

Austrittskommunikation und Wiederaufnahmen ins Spital

39

Oduyebo I, Lehmann CU, Pollack CE, Durkin N, Miller JD, Mandell S, Ardolino M, Deutschendorf A, Brotman DJ: Association of Self-reported Hospital Discharge Handoffs with 30-Day Readmission

JAMA Internal Medicine 2013, ePub ahead of print, doi :10.1001/jamainternmed.2013.3746

Die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist seit einiger Zeit als Risiko für die Patientensicherheit im Fokus. Unerwünschte Ereignisse, die nach dem Spitalaustritt eintreten, sind nicht selten auf die Diskontinuität der Versorgung an den Übergängen zurückzuführen. Neben schriftlichen Austrittsberichten kann auch die direkte Kommunikation (z.B. per Telefon) zwischen den Ärzten im Spital und den ambulanten, nachversorgenden Ärzten eine Massnahme sein, um unerwünschte Ereignisse und Rehospitalisationen zu vermeiden. Diese direkte, mündliche Kommunikation wird gerade von Grundversorgern häufig gewünscht. Oduyebo et al. untersuchten in ihrer Studie, wie häufig eine solche direkte Kommunikation zwischen Spitalärzten und weiterbehandelndem Arzt stattfindet und ob sie das Risiko für eine Wiederaufnahme reduziert.

Die Untersuchung umfasste alle Austritte aus der Inneren Medizin eines 1'000-Betten Universitätsklinikums in den USA. Standardmässig wird dem Patienten bei Austritt ein Kurzbericht mitgegeben und auch an den weiterbehandelnden Arzt übermittelt, der die wichtigsten Informationen zum Behandlungsanlass, zur Behandlung, zur Weiterbetreuung und zur Medikation enthält. Binnen 30 Tagen nach Austritt wird dem ambulant tätigen Nachversorger noch ein ausführlicher Austrittsbericht zugesandt. Für die Studie wurde dem elektronisch zu bearbeitenden Kurzbericht ein weiteres Abfragefeld zugefügt. Hier musste der Spitalarzt angeben, ob er direkt mit dem Nachversorger kommuniziert hat („Kommunikation erfolgreich“; „Kommunikation versucht, aber nicht erfolgreich“; „Unklar, ob Kommunikation erfolgreich“; „Kommunikation nicht versucht“). Für den Fall, dass die direkte Kommunikation nicht versucht wurde, musste hierfür ein Grund angegeben werden. Für die untersuchte Austrittskohorte wurden alle Wiederaufnahmen in das gleiche Spital innert 30 Tagen erfasst. Insgesamt wurden 6'635 Hospitalisationen in die Studie eingeschlossen. Bei 14% der Patienten kam es zu einer Wiederaufnahme binnen 30 Tagen. Bei 37% der entlassenen Patienten gab es eine erfolgreiche direkte Kommunikation zwischen Spitalarzt und Nachversorger. In 9% wurde eine solche Kommunikation versucht,

war aber nicht erfolgreich. In 54% der Austritte wurde kein Kommunikationsversuch unternommen. Von den Spitalärzten wurde als häufigster Grund angegeben, dass der schriftliche Kurzbericht ausreichend sei. Bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung und der Krankheitsschwere ein höheres Risiko für eine Wiederaufnahme haben, wurde häufiger direkt zwischen den Ärzten kommuniziert. Die erfolgreiche Kommunikation zwischen Spital- und ambulant tätigen weiterbehandelnden Ärzten hatte allerdings keinen Einfluss auf die Wiederaufnahme ins Spital binnen 30 Tagen. In einer multivariaten logistischen Regressionsanalyse wurden die Aufenthaltsdauer und die Grunderkrankung und Krankheitsschwere als zentrale Risikofaktoren für eine Wiederaufnahme identifiziert.

Dass die Studie nur in einem Spital stattfand und die Informationen zur Kommunikation auf den Selbstangaben der Spitalärzte basieren, sind wichtige Limitationen. Zudem ist nichts über die Qualität und den Inhalt der Kommunikation bekannt. Gleichwohl zeigt die Studie, dass die direkte Kommunikation an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung noch relativ selten stattfindet. Positiv ist, dass Patienten mit einem hohen Risiko für eine Wiederaufnahme aber offensichtlich von den Spitalärzten erkannt werden, und dass bei diesen eher die direkte Kommunikation gesucht wird. Die Studie zeigt aber auch, dass die direkte Kommunikation zwischen den Ärzten an der Schnittstelle selbst vermutlich noch nicht ausreichend ist, um Wiederaufnahmen erfolgreich zu reduzieren. Allerdings kann diese Kommunikation positive Effekte auf wichtige Aspekte der Patientensicherheit haben, auch ohne sich auf die Wiederaufnahme-Rate auszuwirken.

Prof. Dr. D. Schwappach, MPH

Wissenschaftlicher Leiter von patientensicherheit schweiz – Dozent am Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

Link zum Abstract

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529278>

Den Volltext können wir aus Copyright-Gründen leider nicht mit versenden.