

Fischer, Steve

Die Qualität des Entlassmanagements bei stationären psychiatrischen
Patienten der Diakonie Kliniken Zschadraß

Bachelorarbeit

Hochschule Mittweida

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida 2023

Fischer, Steve

Die Qualität des Entlassmanagements bei stationären psychiatrischen
Patienten der Diakonie Kliniken Zschadraß

eingereicht als

Bachelorarbeit

an der

Hochschule Mittweida

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida 2023

Erstprüfer: Prof. Dr. med. habil Dr. rer soc Stefan Brunnhuber

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Fischer, Steve:

Die Qualität des Entlassmanagements bei stationären psychiatrischen Patienten der Diakonie Kliniken Zschadraß.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2023

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Qualität des Entlassmanagements der Diakonie Kliniken Zschadraß im Fachbereich Psychiatrie. Genauer soll in dieser Arbeit der Blick auf die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie sein. Dazu wird die nachstehende Forschungsfrage gestellt und im Folgenden bearbeitet:

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen dem Entlassmanagement und der subjektiven Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie?

Um dieser Frage nachgehen zu können, wurden Fragebögen zur Patientenzufriedenheit, welche von den Kliniken Zschadraß ausgegeben wurden, analysiert und ausgewertet. Unter Verwendung des Statistikprogrammes SPSS wurden diese Daten erhoben und verschiedene Inhalte auf ihre Korrelation untersucht. Die Auswertung der Korrelationen zeigt einen positiven Einfluss der untersuchten Angebote des Entlassmanagements auf die subjektive Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
1. Einleitende Worte	8
1.1 Motivation.....	8
1.2 Hypothesen.....	9
2. Vorstellung Diakoniewerk Zschadraß gGmbH.....	10
2.1 Klinik für Psychiatrie.....	10
3. Entlassmanagement.....	11
3.1 Aufgaben und Herausforderungen des Entlassmanagements.....	12
3.2 Rechtlicher Rahmen und Grundlagen.....	13
3.3 Entlassmangement nach SGB V.....	13
3.4 Rahmenverträge Entlassmanagement.....	14
3.5 Entlassmanagement als multiprofessionelles Geschehen	17
4. Die Rolle der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement	18
4.1 Die spezifische Perspektive der Sozialen Arbeit.....	18
4.2 Das Aufgabenspektrum der sozialen Arbeit im Entlassmanagement.....	20
4.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement	22
4.3.1. Fallbezogene Maßnahmen	23
4.3.2 Fallübergreifende Kooperation und Vernetzung.....	24
5. Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie	26
5.1 Erfassung der Patientenzufriedenheit.....	27

5.2 Befragungstechniken	28
5.3 Schlussfolgerung.....	29
6. Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie	29
6.1 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit	30
6.2 Aufbau und Auseinandersetzung mit dem Patientenfragebogen	30
6.3 Auswertungen ausgewählter Gegenüberstellungen.....	34
6.4 Interpretation der Daten	39
6.5 Bearbeitung der Forschungsfrage.....	40
7. Grenzen und Bedeutung der Datenauswertung	42
8. Nachwort	43
9. Literaturverzeichnis	45
10. Anlagen	52
11. Eigenständigkeitserklärung	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess Entlassmanagement gemäß Rahmenverträge Krankenhaus und Rehabilitation (in Anlehnung an Kramer/Lehmann 2021) ...	16
Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten in Anlehnung nach Dahlgren/Whitehead(1991)	19
Abbildung 3: Entlassmanagement in Bezug zu den Produktgruppen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik(in Anlehnung nach DVSG 2019c)	21
Abbildung 4: Geschlechterverteilung	32
Abbildung 5: Alter der Patienten	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Sozialberatung-Kontakt mit nachfolgenden Behandlern	35
Tabelle 2 Sozialberatung-Gruppentherapeutische Behandlung	37
Tabelle 3 Sozialberatung- Subjektive Patientenzufriedenheit	38

1. Einleitende Worte

In diesem Kapitel soll es zuerst um die Motivation gehen, warum sich diese Bachelorarbeit mit dem Thema der Patientenzufriedenheit einer psychiatrischen Einrichtung auseinandersetzt. Danach wird auf die erstellten Hypothesen für die Beantwortung der eingangs formulierten Frage eingegangen und diese erörtert.

1.1 Motivation

Im Rahmen des Studiums an der Fachhochschule Mittweida wurde eine Seminarwoche in der Diakonieklinik Zschadraß angeboten. Die Studenten erhielten am Vormittag theoretischen Input zu bestimmten Bereichen der Arbeit im Klinikum und danach standen Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen oder Problemen Rede und Antwort. Unter diesen Patienten war eine an Alzheimer erkrankte Frau, ein junger Sozialarbeiter mit Burnout Syndrom und suchtkranke Personen. Alle Patienten schilderten ihre Krankheit sehr intensiv. Vor allem bei den suchtkranken Patienten stand immer auch die Zeit nach der Therapie im Fokus. Die Klinik als „schützender Raum“ muss irgendwann verlassen werden. Außerhalb der Klinik warten auf die Patienten das gewohnte Umfeld, die „falschen“ Freunde, die familiären oder beruflichen Probleme. Folgetherapien schließen oftmals nicht sofort an die stationäre Unterbringung an. All das macht den Patienten Angst. Die Frage, „Wie komme ich allein nach der Therapie im Alltag zurecht?“ oder „Wie überbrücke ich die Zeit bis zur Folgetherapie?“ war fast schon erdrückend greifbar. So entstand die Frage nach der Qualität des Entlassmanagements in Bezug auf die Zeit nach der Therapie. Welche Möglichkeiten und welchen Einfluss hat die Klinik überhaupt? Kann sie ihre Möglichkeiten ausschöpfen oder wird sie auch darin begrenzt? Wie empfinden stationäre Patienten die Arbeit der Klinik diesbezüglich?

Genau auf diese Fragen soll die Arbeit blicken und versuchen, für diese Antworten, Hindernisse und Möglichkeiten zu ergründen und aufzuzeigen.

Gender-Hinweis

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

1.2 Hypothesen

Hypothese I

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem hergestellten Kontakt nachfolgender Behandler (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt, et cetera) und der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung.

H₁: Je besser der wahrgenommene hergestellte Kontakt zu nachfolgenden Behandlern (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt, et cetera), desto größer die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung.

Hypothese II

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der gruppentherapeutischen Behandlung und der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung.

H₁: Je besser die positive Wahrnehmung der Gruppentherapeutischen Behandlung, desto größer die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung.

Hypothese III

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Sozialberatung und der subjektiven Patientenzufriedenheit.

H₁: Je besser die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung, desto besser die subjektive Patientenzufriedenheit.

2. Vorstellung Diakoniewerk Zschadraß gGmbH

Die Diakoniewerk Zschadraß gemeinnützige GmbH betreibt in Zschadraß bei Colditz ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie. Insgesamt stehen 150 Betten und 60 Tagesklinikplätze dafür zur Verfügung. Weiter gibt es drei Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in Borna, Grimma und Zschadraß. Außerdem ein Seniorenpflegeheim und ein Wohnheim für Menschen mit Behinderungen. Das diakonische Unternehmen ist ein DGPPN-zertifiziertes Ausbildungs Krankenhaus der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Grundversorgung mit europäischen Standards. Der Behandlungsansatz ist integrativ mit sowohl evidenzbasierter Medizin, praktizierter Bezugspflege und –therapie, sowie sozialpsychiatrischer Versorgung. Weiter kommen das Wissen der Komplementärmedizin, der europäischen Naturheilverfahren, sowie fernöstliche Erfahrungen (spezielle Achtsamkeitsübungen, traditionelle chinesische Medizin) zur Anwendung.

Umfangreiche multiprofessionelle PIA-Leistungen, aufsuchende Hilfen, sowie störungsspezifische Spezialsprechstunden für Patienten mit chronischen Schmerzen, mit Gedächtnisstörungen und Suchtbehandlung werden von der ambulanten Versorgung angeboten.

Auf dem Campus befinden sich zu dem eine Kirche, eine Gastronomie, ein Festsaal und ein Museum, die den Patienten zur Verfügung stehen.¹

2.1 Klinik für Psychiatrie

In der Klinik für integrative Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden rund um die Uhr und an sieben Tagen in der Woche, alle psychischen Krankheiten behandelt. Das können Notfälle, Erstmanifestationen oder Rückfälle sein. Insgesamt zählt das Einzugsgebiet rund um das Muldental 250000

¹ vgl. www.diakoniezschadrass.de/startseite/

Menschen. In der allgemeinen Psychiatrischen Institutsambulanz werden jährlich über 40000 therapeutische Kontakte registriert. Für die Bereiche Demenz, chronische Schmerzen und Sucht werden gezielte Sprechstunden angeboten. An den Standorten Borna, Rochlitz, Grimma und Zschadraß sind vier Tageskliniken installiert. Diese decken die vor- und nachstationäre Versorgung von Patienten ab. Weiter gibt es in Borna eine Kontakt- und Beratungsstelle, welche von Bedürftigen in Anspruch genommen werden kann. Über den ganzheitlichen Ansatz erfolgt die Betreuung der Patienten. Hierfür bedarf es einer breiten Vernetzung und Zusammenarbeit der medizinischen Abteilungen, wie etwa der Radiologie und der Akutneurologie. Eine große Rolle nehmen neben der Schulmedizin auch Erkenntnisse aus den europäischen Naturheilverfahren ein. Auf die Ernährung und Bewegung wird stark geachtet. Sie spielen eine große Rolle. Die Zubereitung der Mahlzeiten ist auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt und erfolgt gesundheitsbewusst. Hier genießt die biozertifizierte Küche einen auch überregional hervorragenden Ruf. Das ganze Team ist multiprofessionell aufgestellt und steht den Patienten jederzeit zur Verfügung.²

3. Entlassmanagement

Dem Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken kommt eine sehr große Bedeutung bei der passgenauen Versorgung zu. Der medizinische Behandlungserfolg in der stationären Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation ist ohne ein gut organisiertes Entlassmanagement gefährdet. Es könnte zu Problemen an sektorenübergreifenden Schnittstellen und bei der Organisation der Anschlussversorgung führen. Vor allem eine nicht passgenaue Auswahl von Maßnahmen der Anschlussversorgung kann bei den Patienten zu vermeidbaren gesundheitlichen und sozialen Problemen führen. Ein gelungenes Entlassmanagement trägt wesentlich zur nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolges bei.

