

# An der Schnittstelle von stationär und ambulant

Wie Menschen mit Aphasie den Übergang zwischen klinischer Rehabilitation und ambulanter Logopädie erleben

Romy Schuberth, Norina Lauer, Holger Grötzbach

**ZUSAMMENFASSUNG.** In Deutschland wird in der Patientenversorgung zwischen stationärem und ambulantem Sektor getrennt. Dieser als Schnittstelle bezeichnete Übergang wurde im Rahmen von diversen Forschungsarbeiten bereits mehrfach untersucht. Dabei wurden Barrieren identifiziert, die den Übergang von der stationären in die ambulante Therapie in vielen Fällen erschweren. Für die Logopädie, insbesondere für Menschen mit einer Aphasie, liegen dazu bislang jedoch keine hinreichenden Informationen vor. Daher wurden acht Interviews mit dem Ziel geführt, von Menschen mit einer Aphasie einen ersten Einblick in den Übergangsprozess von einem Rehabilitationsbereich in den nächsten zu erhalten. Im Vordergrund stand dabei die Frage, welche Ressourcen, aber auch welche Hindernisse von den Betroffenen wahrgenommen wurden. Die Ergebnisse der Befragung ließen sich in die Kategorien Organisation, Emotionen, Information und Angehörige zusammenfassen. Innerhalb der Kategorien konnten deutliche schnittstellenbezogene Defizite, aber auch Hinweise auf eine Schnittstellenoptimierung identifiziert werden. Neben der unzureichenden Vorbereitung auf die Entlassung aus den Rehabilitationskliniken, dem Fehlen wichtiger Informationen und dem lückenhaften Einbinden der Angehörigen gaben die Betroffenen auch infrastrukturelle Gegebenheiten als Barrieren der stationär-ambulanten Schnittstelle an. Ausgehend von den Barrieren werden Möglichkeiten dargestellt, die Hindernisse von einer stationären zur ambulanten Versorgung zu minimieren.

Schlüsselwörter: Stationär-ambulante Schnittstelle – Aphasie – Ressourcen und Barrieren

## Einleitung

Menschen mit einer Aphasie durchlaufen oftmals einen lang andauernden Rehabilitationsprozess. Im Anschluss an die Behandlung in einem Akutkrankenhaus erfolgt meist eine mehrwöchige stationäre Rehabilitationsphase. In der Regel folgt eine Weiterbehandlung im ambulanten Bereich (Lauer 2011). Für viele Krankheitsbilder wurde der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung bereits untersucht. Dabei wurde festgestellt,

dass es häufig zu Problemen kommt. Zu ihnen zählen z.B. eine nicht fristgerechte Weiterleitung von Untersuchungsergebnissen, eine schlechte Vorbereitung auf die Entlassung oder eine unzureichende Weitergabe von Informationen (Gohlke et al. 2000, Stiel et al. 2009). Für das Störungsbild Aphasie ist der stationär-ambulante Übergang bislang nicht hinreichend erfasst. Daher wurden acht qualitative Interviews mit den Fragen durchgeführt, wie Menschen mit einer Aphasie den Wechsel erleben und welche Aspekte den Übergang aus Patientenperspektive positiv oder negativ beeinflussen.

## Schnittstellen im Gesundheitssystem

Im deutschen Gesundheitssystem existieren zahlreiche Schnittstellen. Diese können beispielsweise zwischen den verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitssystems bestehen, wie z.B. zwischen niedergelassenen ÄrztInnen, Rehabilitationskliniken und Kostenträgern. Außerdem gibt es Schnitt-

**Romy Schuberth** ist akademische Sprachtherapeutin und absolvierte von 2008 bis 2012 den Bachelorstudiengang Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein. Nach Tätigkeit in einer logopädischen Praxis leitet sie seit 2013 den Fachbereich Logopädie in einem Therapiezentrum und arbeitet dort mit neurologischem Schwerpunkt. 2014 schloss sie den Masterstudiengang Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius in Idstein ab.



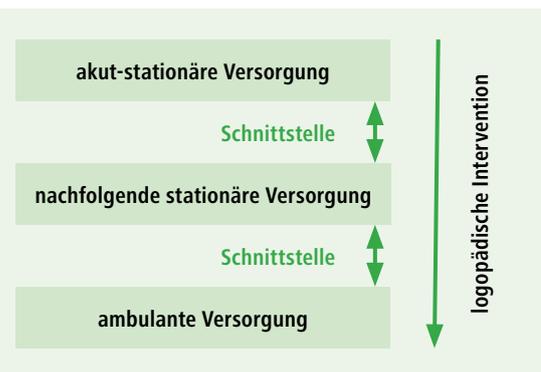
**Holger Grötzbach** studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie in Bonn und Berlin mit den Schwerpunkten Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Er ist seit über 20 Jahren Leiter der Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schauffing. Seine Arbeitsschwerpunkte sind neurologisch bedingte Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, die Umsetzung der ICF in klinische Routinen sowie evidenzbasiertes (sprach)therapeutisches Arbeiten. Er ist Dozent an Universitäten, Fachhochschulen und Berufsfachschulen, gibt Fortbildungen und hält Vorträge auf wissenschaftlichen Kongressen. Seine Publikationsliste umfasst vier Bücher und zahlreiche Fachartikel.



