aktive Rolle bzgl. ihrer Therapieplanung ein. In unserer Studie wurde die Rolle, die dem Patienten zugeschrieben wurde, ambivalent gesehen. In Übereinstimmung mit der Literatur (4) wurde insbesondere von Patientenvertreterinnen und Pflege, aber auch teilweise

von Ärzten und Psychologinnen mehr Patientenzentrierung gefordert. Auch im nationalen Krebsplan werden die Stärkung der Patienten-Kompetenz und eine partizipative Entscheidungsfindung als Ziele genannt (44).

Neuste Studien legen nahe, Patientenrollen differenzierter zu betrachten. Die Präferenzen in Bezug auf Art und Ausmaß der Einbindung in die Organisation der eigenen Gesundheitsversorgung unterscheiden sich zwischen individuellen Patientinnen und können selbst innerhalb des Krankheitsverlaufs eines einzelnen Patienten variieren (45). Daher gibt es verschiedene Rollen die Patienten im Behandlungskontext einnehmen können – von der passiven Zuschauerin bis zum aktiven Mitentscheider (46). Dies sollte in der Organisation der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden und patientenorientiert festgelegt werden, wer welche Rolle (inkl. der Patientin selbst) im Behandlungskontext einnimmt.

4.2 Übergreifende Lösungsansätze

Eine Metaanalyse zu Übergaben vom stationären Sektor in die ambulante Behandlung zeigt, dass es nicht eine einzelne optimale Intervention erfordert, sondern die Kombination von verschiedenen Maßnahmen (47). Die untersuchten Übergabetechniken an der Schnittstelle stationär – ambulant setzen sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen und haben positive Effekte auf verschiedene Aspekte. Ein Großteil der in den Fokusgruppen genannten Lösungsansätze sind übergreifende Lösungsideen und adressieren verschiedene Problemaspekte. In diesem Abschnitt werden diese übergreifenden Lösungsansätze (patient held record, digitale elektronische Patientenakte, Koordination durch Lotsen, interprofessionelle und sektorenübergreifende Fallbesprechungen und nachstationäre Kontaktaufnahme) differenzierter dargestellt und diskutiert.

Gesundheitsmappe im Sinne von sog. Patient Held Records (PHR)

Zur Verbesserung der Vernetzung und Sicherstellung einer kontinuierlichen Kommunikation wurde vorgeschlagen, transparenter zu gestalten, welche Akteure bereits in die Behandlung eingebunden sind. Die konkrete Idee war, bei Aufnahme in die stationäre Behandlung zu erfassen, welche Akteure und Dienste bereits in die Behandlung involviert sind. Diese Idee wurde im Verlauf der Studie weiterentwickelt (patientennahe Erfassung zu verschiedenen Zeitpunkten und kontinuierliche Aktualisierung) und gepaart mit der Idee eines „Laufzettels“ bis hin zur Etablierung einer sog. Gesundheitsmappe. Damit ist ein Dokumentationsmedium gemeint, welches beim Patienten verbleibt, im Sinne von „patient held records (PHR)“ (48).

In dieser Gesundheitsmappe sollte neben einer Sammlung aller Befunde und eines Verlaufsberichts das Behandler Netzwerk enthalten sein, inklusive der Kontaktdaten. Die Einträge im Verlaufsbericht sollen von allen an der Behandlung involvierten Akteuren sowie auch Patientin selbst verfasst werden. Damit verfolgt dieser Ansatz Interprofessionalität und Patienteneinbezug. Eine Befundsammlung, die der Patient zu den verschiedenen Behandlern mit sich führt, ist in einigen Praxen lokal etabliert und wurde als Übergangslösung bis zur Etablierung der elektronischen Patientenakte gesehen.

Mehrere Studien aus UK zu Beginn der 2000er Jahre zeigten, dass die Behandelnden PHR zum Informationsaustausch mit Kolleginnen nutzten (49, 50). Zwar sind die Ergebnisse der Metaanalyse von Gysels et al. (9) heterogen in Bezug auf den Nutzen von PHR. Die negativen Aspekte bezogen sich allerdings hauptsächlich auf unterschiedliche Meinungen von Patientinnen und Behandelnden was den Zweck von PHR betrifft. Während Patienten es eher als Mittel wahrnehmen, um Präferenzen in Bezug auf ihre Behandlung auszudrücken, sehen es Behandelnde als Kommunikationsmittel mit Kollegen.

Die meisten Patientinnen begrüßten die Verwendung von PHR. Behandelnde hielten die Idee von PHR an sich für sinnvoll. Wo sie tatsächlich etabliert sind, fällt jedoch auf, dass diese von den Behandlern allerdings wenig genutzt wird (9). Unklar scheint dabei, welche konkreten Aspekte eine Nutzung verhindern oder erschweren und für welche Patientengruppen sich die Nutzung von PHR eignet.

Eine erfolgreiche Nutzung durch alle Beteiligten setzt voraus, dass alle Nutzerinnen in Sinn und Funktionsweise eingeführt werden (9). Wir gehen davon aus, dass eine zentrale Sammlung von Informationen unter diesen Voraussetzungen zur Stärkung der Vernetzung durchaus sinnvoll sein kann, jedoch sehr ressourcenaufwendig ist. In unserer Studie blieb offen, wer diese Gesundheitsmappe pflegt und wie sichergestellt wird, dass die Informationen aktuell und vollständig sind. Ein weiterer zu klärender Punkt ist, wer diese Mappe bezahlt und ausgibt. Detaillierte Ideen zur Ausgestaltung und Positionierung sind in Abschnitt 4.3.5 beschrieben.

Elektronische Patientenakte

Auch die elektronische Patientenakte verfolgt das Ziel, den involvierten Akteuren den Zugriff auf für die Behandlung relevante Informationen zeitnah möglich zu machen, mit dem Unterschied das diese digital zugänglich ist und nicht beim Patienten verbleibt. Außerdem könnte ein Messenger-Dienst integriert sein. Die Vorteile eines solchen digitalen Informationsaustausches wurden im Abschnitt 4.1 diskutiert. In einer Vielzahl an Studien

wurde bereits die Implementierung von Kommunikationsmedien zum standardisierten und strukturierten Informationsaustausch gefordert, um die Kommunikation und somit auch die Koordination der Zusammenarbeit zu verbessern (4, 10, 20). Eine elektronische Patientenakte gilt als vielversprechender Ansatz, um viele der aktuellen Kommunikationsprobleme zu adressieren und den Zugang zu Informationen zu vereinfachen, wodurch eine Umsetzung des Behandlungsplans optimiert wird (51). Problematisch ist hierbei der zeitliche Vorlauf, bis die Technik datenschutzgerecht flächendeckend etabliert sein wird.

Koordination durch Lotsen

Aktuell gibt es eine Vielzahl an Projekten, die den Einsatz von Lotsinnen pilotieren. Dabei ist zu berücksichtigen, in welchem Bereich diese eingesetzt sind (ambulant, stationär oder sektorenübergreifend) und welche Aufgaben diese übernehmen. Im Folgenden gehen wir hauptsächlich auf sektorenübergreifend eingesetzte Lotsen ein.

