

Diplomarbeit

Der ärztliche Entlassungsbrief – Arzt/Ärztin-zu-Arzt/Ärztin Information oder
Information für Alle*



*Teilaspekt aus dem Projekt „GO SAFE“- Sichere PatientInnenentlassung

eingereicht von

Maximilian Ernst Weinrauch

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**Stabsstelle Qualitätsmanagement und Risikomanagement des LKH-
Univ.Klinikum Graz**

unter der Anleitung von

Hauptbetreuer Univ. - Doz. Dr. Gernot Brunner,

Zweitbetreuerin Mag^a. Magdalena Hoffmann MSc, MBA

Graz, 11.03. 2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Rinnegg am 11.03.2019

Maximilian Ernst Weinrauch e.h

Inhaltsverzeichnis

1. Abkürzungen und deren Erklärungen	i
2. Glossar	iii
3. Abbildungsverzeichnis	vii
4. Tabellenverzeichnis	vii
5. Zusammenfassung	viii
6. Abstract.....	x
7. Einleitung.....	11
7.1 Zielsetzung und Fragestellung	11
7.1.1 Herausforderungen.....	11
7.2 Die ärztliche Entlassungsinformation	12
7.3 ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) und die Möglichkeiten moderner Technik	12
7.4 Der Entlassungsbrief: Ist und Soll	13
7.4.1 Information.....	13
7.4.2 Vollständigkeit.....	13
7.4.3 Umfang	14
7.5 Schnittstelle Kommunikation	15
7.6 Der Faktor „Health Literacy“	18
7.7 Unterschiedliche Ansätze und Modelle von Entlassungsschreiben.....	20
7.7.1 Ansätze zur Veränderung der Informationsvermittlung.....	20
7.7.2 Anpassungen hinsichtlich Layout.....	21
7.7.3 Elektronische Formen von Entlassungsbriefen.....	23
7.7.4 Weitere Ansätze von Entlassungsbriefen	25
8. Fragestellung	26
9. Material und Methoden	27
9.1 Literaturrecherche	27
9.2 Studienablauf	27
9.3 Ethische Aspekte	28
10. Ergebnisse.....	28
10.1 Fragen zur Person.....	28
10.1.1 Geschlecht.....	28
10.1.2 Ausbildungsstand und Berufserfahrung.....	28
10.1.3 Tätigkeitsbereich.....	28
10.2 Kommunikation	29

10.2.1	Zielgruppe des Entlassungsbriefes	29
10.2.1.1	Informationsmedium unter ÄrztInnen	29
10.2.1.2	Informationsmedium für PatientInnen	29
10.2.1.3	Informationsmedium für alle von PatientInnen ermächtigten Personen	30
10.2.2	PatientInnen und der Entlassungsbrief	30
10.2.2.1	Andere Formulierung-weniger Fragen	30
10.2.2.2	Lesebereitschaft der PatientInnen.....	30
10.2.2.3	Notwendigkeit der Verständlichkeit	30
10.2.3	Ausbildungsstand zum Thema Kommunikation	31
10.2.3.1	Fortbildungsbereitschaft zum Thema Kommunikation	31
10.2.3.2	Ausbildungsinhalt „Verfassen eines Entlassungsbriefes“	31
10.3	Inhalt des Entlassungsbriefes	31
10.3.1	Strukturelle Anforderungen im Entlassungsbrief.....	31
10.3.1.1	Diagnose	31
10.3.1.2	Therapie	32
10.3.1.3	Medizinische Fachbegriffe.....	32
10.3.1.4	Fachliche Abkürzungen.....	32
10.3.1.5	Verordnung von Medikamenten	32
10.3.1.6	Terminliche Angaben	32
10.3.2	Erweiterungen des Entlassungsbriefes.....	33
10.3.2.1	Ergänzungen diplomierten Personals	33
10.3.2.2	Ergänzungen seitens SozialarbeiterInnen.....	33
10.3.2.3	Ergänzungen medizinisch technischer Dienste.....	33
10.3.3	Derzeitige Form des Entlassungsbriefes	33
10.4	Ausblick.....	34
10.5	Freitexterhebung:	34
	Einzelne Anregungen und Kommentare der Befragten.....	34
10.5.1	Entlassungsgespräch	34
10.5.2	PatientInnenfreundlichkeit	35
10.5.3	Adresse des Entlassungsbriefes.....	35
10.5.4	Bürokratie des Entlassungsbriefes	35
10.5.5	Sonstige Anmerkungen	35
10.6	Vergleichende grafische Darstellungen.....	36
10.6.1	Primärempfänger des Entlassungsbriefes	36

10.6.2	Ausbildungsinhalt „Gestaltung eines Entlassungsbriefes“	40
10.6.3	Wunsch nach Veränderung	41
11.	Diskussion	43
11.1	Problemstellungen.....	44
11.1.1	Standardisierung.....	44
11.1.2	Fristgerechte Kommunikation	44
11.1.3	Verständlichkeit	44
11.1.4	Faktor Zeit	45
11.1.5	Ausführlichkeit	45
11.2	Stärken und Schwächen	45
11.3	Implikationen für die Forschung	45
11.4	Implikationen für die Praxis	46
11.5	Schlussfolgerungen.....	47
12.	Literaturverzeichnis	48
13.	Anhang.....	53
13.1	Anhang A	53
13.2	Anhang B	56
13.3	Anhang C	58

1. Abkürzungen und deren Erklärungen

Abb.	Abbildung
Ao. Univ. Prof. Dr.	Außerordentlicher Universitätsprofessor Doktor
AT	Austria
BA	Bachelor of arts
BG	Bulgaria
BScN	Bachelor of Science
ChB	Chirurgiae baccalaurus
CPOE	Computerized physician order entry
DE	Deutschland
Dr. med. Univ	Doctor medicinalis universitas
EDL	Electronic discharge letter
EDS	Electronic discharge summary
e.h	eigenhändig
EL	Hellenische Republik (Griechenland)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMR	Electronical medical record
ES	Espana
Et al.	et alteri (und andere)
EU	European Union
EvaSys	Electric paper Evaluationssysteme GmbH
FGÖ	Fonds Gesundheit Österreich
FRANZCP	Fellow of royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
FRCPC	Fellow of the Royal College of Physicians of Canada
GmbH	Gesellschaft mit bedingter Haftung
G.P.	General practioner
HL	Health literacy
HLS	Health literacy survey

IE	Ireland
LKH-Univ. Klinikum Graz	Landesuniversitätskrankenhaus Graz
MA	Master of Arts
Mag.	Magister
MB	Bachelor of Medicine
MBA	Master of business Administration
MBBS	Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery
MD	Medical doctor
MPP	Master of public policy
MRC	Medical research council
MSc.	Master of Science
NL	Netherlands
NRW	Nordrheinwestfahlen
PADDLE	Patient directed discharge letter
PhD	Philosophiae doctor
PL	Poland
PPDL	Personalized patient discharge lettters
Priv. Doz.	Privatdozent
RCN	Royal college of nursing
RN	Registerd nurse
ScD	Doctor of Science
Sog.	sogenannt
USA	United States of America

2. Glossar

Adaptation	Anpassung
agieren	handeln
Anamnese	Befunderhebung
anonym	Ohne Daten die mit Personen in Verbindung gebracht werden können
Apposition	Anhang
Assessment	Beurteilung
Assistenzarzt/Ärztin	ÄrztIn in Ausbildung zu FachärztIn
biopsychosozial	Den Mensch als Ganzheit inklusive seines Umfeldes sehend
Compliance	Die Bereitschaft der PatientInnen aktiv an deren Behandlung mitzuarbeiten
Computerized physician order entry	Computergenerierte ÄrztInnenanforderungen
Department	Abteilung
DiätologIn	Person die sich mit gesunder Ernährung beschäftigt
Diktion	Hier: Überführen von Gesagtem in Geschriebenes
Diplomand	Jemand der auf Erlangung eines bestimmten akademischen Titels wartet; Verfasser der Diplomarbeit
Diplomarbeit	Arbeit die nötig ist um einen bestimmten akademischen Titel verliehen zu bekommen
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege	Personengruppe die aufgrund deren Ausbildung für die qualifizierte Pflege von PatientInnen zuständig ist
Discharge letter	Entlassungsbrief
Discharge notification	Entlassungsmitteilung
Diversität	Unterschiedlichkeit
doctorshopping	Das Ziehen von ÄrztIn zu ÄrztIn
Dolmetsch	Übersetzung
Effizienz	Wirkungsstark
Electronic discharge letter	Elektronischer Entlassungsbrief

Electronic discharge summary	Elektronische Entlassungszusammenfassung
Electronical medical record	Elektronische Dokumentationsform von medizinischen Bereichen
ELGA	Elektronische Gesundheits-Akte; Onlineplattform auf der, unter Berücksichtigung der gängigen Datenschutzrichtlinien alle PatientInnen Daten für diese und alle an der Behandlung beteiligten Personen ersichtlich sind
Empathie	Mitgefühl
Ethikvotum	Beschluss der Ethikkommission, einer Gruppe von Menschen die sich damit befasst dass alles rechtens und zu Niemandes Schaden erfolgt
Evaluation	Auswertung
explizit	ausnahmslos
Follow up	Weiterverfolgen
Geriatric	Spezialdisziplin der Medizin mit Augenmerk auf ältere Personengruppen und deren Bedürfnisse sowie Besonderheiten
Health Literacy	Gesundheitskompetenz; das Verstehen der Beeinflussungsmöglichkeiten seiner eigenen Gesundheit
hospitalisiert	Im Krankenhaus
immens	Eine große Menge
Implementierung	Einführung
Implikation	Tatsache dass ein Sachverhalt in einem anderen enthalten ist oder sein soll
inadäquat	Nicht standardgemäß
inakkurat	unsorgfältig
individuell	Auf bestimmte Grundlagen zugeschnitten
ineffizient	unzureichend
Instruktion	Anweisung
insuffizient	ungenügend

juridisch	Das Recht betreffend
Kollektiv	Personengruppe
Konservative Medizin	Medizin die mit Medikamenten oder physikalischen Maßnahmen arbeitet
Konsortium	UnternehmerInnenzusammenschluss
Konsultation	Bei jemandem um Rat ansuchen
Kontinuität	Gleichmäßiger Fortgang
konventionell	herkömmlich
Konzept	Entwurf
Krankheitsprävention	Vorsorgliches handeln um dem Ausbruch einer Krankheit entgegenzuwirken
kreieren	erschaffen
laienhaft	Für Anfänger geeignet
Layout	Aussehen
Lifestyle	Art nach der man sein Leben lebt
Medikation	Medikamente die man bekommt
multivariant	Mehrere Möglichkeiten
Narrative discharge letter	Entlassungsbriefe in erzählender Form
Oberarzt/Ärztin	ÄrztIn mit leitender Funktion innerhalb eines Fachgebietes
Obhut	Man hat jemanden, der einen beaufsichtigt; man steht unter dessen Obhut
Outcome	Ergebnis nach einer Handlung
Patient directed discharge letter	PatientInnen gerichteter Entlassungsbrief, speziell auf diese adaptiert
Physiotherapie	Therapie die den Bewegungsapparat betreut
Personalized patient discharge letter	Ein auf PatientInnen individuell maßgeschneiderter Entlassungsbrief
Placebo	„Medikament“ ohne Wirkstoff
postuliert	Eine Aussage wird gefordert
Potenzial	Fähigkeit
Prätest	Test zur Überprüfung der Durchführbarkeit des eigentlichen Tests; findet zuvor statt

Primärversorgung	Erste Anlaufstelle für kranke Menschen
Procedere	Handlung
prophezeit	vorausgesagt
prospektiv	vorausschauend
Quantität	Menge
randomisiert	Zufällig gewählt; Studiendesign um Vorbeugungen auszuschließen
Recherche	Nachforschung
signifikant	Einen deutlichen Unterschied ausmachend
SozialarbeiterIn	Menschen die sich mit dem sozialen Umfeld von Personen beschäftigen
Stabsstelle	Organisationseinheit
Studiendesign	Art wie eine Studie aussieht/durchgeführt wird
Subprojekt	Projekt als Nebeneffekt eines anderen
Supervision	Beaufsichtigen oder Kontrollieren von Handlungen
Tendentuell	Eher in eine bestimmte Richtung gehend
Tool	Werkzeug
Turnusarzt/Turnusärztin	ÄrztIn in Ausbildung zur ÄrztIn der Allgemeinen Heilkunde
User	Verwender
verbal	Durch Wörter
Votum	Beschluss
vulnerabel	verwundbar

3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsdefinition des HLS EU Konsortiums ³⁴	18
Abbildung 2: Faktoren im Rahmen der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ³⁴	19
Abbildung 3: Layout der Informationskarten ¹⁷	22
Abbildung 4: Vergleich der Berufsgruppen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel für PatientInnen dient .	37
Abbildung 5: Vergleich der Berufsgruppen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen dient ..	38
Abbildung 6: Vergleich der Fachrichtungen auf die Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel für PatientInnen dient	39
Abbildung 7: Vergleich der Fachrichtungen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen dient ..	40
Abbildung 8: Relation der Berufserfahrung und der Antwort auf die Frage ob die Gestaltung eines Entlassungsbriefes Teil der Ausbildung war	41
Abbildung 9: Relation der Berufserfahrung der ÄrztInnen auf die Frage ob der Entlassungsbrief in der derzeitigen Form geändert werden soll	42
Abbildung 10: Unterschiede männlich zu weiblich auf die Frage ob der Entlassungsbrief in seiner derzeitigen Form geändert werden soll	43

4. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Compliance der PatientInnen vor (Cycle 1) und nach (Cycle 2) Implementierung der fünf Standards ⁶	15
Tabelle 2: Ergebnis der Fragebogenerhebung bezüglich der Informationskarte ¹⁷	23
Tabelle 3: Eigenschaften des befragten Personenkreises	29

5. Zusammenfassung

Einleitung: Der ärztliche Entlassungsbrief ist ein wichtiges Mittel um Informationen zum Gesundheitszustand von PatientInnen zu transportieren, sodass insbesondere nachfolgende Ärzte und Ärztinnen über die durchgeführten Untersuchungen sowie erhobenen Befunde ihrer PatientInnen informiert sind.

Der ärztliche Entlassungsbrief im klinischen Alltag entspricht trotz seines hohen Stellenwertes nicht immer den gewünschten Erfordernissen, um auch PatientInnen tatsächlich in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen²⁶.

Material und Methoden: Mittels Fragebogenerhebung (Antwortmöglichkeiten 1 – trifft voll zu, 2 trifft eher zu, 3 - trifft eher nicht zu und 4 - trifft nicht zu sowie Freitexterhebung) wurde die Einstellung von ÄrztInnenInnen des LKH- Univ.Klinikum Graz zum ärztlichen Entlassungsbrief erhoben, analysiert und mit der angeführten Literatur verglichen.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 431 Personen an der Befragung teil (52% Männer und 48% Frauen). Mehr als die Hälfte der BeantworterInnen waren FachärztInnen und ÄrztInnen in leitender Funktion(65.8%) mit Berufserfahrung über 21 Jahren (31.9%). Der Großteil sieht den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen (88.3% „trifft voll zu“), jedoch ebenso als Information für PatientInnen (43.3% „trifft voll zu“) und von diesen ermächtigten Personen (30.9% „trifft voll zu“). Der Brief soll verständlich für PatientInnen sein, da dies zu Zeiteinsparungen führt (39% „trifft voll zu“). Diagnose (99.5% „trifft voll zu“), Therapie (99.1% „trifft voll zu“), Weiterbehandlungsempfehlungen (93.6% „trifft voll zu“), die Verordnung von Medikamenten (92.9% „trifft voll zu“), Kontrolltermine (95% „trifft voll zu“) sowie Verhaltensempfehlungen für PatientInnen (79.9% „trifft voll zu“) müssen Bestandteil des Briefes sein. Knapp die Hälfte der BeantworterInnen wünscht auch medizinische Fachtermini (46.2% „trifft voll zu“), jedoch keine Abkürzungen (46.1% „trifft nicht zu“). Mit der Zufriedenheit mit dem derzeitigen Entlassungsbrief (median 2.7 von 4) sowie dessen Beitrags zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz (median 2.4 von 4) befinden sich die Befragten meist im Mittelfeld. Mehr als die Hälfte der ÄrztInnen sind der Meinung, dass der Entlassungsbrief zukünftig verständlicher für PatientInnen für deren weiteren

Behandlungsweg sein soll, da dies zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beiträgt (50.4% „trifft voll zu“).

Diskussion: Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass es Optimierungspotenzial in Bezug auf den ärztlichen Entlassungsbrief gibt.

6. Abstract

Introduction: The medical discharge letter is an important means to convey information about the health of patients, so that in particular subsequent doctors are informed about the conducted examinations and collected findings of their patients. In spite of its high status, the doctor's discharge letter in everyday's clinical practice does not always meet the required requirements in order to actually include patients in the treatment process²⁶.

Material and Methods: By means of a questionnaire survey (answer options 1-strongly agree, 2 rather agree, 3-rather disagree and 4-do not agree and free text survey) the attitude of physicians of the LKH-Univ.Klinikum Graz for a doctor's discharge letter was analysed and compared with the cited literature.

