

MASTERARBEIT

„GO SAFE – Sichere Entlassung“

Eine qualitative Inhaltsanalyse von Fokusgruppen mit PatientInnen

eingereicht von:

Alessandra Falk, BSc.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft, Graz

Erstbetreuer:

Priv. Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer

Zweitbetreuerin:

Mag. Magdalena Hoffmann, MSc., MBA

Datum der Einreichung:

29.01.2018

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29.01.2018

Alessandra Falk, BSc. eh

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Erstbetreuer, Herrn Priv.-Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer, der mich beim Verfassen dieser Arbeit stets unterstützte und bei dem ich mein Masterpraktikum in der Abteilung des Qualitäts- und Risikomanagements des LKH-Univ.-Klinikums Graz absolvieren durfte.

Außerdem möchte ich Mag. Magdalena Hoffmann MSc. MBA. ein großes Dankeschön aussprechen, die mich von Anfang bis Ende der Arbeit und beim Durchführen der Fokusgruppengespräche begleitete und unterstützte.

Weiters möchte ich mich bei meinen zwei Forschungspartnerinnen des Projekts „GO SAFE“, Daniela Schröttner BSc. und Karin Laller BSc., bedanken, mit denen ich zusammenarbeitete. Außerdem bei allen TeilnehmerInnen der Fokusgruppengespräche, ohne deren Engagement diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Zu guter Letzt möchte ich mich für die ständige Unterstützung während des Studiums bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken.

Glossar

Entlassungsinformation (Arztbrief): Am Entlassungstag aus dem Krankenhaus erhalten PatientInnen den vorläufigen oder bereits endgültigen Entlassungsbrief (auch Arztbrief genannt), welche die wichtigsten Informationen wie Aufnahmegrund, Diagnose, Therapien, Medikamente und weitere Empfehlungen für weiterbehandelnde Personen oder Institutionen beinhaltet (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2013).

Paraphrasierung: Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird mittels Paraphrasierung gewisses Textmaterial auf Wesentliches reduziert. Laut Mayring 1991 werden *nicht inhaltstragende Textbestandteile* gestrichen und die Aussage anschließend auf eine einheitliche Sprachebene umformuliert (Mayring 1991 S. 211).

Codiereinheit (Codes): Die Codiereinheit ist eine bestimmte Textpassage (ein Wort bis zu einer Aussage), welche mit einer bestimmten Kategorie zusammenhängt und dieser zugewiesen wird (Kuckartz 2016).

Kategorie: Laut Kuckartz 2016 versteht man unter dem Begriff „Kategorie“ bei der Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse „*das Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten*“ (Kuckartz 2016, S. 31).

Kategoriensystem: Das Kategoriensystem bildet das Endergebnis nach der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse. Hiermit wird die „*Gesamtheit aller Kategorien*“ (Kuckartz 2016, S. 38) bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	vi
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	vii
<i>Tabellenverzeichnis</i>	viii
<i>Kurzzusammenfassung</i>	ix
<i>Abstract</i>	xi
<i>Gliederung der Arbeit</i>	1
<i>Einleitung</i>	2
<i>„GO SAFE“ Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen</i>	8
<i>Material und Methoden</i>	9
• Fokusgruppen	9
• Qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring	11
• Datensammlung	15
• Datenauswertung	17
<i>Ergebnisse</i>	20
• Vorstellung des Kategoriensystems	20
• Auswertung des quantitativen Fragebogenteils	40
<i>Diskussion</i>	44
• Schlussfolgerung	51
<i>Literaturverzeichnis</i>	I
Anhang 1 „Anschreiben der Ethikkommission“	V
Anhang 2 „Einladung der PatientInnen“	VII
Anhang 3 „TeilnehmerInneninformation/Einwilligungserklärung PatientInnen“	IX
Anhang 4 „Leitfaden der Fokusgruppenbefragungen“	XIV

Abkürzungsverzeichnis

BMfG	Bundesministerium für Gesundheit
bzgl.	bezüglich
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie für Aufnahme – und Entlassungsmanagement
bzw.	beziehungsweise
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
P.	PatientInnen
PSHO	Parliamentary and Health Service Ombudsman
z.B.	zum Beispiel
zit. In:	zitiert in

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich der Krankenhausentlassungen in Europa.....	3
Abbildung 2: Probleme bei der Krankenhausentlassung laut PSHO	5
Abbildung 3: Bestandteile des Projekts „GO SAFE“	8
Abbildung 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung.....	13
Abbildung 5: Ablaufmodell deduktiver Kategorienbildung	15
Abbildung 6: Kategoriensystem.....	20
Abbildung 7: Gegenüberstellung der positiven & negativen Erfahrungen	36
Abbildung 8: Darstellung der Kategorien nach Prozentsätzen	39
Abbildung 9: Soziodemografische Daten der TeilnehmerInnen	41
Abbildung 10: Quantitativer Ergebnisteil	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Empfehlungen der BQLL AUFEM.....	3
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die PatientInnenbefragung	16
Tabelle 3: Schritte der Kategorienbildung	19
Tabelle 4: Beschreibung der Kategorien	21
Tabelle 5: Informationen welche PatientInnen zusätzlich benötigen	30
Tabelle 6: Zusammenfassung der Schwerpunkte der Ergebnisse	39
Tabelle 7: PatientInnenempfehlungen nach Lessing 2017.....	47

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Eine unzureichende qualitativ hochwertige Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus kann weitreichende, ernsthafte Folgen für sie selbst und ihre Familien haben. Zusätzlich kann dies finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem mit sich bringen. Bei einer von der KAGes durchgeführten Befragung von stationär entlassenen PatientInnen wurden verschiedene Punkte bzgl. deren Entlassung als „kritisch“ bewertet. Diese Arbeit, welche einen Teil des Projekts „GO SAFE“ Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen darstellt, erforscht in Form von Fokusgruppenbefragungen diese Aspekte genauer.

Fragestellung: Welche Erfahrungen haben PatientInnen während ihres Krankenhausaufenthalts und vor allem bei der Entlassung gemacht? Welche Informationen haben PatientInnen erhalten und welche würden sie zusätzlich benötigen?

Methode: Es wurden Fokusgruppenbefragungen mit neurologischen und dermatologischen PatientInnen (n=21), mithilfe eines halbstrukturierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Zur Analyse des erhobenen Materials wurde eine Qualitative Inhaltsanalyse, mithilfe der Codierungssoftware MAXQDA © 12, durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in einem Kategoriensystem dargestellt, welches 10 Hauptkategorien und 8 Subkategorien umfasst und somit die erhobenen Schwerpunkte darstellt. Die Befragten berichteten über positive sowie negative Erfahrungen bei der Betreuung und der Entlassung. Das größte Verbesserungspotential sahen die Befragten rund um das Thema Informationsweitergabe. Dies beinhaltete sowohl schriftliche als auch mündliche Informationen, welche teilweise nur schwer verstanden wurden und so äußerten einige PatientInnen den Wunsch nach einer Umstrukturierung der schriftlichen Informationen sowie der vereinfachten Kommunikation des medizinischen Personals.

Zusätzlich gaben die Befragten an, welche Informationen sie zusätzlich gebraucht hätten, um ihre eigene Gesundheitskompetenz zu fördern.

Schlussfolgerung: Die teilnehmenden Personen waren, was die Durchführung der Fokusgruppengespräche angeht äußerst aufgeschlossen und gesprächsbereit. Die TeilnehmerInnen äußerten sehr wichtige Aspekte rund um das Thema Entlassung und berichteten ebenfalls von positiven Erfahrungen rund um das Personal. Ein von PatientInnen wahrgenommenes Entlassungsgespräch schien ein roter Faden zu sein, denn Personen welche ein solches Gespräch, laut eigenen Angaben erhalten haben, schienen wesentlich aufgeklärter und zufriedener mit ihrem Aufenthalt in der Klinik.

Schlüsselwörter: qualitative Inhaltsanalyse, PatientInnenbefragung, sichere Entlassung, Gesundheitskompetenz, Fokusgruppenbefragung, Entlassungsmanagement

Abstract

Background: Deficient safe discharge of hospital patients can have far-reaching and serious consequences not only for the patients themselves but also for their relatives. Besides, it can also lead to financial implications for the health and social system. In a survey which was carried out by KAGes, recently dismissed patients were asked about their dismissal and various points were rated as "critical". This master thesis, which is a part of the project "GO SAFE - Safe Discharge": A contribution to increase the health literacy of patients and relatives“, investigates these issues in more detail, in order to record the experiences of the affected patients and to point out possible potentials for improvement.

Questions: Which experiences did patients make during their stay in the hospital and especially at their discharge? Which information have patients received and which do they need?

Methods: Focus group interviews with neurological and dermatological patients (n = 21) were conducted using a semi-structured interview guideline and were recorded and transcribed. To analyse these data, a qualitative content analysis was conducted using the MAXQDA © 12 encoding software.

Results: The results are presented in a category system comprising 10 main categories and 8 subcategories. Respondents reported positive and negative experiences concerning their care and discharge during their hospitalisation. Patients and their relatives experienced challenges, especially regarding information transfer and reported which information they additionally needed to promote their own health literacy. The largest potential for improvement was seen on the topic of information dissemination. This included both, written and oral information, which was sometimes difficult to understand, and some patients expressed a desire to restructure the written information and simplified communication of the medical staff.

Conclusion: Participants were extremely open-minded, which made the performance of the focus group discussions very pleasant. The participants reported very important aspects relating to their dismissal and also about positive experiences

with the staff. A received discharge conversation seemed to be a central topic. People who had such a conversation, according to their own statements seemed much more enlightened and satisfied with their stay in the clinic.

Key Words: qualitative content analysis, patient survey, safe discharge, health literacy, focus group survey, discharge planning

Gliederung der Arbeit

Der Aufbau dieser Arbeit setzt sich aus 4 Teilen zusammen.

Im ersten Teil (*Einleitung*) werden der Hintergrund, die Zielsetzung und Forschungsfragen beschrieben. Außerdem wird das Projekt „GO SAFE“ – *Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen*“ vorgestellt.

Im zweiten Teil (*Material und Methoden*) wird die verwendete Befragungsart der Fokusgruppengespräche und die angewandte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring vorgestellt. Außerdem werden die Datensammlung sowie die Datenanalyse beschrieben.

Im dritten Teil (*Ergebnisse*) werden die erhobenen Ergebnisse der Befragungen präsentiert und mit prototypischen Beispielen untermauert.

Im abschließenden vierten Teil (*Diskussion*) werden diese Ergebnisse mit bestehender Literatur verglichen, Stärken/Limitationen der Untersuchung angeführt, Implikationen für die Praxis aufgezeigt und weiterführende Forschungsthemen angedacht. Außerdem enthält die Diskussion die abschließende Schlussfolgerung mit der Beantwortung der Forschungsfragen.

Einleitung

Die Krankenhausentlassung stellt einen komplexen und organisatorisch aufwendigen Prozess für das Krankenhauspersonal dar. Deswegen ist es besonders wichtig, durch gezielte Entlassungsplanung bzw. Entlassungsmanagement dazu beizutragen, die Gesundheit von PatientInnen zu fördern und einen Drehtüreffekt, also eine Wiederaufnahme, zu verhindern. Nach der Entlassung soll die Versorgungskette der PatientInnen nicht unterbrochen werden und der Transfer in andere Versorgungsbereiche oder nach Hause soll gesichert werden. Aufgrund dessen wird ein erfolgreiches Entlassungsmanagement immer mehr fokussiert und wird als Schlüsselfaktor zur Kontinuität der Betreuung der PatientInnen gesehen (Currie & Watterson 2008). Aufgrund der herrschenden freien Arztwahl und dem Fehlen eines „Gatekeeper-Systems“ kommt es in Österreich zu einer vermehrten Aktivität im sekundären und tertiären Bereich, weswegen die Gesundheitsversorgung in Österreich eher „krankenhauszentriert“ ist (OECD 2017).

Das Entlassungsmanagement ist laut Coleman 2003 *„standardisierte Maßnahme die für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend organisiert“* (Coleman 2003 zit In: BMfG 2012 S. 3). Das Entlassungsmanagement ist laut McMartin 2013 ein Prozess welcher bereits mit der Aufnahme ins Krankenhaus beginnt, und zum Zeitpunkt der Entlassung endet (McMartin 2013).

Die Bundesgesundheitsagentur entwickelte 2012 eine Qualitätsleitlinie zum Thema Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Hier werden Entlassungsvorbereitung und Entlassung als zwei, von vier (1. Zuweisung, 2. Aufnahme), Kernprozessen definiert. Ziel der Entlassungsvorbereitung ist laut der BQLL AUFEM hier einen nahtlosen Übergang aus dem stationären Bereich, nach Hause oder in eine nachbetreuende Einrichtung zu schaffen (BMfG 2012). Der Kernprozess der Entlassung stellt laut BQLL *„den Abschluss des gesamten Aufnahme- und Entlassungsmanagements“* (BMfG 2012 S. 247) dar.

Die BQLL AUFEM enthält zusätzlich verschiedene Empfehlungen zu den einzelnen Kernprozessen welche in Tab 1 veranschaulicht werden.

Tabelle 1: Empfehlungen der BQLL AUFEM, eigene Darstellung nach BMfG 2012 S, 27 & S. 29

Empfehlungen	Empfehlungen
Entlassungsvorbereitung	Entlassung
Festlegung des Entlassungstages	Entlassungsgespräch durchführen
Entlassungsmanagement durchführen	Entlassungsplanung überprüfen
Schulungs- / Beratungsgespräche mit PatientInnen	Vorläufige Entlassungsinformation aushändigen – endgültige Informationen sollen unverzüglich erstellt werden
	Bewilligtes Rezept an PatientInnen aushändigen

Im europaweiten Vergleich weist Österreich, nach Bulgarien (321 Entlassungen pro 1000 Einwohner), die zweithöchste Anzahl an Krankenhausentlassungen (256 Entlassungen pro 1000 Einwohner) auf (OECD 2017). So sind laut Statistik Austria die Spitalsentlassungen seit 1989 bis 2016 von 1.664.962 auf 2.705.460 gestiegen (Statistik Austria 2017). Die Steiermark befindet sich mit 356.900 Krankenhausentlassungen 2016, nach Wien und Oberösterreich, an dritter Stelle im österreichischen Vergleich (Statistik Austria 2017).

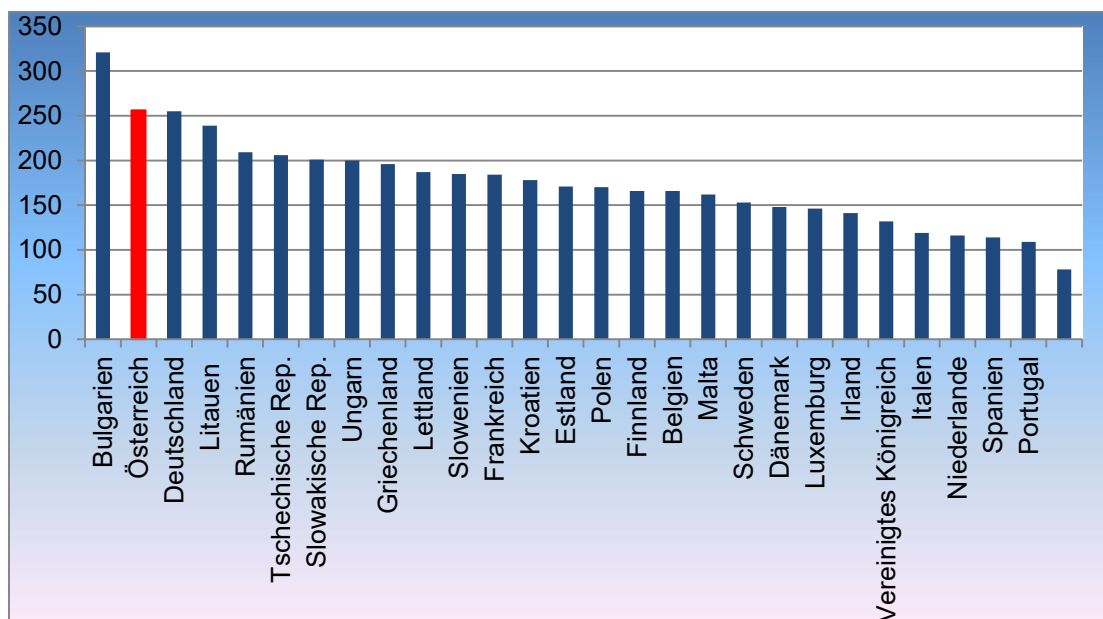


Abbildung 1: Vergleich der Krankenhausentlassungen in Europa (pro 1000 EinwohnerInnen); eigene Darstellung nach OECD (OECD 2017 S. 8)

2012 bewilligte das Parlament eine weitere wichtige Veränderung im Österreichischen Gesundheitswesen, welche 2013 Teil der Gesundheitsreform war, die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA, welche 2015 schrittweise startete (OECD 2017). Die elektronische PatientInnenakte speichert elektronisch verschiedenste pflegerische, therapeutische und medizinische Informationen und möchte somit den Austausch, zwischen den unterschiedlichen Akteuren durch verbesserte Informationsweitergabe im Gesundheitswesen vereinfachen (ELGA GmbH 2018). Auf ELGA gespeicherte Unterlagen stehen den verschiedenen Akteuren, wie z.B. Krankenhäusern, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, orts- und zeitunabhängig zur Verfügung (ELGA GmbH zit. In: Ströher & Honekamp 2011 & OECD 2017). Zusätzlich können PatientInnen, welche an ELGA teilnehmen, online auf ihre eigenen Gesundheitsakten, über das ELGA Portal, zugreifen (ELGA GmbH 2018). Die Reichweite von ELGA ist jedoch noch nicht vollständig ausgebreitet und wird schrittweise eingeführt.

Ein wesentlicher Punkt um PatientInnen gesundheitskompetent aus dem Krankenhaus zu entlassen, ist die Form der stattgefundenen Informationsweitergabe und wie PatientInnen die erhaltenen Informationen auffassen. Ein Bericht der Joint Commission von 2007 beschäftigte sich mit Kommunikationsproblemen zwischen PatientInnen und medizinischem Personal und dem Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz von Betroffenen. Laut diesem Bericht kommt es zu unerwünschten Ereignissen, wenn PatientInnen die Auswirkungen ihrer Erkrankung, die Wichtigkeit von Präventions- oder Behandlungsplänen nicht verstehen, oder aufgrund von Kommunikationsproblemen Dienste von Gesundheitseinrichtungen nicht wahrnehmen können (The Joint Commission 2007). Die PatientInnenbefragung 2015 zeigte ebenfalls, dass die Informationsweitergabe bzgl. verschiedener Themen als Herausforderung gesehen wird.