Payne et al. (52) behaupten, der Einsatz von „key worker“ sei die effektivste Lösung sei, um den Informationsfluss zwischen verschiedenen Sektoren zu verbessern. Die Lotsinnen seien sektorenübergreifend eingesetzt und vernetzten den ambulanten mit dem stationären Sektor (52). Die Frage, die sich stellt, ist, wer genau diese „Schlüsselrolle“ als Bindeglied erfüllt. In Übereinstimmung mit anderen Studien konnten wir zeigen, dass die Aufgabenbereiche von Koordinatoren als teilweise überlappend mit denen der Hausärzte wahrgenommen werden (20). Jefford et al. (20) beschreiben, dass sich 40% der Hausärztinnen in Australien für die Koordination des Behandlungsplans verantwortlich sehen. Es gibt allerdings auch Hinweise, dass sich Hausärzte wünschen, Koordinationsaufgaben zu delegieren (53). Die Abgrenzung der Aufgabenfelder zwischen Hausärztin und Lotse ist Voraussetzung für ein Gelingen von neuen Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit (54).

Gerade vor dem bereits beschriebenen Hintergrund, dass Hausärztinnen ihre Koordinationsfunktion nicht erfüllen können, weil ihnen selbst Informationen fehlen, stellt sich die Frage, ob Lotsen nicht vor demselben Problem stehen würden: Nämlich dass ihnen die relevanten Informationen nicht vorliegen und sie auch erst zeitverzögert informiert werden. Es gibt Befürchtungen, dass Lotsinnen eine zusätzliche Schnittstelle darstellen, wodurch die Kommunikation zusätzlich verkompliziert würde.

In der Evaluation bereits bestehender Projekte mit Lotsen sollte berücksichtigt werden, welche Aufgaben diese übernehmen und wie sich das Aufgabenfeld von dem, bestehender Akteure abgrenzt. Die Meinung dieser Akteure sollte mit in die Evaluation einbezogen werden.

Nachstationäre Kontaktaufnahme im Sinne eines sektorenübergreifenden Fallmanagement

Der genannte Ansatz eines sog. Nachsorgetelefonates wird in einigen regionalen Projekten bereits pilotiert. Im Rahmen des Projekts „BegE“ im Rahmen der Vektor Studie (18) findet 48 Stunden nach Entlassung ein solches Telefonat durch eine speziell geschulte Pflegekraft der stationären Einrichtung statt, an dem der Patient behandelt worden war. Je nach Bedarf werden Hausbesuche durchgeführt oder ambulante Beratungsangebote weitervermittelt. Es fiel auf, dass bei diesem Lösungsansatz die Erreichbarkeit eine große Hürde darstellte. In mehr als der Hälfte der Fälle konnten die Angehörigen telefonisch nicht erreicht werden. Daher halten wir den alleinigen Einsatz von Nachsorgetelefonaten für nicht zielführend, auch die Problematik der direkten Erreichbarkeit in den aktuell genutzten Kommunikationsmedien sollte adressiert werden. Dies ist ein praktischer Beleg für Hesselinks-These (47), dass es essentiell ist, möglichst umfassende Lösungseinsätze zu etablieren und oder verschiedene Maßnahmen miteinander zu kombinieren, die an verschiedenen Problemaspekten ansetzen.

Interprofessionelle und sektorenübergreifende Fallbesprechungen

Internationale Metaanalysen zeigen, dass sektorenübergreifende, interprofessionelle Fallbesprechungen ein effektives Mittel sind, um Übergaben zu verbessern (47).

Die Auswertung verschiedener regionaler Projekte im Rahmen der Vektor-Studie (18) zeigt, dass systematische Netzwerkarbeit dazu beitragen kann, Unwissen über Kompetenzen und Zuständigkeiten von Mitbehandelnden abzubauen. Interprofessionelle und sektorenübergreifende Fallbesprechungen sind ein wichtiger Teil davon. Diese tragen dazu bei, dass die verschiedenen Rollen der involvierten Akteure transparenter werden und dadurch Tätigkeitsbereiche voneinander abgegrenzt werden. Dies ist essentiell, um sowohl für Patientinnen als auch für Mitbehandelnde die Zuständigkeiten zu klären und entsprechende Ansprechpartner zu kennen. Ein weiterer Vorteil sind die durch die Fallbesprechungen etablierten Feedbackschleifen: In sektorenübergreifenden Fallbesprechungen ausgetauschte Rückmeldungen zu nachstationären Fallverläufen verbessert die Planung des klinikinternen Entlassmanagements ((18) Projekt GeReNet.Wi 3). Darüber hinaus gewinnen die Mitbehandelnden im Rahmen der fallübergreifenden Kommunikation mit Vertreterinnen aus anderen Professionen und Sektor Einblicke in ein für sie nicht zugänglichen Versorgungsbereich. Dadurch wird eine Sensibilisierung gefördert, welche Informationen für die anderen Behandelnden relevant sind und was im eigenen Versorgungsfeld beachtet werden sollte (18).

Auch andere Studien zu dieser Thematik fordern eine Maßnahmenkombination zur Verbesserung der Koordination: Wagner et al. (2) schlugen bereits 2010 vor, einen Care Manager zu etablieren, den Informationsfluss zwischen den Behandelnden und zwischen Patientinnen und Behandelnden durch digitale Techniken zu verbessern sowie finanzielle Anreize zur Förderung einer patientenzentrierten Versorgung zu setzen.

Es gibt bereits einzelne Pilotprojekte, die die Kombination verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik bei onkologischen Patienten pilotieren. Die Evaluation einer solchen Maßnahmenkombination sollte berücksichtigt werden. Im Projekt „HeiMeKOM“ sind verschiedene der in dieser Studie genannten Lösungsansätze integriert (Lotse, digitale Akte, Interprofessionalität). „HeiMeKOM“ ist ein BMG-gefördertes Projekt der Universität Heidelberg, das ein Konzept für Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit bei begrenzter Prognose pilotiert. Die Nutzung von Lotsinnen, einer elektronischen Patientenakte, auf die alle Mitbehandelnden und Patienten zugreifen können, sowie die Etablierung von interprofessionellen Meilensteingesprächen wird bei Patientinnen mit Bronchialkarzinom mit palliativer Prognose untersucht.

4.4 Empfehlungen

Zur Umsetzbarkeit der in dieser Studie erarbeiteten Lösungsansätze tauschten wir uns mit den verschiedenen dafür verantwortlichen Akteuren aus. Basierend auf diesen Expertenmeinungen formulieren wir folgende Empfehlungen:

4.4.1 Transparenz des BehandlerNetzwerks Fördern

Alle Akteure, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, sollten erfasst werden. Das so erstellte BehandlerNetzwerk einer Patientin sollte für alle involvierten Personen transparent und aktuell sein.

Die Erfassung sollte bereits prästationär und möglichst patientennah erfolgen. Da der Krankheitsverlauf von onkologischen Patienten dynamisch ist, ändern sich die Akteure, die an der Versorgung beteiligt sind. Daher ist erforderlich, die erfassten Behandelnden kontinuierlich zu überprüfen und zu aktualisieren.

Eine Erfassung der involvierten Akteure während des stationären Aufenthalts ist im Rahmen des Entlassmanagements bereits installiert, aber kaum implementiert. Vorstellbar wäre auch eine Erfassung durch die Hausärztin oder die Krankenkassen.

Zu präferieren wäre eine digitale Form. Aktuell gibt es dazu bereits Bestrebungen im Rahmen einer lokalen Kooperation zwischen AOK und u.a. UKT Tübingen: Es ist geplant, die digitale

Sammlung von relevanten Informationen in einer Applikation zu pilotieren. Patientinnen oder Angehörige können die Applikation mit Informationen befüllen. Patienten vergeben Zugriffsrechte auf die in dieser Applikation gespeicherten Informationen an die verschiedenen Behandelnden. Letztere können dann die Informationen in ihr Informationssystem integrieren. Wie dies technisch genau umgesetzt werden kann, wird aktuell entwickelt.

