

Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum, Fachbereich Pflege
Pädea-Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Münster

Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen

Bärbel Uhlmann, Dorothee Bartel, Wilfried Kunstmann, Margot Sieger

Zusammenfassung

Im Rahmen der Evaluationsstudie zur Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung wurden mittels einer qualitativen Untersuchung die Erfahrungen von Patienten und ihren Angehörigen im Kontext der Entlassung aus dem Krankenhaus erhoben und bewertet. Methodisch wurden fokussierte Interviews angewandt, insgesamt zehn Interviews durchgeführt und ausgewertet, davon jeweils fünf Interviews mit Patienten und Angehörigen.

Als herausragende Thematik in den Ergebnissen der Patientenbefragung konnte das subjektive Krankheitserleben identifiziert werden. Es kann als eine alle anderen Ergebniskategorien durchdringende Dimension gesehen werden. Vor diesem Hintergrund bewerten Patienten auch die Maßnahmen zur Planung der Entlassung.

Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung weisen auf einen Mangel an interdisziplinärer Kooperation und Koordination hin. Angehörige beklagen eine fehlende Abstimmung und eine mangelhafte Einbeziehung ihrer Perspektive hinsichtlich des Versorgungsbedarfes und des Entlassungszeitpunktes.

Neue Pflege- und Behandlungskonzepte im Krankenhaus, die dem Patienten und seinen Angehörigen Mitwirkung und Mitgestaltung zuerkennen und damit einem veränderten Rollenverständnis Rechnung tragen, müssen entwickelt werden. Dabei sind professionelle Beratungskonzepte ein wesentlicher Bestandteil, um die Perspektive der Betroffenen systematisch zu integrieren und somit eine individuelle Sicherstellung der Versorgungskontinuität zu erreichen.

Summary

Continuity of care – the perspective of patients and their relatives

As part of an extensive research project on securing continuity of care through Pflegeüberleitung, data on experiences of patients and their relatives regarding discharge from hospital were collected and analysed by means of a qualitative study. Ten focused interviews were conducted and analysed with five patients and five relatives, respectively.

From the results of the patient interviews, the subjective experience of being ill was identified as a main issue, constituting a dimension which pervades all other categories of the results. Patients judge nursing measures regarding the discharge planning in the light of this dimension.

The results of the interviews with relatives indicate the lack of interdisciplinary cooperation and coordination. Relatives complain about the missing attempts to come to agreements and about their perspective not being considered regarding care needs as well as the date of discharge.

There is a need for the development of new approaches to care and treatment in the hospital which allow for the patient's and the relatives' participation and co-shaping, thereby recognizing an altered understanding of the respective roles. In order to achieve systematic integration of the clients' perspectives, thus securing individual continuity of care, programmes for professional consultancy play an important part of these new approaches.

1. Einleitung

Die hier dargestellte Untersuchung erfolgte im Rahmen eines umfassenden Forschungsprojektes. Ziel dieser Evaluationsstudie war es, wissenschaftlich begründete Aussagen darüber zu finden, ob und inwieweit die Pflegeüberleitung zur Sicherung einer patientenorientierten Versorgungskontinuität beitragen kann (vgl. Sieger/Kunstmann, 2003). Untersucht wurden im Rahmen einer for-

mativen Evaluation die vorliegenden Pflegekonzepte zur Überleitung sowie die Organisation aus der Perspektive der drei an der Untersuchung beteiligten Krankenhäuser und der ambulanten Dienste.

Die Ergebnisqualität der Pflegeüberleitung zeigt sich in einer gelungenen Reintegration des ehemaligen Patienten in seine Lebenswelt und in der kontinuierlichen Weiterführung der pflegerischen Versorgung nach der Krankenhausentlassung. Weiterhin ist die Qualität der Überleitung besonders für die Angehörigen der Patienten von großer Bedeutung. Bei dieser Gruppe geht es um Fragen der rechtzeitigen Information, des nahtlosen Übergangs in die nach-

stationäre Versorgung und um das Erleben von Belastungen durch die Pflegebedürftigkeit der Patienten (vgl. Sieger/Kunstmann, 2001). Ausschlaggebend für eine Bewertung dieser Ergebnisse ist die subjektive Sicht und das Erleben der Betroffenen.

1. Methoden

2.1 Datenerhebung

Als geeignete Untersuchungsmethode zur Erhebung der Patienten- und Angehörigenperspektive wurde ein fokussiertes Interview angewandt. Ausgangspunkt eines solchen Interviews ist die Tatsache, dass der Befragte eine konkrete Situation erfahren und erlebt hat, die dem Forscher bekannt ist und von diesem beobachtet wurde. Aufgrund seiner Beobachtungsanalyse formuliert der Forscher Hypothesen über relevante Elemente der Situation, die anschließend mit den subjektiven (im fokussierten Interview erhobenen) Erfahrungen der Befragten konfrontiert und überprüft werden (vgl. Lamnek, 1995, Band 2, S. 79).