2016 identifizierte das Parliamentary and Health Service Ombudsman (PSHO) vier ausschlaggebende Probleme bei der Entlassung aus dem Krankenhaus:

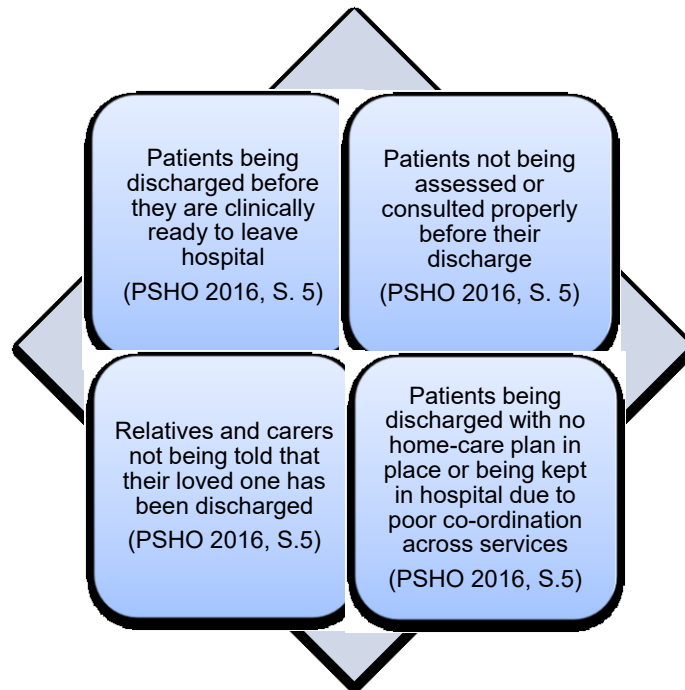


Abbildung 2: Probleme bei der Krankenhausentlassung laut PSHO, eigene Darstellung nach PSHO 2016 S.5

Aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen, der Ergebnisse der Literaturrecherche, der Veränderung der Krankenhauspraxis und der Wichtigkeit der Informationsweitergabe für die weitere Genesung von PatientInnen entstand die Idee, die Erfahrungen der Betroffenen direkt zu erforschen.

Ausgangssituation

Den Grundstein der folgenden Untersuchung bildete eine schriftliche Befragung von stationären PatientInnen der Univ.-Klinik für Neurologie und der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie des LKH-Univ. Klinikums Graz im Jahr 2015. Bei der stationären PatientInnenbefragung 2015 wurden folgende Punkte bezüglich der Entlassung aus dem Spital von den PatientInnen oder deren Angehörige als „kritisch“ interpretiert:

- *Unzureichende Information, wer die weitere Betreuung nach der Entlassung übernimmt*
- *Besprechung der weiteren und notwendigen Kontrolluntersuchungen*
- *Selbstbeobachtung von Symptomen zu Hause*
- *Information über Verhalten nach der Entlassung*

- *Besprechen der poststationären Medikation*
- *Information über die Rehabilitation (KAGES 2015)*

Diese Punkte stellen besonders wichtige Themen bei einer Entlassung von PatientInnen dar, weswegen es essentiell ist, diese genauer zu untersuchen.

Aufgrund von aktuellen epidemiologischen und demografischen Veränderungen, welche eine besondere Herausforderung an das Gesundheitswesen stellen, ist es notwendig, dass Betroffene bestmöglich in Bezug auf die eigenen Erkrankungen informiert werden und dadurch „gesundheitskompetent“ entlassen werden (Pelikan & Dietscher 2014).

Basierend auf den Ergebnissen der PatientInnenbefragung entstand die Idee zum Projekt „GO SAFE“ - *Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen*“. Diese Masterarbeit ist eine der 3 grundlegenden Ist-Erhebungen im Zuge des Gesamtprojektes.

Praxiseinschau

Um einen besseren Einblick in die Praxis zu erhalten, erhielten meine Mitstudentin Daniela Schröttner und ich im Februar 2017 die Möglichkeit, jeweils zwei Tage in den beiden Pilotkliniken (Univ.-Klinik für Neurologie und der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie) eine Praxiseinschau zu nehmen. Während dieser Zeit hatten wir die Möglichkeit, mit pflegerischem und medizinischem Personal zu sprechen und so bereits wichtige Themen und Schwerpunkte für die zukünftige Arbeit zu erfahren. Außerdem konnten wir so die gängige Praxis der Entlassungsplanung und Durchführung hautnah miterleben.

Während dieser Zeit erhielten wir außerdem die Möglichkeit, mit anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise einer klinischen Psychologin oder einer Logopädin, zu sprechen und so die wichtigsten Schritte und Abläufe bei der Entlassungsplanung kennenzulernen.

Zielsetzung

Mittels dieser Masterthesis sollten die von PatientInnen oder deren Angehörige als „kritisch“ eingestuft Punkte genauer erforscht werden, um somit die Basis für weitere Untersuchungen und Projekte zu liefern. Diese Arbeit beschreibt die Ist-Situation des Entlassungsprozesses aus Sicht von Betroffenen, wie auch die Erfahrungen der PatientInnen und Angehörigen und welche Themen als verbesserungswürdig und wichtig empfunden werden.

Forschungsfragen

Die festgelegten Forschungsfragen dieser Arbeit lauteten:

Welche Erfahrungen haben PatientInnen und Angehörige während ihres Krankenhausaufenthalts und vor allem bei der Entlassung gemacht?

Welche Informationen haben PatientInnen erhalten und würden sie zusätzlich benötigen?

„GO SAFE“ Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen.

Das Projekt „GO SAFE“ möchte ein ganzheitliches Bild, mithilfe aller Beteiligten, beim Entlassungsprozess aus dem Krankenhaus und der nachfolgenden Betreuung, liefern. Um dies zu erreichen, werden drei Haupterhebungen 1), 2) und 3) mit qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen durchgeführt.

Im Zuge dieser Arbeit wurde das Thema 1) gewählt. Zur Befragung wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden für Fokusgruppen, verwendet. Neben den qualitativen Gesprächen wurden mittels eines kurzen Fragebogens, basierend auf der PatientInnenbefragung 2015, quantitative Aspekte sowie soziodemografische Daten erhoben.

Nach den durchgeführten Ist-Erhebungen wird, basierend auf diesen Ergebnissen, ein Kriterienkatalog für schriftliche PatientInneninformation erstellt.

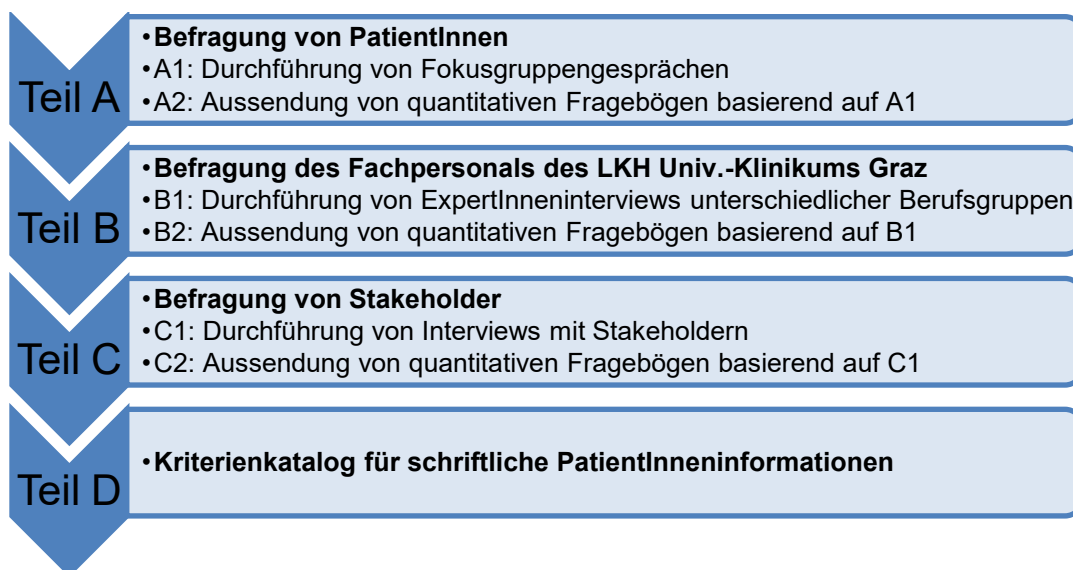


Abbildung 3: Bestandteile des Projekts „GO SAFE“, eigene Darstellung

Material und Methoden

Die Vorarbeit zu dieser Arbeit begann bereits im Februar 2017, wo eine intensive Literaturrecherche in Bibliotheken der Medizinischen Universität Graz und der Karl Franzens Universität Graz durchgeführt wurde. Zusätzlich wurden relevanten Datenbanken wie PubMed, Uptodate, CINAHL, CHOCHRANE und Google Scholar durchsucht.

Den Grundstein dieser Arbeit bildete ein semi-strukturierter Interviewleitfaden (siehe Anhang 4), welcher auf Basis der Ergebnisse der stationären PatientInnenbefragung 2015 sowie der Literaturrecherche erstellt wurde. Außerdem wurden verschiedene Themen, welche sich während der Praxiseinschau im Februar 2017 als besonders wichtig herausstellten, miteinbezogen.

Für die Analyse des erhobenen Materials und somit der Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Technik der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ von Phillip Mayring verwendet. Das folgende Kapitel soll einen Überblick über die verwendete Methode, die Datensammlung und die Datenanalyse geben.

Fokusgruppen

Die Befragung von Fokusgruppen ist eine weit verbreitete Methode der Datenerhebung in verschiedensten Forschungsgebieten (Steward et al. 2007 zit In: Manske 2012). Eine Gruppe von Personen, welche ein spezielles Merkmal verbindet, diskutiert semi-strukturiert und zielgerichtet unter der Leitung eines/einer ModeratorIn zu einem vorgegebenen Thema (Krueger & Casey 2015). Die Literatur gibt, abhängig von der Frage und der Zielgruppe, unterschiedliche Empfehlungen, bezüglich Dauer (zwischen ein und drei Stunden), Zusammensetzung (zwischen vier und zwölf Personen) oder Art der Moderation (mehr oder weniger direktiv, mehr oder weniger strukturiert) (Tausch & Menold, 2015).

Semi-strukturiert bedeutet bei dieser Forschungsart, dass die Diskussion durch den/die ModeratorIn anhand eines vorher erstellten Leitfragenkataloges geführt wird.

Der/die ModeratorIn stellt der Gruppe spezifische Fragen, die besonders offen formuliert sind, also keine Ja-Nein-Antworten zulassen, und regt so die Teilnehmer zur Kommunikation an. Dabei soll die Gruppe ermuntert werden, sich gegenseitig Fragen zu stellen und ihre Erfahrungen untereinander auszutauschen (Krueger & Casey 2000).

Die Moderation sollte zurückhaltend, neutral und dennoch zielgeleitet stattfinden. Außerdem ist es besonders wichtig, dass auf eine patientInnengerechte Sprache geachtet wird. ForscherInnen sollten im Vorfeld nicht zu viele konkrete Fragen formulieren, sondern sich eher Diskussionsthemen überlegen und offen sein für in der Diskussion neu entstehende Themen, denn bei der Herangehensweise wird es niemals möglich sein, im Vorhinein alle Inhalte der PatientInnen vorzudenken (Stewart, Shamdasani & Rook 2007, Zit In: Tausch & Mengold 2015).

Der Unterschied zu Einzelinterviews besteht in der Breite der Transparenz, in der Gedanken, Erlebnisse, Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Orientierung der Gruppe dargestellt werden, und infolgedessen soll die Forschungsfrage und der Untersuchungsgegenstand besser verstanden werden (IQTIG 2017). Ein weiterer Vorteil ist, dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig dazu animieren können, offen über unangenehme oder Tabu-Themen zu sprechen, die diese in einem Einzelinterview nicht von sich aus angesprochen hätten (Kitzinger zit in: Manske 2012). Ein möglicher Nachteil dieser Methode ist jedoch, dass zurückhaltende TeilnehmerInnen ihre Meinung nicht bzw. nur eingeschränkt äußern, und so deren Sichtweisen nicht erfasst werden können (Kitzinger 1994; Kidd und Parshall 2000; Owen 2001 zit In: Manske 2012).

Bei der Auswahl der Stichprobe sollten ForscherInnen bedenken, dass PatientInnen entweder zeitlich oder körperlich stark belastet sind. Auf diese Faktoren sollte bei der Auswahl des Termins und des Ortes Rücksicht genommen werden (Tausch & Menold 2015). Bei krankheitsbezogenen Themen empfiehlt es sich, laut Côté-Arsenault & Morrison-Beedy 2005, eine eher homogene Gruppe zusammenzustellen. Die TeilnehmerInnen sollten sich dabei wohl und unbefangen fühlen, um möglichst offen reden zu können. Aus diesem Grund wird von Praxis- oder Behandlungsräumen abgeraten, denn durch die räumliche Nähe zum hierarchisch höher gestellten

medizinischen Personal könnte die Bereitschaft zu Offenheit eingeschränkt werden (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy 2005 zit In: Tausch & Menold 2015).

Mit Hilfe dieser Methode steht vor allem die Rekonstruktionsmöglichkeit der PatientInnensicht im Mittelpunkt. Die Gruppe von Gleichgesinnten regt zur Offenheit an, es werden authentische Äußerungen hervorgerufen durch die natürliche Art der Kommunikation. Die GruppenteilnehmerInnen fühlen sich weniger als beobachtete Objekte einer Untersuchung, sondern mehr als handelnde Subjekte, welche über Motive und Beweggründe in der Gruppe nachdenken können (Tausch & Menold 2015).

Qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring

Der Begründer der qualitativen Inhaltsanalyse ist Phillip Mayring, welcher dieses Verfahren in den 1980ern entwickelte. Grundstein dieses Verfahrens war eine große Interviewstudie, welche die psychosozialen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit untersuchte (Ulich et al. 1985 zit In: Mayring 2000). In dieser Untersuchung wurden mit Hilfe von leitfadenbasierten Interviews ca. 600 Befragungen durchgeführt, welche qualitativ ausgewertet werden sollten (Mayring 2000).

Die qualitative Inhaltsanalyse beschäftigt sich sowohl mit dem Inhalt von Kommunikation als auch mit formalen Aspekten derer (Mayring 2016). Ihr zentrales Merkmal ist laut Larcher 2010 *„die systematische, von expliziten Regeln geleitete und den Inhalt konservierende Zusammenfassung des Analysematerials, mit dem Ziel, dieses auf einen überschaubaren Textkorpus zu reduzieren.“* (Larcher 2010, S. 1). Diese Analysemethode eignet sich laut Mayring 2016 *„für systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial“* (Mayring 2016, S. 121). Mithilfe dieses Ansatzes sollen also auf Basis des erhobenen Materials Rückschlüsse auf die Forschungsfrage möglich sein und die Komplexität dieses Materials soll reduziert werden (Meier 2014).

Die Befragungsmethode setzt sich aus drei verschiedenen Fragetechniken zusammen:

- Die Befragung besteht aus *Sondierungsfragen*. Sie bilden allgemeine Einstiegsfragen in eine Thematik. Dabei soll festgestellt werden, ob das Thema für den Interviewten oder die Interviewte wichtig ist (Mayring 2016).
- Weiteres enthält der Interviewleitfaden *Leitfragen*, die als wesentlichste Fragestellung beschrieben werden und einen genaueren Einblick in Themenbereiche geben sollen (Mayring 2016).
- Im Gespräch wird man immer wieder auf Aspekte stoßen, die im Interviewleitfaden nicht berücksichtigt wurden. Wenn diese Aspekte für die Themenstellung bedeutsam sind, soll der Interviewer oder die Interviewerin spontan *Ad-hoc-Fragen* formulieren (Mayring 2016).

Drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse

1. Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Dadurch dass jedoch die Gruppendynamik und somit der Verlaufs des Gesprächs schwer im Vorhinein bestimmt werden kann, ist es möglich, dass Themen aufkommen, die im Vorhinein nicht im Leitfaden enthalten waren. Es besteht die Möglichkeit, analyserelevante Kategorien im Nachhinein aus dem gewonnen Interviewmaterial zu bilden, diese nennt man die induktiven Kategorien (Vogt & Werner 2014). Bei der induktiven Kategorienbildung entstehen die Kategorien nicht auf theoretischen Vorannahmen, sondern direkt aus dem Material heraus (Meier 2014).

Ziel dieser Grundform ist es, durch eine Reduktion des Textmaterials, welche die relevanten inhaltlichen Aspekte nicht verfälscht, einen überschaubaren Textkorpus zu schaffen (Mayring 2016). Die grundlegende Idee hierbei ist es, basierend auf einer im Vorhinein definierten und theoretisch begründeten Forschungsfrage, Definitionskriterien zu bestimmen, die festlegen, welche Teile des Materials berücksichtigt werden sollen. Anschließend werden die gebildeten Kategorien erneut

überarbeitet und einer Reliabilitätsprüfung durch die Überprüfung eines anderen Forschers unterzogen (Mayring 2000).

Die Bezeichnung der jeweiligen Kategorie stammt hierbei direkt aus dem Textmaterial und besteht aus Begriffen oder Sätzen aus dem Material. Alle Textstellen, die ähnliche Inhalte aufweisen, werden dann im Anschluss dieser Kategorie zugeordnet (Subsumtion). Bei unpassenden Textstellen werden neue Kategorien hinzugefügt (Kohlbacher 2006 zit. In: Ramsenthaler 2013). Nach circa 10 bis 50 % ist eine Datensättigung erreicht und es können keine neuen Kategorien hinzugefügt werden (Mayring 2016).

Bei einer Veränderung des Kategorisierungssystems müssen bisher kategorisierte Passagen noch einmal überarbeitet werden. Die anschließende Interpretation erfolgt mithilfe einer Interpretation dieses Systems, in dem die Kategorien mithilfe der zugrunde liegenden Literatur die Antworten auf die Forschungsfragen geben sollen (Kohlbacher 2006 zit. In: Ramsenthaler 2013).

