

Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung

Patient Experiences Regarding Admission, Discharge and Follow-up within the Scope of a Hospital Treatment

Cornelia Straßner¹, Johanna Forstner¹, Joachim Szecsenyi¹, Michel Wensing¹, Petra Kaufmann-Kolle², Wolfram Günther²

Hintergrund

Krankenhäuser in Deutschland sind seit Okt. 2017 dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Verbesserung des Entlassmanagements umzusetzen („Rahmenvertrag Entlassmanagement“). Etwa zeitgleich wurde das vom Innovationsfonds geförderte Versorgungsmodell VESPEERA zur Optimierung des hausärztlichen Einweisungsmanagements und der Weiterversorgung nach Entlassung initiiert. Ziel dieser Studie war es, die Patientenzufriedenheit mit der intersektoralen Versorgung in einem frühen Implementierungsstadium dieser beiden Innovationen zu messen.

Methoden

Von Mai 2018 bis Mai 2019 wurde eine anonymisierte schriftliche Befragung durchgeführt. Teilnehmer waren Patienten ≥ 18 Jahre, die in den letzten drei Monaten aus einem Krankenhaus entlassen wurden und an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg teilnahmen. Die Rekrutierung und Befragung der Patienten erfolgte in an VESPEERA teilnehmenden und nicht teilnehmenden Hausarztpraxen in Baden-Württemberg.

Ergebnisse

Es wurden 367 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Die Mehrheit der Befragten mit geplanter Krankenhausbehandlung fühlte sich gut auf den Klinikaufenthalt vorbereitet. 35 % ($n = 127$) gaben an, dass für sie wichtige Fragen beim Entlassgespräch nicht vollständig geklärt wurden. Anzeichen für eine Verschlechterung wurden in 23 % ($n = 84$) der Fälle nicht besprochen, und 17 % ($n = 62$) erhielten keine Informationen dazu, was sie selbst zu ihrer Gesundheit beitragen können. Von den Patienten mit Schmerzmedikation gaben 36 % ($n = 84$) an, dass ihre Schmerztherapie nach Entlassung nicht voll sichergestellt war. 21 % ($n = 59$) der Patienten mit Medikationsänderungen erhielten keine oder nur schlecht verständliche Informationen zur Medikation.

Schlussfolgerungen

Verbesserungspotenzial zeigte sich insbesondere hinsichtlich des Entlassgesprächs, der aktiven Einbindung der Patienten und des Medikationsmanagements.

Schlüsselwörter

Einweisung; Entlassung; Krankenhaus; Hausarzt; Management

Background

Since October 2017 hospitals in Germany are obliged to implement several interventions to improve their discharge management (framework contract “Rahmenvertrag Entlassmanagement”). At about the same time the care model VESPEERA was initiated to optimize the admission management and follow-up care after discharge by family physicians (FPs). The aim of this study was to measure patients' satisfaction with intersectoral care in an early phase of implementation of these two innovations.

Methods

Between May 2018 and May 2019 an anonymised written survey was conducted. Participants were patients aged 18 years or older who had been discharged from hospital during the previous 3 months and participating in a FP-centred care model of the large German health insurance company AOK Baden-Württemberg. Patients were recruited in the federal state of Baden-Württemberg in family practices participating and not participating in the new care model VESPEERA.

Results

In total, 367 completed questionnaires were analysed. A large majority of interviewees felt that they were well prepared for their planned hospital stay. However, 35 % ($n = 127$) of the respondents stated that questions which had been important to them had not been fully clarified during the discharge conversation. In 23 % ($n = 84$) of the cases signs of a deterioration were not discussed and 17 % ($n = 62$) of the patients did not receive any instructions on how they could contribute to their recovery. Of the patients with pain medication 36 % ($n = 84$) stated that adequate pain therapy was not fully guaranteed after discharge. Of the patients with medication changes 21 % ($n = 59$) received no or only incomprehensible information about their medication.

Conclusions

Potential for improvement was identified mainly in the areas of discharge conversation, active patient involvement and medication management.