Results: A total of 431 people participated in the survey (52% men and 48% women). More than half of the respondents had a higher level of education (medical specialists, senior physicians, 65.8%) with professional experience over 21 years (31.9%). Most of them see the discharge letter as a means of communication among doctors (88.3% „strongly agree“), but also as information for patients (43.3% „strongly agree“) and persons authorized by the patients (30.9% „strongly agree“). The letter should be understandable for patients as it saves time (39% „strongly agree“). Diagnosis (99.5% „strongly agree“), treatment (99.1% „strongly agree“), follow-up recommendations (93.6% „strongly agree“), prescription of medication (92.9% „strongly agree“), follow-up appointments (95% „strongly agree“) and behavioral recommendations for Patients (79.9% „strongly agree“) must be part of the letter. Almost half of the respondents also want medical terminology (46.2% „strongly agree“), but no abbreviations (46.1% „do not agree“). Concerning the satisfaction with the current discharge letter (median 2.7 out of 4) and its contribution to increase individual health literacy (median 2.4 out of 4), respondents are usually in the midfield. More than half of the physicians believe that the discharge letter should be more understandable for patients in the future, as it helps to improve their own health (50.4% „strongly agree“).

Discussion: Based on the results, it is clear that there is currently potential for optimization in relation to the medical discharge letter.

7. Einleitung

7.1 Zielsetzung und Fragestellung

Der ärztliche Entlassungsbrief ist ein anerkanntes Informations- und Dokumentationsmedium, welches nach jeder Behandlung einer hospitalisierten Person an diese ausgehändigt wird. Er enthält neben durchgeführten Untersuchungen und erhobenen Befunden sowie der Anamnese und des Status auch Informationen und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Diese Arbeit untersucht die Einstellung von ÄrztInnen des LKH-Univ.Klinikum Graz bezüglich Empfängerkollektiv und Inhalt des Entlassungsbriefes.

7.1.1 Herausforderungen

Entlassungsbriefe unterliegen bisher keiner einheitlich vorgegebenen Struktur, abgesehen von Überschriften, die von der Elektronische Gesundheitsakte kurz ELGA vorgegeben sind. Es gibt keine Richtlinien, wie eine ärztliche Entlassungsinformation strukturiert, und wie sie formuliert sein soll^{9,14,16,21}. Für welches Kollektiv diese Informationen vorwiegend bestimmt sind und wer sie lesen können soll, um eine optimale Weiterversorgung zu gewährleisten ist, betreffend der Sprachregelung des Entlassungsbriefes, bisher nicht reglementiert^{14,17,21}. Es wird bemängelt, dass PrimärversorgerInnen die zur Weiterbehandlung der PatientInnen nach stationärem Aufenthalt benötigten Entlassungsdokumente oft nicht rechtzeitig beziehungsweise unvollständig erhalten^{11,14,18,21}. Ein Entlassungsbrief soll auch für PatientInnen verständlich sein, da diese maßgeblich an ihrem Heilungsprozess mitbeteiligt sind und es ohne ihr Zutun langsamer zu einer möglichen Heilung kommt^{8,26}. Entlassungsinformationen sind außerdem oftmals unvollständig oder mangelhaft^{17, 18}. Die verwendete Sprache ist unter anderem aufgrund vieler medizinischer Abkürzungen nicht für medizinische Laien geeignet und verständlich. Dies liegt auch an den vielen Fachbegriffen im Entlassungsschreiben^{8,15,26}. Es führt zu Verwirrung und Unverständnis auf Seiten der PatientInnen und in weiterer Folge dazu, dass weitere Konsilien bei anderen Ärztinnen eingeholt werden, und/oder die Krankenhäuser vermehrt aufgesucht

werden. Als Folge daraus entstehen erheblichen Kosten für das Gesundheitswesen, die unter Umständen vermeidbar sind^{2,6, 11, 34}. In den Curricula vieler Medizinischer Fakultäten sucht man die Lektion wie ein Entlassungsbrief formuliert sein soll und welche Informationen er enthalten muss vergebens⁴. Es ist die Frage angebracht, ob der Entlassungsbrief in seiner derzeitigen Form verändert beziehungsweise verbessert werden kann^{17,18}.

7.2 Die ärztliche Entlassungsinformation

Entlassungsbriefe werden gesetzlich gefordert. In Österreich fallen sie unter §51 des Ärztegesetzes (Dokumentationspflicht): „Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über ... Zustand der Person bei Übernahme ... die Vorgeschichte ..., die Diagnose, den Krankheitsverlauf ... Art und Umfang der ... Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten ... zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person ... Auskünfte zu erteilen“³⁵. In Artikel 19 der PatientInnencharta steht geschrieben, dass PatientInnen jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in sie betreffende Dokumentationen haben³⁰. Entlassungsschreiben dienen demnach sowohl den PatientInnen als auch den ÄrztInnen.

7.3 ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) und die Möglichkeiten moderner Technik

Seit Anfang 2015 sind in ELGA sämtliche Informationen der PatientInnen für ÄrztInnen als auch für PatientInnen selbst online einsehbar²⁹. Entlassungsbriefe werden jedoch persönlich bei Entlassung aus dem Krankenhaus an PatientInnen ausgehändigt und/oder per Post an die weiterbehandelnden ÄrztInnen übermittelt, was oft lange dauern kann¹⁸. Oftmals kommt der Entlassungsbrief jedoch sehr spät, obwohl der Brief dringend benötigt wird²². Diskutiert wird unter anderem die Möglichkeit, Entlassungsbriefe per Mail zu senden²⁵.

Der Datenschutz stellt dabei eine besondere Herausforderung dar.

7.4 Der Entlassungsbrief: Ist und Soll

Der Entlassungsbrief wird von Ärztinnen an die zu Behandelnden ausgehändigt, nachdem die PatientInnen behandelt wurden. Im Brief finden sich Angaben zur Problematik der PatientInnen, wie sie sich bei Aufnahme präsentiert haben und welche Maßnahmen sie erhalten haben. Ebenfalls im Entlassungsbrief enthalten ist eine Diagnose sowie Therapieempfehlungen. Trotz viel Text kommt Information nicht selten zu kurz^{8,14,26}.

7.4.1 Information

Richard J.Davenport hat 2011 in seiner Arbeit „How to write a clinical letter“ bereits postuliert, dass man das Verfassen eines Entlassungsbriefes nicht lernt. Dabei ist der Entlassungsbrief ein sehr wichtiges Tool zur Information für WeiterbehandlerInnen und die ÄrztInnen selbst. Hier kann der Brief, wäre er einheitlich aufgebaut, auch künftigen Anamneseerhebungen zweckdienlich sein⁴.

7.4.2 Vollständigkeit

Maaïke Langelaan et al. schreibt in ihrer Arbeit aus dem Jahre 2017, dass Entlassungsbriefe wichtige Informationen vom Krankenhaus an die weiterbehandelnden HausärztInnen enthalten. Die Qualität der Entlassungsbriefe ist ausschlaggebend für die Weiterversorgung und den weiteren Verlauf der PatientInnen nach Spitalsaufenthalten. Zum Zwecke dieser Arbeit ließ das Team zufällig ausgewählte ÄrztInnen und Krankenpersonal Entlassungsbriefe lesen und bewerten. Es galt dabei nach Gründen für Wiederaufnahmen von PatientInnen und eventuell möglichen Unklarheiten zu suchen. In etwa 60% der untersuchten Briefe fehlten wichtige Informationen wie Umstellung der bestehenden Medikation, Labordaten et cetera. Oftmals sogar Daten der PatientInnen selbst. In 31.6% (n=2632) der Fälle fehlten wichtige Labordaten, bei 21.1% der untersuchten Entlassungsinformationen fehlten Informationen bezüglich des Grundes der Konsultation sowie die Konklusion daraus. In 11.7% der Fälle fehlten die Antworten auf die Fragen des Zuweisers (PrimärversorgerIn), in 15.2% der Fälle suchte man Änderungen in der Medikation vergebens und in 10.8% der

untersuchten Schreiben fehlten Informationen bezüglich Folgeuntersuchungen. In 7.8% der Fälle fehlten Angaben zur Anamnese, auf Erwähnung von Komplikationen verzichtete man bei 9.7%. Bei 0.7% der Fälle fehlten wichtige Daten der PatientInnen wie Name, Geburtsdatum und Ähnliches. Diagnosen fehlten in 2.2% der Fälle. Mehr als 10% der Entlassungsbriefe und 25% der Zusammenfassungen über einen Krankenhausbesuch erreichten die zuständigen HausärztInnen nicht. In 9% der Fälle gab es derartige Dokumente überhaupt nicht³². Außerdem wurde im Zuge der Arbeit festgestellt, dass die Vollständigkeit und die Sorgfalt, mit der der Entlassungsbrief angefertigt wurde, mit der Schwere der Erkrankungen der PatientInnen korrelierte. Je schwerwiegender die Krankheit war, umso besser war der Entlassungsbrief³³. Man fand auch einen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer der PatientInnen und der Vollständigkeit eines Entlassungsbriefes. Dieser war umso vollständiger, je länger die PatientInnen im Krankenhaus waren. Außerdem konnten Unterschiede zwischen der Art der Klinik, den einzelnen Fachabteilungen und dem Alter der PatientInnen aufgezeigt werden. Die Arbeit schließt mit dem Postulat, dass es gut wäre, eine Standardisierung von Entlassungsbriefen vorzunehmen¹⁴.

Auch eine Arbeit von Coleman A et al. aus dem Jahre 2001 hatte erhoben, dass in 25% der Entlassungsbriefe wichtige Informationen fehlten. In 11% der Fälle betraf dies die Medikation, die im Krankenhaus verordnet wurde, jedoch nicht richtig weiterverordnet wurde¹⁶.

Ein Team bestehend aus Mary-Anne Doyle et al. hat 2015 publiziert, dass GP's (general practitioners), also HausärztInnen, oft Informationen vermissen, die sie jedoch dringend benötigen würden. Abermals wurde ein strukturierter Entlassungsbrief gefordert, der sich nach Guidelines richtet²¹.

7.4.3 Umfang

Ähnlich aufgebaut war ein Werk von H. Smith et al. aus dem Jahre 2014. Hier wird postuliert, dass umfassende Entlassungsbriefe mit reduzierten Wiederaufnahmeraten sowie mit sicherer und besserer Qualität nach Entlassung der PatientInnen einhergeht. Auf dieser Basis wurde eine Pilotstudie durchgeführt (n=20), wobei die Genauigkeit und Qualität der im Entlassungsbrief enthaltenen

Information bezüglich der physischen Verfassung der PatientInnen entweder fehlte (60%) oder als inakkurat befunden wurde (30%). Es wurden fünf Standards vereinbart, welche die Wohnsituation, den Mobilitätsstatus und die Ganggeschwindigkeit der PatientInnen, welche mittels der „elderly mobility scale“ erfasst wurde, sowie weitere Therapieansätze und die Verwendung von Abkürzungen erfasste. Nach Einführung der oben genannten Standards, war eine Verbesserung der Compliance der PatientInnen von nahezu 20% sichtbar (Tabelle 1)⁶.

Tabelle 1: Compliance der PatientInnen vor (Cycle 1) und nach (Cycle 2) Implementierung der fünf Standards⁶

	Total	Individual standard compliance
Cycle 1 (n=33)	69%	76%
Cycle 2 (n=56)	89%	95%

Wäre der Entlassungsbrief informativ, unmissverständlich und einfacher sowie vollständig ausgearbeitet worden, hätten die Gesundheitseinrichtungen eine effizientere Weiterversorgung der PatientInnen bewerkstelligen können⁶. Bei erneuter Aufnahme dieser Person können die ÄrztInnen dann davon ausgehen, einen tadellosen Entlassungsbrief vom letzten Besuch der PatientInnen als Referenz zu haben und somit wichtige Hinweise für die weitere Behandlung erhalten⁴. Ansätze um das Entlassungsprocedere zu Gunsten der Gesundheitssysteme zu verändern gibt es. Einige werden in den nachfolgenden Kapiteln genauer erläutert. Ebenso gibt es Studien und Projekte darüber, was sich ändern sollte beziehungsweise worin die Probleme liegen.

7.5 Schnittstelle Kommunikation

Im Gesundheitswesen ist Kommunikation ein Muss. Leider gibt es dabei große Herausforderungen in der Praxis^{2,6,9,11,15,23,34}.

Dass Kommunikation Einfluss auf die Gesundheit und die Gesundung haben kann, zeigt eine Arbeit von Moira A. Stewart aus dem Jahr 1995: Er führte eine vergleichende Literaturrecherche durch, wobei er das Wort „Psychotherapie“

exkludierte, um die Ergebnisse auf rein somatische Medizin zu reduzieren. PatientInnengesundheit wurde als Outcome-Variable definiert. Er fand heraus, dass ÄrztInnen ihre PatientInnen durchschnittlich alle 18 Sekunden unterbrechen. In 50% der untersuchten Fälle wurden psychische Probleme im Erstgespräch nicht erkannt. Es wurde außerdem gezeigt, dass PatientInnen, welche eine gute, einwandfrei verständliche und klare Information erhielten und danach verstanden haben, womit sich ihr Körper in ihrer derzeitigen Situation zu befassen hat und wie man aktiv eingreifen kann, schneller wieder gesunden als jene, die nur mäßig qualitative Information erhielten. PatientInnen brauchten das Gefühl, dass sie sich aktiv am Heilungsprozess beteiligen können, dass sie ernstgenommen werden und ihr Problem ausreichend diskutiert wird. Sie sollen außerdem ermutigt werden Fragen stellen zu dürfen. Gute Kommunikation, Eingehen auf die Gefühle der PatientInnen, Empathie zu zeigen und zu signalisieren, dass Jemand für sie da ist, ausreichend Aufklärung sowie Information hatten dabei Auswirkungen auf den physischen Zustand der PatientInnen sowie deren Blutdruck-, und Blutzuckerwerte und führten zu Veränderungen der Schmerz-, und Angstsituation sowie der Stimmung²³.

Ähnlich der Publikation von Stewart war eine Arbeit von TM Khan et al. aus dem Jahre 2011. Sie untersuchten die ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikationsbarriere in Malaysia mittels Fragebogenerhebung, wobei sich herausstellte, dass mangelhafte Kommunikation zwischen den beiden Parteien der Hauptgrund für Missverständnisse und Unverständnisse im weiteren Verlauf war. Hauptaugenmerk wurde bei der Befragung besonders auf PrivatpatientInnen gelegt, da man annahm, dass die Kommunikation besser ist. Außerdem wurde die Untersuchung in die in Malaysia vorkommenden Hauptethnien MalaysierInnen, ChinesInnen und InderInnen unterteilt. Ein Fünftel der TeilnehmerInnen (20%) gaben an, dass sie keine Ahnung haben, was mit ihnen passiert. Auch nach bereits erfolgter Kontaktaufnahme mit Gesundheitspersonal. Mehr als 80% wünschten sich einen höflicheren Umgang. Das Hauptproblem war in beiden Fällen eine patientInnenunfreundliche Sprache der ÄrztInnen, bestehend aus Fachvokabular. Es zeigte sich, dass PatientInnen die ihr Problem sowie die Therapie,- und Medikamentenwirkung umfassend begriffen haben, deutlich

kooperativer waren als jene, bei denen dies nicht der Fall war. Zusätzlich stellte man bei Ersteren sogar ein vermehrtes Ansprechen auf Placebomedikation fest.

Des Weiteren wurde bemerkt, dass soziokulturelle Sprachunterschiede die Kommunikation und somit auch den Outcome maßgeblich beeinflussten und die subjektive Empfindung von Kommunikationsproblemen hierbei unterschiedlich war. Im niedergelassenen Langzeitbehandlungsbereich (Hausarzt/Ärztin) war das Ergebnis in allen oben genannten Punkten deutlich besser, da hier bereits ein innigeres Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn vorhanden war und somit die Kommunikation deutlich besser funktionierte¹¹.

Eine weitere Arbeit um Ezekiel J. et al. postulierte 1992, dass die oftmals herrschende Dominanz der ÄrztInnen im Sinne deren Auftretens beziehungsweise Stellenwertes innerhalb der Bevölkerung Einfluss auf den Outcome der PatientInnen hat. Es wird das Bedürfnis von mehr Empathie vordergründig²⁷.

Ein Grund für mangelnde Kommunikation spielt auch der Faktor Zeit. Hierzu sei die Arbeit von David R. Calkins et al. aus dem Jahre 1997 erwähnt. Man ging der Frage nach, wie umfangreich PatientInnen aus ihrer Sicht nach einer Behandlung bezüglich des weiteren Behandlungsplanes, der einzunehmenden Medikation, der Physiotherapie et cetera aufgeklärt und informiert wurden, und ob dazu genug Zeit investiert wurde. Die gleiche Frage stellte man ÄrztInnen. Während 89% der ÄrztInnen behaupteten, sich ausreichend Zeit für die Aufklärung und Information ihrer PatientInnen genommen zu haben und dass PatientInnen sie auch verstanden haben, stimmten dem nur 57% der PatientInnen zu⁹.