**Prof. Dr. Norina Lauer** ist Logopädin und Diplom-Logopädin. Mehrere Jahre arbeitete sie in klinischen Einrichtungen und studierte anschließend Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Sie war als Lehrlogopädin und Schulleiterin an Fachschulen für Logopädie tätig und beendete 2010 ihre Promotion an der RWTH Aachen. Seit 2009 ist sie programmverantwortliche Studiendekanin des Bachelorstudiengangs Logopädie an der Hochschule Fresenius. 2011 wurde sie zur Professorin berufen. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich neurologischer Sprach- und Sprechstörungen. Seit Februar 2016 ist sie Projektleiterin eines vom BMBF geförderten Forschungsprojekts zur Aphasie-Selbsthilfe.



■ **Abb. 1: Schnittstellen in der logopädischen Versorgung**



stellen zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems, wenn z.B. PatientInnen vom ambulanten Sektor in die Klinik wechseln oder vom stationären Krankenhausaufenthalt in die ambulante Versorgung entlassen werden (*Sachverständigenrat Gesundheitswesen* 2012a).

Laut dem *Sachverständigenrat Gesundheitswesen* (2012a) ist vor allem der Wechsel von der stationären zur ambulanten Versorgung mit zahlreichen Problemen behaftet, wie beispielsweise einer geringen Unterstützung und einer mangelnden Organisation nachfolgender Behandlungen (*Ludt et al.* 2013). Abbildung 1 zeigt den typischen Ablauf der neurologischen Rehabilitation inklusive der dabei relevanten Schnittstellen.

Um eine Verzahnung der Sektoren zu erreichen, ist es notwendig, PatientInnen mithilfe eines differenzierten Entlassungsmanagements auf den Übergang in die nächste Rehabilitationseinrichtung vorzubereiten. Eine bedarfsgerechte Weiterversorgung ist dabei ebenso anzustreben, wie eine ausreichende Weitergabe von Informationen (*Sachverständigenrat Gesundheitswesen* 2012b). Zur Minimierung der Schnittstellenprobleme sind insbesondere eine Unterstützung der PatientInnen bei organisatorischen Rahmenbedingungen und ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Berufsgruppen wichtig (*BMG* 2013, *Ludt et al.* 2013).

## Stand der Forschung

Studien zeigen, dass der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung nicht immer uneingeschränkt funktioniert. Es existieren Probleme bei der Informationsweitergabe der Krankheitsgeschichte, der Behandlungsmöglichkeiten, der Untersuchungsergebnisse und bei der Information nachfolgender TherapeutInnen über den Krankheitsverlauf (*Heuschmann et al.* 2010, *Gohlke et al.* 2000, *Stiel et al.* 2009, *Schoen et al.* 2009).

■ **Abb. 2: StudienteilnehmerInnen**

Name	Alter	Entlassung	Schweregrad Aphasie	ambulante Therapie
Merlin	32	Jul 2013	leicht	ab Woche 5
Isolde	74	Jul 2013	mittelschwer	ab Woche 3
Talia	60	Okt 2013	leicht	ab Woche 1
Paulina	73	Okt 2013	leicht bis mittelschwer	ab Woche 1
Leonard	62	Nov 2013	leicht	ab Woche 6
Henriette	59	Feb 2010	mittelschwer	ab Woche 2
Benjamin	66	Jan 2014	mittelschwer	ab Woche 6
Frederic	78	Aug 2013	mittelschwer	ab Woche 3

Häufig kommt es dazu, dass die Entlassungsberichte der Rehabilitationsklinik an die weiterbehandelnden niedergelassenen ÄrztInnen zeitlich verzögert verschickt werden (*Lauer* 2011, *Pohontsch & Deck* 2011). PatientInnen beklagen außerdem, dass Informationen eigeninitiativ eingefordert werden müssen und dass eine patientenorientierte Vorgehensweise eher die Ausnahme ist (*Ludt et al.*, 2013). Im Sinne der Patientenorientierung sollten aber die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche von PatientInnen bei Entscheidungsfindungen und der Informationsweitergabe berücksichtigt werden (*Klemperer*, 2000).

Auch die unterstützende Einbindung der Angehörigen erfolgt nicht optimal, obwohl der positive Einfluss eines funktionierenden familiären Umfelds auf den Rehabilitationsverlauf bekannt ist (*Schlote & Richter* 2008, *Walesch* 2008). Die Angehörigen sind mit den Informationen, die ihnen gegeben werden, häufig nicht zufrieden. Sie wünschen sich differenziertere Angaben, beispielsweise zu Unterstützungsangeboten in der Region oder Informationen über das Krankheitsbild, z.B. den Schlaganfall (*Schlote & Richter* 2008).