4.4.2 Vernetzungsprozesse Initiieren und Fördern

Die Versorgung von onkologischen Patientinnen findet multiprofessionell und sektorenübergreifend statt. Eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Sektoren sowie mit Akteuren anderer Professionen erfordert Netzwerkarbeit. Dadurch werden die gegenseitige Rollentransparenz gefördert, Aufgabenfelder voneinander abgegrenzt und Zuständigkeiten zwischen den Akteuren geklärt sowie durch Feedback die Zusammenarbeit optimiert. Im Netzwerk können standardisierte Übergabemethoden oder auch Versorgungspfade entwickeln werden. Die Einblicke in nicht bekannte Versorgungsbereiche stärken das Bewusstsein, welche Informationen für welche Behandelnde relevant sind und können so dazu beitragen, dass die Kommunikation adressatengerechter wird.

In diesem Kontext wird angestrebt, bereits in der Lehre Interprofessionalität zu fördern durch Studiengänge übergreifende Lehrveranstaltungen. Dies wird fortgeführt in der Forderung nach gemeinsamen regionalen Fortbildungen.

Ein solch sektorenübergreifendes, interprofessionelles Netzwerk sollte neben den Behandelnden auch die kommunale Ebene einbeziehen. Die Kommunen eignen sich durch ihre trägerübergreifende Position dafür, eine Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren und Institutionen zu initiieren und kontinuierlich zu begleiten. Im Kreis Tübingen ist durch Arbeitskreise zur poststationären Versorgung und zur regionalen Versorgung bereits eine Vernetzung angestoßen.

4.4.3 Informationen adressatengerechter Machen

Neben der Stärkung des Bewusstseins durch Vernetzung, welche Informationen für welche Behandelnden relevant sind, könnten die folgenden Maßnahmen dazu beitragen, dass die Aspekte übermittelt werden, die für die Empfängerin relevant sind.

Eine interprofessionelle Dokumentation des stationären Behandlungsteams könnte dazu beitragen, dass nicht-somatische Aspekte ausreichend berücksichtigt werden und eine ganzheitliche Wahrnehmung der Patientinnen fördern.

Eine interprofessionelle Dokumentation in der Patientenakte wird von den Versicherern bereits gefordert; ist am UKT allerdings nicht in allen Abteilungen umgesetzt. Auch der Entlassbericht sollte nach den Ergebnissen unserer Studie Beurteilungen aller Akteure

enthalten, die während des stationären Aufenthalts involviert waren. Dies wird bereits in den bestehenden Konzepten des Entlassmanagement empfohlen.

Die unter 3.2.4 vorgestellten Optimierungen des Entlassberichtes wurden an das UKT herangetragen. Es stellte sich heraus, dass viele der Optimierungen in Bezug auf das Format bereits in der Maßnahme zu Vereinheitlichung und Verbesserung der Entlassberichtsvorlage berücksichtigt worden seien. Da sich dies nicht mit den in den Fokusgruppen genannten Erfahrungen deckt, empfehlen wir, zu prüfen, ob die Entlassberichte hinsichtlich der grafischen Gestaltung und der Struktur den geforderten Punkten entsprechen. Davon, wie in den Fokusgruppen vorgeschlagen im Entlassbericht zum psychischen Zustand des Patienten zu informieren, raten wir ab, da es sich um eine sensible Patienteninformation handelt.

Der Vorschlag, den vorläufigen Entlassbericht per Fax an Hausärztinnen zu übermitteln, um Laufzeiten zu minimieren, ist bereits im Konzept des Entlassmanagements berücksichtigt. Genauso wie die Idee einen konkreten, patientenbezogenen Ansprechpartner in der Klinik zu etablieren, der bei Fragen sowohl Patientinnen als auch ambulanten Behandelnden weiterhilft. Die Umsetzung durch ein sog. Fallmanagement wird aktuell im Rahmen des Projekts Patientenmanagement an der medizinischen Klinik des UKT pilotiert.

4.4.4 Verbesserung der Umsetzung des Entlassmanagements

Durch die Ergebnisse dieser Studie als auch im Gespräch mit dem UKT wurde deutlich, dass viele der genannten Problemaspekte bereits im Entlassmanagement adressiert werden. Es ist also eine bessere Umsetzung der im Rahmen des Entlassmanagements festgelegten Maßnahmen erforderlich. Aktuell wird im Rahmen des „Zentralen Patientenmanagement“ die Prozessimplementierung zur Belegungssteuerung und zum peripheren Patientenmanagement in der medizinischen Klinik des UKT pilotiert. Die Ergebnisse sollen dann die weitere Umsetzung deutlich verstärken.

4.4.5 Informationslücken durch zentrale Sammlung von relevanten Informationen Schließen

Eine zentrale Sammlung von relevanten medizinischen als auch organisatorischen Informationen verbessert eine Vielzahl der in dieser Studie aufgekommenen Problemaspekte. Sie stellt einen einfachen Zugang zur Gesamtheit an Informationen dar.

Es gibt verschiedene Formate, wie diese Informationssammlung ausgestaltet sein könnte. Als Übergangslösung bis zur Einführung einer elektronischen Patientenakte wurde eine analoge Patientenakte diskutiert, die beim Patienten selbst verbleibt und in der relevante Befunde sowie Informationen zu involvierten Akteuren gesammelt sind. Die Ressourcen, die für eine flächendeckende Einführung erforderlich wären, schätzen wir als nicht verhältnismäßig ein in Anbetracht der Tatsache, dass die digitale Akte demnächst umgesetzt werden soll, welche

weitaus mehr Probleme adressiert als die analoge Sammlung von Informationen. Das Konzept einer solchen Akte in analoger Form als Übergangslösung werden wir ressourcenschonend bewerben und z.B. im Arbeitskreis hausärztliche Versorgung vorstellen.

Eine digitale Ausgestaltung ermöglicht einen ortsunabhängigen Zugriff, einen beinahe zeitlosen Informationsaustausch und eine wenig aufwendige Vernetzung der involvierten Akteure. Dabei ist die Patientin selbst einbezogen. Insgesamt würde dadurch auf eine patienten-zentrierte Weise die Organisation der Gesundheitsversorgung und der Informationsfluss vereinfacht werden.

5 Beitrag zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung und Vernetzung

5.1 Inwiefern trug bzw. trägt das Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patientinnen bei?

Das Projekt trägt auf verschiedenen Ebenen zur Verbesserung der Versorgung bei.

Erstens kann das Wissen bzgl. der gesammelten Erkenntnisse und Lösungsansätze in weiteren theoriegesteuerten Projekten aber v.a. auch zur konkreten Planung von Projekten zur Verbesserung der Versorgung verwendet werden.

Zweitens dienen die Diskussionen in diesem Netzwerk selbst dazu, die Sensibilität hinsichtlich der Thematik zu erhöhen, sodass angenommen werden kann, dass auch das zu einer besseren Berücksichtigung dieser Ergebnisse führen wird.

So werden die Projektergebnisse in der KGK selbst als auch in thematisch passenden Arbeitskreisen der KGK präsentiert und diskutiert werden. Außerdem werden die Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen vorgestellt werden.

Die in diesem Projekt erarbeiteten konkreten Lösungsvorschläge, die den stationären Bereich betreffen, wurden mit Entscheidern im Bereich IT, Strategie und Patientenmanagement des UKT besprochen. Insbesondere der Ansatz eines interprofessionellen Entlassberichtes erhielt Zustimmung und scheint technisch umsetzbar. Dies wird an den dafür zuständigen Stellen auf Umsetzbarkeit geprüft werden.