² vgl. www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/klinik-fuer-psychiatrie/

3.1 Aufgaben und Herausforderungen des Entlassmanagements

Der Begriff Entlassmanagement wird in Deutschland synonym mit weiteren Begriffen verwendet, wie zum Beispiel Entlassungsmanagement, Entlassungsplanung, Entlassungsvorbereitung, Überleitungsmanagement oder Pflegeüberleitung.³ In der Formulierung des Sozialgesetzbuches, im Folgenden SGB genannt, V (SGB V) wird der Begriff Entlassmanagement verwendet und für diese Arbeit übernommen. Das Bundesgesundheitsministerium beschreibt das Entlassmanagement als geplanten und strukturierten Prozess zur „Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung“, um Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlung zu vermeiden.⁴ Neben der Sicherstellung der Weiterversorgung dient das Entlassmanagement der Vorbereitung der Patienten und deren Bezugspersonen auf die individuelle Entlass-Situation und auf die damit verbundenen Herausforderungen nach der Entlassung. Verstanden wird das Entlassmanagement prinzipiell als interdisziplinäre und multiprofessionelle Aufgabe.⁵ Eine Anpassung und Weiterentwicklung des Versorgungs- und speziell des Entlassmanagements ist vor allem durch eine älter werdende Bevölkerung, Veränderungen des Erkrankungsspektrums, die Zunahme chronisch Erkrankter und multimorbider Personen und des medizinischen Fortschritts von Nöten. Als weitere Herausforderungen für das Entlassmanagement sind veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, wie die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens oder die Ambulantisierung der Versorgung, von vormals stationär durchgeführten Behandlungen, zu nennen. Die Einführung der DRG-Fallpauschalenfinanzierung der Krankenhäuser, sowie die Verkürzung der Verweildauer stellen zusätzliche konzeptionelle Anforderungen an das Entlassmanagement. Die Anforderungen an die Unterstützung der Patienten bei krankheits- und behandlungsbedingten sozialen und psychischen Belastungen sind sehr groß.⁶ Im Jahr 2018 schätzten die Krankenhäuser den Anteil vollstationärer Patienten mit Bedarf an einem umfassenden Entlassmanagement auf bereits 20

³ vgl. Mohrfeld, 2021

⁴ BMG, 2021

⁵ vgl. SVR Gesundheit, 2018, 475f

⁶ vgl. Kramer, 2017, 311f

Prozent.⁷ Die Vielzahl spezifischer Versorgungsverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern, zum Beispiel im Rahmen der integrierten Versorgung, stellen weitere Herausforderungen an die Kosten- und Leistungsklärung. Auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt neue Anforderungen an die digitale Kompetenz der jeweiligen Fachkräfte, Patienten und Bezugspersonen.⁸

3.2 Rechtlicher Rahmen und Grundlagen

Im SGB V- Gesetzliche Krankenversicherung ist das Entlassmanagement verankert. Das Entlassmanagement ist auch ein Teil des Versorgungsmanagements. Es spielt im Rahmen zum Beispiel von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder zur sozialen Teilhabe nach SGB IX eine Rolle. Weiterhin findet es im SGB XI- Pflegebedürftigkeit und nach SGB VI, VII oder VIII in der medizinischen Rehabilitation Anwendung. Genaue Regelungen zum Entlassmanagement enthalten die Sozialgesetzbücher allerdings nicht.

3.3 Entlassmanagement nach SGB V

Festgeschrieben wurde der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement im Jahr 2007 in § 11 Absatz 4 SGB V. Darunter ist der gesamte Versorgungsprozess vor, während und nach der Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, zu verstehen. Ziel ist eine enge Kooperation der Leistungserbringer und Leistungsträger. Die Effizienz soll dadurch erhöht werden. Für die Patienten soll eine nahtlose Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Die Patientenversorgung soll dadurch optimiert werden und außerdem eine Kostenreduktion bei gleichbleibender oder steigender Qualität der Leistungen erfolgen.⁹

⁷ vgl. DKJ, 2018, 86

⁸ vgl. SVR Gesundheit, 2021

⁹ vgl. Bloch, 2022

Im Jahr 2015 kam es durch den Gesetzgeber zu Reformen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Als neuer elementarer Baustein wurde im neu geschaffenen § 39 Absatz 1a der Anspruch auf Krankenhausbehandlung wie folgend konkretisiert:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...] Der/die Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; [...]. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.“ (BMJ 2021a)

3.4 Rahmenverträge Entlassmanagement

Gesonderte Rahmenverträge regeln Ziele, Inhalte, Verantwortlichkeiten und Formalien für das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V bzw. § 40 Absatz 2 SGB V. Seit dem 01.10.2017 ist der Rahmenvertrag Entlassmanagement für Krankenhäuser in der mittlerweile 8. Fassung von 2022 in Kraft.¹⁰ Der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen folgte am 01.02.2019.¹¹

¹⁰ vgl. GKV-SV/KBV7DKG, 2022

¹¹ vgl. GKV-SV et al. 2019

Die folgenden Punkte werden darin insbesondere geregelt:

A zwingend erforderliche Bestandteile und Phasen des Entlassmanagements

1. Schriftliche Information zum Entlassmanagement
2. Einwilligung zum Entlassmanagement und zur Datenweitergabe
3. Assessment
4. Entlassplan
5. Entlassbrief

B Die Möglichkeit zur Verordnung erforderlicher nachstationärer Leistungen, zum Beispiel Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel oder Heilmittel. Außerdem kann die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden.

C Zusammenarbeit und Kommunikation des Krankenhauses, beziehungsweise der Rehabilitationsklinik, mit Kranken- und Pflegekassen und Nachversorgern. Darunter zählen unter anderem Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Die Rahmenverträge verpflichten die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, das Entlassmanagement als standardisierten Prozess in multidisziplinärer Zusammenarbeit zu organisieren und umzusetzen.

In Abbildung 1 wird dieser Prozess noch einmal bildlich dargestellt.

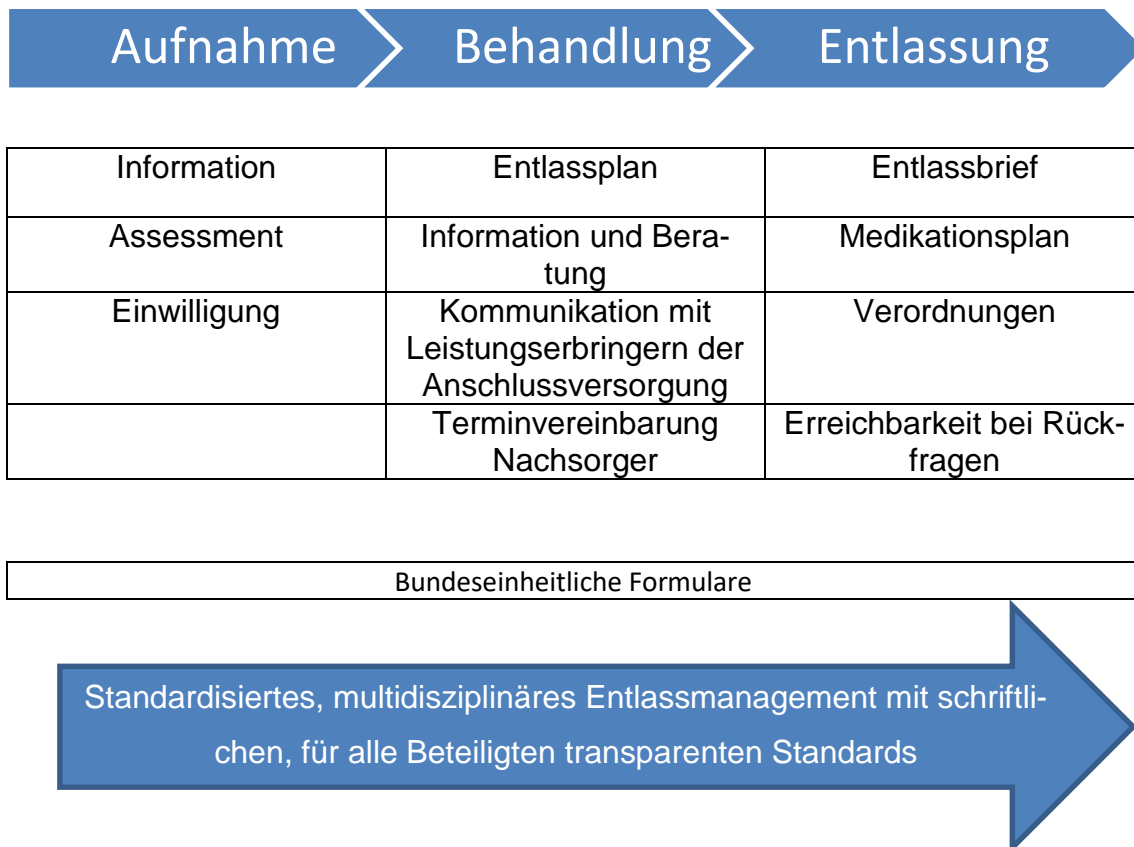


Abbildung 1: Prozess Entlassmanagement gemäß Rahmenverträge Krankenhaus und Rehabilitation (in Anlehnung an Kramer/Lehmann 2021)

Bei der Kontaktaufnahme zur Selbsthilfe, ist in der Rehabilitation ausdrücklich Hilfestellung zu leisten. Die Hilfestellung bei der Beantragung erforderlicher Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, beziehungsweise am Leben in der Gemeinschaft, wird als Kann-Leistung genannt.¹² Die Vermittlung zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung kann als Beispiel erwähnt werden.¹³

¹² vgl.ebd. §3 Absätze 2 und 3 Reha

¹³ vgl.ebd. §8 RV Reha

3.5 Entlassmanagement als multiprofessionelles Geschehen

Das Entlassmanagement wird in den Rahmenverträgen als eine Aufgabe beschrieben, welche in multidisziplinärer Zusammenarbeit zu gewährleisten ist. Dies muss multidisziplinär geschehen, um den unterschiedlichen Anforderungen der Patienten und deren Bezugspersonen, der Kliniken und der weiterversorgenden Institutionen gerecht werden zu können.¹⁴ Das kann nur funktionieren, wenn jede Berufsgruppe ihre jeweiligen Kompetenzen einbringt und diese Kompetenzen ineinandergreifen.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, in denen die Pflege ein akademischer Beruf mit dementsprechenden hochschulischen Abschlüssen ist, nahmen in Deutschland die Sozialdienste die zentrale Funktion in der Gewährleistung der Nachsorge ein. Im Jahr 2009 wurden in der Pflege Expertenstandards für das Entlassmanagement eingeführt.¹⁵ Außerdem gibt es einen laufenden Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess in der Pflege. Daher ist davon auszugehen, dass auch in Deutschland künftig pflegeüberleitende Aufgaben des Entlassmanagements von den Pflegefachkräften bewältigt werden müssen. Im Pflegereformgesetz von 2019 gibt es bereits einen Tätigkeitsvorbehalt für die Pflegefachkräfte in Bezug auf die Organisation, Gestaltung, und Steuerung des Pflegeprozesses.¹⁶

Für eine funktionierende Anschlussversorgung bedarf es umfassender Kenntnisse und Beratungskompetenzen in Bezug auf die verschiedenen Sozialversicherungs- und Integrationsleistungen. Zu nennen wären unter anderem vertiefte Kenntnisse über Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, bei der Förderung der beruflichen und der sozialen Teilhabe, über sozialrechtliche Unterstützungsleistungen und über die rechtlichen Grundlagen des SGB V und XI. Ebenfalls braucht es Wissen über weitere Angebote des Sozialwesens oder der

¹⁴ vgl. §3RVKH, GKV-SV/KBV/DKG, 2022 bzw. §7 RV Reha, GKV-SV et al., 2019

¹⁵ vgl. DNQP, 2019

¹⁶ vgl. BMJ, 2021b; DNQP 2019, 67

Kommune im Bereich der Unterstützung. Um der multiprofessionellen medizinischen Versorgung gerecht werden zu können, braucht es zwingend eine ausgeprägte Navigationskompetenz von Fachkräften der Sozialen Arbeit.¹⁷

Auch weitere Professionen, wie zum Beispiel aus der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychoonkologie oder der Seelsorge, werden bei Bedarf am interdisziplinären Entlassmanagement beteiligt.

