

Aus dem Zentrum Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar  
Direktor: Prof. Dr. Johannes Jäger, MME

**Fehleranalyse an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis  
bezüglich der Überleitung stationär behandelter Patienten und deren  
Informationsgrad**

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Medizin*  
**der Medizinischen Fakultät**  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES  
2018

vorgelegt von: Stefan Rafael Speicher  
geb. am 07.04.1989 in Saarbrücken

Für Papa

## Inhalt

1.	Einleitung.....	1
1.1	Die Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem.....	1
1.2	Entlassungsmanagement in deutschen Krankenhäusern .....	3
1.2.1	Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ .....	6
1.3	Die Arzt-Patienten-Beziehung.....	9
1.3.1	Arzt-Patienten-Beziehungen im Wandel der Zeit .....	11
1.3.2	Die partizipative Entscheidungsfindung .....	12
1.4	Eigene Fragestellung .....	15
2.	Methodik.....	16
2.1	Patienteninterviews .....	16
2.2	Patienten-Umfrage.....	17
2.3	Hausärzte-Umfrage .....	18
3.	Ergebnisse .....	20
3.1	Die Patienteninterviews.....	20
3.2	Auswertung der an Patienten gerichteten Fragebögen .....	25
3.2.1	Patientenauswahl und Rücklaufquote .....	25
3.2.2	Demographische Daten der Teilnehmer.....	26
3.2.3	Auswertung der Patientenfragen .....	28
3.3	Auswertung der an Hausärzte gerichteten Fragebögen .....	45
3.3.1	Rücklaufquote .....	45
3.3.2	Auswertung der Hausarztfragen.....	46
4.	Diskussion.....	68
4.1	Einschränkungen der Arbeit .....	68
4.2	Diskussion der Ergebnisse.....	69
4.3	Ausblick.....	79
5.	Zusammenfassung - Summary.....	82
5.1	Deutsche Zusammenfassung .....	82
5.2	English summary .....	83
6.	Abbildungsverzeichnis.....	85
7.	Literaturverzeichnis .....	87
8.	Danksagung.....	94

---

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

# 1. Einleitung

## 1.1 Die Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem

Im Jahr 2002 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin eine Fachdefinition für den Begriff „Allgemeinmedizin“. Die Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen (DEGAM 2002).

Die Grundlage für die Arbeit als Allgemeinmediziner bildet eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung, die häufig die gesamte Familie über mehrere Generationen einschließt. Dadurch entsteht eine „erlebte Anamnese“. Diese spezielle Form der Anamnese macht sich das Vorwissen über den Patienten und die oft bekannte Familienanamnese zu Nutze. Diese zusätzlichen Informationen können bei der Diagnosefindung helfen und führen vor allem bei unklaren Symptomen zu einer höheren Wahrscheinlichkeit der richtigen Diagnosestellung. Dabei muss der Allgemeinmediziner zwar nicht immer über spezialisiertes Wissen jedoch mindestens über Grundkenntnisse der häufigsten Erkrankungen aus allen Fachbereichen verfügen. Häufig hat der Allgemeinmediziner auch fachärztliches Wissen aus den Bereichen der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Psychiatrie und anderen Spezialisierungen, vor allem was Erkrankungen mit hoher Prävalenz in der Bevölkerung betrifft.

Weiterhin stellt das bisher unausgelesene Patientenkollektiv aller gesellschaftlichen Schichten die Arbeitsgrundlage. Der Hausarzt ist erste Anlaufstelle für einen Patienten mit Beschwerden. Diesem obliegt die Entscheidungsfindung. Diese Grundlage bildet ebenso den Arbeitsauftrag des Hausarztes. Er hat eine primärärztliche Filter- und Steuerungsfunktion. Eine verantwortungsvolle Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten liegen dabei im Fokus. Besonders hervorzuheben sind der abwendbar gefährliche Verlauf sowie das abwartende Offenhalten. Der abwendbar gefährliche Verlauf bezeichnet das allgemeinmedizinische Vorgehen zur Erkennung oder zum Ausschluss eines dringend behandlungsbedürftigen Krankheitsbildes aus einer Gruppe ähnlicher, aber ungefährlicherer Symptome (Klein 2009: 1). Unter abwartendem oder beobachtendem Offenhalten („watchful waiting“) versteht man den bewussten Verzicht auf weitergehende Diagnostik in Fällen, in denen durch Anamnese und klinischen Befund eine ernsthafte, (sofort) klärungs- und behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist (Schmelz et al. 2010: 238).

Ebenso zum Arbeitsauftrag gehört die haus- und familienärztliche Funktion, das heißt die Betreuung des Patienten im Rahmen der Familie und im häuslichen Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs.

Neben der behandelnden Tätigkeit kommt dem Hausarzt die Bildungsfunktion zu. Durch Gesundheitsberatung für den Einzelnen, aber auch für die Gemeinde, vor allem in ländlichen Gebieten, sind Hausärzte auch Dienstleister im Bildungssektor (Swee 1983: 72).

Letztlich erfüllt der Hausarzt die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die Überweisung zu Fachärzten anderer Fachbereiche und das Sammeln, Dokumentieren und Bewerten aller Ergebnisse. Ihm obliegt die Vermittlung von Pflegeeinrichtungen und sozialer Hilfe im häuslichen Patientenumfeld (Wiechmann 2013: 5).

Gerade was die Arzt-Patienten-Beziehung oder den abwendbar gefährlichen Verlauf betrifft gilt es anzumerken, dass auch in anderen medizinischen Fachgebieten solche Aspekte vorzufinden sind. Beispielsweise betreut ein niedergelassener Gastroenterologe Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen über Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte. Ähnliches gilt für einen Psychiater, dessen Patienten eine langfristige und etappenartige Behandlung erfahren. Auch hier sind Warnhinweise frühzeitig zu erkennen, um einen potentiell gefährlichen Verlauf früh abwenden zu können. Dadurch entwickelt sich ebenfalls eine erlebte Anamnese. Der Unterschied zur Allgemeinmedizin ist jedoch, dass eben diese genannten Punkte charakteristisch für die Allgemeinmedizin sind, während sie in anderen Fachbereichen optional auftreten können.

Die Wichtigkeit des Hausarztes zeigt sich auch beim Blick auf unsere europäischen Nachbarn. Seit der Gesundheitsreform 1993 gibt es in Deutschland das Bestreben, den Hausarzt als primäre ärztliche Instanz zu etablieren. Er soll den Patienten durch das Gesundheitssystem „lotsen“ und vor der verfrühten Einweisung in eine Klinik bewahren. Im Englischen spricht man dabei von „gatekeeper“ – Funktion (Linden et al. 2004). Der Kostenträger erhofft sich dadurch eine Einsparung von finanziellen Ressourcen, die bei einer nicht notwendigen teuren Facharztbehandlung verbraucht würden. Zudem sollen Schnittstellenprobleme minimiert werden, die aus einem Informationsverlust beim Wechsel zwischen verschiedenen ärztlichen Ebenen entstehen. Während in Deutschland das Primärarztprinzip zwar gewünscht, jedoch optional ist, ist es in den Niederlanden Pflicht. Das niederländische Hausarztmodell basiert darauf, dass alle Einwohner einen festen Hausarzt haben. Eine freie Arztwahl besteht nicht. Dieser regelt die Überweisung zu anderen fachärztlichen Kollegen oder die Einweisung in eine Klinik. Notfälle sind dabei ausgenommen. Durch die Pflichtzuteilung zu einem Hausarzt ist die Anzahl der Einwohner pro Hausarzt gleichzeitig der durchschnittliche Patientenstamm einer Hausarztpraxis.

Während in Deutschland bei Beschwerden der Erstkontakt mit dem Hausarzt nur in 68,8 % der Fälle hergestellt wird, liegt dieser Prozentsatz in den Niederlanden bei 95,5% (Faller & Lang 2016: 317). Die Rate der vorherigen Facharztconsultationen liegt durch das Verbot des selbstständigen Aufsuchens eines Facharztes bei 0 %. Zum Vergleich: in Deutschland liegt diese bei 18,8 %. Die durchschnittliche Anzahl erneuter Arztkontakte innerhalb von 3 Monaten konnte so auf 0,44 pro Patient reduziert werden. In Deutschland ist die Häufigkeit mit 1,56 erneuten Arztkontakten mehr als dreifach erhöht (Linden et al. 2004). Auch im englischsprachigen Raum konnte gezeigt werden, dass Patienten ohne Hausarzt mit höherer Wahrscheinlichkeit eine klinische Notfallambulanz aufsuchen, ohne dass dafür eine Indikation besteht (Fung et al. 2015). Der Hausarzt erfüllt somit eine wesentliche Überwachungsfunktion in der medizinischen Versorgungsstruktur.

## 1.2 Entlassungsmanagement in deutschen Krankenhäusern

Unter Entlassungsmanagement versteht man die Überleitung von teil – oder vollstationären Patienten in die ambulante Weiterversorgung (Deimel & Bender 2013: 6). Synonym werden dazu auch Begrifflichkeiten wie „Überleitungsmanagement“ oder „Versorgungsmanagement“ verwendet. Streng genommen bezeichnet das Überleitungsmanagement jedoch auch den Prozessablauf einer Patientenverlegung von einer Station auf eine andere oder den Wechsel in eine andere Klinik. Zumeist wird der Begriff jedoch sektorenübergreifend verwendet und bezieht sich auf die Übergabe eines Patienten in die ambulante Behandlung. Im Englischen wird dabei von „discharge planning“ gesprochen und bezeichnet Prozesse sowie Dienstleistungen, die die Bedürfnisse eines Patienten identifizieren, bewerten und den Wechsel von einer Versorgungseinrichtung in eine andere unterstützen (Jackson 1994).

Aufgabe des Entlassungsmanagements ist es, den Patienten optimal auf die ambulante Weiterbehandlung oder die häusliche Wiedereingliederung vorzubereiten (Wingenfeld 2011: 7). Hierbei soll der Patient und dessen Angehörige umfassend informiert und beraten werden, um die Ansprüche und Probleme der häuslichen Umgebung bewältigen zu können. Ebenso kann der Patient durch die Bestellung von Hilfsmitteln und Vermittlung eines Anschlusses an ambulante Einrichtungen bereits vor dem Entlassungstag unterstützt werden, wenn der Patient durch die Krankheit nicht mehr in der Lage ist, administrative Aufgaben zu erledigen. Auch international wird die aktive Einbindung des Patienten in das Entlassungsmanagement gewünscht und eine Beratung, Informationsvermittlung, Schulung und Aufklärung über die Krankheit und den Verlauf grundlegend gefordert (Lim et al. 2012: 682). Durch ein interdisziplinär abgestimmtes Prozessmanagement, in das

der ärztliche Dienst, Pflegedienst sowie weitere Berufsgruppen wie beispielsweise Psychologen integriert werden können, soll eine Versorgungslücke in der Überleitung des Patienten in die ambulante Behandlung vermieden werden. Das Entlassungsmanagement sollte bereits während des stationären Aufenthalts geplant werden, da wichtige Maßnahmen teilweise einen zeitlichen Vorlauf benötigen. Verschlechterungen des gesundheitlichen Zustands von Patienten nach Entlassung haben oft ihren Ursprung bereits im stationären Aufenthalt, wenn beispielsweise die zu erwartenden häuslichen Anforderungen und Problemstellungen nicht in der Behandlung evaluiert und geplant werden (Wingenfeld 2005). Dies führt nicht nur zu gesundheitlicher Verschlechterung des Patienten, sondern steigert auch potentiell vermeidbare Folgekosten durch erneute Hospitalisierungen. Dass die Umsetzung eines Entlassungsmanagements gerade bei älteren Patienten die klinische Aufenthaltsdauer und die Wiedereinweisungsraten reduziert, konnte in internationalen Studien belegt werden (vgl. Shepperd et al. 2013; McMartin 2013; Naylor et al. 2004; Phillips et al. 2004)

Das Entlassungsmanagement ist somit nicht nur ein Faktor, der sich auf die Genesung des Patienten auswirkt, sondern auch ein wichtiger Teil der Kostenkalkulation.

Durch den demographischen Wandel und die Zunahme chronischer Erkrankungen entsteht eine besonders unterstützungs- und pflegebedürftige Patientenklientel. Eine gut koordinierte umfassende Entlassungsplanung erfordert demnach eine zeitintensive Vorbereitung. Gleichzeitig führt die Einführung der Krankenhausfinanzierung in Form von diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) zu immer kürzer werdenden Liegezeiten. Folglich steigt nicht zuletzt aus Kostengründen die Zahl an versorgungsbedürftigen Patienten, die verfrüht entlassen werden. Dadurch reduziert sich in gleichem Maße die verfügbare Zeit für ein ordnungsgemäßes Entlassungsmanagement (Wiedenhöfer 2010). Um diesem Umstand gerecht zu werden wurde 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet. Dies verankert das Entlassungsmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung im Sozialgesetzbuch V. Somit wird durch den Behandlungsvertrag mit der Klinik auch ein verbindliches Entlassungsmanagement gewährleistet.

Wie und in welcher Form eine Klinik das Entlassungsmanagement führt ist der Klinik freigestellt. Eine bundesweite Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts 2014 ergab, dass 63,3% der ca. 670 Krankenhäuser sich am „Nationalen Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege“ orientieren (vgl. Blum & Reus 2014). Dies bezeichnet ein 2002 erstmals erschienenes Kompendium des „Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP) der Universität Osnabrück in dem ein Entlassungsstandard aus pflegerischer Sicht verfasst wird. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ soll im nächsten Kapitel ausführlicher



behandelt werden.

54,3 % der Häuser gaben an, einen hausinternen Standard zu benutzen. Dabei waren in knapp 68% der Fälle Organisationseinheiten und Stellen vorhanden, die speziell für das Entlassungsmanagement zuständig sind. Dieses umfasst den Pflegedienst, den ärztlichen Dienst, Sozialarbeiter und in selteneren Fällen externe Beteiligte und Verwaltungsmitarbeiter.

Weiterhin wurden Probleme an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung ermittelt. Hierbei zeigte sich, dass die größten Probleme bei der Medikamentenversorgung im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung die fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten und Verordnungsmöglichkeiten des ärztlichen Dienstes darstellen. Die Versorgung mit Heil – und Hilfsmitteln führe dabei selten zu Problemen.

Zusätzlich wurde in dieser Umfrage ermittelt, dass Probleme in der fachärztlichen Weiterversorgung in den langen Wartezeiten auf einen Termin, lange Anfahrtswege und oftmals eine geringe flächendeckende Versorgung bestehen. Knapp jede dritte Klinik gab an, dass ein zu langes Warten auf einen ambulanten Facharzttermin Standard sei. Ein weiteres Drittel antwortete, dass dies zumindest häufig vorkomme.

Ebenso wurde die Wartezeit für Kostenzusagen für Anschlussbehandlungen ermittelt. Dazu zählten Reha-Einrichtungen, stationäre Einrichtungen, Kurzzeit – und Tagespflege, sowie stationäre oder ambulante Hospizeinrichtungen. Hier ergab sich, dass die Wartezeit für die Kostenzusage in allen Bereichen in mehr als 85% der Fälle weniger als 2 Wochen betrug. Lange Wartezeiten und Behandlungsverzögerungen stellen demnach in diesen besonderen Fällen eher selten Probleme im Entlassungsmanagement dar.

Zudem zeigte sich, dass gelegentlich patientenindividuelle Gründe zu einer verspäteten Entlassung aus dem Krankenhaus führen. Häufige genannte Gründe waren eine fehlende Erreichbarkeit von Betreuern, das Warten auf richterliche Entscheidungen, eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit des Patienten (Demenz oder andere psychische Erkrankungen) und offene Fragen in der Ermittlung des Kostenträgers.

Jedes zweite Krankenhaus evaluiert sein Entlassungsmanagement und leitet daraus Verbesserungen ab. Dies geschieht am häufigsten in Form einer schriftlichen Befragung und Telefonanrufen bei Patienten (Blum & Reus 2014).

Im Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung wird auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten beurteilt. Jedes zweite Krankenhaus ist mit der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen zufrieden oder sehr zufrieden. Mangelhafte Kooperationen werden in weniger als 5% der Fälle berichtet. Dennoch konnten einige Problemfelder in dieser Schnittstelle

ermittelt werden. In jedem zweiten Krankenhaus sind vor allem die zeitnahe Verfügbarkeit von Dokumenten sowie der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten problematische Aspekte. Weitaus besser schneidet hierbei der Kontakt zu anderen Kooperationspartnern wie Pflege – und Reha-Einrichtungen ab. Hier wurde eine Zufriedenheitsquote von 80 – 90% ermittelt. Probleme entstehen jedoch auch hier vor allem bei kurzfristigen Entlassungen, fehlenden Kostenzusagen, unklaren Zuständigkeiten durch mangelnde Kommunikation und das Fehlen von Standards in der Überleitung. Das Deutsche Krankenhausinstitut schlussfolgert, dass Verbesserungspotenziale im Krankenhauswesen bestehen. Dazu gehören die Standardisierung des Entlassungsmanagements in Bezug auf Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, sowie das Lösen des Versorgungsproblems mit Medikamenten, die vor allem wegen fehlender Finanzierung und Verordnungsmöglichkeiten dem Patienten nicht mitgegeben werden können. Weiterhin bedürfe es einer kontinuierlichen und systematischen Evaluation des Entlassungsmanagements durch Patienten und Nachversorgern sowie einen effizienteren Informationsfluss zwischen Krankenhäusern und Nachversorgern.

Während die in diesem Kapitel genannten Aspekte des Entlassungsmanagements und deren Evaluation aus dem Blickwinkel der Krankenhäuser betrachtet werden, sollen in der vorliegenden Arbeit das Entlassungsmanagement und die Schnittstellenanalyse vor allem aus Sicht der niedergelassenen Hausärzte und Patienten erfolgen.

### 1.2.1 Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Andreas Büscher wurde im Jahr 2002 von einer Expertengruppe der Hochschule Osnabrück der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ erstmals veröffentlicht. Herausgeber ist das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Grund für die Veröffentlichung war die Annahme, dass Versorgungsbrüche vor allem beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich auftreten. Eine direkte Folge ist die Belastung des Patienten mit potentiell vermeidbaren Wiedereinweisungen. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ führt zu einer Verschwendung knapper Ressourcen, die von gesundheitsökonomisch großer Relevanz ist (Pape et al. 2008: 139). Primär richtet sich der Standard an das Pflegepersonal, welches durch seine Nähe zum Patienten eine Schlüsselrolle in der Koordinierung der Entlassung habe.

Der Expertenstandard umfasst zwar keine medizinischen Inhalte, propagiert jedoch die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit des Krankenhauspersonals. Als erstes Basiswerk aus dem

Bereich des Entlassungsmanagements ist der Expertenstandard das in Deutschland meistgenutzte System in der Patientenentlassung (DKI 2004).

Laut Aussagen des DNQP sei der Expertenstandard grundsätzlich in jeder stationären Gesundheitseinrichtung verwendbar, sofern gewisse Voraussetzungen gegeben seien. Dazu gehören unter anderem, dass bereits Grundzüge eines Entlassungsmanagements und angemessene Dokumentations – und Informationskanäle zwischen einzelnen Berufsgruppen bestehen.

Der Expertenstandard geht von einem Etappenprozess in der Entlassungsplanung aus, der schon mit Aufnahme des Patienten in die Klinik beginnt. Die einzelnen Etappen sind in Abbildung 1.1 schematisch dargestellt.

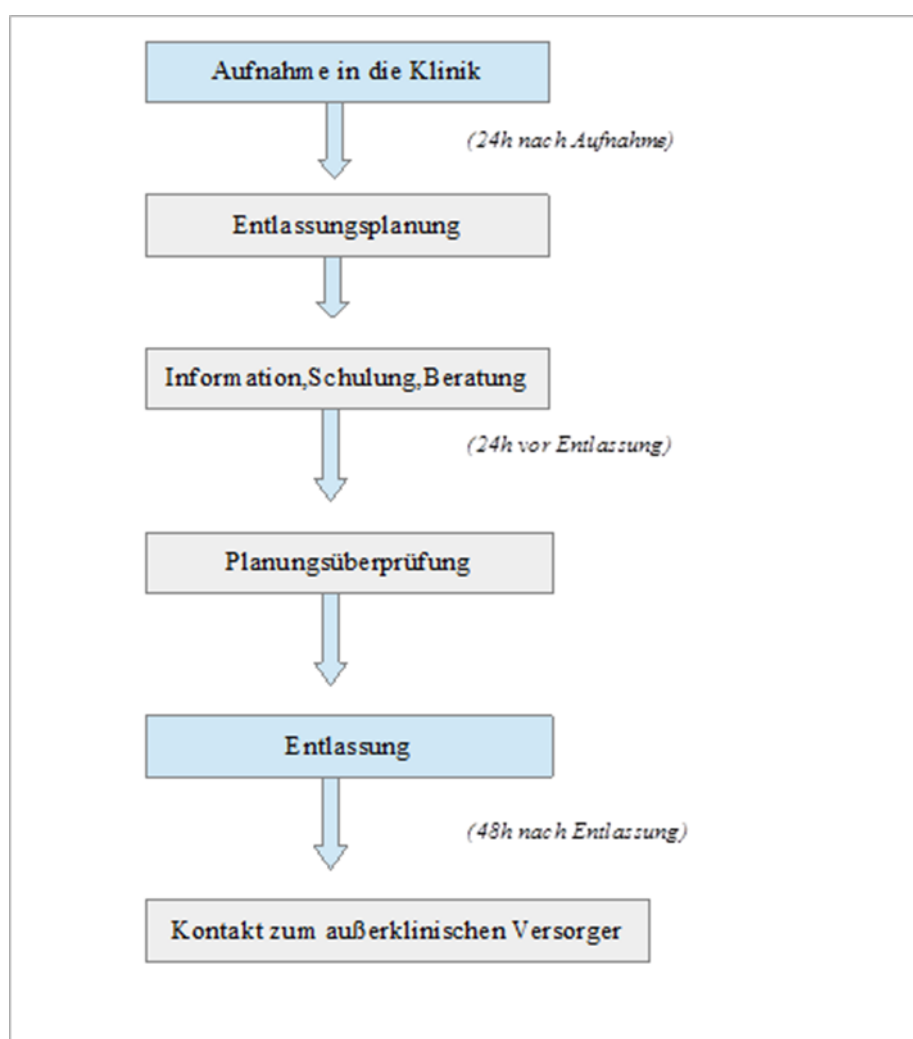


Abbildung 1.1 Ablaufschema des Entlassungsmanagements nach DNQP-Standard

Insgesamt wurden drei Patientengruppen erkannt, die von einem qualitativ guten Entlassungsprozess profitieren. Zum Ersten sind dies Patienten, die eine kurze Verweildauer in einer Klinik haben. Dieser

eher widersprüchlich wirkende Aspekt hat seine Begründung darin, dass Patienten mit kurzem Aufenthalt zu einem großen Teil weiterführende medizinische Behandlung benötigen. Das zweite Kollektiv stellen ältere und multimorbide Patienten dar, die auch nach Entlassung auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen sind. Jeder zehnte dieser Patienten gilt als „Drehtürpatient“, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in naher Zukunft erneut in das Krankenhaus eingewiesen wird. Die dritte Kohorte stellen Patienten dar, die bei schlechtem Entlassungsmanagement und Versäumnissen in der Organisation an Einschränkung der Lebensqualität leiden und zu einem potentiell vermeidbaren Pflegefall werden können.

Die Kernaussagen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ werden über ein 3-Säulen-Modell dargestellt. Die erste Säule beurteilt die Struktur der stationären Einrichtung und Kompetenzen der Pflegefachkraft. In der zweiten Säule werden die notwendigen Prozessabläufe auf Basis der strukturellen Gegebenheiten dargestellt. Letztlich werden in der dritten Säule Ergebnisse formuliert, die aus Evaluierung von Struktur und Prozess entstehen. Abbildung 1.2 zeigt beispielhaft und stark vereinfacht den Ablauf des Entlassungsmanagements in Bezug auf Information, Schulung und Beratung des Patienten und seinen Angehörigen. Die erste Säule gibt Auskunft über die vorhandenen Ressourcen, in diesem Fall die Pflegefachkraft mit den notwendigen Kernkompetenzen. Diese muss zur Erfüllung des Expertenstandards in Punkt S3 in der Lage sein, den Patienten wie auch seine Angehörigen über Versorgungsrisiken und Pflegeansprüche zu informieren und Schulungen anzubieten oder zu veranlassen. In der nächsten Stufe, dem „Prozess“ wird nun der Ablauf geschildert, in diesem Beispiel, dass die Pflegefachkraft den Patienten und seine Angehörigen informiert, schult und berät. Schließlich wird im letzten Schritt das Ergebnis dargestellt. In diesem Fall wurden dem Patienten und seinen Angehörigen bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten, um Versorgungsrisiken zu erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

<b>Struktur</b>	<b>Prozess</b>	<b>Ergebnis</b>
<p><b>S3</b> - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz Patienten und seine Angehörigen über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen, sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p><b>P3</b> – Die Pflegefachkraft gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.</p>	<p><b>E3</b> – Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um um Versorgungsrisiken zu erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>

Abbildung 1.2 Kriterien des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP, 1. Aktualisierung 2009)

Letztlich muss erwähnt werden, dass ein solcher Standard nur durchsetzungsfähig ist, wenn er Akzeptanz im überregionalen klinischen Alltag findet. Oftmals werden verschiedene Kritikpunkte am Expertenstandard des DNQP genannt:

- Hemmungen bei der Umsetzung wegen Vorurteilen gegenüber bestimmten Berufsgruppen
- unklare Finanzierungsangelegenheiten
- mangelnde Fachkenntnisse
- verzögerter Entlassungsprozess durch falsche Planung
- Notwendigkeit permanenter Schulung des Personals
- ein Standard gehe auf Kosten der Flexibilität im individuellen Fall
- Unklarheiten bei zu allgemein gehaltenen Begrifflichkeiten

Trotz oben genannter Kritikpunkte gilt der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ zumindest aus pflegerischer Sicht als eines der Basiswerke. In Ermangelung an Entlassungsstandards aus explizit ärztlicher Sicht wird sich bisher an diesem Standard orientiert und die Konzepte dementsprechend übertragen. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ befindet sich derzeit in der 1. Aktualisierung und wird durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege vertrieben.

### 1.3 Die Arzt-Patienten-Beziehung

Unter der Arzt-Patienten-Beziehung versteht man das Verhältnis zwischen einem Arzt und einem Patienten, der sich von ihm beraten und behandeln lässt. Der ungarische Psychoanalytiker Michael Balint, Begründer der Balint-Gesprächsgruppen, hat die Beziehung zwischen Arzt und seinen Patienten als den Angelpunkt der therapeutischen Behandlung bezeichnet. Gleichzeitig verglich er die Wirksamkeit des Patientengesprächs mit der eines Medikaments. Der Arzt fungiert durch seine Gesprächsführung als „Droge“ (Balint 1964).

Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung ist der Behandlungsauftrag, den der Patient dem Arzt zur Linderung seiner Leiden erteilt, sowie die ärztliche Schweigepflicht, die einen geschützten Rahmen für die Beziehung sicherstellen soll. Bereits im „Eid des Hippokrates“ werden Grundzüge der noch heute gültigen Regeln überliefert. So heißt es darin *„Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.“*

Eine zeitgenössischere Version wurde 1948 durch die Genfer Deklaration des Weltärztebunds

veröffentlicht und bis 2006 mehrfach ergänzt.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist in der Regel in hohem Maße asymmetrisch. Durch die umfassende akademische Ausbildung bedingt verfügt der Arzt in der Regel über eine weit höhere Fachkompetenz als der Patient. Dies führt zwangsläufig zu Informationsunterschieden. Der Patient und seine Angehörigen hingegen, die zudem noch emotional befangen sind, sind von der ärztlichen Fachexpertise abhängig. Schätzungsweise beherrscht ein Arzt ein Fachvokabular von etwa 13.000 Fachwörtern (Himmel & Rösberg 2012: 552). Jeder einzelne dieser Fachbegriffe kann eine Verständigungshürde bedingen. Hauptsächliche Ursachen für ausbleibenden Behandlungserfolg und Non-Compliance von Patienten bestehen darin, dass ärztliche Ratschläge nicht verstanden und befolgt oder Medikamente deswegen nicht eingenommen werden (Epstein 2007). Zudem zeigte sich, dass sich weniger als ein Drittel aller Patienten über die Behandlung informiert fühlen. Ärztliche Informationen werden durch die Verwendung von Fachbegriffen nur zu circa 50% verstanden. Davon wiederum bleiben nur die Hälfte länger als drei Minuten im Gedächtnis (Geisler 2002).

Des Weiteren präsentiert sich der Arzt in seiner beruflichen Rolle professionell, ohne emotional oder bewertend zu agieren. Dem gegenüber steht der Patient, der sich dem Arzt in jeglicher Hinsicht, körperlich und seelisch, offenbaren muss. Aufgrund höherer Erfolgsaussichten in der Therapie durch Kommunikation auf Augenhöhe wird eine symmetrische Beziehung in der modernen Medizin immer mehr angestrebt (Geisler 2002).

In der Arzt-Patienten-Beziehung nimmt das Patientengespräch eine sehr große Rolle ein. Gerade die Allgemeinmedizin zeichnet sich durch umfassende Patientengespräche aus. Der Gesprächsaufbau durch die Problemschilderung der Patienten wird durchschnittlich bereits nach 15 Sekunden durch den Arzt unterbrochen. Es zeigte sich jedoch, dass Patienten sowieso bereits nach circa eineinhalb Minuten von sich aus aufhören zu reden (Wilm et al. 2004). Durch das Unterbrechen des Patienten wird also die Gesamtkonsultationszeit nur um etwas mehr als eine Minute verringert. Die vermeintliche Zeitersparnis geht jedoch auf Kosten wertvoller anamnestischer Informationen. (Martina et al. 1997). Zunehmende Technisierung in der medizinischen Diagnostik und unzureichende Abrechnungsmöglichkeiten für Patientengespräche in der Gebührenordnung für Ärzte gehen zu Lasten der klassischen Anamnese. Dabei stellt die Anamnese häufig das wichtigste diagnostische Mittel dar. Bis zu 90% aller Diagnosen können allein durch ein umfassendes Patientengespräch gestellt werden. Zusätzlich zeigte sich, dass die Zufriedenheit der Patienten allein durch einminütiges unterbrechungsfreies Zuhören signifikant gesteigert werden kann (Bär 2009). Missstände in der Arzt-Patienten-Beziehung haben viele Ursprünge. Einerseits ist sie auf die fehlende Ausbildung der Ärzte in Dialog und sozialer Kompetenz zurückzuführen. Andererseits herrscht in

ärztlichen Kreisen immer noch das Bedürfnis nach Selbstdarstellung durch Verwenden langkettiger Fachbegriffe, was eine gewisse Kompetenz ausstrahlen soll (Epstein 2007).

Durch das Einführen von Kommunikationskursen bereits im Studium in den letzten Jahren soll dem entgegengewirkt werden und so langfristig eine symmetrischere Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut werden (Deutsches Ärzteblatt 2013).

### 1.3.1 Arzt-Patienten-Beziehungen im Wandel der Zeit

Über viele Jahrhunderte und bis in die 80er Jahre war das paternalistische Modell der Arzt-Patientenbeziehung in der somatischen Medizin führend. Das als traditionell betrachtete Konzept beruht auf der absoluten Autorität des Arztes. In dieser Form fungiert der Arzt als alleiniger Entscheider, der Patient ist dabei nahezu vollständig entmündigt (Emanuel & Emanuel 1992). Das klassische Bild des Arztes als „Halbgott in Weiß“ gilt sinnbildlich für dieses Konzept. Der Patient wird dabei nicht mehr als Mensch betrachtet, sondern auf seine Erkrankung reduziert. Zweifelhafte Befunde werden dem Patienten dabei vorenthalten, in der Annahme, dass diese dem Patienten eher schaden als nützen würden. Dabei wird durch den Arzt entschieden, welche Information weitergegeben wird. Der Kranke, von dem Zustimmung und Dankbarkeit erwartet wird nimmt dabei eine rein passive Rolle ein. Das Vertrauen in den Arzt ist dabei eine zwingende Voraussetzung für das Funktionieren dieses Modells. Die Kommunikationsform entspricht hierbei mehr dem Monolog als dem Dialog, der behandelnde Arzt wirkt wohlwollend und nimmt väterliche Züge an. Im Englischen spricht man deswegen auch vom „father knows best“ – Prinzip. Dieses Modell ist weitestgehend obsolet, da es als großer Eingriff in die Entscheidungsfreiheit des Patienten gilt. Jedoch bevorzugen gerade ältere Patienten, die noch mit dieser Ärztementalität aufgewachsen sind, häufig das paternalistische Modell. Auch vital bedrohte Patienten können von diesem Modell profitieren, da es zu einer schnellen und geradlinigen Entscheidungsfindung führt (Herrmann-Lingen et al. 2008:57). Durch das wachsende Bedürfnis nach Entscheidungsfreiheit und Autonomie entstand in den 1970er Jahren das „informative“ oder „Dienstleistungsmodell“. In diesem Konzept steht der Patient im Mittelpunkt der Entscheidungsfindung. Es handelt sich dabei um ein ökonomisches Prinzip: Der Patient ersehnt sich vom Arzt eine Dienstleistung, welche dieser in Form einer Behandlung erbringen soll. Der Patient entscheidet dabei, welche Behandlung er annimmt. Aufgabe des Arztes ist es dabei, lediglich Informationen über mögliche Therapien mitzuteilen. Eine emotionale Arzt-Patienten-Beziehung bleibt dabei aus, aus einem Vertrauensverhältnis wird ein „Vertragsverhältnis“. Der Patient entscheidet letztlich alleine, welche Therapie er umsetzen möchte. Dieses Modell erzeugt

schnell Konflikte. Durch den Mangel an einer Beziehung zum Arzt kann schnell Unzufriedenheit entstehen, was ein unerwünschtes „doctor hopping“, das eigenständige Wechseln der Ärzte ohne Rücksprache mit dem Hausarzt, zur Folge haben kann. Andererseits kann dem Patienten ein erheblicher Schaden entstehen, wenn der behandelnde Arzt eine nicht notwendige Diagnostik betreibt, um den Patienten als Kunden nicht zu „verlieren“. Beispiele dafür können nicht-indizierte Röntgenuntersuchungen und deren Spätfolgen sein (Boden et al. 1990).

Durch die zunehmende Digitalisierung des Alltags und die dadurch entstehende Informationsgesellschaft, die sich mit Beginn der 1990er Jahre entwickelte, etablierten sich Modelle, in denen wiederum Arzt und Patient als ebenbürtige Entscheidungsfinder in der Behandlung zusammenarbeiten. Über diese sogenannte „partizipative Entscheidungsfindung“ wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

### 1.3.2 Die partizipative Entscheidungsfindung

Die Partizipative Entscheidungsfindung oder im Englischen „shared decision-making“ (SDM) genannt bezeichnet die Form der Patientenkommunikation, bei der Arzt und Patient gemeinsam über die medizinische Behandlung entscheiden (Charles et al. 1997).

Subjektive Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten, sowie aber auch des Behandlers, fließen in anstehende Entscheidungsfindungen mit ein. Grundlage bilden die Schriften des ungarischen Psychoanalytikers Michael Balint, der sich als einer der Vorreiter in diesem Gebiet intensiv mit den Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung beschäftigte (Balint 1964). Gleichzeitig führten der in den 1960er Jahren begonnene gesellschaftliche und politische Vertrauensverlust in die als eigennützig und unantastbar empfundene paternalistische Medizin zu einer Tendenz der verstärkten Patientenbeteiligung (Klemperer 1996). Der Arzt als „Halbgott in Weiß“ soll aus dem Fokus genommen und der Patient als Hilfsbedürftiger wieder in den Mittelpunkt gestellt werden (Stewart & Brown 2001: 97). Seit Beginn der Entwicklungen in den 1990er Jahren ist die partizipative Entscheidungsfindung das bis heute am weitesten entwickelte und operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung (Elwyn et al. 2005). Das SDM-Modell lässt sich in Bezug auf das paternalistische und informative Modell in drei Punkten unterscheiden:

1. Informationsaustausch: In welchem Fluss erfolgt er? Welche Richtung hat er? Was ist der Inhalt und welche Menge wird benötigt?
2. Wer wägt über die Behandlung ab?
3. Wer entscheidet letztendlich?



