



Die Evaluationsmethodik im Projekt „Gesundheitsmappe“

Kofahl, Christopher
Döhner, Hanneli
Schmölders, Manfred

Universität Hamburg
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Institut für Medizin-Soziologie
Sozialgerontologie
Martinistr. 40
20246 Hamburg

Konzept der Gesundheitsmappe

Die MitarbeiterInnen der geriatrischen Abteilung des Krankenhauses Bethanien in Hamburg haben in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des regionalen Interdisziplinären Gesprächskreises Geriatrie (IGG), die **Gesundheitsmappe (GM)** im Rahmen ihres Überleitungskonzeptes entwickelt.

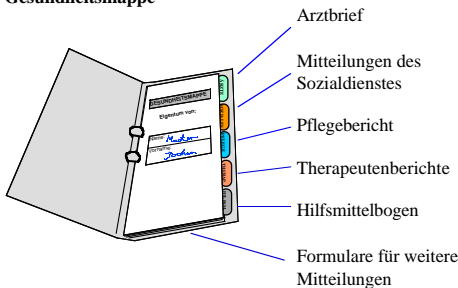


Die **Gesundheitsmappe** ist ein gebündeltes Informationssystem, das alle für die Überleitung relevanten patientenbezogenen Daten, die während der stationären Behandlung erhoben worden sind, enthält. Bei der gemeinsamen Entwicklung wurde bewußt darauf verzichtet, neue Dokumentationssysteme zu entwerfen und in die GM zu integrieren, da bereits verschiedene Systeme existieren. Die GM wird auf einer Station mit 22 Betten erprobt.

Die Patienten erhalten vor ihrer Entlassung eine Einweisung in den Aufbau und Inhalt sowie Sinn und Zweck der GM. Wenn möglich werden die Angehörigen oder andere Bezugspersonen einbezogen. Am Entlassungstag wird sie den Patienten als deren Eigentum ausgehändigt. Dadurch werden Datenschutzprobleme vermieden. Zugleich kann eine stärkere Eigenverantwortlichkeit der Patienten und ihrer Angehörigen gefördert werden.

Die HausärztInnen erhalten wie üblich den endgültigen Arztbrief. Die ambulanten Pflegedienste und TherapeutInnen - sofern bekannt - erhalten den Pflege- bzw. Therapiebericht. Briefe und Berichte enthalten ein Projektfaltblatt sowie einen Hinweis, daß die Patienten eine GM besitzen.

Die Gesundheitsmappe



Mit dem Konzept der **Gesundheitsmappe** soll Versorgungskontinuitäten und Informationsbrüchen begegnet werden. Sie ist damit ein Beitrag zur Reduzierung der Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

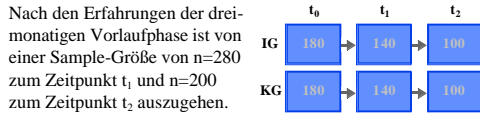
Das Zusammenstellen der GM und ihre Bereitstellung zum Entlassungstag erfordert bei den MitarbeiterInnen die fristgerechte Fertigstellung ihrer Berichte und Befunde. Bereits diese erhöhte Priorität in der Arbeitsorganisation stellt eine wesentliche qualitative Verbesserung in der Entlassungsplanung und Überleitung dar.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitung untersucht mit einer Längsschnittstudie auf Patientenebene und einer Querschnittstudie auf Versorgungsebene einen möglichen Einfluß der GM auf die Versorgungskontinuität. Über die prinzipielle Frage nach einer Nutzung der GM durch Patienten, Angehörige und professionelle Versorger hinaus, wird geprüft, ob stationär eingeleitete Therapien ambulant weitergeführt werden, ob die Weiterbetreuenden einen verbesserten Informationsfluß verspüren und ihnen zeitaufwendige Recherchen erspart bleiben. Des Weiteren werden Krankenhauswiedereinweisungen sowie eventuelle Doppelverordnungen und -untersuchungen evaluiert. Auf Patientenebene wird der gesundheitliche Status sowie die Versorgungssituation im Verlauf gemessen. Schließlich werden Meinungen zur Akzeptanz der GM und Veränderungsvorschläge eingeholt. Auf diesem Poster ist nur die Methodik für die Patientenverlaufsuntersuchung wiedergegeben.