Die Interviews fanden in der häuslichen Umgebung der Patienten bzw. Angehörigen statt und wurden mit Tonband aufgezeichnet. Es handelte sich um Einzelinterviews, d.h. die Gespräche mit Patienten und Angehörigen wurden jeweils voneinander getrennt durchgeführt. Die Befragten erhielten zuvor eine schriftliche Information über den Zweck der Befragung und über das Vorgehen im Interview. Die Anonymisierung der erhobenen Daten wurde zugesichert.

Der Leitfaden für die fokussierten Interviews basiert auf den Ergebnissen der vorangegangenen teilnehmenden Beobachtung und beinhaltete jeweils eine Eröffnungsphase des Interviews, um sich der aktuellen Situation der Befragten anzunähern. Der erste Fragenkomplex hatte die Explorierung der Erfahrungen der Befragten hinsichtlich der Vorbereitungen der Entlassung aus dem Krankenhaus zum Ziel. Die Befragten wurden aufgefordert zu berichten, ob und wie eigene Vorstellungen und Wünsche für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt in die Vorbereitungen einbezogen und wie die Schritte zur Entlassungsplanung mit ihnen abgestimmt wurden. Der zweite Fragenkomplex zielte auf das Erleben nach der Entlassung, sowie darauf, ob die Situation den Vorstellungen entsprach und forderte die Befragten auch auf, Veränderungswünsche zu formulieren.

Es konnten von den ursprünglich an der Untersuchung teilnehmenden zwölf Patienten und neun Angehörigen (für drei Patienten war kein Angehöriger an der Pflegeüberleitung beteiligt) jeweils fünf Betroffene interviewt werden. Es war nicht möglich, eine größere Anzahl von Teilnehmern für die Interviews zu gewinnen, da einige Patienten in der Zwischenzeit verstorben waren oder ihre gesundheitliche Situation eine Befragung nicht zuließ. Mehrere Angehörige lehnten aus unterschiedlichen Gründen ein Interview ab oder waren unter den angegebenen Adressen nicht zu erreichen.

2.2 Datenanalyse

Die Auswertung der Interviewergebnisse erfolgte in mehreren Arbeitsschritten, die in einer Verfahrensdokumentation festgehalten sind. Alle Interviews wurden vollständig nach zuvor festgelegten Regeln transkribiert. Zunächst wurde aus dem vorliegenden Textmaterial ein Kategorienschema gebildet. Dazu wurde das gesamte Material von den beteiligten Forschern gelesen und Kategorienvorschläge erarbeitet. In einem anschließenden Diskussionsprozess erzielte die Forschergruppe einen Konsens über die anzuwendenden Kategorien. Unter Verwendung der gesamten Textpassagen wurden die kodierten Aussagen aller Interviews diesem Schema zugeordnet. Im weiteren Forschungsprozess wurde das Textmaterial zur Bearbeitung unter den Forschern aufgeteilt. Die Straffung des Textmaterials geschah durch Streichung von Wiederholungen und redundanten Textstellen, die Zuordnung der Textstellen zu den einzelnen Interviews wurde aufgegeben, und es entstand durch eine rein deskriptive Bearbeitung ein Fließtext, in dem ähnliche Aussagen zusammengefasst, abstrahiert, generalisiert und nach ihrer Prägnanz geordnet wurden. Nach jedem dieser Arbeitsschritte wurden die Ergebnisse gegengelesen und jeweils unter Rückbezug zu den Originaltexten in der Forschergruppe diskutiert.

Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte im letzten Arbeitsschritt der Auswertung und folgte den Regeln der Hermeneutik (vgl. Lamnek, 1995, Band 1, S. 71–92). Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die Aussagen im Sinnzusammenhang der Befragten zu verstehen und Begründungszusammenhänge aus dem Erleben der Interviewten zu erschließen. Um einer bei diesem Vorgehen möglichen Beliebigkeit der Resultate vorzubeugen, fand eine regelmäßige intensive Diskussion und Abstimmung zwischen den Forschern statt. Die argumentative Interpretationsabsicherung war hier leitendes Gütekriterium.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden anhand von fünf Themenbereichen dargestellt:

Abstimmung zum Versorgungsbedarf

Das Erleben von Kranksein

Dieser Themenbereich trifft nur für die Patientenbefragung zu.

