

Masterarbeit

„GO-SAFE“

**Die PatientInnenentlassung aus Sicht der ExpertInnen des
LKH-Univ. Klinikum Graz – eine qualitative Studie**

eingereicht von

Daniela Schröttner, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft, Graz

unter der Anleitung von

Erstbetreuer: Priv.-Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer

Zweitbetreuerin: Mag. Magdalena Hoffmann MSc., MBA

Graz, am 29. Juli 2018

Eidesstattliche 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 benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29. Juli 2018

Daniela Schröttner, BSc eh.

Danksagung

Für die Betreuung und Anleitung meiner Masterarbeit danke ich meinem Erstbetreuer, Herrn Priv.-Doz. Dr. Mag. Gerald Sendlhofer sowie meiner Zweitbetreuerin, Frau Mag. Magdalena Hoffmann MSc. MBA., von der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz. Vielen Dank für Ihre Zeit und für das Einbringen Ihrer Erfahrungen. Die gemeinsamen Treffen in der Stabsstelle, in denen Fragen besprochen und geklärt werden konnten, waren eine große Hilfe.

Ich danke allen ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz, die freiwillig an den Interviews teilnahmen. Erst durch ihre Mithilfe konnte die Ist-Situation der PatientInnenentlassung aus Sicht der ExpertInnen dargestellt werden.

Ebenfalls möchte ich mich bei all meinen Mitstudierenden bedanken, die mich während meines Studiums begleitet und moralisch unterstützt haben. Ein großes Dankeschön gilt dabei meiner Mitstudentin und Forschungspartnerin DGKP Karin Laller, BSc.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich während meines Studiums und dem Schreiben meiner Arbeit unterstützt haben. Danke für die aufmunternden Worte in stressigen Momenten.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Glossar.....	VIII
Abbildungsverzeichnis.....	X
Tabellenverzeichnis.....	XI
Zusammenfassung.....	XII
Abstract.....	XIV
1. Einleitung.....	1
1.1. Hintergrund.....	2
1.2. Zielsetzung und Fragestellung.....	5
2. Material und Methode.....	7
2.1. Literaturrecherche.....	7
2.2. Ansatz und Studiendesign.....	7
2.3. Setting und Stichprobenbeschreibung.....	8
2.4. Rekrutierungsverfahren.....	9
2.5. Datensammlung.....	9
2.6. Ethische Aspekte und Datenschutz.....	13
2.7. Datenanalyse.....	14
3. Ergebnisse.....	18
3.1. Quantitativer Teil der Befragung.....	19
3.2. Qualitative Befragung.....	22
3.2.1. Erfahrungen zur Entlassungsvorbereitung.....	24
3.2.1.1. Beginn der Entlassungsplanung.....	24
3.2.1.2. Festlegung und Bekanntgabe des Entlassungstermins.....	25
3.2.1.3. Schriftliche Einteilung der Zuständigkeiten.....	28
3.2.1.4. Übernahme von Medikamentenlisten.....	28
3.2.1.5. Eindrücke zur Bezugspflege.....	29
3.2.2. Erfahrungen zu schriftlichem Informationsmaterial.....	30
3.2.2.1. Erfahrungen zu schriftlichem Material bei der Entlassung.....	32
3.2.2.2. Erfahrungen zur elektronischen Gesundheitsakte.....	37
3.2.3. Erfahrungen zur Kommunikation sowie mündlichen Information.....	39
3.2.3.1. Kommunikation zwischen Professionen im Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtungen.....	39
3.2.3.2. Interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Krankenhauses.....	40

3.2.3.3.	Kommunikation zwischen Professionen und PatientInnen beziehungsweise Angehörigen	42
3.2.4.	Erfahrungen zur Planung der Nachsorge	52
3.2.4.1.	Sicherstellung der Nachsorge	54
3.2.4.2.	Anregungen für Veränderungen im Rahmen der Nachsorge	55
3.2.4.3.	Medikamentenversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt	57
3.2.4.4.	Finanzielle Ressourcen der PatientInnen	58
3.2.5.	Ansichten zur Rolle der Angehörigen.....	59
3.2.5.1.	Rolle der Angehörigen bei Krankheiten.....	60
3.2.5.2.	Schulungsmaßnahmen für Angehörige.....	62
3.2.6.	Anregungen und Wünsche für Veränderungen.....	62
4.	Diskussion	65
4.1.	Stärken und Schwächen der Studie	73
5.	Schlussfolgerung.....	75
5.1.	Antwort auf die Forschungsfragen.....	75
5.2.	Implikationen für Forschung und Praxis.....	77
	Literaturverzeichnis.....	79
	Anhang.....	i

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
&	und
=	ist gleich
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement
bzw.	beziehungsweise
CINAHL®	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Co. KG	Compagnie Kommanditgesellschaft
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
e.g.	exempli gratia (for example)
EK	Ethikkommission
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
et al.	et alii, et aliae, et alia (und andere)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
h	Stunde
HKP	Hauskrankenpflege
Hrsg.	HerausgeberIn
KAGes	Krankenanstaltengesellschaft
LKH	Landeskrankenhaus
mbH	mit beschränkter Haftung
MeSH	Medical Subject Headings
n	Stichprobengröße
no.	Number
Nr.	Nummer
OP	Operation
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie

PIK	Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung
pp.	pages
S.	Seite
Univ.	Universität
vol.	Volume
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Glossar

Arztbrief	Der Inhalt des Arztbriefes spiegelt die Qualität und Professionalität der Behandlungen im Krankenhaus wieder und stellt ein wichtiges Kommunikationsmittel zwischen dem Krankenhaus und dem Hausarzt/der Hausärztin bzw. dem Facharzt/der Fachärztin dar (Ewig 2016).
Assessment	Unter Assessment versteht man einen Prozess, mit dem der Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin erhoben und beurteilt werden kann, um weitere Maßnahmen gründlich planen, durchführen und evaluieren zu können (Grob 2006 zit. in Spirig et al. 2007).
Auswertungseinheit	Mit der Auswertungseinheit wird bestimmt, welche Textabschnitte zur Bildung des Kategoriensystems herangezogen werden (Mayring 2014).
Interdisziplinarität	In der Wissenschaft sowie Forschung bedeutet Interdisziplinarität, dass verschiedene Disziplinen gemeinsam ein Problem behandeln (Mai 2014).
Interrater Reliabilität	Interrater Reliabilität misst den Grad der Übereinstimmung zwischen zwei oder mehreren BeobachterInnen (Polit et al. 2012).
Kodiereinheit	Unter Kodiereinheit versteht man den kleinsten Textbestandteil, der beispielsweise bei transkribierten Interviews ausgewertet werden darf und unter eine Kategorie fällt (Mayring 2015).

Kontexteinheit	Die Kontexteinheit bestimmt den größten Textbestandteil, der in eine Kategorie fallen kann (Mayring 2014).
Likert-Skala	Die Likert-Skala ist ein Messinstrument, das dabei hilft, die Meinung oder die Einstellung eines Subjekts heraus zu finden (Burns & Grove 2009). Es besteht aus unterschiedlichen Items (Aussagen), die verschiedene Werte enthalten und bezüglich derer die ProbandInnen den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung angeben (Polit et al. 2012).
openMEDOCS	openMEDOCS ist ein elektronisches Kommunikations- und Dokumentationsnetzwerk (Krankenakte) des LKH-Univ. Klinikum Graz (KAGes 2017).
Selektionskriterium	Das Selektionskriterium wird noch vor der Kategorienbildung bestimmt und soll sicherstellen, dass nebensächliche, irrelevante oder vom Thema abweichende Aussagen aus Interviews ausgeschlossen werden (Mayring 2015).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verweildauer im Krankenhaus der Akutversorgung in Tagen	3
Abbildung 2: Schritte der induktiven Kategorienbildung	15
Abbildung 3: Grafische Darstellung der quantitativen Interviewauswertung (n=14)	20
Abbildung 4: Prozentuelle Auswertung der 98 Antwortmöglichkeiten	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragen des quantitativen Fragebogens.....	10
Tabelle 2: Fragen des halbstrukturierten Interviewleitfadens.....	11
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (n=14).....	19
Tabelle 4: Kategorienübersicht	23
Tabelle 5: Auflistung von Themen für Informationsbroschüren	35

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Anteil an hochbetagten Menschen, die zukünftig eine langfristige pflegerische Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen, steigt weiter an. Gleichzeitig kommt es zu einer Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus. Dadurch steht man gerade bei hochbetagten PatientInnen mit poststationärem Unterstützungsbedarf vor der Herausforderung einer optimalen Planung der Entlassung sowie Sicherstellung einer individuell abgestimmten Nachversorgung. Bei einer Befragung von stationär entlassenen PatientInnen der KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft) wurde die Entlassung als „kritisch“ beurteilt. Dies veranlasste die Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz zu dem Projekt „GO SAFE – Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen“. Die vorliegende Arbeit stellt einen Teil dieses Projektes dar.

Ziel: Ziel ist die Erhebung der Erfahrungen sowie der Wünsche von ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen des LKH-Univ. Klinikum Graz. Die Erfahrungen sowie die Wünsche der MitarbeiterInnen können Stärken, Schwächen und Verbesserungspotentiale in Bezug auf das Entlassungsmanagement der PatientInnen aufzeigen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Es wurden 14 Einzelinterviews mit ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der Entlassung von PatientInnen beteiligt sind, durchgeführt. Die Pilotkliniken waren die Univ. Klinik für Neurologie sowie die Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie des LKH-Univ. Klinikum Graz. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Anschließend folgte die Kodierung und Kategorisierung der Daten mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring sowie mit dem Softwareprogramm MAXQDA©12.

Ergebnisse: Die Datenanalyse ergab ein Kategoriensystem aus sechs Hauptkategorien, die sich in weitere Subkategorien gliederten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Entlassungsvorbereitung mit dem Aufnahmegespräch beginnt. Weiters meinen ExpertInnen, dass schriftliches Informationsmaterial die Aufnahme von verbalen Informationen erleichtert. Im Rahmen der Entlassungsplanung sowie

Sicherstellung der Nachsorge nehmen Angehörige eine große Rolle ein und werden wenn möglich miteinbezogen.

Schlussfolgerung: Das Entlassungsmanagement am LKH-Univ. Klinikum Graz weist sowohl Stärken als auch Verbesserungspotentiale auf. Aus den Interviews ist beispielsweise erkennbar, dass die Erhebung des poststationären Unterstützungsbedarfs des Patienten/der Patientin individuell und ohne Assessmentinstrument festgestellt wird. Schriftliche Informationen, die der/die PatientIn bisher bei der Entlassung erhalten hat, sollen bereits am Vortag ausgehändigt werden. Das Entlassungsmanagement hat bei den ExpertInnen einen hohen Stellenwert und sie sind sehr darum bemüht, es weiter zu optimieren.

Schlüsselbegriffe: Entlassungsmanagement, PatientInnenentlassung, qualitative Inhaltsanalyse, ExpertInneninterviews;

Abstract

Background: The percentage of older people who will need long-term nursing care after a hospital-stay is increasing. At the same time, the duration of hospital-stays is decreasing. Therefore, when it comes to patients that need post-stationary care, it becomes a challenge to optimally plan their discharge and to ensure individual after-care. According to a survey of discharged patients of KAGes (the Styrian healthcare company), the discharge was judged to be critical. Thus, the Executive Department of Quality and Risk Management of the University Hospital Graz initiated the project “GO SAFE – Safe discharge: A contribution to the improvement of patients’ and their relatives’ health competences”. This paper is a part of this project.

Aim: It is the aim to survey the experiences and wishes of experts of different professional groups at the University Hospital Graz. These experiences and wishes of the employees demonstrate strengths, weaknesses and improvement opportunities regarding the discharge-management of the patients.

Methods: To answer the research question, a qualitative research approach was chosen. 14 interviews were conducted with experts of different professional groups who were part of the patients’ discharge. The University Hospital for Neurology and the University Hospital for Dermatology and Venerology represented the pilot clinics. The interviews were recorded and transcribed. Afterwards, using Mayring’s qualitative content analysis and the software program “MAXQDA©12”, the data were encoded and categorized.

Results: Data analysis showed a category system, consisting of six main categories and several sub-categories. The results reveal that discharge preparation starts with the admission interview. Furthermore, the experts report that written informational material facilitates the reception of verbal information. Additionally, it can be observed that family members of patients play a vital role and are involved in discharge and after-care planning.

Conclusion: Discharge management at the University Hospital Graz shows strengths as well as potential for improvement. It can be seen from the interviews that, currently, a patient’s need of post-stationary care is examined individually and without any assessment instrument. Written informational material so far delivered to

the patient on the day of discharge needs to be distributed on the preceding day. All experts agreed that discharge management is very important as they endeavor to optimize it.

Keywords: discharge-management, discharge of patients, qualitative content analysis, interviews with experts;

1. Einleitung

Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus stellt einen Prozess dar, der sich auf den gesamten Krankenhausaufenthalt ausdehnt. Der Entlassungsprozess beginnt mit der Krankenhausaufnahme und endet mit der Entlassung des Patienten/der Patientin (McMartin 2013).

Das Entlassungsmanagement, als standardisierter Prozess, ist dafür zuständig, medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen für PatientInnen mit multiplem Versorgungsbedarf nach dem Krankenhausaufenthalt zu organisieren (Colemann 2003 zit. in Gesundheit Österreich GmbH 2012). Es ist vorgesehen, dass das Entlassungsmanagement bereits mit dem Pflegeassessment bei der Aufnahme beginnt. Das Assessment ist ein fester Bestandteil im Pflegeprozess. In der Literatur wird beschrieben, dass für jeden Patienten/jede Patientin eine Entlassungsplanung vorgenommen werden muss, unabhängig davon, ob ein poststationärer Unterstützungsbedarf vorliegt oder nicht. Dabei unterscheidet man zwischen zwei Formen des Entlassungsmanagements, dem direkten und dem indirekten Entlassungsmanagement (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Beim direkten Entlassungsmanagement werden alle Aufgaben und Maßnahmen, die die Entlassung betreffen, auf der Station gesetzt. Das Entlassungsmanagement wird als ein arbeitsteiliger Prozess beschrieben, bei dem die Verantwortung meist beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege liegt (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

PatientInnen, die aufgrund ihrer komplexen Gesundheitssituation weitere poststationäre Betreuung benötigen, werden dem indirekten Entlassungsmanagement zugewiesen. Dabei kommt es zu einer individuellen Planung und Organisation der Nachsorge während des Krankenhausaufenthaltes durch ein multiprofessionelles Team. Das indirekte Entlassungsmanagement geht über die Grenzen der Station hinaus (Kapounek 2009 zit. in Gesundheit Österreich GmbH 2012).

1.1. Hintergrund

Das Entlassungsmanagement von PatientInnen aus dem Krankenhaus gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Anzahl an Menschen, die eine langfristige pflegerische Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen, steigt immer weiter an (Dörpinghaus et al. 2008). So beschreibt die Statistik Austria im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014, dass Österreich in vielen Bereichen, aber auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, vor der Herausforderung steht, dass es zu einer Verschiebung der Altersstruktur kommt. Die Lebenserwartung der Menschen in Österreich steigt immer weiter an, wodurch es zu einem hohen Anteil an hochbetagten Menschen kommt. Die Boom-Jahrgänge 1940 bis 1943 und 1960, in denen die Geburtenrate besonders hoch war, tragen zusätzlich zu einer steigenden Anzahl an alten Menschen bei. So wird der Anteil an Menschen ab 65 Jahren und älter von 18,2% im Jahr 2013, bis 2030 auf 23,6% steigen (Statistik Austria 2015).

Ein weiterer Grund für den zunehmenden Stellenwert des Entlassungsmanagements liegt in der verkürzten Verweildauer von PatientInnen im Krankenhaus (Dangel 2004). Aufgrund der kurzen Verweildauer kommt es noch vor einer vollständigen Besserung des Gesundheitszustandes zu einer Entlassung nach Hause oder in eine weitere Versorgungseinrichtung (Dörpinghaus et al. 2008). Die kurze Verweildauer der PatientInnen bringt mit sich, dass die Entlassung und Nachbetreuung schon früh geplant und organisiert werden muss (Wiedenhöfer et al. 2010).

Dazu ist in der Abbildung 1 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz ersichtlich.

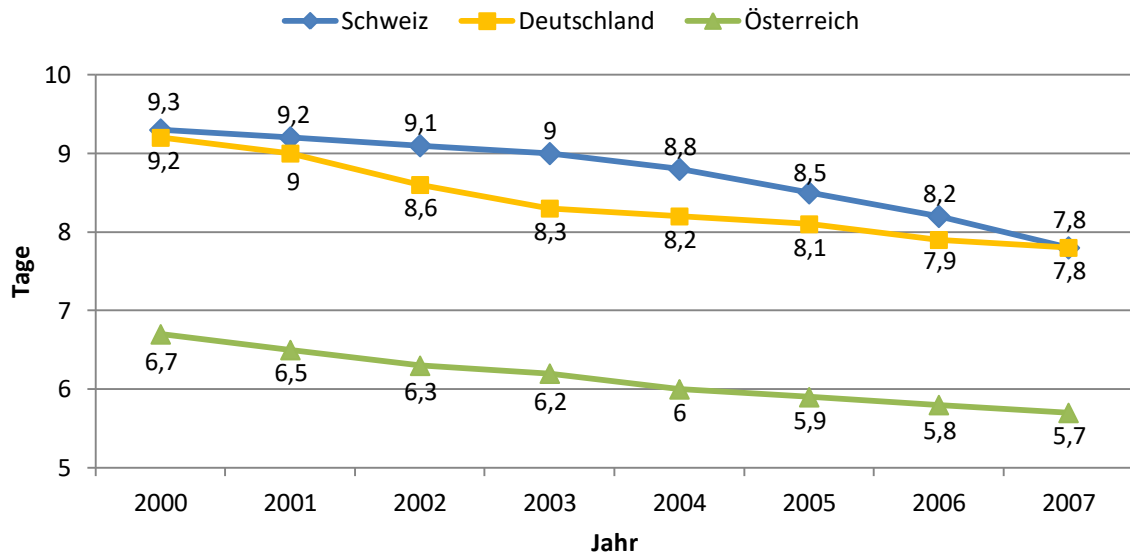


Abbildung 1: Verweildauer im Krankenhaus der Akutversorgung in Tagen (Wiedenhöfer et al. 2010, S. 20)

Um innerhalb kurzer Zeit eine optimale Nachversorgung gewährleisten zu können, ist ein gut funktionierendes, interprofessionelles Nahtstellenmanagement (Versorgungsübergänge) sowohl im Krankenhaus als auch zwischen dem Krankenhaus und den Nachsorgeeinrichtungen Voraussetzung. Oberstes Ziel des Entlassungsmanagements von PatientInnen aus dem Krankenhaus ist die Sicherstellung einer optimalen Weiterversorgung (Dörpinghaus et al. 2008).

Das Entlassungsmanagement hat auch zum Ziel, PatientInnen und ihren Angehörigen ein Gefühl der Sicherheit zu geben und sie zu entlasten (Dörpinghaus et al. 2008). Weiters soll das Entlassungsmanagement dabei helfen, PatientInnen und ihre Angehörigen auf die bevorstehenden, neuen Anforderungen und Probleme, die nach der Entlassung anstehen, vorzubereiten (Wingenfeld 2011). Durch das Entlassungsmanagement soll vermieden werden, dass PatientInnen aufgrund unzureichender Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt wieder aufgenommen werden müssen (Dörpinghaus et al. 2008). Wiederaufnahmen von PatientInnen werden mit Qualitätsmängeln in der Organisation der Weiterversorgung, wie beispielsweise ein lückenhaftes Nahtstellenmanagement, sowie mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden (Dörpinghaus et al. 2008; Gesundheit Österreich GmbH 2012; Wingenfeld 2011).

Das Projekt „PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ fand heraus, dass 18,5% der PatientInnen im stationären Bereich falsch zugewiesen, zu früh

entlassen und/oder ungeplant rehospitalisiert werden (Wiedenhöfer et al. 2010). In einer amerikanischen Studie konnte herausgefunden werden, dass 91% der Befragten zwar wussten, was sie nach der Entlassung für ihre Genesung zu tun haben, jedoch beschrieben 51% der Befragten, dass sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Empfehlungen nach dem Krankenhausaufenthalt hatten (Greysen et al. 2016).

Dräger (2016) zeigt auf, dass das Entlassungsmanagement von PatientInnen aus dem Krankenhaus ein entscheidendes Handlungsfeld zur Verbesserung der Patientensicherheit darstellt und daher stärkere Beachtung finden sollte.

Aufgrund der steigenden Bedeutung des Entlassungsmanagements wurden in Österreich bereits unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagement gesetzt (Wiedenhöfer et al. 2010). Grundlegendes Instrument ist die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Die BQLL AUFEM beschreibt Prozesse, um eine lücken- und reibungslose Behandlung der PatientInnen zwischen den Nahstellen sicherstellen zu können und soll MitarbeiterInnen von Versorgungseinrichtungen zur Umsetzung der beschriebenen Prozesse anregen (Gesundheit Österreich GmbH 2012). In der Steiermark führte man beispielsweise eine flächendeckende Versorgungscoordination ein, die von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse durchgeführt und finanziert wird (Wiedenhöfer et al. 2010).

Zum Thema Entlassungen beschreibt Statistik Austria, dass es seit dem Jahr 2009 zu einem Rückgang der Entlassungen aus Akutkrankenanstalten um durchschnittlich 0,1% pro Jahr kam. Zwei Jahrzehnte zuvor stiegen die Entlassungen jährlich im Durchschnitt um 2,5%. Im Gegensatz dazu nahm die Zahl der tagesklinischen Aufenthalte zwischen 2009 und 2013 um 4,2% jährlich zu. Generell wurden im Jahr 2013 in den österreichischen Krankenanstalten 2.811.201 Entlassungen verzeichnet (Statistik Austria 2015).

1.2. Zielsetzung und Fragestellung

Um das Entlassungsmanagement am LKH-Univ. Klinikum Graz zu verbessern, startete die Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz Anfang des Jahres 2017 das Projekt „GO SAFE – Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen“.

Anlass dieses Projekts war eine PatientInnenbefragung, die 2015 am LKH-Univ. Klinikum Graz durchgeführt wurde und in der es um die Zufriedenheit in Bezug auf folgende Themenbereiche ging:

- Organisation und Abläufe,
- Aufklärung über Krankheit und Behandlung bzw. Therapie,
- hygienische Aspekte,
- Umgang des Personals mit den PatientInnen,
- Ausstattung und Komfort sowie
- Entlassung.

Die „Entlassung“ war ein Themenbereich, der von den PatientInnen als kritisch bewertet wurde (Sendlhofer et al. 2016). Punkte, die im Rahmen der Entlassung von den PatientInnen als „verbesserungswürdig“ identifiziert wurden, waren beispielsweise:

- Besprechung weiterer und notwendiger Kontrolluntersuchungen,
- Besprechung der poststationären Medikation,
- Selbstbeobachtung von Symptomen zu Hause oder
- Informationen über Verhaltensweisen nach der Entlassung (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017).

Diese Masterarbeit stellt einen Teil des Projekts „GO SAFE“ da. Ziel ist es, die Ist-Situation zum Thema PatientInnenentlassung aus Sicht der ExpertInnen zu erheben und darzustellen. Dabei spielen die Erfahrungen sowie die Wünsche von ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen des LKH-Univ. Klinikum Graz zum Thema PatientInnenentlassung eine wichtige Rolle. Die Sicht und die Erfahrungen sowie die Wünsche der MitarbeiterInnen können Stärken, Schwächen und

Verbesserungspotenziale in Bezug auf das Entlassungsmanagement der PatientInnen aufzeigen.

Fragestellung 1: Welche Erfahrungen und Wünsche haben ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen des LKH-Univ. Klinikum Graz zum Thema PatientInnenentlassung?

Fragestellung 2: Sind durch die Erfahrungen und Wünsche der ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen des LKH-Univ. Klinikum Graz Stärken und Schwächen für das Entlassungsmanagement der PatientInnen erkennbar?

2. Material und Methode

In diesem Abschnitt der Masterarbeit wird die methodische Vorgehensweise, zur Beantwortung der Forschungsfrage, näher beschrieben. Es wird dabei auf die Literaturrecherche, den Ansatz und das Studiendesign, das Setting, die Stichprobe, das Rekrutierungsverfahren, die Datensammlung, die ethischen Aspekte sowie die Datenanalyse näher eingegangen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die aus 32-Items bestehende COREQ-Checkliste herangezogen (siehe Anhang: *COREQ-Checkliste*). Die Checkliste „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)“ bietet einen Überblick zum methodischen Vorgehen einer qualitativen Forschungsarbeit und wird beispielsweise bei Interviews verwendet (Tong et al. 2007).

2.1. Literaturrecherche

Zur Vorbereitung und zur Entwicklung des halbstrukturierten Interviewleitfadens wurde eine umfassende Literaturrecherche im Zeitraum von Februar 2017 bis März 2017 durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken CINAHL® und PubMed®. Dabei wurde mit den englischen Schlüsselbegriffen hospital, discharge planning, discharge management und patient discharge gesucht. Zusätzlich wurden die Bool'schen Operatoren „AND“ oder „OR“ und die MeSH-Terms „*“ verwendet. Für die vorliegende Arbeit wurde auch in Fachzeitschriften sowie in Büchern nach wichtiger Literatur gesucht. Weiters wurden eine umfangreiche Internetrecherche sowie eine Handsuche in Referenzlisten durchgeführt.

2.2. Ansatz und Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit einem Querschnittsdesign gewählt. Um eine qualitative Forschung mit einem Querschnittsdesign handelt es sich dann, wenn die Daten zu einem Zeitpunkt erhoben werden (Polit et al. 2012). Den qualitativen Forschungsansatz bildet die Phänomenologie, die sich laut Polit et al. (2012) mit Erfahrungen und Bedürfnissen

von Menschen befasst. Die StudienteilnehmerInnen wurden mittels Interviews (siehe Anhang: *Interviewleitfaden*) befragt. Bei den Interviews kamen halbstrukturierte Interviewleitfäden zur Anwendung. Ergänzt wurden die Interviews mit einem kurzen Fragebogen, bestehend aus einer vier-stufigen Likert-Skala, welcher einem quantitativen Ansatz zu Grunde liegt. Anhand dieser Fragen, die in der stationären PatientInnenbefragung 2015 abgefragt wurden, konnte zuvor aufgezeigt werden, dass PatientInnen die Entlassung aus dem LKH-Univ. Klinikum Graz als kritisch betrachten (Sendlhofer et al. 2016). Der kurze quantitative Fragebogen soll zu erkennen geben, wie sehr ExpertInnen im Rahmen der PatientInnenentlassung auf unterschiedliche Punkte eingehen und soll der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz eine Vergleichbarkeit zwischen den Antworten der PatientInnen und der ExpertInnen ermöglichen.