Das UKT plant in Kooperation mit Krankenkassen und weiteren klinischen Standorten die Einführung einer digitalen Akte in Form einer Applikation. Auch hier werden die Ergebnisse dieser Studie durch die internen Kontakte einfließen.

Durch die Ergebnisse dieser Studie als auch nochmals im Gespräch mit den UKT-internen Akteuren wurde deutlich, dass viele der genannten Problemaspekte bereits im Entlassmanagement adressiert werden, deren Umsetzung jedoch noch verbesserungswürdig ist. Der Vorschlag, den vorläufigen Entlassbericht per Fax an die Hausärztin zu übermitteln, um Laufzeiten zu minimieren, ist bereits im Konzept des Entlassmanagement berücksichtigt; genauso wie die Idee einen konkreten, patientenbezogenen Ansprechpartner in der Klinik zu etablieren, der bei Fragen sowohl Patientinnen als auch ambulant Behandelnden weiterhilft. Im Rahmen der Pilotierung des „Zentralen Patientenmanagement“ an der medizinischen Klinik des UKT soll die Umsetzung des Entlassmanagements verbessert werden.

5.2 Konnte bereits eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung durch das Projekt erreicht werden?

Der sektorenübergreifende, interprofessionelle Austausch im Rahmen der Fokusgruppen trug dazu bei, das Bewusstsein der Teilnehmenden dafür zu stärken, welche Informationen für welche Behandelnde relevant sind und welche Aspekte im eigenen Versorgungsfeld berücksichtigt werden sollten.

Darüber hinaus wurden konkrete Lösungsansätze an das UKT herangetragen. Die Einführung eines interprofessionellen Entlassberichtes wird klinikumsintern diskutiert werden. Auch die Aufnahme in die Arbeitskreise der KGK trägt dazu bei, konkrete Umsetzungen zu prüfen.

5.3 Welchen Schnittstellen bzw. Versorgungslücken hat sich das Projekt gewidmet?

Der Fokus bei „OnkoKom“ lag auf der Kommunikation und den Informationsaustausch der Behandelnden an den zwei großen Schnittstellen, intersektoral und interprofessionell. Dabei spielte sowohl der Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären in den ambulanten Bereich eine Rolle als auch die Kontinuität insgesamt in der Kommunikation aller involvierten Akteure.

5.4 Wie war das Projekt in die Versorgungsstrukturen vor Ort eingebunden?

Das Projekt wurde in Kooperation von KGK und IAIV durchgeführt. Konzeption und Ergebnisse wurden in inhaltlich passenden Arbeitskreises des KGK vorgestellt sowie in internen Seminaren des IAIV.

Der partizipative Ansatz gewährleistete den Anschluss an die regional vorhandenen Strukturen und die Einbindung der relevanten Akteure. Ausgehend vom Tumorzentrum Tübingen – Stuttgart (CCC) wurden o.g. an der Schnittstelle beteiligte Akteure explizit einbezogen.

Die Teilnehmenden des Projekts setzten sich aus Akteuren aus ambulantem und stationärem Sektor sowie aus verschiedenen Professionen zusammen. Auswahlkriterium war, dass diese an der Versorgung von onkologischen Patienten beteiligt sind oder in der Kommunikationsgestaltung der Versorgung eine zentrale Rolle spielen. Die Teilnehmenden setzten sich aus folgenden Bereichen zusammen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Stationär tätiges ärztliches Personal aus verschiedenen Spezialisierungen, welche onkologische Patienten betreuen
- Ambulant tätiges ärztliches Personal aus verschiedenen Spezialisierungen, welche onkologische Patienten betreuen
- stationär oder ambulantes Pflegepersonal, welche onkologische Patienten betreuen (u.a. Konsiliardienst, Pflegestützpunkte)
- Personen aus Bereich Pflegewissenschaften mit Erfahrungen in der onkologischen Patientenbetreuung
- Patientenfürsprecher / Patientenberatung, Patientenvertretung am UKT
- Sozialdienst
- Spezialisierte ambulante palliative Versorgung (ärztliches oder pflegerische Personal)
- Zentralbereich Strategie (an Kommunikationsgestaltung beteiligt)
- Apotheken

Außerdem waren durch die Projektumsetzung auch die Perspektive des IAIV und der kommunalen Ebene (KGK) vertreten.

5.5 Mit welchen Akteuren wurde das Projekt umgesetzt?

Im Vorfeld der Ausschreibung der Fördermittel zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg des Ministeriums für Soziales und Integration im Jahr 2018 wurden bereits Anstrengungen auf Landesebene für strukturelle Veränderungen zur Überwindung der sektoralen Grenzen im Gesundheitssystem unternommen.

2015 wurde im Rahmen des Paragraphen 6 des Landesgesundheitsgesetzes der Sektorenübergreifende Landesausschusses mit einer Geschäftsstelle gesetzlich verankert. Der Sektorenübergreifende Landesausschuss umfasst alle an der Versorgungssteuerung unmittelbar Beteiligten sowie die kommunale Ebene und die Patientenvertretung. Wichtige Fragen der Versorgung werden sektorenübergreifend und patientenbezogen behandelt.

Der Sektorenübergreifende Landesausschuss setzt sich mit der Gesundheitsversorgung und bedarfsgerechten medizinischen Versorgungsstrukturen auseinander. Sein Themengebiet beinhaltet außerdem die Notfallversorgung, sowie die Schnittstellen zur Pflege und zur

Rehabilitation. Ziel ist es, die Schnittstellen der unterschiedlichen Sektoren (ambulant / stationär, aber auch Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege und Rehabilitation) zu verbessern. Mit einer besseren Verzahnung der Sektoren soll eine optimale Gesundheitsversorgung im Land erreicht werden.

Dabei hat der Ausschuss die Möglichkeit Empfehlungen zur Entwicklung oben genannter Strukturen und zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen auszusprechen. Er kann außerdem zur Aufstellung und Anpassung medizinischer Bedarfspläne Stellung nehmen.

2016 hat das Ministerium für Soziales und Integration das „Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung“ ins Leben gerufen und anhand einer Modellregionen mit drei Landkreisen neue Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung entwickelt.

An den daraus entstandenen Handlungsempfehlungen orientiert sich auch die Arbeit der Geschäftsstelle der KGK im Landkreis Tübingen.

In Arbeitskreisen wie z.B. „Versorgungslücken – Versorgungsbrücken“, „Runder Tisch Poststationäre Versorgung“, sowie „Hausärztliche und barrierefreie Versorgung“ wurde bereits seit Jahren an Lösungsansätzen zur Verbesserung der Schnittstellen gearbeitet. In den genannten Gremien vernetzen sich wichtige Akteure der Versorgungsstruktur im Landkreis Tübingen. Diese sind Vertreterinnen der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung, der Kommunen, der Kliniken, der Rehabilitationseinrichtungen, der Pflegestützpunkte, der niedergelassenen Ärzte (Kreisärzteschaft), der Apothekerinnen, der komplementären Hilfsangebote, der unabhängigen Patientenberatung, Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe und andere.