Keywords

admission; discharge; management; hospital; family physician

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

² aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Peer reviewed article eingereicht 16.09.2019, akzeptiert: 23.11.2019

DOI 10.3238/zfa.2020.0069–0076

Hintergrund

Hospitalisierungen sind nicht nur aus ärztlicher Perspektive eine vulnerable Phase in der Patientenversorgung, die mit erhöhten Risiken für Komplikationen wie nosokomiale Infektionen oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen und letztlich mit einer erhöhten Mortalitätsrate einhergehen [1]. Patienten fühlen sich neben der Belastung durch ihre Erkrankung häufig durch fehlende Informationen, widersprüchliche Aussagen, unklare Verantwortlichkeiten und häufige Medikamentenumstellungen verunsichert [2, 3].

Mit dem „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ (RVE) nach § 39 Absatz 1a SGB V, der seit dem 01.10.2017 für die Krankenhäuser verbindlich ist, wurde auf die bestehenden Defizite bei der intersektora-

len Versorgung reagiert. Der RVE verpflichtet Krankenhäuser, mittels geeigneter Assessments Bedarfe für die Anschlussversorgung frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan zu erstellen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob Medikamentenverordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder andere verordnungsfähige Leistungen wie Heil- und Hilfsmittel notwendig sind. Es ist Krankenhäusern nun in begrenztem Umfang erlaubt, derartige Verordnungen selbst auszustellen. Bei Entlassung ist den Patienten ein Medikationsplan auszuhändigen, der den Anforderungen des bundeseinheitlichen Medikationsplans entspricht. Zudem müssen Medikationsänderungen im Entlassbrief begründet werden.

Während der RVE darauf abzielt, die Organisation der Entlassung

durch die Krankenhäuser zu verbessern, wird die Rolle der niedergelassenen Ärzte wenig berücksichtigt. So heißt es unter § 3.3: „Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen.“

Hier setzt das vom Innovationsfonds geförderte Versorgungsmodell VESPEERA (Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern) an [4]. Kernelement von VESPEERA ist ein hausärztlicher Einweisungsbrief, der über ein standardisiertes Assessment computergestützt generiert wird. Nach Entlassung findet eine strukturierte Behandlungsplanung in der Hausarztpraxis statt. Patienten mit einem hohen Risiko für Rehospitalisierungen können für drei Monate ein Telefonmonitoring durch die medizinische Fachangestellte erhalten. Die an VESPEERA teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich, den Hausarzt vor Entlassung telefonisch zu kontaktieren und den Patienten eine Entlassinformation mit definierten Mindeststandards in laienverständlicher Sprache auszuhändigen. Derzeit nehmen 100 Hausarztpraxen (61 in der Interventionsgruppe und 39 in der Kontrollgruppe) sowie 25 Abteilungen in sieben Krankenhäusern an VESPEERA teil. Das Versorgungsmodell wird mittels einer kontrollierten Studie sowie einer begleitenden umfassenden Prozessevaluation evaluiert [4, 5].

Die vorliegende Arbeit berichtet die Ergebnisse einer Patientenbefragung zu Erfahrungen mit der intersektoralen Versorgung, die im Rahmen der Prozessevaluation zu Beginn der Studie durchgeführt wurde. Da der Studienbeginn mit der Einführung des RVE zusammenfiel, gibt die Befragung auch Einblicke in die Patientenzufriedenheit mit der intersektoralen Versorgung in einem frühen Implementierungsstadium des RVE.