Vorbereitung der Entlassung

Abstimmung zum Entlassungszeitpunkt

Situation nach der Entlassung

Dieser Systematik folgend werden zunächst die Ergebnisse der Patienteninterviews und anschließend die der Angehörigen dargestellt.

3.1 Ergebnisse der Patientenbefragung

Abstimmung zum Versorgungsbedarf

Patienten betonen ihre Autonomie in Entscheidungen zur Gestaltung ihrer künftigen Lebenssituation. Sie nehmen dabei eine Einschätzung zu ihrem Unterstützungsbedarf aufgrund des vorhandenen sozialen Netzwerkes und bestehender Kontakte zum professionellen System vor. Es wird jedoch mangelnde Unterstützung der Professionellen bei diesem Entscheidungsprozess beklagt. Unsicherheit entsteht für die Patienten, wenn Professionelle vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen Ratschläge erteilen:

«(Die Schwestern) waren auch sehr nett. Manche sagten, (...), geh nit ins Heim, wir haben im Heim gearbeitet, ich würd nit ins Heim gehen. Und danach war der Zwiespalt auch so gehört, und dann, dann geht man und legt sich wieder und denkt, ne, ne, also ich möchte und möchte nicht, ne.» (Interview I/B11a, S. 3)

Das Erleben von Kranksein

Patienten erleben durch die einfühlsame Gesprächshaltung der Pflegeüberleitungskraft und durch das fürsorgliche Verhalten der Pflegenden eine Unterstützung in ihrem Kranksein. Dies trifft insbesondere zu, wenn durch eine plötzliche Erkrankung Patienten ihre veränderte Lebenssituation als befremdlich erleben. Die Beachtung individueller Bedürfnisse und Wünsche löst ein Gefühl des Verstandenwerdens aus. Wenn der Patient sich nicht äußern kann, wird für ihn die Verantwortung übernommen, für ihn gesorgt und eine umfangreiche Diagnostik eingeleitet. Dieses Handeln der Professionellen wird als «hippokratisch» (Int. 1/9a, S. 12) bezeichnet.

Es werden daneben Situationen beschrieben, in denen sich die Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage von jener der Professionellen unterscheidet. Patienten fühlen sich in diesen Situationen unverstanden und sehen sich herausgefordert, mit einem aggressiven Verhalten zu reagieren, welches sie im Nachhinein bedauern, aber auch als menschlich bewerten.

Es entsteht ein Schamgefühl, wenn die Krankheit und ihre Folgen auf eigenes Verhalten zurückgeführt werden. Patienten fühlen sich in ihrer Person auf «ein Stück im psychischen Kadaver» (Int. I1/9a, S. 20) reduziert, wenn Professionelle in dieser Situation kontrollierende und einschränkende Maßnahmen anwenden. Es wird erlebt, dass ein verändertes Verhalten der Professionellen erst durch den Einfluss der Angehörigen erreicht werden kann, so dass sich der Patient wieder in seiner Person wahrgenommen fühlt.

«Sie (die Angehörige, A.d.Verf.) spricht auch Deutsch. Und ist noch ein Mädchen, so wie eine deutsche, bisschen blond, sehr angenehm und sie war auf einmal... war meine Situation verbessert.» «Also nicht ein Sui-zider und aber halt ein Mensch und sie hat das.» (...) «ja, bewirkt.» (Int. I/9a, S. 7). «Das bedeutet, also ich war nicht ein,... nun, ich war ein bisschen jemand.» (Int. I1/9a, S. 20)

Vorbereitung der Entlassung

Es wird Anerkennung für die Bemühungen der Professionellen ausgesprochen. An den konkreten Vorbereitungen

zur Entlassung sind Patienten in der Regel nicht beteiligt. Rückblickend erscheinen die getroffenen und gut organisierten Vorbereitungen für die Patienten überraschend.

«Ja, auf einmal ein Engelchen, Engelchen erschienen, geschickt von dieser Gesellschaft.» (Gemeint ist der ambulante Pflegedienst [A.d.Verf.]) (Interview I/9a, S. 13)

Abstimmung zum Entlassungszeitpunkt

Der Entlassungszeitpunkt wird aufgrund medizinischer Kriterien bestimmt. Er entspricht aber den Vorstellungen der Patienten, obwohl die subjektive Befindlichkeit unberücksichtigt bleibt und der Patient selbst noch kein zufrieden stellendes Wohlbefinden erlebt.

