



# Probleme an der Schnittstelle vom Spital nach Hause

**Stefan Neuner-Jehle**

Chefredaktor; Leier Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin Zürich, Universität und Universitätsspital Zürich

Eine besonders heikle Transition auf dem Patientenpfad ist der Übergang von der Spitalpflege nach Hause: Es drohen beispielsweise Übertragungsfehler bei der Medikation oder ein unvollständiger/verzögerter Informationstransfer zwischen Spital und nachbetreuenden Fachkräften [1]. Dies kann logischerweise zu Schäden an Patient:innen und zu unnötigen oder vorzeitigen Rehospitalisationen führen [2]. Daher setzen Spitäler und Gesundheitssysteme (vor allem in Skandinavien) auf ein kritisches Medikations-Review zu Beginn, während und am Ende einer Hospitalisation, optimalerweise ergänzt durch eine Kontaktnahme mit den Patient:innen und den involvierten Hausärzt:innen [3]. Die Evidenz, was solche Interventionen auf Endpunkte wie Rehospitalisationen, Notfallstation-Besuche, Arztvisiten, Mortalität und Kosten bewirken und wie die Interventionen genau beschaffen sein müssen, ist jedoch noch nicht so klar [3, 4].

Daher ist ein Forschungsteam des Instituts für Hausarztmedizin Zürich diesen Fragen im Rahmen einer Nationalfonds-Studie (NFP74) nachgegangen [5]: 21 Spitäler oder Spitalabteilungen wurden in eine Aktiv- und eine Kontrollgruppe randomisiert. In der Aktivgruppe wurden 68 Kaderärztinnen und -ärzte (und indirekt 164 Assistenzärztinnen und -ärzte) darin geschult, bei Austritt ein kritisches und partizipatives Medikations-Review mit den Patient:innen in Form einer Checkliste durchzuführen. Zusätzlich wurden die nachbetreuenden Hausärztinnen und -ärzte im Kurzaustrittsbericht zur Diskussion über die geänderten Medikamente eingeladen. Der Vergleich der 304 multimorbiden polypharmazierten älteren Patient:innen der Aktivgruppe mit den 305 Patient:innen der Kontrollgruppe ergab innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von sechs Monaten *keine* wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die weiter oben erwähnten Endpunkte (Publikation in Vorbereitung).

Aus der Perspektive der *Machbarkeit und Akzeptanz* betonten die Kader-Spitalärztinnen und -ärzte, wie wichtig ihnen Qualität bei der Medikation und beim Austrittsmanagement wie auch eine gute Kommunikation mit den Hausärztinnen und -ärzten sei und setzten sich auch für das Teaching solcher Werte an die Assistenz-

ärztinnen und -ärzte ein [6]. Andererseits wurden Arbeitslast und Zeitmangel als erschwerende Umstände für den Einsatz solcher Aktivitäten bei Austritt genannt und ein künftiger Einsatz der Austritts-Checkliste zurückhaltend prognostiziert. Alle beteiligten Fachpersonen begrüßten, dass eine Änderung der Medikation im Kurzaustrittsbericht klar kommuniziert wird. Dies verbessert die Kontinuität der Weiterbehandlung und hilft die Unsitte zu vermeiden, dass der nachbetreuende Arzt mangels Information über die Gründe einer Medikationsänderung einfach wieder auf die Medikation vor der Hospitalisation zurückstellt [7]. Die Konklusion aus unserer Forschungsarbeit: Eine (der Machbarkeit zuliebe) einfach gehaltenen Spitalaustritts-Checkliste wird der Komplexität von älteren multimorbiden Patient:innen und der Vielschichtigkeit ihrer Probleme bei Spitalentlassung nicht gerecht. Eine gute Einbindung der nachbetreuenden Fachleute ist vermutlich entscheidend, aber eben nicht auf einfache Art und Weise zu erreichen.

## Literatur

- 1 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb;297(8):831–41. 10.1001/jama.297.8.83117327525
- 2 Parekh N, Ali K, Page A, Roper T, Rajkumar C. Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Sep;66(9):1812–22. 10.1111/jgs.1541929972591
- 3 Kempen TG, Bertilsson M, Hadziosmanovic N, Lindner KJ, Melhus H, Nielsen EI, et al. Effects of Hospital-Based Comprehensive Medication Reviews Including Postdischarge Follow-up on Older Patients' Use of Health Care: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Apr;4(4):e216303.
- 4 Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb;2(2):CD008986.
- 5 Grischott T, Zechmann S, Rachamin Y, Markun S, Chmiel C, Senn O, et al. Improving inappropriate medication and information transfer at hospital discharge: study protocol for a cluster RCT. *Implement Sci*. 2018 Dec;13(1):155. 10.1186/s13012-018-0839-1.pmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30591069 10.1186/s13012-018-0839-130591069
- 6 Rachamin Y, Grischott T, Neuner-Jehle S. Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2021 May;11(5):e049872. 10.1136/bmjopen-2021-04987234045217
- 7 Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010 Sep;11(1):65. 10.1186/1471-2296-11-6520840795

Prof. Dr. med.  
Stefan Neuner-Jehle  
Institut für Hausarzt-  
medizin  
Universität und  
Universitätsspital Zürich  
stefan.neuner-jehle[at]usz.ch