

Aus der Klinik für Allgemeine-, Viszeral-, Transplantations-,

Gefäß- und Thoraxchirurgie

Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K.-W. Jauch)

Untersuchung des Einflusses eines Patientenbriefes auf Zufriedenheit,
Informationsstand und Auswirkungen in der Patientennachsorge
am Klinikum Großhadern

**Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Nina Andrea Kristen

aus Wasserburg / Inn

2012

Mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Martin Fischer
Prof. Dr. Christian Folwaczny

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 31.10.2012

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. EINLEITUNG	15
2.1. Definitionen	15
2.1.1 Compliance	15
2.1.2 Adhärenz	16
2.1.3 Zufriedenheit	17
2.2. Allgemeine Entwicklung	18
2.3. Der Patientenbrief –Theoretischer Hintergrund	24
2.4. Bisheriger Kenntnisstand	26
2.4.1. Gesetzliche Basis und rechtliche Grundsätze	26
2.4.2. Informationszugänge	28
2.4.3. QM- Voraussetzungen QM Modelle Zertifizierungsverfahren	29
3. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	31
3.1. Literaturübersichten	32
4. PATIENTEN UND METHODIK	36
4.1. Studiendesign und Durchführung	36
4.2. Patienten	37
4.3. Fragebögen	37
4.3.1. Erstellung des Fragebogens	39
4.3.2. Inhalt der Patienten- Fragebögen	40
4.3.3. Inhalt der Hausärzte-Fragebögen	42
4.3.4. Klinikärzte	42
4.4. Patientenbrief- Praktische Umsetzung	43
4.5. Rekrutierung der Patienten und Vorgehensweise	45
4.6. Beschreibung der angewandten statistischen Methoden	47

5. ERGEBNISSE	49
5.1. Patientengut	49
5.1.1 Patientenalter	49
5.1.2 Familienstand	51
5.1.3 Wohnort	52
5.1.4 Versichertenstatus	53
5.1.5 Teilnahme an bisherigen Klinischen Studien	55
5.1.6 Station und Fachrichtung	55
5.1.7 Liegedauer	56
5.1.8 Tumorerkrankungen	57
5.1.9 Operation	59
5.1.10 Generelle Zufriedenheit (Informationspolitik)	62
5.1.11 Stellenwert der Information	64
5.1.12 Informationsbereich Therapie / Operation	65
5.1.13 Zufriedenheit mit Nachsorgeinformation und Stellenwert	66
5.1.14 Informationen für poststationären Abschnitt	67
5.1.15 Informationen für Alltag	68
5.1.16 Information zur Medikation	70
5.1.17 Zufriedenheit mit Verständlichkeit	71
5.1.18 Einschätzung Zeitkontingent	72
5.1.19 Spezielle Auswirkungen des Patientenbriefs	73
5.2. Ergebnisse Hausärzte	74
5.2.1. Zufriedenheit mit Informationsbereitstellung	75
5.2.2. Informationsbereitstellung Klinikgeschehen	76
5.2.3. Einschätzung des Patientenwissens	76
5.2.4. Erleichterung in der Nachsorge durch Mehrwissen	78
5.2.5. Entlastung in der Nachsorge	78
5.2.6. Auswirkungen auf Therapieerfolg	80
5.2.7. Zeitpunkt Aushändigung des Patientenbriefes	81
5.2.8. Einfluss auf Adhärenz	82
5.2.9. Einfluss auf Zeitaufwand	82
5.2.10. Verbesserung	83
5.2.11. Kommentare Ärzte Phase 1	84
5.2.12. Kommentare Ärzte Phase 2	84

5.3.	Ergebnisse Klinikärzte	85
5.3.1.	Zufriedenheit mit bestehendem Informationssystem	86
5.3.2.	Patientenbrief als Unterstützung für Entlassungsgespräch	87
5.3.3.	Patientenbrief als Erleichterung für Arztbrief	89
5.3.4.	Zeit-Nutzen- Abwägung	90
5.3.5.	Wissen und Nachsorgeerleichterung	92
5.3.6.	Arbeitserleichterung für Arzt in der Nachsorge	94
5.3.7.	Auswirkungen des Patientenbriefes auf Therapieerfolg	94
5.3.8.	Verbesserung der Adhärenz	95
5.3.9.	Kommentare der Stationsärzte	96
6.	DISKUSSION	97
6.1.	Interpretation der Ergebnisse anhand der gestellten Fragen	97
6.2.	Diskussion weiterer aufgestellter Hypothesen	105
6.3.	Diskussion der Methodik	108
7.	VERZEICHNISSE	113
7.1.	Literaturverzeichnis	113
7.2.	Tabellenverzeichnis	120
7.3.	Abbildungsverzeichnis	121
8.	ANHANG	123
8.1.	Fragebogen Patienten Phase 1	123
8.2.	Fragebogen Patienten Phase 2	125
8.3.	Fragebogen Hausarzt Gruppe 1	128
8.4.	Fragebogen Hausarzt Gruppe 2	129
8.5.	Patientenbrief	131
8.6.	Stationsärzte	133

9. DANKSAGUNG	135
10. LEBENSLAUF	136

1. Zusammenfassung

Patientenzufriedenheit als Beurteilungsschwerpunkt der Krankenhausqualität gewinnt zunehmend an Bedeutung. Nicht zuletzt durch die der Gesundheitsreform folgenden Veränderungen (z.B. Einführung der Fallpauschale, Verkürzung der Liegezeiten) steigt die Relevanz der Patientenzufriedenheit, wie schon Buchester 2000 festgestellt hat [1], an. Der in dieser Studie entwickelte und eingesetzte Fragebogen zielt auf die Erfassung dieser subjektiven Komponente ab, v.a. in Bezug auf den Einsatz des neuen Mediums „Patientenbrief“.

Im Zuge der Änderungen im Gesundheitssystem - wie beispielsweise Zertifizierungen und Optimierung durch qualitätssichernde Maßnahmen - sind Schritte zur Überprüfung eben dieser Faktoren nötig. Sie dienen einerseits dazu, den permanent steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu begegnen und sie lassen sich andererseits als Werkzeug zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der damit verbundenen Adhärenz einsetzen. Die Einführung eines Patientenbriefes am Klinikum Großhadern scheint diesbezüglich ein praktikabler und viel versprechender Schritt zu sein.

Aus diesem Grund wurde in der Zeit von September 2009 bis Dezember 2010 in der chirurgischen Klinik Großhadern eine Pilotstudie durchgeführt, anhand derer untersucht wird, ob die Einführung eines Patientenbriefes ein wirksames Mittel im Rahmen des Entlassungsprozess sein kann und ggf. nach klarer Hypothesengenerierung resultierenden Mehraufwand zu eruieren.

Insgesamt nahmen 223 Patienten an der Studie teil. Kurz vor ihrer Entlassung erhielten 110 Patienten¹, die keinen Patientenbrief (Phase1) und 113 Patienten, die einen Patientenbrief (Phase2) bekommen haben, einen Fragebogen mit 15 bzw. 21 Items zusätzlich zur Erhebung der Sozialdaten für die Messung ihres Informationsstandes und Ihrer Zufriedenheit. Diesen sollten sie in Selbstbeurteilung ausfüllen. Um ein schlüssiges Bild zu erhalten, wurden nicht nur die Patienten in den einzelnen Phasen befragt, sondern zudem auch die behandelnden Ärzte auf Station sowie die nachsorgenden Ärzte aus der poststationären Phase, in diesem Fall überwiegend Hausärzte bzw. Ärzte der häufig sich anschließenden Rehabilitation.

Allgemein lässt sich erkennen, dass in Phase 1 bezüglich des Zufriedenheitsgrades schon ein sehr hohes Niveau erreicht ist, was auf eine gute Organisation und guten Patientenumgang bereits vor Einführung des Patientbriefes hinweist. Bezüglich des Informationsgrades lässt sich Folgendes erkennen: Generell gaben die Patienten an, dass die angebotenen Informationen in den einzelnen Teilbereichen (z.B. Medikation, poststationäres Verhalten, Therapiemaßnahmen) zufriedenstellend waren. Wichtiger jedoch erschien die Tatsache, dass die bereit gestellten Informationen auch tatsächlich den Bedürfnissen der Patienten entsprochen haben. Dieser Aspekt konnte eindrücklich immer mit der Kontrollfrage zur Gewichtung des jeweiligen Themenbereiches überprüft werden. Hier scheint sich bereits vor Einführung des Patientenbriefes am Klinikum eine sehr patientenfreundliche und praktikable Informationspolitik im Entlassungsbereich etabliert zu haben. Themen werden bedarfsgerecht an den Patienten weitergereicht.

Auf Patientenseite konnte nur in wenigen Teilbereichen eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe erzielt werden. Die Unterschiede in den einzelnen Items waren insgesamt jedoch meist gering. Es zeichnete sich aber ein Trend

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet, mit Patienten sind auch Patientinnen, mit Ärzten auch Ärztinnen usw. gemeint

ab, bei welchem die Interventionsgruppe in der Betrachtung der generellen Zufriedenheit vor der Kontrollgruppe lag. So beantworteten die Patienten der Interventionsgruppe die Fragen gepoolter im Bewertungskriterium „sehr“. Auch überwog meistens die Zahl der Patienten in der Kombinationsbetrachtung der Kriterien „sehr“ und „etwas“ im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Im Bereich der Gewichtung der Informationsbereitstellung zum Thema „Verhalten im Alltag“ waren fast drei Viertel der Patienten der Interventionsgruppe - im Vergleich zu 60 % in der Kontrollgruppe - zufrieden ($p=0,035$), so dass hier eine statistische Signifikanz in der Patientengruppe mit Brief erzielt werden konnte.

Der Haupteffekt der getesteten Maßnahme ist jedoch im Zweig der nachsorgenden Ärzte zu detektieren. Diesen Ergebnissen kommt deshalb unserer Meinung nach eine große Bedeutung zu, auch wenn sich der Rücklauf der Hausärzte bei nur knapp einem Drittel befand. Hauptargument für diese Gewichtung ist die Tatsache, dass der nachsorgende Arzt den Patientenbrief sehr objektiv bewerten konnte, da er unmittelbar die Auswirkungen am Patienten erfuhr, ohne mit dem Patientenbrief betraut worden zu sein. So gaben 75% der Folgebehandler an, dass sie mit den zur Verfügung gestellten Informationen sehr zufrieden waren ($p=0,046$). Ebenfalls zwei Drittel der nachsorgenden Ärzte aus Phase 2 beurteilten die Informationen zu den Vorkommnissen und den erfolgten Therapieschritten ihres Patienten mit „sehr gut“ und übertrafen damit die Kontrollgruppe um fast 40% ($p=0,006$). Ein deutlicher Trend ergab sich auch im Bereich der Einschätzung der Ärzte hinsichtlich des Wissenstandes ihres Patienten, so dass 74,2% der Nachbehandler hier einen Vorsprung verzeichnetet ($p=0,072$). Zudem waren diese Ärzte in etwa im selben Umfang (72,2%; $p=0,014$) der Auffassung, dass durch den Wissensvorsprung eine Erleichterung in der Nachsorge entsteht.

In nachfolgender Tabelle sind die Ergebnisse der Pilotstudie zusammengefasst:

	Mit Patientenbrief	Ohne Patienten- brief
Patientenphase		
Teilnehmer an klinischer Studie	=	
Wissensstand über eigene Erkrankung	=	
Generelle Zufriedenheit	+(Trend)	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Therapieinformation	=	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Nachsorgeinformation	=	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Verhaltensinformation poststationär	=	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Alltagsinformation	=	
Stellenwert	+(sign.)	
Zufriedenheit: Medikationsinformation	=	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Informationsverständlichkeit	=	
Stellenwert	=	
Zufriedenheit: Verfügbares Zeitkontingent	=	

Hausarztphase			
Hausarzt: Zufriedenheit mit Information	+(sign.)		
Hausarzt: Information zum Klinikgeschehen	+(sign.)		
Hausarzt: Einschätzung Patientenwissen	+(Trend)		
Hausarzt: Nachsorgeerleichterung (Patientenaspekt)		=	
Hausarzt: eigene Entlastung	+(Trend)		
Hausarzt: Einschätzung Therapieerfolg		=	
Stationsarztphase			
Stationsarzt: Einschätzung Patientenwissen	93,3%	Pos. Effekt anzunehmen	
Stationsarzt: Erleichterter Umgang in Nachsorge	73,3%	Pos. Effekt anzunehmen	
Stationsarzt: Erleichterung für Folgebehandler	53,9%	Kein Trend auszumachen	
Stationsarzt: Einschätzung Adhärenzverbesserung	53,8%	Kein Trend auszumachen	

Allgemeine Daten			
Alter	jünger	<	Durchschnitt
Wohnort	Stadt	<	Land
Versicherung	Zusatz<	privat<	gesetzlich
Prognose	benigne	<	maligne
Liegedauer	kurz/lang	<	Durchschnitt
Wissen	genau	=	ungenau

Tabelle 1:Vergleichende Übersicht der Studienergebnisse

Erläuterung zur Tabelle 1	
+ (Trend)	Im Vergleich zeichnet sich ein Trend zwischen den Gruppen ab
+ (sign.)	Statistisch signifikanter Vorteil ersichtlich
> / <	Vor- bzw. Nachteil in der untersuchten Kategorie
=	Kein Unterschied auszumachen

Tabelle 2: Erläuterung zu Tabelle 1

Ob und in welcher Form der Patientenbrief künftig im Klinikum Verwendung finden wird, muss nach den Ergebnissen dieser Studie überdacht werden. Zudem muss noch stärker auf die praktische Umsetzung im Klinikalltag geachtet werden, damit ein derartiges Projekt zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit im Rahmen qualitätsverbessernder Maßnahmen nicht zu Lasten der Mitarbeiterzufriedenheit geht. Diese Modifikation sollte Hand in Hand mit dem ärztlichen Personal gestaltet werden, da anders als beispielsweise in den USA, die Hauptarbeit der Entlassung auf ärztlicher und nicht auf pflegedienstlicher Seite zu tragen kommt.

Langfristig wäre sicherlich zu untersuchen, ob durch die verbesserte Adhärenz, die sich in dieser Pilotstudie hauptsächlich auf eine Einschätzung stützt, eine nachhaltige Kostenreduktion im Gesundheitswesen erzielt werden könnte. Diese ließe sich sicherlich am eindrucklichsten durch eine rückläufige Wiederaufnahme, bzw. fehlende erneute Klinikeinweisung auf Grund von Therapierückschlägen erfassen.

Dies erfordert aber länger angelegte und umfangreichere Studien in der Zukunft.

2. Einleitung

2.1 Definitionen

In den folgenden Ausführungen wird immer wieder auf die Bereitschaft des Patienten eingegangen, den Behandlungsablauf positiv zu beeinflussen. Hierfür wurde lange Zeit der Begriff der so genannten Compliance verwendet. Heute wird dieser Begriff zunehmend verdrängt und durch den Begriff der Adhärenz ersetzt, bzw. erweitert. Ich möchte daher kurz einige Definitionen zu beiden Begriffen anführen, um den Grund für den Wandel sowie die damit verbundenen Auswirkungen darstellen zu können.

2.1.1 *Compliance*

- Compliance beinhaltet die Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, z.B. Zuverlässigkeit, mit welcher therapeutische Anweisungen befolgt werden, sog. Verordnungstreue.[2]
- Compliance als Ausmaß, in welchem der Patient eine therapeutische Empfehlung – nicht nur in Bezug auf eine medikamentöse Behandlung – befolgt. Hierbei handelt es um das persönliche Verhalten eines Patienten, zu dem er sich aufgrund seiner Erfahrung, seiner Erwartung sowie seiner persönlichen Einschätzungen und Überzeugungen bewusst entscheidet [3].
- Compliance beschreibt die Therapietreue des Patienten hinsichtlich des Befolgens ärztlicher Vorschläge und Anordnungen während des Krankheits-

verlaufes. Sie gilt als Maß für die Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. Der Begriff der Compliance spiegelt dabei ein asymmetrisches Arzt-Patienten-Verhältnis wieder, in dem unidirektional Vorgaben vom Arzt an den Patienten gerichtet werden können. Das Mitwirkungsrecht des Patienten ist eingeschränkt und bei fehlender Therapietreue kann die Schuld einseitig beim Patienten gesucht werden.[4]

2.1.2 Adhärenz

- Der englische Begriff „adherence“ beschreibt den Grad, in dem das Verhalten einer Person – z.B. bei Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät und / oder Änderungen von Lebensgewohnheiten – mit abgesprochenen Empfehlungen der Gesundheitsexperten korrespondiert.[5]
- Adhärenz oder der englische Begriff „Adherence“ (Festhalten, Befolgen) bezeichnet die Einhaltung der von Patient und Arzt beziehungsweise Behandlungsteam gemeinsam gesetzten Therapieziele. Dabei bezieht sich dieser Begriff nicht nur auf Medikamente, sondern auch auf andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie Sportprogramme, Essenspläne oder der Umgang mit Frühwarnzeichen.[6]

Hier ist insgesamt festzustellen, dass sich aus der Einseitigkeit der Verordnung seitens des Arztes und zusätzlich der alleinigen erfüllenden Pflicht des Patienten zur erfolgreichen Therapie (Dimension der Compliance), vielmehr ein ambivalentes gegenseitiges Konstrukt ergeben hat. Dieses baut auf Wechselbeziehungen, Rückkoppelungsmechanismen und Sicherungsebenen auf, um einen möglichst hohen Therapieerfolg gewährleisten zu können und damit einen

langfristigen Genesungsprozess für den Patienten zu erzielen (Dimension der Adhärenz), wobei der gemeinsame Einsatz von Arzt und Patient im Vordergrund steht [6]. Der Patient avanciert vom passiven Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen zum „Koproduzenten“ der Maßnahmen zur Wiedererlangung oder Erhaltung von Gesundheit (s. Sängler S. 17 [7]).

2.1.3 Zufriedenheit

Zudem wird als zentrales Thema in dieser Arbeit stetig das Wort Zufriedenheit bzw. Patientenzufriedenheit gebraucht. Hierfür sollen nachstehende Definitionen helfen, Ausmaß und Umfang dieses Begriffes leichter zu erfassen:

- Patientenzufriedenheit stellt einen wichtigen Ergebnisparameter in der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung dar. Dabei ist offen, ob Patientenzufriedenheit als eigenständige Dimension einer Qualitätsbeurteilung durch die Patienten interpretiert werden kann oder als Teilaspekt von allgemeiner Lebenszufriedenheit und von Wohlbefinden zu verstehen ist.[8]
- Patientenzufriedenheit ist ein unmittelbar messbarer Parameter der kurzfristigen Ergebnisqualität von medizinischer Versorgung [9].
- Patientenzufriedenheit stellt eine Kennzeichnung der sozialen Qualität der medizinischen Betreuung dar. Hierbei hängt die Zufriedenheit im Wesentlichen von der ärztlichen Fähigkeit ab, mit dem Patienten zu kommunizieren, vor allem, ihn über die Entstehung und den Verlauf seiner Krankheit zu unterrichten und in die Therapie mit einzubeziehen.[10]

Neugebauer betont hier auch, dass die Zufriedenheit eng mit Compliance und Akzeptanz verknüpft sind.

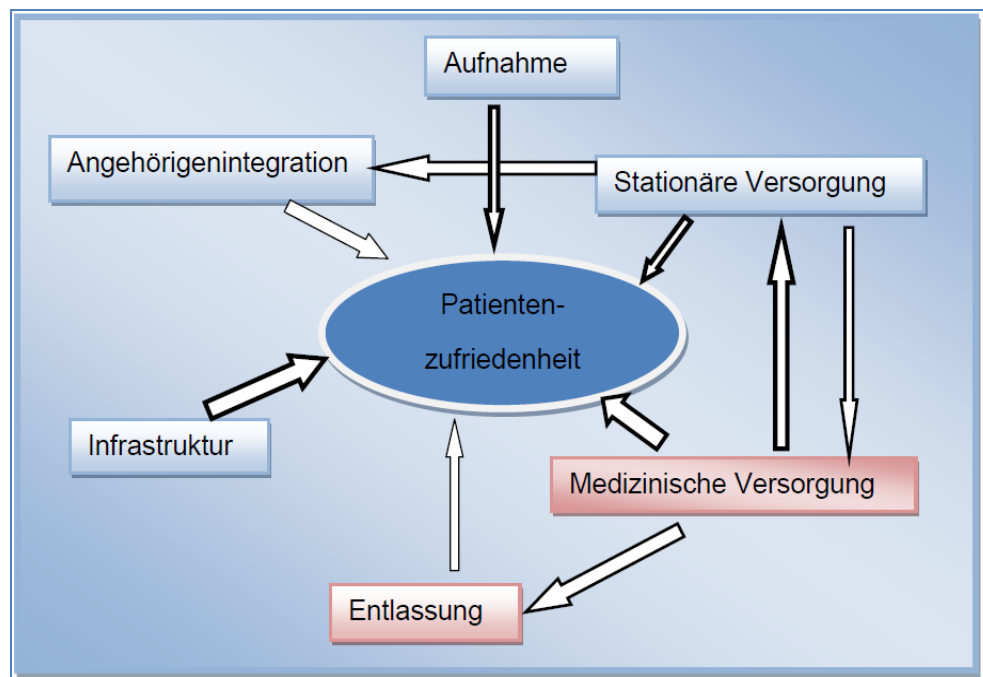


Abbildung 1: Verschiedene Einflussfaktoren im Bezug auf die Patientenzufriedenheit nach Zinn [11]

2.2 Allgemeine Entwicklung

Abläufe im Krankenhaus zu optimieren, um einerseits neben einem verkürzten Aufenthalt, Kostenreduktion und hohe Qualität zu gewährleisten, hat zusehends immer stärker auch den Faktor der Sicherstellung eines zufriedenen Patienten zum Ziel.

Gerade seit Einführung der Fallpauschalen in Deutschland 2003 konnte ein eindeutiger Trend nachgewiesen werden, nämlich, dass hierzulande Patienten in den letzten Jahren immer kürzer in stationären Aufenthalten verweilen (cf. Tab. 3 und Abb. 2).

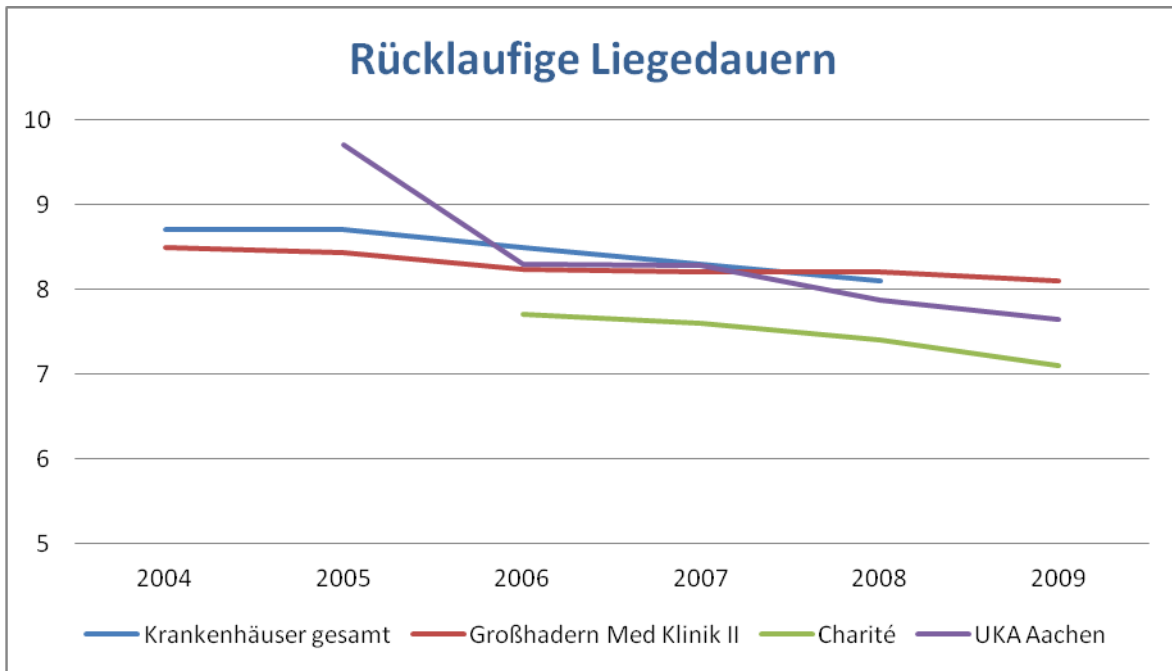


Abbildung 2: Rückläufige Liegedauer in verschiedenen deutschen Krankenhäusern (in Tagen)

Klinikum	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Krankenhäuser gesamt	8,7	8,7	8,5	8,3	8,1	k.A.
Großhadern Med. Klinik II (München)	8,50	8,43	8,24	8,2	8,2	8,1
Charité (Berlin)	k.A.	k.A.	7,7	7,6	7,4	7,1
UKA Aachen	k.A.	9,7	8,3	8,28	7,87	7,64

Tabelle 3: Durchschnittliche Liegedauer in Tagen - Quelle: Jahresbericht[12-19]

Schrumpfende Verweildauern in Kliniken bei bleibender oder steigender Qualität [20], werden immer häufiger auf der Tagesordnung stehen. Natürlich kann angeführt werden, dass positive Entwicklungen in Operationstechniken, (z.B. bei Karaktakt-Operationen am Klinikum Großhadern eine Verkürzung von 4,9 auf 1,2 Tage, d.h. eine Verkürzung auf ein ¼! [20]), medizinisches Equipment und Forschung sowie neue Therapiekonzepte dazu geführt haben, dass kürzere Aufenthalte möglich geworden sind. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass gerade

durch diese rasche Behandlung und durch modernste Konzepte nicht zwangsläufig der Patient selbst in eben der selben rasanten Entwicklung adaptieren und sich auf neue Umstände einstellen kann ([21],[22]) und daher zwingend eine zusätzliche Informationsmöglichkeit für den Patienten geschaffen werden muss [23]. Es ist zudem noch zu bedenken, dass im Zuge der prognostizierten Altersentwicklung in Deutschland es zusehends zu der Problematik kommen kann, dass modernste Techniken auf der einen Seite möglicherweise in der Auffassungsgabe oder Umstellung langsamere Patienten, Multimorbidität und höhere Allgemeinrisiken, die einen erhöhten Betreuungsaufwand nötig machen, auf der anderen Seite gegenüberstehen [24].

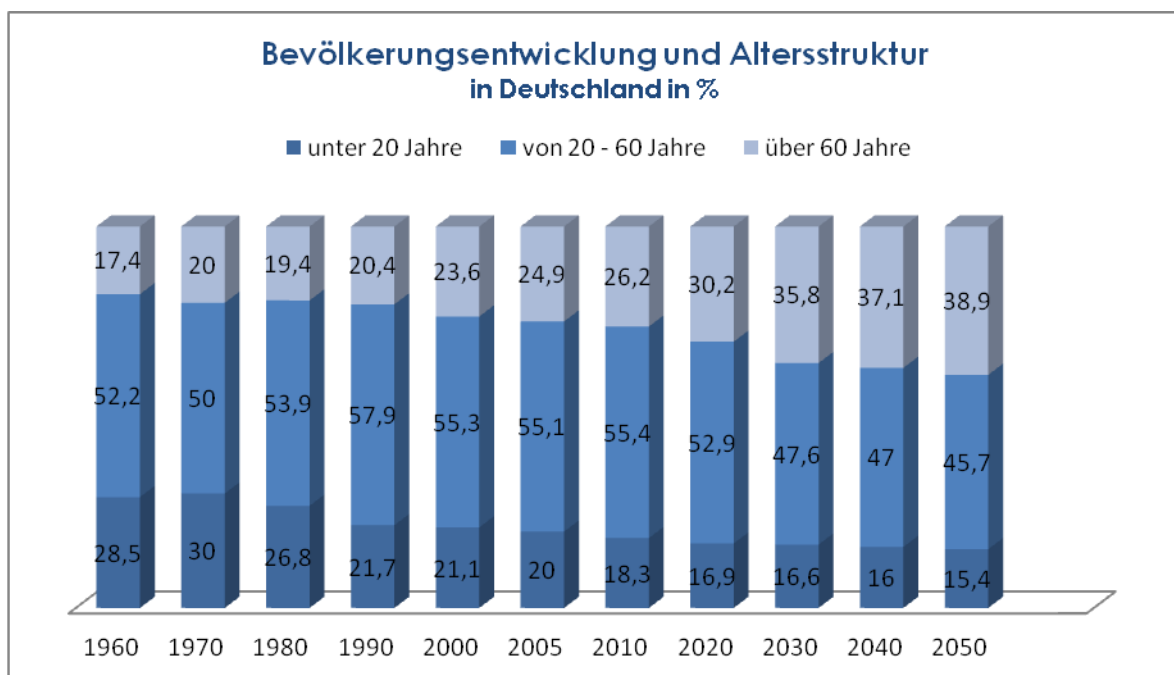


Abbildung 3: Nach Statistischem Bundesamt - Bevölkerung in Deutschland bis 2050 - Stand 2007[25]

Diesen Spagat gilt es in der Zukunft zu meistern.

Die Tatsache, dass Patientenzufriedenheit positiv mit Gesundheitseffekten korreliert, ist seit längerem bekannt [26]. Hauptfaktor hierfür ist wohl die Bereitschaft

des Patienten, Behandlungspläne zu befolgen, um grundsätzlich ein besseres gesundheitliches Befinden zu erzielen, was letztendlich zu einem besseren Behandlungsverlauf führt [26].

Doch nicht nur bei den Patienten können positive Effekte durch Zufriedenheit erlangt werden, sondern schlussendlich auch auf Seiten der Klinik, was auch im Bereich Versorgungsqualität, Ökonomie und Zufriedenheit bei der Behandlerchaft mündet [26]. So dass sich hier der Kreis schließt und die Patientenzufriedenheit vermehrt vom Randaspekt in zentralere Gefilde gerückt wird, also die so genannte Patientenzentrierung im Vordergrund steht.[27]

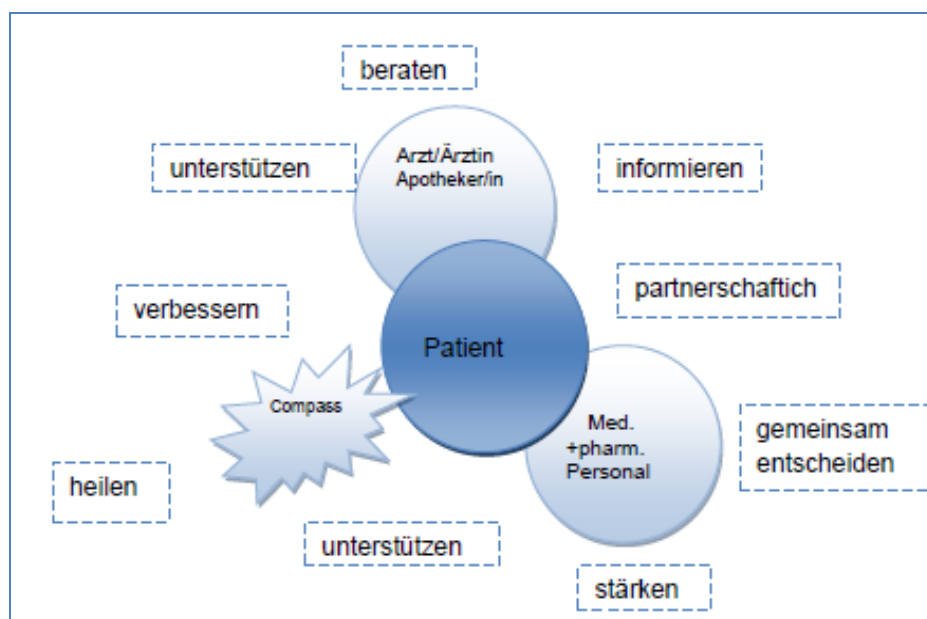


Abbildung 4: Complianceassistenten nach Amelung [16]

Hinsichtlich der Kosten geht man davon aus, dass durch zufriedenerere Patienten und damit auch durch Patienten mit höherer Adhärenz eine Kostenreduktion möglich ist. Daraus resultiert schätzungsweise ein Betrag von einer bis fünf Milliarden Euro [28]. Andere Quellen sprechen sogar davon, dass ca. 15 bis 20 Milliarden

Euro pro Jahr eingespart werden können. Diese ergeben sich hauptsächlich aus der Verminderung von Folgekosten, welche auf Grund mangelnder Therapietreue entstehen ([29],[30],[31]). Interessant wird dieser Aspekt vor allem dann, wenn man bedenkt, dass Deutschland zwar in medizinisch-technischer Hinsicht ein hoch effizientes Gesundheitssystem aufweist, dies jedoch nicht für den Bereich der Kosteneffizienz gilt [32].

Laut Amelung würden sich mögliche Einsparungen auf ca. eine Milliarde belaufen, wobei hier nur der Anteil der direkten Compliance betrachtet wird, also der Kosten, die durch Krankenhausaufenthalte, Notarzteinsätze oder auch weggeworfener Medikamente entstehen. Indirekte Kostenquellen wie Krankschreibungen oder Ähnliches würden außer Acht gelassen [27, 33, 34].

Betrachtet man nun oben genannte Aspekte, so wird deutlich, welches Ziel zunehmend im medizinischen Bereich hinsichtlich des Patienten erstrebt bzw. verfolgt werden sollte. Ob es nun der „aufgeklärte und geschulte Patient (ist), der aktiv Unterstützung sucht, sich an Therapieumsetzung maßgeblich beteiligt und damit zu einem nachhaltigen Therapieerfolg beiträgt.“[35]

Oder wie es Winkelmann formuliert: „Ein informierter Patient kann eine fundierte Entscheidung treffen. Wenn er aufgrund von Informationen Einfluss auf seine Behandlung und Therapie nimmt, ist die Akzeptanz und somit der Erfolg der Therapie größer, was eine schnellere Genesung und oder vielleicht auch einen besseren Therapieerfolg ausmachen kann und somit dem Leistungsträger in Form von niedrigeren Behandlungs- und Arzneykosten zugutekommt.“[36] Auch Philipsen führt aus, dass Information und Aufklärung schlussendlich zu einer aktiven Teilnahme im Therapieablauf und zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen [37].

Ähnlich sieht es Säger 2004: „Patienten sind aus heutiger Sichtweise nicht mehr nur passive Empfänger von Gesundheitsleistungen, sondern werden als Koproduzenten ihrer Gesundheit angesehen.“ Dabei wird die Möglichkeit zur aktiven

Beteiligung am individuellen Behandlungsprozess angestrebt, wobei die Basis hierfür eine sorgfältige Information darstellt [7].