Patienten streben eine baldige Entlassung aus dem Krankenhaus an. Dieser Wunsch gründet zum einen auf Zeitdruck durch persönliche Verpflichtungen. Zum anderen entsteht erst im häuslichen Bereich wieder das Gefühl von Wohlbefinden verbunden mit dem Erleben von «Freiheit» (Interview 2/B 12a, S. 7).

Patienten sehen sich veranlasst, entgegen ihrer subjektiven Befindlichkeit, die Fähigkeit zur Selbstpflege vorzugeben, um so den Kriterien der Professionellen zur Entlassung zu entsprechen. Wenn Patienten eine eigenständige Entscheidung zum Entlassungszeitpunkt treffen, reagieren Professionelle mit Unverständnis.

Situation nach der Entlassung

Patienten erleben nach der Entlassung eine Entwicklung von einem «ehemaligen Patienten in einen zukünftigen Lebenspatienten» (Int. I2/I2a, S. 6) und fühlen sich dabei in den «Kreis der Rehabilitierenden» (Int. I2/I2a, S. 6) aufgenommen. Sie kommen zu dem Schluss, dass es jeder mit sich selbst ausmachen muss, seine Krankheit zu überwinden. Dabei wird die vielfältige Unterstützung durch das soziale Netzwerk hervorgehoben. Die Hilfeleistungen erstrecken sich von ganz praktischen Unterstützungsleistungen bis hin zu fürsorgender täglicher Nachfrage zur Befindlichkeit des Patienten. Zum sozialen Netzwerk gehören sowohl sehr nahe Angehörige, Freunde wie auch die unmittelbaren Nachbarn. Diese persönlichen Beziehungen, die sich über viele Jahre entwickelt haben, tragen zur Bewältigung der Lebenssituation bei. Es wird jedoch auch ein Mangel an regelmäßigen familiären Kontakten erlebt, der mit einer Überbeanspruchung einzelner Familienmitglieder begründet wird und dazu führt, dass diese ihre eigenen Ansprüche zurückstellen. Gleichzeitig wird ein allgemein sich abzeichnender Rückgang familiärer Pflegetraditionen festgestellt.

3.2 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Abstimmung zum Versorgungsbedarf

Aus Sicht der Angehörigen wird die Abstimmung des Versorgungsbedarfes durch eine fehlende Planung und mangelnde Absprachen der Professionellen erschwert. Angehörige erleben eine ungenaue Weitergabe der Ergebnisse von Einzelgesprächen zwischen Patienten, Angehörigen und den unterschiedlichen Professionellen, es resultieren Verständigungsschwierigkeiten und Informationslücken.

Es wird als das Phänomen der «...<Stille(n) Post>...» (I2/B12B, S. 3) beschrieben.

«Die haben alle irgendwo, hat einer einen Zettel, irgendeiner weiß immer was, aber da...ist keine Gängigkeit drin.» (I2/I2B, S.12)

«Dann, es greift nicht ineinander» (I2/I2B, S. 1)

Diese unbefriedigende Situation kann nach Auffassung der Angehörigen durch ein gemeinsames Gespräch zwischen dem Patienten, Angehörigen und den Professionellen vor der Entlassung verbessert werden. Es wird ein Konzept zur umfassenden Planung der Versorgungssituation nach der Entlassung vorgeschlagen. Dieser Plan sollte z.B. ein Formular enthalten, auf welchem benötigte Hilfsmittel aufgelistet sind. Die Informationen der einzelnen Professionellen könnten nach Meinung der Angehörigen in einem computergestützten Konzept gebündelt werden.

Gespräche mit den Professionellen finden zumeist ungeplant statt. In diesen Gesprächen werden Informationen weitergegeben und Empfehlungen ausgesprochen, die als sehr gut und unterstützend bewertet werden. Vor dem Hintergrund mangelnder medizinischer Kenntnisse der Angehörigen wird von einem derartigen Gespräch auch eine verbesserte krankheitsbezogene Aufklärung erwartet, um die nachstationäre Versorgung der Patienten besser bewältigen zu können.

«Wir, mein Mann als Patient und ich als Angehörige, wissen ja nicht, was da vielleicht eintreten kann... da hätte ich mir vielleicht ein paar Fragen gewünscht...»
«Also, da ist man gar nicht gefragt worden.» (I2/B6b, S. 19)

Die Sichtweisen der Angehörigen werden in den Gesprächen nicht erfragt.

Vorbereitung der Entlassung

Bezogen auf die Vorbereitungen zur Entlassung kommen Angehörige zu dem Ergebnis, dass erst durch ihre Initiative und Planung die Versorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt gesichert wird.

«Man muss aber im deutschen Gesundheitssystem alles selber machen.» (I2/I2b, S. 2)

Angehörige greifen dabei auf Erfahrungen in ihrem sozialen Umfeld zurück.

