Handbuch für Cardiolotsen



Stand: Februar 2021

Allgemeiner Teil 4

Vorwort 5

Allgemeine Projektinformationen 7

Aufgaben der Cardiolotsen 7

Ziele des Projekts 8

Erreichung der Ziele 8

Ärztliche Leitung der Cardiolotsen 8

Pflegerische Leitung der Cardiolotsen 9

Was tun bei einem Notfall? 10

Einschlussdiagnosen 11

Einschlusskriterien 11

Ausschlusskriterien 11

Patienteninformation 12

Patientenordner 12

Sportliche Aktivitäten 12
Rehabilitationssport / Funktionstraining 12
Zusätzliche Angebote der AOK Nordost 12

Rehabilitation 13
Ambulante Rehabilitation 13
Stationäre Rehabilitation 13
Anschlussrehabilitation 13

Pflegeleistungen 14

Zuzahlung 14

Tabakentwöhnungsprogramme 15

Patientenidentifikation und Patientenrekrutierung 16

Wege der Patientenidentifikation 16

Patientenrekrutierung -akquise 16

Teilnehmerverwaltung 18

Widerruf 18

Kündigung 18

Fehlende Mitwirkung von Patienten 18

Führung des Teilnahmeregisters (Arzt-Patienten-Liste) 19

Teilnehmerbetreuung 20

Patientenkontakte 20

Praxiskontakte 20

Patienten- und Angehörigenberatung 21

Patientenbefragungen 22

Handlungsempfehlungen **23**

Abweichungen der Medikation *23*

Abweichungen von therapeutischen Empfehlungen *23*

Nichteinhaltung empfohlener Arztkontakte *24*

Spezieller Teil **25**

Auswertungsberichte **25**

Prüfung der Studieneignung über Diagnosen *25*

Prüfung der Studieneignung ohne Diagnosen *26*

Vorhandene Anamnesebögen *26*

Dokumentation **27**

Studieneignung *27*

Anlage eines Cardiolotsen-Falls *28*

Cardiolotsennummer *32*

Randomisierung *33*

Teilnahmeunterlagen *33*

Projektteilnahme- und Datenschutzerklärung 33

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (IV-Vertrag) 33

CL-Erhebungsbogen *34*

CL-Anamnesebogen *36*

CL-Praxiskontakt (abrechnungsrelevant) *37*

Arzt-Patienten-Liste *37*

Terminbuch und Arbeitsliste *38*

Laborbefunde und Medikationspläne *38*

Beendigung bzw. Aussetzen der Projektteilnahme *39*

Patientenbefragungen **41**

Durchführung *41*

Fragebögen *41*

Lebensqualität (EQ-5D-5L) 41

Patientenzufriedenheit 41

Sozioökonomischer Status (SES) 42

Kommunikation **43**

Musteranschreiben *43*

Anlagen **44**

Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich richtet sich der Text an alle Geschlechter.

Allgemeiner Teil

Vorwort

Deutschland verfügt im ambulanten und stationären Bereich über hochqualitative Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten. Aber nicht alle Menschen finden sich in dieser Vielfalt zurecht. Genau hier setzt der Cardiolotse an, der für Patientinnen und Patienten ein Bindeglied zwischen der ambulanten und stationären Behandlung ist. Der Cardiolotse ermöglicht individuell bei jeder Patientin und jedem Patienten (unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Status, Erfahrung im Umgang mit neuen Medien und Gesundheitskompetenz) eine vergleichbar gute Versorgung. Er ist ein zusätzlicher Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten.

Gesundheitsfachkräfte aus medizinischen Assistenzberufen erwerben in einer strukturierten Weiterbildung zusätzliche Kompetenzen für die individuelle Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzerkrankungen. Die Cardiolotsen sind an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich als Bindeglied tätig. Sie verfügen über Expertenwissen aus beiden Bereichen und ebenso zu weiteren komplementären Gesundheitsangeboten und unterstützen so die niedergelassene Ärztin und den niedergelassenen Arzt bei ihrer/seiner Tätigkeit.

Eine persönliche Patientenbegleitung während und nach einem Klinikaufenthalt soll die Versorgung von chronisch Kranken verbessern und unnötige Wiedereinweisungen verhindern. Die AOK Nordost als Konsortialführer, das Vivantes Netzwerk für Gesundheit und der Fachbereich Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München als Konsortialpartner entwickeln zu diesem Zweck ein neues Lotsenmodell. Unterstützt werden die Partner dabei vom Berufsverband Deutscher Internisten e.V., dem Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V., der Deutschen Herzstiftung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.

In einem mit rund 4,66 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds geförderten Pilotprojekt wird dieses Modell zunächst bei chronisch Herzkranken mit einer ischämischen Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt) oder Herzrhythmusstörungen durchgeführt. Ist der Cardiolotse erfolgreich, könnte daraus ein eigenständiges Berufsfeld entwickelt werden, das auch bei anderen chronischen Erkrankungen zum Einsatz kommt.

Der Cardiolotse fungiert als Bindeglied zwischen der Patientin und dem Patienten und allen an dessen poststationärer Versorgung Beteiligten. Seine Tätigkeit geht weit über das Entlassmanagement hinaus. Die zentrale Aufgabe besteht darin den Patienten umfänglich und für diesen gut verständlich über seine Erkrankung aufzuklären und ihm als persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Die Intensität der Betreuung wird sich nach dem individuellen Bedarf richten. Dadurch sollen Ängste und Unsicherheiten beim Patienten abgebaut und er langfristig befähigt werden, souverän mit seiner Erkrankung umzugehen. Der Cardiolotse wird für diese Aufgabe entsprechend geschult und kann sich bei Fragen oder Unsicherheiten jederzeit mit einer spezialisierten Krankenpflegefachkraft austauschen, die im engen Kontakt zu einem Facharzt steht. Daneben wird sich der Cardiolotse auch um die Terminkoordination für ärztliche Kontrolluntersuchungen und die Suche nach geeigneten Therapeuten und Herzsportgruppen kümmern. Außerdem unterstützt er den Patienten bei der regelmäßigen

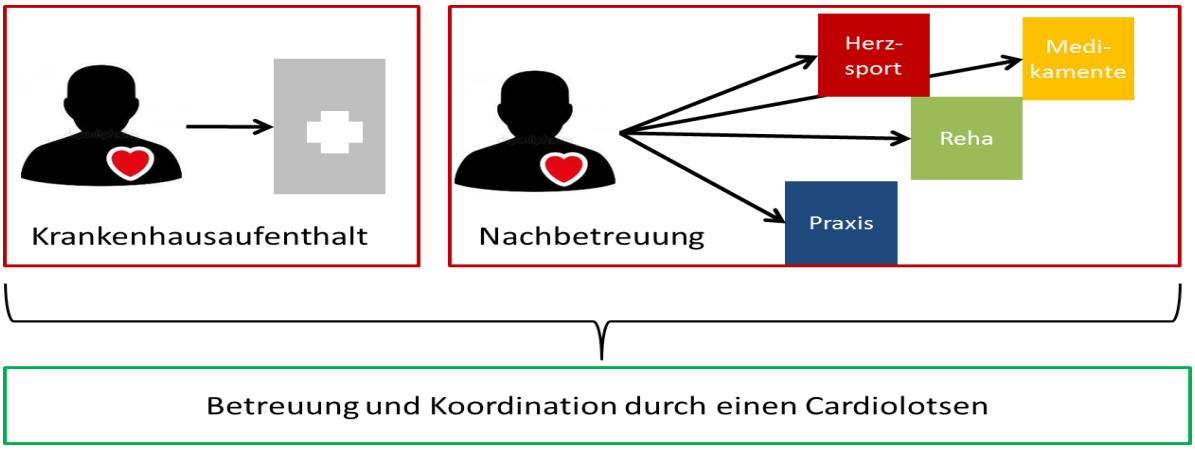
Medikamenteneinnahme. Auf diese Weise kann er auch therapeutische Abweichungen feststellen, gesundheitlich kritische Situationen rechtzeitig erkennen und die notwendigen Maßnahmen einleiten.

Dieses Handbuch soll einen Leitfaden für die tägliche Arbeit darstellen und hierfür als Nachschlagewerk dienen. Es setzt natürlich keine Schulungsmaßnahmen. Gegliedert ist es in einen allgemeinen und einen speziellen Teil, wobei der allgemeine Teil die Abläufe im Projekt schildert, während der spezielle Teil auf die konkrete Umsetzung eingeht. Beispielsweise wird im allgemeinen Teil darauf hingewiesen, welche Informationen zu dokumentieren sind, während der spezielle Teil präzisiert, wie die Dokumentation konkret erfolgen soll.

Allgemeine Projektinformationen

Aufgaben der Cardiolotsen

- Identifikation, Information und Rekrutierung von geeigneten Patient*innen
- Ausführliche Information der Patient*innen und der nächsten Angehörigen über die Bedeutung der Erkrankung, die Risikofaktoren und die therapeutischen Strategien zur Stärkung der Eigenbeteiligung am Genesungsprozess
- Organisation und Vermittlung von diversen nachstationären Behandlungsangeboten falls gewünscht (z.B. Herzsport, Arzttermine, Selbsthilfe)
- Bei Bedarf und in Abstimmung mit den Patienten Kontaktaufnahme zu den behandelnden Haus- und Fachärzten mit dem Ziel der Unterstützung der Therapietreue des Patienten
- Dokumentation der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen
- Regelmäßige Kontaktaufnahme zu den Patienten zwecks Dokumentation der in Anspruch genommenen Gesundheitssystemleistungen, der eingenommenen Medikation sowie der Beschwerdesymptomatik
- Mindestkontaktintervalle:
    - im ersten Quartal der Teilnahme drei Kontakte
    - im zweiten Quartal der Teilnahme zwei Kontakte
    - ab dem dritten Quartal der Teilnahme ein Kontakt



Ziele des Projekts

- Optimierung der Versorgung
- Etablierung einer individuellen, patientenbezogenen Betreuung und Begleitung
- Cardiolotsen werden Bindeglied intersektoral und interdisziplinär
- Verbesserung des Medikationsmanagements
- Senkung von direkten und indirekten Kosten
- Ansatz der „sprechenden Medizin“ (1:1 Betreuung)
- Therapeutische Entscheidungen liegen weiterhin bei den behandelnden Ärzten

Im Fokus für den Patienten stehen:

- Jederzeit ein/e zuverlässige/r und persönliche/r Ansprechpartner/in
- Optimierung der ambulanten Versorgung
- (Prävention, Rehabilitation)
- Leitliniengerechte Therapie in Zusammenarbeit mit Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten
- Nutzung von geeigneten Angeboten der AOK Nordost und weiterer Institutionen durch Vernetzung
- Stärkung der Selbstkompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung
- Verbesserung der Lebensqualität
- Reduzierung von weiteren Krankenhausaufenthalten
- Kontinuierliche Informationen

Erreichung der Ziele

Die Cardiolotsen leisten mit ihrer Arbeit wertvolle Unterstützung für die Patienten:

- Stärkung der Selbstkompetenz des Patienten
- Überbrückung der individuellen Versorgungsdefizite (Berücksichtigung insbesondere kultureller Besonderheiten, eigener Gesundheitskompetenz, sozialem Status)
- Steigerung der Compliance des Patienten durch kontinuierliche Aufrechterhaltung der Behandler-Patienten-Beziehung
- Unterstützung durch (Einzel-)Schulungen, Erinnerungsfunktion, Terminvereinbarung, Informationsmaterial, Kontaktadressen (z.B. Selbsthilfe, Herzsportgruppen), usw.
- Stärkung des Patienten-Empowerments und Optimierung des Entlassmanagements durch einen verbesserten Zugang zu Patienteninformationen und individuellen sowie laienverständlichen Krankheitsinformationen beim Übergang aus der stationären in die ambulante Behandlung
- Vereinfachtes, personengestütztes Gesundheitsmanagement (z.B. Vereinbarung von Arztterminen)

Ärztliche Leitung der Cardiolotsen

- Ärztliche Leitung des Projektes und des Teams der Cardiolotsen
- Fachliche und inhaltliche Führung der Cardiolotsen
- Coach und Ansprechpartner für die Cardiolotsen (z.B. Präqualifizierung möglicher medizinischer Anfragen)

- Hauptverantwortung für die Erstellung der SOPs und deren Einhaltung
- Sicherstellung der Erstkontakte zu den weiterbehandelnden Haus- und Fachärzten
- Ansprechpartner für die niedergelassenen Ärzte bei medizinischen Fragen zum Projekt oder konkreten Fragen zur Behandlung einzelner Patienten
- Coach und medizinischer Ansprechpartner im Hintergrund

Pflegerische Leitung der Cardiolotsen

- Pflegerische Leitung des Teams der Cardiolotsen
- Fachliche und inhaltliche Führung der Cardiolotsen
- Coach und Ansprechpartner für die Cardiolotsen (z.B. Präqualifizierung möglicher medizinischer Anfragen)
- Dienstplanverantwortliche, Planung von Urlaub, Pflichtfortbildungen etc.
- Organisation von Teammeetings, Hilfestellung bei Fragen im Alltag
- Ansprechpartner für die niedergelassenen Ärzte bei medizinischen Fragen zum Projekt oder konkreten Fragen zur Behandlung einzelner Patienten
- Begleitung im Alltag, Beratung und Betreuung bei Fragen
- Coach und pflegerische Ansprechpartnerin im Hintergrund

Was tun bei einem Notfall?

Je nach Dringlichkeit erhalten Patienten Hilfe unter den folgenden Rufnummern:

112 (Rettungsdienst und Notarzt)
– bei lebensbedrohlichen Zuständen

116 117 (Kassenärztlicher Hausbesuchsdienst)
– in allen anderen dringlichen Fällen

Verhaltenshinweise für Patienten:

- Ruhe bewahren und auf Hilfe warten
- Auf keinen Fall selbst mit dem PKW fahren
- Lassen Sie sich, wenn möglich, von Angehörigen oder Bezugspersonen begleiten
- Halten Sie, soweit vorhanden, Notfallpass, Krankengeschichte und Medikationsplan bereit

Einschlussdiagnosen

- I20 Angina pectoris
- I21 Akuter Myokardinfarkt
- I22 Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23 Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
- I24 Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
- I25 Chronische ischämische Herzkrankheit
- I47 Paroxysmale Tachykardie
- I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern
- I49 Sonstige kardiale Arrhythmien
- I50 Herzinsuffizienz

Einschlusskriterien

- Volljährigkeit
- Stationärer Aufenthalt in einem Vivantes-Klinikum
- Vorliegen wenigstens einer Einschlussdiagnose
- Versicherter der AOK Nordost
- Max. Pflegegrad 3

Ausschlusskriterien

- Verletzung eines der Einschlusskriterien
- Pflegeheimbewohner
- Kognitive oder schwere psychische Störungen (z.B. ausgeprägte Demenz, ICD-10-Diagnosen F20-29)
- Gesetzliche Betreuung
- Teilnahme am AOK-Curaplan Herz Plus
- Unüberbrückbare Sprachbarriere
- Absehbar fehlende Mitwirkung (z.B. kein fester Wohnsitz)
- Wohnort nicht in Deutschland

Patienteninformation

Patientenordner

Für die teilnehmenden Patienten steht ein Patientenordner (A4) im Cardiolotsen-Design zur Verfügung, welcher sowohl mit vorgefertigten Inhalten ausgestattet werden kann als auch der Ablage für medizinische Dokumente und Projektinformation dient. Diese sind elektronisch für alle Cardiolotsen zugänglich und können für jeden Patienten individuell ausgedruckt werden. Zudem sind an allen Standorten Flyer zum Projekt sowie mit weiterführenden Informationen zu bestimmten Präventionsmaßnahmen (z.B. Ernährungsberatung) verfügbar.