Durch den Förderaufruf konnte die bereits bestehende sehr gute Zusammenarbeit der Geschäftsstelle der KGK mit einem erfahrenen Kooperationspartner zum Thema Optimierung der Versorgungsstrukturen im Landkreis, dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (IAIV) des UKT weiter ausgebaut werden. Das IAIV hat durch seine kooperative und die Netzwerke einbeziehende Herangehensweise innerhalb des Projektmanagements elementare Erkenntnisse gewinnen können. An der exemplarischen Bearbeitung der Schnittstelle stationär/ambulant in der Behandlung und ambulanten Versorgung onkologischer Patientinnen waren verschiedene Akteure aus allen betroffenen Bereichen beteiligt. Die Kompetenzen und Erfahrungen der z.T. in der Versorgung tätigen Akteure sind für die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und Handlungsempfehlungen unerlässlich. Die Geschäftsstelle der KGK hat an dieser Auseinandersetzung mitgewirkt und zusammen mit ihren Kooperationspartnerinnen aus der langjährigen Netzwerkarbeit wichtige Impulse zum Projektverlauf beisteuern können.

6 Durch welche Maßnahmen wurde die Qualität des Projekts sichergestellt?

Die Qualität des Projektes wurde durch folgende Aspekte gesichert:

- Interdisziplinäre und eng abgestimmte Projektbetreuung (Kooperation zwischen KGK und IAIV)
- Aufbau auf Vorarbeiten und aktuelle Rahmenbedingungen
In der Konzeption der Fokusgruppen wurden bereits lokal vorhandene Vorarbeiten, Strukturen und Wissen genutzt. Diese bestanden aus Aktivitäten am UKT (s.o.)
Ergebnisse der o.g. Arbeitskreise, Zuweiser- und Patientenbefragungen der KGK und des UKT, gesetzliche Rahmenbedingungen zur elektronischen Patientenakte / Digitalisierung.
- Repräsentative Auswahl der Projekt-Teilnehmer:
Um ein möglichst umfassendes und praxisrelevantes Bild der zu erhalten, haben wir die verschiedenen Akteure einbezogen, die in der Versorgung onkologischer Patienten oder in der Kommunikationsgestaltung beteiligt sind. (s.o.)
- Validierung der Ergebnisse der Fokusgruppen in einem abschließenden Workshop
- Anwendung wissenschaftlich anerkannter Methoden zur Datenerhebung und -auswertung durch Experten (s.o.). Die Wissenschaftlerinnen verfügten über Expertise bezüglich der angewendeten Methoden und waren mit den Strukturen des Gesundheitssystems vertraut.

6.1 Stärken und Schwächen der Studie

Durch den lösungsorientierten Ansatz des Projekts konnte direkt passend zu den Problemen ermittelt werden, wie diese gelöst werden könnten. Das lokale Setting ermöglichte es, zeitnah die Implementierung der vorgeschlagenen Lösungsansätze mit den dafür zuständigen Stellen zu besprechen und voranzutreiben. Obwohl sich also die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf die Region Tübingen- Stuttgart beschränken, gehen wir davon aus, dass sich die Situation in anderen Regionen Deutschlands davon nicht stark unterscheidet. Zudem liefern internationale Studien ähnliche Ergebnisse.

Die Meinung von Fachärztinnen, die onkologische Patienten ambulant betreuen, war durch eine geringe Teilnehmeranzahl in den Fokusgruppen unterrepräsentiert. Die Meinungen der Teilnehmenden waren allerdings kongruent.

7 Geplante weitere Vorgehensweise zur Fortführung des Projekts.

Die lokale Umsetzung einiger der in diesem Projekt genannten Lösungsansätze ist bereits in Planung. Dies bezieht sich auf:

- Planung von ambulant eingesetzte Lotsen bzw. Care-Managerinnen im Rahmen von Forschungsprojekten
- Stationär eingesetzte Patientenmanager im Rahmen von Umsetzungsprojekten des Entlass- / Patientenmanagements
- Entwicklung einer digitalen, intersektoralen Vernetzung am UKT
- Integration von Messenger-Diensten zur ressourcenschonenden Vernetzung der Behandelnden untereinander und mit den Patientinnen
- Die zentrale Sammlung gesundheitsrelevanter Informationen wird elektronisch im Rahmen der elektronischen Patientenakte ab 2021 bundesweit vorgegeben. Als Interimslösung schlagen wir niedrigschwellig die Nutzung einer analogen Patientenakte (im Sinne von PHR) auf individueller Ebene vor.
- Der Ansatz eines interprofessionellen Entlassberichtes, der Beurteilungen von allen Akteuren enthält, die während des stationären Aufenthalts involviert waren, wurde an das UKT weitergegeben und wird dort auf Umsetzbarkeit geprüft.

Andere Aspekte sind bereits im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehen, werden jedoch nicht umgesetzt. Dies bezieht sich auf:

- Sendung des vorläufigen Entlassberichtes an Hausärzte per Fax
- Erfassung bzw. Aktualisierung der an der Behandlung beteiligten Akteure während des stationären Aufenthalts

Anhand von Prozessanalysen sollte untersucht werden, welche Aspekte die Umsetzung behindern.

Im nächsten Schritt ist es dann möglich, die gesamte Intervention oder Elemente davon an anderen Standorten angepasst zu übernehmen.

Außerdem ist deutlich geworden, dass Rollenbilder maßgeblich beeinflussen, wie im Behandlungsteam zusammengearbeitet wird und die Patientin einbezogen wird. Die Daten dieses Projektes werden auch im Hinblick auf Rollenkonzepte ausgewertet werden. Ein Aspekt hierbei ist, bei welchen Patientengruppen deren Einbezug sinnvoll ist und ob es Gruppen gibt, bei denen dies nicht sinnvoll ist.

7.1 Inwiefern können andere Städte/Gemeinden/Landkreise von Ihren Erfahrungen profitieren?

Obwohl sich die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf die Region Tübingen - Stuttgart beschränken, zeigt die gesundheitspolitische und forschungspolitische Diskussion, dass sich die Situation in anderen Regionen Deutschlands davon nicht stark unterscheidet. Zudem liefern internationale Studien ähnliche Ergebnisse.

7.2 Materialien, die vom Land oder anderen Stadt-/Landkreisen genutzt werden können

Da wir davon ausgehen, dass die Probleme im Hinblick auf die Schnittstellenkommunikation in anderen Regionen Deutschlands ähnlich sind, sind die in diesem Projekt entstandenen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auch für andere Regionen spannend. Der Projektbericht kann diesen zur Verfügung gestellt werden. Außerdem könnten die Ergebnisse für die konkrete Planung neuer Projekte hilfreich sein. So könnten Krankenhäuser die Ergebnisse zu konkreten Anforderungen an einen adressatengerechten Entlassbericht nutzen (s. Anhang).

8 Fazit

Die Qualität der Gesundheitsversorgung bei onkologischen Patienten wird durch mangelnde Koordination und unzureichenden Informationsfluss zwischen den Behandelnden beeinträchtigt. Personen, die an der Organisation der Gesundheitsversorgung und Koordination der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure beteiligt sind, fehlen an vielen Stellen die dafür relevanten Informationen zum passenden Zeitpunkt. Alle an der Behandlung involvierten Personen inkl. der Patientinnen sollten in den Informationsaustausch einbezogen werden. Dafür ist die Implementierung von Kommunikationsmedien erforderlich, welche ressourcenschonend, datenschutzrechtskonform sowie zeitnah sind und die Notwendigkeit einer direkten Erreichbarkeit überkommen. Als Übergangslösung wurde die Einführung einer analogen Patientenakte diskutiert, die beim Patienten selbst verbleibt und in der relevante Befunde oder Informationen zu involvierten Akteuren gesammelt sind.