«Die sagen einfach, wann er nach Hause kommt, und dann...habe ich mal gedacht, dass wir das und das dazu verschreiben. Und zum Glück habe ich einen Freund, der hat das Ganze mit seiner Familie schon durchexerziert und hat mir dann...mal wirklich in den Ste-noblock diktiert, was man alles so braucht.» (I2/B12b, S. 4)

Bei den Professionellen werden größere Wissenslücken über Versorgungsstrukturen festgestellt. Die Vorgabe einer möglichst schnellen Entlassung seitens der Professionellen führt zu Zeitdruck und zu erheblichen Belastungen der Angehörigen. In dieser Situation werden vorübergehende Versorgungslösungen in Kauf genommen. Angehörige aktivieren schon vorhandene eigene Kontakte zu Versorgungseinrichtungen. Nach ihrer Einschätzung sind diese

Beziehungen maßgebend für die Versorgung ihrer Angehörigen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Kontakte der Professionellen zu Versorgungseinrichtungen bewerten sie als nicht ausreichend.

«In das Seniorenheim hätte die Mutter auch nur gekonnt, weil sie vorher schon in der Tagespflege gewesen sei. Die Sozialarbeiterin hätte zwar auch Kontakt zum Heim aufgenommen, aber Frau S. bezweifelt, ob diese <Connections> ausgereicht hätten.» (Gesprächsnotiz Telefongespräch I2/B1b, S. 1)

Abstimmung zum Entlassungszeitpunkt

Angehörige erleben, dass die Abstimmung zum Entlassungszeitpunkt in erster Linie von wirtschaftlichen Gesichtspunkten gelenkt wird. Professionelle setzen unter ökonomischen Zwängen die Entlassung fest, ohne sich des Gelingens der nachstationären Versorgung sicher zu sein, und ziehen vor diesem Hintergrund eine kurzfristige erneute stationäre Einweisung in Betracht.

«Das war der Kostendruck, also die Devise, in dem Moment, wo der Patient soweit stabilisiert ist, dass er nicht mehr den ganzen Tag im Krankenhaus liegen muss, dann schieben wir den mal schnell wieder raus, ne.» «Also die Devise, mal gucken ob's klappt. Und dann, wenn's nicht klappt, schicken s'en wieder.» (I2/B12b, S. 7)

Der Entlassungszeitpunkt wird nicht mit den Angehörigen abgestimmt, sie erfahren ihn teilweise von den Patienten oder den nachfolgenden Versorgungseinrichtungen.

In Einzelfällen kann eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes ausgehandelt werden, wenn Angehörige erklären, dass eine Entlassung zum vorgesehenen Termin organisatorisch unmöglich ist. Obwohl zur Stabilisierung des Genesungsprozesses der Patienten und zur eigenen Entlastung ein längerer Krankenhausaufenthalt gewünscht wird, akzeptieren Angehörige medizinische und ökonomische Entlassungsgründe.

Situation nach der Entlassung

Die Situation nach der Entlassung des Patienten ist für die Angehörigen von großen persönlichen Belastungen geprägt. Diese entstehen zum einen aus dem ungewissen Genesungsverlauf der Patienten und zum anderen aus der Organisation der Versorgungssituation.

Angehörige berichten von einer unmittelbaren Übernahme der Pflege durch ambulante Pflegedienste. Es wird jedoch auch beschrieben, dass durch die fehlende Kontinuität im Einsatz der ambulanten Pflegekräfte und deren nicht übereinstimmende pflegerische Ansätze die Belastung der Angehörigen weiter verstärkt wird.

«Und es kamen natürlich nicht immer die selben Leute, und jeder hatte seine eigenen Vorstellungen. Und laufend musste etwas besorgt werden.» (I1/B3b, S. 10)

Darüber hinaus erwarten Pflegekräfte von Angehörigen Assistenz und selbständige Übernahme von Pflegehandlungen. Diese erleben dabei, dass es ihnen an notwendigem Wissen und entsprechenden Fähigkeiten mangelt, wodurch Hilflosigkeit und Unsicherheit entstehen.

4. Interpretation

Als herausragende Thematik in den Ergebnissen der Patientenbefragung konnte das subjektive Krankheitserleben identifiziert und als eine die weiteren Ergebniskategorien durchdringende Dimension bewertet werden.¹

Das Krankheitserleben oder Kranksein ist von Krankheit als Zustand zu unterscheiden. Während dieser von außen objektiv zu beurteilen und insofern auch vergleichbar ist, ist Kranksein immer einzigartig und ausschließlich aus der Perspektive des Individuums zu betrachten. Kranksein ist in den gesamten Kontext der Person eingebettet (vgl. Benner/Wrubel, 1997).