Sportliche Aktivitäten

Für die Stärkung der Selbstkompetenz ist es essentiell, dass die Patienten selbst etwas zur Verbesserung ihres Krankheitsgeschehens beitragen. Körperliche Aktivitäten stärken außerdem das Herz-Kreislauf-System und Krankheitsfolgen werden gemindert. Zudem werden kardiale Risikofaktoren so reduziert und die Wahrscheinlichkeit des Fortschreitens oder Wiederauftretens der Erkrankung vermindert.

Rehabilitationssport / Funktionstraining

Rehabilitationssport und Funktionstraining, beispielsweise in Herz- oder Gefäßsportgruppen, wird nach medizinischer Notwendigkeit vom behandelnden Arzt verordnet (Muster 56) und von der Krankenkasse übernommen. Das Bewegungstraining wird in Gruppen und unter geschulter Anleitung durchgeführt. Um dies sicherzustellen, können nur anerkannte Vereine und Sportgruppen dieses Angebot durchführen. Eine Liste mit Anbietern ist unter www.bgpr.de zu finden und kann für die Patienten individuell und wohnortnah zusammengestellt werden.

Zusätzliche Angebote der AOK Nordost

Die AOK Nordost bietet **Gesundheitskurse** zu unterschiedlichen Themen an, neben **Bewegung** zum Beispiel auch **Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung** oder **Sucht**. Die Kurse der AOK sind kostenfrei für alle Versicherten zugänglich. Die Kontaktdaten und weitere Informationen sind im Flyer „Kursangebote“ der AOK Nordost zu finden und können dem Patienten mitgegeben werden.

Eine weitere Alternative sind externe und **zertifizierte Gesundheitskurse**, die von den Patienten frei gewählt und von der AOK Nordost teilweise erstattet werden (insgesamt in Höhe von 170 € im Jahr). Auch dazu sind Informationen im Flyer „Kursangebote“ zu finden.

Für noch fittere (und technisch affine) Patienten gibt es die Möglichkeit der Nutzung der **„FitMit-App“**. Hier werden sportliche Aktivitäten und der Mitgliedsbeitrag im Fitnessstudio belohnt bzw. bezuschusst. Weitere Informationen sind im Flyer „FitMit“ zu finden. In 2020 ist geplant, die „FitMit-App“ durch die App „Meine AOK“ zu ersetzen, welche einfacher in der Handhabung sein wird.

Rehabilitation

Für manche Patienten empfiehlt sich eine rehabilitative Maßnahme besonders zur Steigerung der Leistungs- und evtl. Erwerbsfähigkeit und zur unterstützenden Krankheitsverarbeitung. Dem Antrag (Muster 61) geht ein Beratungsgespräch zwischen Patient und behandelndem Arzt voraus, in dem individuell entschieden wird, ob eine ambulante oder stationäre Reha die passende Maßnahme ist. Die Anträge werden direkt in der Klinik, häufig unterstützend vom Sozialdienst, gestellt und an den zuständigen Kostenträger weitergeleitet (AOK Nordost als zuständige gesetzliche Krankenkasse, den Rentenversicherungsträger oder die Unfallversicherung). Eine Rehabilitationsmaßnahme kann grundsätzlich alle vier Jahre wiederholt werden.

Ambulante Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation wird in einer wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung durchgeführt. Über den Tag wird der Patient betreut und erhält medizinische Leistungen, wie ärztliche und therapeutische Behandlung, die Physio- sowie auch Psychotherapie umfasst. Nach dem Behandlungstag kehrt der Patient wieder in die häusliche Umgebung zurück, sodass die erforderliche Mobilität vorhanden und die selbständige Versorgung in der Häuslichkeit gesichert sein muss. Die Dauer umfasst 20 Behandlungstage, wobei eine Verlängerung aus medizinischen Gründen möglich ist und von der Rehabilitationseinrichtung beantragt werden kann. Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich 10,00 Euro je Behandlungstag, für Patienten, die über 18 Jahre alt sind.

Stationäre Rehabilitation

Eine weitere Möglichkeit für den Patienten stellt die stationäre Rehabilitation dar. Hier wird der Patient in einer stationären und indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtung aufgenommen und erhält dort eine umfangreiche und individuelle Betreuung von Fachärzten und Therapeuten. Dabei ist er herausgelöst vom Alltag und möglichen damit verbundenen Herausforderungen. Die Zuzahlung beträgt 10,00 Euro je Kalendertag.

Anschlussrehabilitation

Eine Besonderheit der Rehabilitationsmaßnahmen ist die Anschlussrehabilitation, welche ambulant oder stationär durchgeführt werden kann und im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung angetreten wird. Zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und dem Beginn der Anschlussrehabilitation dürfen nicht mehr als 14 Tage liegen. Die Dauer beträgt in der Regel drei Wochen und eine Zuzahlung ist in Höhe von 10,00 Euro je Behandlungs- bzw. Kalendertag zu entrichten. Die maximale Dauer beträgt 28 Tage, wobei die Tage im Krankenhaus angerechnet werden. Unterstützung bei der Antragstellung bietet hier der Sozialdienst der Klinik.

Pflegeleistungen

Die Einschränkungen der Patienten können so schwerwiegend sein, dass eine Pflegebedürftigkeit besteht und somit der Anspruch auf das breite Spektrum der Pflegeleistungen. Um dies festzustellen, muss ein schriftlicher Antrag vom Patienten gestellt werden, der eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in der eigenen Häuslichkeit oder eine Pflegeeinrichtung auslöst. Bei einem Antrag auf Höherstufung der Pflegeleistung gilt der gleiche Prozess. Der MDK stellt während des Termins den Hilfebedarf und die Beeinträchtigungen des Patienten fest und bewertet diese in sechs Modulen wie beispielsweise Mobilität, Selbstversorgung oder die Bewältigung mit krankheitsspezifischen Belastungen. Mit einem Punktesystem wird der Pflegebedarf bewertet und überführt in die Pflegegrade eins bis fünf. Je nach Pflegegrad stehen dem Patienten verschiedene Leistungsarten zur Verfügung: Pflegegeld sowie –sachleistungen, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, aber auch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Eines der wichtigsten Punkte ist die Pflegeberatung, diese steht den Patienten schon vor Beantragung der Pflegeleistung zu und sollte bereits in Anspruch genommen werden, um Hilfe bei der Antragstellung zu erhalten. Die Pflegeberatung wird zum einen durch die unabhängigen Pflegestützpunkte durchgeführt, zum anderen sind in jedem Servicecenter der AOK Nordost weitergebildete Pflegeberater tätig. Eine Liste der Pflegestützpunkte in Berlin gibt es unter: https://www.pflegestuetzpunkteberlin.de/. Viele weiterführende Informationen befinden sich auf der Homepage aok.de, sowie den Antrag auf Pflegeleistungen unter folgendem Link: https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/antrag-auf-leistungen-der-pflegeversicherung/.

Zuzahlung

Für viele Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung muss eine Zuzahlung von Patienten über 18 Jahre geleistet werden, zum Beispiel Medikamente, Heilmittel wie Krankengymnastik oder den Krankenhausaufenthalt. Die Höhe der Zuzahlungen in einem Kalenderjahr sind abhängig von der persönlichen Belastungsgrenze. Diese wird aus zwei Prozent der Höhe der jährlichen Bruttoeinnahmen des gesamten Haushalts errechnet. Für schwer chronisch Kranke beträgt die Belastungsgrenze 1% der Bruttoeinnahmen. Eine Bescheinigung über eine schwerwiegende chronische Erkrankung, die sogenannte Chronikerbescheinigung, muss der Krankenkasse vorliegen und kann vom behandelnden Arzt eingeholt werden (Muster 55). Dem Antrag müssen neben einer Kopie der Einkommensnachweise auch alle Quittungen im Original über die geleisteten gesetzlichen Zuzahlungen mit dem Vermerk über Name und Geburtsdatum beigefügt werden. Um diesen bürokratischen Aufwand zu erleichtern, kann man auch eine Vorauszahlung für das gesamte Kalenderjahr entrichten.

Den Antrag auf Befreiung von Zuzahlung, eine Hilfe zur Berechnung der individuellen Belastungsgrenze und weitere Informationen sind auf der Homepage der AOK Nordost unter folgendem Link zu finden: https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/zuzahlungen-befreiung-regelung-und-ausnahme-1/

Tabakentwöhnungsprogramme

Zur Tabakentwöhnung von Herzpatienten stehen verschiedene Programme zur Verfügung. Einige davon finden ausschließlich online statt (z.B. „SQUIN“), andere bieten eine persönliche Betreuung und Begleitung beispielsweise durch speziell geschulte Psychologen an (z.B. Vivantes Institut für Tabakentwöhnung).

Wichtig ist es, jeden Herzpatienten, der nikotinabhängig ist, auf die Notwendigkeit der Nikotinkarenz hinzuweisen, ohne jedoch dabei belehrend zu wirken. Ist er dafür offen, können ihm die verschiedenen Programme je nach seinen Präferenzen angeboten werden.

Als nützliche Tipps, die den Patienten unabhängig von einer Teilnahme an die Hand gegeben werden können, können folgende genannt werden:

- Sich selbst für einen Rauchstopp motivieren („Ich will endlich aufhören“)
- Sich die Vorteile des Nichtrauchens vor Augen führen, denn das geschieht nach einem Rauchstopp mit dem Körper
  - *Nach 20 Minuten* normalisieren sich Puls und Blutdruck
  - *Nach 12 Stunden* sinkt der Kohlenmonoxidspiegel im Blut und der Sauerstoffspiegel normalisiert sich
  - *Nach 2 Wochen bis 3 Monaten* verbessern sich Lungenfunktion und Kreislauf
  - *Nach 1 bis 9 Monaten* gehen Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit zurück, die Selbstreinigungsfunktion der Atemwege nimmt zu und das Infektionsrisiko sinkt
  - *Nach 1 Jahr* halbiert sich das Risiko für eine koronare Herzkrankheit im Vergleich zu Rauchern
  - *Nach 5 Jahren* halbiert sich das Risiko für eine Krebserkrankung der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre und der Harnblase; das Risiko für Gebärmutterhalskrebs entspricht dem eines Nichtrauchers, das Schlaganfallrisiko ebenfalls
  - *Nach 10 Jahren* halbiert sich das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben; das Risiko für Kehlkopf- und Bauchspeicheldrüsenkrebs geht zurück
  - *Nach 15 Jahren* ist das Risiko für eine koronare Herzkrankheit nicht mehr höher als bei einem lebenslangen Nichtraucher
- Sich mit den Folgen des Rauchens befassen
- Sich die Folgen des Rauchens für andere klarmachen (Stichwort „Passivrauchen“)
- Rauchen als Abhängigkeit verstehen
- Die eigene Tabakabhängigkeit testen (Fagerström-Test)
- Eine persönliche Motivationsliste erstellen
- Ein Protokoll über das eigene Rauchverhalten erstellen
- Ideen entwickeln, was man anstelle des Rauchens tun könnte (Auslöser vermeiden, Rituale verändern, Alternativen entwickeln)
- Sich helfen lassen (z.B. Nikotinersatzpräparate)

Weitere Informationen auch unter www.rauchfrei-info.de bei der BZgA.

Patientenidentifikation und Patientenrekrutierung

Wege der Patientenidentifikation

Zur Identifikation geeigneter Patienten steht im Projekt vordergründig:

➔ das Krankenhausinformationssystem (KIS)
zur Verfügung. Hierin wurden spezielle Abfragen geschaffen, welche derzeit AOK-Versicherte mit stationärem Aufenthalt und kodierter Einschlussdiagnose auflisten.

Abhängig vom Zeitpunkt der Kodierung von Diagnosen kann es sein, dass nicht alle geeigneten Patienten hierüber erfasst werden. Es hat sich daher bewährt, parallel auch andere Kanäle für die Identifikation geeigneter Patienten zu nutzen. Einen guten Überblick vor allem über elektive Patienten haben die

➔ jeweiligen Ambulanzen oder Stationen sowie
➔ die Herzkatheter- und EPU-Labore.

Ein regelmäßiger Austausch ist daher sehr zu empfehlen.

Patientenrekrutierung -akquise

Konnten geeignete Patienten identifiziert werden, sollten diese möglichst umgehend angesprochen und über das Projekt informiert sowie über die Teilnahme aufgeklärt werden. Hierfür steht die jeweilige Patienteninformation zum Projekt sowie dem dazugehörigen Selektivvertrag (IV-Vertrag) zur Verfügung.

Gegebenenfalls sollten die Angehörigen in diese Akquisegespräche einbezogen werden, da dies oft die Akzeptanz für die Teilnahme bei den Patienten deutlich erhöht.

Es sollte unbedingt darauf hingewiesen werden, dass die intensivierte Betreuung nur bei einer Hälfte der Patienten stattfinden kann, da es sich um eine wissenschaftliche Studie handelt. Der anderen Hälfte entstehen aus der Teilnahme keinerlei Nachteil und sie tragen insgesamt dazu bei, die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Möchte ein Patient teilnehmen, so ist in jedem Fall die Teilnahme- und Datenschutzerklärung zum Projekt zu unterzeichnen.

➔ Alle Patienten die teilnehmen möchten müssen eine Teilnahmeerklärung zum Projekt unterschreiben

Anschließend erfolgt die computergestützte Randomisierung, das heißt zufällige Zuteilung zur Interventions- oder Kontrollgruppe. Dies sollte den Patienten noch einmal genau erklärt werden. Wenn der Teilnehmer der Interventionsgruppe zugeordnet wird, muss auch die Teilnahme- und Datenschutzerklärung zum Selektivvertrag (IV-Vertrag) unterzeichnet werden, damit die Teilnahme möglich ist.

➔ Alle Patienten die der Interventionsgruppe zugeordnet sind, müssen eine weitere Teilnahme – und Datenschutzerklärung unterschreiben.