## Aphasie zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Werden PatientInnen mit einer Aphasie aus dem Krankenhaus oder aus der Rehabilitationsklinik entlassen, verlassen sie auch den dort vorgegebenen, strukturierten Rahmen. Sie müssen sich in ihrem alltäglichen Leben zurechtfinden, ihren Alltag bewältigen und ihre ambulanten Weiterbehandlungen organisieren. Dieser Prozess kann bei Personen mit einer Aphasie aufgrund ihrer sprachlichen Einschränkungen erschwert sein. Es ist den Betroffenen ggf. nicht möglich, Unsicherheiten zu formulieren und Aspekte, die ihnen wichtig erscheinen, verständlich zu machen (*Tesak* 2006). Zudem können Hinweise auf die Organisation der ambulanten Weiterbehandlung

oder auf weiterführende therapeutische Maßnahmen eventuell schwerer verarbeitet werden (*Aphasie Suisse* 2015, *Bucher & Boyer* 2009, *Tesak* 2005).

## Ziel und Methode der Interview-Studie

Das Ziel dieser Arbeit war es, Menschen mit einer Aphasie als Experten ihrer Krankheitsgeschichte über die stationär-ambulante Schnittstelle zu befragen. Durch diese Erfahrungsberichte sollten erste Hinweise auf positive und negative Einflussfaktoren der Schnittstelle identifiziert werden. Neben organisatorischen Aspekten und Methoden, die die Schnittstelle aus Sicht der Befragten beeinflussen, wurde auf die Wahrnehmung der Informationsweitergabe sowie auf die Berücksichtigung der Angehörigen eingegangen. Außerdem wurde thematisiert, welche Emotionen von den StudienteilnehmerInnen beschrieben wurden.

Ihre Schilderungen wurden in der Auswertung in Barrieren und Ressourcen unterteilt. In der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF (*WHO* 2005) wird der Begriff Ressource bzw. Förderfaktor als Bezeichnung für Aspekte verwendet, die sich positiv auf die Gesundheit eines Menschen auswirken. Barrieren dagegen spiegeln diejenigen Aspekte wider, die die Gesundheit negativ beeinflussen. Angelehnt an die ICF werden unter Ressourcen die Aspekte verstanden, die sich nach den Angaben der Befragten positiv auf die Überwindung der Schnittstelle auswirkten. Unter Barrieren werden dagegen Hürden verstanden, die den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Therapie erschweren.

## StudienteilnehmerInnen

Die Rekrutierung der acht StudienteilnehmerInnen (Abb. 2) erfolgte durch die Unterstützung einer Rehabilitationseinrichtung sowie mithilfe logopädischer Praxen als sogenannte Gatekeeper. Es wurden folgende Einschlusskriterien für die Befragung festgelegt:

- Aphasie
- Begleiterkrankungen: maximal leichte/mittelschwere Dysarthrie oder Sprechapraxie
- Bedarf einer logopädischen Weiterbehandlung nach Entlassung aus dem stationären Sektor
- Kontaktmöglichkeit zu Angehörigen/BetreuerInnen, um mögliche Fragen zu klären.

## Datenerhebung und -auswertung

Die Daten wurden mithilfe teilstrukturierter Leitfadeninterviews erhoben (Witzel 2000). Diese Methode ließ es zu, Aspekte anzusprechen, die in anderen Forschungsbeiträgen als schnittstellenrelevant erachtet wurden. Mithilfe offen gestellter Fragen konnten zudem weitere aus Sicht der PatientInnen wichtige Bereiche identifiziert werden (Mayring 2010, Witzel 2000). Der Leitfaden wurde in einer Pilotstudie an zwei Personen mit einer Aphasie erprobt und anschließend modifiziert. Die Interviews wurden transkribiert und mithilfe des Computerprogramms MAXQDA (Version 11, VERBI Software GmbH, Berlin) analysiert. Die Datenauswertung erfolgte mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014). Diese ermöglichte es, die Aussagen der StudienteilnehmerInnen zu strukturieren und Kernaussagen zu erkennen. Basierend auf der vorhandenen Literatur wurden Hauptkategorien bestimmt. Anschließend wurden diesen Kategorien schnittstellenrelevante Inhalte der Interviews zugeordnet (Mayring 2010, Kuckartz 2014, Schreier 2014). In mehreren Schritten wurden so literaturbasierte Hauptkategorien und untergeordnete interviewbasierte Subkategorien festgelegt. Diese wurden in Ausprägungen und konkrete Merkmalsbeschreibungen unterteilt. Außerdem erfolgte eine Auswahl charakteristischer Ankerbeispiele. Abbildung 3 zeigt einen Überblick über das Kategoriensystem mit der Anzahl der zugeordneten Textstellen.

## Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand der in Abbildung 3 dargestellten Hauptkategorien.

