

Dissertationsschrift im Fach Psychologie

Die psychische Situation von Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Von Dipl.-Psych. Birgit Haan



Emmerich, Juni 2011

Universität Dortmund

Fakultät Humanwissenschaften und Theologie

Gutachter:

Prof. Dr. Bernd Gasch

Prof. Dr. Christian Holland

Vorwort

Die Beschreibung der psychischen Situation von Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus ist das Thema der vorliegenden Arbeit. Wie entstand diese Forschungsfrage?

Die Tätigkeit im psychologischen Dienst des St. Willibrord-Spitals in Emmerich ermöglicht mir Einblicke in vielfältige Problemfelder.

Patienten suchen den psychologischen Dienst aus den verschiedensten Gründen auf: Emotionale und soziale Probleme stehen dabei im Vordergrund. Krankenhauspezifische Themen (Angst vor Operationen, Sorgen um die weitere Zukunft) werden ebenso angesprochen wie vom Krankenhausaufenthalt unabhängige Fragestellungen (z.B. Beratung in Eheangelegenheiten, Erziehungsprobleme).

In den mit Abstand meisten Fällen erbitten die behandelnden Ärzte konsiliarisch um psychologische Beurteilung und Begutachtung und/oder Mitbehandlung eines Patienten.

Hier geht es in der Regel um die Diagnostik psychischer Störungen, Kriseninterventionen und Kurztherapien sowie Beratung/Vermittlung von nachstationären Maßnahmen.

Auch die Mitarbeiter des St. Willibrord-Spitals nehmen mich bei beruflichen und privaten Problemen häufig in Anspruch.

Für die Mitarbeiter wird außerdem Einzel- und Teamsupervision sowie Coaching fürs mittlere Management angeboten und rege genutzt.

Ich unterhalte also vielfältige Kontakte zu fast allen Berufsgruppen im Krankenhaus und gewinne dadurch auch Einblick in viele Problem und Konfliktbereiche im Krankenhaus.

Dies wird noch ergänzt durch meine freiberufliche Tätigkeit als Supervisorin sowie als Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, letzteres auch für das St. Willibrord-Spital.

Auf dem Hintergrund dieser beruflichen Erfahrungen entstand die Motivation für die vorliegende Untersuchung. Meine persönlichen, praktischen Erfahrungen sollten wissenschaftlich untermauert werden.

Die Idee bestand zunächst darin, die Situation der Patienten aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten, nämlich sowohl aus Patientensicht als auch aus Mitarbeitersicht. Im weiteren Verlauf kam eine weitere Sicht hinzu, nämlich die von Patienten, wenn sie nicht zu sich selbst befragt werden, sondern zur Situation von Patienten im Allgemeinen.

Die Situation des Krankenhauspatienten wissenschaftlich zu untersuchen, um aufgrund fundierter Erkenntnisse Konsequenzen für die praktische Arbeit ableiten zu können, ist dabei mein zentrales Anliegen. Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ist die Verbesserung der psychischen Situation des Patienten im Allgemeinkrankenhaus mein Ziel. Die Verbindung von theoretischem Wissen und praktischen Erfahrungen, von wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und praktischen Maßnahmen zur Umsetzung bedeutet einen nicht unerheblichen Reiz für die Erstellung der vorliegenden Dissertation und sind Motivationsgrundlage ebenso wie die persönliche Herausforderung, mich nach 20 Jahren ausschließlich praktischer Tätigkeit noch einmal wissenschaftlichen Fragestellungen zu widmen.

Dies alles wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung vieler Personen aus meinem beruflichen und privaten Umfeld, denen ich außerordentlich dankbar bin.

Insbesondere danke ich Herrn Prof. Dr. Bernd Gasch für seine stets als wohlwollend und motivierend erlebte fachliche und menschliche Begleitung, Herrn Prof. Dr. Christian Holland für seine fachliche Beurteilung, Herrn Prof. Dr. Harald Karutz, ohne dessen Ermunterung und Ermutigung dieses Vorhaben niemals zustande gekommen wäre und insbesondere meinem Mann, Ignatius Haan, für seine Geduld, Nachsicht und liebevolle Begleitung während der Zeit, in der diese Arbeit entstand.

Ein besonderer Dank gilt auch der Krankenhausleitung sowie den Mitarbeitern und Patienten des St. Willibrord-Spitals in Emmerich am Rhein für ihre Unterstützung und Mitarbeit bei der Durchführung der Befragung.

Emmerich, Juni 2011

Dipl.-Psych. Birgit Haan

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1.	Theoretische Grundlagen	13
1.1.	Life-Event-Forschung	14
1.1.1.	Life-Event: Begriffsbestimmung	14
1.1.2.	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	16
1.2.	Der Krankenhausaufenthalt: eine Stresssituation?	18
1.2.1.	Stress: Begriffserläuterung	19
1.2.2.	Transaktionales Stressmodell von Lazarus	20
1.2.3.	Theorie der Handlungskontrolle von Kuhl	22
1.2.4.	Konzept des Optimismus von Scheier und Carver	23
1.2.5.	Diathese-Stress-Modell von Metalsky, Halberstadt und Abramson	24
1.2.6.	Hardiness-Konzept von Kobasa und Maddi	25
1.2.7.	Salutogenese-Modell von Antonovsky	26
1.3.	Soziologie des Krankenhauses	27
1.3.1.	Das Krankenhaus und seine Historie	28
1.3.2.	Das Krankenhaus im 21. Jahrhundert	38
1.3.3.	Die Rollenverteilung im Krankenhaus	44
1.3.3.1.	Die Rolle des Patienten	45
1.3.3.2.	Die Rolle des Arztes	47
1.3.3.3.	Die Rolle der Pflegekraft	50
1.4.	Soziokulturelle Einflüsse	52
1.4.1.	Theorie der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger	53
1.4.2.	Sunrise-Modell	54

1.5.	Das patientenorientierte Krankenhaus der Zukunft	56
1.5.1.	Modell der Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin	57
1.5.2.	Konzept der patientenorientierten Systemgestaltung nach Badura	60
1.5.3.	Medizin und Pflege im patientenorientierten Krankenhaus	63
1.6.	Zusammenfassung	69
2.	Methodik	71
2.1.	Fragestellung und Zielsetzung	71
2.2.	Hypothesen	73
2.3.	Untersuchungsplanung	76
2.4.	Forschungsdesign	79
2.5.	Fragebogenkonstruktion	82
2.5.1.	Pretest	83
2.5.2.	Fragebogenstruktur	84
2.6.	Auswertung	87
2.6.1.	Dateneingabe	87
2.6.2.	Ermittlung von Häufigkeitsverteilung	89
2.6.3.	Erstellen von Kontingenztabellen	90
2.6.4.	Signifikanzprüfung	91
2.7.	Stichproben	95
2.7.1.	Patienten	96
2.7.2.	Patienten über Patienten	98
2.7.3.	Mitarbeiter	100

3.	Ergebnisse	101
3.1.	Hypothesenprüfung	101
3.1.1.	Ergebnisse zu Hypothese 1	104
3.1.1.1.	Variablenübersicht	104
3.1.1.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	104
3.1.1.3.	Zusammenfassung	124
3.1.2.	Ergebnisse zu Hypothese 2	127
3.1.2.1.	Variablenübersicht	127
3.1.2.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	128
3.1.2.3.	Zusammenfassung	142
3.1.3.	Ergebnisse zu Hypothese 3	143
3.1.3.1.	Variablenübersicht	143
3.1.3.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	143
3.1.3.3.	Zusammenfassung	154
3.1.4.	Ergebnisse zu Hypothese 4	155
3.1.4.1.	Variablenübersicht	155
3.1.4.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	155
3.1.4.3.	Zusammenfassung	163
3.1.5.	Ergebnisse zu Hypothese 5	165
3.1.5.1.	Variablenübersicht	165
3.1.5.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	165
3.1.5.3.	Zusammenfassung	170
3.1.6.	Ergebnisse zu Hypothese 6	171
3.1.6.1.	Variablenübersicht	171
3.1.6.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	171
3.1.6.3.	Zusammenfassung	184

3.1.7.	Ergebnisse zu Hypothese 7	185
3.1.7.1.	Variablenübersicht	185
3.1.7.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	185
3.1.7.3.	Zusammenfassung	210
3.1.8.	Ergebnisse zu Hypothese 8	211
3.1.8.1.	Variablenübersicht	211
3.1.8.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	211
3.1.8.3.	Zusammenfassung	233
3.1.9.	Ergebnisse zu Hypothese 9	235
3.1.9.1.	Variablenübersicht	235
3.1.9.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	237
3.1.9.3.	Zusammenfassung	246
3.1.10.	Ergebnisse zu Hypothese 10	247
3.1.10.1.	Variablenübersicht	247
3.1.10.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	247
3.1.10.3.	Zusammenfassung	249
3.1.11.	Ergebnisse zu Hypothese 11	251
3.1.11.1.	Variablenübersicht	251
3.1.11.2.	Häufigkeiten und Signifikanzen	252
3.1.11.3.	Zusammenfassung	254
3.2.	Weitere Ergebnisse	255
3.2.1.	Aufnahmesituation	255
3.2.2.	Subjektives Befinden	257
3.2.3.	Ausstattung	260
3.2.4.	Entlassungssituation	262
3.3.5.	Zusammenfassung	263

4.	Zusammenfassung und Diskussion	265
4.1.	Die Krankenhaussituation als komplexes Ereignis	265
4.2.	Die Auswirkung sozialer Unterstützung	268
4.3.	Die Auswirkungen früherer Krankenhausaufenthalte	269
4.4.	Die Glaubwürdigkeit der Patienten	270
4.5.	Die Meinungen der Mitarbeiter	271
4.6.	Die Meinungen der Patienten	273
5.	Empfehlungen an das St. Willibrord-Spital	275
5.1.	Das Besucherorientierte Krankenhaus	275
5.2.	Das Schmerzfreie Krankenhaus	277
5.3.	Das Mitarbeiterorientierte Krankenhaus	278
5.4.	Patientenedukation im Krankenhaus	279
5.5.	Das Wissenschaftsorientierte Krankenhaus	280

6.	Schlussbemerkung	281
7.	Quellenverzeichnis	283
7.1.	Literaturverzeichnis	283
7.2.	Internet-Quellen	287
7.3.	Bildnachweis	287
7.3.1.	EDV-Software	287
8.	Selbständigkeitserklärung	289
9.	Anhang	291
9.1.	Fragebögen	291
9.1.1.	Mitarbeiterfragebogen	292
9.1.2.	Patientenfragebogen	311
9.1.3.	Fragebogen für Patienten über Patienten	332
9.2.	Variablenübersicht und Skalenniveau	353
9.2.1.	Variablenübersicht für numerische Daten	354
9.2.2.	Variablenübersicht für Mehrfachantworten	356

10. Anlagen auf Datenträger

- 10.1. PASW-Datenmatrix
 - 10.1.1. Datenmatrix für numerische Daten
 - 10.1.2. Datenmatrix für Mehrfachantworten

- 10.2. Stichprobenzusammensetzung

- 10.3. Ergebnistabellen
 - 10.3.1. Ergebnistabellen Hypothese1
 - 10.3.2. Ergebnistabellen Hypothese2
 - 10.3.3. Ergebnistabellen Hypothese3
 - 10.3.4. Ergebnistabellen Hypothese4
 - 10.3.5. Ergebnistabellen Hypothese5
 - 10.3.6. Ergebnistabellen Hypothese6
 - 10.3.7. Ergebnistabellen Hypothese7
 - 10.3.8. Ergebnistabellen Hypothese8
 - 10.3.9. Ergebnistabellen Hypothese9
 - 10.3.10. Ergebnistabellen Hypothese10
 - 10.3.11. Ergebnistabellen Hypothese11
 - 10.3.12. Weitere Ergebnisse
 - 10.3.13. Hypothesentestübersicht
 - 10.3.14. Korrelationen
 - 10.3.15. Mehrfachantworten-Kreuztabellen

1. Theoretische Grundlagen

Ein Krankenhausaufenthalt stellt in der Regel für jeden Menschen eine außergewöhnliche Situation dar. Meist ist der Grund für den Aufenthalt im Krankenhaus ein negatives Ereignis, seltener (z.B. bei Geburten) mit positiven Emotionen und Bewertungen verbunden. In der Regel führen somatische Probleme zu einer Einweisung ins Krankenhaus.

Wie verarbeiten Menschen ein solches Erlebnis und wovon hängt dies ab?

Während der praktischen Arbeit im psychologischen Dienst eines Krankenhauses ließen sich unterschiedliche Reaktionen der Patienten auf ihre Situation beobachten. Manche Patienten litten sehr unter der Krankenhaussituation, erlebten diese vorwiegend negativ, zeigten sich unzufrieden mit vielen Umständen, klagten oft und äußerten häufig Beschwerden und Schmerzen. Andere Patienten hingegen fokussierten auf die Besserung, lobten die Professionalität und Freundlichkeit des Personals und erfreuten sich an wiedergewonnenen Fähigkeiten. Sie klagten selten und äußerten Zufriedenheit.

Welche Faktoren entscheiden darüber, wie ein Krankenhausaufenthalt erlebt wird. Wie ist die weitere Verarbeitung dieses Erlebnisses einzuschätzen? Bedeutet der Aufenthalt im Krankenhaus gar eine Krise? Werden traumatische Reaktionen ausgelöst? Oder gewinnt der Patient sogar an Selbstwert, Zufriedenheit und psychischer Stabilität, nachdem er diese Situation gemeistert hat? Kann er also davon profitieren? Wovon hängen diese Reaktionen ab? Inwiefern sind krankenhauserne Faktoren von Bedeutung? Welche Rolle spielen Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten? Die Antworten auf diese Fragen sind wichtig für die psychologische Betreuung der Patienten. Wie kann der Patient psychologisch so betreut werden, dass mögliche negative Folgen verhindert oder zumindest minimiert werden können?

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, Theorien und Hypothesen zur Beantwortung obiger Fragen.

Im Folgenden wird die Thematik „Krankenhausaufenthalt“ aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: Dazu werden Ergebnisse der Life-Event-Forschung, der Stressforschung, und der Krankenhaussoziologie dargestellt.

Im Sinne der Life-Event-Forschung kann ein Krankenhausaufenthalt als ein kritisches Lebensereignis aufgefasst werden. Die Stressforschung untersucht stressauslösende

Situationen sowie Stressbewältigungsstrategien. Es ist in diesem Zusammenhang zu hinterfragen, ob und welche Krankenhausaufenthalte stressauslösende Situationen darstellen und damit Bewältigungsstrategien erfordern. Inwieweit die Organisation Krankenhaus das Erleben des Aufenthalts in dieser Organisation beeinflusst, untersuchen soziologische Ansätze. Den Abschluss dieses theoretischen Teils bilden soziokulturelle Betrachtungen und Gedanken zur Berücksichtigung multikultureller Aspekte.

1.1. Life-Event-Forschung

Die Life-Event-Forschung beschäftigt sich mit sog. kritischen Lebensereignissen und deren Bewältigung. Nach Filipp gehören „Krankheiten und operative Eingriffe...für jeden Menschen in aller Regel zu den dramatischsten Lebensereignissen“ (FILIPP 1995, S. 4).

Im Folgenden werden zunächst der Begriff „kritisches Lebensereignis“ präzisiert und die Forschungen zu diesem Thema im Überblick dargestellt. Anschließend wird auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse eingegangen.

1.1.1. Life-Event: Begriffsbestimmung

Life-Events, also Lebensereignisse werden verstanden als „solche im Leben einer Person auftretende Ereignisse, ...die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation der Person gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen“ (Fillip 1995, S. 23). Demnach stellen „Life-Events“ Ereignisse im Leben eines Menschen dar, die sowohl positiv als auch negativ sein können. Darunter fallen also Situationen wie Hochzeit, Geburt eines Kindes genauso wie Tod eines Angehörigen oder Arbeitslosigkeit. Lebensereignisse sind räumlich und zeitlich zu lokalisierende Ereignisse. Sie sind dann als „kritisch“ einzuschätzen, wenn sie das Person-Umwelt-Verhältnis ins Ungleichgewicht bringen und eine Veränderung erforderlich machen. Ein kritisches Lebensereignis führt zu rationalen, emotionalen sowie handlungsrelevanten Reaktionen. Dabei kommt der affektiven Reaktion nach Fillip

eine besondere Bedeutung zu und kennzeichnet ein kritisches Lebensereignis. Ob ein Lebensereignis von einer Person als positiv oder negativ wahrgenommen wird, ist abhängig von ihrer subjektiven Wahrnehmung. Dies soll am Beispiel „Arbeitslosigkeit“ verdeutlicht werden. In diesem Fall wären folgende Reaktionen denkbar: Auf rationaler Ebene entwickelt sich möglicherweise die Haltung: „Ich bin nichts wert, weil niemand meine Arbeitsleistung wünscht.“ Emotional wären Ängste und depressive Verstimmungen denkbar, auf der Handlungsebene eventuell Rückzugstendenzen.

Ein solch negatives Erleben ist jedoch nicht zwingend. Vorstellbar ist auch, dass eine Person sich erleichtert und von beruflichen Anforderungen entlastet fühlt (Emotion), an neue berufliche Möglichkeiten denkt (Kognition) und mit Elan eine Umschulung beginnt (Handlung).

In beiden Fällen jedoch wird eine Veränderung notwendig. Es kommt zu einer Anpassungsreaktion des Einzelnen an die neue Lebenssituation. Das Lebensereignis ist daher als „kritisch“ zu werten.

Ein kritisches Lebensereignis weist demnach objektive und subjektive Merkmale auf. Objektive Ereignisparameter sind z.B. Dauer und Zeitpunkt des Ereignisses, die Wechselwirkung mit anderen zeitlich nah beieinander liegenden kritischen Lebensereignissen und der Grad der Erwünschtheit.

Zu den subjektiven Ereignisparametern gehören die subjektive Wahrnehmung und Bewertung eines Ereignisses durch die betroffene Person sowie die subjektive Kontrollierbarkeit und Antizipierbarkeit von Ereignissen. Analog zur Stressforschung (s. Kap. 1.2.) „...wird postuliert, daß erst die individuellen Prozesse der Wahrnehmung und Einschätzung von Lebensereignissen diese Ereignisse als für die Person kritisch, belastend, bedeutend, erfreulich, herausfordernd und vieles mehr qualifizieren“ (Fillip 1995, S. 31).

Wie sieht dies nun in Bezug auf einen Krankenhausaufenthalt aus?

Ein Krankenhausaufenthalt erfüllt die beschriebenen Kennzeichen eines kritischen Lebensereignisses. Wie wird ein solches Ereignis vom Patienten wahrgenommen? Beeinflusst die Einstellung eines Patienten zu einem bevorstehenden Krankenhausaufenthalt möglicherweise die Verarbeitung dieses Ereignisses? Inwiefern ist es von Bedeutung, ob der Patient vorher schon mal im Krankenhaus war und wie er dies verkraftet hat? Wo finden sich hier Ansatzpunkte für eine psychische

Unterstützung des Patienten? Wie erfolgt die Bewältigung kritischer Lebensereignisse?

1.1.2. Bewältigung kritischer Lebensereignisse

In der Entwicklungspsychologie werden kritische Lebensereignisse und die damit verbundenen Anpassungsprozesse über die Lebensspanne und abhängig von individuellen lebensgeschichtlichen und sozialen Bedingungen untersucht. Dabei berücksichtigt man die Altersgruppe betroffener Personen genauso wie bestimmte zeitgeschichtliche Ereignisse (z.B. Kriegserlebnisse) für verschiedene Generationen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass „...jede Konfrontation mit einem Lebensereignis und die darauffolgenden Prozesse der Auseinandersetzung und Bewältigung als transaktionales Geschehen“ (Fillip 1995, S. 9) aufgefasst werden muss. Dem Individuum kommt in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen eine aktive Rolle zu. Frühere Erfahrungen mit kritischen Lebensereignissen, bisherige Bewältigungsstrategien, das soziale, familiäre, materielle Umfeld bedingen die Vorbereitung auf das eintretende Ereignis sowie die anschließende Auseinandersetzung damit.

Hier sind deutliche Parallelen zu den Annahmen von Lazarus (s.u.) zu erkennen, der in seinem Coping-Konzept eine Wechselwirkung von Situation und Anpassungsreaktion postuliert (vgl. Kap. 1.2.2.).

Von hoher Bedeutung für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse ist es, ob die Person bereits ähnliche Krisen zu bewältigen hatte.

Nach Fillip (1995) belegen die Forschungen hierzu verschiedene Hypothesen: Manche Untersuchungen belegen Äquivalenzrelationen zwischen früheren Ereignissen und dem aktuellen Ereignis, d.h. eine Person erlebt das aktuelle Ereignis als weniger belastend, wenn sie bereits ähnliche Ereignisse erlebt hat und auf bewährte Bewältigungsmuster zurückgreifen kann.

Andere Untersuchungen belegen eine höhere Belastung durch das aktuelle Ereignis durch eine Häufung ähnlicher belastender Ereignisse in der Vergangenheit. Aus

diesen Ergebnissen lassen sich daher für die vorliegende Untersuchung keine eindeutigen Hypothesen ableiten hinsichtlich der Fragestellung, ob ein aktueller Krankenhausaufenthalt besser oder schlechter zu verkraften ist, wenn es bereits zurückliegende Krankenhausaufenthalte gegeben hat.

Einen interessanten Ansatz bieten in diesem Zusammenhang die Forschungen von Antonovsky (1997) zur Salutogenese, die in Kapitel 1.2.7. ausführlich dargestellt werden.

Entscheidender für die individuelle Bewältigungskompetenz ist weniger die Ähnlichkeit aktueller Ereignisse mit früheren kritischen Lebensereignissen als vielmehr „...die ‚Erfolgsbilanz‘ der bisherigen Bewältigung von Lebensereignissen“ (Fillip 1995, S. 14).

Dies bedeutet für die vorliegende Fragestellung, dass angenommen bzw. überprüft werden muss, ob sich die Qualität der Bewältigung früherer Krankenhausaufenthalte auf die aktuelle Bewältigungskompetenz auswirkt und wie dieser Tatsache in der Praxis der psychischen Betreuung der Patienten Rechnung getragen werden kann (vgl. Kap. 2.2.).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwiefern es sich bei den erworbenen Stressbewältigungskompetenzen um unspezifische Fähigkeiten, unabhängig von der Art des bewältigten Ereignisses handelt.

Demnach wird die Bewältigung kritischer Lebensereignisse stark beeinflusst von Personenmerkmalen. Dazu gehören:

- demographische Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter),
- die kognitive Strukturiertheit und damit die subjektive Ereigniswahrnehmung der betroffenen Person, ihre Veränderungstoleranz (Personen, die Veränderungen gegenüber aufgeschlossener waren, erleben Lebensereignisse eher als Herausforderung und stimulierend),
- ihr Selbstwertgefühl und
- ihre Kontrollüberzeugung (Personen mit interner Ursachenattribution bewältigen Lebensereignisse besser). Hier sei auch auf die Forschung von Seligman (1979) zur gelernten Hilflosigkeit verwiesen.

Auch die biologischen Ressourcen wirken sich auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse aus. „Der aktuelle Gesundheitszustand wird...als Mediatorvariable und nicht, wie in der Forschung üblich, als Effekt der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen betrachtet“ (Fillip 1995, S. 18).

Für die vorliegende Fragestellung bedeutet dies, dass der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Auswirkungen auf die Bewältigung des aktuellen Krankenhausaufenthalts zu berücksichtigen ist (s. Kap. 2.2.)

Das Auftreten und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse hängen weiterhin ab vom sozioökonomischen Kontext, in dem sich eine Person befindet. Dieser wird bestimmt durch historische und epochale Ereignisse, den säkularen Wandel, die soziale Schichtzugehörigkeit. Ein wesentlicher Faktor ist in diesem Zusammenhang erwiesenermaßen das Ausmaß an sozialer Unterstützung, welche einer Person in einer kritischen Lebenssituation zuteil kommt, vor allem die Einbindung in ein tragendes soziales Netz. Ehe- und Partnerschaftsbeziehungen sowie Freundschaften schützen vor pathologischen Auswirkungen kritischer Lebensereignisse. Noch unerforscht ist „welche Aspekte des sozialen Stützsystems in welcher Weise eine moderierende Wirkung ausüben“ (Filipp 1995, S. 22).

Diese Frage wird in der vorliegenden Untersuchung aufgegriffen (s. Kap. 2.1. und Kap. 2.2.).

1.2. Der Krankenhausaufenthalt – eine Stresssituation?

Die Stress-Forschung befasst sich mit Situationen, die für den Menschen eine physische und psychische Belastung darstellen. Sie untersucht die Bedeutung sogenannter Stressoren, die Auswirkungen von Stressbelastungen, die Ursachen sowie mögliche Bewältigungsformen. Stellt der stationäre Aufenthalt eines Patienten in einem Krankenhaus eine solche Stresssituation dar? Dieser Frage soll in den folgenden Kapiteln nachgegangen werden.

1.2.1. Stress: Begriffserläuterung

Heutzutage ist das Wort „Stress“ in aller Munde. „Stress haben“ oder „im Stress sein“ sind Begriffe im Alltagssprachgebrauch geworden, die mit der ursprünglichen und eigentlichen Definition von Stress nicht mehr allzuviel gemein haben. Mit Stress verbindet man in der Umgangssprache Anstrengung, viel Arbeit, viele Probleme oder Konflikte, oder man hat Stress mit jemandem im Sinne von sich im Streit befinden. Man hat Lernstress, Prüfungsstress, oder gar Urlaubsstress und Weihnachtsstress. Was verbirgt sich denn nun wirklich hinter diesem Universalbegriff? Ursprünglich stammt die Bezeichnung Stress aus der physikalischen Materiallehre und bedeutet Anspannung, Verzerrung, Verbiegung. Metall wird gestresst: verbogen, gezogen und gezerrt.

Hans Selye, der als Begründer der Stressforschung gilt, verstand unter Stress „über das normale Maß hinausgehende Belastungen, Anstrengungen, Ärgernisse, denen ein Lebewesen täglich durch Lärm, Hetze, Frustration, Schmerz, Existenzangst u.v.a. ausgesetzt ist“ (Selye in Vester 1988, S. 15).

Stress war zunächst eindeutig negativ besetzt und bezeichnete sowohl die Situation (z.B. Ärgernis) als auch die Reaktion des Individuums darauf (z.B. Frustration).

Heute beschreibt Stress mehr einen Zustand, in dem sich das Individuum befindet. Man unterscheidet Distress und Eustress. Unter Distress versteht man negativen, zerstörerischen Stress. Es handelt sich um eine dauerhafte Störung des Gleichgewichts von Körper und Seele verbunden mit der Gefahr von psychosomatischen Erkrankungen.

Eustress dagegen ist positiver, anregender Stress. Er entsteht bei Freude und Erfolg und wird als angenehm erlebt. Eustress ist lebensnotwendig, ohne Eustress besteht die Gefahr des geistigen und körperlichen Abstumpfens.

Die auslösenden Stresssituationen nennt man Stressoren. Dies sind Reize, die eine Kampf- oder Flucht-Reaktion hervorrufen. Man unterscheidet innere, äußere und soziale Stressoren. Zu den inneren Stressoren gehören Daueranspannung, negative Gefühle wie Neid, Ärger, oder auch Ehrgeiz. Zu den äußeren Stressoren gehören z.B. Hitze, Lärm. Konflikte, familiäre Belastungen, berufliche Situationen gehören zu den sozialen Stressoren (vgl. Vester 2003).

Man unterscheidet heute drei Stressformen:

erstens den situativen Stress, der sich aus der Situation ergibt, z.B. Zeitdruck, ungewohnte Situationen,

zweitens den kommunikativen Stress bei Kommunikationsstörungen und

drittens den emotionalen Stress in nicht kontrollierbaren Situationen, z.B. in Krisen.

Der Stress zeigt sich auf drei Ebenen: Körperlich (Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Tachykardie, etc.), kognitiv („negatives“ Denken, negatives Selbstbild, etc.) und emotional (Ärger, Angst, Wut).

Stress kann psychosomatische Reaktionen hervorrufen, ja sogar zu psychosomatischen Erkrankungen führen, z.B. Asthma oder Ulcus.

Wie ist hier ein stationärer Krankenhausaufenthalt einzuschätzen? Handelt es sich dabei um eine Stresssituation? Die Antwort auf diese Frage lautet vor dem Hintergrund der o.a. theoretischen Ausführungen „ja“. Ein Krankenhausaufenthalt ist eine über das normale Maß hinausgehende Belastung, die sich sowohl körperlich (z.B. Schlafstörungen), kognitiv (beängstigende Gedanken zum eigenen Gesundheitszustand) als auch emotional (Angst, Ärger, etc.) zeigt. Es kann sich neben situativem Stress, der sich direkt aus der Situation Krankenhaus ergibt, auch um kommunikativen Stress (z.B. zwischen Patient und Arzt) und emotionalen Stress (z.B. bei chronischen Erkrankungen) handeln. Die vorliegende Untersuchung wird dieser Frage empirisch nachgehen (s. Kap. 2.). Besonders interessant sind dabei natürlich die Bewältigungsformen, d.h. die Möglichkeiten des Patienten, eine solche Stresssituation zu verarbeiten. Welche Faktoren auf die Stressbewältigung Einfluss haben, zeigen die im Folgenden aufgeführten Stresstheorien.

1.2.2. Transaktionales Stressmodell von Lazarus

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1984) geht den Fragen nach, wie Personen mit Belastungen in ihrem Leben umgehen, wieso Menschen auf die gleichen Belastungssituationen unterschiedlich reagieren und wieso manche Personen mit verschiedenen Belastungssituationen besser zurechtkommen als andere.

Lazarus betont in seinem transaktionalen Stressmodell die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt und hebt sich damit von einseitigen Sichtweisen ab, bei denen der Mensch lediglich passiv seinen Umweltbedingungen ausgesetzt ist. Als Stress werden solche Situationen bezeichnet, in denen „die Person Aspekte der

Umwelt wahrnimmt, die ihre Kräfte in hohem Maße beanspruchen oder überfordern und die ihr Wohlfühl bedrohen können“ (Bossong 1999, S. 5).

Die stressbezogene Person-Umwelt-Interaktion wird durch zwei Prozesse bestimmt: kognitive Bewertungen und sogenanntes Coping.

Kognitive Bewertungen sind gedankliche Prozesse, die die Situationen dahingehend analysieren, inwiefern sie dem Wohlbefinden, dem Selbstwertgefühl, der Gesundheit schaden. Diese primären Bewertungen geschehen vor dem Hintergrund persönlicher Ziele, Motivationen und Selbstkonzepte. Sekundäre Bewertungen schätzen ein, wie sich verschiedene Bewältigungsmechanismen (z.B. Situationsveränderung, Vermeidung von Impulsivität, Informationssuche) auswirken.

Zu den Coping-Strategien „gehören alle kognitiven oder verhaltensmäßigen Versuche der Person, die belastenden Anforderungen...in den Griff zu bekommen“ (Bossong 1999, S. 5). Problemzentriertes Coping zielt auf eine Situationsveränderung ab, emotionszentriertes Coping auf die Kontrolle stressbedingter Emotionen.

In beiden Fällen bewertet die Person die Belastungssituation neu. „Die transaktionale Konzeption der Auseinandersetzung der Person mit Verlusten, Bedrohungen und Herausforderungen impliziert, dass dieses Wechselspiel von Bewältigungsversuchen und Neubewertungen sich so lange fortsetzt, bis entweder die Bedrohung eliminiert, das Ziel erreicht oder die Person sich von nicht erreichbaren Zielen innerlich abgelöst hat“ (Bossong 1999, S. 6). Es handelt sich also um einen Bewältigungsprozess, bei dem Situationsbewertung und Bewältigung immer wieder neu erfolgen und aufeinander abgestimmt werden.

Bewältigungsstrategien, die sich im Laufe des Lebens bewährt haben, werden auch in neuen belastenden Situationen eingesetzt, ein Ansatz, den auch die Life-Event-Forschung vertritt (s. Kap. 1.1.).

Diese Bewältigungsprozesse werden ganz entscheidend beeinflusst von relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Charaktereigenschaften, Wertvorstellungen, Weltbild, Selbsteinschätzung von Fähigkeiten.

Diese sind bei Lazarus als Mediatoren konzipiert, was bedeutet, dass die Bewältigungsprozesse sukzessiv ablaufen. Das Ergebnis eines Prozesses definiert den Ausgangspunkt der Bewertung des nächsten Prozesses.

Bossong bezeichnet die Personenfaktoren als Moderatoren, was bedeutet, dass diese „nur mittelbar in das Geschehen eingreifen, indem sie das Auftreten

spezifischer Bewertungen, Emotionen und Bewältigungsformen entweder begünstigen oder erschweren“ (Bossong 1999, S. 9).

Damit postuliert Bossong Persönlichkeitsmerkmale als unabhängige Variablen und Verhaltensmerkmale nach der vollzogenen Stressbewältigung als abhängige. Signifikant positive Ergebnisse findet er bei folgenden Persönlichkeitsmerkmalen: Handlungsorientierung, Optimismus, Hardiness, externaler und variabler Attributionsstil.

Diese Einflussfaktoren werden im Folgenden spezifiziert.

1.2.3. Theorie der Handlungskontrolle von Kuhl

Kuhls Theorie der Handlungskontrolle (1983) beschäftigt sich mit der zentralen Frage, wie eine Intention in eine Handlung umgesetzt werden kann und was geschieht, wenn dies nicht gelingt. Eine Person ist nach Kuhl *handlungsorientiert*, wenn die Handlungsrealisierung gelingt, andernfalls wird sie als *lageorientiert* bezeichnet. Handlungs- und Lageorientierung sind als Zustände und als Disposition definiert, die zwei Endpunkte einer Dimension beschreiben. „Die Position auf dieser Dimension bestimmt, wie effizient die Person zu einem gegebenen Zeitpunkt ihre volitionalen Prozesse steuern kann“ (Bossong 1999, S. 13) .

Lageorientiertes Verhalten ist dabei gekennzeichnet durch Ruminaton, also andauerndes Grübeln, durch Unentschlossenheit und Zögern und durch Entfremdung, verstanden als verminderte Fähigkeit, in angenehmen Tätigkeiten aufzugehen. Folgen von Lageorientierung sind funktionale Hilflosigkeit und damit verbundene Leistungsdefizite und Handlungs lähmung. Mit dem Konzept der funktionalen Hilflosigkeit grenzt sich Kuhl von Seligman (1979) ab, dessen Theorie der gelernten Hilflosigkeit besagt, dass infolge unkontrollierbaren aversiven Erfahrungen eine verringerte Erfolgserwartung in bezug auf ähnliche Situationen entsteht und dadurch die Motivation für weitere Handlungen abnimmt. Demgegenüber erklärt Kuhl Leistungsdefizite nicht mit einer verringerten Erfolgserwartung sondern sieht den Grund von Leistungsdefiziten durch Kontrollverlust in der Lageorientierung. „Lageorientierung wäre ein Vulnerabilitäts- oder Risikofaktor in der Hilflosigkeitsgenese“ (Brunstein 1990 laut Bossong 1999, S. 15).

Die Handlungslähmung entsteht bei Lageorientierten dadurch, dass sie nicht fähig sind, eigene Intentionen zu bilden. Lageorientierte Menschen akzeptieren fremdbestimmte Intentionen wie eigene, bringen aber nicht die notwendige eigene Motivation zur Durchführung des entsprechenden Verhaltens auf.

Handlungslähmung kann dann vermieden werden, wenn eine ausdrückliche Motivation von außen erfolgt.

Setzt man die Konzepte der Lage- bzw. Handlungsorientierung in Beziehung zum transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1994), so lässt sich feststellen, dass sich die Lageorientierung auf die Stressbewältigung negativ auswirkt.

Lageorientierte sind in ihren Bewertungen zu sehr durch negative Erfolgserwartungen blockiert. Handlungsorientierte sind besser in der Lage, ihre eigenen Absichten in die Tat umzusetzen und zeigen daher ein effektiveres problemzentriertes Coping in Situationen, die von selbstgenerierten Intentionen abhängig sind. Außerdem fällt es Lageorientierten schwerer, negative Gefühle aufzugeben, was sich nachteilig auf emotionszentriertes Coping auswirkt. Lageorientierte sind durch Stress stärker belastet und fühlen sich schneller überfordert und hilflos. Handlungsorientierte kommen mit Belastungen besser zurecht.

Auf die Situation Krankenhausaufenthalt übertragen hieße das, dass die Lage- bzw. Handlungsorientierung entscheidenden Einfluss auf die Situationsbewältigung hat. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich die spezifische soziale Struktur im Krankenhaus zusätzlich auf die Lage- bzw. Handlungsorientierung des Patienten auswirkt und damit mittelbar die Situationsbewältigung steuert. Dieser Frage wird in Kapitel 1.3. ausführlich nachgegangen.

1.2.4. Konzept des Optimismus von Scheier und Carver

Scheier und Carver entwickelten 1985 ihr Optimismus-Konzept. Wird eine Person an der Erreichung eines Ziels gehindert, schätzt sie die Wahrscheinlichkeit ein, mit der weitere Anstrengungen doch noch zum Ziel führen. Fällt diese Ergebnis-Erwartung positiv aus, wird sie ihre Anstrengungen fortsetzen, andernfalls ihr Verhalten einstellen. Bei einer generalisierten, ganze Lebensbereiche umfassenden positiven

Ergebnis-Erwartung spricht man von Optimismus als stabiles Persönlichkeitsmerkmal.

Je optimistischer eine Person ist, umso eher kommt sie beim Auftreten von Schwierigkeiten zu einer günstigen Ergebniserwartung. Sie verfolgt ihr Ziel weiter und kann Stress und Belastungen somit besser bewältigen. Nach Bossong wurde dieser Zusammenhang in mehreren Studien eindeutig nachgewiesen (vgl. Bossong 1999, S. 32 ff.).

Es stellt sich demnach die Frage, inwieweit die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts (verstanden als Stresssituation) bestimmt wird von der optimistischen Lebenseinstellung des Patienten.

1.2.5. Diathese- Stress- Modell von Metalsky, Halberstadt und Abramson

Seligman entwickelte 1967 das Konzept der Gelernten Hilflosigkeit. Danach erleben Personen, die in aversiven Situationen die Erfahrung gemacht haben, keinen Einfluss auf den Ausgang der Situation zu haben, sogenannte Hilflosigkeit und übertragen diese Hilflosigkeitserfahrung quasi automatisch auf andere Situationen. Die Erscheinungsformen der Gelernten Hilflosigkeit zeigen große Ähnlichkeit mit den Symptomen der Depression. Diese Theorie erfuhr dann 1978 eine attributionstheoretische Reformulierung: Nicht die Hilflosigkeitserfahrung an sich beeinflusst die Generalisierung auf weitere Situationen sondern die Art der Ursachenattribution für die Hilflosigkeit. Unkontrollierbare aversive Erfahrungen führen demnach umso mehr zu Hilflosigkeit und Depression je internaler, stabiler und globaler die Ursachen gesehen werden. In der Folge verlagerte sich die Forschung von der Attribution auf den Attributionsstil, d.h. auf die Annahme relativ stabiler Attributionspräferenzen. Nach dem Diathese-Stress-Modell von Metalsky, Halberstadt und Abramson (1987) ist ein ungünstiger Attributionsstil, bei dem aversive Ereignisse auf internale, stabile und globale Ursachen zurückgeführt werden, eine notwendige Bedingung für Hilflosigkeit und Depression. Ein günstiger Attributionsstil führt aversive Erfahrungen auf externale, variable und spezifische Ursachen zurück und begünstigt damit eine Stressbewältigung. Dies soll exemplarisch am Beispiel Schmerzbewältigung erläutert werden. Nehmen wir an, ein

Patient erlebt nach einer konservativen Schmerzbehandlung weiterhin starke Schmerzen. Sieht er die Ursache darin in der Schwere seiner Erkrankung in Verbindung mit orthopädischen Vorerkrankungen (intern, stabil, global), wird er auch für die Zukunft Schmerzen erwarten und sich hilflos dieser Situation gegenüber sehen. Bei einer extern variablen und spezifischen Ursachenattribution könnten die Ursachen für die Schmerzen z.B. in einem Behandlungsfehler des Arztes zu sehen sein. Wird dieser Fehler zudem als spezifisch und variabel gewertet (z.B. „der Arzt hatte einen schlechten Tag“), dann dürfte die Erwartungshaltung bei erneuten Behandlungen weniger negativ ausfallen.

Übertragen auf den Krankenhausaufenthalt bedeutet demnach eine externe, spezifische und variable Ursachenattribution einen Vorteil bei der Bewältigung dieser Stresssituation. Mit Patienten sollte also die subjektive Bewertung ihres Aufenthalts ausführlich erörtert werden, um ungünstige Attributionen abzuschwächen oder gar zu verhindern. An dieser Stelle sei auf die Bedeutsamkeit eines gut funktionierenden Beschwerdemanagements hingewiesen, nicht nur zur Optimierung organisatorischer Abläufe sondern auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Patienten.

1.2.6. Hardiness - Konzept von Kobasa und Maddi

Kobasa und Maddi (1977) konzipierten im Rahmen ihrer existentialistischen Persönlichkeitstheorie das Persönlichkeitsmerkmal „hardiness“ als Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress. Hardiness setzt sich aus den drei Komponenten Kontrolle, Engagement und Herausforderung zusammen.

Kontrolle ist die Überzeugung einer Person, Ereignisse und Ergebnisse eigener Handlungen beeinflussen zu können, Engagement bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person einen Sinn in ihrem Leben sieht und Herausforderung beinhaltet eine positive Einstellung zu Veränderungen im Leben. Kobasa (1982) postuliert eine schützende Wirkung von Hardiness auf die Gesundheit, indem Hardiness verhindert, dass Belastungen und aversive Ereignisse zu extremen körperlichen Stressreaktionen führen. Ohne Hardiness kommt es zur Entfremdung.

Es existieren Überschneidungen mit dem Konzept der Handlungsorientierung von Kuhl (1983). „Im Rahmen des Hardiness-Konzepts entsteht Entfremdung also primär

daraus, dass die Person mangels verbindlicher Wertvorstellungen keine längerfristigen Ziele entwickeln kann“ (Bossong 1999, S. 45). Bei Lageorientierten ist der Zugang zur eigenen Motivation blockiert. In beiden Fällen ist sowohl die problemorientierte als auch die emotionsorientierte Bewältigung von Stresssituationen gehemmt.

1.2.7. Salutogenese – Modell von Antonovsky

Wie entwickelt sich Gesundheit? Dies ist – vereinfacht formuliert – die Grundsatzfrage der Salutogenese seit den 70- er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Davon ausgehend, dass überall und stets Stressoren existieren, stellt sich die Frage, warum manche Menschen Stressoren positiv verarbeiten und gesund bleiben bzw. werden und andere nicht. Ausgangspunkt salutogenetischer Forschung war eine zufällige Entdeckung von Antonovsky, nämlich, dass ein großer Prozentsatz (29%) von Überlebenden eines Konzentrationslagers nicht etwa an diesen schrecklichen Erfahrungen zugrunde ging oder traumatisiert war, sondern über eine gute psychische Gesundheit verfügten. Viele Menschen überlebten also eine sehr hohe Stressbelastung nicht nur, sie blieben sogar gesund.

„Die Konfrontation mit einem Stressor ... resultiert in einem Spannungszustand, mit dem man umgehen muss. Ob das Ergebnis pathologisch sein wird, neutral oder gesund, hängt von der Angemessenheit der Spannungsverarbeitung ab“ (Antonovsky 1997, S. 16).

Welche Faktoren determinieren diese Spannungsverarbeitung? Als Antwort auf diese salutogenetische Frage entwickelte Antonovsky zunächst das Konzept der „generalisierten Widerstandsressourcen“, zu denen Phänomene wie Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität und soziale Unterstützung zählen. Auf der Suche nach den Gemeinsamkeiten dieser Phänomene entstand dann das Konzept des Kohärenzgefühls. Alle generalisierten Widerstandsressourcen machen es laut Antonovsky leichter, den zahlreichen Stressoren einen Sinn zu geben. Dies erzeugt mit der Zeit ein sog. „Kohärenzgefühl“, definiert als „eine globale Orientierung ..., die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich

die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1997, S. 17). Das salutogenetische Modell rückt die sozialen, nicht die medizinischen Ursachen von Gesundheit und Krankheit mehr in den Blickpunkt. Ein Prozess des Umdenkens wurde eingeleitet. Wichtig war nicht mehr nur die Frage nach der Genese von Krankheiten und damit die Absicht, krankmachende Faktoren zu eliminieren, sondern die Suche nach Faktoren zur Gesunderhaltung. Dies ist ein wichtiger Ansatzpunkt für die psychische Betreuung des Patienten, deren Ziel es sein muss, zu seiner Gesundung und Gesunderhaltung beizutragen.

1.3. Soziologie des Krankenhauses

Die folgenden Kapitel widmen sich weiteren Einflussfaktoren auf Gesundung und Gesunderhaltung, nämlich solchen, die sich aus der Institution Krankenhaus ergeben.

Das Krankenhaus stellt für die Dauer des Aufenthalts die unmittelbare Umwelt für den Patienten dar. Leitbild, Organisationsverfassung, Strukturen, Aufgabenschwerpunkte, Trägerschaft etc. wirken auf den einzelnen Patienten ein und bestimmen sein subjektives Erleben. Man denke zum Beispiel an den Tagesablauf im Krankenhaus, der von organisatorischen Strukturen, wie z.B. den Mahlzeiten bestimmt wird. Ein anderes Beispiel ist die Möglichkeit zur Krankenkommunion bei einem katholischen Träger.

Auch das Verhalten der Mitarbeiter, wie es vom Patienten erlebt wird, kann nicht losgelöst von den organisatorischen Bedingungen und Strukturen des Krankenhauses betrachtet werden. Neben Fachlichkeit bestimmen professionelle Überzeugungen und Werthaltungen der in einem Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen ihr Handeln. Kommunikation und Konflikte innerhalb des Personals, zwischen den Funktionsbereichen und Stationen sowie den Berufsgruppen werden mitbestimmt durch historisch gewachsene Berufs- und Rollenauffassungen sowie durch die aktuellen Herausforderungen an das Gesundheitssystem und damit auch an das Krankenhaus.

Die Geschichte des Krankenhauses ist eng verwoben mit der Geschichte von Medizin und Pflege. Heutige Probleme und Konflikte lassen sich vor dem Hintergrund

der geschichtlichen Entwicklung nicht nur der Institution Krankenhaus, sondern auch der Wissenschaften Medizin und Pflege besser verstehen.

1.3.1. Das Krankenhaus und seine Historie

Um das Wesen des heutigen Krankenhauses zu erfassen, interessiert in besonderem Maße die Entstehungsgeschichte des Krankenhauses.

Wo liegen die Wurzeln der Institution Krankenhaus? Wie hat sich diese entwickelt?

Die Idee, Einrichtungen zur Unterbringung und Betreuung Kranker zu schaffen, ist in vielen verschiedenen Kulturen entstanden. Nach Rohde, auf dessen Ausführungen sich dieses Kapitel überwiegend bezieht, hat „das Krankenhaus in seiner heutigen Form letztlich wohl nicht mehr mit dem originalen christlichen Hospital zu tun...als dieses mit seinen griechischen oder außerabendländischen Vorfahren“ (Rohde 1974, S. 58). Die Entstehung des Krankenhauses fällt nicht - wie vielfach behauptet - mit seiner Verchristlichung zusammen, sondern ereignete sich früher. Allerdings ist der Einfluss des Christentums auf die weitere Entwicklung unbestritten.

Die Anfänge: nicht-christliche Wurzeln

Die ersten krankenhaushähnlichen Einrichtungen gab es wohl schon im alten Ägypten vor dem 11. Jh. v. Chr. Hier erhielten Arme ärztliche Hilfe und Rat, allerdings nicht in einem eigenen Haus, sondern mehr in ambulanter Form. Die Ärzte gehörten zur Priesterkaste und waren staatlich dotiert. Eine organisierte medizinische Wissenschaft ist in Schriften aus Ägypten bereits vor dem 14. Jh. v.Chr. belegt.

In der magisch-religiösen Medizin von Babylonien wurden Kranke tagsüber auf den Marktplatz gebracht, um von jedem Vorübergehenden Informationen über und Erfahrungen mit ihrer Krankheit entgegen zu nehmen.

Aus Indien ist ein königliches Edikt belegt, das bereits im 3. vorchristlichen Jahrhundert Krankenhäuser anordnet. Um 437 v.Chr. werden bereits Krankenhäuser erwähnt, in hinduistischen Gebieten sogar für Tiere.

Auch in Mexico haben die Spanier Hospitäler gefunden.

Im griechischen Kulturbereich gab es seit dem 5. Jh. v. Chr. eine organisierte Form der Medizin. Ärzte wurden von den Bürgern gewählt und bezahlt. Der Status der Ärzte war sehr hoch, in etwa vergleichbar mit dem der Kriegsführer.

Den Aeskulap-Tempeln war ein Krankenhaus angeschlossen, in dem die Pilger von Priester- und Laienärzten behandelt wurden. Seit dem 2. Jh. n. Chr. gab es gesonderte Einrichtungen für Sterbende und für Frauen. Die Asklepieia gelten als die ersten Vorläufer europäischer Hospitäler.