Wie in Abbildung 1.3 erkennbar ist das SDM-Konzept das einzige Modell, in dem der Informationsaustausch in zwei Richtungen erfolgt: Vom Arzt zum Patienten und wieder zurück. Inhalt sind nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch patientenindividuelle Entscheidungen. Während im paternalistischen Modell nur ein Minimum an Informationen über den Patienten gefordert sind, da im Vordergrund die Krankheit steht, ist bereits im informativen Konzept eine Vielzahl an Patienteninformationen erwünscht. Selbiges gilt für das SDM.

Analytical stages	Models	Paternalistic	Shared	Informed
Information exchange	Flow	One way (largely)	Two way	One way (largely)
	Direction	Physician → patient	Physician ↔ patient	Physician → patient
	Type	Medical	Medical and personal	Medical
	Amount**	Minimal legally required	All relevant for decision-making	All relevant for decision-making
Deliberation		Physician alone or with other physicians	Physician and patient (plus potential others)	Physician and patient (plus potential others)
Deciding on treatment to implement		Physicians	Physician and patient	Patient

Abbildung 1.3 Conceptual framework for treatment decision making (Charles et al. 1997)

Die Abwägung, welche Therapie und Schritte in der Behandlung möglich sind, liegt im paternalistischen Konzept starr beim Behandler. Dies stellt die Basis dieses Konzepts dar. Sowohl im informativen wie auch im geteilten Modell wägen Arzt, Patient und potentiell Beteiligte, wie Angehörige, gemeinsam ab.

Die Entscheidung, welche Therapie nun beschritten wird nun erstmals bidirektional getroffen: Vom Arzt und seinem Patienten gemeinsam. In den klassischen Modellen sind Entscheidungsträger entweder der Arzt selbst oder allein der Patient.

Die Entwicklung der geteilten Entscheidungsfindung ermöglicht zudem neue Therapiekonzepte. Beispielsweise ist das beobachtende Abwarten („watchful waiting“), eine Strategie, bei der eine Krankheit zunächst nicht behandelt, der Verlauf jedoch regelmäßig kontrolliert wird, weder im paternalistischen noch im informativen Modell möglich, da es das gemeinsame Einverständnis von Arzt und Patient voraussetzt. Im informativen Modell würde der Patient, der sich als Konsument betrachtet, sich von seinem Arzt, der nun keine Dienstleistung erbringt, unzureichend behandelt fühlen und den Arzt wechseln. Im paternalistischen Modell würde dem Patienten das abwartete Verhalten aufgezwungen werden, ohne eventuell die genauen Gründe zu erfahren. Darunter würde die Patientenzufriedenheit leiden und schließlich möglicherweise zu einem Arztwechsel führen.

Dass die partizipative Entscheidungsfindung allgemein von der breiten Bevölkerung gewünscht ist zeigen Untersuchungen im allgemeinmedizinischen Sektor. 76% der hausärztlichen Patienten

wünschen sich, in die Therapieentscheidung mit eingebunden zu werden. Deutlich zeigt sich aber auch, dass es Unterschiede in der Bereitschaft gibt. Gerade ältere Patienten präferieren eine alleinige Entscheidung durch den Arzt (Isfort et al. 2004).

Von ärztlicher Seite wird das SDM- Modell ebenfalls positiv angenommen. Gerade jüngere Ärzte sprechen sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung aus. Eine Befragung unter Ärzten durch den Gesundheitsmonitor 2003 ergab, dass 67% der befragten Ärzte das SDM- Modell positiv aufnehmen. Jedoch wird auch Skepsis entgegengebracht, da die ärztliche Arbeit vielfach durch Fehlinformationen, die der Patient durch Eigenrecherche („Dr. Google“) erlangt, erschwert wird (Butzlaff et al. 2003).

Über die Sinnhaftigkeit und positiven Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung sind mittlerweile international etliche Studien erschienen. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung ist durch dieses Kommunikationsmodell deutlich erhöht. Mit der erhöhten Zufriedenheit geht auch eine erhöhte Therapietreue oder Compliance einher, was langfristig den Behandlungserfolg steigert (Stacey et al. 2014).

Barrieren stellen nach einer Untersuchung von Elwyn et al. (2005) immer noch das Bedürfnis vieler Ärzte dar, sich als Alleinentscheider zu profilieren. Des Weiteren gaben viele Ärzte an, nicht genügend in Patientenkommunikation ausgebildet worden zu sein, sodass die Patientengespräche oft zu lange dauern und nicht zielführend seien (Elwyn et al. 2005). Das Erlernen dieser Kompetenz muss demnach mehr in Fort – und Weiterbildungen vermittelt werden. Entsprechende Kurse werden mittlerweile verstärkt in der medizinischen Ausbildung bereits auf universitärer Ebene angeboten. So bieten neben der Universität des Saarlandes auch zahlreiche andere Medizinstudiengänge wie die Charité in Berlin, Witten/Herdecke, Heidelberg, Köln, Bochum, Tübingen, Münster, Leipzig, Dresden und andere eine Ausbildung in „Kommunikation in der Medizin“ an (Johannsmeyer & Lehmann-Carli 2014: 36).

## 1.4 Eigene Fragestellung

Der erste Schritt nach Entlassung aus dem Krankenhaus führt Patienten unabhängig von der Behandlungsursache am nächsten oder übernächsten Tag zum Hausarzt. Als Primärversorger obliegt ihm die Dokumentation, Planung und Steuerung der weiteren Nachsorge. In dieser Hinsicht fungiert er häufig durch die langjährige Betreuung auch als Vertrauenspartner. Durch den Wechsel vom stationären in den ambulanten Behandlungssektor entsteht eine Schnittstelle, die sensibel für Informationsverluste sein kann. Diese sind unter anderem dadurch bedingt, dass der Patient, der zwar im Fokus der Therapie steht, meistens fachfremd ist und sich zudem in einer ungewohnten Situation befindet. Operative Prozesse wie auch medizinische Nachsorge stellen zwar für Kliniken und Hausärzte gängige Routine dar, sind jedoch für den Patienten meist eine völlig neue Situation, die in Anbetracht der ohnehin durch die Krankheit und deren Symptome bedingte Stresssituation zu Überforderung führen kann. Mangelnde Kommunikation kann so potentiell vermeidbare Schnittstellenprobleme erzeugen und den Therapieerfolg kurz- und auch langfristig gefährden.

Ziel dieser Arbeit war es, durch deskriptive Befragungen herauszufinden, ob Patienten oder Hausärzte Probleme im Entlassungsmanagement feststellen können, die sich negativ auf den Genesungsverlauf auswirken. Im Fokus stand dabei die Kommunikation mit Patienten während des Krankenhausaufenthalts. Durch die Befragung regional ansässiger Hausärzte sollten zudem die Überleitungsbedingungen aus ärztlicher Sicht bewertet werden. Wichtig waren dabei Aspekte der Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kliniken, dem Umsetzen neuer Medikationspläne und die Organisation in Fragen der medizinischen und pflegerischen Nachsorge.

Die Arbeit entstand in der Intention, Problemfelder im Entlassungsmanagement zu identifizieren, um so langfristig Hindernisse im Genesungsprozess von Patienten auszuräumen.

## 2. Methodik

### 2.1 Patienteninterviews

Das Thema dieser Arbeit entstand aufgrund von Einzelgesprächen mit Patienten und Angehörigen nach einem mehrere Wochen dauernden vollstationären Aufenthalt. Im Praxisalltag entsteht häufig der Eindruck, dass es regelmäßig zu Informationsverlusten für den Patienten nach der Krankenhausentlassung kommt. Beispielsweise können viele Patienten nicht schildern, welche Krankheiten genau behandelt wurden, welche Therapien durchgeführt wurden und wie die Nachsorge strukturiert ist. Um einen genauen Einblick in die möglichen „Problemquellen“ zu erhalten wurden zwei Patienten ausgewählt, mit denen ausführliche Interviews durchgeführt wurden. Diese sollten die Basis für einen standardisierten Fragebogen bilden, mit dem anschließend ein größeres Patientenkollektiv befragt werden sollte.

Beide befragten Patienten wurden die in den Jahren 2013 - 2015 mehrwöchig stationär behandelt und sind gesetzlich krankenversichert. Patient 1, Herr F., geboren 1956, litt zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme an einem Non-Hodgkin-Lymphom, welches palliativ behandelt wurde. Aufgrund des körperlich schlechten Zustands, wurde das Interview stellvertretend mit seiner Frau, die gleichzeitig die gesetzliche Vertreterin ist, durchgeführt.

Patient 2, Herr S., geboren 1953, wurde über seinen Aufenthalt in einer Reha-Klinik befragt, welche ihn nach der erfolgreichen Behandlung eines Myokardinfarkts über den Zeitraum von 3 Wochen stationär behandelte.

Die gestellten Fragen gliederten sich in die Kategorien Anamnese, Gründe und Zeitraum des Krankenhausaufenthalts, Behandlung, Entlassung und Nachsorge. Die Fragen wurden als offene Fragen gestellt, bei geschlossenen Fragen wurde nach den Gründen für die Antwort gefragt. Insgesamt wurden die Interviews so abgehalten, dass sie eine Dauer von 20 Minuten nicht überschritten und der Sprachstil für die Patienten unter Vermeidung von Fachbegriffen verständlich gehalten wurde. Die Interviews wurden im häuslichen Umfeld der Patienten ohne die Anwesenheit Dritter durchgeführt. Dies sollte verhindern, dass sogenannte Situationseffekte das Ergebnis verfälschen. Ebenso wurde durch das Vermeiden von Suggestionsfragen und unklar gestellten Fragen Interviewer-Effekte vermieden. Um letztlich auch Befragten-Effekte auszuschließen, beispielsweise die Tendenz von Befragten, ihre Antwort an mutmaßlichen gesellschaftlichen Standards auszurichten wurden scharfe Thesen und Fragestellungen vermieden. Durch das Reduzieren von Situations-,

Interviewern- und Befragten-Effekten wird nach Jacob & Eirnbter (2000: 55) die Qualität wie auch die Validität von mündlichen Befragungen erhöht. Beide Patienten bzw. dessen Vertreterin erklärten sich einverstanden, in anonymisierter Form interviewt zu werden und deren Antworten im Rahmen dieser Arbeit frei veröffentlichen zu lassen.

## 2.2 Patienten-Umfrage

Auf Grundlage der Einzelgespräche mit Patienten wurde ein Fragebogen entwickelt, der postalisch an ein größeres Patientenkollektiv gesendet wurde. In diesem Fragebogen wurde nach persönlichen Erfahrungen zur ärztlichen Kommunikation mit dem jeweiligen Patienten, dem Entlassungsablauf aus dem Krankenhaus und der Zufriedenheit mit dem Behandlungsablauf gefragt. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte mittels online-Software „Enuvo“, eine auf gewerbliche Umfragen ausgelegte Software. Die befragten Patienten waren dabei ein ausgewähltes Kollektiv der Gemeinschaftspraxis Prof. Jäger und Dr. Löw in Blieskastel. Neben dem Fragebogen wurde ein Anschreiben mitgesendet, in dem der Nutzen der Umfrage wie auch der Teilnahme geschildert wurden, sowie eine auszufüllende Einverständniserklärung über die Teilnahme. Die Patienten wurden nach bestimmten Kriterien ausgewählt. Der Krankenhausaufenthalt musste bei einer Mindestdauer von 3 Tagen vollstationär erfolgt sein. Dies sollte sicherstellen, dass eine Behandlung erbracht wurde, die unabdingbar stationär erfolgen musste. Sogenannte „Wochenendpatienten“, die potentiell auch ambulant behandelt werden können, wurden so herausgefiltert. Der relevante Krankenhausaufenthalt musste in den Jahren 2015 – 2016 gewesen sein. Einerseits sollte so eine aktuelle Datenlage erfasst werden und dazu noch sichergestellt werden, dass die Patienten valide Aussagen treffen konnten und sich weitestgehend detailreich an die Behandlung im Detail erinnern konnten. Die Krankheitsentität spielte grundsätzlich keine Rolle, um ein breites Spektrum an Fachgebieten in der Befragung vertreten zu haben. Durch selektive Auswahl konnten aus dem Praxisstamm 183 Patienten entnommen werden, von denen 23 im Erhebungszeitraum verstorben sind. Final ergab sich so ein Kollektiv aus 160 Personen, davon 89 Frauen und 71 Männer. Um auch bei älteren Patienten einen hohen Rücklauf zu erzielen wurde der Fragebogen konventionell per Post versendet. Zusätzlich wurde eine Einverständniserklärung mitgeschickt, die über die Studie und deren Inhalte aufklärt und unterschrieben zurückgesendet werden sollte. Da es sich bei den Patienten um einen Praxisstamm handelt war mit einem regionalen Bezug zu rechnen. Die meisten angeschriebenen Patienten entstammen dem Saarländischen Saar-Pfalz-Kreis. Der Patientenfragebogen enthielt 23 Fragen, davon 3 offene Fragen, die in einer qualitativen Intervallskala gemessen wurden. Die offenen Fragen

konnten frei beantwortet werden.

Der Fragebogen enthielt ebenso einen soziologisch – epidemiologischen Anteil, in dem nach Alter, Geschlecht und beruflichem Status gefragt wurde. Ebenfalls wurde explizit nachgefragt, ob ein gesetzlicher Betreuer oder Vormund den Fragebogen ausfüllt, was dementsprechend in der Einverständniserklärung anzugeben war. Es wurde davon ausgegangen, dass einige Patienten in Ihrer Mobilität und kognitiven sowie motorischen Fähigkeiten soweit eingeschränkt sind, dass eine selbstständige Bearbeitung der Umfrage nicht mehr möglich war. Um falschen Aussagen aufgrund mangelnder Erinnerungen vorzubeugen wurde zu jeder Frage die Option hinzugefügt, die Frage zu überspringen und mit "weiß ich nicht mehr" zu beantworten.

Die Befragung erfolgte anonym. Lediglich die Einverständniserklärung enthält die persönlichen Daten der Patienten. Der Fragebogen selbst erfasste keine persönlichen Angaben. Nach Rückerhalt der Antworten wurden Fragebögen und Einverständniserklärungen voneinander getrennt aufbewahrt, wodurch keine Zuordnung mehr möglich ist.

Um eine möglichst hohe Akzeptanz und Rücklaufquote zu erreichen wurde der Print - Fragebogen nach der Total-Design-Methode nach Dilman entworfen. Diese umfasst neben einer optisch ansprechenden Gestaltung eine kategorisierte Anordnung der Fragen, ein Anschreiben, dass die Nützlichkeit der Teilnahme wie auch die Wichtigkeit des Teilnehmers betont, sowie eine „Nachfassaktion“, die nach 3 Wochen telefonisch durchgeführt wurde (Hoddinott & Bass 1986).

Insgesamt wurde 1 Monat auf eine Rückantwort gewartet. Die Auswertung erfolgte letztlich über „Microsoft Excel 2016“.

## 2.3 Hausärzte-Umfrage

Ergänzend zu den Befragungen der betroffenen Patienten wurde eine Umfrage unter Hausärzten initiiert. Diese erfolgte zeitgleich zu den Patientenbefragungen. In diesem Fragebogen sollten Hausärzte ihre Meinung zum Entlassungsmanagement in Krankenhäusern in Bezug auf ihre behandelnden Patienten abgeben. Ebenfalls wurden Fragen zum Informationsstatus ihrer Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus, sowie Versorgungsfragen gestellt. Insgesamt sollte so ein Einblick in die Sichtweise der Hausärzte erfolgen, die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt in ihrer ambulanten Praxis weiterbehandeln. Die Fragen wurden so gestellt, dass sie einerseits mit Fragen aus dem Fragebogen für die Patienten kongruieren und sich die jeweilige Thematik aus einer anderen Perspektive, die der Hausärzte, betrachten lassen. Dazu wurden Fragen aus dem Praxisalltag

gestellt, die in direktem Zusammenhang mit der Übernahme von Patienten nach einem vollstationären Krankenhausaufenthalt stehen. Insgesamt umfasste der Fragebogen 17 vorwiegend qualitative Items in Ordinalskala, teilweise mit Unterkategorien. Abschließend wurde eine freie Meinungsfrage gestellt, die über ein Textfeld beantwortet werden konnte.

Der Fragebogen wurde ebenfalls mit der online-Software „Enuvo“ erstellt. Eine Vorabversion ging an 5 niedergelassene Allgemeinmediziner, die die Umfrage testweise evaluierten. Die finale Version wurde digital an die akademischen Lehrpraxen (n =135) für Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes gesendet. Die Umfrage konnte online durchgeführt und zurückgesendet werden. Durch IP-Sperre und Verwenden von Token war es jedem Teilnehmer nur einmal möglich, an der Befragung teilzunehmen. Nach Teilnahme wurden die Antworten vollautomatisch per Software in eine Datenbank eingetragen. Eine Rückverfolgung war so nicht mehr möglich, sodass alle Daten und Angaben letztlich anonymisiert vorlagen. Auch hier erfolgte die Auswertung und Verarbeitung mit „Microsoft Excel 2016“. Es wurde bewusst auf eine postalische Zusendung des Fragebogens verzichtet, um eine höhere Rücklaufquote zu erzielen.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Die Patienteninterviews

Zu Beginn des Interviews wurden allgemeine Daten der Patienten erfasst, um einen Gesamtkontext zu erstellen. Dazu gehörten Anschriften und Diagnoselisten. Auf Wunsch der Patienten werden diese jedoch nicht in dieser Arbeit mit veröffentlicht.

**Patient 1**, Herr F., geboren 1956, wurde aufgrund seiner schlechten körperlichen Verfassung, durch seine Frau vertreten. Diese war zu allen Behandlungen und im kompletten Verlauf anwesend. Frau F. wurde zu einem stationären, 10-wöchigen Klinikaufenthalts aufgrund eines Rezidivs eines Non-Hodgkin-Lymphoms ihres Ehegatten befragt. Die Einweisung in die Klinik erfolgte durch einen niedergelassenen Facharzt. Der stationäre Aufenthalt fand von September bis November 2013 statt.

**Patient 2**, Herr S., geboren 1953, wurde aufgrund eines Myokardinfarkts behandelt. Im Anschluss erfolgte eine 3-wöchige Reha in einer Reha-Klinik. Die Fragen bezogen sich auf den Aufenthalt in besagter Reha-Klinik im Februar 2014.

Beide Patienten wurden unabhängig voneinander an unterschiedlichen Tagen befragt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit folgen nach jeder Frage die Antworten beider Patienten.

**Interviewer:** „*Aus welchem Grund erfolgte die Einweisung in die Klinik?*“

**Patient 1:** „Die Einweisung meines Mannes in das Krankenhaus erfolgte wegen einer Krebserkrankung, die bereits bekannt war. In einer der Kontrollen beim Hämatologen hieß es, dass bestimmte Werte erhöht seien und dies in der Klinik abgeklärt werden muss.“

**Patient 2:** „Im Januar hatte ich einen Herzinfarkt. Ins Krankenhaus kam ich per Notarzt. Mir wurde ein Stent implantiert und am Ende der Behandlung eine Reha nahegelegt. Diese wollte ich auch machen und ging eine Woche nach der Entlassung in die Reha-Klinik.“



**Interviewer:** „*Wie wurden Sie während der Behandlung über den Verlauf und Therapie informiert?*“

**Patient1:** „Es waren eigentlich immer Ärzte da. Aber ich musste auf sie zugehen oder selbst anrufen. Am Anfang waren die Ärzte eher ausweichend und wir bekamen nichts richtig gesagt. Erst als einmal Chefarztvisite war wurden klare Ansagen gemacht.“

**Patient2:** „Die tägliche Routine wurde per Brief über einen Patientenbriefkasten abgewickelt. Da stand drin, was am heutigen Tag gemacht wird und was die Pläne für die Woche sind. Am letzten Tag hatte ich ein Gespräch mit dem Chefarzt, der meinte ich könne am Tag maximal 3 Stunden arbeiten. Die Angst vor finanziellem Verlust kümmerte den Chefarzt nicht, weil er meinte, es würde Instanzen geben, die einen da unterstützen.“

**Interviewer:** „*Wie oft fanden Arztgespräche statt?*“

**Patient 1:** „Außer am Wochenende war eigentlich jeden Tag Visite, manchmal auch mit dem Chefarzt.“

**Patient 2:** „Ärztliche Gespräche fanden zweimal pro Woche statt. Dafür musste ich aber selbstständig ins Arztzimmer ein Stockwerk tiefer laufen. Es gab zwar einen Aufzug, trotzdem fühlte ich mich da ziemlich auf mich allein gestellt in meiner Verfassung.“

**Interviewer:** „*Waren diese ärztlichen Gespräche fachlich für Sie verständlich und auf Augenhöhe?*“

**Patient 1:** „Am Anfang wurden meine Fragen eher ausweichend beantwortet. Es wurde gesagt, dass eine Chemotherapie und eine Strahlentherapie gemacht werden. Es wurde aber nicht erklärt, was das genau ist und ob das so schlimm wird wie die Chemotherapie beim letzten Mal. Die meiste Zeit haben die Ärzte untereinander gesprochen, davon habe ich aber nichts verstanden. Erst zur Chefarztvisite wurde mal erklärt, was das für eine Strahlentherapie sein soll.“

**Patient 2:** „Zum Glück wurden nicht viele Fachbegriffe benutzt. Aber klare Ansagen wurden auch nicht gemacht. Es hieß immer, ich solle abwarten. An einigen Tagen hatte ich massive Luftnot. Die Ärztin meinte, ich hätte Wasser in der Lunge, aber gemacht wurde dagegen erstmal nichts. Da kam ich mir nicht ernst genommen vor.“

**Interviewer:** „*Wie verständlich wurden Sie über die Art der Erkrankung, die Schwere und Prognose informiert?*“

**Patient 1:** „Dass der Krebs zurück ist wurde uns früh gesagt. Dass das ernst ist wussten wir ja bereits. Aber was jetzt die Folge dessen sein wird wurde nur angedeutet oder unseren Fragen ausgewichen. Irgendwas hieß es, dass sei „palliativ“. Wir wussten aber nicht was das bedeutet, haben aber nicht getraut den Oberarzt zu unterbrechen. Was das letztlich bedeutet, hat uns erst der Hausarzt erklärt.“

**Patient 2:** „Wie gesagt, es gab nur alle 2 Tage ein kurzes Gespräch. Da ging’s aber eher um den Tagesablauf in der Klinik. Einmal gab es einen Vortrag zum Thema Cholesterin. Der war aber für alle und sehr allgemein gehalten. Alles Wichtige wurde ja im Krankenhaus davor gesagt.“

**Interviewer:** „*Wurde Ihnen der Zweck, Nebenwirkungen und Einnahmeweisen eventuell neuer Medikamente erläutert?*“

**Patient 1:** „Es gab etliche neue Medikamente. Es wurde nur gesagt, dass dies zur Chemo gehöre. Die Nebenwirkungen wurden nicht erwähnt, aber viele kannten wir ja bereits aus der Vergangenheit. Außerdem gab es eine neue Tablette gegen Übelkeit. Für zuhause hatten wir eine Liste von fast 30 Tabletten am Tag. Was da für was sein soll konnte ich mir beim besten Willen nicht behalten, da haben wir einfach den Ärzten vertraut.“

**Patient 2:** „Manche Medikamente, die ich nach dem Herzinfarkt verschrieben bekam, wurden einmal einfach weggelassen. Begründet wurde das nicht. Als ich daraufhin Wasser in die Lunge bekam wurde mir auch nichts verordnet. Es hieß, die Medikamente „müssen sich erstmal einspielen.“

**Interviewer:** „*Hatten Sie während der Behandlung persönliche Wünsche und wurden diese respektiert?*“

**Patient 1:** „Nein, wir wollten nur, dass die Behandlung gut geht.“

**Patient 2:** „Ich hatte zwei Wünsche: Erstens war mir das Schwimmen wichtig, weil ich das früher immer gemacht hab. Als ich gefragt hab, ob ich das Schwimmbecken benutzen kann wurde erst die Ärztin gefragt und die hat mir das schließlich erlaubt. Dann wollte ich möglichst früh wieder arbeiten gehen können. Der Chefarzt meinte aber ziemlich strikt, dass ich, wenn überhaupt, nur ein paar Stunden am Tag arbeiten kann und somit war das Thema für ihn abgehakt.“

**Interviewer:** „*Gab es am Ende Ihres Aufenthaltes ein für Sie verständliches Entlassungsgespräch?*“

**Patient 1:** „Ja, es wurde besprochen, wie es nach der Chemo weitergeht und wie wir zuhause ein Krankenbett bekommen. Aber das Gespräch wirkte sehr hektisch und der Arzt hat sehr viele Fachbegriffe benutzt, mit denen ich nichts anfangen konnte. Ich wollte ihn aber nicht ständig unterbrechen. Es hieß immer, mein Mann sei jetzt in einer palliativen Situation und richtig erklärt wurde das auch nicht. Wie bereits erwähnt hat uns der Hausarzt erklärt, dass es keine Heilung gibt. Das war ein Schock für uns.“

**Patient 2:** „Erst fand ich es gut, dass das Entlassungsgespräch mit dem Chefarzt stattfinden wird. Aber das Gespräch war furchtbar. Es war eher eine Belehrung von oben herab. Verstanden hab‘ ich schon alles, aber auch nur, weil ich stets nachgefragt hab. Als es darum ging, wann ich wieder voll arbeiten kann, war der Chefarzt sehr schnell genervt und hat das Gespräch einfach abgebrochen und ist ohne ein Wort gegangen.“

**Interviewer:** „*Wie wurde der Verlauf der Therapie und Ihre Aufgaben nach der Entlassung besprochen?*“

**Patient 1:** „Es hieß, wir sollen Termine mit dem niedergelassenen Onkologen ausmachen, der meinen Mann weiterbetreuen soll und zum Hausarzt gehen. Außerdem sollten wir uns mit der Krankenkasse in Kontakt setzen, um ein Krankenbett und andere Sachen zu bekommen. Aber das musste ich alles selbst erledigen und ich wusste ja nicht, wie genau diese Sachen heißen, die man da beantragen muss.“

**Patient 2:** „Nein, in keinsten Weise. Es hieß, der Hausarzt regle das alles.“

**Interviewer:** „*Wurde Ihnen mitgeteilt, an wen Sie sich bei Fragen oder Notfällen wenden können?*“

**Patient 1:** „Mir wurde die Telefonnummer der Station gegeben. Aber an wen ich mich dann wenden soll wurde mir nicht gesagt.“

**Patient 2:** „Es hieß, der Hausarzt sei ab jetzt mein Ansprechpartner.“

**Interviewer:** „*Wie empfanden Sie im Allgemeinen die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal?*“

**Patient 1:** „Ich habe viel Verständnis für die Schwere des Jobs, vor allem, weil auch viele junge Männer auf der Station lagen. Das Personal wirkte jedoch sehr hektisch und es mangelte an Kommunikation. Die Dinge wurden einfach gemacht, ohne erklärt zu werden und welchem Zweck es dient. Ich fühlte mich mit meinem Mann allein gelassen, vor allem gegen Ende des Aufenthalts. Trotzdem bin ich froh, dass immer jemand da war, wenn ich wichtige Fragen hatte, auch telefonisch.“

**Patient 2:** „Katastrophal. Es wurde nicht auf mich eingegangen. Ein Arzt war nett, der war jedoch selten zu sprechen. Die Behandlungsplanung erfolgte eher hinter meinem Rücken. Ich war ja nicht zum ersten Mal im Krankenhaus und hätte schon gerne gehabt, dass man mich mal mit einbezieht. Ich bekam keinen guten Eindruck vom Chefarzt. Der präsentierte sich erst am Entlassungstag und hat dann direkt das Gespräch abgebrochen, als ich unbequeme Fragen wegen meiner Arbeitsfähigkeit stellte.“

**Interviewer:** „*Was hat Ihnen an ihrem Krankenhausaufenthalt gut gefallen und was hat Ihnen missfallen?*“

**Patient 1:** „Die Klinik hat einen guten Ruf und ich glaube wir waren da in guten Händen, zumindest fachlich gesehen. Deswegen bin ich dem Team sehr dankbar. Und die meisten Ärzte und Schwestern waren sehr nett. Häufig war in den Gesprächen zu viel „Fachchinesisch“ oder es wurden keine klaren Ansagen gemacht.“

**Patient 2:** „Gut gefallen hat mir der Umgang mit den Therapeuten. Die waren sehr freundlich und zuvorkommend. Keinen guten Eindruck bekam ich von den Ärzten. Außerdem fand ich den Kommunikationsweg über den Patientenbriefkasten schlecht. Und es war sehr laut wegen Umbaumaßnahmen, was meiner Genesung sicherlich nicht geholfen hat.“

## 3.2 Auswertung der an Patienten gerichteten Fragebögen

### 3.2.1 Patientenauswahl und Rücklaufquote

Der Patientenstamm wurde der Kartei der allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. Jäger & Dr. Löw in Blieskastel entnommen. Angeschrieben wurden 158 Patienten und Patientinnen, die in den Jahren 2015 – 2016 einen mindestens einwöchigen stationären Aufenthalt in einem beliebigen Krankenhaus hatten. Die Behandlungsursache war zweitrangig (siehe Kapitel „Methodik“). Es wurden 158 Patienten angeschrieben. 69 Patienten haben einen auswertbaren Fragebogen samt Einverständniserklärung zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 44%. Ein Patient lehnte die Teilnahme ab. 15 Bögen (9%) konnten nicht zugestellt werden, da die Patienten entweder verstorben oder verzogen waren. Von 73 Patienten (46%) kam keine Rückmeldung. Eine grafische Darstellung bietet Abbildung 3.1.

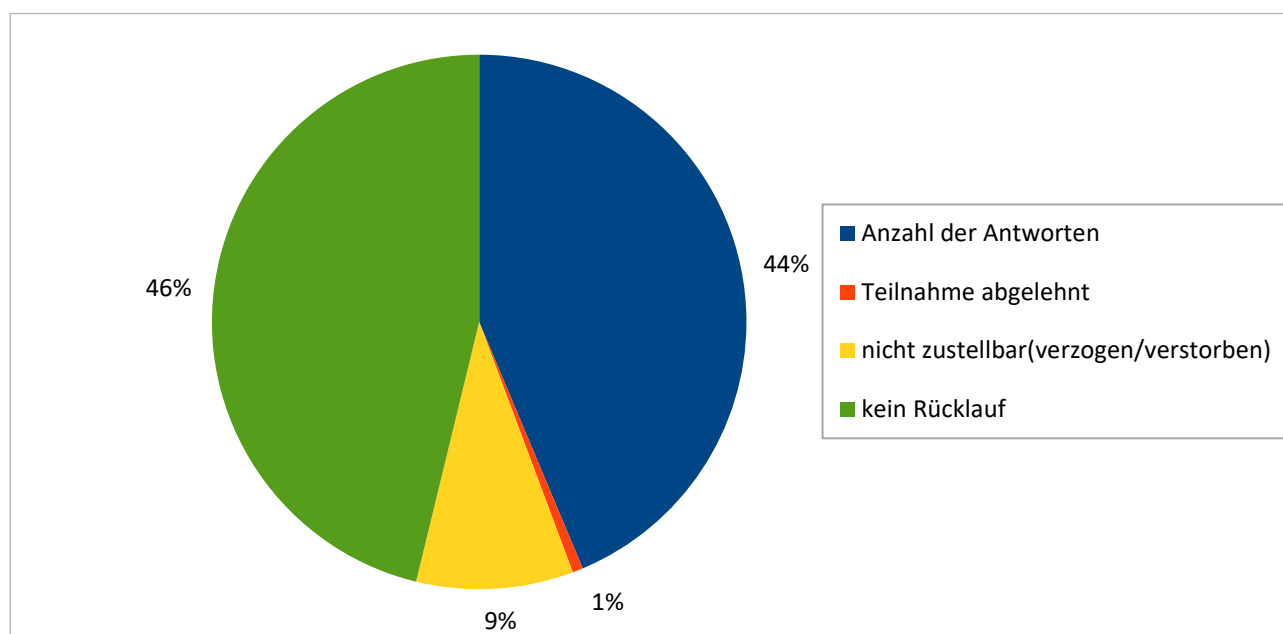


Abbildung 3.1 Rücklaufquote

### 3.2.2 Demographische Teilnehmerdaten

In den einleitenden Fragen im Fragebogen wurden nach statistischen Angaben wie Geschlecht, Alter und Berufsgruppe gefragt. Wie in den Abbildungen 3.2 und 3.3 erkennbar, war die Mehrheit der Patienten weiblichen Geschlechts und 46% befanden sich in der Altersklasse zwischen 61 und 80 Jahren. Den zweiten Gipfel bildete mit einem Anteil von 30% die Altersgruppe zwischen 35 – 60 Jahren. Den geringsten Anteil bildete die Alterspopulation zwischen 20 und 35, von denen kein Patient an der Umfrage teilnahm.

Wie in Abbildung 3.4 erkennbar, sind 51% der befragten Patienten berentet oder pensioniert. 23% der Patienten sind als Hausfrau/-mann ohne Rentenbezug tätig. 18% befinden sich in einem Angestelltenverhältnis. Nur die Minderheit von 5% befindet sich noch in der Ausbildung bzw. Schule oder Studium. 3% gaben sonstige Tätigkeit an, ohne diese näher zu bezeichnen. Keiner der Teilnehmer gab an, in Selbstständigkeit zu arbeiten.

