

„GO SAFE – Sichere Entlassung“

Erfahrungen und Bedürfnisse aus niedergelassenen Einrichtungen für die poststationäre  
Weiterbetreuung von PatientInnen - eine qualitative Studie

eingereicht von

**Laller Karin, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science (MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von:

Erstbeurteiler: Ao. Univ.-Prof. Dr.med.univ. Gernot Brunner

Zweitbeurteilerin: Mag. Magdalena Hoffmann, MSc., MBA

Graz, 30. September 2018

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

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

Graz, am 30. September 2018

Karin Laller, BSc eh.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Mag. Magdalena Hoffman, MSc., MA für die Unterstützung und Betreuung meiner Masterarbeit bedanken.

Ein großes Dankeschön an alle TeilnehmerInnen, welche an dieser Erhebung teilgenommen haben. Durch ihren Beitrag und die gute Zusammenarbeit wurde diese Erhebung möglich.

Ein besonderer Dank gilt meinem Partner Martin, meinen zwei Kindern David und Lena, meinen Eltern und meinen Mitstudentinnen Daniela und Silvia, die mich während meines Studiums immer begleitet und moralisch unterstützt haben.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement
BRASS	Blaylock-Risk-Assessment-Screening-Score
bzw.	beziehungsweise
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
et al.	und andere
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
KAGes	Krankenanstaltengesellschaft
LKH	Landeskrankenhaus
SD	Standardabweichung
S.	Seite
StKAG	steiermärkisches Krankenanstaltsgesetz
z. B.	zum Beispiel
zit. in:	zitiert in

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Aufgrund des demografischen Wandels und der dadurch entstehenden älteren PatientInnen kommt der poststationären Betreuung eine wichtige Bedeutung zu. Die Folgen einer unzureichenden Aufklärung bei der Entlassung können unter anderem zu Fehlern bei der Medikamenteneinnahme und Wiedereinweisungen ins Krankenhaus führen. Eine Befragung von stationär entlassenen PatientInnen der KAGes ergab, dass das Entlassungsmanagement nicht zufriedenstellend ist.

**Ziel:** Im Rahmen dieser Arbeit, welches ein Teil des Projektes „GO SAFE“ *Sichere Entlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen* ist, wurden niedergelassene Gesundheitseinrichtungen (Stakeholder), welche an der Versorgung und Betreuung der entlassenen PatientInnen beteiligt sind, nach ihren Erfahrungen und Bedürfnissen erhoben und analysiert, um eine optimale weiterführende poststationäre Versorgung der PatientInnen gewährleisten zu können.

**Methode:** Es wurden 14 Interviews mit 15 TeilnehmerInnen aus verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring und der Codierungssoftware MAXQDA© 12 kodiert und kategorisiert.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse wurden in fünf Hauptkategorien zusammengefasst. Es zeigte sich, dass es in der vorbereitenden Organisation der Entlassung, wie Pflegebedarfseinschätzung, Organisation des Transportes und der Heilbehelfe und Hilfsmittel und in der Verordnung von Medikamenten Potentiale zur Verbesserung gibt. Außerdem äußerten die Befragten einen Bedarf an mehr schriftlichen und mündlichen Informationen.

**Schlussfolgerung:** Entlassungsmanagement ist ein komplexes Thema, welches eine besser abgestimmte und koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen erfordert, um Versorgungsbrüche bei der Abdeckung von Bedürfnissen der stationär entlassenen PatientInnen zu vermeiden.

**Schlüsselwörter:** Entlassungsmanagement, Inhaltsanalyse, niedergelassene Einrichtungen

## Abstract

**Background:** Due to the demographic changes and the resulting of increasing older patients, discharge management plays an important role. The consequences of inadequate information on discharge may, among other things, lead to errors in taking medication and re-hospitalization. A KAGes survey of discharged patients revealed that the discharge management is unsatisfactory.

**Aim:** In the context of this study, which is part of the project "GO SAFE" Safe discharge: *A contribution to increase the health literacy of patients and relatives*, care providers who are involved in the post-inpatient care of the patients, were surveyed and analyzed according to their experiences and needs in order to optimize the discharge care of patients.

**Method:** 14 interviews with 15 participants were carried out with home nursing services and nursing facilities, general practitioners, pharmacists and a rehabilitation facility. The interviews were recorded, transcribed, coded and categorized using the content analysis according to Mayring and the coding software MAXQDA © 12.

**Results:** According to the question, five main and subcategories were developed. It shows that there is potential for improvement in the preparatory organization of discharge, such as discharge assessment, organization of transportation, medical supplies and aids, prescriptions of medications are weaknesses. In addition, respondents expressed a need for more written and oral information.

**Conclusion:** Discharge management is a complex topic that requires intensive collaboration between different professional groups to avoid care breaks in meeting the needs of inpatient discharged patients.

**Keywords:** discharge management, care provider, content analysis

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Relevanz und Forschungsfrage.....	4
2	Methode .....	5
2.1	Literaturrecherche .....	5
2.2	Studiendesign.....	5
2.3	Stichprobe und Stichprobenziehung.....	5
2.4	Datensammlung .....	6
2.5	Datenanalyse .....	7
2.6	Datenschutz und Einverständniserklärung .....	8
3	Ergebnisse .....	9
3.1	Ergebnisse der standardisierter Fragebogenerhebung .....	10
3.2	Ergebnisse der qualitativen Erhebung.....	13
3.2.1	Erfahrung zur vorbereitenden Organisation .....	15
3.2.2	Verordnete Medikamente.....	19
3.2.3	Erfahrungen zur schriftlichen Information .....	21
3.2.4	Mündliche Informationen.....	29
3.2.5	Anregungen .....	35
3.2.6	Generelle Probleme mit der Polymedikation .....	40
4	Diskussion.....	42
4.1	Stärken und Schwächen.....	50
5	Schlussfolgerung .....	51
5.1	Implikationen für die Forschung .....	52
5.2	Implikationen für die Praxis .....	52
6	Literaturverzeichnis.....	53

Anhang 1 Personencodes .....	i
Anhang 2: Coreq-Checkliste.....	ii
Anhang 3: Anschreiben-Stakeholder .....	vi
Anhang 4: Einwilligungserklärung-Stakeholder .....	viii
Anhang 5: Fragebogen .....	xiii

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standardisierter Fragebogen .....	7
Abbildung 2: Gesamtauswertung der Antwortkategorien.....	10
Abbildung 3: Grafische Darstellung der einzelnen Fragen .....	12

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung .....	9
Tabelle 2: Haupt- und Unterkategorien.....	13

## 1 Einleitung

Die Verschiebung der Altersstruktur in den nächsten Jahren stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Laut dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015 liegt die Lebenserwartung zurzeit bei den Männern bei 78,9 Jahren und bei den Frauen bei 83,7 Jahren. Der Trend zu einer höheren Lebenserwartung, aufgrund des Rückganges der Sterblichkeit im höheren Alter, stieg bei den 65-Jährigen seit 1970 stetig an. (Statistik Austria 2015)

So betrug auch der Anteil der über 65-Jährigen in Österreich zu Jahresbeginn 2015 18,5 %. In den nächsten Jahren wird ein weiterer Zuwachs an Personen über 65 Jahren erwartet. So werden mit einer zukünftigen Bevölkerungsentwicklung im Jahre 2030 bereits 23,6 % über 65 Jährige prognostiziert (Statistik Austria 2014).

PatientInnen werden mit erhöhtem medizinisch-pflegerischem Versorgungsbedarf, frühzeitig aus dem Krankenhaus in andere Versorgungssysteme entlassen (Nowak et al. 1998, zit. nach Mayer & Lehner 2008). So sank die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer von 7,2 Tagen im Jahr 2003 auf 6,5 Tage im Jahr 2013. Anzumerken ist aber, dass die Anzahl von Entlassungen nach einem stationären Aufenthalt seit 2009 stagniert. Dies ist mitunter ein Grund, dass die Anzahl an tagesklinischen Aufenthalten im Steigen sind (Statistik Austria 2014).

Auch die wachsende Anzahl an ausländischen Staatsangehörigen trägt zum Bevölkerungsanstieg und damit zu einer Erhöhung der über 65-Jährigen bei. Dieser Anteil beträgt insgesamt 13,3 % an der Gesamtbevölkerung. Wenngleich die größte Gruppe deutsche Staatsangehörige stellen, so entfallen 85 % auf Staatsangehörige mit nicht deutscher Muttersprache (Statistik Austria 2014). Dies bedeutet, dass sprachliche Barrieren auftreten können, die wiederum zu Problemen bei der Informationsweitergabe im Krankenhaus führen können (Reinecke 2015).

Diese kontinuierlich steigende Lebenserwartung aufgrund von besserer medizinischer Versorgung, eine Verkürzung der stationären Verweildauer und die steigende Anzahl an über 65-jährigen Personen, stellt eine Herausforderung an das zukünftige Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus dar.

Entlassungsmanagement wird laut der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL-AUFEM) als standardisierte Maßnahme zur Organisation an institutionsübergreifende Dienstleistungen für PatientInnen, die einen erhöhten Versorgungsbedarf an pflegerischer, medizinischer und sozialer Dienstleistungen nach einem stationären Krankenhausaufenthalt benötigen, gesehen (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Ein professionell vorbereiteter Prozess für den Betreuungsübergang der PatientInnen zwischen den verschiedenen Einrichtungen ist die Grundlage für die eine sichere Entlassung und eine hohe PatientInnenzufriedenheit (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Der Übergang vom stationären in den poststationären Bereich geht oft mit dem Verlust von Versorgungsinformationen einher, welche wiederum zu erneuter Krankenseinweisungen führen kann. Dadurch entsteht eine erhöhte Belastung für PatientInnen und dessen Angehörige (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2009).

Die Verbesserung der Kommunikation und Koordination zwischen den Gesundheitseinrichtungen wird auch als Ziel der geplanten Spitals- und Gesundheitsreform angegeben. Zur Erreichung dieses Zieles ist unter anderem ein einheitliches Dokumentationssystem notwendig. Dieses wird mit der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) umgesetzt (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

ELGA vernetzt Gesundheitsdaten von PatientInnen, die in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen entstehen. ELGA-GesundheitsdiensteanbieterInnen können durch dieses Informationssystem Vorbefunde, Entlassungsberichte und die aktuelle Medikation ihrer PatientInnen erhalten. Dies führt zu einem bessern medizinischen und pflegerischen Informationsfluss und kann möglicherweise die poststationäre Versorgung verbessern (ELGA GmbH 2018).

Als rechtliche Grundlage dient auch Artikel 1 der 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im LGBl. Nr. 68/2017. Diese schreibt vor, dass das Management des Betreuungsverlaufes patientInnenorientiert und

lückenlos, effizient, effektiv und rasch an den Nahtstellen zu gewährleisten und verbessern ist.

Um diese optimale Versorgungsqualität zu gewährleisten, bieten sich mehrere Lösungsansätze zur Umsetzung an. Verschiedene Modelle, wie die Übernahme des Entlassungsmanagements des Kliniksozialdienstes oder Pflegepersonen im Rahmen des Pflegeprozesses eines stationären Aufenthaltes (in der BQLL-AUFEM direktes Entlassungsmanagement) oder integrierte Versorgungsmodelle (BQLL-AUFEM indirektes Entlassungsmanagement), wo PatientInnen multiprofessionell beraten und betreut werden, werden in der Literatur genannt. Letzteres Modell wird auch dem Case Management zugeordnet (Ewers 2000; Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Case Management richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen zwischen Professionen und Einrichtungen (Rothmann 1991, Bower 1995, zit. in: Ewers 2000). Über den gesamten Betreuungsverlauf hinweg wird dabei die Verantwortung für Assessment, Planung, Implementierung und Evaluation vom Case Management übernommen (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Laut Lindpaintner et al. (2013) verbessert eine koordinierte Entlassung und die Nachsorge durch Case ManagerInnen die Lebensqualität der entlassenen PatientInnen, erhöht die Zufriedenheit der PatientInnen, der Pflegepersonen und der niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und reduziert gleichzeitig die Belastungen aller Beteiligten.

Die Bundesgesundheitsagentur entwickelte mit der besten verfügbaren Evidenz eine Leitlinie für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Dieses Instrumentarium soll gesundheitsdienstliche Einrichtungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung helfen, die gegebenen Rahmenbedingungen zu erfüllen (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Das Ziel dieser Versorgungssteuerung aus dem Krankenhaus ist, Informationsverluste zwischen den Schnittstellen für den Leistungserbringer zu vermeiden, um so eine optimale Qualität der Weiterversorgung sicherzustellen (Ewers 2000).

## 1.1 Relevanz und Forschungsfrage

Um die Qualität der stationären Versorgung im Krankenhaus sicherzustellen, führte die KAGes 2015 eine PatientInnenbefragung, unter anderem zum Thema Entlassung, durch. Als Ergebnis wurden Organisation, Abläufe, Aufklärung über Krankheit, Behandlung und Therapie als verbesserungswürdig beurteilt (Sendlhofer et al. 2010).

Daraufhin wurde im Jahr 2017, vom LKH-Univ. Klinikum Graz, im Rahmen des Risikomanagements, das Projekt „GO SAFE“ Sichere Entlassung: *Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen* initiiert. Dieses zielt, unter anderem, auf eine optimale Informationsweitergabe an PatientInnen bezüglich ihrer Erkrankungen ab. Auch gesetzliche Bestimmungen, wie die elektronische Gesundheitsakte und die Leitlinie des Bundesministeriums Aufnahme- und Entlassungsmanagement, sind für das Projekt von Bedeutung.

Wenn PatientInnen oder deren Angehörige unzureichend bei der stationären Entlassung aufgeklärt werden, kann dies zu unplanmäßigen Krankenhausaufenthalten, zusätzlichen Kosten und im schlimmsten Fall zu lebensbedrohlichen Situationen führen (Cheah et al. 2005, Simpson 2005, Friedman et al. 2004, Foekema et al. 2004, Lenendertse et al. 2008, zit. nach Hesselink et al. 2014).

Um diese Risiken zu minimieren und um die Qualität zu erhöhen, werden aus drei Richtungen Erhebungen durchgeführt. Befragt wurden diejenigen, die eine poststationäre Betreuung übernehmen bzw. an der Versorgung der PatientInnen beteiligt sind (auch Stakeholder genannt). Weiters werden Befragungen aus der Sicht der PatientInnen und aus Sicht der MitarbeiterInnen durchgeführt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Erfahrungen und Bedürfnisse von Stakeholdern zu erheben, um die aktuelle Situation der poststationären Versorgung der PatientInnen zu verstehen und um Potentiale zur Optimierung ableiten zu können. Folgende Fragestellung soll im Rahmen dieser Masterarbeit geklärt werden:

*Welche Erfahrungen und Bedürfnisse haben niedergelassenen Einrichtungen, welche die Weiterversorgung von stationär entlassenen PatientInnen sicherstellen?*

## **2 Methode**

In diesem Teil der Masterarbeit wird die Methodik der empirischen Vorgehensweise erläutert. Dabei wird die Begründung des gewählten Forschungsansatzes, Prozess der Datenerhebung, die Datensammlung und die Datenanalyse sowie relevante ethische Aspekte dargestellt.

### **2.1 Literaturrecherche**

Zur Vorbereitung des halbstrukturierten Interviewleitfadens wurde eine umfassende Literaturrecherche zwischen Februar 2017 und April 2017 in den Datenbanken CINHAL, PubMed, über die elektronische Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz, eine Internetrecherche und eine Suche per Hand in den Referenzlisten durchgeführt. Die Einschränkung des Zeitraumes der Literatursuche beträgt die letzten 10 Jahre, wobei auch wichtige relevante ältere Literatur, welche für die Masterarbeit bedeutend waren, eingeschlossen wurden. Es wurden deutsche und englische Werke berücksichtigt. Schlüsselwörter waren Entlassung (discharge), Planung (planning), Krankenhaus (hospital), Aufklärung (education), Information (information) und wurden mit den Booleschen Operatoren miteinander verknüpft.

### **2.2 Studiendesign**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um Erfahrungen und Bedürfnisse zum Thema PatientInnenentlassung explorativ aus der Sicht der Stakeholder zu erheben. In der qualitativen Forschung liegt die genaue Betrachtung auf der Organisation und Interpretation von Erzählenden, um wichtige Themen, Kategorien und Muster von Beziehungen zu identifizieren (Bruns & Grove 2009). Phänomenologie ist dabei eine Methode, die sich besonders dafür eignet, Erfahrungen oder Phänomene der Studienteilnehmer zu erfassen und zu beschreiben (Bruns & Grove 2009).