Außerdem gab es im griechischen Altertum private Praxen von Ärzten sowie Militärlazarette.

In Rom gab es Hospitäler für Sklaven, „aus dem puren Bestreben..., ökonomisch wertvolle Arbeitskraft zu erhalten und wiederherzustellen“ (Rohde 1974, S. 62). Sind dies die Vorläufer unserer heutigen Reha-Kliniken?

Die Krankenhäuser sind also keine Erfindung des Christentums und seinen wohlthätigen caritativen Absichten, wie es gerne dargestellt wird. Erste krankenhaushähnliche Institutionen gab es bereits viele Jahre vorher.

Christliche Einflüsse: Die caritative Verwahranstalt

Der Einfluss des Christentums auf die Entwicklung der Krankenhäuser erhielt nachweislich erst seit dem 4. Jh. n. Chr. eine große Bedeutung. Von jetzt an stand der Gedanke der Caritas, nicht so sehr der der Medizin im Vordergrund. Vom Charakter her handelte es sich zur damaligen Zeit vorwiegend um Herbergen für Fremde und Armenpflegehäuser, eine organisierte Form von Wohltätigkeit, die sich seitdem stark ausbreitete. Es gab allerdings auch schon einzelne ausschließlich medizinischen Zwecken dienende Krankenhäuser. Im Allgemeinen nannte man die Krankenhäuser damals Armenpflegehaus und Altersheim, eine Differenzierung, die wohl nicht tiefgreifend war. Die lateinische Bezeichnung „hospitolum“, die ja bis heute in vielen sprachlichen Variationen erhalten geblieben ist (Spital, Hospital, Hospiz), setzt sich erst später durch und vereinigt damit die unterschiedlichen Funktionen der Krankenhäuser in einem Begriff.

Im frühen Christentum und Mittelalter war die Medizin durch die „Caritas“, also durch Wohltätigkeit und weniger durch das Ziel der Heilung von Krankheiten bestimmt. Im 12. Jh. bildete sich auch die zweckbezogene Differenzierung wieder mehr aus. Das Klosterwesen breitet sich aus und damit die Krankenhauspflege. Allerdings bleiben

die Krankenhäuser des Mittelalters im Wesentlichen Versorgungsanstalten für Hilflose. Die Durchsetzung des medizinischen Charakters lässt noch lange auf sich warten. „Gesundheit und Krankheit standen wesentlich jenseits des menschlichen Verfügungsbereiches, und als Menschenmögliches blieb weitgehend nur die Gewährung von Obdach, Nahrung, leiblicher und geistlicher Betreuung“ (Rohde 1974, S. 68).

Im Krankenhaus kümmerte man sich um die Armen, um Menschen außerhalb der Gesellschaft. Darin bestand die christlich-caritative Opferbereitschaft, oft auch gegen den Widerstand der Gesellschaft. Soziale Institutionen finden hier wohl ihren Ursprung. Man denke an heutige Organisationen (z.B. Beratungsstellen) von Caritas oder Diakonie aber auch an jene sozialen Initiativen (z.B. Arbeitslosentreffs), die um staatliche und kommunale Unterstützung kämpfen müssen.

Unser heutiges Bild caritativer „Demut, Hingabe und Sanftmut“ (Rohde ebda, S. 70) stimmt allerdings in dieser Form nicht mit der damaligen Realität überein. Caritativ war lediglich die normativ geregelte Bereitstellung von Unterstützung. Beispielsweise war es unter Strafe gestellt (drei Tage fasten bei Wasser und Brot), Kranke zu beschimpfen. Die caritative Haltung war „damals ebenso wenig wie heute eine letzte persönliche Hingabe aus sich selbst heraus und bedurfte durchaus regulativer Abstützung des Verhaltens“ (Rohde ebda, S. 71).

Caritative Gesinnung ist also von jeher mit Regeln, Gesetzen und Normen verbunden und bedeutet nicht grenzenlose Hingabe und Fürsorge, wie es heutzutage gerne glorifiziert dargestellt und manchmal auch noch erwartet wird. Mit Verweis auf den caritativen Anspruch im Krankenhaus ist es innerhalb der Pflege auch heute noch ein sehr hoher Wert, aus Hilfsbereitschaft heraus zu handeln, im „Sinne des Patienten“ auch persönliche Nachteile in Kauf zu nehmen (vgl. auch Kap. 1.3.3.3.).

Im Mittelalter: In religiösen Bewahr- und Isolationsanstalten stehen soziale und humanitäre Aufgaben im Vordergrund

Im weiteren geschichtlichen Verlauf bildeten sich dann unterschiedliche Formen von Spitalgemeinschaften heraus: die Spitalverbrüderungen, die bürgerlichen Hospitalorden und die ritterlichen Hospitalorden. In dieser Zeit erfolgt der Schritt von der Versorgungsanstalt hin zur Heilanstalt.

Bei ersteren, den Spitalverbrüderungen, handelt es sich um religiöse Bruderschaften, die in einem Hospital pflegerische Aufgaben übernahmen. Diese Form verbreitete sich im 13. Jh. vor allem in Frankreich und Flandern. Es gab formale Regeln und Personalbestimmungen, z.B. sollten einige Priester sowie je 10 Laienbrüder und –schwestern der Gemeinschaft angehören. In Mangelzeiten waren sogar weibliche Angestellte vorgesehen. Es existierte eine Hausordnung mit Vorschriften sowohl für religiöse Belange, z.B. Betpflicht als auch für den Tagesablauf im Hospital.

Die bürgerlichen Hospitalorden entwickelten sich seit dem 11. Jh., beginnend mit einigen Antonitern, die ein Fremdenhospital übernahmen, um dort Pilger zu heilen. Diese bildeten Pflegegemeinschaften und breiteten sich seitdem weiter aus. Vom 12. bis 14. Jh. war der Hospitalorden vom Heiligen Geist sehr bedeutsam. Ende des 12. Jh. gründete Gui de Montpellier mit seinem Erbe in Rom ein Hospital und scharte Gleichgesinnte für die Krankenpflege um sich. Er erhielt 1198 von Innozenz III. die Aprobation. In den nächsten beiden Jahrhunderten entstanden weitere Filialen in Sizilien, Frankreich, Deutschland, Spanien und England. In ihren Gelöbnisformeln ist von „unseren Herren, den Kranken“ die Rede. Einmal pro Woche waren die Ordensleute, Mitglieder waren auch Frauen als Pflegerinnen, angewiesen, Kranke von der Straße aufzulesen.

Die ritterlichen Spitalorden im Mittelalter wurden vor allem durch die Johanniter beherrscht. Rittertum und Krankenpflege wurden miteinander verbunden, zum einen aus der Notwendigkeit (Kreuzzüge) heraus, zum anderen aber auch dem Beispiel der Araber folgend, die in Spanien bereits über große Krankenhäuser verfügten. Der Johanniterorden wurde im 11. Jh. in Jerusalem gegründet, verlegte seinen Standort in der Folge mehrfach, z.B. nach Margat, Ptolemais, Cypem und Rhodos, von wo nach dem Bau einer stattlichen Flotte ein Eroberungsfeldzug unternommen wurde, und schließlich nach Malta. Im Johanniterorden waren die Betreuungsaufgaben schon früh durchorganisiert. Auf Rhodos gab es bereits schriftlich festgelegte Planstellen für Ärzte. Sie hoben sich von anderen Hospitälern der damaligen Zeit durch eine hervorragende Einrichtung ab.

Eng verbunden mit den Johannitern ist die Geschichte der Deutschherren, die 1191 als Spitalorden bestätigt und kurz darauf als Ritterorden anerkannt wurden. Hauptsitz war Akkon, danach Venedig. Man betrieb Hospitäler u.a. in Palermo, Barletta, Halle, Aachen, Frankfurt und Nürnberg. Zur Blütezeit der Mission wurde das

Ordensland Preußen gegründet. Hier wurde das gesamte Fürsorgewesen zentral gefördert. Innerhalb Preußens verfügte jede Stadt über zwei Hospitäler, es gab kein Kirchdorf ohne mindestens ein Hospital.

Alle drei Hospitalformen waren Ausdruck der mittelalterlichen Caritas, die sich unter anderem auch auf die Pflege von Kranken bezog. Mit Erfindung, Entwicklung und Institutionalisierung der Krankenpflege wurde das Hospital „gesellschaftsfähig“. Die Hospitäler der Ritterorden waren die ersten, in denen sich nicht nur Arme sondern die eigenen Ordensleute krankheitsbedingt aufhielten.

Allerdings blieben die Hospitäler trostlose Orte, die nur in größter Not oder bei Isolationsnotwendigkeit aufgesucht wurden. Der Ablauf in den Hospitälern war stark reglementiert. Oberste Pflicht der Kranken waren tägliche Gebete für ihre Wohltäter, sozusagen als Gegenleistung für die Wohltat. Die caritativen Anstalten wurden von den Päpsten und Bischöfen gefördert, die damit auf geistige Vergünstigungen in Form von Ablässen hoffen konnten. „Schließlich war die Kirche die einzige umgreifende Institution, die in dieser Angelegenheit überhaupt etwas tat und daher auch die ihr gemäßen Formen der Bewältigung eines solchen Problems wählen musste. Von der weltlichen Obrigkeit konnte man damals jedenfalls keine auch nur annähernd organisierte Auseinandersetzung mit den sozialen Nöten... erwarten“ (Rohde ebda S. 74). Das war zur damaligen Zeit alleine Aufgabe der Kirche.

Mit der Reformation verschwanden viele Klöster und damit auch viele der bisherigen Hospitäler. Der Dreißigjährige Krieg tat sein übriges dazu. Kranke arme Menschen wurden zum Stein des Anstoßes, vor allem für die wohlhabenden Bürger dieser Zeit. Eine Mischung aus Mitleid und Abscheu gegenüber den kranken Armen ließ den Unterhalt der Krankenhäuser zur kommunalen Aufgabe werden. Das Krankenhaus blieb in erster Linie Bewahr- und Isolationsanstalt. Die gesellschaftliche Rolle bestand in einer Auffangstelle für hoffnungslos Kranke, die somit wenigstens vor dem Hunger- bzw. Kältetod bewahrt wurden. Religiös war das Hospital weiterhin ein Betätigungsfeld für gebotene Mildtätigkeit und aufopfernde Hingabe für die Ärmsten und Leidvollsten.

Die medizinische Bedeutsamkeit stand im Mittelalter noch hinten an. Im 13. Jh. gab es einige geschickte Chirurgen mit Kenntnissen von Asepsis und Anästhesie, die allerdings von der Gesellschaft nicht ernst genommen wurden. Die Medizin war damals eine rein akademische Disziplin, deren Kenntnisse theoretisch hergeleitet wurden, aber an der Realität oft vorbeiliefen. Mit der Entwicklung anderer

Naturwissenschaften wie Mathematik, Physik, Chemie entstanden im 17. Jh. wissenschaftliche Gesellschaften, in denen sich eine Wandlung des Arztideals anbahnte: „Sah man im frühen Mittelalter den Arzt als Priester, im späten als Mann mit umfassendem Überlieferungswissen und scholastischer Argumentationsgewandtheit, so erwartete man jetzt, dass der Arzt selbst forschen und denken, zumindest aber zu jenen Kontakt halten sollte, die es tun“ (Rohde ebda, S. 77).

Naturwissenschaftliche Einflüsse:

Die Entwicklung der medizinischen Forschung leitet einen Funktionswandel des Krankenhauses ein.

Die wissenschaftliche Forschung mit Beobachtung und Experimenten schaffte sich Raum, hatte jedoch mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen. Die Forschung führte zunächst nur sehr langsam zu praktikablen Resultaten und stand im medizinischen Bereich angesichts der vitalen Probleme am Krankenbett unter einem sehr hohen Anforderungsdruck. Dies verleitete oft dazu, von der Forschung in den Bereich der Anwendung zu springen, was erstere weiter verzögerte. Hinzu kamen soziale Hemmnisse, wie Sektionsverbote, Mangel an Beobachtungsmaterial, Überbeanspruchung der Ärzte durch die Praxis, gesellschaftliche Diffamierung der Ärzte als Quacksalber und vor allem der beschränkte Zugang zu klinischen Daten. Es wuchs das Bedürfnis nach einer Institution, in der genügend Studienmaterial zur Verfügung stand.

Die moderne Klinik hatte ihren Ursprung Mitte des 16. Jh. in Padua, nach deren Vorbild dann in Wien, Edinburgh und anderswo Ausbildungsstätten errichtet wurden. Der Umbau der christlichen Hospitäler in medizinische Forschungsanstalten vollzog sich jedoch nur schleppend. Erst mit Einsetzen der industriellen Revolution und der damit verbundenen Verstädterung der Bevölkerung schaffte die Medizin ihren endgültigen Einzug in die Krankenhäuser und erweiterte damit die bisherigen sozialen Funktionen der Hospitäler um die heilkundliche. Mehr als durch den Forschungseifer waren die Mediziner durch ethisch-humanitäre Impulse motiviert, im Krankenhaus zu arbeiten. Angesichts des großstädtischen Massenelends wollten sie Mittel zur Linderung finden. Weiteren Vorschub erhielt die Medizin durch die liberale philanthropische Einstellung der neu entstandenen wohlfundierten Bürgerschicht im

18. Jahrhundert. Diese Entwicklung fand zunächst vorwiegend in angelsächsischen Ländern statt. Deutschland stand damals noch stark unter dem Einfluss des Absolutismus mit einer wesentlich langsameren Entwicklung der modernen Medizin. Als eins der wenigen Beispiele sei hier die 1710 als Pestkrankenhaus gegründete Berliner Charité aufgeführt. Mit der Zeit war die Medizin jedoch in alle bestehenden Krankenhäuser eingezogen, allerdings blieben diese zunächst Orte mit mangelhafter allgemeiner Verfassung und Verwaltung. Es gab anfänglich wenige medizinisch durchschlagende Heilerfolge außer der Verbesserung der Geburtshilfe. Es entstanden Entbindungseinrichtungen, Entbindungsheime, die Geburtshilfe wurde zu einer Sonderdisziplin mit professioneller Würde, dank ihrem bekannten Vertreter Semmelweis. Die technischen Entwicklungen (Buchdruck, Mechanisierung) förderten die Kommunikation unter den Naturwissenschaftlern und damit die Forschung. In Deutschland und Frankreich kam es unter dem Einfluss der französischen Revolution noch einmal zu einer Verzögerung. Hier entwickelten sich philosophisch-erkenntnistheoretische Richtungen in Abgrenzung zu den Naturwissenschaften, z.B. der Mesmerismus. In Paris war es jedoch, wo „nach vielen Rückschlägen und Irrungen die große wissenschaftliche Einkreisungsaktion gegen die Krankheit“ (Rohde ebda S. 83) begann. Mit der Pathologie begann die Erforschung der Krankheitsursachen. Damit trat die Untersuchung der Patienten mehr in den Vordergrund. Um 1830 entstanden alleine in Paris dreißig Krankenhäuser mit 20.000 Betten und 5000 Ausbildungsstätten. Paris wurde zu einer anerkannten und führenden Aus- und Fortbildungsstätte. Die Erkenntnisse der Epidemiologie führten zur sanitären Reform. Ein Durchbruch gelang der sich entwickelnden Bakteriologie mit Forschern wie Joseph Lister, Robert Koch, Max von Pettenkofer, die fortan die Verhinderung der Wundsepsis und damit mehr chirurgische Eingriffe ermöglichte. Trotz dieser bahnbrechenden Erkenntnisse war der medizinische Erfolg eher mäßig, so dass die Ärzte erneut einen Vertrauensverlust in der Öffentlichkeit erlitten. Doch schließlich konnte man sich den medizinischen Erfolgen nicht verschließen, sondern musste den möglich gewordenen Heilmethoden Bewunderung zollen.

Krankenhäuser der Neuzeit:

Vom Armenhaus über die Heil- und Forschungsanstalt zur Gesundheitsfabrik

Die Formalisierung der ärztlichen Ausbildung führte auch zu Veränderungen in den Krankenhäusern, in denen man sich nun Hoffnung auf Heilung versprach. Im 19. Jahrhundert wandelte sich das Krankenhaus vom Elends- und Sterbehäus der Armen in eine Heilanstalt. Das Krankenhaus bot dem Arzt die Möglichkeit zur Forschung, so dass die besten Ärzte fortan in den Hospitälern zu finden waren. Hier wurde der Medizinstudent zum Arzt gemacht. Die Medizin stand nun im Zentrum des Krankenhauses. Dies hatte Rückwirkungen auf die überkommene Struktur der Krankenhäuser, vor allem auf das Pflegepersonal. Mit der bloßen hingebungsvollen Betreuung allein war es nicht mehr getan. Der Arzt brauchte Pflegekräfte, die mit ihm nach medizinischen Gesichtspunkten kooperierten, der Anfang des sogenannten „Schwesternproblems“. Das Problem bestand darin, eine weltliche Krankenpflege zu errichten, die genügend hohes Prestige genoss. Die Schwesternorden waren sehr gut angesehen, konnten aber den Bedarf nach 1750, als die Anzahl der Krankenhäuser zunahm, nicht mehr abdecken. Die Situation in den Hospitälern war jedoch zu wenig attraktiv, um genügend Ausbildungswillige zu gewinnen. Ab 1836 wurden die katholischen Schwestern von den protestantischen Diakonissen unterstützt. Schwester zu sein setzte aber weiterhin eine Berufung voraus. Die Befähigung zur Krankenpflege galt als Gnadengabe, für die es keiner formalen Ausbildung bedurfte. Der Verdienst von Florence Nightingale besteht vor allem darin, die Krankenhausverhältnisse so verbessert zu haben, dass Frauen aus den bürgerlichen Schichten sich dort engagierten und der Pflegeberuf öffentliche Anerkennung erhielt. Dies war der Grundstein für die medizinisch orientierte Grundausbildung der Krankenschwestern. Durch die o.a. medizinischen Fortschritte wie durch die Verbesserung der Pflege wurde die Veränderung des bisherigen Krankenhauscharakters vom Armenhaus zur Heilanstalt – natürlich schrittweise – vollzogen. Die Einführung der Asepsis und der Allgemeinanästhesie ermöglichten jetzt größere chirurgische Eingriffe. Die erforderliche bessere Ausleuchtung des Operationsfeldes war im häuslichen Umfeld nicht möglich. Daher fanden sich jetzt auch zahlungskräftige Mitglieder der Mittel- und Oberschichten in den

Krankenhäusern ein, die vorher zuhause behandelt worden waren. Mit dem Ausbau der Krankenversicherung wurde der Zugang zur medizinischen Leistung für viele erleichtert. „Zunehmend trat an die Stelle der aus einer christlichen Grundhaltung rührenden Caritas das Leistungsanrecht des Versicherten der GKV, so wie es sich aus dem Ausbau des Wohlfahrtsstaates ergab“ (Badura et a., 1993, S. 17).

Zusammenfassend kann die Entwicklung des Krankenhauswesens als eine völlige Charakterveränderung bezeichnet werden. Sie begann mit den Erfolgen der Medizin, ergänzt von der Verweltlichung und Verberuflichung der Krankenpflege und endete in der Sozialisierung der Medizin (nach unten) und des Krankenhauses (nach oben). Rohde spricht in diesem Zusammenhang von einer Totalsäkularisierung, von der auch die traditionellen religiösen Gemeinschaften betroffen waren. Sie mussten mit der Verwandlung des Krankenhauses in ein technisches komplexes Diagnose- und Therapieinstrument einen neuen Standort einnehmen – ein Prozess, der bis heute anhält. So engagieren sich auch heute noch Orden und Bruderschaften in der Krankenpflege, manche sind weiterhin in den Kuratorien der Krankenhäuser vertreten. Ihr Einfluss innerhalb der Krankenhausleitung, vor allem was betriebswirtschaftliche Entscheidungen betrifft, ist jedoch stark abnehmend. Wissenschaftlich-rationale Erfolgsabsichten traten in Konkurrenz zu religiös-ethischen Grundpositionen. Krankheiten waren nicht länger Folge von Schuld, Erbsünde oder Prüfungen und Sühne, sondern galten als wissenschaftlich definierbar und so schnell wie möglich mit Hilfe technischer Handlungen zu beseitigen. Die Ideologien der Ordens- und Schwesterngemeinschaften mussten sich mit dieser neuen Sichtweise arrangieren. „Hätte die moderne Medizin diese hilfreichen Vorbilder nicht vorgefunden, so hätte sie das Krankenhaus erfinden müssen – und hätte es erfunden“ Rohde a.a.O., S. 89).

Es ist demnach fraglich, Christlichkeit als Leitbildqualität für eine Institution zu postulieren, die ihrem Wesen nach anti-religiös und wissenschaftlich-rational orientiert ist. Vielleicht sind hier einige Ursachen für die Problematik im Umgang mit heutigen Leitbildern der Krankenhäuser zu sehen. Die Leitbilder zumindest der konfessionellen Krankenhäuser beinhalten in der Regel christliche Leitsätze. Auch die wirtschaftlichen Ziele werden in Leitbildern formuliert. Doch welche Grundsätze fließen in die alltäglichen Entscheidungen bevorzugt ein? Genießen bei den alltäglichen Entscheidungen im Krankenhaus die wirtschaftlichen Aspekte moderner

Unternehmensführung Priorität auch auf Kosten christlicher Leitgedanken? Trotz christlichem Leitbild? (vgl. Kap. 1.3.2.).

In den 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte sich das Krankenhaus immer mehr zur „Gesundheitsfabrik“, zu einem „hoch arbeitsteiligen Kooperationsgefüge mit ... technischer Grundhaltung, dessen Arbeit sich auf die Beseitigung von Gesundheitsschäden richtet“ (Rohde ebda, S. 89) und hat damit – wie weiter oben dargelegt – nur noch wenig mit den alten ehrwürdigen christlichen Hospitälern zu tun. Doch trotz dieser Veränderungen bleibt das Krankenhaus in der Vorstellung der Bevölkerung zunächst „eine Stätte der Barmherzigkeit, der persönlichen Zuwendung und der pflegerischen Fürsorge“ (Badura et al. 1993, S. 18). Dieser Diskrepanz zwischen Vorstellung und Wirklichkeit entsprang Ende des 20. Jahrhunderts der Vorwurf des „inhumanen Krankenhauses“. Die zunehmende Technisierung der Diagnostik, der Einsatz immer komplizierterer Maschinen machte Spezialisten erforderlich. Beispielsweise wurde die frühere Narkoseschwester vom Anästhesisten abgelöst. Der Umgang mit Technik wurde aufgewertet (vgl. Kap. 1.3.3.3.).

Die Ordensschwestern wurden abgelöst von professionellen Pflegekräften, die die Ausübung ihrer Funktion nicht als Lebensaufgabe sondern als Beruf auffassten, der es ihnen ermöglichte, ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Der Schichtdienst wurde eingeführt – „ein Schritt, der mehr als viele andere die Atmosphäre und den Betrieb des Krankenhauses verändert hat“ (Badura a.a.O., S. 19).

Für den Patienten änderte sich ein Krankenhausaufenthalt ganz entscheidend: Ihm standen jetzt die verschiedensten Berufsgruppen gegenüber, er wechselte häufig mehrfach die Stationen (Normalstation, OP, Aufwachstation, Intensivstation, Normalstation). Diese Enthumanisierung im Krankenhaus zeichnet sich m.E. besonders deutlich im Umgang mit Tod und Sterben ab. Noch bis in die neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts war dieses Thema tabuisiert, bedeutete der Tod eines Patienten ein „Unfall“, der nicht geschehen sollte, ein Versagen moderner Medizin. Sterbende wurden oftmals abgeschoben, eine Sterbebegleitung gab es selten. Abschiedszimmer waren unbekannt.

Dennoch kam das Krankenhaus auch noch seinen humanitären Aufgaben nach. Dank des sog. „Selbstkostendeckungsprinzips“ - die Vergütung der Krankenhausleistung erfolgt über die Abrechnung von Pflgetagen – konnten Schwerkranke, Heimat- oder Wohnungslose, Kriegsversehrte aus anderen Ländern weiterhin versorgt werden. Sie wurden allerdings mehr und mehr zum Störfaktor.

Man sprach von „Fehlbelegung“ der Betten mit Patienten dieser Art, was den fundamentalen Wandel des Krankenhauses im Zuge des medizinischen Fortschritts verdeutlicht.

1.3.2. Das Krankenhaus im 21. Jahrhundert

Heute, im 21. Jahrhundert, stellt sich das Krankenhaus als ein hochkomplexes, technisch, organisatorisch und sozial höchst differenziertes Organisationssystem dar. „Im Zentrum dieser komplexen Gesamtversorgung stehen die Arbeit der Pflege und die Arbeit der Mediziner (und der anderen Gesundheitsberufe), die durch die Tätigkeiten der übrigen Funktions- und Berufsgruppen ergänzt und unterstützt werden“ (v. Engelhardt und Herrmann 1999, S. 39). Oberstes Ziel ist nicht mehr das Überwinden einer existentiellen Krise des Patienten sondern die möglichst zügige Durchführung einer Behandlung.

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts in einem strukturellen Wandel. Die Krankenhäuser stehen im Konkurrenzkampf und müssen sich „zunehmend den Gesetzen der freien Marktwirtschaft nähern und ihre Dienstleistungen am Patienten effektiv und effizient, dabei nachhaltig qualitativ hochwertig erbringen um den wirtschaftlichen Zwängen nachkommen zu können“ (Hansen 2007).

Der Kostendruck auf die Krankenhäuser ist enorm. Die explodierenden Kosten unseres Gesundheitssystems sollen mittels Bettenreduktion und einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich reduziert werden. Die Neuordnung der Vergütung mit Einführung pauschalierter Abrechnungsmodi - Fallpauschalen – und Sonderentgelten, bei denen bestimmte Leistungen (z.B. Hüftimplantationen) und nicht mehr die Behandlungstage abgerechnet werden, hat erhebliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen im Krankenhaus. Man ist nun besonders daran interessiert, abrechenbare Leistungen (diagnostisch oder therapeutisch) zu erbringen. Die Hilfe für den kranken Menschen, die Orientierung an seinen Bedürfnissen, tritt dabei immer mehr in den Hintergrund. Man ist bestrebt, die Verweildauer der Patienten zu senken, um so mehr Patienten in der gleichen Zeit behandeln zu können und damit mehr Einnahmen zu erzielen. Der Stellenschlüssel des Pflegepersonals berechnet sich nach der Pflegepersonalrechnung (PPR) und ist

damit am Pflegeaufwand für den einzelnen Patienten orientiert. Dem erhöhten zeitlichen Aufwand bei vermehrter Neuaufnahme und Entlassung von Patienten wird dabei nicht Rechnung getragen. Je pflegeaufwändiger der Patient ist, um so „günstiger“ ist der Personalschlüssel. Hier, beim Personal, bietet sich dem Krankenhaus heute das größte Einsparpotential. Doch welche Berufsgruppe ist betroffen? Jede Berufsgruppe im Krankenhaus ist daran interessiert, den eigenen Personalstand zu wahren oder gar zu verbessern und verteidigt selbstredend ihren eigenen Berufsstand. Konkurrenz, Konflikte und Ungerechtigkeiten sind vorprogrammiert, denn die Berufsgruppen verfügen über unterschiedliche Kompetenzen in der Durchsetzung ihrer Interessen. Beispielsweise sind die Ärzte wesentlich besser berufspolitisch organisiert als die Pflegekräfte und können demnach ihre Interessen wesentlich effektiver durchsetzen (vgl. die Forderungen und Erfolge des Marburger Bundes in 2007 und 2008).

Doch damit nicht genug. Da die finanziellen Ressourcen des Krankenhauses begrenzt sind, müssen Zugeständnisse an eine Berufsgruppe woanders eingespart werden. So kommt es u.U. zu einer zusätzlichen Verschlechterung für andere Bereiche im Krankenhaus.

Laut statistischem Landesamt in Stuttgart sank beispielsweise die Anzahl der Vollzeitpflegekräfte in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg von 2007 bis 2008 um 344 Stellen. Seit 1996 habe ein Rückgang eingesetzt, der bis heute andauere. Demgegenüber ist die Anzahl der Ärzte gestiegen.

Die Anzahl der Behandlungsfälle für die Pflege stieg von 43 auf 53 Fälle je Vollkraft im Jahr, im ärztlichen Dienst sank sie im gleichen Zeitraum von 14 auf 12 je Vollkraft. Die Arbeitsbelastung hat also vor allem für die Berufsgruppe der Pflege zugenommen.

Dies wird auch durch Ergebnisse der aktuellen Mitarbeiterbefragung im St. Willibrord-Spital in Emmerich aus dem Jahr 2008 bestätigt. (vgl. interne Veröffentlichung Willibrord-Spital Ememrich)

Die Arbeitsteiligkeit im Krankenhaus hat in den letzten 20-30 Jahren weiter zugenommen. Eine ganzheitliche Behandlung des Patienten wird immer schwieriger. Diese Entwicklung zeichnete sich bereits in den neunziger Jahren ab, so dass es notwendig wurde „Psychologen für psychosoziale Liaisondienste und ähnliches als gleichsam sekundäre Integratoren von Krankenhausleistungen und der Betreuung“ einzustellen (Badura et al. 1993, S. 22). Auch heute noch übernimmt der

psychologische Dienst oftmals Vermittlerfunktion zwischen verschiedenen Berufsgruppen und/ oder dem Patienten.

Der Kostenfaktor ist nicht nur in Deutschland oder Europa ein Schwerpunktthema in den Krankenhäusern.

In den USA haben ähnliche Veränderungen in der Vergütungsform ebenfalls zu einer dramatischen Verkürzung der Verweildauer, weniger Betten und einer Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich geführt. Dennoch steigen die Kosten im Gesundheitssektor wie bei uns weiterhin an und auch hier bleibt die humanitäre Funktion des Gesundheitswesens von diesen Entwicklungen nicht unberührt. „Die Qualität lässt sich eben gerade nicht an Globaldaten wie der Auslastungsquote, der mittleren Verweildauer, der Zahl der Pfl egetage, der Einweisungsfrequenz oder den Kosten ablesen“ (Badura et al. 1993, S. 23).

Parallel dazu sind medizinische und pflegerische Leistungen zur Dienstleistung für den Kunden geworden.

Nach v. Engelhardt und Herrmann 1999 besteht zwischen dem Patienten und dem Personal eine Dienstleistungsbeziehung mit rechtlich abgesicherten Versorgungs- und Betreuungsansprüchen auf Seiten der Patienten bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Mitarbeit (Compliance, Auskunftspflicht). Die Versorgungs- und Betreuungskultur des Krankenhauses wird dabei sowohl von der Qualität der medizinisch-pflegerischen als auch der psychosozialen Versorgung bestimmt, was sich in der Gestaltung des Krankenhauses als Lebensort des Patienten ausdrückt. Diese Qualität zeigt sich darin:

- wie Patienten ins Krankenhaus aufgenommen werden,
- wie Patienten mit den Gegebenheiten im Krankenhaus vertraut gemacht werden,
- wie Versorgungs- und Betreuungszeiten auf ihren Lebensrhythmus abgestimmt sind,
- wie auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird,
- wie stark sie Anonymität, Personalwechsel und Hektik ausgesetzt sind,
- wie stark ihrem Bedürfnis nach Zuwendung nachgegangen wird,
- wie weit die Patienten entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten aufgeklärt werden,
- inwieweit ihre Selbstbeobachtung und Selbstbeteiligung gefördert werden, inwieweit ihnen mit Achtung begegnet wird,

- inwieweit ihre Integrität und Intimität geschützt werden,
- wie mit fordernden und „schwierigen“ Verhaltensweisen umgegangen wird und schließlich
- inwieweit die individuellen Belastungsgrenzen respektiert werden

(vgl. v. Engelhardt und Herrmann 1999, s. 48 f.).

Kundenorientierung, Qualität, Qualitätssicherung und –steigerung. Das sind moderne Schlagworte im 21. Jahrhundert.

Vom Patienten wird vermehrt Eigenverantwortung erwartet – aber wird sie ihm auch gewährt? Wie steht es heute um die Kundenorientierung im Krankenhaus? Wie schätzen dies Patienten und Mitarbeiter ein? Was erwarten die heutigen Kunden im Krankenhaus? Welche Bedürfnisse haben sie und wie kann dem – trotz ökonomischer Zwänge – begegnet werden? Dies alles sind Fragen, denen in der vorliegenden Arbeit nachgegangen wird (vgl. Kap. 2.1.).

Pflegewissenschaftliche Einflüsse:

Die Akademisierung begünstigt eine Statusveränderung der Pflege im Krankenhaus

Parallel zu den beschriebenen Entwicklungen ist innerhalb der Medizin und in den letzten Jahrzehnten auch innerhalb der Pflege eine wachsende Professionalisierung zu verzeichnen. Technisierung und Ökonomisierung einerseits, der Wunsch nach mehr menschlicher Zuwendung andererseits sind große Herausforderungen an eine professionelle Pflegepraxis. Dabei erlangt empirisches Wissen eine wachsende Bedeutsamkeit.

Von der historischen Tradition her begründet sich Pflegewissen auf unstrukturierte Wissensquellen wie Tradition, Erfahrung, Intuition und auf wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Disziplinen, z.B. der Medizin. Der Pflegeberuf ist weniger intellektuell als vielmehr handlungsorientiert ausgerichtet. Der Einfluss althergebrachter Methoden war und ist immer noch innerhalb der Krankenpflege sehr mächtig. Das Ausprobieren neuer Methoden und Techniken erfolgt nach wie vor noch recht zögerlich (im Vergleich zu anderen Disziplinen, die von je her wissenschaftlicher ausgerichtet waren). Viele Pflegenden stehen ihrem Tun nicht kritisch genug gegenüber und verschließen sich auch heute noch neuen

Erkenntnissen. In der Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/schwester waren die Pflegewissenschaften lange Zeit sehr unbeliebt, wurden als zu theoretisch, praxisfern, kompliziert und unwichtig abgetan. Auch die Lehrenden taten sich anfänglich schwer, sich auf die neue Thematik und den wissenschaftlichen Denkansatz einzulassen. Eine wachsende Zahl von Pflegenden stellt den Status Quo jedoch in Frage und ist wissenschaftlichen Erkenntnissen gegenüber aufgeschlossen. „Pflegewissenschaft wird mittlerweile an fast allen europäischen Ländern gelehrt und als Universitätsstudium, Fachhochschulstudium oder Masterprogramm angeboten. Pflegeforschung ist ein wichtiger Bestandteil aller Ausbildungen am universitären Sektor und das Wissen darum bildet die Basis für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Pflege“ (Mayer 2002, S. 5). Damit etablieren sich die Pflegewissenschaften und Pflegeforschung immer mehr zu einem national und international anerkannten Wissenschaftszweig. Durch die veränderte Gesetzgebung für die Ausbildung von Pflegekräften wird diese Entwicklung nachhaltig gefördert. Für die heutigen Schüler der Kranken- und Altenpflege gehören Pflegeforschung und Pflegewissenschaft zu wichtigen und selbstverständlichen Schwerpunkten ihrer Ausbildung.

Mit der Akademisierung des Pflegeberufs wird auch die Anerkennung und Gleichstellung innerhalb des Krankenhauses angestrebt. Im neuzeitlichen Krankenhaus hatten sich Pflegende noch kritiklos der Medizin unterzuordnen: „In allen ärztlichen Angelegenheiten müssen sie (die Pflegerinnen) sich den Anordnungen der Ärzte ohne Kritik fügen und ihnen gehorchen....Gerade vermöge ihrer Berufsausbildung müssen besonders die Schwestern die Hoheit der Wissenschaft begreifen und einsehen, dass sie selbst zu wissenschaftlichem Urteil nicht fähig sind“ (Wallmenich 1902, in Mayer 2002, S. 37). Pflege wurde als medizinischer Hilfsberuf definiert, als „Liebestätigkeit“, für die weniger Wissen und berufliche Fähigkeiten sondern persönliche Tugenden, sittliche Einstellung und Charaktereigenschaften entscheidend waren. Dieses Verständnis von Pflege hatte sich über hundert Jahre sowohl in das Selbstbild der Pflege als auch in das Fremdbild seitens anderer Berufsgruppen, insbesondere der Ärzte, eingegraben. Die Anfänge der Pflegeforschung um die Jahrhundertwende wurden denn auch folgerichtig von Seiten der Ärzte den medizinischen Wissenschaften untergeordnet und zwar unter dem Begriff „Hypurgie“ – zurückgehend auf Hippokrates, dem anerkannten Begründer der Medizin. Hypurgie war die Wissenschaft der

unterstützenden Hilfsmittel, wie Krankenlagerung, Schlafförderung, Ernährung, Gespräche mit dem Kranken, Rücksichtnahme auf ihre Gewohnheiten, also der heutigen Themen pflegewissenschaftlicher Arbeiten. Pflege wurde hier erstmalig als wissenschaftliche Disziplin beschrieben, allerdings wurden die Pflegenden bei der Zuweisung von Forschungskompetenz umgangen, „denn Krankenpflege als wissenschaftliche Disziplin oblag den Medizinem“ (Mayer 2002, S. 38). Es waren Ärzte, die um 1900 über Themen der Krankenpflege promovierten. Beispielsweise lautete das Dissertationsthema eines gewissen Goldschmidt zur Erlangung der Doktorwürde in Medizin und Chirurgie: „Die Kleidung des Kranken und ihre Bedeutung für die Krankenpflege“ (vgl. Walter 1991).

Allerdings verloren die Ärzte im Zuge der rasanten Entwicklung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin bald das Interesse an der Krankenpflege, die in ihren Augen unwissenschaftlich und damit bedeutungslos war. Währenddessen machten die Krankenschwestern in den USA den ersten Schritt an die Universität. Der erste Lehrstuhl für Krankenpflege wurde 1907 an der Columbia University New York an Adelaide Nutting vergeben, die die erste wichtige Studie über die Krankenpflegeausbildung veröffentlichte. Es folgten in den 20-er und 30-er Jahren in den USA Studien vor allem über Pflorgetechniken, wie z.B. Handreinigung, Geburtshilfe, Brustpflege. 1952 wurde die erste wissenschaftliche Pflegezeitschrift „Nursing Research“ publiziert.

In Europa setzte die Entwicklung zeitversetzt ein. In Großbritannien wurde 1956 der erste Studienlehrgang zur Grundausbildung in der Krankenpflege eingerichtet. In Süd- und Mitteleuropa setzte die Entwicklung der Pflegewissenschaft und –forschung noch langsamer ein, aufgrund verschiedener Ursachen:

- Geringere Vorbildung als Zugangsvoraussetzung für die Krankenpflegeausbildung
- Die Aufsicht über die Schulen oblag Ärzten oder Verwaltungsleitern
- Die Krankenschwester und generell die berufstätige Frau wurde in den südlichen Ländern weniger akzeptiert
- Die Berufsverbände entstanden später und waren weniger effektiv
- Mangelnde Kenntnisse der englischen Sprache.

Heute gibt es in fast allen europäischen Ländern Studiengänge für Pflege mit – formal - vollwertigen akademischen Abschlüssen. Die Institutionalisierung der Pflege

schreitet weiter voran. Es werden Forschungsinstitute errichtet, die Forschung wird in den Krankenhäusern verankert, wissenschaftliche Zeitschriften werden publiziert, es finden pflegewissenschaftliche Tagungen und Kongresse statt. Und dennoch ist es m.E. noch nicht gelungen, die Gleichrangigkeit und Gleichwertigkeit der Pflege im Alltag des Krankenhauses zu etablieren. Immer noch werden Pflegekräfte gerne in ihrer Profession abgewertet, lassen sich zu medizinischem Hilfspersonal degradieren oder demonstrieren ein vermindertes Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, indem sie sich z.B. durch die Übernahme pflegefremder, ärztlicher Tätigkeiten glauben aufwerten zu müssen. Immer noch nutzen Pflegekräfte die Erfolge aus Wissenschaft und Forschung zu wenig, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu behaupten und ihre Interessen zu vertreten. Gerade die weiter oben beschriebene Skepsis gegenüber Neuerungen bremst die Professionalisierung und Etablierung der Pflegenden im Krankenhausgefüge mehr als notwendig. Dennoch wird m.E. der Fortschritt von Forschung und Wissenschaft auch hier nicht aufzuhalten sein. Man darf gespannt sein, wie und wann sich dies auf den Status der Pflege im Krankenhaus spürbarer auswirkt.

1.3.3. Die Rollenverteilung im Krankenhaus

Die dargestellten Entwicklungen führen zu starken Veränderungen zum einen der in einem Krankenhaus anzutreffenden Rollen. Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung sind zu Dienstleistungen geworden. Der Patient wird zum Kunden und das Personal zum Dienstleister. Dabei entwickeln sich die Rollen von Patient, Arzt und Pflegekraft aufgrund ihrer jeweiligen Historie, ihres Status und äußerer Bedingungen unterschiedlich schnell und intensiv. Es wird wohl noch einige Zeit und Konflikte benötigen, bis die Rollen von Arzt, Pflege und Patient kongruent sind.

Des Weiteren verändern sich die Beziehungen zwischen Medizinern und Pflegepersonal. „Die Arbeits- und Sozialbeziehungen zwischen dem Pflegepersonal und den Medizinern sind spezifischen Belastungen ausgesetzt und durch eine relativ starke Konflikthanfälligkeit geprägt“ (v. Engelhardt und Herrmann, 1999, S. 40). Diese ergibt sich zum einen aus der mit hohen Belastungen und Verantwortung verbundenen Tätigkeit an sich sowie aus den bestehenden Hierarchie- und Abhängigkeitsverhältnissen. „So bedarf es für die Kommunikation und Kooperation

zwischen den Angehörigen der beiden Berufsgruppen neben einer fachlichen Qualifikation einer besonderen sozialen Kompetenz, um mit der hohen Belastung und der relativ starken Konflikthanfälligkeit umgehen zu können“ (v. Engelhardt und Herrmann a.a.O., S. 41).

Drittens unterliegt auch die Arzt-Patient-Beziehung einem starken Wandel.

„Denn es sind ja nicht allein die Veränderungen des Krankheitspanoramas, es ist auch nicht nur der Wandel hin zum mündigen Patienten, ...- all dies sind relativ träge Entwicklungen, Entwicklungen, die in langen Zeiträumen zu sehen sind. Was zur Veränderung der Arzt – Patient - Beziehung derzeit hingegen in viel dramatischerem Umfange beiträgt, sind die enormen Anpassungsleistungen, die unser Gesundheitssystem im Gefolge des Gesundheitsstrukturgesetzes ... zu bewältigen hat“ (Lang u. Kupfer 1996, S. 13).

1.3.3.1. Die Rolle des Patienten

Die Rolle des Patienten im modernen Krankenhaus befindet sich im Wandel.

1974 beschreibt Rohde das Krankenhaus noch als ein Dauersystem, welches naturgemäß darauf angelegt ist, den Patienten als „vorübergehenden Bestandteil“ zu definieren, der sich an dieses System anzupassen hat. In dieser Rolle verhält sich der Patient passiv und unselbständig. „Der Patient wird ... entmündigt, wird auf einen Kinderstatus zurückgeworfen...“(Rohde a.a.O., S. 396).

Er verweist in diesem Zusammenhang auf einige anschauliche Beispiele für die Regression des Patienten, die auch in der heutigen Zeit noch Gültigkeit haben. So wird beispielsweise vom Patienten erwartet, dass er liegt, auch wenn dies nicht indiziert ist. Die „Stellung“ des Patienten ist de facto eine „Lage“: „Kaum denkbar, einen längst wieder gehfähigen Patienten bei der Visite, freundlich lächelnd, neben seinem Bett stehen zu sehen, um dem Chefarzt... in normaler Relation Rede und Antwort zu stehen“ (Rohde 1974, S. 397).

Vom Patienten wurde seinerzeit also zum einen Anpassung an das System erwartet, andererseits ist der Patient niemals richtig in das System Krankenhaus integriert, denn Sinn und Zweck des Krankenhausaufenthalts ist es ja, dass der Patient seine Rolle möglichst bald aufgibt und das Krankenhaus wieder verlässt. Dieses Spannungsfeld Krankenhaus wird vom Patienten darüber hinaus als befremdlich und

bedrohlich wahrgenommen. „Ungewohntes, halb Verstandenes, Unheimliches verbinden sich zur Empfindung, dass man ständig von der Möglichkeit der Verletzung persönlicher Integrität umgeben ist“ (Rohde 1974, S. 401).

„Es kommt hinzu, dass das Krankenhauspersonal selbst sich in einer durchaus ambivalenten Lage gegenüber dem Patienten befindet. Der Wunsch und Wille zu helfen steht der begreiflichen Tendenz gegenüber, den Patienten zu meiden, wo es nur geht“ (Rohde 1974, S. 402).

Die Situation des Krankenhauspatienten stellt sich demnach folgendermaßen dar:

1. Der Patient wird isoliert, eingeengt auf das Krankenzimmer
2. Die Kontakte mit Ärzten sind dem Patienten zu selten, zu kurz, inhaltlich zu dürftig
3. Vieles ist dem Patienten unverständlich und verstärkt sein Vorurteil, dass Ärzte einem nie die Wahrheit sagen
4. Durch seine nur vagen Kenntnisse und Vorstellungen hat der Patient Angst vor den „feindlichen“ medizinischen Apparaten
5. Der Patient stellt dem Arzt keine Fragen. Er erwartet, dass der Arzt zu ihm kommt und nicht umgekehrt.

Zusammengefasst ist der Patientenstatus in den 1970-er Jahren gekennzeichnet durch Sicherheitsbedürfnis, Kommunikationsbedürfnis und einer niedrigen Position innerhalb der Krankenhaus-Hierarchie.

Was davon trifft auch noch im 21. Jahrhundert zu?

Heute sprechen wir von Kundenorientierung und dem mündigen Patienten. Im Zuge der öffentlichen Diskussionen zum Gesundheitssystem und aufgrund der Vielzahl an medizinischen Informationen hat sich in den letzten Jahren die Selbstsicherheit der Patienten gegenüber dem medizinischen und pflegerischen Personal sichtbar geändert. Wurden medizinische und therapeutische Maßnahmen früher eher unreflektiert hingenommen, hinterfragen Patienten heutzutage ihre Behandlungen deutlich häufiger. Pflegekräfte beklagen das fordernde Verhalten von denjenigen Patienten, die sich heute kritischer und informierter zeigen und verhalten. Viele

Patienten nehmen meiner Erfahrung nach heutzutage wesentlich intensiver und verantwortlicher am Heilungsprozess teil und erwarten eine respektvolle und gleichrangige Einbeziehung in medizinische Entscheidungen. Immer weniger Patienten geben sich mit den Entscheidungen des Arztes ungefragt zufrieden. Sie möchten differenzierte und verständliche Informationen. Damit stellen sie Mediziner, Therapeuten und Pflegekräfte vor besondere Herausforderungen. Der Patient nimmt als Kunde eine Leistung in Anspruch, die er privat oder indirekt über Krankenkassenbeiträge bezahlt. Er ist es gewohnt, dass medizinische Leistungen öffentlich diskutiert werden und auf den Prüfstand kommen. Das macht ihn zum mündigen und aus Sicht des Personals auch oft unbequemen Patienten. Unzufriedenheiten und Konflikte scheinen vorprogrammiert.

In der Praxis sind neben dieser Gruppe aber auch solche Patienten zu beobachten, die sich nicht trauen, auf berechtigten Forderungen nach Aufklärung und Information zu beharren oder beispielsweise eine zweite Meinung einzuholen. Viele Patienten fühlen sich auch noch dem alten Rollenbild des braven, unselbständigen, abhängigen Patienten verpflichtet. Auch heute noch regredieren selbstbewusste und eigenverantwortliche Personen zu ängstlichen, konfliktscheuen Patienten, die sich in der Krankenhaushierarchie weit unten einordnen. Der Krankenhauspsychologe beobachtet einerseits eine wachsende Gruppe von selbstbewussten und kritischen Patienten, die auch von einem modernen Beschwerdemanagement angesprochen werden und eine Gruppe angepasster, ängstlicher Patienten, die ihre Kritik nur indirekt äußern.

Die Rolle des Patienten entwickelt sich allmählich weg vom angepassten, hilflosen Kranken hin zum selbstbewussten und kritischen Kunden.

1.3.3.2. Die Rolle des Arztes

Analog zur veränderten Patientenrolle trifft auch die Rolle des Arztes auf neue Herausforderungen.

Die Gesundheit ist in allen Gesellschaften einer der wichtigsten Werte. Der ärztliche Berufsstand, der als einziger das Recht hat, in den Körper anderer Menschen einzugreifen, erhält in unserer Gesellschaft quasi das Monopol bei der Behandlung

von Krankheitsangelegenheiten. Gegenüber dem Arzt ist die „Unversehrtheit des Leibes“ aufgehoben.

Neben den körperlichen Erkrankungen fallen auch immer mehr die psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen in den Zuständigkeitsbereich des Arztes. Damit erweitert sich die Rolle des Arztes um die Funktion des Medizinmannes und Priesters (vgl. Willig 1995).