4. Die Rolle der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement

Das Entlassmanagement wird in der Sozialen Arbeit als ein professionsübergreifendes, konzeptionelles und standardisiertes Vorgehen verstanden. Gemeinsam mit den Patienten und ihren Bezugspersonen, sollen die sich aus der Krankheitssituation entstandenen Wünsche und Probleme gelöst werden. Es muss eine tragfähige nachstationäre Versorgung erarbeitet und die angestrebten Arrangements umgesetzt werden. Dafür braucht es natürlich eine enge Kooperation aller im Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen.¹⁸

4.1 Die spezifische Perspektive der Sozialen Arbeit

Die professionelle Beziehung zu gesundheitlich beeinträchtigten und gefährdeten Menschen ist „verbunden mit der Fragestellung, welche Faktoren Einfluss auf die Entstehung von gesundheitlichen Störungen und Krankheiten nehmen und welche psychosozialen Folgen für die Person bezogen auf ihre Umwelt zu erwarten sind“.¹⁹ Die Soziale Arbeit beruht auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit. In die Eingliederung der gesundheitlichen Situation werden diese biologischen, sozialen und psychischen Umstände im

¹⁷ vgl. Beivers/Kramer, 2019, 133f.

¹⁸ vgl. Kurlermann, 2010

¹⁹ Dettmers, 2019, 22

gleichen Maße einbezogen. Die Einflussfaktoren sind natürlich vielfältig. Sie umfassen die Person an sich, ihr Alter, Geschlecht, genetische Disposition, der Lebensstil, das Gesundheitsverhalten, soziale Integration, die Bildung, Arbeits- und Wohnverhältnisse. Die sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen haben einen vielfältigen Einfluss. (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten in Anlehnung nach Dahlgren/Whitehead(1991)

In ihrer Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) greift die WHO diese Gesichtspunkte auf.²⁰ Da das ICF in

²⁰ vgl.Knoop/Meyer,2019,40

Deutschland in der Rehabilitationsrichtlinie und im Bundesteilhabegesetz festgeschrieben ist, findet es dadurch vor allem in der Eingliederungshilfe und Rehabilitation breite Anwendung. Die Soziale Arbeit nutzt dieses allumfassende Verständnis von Gesundheit im Entlassmanagement. So können engmaschig die sozialen und natürlichen Vernetzungen analysiert werden, um die passende Nachsorge zu gewährleisten. Einflüsse gesellschaftlicher-, natur- und humanwissenschaftlicher Bereiche werden von der Sozialen Arbeit genauso genutzt, wie sozialarbeitswissenschaftliche Theorien und empirische Erkenntnisse. So kann die Soziale Arbeit eine transdisziplinäre Sicht in das multiprofessionelle Entlassmanagement einbringen.²¹ Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit werden vor allem dann tätig, wenn es tiefgreifende gesundheitliche und psychosoziale Probleme zu bewältigen gibt. Sie helfen, wenn zum Beispiel aufgrund der Erkrankung soziale Probleme entstehen oder zu eben diesen führen können. Auch bei ungeklärten, beziehungsweise abgelehnten Kostenübernahmen, sozialpsychiatrischer Versorgung, Eingliederungshilfe, sowie bei der Installation einer rechtlichen Betreuung werden die Sozialarbeiter tätig.

4.2 Das Aufgabenspektrum der sozialen Arbeit im Entlassmanagement

Wie in den vorherigen Punkten, soll auch in diesem Abschnitt der Fokus auf dem Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken und die damit verbundenen Aufgaben der Sozialen Arbeit liegen. Die Soziale Arbeit erfolgt in der Regel über niedrighschwellige Angebote. Diese Aufgabe übernimmt zu meist die Funktionseinheit „Sozialdienst“. Die Angebote der Sozialen Arbeit und der Sozialdienst müssen aber nicht zwingend überall dasselbe bedeuten. Je nach gesetzlicher Grundlage, können vor allem im Krankenhaussozialdienst, neben den Fachkräften der Sozialen Arbeit, auch weitere Berufsgruppen involviert sein.²² Das Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen,

²¹ vgl.Dettmers,2019

²² vgl.DVSG 2021a

steht im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit.²³ Die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung ergänzt sich diesbezüglich durch verschiedene spezifische Interventionen. Daher sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit feste Mitglieder des interdisziplinären Teams in Krankenhäusern und in der Rehabilitation.²⁴

Die Soziale Arbeit informiert und berät Patienten. Außerdem sollen auch Leistungen erschlossen werden. Bei der Beantragung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen ist sie unterstützend tätig. Bei Bedarf vermittelt sie auch spezifische weiterführende Kontakte. Die Menge sozialarbeiterischer Interventionen bildet die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ab.²⁵

In Abbildung 3 ist dargestellt, wie breitflächig das Entlassmanagement aufgestellt ist und welche verschiedenen Leistungen bedarfsgerecht miteinander kombiniert werden können.



Abbildung 3: Entlassmanagement in Bezug zu den Produktgruppen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik(in Anlehnung nach DVSG 2019c)

²³ vgl.Kraus,2022,Hanses,2010

²⁴ vgl.DKG e.V.,2021,DRV,2015

²⁵ vgl.DVSG,2019c

Es gibt eine große Menge an Aufgaben für die Soziale Arbeit. Das kann zum Beispiel das Organisieren von Essen auf Rädern, stufenweise Wiedereingliederung, Hausnotruf, Mobilitäts- und Fahrdienste bis hin zur Klärung von Fahrtkosten sein.²⁶

Nach der Beratung und Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfes mit den Patienten, dem sozialen Umfeld, sowie dem behandelten Team, erfolgt die Antragsstellung (zum Beispiel gemäß SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XII). Danach muss die nachstationäre Versorgung mit den Leistungserbringern und Kostenträgern abgestimmt und organisiert werden.

4.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement

Die Soziale Arbeit im Entlassmanagement ist ein professionsübergreifender, konzeptioneller und standardisierter Vorgang. Es benötigt eine enge Abstimmung mit allen im Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Außerdem muss die Soziale Arbeit mit den Patienten und deren Angehörigen den Bedarf klären, welcher aufgrund der Krankheit entstanden ist. Sie müssen über formelle und informelle Versorgungsmöglichkeiten aufklären, wichtige Entscheidungen für die Therapie nach dem Krankenhausaufenthalt erarbeiten und die Klienten beim Zugang zu den notwendigen Leistungen unterstützen. Außerdem müssen sie Ressourcen aufzeigen und die angestrebten Arrangements umsetzen.²⁷ Es gibt zwei Arten von Maßnahmen, die Fallbezogenen Maßnahmen und die Fallübergreifenden.

²⁶ vgl. DSGVO, 2019c, SVR, 2018, 482; BÄK, 2010, 23f

²⁷ vgl. Kurlenmann, 2010

4.3.1. Fallbezogene Maßnahmen

Für die Fallbezogenen Maßnahmen nehmen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit die Lebenswelt der Patienten in Augenschein. Ressourcen müssen ermittelt werden, genauso wie die Defizite. Hauptaugenmerk ist die Sicherung der sozialen Teilhabe. Dies geschieht zum Beispiel durch:

- (Re-)Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- (Re-)Aktivierung oder Erschließung des sozialen Umfelds
- Einbeziehung von Bezugspersonen in die Beratung
- Soziale Absicherung und finanzielle Hilfen
- Initiieren notwendiger Wohnraumanpassungen
- Erschließen wohnortnaher Beratungs-, Unterstützungs-, und Entlassungsangebote
- Durchführung von Vermittlung in Maßnahmen zur Förderung der Krankheitsbewältigung und Gesundheitskompetenz

Genauso vielfältig wie die Krankbilder und deren Auswirkungen auf die Patienten sind, genauso unterschiedlich sind die jeweiligen Ressourcen im personalen und sozialen Bereich. Daher benötigt die Soziale Arbeit ein großes Spektrum an Maßnahmen und ein umfassendes Konzept der psychosozialen Beratung und Unterstützung. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit können, durch gezieltes Anwenden sozialarbeiterischer Methoden, die unterschiedlichen Bedürfnislagen herausfiltern und auf diese eingehen. Wichtig ist es, Bedarfe zu ermitteln, welche die Entlassung verzögern können. Das ist zumeist ein Versorgungsbedarf, welcher über die akutstationäre oder rehabilitative Behandlung hinausgeht. Die Soziale Arbeit leitet aus dem Zusammenspiel der beteiligten Berufsgruppen und der Klienten die notwendigen Leistungen ab und organisiert diese. Ein sehr hilfreicher methodischer Zugang ist dabei das sozialarbeiterische Case-Management. Hierbei wird die lebensweltlich-teilhabeorientierte Dimension des Entlassmanagements in den Vordergrund gerückt.²⁸ So soll eine

²⁸ vgl. Lehmann/Petereit,2021

potentielle Über-, Unter- oder Fehlnutzung des Gesundheitssystems aufgrund rein gesellschaftlicher Probleme verhindert werden.

4.3.2 Fallübergreifende Kooperation und Vernetzung

Die systematische Verzahnung der Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit der ambulanten Beratungsinfrastruktur ist sehr wichtig und soll anvisiert werden. Nur so kann ein funktionierendes Versorgungs- und Case Management verwirklicht werden.²⁹

Diese Kooperation zwischen den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken und den weiterversorgenden Institutionen ist sehr wichtig und wird in den Rahmenverträgen Entlassmanagement noch einmal hervorgehoben.