Die Dokumentation erfolgt mittels standardisierter Formulare (s. Spezieller Teil).

Teilnehmerverwaltung

Widerruf

Wenn ein Teilnehmer seine Teilnahme am Projekt sowie ggf. am Selektivvertrag (IV-Vertrag) widerruft, werden alle seine Daten nicht zur Evaluation herangezogen, das heißt er hat quasi nie am Projekt teilgenommen. Teilnehmer der Interventionsgruppe müssen ihren Widerruf der Teilnahme am Selektivvertrag (IV-Vertrag) innerhalb von 14 Tagen schriftlich gegenüber der AOK Nordost erklären. Ein Wiedereinstieg in das Projekt zu einem späteren Zeitpunkt ist nicht mehr möglich.

Kündigung

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe können jederzeit kündigen. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK Nordost einzureichen. Die Daten von Teilnehmern, welche gekündigt haben, werden von Beginn der Projektteilnahme bis zum Kündigungszeitpunkt vollumfänglich ausgewertet. Ein Wiedereinstieg in das Projekt zu einem späteren Zeitpunkt ist nicht mehr möglich.

Fehlende Mitwirkung von Patienten

Sind Teilnehmer für die regelmäßigen Betreuungsanrufe nicht erreichbar, verstoßen sie gegen ihre Mitwirkungspflichten im Selektivvertrag (IV-Vertrag). Eine erfolgreiche Betreuung ist unter diesen Umständen nicht möglich. Diese Teilnehmer werden dann als inaktiv geführt. Das heißt, dass weitere Versuche der Kontaktaufnahme seitens der Cardiolotsen nicht regulär erfolgen. Sollte sich im Verlauf der Teilnehmer bei den Cardiolotsen wieder melden, kann er erneut als aktiv geführt und seine Betreuung wiederaufgenommen werden (technische Umsetzung s. Spezieller Teil). Für die entfallenen Mindestkontakte werden zum ursprünglich geplanten Zeitpunkt Formulare entsprechend der Kontaktdokumentation (s. spezieller Teil) angelegt, die jedoch bis auf einen Kommentar zur Inaktivität leer bleiben und daher nicht vidiert werden. So bleibt die ursprüngliche Zählung der Kontakte erhalten und ermöglicht die Erkennung des inaktiven Intervalls. Die Formularanlage zeigt auf, dass die Gespräche nicht aus anderen Gründen entfallen sind, beispielweise vergessen wurden.

Beispiel:
Durch Inaktivität fallen das 4. und 5. Gespräch aus. Die Fomulare des 1. bis 3. Gesprächs sowie ab dem 6. Gespräch sind daher vidiert, diejenigen des 4. und 5. Gesprächs jedoch nur angelegt. Diese Lücke ist in der Evaluation erkennbar und kann somit ausgewertet werden.

Führung des Teilnahmeregisters (Arzt-Patienten-Liste)

Die Cardiolotsen führen für die Interventionsgruppe das Teilnahmeregister, die sog. Arzt-Patienten-Liste. Dieses ist eine Übersicht, in der jeder Teilnehmer eingetragen wird. Zusätzlich wird zu jedem Teilnehmer erfasst, bei welchem niedergelassenen Ärzten er in Behandlung ist. Ein Abgleich, ob diese am Selektivvertrag (IV-Vertrag) teilnehmen, erfolgt regelmäßig durch die pflegerische Leitung. Es ist jeweils der Hausarzt und, wenn vorhanden, der Kardiologe zu erfassen. Bei jedem Kontakt mit dem Teilnehmer ist ein Abgleich auf Aktualität der behandelnden Ärzte durchzuführen.

➔ In jedem Telefonat bitte die Aktualität der eingetragenen Ärzte prüfen.

Das Teilnahmeregister wird wöchentlich durch die pflegerische Leitung an die AOK Nordost gesendet und abgeglichen. Ggf. fehlende Teilnahmeerklärungen werden rückgemeldet. Außerdem wird dadurch der wechselseitige Austausch von Informationen beispielsweise über Beendigung der Teilnahme, Arztwechsel etc. vorgenommen. Daher ist es essentiell, dass die Informationen in der Arzt-Patienten-Liste vollständig und korrekt sind und bei Veränderung fortwährend gepflegt werden. Jeder Cardiolotse ist hierfür bei den von ihm rekrutierten bzw. betreuten Teilnehmern verantwortlich.

Teilnehmerbetreuung

Patientenkontakte

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe werden in festgelegten Intervallen durch die Cardiolotsen telefonisch kontaktiert. Von diesen Intervallen kann in Ausnahmefällen bis zu zwei Wochen abgewichen werden, beispielsweise wenn kurz zuvor ein außerplanmäßiger Kontakt erfolgt ist, bei welchem die zu stellenden Fragen bereits geklärt werden konnten. Die Intervalle werden als Mindestkontaktintervalle bezeichnet und sind wie folgt definiert:

Erstes Quartal der Teilnahme	Monatlich (3x pro Quartal)
Zweites Quartal der Teilnahme	Alle sechs Wochen (2x pro Quartal)
Drittes Quartal der Teilnahme und darüber hinaus	Alle zwölf Wochen (1x pro Quartal)

Jeder Kontakt mit dem Patienten wird standardisiert dokumentiert. Eine Ausnahme hiervon stellen lediglich Bagatellanlässe dar, beispielsweise eine reine Terminvereinbarung zwischen Cardiolotse und Patient ohne weitergehenden Informationsaustausch. Die Dokumentation erfolgt in einem einheitlichen Formular (s. spezieller Teil), welches pro Kontakt anzulegen ist. Dabei ist unerheblich, ob der Kontakt von einem Cardiolotsen oder einer anderen Person veranlasst wurde. Die meisten Fragen sind geschlossen formuliert, erlauben also beispielsweise nur die Auswahl zwischen Ja und Nein oder weiteren vorgegebenen Antwortalternativen, wobei eine Mehrfachantwort teilweise möglich ist. Offene Fragestellungen werden im Sinne einer vergleichbaren Auswertung soweit möglich vermieden. Soweit zusätzliche relevante Gesprächsinhalte zu dokumentieren sind, kann dafür ein Bemerkungsfeld (Freitext) genutzt werden, dessen Inhalt jedoch nicht Gegenstand der Evaluation ist.

In diesem Rahmen können beispielsweise Abweichungen von der empfohlenen bzw. leitliniengerechten Therapie auffällig werden oder auf sonstige Weise Anlass zum Handeln gegeben sein. Je nach individueller Situation kann z.B. eine der folgenden Maßnahmen erforderlich werden:

- Praxiskontakt, um einen Termin z.B. für ein Erst- oder Folgegespräch zu vereinbaren
- Eingehende Beratung von Patient und/oder Angehörigen
- Termin- oder Angebotsvermittlung

Grundlage für die Betreuung der Patienten stellt die Dokumentation vom Beginn der Teilnahme an über den gesamten Projektverlauf dar. Daher ist es unerlässlich, dass diese möglichst vollständig, allgemein verständlich und konsistent ist.

➔ Alle Gespräche mit den Teilnehmern sind gut zu dokumentieren.

Praxiskontakte

Gespräche mit Arztpraxen, von denen der Patient betreut wird, können für den Arzt abrechnungsrelevant sein, das heißt die Praxis erhält für diese zusätzlich erbrachte Leistung eine festgelegte Vergütung, sowohl für Gespräche mit dem Arzt als auch dem

Praxispersonal. Daher sind solche Kontakte mittels eines gesonderten Formulars (s. spezieller Teil) zu dokumentieren. Informationen, welche den Patienten betreffen, sind zusätzlich analog zu Patientenkontakten im entsprechenden Formular in der vorgesehenen Art und Weise zu erfassen.

Abrechnungsrelevante Gespräche stellen hier das sogenannte Erstgespräch zwischen Arzt und Patient dar, in welchem Inhalt und Ziele der Therapie im Rahmen des Projektes detailliert besprochen werden, sowie Folgegespräche, in denen ein Informationsaustausch zwischen Arztpraxis (Arzt oder Praxispersonal) und Cardiolotse erfolgt. Als Besonderheiten gilt hierbei zu beachten:

Gesprächsart	**Gesprächspartner**	**Gesprächsinhalt**	**Wann und wie oft?**
Erstgespräch	Arzt – Patient	Therapieziele und –inhalte im Rahmen des Projekts	Maximal einmal pro Quartal
Folgegespräch	Arztpraxis – Cardiolotse	Relevante, den Patienten und seine Therapie betreffenden Informationen	Unbegrenzt, allerdings nur, wenn zuvor während des Projekts ein Erstgespräch erfolgt ist (auch in anderem Quartal)

Einfache Terminvereinbarungen ohne weiteren Informationsaustausch sind nicht abrechnungsrelevant, da sie zur Regelversorgung zählen und in diesem Rahmen bereits vergütet werden.

Es ist für die Abrechnung entscheidend, ob das Folgegespräch mit dem Arzt oder dem Praxispersonal geführt wird. So wird der Abgleich eines Medikationsplan eher mit dem Praxispersonal erfolgen, während fachliche Abstimmungen häufig einen direkten Arztkontakt erfordern. Ein direkter Arztkontakt erfolgt immer in Abstimmung mit der ärztlichen Leitung. Da der Aufwand für die Arztpraxis dabei unterschiedlich ist, erfolgt die Vergütung in jeweils abweichender Höhe. Daher muss der jeweilige Gesprächspartner des Folgegesprächs dokumentiert werden (Arzt oder Praxispersonal).

➔ Alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte sind zu erfassen, unabhängig davon, ob die kontaktierte Praxis zum Zeitpunkt des Kontaktes bereits Vertragsteilnehmer ist.

Patienten- und Angehörigenberatung

In der Regel finden erste Beratungsgespräche, beispielsweise hinsichtlich Nikotinkarenz, Ernährungsberatung, Herz- bzw. Koronarsport, bereits während des stationären Aufenthaltes zu Beginn der Projektteilnahme statt. Dies wird im entsprechenden Formular (s. spezieller Teil) erfasst.

Bei Therapieabweichungen oder unvorhergesehenen Ereignissen kann es sinnvoll oder erforderlich sein, den Patienten erneut bzw. weitergehend zu diesen und weiteren Themen zu beraten.

Ergänzend können auch Fragen bezüglich

- Pflegeeinstufung oder Beantragung einer Pflege,
- Rehabilitation,

- Hilfsmitteln oder ähnlichem erfolgen.

Sind letztere Fragestellungen nicht (ausreichend) während des stationären Aufenthaltes durch die Klinik geklärt worden, ist es in der Regel zweckmäßig, an den behandelnden Hausarzt zu verweisen, der die Beantragung solcher Sozialleistungen veranlasst.

Für die Bereitstellung von Informationsmaterialien auch nach Klinikentlassung stehen standardisierte Patientenanschreiben zur Verfügung (auf dem Netzwerklaufwerk). Diesem können beispielsweise Flyer beigelegt werden. Auch können bei Bedarf Haus- bzw. Facharztpraxen, Sportgruppen o.ä. in Wohnortnähe des Patienten aufgelistet werden. Diese stehen nach Bezirken geordnet zur Verfügung (ebenfalls auf dem Netzwerklaufwerk).

Patientenbefragungen

Um die Wirkung des Projekts und der zusätzlichen Betreuung durch die Cardiolotsen zu messen, werden die Teilnehmer zu ihrer Lebensqualität und Zufriedenheit befragt. Befragt werden sowohl die Teilnehmer der Interventionsgruppe, als auch die Patienten der Kontrollgruppe, um die beiden Gruppen miteinander zu vergleichen.

Die erste Befragung findet, gemeinsam mit der Erfassung des sozioökonomischen Status, noch während des stationären Aufenthalts durch den rekrutierenden Cardiolotsen statt.

Nach jeweils drei und zwölf Monaten nach Einschreibung in das Projekt werden die Teilnehmer erneut telefonisch befragt. Um eine mögliche, unbewusste Beeinflussung der Patienten bei der Frage der Zufriedenheit mit der Betreuung durch den Cardiolotsen zu verhindern, findet diese neutrale Befragung durch studentische Hilfskräfte statt. Die Erfassung erfolgt über ein vom Evaluator vorgegebenes, standardisiertes Formular (s. spezieller Teil) mit vorwiegend Multiple-Choice-Fragen. Offene Fragestellungen werden im Sinne der Vergleichbarkeit und Objektivierbarkeit vermieden.

Handlungsempfehlungen

Abweichungen der Medikation

Im Rahmen der regelmäßigen Patientenkontakte ist vorgesehen, die aktuelle Medikation der Patienten vollständig zu erfragen. Dazu gehören sowohl der Wirkstoff und/oder Handelsname als auch die Dosierung. Idealerweise verfügt der Patient über einen aktuellen ärztlichen Medikationsplan, auf den er einen gesetzlichen Anspruch hat, und stellt diesen dem betreuenden Cardiolotsen zur Verfügung. Falls kein Medikationsplan vorliegt, soll der Patient angehalten werden, sich diesen von seinem Hausarzt aushändigen zu lassen.

Im Falle von Abweichungen, wie z.B. Dosisänderungen, Hinzufügen oder Absetzen von Medikamenten, soll zur medizinischen Einordnung der Veränderung die ärztliche Projektleitung informiert werden. Durch diese erfolgt eine Rückmeldung an den betreuenden Cardiolotsen und die Entscheidung, ob und wie auf diese Veränderung reagiert werden soll, beispielsweise:

- durch Hinweis an den Patienten, seinen Hausarzt beim nächsten Besuch darauf anzusprechen
- durch einen direkten Kontakt zwischen ärztlicher Leitung und betreuender Arztpraxis

Als Referenz dient die bei Klinikentlassung festgelegte Medikation (siehe Entlassbrief). Diese wird strukturiert dokumentiert und ermöglicht so einen direkten Vergleich. Die Erfassung erfolgt nach folgendem, beispielhaften Muster:

> *Ramipril 5 mg 1-0-0*
> *Atorvastatin 40 mg 0-0-1*

Ergeben sich keine Abweichungen, kann dies ohne erneute Auflistung erfasst werden. Im Verlauf ist es ausreichend, nur die Abweichung zu dokumentieren, beispielsweise:

> *Ramipril 5 mg 1-0-0 → Ramipril 10 mg 1-0-0*

Wichtig ist eine allgemein verständliche Darstellung, um diese auch im zeitlichen Verlauf und ggf. andere Personen nachvollziehen zu können. Ebenfalls sollte die Rückmeldung der ärztlichen Leitung aus Gründen der späteren Nachvollziehbarkeit dokumentiert werden, z.B.:

> *Ramipril 5 mg 1-0-0 → Candesartan 8 mg 1-0-0 (keine Intervention, da äquivalent)*
> *Simvastatin 40 mg 0-0-1 → abgesetzt (Rückspr. mit Arztpraxis durch ärztl. Leitung)*

Abweichungen von therapeutischen Empfehlungen

Es kann vorkommen, dass Patienten die therapeutischen Empfehlungen der behandelnden Ärzte sowohl aus dem stationären, als auch aus dem ambulanten Bereich nicht (vollständig) einhalten. Erfahrungsgemäß betrifft dies vor allem Empfehlungen hinsichtlich Nikotinkarenz oder sportlicher Betätigung. In diesen Fällen ist es wichtig, dass der Cardiolotse den Teilnehmer erneut auf die Bedeutung dieser Empfehlungen für die weitere Gesundheit hinweist. Auch kann es sinnvoll sein, hier die Angehörigen einzubinden. Sollte einzelnen

Empfehlungen trotz intensiver Beratung wiederholt nicht gefolgt werden, erfolgt eine Information an die ärztliche Projektleitung, die über das weitere Vorgehen, beispielsweise Kontakt mit der betreuenden Arztpraxis entscheidet. Auch hier ist es sinnvoll, dies nachvollziehbar zu dokumentieren, z.B.:

Herzsport weiterhin nicht wahrgenommen → Rückspr. mit Arztpraxis erfolgt

Nichteinhaltung empfohlener Arztkontakte

Erfahrungsgemäß nehmen die meisten Patienten regelmäßig die empfohlenen Termine in der hausärztlichen Praxis wahr. Jedoch kommt es vor, dass auch mit einigem zeitlichen Abstand zur Klinikentlassung keine kardiologische Fachpraxis aufgesucht wurde, obwohl es hierfür eine Empfehlung zur Mitbehandlung im Entlassbrief gab. Dies hängt mit verschiedenen Gründen zusammen, denen man situationsgemäß begegnen muss.