Die Grenze von Gesundsein und Kranksein ist fließend. Trotz vielfältiger Beeinträchtigungen erleben sich besonders chronisch erkrankte Menschen häufig nicht als krank. Krankheit wird in das Leben integriert, gehört zur Seinsweise dazu. Kranksein beinhaltet Gesundsein, dabei ist die subjektive Sichtweise der Betroffenen entscheidend und nicht die medizinische Diagnose. Kranksein ist demnach nicht als ein allein körperbezogener Zustand zu verstehen, sondern als ein Prozess, der sich innerhalb der Person vollzieht und in Beziehung zum eigenen Leben gesetzt wird. Mit der Heilung einer Krankheit endet nicht zugleich das Kranksein. Insofern folgen Krankheit und Kranksein nicht den gleichen Gesetzmäßigkeiten. Das Verstehen von Kranksein basiert auf einer gedanklichen Auseinandersetzung und körperlichen Wahrnehmung (vgl. Benner/Wrubel, 1997).

Die verschiedenen Perspektiven spiegeln sich in zwei Bezugssystemen wider: im Bezugssystem des betroffenen Menschen und in jenem der Professionellen. Letzteres richtet sich nach anderen Kriterien, als der Betroffene für seine subjektive Einschätzung zugrunde legt. In der Folge stehen sich beide oftmals konträr gegenüber. Besonders deutlich wird dies, wenn Menschen sich ohne diagnostischen Befund krank oder trotz diagnostizierter Krankheit gesund fühlen (vgl. Siegrist, 1995).

Die Ergebnisse der Patienteninterviews zeigen die zentrale Bedeutung von Kranksein. Patienten kommen zu dem Schluss, dass die Bewältigung des Krankseins von jedem einzelnen Menschen persönlich geleistet werden muss. Eine einfühlsame Gesprächshaltung der Professionellen und ihr fürsorgliches Verhalten stützt diesen Prozess und führt zu einem allmählichen Begreifen und einer Anpassung an die durch Kranksein veränderte Lebenssituation.

Wenn eigene Situationsdeutungen der Patienten in der Auseinandersetzung mit ihrem Kranksein von den Professionellen nicht beachtet werden, wird dies als eine Einschränkung ihrer Entscheidungsmöglichkeiten erlebt. In diesen Situationen müssen persönliche Vorstellungen zur Behandlung, Pflege und Entlassung, welche auf einem eigenen Verständnis von Genesung beruhen, vom Patienten durchgesetzt werden. Die Folge sind eine Ablehnung professioneller Erklärungs- und Therapieansätze.

Offensichtlich nehmen Professionelle den Patienten auf seine Krankheit reduziert und damit nicht als Person wahr. Emotionale und kognitive Bedürfnisse und Fähig-

keiten sowie subjektive Sichtweisen werden ignoriert, wenn Professionelle institutionell restriktiven Handlungsmustern folgen. Dies löst beim Patienten Schuld- und Schamgefühle für das eigene Verhalten aus und führt letztlich zu einem Verlust seiner Autonomie. In diesen Situationen gelingt es Patienten erst mit Unterstützung der Angehörigen, eine Wertschätzung ihrer Person zu erreichen.

Nach der Entlassung nehmen Patienten eine schrittweise Veränderung in ihrem Kranksein wahr, verbunden mit einer individuell zu leistenden Integration von Kranksein in die Lebenssituation. Sie treten in einen aktiven und bewussten Rehabilitationsprozess ein. Die Wiederaufnahme der Lebensgewohnheiten unterstützt diesen Prozess und erzeugt eine zuversichtliche Gestimmtheit.

Schließlich weisen die Ergebnisse der Angehörigeninterviews auf einen Mangel an interdisziplinärer Kooperation und Koordination hin, gepaart mit Wissensdefiziten der Professionellen hinsichtlich systemübergreifender Versorgungsstrukturen. Vor diesem Hintergrund greifen Angehörige selbstinitiativ in die Vorbereitungen der Entlassung ein und finden eigene Wege und Lösungen zur Sicherstellung der Versorgung. Aus ihrer Sicht sind die Defizite in der Versorgungsplanung nach der Entlassung so offensichtlich und konkret benennbar, dass sie sich veranlasst sehen, gezielte Lösungsvorschläge hinsichtlich der Systematisierung sowie der Kommunikationswege und Vernetzung der Entlassungsvorbereitung zu formulieren.