### **2.3 Stichprobe und Stichprobenziehung**

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen an den Einzelinterviews erfolgte gezielt telefonisch durch die Autorin. Es wurde darauf geachtet, dass verschiedenste Berufsgruppen ausgewogen vertreten waren. Einschlusskriterien waren Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen, niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen,

ApothekerInnen und Personen von Rehabilitationseinrichtungen, welche die Weiterversorgung von stationär entlassenen PatientInnen sicherstellen. Fachfremde Bereiche wurden ausgeschlossen. An Interessierte wurde eine Einladung zur Befragung per E-Mail (siehe Anhang 3: Anschreiben-Stakeholder) ausgesendet. In phänomenologischen Studien ist eine Stichprobenzahl von ungefähr 10 beschrieben. Um sicher zu gehen, dass genug Datenmaterial vorhanden ist, wurden Interviews mit 14 TeilnehmerInnen geplant (Polit & Beck 2016).

## 2.4 Datensammlung

Zu Beginn jedes Interviews wurde ein standardisierter Fragebogen (siehe **Abbildung 1**), der sowohl soziodemografische Daten, als auch sieben quantitative Fragen, welche bereits in der stationären PatientInnenbefragung von 2015 verwendet wurden<sup>1</sup>, zur Datenerhebung angewandt. Die Antwortkategorien der Fragen aus der PatientInnenbefragung aus 2015 sind durch eine vierteilige Likert-Skala vorgegeben. Als Antwortmöglichkeiten standen „ja, ausführlich“, „ja, aber unzureichend“, „nein, gar nicht“ und „nicht relevant“ zur Auswahl. Für diese Befragung wurde die Antwortmöglichkeit „nicht relevant“ hinzugefügt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, Fragen die nach ihrer Ansicht nicht in ihren Verantwortungsbereich liegen, dementsprechend auszuschließen oder eben unbeantwortet zu lassen.

- a) *Wurden Sie über die bevorstehende Entlassung aus dem LKH-Univ. Klinikum Graz Ihrer PatientInnen (zeitnah + ausreichend) informiert?*
- b) *Wurden Ihre PatientInnen, im Zuge des stationären Aufenthalts im LKH-Univ.Klinikum Graz über die weitere medizinische und pflegerische Betreuung aufgeklärt?*
- c) *Wussten Ihre PatientInnen über notwendige Nach- und Kontrolluntersuchungen Bescheid?*
- d) *Wussten Ihre PatientInnen über Symptome bzw. Maßnahmen im Falle einer auftretenden Exazerbation der Erkrankung Bescheid?*
- e) *Wussten Ihre PatientInnen über die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einzunehmenden Medikamente Bescheid?*

---

<sup>1</sup> Da der Fragebogen nicht veröffentlicht wurde, ist dieser vom LKH-Univ. Klinikum Graz- Qualitäts- und Risikomanagement zu Verfügung gestellt worden.

- f) *Wurde die weitere Betreuung in Ihrer Institution (bspw. Pflegeheim) bzw. Praxis vom Krankenhaus organisiert?*
- g) *Wussten Ihre PatientInnen über Rehabilitationsmaßnahmen bzw. die nachfolgende Behandlung Bescheid?*

**Abbildung 1: Standardisierter Fragebogen**

Anschließend wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt (siehe Anhang 5: Fragebogen). Diese Interviewform stellt sicher, dass die TeilnehmerInnen frei und ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten, anhand festgelegter Themen sprechen konnten (Polit & Beck 2016). Die Themen des Interviews wurden auf Basis des Fragebogens der stationären PatientInnenbefragung 2015 in fünf Kategorien zusammengefasst. Die quantitativen Ergebnisse werden im ersten Teil (3.1) und die qualitativen Ergebnisse im zweiten Abschnitt (3.2) des Ergebnisteils dargestellt.

Die Datenerhebung fand von April 2017 bis Juli 2017 statt. Die Interviews wurden, je nach Wunsch, am Arbeitsplatz der TeilnehmerInnen oder im Besprechungsraum des LKH-Univ. Klinikum Graz Qualitäts- und Risikomanagements oder bei den TeilnehmerInnen zuhause durchgeführt. Die Autorin (diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Studentin des Masterstudiums für Gesundheits- und Pflegewissenschaft) führte die Interviews durch. Die Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergeräts aufgezeichnet. Die Dauer der Befragung lag zwischen 13 und 41 Minuten.

## **2.5 Datenanalyse**

In einem ersten Schritt erfolgt die wortwörtliche Transkription der aufgezeichneten Interviews. Zur Auswertung des Materials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt. Diese analysiert den Inhalt von Dokumenten, um bedeutende Themen zu identifizieren (Polit & Beck 2016). Die Bildung der Kategorien erfolgte induktiv, wobei die Kategorien direkt aus dem Material gebildet wurden (Mayring 2015). Als kleinste Kodierungseinheit wurden einzelne Textbestandteile, als größte Kontexteinheit wurde ein Absatz, der in eine Kategorie fallen kann, festgelegt. Die Auswertungseinheit bezieht sich auf alle 14 Interviews (Mayring 2015). Zuerst wurden

bei zwei Interviews alle gelesenen Textstellen der Fragestellung kodiert. In weiterer Folge wurde das Kategoriensystem überprüft. Danach wurden die übrigen 12 Interviews den entsprechenden Kategorien subsummiert oder, falls ein Selektionskriterium nicht erfüllt wurde, eine neue Kategorie gebildet.

Zur Unterstützung der Auswertung wurde das Software Programm MaxQDA© 12 – eine qualitative Datenanalysesoftware, verwendet. Diese hat den Vorteil, dass die Auswertung von großen Datenmengen effizient erfolgen kann und eine transparente Dokumentation sicherstellt wird (Döring & Bortz 2016).

## **2.6 Datenschutz und Einverständniserklärung**

Für die Erhebung liegt ein positives Ethikvotum (29-338 ex 16/17) der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz vor.

Alle TeilnehmerInnen wurden im Vorhinein mündlich und schriftlich über Ziel, Zweck und Ablauf der Studie und der Vertraulichkeit ihrer pseudoanonymisierten Daten aufgeklärt. Außerdem wurden sie auch dahin aufgeklärt, dass jeder Zeit die Möglichkeit besteht, das Interview abubrechen und die Zustimmung zurückzuziehen. In weiterer Folge wurde die Zustimmung schriftlich eingeholt. Die Kontaktdaten der Autorin wurden, für eventuelle Rückfragen, in der TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung vermerkt (siehe Anhang 3: Anschreiben-Stakeholder und Anhang 4: Einwilligungserklärung-Stakeholder).

### 3 Ergebnisse

Zuerst werden die Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung dargestellt, dann folgen die Ergebnisse der Interviews.

In **Tabelle 1** werden die Daten der Teilnehmer und TeilnehmerInnen dargestellt. Es wurden 17 TeilnehmerInnen kontaktiert, wobei insgesamt 14 TeilnehmerInnen zustimmten, bei dieser Studie teilzunehmen, drei sagten aus zeitlichen Gründen ab. Es erfolgten 14 Einzelinterviews. Auf Wunsch einer Teilnehmerin wurde ein Interview gemeinsam mit einer Ordinationsassistentin durchgeführt. Es nahmen daher zehn Frauen und fünf Männer an dieser Studie teil. Das Durchschnittsalter betrug 52 Jahre (SD± 16 Jahre) und die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 16 Jahren (SD± 14 Jahre). Unter den TeilnehmerInnen waren vier FachärztInnen, drei niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen, drei diplomierte Personen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, zwei ApothekerInnen und zwei Personen die eine anderweitige Ausbildung haben, aber PatientInnen aus dem LKH-Univ. Klinikum Graz weiterbetreuen.

**Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung**

	n=15	100 %
Geschlecht		
Männlich	5	33 %
Weiblich	10	67 %
Beruf		
AllgemeinmedizinerInnen	3	20 %
FachärztInnen	4	27 %
ApothekerInnen	2	13 %
Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	4	27 %
Sonstige Ausbildung	2	13 %

### 3.1 Ergebnisse der standardisierter Fragebogenerhebung

In diesem Teil der Masterarbeit werden die Ergebnisse der standardisierten Fragebogenerhebung beschrieben und in grafischer Form dargestellt.

In **Abbildung 2** wird durch das Kreisdiagramm ein Gesamtüberblick über die gestellten standardisierten Fragen gegeben. Daraus wurde ersichtlich, wie gut sich die Teilnehmenden und ihrer Erfahrung nach PatientInnen insgesamt informiert sehen. Mit 54 % (n=50) der Antwortmöglichkeiten wird erkennbar, dass laut den Stakeholdern, sie selbst und ihre entlassenen PatientInnen über ihre Entlassungsbedingungen aufgeklärt wurden, diese Informationen aber nicht ausreichend waren. Als „nicht relevant“ beantworteten 18 % (n=17) der TeilnehmerInnen die Fragen. Dies hat den Grund, dass zum Beispiel ApothekerInnen über weitere Betreuungsmaßnahmen nicht informiert werden, da dies keine Bedeutung für ihre Berufsgruppe hat.

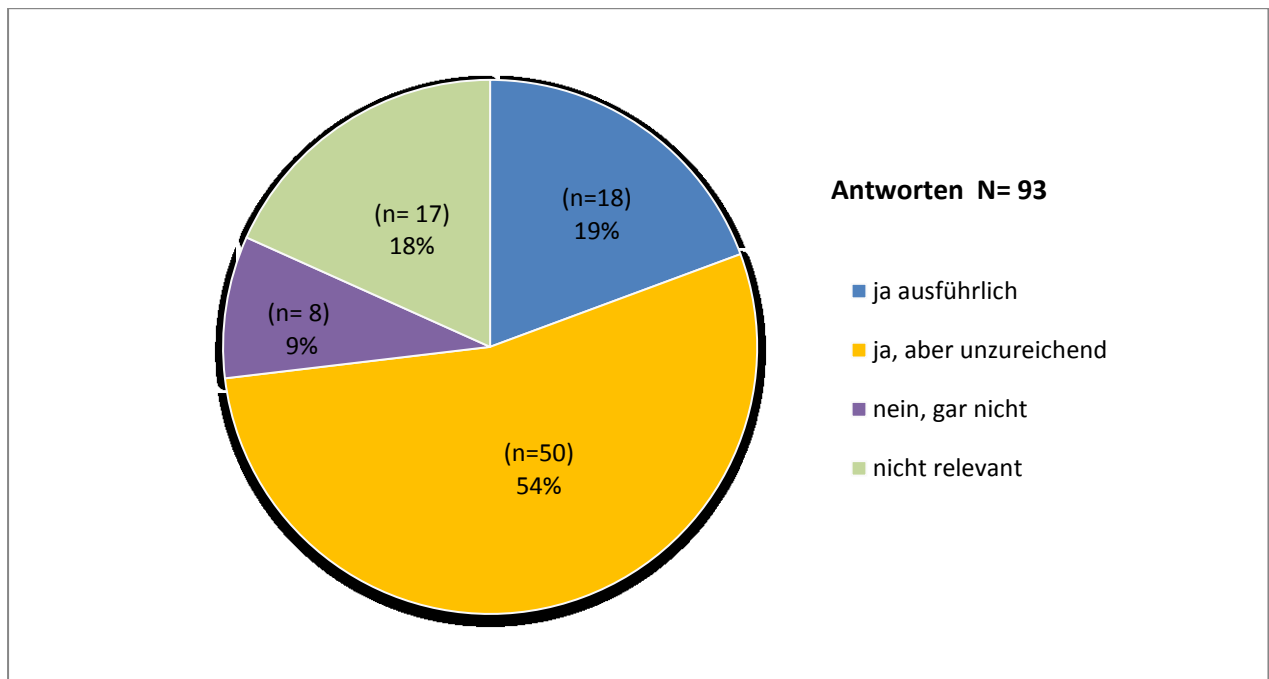


Abbildung 2: Gesamtauswertung der Antwortkategorien

Auf die einzelnen Fragen (**Abbildung 3**) bezogen wird sichtbar, dass bei Frage h) 21 % der Befragten angaben, über die bevorstehende Entlassungen ihrer PatientInnen zeitnah und ausreichend informiert worden zu sein, im Gegensatz dazu sind 29 % der Befragten gegenteiliger Ansicht sind. Nur 14 % gaben an, dass sie unzureichend informiert werden. Ein hoher Prozentsatz mit 36 % kreuzte die Frage als „nicht relevant“ an.

In Frage i) ob PatientInnen über die weitere medizinische und pflegerische Betreuung aufgeklärt wurden, wird mit 71 % der Antworten deutlich, dass laut den Befragten PatientInnen über dieses Thema nur unzureichend Bescheid wissen. Nur 7 % waren der Ansicht, dass dies ausreichend war. Für 21 % der Befragten war diese Frage „nicht relevant“.

Über Nach- und Kontrolluntersuchungen in Frage j) waren 29 % der Teilnehmenden der Ansicht, dass ihre PatientInnen ausreichend informiert worden sind, hingegen 50 % diesen Punkt als unzureichend angaben. Nur ein kleiner Teil, nämlich 7 % empfanden, dass ihre PatientInnen nicht über Nach- und Kontrolluntersuchungen aufgeklärt waren. Als „nicht relevant“ gaben 14 % der Befragten bei dieser Frage an.

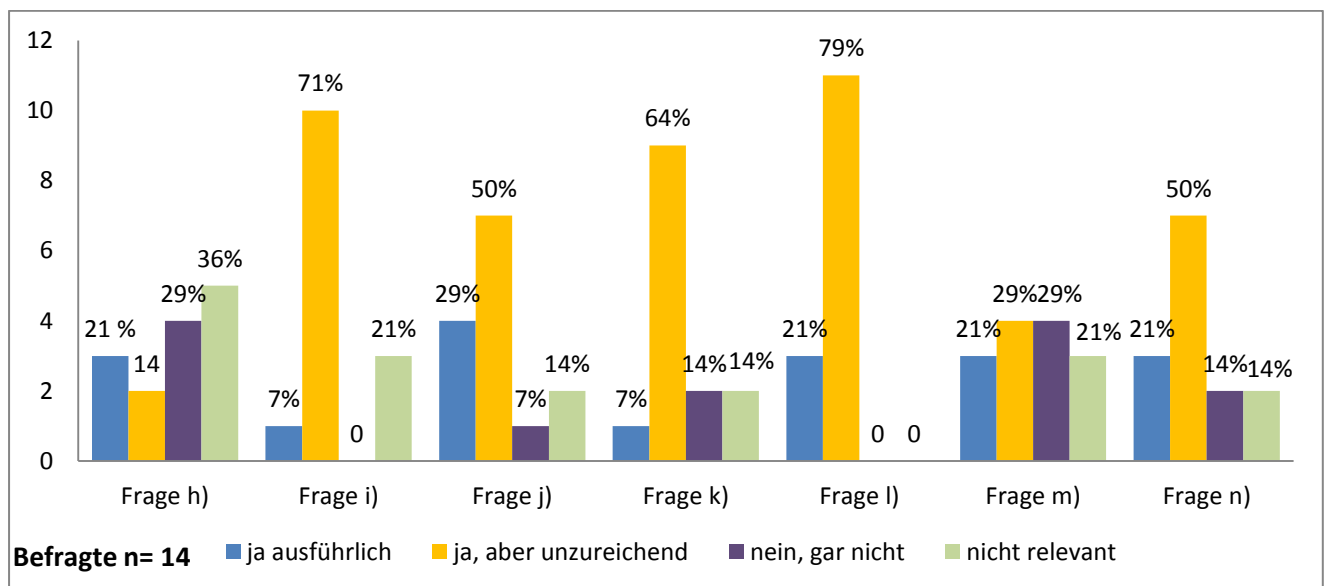
Frage k) beinhaltet das Thema über Symptome bzw. Maßnahmen bei einer Verschlimmerung der Erkrankung. Dabei gaben 64 % der Befragten an, dass ihre PatientInnen, ihrer Erfahrung nach, nur unzureichend über diese Frage aufgeklärt waren. Lediglich 7 % fanden, dass ihre PatientInnen ausreichend Bescheid wussten. Je 14 % der Befragten waren der Ansicht, dass ihre PatientInnen entweder gar nicht Bescheid wussten oder sie kreuzten die Frage als „nicht relevant“ an.

Ein deutliches Ergebnis liefert die Frage l) über die einzunehmenden Medikamente. So gaben 71% der Befragten an, dass ihre PatientInnen nur unzureichend über ihre einzunehmenden Medikamente Bescheid wussten, hingegen 21 % meinten, dass die PatientInnen gut informiert waren.

Auch in Frage m) wird die Organisation über eine weitere mögliche Betreuung mit 21 % mit ausreichend angegeben. Eine TeilnehmerInnenanzahl von 29 % gab an, dass sie

„nicht ausreichend“ informiert worden sind und ist der Ansicht, dass gar keine Organisation erfolgte. Als „nicht relevant“ sahen 21 % diesen Punkt an.

In Frage n), ob PatientInnen über etwaige Rehabilitationsmaßnahmen und über nachfolgende Behandlungen aufgeklärt wurden, gaben die Befragten mit 50 % zum größten Teil an, dass PatientInnen zwar informiert, aber nicht ausführlich genug, worden sind. Für ausreichend befanden 21 % der Befragten die Aufklärungen der Rehabilitationsmaßnahmen. Je 14 % der TeilnehmerInnen gaben „gar nicht“ oder kreuzten „nicht relevant“ an.