2.3. Setting und Stichprobenbeschreibung

Für die Studie wurden zwei Pilotkliniken des LKH-Univ. Klinikum Graz ausgewählt. Dabei handelt es sich um die Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie die Univ. Klinik für Neurologie. Die TeilnehmerInnen mussten an einer der beiden Pilotkliniken des LKH-Univ. Klinikum Graz tätig sein. Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten die ExpertInnen einer Berufsgruppe angehören, die in den Entlassungsprozess von PatientInnen aus dem Krankenhaus involviert ist. Dazu zählt der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, die Medizin sowie Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich. Zu den Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich gehören die Sozialarbeit, die Physio- und Ergotherapie, die Logopädie oder die Diätologie. Insgesamt umfasste die Population 130 ExpertInnen. Als Einschlusskriterium wurden nur ExpertInnen befragt, die eine Berufserfahrung von mindestens drei Monaten aufweisen konnten. Interviews mit Führungskräften, die an der Befragung teilnehmen wollten, mussten aufgrund ihrer Autorität ausnahmslos einzeln geführt werden.

Laut Polit et al. (2012) umfassen phänomenologische Studien eine Anzahl von ungefähr zehn StudienteilnehmerInnen. Daher wurde zu Beginn der Studie festgelegt, dass 12 TeilnehmerInnen zum Thema PatientInnenentlassung befragt werden, um sicherzustellen, dass genügend Daten erhoben werden.

2.4. Rekrutierungsverfahren

Zur Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen wurde eine Einladung zur Teilnahme an den Interviews (siehe Anhang: *Einladungsschreiben*), zusammen mit einer TeilnehmerInneninformation und einer Einwilligungserklärung (siehe Anhang: *TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung*), per Mail ausgesendet. Somit hatten die ExpertInnen die Möglichkeit sich vorab genau über die Studie zu informieren. Nach zwei Wochen erfolgte eine Erinnerungsmail, in der ebenfalls das Einladungsschreiben, die TeilnehmerInneninformation und die Einwilligungserklärung beigefügt wurden. Berufsgruppen, die durch das Einladungsschreiben per Mail nicht erreicht werden konnten, wie SozialarbeiterInnen und DiätologInnen, wurden anschließend gezielt telefonisch kontaktiert und über die Studie informiert. Es wurde darauf geachtet, dass alle Berufsgruppen, die an der Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus beteiligt sind, bei den Interviews vertreten sind.

2.5. Datensammlung

Zu Beginn der Interviews wurden soziodemographische Daten erfragt. Anschließend folgte der quantitative Teil, bestehend aus sieben Fragen. In der vorliegenden Arbeit wurden die quantitativen Fragen dem Fragebogen der PatientInnenbefragung, die im Jahr 2015 am LHK-Univ. Klinikum Graz durchgeführt wurde, entnommen, jedoch um die Antwortkategorie „nicht relevant“ ergänzt¹. Dadurch hatten die Befragten die Möglichkeit, Fragen, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen, entsprechend zu beantworten. Der Fragebogen war von den ExpertInnen in Form einer Likert-Skala mit vier Antwortkategorien selbständig zu beantworten. Bei den sieben Fragen konnten die Antwortkategorien „ja ausführlich“, „ja, aber unzureichend“, „nein, gar nicht“ sowie „nicht relevant“ angekreuzt werden. In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die Fragen, die von den ExpertInnen zu beantworten waren, ersichtlich.

¹ Der Fragebogen der PatientInnenbefragung, der im Jahr 2015 am LHK-Univ. Klinikum Graz durchgeführt wurde, wurde der Forscherin von der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz zur Verfügung gestellt, da der Fragebogen nicht publiziert wurde.

Tabelle 1: Fragen des quantitativen Fragebogens

Nr.	Frage
1	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über seine/ihre medizinische Weiterbetreuung?
2	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über weitere pflegerische Betreuung?
3	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Nach-/Kontrolluntersuchungen?
4	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin darüber, auf welche Symptome (Zeichen einer Verschlechterung etc.) geachtet werden soll?
5	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Medikamente, die auch nach der Entlassung weiter eingenommen werden sollen?
6	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Verhaltensweisen/Tätigkeiten, die er/sie zu Hause tun oder vermeiden sollte (z.B. Diäten, nicht Rauchen, ...)?
7	Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Rehabilitation/Nachbehandlung nach seinem/i ihrem Spitalsaufenthalt?

Nach dem kurzen quantitativen Teil folgte der halbstrukturierte Interviewleitfaden. Halbstrukturierte Interviewleitfäden kommen zur Anwendung, wenn die forschende Person bestimmte Inhalte zum Forschungsthema hat, die behandelt werden müssen. Dazu wird ein schriftlicher Leitfaden verwendet, der sicherstellt, dass die Fragen zu den Inhalten nicht vergessen werden (Polit et al. 2012). Der halbstrukturierte Interviewleitfaden bestand aus sieben Themenbereichen, die sich auf wichtige Aspekte zur PatientInnenentlassung bezogen. Zu jedem Thema gab es unterschiedliche Fragestellungen sowie weitere Unterfragen, die frei und ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten beantwortet werden konnten. Der halbstrukturierte Interviewleitfaden mit seinen Themenbereichen, den unterschiedlichen Fragestellungen und den weiteren Unterfragen wurde nach einer umfangreichen Literaturrecherche entwickelt. Die Unterfragen dienten als Anhaltspunkte für die Interviewerin und mussten nicht alle beantwortet werden. Um welche Themenbereiche, welche Fragestellungen und welche Unterfragen es sich im halbstrukturierten Interviewleitfaden handelt, ist in der nachfolgenden Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Fragen des halbstrukturierten Interviewleitfadens

Schwerpunkt	Fragestellung	Unterfrage
Allgemein	Wie laufen die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung zurzeit ab?	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es beim Entlassungsprozess eine genaue schriftliche Einteilung, wer für was zuständig ist? Könnten Sie mir beschreiben, wann die Entlassungsplanung für PatientInnen beginnt? Welche Vorarbeit muss geleistet werden, damit aus Ihrer Sicht eine optimale Entlassung gewährleistet werden kann? Wer wird kontaktiert, wenn besonderer poststationärer Betreuungsbedarf vorhanden ist? Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Handlungsbedarf in Bezug auf den Ablauf der PatientInnenentlassung?
	Welche Methoden (Assessments, Checklisten, ...) werden verwendet, um feststellen zu können, ob besonderer poststationärer Unterstützungsbedarf besteht?	<ul style="list-style-type: none"> Welche Maßnahmen werden geplant/gesetzt, wenn das Assessment oder die Checkliste zeigt, dass ein poststationärer Unterstützungsbedarf besteht? Wie sieht der Informationsaustausch zwischen den Professionen und anderen Nachsorgeeinrichtungen aus?
	Wie wichtig sind Angehörige beim Entlassungsmanagement und beziehen Sie diese ein?	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es Erkrankungen, bei denen Angehörige eine wichtige Rolle in Bezug auf die Entlassung spielen?
Risiken/ Ursachen	Wo sehen Sie Risiken bei der Entlassung?	<ul style="list-style-type: none"> Welchen Einfluss haben diese Risiken auf die Entlassung? Was muss getan werden, um Risiken zu vermeiden?
Medikamente	Welche Maßnahmen werden auf Ihrer Station gesetzt, um ausreichend Informationen über bereits verschriebene Medikamente des Patienten/der Patientin zu erhalten?	
	Welche Maßnahmen gibt es, um den Patienten/die Patientin über die Wirkung, Nebenwirkung und Einnahme neuer Medikamente aufzuklären?	
	Wie gehen Sie vor, damit PatientInnen Medikamente, die nur im Krankenhaus erhältlich sind, auch nach ihrem Krankenhausaufenthalt erhalten?	
ELGA	Wann ist ELGA im Rahmen des Entlassungsmanagements, ein Thema?	<ul style="list-style-type: none"> Wann werden PatientInnen auf ELGA hingewiesen Bei welchen Themen spielt ELGA aus Ihrer Sicht eine besonders wichtige Rolle? Haben Sie das Gefühl, dass die PatientInnen ausreichend über ELGA Bescheid wissen?

Mündliche Informationen	Welche Themen werden beim Entlassungsgespräch mit den PatientInnen oder ihren Angehörigen besprochen?	
	Erleben Sie die PatientInnen oder ihre Angehörigen als gesundheitskompetent (finden, verstehen, bewerten und anwenden von Informationen, um Entscheidungen über Krankenbehandlungen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen und die Lebensqualität erhalten/verbessern zu können)?	
	Wie häufig kommt es vor, dass PatientInnen oder Angehörige bei Unklarheiten nachfragen?	
	Wo sehen Sie Herausforderungen bei der Informationsweitergabe an PatientInnen oder ihren Angehörigen, wenn PatientInnen multimorbide sind (z.B. PatientInnen hohen Alters und/oder mehreren Erkrankungen, PatientInnen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung, Demenz, ...)?	
	Welche Vorschläge können Sie geben, damit die genannten Herausforderungen bewältigt werden können und PatientInnen alle Informationen verstehen und behalten können (sich merken können)?	
	Wie häufig kommt es vor, dass PatientInnen oder Angehörige bei Unklarheiten nachfragen?	
schriftliche Informationen	Welche schriftlichen Informationen erhält ein/e PatientIn bei der Entlassung (z.B. Arztbrief, Informationsbroschüren, Entlassungsschein, pflegerischer Entlassungsbrief, ...)?	<ul style="list-style-type: none"> • Wann sollte der/die PatientIn die notwendigen schriftlichen Informationen bei der Entlassung erhalten? • Hätten Sie Lösungsvorschläge, welche schriftlichen Informationen zum besseren Verständnis dem Patienten/der Patientin bei der Entlassung noch ausgehändigt werden könnten?
Nachsorge	In welcher Weise wird die Nachsorge des Patienten/der Patientin bereits während des Aufenthalts organisiert?	
	Wo sehen Sie Lücken, in Bezug auf die Organisation der Nachsorge des Patienten/der Patientin?	

	Stehen Sie mit dem Patienten/der Patientin nach der Entlassung noch in Kontakt?	
	Wie stellen Sie die Versorgung des Patienten/der Patientin nach ihrem Krankenhausaufenthalt sicher?	
	Welche Kontakte müssen aus Ihrer Sicht extra muros aufgenommen werden, um eine optimale Nachsorge gewährleisten zu können?	

Der Befragungsort sowie die Zeit wurden mit jedem Experten/jeder Expertin individuell vereinbart. Alle Interviews fanden einzeln am Gelände des LKH-Univ. Klinikum Graz statt. Nur ein Interview wurde auf Wunsch in Anwesenheit einer Praktikantin geführt. Es wurde darauf geachtet, dass die Interviews in ungestörter, ruhiger Atmosphäre durchgeführt werden konnten. Die Befragungen nahmen zwischen 22 und 55 Minuten in Anspruch. Alle Interviews wurden mit Diktiergeräten aufgenommen. Der Erhebungszeitraum war von April 2017 bis Juni 2017. Keines der Interviews musste wiederholt werden. Im Rahmen der Interviews wurden von der Interviewerin keine Feldnotizen gemacht.

2.6. Ethische Aspekte und Datenschutz

Für die Erhebung lag ein positives Ethikvotum (EK Nr. 29-338 ex 16/17) der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz vor. Die TeilnehmerInnen erhielten mit dem Einladungsschreiben per Mail eine TeilnehmerInneninformation und eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang: *TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung*). Darin wurden sie über das Ziel, den Zweck, den Ablauf sowie die Vertraulichkeit ihrer Daten informiert. Direkt vor Beginn des Interviews wurden alle TeilnehmerInnen nochmals darüber aufgeklärt, dass Sie jederzeit und ohne negative Konsequenzen die Möglichkeit haben, aus der Studie auszusteigen. Ihnen wurde erklärt, dass ihre Daten nur in pseudonymisierter Form für statistische Zwecke verwendet werden. Weiters kann aufgrund ihrer Aussagen, nicht auf sie rückgeschlossen werden. Aussagen der ExpertInnen werden in den Ergebnissen in Form von Ankerbeispielen dargestellt. Dabei werden Personencodes (z.B.

Berufsgruppe, Nummer des Interviews) verwendet, um die Anonymität der TeilnehmerInnen sicherstellen zu können.

Nach Zustimmung an der freiwilligen Teilnahme wurde eine Einwilligungserklärung von den TeilnehmerInnen unterschrieben. Die TeilnehmerInnen hatten ebenfalls die Möglichkeit, ihre Kontaktdaten bekannt zu geben, falls sie Interesse an der Übermittlung der Ergebnisse haben. Die TeilnehmerInnen hatten auch die Möglichkeit, bei eventuellen Rückfragen das Studienteam zu kontaktieren.

2.7. Datenanalyse

Die Daten aus dem quantitativen Teil wurden in eine Excel-Tabelle eingegeben und ausgewertet. Der Grund für die Auswertung mit Excel war der sehr kleine quantitative Teil, wodurch nur wenige Daten zu bewerten waren.

Nach Erhebung der Daten mithilfe des halbstrukturierten Interviewleitfadens, folgte das Transkribieren der Interviews. Dabei wurde die wörtliche Transkription verwendet (Mayring 2016). Dies bedeutet, dass:

- die Interviews vollständig und wörtlich transkribiert wurden,
- unvollständige Sätze und Wortwiederholungen beibehalten wurden,
- die Interviews in normales Schriftdeutsch übertragen und Dialektfärbungen zum besseren Verständnis weggelassen wurden (Mayring 2015),
- aussagekräftige Dialektausdrücke, die beispielsweise besonderes Kolorit besitzen und/oder schwer übersetzbar sind, mit aufgenommen wurden,
- die Interviews anonymisiert sind,
- längere Pausen und Lautäußerungen der Befragten, wie Lachen oder Seufzen notiert wurden (Kuckartz et al. 2008 zit. in Dresing & Pehl 2013).

Unverständliche Aussagen wurden rot markiert oder durch (...) gekennzeichnet.

Die Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2015). Laut Mayring (2015) ist die qualitative Inhaltsanalyse eine geeignete Methode, um gesammelte Informationen aus irgendeiner Art von Kommunikation zu analysieren. Es wird zwischen drei verschiedenen grundlegenden Analysearten unterschieden, mit denen Daten interpretiert werden können. Diese sind die Zusammenfassung, die Explikation sowie die Strukturierung. Im Rahmen

dieser Arbeit erschien die Zusammenfassung als eine geeignete Analyseart. Ziel der Zusammenfassung ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und Kategorien geschaffen werden, die das Grundmaterial abbilden. Zur Bildung des Kategoriensystems wurde die induktive Kategorienbildung gewählt, die auf der Technik der Zusammenfassung aufbaut. Dabei werden die Kategorien direkt aus dem Material gebildet (Mayring 2015).

In der nachfolgenden Abbildung 2 ist ersichtlich, nach welchen Schritten zur Bildung des Kategoriensystems vorgegangen wurde.

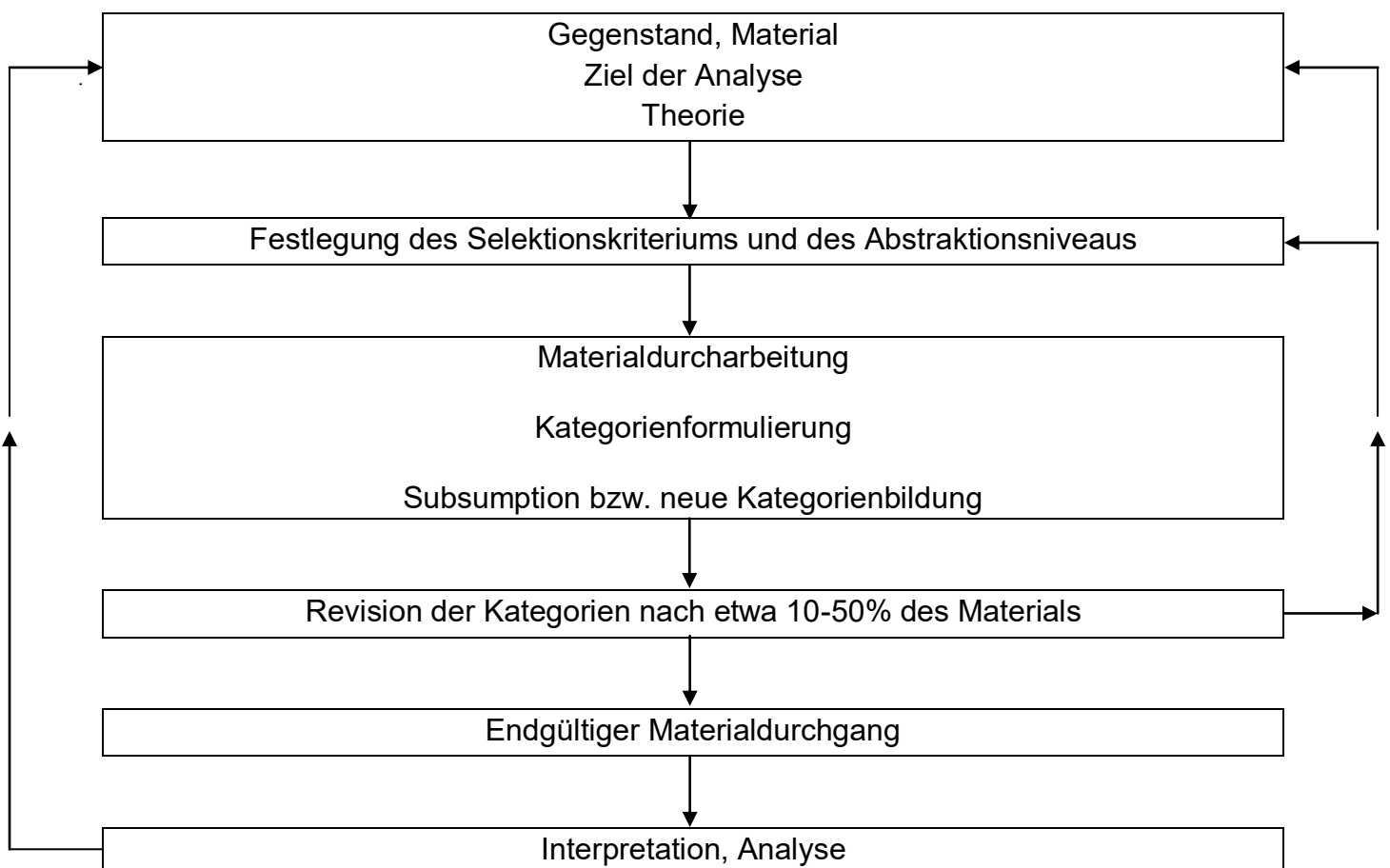


Abbildung 2: Schritte der induktiven Kategorienbildung (Mayring 2015, S. 86)

Mayring (2015) beschreibt wichtige Überlegungen, die vor Beginn der Kategorienbildung festgelegt werden müssen. Auf die Überlegungen, die die Forschungsperson vor der Bildung der Kategorien treffen muss, wird nachfolgend näher eingegangen.

Laut Mayring (2014) muss mit der Auswertungseinheit bestimmt werden, welche Textabschnitte zur Bildung des Kategoriensystems herangezogen werden können. Das Grundmaterial beziehungsweise die Auswertungseinheit für diese Studie, aus der die Kategorien gebildet wurden, bildeten die transkribierten Interviews mit den ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz. Unter Kodiereinheit versteht man den kleinsten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann. Hingegen ist die Kontexteinheit, der größte Teil eines Textes, der unter eine Kategorie eingeordnet werden kann (Mayring 2014). Für diese Studie wurde festgelegt, dass die Kodiereinheit ein Satz und die Kontexteinheit ein Absatz eines Interviews sein kann. Weiters wurde das Selektionskriterium, das laut Mayring (2015) bestimmt, welches Material kodiert wird, wie folgt beschrieben: Es sollen Aussagen zu Erfahrungen und Wünschen der ExpertInnen zum Entlassungsmanagement von PatientInnen selektiert werden. In der vorliegenden Erhebung mussten die Wörter „Erfahrung“, „erfahren“, „Wunsch“ oder „wünschen“ in der Aussage der ExpertInnen nicht enthalten sein.

Vier Interviews wurden der Fragestellung nach vollständig durchgelesen, kodiert und kategorisiert. Zur Analyse wurde die Software MAXQDA©12 verwendet. MAXQDA©12 ist ein Software Programm, das dabei hilft, große Mengen von Daten auszuwerten und anschaulich darzustellen (Döring & Bortz 2016). Anschließend wurde das aus den vier Interviews entstandene Kategoriensystem von der Forschungsperson rücküberprüft.

Zur Messung der Objektivität wird die Prüfung des Kategoriensystems durch eine unabhängige Person empfohlen (Interrater Reliabilität) (Mayring 2015). Das Gütekriterium „Interrater Reliabilität“ ist gegeben, da ein zweiter Prüfer (externe Person) herangezogen wurde, die unabhängig die vier Interviews kodierte und dem bereits bestehenden Kategoriensystem zuordnete. Angelehnt an Mayring (2015) wurde anschließend verglichen, ob der Prüfer die Aussagen aus den Interviews denselben Kategorien zugeordnet hat. Es konnte eine Übereinstimmung von rund 45% erreicht werden. Weiters fand eine Peer-Überprüfung statt, indem das Kategoriensystem, das mit den ersten vier Interviews gebildet wurde, mit zwei weiteren Kolleginnen, die ebenfalls am Projekt der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz beteiligt sind, diskutiert wurde. Die Peer Überprüfungen stellen ebenfalls eine Technik zur Erhöhung der

Glaubwürdigkeit der Studie dar (Polit et al. 2012). Das Kategoriensystem wurde nochmals überarbeitet. Anschließend wurden alle zehn übrigen Interviews, ebenfalls mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA©12, dem Kategoriensystem zugeordnet. Beim Auftreten neuer wichtiger Aspekte oder Aussagen wurden neue Kategorien hinzugefügt.

3. Ergebnisse

Im Ergebnisteil dieser Arbeit wird zuerst der quantitative Teil näher beschrieben. Anschließend wird auf die Ergebnisse des halbstrukturierten Interviewleitfadens im Detail eingegangen.

Zu Beginn der Durchführung der Interviews waren 12 Interviews geplant. Aufgrund der Bereitschaft für die Teilnahme an der Studie und den Ressourcen der forschenden Person wurden letztlich 14 Interviews geführt. Keine/r der ExpertInnen trat aus der Studie aus.

Die Interviews begannen mit der Erhebung der soziodemographischen Daten der InterviewteilnehmerInnen. Es wurden 3 Männer und 11 Frauen befragt. Davon waren 8 ExpertInnen an der Univ. Klinik für Neurologie und 6 ExpertInnen an der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie tätig. Unter den Interviewten waren 3 MedizinerInnen, 6 aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie 5 aus anderen Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich. Unter den 5 ExpertInnen aus anderen Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich waren die Berufsgruppen Logopädie, Diätologie, Sozialarbeit sowie Ergotherapie vertreten. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 15,07 Jahren ($SD \pm 10,69$). Weitere soziodemographische Daten der InterviewteilnehmerInnen können der nachfolgenden Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (n=14)

Soziodemographische Daten	ExpertInnen	%
Männlich	3	21,4%
Weiblich	11	78,6%
Medizin	3	21,4%
gehobener Dienst für GuKP	6	42,9%
andere Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich	5	35,7%
Neurologie	8	57,1%
Dermatologie	6	42,9%
Teilzeit	2	14,3%
Vollzeit	12	85,7%
Alter von 20 bis 29	3	21,4%
Alter von 30 bis 39	6	42,9%
Alter von 40 bis 49	-	0%
Alter von 50 bis 59	5	35,7%

3.1. Quantitativer Teil der Befragung

Nach Erhebung der soziodemographischen Daten folgte ein quantitativer Teil, in dem die ExpertInnen selbst einschätzen mussten, wie sehr sie im Rahmen der PatientInnentlassung auf verschiedene Punkte eingehen. Die Fragen zum Thema Entlassung wurden, wie bereits erwähnt, den PatientInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz in der PatientInnenbefragung 2015 gestellt und wurden als kritisch bewertet (Sendlhofer et al. 2016). Der quantitative Teil wurde in die Befragung der ExpertInnen mit aufgenommen und soll der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz dabei helfen, eine Vergleichbarkeit zwischen den Antworten der ExpertInnen und der PatientInnen darstellen zu können.

Die nachstehende Abbildung 3 soll nun einen grafischen Überblick darüber geben wie häufig bei einer Frage eine der vier Antwortkategorien (ja, ausführlich; ja, aber unzureichend; nein, gar nicht; nicht relevant) angekreuzt wurde. Die Fragen sind im Kapitel 2.5. Datensammlung, in der Tabelle 1 ersichtlich.