Bei all diesen Überlegungen zeigt sich, dass für den zufriedenen Patienten mit adäquater Adhärenz ein wesentlicher Grundbaustein gelegt werden muss, nämlich angemessene, für den Patienten verständliche Information. Diese wiederum hat im Umkehrschluss deutlichen Einfluss auf die erwünschte Patientenzufriedenheit.[38]

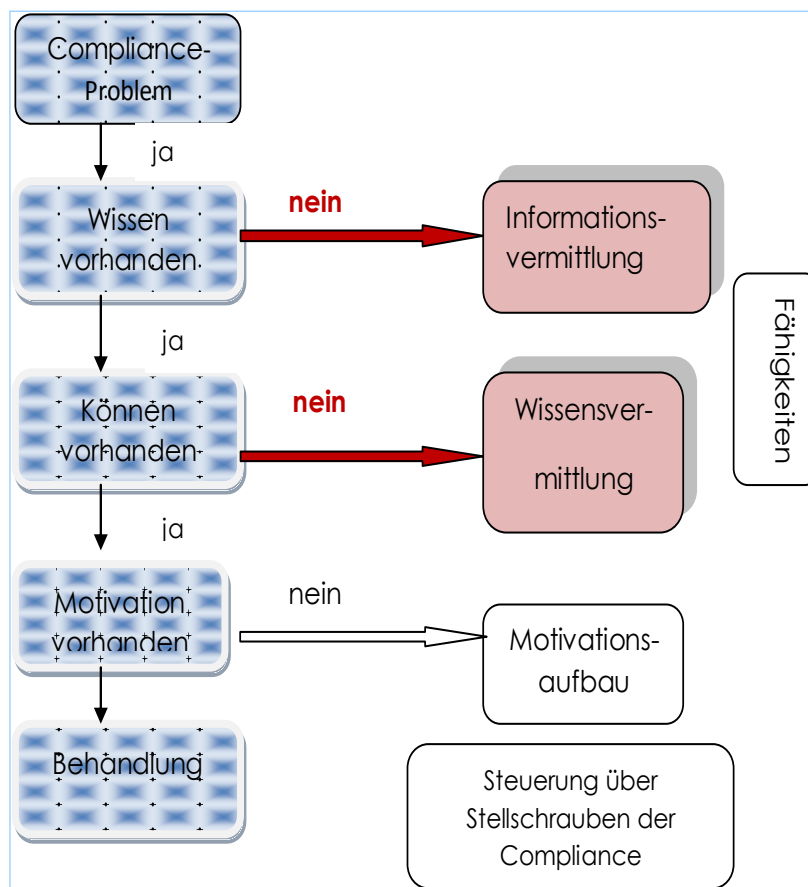


Abbildung 5: Handlungsempfehlungen bei Compliance - Problemen nach Kreyher [27]

2.3 Der Patientenbrief –Theoretischer Hintergrund

Dass Information und Beratung nicht nur „Service-Aspekte“ ärztlicher Leistungen sind (cf. Bantle, F. [39]), welche die Patienten-Zufriedenheit beeinflussen, sondern darüber hinaus erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung haben, darauf hat auch der Sachverständigenrat aufmerksam gemacht: „ Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmtem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können. Informierte Patienten sind nicht nur zufriedener, sie sind auch kooperativer. Der „informierte Patient“ wird bislang unzureichend als eine wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitswesen erkannt. Noch investiert das Gesundheitssystem beinahe ausschließlich in Experten und ihre technische Ausstattung und nur selten direkt in die Versicherten oder Patienten“ [40]. Entwicklungen zur Etablierung einer „continuity of care“ zeugen zudem auch von dem Bestreben engste Zusammenarbeit im Informationssektor zu erreichen, um eine optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten (cf. Gulliford 2006 [41]).

Auch der Wunsch des Patienten an sich, selbst aktiv und informiert am Therapieprozess teilnehmen zu können, unterstreicht den Bedarf einer Umstrukturierung des Entlassungsprozesses [42]. Dem Patienten soll mit Hilfe adäquater Information die Möglichkeit geschaffen werden, als mündiger, selbstverantwortlicher Teilnehmer an seinem Genesungsprozess mitzuwirken [43].

Was stellen nun die Argumente für die Einführung eines Patientbriefes dar? Zunächst ist ein grundlegender Aspekt zu nennen. Durch den patientenadäquaten Brief entsteht ein Medium an Mehrinformation [44], diese ist die Basis, auf welche

nachstehende Konsequenzen aufbauen. Oben genannte aufgeklärte, geschulte Patienten haben höhere Chancen auf einen Therapieerfolg ([27], [45]).

Seitens des Klinikalltags können durch die Mehrinformation Doppeluntersuchungen verhindert werden. So wird der Patient weniger geneigt sein, erneut eine medizinische Einrichtung aufsuchen zu müssen, da durch den Patientenbrief eine kritische Phase umgangen wird, nämlich die Schnittstellenproblematik beim Übergang zwischen dem stationären und dem poststationären Bereich [46-48]. Kritisch deswegen, da vielen Patienten bei ihrer Entlassung die Tragweite der Folgen und eventuell durch den Aufenthalt bzw. durch die Erkrankung nötig gewordenen Verhaltensänderungen noch nicht im Bewusstsein verankert sind. Das heißt, dass sich der Patient noch nicht genau im Klaren darüber ist, was für ihn wesentlich von Bedeutung ist, bzw. was vor der Entlassung an Information nötig ist [49, 50] und daher gegebenenfalls keine unterstützende umfangreichere Information einfordert. Die Sinnhaftigkeit der Verwendung eines Patientenbriefes ist wissenschaftlich belegt. Die Vorteile liegen im Kostensektor ([44],[28],[45],[29]), auf Ebene der verbesserten Patientenzufriedenheit, oder aber auch durch die gesetzlichen Voraussetzungen im Rahmen von Gesundheitsreformen, die u.a. ausdrücklich mehr Patientennähe einfordern. Trotzdem liegt eine Realisierung im Alltag fern [51]. Holst gibt hierfür folgenden Grund an: „Unzureichende Patienteninformation ist auch hierzulande ein Problem. Die Gebührenordnung honorieren Bemühungen darum kaum adäquat.“[34]

2.4 Bisheriger Kenntnisstand

2.4.1 Gesetzliche Basis und rechtliche Grundsätze

Oft erscheint es, dass Maßnahmen, welche im Zuge diverser Zertifizierungsverfahren etabliert werden, einzelne Gesundheitsdienstleister besonders in den Vordergrund stellt, sie gegenüber anderen auszeichnet oder auch dass eben diese Maßnahmen als besonderen Bonus dem Patienten gegenüber ausgewiesen werden.

So rät beispielsweise das Deutsche Ärzteblatt: „[Diese Maßnahme] sollte regelmäßig geschehen und signalisieren, dass [man] ein kompetenter (Geschäfts-) Partner [ist], der Wert auf Service und auf eine persönliche Beziehung zu den Patienten legt.“[39] Über dieses stark marketingorientierte Handeln wird häufig übersehen, dass einige Bereiche klar vom Gesetzgeber gefordert werden.

Hier zu nennen wäre zum einen das bereits seit 1.1.1989 geltende Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz GRG §135 -139), wobei hier vor allem der §137, „in dem Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Medizin verbindlich vorgeschrieben worden sind.“[52] einen direkten Bezug auf die Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung nimmt. Zum anderen heißt es klar im SGB V §11, dass „Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche [haben]. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen“[53].

Auch im Nachbarland Österreich wird beispielsweise seit 2004 in den Änderungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes von 1987 gefordert, dass „ unverzüglich ein Patientenbrief anzufertigen [ist], der die für eine allfällige weitere medizini-

sche Betreuung maßgebende Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. [...] Bei Bedarf sind dem Patientenbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen.“ [54] (siehe auch Vitt et al. 2005 [55]).

Der Patient hat ein Recht auf adäquate Information, um rationale Entscheidungen zu treffen und zwar nicht nur vor und während der Behandlung, sondern auch im Anschluss daran. Dies soll den Patienten dazu befähigen, Verantwortung im Gesundheitssystem zu übernehmen (cf. Bürger S. 22ff) [56]. So werden z. B. im Klinikum Jena spezielle Handzettel mit detaillierter Auskunft über Krankheitsbilder, Diagnostikverfahren und Therapieabläufe den Patienten ausgehändigt, um den Informations- und Zufriedenheitsgrad in der Patientenschaft zu steigern [57].

Auch die Deklaration der WHO „Principles of the Rights of Patients in Europe 1994“ betont die Wichtigkeit und das Recht des Patienten auf Information und deren Zugänglichkeit (zitiert nach Bürger [40]).

So sollen Maßnahmen zur Optimierung des Kenntnisstandes der Patienten und der informierte Patient an und für sich letztendlich nicht nur Teil-Therapieziele oder Marketingsapekte sein, sondern als gesetzliche Forderung anzusehen sind, gleichsam wie zum Beispiel die Verankerung der medizinischen Vorsorgeleistungen im Sozialgesetzbuch V (cf. [58]), oder der informierte Arzt im Rahmen der Fortbildungspflicht von Ärzten (cf. Gaydoul S. 16 [59]). Allerdings ist hierbei zu beachten, dass Patienten bisher noch nicht im adäquaten Maß dazu befähigt sind sich aktiv im Gesundheitssystem einzubringen, selbst wenn sie Bereitschaft und Willen dafür zeigen. Daher ist u.a. die Informationsvermittlung eine wichtige Forderung zur Stärkung dieser Kompetenzen [7].

2.4.2. Informationszugänge

Gerade bei der Informationsbeschaffung ist es jedoch häufig für die Patienten schwierig, sich zu orientieren. Mittlerweile trifft der Informationssuchende hier bereits auf einen unüberschaubaren Markt an Informationen, deren Zuverlässigkeit und Praktikabilität in vielen Fällen kaum zu für den medizinischen Laien zu beurteilen ist [7]. Zusätzlich eröffnen sich vor allem durch das Medium Internet immer neue Dimensionen für den medizinischen Laien, Informationen über die eigene Erkrankung oder diesbezüglich notwendige Therapien zu erlangen. Foren, Selbsthilfegruppen oder auch Leitlinien verschiedenster medizinischer und wissenschaftlicher Gesellschaften (mittlerweile auch in einer dem Laien verständlichen Form) stehen zur Verfügung (cf Ziesche, A. S.33ff [24]). Kritisch jedoch ist zum einen die Tatsache zu sehen, dass diese Informationen oft sehr allgemein gehalten sind und nicht auf spezielle Umstände, die sich im individuellen Patientenfall, z.B. durch Komplikationen bei der Operation, verzögerte Wundheilung oder auch Multimorbidität ergeben, eingehen können und diese Wechselwirkungen nur im einzelnen, für den jeweiligen Patienten spezifisch, geklärt werden müssen. Darüber hinaus ist die Qualität der dargebotenen Informationen oft nicht gewährleistet, sofern diese nicht durch Fachkundige zur Verfügung gestellt oder unabhängig überprüft werden, z.B. durch das IQWiG² [60]. Diese Tatsache nämlich, dass es kein „qualitätsgesichertes, nationales Gesundheitsportal“ für Laien gibt, wird auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes kritisiert [61]. Diese Problematik kann durch den Patientenbrief behoben werden.

² Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

2.4.3 QM- Voraussetzungen, QM Modelle, Zertifizierungsverfahren

Betrachtet man das EFQM³- Excellence-Modell, so kann man erkennen, dass 20% einer positiven Qualitätsbilanz durch den Kunden - hier durch den Patienten - zu erzielen sind.

Keinem anderen der insgesamt 9 Beurteilungskriterien wird dieser Stellenwert zu teil.

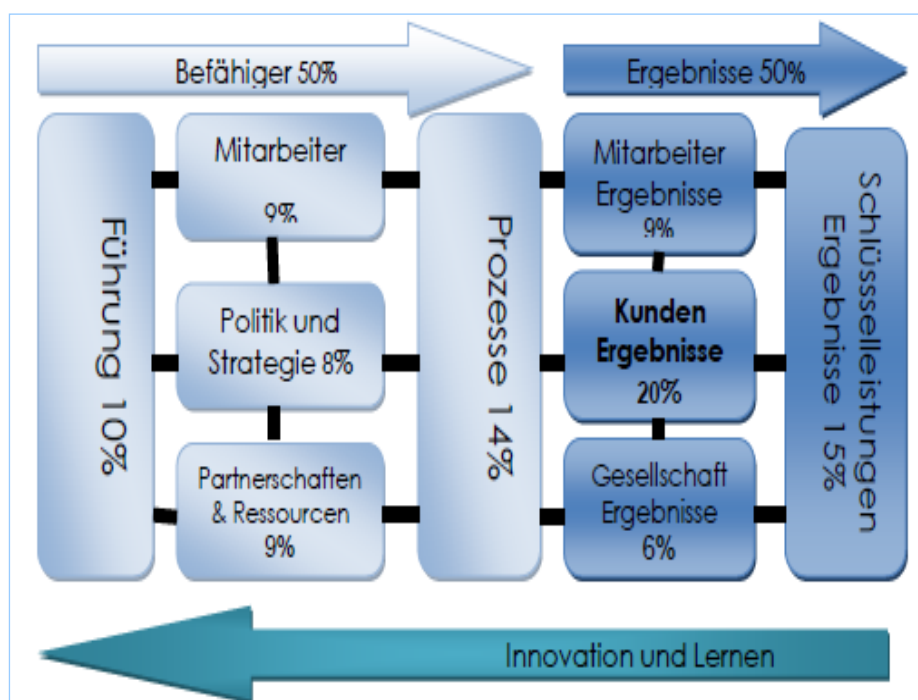


Abbildung 6: EFQM - Modell [45]

Unabhängig von einer externen Zertifizierung im Rahmen der Qualitätssicherung hat der Aspekt der Patientenzufriedenheit mehr und mehr an Bedeutung gewonnen, da hiermit für eine medizinische Einrichtung durch negatives und positives Feedback der Patienten Leistungssteigerungen und Verbesserungen erwirkt wer-

³ EFQM: European Foundation of Quality Management

den können [62]. Die Zufriedenheit ist nach DIN ISO 9001:2000 im Rahmen des Qualitätsmanagements folgendermaßen zu überprüfen: „Die Organisation muss die Informationen über die Wahrnehmung der Kunden in der Frage, ob die Organisation die Kundenanforderungen erfüllt hat, als eines der Maße für die Leistung des Qualitätsmanagementsystems überwachen.“ (zitiert nach Ilzarbe 2005 [63])

3. Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen dieser Studie traten nun folgende Fragen beziehungsweise Hypothesen auf:

- 1) Sind durch den Patientenbrief informierte Patienten zufriedener?
- 2) Ist es möglich, durch einen mit Patientenbrief informierten Patienten eine Verbesserung in der Nachsorge durch optimierten Kenntnisstand zu erzielen, nachzuvollziehen an Hand einer Hausarzt-Befragung?
- 3) Lässt sich ein Unterschied hinsichtlich Schwere der Diagnose und Zufriedenheit bzw. Informationsstand feststellen?
- 4) Wie ist die Integrationsmöglichkeit eines Patientenbriefes in den Klinikalltag und das Kosten-Nutzen-Verhältnis seitens der Behandler einzuschätzen?
- 5) Trifft es zu, dass ein gezieltes Entlassungsmanagement bedingt durch den Patientenbrief die Compliance gegenüber therapeutischen Anweisungen verbessert?
- 6) Kann mit einem Patientenbrief ein Beitrag zur Arzneimittelsicherheit geleistet werden?

Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob ein patientengerechtes, für den Patienten verständlicheres Entlassungsprocedere - unterstützt durch einen speziell entwickelten und auf Patientenbedürfnisse zurechtgeschnittenen Brief - eine Ver-

besserung in der Nachsorge, eine verbesserte Adhärenz sowie zufriedenerer Patienten schafft. Ein Wissensdefizit oder eine falsche Auffassung vermeintlichen Wissens, wie Engel 2008 untersucht hat, soll vermieden werden[64].

„Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können. Informierte Patienten sind nicht nur zufriedener, sie sind auch kooperativer.“[65]

3.1 Literaturübersichten

In der Literaturübersicht fällt auf, dass vor allem im angelsächsischen Bereich viele Studien und Überlegungen zu diesem Thema stattgefunden haben. Kennzeichnend hierfür ist jedoch hauptsächlich der Pflegesektor. Das Entlassungsprozedere hier ist auch überwiegend im Aufgabenbereich der so genannten Nurses anzusiedeln, deren Aufgabenspektrum im Vergleich zu einer deutschen Krankenschwester umfangreicher ist, weniger im Aufgabenfeld der Ärzteschaft. Hauptantriebsfeder dabei stellen zwei große Themen dar, zum einen kostenbedingte verkürzte Klinikaufenthalte und der Rückgang an Fachpersonal. Dem gegenüber steht eine hohe Rate an Klinik-Wiedereinweisungen vor allem in den Bereichen chronisch Kranker sowie Krebspatienten und Multimorbidität. Die Zahlen der Wiedereinweisungen belaufen sich auf annähernd 33% innerhalb eines Jahres und 18% innerhalb der ersten 30 Tage nach Klinikaufenthalt [66], so dass es zwangsläufig zu einem Umdenken im Entlassungsprozedere kommen muss.

In einer Übersichtsstudie von Shepperd et al 2004 konnte kein eindeutiger Einfluss verschiedener Entlassungsprozedere auf erneute Klinikeinweisung, Aufenthaltsdauer, gesundheitlichen Erfolg oder Kostenreduktion gefunden werden [67]. Allein die subjektive Komponente seitens des Patienten, nämlich die Zufriedenheit, konnte hier bei einer Nicht-Standard-Entlassung positive Bilanz ziehen. Zudem kritisieren die Autoren, dass nur schwer Vergleiche anzustellen waren. Insgesamt bewerten Shepperd et al. das Thema Entlassungsprozedere kritisch.[67]

Die große deutsche Untersuchung zum Thema Patientenbrief und verbessertes Patientenmanagement im Entlassungssektor ist Vitt et al. 2007. In dieser auf drei Jahre angelegten Untersuchung wird von den gesetzlichen und theoretischen Grundlagen, von den Forderungen aus der täglichen Praxis oder auch der Entwicklung des Patientenbriefes auf Grundlage der Bedürfnisse der Patienten nach ausreichender adäquater Informationsversorgung beschrieben. Im weiteren Verlauf werden Auswirkungen auf die Therapie, Compliance und Adhärenz diskutiert. Erste Ergebnisse, die auf eine Verbesserung schließen lassen, werden genannt. Jedoch wird die gesamte Studie als Pilotprojekt mit Weiterführungscharakter und Ausbaupotential gesehen. Neue Recherchen und Zahlen im Kostensektor, auch hinsichtlich des Einflusses der DRLG⁴ (cf. Ziesche et al[24]), sind jedoch dringend nötig, um den ökonomischen Aspekt zu erfassen und über die Patientenzufriedenheit hinaus fundierte Aussagen treffen zu können.

Eine weitere Studie wurde von Lurie et al. 2002 verfasst. Hier wird die Informationsweitergabe in einer dem Patienten verständlichen Art und Weise zum Zeitpunkt der Entlassung als positiv identifiziert. Auch befasst sich Lurie et al mit der Entwicklung und Bereitstellung eines Mediums für den Patienten, um für ihn den

⁴ Diagnosis related groups

poststationären Weiterverlauf möglichst einfach und sinnvoll zu gestalten und keine Fragen offen zu lassen. Zusätzlich wurden Möglichkeiten der Prozessverbesserung durch elektronische Medien getestet, allerdings kommen die Autoren zum Schluss, dass neue Technologien nicht wirklich notwendig sind, sondern, dass bestehende Ressourcen besser genutzt und für den Patienten aufbereitet werden sollten, um den Patienten besser zu versorgen.[68]

Hinsichtlich der oben bereits genannten Problematik der Altersverteilung in kommenden Generationen beschreibt Dainty et al.2009, dass ein gezieltes Entlassungsprozedere gerade in Zeiten veränderter Patientenstruktur und Altersaufkommen einem nötig gewordenen Umdenken hinsichtlich einer besseren und effektiveren Auslastung von Bettenkapazitäten entgegenkommt. Ein sicher geführter und angemessener Ablauf bringt letztendlich positive Ergebnisse in Bezug auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauer und Effektivität. Jedoch führt er auch an, dass trotz bekannter Vorteile immer noch Nachholbedarf auf diesem Sektor besteht, bzw. dass ein gutes Entlassungsprozedere häufig vernachlässigt wird [69].

Henderson et al kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Patienten, die nicht ausreichend mit Informationen bezüglich ihrer Erkrankung, bzw. Informationen für den poststationären Alltag versorgt werden, häufiger wieder eine medizinische Einrichtung aufsuchten, unter anderem deswegen, weil sie nicht auf ihr Entlassungsmanagement vertrauten und daher zum Teil ausschließlich zur Vergewisserung und Absicherung erneut medizinischen Rat einholten. Als kritisch zu betrachten, auch hinsichtlich dieser Arbeit, geben die Autoren jedoch an, dass ein Patient, der sich zum Zeitpunkt der Entlassung ausreichend informiert gesehen hat, je nach Aspekt (z.B. Schmerztherapie oder Wundheilung) die selbe Einschätzung darüber nicht unbedingt nach einer bzw. zwei Wochen noch beibehalten hat [49]. Welche Informationen speziell von Patienten bzw. von deren Angehörigen oder Betreuern benötigt und gefordert werden, haben Driscoll et al 2000 untersucht. Sie verzeichneten Bedarf in Bereichen wie allgemeine gesundheitliche

Probleme, Ernährungsfragen, Tätigkeiten im alltäglichen Leben, Wundversorgung, unerwartete Komplikationen und Ähnlichem. Zudem wurde festgestellt, dass alle Patienten angaben, dass die ausgegebene Information für sie verständlich war. In derjenigen Gruppe jedoch, in welcher schriftliche Informationen ausgehändigt wurden, gaben gut dreiviertel der Patienten an, dass die Angaben hilfreich waren, und knapp die Hälfte der Patienten auch zwei Wochen nach Entlassung immer noch auf diese Hinweise zurückgreifen. Des Weiteren gab es in dieser Studie Hinweise darauf, dass Informationen bezüglich der Zeit nach dem Klinikaufenthalt durchaus Potential aufweisen, dass es zu einer verminderten Rate an Wiedereinweisungen kommt [70].

Den Vergleich zwischen einem Entlassungsmanagement, in welchem den Patienten mündliche und schriftliche Anweisungen ausgehändigt wurden, gegenüber einer rein verbalen Informationsvermittlung zogen Johnson et al. 2005 in einem Review. Hierbei kamen sie zum dem Schluss, dass die Kombination von schriftlicher und mündlicher Information zu besseren Erfolgen hinsichtlich der Optimierung des Wissenstandes und der Zufriedenheit führt. Keine Ergebnisse konnten jedoch fixiert werden bezüglich Wiedereinweisung, auftretender Komplikationen oder auch Kosten.[71]

4. Patienten und Methodik

4.1 Studiendesign und Durchführung

Es handelt sich bei dieser Studie um eine prospektive Beobachtungsstudie mit Vorher-Nachher-Design. Die Studie wurde nicht randomisiert und wurde als unverblindete, monozentrische Interventionsstudie mit einer Kontrollgruppe geführt. Die Patientenzufriedenheit bei Patienten ohne Patientenbrief (Phase1) wird mit der Zufriedenheit der Patienten aus Phase 2, also mit denjenigen verglichen, die einen Patientenbrief zur Entlassung erhalten haben (Interventionsgruppe). Zudem werden die nachbehandelnden (Haus-)Ärzte der beiden Phasen befragt sowie abschließend eine zufällig ausgewählte Gruppe behandelnder und beteiligter Ärzte während des Krankenhausaufenthalts. Dieses Konzept soll dazu führen, die einzelnen Meinungen und Ansichten aus der Sicht aller Beteiligten besser zu beleuchten mit dem Ziel, möglichst alle Aspekte zu erfassen und darzustellen, sowie Problematiken besser aufdecken zu können.

Die Patienten der Interventionsgruppe entstammten denselben Stationen, wie die der Kontrollgruppe. Hierbei handelte es sich um die Stationen:

G6	Visceralchirurgie
G7	Gefäßchirurgie
H6	Thoraxchirurgie
H7	Visceralchirurgie
H21	Privatstation

Tabelle 4: Übersicht der beteiligten Stationen

Zeitliche Datierung der Datenerhebung	
Phase 1:	01. September 2009 bis 15. Januar 2010
Phase 2:	01. Januar 2010 bis 20. Dezember 2010

Tabelle 5: Zeitliche Einordnung

4.2 Patienten

Es wurden sowohl Männer als auch Frauen eingeschlossen, die auf oben aufgeführten (G6, G7, H6, H7, H21) Stationen untergebracht waren und der Teilnahme zugestimmt haben. Es gab keine allgemeinen oder medizinischen Anforderungen, die an die Teilnahme zur Studie geknüpft waren, lediglich das Beherrschen der deutschen Sprache zum Verständnis des Fragebogens stellte eine Grundvoraussetzung dar, um ausschließen zu können, dass durch sprachbedingte Verständigungsprobleme Unzufriedenheit besteht (cf. Bermejo et al 2009 [72]) und somit die Befragung im Vorfeld negativ beeinflusst wird.

4.3 Fragebögen

Grundsätzlich stand am Anfang die Überlegung der Fragebogenkonzeption. Der Fragebogen in papiergebundener Form mit Antwortmöglichkeiten in der diskreten Skalierung mit verbaler Verankerung erwies sich in dieser Studie als am praktikabelsten. Bei der Durchsicht der Literatur und auch beim Vergleich mit derzeit aktu-

ellen Bewertungsmedien für Patienten (z. B. „weiße Liste⁵“, Fragebögen der Forschungsgruppe Metrik⁶) wurden viele Modelle mit einer 4-stufigen Skala gefunden, die analog für unsere Pilotstudie zur Fragebogenkonzeption herangezogen wurden, mit der Einschränkung, dass überwiegend in denselben auf die Lebensqualität der Patienten abgezielt wurde^{7,8,9}. Von der Likert-Skala wurde Abstand genommen auch wenn hierdurch zum einen die „mittlere Antwortkategorie als diagnostischer Marker genommen wurde“ und zum anderen dem Beantworter durch „ein Fehlen der mittleren Alternative die Gelegenheit zur Meinungsäußerung genommen wird, wenn er keine polarisierende Meinung zu einer Frage hat“ [73]. Vielmehr wurde durch „forced-choice-items“ versucht, den Befragten zu einer Stellungnahme zu bewegen [74], eine Polarisierung wurde tatsächlich gezielt angestrebt, um der Tendenz zur Mitte entgegenzuwirken¹⁰. Zudem konnten Matell und Jacoby¹¹ zeigen, dass Befragte umso weniger die mittlere Antwortkategorie wählen, je mehr Wahlmöglichkeit besteht. Daher erschien es schlüssig, bei nur geringer Anzahl an Antwortmöglichkeiten auf den Neutralpunkt zu verzichten. Ein weiteres Argument stellte die sog. soziale Erwünschtheit (Social-Desirability-Response-

5 <https://weisse-liste.arzt-versichertenbefragung.tk.de/index.61.de.html>

6 http://www.metrik.de/fileadmin/user_upload/Patientenbefragung_Somatisch/Patienten_Fragebogen_pdf/Fragebogen_Patienten__116010_-_Auszug.pdf

7 Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Modestin, Hanselmann, Rüesch, Grünwald, Meyer; Zürich 2003)

8 Schmidt, J; Lamprecht, F; Wittmann, WW (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validierungsuntersuchungen. Psychother med Psychol, 39,248-255

9 Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Larsen, Attkinson, Hargreaves, Nyugen 1979)

10 Die Tendenz zur Mitte (engl. Error of central tendency) ist in der empirischen Sozialforschung die Tendenz von Befragten, bei mehrstufigen Skalen (z. B. Likert-Skalen) eher die mittleren Skalenpunkte auszuwählen. (Wikipedia) vgl. auch Mag.

Dr. B. Aschemann-Pilshofer; Wie erstelle ich einen Fragebogen? -Ein Leitfaden für die Praxis; Graz 2001

11 Garland, R (1991) The mid-point on a rating scale: is it desirable? Marketing Bulletin 2,66-70

Set)dar. Diese resultiert aus der Tendenz, Items nicht nach der persönlich zutreffenden Einstellung zu beantworten, sondern nach sozialen Normen, die nach Auffassung der Versuchsperson erwünscht sind (cf. Matell und Jacoby).

Darüber hinaus wurde eine Mischung aus der „reporting-“ und „rating“- Methode genommen, das heißt, trotz der graduierten Antworteinteilung konnte der Befragte zusätzlich einen Kommentar oder Kritik äußern (cf. Wütherich-Schneider [75]). Durch den Umstand, dass die Studie in den Klinikalltag eingliedert werden musste, sowie auch die Befragung der Hausärzte bzw. Nachbehandler deren tägliche Praxisablauf so gering als möglich stören sollte, wurden die Risiken der papiergebundenen Ausführung in Form eines verminderten Rücklaufs, der fehlenden Möglichkeit klärender Rückfragen sowie der Übertragungsfehler bei der Auswertung gegenüber dem überwiegenden Vorteil der Vertrautheit, des selbständigen Ausfüllens und der ortsunabhängigen leichten Anwendung in Kauf genommen.

4.3.1 Erstellung des Fragebogens

Bei der Erstellung der einzelnen Fragebögen wurde darauf Wert gelegt, dass wenn auch verschiedene Zielgruppen angesprochen werden und in diesen spezielle Aspekte ausgearbeitet werden, dennoch ein Grundgerüst in den jeweiligen Bögen installiert werden konnte, um einen späteren Vergleich in der Auswertung ziehen zu können. Ein Beispiel hierfür ist die Frage nach dem allgemeinen Informationsfluss oder der Befragung zum Informationsstand hinsichtlich der Nachsorge. Dies sollte ermöglichen, dass die einzelnen Teilbereiche aus Sicht aller Beteiligten beleuchtet werden: wie schätzt sich der Patient im gefragten Bereich ein, wie beurteilt der nachsorgende Arzt die Situation, wie der behandelnde Arzt im Klinikum?

4.3.2 Inhalt der Patienten- Fragebögen

- Alter
- Station
- Versichertenstatus
- Familienstand
- Geschlecht
- Operationsart
- Teilnahme an klinischer Studie
- Wohnort

Zudem wurde die Liegedauer aus der Patientenakte ersehen. Genauere Informationen zur Krankheitsgeschichte bzw. zum operativen Eingriff konnten dem Arzt- und Operationsbericht entnommen werden.

Der Fragebogen wurde in einzelne Bereiche gegliedert. Zunächst wurde der allgemeine Informationsfluss betrachtet, der dann in einem weiteren Abschnitt eine Spezialisierung erfuhr. Hier wurden folgende Themen untersucht:

- Art der Erkrankung und deren Therapie /Operation
- Poststationäres Verhalten
- Verständlichkeit
- Ablauf der Nachsorge
- Alltagssituationen

In Form einer zusätzlichen Frage zum jeweiligen Item wurde ergänzend die Gewichtung des einzelnen Aspektes erfragt.

Auch der im klinischen Alltag kritische Faktor „verfügbare Zeit des Arztes gegenüber dem Patienten“ wurde als Zufriedenheitsindikator erfasst.

Bei der zweiten Gruppe folgten im Anschluss daran Fragen speziell zum Patientenbrief, in welchen die Patienten ihre Einschätzungen zu nachstehenden Bereichen äußern sollten (siehe auch Anlageteil). Getestet wurde damit generell, ob und inwiefern die Befragten aufgrund des Patientenbriefes einen Einfluss sehen auf die in der Tabelle genannten Bereiche.

- | | |
|---|---|
| • Beschleunigung/Verbesserung des Heilungsprozesses | • Vermeidung von Therapierückschlägen |
| • Sicherer Umgang mit Erkrankung/Operation | • Aktiver Beitrag zum Therapieerfolg |
| • Erleichterung in der Nachsorge | • Feste Integration in Entlassungsprozess |

In beiden Gruppen konnten die Patienten abschließend Kritik oder auch Verbesserungsvorschläge notieren.

4.3.3 Inhalt der Hausärzte-Fragebögen

Bei den Hausärzten der Phase 1 und 2 sollten folgende Themen untersucht werden, wie z.B. der Informationsfluss von Seiten der Klinik generell und Informationen zu stattgefundenen Untersuchungen. Desweiteren sollten die Ärzte eine Beurteilung über den Informationsstand des Patienten abgeben und eine Einschätzung darüber treffen, ob eine Erleichterung in der Nachsorge oder Beschleunigung in der Therapie stattfindet. Die teilnehmenden Ärzte aus beiden Phasen konnten ebenfalls abschließend Kritik und Verbesserungsvorschläge äußern.

Zusätzlich zu den Fragen aus Phase 1 wurden die Ärzte der Interventionsgruppe um eine Beurteilung des Aushändigungszeitpunktes des Patientenbriefes gebeten. Auch eine Stellungnahme zu Einfluss des Patientenbriefes auf Adhärenz und Zeitreduktion in der Nachsorge wurde ersucht.

4.3.4 Klinikärzte

Den Fragebogen, welche Ärzte der beteiligten Stationen am Klinikum Großhadern beantworten sollten, befasste sich mit ähnlichen Aspekten, wie auch schon die Hausärzte, Schwerpunkt jedoch wurde auf die Kliniksituation gelegt. Es war aber maßgebend auch für die Konzeption dieses Bogens, Vergleiche zwischen stationär und poststationär ziehen zu können.

Der Fragenkatalog deckte folgende Gebiete ab:

- Informationssystem am Klinikum
- Hilfestellung
 - a) beim Entlassungsgespräch
 - b) bei der Arztbriefherstellung
- Beurteilung des Verhältnisses von Zeitaufwand und Nutzen
- Einschätzung über
 - a) Informationsstand des Patienten
 - b) vereinfachten Umgang in der Nachsorge
 - c) Erleichterung in der Nachsorge
 - d) Beschleunigung im Heilungsprozess
 - e) Adhärenzverbesserung

Die beteiligten Ärzte konnten ebenfalls abschließend Kritik und Verbesserungsvorschläge äußern.

4.4 Patientenbrief- Praktische Umsetzung

Der Patientenbrief wurde derart konzipiert, dass der Patient mit nur einem DIN A4 Blatt beidseitig bedruckt (s. Anhang) in einfacher und verständlicher Weise all die Informationen an die Hand bekommt, die für seine Genesung wichtig sind, bzw. ihm Auskunft über für ihn spezifische Sachverhalte liefert.

Die Vorderseite wurde wie folgt strukturiert: Zunächst werden Diagnose, Nebenbefunde und durchgeführte Operationen bzw. Untersuchungen zusammengefasst. Im Anschluss wird dem Patienten mitgeteilt wann, wo und in welcher Art eine

Nachsorge und Wiedervorstellung zu erfolgen hat. Außerordentliche Beschwerden, Ereignisse oder Zwischenfälle, die kontrollbedürftig sind, werden angegeben, inklusive einer Telefonnummer des zuständigen Ansprechpartners oder behandelnden Arztes. Dies soll verhindern, dass Patienten unnötig eine medizinische Einrichtung aus Gründen der Unsicherheit aufsuchen müssen, bzw. es versäumen, bei Komplikationen einen Arzt zu konsultieren.

Im Anschluss daran werden einzelne Teilbereiche des alltäglichen Lebens angeführt, wie z.B. Ernährung, sportliche Aktivitäten oder Hygienemaßnahmen. Zu diesen einzelnen Aspekten gibt der entlassende Arzt Hinweise und Verhaltensregeln – auf den jeweiligen Fall zugeschnitten und angepasst-, die der Patient gebeten wird zu beachten und zu befolgen. Dies soll als Basis für einen optimalen Heilungsprozess dienen.

Die Rückseite des Patientenbriefes beschäftigt sich ausschließlich und sehr ausführlich mit der Medikation des Patienten. Hier wird genau vermerkt, welches Arzneimittel inklusive Wirkstoff verordnet wurde. Auch werden Dosis und Einnahmefrequenz genau aufgeschlüsselt und mit zusätzlichen Einnahmehinweisen versehen. Dieser Teil des Patientenbriefes wurde mit der freundlichen Genehmigung von Frau Dr. human. biol. Weber zur Verfügung gestellt.

All diese Informationen, die für den Patienten übersichtlich auf einem doppelseitig bedruckten Blatt zusammengefasst sind, stellen den Patientenbrief dar.