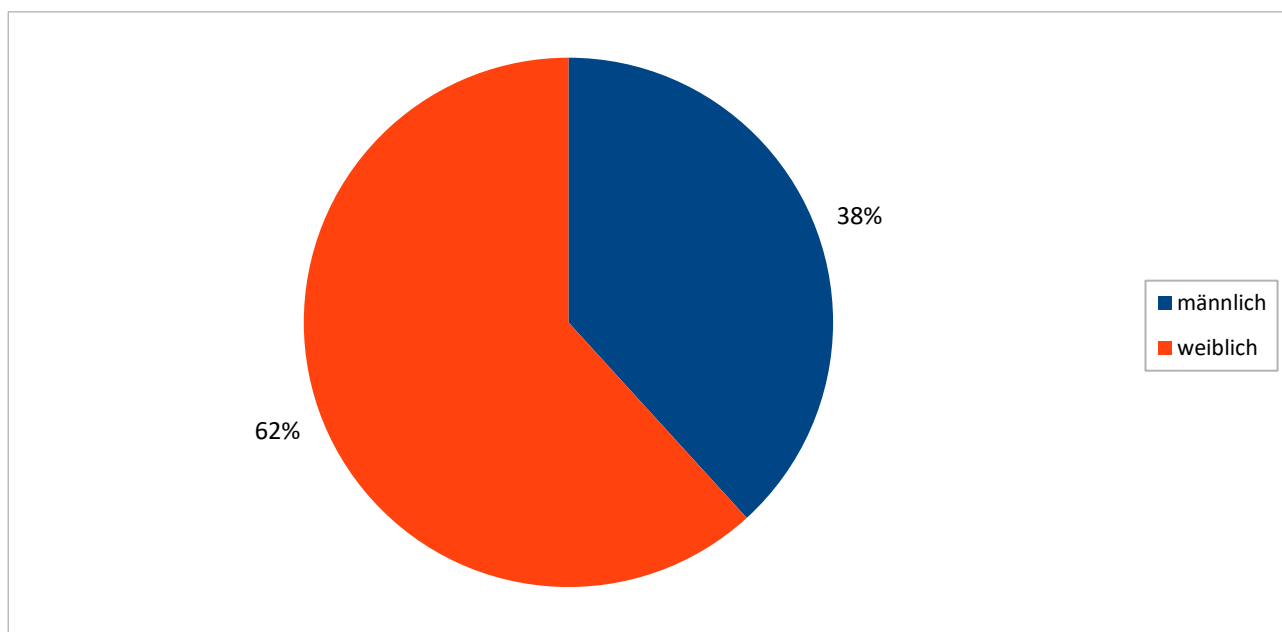


Abbildung 3.2 Geschlechterverteilung

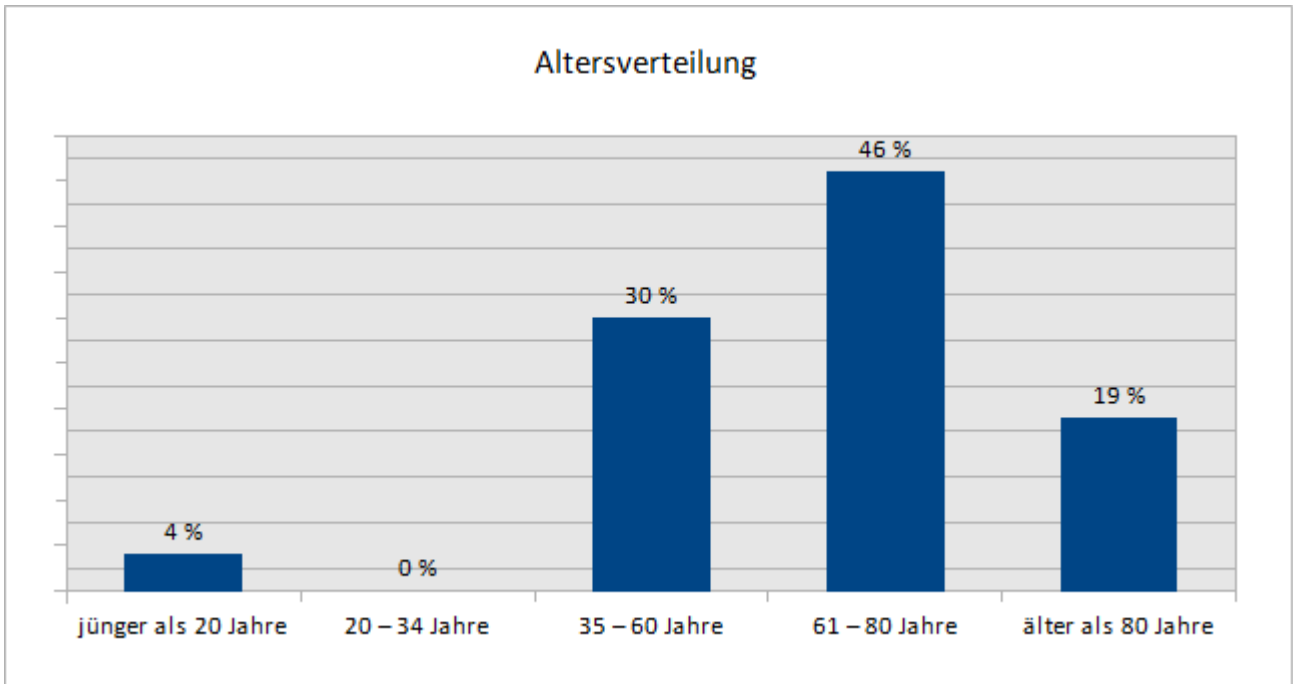


Abbildung 3.3 Altersverteilung der Patienten (n=67)

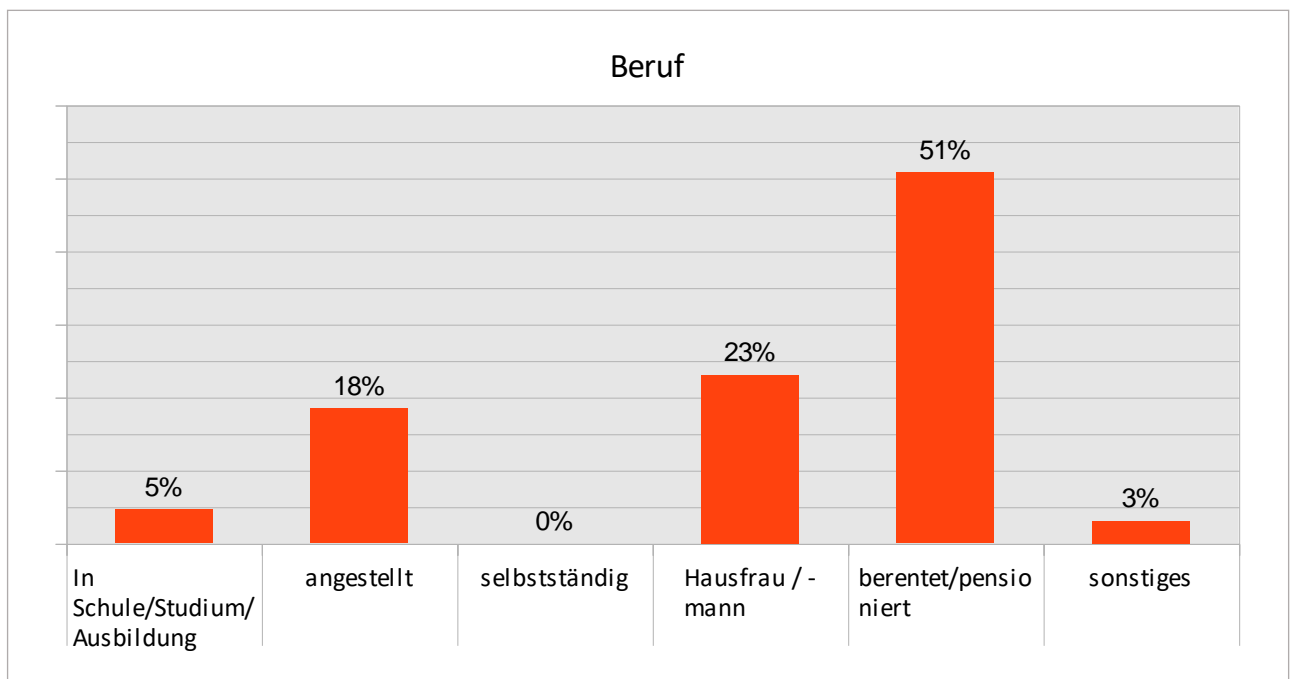


Abbildung 3.4 Beruf der befragten Patienten (n =67)

### 3.2.3 Auswertung der Patientenfragen

#### Frage 1: Aufgrund welcher Erkrankung wurden Sie zuletzt stationär behandelt?

Die Frage nach dem initialen Grund für die stationäre Aufnahme erfolgte in Form eines freien Textfelds, in dem die Behandlungsursache eingetragen werden konnte. Diese wurden ausgewertet und in Blöcken jeweiliger medizinischer Fachgebiete zusammengefasst.

Wie in Abbildung 3.5 erkennbar, waren die meisten Krankenhausaufenthalte durch eine internistische Erkrankung bedingt. Hier wurden vor allem Krankheiten aus dem Teilbereich der Kardiologie und Pneumologie genannt, jedoch waren auch andere Bereiche der inneren Medizin vertreten. Die genauen Diagnosen, um die in der Frage gebeten wurden, wurden häufig nicht genannt, beispielsweise wurden „Herzbeschwerden“ oder „Blutkrebs“ nicht genauer klassifiziert. 37% der Angaben waren Erkrankungen aus dem Bereich der Chirurgie. Dabei waren orthopädisch-unfallchirurgische Behandlungen wie Gelenk-Prothesen und Frakturversorgungen, gefolgt von Gallenblasen-Operationen am häufigsten genannt worden. Mit jeweils 6% wurden neurologische und urologische Erkrankungen genannt. 9% der Befragten nannten Erkrankungen sonstiger Art, darunter aus dem Bereich der Augenheilkunde und der Dermatologie.

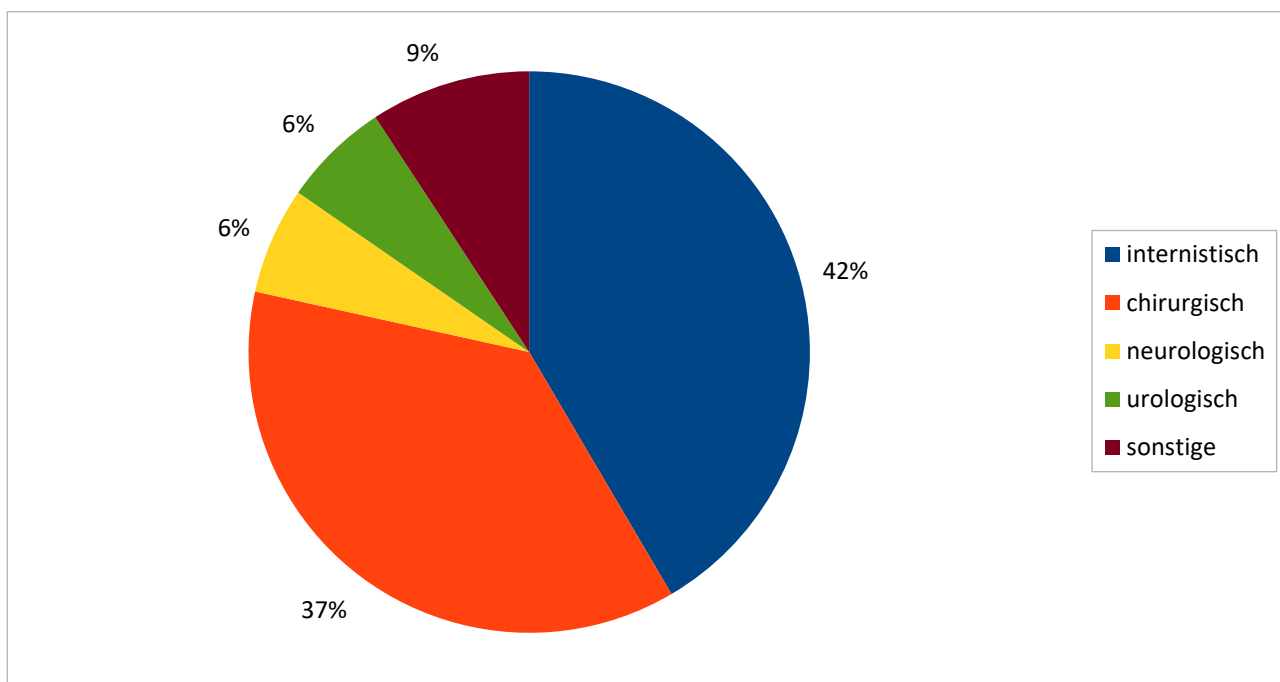


Abbildung 3.5 behandelndes Fachgebiet (n=69)



**Frage 2:** Wie lange dauerte der unterbrechungsfreie stationäre Aufenthalt?

Ein durchschnittlicher vollstationärer Aufenthalt dauerte im Jahr 2015 in Deutschland unabhängig von der Hauptdiagnose nach Angabe des Statistischen Bundesamts 7,3 Tage. In der Befragung gaben 44% der Patienten an, dass ihr Krankenhausaufenthalt, welche sich aus dem Intervall zwischen Einweisungstag und Entlassungstag ergibt, weniger als eine Woche dauerte (s. Abbildung 3.6). Die Minstdauer betrug drei Tage. Diese wurde durch die Auswahl des Patientenkollektivs bereits bei der Vorbereitung der Umfrage festgelegt. 41% gaben an, dass der Aufenthalt 1 – 2 Wochen dauerte. 11% lagen 3 – 4 Wochen im Krankenhaus und 5% sogar länger als einen Monat ohne Unterbrechung.

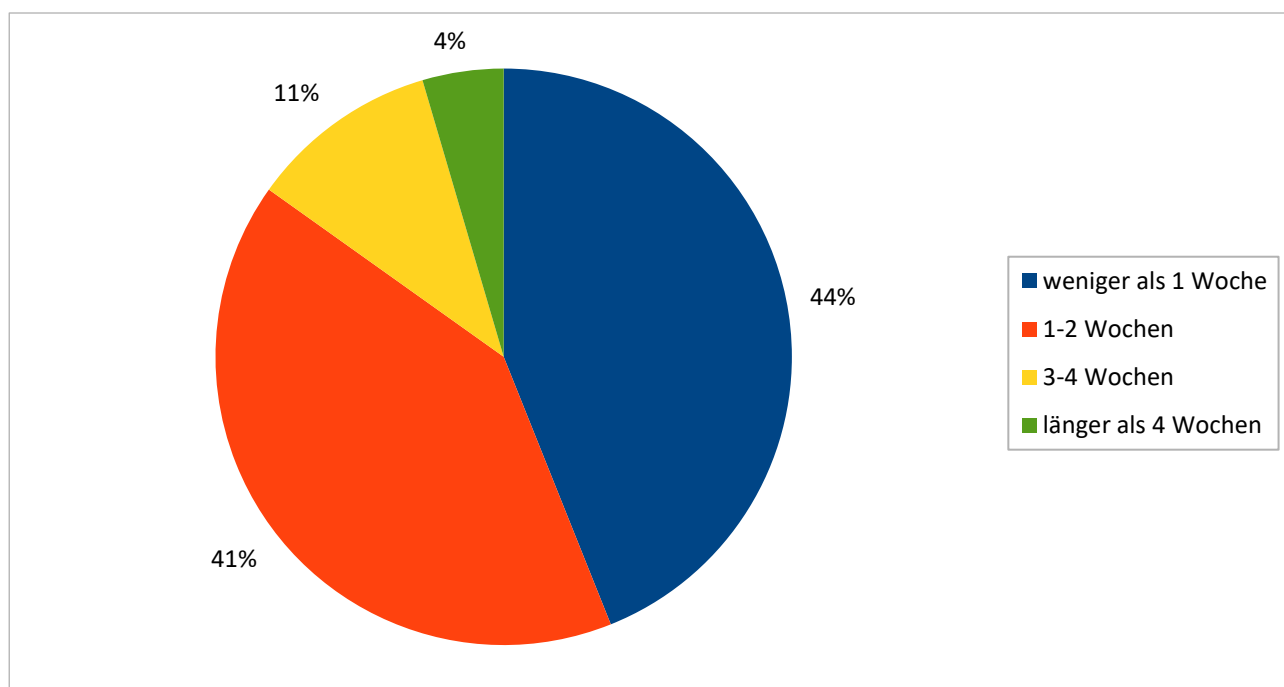


Abbildung 3.6 Dauer des vollstationären Aufenthalts (n=66)

**Frage 3:** In welcher Klinik wurden Sie behandelt?

Die Patienten wurden befragt, in welcher Klinik sie behandelt wurden. Hierbei gab es die klare Erwartungshaltung, dass die Patienten, welche größtenteils aus dem Saarländischen Saar-Pfalz-Kreis und Stadtverband Saarbrücken stammen auch in Kliniken der Region behandelt wurden. Die Frage wurde als offene Frage gestellt, in der der Name des Krankenhauses in ein Textfeld eingetragen werden konnte. Der befragte relevante Zeitraum liegt teilweise vor der Umstrukturierung der Krankenhäuser der Stadt Zweibrücken, weshalb diese in ihrer bis 2015 bestehenden Form in Abbildung 3.7 dargestellt werden.

Die meisten Patienten wurden an der Universitätsklinik des Saarlandes behandelt (30 Patienten). Durch die örtliche Nähe folgen die Kliniken der Stadt Zweibrücken mit 12 Patienten, die im evangelischen Krankenhaus Zweibrücken behandelt wurden und sechs Patienten, die im katholischen Krankenhaus Zweibrücken behandelt wurden. Fünf Patienten wurden am Klinikum Saarbrücken behandelt, während vier Patienten im Zeitraum 2015/16 im Kreiskrankenhaus St. Ingbert behandelt wurden. Acht Patienten gaben überdies an, an einer anderen Klinik vollstationär behandelt worden zu sein. Dabei handelte es sich vor allem um Fachkliniken außerhalb des Saarlandes.

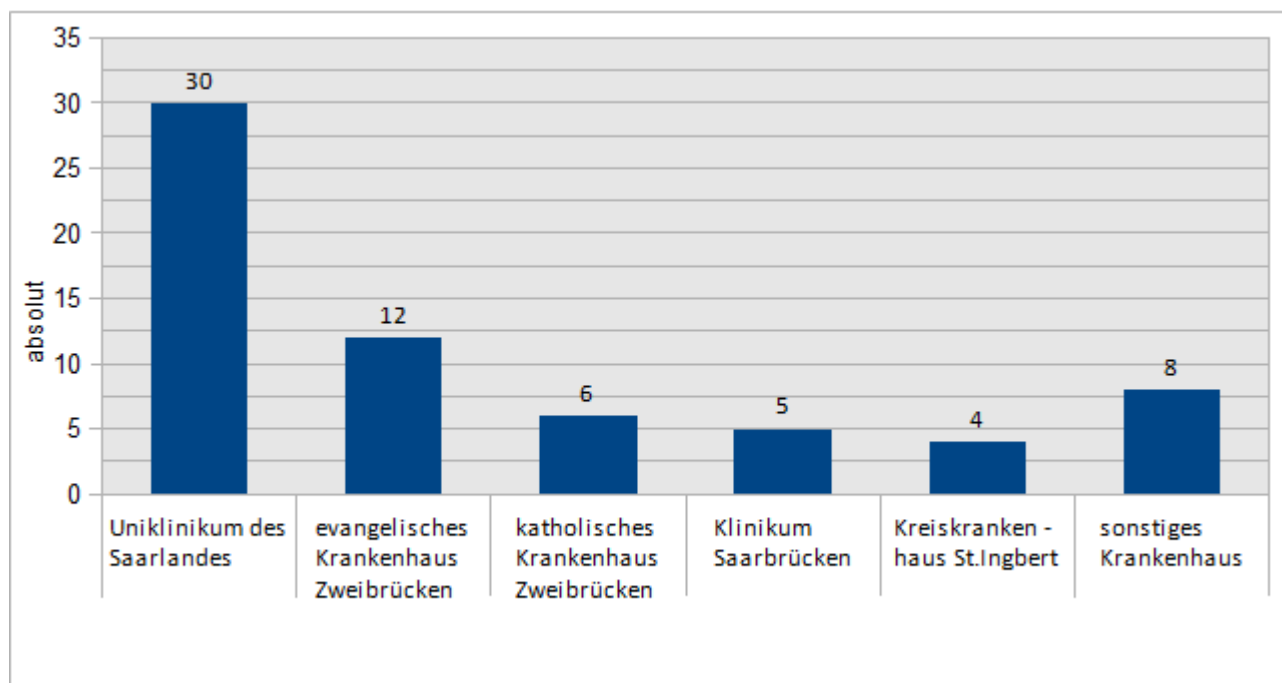


Abbildung 3.7 Behandelndes Krankenhaus (n=65)

**Frage 4: Fand ein Entlassungsgespräch mit einem Arzt statt?**

Grundlegender Gedanke war es, ob bei Entlassung aus dem Krankenhaus immer ein Arzt-Patienten-Gespräch stattfindet. Ein solches Gespräch sollte die Diagnostik, bisherige Therapie und weitere Schritte in der Behandlung erklärend zusammenfassen. Zudem hat der Patient die Möglichkeit sich in diesem Gespräch ungeklärte Fragen beantworten zu lassen. Das Entlassungsgespräch wird seit 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Entlassungsmanagement-Katalogs gefordert und ist Teil des Behandlungsvertrags.

Im Rahmen der Patientenbefragung gaben nur 2 von 3 Patienten an, dass ein solches Entlassungsgespräch tatsächlich stattgefunden habe. 30% gaben an, dass kein explizites Entlassungsgespräch stattgefunden habe. 4 % der befragten Patienten gaben an, dass sie sich an kein Gespräch erinnern könnten (siehe Abbildung 3.8).

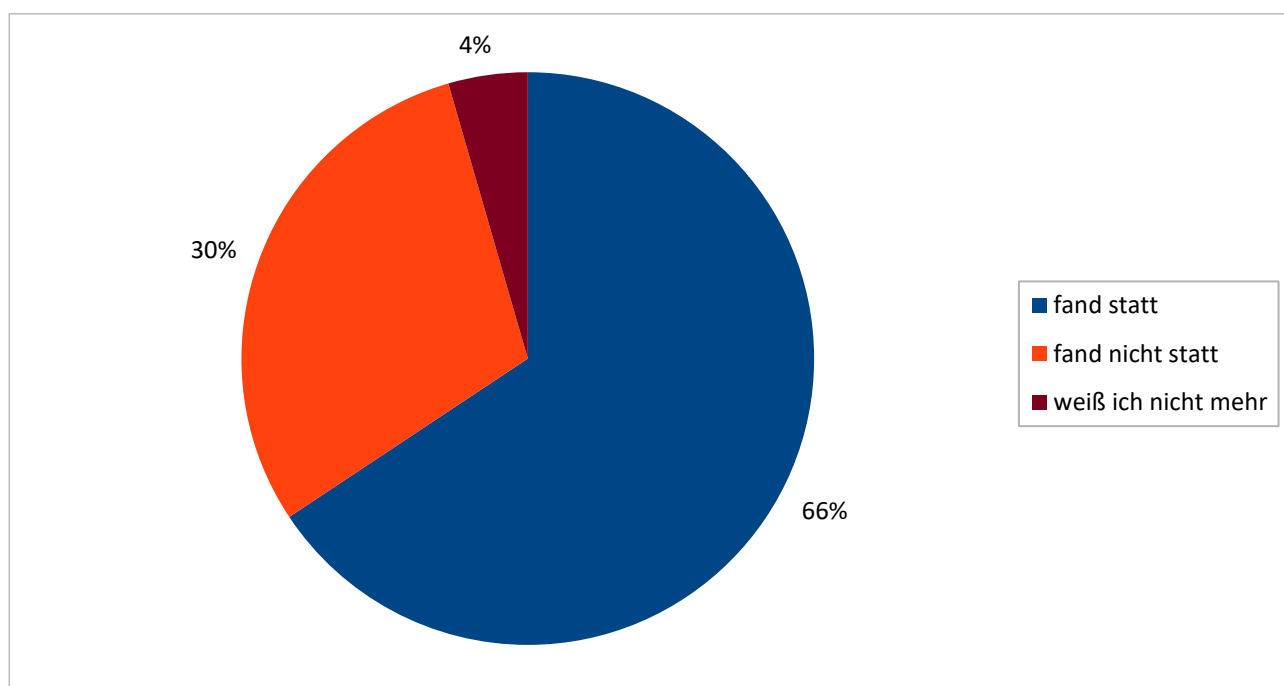


Abbildung 3.8 Ärztliches Entlassungsgespräch (n=67)

**Frage 5:** Falls es ein Entlassungsgespräch gab, war Art und Inhalt des Gesprächs für Sie verständlich (keine Fachsprache, deutlicher Ton, einfaches Verständnis)?

Ein Entlassungsgespräch allein bringt dem Patienten noch keinen Vorteil bezüglich seines Informationsgrades. Das Gespräch sollte für den Patienten verständlich sein, seinem Sprachcode angemessen sein, Fachsprache vermeiden und Fragen klären, statt Fragen aufzuwerfen. Ältere oder demente Patienten erfordern ein besonders sensibles und deren kognitiven Fähigkeiten angepasstes Gespräch. In der folgenden Frage sollten die Patienten beurteilen, ob das Entlassungsgespräch für sie verständlich ablief. Wie in Abbildung 3.9 erkennbar gaben 60% an, dass dies zutreffend gewesen sei. Nur 10% gaben an, dass dies weniger und nur 4% gaben an, dass dies nicht der Fall gewesen sei. 6% der Befragten konnten dazu keine Angaben mehr machen.

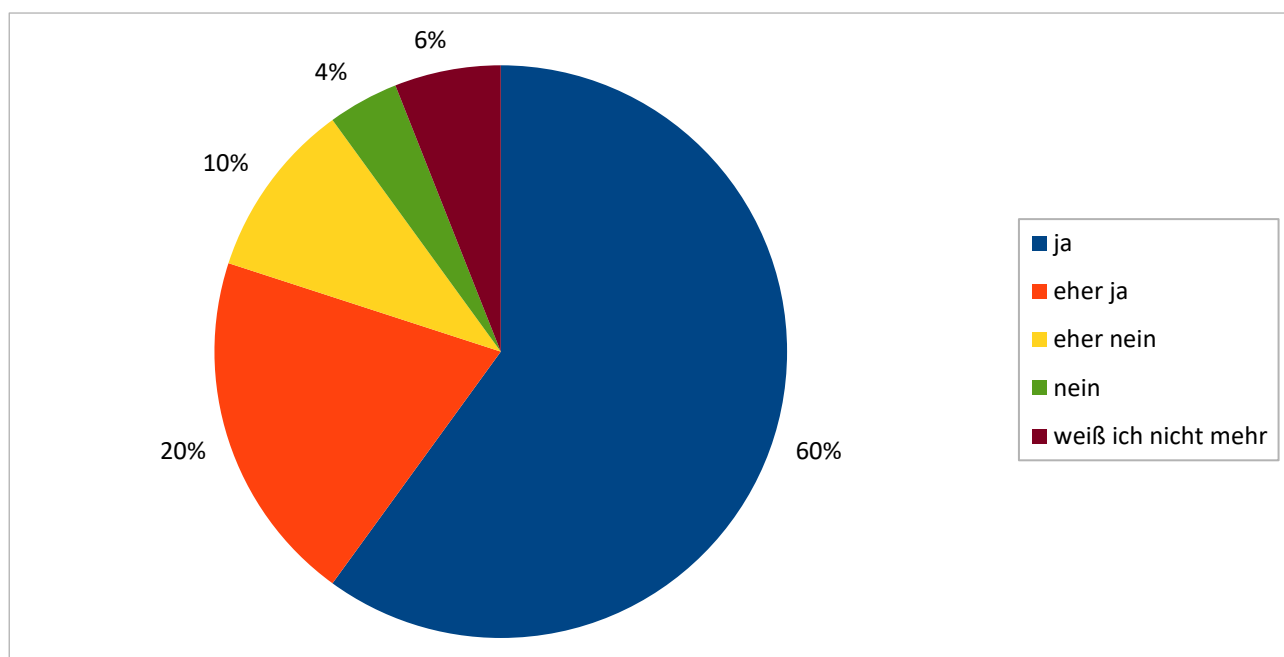


Abbildung 3.9 Verständlichkeit des Entlassungsgesprächs (n=50)

**Frage 6: Wurde Ihnen ein Entlassungsbrief mitgegeben?**

Der Entlassungsbrief dient in erster Linie dem weiterbehandelnden Arzt, meist dem Hausarzt, als Informationsquelle über den Behandlungsverlauf des Patienten sowie über die weiterführende Therapie. Üblicherweise wird der Entlassungsbrief am Tag der Entlassung dem Patienten mitgegeben. Darüber hinaus kann er auch postalisch oder per Fax dem weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden, was jedoch aus logistischen Gründen eher die Ausnahme darstellt. In der Hausärztebefragung wurde ebenfalls nach Erhalt eines Entlassungsbriefs gefragt. (siehe Abbildung 3.26; Kapitel 3.3.2). Dort antworteten 94% der Hausärzte, einen Entlassungsbrief erhalten zu haben. In dieser Frage wurde dieselbe Frage den Patienten selbst gestellt. Wie in Abbildung 3.10 erkennbar gaben hier 82% der Patienten an, einen Brief erhalten zu haben. 16% verneinten diese Frage. 2% verneinten diese Frage.

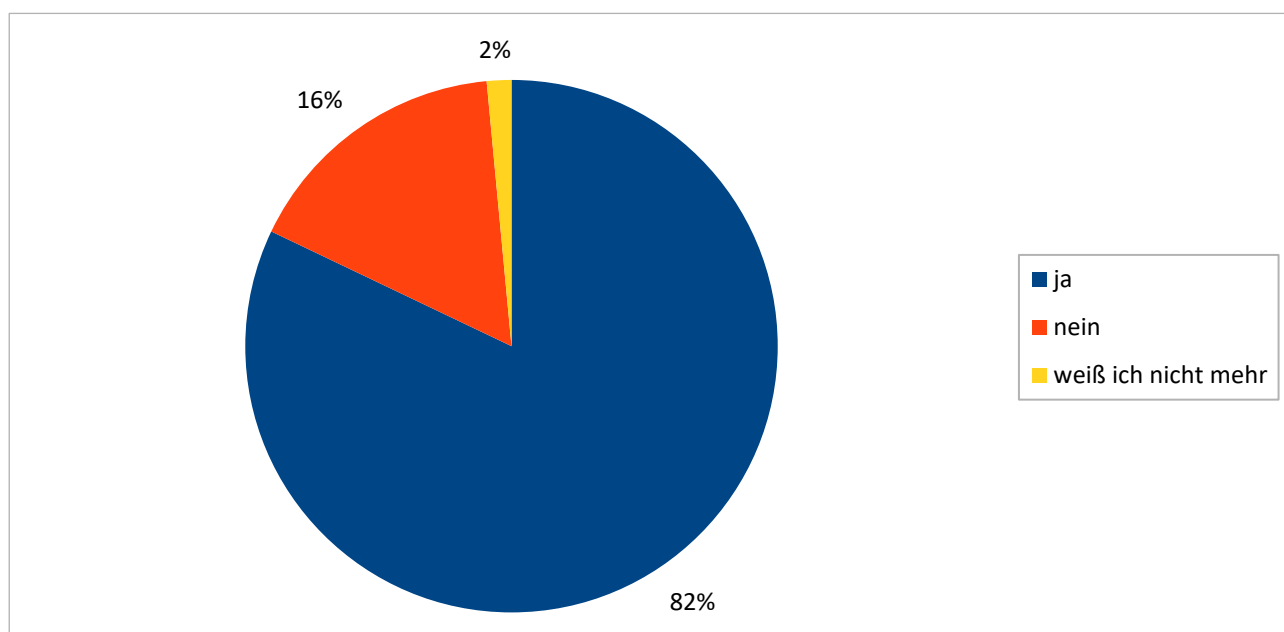


Abbildung 3.10 Mitgabe eines Entlassungsbriefs (n=67)

**Frage 7:** Wurden Sie umfassend über Ihre Erkrankung(en) informiert (Schwere, Therapie, Prognosen, etc.)?

In der folgenden Frage sollte ermittelt werden, ob Patienten umfassend über Ihre Erkrankung in Bezug auf Schwere, Therapie, Konsequenzen und Prognosen informiert sind. Eine partizipative Entscheidungsfindung, das „shared decision- making“ bindet den Patienten dabei von Beginn an in die therapeutische Behandlung mit ein. (siehe Kapitel 1.3.2: Die partizipative Entscheidungsfindung) Grundlage hierfür ist jedoch ein möglichst gleicher Informationsstand.

Wie in Abbildung 3.11 erkennbar gaben nur 48% an, dass sie umfassend informiert worden seien. 18% beantworteten diese Frage mit „eher ja“. 34%, dies entspricht 1 von 3 Patienten, antworteten, dass sie im Umfang nicht ausreichend über ihre eigene Erkrankung informiert worden seien.

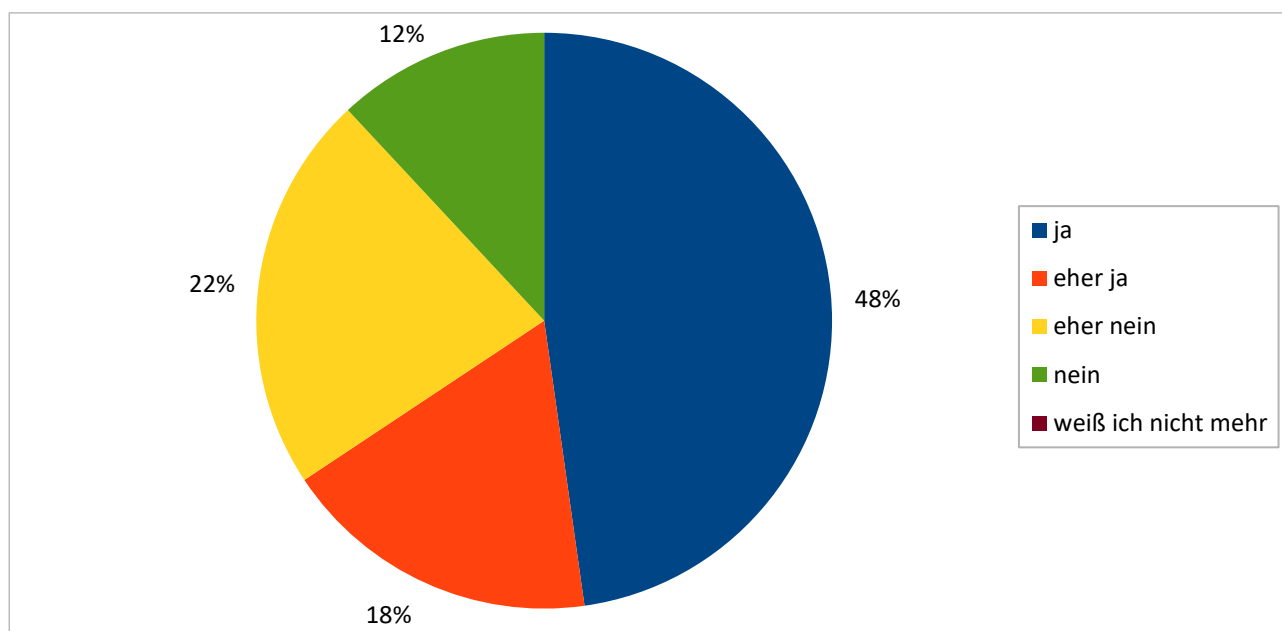


Abbildung 3.11 Information über Schwere, Therapie, Prognose der Erkrankung (n=67)

**Frage 8:** Empfanden Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung unpassend (zu früh oder auch zu spät)?

Bis 2002 galt in deutschen Krankenhäusern das Prinzip tagesgleicher Pflegesätze. Eine Klinik wurde für einen bestimmten Fall mit einer bestimmten Vergütung, der mit der Liegedauer des Patienten multipliziert wurde, bezahlt. Da dies häufig zu längeren Liegezeiten als notwendig führte wurde unter anderem deswegen 2003 das Diagnosis Related Group System, kurz DRG, eingeführt. Dieses Prinzip arbeitet mit Fallpauschalen. Dabei wird der Preis der Krankenhausbehandlung durch die Multiplikation eines Basisfallwerts mit einer Bewertungsrelation, die Haupt – und Nebendiagnosen beinhaltet, ermittelt. Die gesamte Liegedauer wird in die Kalkulation nicht mit eingerechnet. Unter – oder überschreitet jedoch ein Patient die sogenannte untere oder obere Grenzverweildauer werden Abzüge in der Vergütung gemacht. Ein Krankenhaus ist demnach bestrebt, die Liegedauer so kurz wie möglich, jedoch nie zu kurz zu halten.

In Frage 8 wurden Patienten befragt, ob sie das Gefühl hatten, dass der Zeitpunkt der Entlassung zu spät oder auch zu früh gewesen sei. Gründe dafür können beispielsweise Gewinnmaximierungsbestrebungen durch das eingeführte DRG - System sein. Wie in Abbildung 3.12 jedoch erkennbar, bejahten nur 10% der Befragten diese Frage und 19% antworteten mit „eher ja“. Der Großteil (71%) war der Meinung, dass der Entlassungszeitpunkt optimal gewählt gewesen sei.

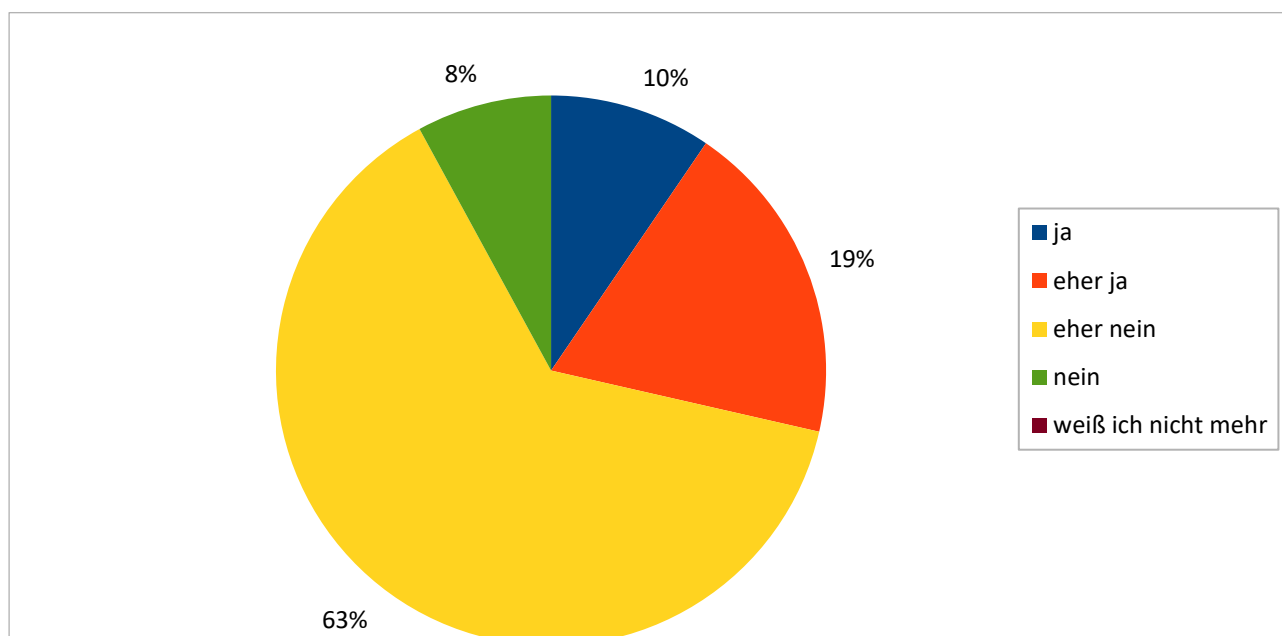


Abbildung 3.12 Gefühlte zeitlich verfrühte oder verspätete Entlassung (n=63)

**Frage 9:** Wurden Sie informiert, was Ihre Aufgaben im weiteren Behandlungsverlauf sind (z.B. Terminvereinbarung beim Hausarzt, Krankenkassen-Anschreiben, etc.)?