Einigen Patienten fällt es schwer, eine geeignete kardiologische Praxis zu finden. Zum einen können sie schlicht mit der Suche überfordert sein, beispielsweise, weil sie keinen Informationszugang wie Nutzung des Internets o.ä. haben, zum anderen geben nicht wenige Patienten an, die von ihnen kontaktierten Arztpraxen nähmen keine neuen Patienten mehr auf.

In diesem Zusammenhang kann der Cardiolotse den betroffenen Patienten wohnortnahe Praxen in einer Auflistung benennen. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ist unbedingt darauf zu achten, stets mehr als nur eine Praxis, idealerweise mindestens drei Praxen zu nennen. Passende Übersichten pro Bezirk sowie ein Musteranschreiben für den Patienten stehen auf dem Netzwerklaufwerk zur Verfügung (s. spezieller Teil).

Sollten dennoch wiederholt empfohlene Facharztbesuche nicht wahrgenommen werden, empfiehlt sich ein Kontakt mit der behandelnden Hausarztpraxis zur weiteren Abstimmung. Bei Unsicherheiten entscheidet die ärztliche Leitung über die weiteren Maßnahmen.

Spezieller Teil

Auswertungsberichte

Prüfung der Studieneignung über Diagnosen

Zur Identifikation von zur Teilnahme geeigneten Patienten wurden in Orbis® zwei verschiedene Auswertungsberichte zur Verfügung gestellt. Diese sind im Bereich „Auswertungsübersicht“ der Navigationsleiste am linken Bildschirmrand zu finden. Beide erfassen nach Eingabe eines Zeitintervalls der Aufnahme (von / bis) AOK-Versicherte, die stationär bei Vivantes behandelt werden bzw. wurden. Auch bereits entlassene Patienten werden hier angezeigt, sofern der Zeitpunkt der Aufnahme im eingestellten Zeitintervall liegt.

Der Auswertungsbericht „CL-Studieneignung_AlleDiagneu“ beschränkt sich dabei zusätzlich auf die Patienten, bei denen wenigstens eine zur Einschreibung qualifizierende Diagnose kodiert wurde. Nach Ausführen des Auswertungsberichts werden die in Frage kommenden Fälle tabellarisch aufgelistet. Zugleich finden sich hier Informationen über den Aufenthaltsort des Patienten (Station / Zimmer), den im System dokumentierten Pflegegrad sowie ggf. der Inhalt eines bereits ausgefüllten Studieneignungsformulars. Da bereits angesprochene bzw. teilnehmende Patienten hier in Folgeaufenthalten erneut aufgelistet werden, ist dies besonders hilfreich.

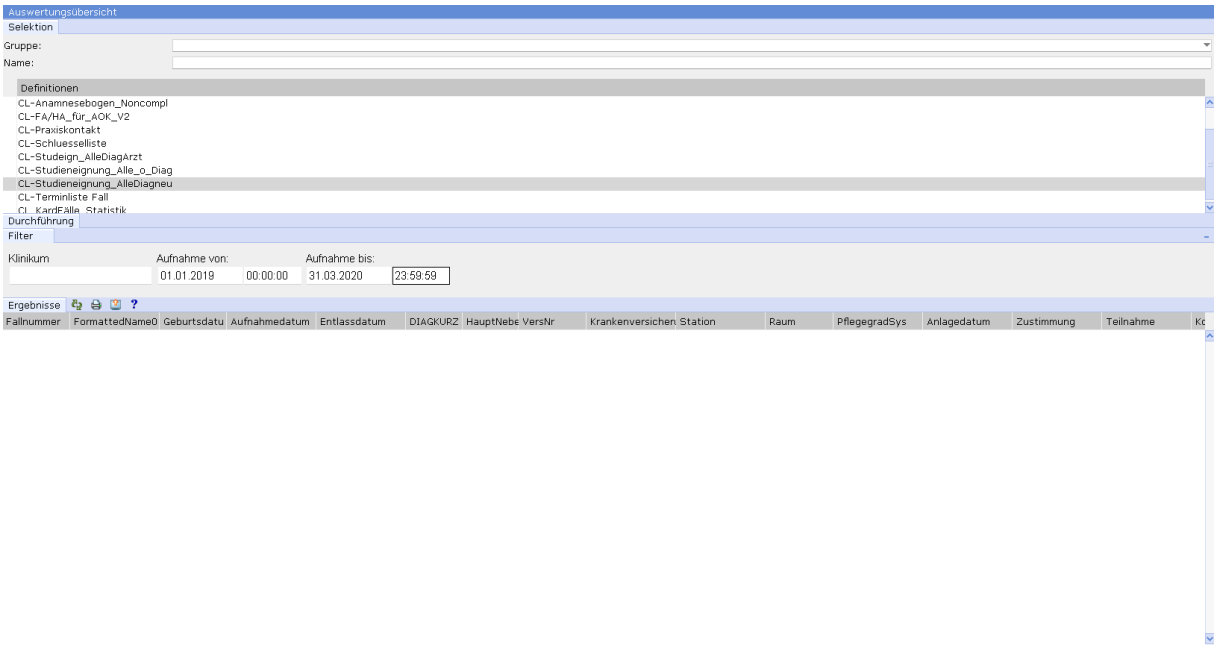


Abbildung: Auswertungsbericht Studieneignung inkl. Diagnosen

Prüfung der Studieneignung ohne Diagnosen

Sofern bei einem Patienten noch keine Diagnosen kodiert wurden, kann dieser trotz einer möglichen Studieneignung vom vorgenannten Auswertungsbericht nicht erfasst werden. Um solche Patienten dennoch identifizieren zu können, berücksichtigt der Auswertungsbericht „CL-Studieneignung_Alle_o_Diag“ die genannten Kriterien, listet die Fälle jedoch unabhängig von kodierten Diagnosen auf. Die Darstellung erfolgt ansonsten analog des vorgenannten Auswertungsberichts.

Die tabellarische Auflistung enthält daher auch Patienten, welche keine zur Teilnahme qualifizierende Diagnose aufweisen. Es ist daher besonders wichtig, dies manuell in den Dokumenten der Fallakte zur prüfen (Rettungsstellenbericht, Arztbrief). Zwar verursacht dieses Vorgehen etwas Aufwand, ist jedoch mangels einer besseren technischen Lösung am besten geeignet, möglichst alle in Frage kommenden Patienten zu identifizieren. Die Anwendung hat sich in der Praxis bereits bewährt.

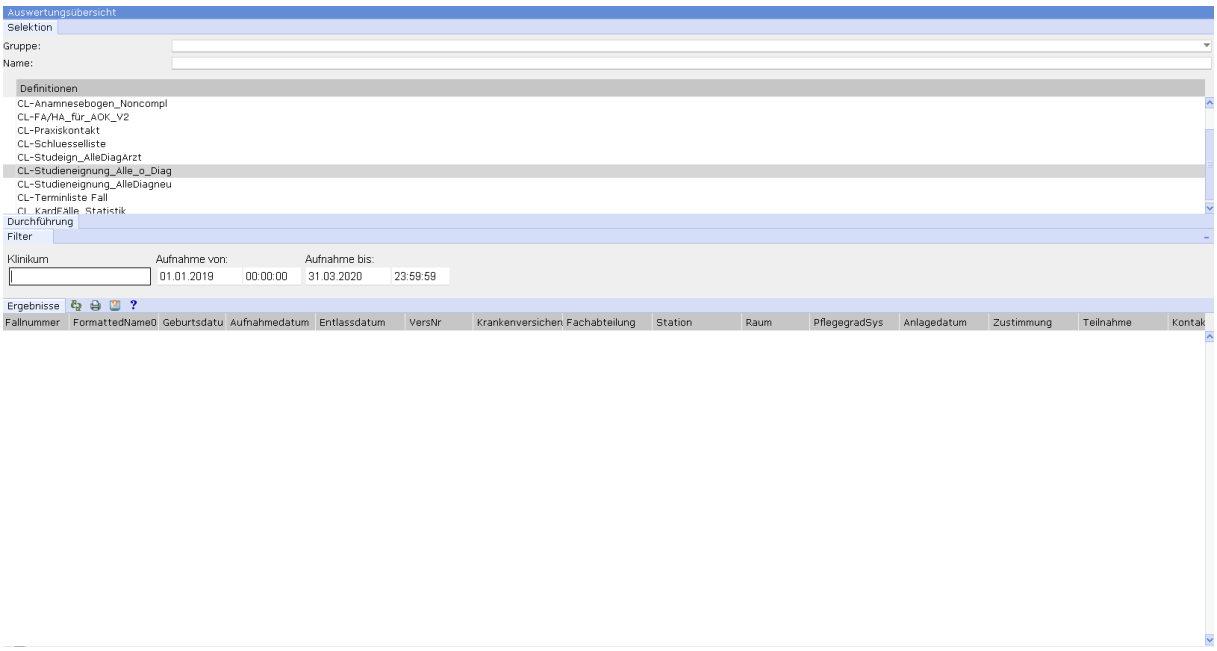


Abbildung: Auswertungsbericht Studieneignung ohne Diagnosen

Vorhandene Anamnesebögen

Der Auswertungsbericht „CL-Anamnese_Fall“ ermöglicht, mittels Fallnummer und/oder Standortkürzel nach allen angelegten Anamnesebögen zu suchen und diese in tabellarischer Ansicht aufgelistet zu erhalten. Mittels dieser kann im Rahmen einer eventuellen Selbstkontrolle abgeglichen werden, ob die erforderlichen Mindestkontakte zum Prüfzeitpunkt ordnungsgemäß erfolgt sind.

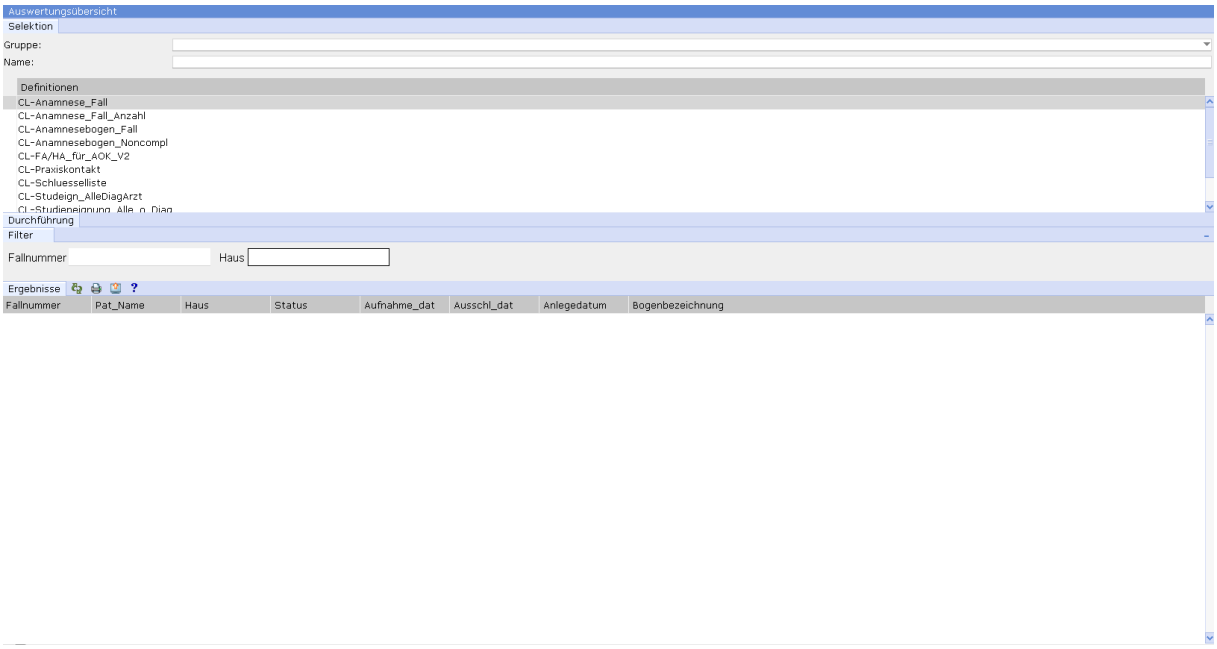


Abbildung: Auswertungsbericht vorhandene Anamnesebögen

Dokumentation

Studieneignung

Für jeden laut Auswertungsberichten geeigneten Patienten wird die Studieneignung dokumentiert. Das zugehörige Formular in Orbis heißt „CL-Studieneignung“ in der Gruppe „Cardiolotse“. Hierin werden fünf Punkte mittels Antwortauswahl abgefragt. Kann (noch) keine eindeutige Antwort gegeben werden, sollte zunächst „unklar“ oder „unbekannt“ ausgewählt werden. Für jede Frage muss eine Angabe gemacht werden. Erst dann kann das Formular abschließend bearbeitet (vidiert) werden. Die Nutzung des Kommentarfeldes ist optional. Für jeden Patienten kann das Formular nur einmalig angelegt werden. Der Versuch einer Neuanlage bei vorhandenem Formular öffnet automatisch das bereits Vorhandene.