Siegrist beschreibt 1977 die Rolle des Arztes, die durch auch heute noch geltende Verhaltenserwartungen definiert ist:

- Sachlichkeit, gefühlsmäßige Neutralität gegenüber den Patienten, d.h. der Arzt sollte sich gegenüber alten, chronisch kranken Patienten genauso freundlich verhalten wie gegenüber jungen, „erfolgsversprechenden“ Patienten.
- Allgemein-gesellschaftliche Interessen sind über mögliche egoistische Interessen zu stellen, d.h. technische Geräte sind nur aus berechtigten Anlässen einzusetzen und nicht, um damit das persönliche Einkommen zu steigern.
- Universalistische Haltung, d.h. der Arzt soll Patienten ohne Ansehen der Person behandeln, unabhängig von gesellschaftlichem Status, Hautfarbe, Religion, d.h. z.B. keine Bevorzugung von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten.
- Fachliche Kompetenz, d.h. der Arzt soll im Rahmen seines Fachgebietes kompetent handeln, als Chirurg also beispielsweise keine Aussagen zu kindlichen Verhaltensstörungen tätigen.
- Schweigepflicht, die nur dann aufgehoben ist, wenn das öffentliche Interesse über dem des Patienten steht, z.B. bei der Meldepflicht ansteckender Krankheiten.

Diese Erwartungen verstehen sich als Idealnorm, sozusagen als absolute Richtschnur medizinischen Handelns.

Im Krankenhausgefüge kommt dem Arzt als Experten in Fragen von Gesundheit und Krankheit eine entscheidende Position zu. In ihm erfährt Sachverstand quasi eine Institutionalisierung. Der Arzt ist für den Patienten der wichtigste Ansprechpartner, gleichzeitig orientiert sich der Arzt an den Bedürfnissen des Patienten, darüber hinaus aber auch an gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen. Die daraus möglicherweise resultierenden Konflikte seien am Beispiel der Sterbehilfe demonstriert. Hier ist der Arzt sowohl dem Wunsch des Patienten nach einem würdevollen Sterben als auch dem gesellschaftlichen Verbot der Euthanasie verpflichtet.

Hinzu kommt, dass im Krankenhaus mehrere ärztliche Positionen existieren. Die Arztrollen sind dabei an den jeweiligen fachlichen und auch organisatorischen Kompetenzen des Arztes orientiert. Es gibt Assistenzärzte, Oberärzte, Chefärzte, promovierte und nicht promovierte Ärzte, so dass bei den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus und auch bei den Patienten auch heute noch die Vorstellung verbreitet ist, „dass Arzt nicht gleich Arzt sei, dass es gleichsam mehr oder weniger ärztliche Ärzte gebe“ (Rohde a.a.O., S. 250). Wer kennt nicht die Patienten, die möglichst bald dem Oberarzt oder besser dem Professor vorgestellt werden möchten. Dass der nicht promovierte Arzt medizinische Routinetätigkeiten tatsächlich genauso sicher ausübt und dabei vielleicht sogar noch freundlicher ist, spielt dann keine Rolle. Die Patienten gehen davon aus, dass es zwischen diesen verschiedenen Positionen entscheidende Unterschiede gibt. Selbst wenn sich Ärzte um Kollegialität bemühen und Qualifikationsunterschiede den Patienten gegenüber zu verbergen suchen, bleiben die Statusunterschiede, die den Umgang der Ärzte untereinander steuern, diesen nicht verborgen! Der Status des Arztes ergibt sich dabei einmal aus einer Position im Hierarchiegefüge der Ärzteschaft und zum anderen aus der Rangordnung der Fachdisziplinen, die sich nur formell auf einer Ebene befinden. Beispielsweise verfügen die Chirurgen in einem Krankenhaus über einen höheren Status als die Gynäkologen.

Die Aufgaben des Arztes im Krankenhaus sind vielfältig. Krankheitsbewältigung macht heute eine zunehmende Spezialisierung des Arztberufs erforderlich und damit die Ausgestaltung verschiedener Rollen für den Arzt im Krankenhaus.

Arzt - Sein heißt im Krankenhaus nicht mehr alleine für Therapie und Diagnostik zuständig zu sein, sondern zu partizipieren mit anderen Kollegen, auch aus anderen Berufsgruppen und hierarchischen Positionen.

Zusammengefasst ist die Rolle des Arztes im Krankenhaus nicht einheitlich gleich. Sie ist gegenüber dem Patienten komplementär und auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe nicht symmetrisch. Der Status des Arztes ist stark abhängig von seiner Position im Hierarchiegefüge und seiner Fachdisziplin.

Die zukünftige Rollenauffassung muss sich an den aktuellen Veränderungen orientieren und dabei auch die veränderte Patientenrolle (vgl. Kap. 1.3.3.1.) stärker berücksichtigen. Der Arzt muss sich heutzutage mit den veränderten Erwartungen der Patienten/Kunden auseinandersetzen. Zusätzliche Aufgaben im Bereich der Kommunikation und Kundenbetreuung werden seine Rolle prägen. Er muss weiterhin lernen, Patienten als ebenbürtige Kommunikationspartner zu behandeln. Erschwerend für diesen Prozess ist mit Sicherheit der immense zeitliche und ökonomische Druck, unter dem das medizinische Personal in den Krankenhäusern arbeitet, sowie die ständigen fachlichen Neuerungen, die es zu berücksichtigen gilt.

1.3.3.3. Die Rolle der Pflegekraft

Nach Willig (1995) werden an die Rolle der Pflegekraft folgende Erwartungen gestellt:

- Die Pflegekraft soll sachlich und gefühlsneutral arbeiten.
- Allgemein gesellschaftliche Interessen sind über eigene Interessen zu stellen.
- Patienten sollen ohne Ansehen der Person behandelt werden.
- Die Schweigepflicht muss eingehalten werden.

Im Krankenhaus kommt dem Pflegepersonal eine Vermittlerrolle zwischen Arzt und Patient zu. Die Pflegekraft hat häufiger Kontakt sowohl zu den Patienten als auch zum Arzt als diese beiden Gruppen zueinander.

Der Arzt erwartet von der Pflegekraft die Durchführung seiner Verordnungen, die genaue Patientenbeobachtung, die Unterstützung des Patienten emotional, sowie bei seiner Anpassung an die Krankenhausnormen.

Der Patient erwartet vom Pflegepersonal die Erklärung von Fachausdrücken des Arztes, Weitergabe von Fragen und auch Kritik an den Arzt.

Diese Vermittlerrolle kann beim Pflegepersonal Intrarollenkonflikte herbeiführen, wenn diese Erwartungen miteinander nicht zu vereinbaren sind.

Auch wenn solche Erwartungen nicht explizit formuliert werden, so sind sie doch häufig Bestandteil der eigenen Rollenauffassung von Pflegekräften und führen somit in Form von überhöhten Ansprüchen zu einer erhöhten Stressbelastung.

Die an dem Bedarf des Patienten orientierten Aufgaben der Pflege unterteilen sich in Grundpflege und Behandlungspflege. Vor allem die Grundpflege ermöglicht den Kontakt und persönliche Gespräche mit dem Patienten. Im Zuge der Arbeitsteilung hat sich die Tendenz herausgebildet, die Grundpflege als „Nur“-Pflege abzuqualifizieren, an Schüler und Pflegehelfer zu delegieren und stattdessen „hochwertige“ Aufgaben anzustreben. Dazu gehören Tätigkeiten, die Patienten-fern sind und mit Apparaten zu tun haben. „Aufstieg bedeutet: weg vom einfachen Pflegen, hin zu Fachpflege für Intensivstation, Operationssaal, Hygiene“ (Willig 1995, S. 64).

Eine andere Form der Aufwertung der eigenen Berufsrolle besteht in der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, wie beispielsweise Injektionen. Der Arzt seinerseits delegiert gerne wenig einträgliche Arbeiten an das Pflegepersonal und unterstützt dieses Verhalten. Willig vergleicht diese Haltung mit dem Automechaniker: „Alle wollen reparieren, niemand will das Auto warten“ (Willig 1995, S. 64).

Dabei bietet die Grundpflege größte Nähe zum Patienten und hat „die größte Bedeutung für die Gesundung“ (Willig, a.a.O., S. 65).

Allerdings bedeutet diese grundlegende Pflege mit der größten Nähe auch die größte emotionale Belastung für die Pflegekraft. Sie ist den Sorgen und Nöten des Patienten stärker ausgesetzt als der Arzt, weil dieser den Ablauf von Visiten und Gesprächen stärker selbst bestimmen kann. Der Patient passt sich den Ritualen, z.B. der Visite, an. Die Pflege dagegen ist während der Grundpflege den Fragen und Äußerungen des Patienten stärker „ausgeliefert“. Die Pflegeperson wird während ihrer Routinetätigkeiten vom Patienten angesprochen und mit dessen Problemen konfrontiert und muss dann reagieren. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern sich

dies auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Schätzen Arzt und Pflegeperson aufgrund der Unterschiedlichkeit im Patientenkontakt dessen Situation unterschiedlich ein? Was halten Ärzte und Pflegekräfte für notwendig, um die psychische Situation des Patienten zu verbessern? Und liegen sie damit richtig? Was meinen die Patienten selber dazu? Diese Fragen werden in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen.

Den Pflegeberuf, so wie er heute ausgeprägt ist, gibt es erst seit einem Jahrhundert. Vorher unterschieden sich ärztliche und pflegerische Tätigkeiten kaum. Erst mit der Entwicklung des „Arztes zum ... naturwissenschaftlich orientierten Techniker ... bildete sich der Pflegeberuf heutiger Prägung heraus“ (Willig 1995, S. 63).

Die Pflegekraft übte jetzt vor allem die Rolle des Assistenten aus, was auch heute noch im Krankenhausalltag spürbar ist und eine Neuorientierung der Pflege hin zu einem eigenständigen Berufsstand erschwert. Dennoch ist hier die stärkste Veränderung im Rollenbild der Pflege festzustellen. Pflege versteht sich heute als eine professionelle Fachdisziplin, die aufgrund wissenschaftlich erwiesener Erkenntnisse handelt. (vgl. Kap. 1.3.2.) In der Praxis der Krankenhäuser ist diese Tendenz deutlich spürbar, z.B. bei der Entwicklung von Pflegestandards oder dem Einfluss von Pflege-theorien auf die Pflegekonzepte.

Gleichzeitig muss sich die Pflege natürlich genauso wie die anderen Berufsgruppen im Krankenhaus dem sich wandelnden Rollenverständnis des Patienten angleichen und sich mit den zunächst unangenehmen, weil unbequemen Anforderungen „mündiger Kunden“ auseinandersetzen.

1.4. Soziokulturelle Einflüsse

Eine weitere Herausforderung sind für die Mitarbeiter des Krankenhauses die verschiedenen kulturellen Besonderheiten, die bei der Pflege und Behandlung der Patienten zu berücksichtigen sind. Hier treffen oftmals tatsächlich „Welten aufeinander“ und das nicht nur aufgrund von Verständigungsproblemen. Hier allerdings beginnt eine Problematik, die nicht zu unterschätzen ist. Wie schwierig mag es für jene Patienten sein, die Krisensituation Krankenhaus wie sie weiter oben beschrieben wurde (vgl. Kap. 1.1. und 1.2.) zu bewältigen, die sich nicht in ihrer Muttersprache mitteilen können? Zum einen ist der sachliche Informationsfluss

gestört, zum anderen dürfte sich der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Arzt/Pflegekraft/Therapeut erschweren. Das indirekt gesagte, die „Zwischentöne“ sind oft nur in der Muttersprache erkennbar. Im St. Willibrord-Spital Emmerich haben sich einige Mitarbeiter als Übersetzer zur Verfügung gestellt. Eine „Übersetzerliste“ ist im firmeneigenen Intranet veröffentlicht und steht jedem Mitarbeiter zur Verfügung. Damit können zumindest die sprachlichen Probleme verringert werden.

Es bleiben jedoch die kulturell unterschiedlichen Denkweisen, die verschiedenen Einstellungen und der kulturell bedingte unterschiedliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit den sozialen und körperlichen Elementen des Lebens.

Inwieweit wirken sich diese kulturellen Unterschiede auf unser medizinisches und pflegerisches Handeln und auf das Verhalten und Erleben des Patienten im Krankenhaus aus. Inwiefern können, sollen oder müssen sogar Kenntnisse über kulturelle Besonderheiten in die Behandlung und Betreuung des Patienten einfließen? Mit diesen Fragen setzt sich Madeleine Leininger (1998) in ihrer Theorie der kulturspezifischen Fürsorge auseinander, die im Folgenden kurz skizziert werden soll.

1.4.1. Theorie der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger

Madeleine Leininger definiert professionelle Pflege („nursing“) als „den erlernten, humanistisch ausgerichteten und wissenschaftlich fundierten Beruf und die entsprechende (wissenschaftliche) Disziplin, die die Phänomene menschlicher Fürsorge zum Gegenstand haben, mit denen Menschen Einzelpersonen oder Gruppen helfen, sie unterstützen, es ihnen erleichtern oder sie dabei fördern, ihr Wohlbefinden (oder ihre Gesundheit) auf kulturell sinnvolle und positive Weise zu erhalten oder sie wiederzuerlangen oder mit Behinderungen oder dem Tod besser umzugehen“ (Leininger 1998, S. 73).

Pflege wird hier also nicht nur als Handlung am Menschen gesehen sondern als Profession und wissenschaftliche Disziplin. Zentrales Konzept ihrer Pflgetheorie ist das der „Fürsorge“ („care“).

Fürsorge ist für Leininger „die Voraussetzung für Wohlbefinden, Gesundheit, Heilung, Wachstum, Überleben und den Umgang mit Behinderungen und Tod“ (Leininger in Lauber 2007, S. 130). Durch Fürsorge werden die Bedürfnisse nach Verbesserung der menschlichen Lebensbedingungen erfüllt.

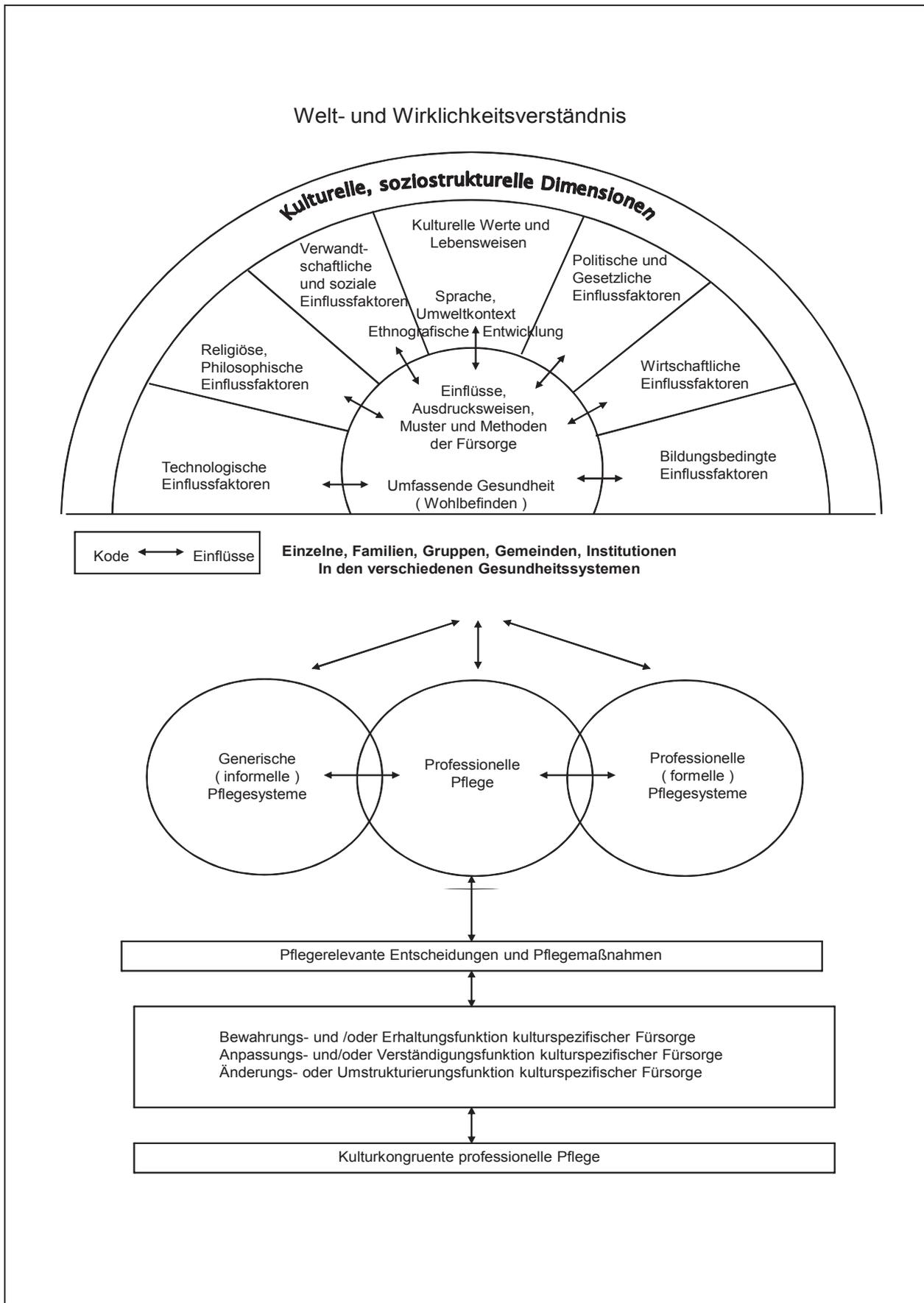
Diese Fürsorge ist stark abhängig von der jeweiligen Kultur, in der sie erfolgt. Zwischen den Kulturen gibt es Übereinstimmungen und Unterschiede bzgl. der Fürsorge. Die Gemeinsamkeiten bezeichnet Leininger als Fürsorgeuniversalität, die Unterschiede als „kulturspezifische Fürsorgediversität“. Dabei beziehen sich diese Unterschiede sowohl auf die Erbringer als auch auf die Empfänger von Fürsorge. Pflege kann nach Leininger nur dann effektiv sein, „wenn sie im Einklang mit dem jeweiligen kulturellen Hintergrund des Patienten stattfindet...“ (Leininger in Lauber 2007, S. 130). Voraussetzung für eine „kulturkongruente“ Pflege ist dabei das Wissen um die kulturellen Unterschiede. Leininger erforschte bis heute 54 westliche und nicht-westliche Kulturen und identifizierte dabei 166 Fürsorgekonstrukte. Das sogenannte „Sunrise-Modell“ – die bildliche Darstellung erinnert an einen Sonnenaufgang – veranschaulicht Leiningers Theorie.

1.4.2. Sunrise - Modell

Nach dem Sunrise-Modell bestimmen kulturelle und soziostrukturelle Dimensionen den kulturellen Hintergrund, das Welt- und Wirklichkeitsverständnis eines Menschen. Diese Dimensionen werden beeinflusst von technologischen, religiösen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Faktoren, von den Wertvorstellungen einer Kultur und von der Bildung. Sie stehen in Wechselbeziehung zu Ausdrucksweisen, Muster und Methoden der Fürsorge. Leininger unterscheidet weiter zwischen generischen und professionellen Pflegesystemen. Generische Pflegesysteme sind laienhafte, überlieferte Pflegesysteme, die traditionelles, volkstümliches, kulturell erlerntes Wissen beinhalten. Professionelle Pflegesysteme enthalten Erkenntnisse und Fähigkeiten, die durch Theorie erworben und in den Krankenhäusern praktisch ausgeübt werden.

Professionelle Pflege verbindet das generische mit dem professionellen Pflegesystem, bildet einen Kompromiss zwischen überlieferten, herkömmlichen Pflegesystemen und den modernen, wissenschaftlich untermauerten Pflegesystemen. Dabei geht es um die Frage, inwiefern bei der Pflege von Einzelnen, Gruppen oder Institutionen in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens die kulturspezifische Fürsorge vollkommen (Bewahrungsfunktion) oder teilweise (Anpassungsfunktion) beibehalten wird oder verändert werden muss (Änderungsfunktion).

Abb.1: Sunrise – Modell nach Leininger



Ein Beispiel aus der arabisch-muslimischen Kultur veranschaulicht diese Möglichkeiten: Hier haben familiäre Beziehungen einen sehr hohen Stellenwert. Innerhalb des generischen Pflegesystems ist es üblich, dass sich bei Erkrankung eines Familienangehörigen die gesamte Familie am Bett des kranken Menschen einfindet. Dies kann nach den Vorgaben des westlichen professionellen Pflegesystems z.B. auf einer Intensivstation Probleme mit sich bringen. Hier ist eine Anpassung des generischen Systems ans professionelle System unumgänglich. Es könnte gemeinsam mit dem Patienten und Angehörigen nach Wegen gesucht werden, wie dieser kulturspezifischen Fürsorgehandlung im Krankenhaus Rechnung getragen werden kann. Beispielsweise könnten Absprachen über den zeitlichen Rahmen und die jeweils mögliche Anzahl der Besucher getroffen werden.

Für die vorliegende Untersuchung ist Leiningers Theorie insofern von Relevanz, als dass sie weiterführende Fragen aufwirft: Inwiefern beeinflussen kulturspezifische Elemente die psychische Situation des Patienten im Krankenhaus? Inwieweit müssen generische Pflegesysteme bei der psychischen Betreuung berücksichtigt werden? Welche Erhaltungs-, Anpassungs- oder Veränderungsmaßnahmen sind notwendig? Interessant wäre eine Verifizierung der vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf andere westliche und nicht westliche Kulturen.

1.5. Das patientenorientierte Krankenhaus der Zukunft

Wie in Kapitel 1.4. erläutert befinden sich die Krankenhäuser derzeit in einer Umbruchsituation. Immer mehr gewinnen wirtschaftliche Faktoren an Einfluss. Der ambulante Bereich hat stark an Bedeutung gewonnen. Die Konkurrenz unter den Krankenhäusern ist enorm gestiegen. Der Qualitätssicherungsgedanke hat in die Krankenhäuser und die Köpfe der Beschäftigten, und auch die der Patienten/Kunden, Einzug gehalten. Wie kann das System Krankenhaus in Zukunft aussehen? Wie sollte es aussehen? Die Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wird zunehmend wichtiger werden. Wie kann das Krankenhaus sich hier positionieren? Welche Rollenanpassungen sind notwendig? Wie sieht die Kooperation zwischen Medizin und Pflege in Zukunft aus? Welche Entwicklungen und welche Veränderungen sind notwendig, unumgänglich,

wünschenswert? Mit diesen Fragen beschäftigen sich die folgenden Konzepte und Modelle.

1.5.1. Modell der Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin

Dieses Modell geht zurück auf Beobachtungen von Anselm L. Strauss im Rahmen seiner Forschungsarbeiten über Sterbende in den 60-er Jahren des 20. Jahrhundert. Corbin und Strauss stellten fest, dass Pflegende, Angehörige, Familien zahlreiche Strategien einsetzen, um den Sterbeprozess zu gestalten (vgl. Corbin und Strauss 1998). Die Versorgung im Krankenhaus ist auf die Behandlung akuter Erkrankungen ausgerichtet. Dabei konzentriert sich das Krankenhauspersonal auf die physiologische und technische Versorgung des Patienten, der nach erfolgter Behandlung nach Möglichkeit gesund nach Hause entlassen wird. Soziale und psychologische Aspekte werden dabei vernachlässigt.

Um letztere Aspekte gezielt mit zu berücksichtigen, entwickelten Corbin und Strauss ihr Konzept der Krankheitsverlaufskurve. „Es bezieht sich zum einen auf den physischen Krankheitsverlauf, zum anderen auf die Arbeit, die aufgrund der Krankheit notwendig ist. Zu einer Verlaufskurve gehören Verlaufskurvenphasen, Vorstellungen vom Krankheitsverlauf und vom Arbeitspensum sowie persönliche Lebensentwürfe für die nahe und die fernere Zukunft“ (Corbin und Strauss 1993, in Stradmeyer 2002, S. 281). Mit diesem Modell betonen Corbin und Strauss, welche Konsequenzen mit einem chronischen Krankheitsverlauf einhergehen: für die Biographie des Patienten, seine Beziehung zum eigenen Körper, sein Gefühl für biographische Zeit. Eine (drohende) Behinderung wirkt sich auf Aktivitäten und/oder die äußere Erscheinung des Betroffenen aus. Der Kranke muss „biographische Arbeit“ leisten, d.h. die Krankheit in sein Leben integrieren, sich mit der Krankheit abfinden und seine Identität wieder herstellen.

Dies lässt sich am Beispiel einer Brustkrebserkrankung verdeutlichen. Zum Krankheitsverlauf gehört zum einen der somatische Verlauf. Nehmen wir an, in beiden Brüsten befinden sich Tumore, eine operative Entfernung schließt eine beidseitige Brustamputation mit ein. Nach der gut verlaufenen OP wird die Frau nach Hause entlassen. Normalerweise ist an dieser Stelle die Krankenhausbehandlung

beendet. Für die betroffene Frau ist der Prozess jedoch noch lange nicht abgeschlossen. Im weiteren Krankheitsverlauf muss sie sich mit ihrem – neuen – Körperbild auseinandersetzen. Ihre äußere Erscheinung hat sich verändert, sie fühlt sich möglicherweise in ihrer Geschlechtsidentität behindert. Unter Umständen ist auch ihre Familie davon betroffen oder ihre Partnerbeziehung, vielleicht ihr Sexualleben. Vielleicht entschließt sie sich zu einem operativen Brustaufbau, muss sich erneut ins Krankenhaus begeben, wieder ihre Identität, ihr Körper- und Lebensgefühl angleichen. Vielleicht hat sie diese Krankheit als persönliche Lebenskrise erlebt und verändert ihr bisheriges Norm – und Wertesystem, setzt neue Prioritäten in ihrem Leben, muss ihre Biographie neu entwerfen.

Diesen Aspekten im Krankheitsverlauf möchten Corbin und Strauss mit ihrem Modell der Krankheitsverlaufskurve gerecht werden.

Zur Bewältigung einer chronischen Krankheit sind verschiedene sogenannte „Arbeiten“ seitens der Betroffenen und ihres Umfelds notwendig, die nur zu einem kleinen Teil von der Institution Krankenhaus übernommen werden. Corbin und Strauss postulieren drei Hauptarbeiten: die krankheitsbezogene Arbeit, z.B. Einhalten einer Diät, die biographische Arbeit, z.B. die Entwicklung einer veränderten Ich-Identität und die Alltagsarbeit. Zu letzterer Arbeitslinie gehören z.B. berufliche Veränderungen, Rollenveränderungen, etc.

Der Arbeitstyp, ihr zeitlicher Verlauf und die Intensität dieses Krankheitsmanagements hängen stark von dem Stadium der chronischen Erkrankung ab.

Strauss und Corbin teilen den Krankheitsverlauf in acht Phasen ein:

1. Vor der Pflege- und Verlaufskurve: es gibt noch keine Anzeichen oder Symptome einer Erkrankung.
2. Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve: Krankheitssymptome treten auf, Diagnosestellung.
3. Krise: lebensbedrohliche Situation
4. akutes Stadium: akuter Krankheitszustand macht einen Krankenhausaufenthalt notwendig.
5. stabiles Stadium: Krankheitsverlauf wird mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten.
6. instabiles Stadium: Krankheitsverlauf kann nicht länger unter Kontrolle gehalten werden, aber kein Krankenhausaufenthalt notwendig.

7. Verfall: fortschreitende Verschlechterung, zunehmende Behinderung, verstärkte Symptomatik.

8. Sterben: Stunden, Tage und Wochen unmittelbar vor dem Tod.

Einfluss auf das „Krankheitsmanagement“ haben viele Faktoren, wie

- Art, Anzahl und Dauer der Behandlungstechniken
- Vorhandensein von Ressourcen wie Pflegekräfte, soziale Unterstützung, Wissen, Information, Zeit, Geld
- Bisherige Krankheitserfahrungen
- Motivation
- Umfeld der Pflege: zu Hause oder in Einrichtungen
- Biographie
- Individuelle Lebenseinstellungen
- Interaktion zwischen den an der Behandlung beteiligten
- Form der Erkrankung
- Ausmaß der körperlichen Einschränkung
- Das wirtschafts- und gesundheitspolitische Klima

Für den Patienten bedeutet der Krankenhausaufenthalt nur eine Episode eines häufig sehr langen Krankheitsprozesses. Es ist oft sehr schwierig für den Patienten, die medizinischen Erfordernisse seiner Behandlung in seinen Lebensalltag zu integrieren. Beispielsweise ist es für alte und eingeschränkt mobile Patienten sehr schwierig, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, vor allem, wenn sie ländlich wohnen. Corbin und Strauss schildern (a.a.O.) wie wenig Verständnis von den Ärzten oft aufgebracht wird, wenn ihre Behandlungspläne nicht befolgt werden und Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg zeigen. „Voraussetzung für erfolgreiche Interaktion bedeutet für Ärzte und Pflegekräfte v.a. die Bereitschaft, die Krankheitsverlaufskurve auf dem Boden der komplexen Lebenssituation des Kranken und seiner Biographie zu beleuchten“ (Stratmeyer 2002, S. 286).

Krankheit, Biographie und Alltagsleben müssen in ein Gleichgewicht gebracht werden, was immer wieder neue Anpassungen erfordert. Das Gesundheitswesen muss sich somit sowohl an den individuellen Anforderungen des Patienten

ausrichten – wie es heute schon angestrebt wird – als auch seine Biographie und sein soziales Bedingungsgefüge miteinbeziehen. Vor diesem Hintergrund sollten die medizinischen, pflegerischen und sonstigen Versorgungsprozesse gestaltet werden. „Nicht das medizinisch Sinnvolle im Selbstverständnis medizintechnischer Handlungsmöglichkeiten des Krankenhauses steht im Zentrum, sondern das, was dem Patienten und seiner Umwelt hilft, mit der Krankheit bestmöglich leben zu lernen“ (Stratmeyer 2002, S. 287).

Mit dem Ansatz der Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin wird die Versorgung kranker Menschen mehr vernetzt. Die bisherige strikte Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung wird aufgehoben, und im Sinne der Patientenorientierung werden beide Faktoren miteinander verwoben. Die sozialen Lebensumstände des Patienten werden viel stärker in die Behandlung miteinbezogen. Ziel der Behandlung im Krankenhaus ist nicht mehr allein die körperliche Gesundung oder Behandlung von Symptomen sondern eine Hilfestellung für den Patienten bei seiner Krankheitsbewältigung, bei der Integration des Krankheitsverlaufs in seine Lebensbiographie und seinen Lebensalltag.

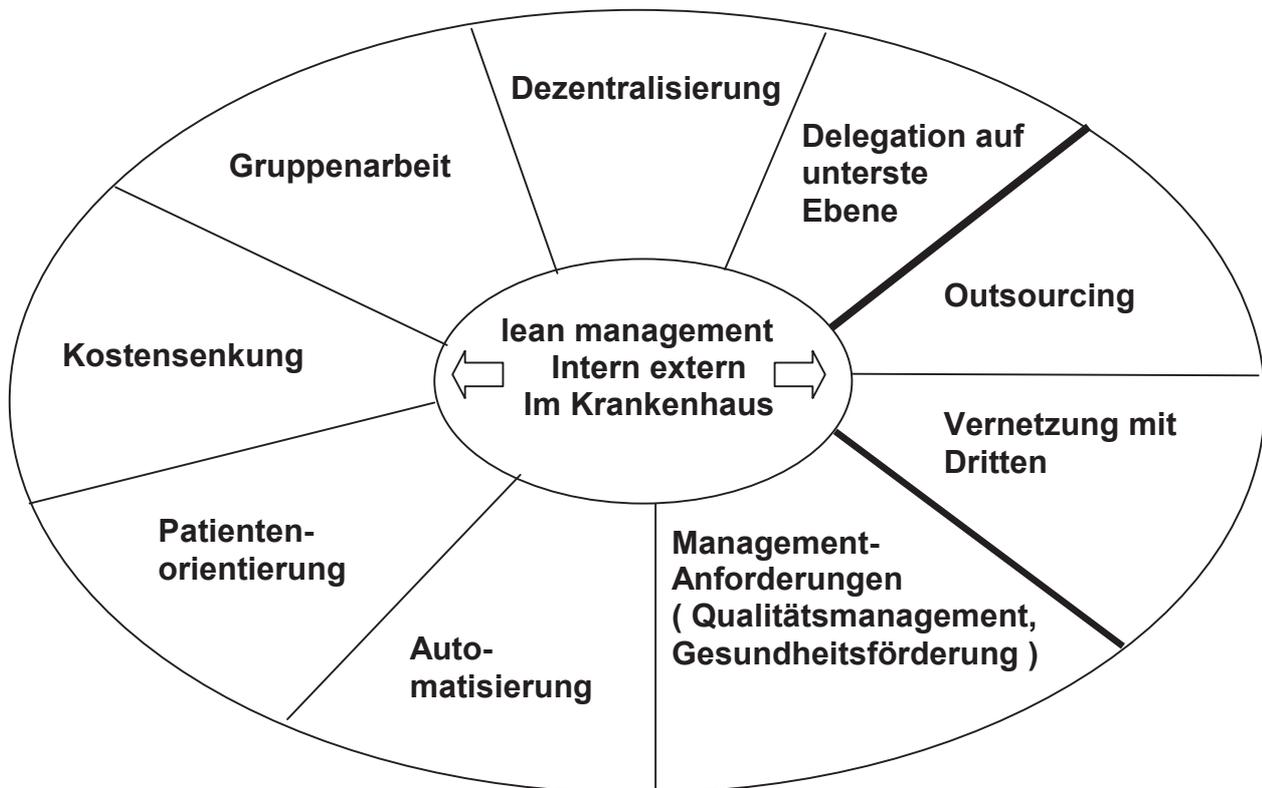
1.5.2. Konzept der patientenorientierten Systemgestaltung nach Badura

Ein weiteres zukunftsweisendes Modell in Richtung eines patientenorientierten Krankenhauses stellt das Konzept der Systemgestaltung nach Badura et al. dar. Hier werden sowohl Organisationsinstrumente des Krankenhauses als auch patientenorientierte Handlungskonzepte integriert.

Ausgangspunkt ist das Konzept des „lean managements“, welches laut Badura sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Menschlichkeit in einem Unternehmen erhöht.

In folgender Abbildung sind die Teilkonzepte des lean managements dargestellt.

Abb. 2.: lean management nach Badura



Das nach Badura wichtigste Konzept, die Gruppenarbeit, wird im Folgenden näher erläutert. Mithilfe der Gruppenarbeit werden spezialisierte Funktionen koordiniert, Problemlösungen optimiert, Irrtümer kompensiert. Sie bedeutet meist eine Aufgabenerweiterung und eine Delegation der Entscheidungsverantwortung und bedeutet für ein Krankenhaus die Option zum Hierarchieabbau.

Gruppenarbeit im Krankenhaus führt jedoch nicht automatisch zu besseren Ergebnissen. Gruppendynamische Einflüsse, z.B. Statuskämpfe, Neid, Missgunst können destruktiv wirken. Es ergeben sich Probleme durch die Heterogenität bezüglich Qualifikation und Bezahlung. Gruppenarbeit erfordert daher ein hohes Maß an sozialer Kompetenz von den Beteiligten, die wiederum auch ein Ergebnis von Gruppenprozessen ist. „Damit wird sowohl der Bedarf an spezifischen Fortbildungen als auch an supervisorischer Begleitung von Gruppenprozessen deutlich“ (Stratmeyer a.a.O., S. 288).

Nach Badura ist innerhalb der sozialen Kompetenz vor allem die „Gefühlskompetenz“ wichtig. Diese beinhaltet:

- diagnostische Kompetenzen, z.B. freundliche und feindselige Gefühle bei sich selber wahrzunehmen, situationsgerecht zu deuten und zu bewerten,
- die Fähigkeit zur Gefühlsbeeinflussung durch gedankliche oder motorische Aktivität ,
- die Fähigkeit zum situationsgerechten verbalen und nonverbalen Gefühlsausdruck,
- die Fähigkeit auf Gefühle einzuwirken, durch Verständnis, Geduld, Zuwendung, Information, praktische Hilfe und soziale Anerkennung.

Badura kritisiert die Ausrichtung der Krankenhäuser auf die Akutversorgung der Patienten. Er verweist auf die Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin (s. Kap. 1.5.1.) und bezieht Erkenntnisse der Stressforschung mit ein. Er beschreibt die „therapeutische Bedeutung“ der Persönlichkeit des Arztes und die psychosomatische Wirkung interaktionsintensiver Leistungen auf der Grundlage der wechselseitigen Zusammenhänge von Kognition, Emotion und physiologischen Prozessen.

Die Rehabilitation chronisch Kranker umfasst nach Badura drei Teile:

- eine umfassende medizinische Basisbehandlung
- krankheitsspezifische medizinische Maßnahmen
- verhaltensmedizinisch orientierte Therapiekonzepte, die auf eine Verbesserung des Krankheitsverhaltens, gesundheitsförderlichen Einstellungen, persönlicher und sozialer Fähigkeiten, kommunikativer Kompetenz und Konfliktfähigkeit abzielen.

Die verhaltensorientierte Medizin wird neben der spezialisierten Akutmedizin aufgewertet.

Nach Badura wird die patientenorientierte Versorgung durch eine Etablierung von Rehabilitationssystemen sichergestellt, die die Akutbehandlung und die Rehabilitation als synchrone Prozesse betrachten. Diese Rehabilitationssysteme umfassen:

- die Einbeziehung der seelischen und sozialen Situation des Erkrankten
- interaktionsintensive Diagnose und Therapie und eine aktivierende Behandlung, d.h. Förderung persönlicher und sozialer Gesundheitsressourcen

- stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote
- Ganzheitlichkeit, Kontinuität und Flexibilität über die stationäre Behandlung hinaus.

Sogenannte Rehabilitationsteams arbeiten als teilautonome Arbeitsgruppen, indem sie fallbezogen die einzelnen Behandlungsangebote integrieren und dadurch Synergieeffekte und ökonomisch Vorteile bewirken. Die Organisation schafft strukturelle Voraussetzungen, damit die o.a. Hemmnisse für eine Fachdisziplin und Hierarchie-übergreifende Gruppenarbeit überwunden werden. Eigenverantwortliches Handeln tritt an die Stelle hierarchischer Anordnungen.

Die Rehabilitationsteams sind multiprofessionell besetzt und bestehen je nach Komplexität aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, etc.

Die Fachkräfte sollten prinzipiell gleichberechtigt zusammenarbeiten, außer z.B. bei Notfällen.

Eine solche integrierte rehabilitative Versorgung erfordert einen erhöhten Koordinationsbedarf zwischen dem Akutkrankenhaus, der Reha-Klinik, der Kurzzeitpflege, der ambulanten hausärztlichen und pflegerischen Betreuung und der stationären Langzeitbetreuung. Dies wird durch die derzeitige unterschiedliche gesetzliche Zuständigkeit von Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfe, Privatleistungen erschwert und ist noch „Zukunftsmusik“.

1.5.3. Medizin und Pflege im patientenorientierten Krankenhaus

Wie gestalten sich die Medizin und die Pflege im Krankenhaus der Zukunft? Hier sollen wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Stressforschung ebenso einfließen wie der Salutogenese-Ansatz von Antonovsky. Die Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin soll die bisherige Auffassung akutmedizinischer Patientenversorgung ergänzen und dabei Patientenorientierung nach Badura ermöglichen. In einem solchen Zukunftsmodell geht es nicht nur um die vordergründige Erfüllung von Kundenwünschen. Patientenorientierte Medizin stellt die tatsächlichen Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund. Dieses Zukunftsmodell fordert ähnlich wie Badura (s. Kap. 1.5.2.) für die Akutversorgung ein „schlankes“ Krankenhaus mit

hochspezialisierter High-Tech-Medizin und für chronisch Kranke ein „Krankenhaus ohne Mauern“, in dem die „primäre Versorgung einer Region durch teils ambulante, teils stationäre Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation“ im Vordergrund stehen (Badura 1993 in Stratmeyer 2002, S. 294).

Im Sinne einer integrierten Psychosomatik werden körperliche, geistige, seelische und soziale Ebenen miteinander verschmolzen und nach Strauss und Corbin bei der Bewältigung chronischer Krankheitsverläufe durch Biographiearbeit und Alltagsbewältigung (s. Kap. 1.5.1.) berücksichtigt. Mehr als derzeit werden dabei die Gesundheitsressourcen des Patienten einbezogen. Nach Badura, der sich explizit auf Strauss und Corbin sowie auf Lazarus bezieht, wird die Interventionsstrategie in Richtung Verhaltensmedizin nahegelegt.

Diese Verhaltensmedizin umfasst demnach:

- Die psychosoziale und Funktionsdiagnostik
- Patientenschulungen
- Gesundheitstrainings
- Entspannungstrainings
- Stressbewältigungsprogramme
- Vermittlung von Problemlösestrategien
- Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstrainings
- Aktivitätsübungen
- Verhaltensmodifikation
- Kognitiv-therapeutische Interventionen
- Psychologische Bewältigung von Schmerzen
- Themenzentrierte Kurz-Psychotherapie

Ein patientenorientiertes Krankenhaus ist teamorientiert und erfordert Gruppenarbeit. Behandlung, Pflege und Betreuung sind aufs engste miteinander abgestimmt und verwoben. „Kosteneinsparung und Gewinnerzielung stellen in einem patientenorientierten Krankenhaus nicht Hauptmotive für die Handlungsorientierung dar, sondern stellen sich...als positive Nebenerscheinung ein“ (Stratmeyer 2002, S. 305).

Welche Konsequenzen hätte eine derartige interaktionsintensive Leistung für die Bereiche der Medizin und der Pflege?

Nach Badura wird die konventionelle Arbeitsteilung, wie sie derzeit in den Krankenhäusern praktiziert wird, diesen Anforderungen nicht gerecht. Die Ärzte sind auf technikzentrierte Leistungen ausgerichtet, die Pflege ist stärker interaktionsorientiert. Badura fordert für die Ärzte bereits in der Ausbildung eine stärkere Einbeziehung psychosozialer und interaktiver Prozesse. „Die soziale Verantwortung des Arztes erfordert verstärkt eine sozialwissenschaftlich fundierte und kommunikative Kompetenz mit ausgeprägter Teamfähigkeit“ (Stratmeyer 2002, S. 307). Dies bedeutet:

- eine Aufwertung interaktionsintensiver Leistungen und der sozialen Kompetenz des Personals
- eine Aufwertung der Pflege Tätigkeit
- eine Aufwertung der Beiträge von Patienten und Angehörigen

Die Aufwertung der Pflege Tätigkeit ist nur möglich „in Verbindung mit einer größeren Selbständigkeit der Pflegekräfte und ... ihrer Professionalisierung“ (Badura in Stratmeyer 2002, S. 307).

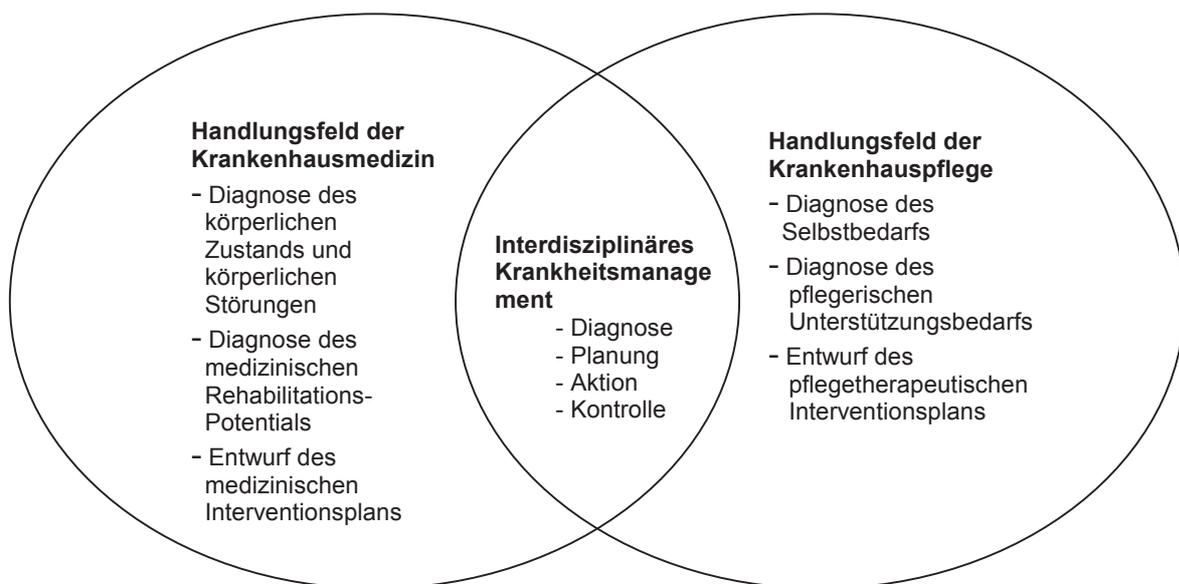
Die grundsätzliche Koppelung der pflegerischen Arbeit an die ärztliche Behandlung gilt auch bei der Behandlung chronisch Kranker, die zur Krisenintervention das Akutkrankenhaus aufsuchen. Der Bedarf an pflegerischen und therapeutischen Leistungen ist hier jedoch wesentlich höher als bei nicht chronisch Kranken. Dennoch nimmt auch Stratmeyer (a.a.O.) an, dass „auch das Krankenhaus der Zukunft auf eine relative Vorrangstellung der Medizin nicht verzichten wird“ (Stratmeyer a.a.O., S. 307). Der Veränderung der Medizin kommt daher eine besonders hohe Bedeutung zu.

Pflege wird verstärkt als therapeutische Leistung aufgefasst, die dem Patienten hilft, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erwerben, ihn bei der Alltagsbewältigung unterstützt und stark Pflegeabhängige und Sterbende begleitet. Das therapeutische Potential der Pflege sollte dabei stärker gesehen und genutzt werden. Die Pflege hat dabei nach Stratmeyer (a.a.O.) eine gute Ausgangsposition. Sie stellt die größte Beschäftigtengruppe im Krankenhaus dar, verfügt über lange Kontaktzeiten zum Patienten mit intensivem körperlichen Kontakt und intimen Begegnungen und hat dadurch alle Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten, die sich andere Berufsgruppen erst mühevoll erarbeiten müssen. Die Pflegekräfte

erfahren viel über die Biographie und die sozialen Lebensumstände des Patienten. Stratmeyer spricht von einer "aus volkswirtschaftlicher Perspektive unverantwortlichen Ressourcenvergeudung, diese Potenziale nicht besser als bisher auszuschöpfen und für das Management chronischer Krankheiten nutzbar zu machen" (Stratmeyer a.a.O., S. 309) und fordert eine viel stärkere Einbeziehung von Pflegekräften bei Beratung, Schulung und Anleitung und einen verstärkten Einsatz im Rahmen der Verhaltensmedizin.

Folgende Abbildung veranschaulicht die Komplementärrollen von Medizin und Pflege im patientenorientierten Krankenhaus der Zukunft, wie Stratmeyer sie fordert:

Abb. 3: Komplementärfunktionen von Medizin und Pflege



Dieses Modell zeigt den Überschneidungsbereich ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten, die in gegenseitiger Abstimmung und Interaktion gestaltet werden sollen.

Nach diesem Modell werden einige Konfliktherde, wie sie derzeit im Krankenhaus anzutreffen sind, neu „justiert“. Die Ausgrenzung pflegefremder Tätigkeiten, wie sie derzeit von der Pflege im Sinne der eigenen Professionalisierung gefordert wird, ist dann nicht mehr sinnvoll und notwendig. Genauso gut, wie auch in den ärztlichen Dienst originäre pflegerische Aufgaben fallen können. Beispielsweise kann es

sinnvoll sein, dass die Pflegekraft Blut entnimmt und der Arzt einen Patienten zur Untersuchung begleitet.

Auch die Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Pflegenden auf der Station erreicht eine größere Schnittmenge.

Die Entwicklung zu einem patientenorientierten Krankenhaus umfasst umfangreiche Veränderungen zunächst hinsichtlich der Ausbildungskonstruktion von Medizin und Pflege. „Reformen der Mediziner Ausbildung müssen von einem erweiterten Krankheitsverständnis getragen werden, indem nicht alleine funktionelle und morphologische Befunde erkenntnis- und handlungsleitend sind, sondern Befindensstörungen und Beeinträchtigungen von Körperfunktionen unter verschiedenen kognitiven und pragmatischen Bezugsdimensionen beurteilt werden“ (Stratmeyer 2002, S. 311). Das bedeutet eine deutliche Veränderung der Lerninhalte und neue didaktische Aneignungsweisen, z.B. problemorientiertes Lernen.

Neben Stratmeyer fordert auch Badura eine stärker sozialwissenschaftlich fundierte und kommunikative Kompetenz (s. Kap. 1.5.2.). Stratmeyer (a.a.O.) verlangt eine pflegerische Erstausbildung auf Hochschulniveau, die besonders auf den Versorgungsbedarf chronisch Kranker und pflegebedürftiger alter Menschen ausgerichtet ist.

Absolventen solcher Studiengänge sollten die fachliche Qualifikation zur Leitung gegenüber nachgeordneten Pflegekräften erwerben. Die Krankenhauspraxis müsse viel deutlicher an die Pflegewissenschaften angeschlossen werden.

Auch die nichtakademische Berufsausbildung bedarf nach Stratmeyer (a.a.O.) durchgreifender Veränderungen:

- Krankenpflegesschulen sollen sich zu größeren Verbänden zusammenschließen
- Qualifizierung von Lehrkräften auf solidem pflegewissenschaftlichen Niveau
- Ausbildungsaufsicht gehört in die Hände pädagogisch und pflegewissenschaftlich qualifizierter Personen
- Praktische Ausbildung muss einheitlich geregelt werden. Transfer pflegewissenschaftlicher Konzepte in die Ausbildungspraxis muss erhöht werden.