In der folgenden Abbildung 3 ist zu sehen, dass bei Frage 6, ob sie aus ihrer Sicht über Verhaltensweisen bzw. Tätigkeiten, die der/die PatientIn zu Hause tun oder vermeiden soll, informieren, die Antwortkategorie „ja, aber unzureichend“ am häufigsten angekreuzt wurde. Bei allen anderen Fragen wurde am häufigsten „ja, ausführlich“ als Antwortmöglichkeit ausgewählt. Die Frage, ob der Experte/die Expertin den Patienten/die Patientin über medizinische Weiterbetreuung informiert, wurde 10 Mal, das entspricht 71%, mit „ja ausführlich“ beantwortet. Wobei keine andere Frage so häufig mit dieser Antwortmöglichkeit beantwortet wurde. Bei der zweiten Frage, in der es um die Informationsübermittlung von pflegerischer Betreuung ging, ist zu sehen, dass 3 der Befragten „nein, gar nicht“ ankreuzten. Keine der anderen Fragen wurde häufiger mit „nein, gar nicht“ beantwortet. Bei den Fragen 3 und 4 wurde exakt gleich geantwortet. Dabei ging es um die Aufklärung in Bezug auf Nach- bzw. Kontrolluntersuchungen oder Symptome, auf die geachtet werden muss. Auch hier wurde am häufigsten die Antwortkategorie „ja ausführlich“ markiert. Bei den beiden Fragen wurde kein einziges Mal „nein, gar nicht“ angekreuzt. Auffallend ist auch, dass 5 Personen die Frage 5, ob sie über weiter einzunehmende Medikamente informieren, mit „nicht relevant“ beantworteten. 8 der Befragten sind der Ansicht, ausführlich über Rehabilitation bzw. Nachbehandlungen (Frage 7) zu informieren. Keiner informiert aus ihrer Sicht gar nicht darüber.

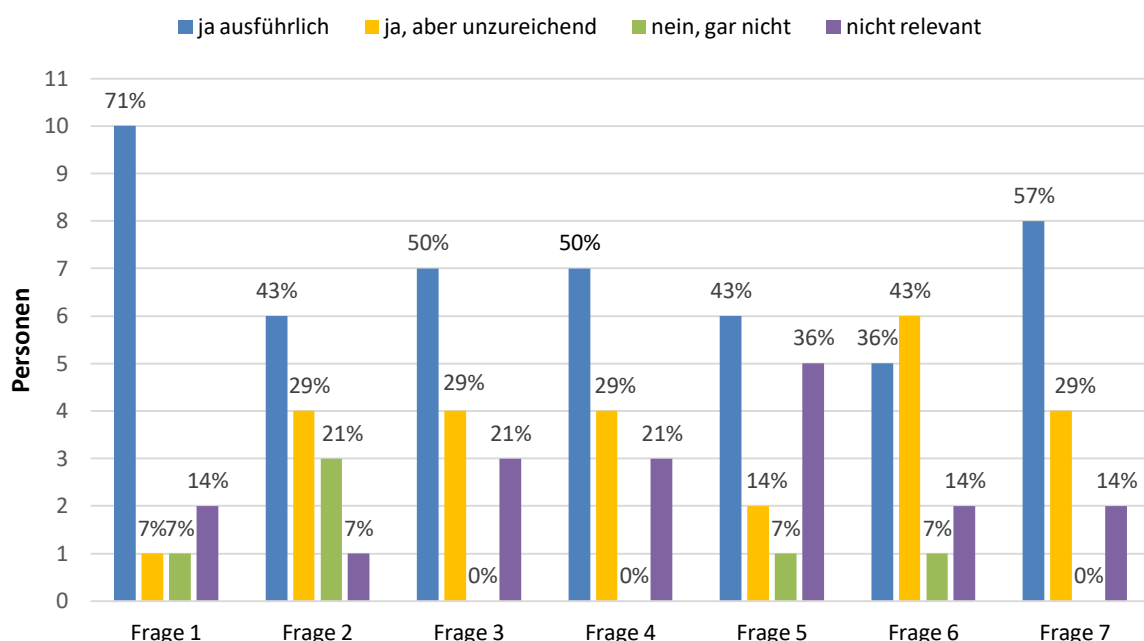


Abbildung 3: Grafische Darstellung der quantitativen Interviewauswertung (n=14)

Das Kreisdiagramm in Abbildung 4 zeigt auf, wie häufig eine der vier Antwortkategorien angekreuzt wurde. Pro Frage konnte nur eine der vier Antwortkategorien angekreuzt werden, wodurch bei 14 TeilnehmerInnen in Summe 98 Antwortmöglichkeiten abgegeben werden konnten. Dabei wurden die Fragen zu 50% von den ExpertInnen mit „ja ausführlich“ beantwortet. Dies bedeutet, dass in Summe die ExpertInnen 49 Mal die Antwortkategorie „ja ausführlich“ ankreuzten. Die Antwortkategorie „ja, aber unzureichend“ wurde mit 26% am zweit häufigsten angekreuzt. Bei den Fragen wurde insgesamt 6 Mal angegeben, dass nicht informiert wird. Dies bedeutet, dass 6% der Fragen mit „nein, gar nicht“ beantwortet wurden. Wenn Fragen mit „nicht relevant“ beantwortet wurden, liegt dies, wie bereits beschrieben, daran, dass die Frage nicht im Aufgabenbereich der jeweiligen Berufsgruppe liegt. Beispielsweise geben TherapeutInnen keine Auskunft, wie Medikamente nach der Entlassung weiter eingenommen werden sollen und daher wurde diese Frage am häufigsten mit „nicht relevant“ beantwortet. Die Abbildung 4 zeigt, dass bei 18% der Fragen die ExpertInnen mit „nicht relevant“ antworteten.

■ ja ausführlich ■ ja, aber unzureichend ■ nein, gar nicht ■ nicht relevant

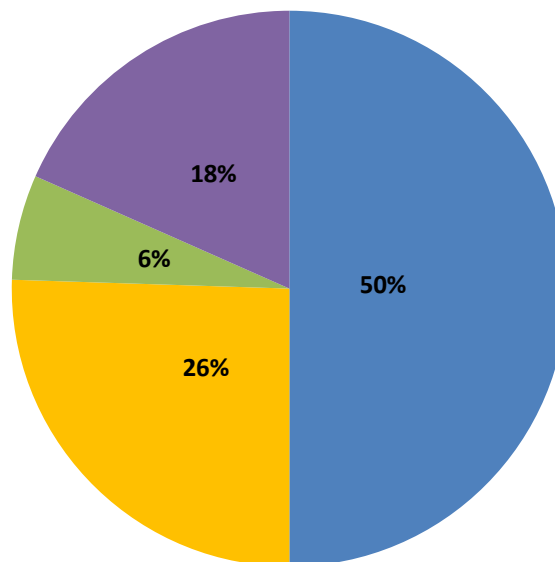


Abbildung 4: Prozentuelle Auswertung der 98 Antwortmöglichkeiten

3.2. Qualitative Befragung

Nachdem die ExpertInnen den quantitativen Teil ausgefüllt hatten, folgten die Interviews mithilfe eines halbstrukturierten Interviewleitfadens. Am Ende entstand aus den Inhalten der Gespräche ein Kategoriensystem bestehend aus sechs Hauptkategorien sowie mehreren Unterkategorien (siehe Tabelle 4: *Kategorienübersicht*). In den Interviews berichteten die ExpertInnen über ihre Erfahrungen zur Entlassungsvorbereitung von PatientInnen, zu schriftlichem Informationsmaterial, zur Kommunikation sowie mündlichen Information, zur Nachsorge von PatientInnen sowie über ihre Ansichten zur Rolle der Angehörigen. Weiters äußerten die ExpertInnen im Rahmen des Entlassungsmanagements Anregungen und Wünsche für Veränderungen. Diese sechs Hauptkategorien unterteilen sich in Subkategorien. Manche Subkategorien teilen sich in weitere Unterkategorien auf. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden in der nachfolgenden Tabelle 4 die Hauptkategorien sowie die Subkategorien erster und zweiter Ebene aufgelistet.

Tabelle 4: Kategorienübersicht

Hauptkategorie	Subkategorie 1. Ebene	Subkategorie 2. Ebene
Erfahrungen zur Entlassungsvorbereitung	Beginn der Entlassungsplanung	
	Festlegung und Bekanntgabe des Entlassungstermins	<ul style="list-style-type: none"> • Verzögerung des Entlassungstermins
	Schriftliche Einteilung der Zuständigkeiten	
	Übernahme von Medikamentenlisten	
	Eindrücke zur Bezugspflege	
Erfahrungen zu schriftlichem Informationsmaterial	Erfahrungen zu schriftlichem Material bei der Entlassung	
	Erfahrungen zur elektronischen Gesundheitsakte	<ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen zur ELGA • Kenntnisse der PatientInnen zur ELGA
Erfahrungen zur Kommunikation sowie mündlichen Information	Kommunikation zwischen Professionen im Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtungen	
	Interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Krankenhauses	
	Kommunikation zwischen Professionen und PatientInnen bzw. Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> • Führen von Aufklärungs-/Beratungsgesprächen • Verstehen von Informationen
Erfahrungen zur Planung der Nachsorge	Sicherstellung der Nachsorge	
	Anregungen für Veränderungen im Rahmen der Nachsorge	
	Medikamentenversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt	
	Finanzielle Ressourcen der PatientInnen	
Ansichten zur Rolle der Angehörigen	Rolle der Angehörigen bei Krankheiten	
	Schulungsmaßnahmen für Angehörige	
Anregungen und Wünsche für Veränderungen		

3.2.1. Erfahrungen zur Entlassungsvorbereitung

Aus den Interviews geht hervor, dass das Aufnahmegespräch für die Entlassungsvorbereitung eine wichtige Rolle spielt. Laut den ExpertInnen wird bereits bei der Aufnahme erfragt, wie der/die PatientIn zu Hause versorgt wird, welche Unterstützung oder Hilfsmittel er/sie zur Verfügung hat und ob der/die PatientIn Angehörige hat, die kontaktiert werden können. Durch das Aufnahmegespräch ist erkennbar, wie der/die PatientIn bisher versorgt war und ob er/sie zukünftig mehr Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen wird.

Jedoch berichtet der Großteil der ExpertInnen aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, dass es keine Checklisten oder Assessmentinstrumente gibt, mit denen festgestellt werden kann, ob der/die PatientIn weitere poststationäre Unterstützung benötigt. Es gibt im Rahmen des Aufnahmeassessments in openMEDOCS Fragestellungen zu den Lebensaktivitäten, wo die Versorgung zu Hause sowie Einschränkungen angesprochen werden. Die Einschätzung, ob der/die PatientIn weitere poststationäre Unterstützung benötigt, erfolgt individuell.

Es wird geäußert, dass genaue Aufnahmegespräche mit Assessmentinstrumenten notwendig wären, um keine Pflegebedürftigkeit übersehen zu können und um einen Patienten/eine Patientin nicht in ein falsches Setting zu entlassen.

3.2.1.1. Beginn der Entlassungsplanung

Der Beginn der Entlassungsplanung wird von den Berufsgruppen unterschiedlich beschrieben. Am häufigsten erklären die ExpertInnen, dass die Entlassungsplanung eines Patienten/einer Patientin bereits bei der Aufnahme durch das Aufnahmegespräch beginnt.

„Bei der Aufnahme beginnt das Entlassungsmanagement. Ich will ja das Zeitfenster, was er da ist, nutzen. Rein schon für die Entlassung hin.“

(Pflege, Interview 3)

Andererseits wird beschrieben, dass der Beginn der Entlassungsplanung von PatientIn zu PatientIn unterschiedlich ist. Die Entlassungsplanung beginnt

beispielsweise, sobald sich abzeichnet, dass bei dem Patienten/der Patientin eine Versorgungsproblematik nach dem Krankenhausaufenthalt besteht. Bei OP-PatientInnen kann bereits bei der Aufnahme gesagt werden, wann er/sie wieder nach Hause entlassen wird.

Bei PatientInnen, die für mehrere Wochen stationär aufgenommen werden, beginnen die TherapeutInnen mit der Entlassungsplanung ungefähr in der Mitte des Krankenhausaufenthaltes. Dabei werden von den TherapeutInnen Maßnahmen getroffen, die die PatientInnen bis zur Entlassung beherrschen müssen. Bei den SozialarbeiterInnen beginnt die Entlassung mit der ersten Kontaktaufnahme mit dem Patienten/der Patientin bzw. mit den Angehörigen sowie mit der Informationseinholung.

3.2.1.2. Festlegung und Bekanntgabe des Entlassungstermins

Die Festlegung des Entlassungstermins hängt grundsätzlich von der Gesamtsituation des Patienten/der Patientin ab. Um eine bessere Versorgung der PatientInnen gewährleisten zu können, finden an der Univ. Klinik für Neurologie vor der Visite wöchentliche, interdisziplinäre Treffen mit den ExpertInnen statt, in denen der Gesundheitszustand der PatientInnen besprochen wird. Die Besprechungen helfen den ExpertInnen neben der Planung der weiteren Versorgung, bei der Festlegung der Entlassungstermine. Wann mit den PatientInnen und ihren Angehörigen über die Entlassung gesprochen wird, hängt vor allem vom Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin ab.

Grundsätzlich erfolgt die Bekanntgabe des Entlassungstermins an die PatientInnen ein bis zwei Tage vor der Entlassung. Am Tag der Entlassung wird dem Patienten/der Patientin bei der Morgenvisite nochmals mitgeteilt, dass er/sie heute das Krankenhaus verlassen darf. Jedoch wird beschrieben, dass der Entlassungstag von den ÄrztInnen oft nur schwer fixiert werden kann und die PatientInnen in vielen Fällen erst am Tag der Entlassung erfahren, dass sie am selben Tag noch nach Hause gehen dürfen. Dies führt laut Aussagen der ExpertInnen zu einer Überforderung der PatientInnen. Aufgrund der unerwarteten Entlassung bleiben viele Fragen der PatientInnen und ihrer Angehörigen ungeklärt. Die Expertin spricht

davon, dass PatientInnen und ihre Angehörigen dadurch mit ihrer Situation alleine gelassen werden.

„Aber das ist oft einmal in so kurzer Zeit und da lässt sich nicht mehr viel planen und dann denk ich mir kann dann schon – bleiben viele Fragen offen und die Patienten werden dann echt irgendwie alleine gelassen und die Angehörigen.“

(Ergotherapie, Interview 9)

Nicht nur die PatientInnen sondern auch die ExpertInnen erfahren, ihrer Meinung nach, in vielen Fällen zu spät vom Entlassungstermin der PatientInnen. Es wird bemängelt, dass, wenn der Entlassungstermin des Patienten/der Patientin erst am Vortag bekannt gegeben wird, nur wenig Zeit für Vorbereitungen zur Verfügung steht. Die Pflege ist beispielsweise für die Vorbereitung folgender Tätigkeiten verantwortlich: Entlassungsbericht schreiben, erforderliche Medikamente mitschicken, falls notwendig TherapeutInnen über die Logopädie-, die Ergotherapie- oder die Physiotherapie-Berichte benachrichtigen. Weiters muss bei PatientInnen mit einer Sonde, die in ein Pflegeheim oder nach Hause entlassen werden, eine Sondenernährung organisiert werden. Es wird auch darauf geachtet, dass bei SondenpatientInnen die Medikamentenliste der Apotheke zugefaxt wird.

Im Rahmen der Interviews wurde von Seiten der Ergotherapie darauf hingewiesen, dass sie bei kurzfristigen Entlassungen häufig erst am Tag der Entlassung oder gar nicht davon erfahren. Da es sich meist um Entlassungen nach Hause handelt, wäre es wichtig, die TherapeutInnen oder auch die SozialarbeiterInnen früh genug zu benachrichtigen, damit diese den Patienten/die Patientin oder gegebenenfalls die Angehörigen darauf vorbereiten können und Maßnahmen setzen können.

„Ist es aber oft auch von der Normalstation her sehr kurzfristig, dass die Patienten entlassen werden, so erfahren wir oft erst am gleichen Tag oder gar nicht, dass die Patienten entlassen werden ... und das läuft nicht gut, muss ich sagen. Also oft einmal kommt man in der früh in die Arbeit und der Patient ist weg. Und ja ist natürlich nicht toll, weil es betagte Leute sind, die nicht alles aus dem Hausverstand auch selber machen können. ... Weil wenn der heute oder wenn ich heute erfahre, dass der morgen geht, wie soll der Sozialarbeiter oder der Therapeut dann noch irgendwelche Maßnahmen setzen, weil es einfach recht kurzfristig ist.“ (Ergotherapie, Interview 9)

Laut Aussagen von ExpertInnen wäre die Bekanntgabe des Entlassungstermins zwei Tage zuvor wünschenswert. Dadurch bleibt allen Berufsgruppen ausreichend Zeit, um alle notwendigen Vorbereitungen zu treffen, die Berichte zu schreiben, den Patienten/die Patientin bzw. die Angehörigen zu schulen und Nachsorgeeinrichtungen, wie Pflegeheime, über die Entlassung zu informieren. Eine Expertin meint, dass es vor allem in schweren Fällen, beispielsweise bei PatientInnen mit Bewegungseinschränkungen, von Vorteil wäre, wenn der Entlassungstermin bereits eine Woche vorher bekannt gegeben werden würde. Die Einschulung der PatientInnen und deren Angehörigen könnte dadurch rechtzeitig eingeleitet werden.

3.2.1.2.1. Verzögerung des Entlassungstermins

Die ExpertInnen erzählen während der Interviews von unterschiedlichen Gründen, die zu einer Verzögerung des Entlassungstermins führen können. Dabei wurde beschrieben, dass es vorkommen kann, dass Angehörige zu spät von der Entlassung des Patienten/der Patientin erfahren, jedoch noch einige Dinge von den Angehörigen organisiert werden müssen und die Versorgung von den Angehörigen noch nicht abgeklärt werden konnte. Ein weiterer Grund für eine Verschiebung des Entlassungstermins aus dem Krankenhaus sind notwendige behindertengerechte Umbauten für zu Hause. Hier wird von Seiten des Krankenhauses auf die Angehörigen Rücksicht genommen. Während eines Krankenhausaufenthaltes der PatientInnen werden die 24-Stunden-BetreuerInnen häufig von den Angehörigen nach Hause geschickt. Angehörige sind nicht bereit, 24-Stunden-BetreuerInnen während eines Krankenhausaufenthaltes des Patienten/der Patientin zu bezahlen. Aus Erfahrung verzögert sich dadurch der Entlassungstermin, da zu Hause keine Versorgung für den Patienten/die Patientin vorhanden ist. Eine Expertin erzählt, dass Entlassungen auch aufgrund von Schluckstörungen verschoben werden. Ein weiterer Punkt, weshalb es zu Verschiebungen von Entlassungen kommt, ist, dass SozialarbeiterInnen manchmal zu spät in die Planung der Entlassung involviert werden. Dadurch fehlt den SozialarbeiterInnen oftmals die Zeit, um eine weitere Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt organisieren zu können. Eine verzögerte Entlassungsplanung wird als Hauptrisiko für ein nicht funktionierendes Entlassungsmanagement bezeichnet. Denn der/die PatientIn geht möglicherweise

aufgrund einer zu kurzen Planungszeit mit einer ungenügenden oder für ihn/sie unzureichenden Versorgung nach Hause. Eine Expertin beschreibt als häufige Folge eine stationäre Wiederaufnahme nach 14 Tagen.

3.2.1.3. Schriftliche Einteilung der Zuständigkeiten

Die ExpertInnen erzählen in den Interviews, dass es im Rahmen des Entlassungsmanagements keine schriftliche Einteilung gibt, die beschreibt, welche Berufsgruppe wofür zuständig ist. Die SozialarbeiterInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz entwickelten ein Dokument, das aufzeigen soll, welche Berufsgruppen in das Entlassungsmanagement involviert sind und welche Aufgaben den Berufsgruppen zugeschrieben werden. Jedoch ist das Dokument keine Richtlinie und diente nur dazu, eine interdisziplinäre Sichtweise in Bezug auf das Entlassungsmanagement zu schaffen. Weiters gibt es von Seiten der SozialarbeiterInnen einen noch nicht freigegebenen Folder, auf dem die Aufgaben der SozialarbeiterInnen beschrieben werden. Es wird erwähnt, dass es ein schriftliches Zuweisungsblatt für die SozialarbeiterInnen gibt, auf dem festgehalten wird, für welchen Patienten/welche Patientin der/die SozialarbeiterIn für die Planung der weiteren Nachversorgung verantwortlich ist.

Im Interview wurde erzählt, dass seit Einführung der Bezugspflege dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, PatientInnen genau zugeteilt werden. Dadurch wissen die Pflegepersonen für welchen Patienten/welche Patientin sie zuständig sind.

3.2.1.4. Übernahme von Medikamentenlisten

Medikamentenlisten, die von den PatientInnen mitgebracht werden, werden übernommen. Nur bei nicht zusammenpassenden Medikamenten oder bei Medikamenten, die Wechselwirkungen verursachen können, werden Änderungen in der Liste vorgenommen. Ansonsten wird an den Dauermedikationen nichts verändert. Dazu wird erklärt:

„Die Verschriebenen hinterfragen wir nicht, weil wenn wir damit anfangen, da werden wir nicht fertig. Äh und das ist auch – also da müssten wir so viel Zeit haben um einem Patienten die „Pulverln“ auszureden, die er seit 30 Jahren schluckt. Das geht nicht. Also das machen wir nicht. Außer wir sehen was Eklatantes, was überhaupt nicht zusammen passt.“ (Medizin, Interview 14)

Die meisten PatientInnen sind sehr bedacht darauf, eine Medikamentenliste mitzuführen. Wird keine Liste mitgeführt oder treten Unklarheiten auf, werden die PatientInnen und ihre Angehörigen befragt oder der Hausarzt/die Hausärztin beziehungsweise das Pflegeheim kontaktiert.

„Aber man muss wirklich sagen, was Medikamente angeht, sind die Patienten ja eh so bedacht, dass sie das wirklich schon im Geldtascherl haben die Liste. Wie aktuell die auch immer ist, weiß man nicht. Oder oft auch sogar die Medikamente von zu Hause mitbringen.“ (Pflege, Interview 10)

3.2.1.5. Eindrücke zur Bezugspflege

In Hinsicht auf die Bezugspflege wird beschrieben, dass die Pflegeperson, die das Aufnahmegespräch durchführt, in weiterer Folge auch die Bezugspflegeperson darstellt. Der/die PatientIn wird bei der Aufnahme über die Bezugspflege informiert und bekommt einen Folder zum Thema ausgehändigt. Dabei hat der/die PatientIn auch die Möglichkeit, die Bezugspflege abzulehnen. Eine Expertin erklärt, dass der/die PatientIn trotz Ablehnung eine Bezugspflegeperson hat, die im Hintergrund die Versorgung des Patienten/der Patientin organisiert. Es werden lediglich keine Bezugspflegegespräche durchgeführt.

Die Erfahrung der ExpertInnen zeigt, dass sich PatientInnen seit der Implementierung der Bezugspflege besser versorgt fühlen. Während des Krankenhausaufenthaltes führt die Bezugspflegeperson mit den PatientInnen und ihren Angehörigen mehrere Bezugspflegegespräche durch. Dadurch wissen die PatientInnen genau, an wen sie sich bei Fragen wenden müssen.

Es besteht ebenfalls die Meinung, dass seit Einführung der Bezugspflege die PatientInnen besser entlassen werden.

„Deswegen haben wir auch die Bezugspflege, da sind wir dabei die Bezugspflege einzuführen und das auch noch weiter zu optimieren, weil eben, ich glaube, Patienten nicht so gut entlassen werden.“ (Pflege, Interview 10)

3.2.2. Erfahrungen zu schriftlichem Informationsmaterial

In den Interviews wurde auch über Erfahrungen mit schriftlichem Informationsmaterial gesprochen. ExpertInnen empfinden schriftliches Informationsmaterial als wichtig, da PatientInnen sich während des stationären Aufenthaltes häufig in einer Ausnahmesituation befinden und sich verbale Informationen häufig nicht merken können, auch wenn diese mehrmals mitgeteilt werden. Schriftliches Material hilft den PatientInnen, sich an Informationen zu erinnern. Im Rahmen der Interviews bestand einmal die Meinung, dass „Zettelwirtschaft“ vermieden werden sollte. Die Expertin würde das persönliche Gespräch mit PatientInnen und Angehörigen bevorzugen. Die Expertin äußerte, dass sie sich nicht sicher sei, ob die schriftlichen Informationen dann auch gelesen werden.

TherapeutInnen finden gut verständliche und leicht lesbare Informationsbroschüren für Angehörige sehr hilfreich. Dazu wird erklärt, dass Angehörige häufig erst abends zu Besuch kommen. Die TherapeutInnen sind um diese Uhrzeit nicht mehr anwesend, wodurch keine Gespräche mit den Angehörigen geführt werden können. Umso wichtiger ist es, dass es einfach formulierte Informationsbroschüren für Angehörige gibt.

Das Aushändigen von schriftlichem Informationsmaterial bei der Entlassung ist laut den Erfahrungen der ExpertInnen, aufgrund der Ausnahme- bzw. Stresssituation, in der sich die PatientInnen befinden, ungünstig. Die Aufklärung von schriftlichen Informationsmaterialien bei der Entlassung erscheint daher als wenig erfolgreich.

Aus Sicht der ExpertInnen sollten Informationsbroschüren während der Aufnahme oder während des Aufenthaltes und nicht erst bei der Entlassung übergeben und erklärt werden. Auch der Arztbrief sollte den PatientInnen bereits am Vortag der Entlassung übergeben und erklärt werden. So hat der/die PatientIn noch genügend

Zeit, sich die schriftlichen Informationen durchzulesen und sich mit offenen Fragen an die ExpertInnen zu wenden. Dazu wird in einem Interview erklärt:

„Da macht man schnell, schnell, schnell nach der Visite die Arztbriefe fertig. Die Hälfte wird vergessen. Was spricht dagegen, den in Ruhe am Nachmittag fertig zu machen. Da fisch ich mir den hinein: Brauchen Sie noch was? Sinnlos. Falsche Strategie. Es gehört komplett umgekrempelt.“ (Medizin, Interview 8)

Wichtig ist, dass das schriftliche Material bewusst eingesetzt wird. Dies bedeutet, dass der/die PatientIn beispielsweise Broschüren erhält, die, abgestimmt auf seine Erkrankung, relevant sind. Zusätzlich sollen die PatientInnen und ihre Angehörigen das schriftliche Informationsmaterial im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs erhalten und erklärt bekommen, da PatientInnen und Angehörige oft erstmals mit der Erkrankung bzw. mit dem damit einhergehenden Problem konfrontiert sind und es dadurch besser fassbar gemacht werden kann. Der jeweilige Experte/die jeweilige Expertin kann beim Verteilen von Informationsmaterialien im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs sofort auf Bemerkungen des Patienten/der Patientin reagieren. Weiters hat der/die PatientIn so die Möglichkeit, sich die Broschüren während des gesamten Aufenthaltes durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen. Generell ist es wichtig, dass dem Patienten/der Patientin der Nutzen dieser Broschüre verständlich gemacht wird. Andernfalls ist sich der/die PatientIn der Nützlichkeit der Informationen vielleicht nicht bewusst und er/sie tendiert dazu, Broschüren als unwichtig zu empfinden.