Die Bezugspersonen der Patienten werden zudem als Gesprächspartner kaum wahrgenommen. Ihre Perspektive auf die Situation findet im Prozess der Entlassungsplanung keine Berücksichtigung, obwohl sie zumeist nach der Entlassung einen erheblichen Anteil an der weiteren Versorgung und Pflege übernehmen und als «Schlüsselpersonen in der Entlassungsvorbereitung» (Nestler/Prietz/Uhlmann 2000, S. 95) betrachtet werden müssen. Zwar fühlen sich die Angehörigen durch Gespräche unterstützt, doch entsprechen die Inhalte der Gespräche häufig nicht den Erwartungen der Angehörigen nach umfassender Information, von der sie sich eine Unterstützung in der Bewältigung der Situation nach der Entlassung versprechen. Dies zeigt sich auch in der Situation nach der Entlassung, in der Angehörige einer hohen Belastung ausgesetzt sind.

5. Diskussion

In den Ergebnissen wird erneut offenbar, dass in der Institution Krankenhaus nach wie vor ein Verständnis der traditionellen Patientenrolle vorherrscht, welches das Individuum als passiven Empfänger von Versorgungs- und Hilfeleistungen ansieht und auf seine Krankheit reduziert wahrnimmt. Es entstehen Beziehungen, die von starker Ungleichheit und Abhängigkeit der Patienten geprägt sind. Vor diesem Hintergrund wird die Entlassung aus dem Krankenhaus als Wiedererlangung von Autonomie und Selbständigkeit erlebt. Patienten wird die Möglichkeit abgesprochen, Verantwortung für Entscheidungen mitzutragen (vgl. Nestler/Prietz/Uhlmann, 2000).

Aus Patientensicht wird dies als Verlust der Urteilsfähigkeit (vgl. ebenda, S. 166) erlebt. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Diskussionen um den mündigen

¹ Nachstehende Ausführungen zum Kranksein vgl. Nestler/Prietz/Uhlmann 2000.

Patienten (vgl. Reibnitz et al., 2001) nur noch schwer nachvollziehbar und machen deutlich, dass zumindest im Bereich der akuten stationären Versorgung das System von diesem Ziel noch weit entfernt ist.

Auf der anderen Seite verstehen sich die Betroffenen selbst, insbesondere chronisch Erkrankte, als Mitgestalter ihres Krankseinsprozesses (vgl. Badura, 1996, 72). Unter diesem Aspekt ist auch die geschilderte Veränderung der Eigenwahrnehmung vom «Patienten zum Rehabilitierenden» zu betrachten. Diese von den Befragten gewählte Begrifflichkeit weist auf ein neues Verständnis der Patientenrolle durch die Betroffenen selbst hin. In einer rehabilitativen Pflege und Behandlung wird die Mitwirkung und Mitverantwortung des Patienten für das Erreichen der Rehabilitationsziele gefordert. Der Rehabilitand soll lernen, an vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuschließen und Selbsthilfepotenziale zu entwickeln (vgl. Hotze/Winter, 2000, S. 558). Die Anerkennung des Patienten als aktiver Partner im Pflege- und Behandlungsprozess ist ein zentraler Punkt, der die Effektivität einer Rehabilitation² gewährleistet (vgl. Slangen, 2001, S. 213).

Eine Entwicklung von Behandlungs- und Pflegekonzepten im Krankenhaus, die diesem rehabilitativen Ansatz Rechnung trägt, ist längst überfällig.

Die Anerkennung der Patienten und ihrer Angehörigen als Partner und die Mitwirkung und Mitverantwortung der Betroffenen bei einer rehabilitativen Pflege kann nur gelingen, wenn professionelle Beratung integraler Bestandteil dieser Pflege ist (vgl. Koch-Straube, 2000). Nestmann versteht unter professioneller Beratung eine «Professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psychoziale Ressourcen und sozialökologische und -ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen» (zitiert in Koch-Straube, 2000: S. 2). Der Ratsuchende wird in allen seinen Lebensbezügen gesehen und in einem gemeinsamen geplanten Prozess werden unterschiedliche Perspektiven der Betroffenen und Professionellen wahrgenommen, in den Beratungsprozess integriert und so für die Beteiligten akzeptable Lösungswege entwickelt.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen jedoch, dass beratende Gespräche im Krankenhaus – wenn überhaupt

– auf der Ebene von Alltagsberatung³ und/oder der Informationsweitergabe durch Experten stattfinden. Die Komplexität des Krankseins wird hierbei nicht berücksichtigt, und wichtige Aspekte der Beratung kommen nicht zur Geltung (vgl. König/Volmer in Woldrich, 1998).