Methoden

Diese Studie ist Bestandteil der Prozessevaluation des Projekts VESPEERA [4], für das ein positives Votum der Ethik-

	% (n)
Alter in Jahren	
18–30 Jahre	4,5 (16)
31–50 Jahre	12,0 (43)
51–70 Jahre	36,3 (130)
> 70 Jahre	47,2 (169)
Weibliches Geschlecht	49,3 (177)
Muttersprache Deutsch	90,5 (315)
Alleinlebend	29,5 (97)
Ernste chronische Erkrankung > 3 Monate	65,6 (225)
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustand auf einer Skala von 0–100 (0 = schlechtestmöglichster, 100 = bestmöglichster Gesundheitszustand)	
0–20	4,4 (16)
21–40	15,0 (55)
41–60	30,5 (112)
61–80	27,0 (99)
81–100	13,4 (49)
Nicht beantwortet	9,8 (36)
Dauer des stationären Aufenthalts in Tagen	
1–5	47,1 (162)
6–10	27,3 (94)
11–20	15,4 (53)
21–30	5,8 (20)
> 31 Tage	4,4 (15)
Geplante Krankenhausbehandlung	45,6 (160)
Notfallmäßige Krankenhausbehandlung	54,4 (191)

Tabelle 1 Charakteristika der 367 befragten Patienten

Frage im Originalwortlaut	Antwortoptionen	% (n)
Wurde mit Ihnen besprochen, ob es auch die Möglichkeit gibt, die Krankenhausbehandlung nicht durchzuführen und was das für Sie bedeuten würde?	Ja, ausführlich	68,1 (109)
	Ja, teilweise	13,8 (22)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	4,4 (7)
	Nein, ich wollte/brauchte diese Information nicht	11,9 (19)
	Nicht beantwortet	1,9 (3)
Wurden Sie an der Entscheidung, die Krankenhausbehandlung durchzuführen, beteiligt?	Ja, ausführlich	84,4 (135)
	Ja, teilweise	11,3 (18)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	3,1 (5)
	Nein, ich wollte/brauchte diese Information nicht	0
	Nicht beantwortet	1,3 (2)
Meine Behandlung im Vorfeld der Krankenhausbehandlung (Untersuchungen, Diagnostik, Informationen, Entscheidungsfindung) war sehr gut.	Trifft voll und ganz zu	62,5 (100)
	Trifft eher zu	23,1 (37)
	Teils/teils	8,1 (13)
	Trifft eher nicht zu	1,9 (3)
	Trifft ganz und gar nicht zu	1,9 (3)
Ich fühlte mich sehr gut darauf vorbereitet, was im behandelnden Krankenhaus auf mich zukommt.	Trifft voll und ganz zu	61,3 (98)
	Trifft eher zu	23,8 (38)
	Teils/teils	9,4 (15)
	Trifft eher nicht zu	1,9 (3)
	Trifft ganz und gar nicht zu	1,9 (3)

Tabelle 2 Bewertung der Behandlung vor geplantem Krankenhausaufenthalt

kommission der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Heidelberg (Kennzeichen S-071/2018) sowie eine Registrierung im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00014294) vorliegen. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00014294). Der Bericht der Studie erfolgt nach den STROBE-Kriterien für Beobachtungsstudien [6].

Studiendesign und Zielgruppe

Es erfolgte eine anonymisierte schriftliche Patientenbefragung in den jeweiligen Arztpraxen. Zielgruppe der Befragung waren Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre, die in den letzten drei Monaten aus einem Krankenhaus entlassen wurden und an dem Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg (HZV, § 73b SGB V) teilnahmen.

Rekrutierung und Setting

Die Befragung begann zeitgleich mit der Einführung von VESPEERA am 7.5.2018 und wurde aufgrund eines zögerlichen Rücklaufs bis zum 28.5.2019 verlängert. Es wurden sowohl alle zu diesem Zeitpunkt an VESPEERA teilnehmenden Hausärzte ($n = 85$ in $n = 72$ Praxen) als auch nicht teilnehmende Hausärzte ($n = 47$ in $n = 43$ Praxen) gebeten, Patienten für die Befragung zu rekrutieren. Insgesamt wurden 132 Hausärzte durch das aQua-Institut angeschrieben. Jeder Arzt erhielt 30 Fragebögen mit der Bitte, diese an Patienten mit o.g. Einschlusskriterien auszuteilen. In den Praxen wurde eine versiegelte Sammelbox aufgestellt, in die die Patienten die ausgefüllten Fragebögen einwerfen konnten. Die Praxen erhielten für die Rekrutierung eine Aufwands-

entschädigung von 10 Euro pro ausgefülltem Fragebogen, jedoch maximal 100 Euro.