Im Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung kommen dem Patienten nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten zu. Gewisse Aufgaben administrativer Art, wie Behördengänge, Krankenkassenanschriften, können durch die Klinik nicht durchgeführt werden. Das Krankenhaus muss dem Patienten jedoch mitteilen, wenn solche Aufgaben zu erfüllen sind.

In der Umfrage gaben 51% an, dass das Krankenhaus und das behandelnde Team diese Aufgaben vollständig mitgeteilt haben. 11% der Patienten antworteten, dass dies zum großen Teil gemacht wurde. Jedoch gaben auch 14% an, dass diese unvollständig, und jeder Vierte, dass zu erledigende Aufgaben, die für die Behandlung wichtig sind, überhaupt nicht kommuniziert worden seien (siehe Abbildung 3.13).

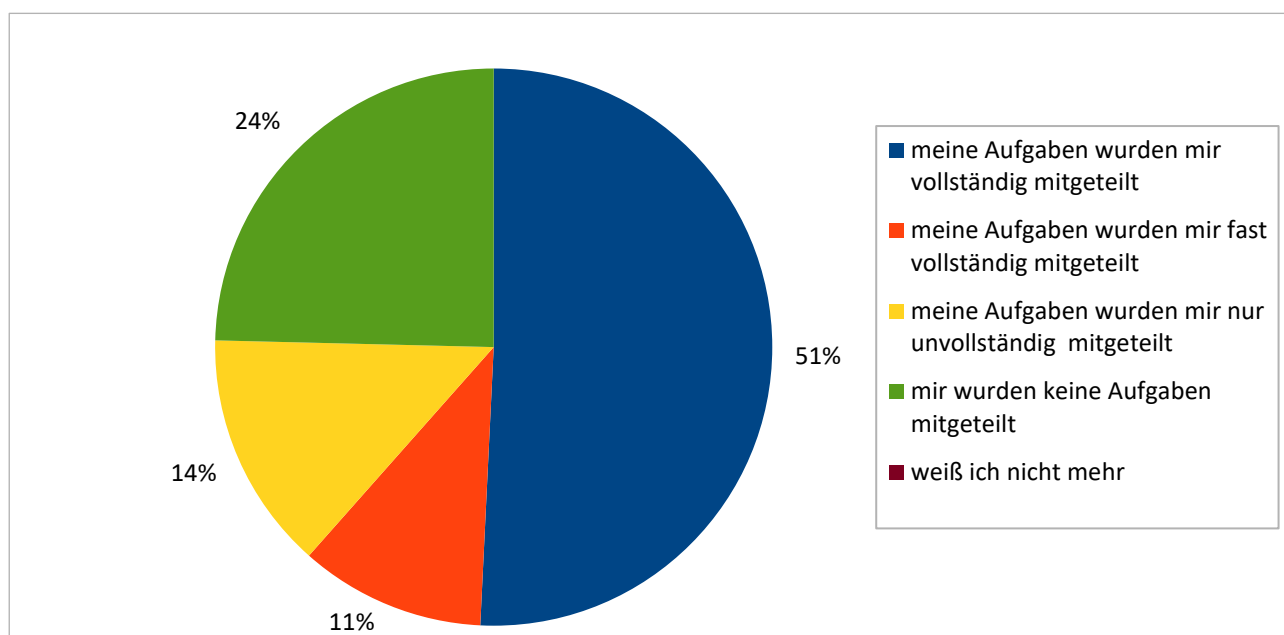


Abbildung 3.13 Mitteilung wichtiger Aufgaben in der Behandlung, für die der Patient eigenverantwortlich ist (n=65)



**Frage 10:** Wurden Termine zur Wiedereinbestellung oder ambulanten Kontrolle beim Hausarzt /Spezialisten mit Ihnen vereinbart?

Viele Behandlungen erfordern das Wiedereinbestellen eines Patienten in die Klinik oder zu einem ambulanten Fachmann. Wundversorgung („Fäden ziehen“) gehört ebenso zu den Gründen wie die sekundärpräventiven Kontrollen. Möglichst sinnvoll ist es, die Termine direkt in der Klinik während des stationären Aufenthalts zu organisieren.

Wie in Abbildung 3.14 erkennbar fand dies in 45% der Fälle statt. 36% gaben an, dass dies in der Klinik nicht gemacht wurde. 2% konnten dazu keine Angaben mehr machen. 8% der befragten Patienten beantworteten diese Frage mit „eher ja“ und mit 9% fast genauso viele mit „eher nein“.

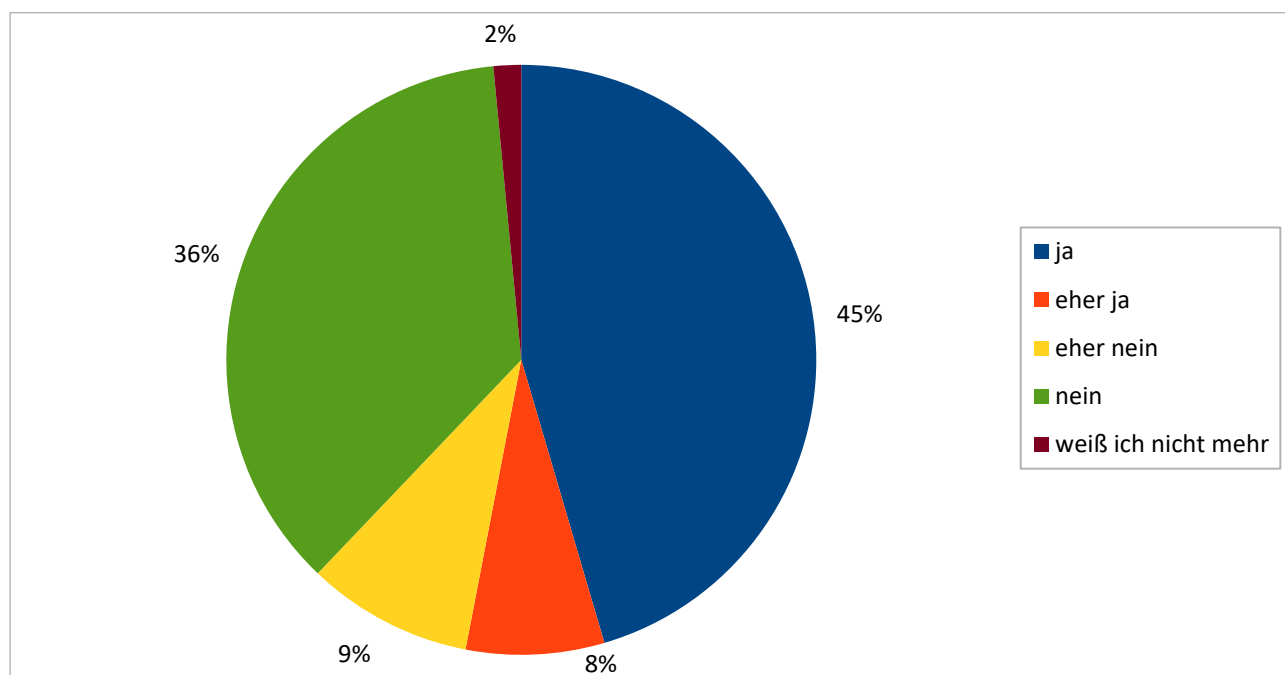


Abbildung 3.14 Terminvereinbarung zur Kontrolle durch das Krankenhaus (n=66)

**Frage 11:** Wurden Sie ausreichend über eventuell neue Medikamente und Einnahmepläne informiert?

Ein Krankenhausaufenthalt führt häufig zu Änderungen oder Ergänzungen im Medikamentenplan. Ziel der Frage war es, herauszufinden ob solche Änderungen auch mit den Patienten besprochen worden sind. In dieser Befragung gaben nur 31% der Patienten an, dass neue Medikamente und Einnahmepläne ausreichend besprochen worden seien. 18% beantworteten diese Frage mit „eher ja“. 38% der Patienten nannten, dass neue Medikamente nicht besprochen wurden. 8% der Patienten antworteten mit einem eingeschränkten „Nein“. 5% konnten keine Angabe dazu machen (siehe Abbildung 3.15).

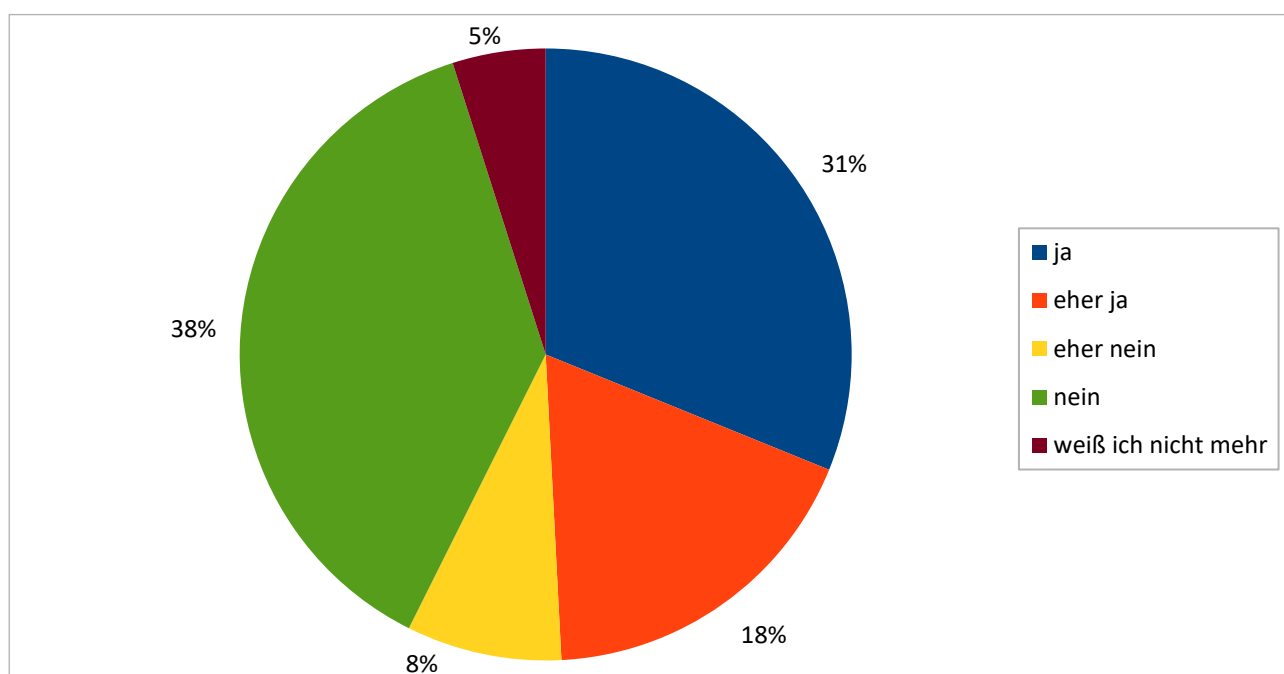


Abbildung 3.15 Besprechung neuer Medikamente und Einnahmepläne (n=61)

**Frage 12:** Wurde Ihnen erklärt, wie Ihre Wunden zu versorgen sind?

Die Frage widmete sich der Wundversorgung. Vor allem bei operativ bedingten Krankenhausaufenthalten gilt es, Wunden richtig zu versorgen, um eine optimale Wundheilung zu erzielen und sekundäre Infektionen zu vermeiden. 56% der befragten Patienten gaben an, dass es keine versorgungsbedürftigen Wunden nach ihrem Krankenhausaufenthalt gab. 23% der Patienten gaben an, dass Ihnen gezeigt wurde, wie Wunden zu versorgen seien. Wie in Abbildung 3.16 zu sehen, antworteten insgesamt nur 6 % der befragten Patienten, dass ihnen nicht gezeigt und erklärt worden seien, wie die Wundversorgung stattzufinden habe.

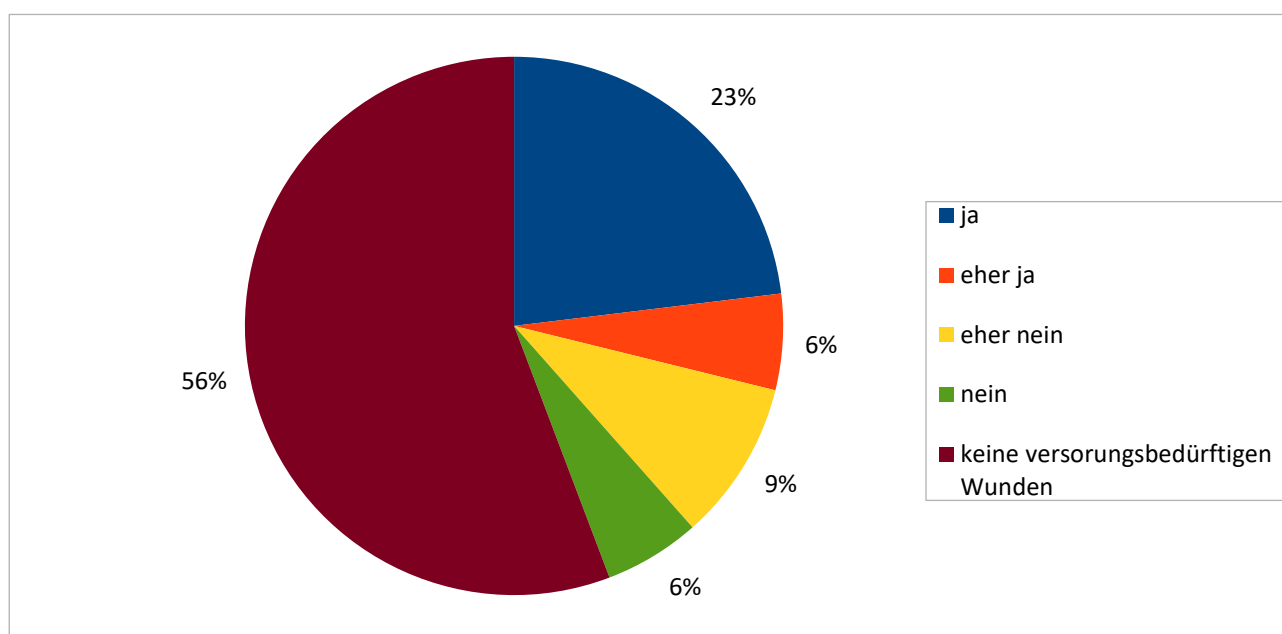


Abbildung 3.16 Aufklärung über Wundversorgung (n=52)

**Frage 13:** Wurden Sie bei der Entlassung und Planung der weiteren Therapie nach Ihren persönlichen Wunschvorstellungen gefragt?

Wunschvorstellungen können ganz individuell ausfallen. Der Wunsch nach einer Reha sollte ebenso erfragt werden wie andere therapeutische Maßnahmen. Die Wertschätzung der Ideen und Einwände innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehungen bilden Grundlage der partizipativen Entscheidungsfindung. Zeiten, in denen der behandelnde Arzt das weitere Procedere „diktiert“ und sich der Patient dem vollends zu fügen hat, entsprechen nichtmehr dem Zeitgeist der modernen Medizin.

In dieser Umfrage gaben 57% der Patienten an, dass sie nicht nach eigenen Wunschvorstellungen gefragt worden seien. 21% beantworteten dies mit „eher nein“. Lediglich 15% konnten behaupten, dass den eigenen Wünschen im weiteren Therapieverlauf nachgekommen worden sei. 5% beantworteten dies mit „eher ja“, während 2% der Befragten keine Aussage treffen konnten (siehe Abbildung 3.17).

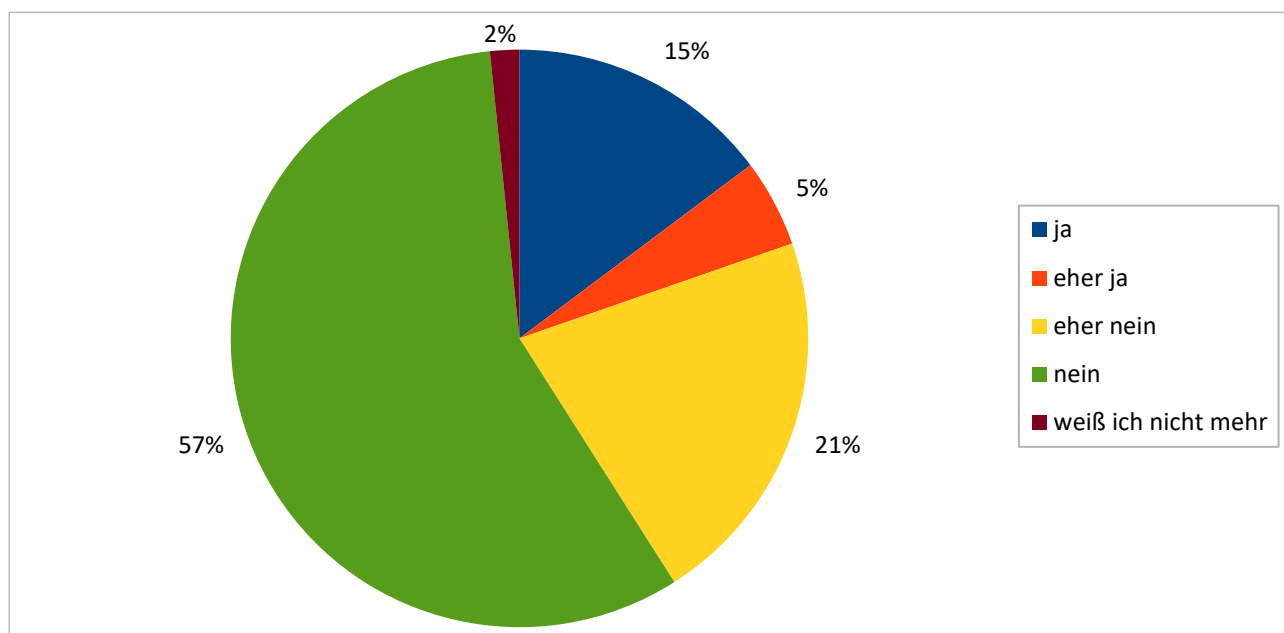


Abbildung 3.17 Berücksichtigung eigener Wunschvorstellungen (n=61)

**Frage 14:** Wurde Ihr häuslich-familiäres Umfeld ebenfalls über weitere Behandlungsschritte informiert?

Die Therapieplanung betrifft nicht nur den Patienten selbst, sondern auch dessen häusliches Umfeld und die Familie. Angehörige müssen dementsprechend planen und Vorkehrungen treffen. Von daher ist es von Bedeutung, nicht nur den Patienten zu informieren, sondern auch dessen Angehörige. Nur so kann einem Informationsverlust, zum Beispiel durch Überforderung des Patienten mit der Situation oder eingeschränkter Aufnahmefähigkeit, vermieden werden. Das Angehörigengespräch kann im ärztlichen Tagesbetrieb oftmals zu kurz kommen oder gänzlich ausfallen. Auch der telefonische Austausch kann sich durch schlechte Erreichbarkeit beider Parteien während gewöhnlicher Arbeitszeiten als schwierig erweisen.

In der Umfrage gaben 68% der Patienten oder deren gesetzliche Vertreter an, dass das häusliche Umfeld nicht über weitere Behandlungsschritte informiert worden sei. 11% beantworteten diese Frage mit „eher nein“. Nur 15% konnten die Frage bejahen, während 5% der Patienten ein eingeschränktes Ja angaben. 2% der Befragten konnten dazu keine Angaben machen. Insgesamt überwiegt hier die Meinung, dass das häusliche Umfeld eher nicht in die Therapieplanung integriert worden sei (siehe Abbildung.3.18).

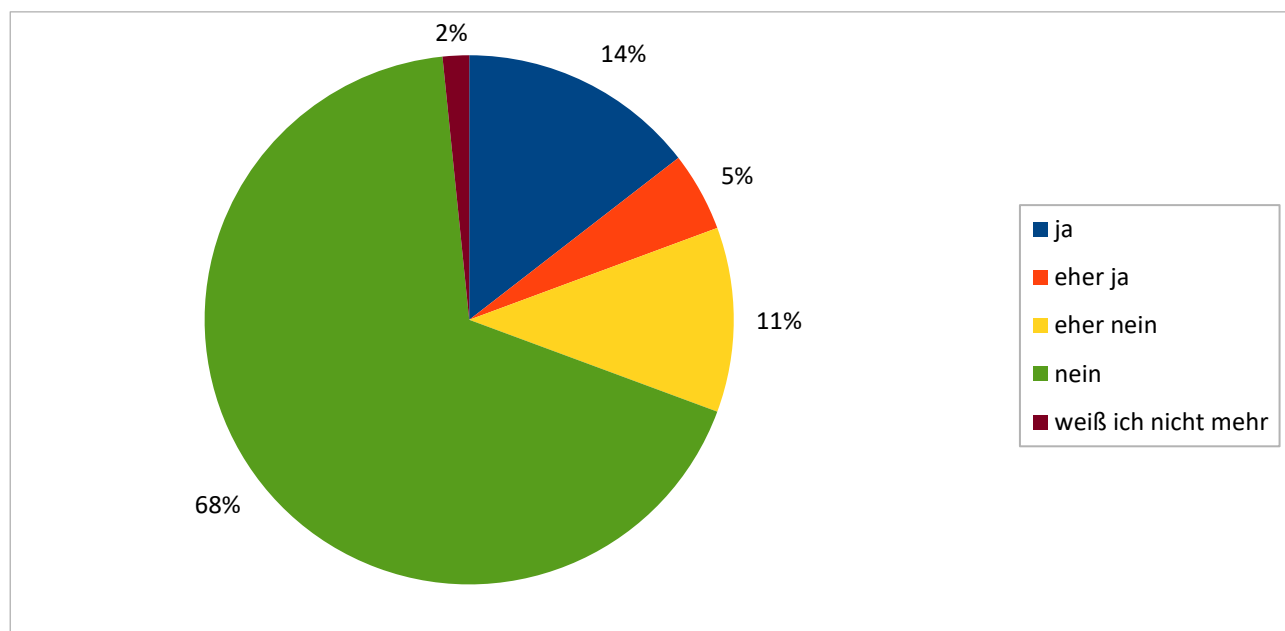


Abbildung 3.18 Informierung des häuslichen Umfelds über weitere Behandlungsschritte (n=62)

**Frage 15:** Wurden Sie informiert, an wen Sie sich bei Fragen zu Ihrer Erkrankung oder im Notfall wenden können?

Bei Fragen oder in Notfällen ist es für den Patienten wichtig zu wissen, an wen er sich wenden kann. In vielen Fällen kann die Klinik selbst wichtiger Erstansprechpartner sein. Zum einen kann eine zeitliche Verzögerung vermieden werden, da das Krankenhaus direkt auf die Patientendaten zurückgreifen kann. Andererseits können Fragen oder Unklarheiten auf Unstimmigkeiten in der Therapie hinweisen, die so direkt optimiert werden kann. Ebenso kann der Hausarzt als Ansprechpartner fungieren, der durch den Arztbrief über die Therapie und deren Verlauf mit möglichen Komplikationen informiert ist und dazu über die umfassendste Patientenanamnese und das Patientenvertrauen verfügt. Andere Gegebenheiten können auch absolute Notfälle darstellen, die eine sofortige Einweisung in eine Klinik durch den Rettungsdienst erfordern. Wichtig für den Patienten ist hierbei, welche Ansprechpartner er in verschiedenen Situationen hat. Die behandelnde Klinik sollte dem Patienten mitteilen, wann sie selbst der beste Ansprechpartner ist, wann der Hausarzt bei Fragen kontaktiert werden sollte oder was bei Notfällen zu tun ist. In der Umfrage antwortete die Mehrheit der Patienten (47%), dass sie informiert worden seien, an wen sie sich bei Fragen oder in Notfällen wenden können. 11% beantworteten diese Frage mit „eher ja“. Dem gegenüber standen 40 %, die angaben, dass dies nicht oder eher nicht erfolgte (siehe Abbildung 3.19).

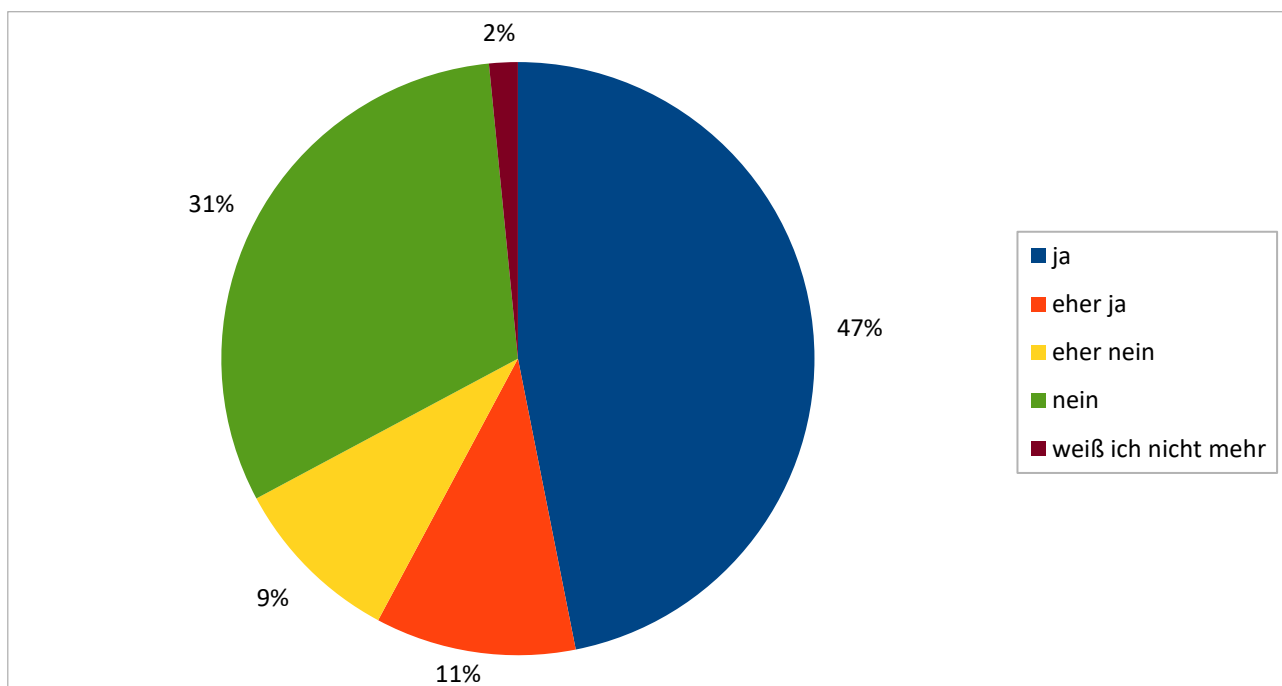


Abbildung 3.19 Mitteilung von Ansprechpartnern bei Fragen oder im Notfall (n=64)

**Frage 16:** Waren Sie mit der ärztlichen Kommunikation zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus zufrieden?

Abschließend wurde nach der kommunikativen Zufriedenheit im Entlassungsprozess gefragt. Die Frage wurde in einer gewöhnlichen Likert-Skalierung gestellt. Es konnte in Stufen zwischen „voll zufrieden“ und „unzufrieden“ abgestuft werden. In dieser Umfrage gaben 55% der Patienten an, dass sie voll zufrieden mit der Kommunikation waren. 15% waren zufrieden mit der Entlassung. 15% gaben an, dass sie weniger zufrieden mit dem Ablauf der Entlassung aus der Klinik waren. Nur 14% der Patienten, die an der Umfrage teilnahmen, waren unzufrieden (siehe Abbildung 3.20).

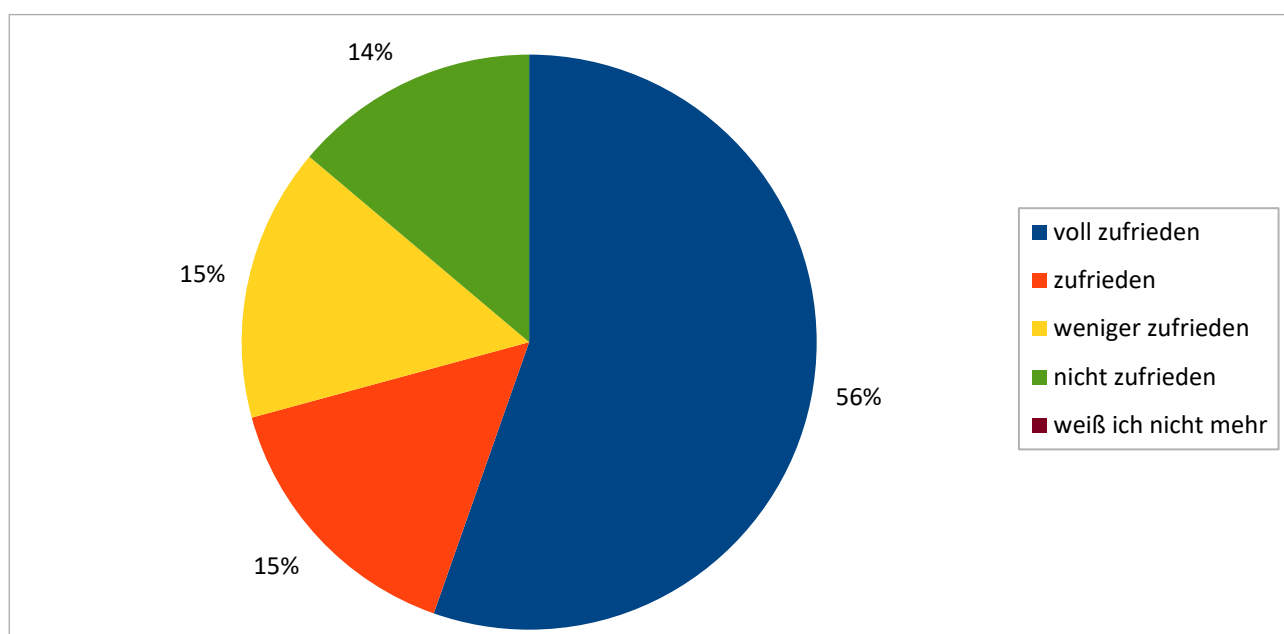


Abbildung 3.20 Zufriedenheit mit der ärztlichen Kommunikation zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus (n=65)

**Frage 17:** Bitte bewerten Sie die Entlassung aus dem Krankenhaus in eigenen Worten.

In der letzten Frage wurden die angeschriebenen Patienten darum gebeten, in eigenen Worten den Entlassungsablauf zu bewerten. 29 der 68 Patienten, die an der Umfrage teilnahmen, nutzten diese Möglichkeit. Dabei wurde vor allem stichpunktartig aufgelistet, was den jeweiligen Patienten ge- oder missfallen hat. Ein häufig genannter Aspekt war dabei das lange Warten auf den Arztbrief. Zehn Patienten thematisierten diesen Aspekt. Weitere kritische Anmerkungen bezogen sich darauf, dass ein abschließendes ärztliches Gespräch zur Klärung noch bestehender Fragen nicht stattfand. Dies wurde von 7 Patienten beschrieben. 5 Patienten betonten, dass ihnen die Freundlichkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals sehr gefallen hat. Weitere einzelne Meinungen thematisierten eine subjektiv verfrühte Entlassung, fehlende Aufklärung über therapeutische Alternativen, mangelnde Empathie des Personals und ein allgemeines Gefühl, „abgeschoben“ worden zu sein. Die meistgenannten Gründe wurden in Abbildung 3.21 nochmals aufgelistet. Diese werden in der Diskussion nochmals aufgegriffen.

+	-
freundliches Personal	langes Warten auf Dokumente
kompetente Behandlung	fehlendes Abschlussgespräch
	geföhlt verfrühte Entlassung
	mangelnde Aufklärung über Alternativen
	geföhlt „Abgeschoben“

Abbildung 3.21 Persönliche Kommentare (Auszug)



### 3.3 Auswertung der an Hausärzte gerichteten Fragebögen

#### 3.3.1 Rücklaufquote

Der Fragebogen wurde nach einem Testlauf durch 5 ausgewählte Hausarztpraxen elektronisch an die 135 hausärztlichen Lehrpraxen der Universität des Saarlandes geschickt. Innerhalb von 6 Wochen wurde der Fragebogen von 36 Teilnehmern bearbeitet und elektronisch zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 27 %. Eine graphische Darstellung der Rücklaufquote bietet Abbildung 3.22.

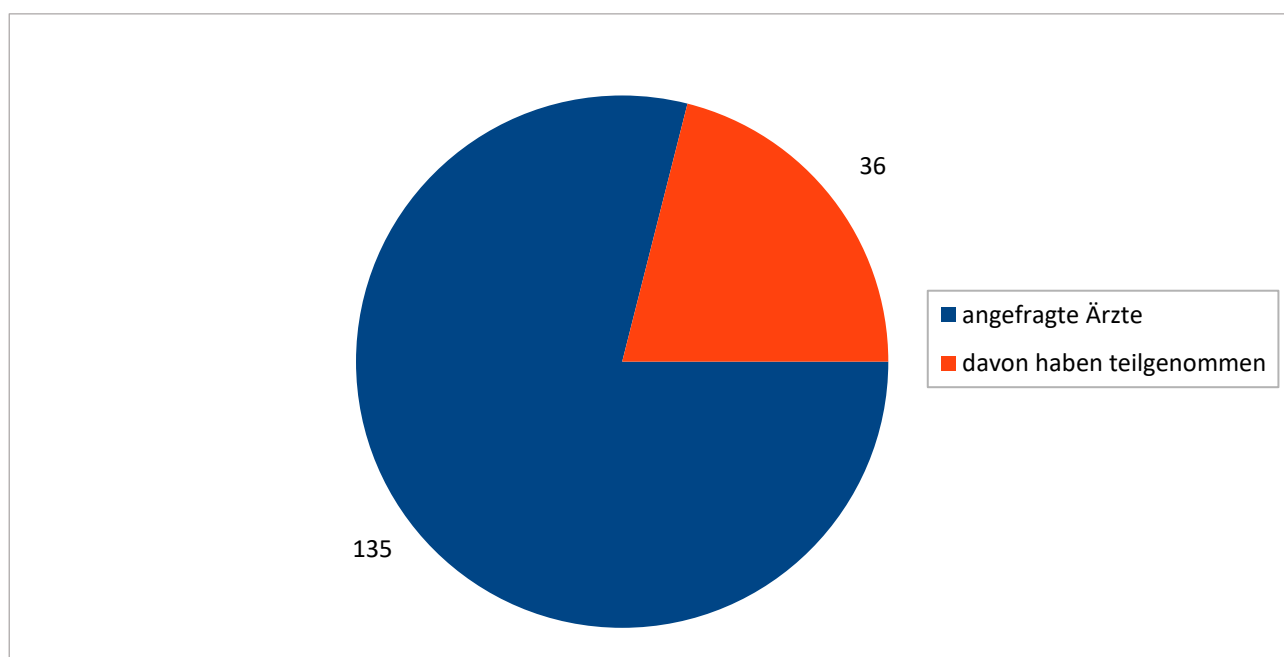


Abbildung 3.22 Rücklaufquote

### 3.3.2 Auswertung der Hausarztfragen

**Frage 1** Wie hoch schätzen Sie die Zahl Ihrer Patienten, die durchschnittlich pro Woche aus einem stationären Klinikaufenthalt in Ihre hausärztliche Behandlung übergehen?

Die Entlassung aus einem Krankenhaus führt den Patienten in den meisten Fällen am nächsten oder übernächsten Tag zum eigenen Hausarzt. Als Basisversorger dokumentiert er den Verlauf der Krankenhausbehandlung, kümmert sich um die Medikation und plant in Absprache mit der behandelnden Klinik die Nachsorge. Die Anzahl der Patienten, die ein Hausarzt „frisch“ aus der Klinik übernimmt hängt unter anderem mit der Größe des Patientenstamms zusammen.