In einer Arbeit von Jie Chen et al. aus dem Jahre 2011 wurde bemerkt, dass Mängel im Bereich der Kommunikation oftmals mit erheblichen Mehrkosten des Gesundheitssystems einhergehen. PatientInnen, die mangels verständlicher, patientInnenfreundlicher Sprache oder überhaupt mangelhafter Information unaufgeklärt eine Gesundheitseinrichtung verlassen, müssen sich ihre Informationen anderswo besorgen. Die Folge kann eine Art „doctorshopping“ sein, die ÄrztInnen sind oft nicht im Bilde bereits durchgeführter Untersuchungen und verordnen die Untersuchungen erneut beziehungsweise ordnen weitere Untersuchungen an².

ÄrztInnen scheinen ihre Kommunikationsfähigkeiten also oftmals zu überschätzen beziehungsweise überzubewerten^{11,23}. Es wird deutlich, dass je verständlicher, klarer, ausführlicher und informativer ein medizinisches Thema mit PatientInnen erörtert wird, sie umso besser in ihren Heilungsprozess eingreifen können und auch eher dazu bereit sind^{2,6,9,11,15,23}.

7.6 Der Faktor „Health Literacy“

Health Literacy bezeichnet die Gesundheitskompetenz eines Individuums.

Im Rahmen eines Projektes des Teams um Jürgen M. Pelikan (Leitung) et al.

wurden in Kooperation mit mehreren internationalen Universitäten, Institutionen und VersicherungsträgerInnen wurde die health literacy der Bevölkerung gemessen. Dies geschah unter Anderem mittels Repräsentativbefragung österreichischer Erwachsener sowie 15-jähriger Jugendlichen und anschließender multivarianter statistischer Auswertung³⁴. Die Ergebnisse wurden in die teilnehmenden Länder unterteilt. Bei 12.4% der befragten Personen fand sich inadäquates Gesundheitsbewusstsein und bei 35.2% problematische Werte bezogen auf deren Gesundheitskompetenz. Das HLS EU Konsortium (Health Literacy EU Konsortium) hat außerdem eine Arbeitsdefinition von Health Literacy erstellt (*Abb. 1*):

Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course³.

Abbildung 1: Arbeitsdefinition des HLS EU Konsortiums³⁴

In einer Grafik wurden sämtliche Faktoren zusammengefasst, die im Rahmen der Gesundheitskompetenz tragend werden (*Abb. 2*).

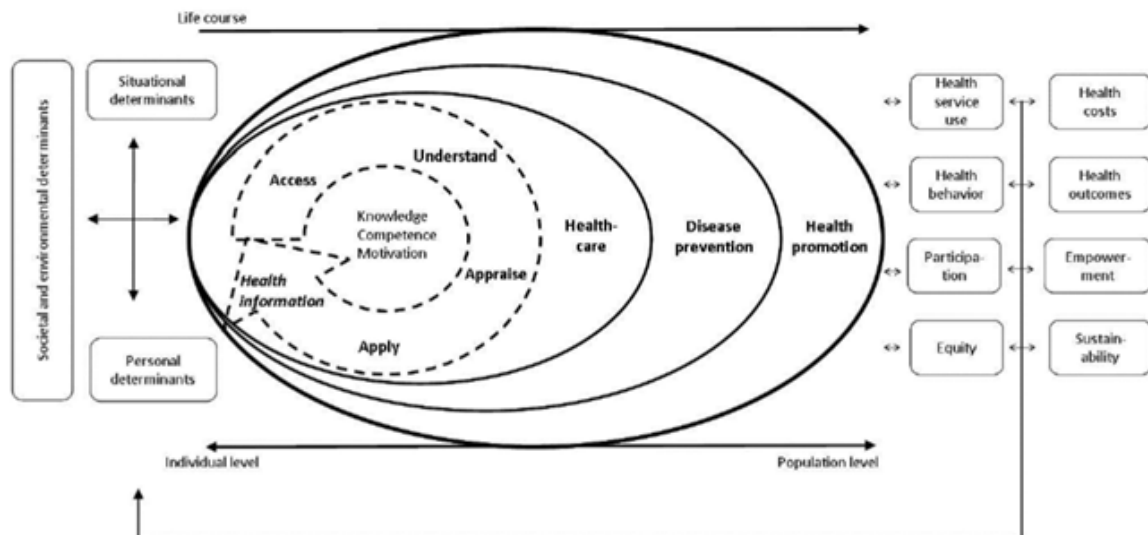


Abbildung 2: Faktoren im Rahmen der Gesundheitskompetenz (Health Literacy)³⁴

Anhand des Fragebogens (n=8102) der HLS EU Studie wurde dargelegt, dass von den befragten Personen immerhin 2.2% größte Schwierigkeiten haben, von ÄrztInnen Gesagtes zu verstehen, 13% finden es schwierig und nur 37% sehr einfach. Knapp 1 % haben größte Schwierigkeiten Anweisungen ihrer BetreuerInnen bezüglich einzunehmender Medizin zu verstehen und 1.1% dabei, den Anweisungen Folge zu leisten. Zwischen 2.3% und 7.1% haben Probleme damit, Informationen über gesundheitsschädliches Verhalten (2.3%), gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Raucherentwöhnung et cetera (2.5%) oder zum Umgang mit psychischen Belastungen (7.1%) zu verstehen oder zu finden. Folglich ergibt sich aus angeführter Problematik eine verminderte Fähigkeit beziehungsweise Einsicht zur Krankheitsprävention aufgrund mangelnder Kenntnis. Bei einer nachfolgenden Auswertung wurde gezeigt, dass Health Literacy mit dem Alter tendenziell abnimmt. Es wird deutlich, dass man sich Mühe geben muss, älteren Personen adäquate schriftliche Informationen und Anweisungen zum weiteren Procedere zu geben, um das Gesundheitssystem langfristig effizienter und patientInnenfreundlicher zu gestalten. Knapp ein Fünftel der Personen waren in den letzten 12 Monaten niemals in ärztlicher Behandlung. Beinahe 20% gaben an, mehr als sechs Mal in einer Gesundheitseinrichtung gewesen zu sein³⁴.

Obige Ergebnisse legen dar, dass Health Literacy (HL), oder Gesundheitskompetenz im Allgemeinen beeinflussbar ist. Es wurde gezeigt, dass die Problematik mangelnder Gesundheitskompetenz oft auf Unverständnis von ÄrztInnen an PatientInnen vermittelter Information zurückzuführen ist.

7.7 Unterschiedliche Ansätze und Modelle von Entlassungsschreiben

Immer mehr in den Fokus rücken elektronische Formen von Entlassungsschreiben, in englischer Sprache „electronic discharge letter“ oder „electronic discharge summary“, kurz EDL oder EDS genannt.

7.7.1 Ansätze zur Veränderung der Informationsvermittlung

Eine 2014 veröffentlichte Arbeit von R. Lin et al. beschäftigte sich mit dem sogenannten „PADDLE“, dem „patient directed discharge letter“. Als Hintergrund wurde angenommen, dass schlechtes PatientInnenverständnis bezüglich deren Diagnose und Behandlungsplan einen signifikanten Einfluss auf den Outcome nach Klinikaufenthalt hat und discharge summaries primär für ÄrztInnen als für PatientInnen verfasst werden. Untersucht wurde, ob sich obig erwähntes Verständnis bezüglich Ursache des Krankenhausaufenthaltes, der durchgeführten Tests, der Behandlung sowie der Therapieempfehlungen nach Entlassung verbesserten, wenn man den PatientInnen „PADDLEs“ nach einer kurzen Besprechung vor Entlassung aushändigte. Man führte eine kontrollierte prospektive randomisierte Studie mit hospitalisierten PatientInnen durch (n=67).

Nach einem Anfangsfragebogen wurden die PatientInnen randomisiert ob sie PADDLE oder das bisher gehabte Entlassungsprocedere erhalten. Jene mit PADDLE wurden zu einer sofortigen Nachbefragung zitiert. Die Ergebnisse wurden mit dem Outcome der herkömmlichen Entlassungsmethode verglichen und nach drei und sechs Monaten wiederholt. Antworten waren skaliert und von 1 (kein Verständnis) bis 5 (volles Verständnis) gereiht. PatientInnen hatten bei der ersten Befragung objektiv geringes Verständnis bezüglich der durchgeführten Tests und des Behandlungsplanes nach Entlassung (median 2 von 1- 5). Das

Verständnis für den Grund des Krankenhausaufenthaltes war hingegen im Schnitt 4 von 5, also nahezu komplett gegeben. Jene, die PADDLE erhielten, hatten im zweiten Durchgang der Befragung einen sofortigen Anstieg im Verständnis bezüglich durchgeführter Tests (median 4) und völliges Verständnis für den Behandlungsplan nach Entlassung (median 5). Der Anstieg konnte sich allerdings bei den Wiederholungsbefragungen nach drei und sechs Monaten nicht halten⁸.

Eine 2009 veröffentlichte Arbeit von Candace Bobier et al. beschäftigte sich mit „narrative discharge letters“. Es wurde eine Umfrage unter Jugendlichen, Familienmitgliedern und Spezialisten durchgeführt, welchen eine Kopie eines „narrative discharge letters“ sowie die eines herkömmlichen „discharge letters“ ausgehändigt wurde. Man fand heraus, dass die in einfach und verständlicher Sprache formulierten „narrative discharge letters“ besser geeignet waren um den PatientInnen Reflexion sowie Verstärkung bezüglich deren Handelns zu geben.

Es wurde postuliert, dass „narrative discharge letters“ ein gutes therapeutisches Mittel zur Verbesserung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie deren Familien sind¹⁵.

7.7.2 Anpassungen hinsichtlich Layout

Ein anderes Konzept untersuchte ein Team um David A Sandler et al., welches bereits 1989 veröffentlicht wurde. Sie kreierten eine Informationskarte, um die Einstellung der aus dem Krankenhaus in die Obhut des Hausarztes/der Hausärztin entlassenen PatientInnen zu bestimmen. Die neue Informationskarte (*Abb.3*) enthielt Informationen über die Aufnahme, die Diagnose und die Behandlung der PatientInnen und hatte primär das Ziel die Vollständigkeit der Informationen zu überprüfen. Der Versuch wurde mit 258 PatientInnen, 150 Männern und 108 Frauen im Durchschnittsalter von 60 Jahren (min.-max.16-100) durchgeführt. Die PatientInnen erhielten jeweils selbst eine Karte sowie eine, die sie ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin aushändigten. Beide Kollektive wurden gebeten, einen Fragebogen (Ergebnisse in Tabelle 2 ersichtlich) auszufüllen, auf dem sie ihre Einschätzung zu Lesbarkeit, Qualität und Quantität sowie dazu, wie hilfreich sie die dargebotenen Informationen fanden, notierten. Dreiviertel der PatientInnen und 78% der ÄrztInnen retournierten den ausgefüllten Fragebogen.

Mehr als 80 % der PatientInnen und 92% der ÄrztInnen fanden die Informationskarte sinnvoll und hilfreich. Beinahe alle TeilnehmerInnen gaben an, dass sie es für eine gute Idee halten, PatientInnen eine solche Karte auszuhändigen. Mehr als 50% der TeilnehmerInnen konnten die Karte einwandfrei entziffern. Beinahe 150 PatientInnen gaben an, dass sie sie gerne wieder erhalten würden. Lediglich 14% gaben an, die Karte wahrscheinlich nie wieder zu lesen wohingegen 155 PatientInnen die Karte zumindest zweimal laßen. Zusätzlich zu den oben erwähnten Ergebnissen der Arbeit wurde herausgefunden, dass die Information auf den Karten beinahe komplett war. Der Untersuchungszeitraum belief sich auf 16 Wochen. Interessant an der Arbeit ist auch, dass das Department of Medicine and Pharmacy des University Hospital im Queen's Medical Centre in Nottingham postuliert hat, dass PatientInnen und Angehörige gleichermaßen vollständig bezüglich relevanter Punkte mittels Entlassungsbrief informiert werden sollen¹⁷.

UNIVERSITY HOSPITAL, NOTTINGHAM Information on Discharged Patients G.P.COPY			GENERAL PRACTITIONER INFORMATION Will NOT appear on patients copy DIAGNOSIS: INPATIENT PROBLEMS: COMMENTS:				INFORMATION GIVEN TO PATIENT You have been in hospital because of: SPECIAL INSTRUCTIONS: AN OUTPATIENT APPOINTMENT <input type="checkbox"/> will be posted to you. <input type="checkbox"/> not made - see your G.P. if necessary <input type="checkbox"/> is made at _____ am / pm in CLINIC on _____			SUPPORT SERVICES ARRANGED BY HOSPITAL <input type="checkbox"/> DISTRICT NURSE <input type="checkbox"/> MEALS-ON WHEELS <input type="checkbox"/> HOME HELP <input type="checkbox"/> SOCIAL WORKER <input type="checkbox"/> AMBULANCE TO CLINIC <input type="checkbox"/> OTHER		
Letter to Dr. _____ Patient Name _____ Address _____ Hospital No. _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ Your patient was admitted on _____ and discharged on _____ from ward _____ Under the care of Dr./Mr./Prof. _____			YOUR PATIENT HAS A COPY OF THIS LETTER				Signature _____ HO/SHO			Page _____ Date ____ / ____ / ____		
DETAILS OF DISCHARGE MEDICATION												
Name of Medication	Dose	Special Instructions	WHEN TO TAKE OR USE MEDICATION					Days Supplied	When supply runs out:		REASON FOR MEDICATION	Disp.
			8am	10am	1pm	6pm	10pm		Obtain more from GP	Stop		

Top (green) sheet of information card given to patients at discharge from hospital. This top copy doubles as the "interim discharge letter" for the general practitioner

Abbildung 3: Layout der Informationskarten¹⁷

Tabelle 2: Ergebnis der Fragebogenerhebung bezüglich der Informationskarte¹⁷

General practitioners' and patients' assessments of the legibility and helpfulness of the information card. Figures are numbers (and percentages)

Answers to questions	Replies from general practitioners (n=214)	Assessment of casenote copy (n=275)	Replies from patients (n=208)
<i>How easy was the information card to read?</i>			
Very easy	116 (54)	133 (48)	52 (25)
Quite easy	72 (34)	99 (36)	73 (35)
A little difficult	21 (10)	35 (13)	53 (25)
Very difficult	2 (1)	8 (3)	25 (12)
Unanswered	3	0	5
<i>How helpful was the information card?</i>			
Very helpful	103 (48)		74 (36)
Quite helpful	94 (44)		96 (46)
Not too helpful	12 (6)		23 (11)
Unhelpful	1 (0.5)		10 (5)
Unanswered	4		5

7.7.3 Elektronische Formen von Entlassungsbriefen

Ein Artikel, erstmals online 2016 von S. F. Murphy et al. beschäftigte sich mit den „EDS“ („electronic discharge summaries“) und beschreibt die schriftliche Entlassungsinformation als Schlüsselkomponente in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Primärversorgung. Die Richtigkeit und Pünktlichkeit der Entlassungsbriefe ist entscheidend um die Kontinuität der Behandlung der PatientInnen zu gewährleisten. EDS haben eine Verbesserung in der Qualität der Entlassungsinformation für AllgemeinärztInnen gezeigt. In einer Umfrage waren 90% der befragten ÄrztInnen mit den Grundzügen der EDS zufrieden, 97% waren mit der Informationsmenge, 95% mit der Richtigkeit, 97% mit dem follow up und 91% mit der Medikamenteninformation zufrieden (n=13). Die Einführung der EDS hat die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Primärversorgung deutlich verbessert¹⁸.

Auch Howard DJ veröffentlichte 1986 eine Arbeit, in der er die Einführung eines discharge letters in Birmingham auf der Geriatrie erwähnt. Der Brief enthielt eine Mischung aus „discharge summaries“ und „discharge notifications“. Um die Geschwindigkeit der Kommunikation zu verbessern, wurde den PatientInnen eine handschriftliche Zusammenfassung bei Entlassung mitgegeben während eine Kopie anschließend getippt wurde. Der Brief war strukturiert und enthielt alle relevanten Informationen vom Assessment über die Medikation bis hin zum

empfohlenen follow-up, die Hilfsbedürftigkeit der PatientInnen außerhalb des Krankenhauses sowie die involvierten Angehörigen. Durch diese Methode wurde die Arbeit der betreuenden Personen im Krankenhaus verringert sowie die Kommunikationsgeschwindigkeit zwischen Krankenhaus und AllgemeinärztIn beschleunigt. Diese Art des Entlassungsschreibens war von den meisten involvierten AllgemeinärztInnen als guter Ersatz für ein konventionelles Entlassungsschreiben empfunden worden²⁰.