Die Längsschnittuntersuchung ist im Kontrollgruppendesign angelegt. Beteiligt sind ca. 360 geriatrische Patienten von 2 Stationen (Interventions- & Kontrollgruppe, IG & KG) zu 3 Erhebungszeitpunkten:

- t₀: 3 Tage vor Krankenhausesentlassung
- t₁: 5 Wochen nach Krankenhausesentlassung (1. Hausbesuch)
- t₂: 6 Monate nach Krankenhausesentlassung (2. Hausbesuch)



1. Erhebungsinstrumente

Die Auswahl der Erhebungsinstrumente erfolgte nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment AGAST (1997) sowie der European Research Group on Health Outcomes ERGHO (1996). In die Datenerhebung wurden die Instrumente integriert, die im Krankenhaus bereits verwendet werden. Für die Entscheidung waren folgende Kriterien ausschlaggebend:

- Vergleichbarkeit
- Dimensionsspezifität
- Validität und Reliabilität
- sowohl stationäre als auch ambulante Verwendbarkeit
- Selbst- und Fremdbeurteilung

Gesundheitliche Dimension	Erhebungsinstrument	Patienten-	Fremd-	Unter-
ADL	Barthel-Index	x	x	
Mobilität, Motilität	Timed Up & GO			x
psychisch	Leistungsklassen	x	x	
	Geriatrische Depressionsskala GDS			x
	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients NOSGER		x	
psychosozial	Soziale Situation SoS	x	x	
	NOSGER		x	
kognitiv	Mini Mental State Examination MMSE	x		
	NOSGER		x	
sensorisch	Visus aus dem Screening nach Lachs			x

Dimensionsübergreifend werden als generisches Instrument die COOP / WONCA Charts eingesetzt. Der Umfang der Instrumente ist begrenzt durch die Belastbarkeit der Patienten und durch die Erhebungsökonomie. ICD 9-Diagnosen, Medikation, Hilfsmittel, Therapien und Pflege (Stufen der Pflegepersonalregelung; MDK-Pflege-Stufen) werden zusätzlich erhoben.

2. Datenaggregation und -auswertung

Der Datensatz eines Patienten von t₀ bis t₂ umfaßt mit Verknüpfungen, Skalen und Subskalen ca. 1.200 Variablen, die mit dem SPSS ausgewertet werden. Die ca. 30 Antworten aus den Interviewleitfäden werden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

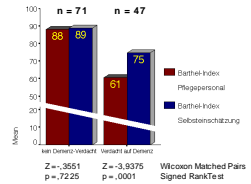
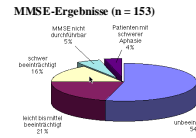
Die Daten für die quantitative Auswertung bewegen sich auf Nominal- und Ordinaldaten-Niveau. Für die Datenanalyse werden neben deskriptiver Statistik nonparametrische Prüfverfahren eingesetzt. Untersucht werden Unterschiede zwischen IG und KG (Gesundheitsstatus, ambulante Therapien/Pflege, Hilfebedarfsdeckung, Rehospitalisierung, Heimeinweisung etc.) und Veränderungen im Verlauf (Therapien, Medikation, Gesundheitsstatus, Hilfsmittelnutzung etc.). Darüber hinaus werden Typen und Prädiktoren analysiert (Risiko-Patienten, Hilfebedarf, Entscheidungshilfe für Pflegeheim vs. Häuslichkeit etc.). Schließlich werden die Instrumente selbst auf ihre Güte als Assessment-Instrumente getestet.

Mit der qualitativen Auswertung der Patienten- und Angehörigen-Angaben zur GM wird untersucht, wie die GM wahrgenommen und bewertet wird, ob und wie sie genutzt wird, und welche Aspekte als hilfreich oder hinderlich erlebt werden.

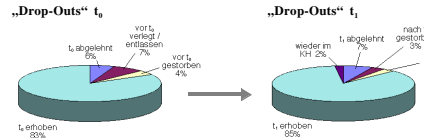
3. Ergebnisse zur Evaluationsmethodik

Nach der Vorlaufphase brachte die Prüfung auf Vergleichbarkeit von IG und KG einen signifikanten Unterschied in der Geschlechterverteilung auf beiden Stationen zum Vorschein. Dies konnte im weiteren Verlauf korrigiert werden. Der Anteil sowohl der kognitiv beeinträchtigten Patienten als auch der Patienten mit Verdacht auf eine Depression (40%) wurde unterschätzt und somit der Anteil valider Patientenangaben überschätzt. Demzufolge mußte durch die Hinzunahme der NOSGER sowie durch die stärkere Beteiligung der Bezugspersonen an den Erhebungen der Anteil der Fremdeinschätzung erhöht werden.

Den Einfluß einer kognitiven Beeinträchtigung auf die Validität der Selbstangaben zeigt ein Vergleich der Entlassungs-Barthel-Indices (BI) auf der Basis von Fremd- und Selbstangaben. Patienten mit MMSE-Werten mit ≤ 24 Punkten neigen - verglichen mit der Fremdeinschätzung - erheblich zur Selbstüberschätzung. Zugleich korrelieren BI (Fremdeinschätzung) und MMSE mit 0.59 ($n = 124, p = .000$) sehr hoch. Dies erklärt die signifikant niedrigeren Werte im Diagramm bei den Patienten mit Verdacht auf Demenz.