4.5 Rekrutierung der Patienten und Vorgehensweise

In die Studie gingen 223 Patienten ein. Diese teilten sich in zwei große Gruppen ein. Zum einen die Gruppe (110 Patienten) derer, die das am Klinikum Großhadern übliche Verfahren der Informationszuteilung und der Entlassung erfuhren. Dieses übliche Prozedere besteht aus zwei Schritten: nämlich dem im Wesentlichen abschließenden Gespräch mit dem behandelnden Arzt, und der Übermittlung eines Arztbriefes an den nachsorgenden (Haus-) Arzt, wobei der Arztbrief entweder auf postalischem Weg oder durch Aushändigung an den Patienten selbst zur Weitergabe an den Arzt, an den nachsorgenden Kollegen gelangt. Diese Gruppe fungierte im Wesentlichen als Kontrollgruppe.

Die zweite Gruppe, für welche 113 Patienten gewonnen werden konnten, durchlief das überarbeitete Entlassungsprozedere. Der wesentliche Unterschied hierbei bestand darin, dass diese Patienten zusätzlich zu dem oben beschriebenen Vorgehen den so genannten Patientenbrief ausgehändigt bekommen haben, der genauere Instruktionen zum Verhalten nach der Entlassung in patientengerechter Sprache verfasst enthielt. Der nötige Verhaltenskatalog, der die speziellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten berücksichtigt, wurde zuvor in einem Gespräch ermittelt, sodann der Patientenbrief vom Arzt ausgefüllt und abschließend im Entlassungsgespräch dem Patienten erklärt und ausgehändigt.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen wurde aber nicht nur auf der Patientenebene erfasst. Es wurde zusätzlich ein Fragebogen für den nachbehandelnden Arzt erstellt, um auch Änderungen und Auswirkungen des Patientenbriefes auf dieser Seite nachvollziehen zu können. Hierbei wurden im ersten Durchgang, der die Kontrollgruppe enthielt, 104 Hausärzte schriftlich kontaktiert. Die Adressen der Ärzte wurden anhand der Angaben gewonnen, die der Patient bei seiner Aufnahme gemacht hat, und die im Patientenstammdatenblatt erfasst wor-

den sind. War der Überweiser ein anderes Klinikum so wurde sowohl dorthin, als auch an den zuständigen Hausarzt ein Fragebogen versandt, sofern ein Hausarzt angegeben wurde. Neunmal war im Patientenstammblatt kein Hausarzt angegeben. In zwei Fällen waren die Patienten aus dem Ausland, hier wurde von einem Anschreiben abgesehen, da das Beherrschen der deutschen Sprache nicht verifiziert werden konnte. In einem Fall konnte unter der angegebenen Adresse keine Arztpraxis ermittelt werden und es kam zu einem postalischen Rücklauf. In einigen Fällen war kein direkter Hausarzt angegeben, hier wurde der Fragebogen an die nachsorgende Reha- bzw. Anschlussklinik gesandt. Der Fragebogen wurde derart konzipiert, dass für den beantwortenden Arzt eine Faxnummer des Klinikums angegeben wurde, so dass die Antworten zentral gesammelt werden konnten. Der Rücklauf belief sich in der Kontrollgruppe auf 38 Stück, das entspricht einem prozentualen Anteil von 36,54%. Dieser Abschnitt der Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von September 2009 bis Januar 2010 am Klinikum Großhadern auf vier Stationen, wobei keine speziellen Ein- bzw. Ausschlusskriterien vorlagen um ein möglichst repräsentatives Ergebnis zu erhalten. Daraus resultierte ein Spektrum an Erkrankungsbildern und Therapien, welches von leichten Eingriffen, wie einer Biopsie, bis hin zu schwerwiegenden Operationen im Rahmen einer Tumorerkrankung reichte. Als zwingend notwendig jedoch wurde das Beherrschen der deutschen Sprache angesehen, um das Verständnis der Fragebogen voraussetzen zu können.

In einem zweiten Abschnitt von Januar 2010 bis Dezember 2010 erfolgte die Datenerhebung derjenigen Patienten, die das erweiterte oben bereits beschriebene Entlassungsprozedere durchlaufen haben. In Phase 2 konnten an 101 Ärzte bzw. Kliniken Befragungsbögen verschickt werden. In den ausstehenden 12 Fällen waren keine Hausärzte bzw. nachsorgenden Einrichtungen zu ermitteln. Somit betrug der Rücklauf in Phase 2 mit insgesamt 33 Antworten einen prozentualen Anteil von 32,67%.

Der grundsätzliche Ablauf gestaltete sich wie folgt:

Die Patienten erhielten unmittelbar kurz vor dem Entlassungsdatum den Fragebogen. Beantwortete Fragebögen wurden zunächst auf der Station gesammelt und anschließend zentral aufbewahrt. Die Daten wurden auf standardisierten Erhebungsbögen festgehalten. Der Name des Patienten wurde nur auf einer gesonderten Liste gespeichert, um spätere Rückfragen klären zu können. Nach Erfassung der Daten wurden die Fragebögen überprüft und gegebenenfalls ergänzt. Im Anschluss daran wurden die Daten zunächst in eine Exceltabelle eingelesen, bevor sie einer statistischen Auswertung mittels SPSS unterzogen wurden. Im Anschluss an die Entlassung wurde dem nachbehandelnden Arzt ein Fragebogen zugesandt, welcher Fragen zum Informationsstand des Patienten, Informationsgehalt der Klinikunterlagen usw. enthielt. Dieser Fragebogen wurde auf dem Postweg verschickt, sofern im Patientenstammblatt der Vermerk „Arztbrief Freigabe ja“ erschien. Durch die Konzeption der Faxantwort konnten die Arztantworten ebenfalls zentral gesammelt werden, bevor sie die Auswertung durchliefen. Die abschließende Befragung der Klinikärzte erfolgte gebündelt an einem Nachmittag.

4.6 Beschreibung der angewandten statistischen Methoden

Die statistischen Auswertungen wurden mit Hilfe von SPSS für Windows, Version 18.0 (SPSS Inc., U.S.A.) durchgeführt. Kontinuierliche Variablen wurden als Mittelwerte und Mediane dargestellt, für Streumaße hingegen wurden die Standardabweichungen und Quartile gewählt.

Für die kontinuierlichen Variablen erfolgte die Überprüfung bezüglich ihrer Normalverteilung mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Die getesteten Variablen wiesen keine Normalverteilung auf (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < 0,05$). Bei den

Vergleichen der Stichproben wurde daher der Mann-Whitney-U-Test als nichtparametrisches Verfahren herangezogen.

Für die kategorisierten Daten wurde die Auswertung mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests, bzw. des exakten Tests nach Fisher vollzogen. Bei Verwendung des Chi-Quadrat-Tests wurden die erforderlichen Testvoraussetzung erfüllt, so dass bei allen Tests weniger als 20% der erwarteten Häufigkeit kleiner 5 war. In Einzelfällen, in denen diese Testvoraussetzung nicht gegeben war, wird dies jeweils bei der Ergebnisdarstellung erläutert.

Bei allen durchgeführten Tests erfolgte eine zweiseitige Signifikanzüberprüfung, wobei für alle statistischen Tests ein p-Wert $< 0,05$ als statistisch signifikant angenommen wurde.

In den grafischen Darstellungen, die ebenfalls mit SPSS erstellt wurden, wurden zur Veranschaulichung der Mediane und Quartilsabstände Boxplots verwendet. Während in den Boxen der Median sowie die 25.-75. Perzentile aufgetragen sind, entsprechen die T-Balken dem kleinsten und größten Wert, sofern diese keine Ausreißer bzw. Extremwerte sind. Die Ausreißer sind dabei Werte, die zwischen 1,5 - 3 Boxlängen außerhalb der Box liegen; sie sind in den Grafiken als Kreise dargestellt, während Extremwerte mehr als 3 Boxlängen außerhalb der Box gemessen wurden und als Kreuze aufgetragen sind. Die kategorisierten Daten wurden grafisch mit Hilfe von einfachen und gruppierten Balkendiagrammen dargestellt.

5. Ergebnisse

5.1 Patientengut

An der Studie nahmen insgesamt 223 Patienten teil. 110 Patienten stellten die Kontrollgruppe dar. Die teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe summierten sich auf 113. Das Verhältnis männlich zu weiblich ist in beiden Gruppen fast identisch und beläuft sich auf nahezu 1:1. (cf. Tab. 6)

Beteiligte Patienten nach Geschlecht			Gruppe		gesamt
			ohne Patienten-brief	mit Patienten-brief	
Geschlecht	männlich	Anzahl	62	64	126
		% von Gruppe	56,4%	56,6%	56,5%
	weiblich	Anzahl	48	49	97
		% von Gruppe	43,6%	43,4%	43,5%
Gesamt		Anzahl	110	113	223
		% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 6: Übersicht Patientengut nach Geschlecht

5.1.1 Patientenalter

Das Durchschnittsalter in Gruppe 1 (Kontrollgruppe) betrug 61,18 Jahre (Standardabweichung 11,84 Jahre; Median 62 Jahre; 30-84 Range). Demgegenüber steht das durchschnittliche Alter aus Gruppe 2 mit 57,30 Jahren (Standardabweichung 6,16 Jahre; Median 60 Jahre; Range 17-83).

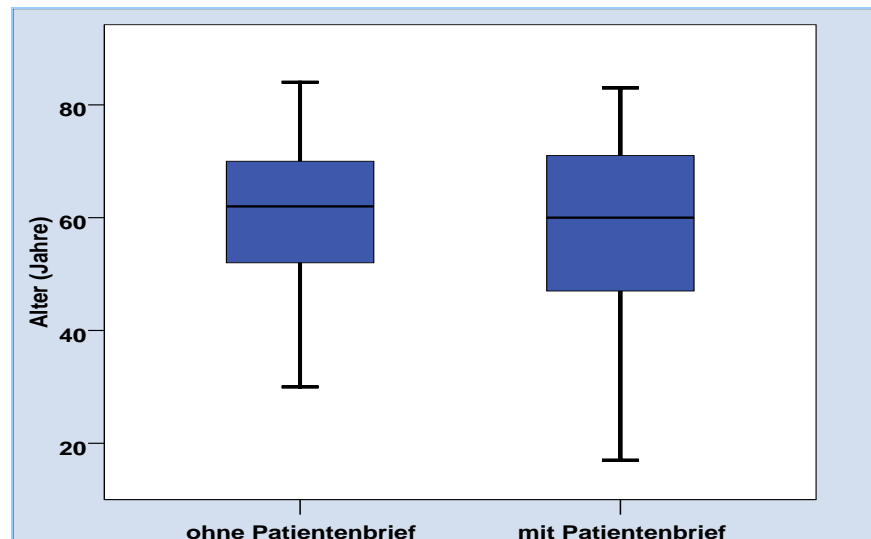


Abbildung 7: Durchschnittliches Patientenalter in Jahren

Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Mini- mum	Maxi- mum	N
ohne Patienten- brief	61,18	11,839	62,00	30	84	110
mit Patientenbrief	57,30	16,158	60,00	17	83	113
insgesamt	59,22	14,294	62,00	17	84	223

Tabelle 7: Durchschnittliches Patientenalter in Jahren

Das Alter betreffend konnte ein deutlicher Trend nachgewiesen werden. So zeigte sich, dass vor allem die Patientenschaft im durchschnittlichen Altersbereich zufriedener als jüngere Patienten waren (Kruskall-Wallis $p=0,052$).

Hinsichtlich der übrigen Auswertung der weiterhin erhobenen Sozialdaten ergab sich folgende Verteilung:

5.1.2 Familienstand

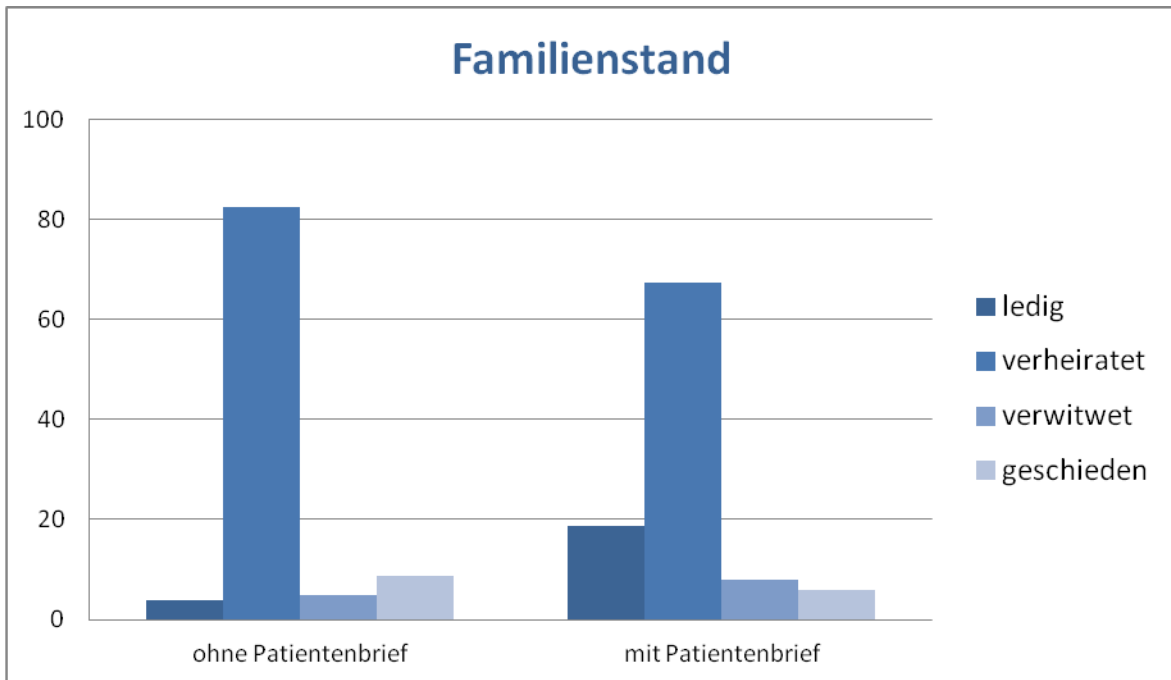


Abbildung 8: Übersicht Familienstand (Häufigkeit in %)

Sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe war der Anteil der Verheirateten am größten. Wichtig wird dies bei dem Hintergrund, dass vor allem Verheiratete im Vergleich zu Ledigen, Geschiedenen oder Verwitweten signifikant besseren kognitiven, emotionalen und praktischen Support erhalten und daraus Wechselwirkungen mit der eigenen Zufriedenheit entstehen können [76].

5.1.3 Wohnort

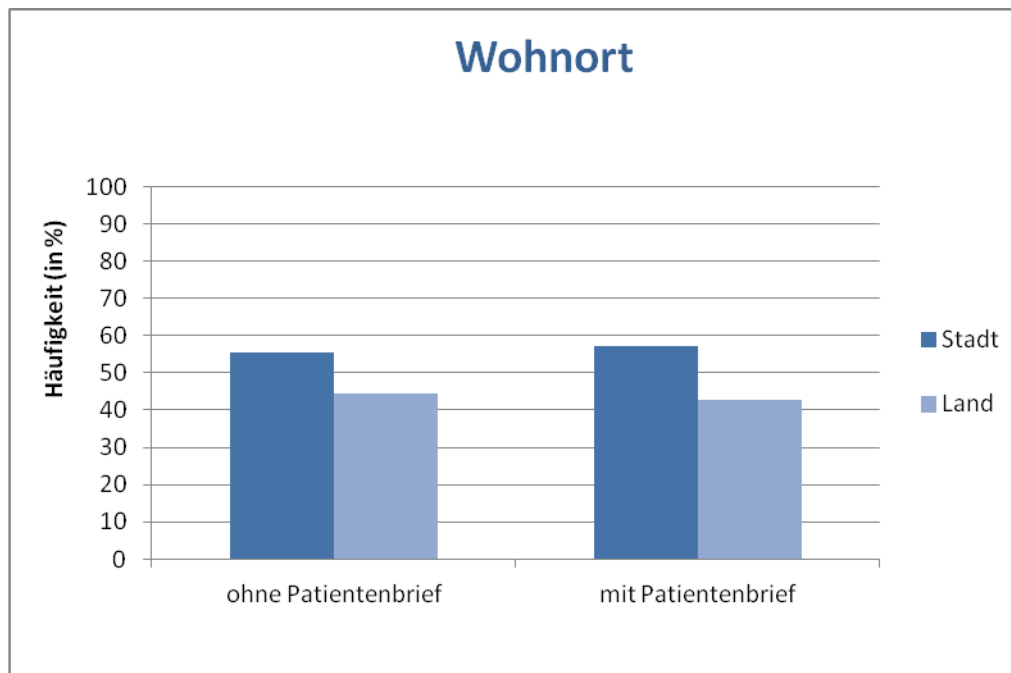


Abbildung 9: Gegenüberstellung Stadt-Land-Anteil

In beiden Gruppen lag der Anteil der Patienten, die in ländlicheren Gebieten wohnen, bei rund gut 40%. Dass es zu einem möglicherweise differierenden Empfinden an genereller Zufriedenheit in den beiden Bevölkerungsgruppen (z.B. hervorgerufen durch dichteres Spezialistentum oder höhere Ärztedichte in der Stadt) kommt, konnte in dieser Studie nicht eindeutig signifikant festgestellt werden. Mit ca. 10% Vorsprung der ländlichen Bevölkerung in der Zufriedenheitsskala gegenüber Patienten, die in der Stadt leben, konnte aber ein deutlicher Trend ausgemacht werden.

Zufriedenheit Stadt vs. Land			Wohnort		Gesamt
			Stadt	Land	
Generelle Zufriedenheit (1)	sehr	Anzahl	60	54	114
		% von Wohnort	51,7%	62,8%	56,4%
	eher zufrieden	Anzahl	43	25	68
		% von Wohnort	37,1%	29,1%	33,7%
	ausreichend	Anzahl	12	6	18
		% von Wohnort	10,3%	7,0%	8,9%
	gar nicht	Anzahl	1	1	2
		% von Wohnort	0,9%	1,2%	1,0%

Tabelle 8: Zufriedenheit nach Wohnort

5.1.4 Versichertenstatus

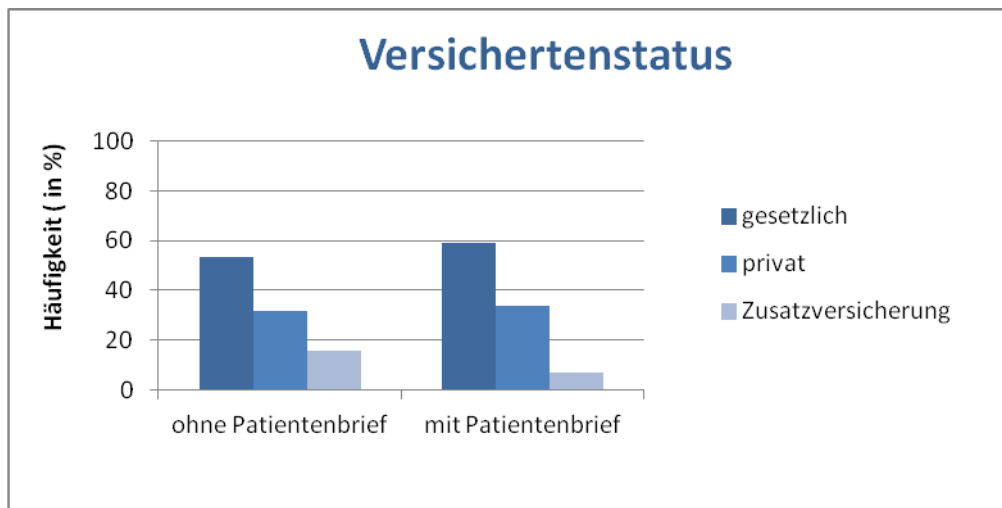


Abbildung 10: Verteilung des Versicherungszustandes

Zufriedenheit nach Versichertenstatus			Versicherung			gesamt
			Gesetzlich	Privat	Zusatz	
Generelle Zufriedenheit (1)	sehr	Anzahl	68	38	10	116
		% von Versicherung	60,2%	55,1%	45,5%	56,9%
	eher zufrieden	Anzahl	31	27	10	68
		% von Versicherung	27,4%	39,1%	45,5%	33,3%
	ausreichend	Anzahl	13	3	2	18
		% von Versicherung	11,5%	4,3%	9,1%	8,8%
	gar nicht	Anzahl	1	1	0	2
		% von Versicherung	0,9%	1,4%	0%	1,0%

Tabelle 9: Zufriedenheit nach Versichertenstatus

Der überwiegende Teil der Patienten beider Gruppen war gesetzlich versichert (53,6% bzw. 59,3%). Im Status eines Privatpatienten befanden sich durchschnittlich 32%. Entgegen der landläufigen Meinung, Privatpatienten seien zufriedener, da ihnen bisweilen Vorzüge in der medizinischen Versorgung zuteilwerden, konnte dieser Umstand in dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

5.1.5 Teilnahme an bisherigen klinischen Studien

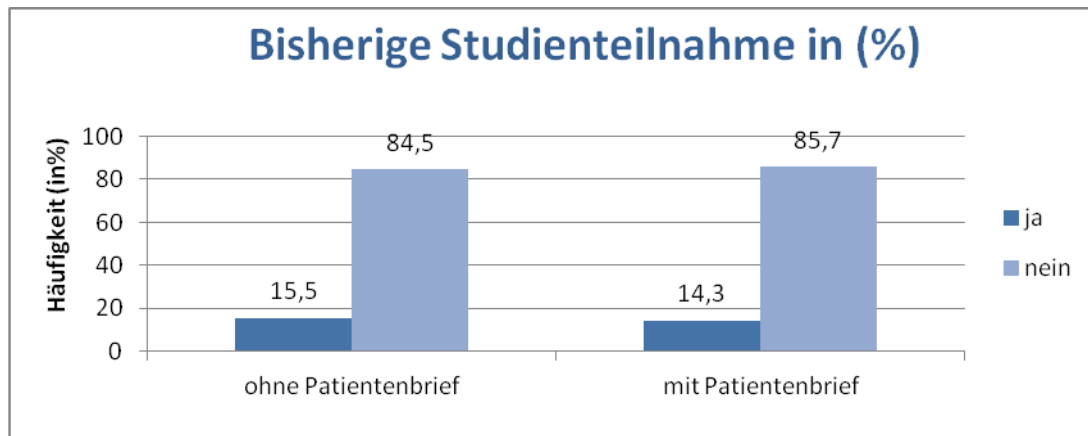


Abbildung 11: Beteiligung an bisherigen klinischen Studien

Mehr als 80 % der Patienten waren keine Teilnehmer von klinischen Studien. Dieser Aspekt wurde aufgenommen, um feststellen zu können, ob Teilnehmer zufriedener sind, da sie durch die Studien besser informiert und stärker in Therapien mit eingebunden zu sein scheinen. Diese Hypothese konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. (Chi- Quadrat $p=0,885$)

In allen aufgeführten Kategorien konnten in der Zusammensetzung keine signifikanten Auffälligkeiten entdeckt werden, so dass sowohl Kontroll- als auch Interventionsgruppe als homogen zusammengesetzt betrachtet werden können und dahingehend auch miteinander verglichen werden können.

5.1.6 Station und Fachrichtung

Die Verteilung der rekrutierten Patienten auf die einzelnen Stationen wird in Abbildung 12 dargestellt. In beiden Gruppen wurden die meisten Patienten auf der viszeral-chirurgischen Station (im Durchschnitt 57,9%) befragt.

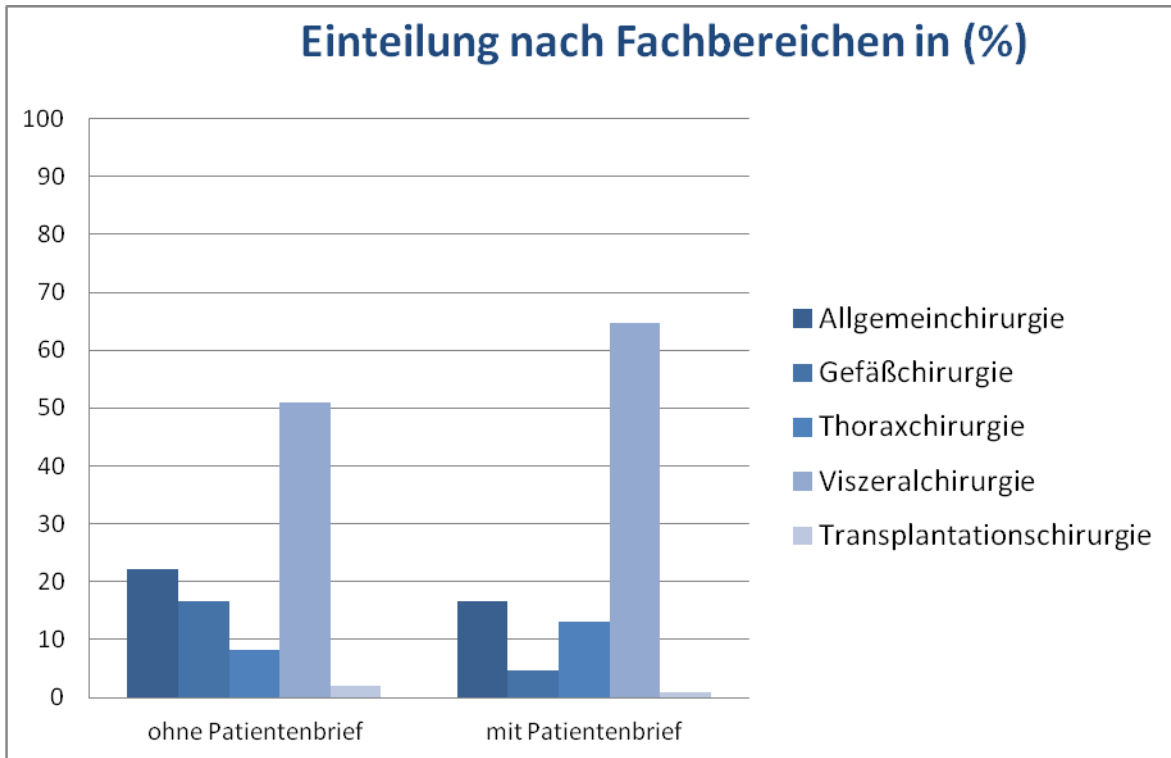


Abbildung 12: Beteiligte Fachbereiche

In dieser Studie waren zudem auch die Patienten der viszeral-chirurgischen Station generell am zufriedensten (Chi-Quadrat $p=0$). Dieser Tatsache sollte andernorts noch einmal nachgegangen werden, dürfte in dieser Studie wohl hauptsächlich in der Patientenverteilung begründet liegen.

5.1.7 Liegedauer

Die mittlere Liegedauer in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe belief sich auf 12,3 Tage (Median 9,00 Tage) und war damit um gut einen Tag länger als die 11,1 Tage (Median 9,50 Tage) der Interventionsgruppe. Jedoch übersteigt die Liegedauer der Studienpatienten insgesamt die des Bundesdurchschnitts um annähernd einen Tag. Kürzere durchschnittliche Liegedauern lassen sich jedoch meist aufgrund der Komplexität der Fälle nicht erreichen.

Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Mini- mum	Maxi- mum	N
ohne Patientenbrief	12,31	13,300	9,00	2	114	105
mit Patientenbrief	11,11	7,845	9,50	1	49	8
insgesamt	11,73	10,999	9,00	1	114	203

Tabelle 10: Übersicht Liegedauer

Ein signifikanter Einfluss der Liegedauer auf die Patientenzufriedenheit konnte nicht nachgewiesen werden. Auffällig ist jedoch, dass sich vor allem Patienten, deren Liegedauer die Durchschnittswerte deutlich über- bzw. unterschritten, negativ hinsichtlich ihrer generellen Zufriedenheit äußerten.

Generelle Zufrieden- heit	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Minimum	Maximum	N
sehr	12,14	12,886	9,00	2	114	106
eher zufrieden	12,62	9,609	11,00	1	49	61
ausreichend	7,38	4,241	7,00	2	16	16
gar nicht	15,50	19,092	15,50	2	29	2
insgesamt	11,92	11,421	9,00	1	114	185

Tabelle 11: Zufriedenheit nach Liegedauer

5.1.8 Tumorerkrankungen

Die Verteilung zwischen maligner und benigner Grunderkrankung wies keine statistisch signifikanten Unterschiede auf, wobei insgesamt die benignen Erkrankungen (58,8%) überwiegen.

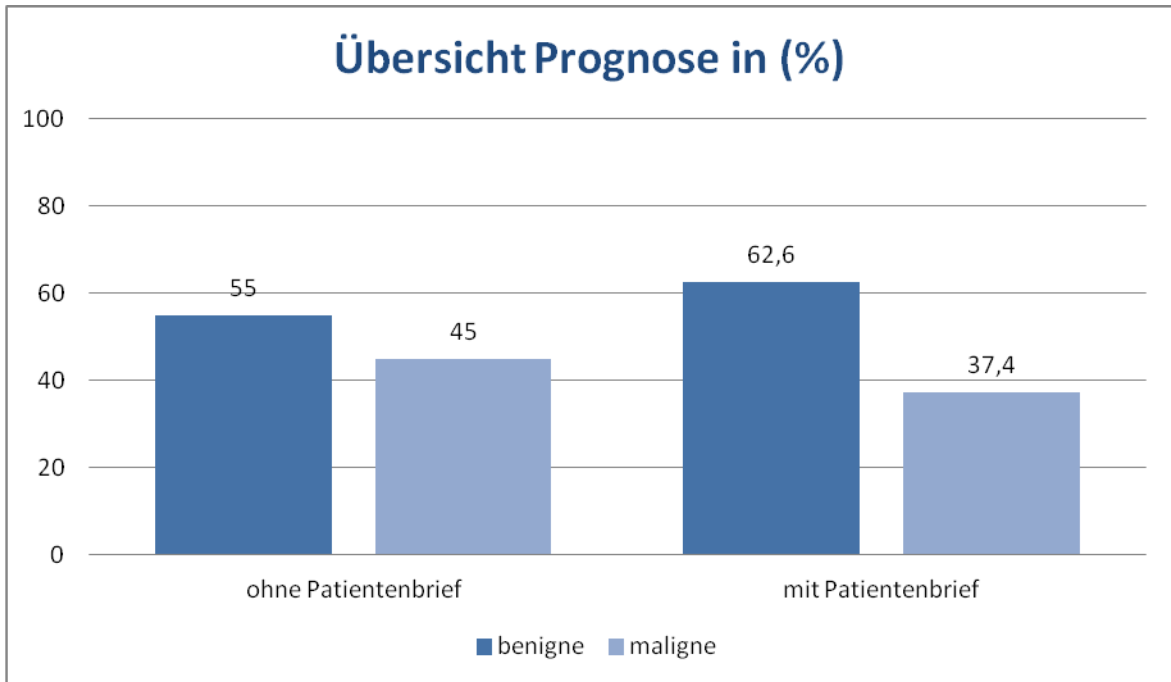


Abbildung 13: Einteilung nach Prognose

Auch hier wurde kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat $p=0,533$) bei der Untersuchung der generellen Zufriedenheit hinsichtlich der Prognose der Erkrankung ersichtlich. Es zeichnete sich jedoch ein Trend zu Gunsten der Patienten mit einem malignen Krankheitsbild ab.

			Prognose		Gesamt
			benigne	maligne	
Generelle Zufriedenheit	sehr	Anzahl	61	51	112
		% von Prognose	54,0%	60,7%	56,9%
	eher zufrieden	Anzahl	40	27	67
		% von Prognose	35,4%	32,1%	34,0%
	ausreichend	Anzahl	10	6	16
		% von Prognose	8,8%	7,1%	8,1%
	gar nicht	Anzahl	2	0	2
		% von Prognose	1,8%	,0%	1,0%

Tabelle 12: Zufriedenheit nach Prognose

5.1.9 Operation

Folgende Aufstellung gibt einen kurzen Abriss über erfolgte Operationen bzw. festgestellte Diagnosen der Studienteilnehmer:

	mit Patientenbrief	ohne Patientenbrief
G6	Appendektomie Cholezystektomie Gastroskopie Leistenhernie Colonkarzinom Magenballon Mamma-Karzinom Metastasektomie Oesophagus PEC	Abszessspaltung Appendektomie Cholezystektomie Colonkarzinom Hemicolektomie Leistenhernie Magenband Nabelhernie Nahtinsuffizienz nach Sleeveop Pankreaskopfkarzinom Peritonitis Stomarückverlagerung
G7	Bauchaortenaneurysma Carotis-Stent Cholezystektomie CT- gesteuerte Probeexzision Lymphadenktomie Lymphknotenbiopsie Nachresektion Offene Probeexzision Ovarialkarzinom Pankreaskopfkarzinom Radiofrequenzablation Shuntanlage Stent	

H21	Angiographie	Aszites
	Aortenaneurysma	Bruchlückenverschluss
	Appendektomie	Chemoembolisation
	Bauchaortenaneurysma	Leber
	Biopsie	Cholezystektomie
	Chemoembolisation	Cholezystolithiasis
	Cholezystektomie	Colonkarzinom
	Coloskopie	Divertikulitis
	Darmresektion	Fundoplicatio
	Drainage	Hemicolektomie
	Hemicolektomie	Lebermetastasen
	Humerusfraktur	Leberresektion
	Lebermetastasen	Leistenhernie
	Leberresektion	Magenresektion
	Leistenhernie	Mariskenentfernung
	Nabelhernie	Nabelhernie
	Nierenzellkarzinom	Peritonitis
		Probeexzision
		Stomarückverlagerung
	H6	Biopsie
Cholezystektomie		Bronchoskopie mit Laserung
Colostoma		Cholezystitis
CT-gesteuerte Punktion		explorative Laparoskopie+Portanlage
Divertikel		Lungenresektion
Endoskopie		Lungentransplantation
Gisttumor		Strumektomie
Leistenhernie		Thorakoskopie
Lipom		
Magenbypass		
Pankreas-Karzinom		

Tabelle 13: repräsentative Auflistung aufgetretener Diagnosen bzw. erfolgter Therapien

Betrachtet man den Informationsstand der Patienten unter dem Gesichtspunkt ihres Klinikaufenthaltes bzw. warum sie in der Klinik sind, so ließ sich folgendes erkennen:

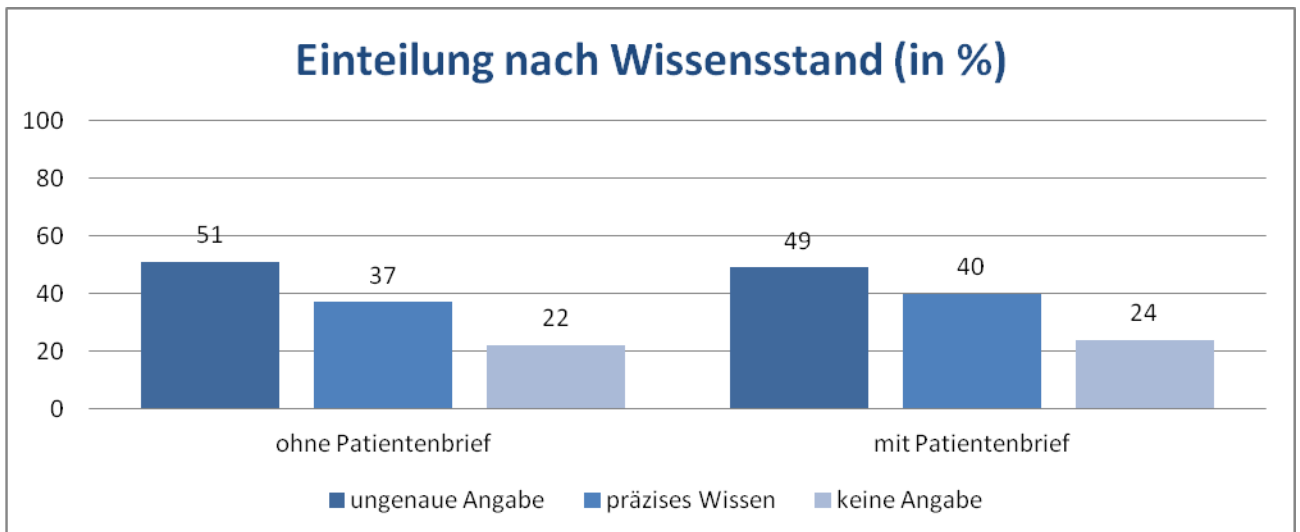


Abbildung 14: Vergleichende Darstellung präzises vs. unpräzises Wissen der Erkrankung

Diese Grafik impliziert, dass bereits hier ein Informationsdefizit zu erkennen ist. Lässt man die Patienten, die keine Angaben zu diesem Item gemacht haben, sei es aus Nachlässigkeit oder tatsächlich aus Unwissenheit, so kann man davon ausgehen, dass gerade einmal 43,5% der Patienten über Sinn und Zweck ihres Krankenhausaufenthaltes Bescheid wussten. Würde man zudem eine Unwissenheit bei den 46 Patienten, die keine Angaben hierzu gemacht haben, unterstellen, so würde sich der Anteil auf 34,5 % reduzieren. Auffällig hierbei ist, dass sich kein Unterschied in den beiden Gruppen gezeigt hat.