Wichtige Kooperationspartner für die Entlassungsplanung sind unter anderen:

A) Leistungserbringer

- Leistungserbringer der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zum Beispiel Rehabilitationskliniken, Bildungswerke
- Ambulante Pflegedienste sowie stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Palliativstationen, Hospize, ambulante Hospiz- und Palliativ-Care-Dienste
- Hilfsmittelerbringer
- Heilmittelerbringer
- Einrichtungen der Behindertenhilfe, der beruflichen Förderung, der Eingliederungshilfe und des betreuten Wohnens
- Für psychosoziale oder sozialrechtliche Themen wie zum Beispiel
 - Für den Leistungsbereich der Pflege, die Pflegeberatung nach §7a SGB XI und die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI

²⁹ vgl. DVSG,2012

- Für Personen mit Suchterkrankungen zum Beispiel Suchtberatungsstellen
- Für Patienten mit dementieller Erkrankung zum Beispiel die Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft

B) Leistungsträger

- Gesetzliche und private Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherungsträger
- Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter
- Sozialhilfeträger, Jugendämter
- Weitere Ausführende Organe nach dem SGB IX (Versorgungsämter, Integrationsämter)
- Stiftungen.³⁰

Die Sozialdienste sind mit diesen Akteuren gut vernetzt. Diese Netzwerkpartner können wichtige Rückmeldungen für das Entlassmanagement geben. Wenn diese regionalen Angebote nicht oder nur mangelhaft vorhanden sind oder genutzt werden können, kann ein nahtloses Versorgungsmanagement nicht funktionieren.³¹

Eine strukturentwickelnde Vernetzungsarbeit nach innen wie nach außen ist damit eine herausragende Aufgabe der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement.

Beispiele für die Kooperation und Vernetzung der Sozialen Arbeit in Krankenhaus und Rehaklinik:

- Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- Rehabilitationsträger
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland
- Schuldnerberatungsstellen

³⁰ vgl.DVSG Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., 2023

³¹ vgl.Heuer,2021

- Krebsberatungsstellen
- Psychologische Beratungsstellen
- Suchtberatungsstellen
- Selbsthilfekontaktstellen
- Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
- Gesetzliche Betreuer
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Krisendienste
- Kinderschutzgruppen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Krankenhäuser
- Ambulante und stationäre Hospize
- Palliativnetzwerke
- Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Einrichtungen der (kommunalen) Alten- und Seniorenhilfe
- Pflegedienste
- Niedergelassene Ärzte

5. Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie

Für die Qualitätssicherung ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit ein wichtiges Thema und Kriterium. Von ihr hängt in der Regel die Qualität des Erfolges der Therapie ab. Ein zufriedener Patient wird sich besser auf die angebotenen Therapien einlassen und mit den jeweiligen Berufsgruppen, welche ihn behandeln, zusammenarbeiten können und wollen. Daher ist es wichtig, die Patientenzufriedenheit zu erfassen und zu evaluieren. Die Evaluierung der Patientenzufriedenheit muss genutzt werden, um die Qualität der Behandlung und des Entlassmanagements zu überprüfen und gegebenenfalls auf Qualitätsdefizite zu reagieren.

5.1 Erfassung der Patientenzufriedenheit

Für die Erfassung der Patientenzufriedenheit nutzt man die Methode der Patientenbefragungen. Diese werden in der Regel mittels Fragebögen, welche von den Patienten ausgefüllt werden, erhoben. Unterschieden werden diese Patientenbefragungen in regelmäßige und anlassbezogene Befragungen. Die anlassbezogenen Maßnahmen sind Reaktion auf eine steigende Anzahl von Patientenbeschwerden. Außerdem fungieren sie auch bei der datengestützten Vorbereitung gezielter Handlungen innerhalb des Krankenhauses. Dies können Befragungen zum stationären Ablauf sein, wie Weck- oder Essenszeiten. Mit dieser Methode der Befragung möchte man den Wunsch der Patienten erfahren, um diesen gezielt umsetzen zu können. Die Gründe und Motive dieser anlassbezogenen Befragung sind daher vielfältig.

Eine weitere Methode ist die regelmäßige Befragung von Patienten. Die Priorität dieser Befragungen liegt auf der Messung der Qualität und der Effektivität der Leistungen einer Einrichtung.

Außerdem werden diese Befragungen zur Imagebildung und Stärkung der Kundenbindung genutzt. Aufgrund der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Kosteneinsparungen ist die Analyse der Patientenzufriedenheit auch aus wirtschaftlicher Sicht ein wichtiges Instrument geworden. Ein Patient ist hier auch als Kunde zu sehen und zufriedene Kunden entscheiden sich sehr wahrscheinlich für das Krankenhaus wieder, bei dem sie gute Erfahrungen gemacht haben. Durch den momentanen Konkurrenzkampf im Gesundheitswesen ist diese „Kundenbindung“ als durchaus wichtig zu betrachten. Durch die Patientenbefragungen sollen die unterschiedlichen Blickwinkel eines Krankenhausaufenthaltes gemessen und analysiert werden. Eine hohe Patientenzufriedenheit wirkt sich auf die Compliance des Patienten aus und schafft somit die Voraussetzung für langfristig gute Behandlungsergebnisse.³² Das Erkennen von Schwachstellen in den Versorgungsabläufen ist ein weiteres wichtiges Ziel.

³² vgl. de Jager, 1998:10

Können diese Schwachstellen erfasst werden, kann auch effizient an deren Behebung gearbeitet werden. Als Beispiel kann hier das Verkürzen von Wartezeiten für den Patienten erwähnt werden. Aber auch die Qualität der Absprachen unter den Mitarbeitern oder Stationen kann so überprüft und erfasst werden.

5.2 Befragungstechniken

Es gibt verschiedene Arten der Befragung. Am häufigsten werden allerdings das persönlich-mündliche Interview, die telefonische Befragung und die schriftliche Befragung als Befragungstechnik genutzt. Jede Technik benötigt einen anderen Aufwand an Ressourcen. Hätte man die Möglichkeit komplett zeitlich und finanziell ungezwungen agieren zu können, wäre womöglich das persönlich-mündliche Interview die Technik der Wahl. Die schriftliche Befragung der Patienten hingegen überzeugt durch geringere Kosten und organisatorischen Aufwand. Außerdem bedarf es dafür weniger Zeit. Auch eine Beeinflussung durch den Befrager auf die Antworten des Befragten entfällt weitestgehend. Die schriftliche Befragung ist außerdem in der Regel anonym. Natürlich hat aber auch die Methode der schriftlichen Befragung ihre Grenzen und Nachteile. Patienten, welche aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage sind, diese zu beantworten, können nicht erfasst werden. Auch der Druck, den Fragebogen auszufüllen, ist nicht sehr groß. So können bei weitem nicht alle Patienten erreicht werden.

Trotz der genannten Nachteile ist die schriftliche Befragung die ökonomischste, objektivste und am besten interpretierbare Methode der Patientenbefragung.

5.3 Schlussfolgerung

Der Vorteil der Erfassung und Evaluierung der Patientenzufriedenheit bringt für die jeweilige medizinische Einrichtung einen großen Nutzen. Der Grad der Patientenzufriedenheit ist gleich mit dem Grad der Kundenzufriedenheit zu setzen. Aufgrund von Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem ist eine medizinische Einrichtung darauf angewiesen, auch ausreichend Patienten behandeln und betreuen zu können. Bleiben diese Patienten der Einrichtung aufgrund von schlechten Versorgungsabläufen und unfreundlichen Behandlern und so weiter fern, kann schnell eine finanzielle Problemlage entstehen. Die Patientenbefragungen und die damit verbundene Abfrage der Patientenzufriedenheit in bestimmten Teilbereichen dienen also dazu, negative Empfindungen der Patienten zu minimieren und das Wohlbefinden zu optimieren. Zufriedene Kunden kommen in der Regel wieder, unzufriedene werden sich schnell anderweitig orientieren.

6. Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie

Im folgenden Kapitel soll ein genauerer Blick darauf geworfen werden, wie die Patienten die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie einschätzen. Welche Möglichkeiten hat die klinische Einrichtung überhaupt? Wie zufrieden sind die Patienten mit der Vorbereitung? Um dies zu beantworten, schauen wir auf die Möglichkeiten der Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie und dann auf die Forschungsfrage und damit verbunden, die Interpretation der vorgenommenen Auswertung der Fragebögen zur subjektiven Patientenzufriedenheit der Diakonie Kliniken Zschadraß.

6.1 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit

Welche Möglichkeiten hat die Soziale Arbeit überhaupt, die Patienten auf die Zeit nach der Therapie vorzubereiten? Wie werden diese von den Klienten bewertet? In erster Linie ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit durch eine Sozialberatung die eventuellen Problemlagen und auch vorhandene Ressourcen zu ergründen. Nur so können für den Patienten gezielte Maßnahmen generiert werden. Unter Punkt 4 wurden bereits die vielfältigen Möglichkeiten ausführlich erörtert. Ein Teilbereich ist dabei die Kontaktherstellung zu potentiellen nachfolgenden Behandlern. Auf die subjektive Wahrnehmung der Qualität der Kontaktherstellung zu ebendiesen nachfolgenden Behandlern und die Sozialberatung an sich, kann durch eine Auswertung der Patientenfragebögen geschlossen werden. Die Zufriedenheit der Patienten in den Bereichen Sozialarbeit und Kontaktherstellung zu nachfolgenden Behandlern ist Bewertungsfrage im Patientenfragebogen der Diakonie Kliniken Zschadraß.

6.2 Aufbau und Auseinandersetzung mit dem Patientenfragebogen

Die Patienten des Diakoniewerkes Zschadraß gGmbH bekommen am Ende ihrer Behandlung einen Patientenfragebogen ausgehändigt. Dies geschieht im Rahmen der Qualitätssicherung und des Entlassmanagements. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt anonym. Der Fragebogen ist in vier Teilbereiche mit mehreren Unterpunkten gegliedert. Neben der Abfrage von Alter und Geschlecht, sollen die Patienten in den Rubriken Einrichtung, Medizinische/Therapeutische Behandlung, Behandlungsergebnisse und persönliche Anmerkungen ihre Einschätzung zur Qualität abgeben. Es besteht die Möglichkeit die einzelnen Themen und Fragen in einer vierstufigen Likert-Skala (ausgezeichnet-gut/teils/teils-schlecht) zu bewerten. Sollte eine Kategorie nicht bewertbar sein, gibt es auch die Option „nicht zutreffend“ zu kreuzen. Ebenfalls kann auf ein Kreuz oder Angaben verzichtet werden, wenn die Patienten keine Angaben machen möchten. Die Hinweise zum Ausfüllen des Patientenfragebogens stehen am

Anfang des Fragebogens. Die Fragen selbst sind kurz und prägnant gehalten und leicht verständlich. Die Freiwilligkeit und die Bewahrung der Anonymität sind wichtige Kriterien des Fragebogens. Im Durchschnitt werden pro Jahr 2300 Patienten im Fachbereich Psychiatrie stationär oder teilstationär betreut und behandelt. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wurden nur Fragebögen stationär aufgenommener Patienten berücksichtigt. Dies erklärt sich aus der Fragestellung hinsichtlich der Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie, welche für stationär betreute Patienten existenzieller erscheint.

Aus der Summe der vorhandenen Fragebögen wurden 120 Fragebögen zufällig ausgewählt. Für die Erfassung und Bearbeitung wurde das Programm SPSS gewählt und genutzt. Hierbei handelt es sich um eine statistische Analyse Software. Die Fragen werden als Variable in der Variablenübersicht erstellt und den Antwortmöglichkeiten Werte zugewiesen (ausgezeichnet-1, gut-2, teils/teils-3, schlecht-4, nicht zutreffend-5). Fehlende Angaben wurden mit „-99“ gewertet. Für das Geschlecht wurde bei Angabe männlich die „1“, weiblich die „2“, divers die „3“ und für keine Angabe die „4“ zugeordnet. Für die Erfassung des Alters wurden die Altersangaben eingegeben und in Altersbereiche gefasst.