„Und wenn man dann zum Punkt kommt: Wie wird es zu Hause sein, dann gehört für mich eigentlich in der Aufnahme schon dieses Blatt dazu, dass man sagt: O.K. ich weiß, es ist noch früh darüber zu sprechen, aber Sie wollen ja auch wieder heim gehen und Sie wollen möglichst gut vorbereitet nach Hause gehen und deswegen ist es jetzt unser Ziel, dass wir einfach Sie jetzt von heute weg, bestmöglich darauf vorbereiten und das und das ist für zu Hause zu erwarten. Und wenn man das dann das erste Mal schon in der Aufnahme mit dem Patienten bespricht, dann hat der schon die ganze, ähm, den ganzen stationären Aufenthalt über Zeit und Möglichkeit, sich darauf einzustellen und arbeitet wahrscheinlich auch ganz anders mit.“ (Pflege, Interview 13)

3.2.2.1. Erfahrungen zu schriftlichem Material bei der Entlassung

Neben den zuvor erwähnten Punkten, die laut Meinungen der ExpertInnen in Bezug auf schriftliche Informationsmaterialien beachtet werden sollen, berichteten die ExpertInnen in den Interviews von schriftlichen Informationsmaterialien, die der/die PatientIn zur Zeit bei der Entlassung erhält. Dabei handelt es sich um:

- den Arztbrief,
- die Aufenthaltsbestätigung sowie den Pflegeentlassungsbericht,
- Informationsbroschüren,
- Heilbehelfsscheine und
- schriftliche Informationen der TherapeutInnen.

Der Arztbrief

Aktuell erhält der/die PatientIn von Seiten der Ärzte/der Ärztinnen den Arztbrief am Tag der Entlassung.

Im Arztbrief stehen Informationen zu:

- Kontrollterminen,
- Therapien,
- Therapievorschlägen von TherapeutInnen,
- speziellen Medikamenten,
- vorhandenen Befunden,
- Hauptdiagnose.

Das Aushändigen der Arztbriefe am Tag der Entlassung ist laut den ExpertInnen mit Nachteilen verbunden. Daher ist der Großteil der ExpertInnen der Meinung, dass die Arztbriefe bereits am Vortag den PatientInnen erklärt und übergeben werden sollen. Es wird beschrieben, dass PatientInnen in den meisten Fällen lange auf den Arztbrief warten müssen, da die Fertigstellung der Arztbriefe viel Zeit in Anspruch nimmt. Häufig besteht dabei das Problem, dass die PatientInnen ihr Bett in der Zwischenzeit verlassen müssen, da das Bett bereits am selben Tag wieder belegt wird. Die PatientInnen müssen daher im Aufenthaltsraum stundenlang auf den Arztbrief sowie anschließend auf die Rettung oder auf ihre Angehörigen warten.

Weiters wurde während der Interviews darauf hingewiesen, dass es sich beim Arztbrief um ein Dokument handelt, das für den Hausarzt/die Hausärztin gedacht ist

und daher sehr viele Fachwörter beinhaltet. Aufgrund dessen ist der Arztbrief für die meisten PatientInnen schwer verständlich. Bei der Entlassung wird der Arztbrief dem Patienten/der Patientin übergeben und erklärt, wobei viele der ExpertInnen der Meinung sind, dass die PatientInnen nicht mehr aufmerksam zuhören. Den Arztbrief am Vortag zu übergeben hätte den Vorteil, dass der/die PatientIn sowie deren Angehörige den Arztbrief in Ruhe durchlesen können. Offene Fragen können dann am nächsten Tag bei der Visite geklärt werden.

Zwei weitere ExpertInnen äußerten im Gegensatz dazu, dass es ihrer Meinung nach besser ist, den Arztbrief am Tag der Entlassung zu übergeben, da der/die PatientIn bereits während des stationären Aufenthaltes von den ÄrztInnen mündlich aufgeklärt wurde und daher über die Informationen, die im Arztbrief enthalten sind, Bescheid wissen müsste. Wenn der Arztbrief am Tag der Entlassung übergeben wird, kann vermieden werden, dass der Arztbrief verloren geht. Weiters wird es von den ExpertInnen als wenig sinnvoll betrachtet, dem Patienten/der Patientin den Arztbrief bereits am Vortag zu übergeben, da immer wieder kurzfristig Änderungen vorgenommen werden können.

Risiken für das Entlassungsmanagement können, aus der Erfahrung der ExpertInnen, fehlerhafte Arztbriefe sein. Wenn Fehler bei Medikamenten gemacht werden, kann es sein, dass diese vom Hausarzt/von der Hausärztin übernommen werden.

„Die Arztbriefe müssen ordentlich geschrieben werden (lacht). Auf jeden Fall dann kontrolliert werden. Also da werden vielleicht zu wenig Kontrollen noch gemacht.“ (Medizin, Interview 5)

Aufenthaltsbestätigung & Pflegeentlassungsbericht:

Weiters erhalten die PatientInnen bei der Entlassung von Seiten der Pflege eine Aufenthaltsbestätigung sowie einen Pflegeentlassungsbericht. Den Pflegeentlassungsbericht erhält der/die PatientIn, wenn er/sie nach dem stationären Aufenthalt in eine weitere Betreuungseinrichtung kommt sowie eine weitere Versorgung erhält.

Eine Expertin äußert dazu, dass sie den pflegerischen Entlassungsbrief als sehr sinnvoll ansieht und dieser dem Patienten/der Patientin auch dann mitgegeben

werden soll, wenn der/die PatientIn in keine weitere Betreuungseinrichtung kommt. Informationen, die der pflegerische Entlassungsbericht für den Patienten/die Patientin enthalten könnte, sind beispielsweise:

- Wie gehe ich mit der Erkrankung bzw. dem Problem um?
- Wie wechsle ich den Verband?
- Darf ich in die Sonne gehen?
- Darf ich mich normal einschmieren?

Nach der Erfahrung der ExpertInnen ist es wichtig, dass der Pflegeentlassungsbericht ausführlich und ohne Abkürzungen formuliert wird. Weiters sollen Probleme des Patienten/der Patientin sowie bisherige Therapiemaßnahmen klar beschrieben werden.

PatientInneninformationsbroschüren:

Bei der Entlassung bekommt der/die PatientIn weitere Informationsbroschüren mit Themen, die den Patienten/die Patientin betreffen. Die PatientInnen erhalten beispielsweise Informationsbroschüren zu Parkinsonpumpen oder zu gewissen Medikamenten, wie Marcumar. Auf der Rehabilitationsstation der Univ. Klinik für Neurologie wird bei Bezugspflegegesprächen bereits eine Mappe mit verschiedenen Broschüren mitgeführt, die, abgestimmt auf die Erkrankung, an die PatientInnen ausgehändigt werden. An der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie werden zurzeit Informationsmaterialien zu Sturzrisiko, Schmerz, Inkontinenz und zur Bezugspflege aktiv an Betroffene ausgeteilt und besprochen. Neben Informationen zur Erkrankung enthalten PatientInneninformationsbroschüren häufig wichtige Kontaktadressen.

In den Interviews erzählten die ExpertInnen von Themen für Informationsbroschüren, die sie laut ihrer Erfahrung, als wichtig empfinden und die häufig an PatientInnen und/oder ihren Angehörigen ausgeteilt werden. Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über Themen für Informationsbroschüren.

Tabelle 5: Auflistung von Themen für Informationsbroschüren

Nr.	Thema für Informationsbroschüren	Anmerkung
1.	Informationsbroschüren zu allen Ernährungsformen.	Am LKH-Univ. Klinikum gibt es bereits wissenschaftlich belegte schriftliche Informationsfolder.
2.	Informationsbroschüren über Bobath.	Auf der Rehabilitationsstation des Univ. Klinikum für Neurologie wird bereits daran gearbeitet.
	Informationen zum richtigen Umgang oder zur richtigen Spülung von PEG-Sonden	
4.	Broschüren für Angehörige von PatientInnen mit Halbseitenlähmung	Die Broschüre soll Informationen zur Ausstattung und zur Einrichtung der Zimmer sowie zum richtigen Umgang mit diesen PatientInnen beinhalten.
5.	Broschüren zu Verhaltensweisen bei kleinen operativen Eingriffen im Bereich der Dermatologie.	z.B. Wann darf ich in die Sonne gehen?
6.	Broschüren mit präventiven Maßnahmen	z.B. Welche präventiven Maßnahmen können SchlaganfallpatientInnen setzen.
7.	Schriftliche Informationsbroschüren zu Thrombosen	
8.	Schriftliches Informationsmaterial zu Herpes Zoster	
9.	kurze DinA4-Folder zu richtigem Sonnenverhalten und Fußpilz	
10.	Schriftliche Informationen zu Wundmanagement	
11.	Schriftliche Informationen zur Medikamenteneinnahme	
12.	Informationsbroschüren zum weiteren Vorgehen nach einem stationären Aufenthalt	Viele PatientInnen wissen nicht, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt zum Hausarzt/zur Hausärztin müssen, um sich ein Rezept zu holen.
13.	Broschüren für PatientInnen, die neue blutverdünnende Medikamente einnehmen müssen	
14.	Informationsmaterialien zu stationsspezifischen Diagnosen	Dazu sollen die Broschüren Informationen darüber enthalten, was der/die PatientIn zu Hause zu tun hat oder auf welche Symptome er/sie zu reagieren hat.

Es wird erklärt, dass es auf den Stationen bereits eine Vielzahl an Broschüren für PatientInnen und ihre Angehörige gibt, die jedoch keine Verwendung finden. Hingegen fehlen wissenschaftliche Informationsbroschüren zu bestimmten pflegerischen Themen. Um herauszufinden, zu welchen stationsspezifischen Diagnosen weitere Folder erforderlich sind, sollen laut Meinung einer Expertin in jedem Haus Teams gebildet werden, die die gängigsten Diagnosen, zu denen häufig Fragen gestellt werden oder bei denen häufig Probleme auftreten, identifizieren.

Heilbehelfsscheine:

Der/die PatientIn bekommt bei der Entlassung wenn nötig auch Heilbehelfsscheine mit. Diese werden den Angehörigen häufig noch während des Aufenthaltes des Patienten/der Patientin mitgegeben, um die Heilbehelfe (z.B. Rollator) noch vor der Entlassung des Patienten/der Patientin organisieren zu können.

Schriftliche Informationen der TherapeutInnen:

Die PatientInnen bekommen von den TherapeutInnen der unterschiedlichen Fachbereiche ebenfalls einen Abschlussbericht mit. Zwei Expertinnen erzählten, dass die PatientInnen, die nach dem Krankenhausaufenthalt weitere Therapien benötigen, auch TherapeutInnenlisten erhalten. Im Rahmen der Ergotherapie bekommen die PatientInnen Listen mit Heilübungen. Empfehlungen der DiätologInnen werden in den Arztbrief mit aufgenommen.

Eine Expertin erzählt, dass TherapeutInnen den Entlassungstermin des Patienten/der Patientin immer einen Tag vorher wissen müssen, um den Abschlussbericht verfassen zu können. Sobald der/die PatientIn in openMEDOCS entlassen wurde, ist es für die TherapeutInnen nicht möglich, einen Abschlussbericht anzufertigen.

Auch hier kam die Idee, dass Therapievorschläge und weitere wichtige Informationen von Seiten der TherapeutInnen den PatientInnen ein bis zwei Tage vor der Entlassung in schriftlicher Form übergeben werden sollen. Dadurch hätte der/die PatientIn die Möglichkeit, noch rechtzeitig Fragen an die TherapeutInnen zu stellen.

3.2.2.2. Erfahrungen zur elektronischen Gesundheitsakte

In den Interviews wird beschrieben, dass es sich bei der elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“ um ein System handelt, mit dem Informationen zum Patienten/zur Patientin in elektronischer, schriftlicher Form beispielsweise für Ärzte/Ärztinnen, Apotheken, Krankenhäuser und PatientInnen abrufbar sind. Fast alle Interviewten erzählten, dass die ELGA derzeit im Rahmen des Entlassungsmanagements noch kein Thema ist und keine Rolle spielt. Weiters sagt mehr als die Hälfte der ExpertInnen, dass der/die PatientIn während des stationären Aufenthaltes nicht besonders auf die ELGA hingewiesen oder auf die ELGA angesprochen wird. Die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen in Bezug auf die ELGA sind ebenfalls unklar.

„Ich glaube das macht eher die Pflege und auch schon beim Aufnahmegespräch, dass die ELGA erwähnt wird, ob sie das – weil da ist ja dann die Drop-Out Möglichkeit ...“ (Medizin, Interview 14)

3.2.2.2.1. Einstellungen zur ELGA

Prinzipiell wird die ELGA von den ExpertInnen als nützlich angesehen, da sie unterschiedliche Bereiche miteinander vernetzt. Sowohl die ExpertInnen im Krankenhaus als auch ExpertInnen aus dem extramuralen Bereich können durch die ELGA wichtige Dokumente zum Patienten/zur Patientin gesichert weitergegeben und alle wichtigen Informationen zum Patienten/zur Patientin eingesehen werden. Weiters erleichtert die ELGA den Zugang zu diesen Informationen. Durch ELGA bleibt den ExpertInnen das Nachfragen bei Unklarheiten erspart.

Die ExpertInnen beschreiben beispielhaft, bei welchen PatientInnen die Anwendung von ELGA besonders wichtig ist. So spielt die ELGA in allen Situationen, in denen eine weitere Therapie oder eine Aufnahme in eine andere Anstalt notwendig ist, eine wichtige Rolle. Ebenso wichtig ist die ELGA für all jene PatientInnen, bei denen bestimmte Medikamente schwere Nebenwirkungen und potenzielle Schäden hervorrufen können. Von Nutzen ist laut Aussage die ELGA auch bei nicht urteilsfähigen PatientInnen, weil sie auch hier Informationen zu den bestehenden sowie vergangenen Erkrankungen des Patienten/der Patientin zur Verfügung stellen kann.

„Bei all den Patienten, wo die Information, welches Medikament, ja, potenziellen Schaden, im Sinne von schweren Nebenwirkungen anrichten kann, da wäre die Information ganz wichtig ... Und bei uns ein großes Thema sind die Immunonkologika, also wenn der Durchfall hat und ich weiß der hat ein Immunonkologikum, ja, dann werde ich den Durchfall anders behandeln als einen normalen Durchfall. Weil der stirbt an dem, wenn ich nicht aufpasse. Und da ist Information alles.“ (Medizin, Interview 8)

Als negativ empfunden wird, dass in der ELGA noch nicht alle wichtigen Dokumente vorhanden sind, wie zum Beispiel Ambulanzbriefe. Weiters werden die Informationen in der ELGA nicht sortiert und es ist schwierig, gerade bei chronischen PatientInnen, sich in ELGA zu Recht zu finden. Eine Expertin ist der Meinung, dass es sinnvoll wäre, junge Erwachsene bereits in der Schule über die ELGA aufzuklären.

3.2.2.2. Kenntnisse der PatientInnen zur ELGA

Die Mehrheit der ExpertInnen ist der Meinung, dass der Großteil der PatientInnen über die ELGA nicht Bescheid weiß und nicht weiß, was sie ist. Eine Expertin ist der Ansicht, dass PatientInnen, die ihre Diagnose verheimlichen wollen, wie beispielsweise HIV-PatientInnen, gut über die ELGA Bescheid wissen. Andere ExpertInnen glauben hingegen, dass PatientInnen ungefähr wissen, was es ist, jedoch nicht wissen, worum es wirklich geht und was der Sinn und Zweck der ELGA ist.

„Äh, unter dem Namen ELGA nicht. Aber die Patienten sagen schon immer: Das sieht ... sieht das der Hausarzt im Computer. So ähnlich. Also diese Frage gibt es schon immer wieder.“ (Medizin, Interview 5)

Zwei ExpertInnen hatten laut Aussagen noch nie etwas mit ELGA zu tun und können daher nicht sagen, ob PatientInnen ELGA kennen. Weiters kam es seit Implementierung der ELGA von Seiten der PatientInnen noch zu keinen konkreten Fragen. Viele PatientInnen sind auch nicht darüber aufgeklärt, dass sie selbst Einsicht in die ELGA haben.

3.2.3. Erfahrungen zur Kommunikation sowie mündlichen Information

In den Interviews berichteten die ExpertInnen über ihre Erfahrungen zur Kommunikation sowie mündlichen Information. Dabei konnten die drei großen Themenbereiche, Kommunikation zwischen Professionen des LKH-Univ. Klinikum Graz und Nachsorgeeinrichtungen, die interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Krankenhauses sowie die Kommunikation zwischen Professionen des LKH-Univ. Klinikum Graz und PatientInnen bzw. Angehörigen, identifiziert werden. In den nachstehenden Kapiteln werden diese nun näher erläutert.

3.2.3.1. Kommunikation zwischen Professionen im Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtungen

Grundsätzlich verläuft die Kommunikation zwischen den ÄrztInnen und Nachsorgeeinrichtungen schriftlich über den Arztbrief. In Ausnahmefällen werden Informationen mündlich weitergegeben. Von Seiten der Pflege verläuft die Kommunikation telefonisch und mittels Entlassungsbericht mit den beiliegenden Befunden der TherapeutInnen. Kommt ein/eine PatientIn nach dem stationären Aufenthalt erstmals in ein Pflegeheim wird eine telefonische Übergabe gemacht.

Der Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen, wie der Hauskrankenpflege, wird von dem/der SozialarbeiterIn hergestellt. Eine Expertin ist der Meinung, dass hier noch Handlungsbedarf besteht, da nicht alle Professionen Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen herstellen dürfen.

„Ähm über die Pflege nicht. Wie gesagt, das macht der Sozialarbeiter, der macht den Kontakt mit der Hauskrankenpflege und so weiter. Leider ist da sicher noch Handlungsbedarf, dass da diese Kompetenzen so erweitert werden, dass wir das auch machen dürfen.“ (Pflege, Interview 10)

Laut zwei ExpertInnen wird eine schriftliche Kommunikation zur Weitergabe von Informationen bevorzugt, da in Pflegeheimen sehr viele Pflegepersonen arbeiten, die nur schlecht Deutsch verstehen. Die mündliche Weitergabe von Informationen kann sich daher als schwierig gestalten. In Bezug auf die Kommunikation zwischen den Professionen im Krankenhaus sowie Nachsorgeeinrichtungen kam weiters der

Einwand, dass PatientInnen aus Langzeitpflegeeinrichtungen aus dem extramuralen Bereich mit unvollständigen Informationsblättern kommen, wo oft telefonisch nachgefragt werden muss. Daher kam die Idee von einheitlichen Dokumentationsformularen mit Informationen, die im Krankenhaus benötigt werden und im besten Fall mit dem Assessment abgeglichen werden können.

Wenn das Gefühl entsteht, dass PatientInnen Unterstützung benötigen, diese jedoch abgelehnt wird, wird von Seiten der Sozialarbeit hin und wieder Kontakt mit dem Magistrat Graz, den Gemeinden oder den DistriktärztInnen aufgenommen.

Obwohl die ExpertInnen die Vernetzung und Kommunikation mit anderen Instanzen und Nachsorgeeinrichtungen als essentiell empfinden, findet eine Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den Nachsorgeeinrichtungen kaum statt. Dabei würde sich eine Expertin wünschen, dass sie außerhalb des Krankenhauses Ansprechpartner hätte. Laut ihrer Vorstellung würden PatientInnen besser versorgt sein, wenn eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem Personal im Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtungen vorhanden wäre und sie genau wüssten, wen sie im Heimatumfeld des Patienten/der Patientin kontaktieren können.

„Das Zentrum ist die Klinik und es wird Information einfach ausgetauscht und ich weiß gleich, welcher Arzt für den Patienten in seinem Heimatsumfeld zuständig ist. An dem Arzt hängen dann die Therapeuten und Schwestern dran und dann weiß man gleich, es geht weiter und die kommen dann auch mit den Fragen zu uns: Wie war das bei euch? ... Aber das – derweil das noch so – man kennt sich nicht: Ja die Klinik, ja. Und dann ist aus. Und da findet kaum Kommunikation statt.“

(Ergotherapie, Interview 9)

3.2.3.2. Interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Krankenhauses

Aus den Interviews wurde erkennbar, dass es in Bezug auf die interdisziplinäre Kommunikation im Krankenhaus unterschiedliche Meinungen gibt. Einerseits wurde von ExpertInnen beschrieben, dass es in Hinblick auf die Informationsweitergabe ärztlicherseits an die Pflege noch Verbesserungsbedarf gibt. Denn auf die Frage, wo die Expertin bei der PatientInnenentlassung noch Handlungsbedarf sieht, antwortet diese:

„Ja auf alle Fälle einmal bei der Informationsweitergabe, ärztlicherseits, an uns. Ich meine, momentan funktioniert es recht gut. Momentan haben wir einen guten Assistenzarzt. Aber hin und wieder ist das so, ja.“ (Pfleger, Interview 11)

Auch ein weiterer Experte ist der Ansicht, dass sich die Berufsgruppen untereinander mehr austauschen sollten, um sicherstellen zu können, dass Angehörige eine mit den Berufsgruppen übereinstimmende Information bekommen.

Handlungsbedarf gibt es laut Aussage auch bei der Kommunikation zwischen der Station und dem Ambulanzbereich des Univ. Klinikum für Dermatologie und Venerologie, da Terminvereinbarungen mit der Ambulanz ungenügend abgesprochen werden. Dem Personal im Ambulanzbereich wird in manchen Fällen nicht mitgeteilt, mit welcher Krankengeschichte der/die PatientIn zur Kontrolle kommt. Es kommt auch vor, dass der/die PatientIn während oder nach dem stationären Aufenthalt von der Station in die Ambulanz überwiesen wird und nicht darüber aufgeklärt wird, warum er oder sie einen Termin im Ambulanzbereich hat. Andererseits wird die Kommunikation von zwei ExpertInnen als sehr gut beschrieben.

Um eine gute Zusammenarbeit gewährleisten zu können, gibt es auf der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie interdisziplinäre „Onko-Sitzungen“, die jeden Mittwoch stattfinden. Dabei nehmen Ärzte/Ärztinnen, die Pflege, DiätologInnen, PsychologInnen und KrankenseelsorgerInnen teil und besprechen im Team PatientInnen, die in derselben Kalenderwoche aufgenommen werden. Gewünscht wird, dass auch der/die SozialarbeiterIn an diesen Sitzungen teilnehmen kann. Es wäre laut einer Expertin durchaus sinnvoll, würde allgemein eine Dienstverpflichtung für die Beteiligung für die regelmäßig stattfindende Sitzung bestehen. Ein Vorteil wäre, dass alle ExpertInnen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen noch mehr Informationen über den Patienten/die Patientin erhalten könnten und sich noch besser um ihn/sie kümmern könnten. Weiters erreicht man damit, dass alle ExpertInnen den gleichen Wissensstand haben. Der Nachteil bei Abwesenheiten ist, dass zusätzliche Telefonate geführt werden müssen, um denselben Informationsstand zu gewährleisten.

Eine Expertin erzählt, dass im Krankenhaus Informationen auch verloren gehen können, wobei dies als etwas Verständliches und Nachvollziehbares angesehen wird. Dazu wird empfohlen, immer alle Berichte zu lesen.

„Aber es ist jetzt auch schon einmal vorgekommen, dass eine Entlassung geplant war, dann ist das nicht gegangen, weil die Hauskrankenpflege nicht so schnell einsatzbereit war. Dann habe ich das alles weitergegeben, wie das sein könnte. Habe es dokumentiert und kriege am nächsten Tag den Anruf: Ja, der Patient geht ja heute nach Hause.“ (Sozialarbeit, Interview 4)

3.2.3.3. Kommunikation zwischen Professionen und PatientInnen beziehungsweise Angehörigen

In Bezug auf die Kommunikation zwischen den Professionen sowie PatientInnen bzw. Angehörigen wurde zunächst das Geben von Auskünften angesprochen. Dazu erzählt eine Expertin, dass es wichtig ist, zusammen mit dem Patienten/der Patientin zu vereinbaren, wem Auskunft über den Zustand des Patienten/der Patientin gegeben werden darf. Laut der Expertin dürfen ohne Zustimmung des Patienten/der Patientin keine Informationen an Angehörige weitergegeben werden.

Weiters kam die Aussage, dass in Bezug auf dieses Thema, aufgrund von Erzählungen der Angehörigen, der Eindruck gewonnen wurde, dass auf der Station des Univ. Klinikum für Dermatologie und Venerologie auf Fragen der Angehörigen unzureichend eingegangen wird. Angehörige berichten, dass sie aus diesem Grund in der Ambulanz anrufen, um Antworten auf ihre Fragen zu bekommen.

3.2.3.3.1. Führen von Aufklärungs-/Beratungsgesprächen

Häufig befinden sich PatientInnen aufgrund ihrer Erkrankung in einem Ausnahmezustand. Aufgrund dessen ist es für PatientInnen schwierig, Gesagtes so zu verstehen, wie es gemeint wurde. Daher besteht die Meinung, dass der Einbezug der Angehörigen in Aufklärungs-/Beratungsgesprächen sehr wichtig ist. Im Bereich der enteralen Ernährung wird es bereits so gehandhabt, dass bei geplanten Aufklärungsgesprächen vorab Angehörige gefragt werden, ob sie Zeit hätten, daran teilzunehmen. Durch die Teilnahme der Angehörigen an den Aufklärungs-/Beratungsgesprächen kann gewährleistet werden, dass sowohl der/die PatientIn als auch deren Angehörige auf dem gleichen Wissensstand sind. Weiters können laut Aussage mögliche Dissonanzen vermieden werden. Eine Expertin erklärt dazu, dass bei der Entlassung von PatientInnen, bei denen die Angehörigen für Beratungs- und

Aufklärungsgesprächen zuvor nicht erreicht werden konnten, oft große Unwissenheit über die Situation und den Pflegebedarf sowohl beim Patienten/bei der Patientin als auch bei den Angehörigen besteht.