Die „Drop-Out-Quote“ ist gering. Die „Ein-Person-Erhebung“ hat den Vorteil, daß der Arzt des Forschungsteams auf den ersten Kontakt im Krankenhaus aufbauen kann. Zur Vermeidung einer Stichprobenverzerrung wird der Grund jedes „drop-outs“ erfaßt.



Der Umfang der Patientenbefragung erreicht mit durchschnittlich 35 Minuten die Belastbarkeitsgrenze der Patienten. Die Akzeptanz der eingesetzten Instrumente ist gut, lediglich Fragen aus der MMSE und der GDS empfinden einige Patienten als unangenehm. Dennoch liegt hier die Abbrecherquote unter 3%. Die Angaben der Patienten ($n = 77$) und ihrer Angehörigen zur Akzeptanz und zum Nutzen der GM können als valide eingeschätzt werden. Allerdings ist in den Angaben oft ein „Höflichkeitsaspekt“ enthalten. Um diesen kontrollieren zu können, werden die Befragten um konkrete Beispiele gebeten. In jedem Einzelfall ist bekannt, ob die GM nach der Entlassung noch vorhanden ist (98,7%), ob andere Personen darin gelesen haben (84,4%), wer diese Personen sind und ob sie weitere Eintragungen oder Ergänzungen vorgenommen haben (26%).

Die patientenbezogenen Informationen werden von Krankenhaus-MitarbeiterInnen, Angehörigen oder anderen Bezugspersonen sowohl im Krankenhaus, als auch in der Häuslichkeit bzw. im Pflegeheim kooperativ und kurzfristig zur Verfügung gestellt.

Wesentliche Gründe für diese Unterstützungsbereitschaft sind:

- die hohe Motivation der Krankenhaus-MitarbeiterInnen, die ihre Arbeit auf die Bedarfe der Datenerhebung abstimmen,
- ein geriatrisch erfahrener Arzt, der die KH-MitarbeiterInnen bereits kennt und die Erhebung in einer Person leisten kann, sowie
- die positive Bewertung des Projektes durch die Angehörigen und Bezugspersonen.

4. Schlußfolgerungen

Methodische Probleme resultieren aus dem großen Anteil von Patienten mit Hirnleistungsstörungen und/oder affektiven Störungen. Der Validitätsverlust kann durch einen multiperspektivischen Ansatz ausgeglichen und der Stichprobenumfang der daraus resultierenden Untergruppen erhöht werden. Der Einfluß kognitiver Defizite auf die Ergebnisse einzelner Assessment-Instrumente ist so hoch, daß daraus auch für den klinischen Alltag bei Patienten mit Hirnleistungsdefiziten eine Einschätzung durch Bezugspersonen zu fordern ist.

Die Untersuchung erfordert insbesondere im häuslichen Umfeld die Orientierung auf Datenvalidität unter Verzicht einer strikten Trennung zwischen Selbst- und Fremangaben. Direkte Beobachtung durch den Interviewer sowie das gemeinsame Gespräch mit Patienten und Bezugspersonen bringen die genauesten Ergebnisse. Übertragen auf klinisches Handeln resultiert daraus die aktive Einbeziehung der Patienten und ihrer Angehörigen in eine interdisziplinäre Hilfe- und Unterstützungsplanung.



Auswirkungen der Gesundheitsmappe auf die Überleitung geriatrischer Patienten in die ambulante Versorgung



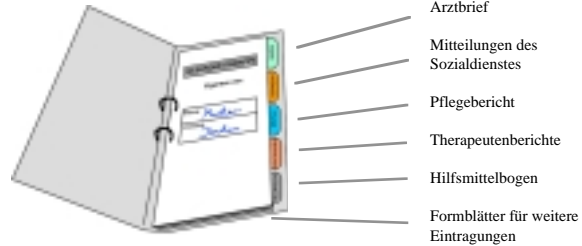
Hanneli Döhner, Christopher Kofahl, Brunhilde Merk, Manfred Schmölders & Jutta Wilk

Intervention

Die **Gesundheitsmappe (GM)** ist ein gebündeltes Informationssystem, das die wichtigsten patientenbezogenen Daten enthält, die während der stationären Behandlung in einer geriatrischen Station des Krankenhauses Bethanien in Hamburg erhoben worden sind. Dazu werden die Berichte aller beteiligten Berufsgruppen bis zum Entlassungstag fertiggestellt und als Kopie in der GM abgeheftet.

Die Patienten werden über den Sinn und Zweck der GM unterrichtet. Am Entlassungstag wird ihnen die GM als ihr Eigentum übergeben. Dadurch wird der Datenschutz eingehalten und soll eine stärkere Eigenverantwortlichkeit der Patienten und ihrer Angehörigen gefördert werden.