Wie in Abbildung 3.23 zu erkennen gab es keine teilnehmenden Ärzte, die wöchentlich mehr als 10 direkt aus einer Klinik entlassenen Patienten übernehmen. Die durchschnittliche Anzahl beträgt 5,4 Patienten pro Woche (arithmetisches Mittel). Dieser Durchschnitt ist als gelbe Linie dargestellt. Der Medianwert beträgt 5 Patienten.

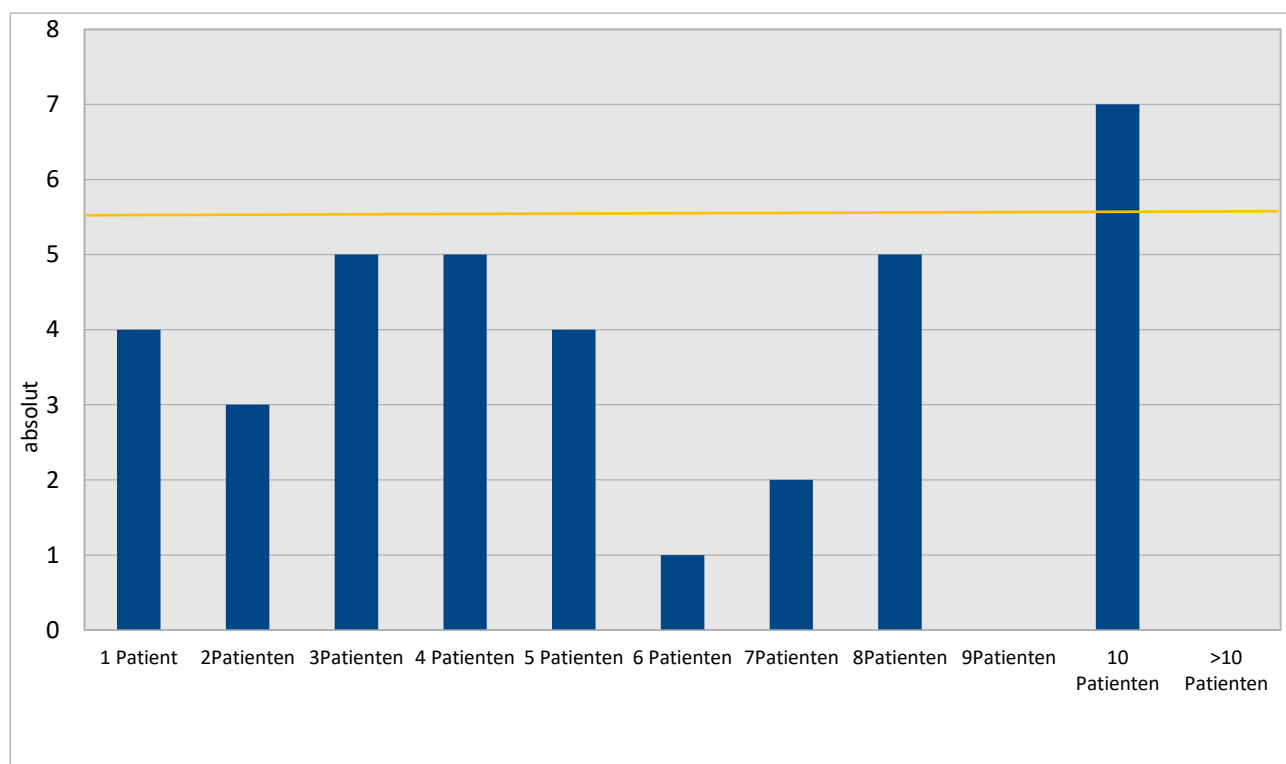


Abbildung 3.23 Geschätzte wöchentliche Anzahl an Patienten, die die Hausarztpraxis unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt aufsuchen (n=36)

**Frage 2:** Werden Ihnen als Hausarzt die Entlassungstermine durch die Klinik im Vorfeld mitgeteilt?

Da Krankenhäuser meist bereits 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten das Entlassungsmanagement planen (siehe Kapitel 1.2.1) ist eine Mitteilung an den Hausarzt noch vor der tatsächlichen Entlassung des Patienten möglich. Dies kann beispielsweise notwendig sein, wenn Hausbesuche geplant werden oder Praxistermine freigehalten werden müssen.

Eine Entlassungsbenachrichtigung durch die entlassende Klinik selbst scheint eine Ausnahme darzustellen. 53% der Hausärzte antworteten, dass der Termin nur selten im Vorfeld mitgeteilt werde. 36 % der Hausärzte gaben sogar an, dass dies nie stattfände. Lediglich 11% antworteten, dass gelegentlich eine Mitteilung durch die Klinik erfolge (siehe Abbildung 3.24).

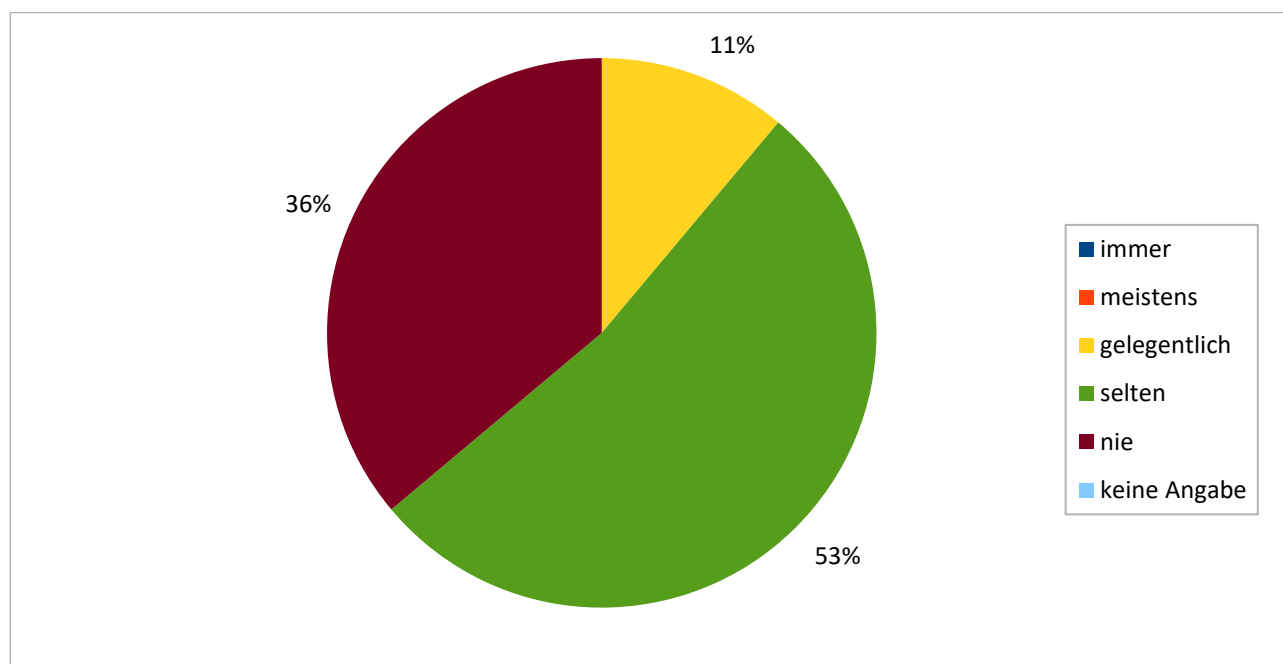


Abbildung 3.24 Vorzeitige Mitteilung der Entlassung durch die Klinik (n=36)

**Frage 3:** Zu welchem Zeitpunkt erfolgte die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus?

Entlassungen werden prinzipiell durch die behandelnde Klinik geplant und terminiert. In der Regel finden Entlassungen aus organisatorischen Gründen während des Tagesbetriebs statt. Verzögerungen in der Behandlung und äußere Umstände können den Termin jedoch verzögern. Oftmals ist es notwendig, unmittelbar nach der stationären Behandlung den Hausarzt aufzusuchen, um die Versorgung mit Heil- und Arzneimitteln sicherzustellen. Daher ist es günstig, Entlassungen so zu terminieren, dass ein Hausarztbesuch unmittelbar im Anschluss für den Patienten realisierbar ist.

Die Entlassung der Patienten zu Öffnungszeiten der hausärztlichen Praxis scheint in den meisten Fällen (67%) gegeben. Nur 6% gaben an, dass eine Entlassung zu Sprechstundenzeiten selten vorkäme. Analog geben 78% der Hausärzte an, dass die Entlassung außerhalb der Sprechstundenzeiten nur gelegentlich oder selten vorkomme. Jedoch gaben auch 19% der Hausärzte an, dass die Entlassung meistens nach oder vor Sprechstundenzeiten stattfindet. Eine Entlassung am Wochenende scheint nicht die Regel zu sein. 42% antworteten hier, dass eine Entlassung nie oder selten stattfände. 48% nannten gelegentliche Entlassungen am Wochenende (siehe Abbildung 3.25).

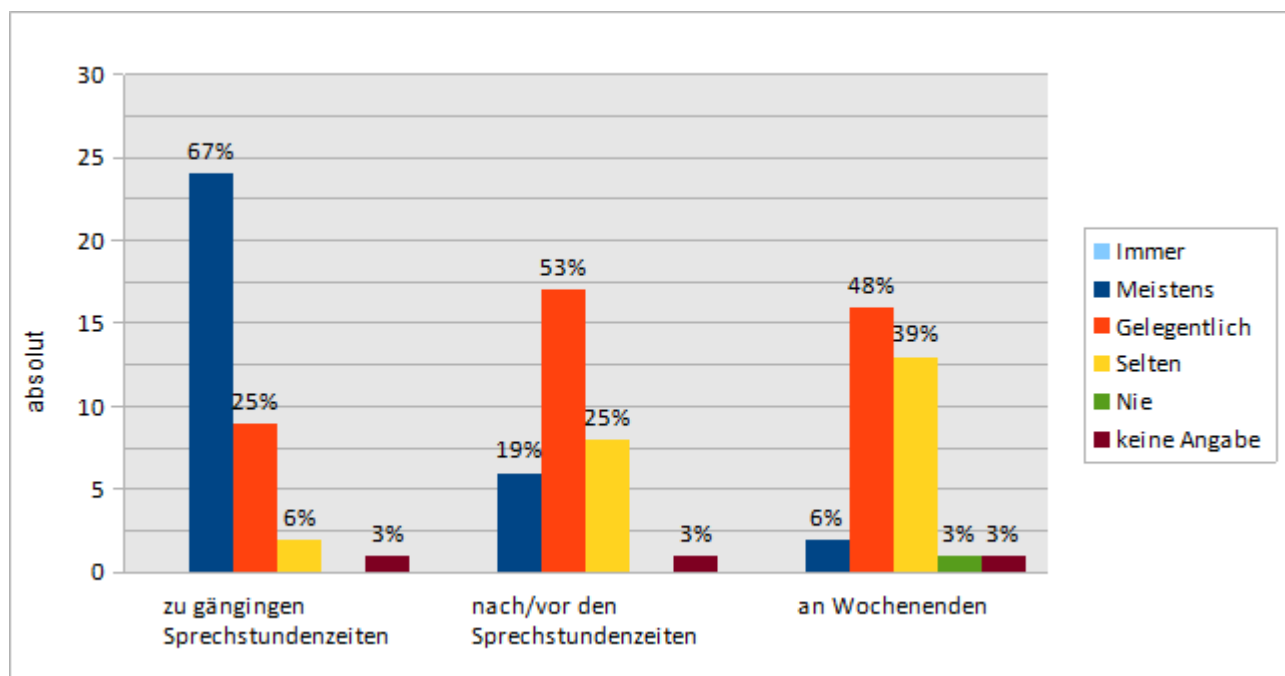


Abbildung 3.25 Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus (n=25)

**Frage 4:** Haben Ihre Patienten von der behandelten Klinik einen Entlassungsbrief erhalten?

Der Entlassungsbrief oder Arztbrief ist ein Dokument zur Kommunikation zwischen Ärzten. Er wird in der behandelnden Einrichtung erstellt und erstreckt sich inhaltlich von Aufnahmezeitpunkt bis zum Entlassungszeitpunkt des Patienten. Der Brief gibt dem weiterbehandelnden Arzt einen Überblick über Symptome, Diagnosen, Behandlungen und Empfehlungen bezüglich eines aufgenommenen Patienten. Er gilt als zentrales Steuerungselement und Dokumentationsdokument für eine stationäre Krankenhausbehandlung (Rapp 2004). Die Ärztekammer Hannover empfiehlt bei der Erstellung des Arztbriefs dabei Kürze und Prägnanz (Goesmann 2006).

Das Mitgeben eines Entlassungsbriefes scheint gängige Praxis zu sein. 94% der befragten Ärzte gaben an, dass den Patienten von der Klinik ein Entlassungsbrief in den meisten Fällen mitgegeben worden sei (siehe Abbildung 3.26). Dies zählt zur ärztlichen Dokumentationspflicht.

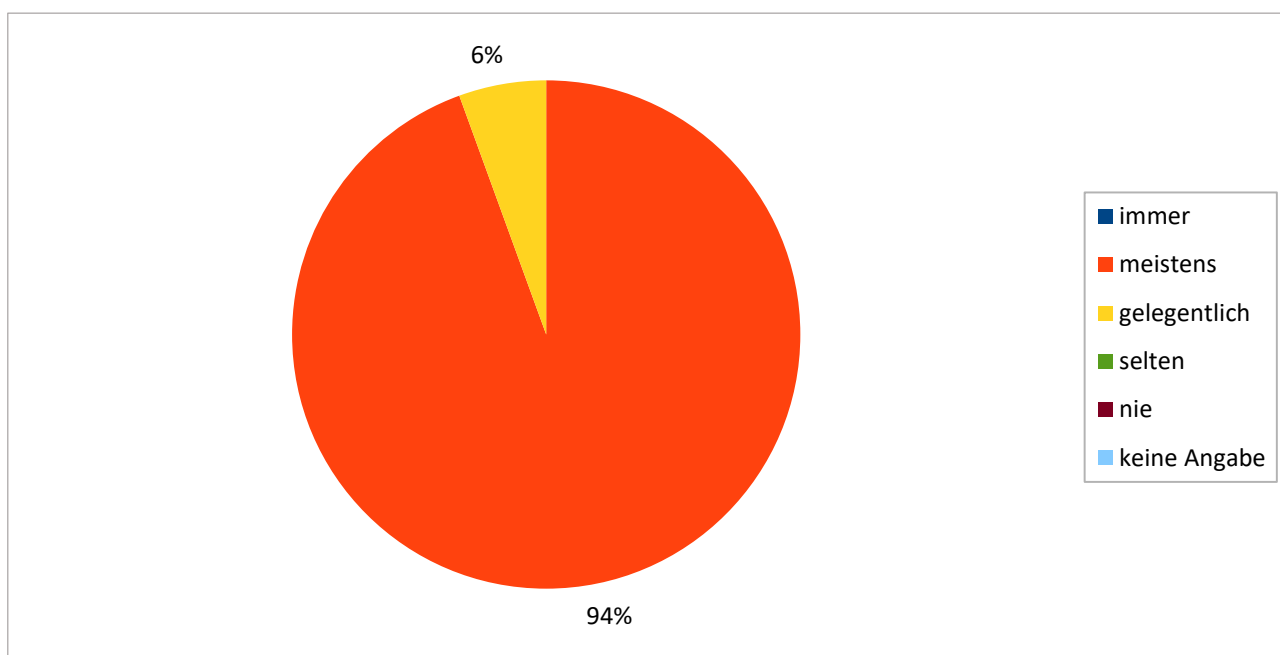


Abbildung 3.26 Erhalt eines Entlassungsbriefs (n=36)

### Frage 5: Welche Aussagen zum Entlassungsbrief können Sie treffen?

In vielen Fällen muss sich der Hausarzt auf die Entlassung einer seiner Patienten vorbereiten. Hilfs- und Heilmittel müssen zum Entlassungszeitpunkt beantragt und bewilligt worden sein, sodass keine Versorgungsunterbrechungen im Genesungsverlauf entstehen. Auch ein Hausbesuch kann unter Umständen bereits am Entlassungstag notwendig sein. In diesen Fällen ist es hilfreich, dass ein vorläufiger Entlassungsbrief dem Hausarzt bereits vor Patientenentlassung übermittelt wird. 11% der befragten Hausärzte gaben an, dass dieses Konzept in oben genannten Fällen meistens umgesetzt werde. 18% antworteten, dass der Arztbrief gelegentlich schon im Voraus übermittelt werde. Es überwiegen jedoch die Meinungen, dass dies weniger häufig stattfindende. 46% der Ärzte nannten, dass dies selten geschehe und ein Viertel, dass der Entlassungsbrief nie im Voraus zugespült werde (siehe Abbildung 3.27).

Des Weiteren können durch Unachtsamkeit beim Erstellen des Arztbriefes Behandlungsfehler oder unklare Therapieempfehlungen entstehen. In diesem Fall sollte der behandelnde Hausarzt den Stationsarzt kontaktieren, um Behandlungsfehler zu vermeiden. Insgesamt zeigte sich, dass dies nur in Einzelfällen notwendig sei. 71% der Hausärzte gaben an, dass Klinikärzte aufgrund von Fehlern oder Unklarheiten im Entlassungsbrief gelegentlich kontaktiert werden müssten. In 29% der Fälle käme dies eher selten vor (siehe Abbildung 3.27).

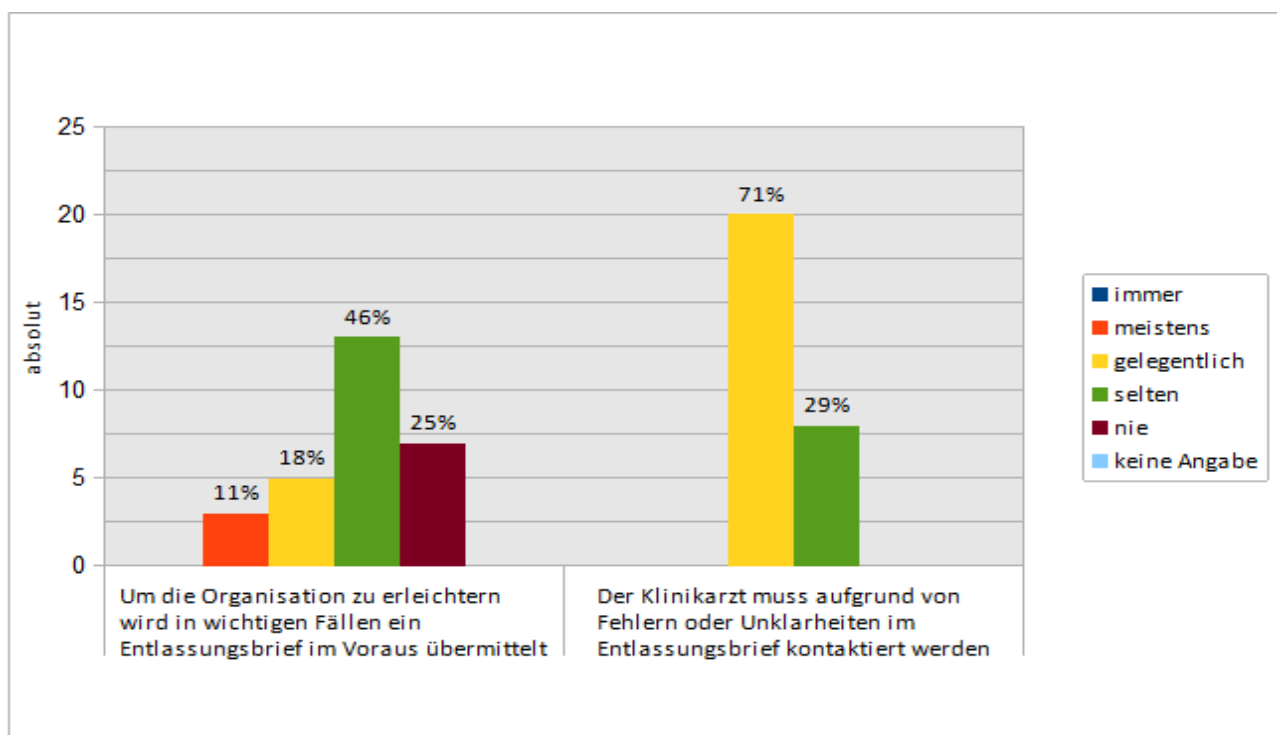


Abbildung 3.27 Informationen zum Entlassungsbrief (n=36)

### Frage 6: Welche Aussagen zur Entlassungsmedikation können Sie treffen?

In dieser Fragestellung sollten die befragten Hausärzte Stellung zu Aussagen bezüglich der Medikation der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten nehmen. Diese wird üblicherweise im an den Hausarzt adressierten Entlassungsbrief festgehalten. Um dem Patientenwohl nicht zu schaden oder die Genesung nicht zu verzögern ist hier besondere Sorgfalt walten zu lassen. Sinn der Frage war es zu eruieren, ob der Medikationsplan deutlich hervorgeht und aktuelle Leitlinien, beispielsweise die Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie sowie kassenärztlichen Arzneimittelrichtlinien nach §36 SGB V, auch in Fragen des off-label-use, eingehalten werden.

Aus Abbildung 3.28 ergibt sich, dass die Medikation aus dem Entlassungsbrief meistens (83%) oder sogar immer (17%) deutlich erkennbar sei. Diese entspricht laut Aussagen der befragten Ärzte zu 7% immer und zu 57% gelegentlich aktuellen Leitlinien. In fast einem Drittel der Fälle (32%) geben Hausärzte an, dass die Medikation nur gelegentlich den Leitlinien entspräche. Dem anzumerken sei jedoch, dass Leitlinien nicht bindend und dadurch weder haftungsbefreiend noch haftungsbegründete Wirkung haben (Biermann & Ulsenheimer 2008). Eine individuelle Einschätzung ist daher unabdingbar. Auch die Frage nach Erfüllung von kassenärztlichen Arzneimittelrichtlinien wird uneinheitlich beantwortet. 43% der befragten Ärzte gaben an, dass diese nur gelegentlich erfüllt werden. 18% geben an, dass diese selten vorkäme. Nur 36% gaben an, dass Arzneimittelrichtlinien meistens eingehalten würden. 4% der Ärzte konnten keine Angabe machen.

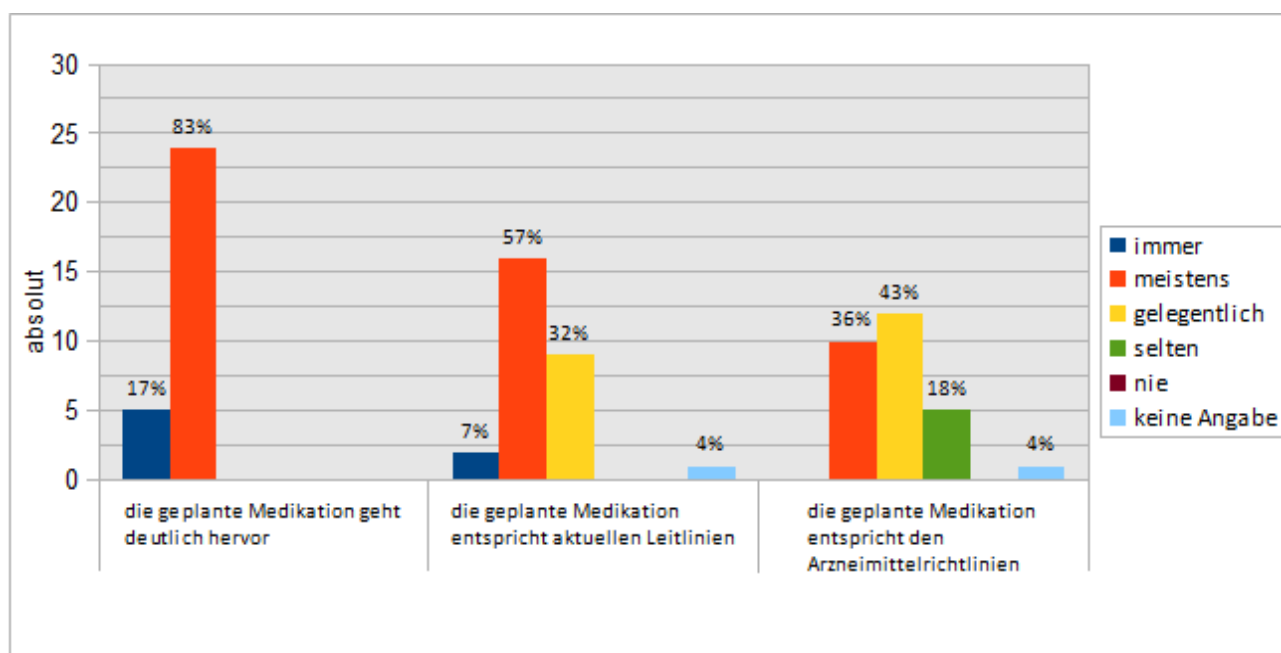


Abbildung 3.28 Aussagen zur Entlassungsmedikation a) (n=36)

Eine breite Streuung zeigte sich bei der Berücksichtigung von Medikationswünschen der Hausärzte. 43% dieser gaben hierbei an, dass diesen Wünschen nur selten nachgekommen werde. Zu immerhin 11% bzw. 29% werde dem Wunsch meistens, respektive gelegentlich, nachgekommen. Jedoch geben auch 11% an, dass dies nie der Fall sei (siehe Abbildung. 3.29).

Gemäß Apothekengesetz § 14 Abs. 7 ist die benötigte Menge an Medikamenten bis zum nächsten Werktag vom Krankenhaus zu stellen, wenn im Anschluss an den Entlassungstag des Patienten ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. 14% der Ärzte geben an, dass dies nur selten realisiert werde (siehe Abbildung 3.29). Zu 34% sei dies meistens und zu 7% auch immer der Fall. Die Mehrheit von 45% äußerte jedoch, dass dies eher gelegentlich der Fall sei.

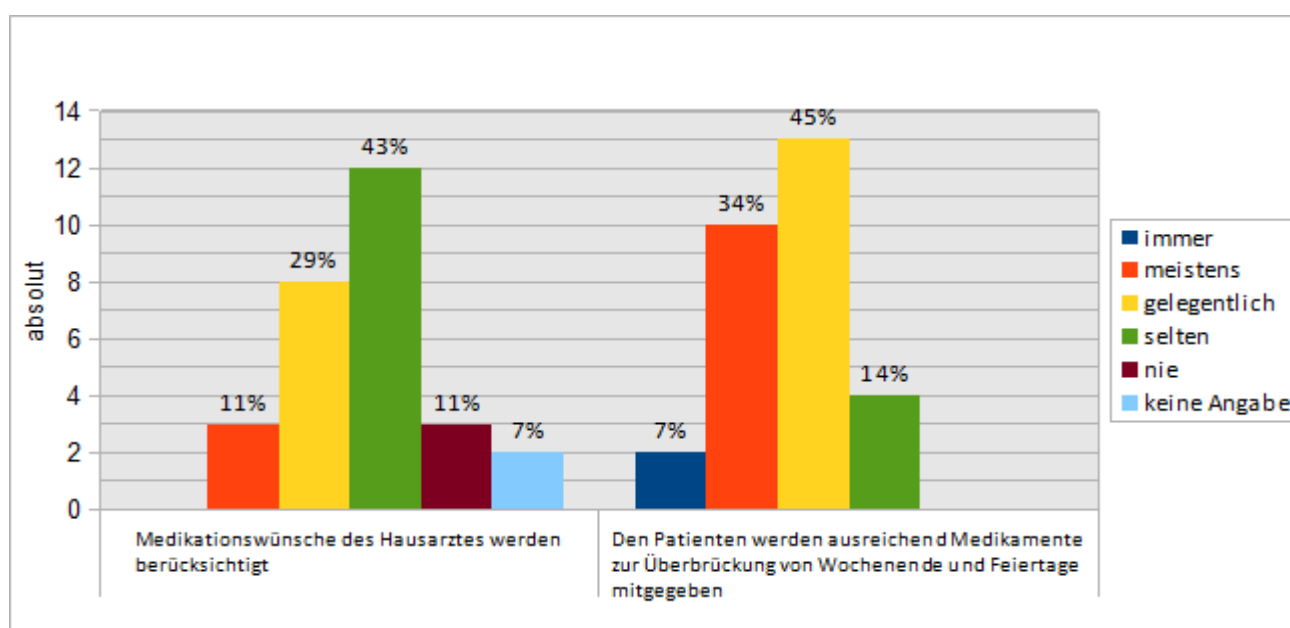


Abbildung 3.29 Aussagen zur Entlassungsmedikation b) (n=36)



**Frage 7:** Sind Ihnen als Hausarzt wichtige behandlungsrelevante Folgetermine genannt worden?

Ein multimodales Behandlungskonzept ist oft Grundlage erfolgreicher Behandlung. Dies bedeutet eine Miteinbeziehung verschiedener Behandlungspartner unterschiedlicher Berufsgruppen. Neben Physiotherapeuten und Ernährungsberatern können ebenfalls Psychologen und andere Sozialdienste in die Behandlung integriert werden. Der Hausarzt gewährleistet die Basisversorgung seiner Patienten. Dabei gilt es nicht nur, Patienten in Kliniken einzuweisen, sondern auch sicherzustellen, dass Nachsorgetermine organisiert und umgesetzt werden müssen. Bei Veranlassungen von Folgeterminen durch die behandelnde Klinik, z.B. Wundkontrolltermine, aber auch Anschlussheilbehandlungen, ist es unabdingbar, den Hausarzt zu informieren. Ziel dieser Frage war es herauszufinden, inwiefern dieser Pflicht durch Krankenhäuser nachgekommen wird.

Wie in Abbildung 3.30 zu erkennen werden in den meisten Fällen (61%), zu 11% sogar immer, wichtige Folgetermine mitgeteilt. Zu 14% käme dies nach Angaben der befragten Ärzte gelegentlich vor. Genauso viele gaben an, dass dies selten geschehe.

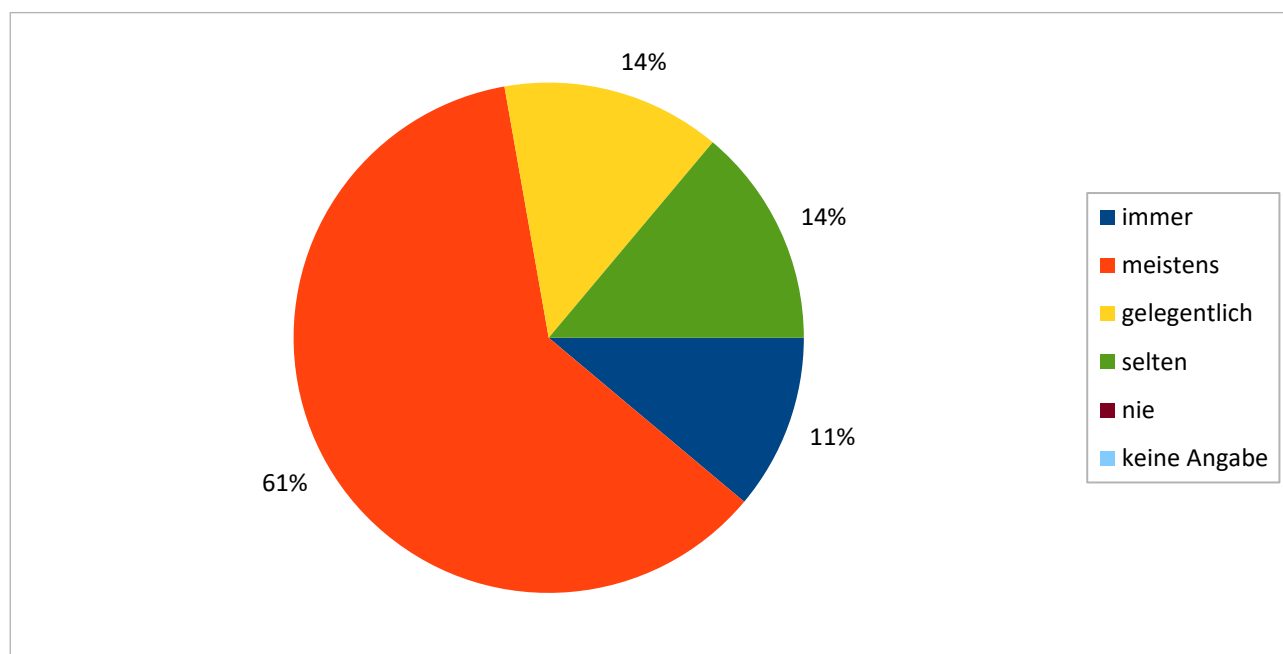


Abbildung 3.30 Mitteilung wichtiger Folgetermine (n=36)

**Frage 8:** Wie beurteilen Sie den Informations- und Schulungsstatus Ihrer Patienten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung?

Mit den folgenden Fragen sollte untersucht werden, wie sich einzelne Patienten nach der Entlassung aus einer stationären Einrichtung informiert fühlten. Diese Fragen spiegeln jedoch nur den subjektiven Eindruck des Hausarztes bei Vorstellung des Patienten in der Praxis. Eine detaillierte Darstellung des Informationsstatus aus Sicht der Patienten selbst findet sich im Ergebnisteil „Auswertung der Patientenfragebögen“ .

M. Dietrich et O. Grapp stellten in Ihrer Abhandlung “Qualitätsinformationen von Krankenhäusern“ fest, dass ein höherer Informationsstand von Patienten bezüglich Leistungen von Krankenhäusern einen positiven Einfluss auf das durch Patienten subjektiv bewertete Ergebnis von Behandlungen im Krankenhaus hat. Dabei gilt, dass ein höherer Schweregrad der Erkrankung einen höheren Anspruch an medizinisch-pflegerische Informationsbestandteile stellt (Dietrich & Grapp 2005)

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob Patienten um Art und Schwere ihrer Erkrankung Bescheid wissen. Wie in Abbildung 3.31 erkennbar gaben 64% der Hausärzte an, dass dies meistens der Fall sei. Ähnliche Quoten ergeben sich bei der Frage, ob Patienten über die Notwendigkeit einer hausärztlichen oder klinischen Nachbehandlung Bescheid wissen. Auch hier geben über 60% der Hausärzte jeweils an, dass dies meistens der Fall sei. In 14% bzw. 17% sei dies sogar immer der Fall. Besondere Beachtung sollte Malignom-Patienten geschenkt werden. Hier sind die Therapien oft komplex und nebenwirkungsreich. Hierbei bedarf es besonders sensibler Arztgespräche. Auch hier geben 58% der Hausärzte an, dass Malignom-Patienten meistens über Prognose und weitere Behandlung wie Chemo- oder Strahlentherapie Bescheid wüssten. Allerdings ist auch in über einem Drittel der Fälle (36%) dies laut ärztlichen Aussagen nur gelegentlich der Fall.