**Abbildung 3: Grafische Darstellung der einzelnen Fragen**

### 3.2 Ergebnisse der qualitativen Erhebung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in Haupt- und Unterkategorien beschrieben. Um Inhaltsvalidität zu gewährleisten, werden in den Ergebnissen Zitate aus den Transkripten als kursive Ankerbeispiele genannt. Um die Anonymität sicherzustellen, werden diese Zitate mit Personencodes gekennzeichnet, HA steht zum Beispiel für Hausarzt bzw. niedergelassene AllgemeinmedizinerIn. Weitere Personencodes sind im Anhang (siehe Anhang 1 Personencodes) zu finden. Der Fragestellung entsprechend entstanden 5 Hauptkategorien mit ihren Unterkategorien, welche in **Tabelle 2** dargestellt sind.

**Tabelle 2: Haupt- und Unterkategorien**

Hauptkategorie	1. Unterategorie	2. Unterategorie
<b>Erfahrung zur vorbereitenden Organisation</b>	Organisation der pflegerischen Betreuung	
	Einschätzung des Pflegebedarfs	
	Fehlende Informationen zur Betreuung, Pflegegeld	
	Transport	
	Heilbehelfe, Hilfsmittel	
	Entlassungsabsprache	Durchführung der Kontaktaufnahme
	Medikamente	Erhältlichkeit von Medikamenten Medikamentenmitgabe
<b>Erfahrung schriftliche Informationen</b>	Entlassungsbrief	Art Zeitpunkt des Erhalts Kontrolltermine PatientInnen- und Angehörigeninteresse
	Nutzung der Elektronische	Bescheid wissen über ELGA

	Gesundheitsakte	
	Rezeptierungen	Originale vs. Generika
<b>Mündliche Information und Kommunikation</b>	Aufklärung über den Arztbrief	
	Fragen der PatientInnen	
	Mündliche Rückfragen der Stakeholder	Themen bezüglich der Rückfragen
	Medikationsaufklärung	
	Fehlende Kommunikation nach außen und innerhalb der Einrichtung	
	Gründe für eine schlechte Kommunikation mit den PatientInnen	
<b>Anregungen</b>	<b>Anregungen zur mündlichen Information/Aufklärung/ Kommunikation</b>	
	<b>Anregungen zu der vorbereitenden Organisation</b>	Medikamentenmitgabe
		Organisation bei Pflegebedürftigkeit
		Vorab Kennenlernen der PatientInnen
	<b>Anregungen zur schriftlichen Information</b>	Arztbrief
		Sonstige Dokumente und erforderlichen Dokumentation
Eigener Patientenbrief		
<b>Polymedikation</b>		

### 3.2.1 Erfahrung zur vorbereitenden Organisation

Die Hauptkategorie „Erfahrung zur vorbereitenden Organisation“ beinhaltet Wahrnehmungen der Teilnehmenden zu Maßnahmen, die vor einer Entlassung von der stationären Einrichtung nach Hause oder in eine weiterbetreuende Einrichtung durchgeführt werden. Sie setzt sich zusammen aus den Subkategorien Organisation der pflegerischen Betreuung, Einschätzung des Pflegebedarfs, fehlende Informationen zur Betreuung und Pflegegeld, PatientInnentransport, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Entlassungsabsprache und Medikamente.

#### 3.2.1.1 Organisation der pflegerischen Betreuung

Die befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gaben an, die Organisation der weiteren pflegerischen Betreuung meist selbst zu übernehmen. Weiters gaben sie an, dass PatientInnen bzw. deren Angehörige seitens des LKH-Univ. Klinikum Graz nur Empfehlungen erhalten, falls PatientInnen eine weitere medizinisch pflegerische Betreuung brauchen. Die MitarbeiterInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz verweisen an die SozialarbeiterInnen oder es wird den Angehörigen mitgeteilt, dass sie sich um die weitere pflegerische Versorgung nach der Entlassung selbst kümmern müssen.

*„...den Angehörigen, dass ihnen gesagt wird „so die Person kann nicht mehr alleine, sie braucht eine 24-h-Betreuung“, ...oder in ein Heim geben, und da kommt schon ab und zu vor, dass sie eine Liste bekommen, die und die Heime gibt es, ob es Plätze gibt können sie selber schauen.“ SHG*

*„Die Stationen putzen sich teilweise ab mit, dass sich die Angehörigen drum kümmern, obwohl die Angehörigen die fachliche Kompetenz nicht dazu haben.“ HKP1*

#### 3.2.1.2 Einschätzung des Pflegebedarfs

Zwei der befragten Pflegepersonen der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung gaben zudem an, dass die Einschätzung des Pflegebedarfs der entlassenen PatientInnen nicht zutreffend ist. Sie gaben an, dass der Zustand oft besser oder schlechter, als vermerkt ist. Die befragten TeilnehmerInnen aus der Pflege fragen sich auch, warum SozialarbeiterInnen das Entlassungsmanagement organisieren. Es entsteht dadurch eine neue Schnittstelle, wo Schwachstellen auftreten können.

*„Oft ist es so, dass die Sozialarbeiter einen Ist-Zustand von den PatientInnen einschätzen, die kann das aber nicht wirklich, dann kommen die Leute teilweise wirklich in einem Zustand heim, der entweder viel besser oder viel schlechter, als der von der Sozialarbeiterin eingeschätzt worden ist.“ HKP2*

### **3.2.1.3 Fehlende Information zu pflegerische Betreuungsangebote, Pflegegeld**

Die Teilnehmerinnen der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung und eine niedergelassene AllgemeinmedizinerIn machten auch die Erfahrung, dass PatientInnen nach der Entlassung oft Fragen zum Pflegegeld und Fragen zur Finanzierung der pflegerischen Betreuung haben. Im LKH-Univ. Klinikum Graz bekommen diese nur die Empfehlung um Pflegegeld anzusuchen und verweisen dann auf die Zuständigkeit des niedergelassene Allgemeinmediziners bzw. Allgemeinmedizinerin. Diese sagen wiederum, sie haben keine Zeit dazu, weil sie sehr viele PatientInnen zu versorgen haben.

Weiters gaben die Interviewten an, dass PatientInnen vermehrt Fragen zu der Funktionsweise der mobilen Dienste, anderen Betreuungsmöglichkeiten und Rehabilitationsmaßnahmen wie Physiotherapie, Logotherapie und Ergotherapie außerhalb des Krankenhauses, auftreten. Auch möchten Angehörige gerne die Pflege zuhause selbst übernehmen und hätten dementsprechend gerne eine Anleitung von Pflegetechniken.

*„...ist überhaupt nicht informiert worden, was sind mobile Dienste, welche Art von Versorgung es zuhause gibt,...Sie wissen nicht von der Finanzierung der Pflege Bescheid. Oft sehr oft ist dieses Pflegegeld ein Thema.“ HKP2*

### **3.2.1.4 PatientInnentransport**

Die zwei teilnehmenden Pflegepersonen der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung und die befragte Person der 24-Stunden-Pflege gaben an, dass es oft Probleme mit der pünktlichen Organisation des Rettungstransportes der stationär entlassenen PatientInnen gibt. Den nachbetreuenden Einrichtungen wird mitgeteilt, dass der/die PatientIn am Vormittag mit der Rettung abgeholt werden, aber diese dann bis am

Nachmittag noch immer nicht zuhause sind. Nach Rückfragen mit der Rettung, hat diese niemand bezüglich dieses PatientInnentransportes kontaktiert.

*„Wir sagen oft er muss um zehn oder elf Uhr zuhause sein. Dann fahren wir hin, dann ist keiner da. Oft kommen dann um 13 oder 14 Uhr. Dann ist das hin und herschieben, die Station sagt die Rettung ist schuld, die Rettung sagt „die Station hat nicht früh genug eingegeben“.“ HKP*

Eine Teilnehmerin empfand aber, dass die Organisation der Pünktlichkeit der Rettung sich stark verbessert hat.

*„...in letzter Zeit überhaupt kein Thema, ich kann mich nicht geschwind erinnern, wir haben vor längere Zeit, die ewig heim gebraucht haben, wo die Rettung nicht gekommen ist, aber grundsätzlich geht es gut.“ HKP2*

### **3.2.1.5 Heilbehelfe**

Laut den befragten niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen erfolgt die Organisation der Heilbehelfe nicht direkt vom LKH-Univ. Klinikum Graz aus, sondern wird von ihnen erledigt. Sie geben an, dass den PatientInnen mitgeteilt wird, dass sie gewisse Dinge zur Bewältigung des Alltages benötigen, ohne Hinweis, dass die Kasse die entstandenen Kosten nicht oder nur zum Teil übernimmt. Außerdem wird den PatientInnen auch nicht mitgeteilt, wo sie die betreffenden Heilbehelfe erhalten.

*„es wird gesagt, was es genau sein soll und das muss dann genau heraußen aufgeschrieben sein, obwohl das die Kasse nicht zahlt. ...wo er das herbekommt, das wissen sie meistens nicht. Meistens sagen sie, sie brauchen eine Überweisung, aber es ist eine Verordnung, also sie wissen nicht Bescheid.“ HA3*

Eine Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung gab an, dass Heilbehelfe in den meisten Fällen organisiert sind, wenn der Kontakt mit den SozialarbeiterInnen bestanden hat. Diese kontaktieren gegebenenfalls die Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung und erkundigen sich dabei, was bei den betreffenden PatientInnen schon an Heilbehelfe vorhanden sind. Dieser Umstand hat sich laut dessen Aussage in den letzten Jahren stark verbessert.

*„Es geht, 100% nicht, zu 80% geht es recht gut, ich will den Sozialarbeiter, die wirklich rechtzeitig bestellen, dass die Dinge zuhause sind.“ HKP2*

Eine andere Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung wiederum und die befragte Person der 24-Stunden-Pflege gab an, dass vieles erst vor Ort organisiert werden muss, welches ein Problem darstellt, wenn PatientInnen an einem Freitag entlassen werden, da die Bestellung der Heilbehelfe oft ein paar Tage in Anspruch nimmt.

*„Wenn er Sauerstoff braucht, jetzt auf einmal wo sollst den schnell hernehmen, die werden besonders gerne am Freitag entlassen und das ist auch ein Punkt wo wir sagen, lieber einen Tag vorher, weil dann Freitag hast noch die Möglichkeit, dass man alles organisieren kann. Freitag erwischt dann niemanden.“ 24-h-Pflege*

### **3.2.1.6 Entlassungsabsprache**

Alle InterviewpartnerInnen machten die Erfahrung, dass wenn der Kontakt für die weitere pflegerische Betreuung hergestellt wurde, dies hauptsächlich SozialarbeiterInnen waren. Hin und wieder kam es vor, dass jemand vom diplomierten Pflegepersonal oder Angehörige den Kontakt herstellten.

*„...aber im Großteil machen es zu 70% die Entlassungsmanager oder eben Sozialarbeiter.“ 24-h- Pflege*

Die teilnehmenden niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gaben an, dass es keine Entlassungsabsprache durch das Krankenhaus mit ihnen gibt. Bei den FachärztInnen wird dies auch nicht als relevant angesehen. Die befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung hingegen merkte an, dass manche Abteilungen diese kontaktieren, sobald die Entlassung angedacht ist. Andere Abteilungen melden sich wiederum erst einen Tag vorher, oder Angehörige rufen an, dass der Patient jetzt zuhause ist. Sie bemängeln auch, dass bei Entlassungen am gleichen Tag, es zu knapp wäre, Medikamente und Heilbehelfe noch zu organisieren.

*„Nein, abgesprochen nicht. Da muss man sagen, dass der Patient idealerweise einen Hausarzt haben sollte, daher sind wir als Facharzt prinzipiell nicht der erste Ansprechpartner, sondern es müsste der Hausarzt eigentlich eher informiert werden.“ FA*

*„Das reicht die paar Tage vorher. Das ist zu knapp am gleichen Tag. Grundsätzlich freitags, wenn eine Entlassung, dann am Freitagvormittag oder dass die Klienten bis elf Uhr zuhause sind, dass wir einfach Dinge noch organisieren,...“ HKP2*

Eine befragte Person einer Rehabilitationseinrichtung gab an, es immer rechtzeitig zu erfahren, da ein Bett frei sein muss. Auf Bedürfnisse der Befragten wird eingegangen, wenn die Übernahme der PatientInnen mangels Personal nicht machbar ist. Bei Pflegeheimen ist es nicht notwendig, sie früher zu kontaktieren, da immer Personal anwesend ist, nur sollte der Transfer nicht am Abend passieren, da zu diesem Zeitpunkt ein reduzierter Personalschlüssel vorhanden ist.

*„Im meisten Fall wird in der Früh angerufen, es wird gesagt, die Entlassung ist geplant. Wirklich fix wissen wir es nach der Visite, ist aber in dem Sinne auch nicht notwendig, weil wir 24 Stunden besetzt sind, es ist nur ein bisschen schwierig, ....wenn es sehr spät im Spätdienst passiert, dann sind wir schlechter besetzt.“ PH*

### **3.2.2 Verordnete Medikamente**

#### **3.2.2.1 Organisation von verordneten Medikamenten**

Auf die Frage hin, wo Risiken bei der Entlassung der PatientInnen aus dem Krankenhaus gesehen werden, sehen die ärztlichen TeilnehmerInnen Gefahrenpotential, wenn Patientinnen nach der Entlassung die verordneten Medikamente, wie zum Beispiel Antibiotika, nicht kontinuierlich weiternehmen.

Sonst wird aber von den befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und ApothekerInnen angegeben, dass es bei verordneten Medikamenten oder Studienpräparaten es zum großen Teil zu keinem Problem der Erhältlichkeit kommt. Verordnete und bestellte Medikamente werden meist auch am selben Tag geliefert, es entsteht aber eine kurzzeitige Wartezeit, welches für die betroffenen PatientInnen ein Aufwand wäre, da sie dadurch noch einmal in die Apotheke kommen müssten.

*„Das funktioniert, da heißt es die müssen sie dort holen. Das sind ganz wenige, das sind meistens Studienpräparate und das funktioniert.“ HA2*

Die zwei befragten ApothekerInnen berichten, dass es vorkommen kann, dass Informationen von Lieferengpässen von Medikamenten nicht an Krankenhäuser weitergegeben werden. Die Krankenhausapotheke kauft anders ein und hat dadurch mehr auf Lager, obwohl diese Medikamente am freien Markt kurzfristig nicht mehr erhältlich sind und sie dadurch nicht ausgegeben werden können. Sonst sind Medikamente spätestens am nächsten Tag verfügbar.

*„was immer vorkommt ist, dass Medikamente kurzfristig nicht lieferbar sind, das dauert immer eine Zeit bis sich das nach oben hin durchspricht, weil die Krankenhausapotheke ganz anders einkauft...“ APO*

Vieles ist auf chefärztliche Bewilligung erhältlich und kann noch am selben Tag besorgt werden.

*„Kommt selten vor, dann müssen wir das chefärztlich genehmigen lassen. Das kann mühsam sein, ist aber nicht normalerweise, wenn es Erklärung dafür gibt, sag ich einmal schon möglich.“ FA*

Ein Problem, das hier entstehen kann, ist die Genehmigung eines chefärztlichen Rezeptes, wenn ein bestimmtes Medikament an einem Freitagnachmittag benötigt wird, da der chefärztliche Dienst nur von Montag bis Freitag 14 Uhr erreichbar ist. Dies wird auch von den befragten Pflegepersonen der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung angegeben, dann müssen PatientInnen diese Medikamente auf Einsatz besorgen.

Außerdem berichten die befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, dass sie oft um eine chefärztliche Bewilligung ansuchen und erfahren dann, dass dieses schon vom Krankenhaus gemacht wurde und das Medikament bewilligt oder abgelehnt worden ist. Dies bedeutet für die niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen eine unnötige Mehrarbeit.

*„...dann versuch´ ich es vom Chefarzt zu bekommen und dann bekomme ich die Rückmeldung, „es wurde schon vom Krankenhaus beantragt“.“ HA*

Die befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gaben an, dass PatientInnen unzufrieden sind, wenn ihnen nur die kleinste Packung von der Apotheke ausgegeben wird, aber sie dieses Medikament länger nehmen müssen. Sie wüssten nicht warum dies so ist, welche Regelung es da gibt.