Variablen und statistische Methoden

Der neunseitige Fragebogen enthielt neben soziodemografischen Angaben ein validiertes Instrument zur Messung des Gesundheitszustands (EQ5D) [7] sowie ausgewählte Items des PE-ACS-Fragebogens, eines Instruments zur Messung von Patientenerfahrungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung [8]. Durchführung, Datenmanagement sowie die Datenanalyse erfolgten durch das aQua-Institut. Für die vorliegende Studie wurden die Daten deskriptiv ausgewertet. Darüber hinaus wurden die Mittelwerte aller Items zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe mit einer einfak-

Frage im Originalwortlaut	Antwortoptionen	% (n)
Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welches Verhalten nach der Entlassung erlaubt ist und welches nicht? (z.B. Bewegung, Ernährung) *)	Ja, ausführlich	46,6 (171)
	Ja, teilweise	27,8 (102)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	15,3 (56)
	Nein, ich wollte/brauchte diese Information nicht	5,2 (19)
	Nicht beantwortet	5,2 (19)
Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, welche körperlichen Anzeichen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes bedeuten könnten? (z.B. Blutungen oder Schmerzen) *)	Ja, ausführlich	46,3 (170)
	Ja, teilweise	24,5 (90)
	Nein	22,9 (84)
	Nicht beantwortet	6,3 (23)
Wussten Sie nach Ihrer Entlassung, an wen Sie sich wenden können, falls Komplikationen auftreten?	Ja, ich hatte konkrete Kontaktdaten (Telefonnummer, Name Ansprechperson)	61,3 (225)
	Ja, aber nicht ganz eindeutig	20,2 (74)
	Nein	12,5 (46)
	Nicht beantwortet	6,0 (22)
Wurde mit Ihnen besprochen, was Sie nach der Entlassung selbst zu Ihrer Gesundheit beitragen können? *)	Ja, ausführlich	40,9 (150)
	Ja, teilweise	29,7 (109)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	16,9 (62)
	Nein, ich wollte/brauchte diese Information nicht	8,2 (30)
	Nicht beantwortet	4,4 (16)
Waren Sie darüber informiert, welche weiteren Maßnahmen nach der Entlassung folgen? (z.B. Fäden ziehen, weitere Therapien oder Untersuchungen, Nachsorge etc.) *)	Ja, ausführlich	49,6 (182)
	Ja, teilweise	23,4 (86)
	Nein	10,4 (38)
	Es gab keine weiteren Maßnahmen	10,6 (39)
	Nicht beantwortet	6,0 (22)
Haben die Ärztinnen/Ärzte offen und ehrlich mit Ihnen über den zu erwartenden Verlauf Ihrer Erkrankung nach der Krankenhausbehandlung gesprochen? *)	Ja, sehr offen	51,0 (187)
	Ja, teilweise	24,0 (88)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	13,9 (51)
	Nein, ich wollte/brauchte diese Information nicht	4,9 (18)
	Nicht beantwortet	6,3 (23)
Wurden beim Entlassungsgespräch im Krankenhaus alle Fragen, die Ihnen wichtig waren, geklärt? *)	Ja, voll und ganz	48,0 (176)
	Ja, teilweise	22,3 (82)
	Nein	12,3 (45)
	Es gab kein Entlassgespräch	5,4 (20)
	Ich hatte keine Fragen	6,5 (24)
	Nicht beantwortet	5,4 (20)
Wurden Sie beim Übergang in die häusliche Situation vom Krankenhaus unterstützt?	Ja, voll und ganz	26,4 (97)
	Ja, teilweise	16,3 (60)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	12,0 (44)
	Nein, ich wollte/brauchte keine Unterstützung von der Einrichtung	37,9 (139)
	Nicht beantwortet	7,4 (27)