Für einen komplexen Prozess wie die Sicherstellung der Versorgungskontinuität reichen Alltagsberatung und reine Informationsvermittlung keinesfalls aus. Erst durch eine rehabilitative Pflege, die professionelle Beratung als einen wichtigen Teil ihrer Aufgaben sieht, können partnerschaftliche Beziehungen zwischen Professionellen, Patienten und Angehörigen entstehen. Neben den notwendigen strukturellen Veränderungen ist dies eine Grundvoraussetzung für gelingende Überleitungsprozesse.

Gerade weil mit der Einführung der Fallpauschalen eine weitere Kürzung der Verweildauer im Krankenhaus intendiert ist, ist eine auf Rehabilitation ausgerichtete Pflege und Behandlung einschließlich der Sicherstellung der Versorgungskontinuität oberstes Gebot. Professionelle Aushandlungs- und Beratungsprozesse haben mit «Fallverstehen» zu tun. Deshalb gilt es, die inhaltliche Planung und Gestaltung des Versorgungsprozesses gleichermaßen am individuellen Fall des Patienten auszurichten.

Literatur

- Badura, B.: Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, B. und Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Weinheim, München, 1996.
- Belardie, N.: Beratung – Eine sozialpädagogische Einführung; Weinheim, 1996.
- Benner, P.; Wrubel, J.: Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, 1997.
- Hotze, E.; Winter, C.: Pflege in der Rehabilitation. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, 2000, 555–590.
- Koch Straube, U.: Beratung in der Pflege – eine Skizze. In: Pflege & Gesellschaft, 5. Jahrgang, April 2000.
- Koch Straube, U.: Beratung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 2001.
- König, E.; Vollmer, G.: In: Woldrich, A.: Beratung, eine Begriffsbestimmung. Diplomarbeit, eingereicht an der geisteswissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck, 1998.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Band 1 und 2. Weinheim, 1995.
- Nestler, N.; Prietz, A.; Uhlmann, B.: «Das Erleben von Kranksein und Autonomieverlust im Kontext der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus – die Perspektive der Pflegewissenschaft.» Diplomarbeit vorgelegt an der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe im Studiengang Pflege, auszugsweise veröffentlicht in: Denken und Handeln, Schriftenreihe der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Nr. 47, 2000, 75–99.

² «Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, das Einwirken jener Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten, benachteiligten Personen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation auch auf Interventionen und Vermittlung innerhalb ihrer unmittelbaren Umgebung sowie innerhalb der Gesellschaft insgesamt, um ihre soziale Integration zu erleichtern und zu fördern.» (WHO 1980 zit. in Hotze/Winter, 2000, S. 556)

³ Alltagsberatung erfolgt hauptsächlich in der Form von Ratschlägen. Diese Form der Hilfestellung kann in bestimmten Fällen durchaus erfolgreich sein, geht aber von einem verkürzten und rationalistischen Beratungsbegriff aus, der das Eingebundensein des Menschen in seine spezielle Lebenssituation nicht reflektiert. Alltagsberatung geschieht vor dem Hintergrund eigener Interessen, Schwierigkeiten und Erfahrungen des Ratgebers, so dass nur seine Sichtweise wahrgenommen wird (vgl. Belardi, 1996).

- Nestmann, F.: Beratung als Ressourcenförderung. In: Nestmann F. (Hrsg.): Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen, 1997.
- Reibnitz von, C.: Der mündige Patient. Weinheim, München, 2001.
- Slangen, K.: Patientenbeteiligung in der Rehabilitation. In: Reibnitz von, C. et al. (2001): Der mündige Patient. Weinheim, München, 2001, 213.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: Konzept der EFH Bochum zur Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung, Bochum, 2001.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. Wissenschaftliche Evaluierung der Pflegeüberleitung an drei Düsseldorfer Krankenhäusern. Kurzfassung des Abschlussberichtes. Bochum, Mai 2002.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. Wissenschaftliche Evaluierung der Pflegeüberleitung an drei Düsseldorfer Krankenhäusern. Abschlussbericht. Bochum, 2002.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung, Mabuse, Frankfurt, 2003.
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. 5. Auflage. München, Wien, Baltimore, 1995.
- Woldrich, A.: Beratung, eine Begriffsbestimmung. Diplomarbeit eingereicht an der geisteswissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck, 1998.

Bärbel Uhlmann, Diplom-Pflegewissenschaftlerin (FH), Kermelberg 1, D-58313 Herdecke

Margot Sieger, Professorin für Pflegewissenschaft, Pädea Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Nienkamp 82–84, D-48147 Münster; E-mail: paedea@paedea.de