*„Der Patient geht mit dem Zettel in die Apotheke und bekommt sieben Stück, muss das aber vielleicht drei bis vier Monate nehmen. Das ist das, was ich dann um die Ohren gehaut bekomme, ich war bei der Apotheke und habe nur drei Stück bekommen...ich sage, da kann ich nichts machen, das ist eine Apothekengeschichte.“HA3*

### **3.2.2.2 Medikamentenmitgabe**

Alle Befragten merkten an, dass das LKH-Univ. Klinikum Graz die Medikamente nicht mitgeben darf, aber es manchmal doch dazu kommt, dass einige wenige PatientInnen die für den aktuellen Tag notwendigen Medikamente mitbekommen, aber meist nicht über das Wochenende. Die Mitgabe dieser Medikamente würde laut den Befragten aber das Risiko der nicht durchgehenden Einnahme aufgrund von eventuellen Besorgungsproblemen lösen.

*„Teilweise geben es dann von oben mit, ...was die KAGes auch nicht gerne sieht, weil das zahlt dann die KAGes.“ APO*

*„...wir haben aber ein Problem, dass wir die Medikamente manchmal nicht schnell bekommen, es ist auch rechtliche eine Sache, selbst wenn wir den Entlassungsbrief haben vom LKH-Univ. Klinikum Graz, gelten tut es dann erst, wenn der Hausarzt das unterschrieben hat und anordnet.“ PH*

### **3.2.3 Erfahrungen zur schriftlichen Information**

Zu der Kategorie „Erfahrungen zur schriftlichen Information“ gehören welche Informationen extramurale Einrichtungen über ihre stationär übernommen PatientInnen erhalten haben und welche Informationen sie noch gebraucht hätten, um eine adäquate Entlassungsübernahme zu gewährleisten. Die Subkategorien beinhalten Erfahrungen zum Entlassungsbrief, PatientInnen- und Angehörigeninteressen, die elektronische

Gesundheitsakte, Rezeptierungen und Verordnungen von Originalpräparate und Generika.

Alle TeilnehmerInnen gaben an, dass die PatientInnen nur den Entlassungsbrief, die Aufenthaltsbestätigung und bei Pflegebedürftigen auch den Pflegebericht erhalten. Broschüren oder sonstige schriftliche Informationen werden nicht mitgebracht. Ein Facharzt merkte an, dass oft Befunde nachkommen (meist Laborbefunde), die im LKH- Univ. Klinikum Graz angeordnet wurden, aber nicht seinen Fachbereich betreffen und er sie dann wieder zurücksendet.

*„...meistens irgendein Laborbefund, der wahrscheinlich völlig irrelevant ist, weil diese in der großen Laborliste machen, dann ist irgendetwas, das kreiselt er ein, und schreibt hin, zum Hausarzt, dann schickt er es uns mit dem Fax. Also dieser Befund, der nach der Entlassung eintritt, ich schreibe so ins Fax nicht zuständig.... Das ist die Aufgabe dessen, der die Untersuchung angeordnet hat, dass er dann für eventuelle Befunde, mit dem Patienten das bespricht.“ FA1*

### **3.2.3.1 Entlassungsbrief**

Die Befragten gaben einstimmig an, dass alle notwendigen Informationen wie Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Medikamentenverordnung, Kontrolltermine sowie der weitere Therapieplan im Entlassungsbrief vorhanden sind. Auf die Frage, ob die PatientInnen eher den Kurzentlassungsbrief mitbringen oder den endgültigen Entlassungsbrief zur niedergelassene Einrichtung mitbringen, antworteten fast alle interviewten Personen, dass zum Zeitpunkt der Entlassung vorwiegend nur der Kurzentlassungsbrief vorhanden ist und erst nach ein paar Wochen der endgültige Entlassungsbrief vorliegt. Das wird auch dadurch möglich, dass die elektronische Gesundheitsakte ein Zeitfenster offenlässt, wann der Entlassungsbrief fertig gestellt werden kann.

*„...nach zwei bis sechs Wochen bekommen wir dann den endgültigen Entlassungsbrief.“HA3*

Die teilnehmenden FachärztInnen bemängeln, dass obwohl sie ZuweiserInnen sind, sie oft nicht den Entlassungsbrief erhalten und sie diesen extra anfordern müssen. Den Entlassungsbrief erhält oft nur der/die niedergelassene AllgemeinmedizinerIn.

*„...trotz Zuweisung nicht immer den Entlassungsbrief bekommen, sondern das der Patient am Ende gefragt wird, wer ist ihr Hausarzt und dann bekommt der Hausarzt den Befund und der Patient steht dann mit einem vorläufigen Entlassungsbrief und ich muss mir dann den selbst anfordern, obwohl ich Zuweiser bin.“ FA*

Weiters geben alle Interviewten an, dass es ein datenschutzrechtliches Problem darstellt, wenn medizinische Daten per Fax gesendet werden, dies aber in der Praxis noch recht häufig durchgeführt wird.

### **3.2.3.2 PatientInnen- und Angehörigeninteresse**

Bei der Frage, ob PatientInnen- bzw. Angehörige Entlassungsbriefe durchlesen, antworteten die befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, dass dies sehr stark von dem jeweiligen Interesse und den kognitiven Fähigkeiten abhängt. Manche erkundigen sich genau, fragen genau nach, wenn Fachausdrücke unklar sind, während andere PatientInnen wiederum kein Interesse zeigen, welche Informationen im Entlassungsbrief geschrieben wurden. Bei den Angehörigen kommt es auch darauf an, wie sehr sie in der Betreuung ihrer Angehörigen involviert sind.

*„Manche lesen jedes Wort und googlen und fragen nach und andere wiederum interessiert es nicht. Das ist unterschiedlich.“HA2*

*„Ich hab´ einzelne Fälle. Sie brauchen einen Verbandwechsel einen Tag später, weil jeder zweiter Tag, oder ist nur zum Duschen und kommst zwei Tage später zur Aufnahme und zur Betreuung, und dann lies ich immer den Entlassungsbrief durch und dann komme ich drauf, dass da Enoxaparin-Natrium zum Spritzen ist etc. und die nicht anscheinend informiert sind.“HKP2*

*„...relativ selten, dass ältere Menschen, Fragen zum Entlassungsbriefes des Vorkrankenhauses stellen,...es wird Verantwortung abgegeben an die Behandlung.“ REHA*

Ein Facharzt gab an, dass der Entlassungsbrief nur eine Information zwischen Arzt zu Arzt ist und keine PatientInneninformation darstellt.

*„Die Judikatur ist eine Information von Arzt zu Arzt, das ist keine PatientInneninformation, der entlassene Patient muss seinen Entlassungsbrief nicht lesen.“ FA*

### **3.2.3.3 Elektronische Gesundheitsakte**

Laut allen Teilnehmenden fragen PatientInnen generell nicht nach der elektronischen Gesundheitsakte nach und falls doch Unklarheiten diesbezüglich auftreten, geben die befragten Ärztinnen an, dass sie für diese Thematik keine Zeit haben.

*„Ich diskutier´ nicht darüber, ich habe nicht die Zeit oder den Willen. Wir haben es jetzt nicht und wir leben damit was wir haben. Ich diskutier´ das nicht, ich tue das dann, wenn es so weit ist.“HA2*

Sie gaben auch an, dass PatientInnen, die sich auskennen, sich abgemeldet haben und PatientInnen, die nicht Bescheid wissen, gehen davon aus, dass ihre gesundheitsrelevanten Daten automatisch auf dieser Karte abgespeichert werden.

*„... soll ja gefälligst nachschauen, was da drinnen steht im Computer.“ Erstens glauben sie, dass alles auf der E-Card drauf ist. ...die das nicht wollen, haben es eh schon abgemeldet.“HA3*

Die befragte Rehabilitationseinrichtung gab an, dass sie sich bemühen, den von ihnen verfassten Entlassungsbrief rechtzeitig in ELGA einzustellen, andererseits bemängeln sie, dass die Beschickung der Entlassungsbriefe in ELGA vom LKH-Univ. Klinikum Graz sehr lückenhaft funktioniert.

*„Wir nutzen ELGA aktiv und passiv, ...dass wir zum Zeitpunkt der Entlassung, den Entlassungsbrief in ELGA abspeichern. Passiv nutzen wir es, möchten wir es nutzen, aber das funktioniert leider sehr unvollständig, weil hier häufig der definitive Entlassungsbrief noch nicht in ELGA ist und wir den Kurzentlassungsbrief in Papierform bekommen.“ REHA*

### 3.2.3.4 Rezeptierungen

Die befragten ApothekerInnen gaben an, dass PatientInnen oft mit dem Entlassungsbrief zu ihnen kommen und dann die erforderliche Medikation expediert haben wollen. Manchmal kommen PatientInnen mit ausgestellten Kassenrezepten. Sie verstehen nicht, wieso manche Abteilungen dies können.

*„Manchmal sehe ich Kassenrezepte und manchmal von der gleichen Abteilung wieder nicht.“ APO2*

Wenn PatientInnen mit Entlassungsbriefen kommen, werden Medikamente trotzdem ausgehändigt, obwohl es nicht korrekt ist.

*„...ein Befund ist kein Rezept. ... von der Ärztekammer einmal kritisiert worden sind, weil wir was abgeben haben, d.h. für mich ist das, wenn also, wenn die Therapie oben steht, gebe ich es ab, aber es ist nicht richtig...“ APO2*

*„...oft sagen sie, dass da in der Apotheke sie die Medikamente bekommen, ohne den Hinweis darauf die Medikamente vorerst bezahlen müssen. Bei dem Kurzentlassungsbrief anerkennt keine Krankenkasse. Eine Privatrezepthabe kann ich für die PatientInnen expedieren, ...umso enttäuschter ist dann der Patient, wenn wir ihm sagen. „Das funktioniert so nicht ganz.““ APO*

Laut den befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen haben die ÄrztInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz keine Ahnung von der Verschreibung von Medikamenten außerhalb des Krankenhauses. ÄrztInnen am LKH-Univ. Klinikum Graz wissen nicht, was R1 oder R2 bedeutet, welche Medikamente die Kassen bewilligen oder den Unterschied zwischen Rezeptgebühr und rezeptpflichtig. Auch die befragten ApothekerInnen geben dies als Problem an. Weiters bemängeln sie, dass oft keine Packungsgröße, sondern nur die Anzahl der Einnahmetage bzw. -wochen aufscheint.

*„... manchmal sagen sie „Gentamicin Augentropfen bekommen sie eh in der Apotheke, das ist eh billiger“, vergessen dann vielleicht aufzuschreiben, ist aber ein Antibiotikum.“ APO2*

*„Manchmal schreiben sie auch keine Packungsgröße, sondern schreibt halt zum Beispiel Antibiotikum nur halt für 7 Tage oder was, sollen wir jetzt die 10 Stück oder die 14 Stück, mit 2x1 wird das jetzt bewilligt oder nicht...oder Enoxaparin-Natrium für 6 Wochen zum*

*Spritzen, wieviel kann man jetzt abgeben, werden 10 bewilligt, OP 1 ad 10 oder werden nur 5 bewilligt.“APO2*

*„Wir geben das auf Einsatz, auf Rezeptgebühr meistens ab und wenn das nicht ist, ist das meistens eine Herumtelefoniererei und das ist einfach ein bisserl blöd.“APO2*

Ein weiteres Problem, welches die befragten ApothekerInnen angaben, stellt das Ausgeben von Suchtgift dar. Wenn nur der Entlassungsbrief vorhanden ist, dann darf das Suchtgift nicht abgegeben werden, weil die Apotheke dabei eine Suchtgiftvignette braucht. ÄrztInnen können ein Notfallrezept ausstellen, mit dem die kleinste Packung von zehn Stück ausgegeben werden darf und somit die PatientInnen über ein paar Tage versorgt sind. Eine Apotheke merkte aber an, dass sie diese Packungsgröße nicht lagernd haben.

*„...wenn jemand entlassen wird, und sagt „das Hydromorphon-Hydrochlorid holen sie sich auch aus der Apotheke“, und der weiß nicht wohin am Wochenende vor lauter Schmerzen, dann ist das schon eine Zumutung.“APO2*

*„...oft Suchtgifte draufstehen, auf die diesen Privatrezepten, die kann ich so natürlich nicht hergeben, weil ich eine Suchtvignette brauche.“ APO*

Auch ist für Apotheken oft unklar, wenn die PatientInnen angeben von der Rezeptgebühr befreit zu sein. Nachprüfbar ist dies nur bei der zuständigen Krankenkasse, die wiederum begrenzte Öffnungszeiten hat. Da ist es eine Vertrauenssache PatientInnen zu glauben, da diese oft keinen Ausweis mit sich führen, um dies kontrollieren zu können. Wenn am nächsten Tag dann nachgefragt und dies verneint wird, hat die Apotheke eigentlich keine rechtlichen Möglichkeiten mehr, das Geld wieder einzufordern. Somit zahlt der Patient die Gebühr und bekommt sie dann rückerstattet.

*„...die Fachbereiche, die keine Rezepte ausstellen können oder nicht maschinell bedruckt ausstellen, stempeln die Rezepte auch nicht doppelt für die Rezeptgebührenbefreiung, teilweise haben sie die Aufforderung sie dürfen das nicht, weil sie es nicht überprüfen, weil sie die E-card nicht stecken. ...ich kann es nicht überprüfen, weil ich hab´ derzeit gar kein Gerät wo ich die E-Card stecken kann, um diese Daten auszulesen.“ APO*

*„...diese Rezeptgebührenbefreiung, das ist mehrmals am Tag, wir müssen dann bei der Kasse anrufen, ist der Patient jetzt befreit oder nicht, und das funktioniert eigentlich nur bis 13:30. Ab dann erreicht man schwer wen bei der Krankenkasse.“ APO*

Weiters merken die befragten Apotheken an, dass PatientInnen angeben, dass die benötigten Medikamente schon chefärztlich genehmigt wurden, es sich aber dann herausstellt, dass dies nicht so ist. Es wäre laut dessen die Aufgabe der ÄrztInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz, die chefärztliche Bewilligung einzuholen.

*„...die meisten Krankenkassen akzeptieren, dass wir chefärztliche Bewilligungen so noch einholen, normalerweise ist das ja Sache des Arztes, müsste auch das LKH-Univ. Klinikum Graz oben sich um chefärztliche Bewilligungen kümmern, machen sie zum Teil, nicht alle, aber wir als Apotheke probieren das für PatientInnen auch gleich zu erledigen, damit der noch nicht zusätzlich Wege hat.“ APO*

### **3.2.3.5 Originale vs. Generika**

Die befragten niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen gaben an, dass das LKH-Univ. Klinikum Graz immer Originalmedikamente verschreibt, welche ihrer Meinung nach meist die Teuersten sind. PatientInnen wollen diese Medikamente weiter verschrieben bekommen, die das LKH-Univ. Klinikum Graz verordnet hat. Das Problem dabei ist aber, dass gewisse Originale von der Krankenkasse nicht bezahlt werden.

PatientInnen zahlen einen Einsatz, wenn ein Rezept nicht vorhanden ist. Dann gehen diese zum/r niedergelassene AllgemeinmedizinerIn, und wollen für dieses Medikament ein Rezept ausgestellt haben. Die ÄrztInnen müssen dann die PatientInnen aufklären, dass eventuell nur die generische Variante, wie zum Beispiel vom Organisator von Clopidogrel oder Duloxetin, von der Krankenkasse übernommen werden. Viele PatientInnen verstehen das nicht. Außerdem sind PatientInnen der Meinung, dass Generika schlechter sind, als die Originale.

*„Das Problem, dass immer die Originalpräparate draufstehen. Die Apotheke geben die Originalpräparate, wir müssen Generika aufschreiben oder sind angehalten..., und dann ist die Forderung des PatientInnen nach dem Rezept, dass er so eingesetzt hat....wir müssen dann eine halbe Stunde diskutieren warum er nicht das Original bekommt.“HA2*

*„PatientInnen haben das Gefühl man bekommt nicht das ganz gleichwertige, es ist billiger.“ APO*

Die Apotheken geben dazu an, dass sie immer das ausgeben, was verordnet wurde. Meistens handelt es sich nicht um die Standardmedikamente, diese kosten nicht so viel, sondern um Neue, wie zum Beispiel neue Blutverdünner, die eben entsprechend teurer sind.

*„Es geht ja nicht um die Standardmedikation, ein Magenschutz und ein Diclofenac, es ist eh unter der Rezeptgebühr oder so. Das zahlen die meistens eh. Das Antibiotikum kostet auch nicht so viel, aber es gibt viel so eben diese neuen Blutverdünnungsmittel.“APO2*

Laut einer befragten niedergelassene Allgemeinmedizinerin, übersehen PatientInnen, dass im unteren Teil des Entlassungsbriefes der Satz steht, dass der weiterbehandelnde Arzt oder die Ärztin auch Generika verordnen kann.

### 3.2.4 Mündliche Informationen

Die Hauptkategorie „mündliche Informationen“ umfasst Aussagen, wie gut stationär entlassene PatientInnen vom LKH-Univ. Klinikum Graz über ihre Entlassungsbedingungen und der einzunehmenden Medikamente aufgeklärt sind. Weiters äußern sich die Teilnehmenden zu den Subkategorien Fragen der PatientInnen, Rückfragen niedergelassener Einrichtungen an das LKH-Univ. Klinikum Graz und Kommunikation mit PatientInnen.

