

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

Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung

Christoph Bräutigam, Nicole Klettke, Wilfried Kunstmann, Angela Prietz, Margot Sieger

Zusammenfassung

Der Sicherstellung der Versorgungskontinuität zwischen den Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen kommt stetig wachsende Bedeutung zu. Im Rahmen eines zweijährigen Forschungsprojekts zum Thema wurden umfangreiche teilnehmende Beobachtungen in drei Düsseldorfer Krankenhäusern durchgeführt. Pro Klinik wurden vier Patienten kontinuierlich bis zu ihrer Entlassung beobachtet und sämtliche Interaktionen mit den verschiedenen Berufsgruppenvertretern mittels eines teilstrukturierten Erhebungsinstrumentes dokumentiert. Zusätzlich wurden nach jeder Situation die beteiligten Professionellen befragt. Insgesamt wurden während 100 Arbeitsschichten 980 Situationen festgehalten, so dass für jeden Patienten die Aktivitäten zur Sicherstellung der Kontinuität als umfassend erhoben gelten können. Krankenhausübergreifend zeigt sich, dass die individuelle Bedarfserhebung von den Vertretern der Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Sozialarbeit u. a.) nur lückenhaft und teilweise überhaupt nicht geleistet wird. Auch findet eine interprofessionelle Kooperation nicht regelmäßig statt, und die Perspektive der Akteure bleibt im Wesentlichen auf die Institution beschränkt. Auffällig ist zudem, dass die Patienten und ihre Bezugspersonen nicht systematisch an den Prozessen beteiligt und ihre Einschätzungen selten berücksichtigt werden. Diese Aspekte werden anhand der Ergebnisse bei zwei der Patienten exemplarisch deutlich. Ein drittes Ergebnisbeispiel zeigt, dass auch gelungene Prozesse beobachtet werden konnten. Überwiegend setzt sich aber die implizite Logik des Systems Krankenhaus gegen die individuelle Bedarfslage durch, so dass nicht von einer gelingenden Sicherstellung der Versorgungskontinuität ausgegangen werden kann. Die Notwendigkeit einer grundlegenden Änderung der kontraproduktiven Systemlogik im Krankenhaus wird abschließend kurz dargestellt.

Summary

Continuity of care by Pflegeüberleitung? Results of participant observation
Continuity of care between health care institutions is of increasing importance. In a two-year research project on this topic extensive participant observation was carried out for data gathering in three hospitals in Düsseldorf (Germany). In each institution four patients were observed until their discharge and all interactions between them and health care professionals were documented using a semi-structured data-gathering instrument. Furthermore, the researchers questioned the involved professionals after each situation. Altogether a total of 980 situations were documented during 100 shifts, thus professional activities aiming at continuity of care can be regarded as extensively covered. The results show that care professionals (nurses, physicians, social workers etc.) in the three participating hospitals only incompletely assess individual needs or even fail to do so at all. In addition, there is no regular inter-professional collaboration and the professionals' horizon is essentially limited to their own institution. Patients and their relatives are not systematically involved and their views rarely considered. Two cases are used as examples to illustrate these aspects.

A third example shows that also successful processes were observed. In most cases, however, the implicit logic of the hospital system dominates over individual needs and therefore a successful continuity of care processes cannot be assumed. Finally, the necessity for a fundamental change of this counterproductive systems logic is briefly discussed.

1. Einleitung

Die hier im Überblick dargestellte Untersuchung erfolgte im Rahmen eines umfassenden Forschungsprojekts zur Si-

cherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung, das von März 2000 bis Februar 2002 durchgeführt wurde (vgl. Sieger & Kunstmann, 2003). Das Gesamtprojekt folgte den Prinzipien des formativen Evaluationsverfahrens (Wottawa & Thierau, 1998) und hatte zum Ziel, die Qualität der Überleitungsbemühungen in den drei beteiligten Krankenhäusern einzuschätzen und Vorausset-

Manuskript erstmals eingereicht am 19.3.2004
Endgültige Fassung eingereicht am 21.10.2004

DOI 10.1024/1012-5302.18.2.112

zungen für Kontinuität zu identifizieren. Die Anstrengungen der Kliniken wurden wissenschaftlich begleitet und bewertet. Darüber hinaus bestand ein kontinuierliches Beratungsangebot. Forschungslenkend war bei allen Schritten die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie ein Pflegebegriff, der Pflege als professionellen, zielgerichteten Interaktionsprozess begreift, in dem auch soziale, personale und psychische Aspekte thematisiert werden. Entsprechend richtete sich das besondere Interesse auf personale und systemische (organisatorische, soziale, rechtliche, interaktionale) Rahmenbedingungen mit dem handlungsleitenden Forschungsziel, diese Bedingungen zu evaluieren und Ansätze zur Optimierung aufzuzeigen. Die Forschungsfragen des Projekts können wie folgt zusammengefasst werden:

- Welche Konzepte der Pflegeüberleitung sind lenkend bei der Erhebung des Versorgungsbedarfs?
- Wie sind die Kommunikationsverläufe zwischen den Beteiligten?
- Wie werden die Arbeitsprozesse koordiniert?
- Wie werden neue Rollen zwischen Laiensystem und professionellem Versorgungssystem ausgehandelt?
- Welche institutionellen Elemente kennzeichnen den Grad der Patientenorientierung?
- Welche Leistungen erweisen sich in welchem Kontext als besonders effizient?

Neben einer Analyse der Überleitungskonzepte der Kliniken wurden Selbstaufschreibungen der Pflegeüberleitungs-Mitarbeiter(innen), Interviews mit ihnen und mit ambulanten Pflegediensten sowie den Patienten und ihren Angehörigen durchgeführt. Daneben erfolgten Fragebogenerhebungen bei Pflegenden und Ärztinnen/Ärzten der beteiligten Stationen und den ambulanten Pflegediensten der Region. Die ebenfalls durchgeführten umfassenden teilnehmenden Beobachtungen werden in diesem Beitrag dargestellt. Dieser Anteil ist von besonderer Bedeutung, da er nicht auf eine einzelne Personengruppe fokussiert, sondern prinzipiell alle an der Versorgung beteiligten Personen erfasst. Dies ist entscheidend, will man die Abläufe und Vorgehensweisen bei dem Bemühen um Versorgungskontinuität in einem arbeitsteiligen System wie dem Krankenhaus nachvollziehen und dokumentieren.

2. Methoden

2.1 Erhebung

Die teilnehmende Beobachtung als eine der grundlegenden Erhebungsmethoden der Sozialforschung erfasst die natürliche soziale Lebenswelt der beobachteten Personen, in diesem Fall der Vertreter der beteiligten Berufsgruppen und der Patienten und Bezugspersonen. So wird der Zugang zum Alltagsleben ermöglicht, zu dem auch die Beobachtenden agieren. Ziel einer qualitativ ausgerichteten Beobachtung ist es, die Beobachteten und ihr Handeln methodisch kontrolliert zu verstehen. Gerade in der Pflegeforschung eignet sich diese Methode, da sie die Möglichkeit eröffnet, die soziale Situation der Pflegebedürftigen zu untersuchen (vgl. Holloway & Wheeler, 1997, S. 75ff.;

Reid, 1993, S. 33). Zur näheren Einordnung der eingesetzten Form der teilnehmenden Beobachtung werden nachfolgend die von Lamnek (1995, Bd. 2, S. 239–317) verwendeten Kriterien herangezogen:

Hinsichtlich des *Realitätsbezugs* handelt es sich um eine direkte Beobachtung, d.h. die Beobachtenden werden selbst Teil der Beobachtungssituation und dokumentieren aus dieser Perspektive die Interaktionen der Beobachteten. Weiterhin handelt es sich um eine offene Form der Beobachtung, da sich alle beteiligten Personen der Tatsache bewusst waren, dass sie beobachtet wurden. Der *Partizipationsgrad* kann als tendenziell passiv teilnehmend bezeichnet werden. Die Beobachtenden übernahmen keine zusätzliche Rolle. Sie griffen also nicht aktiv in das Geschehen ein, wahrten allerdings angemessene, von fachlicher Kompetenz gekennzeichnete soziale Umgangsformen. Das bedeutet, dass auf Ansprache durch die Beobachteten reagiert und im Einzelfall beispielsweise ein Gegenstand angereicht oder eine Tür aufgehalten wurde. Dieses Beobachterverhalten erhöht auch die soziale Akzeptanz der für die Beteiligten ungewöhnlichen Beobachtungssituation und verfälscht dabei die Situation kaum. Eine gewisse Systematik bei der Beobachtung komplexer sozialer Situationen erwies sich als erforderlich, um einerseits den Beobachtenden eine Hilfestellung und Orientierung zu geben und um andererseits auf diese Weise eine Einheitlichkeit der Aufzeichnungen zu gewährleisten. Die somit *teilstrukturierte Beobachtung* wurde durch ein speziell entwickeltes Erhebungsinstrument unterstützt (siehe Abb. 1a und 1b). Das Instrument wurde so konzipiert, dass es sowohl der Erfassung der Interaktionsinhalte und des sichtbaren Verhaltens der Beteiligten dient (Seite 1) als auch die Intentionen der handelnden Berufsvertreter(innen) erfassen kann (Seite 2). Die Struktur des Instruments richtet sich nach bestimmten charakteristischen Phasen im Prozess professionellen Handelns. Hierzu sind einige Sätze zum Begriff der Professionalität erforderlich:

Die an der direkten Versorgung der Patienten beteiligten Berufsgruppen (z.B. Pflege, Medizin oder Sozialarbeit) werden zur Gruppe der «höheren personenbezogenen Dienstleistungsberufe» gezählt. Sie zeichnet im Gegensatz zu anderen Dienstleistungen (z.B. im Servicesektor) aus, dass sie in direkter Interaktion mit Menschen arbeiten, die sich häufig in schwierigen Lebenssituationen, in Abhängigkeit und Krisen befinden. Professionalität ist in diesen Berufen durch konkretes Handeln unter Anwendung verschiedener Kompetenzen gekennzeichnet. Das Fachwissen, das in der Berufsausbildung, in Fort- und Weiterbildung sowie in der Berufspraxis erworben wird, ist eine wichtige Grundlage. Diese «wissenschaftliche Kompetenz» des Theoriewissens und seiner regelgerechten Anwendung allein reicht in den genannten Berufen aber nicht aus. Da die Arbeit immer in konkreten Situationen mit betroffenen Menschen stattfindet, ist Fachwissen nie exakt so anwendbar, wie es im Lehrbuch steht. Stattdessen ist es erforderlich, dieses Wissen jeweils dem individuellen Patienten in seiner aktuellen Situation anzupassen. Das setzt voraus, dass die Berufsvertreter die Perspektive des Patienten einnehmen und die individuelle Problemlage verstehen können. Dieses Verstehen basiert auf der zweiten beruflichen Kompetenz: der «hermeneutischen Kompe-

Datum _____ PatientIn _____ BeobachterIn _____ Seite _____
Situation _____

Ziele der Phase 1 Merkmale der Situation	Stufe 1 momentaner Bedarf d. Pat. subjektiv und objektiv erheben (Pat./Professionelle)	Stufe 2	Stufe 3	Kommentar/Reflexion d. Beobachtenden
Befindlichkeit Krankheitserleben				
Wahrnehmung und Deutung des sozialen und häuslichen Kontextes				
erste Einschätzung zur Gestaltung des zukünftigen Lebensraumes				

Abbildung 1a: Erhebungsinstrument (Seite 1).

Datum _____ PatientIn _____ BeobachterIn _____ Seite _____

Nach Beendigung der Intervention werden folgende Fragen an die Pflegenden oder Mitglieder anderer Berufsgruppen gestellt:

Wer hat interveniert?	
Was war der Anlass/das Thema der Intervention	
Was war das Ziel?	
Schätzen Sie ein: – Wurde das Ziel erreicht? (Ja/nein, in welchem Umfang?) – Welche Konsequenzen ergeben sich für Sie aus dieser Intervention? – Wurden darüber hinaus weitere Ziele erreicht?	

Abbildung 1b: Erhebungsinstrument (Seite 2).

tenz» (Oevermann, 1981; Weidner, 1995, S. 46–59). Es ist also charakteristisch für professionelles Handeln in den beteiligten Berufen, dass neben der Darstellung und Begründung der eigenen fachlichen Perspektive des Professionellen ein systematisches Einbeziehen der Perspektive des betroffenen Patienten geleistet wird, um das vorhandene Fachwissen situationsangemessen und personenbezogen anwenden zu können. Mit Fachwissen und dem Verstehen der konkreten Situation können dem Patienten Angebote zur Problembearbeitung gemacht werden. Pro-

fessionelles Handeln besteht so in einem kontinuierlichen Aushandlungsprozess zwischen Professionellen und Patienten. Dieser Dialog kennzeichnet Professionalität in den entsprechenden Berufen. Für die Arbeit der Professionellen im Krankenhaus bedeutet dies, dass sie dann als professionell bezeichnet werden kann, wenn der jeweilige Unterstützungsbedarf – hier hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgungskontinuität – durch einen Abgleich der objektiv-fachlichen Perspektiven der am Prozess beteiligten Berufe und der subjektiven Perspektive des Pa-

tienten geleistet wird (Oevermann, 1981; Weidner, 1995, S. 46–59).

Entsprechend orientiert sich das eingesetzte Erhebungsinstrument an den drei Stufen des Interaktionsprozesses: Bedarfserhebung, Aushandlung und Intervention. Inhaltlich wird in diesen drei Stufen ergänzend differenziert nach subjektivem Erleben des Pflegebedürftigen, Wahrnehmung des sozialen und häuslichen Kontextes sowie der Einschätzung der künftigen Lebensgestaltung. Zusätzlich wird dem Beobachtenden die Möglichkeit geboten, Kommentare und kurze Reflexionen zu den beobachteten Interaktionen festzuhalten. Zum Verständnis der Situation reicht diese Beobachtung im engeren Sinn allerdings noch nicht aus. Erforderlich ist es, die Intentionen und Motive der Professionellen zu erheben. Hierzu wurden die Beobachteten im Anschluss an jede Situation gebeten, drei kurze Fragen zu beantworten. Diese bezogen sich auf Anlass, Ziel und Zielerreichung sowie auf Konsequenzen der jeweiligen Situation. Auf diese Weise sollte über das Erfassen des beobachteten Verhaltens hinaus auch das Verstehen der Handlung und damit der Situation ermöglicht werden. Das dargestellte Erhebungsverfahren erwies sich in der Umsetzung als im Wesentlichen problemlos.

Die Beobachtungen fanden im Zeitraum zwischen November 2000 und März 2001 statt. Je Klinik wurden vier Patienten in die Untersuchung einbezogen. Die Auswahl erfolgte durch die Verantwortlichen der jeweiligen Klinik (Pflegeüberleitung, Pflegedienstleitung u.a.). Voraussetzung war, dass ein Überleitungsverfahren seitens der Klinik eingeleitet werden sollte. Sowohl Patienten als auch Berufsvertreter(innen) wurden vorab darüber informiert. Darüber hinaus gaben die beteiligten Patienten nach ausführlicher Information eine schriftliche Einverständniserklärung zu ihrer Teilnahme ab. Diese konnte jederzeit widerrufen werden, was aber in keinem Fall geschah. Bei einer Patientin (Patientin A), wurde das Einverständnis von der sie pflegenden Tochter erteilt, die auch die Betreuung ihrer Mutter wahrnahm. Die Beobachtungen beschränkten sich auf die Tagschichten, d.h. auf die Zeit zwischen 7 Uhr und 20 Uhr und wurden jeweils bis zur Entlassung der Patienten fortgesetzt. Da sich die Patienten auf einer Station oder, in einigen Fällen, auf direkt benachbarten Stationen befanden, konnten je zwei Personen von einer Beobachterin/einem Beobachter begleitet werden. Der Beobachter hielt sich grundsätzlich in der Nähe des jeweiligen Patienten auf und dokumentierte jeden Kontakt zwischen ihm und jeder beruflich tätigen Person.¹ Der Beobachter betrat dazu gemeinsam mit dem jeweiligen Mitarbeiter das Patientenzimmer und dokumentierte mit etwas räumlichem Abstand die Interaktionsinhalte. Die Interaktionen endeten in der Regel mit dem Verlassen des Patientenzimmers durch den Mitarbeiter.

2.2 Auswertung

Die Auswertungsphase begann noch während der Erhebung. Sie wurde mit einer EDV-gestützten Erfassung (Access-Datenbank) sämtlicher Datensätze eingeleitet. Insgesamt beträgt die Zahl der dokumentierten Schichten genau 100. Durch dieses aufwändige Verfahren konnten die Verläufe bei den ausgewählten Patienten umfassend dokumentiert werden. Von den 980 Datensätzen entfielen 270 (ca. 27,5%) auf Krankenhaus I, 431 (ca. 44%) auf Krankenhaus II und 279 (ca. 28,5%) auf Krankenhaus III. Die dokumentierten Situationen wurden dabei nach Datum der Beobachtung, Krankenhaus, Reihenfolge der Erhebung und beteiligter Berufsgruppe erfasst. Zusätzlich erhielt jeder Datensatz eine Codenummer. Dabei sind die Patienten A, B, L und M dem Krankenhaus I zuzuordnen, die Patienten C–F dem Krankenhaus II und die Patienten G–K dem Krankenhaus III. Im nächsten Auswertungsschritt wurden die überleitungsrelevanten Situationen herausgefiltert. Die beiden Kriterien zur Identifikation dieser im Projektzusammenhang interessierenden Datensätze, die einer weiteren qualitativen Auswertung unterzogen werden sollten, waren:

- Die Thematik der Versorgungskontinuität bzw. Überleitung wurde in der Situation von Beteiligten explizit angesprochen.
- Die Berufsvertreter äußerten in der anschließenden Befragung entsprechende Intentionen.

Auf diese Weise reduzierte sich die Anzahl der Datensätze zur weiteren Bearbeitung auf 106, was 10,8% der Gesamtzahl ausmacht. Die dokumentierten Inhalte dieser Situationen wurden anschließend detailliert erfasst. In diesem Schritt wurden für jeden Patienten sämtliche relevanten Inhalte in Form eines beschreibenden Fließtextes zusammengestellt. Die Inhalte wurden dabei nach den beteiligten Berufsgruppen strukturiert. In fast der Hälfte der Situationen sind Pflegenden der jeweiligen Stationen beteiligt. Es folgen mit fast gleich hohen Anteilen die Pflegeüberleitungsmitarbeiter(innen) und die Mediziner. Andere Berufsgruppen waren nur in geringem Umfang präsent. Sämtliche Aussagen wurden mit den Codenummern der Ursprungssituation versehen. Auf diese Weise war ein konkreter Nachweis der jeweiligen Quelle möglich und der Sinnzusammenhang jederzeit überprüfbar. Inhaltliche Unklarheiten wurden durch Kontrolle anhand der Originaldokumente ausgeräumt. Bei der Ergebnisdarstellung wurde streng auf einen rein deskriptiven Stil geachtet und jede Wertung oder Interpretation vermieden. Diese strikte Trennung zwischen deskriptiver Ergebnisdarstellung und anschließender Interpretation der Ergebnisse ist methodisch von entscheidender Bedeutung. Die darauf folgende patientenbezogene interpretative Bewertung der Ergebnisse folgte den Regeln der Hermeneutik (vgl. Lamnek, 1995, Bd. 1, S. 71–92; Zielke-Nadkarni, 1998). Ziel ist es dabei, den Sinn der beobachteten Situationen und des sich daraus ergebenden Gesamtbilds zu verstehen und zu formulieren. Ausgehend von diesen Einzelinterpretationen erfolgte eine Verdichtung für jedes der beteiligten Krankenhäuser. Schließlich wurden allgemeine Schlussfolgerungen gezogen, die krankenhausesübergreifende Aussagen

¹ Bei der Berufsgruppe der Pflegenden waren sowohl Krankenschwestern und -pfleger sowie Altenpfleger/-innen beteiligt als auch Schüler/-innen und Hilfskräfte. Bei der Gruppe der Mediziner waren Ärztinnen und Ärzte sowie Studentinnen und Studenten der Medizin tätig.

zur angestrebten Sicherung der Versorgungskontinuität auf der Basis der Beobachtungen erlauben.

3. Ergebnisse und Interpretation

3.1 Krankenhausbezogene Ergebnisse

Krankenhaus I

Die Gesamtzahl der dokumentierten Situationen beträgt 270. Der Anteil der nach den oben genannten Kriterien relevanten Situationen liegt mit 14,8% (n = 40) geringfügig höher als in den anderen Häusern, bleibt aber auch hier eher gering. Hinsichtlich der Berufsgruppen fällt auf, dass der Anteil der Pflege mit über 50% relativ hoch ist. Die Pflegeüberleitung war in diesem Haus Aufgabe des Sozialdienstes: eine Sozialarbeiterin, die speziell für diese Aufgabe eingestellt worden ist (1/2 Stelle; zuständig für vier Stationen der Inneren Medizin mit insgesamt 141 Betten), und ein Sozialarbeiter (Leiter des Sozialdienstes).

Krankenhaus II

Insgesamt wurden hier mit 430 Situationen deutlich mehr dokumentiert als in den anderen Häusern. Auffällig ist der mit 7,4% (n = 32) vergleichsweise geringe Anteil überleitungsrelevanter Situationen an der Gesamtzahl. Der Blick auf die an diesen relevanten Situationen beteiligten Berufsvertreter zeigt, dass der Anteil der Pflege mit über 18 von 32 Situationen besonders hoch ist, während jener der Pflegeüberleitung mit nur drei Situationen auffällig niedrig ausfällt. Die Pflegeüberleitung wurde in der betreffenden Abteilung von einer Krankenschwester geleistet, in anderen vom Sozialdienst. Der Zuständigkeitsbereich der Krankenschwester umfasste insgesamt 155 Betten auf fünf Stationen der Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Augenheilkunde.

Krankenhaus III

Die Gesamtzahl der Datensätze beträgt 279, von denen 34 (12,2%) als relevant identifiziert wurden. Es sticht der hohe Anteil solcher Situationen hervor, bei denen die Mitarbeiterin der Pflegeüberleitung beteiligt ist (18 Situationen).

Der Anteil der Pflegenden der Station hingegen ist mit zehn Situationen deutlich geringer als in den anderen Häusern. Die Pflegeüberleitung wurde von einer Krankenschwester wahrgenommen, die ihr Büro auf der Station hatte und deren Aufgabe sich auf zwei Stationen der Abteilung für Innere Medizin und eine Intensivstation mit insgesamt 90 Betten beschränkte.

3.2 Patientenbezogene Ergebnisse

Die Gesamtdarstellung der patientenbezogenen Einzelergebnisse würde den Rahmen des Beitrags stark überschreiten. Daher folgen drei exemplarische patientenbezogene Ergebnisse und Interpretationen. Diese Beispielfälle wurden ausgewählt, weil sie die durch die teilnehmende Beobachtung identifizierten typischen Abläufe, wie sie in Abbildung 2a und 2b dargestellt sind, in besonderer Weise verdeutlichen.

3.2.1 Beispiel: Patientin A

Hintergrundinformationen (aus der Perspektive der Beobachtenden): Die Patientin leidet unter einer demenziellen Erkrankung, die sich in der letzten Zeit rasch verschlimmert hat. Sie ist vor dem Krankenhausaufenthalt von ihren beiden Töchtern zu Hause gepflegt worden. Seit einiger Zeit werden sie durch Tagespflege und Kurzzeitpflege unterstützt. Die Pflegeeinrichtung liegt in der Nähe ihrer Wohnungen, und der Patientin hat es dort nach den Angaben ihrer Töchter gut gefallen. Für die Zukunft ist der Umzug in ein Pflegeheim geplant. Die Töchter haben den Wunsch geäußert, ihre Mutter in derselben Einrichtung unterzubringen. Dort hat bereits ein Heimplatz zur Verfügung gestanden, der aber zwischenzeitlich wegen des Klinikaufenthalts an einen anderen Interessenten vergeben wurde. Die Töchter treffen alle Entscheidungen stellvertretend für die Mutter.

Die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin verhandelt im Gespräch mit einer Tochter über deren Bereitschaft, die Patientin solange übergangsweise selbst zu Hause zu versorgen, bis ein Heimplatz gefunden ist. Dabei wird die Belastungssituation der Tochter thematisiert. Sie schätzt die

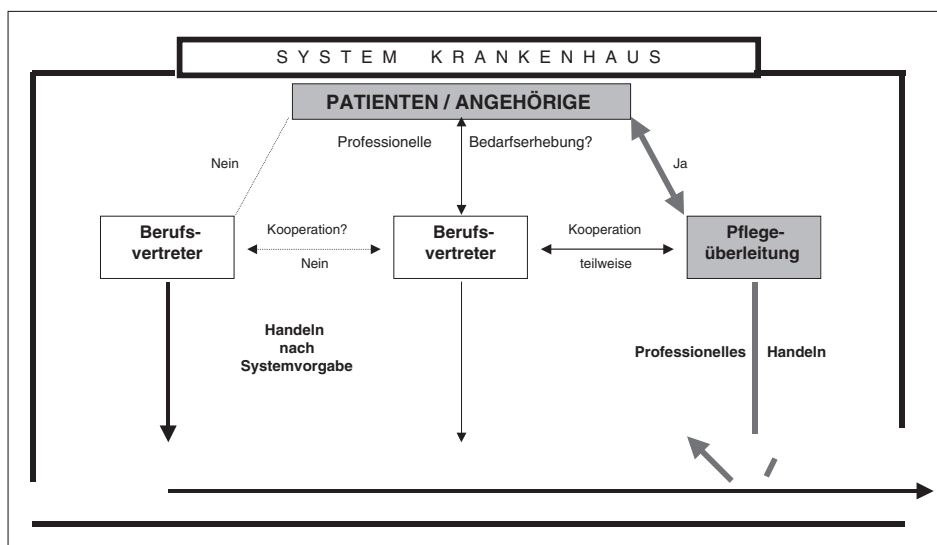


Abbildung 2a: Variante 1 der Gesamtinterpretation.

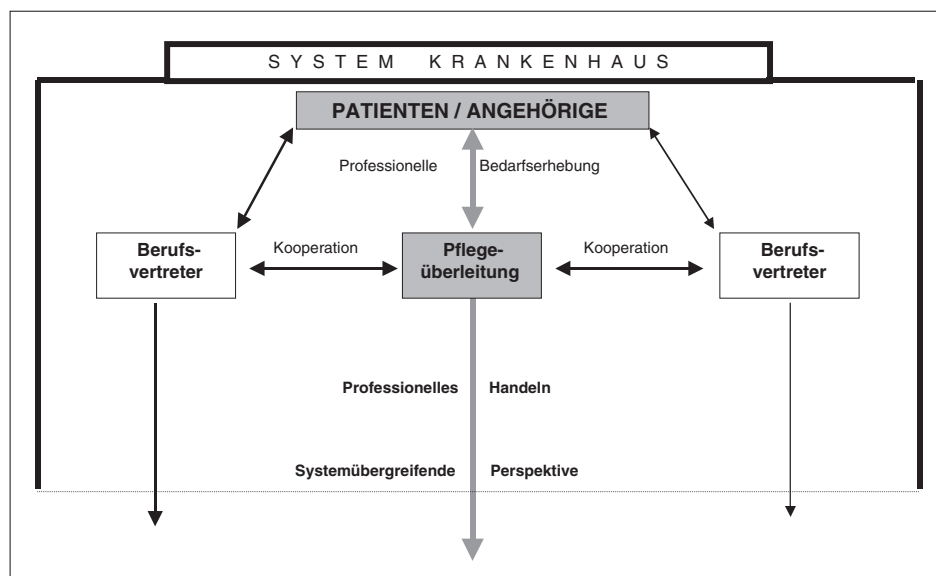


Abbildung 2b: Variante 2 der Gesamtinterpretation

häusliche Situation als sehr problematisch ein: Wegen der Erkrankung ihres eigenen Ehemanns sei sie mit der Pflege der Mutter zu Hause überfordert. Obwohl sich die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin um die Organisation eines Heimplatzes für die Patientin kümmert, bemüht sie sich im Gespräch mit Angehörigen darum, die Suche voranzutreiben, indem diese gebeten werden, sich auch selbst mit verschiedenen Heimen in Verbindung zu setzen.

Über den Entlassungstag werden die Angehörigen von einer Krankenschwester informiert. Dabei ist diese selbst erst kurzfristig über eine Terminänderung unterrichtet worden. Die Festlegung des Entlassungstermins ist aber nach Aussage der Krankenschwester Aufgabe der Ärzte. Im Gespräch mit der Beobachterin kann eine Pflegendende die Frage nicht beantworten, in welches Altenheim eine Patientin verlegt werde, weil sie selbst nicht darüber informiert sei. Eine Tochter äußert Pflegenden und der Beobachterin gegenüber Kritik darüber, nicht vom Krankenhaus über einen festgesetzten Entlassungstermin informiert worden zu sein, sondern vom Heimleiter.

Interpretation

Im Beobachtungszeitraum erfolgt von keiner Professionellen ein Versuch, das Erleben der Patientin in der direkten Interaktion zu eruieren. Ebenso wird auch die Perspektive der Angehörigen nicht erhoben, so dass die Ziele der Betroffenen nicht deutlich werden können. Damit wird aber die wesentliche Voraussetzung für ein professionelles Handeln im Überleitungsprozess nicht geschaffen. Stattdessen folgt die Steuerung des Prozesses durch die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin ganz dem Ziel einer raschen Entlassung bzw. Verlegung der Patientin. Hier wird ein «Handlungsdruck» im System in Richtung kurze Verweildauer deutlich. Hinsichtlich der Zusammenarbeit der beiden beteiligten Berufsgruppen ist nicht von einer kooperativen Form auszugehen, da hierzu eine gemeinsame Zielsetzung erforderlich wäre. Der Austausch von Informationen zwischen ihnen fehlt, weil das auf beiden Seiten unterlassene Feststellen der Betroffenenperspektive dazu führt, dass es keine Informationen gibt, die weitergegeben werden könnten. Die Angehörigen sind von außerhalb des

Krankenhauses über den Entlassungstermin informiert worden. Diese Tatsache führt zu heftiger Kritik ihrerseits, die sich in der Annahme, das System unterstütze ihr eigenes Ziel, gegen das ganze Krankenhaus wendet, zumal sie keinen Verantwortlichen identifizieren können.

3.2.2 Beispiel: Patientin F

Hintergrundinformationen (aus der Perspektive der Beobachtenden): Die Patientin ist einige Tage nach der letzten Krankenhausentlassung erneut aufgenommen worden und leidet unter Atembeschwerden. Sie ist zu Hause von ihrer Schwiegertochter und einem ambulanten Pflegedienst versorgt worden, von dem sie sich nicht ausreichend unterstützt fühlt. Sie wirkt insbesondere in den ersten Tagen sehr aufgeregt und aggressiv. Eine erneute Entlassung nach Hause wird angestrebt.

Der Wunsch der Patientin nach der Verordnung einer Gehstütze für die Zeit nach der Entlassung wird von einem Arzt negativ beantwortet, denn diese reiche nicht aus. Während der Visite wird Patientin F gefragt, ob eine Entlassung für den nächsten Tag zu organisieren sei. Der Arzt informiert sie über Formen der Unterbringung und teilt ihr mit, sie müsse sonst jeden weiteren Tag im Krankenhaus selbst bezahlen. Nachdem der Patientin überraschend vom Arzt die morgige Entlassung mitgeteilt worden ist, wünscht sie konkret, dass Angehörige in die Entlassungsplanung einbezogen werden sollen, sowie die Einschaltung eines anderen ambulanten Pflegedienstes. Die Entlassung nach Hause kommt ihrer Ansicht nach zu früh, da sie ihren eigenen Zustand als schlecht einschätzt. Sie stellt ihre Einschätzung der bisherigen Versorgungssituation dar: Sie beklagt sich über den bisherigen Pflegedienst und über die Hausärztin wegen mangelnder Informationsweitergabe an sie. Pflegendende informieren die Patientin auf ihre Nachfrage hin über Möglichkeiten der Hilfsmittelbeschaffung. Ebenso teilen Pflegendende ihre fachliche Einschätzung des Versorgungsbedarfs mit, indem die Insulininjektion durch den ambulanten Pflegedienst thematisiert wird. Die Patientin möchte aber wie früher die Insulininjektionen selbst vornehmen. Ihr wird daraufhin zugesagt, dies mit ihr zu üben. Eine Pflegendende erkundigt sich bei der Patientin da-

nach, wie sie nach Hause gehen wolle, ob sie abgeholt werde und ob die ambulante pflegerische Versorgung geregelt sei. Auch der Kontakt mit Angehörigen wird von der Krankenschwester dazu genutzt, sich selbst über die Planung der nachstationären Versorgung bei diesen zu informieren. Von Pflegenden werden dem Beobachter gegenüber Zweifel darüber geäußert, ob die geplante Versorgung der Patienten nach der Entlassung ausreichend sein werde, da sich der Zustand verschlechtert habe. Im Hinblick auf die bevorstehende Entlassung machen Pflegende konkrete Angebote, wie den ambulanten Pflegedienst anzurufen und mit Einverständnis der Patientin einen Krankentransport zu bestellen.

Interpretation

Durch die Einbeziehung der Perspektive der Patientin schaffen Pflegende die Grundvoraussetzung für eine professionelle Gestaltung des Überleitungsprozesses. Die Problematik der häuslichen Versorgungssituation, die auch zur Wiederaufnahme ins Krankenhaus geführt hat, wird dabei deutlich. Ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Handeln zeigt sich dagegen nicht, da die Organisation der Versorgung erst stattfindet, als die kurzfristige Entlassung der Patientin vom Arzt entschieden wird. Es bleibt offen, weshalb andere Berufsgruppen keine Bedarfserhebung bei Patientin F leisten. Der von ihr geäußerte Wunsch nach Verordnung einer Gehstütze wird ärztlicherseits abgelehnt, da diese nicht ausreicht. Eine Begründung und damit die Legitimation für diese Ablehnung fehlt ebenso wie ein Alternativangebot. Da Pflegende sich sowohl bei der Patientin als auch bei ihrer Angehörigen nach der Planung der nachstationären Versorgung erkundigen, kann von einer Kooperation der Akteure nicht ausgegangen werden. Dem Beobachter gegenüber werden von Pflegenden Zweifel daran geäußert, dass Patientin F in ihrem Zustand zu Hause ausreichend versorgt sei. Diese fachliche Einschätzung hat anschließend aber keine Konsequenz. Stattdessen dient die allein vom Arzt getroffene Entscheidung einzig der frühzeitigen Entlassung. Eine professionelle Begründung wird nicht geleistet. Diese Entscheidung lässt die Perspektive der Patientin und die der Pflege unberücksichtigt. Die Einschätzung der Pflege kann nicht zum Tragen kommen, da sie nicht formuliert wird. Damit ist eine Zielkonkurrenz der Perspektiven ausgeschlossen. Einzig das Ziel der kurzen Verweildauer, in dessen Sinn der Arzt handelt, setzt sich durch, auch wenn damit eine baldige Wiederaufnahme wahrscheinlich wird. Dabei wird diesem Ziel vom Arzt noch besonderer Nachdruck verliehen, indem der Patientin mitgeteilt wird, sie müsse, falls sie eine zügige Entlassung nicht organisieren könne, jeden weiteren Tag im Krankenhaus selbst bezahlen.

3.2.3 Beispiel: Patient K

Hintergrundinformationen (aus der Perspektive der Beobachtenden): Patient K ist unheilbar erkrankt und weiß, dass er nicht mehr lange zu leben hat. Er bemüht sich, seinen Gewichtsverlust auszugleichen, um die geplante Rehabilitationsmaßnahme antreten zu können, auf die er große Hoffnung setzt. Er möchte sein restliches Leben genießen.

Patient K wird von der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin nach seiner Befindlichkeit gefragt und äußert im Ge-

spräch mit ihr seine Einschätzung bezüglich der eigenen Lebenssituation und Lebensplanung. Die Biografie und persönliche Hintergründe und Pläne werden ausführlich erörtert: Er berichtet von seinen Vorfahren, seiner Heimatstadt und seiner beruflich erfolgreichen Schwiegertochter. Ebenso wird seine Einstellung zum Tod besprochen. Dies geschieht nach Angabe der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin, um in der Zukunft Anknüpfungspunkte zu haben, falls der Patient in verschlechtertem Zustand zurück ins Krankenhaus käme. Sie fragt den Patienten im Verlauf des Überleitungsprozesses, ob er nach wie vor in die Rehabilitationsklinik wolle oder doch lieber nach Hause. Darüber hinaus bestärkt sie den Patienten in seiner optimistischen Haltung. Auf seine Nachfrage hin wird der Patient über das Prozedere bei der Verlegung in die Rehabilitationsklinik informiert. Auch umgekehrt informiert sich die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin beim Patienten darüber, ob die Physiotherapeutin zu ihm komme. Als dies verneint wird, kündigt sie an, sich darum zu kümmern, und sagt zu, ihn in der Rehabilitationsklinik zu besuchen. Es wird dem Patienten angeboten, bei einer Verschlechterung des Zustands wieder ins Krankenhaus zu kommen.

Im Gespräch mit einer Pflegenden thematisiert der Patient seine positive Einstellung zur Entlassung und seine weiteren Pläne. Pflegende erkundigen sich gezielt bei ihm nach seinem Wunsch bezüglich des genauen Entlassungszeitpunkts und danach, ob vor der Rehabilitationsmaßnahme ein Aufenthalt zu Hause gewünscht sei. Es wird angeboten, diesem Wunsch zu entsprechen. Im direkten Kontakt mit einer Pflegenden informiert der Patient diese darüber, dass die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin ein Einzelzimmer in der Rehabilitationsklinik organisiert habe.

Auch ein Arzt klärt mit dem Patienten ab, ob er vor der Verlegung in die Rehabilitationsklinik noch für einige Tage nach Hause wolle. Ihm wird angeboten, den Entlassungstermin mitzubestimmen, um seinem Sicherheitsgefühl zu entsprechen. Der Patient wird über geplante diagnostische Maßnahmen informiert, die Einfluss auf die weitere Entlassungsplanung haben. Schließlich überzeugt ein Arzt den Patienten im Gespräch, die Entlassung noch einen Tag hinauszuschieben, damit die noch ausstehenden Untersuchungsbefunde gemeinsam besprochen werden können.

Interpretation

Die Voraussetzung für ein professionelles Handeln schaffen sowohl die Pflegeüberleitungsmitarbeiterin als auch die Pflegenden und der Arzt, da sie die Perspektive des Patienten erheben. Von der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin werden in der Erhebung auch biografische Aspekte und seine Einstellung zum Tod thematisiert. Die Bedarfsfeststellung wird dabei als ein Prozess verstanden, in dem jeweils situativ die momentane Lage eruiert werden muss. Sowohl darin als auch in den Aushandlungsprozessen über den Entlassungstermin wird deutlich, dass das Handeln im Überleitungsprozess als professionell zu betrachten ist. Es besteht eine langfristige, systemübergreifende Perspektive der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin. Diese zeigt sich darin, dass sie eine Wiederaufnahme bei Verschlechterung des Zustands anbietet und einplant, sowie in dem Angebot, ihn in der Rehabilitationsklinik zu besuchen. Hin-

sichtlich der Zusammenarbeit der Berufsgruppen kann eine kooperative Form belegt werden, da gemeinsame Ziele bestehen und auch der Entlassungszeitpunkt nicht nur aus der Perspektive einer Profession bestimmt wird. Dabei ergeben sich allerdings Überschneidungen, wenn sowohl der Pflegenden als auch der Arzt den Patienten fragt, ob er vor der Rehabilitationsmaßnahme noch nach Hause wolle.

4. Diskussion

Krankenhausübergreifend zeigen sich bei der teilnehmenden Beobachtung drei wesentliche Aspekte der Pflegeüberleitung. Dies sind:

1. unterschiedlich ausgeprägte Professionalität der Akteure
2. gering ausgeprägte Kooperation der Akteure
3. impliziter Systemzwang versus systemübergreifende Perspektive

Auf der Ebene der einzelnen Akteure, insbesondere aus Pflege, Pflegeüberleitung und Medizin, ist die Erhebung des individuellen Bedarfs der betroffenen Patienten/Angehörigen von entscheidender Bedeutung. Diese Erhebung wird in unterschiedlicher Vollständigkeit, häufig auch gar nicht geleistet. Die Qualität des professionellen Handelns hängt von der Qualität der Bedarfserhebung ab. Unterbleibt sie, fehlt damit die Basis für ein professionelles, die Perspektive der Betroffenen einbeziehendes Handeln. Die Kooperation zwischen den Akteuren ist nur zum Teil nachweisbar. Dies zeigt sich im fehlenden wechselseitigen Informationsaustausch, dem Mangel an gemeinsamen Zielsetzungen und Entscheidungen. Fehlt Kooperation, setzt sich bei den Akteuren tendenziell ein Handeln durch, das an «reibungslosen» Abläufen und schneller Entlassung ausgerichtet ist. Dies wirkt so stark, dass das auf individueller Ebene nachweisbare professionelle Handeln keine Wirkung entfalten kann. Ein Gelingen von Pflegeüberleitung ist dann möglich, wenn die Akteure den individuellen Bedarf systematisch erheben, bedarfsgerecht handeln und dabei miteinander kooperieren. Auch wenn diese Aspekte nicht immer alle vollständig ausgeprägt sind, kann in solchen Fällen eine institutionsübergreifende Perspektive und Versorgungsgestaltung nachgewiesen werden. *Erst hier gelingt Pflegeüberleitung!*

Abschließend führen die Interpretationen zu folgenden Thesen:

- Wird die Erhebung der Patientenperspektive nicht geleistet, führt dies zu einer Ignorierung der Person des Patienten. Professionelles Handeln ist nicht möglich, so dass die implizite Systemlogik das Handeln der Akteure bestimmt.
- Bei fehlender Kooperation der Akteure setzt sich ebenfalls die Systemlogik durch, auch dann, wenn auf individueller Ebene professionelles Handeln vorliegt.
- Erst eine Erhebung der Patientenperspektive und eine bedarfsorientierte Kooperation der Akteure ermöglichen es, systemübergreifend zu agieren und damit dem individuellen Bedarf der Betroffenen nachhaltig zu entsprechen.