Mit der GM soll Versorgungsdiskontinuitäten und Informationsbrüchen begegnet werden. Sie soll dazu beitragen, die interdisziplinäre Verzahnung der stationären mit der ambulanten Versorgung zu verbessern.



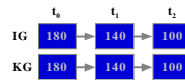
Wissenschaftliche Begleitforschung

Forschungsfragen

Die Begleitforschung untersucht einen möglichen Einfluß der GM auf die Versorgungskontinuität. Über die Frage nach einer prinzipiellen Nutzung der GM durch Patienten, Angehörige und professionelle Versorger hinaus, wird überprüft, ob stationäre Therapien ambulant weitergeführt werden, ob die Weiterbetreuenden eine Verbesserung im Informationsfluß verspüren und ihnen dadurch zeitaufwendige Recherchen erspart bleiben. Des Weiteren werden Krankenhauswiedereinweisungen sowie Doppelverordnungen und -untersuchungen evaluiert. Auf Patientenebene wird der gesundheitliche Status sowie die Versorgungssituation im Verlauf gemessen. Schließlich werden Meinungen zur Akzeptanz der GM und Veränderungsvorschläge eingeholt.

Forschungsdesign

- Verlaufsstudie im Kontrollgruppendesign:
 - 2 Stationen einer geriatrischen Klinik: Interventions- & Kontrollgruppe (IG & KG)
 - 3 Erhebungszeitpunkte: 3 Tage vor Krankenhaus-entlassung (t₀); 5 Wochen (t₁) und 6 Monate nach Entlassung (t₂)



- Querschnittstudie: Befragung der Versorger zur Akzeptanz und Nutzeneinschätzung der GM (ambulante Dienste, Therapeuten, Ärzte)

Instrumente

- Barthel-Index (funktioneller Status)
- Timed Up & Go (funktioneller Status)
- Lokomotionsstufen (Motilität)
- Visus (nach Lachs) (Sehfähigkeit)
- MMSE (kognitiver Status)
- GDS (Depression)
- SoS (soziale Situation)
- COOP/WONCA (allgem. Gesundheit)
- NOSGER (bei Demenz)
- ICD-9
- Medikation
- Hilfsmittel
- Therapien & Pflege
- Interviewleitfäden zur Akzeptanz- und Nutzeneinschätzung der GM durch Patienten und Angehörige
- Interviewleitfäden für Versorgerbefragung

Ergebnisse: Krankenhaus

Bislang sind 246 Patienten berücksichtigt, bei denen 3 Tage vor Entlassung ein geriatrisches Assessment durchgeführt wurde:

- Alter: M = 78,7 (SD = 8,6; Range = 58-98)
- Geschlecht: 72% Frauen, 28% Männer
- Alleinlebend: 43%, Pflegeheim: 18%
- Barthel-Index bei Entlassung: M = 70 (SD = 31,8)
- Gehfähigkeit: 35% nicht gehfähig, 37% nur mit Gehhilfe
- MMSE: ca. 50% kognitiv beeinträchtigt (MMSE \leq 24)
- GDS: 40% Verdacht auf Depression (GDS \geq 5 von 15)
- Diagnosen: M = 4,9 (SD = 2,27; Range 1-12)

Alle regulär entlassenen IG-Patienten haben eine GM erhalten. Die KG-Patienten wurden mit endgültigen Arztbriefen und weiteren Berichten entlassen. Die Entlassungsplanung und Überleitungsvorbereitung wurde in beiden Gruppen erfolgreich umgesetzt, bei der KG u.a. bedingt durch die Vorgabe, der Begleitforschung die Patientendaten zur Entlassung verfügbar zu machen. Die termingerechte Anfertigung der GM zum Entlassungszeitpunkt ist mit erhöhtem organisatorischen Aufwand verbunden. Die Motivation der MitarbeiterInnen ist u.a. begründet in der längerfristigen Sicherung der eigenen pflegerischen/therapeutischen Arbeit. Durch die Impulse aus Gesprächskreisen mit ambulanten Diensten wollten und konnten sie dem poststationären "therapeutischen Loch" ein Konzept entgegensetzen.

Ergebnisse: 5 Wochen nach Entlassung (N = 209)

Die meisten Krankenhaus-Empfehlungen werden befolgt und direkt nach Entlassung umgesetzt. In einzelnen waren die folgenden empfohlenen Maßnahmen vorhanden (IG & KG):

	Pflege	Physio	Ergo	Logo
empfohlen	N=78	N=82	N=43	N=17
vorhanden	86%	74%	37%	41%

90% der im KH vorhandenen/verordneten Hilfsmittel waren vor Ort. Die IG verfügt über signifikant mehr Hilfsmittel als die KG und die Verbesserung im Barthel-Index ist signifikant höher. 7% aller Patienten waren erneut in stationärer Behandlung.