#### 3.2.4.1 Aufklärung über den Entlassungsbrief

Laut allen teilnehmenden AllgemeinmedizinerInnen hängt es von den kognitiven Fähigkeiten der jeweiligen PatientInnen ab, wie gut die Aufnahme einer Information erfolgt. Sie geben auch an, dass manche PatientInnen berichten, dass sie nur den Entlassungsbrief in die Hand bekommen haben und nicht aufgeklärt worden sind. Ein Facharzt merkte an, dass einige PatientInnen nicht wissen, wer der nächste Ansprechpartner nach der Entlassung ist, dadurch kann es passieren, dass notwendige Kontrollen nicht eingehalten werden, was rechtlich ein Problem sein kann.

*„...wenn der Patient verloren geht, dann ist er wirklich verloren. Es ist ein rechtliches Problem, prinzipiell ist es rechtlich so, dass der Wegschickende den PatientInnen so aufgeklärt hat, dass es für einen durchschnittlich begabten normalen Menschen klar ist, wo er sich als nächstes hinwendet...rechtlich reicht schon nachzuweisen, dass dem PatientInnen so klar war, dass ein Irrtum unmöglich ist, und das gehört dokumentiert...“  
FA*

*„...eventueller Rechtsprechung, der hat das als Empfehlung genommen und nicht als Notwendigkeit, er muss schon wissen, warum er wo hingeht. Sozusagen „gehen Sie einmal zum Internisten, lassen Sie sich durchschauen“, ist nicht ausreichend, wenn ich einen Verdacht hab.“ FA*

Die befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung gab an, dass PatientInnen „eher nicht gut“ aufgeklärt werden. Besonders weitere Maßnahmen, wie Laborkontrollen oder zusätzliche Abklärungen bei den niedergelassenen FachärztInnen werden oft überhört. Auch die Selbsthilfegruppe machte die Erfahrung, dass Angehörige sich nicht gut aufgeklärt fühlen, was sie zu beachten haben oder welche Schritte als nächstes folgen und sie sich dadurch Hilfe aus dem Internet holen.

*„Nur die Zeit hat fast keiner, dass er die Angehörigen aufklärt, was damit gemeint ist. Was man beachten soll und wie es weitergeht.“ SHG*

#### **3.2.4.2 Fragen der PatientInnen**

Auf die Frage, bei welchen Themen PatientInnen Unklarheiten haben, antworteten einige niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, dass PatientInnen sich noch einmal erkundigen, welche Diagnosen sie jetzt wirklich haben, und was sie dabei beachten sollen. Weiters entstehen Fragen, warum sie welche Medikamente nehmen müssen, zu deren Notwendigkeit und wann sie weiterführende Untersuchungen durchführen lassen müssen. Dieses nochmalige Erklären kostet Zeit, welche bei niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen sehr rar ist.

*„...was heißt subkutan, wie schaut das aus. Was ist da zu tun, weil die meisten hören „spritzen selber“, und hören dann auf zum Nachfragen.“ HA3*

Die befragte Pflegeperson aus einem Pflegeheim gab an, dass es davon abhängt, wie gut der psychische Zustand der PatientInnen ist, hingegen gab eine Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung an, dass es oft Fragen zu Kontrollterminen gibt, wie zum Beispiel wann PatientInnen wieder zu Blutabnahmen oder Röntgen gehen sollen.

*„...Eher nicht, das liegt daran, aufgrund der hochgradige Demenz und sind meistens aus einer Generation, wo sie nicht viele Fragen stellen.“ PH*

#### **3.2.4.3 Mündliche Rückfragen der Stakeholder**

Alle befragten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gaben an, dass es Unklarheiten bezüglich der stationären Entlassung gibt, es primär um Medikamente geht. Sie geben dabei zu bedenken, dass die Rückfragen viel Zeit in Anspruch nehmen, da es schwer ist, die betroffene Person, die die Informationen geben kann, zu erreichen. Es stellt aber kein Problem dar, erforderliche Unterlagen zu bekommen. Die Anforderung erfolgt mit Unterschrift und wird dann per Fax gesendet.

*„Dosis, Höhe, wie man es einnimmt, auf einem Blatt steht 1x1 dann steht 2x1 und das hat der gleiche Arzt diktiert.“HA3*

*„Wir haben am Tag zwischen 160 und 200 PatientInnen. Da zu telefonieren von einem zum anderen. Es ist ja niemand zu erreichen der zuständig ist.“ HA2*

Die befragten Personen aus den Pflegebereichen gaben an, dass es aufgrund von Datenschutzbestimmungen es nicht mehr leicht ist, telefonische Auskunft zu bekommen. Auftretende Fragen betreffen die Themen Medikamente, Verbandswechsel und ob Pflegegeld, Heil- und Hilfsmittel schon angesucht worden sind.

*„Wir müssen das Verbandszeug schon vorher mitnehmen und dadurch müssen wir das vorher erfragen.“ HKP*

*„...dass jemand schon Diabetiker war und ins Krankenhaus gekommen ist und am Entlassungsbrief kein Insulin mehr oben steht. ...oder natürlich auch sind Heil- bzw. Hilfsmittel bestellt oder nicht.“ HKP2*

Eine befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung nimmt, nachdem die SozialarbeiterInnen Kontakt aufgenommen haben, nochmals selber das Gespräch mit der Pflege auf und lässt sich eine mündliche Übergabe über die betreffenden PatientInnen geben. Dies hat den Vorteil, dass dabei besser nachgefragt werden kann. Sonst bittet sie den Pflegeüberleitungsbogen per Fax zu senden.

Auch die befragten Apotheken gaben an, nur bei falschen Dosierungsangaben von verordneten Medikamenten, nachzufragen.

*„...also manchmal werden Dosierungen aufgeschrieben, die es gar nicht gibt.“ APO2*

#### **3.2.4.4 Medikationsaufklärung**

Alle befragten niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und Personen von Pflegeeinrichtungen gaben an, dass PatientInnen bezüglich Medikamenteneinnahme schlecht aufgeklärt sind. Viele wissen nicht, wieso sie ein Medikament nehmen müssen, welche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen diese besitzen. Eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin merkte an, dass dies häufig PatientInnen vom LKH-Univ. Klinikum Graz betrifft.

Eine Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung gab an, dass erfahrungsgemäß ein Drittel der PatientInnen nicht gut aufgeklärt sind. Weiters merkte sie auch an, dass nicht alle PatientInnen im Krankenhaus alle ihre eingenommenen Medikamente bekanntgeben und diese dann auch nicht auf dem Entlassungsbrief vermerkt sind. Dies hat zur Folge, dass PatientInnen ihre alten Medikamente zuhause weiternehmen und nicht nur die neu eingestellten.

*„Ich komme teilweise auch drauf, du gehst die Medikamente durch bei der Entlassung beim Entlassungsbrief, dann sagen sie, dass sie zuhause aber das andere genommen haben, das haben sie gar nicht im Krankenhaus angegeben. Da bleibt einem eh nichts anderes über als sofort zum Hausarzt...habe auch schon Entlassungen gehabt, wo wir nicht sofort hingekommen sind, dass sie mal die alten Medikamente genommen haben, die sie vor der Aufnahme im Krankenhaus....“HKP2*

Eine/r ApothekerIn und alle niedergelassene FachärztInnen machten die Erfahrung, dass PatientInnen generell gut aufgeklärt sind. Ein Facharzt merkte an, dass ÄrztInnen die ein Medikament verordnen oder weiterverordnen, sich vergewissern müssen, dass die PatientInnen aufgeklärt worden sind und verstanden haben, wieso sie dieses nehmen müssen. Sie haften dafür mit dessen Unterschrift.

*„Es passiert was, er bekommt eine Nebenwirkung von einem Medikament, die sei gravierend, dann ist der verordnete Arzt der das Medikament verordnet hat am Rezept, einmal in der Bringschuld nachzuweisen, dass der Patient irgendwo erfahren hat müssen, wie er es richtig nehmen muss und welche Nebenwirkung auftreten können, und da reicht sicher nicht aus, es steht am Entlassungsbrief.“ FA*

#### **3.2.4.5 Fehlende Kommunikation nach außen und innerhalb einer Einrichtung**

Auf Gründe, wieso Informationen zur PatientInnenentlassung fehlen, gaben Befragte der Pflege an, dass es zu wenig Vernetzung zwischen dem ärztlichen Personal, der Pflege und den SozialarbeiterInnen gibt. Die eine Berufsgruppe weiß nicht, was die andere Berufsgruppe organisiert oder bespricht.

*„Wenn der Patient sagt, dass er eigentlich niemand haben will, sondern das wirklich auch mit uns zu kommunizieren, weil dann kann ich denjenigen noch einmal anrufen, und noch einmal sagen, „ich kann nur zum Beratungsgespräch hinkommen“, und nicht, dass ich dann hinkomme und „was wollen sie da, komm eh allein zurecht“. Wenn vom Krankenhaus die Einschätzung, dass es sehr schwierig wird, wenn er es nicht annimmt, dass ich weiß, da muss ich die Sprengelsozialarbeiter einschalten oder die Pflegefachgruppe, dass die Informationen, dass ich wirklich weiß, kann ich das lassen so, wenn er sagt lehnt das ab.“HKP2*

*„...eine Dame mit einem Schambeinbruch da hat der Arzt, gelesen ist im Heim und in Endeffekt war es nur die Heimhilfe. Sie ist heimgekommen und wir haben sie postwendend zurückgeschickt, weil sie nichts allein können hat, da war ein Dokumentationsfehler, ...“HKP*

Die befragte Rehabilitationseinrichtung machte die Erfahrung, dass oft Informationen zu PatientInnen, die Träger von multiresistenten Keimen sind, fehlen. Dieser Umstand erfordert nämlich, dass besondere Hygienemaßnahmen zum Schutz weiterer Personen getroffen werden müssen. Wenn dies erst beim Aufnahmeprozess der nächsten Einrichtung in Erfahrung gebracht wird, kann es sein, dass viele andere Personen schon mit diesen PatientInnen in Kontakt gekommen sind. Die Übernahme solcher kann erst dann erfolgen, wenn die entsprechenden Vorbereitungen getroffen wurden, erst dann ist eine sichere Entlassung und Aufnahme gewährleistet.

Weiters merkte diese Rehabilitationsreinrichtung an, dass im Entlassungsbrief oft Informationen zum Verabreichungszeitpunkt der verordneten Medikamente fehlen, und deshalb oft Rückfragen entstehen.

*„Wenn wir also wissen, wurde das Enoxaparin-Natrium, also ein niedermolekulares Heparin in der Früh schon gespritzt oder nicht. Müssen wir es jetzt spritzen oder nicht.“  
REHA*

### 3.2.4.6 Gründe für die schlechte Kommunikation mit dem PatientInnen

Eine befragte niedergelassene Allgemeinmedizinerin gab an, dass ein Grund für den Informationsverlust zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen ist, dass PatientInnen oft mit einem Überfluss an Mitteilungen überfordert sind. Visiten, bei denen die Entlassungsbekanntmachung stattfindet, finden in den PatientInnenzimmern statt, nebenbei sind viele andere Personen (PatientInnen, StudentInnen, Pflegekräfte) anwesend. Auch eine befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung gab dies mit als Ursache an.

*„...ein Überangebot oder Überinformation, auf der anderen Seite fehlen uns oft Informationen, auf der anderen Seite sehen wir ältere Menschen und bei denen geht nicht mehr alles. ... da sind sie oft nervös und aufgeregt, „und wie geht das und das“, dass einfach nur bestimmte Informationen hängen bleiben.“ HKP*

Weiters gaben niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und auch die befragte Person einer Rehabilitationsklinik an, dass sich ÄrztInnen bei Entlassungsgesprächen dem Sprachniveau der PatientInnen anpassen müssen. Die benutzten Fachausdrücke bzw. Diagnosen sind für fachfremde Personen nicht nachvollziehbar und für ältere Menschen oft noch schwieriger zu verstehen.

*„in Stoa steirisch bitte, auf Lateinisch hilft nichts. Ich bin immer hochbegeistert, wenn meine lieben Kollegen auf Englischkursen schicken, weil mit dem fangen sie nichts an, wir brauchen Stoa steirisch.“ HA*

Ein paar TeilnehmerInnen aus jeder befragten Berufsgruppe gaben als Ursache auch an, dass besonders bei älteren PatientInnen Hör- und Sehprobleme auftreten.

Die Selbsthilfegruppe, die befragte Person der 24-Stunden-Pflege und das Pflegeheim merkten besonders an, dass es bei dementen PatientInnen besonders wichtig ist, Informationen zu dieser Diagnose weiterzugeben. Sie gaben an, dass viele Berufsgruppen im medizinischen Bereich nicht auf demente PatientInnen geschult sind. Diese PatientInnengruppe kann sich gar nicht oder nur teilweise an gegebene

Informationen erinnern. Weiters sehen diese PatientInnen in einem gewissen Stadium nicht ein, dass sie diese Diagnose erhalten haben. Deswegen sei es wichtig Angehörige oder möglichst nahe Vertrauenspersonen diese Informationen zu vermitteln.

*„Bei den Dementen ist das ganz schwierig, weil die das zwar kurzzeitig aufnehmen, aber nach ein paar Stunden wieder vergessen.“24-h Pflege*

Ein weiterer Grund, den niedergelassene FachärztInnen anmerken ist, dass es immer schwieriger wird, Zeit für PatientInnen aufzubringen, besonders bei multimorbiden PatientInnen geht aufgrund oft eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten alles langsamer, bei gleichzeitig komplexeren Therapien.

*„...einfach den Faktor Zeit, dass in einer Medizin wie sie hier und da gefordert wird in dem Sinne eine Fabrik sage ich, der multimorbide ältere Patient der braucht einfach draußen Zeit, die muss irgendwo herkommen und das wird draußen begrenzt honoriert.“  
FA*

### **3.2.5 Anregungen**

#### **3.2.5.1 Anregungen zur mündlichen Kommunikation/Aufklärung**

Diese Hauptkategorie enthält Aussagen zu Verbesserung der mündlichen und schriftlichen Kommunikation mit den PatientInnen und niedergelassene Einrichtungen, zur vorbereitenden Organisation, zusätzlichem Pflegebedarf und Kommunikation, um eine optimale und sichere Entlassung zu gewährleisten.

Alle befragten niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen gaben an, dass es ein Entlassungsgespräch geben soll, wo der gesamte Entlassungsbrief noch einmal in einer angepassten Sprache und Lautstärke mit den PatientInnen/Angehörigen besprochen wird und dabei Diagnosen erklärt und Fragen geklärt werden, um sicher zu gehen, dass PatientInnen und Angehörige alles verstehen. Jede/r PatientIn sollte dann wissen, welche weiteren Schritte geplant sind und wo er sich als nächstes hinwenden soll oder wer der nächste medizinische Ansprechpartner ist.

*„Dass man auf eine einfache Sprache zurückgeht, jetzt sage ich ganz was Böses, meine lieben Kollegen vom hohen Ross heruntersteigen, und sich einfach auf das Niveau des PatientInnen begeben. Ich frage die Leute immer was sind sie von Beruf, und ich versuche in ihrer Sprache und in ihren Symbolen zu sprechen. „Wenn ich ihren Bauch so aufgrabe wie sie da draußen den Kanal“, das versteht er. Aber wenn ich ihm eine gespitzte lateinische Formulierung setz dann fangt er gar nichts an, dann geht er nur in die Knie.“ HA*

*“Entlassungsgespräch wäre gut, dass wenn noch irgendwelche Fragen sind. ...man sollte sich überzeugt haben, dass er so ungefähr eine Ahnung hat wie es jetzt weitergeht...” HA3*

Ein weiteres Anliegen der TeilnehmerInnen ist eine gute Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und dem niedergelassene Bereich. Der Wunsch von den befragten niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und auch der befragten Rehabilitationseinrichtung ist, dass komplexe PatientInnen mündlich übergeben werden sollten. Besonders die interviewte Person einer Rehabilitationseinrichtung schlug in der Richtung vor, dass sie gerne mit dem LKH-Univ. Klinikum Graz ein trägerübergreifendes Entlassungsmanagement starten wollen.

*„...ein QM-Projekt Entlassungsmanagement auf die Beine stellen könnten. Mit einem optimalen Dokumentenaustausch, Vorinformation, aber auch möglicherweise ein Zeitfenster offen zu lassen, wo es auch mündliche direkte kompetente Rückfragenmöglichkeiten gibt.“ Reha*

Weiters merkte die interviewte Person einer Rehabilitationseinrichtung an, dass jede schriftliche Information nur eine Konzentration auf das Wesentliche ist. Diese geht mit einem Informationsverlust bezüglich Besonderheiten, Vorlieben, Ängsten, Herausforderungen oder Risiken der PatientInnen einher. Eine zusätzliche mündliche Übergabe, wie in einem Tumorboard für sehr komplexe Behandlungssituationen, würde die Verbesserung der weiteren Behandlungsplanung erhöhen.