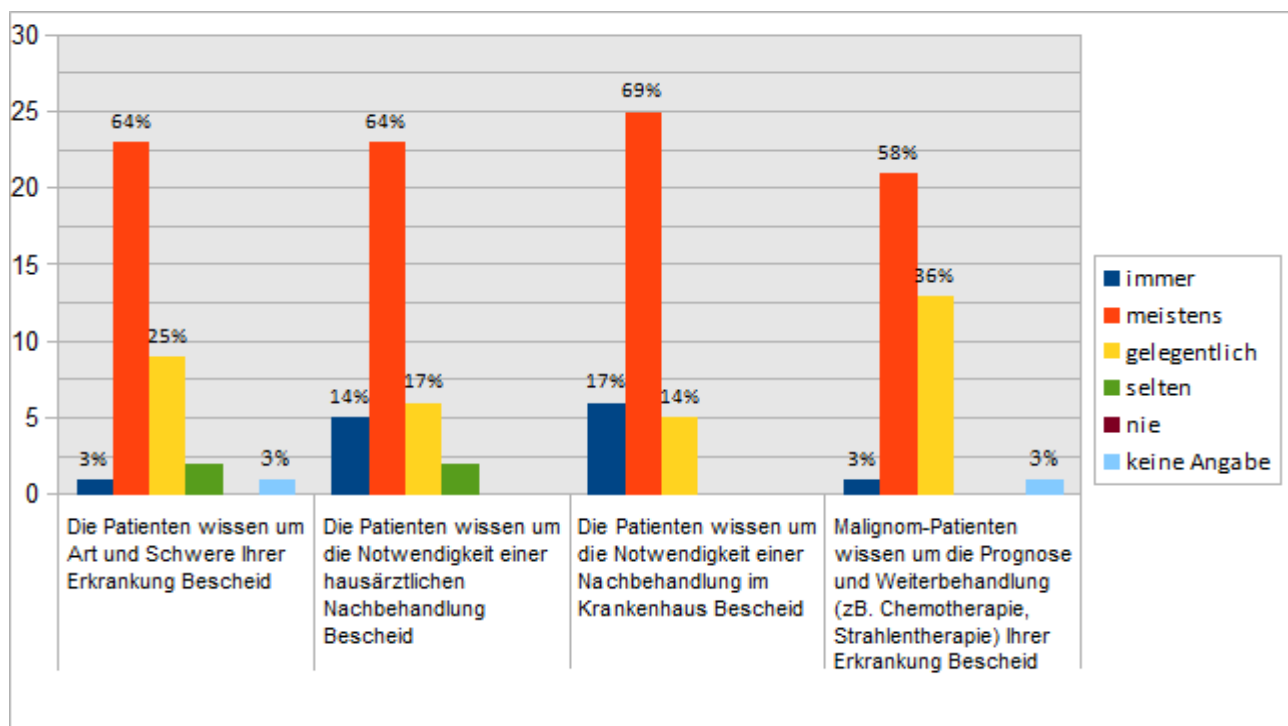


Abbildung 3.31 Informationsstatus der Patienten bei Entlassung aus der Klinik (n=36)

Oftmals bedingt es die Grunderkrankung, dass der Patient einiges an Knowhow im Umgang mit der Erkrankung mitbringen muss. Eine optimale Einstellung bei neu diagnostiziertem Diabetes mellitus, adäquates Spritzverhalten, ein künstlicher Darmausgang und dem damit verbundenen Materialwechsel oder die allgemeine Wundversorgung sind häufig Fähigkeiten, die beherrscht werden und gerade zu Beginn durch medizinisches Personal angeleitet und unterstützt werden müssen. Fehlende Kenntnisse können beispielsweise bei fehlerhaftem Beutelwechsel eines anus praeter zu Infektionen und so zu erneuten Hospitalisierungen führen. Gerade älteren Patienten muss dieser Umgang gewissenhaft beigebracht werden. Erfahrungsgemäß fällt älteren Menschen, die zugleich einen großen Teil des behandelnden Patientenkontexts darstellen, das Lernen und Befolgen von medizinischen Arbeitsaufträgen schwerer als jüngeren Patienten (Albrecht et al. 2014). Dementsprechend ist hier eine besondere Zuwendung erforderlich.

Wie in Abbildung 3.32 erkennbar geben etwa die Hälfte der befragten Ärzte an, dass ihre Patienten nur gelegentlich vom Krankenhaus in Bezug auf den Umgang mit ihrer Grunderkrankung geschult würden. Ein Viertel der Hausärzte gibt sogar an, dass dies nur selten geschehe. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Versorgung behandlungsbedürftiger Wunden. In fast der Hälfte der Befragungen sei dies selten der Fall. 8% der Ärzte geben an, dass dies nie der Fall sei. Nur 6% konnten diese Frage mit „meistens“ beantworten.

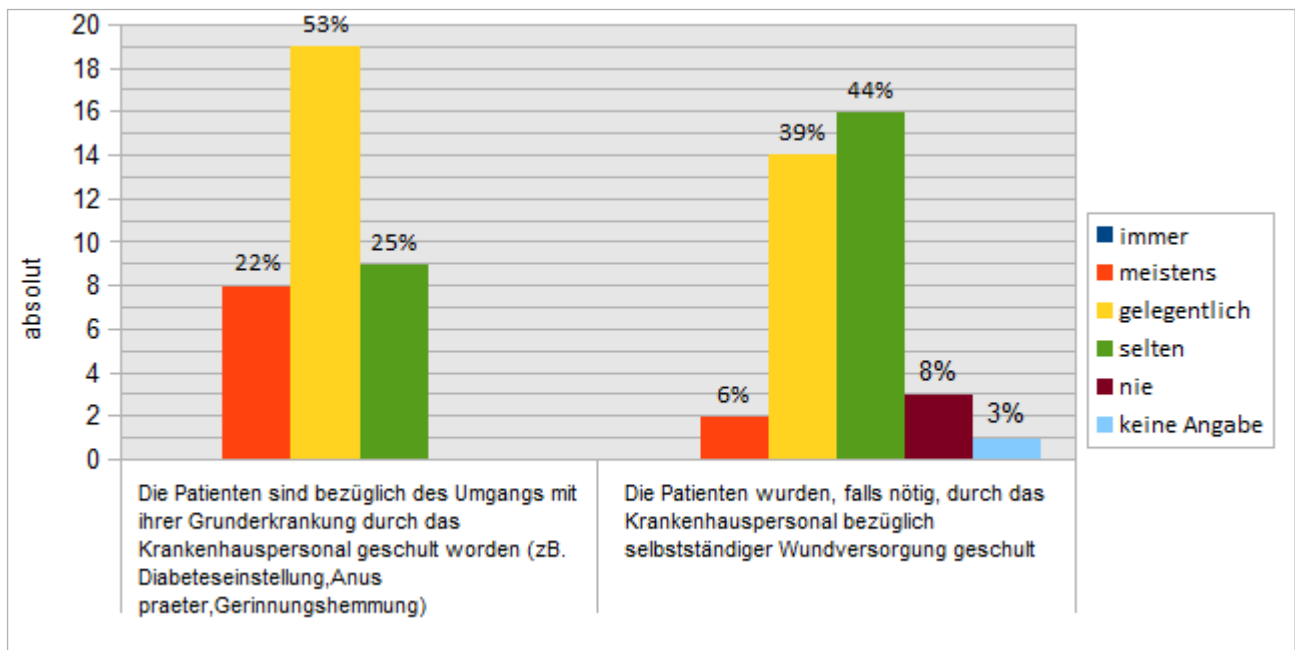


Abbildung 3.32 Schulung der Patienten bezüglich Erkrankung und Wundversorgung (n=36)

**Frage 9:** Werden Ehepartner/Kinder/Eltern/etc. umfassend über die Erkrankung und deren Behandlung bzw. Ihrer Rolle in der Nachsorge informiert?

Allgemeinmedizin ist oft gleichzeitig auch Familienmedizin. Dies liegt daran, dass ein Hausarzt nicht nur einzelne Familienmitglieder behandelt, sondern gleich große Teile der Familie. Ebenfalls ist es häufig nötig, dass die Familie eines Patienten umfassend in den Behandlungsprozess integriert wird (Kochen 2006: 524). Es liegt in ihrem Sinne, dass Termine wahrgenommen werden können und dass eine adäquate Versorgung gewährleistet wird. Dies erfordert, dass auch Familienmitglieder wie Ehepartner, Kinder oder Eltern bestenfalls in gleichem Umfang über die Erkrankung informiert werden wie der Patient oder der Hausarzt selbst. Realisierbar ist dies beispielsweise durch Angehörigengespräche mit dem Stationsarzt.

Hier zeigte sich ein breites Spektrum an hausärztlichen Meinungen. Während 36% der Befragten angeben, dass Angehörige meistens umfassend informiert würden, sagen gleichzeitig 39%, dass dies nur gelegentlich der Fall sei. In etwa einem Fünftel der Fälle sogar nur selten (Abbildung 3.33). 6% der Hausärzte konnten dazu keine Angabe machen.

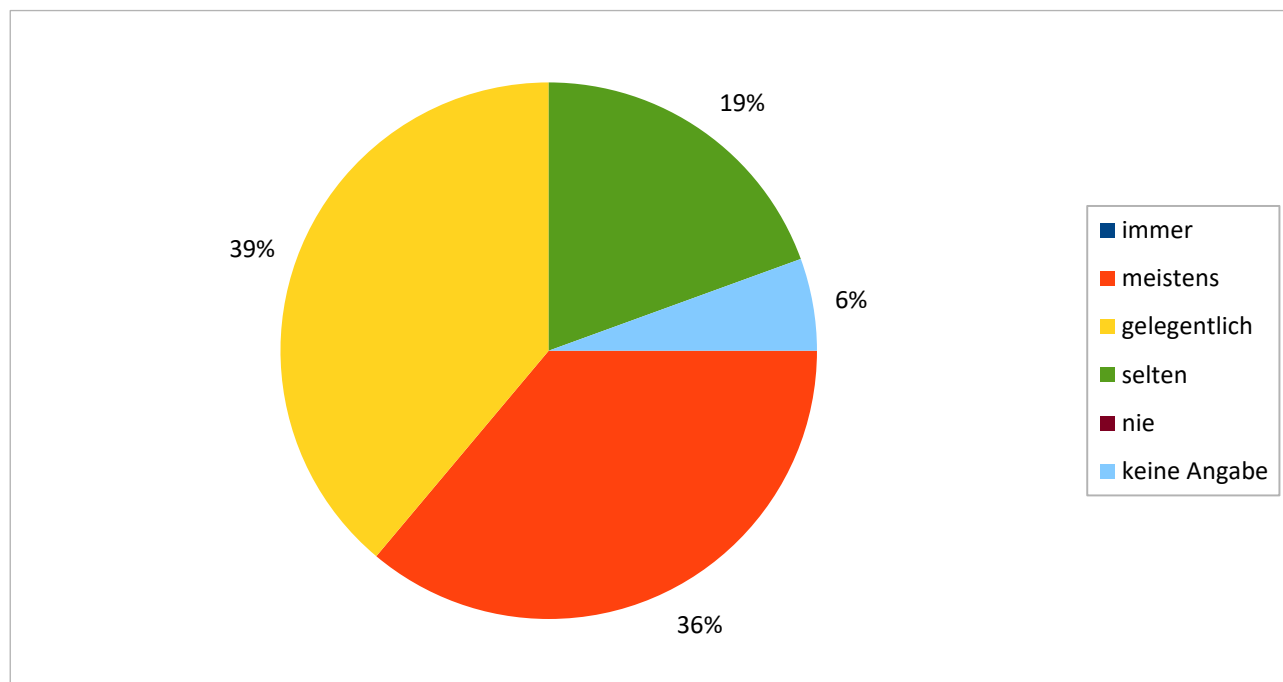


Abbildung 3.33 Werden Ehepartner/Kinder/Eltern/etc. umfassend über die Erkrankung und deren Behandlung bzw. Ihrer Rolle in der Nachsorge informiert? (n=36)

**Frage 10:** Wie beurteilen Sie Mobilität und Pflegestatus der Patienten, die aus dem Krankenhaus in Ihre hausärztliche Behandlung übergehen?

Die Mobilität von Patienten bringt häufig Schwierigkeiten in der häuslichen Behandlung mit sich. Eine eingeschränkte Beweglichkeit erschwert sowohl die Alltags- wie auch die Erwerbsfähigkeit. Wie in Abbildung 3.34 erkennbar gaben 64% der Hausärzte an, dass die übernommenen Patienten meistens vollmobilisiert seien. 22% gaben an, dass die Patienten gelegentlich vollmobilisiert seien. Nur 14% der Hausärzte antworteten, dass ihre Patienten selten vollmobilisiert das Krankenhaus verlassen würden.

Im Gegensatz dazu gaben ein Drittel der Ärzte an, dass die Patienten teilmobilisiert die Praxis aufsuchen würden. 61% antworteten, dass eine eingeschränkte Mobilität gelegentlich vorkäme. Je 3% der Ärzte gaben an, dass die Patienten immer oder selten teilmobilisiert das Krankenhaus verlassen würden.

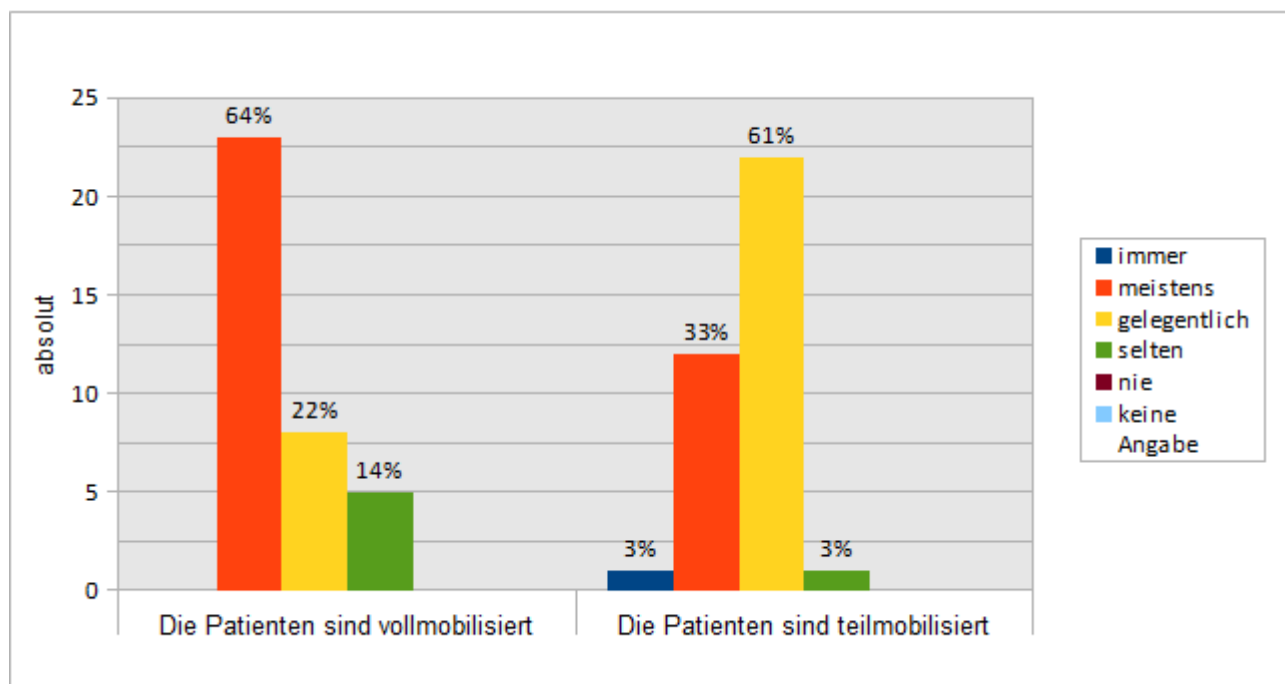


Abbildung 3.34 Mobilität der Patienten zum Entlassungszeitpunkt (n=36)

Ebenso stellt die häusliche Pflege ein häufiges Problem bei der Patientenversorgung dar, welches die Angehörigen schwer belasten kann. Die Organisation häuslicher Pflege erfordert den Einsatz finanzieller und personeller Ressourcen, sowie ein großer Kommunikationsaufwand mit Therapeuten,

Ärzten, den Kostenträgern und anderen Berufsgruppen (Naegele et al. 2016: 92). In den folgenden Fragen wurde die befragte Ärztegruppe gebeten, den Pflegestatus derer Patienten zu evaluieren, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt hausärztlich weiterversorgt werden.

Wie in Abbildung 3.35 zu sehen, gaben 64% der Hausärzte an, dass die Patienten gelegentlich durch einen ambulanten Pflegedienst betreut würden. In etwa einem Fünftel der Fälle scheint dies meistens der Fall zu sein. Gleichzeitig gaben 61% der Befragten an, dass sich Angehörige gelegentlich um die Pflege kümmern würden. 36% antworteten, dass meistens Angehörige die Patienten pflegen würden. Eine deutliche Mehrheit von 78% traf die Aussage, dass Patienten gelegentlich in eine stationäre Pflegeeinrichtung eingewiesen würden. Nur 19% der Ärzte gaben an, dass dies eher selten der Fall sei. Hierbei wurde nicht zwischen teilstationärer und vollstationärer Pflege entschieden.

Ebenfalls ist in der Grafik erkennbar, dass eine Anbindung an einen spezialisierten ambulanten Palliativversorger (SAPV) eher selten erfolge. 56% beantworteten diese Frage mit „selten“. Ein Viertel der Ärzte gab an, dass dies zumindest gelegentlich der Fall sei. 14% sagten aus, dass dies nie vorkäme.

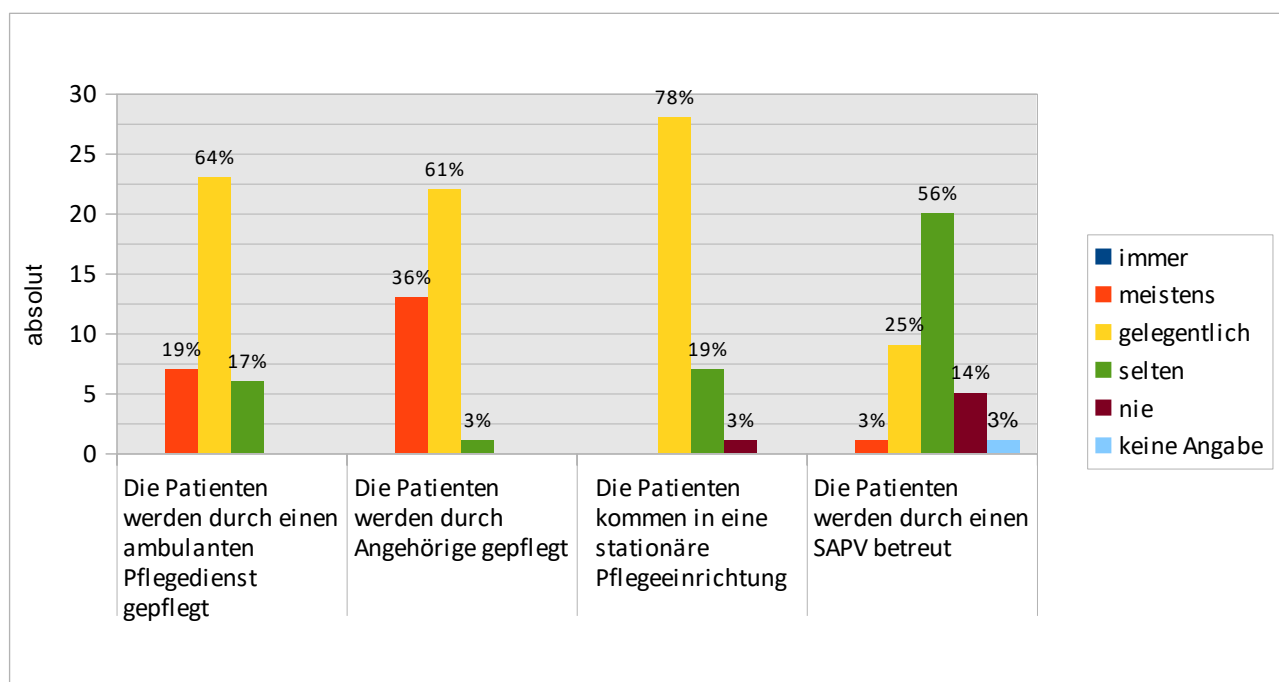


Abbildung 3.35 Bewertung der pflegerischen und palliativen Versorgung (n=36)

**Frage 11+12:** Wird angeraten, einen auf die Erkrankung spezialisierten Facharzt in die ambulante Nachbetreuung miteinzubeziehen? Falls ja, halten Sie diese Empfehlung für angemessen?

Viele Erkrankungen erfordern eine Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen. Der Hausarzt fungiert in diesem System nicht nur als Behandler, sondern auch als Manager, der eine fachübergreifende Therapie koordiniert. In der folgenden Frage wurden Hausärzte befragt, ob es durch die Klinik eine Empfehlung gibt, einen weiteren Facharzt in die Behandlung des Patienten miteinzubeziehen. Des Weiteren wurde um die explizite Meinung zur Notwendigkeit dieser Empfehlung gebeten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3.36 zu sehen.

Erkennbar ist, dass 50% der befragten Ärzte angaben, dass sie gelegentlich gebeten werden, einen weiteren (nicht-hausärztlichen) Facharzt in die ambulante Betreuung miteinbeziehen. Gleichzeitig gaben etwa genauso viele (43%) an, dass diese Empfehlung angemessen sei. 39% der befragten Ärzte meinten, dass eine Empfehlung meistens durch das behandelnde Krankenhaus gegeben worden sei, während genauso viele diese Empfehlung für angemessen erachten. Nur 14% nannten, dass das Miteinbeziehen eines weiteren Facharztes eher selten angebracht sei.

Insgesamt ergibt sich die Meinung, dass eine fachübergreifende Behandlung häufig erwünscht ist. Nur selten halten die befragten Hausärzte diese Empfehlung für nicht notwendig.

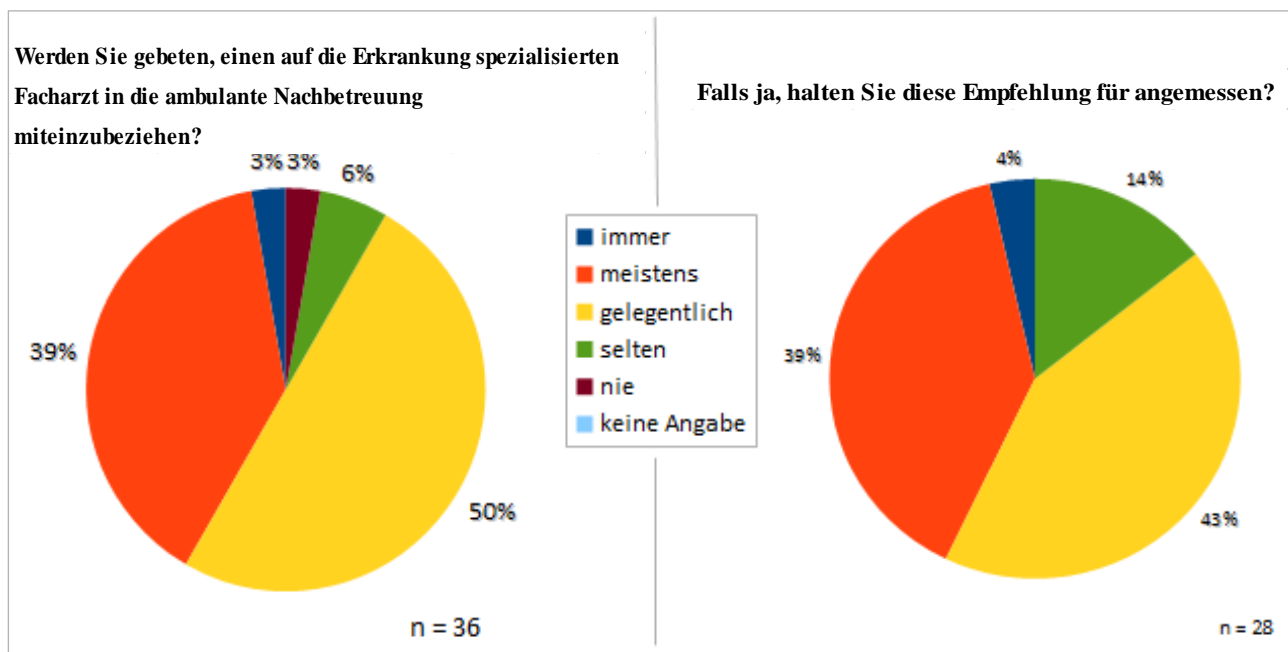


Abbildung 3.36 Fachübergreifende Behandlung und deren Notwendigkeit (n=36)



**Frage 13a:** Erhalten Ihre Patienten für die Behandlung bei einem niedergelassenen Spezialisten zeitnah (< 4 Wochen) einen Termin?

Problematisch stellt sich überdies häufig die Terminvergabe für eine Überweisung zu einem anderen Facharzt dar, sodass nicht selten mit erheblichen Wartezeiten zu rechnen ist.

In dieser Befragung zeigte sich diesbezüglich ein Mischbild. Während 46% der Ärzte angaben, dass ein Terminerhalt innerhalb von kurzer Zeit meistens oder immer möglich sei, antworteten zeitgleich etwa ein Drittel der Befragten, dass dies selten oder auch nie der Fall sei (s. Abbildung 3.37).

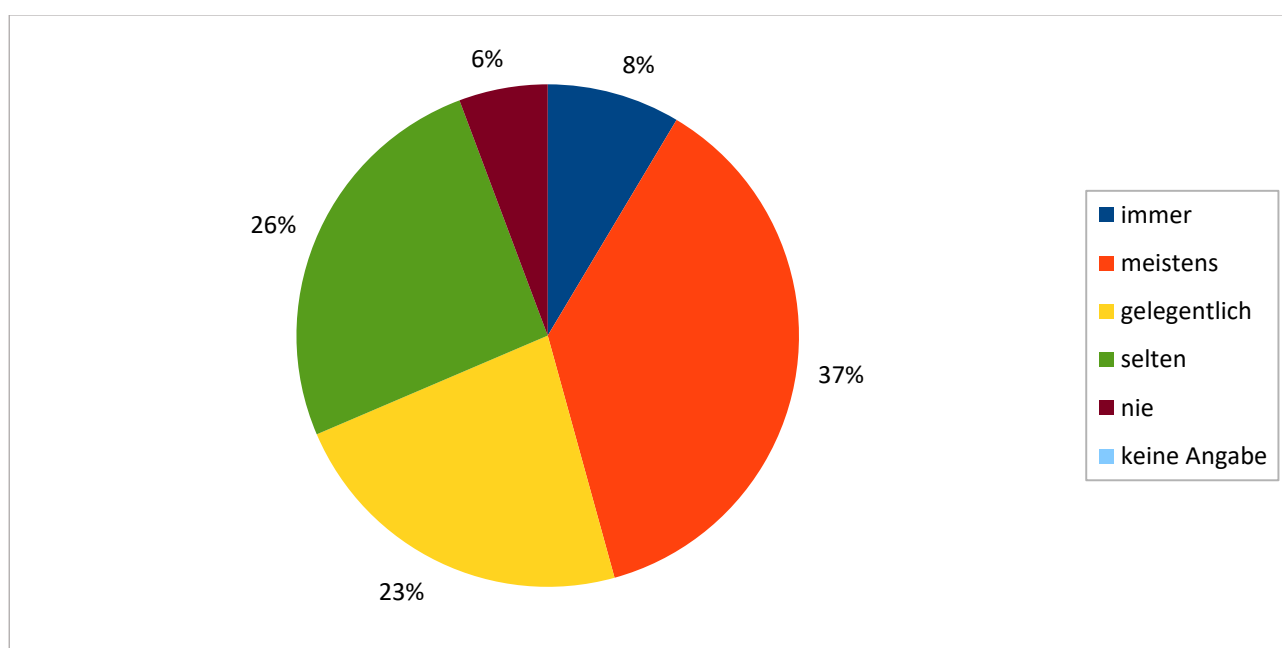


Abbildung 3.37 Zeitnaher Terminerhalt bei einem anderen Facharzt (n=35)

**Frage 13b:** Wer macht diesen Termin in der Regel aus?

Prinzipiell stellt sich die Frage, wer den Termin ausmacht. Grundsätzlich kommen dafür drei Parteien in Frage. Das Krankenhaus, das die Empfehlung stellt, die Hausarztpraxis oder der Patient bzw. seine direkten Angehörigen selbst. In der Befragung zeigte sich, dass der Hausarzt in 2/3 der Fälle diesen Termin in der Regel ausmacht. Nur in 3% der Fälle kümmere sich die Klinik direkt um die Terminvergabe. 21% gaben an, dass der Patient bzw. dessen Angehörige sich um den Termin bemühen müssten. 10% der Ärzte antworteten, dass andere Personen den Termin ausmachen würden, nannten jedoch keine näheren Informationen, um welche Personen es sich dabei handele (s. Abbildung 3.38).

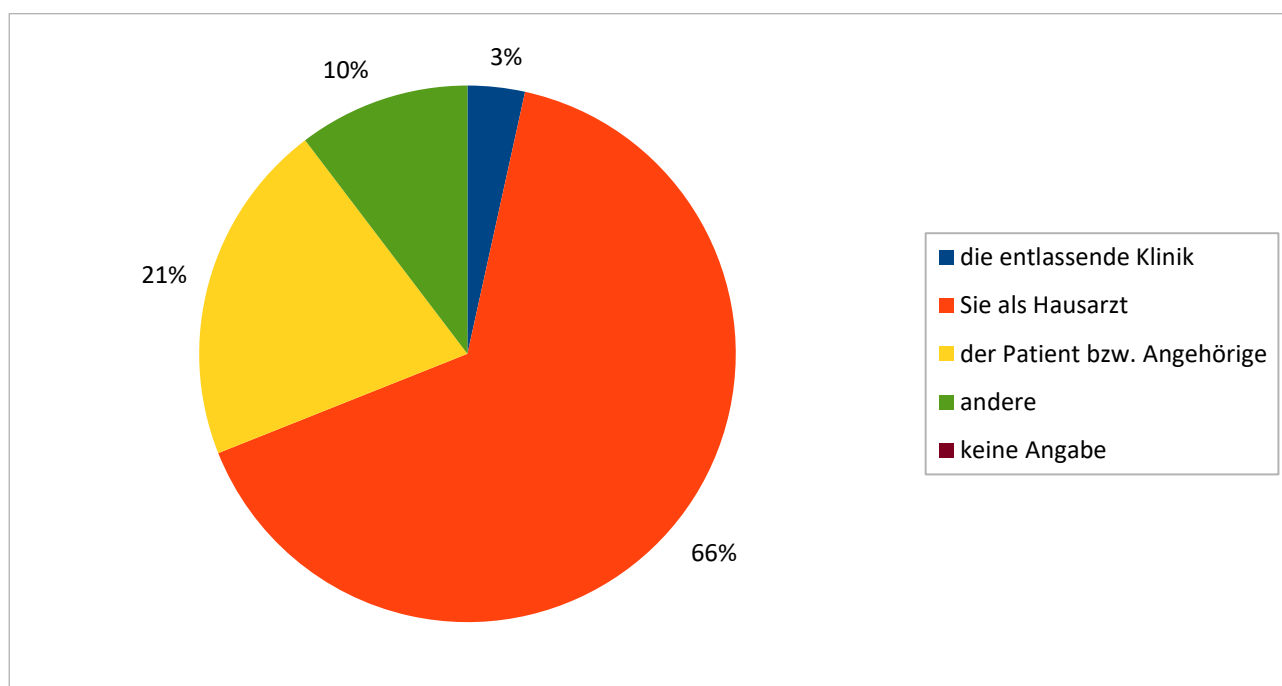


Abbildung 3.38 Wer macht den Termin beim Facharzt in der Regel aus? (n=35)

**Frage 14:** Gibt es Kliniken, die die Empfehlung einen anderen Facharzt miteinzubeziehen häufiger erteilen als andere Kliniken?

Abschließend wurde die Frage gestellt, ob Hausärzte Kliniken kennen, die die Empfehlung, einen anderen Facharzt miteinzubeziehen, häufiger ausstellen als andere Krankenhäuser. Möglichkeiten für unterschiedliche häufige Empfehlungen können individuell sein. Beispielsweise kann ein auf komplizierte Erkrankungen spezialisiertes Krankenhaus häufiger andere Fachärzte mit in die Behandlung integrieren. Andererseits kann dies auch an der Struktur der behandelnden Klinik selbst liegen. Ein kleineres Krankenhaus ist häufig auf die ambulante Zusammenarbeit mit Fachrichtungen, die es selbst nicht anbietet, angewiesen. In Abbildung 3.39 zeigt sich, dass eine gemischte Meinung vorherrscht. 45% erkennen eine Tendenz, dass bestimmte Häuser öfter als andere diese Empfehlung aussprechen. 34% der Hausärzte gaben an, dass ein solcher Zusammenhang nicht bestünde. 21% konnten dazu keine Angabe machen.

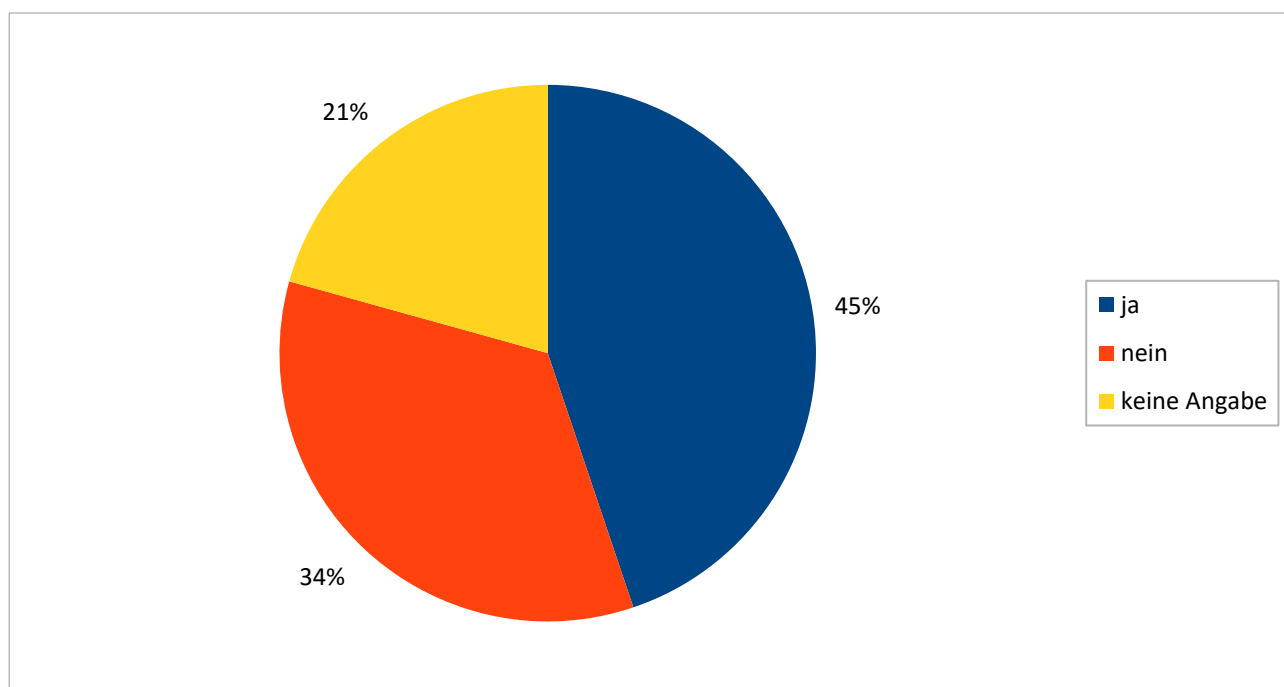


Abbildung 3.39 : Gibt es Kliniken, die häufiger die Einbindung eines anderen Facharztes empfehlen als andere? (n=35)

**Frage 15** Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem entlassenden Arzt?

In der folgenden Frage sollte die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, speziell mit dem Arzt, der die Entlassung veranlasst hat bewertet werden. Es wurde dabei eine Likert-Skala verwendet, in der vorgegebene Aussagen in Skalen mit „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“ angekreuzt werden konnten. Dabei sollten folgende Aussagen bewertet werden:

1. Der Stationsarzt war telefonisch gut erreichbar.
2. bei Entlassungen findet ein Telefonat mit dem Stationsarzt statt.
3. Patienten sind mit der Kommunikation mit dem Stationsarzt bei Entlassung zufrieden.
4. Mitgegebene Hinweise, Fragestellungen oder Arbeitsaufträge (z.B. auf dem Einweisungsformular) wurden vom Stationsarzt berücksichtigt.

Wie in Abbildung 3.40 erkennbar gaben 38% der Hausärzte an, dass der Stationsarzt telefonisch gut erreichbar sei. 28% sagten aus, dass dies weniger zutreffe. 31% beurteilen diese Aussage mit „gelegentlich“. 76% der Ärzte gaben an, dass bei Entlassungen üblicherweise kein Telefonat mit dem Stationsarzt stattfände. In 17% der Fälle träfe dies häufig und in 7% der Fälle selten zu. Nur 14% der Hausärzte gaben an, dass ihre Patienten mit der Kommunikation mit den Ärzten zum Zeitpunkt der Entlassung zufrieden waren. Im Gegensatz dazu gaben 52% an, dass sie weniger oder nicht zufrieden waren. 31% der Patienten seien laut Aussagen der Hausärzte gelegentlich zufrieden.

