

Wenn PatientInnen mitplanen

Wie verhalten sich Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess? Und wie wirkt sich das individuelle Verhalten auf den Behandlungsablauf aus? Eine Studie ermittelte fünf Persönlichkeitstypen. Besonders wenig Schnittstellenprobleme und gute Behandlungsergebnisse zeigten sich in der Gruppe der «Planenden».

**Claudia Eisenring,
Barbara Federspiel**

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) hat im Januar 2005 eine Studie zum Thema «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht» abgeschlossen¹. 18 Versicherte der Wincare Krankenversicherung wurden in qualitativen Interviews befragt. Im Zentrum des Interesses standen dabei die Erfahrungen entlang der Behandlungskette (Eintritt in ein Akutspital, Übertritt in eine Rehabilitationsklinik und Rückkehr nach Hause). Alle PatientInnen hatten einen Spitalaufenthalt hinter sich – dreizehn einen chirurgischen (meist orthopädischen)

Eingriff, fünf eine nicht invasive Therapie². Das Alter der TeilnehmerInnen lag zwischen 24 und 87 Jahren, zehn Personen waren älter als 70, vier waren zwischen 50 und 70, vier waren jünger als 50.

Methode

Die Forschungsmethode der Studie orientiert sich an der Grounded Theory von Glaser und Strauss, einer heute weit verbreiteten Strategie der qualitativen Sozialforschung. Das Datenmaterial wird dabei häufig durch Interviews oder Beobachtung gewonnen. Anschliessend werden die einzelnen Aussagen kodiert, das heisst einem bestimmten Thema oder Kode zugewiesen. Das so aufbereitete Datenmaterial wird zu Kategorien und Hauptkategorien verdichtet, um aus den Einzelfällen auf Gesetzmässigkeiten und Typisches schliessen und so neue theoretische Erkenntnisse ableiten zu können.

Ergebnisse

In der Studie wurden die Versicherten/Patienten bei sich zu Hause interviewt. Zum Teil beteiligten sich auch Angehörige am Gespräch. Die Interviews wurden offen geführt. Dabei zeigte sich, dass es den meisten StudienteilnehmerInnen schwer fiel, sich in ihren Erzählungen auf die Schnittstellen zu beschränken. Oft wurde auch über die Zeit während dem Spitalaufenthalt und über private Belange gesprochen. Häufige Themen/Kodes des privaten Bereichs waren die emotionalen Eindrücke, die das Behandlungsgeschehen beim Patienten/ bei der Patientin hinterliess; das eigene Verhalten im Behandlungsprozess; die individuel-



Claudia Eisenring



Barbara Federspiel

len Copingstrategien (Strategien zur physischen und psychischen Krankheitsbewältigung); die Persönlichkeitskonzepte und/oder Selbstbilder sowie der eigene Beitrag und der Beitrag von Angehörigen zum Behandlungserfolg. Durch die Verdichtung zu Kategorien und Hauptkategorien wurden im Rahmen der Auswertung Aussagen zu den folgenden Themen-

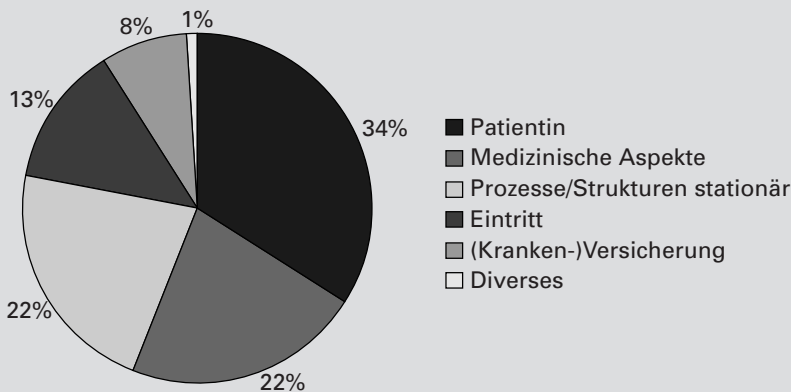
1 Der vollständige Bericht kann als PDF per E-Mail bestellt werden bei: caudia.eisenring@zhwin.ch

2 Die vollständigen Diagnosen lagen uns aus Datenschutzgründen nicht vor, viele StudienteilnehmerInnen erzählten aber von ihren gesundheitlichen Problemen.

Abbildung:

Wie oft wurden welche Themen angesprochen?

Prozentuale Verteilung der Nennung der Hauptkategorien im Rahmen der Studie «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht» (2447 Einzelnennungen)



bereichen gewonnen (siehe *Abbildung*):

- privater/persönlicher Bereich (Patientin)
- medizinisch-therapeutische Aspekte (therapeutisch-diagnostische Massnahmen, Arzt- und Pflegekontakte, Krankheitsverlauf, Komorbiditäten)
- stationäre Strukturen und Prozesse (Art und Organisation des Eintritts und des Austritts, Informationen, Wartezeiten, Mitsprachemöglichkeiten, Hotellerie)
- (Kranken-)Versicherung (Kostengutsprachen, Reha-Verlängerungen, direkte Kontakte und Erfahrungen mit der Kranken- und Unfallversicherung und mit der Invalidenversicherung).