Wurde Ihnen das Angebot gemacht, Ihre Angehörigen in Gespräche zu Ihrer Weiterversorgung einzubeziehen? *)	Ja, voll und ganz	31,9 (117)
	Ja, teilweise	13,6 (50)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	11,4 (42)
	Es war nicht notwendig, meine Angehörigen einzubeziehen	34,9 (128)
	Ich habe keine Angehörigen	1,9 (7)
	Nicht beantwortet	6,3 (23)
Wurden Sie bei der Organisation einer Rehabilitationsmaßnahme durch das behandelnde Krankenhaus unterstützt?	Ja, voll und ganz	17,7 (65)
	Ja, teilweise	8,4 (31)
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	8,2 (30)
	Nein, ich wollte/brauchte keine Unterstützung von der Einrichtung	19,3 (71)
	Ich hatte nach diesem Eingriff keine anschließende Rehabilitationsmaßnahme	35,6 (134)
	Nicht beantwortet	9,8 (36)
Falls eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine Sozialstation notwendig war: Wurde diesem vom behandelnden Krankenhaus ein Pflegeüberleitungsbogen übermittelt?	Ja, der Bogen wurde mir mitgegeben	4,9 (18)
	Ja, der Bogen wurde dem Pflegedienst/der Sozialstation auf anderem Wege zugestellt	2,5 (9)
	Nein	17,4 (64)
	Ich benötigte keinen Pflegedienst/keine Sozialstation	60,2 (221)
	Weiß ich nicht/Nicht beantwortet	15,0 (55)

Bei den mit *) markierten Items gab es eine statistisch signifikante Mittelwertsdifferenz ($p < 0,05$) zugunsten der VESPEERA-Interventionsgruppe.

Tabelle 3 Bewertung der Entlassung

toriellen Varianzanalyse (ANOVA) auf signifikante Unterschiede überprüft.

Ergebnisse

Teilnehmer

Es beteiligten sich 52 Hausärzte an der Rekrutierung (24 aus VESPEERA-Praxen und 28 aus Nicht-VESPEERA-Praxen). Insgesamt gingen 367 Patienten-Fragebögen beim aQua-Institut ein (113 aus VESPEERA-Praxen und 254 aus Nicht-VESPEERA-Praxen). Der genaue Rücklauf ist unklar, weil nicht erhoben werden konnte, wie viele Fragebögen von den Hausärzten tatsächlich ausgeteilt wurden. Tabelle 1 zeigt die Charakteristika der befragten Patienten.

Bewertung der Behandlung vor geplantem Krankenhausaufenthalt

Die überwiegende Mehrheit der Befragten mit geplanter Krankenhausbehandlung fühlte sich gut auf den

Klinikaufenthalt vorbereitet (Tab. 2). So gaben 84,4 % ($n = 135$) an, ausführlich an der Entscheidung zur Krankenhausbehandlung beteiligt worden zu sein. Ebenso viele stimmten der Aussage, gut auf das vorbereitet worden zu sein, was in der Klinik auf sie zukommen würde, „voll und ganz“ oder „eher“ zu.

Bewertung der Entlassung

Mehr Verbesserungspotenzial bestand hinsichtlich der Entlassung aus dem Krankenhaus (Tab. 3). Etwa ein Drittel der Patienten (34,6 %, $n = 127$) gab an, dass Fragen, die ihnen wichtig waren, beim Entlassgespräch nicht oder nur teilweise geklärt wurden. In 5,4 % ($n = 20$) der Fälle fand gar kein Entlassgespräch statt. Ebenfalls rund ein Drittel der Befragten (32,7 %, $n = 120$) wusste bei Entlassung nicht oder nicht ganz eindeutig, an wen sie sich wenden sollten, falls Komplikationen auftreten. Etwa 12 % gaben an, keine Unterstützung bei der Weiterversorgung

und kein Angebot zur Einbeziehung von Angehörigen bezüglich der Weiterversorgung erhalten zu haben, obwohl sie sich das gewünscht hätten.