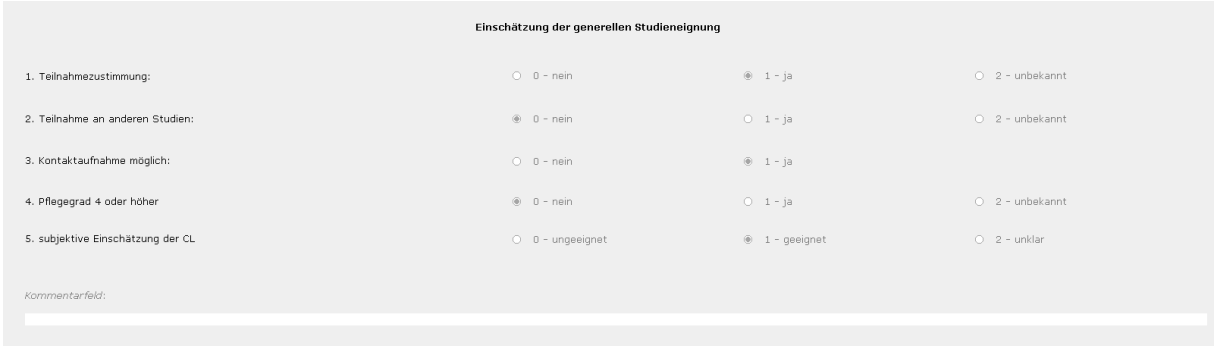


Abbildung: Formular „CL-Studieneignung“

Anlage eines Cardiolotsen-Falls

Die Neuanlage eines Cardiolotsen-Falls kann über die Patientensuche erfolgen. Am einfachsten gestaltet sich hier die Suche mittels Fallnummer aus dem stationären Fall des identifizierten Patienten. Im unteren Bildschirmbereich wird die Historie der Fälle angezeigt. Unmittelbar darüber befindet sich die Schaltfläche „Neuer Fall, ambulanter Fall“.

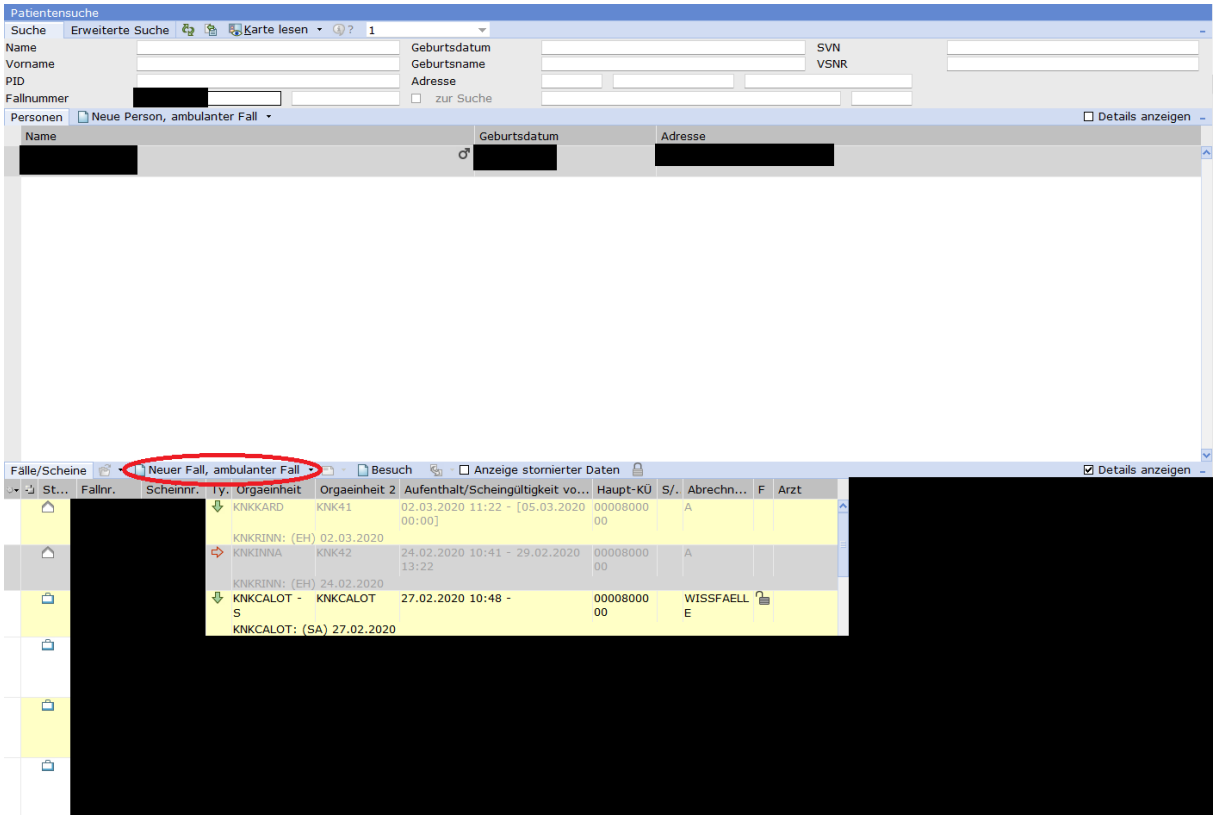


Abbildung: Neuanlage eines Falls in Orbis®

Durch Anklicken der Schaltfläche öffnet sich der Dialog zur Fallanlage, dessen erste Registerkarte („Person und Adresse“) die Stammdatenerfassung beinhaltet. Die dem System bereits bekannten Daten sind hier vorausgefüllt, fehlende Daten müssen ergänzt werden. Besonders zu achten ist auf das Vorhandensein einer Telefonnummer, da sonst im Verlauf die Betreuung nicht zu gewährleisten ist. Dabei ist es nachrangig, in welches der dafür vorgesehenen Felder diese eingetragen wird.

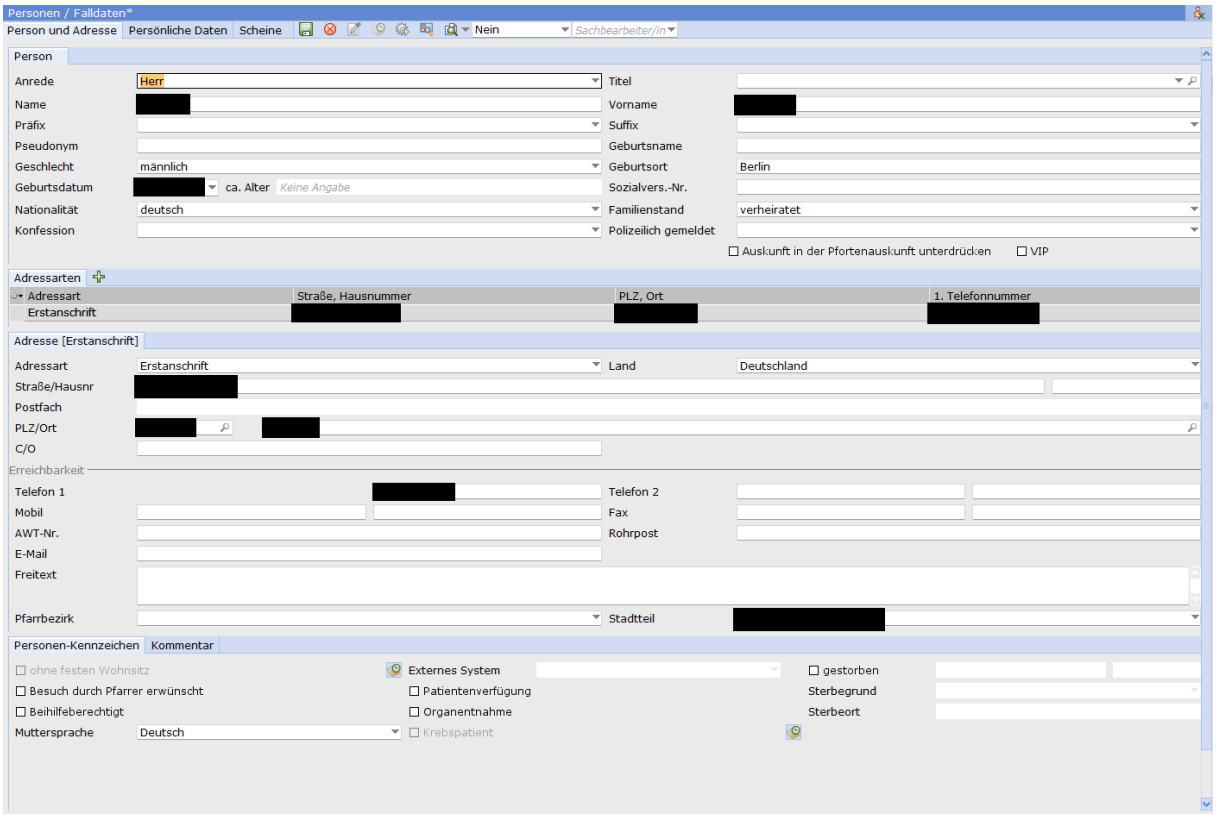


Abbildung: Stammdatendialog in Orbis®

Unter dem Reiter „Persönliche Daten“ können weitere Kontaktdaten von Angehörigen erfasst werden, wenn vorhanden. Besonders wichtig ist hier die Dokumentation der ambulant behandelnden Ärzte. Zunächst kann unter „Arzttyp“ der Begriff „Hausarzt“ oder „Facharzt“ ausgewählt werden, wobei letzterer hier für den niedergelassenen Kardiologen zu verwenden ist. Wird im Feld „Arzt“ auf das Lupensymbol geklickt, kann dieser aus der Datenbank herausgesucht und ausgewählt werden. Die dort hinterlegten Daten werden automatisch übernommen (soweit bekannt auch LANR und BSNR). Eine Bearbeitung dieser Daten ist jedoch nicht möglich.

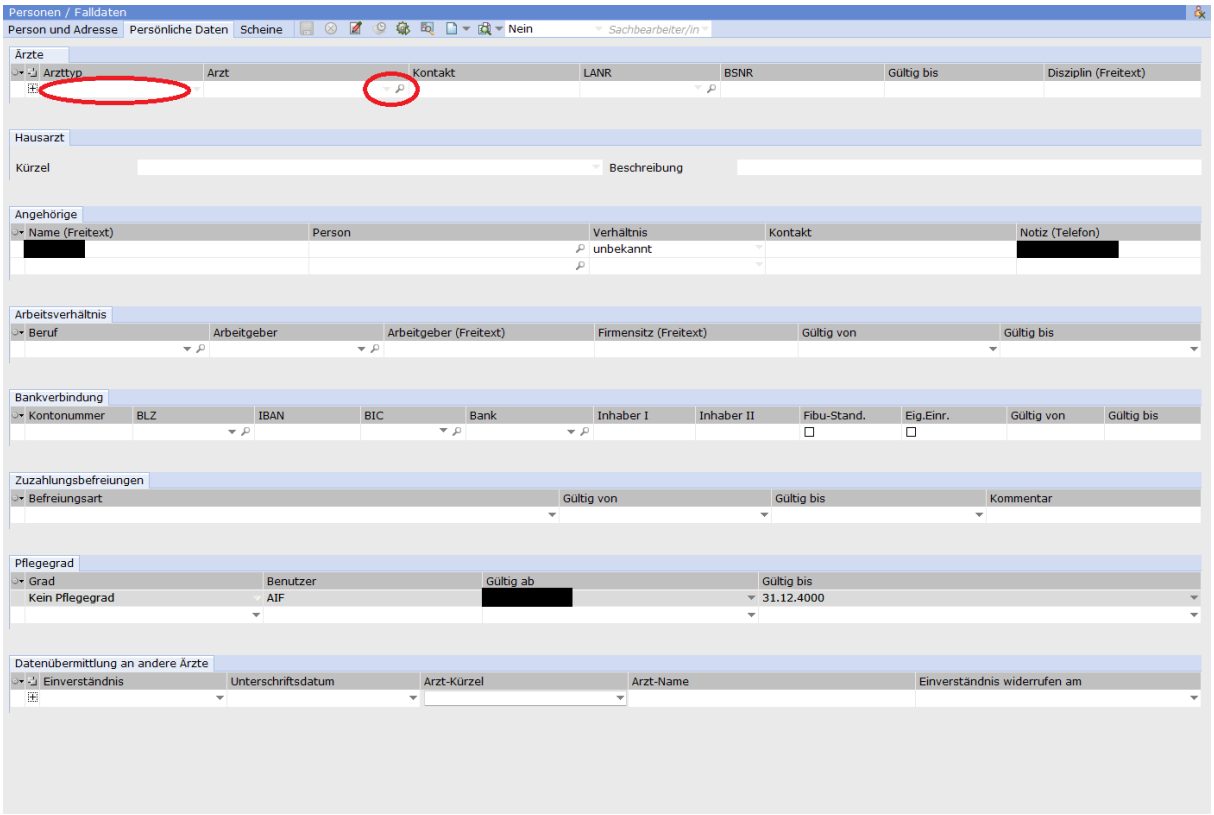


Abbildung: Erfassung persönlicher Daten in Orbis®

Im Reiter „Scheine“ muss als Kostenübernehmer die AOK Nordost erfasst werden, da hierdurch die Verknüpfung mit der Versichertennummer (KVNR) erfolgt. Am einfachsten ist die Übernahme aus dem stationären Fall. Durch Klick auf Übernahme und dessen Auswahl (erkennbar am Haussymbol links daneben) lässt sich diese auswählen. Die Übernahme der KVNR erfolgt dann ebenfalls automatisch. Je nach Zuordnung in Interventions- und Kontrollgruppe muss anschließend ggf. noch die Abrechnungsart angepasst werden. Wurde der Patient in die Kontrollgruppe randomisiert, verbleibt der Eintrag „Ohne Abrechnungsart“. Andernfalls wird im Drop-down-Menü „Wissenschaftliche Fälle“ ausgewählt.