*„Hohe Qualität wäre, wenn wir auch bei bestimmten PatientInnengruppen, wo wir wissen die haben ein besonderes hohes Risiko für Komplikationen, besonders hohes Risiko schließlich auch in ein Pflegeheim dann zu kommen, Stürze etc. Delirrisiko ...eine direkte PatientInnenübergabe auch mit andenken.“ Reha*

Eine Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung merkte an, dass sie gerne Bescheid wissen würde, falls PatientInnen eine weitere Betreuung durch diese Einrichtung nicht erwünschen, dass dies telefonisch weitergeben wird.

*„Es gut zu kommunizieren, „es wäre notwendig, aber Klientin ist nicht einverstanden“, da gehe ich einfach ganz anders ein.“ HKP2*

*„Ich glaub‘, dass generell das Zusammenspiel mit Angehörigen und Klienten, dem Krankenhaus und der Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung, das interdisziplinärer Absprechen auch unter den Berufsgruppen auch wichtig ist.“ HKP*

### **3.2.5.2 Anregung zur vorbereitenden Organisation**

Je ein/e TeilnehmerIn einer befragten Berufsgruppe, hatte die Anregung zur Mitgabe der Medikamente zumindest über das Wochenende, wenn eine Freitagsentlassung stattfindet und es keine Standardmedikamente sind, damit eine durchgehende Medikamentenversorgung stattfindet. Andernfalls gibt ein Großteil der Befragten an, dass das Rezept für die Medikamente, die neuverordnet werden, von dem für die Entlassung zuständige/n Ärztin oder Arzt ein Rezept ausgestellt wird oder eine Vorabinformation an die weiterführende Behandlungseinrichtung zu geben wird, um das entsprechende Medikament zu organisieren und bestellen zu können.

### **3.2.5.3 Anregungen zur Organisation bei zusätzlichen Pflegebedarf**

Eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin gab an, dass es ihrer Erfahrung nach viel zu wenig Organisation bei pflegebedürftigen PatientInnen gibt, deshalb der Wunsch, dass viel mehr darauf geachtet wird, sobald irgendwelche Anzeichen vorhanden sind, den Sozialarbeiter einzuschalten.

Die befragten Pflegepersonen der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung würden es sinnvoller finden, wenn das Entlassungsmanagement, den Teil der Pflege betreffend, eine diplomierte Fachperson übernimmt, da SozialarbeiterIn nicht die pflegerische Expertise aufweisen. Auch geht es ihrer Erfahrung nach mit einem Informationsverlust einher, da zwei Schnittstellen vorhanden sind.

*„Mir kommt vor, die Pflege hat sich ganz ausgenommen. Ich sage, ich habe mich ein Stückchen gewöhnt. Es ist halt so, aber ich find, aber find es nicht gut. Weil man anders nachfragt.“HKP2*

Von der Selbsthilfegruppe kam die Anmerkung, dass Angehörige sich oft wünschen, im Krankenhaus eine Anleitung für einfache pflegerische Techniken, wie Mobilisation aus dem Bett oder Körperpflege im Bett, gezeigt zu bekommen. Es wäre auch eine Hilfe, wenn sich vor Entlassungen von pflegebedürftigen PatientInnen jemand die Wohnsituation ansieht, um entsprechende Maßnahmen, wie Heil- und Hilfsmittelbestellung, zu setzen.

Auch vom befragten Pflegeheim kam die Anregung, dass wenn Heil- und Hilfsmittel benötigt werden, dies ein paar Tage vorher bekannt gegeben werden soll, um diese rechtzeitig zu bestellen, falls das LKH-Univ. Klinikum Graz dies nicht schon in die Wege geleitet hat.

Eine weitere Anregung der befragten Selbsthilfegruppe wäre, dass bei frisch gestellter Diagnose Demenz auf spezielle AllgemeinmedizinerInnen bzw. FachärztInnen verwiesen wird, die mit der Diagnose mehr vertraut sind.

Eine Möglichkeit, die Entlassung von PatientInnen mit Pflegebedarf so angenehm wie möglich zu gestalten, könnte das Kennenlernen im Vorfeld auf der Station sein, damit der Entlassungsprozess bereits von dort aus begleitet werden kann. Dies wäre für eine befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung wünschenswert, aber aufgrund fehlender finanzieller und zeitlicher Ressourcen nicht machbar. Die befragte Person der 24-Stunden-Pflege ist bei PatientInnenentlassungen immer dabei. Sie findet, dass Entlassungen dadurch viel ruhiger ablaufen, da hier eine gewisse Vertrauensbasis aufgebaut wurde. Dies setzt aber voraus, dass mit dem zu betreuenden PatientInnen und dessen Angehörigen schon Kontakt aufgenommen wurde.

*„Ich persönlich fahre immer ins Krankenhaus, dass ich den PatientInnen vorher kennenlerne, dass ich ein Vertrauen aufbauen kann, und natürlich die Angehörige im Boot habe, dann ist eine Entlassung, ist das wirklich ruhiger.... Es ist leider bei den*

*Pflegeinstitutionen viel zu wenig, dass sie irgendjemand im Case und Care Management angestellt haben, der sich genau um diese Dinge kümmert.“ 24-h Pflege*

#### **3.2.5.4 Anregungen zur schriftlichen Dokumentation**

Eine befragte niedergelassene Allgemeinmedizinerin äußerte den Wunsch, dass der Entlassungsbrief elektronisch über ein Datennetzwerk übermittelt werden soll. Dies würde eine Erleichterung zeitlicher Hinsicht bedeuten, da das Einscannen des Entlassungsbriefes entfällt.

Die befragte Person einer Rehabilitationseinrichtung gab an, dass der genaue Zeitpunkt der Verabreichung von bestimmten Medikamenten dokumentiert werden soll. Weiters wünschen sie sich, dass es eine Dokumentation von Belastbarkeitseinschränkungen seitens der Physiotherapie gibt und eine Information, welche physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt worden sind. Auch sollte bei Kontrollterminen dabeistehen, was bei diesem Termin vorgesehen ist, dies sei für die PatientInnen wichtig.

*„Welche Medikamente zu welchem Zeitpunkte verabreicht werden müssen, bzw. nach einer Operation ein Belastungsverbot einer Extremität habe, wenn wir diese Info nicht bekommen oder zu spät bekommen, dann kann es sein, dass unsere Physiotherapie bereits mit den Tätigkeiten begonnen hat, die sie eigentlich gar nicht dürfte...“Reha*

Ein Facharzt merkt an, dass im Entlassungsbrief vermerkt werden soll, wann der nächste Kontrolltermin wahrzunehmen ist, damit PatientInnen sich rechtzeitig um einen Termin im niedergelasse Bereich kümmern können.

*„... die Formulierung bzgl. der Dringlichkeit der Kontrolle, weil wir haben hier und da PatientInnen die dann sozusagen, vor der Tür stehen und unbedingt, weil sie entlassen worden sind drankommen müssen, wo ich dann sage, der könnte in sechs oder acht Wochen oder in drei Monate einen Termin haben, wenn man dem vielleicht sagt, schauen sie dann in den nächsten Monaten oder in den nächsten Wochen, bei ihrem Facharzt vorbei.“FA*

Eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin hätte gerne den telefonischen Kontakt der/des zuständigen SozialarbeiterIn dokumentiert, um für etwaige Rückfragen Informationen geben zu können.

Beide befragten ApothekerInnen gaben an, dass es eine zeitliche Erleichterung wäre, wenn auf einem chefärztlich bewilligten Rezept Stempel und Bewilligungsnummer vermerkt sind.

Eine befragte Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung würde sich wünschen Pflegeberichte, besonders wegen der Wundversorgung, ein paar Tage vorher elektronisch zugesendet zu bekommen. Weiters wäre gut, wenn eventuell bestellte Heilbehelfe oder das angesuchte Pflegegeld dokumentiert werden, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

*„... was ist organisiert, was ist angesucht, dass ich weiterarbeiten kann.“HKP2*

Auf die Frage, ob es einen eigenen PatientInnenbrief geben sollte, beantwortete eine Pflegeperson der mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtung, dass es eine schriftliche Information sein soll, die in einer einfachen Sprache geschrieben werden muss, damit die PatientInnen Bescheid wissen, wer der nächste Ansprechpartner ist. Auch ein Facharzt gab an, dass eine schriftliche Information speziell für die PatientInnen eine Erleichterung in der Kommunikation wäre, damit die weiterbehandelnden ÄrztInnen wissen, auf welcher sprachlichen Ebene die PatientInnen aufgeklärt wurden. Auch eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin würde das befürworten, hingegen die befragte Rehabilitationseinrichtung und ein anderer Facharzt dies für zu aufwendig und umfangreich halten.

*„Die wesentliche Dinge kurz zusammenfassen, das und das sind die nächsten Schritte, die Idee ist gut.“ HKP2*

*„...nicht für sinnvoll, das halte ich für zu viel Aufwand.“ FA*

### **3.2.6 Generelle Probleme mit der Polymedikation**

Bei vielen befragten TeilnehmerInnen kam das Thema Polymedikation auf. Oft werden PatientInnen mit vielen verschriebenen Medikamenten entlassen. Eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin merkte an, dass eine Reduktion dieser bereits im Krankenhaus eine Erleichterung für den niedergelassenen Bereich wäre. Positiv wird das Medikationsmanagement von anderen Krankenhäusern wie dem AKH Wien erwähnt.

Dort arbeiten klinische Pharmazeuten gemeinsam mit Ärzten am Medikationsmanagement.

*„Wenn 20 Medikamente aufgeschrieben werden, die vom Assistenten aufgeschrieben werden, die State of the Art für die eine Sache ausgeschrieben werden, aber in Kombination eine Katastrophe sind und beim 80-jährigen mit Niereninsuffizienz vielleicht doch nicht so gescheit.“HA3*

*„Übermedikation ganz eindeutig. Gibt es auch Modelle wo die Pharmazeuten mit der Entlassung das gemeinsam machen. Passiert bei uns nicht. Das ist super im AKH Wien dort. Bei uns passiert es nicht.“HA2*

*„Ein sehr heikles Thema und ich glaub schon, dass gerade auf der Klinik die Zusammenarbeit und den verschreibenden Ärzten und ein klinischer Pharmazeut viel bewegen kann.“ APO*

## 4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Erfahrungen anhand der Hauptkategorien von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, ApothekerInnen, Personen von mobilen und stationären Pflegeeinrichtungen über verschiedene fördernde und hinderliche Faktoren, die eine patientenorientierte Versorgung im Krankenhausentlassungsverfahren beeinflussen, zusammengefasst, mit aktueller Literatur verglichen und diskutiert.

Die Organisation zur Entlassung der stationären PatientInnen ist laut den Befragten, hinsichtlich der Einschätzung, ob ein Pflegebedarf durch weitere gesundheitsdienstliche Einrichtungen besteht oder auch die Einschätzung des aktuellen Pflegebedarfs, nicht zufriedenstellend. Laut dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009) sollte ein initiales Assessment bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus vorgesehen werden, um dabei rechtzeitig eine erste grobe Einschätzung eines gezielten Entlassungsmanagements zu erfassen. Das Assessment sollte in den Kriterien sensitiv und nicht zeitintensiv in der Anwendung sein (Wingenfeld 2011). Auch die Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfiehlt, dass PatientInnen ein Risikoassessment, um den poststationären Unterstützungsbedarf einschätzen zu können, mittels Risikoassessment-Instrumenten, wie den BRASS-Index (Blaylock Risk Assessment Screening) durchführen sollten (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Ein paar Teilnehmende gaben an, dass das Entlassungsmanagement im LKH-Univ. Klinikum Graz von SozialarbeiterInnen durchgeführt wird, fänden es aber besser, wenn dies von einer diplomierten Pflegeperson durchgeführt würde, da diese eine andere Expertise aufweist und hier eine professionelle Schnittstelle entstünde. In der Literatur ist eine Gegenüberstellung zwischen diesen beiden Berufsgruppen bzgl. des Entlassungsmanagements nicht beschrieben. Lediglich Dettmer (2010) merkt an, dass die Überleitung von stationärer in den ambulanten Bereich, immer unter Berücksichtigung sozialer Faktoren, Aufgabe der SozialarbeiterInnen ist. Es wurden fachfremde Dienstleistungen als Entlastung von anderen Berufsgruppen übernommen, obwohl dies ihre Zuständigkeiten überschreitet. Die Pflegewissenschaft entwickelte

dazu Modelle zur verbesserten und strukturierten Entlassung. Dettmar (2010) sieht nur eine Zusammenarbeit beider Professionen als zielführend an.

Durch die Befragungen zeigt sich, dass entlassene PatientInnen einen zusätzlichen Bedarf an Informationen zu weiteren pflegerischen Betreuungsmöglichkeiten und Pflegegeld benötigen, um einen besseren Überblick zu bekommen. Dies könnte durch Informationsbroschüren geschehen, die in einer einfachen und verständlichen Sprache geschrieben sind. Idealerweise regen diese Broschüren die PatientInnen zum Nachdenken an und es entstehen dadurch weitere Fragen über das jeweilige Thema (Papadakos et al. 2014, Charvet-Berard et al. 2008, Wizowski et al. 2008, Mahadevan 2013 zit. nach Schoberer et al. 2016).

Laut den Teilnehmenden besteht der Wunsch von Angehörigen eine Anleitung von Pflegetechniken im Krankenhaus gezeigt zu bekommen. In Österreich werden 53 % der pflegebedürftigen Personen durch Angehörige im häuslichen Umfeld versorgt (BMASK 2011). Eine Erleichterung zuhause im Alltag könnte eine adäquate Einschulung in ergonomisches Arbeiten bringen. Dadurch könnte sich die körperliche Belastungssituation der pflegenden Angehörigen vermindern. Während in der Literatur einiges in Bezug auf die psychische Belastung pflegender Angehöriger zu finden ist, wird auf die körperliche Belastung von Angehörigen kaum eingegangen. Eine Studie von Pinguart et al. 2007 zeigt, dass psychischer Stress auch zu physischen Einschränkungen führen kann. Weiters merkt die Studie an, dass körperliche Belastungen sich auch in Depressionen äußern können.

Probleme treten größtenteils auch bei der Organisation des PatientInnentransportes, der Heilbehelfe, der Informationsweitergabe für etwaige Isolationsmaßnahmen oder für weiterführende rehabilitative Maßnahmen aufgrund von Funktionseinschränkungen, auf. Eine optimale PatientInnenversorgung gelingt nur, wenn Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilungen klar zugewiesen sind. Durch zunehmende Arbeitsteilung, Differenzierung, Spezialisierung und der separierten Versorgungsstruktur werden zahlreiche Schnittstellen hervorgerufen. Diese schaffen wiederum Informations- und Koordinationsdefizite zu Lasten der Effektivität und Effizienz der Weiterversorgung der stationär entlassenen PatientInnen. Darum ist es wichtig, dieser differenzierten

Arbeitsform gemeinsame Ziele und Aufgaben zuzuführen (Müller, K. 2010). Dies gelingt, indem Prozesse und Zuständigkeiten geklärt und Kommunikations- und Informationswege definiert werden, um Verbindlichkeiten und Transparenz zu gewinnen (Winkler 2010).

Einige Pflegende aus dem extramuralen Bereich merkten an, dass ein Vorabkennlernen der zu übernehmenden PatientInnen, zu einer optimalen Übernahme führen könnte. Kasper et al. 2010 sieht als sehr empfehlenswert an, den zukünftigen Kunden vor der bestehenden Übernahme kennenzulernen. Bei diesem Vorabkennlernen können Abmachungen getroffen und ein Bild der Versorgungssituation gemacht werden, um eine patientInnenorientierte Krankenhausentlassung zu ermöglichen. Allerdings erfordert dies mehr Zeit und dadurch mehr Personal, was wiederum eine Kostenfrage darstellt.

Laut den Befragten würde die Medikamentenmitgabe für den aktuellen Tag an entlassenen PatientInnen eventuelle kurzzeitige Versorgungsprobleme lösen. Ein Lösungsvorschlag der Befragten wäre, für verordnete Medikamente, die nicht Standard sind, eine Vorabinformation an die weiterführende Behandlungseinrichtung zu geben. Eine Studie von Adam et al. 2015 bestätigt, dass niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen eine frühe (elektronische) Übermittlung der Entlassungsmedikation wünschen, um die kontinuierliche medikamentöse Versorgung zu gewährleisten. Auch in der Studie von Roth-Isigkeit et al. 2005 sehen 83 % den Bedarf für eine medikamentöse Vorabinformation ihrer entlassenen PatientInnen.