Die Informationen der GM wurden insbesondere von Angehörigen kognitiv beeinträchtigter Patienten für die weitere Planung mit ambulanten Versorgern genutzt. 5 Wochen nach Entlassung war nur eine Mappe nachweislich verschwunden. 80% der Mappen wurden von mindestens zwei weiteren Personen gelesen: 68% ambulante Versorger, 31% Angehörige, 1% Nachbarn.

Bei den ambulanten Versorgern schätzen besonders die Pflegedienste und die TherapeutInnen den berufsübergreifenden Informationsgehalt. Die Akzeptanz bei den niedergelassenen ÄrztInnen ist heterogen, viele halten den Arztbrief für ausreichend.

Ein Viertel der Mappen wurde um weitere Informationen ergänzt, mehr als die Hälfte davon stammt von den Patienten.

Erste Schlußfolgerungen

Hinsichtlich der Versorgungskontinuität lassen sich 5 Wochen nach Entlassung bislang nur wenige signifikante Unterschiede zwischen IG und KG nachweisen. Der Hauptgrund scheint darin zu liegen, daß das Krankenhaus-Konzept für die Entlassungsvorbereitung und Überleitung deutlich entscheidender als die GM selbst ist. Da die KG nahezu den gleichen Bedingungen unterliegt wie die IG, ist auch hier die Überleitung erfolgreich. Hinweise auf die vielbeschriebenen Verzahnungs- und Überleitungsprobleme finden sich nur selten. Das vorhandene Verbesserungspotential ist hier - wie auch in anderen geriatrischen Kliniken - nicht mehr so hoch, wie es im Akutkrankenhaus-Bereich vermutet werden muß. Der wissenschaftlich begleitete Transfer eines solchen Ansatzes in diesen Bereich ist daher von hoher gesundheitspolitischer Relevanz.

Die GM selbst hat sich als sinnvoll erwiesen, die Resonanz bei Patienten, Angehörigen und ambulanten Versorgern ist überaus positiv. Der Nutzungsgrad ist jedoch einzelfall- und bedarfsabhängig und reicht von Nicht-Nutzung wegen nichtvorhandenen oder geringen Bedarfs bis zur Grundlage von professioneller Hilfe- und Pflegeplanung. Die Hausbesuche zeigen aber auch, daß bei Patienten und Angehörigen noch spezifischere und sie stärker einbeziehende Beratungs- und Aufklärungsarbeit in Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten notwendig ist.



The Health Map and its Effects on the Transition from In-patient to Out-patient Care for Geriatric Patients



Christopher Kofahl*, Hanneli Döhner*, Brunhilde Merk[†], Manfred Schmolders* & Jutta Wilk[†]

Intervention

The **Health Map (HM)** is a system for the collection and collation of individual geriatric patients' health related information and data. It contains all the findings and reports which have been made during in-patient treatment in a geriatric ward of the Bethanien Hospital in Hamburg, Germany. All this data is completed by the day of discharge. Copies of the hospital staff's reports are filed in the HM.

Patients - and in the case of cognitively impaired patients their relatives or professional carers - have the meaning and purpose of the HM explained to them. On leaving hospital the patients receive the HM as their personal property. In this way data protection due to the German law is ensured. Additionally a greater self-responsibility of patients and their relatives should be supported.

The HM shall combat discontinuity in care and the poor flow of information during the course of treatment. It shall improve and support the interdisciplinary co-operation of in-patient and out-patient care as well as the carer network in total.



Accompanying Scientific Research

Objectives

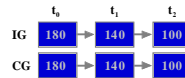
The research group examines the potential effect of the HM on the continuity of care. Besides the evaluation of the patients' and carers' use of the HM in principle, the following has to be examined: whether in-patient treatment is continued in out-patient care, and whether primary carers sense an improvement in the information flow and therefore a reduction of timely inquiry.

Furthermore, (re-)hospitalisation, double prescriptions and double examinations are evaluated. Concerning the patients, their health status, quality of life and social situation is measured on an ongoing basis.

Finally, opinions about the HM, its acceptability and suggestions for modification are requested.