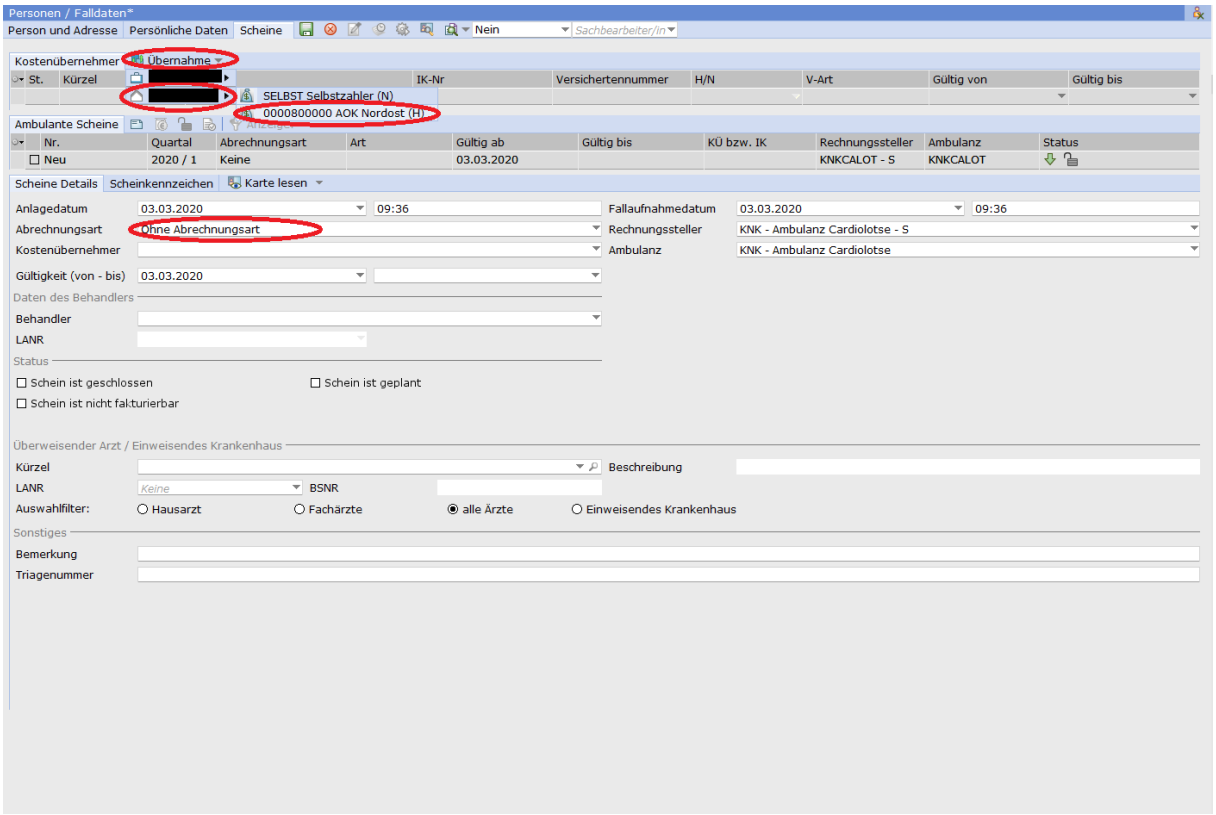


Abbildung: Falldatendialog in Orbis®

Wird die Aufnahme nun gespeichert, öffnet sich als letztes der Besuchsartdialog. Hier wird in einer leeren Zeile das aktuelle Datum eingegeben (am einfachsten durch Eingabe von „h“). Uhrzeit, Ambulanz/Station und Fachabteilung werden automatisch anhand der eingeloggten Funktionsstelle befüllt. Im Feld „Behandlungskategorie“ ist „AMBU“ und im Feld „Behandlungsart“ entsprechend „SA Studie ambulant“ auszuwählen. Auch dieser Dialog wird durch Speicherung abgeschlossen. Der Cardiolotsen-Fall mit eigener Fallnummer ist damit angelegt und im Suchdialog bei dem Patienten sichtbar.

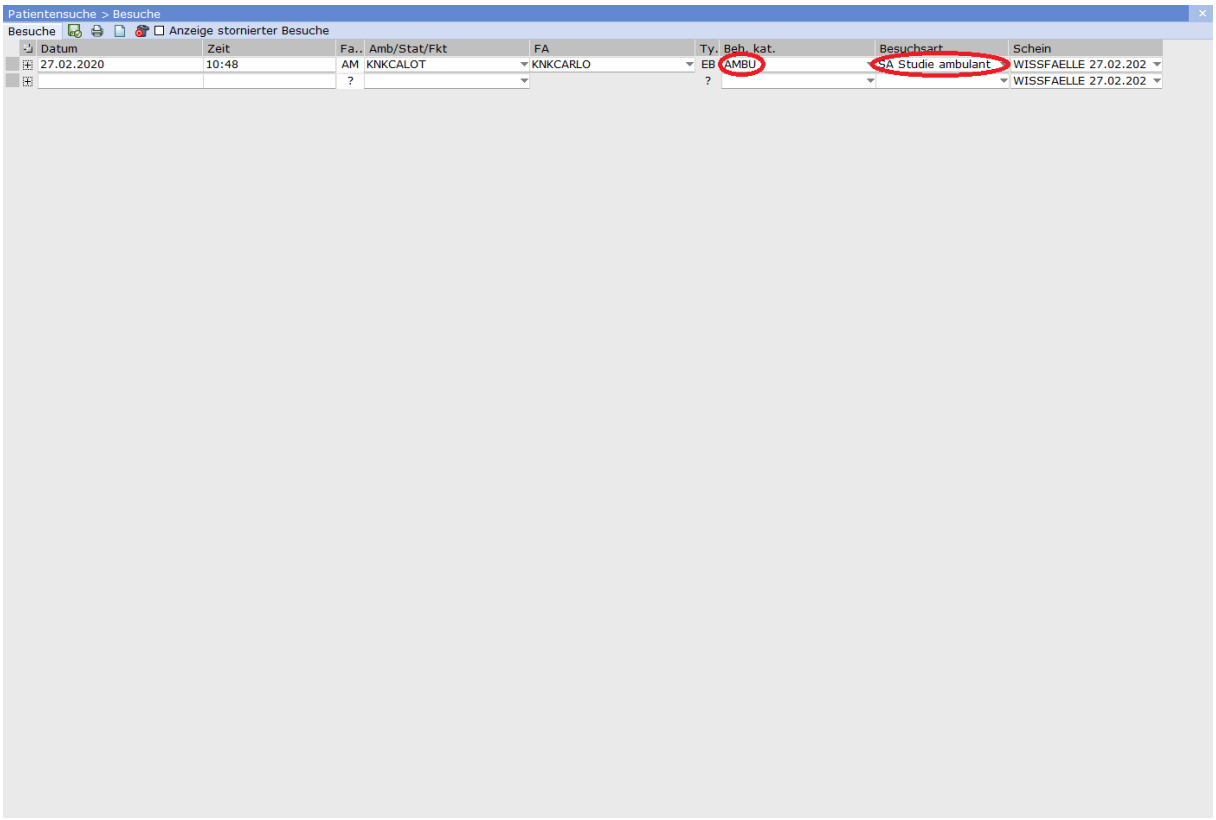


Abbildung: Besuchsartdialog in Orbis®

Cardiolotsennummer

Nach Anlage des Cardiolotsen-Falls wird in diesem das Formular „CL-Cardiolotsennummer“ angelegt und dadurch die Cardiolotsennummer erzeugt. Diese wird als Pseudonym bei der Auswertung verwendet. Die Erzeugung der Cardiolotsennummer geschieht immer automatisch aus der Fallnummer des jeweiligen Falls, in welchem das Formular angelegt wird. Es ist daher wichtig, darauf zu achten, dass die Anlage des Formulars „CL-Cardiolotsennummer“ im Cardiolotsen-Fall erfolgt! Wie die Studieneignung ist auch dieses Formular nur einmalig pro Patient anzulegen und bei Versuch einer Doppelanlage wird das bereits vorhandene Formular geöffnet. Nach Anlage muss das Formular lediglich vidiert werden. Es sind keine Felder auszufüllen. Die Cardiolotsennummer muss jedoch an andere Stellen übertragen werden. Es ist daher empfehlenswert, diese zu kopieren oder zu notieren.

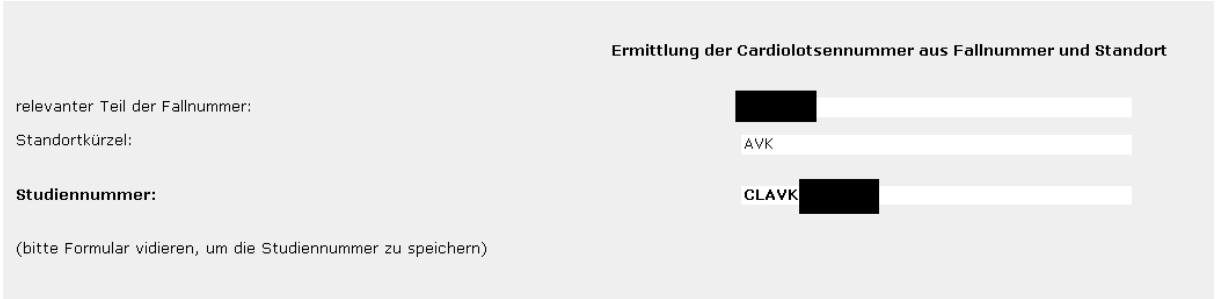


Abbildung: Formular „CL-Cardiolotsennummer“

Randomisierung

Die zufällige Zuteilung der Patienten in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe wird mit dem Online-Tool „Randoulette“ der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt. Der Link wird von der Leitung bekanntgegeben.

Jeder Cardiolotse erhält hierfür individuelle Zugangsdaten. Für die Randomisierung müssen nach dem Login die Cardiolotsennummer, Geschlecht und Geburtsjahr eingegeben bzw. ausgewählt werden. Das Ergebnis der Randomisierung wird unmittelbar angezeigt und ist verbindlich. Es wird dem Patienten umgehend mitgeteilt. Eine manuelle Korrektur würde zu Verzerrungen führen und erfolgt keinesfalls.

Teilnahmeunterlagen

Projektteilnahme- und Datenschutzerklärung

Die Projektteilnahme- und Datenschutzerklärung (s. Anhang) muss von jedem Projektteilnehmer unterschrieben werden, unabhängig davon, in welche Gruppe er randomisiert wird. Anschließend werden sie in Orbis® eingescannt und archiviert.

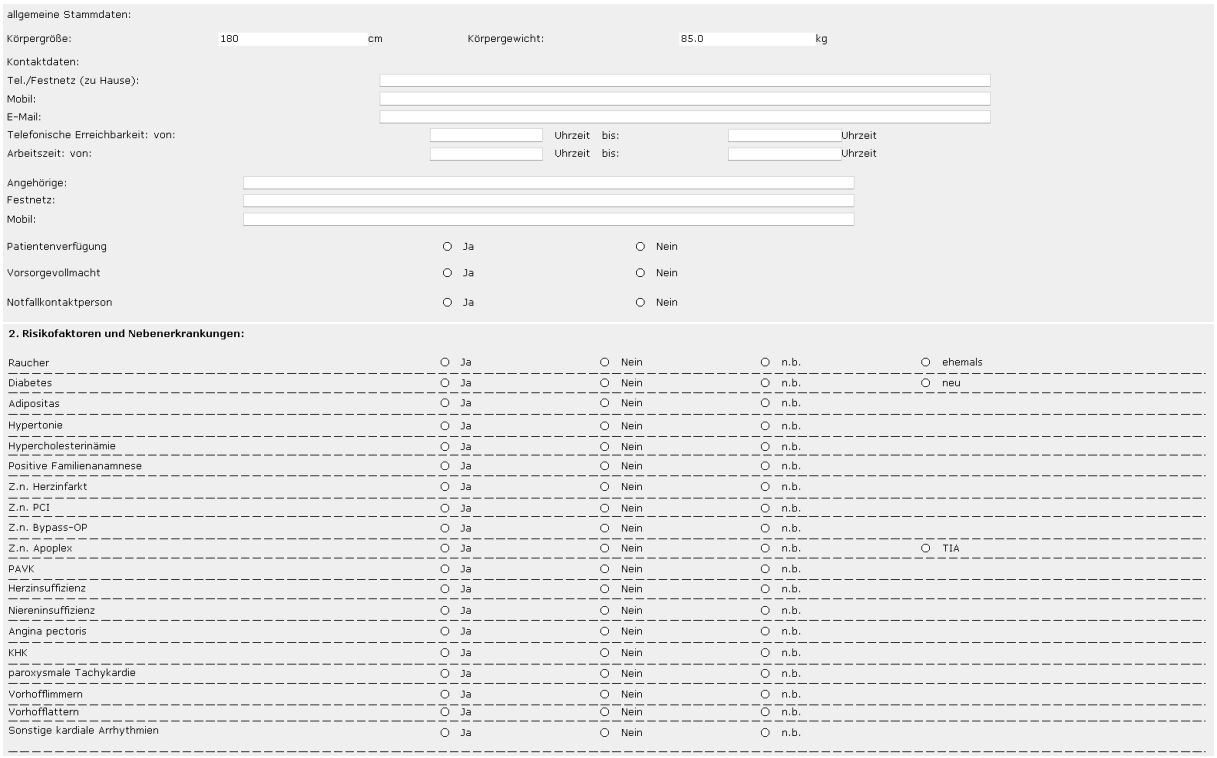
Teilnahme- und Einwilligungserklärung (IV-Vertrag)

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum IV-Vertrag der AOK Nordost (s. Anhang) muss nur von Patienten unterschrieben werden, welche der Interventionsgruppe zugeordnet wurden. Auch diese wird anschließend in Orbis® zur Archivierung eingescannt. Über die Leitung erfolgt eine wochenweise Versendung der Dokumente an die AOK Nordost. Insbesondere ist darauf zu achten, dass diese vollständig, korrekt und leserlich ausgefüllt und vom Patienten unterschrieben ist.

Eine Erklärung von Kontrollgruppenpatienten ist nicht zu unterschreiben und damit auch nicht an die AOK zu versenden. Ggf. bereits vor der Randomisierung unterschriebene Erklärungen sind zu vernichten.

CL-Erhebungsbogen

Zu Beginn der Projektteilnahme, also in der Regel noch während des stationären Aufenthalts, werden grundlegende wichtige Informationen zum Patienten und seiner Erkrankung erfasst. Diese beziehen sich neben seinen Stammdaten vor allem auf medizinische Details zur kardialen Erkrankung sowie eventuellen Nebenerkrankungen, durchgeführten Untersuchungen und Therapien sowie Medikation vor und nach dem Klinikaufenthalt. Die hier erhobenen Daten dienen vorwiegend der weiteren Betreuung des Patienten, werden aber auch zur Evaluation des Projekts herangezogen. Einige Felder, wie beispielsweise bereits kodierte Diagnosen, werden vom System automatisch befüllt. Nichtzutreffende Punkte können unbearbeitet bleiben. Pflichtfelder existieren aus Gründen eines reibungslosen Arbeitsablaufs hier nicht, jedoch sollte die Dokumentation vollständig und möglichst detailliert sein.



allgemeine Stammdaten:

Körpergröße: 180 cm Körpergewicht: 85.0 kg

Kontaktdaten:

Tel./Festnetz (zu Hause):
Mobil:
E-Mail:
Telefonische Erreichbarkeit: von: Uhrzeit bis: Uhrzeit
Arbeitszeit: von: Uhrzeit bis: Uhrzeit

Angehörige:
Festnetz:
Mobil:

Patientenverfügung ○ Ja ○ Nein
Vorsorgevollmacht ○ Ja ○ Nein
Notfallkontaktperson ○ Ja ○ Nein

2. Risikofaktoren und Nebenerkrankungen:

Raucher	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	○ ehemals
Diabetes	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	○ neu
Adipositas	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Hypertonie	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Hypercholesterinämie	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Positive Familienanamnese	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Z.n. Herzinfarkt	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Z.n. PCI	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Z.n. Bypass-OP	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Z.n. Apoplex	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	○ TIA
PAVK	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Herzinsuffizienz	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Niereninsuffizienz	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Angina pectoris	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
KHK	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
paroxysmale Tachykardie	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Vorhofflimmern	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Vorhofflattern	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	
Sonstige kardiale Arrhythmien	○ Ja	○ Nein	○ n.b.	