Grundsätzlich ist jedoch zu erwähnen, dass bezüglich der generellen Zufriedenheit in den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat $p=0,145$) dahingehend besteht, ob ein Patient im Vorfeld genaue Angaben zu seiner Erkrankung bzw. Operation machen kann. Ein Wissensdefizit stellt demnach in dieser Studie keine negative Einflussgröße auf die Zufriedenheit des Patienten dar.

			OP-Benennung		gesamt
			Ungenau Angabe	Präzises Wissen	
Generelle Zufriedenheit (1)	sehr	Anzahl	64	37	101
		% von OP-Benennung	65,3%	49,3%	58,4%
	eher zufrieden	Anzahl	27	29	56
		% von OP-Benennung	27,6%	38,7%	32,4%
	ausreichend	Anzahl	7	8	15
		% von OP-Benennung	7,1%	10,7%	8,7%
	gar nicht	Anzahl	0	1	1
		% von OP-Benennung	0%	1,3%	,6%
gesamt		Anzahl	98	75	173
		% von OP-Benennung	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 14: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Wissensstand

5.1.10 Generelle Zufriedenheit (Informationspolitik)

Bei der Evaluierung des Grades der Zufriedenheit in der Patientenschaft hinsichtlich der Informationsbereitstellung, konnte festgestellt werden, dass dieser in beiden Gruppen sehr hoch ist. Die Interventionsgruppe lag in der Bewertungseinheit „sehr“ zwar mit 10,6% vor der Kontrollgruppe, eine statistische Signifikanz konnte aber nicht nachgewiesen werden (Chi-Quadrat-Test $p=0,441$).

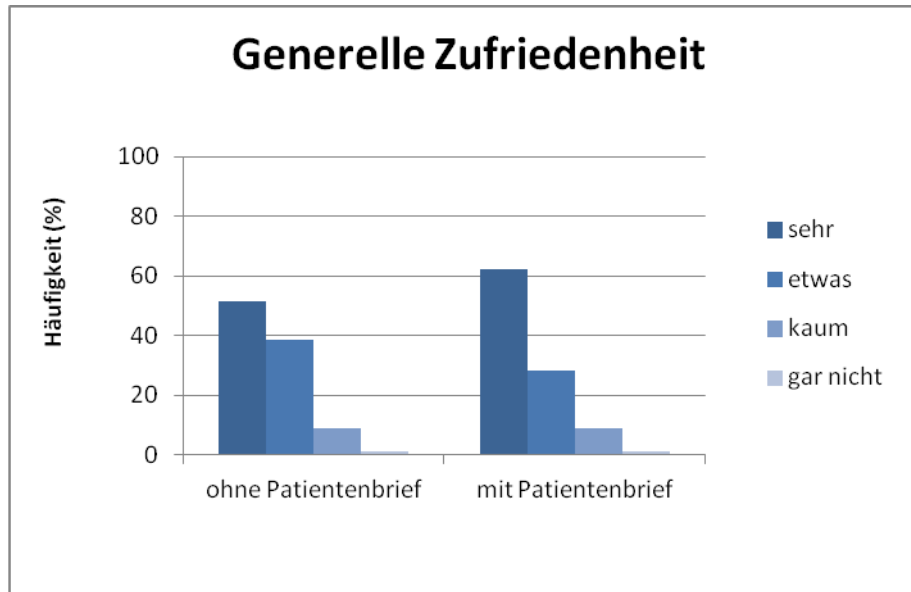


Abbildung 15: Zufriedenheit mit genereller Informationsbereitstellung

Generelle Zufriedenheit			Gruppe		gesamt
			ohne Patientenbrief	mit Patientenbrief	
sehr	Anzahl	52	64	116	
	% von Gruppe	51,5%	62,1%	56,9%	
eher zufrieden	Anzahl	39	29	68	
	% von Gruppe	38,6%	28,2%	33,3%	
ausreichend	Anzahl	9	9	18	
	% von Gruppe	8,9%	8,7%	8,8%	
gar nicht	Anzahl	1	1	2	
	% von Gruppe	1,0%	1,0%	1,0%	
Gesamt		Anzahl	101	103	204
		% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 15: Generelle Zufriedenheit mit Informationsbereitstellung

5.1.11 Stellenwert der Information

In den Patientenfragebögen sollte nicht nur der Bedarf einzelner Faktoren erfasst werden, sondern auch der zugehörige Stellenwert für den Patienten, um mögliche künftige Diskrepanzen zwischen dem geschätzten Informationsbedarf durch das Klinikpersonal und dem tatsächlichen Bedarf beim Patienten zu vermeiden.

Im konkreten Fall konnte in beiden Gruppen ein ausgesprochen hoher Bedarf an Informationsvermittlung eruiert werden. Keiner der Befragten konnte einen Informationsbedarf verneinen.

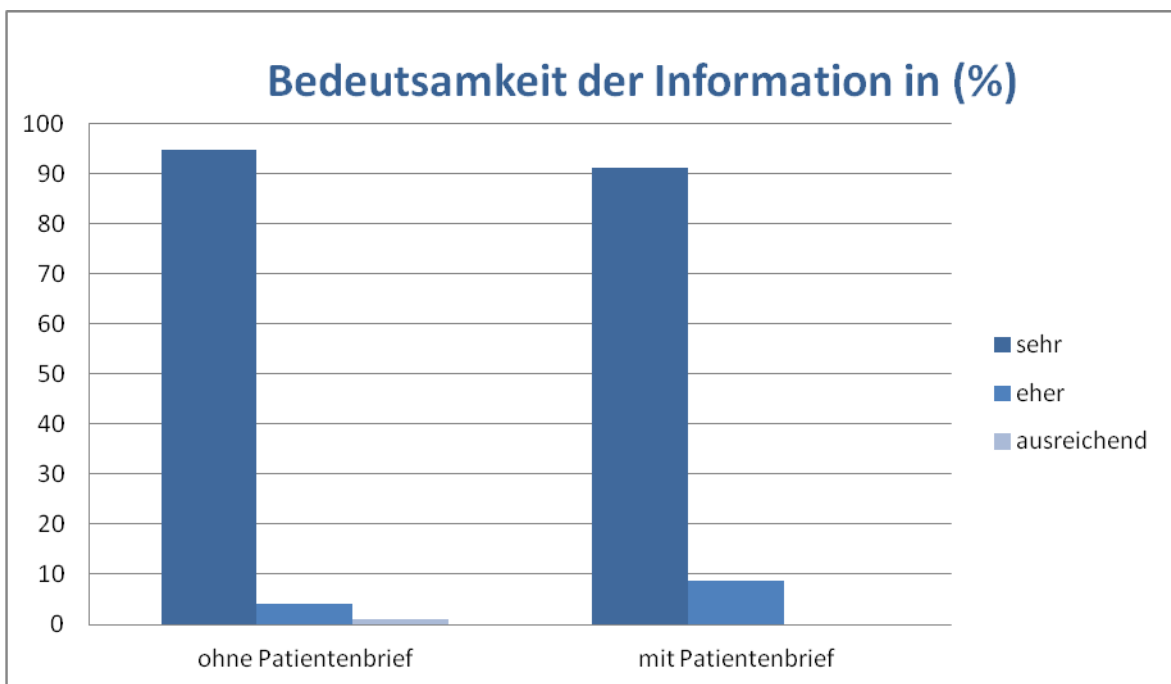


Abbildung 16: Einschätzung des Informationsstellenwerts

Einen ähnlichen Zusammenhang konnte bereits 1993 Zylinsky et al in ihrer Studie feststellen. Auch hier war das Zufriedenheitsniveau in der Patientenschaft hoch, der Informationsgrad war jedoch eher als gering anzusehen, auch hinsichtlich der aktiven Teilnahme am Therapieplan [77].

5.1.12 Informationsbereich Therapie / Operation

Im Bereich Information über „erfolgte Therapie“ bzw. „Operation“ und dessen Stellenwert, konnte folgende Verteilung verzeichnet werden. Ein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen war nicht zu ermitteln. Generell ist zu sagen, dass das Informationsbedürfnis sehr hoch ist.

Informationsbereitstellung Therapie / OP		Gruppe		
		Ohne Patienten- brief	Mit Patientenbrief	Gesamt
sehr	Anzahl	67	72	139
	% von Gruppe	65 %	69,2 %	67,1%
eher	Anzahl	32	23	55
	% von Gruppe	31,1 %	22,1%	26,6%
ausreichend	Anzahl	4	8	12
	% von Gruppe	3,9%	7,7%	5,8%
gar nicht	Anzahl	0	1	1
	% von Gruppe	0	1%	0,5
gesamt		103	104	207

Tabelle 16: Zufriedenheit Sektor Therapie / OP -Information

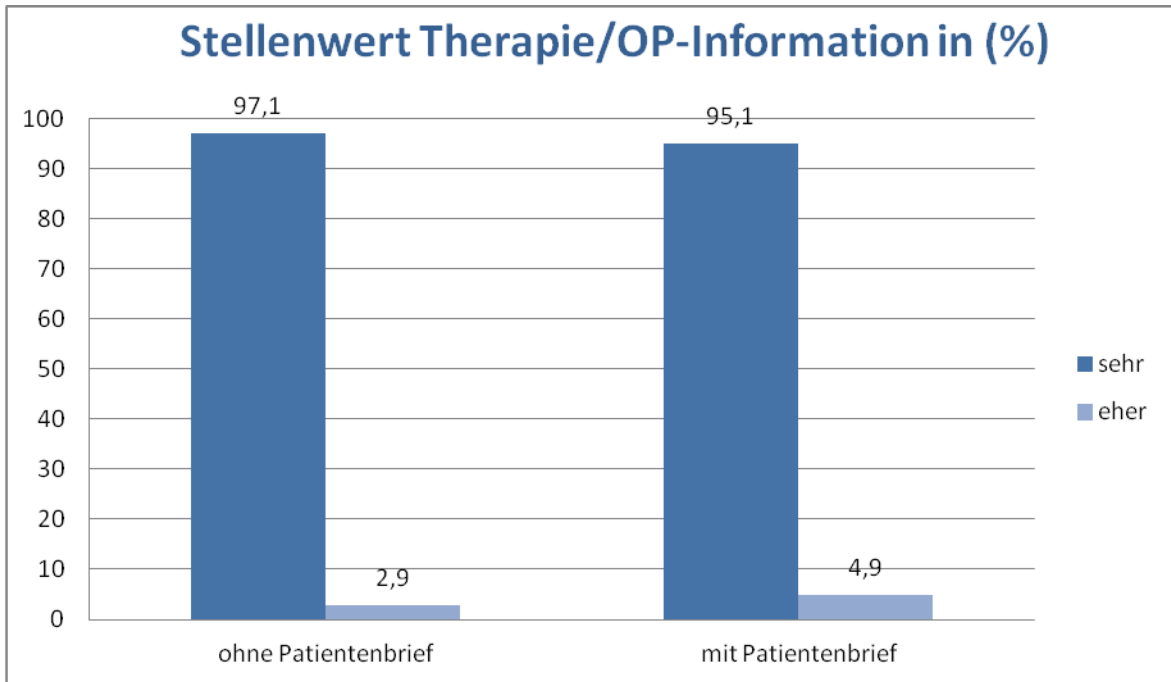


Abbildung 17: Stellenwert Sektor Therapie / OP-Information

5.1.13 Zufriedenheit mit Nachsorgeinformation und Stellenwert

Nicht nur für den stationären Bereich besteht bei den Patienten Informationsbedarf. Auch für die Nachsorge ist in beiden Gruppen ein sehr hohes Bedürfnis zu erkennen, das zudem einen großen Stellenwert beim Patienten einnimmt. Auch in diesem Bereich ist jedoch keine Signifikanz (Chi-Quadrat $p=0,771$) aufgetreten.

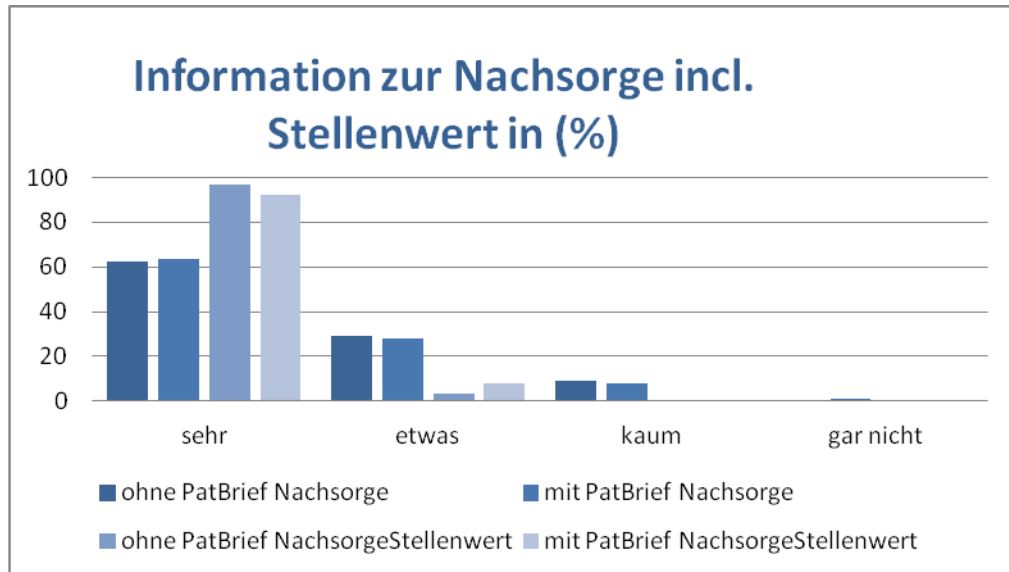


Abbildung 18: Darstellung Sektor Nachsorgeinformation und zugehöriger Stellenwert

5.1.14 Informationen für poststationären Abschnitt

Ein ähnliches Ergebnis ließ sich im Abschnitt, der sich mit dem Verhalten nach dem Krankenhausaufenthalt beschäftigte, ermitteln. In beiden Gruppen war fast ein Drittel der Patienten sehr zufrieden, während in etwa 2% der Patienten und darunter in den beiden Phasen gar nicht mit dem Informationsangebot einverstanden waren.

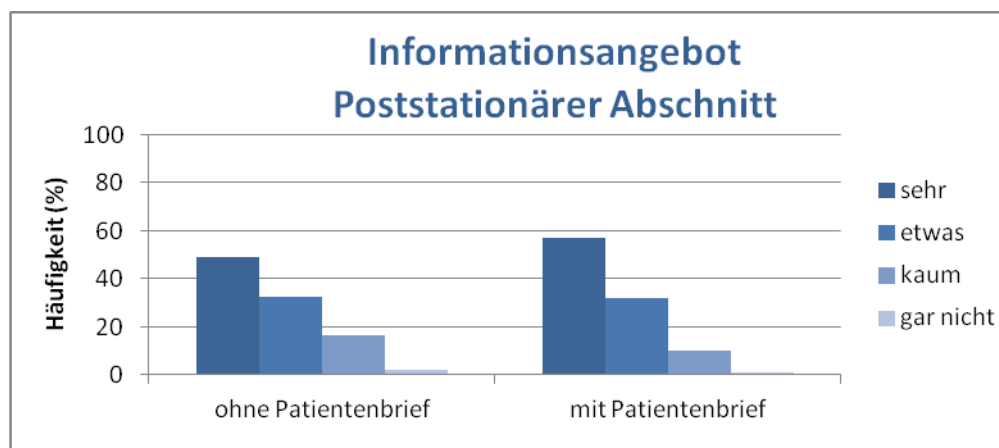


Abbildung 19: Zufriedenheit Information zur poststationären Phase7

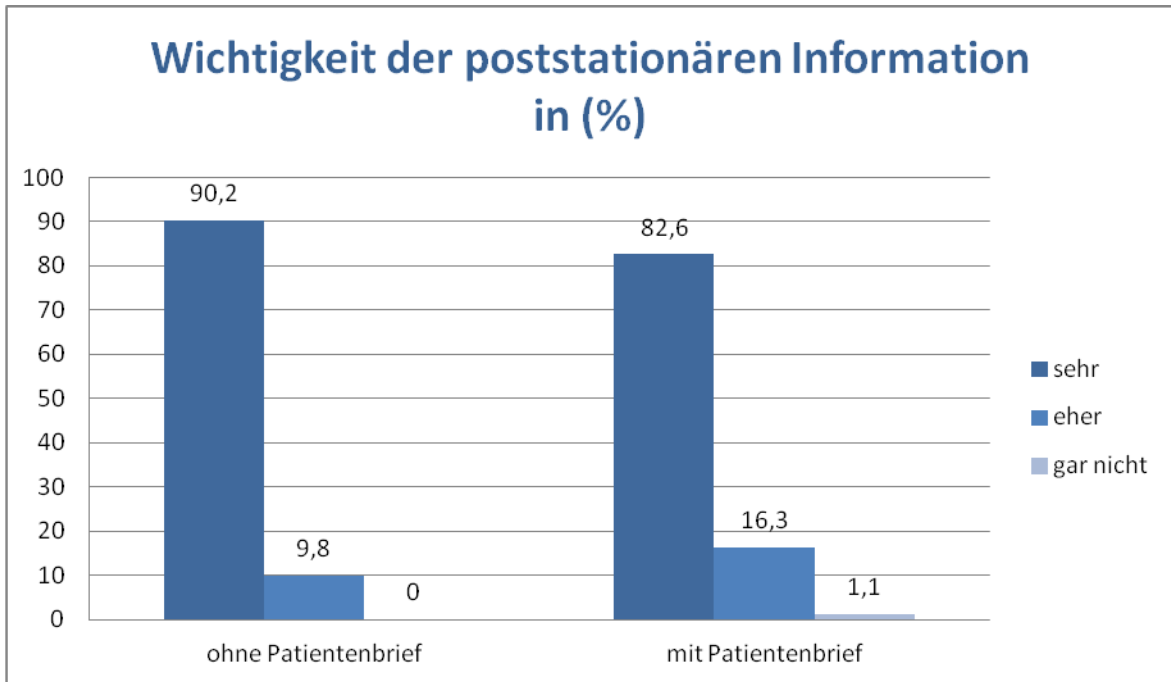


Abbildung 20: Stellenwert Sektor poststationäre Information

5.1.15 Informationen für Alltag

In wieweit die Patienten ausreichend für den alltäglich Ablauf informiert sind und wie wichtig dies für sie ist, wurde in einem weiteren Item geklärt. Bei der Feststellung des Wissens an sich konnte in der Kontroll- und Interventionsgruppe kein nennenswerter Unterschied festgestellt werden (Chi-Quadrat-Test $p=0,459$). In beiden Gruppen waren rund 70% der Ansicht, dass die Information „sehr“ oder „etwas“ angemessen war. Bei der Wichtigkeit konnte jedoch eine signifikante Abweichung ermittelt werden (Chi-Quadrat-Test $p=0,035$). Mit 74% zu 60 % lag die Interventionsgruppe vor der Kontrollgruppe. Hier ist jedoch eine eingeschränkte Validität zu bemerken, welche höhere Fallzahlen erforderte.

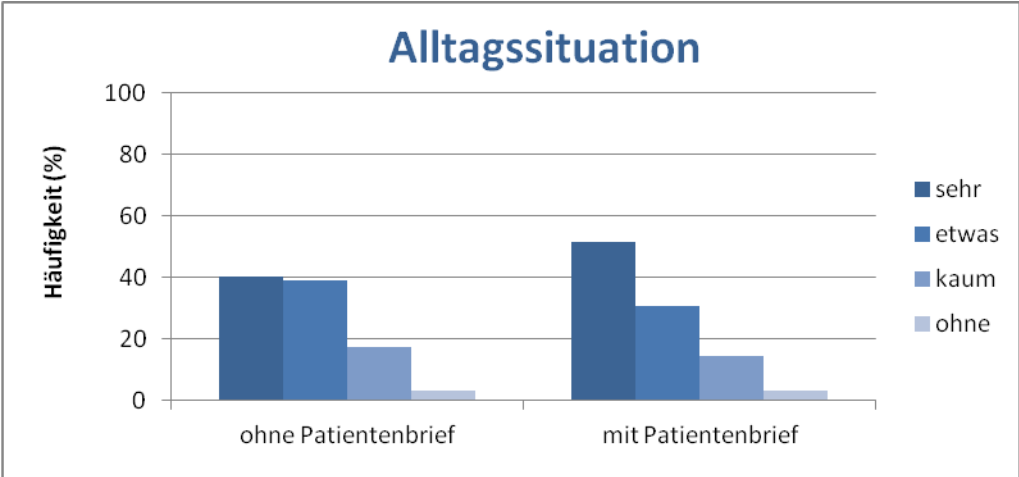


Abbildung 21: Zufriedenheit mit Information im Alltag

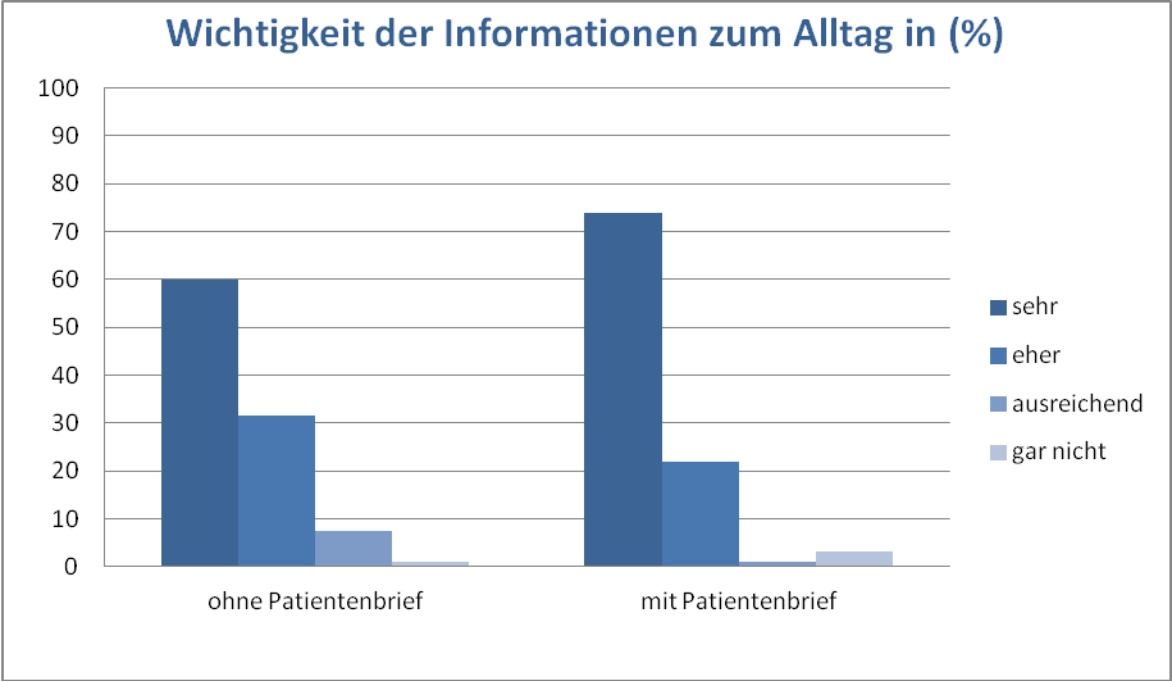


Abbildung 22: Stellenwert Sektor Alltagsinformation

5.1.16 Information zur Medikation

Das Kriterium, das am häufigsten in der Literatur angesprochen wird, ist das Wissen um die Medikation. Weder bezüglich des Informationsstandes (knapp bzw. gut zwei Drittel der Patienten sehr zufrieden) noch der Wertigkeit (87% bzw. 86,5% sehr zufrieden) der Patienten konnten Signifikanzen errechnet werden ($p=0,390$, und $p=1,0$).

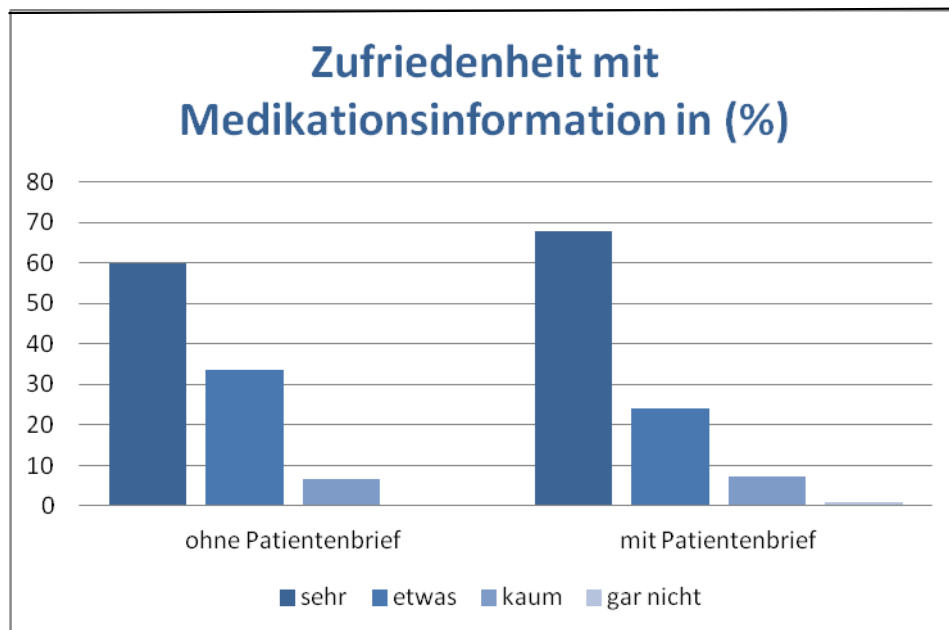


Abbildung 23: Zufriedenheit mit Medikationsinformation

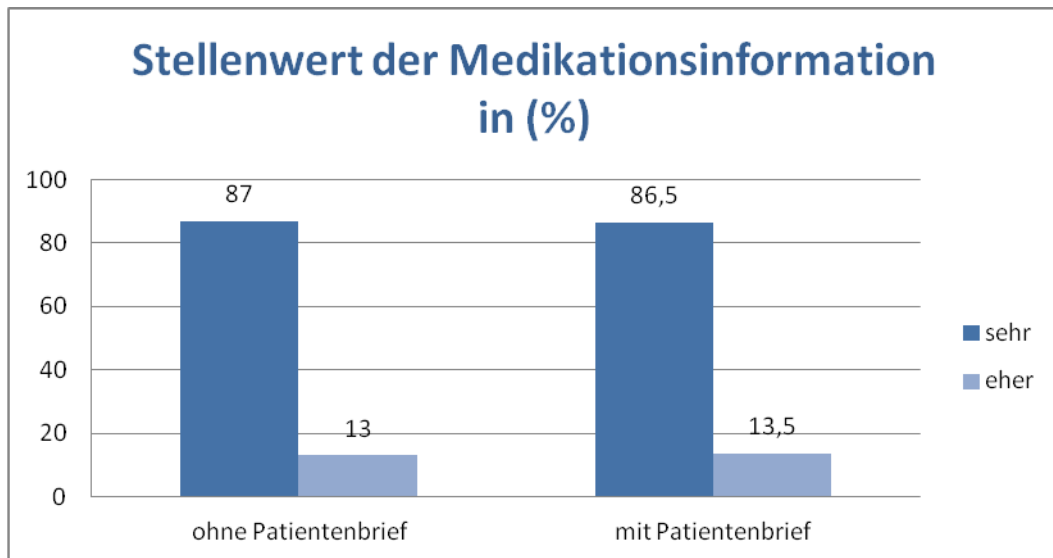


Abbildung 24: Stellenwert Medikationsinformation

5.1.17 Zufriedenheit mit Verständlichkeit

In der Umfrage konnte festgestellt werden, dass zwischen den Patienten der Phase 1 und denen der Phase 2 ein nur marginaler Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe auszumachen war, der jedoch keine statistische Signifikanz beinhaltetete ($p=0,317$). Bei der Gewichtung zeichnete sich ein ähnliches Bild ab, wobei hier in der Kontrollgruppe das Bedürfnis etwas höher eingestuft wurde ($p=0,541$).

Zufriedenheit mit Verständlichkeit		Gruppe		gesamt
		ohne Patientenbrief	mit Patientenbrief	
sehr	Anzahl	62	71	133
	% von Gruppe	62,6%	71,7%	67,2%
eher zufrieden	Anzahl	31	21	52
	% von Gruppe	31,3%	21,2%	26,3%
ausreichend	Anzahl	6	6	12
	% von Gruppe	6,1%	6,1%	6,1%
gar nicht	Anzahl	0	1	1
	% von Gruppe	,0%	1,0%	,5%
gesamt	Anzahl	99	99	198
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 17: Zufriedenheit im Verständnisbereich

Stellenwert der Verständlichkeit der Information		Gruppe		gesamt
		ohne Patienten- brief	mit Patienten- brief	
sehr	Anzahl	90	89	179
	% von Gruppe	90,9%	89,9%	90,4%
eher zufrieden	Anzahl	8	10	18
	% von Gruppe	8,1%	10,1%	9,1%
ausreichend	Anzahl	1	0	1
	% von Gruppe	1,0%	,0%	,5%
gesamt	Anzahl	99	99	198
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 18: Stellenwert Informationsverständlichkeit

5.1.18 Einschätzung Zeitkontingent

Rund die Hälfte der Patienten beider Gruppen ist der Auffassung, dass die Ärzte der Klinik in sehr angemessenem Umfang Zeit für Patientenbelange aufbringen können. Kein Patient war von Grund auf unzufrieden. Eine statistische Signifikanz wurde nicht errechnet (Chi-Quadrat-Test $p=0,287$).

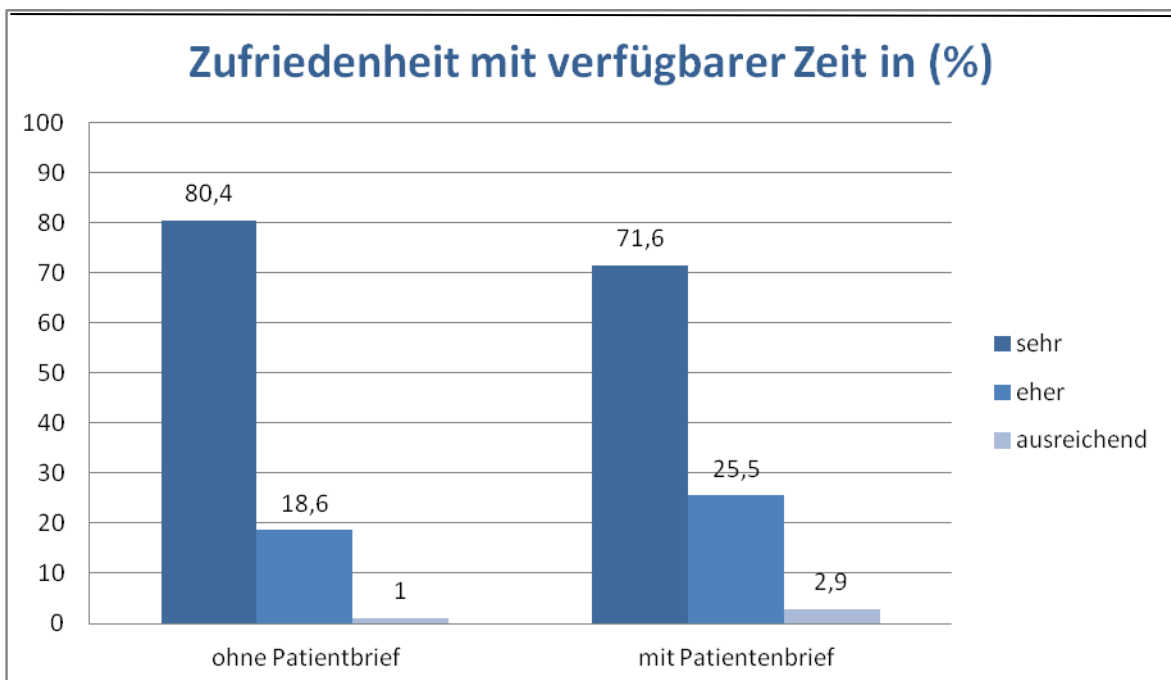


Abbildung 25: Zufriedenheit mit verfügbarer Zeit

5.1.19 Spezielle Auswirkungen des Patientenbriefes

Konnten bisher nur wenige positiv überzeugende Aspekte des Patientenbriefes im Vergleich zwischen den beiden Gruppen erfasst werden, so zeigen sich jetzt in der singulären Befragung der Interventionsgruppe einige Bereiche, die von den Patienten als angenehm und erleichternd empfunden werden.

Hinsichtlich der Auswirkungen auf Therapierückschläge (55,8%), sichererem Umgang (64,8%) und aktiven Erfolg in der Nachsorge (64%) oder auch einer allgemein verbesserten Nachbehandlung (67%), gaben in allen vier Teilbereichen deutlich mehr als die Hälfte bis hin zu knapp 70% der Patienten an, dass sie in dem Patientenbrief ein sehr hilfreiches Medium erkennen. In allen vier Teilbereichen lag der Anteil derjenigen Patienten, die gar keinen positiven Effekt des Patientenbriefes feststellten, unter 1,5%.

