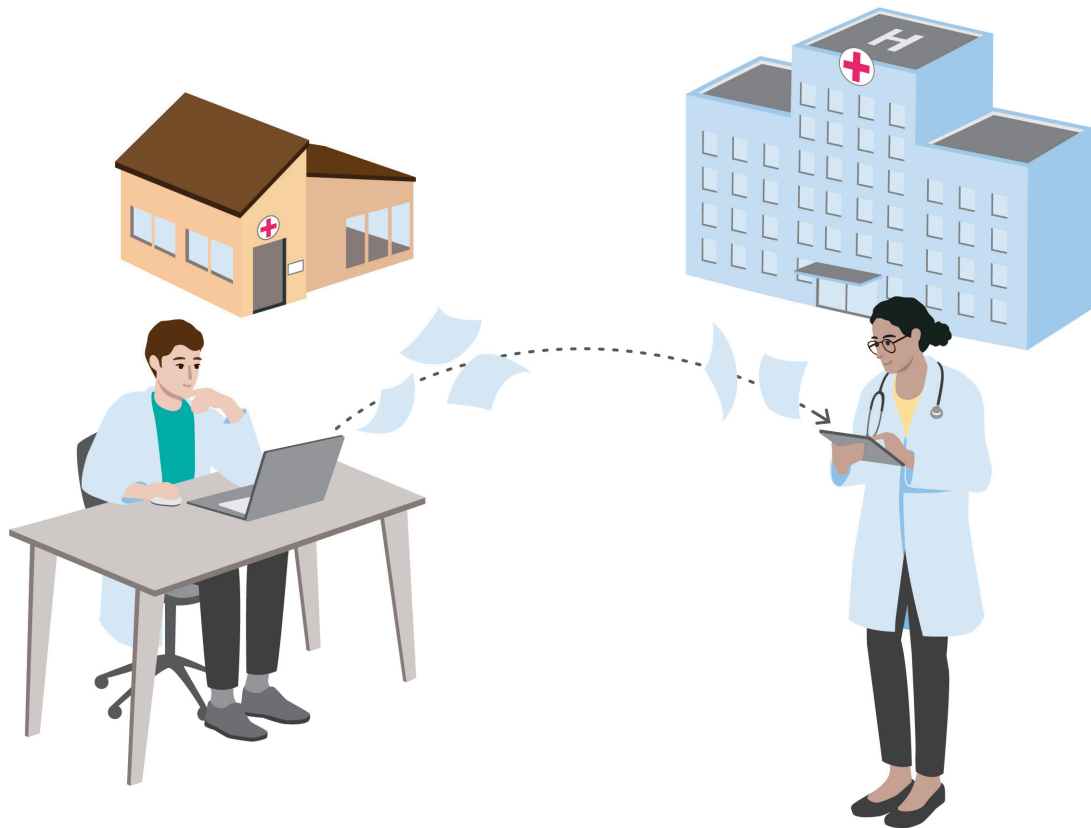


Qualitätsindikator Nr. 1

# Information

## Übermittlung der medizinischen Information zwischen Hausarzt/ Hausärztin und (Spital-)Spezialisten/Spezialistinnen



Anteil der Patienten/Patientinnen, die vom Hausarzt/Hausärztin betreut werden, bei denen ein Überweisungsbericht bei einer Zuweisung an ein Spital (Hospitalisierung) oder zur Konsultation an einen Facharzt/Fachärztin mitgeschickt wird.

**Der Indikator hat zum Ziel, die Übermittlung von medizinisch relevante Informationen eines Patienten/Patientin zwischen Hausärzten/Hausärztinnen und den Fachärzten/Fachärztinnen und/oder Spitalern zu verbessern.**

<b>Bereich</b>	Patientenzentrierte Versorgungsqualität
<b>Typ</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patienten/Patientinnen, die mit einem Überweisungsbericht vom Hausarzt/ Hausärztin an einen Facharzt/Fachärztin oder ins Spital überwiesen wurden
<b>Nenner</b>	Alle Patienten/Patientinnen, die vom Hausarzt/Hausärztin an einen Facharzt/Fachärztin überwiesen oder ins Spital eingewiesen wurden
<b>Intervall</b>	Jährlich (alle 12 Monate)

## Beschrieb

Der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ist von grundlegender Bedeutung, um eine wirksame und sichere Versorgung zu gewährleisten [1]. Das Institute of Medicine hat die Koordination der Versorgung als Kernstück einer Qualitätsstrategie definiert, die ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Wirksamkeit, Sicherheit und Effizienz des Versorgungssystems bietet [2]. Die Koordination der Versorgung und Behandlung von Patienten/Patientinnen sollte ein konkreter, definierter und organisierter Prozess sein, der den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems (Patienten/Patientinnen, Ärzte/Ärztinnen und Gesundheitsdienste) erleichtert. Dieser Prozess ermöglicht es zudem, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden und eine genaue und patientenspezifische Diagnose und Behandlung zu gewährleisten. Im Überweisungsbericht, der den Informationsaustausch zwischen dem Hausarzt/Hausärztin und dem Facharzt/Fachärztin bzw. dem Spital ermöglicht, werden die Therapieerwartungen und Fragen an den Facharzt/Fachärztin definiert. Mit einer klaren Fragestellung und Angabe aller notwendigen medizinischen Informationen werden unnötige oder doppelte Abklärungen vermieden und eine optimale Behandlung des Patienten/Patientin garantiert.