Die folgende Grafik zeigt eine Analyse der Häufigkeitsverteilung der Geschlechter der ausgewerteten 120 Bögen.

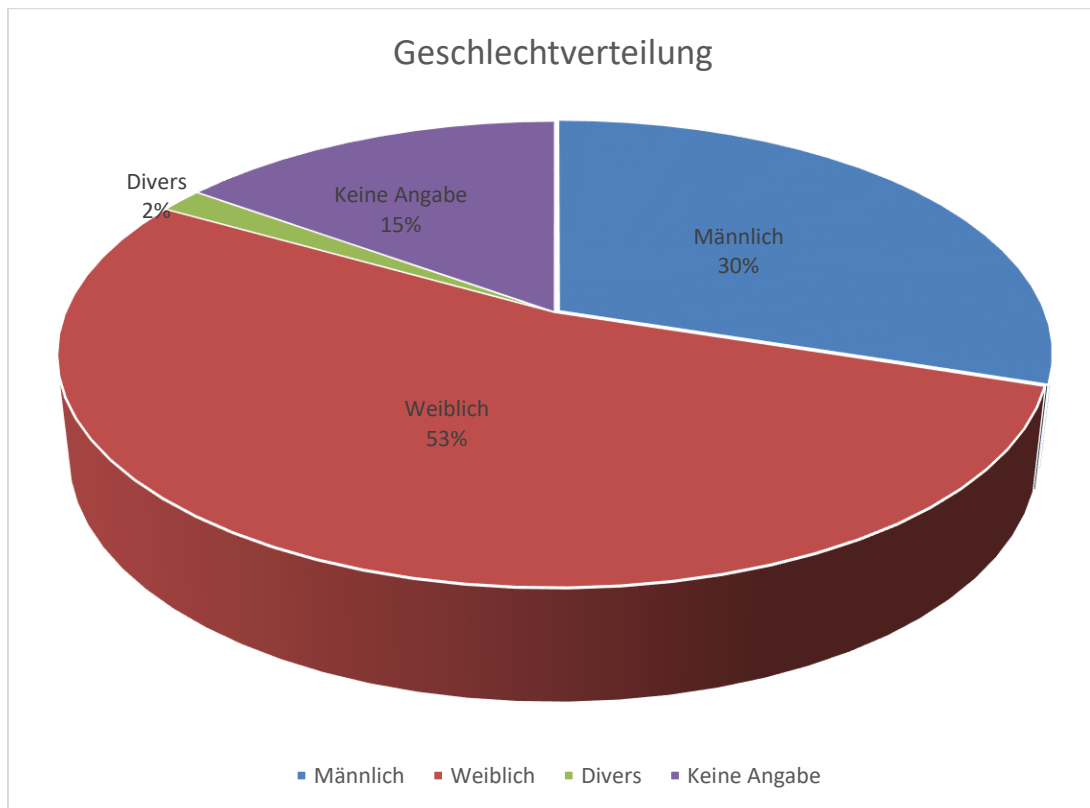


Abbildung 4: Geschlechterverteilung

Wie aus diesem Diagramm deutlich hervorgeht, waren unter den ausfüllenden Personen über die Hälfte, nämlich 53 Prozent weiblichen Geschlechts. 30 Prozent gaben ein männliches Geschlecht an, 2 Prozent gaben an, divers zu sein und 15 Prozent machten zum Geschlecht keine Angabe.

Die Altersstruktur der erfassten Patientenfragebögen ist in der folgenden Grafik abgebildet:

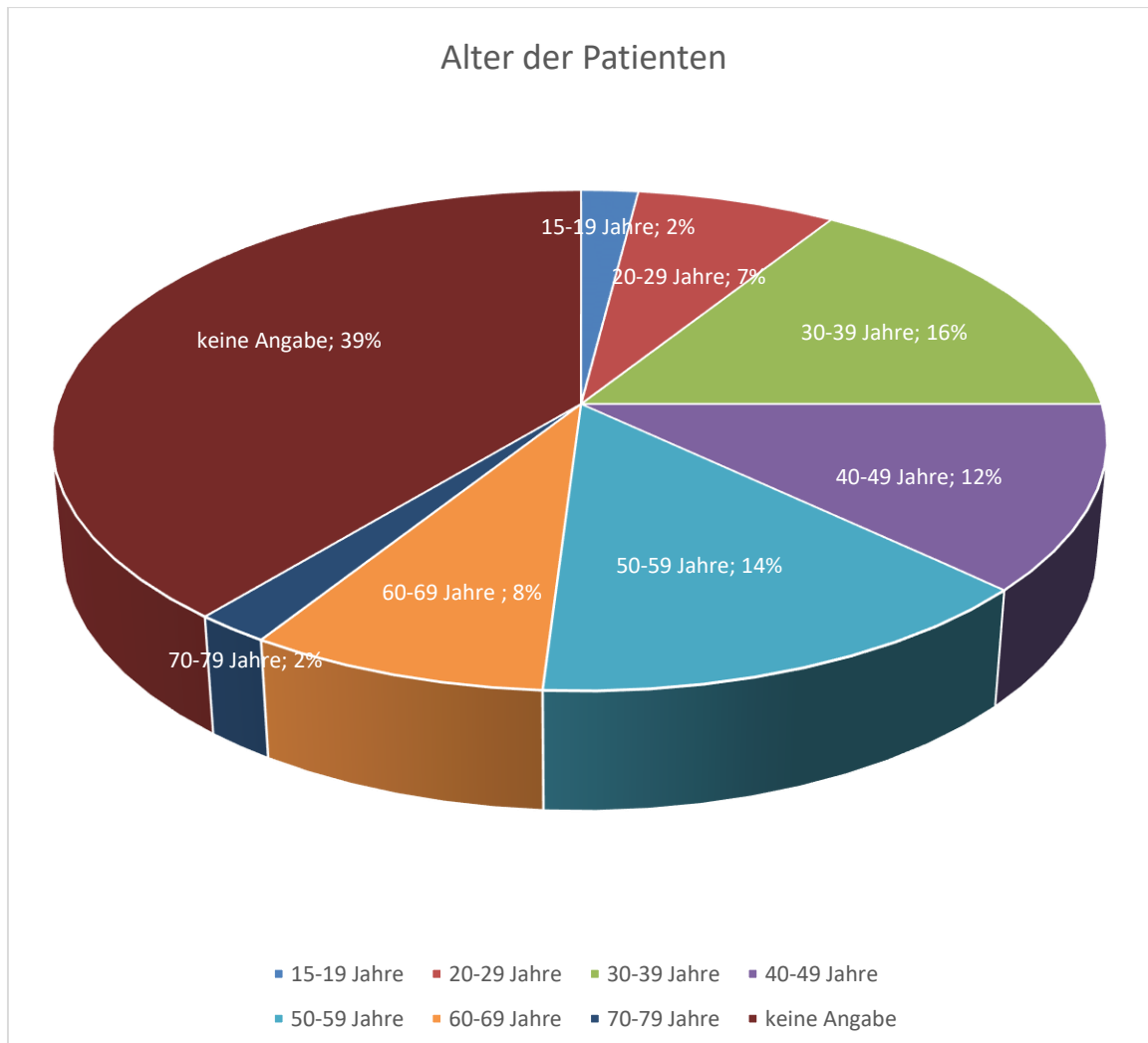


Abbildung 5: Alter der Patienten

Auffällig ist bei der Betrachtung des Diagrammes, dass ein hoher Anteil der Patienten von 39 Prozent keine Angaben zum Alter gemacht haben. Die Kerngruppe der Patienten bilden die Altersgruppen zwischen 30 und 59 mit 42 Prozent. Die Altersgruppe der 15-19-jährigen und 70-79-jährigen ist mit jeweils 2 Prozent am geringsten repräsentiert.

6.3 Auswertungen ausgewählter Gegenüberstellungen

Um zu schauen, ob zwei Variablen miteinander in Zusammenhang stehen, also korrelieren, wird hier die Pearson-Korrelation genutzt und der Korrelationskoeffizient errechnet und interpretiert. Da die folgenden Annahmen, ein metrisches Skalenniveau, Normalverteilung der Daten und ein linearer Zusammenhang zwischen den Variablen erfüllt sind, kann hier der Korrelationskoeffizient (r) nach Pearson angewendet werden. Die Werte können dabei zwischen -1 und +1 liegen. Liegen die Werte im Minusbereich, liegt je nach Ausprägung keine oder eine minderstarke Korrelation vor. Liegen dabei die Werte im Plusbereich, kann je nach Ausprägung von einer Korrelation gesprochen werden. Werte ab $r = 0,1$ werden als kleine, $r = 0,3$ als mittlere und $r = 0,5$ als große Effekte verstanden und gewertet.³³

Da es sich bei der Auswertung der Fragebögen um Stichproben handelt, muss noch geprüft werden, ob eine Korrelation auch in der Grundgesamtheit vorliegt, oder zufällig entstanden ist. Die Frage muss beantwortet werden, ab welchem Betrag ein Korrelationskoeffizient als statistisch signifikant betrachtet werden kann. Diese Signifikanz wird in der Regel durch den p-Wert angegeben. Das Signifikanzniveau (α), welches mit dem p-Wert verglichen wird, wird hier auf 0,05 festgelegt. Ist der p-Wert kleiner als 0,05 kann man von einem statistisch signifikanten Ergebnis sprechen.³⁴

³³ <https://bjoernwalther.com/pearson-korrelationskoeffizient-in-spss-berechnen/>

³⁴ <https://bjoernwalther.com/pearson-korrelationskoeffizient-in-spss-berechnen/>

Hypothesen:

Hypothese I

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem hergestellten Kontakt nachfolgender Behandler (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt, et cetera) und der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung.

H₁: Je besser der wahrgenommene hergestellte Kontakt zu nachfolgenden Behandlern (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt, et cetera), desto größer die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung.

Tabelle 1 Sozialberatung-Kontakt mit nachfolgenden Behandlern

		Sozialberatung	Kontakt mit nachfolgenden Behandlern
Sozialberatung	Pearson-Korrelation	1	,410
	Sig.(2-Seitig)		,000
	N	102	93
Kontakt mit nachfolgenden Behandlern	Pearson-Korrelation	,410	1
	Sig.(2-Seitig)	0,00	
	N	93	102

α Signifikanz Grenze bei 0,05

In der Analyse zu Hypothese I gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung und dem hergestellten Kontakt zu nachfolgenden Behandlern. Die Signifikanz liegt unter der Grenze von 0,05. Der r-Wert liegt mit 0,410 zwischen einem mittleren und einem großen Effekt. Daraus lässt sich schließen, dass der Zusammenhang zwischen den hergestellten Kontakten zu nachfolgenden Behandlern und der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung eine durchaus große Wertigkeit haben.