PatientInnen erhalten, laut den Befragten, bei erfolgter Entlassung aus dem Krankenhaus den Kurzentlassungsbrief, die Aufenthaltsbestätigung und eventuell bei Bedarf, den Pflegebericht. Laut dem steiermärkischen Krankenanstaltsgesetz §70 Abs. 2 müssen PatientInnen einen Entlassungsschein und einen Entlassungsbrief erhalten, welcher Informationen und Anordnungen für weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Behandlungen enthält, um die Betreuungskontinuität aufrecht zu erhalten. Kritik kam von den niedergelassenen FachärztInnen, dass sie, obwohl sie ZuweiserInnen sind, den Entlassungsbrief nicht erhalten und diesen dann nochmals anfordern müssen. Laut dem Steiermärkischen

Krankenanstaltsgesetz § 70 Abs. 2 ist der Entlassungsbrief, falls die PatientInnen dem nicht widersprechen, den einweisenden oder weiterbehandelnden ÄrztInnen und, wenn Bedarf besteht, den Gesundheitsberufen, zur Verfügung zu stellen.

Ein Facharzt merkt an, dass er oft nachkommende nicht seinem Fachgebiet betreffende Befunde erhält, welche ÄrztInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz angeordnet haben. Das StKAG §36 Abs. 2a sieht vor, dass noch ausstehende Befunde unverzüglich nachgereicht werden sollen. Weisen diese auf eine schwere oder bösartige Erkrankung hin, müssen die betroffenen entlassenen PatientInnen in einer Befundbesprechung von den anordnenden ÄrztInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz darüber aufgeklärt werden. Die Nachreichung und Befundbesprechung sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Laut den Aussagen der Befragten sind Informationsübermittlungen bzw. Anforderungen von fehlenden sensiblen medizinischen Daten per Fax oder E-Mail rechtlich nicht erlaubt. Dies ist aber gemäß Gesundheitstelematikgesetz § 27 Abs. 12 unter gewissen Bedingungen möglich. So dürfen Gesundheitsdaten per Fax oder Postweg gesendet werden, wenn die Prüfung der Identität und Rollen gegenseitig bestätigt ist. Weitere Voraussetzungen sind, dass Faxanschlüsse vor unbefugten Gebrauch und Zugang geschützt, Rufnummern immer auf den aktuellen Stand hin geprüft, automatische Weiterleitungen und die Fernwartung deaktiviert sind und die vom Gerät unterstützten Sicherheitsfunktionen genutzt werden. Hingegen dürfen Befunde per E-Mail, gemäß Gesundheitstelematikgesetz §6 aufgrund des fehlenden Schutzes der Integrität der Daten, nicht versendet werden.

Wie aus der Befragung ersichtlich, besteht bei den PatientInnen hinsichtlich der elektronischen Gesundheitsakte noch reichlich Aufklärungsbedarf. Daraus lässt sich ableiten, dass diese Aufklärung aufgrund von Zeitmangel nicht von Seiten der AllgemeinmedizinerInnen geschehen kann. Entlassungsbriefe werden nicht immer rechtzeitig in ELGA gestellt. Eine qualitativ hochwertige poststationäre Versorgung kann nur dann erfolgen, wenn alle Informationen rechtzeitig bei der weiterbehandelnden Stelle eingetroffen sind. Dies wird nur durch realer und rechtzeitiger Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte möglich.

Laut den Befragten verschreibt das LKH-Univ. Klinikum Graz vermehrt Originalpräparate, was unter Umständen zu Problemen mit der Kostenübernahme der Krankenkassen führen kann. Hier sieht das steiermärkische Krankenanstaltsgesetz §70 Abs. 2 vor, dass Medikamentenempfehlungen auf dem Entlassungsbrief gemäß dem herausgegebenen Erstattungskodex des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu beachten sind. Eine Studie von Roth-Isigkeit et al. 2005 zeigt, dass in 82 % der Kurzentlassungsbriefe und in endgültigen 65 % der Entlassungsbriefe nur Originalpräparate angeführt sind. Auch gaben 97 % der in der Studie befragten HausärztInnen an, darauffolgend die generische Variante zu verschreiben.

ApothekerInnen berichten, dass entlassene PatientInnen aus dem LKH-Univ. Klinikum Graz häufig mit dem Entlassungsbrief zu ihnen kommen, um die verschriebenen Medikamente einzulösen. Eine Abgabe von verordneten Medikamenten ohne Rezept ist laut Rezeptpflichtgesetz §4 Abs. 6 eigentlich nur in besonderen Notfällen erlaubt. Dabei darf nur die kleinste Packung eines im Handel erhältlichen Medikamentes ausgegeben werden. Dies erklärt die Aussage der HausärztInnen, warum stationär entlassene PatientInnen die kleinsten Packungen erhalten. Suchtgifte dürfen gemäß Suchtmittelverordnung §18 Abs. 2 nur mit Rezept und Suchgiftvignette ausgegeben werden. Falls keine Vignette vorhanden ist, darf nur bei Gefahr für das Leben der PatientInnen ein Notfallrezept durch den Arzt ausgestellt werden, wobei hier auch nur die kleinste Packung ausgegeben werden darf.

Aus den Gesprächen lässt sich ableiten, dass ein geplantes Entlassungsgespräch, bei dem eine umfangreiche Informationsweitergabe an die entlassenen PatientInnen oder Angehörigen stattfindet und etwaige Fragen geklärt werden, wünschenswert ist. Dies wird mit der Studie von Shoeb et al. 2012 bestätigt. Die in der genannten Studie befragten PatientInnen legten zu 64,5 % einen großen Wert auf eine persönliche, mündliche Entlassungsinformation. Als relevante Informationen galten für alle der Zeitpunkt des nächsten Arztbesuches und ihr gesundheitlicher Zustand. Dieses Entlassungsgespräch sollte laut Empfehlungen der BQLL spätestens einen Tag vor der

geplanten Entlassung geführt werden. Weiters dient dieses Gespräch zur Überprüfung und Bestätigung der weiterführenden Schritte (Gesundheit Österreich GmbH 2012).

Laut den Befragten hängt es vom Interesse und den kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten der entlassenen PatientInnen ab, wie sehr mündliche Informationen aufgenommen und weitergeben werden. Die ältere und noch immer aktuelle Studie von Calkins et al. 1997 zeigt, dass ÄrztInnen der Meinung waren, dass 89 % ihrer aufgeklärten entlassenen PatientInnen über ihre verordnete Medikation Bescheid wissen, im Gegensatz zu 57 % der in dieser Studie befragten PatientInnen. Als weitere Grund für eine schlechte Kommunikation werden Hör- und Sehprobleme und der Zeitdruck genannt, welche in der qualitativen Studie von Hansen et al. 2015 bestätigt werden.

Verbesserungspotentiale gibt es auch in der Kommunikation zwischen der stationären und der weiterbehandelnden Einrichtung. Besonders bei komplexen Behandlungssituationen ist eine direkte Informationsweitergabe zwischen Entlassungs- und Aufnahmeeinrichtung förderlich, um die Sicherheit und Qualität der Übergabe zu gewährleisten. Auch die befragten PatientInnen in der Studie von Shoeb et al. 2012 finden eine persönliche Kontaktaufnahme zwischen den stationären und poststationären Einrichtungen für extrem wichtig und essentiell.

Dieser direkte Kontakt für etwaige Rückfragen wird auch von den Befragten niedergelassene Einrichtungen als eine Erleichterung gesehen. Hier besteht aber bei den Befragten auch die Meinung, dass es nicht erlaubt sei, telefonische Auskunft zu geben. Eine telefonische Auskunft darf laut Gesundheitstelematikgesetz §27 Abs. 10 nur unter den Bedingungen gegeben werden, wenn vor der ersten Kontaktaufnahme Datum und Art der Kontaktaufnahme, vollständiger Name und Rolle der Beteiligten, Erreichbarkeit (auf Aktualität laufend prüfen) und Name der natürlichen Personen erhoben wurde. Parallelen dazu werden auch in der Studie von Roth-Isigkeit et al. 2005 beschrieben. So gaben 54 % der AllgemeinmedizinerInnen an, einen telefonischen Kontakt zu wünschen, falls Fragen zu der betreffenden Medikation auftreten.

Laut Kasper et al. 2010 beschränken sich, wie auch in dieser durchgeführten Studie, die Informationen auf den Kurzentlassungsbrief bzw. den endgültigen Entlassungsbrief. Zur

Verbesserung der Krankenhausentlassung sollten die niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen bei komplexen Entlassungssituationen hinzugezogen werden, da diese über das Wissen der Alltagsversorgung der PatientInnen Bescheid wissen. Um eine gelungene Kommunikation zur Verbesserung der poststationären Versorgung herzustellen, wird die telefonische Kommunikation mit einer Kontaktadresse und standardisierte Dokumente zwischen Allgemeinmediziner/In und Krankenhaus in dieser Literatur genannt.

Obwohl nicht Gegenstand der Untersuchung, wurde von vielen Befragten das Thema Polymedikation angesprochen. Unter Polymedikation wird laut Definition der WHO, als eine gleichzeitige Einnahme von mehr als fünf Medikamente verstanden (WHO 2015). Laut Masnoon et al. 2017 ist ein Einsatz von mehreren Medikamenten mit negativen Auswirkungen einschließlich Sterblichkeit, Stürze, Wechselwirkungen mit Arzneimitteln, erhöhte Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahmen in das Krankenhaus nach der Entlassung assoziiert und nimmt mit steigender Medikamentenanzahl zu.

Der Wunsch der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, dass eine kontrollierte Reduktion der Medikamente schon während dem stationären Aufenthalt stattfindet, würde die PatientInnensicherheit erhöhen, da dies besser überwachbar wäre. Hierbei wurde von ihnen auch der Einsatz von klinischen Pharmazeuten erwähnt. Klinische Pharmazie optimiert unter anderem die Arzneimitteltherapie der PatientInnen und ist dadurch ein wichtiger Partner bei der Verbesserung der PatientInnensicherheit (Österreichische Apothekerkammer 2018). Ein Einsatz von klinischen Pharmazeuten könnte, wie in der Studie von Somer et al. 2013, eine große Anzahl von Medikationsproblemen identifizieren.

Auch eine Meta-Analyse von Mekonnen et al. 2016 zeigte, dass der Einsatz von klinischen Pharmazeuten eine signifikante Reduktion bei medikamentösen Abweichungen der entlassenen PatientInnen bei einzelnen Versorgungsübergängen (Aufnahme oder Entlassung) bewirkt und dadurch zu einer Erhöhung der PatientInnensicherheit bei Versorgungsübergängen führt.

Eine qualitative Studie von Vinterflod et al. 2018 bestätigt, dass ÄrztInnen im stationären Bereich mit der Zusammenarbeit mit den klinischen Pharmazeuten sehr zufrieden waren. Dadurch ergab sich für sie Möglichkeit mehr über die pharmakologische Behandlung zu erfahren und dadurch PatientInnen Outcomes zu verbessern.

## 4.1 Stärken und Schwächen

Um eine bessere Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens sicherzustellen, wurde nach der 32-Item umfassende Checkliste „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)“ vorgegangen (siehe Anhang 2: Coreq-Checkliste) (Tong et al. 2007).

Ein standardisierter Fragebogen ist laut Döring & Bortz 2016 besonders gut geeignet, um soziodemografische Daten und Daten des subjektiven Erlebens effizient zu erfassen. Der Nachteil liegt darin, dass umfangreiche komplexe Antworten und Rückfragen nicht möglich sind. Dies wird durch den zweiten Teil der Erhebung mittels eines halbstrukturierten Fragebogens ausgeglichen.

Laut Polit & Beck 2016 wäre ein Qualitätskriterium bei qualitativen Arbeiten, dass den Teilnehmenden die transkribierten Ergebnisse ein weiteres Mal vorgelegt werden. Dies wurde aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt, jedoch wurde mit zwei Mitstudentinnen das Kategoriensystem diskutiert und danach überarbeitet. Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass keine Feldnotizen während des Interviews gemacht wurden.

## 5 Schlussfolgerung

Die Erfahrungen, und somit die Beantwortung der Forschungsfrage, der Teilnehmenden zeigen, dass es Bedürfnisse der Stakeholder bezüglich der entlassenen PatientInnen gibt, die noch nicht umgesetzt sind. Dies geht zur Lasten der Qualität der Betreuungskontinuität und hat möglicherweise Auswirkungen auf die PatientInnensicherheit.

In dieser Studie wird auch ersichtlich, dass viele Berufsgruppen interdisziplinär zusammenarbeiten, aber die Verantwortung bzw. Zuständigkeiten für die Entlassung der PatientInnen nicht genau definiert sind. Um ein sicheres Entlassungsmanagement zu gewährleisten, braucht es Zeit und richtige Planung. Dies inkludiert, dass schriftliche Informationen zur richtigen Zeit, an die richtige Person, übermittelt werden. Aber nicht nur die Verbesserung des Schnittstellenmanagement, wird als Verbesserungspotential gesehen, sondern auch in der direkten Kommunikation mit den PatientInnen und Angehörigen. So besteht der Wunsch der Teilnehmenden an ein zeitlich ungebundenes, gut strukturiertes und rechtzeitig geplantes Entlassungsgespräch in einer angepassten Sprache, um wichtige Entlassungsinformationen zu übermitteln, welche für eine patientInnenzentrierte Entlassung bedeutend sein sollte.

In Hinsicht auf die älter werdende Bevölkerung und kürzerer stationärer Verweildauer, ist somit ein standardisiertes Vorgehen für die Identifikation, Planung, Durchführung und Evaluation von Entlassungen notwendig, um eine optimale stationäre Entlassung sicherzustellen. Aufnahme- und Entlassungsmodelle, wie unter anderem in der Bundesqualitätsleitlinie beschrieben, liefern dabei einen brauchbaren Ansatz zur Umsetzung.

## 5.1 Implikationen für die Forschung

Durch diese Arbeit konnten viele weitere zukünftige Forschungsthemen zum Thema Krankenhausentlassung identifiziert werden. Erhebungen zum aktuellen Entlassungsmanagement im stationären Bereich, zum Beispiel, welche Informationsmaterialien und Assessmentinstrumente verwendet werden, Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements und Wirksamkeit von PatientInnenaufklärungsgesprächen mit den zugehörigen Medikamenten- und Entlassungsinformationen sollten durchgeführt werden und dann dem Ergebnis nach den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst werden. Ein weiteres Forschungsthema wäre, wie gut PatientInnen wirklich über die elektronische Gesundheitsakte Bescheid wissen, um dann gezielt Maßnahmen zu setzen, um das Wissen zu erweitern.

## 5.2 Implikationen für die Praxis

Für die Praxis zeigt sich, dass eine Implementierung eines Entlassungsmodelles sowie eines Assessmentinstrumentes, welches den Bedarf des poststationären Versorgungsbedarfes einschätzt, für ein gelungenes Entlassungsmanagements notwendig ist. Weiters wäre es hilfreich, eine Prozessdefinition zu gestalten, welche organisatorische Angelegenheiten, wie rechtzeitige Heilbehelfs- und Hilfsmittelbestellung und die Transportorganisation geregelt sind und die über die Grenzen des Krankenhauses hinausgehen.

Weiters sollten, wie in der Bundesqualitätslinie (Gesundheit Österreich GmbH 2012), empfohlen, geplante Entlassungsgespräche in entsprechenden Räumlichkeiten, mindestens einen Tag vor der stationären Entlassung, eingeführt werden. Hierbei können PatientInnen, und bei Bedarf deren Angehörige, in Ruhe aufgeklärt werden und aufkommende Fragen beantwortet werden.

Zur Optimierung der mündlichen Kommunikation zwischen dem LKH-Univ. Klinikum Graz und den poststationären Einrichtungen, sollte ein konkreter telefonischer Kontakt, für etwaige Rückfragen der niedergelassene Einrichtungen auf den entsprechenden Entlassungsbrief vermerkt werden, um bei Bedarf fehlende Informationen zu erfragen.

## 6 Literaturverzeichnis

Adam, H., Niebling, W. & Schott, G.(2015): Die Informationen zur Arzneimitteltherapie im Arztbrief: Was erwarten Hausärzte?, In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2015; 140(08): 74 – 79

Bortz, J., Döring N. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Österreichische Pflegevorsorgebericht, <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=220> [20.02.2018]

Burns, N., Grove, S.K. and Gray, J.R. (2009): The Practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th Edition, Philadelphia: Elsevier Saunders.

Calkins, D., Davis R., Reiley P.: Patient-Physician Communication at Hospital Discharge and Patients' Understanding of the Postdischarge Treatment Plan. In: Arch Intern Med. 1997;157(9): p.1026–1030.

Dettmer, St. (2010): Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession, in: Brinkmann, V. (Hrsg.). Case Management : Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)(2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandard s/Entlassungsmanagement\\_in\\_der\\_Pflege/Entlassung\\_Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandard_s/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_Akt_Auszug.pdf) [14.03.218]

ELGA GmbH (2018): Elga im Überblick, <https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/elga-im-ueberblick/index.html> [10.04.2018]

Ewers M.: Case Management in Theorie und Praxis (Hrsg.)(2000). Bern: Hans Huber Verlag.