Der Überweisungsbericht sollte idealerweise die folgenden Angaben enthalten:

- Grund der Überweisung oder Konsultation des Facharztes/Fachärztin
- Hauptdiagnose und Differentialdiagnosen
- Komorbiditäten
- Aktuelle Behandlung mit vollständiger Medikamentenliste
- Direkte Kontaktdaten des Hausarztes/Hausärztin: mobile E-Mail, Durchwahltelefon
- Resultate von früheren Untersuchungen

Obwohl 87% der Hausärzte/Hausärztinnen angeben, dass sie bei einer Überweisung an ein Spital oder einen Facharzt/Fachärztin immer oder fast immer einen Überweisungsbericht für Patienten/Patientin schreiben, variieren die Angaben je nach Arzt/Ärztin zwischen 50% bis 100% [4]. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit an vorletzter Stelle. Weiter teilten im Jahr 2019 lediglich 44% der Hausärzte/Hausärztinnen Medikamentenlisten auf elektronischem Weg mit Kollegen/Kolleginnen. Es besteht daher durch die Optimierung des Informationsaustausches ein grosses Potenzial zur Verbesserung der Qualität.

## Literatur

1. Kim B, *Care coordination between specialty care and primary care: a focus group study of provider perspectives on strong practices and improvement opportunities*, J Multidiscip Healthc 2015
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *Care Coordination*, <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
3. Kripalani S, *Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care*. JAMA 2007
4. *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich, Analyse des International Health Policy Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund*, <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/aerztinnen-und-aerzte-der-grundversorgung-situation-der-schweiz-und-im-internationalen>

## Wirkungshypothese

Das Ziel dieses Indikators ist eine Erleichterung und Optimierung des Abklärungs- und Behandlungsprozesses, indem Berichte mit den wesentlichen medizinischen Informationen bei einer Beurteilung zur Verfügung stehen. Auf diese Weise können unnötige oder doppelte Untersuchungen vermieden werden. Eine strukturierte und sachliche Kommunikation zwischen den an der Nachsorge der Patienten/Patientinnen beteiligten Fachpersonen ist zweifellos eine Massnahme zur Verbesserung der Behandlungsqualität.

## Überprüfung und Umsetzung im Praxisalltag

Der Indikator ist präzise definiert und kann gemessen werden. Eine regelmässige Überprüfung ist möglich und führt zu einem PDCA-Zyklus, dessen Ziel eine schnelle, sachliche und effiziente Kommunikation zwischen den an der Betreuung desselben Patienten/Patientinnen beteiligten Akteuren ist. Jede Praxis definiert ihre Ziele basierend auf dem aktuellen Stand. Denkbar wäre ein Benchmark von 80 % , was bedeutet, dass für 80 % der Patienten/Patientinnen, die an einen Facharzt/Fachärztin oder ein Spital überwiesen werden, ein Überweisungsbericht vorliegt. Eine wichtige Einschränkung ist die Überweisung von Patienten/Patientinnen in Notfallsituationen, wenn diese per einfachem Telefonanruf bzw. ohne Überweisungsbrief überwiesen werden; diese Patienten/Patientinnen werden nicht in die analysierte Stichprobe einbezogen. Weiter können Patienten/Patientinnen, die sich selber und ohne Rücksprache mit ihrem Hausarzt/Hausärztin zuweisen, nicht berücksichtigt werden, da hier die Hausärzte oft erst im Nachhinein von der Konsultation oder der Hospitalisation Kenntnis haben. Mit diesem Indikator wird die inhaltliche Qualität der Überweisungsberichte nicht analysiert. Eine ergänzende Analyse der Qualität der Berichte (im Sinne einer Analyse der oben vorgeschlagenen Mindestinhalte) könnte in Betracht gezogen werden. Dies könnte nach dem Peer-Review-Modell erfolgen.

## Effekt

Förderung des Informationsaustauschs zwischen dem Hausarzt und den Fachärzten und Spitärlern, an die er seine Patienten überweist, Erhöhung der Patientensicherheit und Schaffung eines effizienten Behandlungs- und Versorgungsprozesses.

## Beurteilungskriterien

- Ausrichtung an validierte Leitlinien und Standards
- Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert
- Fremdevaluation
- Patientenorientierung (Patient Reported Outcome)
- Benchmarking
- Mehrere Perspektiven berücksichtigen
- Peer-review
- PDCA-Zyklus
- Aussagen zu Ergebnisqualität



## **Voraussetzung für die Umsetzbarkeit**

Grundvoraussetzungen für eine zeitnahe Übermittlung von Zuweisungsschreiben mit aktuellen Behandlungsinformationen sind die rechtzeitige Verfügbarkeit der zu übermittelnden Informationen und deren Übermittlungsfähigkeit über gesicherte elektronische Kommunikationskanäle. Idealerweise geschieht die Übermittlung in Form strukturierter Daten mit End-Verchlüsselung zwischen Überweiser und Zuweisungsempfänger/Zuweisungsempfängerinnen. Diesbezüglich fehlen aktuell geeignete elektronische Übermittlungssysteme, daher ist als Minimalstandard heute eine gesicherte E-Mail-Kommunikation anzusehen. Dies erschwert eine Indikatorerhebung und die Überprüfung inhaltlicher Komponenten der Überweisungsschreiben (Minimalset). Es ist daher wichtig, einerseits Anreize dafür zu schaffen, dass die technischen Möglichkeiten für die strukturierte Datenübermittlung (und damit digitale Indikator-Erhebung) geschaffen werden und andererseits, die für die Erhebung notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen im ambulanten Abgeltungssystem abzubilden.