Damit wird die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese kann angenommen werden.

Hypothese II

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Gruppentherapeutischen Behandlung und der subjektiven Qualität der Sozialberatung.

H₁: Je besser die positive Wahrnehmung der Gruppentherapeutischen Behandlung, desto größer die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung.

Tabelle 2 Sozialberatung-Gruppentherapeutische Behandlung

		Sozialberatung	Gruppentherapeutische Behandlung
Sozialberatung	Pearson-Korrelation	1	,328
	Sig.(2-Seitig)		0,001
	N	102	94
Gruppentherapeut. Behandlung	Pearson-Korrelation	,328	1
	Sig.(2-Seitig)	0,001	
	N	94	107

α Signifikanz Grenze bei 0,05

In der Analyse zu Hypothese II besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung und der positiven Wahrnehmung der Gruppentherapeutischen Behandlung. Die Signifikanz liegt unter der Grenze von 0,05. Der r-Wert weist mit 0,328 einen mittleren Effekt auf die Korrelation aus.

Damit wird die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese kann angenommen werden.

Hypothese III:

H₀: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Sozialberatung und der subjektiven Patientenzufriedenheit.

H₁: Je besser die subjektiv empfundene Qualität der Sozialberatung, desto besser die subjektive Patientenzufriedenheit.

Tabelle 3 Sozialberatung- Subjektive Patientenzufriedenheit

		Sozialberatung	Subjektive Patientenzufriedenheit
Sozialberatung	Pearson-Korrelation	1	,306
	Sig.(2-Seitig)		,004
	N	102	89
Subjektive Patientenzufriedenheit	Pearson-Korrelation	,306	1
	Sig.(2-Seitig)	0,004	
	N	89	100

α Signifikanz Grenze bei 0,05

In der Analyse zu Hypothese III besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Sozialberatung und der subjektiven Patientenzufriedenheit. Die Signifikanz liegt unter der Grenze von 0,05. Der r-Wert weist mit 0,306 einen mittleren Effekt auf die Korrelation aus.

Damit wird die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese kann angenommen werden.

6.4 Interpretation der Daten

Der Blick auf die Auswertung der Daten verrät uns einen Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Qualität der Sozialberatung und der subjektiv empfundenen Patientenzufriedenheit. Ebenfalls hat die subjektiv positive Wahrnehmung der Sozialberatung einen mittleren Effekt auf die Bereiche subjektive Wahrnehmung der gruppentherapeutischen Behandlung und Kontaktherstellung zu nachfolgenden Behandlern. Daraus lässt sich ableiten, dass die positiv wahrgenommene Sozialberatung auch einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung anderer Teilbereiche hat. In den ausgewerteten 120 Fragebögen, bewerteten die Sozialberatung 26,7 Prozent mit „ausgezeichnet“, 37,5 Prozent mit „gut“ und 2,5 Prozent mit „teils/teils“. Eine Bewertung mit „schlecht“ erfolgte nicht. Die fehlenden Prozente generieren sich aus „nicht zutreffend“ und „ohne Angaben“. Damit kann geschlussfolgert werden, dass die Sozialberatung in den Kliniken Zschadraß qualitativ sehr hochwertig durchgeführt wird. Vor allem die Hypothese III zeigt einen durchaus großen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Sozialberatung und der subjektiven Wahrnehmung der Patientenzufriedenheit. Die gewonnenen Daten sind auch ein Hinweis auf die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im klinischen Umfeld. In den ausgewerteten Hypothesen hat sich ein signifikanter Einfluss auf die positive Wahrnehmung in verschiedenen Bereichen und vor allem auf die Patientenzufriedenheit dargestellt. Damit trägt auch die klinische Sozialarbeit zu einer positiven Patientenzufriedenheit bei und ist für die Patienten von nicht unerheblicher Bedeutung.

6.5 Bearbeitung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage sollte Aufklärung bringen, welchen Zusammenhang es zwischen dem Entlassmanagement und der subjektiven Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Zeit nach der Therapie gibt. Um diese Frage bearbeiten zu können, müssen wir diese in ihre Einzelteile zerlegen. Wir müssen einen Blick auf das Entlassmanagement, die subjektive Patientenzufriedenheit und auf die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie werfen. Zuerst wird auf das Entlassmanagement, beziehungsweise auf den Teil dieses Entlassmanagements eingegangen, welcher für die Beantwortung der Frage benutzt wurde. Die Erfassung der Patientenzufriedenheit in den Diakoniekliniken Zschradaß erfolgt über einen standardisierten Fragebogen, welcher von den Patienten freiwillig ausgefüllt werden kann. Nicht immer machten die Patienten zu allen Fragen Angaben. Die größte Nichtnennung erfolgte bei der Altersangabe (47 fehlende Angaben). Am meisten wurde die Frage nach der Qualität der ärztlichen Behandlung beantwortet. Hier gaben von den 120 ausgewerteten Fragebögen 119 Patienten eine gültige Bewertung ab. Die meisten „nicht zutreffend“ Nennungen oder das Weglassen einer Bewertung erfolgten in Bereichen der verschiedenen Therapien beziehungsweise Behandlungsformen wie Akkupunktur (39), Ernährungsumstellung (41), Hydrotherapie (35) oder Schlafregulierung (31). Es bleibt zu vermuten, dass die Patienten im Rahmen ihrer Behandlung keine Erfahrungen mit diesen Behandlungsformen gemacht haben und diese deshalb auch nicht bewerten konnten. Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass es sich nur um eine Vermutung handelt, da in dem Fragebogen nicht nach dem Behandlungsansatz gefragt wird. Gezielt kann in dem Fragebogen die Zufriedenheit der Herstellung von Kontakten zu nachfolgenden Behandlern beantwortet werden, da in diesem explizit danach gefragt wird. Bei der Auswertung der Stichprobe erhält man diesbezüglich einen interessanten Einblick. Von 120 Fragebögen enthielten 93 eine Bewertung. „Nicht-zutreffend“ kreuzten 10 Patienten und 17 kreuzten keine der möglichen Antwortmöglichkeiten an. Von den verwertbaren Beurteilungen bewerteten 40 Patienten den hergestellten Kontakt zu den nachfolgenden Behandlern als „ausgezeichnet“. Mit „gut“ urteilten 42 Patienten, mit

„teils-teils“ 11 und es erfolgte keine Bewertung mit „schlecht“. Damit haben 82 Patienten von 93 bewertbaren Stimmen den hergestellten Kontakt zu den nachfolgenden Behandlern mit „ausgezeichnet“ oder „gut“ bewertet. Das ist eine Quote von 89,25 Prozent und kann damit sicher als sehr positiv gewertet werden. Doch inwieweit sind diese Daten für die Beurteilung der subjektiven Patientenzufriedenheit für die Zeit nach der Therapie schon aussagekräftig? Anhand der Daten für die Beurteilung der Kontaktherstellung zu den nachfolgenden Behandlern darf gesagt werden, dass der größte Teil der Patienten damit sehr zufrieden ist und diesen positiv bewertet. Doch welche Werte scheinen noch wichtig für die subjektive Bewertung der Patientenzufriedenheit? In den Fragebögen wird auch gefragt, ob sich aus Sicht der Patienten die Therapie gelohnt hat und ob die Therapieziele erreicht wurden. Das sind zwei sehr wichtige Einschätzungen, die das Hauptkriterium der Patienten bei der Bewertung eines Klinikums ausmachen können. Denn damit wird die allgemeine Qualität der Behandlung bewertet. Am Ende jeder Therapie soll der maximal mögliche Erfolg stehen.

Folgend wird auf die Bewertung der Einschätzung der Patienten eingegangen, ob das Therapieziel erreicht wurde. Dabei werteten 24 Patienten mit „ausgezeichnet“, 49 mit „gut“, 29 mit „teils-teils“ und 2 mit „schlecht“. Mit „nicht zutreffend“ kreuzten 6 Personen und 10 machten gar keine Angaben. Somit gibt es für diese Frage 103 bewertbare Beurteilungen. 75 Prozent bewerten die Frage, ob das Therapieziel erreicht wurde, mit „ausgezeichnet“ oder „gut“. Auch bei der Bewertung dieser Angaben kann auf ein hohes Maß der Patientenzufriedenheit geschlossen werden. Für eine weitere Einschätzung wird geprüft, ob sich dem Empfinden der Patienten nach, die Therapie gelohnt hat. Hierfür können aus der Stichprobe 112 Antworten bewertet werden. Lediglich 2 Patienten machten die Angabe „nicht zutreffend“ und 6 weitere verzichteten komplett auf eine Angabe. Die Angabe „ausgezeichnet“ machten 46 Patienten. Mit „gut“ bewerteten 55 Patienten, 9 mit „teils-teils“ und 2 mit „schlecht“. Damit werten 90 Prozent der Patienten, dass sich die Therapie für sie gelohnt hat. Auch das ist ein sehr hoher Wert und lässt auf eine sehr gute Patientenzufriedenheit schließen. Die Fragen nach dem Kontakt mit nachfolgenden Behandlern, ob das Therapieziel

erreicht wurde und ob sich die Therapie gelohnt hat, wurden von den Patienten zu einem großen Teil positiv bewertet. Es kann diesbezüglich von einer hohen subjektiven Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Zeit nach der Therapie ausgegangen werden.

In einer Studie des Forschungsinstitut IGES von 2018, wurde ebenfalls die Patientenzufriedenheit in Krankenhäusern untersucht. Für diese Untersuchung wurde der „Patients`Experience Questionnaire (PEQ)“ Fragebogen verwendet. Analysiert werden neben der Krankenhausgesamtebene, auch die Fachabteilungen der Chirurgie und der Inneren Medizin. So konnten Daten für ungefähr 1600 Häuser analysiert und ausgewertet werden. Im Bundesland Sachsen werden zum Beispiel nur zwei Krankenhäuser von den Patienten als besonders schlecht bewertet. Insgesamt erlebten 82 Prozent der Patienten ihren Aufenthalt in einer sächsischen Klinik als positiv und würden diese weiterempfehlen. Im Bundesdurchschnitt ist diese Bereitschaft laut dieser Studie bei 79 Prozent und auch damit relativ gut bewertet.³⁵ Diese Prozentangaben besitzen ein ähnliches Niveau, wie die Werte aus der für diese Arbeit untersuchten Stichprobe. Somit kann festgehalten werden, dass die Auswertung der Stichproben der Fragebögen stationärer Patienten in den Diakoniekliniken Zschadraß die Ergebnisse der Studie der Forschungsgruppe IGES bestätigt, beziehungsweise stärkt.