In einer 2009 veröffentlichten Arbeit von James F. Graumlich et al. ging man der Frage nach, ob eine Computersoftware, genannt CPOE (computerized physician order entry) zur Erstellung eines Entlassungsbriefes Kommunikation unter ÄrztInnen und den Outcome der PatientInnen verbessern konnte. Die Erhebung erfolgte mittels Cluster randomisierter Kontrollstudie. Untersucht wurden Fälle von 631 PatientInnen. Am Vergleich des CPOE Programmes mit herkömmlich und handschriftlich verfassten Entlassungsbriefen nahmen 70 ÄrztInnen teil. Die Ergebnisse waren nicht so eindeutig wie erwartet. Die ÄrztInnen meinten sogar, ihnen war das Programm zu umständlich. Man konnte jedoch eine leichte Verbesserung im Hinblick auf die Vorbereitung der PatientInnen auf deren Entlassung beobachten. Neuerlich konnte man beobachten, dass die Informationen, bis sie bei den AllgemeinärztInnen eintreffen, manchmal viel Zeit benötigen, und dass PatientInnen diese oft schon aufsuchen, während noch gar kein Entlassungsbrief vorliegt. Außerdem wurde erwähnt, dass Entlassungsbriefe in der derzeitigen Form oft als ineffizientes Kommunikationsmittel betrachtet werden, da sie entweder gar nicht erstellt oder nicht zugestellt werden. Dabei war der Unterschied in der Erfahrung der behandelnden ÄrztInnen nicht bedeutend. Es wird deshalb die Verwendung Computer generierter Entlassungsbriefe gefordert. Eine reduzierte Fehlerrate ist mit der Verwendung von computerunterstützten Systemen einhergehend²².

Passend zu elektronischer Übermittlung von Entlassungsinformationen ist der Artikel vom American College of Physicians aus dem Jahre 2018, der auf einer Arbeit aus dem Jahre 1998 basiert, wo vorausgesagt wurde, dass es bald eine immense Masse an Internet-Usern geben wird, die die elektronische Kommunikation revolutionieren wird. Mail Kontakt zwischen ÄrztInnen und PatientInnen lieferte dabei eine wichtige Möglichkeit zur

Kommunikationsverbesserung. Durch diese Vernetzung wird außerdem eine gesteigerte Einbindung der PatientInnen in deren Gesundheitskompetenz bewirkt, indem sie Selbige besser unter Supervision beeinflussen können, was zu einer gesteigerten Aktivität der PatientInnen führt und so gesundheitsfördernd ist. Es verbessert außerdem die ÄrztInnen-PatientInnen Beziehung²⁵.

7.7.4 Weitere Ansätze von Entlassungsbriefen

Eine Arbeit von Bianca M. Buurman et al. beschäftigte sich mit der Implementierung und Evaluation eines personalisierten PatientInnenentlassungsschreibens, eines „personalized patient discharge letter“ oder kurz „PPDL“ zur Verbesserung der Kommunikation nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Der Artikel stammt aus dem Jahre 2016. An dem Experiment nahmen 141 PatientInnen teil. Ausgangspunkt war die Aussage, dass die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause eine vulnerable Phase für PatientInnen darstellt. Ineffizientes Entlassungsmanagement führt zu reduzierter PatientInnenzufriedenheit und höheren Wiederaufnahmeraten aufgrund von Komplikationen. Viele dieser Komplikationen sind außerdem auf mangelnde Kommunikation zwischen Krankenhaus und AllgemeinärztInnen zurückzuführen. Es ist deshalb dringend notwendig, gerade HochrisikopatientInnen mit genauen Instruktionen zu versorgen, wie es nach ihrem Krankenhausaufenthalt weitergeht, um ihnen weiterhin ein selbständiges Leben zu ermöglichen. Studiendesign war eine Befragung von PatientInnen bezüglich der erhaltenen Entlassungsinformationen vor und nach Erhalten eines PPDL. Der PPDL wurde basierend auf Literaturrecherchen und Erfahrungen von ÄrztInnen und des Pflegepersonals erstellt. Die beste Methode, PatientInnen zu informieren ist eine Mischung aus schriftlicher und verbaler Information. Der Gebrauch laienhafter Sprache ist dabei essentiell, um eine befriedigende Compliance zu erhalten. Hauptziel des PPDL war es, PatientInnen und deren BehandlerInnen und PflegerInnen, auch im außerklinischen Bereich über problemlösende Fähigkeiten nach Krankenhausentlassung zu unterrichten. Der PPDL enthielt Informationen über den Grund der Aufnahme, der Behandlung während der Hospitalisation, den Krankheitsverlauf, eventuelle Folgen und Komplikationen sowie Informationen zur Medikation. Der PPDL wurde geschrieben sowie verbal den PatientInnen vor

deren Entlassung erklärt. Hauptfragestellungen waren, ob die Implementierung des PPDL den an PatientInnen übermittelten Informationsgehalt verbessert und wie die PatientInnen den PPDL wertschätzen. PatientInnen mussten dabei älter als 18 Jahre sein und mehr als 48 Stunden stationär aufgenommen sowie anschließend nachhause entlassen worden sein, um an dem Experiment teilzunehmen. Am Ende des Experimentes wurden die PatientInnen gebeten den PPDL von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) zu bewerten. Es zeigte sich, dass 90% der PatientInnen über die Krankheit und deren Behandlung aufgeklärt waren, jedoch nur 69% über die Medikation, nur 47% über mögliche Komplikationen und nur 36% wurden über eine mögliche Lifestyleänderung informiert. Nach Einführung des PPDL verbesserten sich diese Werte. Der durchschnittliche Zufriedenheitsgrad auf der zehnteiligen Skala betrug 7.3, wobei insbesondere die patientInnenfreundliche Sprache gelobt wurde. Es zeigte sich, dass ÄrztInnen Schwierigkeiten hatten, laienhafte Sprache bezüglich medizinischer Belangen zu benutzen. Auch seitens ÄrztInnen wurde das Tool als sinnvoll erachtet und als Qualitätsverbesserung gesehen. Ein weiterer Schritt war es, den PPDL in den EMR (electronical medical record) zu integrieren. Hierfür wurden Texte betreffend Diagnose, Behandlung, Medikation und Lifestyle vorgefertigt. Dieser elektronische PPDL war für alle ÄrztInnen im Krankenhaus zugänglich und konnte problemlos an AllgemeinärztInnen übermittelt werden. Zu Beginn der Studie zeigte sich mangelhafte Aufklärung der PatientInnen nach deren Entlassung. Nach Einführung des PPDL stieg das Gefühl der Aufklärung an²⁶.

8. Fragestellung

Ziel dieser Diplomarbeit war es, die Einstellung von ÄrztInnen des LKH- Univ.Klinikum Graz zum Thema Entlassungsbrief und damit einhergehenden Themen zu befragen und herauszufinden, für wen der Entlassungsbrief gedacht ist, ob eine Anpassung des bisherigen Systems notwendig ist und wie die Ergebnisse der Befragung mit der aktuellen Literatur übereinstimmen.

9. Material und Methoden

Es wurde in mehreren Sitzungen mit den BetreuerInnen des Diplomanden sowie mit weiteren MitarbeiterInnen der Stabsstelle für Risikomanagement und Qualitätsmanagement ein Fragebogen (siehe Abschnitt 13.1 Anhang A-1 bis Anhang A-3) erstellt, welcher schließlich mittels Prätest hinsichtlich des Layouts und der Fragenstruktur überprüft wurde und nach positivem Ethikvotum an die ÄrztInnen des LKH-Univ.Klinikum Graz übermittelt wurde. Nach Beantwortung und Rückübermittlung seitens der ÄrztInnen wurde der Fragebogen ausgewertet. Es standen vier Antwortmöglichkeiten (1 - trifft zu, 2 - trifft eher zu, 3 - trifft eher nicht zu, 4 - trifft nicht zu) sowie Freitextantworten zur Verfügung.

9.1 Literaturrecherche

Literaturrecherche zu dem Thema „ärztlicher Entlassungsbrief“ beziehungsweise „medical discharge letter“ erfolgte mittels der Plattformen Mendeley und PubMed. Die benutzten Quellen sind unter Abschnitt 12 im Literaturverzeichnis angeführt.

9.2 Studienablauf

Der Fragebogen wurde nach Übermittlung der Kontaktdaten der ÄrztInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz durch die Personalabteilung nach Versprechen der Einhaltung der Datenschutzrichtlinien elektronisch an diese versandt. Zuvor wurde ein Prätest unter den MitarbeiterInnen der Stabsstelle für Qualitäts- und Risikomanagement sowie unter StudienkollegInnen des Diplomanden durchgeführt. Die Erstellung sowie die Aussendung des Fragebogens erfolgte mit dem Programm Evasys (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, Germany, Version 7.1). Nach Einhaltung der an der Stabsstelle für Qualitäts- und Risikomanagement vorgesehenen Frist für Fragebogenerhebungen von vier Wochen wurde, nach erfolgter Erinnerung, die Erhebung abgeschlossen und mit der Datenauswertung begonnen.

9.3 Ethische Aspekte

Vor Beginn der Fragebogenerhebung wurde ein Ethikvotum beantragt. Es wurde ein gültiges Ethikvotum ausgestellt (30-220 ex 17/18; Anhang B-1 und Anhang B-2 unter Abschnitt 13.2). Die Teilnahme an der Befragung erfolgte anonym und freiwillig.

10. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung erläutert. Der Text wurde, passend zu den Unterthemen des Fragebogens untergliedert. Die Ergebnisse wurden in Grafiken unter Abschnitt 10.6 verglichen und verdeutlicht. Die Übersicht der Ergebnisse der Befragung ist im Abschnitt 13.3 unter Anhang C 1-C6 ersichtlich.

10.1 Fragen zur Person

10.1.1 Geschlecht

Unter den TeilnehmerInnen waren 52% Personen männlich und 48% Personen weiblich.

10.1.2 Ausbildungsstand und Berufserfahrung

Mehr als ein Viertel (26.5%) waren AssistenzärztInnen, 7.8% der Befragten Personen waren TurnusärztInnen und 65.8% waren OberärztInnen beziehungsweise ÄrztInnen mit leitender Funktion. Etwas mehr als 30% der ÄrztInnen gaben an, bereits mehr als 21 Jahre Berufserfahrung zu haben (31.9%). Knapp 28% hatten zwischen 11 und 20 Jahren Berufserfahrung, 16.1% zwischen 6 und 10 Jahren, 15.1% zwischen 3 und 5 Jahren und 9% zwischen null und zwei Jahren.

10.1.3 Tätigkeitsbereich

Etwas mehr als die Hälfte des befragten Kollektivs ist in einem konservativen Fach tätig (50.4%), 34.4% sind chirurgisch tätig und 15.2% arbeiten mit Kindern. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Eigenschaften des befragten Personenkreises

Geschlecht (n=419)	Männlich	52.0%
	Weiblich	48.0%
Ausbildungsstatus (n=412)	Turnusarzt/Turnusärztin	7.8%
	Assistenzarzt/Assistenzärztin	26.5%
	Facharzt/Fachärztin; ÄrztIn leitender Funktion;	65.8%
	Oberarzt/Oberärztin	
Berufserfahrung (n=423)	0-2 Jahre	9.0%
	3-5 Jahre	15.1%
	6-10 Jahre	16.1%
	11-20 Jahre	27.9%
	Mehr als 21 Jahre	31.9%
Vorwiegender Tätigkeitsbereich (n=421)	Konservatives Fach	50.4%
	Chirurgisches Fach	34.4%
	Kinderbereich	15.2%

10.2 Kommunikation

10.2.1 Zielgruppe des Entlassungsbriefes

10.2.1.1 Informationsmedium unter ÄrztInnen

Knapp 90% der ÄrztInnen sehen den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen („trifft voll zu“). Knapp 10% tendierten mit Antwort 2 der vierteiligen Skala zu „trifft eher zu“, wohingegen sich 1.4% für „trifft eher nicht zu“ entschieden. Ein kleiner Teil (0.7%) stimmte für Antwort 4 („trifft nicht zu“).

10.2.1.2 Informationsmedium für PatientInnen

Etwas mehr als 40% sahen im Entlassungsbrief ein Kommunikationsmittel zur Information von PatientInnen („trifft zu“) während 34.4% „trifft eher zu“, und 17.2% „trifft eher nicht zu“ wählten, wobei 5.2% absolut nicht beipflichteten („trifft nicht zu“).

10.2.1.3 Informationsmedium für alle von PatientInnen ermächtigten Personen

Knapp ein Drittel (30.9%) sehen den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel für alle von PatientInnen ermächtigten Personen („trifft zu“). Etwas mehr als die Hälfte (59.2%) hielten sich bei dieser Frage im Mittelfeld auf, wobei 36.5% Antwort 2 („trifft eher zu“), und 22.7% Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) wählten. Demgegenüber standen 9.9%, die diese Meinung überhaupt nicht teilten („trifft nicht zu“).

10.2.2 PatientInnen und der Entlassungsbrief

10.2.2.1 Andere Formulierung-weniger Fragen

Beinahe 40% vertraten die Meinung, dass für PatientInnen verständlich formulierte Entlassungsbriefe zu weniger zeitintensiven Fragen der PatientInnen führen („trifft zu“). Knappe 50% befanden sich bei dieser Frage im Mittelfeld, wobei 26.1% der Antworten auf Antwort 2 („trifft eher zu“), und 22.4% auf Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) vielen. Knapp 13% wählten „trifft nicht zu“.

10.2.2.2 Lesebereitschaft der PatientInnen

Etwas mehr als 10 % der ÄrztInnen sind der Meinung, dass der Entlassungsbrief von PatientInnen meist nicht gelesen wird („trifft zu“), 69.3% vertraten geteilte Meinung, wobei Antwort 2 („trifft eher zu“) 30.6% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) 38.7% der Stimmen bekam. Fast ein Fünftel war anderer Meinung („trifft nicht zu“).

10.2.2.3 Notwendigkeit der Verständlichkeit

Knapp 7% der ÄrztInnen waren der Meinung, dass PatientInnen den Entlassungsbrief nicht verstehen müssen („trifft zu“), da dieser ihnen von den behandelnden ÄrztInnen erklärt wird, während sich bei dieser Frage 46.2% im geteilten Mittelfeld befanden („trifft eher zu“ mit 19% und „trifft eher nicht zu“ mit 27.2%) und 47.4% „trifft nicht zu“ wählten.

10.2.3 Ausbildungsstand zum Thema Kommunikation

10.2.3.1 Fortbildungsbereitschaft zum Thema Kommunikation

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten (34%) gaben an, einschlägige Fortbildungen zum Thema Kommunikation im Rahmen ihrer Ausbildung zur ÄrztIn besucht zu haben („trifft zu“). Knappe 34% lagen bei der Beantwortung dieser Frage im Durchschnitt, wobei Antwort 2 („trifft eher zu“) 16.1% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) 17.1% der Stimmen erhielt. Ebenfalls knapp ein Drittel (32.8%) taten dies nicht („trifft nicht zu“). Regelmäßige Fortbildungen zum Thema Kommunikation besuchen 15.2% („trifft zu“), etwas mehr als 40% (41.9%) tun dies wohl ab und zu („trifft eher zu“ mit 17.3% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) mit 24.6% der Stimmen) wohingegen 42.9% dies nicht tun („trifft nicht zu“).

10.2.3.2 Ausbildungsinhalt „Verfassen eines Entlassungsbriefes“

Abermals knapp 30% (29.1%) der befragten Personen gaben an, dass Aufbau und Inhalt des Entlassungsbriefes Teil ihrer Ausbildung war („trifft zu“), 35.6% teilten sich das Mittelfeld, wobei jeweils 17.8% auf Antwort 2 („trifft eher zu“) und 3 („trifft eher nicht zu“) vielen. Mehr als ein Drittel (35.3%) haben diese Frage mit „trifft nicht zu“ beantwortet. Regelmäßige Fortbildungen zum Thema Kommunikation besuchen 15.2% („trifft zu“), etwas mehr als 40% (41.9%) tun dies wohl ab und zu („trifft eher zu“ mit 17.3% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) mit 24.6% der Stimmen) wohingegen 42.9% dies nicht tun („trifft nicht zu“).

10.3 Inhalt des Entlassungsbriefes

10.3.1 Strukturelle Anforderungen im Entlassungsbrief

10.3.1.1 Diagnose

Nahezu alle TeilnehmerInnen der Befragung waren sich einig, dass der Entlassungsbrief eine Diagnose enthalten muss (99.5% „trifft zu“).

10.3.1.2 Therapie

Ebenso verhielt es sich mit der Therapie (99.1% „trifft zu“).

10.3.1.3 Medizinische Fachbegriffe

Auf medizinische Fachbegriffe können 46.2% nicht verzichten („trifft zu“). Knapp die Hälfte (46.2%) vertrat geteilte Meinung mit Antwort 2 („trifft eher zu“) (25.4%) und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) (20.8%), wohingegen 7.5% anderer Meinung waren („trifft nicht zu“).

10.3.1.4 Fachliche Abkürzungen

Knapp 10% der Personen bestanden auf fachliche Abkürzungen im Entlassungsbrief („trifft zu“). Das Mittelfeld teilen sich 44.9% (Antwort 2 („trifft eher zu“) mit 13.4% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) mit 31.5%). Etwas weniger als die Hälfte (46.1%) kann darauf verzichten („trifft nicht zu“). Weiterbehandlungsempfehlungen halten 93.6% für sinnvoll („trifft zu“). Knappe 6 % konnten sich nicht definitiv dazu äußern (Wert 2 von 4 („trifft eher zu“) mit 5.7% und Wert 3 von 4 („trifft eher nicht zu“) mit 0.2% der Stimmen). Ein halbes Prozent sah dies als nicht notwendig („trifft nicht zu“).