Als besonders relevant für die Schnittstellenerfahrungen erwiesen sich die Aussagen zum privaten/persönlichen Bereich, insbesondere zum eigenen Verhalten während des Behandlungsprozesses. Ein Teil der Ergebnisse dieses Themenbereichs wird im Folgenden vorgestellt.

Fünf Persönlichkeitstypen

Fast alle Teilnehmenden schilderten eigeninitiatives Verhalten. In diesem Kontext waren auch die Coping-Konzepte «planen» und «sich einsetzen» wichtig. Die Hälfte der StudienteilnehmerInnen planten ihren Spitalaufenthalt und die Rehabilitation aktiv. Sie wollten mitreden und die Abläufe mitgestalten.

Beim Versuch, die Aussagen der Befragten zum eigenen Verhalten und Erleben während des Behandlungsprozesses zu kategorisieren, zeigten sich fünf Persönlichkeitstypen, wobei Mischtypen häufig waren:

Flexibel-Genügsame

Mit acht Personen am stärksten vertreten waren in der Studie die Flexibel-Genügsamen. Sie stellten sich darauf ein, dass sie sich im Spital anpassen müssen. Sie fanden sich an neuen Orten schnell zurecht und hatten meistens ein gutes Verhältnis zum Personal und zu Mitpatienten. Sie beobachteten ihre Umgebung sehr aufmerksam und nahmen – nicht nur an Schnittstellen – personelle und strukturelle Stärken und Schwächen genau wahr. Sie vertrauten aber darauf, dass alles gut geht. Solange nichts Gravierendes geschah, waren sie zufrieden.

«Und dann habe ich einfach gedacht, so jetzt bin ich da, macht mit mir, was ihr wollt, mir ist es egal, jetzt müsst ihr einfach machen, was notwendig ist (lacht).» (Herr M., 65 Jahre)

Planende

Vier der Befragten gehörten zum Typus der Planenden. Sie versuchten, möglichst viel im Voraus, vor dem Spitalaufenthalt, zu organisieren. Sie bereiteten sich administrativ, organisatorisch und teilweise auch physisch auf den Klinikaufenthalt vor.

Die erste Zeit nach dem Spitalaufenthalt zu Hause wurde nicht dem Zufall überlassen. Das Planen vermittelte Sicherheit. Lief aber bei der Planung oder während der Behandlung nicht alles rund, belastete dies. Die Planenden nahmen die Therapieanweisungen sehr ernst, sie setzten sich stark ein, um möglichst schnell wieder gesund zu werden. Sie hatten insgesamt sehr wenige Schnittstellenprobleme. Der Heilungsprozess verlief problemlos und schnell.

«Ich habe mich schon im Vorfeld auf die Operation vorbereitet, auch körperlich. Ich begann Velo zu fahren, ich machte Dehnungsübungen.» (Frau G., 45 Jahre)

Kämpferische

Drei StudienteilnehmerInnen gehörten zu den Kämpferischen. Sie konnten und verfolgten ihr Ziel hartnäckig. Sie waren bereit, dafür Schmerzen und unangenehme Situationen zu ertragen. Sie hinterfragten das Geschehen und ärgerten sich lautstark über Fehler und Mängel, manchmal kam es auch zu Auseinandersetzungen. Wenn sie zu jemandem Vertrauen hatten, waren sie kooperativ. Die Kämpferischen waren zäh und konnten dank ihres Einsatzes und der Hilfe von Dritten auch sehr schwierige Schnittstellensituationen zufriedenstellend bewältigen. «Ein Altersheim kommt nicht in Frage. Ich bin achtzig Jahre lang selbstständig gewesen und habe vier Kinder durchgebracht, ich bin immer selbstständig gewesen. Sie müssen nicht meinen, jetzt könnten sie mit mir machen, was sie wollen, über mich verfügen sie nicht!» (Frau B., 87 Jahre)

Ängstlich-Sensible

Zwei Personen gehörten zum Typus der Ängstlich-Sensiblen. Sie benötigten viel Aufmerksamkeit und Zuwendung, um sich sicher zu fühlen. Sie hatten klare Vorstellungen davon, was zu einer «guten Behandlung» gehört, und waren schnell enttäuscht, wenn ihre Erwartungen nicht erfüllt wurden. Sie waren stark mit sich selbst beschäftigt und brachten wenig Verständnis dafür

auf, wenn Schnittstellen- und andere Prozesse suboptimal organisiert waren. Die Ängstlich-Sensiblen erlebten dadurch die Schnittstellen häufiger als belastend und waren oft enttäuscht. So wurden von Personen dieses Persönlichkeitstyps auch überdurchschnittlich viele Schnittstellenprobleme erwähnt. Die Kombination aus hohen Erwartungen an die Institution und ängstlicher Zurückhaltung im eigenen Verhalten erhöhte das Risiko für Schnittstellenkomplikationen.