Neben diesen ausbildungsrelevanten Veränderungen bedarf es in einem patientenorientierten Krankenhaus einer aufbauorganisatorischen Strukturreform hin

zu einer patientenorientierten Organisationsgestaltung. „Im ärztlichen Bereich ist ein dringender Demokratisierungsbedarf mit der Absenkung patientenbezogener Verantwortung auf die Ebene des Stationsarztes (Bezugsarztes) anzumahnen“ (Stratmeyer a.a.O., S. 313). Parallel dazu fordert Stratmeyer für die Pflege einen Hierarchisierungsprozess und die Umsetzung des „Primary nursing“- Systems, wie es in den USA und in England seit vielen Jahren praktiziert wird. Dies bedeutet, dass eine Bezugspflegekraft mit dem Bezugspflegearzt kooperiert. Andere Pflegekräfte und Hilfskräfte arbeiten auf Weisung der Bezugspflegekraft.

Daneben sind weitere Organisationsinstrumente zu implementieren, die die berufsübergreifende Kooperation strukturell absichern. Hierzu gehören tägliche Zusammenkünfte für eine gemeinsame Tagesplanung, sowie gemeinsame Visiten. Der Ablauf der Visite ist patientenorientiert neu zu strukturieren. Fallbesprechungen, vor allem bei komplexen Fällen, chronisch Kranken, multimorbiden Patienten, sind sinnvoll. Bei Entlassungsvorbereitungen sollen ggf. anschließende Versorgungseinrichtungen, wie ambulante Pflegedienste und Hausärzte beteiligt werden. Um die Betreuungsqualität zu gewährleisten, ist es notwendig, die Beschäftigten zu entlasten. Stratmeyer (a.a.O.) schlägt hierzu Teamsupervisionen vor, in denen sowohl teambezogene als auch patientenbezogene Konflikte und Probleme bearbeitet werden können.

Ein patientenorientiertes Krankenhaus benötigt außerdem gesundheitspolitische Anreize. Dies kann nach Stratmeyer zum einen in einem Wissensmanagement bestehen, das evaluierte Patientenerfahrungen informationstechnologisch abbildet, zum anderen Personalentwicklungsmaßnahmen beinhalten, angefangen von einer gewissenhaften Personalauslese über Qualifizierungsangebote bis hin zum Coaching der Führung.

Einige dieser geforderten Elemente sind bereits in der Entwicklung. So ist heute beispielsweise bereits die Krankheitsverlaufskurve von Strauss und Corbin fester Bestandteil in der nichtakademischen Ausbildung zur Kranken- und Altenpflege. In Form von disziplinübergreifenden Qualitätszirkeln und einzelnen Projekten werden Erfahrungen mit multidisziplinärer Gruppenarbeit gesammelt. Teamsupervision und Führungs-coaching wird bereits in vielen Krankenhäusern, auch im St. Willibrord-Spital in Emmerich angeboten. Dies sind Beispiele für Anfangsprozesse in Richtung eines patientenorientierten Krankenhauses. Die vorliegende Untersuchung soll weitere Ergebnisse und Ansatzpunkte hin zur Patientenorientierung liefern.

1.6. Zusammenfassung

„Der Aufenthalt in einem Krankenhaus befreit von Verpflichtungen und Zwängen des normalen Alltagslebens und greift auf umfassende Weise in die leiblich-seelische und soziale Existenz des Menschen, in seine Lebensgewohnheiten und Lebensrhythmen ein“ (v. Engelhardt und Herrmann 1999, S. 45).

Ein Krankenhausaufenthalt stellt ein komplexes soziales Ereignis dar und bedeutet demnach für den Patienten eine kritische Lebenssituation. Im Krankenhaus ist der Patient zahlreichen Stressoren ausgesetzt, die ihn zusätzlich zu seiner Krankheit belasten. „Das Krankenhaus stellt einen Lebensraum für die Patienten dar, von dem heilende, aber auch krankmachende Wirkungen ausgehen“ (v. Engelhardt und Herrmann a.a.O., S. 47).

Ob und inwieweit der Patient in der Lage ist, dieses Ereignis für sich positiv zu bewältigen hängt von vielen individuellen Faktoren ab, z.B.:

- Personenmerkmalen wie kognitive Strukturiertheit, Selbstwertgefühl
- dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten
- seinem sozioökonomischen Kontext
- der sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde
- der Erfolgsbilanz bei der Bewältigung früherer kritischer Lebensereignisse
- vorhandenen Coping-Strategien
- von vorhandener Handlungsorientierung
- von einer günstigen, d.h. externalen und variablen Ursachenattribution negativer Erlebnisse
- von seinem Kohärenzgefühl, also dem Vertrauen in den vorhersagbaren Verlauf der Situation

Darüberhinaus wirken organisationsspezifische Rahmenbedingungen der Institution Krankenhaus auf das Erleben und Verhalten der Patienten und Mitarbeiter ein. Diese stehen im Kontext unserer heutigen Situation im Gesundheitswesen, der historischen Entwicklung, bis hin zum aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung in den Bereichen der Medizin und Pflege, sowie den derzeitigen krankenhaustypischen Problem- und Konfliktfeldern.

Für chronische Patienten bedeutet der Aufenthalt in einem Krankenhaus oft nur eine Zwischenstation und ist eingebettet in einen langen Krankheitsverlauf mit biographischen und sozialen Auswirkungen. Das Krankenhaus sollte seine Rolle als Akutversorger ergänzen und sich hin zu einem patientenorientierten Krankenhaus entwickeln.

2. Methodik

2.1. Fragestellung und Zielsetzung

Auf dem Hintergrund der dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse der Life-Event-Forschung, der Stress-Forschung, kultureller und soziologischer Ansätze untersucht die vorliegende Studie die Situation der Patienten im St. Willibrord-Spital in Emmerich. Sie geht der Frage nach, wie diese von Patienten und Mitarbeitern beurteilt wird und wie sie verbessert werden kann.

Aus dieser umfangreichen Fragestellung ergeben sich folgende differenzierte Forschungsfragen:

Wie erleben Patienten einen Krankenhausaufenthalt?

Ist dies ein kritisches Lebensereignis, eine Stresssituation?

Welche Faktoren beeinflussen das subjektive Erleben des Patienten?

Welchen Einfluss hat eine optimistische Einstellung?

Womit beschäftigen sich die Patienten kognitiv und emotional?

Was erleben sie als besonders belastend?

Was erleben sie im Krankenhaus als hilfreich?

Was erwarten und wünschen Patienten vom Personal?

Was benötigen die Patienten für ihr Wohlbefinden?

Worauf können Patienten verzichten?

Welche psychische Unterstützung ist hilfreich und von wem sollte sie erfolgen?

Wie genau sollte die psychische Unterstützung aussehen? Worauf kommt es den Patienten an?

Welche soziale Unterstützung ist hilfreich und von wem sollte sie erfolgen?

Wie werden die Rahmenbedingungen im Krankenhaus (Räumlichkeiten, Ausstattung, Zeitfaktor) beurteilt?

Welche sind förderlich und welche hinderlich für das Wohlbefinden des Patienten?

Dabei interessiert auch und besonders der Vergleich zwischen der Einschätzung seitens der Patienten und der seitens des Krankenhauspersonals(im Folgenden als Mitarbeiter bezeichnet):

Ist die Einschätzung der Situation von Patienten und von Mitarbeitern ähnlich oder unterschiedlich?

Worin unterscheiden sich die Meinungen der Patienten von denen der Mitarbeiter?

In welchen Punkten besteht Einigkeit?

Gibt es diesbezüglich Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Personals?

Wie unterscheidet sich die Einschätzung der Pflegekräfte von denen der Ärzte und sonstigem Personal hinsichtlich der o.a. Fragen?

Mit der vorliegenden Untersuchung werden sowohl wissenschaftliche als auch praxisorientierte Ziele angestrebt.

Zum einen stellt diese Arbeit einen wissenschaftlichen Beitrag sowohl zur Psychologie (hier insbesondere Life-Event-Forschung und Stressforschung), zur Soziologie (hier insbesondere Soziologie des Krankenhauses, Organisationssoziologie) als auch zur Sozialmedizin und Pflegewissenschaften (hier vor allem Krankheitsmodelle, Krankheitsverlaufskurve) dar. Die Fragestellungen sind abgeleitet aus den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sollen diese im Ergebnis bestätigen und ergänzen.

Zum anderen liefert diese Studie der Krankenhausleitung des St. Willibrord-Spitals, den verantwortlichen Führungskräften und den einzelnen Mitarbeitern eine wissenschaftlich fundierte Situationsbeschreibung der Patienten, um daraus konkrete Maßnahmen oder Verhaltensweisen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit abzuleiten.

2.2. Hypothesen

Welche Antworten auf die beschriebene Fragestellung können aufgrund der dargestellten Theorien erwartet werden?

Hypothese 1: Ein Krankenhausaufenthalt stellt ein kritisches Lebensereignis dar.

Auf dem Hintergrund der Life-Event-Forschung sowie der Stressforschung wird angenommen, dass der Krankenhausaufenthalt von den betroffenen Personen als kritisches Lebensereignis wahrgenommen wird (vgl. Kap. 1.1 und 1.2). Die im Fragebogen abgefragten subjektiven Parameter zur Merkmalsklassifikation kritischer Lebensereignisse sollten diese Annahme bestätigen.

Hypothese 2: In der Vergangenheit positiv bewältigte Krankenhausaufenthalte wirken sich günstig auf die Bewältigung der aktuellen Situation aus.

Nach Filipp ist für die individuelle Bewältigung kritischer Lebensereignisse „die ‚Erfolgsbilanz‘ der bisherigen Bewältigung von Lebensereignissen“ (FILIPP 1995, S. 14) entscheidend.

Wie bereits in Kapitel 1.1. dargelegt, wird ein Krankenhausaufenthalt als ein kritisches Lebensereignis aufgefasst. Somit kann ein positiver Zusammenhang zwischen der Bewältigung bisheriger Krankenhausaufenthalte und der subjektiven Belastungsstärke zum aktuellen Zeitpunkt angenommen werden.

Die Probanden werden danach gefragt, wie viele Krankenhausaufenthalte sie bereits durchlaufen haben und wie sie etwaige vorherige Krankenhausaufenthalte bewältigt haben.

Probanden, die bereits Krankenhausaufenthalte hinter sich haben und diese subjektiv erfolgreich bewältigt haben, sollten demnach den jetzigen Krankenhausaufenthalt als weniger belastend erleben als solche Patienten, die zum

ersten Mal im Krankenhaus sind oder die vergangenen Krankenhausaufenthalte subjektiv weniger erfolgreich bewältigt haben.

Hypothese 3: Soziale Unterstützung wirkt sich positiv auf die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts aus.

Diese Hypothese wurde bereits von Filipp bzgl. kritischer Lebensereignisse belegt (vgl. Filipp 1995, S. 22) und sollte in der vorliegenden Untersuchung in bezug auf einen Krankenhausaufenthalt verifiziert werden. Desweiteren interessiert die Frage, welcher Art diese soziale Unterstützung sein sollte. Was genau erweist sich als hilfreich für die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts?

Hypothese 4: Der aktuelle Gesundheitszustand wirkt sich auf die Bewältigung des Krankenhausaufenthalts aus.

Diese Hypothese leitet sich ab aus den dargestellten Ausführungen von Filipp zum Einfluss der biologischen Ressourcen auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse (vgl. Kap. 1.1.2).

Je schlechter der Gesundheitszustand ist, desto schwieriger fällt demnach die Bewältigung des Krankenhausaufenthalts.

Demgegenüber stehen praktische Erfahrungen, denen zufolge Patienten nach einer notfallmäßigen Behandlung oder auch schwer kranke Patienten den Krankenhausaufenthalt in erster Linie als lebensrettend und hilfreich erlebten und somit auch positiv verarbeiteten.

Diese Hypothese wird daher zweiseitig getestet.

Hypothese 5: Die Aufnahmeart (Notfall oder geplante Aufnahme) wirkt sich auf die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts aus.

Hypothese 5 stellt eine Spezifizierung von Hypothese 4 dar und berücksichtigt die Aufnahmeart.

Hypothese 6: Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet situativen Stress.

Es wird angenommen, dass einige spezifische Situationen im Krankenhaus den Patienten besonders belasten können. Hierzu zählen die Aufnahmesituation und die Entlassungssituation und Faktoren wie Zeitdruck und mangelnde Unterstützung.

Hypothese 7: Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet kommunikativen Stress.

Es wird angenommen, dass Patienten im Krankenhaus kommunikativem Stress ausgesetzt sind. Möglicherweise fühlen sie sich unzureichend informiert oder haben keinen Ansprechpartner für ihre Fragen. Denkbar wären auch Missverständnisse oder Kommunikationsstörungen.

Beispiel für eine Kommunikationsstörung:

Der Patient richtet bei der Visite eine Frage an das „Sachohr“ des Arztes: „Wann werde ich entlassen?“

Der Arzt hört diese Botschaft auf seinem „Appellohr“ im Sinne von „Bitte entlassen Sie mich“ und antwortet entsprechend: „Aber Sie wissen doch, dass ein so komplizierter Bruch nicht so schnell heilt.“

Der Patient fühlt sich daraufhin unverstanden und beschwert sich später beim Pflegepersonal über den „unfreundlichen Arzt“.

Hypothese 8: Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet emotionalen Stress.

Emotionaler Stress im Krankenhaus macht sich durch negative Gefühle und Gedanken bemerkbar. Hinweise auf Unzufriedenheit, Ängste, Depressivität etc. würden diese Hypothese bestätigen.

Hypothese 9: Patienten bewerten ihre eigene Situation weniger kritisch als die von anderen Patienten.

Aufgrund der Ergebnisse aus früheren Patientenbefragungen am St. Willibrord-Spital sowie den Reaktionen auf den Pretest ist davon auszugehen, dass die Patienten sich selbst zufriedener, weniger kritisch und eher in Richtung soziale Erwünschtheit darstellen als andere Patienten.

Hypothese 10: Patienten und Personal schätzen die Belastungen der Patienten unterschiedlich ein.

Aufgrund praktischer Erfahrungen und den bisherigen Ergebnissen von Patienten und Mitarbeiterbefragungen am St. Willibrord-Spital ist davon auszugehen, dass die Situation von Patienten seitens des Personals negativer eingeschätzt wird als von den Patienten selbst.

Hypothese 11: Die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Personals schätzen die Situation von Patienten unterschiedlich ein.

Durch die verschiedenen Rollen im Krankenhaus (s. Kap. 1.4.) kommt es zu unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen. Die Nähe zum Patienten ermöglicht eine unterschiedliche Einschätzung seines subjektiven Befindens.

2.3. Untersuchungsplanung

Das methodische Vorgehen orientierte sich an den von Diekmann vorgeschlagenen Schritten zur Planung und Durchführung empirischer Untersuchungen (Diekmann 1995, S. 161 ff.). Zunächst wurde die Forschungsfrage formuliert und in Begriffen abgebildet. Anschließend wurde das Erhebungsinstrument, der Fragebogen, konstruiert und die Untersuchungsform festgelegt. Die Stichprobe wurde bestimmt und ein Pretest durchgeführt, bevor die Daten erhoben, erfasst und analysiert wurden.

Dabei war vorgesehen, ausschließlich Patienten während ihres stationären Krankenhausaufenthalts zu ihrer psychischen Situation zu befragen.

Denkbar wäre es auch gewesen, die Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus zu befragen, um ggf. Langzeitauswirkungen zu erfassen.

Gegen eine solche retrospektive Methode sprechen verschiedene Einwände, vor allem die „Selektivität in der Erinnerung an zurückliegende Ereignisse und mögliche Verzerrungen in der rückblickenden Einschätzung“ (Filipp 1995, S. 12).

Interessant wäre es dennoch zu erfassen, ob und inwiefern sich die Bewertung der psychischen Betreuung zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthalts von einer Einschätzung im Nachhinein, einige Monate nach der Entlassung, unterscheidet.

Dies impliziert allerdings methodische Probleme: „Versucht man jedoch, die Wahrnehmung und Bewertung von Lebensereignissen im Rahmen retrospektiver Berichte zu erheben, dann ist nicht eindeutig zu entscheiden, ob sich diese Bewertungen auf das Ereignis selbst, auf seine (tatsächlichen oder vermeintlichen) Konsequenzen und/oder auf seine Vorgeschichte beziehen.“ Auch darf die Tatsache nicht außer Acht gelassen werden, daß sich in der „rückblickenden Einschätzung von Lebensereignissen eher die aktuelle Befindlichkeit der Person widerspiegelt, als daß sie Indikatoren für Wahrnehmungsvorgänge bei der Konfrontation mit dem jeweiligen Ereignis liefert“ (Filipp 1995, S. 33).

Aus diesen und auch aus ökonomischen Gründen wurde auf eine Untersuchung der vorliegenden Fragestellung über den zeitlichen Verlauf verzichtet.

Als Methode war zunächst das teilstrukturierte Interview vorgesehen. Dazu wurde ein Interviewleitfaden erstellt und an einer kleinen Patientengruppe erprobt. Dabei stellte sich heraus, daß die Fragen von den Patienten gut verstanden wurden. Auch war die Bereitschaft zum Gespräch in allen Fällen gegeben. Allerdings waren die frei zu gestaltenden Antworten zu wenig aussagekräftig. Beispielsweise wurde die Frage „Was könnte an der Aufnahmesituation verbessert werden?“ beantwortet mit „Nichts“. Wurden Antwortalternativen vorgegeben (z.B. „Verbesserung durch mehr

Information“, „mehr Aufklärung“, „Verkürzung von Wartezeiten“), dann bejahten einige Patienten diese Vorschläge, räumten aber gleichzeitig ein, daß das Personal dafür ja keine Zeit habe.

Diese Antworten lassen unterschiedliche Schlussfolgerungen zu: Zum einen scheinen die Patienten Antwortvorgaben zu benötigen. Zum anderen scheinen die Patienten das Bild des „Überlasteten Krankenhauspersonals“ verinnerlicht zu haben, was sie wiederum blockiert, Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten oder Kritik zu üben. Möglicherweise lassen die Antworten auch eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit erkennen.

Welche Mechanismen sind hier wirksam, die offensichtlich zu einer veränderten Kritikfähigkeit der Patienten führen (vgl. Kap. 1.3.3.1.)?

Methodisch stellte sich hier die Frage, wie diese Faktoren auszuschließen sind und wie gewährleistet werden kann, dass die tatsächlichen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfasst werden könnten. Unter der Prämisse, dass Patienten – werden sie über die Bedürfnisse anderer Patienten oder von Patienten im allgemeinen befragt – möglicherweise weniger sozial erwünscht antworten, kann davon ausgegangen werden, daß Fragen in bezug auf die Situation von Patienten im Allgemeinen möglicherweise andere Ergebnisse liefern als an den Patienten persönlich gerichtete Fragestellungen.

In den Patienten- und Mitarbeiterbefragungen des St. Willibrord-Spitals aus dem Jahr 2005 und 2009 stellte sich heraus, daß die Patientenzufriedenheit wesentlich höher war als sie vom Krankenhauspersonal eingeschätzt wurde. Offensichtlich unterscheidet sich die Wahrnehmung von Patientenbedürfnissen je nach Perspektive.

Um zu differenzierten Ergebnissen zu gelangen, wurde die Untersuchungsmethode erweitert. Die Patienten sollten nicht nur zu ihrer eigenen Situation befragt werden, sondern auch über die der anderen Patienten. Außerdem sollte die Einschätzung der professionellen Kräfte, also der Ärzte, des Pflegepersonals und sonstiger Berufsgruppen eingeholt werden.

Somit ergeben sich drei Untersuchungsgruppen:

1. Die Patienten, die ihre eigene Situation einschätzen sollten.
2. Die Patienten, die die Situation von Patienten im Allgemeinen einschätzen sollten.
3. Das Personal, das die Situation der Patienten einschätzen sollte.

Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten wurde für alle drei Stichproben die gleiche Untersuchungsform, nämlich die schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens gewählt.

Die Befragungen fanden alle in einem Zeitraum von ca. 6 Monaten im St. Willibrord-Spital Emmerich statt.

2.4. Forschungsdesign

Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein nicht experimentelles Forschungsdesign mit einem Meßzeitpunkt und drei Untersuchungsgruppen.

Untersuchungseinheiten (UE) sind Patienten und Mitarbeiter. Diese UE werden auf bestimmte Eigenschaften (Merkmale) hin untersucht. Diese Eigenschaften (z. B. Aufnahmeart) verfügen über mindestens zwei Ausprägungen (z.B. Notfall oder geplante Aufnahme) und stellen somit die Variablen dar. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um qualitative Variablen, bei den verwendeten Messskalen handelt es sich um Daten auf Ordinal- oder Nominalskalenniveau.

Als quantitative Variable gilt z.B. die Anzahl der Krankenhausaufenthalte. Hierbei handelt es sich um eine Ratioskala, denn auch der Nullpunkt der Messskala (keine Krankenhausaufenthalte) hat eine empirische Bedeutung.

Auswahleinheit :	Willibrord-Spital Emmerich
Stichprobe:	Die Auswahl der Patienten war zufällig. Es wurden alle Patienten befragt, die zum entsprechenden Zeitpunkt anwesend waren. Die Auswahl der Mitarbeiter erfolgte in Form einer systematischen Zufallsauswahl. Alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen wurden berücksichtigt, innerhalb dieser Gruppen wurden die einzelnen Probanden zufällig ausgewählt.
Auswahlverfahren:	kontrollierte Zufallsauswahl, d.h. es wurden Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen und Patienten aller Abteilungen, außer Intensivstation, ausgewählt. Welche Mitarbeiter und Patienten konkret ausgewählt wurden, war zufallsgesteuert.
Untersuchungseinheit:	N = 35 Mitarbeiter (MA) N = 36 Patienten (Pat) N = 36 Patienten, die zu anderen Patienten befragt werden (PüP)
Erhebungseinheit:	Patienten aller Fachabteilungen außer Intensivstation. Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen.
Grundgesamtheit:	Mitarbeiter und Patienten des Willibrord-Spitals Emmerich im Untersuchungszeitraum.

Variablen:	Quantitativ: Anzahl der Krankenhausaufenthalte Qualitativ: alle Items
Skalenniveau:	Ordinalskalen und Nominalskalen
Datenerhebungsinstrument:	Die Daten wurden mittels eines Fragebogens erhoben, der sowohl offene als auch geschlossene Fragen beinhaltet.
Auswertungsmethode:	deskriptive Statistik: Es wurden die Häufigkeitsverteilungen ermittelt. Inferenzstatistik: Es wurden nonparametrische Verfahren zur Signifikanzprüfung durchgeführt.
Inhaltsanalytische Auswertung:	Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, indem die von den Probanden aufgeführten Stichworte zu Oberbegriffen zusammengefasst wurden und dann eine Frequenzanalyse durchgeführt wurde. Die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Aussagen gilt dabei als Indiz für die Bedeutung im Hinblick auf die Fragestellung (vgl. Kromrey 1991, S. 253).
Ergebnisdarstellung:	Die Häufigkeitsverteilungen werden tabellarisch sowie in Form von Kreis-, oder Balkendiagrammen dargestellt:

2.5. Fragebogenkonstruktion

Es wurden drei Fragebögen konstruiert: zum einen ein Fragebogen, mit dem Patienten zu sich selbst befragt wurden (Pat), dann ein Fragebogen, in dem Patienten über andere Patienten befragt wurden (PüP) und schließlich ein Fragebogen für die Mitarbeiter (MA). Alle drei Fragebögen beinhalten u.a. die psychische Situation der Patienten im Krankenhaus, jeweils aus unterschiedlicher Perspektive.

Die im Fragebogen verwendeten Fragen wurden so formuliert, dass folgende Anforderungen erfüllt sind:

1. Sie sollten einfach formuliert sein
2. Sie sollten eindeutig sein
3. Sie sollten den Befragten nicht überfordern
4. Sie sollten nicht suggestiv sein

Bei der Frageform unterscheidet man zwischen offener und geschlossener sowie direkter und indirekter Fragestellung.

In der vorliegenden Untersuchung kam sowohl eine direkte Fragestellung (Mitarbeiterfragebogen: MA, Patientenfragebogen: Pat) als auch eine indirekte Form der Befragung (Patienten über andere Patienten: PüP) zur Anwendung. Dies geschah in der Annahme, dass Befragte auf indirekte Fragen eher und anders antworten als auf direkte (vgl. Kromrey 1991, S. 281).

Die verwendeten Fragebögen enthalten sowohl geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen als auch offene Fragen, bei denen die Antwortformulierung dem Befragten überlassen wird.

Die Entwicklung der Fragen und der vorgegebenen Antwortalternativen geschah mit größter Sorgfalt, um zu gewährleisten, dass die Befragten die Fragen und die Antworten auch so verstanden, wie sie gemeint waren. Um diese Übereinstimmung zu testen wurde ein Pretest durchgeführt.

2.5.1. Pretest

Alle drei Fragebögen wurden an einer kleinen Versuchsgruppe (N= 10) vorgetestet, die nicht in die Stichprobe einging. Ziel war es, die Akzeptanz der Fragen, ihre Verständlichkeit oder bestimmte Probleme bezogen auf die Fragestellung zu überprüfen. Dazu dienten Rückschlüsse aus den Antworten der Probanden sowie Angaben aus den anschließenden Interviews.

Der Patientenfragebogen erwies sich größtenteils als verständlich. Die Fragen waren fast alle beantwortet und auch im anschließenden Feedback äußerten sich die Patienten positiv bzgl. der Fragestellung. Sie zeigten Interesse für die Untersuchung und stellten eigene Hypothesen auf.

Als schwierig stellte sich die Unterscheidung zwischen Gefühlen und Gedanken heraus, weswegen dies im endgültigen Fragebogen zusammengefasst wurde.

Auch wurden einige Fragen aufgrund offensichtlicher Verständnisschwierigkeiten umformuliert.

Auch bei den Mitarbeitern stieß der Vortest auf allgemeines Interesse und Zustimmung. Es wurden in der anschließenden mündlichen Befragung keinerlei grundsätzliche Probleme benannt. Aus den Antworten und beigefügten Anmerkungen war jedoch zu ersehen, dass manche Fragen den Probanden offensichtlich nicht genau genug waren. Wie es oft dann der Fall ist, wenn die Probanden selbst Experten auf dem fraglichen Gebiet sind (vgl. Kromrey 1991, S. 280ff), stellte sich der Bezugsrahmen der Probanden als unterschiedlich heraus. Die einzelnen Berufsgruppen hielten unterschiedliche Elemente einzelner Fragen für wichtig. Beispielsweise wollten die Ärzte die Art der Beschwerden viel differenzierter aufgeführt wissen. Aus diesem Grund wurde diese Frage allgemeiner formuliert und im endgültigen Fragebogen in offener Form formuliert.

Über andere Patienten befragt zu werden stellte sich für die meisten Patienten als ungewöhnlich und schwierig dar. Es zeigten sich einige Probleme bzgl. der Akzeptanz dieser Art von Befragung.

Die Patienten äußerten im anschließenden Feedback, sie hätten sich als „Spitzel“ gefühlt, oder sie wollten nicht über andere urteilen oder sie zeigten sich überfordert damit, die Fragen aus Sicht ihrer Mitpatienten zu beantworten. Einige fragten auch nach dem Sinn dieser für sie sehr ungewöhnlichen Fragemethode. Andere wiederum bemängelten, dass sie keine Möglichkeit hatten, ihre eigene Einschätzung abzugeben, fühlten sich quasi abgewertet dadurch, dass nicht nach ihrer eigenen persönlichen Erfahrung gefragt wurde. Es bedurfte ausführlicher Erläuterungen der Gründe, nämlich u.a. um objektivere Ergebnisse zu erhalten.

In der endgültigen Fassung dieses Fragebogens wurden in der Einleitung die angesprochenen kritischen Punkte deutlich erläutert. Außerdem erhielten die Probanden im letzten Abschnitt die Gelegenheit, eigene Anmerkungen und Meinungen wiederzugeben.

Aus den Erfahrungen mit dem Pretest ergaben sich insgesamt einige wichtige Anregungen zu Umformulierungen und Vereinfachungen.

Teilweise wurden die Fragen bewusst recht allgemein gehalten (z-B. „Was hilft Ihnen...?“). Dies geschah, um zu erfahren, welche Merkmale von den Befragten spontan als gut bzw. schlecht eingestuft werden. Die bewußtseinsmäßige Präsenz der Merkmale gilt dabei als Indikator für die individuelle Bedeutsamkeit dieser Merkmale (vgl. Kromrey 1991, S. 243).

2.5.2. Fragebogenstruktur

Alle drei zur Anwendung kommenden Fragebögen sind in etwa gleich aufgebaut. Die Struktur berücksichtigt die bei der Konstruktion von Fragebögen üblichen Gesichtspunkte (vgl. KROMREY 1991).

Jeder Fragebogen ist in einzelne Bereiche eingeteilt, die durch entsprechende Überschriften kenntlich gemacht werden.

1. Angaben zur Person

Hier werden demographische Daten abgefragt, wie Alter, Berufsgruppe, Familienstand, etc.

2. Subjektives Befinden der Patienten

Im zweiten Abschnitt geht es um das subjektive Erleben des Krankenhausaufenthalts, bzw. wie dieser von den Mitarbeitern bzw. den Patienten eingeschätzt wird.

3. Vorgeschichte

Hier wird nach Erfahrungen mit Krankenhausaufhalten und Behandlungen gefragt.

4. Rahmenbedingungen

Hier wird das räumliche Umfeld im Krankenhaus untersucht. Wie beurteilen Patienten und Mitarbeiter die Gestaltung der Zimmer und Stationen?

5. Aufnahmesituation

In diesem Teil geht es speziell um die Erfahrungen mit der Aufnahmesituation. Wie werden der zeitliche und organisatorische Ablauf, Information über Zuständigkeiten und Wege, etc. erlebt.

6. Psychische Betreuung

Dieser umfangreichste Abschnitt befasst sich mit der Einschätzung der psychischen Betreuung während des Krankenhausaufenthalts. Thema sind dabei die Erfahrungen mit krankenhauseigenen Diensten, es wird aber auch nach spezifischen Umgangsweisen gefragt.

7. Entlassungssituation

Der letzte Abschnitt geht auf das Erleben der Entlassungssituation ein und ermöglicht den Mitarbeitern auch allgemeine Angaben und Anregungen.

8. Eigene Anmerkungen

In diesem Abschnitt haben die Patienten die Möglichkeiten zu weiteren allgemeinen Anregungen bzw. Angaben zur eigenen Person.

Dieser Aufbau wurde gezielt in der vorliegenden Form gestaltet, um die Probanden zunächst mit Fragen zu ihrer persönlichen Situation zu motivieren und allmählich an etwas schwierigere Fragen heranzuführen.

Der Aufbau ist in allen drei Fragebögen (bis auf den letzten Abschnitt) gleich, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Auch inhaltlich stimmen die Items nahezu überein. Bei allen Fragen, wo es sinnvoll erscheint (beispielsweise nicht bei Fragen zur eigenen Person), sind die Fragen identisch gestaltet.

Im Patientenfragebogen macht der Patient z.B. Angaben zu seinem subjektiven Erleben der Aufnahmesituation.

Im Mitarbeiterfragebogen sollen die Mitarbeiter einschätzen, wie Patienten die Aufnahmesituation erleben.

Im Patienten über Patienten-Fragebogen schätzen Patienten ein, wie andere Mitpatienten die Aufnahmesituation erleben.

Ziel dieses Vorgehens sind Aussagen über das subjektive Erleben des Patienten im Vergleich zur Einschätzung durch die Mitarbeiter und Mitpatienten.

Bei den Fragen gibt sowohl dichotome Antwortmöglichkeiten (z.B. Geschlecht) als auch differenzierte Angaben auf einer vierstufigen Skala von z.B. „sehr wohl“ – „wohl“ – „weniger wohl“ bis „unwohl“ (Subjektives Befinden).

Um die Klassifizierbarkeit der Daten zu gewährleisten, d.h. um sicherzustellen dass jeder Untersuchungseinheit genau ein Wert einer Variablen zugeordnet werden kann wurde die Kategorie „sonstiges“ eingeführt. Die Forderung nach Vollständigkeit der Daten ist durch die zusätzliche Kategorie „keine Angaben“ erfüllt.

Einige Fragen sind „getrickert“, d.h. die Fragen gehen vom allgemeinen zum speziellen über.

Beispiel Patientenfragebogen Frage 2.3: „Fühlen Sie sich bzgl. Ihrer Beschwerden ernst genommen?“ und Frage 2.4.: „Woran merken Sie, dass Ihre Beschwerden ernst genommen werden?“

Des Weiteren gibt es eine Reihe von frei zu beantwortenden Fragen ohne Antwortvorgaben, z.B. nach Verbesserungsvorschlägen.

2.6. Auswertung

Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten mithilfe EDV-gestützter Auswertungssoftware SPSS Version 15.1. sowie Version 18 (jetzt PASW 18):

2.6.1. Dateneingabe

Alle Daten wurden entsprechend den Software-Vorgaben ins EDV-System eingegeben.

Dazu mussten die Variablen, Variablenniveaus und –werte sowie das jeweilige Skalenniveau definiert werden. Der Variablenübersicht im Anhang ist das jeweilig zugeordnete Skalenniveau zu entnehmen.

Durch die unterschiedlichen Fragetypen (offene und geschlossene Fragen) lagen im Ergebnis unterschiedliche Datentypen vor.

Zum einen handelte es sich um numerische Daten in Form angekreuzter Antwortkategorien in der Regel auf einer Ordinalskala.

Beispiel: Wie fühlen sie sich?

	Sehr wohl
	Wohl
	Weniger wohl
	Unwohl

Die Antwortalternativen wurden mit Zahlen von 1 (für „sehr wohl“) bis 4 (für „unwohl“) codiert. Wurde diese Frage beispielsweise mit „wohl“ beantwortet, dann wurde in der Datenmatrix eine „2“ eingegeben. Da die Daten nicht intervallskaliert sind, wurden die Werte anschließend als Rangskala weiter verwendet.

Zum anderen lagen Textdaten in Form freier Aussagen zu offenen Fragen vor.

Letztere wurden kategorisiert und als Cluster-Variablen behandelt. Das bedeutet, dass die freien Textangaben in Antwortkategorien zusammengefasst und in SPSS als Mehrfachantworten behandelt wurden. Jede einzelne Antwortkategorie wurde dabei dichotomisiert.

Beispiel: Was wird von den Patienten bei der Aufnahme als positiv erlebt?

Antwortkategorien: Freundlichkeit, Zuwendung

Aufklärung, Information

Kompetenz, Schnelligkeit, reibungsloser Ablauf

Gute Ausstattung

Kurze Wartezeiten

Keine Angaben

Die Antwortkategorien stellen die Variablen dar und wurden mit 1 (für genannt) oder 0 (für nicht genannt) codiert. Wurde bei dieser Frage beispielsweise „Freundlichkeit“ genannt, dann wurde in der Datenmatrix bei der Variablen „Freundlichkeit“ eine „1“ eingegeben.

Außerdem weisen die Variablen unterschiedliche Skalenniveaus auf. Es liegen dichotome, nominal und ordinal skalierte Daten vor.

Die komplette Datenmatrix befindet sich digitalisiert auf dem Datenträger.

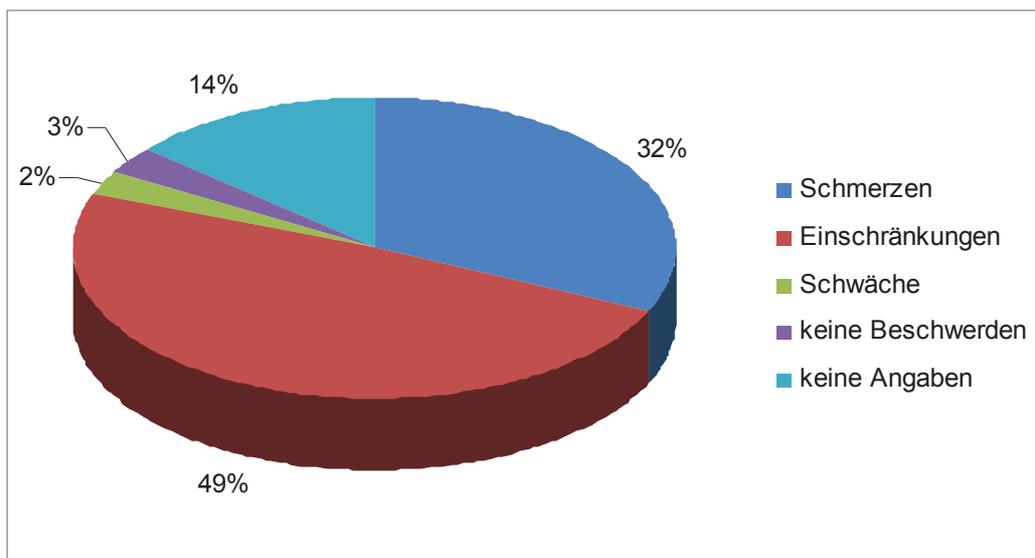
Die vollständigen Variablendefinitionen, Antwortkategorien und Skalenniveaus sind im Anhang nachzulesen.

2.6.2. Ermittlung von Häufigkeitsverteilungen

Nachdem alle Daten eingegeben waren, wurden Häufigkeitsverteilungen berechnet und im Falle von Mehrfachantworten (freie Textantworten) graphisch dargestellt.

Beispiel: Unter welchen Körperlichen Beschwerden leiden die Patienten?

	N	Prozent	
Körperliche Beschwerden	Schmerzen	40	32,00%
	Einschränkungen	61	48,80%
	Schwäche	3	2,40%
	keine Beschwerden	4	3,20%
	keine Angaben	17	13,60%
Gesamt	125	100,00%	



Die Prozentwerte in diesen Beispielen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten insgesamt. Ein Wert von 32 % sagt dabei aus, dass 32% aller Antworten auf diese Frage „Schmerzen“ lauteten.

2.6.3. Erstellen von Kontingenztabellen

Im nächsten Schritt wurden in Kreuztabellen Zusammenhänge zwischen den Häufigkeitsverteilungen einzelner Variablen ermittelt, um beispielsweise Berufsgruppenspezifische Unterschiede im Mitarbeiterfragebogen zu untersuchen.

Beispiel: Wodurch fühlen Patienten sich ernst genommen?

		Fragebogenvariante			
		MA	Pat	PüP	Gesamt
Zuhören	Anzahl	15	3	6	24
	% vom Gesamtwert	10,60%	2,10%	4,30%	17,00%
Zuwendung	Anzahl	5	7	4	16
	% vom Gesamtwert	3,50%	5,00%	2,80%	11,30%
Gespräche	Anzahl	11	3	4	18
	% vom Gesamtwert	7,80%	2,10%	2,80%	12,80%
Zeit	Anzahl	4	1	1	6
	% vom Gesamtwert	2,80%	0,70%	0,70%	4,30%
Professionalität	Anzahl	11	9	4	24
	% vom Gesamtwert	7,80%	6,40%	2,80%	17,00%
Aufklärung	Anzahl	5	0	3	8
	% vom Gesamtwert	3,50%	0,00%	2,10%	5,70%
Schnelle Hilfe	Anzahl	2	10	7	19
	% vom Gesamtwert	1,40%	7,10%	5,00%	13,50%
keine Angaben	Anzahl	1	10	15	26
	% vom Gesamtwert	0,70%	7,10%	10,60%	18,40%
Gesamt	Anzahl	54	43	44	141
	% vom Gesamtwert	38,30%	30,50%	31,20%	100,00%

2.6.4. Signifikanzprüfung

Die für die Hypothesenüberprüfung relevanten Zusammenhänge wurden einer statistischen Signifikanzprüfung mittels nonparametrischer Verfahren unterzogen. Parametrische Tests kamen für die vorliegende Untersuchung nicht in Frage, da die gemessenen Variablen nicht das dafür erforderliche Kriterium des Intervallskalenniveaus aufwiesen.

Nonparametrische Verfahren arbeiten auf der Grundlage der gesamten Verteilung einer Variablen, nicht auf der Grundlage einzelner Messwerte. Sie überprüfen, ob die Verteilung einer Variablen zufällig ist oder nicht und dienen der Signifikanzprüfung voneinander unabhängiger Stichproben, wie sie in der vorliegenden Untersuchung vorhanden sind. Nonparametrische Verfahren benötigen als sog. verteilungsfreie Tests keine Annahmen über zugrundeliegende Verteilungen, beispielsweise die Annahme einer normalverteilten Grundgesamtheit und sind für Variablen auf Nominal- oder Ordinalskalenniveau geeignet, wie sie hier vorliegen.

Bei der statistischen Signifikanzprüfung steht eine Reihe von nonparametrischen Verfahren zur Verfügung. Die Auswahl richtet sich nach der Anzahl der zu untersuchenden Variablen, nach der Anzahl der Stichproben und danach, welches Skalenniveau die Variablen aufweisen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden drei Stichproben untersucht:

1. Patienten, die zu sich selbst befragt wurden (Pat),
2. Mitarbeiter, die die Situation der Patienten einschätzen sollten (MA) und
3. Patienten, die über andere Patienten befragt wurden (PüP).

Die Ergebnisse wurden zum einen getrennt für jede Stichprobe geprüft, zum anderen konnten die Stichprobenergebnisse auch miteinander verglichen und auf ihre statistische Signifikanz überprüft werden.

Dabei wurde geprüft, inwieweit die Stichprobenverteilungen sich signifikant unterscheiden.

Methodisch lagen also drei Fälle für eine Signifikanzprüfung vor (vgl. Abb. 4):

1. Die Verteilung einer Variablen innerhalb einer Stichprobe wurde geprüft.
Hierfür kommen folgende nonparametrische Tests in Frage:
Binominaltest bei dichotomen Daten, z.B. Variable 1.7. („die Aufnahme war notfallmäßig/regulär“)
Chi-Quadrat-Test bei nominal- und ordinalskalierten Variablen, z.B. Variable 1.3. („Familienstand: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden“)
Kolmogorov-Smirnov-Test bei intervallskalierten, stetigen Variablen, z.B. Variable 1.2. („Alter“)

Beispielsweise wurde zur Überprüfung von Hypothese 1 („Ein Krankenhausaufenthalt stellt ein kritisches Lebensereignis dar“) im Patientenfragebogen die Variable 2.1. („Wie fühlen Sie sich jetzt“) geprüft.
In diesem Fall lautet die zu verwerfende H_0 -Hypothese:
Die Häufigkeitsverteilung der Ergebnisse zu Variable 2.1. entspricht einer zufälligen Gleichverteilung.
Die zu beweisende H_1 -Hypothese dagegen lautet, dass die empirisch vorgefundene Häufigkeitsverteilung signifikant von der theoretisch angenommenen zufälligen Gleichverteilung abweicht.
Da es sich um eine ordinalskalierte Variable handelt kam in diesem Fall der Chi-Quadrat-Test zur Anwendung.

2. Es wurde der Zusammenhang von zwei Variablen innerhalb einer Stichprobe überprüft.
Hier kommen folgende Tests in Frage:

- Der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest bei nominalskalierten Daten.

Dies war z.B. der Fall bei der Überprüfung von Hypothese 5 („Notfallmäßig aufgenommene Patienten bewältigen einen Krankenhausaufenthalt positiver als solche Patienten, die geplant aufgenommen wurden.“). Hier wurden die Häufigkeiten zur nominalskalierten Variablen 5.1. („Die Aufnahme war geplant/unerwartet“) gekreuzt mit den Häufigkeiten zur dichotomisierten Variablen 2.5. („Wie wurde der Krankenhausaufenthalt verkraftet?“). Die jetzt entstandene „Vier-Felder-Tabelle“ wurde mittels Chi-Quadrat getestet. Die H_0 -Hypothese lautet in diesem Fall, dass beide Variablen unabhängig voneinander sind. Die zu beweisende H_1 -Hypothese nimmt einen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen an.

- Der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall bei ordinalskalierten Daten.

Dies kam beispielsweise bei der Überprüfung von Hypothese 3 („Soziale Unterstützung wirkt sich positiv auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse aus.“) zum Tragen:

Hier wurde mit der H_1 -Hypothese im Patientenfragebogen ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen 2.5. („Wie haben Sie den jetzigen Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?“) und 6.3. („Wie stark fühlen Sie sich bei Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?“) angenommen wurde. Die H_0 -Hypothese lautet in diesem Fall, dass der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen statistisch unbedeutend ist. Beide Variablen sind ordinalskaliert, erfüllen also die Voraussetzungen für die Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten nach Kendall.

Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt inwiefern der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen statistisch signifikant, also nicht zufällig ist. Ein Rangkorrelationskoeffizient von 1,0 würde einen absoluten positiven Zusammenhang bedeuten. Für obiges Beispiel bedeutet dies, dass die soziale Unterstützung sich zu 100% auf die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts auswirkt. Ein Koeffizient von $-1,0$ würde besagen, dass die soziale Unterstützung sich zu 100% negativ auf die Bewältigung der Situation auswirkt. Bei einem Koeffizienten von 0 würden die soziale Unterstützung und die Situationsbewältigung in keinem Zusammenhang stehen.

Bei unterschiedlich skalierten Daten wird das Testverfahren für das niedrigere Skalenniveau ausgewählt.

3. Es wurden die Verteilungen einer Variablen in zwei Stichproben miteinander verglichen, z.B. die Antworten der Patienten (Pat) mit denen der Mitarbeiter (MA), oder mit denen der Patienten über andere Patienten (PüP).

Hier kommt der Mann-Whitney U-Test für den Vergleich ordinalskalierter Daten zum Tragen.

Beispielsweise wurde zur Überprüfung von Hypothese 10 („Patienten und Personal schätzen die Belastungen der Patienten unterschiedlich ein.“) die Variable 2.1 im Patientenfragebogen („Wie fühlen Sie sich) verglichen mit der Variablen 2.1. im Mitarbeiterfragebogen („Wie fühlen sich Ihrer Einschätzung nach Ihre Patienten insgesamt?“)

Die H_0 -Hypothese lautet, dass die Variable in beiden Grundgesamtheiten die gleiche Verteilung aufweist, d.h. die Situation der Patienten von Mitarbeitern und Patienten gleichermaßen bewertet wird. Die zu beweisende H_1 -Hypothese lautet, dass die Verteilung unterschiedlich ist, also Mitarbeiter und Patienten die Situation unterschiedlich einschätzen.

Auch hier richtet sich bei unterschiedlichem Messniveau die Auswahl des Testverfahrens nach dem niedrigsten Skalenniveau.

Abb. 4: Übersicht über nonparametrische Tests

Messniveau	Innerhalb einer Stichprobe		Stichprobenvergleich
	Eine Variable	Zwei Variablen	Eine Variable
dichotom	Binominaltest		
nominal	Chi-Quadrat-Test	Chi-Quadrat- Unabhängigkeitstest	
ordinal	Chi-Quadrat-Test	Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall	Mann-Whitney U-Test
stetig	Kolmogorov-Smirnov-Test		

2.7. Stichproben

Insgesamt gibt es drei verschiedene Stichproben:

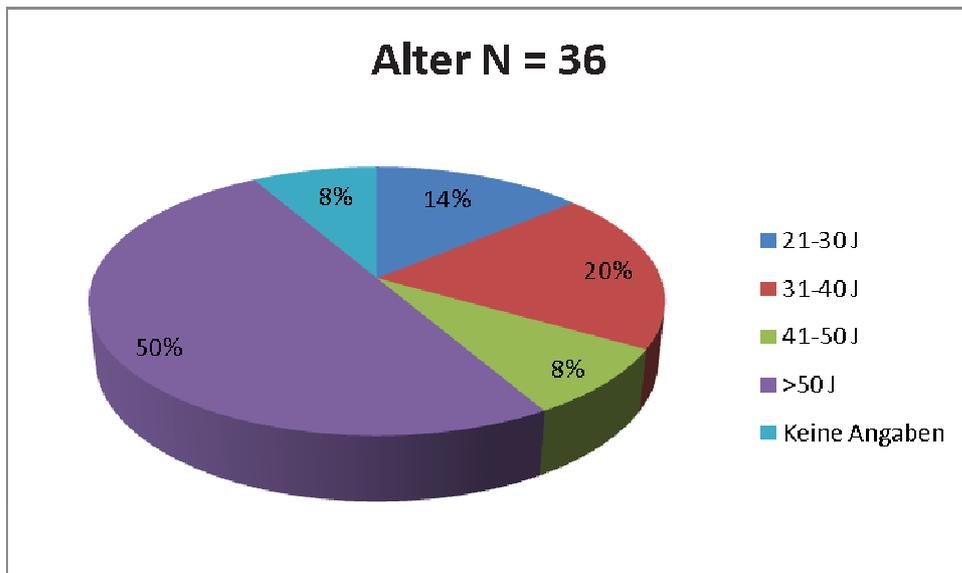
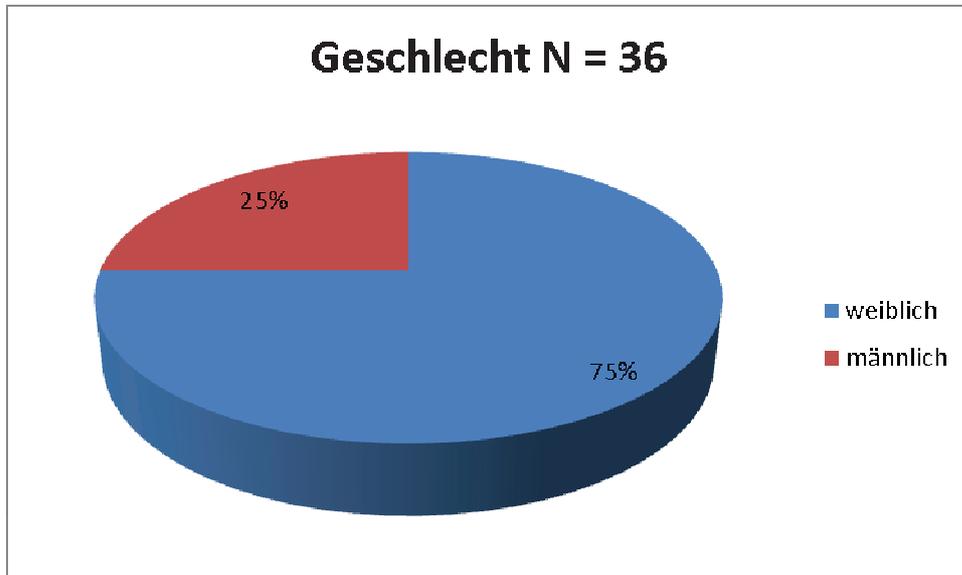
1. Patienten, die zu sich selbst befragt wurden (Pat)
2. Patienten, die über andere Patienten befragt wurden (PüP)
3. Mitarbeiter (MA)

Diese drei Stichproben werden im Folgenden in ihrer Zusammensetzung beschrieben.