Research Design

- Follow-up in a randomised control:
 - all patients from 2 wards of a geriatric department in 14 months: intervention and control group (IG & CG)
 - 3 points of measurement: 3 days before discharge (t_0); 5 weeks (t_1) and 6 months after discharge (t_2)



- Semi-structured interviews with carers and health care providers (nurses, therapists, GPs) focussing acceptability, usefulness and potential benefits of the HM

Measurements

- Barthel-Index (functional status)
- Timed Up & Go (functional status)
- Locomotion Steps (motility)
- Visus (by Lachs) (eyesight)
- MMSE (30) (cognitive status)
- GDS (15) (depression)
- SoS (social situation)
- COOP/WONCA (overall health)
- NOSGER (if cognitively impaired)
- ICD-9 diagnoses
- Medication; Technical Aids; Therapies & Nursing
- Interview guidelines for HM's acceptability and usefulness through patients and carers
- Interview guidelines for health care providers

Results

Geriatric Department

One physician conducted a multidimensional geriatric assessment with 336 patients ($N_{IG} = 179$, $N_{CG} = 157$) three days before discharge:

- age: $M = 78.9$ ($SD = 8.8$; Range = 58-98)
- sex: 71% female, 29% male
- living alone: 40%, nursing home: 19%
- Barthel-Index (100) at discharge: $M = 69$ ($SD = 31$)
- 35% unable to walk, 37% with technical aids only
- approx. 45% cognitively disabled ($MMSE < 25$)
- suspected depression: 43% ($GDS > 4$ of 15)
- number of diagnoses: $M = 5.2$ ($SD = 2.4$; Range 1-12)

All patients of both groups left the hospital with doctor's certificates and other reports for the primary carers. The IG patients additionally received "their" HM. The early completion of the control patients' records has been based on the researchers' request to receive the control group data on the day of discharge as well. The result is, that discharge planning and transition has been successful in both groups.

A higher organisational effort is necessary to complete the records and the HM in time. The staff's motivation is based on their demand of lasting quality assurance of their own work in nursing, treatment and therapy.

As a consequence of the discussion and collaboration with primary carers in inter-disciplinary quality cycles they were inspired and motivated to develop and implement a concept able to bridge the "therapeutic gap".

Five Weeks after Discharge

Most of the hospital recommendations were followed and realised directly after discharge. The patients of both groups who were visited at home ($IG = 150$, $CG = 123$) received the recommended treatment and care as follows:

	Nursing	Physio	Logo	Occupational
recommended	N=107	N=112	N=22	N=55
available	89%	73%	41%	36%

90% of the technical aids recommended or prescribed in hospital were available. The IG has got significantly more technical aids than the CG, and the improvement in the functional status (Barthel Index) has been significantly higher. 5.4% of all patients died, and 5.6% were admitted to a hospital again.

The HM was especially used by family carers of cognitively impaired patients and has been the basis for further intervention planning in collaboration with professional carers. 5 weeks after discharge only 4 of 150 HMs were definitely lost. 80% of the HMs were read by at least 2 other people: 69% professional carers and 31% family carers.

Especially nurses and therapists appreciate the overlapping multi-professional information. GPs' feedback is heterogeneous, many of them are satisfied with the doctor's certificate only. Further new information has been added in a quarter of the HMs, more than half of it is from the patients themselves.

Conclusions

Due to continuity of care and functional status there are only a few significant differences between IG and CG. The main reason for this is the hospital concept for early discharge-planning and transition, which is the same for both groups. The entire concept is much more decisive than the HM itself in the meaning of a pure instrument. Due to this the transition is successful in the CG too.

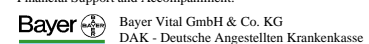
The interviews with patients and carers brought out a pretty high level of satisfaction with the transition and the overall process of care. Problems were found only here and there. The degree of the potential improvement in this as well as in other geriatric departments is no longer as high as it is supposed in acute hospitals. Therefore, the scientific accompanied transfer of an approach like this into the acute in-patient area is highly relevant for health policy.

The HM itself has been found to be useful, the feedback from patients and carers is very positive. But the potential use depends strongly on the individual needs: the range is from non-use at all - based on lack of needs - to being the base for professional planning of intervention and care. From the patients' perspective the experience of being informed and being involved in the "carer communication" is rather new - and they appreciate this. But the study also showed the need for more specific and patient-oriented counselling. In supporting the patients' (self-) responsibility the HM is one of the first steps into a real and practicable patient-carer collaboration in treatment and care.

* Model:
Dr. Jutta Wilk, Brunhilde Merk, Project Leaders
Bethanien Hospital, Geriatric Department
Martinistr. 43-46, D-20252 Hamburg
Tel.: ++49 40 / 4668-350 Fax: 349

† Accompanying Scientific Research:
Dr. Hanneli Döhner, Project Leader
Social Gerontology, Institute of Medical Sociology, UKE,
University of Hamburg, Martinistr. 40, D-20246 Hamburg
Contact: Christopher Kofahl ++49 40 / 42803-4266 Fax: -4056

Financial Support and Accompaniment:



Time frame: September 1997 to December 1999



Krankenhaus Bethanien
Hamburg

Zur Versorgungskontinuität alter Menschen nach der Entlassung aus der geriatrischen Klinik

Christopher Kofahl, Harald Johansen & Hanneli Döhner



Institut für
Medizin-Soziologie

Einleitung

Der Komplexitätszuwachs in der Versorgung chronischer oder mehrfach erkrankter und behinderter Menschen erfordert ein gezieltes und koordiniertes Management für jeden einzelnen Patienten. Doch in der Praxis mangelt es auch heute noch an einem sektorübergreifenden, patienten- und zeitnahen Informationsaustausch, der die Mehrdimensionalität der individuellen Bedarfe und Versorgungsnotwendigkeiten berücksichtigt.