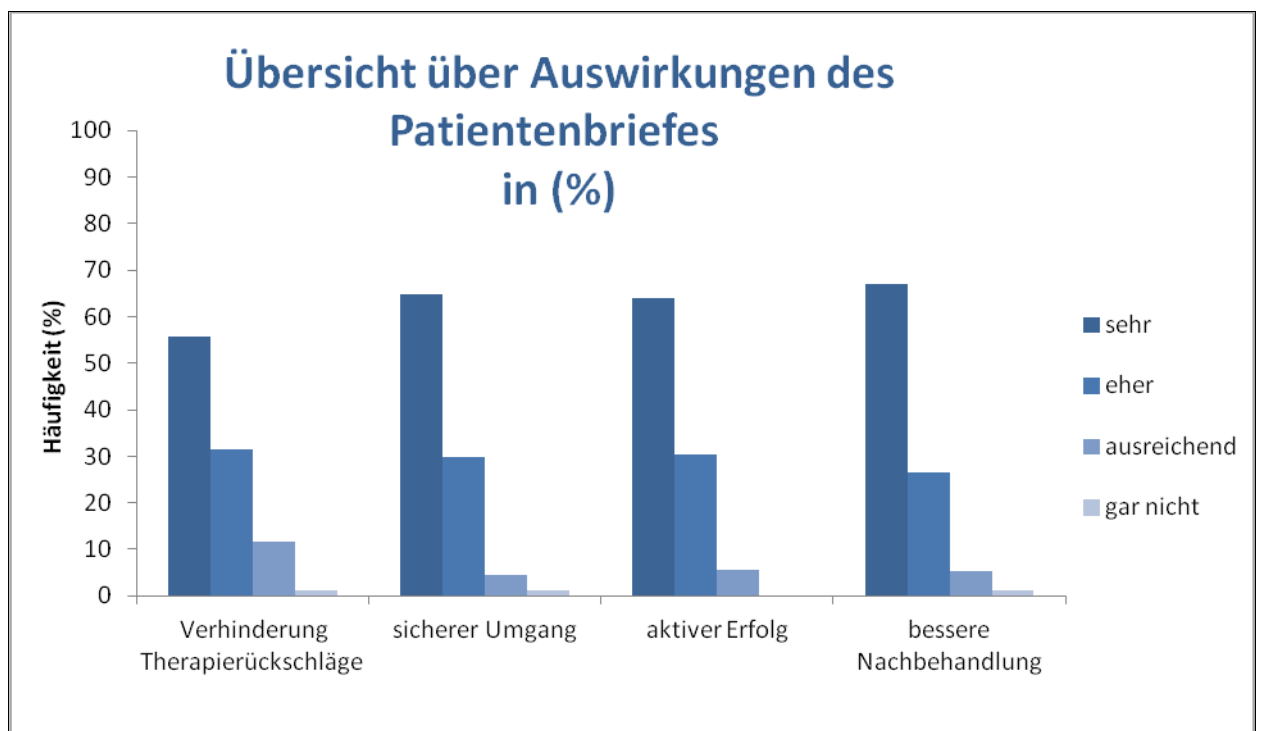


Abbildung 26: Auswirkungen des Patientenbriefes aus Patientensicht

Mit knapp 97% kamen die befragten Patienten zum Entschluss, dass der Patientenbrief als fester Bestandteil in das Entlassungsgeschehen integriert werden sollte.

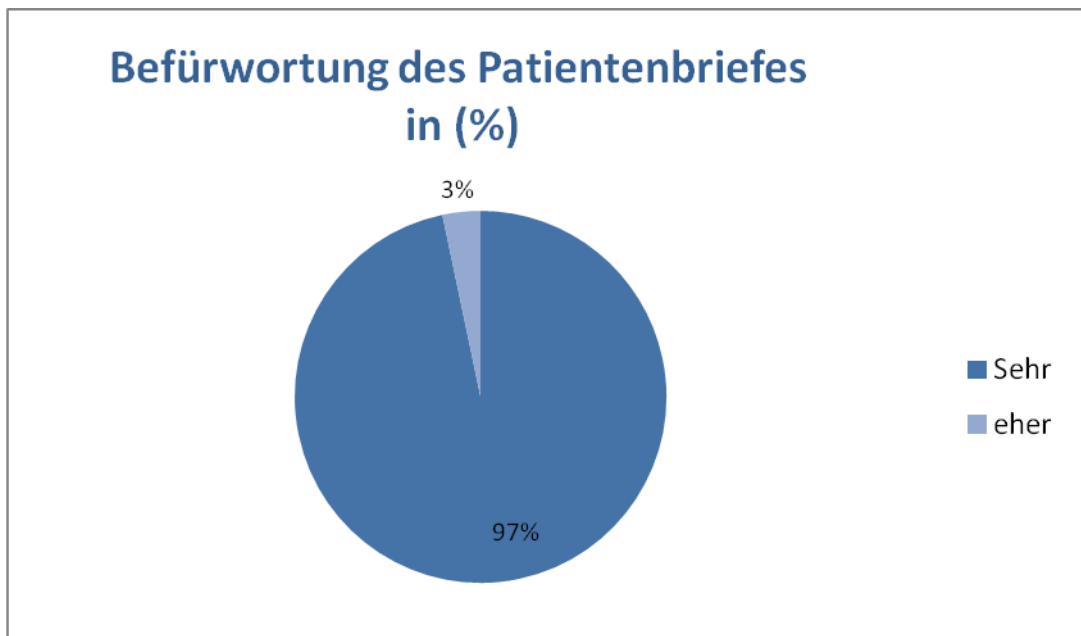


Abbildung 27: Befürwortung des Patientenbriefes in der Patientenschaft

5.2 Ergebnisse Hausärzte

Bei der Befragung der Hausärzte kam es zu einem Rücklauf bei der Kontrollgruppe von 38 Schreiben, bei der Interventionsgruppe von 30 Schreiben. Es wurden sechs gleichlautende Items zuzüglich einer Möglichkeit der Kritikäußerung in beiden Phasen untersucht. Bei den Hausärzten der Phase 2 wurden drei weitere Items zusätzlich zur Diskussion gestellt.

5.2.1. Zufriedenheit mit der Informationsbereitstellung

Mit einem Anteil von 60% äußerten sich die Folgebehandler aus Phase 2, dass sie mit den von der Klinik erhaltenen Informationen sehr zufrieden sind. Der Unterschied zu Phase 1 ist damit statistisch signifikant ($p=0,046$).

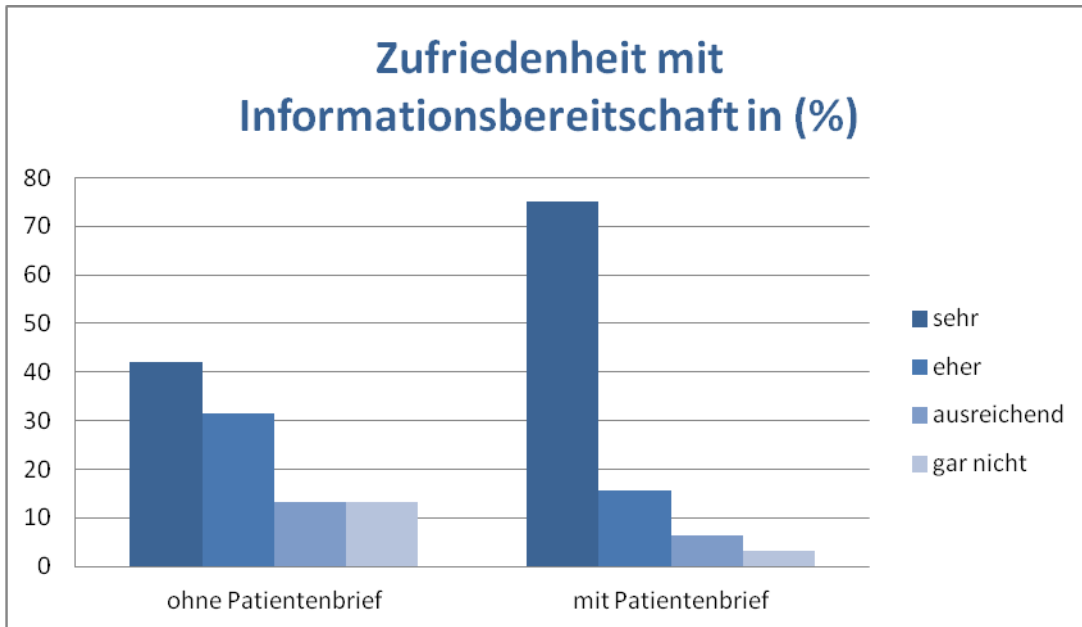


Abbildung 28: Zufriedenheit der Hausärzte mit Informationsbereitstellung

Zufriedenheit der Hausärzte mit Informationsbereitstellung		Gruppe		gesamt
		ohne Patientenbrief	mit Patientenbrief	
sehr	Anzahl	16	24	40
	% von Gruppe	42,1%	75,0%	57,1%
eher zufrieden	Anzahl	12	5	17
	% von Gruppe	31,6%	15,6%	24,3%
ausreichend	Anzahl	5	2	7
	% von Gruppe	13,2%	6,3%	10,0%
gar nicht	Anzahl	5	1	6
	% von Gruppe	13,2%	3,1%	8,6%
gesamt	Anzahl	38	32	70
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 19: Zufriedenheit der Hausärzte mit Informationsbereitstellung

5.2.2. Informationsbereitstellung zum Klinikgeschehen

Ein weiteres Item untersuchte, in wieweit der nachsorgende Arzt über stattgefundene Behandlungen und Untersuchungen seines Patienten Bescheid wusste. Auch hier kam es zu einem statistisch signifikanten Unterschied ($p=0,006$). Zwar waren die Ärzte der Kontrollgruppe mit insgesamt 76,3% „sehr“ oder „eher zufrieden“, doch im Gegensatz dazu waren die Ärzte der Interventionsgruppe mit 75,0% ausschließlich „sehr zufrieden“.

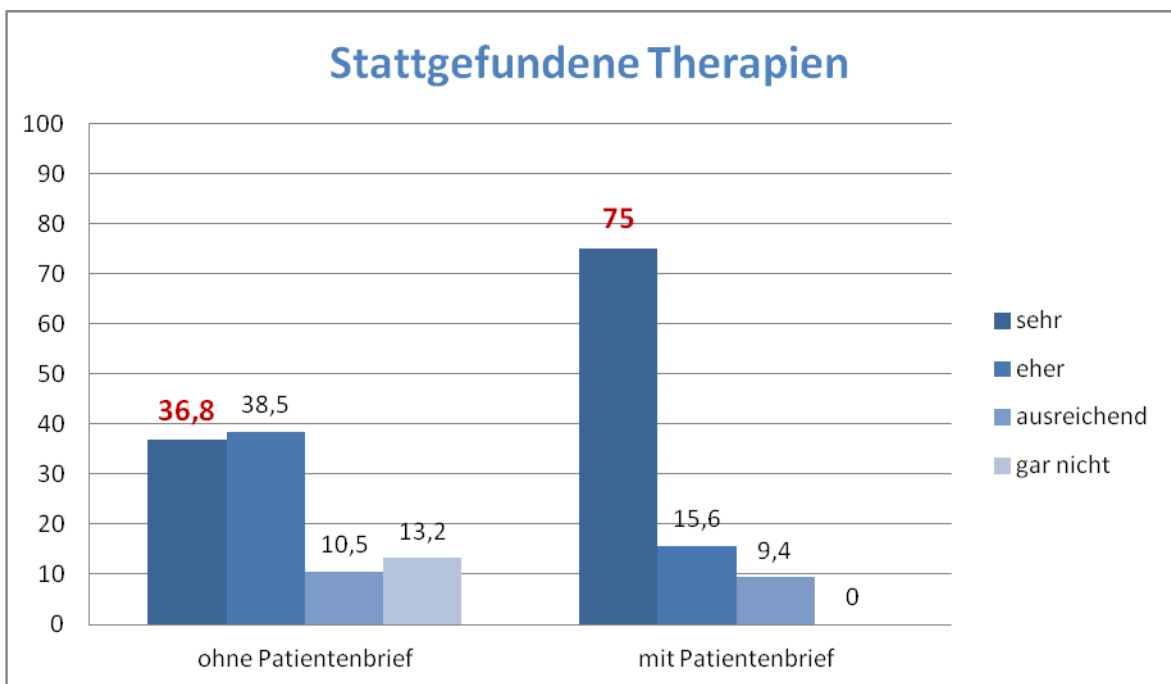


Abbildung 29: Zufriedenheit mit Informationen über stattgefundene Therapien

5.2.3. Einschätzung des Patientenwissens

Annähernd dreiviertel (74,2%) der Ärzte aus Phase 2 waren der Ansicht, dass ihr Patient „sehr gut“ über stattgefundene Behandlungen informiert ist. In der ver-

gleichbaren Kategorie der Kontrollgruppe beläuft sich der Wert auf 48,6%. Eine statistische Signifikanz war hier annähernd gegeben ($p= 0,072$).

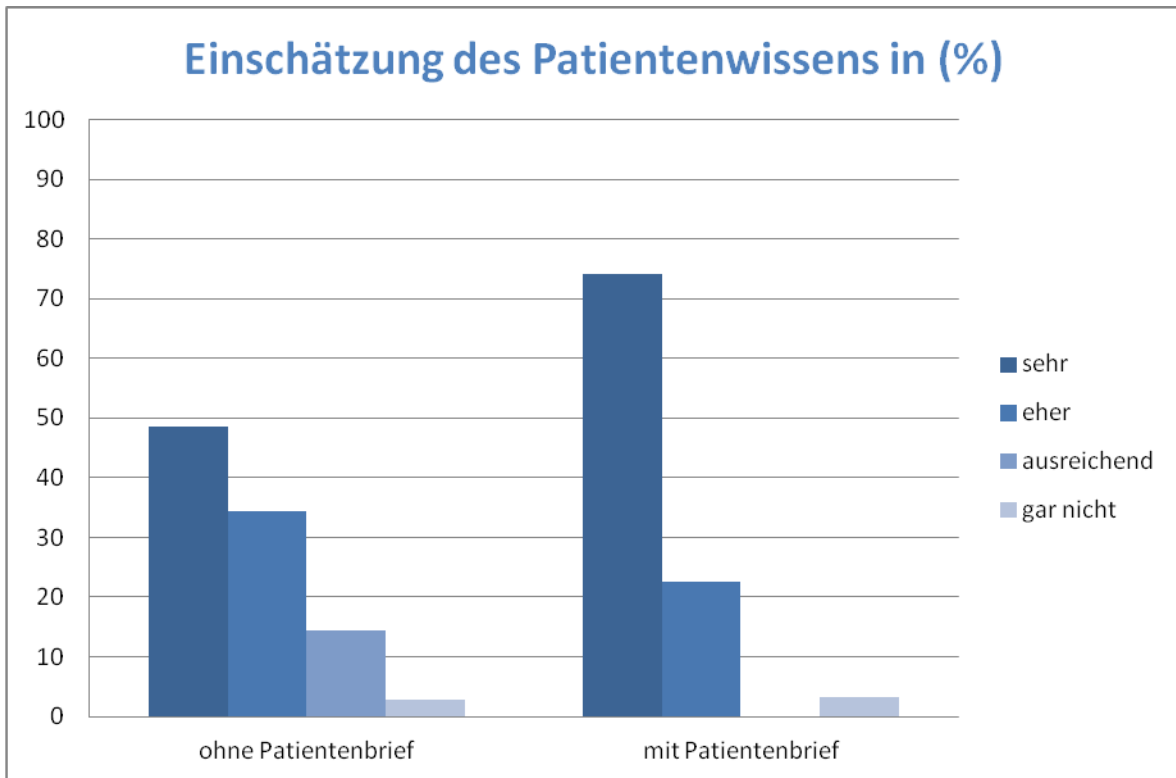


Abbildung 30: Einschätzung des Patientenwissens über erfolgte Behandlungen

Einschätzung des Patientenwissens über erfolgte Behandlungen			Gruppe		Gesamt
			ohne Patientenbrief	mit Patientenbrief	
sehr	Anzahl	17	23	40	
	% von Gruppe	48,6%	74,2%	60,6%	
eher zufrieden	Anzahl	12	7	19	
	% von Gruppe	34,3%	22,6%	28,8%	
ausreichend	Anzahl	5	0	5	
	% von Gruppe	14,3%	,0%	7,6%	
gar nicht	Anzahl	1	1	2	
	% von Gruppe	2,9%	3,2%	3,0%	
gesamt	Anzahl	35	31	66	
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 20: Einschätzung des Patientenwissens über erfolgte Behandlungen

5.2.4. Erleichterung in der Nachsorge durch Mehrwissen

Nur 6,1% der Hausärzte aus der Interventionsgruppe empfanden gar keine Erleichterung im Umgang mit ihrem Patienten in der Nachsorge. Dem steht ein über-
ragender Anteil von 72,7% gegenüber, der den Informationsstand des Patienten
als sehr positiv für die Nachsorge einschätzte. Konnte zwar kein statistisch signifi-
kanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ermittelt werden ($p=0,114$),
wird aber ein Trend pro Patientenbrief auffallend.

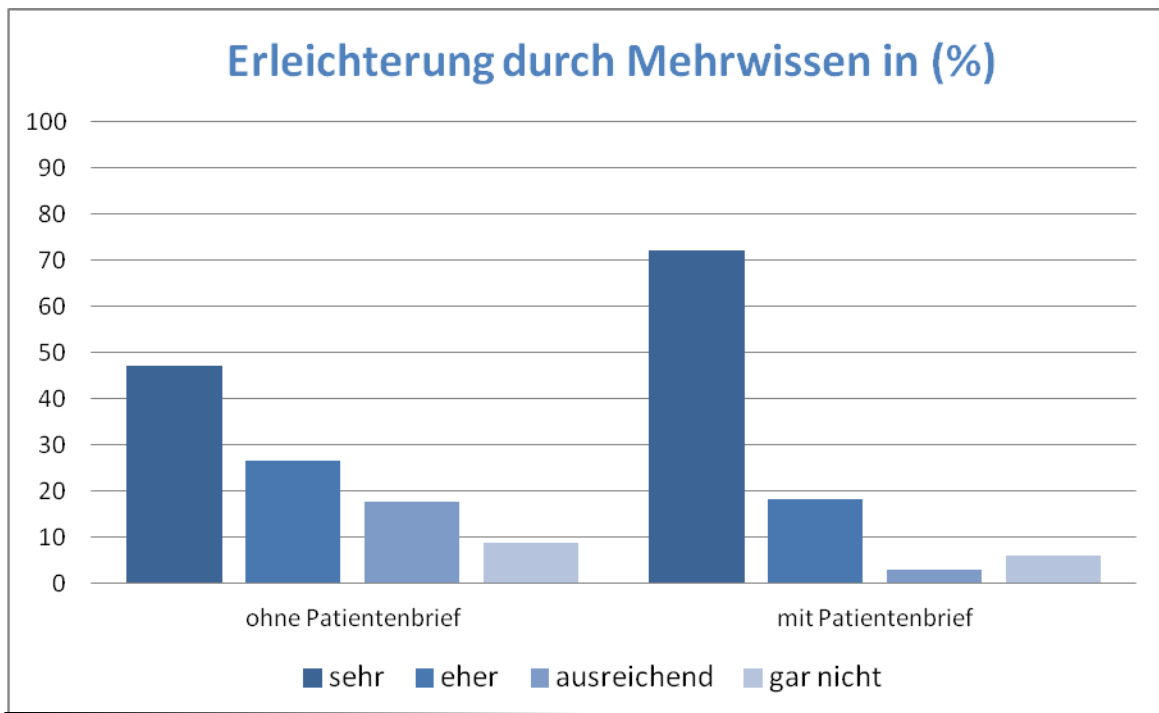


Abbildung 31: Entlastung in der Nachsorge durch vermehrtes Patientenwissen

5.2.5. Entlastung in der Nachsorge

Bei der Fragestellung, ob der nachfolgende Arzt durch die Mehrinformation eine Entlastung in der Nachsorge seines Patienten erfahren konnte (v.a. im Bereich der anfallenden Arbeit), war keine statistische Signifikanz festzustellen ($p=0,172$). Dennoch wurde in beiden Gruppen ein hohes Niveau an Zufriedenheit erreicht.

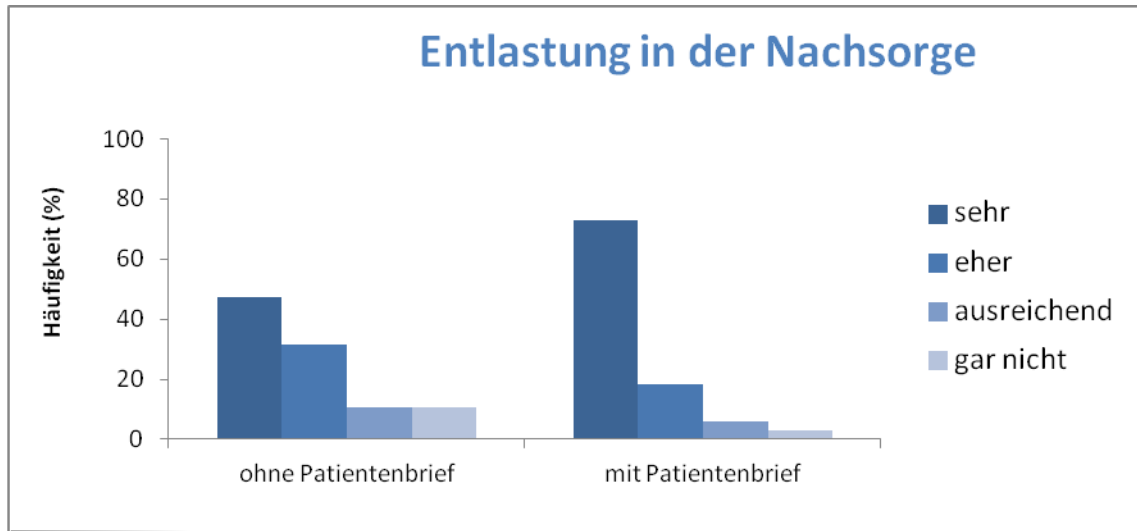


Abbildung 32: Einschätzung Arbeitserleichterung

Einschätzung bezgl. der Arbeitserleichterung		Gruppe		gesamt
		ohne Patientenbrief	mit Patientenbrief	
sehr	Anzahl	18	24	42
	% von Gruppe	47,4%	72,7%	59,2%
eher zufrieden	Anzahl	12	6	18
	% von Gruppe	31,6%	18,2%	25,4%
ausreichend	Anzahl	4	2	6
	% von Gruppe	10,5%	6,1%	8,5%
gar nicht	Anzahl	4	1	5
	% von Gruppe	10,5%	3,0%	7,0%
gesamt	Anzahl	38	33	71
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 21: Einschätzung bezgl. der Arbeitserleichterung

5.2.6. Auswirkungen auf den Therapieerfolg

Bei der Frage nach einer Beschleunigung oder Verbesserung im Heilungsprozess oder nach der Möglichkeit, dass durch die Mehrinformation für den Patienten Therapierückschläge vermieden werden können, zeichnete sich in Kontroll- und Interventionsgruppe folgende Verteilung (siehe Grafik) ab. Eine Signifikanz ließ sich hierbei nicht nachweisen ($p=0,440$).

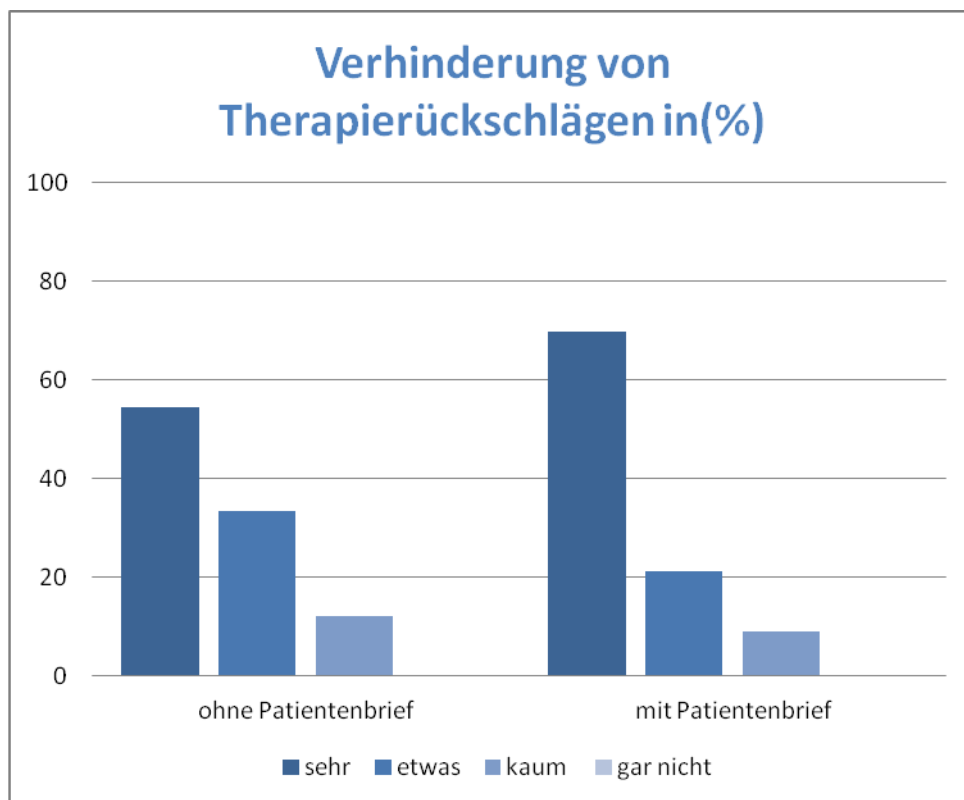


Abbildung 33: Einschätzung in der Verhinderung von Therapierückschläge

Einschätzung in der Verhinderung von Therapierückschlägen		Gruppe		Gesamt
		ohne Patienten- brief	Mit Patienten- brief	
sehr	Anzahl	18	23	41
	% von Gruppe	54,5%	69,7%	62,1%
eher zufrieden	Anzahl	11	7	18
	% von Gruppe	33,3%	21,2%	27,3%
ausreichend	Anzahl	4	3	7
	% von Gruppe	12,1%	9,1%	10,6%
gesamt	Anzahl	33	33	66
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 22: Einschätzung in der Verhinderung von Therapierückschlägen

5.2.7. Zeitpunkt der Aushändigung des Patientenbriefes

Die Folgebehandler der Phase 2 wurden in ihrem Fragebogen zu weiteren Items bezüglich des Patientenbriefes befragt. Der Zeitpunkt der Aushändigung, nämlich die Entlassung des Patienten, wurde von 81,8% der Ärzte als sehr gut eingestuft.



Abbildung 34: Adäquater Aushändigungszeitpunkt des Patientenbriefes

5.2.8. Einfluss auf Adhärenz

In der Interventionsgruppe waren 62,5% der Ärzte der Ansicht, dass unter Einfluss des Patientenbriefes das Adhärenzverhalten verbessert werden könnte. Knapp 10% der Folgebehandler glaubten, dass nur kaum oder gar keine Optimierung stattfindet.

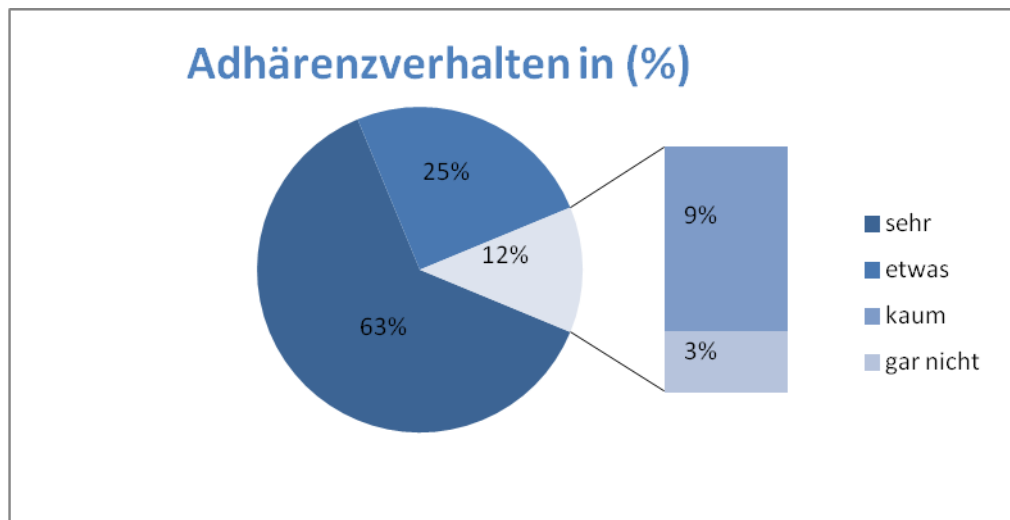


Abbildung 35: Einschätzung bezgl. der Verbesserung der Patientenadhärenz

5.2.9. Einfluss auf den Zeitaufwand

Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte der Interventionsgruppe war der Auffassung, dass durch Maßnahmen, die zur Verbesserung des Wissens- und Informationsstand dienen, der Zeitaufwand in der Nachsorge verringert werden kann.

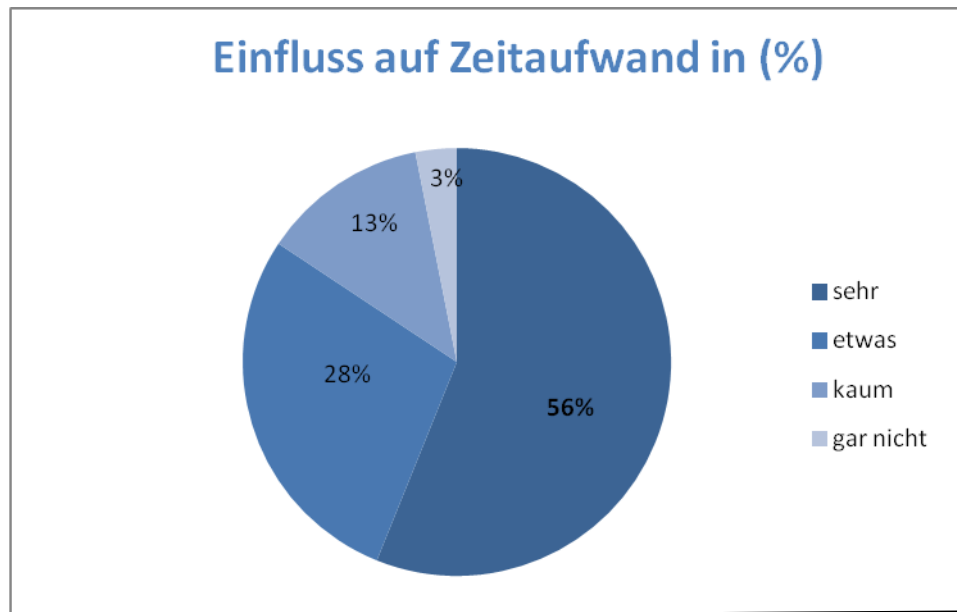


Abbildung 36: Einfluss auf den Zeitaufwand in der Therapie

Einfluss auf den Zeitaufwand in der Therapie				Gruppe	Gesamt
				mit Patientenbrief	
Hausarzt	Zeit-	sehr	Anzahl	18	18
			% von Gruppe	56,3%	56,3%
		eher zufrieden	Anzahl	9	9
			% von Gruppe	28,1%	28,1%
		ausreichend	Anzahl	4	4
			% von Gruppe	12,5%	12,5%
		gar nicht	Anzahl	1	1
			% von Gruppe	3,1%	3,1%
Gesamt			Anzahl	32	32
			% von Gruppe	100,0%	100,0%

Tabelle 23: Einfluss auf den Zeitaufwand in der Therapie

5.2.10. Verbesserung

Aus der Patientenschaft konnten noch folgende positive und negative Kommentare zum Patientenbrief gesammelt werden:

Patienten gaben an, dass sie einerseits sehr begrüßen, dass sie ein weites Spektrum ihrer Fragen in dem Brief beantwortet finden und dass es ihrer Meinung nach

zu einer verbesserten Kommunikation u.a. mit dem jeweilig behandelnden Arzt führt. Kritik gab es jedoch am zeitlichen Umfang, der für den Patientenbrief aufgewandt wurde. Konkret wurde dies insofern negativ erlebt, als dass hier die Patienten die Ärzteschaft oftmals als sehr gehetzt charakterisierten. Zudem wünschten die Patienten in einigen Fällen, dass nicht nur Verbote zu Vermeidung von Therapierückschlägen erfasst werden, sondern aktive Therapieunterstützung noch expliziter beschrieben und unterbreitet werden soll. In einem Fall konnte der handschriftlich vervollständigte Patientenbrief nur schwer gelesen werden.

5.2.11. *Kommentare der Ärzte von Phase 1*

Ein Großteil der Kritikpunkte konzentrierte sich bei den Ärzten der Kontrollgruppe auf den schlechten bzw. mangelnden Informationsfluss (n=13). Erwähnt wurde auch, dass der Arztbrief entweder verzögert, gar nicht oder nur mit unvollständigen Befunden versendet wurde (n=6). Der Wunsch nach einem klaren Ansprechpartner für den jeweiligen Patientenfall wurde zudem geäußert (n=1). Ferner wurde Kritik darin geübt, dass der Patient oft nur mangelnd über das Ausmaß der Erkrankung aufgeklärt oder unvorbereitet in die Nachsorge entlassen wurde (n=3).

5.2.12. *Kommentare der Ärzte von Phase 2*

Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge in dieser Phase, die sich direkt auf den Patientenbrief bezogen, gab es nur sehr wenige. Erwähnt wurden jedoch in einem Fall der Wunsch nach noch detailliertere Angaben im Bereich der Belast-

barkeitsmodalitäten bzw. der Arbeitsfähigkeit. Generell wurde aber in dieser Phase hauptsächlich der bestehende Informationsfluss kritisiert. Konkret genannt wurde die verzögerte bzw. ausbleibende Weitergabe des Arztbriefes (n=3) und der Mehraufwand durch studienbedingte Fragebogenaktionen (n=1). Positive Äußerungen spiegelten vielfach den verbesserten Informationsstand des Patienten wieder.

5.3 Ergebnisse bei den Klinikärzten

Nach Abschluss der Datenerhebung auf dem Patienten- und Hausarztsektor wurden nun die Ärzte auf den beteiligten Stationen zu ihren Erfahrungen befragt. Die Zusammensetzung der befragten Ärzte auf Station gliederte sich folgendermaßen auf:

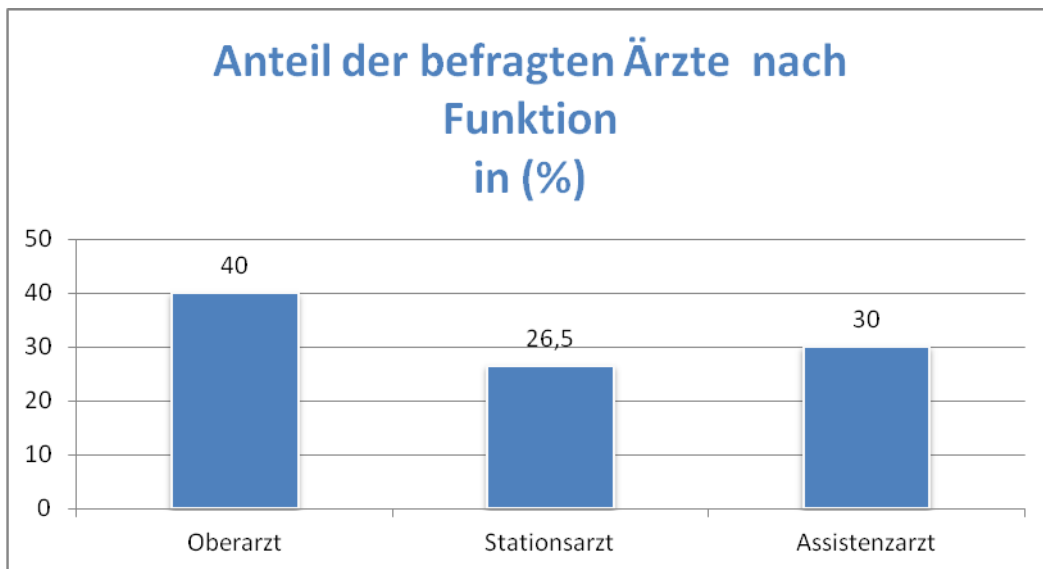


Abbildung 37: Anteil der befragten Ärzte nach Funktion

5.3.1 Zufriedenheit mit dem bestehenden Informationssystem

Zunächst sollten sich die Stationsärzte dahingehend äußern, wie sie die aktuell praktizierte Informationsbereitstellung für die Patienten am Klinikum einschätzten. Es lässt sich anhand der Rubriken „kaum“ bzw. „gar nicht“ mit insgesamt 39,3% erkennen, dass ein deutliches Verbesserungspotential bzw. ein deutlicher Wunsch nach Verbesserung besteht.