Hinzu kommt, dass ExpertInnen bei Aufklärungs- bzw. Beratungsgesprächen mit PatientInnen und deren Angehörigen das Gefühl bekommen, dass ihre Informationen besser aufgenommen werden.

„Ich denke so diese Aufklärung – wirklich in einem 4-, 6-, 8-Augen-Gespräch – glaub ich – wär manchmal schon schön lobenswert – genau.“

(Logopädie, Interview 6)

Alle ExpertInnen, die bei den Interviews befragt wurden, vertreten die Meinung, dass bei multimorbiden PatientInnen besonders darauf geachtet werden muss, dass Aufklärungsgespräche zusammen mit den Angehörigen geführt werden. Laut den Erfahrungen der Befragten gestalten sich Aufklärungsgespräche mit dementen Personen als besonders schwierig. Wenn bei dementen Personen keine Angehörigen vorhanden sind, haben die ExpertInnen im Krankenhaus fast keinen Einfluss darauf, was nach der Entlassung beispielsweise mit dem Arztbrief passiert. Dazu wird geäußert:

„Und bei den Dementen ist es sowieso nicht irgendwie durchführbar eigentlich, nicht, oder - da redet man halt wirklich wie gegen eine Wand und weiß nicht, was ankommt, nicht. Da kann man es eh nur über die, über die Verwandten machen. Wenn die auch nicht auftauchen, muss man halt hoffen, dass dieser Arztbrief irgendwo in Hände gerät und gelesen und beachtet wird. Aber da ist sicher immer ein ungutes Gefühl dabei.“ (Medizin, Interview 14)

Eine weitere Expertin schildert ebenfalls das Problem, dass multimorbide PflegeheimpatientInnen ohne Angehörige unzureichend oder kaum aufgeklärt werden, da die Informationen von den PatientInnen nicht verstanden werden. Sie weist darauf hin, dass diese PatientInnen dann einfach mit dem Arztbrief entlassen werden. Sie meint dazu:

„Ja, ich meine das ist natürlich schwieriger, da ist es dann gerade oft wichtig, wenn es Angehörige gibt, die man aufklären kann. Ähm, wenn man die, wenn da jetzt, ich meine manchmal ist es auch so, dass wir sagen es soll ein Angehöriger kommen oder uns telefonisch kontaktieren, wenn, wenn so Probleme sind, dass

man da irgendwie was sieht. Aber es ist sicher, ist es so, dass viele, gerade Pflegeheimpatienten halt dann mit dem Arztbrief heim gehen und die dann dort mehr oder weniger weiter vegetieren oder so wie zuvor. Also da wird dann, äh, eben über das, nicht wirklich viel Aufklärung für den Patienten gegeben, weil er es eh nicht verstehen würde.“ (Pflege, Interview 11)

Eine Expertin gibt im Interview an, dass es im Rahmen der Aufklärung für die Pflege häufig eine Herausforderung ist, wenn sie keine medizinischen Auskünfte geben dürfen. Dies stellt sich gerade dann als Herausforderung dar, wenn die Pflege direkt von PatientInnen und Angehörigen angesprochen und gefragt wird, jedoch kein Arzt/keine Ärztin am Nachmittag mehr anwesend ist.

Es wird ebenfalls beschrieben, dass Räumlichkeiten fehlen, in denen PatientInnen und Angehörige in Ruhe aufgeklärt werden können. Vor allem bei PatientInnen mit unerfreulichen Diagnosen (Tumorerkrankungen etc.) wäre ein ruhiger Raum für sensible Vier-, Sechs-Augen-Gespräche hilfreich. Derzeit werden diese PatientInnen in einem Vier-Bett-Zimmer im Beisein aller anderen PatientInnen aufgeklärt.

Ein Experte schildert das Problem, dass aufgrund des Personalmangels oft nicht ausreichend Zeit für Aufklärungs- und Beratungsgespräche bleibt.

Aufklärung über das Krankheitsbild

Die Befragten beschreiben in den Interviews, dass es wichtig ist, die PatientInnen und ihre Angehörigen über das Krankheitsbild aufzuklären, da viele PatientInnen und Angehörige nicht über die Erkrankungen und deren Konsequenzen Bescheid wissen und die Folgen nicht einschätzen können. Eine Expertin gibt an, dass PatientInnen über Verhaltensweisen in Bezug auf ihre Erkrankung aufgeklärt werden müssen. Wenn man beispielsweise einem Patienten/einer Patientin nicht erklärt, dass er/sie mit einer Halbseitenlähmung nicht aufstehen darf und er/sie dann alleine auf die Toilette geht, kann es zu Problemen kommen.

Von ExpertInnen wird bemängelt, dass PatientInnen falsch aufgeklärt werden. PatientInnen sollten vermehrt darauf hingewiesen werden, welche Erkrankungen nun geheilt sind, worauf sie vermehrt achten müssen oder welche präventiven

Maßnahmen umzusetzen sind, um Folgeerkrankungen vermeiden zu können. Dazu wird in einem Interview beschrieben:

„Die Leute machen Tätigkeiten, die meiner Ansicht nach sinnlos sind. Weil wenn man in die Fließbandabfertigung geht, und so weit sind wir schon, ist das wurscht, ob der ein Vesikuläratmen beim Abhören hat oder nicht. Der soll lieber mit ihm reden, wie er sich vor der Sonne schützt, bevor er den nächsten Hautkrebs kriegt. PatientInnen erzählen dem Experten/der Expertin immer wieder: „Ah jetzt hab ich schon das fünfte Basaliom in zwei Jahren aber niemand hat gesagt, dass ich einen Sonnenschutz brauche.“ (Medizin, Interview 8)

Erfahrungen zum Entlassungsgespräch

Die Befragten erläuterten, dass die Entlassungsgespräche von der Pflege und von der Medizin direkt bei der Entlassung des Patienten/der Patientin getrennt geführt werden. Eine Expertin beschreibt, dass das Entlassungsgespräch von Seiten der Pflege, seit Einführung der Bezugspflege, von der zuständigen Bezugspflegeperson durchgeführt wird. Der Arzt/die Ärztin klärt den Patienten/die Patientin im Rahmen des Entlassungsgesprächs über den Arztbrief auf. Die Aufklärung des Arztbriefes wird folgendermaßen beschrieben:

„Die Leute kriegen den Arztbrief in die Hand gedrückt. Dann sagt der Turnusarzt irgendwas, der ja am wenigsten Ahnung hat – ja - und dann werden die Leute entlassen ... Der Patient will ja nur wissen: Ist es erledigt, was ich hatte? Kann es wiederkommen? Beeinträchtigt mich das in meiner Lebensqualität, so oder so? Und wie geht es für mich weiter und wie habe ich mich hinkünftig zu verhalten? Wird nicht gemacht. Das gehört geändert.“ (Medizin, Interview 8)

Vor der Entlassung des Patienten/der Patientin ist es ebenfalls wichtig, dass die TherapeutInnen die PatientInnen und ihre Angehörigen über Therapievorschlüsse und Empfehlungen (z.B. besondere Kostformen bei Schluckstörungen und bei PatientInnen mit Erstdiagnose Diabetes) aufklären.

Erfahrungen zeigen, dass es sinnvoll wäre, Entlassungsgespräche mit dem Arzt/der Ärztin, der Pflege sowie den Angehörigen gemeinsam zu führen. Der Arzt/die Ärztin sowie die Pflege könnten sich dadurch besser ergänzen.

Hauptthemen, die laut ExpertInnen bei Entlassungsgesprächen besprochen werden, sind:

- Nachbehandlung,
- Informationen zu neu verschriebenen Medikamenten (wie lange, in welcher Dosierung),
- Lokalthérapien,
- Kontrolltermine in der Ambulanz,
- in welchem Zeitraum Kontrollen beim Hausarzt/bei der Hausärztin vorzunehmen sind,
- Verhaltensregeln (z.B. nicht in die Sonne gehen, Wechseln von Harnkathetern, Verbandswechsel, Wundversorgung),
- bestimmte Kostformen,
- inwieweit der/die PatientIn Pflege benötigt (z.B. HKP),
- neu angeforderte Hilfsmittel,
- Rezepte einholen,
- geplante Versorgungen (z.B. Rehabilitation) sowie
- Klärung von Fragen des Patienten/der Patientin.

Diese Themen werden, je nach Bedürfnissen des Patienten/der Patientin und abhängig von der Erkrankung, individuell angesprochen und abgeklärt.

Aufklärung über neu verschriebene Medikamente

PatientInnen werden von den ÄrztInnen über neu verschriebene Medikamente aufgeklärt. Einfache Fragen der PatientInnen zu Medikamenten werden laut Aussage auch von der Pflege beantwortet. Wenn komplexere Fragen zu Medikamenten auftreten, wird der Arzt/die Ärztin geholt. Weiters werden die neu verschriebenen Medikamente im Arztbrief nochmals aufgelistet.

In einem Interview wird erklärt, dass es bestimmte Medikamente gibt, bei denen Ärzte/Ärztinnen ausführlicher aufklären und Informationsbögen zur Aufklärung des Patienten/der Patientin verwenden. Informationsbögen gibt es beispielsweise bei Blutverdünnungsmedikamenten, Marcumar oder bei Chemotherapeutika. Diese werden auch von dem Patienten/der Patientin unterschrieben, um nachweisen zu

können, dass der Patient/die Patientin mit der Therapie einverstanden ist. Weiters gibt es für manche Medikamente spezielle Pässe, die die PatientInnen mit nach Hause bekommen und in denen alle verschriebenen Medikamente aufgelistet werden.

Bei anderen neu verschriebenen Medikamenten (Lokaltherapeutika) wird der/die PatientIn mündlich über die Wirkung, Hauptnebenwirkungen und Uhrzeit der Einnahme aufgeklärt. Aus Sicht einer Expertin ist die mündliche Aufklärung von Lokaltherapeutika nicht ausreichend. Eventuell braucht es zusätzlich kurze, schriftliche Informationsblätter.

Eine andere Expertin bemängelt, dass es keine Vorgaben gibt, wie ein Arzt/eine Ärztin über neu verschriebene Medikamente aufklären soll. Laut ihrer Erfahrungen gibt es auch keine schriftlichen Informationen. Die Aufklärung wird ausschließlich mündlich durchgeführt.

Laut Aussage sollen PatientInnen noch besser über neu die verschriebenen Medikamente sowie deren Wirkung und Nebenwirkung aufgeklärt werden. Im Interview wird gesagt:

*„... ja, ich glaube, das ist hauptsächlich auch oft die Frage von den Leuten:
Welche Medikamente und für was?“ (Pfleger, Interview 7)*

Aufklärung über die Aufenthaltsdauer und Weiterversorgung

In Bezug auf die Aufenthaltsdauer und den Ablauf in einem Krankenhaus wird beschrieben, dass diese für viele PatientInnen und Angehörige schwer abzuschätzen sind. Umso wichtiger ist es, dass diese Themen früh angesprochen und erklärt werden. Dazu wird geäußert:

„Also Aufklärung, finde ich, ist das A und O, nicht nur aus medizinischen sondern auch im organisatorischen. Weil die, viele Angehörige oder auch Patienten haben einfach mit, haben einfach keine Idee, ähm, wie lang man im Krankenhaus bleiben kann oder wie so ein Ablauf sein kann. Und manche haben wirklich die Idee, dass man bei einem Schlaganfall mindestens ein halbes Jahr im Krankenhaus bleiben kann und das ist halt dann ganz schwierig.“

(Pfleger, Interview 11)

In einem weiteren Interview wird erklärt, wenn PatientInnen und Angehörige von Beginn an über die Verweildauer auf der Station aufgeklärt werden, wissen sie genau Bescheid, bis zu welchem Zeitpunkt notwendige Angelegenheiten organisiert werden müssen. Dabei wird kritisiert, dass es Ärzte/Ärztinnen gibt, die PatientInnen und deren Angehörigen über die Verweildauer nicht informieren.

„... es gibt halt auch wirklich Ärzte da, die, ah, da bleiben Patienten länger da, den Angehörigen wird suggeriert: Ja, dann kommen Sie auf eine Reha und das möglichst gleich, und danach, und anschließend, und da haben wir überhaupt keinen Stress. Und die suggerieren irgendwie so ein, die suggerieren die Vorstellung von vielen: Das dauert Monate. Der kann ewig da bleiben. Und dann plötzlich heißt es: Die Entlassung ist aber in einer Woche, weil der ist schon 4 Wochen da.“ (Sozialarbeit, Interview 1)

Fehlende Informationen über die Verweildauer des Patienten/der Patientin und eine überraschende Entlassung führen zu verzögerten Entlassungen oder zwischenzeitlichen Pflegeheimunterbringungen, da die Angehörigen nicht ausreichend Zeit hatten oder verabsäumten, vieles zu organisieren.

„Also Transparenz und Kommunikation über die Strukturen und über die mögliche Verweildauer ist für mich das Um und Auf.“ (Sozialarbeit, Interview 1)

Die Erfahrung einer Expertin zeigt, dass die Entlassung und die geplante Nachsorge von den PatientInnen und ihren Angehörigen oft nicht akzeptiert werden. Die Expertin erklärt, dass die Unterbringung in einem Pflegeheim nach dem Krankenhausaufenthalt oft als Endstation gesehen wird. Hier braucht es von Anfang an ausführliche Aufklärungsgespräche.

3.2.3.3.2. Verstehen von Informationen

Auf die Frage, ob PatientInnen und deren Angehörige als gesundheitskompetent erlebt werden, wird in einem Interview geantwortet:

„Also ich würde sagen, die Mehrheit eher nicht. Weil wir sind mit einem relativ alten kranken Patienten – mit sehr alten PatientInnen zu tun haben und meistens hat man so das Gefühl, die lassen das über sich ergehen und nicken und es kommt höchstens 10% an.“ (Medizin, Interview 14)

Im Gegensatz dazu wird in einem Interview geäußert, dass der Eindruck besteht, dass die PatientInnen und deren Angehörigen die Informationen verstehen.

„Ich habe schon das Gefühl, dass die Angehörigen und Patienten meine Informationen verstehen und wenn nicht, dann adaptiere ich es halt so, dass sie mich verstehen.“ (Sozialarbeit, Interview 1)

Generell sind die ExpertInnen, die in den Interviews befragt wurden, diesbezüglich geteilter Meinung. ExpertInnen fügen hinzu, dass es die Aufgabe der Berufsgruppen im Krankenhaus ist, darauf zu achten, dass die Informationen von den PatientInnen und Angehörigen verstanden werden und dies auch zu überprüfen. Verbale Informationen an die PatientInnen und ihren Angehörigen müssen so vermittelt werden, dass sie es verstehen können. Dazu soll zur Vermittlung von Informationen eine einfache Sprache verwendet werden. Fachwörter sollen vermieden werden. Laut Meinungen der ExpertInnen ist das Verstehen von Informationen von PatientIn zu PatientIn und von Angehörigen zu Angehörigen unterschiedlich. In Bezug auf das Verstehen von Informationen wird geäußert, dass PatientInnen mit höherer Ausbildung Informationen besser verstehen können. Aus Sicht einer Befragten ist es wichtig, bei der Vermittlung von Informationen auf eventuelle Vorkenntnisse der PatientInnen einzugehen. In der Kommunikation mit multimorbiden PatientInnen werden häufig auch „Schreigespräche“ geführt. Man redet in kurzen Sätzen, in einfacher Sprache oder lauter, je nachdem welcher/welche PatientIn mit welcher Erkrankung vor einem sitzt.

Für MitarbeiterInnen werden immer wieder Gesprächsschulungen angeboten. Aus den Interviews geht hervor, dass bei der Kommunikation mit PatientInnen und ihren Angehörigen darauf geachtet werden muss, dass rückgefragt wird, ob alles richtig verstanden wird, nicht zu viele Informationen auf einmal vermittelt werden, mit schriftlichem Informationsmaterial unterstützt wird und Themen mehrmals mit dem Patienten/der Patientin besprochen werden. Eine Expertin sieht bei der Vermittlung von Informationen als Problem, dass PatientInnen von den vielen Informationen erschlagen werden und nicht wissen, wie sie mit den Informationen umgehen sollen.

Es wird auch berichtet, dass wichtige Informationen, die während einem Gespräch vermittelt werden, für die PatientInnen sowie ihren Angehörigen notiert und mitgegeben werden.

„Ähm, dann mache ich das meistens, dann schaue ich halt meistens, dass ich sage: Wissens was, ich schreibe jetzt einfach einmal mit, weil jetzt haben wir schon relativ viel besprochen, ge. Und dann mach ich ihnen so eine Checkliste und gib ihnen die dann mit, ge. Weil, weil ich sonst ganz genau weiß, wenn sie jetzt angerufen würden, und nicht wissen, was ich - und nachfragen.“

(Sozialarbeit, Interview 1)

Nachfragen bei Unklarheiten

Gemäß der Erfahrung der ExpertInnen stellen PatientInnen wenige Fragen und sind einfach nur froh das Krankenhaus verlassen zu dürfen. Fragen treten meistens erst nach dem Aufenthalt auf und werden dann telefonisch beantwortet. Jedoch wird erklärt, dass es aufgrund des großen PatientInnendurchgangs im Anschluss nicht mehr so einfach ist, auf Fragen zu antworten, da man sich häufig nicht mehr genau an den Patienten/die Patientin erinnern kann. Auch andere ExpertInnen erzählen, dass während eines Gesprächs im Krankenhaus weniger nachgefragt wird.

„Ähm, ja es kommt schon vor (lange Pause), aber ich glaube noch zu selten ... und oft kommen eben wie gesagt erst Anrufe dann später, dass sie auf Station anrufen und sagen: O.K. das habe ich jetzt nicht verstanden, jetzt bin ich erst zu Hause drauf gekommen, dass das und das nicht, ähm, mir nicht ganz klar ist. Und das sind wahrscheinlich noch die Mutigeren, weil auch viele werden sich von denen wahrscheinlich gar nicht nachfragen trauen. Die werden einfach, ja, irgendwie dahinsteln oder so irgendwie.“ (Pflege, Interview 13)

Im Gegensatz dazu kam jedoch zwei Mal die Rückmeldung, dass auf der Univ. Klinik für Neurologie häufig Fragen von PatientInnen und Angehörigen an die ExpertInnen gestellt werden.

Generell verhalten sich die PatientInnen und Angehörige bei Unklarheiten unterschiedlich. Einige ExpertInnen erzählen, dass gewisse PatientInnen und Angehörige bei Unklarheiten nachfragen und kritisch sind. Jedoch gibt es auch Personen, die alles über sich ergehen lassen und als gegeben hinnehmen. Es wird auch von PatientInnen und Angehörigen berichtet, die sehr übervorsichtig und überfürsorglich sind, sich wenig zutrauen und jede Kleinigkeit wissen wollen. Im Gegensatz dazu gibt es Personen, die uneinsichtig sind und Empfehlungen des Personals nicht umsetzen wollen.

Im Rahmen der Interviews wurde von Befragten von Seiten der Diätologie sowie von Seiten der Sozialarbeit erzählt, dass sie bewusst ihre Kontaktdaten hergeben und dem Patienten/der Patientin sowie deren Angehörigen mitteilen, dass sie sich bei offenen Fragen melden sollen.

In Bezug auf das Nachfragen bei Unklarheiten besteht auch der Eindruck, dass PatientInnen großen Respekt vor den ÄrztInnen haben und sich einige nicht zu fragen trauen. Manche haben Angst, dass sie nicht nach Hause gehen dürfen, wenn sie nachfragen und angeben, noch irgendwo Schmerzen zu haben. Wichtig ist, PatientInnen zu ermutigen, bei der Visite nachzufragen.

„Nur sie trauen sich oft nicht, bei Visiten fragen. Und ich sage immer: die Ärzte sind Dienstleister, für das ist die Visite da und da fragen Sie den jetzt. Sagen immer: Ja glauben Sie? Sage ich: Ja ganz sicher. Für das ist der Arzt da, dass er Ihnen jetzt beantworten kann, dürfen sie einen Alkohol trinken oder nicht.“

(Diätologie, Interview 12)

In einem weiteren Interview wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass PatientInnen sich nicht trauen, bei der Visite nachzufragen und im Anschluss mit Fragen zu den Pflegepersonen kommen.

Eine Expertin ist der Meinung, dass seit Implementierung der Bezugspflege bewusster Fragen von PatientInnen und Angehörigen gestellt werden. Sie werden auch bewusst darauf hingewiesen, sich für das nächste Gespräch mit der Bezugspflegeperson Fragen zu überlegen. Vor der Einführung der Bezugspflege gab es aus Sicht der Expertin das Problem, dass die PatientInnen eine Pflegeperson kontaktierten, die gerade anwesend war. So erhielten die PatientInnen häufig unterschiedliche Informationen von unterschiedlichen Personen.

Einer der Befragten ist bewusst, dass es PatientInnen gibt, die zwar äußern, alles verstanden und keine weiteren Fragen zu haben, die Expertin sich diesbezüglich aber nicht sicher ist.

Bei Aufklärungs-/Beratungsgesprächen und/oder Visiten ist es wichtig, dass sie mit dem Satzsatz enden: „Gibt es noch Fragen? Ist für Sie alles klar? Oder gibt es noch irgendetwas, was wir klären können?“ Eine Expertin ist der Meinung, dass dadurch Unklarheiten geklärt, zusätzliche Informationen gewonnen und die Mündigkeit des Patienten/der Patientin gestärkt werden.

3.2.4. Erfahrungen zur Planung der Nachsorge

Während eines Interviews wurde erklärt, dass das Entlassungsmanagement der PatientInnen aus dem Krankenhaus Lücken aufweist. Dazu wird das Entlassungsmanagement folgendermaßen beschrieben:

„Da können Ihnen die Leute so blumige Sachen vom Entlassungsmanagement erzählen wie´s lustig sind. Es funktioniert nicht. Weil ich sehe ja wie die kommen.“ (Medizin, Interview 8)

Im Rahmen der Planung der Nachsorge bekommt der/die PatientIn entweder einen Termin in der Spezialambulanz des LHK-Univ. Klinikum Graz oder dem Patienten/der Patientin wird mitgeteilt, dass er oder sie selbst nach einem gewissen Zeitraum einen Kontrolltermin mit dem Facharzt/der Fachärztin vereinbaren soll. Erhält der/die PatientIn einen Termin in der Spezialambulanz, wird dem Patienten/der Patientin der Termin mitgeteilt und elektronisch in openMEDOCS eingetragen. Dabei wird erklärt, dass PatientInnen, die zu diesem Termin nicht erscheinen, nicht nochmals einberufen werden. Lediglich in Ausnahmefällen, wie beispielsweise bei bösartigen Befunden, erfolgen drei Erinnerungsschreiben.

„Manchmal ist die Histologie noch nicht da und wenn dann rauskommt, es ist ein Melanom, dann bekommt er natürlich eine Einberufung und da kriegt er, glaube ich, drei Schreiben, wenn er nicht kommt. Also das ist was anderes. Aber wenn er jetzt zu einem Kontrolltermin, in der Autoimmunambulanz, nicht erscheint, freut sich jeder.“ (Medizin, Interview 14)

Ob PatientInnen Kontrolltermine mit FachärztInnen vereinbaren und diese auch in Anspruch nehmen, wird von den ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz nicht kontrolliert. Dies liegt in der Eigenverantwortung des Patienten/der Patientin.

Während des Krankenhausaufenthaltes bekommen PatientInnen Therapievorschlüsse und Kontaktadressen von den TherapeutInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz. Die Therapie muss jedoch vom Patienten/von der Patientin selbst organisiert werden. In Bezug auf die extramurale Nachversorgung im Bereich der Ergotherapie wird in einem Interview geäußert:

„Die Versorgung extramural in der Ergotherapie ist schlecht, also wirklich schlecht.“ (Ergotherapie, Interview 9)

Generell kann nicht gesagt werden, ob Therapievorschläge, und sei es die Einnahme von neu verschriebenen Medikamenten, von PatientInnen umgesetzt werden.

„Man empfiehlt ja etwas, was sinnvoll ist. Ich schreibe ja nicht rein: Guter Freund, mach das, weil’s dir fad ist. Ja. Genau das ist der Punkt. Das Nicht-Einhalten kann ja auch gesundheitlichen Schaden hinterlassen. Und der ist ja gegeben. Vielfach geht es gut, aber es geht nicht immer gut.“ (Medizin, Interview 8)

ExpertInnen äußern Bedenken, wenn ältere, uneinsichtige PatientInnen nach Hause entlassen werden. Man ist sich unsicher, ob zu Hause alles reibungslos ablaufen wird und Therapievorschläge, Kontrolltermine oder Verhaltensregeln auch umgesetzt werden. Das Nicht-Einhalten kann zu Wiederaufnahmen im Krankenhaus führen.

„Ja, im Endeffekt weiß man, dass er in ein paar Wochen wahrscheinlich wieder stationär aufgenommen wird.“ (Pflege, Interview 7)

Bei der Entlassung in weitere Rehabilitationszentren sehen die ExpertInnen keine Probleme, denn hier wissen sie einen genauen Termin, es wird ein Entlassungstransferbericht ausgefüllt und meist wird zusätzlich noch eine telefonische Übergabe durchgeführt. Jedoch wären mehr poststationäre Betreuungseinrichtungen, im Sinne von Remobilisationseinrichtungen, für PatientInnen, die grundsätzlich selbstbestimmt leben aber eine Uberleitungspflege benötigen, wichtig.

Wenn die Pflege beim Aufnahmegespräch feststellt, dass PatientInnen einen weiteren poststationären Unterstützungsbedarf haben, wird der/die SozialarbeiterIn kontaktiert. Neue Pflegeheimunterbringungen oder zukünftige Unterstützung durch die Hauskrankenpflege werden von dem/der SozialarbeiterIn organisiert. Dazu befragt der/die SozialarbeiterIn zuerst die Pflege, die ihr wichtige Informationen zum Krankheitsbild des Patienten/der Patientin liefern kann. Anschließend führt der/die SozialarbeiterIn Gespräche mit den PatientInnen und deren Angehörigen, um herauszufinden, welche Hilfsmittel oder Unterstützungsangebote der/die PatientIn bereits in Anspruch nimmt oder was organisiert werden muss. Dabei bespricht der/die SozialarbeiterIn mit dem Patienten/der Patientin und den Angehörigen über folgende Themenbereiche:

- Versorgungseinrichtungen (Pflegeheime, Hauskrankenpflege, 24-h-Betreuungen, ...)