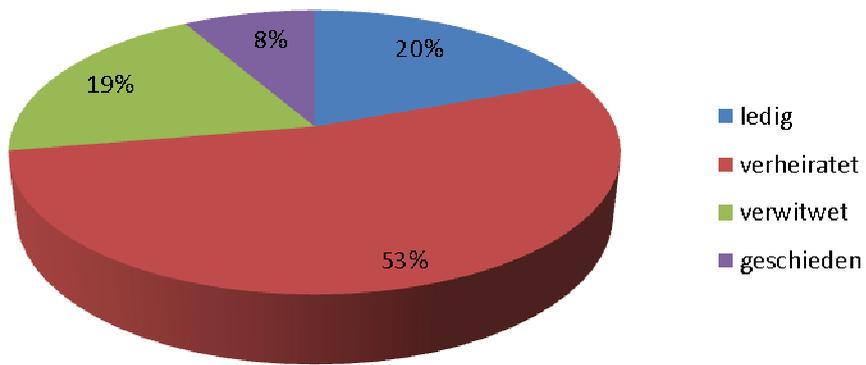
Die Stichprobe „Patienten“ wird im weiteren Verlauf mit „Pat“ abgekürzt, die Stichprobe der Patienten, die über andere Patienten befragt wurden, mit „PüP“ und die Gruppe der Mitarbeiter mit „MA“.

2.7.1. Patienten (Pat)

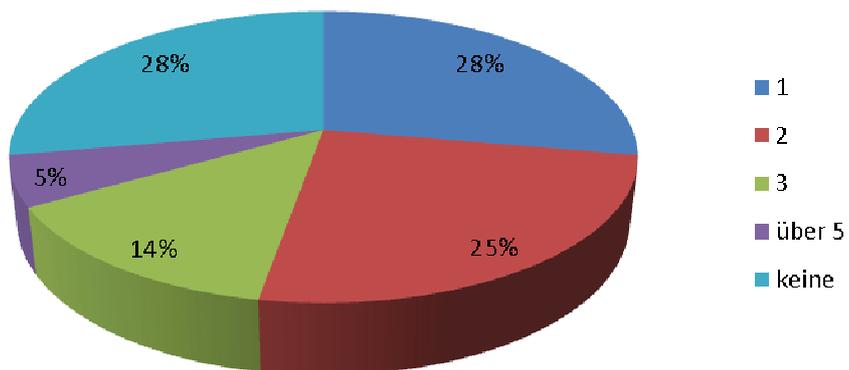
Insgesamt wurden 36 Patienten zu sich selbst befragt. Diese Stichprobe wies folgende Merkmale auf:



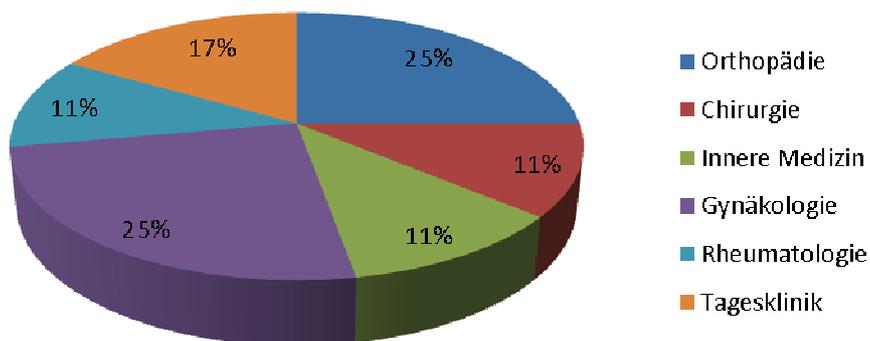
Familienstand N = 36



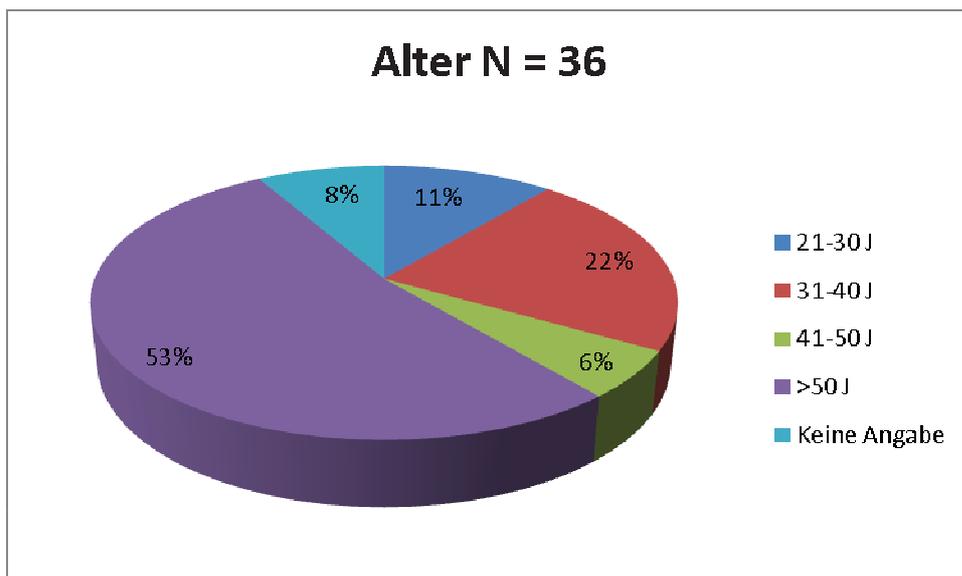
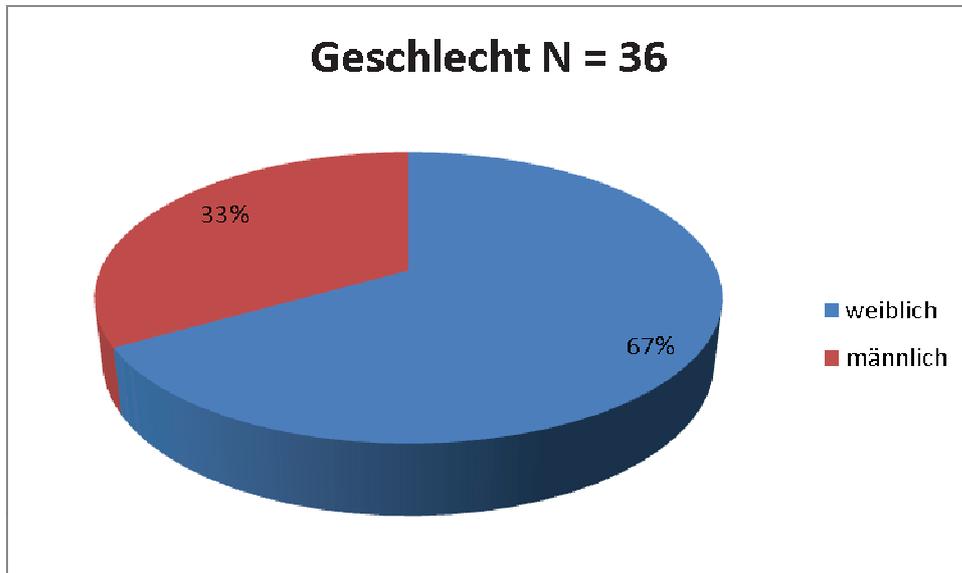
Anzahl Kinder N = 36



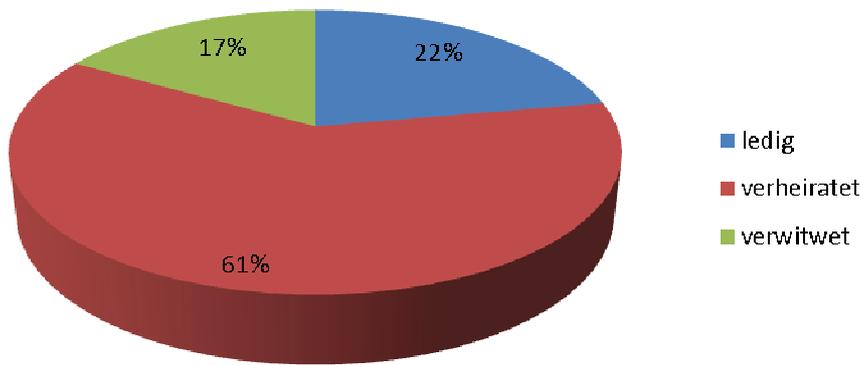
Station N = 36



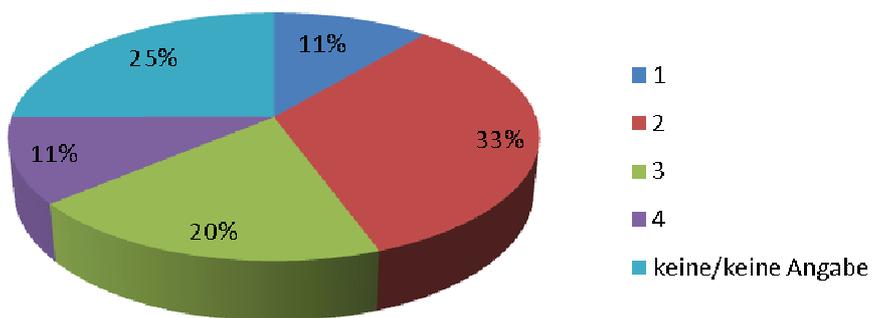
2.7.2. Patienten über Patienten (PüP)



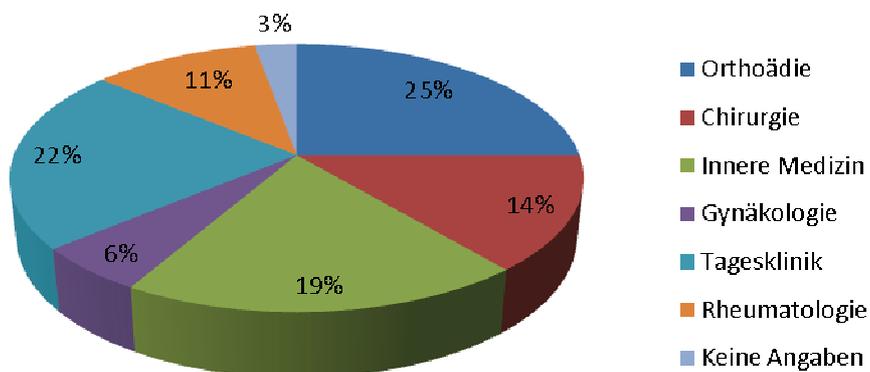
Familienstand N = 36



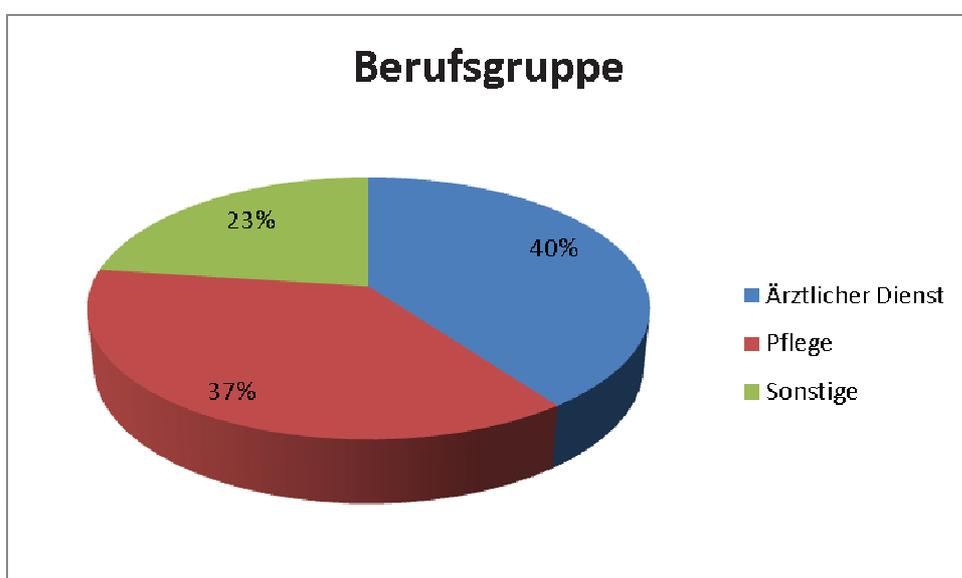
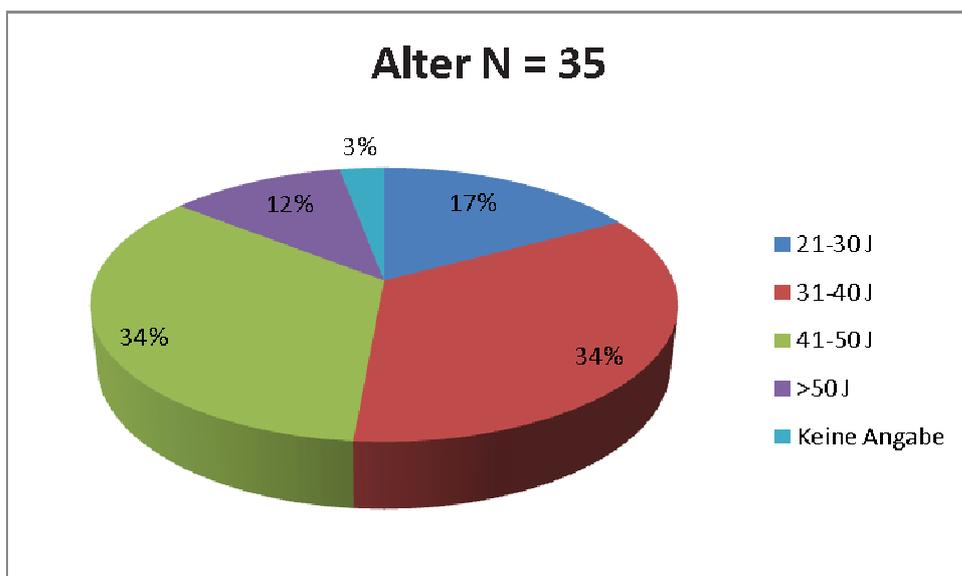
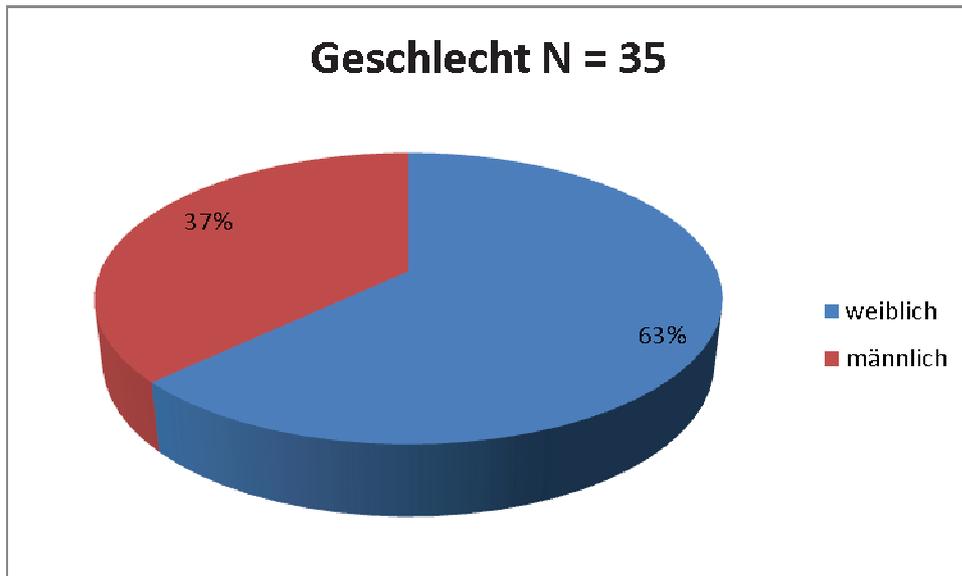
Anzahl Kinder N = 36



Station N = 36



2.7.3. Mitarbeiter (MA)



3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt.

Kapitel 3.1. beinhaltet die Prüfergebnisse zu den in Kap. 2.2. beschriebenen Hypothesen 1-9.

In Kapitel 3.2. werden Ergebnisse dargestellt, die weitere, für die Fragestellung interessante Aspekte liefern.

Die Ergebnisdarstellung beschränkt sich in diesem Kapitel auf die Darstellung der für die Fragestellung und Hypothesenüberprüfung relevanten Ergebnisse. Weitere Häufigkeitsverteilungen zu den einzelnen Variablen sowie Kreuztabellen zweier oder mehrerer Variablen sind aus platzökonomischen und lesetechnischen Gründen auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

3.1. Hypothesenüberprüfung

Die Ergebnisse werden für jede aufgestellte Hypothese getrennt folgendermaßen dargestellt:

Zunächst werden in einer Variablenübersicht diejenigen Variablen aufgeführt, die eine Aussage zur jeweiligen Hypothese liefern. Dabei werden - nur in der Variablenübersicht – aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Variablen für alle drei Stichproben einheitlich formuliert. Dies ist eine rein sprachliche Vereinfachung gegenüber der ursprünglichen Formulierung im Fragebogen und ist keine inhaltliche Veränderung.

Zum Beispiel lautete die Variable 2.1. im Patientenfragebogen (Pat): „Wie fühlen Sie sich?“, im Fragebogen für Patienten über andere Patienten (PüP): „Wie fühlen sich die Patienten im Allgemeinen?“ und im Mitarbeiterfragebogen (MA): „Wie fühlen sich Ihrer Einschätzung nach Ihre Patienten insgesamt?“

In der Variablenübersicht lautet sie zusammengefasst: Wie fühlen sich die Patienten?

Danach erfolgt die Ergebnisdarstellung für die einzelnen Stichproben getrennt. Das heißt, es werden zunächst die Antworten der Patienten (Pat), anschließend die Antworten der Patienten über andere Patienten (PüP) und dann die Antworten der Mitarbeiter (MA) dargestellt. Schließlich werden bei einzelnen Hypothesen die Ergebnisse der drei Stichproben (Pat, PüP, MA) miteinander verglichen. In solchen Fällen wird erneut die vereinheitlichte Formulierung der Variablen verwendet.

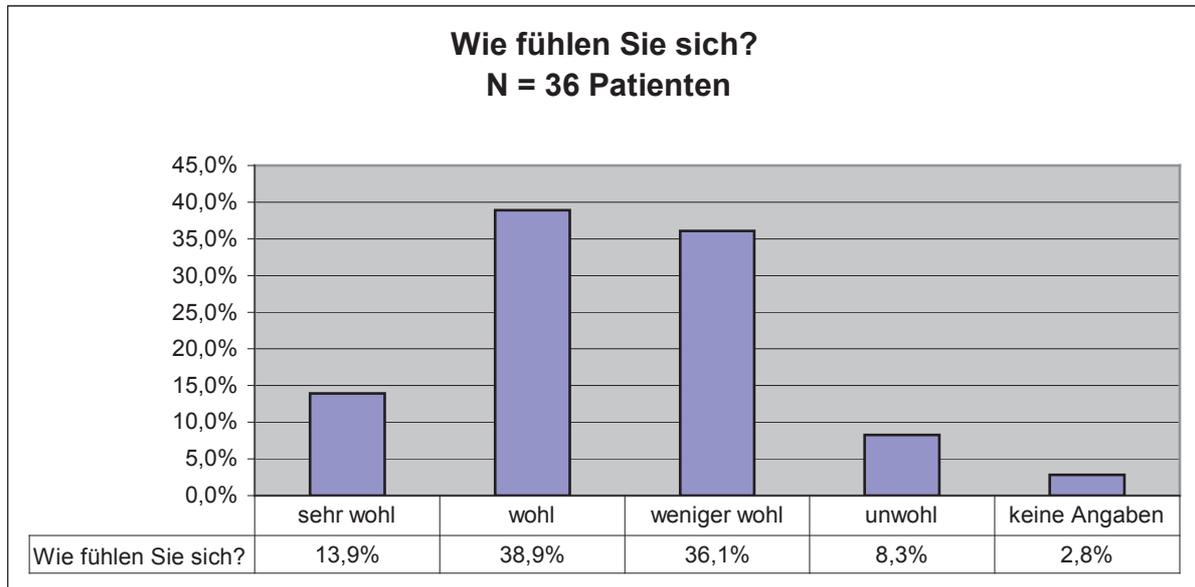
Die Ergebnisse werden in Form von Häufigkeitstabellen und Diagrammen deskriptiv dargestellt. Die dabei angegebenen Werte sind stets Prozentwerte.

Daran schließt sich zu relevanten Fragestellungen das Ergebnis der statistischen Prüfung an.

Hierbei wurde (s. z.B. Kap. 3.1.1.2) für die statistische Überprüfung u.a. der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Der Chi-Quadrat-Test testet die beobachtete Verteilung gegen eine angenommene Gleichverteilung. Bei dieser Signifikanzprüfung wird die Kategorie „keine Antworten“ nicht berücksichtigt. Die Anzahl der zugrundegelegten Fälle entspricht also der Anzahl aller beobachteten Fälle abzüglich der Anzahl von „keine Antworten“. Diese Darstellung unterscheidet sich von der graphischen Darstellung der Häufigkeitsverteilung. Hier wurde die Kategorie „keine Antworten“ berücksichtigt, um die – teilweise hohe - Häufigkeit in dieser Kategorie aufzuzeigen. Die jeweilige Anzahl der Antworten ist angegeben.

Das gleiche gilt für die Darstellung von Prüfergebnissen zu dichotomisierten Variablen (vgl. Kap. 3.1.6.2., Kap. 3.1.7.2., Kap. 3.1.8.2.).

Beispielsweise stellt sich die Häufigkeitsverteilung für die Variable 2.1. „Wie fühlen Sie sich“ folgendermaßen dar:



Von **N= 36** Patienten haben 2,8% (entspricht 1 Patient) keine Angaben gemacht. Daher lautet das Ergebnis der Signifikanzprüfung mittels Chi-Quadrat:

Die Verteilung ist bei einer Anzahl von **N= 35** gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 10,6 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,014$ signifikant.

Die Ergebnisse zu den Mehrfachantworten (freie Textäußerungen) wurden qualitativ analysiert.

Auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen Signifikanztests wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Die Ergebnisse der Signifikanzprüfung sind detailliert in tabellarischer Form auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

Zum Schluss erfolgt eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung für die jeweilige Hypothese.

3.1.1. Ergebnisse zu Hypothese 1

Ein Krankenhausaufenthalt stellt ein kritisches Lebensereignis dar.

Folgende Variablen (vereinfachte Formulierung) geben Aufschluss über das Ausmaß der Belastung, die ein Krankenhausaufenthalt für Patienten bedeutet:

3.1.1.1. Variablenübersicht

2.1. Wie fühlen sich die Patienten?

2.5. Wie haben verkraften Patienten den Krankenhausaufenthalt?

6.1. Wie stark belastet die Patienten der Krankenhausaufenthalt in ihrem Befinden?

6.19. Welche negativen Gedanken haben Patienten?

3.1.1.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Antworten der Patienten

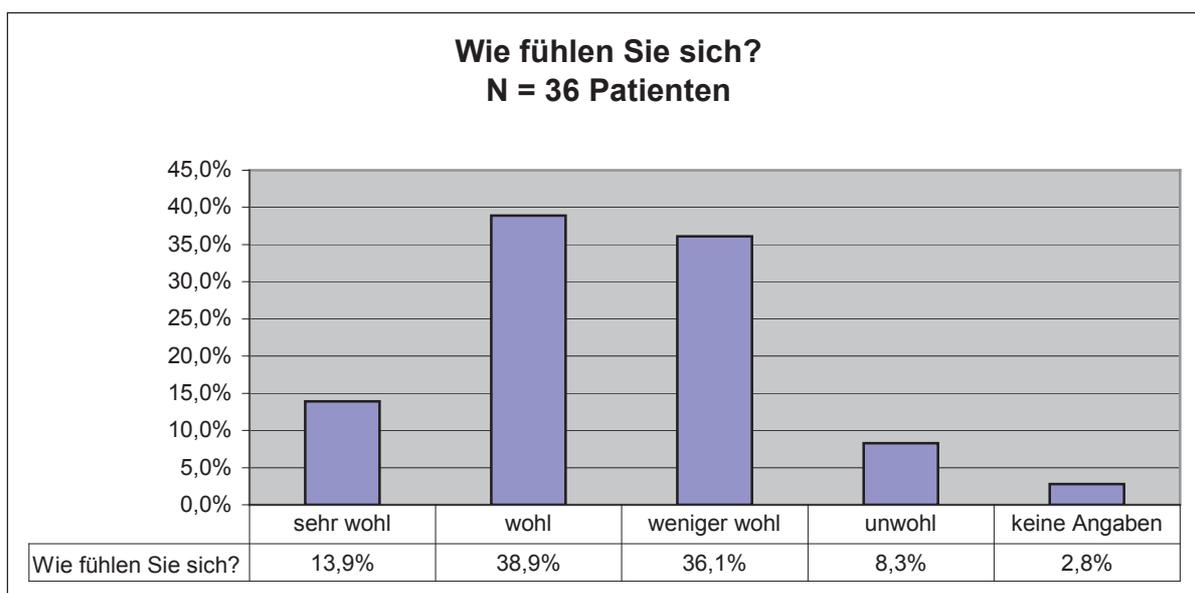


Abb. 5

Die Verteilung (Abb. 5) ist bei einer Anzahl von $N = 35$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 10,6 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,014$ signifikant.

Augenscheinlich lassen sich hier zwei Gruppen erkennen: Die Patienten, die sich positiv fühlen und mit „sehr wohl“ und „wohl“ geantwortet haben und diejenigen, die negativ, also mit „weniger wohl“ und „unwohl“ geantwortet haben.

Codiert man die Variable neu, indem man die Antworten in zwei Gruppen zusammenfasst, so ergibt sich folgende Häufigkeitsverteilung:

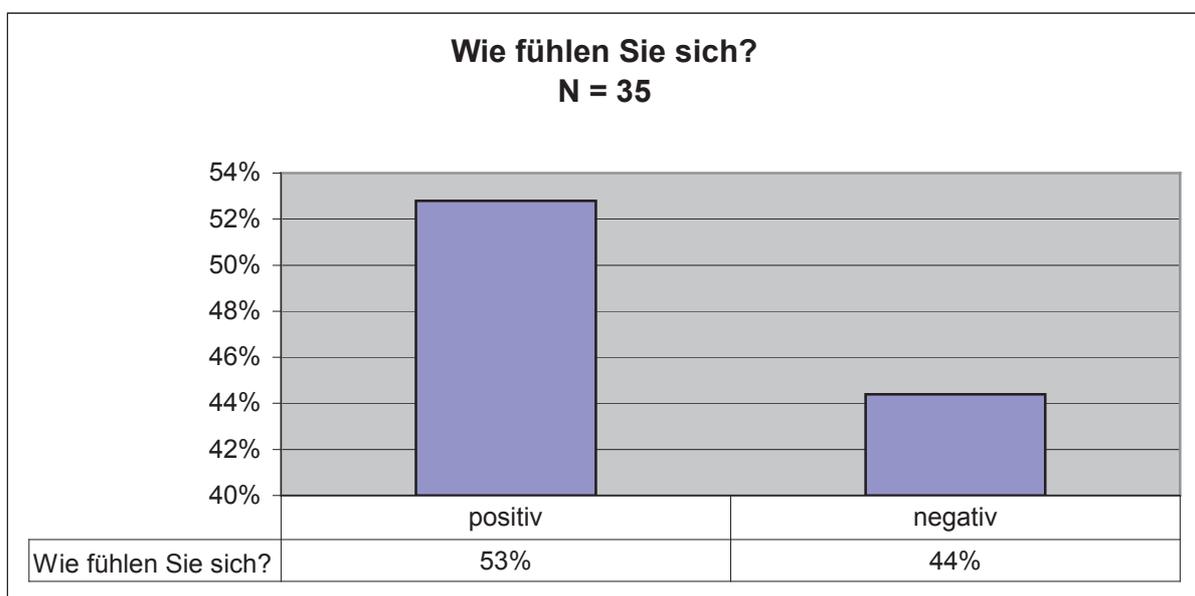


Abb. 6

Diese Häufigkeitsverteilung ist mit einer Anzahl von $N = 35$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 0,257 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,612$ nicht signifikant. Das bedeutet, dass diese Verteilung sich nicht signifikant von einer zufälligen Gleichverteilung unterscheidet.

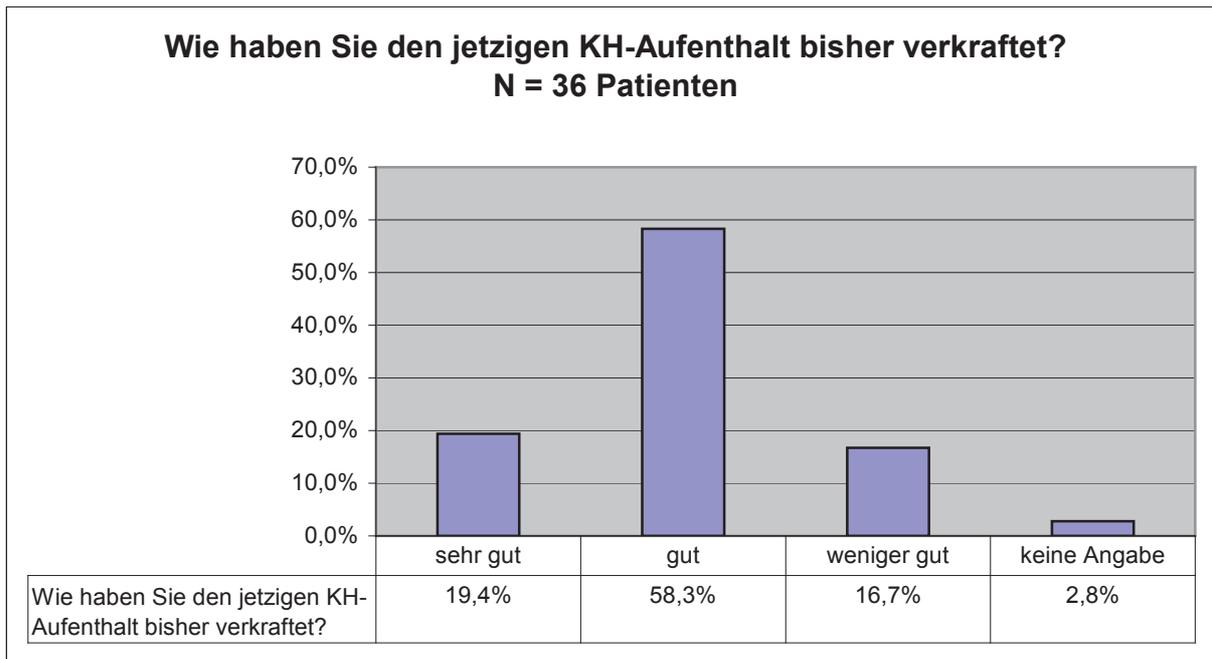


Abb. 7

Die Verteilung ist bei einer Anzahl von $N = 34$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 12,41 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,002$ hoch signifikant.

Fasst man die positiven („sehr gut“ und „gut“) und negativen „weniger gut“ und „schlecht“) Antworten zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung:

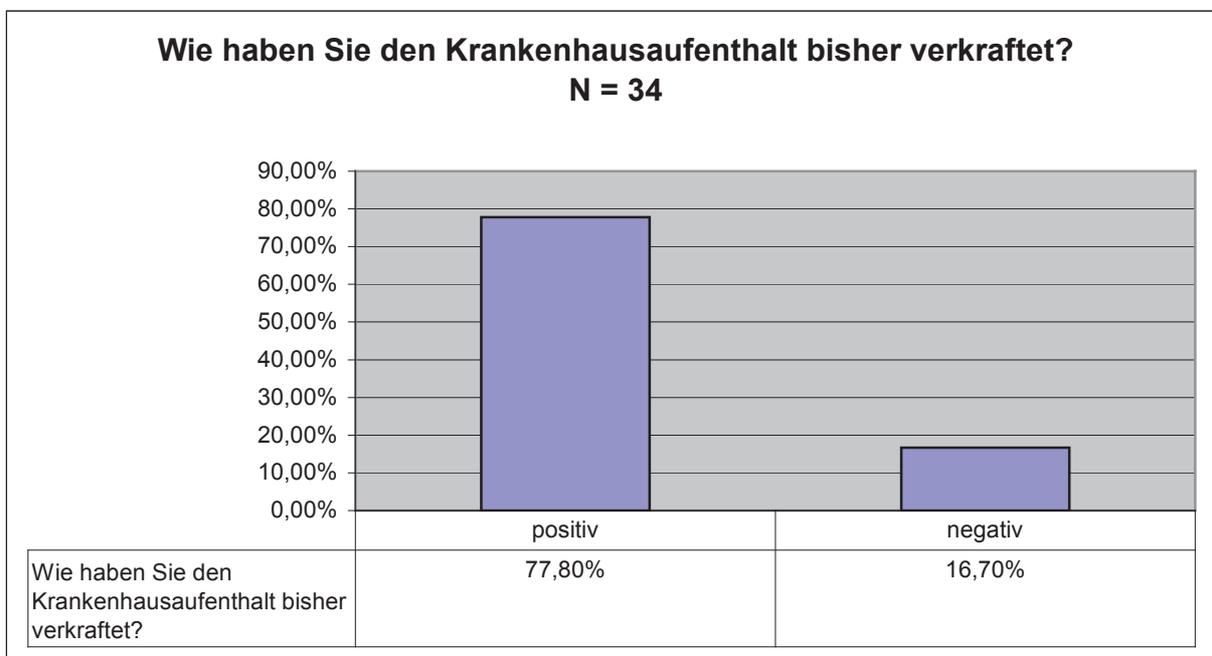


Abb.8

Die obige Verteilung ist bei einer Anzahl von $N = 34$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 14,235 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant. Das bedeutet, dass signifikant mehr positive Antworten gegeben wurden.

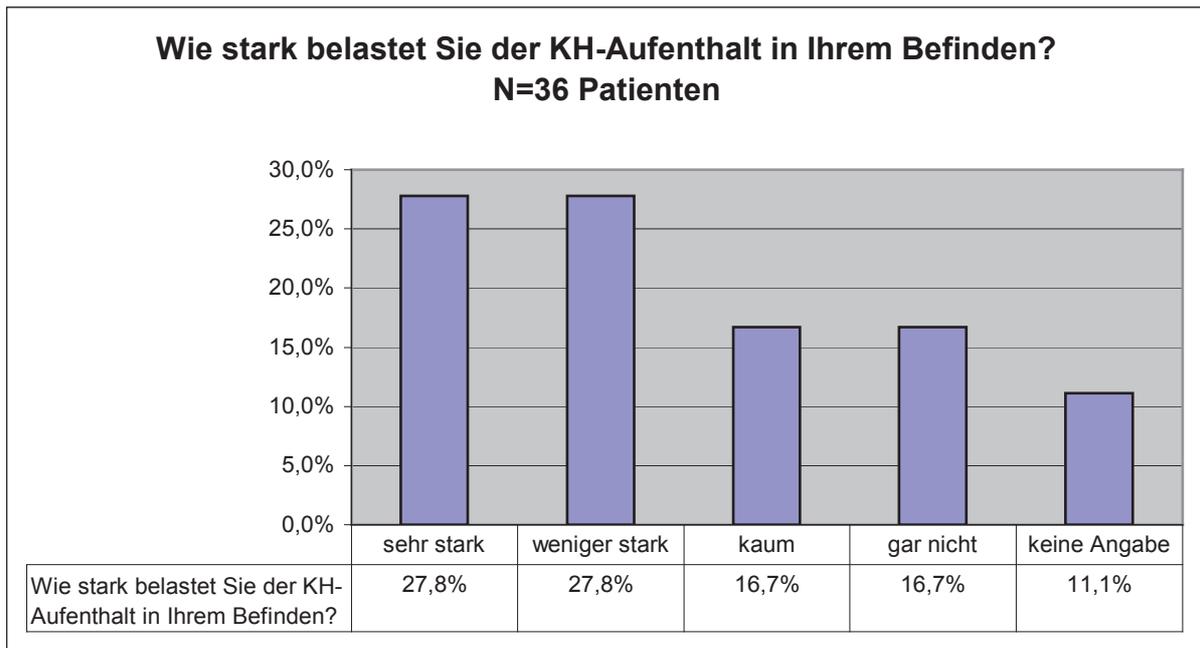


Abb. 9

Die Verteilung ist bei einer Anzahl von $N = 32$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 2,0 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,572$ nicht signifikant.

Fasst man die Ergebnisse in die beiden Kategorien sehr („sehr stark“ und „weniger stark“) und wenig („kaum“ und „gar nicht“) und weniger zusammen, dann erhält man folgende Verteilung:

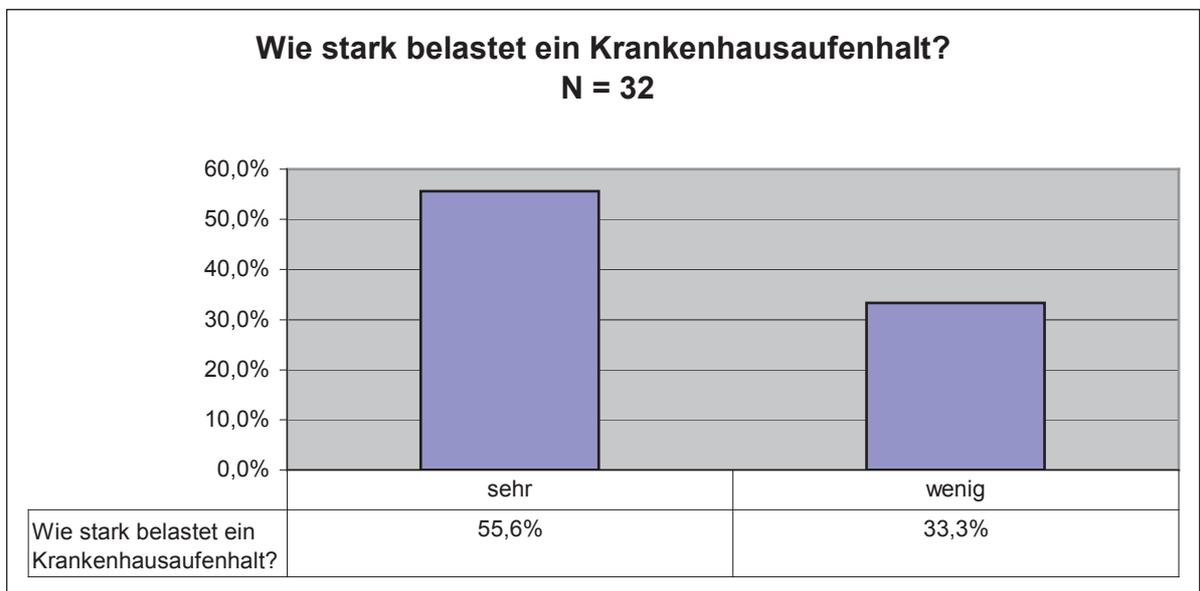


Abb. 10

Diese Verteilung ist bei $N = 32$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 2,0 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,157$ nicht signifikant. Das bedeutet, dass sich die Anzahl der Patienten, die sich sehr belastet fühlt nicht signifikant von der Anzahl derjenigen unterscheidet, die sich wenig belastet fühlt.

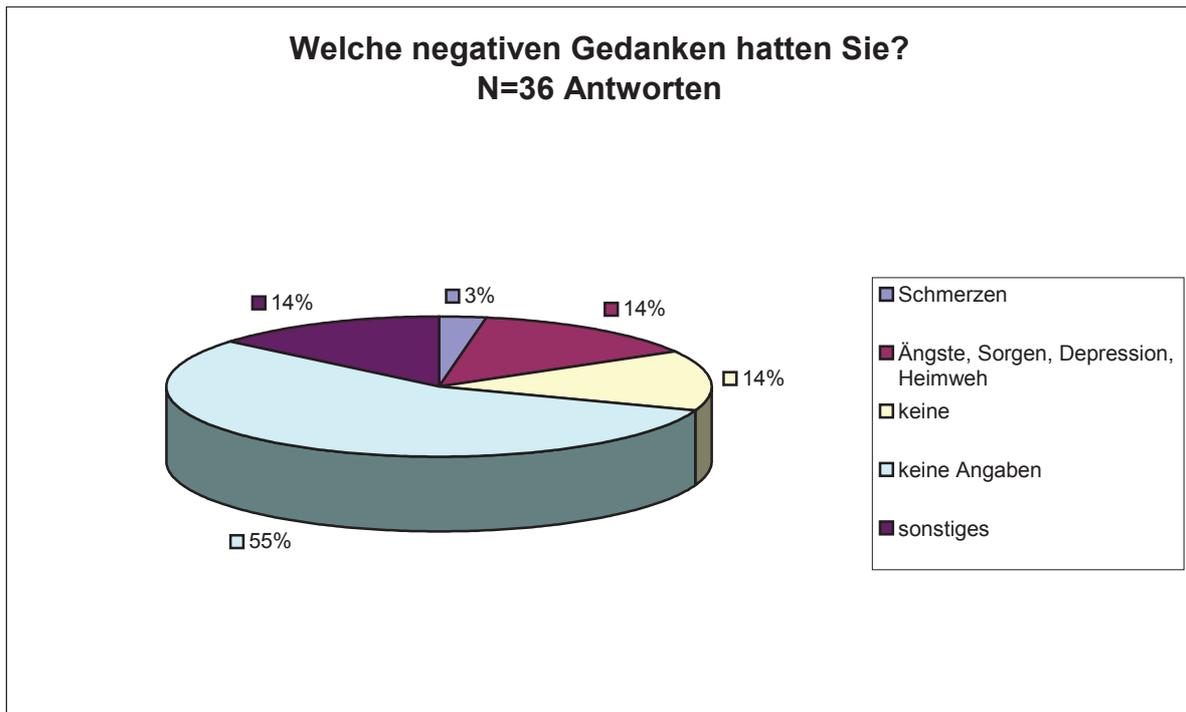


Abb. 11

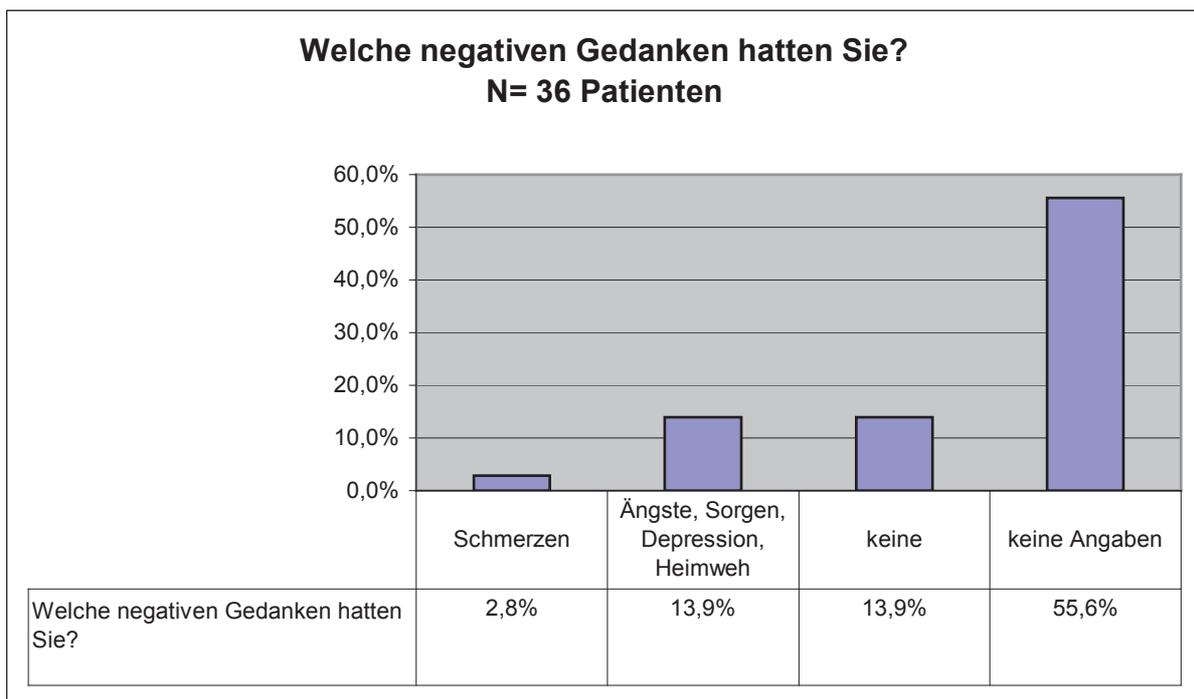


Abb. 12

Aufgrund der sehr geringen Anzahl auswertbarer Antworten ist diese Tabelle wenig aussagekräftig (s. Kap. 3.1.1.3).

Antworten der Patienten über Patienten

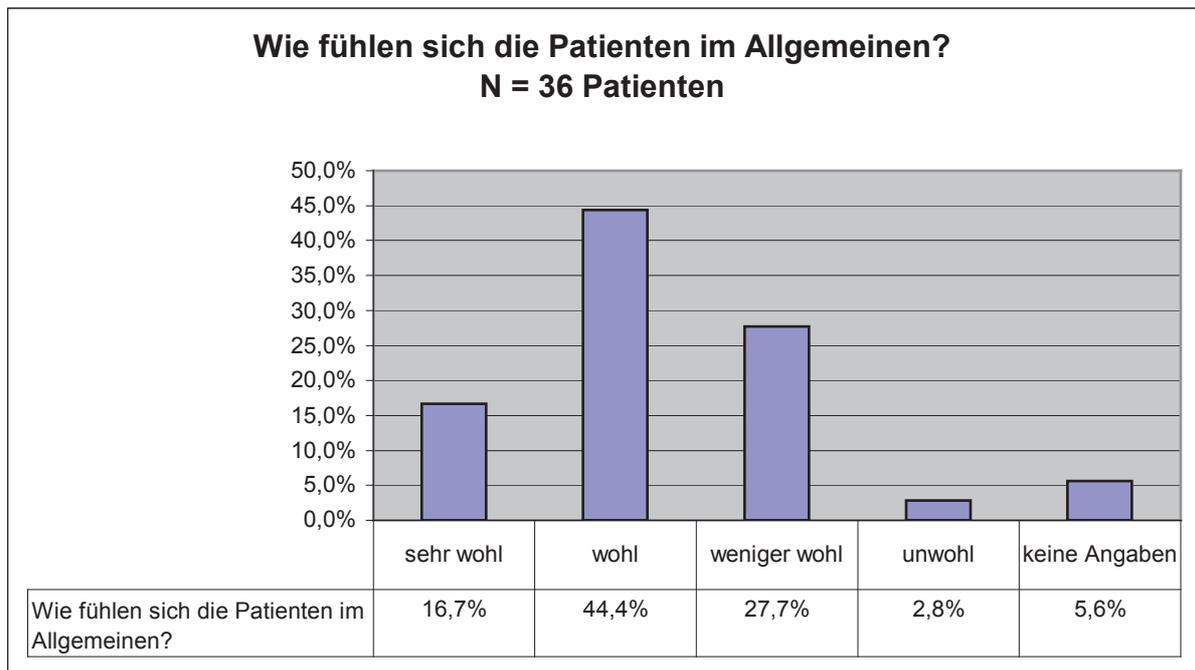


Abb. 13

Die Verteilung ist bei N= 35 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 14,64 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,002$ hoch signifikant.

Wie beim Patientenfragebogen wurde auch hier die Variable neu codiert und in zwei Antwortgruppen aufgeteilt, so dass sich folgende Häufigkeitsverteilung ergab:

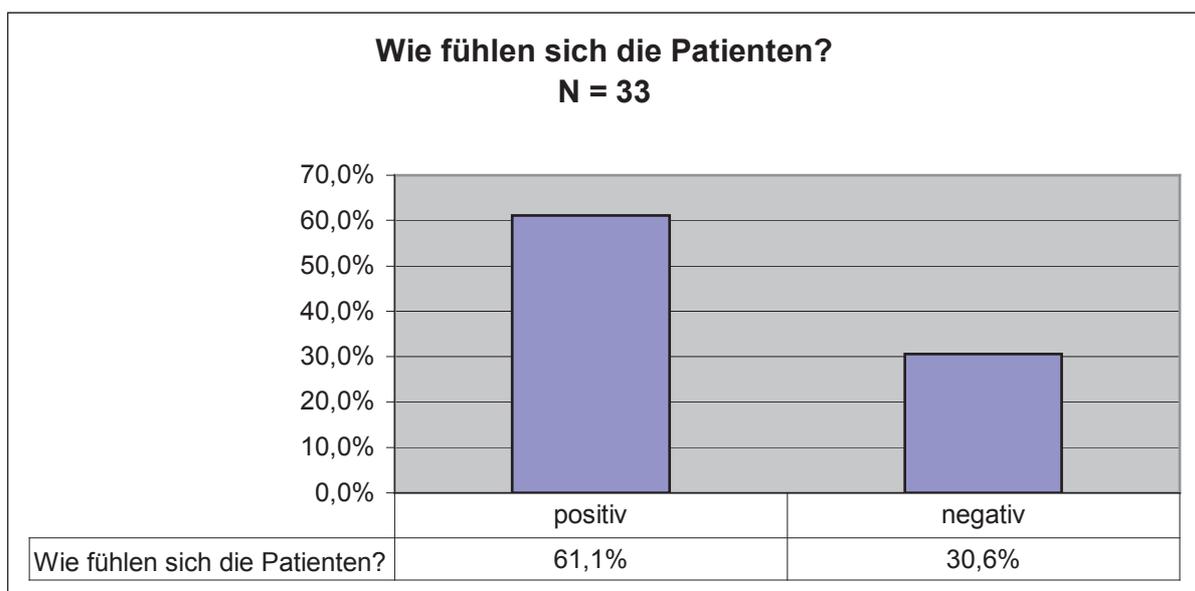


Abb. 14

Diese Verteilung unterscheidet sich wie im Patientenfragebogen nicht signifikant von einer Gleichverteilung (Chi-Quadrat = 3,667, $\alpha = 0,56$).

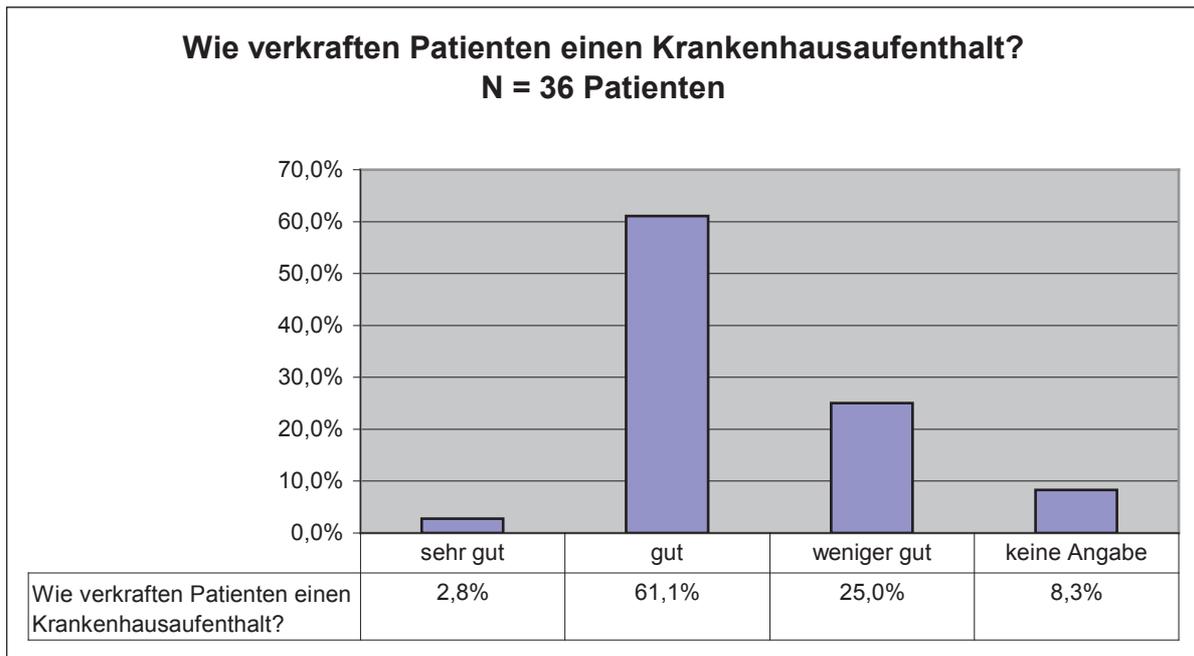


Abb. 15

Die Verteilung ist bei N= 32 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 21,03 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

Fasst man auch hier die positiven („sehr gut“ und „gut“) und negativen („weniger gut“ und „schlecht“ = 0 Antworten) zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung:

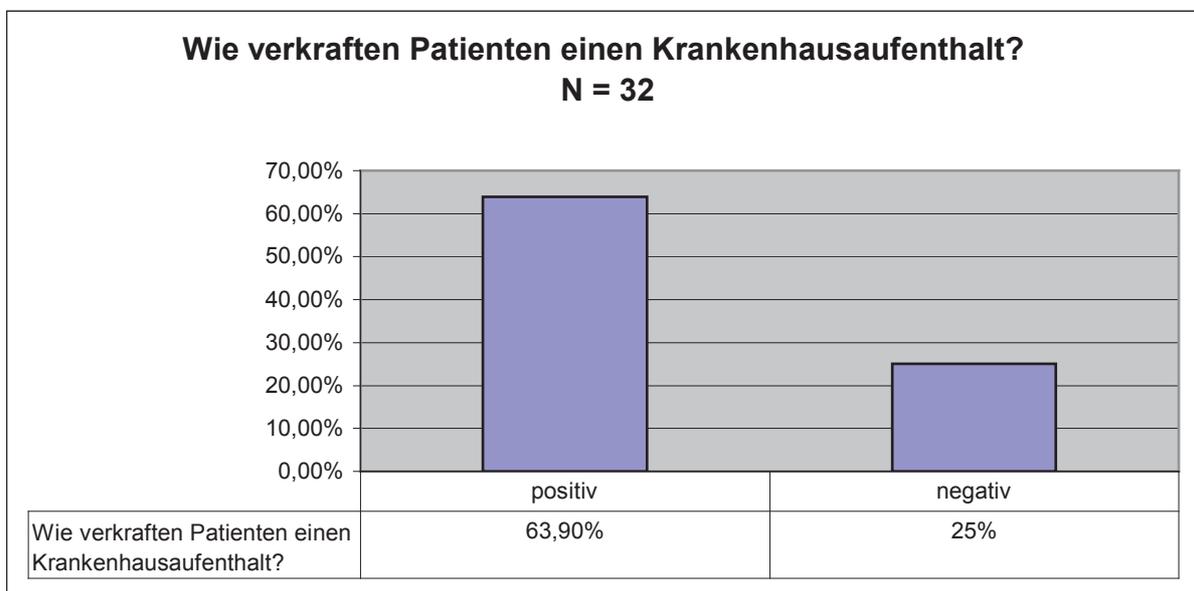


Abb. 16

Diese Verteilung ist bei N= 32 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 6,125 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,01$ hoch signifikant. Das heißt, dass signifikant mehr positive Antworten gegeben wurden.

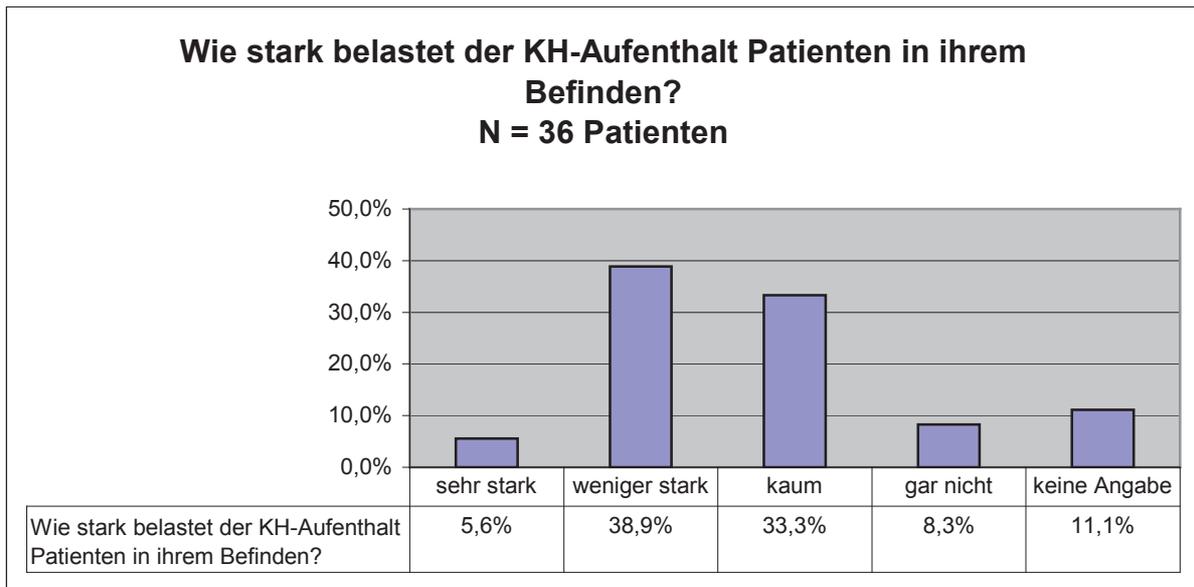


Abb. 17

Die Verteilung ist bei N=31 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 14,54 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,002$ hoch signifikant.

Fasst man diese Variable in zwei Kategorien („sehr“ für „sehr stark“ und „weniger stark“ sowie „wenig“ für „kaum“ und „gar nicht“), so ergibt sich folgende Verteilung:

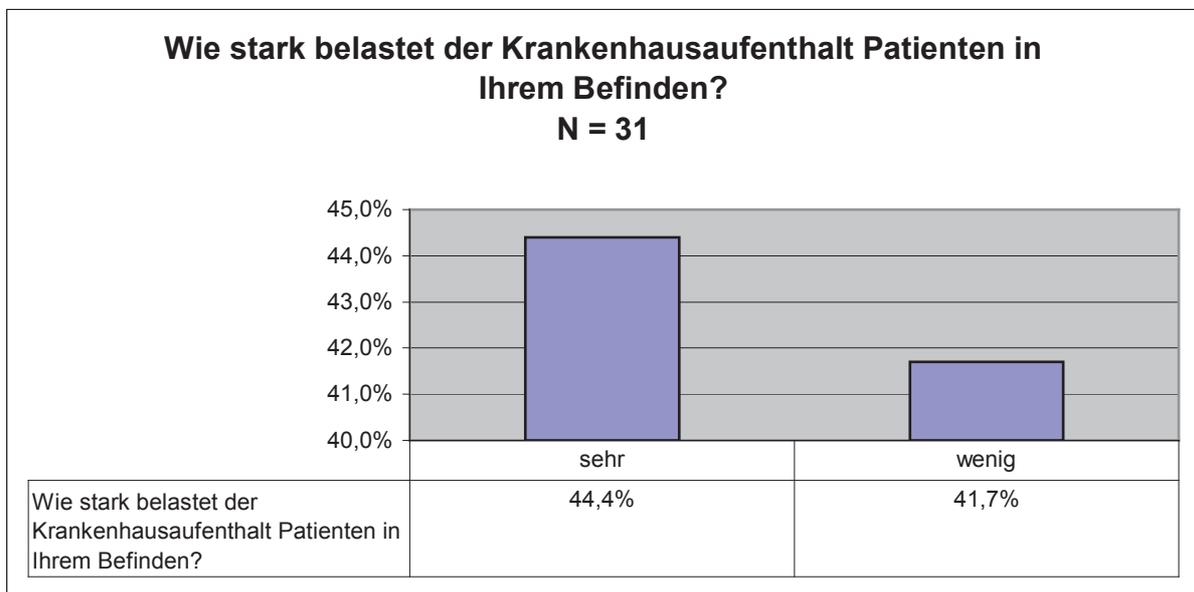


Abb. 18

Diese Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 31 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 0,32 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,857$ nicht signifikant. Das bedeutet, dass sich die Anzahl derjenigen Patienten, die andere als sehr belastet einschätzen nicht signifikant von der Anzahl der Patienten unterscheidet, die andere als wenig belastet einschätzen.

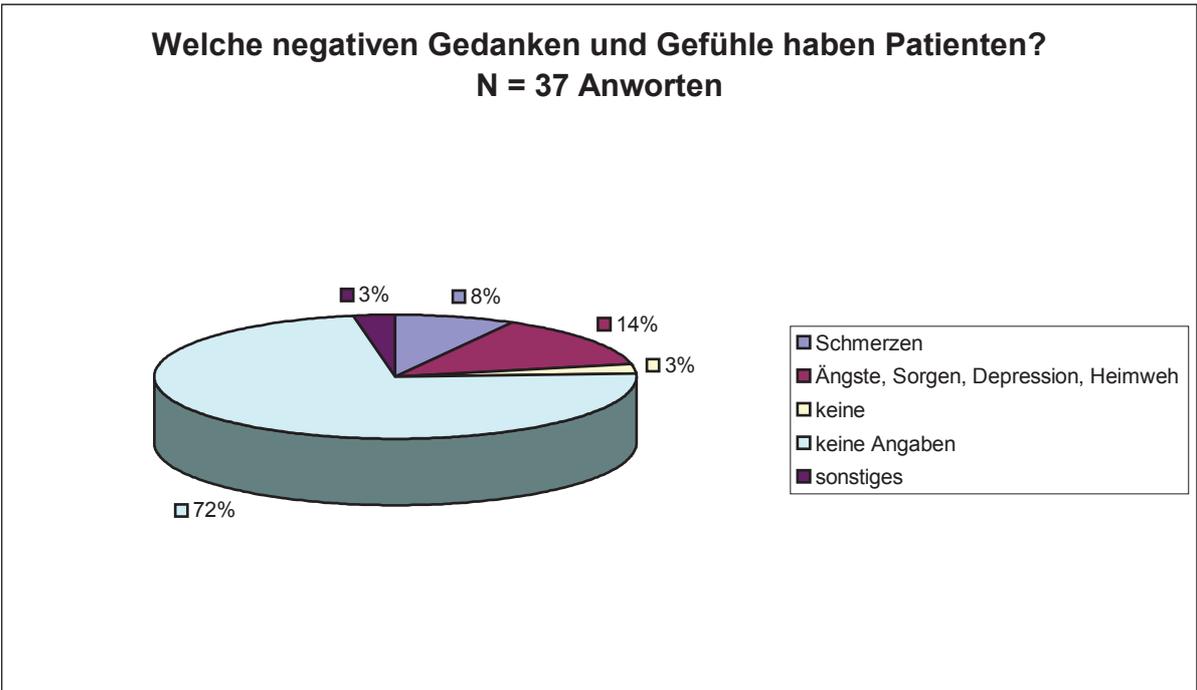


Abb. 19

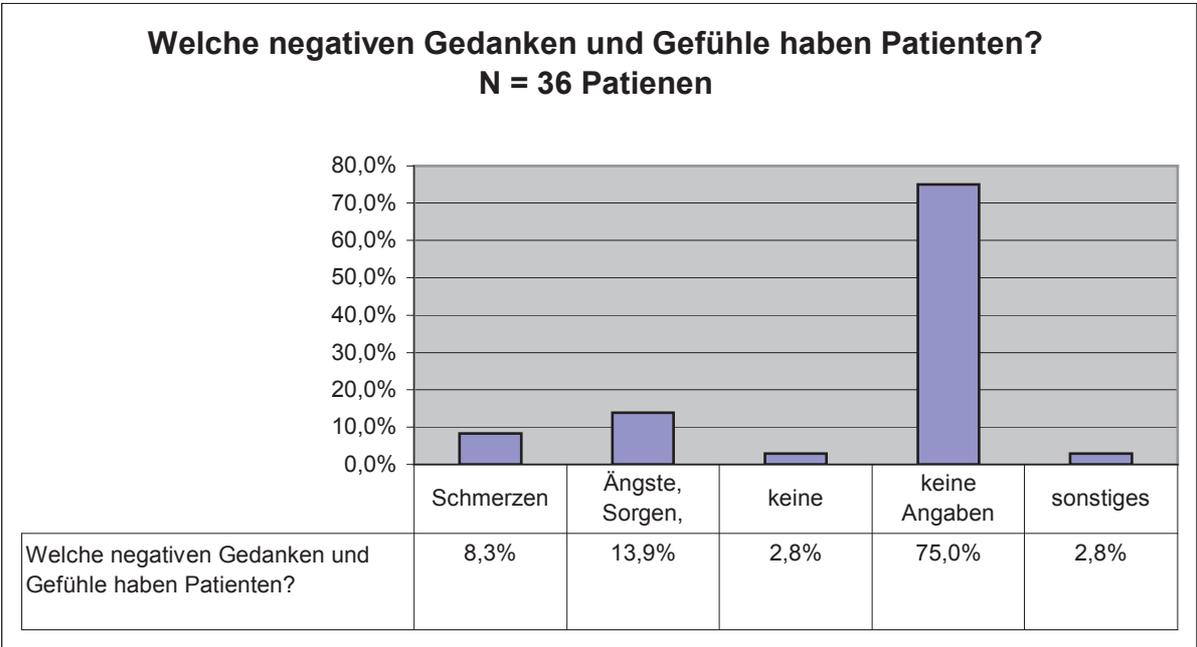


Abb. 20

Aufgrund der sehr geringen Anzahl auswertbarer Antworten ist diese Tabelle wenig aussagekräftig (s. Kap. 3.1.1.3).

Antworten der Mitarbeiter

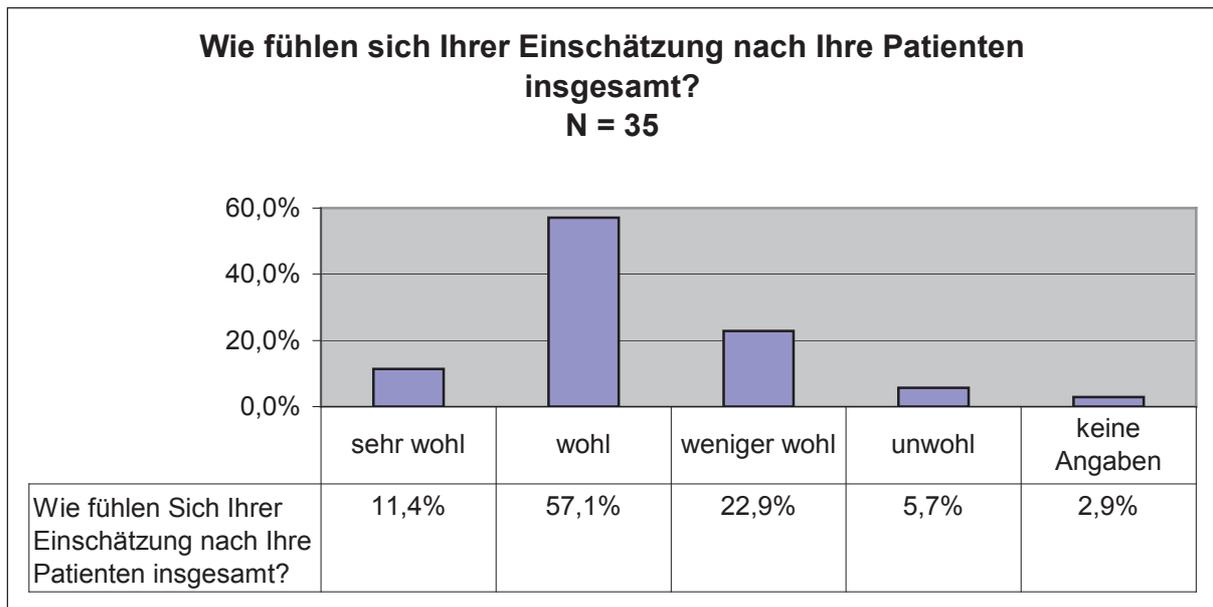


Abb. 21

Die Verteilung ist bei $N = 34$ gültigen Fällen und einem Chi-Quadrat von 22,94 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

Für den Mitarbeiterfragebogen wurde ebenfalls die Variable neu codiert und in positive und negative Antworten zusammengefasst, was zu folgender Verteilung führte:

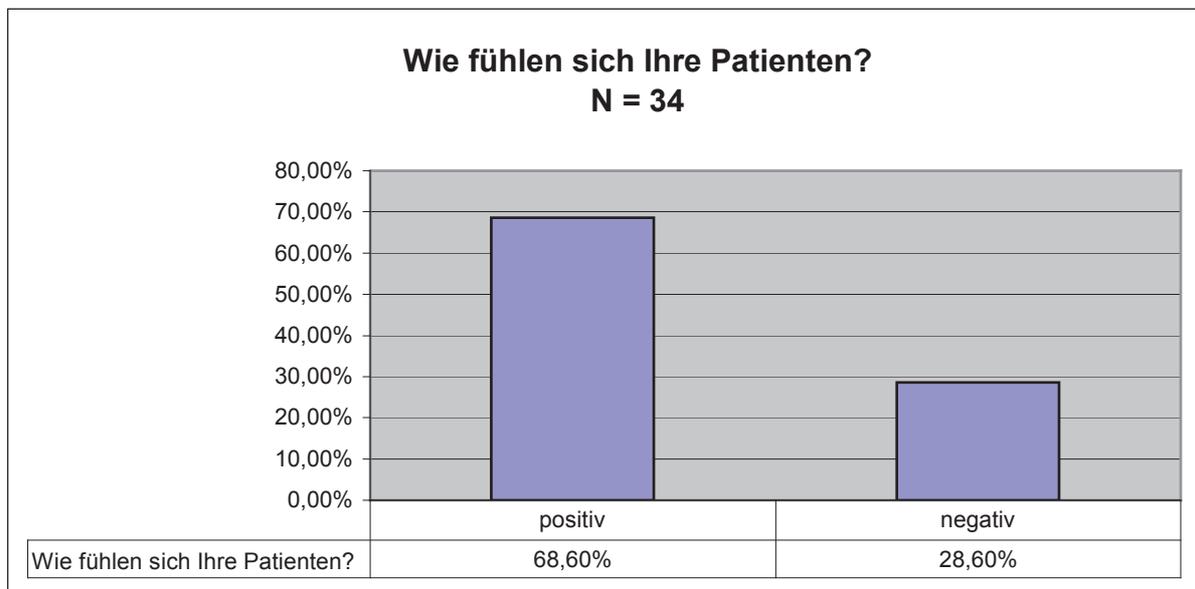


Abb. 22

Auch diese Verteilung unterscheidet sich nicht signifikant von einer zufälligen Gleichverteilung (Chi-Quadrat = 5,765, $\alpha = 0,16$)

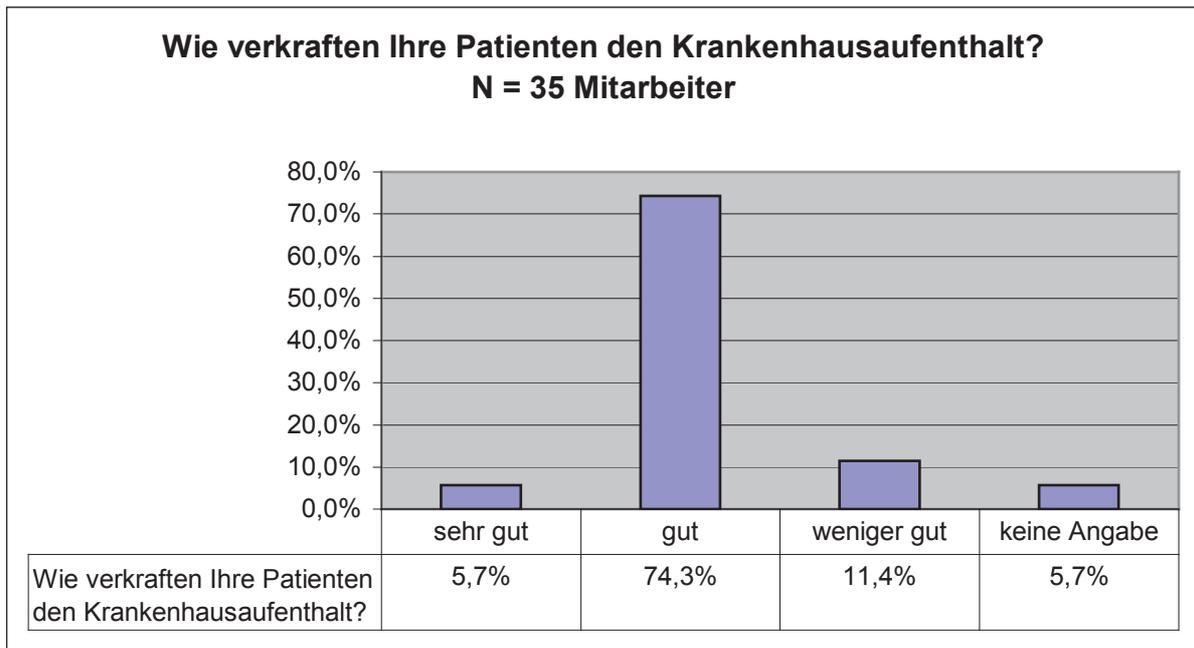


Abb. 23

Die Verteilung ist bei N= 32 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 33,25 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

Codiert man diese Variable um und fasst die positiven („sehr gut“ und „gut“) und die negativen („weniger gut“, „schlecht“ = 0 Antworten) zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung:

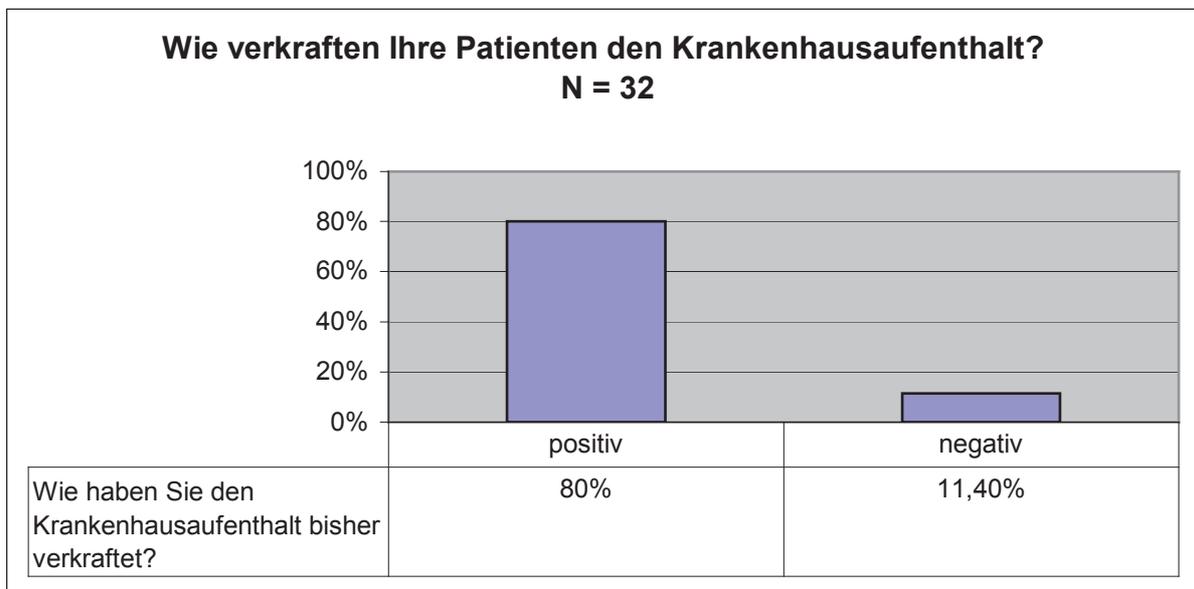


Abb. 24

Die obige Verteilung ist bei einer Anzahl von N= 32 gültigen Antworten, einem Chi-Quadrat von 18,0 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,0$ hoch signifikant, d.h. die Anzahl der positiven Antworten ist signifikant größer als die Anzahl der negativen Antworten.

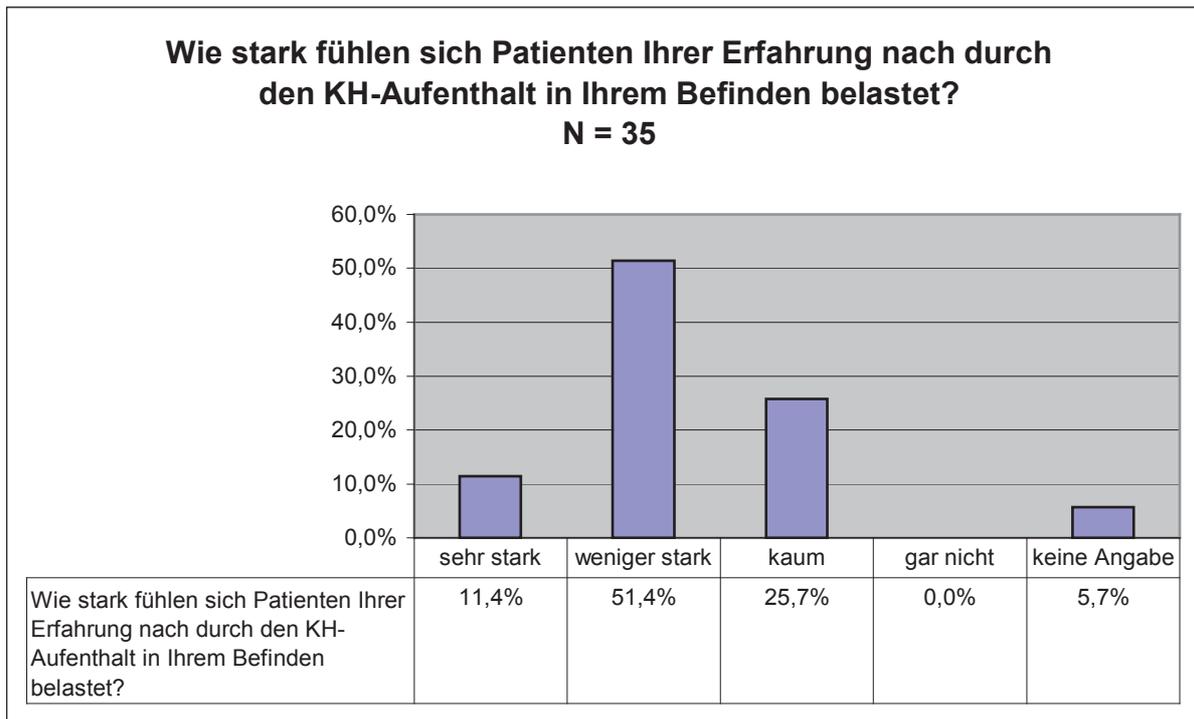


Abb. 25

Die Verteilung ist bei N= 31 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 9,742 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,008$ hoch signifikant.

Auch hier wurde die Variable umkodiert und in zwei Kategorien zusammengefasst („wenig“ und „sehr“), wobei sich folgende Verteilung ergab:

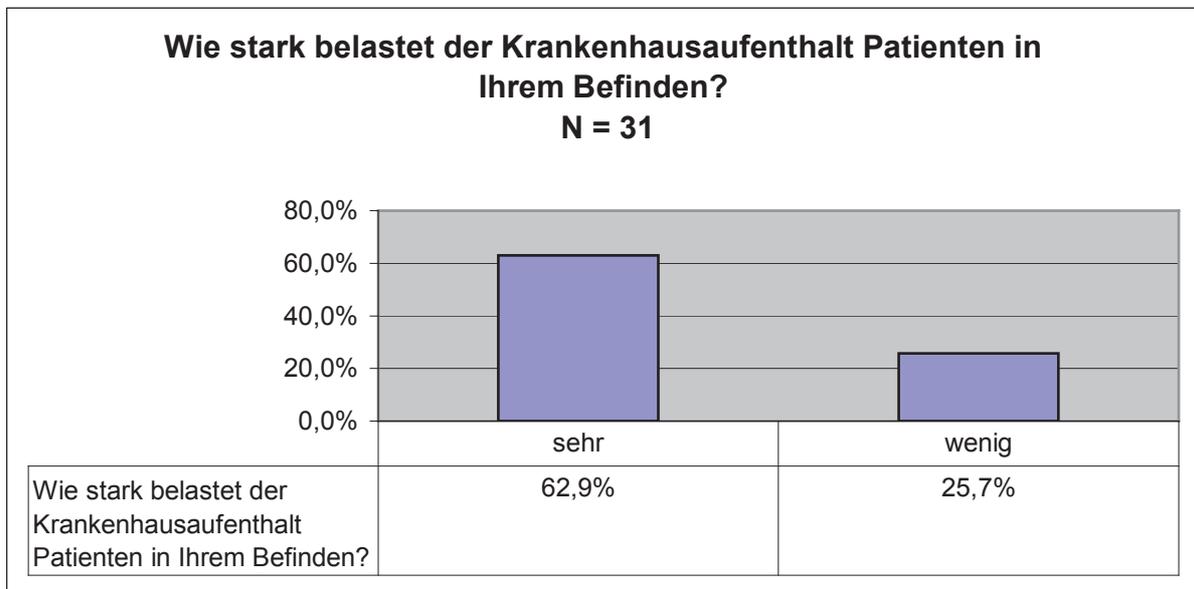


Abb. 26

Diese Verteilung ist bei N= 31 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 5,452 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,02$ signifikant, d.h. Es schätzen signifikant mehr Mitarbeiter die Krankenhaussituation für die Patienten als belastend ein.

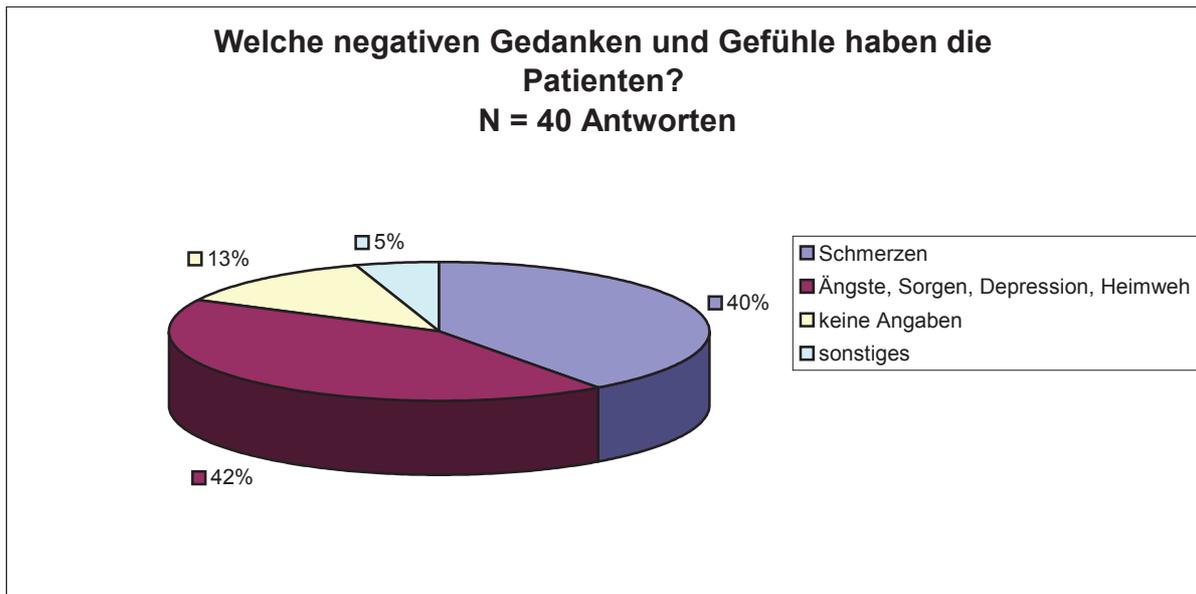


Abb. 27

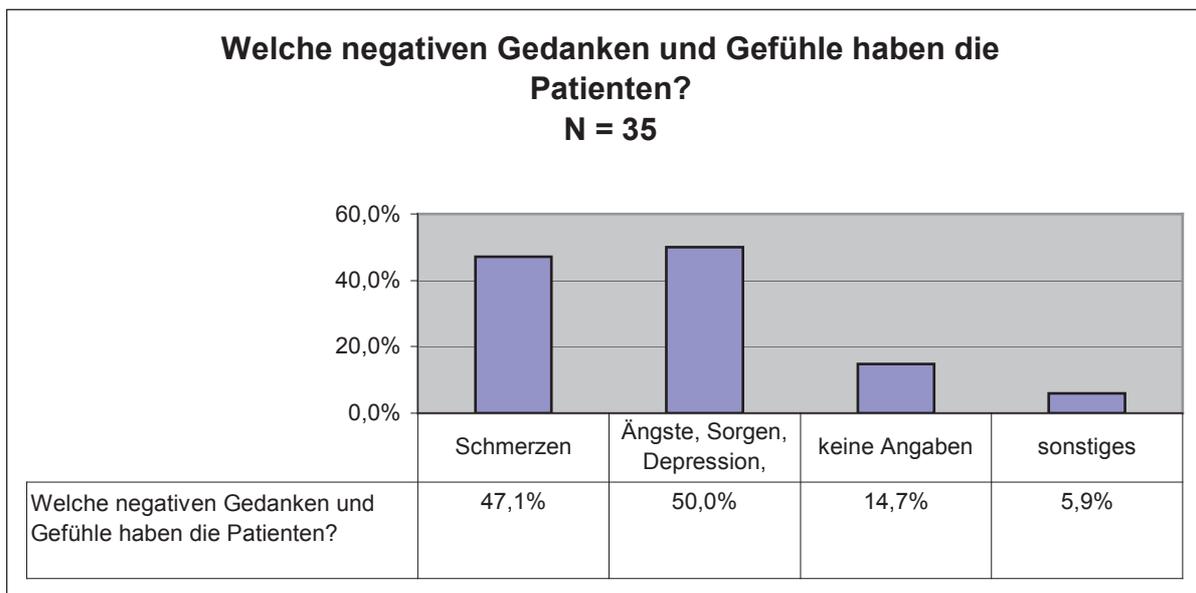


Abb. 28

Nach negativen Gedanken und Gefühlen der Patienten befragt, geben die Mitarbeiter geben am häufigsten Ängste, Sorgen, Depressionen und Schmerzen an.

Stichprobenvergleich

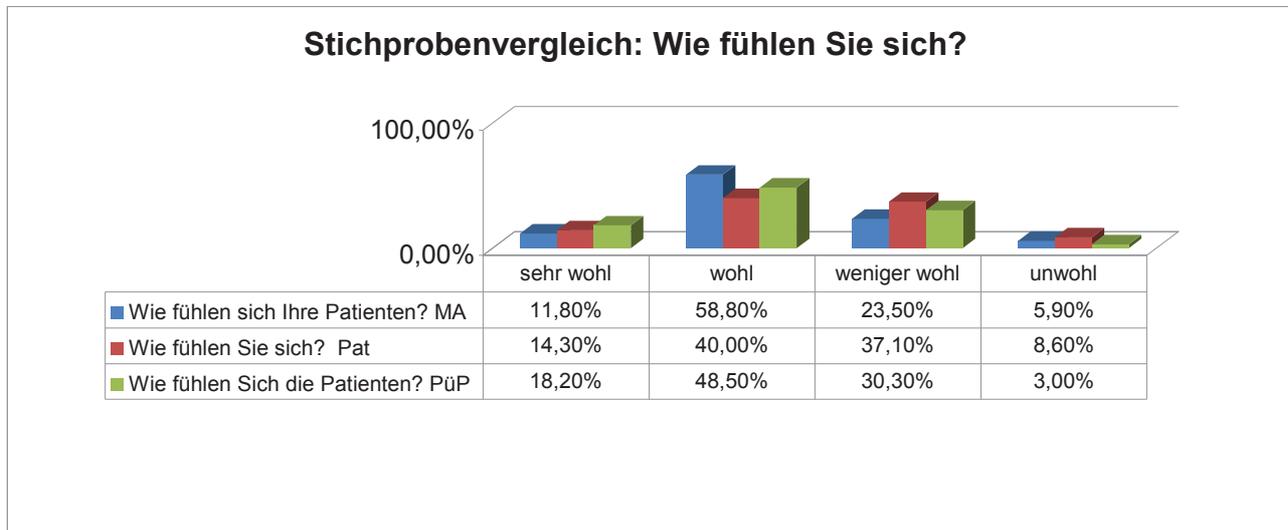


Abb. 29

Die Signifikanzprüfung ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PüP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	521,000	549,000	495,500
Wilcoxon-W	1116,000	1110,000	1056,500
Z	-0,964	-0,166	-1,078
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) ¹	0,335	0,868	0,281

Abb. 30

Die Signifikanzprüfung ergab keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der Stichprobenverteilungen miteinander. Die Variable „Wie fühlen sich die Patienten?“ ist demnach in allen drei Stichproben ähnlich verteilt.

¹ Asymptotische Signifikanz bedeutet, dass bei einem Signifikanztest (z.B. Chi-Quadrat) nicht die exakte Stichprobenverteilung verwendet wird, sondern zur einfacheren Berechnung die Verteilung durch eine andere Verteilung approximiert wird. Der p-Wert wird nicht exakt berechnet, sondern über eine Verteilung ermittelt. Bei hinreichend großen Stichproben nähert sich diese Verteilung der exakten Verteilung immer mehr an. Der P-Wert nähert sich dem exakten p-Wert an. Daher ist eine Mindestgröße der Stichprobe Voraussetzung. Diese liegt bei einer erwarteten Häufigkeit pro Zelle größer als 5. Ist diese Bedingung nicht erfüllt, ist die asymptotische Signifikanz nicht zuverlässig. In diesem Fall sollte die exakte Signifikanz (z.B. Exakter Test nach Fisher) ermittelt werden. (vgl. Anleitung in SPSS, Wikipedia.de)

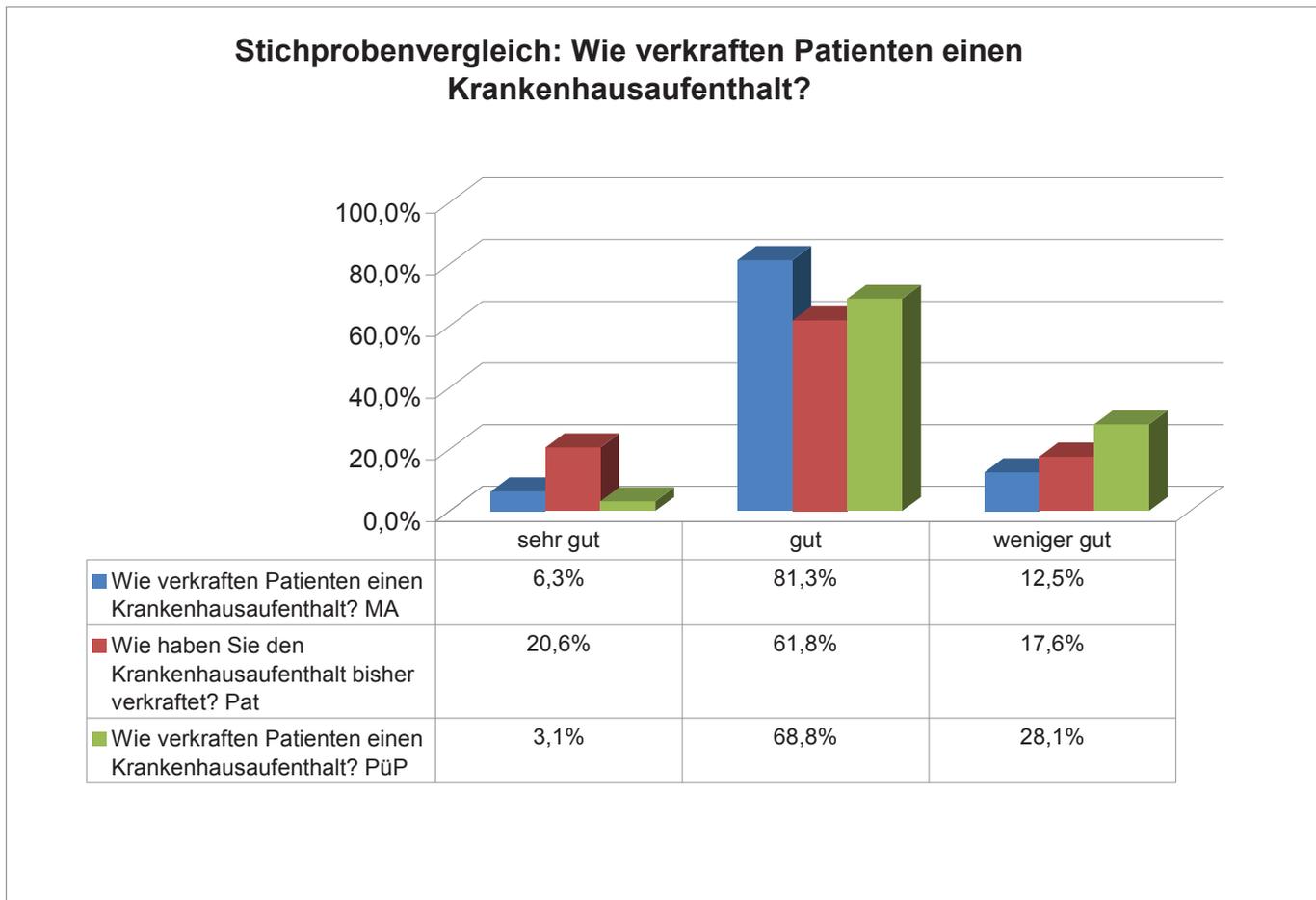


Abb. 31

Die Signifikanzprüfung ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PÜP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	502,000	423,000	420,500
Wilcoxon-W	1097,000	951,000	1015,500
Z	-0,677	-1,583	-1,880
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,498	0,113	0,060

Abb. 32

Die Signifikanzprüfung ergab keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der Stichprobenverteilungen der Mitarbeiter (MA) mit den Patienten (Pat). Die Verteilung der Stichprobe Patienten (Pat) unterscheidet sich, wenn auch auf geringem Signifikanzniveau, von der der Patienten über Patienten (PüP).

Schaut man sich die prozentualen Antworten pro Antwortkategorie an, so ergibt sich folgendes Bild:

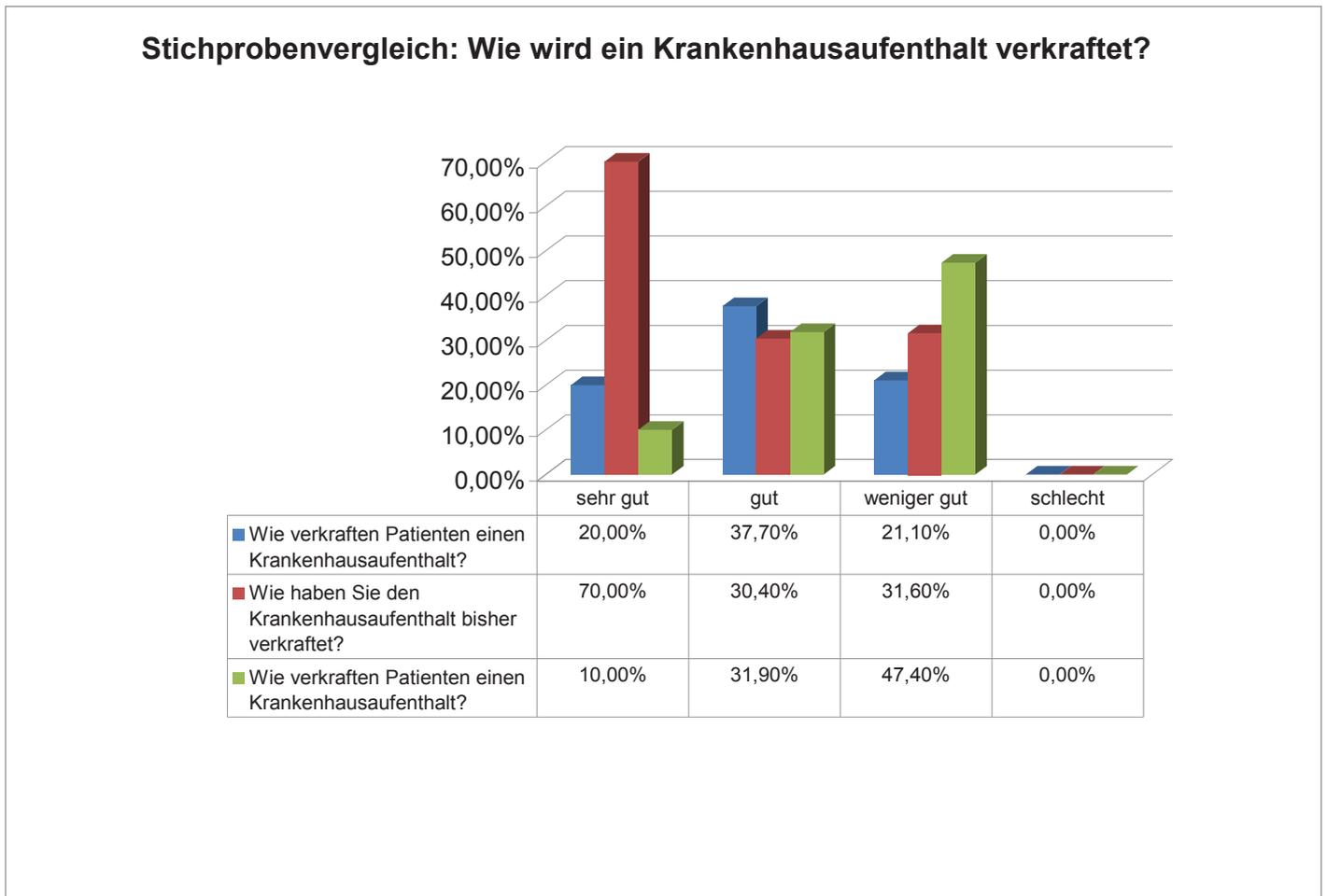


Abb. 33

Hier lässt sich ein Unterschied zwischen den beiden Stichproben Pat und PüP deutlich bei der Kategorie „sehr gut“ zu erkennen. 70% aller „sehr gut“ - Antworten entfallen auf Pat, 10 % auf PüP.

Wie die Gruppenvergleiche gezeigt haben, wird diese Variable (2.5.) in allen drei Stichprobengruppen signifikant häufiger positiv (also mit „sehr gut“ oder „gut“) beantwortet. Die Antwortkategorie „schlecht“ wurde kein einziges Mal gewählt!

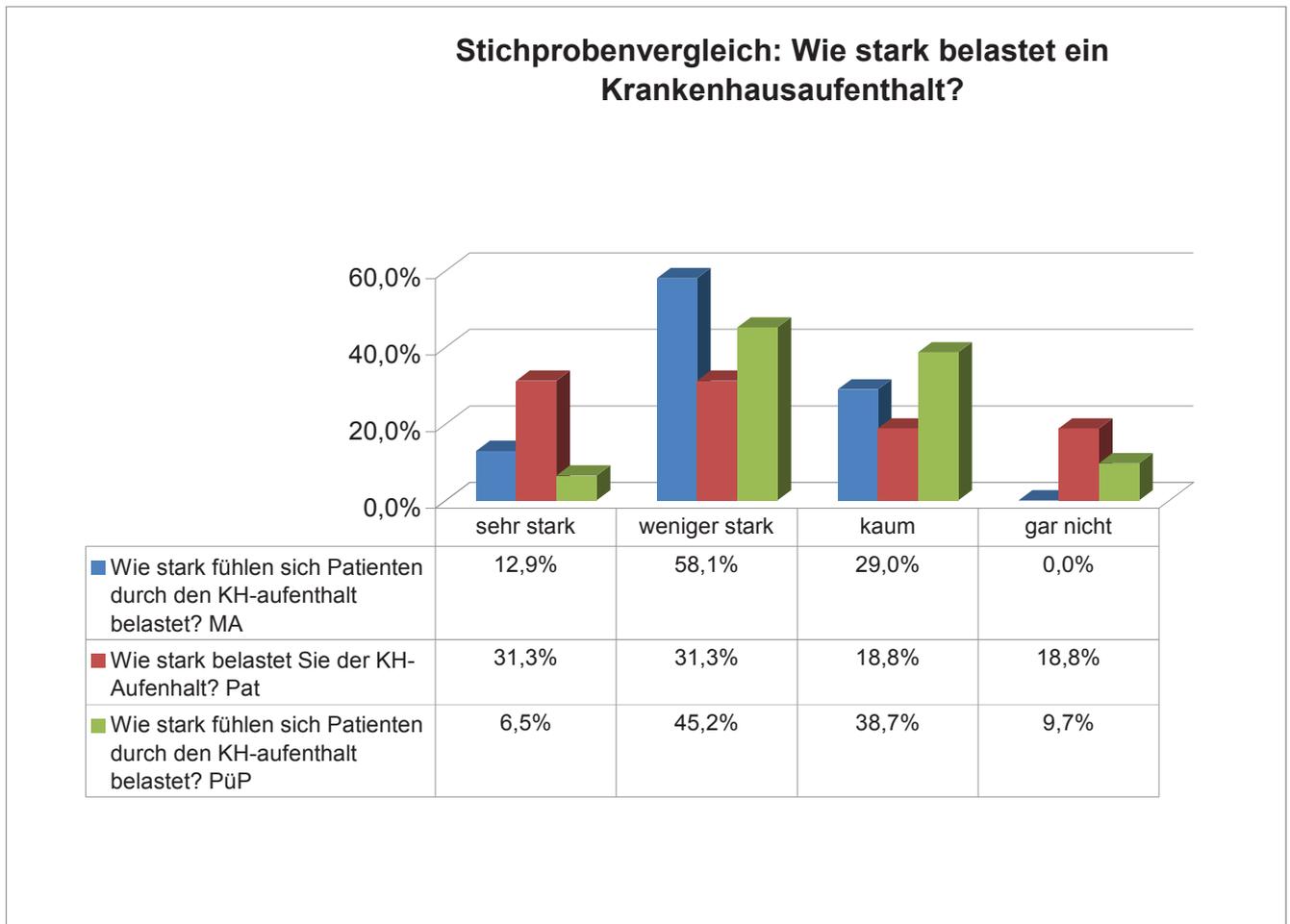


Abb. 34

Die Signifikanzprüfung ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PÜP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	495,000	364,000	409,000
Wilcoxon-W	1023,000	860,000	937,000
Z	-0,015	-1,808	-1,253
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,988	0,071	0,210

Abb. 35

Die Signifikanzprüfung ergab keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der Stichprobenverteilungen miteinander.

Die Variable „Wie stark belastet ein Krankenhausaufenthalt?“ ist demnach in allen drei Stichproben ähnlich verteilt.

**Stichprobenvergleich: Welche negativen Gedanken und Gefühle haben Patienten?
Prozent der Antworten**

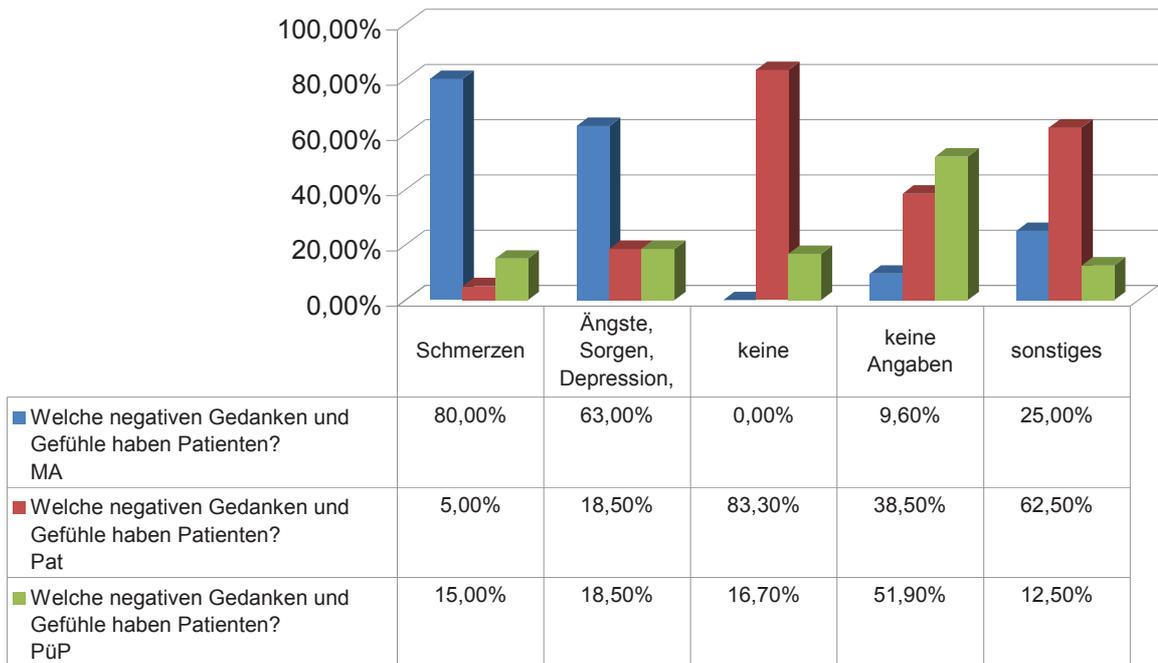


Abb. 36

Die Signifikanzprüfung erfolgte bei den Mehrfachantworten für ausgewählte Kategorien. Sie wird im folgenden für die Kategorien

„Schmerzen“

„Ängste, Sorgen, Depressionen“ und

„keine“

aufgeführt:

Die Prüfung der **Antwortkategorie „Schmerzen“** ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PüP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	359,500	394,500	612,000
Wilcoxon-W	1025,500	1060,500	1278,000
Z	-4,209	-3,532	-1,022
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,307

Abb. 37

Die Mitarbeiter haben im Vergleich zu den anderen beiden Stichproben sehr signifikant häufiger „Schmerzen“ angegeben.

Die Prüfung der **Antwortkategorie „Ängste, Sorgen, Depression“** ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PüP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	411,500	411,500	648,000
Wilcoxon-W	1077,500	1077,500	1314,000
Z	-3,137	-3,137	0,000
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,002	0,002	1,000

Abb. 38

Wie die Graphik vermuten ließ, gaben auch hier die Mitarbeiter im Vergleich zu den beiden anderen Stichproben sehr signifikant häufiger die Antwort „Ängste, Sorgen, Depressionen“.

Die Prüfung der **Antwortkategorie „keine“** ergab folgende Ergebnisse:

Vergleich	MA/Pat	MA/PüP	Pat/PüP
Mann-Whitney-U	542,500	612,500	576,000
Wilcoxon-W	1172,500	1242,500	1242,000
Z	-2,271	-0,986	-1,694
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,023	0,324	0,090

Abb. 39

Wie aufgrund der Graphik vermutet, ergaben sich signifikante Unterschiede beim Stichprobenvergleich Mitarbeiter mit Patienten. Auch die Patienten unterschieden sich in den beiden Stichproben in der Häufigkeit dieser Antwortkategorie, wenn auch nicht hoch signifikant. Die Frage nach negativen Antworten wurde also von den Patienten im Vergleich zu den anderen beiden Stichproben deutlich positiver beantwortet.

3.1.1.3. Zusammenfassung Ergebnisse Hypothese 1

Die Ergebnisse lassen zwei Gruppen von Patienten erkennen: Diejenigen, die sich wohl fühlen und sich durch den Krankenhausaufenthalt in ihrem Befinden wenig belastet, und diejenigen, die sich weniger wohl und sehr belastet fühlen. Der größte Teil der Patienten verkraftet den Krankenhausaufenthalt gut bis sehr gut. Dies wird von allen drei Stichprobengruppen in etwa gleich eingeschätzt, wobei von den Mitarbeitern das Ausmaß der Belastung durch einen Krankenhausaufenthalt höher eingeschätzt wird als von den beiden anderen Stichprobengruppen.

Ein Krankenhausaufenthalt scheint also - nur - von einer Gruppe von Patienten im Sinne eines kritischen Lebensereignisses als belastend erlebt zu werden und kann daher nicht grundsätzlich als kritisches Lebensereignis kategorisiert werden.

Die Frage, was genau die Patienten belastet, wird von den meisten Patienten nicht beantwortet, weder in bezug auf sich selbst noch in bezug auf andere Patienten. Diese Ergebnisse werfen einige weiterführende Fragen auf:

- Trauen sich die Patienten nicht, negative Gedanken und Gefühle zu äußern? In diesem Fall sollte der Stichprobenvergleich mit den Antworten der Patienten, die zu anderen Patienten befragt worden sind, Hinweise geben können, denn hier kann aufgrund der verallgemeinerten Fragestellung eine „ehrlichere“ bzw. „mutigere“ Beantwortung kritischer Fragen erwartet werden. Doch auch die Patienten, die über andere Patienten befragt wurden, machen zu der Frage nach negativen Gedanken und Gefühlen kaum Angaben. Dies lässt – trotz der allgemeinen Befragung von Patienten über andere Patienten – vermuten, dass die soziale Erwünschtheit hier eintritt.
- Oder gibt es möglicherweise kaum negative Gedanken und Gefühle? Dann müsste die Antwortkategorie „keine“ häufig gewählt werden, was aber nicht der Fall ist. D.h. es kann davon ausgegangen werden, dass die Patienten durchaus negative Gedanken und Gefühle haben. Zumindest dürfte das für die Gruppe von Patienten zutreffen, die sich durch den Krankenhausaufenthalt stark belastet fühlen.

- Warum also der hohe Prozentsatz von Patienten, die keine Angaben gemacht haben. Sind die Patienten möglicherweise nicht in der Lage, diese Frage nach negativen Gedanken und Gefühlen zu beantworten?

Dies würde erklären, dass die Patienten weder eigene negative Gedanken und Gefühle äußern, noch fremde. Doch woran liegt das? Ist die Frage zu speziell gestellt, bzw. können Patienten ihre innere Gefühls- und Gedankenwelt nicht so konkret fassen und/oder beschreiben? Für diese These spricht, dass es Ihnen selbst dann nicht gelingt, wenn Sie die Frage allgemein beantworten sollen. Bezogen auf andere Patienten wissen sie es möglicherweise schlichtweg nicht. Vielleicht sogar gerade deshalb, weil sie selbst ihre eigenen negativen Gedanken und Gefühle auch nicht konkretisieren können.

- Ist es den Patienten möglicherweise unangenehm, über negative Gedanken und Gefühle Aussagen zu treffen?
- Interessanterweise scheinen die Mitarbeiter die negativen Gedanken und Gefühle der Patienten anders zu beurteilen als die Patienten selber. Sie geben vor allem Schmerzen sowie Ängste, Sorgen und Depressionen an, von denen sie glauben, dass diese negativen Gedanken und Gefühle die Patienten beschäftigen. Möglicherweise werden die Mitarbeiter häufiger mit den negativen Gedanken und Gefühlen ihrer Patienten konfrontiert.

Zusammenfassend stellt sich die Frage, wovon es abhängt, ob ein Krankenhausaufenthalt als belastend im Sinne eines kritischen Lebensereignisses erlebt wird. Mögliche Einflussfaktoren, wie die soziale Unterstützung oder Erfahrungen mit früheren Krankenhausaufenthalten werden in den folgenden Kapiteln zu den Ergebnissen für die Hypothesen 2 und 3 analysiert.

3.1.2. Ergebnisse zu Hypothese 2

In der Vergangenheit positiv bewältigte Krankenhausaufenthalte wirken sich günstig auf die Bewältigung der aktuellen Situation aus.

3.1.2.1. Variablenübersicht

Folgende Variablen wurden zur Hypothesenprüfung herangezogen:

(Hier wurde auf eine vereinfachte Variablenformulierung verzichtet, weil die Variable 3.3. in den drei Stichproben auch inhaltlich unterschiedlich abgefragt wurde.)

Patientenfragebogen (P):

- 2.5. Wie haben Sie den jetzigen Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?
- 3.1. Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?
- 3.3. Welche Krankenhäuser haben Sie bisher besucht und wie haben Sie diese Krankenhausaufenthalte erlebt?

Patienten über Patientenfragebogen (PüP):

- 2.5. Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt?
- 3.1. Wie oft waren die meisten Patienten schon im Krankenhaus?
- 3.3. Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?

Mitarbeiterfragebogen (M):

- 2.5. Wie verkraften Ihre Patienten den Krankenhausaufenthalt?
- 3.1. Wie oft waren die meisten Ihrer Patienten schon im Krankenhaus?
- 3.3. Wenn die Patienten über ihre früheren Krankenhauserfahrungen sprechen, waren die anderen Krankenhausaufenthalte für sie...

3.1.2.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Die Häufigkeitsverteilungen zur Variable 2.5. (Wie haben Sie den bisherigen Krankenhausaufenthalt verkraftet?) wurden bereits in Kap. 3.1.1. dargestellt.

Im Folgenden werden zunächst die Häufigkeitsverteilungen zu den Variablen 3.1. (Häufigkeit früherer Krankenhausaufenthalte) und 3.3. (Frühere Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten) dargestellt.

Es ist zu beachten, dass die Variable 3.3. in den drei Stichproben unterschiedlich abgefragt wurde:

Im Mitarbeiterfragebogen (MA) und im Patienten über Patienten-Fragebogen (PüP) gab es jeweils eine Frage zu dieser Variablen:

MA: 3.3. Wenn die Patienten über ihre früheren Krankenhauserfahrungen sprechen, waren die anderen Krankenhausaufenthalte für sie...

PüP: 3.3. Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?

Im Patientenfragebogen (Pat) wurde diese Variable differenzierter abgefragt:

Pat: 3.3. Welche Krankenhäuser haben Sie bisher besucht und wie haben Sie diese Krankenhausaufenthalte erlebt?

3.3.a.: Krankenhaus 1 (KH1)

3.3.b.: Krankenhaus 2 (KH2)

3.3.c.: Krankenhaus 3 (KH3)

3.3.d.: Krankenhaus 4 (KH4)

3.3.e.: Krankenhaus 5 (KH5), welches mit St. Willibrord-Spital Emmerich (WSE) vorgegeben war.

Die Häufigkeitsverteilungen sind entsprechend diesen Differenzierungen dargestellt. Mit dem Chi-Quadrat-Test wurde überprüft, inwieweit sich die ermittelten Verteilungen von einer Gleichverteilung signifikant unterscheiden.

Zur Überprüfung von Hypothese 2 wurden des Weiteren Korrelationen zwischen den benannten Variablen berechnet. Dabei interessierte zum einen ein möglicher Zusammenhang zwischen der Bewältigung der derzeitigen Situation und der **Häufigkeit** früherer Krankenhausaufenthalte. Dazu wurden Korrelationen berechnet zwischen den Variablen 2.5. (Verkräften des jetzigen Krankenhausaufenthalts) und der Variablen 3.1. (Anzahl früherer Krankenhausaufenthalte).

Zum anderen wurde die Variable 2.5. mit der Variablen 3.3 („Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?“) korreliert, um zu überprüfen, ob die **Qualität** der bisherigen Krankenhausaufenthalte mit der Bewältigung der jetzigen Situation zusammenhängt.

Der berechnete Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall ist ein Maß für den Zusammenhang zwischen zwei ordinalskalierten Variablen innerhalb einer Stichprobe. Im Gegensatz zu anderen Korrelationskoeffizienten wird hier nicht von einer Äquidistanz der Skalenwerte ausgegangen. Der Korrelationskoeffizient (τ) nimmt dabei einen Wert an zwischen „-1“ (perfekter negativer Zusammenhang) und „1“ (perfekter positiver Zusammenhang). Ein Wert von „0“ bedeutet keinen Zusammenhang.

Antworten der Patienten

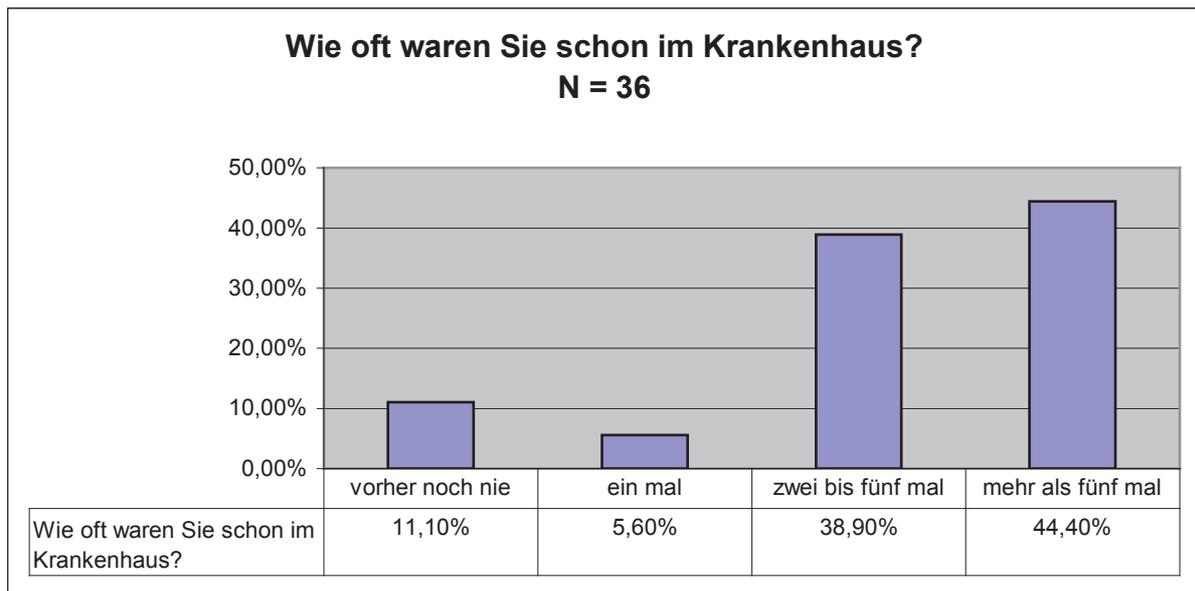


Abb. 40

Die meisten Patienten gaben an, mehr als fünf Mal im Krankenhaus gewesen zu sein. Eine Signifikanzprüfung gegenüber einer Gleichverteilung ist wenig sinnvoll und wurde für diese Variable nicht durchgeführt.

Korrelation Variable 2.5. / 3.1.	
Korrelation nach Kendall-Tau-b	Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient Signifikanz (2-seitig) N
	-0,221 0,167 34

Abb. 41

Der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall-Tau-b ($\tau = -0,221$) zeigt einen geringen negativen Zusammenhang zwischen der Variable 2.5. („Wie haben Sie den jetzigen Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?“) und der Variablen 3.1. („wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?“). Die Häufigkeit früherer Krankenhausaufenthalt steht also nach den Aussagen der Patienten in einem geringen negativen Zusammenhang zu der positiven Bewältigung des jetzigen Krankenhausaufenthalts.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,167$ ist das Ergebnis jedoch nicht signifikant.

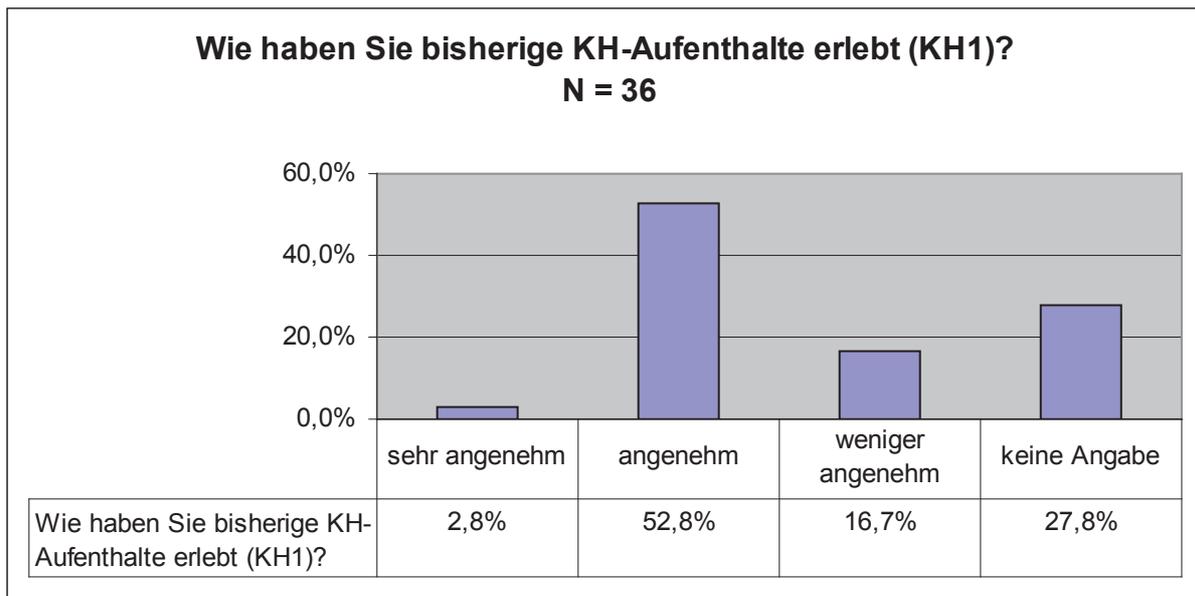


Abb. 42

Fasst man die positiven und negativen Angaben zusammen und lässt die Kategorie „keine Angaben“ unberücksichtigt, so ergibt sich folgende Verteilung:

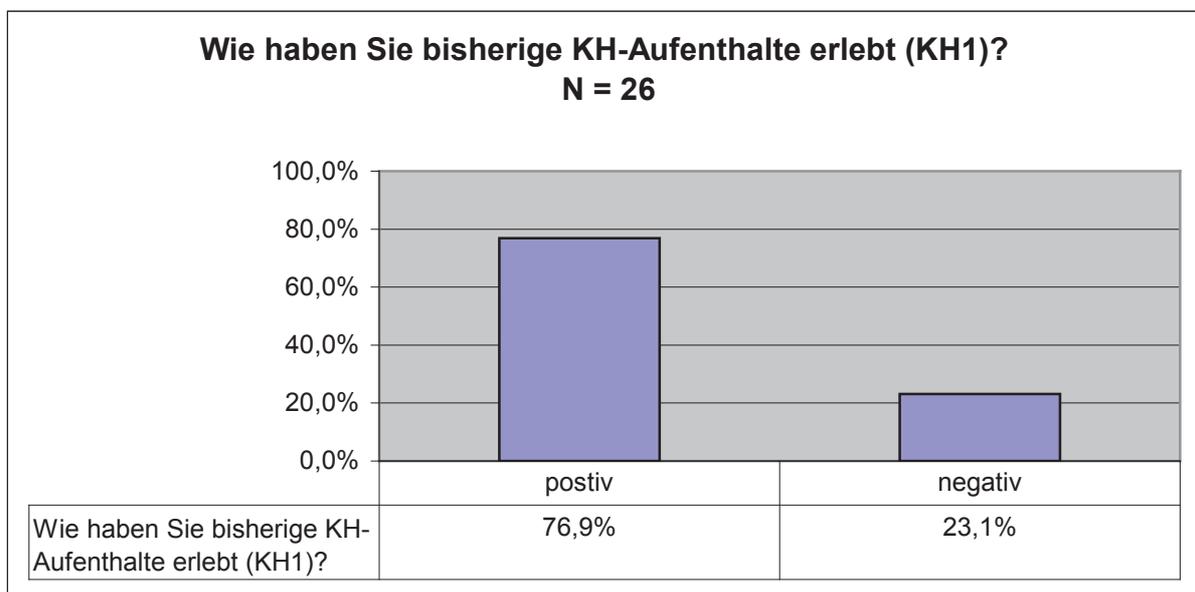


Abb. 43

Die Verteilung ist bei N= 26 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 7,54 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,006$ hochsignifikant.

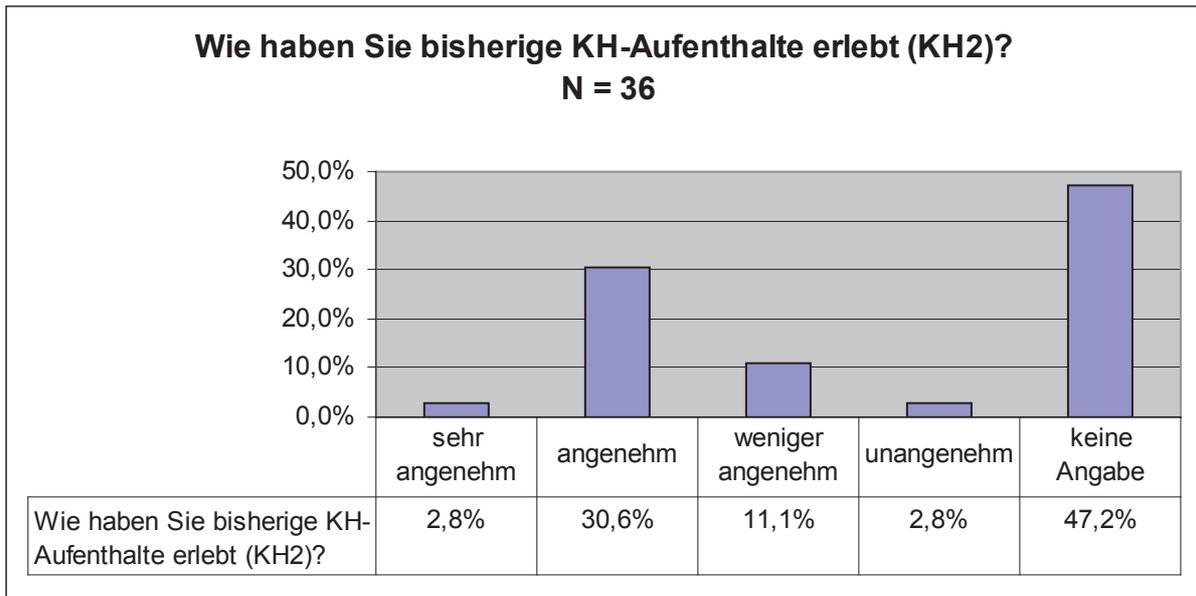


Abb. 44

Auch hier wurde die Variable umcodiert:

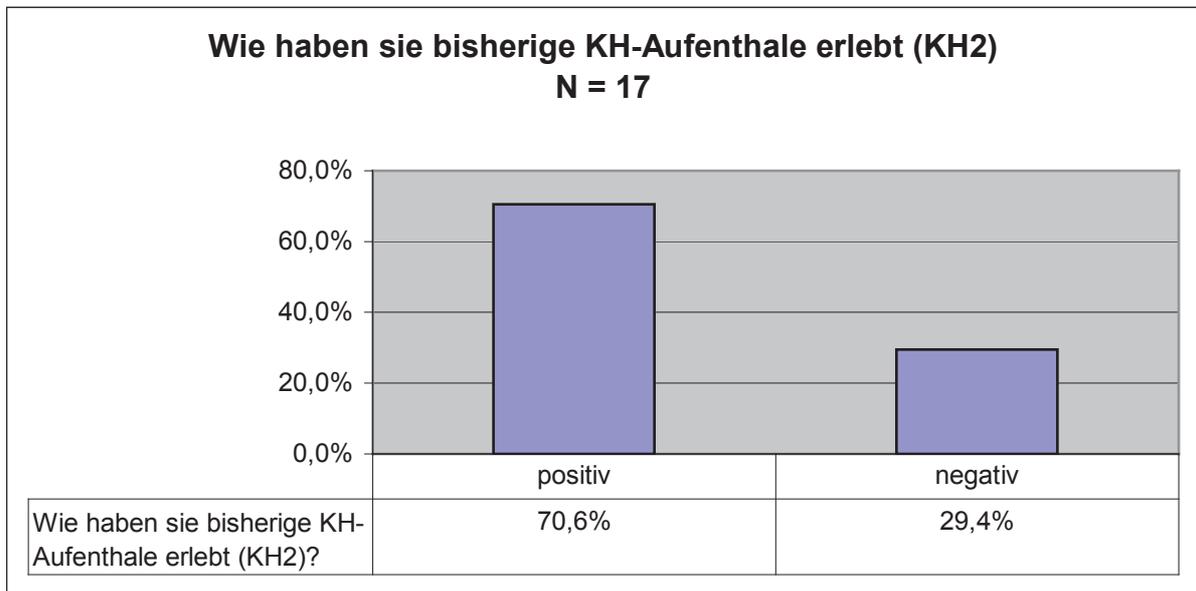


Abb. 45

Diese Verteilung ist mit N = 17 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 2,88 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,09$ signifikant.

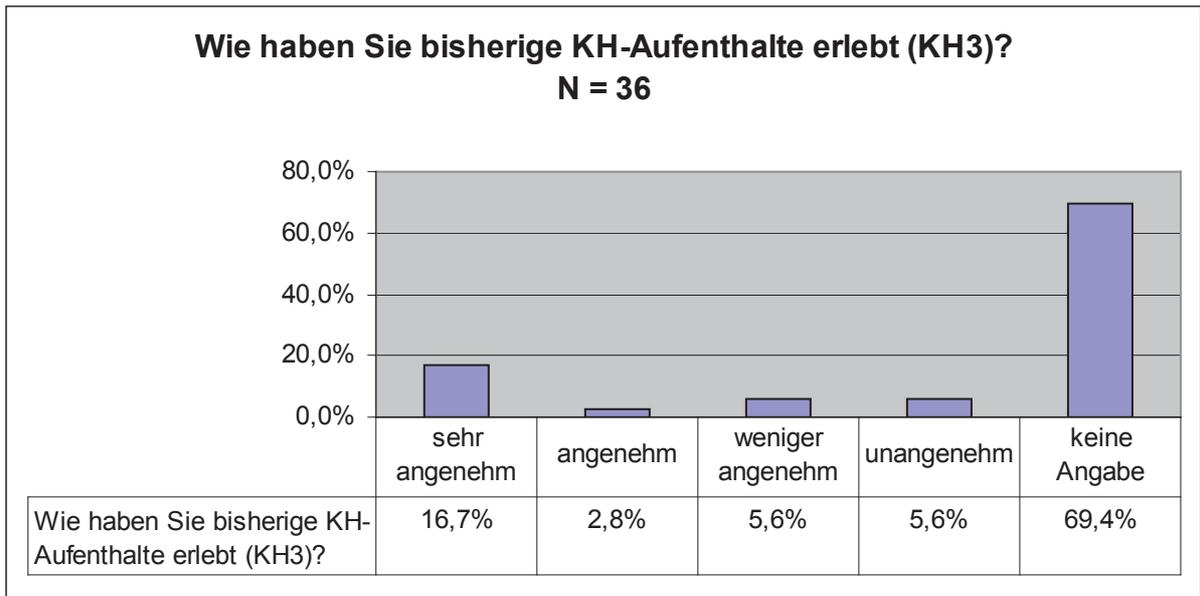


Abb. 46

Die umcodierte Verteilung:

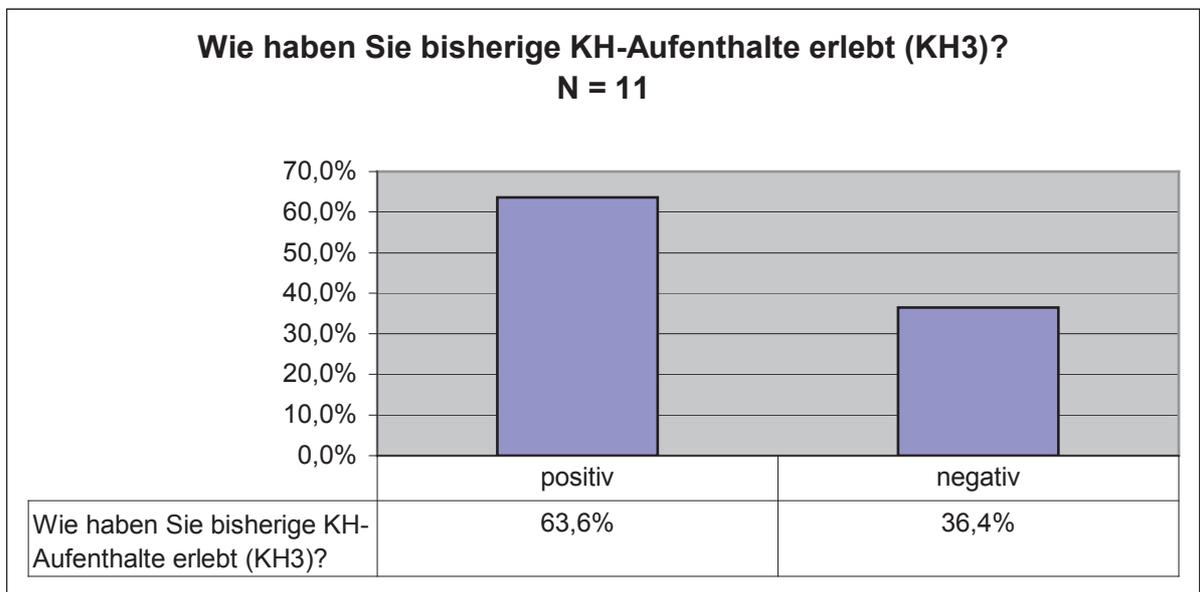


Abb. 47

Diese Verteilung ist bei N = 11 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 0,82 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,37$ nicht signifikant.

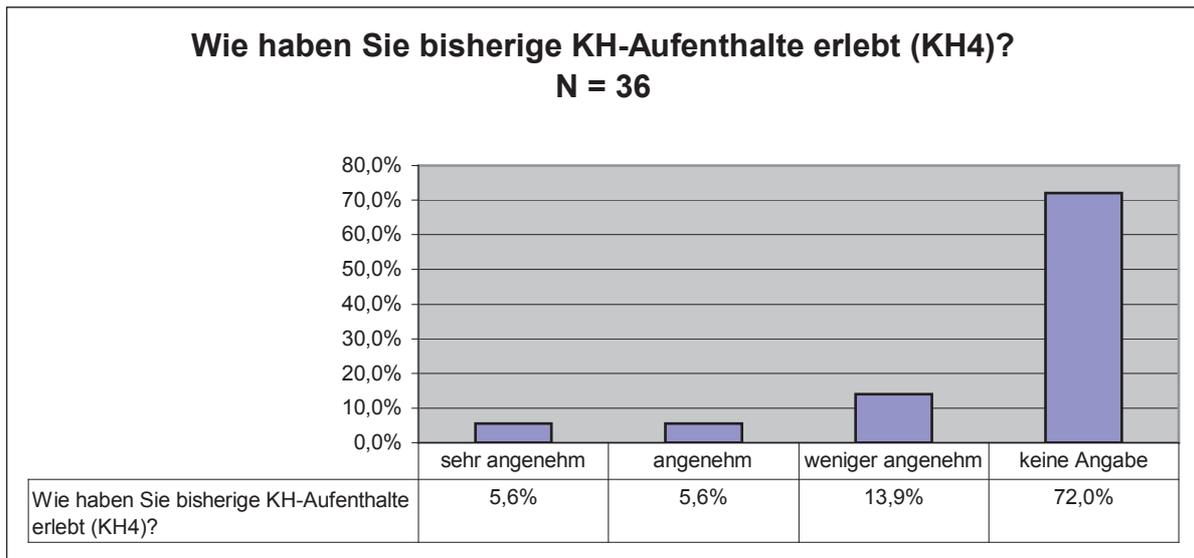


Abb. 48

Mit folgender zusammengefasster Verteilung:

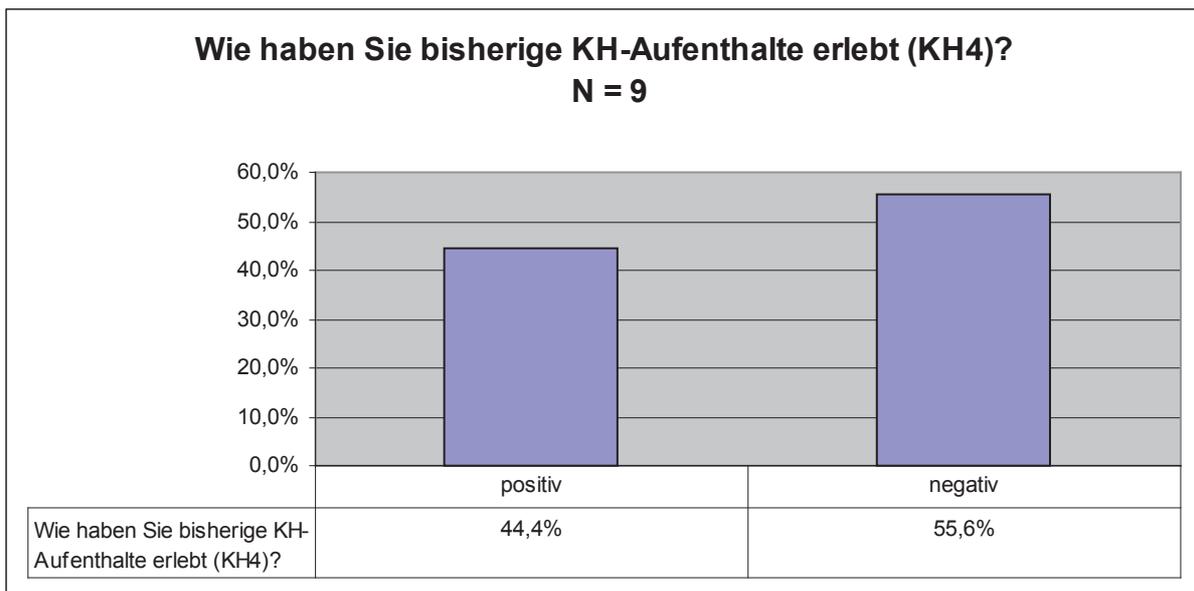


Abb. 49

Wie augenscheinlich zu erwarten war, ist die Verteilung nicht signifikant. (Chi-Quadrat = 0,111, $\alpha = 0,74$, N= 9). Außerdem wird in dieser kleinen Stichprobe in mehr als 20% der Fälle eine Häufigkeit kleiner als 5 erwartet, so dass keine aussagekräftigen Ergebnisse zustande kommen.

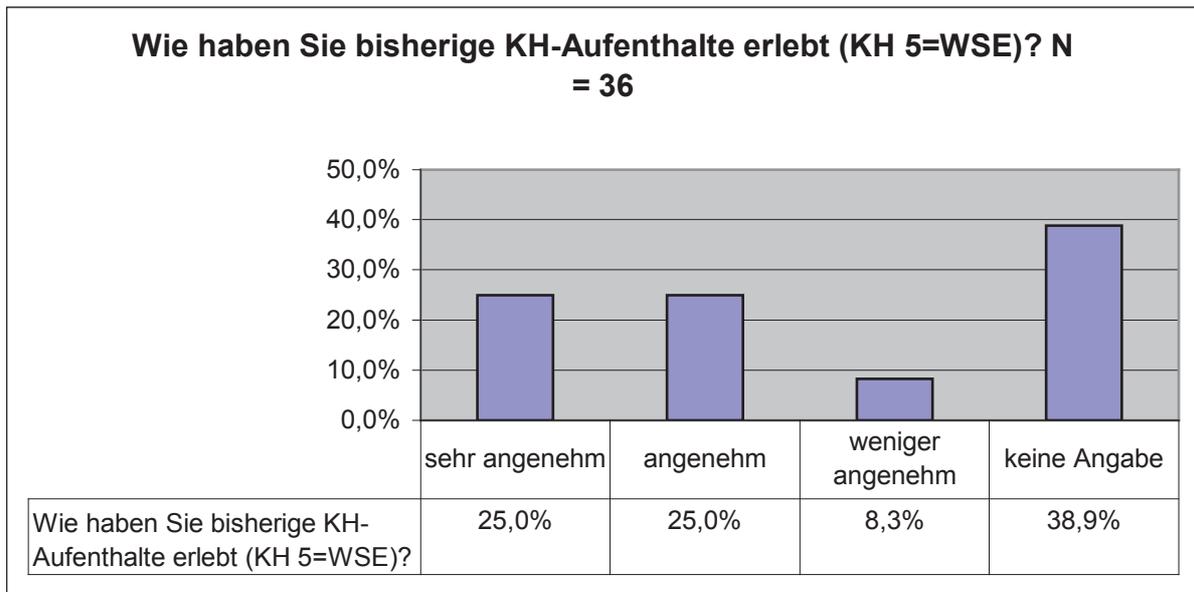


Abb. 50

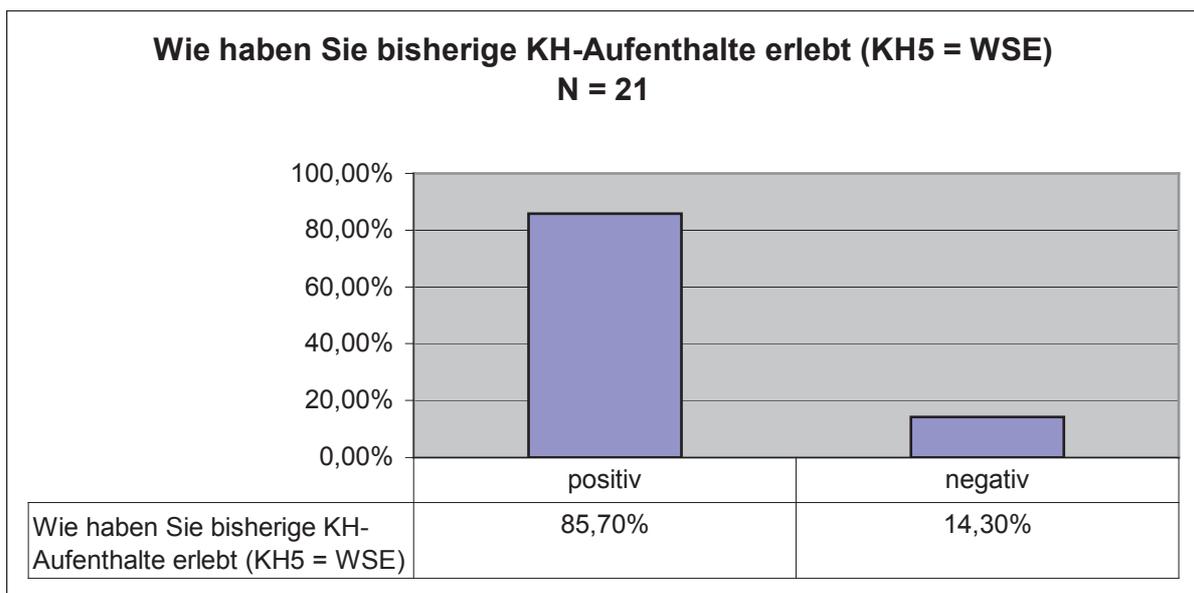


Abb. 51

Diese Verteilung ist bei N = 21 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 10,71 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,001$ hoch signifikant.

Die Häufigkeitsverteilungen zu den Variablen 3.3.a. bis 3.3.e. zeigen: Die Signifikanztests ergeben lediglich bei KH 1 und beim St. Willibrord-Spital signifikante Häufigkeiten. In beiden Fällen wird der Krankenhausaufenthalt von der Mehrheit der Patienten positiv erlebt.

In der folgenden Abb. 52 sind die Korrelationsergebnisse zusammengefasst. Die Variable 2.5. („Wie haben Sie den bisherigen KH-Aufenthalt verkraftet?“) wurde korreliert mit der Variablen 3.3. („Wie haben Sie bisherige KH-Aufenthalte erlebt?“). Variable 3.3. besteht aus den Variablen 3.3.a. (Aufenthalt in KH1), 3.3.b. (Aufenthalt in KH2), 3.3.c. (Aufenthalt in KH3), 3.3.d (Aufenthalt in KH4) und 3.3.e. (Früherer Aufenthalt im St. Willibrord-Spital Emmerich).

Korrelationen Variablen 2.5. / 3.3.		Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?
Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 1	Korrelationskoeffizient	-0,044
	Signifikanz (2-seitig)	0,816
	N	26
Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 2	Korrelationskoeffizient	-0,186
	Signifikanz (2-seitig)	0,417
	N	17
Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 3	Korrelationskoeffizient	0,182
	Signifikanz (2-seitig)	0,517
	N	11
Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 4	Korrelationskoeffizient	0,480
	Signifikanz (2-seitig)	0,133
	N	9
Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 5	Korrelationskoeffizient	0,701
	Signifikanz (2-seitig)	0,001
	N	20

Abb. 52

Die Zusammenfassung lässt folgendes erkennen:

1. Die Anzahl der gültigen Fälle nimmt mit der Häufigkeit der KH-Aufenthalte ab, was auf eine Zunahme der Kategorie „keine Angaben“ zurückzuführen ist.
2. Die Korrelation zwischen dem positiven Erleben früherer KH-Aufenthalte (KH 1 bis KH 4) und dem Verkraften des jetzigen Aufenthalts wird positiver und stärker. Allerdings ist keine dieser Korrelationen signifikant.
3. Den stärksten positiven Zusammenhang zwischen dem Verkraften der jetzigen KH-Situation ergibt sich zum Erleben eines früheren Aufenthalts im gleichen Krankenhaus, nämlich dem St. Willibrord-Spital. Hier zeigt sich bei $N = 20$ gültigen Fällen und, einem Korrelationskoeffizient von $r = 0,701$ auf einem sehr hohen Signifikanzniveau ein deutlicher Zusammenhang.

Das bedeutet:

Je positiver Patienten einen früheren Krankenhausaufenthalt im St. Willibrord-Spital erlebten, umso besser wird der jetzige Krankenhausaufenthalt verkraftet.