3. Diagnostik:

Bei Aufnahme HF/ /Min RR / nHg

Stauungszeichen ☐ Ja ☐ Nein ☐ n.b.
☐ Lungenödem ☐ Schock

Aufnahme-EKG ☐ STEMI ☐ NSTEMI ☐ LSB
☐ n.b. ☐ RSB ☐ ST-Senkung
☐ neg.T

Rhythmus ☐ SR ☐ VHF/VHF/Flat ☐ Schrittmacher ☐ anderer

Kreatinin (mg/dl) eGFR (ml/min)

Hämatokrit (%)

3.1 Unerwünschte Ereignisse:

Intraprozedural PCI ○ keine ○ Intubation ○ Schock(neu)
○ Reanimation ○ Dissektion ○ Sonstige

Stationär ○ keine ○ Reinfarkt ○ Schlaganfall
○ Reintervention ○ Sonstige

Blutung ○ keine ○ leicht ○ moderat
○ schwer ○ Sonstige

3.2 Linksherzfunktion:

○ n.b. ○ normal ○ leichtgradig eingeschränkt
○ mittelgradig eingeschränkt ○ hochgradig eingeschränkt

3.3 Rechtsherzfunktion:

○ n.b. ○ normal ○ eingeschränkt

3.4 Nierenfunktion:

☐ normal ○ n.b.
☐ Akutes Nierenversagen
☐ Chronisches Nierenversagen Stadium

4. Überleitung/Nachversorgungsdaten:

4.1 Diagnosen Übersicht

I47.2 - Ventrikuläre Tachykardie
U50.00 - Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
Z48.0 - Kontrolle von Verbänden und Nähten
Z86.7 - Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese

4.2 Allergien?

○ Ja ○ Nein

4.3 Medikamentenplan

Auswahl

Med. Bezeichnung (bei Entlassung)	Wirkstoff	Einheit	Einnahme	Dauer	Arzt VO

Auswahl

Med. Bezeichnung (zuvor verordnet)	Wirkstoff	Einheit	Einnahme	Dauer	Arzt VO

4.4 Herz-Sportgruppen- und Fitnessvereine empfohlen

○ Ja ○ Nein ○ Beratungsgespräch erfolgte durch CL

4.5 Raucherentwöhnung

○ Ja ○ Nein ○ Beratungsgespräch erfolgte durch CL

4.6 Gewichtsreduktion

○ Ja ○ Nein ○ Beratungsgespräch erfolgte durch CL

4.7 Ernährungsberatung

○ Ja ○ Nein ○ Beratungsgespräch erfolgte durch CL

4.8 Patient mobil? Inkontinent? Selbstständige Nahrungsaufnahme?

☐ mobil ☐ immobil ☐ inkontinent
☐ trinkt/isst selbständig ☐ Rollstuhl ☐ Überwiegend im Bett
☐ Gehhilfe ☐ Rollator ☐ Hilfsmittel wurden verordnet

4.9 Häusliche Situation

☐ selbständig ☐ Pflegedienst ☐ beantragt seit
☐ Pflege durch Angehörige ☐ Haushaltshilfe

Datum (Tag)/ (Monat)/ (Jahr)

5 Invasive Prozeduren

EPU (Tag)/ (Monat)/ (Jahr)

Bemerkung

Rhythmus ☐ VHF ☐ VHFlattern ☐ Schrittmacher
☐ SVT ☐ WPW ☐ VT

☐ EPU nicht stattgefunden

TEE (Tag)/ (Monat)/ (Jahr)

Bemerkung
Befund

☐ TEE nicht stattgefunden

Herzkatheter (Tag)/ (Monat)/ (Jahr)

Bemerkung
Befund

☐ Herzkatheter Untersuchung nicht stattgefunden

6. DMP

Der Patient ist bereits Teilnehmer des DMP KHK ○ Ja ○ Nein ○ unbekannt

7. Cura Plan

Der Patient ist ein Cura Plan Teilnehmer ○ Nein ○ Ja, Kündigung geplant

8. Anmerkungen für die Cardiolotsen

Abbildung: Formular „CL-Erhebungsbogen“

CL-Anamnesebogen

Für jeden Kontakt mit Patienten der Interventionsgruppe, egal ob turnusgemäß oder außer der Reihe, vom Cardiolotsen oder vom Patienten veranlasst, ist ein eigener Anamnesebogen mit entsprechender Benennung (Drop-down-Menü oben rechts, nachstehend nicht im Bild) anzulegen.

Bei Patienten der Kontrollgruppe dient dieser für die Dokumentation des Gesprächs nach 12 Monaten der Projektteilnahme.

Der Anamnesebogen muss bei Kontakt vollständig bearbeitet werden, daher sind die meisten Felder hier Pflichtfelder. Oft kann nur „ja“ oder „nein“ gewählt werden. Teilweise sind auch andere Antwortmöglichkeiten und Mehrfachantworten möglich, wo zutreffend. Bei manchen Fragen öffnen sich, abhängig von der Antwort, nach Bearbeitung eine oder mehrere Zusatzfragen, welche dann ebenfalls zu beantworten sind. Um Antworten weiter auszuführen, kann das Freitextfeld am Formularende benutzt werden (s. Allgemeiner Teil). Bei inaktiven Patienten (s. unten) wird für jeden turnusmäßigen Kontakt, der entfällt, ein leerer Anamnesebogen mit Inaktivitäts-Vermerk angelegt, jedoch nicht vidiert. So ist bei der Evaluation das Intervall erkennbar, währenddessen keine Betreuung erfolgen konnte.



Anamnesebogen Cardiolotse - Follow-up

1. Mit wem erfolgt der aktuelle Kontakt?	○ Patient ○ Klinik ○ sonstige ○ Facharztpraxis	○ Angehörige ○ Pflegedienst/-heim ○ Hausarztpraxis	
2. Wurde der Kontakt durch den Cardiolotsen veranlasst?	○ ja	○ nein	
3. Erfolgt der Kontakt turnusgemäß?	○ ja	○ nein	
4. Erfolgte zwischenzeitig ein außerplanmäßiger Kontakt?	○ ja	○ nein	
5. Seit letztem Kontakt Maßnahmen des Cardiolotsen notwendig?	○ ja	○ nein	
6. Medikation noch so wie bei Entlassung verordnet?	○ ja	○ nein	
6a. Medikationsplan von dem Hausarzt	○ ja	○ nein	
6b. Medikationsplan von dem Facharzt	○ ja	○ nein	
7. Präventionsmaßnahmen wie empfohlen wahrgenommen?	○ ja	○ nein	
8. Besteht Nikotinkarenz?	○ ja	○ nein	
9. Bei Diabetikern: HbA1c im Zielbereich?	○ ja	○ nein	○ trifft nicht zu
Ggf. verbessert gegenüber vor Klinikaufenthalt?	○ ja	○ nein	
Ggf. weitere Maßnahmen geplant?	○ ja	○ nein	
10. BMI im Normbereich?	○ ja	○ nein	
Verlauf	○ reduziert	○ gleich geblieben	○ erhöht
Ggf. weitere Maßnahmen geplant?	○ ja	○ nein	
11. Blutdruck innerhalb der Zielwerte?	○ ja	○ nein	
Ggf. weitere Maßnahmen geplant?	○ ja	○ nein	
12. Cholesterin-Werte im Zielbereich?	○ ja	○ nein	
13. Hausarztbesuche wie empfohlen erfolgt?	○ ja	○ nein	
14. Facharztbesuche wie empfohlen erfolgt?	○ ja	○ nein	
15. Erneute kardiale Beschwerden seit letztem Kontakt?	○ ja	○ nein	
16. Erneute Klinikaufnahme?	○ ja	○ nein	
17. Hat sich der Versorgungsbedarf verändert?	○ ja	○ nein	
18. Weitere Maßnahmen durch Cardiolotsen erforderlich?	○ ja	○ nein	
19. Weitere Betreuung durch Cardiolotsen?	○ ja	○ nein	
20. Nach Entlassung Unterstützung des Patienten durch:	☐ Angehörige ☐ Teilstationäre Pflege ☐ sonstige	☐ häusliche Krankenpflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Haushaltshilfe	
21. Weitere Verordnungen vom niedergelassenen Kollegen:			
☐ Physiotherapie	☐ Ergotherapie	☐ sonstige	☐ keine
22. Hilfsmittel/Heilmittelverordnung in Anspruch genommen?	○ ja	○ nein	○ sonstige

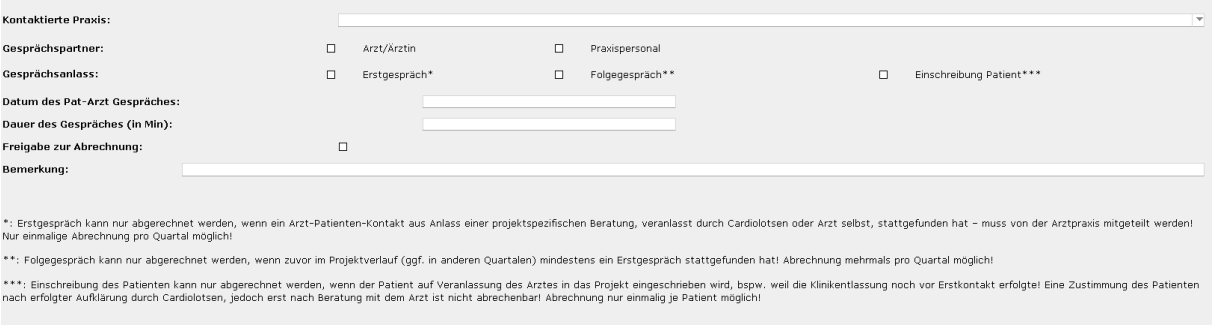
Freitexteingabe für interne Notizen

Abbildung: Formular „CL-Anamnesebogen“

CL-Praxiskontakt (abrechnungsrelevant)

Ein Kontakt mit der ambulant behandelnden Arztpraxis ist gemäß IV-Vertrag unter bestimmten Umständen abrechnungsrelevant. Diese ergeben sich aus der Abrechnungstabelle des IV-Vertrags (s. Anhang). Sind die Voraussetzungen dafür erfüllt, ist im Anschluss an den Kontakt das Formular „CL-Praxiskontakt“ zur Dokumentation zu verwenden, vollständig auszufüllen und anschließend zu vidieren. Dies löst am Quartalsende die Vergütung für die jeweilige Arztpraxis bei der AOK Nordost aus und ist daher für eine ordnungsgemäße Erfüllung des IV-Vertrags sehr wichtig.

Wie in dem Formular sowie im allgemeinen Teil dieses Handbuchs beschrieben, sind die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit eines Erst- oder Folgegesprächs gewissenhaft zu prüfen, bevor dieses dokumentiert wird.


Kontaktierte Praxis:

Gesprächspartner: ☐ Arzt/Ärztin ☐ Praxispersonal

Gesprächsanlass: ☐ Erstgespräch* ☐ Folgegespräch** ☐ Einschreibung Patient***

Datum des Pat-Arzt Gespräches:

Dauer des Gespräches (in Min):

Freigabe zur Abrechnung: ☐

Bemerkung:

*: Erstgespräch kann nur abgerechnet werden, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt aus Anlass einer projektspezifischen Beratung, veranlasst durch Cardiolotsen oder Arzt selbst, stattgefunden hat – muss von der Arztpraxis mitgeteilt werden! Nur einmalige Abrechnung pro Quartal möglich!

**: Folgegespräch kann nur abgerechnet werden, wenn zuvor im Projektverlauf (ggf. in anderen Quartalen) mindestens ein Erstgespräch stattgefunden hat! Abrechnung mehrmals pro Quartal möglich!

***: Einschreibung des Patienten kann nur abgerechnet werden, wenn der Patient auf Veranlassung des Arztes in das Projekt eingeschrieben wird, bspw. weil die Klinikentlassung noch vor Erstkontakt erfolgte! Eine Zustimmung des Patienten nach erfolgter Aufklärung durch Cardiolotsen, jedoch erst nach Beratung mit dem Arzt ist nicht abrechenbar! Abrechnung nur einmalig je Patient möglich!

Abbildung: Formular „CL-Praxiskontakt“

Arzt-Patienten-Liste

Teilnehmende Patienten der Interventionsgruppe müssen, mit vollständigen Informationen zu Haus- und Facharzt in der Arzt-Patienten-Liste (im Netzlaufwerk, Unterordner „Lotsen“ / „_Für alle“ / „STATISTIK ÄRZTE PATIENTEN LISTE“ verfügbar) dokumentiert werden. Jeder Patient wird daher innerhalb einer Zeile erfasst. Sollte ein Arztwechsel stattfinden, wird die ursprüngliche Zeile als beendet gekennzeichnet und eine neue Zeile mit den aktuellen Daten angelegt. So entsteht zu den Arztwechseln eine Arzthistorie und ggf. sind „ständige“ Arztwechsel schnell erkennbar.

Die Arzt-Patienten-Liste wird über die Leitung wöchentlich elektronisch mit der AOK Nordost ausgetauscht und dort, vorwiegend maschinell, in deren EDV-System eingelesen. Da es bei Übertragungsfehlern hier zu manuell und aufwendig durchzuführenden Prüfungen kommt, ist beim Ausfüllen unbedingt sorgfältig auf Vollständigkeit und Korrektheit zu achten.

Terminbuch und Arbeitsliste

Damit die vorgesehenen Mindestkontakte zeitgerecht durchgeführt werden können, sollen diese im Vorfeld terminiert werden. Dies verhindert ein versehentliches Vergessen eines Kontakts. Idealerweise erfolgt dies über die Anlage einer Anforderung, da dann auch eine Übernahme in die Arbeitsliste erfolgt und somit ein versehentliches Vergessen zusätzlich verhindert wird.

Bei der Anlage einer Anforderung kann im Reiter „Termin“ nach Anklicken des entsprechenden Feldes ein Eintrag in das Terminbuch gemacht werden. Dieser erscheint anschließend im Terminfeld und wird nach Vidierung der Anforderung final eingetragen.