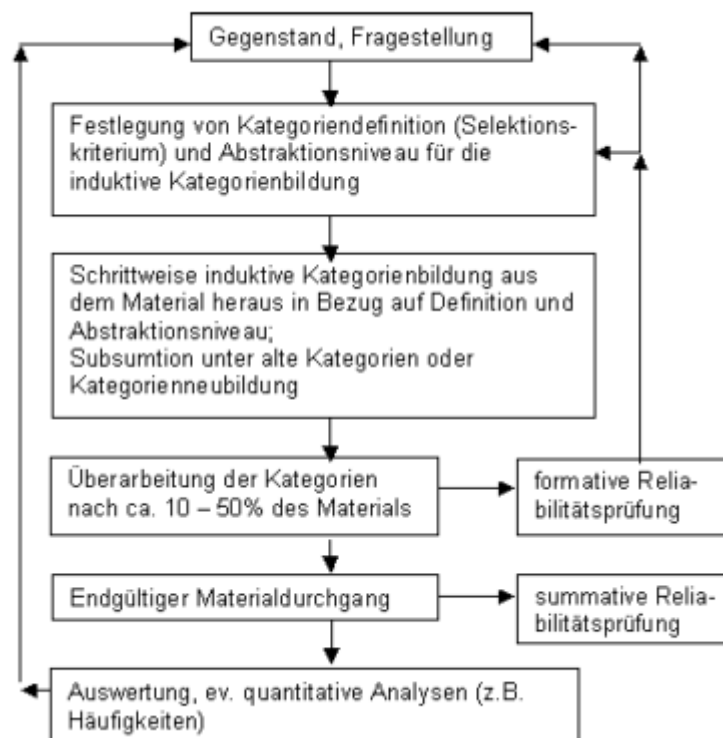


Abbildung 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2000 S. 4)

2. Strukturierende Inhaltsanalyse

Laut Mayring 2000 geht es bei der deduktiven Kategorienbildung darum, „*schon vorher festgelegte, theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Material heranzutragen*“ (Mayring 2000 S.4).

Dieser Ansatz möchte die Struktur des Ausgangsmaterials herausfiltern, um diese anschließend in ein systematisches Kategoriensystem einzuordnen. Strukturelemente können inhaltliche, formale Aspekte oder bestimmte Typen sein, außerdem ist es möglich, eine Einschätzung bestimmter Dimensionen des Materials durchzuführen (Mayring 2014,2015 zit In: Mayring 2016). Diese inhaltsanalytische Methode besteht aus drei zentralen Elementen, welche in einem Kodierleitfaden zusammengefasst werden.

1. *Definition*: Genaue Beschreibung der Kategorie sowie Festlegung der Textstellen, die in eine Kategorie fallen sollen (Mayring 2016).
2. *Ankerbeispiele*: beispielhafte Textpassagen, welche prototypisch die entsprechende Kategorie beschreiben (Ramsenthaler 2013; Eckes & Six 1983 zit In: Mayring 2016).
3. *Kodierungsregeln*: Bei Abgrenzungsproblemen werden Regeln formuliert, um eine klare Zuordnung sicherzustellen (Mayring 2016).

Gleich wie bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse erfolgt die Interpretation mithilfe des Kategoriensystems, der zentralen Fragestellung und der zugrunde liegenden Theorie. Die Strukturierung entspricht einer deduktive Kategorisierung (Kohlbacher 2006 zit In: Ramsenthaler 2013).

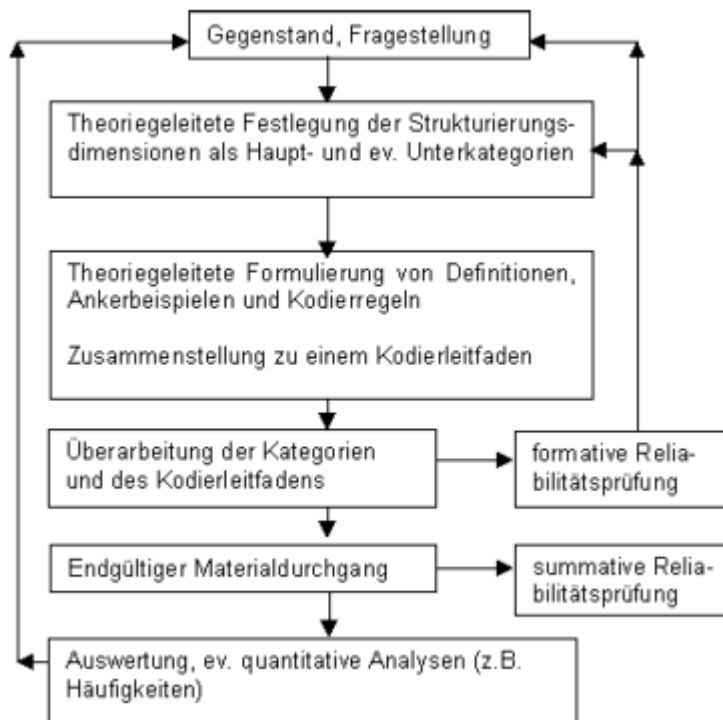


Abbildung 5: Ablaufmodell deduktiver Kategorienbildung (Mayring 2000 S. 5)

3. Explizierende Inhaltsanalyse

Diese Methode arbeitet mit dem gegensätzlichen Ansatz. Hier soll an vorhandene Textstellen zusätzliches Material angefügt werden, um diese Textstellen verständlicher darzustellen (Mayring 1991). Der Grundgedanke hierbei ist, dass bereits im Vorhinein nach zusätzlichem Material gesucht wird, um anschließend entsprechende Materialstellen zu erklären. Laut Mayring 2016 ist diese „inhaltsanalytische Technik im eigentlichen Sinn eine Kontextanalyse“ (Mayring 2016, S. 118).

Datensammlung

Auswahl der StudienteilnehmerInnen

Vor Beginn der Stichprobenauswahl wurden, in Absprache mit den teilnehmenden Pilotkliniken (Univ.-Klinik für Neurologie und Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie), relevante Erkrankungen für die Auswahl der TeilnehmerInnen definiert. Von der Univ.-Klinik für Neurologie wurden PatientInnen mit Demenz oder Schlaganfall-Erkrankungen als Haupt - oder Nebendiagnose kontaktiert und von der

Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie PatientInnen mit Ulci; sowie operative PatientInnen. Es wurden bereits entlassende PatientInnen auf dem Postweg angeschrieben und diese erhielten eine Einladung zur Studie bzw. zur Teilnahme an einer Fokusgruppe (siehe Anhang 2).

Insgesamt wurden 3 Aussendungen in einem Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt, bei denen insgesamt 428 PatientInnen kontaktiert wurden. Insgesamt meldeten sich daraufhin 21 Personen der beiden Pilotkliniken, welche anschließend befragt wurden. Die Rücklaufquote betrug somit 4,9 %.

Einschluss und Ausschlusskriterien

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die PatientInnenbefragung, eigene Darstellung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Gute Deutschkenntnisse	Stark eingeschränkte Mobilität
Stationärer Aufenthalt von mindestens zwei Tagen auf einer der beiden Pilotkliniken	Keine Angehörige von Verstorbenen PatientInnen
Eine der definierten Erkrankungen als Haupt- oder Nebendiagnose	

Die StudienteilnehmerInnen waren zwischen 45 und 91 Jahren alt. Von den 21 befragten Personen waren 17 PatientInnen und 4 begleitende Angehörige.

Die Gespräche fanden im Zeitraum von 10. Mai bis 21. Juni 2017 statt. 8 von 9 Interviews wurden wie geplant im Café Schanzl durchgeführt. Ein ungeplantes bzw. unangemeldetes Einzelinterview wurde im Besprechungsraum des Direktionsgebäudes des LKH-Univ. Klinikum Graz durchgeführt.

Bei allen Gesprächen war zusätzlich Mag. Magdalena Hoffmann MBA, MSc. anwesend, die sich als Projektleiterin des Projektes „GO SAFE“ vorstellte und meine Aufgabe darin erklärte.

Bei allen Interviews wurden zu Beginn soziodemografische Daten erhoben und Fragen aus der stationären PatientInnenbefragung von 2015 schriftlich abgefragt (quantitativer Ergebnisteil).

Danach erfolgten die Gespräche anhand des im Vorhinein erstellten Leitfadens, welche mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wurden. Die größte Fokusgruppe bestand aus 5 Personen. Das kürzeste Gespräch dauerte 13 Minuten und das längste 1 Stunde und 26 Minuten.

Datenauswertung

Der erste Schritt der Analyse des Materials bestand in der Transkription des aufgezeichneten Audiomaterials. Insgesamt wurde fast 7 Stunden Audiomaterial erfasst, welches auf 182 Seiten transkribiert wurde.

Ein Interviewteilnehmer wurde nachträglich vor der Analyse ausgeschlossen, da sich herausstellte, dass seine Deutschkenntnisse für fundierte Aussagen nicht reichten. Der Teilnehmer erschien unangemeldet zu einem Gesprächstermin. Somit wurden von 21 befragten Personen 20 in die Analyse miteingeschlossen.

Das Transkriptionssystem

Bei der Transkription wurden Dialekte, aufgrund der besseren Verständlichkeit, in geglätteter Form niedergeschrieben. Jedoch wurde der Dialekt, wenn möglich, beibehalten, um Aussagen, die für Ankerbeispiele dienten, so authentisch wie möglich darzustellen. Für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) ist eine Transkription, in der Pausen, nonverbale Elemente und langgezogene Wörter mit dokumentiert werden müssen, nicht relevant, da diese Analysemethode sich eher auf den Inhalt und nicht die Art der Kommunikation fokussiert (Mayring 2002 zit In: Vogt & Werner, 2014).

Das verwendete Transkriptionssystem orientierte sich an Kuckartz et al. 2008. So wurden beispielsweise zustimmende Laute wie „Mhm“ oder „Aha“ der Moderatorinnen nicht mittranskribiert. Zwischenmeldungen von anderen GesprächsteilnehmerInnen werden mittels Klammern gekennzeichnet. Alle Äußerungen, die einen Rückschluss auf teilnehmende Personen oder Angestellte des LKH-Univ. Klinikum Graz ermöglichen, wurden anonymisiert dargestellt,

beispielsweise „Herr Doktor XY“ oder „Frau XY“ (Kuckartz et al. 2008 zit In: Vogt & Werner 2014).

Wurden Themen angesprochen, welche nichts mit dieser Arbeit oder dem Projekt „GO SAFE“ zu tun hatten, wurden diese zusammengefasst beschrieben und an der entsprechenden Gesprächsstelle eingefügt, beispielsweise „P erzählt von einer kürzlich durchlebten Reise“.

Anschließend wurde das vorhandene Material mittels der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring bearbeitet. Hierzu wurde das Computerprogramm MAXQDA© 12 verwendet, welches eines der verbreitetsten Programme ist, um qualitative Datenanalysen mithilfe des Computers durchzuführen (MAXQDA 2017). Dieses Programm erleichtert ForscherInnen den Auswertungsprozess von Datenmaterial, indem eine übersichtliche Handhabung und Kategorisierung von größeren Datenmengen möglich ist (Kuckartz et al. 2008).

Bildung des Kategoriensystems

Für diese Arbeit wurde zur Datenanalyse eine Form der induktiven Kategorienbildung angewandt. Der wesentliche Unterschied zum ebenfalls mittels induktiven Ansatzes gebildeten Kategoriensystems der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist hier, dass nicht das ganze Textmaterial paraphrasiert wird, sondern nur bestimmte Teile, welche sich auf das wesentliche Thema beziehen (Kuckartz 2016).

Das Material wird hierbei Zeile für Zeile durchgearbeitet und passende Textpassagen werden als Codiereinheit paraphrasiert. Textpassagen, welche von derselben Person stammten und mehrmals vorkamen, jedoch den gleichen Inhalt thematisierten wurden nur einmal codiert. Im weiteren Verlauf wurden passende Codierungen zu Kategorien zusammengefügt (Kuckartz 2016).

Mayring verdeutlicht dies in der 12. Auflage seines Buches zur qualitativen Inhaltsanalyse mit folgendem Beispiel: Die anhand der Theorie gebildeten

Forschungsfrage lautet: „Welche Belastungsfaktoren durch das Referendariat benennen die Interviewten?“ Es entstehen 12 Kategorien, wie beispielsweise B1 „Enttäuschung über SchülerInnen“ oder B2 „Wenig Zeit für Erziehung“ (Mayring 2015). Diese Methode ist laut Mayring eine spezielle Form der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche jedoch sofort auf einer mittleren Abstraktionsebene arbeitet (Mayring 2015 zit In: Kuckartz 2016).

Tabelle 3: Schritte der Kategorienbildung, eigene Darstellung nach Kuckartz 2016 S. 77

1. Theoriegeleitete Bestimmung des Themas der Kategorienbildung
2. Bestimmung des Selektionskriteriums für die Auswahl des Materials und des Abstraktionsniveaus der zu bildenden Kategorien
3. Erster Materialdurchlauf, Kategorienformulierung, Subsumtion bzw. neue Kategorienbildung
4. Revision der Kategorien nach etwa 10 bis 50% des Materials
5. Endgültiger Materialdurchgang
6. Interpretation, Analyse

Laut Literatur erfolgt eine Datensättigung bei der Kategorienbildung nach 10% bis 50% (Kohlbacher 2006 zit In: Vogt & Werner 2014), welches sich während der Kategorisierung bestätigte, da nach ca. 30% der Interviews keine neuen Kategorien mehr gebildet wurden. Bei Änderungen der bisherigen Codes wurden die gesamten Texte erneut überarbeitet und Passagen wurden gegebenenfalls neu zugewiesen. Nach Erstellung dieses Codierungsrahmens wurden alle Transkripte systematisch durchgearbeitet und die entsprechenden Teile den verschiedenen Kategorien hinzugefügt.

Der quantitativ erhobene Fragebogenteil wurde mit Hilfe der Evaluations- und Umfragesoftware EvaSys ® Version 6.0 ausgewertet.

Ergebnisse

Der folgende Ergebnisteil soll einen zusammenfassenden und detaillierteren Überblick über das Kategoriensystem und die Ergebnisse des quantitativen Fragebogenteils liefern. Die Ergebnisse werden mithilfe von angeführten Ankerbeispielen untermauert, welche die Kategorie beispielhaft repräsentieren sollen. Abbildung 7 gibt zusätzlich einen Überblick über die prozentuelle Verteilung der enthaltenen Codes pro Kategorie.

Nach Bearbeitung des vorhandenen Textmaterials entstand ein hierarchisches Kategoriensystem, welches aus verschiedenen Haupt- und Subkategorien besteht (Kuckartz 2016). Das Codesystem beinhaltet 10 Hauptkategorien und 8 Subkategorien. Tabelle 3 zeigt diese Kategorien mit den dazugehörigen Subkategorien und einer kurzen Beschreibung der jeweiligen Kategorie.

Insgesamt wurden 251 Textstellen codiert. Laut Kuckartz 2016 ist eine Beschreibung bzw. Definition der gebildeten Kategorien (siehe Tab. 3), egal ob diese deduktiv oder induktiv gebildet wurden, essenziell (Kuckartz 2016).

Vorstellung des Kategoriensystems

Codesystem	251
Entlassungsvorbereitung & Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts	14
▼ mündliche Informationen (Aufklärung) & Kommunikation	21
Entlassungsgespräch	12
Aufklärung bei Medikamenten	13
▼ schriftliche Informationen	13
Elektronische Gesundheitsakte	24
Verständnis von schriftlichen Informationen	16
Fehlende schriftliche oder mündliche Informationen	16
▼ Besorgung der Medikamente & deren Einnahme	14
Eigenverantwortung & Verunsicherung bei Medikamenten	11
Selbstständige Ablehnung der verordneten Medikamente	4
Einbezug & Rolle von Angehörigen	16
positive Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung	22
negative Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung	14
▼ Organisation der Nachsorge und weiteren Betreuung	9
Wartezeit auf Informationen/nachfolgenden Therapien/Versorgung	7
▼ Anregungen/Wünsche von PatientInnen	14
Wunsch nach "PatientInnenfreundlicher Information"	11

Abbildung 6: Kategoriensystem (Auszug aus MAXQDA © 12)

Tabelle 4: Beschreibung der Kategorien, eigene Darstellung

K1 Entlassungsvorbereitung & Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts	P. schildern, wann sie vom Entlassungszeitpunkt erfahren haben und inwieweit sie auf ihre Entlassung vorbereitet wurden.
K2 mündliche Information (Aufklärung) & Kommunikation	Aussagen bezüglich der erhaltenen Aufklärung bzw. wo P. noch Herausforderungen bei der mündlichen Informationsweitergabe sehen.
K2.1 Entlassungsgespräch	Wurde ein Entlassungsgespräch durchgeführt?
K2.2 Aufklärung bei Medikamenten	In welcher Form fand die Aufklärung über Medikamente statt (im Krankenhaus? Bei Hausarzt/Hausärztin?).
K3 Schriftliche Informationen	Welche schriftlichen Informationen haben P. erhalten? P. berichten über Unstimmigkeiten in den erhaltenen schriftlichen Informationen.
K3.1 Elektronische Gesundheitsakte	Aussagen zur Kenntnis der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und ob dieses Thema während des Klinikaufenthalts war. P. berichten ebenfalls von Bedenken zu ELGA.
K3.2 Verständnis von schriftlichen Informationen	Inwieweit wurden die erhaltenen schriftlichen Informationen von P. verstanden.
K4 Fehlende schriftliche oder mündliche Informationen	Welche schriftlichen oder mündlichen Informationen haben P. gefehlt?
K5 Besorgung der Medikamente und deren Einnahme	P. erzählen wie sie zu den verschriebenen Medikamenten gekommen sind. Außerdem geben sie an, falls nötig, welche Medikamente sie zum Befragungszeitpunkt einnehmen.
K5.1 Eigenverantwortung & Verunsicherung bei Medikamenten	Aussagen zu Verunsicherung bei Medikamenten aufgrund eigener Recherche bzw. durch Beipackzettel. P. betonen die notwendige Eigenverantwortung, wenn man Medikamente einnimmt.
K5.2 Selbstständige Absetzung der verordneten Medikamente	P. berichten, dass sie verordnete Medikamente selbstständig absetzen.
K6 Einbezug & Rolle von Angehörigen	Inwieweit wurden Angehörige bei der Entlassung miteinbezogen bzw. was denken P. allgemein über den Einbezug von Angehörigen.
K7 Positive Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung	P. erzählen von besonders positiven Erfahrungen während ihres Aufenthalts und bei der Entlassung in Bezug auf Betreuung und Kommunikation, wie beispielsweise Lob über das

	Personal.
K8 Negative Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung	P. schildern negative Erfahrungen während des Aufenthalts und bei der Entlassung in Bezug auf Betreuung und Kommunikation.
K9 Organisation der Nachsorge und der weiteren Betreuung	Wie erfolgte die Organisation der weiteren Nachsorge und Betreuung (von der Klinik organisiert, vom niedergelassenen Arzt/ der Ärztin?)?
K9.1 Wartezeit auf Informationen/nachfolgende Therapien	P. schildern Bedenken zu der oftmals langen Wartezeit auf weitere Untersuchungstermine (z.B. Facharzt/Fachärztin) oder auf weitere Betreuung (z.B. Rehabilitation).
K10 Anregungen und Wünsche von PatientInnen	Verschiedene Anregungen/Wünsche von P. bzgl. Aufklärung, Betreuung und Kommunikation.
K10.1 Wunsch nach „patientInnenfreundlicher Information“	P. äußern den Wunsch nach „einfachen“ und „leicht verständlichen“ schriftlichen Informationen oder Aufklärung. Außerdem fordern P. auch eine Benachrichtigung falls Untersuchungsergebnisse negativ ausfallen.