### Organisation

Bei der Initiierung der ambulanten Behandlung wurden die Angehörigen von den befragten Personen mit einer Aphasie als wertvolle Stütze genannt, ohne deren Hilfe sie nicht gewusst hätten, was nach der Entlassung zu tun war. Von den StudienteilnehmerInnen wurden Listen mit Einrichtungen für eine mögliche ambulante Weiterbehandlung gewünscht. Es wurde bemängelt, dass organisatorische Entscheidungen von ÄrztInnen oder TherapeutInnen oftmals getroffen wurden, ohne sich mit den Betroffenen abzustimmen. Der jeweilige Entlassungsbericht wurde als Ressource genannt, da er die ambulanten TherapeutInnen über den Krankheitsverlauf aufklärte. Allerdings fehlten in den Berichten häufiger inhaltliche Erklärungen oder weiterführende Informationen. Ein Studienteilnehmer beschrieb die Situation wie folgt:

BENJAMIN: „Ich hatte immer nur den Arztbericht. Den habe ich überall herumgereicht. Dabei konnte ich ihn selbst nicht lesen. Das habe ich nicht verstanden.“ (Benjamin 60)

Als weitere Ressource wurde eine Informationsveranstaltung für Betroffene und deren Angehörige zur Aufklärung über die Aphasie genannt. Die Weitergabe von Informationen erfolgte ansonsten überwiegend im Rahmen

eines Entlassungsgesprächs. Barrieren stellen die Suche nach geeigneten ÄrztInnen zum Ausstellen einer Verordnung und infrastrukturelle Gegebenheiten dar. So hatten Betroffene in einer ländlichen Umgebung Schwierigkeiten, eine logopädische Praxis mit freien Therapieplätzen zu finden.

### Emotionen

Nach den Angaben der StudienteilnehmerInnen war der Übergang von der stationären in die ambulante Rehabilitation mit vielen Emotionen verbunden. Sie erlebten die Aphasie und den damit verbundenen Rehabilitationsverlauf als einen gravierenden Einschnitt in ihr Leben und das ihrer Angehörigen. Zukunftsängste, Hilflosigkeit und Wut wurden als charakteristische Gefühlsregungen für diese Phase genannt. Eine Befragte beschrieb dies so:

HENRIETTE: „Ich hatte einen Schlaganfall und habe mich wie ein Mädchen gefühlt. Hilflos. Jetzt bin ich wieder eine Frau.“ (Henriette 108)

Damit verknüpft war der Wunsch der Betroffenen nach einem patientenorientierten Umgang sowie nach differenzierten, individualisierten Informationen.

### Informationen

Bei der Hauptkategorie Informationen wurde genannt, dass die StudienteilnehmerInnen keine differenzierten Angaben über ihre Aphasie und über den Sinn einer logopädischen Intervention erhielten. Als Konsequenz fehlender Informationen über das Berufsbild des Logopäden schilderte ein Befragter, dass er dadurch weniger motiviert an der logopädischen Therapie teilnahm.

Eine weitere Studienteilnehmerin erzählte, dass ihr nahegelegt worden sei, nach der Entlassung Angebote eines Aphasiezentrums als Ressource wahrzunehmen. Die Interviewpartner beschrieben, dass sich die weiterbehandelnden TherapeutInnen nach der Entlassung erkundigten, welche Therapieinhalte und -ziele in der stationären Behandlung verfolgt wurden.

Mit den Befragten wurde in der stationären Behandlung allerdings nicht besprochen, an welchen Therapieschritten nach der Entlassung angeknüpft werden sollte. Dies bezog sich auch auf die Therapiefrequenz. Die StudienteilnehmerInnen gaben an, dass ihnen, wenn überhaupt, mitgeteilt wurde, wie oft sie wöchentlich eine logopädische Therapie wahrnehmen sollten. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erfolgte, abgesehen von einem Studienteilnehmer, keine

■ Abb. 3: Übersicht über das Kategoriensystem

Hauptkategorie	Subkategorie	Ausprägungen (370)
Organisation	Entlassungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unterstützung (20)</li> <li>● Patientenorientierung (31)</li> <li>● Dokumentation (13)</li> <li>● Informationsweitergabe (47)</li> </ul>
	Ambulante Weiterbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Initiierung der ambulanten Weiterbehandlung (13)</li> <li>● Organisatorische Rahmenbedingungen (34)</li> </ul>
Emotionen		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gefühle (23)</li> <li>● Wünsche (24)</li> </ul>
Informationen	Logopädische Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Krankheitsbild (14)</li> <li>● Therapie (30)</li> <li>● Therapieinhalte (14)</li> <li>● Therapiefrequenz (16)</li> <li>● AnsprechpartnerInnen (25)</li> </ul>
	Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Logopädische Intervention (17)</li> <li>● Rahmenempfehlungen (10)</li> </ul>
Angehörige		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unterstützung (14)</li> <li>● Einbezug der Angehörigen (21)</li> <li>● Ambulante Weiterbehandlung (4)</li> </ul>

hochfrequente Therapie. Eine Therapiefrequenz von ein- bis zweimal wöchentlich war die Regel.