Ähnliche Verteilungen zeigen sich bei der Frage, ob vom Hausarzt wichtige mitgegebene Hinweise, Fragestellungen oder Anordnungen auch befolgt wurden. Dies kann zum Beispiel wichtig sein bei Medikamentenunverträglichkeiten, bei nicht kommunikationsfähigen Patienten oder Informationen zu Blutungsneigung bei bevorstehenden Operationen betreffen. In der Befragung gaben nur 3% an, dass eine Berücksichtigung immer zuträfe. In 21% der Fälle träfe dies zumindest häufig zu. 28% antworteten, dass dies gelegentlich vorkäme. In 31% der Fälle fände eine solche Informations- und Auftragsweitergabe nur selten statt. 7% der Hausärzte behaupteten, dass dies nie zutreffe.

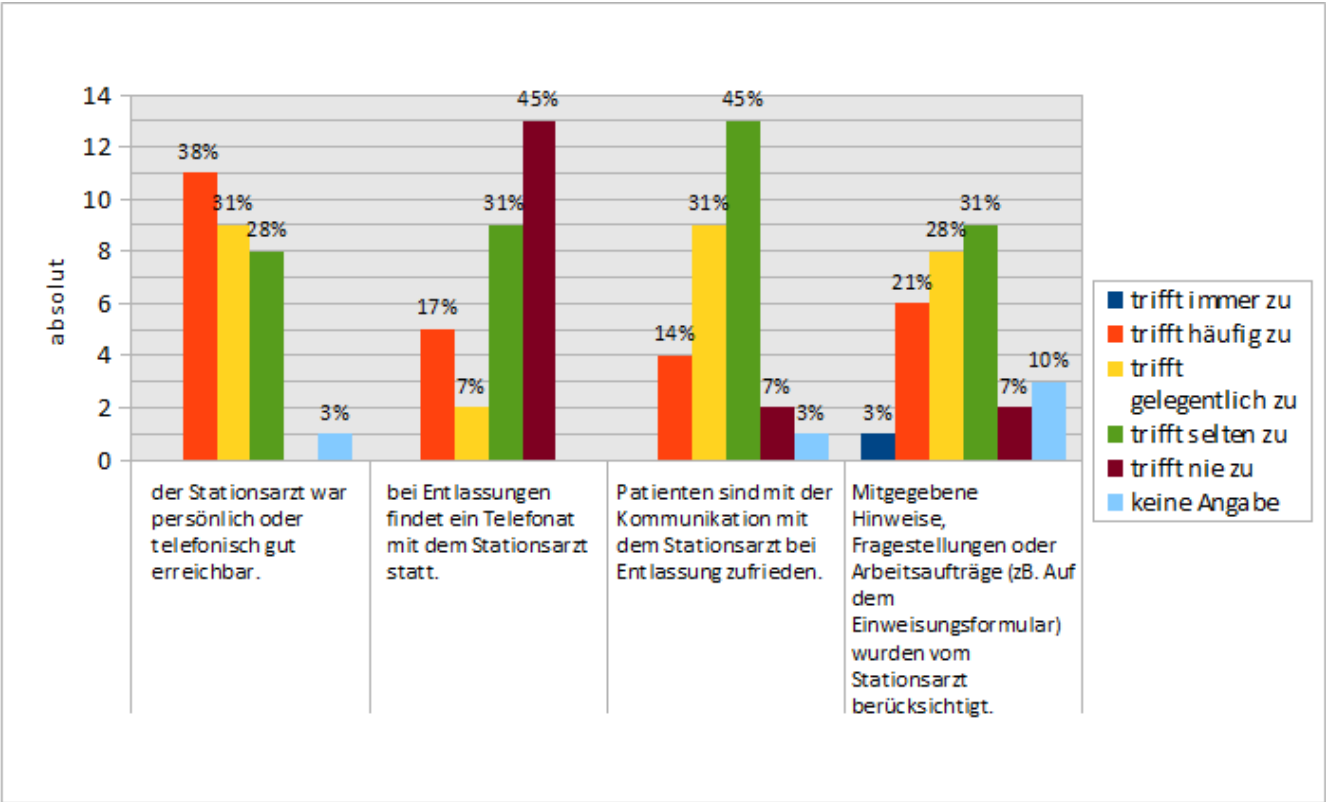


Abbildung 3.40 Zusammenarbeit mit dem Stationsarzt (n=36)

**Frage 16:** Abschließende Bewertung der Überleitungsbedingungen bezüglich Patienten, die von einem stationären Krankenhausaufenthalt in die hausärztliche Weiterbehandlung übergehen.

Abschließend wurden die befragten Hausärzte gebeten, die Übergabebedingungen im Allgemeinen zu bewerten. In dem digitalen Fragebogen wurde dazu ein Schieber integriert, der zwischen den Werten „sehr schlecht“ bis „optimal“ durch Verschieben mit dem Mauszeiger eingestellt werden konnte (Visuelle Analog-Skala). Die Empfindlichkeit war so eingestellt, dass eine Einstellung im Zahlenbereich von 0 – 100 möglich war.

**Bitte bewerten Sie die Übergabebedingungen bezüglich Patienten, die von einem stationären Klinikaufenthalt in Ihre hausärztliche Behandlung entlassen werden im Allgemeinen**

Bitte verschieben Sie mit Ihrer Maus den Regler

sehr schlecht  optimal

Abbildung 3.41 Visuelle Analog-Skala zur Bewertung der Entlassungsbedingungen (n=36)

In Abbildung 3.42 ist die Visualisierung der Ergebnisse mittels Boxplot-Diagramm dargestellt. Insgesamt enthält dieses 36 Bewertungen. 50% der abgegebenen Punktwerte liegen in einem Bereich zwischen 29 und 67. Der Median beträgt 45,5. Die verwendeten Whisker reichen bis zum größten bzw. kleinsten Wert aus den Daten. Dadurch sind keine Ausreißer mehr darstell.

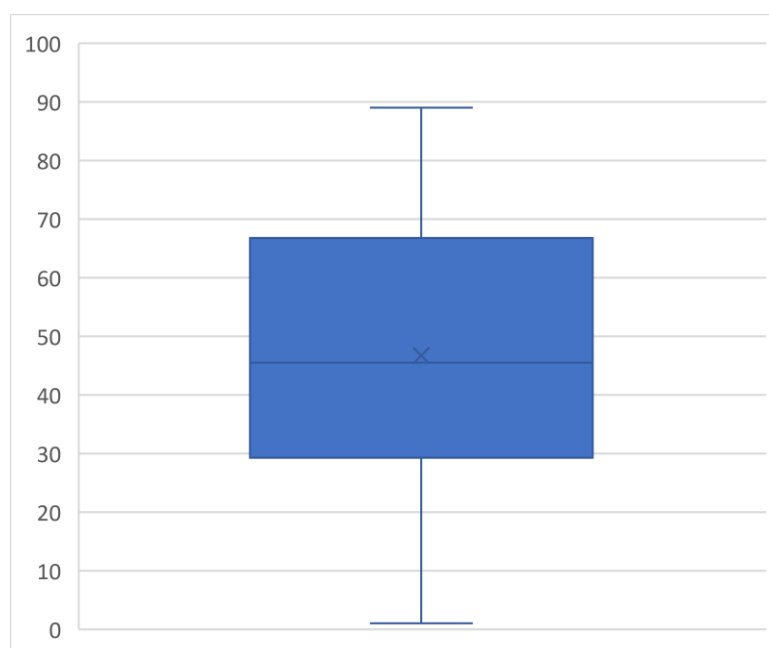


Abbildung 3.42 Graphische Auswertung der visuellen Analog-Skala zu Frage 16 (n=36)

**Frage 17:** Mit welchen Kliniken/Klinikabteilungen in Ihrem Umfeld funktioniert die Übergabe der Patienten Ihrer Meinung nach besonders gut bzw. eher schlecht?

In der letzten Frage wurde mittels Textbox um eine freie Aussage gebeten. Die befragten Hausärzte sollten in jeweils drei freien Textfeldern Krankenhäuser nennen, in denen die Übergabebedingung in ihren Augen besonders gut verlief und in drei weiteren Textfeldern Kliniken nennen, in denen eher schlechte Übergabebedingung vorherrschen. Aus den Antworten sollten Krankenhäuser identifiziert werden, in denen die hausärztliche Anbindung gut funktioniert und wo Verbesserungsbedarf besteht. Erwartungsgemäß wurden vorwiegend Kliniken aus dem Saarländischen Umfeld genannt. Bis auf wenige Ausnahmen befanden sich alle genannten Kliniken im Saarland oder Rheinland-Pfalz. Des Weiteren befand sich die Universitätsklinik des Saarlandes in Homburg sowohl in der Auflistung der gut bewerteten Kliniken wie auch der schlecht bewerteten. Gleiches gilt für das Städtische Klinikum Zweibrücken.

<b>besonders gut</b>	<b>eher schlecht</b>
Uniklinik Homburg	Uniklinik Homburg
Kliniken Zweibrücken	Westpfalzkllinikum Kaiserslautern
Caritas Klinik Saarbrücken	Kliniken Zweibrücken

Abbildung 3.43 Freie Nennung von Kliniken mit guter bzw. schlechter Überleitung (meistgenannte)

## 4. Diskussion

### 4.1 Einschränkungen der Arbeit

Die durch die Befragung gewonnenen Erkenntnisse und aufgelisteten Ergebnisse stellen subjektive Empfindungen der befragten Hausärzte und Patienten dar. Diese unterliegen dem Blickwinkel des Betrachters und werden geprägt durch eigene Erfahrungen, Gefühle und Erwartungen. Gerade Personen, die Stress ausgesetzt sind, wie es zum Beispiel bei Krankheit der Fall sein kann, zeigen hierbei ein höheres Erinnerungsvermögen für negative Erfahrungen, als dies für positive Erlebnisse der Fall ist (Baumeister et al. 2001). Um definitive Aussagen treffen zu können ist das Erheben sogenannter „harter Fakten“ nötig. Durch objektive Erfassung, beispielsweise in Form von statistischen Auswertungen von Entlassungsbriefen oder Audits im Rahmen des Qualitätsmanagements könnten die in dieser Arbeit thematisierten Schnittstellenprobleme weiter analysiert werden. Dies würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Vielmehr können die hier vorliegenden Ergebnisse dazu genutzt werden, um als Grundlage für weiterführende Studien zu dienen.

Zudem muss angemerkt werden, dass diese Befragungen einen stark regionalen Bezug haben. Sowohl die befragten Hausarztpraxen wie auch das Patientenkollektiv entstammen dem Saargebiet und den angrenzenden Regionen. Ob dies kausale Auswirkungen auf die Ergebnisse hat lässt sich zu diesem Zeitpunkt nicht bestimmen. Durch weiterführende bundesweite Befragungen im großen Rahmen könnte hier bestimmt werden, ob regionale Unterschiede festzustellen und wie diese gegebenenfalls zu bewerten sind. In Folge solcher groß angelegten Studien könnte darüber hinaus ermittelt werden, ob nicht nur die regionale Herkunft eine Rolle spielt, beispielsweise „ländlich vs. städtisch“, sondern ob es generell soziodemografische Faktoren gibt, wie den erreichten Bildungsabschluss, die mit dem Informationsgrad der Patienten korrelieren.

Des Weiteren wurden in dieser Studie nur stationär behandelte Patienten aufgenommen. Der klinisch - ambulante Sektor wurde hier außer Acht gelassen. Ausgenommen sind hierbei die Patienten, die über eine Notaufnahme stationär eingewiesen wurden. Jährlich werden etwa 20 Millionen Patienten über die Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser aufgenommen, von denen etwa die Hälfte nicht stationär bleibt (Gassen 2016). Ob und inwiefern es Schnittstellenprobleme bei Patienten, die nicht stationär aufgenommen werden gibt, kann mithilfe dieser Arbeit nicht diskutiert werden. Die chronische Überlastung der Notaufnahmen, welche aktuell häufig Gegenstand von Expertendiskussionen sind, lässt dies jedoch vermuten, weswegen weiterführende Studien in diesem



Sektor durchaus sinnvoll wären.

## 4.2 Diskussion der Ergebnisse

Sowohl in der Umfrage unter den Patienten wie auch in der Umfrage unter Hausärzten konnten Aspekte erhoben werden, die gewisse Problematiken aufweisen. So haben 30% der befragten Patienten angegeben, dass am Ende ihres stationären Aufenthalts kein ärztliches Entlassungsgespräch erfolgt sei. Dies entspricht immerhin knapp einem Drittel der befragten Patienten. Weitere 4 % konnten dazu keine Angabe machen. Die Entlassung stellt dabei jedoch einen Schlüsselmoment in der Behandlung dar. Ein ärztliches Entlassungsgespräch sollte nicht nur Fragen der Behandlung und der folgenden Schritte beinhalten, sondern auch dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit geben. Durch personelle Engpässe und stressige Stationsabläufe kommt es daher oft zur Vernachlässigung dieser ärztlichen Aufgabe. Wird es durchgeführt, dann häufig sehr kurz und zumeist unmittelbar bevor der Patient das Krankenhaus verlässt. Oft wird dem Patienten auch kein abschließendes Entlassungsgespräch angeboten, sondern die wichtigsten Informationen „häppchenweise“ während des Aufenthalts mitgeteilt (Hesselink et al. 2012). Ein Projekt des Universitätsklinikums Essen, „Patientenüberleitung in Essen- Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen“ konnte zeigen, dass Patienten sich jedoch ein umfassendes abschließendes Gespräch wünschen (Pieper et al. 2008). Das Essener Modell biete zudem einen unverbindlichen Leitfaden zur Patientenüberleitung. Der Einsatz von folgenden Instrumenten wird dabei empfohlen:

- Schneller Informationsfluss zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern durch Faxantworten und Kurzbriefe
- Ein Überleitungsbogen mit ärztlichem Kurzbericht als Informationsmedium zwischen Pflegediensten, Kliniken und Reha-Einrichtungen
- Eine Checkliste und Standardschema für Entlassungen in Kliniken

Das Essener Modell, das bisher gut aufgenommen wurde, wird durch die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ kostenfrei zur Verfügung gestellt. Jedoch ist fraglich, ob durch die aufkommenden digitalen Neuerungen, dieses Projekt in seiner jetzigen Form so bestehen bleiben kann.

Ein gut konstruiertes Entlassungsgespräch kann in kurzer Zeit erfolgen. Terminierte Entlassungen und geordnete stationäre Prozessabläufe könnten dazu beitragen, dass Stationsärzte dieser Aufgabe verstärkt nachkommen können, auch wenn dies eine verlängerte Wartezeit des Patienten bedeuten würde. Da die Entlassung laut Aussagen der befragten Hausärzte in die Kernzeiten zwischen 8 und 16 Uhr fällt (siehe Kapitel 3.2.2.) könnte ein Entlassungsgespräch häufig in der Früh – oder

Mittagsvisite abgehalten werden.

Positiv anzumerken hierbei ist, dass 80% der Patienten angaben, dass das Entlassungsgespräch, falls erfolgt, inhaltlich verständlich gewesen sei. Verständlichkeit ist dabei die Basis der Arzt – Patienten-Beziehung, die unabdingbar für eine adäquate Therapie und Patienten-Compliance ist. Die zunehmende Akademisierung der Medizin durch ihren technischen Fortschritt und die „Gewöhnung“ an die Fachsprache unter ärztlichen Kollegen kann hierbei hinderlich sein. Kommunikationstrainings können dabei wesentliche Hilfsmittel darstellen, um die Arzt-Patienten-Gespräche auf Augenhöhe stattfinden zu lassen. Solche Trainings werden mittlerweile bereits verstärkt in die medizinische Ausbildung an Hochschulen integriert. Die Universität des Saarlandes bietet seit einigen Jahren das Wahlmodul „HOM-KIT: Homburger Kommunikation und Interaktionstraining an“, welches auf praktischen Übungen mit Simulationspatienten und Videoaufzeichnung mit anschließender Besprechung basiert. Ähnliche Kurse für bereits approbierte Ärzte etablieren sich immer mehr. So bietet das Institut für Psychosomatik der Universität Köln bereits seit dem Jahr 2000 wöchentliche freiwillige Treffen für praktizierende Ärzte aller Fachrichtungen, um die Kommunikation mit ihren Patienten zu verbessern. Qualitätszirkel wie diese und Kurse für Mediziner bieten zudem Fortbildungspunkte für die erfolgreiche Teilnahme an, was ein weiterer Anreiz zur aktiven Weiterbildung im Bereich „Patientenkommunikation“ sein kann.

Ähnlich positiv verhält es sich mit der verständlichen Kommunikation bezüglich der Erkrankung selbst. Die überwiegende Mehrheit befragter Patienten gab an, dass hier laienverständliche Gespräche über die Erkrankung, die Therapie und Prognose stattfanden.

Vereinzelt wurde durch Patienten bemängelt, dass der mitgegebene Entlassungsbrief für sie unverständlich gewesen sei. Der Arztbrief als Teil der ärztlichen Dokumentation, der nach §630f BGB Pflichtbestandteil jeglicher Behandlung ist, ist an den Weiterbehandler adressiert. Aus diesem Grund muss der Arztbrief für Laien weder verständlich sein, noch müssen Fachtermini erklärt werden. Fachspezifische Abkürzungen sind dabei ebenso zulässig wie Symbole, solange die Leserlichkeit der Dokumentation gewährleistet ist (Ratzel et al. 2006). Dies sollte dem Patienten auch so mitgeteilt werden, um Missverständnisse und Unzufriedenheit zu vermeiden.

Unklarheiten bestehen indes scheinbar nach der Frage der Eigenverantwortlichkeit der Patienten nach Beendigung des klinischen Behandlungsvertrags. Während wie dieser Umfrage einsehbar etwa der Hälfte der Patienten mehr oder weniger bewusstgemacht wird, welchen Aufgaben sie in Folge der stationären Behandlung nachkommen müssen, scheint dies der anderen Hälfte nur teilweise vermittelt zu werden. 25% gaben sogar an, dass dies in keiner Weise geschah. Eine klare Aussage, ob es an diesem Punkt Verbesserungspotential gibt lässt sich nicht sagen. Jedoch wird der Eindruck erweckt,

dass es sich um Zufall handelt, ob dem Patienten seine eigenverantwortlichen Aufgaben mitgeteilt werden oder etwa nicht. Da dies im schlimmsten Fall den Behandlungserfolg gefährden kann, sollte dies bereits während der Patientengespräche, etwa im Rahmen der Visite, mehrfach angesprochen werden. Mittels Checklisten für den Patienten kann sowohl dem Patienten wie auch seinen Angehörigen die eigene Verantwortlichkeit im Entlassungsprozess vermittelt werden. International wurden diverse Checklisten in Projektarbeiten entwickelt. Die „Agency for healthcare research and quality“ (AHRQ) aus Washington D.C., USA, entwickelte hierfür 2010 den Guide „Taking care of myself. A guide for when I leave the hospital“. Mithilfe dieser Liste soll der Patient mit seinen Angehörigen prüfen ob er zu folgenden Aspekten seiner Eigenverantwortung bewusst ist (AHRQ 2010):

- Sämtliche Schritte der nachstationären Versorgung
- Tätigkeiten, die vermieden werden sollen oder erwünscht sind (z.B. sportliche Aktivität)
- Einnahmepläne für Arzneimittel
- Notwendige Hilfsmittel
- Unterstützungseinrichtungen in der ambulanten Versorgung

Instrumente wie Checklisten, die das Selbstmanagement von Patienten verbessern wirken sich dabei positiv auf die Genesung aus. Studien konnten zeigen, dass solche Interventionen einen günstigen Einfluss auf Rehospitalisierungsraten, Sterblichkeit und Lebensqualität haben (Ditewig et al. 2010). Eine besondere Problematik zeigt sich in dieser Umfrage in der Medikamentenversorgung, sowohl aus Patientensicht wie auch aus hausärztlicher Perspektive. So konnte nur etwa die Hälfte der Patienten in dieser Befragung angeben, dass eine Aufklärung über neue Medikamente, deren Einnahme und beachtenswerte Hinweise erfolgte. Um eine möglichst hohe Therapietreue, auch „Adherence“ genannt, zu bewahren sollten Änderungen in der Medikation von ärztlicher Seite begründet werden. Studien der WHO belegten bereits 2003, dass mehr als 50% aller Patienten ihre Arzneimittel unregelmäßig einnehmen (De Geest & Sabaté 2003). Dabei lassen sich drei Typen klassifizieren. Sogenannte „Verweigerer“ setzen die Medikation eigenmächtig ab oder beginnen sie gar nicht erst. „Vergessliche“ versäumen die Einnahme im Alltag oder in besonderen Situationen wie auf Reisen. Letztlich gibt es die „Kalkulierer“, welche die Medikation in dem Glauben, sie nach der Genesung nicht mehr zu benötigen, eigenmächtig absetzen. Gerade bei den Vergesslichen ist die Einnahme von Medikamenten mit hoher Einnahmefrequenz ungeeignet (Osterloh 2012). Jeder behandelnde Arzt sollte sich im Klaren sein, dass grundsätzlich jeder Patient aus genannten Gründen

seine Medikation nicht regelmäßig nehmen könnte.

Schnittstellenprobleme bezüglich Medikationsänderung beim Übergang von Krankenhaus in ambulante Behandlung sind schon länger bekannt. So konnte eine britische Studie bereits 1996 zeigen, dass bei einer untersuchten internistischen Patientengruppe 6 Wochen nach der Krankenhausentlassung 46% der Patienten die klinisch verordneten Arzneimittel nicht ordnungsgemäß einnahmen (Duggan et al. 1996). In einer weiteren britischen Studie wurden bei einer geriatrischen Patientenkohorte innerhalb eines Jahres bei 90% nicht ärztliche begründete Medikationsänderungen, vor allem in Bezug auf Dosierung und Handelsnamen festgestellt. Die Gründe der Änderungen wurden dabei nicht kausal erfasst (Cochrane et al. 1992). Änderungen oder Erweiterungen der Medikationsliste scheinen kaum aus Kostengründen zu entstehen, sondern auch tatsächlich einen medizinischen oder pharmazeutischen Nutzen zu tragen (Adl et al. 2001). Auch können Medikationsänderungen durch eine fehlerhafte Arzneimittelanamnese bei der Aufnahme entstehen. Gerade ältere und multimorbide Patienten können häufig nicht exakt wiedergeben, welche Medikation sie einnehmen (Alibhai et al. 1999). Die Folgen sind ähnlich. Eine Diskontinuität in der Medikation kann zu Therapieversagen bis hin zu ernsthaften medizinischen Konsequenzen führen. Erneute Hospitalisierungen mit weiteren Umstellungen der Medikation können so zu einem Teufelskreis führen, welcher zudem auch von ökonomischer Relevanz ist.

Zur Vermeidung dieser Problematiken bieten sich verschiedene Ansätze. Immer wieder wird hierbei vom Nutzen der „klinischen Pharmazie“ gesprochen, ein Krankenhausapotheker, der die Medikation des Patienten vom Beginn bis zum Ende des Klinikaufenthalts elektronisch erfasst und ärztliche Anordnungen überwacht. Der Krankenhausapotheker steht dabei auch in Kontakt mit der Stammapotheke des Patienten, welche nach Möglichkeit angegeben werden sollte. Durch das Schaffen einer Schaltstelle wird ein neuer Ansprechpartner geschaffen, der bei unklaren Arzneimittelangaben den Kontakt zur Stammapotheke und Hausarzt herstellen und die korrekte Medikation eruieren kann oder dies vor jedem geplanten Krankenhausaufenthalt tut. Gleichzeitig kann per Fax oder telefonisch der Stammapotheke und dem Hausarzt bereits vor der eigentlichen Entlassung, aktuelle Arzneimittelinformationen übermittelt werden. Darüber hinaus kann der Fachapotheker Beratungsgespräche mit Patienten führen, um Aufklärung über einen eventuellen Wechsel des Präparats, Änderungen in der Packungsgröße und Dosierung zu leisten. Der Patient, der in dieser Stresssituation mit neuen und nicht vertrauten Medikamenten entlassen wird und häufig zu erschöpft ist, um zuhause die Medikation sachgemäß umzusetzen, könnte so „therapietreuer“ werden (Taxis 2002). Dadurch könnte auch das Problem der lückenlosen Versorgung mit Medikamenten an Wochenenden, welche Hausärzte in dieser Befragung häufig bemängelten, minimiert werden. Bislang mangelt es in Deutschland jedoch,

vermutlich aus Kostengründen, an einer deckenden Versorgung der Krankenhäuser mit Krankenhausapothekern, während das Modell im amerikanischen und kanadischen Raum unter dem Namen „seamless care“ bereits einen festen Stellenwert hat (Spehar et al. 2005).

Eine gesetzliche Grundlage dafür wurde auch mit der Einführung des E-Health-Gesetzes etabliert. Dieses zum 01. Januar 2016 in Kraft getretene Gesetz sieht eine digitale Vernetzung von Praxen, Krankenhäusern und Apothekern auf elektronischem Wege vor, welche bis 2018 abgeschlossen werden soll. Wesentliches Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, schneller und in Echtzeit verfügbar sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015). Unter anderem wird dadurch jedem Patienten, der mindestens drei verordnete Arzneimittel dauerhaft einnimmt, ein Medikationsplan zugesichert. Dieser Plan soll zunächst in Papierform in einer seit April 2017 bundeseinheitlichen Form dem Patienten ausgehändigt werden. Ab 2018 soll dieser mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. Kassenärzte wie Apotheker werden dazu verpflichtet diesen Medikationsplan aktualisieren zu können. Für Patienten ist diese Dienstleistung freiwillig, sie können weiterhin Anspruch auf das Papierformat erheben. Weiterhin sieht das E-Health-Gesetz vor den elektronischen Arztbrief weiter zu fördern, sodass ein volldigitaler Informationsaustausch zwischen behandelnder Klinik und niedergelassenem Arzt stattfinden kann ehe der Patient die Klinik überhaupt verlässt. Die elektronische Plattform wird hierbei durch die kassenärztliche Vereinigung gestellt. Der in dieser Studie durch Hausärzte aufgezeigten Problematik, dass ein Entlassungsbrief häufig zu spät oder unvollständig übermittelt würde, könnte durch die Digitalisierung entgegengewirkt werden.

Letztlich muss hier jedoch auch kritisch betrachtet werden, dass eine Volldigitalisierung nur unter Erhalt des Datenschutzes erfolgen kann. Es stellt sich die Frage, wer und in welchem Umfang jemand Einblick in Patientendaten erhalten darf. Die technisch erforderliche Infrastruktur muss gegeben sein und Ärzte dahingehend auch zur Umsetzung dieser Maßnahmen geschult werden, was sowohl finanzielle wie auch logistische Herausforderungen mit sich bringen wird.

Gemäß dem „shared decision-making“-Modell entscheiden Behandler und Patient gemeinsam im Behandlungsprozess. Da dieses Modell wie bereits in der Einleitung beschrieben die Zufriedenheit des Patienten erhöht wird so gleichzeitig eine erhöhte Compliance erzielt. Die Therapietreue senkt die Rehospitalisierungsrate und wirkt sich neben dem gesundheitsförderlichen Aspekt auch kostengünstig für die Allgemeinheit aus. Bedingung zum Funktionieren dieses Systems ist allerdings, dass der Patient mit seinen Wünschen und Erwartungen ernst genommen wird und auf Augenhöhe mit dem behandelnden Arzt kommunizieren kann. In dieser Studie gaben 78% der befragten Patienten an, dass ihre eigenen Wunschvorstellungen nicht oder nur wenig berücksichtigt worden seien. Dies lässt zwei

Schlüsse zu. Zum einen könnte es sich hierbei um eine Fehlinterpretation der gestellten Frage handeln, sodass persönliche Wünsche nur deswegen nicht berücksichtigt worden seien, weil der Patient gegenüber dem Personal keine artikulierte. Eine tatsächliche Missachtung der persönlichen Wünsche, beispielsweise das Nutzen der Schwimmanlagen wie bei Patient 2 des Interviews, würde bedeuten, dass partizipative Entscheidungsfindungen bisweilen nur unzureichend umgesetzt würden. Sicherlich gibt es hier starke Varianzen in Abhängigkeit der behandelnden Klinik, der Abteilung und des Personals. Eine Objektivierung könnte unter anderem durch simple bei der Entlassung auszufüllende Zufriedenheitsbögen erfolgen. Dadurch ist es möglich, abteilungsspezifische Schwachstellen in der Patientenzufriedenheit bezüglich der Umsetzung eigener Wünsche zu detektieren. Viele Kliniken setzen diese Methode auch aufgrund der einfachen Umsetzung als fester Bestandteil des Qualitätsmanagements bereits um (Almeida et al. 2015).

Übereinstimmend gaben in der Befragung Ärzte wie auch Patienten an, dass die Einbindung von Angehörigen nur unzureichend erfolge. Angehörige bilden meist einen wichtigen Anker in der Patientenversorgung. Gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen, bei der der Patient auf die häusliche Unterstützung angewiesen ist, gilt es Kommunikationswege zwischen Klinik und häuslichem Umfeld zu schaffen. Stattfinden kann diese im persönlichen Arztgespräch, aber auch telefonisch. Je enger die Angehörigen in die Behandlungsschritte integriert werden, desto weniger Versorgungslücken entstehen bei der Krankenhausentlassung. Gerade Patienten mit kognitiven Einschränkungen, versorgungsbedürftigen Wunden und in besonders hohem Maße pädiatrische Patienten sind auf eine gute häusliche Versorgung angewiesen. Diese will geplant und vorbereitet werden. Der enge Kontakt zur Klinik ist dabei unabdingbare Voraussetzung.

Insgesamt zeigen sich die Mehrheit der Patienten zufrieden mit der Kommunikation bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. 56% der Patienten gaben sogar an, voll zufrieden mit den Umständen gewesen zu sein. Dies spricht für meist gute Arzt-Patienten-Kommunikationswege. Positiv fiel dabei das Ergebnis bei der verständlichen Vermittlung über die Schwere, Therapie und Prognose der jeweiligen Erkrankung aus.

Teilweise widersprüchlich fielen die Vergleichsergebnisse mit den befragten Hausärzten aus. Diese gaben an, im Schnitt wöchentlich 5,5 Patienten nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zu übernehmen. Der Zeitpunkt der Entlassung scheint in den meisten Fällen zu gängigen Sprechstundenzeiten zu erfolgen. Der erforderliche Entlassungsbrief wird nahezu immer übermittelt.

Bei der Entlassungsmedikation wird auch hier Kritik geäußert. Während demnach die Deutlichkeit der Art und Dosierung der Medikation meistens klar hervorgeht gibt es unterschiedliche Meinungen in Bezug auf die Berücksichtigung hausärztlicher Medikationswünsche. Gerade die Multimedikation

birgt hierbei Risiken. Von Multimedikation wird gesprochen, wenn gegen eine oder mehrere Erkrankungen viele verschiedene Arzneistoffe angewendet werden. Eine Multimedikation kommt gehäuft bei Patienten im höheren Lebensalter vor (Kersten et al. 2009). Ein 65-jähriger Patient nimmt im Durchschnitt fünf unterschiedliche Medikamente zu sich. Die Wahrscheinlichkeit von Wechselwirkungen, die das Risiko einer arzneimittelbedingten Hospitalisierung erhöhen, steigt mit der Zahl der eingenommenen Medikamente (Cascorbi 2012). Arzneimittelinteraktionen aufgrund neu verschriebener Medikamente können durch den verzögerten Eintritt oft erst vom Hausarzt erkannt werden. Hausärzten obliegt nun in der Sprechstunde die Verantwortung, eigene Verordnungen gegen die anderer Arztgruppen abzuwägen. Die Berücksichtigung hausärztlicher Medikationswünsche, die beispielsweise aus der Tatsache entstehen, dass der Hausarzt durch die langjährige erlebte Anamnese bereits solche Interaktionen kennt, könnte so zukünftige unerwünschte Wechselwirkungen minimieren. Ob die Einführung des elektronischen Medikamentenplans im Rahmen des E-Health-Gesetzes darauf einen präventiven Einfluss nehmen wird muss durch zukünftige Evaluierungen ermittelt werden.

Durchweg positiv beurteilten die Ärzte zudem den Informationsstatus der Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Mehrheit der Hausärzte gab an, dass ihre Patienten über ihre Erkrankung, die Therapie und Folgen meist gut informiert worden seien. Dies deckt sich mit den Aussagen der befragten Patienten, welche auch mehrheitlich zufrieden waren. Die Rolle des Hausarztes und die Notwendigkeit einer klinischen Nachbehandlung scheint auch in den meisten Fällen angesprochen worden zu sein. Auch Malignom-Patienten, welche häufig komplizierte Behandlungsschemata durchlaufen müssen, scheinen in dieser Hinsicht gut informiert zu werden. Andere Ergebnisse wurden jedoch bei der Frage nach Schulung und Wundversorgung erzielt. Während in dieser Umfrage die Mehrheit der Patienten angab, keine versorgungsbedürftigen Wunden zu haben, so gaben 44% der Hausärzte an, dass die Patienten, die Wunden zu versorgen haben, nur selten darin unterrichtet worden seien. 25% der Ärzte gaben zudem an, dass eine Schulung bezüglich der Grunderkrankung wie Diabetes mellitus bisweilen nur selten erfolge. Dies ist insofern verwunderlich, da Deutschland als bisher einziges Land weltweit durch Disease-Management-Programme (DMP) den Anspruch auf eine Diabetesschulung formal verankert hat (Kulzer 2013). Dass es sich dabei um Einzelfälle handelt, die durch die geringe Fallzahl an Hausärzten bedingt ist, kann nicht ausgeschlossen werden. Zur Klärung dieser Fragestellung könnten speziell auf die Wundversorgung ausgerichtete Patientenbefragungen zukünftig hilfreich sein. Die aktuell laufende Studie „ChroWuSaar – Die Versorgung von Menschen

mit chronischen Wunden im Saarland“ des Zentrums Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes widmet sich genau diesem Problem mittels Längsschnittuntersuchungen. Ergebnisse hierzu dürften bereits in naher Zukunft vorliegen.

Ein breites Bild an Meinungen zeigt sich auch bei der Frage nach pflegerischer und palliativer Versorgung. Es zeigt sich eine breite Streuung, ob die hausärztlich behandelten Patienten ambulant, stationär oder durch Angehörige gepflegt werden. Palliative Einrichtungen, wenn auch auf dem Vormarsch, scheinen nur selten involviert zu werden.

Viele Erkrankungen erfordern eine Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen. Der Hausarzt fungiert in diesem System nicht nur als Behandler, sondern auch als Manager, der eine fachübergreifende Therapie koordiniert. Nicht selten gilt es, z.B. bei Tumorpatienten eine Anbindung an Onkologen, Radiologen oder Strahlenmediziner, sowie Schmerztherapeuten, sofern die Schmerztherapie nicht durch die Hausarztpraxis möglich ist, herzustellen. Gerade auch durch den Mangel an technischer Ausstattung sind kleinere Kliniken auch auf den ambulanten radiologischen Sektor angewiesen. Von 2200 Krankenhäusern in Deutschland besitzen nur ca. 800 eine eigene radiologische Fachabteilung. Deutschlandweit bestanden im Jahr 2015 423 Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen radiologischen Praxen. (Deutsches Radiologienetz 2015). Selbstverständlich können auch Fachärzte anderer Spezialisierungen an der Nachsorge und Weiterbehandlung integriert sein wie beispielsweise Hämatologen oder Orthopäden. Etwa die Hälfte der hier befragten Hausärzte gab an, dass gelegentlich ein weiterer Facharzt involviert werden muss, 39 % gaben an, dass dies meistens der Fall sei. Nur in der Minderheit der Fälle sei dies auch fachlich nicht angemessen. Es zeigt sich, dass eine Vernetzung niedergelassener Fachärzte Routine ist. Problematisch wird allgemein jedoch die Wartezeit für einen Facharzttermin betrachtet. In einer 2014 erhobenen Befragung der Frankfurter Allgemeinen Zeitung warteten Kassenpatienten durchschnittlich 5 Wochen auf einen Termin bei einem spezialisierten Facharzt. Besonders lange Wartezeiten zeigten sich vor allem bei Fachpraxen für Orthopädie, Augenheilkunde, Dermatologie, Pädiatrie und Psychotherapie. Notfälle wurden dabei nicht berücksichtigt. Die durchschnittliche Wartezeit für privat versicherte Patienten betrug 2014 durchschnittlich nur zweieinhalb Wochen (Nienhaus 2014).

Seit dem 23. Januar 2016 sind die kassenärztlichen Vereinigungen durch das GKV- Versorgungsverstärkungsgesetz dazu verpflichtet eine Terminservicestelle anzubieten, die es einem Patienten ermöglicht innerhalb von 4 Wochen einen Termin bei einem Facharzt zu garantieren. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient eine dringliche Überweisung hat. Eine freie Arztwahl besteht zudem nicht.