7. Grenzen und Bedeutung der Datenauswertung

Im folgenden Kapitel wird auf die Grenzen und Bedeutung der vorliegenden Datenauswertung eingegangen. Es muss betont werden, dass es sich in dieser Arbeit um die Analyse einer Stichprobe von 120 Fragebögen handelt. Berücksichtigung fanden dabei auch nur die Fragebögen von stationär aufgenommenen Patienten. Daher müssen die vorliegenden Ergebnisse und die daraus folgen-

³⁵ vgl. https://www.iges.com/kunden/Gesundheit/Forschungsergebnisse/2018/krankenhausqualitaet/index_ger.html

den Schlussfolgerungen mit gebotener Vorsicht betrachtet werden. Für eine genauere Bewertung muss eine noch größere Anzahl an Bögen ausgewertet werden. Auch wurden nicht immer alle Fragen beantwortet oder konnten bewertet werden. Ob diese nicht beantwortet werden konnten, weil zum Beispiel bestimmte Therapien nicht zur Anwendung gekommen sind, oder aus anderen Gründen nicht benotet wurden, kann aus den Fragebögen nicht abgeleitet werden. Auch geben sie keine Hinweise auf die Gründe des stationären Aufenthaltes oder die Verweildauer. Hier könnte man mutmaßen, dass ein längerer Aufenthalt auch eine intensivere und längere Behandlung erfordert. Je schwieriger die Erkrankung, umso schwerer die Gesundung. Diese These kann über die gewonnenen Daten, zum Beispiel, nicht geklärt werden. Trotzdem kann man aus den deutlichen Ergebnissen der Feldstudie bereits gute Rückschlüsse auf die subjektive Wahrnehmung der Patienten zum Thema Entlassmanagement ziehen. Die vielen positiven Bewertungen in den untersuchten und näher betrachteten Fragen zum Thema subjektive Patientenzufriedenheit mit Blick auf die Zeit nach der Therapie zeigt, dass die empfundene Qualität der Patienten sehr hoch ist. Auch die als „ausgezeichnet“ und „gut“ empfundene Sozialberatung zeigt auf, dass in diesem Punkt die Qualität in den Kliniken Zschadraß als sehr gut empfunden wird. Obwohl die Auswertung dieser Feldstudie aus den oben genannten Gründen nicht repräsentativ ist, darf man von einer aktuell hohen Qualität bei der Behandlung und Versorgung der Patienten und einem gut funktionierenden Entlassmanagement in den Diakonie Kliniken Zschadraß ausgehen.

8. Nachwort

Das Schreiben dieser Bachelorarbeit war für mich in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung. Ich beschäftigte mich mit einem Thema, welches für mich weitestgehend neu und unbekannt war. Aber auch darin lag für mich der Reiz, mich mit dem Thema Entlassmanagement und dessen Auswirkung auf die subjektive Patientenzufriedenheit auseinanderzusetzen. Für den theoretischen Teil nutzte

ich die Datenbank von PubMed und Ergebnisse weiterer Fachliteratur und Internetrecherchen. Diese sinnvoll zu erarbeiten und schriftlich umzusetzen war ebenfalls nicht immer einfach. Überrascht haben mich die Komplexität des Entlassmanagements und dessen große Wirkung auf die subjektive Patientenzufriedenheit. Das Zusammenspiel aller Professionen als multiprofessionelles Team, die vielen Abläufe und hier, mit besonderem Blick auf die Arbeit der Sozialarbeiter, ist beeindruckend. Die hohe Wichtigkeit und Vielzahl an Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements waren von mir so nicht erwartet und daher eine Überraschung.

Für die Auswertung der Daten wurde mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS gearbeitet. Sehr freundliche und wertvolle Unterstützung bekam ich dabei von der Fachbereichsleiterin Krankenhaus Frau Winkler. Die Erfassung der Daten, die Bewertung dieser und auch Besprechungen zur Bachelorarbeit konnten vor Ort in Zschadraß stattfinden. Auch das empfand ich als sehr lohnenswert. Sehr gerne hätte ich das Angebot, Zeit für das Schreiben in Zschadraß zu verbringen, mehr genutzt. Doch aufgrund beruflicher und familiärer Verpflichtungen war das leider nicht weiter möglich.

Schlussendlich kann ich auf eine intensive und lehrreiche Zeit zurückblicken. Die Auseinandersetzung mit dem Thema war spannend und ,wie bereits erwähnt, überraschend vielfältig. Die Einarbeitung in die Statistik, die Bewertung und Beurteilung der Ergebnisse war für mich ebenfalls ein neues Feld. Ich erlebte es als sehr aufschlussreich und spannend, die Daten zu erheben und zu vergleichen. Vor allem, die Beziehungen einzelner Komponenten zueinander zu untersuchen, war sehr faszinierend.

9. Literaturverzeichnis

Aßfalg, V., Hassiotis, S., Radonjic, M., Göcmez, S., Friess, H., Frank, E., & Königstorfer, J. (2022).

Einführung des Entlassmanagements an einer Universitätsklinik für Chirurgie: Explorative Analyse von Kosten, Verweildauer und Patientenzufriedenheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(3), 348–356. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03497-z>

BÄK(Bundesärztekammer. (12. Mai 2023). Prozessverbesserung der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen Gesundheitsberufen.Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer,Berlin. Von https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/download/FachberufeProzessverbesserung.pdf abgerufen

Beivers, A. (2019). Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In S. Dettmers, *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 130-135). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bloch, E. (2022). Definition:Versorgungsmanagement. In F. Wagner, Gabler *Versicherungslexikon*, 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.<https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/versorgungsmanagement-1947105.html#definition>.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (10. Mai 2021). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>.

BMJ(Bundesministerium der Justiz)(2021b);Gesetz über die Pflegeberufe 1. (10. Mai 2023). <https://www.gesetze-im-internet.de/pfbg/Pf/BG.pdf>.

Boege, I., Williams, B., Schulze, U., & Fegert, J. M. (2021).

Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie : Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt*, 92(3), 252–258.
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00974-1>

Braet, A., Weltens, C., & Sermeus, W. (2016).

Wirksamkeit von Entlassungsinterventionen vom Krankenhaus nach Hause bei Wiedereinweisungen ins Krankenhaus: eine systematische Übersichtsarbeit. *JBIDatenbank mit systematischen Übersichtsarbeiten und Umsetzungsberichten*, 14(2), 106–173. <https://doi.org/10.11124/jbis-rir-2016-2381>

de Jager, U. (1998). Patientenzufriedenheit und Outcome in der medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dissertation. Freiburg im Breisgau.

Della Casa, A., Urben, S., Hefti, S., Wöckel, L., Beutler, H., Holzer, L., Riedo, V., Schimmelmann, B. G., & Schmid, M. (2023).

Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (FBZ-KJP) - Ergebnisse einer Schweizer Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(2), 153–165. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000869>

Dettmers, S. (2019). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers, *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 18-25). München: Ernst Reinhardt Verlag.

DKG e.V.(Deutsche Krebsgesellschaft). (10. Mai 2023). Erhebungsbögen zur Zertifizierung als onkologisches Zentrum. Von www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html abgerufen

DKI(Deutsches Krankenhaus Institut):Krankenhaus Barometer. (10. Mai 2023).
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4._Publikationen/3.4.5._Krankenhaus_Barometer/2018_11_KH_Barometer_final.pdf.

DNQP(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2019).
Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege,2.Auflage.
Osnabrück.

DRV(Deutsche Rentenversicherung Bund). (2015). Klassifikation
therapeutischer Leistungen in der medizinischen
Rehabilitation,6.Auflage. Berlin: Druckerei Bund.

DVSG(Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (20.
Mai 2023). Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern
und Rehabilitationskliniken,2.,vollständige überarbeitete und aktualisierte
Auflage,Mai 2022. Von
https://dsvg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf
abgerufen

DVSG(Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen)(2012).
(10. Mai 2023). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur
Neuausrichtung der Pflegeversicherung. Von
https://dsvg.org/fileread/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2010-02-10_Stellungnahme_PNG_der_DVSG%20%28%Final%29.pdf abgerufen

DVSG(Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen)(2019c).
(2019). Produkt und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im
Gesundheitswesen,4.,überarbeitete Auflage. Berlin.

DVSG(Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen)(2021a). (10. Mai 2023). Gesetzliche Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus,aktualisierte Auflage,Berlin. Von https://dvsg.org/filereadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Position/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-TRechtliche-Grundlagen.pdf abgerufen

Evans, N., Edwards, D., & Carrier, J. (2020).

Aufnahme- und Entlassungskriterien für Jugendliche, die eine stationäre oder stationäre psychiatrische Betreuung benötigen: eine Scoping-Überprüfung. *JBIEvidenzsynthese*, 18(2), 275–308. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004020>

Fleischer, H. (1996). Patientenbefragung-Mittel und Chance in einem patientenorientierten Krankenhausmanagement. Diss.Uni Konstanz.

Forstner, J., Kunz, A., Straßner, C., Uhlmann, L., Kuemmel, S., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2019).

Verbesserung der sektorübergreifenden Kontinuität der Patientenversorgung: Studienprotokoll zur Prozessevaluation einer quasi-experimentellen multizentrischen Studie zu einem Aufnahme- und Entlassungsmodell in Deutschland (VESPEERA). *BMJ offen*, 9(11), e031245. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031245>

Gesundheitswesen, S. G. (10. Mai 2018). Bedarfsgerecht Steuerung der Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Von <https://> abgerufen

GKV-SV(Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen)/KBV(Kassenärztliche Bundesvereinigung/DKG(Deutsche Krankenhausgesellschaft). (10. Mai 2023). Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V(Rahmenvertrag Entlassmanagement)in der Fassung der 8. Änderungsvereinbarung vom

01.03.2022. Von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/entlassmanagement/8._AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_01.04.2022_Lesefassung_ohne_Anlagen.pdf abgerufen

GKV-SV(Spitzenverband der gesetzlichen Kranken-und Pflegekassen) et al. (10. Mai 2023). Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§40 Absatz 2 Satz 6 und 41 Absatz 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Absatz 1a SGB V für Rehabilitanten der gesetzlichen Krankenversicherung. Von https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/r_entlassmanagement/2019_01_15_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_reha.pdf abgerufen

Hanses, A. (2010). Sozialdienste in Krankenhäusern-zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, Professionelles Handeln in der sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare (S. 64-80). Wiesbaden.

Heuer, W. (kein Datum). Umsetzung gestallten. Leistungen zur sozialen Teilhabe und klinisches Entlassmanagement im psychiatrischen Akutkrankenhaus. FORUM 02/2021, S. 23f.

Hopf, F., Patzelt, C., Schindler, A., Emmert, M., & Sander, U. (2021).

Nutzerzufriedenheit in den sozialen Medien. Wie beurteilen Patienten ihren Krankenhausaufenthalt online? Nutzerzufriedenheit in sozialen Medien: Wie bewerten Patienten ihren Krankenhausaufenthalt online?]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Deutschland)), 83(10), 805–808. <https://doi.org/10.1055/a-1399-9508>

IGES . (16. Juni 2023).

https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2018/krankenhausqualitaet/index_ger.html.

