

Zum Nutzen pflegebedürftiger Menschen: Kommunikation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern

Mängel der Koordination zwischen Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung zählen zu den viel diskutierten Schwächen des deutschen Gesundheitswesens. Besonders nachteilig wirken sie sich für chronisch kranke und pflegebedürftige Patienten aus, deren häusliche Betreuung von Episoden akutstationärer Versorgung unterbrochen wird.

Der zweimalige Wechsel des Versorgungsortes führt in vielen Fällen zu Brüchen in der Kontinuität - und auch der Qualität - der Behandlung und Betreuung dieser Personen. Die bewährte Therapie eines Patienten (Medikation, gezielter Einsatz von Hilfsmitteln etc.) oder auch Mobilisierungserfolge können so nachhaltig gefährdet werden, wenn die ambulante und stationäre Versorgung nicht aufeinander abgestimmt sind.

Solchem Koordinationsmangel liegt vor allem ein Kommunikationsdefizit zugrunde, also ein unzureichender Transfer der behandlungs-, rehabilitations- und pflegerelevanten Informationen zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen, ambulante Dienste) und Berufsgruppen (Ärzte, Kranken- und Altenpfleger, Sozialpädagogen, Krankengymnasten etc.).

Ansätze, die ambulante und stationäre Krankenversorgung vor allem pflegebedürftiger Patienten besser miteinander zu verzahnen, gibt es seit längerem. Am bekanntesten sind Projekte zur koordinierten „Pflegeüberleitung“ oder „Überleitungspflege“, die in den letzten Jahren vielerorts begonnen wurden. Die dafür entwickelten Konzepte und Verfahren sind vielfältig. Unterschiede bestehen beispielsweise in der:

- Zuordnung der Verantwortung für Pflegeüberleitung (z.B. spezielle

Fachkraft, multiprofessionelles Team),

- Zahl und Art der beteiligten Berufsgruppen (z.B. nur Krankenpflegekräfte oder auch Sozialdienste, Ärzte, nichtärztliche Therapeuten),
- Form des Informationstransfers (z.B. persönliche Übergabe am Bett, schriftliche Information durch Überleitungsbogen o.ä.),
- Begleitung des Überleitungsprozesses durch weitere Maßnahmen (z.B. geriatrisches Assessment, Prüfung der häuslichen Versorgungssituation durch Wohnungsbesuch) sowie
- Verbindlichkeit der Zusammenarbeit für die beteiligten Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen (z.B. Verträge).

Gemeinsam ist den meisten dieser Projekte, daß ihre Aktivitäten erst nach der Aufnahme der betreffenden Patienten ins Krankenhaus einsetzen und die dort betreuenden Personen deshalb Mühe haben, die erforderlichen Informationen über die häusliche Lebenssituation und prästationäre gesundheitliche Verfassung der Patienten rechtzeitig zu gewinnen.

Zumindest bei chronisch hilfe- und pflegebedürftigen Personen wäre es möglich, daß ihre ambulanten Betreuer derartige Informationen routinemäßig vorhalten und dann, im Falle einer Einweisung, dem Krankenhaus übermitteln. So könnte der Kommunikationskreis zwischen ambulanten und stationären Versorgern geschlossen und die Koordination ihrer Tätigkeiten erleichtert werden.

Die Entwicklung eines solchen durchgängigen Informationssystems zu fördern, ist das Ziel von aski (ambulant-stationäre Kommunikations-Integration). Das Projekt will dazu beitragen, geeignete Vorgehensweisen und Instrumente für die wechselseitige Übermittlung pflege- und rehabili-

tationsrelevanter Patienteninformationen zu finden und zu verbreiten.

Begonnen wurde mit dem Versuch einer bundesweiten Bestandsaufnahme bereits laufender Projekte systematischer Pflegeüberleitung, einer Synopse der ihnen zugrundeliegenden Konzepte, der in ihnen verwendeten Verfahren und Dokumente sowie ihres angegebenen Aufwands und Ertrags - Versuch deshalb, weil erfahrungsgemäß die öffentlich zugängliche Berichterstattung über derartige Aktivitäten keineswegs deren wahren Umfang abbildet.

In weiteren Erhebungen (schriftlichen Befragungen) wird der Bedarf an und die Verfügbarkeit von Patienteninformationen in den beteiligten Einrichtungen ermittelt. Begleitet durch eine Focusgruppe, in der Mitglieder sämtlicher betroffener Einrichtungsarten und Berufsgruppen vertreten sind, sollen auf dieser Grundlage Vorschläge für eine Weiterentwicklung der vorliegenden Dokumentationsverfahren und Kommunikationstechniken erarbeitet und getestet werden.

Die erfolgreiche Durchführung des aski-Projektes ist auf intensive Zusammenarbeit mit den Partnern aus der Versorgungspraxis angewiesen. Wir hoffen, daß es ein Forum für Informationen und Diskussionen über Initiativen bietet, die eine Verbesserung der Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen anstreben.

Walter Satzinger
Sonja Courté-Wienecke
Sabine Wenng

Literatur bei den Verfassern.

Bayerischer Forschungsverbund Public Health
Projekt „Entwicklung eines integrativen Informationssystems für die Überleitung pflegebedürftiger Patienten aus der stationären Versorgung in die häusliche Pflege“
GSF - Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS)
Ingolstädter Landstr. 1, 85764 Neuherberg
Tel.: 089 / 31 87-41 28, Fax: 089 / 31 87-33 75