Die Verantwortung für die Koordination der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und die Aufgabenverteilung zwischen den Mitbehandelnden sind oft unklar. Die Einführung von Lotsinnen könnte ein Ansatz sein, diesbezüglich mehr Transparenz zu schaffen. Dabei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass die Aufgabenbereiche als teilweise überlappend mit denen der Hausärztinnen oder des Palliativdienstes gesehen werden. Ob oder inwiefern dies der Fall ist, muss im Rahmen der Planung solcher Funktionen untersucht werden. Außerdem benötigen wir mehr differenzierte Kenntnisse dazu, bei welchen Patientengruppen/-

charakteristika der Einbezug von Care Managern sinnvoll bzw. nicht sinnvoll ist. Bereits bestehende Pilotprojekte mit Lotsinnen sollten im Hinblick auf Chancen und Risiken evaluiert werden.

Zur Verbesserung der Kenntnis zu Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitbehandelnden sollten die Möglichkeiten zum interprofessionellen Austausch sowie die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufsausbildung gestärkt werden.

Welche Rolle Mitbehandelnde Patientinnen zuschreiben und bei welchen Patienten ein aktiver Einbezug in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung sinnvoll ist und bei welchen nicht, sollte weiter evaluiert werden.

9 Bibliografie

1. Halpern MT, Argenbright KE. Evaluation of effectiveness of survivorship programmes: how to measure success? *Lancet Oncol.* 2017;18(1):e51-e9.
2. Wagner EH, Aiello Bowles EJ, Greene SM, Tuzzio L, Wiese CJ, Kirlin B, et al. The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):484-9.
3. Ludt S, Urban E, Eckardt J, Wache S, Broge B, Kaufmann-Kolle P, et al. Evaluating the quality of colorectal cancer care across the interface of healthcare sectors. *PLoS One.* 2013;8(5):e60947-e.
4. Mitchell GK. The role of general practice in cancer care. *Aust Fam Physician.* 2008;37(9):698-702.
5. Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Masya L, et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20(2):220-7.
6. Spinks T, Albright HW, Feeley TW, Walters R, Burke TW, Aloia T, et al. Ensuring quality cancer care: a follow-up review of the Institute of Medicine's 10 recommendations for improving the quality of cancer care in America. *Cancer.* 2012;118(10):2571-82.
7. Kamradt M, Baudendistel I, Langst G, Kiel M, Eckrich F, Winkler E, et al. Collaboration and communication in colorectal cancer care: a qualitative study of the challenges experienced by patients and health care professionals. *Family practice.* 2015;32(6):686-93.
8. Schmidt A, Ernstmann N, Wesselmann S, Pfaff H, Wirtz M, Kowalski C. After initial treatment for primary breast cancer: information needs, health literacy, and the role of health care workers. *Supportive Care in Cancer.* 2016;24(2):563-71.
9. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: a systematic review. *Health Expect.* 2007;10(1):75-91.
10. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Arch Intern Med.* 2011;171(1):56-65.
11. Aiello Bowles EJ, Tuzzio L, Wiese CJ, Kirlin B, Greene SM, Clauser SB, et al. Understanding high-quality cancer care: a summary of expert perspectives. *Cancer.* 2008;112(4):934-42.
12. Parker AL, Forsythe LL, Kohlmorgen IK. TeamSTEPPS((R)) : An evidence-based approach to reduce clinical errors threatening safety in outpatient settings: An integrative review. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management.* 2018.
13. Sturm H, Wildermuth R, Stolz R, Bertram L, Eschweiler GW, Thomas C, et al. Diverging Awareness of Postoperative Delirium and Cognitive Dysfunction in German Health Care Providers. *Clin Interv Aging.* 2019;14:2125-35.
14. Flick U. *Triangulation. Eine Einführung.* . Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. S.13-28
15. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse.* Weinheim: Beltz; 2015.
16. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim: Beltz Juventa; 2012. S.69
17. Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice.:* SAGE Publications; 2012. S.88
18. Bär M, Schönemann-Gieck P, Bauer J, Brandenburg H, Stolz R, Kruse R. VEKTOR. Verbund zur Erstellung einer Expertise zur krankenhausbezogenen und transsektoralen Überleitungsoptimierung bei Risikopatienten: Sektorenübergreifendes Fall- und Versorgungsmanagement bei Risikopatienten. 2019.
19. Hanks H, Veitch C, Harris M. Colorectal cancer management - the role of the GP. *Aust Fam Physician.* 2008;37(4):259-61.
20. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2008;26(14):2272-7.
21. Lizama N, Johnson C, Ghosh M, Garg N, Emery J, Saunders C. Keeping primary care "in the loop": General practitioners want better communication with specialists and hospitals when caring for people diagnosed with cancer: Keeping primary care "in the loop". *Asia-Pacific journal of clinical oncology.* 2015;11.
22. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne.* 2010;182(2):E85-E8.
23. McConnell D, Butow PN, Tattersall MH. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer.* 1999;80(3-4):427-37.
24. Emery J, Trevena L, D. M, Fallon-Ferguson J, Shaw K, Williams B, et al. The role of primary and community-based healthcare professionals in early detection and follow-up in cancer care—a rapid review of

- best practice models: an Evidence Checkrapid review brokered by the Sax Institute for the Cancer Institute NSW. 2012.
25. van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *Cmaj*. 1995;152(9):1437-42.
 26. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831-41.
 27. Murray GF, Rodriguez HP, Lewis VA. Upstream With A Small Paddle: How ACOs Are Working Against The Current To Meet Patients' Social Needs. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(2):199-206.
 28. Mamo JP. Electronic discharge summaries--are they being done and do they have the required information? *Ir Med J*. 2014;107(3):88-90.
 29. Weetman K, Dale J, Scott E, Schnurr S. The Discharge Communication Study: research protocol for a mixed methods study to investigate and triangulate discharge communication experiences of patients, GPs, and hospital professionals, alongside a corresponding discharge letter sample. *BMC health services research*. 2019;19(1):825.
 30. Bär M, Schönemann-Gieck P, Süs E. „Werde ich wieder nachhause kommen?“ Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt. *Pflege & Gesellschaft* 2018;23(4):293-308.
 31. Kraus S. Über Sektoren hinweg Versorgung verbessern - Neue gesetzliche Regelungen und Auswirkungen auf Schnittstellen und Soziale Arbeit *FORUM sozialarbeit + gesundheit*. 2016;1/2016
 32. Mars M, Scott RE. WhatsApp in Clinical Practice: A Literature Review. *Studies in health technology and informatics*. 2016;231:82-90.
 33. Freeman JD, Blacker B, Hatt G, Tan S, Ratcliff J, Woolf TB, et al. Use of Big Data and Information and Communications Technology in Disasters: An Integrative Review. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13(2):353-67.
 34. Mobasheri MH, King D, Johnston M, Gautama S, Purkayastha S, Darzi A. The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre survey study. *BMJ Innovations*. 2015;1(4):174.
 35. Übermittlung von medizinischen Befunden per Smartphone-App Weit verbreitet und nützlich – aber datenschutzkonform? [press release]. 2017.
 36. Zeeb H, Pigeot I, Schuz B. [Digital public health-rapid technological progress, but many open public health questions]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2020.
 37. Kropp H, Günther U. Digitalisierung: Wie Kliniken digitale Patientendaten am besten schützen. *Dtsch Arztebl International*. 2017;114(17):-2-.
 38. Thomas K. Wanted: a WhatsApp alternative for clinicians. *BMJ (Clinical research ed)*. 2018;360:k622.
 39. Krüger-Brand HE. IT-Sicherheit: Wirbel um korrekte Installationen. *Dtsch Arztebl International*. 2019;116(47):2167.
 40. Samerski S, Müller H. Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland - gefordert, aber nicht gefördert? Ergebnisse der empirischen Studie TK-DiSK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2019;144-145:42-51.
 41. Bulsara C, Ward AM, Joske D. Patient perceptions of the GP role in cancer management. *Aust Fam Physician*. 2005;34(4):299-300, 2.
 42. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10(3):259-67.
 43. Duggan P, Geller G, Cooper L, Beach M. The moral nature of patient-centeredness: Is it "just the right thing to do"? *Patient Education and Counseling*. 2006;62(2):271-6.
 44. Gesundheit Bf. Ziele des Nationalen Krebsplans - NKP (aus 2008) 2019 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html>].
 45. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns*. 2007;68(1):33-42.
 46. Doekhie KD, Strating MMH, Buljac-Samardzic M, van de Bovenkamp HM, Paauwe J. The different perspectives of patients, informal caregivers and professionals on patient involvement in primary care teams. A qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2018;21(6):1171-82.
 47. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157(6):417-28.