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (2012): Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement, [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll\\_aufnahme\\_entlassungsmanagement\\_2012.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf) [20.02.2018]

Hansen H., Pohontsch N., Van Den Bussche H., Scherer M., Schäfer (2015): Reasons for disagreement regarding illnesses between older patients with multimorbidity and their GPs – a qualitative study. In: BMC Family Practice, Vol. 16(1), S.68.

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach 2014. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. BMC health services research, 14:389.

Kasper, K. (2010): Entlassungsmanagement aus der Sicht der nachsorgenden Institutionen, in Wiedenhöfer, D., Eckl, B., Heller, R., Frick, U. (Hrsg), Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimiere, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Lindpaintner, L., Gasser, J., Schramm, M., Cina-Tschumi, B., Müller, B., Beer, J. (2013). Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. European Journal of Internal Medicine, 24(8), S.756–762.

Müller, Karl (2010): Neue Modelle integrierter Versorgung, in Wiedenhöfer, D., Eckl, B., Heller, R., Frick, U. (Hrsg), Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimiere, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., Caughey, G. (2017): What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(1), S.230.

Mayer, M.; Lehner, M. (2008): Zwischen mobiler Pflege und Krankenhaus-Eine prekäre Schnittstelle der Versorgung im Alter. Linz.

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

Mekonnen, A., McLachlan, A., Brien, J. (2016): Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41(2), S.128–144.

Österreichische Apothekerkammer (2018): Apotheker im Krankenhaus, <https://www.apotheker.or.at/internet/oeak/NewsPresse.nsf/6caaa1ae0b9e4fa5c1256a7d0054127a/e2c8fd4d14f0129ec1256e7f0028ba45?OpenDocument> [11.04.2018]

Pinquart, M., Sorensen, S. (2007): Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. In: *The Journals of Gerontology Science: Psychological Sciences*, 62(2), S.126–137.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2016): *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th Edition, Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.

Reinecke, H. (2015): Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, in: Deutsche Bundesregierung für Migration (Hrsg.), *Flüchtlinge und Integration, Das kultursensible Krankenhaus*, 3. Auflage, Berlin.

Roth-Isigkeit, A., Harder, S. (2005): Die Entlassungsmedikation im Arztbrief- Eine explorative Befragung von Hausärzten/-innen. In: *Medizinische Klinik*, 100(2), S.87–93.

Schoberer D., Breimaier H., Mandl M., Halfens R., Lohrmann C. (2016): Involving the consumers: An exploration of users' and caregivers' needs and expectations on a fall prevention brochure: A qualitative study. In: Geriatric Nursing, 37(3), S.207–214.

Sendlhofer, G. (2016): Steiermärkische Krankenanstalten GesmbH (Hrsg.) Klinoptikum. [http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10189446\\_5731542/05cf7cde/Klinoptikum%202016%20Eindversion\\_web.pdf](http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10189446_5731542/05cf7cde/Klinoptikum%202016%20Eindversion_web.pdf) [23.03.2018]

Shoeb M., Merel S., Jackson M., Anawalt B. (2012): “Can we just stop and talk?” patients value verbal communication about discharge care plans. In: Journal of Hospital Medicine, 7(6), S.504–507.

Somers A., Robays H., De Paepe P., Van Maele G., Pehudoff K., Petrovic M. (2013): Evaluation of clinical pharmacist recommendations in the geriatric ward of a Belgian university hospital. In: Clinical Interventions in Aging, 8, S.703–709.

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

Statistik Austria (Hrsg.) (2017), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015, Verlag Österreich GmbH, Wien.

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

Vinterflod C., Gustafsson M., Mattsson S., Gallego G., Physicians' perspectives on clinical pharmacy services in Northern Sweden: a qualitative study. In: BMC health services research, 18(1), S.35.

Winkler, M. (2010): Entlassungsmanagement aus der Sicht der nachsorgenden Institutionen, in Wiedenhöfer, D., Eckl, B., Heller, R., Frick, U. (Hrsg), Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

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

World Health Organization (2015): Rational use of medicines. [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/) [Juli 20, 2018].

## Anhang 1 Personencodes

HA	Hausarzt, Hausärztin
FA	Facharzt, Fachärztin
HKP	Hauskrankenpflege
PH	Pflegeheim
APO	Apotheke
24-h-Pflege	24-h-Pflege
SHG	Selbsthilfegruppe

## Anhang 2: Coreq-Checkliste

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator or	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Eine Studentin des Masterstudiums Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	BSc, Diplomandin des MSc
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Studentin und diplomierte Gesundheit- und Krankenschwester
Gender	4	Was the researcher male or female?	Weiblich
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Erfahrungen zu wissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen des Studiums
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Nein
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Die Teilnehmenden wurden über die Absicht warum diese Erhebung durchgeführt wird mündlich und schriftlich aufgeklärt
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Interviewerin steht dem Thema neutral gegenüber
Domain 2: Study design			

Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Inhaltsanalyse nach Mayring
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Gezielte Stichprobensammlung
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Telefon
Sample size	12	How many participants were in the study?	15
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? Setting	3
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Zuhause, Arbeitsplatz, Klinik
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Nein
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic	Siehe Tabelle 2 Stichprobenbeschreibung
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Ja, es wurde ein halbstrukturierte Interviewleitfaden verwendet. Nein eine Pilotstudie wurde nicht durchgeführt
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out?	Nein
If yes, how many? Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audioaufzeichnung mit einem digitalen Diktiergerät
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Nein
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	13- 40 Minuten
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	In phänomenologischen Studien ist eine

			Stichprobenzahl von ungefähr 10 beschrieben. Um sicher zu gehen, dass genug Datenmaterial vorhanden ist, wurde am Anfang die TeilnehmerInnenzahl auf 14 gesetzt (Polit & Beck 2016).
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Nein
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Diskussion mit zwei weiteren Mitstudentinnen
Description of the coding	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Siehe Tabelle 3 Haupt- und Unterkategorien
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Die Themen wurden von den Ergebnissen abgeleitet
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	MAXQDA ©12
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Nein
Reporting Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Ja, anhand Personencodes
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Ja, siehe Ergebnisse
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Ja, siehe Ergebnisse
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Ja, siehe Diskussion

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

## Anhang 3: Anschreiben-Stakeholder



LKH-Univ.Klinikum Graz  
Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement  
Auenbruggerplatz 1

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

### **„GO SAFE - Sichere PatientInnenentlassung“**

Sehr geehrter Herr! Sehr geehrte Dame!

Nach unserem Telefonat laden wir Sie mit diesem Brief zu einem Einzelinterview zum Thema „Sichere PatientInnenentlassung“ ein.

Die klinische Studie „GO SAFE – Sichere PatientInnenentlassung“ stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen dar. Die Studienergebnisse tragen dazu bei, das Entlassungsmanagement weiter zu optimieren und die PatientInnensicherheit weiter zu fördern.

Im Rahmen dieser Studie werden Sie anhand von Einzelinterviews, über die davor stattgefundenen Krankenhausentlassung Ihrer PatientInnen aus dem stationären Bereich, befragt. Durch Ihre Mithilfe können weitere Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich des Entlassungsablaufs – von der Aufnahme bis hin zur Entlassung und Nachversorgung- geschaffen werden.

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 April 2017 und wird bis Mai 2017 andauern. Das Interview wird an einem individuell vereinbarten Termin, innerhalb des genannten Zeitraumes stattfinden.

Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Studie vorliegen, können Sie ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dies wünschen.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme freuen.

Rückmeldung:

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

- Frau Karin Laller, BSc  
karin.laller@stud.medunigraz.at  
  
0664 1489177
- Sekretariat: 0316 385 84396 (von 8.00 -12.00) bzw.  
qualitaetsmanagement@klinikum-graz.at

Kontakt:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Frau Karin Laller, BSc  
  
karin.laller@stud.medunigraz.at  
  
0664/1489177

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

## Anhang 4: Einwilligungserklärung-Stakeholder

### „Sichere PatientInnenentlassung“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

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

**Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für 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 folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

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

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

#### **1. Was ist der Zweck der Studie?**

Der Zweck dieser Studie ist es, die Erfahrungen und Bedürfnisse von Personen, welche die Weiterversorgung von stationärentlassenen PatientInnen sicherstellen, zu erheben und zu analysieren.

## **2. Wie läuft die klinische Studie ab?**

Die Studie geht vom LKH-Univ.Klinikum Graz wie niedergelassene Ärzten, Fachärzte der Dermatologie und Neurologie, der Hauskrankenpflege und Pflegeheime, durchgeführt. Insgesamt werden 14 StakeholderInnen in Einzelgesprächen befragt. Die Ergebnisse daraus dienen dann im weiteren Verlauf als Grundlage für mögliche Verbesserungen im Schnittstellenmanagement des Entlassungsprozesses.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

- Erhebung von soziodemografischen Daten aus statistischen Gründen (z.B. Alter)
- Ein circa 60-minütiges Interview, welches aufgezeichnet und infolgedessen niedergeschrieben wird. Das Einzelinterview, soll zum einen dazu dienen, Informationen über die IST-Situation der PatientInnenentlassung zu bekommen und zum anderen sollen mithilfe dieses Interviews die Bedürfnisse der Stakeholder erkannt werden.

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

## **3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?**

Die Interviews sind dazu gedacht, einen Einblick in die Ist-Situation zum Thema PatientInnenentlassung und Weiterbetreuung in Ihrer Einrichtung zu erhalten. Die Sicht, Erfahrungen und Bedürfnisse von Personen, welche die Weiterversorgung von stationärentlassenen PatientInnen sicherstellen, können Stärken, Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf das Entlassungsmanagement aufzeigen. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen dar und kann dazu beitragen etwaige Schnittstellenproblematiken zukünftig zu verbessern.

#### **4. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?**

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

#### **5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen 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.

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

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Die TeilnehmerInnen erhalten keine Vergütung.

#### **7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

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

Ja

Nein

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

---

Name der Kontaktperson: Karin Laller, BSc

Erreichbar unter: 0664 1489177

Name der Kontaktperson: Mag. Magdalena Hoffmann, MBA, MSc.

Erreichbar unter: 0316 38580804

## 8. Einwilligungserklärung

Name                      der                      Person                      in                      Druckbuchstaben:

---

—  
Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „GO SAFE-Sichere PatientInnenentlassung,“ teilzunehmen.

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

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass daraus Nachteile für meine Institution.

Beim Umgang der im Rahmen der „GO SAFE - Sichere PatientInnenentlassung“ Studie erhobenen Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 beachtet. Alle Personen die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind – unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen – gemäß § 15 DSG 2000 an das Datengeheimnis gebunden.

Nach dem DSG 2000 sind „personenbezogene Daten“ Angaben über 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 Studienteilnehmer/innen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

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

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

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

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

---

(Datum und Unterschrift der TeilnehmerIn)

---

(Datum und Unterschrift der aufklärenden Person)

## Anhang 5: Fragebogen

### Angaben zu Ihrer Person

---



- 1) **Geschlecht:**                     weiblich                     männlich
- 2) **Alter in Jahren:** .....
- 3) **Berufsgruppe:**  
 Arzt/Ärztin                     gehobener Dienst für GuKP  
 Pflegehilfe/Pflegeassistenz                     TherapeutIn  
 Andere .....
- 4) **Berufserfahrung in Jahre:** .....
- 5) **Einrichtung:**  
 praktische/r Arzt/Ärztin     Facharzt/Fachärztin Dermatologie/Neurologie  
 Apotheke                     Rehabilitation/Remobilisation  
 extramurale Pflege                     stationäre Pflegeeinrichtung  
 Andere: .....

### 6) Allgemeines zur Entlassung

---

- h) **Wurden Sie über die bevorstehende Entlassung aus dem LKH-Univ.Klinikum Graz Ihrer PatientInnen (zeitnah + ausreichend) informiert?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- i) **Wurden Ihre PatientInnen, im Zuge des stationären Aufenthalts im LKH-Univ.Klinikum Graz über die weitere medizinische und pflegerische Betreuung aufgeklärt?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- j) **Wussten Ihre PatientInnen über notwendige Nach- und Kontrolluntersuchungen Bescheid?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- k) **Wussten Ihre PatientInnen über Symptome bzw. Maßnahmen im Falle einer auftretenden Exazerbation der Erkrankung Bescheid?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- l) **Wussten Ihre PatientInnen über die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einzunehmenden Medikamente Bescheid?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- m) **Wurde die weitere Betreuung in Ihrer Institution (bspw. Pflegeheim) bzw. Praxis vom Krankenhaus organisiert?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant
- n) **Wussten Ihre PatientInnen über Rehabilitationsmaßnahmen bzw. die nachfolgende Behandlung Bescheid?**  
 ja ausführlich                     ja, aber unzureichend                     nein, gar nicht                     nicht relevant

## **1. Allgemeines zur Entlassung**

- 1.1. Wann erfahren Sie generell von der Entlassung der PatientInnen?
  - 1.2. Wer kontaktiert sie?
  - 1.3. Wie wird der Entlassungszeitpunkt abgesprochen?
  - 1.4. Welche Schritte werden danach eingeleitet?
- 

## **2. Risiken/Ursachen**

- 2.1. Wo sehen Sie ein potentiell Risiko bei der Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus?
- 

## **3. Medikamente und Heilbehelfe**

- 3.1. Kommen PatientInnen bereits mit den verordneten Medikamenten/benötigten Heilbehelfen in Ihre Institution?
  - 3.2. Wie erfolgt die Organisation der Heilbehelfe?
  - 3.3. Welche Maßnahmen werden getroffen, wenn spezifische Medikamente ausschließlich im Krankenhaus verfügbar sind?
  - 3.4. Inwieweit erfolgt die Aufklärung über verordnete Medikamente des Krankenhauses Ihrerseits?
- 

## **4. Schriftliche Informationen**

- 4.1. Wann erhalten Sie die notwendigen (schriftlichen) Informationen für die weitere Behandlung (od. Betreuung) Ihrer PatientInnen?
- 4.2. Welche schriftlichen Informationen bringen die PatientInnen vom Krankenhaus mit? (Was?)
- 4.3. Welche Inhalte inkludieren diese schriftlichen Informationen?
- 4.4. Inwieweit erfolgt die Rücksprache mit dem Krankenhaus bzgl. benötigter schriftlicher Informationen?
- 4.5. Haben PatientInnen nach ihrer Entlassung noch Fragen zu erhaltenen schriftlichen Informationen?
- 4.6. Hätten Sie Lösungsvorschläge, welche schriftlichen Informationen zum besseren Verständnis dem/der PatientIn bei der Entlassung noch ausgehändigt werden könnten?

#### 4.7. Welche schriftlichen Informationen hätten Sie noch gebraucht?

---

### 5. Mündliche Informationen

- 5.1. Inwieweit findet eine mündliche (also telefonische oder persönliche) Kommunikation zwischen Ihnen und dem Krankenhaus statt?
- 5.2. In wieweit erfolgt eine Rücksprache mit dem Krankenhaus über aufgetretene Komplikationen und/oder notwendige Informationen?
- 5.3. Bei welchen Themen haben PatientInnen oder Angehörige häufig noch Fragen?
- 5.4. Wie häufig kommt es vor, dass nachgefragt wird?
- 5.5. Befassen sich Ihrer Erfahrung nach PatientInnen/Angehörige selbst mit dem erhaltenen Arztbrief? (also lesen Sie ihn und stellen Fragen bei Unklarheiten)
- 5.6. Haben Sie das Gefühl, dass PatientInnen oder Angehörige alle Informationen verstehen, welche sie während des Aufenthalts und/oder der Entlassung bekommen haben?
- 5.7. Wo sehen Sie Herausforderungen bei der Informationsweitergabe an PatientInnen und/oder ihre Angehörigen, wenn PatientInnen multimorbide sind (z.B. PatientInnen hohen Alters und/oder mehreren Erkrankungen, PatientInnen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung, Demenz, ...)?
- 5.8. Welche Lösungsvorschläge hätten Sie, damit die genannten Herausforderungen noch besser bewältigt werden können und PatientInnen alle Informationen verstehen?

### 6. Nachsorge/weitere Betreuung

- 6.1. Welche Tätigkeiten/Schritte müssen aus Ihrer Sicht eingeleitet werden, damit eine Entlassung mit anschließender optimaler Weiterversorgung noch besser gewährleistet werden kann?
- 6.2. In welcher Weise wurde die Nachsorge des/der PatientIn bereits während des Aufenthalts organisiert?
- 6.3. Wo sehen Sie Lücken, in Bezug auf die Organisation der Nachsorge des/der PatientIn?

### 7. Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

- 7.1. Wie und von wem wird ELGA genutzt?
- 7.2. Inwieweit ist ELGA ein aufkommendes Thema bei den PatientInnen?
- 7.3. Haben Sie das Gefühl, dass die PatientInnen ausreichend über ELGA Bescheid wissen?