Im folgenden soll eine Einschätzung zur Versorgungskontinuität geriatrischer Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus gegeben werden, unter der Voraussetzung, daß alle patientenrelevanten Krankenhausinformationen am Entlassungstag vorliegen. Die dargestellten Ergebnisse entstammen dem Projekt „Gesundheitsmappe“ des Krankenhauses Bethanien in Hamburg. Im Rahmen ihres Überleitungskonzeptes ist es dort den MitarbeiterInnen der geriatrischen Abteilung gelungen, alle Patienten mit

endgültigen Arztbriefen, Pflege-, Therapeuten- und Sozialberichten sowie Hilfsmittelbogen zu entlassen. Angesichts dieser zeitnahen Informationsdichte können die Voraussetzungen zur Überleitung in die Häuslichkeit in der Dimension „Informationsfluß“ als hervorragend bewertet werden. Bestehende Versorgungsdefizite und -diskontinuitäten lassen sich dadurch nicht mehr in relevantem Ausmaß durch Informationslücken des Krankenhauses begründen.

Methodik

In einer Verlaufsstudie mit drei Meßzeitpunkten (3 Tage vor, 5 Wochen und 6 Monate nach Entlassung) wurden mit quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden die gesundheitliche und Versorgungssituation geriatrischer Patienten evaluiert. Ausgangsstichprobe waren alle in einem Zeitraum von 15 Monaten entlassenen Patienten zweier Stationen. Die Erhebung sechs Monate nach Entlassung wurde nur bei den Patienten einer Station durchgeführt.

Krankenhaus drei Tage vor Entlassung N = 336

- multidimensionales geriatrisches Assessment
- vorhandene/verordnete/empfohlene Hilfsmittel
- empfohlene ambulante Pflege
- empfohlene ambulante Therapien
- Medikamente
- Diagnosen

1. Hausbesuch fünf Wochen nach Entlassung, N = 273

- multidimensionales geriatrisches Assessment
- vorhandene Hilfsmittel und deren Nutzung
- ambulante, (teil-)stationäre Pflege
- ambulante Therapien
- Medikamente
- KH-Einweisungen
- Arztbesuche und Untersuchungen

2. Hausbesuch sechs Monate nach Entlassung, N = 107

- multidimensionales geriatrisches Assessment
- vorhandene Hilfsmittel und deren Nutzung
- ambulante, (teil-)stationäre Pflege
- ambulante Therapien
- KH-Einweisungen
- Arztbesuche und Untersuchungen

Ergebnisse

Ambulante Pflege und Rehabilitation

Die Entlassung nach Hause und die Weiterversorgung verliefen nach Aussagen der Patienten und ihrer Angehörigen ohne größere Probleme. Im einzelnen wurden die folgenden Krankenhaus-Empfehlungen nach Entlassung umgesetzt:

	Pflege	Physio	Ergo	Logopädie
empfohlen	N=107	N=112	N=55	N=22
vorhanden	89%	73%	36%	41%

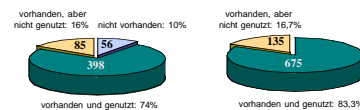
Die Patienten, die häusliche Pflege in Anspruch genommen hatten, wurden ohne zeitliche Verzögerung nach Rückkehr in die Wohnung pflegerisch versorgt. Hinsichtlich Ergotherapie und Logopädie wurde deren Nicht-Verfügbarkeit mit dem defizitären ambulanten Angebot dieser Leistungen sowie mit einer mangelnden Verordnungs-Bereitschaft der Hausärzte erklärt. Darüber hinaus wurden einige der empfohlenen Maßnahmen von den Patienten selbst nicht gewünscht.

Doppelverordnungen und -untersuchungen

98,5% aller Patienten werden hausärztlich behandelt, in den ersten fünf Wochen nach Entlassung 61% ausschließlich. Der größte Teil der fachärztlichen Konsultationen erfolgte aufgrund hausärztlicher Überweisung oder zumindest mit Wissen des Hausarztes. Das Regime bleibt somit in einer Hand. Das ist vermutlich der Grund, weshalb Doppelverordnungen und -untersuchungen Ausnahmen darstellen.