Abbildung: Terminvergabe im Orbis-Anforderungsdialog

Wenn eine Anforderung über die Arbeitsliste bearbeitet wurde, wird der Termin im Terminbuch automatisch gekennzeichnet. Falls eine Anforderung über die Arbeitsliste rückgewiesen oder storniert wird (beispielsweise, weil der Patient verstorben ist und weitere Kontakte dadurch entfallen), wird auch der zugehörige Termin automatisch gelöscht. Eine Verbindung von Terminbuch und Arbeitsliste empfiehlt sich daher sehr, auch wenn prinzipiell Termine auch unabhängig von einer Anforderung im Terminbuch vergeben werden können.

Laborbefunde und Medikationspläne

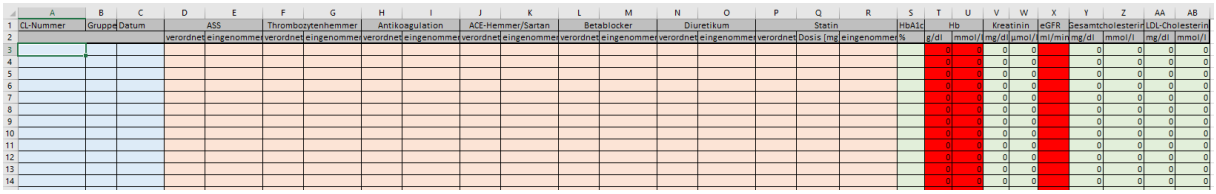
Im Rahmen der turnusmäßigen Kontakte jeweils 12 Monate nach Projekteinschluss soll in beiden Gruppen erfragt werden, ob den Teilnehmern ein Medikationsplan des Hausarztes sowie aktuelle Laborbefunde vorliegen, die nicht älter als zwei Monate sind. Die Ausfertigung eines Medikationsplans sowie die Aushändigung von Laborbefunden aus Blutuntersuchungen gehören zum gesetzlichen Anspruch eines Patienten. Oft wird in der Praxis ca. 12 Monate nach akutem Klinikaufenthalt eine Blutuntersuchung veranlasst. Der Patient sollte daher instruiert werden, sich sowohl einen aktuellen Medikationsplan als auch, falls innerhalb von zwei Monaten vor dem Kontakt eine Blutuntersuchung stattgefunden hat, die zugehörigen Laborbefunde aushändigen zu lassen.

Sofern der Patient dazu bereit ist, sollen bei Vorliegen von Medikationsplan bzw. Laborbefunden diese in einer einheitlichen Tabelle erfasst werden. Diese ist je Standort über das Netzwerklaufwerk verfügbar. Pro Teilnehmer ist dabei eine Zeile für Eintragungen vorgesehen. Sollten einzelne Informationen nicht vorliegen, kann das entsprechende Feld leer bleiben.

Bei Eingabe von Laborwerten in der jeweils vorliegenden Einheit erfolgt die Umrechnung in die jeweils andere automatisch. Die Tabelle prüft außerdem eingegebene Werte auf Plausibilität und akzeptiert keine Eingabe offensichtlich unmöglicher Werte (beispielsweise negative Zahlen). Abweichungen von Referenzwerten werden in einem kleinen Ampelsystem durch gelbe oder rote Hinterlegung hervorgehoben. Dies dient zunächst der eigenen Kontrolle, sensibilisiert jedoch auch für möglicherweise problematische Abweichungen.

In einigen Feldern ist keine freie Eingabe zugelassen. Hier kann ein Eintrag nur durch Auswahl aus einem entsprechenden Drop-down-Menü erfolgen. Sollte in diesen eine Auswahlmöglichkeit fehlen, kontaktieren Sie bitte umgehend die medizinische Leitung.

Einmal pro Woche werden die Eintragungen durch die medizinische Leitung validiert. Bei Unstimmigkeiten, beispielsweise unplausiblen oder stark vom Therapieziel bzw. der Norm abweichenden Werten, hält die medizinische Leitung mit den betreuenden Cardiolotsen Rücksprache über das weitere Vorgehen und ggf. das erneute Kontaktieren des Teilnehmers.



CL-Nummer	Gruppe	Datum	ASS		Thrombozytenhemmer		Antikoagulation		ACE-Hemmer/Sartan		Betablocker		Diuretikum		Statin		HbA1c	Hb		Kreatinin		eGFR	Gesamtcholesterin		LDL-Cholesterin	
			verordnet	eingenommen	verordnet	eingenommen	verordnet	eingenommen	verordnet	eingenommen	verordnet	eingenommen	verordnet	eingenommen	verordnet	Dosis [mg]	eingenommen	%	g/dl	mmol/l	mg/dl	µmol/l	ml/min	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0
																			0	0	0	0		0	0	0	0

Abbildung: Ausschnitt aus Excel-Tabelle „Medikation/Labor“

Beendigung bzw. Aussetzen der Projektteilnahme

Wenn ein Teilnehmer seine Teilnahme kündigt, widerruft, er verstirbt oder aus sonstigen Gründen aus dem Projekt ausscheidet, muss dies durch Schließen des Scheines im Cardiolotsen-Fall gekennzeichnet werden (s. allgemeiner Teil). Dies erfolgt jedoch erst, nachdem die Wirksamkeit der Teilnahmebeendigung durch die AOK Nordost über den Austausch der Arzt-Patienten-Liste bestätigt wurde.

Im Cardiolotsen-Fall wird aus der Navigationsleiste am linken Bildschirmrand (nicht dargestellt) „Personen / Falldaten“ ausgewählt. Im dortigen Reiter „Scheine“ kann die Bearbeitung durch Anklicken des entsprechenden Symbols rechts davon aktiviert werden. Anschließend ist das Datum der Beendigung einzutragen. Bei Versterben ist, soweit bekannt, das Todesdatum, andernfalls das Datum des Bekanntwerdens, oder es kann durch Eingabe von „h“ das aktuelle Datum des Bearbeitungstages verwendet werden. Auch ist eine Begründung im Feld „Bemerkung“ einzutragen (Beispiel: „verstorben am … Nachricht vom …“). Erst zum Schluss wird das Häkchen „Schein ist geschlossen“ gesetzt und die Bearbeitung gespeichert.

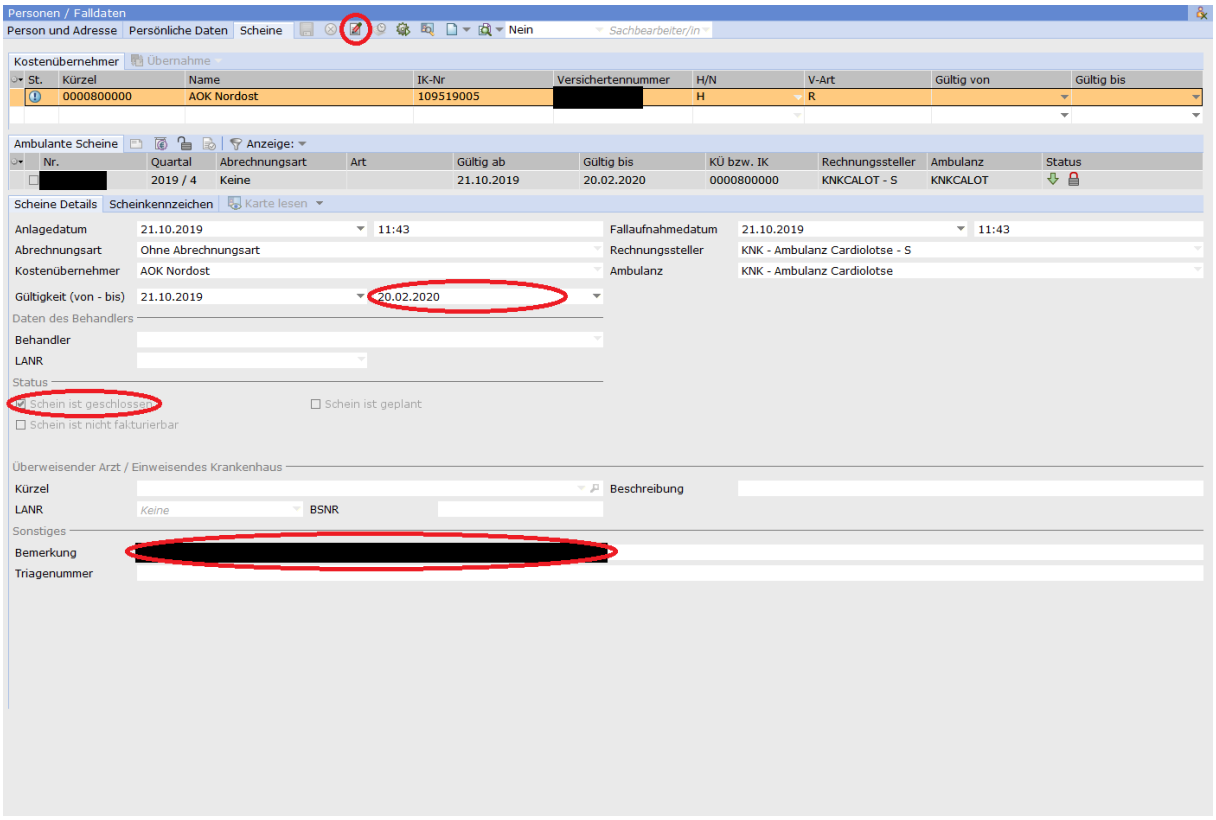


Abbildung: Falldatendialog in Orbis®

Zur besseren Auswertbarkeit sollte die Bemerkung aus den Falldatendialog unbedingt in den fallbezogenen Kommentar im Reiter „Person und Adresse“ übertragen werden. Dazu kann im unteren Bildschirmbereich der Reiter „Kommentar“ und darin das Feld „fallbezogen“ ausgewählt werden.



Abbildung: Fallbezogener Kommentar

Bei vorübergehendem Aussetzen der Teilnahme, beispielsweise aufgrund längerer geplanter Abwesenheit oder auch Nichterreichbarkeit, wird der Schein vorerst nicht geschlossen. Der Fall wird in den jeweiligen Feldern bzw. Kommentaren der Anamnesebögen inaktiv gesetzt. Diese bleiben leer und werden nicht vidiert. So kann beim nächsten erfolgreichen Kontakt im zugehörigen Anamnesebogen der Fall wieder aktiv gesetzt werden. Erst bei dauerhaft bis zum Projektende ausbleibendem Kontakt wird der Schein geschlossen. Bei Inaktivität aufgrund Nichterreichbarkeit wird jeder turnusmäßige Kontakt einmalig erneut versucht.

Patientenbefragungen

Durchführung

Die im Rahmen der Evaluation vorgesehene Patientenbefragung erfolgt unabhängig vom Ergebnis der Randomisierung zu drei Zeitpunkten. Der erste Zeitpunkt ist noch während des stationären Aufenthalts und beinhaltet Lebensqualität und sozioökonomischen Status. Diese werden vom zuständigen Cardiolotsen erhoben und dokumentiert. Die Dokumentation erfolgt am Krankenbett zunächst schriftlich, später findet eine elektronische Übertragung statt (s. unten).

Nach jeweils drei und zwölf Monaten werden telefonische Befragungen zu Lebensqualität und Patientenzufriedenheit durchgeführt. Um die Ergebnisse nicht zu verzerren, erfolgt diese Erhebung durch studentische Hilfskräfte, welche mit der Patientenbetreuung ansonsten nicht befasst sind.

Die Erfassung der Bögen geschieht in jedem Fall elektronisch über EvaSys®. Dazu stehen im Netzwerklaufwerk entsprechende TAN-Listen als Excel-Tabelle zur Verfügung. Nach Verwendung einer TAN ist diese in der Liste als ungültig zu markieren. Der Aufruf der EvaSys®-Eingabemaske erfolgt per Webbrowser, der Link wird durch die Leitung bekanntgegeben.

Bei Durchführung der Patientenbefragungen ist es sehr wichtig, die Fragen neutral vorzulesen und den Patienten keine Antworten in den Mund zu legen. Auch, wenn die Antwort unglaubwürdig erscheint, ist diese so wie gegeben zu dokumentieren, da es um die subjektive Einschätzung der Patienten geht.

Fragebögen

Lebensqualität (EQ-5D-5L)

Dieser standardisierte und gut evaluierte Fragebogen besteht aus einfachen Fragen zu verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens (AdL). Die Patienten können und müssen dabei aus verschiedenen Antwortoptionen wählen. Außerdem beinhaltet die letzte Frage eine Skalierung des eigenen Wohlbefindens zum Erhebungszeitpunkt von 0 bis 100.

Ein Muster des Fragebogens befindet sich im Anhang.

Patientenzufriedenheit

Zur Messung der Zufriedenheit der Patienten mit ihrer medizinischen Versorgung und Betreuung wurde von der Ludwig-Maximilians-Universität ein eigener Fragebogen konzipiert. Auch hier muss aus verschiedenen Antwortoptionen gewählt werden.

Es existieren jeweils verschiedene Versionen für die Kontroll- und Interventionsgruppe. Bei letzterer ist eine zusätzliche Frage zur Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Cardiolotsen enthalten, welche bei der Kontrollgruppe entfällt.

Ein Muster des Fragebogens befindet sich im Anhang.

Sozioökonomischer Status (SES)

Dieser Fragebogen wird nur einmalig bei Projekteinschluss erhoben und beinhaltet Fragen beispielsweise nach Bildungsstand, sozialer und ethnischer Herkunft sowie Sprachkenntnissen. Ziel ist es, einen möglicherweise unterschiedlichen Effekt des Projekts auf verschiedene sozioökonomische Gruppen, beispielsweise Patienten mit Migrationshintergrund, fehlenden Sprachkenntnissen oder geringerem Bildungsstand bzw. Einkommen, zu analysieren.

Ein Muster des Fragebogens befindet sich im Anhang.

Kommunikation

Musteranschreiben

Für Standardsituationen in der Patientenkommunikation stehen verschiedene Musteranschreiben im Netzlaufwerk zur Verfügung (s. Anhang). Diese müssen lediglich um einige individuelle Daten ergänzt und auf Cardiolotsen-Briefpapier ausgedruckt werden. Der Versand erfolgt regulär über die jeweilige Poststelle am Standort.

➔ Von den Musteranschreiben abweichende Korrespondenz per Post ist ohne explizite Abstimmung mit der Leitung nicht gestattet.

Anlagen

1. Projektteilnahme- und Datenschutzerklärung
2. Teilnahme- und Einwilligungserklärung (IV-Vertrag)
3. Abrechnungstabelle laut IV-Vertrag
4. Fragebögen
    a. Lebensqualität (EQ-5D-5L)
    b. Patientenzufriedenheit
    c. Sozioökonomischer Status (SES)
5. Musteranschreiben
    a. Beratungsstellen
    b. Haus-/Fachärzte
    c. Herzsportgruppen
    d. Rauchentwöhnung
    e. Turnusmäßige Kontakte