10.3.1.5 Verordnung von Medikamenten

Die Verordnung von Medikamenten sahen 92.9% der ÄrztInnen als unerlässliche Information im Entlassungsbrief („trifft zu“). Das Mittelfeld teilten sich 6.2%, wobei Wert 2 („trifft eher zu“) 5.2% und Wert 3 („trifft eher nicht zu“) 1% der Stimmen erhielt. Ein sehr geringer Anteil der befragten Personen (1%) kann darauf verzichten („trifft nicht zu“).

10.3.1.6 Terminliche Angaben

Wiederbestellungs - beziehungsweise Kontrolltermine fordern 95% („trifft zu“). Verhaltensempfehlungen für PatientInnen sahen 79.9% als sinnvoll („trifft zu“), 19.1% waren geteilter Meinung, wobei auf Wert 2 von 4 („trifft eher zu“) 15.5% und

auf Wert 3 von 4 („trifft eher nicht zu“) 3.6% der Stimmen fielen. Ein kleiner Anteil der Befragten (1%) sieht dies nicht als sinnvoll („trifft nicht zu“).

10.3.2 Erweiterungen des Entlassungsbriefes

10.3.2.1 Ergänzungen diplomierten Personals

Therapieempfehlungen und Berichte im Entlassungsbrief seitens diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen konnten sich 15% der ÄrztInnen vorstellen („trifft zu“). Mehr als die Hälfte (60%) vertrat gemischte Meinung, wobei sich 30.5% für Antwort 2 („trifft eher zu“), und 29.5% für Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) entschieden. Demgegenüber standen 25%, die diese Meinung nicht vertraten („trifft nicht zu“).

10.3.2.2 Ergänzungen seitens SozialarbeiterInnen

Knapp 20% erachteten es als sinnvoll, Therapieempfehlungen von SozialarbeiterInnen des LKH-Univ.Klinikum Graz in den Entlassungsbrief zu integrieren („trifft zu“), 64.8% konnten sich mit Wert 2 („trifft eher zu“) (32.3%) und 3 („trifft eher nicht zu“) (32.5%) nicht eindeutig entscheiden und 18.2% sahen dies als nicht sinnvoll („trifft nicht zu“).

10.3.2.3 Ergänzungen medizinisch technischer Dienste

Therapieempfehlungen seitens des medizinisch technischen Dienstes wie DiätologInnen, PhysiotherapeutInnen et cetera konnten sich 27.3% der ÄrztInnen vorstellen („trifft zu“), 59.7% teilten sich das Mittelfeld mit den Antworten 2 („trifft eher zu“) (36.5%) und 3 („trifft eher nicht zu“) (23.2%). Etwas mehr als 10 % würden darauf verzichten („trifft nicht zu“).

10.3.3 Derzeitige Form des Entlassungsbriefes

Etwas mehr als 35% vertraten die Meinung, dass der Inhalt des Entlassungsbriefes in seiner derzeitigen Form ausreichend für die Weiterbehandlung der PatientInnen ist („trifft zu“), 58.8% wählten die Antwortmöglichkeiten 2 („trifft eher zu“) (39.3%) und 3 („trifft eher nicht zu“) (19.5%). Beinahe 5% vertraten entgegengesetzte Meinung („trifft nicht zu“). Fast

20 % der Befragten sehen im Entlassungsbrief in seiner derzeitigen Form das Potenzial zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz der PatientInnen („trifft zu“), 69.1% befanden sich mit Antwort 2 („trifft eher zu“) (31.6%) und 3 („trifft eher nicht zu“) (37.5%) dazwischen. Ein wenig mehr als 10% sahen das nicht so („trifft nicht zu“).

10.4 Ausblick

Etwas mehr als die Hälfte (50.4%) war am Ende des Fragebogens der Meinung, dass der Entlassungsbrief zukünftig für PatientInnen das weitere Vorgehen und das Behandlungsziel in verständlicher Form enthalten soll, damit PatientInnen selbst etwas zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beitragen können („trifft zu“), 42.4% waren mit den Antworten 2 („trifft eher zu“) (29.7%) oder 3 („trifft eher nicht zu“) (12.7%) geteilter Meinung und beinahe 10 % sahen dies nicht so („trifft nicht zu“). Nahezu 15% wünschen sich eine Änderung des bisherigen Entlassungsbriefes („trifft zu“), 56.6% der Befragten finden sich im Mittelfeld (Antwort 2 („trifft eher zu“) mit 30.8% und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) mit 25.8% der Stimmen). Knapp 30% sind mit der derzeitigen Form zufrieden, sehen also keinen Änderungsbedarf („trifft nicht zu“). Die genaue Auflistung der Ergebnisse der Befragung ist unter Abschnitt 13.3 im Anhang C (Anhang C-1 bis Anhang C-6) ersichtlich.

10.5 Freitexterhebung:

Einzelne Anregungen und Kommentare der Befragten

10.5.1 Entlassungsgespräch

Nach Durchsicht der Anregungen der Befragten zeigte sich immer wieder der Wunsch eines Entlassungsgespräches am Ende eines Aufenthaltes im Krankenhaus zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Das Gespräch kann keinesfalls durch eine schriftliche Entlassungsinformation ersetzt werden und ist als oberstes Prinzip bei Entlassung zu sehen.

10.5.2 PatientInnenfreundlichkeit

Einige Befragte meinen, dass der Entlassungsbrief nicht als Übersetzung für PatientInnen dienen soll. Dies hat persönlich zu erfolgen. Er muss deshalb auch nicht explizit in patientInnenfreundlicher Sprache verfasst werden, da dies einen erheblichen Mehraufwand an Bürokratie bedeutet und allfällige Erklärungen ohnehin persönlich durch HausärztInnen zu erfolgen haben.

10.5.3 Adresse des Entlassungsbriefes

Man fand in den Kommentaren die Meinung vertreten, dass der Entlassungsbrief primär als Kommunikationsmittel zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich dient und erst freigegeben werden darf, wenn alle Befunde vollständig vorliegen. Stellungnehmend darauf fand sich außerdem die Aussage, dass Befunde wie Laborwerte et cetera beigelegt werden können und nicht explizit in einen Text verpackt werden müssen.

10.5.4 Bürokratie des Entlassungsbriefes

In den Kommentaren wurde ein automatisierter Entlassungsbrief vorgeschlagen, welcher sich automatisch um die durchgeführten Untersuchungen und Befunde ergänzt. Dies führt zu erheblichen Einsparungen an Bürokratie, was generell ein großes Problem heutzutage ist. Diesbezüglich wurde in den Kommentaren personelle Adaptation wie etwa mehr Bürokräfte zum Tippen der Entlassungsbriefe gefordert um den TurnusärztInnen, welchen die Aufgabe des Verfassens eines Entlassungsbriefes bis dato zukommt, Arbeit und Zeit zu ersparen. Auch das Weiterausbauen von Textbausteinen zur Vereinfachung der Diktion wurde gefordert.

10.5.5 Sonstige Anmerkungen

Der Wunsch nach weniger aber dafür konkreterer und verständlicherer Sprache für PatientInnen wird teilweise überlagert von Angst juristischer Folgen. Man muss Entlassungsbriefe so formulieren, dass nichts vergessen wird, da man ansonsten eventuell belangt werden kann. Andererseits werden zu lange Briefe oft nicht

gelesen und gehen somit als Behandlungsstütze in der Weiterversorgung der PatientInnen verloren. Außerdem wurde teilweise postuliert, dass Entlassungsbriefe ohne Fachbegriffe nicht möglich sind, da dies zu einem erheblich gesteigerten Zeitaufwand für die VerfasserInnen führt. Demgegenüber stand die Aussage, eventuell zwei Briefe anzufertigen, einen langen und ausführlichen für die weiterbehandelnden ÄrztInnen und einen einfach formulierten, auf das Wesentliche reduzierten Brief für PatientInnen. Die Bürokratie darf dadurch jedoch nicht mehr werden. Standardisierung der Entlassungsbriefe ist einerseits wünschenswert, andererseits aber nicht einfach umzusetzen aufgrund der Unterschiede zwischen den Fachrichtungen.

10.6 Vergleichende grafische Darstellungen

10.6.1 Primärempfänger des Entlassungsbriefes

Interessant war der Vergleich unter den teilnehmenden Berufsgruppen in Relation zur Meinung bezüglich Adresse des Entlassungsbriefes. Man konnte sehen, dass die Mehrheit der TeilnehmerInnen, unabhängig von deren Berufsgruppe den Entlassungsbrief auch als Information für PatientInnen sieht. Von den 32 TurnusärztInnen sahen dies 15 so (46.87% „trifft zu“), 12 tendierten zu Antwort 2 (37.5% „trifft eher zu“) und 4 zu Antwort 3 („trifft eher zu“) (12.5%). Lediglich 1 (3.1%) entschied sich für Antwort 4 („trifft nicht zu“). Bei den 110 AssistenzärztInnen verhielt es sich ähnlich. Während sich 46 von ihnen (41.8%) für Antwort 1 („trifft zu“) entschieden, kamen Antwort 2 („trifft eher zu“) 43 (39%) sowie Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) 17 Stimmen zu (15.5%). Nicht zustimmen konnten 4 der AssistenzärztInnen (3.6% „trifft nicht zu“). Bei den 271 OberärztInnen beziehungsweise ÄrztInnen leitender Funktion sehen 116 im Entlassungsbrief ein Kommunikationsmittel für PatientInnen (42.8% „trifft zu“), während sich 87 für Antwort 2 („trifft eher zu“) (32.1%) und 51 für Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) entschieden (18.8%). Antwort 4 („trifft nicht zu“) wählten 17 der ÄrztInnen leitender Funktion beziehungsweise OberärztInnen (6.3%) (Abb. 4).

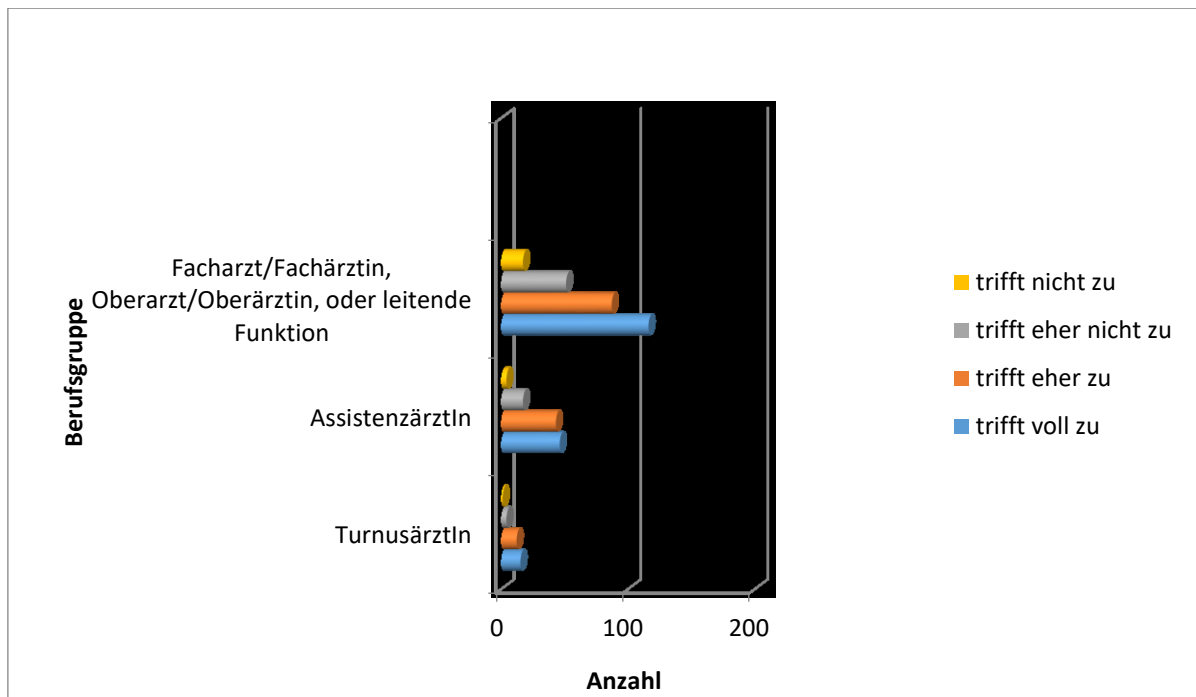


Abbildung 4: Vergleich der Berufsgruppen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel für PatientInnen dient

Vergleichend dazu die Meinung der ÄrztInnen zum Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen (Abb.5). Von den wiederum 32 TurnusärztInnen gaben 27 (84.4%) an, den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen zu sehen („trifft zu“). Ein Sechstel wählte Antwort 2 („trifft eher zu“)(18.7%) und niemand unter den TurnusärztInnen wählte Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) oder 4 („trifft nicht zu“).

Bei den AssistenzärztInnen sah es ähnlich aus. Von den insgesamt 110 ÄrztInnen dieses Ausbildungsstandes wählten 89 Antwort 1 („trifft zu“) (80.9%), 17 die Antwort 2 („trifft eher zu“) (15.4%), 4 die Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) (3.6%) und abermals keiner unter ihnen die Antwort 4 („trifft nicht zu“). Bei den ÄrztInnen leitender Funktion verhielt sich das Zahlenverhältnis ähnlich. Hier wählten 247 der insgesamt 257 ÄrztInnen dieser Ausbildungsstufe Antwort 1 („trifft zu“) (96%) während 17 von ihnen Antwort 2 („trifft eher zu“) wählte (6.6%) und jeweils 3 unter ihnen Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) und 4 („trifft nicht zu“) (jeweils 1.2%).

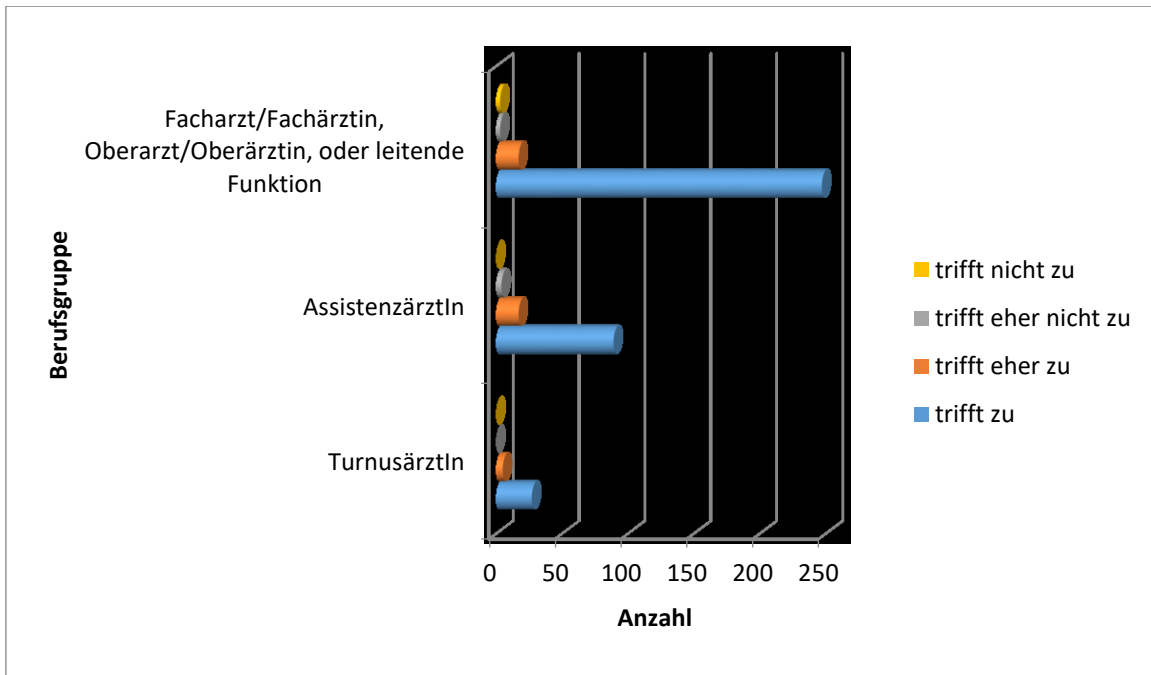


Abbildung 5: Vergleich der Berufsgruppen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen dient

Ebenso verhielt es sich mit den unterschiedlichen Fachgebieten (Abb.6). Im konservativen Bereich tätige Personen (212) sprachen sich 91 dafür aus, dass der Entlassungsbrief auch ein Kommunikationsmittel zur Informationsvermittlung an PatientInnen ist (42.9% „trifft zu“). Knapp 40% (81 ÄrztInnen) entschieden sich für den Wert 2 von 4 („trifft eher zu“) und 35 für Antwort 3 (16.5% „trifft eher nicht zu“). Ein kleiner Teil, nämlich 5 der 212 ÄrztInnen sprachen sich dagegen aus (2.3% „trifft nicht zu“). Von den chirurgisch tätigen Personen (145) stimmten 56 zu (38.6% „trifft zu“). Im Mittelfeld entschlossen sich 46 für Antwort 2 (31.7% „trifft eher zu“) und 25 für Antwort 3 (17.2% „trifft eher nicht zu“) während 13 widersprachen (8.9% „trifft nicht zu“). Im Kinderbereich sind 64 der BeantworterInnen tätig, wobei sich 31 von ihnen (48.4%) für den Entlassungsbrief als Informationsmittel für PatientInnen aussprachen („trifft zu“). Das Mittelfeld teilten sich die Werte 2 („trifft eher zu“) mit 20 Stimmen (31.2%) und 3 („trifft eher nicht zu“) mit 9 Stimmen (14%) wobei 4 der KinderärztInnen widersprachen (6.2% „trifft nicht zu“).