Eine weitere Barriere wurde hinsichtlich der Ansprechpartner deutlich.

PAULINA: „*Ich hätte schon Fragen gehabt, aber es war keiner da, dem ich sie hätte stellen können.*“ (Paulina 96)

Die Betroffenen schilderten häufige Wechsel der AnsprechpartnerInnen. Ein Studienteilnehmer definierte als weitere Barriere, dass keine Absprachen zwischen den AnsprechpartnerInnen erfolgten. Beim Ausstellen der logopädischen Heilmittelverordnung für die ambulante Weiterbehandlung musste er den jeweiligen GesprächspartnerInnen seinen Krankheitsverlauf immer wieder aufs Neue erzählen. Als hilfreich wurde die Angabe vonseiten der Rehabilitationsklinik empfunden, die ambulante Therapie zeitnah nach der Entlassung zu beginnen, um einen bestmöglichen Therapieerfolg zu erreichen. Zudem wurde als weitere Ressource der Hinweis genannt, bei der Wahl der ambulanten TherapeutInnen auf die Entfernung zur Praxis zu achten.

## Angehörige

Die Angehörigen spielten in der Überwindung der Schnittstelle nach den Angaben der Befragten eine große Rolle. Es wurde berichtet, dass sie bei der Entlassung und der Orientierung im Alltag eine wesentliche Unterstützung bieten. Die Äußerung einer Studienteilnehmerin verdeutlicht, welche bedeutende Position die Angehörigen in der Schnittstelle einnehmen:

ISOLDE: „*Ich habe nichts gefunden. Ich habe nicht gewusst, wo meine Pullover sind [...]. Meine Tochter hat überall Schilder hingemacht, wo mein Zeug liegt.*“ Isolde (178)

Die Angehörigen erkundigten sich, welche ambulante Einrichtung geeignet war und organisierten, dass die entsprechenden TherapeutInnen die Behandlungen bei Notwendigkeit als Hausbesuch durchführten. Allerdings waren die Angehörigen teilweise selbst berufstätig und standen daher nur zeitlich begrenzt zur Verfügung. Die StudienteilnehmerInnen berichteten, dass ihre Angehörigen in der Rehabilitationsklinik überwiegend selbstständig AnsprechpartnerInnen suchen mussten, um Informationen für die weitere Planung zu erhalten.

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass der Übergang von der stationären in die ambulante Rehabilitation bei den befragten StudienteilnehmerInnen nicht immer reibungslos funktionierte. Es wurden viele Barrieren genannt, die den Übergang erschwerten. Es wurden aber auch Ressourcen deutlich, die zum Gelingen des Übergangs beitragen können.

### Barrieren

#### Mangel an Informationen

Den Berichten der StudienteilnehmerInnen ist zu entnehmen, dass sie während des Rehabilitationsverlaufs nicht darüber aufgeklärt wurden, dass eine hochfrequente Aphasie-therapie in diversen Studien als wesentlicher Faktor für das Erreichen von Sprachverbesserungen nachgewiesen wurde und deshalb die Frequenz einer logopädischen Intervention von Relevanz ist (Bhogal et al. 2003, Robey 1998).

Die StudienteilnehmerInnen schilderten, dass sie bereits während des stationären Aufenthalts überwiegend keine hochfrequente Therapie erhielten, sondern dass die logopädische Intervention ein- bis zweimal wöchentlich erfolgte. Stationär fand lediglich bei einem Befragten eine hochfrequente Therapie in Form von fünfmal wöchentlicher Behandlungen statt. Die niederfrequente Therapie wurde bei den StudienteilnehmerInnen ambulant fortgesetzt. Die Betroffenen befanden sich zum Zeitpunkt der Entlassung alle in der akuten (2-6 Wochen postonset) oder frühen postakuten Phase (1-4 Monate).

In den „Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001“ (Bauer et al. 2002) wird für die Akutphase eine sprachliche Aktivierung von täglich 30 Minuten empfohlen. Während der frühen postakuten Phase sollten ambulant mindestens dreimal wöchentlich je 60 Minuten bzw. stationär täglich ein bis zwei Stunden logopädische Therapie erfolgen.

Die TeilnehmerInnen der vorliegenden Studie erhielten diese Frequenz, mit Ausnahme eines Studienteilnehmers, nicht. Eine leitliniengerechte Therapie würde allerdings bedeuten, dass bereits während des stationären Aufenthalts eine intensive Behandlung erfolgt. Im Übergang zur ambulanten Therapie wäre im Entlassungsbericht und Entlassungsgespräch mit den Betroffenen und Angehörigen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass auch ambulant eine hohe Therapiefrequenz

zu empfehlen ist, um sprachliche Verbesserungen zu erreichen (ebd).

Das Fehlen wichtiger Informationen durch die Rehabilitationskliniken führte dazu, dass sich die Betroffenen weniger motiviert fühlten, eine logopädische Intervention wahrzunehmen. Ähnlich wie bei Ludt et al. (2013) und Gohlke et al. (2000) wird von den Befragten beschrieben, dass ein Entlassungsbericht ausgehändigt wurde, dazu aber keine zusätzlichen Erklärungen erfolgten. Einige der StudienteilnehmerInnen gaben Probleme beim Lesen an. Daher war es ihnen ihren Angaben nach nicht möglich, die geschriebenen Inhalte ihres Berichts zu erfassen.

Stiel et al. (2009) beschreiben, dass die Diagnosestellungen verzögert übermittelt wurden. Die StudienteilnehmerInnen dieser Arbeit wussten sogar teilweise nicht, was sich hinter dem Begriff Aphasie verbirgt und welche Auswirkungen sie mit sich bringt. Außerdem wurden wichtige Befunde von den Rehabilitationskliniken teilweise nicht oder zeitlich verzögert an die Folgetherapeuten oder weiterbehandelnden ÄrztInnen weitergeleitet.

### Keine zeitnahe Weiterbehandlung

Neben den fehlenden Informationen zur Therapiefrequenz bemängelten die StudienteilnehmerInnen, dass die Dringlichkeit einer Weiterbehandlung sowie eines zeitnahen Beginns der ambulanten Therapie nach der Entlassung aus dem stationären Sektor nicht beachtet und ausreichend thematisiert wurde. Außerdem hatten die Personen, die in ländlichen Umgebungen leben, häufig keine oder nur eine geringe Auswahl von therapeutischen Einrichtungen. Sie mussten lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz in Kauf nehmen oder TherapeutInnen finden, die eine logopädische Intervention als Hausbesuch übernehmen konnten. Bei einer Aphasie ist es jedoch wichtig, die Therapie so früh wie möglich zu beginnen (DGN 2012).

### Ressourcen zur Schnittstellenoptimierung

#### Entlassungsgespräch

Eine Konsequenz, die aus den beschriebenen Barrieren gezogen werden kann, ist ein differenziertes Entlassungsgespräch mit den Patienten und ihren Angehörigen, wenn ihnen der Entlassungsbericht mitgegeben wird. Dabei können Informationen über mögliche ambulante Einrichtungen erfolgen. Möglich ist es, beispielsweise auf die Internetseite der sprachtherapeutischen Berufsverbände zu verweisen. Dort kann nach nahegelegenen logopädischen Einrichtungen gesucht werden.

Baumann (2010) stellt dar, dass es sinnvoll wäre, für eine Abteilung im Krankenhaus, beispielsweise für die Logopädie, feste AnsprechpartnerInnen zu bestimmen, mit denen Fragen zur weiteren therapeutischen Versorgung geklärt werden können. Die Anwesenheit der Angehörigen während des Entlassungsgesprächs ermöglicht es, neben einer umfassenden Aufklärung über das Krankheitsbild, Anleitungen zu geben, wie beispielsweise die ambulante Weiterbehandlung organisiert werden kann.

**Dokumentation**

Eine weitere Möglichkeit der Schnittstellenoptimierung kann eine Dokumentation sein, die einen Patienten während des gesamten Rehabilitationsverlaufs begleitet, z.B. in Form einer elektronischen Patientenakte. Damit wäre ein sektorenübergreifender, elektronischer Zugriff auf personenbezogene Daten und Informationen zum Behandlungsverlauf möglich. Zu klären wären jedoch datenschutzrechtliche Belange, wie z.B. die Entscheidung darüber, wer auf welche Informationen zugreifen darf (Müller 2008). Die begleitende Dokumentation könnte alternativ mithilfe der Aphasie-Therapiechironik durchgeführt werden (Lauer 2006, Selbsthilfegruppe Schlaganfall und Aphasie Karlsruhe 2009a, 2009b). Informationen zur Aphasiebehandlung werden von der Aufnahme im Akutkrankenhaus bis zur ambulanten Weiterbehandlung auf der Aphasie-Therapiechironik von den behandelnden Aphasie-therapeutInnen dokumentiert. Dies bietet die Basis einer lückenlosen Informationsweitergabe. Die PatientInnen entscheiden dabei

selbst darüber, ob und an wen sie ihre Daten weitergeben (Lauer 2010).

**Informationsveranstaltungen**

Ferner ist die Durchführung von Informationsveranstaltungen für Menschen mit einer Aphasie und deren Angehörige während des stationären Aufenthalts sinnvoll. Im Rahmen einer solchen Veranstaltung könnten Informationen über das Störungsbild, die Therapiefrequenz, die Suche von FolgetherapeutInnen und die Verordnungen von Behandlungen gegeben werden. Wichtige Informationen könnten zudem in einer Informationsbroschüre oder einem Flyer gesammelt dargestellt und im Rahmen des Entlassungsgesprächs an die Betroffenen und deren Angehörige übergeben werden. Informationsveranstaltungen wären auch für Neurologen und Hausärzte aus der Umgebung denkbar, bei denen beispielsweise Informationen von LogopädInnen über die Aphasie-therapie gegeben werden.