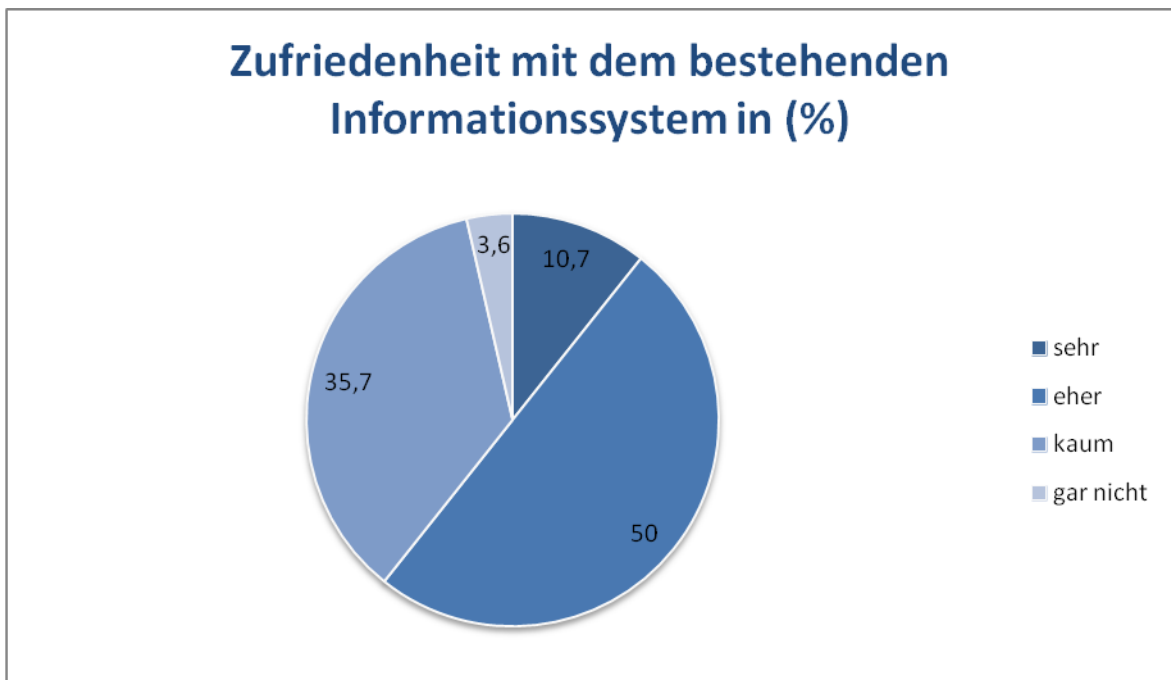


Abbildung 38: Zufriedenheit mit dem bestehenden Informationssystem

Ein Einfluss auf die generelle Zufriedenheit mit dem am Klinikum vorherrschenden Informationssystem konnte mit der Funktion und der Stellung der Ärzte im Krankenhaus nicht in Verbindung gebracht werden (siehe Tabelle 24) (Chi-Quadrat $p=0,611$).

			Zufriedenheit mit der Information				Gesamt
			sehr	etwas	kaum	gar nicht	
Funktion	Oberarzt	Anzahl	2	5	2	1	10
		% von Zufrieden Info	66,7%	35,7%	22,2%	100,0%	37,0%
	Stationsarzt	Anzahl	0	5	3	0	8
		% von Zufrieden Info	,0%	35,7%	33,3%	,0%	29,6%
	Assistenzarzt	Anzahl	1	4	4	0	9
		% von Zufrieden Info	33,3%	28,6%	44,4%	,0%	33,3%
Gesamt		Anzahl	3	14	9	1	27
		% von Zufrieden Info	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 24: Zufriedenheit der Klinikärzte mit den Informationen am Klinikum

5.3.2 Patientenbrief als Unterstützung für das Entlassungsgespräch

In einem weiteren Item wurde untersucht, inwiefern die befragten Klinikärzte den Patientenbrief als eine Erleichterung bzw. als eine Unterstützung im Entlassungsgespräch empfanden. Der Patientenbrief soll hierbei als Medium in der Kommunikation mit dem Patienten dienen und sowohl für den Arzt als auch für den Patient eine Vermittlungshilfe darstellen.

57,7% der Ärzte waren der Ansicht, dass mit dem Patientenbrief oben genannter positiver Aspekt verbunden ist. Die Funktion der Ärzte spielte dabei keine Rolle. Der Patientenbrief wurde unabhängig vom Status vielfach als hilfreich erkannt.

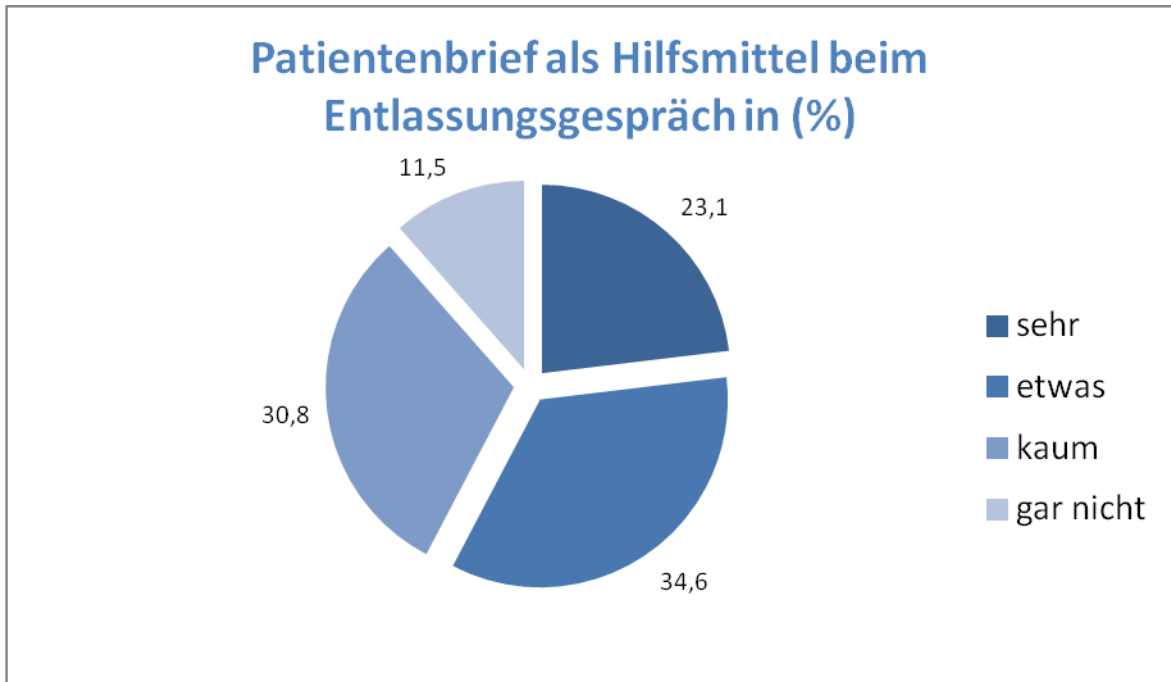


Abbildung 39: Patientenbrief als Unterstützung für das Entlassungsgespräch

Häufigkeit	Prozent		Gültige Prozen-te
sehr	6	20,0	23,1
etwas	9	30,0	34,6
kaum	8	26,7	30,8
gar nicht	3	10,0	11,5
gesamt	26	86,7	100,0
fehlend	4	13,3	
gesamt	30	100,0	

Tabelle 25: Patientenbrief als Unterstützung für das Entlassungsgespräch

5.3.3 Patientenbrief als Erleichterung für den Arztbrief

In der Studie sollte auch untersucht werden, ob der zeitliche Mehraufwand für den Arzt durch das erweiterte Entlassungsprozedere dahingehend relativiert werden kann, dass durch die Erstellung des Patientenbriefes auch eine Erleichterung, bzw. Vereinfachung bei der Erstellung des Arztbriefes erzielt werden kann. Mit nur insgesamt 26,9 % in den Kategorien „sehr“ (hier vor allem mit 12,5% bei den Stationsärzten) und „etwas“ ist dieser Aspekt als nicht erfüllt zu betrachten, denn demgegenüber gaben 73,1% der Ärzte an, dass sie kaum einen oder gar keinen positiven Nutzen daraus ziehen konnten.

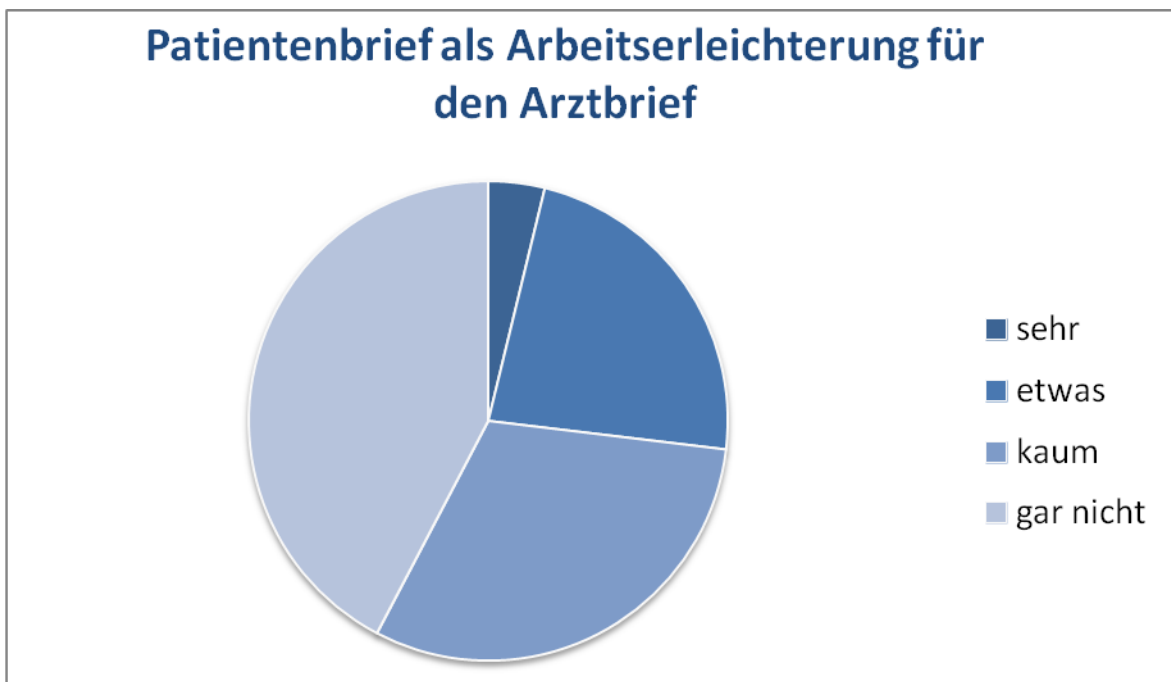


Abbildung 40: Patientenbrief als Arbeitserleichterung für den Arztbrief

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr	1	3,3	3,8
etwas	6	20,0	23,1
kaum	8	26,7	30,8
gar nicht	11	36,7	42,3
gesamt	26	86,7	100,0
fehlend	4	13,3	
gesamt	30	100,0	

Tabelle 26: Patientenbrief als Arbeitserleichterung für den Arztbrief

5.3.4 Zeit-Nutzen- Abwägung

Etwas positiver hingegen fielen die Ergebnisse bei der Zeit-Nutzen-Abschätzung aus. Sahen zwar nur 26,9 % der Ärzte (s.o.) eine Erleichterung bezüglich der eigenen Arbeit, so gaben bei diesem Item doch 42,3% der Ärzte (Kategorie „sehr“ und „etwas“ zusammengefasst) an, dass sie das Verhältnis von Zeitaufwand und Nutzen als angemessen einstufen. Die Ursache für den dennoch geringer als erwartete Anteil dürfte wohl hauptsächlich im meist schon zeitlich sehr knapp bemessenen Klinikalltag liegen, so dass jede Art an Mehrarbeit deutlicher Zutage tritt, noch dazu wenn die Auswirkungen nur indirekt für den Arzt erkennbar sind, nämlich dann, wenn der Patient eben z.B. durch das Mehrbemühen des Arztes nicht erneut die Klinik aufsuchen muss.

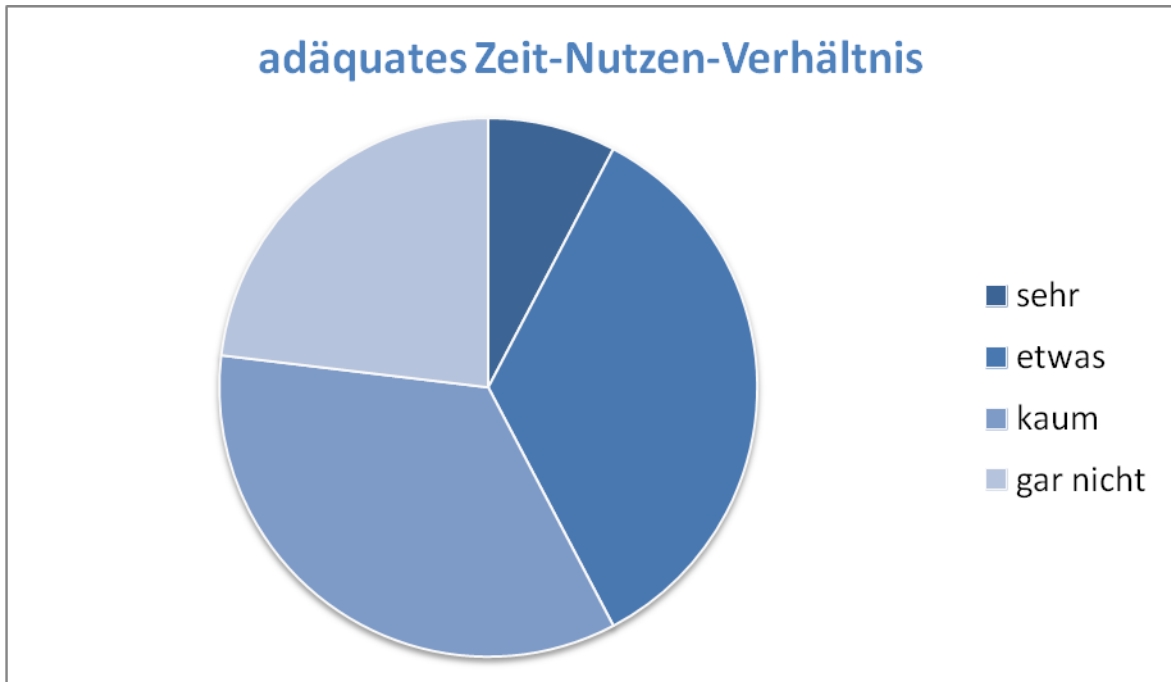


Abbildung 41: Adäquates Zeit –Nutzen – Verhältnis

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr	2	6,7	7,7
etwas	9	30,0	34,6
kaum	9	30,0	34,6
gar nicht	6	20,0	23,1
gesamt	26	86,7	100,0
fehlend	4	13,3	
gesamt	30	100,0	

Tabelle 27: Adäquates Zeit –Nutzen - Verhältnis

5.3.5 Wissen und Nachsorgeerleichterung

Einigkeit besteht unter den Klinikärzten bei der Frage, in wie weit der Patient über durchgeführte Behandlungen und Untersuchungen Bescheid weiß. So konnten die Kategorien „kaum“ bzw. „gar nicht“ nach Ärztemeinung komplett verneint werden. Die Aufteilung setzt sich hier mit 35,7% in der Kategorie „sehr“ bzw. 64,3% bei „etwas“ zusammen. Nur zwei Ärzte äußerten sich hierzu nicht (siehe Tabelle 28) Diese Einschätzung spiegelt die Diskrepanz zwischen Ärzte- und Patientenschaft deutlich wieder.

Patientenwissen		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	sehr	10	33,3	35,7
	etwas	18	60,0	64,3
	gesamt	28	93,3	100,0
	fehlend	2	6,7	
gesamt		30	100,0	

Tabelle 28: Einschätzung Patientenwissens basierend auf dem Patientenbrief

Standen die Klinikärzte dem Patientenbrief kritisch bzw. tendenziell negativ gegenüber, hinsichtlich Aspekte wie Erleichterung im eigenen Tätigkeitsfeld, Hilfestellung oder Zeitverkürzung z.B. beim Entlassungsprozedere oder Arztbrief oder auch Zeit-Nutzenverhältnis, so waren sie deutlich mit 78,5% (Kategorie „sehr“ und „etwas“ zusammengefasst) der Auffassung, dass Patienten in der durch das erweiterte Entlassungsprozedere in der Nachsorge für Hausarzt bzw. Folgebehandler einfacher zu führen sind. Einigkeit bestand darüber, dass der Patientenbrief in diesem nicht ohne Nutzen ist.

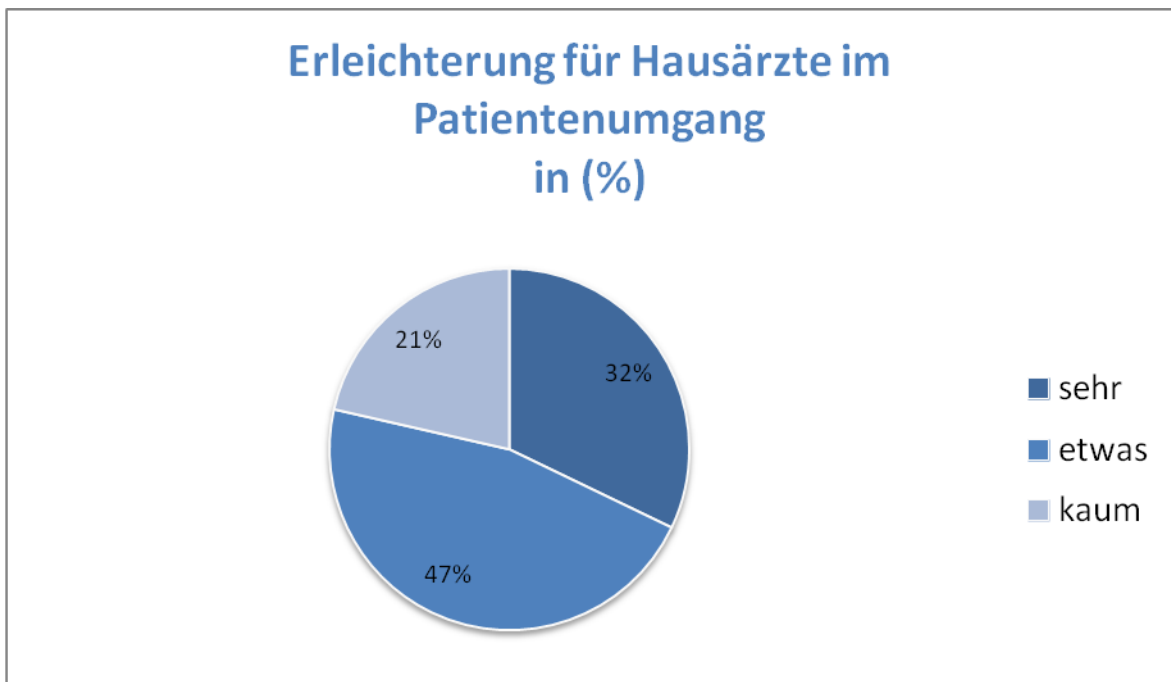


Abbildung 42: Einschätzung Stationsärzte – Erleichterung für Hausärzte im Patientenumgang

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr	9	30,0	32,1
etwas	13	43,3	46,4
kaum	6	20,0	21,4
gesamt	28	93,3	100,0
fehlend	2	6,7	
gesamt	30	100,0	

Tabelle 29: Stationsärzte-Übersicht im Hinblick auf die Hausärzterleichterung

5.3.6 Arbeitserleichterung für den Arzt in der Nachsorge

Dass es über die Patientenführung hinaus generell zu einer Arbeitserleichterung für den nachsorgenden Arzt kommt, konnte bei den Klinikärzten nicht klar eruiert werden. Dass die Maßnahme „Patientenbrief“ kaum oder gar keine positiven Effekte in diesem Bereich hat, gaben 46,2% der Befragten an.

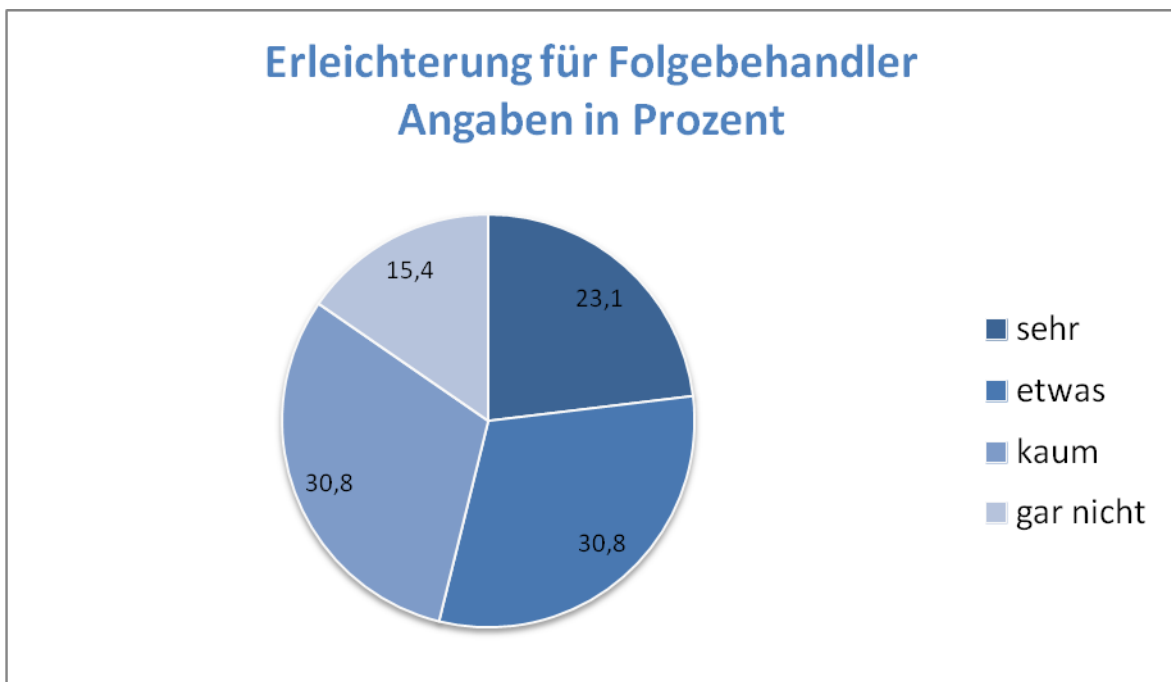


Abbildung 43: Einschätzung Stationsärzte- Erleichterung für Folgebehandler im eigenen Arbeitsbereich

5.3.7 Auswirkungen des Patientenbriefes auf den Therapieerfolg

Bei der Umfrage unter den Ärzten, ob sie der Auffassung seien, dass es durch den Patientenbrief zu einem beschleunigten oder auch verbesserten Heilungsprozess kommt und gegeben falls sogar Therapierückschläge vermieden werden können, lehnten dies 11,5% völlig ab, während 19,2% der Ärzte hingegen vom Erfolg überzeugt waren.

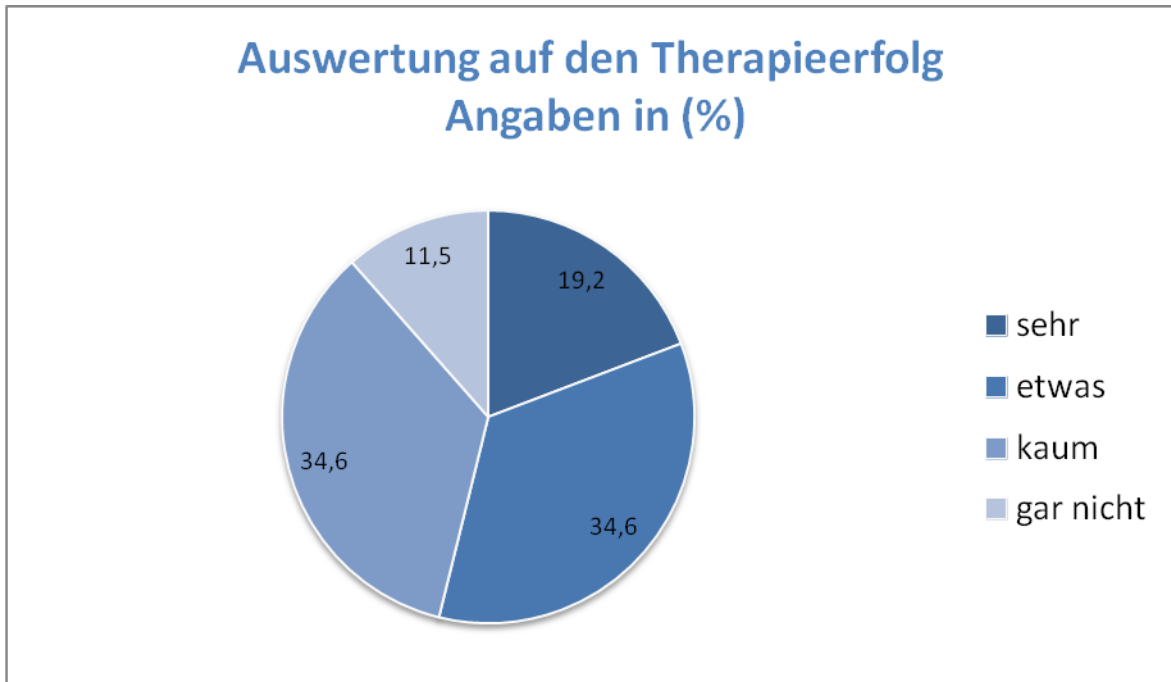


Abbildung 44: Stationsärzte- Einfluss auf den Therapieerfolg

5.3.8 Verbesserung der Adhärenz

Das Einflussvermögen auf die Patientenadhärenz und ihre Verbesserung, teilt sich nach Ansicht der Klinikärzte folgendermaßen auf:

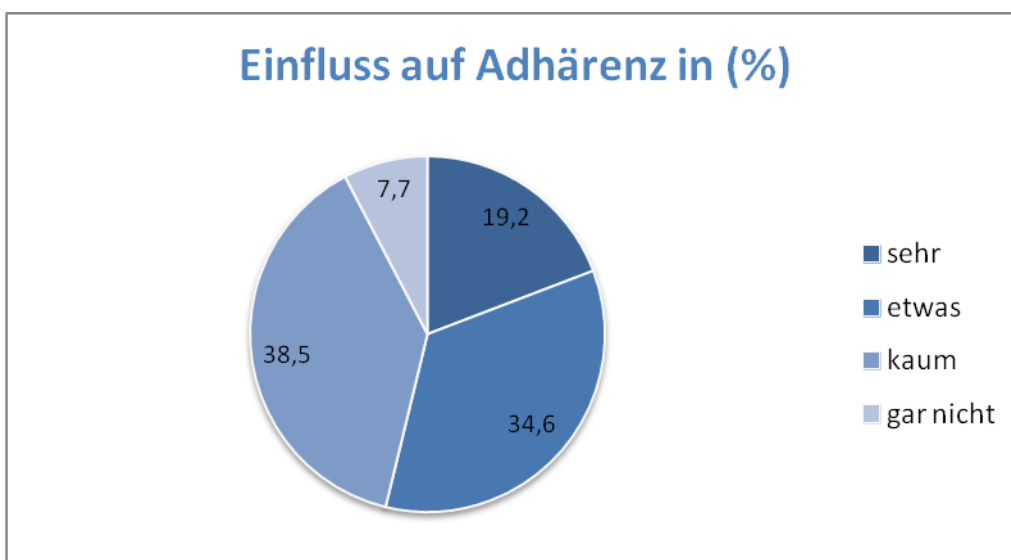


Abbildung 45: Stationsärzte -Einschätzung auf das Adhärenzverhalten

5.3.9 Kommentare der Stationsärzte

Die negativen Kritikpunkte der Ärzte fanden sich hauptsächlich im Bereich der Mehrarbeit. Von einer „Wiederholung des Arztbriefes“, von einer „redundanten Information mit nur geringem Nutzen“ bzw. von „Mehrarbeit ohne Mehrinformation“ ist unter den Klinikärzten die Rede.

Direkt positive Einschätzungen waren nicht auszumachen, jedoch gaben einige Ärzte Verbesserungsvorschläge an, die sich vor allem im Bereich der praktischen Umsetzung ansiedelten. Der am meisten geäußerte Wunsch war hierbei die elektronische Umsetzung des Patientenbriefes mit Integrationsmöglichkeit der bereits erhobenen Befunde zur Minimierung der zusätzlichen Arbeit. Des Weiteren gab es Vorschläge, auch eine Kopie des Patientenbriefes an den Hausarzt weiterzuleiten oder anstelle des Patientenbriefes lieber eine zeitnahe Verfassung und Weitergabe des Arztbriefes anzustreben.

6. Diskussion

6.1. Interpretation der Ergebnisse anhand der gestellten Fragen

Betrachtet man nun abschließend die anfangs aufgestellten Hypothesen, so kommt man zusammenfassend zu folgenden Ergebnissen:

Ad1) Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch verbesserte Informationsbereitstellung

Bereits vor Beginn der Einführung eines Patientenbriefes am Klinikum Großhadern in der Abteilung Chirurgie war die Zufriedenheit in der Patientenschaft sehr hoch. Eine statistisch signifikante Verbesserung der Zufriedenheit mit Hilfe des Patientenbriefes konnte nicht erreicht werden. Lediglich eine Verstärkung zu positiveren Bewertungskriterien konnte erzielt werden.

Die teilnehmenden Patienten waren dem Patientenbrief gegenüber positiv eingestellt und befürworteten dessen Einführung oder wünschten sich diesen als festen Bestandteil im Entlassungsgeschehen. Dieses subjektive Empfinden wird auch durch Casars Aussage unterstützt, dass Patienten den Wunsch nach aktiver Partizipation und nach ausreichender Information äußern, wobei dies in kaum der Hälfte der Fälle (45%) Umsetzung findet [112]. Objektiv betrachtet konnte jedoch im Gruppenvergleich keine signifikante Verbesserung erzielt werden. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei den Hausärzten. Die Mehrheit der befragten Ärzte korrespondiert in den Antworten mit dem Ergebnis, das sich auf Patientenseite ergab. Der Patientenbrief erfährt sowohl auf Patientenseite als auch von Ärzten Zuspruch und seine Wirkung wird weder von der einen noch von der anderen

Gruppe negiert. Statistisch gesehen konnte aber in der Mehrzahl der Bereiche kein Vorteil gegenüber dem normalen Entlassungsprozess ermittelt werden.

Auch Beskes Ausführungen zu Deutschlands Gesundheitssystem im internationalen Vergleich liefern Gründe für diese Erscheinung. Konkret soll das heißen, dass in einem Land, in dem beispielsweise eine hohe Ärztedichte, freie Krankenhaus-, Arzt- und Facharztwahl, ein umfangreicher Leistungskatalog, geringere Zuzahlungen als im internationalen Vergleich und keine Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin vorherrschen [32], von einem hohen Niveau an Zufriedenheit ausgegangen werden kann.

Die fehlende Signifikanz in den Vergleichsgruppen über weite Teile der Studie darf höchstwahrscheinlich auf den bereits zu Anfang festgestellten hohen Grad an Zufriedenheit zurückzuführen sein. Eine Steigerung darüber hinaus wird deutlich schwerer zu erreichen sein, als bei einem niedrigeren Ausgangsniveau. Auch Philipsen geht davon aus, dass Information und Aufklärung positiv mit der Patientenzufriedenheit korreliert [37]. Von einem ähnlichen Phänomen geht auch Vitt et al aus. Hier beeinflusst der Patientenbrief positiv die Einschätzung und Wahrnehmung des Krankenhausaufenthalts, da aber dieser auch ohne Brief bereits sehr positiv eingestuft wird, kann eine weitere Steigerung der positiven Wahrnehmung nur noch geringfügig sein (cf. Vitt S.78 [51])

Trotzdem ist anzumerken, dass hinsichtlich der generellen Zufriedenheit bereits eine Steigerung im Bewertungskriterium „sehr“ von rund 10 % auf einen Anteil von nun insgesamt 62% dennoch zu erzielen war (cf Tab.29). Bemerkenswert hierbei ist auch, dass die Verschiebung zum positiveren Empfinden aus der Gruppe der Patienten gewonnen werden konnte, die ohne gesonderten Entlassungsbrief bereits in die Kategorie „eher zufrieden“ fielen. In der Gruppe der „ausreichend“ bzw. „gar nicht“ zufriedenen Patienten erfolgte keine Veränderung der prozentualen Anteiles, so dass hier nahe liegt, dass die fehlende Zufriedenheit andernorts und nicht im Informationssektor zu suchen ist.




Entwicklung der generellen Zufriedenheit unter Einfluss des Patientenbriefes in (%)			
	ohne Patientenbrief		mit Patientenbrief
Sehr	51,5		62,1
Eher	38,6		28,2
Ausreichend	8,9		8,7
Gar nicht	1		1

Tabelle 30: Entwicklung der generellen Zufriedenheit unter Einfluss des Patientenbriefes

Des Weiteren ist zu beachten, dass eine Verbesserung der Zufriedenheit in der Patientenschaft nur dann zu Tage tritt, wenn der Patient sich per se im Klaren darüber ist, was er will und was er braucht. Das heißt, ein Patient kann nur dann deutlich zufriedener sein, wenn er sich im konkreten Fall bereits seiner Bedürfnisse bewusst ist und diese in ausreichendem Maß schon gestillt worden sind. Häufig ist es jedoch der Fall, dass Patienten sich eben dieser Fragen und Bedürfnisse für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt noch nicht bewusst sind [49] und von daher auch nicht deutlich positiver und zufriedener erscheinen können.

Kritischen Stimmen in der Ärzteschaft, die besagen, es sei kein ausreichender Informationsstand gegeben bzw. keine Verbesserung diesbezüglich bei den Patienten zu verzeichnen, ist zu entgegnen, dass es hier schlichtweg oft zu einer Diskrepanz kommt zwischen dem, was ein Arzt erwartet und dem, was ein Patient benötigt (cf. Shuonen et al 2006 [78]).

Ad 2) Verbesserung in der Nachsorge durch Informationsoptimierung

Durch den Patientenbrief erhofft man sich eine Verbesserung in der Nachsorge. Dass ein Patient durch sein Mehrwissen - bereitgestellt durch ein Medium, wie z.B. dem Patientenbrief - zu einer erleichterten und verbesserten Nachsorge beitragen kann, begründet sich auf der Hypothese, dass ein Patient, der über erfolgte Untersuchungen, Eingriffe und Therapiemaßnahmen aufgeklärt worden ist und zwar in einer ihm verständlichen und zugänglichen Art und Weise, leichter in der poststationären Phase zu führen ist und Anschluss- bzw. Kontrolluntersuchungen dadurch vereinfacht werden. Durch dieses Wissen sollte der Patient in der Lage sein, kritische und für seine medizinische Situation förderliche bzw. auch widrige Aspekte zu erkennen, was dazu führt, dass er seinen Genesungsprozess optimal unterstützen kann. Dass hier Bedarf ist, bzw. dass Patienten Informationen hinsichtlich Einflüsse ihrer Erkrankung auf die Phase nach dem Krankenhausaufenthalt und das alltägliche Leben wünschen, bestätigte auch Bubela et al 1990 [79].

In dieser Studie sollte dies vorwiegend durch die Einschätzung der Hausärzte und Klinikärzte erfolgen.

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurde deutlich, dass dem Patienten Informationen für die poststationäre Zeit sehr wichtig sind, und dass auch der Bedarf diesbezüglich sehr hoch ist. Auf Seiten der Patienten ließ sich jedoch kein nennenswerter Unterschied zwischen den beiden Gruppen erkennen. Die Wirkung des Patientenbriefes war dennoch an anderer Stelle festzumachen, nämlich im Bereich der Hausärztebefragung. Diese ist insgesamt hinsichtlich der Objektivität höher zu bewerten. Die Hausärzte bzw. nachsorgenden Ärzte gaben an, dass bei den Patienten, die zusätzlich einen Patientenbrief ausgehändigt bekommen haben, ein umfangreicherer Wissensstand und verbesserter Informationsstand hinsichtlich der eigenen Situation zu verzeichnen ist (74,2% in der Interventionsgruppe zu 48,6% bei der Kontrollgruppe). Wenn es sich hier auch

nicht um eine eindeutige statistische Signifikanz handelte, so zeichnete sich dennoch ein deutlicher Trend ab. Der Bedarf des Patientenbriefes wird besonders deutlich, wenn man vor allem der Kritik und Verbesserungsvorschläge der Hausärzte der Interventionsgruppe Beachtung schenkt. Bei fehlender Weitergabe eines Arztbriefes ist der Patientenbrief die einzige Möglichkeit für den nachbehandelnden Arzt an Informationen zu gelangen.

In der Studie wurde deutlich, dass ein hoher Informationsbedarf in der Patientenschaft vorlag. Nicht nur, dass generell Informationen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt gefordert wurden, diesen wurde zudem auch ein hoher Stellenwert beigemessen.

Mit dem Medium des Patientenbriefes kann zudem genau diese Schere überwunden werden, das z.B. die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus und der damit verbundenen eingeschränkten Vertrautheit bzw. Akzeptanz der eigenen Erkrankung durch ein Mehr an Information kompensiert werden kann [49]. Zudem setzt der Patientenbrief ein gezieltes Befassen mit den individuellen Bedürfnissen des Patienten voraus und kann im Sinne einer erziehenden Maßnahme hinsichtlich einer Verhaltensschulung gewertet werden. Die Wichtigkeit dieser Stufe im Entlassungsprozess stellte auch Galloway et al 1997 dar [80].

Ebenso kann die Schwachstelle, nämlich dass im Arztbrief oftmals ein Mangel an entscheidender Information mit negativen resultierenden Auswirkungen für den Patienten herrscht, (cf. Spatz et al. 2001[81]), mit einem ergänzenden Informationsfluss auf der Patientenseite ausgeglichen werden.

Spießl 2006 ist folgender Auffassung: „ Ein Patientenbrief ist eine therapeutisch wichtige und vertrauensbildende Maßnahme, die zu einer offeneren Atmosphäre im Behandlungsprozess führen kann. Ein Patientenbrief kann die Rolle des Patienten als mündigen und verantwortlichen Partner in der Therapie stärken.“[82]

Auch die länderübergreifende Untersuchung von Schoen et al 2005 stellt klar heraus, dass Patienten zu wenig z.B. über Komplikationen Bescheid wüssten, die in der poststationären Phase unbedingt zu beachten wären oder über die dafür zu-

ständige Kontaktpersonen. Auch die endgültige Medikation sei den Patienten oft nur mäßig mitgeteilt worden [83]. All diese Aspekte sind sehr gut mit dem Patientenbrief abzudecken.

Selbst bei der generellen kritischen Haltung des Klinikpersonals gegenüber dem Patientenbrief, konnte jedoch im Aspekt der erleichterten Nachsorge auch in diesen Reihen positive Resonanz hervorgerufen werden. Das heißt konkret, dass 78,8% der Klinikärzte hier einen Effekt auf Patientenseite erkannten und darüber hinaus mehr als die Hälfte von ihnen überzeugt waren, dass es für den Nachbehandler in seinem Aufgabengebiet zu einer Arbeitserleichterung kommt.

Ad 3) Abhängigkeit der Zufriedenheit von der Erkrankungsprognose

Bei der Fragestellung, ob Patienten mit einer benignen Erkrankung vergleichsweise zufriedener sind als Patienten mit einem malignen Befund, kam diese Studie zu folgendem Schluss: Entgegen der Erwartung, dass Patienten mit einer gutartigen Diagnose einen entsprechenden Anlass hätten auch zufriedener zu sein, stellte sich hier heraus, dass kein Unterschied zu den Vergleichsgruppe mit bösartigen Befunden vorliegt.

Umgekehrt konnte auch die gegenteilige Hypothese nicht bestätigt werden, dass Patienten mit einer malignen Erkrankung ausführlichere Informationen oder intensiver Begleitung erfahren würden und dadurch zufriedener wären. Die Prognose einer Erkrankung hatte in den untersuchten Patientenfällen keinen signifikanten Einfluss auf den Grad der Zufriedenheit. Der Anteil an sehr zufriedenen Patienten rangierte bei benigner Erkrankung bei rund 54%, bei maligner Erkrankung bei

60%. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt 2002 Möller-Leimkühler bei der Untersuchung diverser Determinanten der Patientenzufriedenheit. Hier konnten, zwar im Bereich der Psychiatrie, keine Einflüsse von Diagnose oder psychopathologischem Befund auf die Zufriedenheit detektiert werden [113].

Ad 4) Integrationsmöglichkeit des Patientenbriefes in den Klinikalltag

Als äußerst kritisch und vermutlich als die größte Hürde für die dauerhafte Einführung eines Patientenbriefes am Klinikum Großhadern dürfte der Mehraufwand sein, den die Ärzteschaft zu leisten hat. Weitgehend bekannt ist, dass eine qualitätsverbessernde Maßnahme zunächst einen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet. Eine Investition direkt im Bereich Zeit und Arbeit, indirekt im Bereich Kosten (Mehraufwand des zuständigen Arztes bei gleich bleibender Vergütung) ist offensichtlich. Die Verbesserung selbst wiederum wird erst langfristig erkennbar, für den einzelnen Arzt womöglich im Speziellen gar nicht, höchstens durch eine fehlende erneute Klinikeinweisung seines Patienten. Aus der Perspektive der Motivation für den Arzt stellt dies weitgehend eine schlechte Option dar. Dies jedoch wäre genau der Erfolg qualitätssichernder Maßnahmen. Ersichtlich wird dieser Erfolg dadurch, dass Zwischenfälle und negative Ereignisse ausbleiben. Genau hier sollte der Denkansatz auch beim Klinikpersonal liegen. Dadurch könnten die vor allem schriftlich geäußerte Kritik bzw. ablehnende Haltung unter den Ärzten reduziert werden.

Am wichtigsten jedoch erscheint die Tatsache, dass Patienten die Ärzte in Deutschland als die Informationsquelle Nummer eins einstufen, sich aber nicht ausreichend informiert fühlen, ursächlich begründet v.a. im Zeitmangel der Ärzte und in der teils unverständlichen Ausführung in punkto Information durch den Arzt. Fataler dabei ist aber die Erkenntnis, dass selbst bei guter Aufklärung sich der Patient meist nach kurzer Zeit nicht mehr daran erinnern kann [7].

All diese Aspekte zeigen, dass es schwierig ist, den Patientenbrief praktisch anzuwenden und ihn in den Klinikalltag zu integrieren, zumal seine Effektivität bislang nur in Teilbereichen nachgewiesen wurde. Dennoch sollte die Entscheidung „pro Patientenbrief“ ausfallen. Begründet werden kann dies besonders mit der Stellung der Ärzte in Deutschland. Sie stellen für die Patienten die etablierteste Informationsquelle dar, denn die Auskünfte der Ärzte werden von den Patienten sowohl am meisten akzeptiert als auch respektiert. Ist der Patientenbrief in verständlicher Form schriftlich fixiert, so kann die Autorität, die mit dem Arztberuf verbunden ist, grundlegend dazu beitragen, den Therapieerfolg zu sichern. Auch kann man sich der Meinung von Schönfeld et al 2003 anschließen, die in ihrer Studie positive Effekte dahingehend nachwies, dass der Patient mit seinem Wissen nun ins Zentrum gerückt ist und eine Verbesserung in der Kommunikation poststationär sowie im gesamte Behandlungsablauf zu erwarten ist [43].

Ebenso darf nicht vergessen werden, dass Trends wie die Verkürzung der Liegedauern, die zunehmende Etablierung von so genannten Kurzzeit-Patienten oder auch der „fast-track“-Konzepte auf der Tagesordnung stehen. Die Beweggründe, wie sie bei den Kurzzeit-Patienten zu Verbesserungsmaßnahmen führen, lassen sich auch für den Patientenbrief hinsichtlich der Klinikproblematik übertragen: die dichte Folge von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und der damit verbundenen erheblich gesteigerten Arbeitsintensität für das Personal sowie der häufig daraus resultierenden und nicht abzuwendenden verringerten Möglichkeit zur Arzt-Patientenkommunikation (cf. Nickel 2008[84]). Auch die Feststellung von Casar 2009, dass ein Arzt in Deutschland nur 7,6 Minuten pro Patienten für ein informatives Gespräch hat zeugen von Handlungsbedarf [112]. Daher können bereits im Vorfeld durch den Patientenbrief viele Teilbereiche in der Patientenführung im Entlassungsbereich geregelt werden, die ohnehin in den nächsten Jahren zwangsläufig nötig sein werden.

6.2. Diskussion weiterer aufgestellter Hypothesen

Ad 5) Adhärenzverbesserung

62,5 % der befragten Ärzte in der Nachsorge gaben ab, dass es ihrer Ansicht nach zu einer Verbesserung der Adhärenz durch die Unterstützung des Patientenbriefes kommt. Auch wenn sich kein Wissenszuwachs auf der Patientenseite nach eigener Einschätzung nachweisen ließ, so schätzen doch die Ärzte das Wissen der Interventionsgruppe als verbessert ein. Hier wiederum kann nach Arnet et al. 1999 ein Zusammenhang hergestellt werden, der auf Ebene der Medikamenteneinnahme zu dem Schluss kam, das Wissen positiv mit Compliance korreliert [85]. Ebenso fasst Vitt in seiner Studie den Nutzen des Patientenbriefes hinsichtlich der Adhärenzverbesserung wie folgt zusammen: „Ein gezieltes Entlassungsmanagement mit Patientenbrief steigert die Compliance gegenüber therapeutischen Anweisungen; die Steigerung korreliert positiv mit der aktiven Mitarbeit des Patienten, um so mehr je ausgeprägter aktive Mitarbeit verlangt wird“[44]. Petermann formuliert es umgekehrt. Er beschreibt bei einem Ausbleiben an Patienteninformation bzw. einer fehlenden Schulung in den Bereichen Medikation, Nebenwirkungen und nichtmedikamentöse Therapie eine drastische Steigerung der Non-Compliance [86]. Weinmann stellte 1990 in einer Übersichtsarbeit fest, dass eine schriftliche Informationsweitergabe an den Patienten – je nach Medikation - zu einem positiven Einfluss auf das Adhärenzverhalten zwischen 50% und 66% führte [87].

Ob und inwiefern es dadurch auch zu einer Kostenreduktion durch verbesserte Adhärenz kommt, muss in einer weiteren Studie untersucht werden. Viel versprechende Hinweise liefert aber bereits eine Studie von Mammon et al 1992. Hier wird nämlich davon gesprochen, dass durch ein verbessertes Entlassungsproze-

dere, bei welchem speziell auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen wird, eine Kostenersparnis erzielt werden kann [88]. Allerdings ist hier anzuführen, dass die Kostenerfassung kritisch zu beurteilen ist, wie es auch schon Cleemput et al 2002 in einer Literaturübersicht festgestellt haben [89].

Ad 6) Auswirkungen auf Arzneimittelcompliance

Ein plastisches Beispiel für die Gefahren, welche von Falschmedikation, eigenmächtiger Dosierung oder mangelnder Einnahmedisziplin entstehen, nennt Prof. Dr. Müller-Oerlinghausen: „Arzneimittel einzunehmen, gemessen an der jährlichen Zahl der Arzneimittelgeschädigten und –Toten ist gefährlicher als Autofahren oder gar Fliegen.“[90] Das Augenmerk ist hierbei auf die Vermeidbarkeit dieser Fehler und Risiken zu richten. So fordert unter anderem das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) einen Medikationsplan für Patienten [91]. Im klinischen Alltag passiert es jedoch häufiger (teilweise bei bis zu 40% und mehr der Patienten [92]), dass ein Patient entlassen wird, ohne dass dem weiterbehandelnden Arzt der so genannte Arztbrief ausgehändigt werden konnte [48]. Dieser enthält aber neben Diagnosen und Therapiemaßnahmen auch die Entlassungsmedikation des Patienten. Der Patient wiederum ist oft selbst nur im Besitz einer informellen Notiz über den Medikationsgebrauch. Um in der sensiblen Phase der Entlassung ein Gefährdung des Genesungsprozesses durch Falschmedikation zu umgehen, sollte der Patientenbrief eingeführt werden. In diesem findet der Patient genaueste Anweisungen zur Einnahme und etwaige Aspekte, die er beachten sollte, um unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen zu verhindern und bekommt eben diese Information unmittelbar und zeitlich adäquat an die Hand. Betrachtet man den Anteil an Krankenhausaufnahmen ursächlich durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (sog. UAEs) , der im Schnitt bei rund fünf Prozent liegt und mit zunehmenden Alter auf bis zu 10-15 % ansteigt, so wird die Wichtigkeit eines informierten Patienten im Bereich der Medikation nur allzu offensichtlich [93]. Auch eine

Untersuchung von Strohbach et al. 2000 belegt dies. Die Autoren kamen zum Schluss, dass informierte Patienten – hier durch einen Apotheker - hinsichtlich ihrer Medikation eine bessere Compliance aufweisen [94] oder sogar auch die Rate an unerwünschten Arzneimittel Nebenwirkungen laut Schnipper et al 2006 [95] gesenkt werden. Der Teilbereich der Entlassungsmedikation im oft verzögert herausgegebenen, teilweise nicht vollständigen Arztbrief (lt. Varela et al in bis zu 40% der Fälle [96], bzw. mit einer zeitlichen Spanne von bis zu fünf Wochen nach Entlassung lt. Harding[97]), wie es auch in dieser Studie im Rahmen der Kritikäußerung zu tragen kam, könnte so langfristig gesehen der Vergangenheit angehören. Einer immanent wichtigen Forderung der Hausärzte könnte somit nachgekommen werden. So stellten Roth-Isigkeit und Harder 2005 klar die Mängel und Risiken der Arztbriefe heraus, indem sie eine Hausarztbefragung durchgeführt haben. Von fehlender Wirkstoffangabe, Medikationswechsel bzw. Neuansetzung ohne Patientenwissen oder auch ohne Begründung ist hier die Rede [98]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Makaryus et al 2005 als sie das Wissen über Medikation, Zweck, unerwünschte Nebenwirkungen und der Entlassungsdiagnose überprüften. Hier konnten nur weniger als die Hälfte der Befragten korrekte Angaben machen [99]. Kerzmann et al, ebenfalls 2005, arbeiteten ähnliches heraus. Nebenwirkungen oder erforderliche Einnahmeregeln waren den wenigsten Patienten bekannt, nur denjenigen, die darüber im speziellen informiert und aufgeklärt worden sind [100]. Marstedt führt an, dass die Informationen für Patienten häufig nur über den Beipackzettel zugänglich sind, dieser aber mehr verunsichert als fördert (32-46% der Befragten stufen diese Information als „unverständlich“ bzw. „verwirrend“ ein). Auch sollte eine Anpassung der Information auf persönliche Aspekte stattfinden (81% der Befragten äußerten sich dahingehend) [101]. Dies alles lässt ebenso die Notwendigkeit einer Absicherung der Medikation auf Patientenseite ersichtlich werden.

6.3. Diskussion der Methodik

Möglichkeiten in der empirischen Sozialforschung zur Informationsgewinnung basieren im Wesentlichen auf zwei große Bereiche. Zum einen gibt es der Bereich der Beobachtung, welcher sich aber im Bezug auf die Feststellung der Patientenzufriedenheit als problematisch erweist, auf der anderen Seite befindet sich der Bereich der Befragung [102]. Im Rahmen der Befragung bieten sich in der Umsetzung wiederum verschiedene Optionen. Einerseits, wie es häufig in Studien der Fall ist, wird der Weg über das Gespräch genommen mit den Vorteilen des direkten Kontakts, Vorwegnahme von Missverständnissen sowie der hohen Resonanz. Hierbei ist jedoch auch an die Nachteile zu denken, die sich hier vor allem im hohen zeitlichen Aufwand, der Möglichkeit der Verzerrung und der obligaten Interviewschulung zeigen. Der andere zu beschreitende Weg, der auch in dieser Studie gewählt worden ist, ist der schriftliche Weg. Schwachstellen wie Verständnisprobleme, Rücklaufzeiten oder die Notwendigkeit einen „Standardbogen“ für individuelle Patienten zu entwickeln, wurde so weit als möglich mit dem vermehrten Zeitaufwand bei der Erstellung zu kompensieren versucht, so dass dennoch die positiven Aspekte dieses Verfahrens, nämlich die Chance zu Anonymität, geringe Kostenintensivität, fehlende Ergebnisverzerrung durch den Interviewer, simple Durchführung sowie geringer zeitlicher Aufwand bei der Auswertung durch ebengerade standardisierte Bögen, deutlich die Entscheidung hierfür forcierten.[103]

Um den Einfluss eines Patientenbriefes auf die Patientenzufriedenheit zu evaluieren, wurde in dieser Studie ein Fragebogen gewählt, welcher mit seinen verschiedenen Aspekten darauf abzielte, ein möglichst breites Spektrum abzudecken. Somit wurde versucht, auf die verschiedenen Teilbereiche der Zufriedenheit einzugehen, bzw. diese Aspekte herauszuarbeiten, welche für den Patienten die grundlegende Basis für ein zufriedenes Empfinden darstellen. Von validierte Fragebö-

gen wie z. B. derjenige der EORTC¹², welche auf die Erfassung der Lebensqualität abzielen, wurde Abstand genommen. Der Fragebogen, welcher in dieser Pilotstudie entwickelt wurde und Anwendung gefunden hat, diente nicht zur primären Erfassung der Patientenzufriedenheit, sondern als Indikator für das getestete Instrument „Patientenbrief“. Durch Befragung der Patienten in den einzelnen Gruppen und im Anschluss der Haus- und Klinikärzte sollte der Unterschied bzw. der Einfluss des Patientenbriefes erfasst werden. Kriterium hierfür war dann u.a. die Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit. Aber auch andere Items, wie die Auswirkungen auf Nachsorge oder den Klinikalltag, wurden untersucht. Der Fragebogen sollte relativ einfach und allgemein gehalten werden, vgl. auch ZUF-8 von Wittmann und Schmidt¹³, um ihn nur mit kleinen Abwandlungen auf alle Gruppen anwenden zu können. Insgesamt steht hier aber die Auswirkungen des Patientenbriefes im Vordergrund und damit Zusammenhängend die Patientenzufriedenheit, jedoch im speziellen die Veränderungen auf die Patientenzufriedenheit.

Der Fragebogen an und für sich reiht sich hierbei in die Kategorie der subjektiven Verfahren ein. Diese wiederum werden nach Standop et al. 1985; und Schütze 1992 nach implizite und explizite Verfahren eingeteilt. [63, 104, 105]

Bei einem impliziten Verfahren wird die Zufriedenheit des einzelnen über Indikatoren erfasst, welche Rückschlüsse auf das vorhandene Maß derselben ziehen lassen. Konkret bedeutet dies, dass jegliche Art an Kritik der Patienten systematisch erfasst wird oder dass das Pflegepersonal die Zufriedenheit der Patienten einschätzen soll. Dabei stellt sich jedoch die Frage inwiefern diese Methode praktikabel ist hinsichtlich der verschiedenen Ansichten der Befragten, bzw. der Divergenz zwischen der eigenen Einschätzung des Patienten und der tatsächlich nach außengetragenen Zufriedenheitslage, welche schließlich von Dritten beurteilt bzw.

¹² European Organisation for Research and Treatment of Cancer

¹³ Schmidt, J; Lamprecht, F; Wittmann, WW (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validierungsuntersuchungen. *Psychother med Psychol*, 39,248-255

erfasst werden soll. Daher wurde von dieser Methode Abstand genommen und ein explizites Verfahren gewählt, bei welchem die Zufriedenheit durch Befragung direkt gemessen wird [63].

Bezüglich der Skalierung sollte noch einmal überdacht werden, ob bei weiteren Studien doch ein Umstellen auf die Likert-Skala erfolgen sollte, bzw. eine feinere graduelle Abstufung zwischen den Bewertungskriterien „sehr“ und „etwas“. Hier wurde ersichtlich, dass die meisten Unsicherheiten sowohl bei den Patienten als auch bei den Ärzten auftauchten und auch als eines der häufigsten Kriterien bei den Verbesserungsvorschlägen genannt wurden.

Um die Rücklaufquote zu steigern, sollte überlegt werden, ob die Fragebogen-Aussendung ggf. wiederholt wird bzw. ob eine telefonische Erinnerung erfolgen sollte, Finsterer konnte so 2008 bei ihrer Untersuchung zur Behandlungszufriedenheit die Rücklaufquote auf 70 % verbessern [106].

Hinsichtlich des Mediums des Patientenbriefes ist anzumerken, dass hier das Hauptaugenmerk auf die Verständlichkeit und Praktikabilität für den Patienten gelegt worden ist. Die schriftliche Form wurde hier deshalb gewählt, da sich in der Literaturdurchsicht diese Variante immer als bewährt heraus kristallisiert hat. Schon 1979 stellte Morris dar, dass schriftliche Information, hier speziell im Medikationsbereich, zum verbesserten Verständnis hinsichtlich Gebrauch, Nebenwirkungen o.ä. beim Patienten führt [107]. Diese Auffassung findet sich auch in den folgenden Jahren immer wieder und ist heute etabliert.

So gibt auch Weinmann 1990 an, dass ein Großteil der Patienten nicht in der Lage ist, die rein verbale Information zu verinnerlichen, 80 % der Patienten, die eine schriftliche Information erhalten haben, auch darauf zurückgreifen. Ebenfalls führt er aus, dass die zur Verfügung gestellte Information anschaulich und fassbar, mit seinen Worten „concrete“ sein muss, damit sie Erfolg zeigt [87]. Der Ablauf an sich, nämlich erst in einem Gespräch Bedürfnisse zu eruieren und anschließend

schriftlich zu fixieren, kommt auch einer Studie von Lithner 2000 gleich, in welcher sich diese Kombination als vorteilhaft herausstellte [108].

Aufgrund der geringeren Fallzahl $n=110$ in der Kontrollgruppe und $n=113$ in der Interventionsgruppe wurde auf eine Fallzahlabeschätzung verzichtet. Primäres Ziel in dieser Pilotstudie war eine Gewichtung und Signifikanzen in den Einzelitems für weitere Studien zu bekommen und damit zu einer überarbeiteten Hypothesengenerierung zu gelangen.

Betrachtet man jedoch eine Fallzahlabeschätzung nach Kranke et al¹⁴, ergibt sich für die vorliegenden Ergebnisse dieser Pilotstudien im Bereich der generellen Zufriedenheit eine Fallzahl von rund 370 Patienten, in einigen Zweigen, so z. B. der Sektor Wichtigkeit für den Alltag reichten bereits insgesamt 171 Patienten aus, die in dieser Pilotstudie bereits gegeben waren. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass für eine Abschätzung die Zahl der Teilnehmer ausreichend war und aufgekommene Validitätseinschränkungen, z.B. im Sektor „Stellenwert der poststationären Information“, welche höhere Fallzahlen erfordern detektiert werden konnten.

Inhaltlich wurde versucht möglichst alle praktisch relevanten Bereiche des Informationsbedarfes abzudecken, die neben der großen Rubrik „Medikation“ existieren und die in der Literatur immer wieder erwähnt wurden, vor allem unter dem Aspekt, dass sich der Patient während dem Krankenhausaufenthalt noch nicht darüber im Klaren war, dass er diese Information benötigen könnte, wie z.B. Verhalten im Alltag oder unklarer abklärungsbedürftiger Verlauf im Genesungsprozess [21, 22, 109, 110] oder auch, dass diese Bereiche mit zunehmender Dauer nach dem Krankenhausaufenthalt wichtiger werden [111]. Hinsichtlich der fehlenden Freitextaussagen in der Patientenschaft ist zu sagen, dass diese in der Zahl

¹⁴ P. Kranke, F. Schuster, R. Muellenbach Grundlagen und Prinzipien klinischer Studien: Wie viele Patienten sollen (müssen) untersucht werden? Fallzahlschätzung in klinischen Studien, Kardiotechnik 4 2008. 114-17

insgesamt nur sechsmal auftraten, in der inhaltlichen Qualität nichts Studienrelevantes enthielten, z.B. berichtet ein Teilnehmer, dass die Notaufnahme überfüllt war, oder dass das Bett nicht aufgeschüttelt wurde.

Wichtiger wäre noch zu untersuchen, warum die Studienteilnehmer die Möglichkeit zur freien Äußerung verstreichen ließen und ob eine andere Platzierung im Fragebogen eine andere Summe an Antworten geliefert hätte.

Auch wenn es nur bei einem Patienten der Fall war, dass sein Brief nur eingeschränkte Lesbarkeit aufwies, sollte eine mögliche maschinelle Anfertigung erwogen werden. Jedoch ist zu bedenken, dass dafür der große Vorteil, nämlich das unmittelbare, gemeinsame Bearbeiten und Aushändigen eingebüßt werden könnte und ein ähnliches Problem wie bei dem Arztbrief – verzögerte oder ausbleibende Weitergabe – riskiert würde.

7. Verzeichnisse

7.1. Literaturverzeichnis

1. **Buchhester, S.**, *Patientenzufriedenheit als Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus* Vol. 1.Auflage. 2001, Verlag Diplomarbeiten Agentur
2. **Dornblüth, O.**, *Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch*, Vol. 262; 2010.
3. **Brucksch, M. T. Teyke, et al.**, *Compliance bei Arzneimittel: ein unterschätztes Problem*. *Pharmacoeconomics*, 2005. 3(1): p. 3-8.
4. **Brandenburg, V.**, *Von der Compliance zur Adhärenz- Therapietreue als gemeinsame Aufgabe, Von Compliance zur Adhärenz in der Nephrologie* *Der Nephrologe*, 2009. 4(6): p. 534-537.
5. **World Health Organisation**. *Adherence to long term therapies evidence for action*. 2003: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
6. **Schulz, M.**, *Von Compliance zu Adhärenz*. *Heilberufe*, 2009. 61 (5): p. 27-28.
7. **Sänger, S.**, *Einbeziehung von Patienten/Verbrauchern in den Prozess des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen am Beispiel der Qualitätsförderung medizinischer Laieninformation im Internet*, in *Fakultät für Gesundheitswissenschaften* 2004, School of Public Health Bielefeld. p.1-239
8. **Scholze, S.M.**, *Krisenberatung am IAP - Eine empirische Klientenzufriedenheit*. 2006, Hochschule für angewandte Psychologie Zürich. p.1- 85
9. **Baumann, W., A. Nonnenmacher, et al.**, *Patientenzufriedenheit in onkologischen Schwerpunktpraxen*. *Deutsches Ärzteblatt*, 2008. 105(50): p. 871-877.
10. **Neugebauer, B. and R. Porst**, *Patients' satisfaction A literature report* *Patientenzufriedenheit Ein Literaturbericht* in *Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen Mannheim (Germany)*. 2001.7: p.1-30
11. **Zinn, W. and T. Messner** (2001) *Messung und Analyse der Kundenzufriedenheit in Krankenhäusern*. *Kundenzufriedenheit und psychologisches Qualitätsmanagement* 1, p.187ff.
12. **Göke, B.** Klinikum Großhadern. *Jahresbericht Medizinische Klinik II Großhadern*. 2004; <http://www.klinikum.unimuenchen.de/Medizinische-KlinikundPoliklinikII/de/downloads/jahresberichte/index.html>.
13. **Göke, B.** Klinikum Großhadern . *Jahresbericht Medizinische Klinik II Großhadern*. 2005; <http://www.klinikum.unimuenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-II/de/downloads/jahresberichte/index.html>.

14. **Göke, B.** Klinikum Großhadern. *Jahresbericht der Medizinischen Klinik II Großhadern*. 2006; <http://www.klinikum.unimuenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-II/de/downloads/jahresberichte/index.html>.
15. **Göke, B.** Klinikum Großhadern. *Jahresbericht der Medizinischen Klinik II Großhadern*. 2006; <http://www.klinikum.unimuenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-II/de/downloads/jahresberichte/index.html>.
16. **Charité.** *Einblicke - Jahresbericht 2008*. 2008; www.charite.de.
17. **Charité.** *Einblicke - Jahresbericht 2007*. 2007; www.charite.de.
18. **Charité.** *Einblicke - Jahresbericht 2006*. 2006; www.charite.de.
19. **Charité.** *Kennzahlen 2009*. 2009; <http://www.charite.de/index.php?id=31>.
20. **Klinikum Großhadern** *Jahresbericht 2009*. 2009; <http://www.klinikum.unimuenchen.de/de/suche/search/index.search?q=Jahresberichte&ul=www.klinikum.uni-muenchen.de>.
21. **Mamon, J., et al.**, *Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home*. *Health Serv Res*, 1992. 27(3): p. 155-175.
22. **Jacobs, V.**, *Informational needs of surgical patients following discharge*. *Applied Nursing Research*, 2000. 13(1): p. 12-18.
23. **Bowman, G.S., et al.**, *A telephone survey of medical patients 1 week after discharge from hospital*. *Journal of Clinical Nursing*, 1994. 3(6): p. 369-373.
24. **Ziesche, A.**, *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Maßnahmen zur Verbesserung* Vol. 1. 2008, Europäischer Hochschulverlag p.1-144.
25. **Statistisches Bundesamt**, *Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur*. 2007; <http://www.bpb.de/wissen/1KNBKW>.
26. **Schmid Mast, M., A. Kindlimann, et al.**, *Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied*. *Praxis*, 2004. 93: p. 1183-1188.
27. **Amelung, V.E.**, *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Mit 17 Fallstudien aus den USA, Großbritannien und Deutschland*. Vol. 4. 2007, Betriebswirtschaftlicher Verlag; Wiesbaden. p.1-300.
28. **Amelung, V., J. Sydow, et al.**, *Vernetzung im Gesundheitswesen, in Compliance Assistenten im Gesundheitswesen - Therapietreue von Patienten verbessern*. 2008, Kohlhammer Verlag.
29. **Petermann, F.**, *Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen*. *Managed Care*, 2004. 4: p. 30-31.
30. **Kamche, A. and J. Haslbeck**, *Komplexe Medikamententherapie bewältigen- Theoretische Betrachtung einer Herausforderung im Lebensalltag chronisch kranker Menschen*. *Pflege und Gesellschaft*, 2004. 9(4): p. 147-153.
31. **7x4Pharma** (2009) *Non-Compliance: Gesundheitsrisiko für Patienten*. http://www.medizintelegramm.com/mediapool/45/451382/data/2009/062009/06.2.09_NonCompliance__Gesundheitsrisiko_fuer_Patienten.pdf.

32. **Beske, F.** (2005) *Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient*. 15. <http://www.igsf.de/Band104-lang.pdf>
33. **Loss, J., M. Thanner, et al.**, *Compliance bei chronischen Krankheiten - Zusammenhang zum Gesundheitssystem*. Public Health Forum, 2010. 18(1): p. 17.
34. **Holst, J.**, *Therapietreue: „Auch eine Bringschuld des Versorgungssystems“*. Deutsches Ärzteblatt, 2007. 104(15): p. 996.
35. **Erbe, B., C. Lauer, et al.**, *Compliance Assistenten im Gesundheitswesen - Therapietreue von Patienten verbessern*. in *Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation* ed. J.S. Volker Amelung, Arnold Windeler 2008, Kohlhammer Verlag. p 1-420.
36. **Winkelmann, O.**, *Patientenorientierung als strategischer Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. 2007, GRIN Verlag p 22ff.
37. **Philipsen, T.**, *Erkundungen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung*, in *Medizinische Fakultät*. 2008, Rostock: p. 1-117.
38. **Clark, P. A., M. Drain, et al.**, *Patient perceptions of quality in discharge instruction, in Patient education and counseling*. 2005, Elsevier. p. 56-68.
39. **Bantle, F.**, *Patienten als Kunden in der Arztpraxis (II): Über Patientenbriefe in Kontakt bleiben*. Dtsch Arztebl, 1998. 95(14): p. 836.
40. **Marstedt, G.**, *Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle in Gesundheitsmonitor*. 2003, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. p. 117-135.
41. **Gulliford, M., S. Naithani, et al.**, *What is 'continuity of care'?* J Health Serv Res Policy, 2006. 11(4): p. 248-250.
42. **Anthony MK and D. Hudson-Barr**, *A patient-centered model of care for hospital discharge*. Clinical Nurs Research Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, USA, 2004 May. 13(2): p. 117-36.
43. **von Schönfeld, C.-E., W. Roos-Pfeiffer, et al.**, *Entlassungsbriefe an Patienten als personenorientierter Schritt in der Therapie*. Discharge Reports to the Patients as a Contribution to a Person-Centred Therapy, 2003. 30(02): p. 56-61.
44. **Thorsen-Vitt, S., W. Rüther, et al.**, *Patientenbrief: Nachhaltige Information zur Verbesserung des Heilerfolgs*. 1 ed. Vol. 1. 2007, Marbuse Verlag: Hamburg Eppendorf. p1-143.
45. **Kreyher, V.J. and S. Schuller**, *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*, R.v.Decker Verlag, 2001.
46. **Korzilius, H. and F. Osterloh**, *Schnittstelle ambulant/stationär: Schattensprünge*. Dtsch Arztebl 2009. 106(48).
47. **Worth A, Tierney AJ, et al.**, *Discharged from hospital: should more responsibility for meeting patients' and carers' information needs now be shouldered in the community?* Health Soc Care Community, 2009. 8(6): p. 398-405.

48. **Wiesner-Bornstein, R.**, *Auf dem Weg zu einer besseren Gesundheitsversorgung*. Frauenarzt, 2006. 47(8): p. 10..
49. **Henderson, A. and W. Zernike**, *A study of the impact of discharge information for surgical patients*. Journal of Advanced Nursing, 2001. 35(3): p. 435-441.
50. **Pieper, B., M. Sieggreen, et al.**, *Discharge Information Needs of Patients After Surgery*. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2006. 33(3): p. 281-290.
51. **Vitt, K., C. Erben, et al.** *Patientenbrief: Nachhaltige Information für Patienten*. Deutsches Ärzteblatt, 2005. 105(31-32): p. 1666-7.
52. **Bundesministerium der Justiz**. SGB V §137. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137.html.
53. **Bundesministerium der Justiz**. SGB V §11. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_11.html.
54. **Magistrat der Stadt Wien**. *Wiener Krankenanstaltengesetz 1987; Änderung, Ausgegeben am 10. September 2002, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 48/2001. 2002; <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2002/html/lg2002038.htm>.*
55. **Vitt, K. D., C. M. Erben, et al.**, *Patientenbrief: Mittel zur Sicherung des Heilerfolgs*. Deutsches Ärzteblatt, 2005. 102(44): p. 3002-3004.
56. **Bürger, C.**, *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Gesundheits und Qualitätsmanagement*. Vol. 1. 2003, Deutscher Universitätsverlag. p1-415.
57. **Elsner, P.** *Gut informierte Patienten und zufriedene Einweiser-Ärzte*. 2004; http://www.uniklinikumjena.de/Gut_informierte_Patienten_und_zufriedene_Einweiser_%C3%84rzte.html.
58. **Bundesministerium der Justiz**. SGB V§23 *Medizinische Vorsorgeleistung*. .2011 <http://bundesrecht.juris.de/impressum.html>.
59. **Gaydoul, T.**, *Qualitätsberichte von Krankenhäusern: Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht* Vol. 1. 2009, Gabler Verlag p1-238.
60. **IQWiG**, *Aufgaben des IQWiG*. 2010 <http://www.iqwig.de/ueberuns.21.html?random=01af93>
61. **Statistisches Bundesamt**. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 2006 www.gbe-bund.de.
62. **Schild, A. and S. Maurer**. *Befragungen zur Patientenzufriedenheit 1999* Deutsche Gesellschaft der Ärzte für Qualitätsmanagement e.V. Kongresszusammenfassung <http://www.medizininfo.de/quamed/html/abstracta2.html>.
63. **Ilzarbe, L.**, *Wirkung von Einflussgrößen - insbesondere der Produktqualität- auf die Kundenzufriedenheit in der Automobilindustrie*. 2005, Fakultät V Verkehrs und Maschienenysteme der TU Berlin Berlin.
64. **Engel, K., M. Heisler, et al**, *Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions: Are Patients Aware of When They Do Not Understand?* Ann Emerg Med, 2008. 53(4): p. 545-61.

65. **Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen**, *Gutachten 2003 - Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität* Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung Vol. 1. 2003, Nomos. p 1-386.
66. **Swart, E.**, *Was sagen uns Wiedereinweisungen über die Qualität der stationären Versorgung?* Gesundheitswesen, 2005. 67(02): p. 101-106.
67. **Shepperd, S., J. McClaran, et al.**, *Discharge planning from hospital to home.* Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD000313, 2010. 20(1).
68. **Lurie, J., E. Merrens, et al.**, *An approach to hospital quality improvement.* Med Clin North Am, 2002 86(4): p. 825-45.
69. **Dainty, P. and J. Elisabeth**, *Timely discharge of older patients from hospital: improving the process.* Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians, 2009. 9: p. 311-314.
70. **Driscoll, A.**, *Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital.* Journal of Advanced Nursing, 2000. 31: p. 1165-1173.
71. **Johnson, A. and J. Sandford**, *Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review.* Health Educ. Res., 2005. 20(4): p. 423-429.
72. **Bermejo, I., M. Berger, et al.**, *Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig?* Psychiat Prax, 2009. 36(06): p. 279,285.
73. **Becker, F.**, *Praxistipps für skalierte Fragen.* 2011:<http://www.wpgs.de/>
74. **Bungard, W., K. Müller, et al.**, *Mitarbeiterbefragung - was dann...? MAB und Folgeprozesse erfolgreich gestalten.* Vol. 1. 2007, Springer: Berlin. p 1-237.
75. **Wütherich-Schneider, E.**, *Patientenzufriedenheit-Wie messen?* Schweizerische Ärztezeitung, 2008. 81(21): p. 1116-1119.
76. **Nörtemann, M.**, *Soziale Unterstützung und Betreuungsbedarf bei Patienten während Strahlentherapie.* München, 2005: p1-161
77. **Zylinski, J.**, *Patient education: post-operative needs.* Nurs Stand, 1993. 8(6): p. 31-5.
78. **Suhonen, R. and H. Leino-Kilpi**, *Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review.* Patient education and counseling, 2006. 61(1): p. 5-15.
79. **Bubela, N., S. Galloway, et al.**, *Factors influencing patients' informational needs at time of hospital discharge.* Patient education and counseling, 1990. 16(1): p. 21-28.
80. **Galloway, S., D. Rebeyka, et al.**, *Discharge information needs and symptom distress after abdominal aortic surgery.* Can JCardiovasc Nurs, 1997. 8(3): p. 8-13.
81. **Spatz, Engel, et al.**, *The surgical discharge summary: a lack of substantial clinical information may affect the postop treatment of rectal cancer patients.* Langenbeck's Archives of Surgery, 2001. 386(5): p. 350-356.

82. **Spießl, H., J. Rothbauer, et al.**, *Entlassungsbriefe an Patienten - Vertrauensbildende Maßnahme und Psychoedukation. Discharge Letters Addressed to Patients - Confidence Enhancement and Psychoeducation*, 2006. 33(06): p. 296-298.
83. **Schoen, C., R. Osborn, et al.**, *Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries*. *Health Affairs*, 2005. Vol. 10: p. 509-525.
84. **Nickel, S.**, *Der FKKP – ein Fragebogen zur Messung der Krankenhausqualität aus der Sicht von Kurzzeit-Patienten*The FKKP – a questionnaire for measuring patient satisfaction among short-stay patients. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2008. 17(2): p. 53-66.
85. **Arnet, I., R. Schoeneberger, et al.**, *Überzeugung als Fundament der Compliance und Techniken zur Compliance-Optimierung* Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1999. 129(41): p. 10.
86. **Petermann, F. and I. Ehlebracht-König**, *Compliance in der Behandlung Rheumakrankter: Ein Marathonlauf. Compliance in Treatments of Rheumatic Diseases: A Marathon*, 2004. 29(02): p. 67-74.
87. **Weinmann, J.**, *Providing written information for patients: psychological considerations*. *J R Soc Med.*, 1990. 85(3): p. 303-305.
88. **Mamon, J., D. Steinwachs, et al.**, *Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home*. *Health services research*, 1992. 27(2): p. 155-75.
89. **Cleemput, I., K. Kesteloot, et al.**, *A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement*. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2002. 59(1): p. 65-94.
90. **Müller-Oerlinghausen, B.**, *Patientensicherheit: Schluss mit handgeschriebenen Rezepten! Arzneimittelverordnung in der Praxis*, 2005. 32(3): p. 70-71.
91. **Lessing, C.**, *Risikomanagement und Patientensicherheit*. *Der Unfallchirurg*, 2009. 112(6): p. 610-612.
92. **Gründler, M., M. Eichelberg, et al.**, *Ein multimediales medizinisches Informationssystem - ein Beispiel für die integrierte Versorgung 2006*: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:2qJNQbNVXtAJ:scholar.google.com/+Arztbrief+Gr%C3%BCndler&hl=de&as_sdt=0,5.
93. **Schnurrer, J.U. and J.C. Frölich**, *Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen*. *Der Internist*, 2003. 44(7): p. 889-895.
94. **Strobach, D., C. Vetter-Kerkhoff, et al.**, *Patient medication counseling--patient counseling about discharge medication*. *Medizinische Klinik*, 2000. 95(10): p. 548-51.
95. **Schnipper, J. L., J. L. Kirwin, et al.**, *Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization*. *Arch Intern Med*, 2006. 166(5): p. 565-571.
96. **Varela, A. and J. Rola**, *Hospital discharge letter --Clinical information for the family physician*. *Acta Med Port*, 2000. 13(3): p. 81-4.
97. **Harding, J.**, *Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice*. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1987. 37(304): p. 494-5.

98. **Roth-Isigkeit, A. and S. Harder**, *Die Entlassungsmedikation im Arztbrief*. Medizinische Klinik, 2005. 100(2): p. 87-93.
99. **Makaryus, A.N. and E.A. Friedman**, *Patients' Understanding of Their Treatment Plans and Diagnosis at Discharge*. Mayo Clinic Proceedings, 2005. 80(8): p. 991-994.
100. **Kerzman, H., O. Baron-Epel, et al.**, *What do discharged patients know about their medication?* Patient Education Counseling, 2005. 56(3): p. 276-82.
101. **Marstedt, G. and D. Klemperer**, *Lesen sie den Beipackzettel? Patientenwünsche zur Arzneimittelinformation*. gesundheitsmonitor 2/2009. http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/bst/Newsletter_Gesundheitsmonitor_2_2009.pdf
102. **Atteslander, P., J. Cromm, et al.**, *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Vol. 10. 2003, de Gruyter verlag. p 1-404.
103. **Jurisch, C.**, *Der Fragebogen als Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. 2008, Grin Verlag. 76 / 10.
104. **Folz, J.M.**, *Auswirkung der Einführung klinischer Pfade auf die Patientenzufriedenheit*. 2007, Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar. p. 1-157.
105. **Schütze, R.**, *Kundenzufriedenheit. After-Sales-marketing auf industriellen Märkten* ed. Gabler. 1992: Wiesbaden.
106. **Finsterer, I.**, *Behandlungs-Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik - eine Nachbefragung*, München, 2008, p. 1-195.
107. **Morris, L.A. and J.A. Halperin**, *Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review*. Am J Public Health, 1979. 69(1): p. 47-52.
108. **Lithner, M. and T. Zilling**, *Pre- and postoperative information needs*. Patient education and counseling, 2000. 40(1): p. 29-37.
109. **Grimmer, K. and J. Moss**, *The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective*. Int J Qual Health Care, 2001. 13(2): p. 109-116.
110. **Kirsi, J., L.-K. Helena, et al.**, *Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective*. Patient education and counseling, 2003. 51(3): p. 239-245.
111. **Bostrom, J., C. Crawford-Swent, et al.**, *Learning needs of hospitalized and recently discharged patients*. Patient education and counseling, 1994. 23(2): p. 83-89.
112. **Casar, D.** *Evaluation eines Arzt-Patienten-Trainings im Krankenhaus anhand von Selbst- und Fremdbeobachtungen*. München, 2009: p 1-88.
113. **Möller-Leimkühler, A. M., R. Dunkel, et al.** (2002). "Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität." Fortschr Neurol Psychiatr 70(08): 410,417.

7.2. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: VERGLEICHENDE ÜBERSICHT DER STUDIENERGEBNISSE.....	13
TABELLE 2: ERLÄUTERUNG ZU TABELLE 1	13
TABELLE 3: DURCHSCHNITTLICHE LIEGEDAUER IN TAGEN - QUELLE: JAHRESBERICHT[12-19].....	19
TABELLE 4: ÜBERSICHT DER BETEILIGTEN STATIONEN.....	36
TABELLE 5: ZEITLICHE EINORDNUNG	37
TABELLE 6: ÜBERSICHT PATIENTENGUT NACH GESCHLECHT	49
TABELLE 7: DURCHSCHNITTLICHES PATIENTENALTER IN JAHREN	50
TABELLE 8: ZUFRIEDENHEIT NACH WOHNORT	53
TABELLE 9: ZUFRIEDENHEIT NACH VERSICHERTENSTATUS.....	54
TABELLE 10: ÜBERSICHT LIEGEDAUER.....	57
TABELLE 11: ZUFRIEDENHEIT NACH LIEGEDAUER	57
TABELLE 12: ZUFRIEDENHEIT NACH PROGNOSE	58
TABELLE 13: REPRÄSENTATIVE AUFLISTUNG AUFGETRETERER DIAGNOSEN BZW. ERFOLGTER THERAPIEN.....	60
TABELLE 14: ZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT VOM WISSENSSTAND	62
TABELLE 15: GENERELLE ZUFRIEDENHEIT MIT INFORMATIONSBEREITSTELLUNG	63
TABELLE 16: ZUFRIEDENHEIT SEKTOR THERAPIE / OP -INFORMATION	65
TABELLE 17: ZUFRIEDENHEIT IM VERSTÄNDNISBEREICH	71
TABELLE 18: STELLENWERT INFORMATIONSVERSTÄNDLICHKEIT	72
TABELLE 19: ZUFRIEDENHEIT DER HAUSÄRZTE MIT INFORMATIONSBEREITSTELLUNG.....	75
TABELLE 20: EINSCHÄTZUNG DES PATIENTENWISSENS ÜBER ERFOLGTE BEHANDLUNGEN	77
TABELLE 21: EINSCHÄTZUNG BEZGL. DER ARBEITSERLEICHTERUNG	79
TABELLE 22: EINSCHÄTZUNG IN DER VERHINDERUNG VON THERAPIERÜCKSCHLÄGEN	81
TABELLE 23: EINFLUSS AUF DEN ZEITAUFWAND IN DER THERAPIE	83
TABELLE 24: ZUFRIEDENHEIT DER KLINIKÄRZTE MIT DEN INFORMATIONEN AM KLINIKUM	87
TABELLE 25: PATIENTENBRIEF ALS UNTERSTÜTZUNG FÜR DAS ENTLASSUNGSGESPRÄCH	88
TABELLE 26: PATIENTENBRIEF ALS ARBEITSERLEICHTERUNG FÜR DEN ARZTBRIEF	90
TABELLE 27: ADÄQUATES ZEIT –NUTZEN - VERHÄLTNIS.....	91
TABELLE 28: EINSCHÄTZUNG PATIENTENWISSENS BASIEREND AUF DEM PATIENTENBRIEF	92
TABELLE 29: STATIONSÄRZTE-ÜBERSICHT IM HINBLICK AUF DIE HAUSARZTERLEICHTERUNG.....	93
TABELLE 30: ENTWICKLUNG DER GENERELLEN ZUFRIEDENHEIT UNTER EINFLUSS DES PATIENTENBRIEFES.....	99

7.3. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: VERSCHIEDENE EINFLUSSFAKTOREN IM BEZUG AUF DIE PATIENTENZUFRIEDENHEIT NACH ZINN [11].....	18
ABBILDUNG 2: RÜCKLÄUFIGE LIEGEDAUER IN VERSCHIEDENEN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN (IN TAGEN)	19
ABBILDUNG 3: NACH STATISTISCHEM BUNDESAMT - BEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND BIS 2050 - STAND 2007[25]	20
ABBILDUNG 4: COMPLIANCEASSISTENTEN NACH AMELUNG [16]	21
ABBILDUNG 5:HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN BEI COMPLIANCE - PROBLEMEN NACH KREYHER [27]	23
ABBILDUNG 6: EFQM - MODELL [45]	29
ABBILDUNG 7: DURCHSCHNITTLICHES PATIENTENALTER IN JAHREN	50
ABBILDUNG 8: ÜBERSICHT FAMILIENSTAND (HÄUFIGKEIT IN %).....	51
ABBILDUNG 9: GEGENÜBERSTELLUNG STADT-LAND-ANTEIL	52
ABBILDUNG 10: VERTEILUNG DES VERSICHERUNGSZUSTANDES	53
ABBILDUNG 11: BETEILIGUNG AN BISHERIGEN KLINISCHEN STUDIEN	55
ABBILDUNG 12: BETEILIGTE FACHBEREICHE	56
ABBILDUNG 13: EINTEILUNG NACH PROGNOSE	58
ABBILDUNG 14: VERGLEICHENDE DARSTELLUNG PRÄZISES VS. UNPRÄZISES WISSEN DER ERKRANKUNG	61
ABBILDUNG 15: ZUFRIEDENHEIT MIT GENERELLER INFORMATIONSBEREITSTELLUNG	63
ABBILDUNG 16: EINSCHÄTZUNG DES INFORMATIONSTELLENWERTS	64
ABBILDUNG 17:STELLENWERT SEKTOR THERAPIE / OP-INFORMATION	66
ABBILDUNG 18: DARSTELLUNG SEKTOR NACHSORGEINFORMATION UND ZUGEHÖRIGER STELLENWERT	67
ABBILDUNG 19: ZUFRIEDENHEIT INFORMATION ZUR POSTSTATIONÄREN PHASE7	67
ABBILDUNG 20: STELLENWERT SEKTOR POSTSTATIONÄRE INFORMATION	68
ABBILDUNG 21: ZUFRIEDENHEIT MIT INFORMATION IM ALLTAG	69
ABBILDUNG 22: STELLENWERT SEKTOR ALLTAGSINFORMATION.....	69
ABBILDUNG 23: ZUFRIEDENHEIT MIT MEDIKATIONSINFORMATION.....	70
ABBILDUNG 24: STELLENWERT MEDIKATIONSINFORMATION	71
ABBILDUNG 25: ZUFRIEDENHEIT MIT VERFÜGBARER ZEIT	72
ABBILDUNG 26: AUSWIRKUNGEN DES PATIENTENBRIEFES AUS PATIENTENSICHT	73
ABBILDUNG 27: BEFÜRWORDUNG DES PATIENTENBRIEFES IN DER PATIENTENSCHAFT	74
ABBILDUNG 28:ZUFRIEDENHEIT DER HAUSÄRZTE MIT INFORMATIONSBEREITSTELLUNG	75
ABBILDUNG 29:ZUFRIEDENHEIT MIT INFORMATIONEN ÜBER STATTGEFUNDENE THERAPIEN	76
ABBILDUNG 30: EINSCHÄTZUNG DES PATIENTENWISSENS ÜBER ERFOLGTE BEHANDLUNGEN.....	77
ABBILDUNG 31: ENTLASTUNG IN DER NACHSORGE DURCH VERMEHRTES PATIENTENWISSEN	78
ABBILDUNG 32: EINSCHÄTZUNG ARBEITSERLEICHTERUNG	79
ABBILDUNG 33:EINSCHÄTZUNG IN DER VERHINDERUNG VON THERAPIERÜCKSCHLÄGE	80
ABBILDUNG 34: ADÄQUATER AUSHÄNDIGUNGSZEITPUNKT DES PATIENTENBRIEFES.....	81
ABBILDUNG 35: EINSCHÄTZUNG BEZGL. DER VERBESSERUNG DER PATIENTENADHÄRENZ.....	82
ABBILDUNG 36: EINFLUSS AUF DEN ZEITAUFWAND IN DER THERAPIE.....	83
ABBILDUNG 37: ANTEIL DER BEFRAGTEN ÄRZTE NACH FUNKTION.....	85
ABBILDUNG 38: ZUFRIEDENHEIT MIT DEM BESTEHENDEN INFORMATIONSSYSTEM	86
ABBILDUNG 39: PATIENTENBRIEF ALS UNTERSTÜTZUNG FÜR DAS ENTLASSUNGSGESPRÄCH.....	88
ABBILDUNG 40: PATIENTENBRIEF ALS ARBEITSERLEICHTERUNG FÜR DEN ARZTBRIEF	89
ABBILDUNG 41: ADÄQUATES ZEIT –NUTZEN – VERHÄLTNIS	91
ABBILDUNG 42: EINSCHÄTZUNG STATIONSÄRZTE – ERLEICHTERUNG FÜR HAUSÄRZTE IM PATIENTENUMGANG	93
ABBILDUNG 43: EINSCHÄTZUNG STATIONSÄRZTE- ERLEICHTERUNG FÜR FOLGEBEHANDLER IM EIGENEN ARBEITSBEREICH	94
ABBILDUNG 44: STATIONSÄRZTE- EINFLUSS AUF DEN THERAPIEERFOLG	95
ABBILDUNG 45: STATIONSÄRZTE -EINSCHÄTZUNG AUF DAS ADHÄRENZVERHALTEN.....	95
ABBILDUNG 46: PATIENTENFRAGEBOGEN PHASE 1 (SEITE1).....	123

ABBILDUNG 47: PATIENTENFRAGEBOGEN PHASE 1 (SEITE 2).....	124
ABBILDUNG 48: PATIENTENFRAGEBOGEN PHASE 2 (SEITE 1).....	125
ABBILDUNG 49: PATIENTENFRAGEBOGEN PHASE 2 (SEITE 2).....	126
ABBILDUNG 50: PATIENTENFRAGEBOGEN PHASE 2 (SEITE 3).....	127
ABBILDUNG 51: HAUSARZTFRAGEBOGEN PHASE 1	128
ABBILDUNG 52: HAUSARZTFRAGEBOGEN PHASE 2 (SEITE 1)	129
ABBILDUNG 53: HAUSARZTFRAGEBOGEN PHASE 2 (SEITE 2)	130
ABBILDUNG 54: PATIENTENBRIEF ALLGEMEINE HINWEISE (SEITE 1).....	131
ABBILDUNG 55: PATIENTENBRIEF MEDIKATIONSHINWEISE (SEITE 2)	132
ABBILDUNG 56: KLINIKÄRZTFRAGEBOGEN (SEITE 1)	133
ABBILDUNG 57: KLINIKÄRZTFRAGEBOGEN (SEITE 2)	134

8. Anhang

8.1 Fragebogen Patienten Phase 1



CAMPUS GROSSHADERN
CHIRURGISCHE KLINIK UND POLIKLINIK
DIREKTOR:
PROF. DR. DR. H.C. MULT. K.-W. JAUCH



Sehr geehrte Patientin, geehrter Patient,

wir bemühen uns, Sie optimal zu versorgen. Daher ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Sie helfen uns mit Ihren Antworten, Schwachstellen zu erkennen und diese künftig zu vermeiden.

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Station: _____

Operation: _____

Versichertenstatus: gesetzlich privat

Teilnahme an klinischer Studie: ja nein

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Wohnort: Stadt Land

1) Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen *generell*, die Sie von der Klinik erhalten haben?

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

Wie wichtig sind für Sie diese Informationen?

Sehr etwas kaum gar nicht

2) Wie zufrieden sind Sie mit der Information bezüglich

a.) Ihrer *Erkrankung und deren Therapie / Operation?*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

a.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

b.) dem *Ablauf der Nachsorge und der Wiedervorstellung*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

b.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

Wie zufrieden sind Sie mit der Information bezüglich

c.) dem *Verhalten nach dem Krankenhausaufenthalt*

Abbildung 46: Patientenfragebogen Phase 1 (Seite 1)

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

c.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

d.) dem Informationsgehalt für *alltägliche Situationen* (Essen, Körperhygiene usw.)

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

d.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

e.) der *Medikamenteneinnahme*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

e.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

f.) der *Verständlichkeit*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

f.) Wie wichtig ist für Sie die Verständlichkeit?

Sehr etwas kaum gar nicht

3) Sind Sie der Meinung dass Ihr behandelnder Arzt und das betreuende Team angemessen und ausreichend Zeit für Sie aufbringen konnte?

Sehr etwas kaum gar nicht

Vielen Dank und weiterhin gute Besserung.

Abbildung 47: Patientenfragebogen Phase 1 (Seite2)

8.2 Fragebogen Patienten Phase 2



CAMPUS GROSSHADERN
CHIRURGISCHE KLINIK UND POLIKLINIK
DIREKTOR:
PROF. DR. DR. H.C. MULT. K.-W. JAUCH



Sehr geehrte Patientin, geehrter Patient,

wir bemühen uns, Sie optimal zu versorgen. Daher ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Sie helfen uns mit Ihren Antworten, Schwachstellen zu erkennen und diese künftig zu vermeiden.

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Station: _____

Operation: _____

Versichertenstatus: gesetzlich privat

Teilnahme an klinischer Studie: ja nein

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Wohnort: Stadt Land

1) Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen *generell*, die Sie von der Klinik erhalten haben?

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

Wie wichtig sind für Sie diese Informationen?

Sehr etwas kaum gar nicht

2) Wie zufrieden sind Sie mit der Information bezüglich

a.) Ihrer *Erkrankung und deren Therapie / Operation?*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

a₂) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

b.) dem *Ablauf der Nachsorge und der Wiedervorstellung*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

b₂) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

Wie zufrieden sind Sie mit der Information bezüglich

c.) dem *Verhalten nach dem Krankenhausaufenthalt*

Abbildung 48: Patientenfragebogen Phase 2 (Seite 1)

c.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

d.) dem Informationsgehalt für *alltägliche Situationen* (Essen, Körperhygiene usw.)

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

d.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

e.) der *Medikamenteneinnahme*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

e.) Wie wichtig ist für Sie diese Information?

Sehr etwas kaum gar nicht

f.) der *Verständlichkeit*

Sehr eher zufrieden ausreichend gar nicht

f.) Wie wichtig ist für Sie die Verständlichkeit?

Sehr etwas kaum gar nicht

3) Sind Sie der Meinung dass Ihr behandelnder Arzt und das betreuende Team angemessen und ausreichend Zeit für Sie aufbringen konnte?

Sehr etwas kaum gar nicht

4) Sind Sie der Meinung, dass es durch die Informationen für Sie zu einem beschleunigten oder auch verbesserten Heilungsprozess kommt, bzw. Therapierückschläge vermieden werden können?

Sehr etwas kaum gar nicht

5) In wieweit trifft es zu, dass Sie sich durch den Patientenbrief sicherer im Umgang mit Ihrer Erkrankung/ Operation fühlen?

Abbildung 49: Patientenfragebogen Phase 2 (Seite 2)

Sehr etwas kaum gar nicht

- 6) In wie weit trifft es zu, dass Sie durch den Patientenbrief mit den darin enthaltenen Informationen aktiv zum Erfolg Ihrer Therapie beitragen können?

Sehr etwas kaum gar nicht

- 7) Sind Sie der Meinung, dass Sie durch den Patientenbrief, besser von Ihrem Hausarzt nachbehandelt werden können?

Sehr etwas kaum gar nicht

- 8) Sind Sie der Meinung, dass diese Art der Patienteninformation als fester Bestandteil der Entlassung eingeführt werden sollte?

Ja Nein

- 9) Bestehen Ihrer Meinung nach Kritikpunkte bzw. Verbesserungsvorschläge bezüglich des Patientenbriefes, wenn ja welche?

Vielen Dank und weiterhin gute Besserung.

8.3 Fragebogen Hausarzt Gruppe 1



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

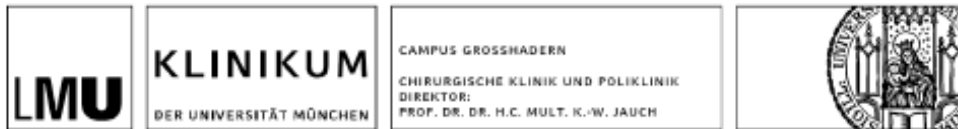
im Rahmen einer Studie zur Feststellung der Patientenzufriedenheit und des Qualitätsmanagements würden wir Sie bitten, folgende Fragen in Bezug auf unseren gemeinsamen Patienten zu beantworten und ausgefüllt an uns zurück zu senden. (Fax: 089/7095 8803)

- 1) Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen zu oben genannten Patient, die Sie von der Klinik erhalten haben?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 2) Wie gut fühlen Sie sich informiert über stattgefundene Untersuchungen und Behandlungen Ihres Patienten?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 3) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass Ihr Patient
 - a. über durchgeführte Behandlungen und Untersuchungen Bescheid weiß
 Sehr etwas kaum gar nicht
 - b. und dadurch der Umgang in der Nachsorge einfacher ist?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 4) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass durch die Informationen der Klinik an Sie sowie durch die Informationen der Klinik an den Patienten Ihnen als nachsorgenden Arzt die Arbeit erleichtert wird?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 5) Sind Sie der Meinung, dass es durch die Informationen an den Patienten zu einem beschleunigten oder auch verbesserten Heilungsprozess kommt bzw. Therapierückschläge vermieden werden können?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 6) Welche Maßnahmen müssten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, dass es zu einer verbesserten Nachsorge aufgrund verbesserter Information kommt?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Abbildung 51: Hausarztfragebogen Phase 1

8.4 Fragebogen Hausarzt Gruppe 2



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Rahmen einer Studie zur Feststellung der Patientenzufriedenheit und des Qualitätsmanagements würden wir Sie bitten, folgende Fragen in Bezug auf unseren gemeinsamen Patienten

zu beantworten und ausgefüllt an uns zurück zu senden. (Fax: 089/7095 8803)

- 1) Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen zu oben genannten Patienten, die Sie von der Klinik erhalten haben?
 Sehr etwas kaum gar nicht

- 2) Wie hilfreich für Ihre Weiterbehandlung schätzen Sie den Zeitpunkt der Aushändigung des Patientenbriefs ein?
 Sehr etwas kaum gar nicht

- 3) Wie sehr fühlen Sie sich informiert über stattgefundene Untersuchungen und Behandlungen Ihres Patienten?
 Sehr etwas kaum gar nicht

- 4) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass Ihr Patient
 - a. über durchgeführte Behandlungen und Untersuchungen Bescheid weiß und
 Sehr etwas kaum gar nicht
 - b. dadurch der Umgang in der Nachsorge einfacher ist?
 Sehr etwas kaum gar nicht

- 5) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass durch die Informationen der Klinik an Sie sowie durch die Informationen der Klinik an den Patienten Ihnen als nachsorgenden Arzt die Arbeit erleichtert wird?
 Sehr etwas kaum gar nicht

- 6) Sind Sie der Meinung, dass es durch die Informationen an den Patienten zu einem beschleunigten oder auch verbesserten Heilungsprozess kommt bzw. Therapierückschläge vermieden werden können?
 Sehr etwas kaum gar nicht

Abbildung 52: Hausarztfragebogen Phase 2 (Seite 1)

7) Trifft es Ihrer Meinung nach zu, dass durch den Patientenbrief die Adhärenz des Patienten verbessert werden konnte?

Sehr etwas kaum gar nicht

8) Sind Sie der Meinung, dass durch den Umstand, dass der Patient besser informiert ist, der Zeitaufwand in der Nachsorge in Ihrer Praxis gesenkt werden kann?

Sehr etwas kaum gar nicht

9) Gibt es von Ihrer Seite Anregungen zur Verbesserung des an den Patienten ausgehändigten Patientenbriefes? Wenn ja welche? Ja Nein

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Abbildung 53: Hausarztfragebogen Phase 2 (Seite 2)

8.5 Patientenbrief



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden hier im Klinikum Großhadern wegen _____ stationär behandelt und werden morgen entlassen.

Um Ihnen die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu erleichtern, haben wir folgenden Patientenbrief für Sie erstellt. Die aufgeführten Verhaltenshinweise sollen Ihnen helfen, sich besser in den einzelnen Bereichen zurechtzufinden. Hinweise bezüglich Ihrer Medikamenteneinnahme finden sie gesondert auf der Rückseite.

- Diagnose: _____
- Nebenkrankungen: _____
- Untersuchungen/OP: _____

Nachsorge

Wundkontrolle: _____

Wiedervorstellung beim Hausarzt: _____

Wiedervorstellung in Großhadern: _____

wichtige Beschwerden/Krankheitszeichen, bei welchen Sie uns kontaktieren sollen
(Tel: _____): _____

Alltag

Trinken: _____

Essen: _____

Körperhygiene: _____

körperliche Belastung/Arbeit: _____

Auto fahren: _____

Reisen: _____

Sport: _____

Sonstiges: _____

Gute Besserung und viel Erfolg!

Abbildung 54: Patientenbrief allgemeine Hinweise (Seite 1)



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS GROSSHADERN
CHIRURGISCHE KLINIK UND POLIKLINIK
DIREKTOR:
PROF. DR. DR. H.C. MULT. K.-W. JAUCH

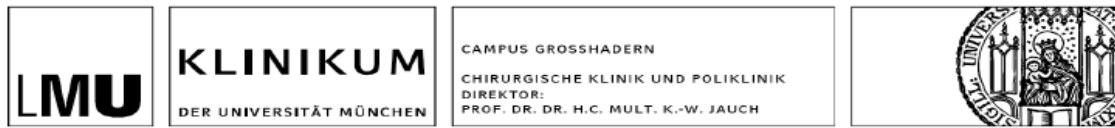


Medikamente

Arzneimittel	Stärke	Einnahme				Einnahme-hinweis	Wirkung
Wirkstoff		Morgen	Mittag	Abend	Nacht		

Abbildung 55: Patientenbrief Medikationshinweise (Seite 2)

8.6 Stationsärzte



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

in den vergangenen Monaten wurde auf einigen chirurgischen Stationen im Rahmen einer Studie zur Feststellung der Patientenzufriedenheit und des Qualitätsmanagements die Einführung eines Patientenbriefes im Rahmen des Entlassungsprozesses getestet. Wir Sie bitten, folgende Fragen diesbezüglich zu beantworten und bei _____ abzugeben.

Meine Funktion am Klinikum Großhadern ist:

Oberarzt Stationsarzt Assistenzarzt andere , nämlich _____

- 1) Wie zufrieden sind Sie mit dem bestehenden Informationssystem für die Patienten am Klinikum?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 2) Wie hilfreich für die Kommunikation mit dem Patienten während des Entlassungsgesprächs schätzen Sie den Patientenbrief ein?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 3) In wie fern war der Patientenbrief eine Erleichterung bezüglich der Erstellung des nachfolgenden Arztbriefes?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 4) In wie weit schätzen Sie das Zeitaufwand-Nutzen-Verhältnis des Patientenbriefes als angemessen ein?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 5) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass Ihr Patient
 - a. über durchgeführte Behandlungen und Untersuchungen Bescheid weiß und
 Sehr etwas kaum gar nicht
 - b. dadurch der Umgang in der Nachsorge beim Hausarzt / Folgebehandler einfacher ist?
 Sehr etwas kaum gar nicht
- 6) Inwieweit sind Sie der Auffassung, dass durch die Informationen der Klinik, im speziellen durch den Patientenbrief, dem nachsorgenden Arzt die Arbeit erleichtert wird?
 Sehr etwas kaum gar nicht

Abbildung 56: Klinikärztefragebogen (Seite 1)

7) Sind Sie der Meinung, dass es durch diese Informationen an den Patienten zu einem beschleunigten oder auch verbesserten Heilungsprozess kommt bzw. Therapierückschläge vermieden werden können?

Sehr etwas kaum gar nicht

9) Trifft es Ihrer Meinung nach zu, dass durch den Patientenbrief die Adhärenz des Patienten verbessert werden kann?

Sehr etwas kaum gar nicht

10) Gibt es von Ihrer Seite Anregungen zur Verbesserung des an den Patienten ausgehändigten Patientenbriefes? Wenn ja welche? Ja Nein

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Abbildung 57: Klinikärztefragebogen (Seite 2)

9. Danksagung

Für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit möchte ich mich ganz herzliche bedanken bei:

Herrn Prof. Dr. med. K.-W. Jauch für die Bereitstellung dieses Themas, für die immer prompte Unterstützung und für das Interesse an dieser Arbeit.

Frau Dr. human. biol. Weber für den tatkräftigen Beistand und unermüdliche Präsenz auf Station.

Frau Dr. Kottmann für die Hilfe in statistischen Fragen.

Gabriele Krauss für das Lektorat.

Meinem zahnärztlichen Kollegen Dr. Witt für die Entlastung in der Praxis.

Meinem Vater für die Raffinessen der PC-Technik und der moralischen Unterstützung bei computertechnischen Problemen.

10. Lebenslauf

- 02.08.1983: geboren in Wasserburg am Inn, Landkreis Rosenheim als Tochter von Alois Kristen und Irene Theresia Kristen-Deliano, geborene Deliano
- 1990-1994: Besuch der Grundschule in Wasserburg am Inn
- 1995-2003: Besuch des Luitpold-Gymnasium in Wasserburg am Inn
- Okt 2003-Jan 2009: Studium der Zahnheilkunde an der Ludwig-Maximilian-Universität in München
- März 2009-Juli 2011: Assistenzzeit in der Zahnarztpraxis Dres. Witt und Götzinger in Bad Endorf
- August 2011: Niederlassung als Zahnärztin in der Gemeinschaftspraxis Dr. Witt / ZÄ Kristen