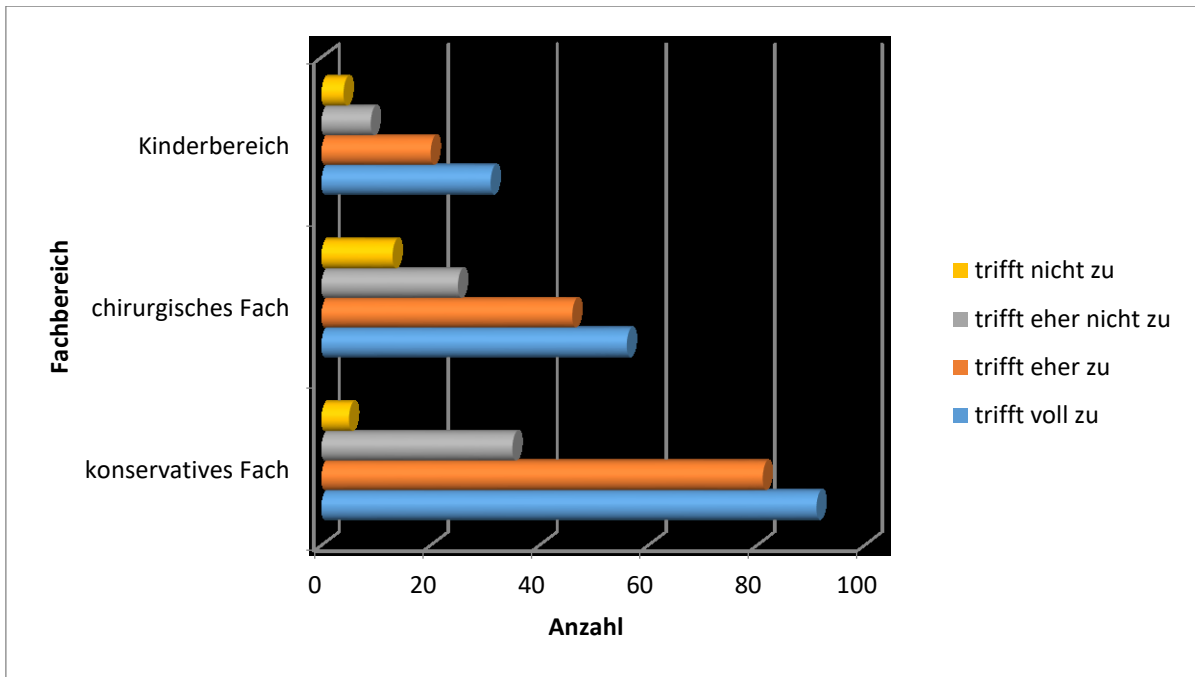


Abbildung 6: Vergleich der Fachrichtungen auf die Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel für PatientInnen dient

Von den im konservativen Bereich tätigen ÄrztInnen (212) sahen den Entlassungsbrief zeitgleich jedoch 196 als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen (92.4% „trifft zu“) während 16 die Antwort 2 („trifft eher zu“) wählten (7.5%), keiner jedoch Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) oder 4 („trifft nicht zu“). Unter den 145 ChirurgInnen sah es ähnlich aus. Die Mehrheit unter ihnen (119) sieht den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen (82% „trifft zu“) während 16 die Antwort 2 („trifft eher zu“) wählten (11%), 4 sich für Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) entschieden (2.7%) und 3 unter den ChirurgInnen Antwort 4 („trifft nicht zu“) wählten (2%). Unter den 64 im Kinderbereich tätigen ÄrztInnen wählten 57 Antwort 1 (89% „trifft zu“), 6 von ihnen Antwort 2 (9% „trifft eher zu“) und einer unter ihnen wählte Antwort 3 (1.5% „trifft eher nicht zu“). Keiner der im Kinderbereich tätigen ÄrztInnen wählte Antwort 4 („trifft nicht zu“)(Abb.7).

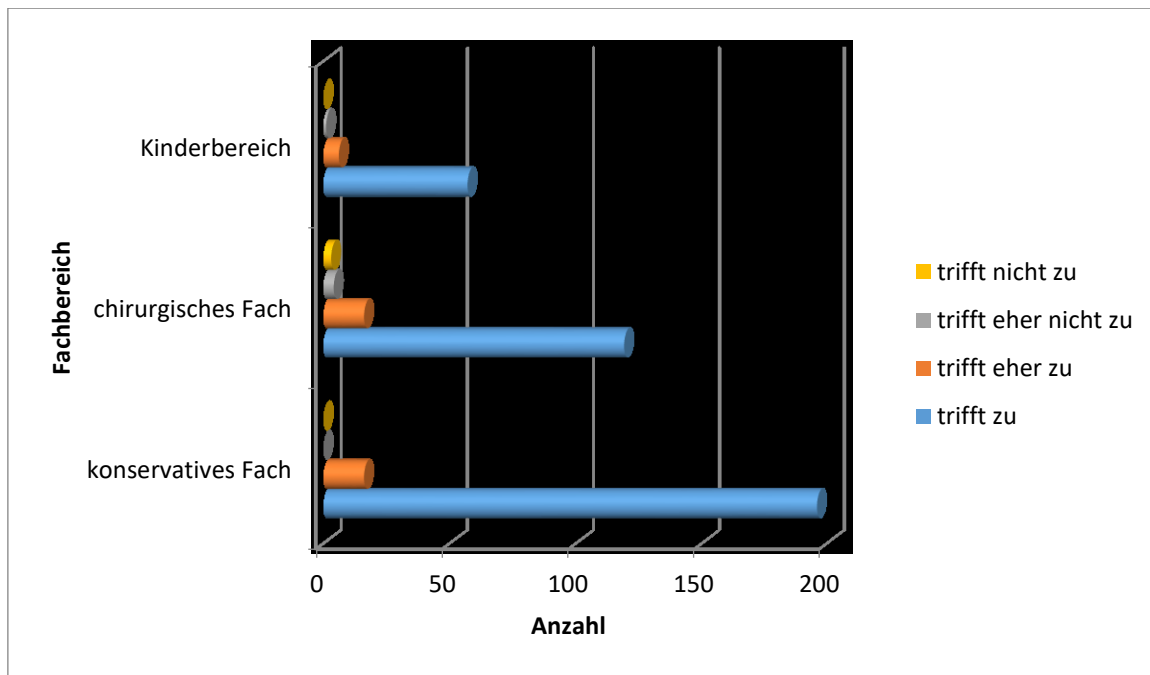


Abbildung 7: Vergleich der Fachrichtungen bezüglich der Frage ob der Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen dient

10.6.2 Ausbildungsinhalt „Gestaltung eines Entlassungsbriefes“

Bezüglich der Frage, ob es Unterschiede in den Generationen der ÄrztInnen gibt, was den Ausbildungsinhalt „Gestaltung eines Entlassungsbriefes“ betrifft, verhielt es sich ambivalent. Auffällig war, dass 49 ÄrztInnen (36.3%) mit Berufserfahrung über 21 Jahren ($n=135$) beziehungsweise 14 ÄrztInnen (36.85%) mit null bis zwei Jahren Berufserfahrung ($n=38$) angaben, diesen Ausbildungsinhalt absolviert zu haben („trifft zu“). Von den 38 JungärztInnen mit Berufserfahrung unter 2 Jahren wählten 5 Personen den Wert 2 (13% „trifft eher zu“) und 9 Personen den Wert 3 (23.7% „trifft eher nicht zu“). Bei den langjährig tätigen ÄrztInnen mit über 21 Jahren Erfahrung vielen 27 Stimmen auf Antwort 2 (20% „trifft eher zu“) und 16 auf Antwort 3 (11.8% „trifft eher nicht zu“). Demgegenüber konnten 43 der langjährig tätigen ÄrztInnen (31.85%) und 9 der neuen Generation (23.68%) nicht behaupten („trifft nicht zu“), die Gestaltung eines Entlassungsbriefes im Studium gelernt zu haben. Anders verhielt es sich mit der Generation dazwischen (sechs bis zehn Jahre Berufserfahrung; $n=68$). Knapp ein Drittel unter ihnen (19) hatten diese Lehrinheit in ihrer Ausbildung (27.94% „trifft zu“). Auf den Wert 2 („trifft eher zu“)

kamen 10 Antworten (14.7%) und Antwort 3 („trifft eher nicht zu“) erhielt 16 Stimmen (23.5%). Knapp 34% (23 ÄrztInnen) gaben an, dass diese Lektion nicht Teil ihrer Ausbildung war („trifft nicht zu“) (Abb.8).

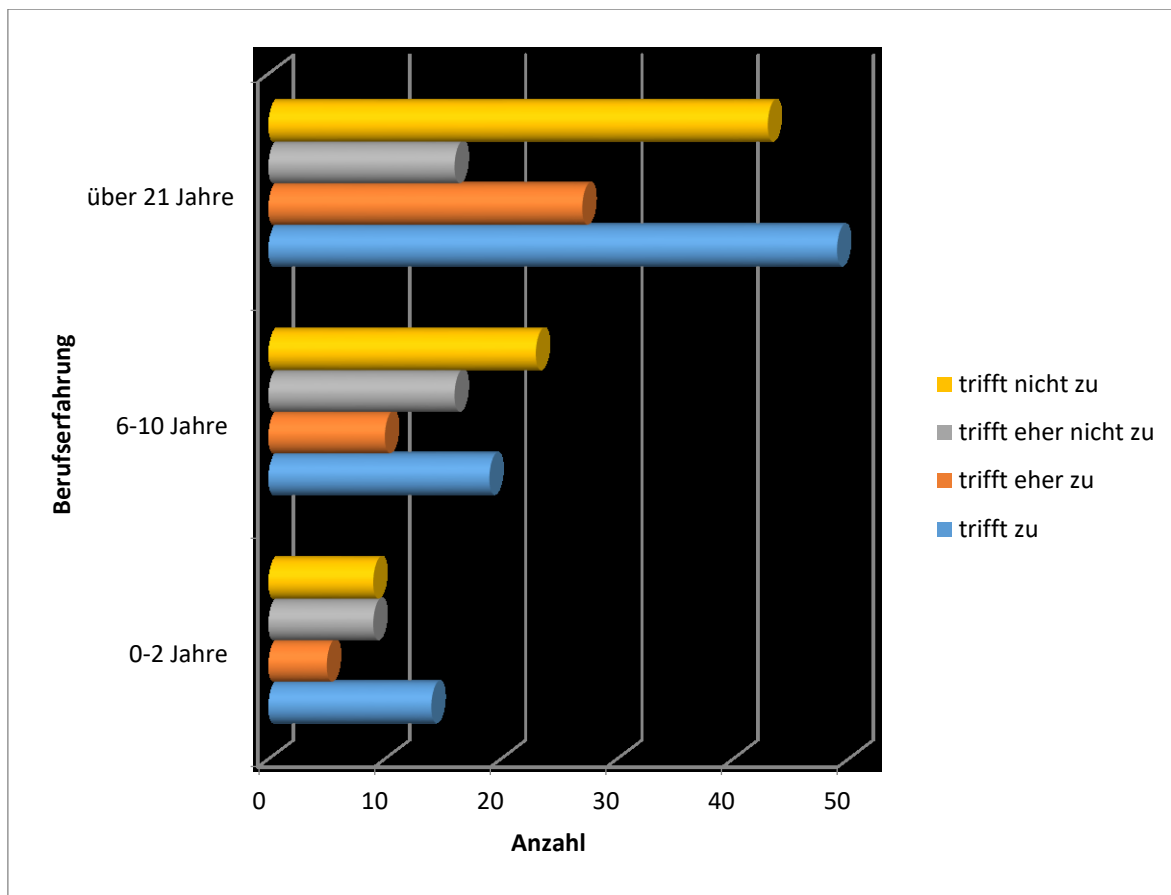


Abbildung 8: Relation der Berufserfahrung und der Antwort auf die Frage ob die Gestaltung eines Entlassungsbriefes Teil der Ausbildung war

10.6.3 Wunsch nach Veränderung

Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen der ÄrztInnengeneration und dem Wunsch nach Veränderung des bisherigen Entlassungsbriefes grafisch veranschaulicht. Vier von 38 JungärztInnen (10.53%), 12 von 68 mit mitteljähriger Berufserfahrung (17.65%) und 15 ÄrztInnen mit Berufserfahrung über 21 Jahren (11.1%) sprachen sich für eine Änderung aus („trifft zu“). Unter den ÄrztInnen mit Berufserfahrung unter 2 Jahren entschieden sich 11 für den Wert 2 („trifft eher zu“) (29%) und 14 für Antwort 3 (36.8% „trifft eher nicht zu“). Von den ÄrztInnen mit Berufserfahrung zwischen 6 und 10 Jahren wählten 13 Antwort 2 (19% „trifft eher

zu“) und 21 Antwort 3 (30.9% „trifft eher nicht zu“). Bei den langjährig tätigen ÄrztInnen mit Erfahrung jenseits der 21 Jahre nahmen 39 Antwort 2 (28.9% „trifft eher zu“) und 22 Antwort 3 (16.3% „trifft eher nicht zu“). In allen veranschaulichten Generationen sprach sich auch ein Teil für die Beibehaltung des bisherigen Systems aus (sechs von 38 JungärztInnen (15.79%), 16 von 68 ÄrztInnen zwischen sechs und zehn Jahren Berufsleben (23.53%) und 41 von 135 Altgedienten (30.37%) („trifft nicht zu“ auf die Frage ob eine Änderung des bisherigen Systems wünschenswert ist). Siehe dazu *Abb. 9*.

Zuguterletzt wurde der Wunsch nach Änderung des Entlassungsbriefes mit dem Geschlecht der Befragten verglichen. Etwas mehr als 10% (24) der 218 Männern und 30 von 201 Frauen (14.92%) sprachen sich für eine Änderung aus („trifft zu“). Unter den Frauen wählten 50 Antwort 2 (24.9% „trifft eher zu“) und 45 Antwort 3 (22.4% „trifft eher nicht zu“). Bei den Männern vielen 63 Stimmen auf Antwort 2 (29% „trifft eher zu“) und 52 auf Antwortmöglichkeit 3 (23.9% „trifft eher nicht zu“). Auch hier sprach sich ein Teil für eine Beibehaltung des bisherigen Systems aus (52 von 201 Frauen (25.87%) und 58 von 218 Männern (26.6%) „trifft nicht zu“ auf die Frage ob eine Änderung des bisherigen Systems wünschenswert sei) (*Abb.10*).