Auch hinsichtlich der Förderung der Selbstwirksamkeit und der aktiven Patientenbeteiligung zeigte sich Verbesserungspotenzial. So gab gut ein Fünftel der Befragten (22,9 %, $n = 84$) an, nicht über Anzeichen für eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands aufgeklärt worden zu sein, und 16,9 % ($n = 62$) erhielten keine Informationen dazu, was sie selbst zu ihrer Gesundheit beitragen könnten, obwohl sie sich das gewünscht hätten.

Bewertung der ambulanten Weiterversorgung und Weiterempfehlungsbereitschaft

Auch bei der ambulanten Weiterversorgung zeigten sich Bereiche mit Optimierungsbedarf. So gaben 36,4 % ($n = 84$) der Patienten mit Schmerzmedikation an, dass ihre

Frage im Originalwortlaut	Antwortoptionen	% (n)
War Ihre Schmerztherapie auch nach der Entlassung sichergestellt? *)	Ja, voll und ganz	29,7 (109)
	Ja, teilweise	14,4 (53)
	Nein	8,4 (31)
	Ich wollte/brauchte nach der Entlassung keine Schmerztherapie	37,1 (136)
	Nicht beantwortet	10,4 (38)
Bei neuer Medikamentenverordnung: Wurde Ihnen erklärt, warum Sie diese Medikamente nehmen sollen? (Wirkung der Medikamente) *)	Ja, voll und ganz	37,6 (138)
	Ja, teilweise	16,1 (59)
	Nein	13,1 (48)
	Mir wurden keine anderen oder neuen Medikamente verordnet	26,4 (97)
	Nicht beantwortet	6,8 (25)
Erhielten Sie schriftliche Informationen darüber, wie Sie diese Medikamente einnehmen sollen? (z.B. wann, wie oft, wie lange)	Ja, gut verständliche Information	44,7 (164)
	Ja, aber eher schlecht verständliche Informationen	8,2 (30)
	Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte	7,9 (29)
	Ich wollte/brauchte keine schriftlichen Informationen	8,2 (30)
	Mir wurden keine anderen oder neuen Medikamente verordnet	24,8 (91)
	Nicht beantwortet	6,3 (23)
Der Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause bzw. in die Weiterbehandlung hat reibungslos funktioniert.	Trifft voll und ganz zu	55,9 (205)
	Trifft eher zu	22,1 (81)
	Teils/teils	8,7 (32)
	Trifft eher nicht zu	3,0 (11)
	Trifft ganz und gar nicht zu	1,6 (6)
	Nicht beantwortet	8,7 (32)
Für meine Behandlung und Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war sehr gut gesorgt.	Trifft voll und ganz zu	50,4 (185)
	Trifft eher zu	21,5 (79)
	Teils/teils	7,6 (28)
	Trifft eher nicht zu	3,5 (13)
	Trifft ganz und gar nicht zu	1,6 (6)
	Nicht beantwortet	15,3 (56)
Ich kann meinen Freunden oder Angehörigen dieses Krankenhaus sehr empfehlen. **)	Trifft voll und ganz zu	46,9 (172)
	Trifft eher zu	21,8 (80)
	Teils/teils	12,3 (45)
	Trifft eher nicht zu	3,3 (12)
	Trifft ganz und gar nicht zu	4,1 (15)
	Nicht beantwortet	11,7 (43)

Bei den mit *) markierten Items gab es eine statistisch signifikante Mittelwertsdifferenz ($p < 0,05$) zugunsten der VESPEERA-Interventionsgruppe.

**) Transformiert man die Werte in „Trifft voll und ganz zu“ = 100 %, „Trifft eher zu“ = 75 %, „Teils/teils“ = 50 %, „Trifft eher nicht zu“ = 25 %, „Trifft ganz und gar nicht zu“ = 0 % und teilt dann die Summe aller Prozentwerte durch die Anzahl der Einzelantworten, erhält man im Mittel eine „standardisierte Weiterempfehlungsbereitschaft“ von 79,5 % (SD 27,5). Dieser Indikator wird regelmäßig in der bundesweiten PEQ-Befragung [9] berechnet, allerdings unter Verwendung einer sechsstufigen Skala.