Knoop, T. (2019). Gesundheitswissenschaften/Public Health. In S. Dettmers, Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (S. 39-43). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kramer, U. I. (2017). Die Abteilung Sozialdienst/Case Management am Universitätsklinikum Essen. In R.-F. Stemmer, Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gesteltem-von erfolgreicher Praxis lernen (S. 309-331). Heidelberg: medhochzwei.

Kraus, S. (2022). Sozialdienst im Krankenhaus. In D. V. e.V., Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage (S. 788). Baden-Baden: Nomos.

Kurlemann, U. (kein Datum). Entlassmanagement. Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Der Gynäkologe 43, S. 832-838.

Lehmann, D. (2022). Sozialarbeiterisches Case Management im Krankenhaus. In M. Müller, Sozialarbeiterisches Case Management. Ein Lehr- und Praxisbuch (in Erscheinung). Stuttgart: Kohlhammer.

Mohrfeld, M. (2021). Entlassmanagement. In: Rehabilitation. Stuttgart: Thieme, S. 227-230.

Sander, U., Biedermann, I., Emmert, M., Haaf, H. G., Hofmann, A. L., Hopf, F., Kiss, S., Parthier, K., Schindler, A., & Patzelt, C. (2021).

Klinik-Weiterempfehlung bei Reha-Erfolg: Erfahrungsberichte von Rehabilitanden auf einer Klinik-Bewertungsplattform. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 161, 9–18.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.12.007>

Schulze, A.-K. (16. Mai 2017). Herzinsuffizienz-Entlassmanagement suboptimal
Schumacher-Schönert F, Wucherer D, Nikelski A, Kreisel S, Vollmar HC,
Hoffmann W, Thyrian JR. Das Entlassmanagement deutscher
Krankenhäuser für kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen – ein
Scoping Review. Z Gerontol Geriatr. 2021 Nov;54(7):695-703. Deutsch.
doi: 10.1007/s00391-020-01732-3. Epub 2020. Mai 7 PMID: 32383064;
PMCID: PMC8551109. Ausgabe 9/2017. MMW-Fortschritte der Medizin.

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen)(Hrsg.)(2021):Digitalisierung für Gesundheit. (10. Mai
2023). [https://www.svr-
gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_20
21.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf).

SVR Gesundheit(Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen). (2018). Bedarfsgerecht Steuerung der
Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft.

Walther, B. (15. Juni 2023). [https://bjoernwalther.com/pearson-
korrelationskoeffizient-in-spss-berechnen/](https://bjoernwalther.com/pearson-korrelationskoeffizient-in-spss-berechnen/).

www.diakonieschadrass.de./startseite (2023).

www.diakonieschadrass.de/gesundheitsleistungen/klinik-fuer-psychiatrie/.
(2023).

10. Anlagen

Anlage 1 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit Diakonie Kliniken Zschadraß

Anlage 2 Fragebogen PEQ

Anlage 1

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit Diakonie Kliniken Zschadraß

Hinweise für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin / Lieber Patient,

während Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik haben wir uns bemüht, Sie optimal zu behandeln und zu betreuen. Wir sind nun daran interessiert zu erfahren, ob uns das auch gelungen ist.

Mit dem folgenden Fragebogen haben Sie die Möglichkeit uns und unsere Einrichtung zu beurteilen. Mit ihrer persönlichen Rückmeldung – ganz gleich ob positiv oder negativ – helfen Sie, unsere Arbeit zu verbessern.

Vertraulichkeit ist uns wichtig. Wir möchten von Ihnen Rückmeldungen zu den verschiedenen Bereichen in der Klinik als Grundlage für Verbesserungen in der Einrichtung und Behandlung bekommen.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Punkte:

- Sie können die einzelnen Themen und Aussagen zu den unterschiedlichen Bereichen nach 4 Antwortkategorien bewerten (ausgezeichnet – gut – teils/teils – schlecht). Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an!
- Falls Sie zu einer Aussage keine Bewertung vornehmen können, kreuzen Sie bitte das Kästchen ‚nicht zutreffend‘ an.
- Falls Sie zu einer Aussage keine Angabe machen wollen, brauchen Sie gar nichts anzukreuzen.
- Bei einigen offenen Fragen haben Sie selbst die Möglichkeit, Anmerkungen zu machen.
- Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte auf Ihrer Station oder in der Patientenverwaltung ab.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Gruppentherapeutin bzw. Ihren Gruppentherapeuten oder andere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, zu denen Sie Vertrauen haben.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mühe

Prof. Brunnhuber

Ärztlicher Direktor

Teil 1 Die Einrichtung					
Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>

1.1 Ausstattung und Atmosphäre

1.1.1 Ausstattung des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2 Sanitäre Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.3 Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.4 Technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.5 Außenanlagen der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.6 Sauberkeit in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.7 Atmosphäre in der Einrichtung insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.2 Essen

1.2.1 Abwechslung und Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

1.2.2 Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.3 Verfügbarkeit von Sonderkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.4 Service bei der Essensausgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1 Medizinische Versorgung in der Einrichtung

2.1.1 Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.2 Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung haben mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
2.1.3 Das Krankenpflegepersonal hat mich gut und verständlich informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.4 Mit der medizinischen Behandlung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.1 Ich fühlte mich bei den Ärzten angemessen behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Ich war mit folgender Ärztin / folgendem Arzt NICHT zufrieden:					
2.2.3 Ich war mit folgender Ärztin / folgendem Arzt BESONDERS zufrieden:					

2.3 Psychotherapie

2.3.1 Die psychotherapeutischen Gespräche haben mir geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich relevanten Problem-bereiche zu bearbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Mit den gruppentherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Mit den einzeltherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.5 Wenn ich in einer Krisensituation eine Therapeutin / einen Therapeuten brauchte, war sie / er für mich erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.6 Ich fühlte mich durch meine Bezugstherapeutin / meinen Bezugstherapeuten respektiert und verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Arbeitsbezogene Maßnahmen

<i>Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
2.4.1 Die arbeitsbezogenen Maßnahmen (Arbeitstherapie, Ergotherapie, Belastungserprobung, Praktikum, Beratung etc.) waren für meine Situation hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 Weitere therapeutische Angebote

2.5.1 Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.5.2 Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.3 Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.4 Gesundheitsschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.5 Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.6 Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.7 Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.8 Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6 Allgemeiner Therapieverlauf

<i>Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
2.6.1 Der organisatorische Ablauf des Aufnahmetages war in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6.2 Ich fühlte mich von Anfang an gut aufgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6.3 Die Therapieziele und die Therapieplanung wurden ausreichend mit mir abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6.4 Meine persönlichen Bedürfnisse wurden während des Aufenthaltes in der Einrichtung ausreichend berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6.5 Mit der Vielseitigkeit der therapeutischen Angebote war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6.6 Den Umgang mit Rückfällen fand ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.6.7 Die Organisation in der Einrichtung (Therapieablauf, Informationen etc.) war gut geregelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.8 Ich wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verwaltung freundlich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.9 Meine Anliegen wurden in der Verwaltung zuverlässig bearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.10 Meine Entlassung war organisatorisch gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7 Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie

2.7.1 Ich bin über geeignete Nachsorge- und Hilfsangebote nach der Therapie informiert worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7.2 Ich habe die Arbeit von Selbsthilfegruppen kennengelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7.3 Der Kontakt zu nachfolgenden Behandlern wurde hergestellt (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
2.7.4 Ich wurde auf den Übergang in den Alltag insgesamt gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Teil 3 Behandlungsergebnisse

3.1 Mein körperliches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Mein psychisches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Meine soziale Situation (Arbeit, Wohnung, Finanzen) hat sich durch die Therapie verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Meine Beziehung zu wichtigen Personen (Eltern, Partner, Kinder, Freunde) im privaten Bereich hat sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Meine Beziehung zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Vorgesetzte, Kolleg/innen, Kunden) hat sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Ich habe Pläne für den beruflichen Wiedereinstieg entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Ich fühle mich in der Lage, meine Freizeit besser zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Ich habe Strategien zur Bewältigung von Krisensituationen entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Ich habe im Laufe der Behandlung Zukunftsperspektiven entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Ich habe erkannt, in welchen Bereichen meines Lebens ich aktiv etwas verändern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Ich habe meine Therapieziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.12 Die Behandlung hat sich für mich gelohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Teil 4 Persönliche Anmerkungen
4.1 Folgendes hat mir in dieser Einrichtung besonders gut gefallen:

4.2 Ich würde in dieser Einrichtung folgendes verändern:

4.3 Sonstiges:


Vielen Dank für Ihre Unterstützung und alles Gute!

Anlage 2

Fragebogen PEQ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Befragung. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Uns interessiert **Ihr Gesamteindruck zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt**. Dazu stellen wir Fragen zu verschiedenen Bereichen, wie medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung etc.

 Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Dabei bedeutet 1 die beste Bewertung und 6 die schlechteste Bewertung.

Beispiel-Frage:

Wie zufrieden waren Sie?

Erläuterung bzw. erklärende Beispiele zur Frage

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

? Fragen zur ärztlichen Versorgung

1. **Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt?**
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

2. **Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit Ihnen?**
Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

3. **Wurden Sie von den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus insgesamt angemessen informiert?**
Beispiele: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

4. **Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in Ihrem Krankenhaus ein?**
Beispiele: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, moderne Behandlungsmethoden

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

? Fragen zur pflegerischen Betreuung

5. **Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt?**
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

6. Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?
Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

7. Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?
Beispiele: Umgang mit der Krankheit, Untersuchungen, Tagesablauf

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

8. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in Ihrem Krankenhaus ein?
Beispiele: fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, Versorgung nach neuestem Wissen

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

? Weitere Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

9. Mussten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes häufig warten?

Nein, niemals 1 2 3 4 5 6 Ja, immer

10. Verlief die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

11. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in Ihrem Krankenhaus?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

12. Entsprach die Essensversorgung im Krankenhaus Ihren Bedürfnissen?

Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

13. Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 Sehr schlecht

Seite 3

? Weitere Fragen

14. Würden Sie dieses Krankenhaus Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

Voll und ganz 1 2 3 4 5 6 Überhaupt nicht

15. Hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Krankenhausaufenthalt verbessert?

Voll und ganz 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

? Persönliche Angaben

A Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**

B In welchem Jahr sind Sie geboren?

C Geschlecht:

männlich weiblich

D Welche war die höchste Ausbildung, die Sie abgeschlossen haben? [optional]

- Volks- oder Hauptschule
- Realschule, Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule
- Berufsschule, Lehre
- Abitur, Fachabitur, Erweiterte Oberschule
- Universität, Fachhochschule

Wenn Sie im Krankenhaus etwas verbessern könnten, was wäre es? [optional]

(Bitte verzichten Sie auf Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen)

Ihre Daten werden anonym ausgewertet und streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Befragungsinstrument wurde gemeinsam entwickelt von der Bertelsmann Stiftung und dem ehemaligen „Verein Outcome“, einer Schweizer Organisation zur Qualitätssicherung. Weitere Informationen zur Entstehung und Verwendung des PEQ sind unter www.weisse-liste.de/peq abrufbar.

11. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname