

Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht

Im Januar 2004 hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie eine qualitative Untersuchung zum Thema «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht» gestartet. Im Rahmen der Untersuchung sollen 25 Patientinnen und Patienten befragt werden. Zur Vorbereitung wurden bereits im Jahr 2003 zwei Patientinnen befragt. Die Studienleitenden berichten über die ersten Ergebnisse dieses Vorlaufes.

Claudia Eisenring und Urs Brügger

«**U**nd dann ist der einfach ans Telefon gegangen und hat das 144 eingestellt, Notruf.¹ Dann sind sie halt gekommen und wollten mich ins Spital bringen. Dann heisst es: Wir haben weder ein Bett noch ein Zimmer, Sie können die Patientin nicht bringen, Sie müs-

sen in ein anderes Spital. Gut. Dann sind wir halt dorthin. «Brüälet» (geweint/geschrieen) habe ich wie am Spiess. ... Zwei Spritzen mussten sie mir machen, so «brüälet» habe ich vor Schmerzen. ... Und wissen Sie, was? Das Spital hat geröntgt und hat gesagt, es ist ein glatter Bruch. Der sollte zusammenheilen ohne Operation. ... Dann «gheiets» (werfen sie mich nach X (Rehabilitationsklinik) «ufe» (hinauf), drei Wochen.» (Frau B., 86 Jahre)

Wie erleben Patientinnen und Patienten den Spitaleintritt, den Übertritt in eine Rehabilitationsklinik und die Rückkehr nach Hause? Was ist ihnen dabei besonders wichtig, was belastet, was wird als negativ erlebt? Diese Fragen stehen im Zentrum der Untersuchung «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht».

Ziel und Umfang der Untersuchung

Im Rahmen der genannten Untersuchung erzählen 25 Versicherte der Krankenversicherung Wincare in offenen Interviews (siehe *Kasten*) von ihren Erfahrungen². Der offene beziehungsweise qualitative Forschungsansatz wurde bewusst gewählt. Die Befragten sollen möglichst frei und unbeeinflusst ihre Meinung äussern, ihr Erleben und ihre eigene Sichtweise schildern. Betrachtet werden alle Schnittstellen während des Behandlungsverlaufs. Ein idealtypischer Verlauf wäre zum Beispiel: privates Umfeld – Ambulanz – Notfall/regulärer Eintritt – Bettenstation – Rehabilitation – privates Umfeld.

Start der Befragung war im Januar 2004. Zur Vorbereitung wurden be-



Claudia Eisenring



Urs Brügger

reits im Jahr 2003 zwei Interviews durchgeführt:

In einem je rund einstündigen Gespräch erzählen Frau B., 86 Jahre, verwitwet, aus Zürich, und Frau S., 82 Jahre, verheiratet, von ihren letzten Schnittstellenerfahrungen mit stationären Einrichtungen.

Frau B. stürzte bei sich zu Hause und brach sich den Oberschenkelhals. In den folgenden Wochen erlebte sie

¹ Es handelt sich um eine schriftsprachliche Transkription von Äusserungen in schweizerischer Mundart.

² Das Ziel dieser Untersuchung ist es, mehr über die Erfahrungen der Patienten beim Spitaleintritt und -austritt, beim Übertritt in eine Rehabilitation und bei der Rückkehr nach Hause zu wissen, damit die Eintritte und Austritte patientengerechter organisiert und koordiniert beziehungsweise die Ressourcen optimal eingesetzt werden können.

mehrere notfallmässige Spitaleinweisungen, gefolgt von Überweisungen in Rehabilitationskliniken (siehe *Abbildung*). Heute lebt sie wieder fast selbstständig in ihrer Wohnung. Frau S., 82 Jahre, lebt zusammen mit ihrem Ehemann in Winterthur. Während einem Tagesausflug stürzte sie und erlitt eine Schambeinast-Fraktur. Auch sie erlebte in der Folge mehrere Spitaleintritte und -übertritte.

«Sobald die beiden Frauen die Aufnahme in die Notfallstation beschreiben, werden die Schilderungen knapp.»

Bei beiden Frauen führte eine Fraktur infolge eines Sturzes zu einem Spitalaufenthalt. Die Analyse der Interviews zeigt weitere Gemeinsamkeiten, über die im Folgenden berichtet wird.

Dramaturgie der Schilderung

Der Unfallhergang, das *Primäreignis*, wird sehr lebendig und detailliert dargestellt. Sobald die beiden Frauen aber die Aufnahme in die Notfallstation beschreiben, werden die Schilderungen knapp. Sie beschränken sich auf die Aufzählung der wichtigsten medizinischen und diagnostischen Massnahmen, um dann die baldige Verlegung in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Spital im Wohnkanton zu erwähnen. Einzig zum Vorgehen bei der Verlegung beziehungsweise zum Verlegungsort werden wertende Bemerkungen geäussert. Die passive Rolle, welche die Patientinnen innerhalb des stationären Systems einnehmen (müssen), spiegelt sich also direkt in ihrer Erzählweise:

«Und nachher, im Spital oben, haben sie geröntgt, und auch ein Spezialröntgen, und dann ist es eben gekommen: dass da eine Schambeinast-Fraktur ist. Am gleichen Abend hat man dann ja gewerweisst, ob man mich da oben lassen soll oder nach Winterthur verlegen. Und das wäre ja (für den Ehemann) sehr ungünstig gewesen, immer, immer dort hinauf.» (Frau S., 82 Jahre)

Erwartungen beeinflussen die Zufriedenheit

Professionelles Handeln wird vorausgesetzt und wird – wenn das Erlebte einigermaßen den Erwartungen entspricht – nicht weiter erwähnt oder gelobt. Vor allem im Akutspital werden *strukturelle Sachzwänge* (das Spital hat kein Bett mehr frei, Wartezeiten auf dem Notfall) akzeptiert, solange die minimalen Erwartungen bezüglich Professionalität erfüllt werden.

Beide Frauen waren unzufrieden mit der Pflegequalität in der Rehabilitation, sie fühlten sich vernachlässigt. Für Frau S. war das Personal in der Rehabilitationsklinik «etwas faul», Frau B. hatte das Gefühl, dass man sie nicht mochte. Beide hatten eine «bessere», das heisst fürsorglichere Betreuung («Bedienung») erwartet. Als bewusstes Schnittstellenmanagement mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbstständigkeit, als Vorbereitung auf eine Rückkehr nach Hause, wurde das Verhalten der Reha-Pflege nie verstanden. Dass man schon am dritten Tag sagte, sie müsse üben, damit sie wieder heimkönnen, empfand Frau B. als Überforderung und nicht als vorausschauende Förderung.

Planung der Heimkehr

Eine Reflexion über beziehungsweise eine Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause hat in den Reha-Kliniken stattgefunden. Frau B. wurde vorgeschlagen, in ein Altersheim zu gehen, was von ihr mit Vehemenz zurückgewiesen wurde («Kommt nicht in Frage. Über mich verfügen Sie nicht!»). Beiden Patientinnen wurde eine Unterstützung

«Als bewusstes Schnittstellenmanagement wurde das Verhalten der Reha-Pflege nie verstanden.»

durch die Spitex angeboten. Herr und Frau S. fanden diese jedoch unnötig. Für Frau B. wurden Mahlzeitendienst und Spitex-Unterstützung organisiert. Als sie heimkehrte,

wartete bereits jemand von der Spitex vor ihrer Wohnungstür, was sie sehr erstaunte.

Abgesehen vom Thema Altersheim äusserten sich die beiden Frauen zur Schnittstellenorganisation und zur Verlegungsvorbereitung sehr neutral und knapp. Offenbar besteht hierzu (trotz Nachhaken) kein grosses Mitteilungsbedürfnis. Die Rückkehr nach Hause hat trotz zeitweiliger Ängste gut funktioniert.

Grundlegende Patientenbedürfnisse

Besonders geschätzt wurden Verhaltensweisen, die auch in ganz anderen Situationen geschätzt werden: Erfassen und Ernstnehmen der individuel-

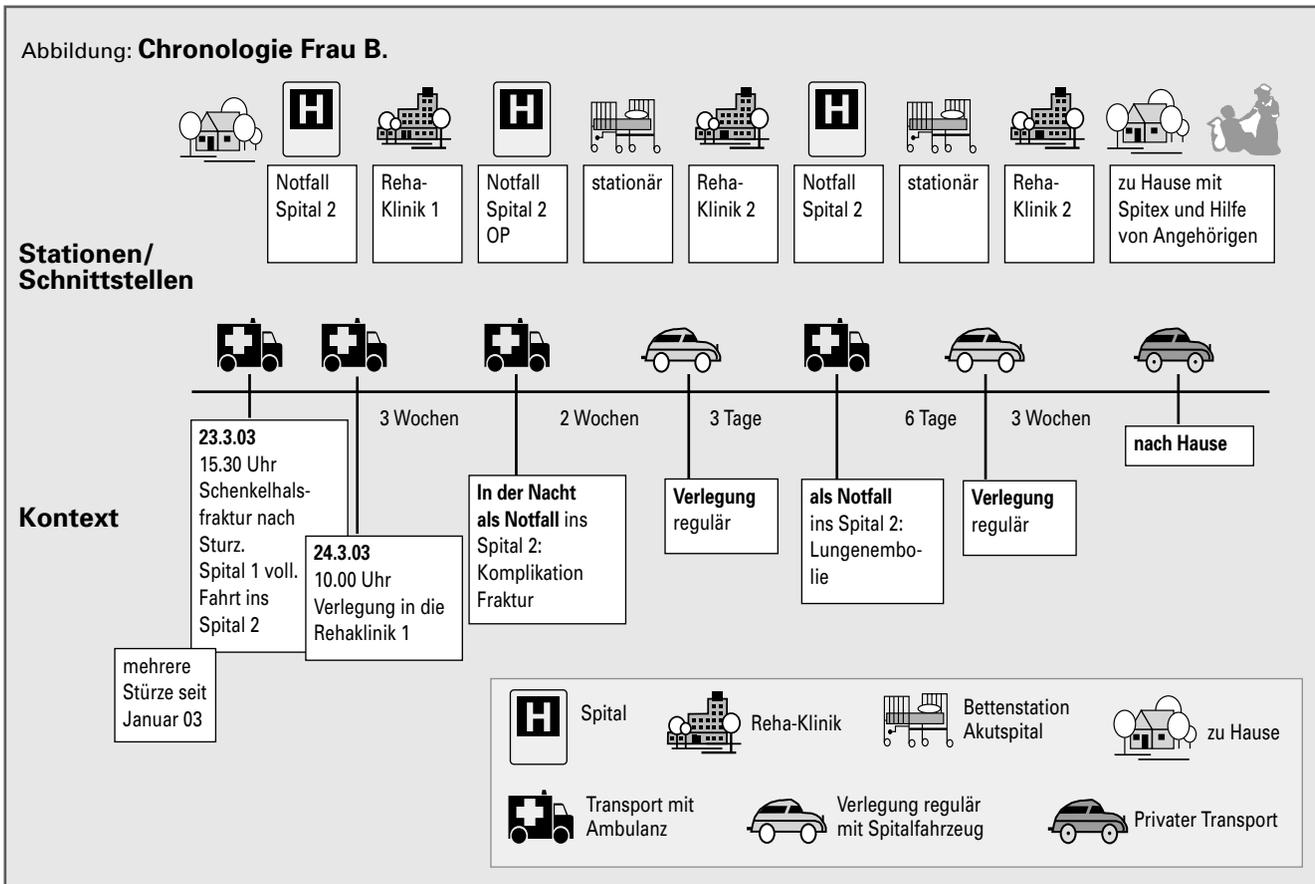
«Ärger kann rückblickend durch ein unerwartet grosses Engagement stark gemildert werden.»