Tabelle 4 Bewertung der Weiterversorgung und Weiterempfehlungsbereitschaft

Schmerztherapie nach Entlassung nicht oder nur teilweise sichergestellt war. Von den Patienten mit Medikationsänderung gaben 17,8 % (n = 48) an, dass ihnen nicht erklärt worden sei, warum sie die Medikamente einnehmen sollten, und 21,4 % (n = 59) erhielten keine oder nur schlecht verständliche Informationen zu ihrer Medikation. Das Gesamturteil hinsichtlich der Weiterversorgung fiel jedoch mehrheitlich positiv aus. So bestätigten 71,9 % (n = 264) der Befragten, dass für ihre Behandlung und Betreuung nach der Entlassung (eher) sehr gut gesorgt war. Zwei Drittel der Patienten (68,7 %, n = 252) würden das Krankenhaus Freunden oder Angehörigen (eher) empfehlen.

Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Bei insgesamt neun Items (in Tab. 3 und 4 mit einem Asterix markiert) wurde ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0,005$) zugunsten der VESPEERA-Praxen festgestellt.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Erfahrungen von Patienten mit der Krankenhausbehandlung insgesamt als gut eingestuft. Die standardisierte Weiterempfehlungsbereitschaft (vgl. Fußnote in Tab. 4) lag bei 79,5 %. Dies ist vergleichbar mit den Ergebnissen einer bundesweiten Befragung mit dem „Patients' Experience Questionnaire“ (PEQ-Befragung), die seit 2011 von den AOKs und der Barmer regelmäßig unter ihren Versicherten durchgeführt wird und im Jahr 2015/2016 eine Weiterempfehlungsbereitschaft von 79,3 % im Bundesdurchschnitt und 80,3 % in Baden-Württemberg ergab [9].

Verbesserungspotenzial zeigte sich v.a. hinsichtlich einer aktiven Patientenbeteiligung und des Medikationsmanagements: Krankenhäuser sind seit Oktober 2017 durch den RVE verpflichtet, Patienten bei Entlassung einen bundeseinheitlichen Medikationsplan auszuhändigen. Zudem sind Medikationsänderungen schriftlich zu begründen und die Anschlussmedikation notfalls durch die Ausstellung eines Rezepts sicherzustellen. Die Tatsache, dass rund

36 % der Befragten mit Schmerzmedikation angaben, ihre Schmerztherapie sei nach Entlassung nicht oder nur teilweise sichergestellt gewesen, und dass rund ein Fünftel der Patienten mit Medikationsänderung nach eigenen Angaben nur schlecht verständliche Informationen zu ihren Medikamenten erhielten und nicht über den Grund für die Verordnung neuer Medikamente informiert wurden, legt nahe, dass die entsprechenden Maßgaben des RVE bislang nur unzureichend umgesetzt werden.

Zukünftig könnte VESPEERA hier unterstützend wirken, denn das Medikationsmanagement spielt in diesem Versorgungsmodell sowohl bei der Einweisung als auch bei der Behandlungsplanung und beim Monitoring nach Entlassung eine wesentli-



Dr. med. Cornelia Straßner ...

... ist FÄ für Allgemeinmedizin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Versorgung von multimorbiden Patienten mit Polypharmakotherapie, der Versorgung von Asylbewerbern sowie der Implementierungsforschung.

che Rolle. Im Rahmen standardisierter Assessments werden Probleme bei der Medikamenteneinnahme und der Therapietreue erhoben, ein aktueller Medikationsplan erstellt und die Patienten bezüglich einer konsequenten Verwendung des (bundeseinheitlichen) Medikationsplans instruiert.

Auch die aktive Patientenbeteiligung soll durch die Teilnahme an VESPEERA gefördert werden. So werden die Patienten in einem Einweisungsgespräch sowie durch eine Einweisungsbroschüre aktiv auf den Krankenhaus-

aufenthalt vorbereitet und für die Bereiche sensibilisiert, in denen sie selbst zu einer erfolgreichen Krankenhausbehandlung beitragen können.