**Aphasiezentren**

Als weitere Ressource ist das Angebot von Aphasiezentren zu nennen. Da diese Information den StudienteilnehmerInnen überwiegend nicht weitergegeben wurde, konnte sie auch nicht zu ihrem Nutzen eingesetzt werden, obwohl sich bei allen Befragten in unmittelbarer Nähe ein Aphasiezentrum befunden hätte. Abbildung 4 enthält eine Zusammenfassung der Möglichkeiten der Schnittstellenoptimierung.

**Fazit**

Die Beschreibungen der StudienteilnehmerInnen machen deutlich, dass aktuell immer noch Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Aphasiebehandlung bestehen. Einige der genannten Aspekte, wie beispielsweise die Erklärungen des Entlassungsberichts oder der Verweis auf die Logopädensuche sprachtherapeutischer Verbände sind Möglichkeiten einer Schnittstellenoptimierung, die ohne großen Aufwand in das Entlassungsmanagement aufgenommen werden können.

Weitere Punkte, wie die Durchführung von Informationsveranstaltungen, die Optimierung des Informationsflusses zwischen Rehabilitationskliniken und Betroffenen sowie deren Angehörigen oder ein kontinuierlicher Austausch zwischen Rehabilitationskliniken und ambulanten Einrichtungen zum Rehabilitationsverlauf erfordern eine längerfristige Planung. Hierfür sind beispielsweise die Zusammenarbeit der TherapeutInnen des stationären und ambulanten Sektors notwendig, die Entwicklung, Erprobung und Implementierung von Therapie-Verlaufsdokumentationen sowie die Umstrukturierung von Abläufen in den Rehabilitationskliniken, wie z.B. die Festlegung, welche Inhalte detailliert im Entlassungsbericht zur Beschreibung des Therapieverlaufs festgehalten werden sollen.

Die aufgezeigten Aspekte können zwar auf der Basis der erhobenen qualitativen Daten nicht verallgemeinert werden, sie zeigen aber wichtige Ansatzpunkte für einen besseren Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung für Menschen mit Aphasie auf. Die erhobenen Ressourcen und Barrieren sollten in weiteren Forschungsarbeiten überprüft werden. Neben weiteren qualitativen Analysen sollte zudem eine quantitative Datenerhebung erfolgen, wie z.B. eine Fragebogenuntersuchung.

Die Interview-Ergebnisse zeigen, dass bei der überwiegenden Zahl der StudienteilnehmerInnen sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor keine hochfrequente Aphasie-therapie erfolgte, obwohl die „Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001“ (Bauer et al. 2002) eine intensive Behandlung vorgeben. Daher wäre ein weiterer wichtiger Schritt, die dafür bestehenden Gründe zu erfassen und daraus Möglichkeiten abzuleiten, um eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten.

■ **Abb. 4: Möglichkeiten zur Schnittstellenoptimierung**

Methoden	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informationsveranstaltung in der Rehabilitationsklinik für PatientInnen und Angehörige zur Aphasie</li> <li>● Implementierung einer Aphasie-Verlaufsdokumentation</li> <li>● Differenziertes Entlassungsgespräch</li> <li>● Teilnahme der Angehörigen am Entlassungsgespräch</li> <li>● Vermeiden ständiger Therapeutenwechsel durch Zuordnung von festen TherapeutInnen als AnsprechpartnerInnen für eine kontinuierliche Betreuung der PatientInnen</li> <li>● Kontaktgenerierung zu einem Aphasiezentrum</li> <li>● Informationsflyer für Patienten und Angehörige</li> <li>● Informationsveranstaltung für Hausärzte und Neurologen</li> <li>● Qualitätszirkel</li> <li>● Interdisziplinäre Fortbildungen</li> <li>● Arbeitskreis für LogopädInnen aus stationärem und ambulanten Sektor</li> <li>● Interdisziplinärer Austausch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aufklärung über                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aphasie und Schlaganfall</li> <li>● leitliniengetreue Therapiefrequenz</li> <li>● Initiierung der ambulanten Weiterbehandlung</li> <li>● Verordnungen</li> <li>● TherapeutInnensuche (Homepages sprachtherapeutischer Verbände)</li> <li>● Inhalte des Entlassungsberichts</li> </ul> </li> </ul>