K1:Entlassungsvorbereitung & Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts

In dieser Kategorie wurden 14 Aussagen codiert. Die befragten PatientInnen erläuterten, wann sie vom Entlassungszeitpunkt erfahren haben, wie die Vorbereitung auf die Entlassung stattfand und ob dieses Prozedere für sie passend oder unpassend war.

Beispielsweise erläutert ein/e PatientIn:

„Bei da Entlassung hat es dann nicht so hingehaut. Ich wusste nicht, dass ich an dem Tag entlassen werde oder werden sollte. Ich war bei der Physiotherapeutin und sie hat gsagt:„Ja bei da Visite is ma vorkommen da hams den Namen XY erwähnt und es könnt sein dass Sie heut entlassen werden“ . Aha i weiß von nix, macht nix. Physiotherapie war fertig und i geh so am Gang entlang mitn Wagerl so mit diesem. Wie heißt des schnell? (M2: „Rollator“) Rollator ja richtig und da kommt ma da Arzt entgegen spricht er mich an „Sind Sie da Herr XY“ sag i ja „Sie gehen heute nach Hause“, hab i gsagt „Aso? I was aber nix davon noch“ (17 Z. 29-36)

Rund die Hälfte der Aussagen (6 von 14), die sich auf den Entlassungszeitpunkt beziehen, erläutern hieraufhin, erst kurzfristig (einen Tag davor bzw. am selben Tag) von der bevorstehenden Entlassung erfahren zu haben.

„Na es war offen.. des is mir nicht gesagt worden. I war fast überrascht, wies geheißen hat „Sie können morgen nach Haus gehen“ (I2 Z. 287-288)

„Also meine Entlassung war eine rasche.. der Dr. XY ist gekommen und hat gesagt „und um 10 gehns heim“ (I5 Z. 3-5)

Interessant ist hierbei auch die Kommunikation bzw. Planung mit Angehörigen falls diese PatientInnen nach der Entlassung zu Hause versorgen oder unterstützen. Die Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts sollte also auch an diese Angehörigen übertragen werden. Ein/e Angehörige/r gibt hierbei beispielsweise an:

„Des war ja sowieso a Klu. Wie mas Bett angemeldet haben, dass er Sonntag um 1 rein muss, sagt sie zu mir „Ja des dauert 10 bis 14 Tage“ sagt sie, muss er bleiben, weil es kann sein, dass no nachoperiert muss werden. I führ ihn am Sonntag rein, um 1 warma da, so hab ichn abgeben und i bin dann heim gefahren. Am Montag um viertel 9 ruft er mich an „I bin scho operiert, bin scho fertig. I kann vielleicht scho morgen ham gehen“ des gute Glück is, dass ich nichts gebucht hab, i wollt ja nach Hamburg fliegen. Hab i gedacht, na an Tag wartest no ab, des war mei innerliche Stimme, jetz wär i in Hamburg gwesen und er wär entlassen worden.“ (I7 Z. 3-10)

Wie diese Planung in der Praxis stattfindet, zeigt diese Aussage des/der dazugehörigen Partners/In:

„[..]sie haben mich gefragt wann, dann hab ich gsagt, also nach viertel 10 hats kann Wert, hab ich gsagt, mei Frau muss fahren eineinhalb Stunden, wenn sie Pech hat, is ja wurscht, jetz des geht net, hab ich gsagt. Dann hat er gsagt „Dann bleiben Sie bis zum Mittagessen“, dann hab ich gsagt „Ja is ma recht“, dann hab ich sie noch einmal angerufen und hab gesagt „Nach dem Essen kannst mich holen“ (I7 Z. 13-17)

K2 Mündliche Information (Aufklärung) & Kommunikation

Diese Kategorie setzt sich aus Aussagen der Befragten zusammen, die sich mit den erhaltenen mündlichen Informationen befassen und beinhaltet gesamt 21 Codiereinheiten. Diese Kategorie beinhaltet sehr unterschiedliche Aussagen rund um das Thema Information, Aufklärung und Kommunikation. Für gewisse Befragte war

die mündliche Informationsweitergabe vollkommen ausreichend, bis hin zu manchen TeilnehmerInnen, welche die mündliche Aufklärung unzureichend erlebt haben.

„[...] wie ich sagte, für mich waren alle Informationen da, ich wusste, was los is.. war bestens informiert.. und ahh.. perfekt“ (I1 Z.186-188)

„Naja... du wirst da hineingestellt und die wissen, was sie machen wollen ... aber den Patienten sagen sies net...“ (I2 Z. 50-52)

Während der Interviews zeigte sich, dass vor allem ältere PatientInnen Probleme haben, mündliche oder schriftliche Informationen zu verstehen. Als wichtiger Grund für entstandene Kommunikationsprobleme geben die Befragten immer wieder die verwendete Fachsprache an.

„[...]zum Beispiel der Arzt, der mich operiert hat, der Dr. XY hat a Stunde mit mir gesprochen und es is wenig hängen blieben... es war zu hochtragend für mein einfaches Hirn“ (I5 Z. 138-140)

Verständnisprobleme aufgrund der verwendeten Fachsprache zeigen sich ebenfalls deutlich bei den erhaltenen schriftlichen Informationen (siehe K7.3. Verständnis von schriftlichen Informationen).

„Ja intensiver.. Sie hat schon geredet... aber Sie wissen ja, da Laie tut sich da a bissl schwer... wenn er jetzt fünf sechs lateinische Worte noch überhaupt dabei hat und dann die ganzen Arztbriefe sind ja voll mit lateinischen Ausdrücken...das is dann halt so“ (I5 Z. 131-134)

Einige PatientInnen, die hier Verständnisprobleme hatten, äußerten beim Punkt „Anregungen/Wünsche“ des Interviewleitfadens den Wunsch nach „patientInnenfreundlicher Information“ (siehe K 9.1. Wunsch nach „patientInnenfreundlicher Information“).

„Ja das kann ich nicht verstehen. Und der Arzt hat auch nicht genug Zeit für mich, um es zu erklären. Viel Patienten...viel.. Es dauert nur zwei oder drei Minuten beim Arzt und er sagt einfach „Du hast“ oder „Du leidest unter so und du musst dieses Medikament nehmen. Und das war für mich nicht klar und nicht reichlich“ (I9 Z.46-49)

Ein weiteres Thema wurde von den Befragten in dieser Kategorie angesprochen, nämlich das „Sich-nicht-fragen-trauen“ der PatientInnen. Die hierarchische Beziehung zwischen medizinischen Personal und PatientInnen scheint also ein wichtiger Faktor bei der Informationsweitergabe zu sein.

„Ich hab zu meinem Mann gsagt, er soll fragen, hat er gsagt, bitte er traut sie net“ (I4 Z. 125)

„Ja aber da Patient traut sich ja garnix dagegen reden, weil die haben gedacht, da Arzt is da liebe Gott stimmt‘s?“ (I7 Z. 516-517)

Bei dieser Kategorie kristallisierten sich zwei weitere wichtige Themen heraus, welche als Subkategorien dargestellt werden: K2.1. Entlassungsgespräch und K2.2. Aufklärung bei Medikamenten.

K2.1. Entlassungsgespräch

Diese Kategorie beschäftigte sich mit der Frage, ob ein Entlassungsgespräch durchgeführt wurde oder nicht, bzw. ob dies von den PatientInnen als ein solches wahrgenommen wurde.

Die Kategorie enthält 12 Codiereinheiten, welche sich inhaltlich teilweise sehr unterschieden. Gewisse PatientInnen gaben an, ein ausführliches Entlassungsgespräch erhalten zu haben.

„Also ich... mir hat... die Ärztin hat sich da wirklich Zeit genommen, alles zu besprechen und alle Fragen zu beantworten und i hob dann des Gefühl gehabt... Jo i hob ... jetzt muas i gehen, weil sie hat das Gespräch nicht beendet: I hob dann müssen gehen, weil da san andere Leute draußen... also ich hab eigentlich von mir aus schon das Gefühl gehabt, jetzt is genug. Von sich aus hat sie das Gespräch nicht beendet und dann ... ah... sich bemüht auf alle Fragen einzugehen. Des war sehr ... ah... sehr gut sehr angenehm.“ (I1 Z. 106-112)

„Na i hob schon ein... also ein Arzt ist zu mir ins Zimmer gekommen... und hat diesen Zettel, den man halt mitkriegt, Kurzarztbrief... ah... mitgehabt und hat kurz gsagt... also dass ich nach Haus gehen kann und weiteres macht die niedergelassene Ärztin... aber er war nett... kann man gar nix sagen. War in Ordnung.“ (I1 Z. 135-138)

Mehr als die Hälfte der in dieser Kategorie enthaltenen Interviewpassagen sagen aus, kein Entlassungsgespräch erhalten zu haben (7/12) bzw. die letzten Gespräche nicht als solches wahrgenommen zu haben.

„Ich hab... oder wir ham KEINE Schlussbesprechung ghabt... in keiner Art.“ (16 Z. 49)

„Nein gar nix... hat ma niemand was gsagt.“ (12 Z. 81)

Wichtige abschließende Informationen werden häufig während der Visite mitgeteilt. Die Angaben der Befragten zeigen jedoch, dass diese Konversationen nicht als abschließendes Gespräch wahrgenommen werden und so häufig wichtige Informationen untergehen.

„Eigentlich net na... des war eigentlich in da Früh, bei der Visite hat er gsagt, wenn alles ok is, dann kann ich nach Hause gehen, also der Arzt, der die Visite glaub XY... is egal ah ja aber ... es fehlt halt dann Informationen a, wie ab wann kannst du wirklich mal dann Haare waschen oder was oder Wasser in Berührung und so weiter...“ (14 Z. 164-168)

K2.2. Aufklärung bei Medikamenten

Diese Kategorie beinhaltet 13 Aussagen darüber, wie die Befragten über verordnete Medikamente aufgeklärt wurden und ob dies im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich stattfand.

„[...] ich bin über Medikamente informiert worden.“ (11 Z. 49)

4 von 12 Aussagen stehen der Aufklärung bei Medikamenten kritisch gegenüber und gaben an, keine bzw. zu wenig Aufklärung erhalten zu haben.

„[...] i hab NICHT gewusst, welche Medikamente i hab nicht gewusst, welcher Sinn oder welcher Zweck des Medikament beinhaltet und verursacht, sondern i bin bestanden drauf, dass i nachher in die Akten einsehen kann. Und i muss aber drauf sagen und des bittschen.. i bin net viel schlauer worden draus.“ (16 Z. 41-45)

„Ja, wenn du fragst, kriegst a Antwort, aber du musst fragen... wofür? Und wozu? Und so weiter und so fort weil sonst.. friss oder stirb.“ (17 Z. 290-291)

Bei der Analyse der Kategorie fiel auf, dass gewisse PatientInnen mehr Vertrauen zum niedergelassenen Hausarzt/Hausärztin hatten und dort die verordneten Medikamente besprachen.

„Da frag ich lieber wieder den Hausarzt, weil der kennt mich lange genug und wir ham des a besprochen“
(I6 Z. 211-212)

„Ja da Hausarzt hat mi aufgeklärt, weil i nimm doch 8 Stück pro Tag und der hat mich aufgeklärt... ich hoffe gut...“ (I6 Z. 216-217)

K3 schriftliche Informationen

Diese Kategorie beinhaltet 13 Aussagen darüber, welche schriftlichen Informationen PatientInnen erhalten haben, wie beispielsweise den vorläufigen Kurzarztbrief und den endgültigen Arztbrief.

„Na i hab eigentlich mitkriegt, was was notwendig war.“ (I6 Z. Z.493)

„Es is ein Arztbrief mitgegangen... den ich dann auch bekommen hab... und wo die Medikamente aufgezeichnet warn...“ (I5 Z. 119-120)

Zudem berichteten zwei Personen von Unstimmigkeiten in der erhaltenen Entlassungsinformation (Arztbrief).

„I kann sagen und des... wir haben den Schlussbrief kriegt, heuer im März, wie mei Frau viereinhalb Wochen im Spital war und da is unter anderem drin gstanden „Keine Auffälligkeiten beim Gehen“. Und i muss aber sagen und des i muss mei Frau immer stützen, wenn wir unterwegs sind. Wenn ma über die Stiegen vom ersten Stock runter geht und des geh i vorn und mei Frau halt sie hinten an und und so geh ma über die Stiege runter und so weiter. Dann frag i ma, wos des hast und des „kane Auffälligkeiten“ zum Beispiel. Da sand andere Sachen a no drinnen, die a zu hinterfragen wären, also ganz so... i hab immer is Gefühl der Schlussbericht beinhaltet so manche a Reinwasch Sache von den behandelten Ärzten. Das es net ganz immer der Wahrheit entspricht. Da bin ich 99 Prozent überzeugt. Allein nur der der der des Gehen. Wennst mei Frau anschaut und des da sieht ma jederzeit, dass sie net normal geht, auf Deutsch gsagt. Aber drin steht „keine Auffälligkeiten.“
(I6 Z. 498-509)

Beim Thema „schriftliche Informationen“ entstanden zwei wichtige Subkategorien:

K3.1. Elektronische Gesundheitsakte

Im Interviewleitfaden wurde der Punkt „Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)“ bereits verankert. Die Befragten gaben an, ob sie diese kennen und äußerten vereinzelt ihre Meinung dazu. Diese Kategorie umfasst insgesamt 24 Codiereinheiten und stellt somit die größte Kategorie im Kategoriensystem dar, da mehrere Aspekte zu einem Thema zusammengefasst wurden.

Der Großteil der Befragten kannte ELGA, jedoch sagten sie aus, dass sie sich nicht weiter über ihre Rechte oder Möglichkeiten informiert haben und dass ELGA kein Thema während ihres stationären Aufenthalts war.

„I hab gelesen davon, aber i hab mi weiter net gekümmert drum.“ (I2 Z. 268)

„Gehört ja... ich wurde noch nicht gefragt oder irgendwas... ich bin dafür.“ (I1 Z. 370)

In zwei der Gesprächsterminen wurde ELGA eher als kritisch betrachtet. Eine Person gab beispielsweise an, sich abgemeldet zu haben.

„...ja und ich bin abgemeldet.“ (I1 Z. 371)

„Sag ma, die Idee is ja ganz nett, aber wenn ma weiß, was mit Daten alles betrieben werden kann, und wenn ma über Daten gscheit Bescheid weiß, dann kann man sich da nur abmelden.“ (I1 Z. 408-410)

„Ja, i bin gegen alles, wo man mir zu sehr hineinschaut in mein Innerstes... und die Angst hab ich davor...“
(I5 Z. 193-194)

K3.2. Verständnis von schriftlichen Informationen

Die Befragten gaben hierbei an, wie es ihnen beim Lesen der erhaltenen schriftlichen Informationen ergangen ist. Die Antworten darauf waren sehr unterschiedlich, einige Personen gaben keinerlei Verständnisprobleme an, wohingegen 7 von 16 TeilnehmerInnen angaben, große Schwierigkeiten beim Verstehen der erhaltenen schriftlichen Informationen gehabt zu haben.

„Ich hab kein Problem damit... überhaupt nicht... und außerdem kann i ja nachschlagen... wenn irgendwas mir unklar, is schlag i nach.“ (I1 Z. 360-361)

„Ja äh, ich habe vom Krankenhaus nur den Kurzbrief bekommen und das habe ich nicht verstanden, was das bedeutet.“ (I9 Z. 22-23)

Die genannten Hauptgründe für die angegebenen Verständnisprobleme waren hier die verwendeten Fachausdrücke.

„[...]aber mit einigen Dingen bin i bisher no net zu recht gekommen, also versteh i net... i versteh die Fachausdrücke nicht“ (I2 Z. 11-12)

K4 Fehlende schriftliche oder mündliche Informationen

Frage 3.2. des Interviewleitfadens thematisierte das „*Fehlen von Informationen*“. Die Befragten gaben an, welche Art von Informationen (schriftlich oder mündlich) bzw. welche Informationen ihnen zu speziellen Themen gefehlt haben bzw. welche sie sich noch gewünscht hätten.

Zwei PatientInnen gaben hieraufhin an, den endgültigen Arztbrief überhaupt nicht erhalten haben. In Interview 7 wurde der/die Befragte Anfang März 2017 entlassen und beim Interviewtermin am 29.05.2017 sagte er/sie aus, bis heute noch keinen endgültigen Arztbrief erhalten zu haben.

„Ja den Kurzarztbrief, den hab ich mitkriegt... gleich mitkriegt... den hat auch da Hausarzt kriegt. Nur der Langarztbrief, der is bis heute net (P1: „Bis heute net? Des gibt's ja nicht?“) Na i war jetz vorherige Woche noch drinnen, weil ich Medikamente geholt hab, bei meinem Hausarzt und hab gfragt also, ob der schon da is, sagt er:
„Na is nicht da.“ (I7 Z. 233-237)

In Interview 4 gab der/die PatientIn an, Anfang Mai 2017 entlassen worden zu sein und zum Interviewtermin am 21.06.2017 noch keinen endgültigen Arztbrief erhalten zu haben.

„[...] i wart jetz no immer auf den endgültigen Arztbrief.“ (I4 Z. 76)

Immer wieder nannten PatientInnen hier „*fehlende Informationen zu Verhaltensweisen oder Therapiemaßnahmen nach der Entlassung*“, sowohl für einen persönlich als auch Anleitungen für weiterbehandelndes Personal.

„Naja man hätte ihm können Anleitungen geben, was er machen soll, oder? Des wär doch net viel gewesen, wenn ma dazu geschrieben hätte „Machens des oder des“ oder? Wär des zu viel gewesen?“ (I4 Z. 229-231)

„[...] was mir gefehlt hat, was ich nachher erst gesehen hab... i war wahnsinnig geschwollen... dass i net aus den Augen rausschauen hab können nach da Operation... da hat kein Mensch was gesagt, es kann sein, dass die Schwellung auftritt, weil wie i aussn Spital raus bin, war i net geschwollen, des war am nächsten Tag der Operation... und es war so, dass i die Augen net aufbekommen hab und dann hab ich mit einer Therapeutin von mir gesprochen, wo ich Physiotherapie hab, und die hat ma dann vorgeschlagen, ich soll Lymphdrainagen machen... des war auch etwas, was gefehlt hat.“ (I1 Z. 256-262)

Tabelle 6 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Themen, über die die Befragten laut eigener Aussage noch mehr schriftliche oder mündliche Informationen gebraucht hätten.