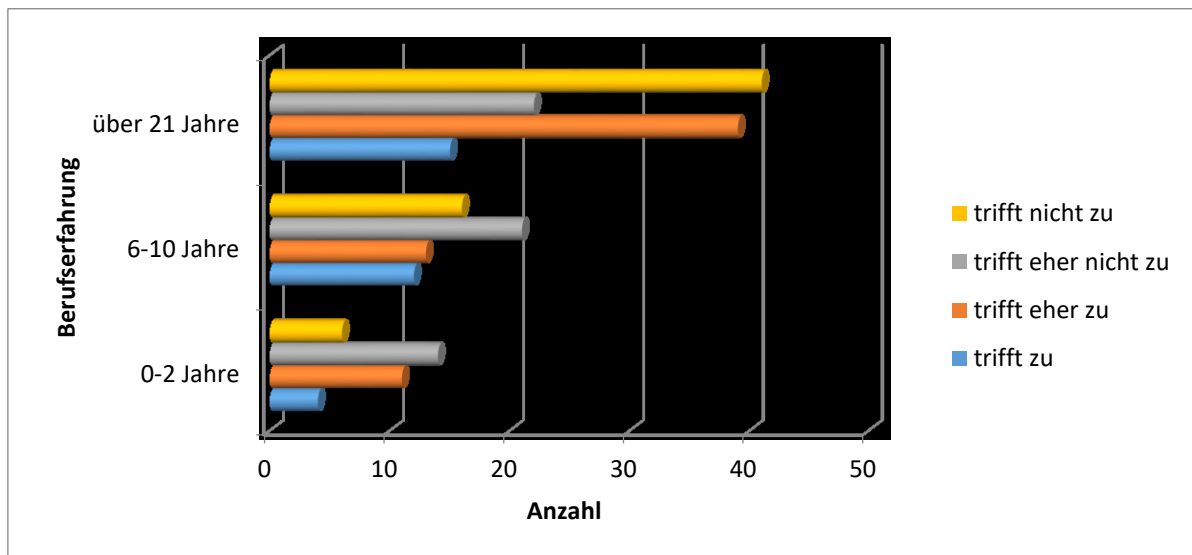


Abbildung 9: Relation der Berufserfahrung der ÄrztInnen auf die Frage ob der Entlassungsbrief in der derzeitigen Form geändert werden soll

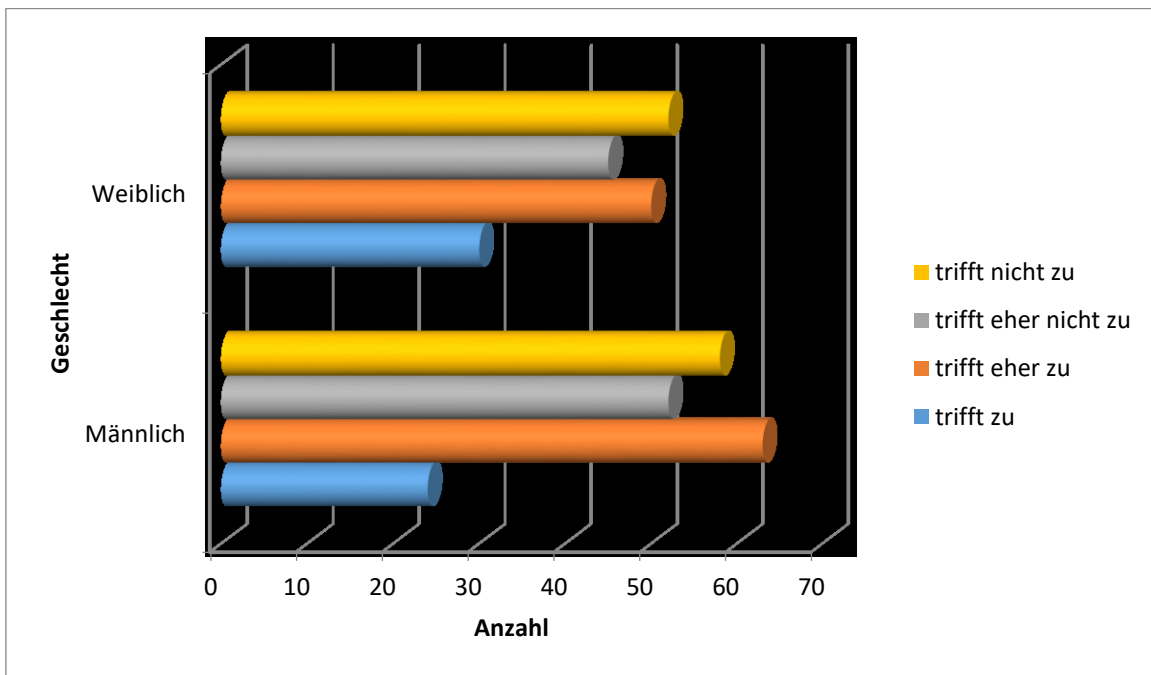


Abbildung 10: Unterschiede männlich zu weiblich auf die Frage ob der Entlassungsbrief in seiner derzeitigen Form geändert werden soll

11. Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Arbeit mit der Literatur verglichen. Fakt ist nach Auswertung der Fragebögen, dass die Mehrheit der ÄrztInnen des LKH-Univ.Klinikum Graz den Entlassungsbrief als Kommunikationsmittel unter ÄrztInnen betrachten. Gleichzeitig jedoch gab ein Großteil an, dass der Entlassungsbrief auch als Informationsquelle für PatientInnen dient und künftig so verständlich wie möglich für PatientInnen sein soll, da dies zur individuellen Gesundheitskompetenz beitragen kann. Eine Erweiterung der Entlassungsbriefe um Berichte von ebenfalls in der Behandlung von PatientInnen beteiligten Personen wie Physiotherapie oder Pflegepersonen können sich die Befragten ebenfalls gut vorstellen. Eine Änderung des bisherigen Systems wird jedoch nur von der Minderheit der an der Befragung teilnehmenden ÄrztInnen definitiv erwünscht. Bezüglich Inhalt des Entlassungsbriefes war man sich jedoch mehrheitlich einig. So muss der Brief zumindest Diagnose, Therapie, Weiterbehandlungsempfehlungen, die Verordnung von Medikamenten und Verhaltensempfehlungen für PatientInnen enthalten.

11.1 Problemstellungen

11.1.1 Standardisierung

Entlassungsbriefe unterliegen bisher noch keiner einheitlichen Standardisierung bezüglich Struktur, Inhalt und Adresse. Dennoch wird genau dies des Öfteren gefordert^{9,14,16,17,21}. Auch in der vorliegenden Arbeit wurde das in den Kommentaren am Ende des Fragebogens mittels Freitext als Lösungsvorschlag angeführt. So kann man zum Beispiel mehrere Vorlagen erstellen, die einem das Verfassen eines Entlassungsbriefes erleichtern sollen. Diese muss man anschließend nur mehr adaptieren, anstatt sie vollkommen neu zu erstellen. Der Inhalt wäre jedoch vorgegeben und somit standardisiert.

11.1.2 Fristgerechte Kommunikation

Entlassungsbriefe sind laut Befragten außerdem eine Informationsquelle für PrimärversorgerInnen beziehungsweise ÜberweiserInnen. Es muss sichergestellt werden, dass diese den Entlassungsbrief überhaupt (rechtzeitig) bekommen. Dies ist derzeit oft nicht der Fall, wie es auch in der Arbeit von Maaïke Langelaan et al. hervorgeht¹⁴. Mit ELGA ist künftig zumindest österreichweit eine flächendeckende Vernetzung unter GesundheitsanbieterInnen geplant, womit benötigte Befunde schnell und effizient am richtigen Ort sind und auch für PatientInnen jederzeit einsehbar sind²⁹.

11.1.3 Verständlichkeit

Ein weiterer Problempunkt scheint die Verständlichkeit der Entlassungsbriefe für PatientInnen zu sein. Der Brief enthält zu viele Abkürzungen und medizinische Fachbegriffe, die oft nicht notwendig sind. Falls vorhanden beziehungsweise nötig, sind Abkürzungen zumindest bei der ersten Verwendung auszuschreiben. Diese Thematik wird auch in der Arbeit von TM Khan et al. erörtert, wonach viele PatientInnen aufgrund patientInnenunfreundlicher Sprache nicht verstehen, was mit ihnen passiert¹¹. Dies ist jedoch nötig um den Outcome der PatientInnen nach Spitalsaufenthalt zu verbessern, wie R. Lin et al. 2014 oder Moira A. Steward postulierten^{8,23}.

11.1.4 Faktor Zeit

Laut David R. Kalkins et al. ist ein Problempunkt außerdem der Faktor Zeit⁹. Dies wird auch in den Freitextantworten dieser Arbeit deutlich. ÄrztInnen haben zu wenig Zeit, um den PatientInnen ausreichend aufklärende Information bieten zu können. Eine optimale Informationsvermittlung ist nur in Kombination der schriftlichen Entlassungsbriefe mit verbaler Kommunikation möglich, wie es auch Bianca M. Buurman et al. beschreibt²⁶.

11.1.5 Ausführlichkeit

Oftmals wurde in den Freitextantworten auch der Wunsch nach „Weniger ist mehr“ geäußert, etwa wie auf den von David A.Sandler et al. erwähnten Informationskarten¹⁷. Eine Reduktion auf das Wesentliche (Diagnose, empfohlene Therapie und Kontrolltermine) ist absolut ausreichend, würde weniger Bürokratie bedeuten und auch eher gelesen als lange, ausführlichere Briefe.

11.2 Stärken und Schwächen

Die Stärken dieser Umfrage ist es, dass ÄrztInnen des LKH-Univ.Klinikum Graz ihre Meinung zum derzeitigen Entlassungsbriefes mitgeteilt haben. Es wurden Tendenzen sichtbar, die es möglich machen das Gesundheitssystem und die Zufriedenheit der ÄrztInnen zu verbessern. Leider konnte nicht auf jede Berufsuntergruppe an ÄrztInnen explizit eingegangen werden (Stichwort StationsärztInnen) oder an alle Eventualitäten einer alternativen Fragestellung gedacht werden. Einige Fragen können im Nachhinein ausführlicher formuliert beziehungsweise ergänzt werden. Manche ÄrztInnen ließen bei deren Beantwortung manche Antworten frei. Hinsichtlich dieses Risikos wurde das Freitextfeld erstellt, welches auch intensiv genutzt wurde.

11.3 Implikationen für die Forschung

Die Verständlichkeit von ÄrztInnen an PatientInnen überbrachte Information wird oft als unzureichend beziehungsweise unbefriedigend bezeichnet. Nicht selten wird als Grund dafür patientInnenunfreundliche Sprache¹¹ oder zu wenig

Zeitinvestition seitens ÄrztInnen⁹ angegeben. Dass dies Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz der PatientInnen hat, wurde in der Projektarbeit um Jürgen M. Pelikan et al.^{29,34} zumindest europaweit belegt. Der Ruf nach Standardisierung wurde in oben genannten Arbeiten mehrfach laut^{9,14,16,17,21}. Nach Durchsicht oben genannter Literatur und nach Auswerten der Befragung können die Herausforderungen auf drei Hauptpunkte zusammengefasst werden: Verständlichkeit, Zeit und Vollständigkeit. So muss ein Entlassungsbrief nicht nur für weiterbehandelnde ÄrztInnen sondern auch für PatientInnen und alle im Heilungsprozess eingebundenen Personen verständlich sein, um den Selbigen so effizient als möglich zu gestalten. Dies benötigt Zeit, um die vorhandene medizinische Information (Diagnosen, Labordaten etc.) in patientInnenfreundliche Sprache zu transkribieren. Die Vollständigkeit der Befunde ist vonnöten, damit die Weiterbehandlung durch die HausärztInnen effizient erfolgen kann. Es gilt demnach, unter anderem an einem Konzept zu forschen, dass zumindest all diese Punkte behandelt und vereint, um einen Entlassungsbrief zu kreieren, welcher vollständige Information, in adäquater Zeit an alle involvierten Personen verständlich überbringt.

11.4 Implikationen für die Praxis

An welches Kollektiv ein Entlassungsbrief sprachlich adaptiert ist können derzeit alle ÄrztInnen selbst entscheiden. Es ist jedoch zum Wohle aller, PatientInnen und ÄrztInnen, wenn Informationen so effektiv wie möglich weitergegeben werden, wie auch die bereits erwähnten Arbeiten darlegen^{8,14,15,16,17,18,21,22,23,25,26,30}. Dies umfasst unter anderem die Vollständigkeit der Daten, benötigten Befunden und empfohlenen Therapien sowie die Verständlichkeit des Briefes für das jeweilige Zielkollektiv. Nur, wenn dies geschieht, kann eine umfassende Weiterversorgung stattfinden und PatientInnen optimal geholfen werden.

11.5 Schlussfolgerungen

Den perfekten Entlassungsbrief gibt es noch nicht. Begriffe wie „das biopsychosoziale Modell“ sind zwar seit vielen Jahren hinreichend bekannt, an deren umfassenden Implementierung wird jedoch noch gearbeitet. Die vorliegenden Arbeiten zeigen den Spielraum zu Verbesserung des Entlassungsbriefes. Sei es in der Formulierung, der Adressaten oder des Inhaltes.

12. Literaturverzeichnis

1. Prins H, Büller HA, Zwetsloot-Schonk JHM. Effect of discharge letter-linked diagnosis registration on data quality. *Int J Qual Heal Care*. 2000;12(1):47–57.
2. Chen J, Fang H, Rizzo JA. Physician-patient Language Concordance and Malpractice Concerns. *Med Care [Internet]*. 2011;49(11):1040–4. Available from: [papers3://publication/doi/10.2307/23053796?](https://doi.org/10.2307/23053796)
3. Gordon EJ. Letter: physician patient relationships. Vol. 7, *The Journal of clinical ethics*. 1996. p. 145.
4. Davenport RJ. Write a clinical letter. *Pract Neurol [Internet]*. 2011;11(2):85–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21385965>
5. Example of information letter to the patient's attending physician. Vol. 72, *Joint Bone Spine*. 2005.
6. Smith H, Nicholls CPJ, Djuma S, Whyte A, Amin A, Brown H, et al. Improving The Electronic Discharge Letter (Edl) On An Older Persons' Unit. *Age Ageing [Internet]*. 2014;43(suppl 1):i8. Available from: http://ageing.oxfordjournals.org/content/43/suppl_1/i8.1.abstract
7. Castleden WM, Stacey MC, Norman PE, Lawrence-Brown MMD, Brooks JG. General practitioners' attitudes to computer-generated surgical discharge letters. *Med J Aust*. 1992;157(6):380–2.
8. Lin R, Gallagher R, Spinaze M, Najoumian H, Dennis C, Clifton-Bligh R, et al. Effect of a patient-directed discharge letter on patient understanding of their hospitalisation. *Intern Med J*. 2014;44(9):851–7.
9. Calkins DR, Davis RB, Reiley P, Phillips RS, Pineo KL, Delbanco TL, et al. Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. *Arch Intern Med [Internet]*. 1997;157:1026–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140275>

10. Serfontein J, Dodwell D, Patel P. Psychiatric discharge summaries: What do general practitioners want? *Ment Health Fam Med*. 2011;8(3):167–71.
11. Khan T, Hassali M, Al-Haddad M. Patient-physician Communication Barrier: A Pilot Study Evaluating Patient Experiences. *J Young Pharm*. 2011;3(3):250–5.
12. Nursing 2018. Patient discharge information: Tools for success [Internet]. Mai 2015 [zitiert am 18.12.2018]. Available from: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2015/05000/Patient_discharge_information__Tools_for_success.13.aspx
13. Bolton P. A quality assurance activity to improve discharge communication with general practice. *J Qual Clin Pract*. 2001;21(3):69–70.
14. Langelaan M, Baines RJ, de Bruijne MC, Wagner C. Association of admission and patient characteristics with quality of discharge letters: posthoc analysis of a retrospective study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):225. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28327139> <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2149-8>
15. Bobier C, Dowell J, Craig B. Youth-, family-, and professional-rated utility of a narrative discharge letter written to older adolescent psychiatric inpatients. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22(4):182–8.
16. Coleman A, Ricketts L, Teal S, Mitchell E, Silcock J, Wright DJ. An audit of hospital discharge and outpatient information from a primary care perspective. *J Soc Adm Pharm* [Internet]. 2001;18(6):226–31. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0035682438&partnerID=40&md5=d3a2569a0ff7825304c4bded71c53227>
17. Sandler D a, Heaton C, Garner ST, Mitchell JR. Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. *BMJ* [Internet]. 1989;299(6714):1511–3. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1838359&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

18. Murphy SF, Lenihan L, Orefuwa F, Colohan G, Hynes I, Collins CG. Electronic discharge summary and prescription: improving communication between hospital and primary care. *Ir J Med Sci.* 2017;186(2):455–9.
19. Mago R. Ending a physician/patient relationship: 8 tips for writing a termination letter. *Curr Psychiatr.* 2013;12(6):47.
20. Howard DJ. Structured discharge letter in a department of geriatric medicine. *Health Trends [Internet].* 1986;18(1):12–4. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10276130
21. Doyle MA, Malcolm JC, Liu D, Maranger J, Ooi TC, Keely E. Using a Structured Discharge Letter Template to Improve Communication During the Transition from a Specialized Outpatient Diabetes Clinic to a Primary Care Physician. *Can J Diabetes.* 2015;39(6):457–66.
22. Graumlich JF, Novotny NL, Nace GS, Aldag JC. Patient and physician perceptions after software-assisted hospital discharge: Cluster randomized trial. *J Hosp Med.* 2009;4(6):356–63.
23. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ [Internet].* 1995;152(9):1423–33. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1337906&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Shipman B. The role of communication in the patient-physician relationship. *J Leg Med.* 2010;31(4):433–42.
25. Mandl KD, Kohane IS, Brandt AM. Electronic patient-physician communication: Problems and promise. Vol. 129, *Annals of Internal Medicine.* 1998. p. 495–500.
26. Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulers M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S, et al. Improving handoff communication from hospital to home: The development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *Int J Qual Heal Care.* 2016;28(3):384–90.