len Problemlage (grosse Schmerzen, schwaches Herz); Empathie und Verständnis; Ärzte, insbesondere Professoren und Chefärzte, die mit einem sprechen und einen dabei über das Krankheitsbild hinaus als

Qualitative Sozialforschung

Bei der qualitativen Sozialforschung wird der Untersuchungsgegenstand anhand offener, flexibler Verfahren erforscht. Ziel einer qualitativen Untersuchung ist es, sich möglichst unvoreingenommen einem Thema anzunehmen und es dadurch in seiner Breite und Tiefe kennen zu lernen. Eine qualitative Untersuchung hat nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein. Die Untersuchungspersonen oder -situationen werden daher nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern aufgrund von typischen Eigenschaften oder aufgrund ihrer Häufigkeit ausgewählt (Theoretical Sampling).

Offene, unstrukturierte Interviews oder (teilnehmende) Beobachtung sind die häufigsten Methoden der qualitativen Forschung. Daher sind dem Umfang einer Untersuchung natürliche Grenzen gesetzt. Häufig umfasst eine Studie 15 bis 30 Personen.



Individuum wahrnehmen («Sie haben gewusst, dass ich Damenschneiderin bin.»). Positive Erfahrungen dieser Art hat Frau B. während dem ersten Aufenthalt auf der Notfallstation erlebt, und sie sagt darüber: «Sie haben mich wirklich liebevoll aufgenommen. Das muss ich sagen.» Auch Frau S. ist im Grossen und Ganzen zufrieden: «Momol, momol, sie haben sich Mühe gegeben.»

«Beide Patientinnen ertrugen die teilweise lebensbedrohlichen Ereignisse schicksals- ergeben.»

Allgemein wird ein «überobligatorischer Einsatz», sei dies durch Angehörige (Enkel) oder das Personal (Chefarzt, KrankenwagenfahrerIn), sehr geschätzt. Unannehmlichkeiten und Ärger können rückblickend durch ein unerwartet grosses Engagement stark gemildert werden.

Am meisten Kritik zum Schnittstellenmanagement wurde im Zusammenhang mit der fehlenden Mitsprachemöglichkeit in Bezug auf den Ort der Rehabilitation oder Nachbetreuung (Altersheim) geäussert. Frau B. hätte vor allem in der zweiten Rehaklinik eine klarere, ehrlichere Kommunikation begrüsst.

Sekundärereignisse

Zufällig sind in beiden Fällen während der Hospitalisation oder Rehabilitation Komplikationen (Sekundärereignisse) aufgetreten. Beide Patientinnen ertrugen die teilweise lebensbedrohlichen Ereignisse schicksals- ergeben und ohne sich darüber zu beklagen. Wie die chronologische Darstellung des Verlaufs von Frau B. (Abbildung) zeigt, verlängerten diese Sekundärereignisse den stationären Aufenthalt um Wochen, und der Behandlungspfad wurde um zusätzliche Schnittstellen erweitert (ebenso bei Frau S.). Im Hinblick auf diese Sekundärereignisse stellt sich die Frage, ob effektives Schnittstellenmanagement

neben umfassender Kommunikation nicht noch stärker die Prävention von medizinischen Risiken berücksichtigen müsste. Die Interviews im Rahmen der regulären Untersuchung werden darüber Aufschluss geben. ■

AutorInnen:
Claudia Eisenring

lic. phil. I, Pflegefachfrau AKP
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
E-Mail: eic@zhwin.ch

Urs Brügger

Dr. oec. HSG
Institutsleiter
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Zürcher Hochschule Winterthur
Technopark
Jägerstrasse 2/Postfach 805
8400 Winterthur
E-Mail: bgu@zhwin.ch