Die beiden Varianten, die sich aufgrund der Beobachtungen ergeben, zeigen die Abbildungen 2a und 2b. Die insbesondere in den Häusern I und II beobachteten Zusammenhänge sind tendenziell vor allem von unvollständiger Bedarfserhebung und gering ausgeprägter oder ganz fehlender Kooperation geprägt. In diesem Fall scheitern die Bemühungen um Versorgungskontinuität (vgl. Abb. 2a). Im Gegensatz dazu, zeigt sich vor allem im Krankenhaus III tendenziell die zweite Variante. Hier findet sich sowohl eine umfassende individuelle Bedarfserhebung als auch eine kooperative Zusammenarbeit. Das Resultat ist eine am Bedarf ausgerichtete Überwindung der Systemgrenze (siehe Abb. 2b).

Insgesamt zeigt die Untersuchung unter Berücksichtigung der anderen Teilergebnisse des Gesamtprojekts, dass für eine erfolgreiche Sicherstellung der Versorgungskontinuität eine Veränderung der Organisation der Pflegeüberleitung notwendig ist. Zumindest in den Fällen, die der ersten Variante entsprechen, kann von einer an der individuellen Situation der Patienten orientierten Kontinuität in der Versorgung nicht die Rede sein. Wie aber kann eine Veränderung zum Positiven gestaltet werden? Zwei wesentliche Entwicklungslinien lassen sich nennen. Einerseits erscheint eine grundlegende Umgestaltung im Bereich der interprofessionellen Kooperation dringend geboten (vgl. Höhmann, 2000; Lecher, Klapper, Schaeffer & Koch, 2003). Darunter ist eine gleichberechtigte und den Patienten und seine Bezugspersonen einbeziehende Zusammenarbeit der Professionellen zu verstehen (siehe hierzu detaillierter: Sieger & Kunstmann, 2003).

Andererseits gilt es, tatsächliche Veränderungen des Systems Krankenhaus zu erreichen. Die Neugestaltung der oben dargestellten kontraproduktiven Prozesse erfordert tief greifendes Umdenken bei allen Beteiligten. Das Krankenhaus als «Expertenorganisation» (Schmerfeld & Schmerfeld, 2000, S. 94 ff.) ist von verselbständigten Leistungsangeboten der verschiedenen Berufsgruppen geprägt (Höhmann, 2000; Feuerstein, 1993). Die sich daraus für die Gestaltung der Versorgungskontinuität ergebenden Schwierigkeiten sind bisher lediglich dadurch beantwortet worden, dass ein weiteres Spezialangebot neben die der anderen Gruppen gestellt wurde: die Pflegeüberleitung. Durch diese additive Maßnahme wird eine Systemänderung vermieden. Da die Sicherstellung der Versorgungskontinuität aber eines der zentralen Themen der näheren Zukunft sein wird und die Zahl der überzuleitenden Personen bei sinkender Krankenhausverweildauer steigen muss, kann die Steuerung durch einige wenige Überleitungskräfte nicht ausreichen. Genau hier muss die Systemveränderung ansetzen, indem die Arbeitsstruktur grundlegend verändert wird. Statt das Problem an zusätzliche Spezialisten zu delegieren, muss die Zuständigkeit für die Prozesssteuerung auf die jeweils zuständige Pflegenden² auf der Station übergehen und die Pflegeüberleitung regulärer Teil des pflegeprozessualen Geschehens werden. Die Pflegenden, die den Pflegeprozess mit Patienten und Bezugspersonen zusammen gestaltet, ist damit für

² Gemeint sind hier Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Altenpfleger(innen).

die bedarfsgerechte Sicherung der Kontinuität zuständig. Hierbei kann sie sich *konsiliarisch* von einer Fachkraft für Pflegeüberleitung unterstützen lassen. Die zuständige Pflegende übernimmt so die Funktion einer Steuerungskraft auch und insbesondere für die Versorgungskontinuität im Rahmen des Pflegeprozesses (siehe hierzu Sieger & Kunstmann, 2003). Dass für ein solches Konzept ein patientenorientiertes Pflegesystem sowie effektive Qualifizierungsmaßnahmen zwingend erforderlich sind, liegt auf der Hand.

Danksagung

Die umfangreichen Beobachtungen waren nur durch die engagierte Mitarbeit der folgenden Personen möglich: Geon Falk, Beate Stach, Ulrich Vogel, Sabine Cittrich, Alexandra Sagerer, Christoph Blanke, Sandra Pieroth und Heike Allhorn [Studierende im Studiengang Pflege der EFH] sowie Christoph Bräutigam, Nicole Klettke, Angela Prietz, Barbara Schütt-Koezle und Cornelia Plenter [Diplom-Pflegewissenschaftler(innen)].

Literatur

- Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Juventa, Weinheim, München, 1993.
- Feuerstein, G.: Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Juventa, Weinheim, München, 1993, 41–67.
- Höhmann, U.: Kooperative Qualitätsentwicklung als Herausforderung für die Berufsgruppen im Gesundheitssystem. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 33. Argument, Hamburg, 2000, 72–93.
- Holloway, I.; Wheeler, S.: Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1997.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Beltz: PsychologieVerlagsUnion, Weinheim, ³1995.
- Lecher, S; Klapper, B.; Schaeffer, D.; Koch, U.: InterKiK-Toolbox Bewertung und Verbesserung der interprofessionellen Kooperation im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern, 2003.
- Oevermann, U.: Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. (Transkript eines Vortrags im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der FU Berlin), Berlin, 1981.
- Reid, N. G.: Health Care Research by Degrees. Blackwell, Oxford, 1993.
- Schmerfeld, K.; Schmerfeld, J.: Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 33. Argument, Hamburg, 2000, 94–109.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. Mabuse, Frankfurt/M., 2003.
- Weidner, F.: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt/M., 1995.
- Wottawa, H.; Thierau, H.: Lehrbuch Evaluation. Verlag Hans Huber, Bern, ²1998.
- Zielke-Nadkarni, A.: Hermeneutik: Eine Forschungsmethode für die Pflegewissenschaft. Hochschulforum Pflege 2 (1), 1998, 12–19.

*Christoph Bräutigam, Diplom-Pflegewissenschaftler (FH), Krankenpfleger, Arminstraße 23, D-45879 Gelsenkirchen
E-mail: cebege@gmx.de*

Margot Sieger, Professorin für Pflegewissenschaft, Pädea Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Nienkamp 82–84, D-48147 Münster