«Dass noch eine andere Ärztin kommt und alles wissen will und dann davonläuft, weil sie einen Anruf erhält und dann in den Operationssaal muss, fand ich total daneben. Also ich fand es total daneben, dass eine Ärztin, die Eintritte in Empfang nimmt, noch in den Operationssaal muss.» (Frau H., 72 Jahre)

Sorglose

Ein Mann wurde dem Typus des Sorglosen zugeordnet. Er liess sich durch nichts verunsichern. Auch bei schlechtem Gesundheitszustand und in fremder und hektischer Spitalumgebung (z.B. Krankenwagen oder Notfall) blieb er optimistisch. Er nahm sich selbst nicht zu ernst. Er mochte einen saloppen Umgangston und klopfte Sprüche. Damit er bei der Behandlung und Rehabilitation

«Die Hälfte der StudienteilnehmerInnen planten ihren Spitalaufenthalt und die Rehabilitation aktiv.»

mitmachte, benötigte er eine gewisse Narrenfreiheit. Der Sorglose erlebte die Schnittstellen insgesamt als unproblematisch. War er mit einer Situation nicht zufrieden, versuchte er, sie zu optimieren. Er genoss dabei seine Rolle als unkonventioneller Individualist.

«Ich bin doch nicht krank! Ich hatte einmal einen Herzinfarkt und ich hatte fast einen zweiten; aber wegen dem lache ich gleich wieder.» (Herr G., 51 Jahre)

Gemeinsame Merkmale

Neben den Unterschieden zwischen den Befragten zeigten sich auch Gemeinsamkeiten: Die meisten TeilnehmerInnen hatten grosses Vertrauen in die Medizin. Vier PatientInnen berichteten von schwer wiegenden Komplikationen (Sekundärereignis-

«Waren die PatientInnen zufrieden mit sich selbst, dann waren sie es oft auch mit ihrer Umgebung.»

sen), die den stationären Aufenthalt um Tage bis Wochen verlängerten. Weitere fünf PatientInnen erwähnten mittelschwere Komplikationen. Alle nahmen diese Ereignisse aber geduldig und gelassen hin und ertrugen sie schicksalsergeben.

Mehr Emotionen zeigten die StudienteilnehmerInnen wegen Situationen, in denen sie sich nicht ernst genommen fühlten: Es war für sie sehr wichtig, ihre eigene Lebenswelt, ihr individuelles Erleben und Empfinden und ihre Erfahrungen in den Behandlungsprozess einbringen zu können. Wenn Ärzte, Pflegende, der Sozialdienst oder die Krankenversicherung zu wenig Empathie (Einfühlungsvermögen) zeigten, wenn sie die Schmerzen des Betroffenen oder auch sein Wissen und seine Fähigkeiten nicht ernst nahmen oder nicht berücksichtigten, wurde dies als verletzend empfunden. «Ich habe selber alle Tassen im Schrank und will selber entscheiden, wo ich hin will», empörte sich beispielsweise die Ehefrau von Herrn L. (79 Jahre), der selber aufgrund verschiedener Krankheiten (Polymorbidität) nicht gut sprechen kann.

Wenn sich die StudienteilnehmerInnen während dem stationären Aufenthalt als respektierte, eigenständige und initiative Individuen wahrnehmen konnten, half dies bei der Bewältigung von unangenehmen und belastenden Situationen, insbesondere auch von Sekundärereignissen. Dabei schien es nicht so wichtig zu sein, was sich tatsächlich zugetragen hatte, wichtig war es für die Pa-

tientInnen vor allem, daraus ein positives Selbstbild ziehen zu können: Waren die PatientInnen zufrieden mit sich selbst, dann waren sie es oft auch mit ihrer Umgebung.

Insgesamt verfügen die StudienteilnehmerInnen, wie sich in den Gesprächen zeigte, über grosse Ressourcen: persönliche/innere Ressourcen wie auch externe Ressourcen (Unterstützung durch Angehörige). Zum Vorteil aller Beteiligten wäre es sinnvoll, wenn diese Ressourcen von den stationären Institutionen wie auch von den Versicherern stärker genutzt werden könnten. Dass in der Patientengruppe der «PlanerInnen» weniger Schnittstellenprobleme und gute Behandlungsergebnisse auftraten, deutet darauf hin, dass es sinnvoll wäre, die PatientInnen/Versicherten zu mehr Eigeninitiative zu ermutigen. Dadurch könnten zugleich auch das Selbstbild der PatientInnen und ihre Zufriedenheit positiv beeinflusst werden. ■

Autorinnen:

Claudia Eisenring

lic. phil. I, Pflegefachfrau AKP
Wissenschaftliche Mitarbeiterin WIG

Barbara Federspiel

Dr. med., MHA
Dozentin WIG

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)
Zürcher Hochschule Winterthur
Im Park, St. Georgenstrasse 70
Postfach 958
8401 Winterthur