Tabelle 5: Informationen welche PatientInnen zusätzlich benötigen, eigene Darstellung

<i>Informationen zu Verhaltensweisen nach der Entlassung</i>	P. gaben an, verschiedene Informationen bzgl. Verhaltensweisen nach der Entlassung zu vermissen (Beispiel: Ab wann man Haare waschen könnte nach einer dermatologischen Operation am Kopf oder ab wann darf man sich wieder bücken?). Außerdem gaben vereinzelte P. an, die Informationen im Arztbrief wären für das weiterbehandelnde Personal im niedergelassenen Bereich unzureichend.
<i>Fehlen des endgültigen Arztbriefes</i>	2 von 20 Befragten gaben, an keinen endgültigen Arztbrief zum Zeitpunkt des Gesprächstermins bekommen zu haben
<i>Genauere Informationen zu den verordneten Medikamenten</i>	4 Personen gaben an, keine, oder unvollständige Aufklärung bzgl. der verordneten Medikamente bekommen zu haben. Die Aussagen beziehen sich beispielsweise auf angeordnete Veränderung der Medikamente ohne entsprechende Erklärung

Vereinfachung der mündlichen oder schriftlichen Informationen

Die Befragten sagten aus, dass sie verschiedene mündliche oder schriftliche Informationen nur schwer verstanden. Einfache Sprache würde den Informationsfluss zwischen dem medizinischen Personal und den PatientInnen verständlicher gestalten.

K5 Besorgung der Medikamente und deren Einnahme

Diese Kategorie beinhaltet 14 Codiereinheiten. Die Befragten schilderten, wie sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu den verordneten Medikamenten gekommen sind, und geben an, wo sie Probleme bei der Besorgung der Medikamente sehen. Außerdem gaben die PatientInnen an, ob bzw. welche/wie viele verschiedene Medikamente sie zum Befragungszeitpunkt einnehmen

„[...] ja weil wenn i niemanden hätte ... ich wüsste nicht, wie ich zu einem Medikament komm. [...]“ (I5 Z. 262-263)

„Jetzt hast a Pech kommst am Freitag oder am Samstag zhaus, hast dann Samstag Sonntag, wenna a Feiertag is, a net drei vier Tage sozusagen unterbrechen is, an und für sich ja net mehr sozusagen und des ist nicht sehr empfehlenswert,“ (I6 Z. 363-366)

Während der Bearbeitung des vorliegenden Textmaterials ergaben sich bzgl. des Themas der Medikamente zwei wichtige Subkategorien: K 3.1. Eigenverantwortung und Verunsicherung bei Medikamenten und K 3.2. Selbstständige Ablehnung der verordneten Medikamente.

K 5.1. Eigenverantwortung und Verunsicherung bei Medikamenten

Die befragten PatientInnen betonten die notwendige Eigenverantwortung bei der Einnahme von Medikamenten. PatientInnen sollen sich selbst über die verordneten Medikamente informieren und darüber Bescheid wissen, was sie wieso einnehmen. Einige Befragte gaben ebenfalls an, eine Medikamentenliste für den Notfall mit sich zu führen.

„Aber i darf nur eines dazu sagen, im Krankenhaus muss ma a a bissl aufpassen. I hab Medikamente gekriegt, die ich nicht kenne. Bin i sofort zur Schwester gangen und hab gsagt „Entschuldigung, aber was ist das? Für was ist das? Und warum krieg ich das?“ (I6 Z. 254-257)

„[...] und dann in weiterer Folge können Sie sich selbst informieren... da gibt's einen Beipackzettel... und i muss ihnen ehrlich sagen, i hab alles gelesen... und hab meine medizinischen Bücher ausgepackt, wie ich nach Hause gekommen bin.. und des war Hauptliteratur und is es jetzt no... jeden Tag... aus dem Internet Informationen über medizinische Beiträge [...]“ (I1 Z. 212-216)

Neben der notwendigen Eigenverantwortung im Umgang mit Medikamenten gaben Befragte außerdem an, dass zu viele verschiedene Informationsquellen verunsichern bzw. konträr zu den erhaltenen Informationen im Krankenhaus sind.

„Es is no a Problem, wenn man die Medikamente, die Beipackzettel ordentlich liest... dann hat ma oft das Gefühl, dass manche Sachen ja garnet verträglich sind, dass das ane, was jetzt mei Frau nimmt, mit dem, was sie jetzt a nimmt und des garnet harmoniert und so weiter, da müssen die Ärzte ja an und für sich ja Vorsorge treffen und sagen „Ja gut, i kann net des verschreiben, wenn sie de Krankheit hat na, des widerspricht ja zu der Sache.“ (I6 Z. 277-282)

K 5.2. Selbstständige Ablehnung der verordneten Medikamente

Befragte gaben an, verordnete Medikamente selbstständig abzusetzen bzw. abzulehnen. Dies betraf 3 PatientInnen und eine/n Angehörige/n.

„Hab i gemerkt eben, dass es ihr besser getan hat, wie ihr die Medikamente net mehr ihr geben hab.“ (I6 Z. 250-251)

„Also da Dr. XY hat schon einen Arztbrief verfasst... is auch geschrieben worden, was ich an Medikamenten bekomme... also das war schon... aber des meiste hab ich dann nicht mehr genommen, muss ich ehrlich sagen, weils mir zuviel war[...]“ (I5 Z. 18-20)

K6 Rolle und Einbezug von Angehörigen

Die Kategorie K5 beinhaltet 16 Aussagen zum Thema „*Einbeziehen von Angehörigen*“.

Die befragten PatientInnen und Angehörigen erläutern ihre Sichtweise zu diesem Thema und geben zusätzlich an, ob dies während ihres Aufenthalts im Krankenhaus notwendig war, und wie ihre Angehörigen miteinbezogen wurden. Ein/e PatientIn gab hieraufhin beispielsweise an, ein abschließendes Gespräch im Beisein der Angehörigen geführt zu haben, und betrachtete dies als besonders positiven Aspekt während des Aufenthalts in der Klinik.

„Ah, aber ich hab ihn dann gebeten, weil mich meine Frau und mein Sohn abgeholt haben, die waren ja dabei, als es mir schlecht gegangen is und wir ham also dann Auskünfte von da zuständigen Dame... ich nehme an des war die Ärztin... ah bekommen ah und auch meine Frau und mein Sohn ham Fragen gestellt, vor allem wie es weiter gehen kann [...]“ (18 Z. 5-9)

Der Miteinbezug von Angehörigen beim Entlassungsgespräch wurde zudem als Anregung/Wunsch geäußert.

„Ja also... wenn des also so a Aufklärung oder ein Abgangs-Aufklärungs-Gespräch, wo auch da Angehörige vielleicht dabei sein kann... also wie wenn mei Frau mi abholt hat, des wär natürlich schon ein Luxus.“ (14 Z. 291-293)

Besonders bei der Informationsweitergabe wird der Einbezug der Angehörigen als besonders wichtig empfunden. Außerdem können Angehörige laut der Befragten das Personal unterstützen und dienen als wichtige Stütze und zur Beruhigung der Patienten selbst.

„... ja dass sie a dabei, weil als Patient bist du da immer no aufgereggt, wenn der irgendwas sagt. I was, i bin da aussa kommen nach da Operation mit 188 Blutdruck gemessen, dann hab i ma dacht, ah wie i aussa gangen bin, des is sowieso net mei Kopf... 188.. und vielleicht des des Abschlussgespräch, wenn ma des a den Angehörigen miteinbezieht, der natürlich vielleicht ois noch besser mitkriegt [...]“ (14 Z. 295-299)

[...]Außerdem könnens das Personal unterstützen[...]“ (11 Z. 561)

Besonders wenn PatientInnen aufgrund verschiedener Erkrankungen nicht mehr vollständig für sich selbst sorgen können, spielt der Einbezug von Angehörigen eine besonders wichtige Rolle.

„Ja es... i muss immer wieder an meinen Mann verweisen, wenn i den net gehabt hätt. der alles für mich gemacht hat ... der immer da war weil i doch...(A3: „net ansprechbar war“)...teilweise garnet ansprechbar war.“ (I6 Z. 27-30)

K7 positive Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung

Die Kategorie K6 beinhaltet 22 Codiereinheiten und stellt somit die zweitgrößte Kategorie im Kategoriensystem dar.

Die befragten PatientInnen erzählten von besonders positiven Erfahrungen während ihres Aufenthalts auf der Univ.-Klinik für Neurologie und der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie. Diese Kategorie beinhaltet beispielsweise Lob über das Personal und positive Erlebnisse von der Aufnahme bis hin zur Entlassung.

„I bin sehr freundlich a von allen behandelt und begrüßt worden. I muss sagen, auf der Station a alle Schwestern ham sich... und Krankenpfleger auch... ham sich wirklich immer vorbildlich verhalten und höflich.. haben sich offensichtlich bemüht. Da hab ich ein sehr gutes Gefühl gehabt... was net... jeder kann mal einen schlechten Tag haben. Ich weiß es nicht. Warn alle super!“ (I1 Z. 88-92)

„[...] also i muss sagen die ganze ganze Neurologie war in Ordnung“ (I6 Z. 16)

„da hat man mich gut sehr gut behandelt .. sehr liebevoll.. und hat ma auch die Medikamente gegeben“ (I5 Z. 82-83)

Vor allem die Betreuung und spezifische aufklärende oder beruhigende Konversationen mit dem Personal wurden angesprochen.

„Naja des wollt ich eigentlich auch sagen... Ich hab ja Schwierigkeiten mit da Prostata und ich muss Windeln tragen und ja des war mir sehr unangenehm mit diesem jungen Mädchen da. Da hab ich mich geniert. Und eine ältere Schwester, die war so nett und hat sich Zeit genommen und mir einmal erklärt: 1. Dass ich net der Einzige bin, der sowas, sondern die Männer alle sowas haben. War für mich schon einmal überraschend. Ich bin ja garnet da Einzige.“ (I2 Z. 299-304)

Vor allem in dieser Kategorie wurde erneut ein roter Faden sichtbar. Auffallend war bei der Analyse der Gespräche, dass Personen, welche angaben, ein

Entlassungsgespräch erhalten zu haben, in dieser Kategorie besonders viel zu sagen hatten. Außerdem äußerten die besagten PatientInnen keinerlei Anregungen/Wünsche oder Verbesserungsvorschläge.

K8 negative Erfahrungen bei Betreuung, Kommunikation und Entlassung

Die Kategorie K7 beinhaltet 14 Aussagen, die negative Erfahrungen rund um die Betreuung, Kommunikation und Entlassung thematisieren. 7 der 12 enthaltenen Codes betreffen negative Erfahrungen bei Informationsweitergabe bzw. der allgemeinen Kommunikation.

„Sobald ma irgendetwas in Frage stellt oder irgenda Frage oder Unsicherheit, is es wie ein Angriff „Was unterstellen Sie mir?“ oder „Was ist das“ Je nachdem wie ah und des is da Patient is dann eigentlich ganz da irritiert oder er sagt „Na net. Frag net zuviel oder mach nix. Wie komm i wieder rein dann rächt man sich.“ (I6 Z. 887-890)

„[...] der Oberarzt, wie ich in angesprochen hab und g'sagt hab „Sehens net, wie meine Frau zusehens verfallt“ und des und er bejaht das und i sag und des „ja und? Kann ma da was machen? Is des ..“ „Ja es kann bis ah.. es kann zum Tode auch führen“ und dann sagt er drauf.. und des möcht i sehr laut sagen: „Wir haben gedacht, wie ihre Frau gekommen is, sie simuliert!“ (I6 Z. 160-165)

Beispielsweise wurde eine vorab durchgesprochene Operationsweise dann, laut eigenen Angaben ohne Erklärung, nicht durchgeführt, woraufhin Unsicherheiten bei Patienten und Angehörigen entstanden sind.

„Warum sagt ma uns des dreimal, es wird so gemacht und dann wird's erst net so gmacht? Da bleibt der Patient im Ungewissen, oder?“ (I4 Z. 93-94)

Der rote Faden des Entlassungsgesprächs wird auch hier sichtbar. Bei der Analyse fiel auf, dass vor allem die befragten PatientInnen, die angaben, kein Abschlussgespräch erhalten zu haben, etwas Negatives zu sagen hatten.

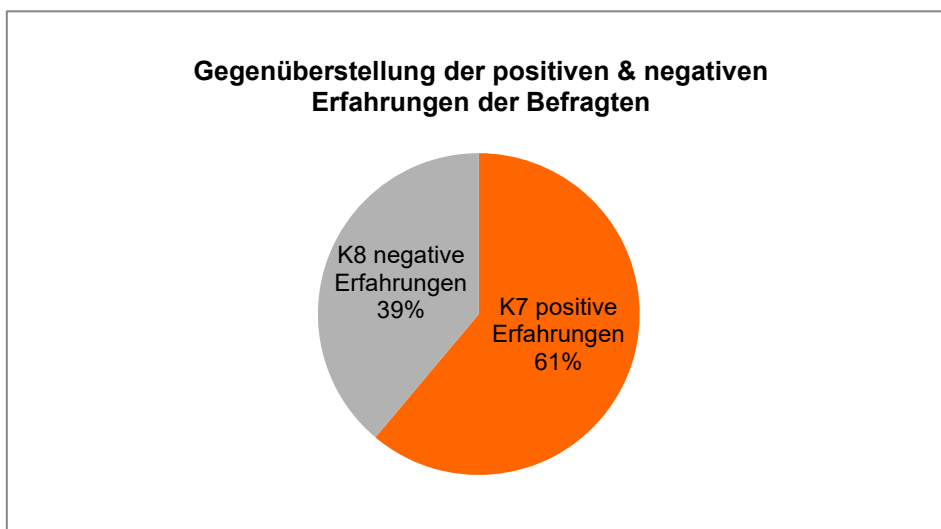


Abbildung 7: Gegenüberstellung der positiven & negativen Erfahrungen der Befragten, eigene Darstellung

K9 Organisation der Nachsorge und weiteren Betreuung

Die Befragten erzählten, falls dies notwendig war, wie die Organisation der weiterfolgenden Betreuung nach der Entlassung erfolgte. Hierbei handelte es sich zum Beispiel um die Organisation eines Rehabilitationsplatzes oder weiterfolgende notwendige Therapien wie beispielsweise Physiotherapie. Rund die Hälfte der Aussagen (6/11) gab hieraufhin an, dass dies bereits während ihres Aufenthalts am Klinikum organisiert wurde bzw. im Entlassungsschreiben angeordnet wurde.

„Aso, ja, na, hams im Spital gmacht.“ (I6 Z. 639)

Wurde die Organisation nicht direkt im Spital gemacht, wurde dies im niedergelassenen Bereich erledigt.

„Bei mir sucht jetzt da Hausarzt für Reha an.“ (I6 Z. 638)

Eine wichtige Subkategorie, die aus der Analyse resultierte, war das „Warten auf weitere Therapien und Information“.

K9.1. Wartezeit auf Informationen/nachfolgende Therapien/Versorgung

PatientInnen sprachen das Warten auf notwendige Facharzt/Fachärztinnentermine an. Außerdem erzählten sie, dass das Warten auf Informationen (beispielsweise Untersuchungsergebnisse) belastend ist.

„Aber irgendwo is des a ungutes Gefühl, weil ma net weiß... is da unterhalb no was und jetz hams des drauf gmacht.“ (14 Z. 90-91)

„Ja, um wieder zurück zu kommen, von da Entlassungsseite war i net ganz glücklich, eben mit dem jetzigen Wissen, einfach dass i jetz einfach solange hab warten müssen auf einen Termin.“ (17 Z. 79-81)

K10 Anregungen/Wünsche von PatientInnen

Am Ende der Gespräche wurden die teilnehmen Personen nach ihren persönlichen Anregungen und Wünschen in Bezug auf Aufenthalt, Betreuung und vor allem die Entlassung gefragt.

Die hier erwähnten Themen betrafen:

Den Wunsch nach verbesserter Informationsweitergabe seitens des medizinischen Personals

PatientInnen sprachen diesbezüglich an, dass sie sich wünschen würden, dass sich das Personal mehr Zeit für PatientInnen bei der Informationsweitergabe nehmen könnte.

„Naja, grad in der Richtung, die ma eigentlich besprochen haben, dass man sich Zeit nimmt für die Patienten und ja eben sie aufklärt und Fragen beantwortet.“ (12 Z. 277-278)

Vereinfachung bei der Besorgung der Medikamente

Die TeilnehmerInnen erzählten, wie sie zu den verordneten Medikamenten gekommen sind und dass dieses aktuelle Prozedere umständlich ist und vor allem ältere Personen hier auf Hilfe angewiesen wären. Diesbezüglich äußerten einzelne Personen den Wunsch danach, dieses Prozedere der Medikamentenbesorgung zu vereinfachen.

„Da hab i jetz a Frage. Warum ist das nicht möglich vom Krankenhaus, wenn ma weiß, die neuen Medikamente, die auch zum Beispiel grad bei Schlaganfall lebenswichtig sind, dass ma da a Rezept ausstellt.. es gibt überall a Krankenhausapotheke. Dort wird das geholt für den Patienten auf Kosten der Krankenkasse, also ganz das normale Prozedere und der kann diese Medikamente, die er nicht zu Hause

hat und jetzt neu hat, schon mitnehmen, weil es ist nicht immer jemand parat, auch nicht, wenn man Familienmitglieder hat, die sind irgendwo .., mein Sie, Ihre Töchter müssen auch durch die ganze Stadt. Warum ist das nicht möglich? Also das mit den gleichen.. also welche Versicherung auch immer, aber es gibt eine Krankenhausapotheke, also nur diese Medikamente oder fragen, welche haben Sie nicht? Oder man weiß es ja dann und die lebenswichtig sind und meistens ist oft ein zu Hause nach Hause kommen vor Feiertagen, Wochenende etc.“ (I6 Z. 336-351)

Wunsch nach einem Entlassungsgespräch

PatientInnen, welche angaben, kein Entlassungsgespräch erhalten zu haben, äußerten bei der Frage nach Anregungen/Wünschen ihrerseits den Wunsch nach einem abschließenden Gespräch. Hierbei wurde auch der Einbezug von Angehörigen bei einem solchen Gespräch angesprochen.