Die Umfrage in dieser Arbeit wurde vor Einführung des GKV -Versorgungsstärkungsgesetzes erstellt.



Ein Jahr nach Einführung der Terminservicestellen sind die Resonanzen jedoch ernüchternd. Die kassenärztliche Vereinigung Brandenburg reklamierte im Januar 2017, dass nur 3600 der 3 Millionen Facharztbehandlungen im vergangenen Jahr durch die Terminservicestelle zustande gekommen seien. Der Pressesprecher der KV Brandenburg, Christian Wehry, betonte hierbei, dass die Terminvermittlung bei freien Terminfenstern durch das Engagement der Fachärzte massiv erleichtert würde. (Deutsches Ärzteblatt 2017). Ähnlich geringe Nachfragen nach Facharztvermittlungen melden auch die kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Eine Abschaffung wird bereits ein Jahr nach der Einführung diskutiert, maßgeblich auch vom Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Beerheide 2016). Auch in der hier durchgeführten Arbeit gaben nur 26% der Hausärzte an, dass die Terminvergabe beim Facharzt länger als einen Monat dauern würde. Die vielvertretene Meinung, dass Facharzttermine kaum zeitnah zu vergeben seien scheint demnach eher auf Einzelfälle oder einzelne Fachbereiche zuzutreffen. Dass es hierbei Kliniken gibt, die diese Empfehlung einer Facharztanbindung öfter aussprechen als andere scheint durch das verschiedenartige Versorgungsangebot durchaus plausibel.

Letztlich wurde in dieser Studie der Kommunikationsweg zwischen Haus- und Stations- bzw. Krankenhausarzt untersucht. Fast immer läuft die Kommunikation nicht-persönlich ab. Hier gilt der Arzt – oder Entlassungsbrief als Bindeglied für einen nahtlosen Übergang von Klinik in die hausärztliche Praxis. Ebenfalls wird häufig der telefonische Kontakt zum schnellen Austausch gewählt. Hier gaben nur weniger als ein Drittel der Befragten an, dass dieser nur selten reibungslos funktioniere. 38% indes fanden, dass der telefonische Kontakt häufig gut herstellbar sei. 31% der Hausärzte sprachen sich für eine gelegentlich gute Erreichbarkeit des Stationsarztes aus. Dass die gute ärztliche Erreichbarkeit per Telefon nicht durchweg gegeben werden kann liegt auf der Hand. Stationsarbeit, Angehörigengespräche, OP und Ambulanz zwingen den Stationsarzt Prioritäten zu setzen. Ein Rückruf sollte indes fast immer möglich sein. Wie bereits erwähnt gilt der Arztbrief als Schlüsseldokument der Patientenüberleitung. Ein telefonischer Kontakt bezüglich Entlassung zwischen Stationsarzt und Hausarzt kann in einigen Fällen angebracht sein. Dringlich hausärztlich zu versorgende Patienten könnten dies erfordern. Die überwiegende Mehrheit der befragten Hausärzte gaben jedoch an, dass dies nie oder allenfalls selten vorkäme.

Auch in diesem Frageblock wurde erneut reklamiert, dass mitgegebene Hinweise, Fragestellungen oder Arbeitsaufträge nicht von der Klinik berücksichtigt worden seien.

Interessante Ergebnisse lieferte indes die Einschätzung der Hausärzte, wie ihre Patienten mit der ärztlichen Kommunikation zum Zeitpunkt der Entlassung zufrieden seien. 45% gaben an, dass ihre Patienten nur selten zufrieden seien. Nur 14% behaupteten, dass die Patienten häufig zufrieden mit der

Kommunikation in der Klinik zufrieden gewesen seien. Diese Meinungen widersprechen den allgemeinen Eindrücken der Patienten selbst, welche ebenfalls zu diesem Aspekt Stellung nehmen sollten. Hier antworteten ganze 56%, dass sie voll zufrieden gewesen seien und nur 14%, dass sie nicht zufrieden gewesen seien. Man könnte also vermuten, dass Hausärzte die Zufriedenheit der Patienten bezüglich Kommunikation in der Klinik schlechter einschätzen, als dies die Patienten tatsächlich tun. Insgesamt zeigte sich bei der Befragung der Hausärzte ein durchmisches Ergebnis. Dieses spiegelt sich auch in der abschließenden Bewertung, in der die befragten Ärzte darum gebeten wurden die Überleitungsbedingungen im Schnittbereich Klinik – Praxis mittels visueller Analogskala zu bewerten. Die Abstufung erfolgte in den Bereichen von „sehr schlecht“ bis „optimal“. Der Medianwert und die geringe Streuung zeigt, dass weder optimale noch sehr schlechte Überleitungsbedingungen im Alltag vorherrschen.

Die abschließende freie Frage zur Nennung von Kliniken, die laut eigener Meinung ein besonders gutes bzw. weniger gutes Überleitungsmanagement aufweisen hingegen lieferte keine klaren Ergebnisse. Die Mehrzahl der genannten Kliniken waren auf beiden Seiten vertreten. Beispielsweise ist das Universitätsklinikum des Saarlandes sowohl Spitzenreiter in der vorbildlichen Überleitung wie auch in die meistgenannte Klinik mit schlechten Überleitungen. Dies liegt vermutlich auch daran, dass das Universitätsklinikum das größte Krankenhaus im Umkreis darstellt. Somit können hier dementsprechend viele positive Erfahrungen wie auch negative Erfahrungen gesammelt werden. Sicherlich ist auch eine Abhängigkeit von der behandelnden Fachabteilung ein zu berücksichtigender Faktor. Eine inhomogene „Entlassungspolitik“ innerhalb verschiedener Abteilungen lassen deswegen keine Pauschalaussage über die Überleitungsbedingungen des gesamten Krankenhauses zu. Viele Faktoren tragen dazu bei, dass sowohl gute wie auch schlechte Erfahrungen gesammelt werden. Zusammengefasst können also keine Kliniken mit besonders guten oder eher schlechten Überleitungsbedingungen identifiziert werden. Dies lässt sich nur im jeweiligen Einzelfall prüfen.

### 4.3 Ausblick

Schnittstellen sind sensibel für Informationsverluste. Was in Wirtschaft und Industrie gilt und durch die Etablierung immer neuer Professionen und Prozessoptimierungen zu verhindern versucht wird, hat auch im medizinischen Sektor seine Gültigkeit. Die Auswirkungen spiegeln sich hier jedoch nicht in sinkenden Gewinnmargen wieder, sondern in einer gesundheitlichen Verschlechterung der Patienten, wodurch sie oft erst mit Latenz bemerkt werden. Zumeist ist das effizienteste Mittel eine umfassende und verständnisvolle Patientenkommunikation. Dass sich die Arzt- Patienten- Beziehung in dieser Hinsicht gebessert hat zeigte sich auch in dieser Befragung. Die partizipative Entscheidungsfindung, welche nachweislich die Therapietreue erhöht muss hierzu weiterhin im Rahmen von Fortbildungen vermittelt werden. Die Implementierung in das Curriculum bereits im Studium, wie es an vielen Universitäten bereits angeboten wird, fördert diese ärztlichen Fertigkeiten auf vorbildliche Weise. Noch fristen diese Kommunikationskurse ein Schattendasein als Wahlfach und sind somit einigen wenigen vorbehalten. Durch die Einführung von Pflichtkursen in die medizinische Ausbildung könnte das Kommunikationstraining mit Patienten seinen Stellenwert stärken.

Problematisch scheint indes nach wie vor die Patientenmedikation zu sein. Patienten, die ihre eigene Medikation nicht kennen oder aufgrund von Unwissenheit eigenständig ändern oder absetzen sind keine Seltenheit. Jeder Arzt sollte sich darüber im Klaren sein. Ein Entlassungsgespräch, in welchem ausführlich die Notwendigkeit der Medikation und Art der Einnahme geschildert wird, kostet zwar Zeit, fördert jedoch langfristig die Adhärenz. Die Stärkung der Rolle des Krankenhausapothekers als Bindeglied zwischen Klinik, Hausapotheke und Hausarztpraxis kann bei der Koordination von Neuverordnungen und Erfassung der Medikation sinnvoll sein. Durch die Einführung des E-Health-Gesetzes sollten zukünftig alle Behandler in Echtzeit Zugriff auf die aktuelle Medikation erhalten. Sobald auch niedergelassene Ärzte an die Telematik-Infrastruktur flächendeckend angeschlossen sind und das Fachpersonal dementsprechend geschult ist, wird sich zeigen, ob das Gesetz positiv zu werten ist. Die Gewährleistung eines lückenlosen Datenschutzes ist dabei unabdingbar. Es muss klar definiert werden, wer Einblicke in Patientendaten haben darf, wer diese bearbeiten kann und welche zentrale Stelle zur Überwachung zu bestimmen ist. Ohne Grundvertrauen in die digitale Infrastruktur wird die Akzeptanz dementsprechend sinken. Ob Patienten aller Altersklassen fähig sind, dieses digitale Angebot anzunehmen ist zu hinterfragen. Dass sich hier Doppelstrukturen bilden werden, beispielsweise in Form eines digitalen Medikationsplans als auch eines Plans in Papierform für Patienten, die eine Digitalisierung ablehnen, ist vorauszuahnen.

Eine genaue Struktur bei der Patientenentlassung könnte viele der bereits bekannten Schnittstellenprobleme lösen. Der oft nahtlose Übergang bei der Bettenbelegung erschwert dies jedoch. Hier wird es zukünftig auch Aufgabe des Qualitätsmanagements sein, Ärzte insoweit zu unterstützen, dass die Entlassung ähnlich wie im Pflegebereich einem Standard folgt. So könnte über einen Entlassungsbogen für Patienten nochmals wichtige eigenverantwortliche Aufgaben und klare Ansprechpartner bei spezifischen Fragen mitgeteilt werden. Im Grunde entspräche dies einem „Entlassungsbrief für Patienten“, welcher gemäß der partizipativen Entscheidungsfindung ebenbürtiger Behandlungspartner ist. Unklarheiten können so schon beseitigt werden, ehe der Patient überhaupt das Krankenhaus verlässt. Ziel für den Patienten sollte es sein, sich im Versorgungsablauf selbstbestimmt zu fühlen, Versorgungsbrüche zu vermeiden und ungeplante Wiedereinweisungen zu verhindern. Über einen Feedbackbogen, der an vielen Kliniken bereits etabliert ist, kann der Patient wiederum den Entlassungsprozess und die ärztliche Kommunikation evaluieren. Schwachpunkte und Lücken können so demaskiert werden. Jedoch wird kein Check-up-Bogen je das klassische Arzt-Patienten-Gespräch ersetzen können. Dieses bildet eine Vertrauensgrundlage. Dazu ist die notwendige Schulung über Wundversorgung, die Versorgung bei chronischen Erkrankungen und die Integration eventueller Angehöriger in die Behandlung nur über persönlichen Kontakt mit allen Professionen zu bewerkstelligen.

Die Digitalisierung in Form von elektronischen Medikationslisten und Arztbriefen birgt zudem Vorteile in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hausärzten. Ein schnellerer Kontakt und Austausch von Patienteninformationen unterstützt den Hausarzt in der Sprechstundenplanung. Wichtige Therapieentscheidungen werden nicht erst mit Verspätung durch das Eintreffen des Arztbriefes bei Erscheinen des Patienten in der Praxis übermittelt. Durch Schulungen und Fortbildungen kann der Umgang mit digitalen Konzepten schnell erlernt werden. Der Erwerb von Fortbildungspunkten kann dafür einen zusätzlichen Anreiz stellen.

Der Kontakt zwischen Stations- und Hausarzt ist mit Hürden behaftet. Die gegenseitige telefonische Erreichbarkeit ist häufig nicht gegeben. Rückrufe erfolgen in vielen Fällen außerhalb der Sprechstundenzeiten des Hausarztes. Hier kollidieren die Tagesabläufe beider Ärztegruppen. Die Wünsche des Hausarztes und Arbeitsaufträge können so in der täglichen Informationsflut untergehen, wenn sie nicht explizit hinterlegt worden sind. Weiterhin besteht zwischen Patient und Hausarzt oft eine jahrelange, wenn nicht sogar jahrzehntelange oder generationenübergreifende Verbindung, die durch die erlebte Anamnese ein tiefes Vertrauensverhältnis schafft. Ein solches kann zwischen Patient und Stationsarzt durch den meist relativ kurzen Krankenhausaufenthalt und häufigen Personalwechsel nur im eingeschränkten Maße geschaffen werden. Das Krankenhaus erzielt nur dann

eine Adhärenz des Patienten an die nötige ambulante Weiterbehandlung, wenn der Hausarzt als direkter Behandlungspartner involviert ist. Umso wichtiger erscheinen deswegen gute und schnelle Kommunikationswege zwischen Krankenhäusern und Hausärzten.

Aus dem 2015 verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz ging der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hervor. Dieser trat mit Verzögerung zum 01.10.2017 in Kraft. Sinn des Gesetzes ist es, eine lückenlose medizinische und pflegerische Patientenversorgung bei einem Sektorenwechsel zu gewährleisten. Dies geschieht indem bereits Klinikmitarbeiter prüfen, ob ein Bedarf an Anschlussversorgung besteht. Falls ja, werden entsprechende Maßnahmen bereits in der Klinik in Rücksprache mit den Krankenkassen und Pflegekassen getroffen. Klinische Ärzte mit Facharztreihe sind zudem befugt, Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, ambulante Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu einer Woche zu verordnen. Ein in der Klinik ausgestelltes Rezept muss als solches gekennzeichnet sein und neben der Klinikanschrift auch den verordneten Arzt angegeben haben. Es muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen, inklusive Sonntagen, eingelöst werden. Für den Patienten birgt dies den Vorteil, dass der Hausarzt nicht unbedingt am Folgetag der Entlassung aufgesucht werden muss. Gerade bei Entlassungen zum Wochenende wirkt dies Versorgungslücken entgegen. Ob sich dies in einer erhöhten Patientenzufriedenheit widerspiegelt oder weitere Schnittstellenprobleme aufgrund der Vielzahl an Akteuren im Verordnungsprozess erzeugt wird sich im Verlauf zeigen.

## 5. Zusammenfassung - Summary

### 5.1 Deutsche Zusammenfassung

#### Einleitung

Schnittstellen sind sensibel für Informationsverluste. Im Gesundheitswesen ist eine dieser Schnittstellen der Übergang von Patienten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt in die ambulante Weiterbehandlung durch den Hausarzt. Hier treffen die Zielsetzungen und Programme diverser Berufsgruppen, die über den ärztlichen Bereich hinausgehen, aufeinander. Eine Koordination im Überleitungswesen ist somit unabdingbar. Fehler hierbei äußern sich im schlimmsten Fall in einer gesundheitlichen Verschlechterung des Patienten und prinzipiell vermeidbaren Rehospitalisierungen. Der Patient als Mittelpunkt dieses Prozesses sollte im Rahmen des shared decision- making in die (Folge-)Therapie eingebunden werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Patient in vollem Ausmaß über seine Erkrankung und alle Behandlungsschritte, vor allem jene, an denen der Patient eigenverantwortlich mitarbeiten muss, informiert wird. Der Hausarzt als Koordinator nimmt eine Schlüsselposition in der Primärversorgung ein. Ihm obliegt die Überwachung aller medizinischen Maßnahmen seiner Patienten.

#### Methodik

In dieser Studie sollte mittels deskriptiver Befragung von Hausärzten und Patienten ermittelt werden, wo Schwachpunkte in der Patientenüberleitung entstehen. Dazu wurden zwei ausführliche Patienteninterviews durchgeführt und anschließend Fragebögen konzipiert, die an 135 Hausärzte im Saarland, sowie an 158 Patienten, die einen stationären Krankenhausaufenthalt erlebt haben, gesendet und in Bezug auf Überleitungsprobleme aus eigener Sicht befragt.

#### Ergebnisse und Diskussion

Es zeigte sich, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation in vielen Fällen zufriedenstellend, jedoch auch in einigen Punkten ausbaufähig erscheint. So fanden abschließende Entlassungsgespräche in 30% der Fälle nicht statt oder waren in 34% der Fälle für den Laien-Patienten unverständlich. Die Einbindung von Angehörigen in die Therapieplanung scheint häufig nicht gegeben zu sein. Besonders problematisch zeigt sich auch die mangelnde Aufklärung über neue Medikamente und Einnahmeverordnungen, was eine verringerte Adherence der Patienten zur Folge hat. Hier werden häufig auch Verordnungswünsche der Hausärzte nicht berücksichtigt. Die Einführung des neuen

elektronischen Medikationsplans im Rahmen des e-Health- Gesetzes und die Stärkung der Rolle des Krankenhausapothekers kann hierbei reibungslosere Abläufe unterstützen. Für den Patienten bietet sich am Tag der Entlassung zusätzlich zum ärztlichen Entlassungsgespräch die Mitgabe einer Checkliste an, in der die weiteren Abläufe, eigenverantwortliche Aufgaben und klare Ansprechpartner dokumentiert werden. Die Umsetzung eines Entlassungsmanagements nach internationalen Modellen birgt hierbei Vorteile für Krankenhäuser, Patienten und Hausärzte. Ein Entlassungsstandard gekoppelt mit einem optimierten Patienten- Selbstmanagement wirkt sich positiv auf den Genesungsprozess aus. Während die Patienten Kommunikationsabläufe mit dem ärztlichen Personal in Kliniken im Allgemeinen meist als gut empfinden, fühlten sich die befragten Hausärzte häufig nicht genügend in die Therapieentscheidung miteingebunden. Auch hier können neue digitale Kommunikationsplattformen eine bessere Kooperation ermöglichen, sofern dafür eine breite Akzeptanz gefunden wird.

## 5.2 English summary

### Introduction

Interfaces are vulnerable to a loss of information. Transitional care between hospital and out-patient treatment by a family doctor is an example of an interface in the public health service. Intentions and schedules of various professions beyond physicians are confronted with each other. Therefore, a close collaboration in transitional care is indispensable. Mistakes can lead to impairment of patients medical conditions and potentially preventable re-hospitalizations. A shared decision- making should involve patients in therapy procedures. The precondition is a well-informed patient. Especially in therapy procedures the patient needs to contribute to his own authority. The family doctor takes a key role as coordinator in primary care. The surveillance of all medical measures of his patients falls to his responsibility.

### Methods

This descriptive study should show weak points in transitional care. Based on two detailed patient interviews questionnaires were developed and sent to 135 family doctors in Saarland and 158 patients who were stationary treated in hospital, asking to detect discharging problems from their own point of view.

### Conclusion and discussion

It could be shown that there is a satisfactory doctor- patient communication in many cases, but also that it seems to be improvable in some points. Discharge consultations did not take place in 30 % of the cases or were incomprehensible for medical laypersons in 34% of the cases. Involving relatives in therapy planning does not seem to be frequently given. One special problem is the lack of information about new medication and schedule causing decreasing patient adherence. At this juncture family doctors prescription wishes were rarely considered. The introduction of the new digital medication plan as part of the e-health law and strengthening the role of hospital pharmacists can support seamless care. Additional to discharge consultations, patients could be given a checklist that lists further procedures, self-dependent tasks and clear contact details on the discharge day. The implementation of discharge planning according to international models yields benefits for hospitals, patients and family doctors. Combined with optimized patients self-management discharge planning has a positive impact on recovery. While patients commonly rate the doctor- patient communication highly, the surveyed family doctors often did not feel sufficiently involved in therapeutic decisions. New digital communication platforms can improve collaborations if a broad acceptance for them is gained.



## 6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1 Ablaufschema des Entlassungsmanagements nach DNQP-Standard .....	7
Abbildung 1.2 Conceptual framework for treatment decision making (Charles et al. 1997) .....	13
Abbildung 3.1 Rücklaufquote .....	25
Abbildung 3.2 Geschlechterverteilung .....	26
Abbildung 3.3 Altersverteilung der Patienten .....	27
Abbildung 3.4 Beruf der befragten Patienten .....	27
Abbildung 3.5 behandelndes Fachgebiet .....	28
Abbildung 3.6 Dauer des vollstationären Aufenthalts .....	29
Abbildung 3.7 Behandelndes Krankenhaus .....	30
Abbildung 3.8 Ärztliches Entlassungsgespräch .....	31
Abbildung 3.9 Verständlichkeit des Entlassungsgesprächs .....	32
Abbildung 3.10 Mitgabe eines Entlassungsbriefs .....	33
Abbildung 3.11 Information über Schwere, Therapie, Prognose der Erkrankung .....	34
Abbildung 3.12 Gefühle zeitlich verfrühte oder verspätete Entlassung .....	35
Abbildung 3.13 Mitteilung wichtiger Aufgaben in der Behandlung, für die der Patient eigenverantwortlich ist .....	36
Abbildung 3.14 Terminvereinbarung zur Kontrolle durch das Krankenhaus .....	37
Abbildung 3.15 Besprechung neuer Medikamente und Einnahmepläne .....	38
Abbildung 3.16 Aufklärung über Wundversorgung .....	39
Abbildung 3.17 Berücksichtigung eigener Wunschvorstellungen .....	40
Abbildung 3.18 Informierung des häuslichen Umfelds über weitere Behandlungsschritte .....	41
Abbildung 3.19 Mitteilung von Ansprechpartnern bei Fragen oder im Notfall .....	42
Abbildung 3.20 Zufriedenheit mit der ärztlichen Kommunikation zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus .....	43
Abbildung 3.21 Persönliche Kommentare (Auszug) .....	44
Abbildung 3.22 Rücklaufquote .....	45
Abbildung 3.23 Geschätzte wöchentliche Anzahl an Patienten, die die Hausarztpraxis unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt aufsuchen .....	46
Abbildung 3.24 Vorzeitige Mittelung der Entlassung durch die Klinik .....	47
Abbildung 3.25 Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus .....	48

Abbildung 3.26 Erhalt eines Entlassungsbriefs .....	49
Abbildung 3.27 Informationen zum Entlassungsbrief .....	50
Abbildung 3.28 Aussagen zur Entlassungsmedikation a) .....	51
Abbildung 3.29 Aussagen zur Entlassungsmedikation b) .....	52
Abbildung 3.30 Mitteilung wichtiger Folgetermine .....	53
Abbildung 3.31 Informationsstatus der Patienten bei Entlassung aus der Klinik.....	55
Abbildung 3.32 Schulung der Patienten bezüglich Erkrankung und Wundversorgung .....	56
Abbildung 3.33 Werden Ehepartner/Kinder/Eltern/etc. umfassend über die Erkrankung und deren Behandlung bzw. Ihrer Rolle in der Nachsorge informiert? .....	57
Abbildung 3.34 Mobilität der Patienten zum Entlassungszeitpunkt .....	58
Abbildung 3.35 Bewertung der pflegerischen und palliativen Versorgung .....	59
Abbildung 3.36 Fachübergreifende Behandlung und deren Notwendigkeit.....	60
Abbildung 3.37 Zeitnaher Terminerhalt bei einem anderen Facharzt .....	61
Abbildung 3.38 Wer macht den Termin beim Facharzt in der Regel aus? .....	62
Abbildung 3.39 Gibt es Kliniken, die häufiger die Einbindung eines anderen Facharztes empfehlen als andere? .....	63
Abbildung 3.40 Zusammenarbeit mit dem Stationsarzt .....	65
Abbildung 3.41 Visuelle Analog-Skala zur Bewertung der Entlassungsbedingungen .....	66
Abbildung 3.43 Freie Nennung von Kliniken mit guter bzw. schlechter Überleitung (meistgenannte) .....	67

## 7. Literaturverzeichnis

1. Adl, S. et al., 2001. Pharmakotherapeutische Transferproblematik von stationärer zu ambulanter Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, 63(10), pp.597–601. Available at: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2001-17874> [Accessed July 24, 2017].
2. AHRQ, 2010. *Taking Care of Myself: A Guide for When I Leave the Hospital*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
3. Albrecht, J.S. et al., 2014. Hospital Discharge Instructions: Comprehension and Compliance Among Older Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 29(11), pp.1491–1498. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25015430> [Accessed August 8, 2017].
4. Alibhai, S.M., Han, R.K. & Naglie, G., 1999. Medication education of acutely hospitalized older patients. *Journal of general internal medicine*, 14(10), pp.610–6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571706> [Accessed July 24, 2017].
5. Almeida, R.S. de, Bourliataux-Lajoinie, S. & Martins, M., 2015. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de saude publica*, 31(1), pp.11–25. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715288> [Accessed July 26, 2017].
6. Balint, M., 1964. *The doctor, his patient and the illness*, London: Pitman Medical Publishing Co.Ltd.
7. Bär, T., 2009. *Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis (Dissertation)*.
8. Baumeister, R.F. et al., 2001. Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5(4), pp.323–370.
9. Beerheide, R., 2016. Lauterbach: Gesetz ist ein Flop. *Deutsches Ärzteblatt*, 40(Jg.113, 7.Oktober 2016), p.A 1734. Available at: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/113/40/a1734.pdf> [Accessed July 31, 2017].
10. Biermann, K. & Ulsenheimer, E., 2008. Leitlinien – medico-legale Aspekte. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, (49), pp.105–106.

11. Blum, K. & Reus, U., 2014. Entlassmanagement im Krankenhaus -. *Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)*.
12. Boden, S. et al., 1990. Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 72(3), pp.403–408.
13. Butzlaff, M., Floer, B. & Isfort, J., 2003. *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. J. Böcken, B. Braun, & M. Schnee, eds., Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. Available at: [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaoarticles/200303-Beitrag.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200303-Beitrag.pdf) [Accessed March 19, 2017].
14. Cascorbi, I., 2012. Drug interactions—principles, examples and clinical consequences. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(33–34), pp.546–556.
15. Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T., 1997. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), pp.681–692. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953696002213> [Accessed March 18, 2017].
16. Cochrane, R.A. et al., 1992. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 305(6855), pp.694–6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1393119> [Accessed July 24, 2017].
17. DEGAM, 2002. *Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
18. Deutsches Radiologienetz, 2015b. Wie sieht die deutsche Radiologie in Zahlen aus ? Available at: <http://www.radiologie.de/hintergruende-und-fakten/fachgebiet-radiologie/wie-sieht-die-deutsche-radiologie-in-zahlen-aus.html> [Accessed July 31, 2017].
19. Deimel, D. & Bender, T., 2013. *Entlassmanagement : vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*, Stuttgart: Thieme.

20. Dietrich, M. & Grapp, O., 2005. Qualitätsinformationen von Krankenhäusern - Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU) - Journal for Public and Nonprofit Services*, 28(3), pp.211–233.
21. Ditewig, J.B. et al., 2010. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 78(3), pp.297–315. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202778> [Accessed August 9, 2017].
22. Duggan, C., Bates, I. & Hough, J., 1996. Discrepancies in prescribing - Where do they occur? *Pharmaceutical Journal*, 256(6887), pp.65–67.
23. Elwyn, G. et al., 2005. The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8(1), pp.34–42.
24. Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L., 1992. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), pp.2221–2226. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799> [Accessed March 18, 2017].
25. Epstein, R.M., 2007. Physician self-disclosure in primary care visits. *Arch Intern Med* 167.
26. Faller, H. & Lang, H., 2016. *Medizinische Psychologie und Soziologie* 4.Auflage., Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
27. Fung, C.S. et al., 2015. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Services Research*, 15(1), p.42. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25627936> [Accessed August 1, 2017].
28. Gassen, A., 2016. Vorschläge zur Entlastung der Notfallambulanzen. *Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*, p.5.
29. De Geest, S. & Sabaté, E., 2003. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), pp.323–323. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14667488> [Accessed July 24, 2017].
30. Geisler, L., 2002. Arzt-Patient-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips. *Recht und Ethik der modernen Medizin*, pp.216–220.

31. Goesmann, C., 2006. *Persönliches Interview mit Dr. Cornelia Goesmann, Vorsitzende der Ärztekammer Niedersachsen, durchgeführt von Kristina Weidelhofer im Juni 2006*, Available at: [https://www.mh-hannover.de/fileadmin/mhh/download/ueberblick\\_service/Info\\_06.06/36-39\\_Klinik.pdf](https://www.mh-hannover.de/fileadmin/mhh/download/ueberblick_service/Info_06.06/36-39_Klinik.pdf) [Accessed August 13, 2017]
32. Herrmann-Lingen, Albus & Titscher, 2008. *Psychokardiologie: ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
33. Hesselink, G. et al., 2012. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. *Ann Intern Med* 157, 21(6), pp.417–428. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23118410> [Accessed August 8, 2017].
34. Himmel, W. & Rösberg, W., 2012. *Duale Reihe - Allgemein und Familienmedizin 4. Auflage.*, Stuttgart: Thieme Verlag.
35. Hoddinott, S.N. & Bass, M.J., 1986. The dillman total design survey method. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 32(November), pp.2366–2368.
36. Isfort et al., 2004. Shared Decision Making – sind Patienten in der hausärztlichen Praxis dazu bereit? *German Medical Science*, Available at: <http://www.egms.de/static/en/meetings/pat2004/04pat28.shtml> [Accessed March 19, 2017].
37. Jackson, M.F., 1994. Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *J Adv Nurs.*, 19(3), p.492.
38. Jacob, R. & Eirmbter, W., 2000. *Allgemeine Bevölkerungsumfragen. Einführung in die Methoden der Umfragenforschung*, München, Wien: Oldenbourg.
39. Johannsmeyer, K.-D. & Lehmann-Carli, G., 2014. *Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch): Kommunikative und narrative Strategien*, H. Preuß, ed., Berlin: Frank&Timme.
40. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015a. *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen*,
41. Kersten, H., Ruths, S. & Wyller, T., 2009. Pharmacotherapy in nursing homes. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(17), pp.1732–1735. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19756052> [Accessed July 27, 2017].

42. Klein, R., 2009. *100 Fälle Allgemeinmedizin*, 2.Auflage, München, Jena: Elsevier Urban&Fischer Verlag.
43. Klemperer, D., 1996. Qualität in der Medizin - der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. *Dr.med.Mabuse, Heft Jan/Feb*, pp.22–27.
44. Kochen, M., 2006. *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, 3.Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
45. Kulzer, B., 2013. *Patientenschulung bei Diabetes mellitus*, Berlin, Heidelberg: Springer , Available at: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-29908-7\\_20](http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-29908-7_20) [Accessed July 27, 2017].
46. Lim, F., Foust, J. & Van Cleave, J., 2012. *Transitional Care. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4.Edition, M. Boltz et al., eds., New York: Springer-Verlag New York.
47. Linden, M., Gothe, H. & Ormel, J., 2004. Der Hausarzt als Gatekeeper. *Deutsches Ärzteblatt* 101(39), pp.A2600-2602.
48. Martina, B. et al., 1997. First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between nonorganic and organic causes of abdominal or chest pain. *Journal of General Internal Medicine*, 12(8), pp.459–465.
49. McMartin, K., 2013. Discharge planning in chronic conditions: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*, 13(4), pp.1–72. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24167538> [Accessed August 9, 2017].
50. Naegele, G., Olbermann, E. & Kuhlmann, A., 2016. *Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
51. Naylor, M.D. et al., 2004. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), pp.675–684. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15086645> [Accessed August 10, 2017].
52. Nienhaus, L., 2014. Kassenpatienten müssen lange auf einen Termin warten. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung [electronic version 09.06.2014]*. Available at: <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/versichern-und-schuetzen/nachrichten/fachaeerzte-im-test-kassenpatienten-muessen-lange-auf-einen-termin-warten-12978281.html>. [Accessed August 10, 2017]

53. Osterloh, F., 2012. Verweigerer und Kalkulierer. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(27), pp.848–849.
54. O.V., 2013. Neues Curriculum soll Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern. *Deutsches Ärzteblatt, ePaper*. Available at: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53664/Neues-Curriculum-soll-Arzt-Patienten-Kommunikation-verbessern> [Accessed March 18, 2017].
55. O. V. , 2017. Ein Jahr Terminservicestelle. *Deutsches Ärzteblatt*. Available at: <https://m.aerzteblatt.de/news/thema-11665-2-72338.htm> [Accessed July 31, 2017].
56. Pape, R. et al., 2008. *Case Management im Krankenhaus: Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*, Bostelaar, René , ed., Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co. KG.
57. Phillips, C.O. et al., 2004. Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure. *JAMA*, 291(11), p.1358. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15026403> [Accessed August 10, 2017].
58. Pieper, C. et al., 2008. *Evaluation des Modells „Patientenüberleitung in Essen“*. Abschlussbericht, Essen: Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Universitätsklinikum Essen.
59. Rapp, B., 2004. Der Arztbrief als Basis für Gutachten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(43), pp.2861–2862.
60. Ratzel, R., Lippert, H.-D. & Germany, 2006. *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)* 6.Auflage.
61. Schmelz, H.U., Sparwasser, C. & Weidner, W., 2010. *Facharztwissen Urologie : differenzierte Diagnostik und Therapie*, 3.Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
62. Shepperd, S. et al., 2013. Discharge planning from hospital to home. In S. Shepperd, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, p. CD000313. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440778> [Accessed August 8, 2017].
63. Spehar, A.M. et al., 2005. *Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home*, Agency for Healthcare Research and Quality (US). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249797> [Accessed July 24, 2017].



64. Stacey, D. et al., 2014. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. D. Stacey, ed., Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001431.pub4> [Accessed March 19, 2017].
65. Statistisches Bundesamt 2016. *19,2 Millionen Patienten 2015 stationär im Krankenhaus behandelt*, Pressemitteilung vom 16. August 2016 – 283/1666. Stewart, M. & Brown, J.B., 2001. *Evidence-based patient choice: inevitable or impossible*, Michigan: Oxford University Press.
67. Swee, D., 1983. *Fundamentals of Family Medicine*, R. Taylor, ed. , New York, Heidelberg, Berlin: Springer Verlag.
68. Taxis, K., 2002. Arzneimittelversorgung ohne Lücken. *Pharmazeutische Zeitung online*. Available at: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=24444> [Accessed July 24, 2017].
69. Wiechmann, M., 2013. *Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
70. Wiedenhöfer, D., 2010. *Entlassungsmanagement : Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren* D. Wiedenhöfer et al., eds., Mannheim: Huber.
71. Wilm, S. et al., 2004. Wann Unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (80), pp.53-57
72. Wingenfeld, K., 2005. *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*, Bern: Verlag Hans Gruber.
73. Wingenfeld, K., 2011. *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

## 8. Danksagung

*Mein größter Dank gilt meinem Doktorvater, Betreuer und Mentor, Herrn Prof. Dr. Johannes Jäger. Vielen Dank für die permanente Unterstützung, für die viele Zeit, die Sie sich für mich und meine Arbeit genommen haben und für stetigen Rückhalt und Ratschläge, wenn sich neue Hürden aufgetan haben. Danke für die stets offene Tür und schnellen Rückmeldungen bei Fragen und Problemen. Vielen Dank für das Vermitteln der Wichtigkeit der Allgemeinmedizin und dass der Patient im Mittelpunkt jedes ärztlichen Schaffens steht.*

*Ein mindestens ebenso großer Dank gebührt allen Patienten und Patientinnen, die im Rahmen meiner Doktorarbeit an den Umfragen teilgenommen haben, insbesondere den Patienten, die mir für die persönlichen Interviews Frage und Antwort standen. Ich wünsche jedem einzelnen von ihnen nur das Beste auf dem Weg der Genesung.*

*Selbstverständlich bedanke Ich mich auch bei den Hausärzten und Hausärztinnen, die sich die Mühe machten, trotz des stressigen Praxisalltags an meiner Umfrage teilzunehmen.*

*Ich danke meinen Freunden und Leidensgenossen für das stetige antreiben. Allen voran Sprolli für seine überraschend guten Korrekturen und Anmerkungen. Du wirst deinen Weg schon gehen!*

*Ich wünsche euch auf eurem Weg in die Zukunft alles Gute.*

*Ich widme diese Arbeit meinem Vater, der im März 2014 nach langer Krankheit verstorben ist. Ich vermisse dich.*

### **Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 4**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich geholfen:

1. *Prof. Dr. Johannes Jäger*: Themenbereitstellung, Patientenkontakt, Ressourcen, Auswertungen, Korrekturen im Rahmen der Betreuung als Doktorvater
2. *Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Medizinische Informatik* (Universität des Saarlandes): statistische Beratung, Fragebogenkonzeption

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater/innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Vor Aufnahme der vorstehenden Versicherung an Eides Statt wurde ich über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt.

Stefan Rafael Speicher, *Hamburg*, 20.02.2018