48. Agency. NM. Cancer Services Collaborative Improvement Partnership Patient-held Records Toolkit. Leicester; 2003.
49. Williams JG, Cheung WY, Chetwynd N, Cohen DR, El-Sharkawi S, Finlay I, et al. Pragmatic randomised trial to evaluate the use of patient held records for the continuing care of patients with cancer. *Qual Health Care*. 2001;10(3):159-65.
50. Cornbleet MA, Campbell P, Murray S, Stevenson M, Bond S. Patient-held records in cancer and palliative care: a randomized, prospective trial. *Palliat Med*. 2002;16(3):205-12.
51. Sada YH, Street RL, Jr., Singh H, Shada RE, Naik AD. Primary care and communication in shared cancer care: a qualitative study. *Am J Manag Care*. 2011;17(4):259-65.
52. Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powell J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age Ageing*. 2002;31(2):107-17.
53. Steinbruchel-Boesch C, Rosemann T, Spirig R. *Praxis (Bern 1994)*. 2017;106(9):459-64.
54. Giger M, De Geest S. Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2008;89(43):1839 - 43.

10 Anlagen

Kategoriensystem

Abbildung 2 – Kategoriensystem Hauptkategorien

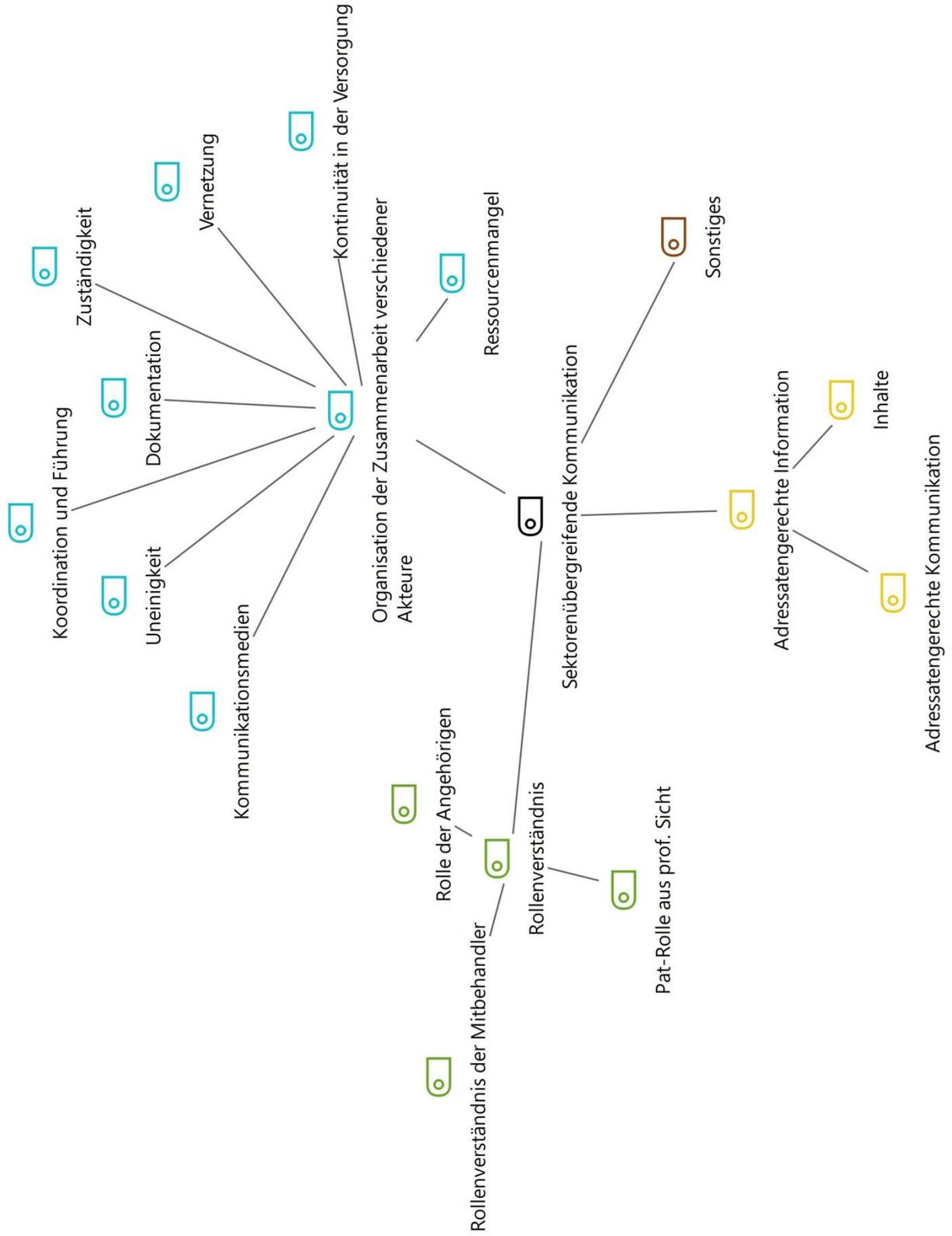


Abbildung 3 – Hauptkategorie Organisation mit Unterkategorien

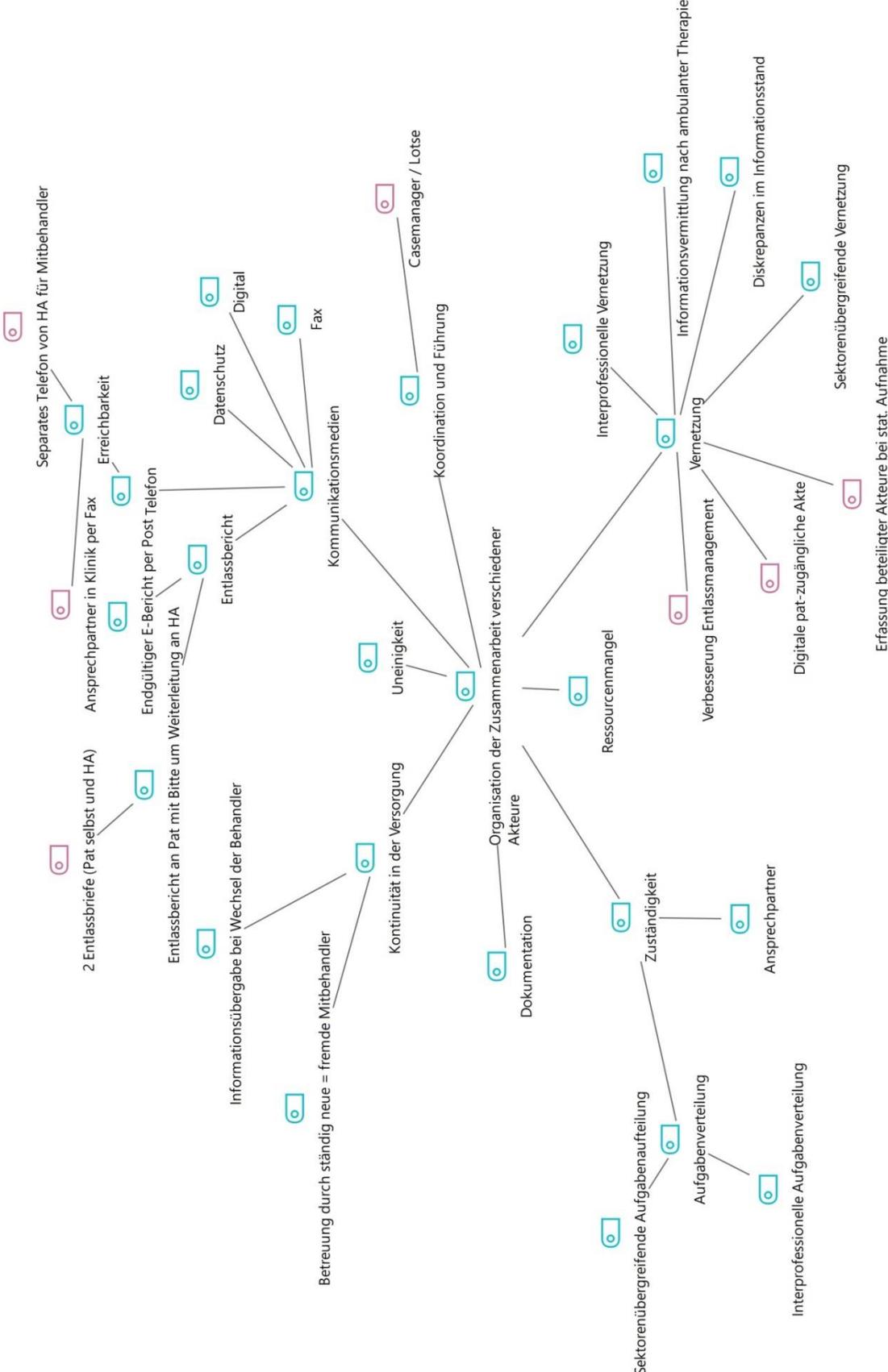