„Na aber ein Abschlussgespräch bei der Entlassung wäre sicher, glaub ich, sinnvoll, wenn man sowas einführen würde... wo ich dann wirklich fragen kann.“ (I4 Z. 213-214)

K10.1. Wunsch nach „patientInnenfreundlicher Information“

Hier wurde der Wunsch geäußert, dass PatientInnen auch ein Schreiben bekommen, wenn Untersuchungsergebnisse unauffällig ausfielen. Derzeit wird es so gehandhabt, dass PatientInnen nur informiert werden, wenn Untersuchungsergebnisse auffällig sind und deswegen weitere Interventionen notwendig sind. PatientInnen gaben hier an, die Wartezeit auf ein Schreiben sei belastend.

„[...] ich weiß es net, obs besser wäre, wenn ein kleines Schreiben kommt: „Bestens. In Ordnung.“ (I1 Z. 295-296)

„Ja das finde ich auch.. der Patient sollte auch einen Befund kriegen, würd ich sagen...“ (I1 Z. 297)

Ebenfalls in dieser Kategorie vertreten sind Aussagen zum Thema schriftlicher Informationen. Wie in K2.3. *Verständnis von schriftlichen Informationen* ersichtlich wurde, verstanden die meisten Befragten die enthaltenen Informationen im Arztbrief schlecht bzw. gar nicht. Die Befragten äußerten diesbezüglich den Wunsch, den Arztbrief „patientInnenfreundlicher“ zu gestalten, sodass PatientInnen diesen ebenfalls verstehen können.

„Ja, es wäre besser, wenn alles im Brief einfach erklärt.“ (19 Z. 44)

„Ich wünsche mir, wenn a Schl.. oder Bericht kommt, dass er so lesbar is, dassn a Normalbürger a lesen kann. Das wär glaub ich für manche hilfreich.“ (16 Z. 540-541)

Darstellung der Kategorien nach Häufigkeit

Abbildung 7 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die einzelnen Kategorien, sortiert nach der Häufigkeit der darin enthaltenen Codiereinheiten. Die Codiereinheiten sind nicht immer direkt auf Personen zu beziehen, sondern sind einzelne Interviewpassagen bzw. Aussagen der StudienteilnehmerInnen.

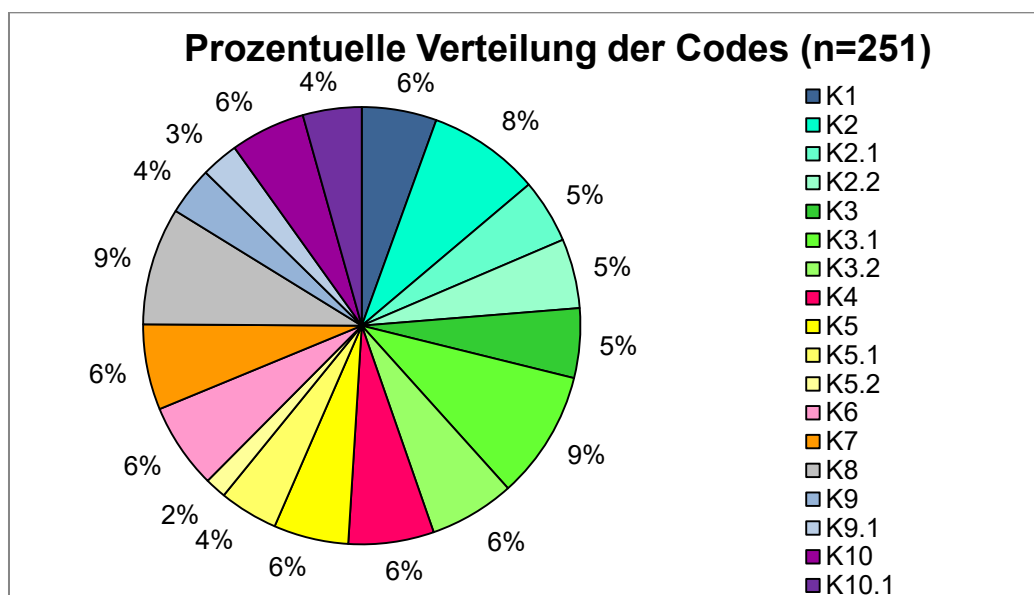


Abbildung 8: Darstellung der Kategorien nach Prozentsätzen, eigene Darstellung

Zusammenfassung der Schwerpunkte der Ergebnisse

Tabelle 6: Zusammenfassung der Schwerpunkte der Ergebnisse, eigene Darstellung

Zusammenfassung der Schwerpunkte
Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts
Entlassungsgespräch
Verständnisprobleme bei der Informationsweitergabe (schriftlich & mündlich)
Fehlende Informationen z.B. zu Verhaltensweisen oder Medikamenten
Verunsicherung mit Medikamenten
Vereinfachung der Medikamentenbesorgung
Umgestaltung von schriftlichen Informationen („patientInnenfreundlicher“)

Auswertung des quantitativen Fragebogenteils

Vor Beginn der Fokusgruppengespräche füllten die Befragten einen kurzen quantitativen Fragebogen aus, welcher soziodemografische Daten sowie die Fragen der stationären PatientInnenbefragung 2015 enthielt. Den Fragebogen füllten alle 21 befragten Personen aus, wovon jedoch nur 20 in die Analyse miteingeschlossen wurde, da wie bereits erwähnt, eine Person von der Analyse ausgeschlossen wurde.

Fehlende Angaben von Personen wurden nachträglich nicht hinzugefügt. Außerdem müssen bei der Interpretation der quantitativen Ergebnisse die Angehörigen, welche den Fragebogen ebenfalls ausfüllten, jedoch nicht zu allen Inhalten Angaben machten, beachtet werden. Wie viele Personen zu den einzelnen Punkten Angaben machten zeigt der Faktor „n“.

Die Abbildungen 8 und 9 auf der folgenden Seite, stellen die Ergebnisse des quantitativen Teils dar, welcher mittels der Evaluations- und Umfragesoftware Evasys® Version 6 ausgewertet wurde, dar.

1. Information

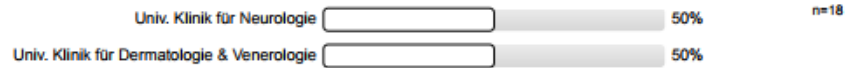
Sehr geehrte PatientIn, sehr geehrter Patient!

Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Ihre Daten werden in pseudonymisierter Form verwendet. Kreuzen Sie bitte das für Sie zutreffende Feld an.

2. Soziodemografische Daten

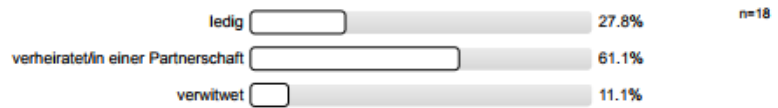
2.1) Sie waren PatientIn an der ...



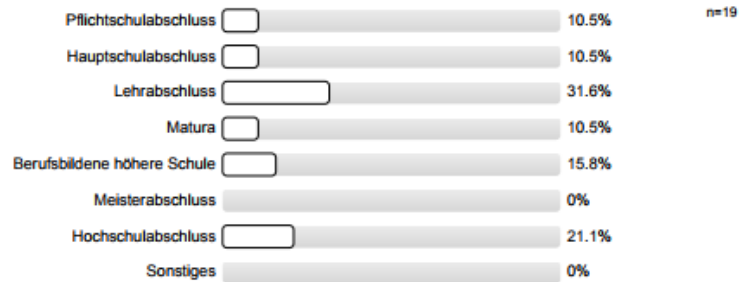
2.2) Ihr Geschlecht?



2.4) Familienstand



2.5) Höchster abgeschlossener Bildungsstatus



2.9) Tragen Sie eine Sehhilfe? (Brille oder Kontaktlinsen)



2.10) Tragen Sie ein Hörgerät?

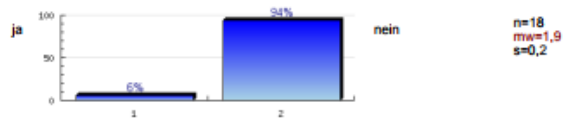
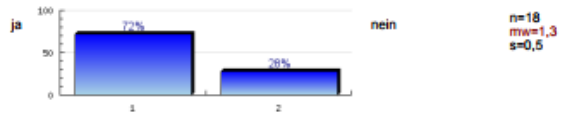


Abbildung 9: Soziodemografische Daten der TeilnehmerInnen, EvaSys Auswertung

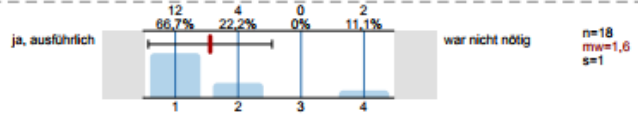
3. Vor der Entlassung

3.1) Wurde Ihnen der Entlassungstermin zeitgerecht mitgeteilt, sodass Sie sich gut darauf einstellen konnten?

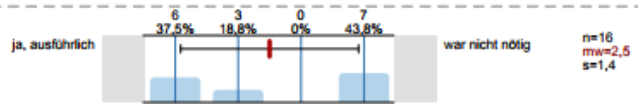


Wurden mit Ihnen bei Ihrer Entlassung folgende Punkte besprochen?

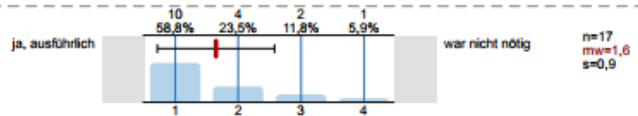
3.2) Wer übernimmt die weitere medizinische Betreuung?



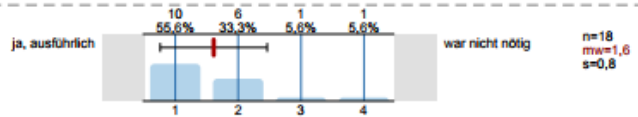
3.3) Wer übernimmt die weitere pflegerische Betreuung?



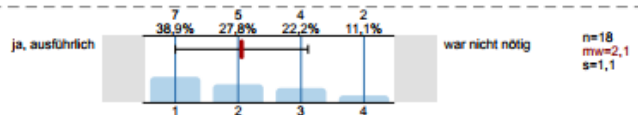
3.4) Weitere notwendige Nach- und Kontrolluntersuchungen?



3.5) Auf welche Symptome Sie achten sollten?

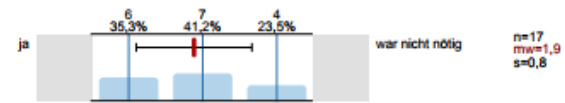


3.6) Verhaltensweisen, die Sie zu Hause vermeiden sollten?

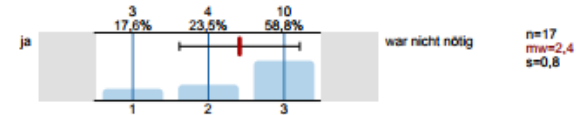


4. Rehabilitation/Nachbehandlung nach Ihrem Spitalsaufenthalt

4.1) Wurde dafür gesorgt, dass notwendige Medikamente zu Hause verfügbar waren?

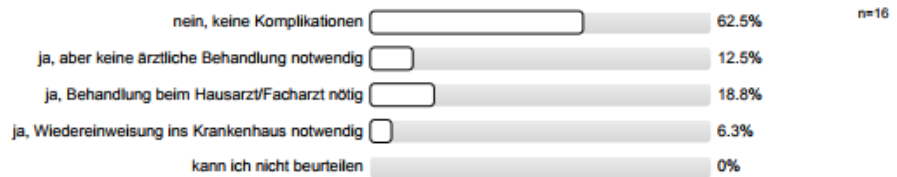


4.2) Wurde dafür gesorgt, dass die notwendigen Hilfs- und Pflegemittel zu Hause verfügbar waren?



5. Nach der Entlassung

5.1) Sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen aufgetreten?



5.2) Waren Sie mit der Organisation Ihrer Entlassung und der weiteren Betreuung zufrieden?



Abbildung 10: Quantitativer Ergebnisteil, EvaSys Auswertung

Vergleich des quantitativem & des qualitativen Teils

Um das Gesamtbild nicht zu verfälschen, gilt es bei der Interpretation des Kategoriensystems zu beachten, dass es sich innerhalb der Kategorie um Aussagen (Codes) handelt, weswegen in der Interpretation nicht immer von Personen gesprochen wird, da manchmal nicht alle Personen zu jeder Kategorie etwas zu sagen hatten.

Die entlassungsspezifischen Fragen des quantitativen Teils wurden von der stationären PatientInnenbefragung von 2015 übernommen, um diese mit den heutigen Ergebnissen vergleichen zu können. Im folgenden Teil werden die quantitativen mit den qualitativen Ergebnissen beispielhaft verglichen.

Beim Vergleich und der Interpretation beider Teile gilt es zu beachten, dass nicht alle Fragen des quantitativen Teils von allen teilnehmenden Personen beantwortet wurden. Vor Gesprächsbeginn machten die Moderatorinnen die TeilnehmerInnen darauf aufmerksam, dass sie für sich unangenehme Fragen nicht beantworten müssten. Beim Vergleich der beiden erhaltenen Ergebnisteile fällt auf, dass sich die Antworten bezüglich gleicher Themen unterschieden.

Beispielsweise bezüglich des Entlassungszeitpunktes gaben 72% (n=18) an, diesen zeitgerecht erfahren zu haben. In der dementsprechenden Kategorie sagen jedoch rund die Hälfte der Aussagen (7/14) aus, dass sie diesen erst kurzfristig (max. einen Tag davor) erfahren haben.

Der quantitative Ergebnisteil verdeutlicht jedoch, dass, trotz einiger genannten Schwerpunkte, die Mehrheit der Befragten Personen im Großen und Ganzen zufrieden (76% - n=17) mit der Organisation ihrer Entlassung waren.

Das Entlassungsgespräch und der Entlassungszeitpunkt

Punkt 1 der identifizierten Probleme des PSHO spiegelt sich auch in dieser Untersuchung wider. Das PSHO kam zu dem Ergebnis, dass PatientInnen aus dem Krankenhaus entlassen werden bevor sie bereit dazu sind (PSHO 2016). In der Kategorie „K1 Entlassungsvorbereitung & Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts“ thematisierten 7/13 enthaltenen Aussagen, dass Betroffene erst kurzfristig (max. einen Tag vorher) von ihrer Entlassung erfahren haben.

Eine Person gab daraufhin beispielsweise an:

„[...] meiner Meinung nach war das um an Tag zu früh, ok.“

(I4 Z. 8)

Eine groß angelegte Studie von Hesselink et al., welche ebenfalls mit Fokusgruppenbefragungen arbeitete, präsentierte unter anderem, dass eine der vier erforschten Hauptbarrieren bei der sicheren Entlassung aus dem Krankenhaus ist, dass Patientin sich nicht ausreichend darauf vorbereitet fühlten, was sich mit einigen Aussagen der Befragten in dieser Untersuchung deckt welche angaben nicht ausreichend vorbereitet worden zu sein oder noch Fragen hatten (Hesselink et al. 2012).

Bzgl. des Entlassungszeitpunkts empfiehlt die BQLL AUFEM die Betroffenen und deren Angehörigen „frühzeitig in den Entlassungsprozess miteinzubinden“ (BMfG 2012). Außerdem ist in dieser Leitlinie das Entlassungsgespräch, falls nötig im Beisein von Angehörigen, im Entlassungsprozess fest verankert und soll spätestens einen Tag vor der Entlassung stattfinden (BMfG 2012). Diesen Wunsch äußerten auch einige TeilnehmerInnen, dass das Miteinbeziehen von Angehörigen, falls notwendig, als Standard eingeführt wird. Laut BQLL AUFEM dient das abschließende Gespräch „[...] einerseits zur umfangreichen Informationsweitergabe an die Patientin bzw. den Patienten, und andererseits zur Überprüfung und Bestätigung aller geplanten weiterführenden Schritte“ (BMfG 2012, S. 27).

Die Bundesqualitätsleitlinie empfiehlt außerdem eine abschließende Evaluierung der Entlassungsplanung, 48 Stunden nach der Entlassung durchzuführen. Die Evaluierung könnte mithilfe der Kontaktaufnahme mit PatientInnen, Angehörigen oder den weiterbetreuenden Personen/Einrichtungen stattfinden um festzustellen ob die geplante Entlassung angemessen und umsetzbar war (BMfG 2012). Laut Goncalves-Bradley et al. 2016 wirkt sich eine erneute Kontaktaufnahme nach der Entlassung, im ersten und im sechsten Monat nach der Entlassung, positiv auf die Zufriedenheit mit der Kontinuität der Behandlung aus (Goncalves-Bradley et al. 2016). Diese Empfehlung der BQLL AUFEM ist jedoch noch nicht österreichweit eingeführt. Eine Forcierung dieser Empfehlung könnte dazu beitragen die Entlassungsplanung zu überprüfen und mögliche Verbesserungspotentiale zu erfassen.

Die wichtige Rolle des Entlassungsmanagement ist auch ein Hauptergebnis des Reviews von McMartin 2013, in dem sich herausstellte, dass PatientInnen welche eine individuelle Entlassungsplanung erhielten, angegeben haben zu 82% zufriedener zu sein (McMartin 2013). Dieses Ergebnis ähnelt dieser Untersuchung. PatientInnen welche angegeben haben beispielsweise detailliertes und ausführliches Entlassungsgespräch erhalten zu haben, schienen wesentlich zufriedener mit ihrem Aufenthalt und der Entlassung.

Verständnisprobleme bei der Informationsweitergabe

Kategorie 2 und 3.2 erfasste die mündlichen und schriftlichen Informationen und wie diese von PatientInnen verstanden wurden. Teilweise gaben die Befragten hieraufhin Verständnisprobleme an. Laut der Joint Commission gibt es verschiedene Aspekte, welche die Misskommunikation beeinflussen können und somit ein Potential für verringerte Gesundheitskompetenz verstärken: Bildungsniveau, höheres Alter und sozio-ökonomischer Status (The Joint Commission 2007).

Laut diesem Bericht sollen:

„..health care professionals need to err on the side of caution and make clear communications and plain language – in the language and at a level that the patient can understand – standard procedure for all patient encounters. This

applies to the written materials and verbal information provided in the informed consent process and to patient education.“ (The Joint Commission 2007, S. 9)

Dieser Lösungsansatz der Joint Commission ähnelt den Anregungen/Wünschen der Befragten. Auch diese forderten eine Vereinfachung der erhaltenen schriftlichen und mündlichen Informationen.

Weiters führt die Organisation an, dass ineffektive Kommunikationsabläufe und die geringe Gesundheitskompetenz während der gesamten Behandlungszeit die PatientInnensicherheit gefährden können (The Joint Commission 2007). Die Befragten äußerten beispielsweise diesbezüglich, dass sie aufgrund von Misskommunikation nicht wüssten, wie sie nach der Entlassung, bzgl. verschiedener Themen wie Verhaltensweisen oder Medikamenten-einnahme, weiter verfahren sollen.