- Hilfsmittel (Rollator, Gehstock, ...)
- Pflegegeld (Neueinstufung, Anpassung)

Alle nötigen Anträge und Heilbehelfe werden laut Aussagen ge- bzw. bestellt.

Die Pflege übermittelt anschließend zusätzlich wichtige Informationen zum Krankheitsbild des Patienten/der Patientin an das neu organisierte Unterstützungsangebot (z.B. Pflegeheim, Hauskrankenpflege). Ob jedoch alle Maßnahmen, die im Krankenhaus geplant wurden, in Pflegeheimen eins zu eins umgesetzt werden, kann nicht gesagt werden.

Als eine Herausforderung in Bezug auf die Organisation der Nachsorge wird der eingeschränkte Blickwinkel der einzelnen Berufsgruppen auf ihre Disziplin gesehen. Jede Disziplin empfindet, laut Aussage, nur sich selbst als wichtig. Das Problem des Patienten/der Patientin wird nicht übergreifend betrachtet.

„Das ist oft vielleicht schwieriger, weil viele Ärzte schreiben einfach nur immer ihr Zeug dazu oder ihre Medikamente oder ihre Behandlung und gehen nicht wirklich auf das ein, was andere vielleicht aufgeschrieben haben und sehen dann vielleicht auch Wechselwirkungen oder vielleicht kann man was ersetzen oder absetzen und ja. Also das ist vielleicht oft bisschen ein Problem, ja, mhm.“

(Pflege, Interview 2)

3.2.4.1. Sicherstellung der Nachsorge

Die Nachsorge kann von den ExpertInnen im Krankenhaus weder gesichert noch kontrolliert werden. Die ExpertInnen erzählen, dass sie versuchen, die Entlassung sowie die Versorgung danach bestmöglich zu organisieren. Sie versuchen, die Entlassung zu planen, Angehörige miteinzubeziehen, PatientInnen und Angehörige zu schulen und auf weitere Therapiemaßnahmen und Vorgehensweisen aufmerksam zu machen, die zusätzlich im Arztbrief vermerkt werden. Weiters wird der/die SozialarbeiterIn, der/die die Nachsorgeeinrichtungen organisiert, miteinbezogen. Dennoch kann von den ExpertInnen nicht gesagt werden, ob die geplanten Therapiemaßnahmen und Vorgehensweisen nach dem Krankenhausaufenthalt auch umgesetzt werden. Ob alle Maßnahmen, die während des Krankenhausaufenthaltes geplant und gesetzt wurden, anschließend auch umgesetzt werden, liegt laut den

ExpertInnen in der Verantwortung des Patienten/der Patientin und seinen/ihren Angehörigen.

„Man kann es bestmöglich organisieren. Wie es dann zu Hause läuft, nein, ganz ehrlich gesagt, weil, ähm, ja oft läuft es halt nicht eben so wie es geplant worden ist, eben vor allem wieder jetzt zurückkommend auf die chronischen Wundpatienten, es ist organisiert, er hat die Verbandstoffe organisiert, er hat die HKP organisiert und wie gesagt er lässt dann die HKP nicht hinein ...“

(Pflege, Interview 13)

„Ich kann es nicht kontrollieren und kann das nicht planen, weil die Zusammenarbeit extramural einfach nicht da ist. Also ich habe kein Therapiezentrum oder keine freiberuflichen Therapeuten, die direkt meine Ansprechpartner sind.“ (Ergotherapie, Interview 9)

Auf die Frage, wie die Versorgung des Patienten/der Patientin nach dem Krankenhausaufenthalt sichergestellt wird, wird geantwortet:

„Gar nicht. Ehrlich – Gar nicht. Man sagt ihm: Bitte gehen Sie zum Hausarzt oder machen Sie das. Aber sichergestellt, dass der auch wirklich hingehet, wer macht das, das können Sie nicht kontrollieren. Sie können ihm das empfehlen. Das war es dann auch.“ (Medizin, Interview 8)

3.2.4.2. Anregungen für Veränderungen im Rahmen der Nachsorge

In Bezug auf Anregungen für Veränderungen im Rahmen der Nachsorge kam der Vorschlag, Televisiten mit Nachsorgeeinrichtungen durchzuführen. Dabei können Ärzte/Ärztinnen des LKH-Univ. Klinikum Graz Befunde, die die PatientInnen betreffen, mit den Nachsorgeeinrichtungen besprechen. Weiters würden ExpertInnen es gut finden, wenn sie Einblick in das zu Hause des Patienten/der Patientin hätten, um genau abschätzen zu können, was der/die PatientIn noch braucht. Die ExpertInnen hätten somit die Möglichkeit die Entlassung und die Nachsorge noch genauer zu planen. Die Befragten äußerten im Rahmen der Interviews weiters, dass sie beruhigter wären, wenn es so etwas wie eine Zwischenstation geben würde. Dabei denken die ExpertInnen beispielsweise an eine Gemeindegeschwester oder einem/einer Case und Care ManagerIn, die bestimmte Fälle nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bis nach Hause begleiten. Diese Instanzen könnten ebenfalls

kontrollieren, ob geplante Maßnahmen der ExpertInnen aus dem Krankenhaus umgesetzt werden und Wirkung zeigen. Weiters soll er/sie als VermittlerIn zwischen den verschiedensten Einrichtungen bzw. Bereichen fungieren.

Damit geplante Maßnahmen umgesetzt werden und die Nachsorge funktionieren kann, wird den PatientInnen empfohlen, Arztbriefe genau durchzulesen oder sich vom Hausarzt/von der Hausärztin erklären zu lassen. Eine Expertin ist der Ansicht, dass manchmal PatientInnen sowie in manchen Fällen die Hausärzte/die Hausärztinnen Arztbriefe unzureichend beachten und infolgedessen Maßnahmen ungenügend umgesetzt werden.

Eine Expertin meint, dass PatientInnen Probleme mit dem Ablauf nach der Krankenhauserkrankung haben und Schwierigkeiten haben, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Die meisten Menschen wissen nicht, welche Angebote es außerhalb des Krankenhauses gibt. Der/die PatientIn braucht Strukturen und genaue Erklärungen über die weiteren Schritte nach der Entlassung. PatientInnen wissen ebenfalls nicht, an welche Erstanlaufstellen sie sich bei auftretenden Erkrankungen oder gesundheitlichen Problemen wenden sollen.

„Also das Wichtigste sind eigentlich Gespräche, beziehungsweise eine ordentliche Aufklärung darüber, was möglich ist überhaupt. Weil die meisten Leute wissen ja gar nicht, was es alles gibt.“ (Pflege, Interview 7)

Laut einer Expertin wäre es hilfreich, die PatientInnen sowie deren Angehörige schon frühzeitig darauf aufmerksam zu machen, dass es SozialarbeiterInnen im Krankenhaus gibt, die sie über Unterstützungsmöglichkeiten aufklären und gemeinsam mit PatientInnen und Angehörigen die Nachversorgung planen.

Ein weiteres Problem bei der Nachsorge der PatientInnen liegt in den fehlenden Versorgungsstrukturen. PatientInnen können nicht optimal nachversorgt werden, wenn vor Ort die Versorgungsstrukturen fehlen. Es ist schwer für PatientInnen, die in den Randbezirken oder im ländlichen Bereich leben, Therapievorschläge nach dem Krankenhausaufenthalt weiter umzusetzen, da TherapeutInnen hauptsächlich in den Ballungszentren vorhanden sind.

Eine Expertin äußert, dass es wichtig wäre, 24-h-Betreuungen, aufgrund der Wissensdefizite und der Sprachbarrieren, entsprechend in die erforderlichen Tätigkeiten einzuweisen und über neue Maßnahmen in Kenntnis zu setzen. Nach

einem bestimmten Zeitraum sollte evaluiert werden, ob weitere Unterstützungsangebote notwendig sind

Nachsorgeeinrichtungen, mit denen Kontakt aufgenommen werden sollte, um eine optimale Entlassung gewährleisten zu können, sind laut Aussagen:

- der Hausarzt/die Hausärztin,
- Angehörige,
- notwendige extramurale Dienste.

3.2.4.3. Medikamentenversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt

Grundsätzlich bekommen die PatientInnen bei der Entlassung einen Arztbrief, auf dem die Medikamente aufgelistet werden. Anschließend können die PatientInnen direkt in die Apotheke gehen und erhalten durch Zahlen eines Einsatzes die benötigten Arzneimittel. Der Einsatz kann nach Vorlage des Rezeptes des Hausarztes/der Hausärztin in der Apotheke vom Patienten/von der Patientin wieder rückerstattet werden. Oder die PatientInnen holen sich das Rezept erst beim Hausarzt/bei der Hausärztin, mit dem in der Apotheke kein Einsatz gezahlt werden muss.

In Bezug auf die Verschreibung von chefarztpflichtigen Medikamenten gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen. Dabei wird erzählt, dass bei Verschreibung chefarztpflichtiger Medikamente sich der Hausarzt/die Hausärztin um die Besorgung kümmern muss. Andere ExpertInnen erklären, dass der Stationsarzt/die Stationsärztin die chefarztpflichtigen Rezepte beantragt und anschließend mit dem Hausarzt/der Hausärztin in Kontakt tritt und den Fall bespricht. Ein paar Tage vor der Entlassung wird der Arztbrief dem Hausarzt/der Hausärztin gefaxt. Es wird beschrieben, dass aufgrund der Kostenintensivität chefarztpflichtiger Medikamente Formblätter mit einer Begründung ausgefüllt werden und bei der Krankenkasse beantragt werden. Es wird auch fachärztlich Stellung dazu genommen.

Für bestimmte Medikamente, wie beispielsweise für Psoriasis Medikamente, wird bei den Krankenkassen angesucht. Auch bei Melanomen wird vom Krankenhaus eine Bewilligung eingeholt, damit PatientInnen bestimmte Medikamente für zu Hause bekommen. Bei bestimmten Medikamenten, wie „Dapson“, wird bei der Entlassung

des Patienten/der Patientin der Arztbrief in die Ambulanz gefaxt und der/die PatientIn erhält direkt in der Ambulanz des LHK-Univ. Klinikum Graz das Medikament.

Bei Suchtgiftmitteln wird der Arztbrief den Angehörigen bereits zwei Tage vor der Entlassung des Patienten/der Patientin mitgegeben, um rechtzeitig die Suchtgiftmittel bestellen zu können. Auch Pflegeheimen werden die Arztbriefe bereits vorher gefaxt, damit die Medikamente besorgt werden können.

Bei Medikamenten, die in Apotheken nicht immer auf Lager sind, werden vor der Entlassung des Patienten/der Patientin die Apotheken kontaktiert und die Medikamente bestellt.

3.2.4.4. Finanzielle Ressourcen der PatientInnen

Mehrere ExpertInnen beschreiben, dass die poststationäre Versorgung häufig aufgrund der finanziellen Mittel der PatientInnen nicht funktioniert. Viele PatientInnen können oder wollen keine finanziellen Mittel für poststationäre Therapie- oder Versorgungsmaßnahmen aufwenden. Um Kosten zu sparen, werden beispielsweise weniger Hausbesuche der Hauskrankenpflege in Anspruch genommen, Wunden werden nicht ordnungsgemäß verbunden oder verordnete Therapien werden abgelehnt.

Es wird beschrieben, dass die finanziellen Ressourcen der PatientInnen ein wichtiges Kriterium sind, um die Nachsorge optimal organisieren zu können. Fehlende finanzielle Ressourcen der PatientInnen erschweren die Versorgung des Patienten/der Patientin nach dem Krankenhausaufenthalt. Dazu wird erklärt:

„Das, was nicht funktioniert ist, wenn die Leute Geld sparen und sagen: ich lasse es nicht täglich verbinden sondern nur zwei Mal die Woche. Dann „vergatscht“ das alles und wir sind wieder dort, wo wir waren. ... Weil es muss alles gratis sein. Der Österreicher hat es verlernt, in seine eigene Gesundheit zu investieren.“ (Medizin, Interview 8)

3.2.5. Ansichten zur Rolle der Angehörigen

Es wird von den ExpertInnen beschrieben, dass Angehörige im Rahmen der sicheren PatientInnenentlassung, neben dem Patienten/der Patientin, die größte Rolle spielen und daher immer miteinbezogen werden sollen.

Gerade Angehörige, die mit dem Patienten/der Patientin in engem Kontakt stehen oder sogar im selben Haushalt mit dem Patienten/der Patientin leben und bei der Pflege, Betreuung und Unterstützung des Patienten/der Patientin helfen können, werden von allen Berufsgruppen im Krankenhaus als sehr wichtig angesehen und erleichtern die Organisation und Planung der weiteren Betreuung.

Daher sollen Angehörige so früh wie möglich in die Planung miteinbezogen werden, sofern der/die PatientIn und der Angehörige es auch wünschen. Nur wenn die Angehörigen am aktuellen Stand der Dinge sind, kann eine optimale Versorgung des Patienten/der Patientin geplant werden. Laut einer Aussage werden Angehörige jedoch noch zu wenig in die Planung miteinbezogen.

„Ähm, ja eben die Ressourcen der Angehörigen zu wenig, werden zu wenig miteinbezogen. Also das heißt, wenn diese Ressource da ist, ähm, dann auf jeden Fall miteinbeziehen. Das ist dann eine große Compliance, äh, Unterstützung, weil einfach das durch die Angehörigen verstärkt wird.“ (Pflege, Interview 13)

Im Rahmen der Interviews wurde erkennbar, dass Angehörige unterschiedliche Rollen einnehmen können. Auf die verschiedenen Rollen wird folglich genauer eingegangen.

Rolle des Unterstützers/der Unterstützerin: Während des Krankenhausaufenthaltes stellen Angehörige nicht nur eine wichtige Rolle für die ExpertInnen sondern auch eine unterstützende Rolle für die PatientInnen dar.

„Also ich glaube, dass da die Betroffenen definitiv profitieren, wenn es noch Angehörige gibt, also das erlebe ich auch immer, wie sie dann aufblühen, wenn Besuch kommt und wenn dann eben Betroffene bei uns sind, wo keine Angehörigen da sind, aus welchen Gründen auch immer, merkt man einfach, es fehlt so ein bisschen der Anspruch – weil wir sind halt Therapeuten – jeder hat so seine Aufgabe – man macht Therapie – und man kann halt einfach diese

sozialen Kontakte doch nicht so ... irgendwie ... nein es geht einfach nicht!“

(Logopädie, Interview 6)

Gerade auf der Neurologie, wo PatientInnen oft nicht ansprechbar sind, spielen Angehörige eine sehr wichtige Rolle und werden daher von Anfang an in die Bezugspflegegespräche miteingebunden. Wenn PatientInnen durch z.B. einen Schlaganfall zukünftig gesundheitlich eingeschränkt sind und Bedenken haben, wie es zu Hause weiter gehen soll, stellen Angehörige eine große Stütze des Patienten/der Patientin dar.

Rolle des/der Überforderten: Aus der Erfahrung heraus können Angehörige die ganze Situation auch erschweren. Bei PatientInnen, deren gesundheitlicher Zustand sich stark verschlechtert hat, kann es zu Überforderungen bei Angehörigen kommen. Diese benötigen dann ebenfalls eine psychosoziale Betreuung und stellen daher nur eine reduzierte oder keine Unterstützung des Patienten/der Patientin als auch der ExpertInnen dar.

Rolle des/der Unbeholfenen: Die Erfahrung einer Expertin zeigt, dass es Angehörige gibt, die mit der Situation überfordert sein können und von den ExpertInnen angeleitet oder auf bestimmte Aspekte/Notwendigkeiten aufmerksam gemacht werden müssen.

Rolle des Informanten/der Informantin: Grundsätzlich werden in Angehörigen, Personen gesehen, die wichtige Informationen zum Patienten/zur Patientin geben können. Weiters haben ExpertInnen ein besseres Gefühl, wenn Informationen nicht nur vom Patienten/von der Patientin sondern auch von deren Angehörigen gehört werden, da Informationen so besser verstanden und umgesetzt werden können.

Aus den Gesprächen ging jedoch hervor, dass interessierte Angehörige heute als sehr positiv angenommen werden. ExpertInnen berichten, dass Angehörige mit zusätzlichen Fragen den Pflegepersonen früher eher zur Last fielen.

3.2.5.1. Rolle der Angehörigen bei Krankheiten

Es wird geäußert, dass Angehörige prinzipiell immer wichtig sind und dem Patienten/der Patientin bei der Verarbeitung der Ereignisse und Umstände helfen und unterstützen können. Dazu wird erzählt:

„... je unselbstständiger der Patient ist, desto angenehmer ist es, wenn es einen Angehörigen gibt, der Dinge übernehmen kann.“ (Sozialarbeit, Interview 4)

Laut Aussagen der ExpertInnen spielen bei folgenden Erkrankungen die Angehörigen eine wichtige Rolle:

- Die Behandlung chronischer Wunden benötigt meist die Unterstützung von Angehörigen.
- TumorpatientInnen benötigen die Begleitung und Unterstützung Angehöriger, da diese Diagnosen meist mit Bestürzung und Trauer verbunden sind.
- Bei PalliativpatientInnen sind ebenfalls Angehörige sehr wichtig.
- Bei PatientInnen mit Sprachstörungen gestaltet sich die Kommunikation oft als sehr schwierig. Daher spielen Angehörige hier eine wichtige Rolle. Jedoch ist es oft schwer, herauszufinden, wer die richtigen Ansprechpersonen/Bezugspersonen sind.
- PatientInnen mit Aphasien, kognitiv beeinträchtigten PatientInnen (z.B. Demenz, Schlaganfall-PatientInnen).
- Bei Demenz-PatientInnen, von denen es an der Univ. Klinik für Neurologie viele gibt, sind Angehörige wichtig.
- Bei Schlaganfall-PatientInnen werden Angehörige miteinbezogen.
- Aufgrund der Pumpen und wichtiger Medikamente, die Parkinson-PatientInnen verwenden und einnehmen müssen, ist es wichtig, Angehörige in der Verwendung der Pumpen und der Verabreichung der Medikamente zu schulen.
- Bei chronischen Hauterkrankungen sind Angehörige ebenfalls wichtig, da sie den Patienten/die Patientin häufig bei der Hautpflege unterstützen müssen. Daher muss bereits während des Krankenhausaufenthaltes darauf geachtet werden, wer von den Angehörigen den Patienten/die Patientin zu Hause unterstützen kann. Diese Personen müssen dementsprechend aufgeklärt und informiert werden.
- Bei körperlichen Einschränkungen spielen Angehörige ebenfalls eine wichtige Rolle.

Aus Sicht eines Experten hängt das Involvieren der Angehörigen von der Persönlichkeit des Patienten/der Patientin ab und nicht zu sehr von der Erkrankung, denn jeder geht mit seiner/ihrer Erkrankung anders um.

„Ähm, je höher der Pflegebedarf ist, ähm, desto eher wird man Angehörige brauchen, um das Ganze zu koordinieren. Vor allem bei, wenn die Patienten dann kognitiv beeinträchtigt sind, braucht man auf jeden Fall Angehörige, um

Sachen entscheiden zu können und so weiter. Das kann man gar nicht genau sagen. Das kann man gar nicht am Krankheitsbild festmachen.“

(Pflege, Interview 2)

3.2.5.2. Schulungsmaßnahmen für Angehörige

Wenn Angehörige Aufgaben übernehmen können, so ist es wichtig, sie schon während des stationären Aufenthaltes in gewisse Bereiche einzuschulen, um den Patienten/die Patientin nach dem Krankenhausaufenthalt unterstützen zu können. ExpertInnen sprechen davon, dass PatientInnen und Angehörige ermutigt werden sollen, Handlungen zu tätigen. Die Erfahrung einiger ExpertInnen zeigt, dass Schulungen für Angehörige jedoch noch zu wenig stattfinden. Dabei wird in den Interviews von einigen Themen gesprochen, die mit Hilfe der ExpertInnen von den Angehörigen leicht erlernt werden können und mit deren Durchführung sie PatientInnen unterstützen können. Angehörige von PatientInnen mit einer Halbseitensymptomatik könnten beispielsweise mit Bobath vertraut gemacht werden. Eine Expertin erklärt, dass es sich bei der Bobath-Methode um ein Konzept handelt, das bei der Behandlung von Menschen mit Halbseitenlähmungen angewendet wird. Ein weiteres Thema wäre das Schulen von Verbandstechniken.

„Was auf jeden Fall zu kurz kommt, also das passiert wenig bis gar nicht, weil es einfach durch den Krankenhausalltag bis jetzt zu wenig da einfließt, dass einfach man mit den Angehörigen dann Verbandstechniken etcetera schon übt, im Sinne einer Einschulung. Das passiert eigentlich so gut wie gar nicht noch.“

(Pflege, Interview 13)

3.2.6. Anregungen und Wünsche für Veränderungen

Diese Kategorie dient als kurze Zusammenfassung und soll auf wichtige Anregungen und Wünsche für Veränderungen von den ExpertInnen aufmerksam machen.

Da der Arztbrief nicht beim Patienten/bei der Patientin bleibt, sondern abgegeben werden muss, wäre es aus Sicht von zwei ExpertInnen günstig, wenn der/die PatientIn eine Liste mit den neu verschriebenen Medikamenten mitbekommen würde. Weiters könnte das Blatt Verhaltensregeln für den Patienten/die Patientin beinhalten.

Eine weitere Anregung für Veränderungen im Rahmen des Entlassungsmanagements wäre ein System, in dem die Medikamente des Patienten/der Patientin elektronisch aufgelistet werden. Dabei sollte das System die Funktion haben, Wechselwirkungen der aufgelisteten Medikamente anzuzeigen.

Im Rahmen der Interviews kam der Wunsch, dass die SozialarbeiterInnen zukünftig noch öfter mit einbezogen werden sollten.

„Und ähm, dass die Sozialarbeiterin vielleicht öfters eingeschalten – ich meine, sie hat sehr viel zu tun, aber wenn dann so schwierige Fälle sind, vor allem wenn Entlassung nach Hause, dass da mehr Gespräche vielleicht stattfinden, auch mit uns gemeinsam.“ (Pflege, Interview 11)

Es wird hinzugefügt, dass die SozialarbeiterInnen bereits jetzt sehr viel zu tun haben, da sie eine wichtige Ressource am LHK-Univ. Klinikum Graz sind, die sehr gerne in Anspruch genommen wird. Aufgrund dessen wäre eine größere Anzahl an SozialarbeiterInnen wünschenswert.

Es wird empfohlen, die Dokumentationen der anderen Berufsgruppen genau zu lesen, denn häufig kann bei der mündlichen Weitergabe von Informationen etwas vergessen werden.

„Also alles, was es schriftlich gibt, ist natürlich gut wenn man sich das anschaut und halt auch das, was ich schreibe, dann natürlich.“ (Sozialarbeit, Interview 4)

Weiters sollen die Dokumentationen einheitlich gestaltet werden, um die Informationen nicht suchen zu müssen und um einen besseren, übersichtlicheren Verlauf zu haben. Dabei wird darauf hingewiesen, dass der Pflegeverlaufsbericht ein erster Schritt dorthin ist.

ExpertInnen wünschen sich, dass der Entlassungstag ein paar Tage vorher bekannt gegeben wird. Es wäre aus Sicht der ExpertInnen ebenfalls hilfreich, wenn bereits bei der Aufnahme den Berufsgruppen mitgeteilt werden kann, wie lange der/die PatientIn ungefähr im Krankenhaus bleiben wird. So können die ExpertInnen die PatientInnen und deren Angehörige auf die Entlassung vorbereiten. Weiters können schriftliche Informationen individuell angepasst werden.

„... wenn ich am Donnerstag nicht weiß, dass der Herr XY am Freitag entlassen wird, werde ich natürlich kein Gespräch mit den Angehörigen führen.“

(Logopädie, Interview 6)

„Risiko oder Schwierigkeit ist oft, dass der Entlassungstag von ärztlicher Seite oft nicht fixiert werden kann oder schwer fixiert werden kann, ähm, dass oft wirklich erst an dem Tag wirklich, äh, fix ist, das der Patient nach Hause geht. Wünschenswert wäre eben, wenn wir das ein, zwei Tage mindestens früher wüssten. Es ist aber ganz oft nicht der Fall bei uns.“ (Pflege, Interview 13)

Grundsätzlich gibt es im Rahmen der Entlassung das Ziel, Folgekosten zu sparen und Menschen dazu zu bewegen zum Hausarzt/zur Hausärztin oder zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, und Wiedereinweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden. Jedoch wird beschrieben, dass es Menschen gibt, die man nur schwer erreichen kann. Daher müssen Strukturen geschaffen werden, um auch diese Menschen erreichen zu können. Es wird vorgeschlagen, Betriebsärzte/Betriebsärztinnen Krankenkassen zu übergeben und erläutert:

„... die ganzen Männer, Sie erreichen die nicht. Da können Sie 100 Mal ... zu Magna-Arbeitern sagen: Lieber Freund, du gehst jetzt dann in zwei Tagen zu deinem Hausarzt. Der sagt: In zwei Tagen stehe ich am „Bandl“. Wiedersehen. Interessiert mich nicht. Wenn der aber einen Betriebsarzt hat, sagt er dem „Bandlführer“: Ma, ich geh jetzt eine halbe Stunden zum Betriebsarzt, hol mir das notwendige Rezept.“ (Medizin, Interview 8)

4. Diskussion

Zur Beantwortung der Forschungsfragen konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf die Erfahrungen und Wünsche der ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz in Bezug auf das Entlassungsmanagement von PatientInnen aus dem Krankenhaus. Gleichzeitig lassen die Berichte der ExpertInnen im Rahmen der Interviews Stärken und Schwächen zum Thema erkennen.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit sind von Bedeutung, da Verbesserungspotenziale in Bezug auf das Entlassungsmanagements von PatientInnen aus dem Krankenhaus festgestellt werden können. Die PatientInnenentlassung gewinnt aufgrund der ansteigenden Anzahl an hochbetagten Menschen, die meist auf eine pflegerische Unterstützung nach dem Krankenhaus angewiesen sind, immer mehr Aufsehen (Dörpinghaus et al. 2008). Gleichzeitig kommt es in Krankenhäusern zu einem verkürzten stationären Aufenthalt, wodurch die poststationäre Versorgung innerhalb kurzer Zeit geplant und vorbereitet werden muss (Dangel 2004; Wiedenhöfer et al. 2010). Eine unzureichende Sicherstellung der Nachsorge kann zu Wiedereinweisungen in das Krankenhaus führen (Schaeffer 2008 zit. in Wiedenhöfer et al. 2010).