Hilfsmittel

91,6% der Patienten wurden Hilfsmittel verordnet. Die im Krankenhaus noch nicht verfügbaren Hilfsmittel wurden in der Regel noch am Entlassungstag geliefert. Von den 539 im Krankenhaus bereits vorhandenen, verordneten oder empfohlenen Hilfsmitteln waren 90% fünf Wochen nach Entlassung verfügbar. 16,7% dieser Hilfsmittel und der bereits vor dem Krankenhausaufenthalt vorhandenen sowie nach Entlassung verordneten wurden aber nicht genutzt.



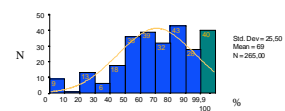
Die Gründe für die Nicht-Nutzung waren funktionelle Verbesserung (14%), funktionelle Verschlechterung (31%), Anwendungsprobleme (17%), Nutzung eines anderen, äquivalenten Hilfsmittels (12%), „verschwunden“ (4%), mehrere Gründe (5%) und sonstige Gründe (17%). Sechs Monate nach Entlassung waren die Ergebnisse nahezu gleich. Der größere Teil der Nicht-Nutzung steht im Zusammenhang mit gesundheitlichen Veränderungen. Mangelnde Akzeptanz und Fehlverordnungen (z.B. Hilfsmittel im Wohnumfeld nicht nutzbar) sind Ausnahmen, die bei guter Kenntnis von Wohnsituation und Verhalten der Patienten vermeidbar sind.

Medikamente

Die Patienten erhielten sowohl im Krankenhaus als auch fünf Wochen nach Entlassung durchschnittlich fünf Medikamente (SD = 2,6). Zur Indizierung von Veränderungen in der Medikation auf Patientenebene wurde folgender Quotient gebildet, der auch die Zugabe bzw. das Absetzen einzelner Medikamente erfaßt:

$$x = \frac{2 \cdot \sum \text{Medi} (t_0 - t_1)}{\sum \text{Medi} t_0 + \sum \text{Medi} t_1}$$

Das folgende Histogramm zeigt die prozentualen Übereinstimmungen zwischen Entlassungsmedikation und hausärztlicher Verschreibung kodiert nach der Gliederung der Roten Liste. Änderungen auch in der Darreichungsform schlagen sich darin als Änderung in der Verordnung nieder.



Auf der Ebene der einzelnen pharmazeutischen Produkte einschließlich Dosierung und Darreichungsform beträgt die gesamte Übereinstimmung 49%. Akutereignisse als Grund für Änderungen in der Medikation sind hier noch nicht herausgefiltert.

Diskussion und Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen eine insgesamt gute Entlassungsvorbereitung, Überleitung und Versorgungskontinuität. Die existierenden Diskontinuitäten sind in der Regel in Verhalten und Einstellungen sowohl der Patienten als auch der Versorger begründet. Auffallend ist hierbei die große Heterogenität zwischen den verschiedenen Personen. Sehr hohe bis mangelnde Compliance bei den Patienten findet ihr Pendant ebenso bei den Behandelnden. So übernimmt z.B. eine Gruppe von Hausärzten die Entlassungsmedikation und Therapieempfehlungen vollständig, während eine andere Gruppe diese fast komplett umstellt. Die Budgetierung ist das am häufigsten genannte Argument für Änderungen in Medikation und Nicht-Verordnung ambulanter Therapien.

Angesichts der Medikamentenumstellung nach Entlassung ist zu überlegen, ob sich der stationäre Sektor zur Förderung der Kontinuität pharmakologischer Therapie stärker den Gegebenheiten der Primärversorgung anpassen muß. Im längeren Verlauf hat das Budget auch therapeutische Lücken zur Folge. So berichten einige Patienten, daß z.B. die Verordnung ihrer krankengymnastischen Behandlung aus Kostengründen unterbrochen und erst zu Beginn des darauf folgenden Quartals fortgesetzt wurde.

Ein erheblicher Teil der ans Haus gebundenen Patienten beklagt sich über eine mangelnde Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte zu Hausbesuchen. Dabei ist gerade in einer gezielteren berufsgruppenübergreifenden Diagnostik

im Wohnumfeld unter stärkerer Einbeziehung von Patienten und Angehörigen eine weitere Optimierung der Versorgung zu vermuten. Zur gesundheitspolitisch geforderten Stärkung der Hausärzte gehören bessere Rahmenbedingungen zur Durchführung von Hausbesuchen, um die Versorgungskontinuität im ambulanten Bereich zu erhöhen. Gleiches gilt für ambulante Therapeuten, auch wenn hier seltener eine mangelnde Hausbesuchsbereitschaft genannt wird.

Die geriatrische Klinik schafft gute Voraussetzungen zur Versorgungskontinuität. Doch um sie fortzuführen, müssen Koordination und Steuerung in der Primärversorgung gefördert werden, wenn ambulante Versorger den komplexen Versorgungsbedarfen dauerhaft gerecht werden sollen.