## LITERATUR

- Aphasie Suisse (2015). *Symptome*. www.aphasie.org/de/aphasie/symptome (05.08.2015)
- Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J. & Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Aktuelle Neurologie* 29 (2), 63-75
- Baumann, E. (2010). Stellung der Physiotherapie im Krankenhaus. *Physiotherapie* 8 (3), 8-10
- Bhogal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Entlassungsmanagement*. www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/e/entlassungsmanagement.html (26.05.2015)
- Bucher, O.P. & Boyer, I. (2009). ICF in der Aphasie-therapie: Ambulante Rehabilitation. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (61-78). Idstein: Schulz-Kirchner
- DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012). Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. In: Diener, H.C. & Weimar, C. (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (1087-1095). Stuttgart: Thieme
- Gohlke, H., Jarmatz, H., Zaumseil, J., Bestehorn, K., Jansen, C. & Hasford, J. (2000). Einfluss eines optimierten Schnittstellenmanagements auf die Langzeiteffektivität der kardiologischen Rehabilitation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 125 (48), 1452-1456
- Heuschmann, P.U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas P.L. & Berger, K. (2010). Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie* 37 (7), 333-340
- Klemperer, D. (2000). Patientenorientierung im Gesundheitssystem. Qualität in der Gesundheitsversorgung. *Newsletter der GQMG* 7 (1), 15-16
- Kukartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz-Juventa
- Lauer, N. (2006). Direkte Kooperation von Aphasie-therapeuten und Selbsthilfe am Beispiel des Round-Tables zur Verbesserung der Aphasikerversorgung. *Aphasie und verwandte Gebiete* 3, 54-59
- Lauer, N. (2010). *Aphasie-Selbsthilfe. Konzepte, Strukturen und Empirie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Lauer, N. (2011). Die Teilhabe des Betroffenen an der Aphasie-rehabilitation am Beispiel der Aphasie-Therapiechronik. *Aphasie und verwandte Gebiete* (29) 2, 5-24
- Ludt, S., Heiss, F., Glassen, K., Noest, S., Klingenberg, A., Ose, D. & Szecsenyi, J. (2013). Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? *Das Gesundheitswesen* 76 (6), 359-365
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Müller, J.H. (2008). Schlüsselrolle für den Datenschutz. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (11), 571-573
- Pohontsch, N. & Deck, R. (2011). Schnittstellenproblematik in der rehabilitativen Versorgung. *Neurorehabilitation* 3 (3), 114-119
- Robey, R.R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 41 (1), 172-187
- Sachverständigenrat Gesundheitswesen (2012a). *Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements*. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\_upload/Aktuelles/2012/Vortrag\_Thuermann.pdf (20.11.2015)
- Sachverständigenrat Gesundheitswesen (2012b). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bern: Huber
- Schlote, A. & Richter, M. (2008). Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Sprache Stimme Gehör* 32 (4), 147-156
- Schoen, C., Osborn, R., How, S., Doty, M. & Peugh, J. (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs* 28 (1), 1-16
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung* 15 (1), Artikel 18. www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636 (26.05.2015)
- Selbsthilfegruppe Schlaganfall und Aphasie Karlsruhe (2009a). *Round-Table-Aphasikerversorgung*. www.schlaganfall-ka.de/index.php?aphasiker\_roundtable (23.04.2014)
- Selbsthilfegruppe Schlaganfall und Aphasie Karlsruhe (2009b). *Therapiechronik*. www.schlaganfall-ka.de/index.php?aphasiker\_tchronik (23.04.2014)
- Stiel, S., Joppich, R., Korb, K., Hahnen, M., Elsner, F., Rossaint, R. & Radbruch, L. (2009). Schnittstellenproblematik beim Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung von Tumorpatienten. Eine qualitative Analyse. *Der Schmerz* (23) 5, 510-517
- Tesak, J. (2005). *Grundlagen der Aphasie-therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Tesak, J. (2006). *Einführung in die Aphasie-logie*. Stuttgart: Thieme
- Wallesch, C.-W. (2008). Der Angehörige als Medium in der Rehabilitation von Betroffenen nach Schlaganfall. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 76 (4), 193-194
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (1), Artikel 22. www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519 (28.05.2014)
- WHO – World Health Organization (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO

### SUMMARY. The interface between stationary and ambulatory speech and language therapy. How patients with aphasia describe this crossover

In Germany there is a separation between stationary and ambulatory care. This crossover (or interface) was analysed in many studies. Barriers which often hinder the crossover from stationary to ambulatory care were identified. For the speech and language therapy, especially for patients with aphasia, less information exists about the interface. Therefore eight patients with aphasia were interviewed about their experiences in the crossover-process from one rehabilitation sector to another. The focus was on the question what resources, but also which barriers of the affected were perceived when transferring from stationary to ambulatory care. The results were subdivided in the categories organization, emotions, information and relatives. Apart from identified barriers like the lack of information, fragmentary integration of relatives or infrastructural conditions, the interviews also provided indications how the interface could be improved. Based on these results, proposals for less barriers between stationary to ambulatory care were posed.

KEYWORDS: Stationary-ambulatory interface – aphasia – resources and barriers

### DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160603

### Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Norina Lauer  
Hochschule Fresenius  
Limburger Str. 2  
65510 Idstein  
lauer@hs-fresenius.de