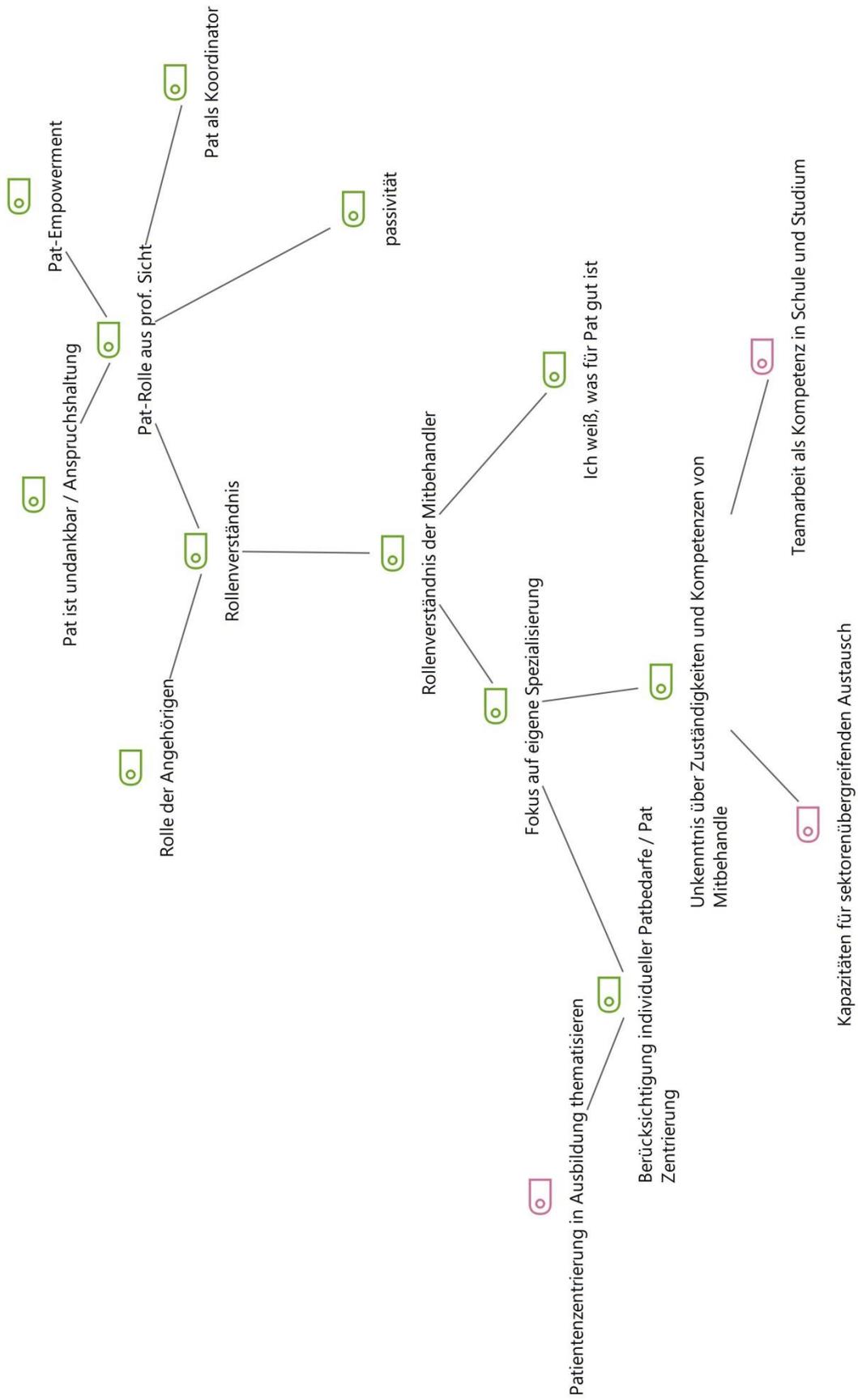


Abbildung 4 – Hauptkategorie Adressatengerechte Information mit Unterkategorien

Abbildung 5 – Hauptkategorie Rollenverständnis mit Unterkategorien



Anforderungen an einen adressatengerechten Entlassbericht

Inhalte:

- Aktueller Stand im Behandlungsplan (medizinische, psychologische, pflegerische und soziale Aspekte)
- Soziale Situation des Patienten
- Sicht des Patienten auf Behandlungsplan
- Konkretes Prozedere im Behandlungsplan inkl. der für die Umsetzung notwendigen Zuständigkeiten
- Konkreter Ansprechpartner bei Fragen
- Konkrete Vorschläge zum Symptomanagement

Formal:

- Grafisch übersichtliche und gebündelte Präsentation der wichtigen Inhalte
- Keine Verwendung von (fachspezifischen) Abkürzungen
- Verwendung des Wirkstoffnamens anstatt des Handelsnamens bei Arzneimitteln
- Grafische Hervorhebung von Änderungen an der Medikation (z.B. Aufnahmemedikation neben Entlassmedikation platzieren)
- Übermittlung des vorläufigen Entlassberichtes an den Hausarzt per Fax / digital

Nützliche Links:

Datenschutzkonforme Messenger zum sicheren Austausch von Patienteninformationen:

<https://www.healthrelations.de/whatsapp-alternativen-fuer-aerzte/>

Übersetzung von Entlassberichten und medizinischen Befunden in Alltagssprache:

<https://washabich.de/>