Ein weiterer möglicher Lösungsansatz, um den Informationsaustausch zwischen PatientInnen und Angehörigen und dem Gesundheitspersonals zu vereinfachen, wäre beispielsweise eine standardisierte Empfehlung für stationäre PatientInnen. In der Zeitschrift für „Evidenz, Fortbildung, und Qualität im Gesundheitswesen“ (ZEFQ) wurde 2014 ein Kurzbericht zu einem Projekt veröffentlicht, welches PatientInnen befähigen soll, den Informationsaustausch mit medizinischem Personal eigenständig zu gestalten. Die Projektgruppe entwickelte hierbei Empfehlungen für PatientInnen und stellte eine Tabelle zusammen, worauf diese beim Informationsaustausch achten sollten, welche Abläufe sie beobachten sollten und wie die Vorbereitung auf das abschließende Entlassungsgespräch aussehen könnte (Lessing et al. 2014). Schwerpunkte dieser Empfehlung ähneln denen, die die Befragten angaben, wie beispielsweise unbekannte Medikamente. Tab 5 zeigt einen Auszug dieser Veröffentlichung und der überschneidenden Inhalte mit dieser Arbeit.

Tabelle 7: PatientInnenempfehlungen nach Lessing 2017, eigene Darstellung nach Lessing 2014 S. 2

Sagen Sie wenn..	Vergewissern Sie sich, dass	Beachten Sie vor der Entlassung, dass
Sie eine (Medikamenten-)Allergie haben	Pflegende und Ärzte/innen Sie kennen	Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin vor der Entlassung den weiteren Behandlungsplan erklärt
Sie ein Medikament bekommen, das Sie nicht kennen	Sie wissen, welche Medikamente Sie einnehmen und welchen Zweck diese haben	Sie den (vorläufigen) Arztbrief zur Weitergabe an Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin erhalten
Sie sich nach Einnahme eines Medikamentes unwohl fühlen	Sie medizinische Aufklärungsbögen gründlich gelesen haben	Sie, wenn möglich, eine Kopie des Arztbriefes für Ihre persönlichen Unterlagen erhalten
bereits Komplikationen aufgetreten sind	Sie alle wesentlichen Ergebnisse Ihrer Untersuchungen kennen	

Die Plattform PatientInnensicherheit veröffentlichte 2012 ähnliche Empfehlungen, welches PatientInnen während ihres Krankenhausaufenthalts und bei der Entlassung unterstützen soll. In diesem Handbuch sind unter anderem Fragen vermerkt, welche PatientInnen beim Entlassungsgespräch stellen können, wie beispielsweise *„Gibt es etwas, auf das ich besonders achten sollte, wenn ich wieder zu Hause bin?“* (Plattform PatientInnensicherheit 2012). Ein solches Handbuch kann PatientInnen Orientierung geben, denn auch während der Gespräche sagten einige Personen, dass sie sich in einer stressigen ungewohnten Situation befanden und erst im Nachhinein bemerken, welche Informationen sie noch gebraucht hätten. Einige der im Handbuch enthaltenen Fragen spiegeln die Inhalte der in den Gesprächen genannten fehlenden Informationen wider, wie beispielsweise zu Verhaltensweisen oder das Warten auf Testergebnisse oder Nachkontrollen (siehe K9.1). PatientInnen könnten mithilfe eines solchen Handbuches aktiv in den Kommunikationsprozess miteinbezogen werden.

Bezüglich der Informationsweitergabe zeigte sich ebenfalls, dass verschiedene TeilnehmerInnen angaben, „sich nicht zu trauen“ nachzufragen. Das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen spielt jedoch eine zentrale Rolle. Laut Krones

& Richter 2008 übernehmen MedizinerInnen die Rolle der Begleiter und „*Pädagogen bei Entscheidungen zur Prävention und Therapie*“. Diese Rolle ist besonders „*wichtig, da viele Patienten durch Fernsehen, Internet sowie durch direkte und indirekte Werbung der Pharmaindustrie mehr oder weniger gut vorinformiert sind*“ (Krones & Richter 2008, S. 819). Diese besonders wichtige Rolle spricht ebenfalls für die Durchführung eines standardisierten Entlassungsgesprächs, in der sich die Rolle der Begleitung zusätzlich verstärken würde. Die Aussage eines/einer Angehörigen auf Seite S. 26 des Ergebnisteils spiegelt diese Wichtigkeit der begleitenden Rolle wider, außerdem gaben gewisse Personen an, beispielsweise durch das Internet oder Beipackzettel bei Medikamenten, verunsichert zu werden.

Zwei von 21 befragten PatientInnen gaben an, den endgültigen Arztbrief nicht erhalten zu haben. Das Fehlen des endgültigen Schreibens ist jedoch ein Problem, welches international vorkommt. Eine niederländische Studie von Langelaan et al. beschäftigte sich mit dem Thema Entlassungsbrief und kam zu dem Ergebnis, dass etwa 10 % der Entlassungsbriefe in niederländischen Krankenhäusern fehlten (Langelaan et al. 2017). Außerdem kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass bei ca. 59,1% der Entlassungsbriefen mindestens eine entscheidende Komponente bzgl. der Sicherung der weiteren Betreuung fehlen würde (Langelaan et al. 2017). Diese Resultate spiegeln sich mit einzelnen Aussagen der befragten Personen wieder, welche angaben, gewisse Informationen im Arztbrief vermisst zu haben.

Implikationen für die Praxis

Diese Arbeit zeigt unter anderem auf, dass es vorkommen kann, dass abschließende Gespräche mit dem Klinikpersonal von PatientInnen nicht als Entlassungsgespräche wahrgenommen werden. Informationen, die während der letzten Visite mitgeteilt werden, gehen somit oftmals verloren. Ein standardisiertes Vorgehen laut der Bundesqualitätsleitlinie des BMG könnte dazu beitragen, Patientinnen die letzten Informationen verständlicher mitzuteilen, beispielsweise wenn das Gespräch in einem separaten Raum durchgeführt wird und falls notwendig, im Beisein der Angehörigen.

Um PatientInnen aktiver in Kommunikationsprozesse miteinzubeziehen wäre ein möglicher Lösungsansatz Handbücher, wie die der Plattform PatientInnensicherheit,

auf der Station zur freien Entnahme bereit zu stellen oder diese bei der Aufnahme anzubieten, falls PatientInnen daran Interesse haben.

Bezüglich der angegebenen Verunsicherung bzgl. der Verschreibung verschiedener Medikamente könnte gezielte Aufklärung, über beispielsweise ELGA, den PatientInnen mehr Sicherheit geben. Laut Ströhner & Honekamp sahen, vor der Einführung von ELGA, 28 von 29 befragten Personen das Thema Datenschutz als bedenklich an, was auch zwei der Befragten Personen aussagten (Ströher & Honekamp 2011). Die Untersuchung zeigte, dass bzgl ELGA es an Aufklärung fehlt. PatientInnen kannten ELGA zwar größtenteils jedoch nicht im Detail. Eine Aufklärung über die Vorteile von ELGA könnte die Gesundheitskompetenz von PatientInnen stärken. Beispielsweis beinhaltet ELGA eine e-Medikationsfunktion, welche noch nicht aktiv ist, die den verschiedenen betreuenden Ärzten/Ärztinnen einen umfassenden Einblick in die verordnete Medikation verschaffen könnte, umso eventuellen Wechselwirkungen von Medikamenten vorzubeugen.

Weiterführende Forschungen

Auf Basis der hier erhobenen Schwerpunkte lassen sich weitere mögliche Forschungsthemen und Thesen ableiten. Weitere Forschungsarbeiten an einer größeren Stichprobe zu den verschiedenen Schwerpunkten könnten, sowohl mit qualitativem als auch mit quantitativem Ansatz, den Entlassungsprozess aus PatientInnensicht detaillierter beleuchten und mögliche Verbesserungspotentiale aufzeigen

Ein weiteres wichtiges Forschungsthema wäre auch, wie die Medikamentenversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt eventuell einfacher gestaltet werden könnte, und welche Rolle dabei die e-Medikation-Funktion von ELGA spielen kann.

Auf Basis dieser Ergebnisse kristallisierte sich das Entlassungsgespräch als anscheinendes Schlüsselement für PatientInnen heraus. Beispielsweise könnten fortführende Untersuchungen, erforschen, welchen Einfluss ein stattgefundenes Gespräch beispielsweise auf die PatientInnenzufriedenheit hat. Interessant wäre hier beispielsweise auch, der Hypothese nachzugehen, inwieweit ein standardisiertes und

strukturiertes Entlassungsgespräch die Informationsweitergabe an PatientInnen und die PatientInnenzufriedenheit beeinflussen kann.

Da es sich hier um eine explorative Arbeit handelt und es zu bestimmten Schwerpunkten noch wenig bzw. keine Literatur gibt, wäre es wichtig, bei Themen wie beispielsweise „fehlenden Informationen aus PatientInnensicht“ oder „Medikamentenaufklärung aus PatientInnensicht“ weiter nachzuforschen.

Es wurden bereits fortführende Themen für Doktor- und Masterarbeiten der Stabsstelle des Qualitäts- und Risikomanagements des LKH-Univ.-Klinikums Graz ausgeschrieben, welche mit dieser Arbeit und diesem Projekt zusammenhängen.

Stärken der Untersuchung

Die Befragten gaben an, die Idee des Projekts sehr gut zu finden. Sie erzählten, dass sie sich über die Einladung zum Gespräch freuten und sie die Möglichkeit, als PatientInnen „etwas sagen zu können“, begrüßten. Außerdem trägt diese Untersuchung dazu bei, dass die Erfahrungen und Meinungen der PatientInnen direkt erfasst werden. Der Großteil der teilnehmenden Personen zeigte großes Interesse an den Ergebnissen und gaben außerdem an, über die Ergebnisse dieser Untersuchung informiert werden zu wollen.

Limitationen

Die gewählte Befragungstechnik der Fokusgruppenbefragungen schien sowohl eine Stärke als auch eine Schwäche für die Gespräche zu sein. In einigen Gesprächen trug die Gruppenkonversation sehr zum Gesprächsfluss bei und PatientInnen unterhielten sich offen miteinander, wohingegen in anderen Gesprächen für gewisse TeilnehmerInnen die Gruppe ein negativer Faktor schien. Schüchterne TeilnehmerInnen kamen schwerer zu Wort, weswegen besonders hier der Einsatz der Moderatorinnen nötig war. Diese Personen wurden gezielt angesprochen und somit ins Gespräch miteingebunden. Bei weiterführenden Forschungen wären eventuell Einzelinterviews sinnvoller, da hier gezielt nach den Schwerpunkten gefragt werden kann.

Während der Interviews zeigte sich, dass die Gruppengesprächsdynamik sich oftmals in eine andere Richtung als erwartet entwickelte, und so hatte jede

Fokusgruppe ihre eigenen Schwerpunkte, welche ihr besonders wichtig erschienen. Obwohl in jeder Fokusgruppe alle Fragen des Fragekatalogs gestellt wurden, beantworteten nicht immer alle TeilnehmerInnen alle Fragen vollständig, da die Gesprächsdynamik ihren Lauf nahm.

Eine weitere mögliche Limitation war, dass die Moderatorinnen während des Ausfüllens des quantitativen Fragebogenteils anwesend waren, um auftretende Fragen beantworten zu können.

Schlussfolgerung

Durch das Engagement der teilnehmenden Personen war die Durchführung und Moderation der Fokusgruppengespräche äußerst angenehm. Die PatientInnen und Angehörigen waren sehr aufgeschlossen, kommunikativ und teilten den ForscherInnen ihre Erfahrungen und Meinungen mit. Bei der Analyse des erhobenen Materials zeigte sich, dass die stattgefundene Informationsweitergabe anscheinend einen direkten Einfluss auf die erlebten Erfahrungen hatte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass PatientInnen größtenteils positive Erfahrungen während ihres Aufenthalts und bei der Entlassung aus dem LKH-Univ.-Klinikum Graz gemacht haben. PatientInnen betonen außerdem eine notwendige Eigenverantwortung im Umgang mit der Medikamenteneinnahme. Weiters die Notwendigkeit des Miteinbeziehens von Angehörigen wenn man selbst nicht mehr in der Lage ist Informationen vollständig aufzufassen wie beispielsweise beim abschließenden Gespräch vor der Entlassung. Außerdem berichteten einige PatientInnen Verständnisprobleme bei den erhaltenen Informationen gehabt zu haben. Infolgedessen wäre es hier besonders wichtig anzusetzen und die Informationsweitergabe so zu gestalten, dass PatientInnen die relevanten Aspekte verstehen um ihre eigene Gesundheitskompetenz zu fördern.

Teilweise waren die verschiedenen Aussagen in den einzelnen Kategorien jedoch sehr unterschiedlich. Die geäußerten Herausforderungen aus PatientInnensicht wie ein Verbesserungspotential bei der Informationsweitergabe liefern wichtige Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen und mögliche Veränderungen in der

alltäglichen Praxis. Zwecks der Informationen welche PatientInnen noch brauchen bzw. ausführlicher benötigen, wurden vor allem die Themen bzgl. der Verhaltensweisen nach der Entlassung und der verordneten Medikamente angesprochen. Tabelle 5 auf Seite 31 fasst die angesprochenen Aspekte zusammen.

Diese Erhebung zeigt vor allem, wie wichtig die ausführliche und erfolgreiche Informationsweitergabe ist, sei es mündlicher Art (wie beispielsweise mittels eines Entlassungsgesprächs) oder in schriftlicher Form (Formulierung des Arztbriefes), denn dieser Informationsfluss und wie viel davon bei PatientInnen ankommt, ist ausschlaggebend für die weitere Behandlung und den Verlauf der Erkrankung und letztendlich für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Betroffenen. Die Art der Kommunikation zwischen PatientInnen und dem klinischen Personal ist mitunter ausschlaggebend dafür, wie PatientInnen die erhaltenen Informationen aufnehmen. Die Empfehlung der Joint Commission, einfache Sprache zu verwenden, scheint hier ein wichtiger Lösungsansatz, um den Kommunikationsfluss zu vereinfachen.

Ein weiterer wichtiger Punkt war die „Wahrnehmung des Entlassungsgesprächs“. Laut den Angaben des Personals der beiden Pilotkliniken sind abschließende Gespräche ein fester Bestandteil vor der Entlassung. Die Befragung der Fokusgruppen zeigte jedoch, dass dies jedoch oftmals nicht als Entlassungsgespräch wahrgenommen wird. PatientInnen welche angegeben haben ein Entlassungsgespräch erhalten zu haben, schienen wesentlich aufgeklärter und hatten weniger negatives zu sagen als Personen, welche laut eigenen Angaben kein abschließendes Gespräch erhalten haben.

Literaturverzeichnis

Dangel B. (2004), *Pflegerisches Entlassungsmanagement*, 1. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA GmbH) (2018), *ELGA im Überblick*, Access on: <https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/elga-im-ueberblick/index.html>, 22.01.2018.

Gonçalves-Bradley DC., Lannin NA., Clemson LM., Cameron ID., Shepperd S. (2016) 'Discharge planning from hospital', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000313, John Wiley & Sons, Ltd.

Health Foundation (2016), *Health Foundation evidence to the Public Administration & Constitutional Affairs Committee on unsafe hospital discharge*, Access on: http://www.health.org.uk/sites/health/files/PACAC%20Submission%20on%20unsafe%20hospital%20discharge_FINAL_0.pdf, 21.03.2017.

Hesselink G., Flink M., Olsson M., Barach P., Duzik-Urbaniak E., Orrego C., Toccafondi G., Kalkman C., Johnson J., Schoonhoven L., Vernooij-Dassen M., Wollersheim H. (2012), *Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers*, *Original Research BMJ Qual Saf*, i39-i49.

IQTIG (2017), *Methodische Grundlagen V1.0s. Entwurf für das Stellungenahmeverfahren*. Stand: 31. Januar 2017., Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin.

Joint Commission (2007), *„What did the doctor Say?“: Improving Health Literacy to protect patient safety, Access on: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf*, 20.11.2017.

KAGes (2015), *Stationäre Patientenbefragung*, LKH-Univ. Klinikum Graz, Erhebungszeitraum 01.08.2015-20.09.2015.

Kernstock EM., Pochobradsky E., Ramssl-Sauer A., Gleichweit S., Wabro M. (2012), Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM), Bundesministerium für Gesundheit (BMfG), Wien.

Krones, T. & Richter, G. Bundesgesundheitsbl. (2008), Ärztliche Verantwortung. Das Arzt-Patient-Verhältnis, Springer Verlag Vol. 51, pp. 818-826.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009), Focus groups. A practical guide for applied research, 4. Auflage, Los Angeles: Sage Publications Inc.

Kuckartz U., Dresing T., Rädiker S., Stefer C. (2008), Qualitative Evaluation Der Einstieg in die Praxis, 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz U. (2016), Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Langelaan M., Baines R., Bruijne M., Wagner C. (2017), Association of admission and patient characteristics with quality of discharge letters: posthoc analysis of a retrospective Study, 17:225, BMC Health Services Research.

Larcher M. (2010), Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring, DP-46-2010, Wien: Universität für Bodenkultur.

Lessing C. , Bolczek C. , Rohe J. (2014), Sicher im Krankenhaus – eine Empfehlung für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörige, ZEFQ Vol. 108, pp. 37-38.

Manske I. (2012), Die Kooperation von Hausärzten und Betriebsärzten – Reflexionen, Erfahrungen, Defizite und Barrieren. Eine qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews, Münster: Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität zu Tübingen.

Mayring P. (1991), Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U., Kardoff E, Keupp, H., Rosenstiel L., ; Wolff, S.: Handbuch qualitative Forschung : Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. , München : Beltz - Psychologie Verl. Union, 1991. - ISBN 3-621-27105-8, pp. 209-213.

Mayring P. (2000), Qualitative Inhaltsanalyse, Forum Qualitative Sozialforschung, Forum: Qualitative Sozialforschung, Vol.1 No. 2.

Mayring P. (2015), Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 12. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring P. (2016), Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel : Beltz Verlag.

MAXQDA (2017), Access on: <https://www.maxqda.de/was-ist-maxqda>, 16.03.2017.

McMartin, K. (2013), 'Discharge Planning in Chronic Conditions: An Evidence-Based Analysis', Ontario Health Technology Assessment Series, vol. 13: no. 4, pp. 1–72.

Meier S. (2014), Qualitative Inhaltsanalyse, Access on: <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/qualitative-inhaltsanalyse/>, 15.03.2017.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017), State of Health in the EU – Österreich Länderprofil Gesundheit 2017, Access on: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_at_german.pdf, 16.12.2017.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2013), Der Entlassungstag, Gesundheit Österreich GmbH, Access on: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/krankenhausaufenthalt/entlassungstag-krankenhaus>, 17.01.2018.