Stärken und Limitationen

Nach unserem Kenntnisstand ist dies die derzeit einzige Studie, die die Patientenerfahrungen mit der intersektoralen Versorgung in einem frühen Implementierungsstadium des RVE untersucht. Allerdings sind einige Limitationen der Studie zu berücksichtigen. Die Beteiligung sowohl von Seiten der Patienten als auch der Hausarztpraxen war insgesamt gering. Zudem gab es bei neun Items zur Krankenhausbehandlung und Weiterversorgung statistisch signifikante Unterschiede zugunsten der VESPEERA-Praxen, obwohl die Praxen zum Erhebungszeitpunkt gerade erst mit der Einführung der VESPEERA-Interventionen begonnen hatten. Daher ist es unwahrscheinlich, dass die Unterschiede auf einem Interventions-effekt beruhen. Vielmehr muss ein Selektionsbias in Erwägung gezogen werden, also dass Patienten aus Praxen, die sich entschieden haben, zukünftig am Versorgungsmodell VESPEERA teilnehmen, schon zuvor zufriedener mit der intersektoralen Versorgung waren. Allerdings spricht die Tatsache, dass die in dieser Studie erhobene Weiterempfehlungsbereitschaft vergleichbar mit einer bundesweiten Studie ist, eher für die Repräsentativität der Ergebnisse.

Schlussfolgerungen

Während sich Patienten überwiegend gut auf geplante Krankenhausbehandlungen vorbereitet fühlen, besteht Verbesserungspotenzial insbesondere im Bereich des Entlassgesprächs, der aktiven Patientenbeteiligung und des Medikationsmanagements. Die Befragung spiegelt die Patientenzufriedenheit mit der intersektoralen Versorgung in einem frühen Implementierungsstadium des RVE sowie des Versorgungsmodells VESPEERA wider. Eine Folgebefragung im Jahr 2020 wird zeigen, ob die Zufriedenheit der Patienten steigt, je länger die Maßnahmen in der Routinerversorgung umgesetzt werden.

Sponsoren: Die Studie wurde durch den Innovationsfonds (Förderkennzeichen 01NVF17024) finanziert.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

- Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*. 2004; 170: 345–349
- Ludt S, Heiss F, Glassen K, et al. Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? *Gesundheitswesen* 2014; 76: 359–365
- Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care* 2013; 25: 66–74
- Forstner J, Strassner C, Kunz A, et al. Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 206
- Forstner J, Kunz A, Straßner C, et al. Study protocol of the process evaluation of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMJ Open* 2019; 9: e031245. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/11/e031245.full.pdf> (letzter Zugriff am 12.12.2019)
- von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 344–349
- Greiner W, Claes C, Busschbach JJ, von der Schulenburg JM. Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *Eur J Health Econ* 2005; 6: 124–130
- Noest S, Ludt S, Klingenberg A, et al. Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *Int J Qual Health Care* 2014; 26: 240–249
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)/Bertelsmann Stiftung. Krankenhausqualität aus Patientensicht. Untersuchung auf Basis der PEQ-Daten der Weißen Liste. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/Graue-Publikationen/VV_Studie_KhQualitaet_PatSicht_dt_final.pdf (letzter Zugriff am 16.09.2019)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Cornelia Straßner

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 130.3

69120 Heidelberg

Tel.: 06221 56-35559

Cornelia.strassner@med.uni-heidelberg.de



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch an Patientinnen und Patienten und Praxismitarbeiter/innen. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Dr. Philipp Leson

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle

Friedrichstraße 88

10117 Berlin

Tel.: 030 209669800

Fax: 030 209669899

E-Mail: presse@degam.de

Homepage: www.degam.de

Prof. Dr. med. Anne Barzel

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Tel.: 040 741059769

Fax: 040 741053681

E-Mail: leitlinien@degam.de