Wingenfeld (2011) beschreibt, dass aus den zuvor genannten Gründen das Entlassungsmanagement bereits mit der Krankenhausaufnahme des Patienten/der Patientin beginnen soll. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung macht es möglich, dass alle Berufsgruppen, die für die Organisation der Entlassung und der Nachversorgung sowie für die Umsetzung bestimmter Maßnahmen notwendig sind, einbezogen werden können und eine auf den Patienten/die Patientin individuell abgestimmte poststationäre Versorgung sichergestellt werden kann (Wingenfeld 2011; Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Vergleicht man die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit der Literatur, dann zeigt sich, dass die Planung und Organisation der Entlassung im LKH-Univ. Klinikum Graz bereits mit der Aufnahme des Patienten/der Patientin beginnt. Allerdings besteht in manchen Fällen das Problem, dass Berufsgruppen, wie die SozialarbeiterInnen, die in der Planung der Entlassung eine wichtige Rolle spielen, erst spät mit einbezogen werden. SozialarbeiterInnen, die für die Organisation von Nachsorgeeinrichtungen oder für das Informieren der PatientInnen und ihrer

Angehörigen über notwendige Anträge, wie für das Pflegegeld, verantwortlich sind, werden manchmal erst spät kontaktiert. Aus diesem Grund gestaltet sich die optimale Planung und Organisation des poststationären Unterstützungsbedarfs in manchen Fällen als schwierig.

Der späte Einbezug von Berufsgruppen in das Entlassungsmanagement führt in weiterer Folge häufig zu verzögerten Entlassungen. Die ExpertInnen, die in den Interviews zum Thema PatientInnenentlassung befragt wurden, berichteten von weiteren Verschiebungen von Entlassungsterminen aufgrund nicht-medizinischer Gründe. Dazu zählt unter anderem die späte Aufklärung von Angehörigen, wodurch die Nachsorge oder notwendige behindertengerechte Umbauten noch nicht organisiert werden konnten. Auch in der Studie von McDonagh et al. (2000) konnte gezeigt werden, dass ungefähr ein Fünftel der Entlassungen aus dem Krankenhaus aufgrund von nicht-medizinischen Gründen verzögert werden.

Um die Nachversorgung bestmöglich planen und vorbereiten zu können, wird in der Literatur von Assessmentinstrumenten gesprochen, mit deren Hilfe bereits bei der Aufnahme des Patienten/der Patientin zum einen das Risiko für poststationäre Probleme und zum anderen die Art des Versorgungsbedarfs nach dem Krankenhausaufenthalt eingeschätzt werden sollen (Wingefeld 2011). Die Resultate der Erhebung veranschaulichen, dass von den ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz, die im Bereich der Pflege tätig sind, keine Assessmentinstrumente angewendet werden. Im Rahmen eines Interviews wird darauf aufmerksam gemacht, dass Assessmentinstrumente wichtig wären, um eine Pflegebedürftigkeit nicht übersehen zu können und PatientInnen nicht in ein falsches Setting zu entlassen. Es wird von Fragestellungen zu den Lebensaktivitäten berichtet, die in openMEDOCS abgefragt werden. Mit diesen Fragestellungen kann laut ExpertInnenaussagen ein Überblick über die Versorgung zu Hause sowie Einschränkungen gegeben werden.

Laut Wingefeld (2011) soll die Pflege innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme mithilfe eines initialen Assessments herausfinden, ob der/die PatientIn Risiken für poststationäre Probleme aufweist und möglicherweise weitere Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt benötigt. Unter poststationären Problemen versteht man Ereignisse und Entwicklungen, die sich negativ auf die Gesundheit des Patienten/der Patientin auswirken und die Lebensweise des Patienten/der Patientin in irgendeiner Art verändern. Nachdem mit Hilfe des initialen

Assessments eine erhöhte Gefahr für poststationäre Probleme erfasst werden konnten, folgt eine differenzierte Einschätzung, mit der im Konkreten der benötigte Unterstützungsbedarf erkannt werden sollen (Wingenfeld 2011). Im Gegensatz dazu wird in Wiedenhöfer et al. (2010) das Einsetzen von standardisierten Instrumenten nicht empfohlen, da diese nicht allen PatientInnengruppen gleichermaßen gerecht werden können und daher kritisch hinterfragt werden sollen. In Deutschland wurde mit 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich der Rahmenvertrag Entlassungsmanagement eingeführt. Demnach müssen die Krankenhäuser ein geeignetes Assessmentinstrument anwenden, das frühzeitig den Versorgungsbedarf des Patienten/der Patientin erhebt. Weiters muss ein Entlassungsplan aufgestellt werden. Dies soll dabei helfen, einen nahtlosen Übergang von PatientInnen in Nachsorgeeinrichtungen sicherzustellen. Für Personengruppen mit komplexem Versorgungsbedarf, wie beispielsweise PatientInnen mit eingeschränkter Mobilität und Selbstversorgung, kommen differenzierte Assessments und spezifische Standards zur Anwendung (Bundesministerium für Gesundheit 2018).

Nachdem der poststationäre Unterstützungsbedarf eines Patienten/einer Patientin mittels Assessmentinstrument erhoben wurde, wird in der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement beschrieben, dass ein vorläufiger Entlassungstermin festgelegt werden und dem Patienten/der Patientin mitgeteilt werden soll. Die Festlegung eines vorläufigen Entlassungstermins hilft den Berufsgruppen bei der Orientierung (Gesundheit Österreich GmbH 2012). Die Einschätzung und Festlegung eines Entlassungstermins ist oft schwierig, kann jedoch durch die Verwendung des Charlson-Index erleichtert werden. Der Charlson-Index hilft bei der Identifikation von PatientInnen, bei denen eine verspätete Entlassung wahrscheinlich ist (Ou et al. 2011 zit. in Ubbink et al. 2014). Die Ergebnisse zeigen, dass die Festlegung des Entlassungstermins sowie die Bekanntgabe des Entlassungstags zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden. Es scheint auch stationsabhängig zu sein, da ExpertInnen unterschiedlicher Stationen unterschiedliche Angaben zur Festlegung und Bekanntgabe des Entlassungstermins machen.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements spielt die mündliche als auch die schriftliche Information eine wichtige Rolle. Informationen, die den PatientInnen und ihren Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes vermittelt werden, dienen

einem erweiterten Wissen, um beispielweise auftretende Probleme nach der Entlassung lösen zu können (Wingenfeld 2011). Während eines Krankenhausaufenthaltes werden die Informationen dem Patienten/der Patientin mündlich vermittelt. Die PatientInnen sind jedoch häufig schwer krank, ängstlich und gestresst, wodurch verbale Informationen des Krankenhauspersonals von den PatientInnen schwerer zu empfangen und zu verarbeiten sind (Kendall et al. 2015). Um sich mündliche Informationen besser merken zu können, bieten sich schriftliche Informationsbroschüren über gesundheitliche Probleme an. Aus der Literatur geht hervor, dass PatientInneninformationsbroschüren jedoch nicht gut angenommen und kaum gelesen werden. Daher ist es wichtig die schriftlichen Broschüren immer in Kombination mit Aufklärungsgesprächen auszuteilen, explizit darauf hinzuweisen und den Inhalt der Broschüren genau zu erklären (Wingenfeld 2011; Geßner 2017). Damit Informationen, beispielsweise zu der Erkrankung und zu möglichen auftretenden Problemen, zum Verlauf der Erkrankung oder zu Unterstützungsangeboten nach dem Krankenhausaufenthalt, von den PatientInnen besser aufgenommen werden können, wird eine Kombination aus schriftlichen und mündlichen Informationen empfohlen (Wingenfeld 2011). In Bezug auf PatientInneninformationsbroschüren sprechen auch die ExpertInnen in den Interviews davon, dass sie als Hilfsmittel gesehen werden, damit sich PatientInnen Informationen besser merken können und daher dem Patienten/der Patientin verständlich gemacht und erklärt werden sollen. Jedoch gibt es viele Themen, zu denen es noch keine Informationsfolder gibt. Es kam der Vorschlag, dass auf den Stationen ExpertInnenteams gebildet werden sollen, die sich wichtige Themen überlegen, zu denen es Informationsbroschüren geben soll. Nur vereinzelt besteht die Meinung, dass PatientInnen keine schriftlichen Informationen erhalten sollen.

Neben den Informationsbroschüren, die im Rahmen von Aufklärungsgesprächen, dem Patienten/der Patientin übergeben werden sollen, wird in der Literatur ebenfalls darauf hingewiesen, dass der/die PatientIn neben dem Arztbrief, der als eine schriftliche Entlassungsinformationen für den Hausarzt/die Hausärztin oder für weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen gedacht ist, optional eine Zusammenfassung des Aufenthaltes oder schriftliche Informationen zu den erhobenen Befunden zum besseren Verständnis mitgegeben werden können (Gesundheit Österreich GmbH 2012; Unnewehr et al. 2013). Vergleicht man die Literatur mit den Aussagen der ExpertInnen, zeigt sich, dass ExpertInnen es ebenfalls begrüßen würden, wenn

der/die PatientIn bei der Entlassung eine eigene Medikamentenliste oder ein Informationsblatt, das für den Patienten/die Patientin gedacht ist und einfach formulierte, wichtige Informationen zur Diagnose und den Maßnahmen enthält, erhalten würden. Außerdem waren einige ExpertInnen der Meinung, dass es vielleicht besser wäre den Arztbrief bereits am Vortag der Entlassung zu übergeben. Dadurch kann der Arztbrief mit den PatientInnen ausführlicher besprochen werden. Zusätzlich hat der/die PatientIn die Möglichkeit, sich Fragen bis zur Entlassung zu überlegen und zu klären.

Neben der Kombination aus mündlichen und schriftlichen Informationen, die in Literaturquellen vorgeschlagen wird, um Informationen besser vermitteln zu können, spielt die Kommunikation im Rahmen des Entlassungsmanagements von PatientInnen generell eine wichtige Rolle. Die richtige Kommunikation führt zu einer Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit sowie zu einer besseren Versorgungsqualität (Keller et al. 2014). Beruhend auf Vertrauen, Freundlichkeit, Transparenz und Verständnis führt die Kommunikation mit PatientInnen weiters zu einem verbesserten Therapieerfolg. Da die PatientInnen sich während des Krankenhausaufenthaltes, wie bereits erwähnt, in einer Ausnahmesituation befinden und sich die vielen Informationen nur schwer merken können, benötigt man zur Weitervermittlung der Informationen genügend Zeit (Geßner 2017). Die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigen, dass die Kommunikation einen hohen Stellenwert hat. Die ExpertInnen sind sich dessen bewusst, dass die PatientInnen sich während eines Krankenhausaufenthaltes in einer Ausnahmesituation befinden. Daher werden an der LKH-Univ. Klinik Graz Gesprächsschulungen für MitarbeiterInnen angeboten. Weiters wird darauf geachtet, dass Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräche, wenn möglich, gemeinsam mit den Angehörigen angeboten werden.

Die Ergebnisse des quantitativen Teils, der sich ebenfalls auf die Vermittlung von Informationen an PatientInnen richtet und widerspiegeln soll, wie gut die ExpertInnen die PatientInnen über verschiedene Punkte in Bezug auf das Entlassungsmanagement informieren, ergab, dass die ExpertInnen überwiegend der Meinung sind, ausführlich auf medizinische sowie pflegerische Weiterbetreuungen, auf Nach-/Kontrolluntersuchungen, Medikamente sowie über Rehabilitation bzw. Nachbehandlungen einzugehen. ExpertInnen geben ebenfalls Auskunft über Symptome, die Zeichen einer Verschlechterung sein können und auf die geachtet

werden sollte. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Befragten aus ihrer Sicht, zwar über Verhaltensweisen bzw. Tätigkeiten, die zu Hause zu tun oder zu unterlassen sind, informieren, die PatientInnen jedoch noch ausführlicher über dieses Thema aufgeklärt werden können.

Jedoch nicht nur die Kommunikation mit den PatientInnen soll funktionieren. Wichtig ist auch die Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus untereinander. Das Entlassungsmanagement kann nur funktionieren, wenn interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Alle Berufsgruppen, die an der Entlassung und weiteren Versorgung des Patienten/der Patientin beteiligt sind, müssen miteinander arbeiten und kommunizieren, um eine optimale Entlassung und Nachversorgung gewährleisten zu können (Wiedenhöfer et al. 2010; Wingenfeld 2011). Im Rahmen des Entlassungsmanagements von PatientInnen aus dem Krankenhaus hat die Pflege unter anderem die Aufgabe, den Bedarf an pflegerischen Maßnahmen in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt einzuschätzen und an Nachsorgeeinrichtungen oder nachsorgende Personen weiterzugeben. Die Ärzte/die Ärztinnen haben die Aufgabe, PatientInnen über die Erkrankungen und Symptome aufzuklären und medizinisch relevante Informationen an niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mitzuteilen. SozialarbeiterInnen helfen dem Patienten/der Patientin bei der Sicherung der materiellen Lebensgrundlage. Die therapeutischen Berufsgruppen dokumentieren Maßnahmen, die während des Krankenhausaufenthaltes begonnen wurden und auch danach weiter fortgeführt werden sollen, um einen Therapieerfolg zu erzielen. Die einzelnen Aufgaben können nicht von anderen Berufsgruppen übernommen werden, daher ist es wichtig untereinander zu kommunizieren, sich abzustimmen und zusammenzuarbeiten (Wingenfeld 2011).

Aus den Befragungen geht hervor, dass bei der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus noch Handlungsbedarf besteht. Dabei beziehen sich die ExpertInnen in den Interviews auf die Informationsweitergabe ärztlicherseits an die Pflege, die noch verbessert werden sollte. Die Berufsgruppe der Ergotherapie bemängelt die interdisziplinäre Kommunikation. Häufig wird der Entlassungstermin des Patienten/der Patientin erst am Tag der Entlassung oder gar nicht bekannt gegeben. In manchen Fällen wäre es sehr wichtig, die TherapeutInnen früh genug zu

benachrichtigen, damit diese den Patienten/die Patientin oder gegebenenfalls die Angehörigen auf die Entlassung vorbereiten können.

Für ein funktionierendes Entlassungsmanagement ist auch die Kommunikation mit Nachsorgeeinrichtungen von Bedeutung. Während des Krankenhausaufenthaltes werden Maßnahmen gesetzt und Entscheidungen getroffen, die den Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin verbessern und die Lebensqualität erhöhen sollen. In den Nachsorgeeinrichtungen beziehungsweise in der anschließenden Versorgungsumgebung sollen die geplanten und gesetzten Maßnahmen weiter verfolgt werden. Umso wichtiger ist es, dass sektor-, bereichs- und organisationsübergreifend gehandelt wird (Wingenfeld 2011). Wiedenhöfer et al. (2010) bezeichnet Nachsorgeeinrichtungen als die „Kunden“ des Krankenhauses und erklärt, dass eine funktionierende Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen den ExpertInnen im Krankenhaus sowie den weiteren Versorgungseinrichtungen Voraussetzung ist, um eine Kontinuität im Behandlungspfad und eine damit einhergehende Umsetzung geplanter Maßnahmen zu gewährleisten. Es ist wichtig, dass Versorgungseinrichtungen, die vor dem Krankenhausaufenthalt für den Patienten/die Patientin zuständig waren, auch während des Aufenthaltes über Maßnahmen und Behandlungsprozesse informiert werden. Wenn mit Versorgungseinrichtungen unzureichend über gesetzte Maßnahmen und Behandlungen kommuniziert wird, kann es zu Missverständnissen sowie zu Wiederaufnahmen im Krankenhaus kommen (Wiedenhöfer et al. 2010).

Hesselink et al. (2012) beschreibt, dass wichtige Entlassungsinformationen zur Behandlung und zur Erkrankung des Patienten/der Patientin sowie Informationen zu Aufgaben/Maßnahmen für Nachsorgeeinrichtungen, die zur weiteren Versorgung des Patienten/der Patientin notwendig sind, häufig unvollständig, unklar oder fehlerhaft sind. In solchen Fällen ist es für Einrichtungen, die die Nachversorgung des Patienten/der Patientin sicherstellen sollen, schwierig, Fragen von den richtigen Kontaktpersonen im Krankenhaus beantwortet zu bekommen (Hesselink et al. 2012).

Im Vergleich dazu ging aus den Interviews hervor, dass die Kommunikation zwischen den ÄrztInnen und Nachsorgeeinrichtungen schriftlich über den Arztbrief verläuft. Nur in Ausnahmefällen werden Informationen mündlich weitergeben. Von Seiten der Pflege verläuft die Informationsweitergabe telefonisch und mittels Entlassungsbericht mit beiliegenden Befunden der TherapeutInnen. Es wird beschrieben, dass eine

Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den Nachsorgeeinrichtungen kaum stattfindet. Wobei die Meinung besteht, dass die PatientInnen durch eine funktionierende Kommunikation mit nachsorgenden Einrichtungen die PatientInnen besser versorgt werden würden.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll es ein fixer Bestandteil sein, dass die Pflege 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten/der Patientin, den Angehörigen oder der Nachsorgeeinrichtung aufnimmt. Die Pflegeperson soll sich vergewissern, ob die Entlassungsplanung passend war, die Versorgung sichergestellt ist und alle nötigen Hilfsmittel vorhanden sind. Die Kontaktaufnahme mit Nachsorgeeinrichtungen nach 48 Stunden hilft auch dabei, den Kontakt und die Zusammenarbeit zu stärken (Wingenfeld 2011; Dangel 2004). In der Studie von Hesselink et al. (2012) konnte aufgezeigt werden, dass MitarbeiterInnen im Krankenhaus zu wenig über die Möglichkeiten der Versorgung nach der Entlassung Bescheid wissen. Weiters wird zu wenig auf die Bedürfnisse der Nachsorgeeinrichtungen eingegangen, wodurch die Sicherstellung der Pflege nicht gewährleistet werden kann (Hesselink et al. 2012). Dies kann von den ExpertInnen, die für die vorliegende Arbeit interviewt wurden, bestätigt werden. Nach Meinung aller befragten ExpertInnen wird die Nachsorge des Patienten/der Patientin nicht sichergestellt. Sie berichten, dass nach der Entlassung kein Kontakt mehr zu den PatientInnen, ihren Angehörigen oder den Nachsorgeeinrichtungen besteht. Kontrollanrufe sind bisher nicht vorgesehen. Vielmehr äußern mehrere ExpertInnen Sorgen, dass die geplanten Maßnahmen, wie Therapievorschlüsse, Kontrolltermine oder Verhaltensregeln nach der Entlassung nicht umgesetzt werden und der/die PatientIn bereits nach kurzer Zeit wieder stationär aufgenommen werden muss. Die ExpertInnen wünschen sich Ansprechpersonen, wie Gemeindegewestern, TherapeutInnen oder Betriebsärzte/Betriebsärztinnen, mit denen Rücksprache gehalten werden kann, um die Gewissheit zu haben, dass PatientInnen nach der Entlassung nicht alleine gelassen werden. Nach Meinung aller befragten ExpertInnen wird die Weiterversorgung des Patienten/der Patientin nicht sichergestellt.

Den Angehörigen werden in der Literatur besondere Rollen zugesprochen. Vor allem, wenn der/die PatientIn aufgrund der Erkrankung sich nicht selbst um die Entlassung und um die Versorgung danach kümmern kann, nimmt der Angehörige die Rolle des Kooperationspartners ein und organisiert zusammen mit den

ExpertInnen des Krankenhauses die Entlassung sowie die Versorgung danach. Die Angehörigen übernehmen viele Entscheidungen, die noch während des Aufenthaltes im Krankenhaus getroffen werden müssen. Da die Angehörigen nach dem Krankenhausaufenthalt Verantwortung für die Versorgung des Patienten/der Patientin übernehmen müssen, ist es wichtig, dass sie von den ExpertInnen im Krankenhaus geschult werden (Wingenfeld 2011). Auch aus den Interviews ging hervor, dass die Angehörigen neben den PatientInnen eine wichtige Rolle im Entlassungsmanagement spielen. Daher wird auch darauf geachtet, dass Angehörige, sofern dies auch von den PatientInnen gewünscht wird, in die Planung und die Organisation der Entlassung und Nachsorge mit einbezogen werden. Besonders Angehörige, die mit dem Patienten/der Patientin in engem Kontakt stehen oder sogar im selben Haushalt leben und bei der Pflege, Betreuung und Unterstützung des Patienten/der Patientin helfen können, werden von allen Berufsgruppen im Krankenhaus als sehr wichtig angesehen. So erleichtern sie beispielsweise die Organisation und Planung der weiteren Betreuung. Die ExpertInnen definierten unterschiedliche Rollen, die die Angehörigen im Rahmen des Entlassungsmanagements einnehmen können. Diese sind: die Rolle des Unterstützers/der Unterstützerin, die Rolle des/der Überforderten, die Rolle des/der Unbeholfenen sowie die Rolle des Informanten/der Informantin.

4.1. Stärken und Schwächen der Studie

Da es sich hier um eine qualitative Forschung handelt und die Daten mit Hilfe von Interviews erhoben wurden, ist man auf die InterviewpartnerInnen angewiesen. Dabei kann es vorkommen, dass unbewusst oder absichtlich falsche Informationen mitgeteilt werden (Weiß & Rzany 2010).

Weiters hatten die Befragten nicht die Möglichkeit, sich die transkribierten Interviews vor der Datenanalyse durchzulesen. Die ExpertInnen konnten auch keine Rückmeldung zu den Ergebnissen geben oder eventuelle Änderungen vornehmen. Während der Interviews wurden keine Feldnotizen gemacht (Polit et al. 2012).

Die Durchführung von Interviews hat den Vorteil, dass Aspekte des subjektiven Erlebens sowie des vergangenen oder privaten Verhaltens erfasst werden (Döring &

Bortz 2016). Um die Glaubwürdigkeit der Daten zu erhöhen, wurden 20% (vier Interviews) herangezogen, um das Kategoriensystem zu erstellen. Die einzelnen Aussagen dieser vier Interviews wurden dem Kategoriensystem zugeordnet. Anschließend ordnete eine unabhängige Person die Aussagen der vier Interviews ebenfalls dem Kategoriensystem zu. Die Zuordnung der Aussagen stimmte ungefähr zu 45% überein. Anschließend wurde das Kategoriensystem neu überarbeitet (Interrater Reliabilität). Die Prüfung des Kategoriensystems durch eine unabhängige Person wird laut Mayring (2015) zur Messung der Objektivität empfohlen und stellt ein Gütekriterium dar.

Zusätzlich wurde die Untersuchung zusammen mit zwei Kolleginnen, die ebenfalls an dem Projekt der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz teilnehmen, besprochen. Dabei spricht man von einer Peer-Überprüfung. Die Peer-Überprüfungen stellen ebenfalls eine Technik zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit der Studie dar (Polit et al. 2012).

5. Schlussfolgerung

5.1. Antwort auf die Forschungsfragen

Durch die Interviews wurde aufgezeigt, welche Erfahrungen die befragten ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz bisher mit dem Entlassungsmanagement von PatientInnen aus dem Krankenhaus gemacht haben. Die Analyse der Interviews ergab sechs Themenschwerpunkte, die die Erfahrungen und Wünsche der Befragten zur PatientInnenentlassung widerspiegeln.

Im Rahmen der Interviews mit den ExpertInnen wurde erkennbar, dass die Entlassungsvorbereitung bereits mit der Durchführung des Aufnahmegesprächs beginnt und dabei der poststationäre Unterstützungsbedarf der PatientInnen festgestellt wird.

Weiters wurde vom Arztbrief, von der Aufenthaltsbestätigung, von dem Pflegeentlassungsbericht, von den Informationsbroschüren, von den Heilbehelfsscheinen oder von den schriftlichen Informationen der TherapeutInnen, gesprochen. Aus den Interviews ging hervor, dass, laut Meinung einiger ExpertInnen, das Aushändigen des Arztbriefes, bereits am Vortag erfolgen sollte. Dadurch hätten PatientInnen die Möglichkeit, die schriftlichen Informationen in Ruhe durchzulesen und eventuell Fragen zu stellen.

In den Interviews berichteten die ExpertInnen über ihre Erfahrungen zur Kommunikation sowie mündlichen Information, wobei die drei großen Themenbereiche „die Kommunikation zwischen Professionen des LKH-Univ. Klinikum Graz und Nachsorgeeinrichtungen“, „die interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Krankenhauses“ sowie „die Kommunikation zwischen Professionen des LKH-Univ. Klinikum Graz und PatientInnen bzw. Angehörigen“ angesprochen wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses sowie die Kommunikation mit Nachsorgeeinrichtungen weiter optimiert werden können.

In Hinblick auf die Erfahrungen zur Planung der Nachsorge, konnte herausgefunden werden, dass ExpertInnen während des stationären Aufenthaltes der PatientInnen, Maßnahmen planen, Therapievorschlüsse geben oder Versorgungseinrichtungen

organisieren, jedoch die Umsetzung der Nachsorge von den ExpertInnen nicht sichergestellt werden kann.

Angehörige spielen im Rahmen des Entlassungsmanagements eine große Rolle, da sie PatientInnen während des Krankenhausaufenthaltes unterstützen oder bei der Planung sowie Umsetzung der weiteren Versorgung helfen. Daher wird darauf geachtet, dass Angehörige von den ExpertInnen wenn möglich miteinbezogen werden.

Generell besteht bei vielen ExpertInnen der Wunsch, dass der Entlassungstermin bereits einige Tage vorher bekannt gegeben wird, um den Patienten/die Patientin optimal auf die Entlassung vorbereiten zu können.