Österreichische Plattform PatientInnensicherheit (2012), Ihr Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt.

Parliamentary and Health Service Ombudsman (2016), A report of investigations into unsafe discharge from Hospital, Access on: <https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/page/A%20report%20of%20investigations%20into%20unsafe%20discharge%20from%20hospital.pdf>, 21.03.2017.

Pelikan J., Dietscher C. (2014), Gesundheitskompetenz im System der Krankenversorgung: Ein systemischer Ansatz zu Empowerment und Stärkung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen, Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft.

Ramsenthaler C. (2013), Was ist qualitative Inhaltsanalyse?, Access on: http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwjp7M_HmrDSAhWLbZoKHULjDtcQFggTMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.springer.com%2Fcd%2Fcontent%2Fdocument%2Fcd_downloaddocument%2F9783531196596-c1.pdf%3FSGWID%3D0-0-45-1368203-p174922603&usq=AFQjCNHG2dqgc347WryFcXzB72N3PW6p8g&bvm=bv.148073327,d.bGs, 15.02.2017.

Statistik Austria (2017), Spitalsentlassungen 1989 bis 2015 in Akutkrankenanstalten nach Bundesland der Krankenanstalt und Wohnbundesland, Access on: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/022079.html, 05.12.2017.

Ströher A., Honekamp W. (2011), ELGA – die elektronische Gesundheitsakte vor dem Hintergrund von Datenschutz und Datensicherheit, Springer Verlag, Wien Med Wochenschr 161/13–14: 341–346, pp 341-346

Tausch A., Menold N. (2015), Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung, Access on: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf, 15.02.2017.

Vogt S., Werner M. (2014), Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse, Access on: https://www.f01.th-koeln.de/imperia/md/content/sozialarbeitplus/skript_interviewsqual_inhaltsanalyse.pdf, 16.03.2017.

Anhang 1 „Anschreiben der Ethikkommission“

An die
Ethikkommission der
Medizinischen Universität Graz
Auenbruggerplatz 2
8036 Graz



Graz, am XXXX

Betreff: Ansuchen zur Genehmigung

Sehr geehrte Damen und Herren der Ethikkommission!
in der Anlage übermittle ich folgende Unterlagen zum Projekt „GO SAFE – Sichere
PatientInnenentlassung“ zur Begutachtung.

Betreuer: Priv. Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer, Auenbruggerplatz 1 8036 Graz, 0316 385 12998,
gerald.sendlhofer@klinikum-graz.at

Co-BetreuerIn: Mag. Magdalena Hoffmann, MBA, MSc., Auenbruggerplatz 1 8036 Graz, 0316 385
80804, magdalena.hoffmann@klinikum-graz.at

DiplomandIn:

Alessandra Falk, BSc., Leitnergass 6, 8010 Graz, alessandra.falk@webmail.medunigraz.at

A1. Fokusgruppenbefragungen:

Durchführung von Literaturrecheren. Mitwirkung bei der Erstellung der erforderlichen Dokumente für die
vorliegende Beantragung des Ethikvotums. Durchführung und Moderation der Fokusgruppengespräche mit
anschließender Auswertung.

Daniela Schröttner, BSc., Neufeldweg 58 8010 Graz, daniela.schroettner@webmail.medunigraz.at

B1. ExpertInnenbefragungen:

Durchführung von Literaturrecheren. Mitwirkung bei der Erstellung der erforderlichen Dokumente für die
vorliegende Beantragung des Ethikvotums. Durchführung der ExpertInneninterviews mit anschließender
Auswertung.

N.N.

C1. Stakeholderbefragungen:

Durchführung von Literaturrecheren. Durchführung der Stakeholder Interviews mit anschließender
Auswertung.

Anlagen

1. Begleitschreiben_20170310
2. Gebührenbefreiung_20170310

A1. Fokusgruppenbefragungen

Anlage 1) 20170310_Einladung_PatientInnen_V1

Anlage 2) 20170310_Leitfaden_PatientInnen_V1

Anlage 3) 20170310_TeilnehmerInneninformation_und_Einwilligungserklärung_PatientInnen_V1

B1. ExpertInnenbefragungen

Anlage 4) 20170310_Einladung_ExpertInnen_V1

Anlage 5) 20170310_Leitfaden_ExpertInnen_V1

Anlage 6) 20170310_TeilnehmerInneninformation_und_Einwilligungserklärung_ExpertInnen_V1

C1. Stakeholderbefragungen

Anlage 7) 20170310_Einladung_Stakeholder_V1

Anlage 8) 20170310_Leitfaden_Stakeholder_V1

Anlage 9) 20170310_TeilnehmerInneninformation_und_Einwilligungserklärung_Stakeholder_V1

Für Rückfragen stehe ich gerne unter der o. a. Telefonnummer bzw. per E-Mail zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Priv.-Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer

Information für die Mitwirkung an einer Studie des LKH-Univ. Klinikum Graz in
Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz

„GO SAFE - Sichere PatientInnenentlassung“

Sehr geehrte Dame! Sehr geehrter Herr!

Auf diesem Weg würden wir Ihnen gerne unsere Studie zum Thema „sichere PatientInnenentlassung“ vorstellen und Sie und/oder Ihre/n Angehörige/n zur Teilnahme einladen.

Das LKH-Univ.-Klinikum Graz ist stets bemüht, die Versorgung und die Weiterversorgung der PatientInnen mittels optimaler Entlassungsvorbereitung bestmöglich zu gestalten. Um den Entlassungsablauf zu evaluieren und patientenorientiert gestalten zu können, ist es besonders wichtig, dass Sie uns Ihre Erfahrungen mitteilen.

Sie wären Teil einer Gruppe von PatientInnen, welche zu einem Gruppengespräch über Ihre kürzlich durchlaufene Entlassung aus dem stationären Bereich befragt werden würde. Durch Ihre Mithilfe wird die Basis für mögliche Verbesserungen im Entlassungsablauf geschaffen.

In diesem Gespräch werden unter anderem Themen wie der Ablauf Ihrer Entlassung und die Informationen, die Sie erhielten, im Mittelpunkt stehen. Beispielfragen:

- In welcher Form wurden Sie und/oder Ihre Angehörigen beim Entlassungsgespräch (oder davor) miteinbezogen?
- In welcher Weise wurden Sie über verschriebene Medikamente aufgeklärt?
- Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht?

Mit der Teilnahme an der Studie ist ein circa 60 bis 90 minütiges Gruppengespräch verbunden, welches aufgezeichnet und infolgedessen niedergeschrieben wird. Ihre Daten werden pseudonymisiert und es wird nicht möglich sein, anhand der erfragten Daten auf Ihre Person rückzuschließen.

Wir laden Sie und/oder Ihre/n Angehörige/n daher herzlich zu einem Gruppengespräch ein, damit Sie, und/oder Ihr/e Angehörige/r, uns Ihre Erfahrungen und Erlebnisse zum Entlassungsablauf mitteilen können.

Das Gespräch findet an folgenden Terminen im „Café Schanzl“ (Leonhardstraße 4) statt:

Termine für PatientInnen der Univ.-Klinik für Dermatologie/Venerologie:

24.04.2017 um 09.00 Uhr
25.04.2017 um 10.00 Uhr
15.05.2017 um 09.00 Uhr
17.05.2017 um 16.30 Uhr

Wenn sie teilnehmen möchten, bitten wir um Ihre Rückmeldung bis XXXX unter:

- 0316 385 84396 (Sekretariat Qualitätsmanagement/Risikomanagement)
von Montag bis Freitag: 8.00 – 13.00
- qualitaetsmanagement@klinikum-graz.at

Wir würden uns über Ihre Teilnahme freuen.

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt vor Beginn der Studie.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen und diese in die Praxis/Routine zu überführen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie sowie zur PatientInneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist es, die Erfahrungen und Bedürfnisse von stationär entlassenen Patienten/Patientinnen sowie deren Angehörigen zu erheben und zu analysieren.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Die Studie geht vom LKH-Univ. Klinikum Graz aus und wird mit entlassenen Patienten und Patientinnen der Universitätsklinik für Neurologie und der Universitätsklinik für Dermatologie/Venerologie durchgeführt. Insgesamt werden von beiden Universitätskliniken ca. 24 PatientInnen in Gruppengesprächen von (5-7 Personen) befragt. Die Ergebnisse daraus dienen dann im weiteren Verlauf als Grundlage für mögliche Verbesserungen im Entlassungsablauf.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

- Erhebung von soziodemografischen Daten aus statistischen Gründen (z.B. Alter, Geschlecht)
- mit der Teilnahme an der Studie ist ein circa 60- bis 90-minütiges Gruppeninterview verbunden, welches aufgezeichnet und infolgedessen niedergeschrieben wird.

Ihre Daten werden pseudonymisiert und vertraulich behandelt. Es wird nicht möglich sein, anhand der erfragten Daten auf Ihre Person rückzuschließen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der klinischen Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Jedoch kann durch Ihre Teilnahme und durch Ihr Mitwirken der Entlassungsablauf nach einem stationären Aufenthalt evaluiert und gegebenenfalls patientenorientierter gestaltet werden.

4. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Die Antworten aller TeilnehmerInnen werden niedergeschrieben und anschließend analysiert. Diese Daten dienen dann als Grundlage für eine weitere Befragung von PatientInnen, um weitere Studien an einer größeren Gruppenanzahl von PatientInnen durchzuführen.

Soziodemografische Daten wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Familienstand werden zu statistischen Zwecken erhoben.

6. Entstehen für die TeilnehmerInnen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Für Verpflegung wird während des Gruppengesprächs gesorgt sein. Die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel oder Parkticket der grünen Zone, während der Zeit des Gruppengesprächs, werden übernommen.

7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen das Forschungsteam gern zur Verfügung. Ansprechperson bezüglich Fragen zu den Interviews sind Frau Mag. Magdalena Hoffmann MBA, MSc und Alessandra Falk BSc. Auch Fragen, die Ihre Rechte als PatientIn oder TeilnehmerIn an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet. Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Studie vorliegen, können Sie darüber informiert werden, falls Sie dies wünschen.

Ja

Nein

Bitte geben Sie hier Ihre E-Mail Adresse oder Postadresse an falls Sie Informationen über die Ergebnisse wünschen:

.....

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Frau Mag. Magdalena Hoffmann, MBA. MSc.
Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
0316 385 80804
magdalena.hoffmann@klinikum-graz.at
alessandra.falk@stud.medunigraz.at

Frau Alessandra Falk, BSc.
Medizinische Universität Graz
0664 46 17 464

8. Einwilligungserklärung

Name des/der PatientIn oder des/der Angehörige/n in Druckbuchstaben:

Geb. Datum: _____

Code: _____

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „GO SAFE – sichere PatientInnenentlassung“ teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau _____ ausführlich und verständlich über den Ablauf, die Verwendung der Daten, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie und sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser PatientInnenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von den angegebenen Kontaktpersonen verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen. Beim Umgang der im Rahmen der „GO SAFE - Sichere PatientInnenentlassung“ Studie erhobenen Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 beachtet. Alle Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind – unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen – gemäß § 15 DSG 2000 an das Datengeheimnis gebunden.

Nach dem DSG 2000 sind „personenbezogene Daten“ Angaben über Studienteilnehmer/innen, durch die deren Identität bestimmt oder bestimmbar ist. Unter „indirekt personenbezogenen Daten“ versteht das DSG 2000 Daten, deren Personenbezug derart ist, dass die Identität der Studienteilnehmer/innen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

Ich stimme zu, dass meine im Rahmen und zum Zweck dieser Studie ermittelten personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Alter, Angaben über die Gesundheit, soziodemografischen Daten, Aussagen im Gruppengespräch) verarbeitet werden und in indirekt personenbezogener (pseudonymisierter bzw. verschlüsselter) Form an das LKH-Univ. Klinikum Graz (Stabsstelle Qualitätsmanagement/Risikomanagement) und die Medizinische Universität Graz zur Weiterverarbeitung übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung, beauftragte zuständige Behörden der Ethikkommission und des/der Auftraggeber/In der Studie Einblick in die Daten nehmen dürfen.

Mit ist auch bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverwendung ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für meine medizinische Behandlung jederzeit widerrufen kann, wobei ein Widerruf grundsätzlich die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, sofern nicht andere gesetzliche Vorschriften oder überwiegende berechnigte Interessen die Datenverwendung weiterhin zulässig machen.

Eine Kopie dieser PatientInneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei den StudienleiterInnen.

(Datum und Unterschrift des/der PatientIn, des/der Angehörige/n)

(Datum und Unterschrift der aufklärenden Person)

Anhang 4 „Leitfaden der Fokusgruppenbefragungen“



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Sehr geehrte Angehörige!
Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit um diesen Fragebogen auszufüllen.
Ihre Daten werden in pseudonymisierter Form verwendet. Kreuzen Sie bitte das für Sie zutreffende Feld an. Vielen Danke für Ihre Mitarbeit!

Soziodemografische Daten			
1. Sie waren PatientIn an der ..			
<input type="radio"/> Univ. Klinik für Neurologie		<input type="radio"/> Univ. Klinik für Dermatologie/Venerologie	
2. Ihr Geschlecht? <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich			
3. Ihr Geburtsjahr?			
4. Familienstand			
<input type="radio"/> ledig		<input type="radio"/> verheiratet/in einer Partnerschaft	<input type="radio"/> verwitwet
5. Höchster abgeschlossener Bildungsstatus			
<input type="radio"/> Pflichtschulabschluss		<input type="radio"/> Hochschulabschluss	
<input type="radio"/> Hauptschulabschluss		<input type="radio"/> Meisterabschluss	
<input type="radio"/> Lehrabschluss		<input type="radio"/> Matura	
<input type="radio"/> Berufsbildene höhere Schule		sonstiges: _____	
6. Ihre Staatsangehörigkeit?			
7. Ihre Muttersprache?			
7. Tragen Sie eine Sehhilfe? (Brille oder Kontaktlinsen)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8. Tragen Sie ein Hörgerät?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vor der Entlassung			
Wurde Ihnen der Entlassungstermin zeitgerecht mitgeteilt, sodass sie sich gut darauf einstellen konnten?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurden mit Ihnen bei Ihrer Entlassung folgende Punkte besprochen?			ja, ausführlich unzureichend nein, gar nicht war nicht nötig
Wer übernimmt die weitere medizinische Betreuung?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wer übernimmt die weitere pflegerische Betreuung?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Weitere notwendige Nach- und Kontrolluntersuchungen?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Auf welche Symptome Sie achten sollten?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Verhaltensweisen, die Sie zu Hause vermeiden sollten?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Rehabilitation/Nachbehandlung nach Ihrem Spitalsaufenthalt			
			ja nein war nicht nötig
Wurde dafür gesorgt, dass notwendige Medikamente zu Hause verfügbar waren?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wurde dafür gesorgt, dass die notwendigen Hilfs- und Pflegemittel zu Hause verfügbar waren?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nach der Entlassung			
Sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen aufgetreten?			
<input type="radio"/> nein, keine Komplikationen		<input type="radio"/> ja, aber keine ärztliche Betreuung notwendig	
<input type="radio"/> ja, Behandlung beim Haus-, Facharzt/ärztin nötig		<input type="radio"/> ja, Wiedereinweisung nötig	
<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen			
Waren Sie mit der Organisation Ihrer Entlassung und der weiteren Betreuung zufrieden?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

1. Allgemeines zur Entlassung

- 1.1. Wie haben Sie den Ablauf der Planung und Durchführung Ihrer Entlassung wahrgenommen?**
 - 1.2. Wurde ein abschließendes Gespräch durchgeführt?
 - 1.3. Wer führte dieses Gespräch durch?
 - 1.4. . In welcher Form wurden Sie und Ihr/e Angehörige/n beim Entlassungsgespräch (oder davor) miteinbezogen?
 - 1.5. Waren Sie zu diesem Zeitpunkt in der Lage, die Informationen und ihre Bedeutung gänzlich zu verstehen?
-

2. Medikamente und Heilbehelfe

- 2.1. In welcher Form hat die die Aufklärung über Medikamente und deren Einnahme stattgefunden?**
 - 2.2. Wer klärte Sie über die Medikamente und deren Einnahme auf?
 - 2.3. Wurden Ihnen während des Aufenthalts neue Medikamente verschrieben?
 - 2.4. Wurde Ihnen deren
 - Wirkung
 - mögliche Nebenwirkungen
 - Einnahmezeitpunkt
 - Einnahmeart erklärt?
 - 2.5. Inwieweit wurden Heilbehelfe/Hilfsmittel (z.B. Rollator) für Sie nach der Entlassung oder für zu Hause organisiert?
-

3. Schriftliche /Mündliche Informationen

- 3.1. Welche Informationen wurden während des Entlassungsgesprächs thematisiert?**
- 3.2. Welche Informationen fehlten Ihnen?
- 3.3. Waren die Informationen verständlich?
- 3.4. Wurden Themenbereiche, wie beispielsweise
 - Ernährungsberatung
 - Physiotherapie
 - Rehabilitation
 - Ergotherapie mit Ihnen besprochen?

3.5. Welche Informationen erhielten Sie in schriftlicher Form?

Zum Beispiel: Arztbrief
 Informationsbroschüren
 Pflegerischer Entlassungsbrief
 Ernährungsplan
 Therapieplan

3.6. Inwieweit waren diese Informationen verständlich? Wo hatten Sie noch Fragen?

3.7. Wurden beispielsweise

- Fachausdrücke
- Abkürzungen verwendet die unklar waren?

3.8. Wurden Ihnen diese Ausdrücke erklärt?

3.9. Hätten Sie noch mehr/weitere Informationen in schriftlicher Form gebraucht? Wenn ja, worüber?

4. Nachsorge

**4.1. Inwieweit wurde die weitere Versorgung und der ambulante
Betreuungsbedarf bereits während Ihres Aufenthalts organisiert?**

4.2. Inwieweit wurden Sie über den weiteren (ambulanten) Behandlungs- und
Therapieverlauf aufgeklärt?

5. Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

5.1. Kennen Sie die elektronische Gesundheitsakte (ELGA)?

5.2. War ELGA ein Thema während Ihres Aufenthalts?

5.3. Wurde ELGA Ihnen bei Ihrer

- Aufnahme
 - Entlassung
- erklärt?

5.4. Wissen Sie über Ihre Rechte und Möglichkeiten bei ELGA (zum Beispiel
Löschung von gewissen Daten) Bescheid?

6. Wünsche/Anregungen

6.1. Was würden Sie sich in Zukunft an Informationen wünschen?

6.2. Bei welchem Ablauf gibt es laut Ihnen noch Verbesserungspotential?