27. Emanuel EJ. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1992;267(16):2221. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1992.03480160079038>
28. Zolnierok KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* [Internet]. 2009;47(8):826–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19584762>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2728700>
29. Elga.gv.at. (2018). ELGA: Startseite. [online] Available at: <https://www.elga.gv.at/index.html> [Accessed 23 Oct. 2018].
30. Patientencharta & Rechtsgrundlagen | Gesundheitsportal [Internet]. Gesundheitsportal. 2018 [cited 23 October 2018]. Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/patientenrechte/patientencharta>
31. Hammerer, P. *Forum* (2018) 33: 119. Available from <https://doi.org/10.1007/s12312-018-0410-7>
32. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831–41. doi: 10.1001/jama.297.8.831
33. Weiskopf NG, Rusanov A, Weng C. Sick patients have more data: the non-random completeness of electronic health records. *AMIA Annu Symp Proc*. 2013;2013:1472–7
34. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. [Internet]. *The European Journal of Public Health*. Oxford University Press; 2015 [cited 2018Oct22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>

35. Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesrecht konsolidiert: Ärztegesetz 1998 § 51, tagesaktuelle Fassung [Internet]. Mai 2018 [zitiert am 17.12.2018]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138&Artikel=&Paragraf=51&Anlage=&Uebergangsrecht=>

13. Anhang

13.1 Anhang A

MUSTER

EvaSys	Entlassungsbrief am LKH-Univ. Klinikum Graz 2018	
LKH-Univ. Klinikum Graz		Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz
Auswertung erfolgt über die Stabsstelle QM-RM		

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. FRAGEN ZUR PERSON

- 1.1 Geschlecht
 weiblich männlich
- 1.2 Ausbildungsstatus (Klinikum)
 Turnusarzt/Turnusärztin Assistenzarzt/Assistenzärztin Facharzt/Fachärztin, Oberarzt/Oberärztin, oder leitende Funktion
- 1.3 Berufserfahrung (ich bin Arzt/Ärztin seit...Jahren)
 0-2 3-5 6-10
 11-20 >21
- 1.4 Bereich in dem Sie vorwiegend tätig sind
 Konservatives Fach Chirurgisches Fach Kinderbereich

2. KOMMUNIKATION

	Trifft voll zu		Trifft nicht zu		Nicht beurteilbar
Der Entlassungsbrief ist ein Kommunikationsmittel...					
2.1 ...unter Ärzten/Ärztinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ...zur Information von Patienten/Patientinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ...für alle von den Patienten/Patientinnen ermächtigten Personen (gesetzlich bestimmte Personen, Angehörige, Pflegepersonen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Entlassungsbriefe, die für Patienten/Patientinnen verständlich formuliert sind, führen zu weniger zeit-intensiven Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Der Entlassungsbrief wird von Patienten/Patientinnen meist nicht gelesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Der Patient/die Patientin muss den Entlassungsbrief nicht verstehen, da dieser von dem nach-betreuenden Arzt/Ärztin erklärt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin einschlägige Fortbildungen zum Thema Kommunikation, wie z.B. „Umgang mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen“ besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 In meiner Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin ist/war der Aufbau und Inhalt des Entlassungsbriefes ein Bestandteil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Ich besuche regelmäßig Fortbildungen zum Thema Kommunikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. INHALT

Im Entlassungsbrief sind folgende Inhalte erforderlich...

F2492U0P1PLDVO

26.04.2018, Seite 1/3

MUSTER

MUSTER

3. INHALT [Fortsetzung]

	Trifft voll zu		Trifft nicht zu		Nicht beurteilbar
3.1 ...Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ...Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ...Medizinische Fachbegriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ...Fachliche Abkürzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ...Weiterbehandlungsempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 ...Verordnung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 ...Wiederbestell- bzw. Kontrolltermine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 ...Verhaltensempfehlung für Patienten/ Patientinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 ...Therapieempfehlung/-bericht von der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 ...Therapieempfehlung/-bericht von der Klinik Sozialarbeiter/ Sozialarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 ...Therapieempfehlung/-bericht vom Medizinisch-technischen Dienst (z.B. Diätologie, Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12 Der Inhalt des Entlassungsbriefes ist in der derzeitigen Form ausreichend für die Weiterbehandlung bzw. Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13 Der Entlassungsbrief in der jetzigen Form trägt zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz der Patienten/Patientinnen bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. AUSBLICK

	Trifft voll zu		Trifft nicht zu		Nicht beurteilbar
4.1 Der Entlassungsbrief soll zukünftig für Patienten/Patientinnen das weitere Vorgehen und das Behandlungsziel in verständlicher Form enthalten, damit er/ sie selbst zur Verbesserung der eigenen Gesundheit etwas beitragen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Soll der Entlassungsbrief in der derzeitigen Form geändert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

MUSTER

EvaSys

Entlassungsbrief am LKH-Univ. Klinikum Graz 2018

Electric Paper
ELECTRONIC PAPER

4. AUSBLICK [Fortsetzung]

4.3 Wenn ja, welche Änderungen schlagen Sie vor bzw. wünschen Sie sich?

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!

Anhang A-3 Fragebogen Seite 3 von 3

13.2 Anhang B

VOTUM gültig bis 26.03.2019

EK-Nummer: 30-220 ex 17/18
Studientitel: The medical discharge record - Information for consultants or information for all stakeholders
Prüfer: Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer
LKH-Univ. Klinikum Graz
Sponsor: LKH-Univ. Klinikum Graz
Ansprechpartner: Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer, 8036 Graz, Auenbruggerplatz 1
CRO: -
Antragsteller: LKH-Univ. Klinikum Graz
Ansprechpartner: Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 06.03.2018 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befugten anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben: keine

Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:

Dokumente eingegangen am 06.02.2018, begutachtet im 'expedited Review' am 06.03.2018

✓ Cover Letter Arztbrief-Begleitschreiben_20180206 20180206	06.02.2018
✓ Antragsformular ECS	06.02.2018
✓ Originalprotokoll 20180130_Version Studienprotokoll_20180206 V1	06.02.2018
✓ Sonstiges: Arztbrief-Gebührenbefreiung_20180206 20180206	06.02.2018
✓ Sonstiges: Anlage-1-Fragebogen_Arztbrief_02.02.2018 02.02.2018	02.02.2018

Dokumente eingegangen am 07.02.2018, begutachtet im 'expedited Review' am 06.03.2018

✓ Antragsformular ECS unterschrieben	07.02.2018
--------------------------------------	------------

Dokumente eingegangen am 21.03.2018, begutachtet im 'expedited Review' am 26.03.2018

✓ Sonstiges: Stellungnahme zur Bearbeitungsmittelung	21.03.2018
--	------------

Die Ethikkommission geht - rechtlich unverbindlich - davon aus, dass es sich um keine klinische Prüfung nach AMG bzw. MPG handelt.

Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Diplomarbeit.

Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen

- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen

- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)

- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

zusätzliche Auflagen: Das Votum ist gültig für die Befragung der Gruppen A und B.

Dieses Votum gilt für ein Jahr ab dem Datum der Ausstellung. Bei längerer Studiendauer ist rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Votums ein Zwischenbericht vorzulegen (Berichtsformular), um eine etwaige Verlängerung zu erlangen.

Graz, 26. März 2018



Univ. Prof. Dr. Josef Haas
Vorsitzender



Univ. Prof. Dr. Hermann Toplak
Stv. Vorsitzender

Achtung: Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

13.3 Anhang C

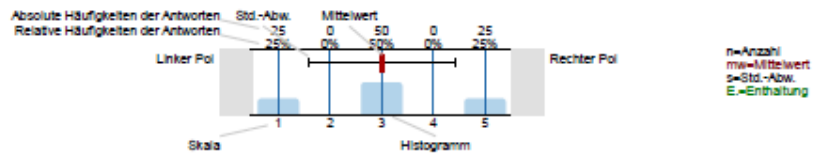
Befragungen Stabsstelle QM-RM
 Entlassungsbrief am LKH-Univ. Klinikum Graz 2018
 Erfasste Fragebögen = 431



Globalwerte

Legende

Frage-
text

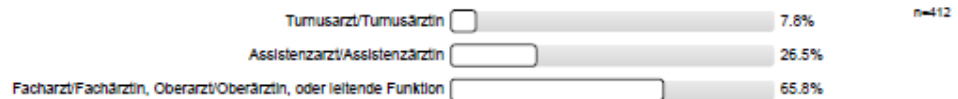


1. FRAGEN ZUR PERSON

^{1.1)} Geschlecht



^{1.2)} Ausbildungsstatus (Klinikum)



^{1.3)} Berufserfahrung (ich bin Arzt/Ärztin seit...Jahren)



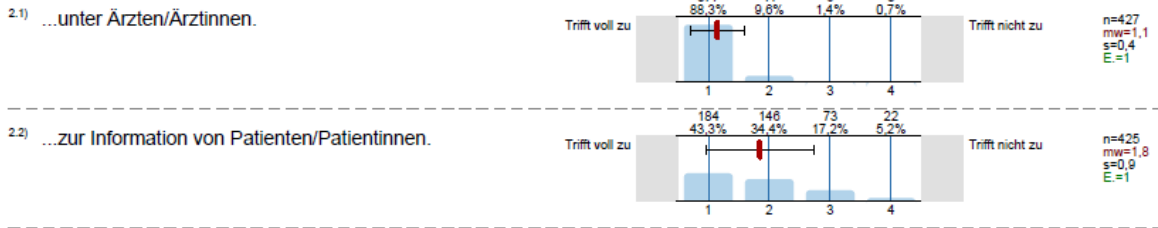
^{1.4)} Bereich in dem Sie vorwiegend tätig sind



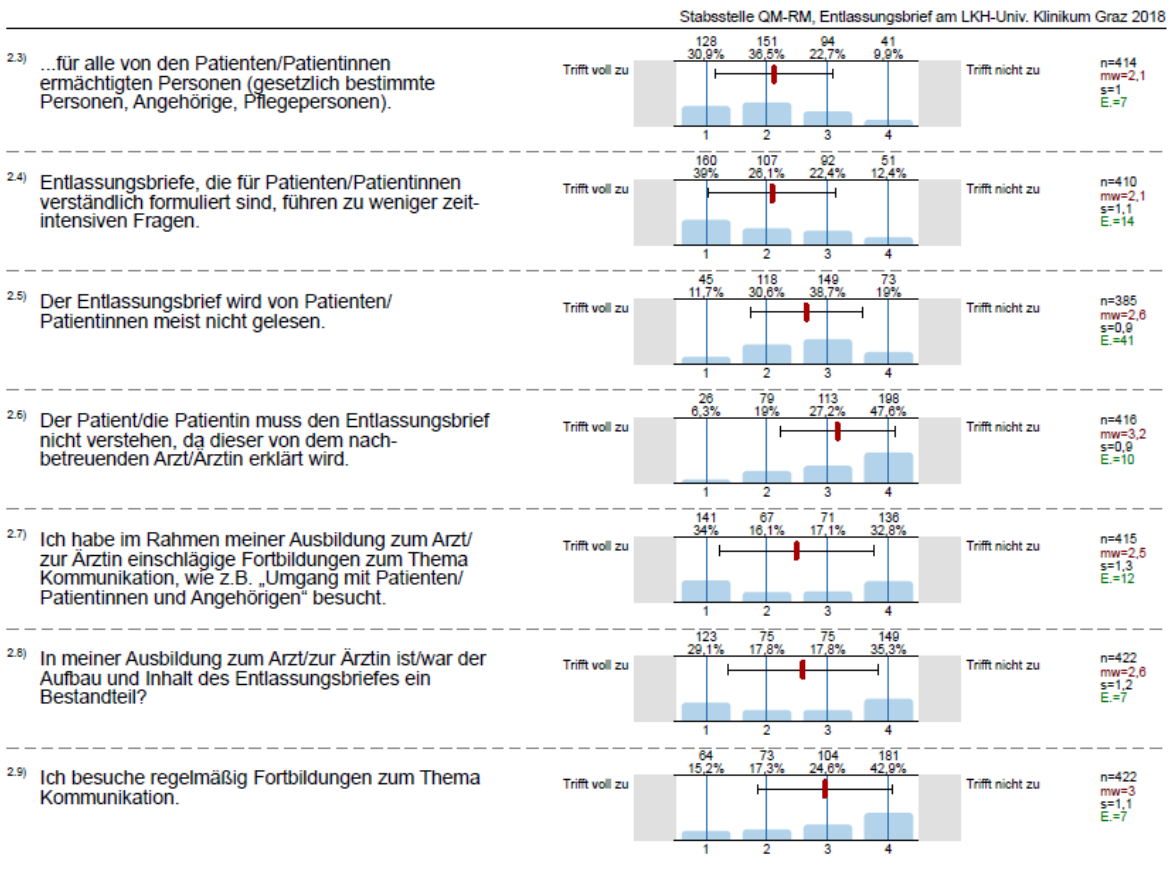
Anhang C-1 Detailergebnisse 1/6

2. KOMMUNIKATION

Der Entlassungsbrief ist ein Kommunikationsmittel...



Anhang C-2 Detailergebnisse 2/6



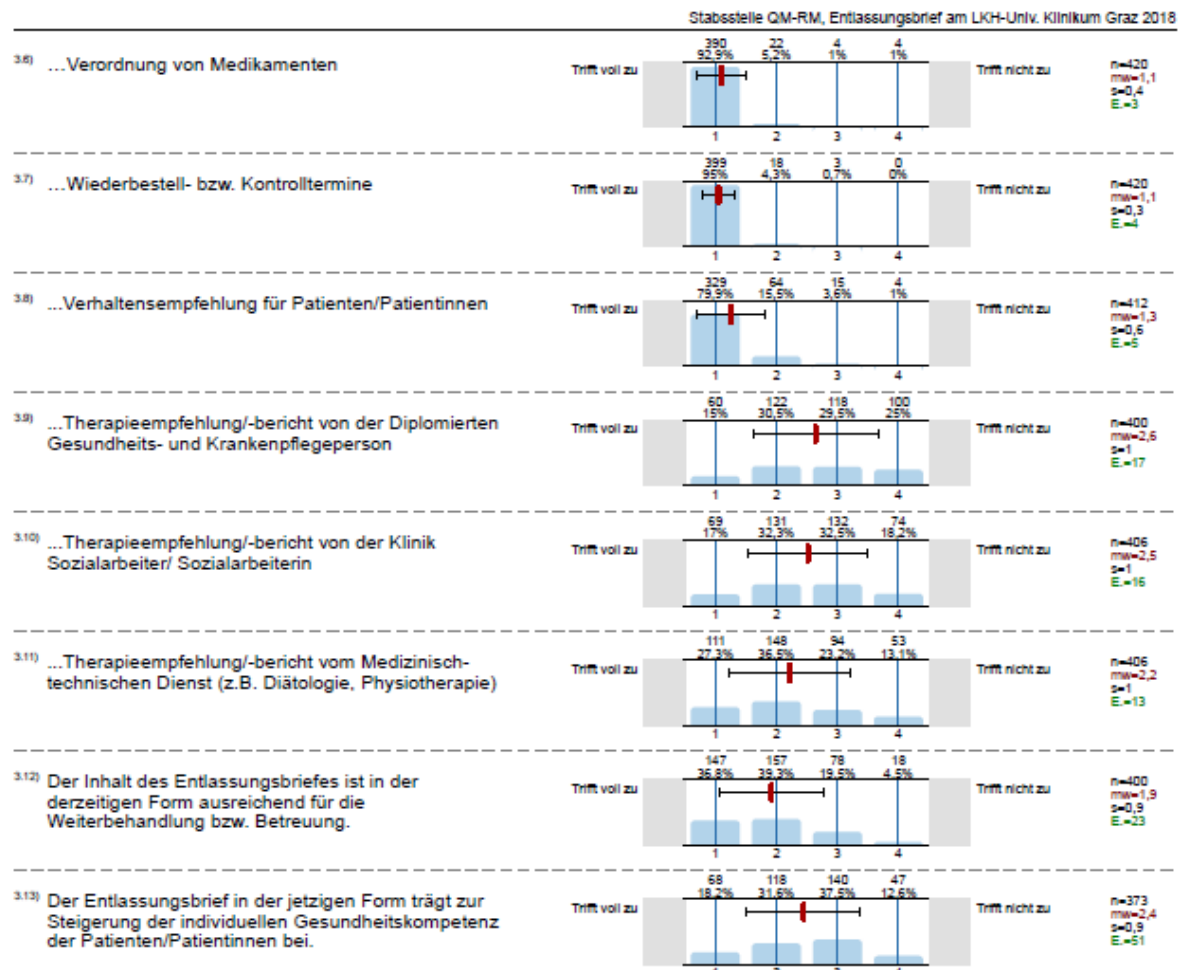
Anhang C-3 Detailergebnisse 3/6

3. INHALT

Im Entlassungsbrief sind folgende Inhalte erforderlich...



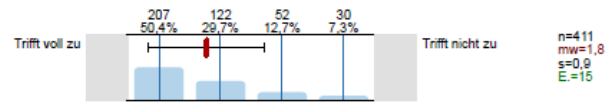
Anhang C-4 Detailergebnisse 4/6



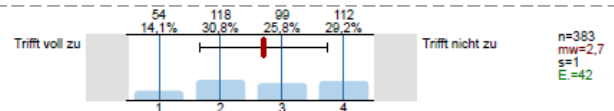
Anhang C-5 Detailergebnisse 5/6

4. AUSBLICK

4.1) Der Entlassungsbrief soll zukünftig für Patienten/ Patientinnen das weitere Vorgehen und das Behandlungsziel in verständlicher Form enthalten, damit er/sie selbst zur Verbesserung der eigenen Gesundheit etwas beitragen kann.



4.2) Soll der Entlassungsbrief in der derzeitigen Form geändert werden?



Anhang C-6 Detailergebnisse 6/6