Durch die Schilderungen der Erfahrungen sowie die Äußerung von Wünschen konnten sowohl Stärken als auch Schwächen der PatientInnenentlassung festgestellt werden. Die Schwächen der PatientInnenentlassung des LKH-Univ. Klinikum Graz stellen gleichzeitig die Implikationen für Forschung und Praxis dar und werden daher im nachstehenden Kapitel (siehe Kapitel 5.2. *Implikationen für Forschung und Praxis*) genauer erläutert.

Im Rahmen der Interviews wurde erkennbar, dass die ExpertInnen Angehörige, wenn möglich, immer in die Organisation der Entlassung und Nachsorge miteinbeziehen. Der Einbezug der Angehörigen stellt eine große Stärke dar. Eine weitere Stärke ist die bereits erfolgte Einführung der Bezugspflege. Laut Meinung der ExpertInnen kann durch die Bezugspflege eine bessere Weitergabe von mündlichen Informationen an die PatientInnen sowie ihre Angehörigen gewährleistet werden. Regelmäßige Aufklärungs-/Beratungsgespräche mit der Bezugspflegerperson, stellen sicher, dass PatientInnen und Angehörige immer wieder aufgeklärt werden und nachfragen können. Arztbriefe, Informationsbroschüren oder pflegerische Entlassungsbriefe, helfen bei der Vermittlung von wichtigen Informationen an PatientInnen, Angehörige sowie Nachsorgeeinrichtungen und stellen daher ebenfalls eine Stärke dar. Die bereits eingeführten „Onko-Besprechungen“ der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie haben ebenfalls einen positiven Einfluss auf das Entlassungsmanagement. Sie stellen sicher, dass alle Professionen über den Gesundheitszustand der PatientInnen Bescheid wissen. Weiters werden Punkte, die für die Entlassung wichtig sind, wie die Festlegung des Entlassungstermins,

besprochen. Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass das Entlassungsmanagement bei den ExpertInnen einen hohen Stellenwert hat und sie sehr darum bemüht sind, es weiter zu optimieren. Die PatientInnen liegen den ExpertInnen am Herzen und sie möchten die PatientInnen optimal versorgt wissen.

5.2. Implikationen für Forschung und Praxis

Im Rahmen des Entlassungsmanagements wäre die Einführung eines Assessmentinstruments zur Erhebung eines poststationären Versorgungsbedarfs sinnvoll. Dabei soll das Assessmentinstrument bereits bei der Aufnahme des Patienten/der Patientin durchgeführt werden. Um gewährleisten zu können, dass alle notwendigen Vorkehrungen bzw. Vorbereitungen von Seiten der verschiedenen Berufsgruppen, die an der Entlassung des Patienten/der Patientin im Krankenhaus beteiligt sind, getroffen werden können, soll der Entlassungstermin so früh als möglich (z.B. zwei bis drei Tage vorher) mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Bekanntgabe des Entlassungstermins ist auch für Nachsorgeeinrichtungen, PatientInnen sowie ihre Angehörigen wichtig. Dadurch kann eine Verschiebung des Entlassungstermins, aus nicht medizinischen Gründen, verhindert werden. Prinzipiell kann die Kommunikation zwischen den Professionen im Krankenhaus untereinander sowie zwischen Nachsorgeeinrichtungen, PatientInnen sowie Angehörigen weiter optimiert werden.

Eine weitere Implikation für die Praxis ist die Ausgabe von schriftlichem Informationsmaterial an die PatientInnen. Schriftliche Informationen, wie den Arztbrief, Informationsbroschüren oder Schreiben von TherapeutInnen, die der/die PatientIn bisher bei der Entlassung erhalten hat, sollen bereits am Vortag ausgehändigt werden. Dadurch hat der/die PatientIn die Möglichkeit, sich das Informationsmaterial in Ruhe durchzulesen und sich bis zur Entlassung Fragen zu überlegen. Zusätzlich wäre es günstig, zusätzlich zum Arztbrief, den PatientInnen Medikamentenlisten sowie schriftliche Informationen zu Verhaltensweisen anzufertigen. Diese sind, im Gegensatz zum Arztbrief, für den Patienten/die Patientin gedacht und sollen für ein besseres Verständnis sorgen.

Wie bereits durch die Literatur gezeigt werden konnte, ist eine Kontaktaufnahme 48 Stunden nach der Entlassung mit dem Patienten/der Patientin, den Angehörigen

oder den Nachsorgeeinrichtungen sinnvoll. Dadurch kann festgestellt werden, ob die Entlassungsplanung passend war, die Versorgung sichergestellt ist und alle nötigen Hilfsmittel vorhanden sind. Eine Kontaktaufnahme mit Nachsorgeeinrichtungen nach 48 Stunden stärkt unter anderem die Zusammenarbeit.

Für weitere Forschungen wäre ein Ländervergleich in Bezug auf das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus interessant. Durch den Vergleich können Unterschiede festgestellt sowie Überlegungen für Veränderungen vorgenommen werden. Weiters wären Forschungen sinnvoll, die sich mit dem Übergang zwischen dem Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtungen näher beschäftigen. Dadurch können Maßnahmen aufgedeckt werden, die den Übergang vom Krankenhaus in Nachsorgeeinrichtungen optimieren.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit 2018, '*Entlassungsmanagement*', viewed on 29 April 2018, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassungsmanagement/?L=0>.

Burns, N & Grove, SK 2009, '*The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*', Saunders Elsevier, 6.Auflage, St. Louis.

Dangel, B 2004, '*Pflegerische Entlassungsplanung: Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard*', Urban & Fischer Verlag, 1.Auflage, München.

Döring, N & Bortz, J 2016, '*Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*', Springer Verlag, 5.Auflage, Berlin Heidelberg.

Dörpinghaus, S Grützmacher, S Werbke, RS & Weidner, F 2008, '*Überleitung und Case Management in der Pflege*', Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Nachdruck der 1.Auflage, Hannover.

Dräger, S 2016, 'Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting', *ZEFQ-Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol.113, pp.9-18.

Dresing, T & Pehl, T 2013, '*Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitung und Regelsystem für qualitativ Forschenden*', Dr. Dresing und Pehl GmbH, 5.Auflage, Marburg.

Ewig, S 2016, '*Arztbrief nach Abschluss einer stationären Behandlung*', Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) 2012, '*Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM)*', viewed on 3 May 2018, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf.

Geßner, K 2017, 'Wann Patienten zufrieden sind', viewed on 10 April 2018, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/185989/Kommunikation-Wann-Patienten-zufrieden-sind>.

Greysen, SR Harrison, JD Kripalani, S Vasilevskis, E Robinson, E Metlay, J Schnipper, JL Meltzer, D Sehgal, N Ruhnke, GW Williams, MV & Auerbach, AD 2016, 'Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study', *BMJ Quality and Safety*, vol.26, pp.33-41.

Hesselink, G Schoonhoven, L Plas, M Wollersheim, H & Vernooij-Dassen, M 2012, 'Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers', *International Journal for Quality in Health care*, vol.25, no.1, pp.66-74.

KAGes 2017, 'Maßnahmen für die Sicherheit von PatientInnen und MitarbeiterInnen in den KAGes-Spitälern wurden weiter verbessert: Warnhinweise, die Leben retten können', viewed on 30 June 2018, <http://www.kages.at/cms/beitrag/10319818/9442269/>.

Keller, AC Bergman, MM Heinzmann, C Todorov, A Weber, H & Heberer, M 2014, 'The relationship between hospital patients' ratings of quality of care and communication', *International Journal for Quality in Health Care*, vol.26, issue 1, pp.26-33.

Kendall, L Mishra, SR Pollack, A Aaronson, B & Pratt, W 2015, 'Making background work visible: opportunities to address patient information needs in the hospital', *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*, vol.2015, pp.1957-1966.

Mai, M (Hrsg.) 2014, 'Handbuch Innovationen: Interdisziplinäre Grundlagen und Anwendungsfelder', Springer Verlag, Wiesbaden.

Mayring, P 2014, 'Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution', viewed on 1 May 2018, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.

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

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

McDonagh, MS Smith, DH & Goddard, M 2000, 'Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results', *Health Policy*, vol.53, no.3, pp.157–84.

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

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017, "Go Safe" – Sichere Entlassung', viewed on 29 June 2018, <https://oepgk.at/massnahmen/go-safe-sichere-entlassung/>.

Polit, DF Beck, CT & Hungler, BP 2012, 'Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung', Verlag Hans Huber, Bern.

Sendlhofer, G Pichler, B & Jantscher, L 2016, 'Zeugnistag fürs Klinikum', *Klinoptikum*, vol.2, pp.37-39.

Spirig, R Fierz, K Hasemann, W & Vincenzi, C 2007, 'Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis', *Pflege*, vol.20, pp.182-184.

Statistik Austria (Hrsg.) 2015, 'Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014', Verlag Österreich GmbH, Wien.

Tong, A Sainsbury, P & Craig, J 2007, 'Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-items checklist for interviews and focus groups', *International Journal for Quality in Health Care*, vol.19, no.6, pp.349-357.

Ubbinek, DT Tump, E Koenders, JA Kleiterp, S Goslings, JC & Brölmann, FE 2014, 'Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? A mixed-methods study', *PLoS One*, vol.9, no.3.

Unnewehr, M Schaaf, B & Friederichs, H 2013, 'Arztbrief - Die Kommunikation optimieren', viewed on 30 June 2018,
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/145890/Arztbrief-Die-Kommunikation-optimieren>.

Weiß, C & Rzany, B 2010, 'Basiswissen Medizinische Statistik', Springer Medizin Verlag, 5.Auflage, Heidelberg.

Wiedenhöfer, D Eckl, B Heller, R & Frick, U (Hrsg.) 2010, 'Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren', Verlag Hans Huber, 1.Auflage, Bern.

Wingenfeld, K 2011, 'Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen', W. Kohlhammer GmbH, 1.Auflage, Stuttgart.

Anhang

COREQ-Checkliste

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Autorin der vorliegenden Arbeit
Credentials	2	What were the researcher's credentials? e.g. PhD, MD	BSc
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Studentin
Gender	4	Was the researcher male or female?	Weiblich
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	erste qualitative Studie
<i>Relationship with Participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	es besteht keine Beziehung zu den TeilnehmerInnen; 2 der Befragten wurden zuvor bei einer zwei tägigen Praxiseinschau kennengelernt.
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Sie wussten, dass die Studentin die Interviews im Rahmen eines Projekts der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement durchgeführt und sie die Grundlage für die Masterarbeit darstellen.
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Autorin bzw. Interviewerin steht dem Thema neutral gegenüber.
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			

Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Qualitativer Forschungsansatz mit einem Querschnittsdesign; Phänomenologie und qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Seite 7-8, 14)
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Pilotkliniken: Univ. Klinikum für Neurologie sowie Univ. Klinikum für Dermatologie und Venerologie; Aussendung einer Einladung und TeilnehmerInneninformation per Email an alle ExpertInnen dieser beiden Pilotkliniken; Erinnerungsmail folgte; gezielte Telefonate an Berufsgruppen, die noch fehlten (Seite 8-9)
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	per Email und telefonisch (Seite 9)
Sample size	12	How many participants were in the study?	14 TeilnehmerInnen (Seite 18)
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Keine – alle ExpertInnen, die an den Interviews teilnehmen wollten, waren zur Teilnahme bereit und nahmen an den Interviews teil. (Seite 18)
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Alle Interviews wurden am Gelände des LKH-Univ. Klinikum Graz geführt. Dabei wurde auf eine ruhige, ungestörte Atmosphäre geachtet. (Seite 13)
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Ein Interview wurde auf Anfrage in Anwesenheit einer Praktikantin geführt. Alle anderen wurden einzeln geführt. (Seite 13)
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic, data, date	Alter, Berufsgruppe, Klinik, Geschlecht, Beschäftigungsausmaß werden in <i>Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung</i>

			(n=14) angeführt. Berufserfahrung wird im Text beschrieben. (Seite 19)
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Interviews wurden anhand halbstrukturierter Interviewleitfäden sowie einem kurzen quantitativen Fragebogen geführt. Es gab keine Pilotstudie. (Seite 7-13)
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Nein, kein Interview musste wiederholt werden. (Seite 13)
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Ja, Interviews wurden mit Hilfe von Diktiergeräten aufgenommen. (Seite 13)
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Nein. (Seite 13, 73)
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	zwischen 22 und 55 min (Seite 13)
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Laut Polit et al. (2012) umfassen phänomenologische Studien ungefähr zehn StudienteilnehmerInnen. Daher wurde zu Beginn der Studie festgelegt, dass 12 TeilnehmerInnen befragt werden, um sicherzustellen, dass genügend Daten erhoben werden. (Seite 8)
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Nein, Transkripte wurden den Befragten nicht zur Korrektur gegeben. Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert. (Seite 14, 73)
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Nach Erstellung des Kategoriensystems durch die Autorin mithilfe von vier Interviews fanden eine Peer-Überprüfung sowie eine weitere unabhängige Zuordnung der Aussagen zu

			dem Kategoriensystem durch eine weitere Person statt. (Seite 16-17, 74)
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Siehe dazu Tabelle 4: <i>Kategorienübersicht</i> (Seite 23)
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Kategorien wurden aus den transkribierten Interviews, daher aus den Daten direkt abgeleitet. (Seite 14-15)
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Softwareprogramm MAXQDA©12 (Seite 16)
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Nein, Befragten hatte nicht die Möglichkeit Feedback zu den Ergebnissen zu geben. (Seite 73)
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Ja, siehe Ergebnisse Seite 18 bis Seite 64.
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Ja, siehe Diskussion Seite 65 bis Seite 74.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Ja, siehe Ergebnisse Seite 18 bis Seite 64.
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Ja, siehe Ergebnisse Seite 18 bis Seite 64.

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Einladungsschreiben



LKH-Univ. Klinikum Graz
Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Auenbruggerplatz 1
Sekretariat: 0316 385 84396

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 Expertin, sehr geehrter Experte!

Mit diesem Schreiben laden wir Sie zu einem ExpertInneninterview zum Thema
„Sichere PatientInnenentlassung“ ein.

Die Studie stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung der PatientInnen
dar. Die Studienergebnisse tragen dazu bei, das Entlassungsmanagement weiter zu
optimieren und die PatientInnensicherheit weiter zu fördern.

Im Rahmen dieser Studie ist es uns wichtig, die Bedürfnisse und Kenntnisse der
ExpertInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz zum Thema PatientInnenentlassung zu
erheben.

Dazu werden Einzelinterviews mit ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen der
Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie der Univ. Klinik für Neurologie
des LKH-Univ. Klinikum Graz, die am Entlassungsmanagement von PatientInnen
beteiligt sind, durchgeführt.

Das Interview wird ungefähr 60 Minuten in Anspruch nehmen. Die gewonnenen
Informationen aus den Interviews, werden aufgezeichnet und transkribiert. Ihre Daten
werden pseudonymisiert und vertraulich behandelt. Es wird nicht möglich sein
anhand der erfragten Daten auf Ihre Person rückzuschließen.

Die Durchführung der Interviews beginnt mit XXX und wird bis XXX andauern. Dazu
bitten wir Sie, drei mögliche Termine, innerhalb des genannten Zeitraumes, bekannt
zu geben, an denen Sie für ein Interview Zeit haben.

Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Studie vorliegen, können Sie
ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dies wünschen. Wir würden uns über
eine positive Rückmeldung freuen.

TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung



„GO SAFE - Sichere PatientInnenentlassung“

Sehr geehrte Expertin, sehr geehrter Experte!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen 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 Sie.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur,

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen 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 TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1 Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist es, die IST-Situation zum Thema PatientInnenentlassung aus Sicht der ExpertInnen zu erheben. Dabei spielen die Bedürfnisse und Kenntnisse von ExpertInnen unterschiedlicher Berufsgruppen des LKH-Univ. Klinikum für Neurologie und des LKH-Univ. Klinikum für Dermatologie und Venerologie eine wichtige Rolle.

2 Wie läuft die klinische Studie ab?

Die klinische Studie wird am LKH-Univ. Klinikum Graz durchgeführt und es werden insgesamt 12 ExpertInnen der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie der Univ. Klinik für Neurologie daran teilnehmen.

Die Teilnahme an dieser klinischen Studie umfasst ein Einzelinterview, das ungefähr 60 Minuten dauern wird. Das Einzelinterview, soll zum einen dazu dienen, Informationen über

die IST-Situation der PatientInnenentlassung zu bekommen. Zum anderen sollen mithilfe dieses Interviews mögliche Bedürfnisse des Experten/der Expertin erkannt werden.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden ExpertInnen der Univ. Klinikum für Neurologie und der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie, die am Entlassungsmanagement von PatientInnen beteiligt sind, einzeln befragt. Die Befragung der ExpertInnen läuft in Form eines halbstrukturierten, problemenzentrierten Interviewleitfadens ab. Sie werden gebeten, hierzu jeweils in einer dafür organisierten Räumlichkeit des LKH-Univ. Klinikum Graz zu kommen. Insgesamt ist ein Gespräch notwendig. Die Einhaltung des Interviewtermins ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg dieser klinischen Studie.

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 Ihre Teilnahme dazu beitragen, das Entlassungsmanagement möglicherweise patientInnenorientiert zu gestalten.

Denn die Interviews mit den ExpertInnen sind dazu gedacht, einen Einblick in die Ist-Situation zum Thema PatientInnenentlassung zu erhalten. Die Sicht und die Erfahrungen der MitarbeiterInnen (ExpertInnen) sowie deren Bedürfnisse können Stärken, Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf das Entlassungsmanagement aufzeigen. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung der PatientInnen dar.

4 Risikoabschätzung für die TeilnehmerInnen

Bei dieser Studie ist mit keinem Risiko für die teilnehmenden Personen zu rechnen. Die Gefahr, dass sensible Daten bekannt werden, ist einerseits durch die Pseudonymisierung sowie Zugangsbeschränkungen auf die Daten, und einer unterzeichneten Verschwiegenheitserklärung aller ForscherInnen, gesichert. Die Daten werden passwortgeschützt auf den Rechner des LKH-Univ. Klinikum Graz abgelegt.

5 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 für Sie dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

6 In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die MitarbeiterInnen der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

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

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Während des Interviews wird für Verpflegung gesorgt.

8 Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen Frau Daniela Schröttner, BSc oder Frau Mag. Magdalena Hoffmann, MBA, MSc. gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet. Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Studie vorliegen, können Sie ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dies wünschen.

Name der Kontaktperson: Daniela Schröttner, BSc
Erreichbar unter: 0664 185 33 63
E-Mail: daniela.schroettner@stud.medunigraz.at

Name der Kontaktperson: Mag. Magdalena Hoffmann, MBA, MSc.
Erreichbar unter: 0316 385 80804
E-Mail: magdalena.hoffmann@klinikum-graz.at

Oder wenden Sie sich direkt per E-Mail an die Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz.

E-Mail: qualitaetsmanagement@klinikum-graz.at

9 Einwilligungserklärung

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin in Druckbuchstaben:.....

Geb.Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „GO SAFE – Sichere PatientInnenentlassung“ teilzunehmen. Ich bin von Frau Daniela Schröttner, BSc ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Beim Umgang der im Rahmen der Studie „GO SAFE – Sichere PatientInnenentlassung“ 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 StudienteilnehmerInnen, 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 StudienteilnehmerInnen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

Ich stimme zu, dass meine im Rahmen und zum Zweck dieser Studie ermittelten personenbezogenen Daten:

.....
(Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin)

.....
(Anschrift)

verarbeitet werden und in pseudonymisierter Form an die Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des LKH-Univ. Klinikum Graz zum Zweck der Auswertung übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden, der Ethikkommissionen und der/die AuftraggeberIn der Studie Einblick in die Daten nehmen dürfen.

Mir ist auch bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverwendung ohne Angabe von Gründen 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.

.....
(Datum und Unterschrift des Experten/der Expertin)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des Interviewers/der Interviewerin)

Interviewleitfaden



Angaben zu Ihrer Person

1. **Alter in Jahren:**
2. **Universitätsklinikum für:**
 Neurologie Dermatologie & Venerologie
3. **Berufsgruppe:**
 Arzt/Ärztin
 gehobener Dienst für GuKP
 andere Berufsgruppen im patientInnennahen Bereich
4. **Berufserfahrung in Jahre:**
5. **Arbeitsausmaß:**
 Teilzeit Vollzeit

Allgemeines zur Entlassung

6. Wie sehr gehen Sie bei der PatientInnenentlassung auf diese Punkte ein?

- 6.1. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über seine/ihre medizinische Weiterbetreuung?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.2. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über weitere pflegerische Betreuung?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.3. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Nach-/Kontrolluntersuchungen?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.4. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin darüber, auf welche Symptome (Zeichen einer Verschlechterung etc.) geachtet werden soll?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.5. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Medikamente, die auch nach der Entlassung weiter eingenommen werden sollen?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.6. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Verhaltensweisen/Tätigkeiten, die er/sie zu Hause tun oder vermeiden sollte (z.B. Diäten, nicht Rauchen, ...)?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant
- 6.7. Informieren Sie aus Ihrer Sicht den Patienten/die Patientin über Rehabilitation/Nachbehandlung nach seinem/ihrer Spitalsaufenthalt?
 ja ausführlich ja, aber unzureichend nein, gar nicht nicht relevant

Offene Fragen für das ExpertInneninterview

Schwerpunkt: **Allgemein**

7. Wie laufen die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung zurzeit ab?

- 7.1. Gibt es beim Entlassungsprozess eine genaue schriftliche Einteilung, wer für was zuständig ist?
- 7.2. Könnten Sie mir beschreiben, wann die Entlassungsplanung für PatientInnen beginnt?
- 7.3. Welche Vorarbeit muss geleistet werden, damit aus Ihrer Sicht eine optimale Entlassung gewährleistet werden kann?
- 7.4. Wer wird kontaktiert, wenn besonderer poststationärer Betreuungsbedarf vorhanden ist?
- 7.5. Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Handlungsbedarf in Bezug auf den Ablauf der PatientInnenentlassung?

8. Welche Methoden (Assessments, Checklisten, ...) werden verwendet, um feststellen zu können, ob besonderer poststationärer Unterstützungsbedarf besteht?

- 8.1. Welche Maßnahmen werden geplant/gesetzt, wenn das Assessment oder die Checkliste zeigt, dass ein poststationärer Unterstützungsbedarf besteht?
- 8.2. Wie sieht der Informationsaustausch zwischen den Professionen und anderen Nachsorgeeinrichtungen aus?

9. Wie wichtig sind Angehörige beim Entlassungsmanagement und beziehen Sie diese ein?

- 9.1. Gibt es Erkrankungen, bei denen Angehörige eine wichtige Rolle in Bezug auf die Entlassung spielen?

Schwerpunkt: **Risiken/Ursachen**

10. Wo sehen Sie Risiken bei der Entlassung?

- 10.1. Welchen Einfluss haben diese Risiken auf die Entlassung?
- 10.2. Was muss getan werden, um Risiken zu vermeiden?

Schwerpunkt: **Medikamente**

11. Welche Maßnahmen werden auf Ihrer Station gesetzt, um ausreichend Informationen über bereits verschriebene Medikamente des Patienten/der Patientin zu erhalten?

12. Welche Maßnahmen gibt es, um den Patienten/die Patientin über die Wirkung, Nebenwirkung und Einnahme neuer Medikamente aufzuklären?

- 13. Wie gehen Sie vor, damit PatientInnen Medikamente, die nur im Krankenhaus erhältlich sind, auch nach ihrem Krankenhausaufenthalt erhalten?**

Schwerpunkt: **ELGA**

- 14. Wann ist ELGA, im Rahmen des Entlassungsmanagements, ein Thema?**
- 14.1. Wann werden PatientInnen auf ELGA hingewiesen?
 - 14.2. Bei welchen Themen spielt ELGA aus ihrer Sicht eine besonders wichtige Rolle?
 - 14.3. Haben Sie das Gefühl, dass die PatientInnen ausreichend über ELGA Bescheid wissen?

Schwerpunkt: **Mündliche Information**

- 15. Welche Themen werden beim Entlassungsgespräch mit den PatientInnen oder ihren Angehörigen besprochen?**
- 16. Erleben Sie die PatientInnen oder ihre Angehörigen als gesundheitskompetent (finden, verstehen, bewerten und anwenden von Informationen, um Entscheidungen über Krankenbehandlungen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen und die Lebensqualität erhalten/verbessern zu können)?**
- 17. Wie häufig kommt es vor, dass PatientInnen oder Angehörige bei Unklarheiten nachfragen?**
- 18. Wo sehen Sie Herausforderungen bei der Informationsweitergabe an PatientInnen oder ihren Angehörigen, wenn PatientInnen multimorbide sind (z.B. PatientInnen hohen Alters und/oder mehreren Erkrankungen, PatientInnen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung, Demenz, ...)?**
- 19. Welche Vorschläge können Sie geben, damit die genannten Herausforderungen bewältigt werden können und PatientInnen alle Informationen verstehen und behalten können (sich merken können)?**
- 20. Wie häufig kommt es vor, dass PatientInnen oder Angehörige bei Unklarheiten nachfragen?**

Schwerpunkt: **Schriftliche Information**

- 21. Welche schriftlichen Informationen erhält ein/e PatientIn bei der Entlassung (z.B. Arztbrief, Informationsbroschüren, Entlassungsschein, pflegerischer Entlassungsbrief, ...)?**

- 21.1. Wann sollte der/die PatientIn die notwendigen schriftlichen Informationen bei der Entlassung erhalten?
- 21.2. Hätten Sie Lösungsvorschläge, welche schriftlichen Informationen zum besseren Verständnis dem Patienten/der Patientin bei der Entlassung noch ausgehändigt werden könnten?

Schwerpunkt: Nachsorge

- 22. In welcher Weise wird die Nachsorge des Patienten/der Patientin bereits während des Aufenthalts organisiert?**
- 23. Wo sehen Sie Lücken, in Bezug auf die Organisation der Nachsorge des Patienten/der Patientin?**
- 24. Stehen Sie mit dem Patienten/der Patientin nach der Entlassung noch in Kontakt?**
- 25. Wie stellen Sie die Versorgung des Patienten/der Patientin nach ihrem Krankenhausaufenthalt sicher?**
- 26. Welche Kontakte müssen aus Ihrer Sicht extra muros aufgenommen werden, um eine optimale Nachsorge gewährleisten zu können?**