Antworten der Patienten über Patienten

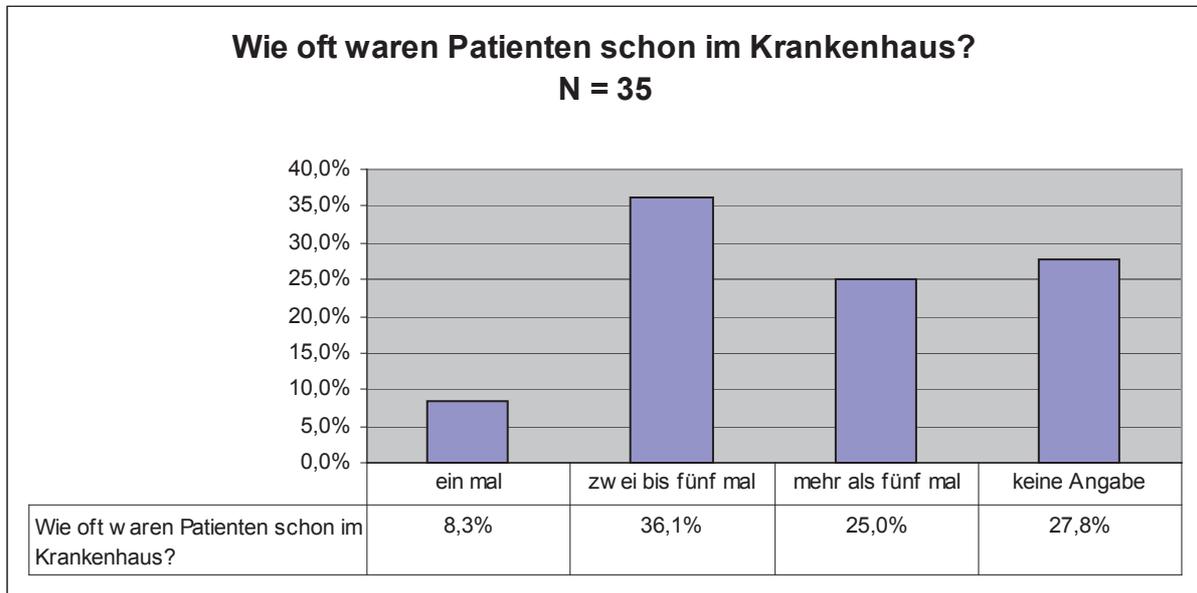


Abb. 53

Korrelation 2.5. / 3.1.		
Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient	-0,013
	Signifikanz (2-seitig)	0,947
	N	25

Abb. 54

Die Rangkorrelation nach Kendall-Tau-b ($\tau = -0,013$) zeigt einen nicht signifikanten ($\alpha = 0,947$), sehr geringen negativen Zusammenhang zwischen der Variable 2.5. („Wie haben Sie den jetzigen Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?“) und der Variablen 3.1. („Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?“).

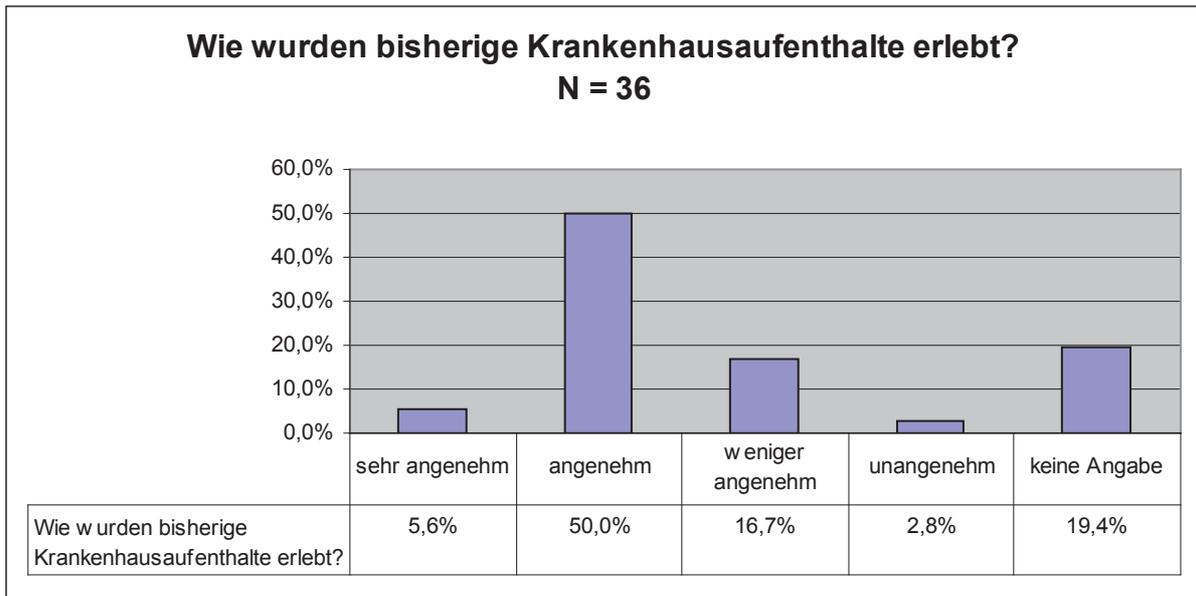


Abb. 55

Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient	-0,141
	Signifikanz (2-seitig)	0,447
	N	27

Abb. 56

Mit einem Rangkorrelationskoeffizient von $\tau = -0,141$ gibt es einen nur geringen negativen Zusammenhang zwischen der Variablen 3.3. („Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt?“) und der Variablen 2.5. („Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?“), der zudem nicht signifikant ist.

Antworten der Mitarbeiter

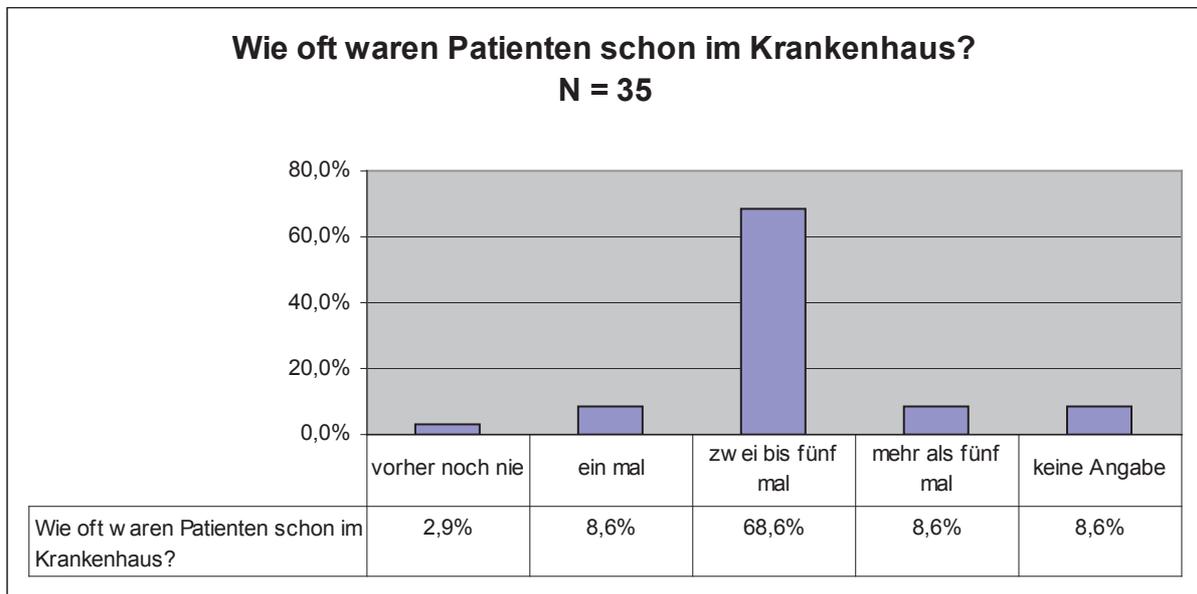


Abb. 57

Korrelation 2.5. / 3.1.		
Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkräftet?	Korrelationskoeffizient	0,421
	Signifikanz (2-seitig)	0,014
	N	31

Abb. 58

Mit einem Rangkorrelationskoeffizient von $\tau = 0,421$ wird auf einem hohen Signifikanzniveau von $\alpha = 0,014$ ein mäßig positiver Zusammenhang zwischen der Variablen 2.5. („Wie verkräfteten Ihre Patienten den Krankenhausaufenthalt?“ von „1 = sehr gut“ bis „4 = schlecht“) und der Variablen 3.1. („Wie oft waren die meisten Ihrer Patienten schon im Krankenhaus?“ von „1 = nie“ bis „4 = mehr als fünf Mal“) ermittelt. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter häufige Krankenhausaufenthalte mit einem schlechteren Verkräften der jetzigen Krankenhaussituation in Zusammenhang bringen.

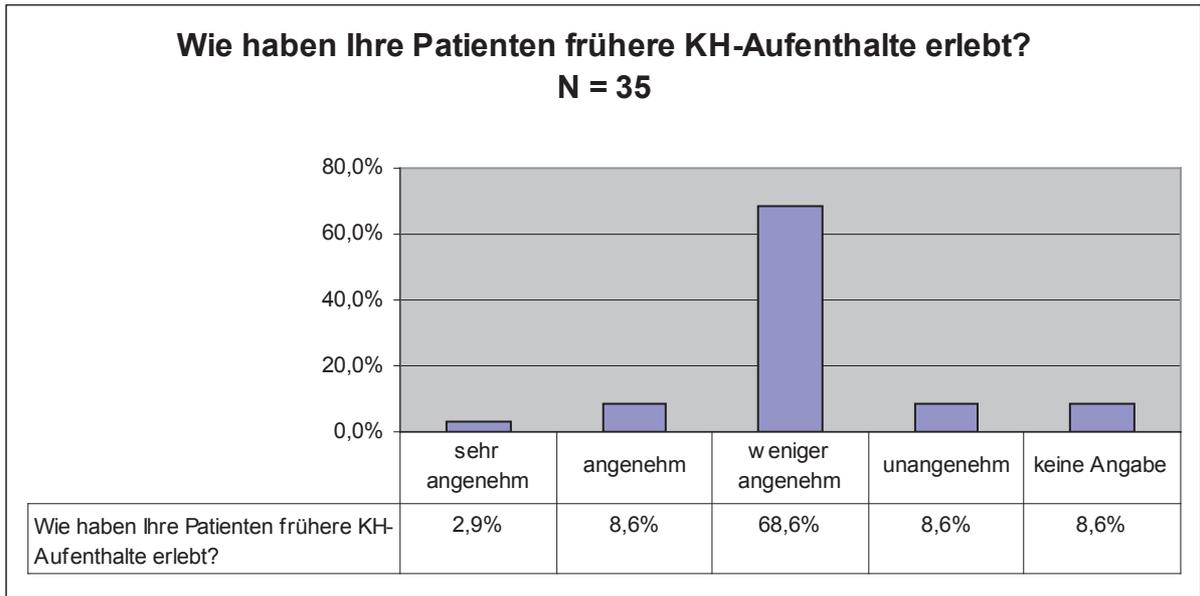


Abb. 59

Korrelation 2.5. / 3.3.	
Korrelation nach Kendall-Tau-b	Frühere Erfahrungen in anderen KH waren für Ihre Patienten?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient 0,203
	Signifikanz (2-seitig) 0,256
	N 29

Abb. 60

Mit einem Rangkorrelationskoeffizient von $\tau = 0,203$ gibt es einen nur schwachen Zusammenhang zwischen der Variablen 3.3. und der Variablen 2.5. („Wie wurden frühere Krankenhausaufenthalte erlebt?“), der zudem nicht signifikant ist.

3.1.2.3. Zusammenfassung

Wie hängt die **Häufigkeit** früherer Krankenhausaufenthalte mit dem Verkräften der aktuellen Krankenhaussituation zusammen?

Die Patienten sehen hier kaum Zusammenhänge, weder in bezug auf sich selber noch in bezug auf andere Patienten.

Die Mitarbeiter sehen hier einen mäßig starken Zusammenhang in der Richtung, dass ein Krankenhausaufenthalt umso negativer erlebt wird, je häufiger er vorkommt.

Wie in Kap. 1.1.2. ausführlich dargelegt wurde, sind die Forschungsergebnisse zu dieser Frage nicht eindeutig. Nach Filipp (1995) belegen einige Untersuchungen einen positiven Einfluss früherer kritischer Lebensereignisse auf die Bewältigung des derzeitigen Ereignisses, andere wiederum im Gegenteil eine höhere aktuelle Belastung durch eine Häufung ähnlich belastender Ereignisse in der Vergangenheit. Auch in der vorliegenden Untersuchung kann kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit kritischer Lebensereignisse in der Vergangenheit und der Bewältigung des derzeitigen Ereignisses nachgewiesen werden.

Wie ist der Zusammenhang zur „**Erfolgsbilanz**“ bei der Bewältigung früherer Ereignisse?

In Ableitung der theoretischen Ausführungen von Filipp (1995) zu dieser Fragestellung (vgl. Kap. 1.1.2) wird mit der Hypothese 2 ein positiver Zusammenhang zwischen der erfolgreichen Bewältigung früherer Krankenhausaufenthalte und dem Verkräften der aktuellen Situation angenommen.

Diese Hypothese wird von den Patienten (Pat) tendenziell bestätigt. Ein deutlicher positiver Zusammenhang zeigt sich hier, wenn der frühere Krankenhausaufenthalt ebenfalls im St. Willibrord-Spital Emmerich stattfand. Das bedeutet: Je positiver Patienten einen früheren Krankenhausaufenthalt im St. Willibrord-Spital erlebten, umso besser wird der jetzige Krankenhausaufenthalt verkräftet.

Dieses Ergebnis wird von den Mitarbeitern (MA) und den Patienten, die über andere Patienten befragt wurden (PüP), nicht bestätigt.

Ingesamt wurde die Hypothese 2 also teilweise, nämlich im Patientenfragebogen bezogen auf frühere Aufenthalte im St. Willibrord-Spital Emmerich bestätigt.

3.1.3. Ergebnisse zu Hypothese 3

Soziale Unterstützung wirkt sich positiv auf die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts aus.

3.1.3.1. Variablenübersicht

Für diese Hypothese sind folgende (vereinfacht formulierte) Variablen von Belang:

2.5. Wie verkraften die Patienten den Krankenhausaufenthalt?

2.6. Was hilft den Patienten dabei?

6.3. Wie stark fühlen sich die Patienten bei der Bewältigung ihrer Situation unterstützt?

3.1.3.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Für die zu überprüfende Hypothese 3 sind von Bedeutung:

- Die Häufigkeitsverteilungen und Signifikanzprüfungen zur Variablen 2.5. (Wie wird der jetzige Krankenhausaufenthalt verkraftet?). Diese wurden in Kapitel 3.1.1. dargestellt. Auf eine erneute Darstellung wird im vorliegenden Kapitel verzichtet.
- Die Häufigkeitsverteilungen zur Variablen 6.3. (Wie gut fühlen sich die Patienten bei der Bewältigung der Situation unterstützt?). Diese werden im Folgenden dargestellt und mittels Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz gegenüber einer Gleichverteilung getestet.

- Eine mögliche Korrelation zwischen den Variablen 2.5. und 6.3.. Hierzu wird der Kendall-Tau-b-Korrelationskoeffizient ermittelt.
- Eine inhaltsanalytische Auswertung zur Variablen 2.6. (Was hilft den Patienten bei der Bewältigung der Krankenhaussituation?)

Nachfolgend werden die Häufigkeitsverteilungen, Korrelationen und inhaltsanalytischen Auswertungen für jede Stichprobe getrennt aufgeführt.

Antworten der Patienten

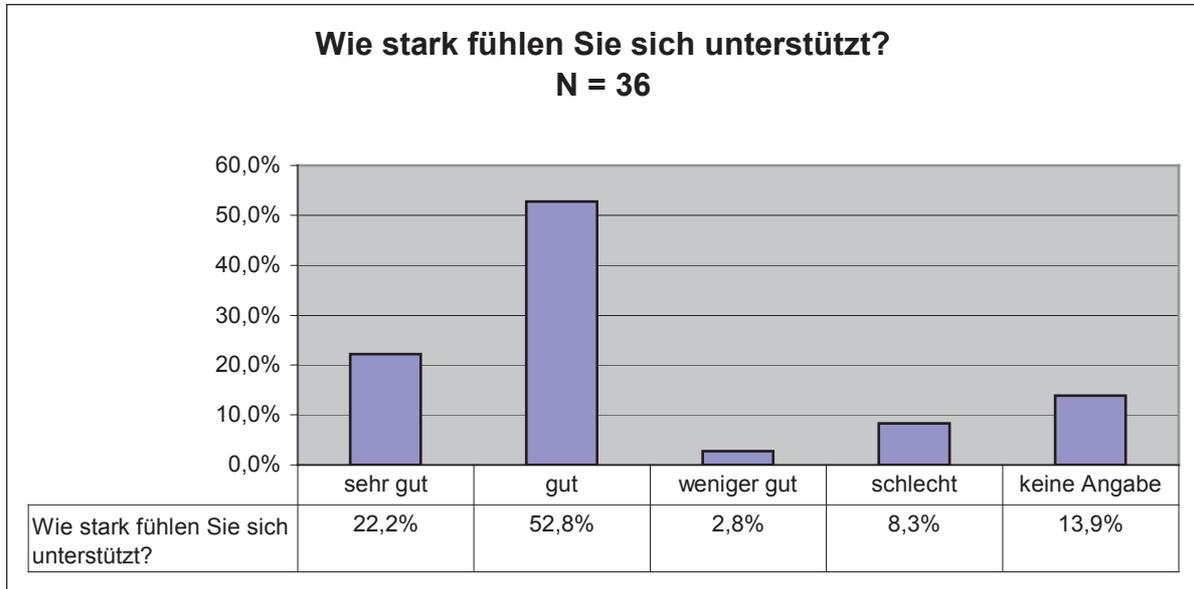


Abb. 61

Fasst man die positiven und negativen Antworten zusammen, so ergibt sich unter Weglassen der Kategorie „keine Antworten“ folgende neue Verteilung:

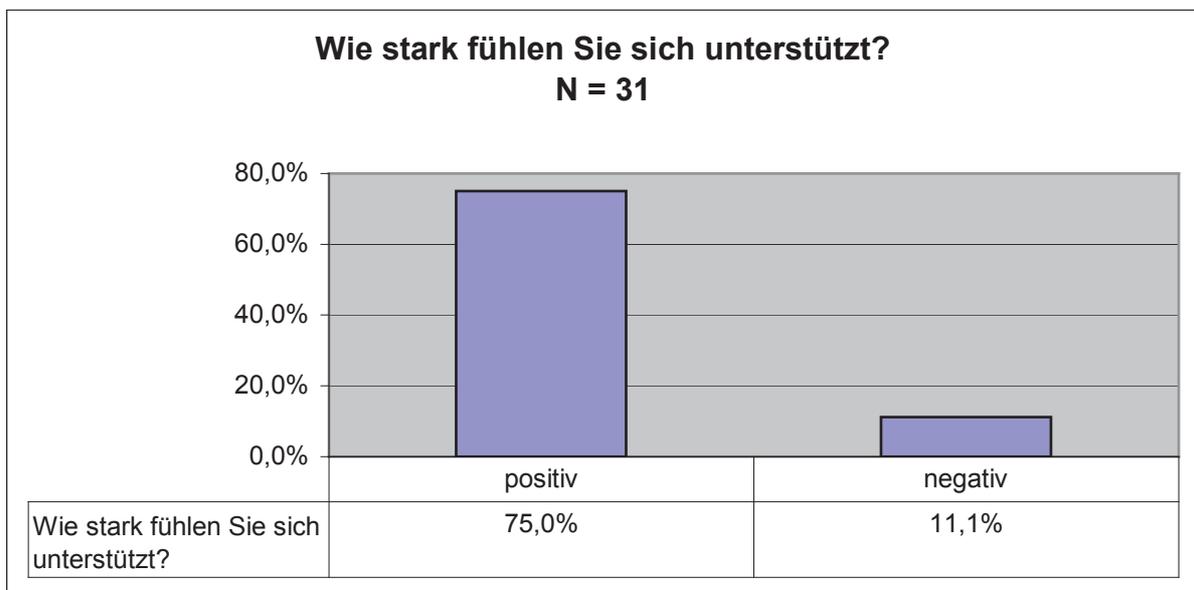


Abb. 62

Diese Verteilung ist bei N = 31 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 17,065 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant. Die Patienten fühlen sich überwiegend unterstützt.

Korrelation Variablen 2.5. / 6.3.		
Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient	0,364
	Signifikanz (2-seitig)	0,034
	N	29

Abb. 63

Der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall ($\tau = 0,364$) zeigt einen mäßigen positiven Zusammenhang zwischen der Variablen 2.5. („Wie haben Sie den KH-Aufenthalt bisher verkraftet?“) und der Variablen 6.3. („Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?“). Das heißt, je mehr sich die Patienten unterstützt fühlen, umso besser wird der KH-Aufenthalt verkraftet. Dieses Ergebnis ist bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,034$ signifikant.

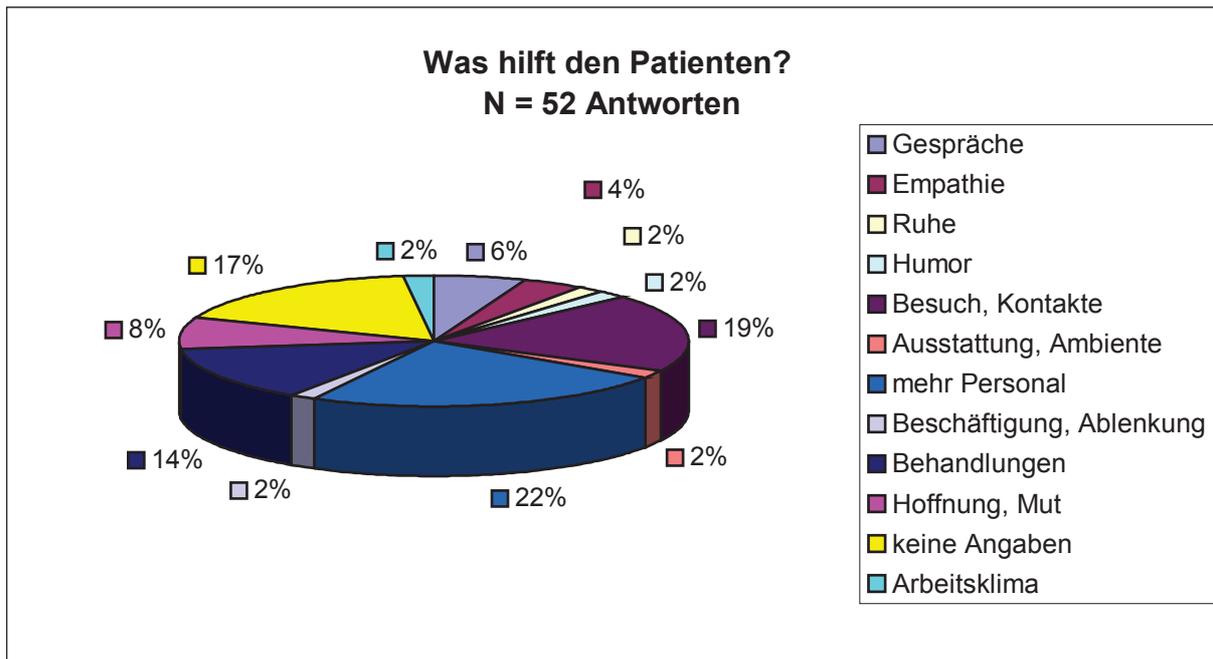


Abb. 64

Die Häufigkeitsverteilung der am häufigsten genannten Kategorien stellt sich folgendermaßen dar:

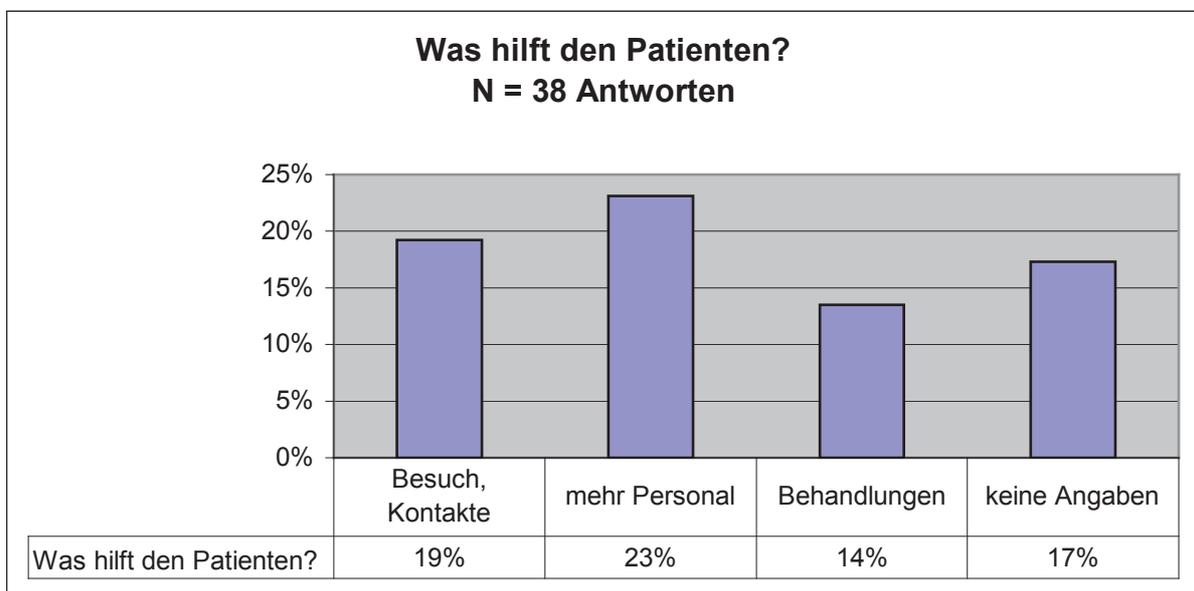


Abb. 65

Die Patienten nennen am häufigsten „mehr Personal“ und „Besuch“.

Antworten der Patienten über Patienten

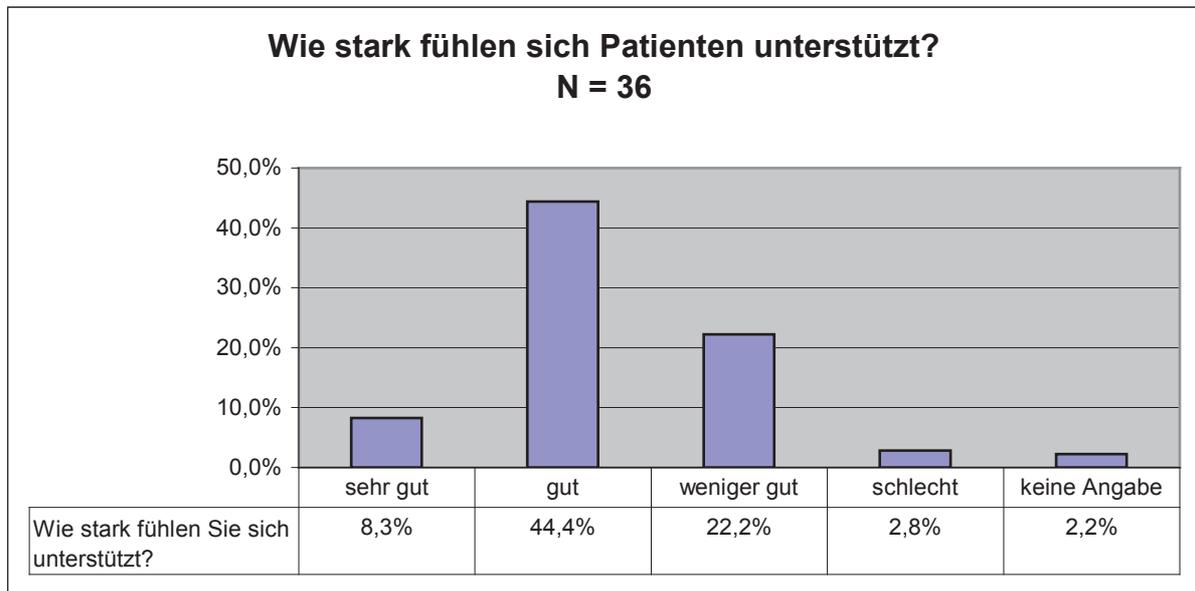


Abb. 66

Die umcodierte Verteilung stellt sich folgendermaßen dar:

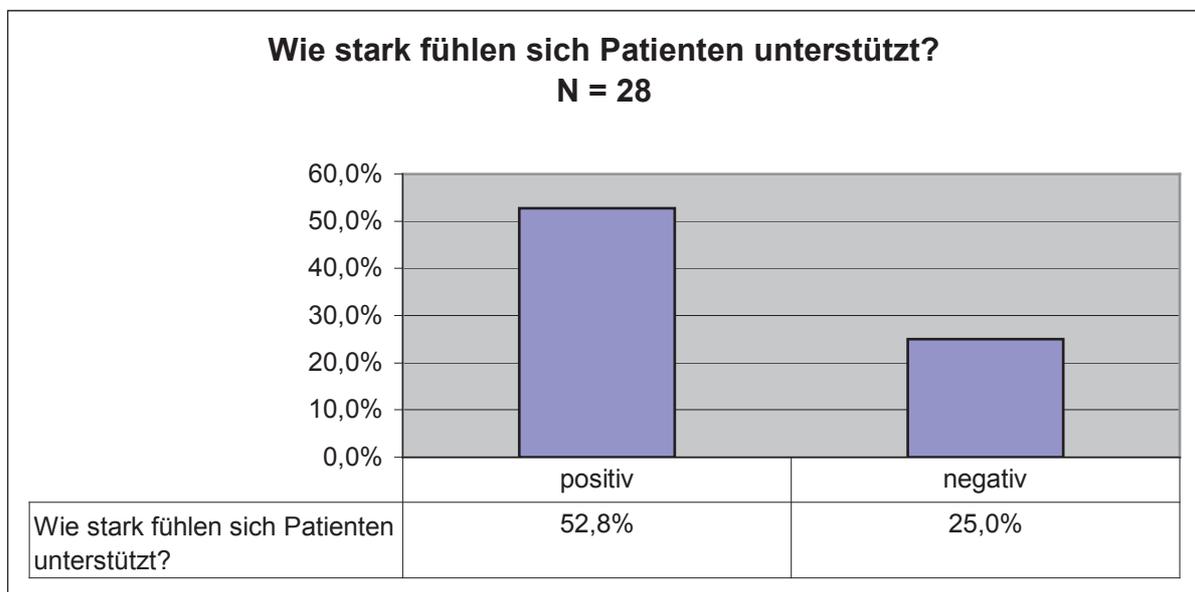


Abb. 67

Diese Verteilung ist bei N=28 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 3,571 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,059$ signifikant.

Patienten geben an, dass sich Patienten im Allgemeinen unterstützt fühlen.

Korrelation Variablen 2.5. / 6.3.		
Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient	0,070
	Signifikanz (2-seitig)	0,702
	N	27

Abb. 68

Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt keinen nennenswerten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen.

Patienten, die zu anderen Patienten befragt wurden, sehen also keinen Zusammenhang zwischen der Bewältigung des Krankenhausaufenthaltes und dem Ausmaß sozialer Unterstützung.

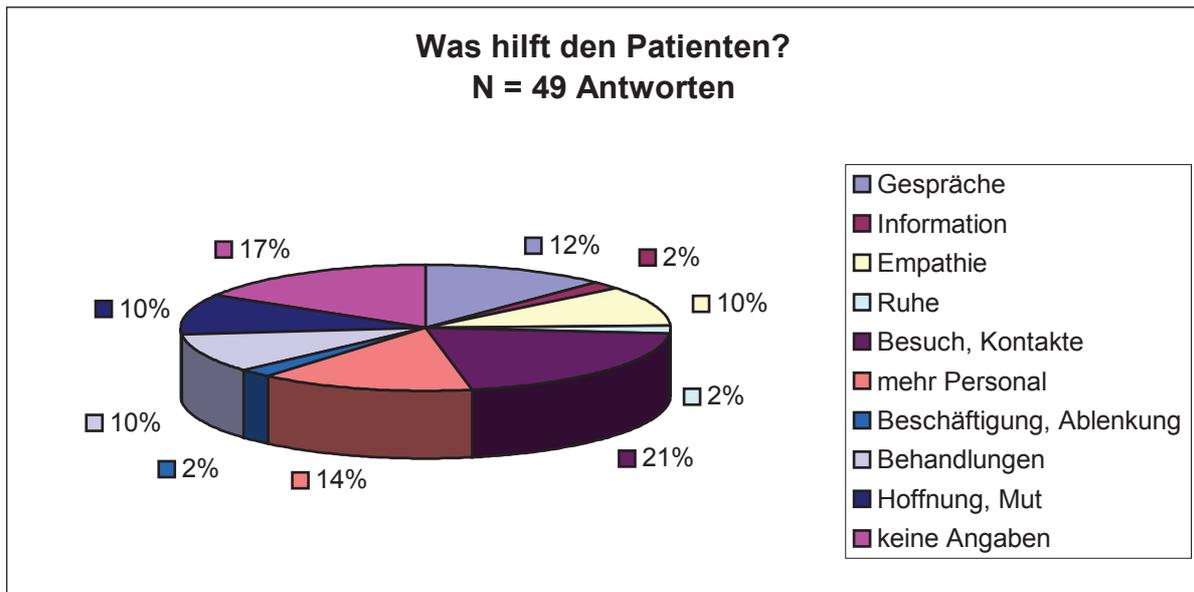


Abb. 69

Die Häufigkeitsverteilung der am häufigsten genannten Kategorien stellt sich folgendermaßen dar:

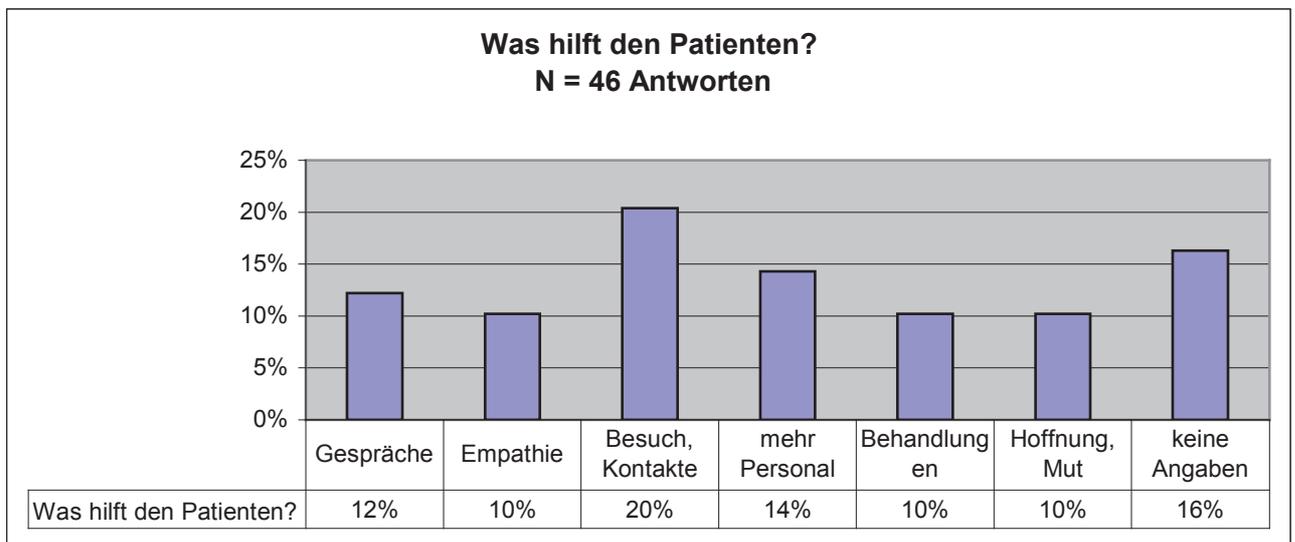


Abb. 70

Patienten, die zu anderen Patienten befragt wurden, glauben am häufigsten, dass der Besuch den Patienten bei der Situationsbewältigung hilft.

Antworten der Mitarbeiter

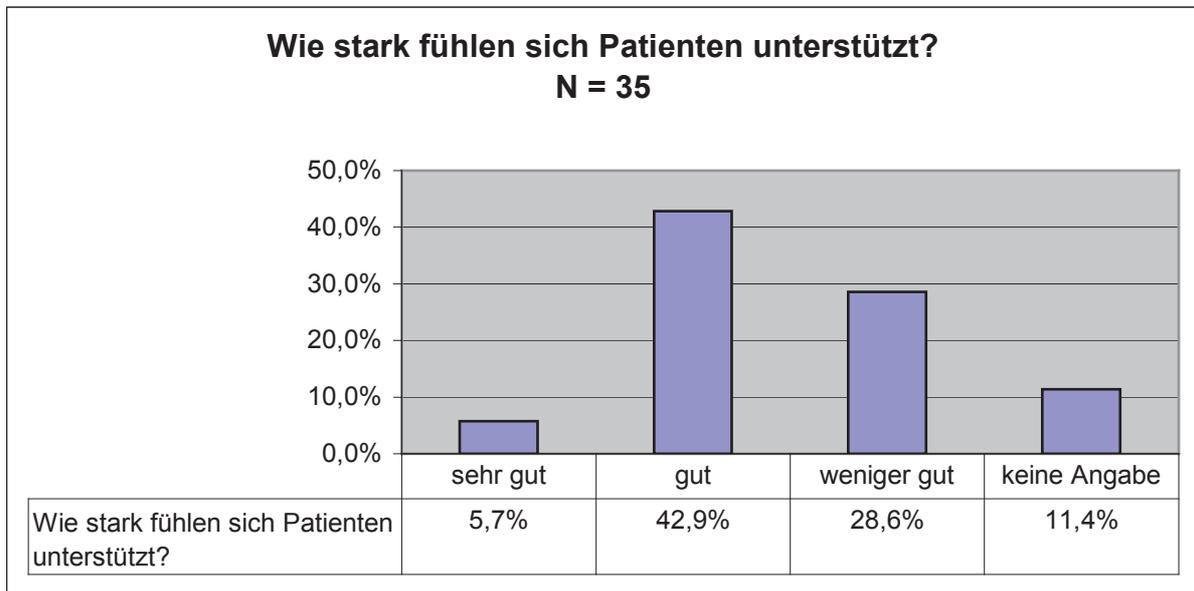


Abb. 71

Die Kategorie „schlecht“ wurde nicht gewählt.

Fasst man die Ergebnisse auch hier zusammen, so ergibt sich folgende Verteilung:

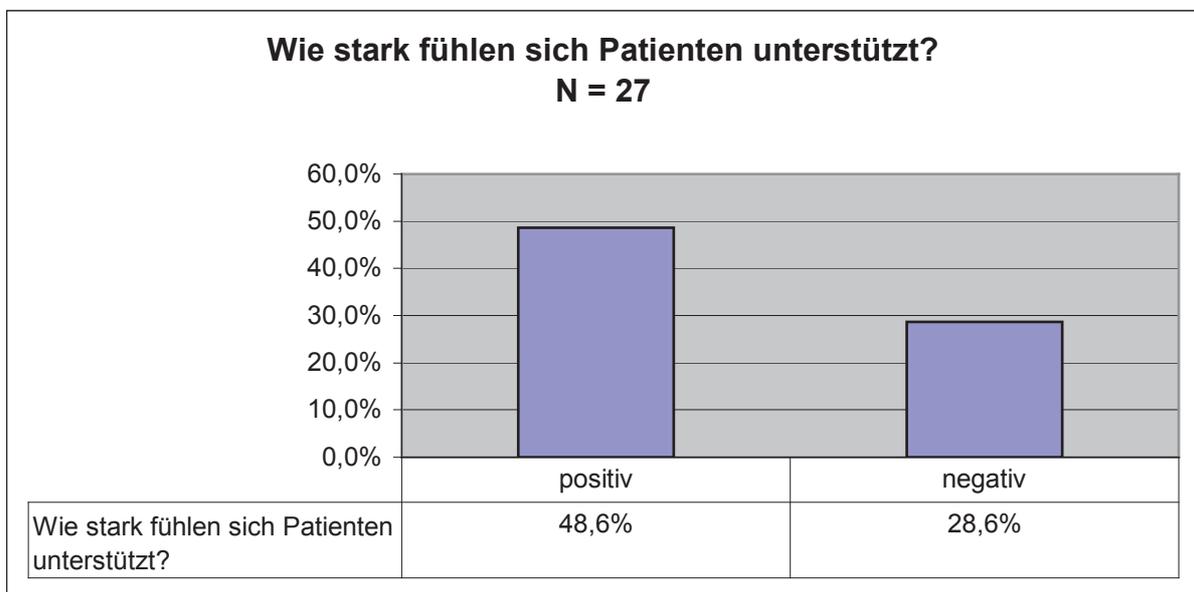


Abb. 72

Diese Verteilung ist bei N=27 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 1,815 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,178$ nicht signifikant.

Korrelation Variablen 2.5. / 6.3.		
Korrelation nach Kendall-Tau-b		Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?
Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Korrelationskoeffizient	0,154
	Signifikanz (2-seitig)	0,422
	N	26

Abb. 73

Der Rangkorrelationskoeffizient von $\tau = 0,154$ zeigt einen nur sehr geringen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen, der zudem nicht signifikant ist ($\alpha = 0,422$).

Das heißt, dass die Mitarbeiter den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Bewältigung der Krankenhaussituation sehr gering einschätzen.

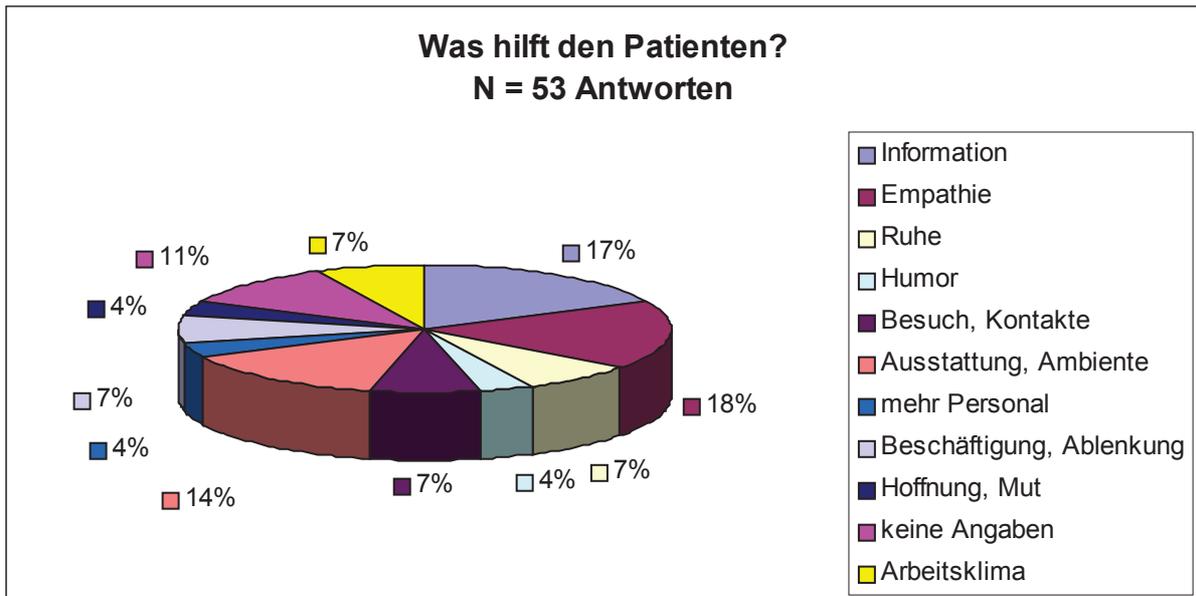


Abb. 74

Die Häufigkeitsverteilung der am häufigsten genannten Kategorien stellt sich folgendermaßen dar:

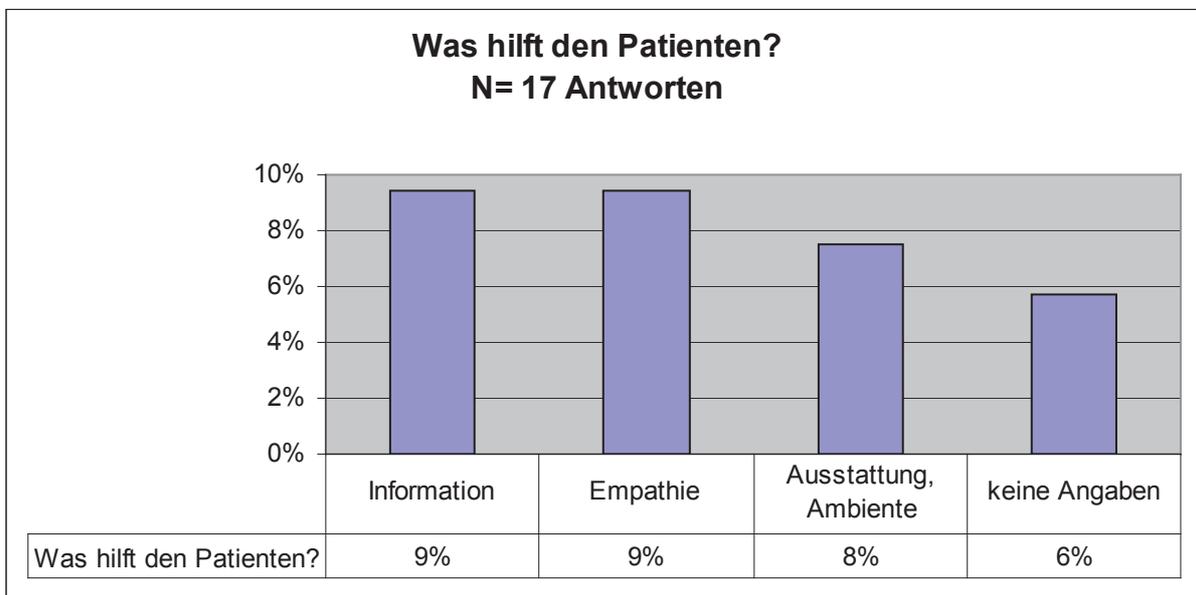


Abb. 75

Mitarbeiter geben auf die Frage, was den Patienten bei der Situationsbewältigung hilft, am häufigsten Information, Empathie und die Ausstattung an.

3.1.3.3. Zusammenfassung

Wie in schon Kap. 3.1.1. dargestellt, sind die meisten Befragten in allen drei Stichproben davon überzeugt, dass der Krankenhausaufenthalt von den Patienten eher positiv verkräftet wird.

Die Patienten fühlen sich bei der Bewältigung der Situation unterstützt. Dies geben am deutlichsten die Patienten an, die zu sich selbst befragt wurden. Weniger deutlich äußern dies Patienten, wenn man die Patienten über andere befragt. Am wenigsten deutlich ist der Unterschied zwischen positiven und negativen Antworten zu dieser Frage bei den Antworten der Mitarbeiter. Hier hält sich der Anteil derer, die glauben, dass sich Patienten unterstützt fühlen, fast die Waage mit dem Anteil derer, die das Gegenteil glauben.

Dazu passend wird ein signifikanter positiver Zusammenhang im Sinne der Hypothese nur von den Patienten, die zu sich selbst befragt wurden, hergestellt.

Die Frage, was den Patienten bei der Bewältigung ihrer Situation hilft, wird in den drei Stichproben unterschiedlich beantwortet. Naturgemäß setzten die Mitarbeiter aus ihrer professionellen Sicht andere Schwerpunkte als die Patienten aus der Sicht der Betroffenen. So ergeben sich mehr Übereinstimmungen bei den beiden Patienten-Stichproben (Pat und PüP).

Folgende Nennungen kommen am häufigsten vor:

Pat: Besuch, Behandlungen, mehr Personal

PüP: Besuch, Behandlungen, mehr Personal, Gespräche, Empathie, Hoffnung, Mut

MA: Information, Empathie, Ausstattung

Interessant ist hier vor allem die hohe Bedeutung des Besuchs, die von den Mitarbeitern wesentlich geringer eingeschätzt wird. Demgegenüber scheint die Ausstattung für die Patienten viel weniger wichtig zu sein als von den Mitarbeitern angenommen. Die Antwortkategorie „Mehr Personal“, die von den Patienten beider Stichproben genannt wurde, kann als Wunschvorstellung aufgefasst werden, im Sinne von „mehr Personal würde helfen“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Hypothese 3 (Soziale Unterstützung wirkt sich positiv auf die Bewältigung eines Krankenhausaufenthaltes aus) von Patienten bestätigt wird. Sie geben an, die Krankenhaussituation gut zu verkräften. Sie fühlen sich dabei stark unterstützt. Neben den Behandlungen wird vor allem der Besuch als sehr hilfreich erlebt.

3.1.4. Ergebnisse zu Hypothese 4

Der aktuelle Gesundheitszustand wirkt sich auf die Bewältigung des Krankenhausaufenthalts aus.

3.1.4.1. Variablenübersicht

Hier werden folgende (vereinfacht formulierte) Variablen überprüft:

2.2. Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Ihre Patienten am meisten?

2.5. Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt?

3.1.4.1. Häufigkeiten und Signifikanten

Für die Überprüfung dieser Hypothese sind von Bedeutung:

- Die inhaltsanalytische Auswertung zur Variablen 2.2. (Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden die Patienten?)
- Die Häufigkeitsverteilungen und Signifikanzprüfungen zur Variablen 2.5. (Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt?) Diese wurden in Kap. 3.1.1. dargestellt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier die dichotomisierte Verteilung nochmals aufgeführt.
- Ein möglicher Zusammenhang zwischen den Variablen 2.5. und 2.2.
Um dies zu überprüfen wurden beide Variablen umcodiert. Variable 2.5. wurde in die beiden Kategorien „gut verkraftet“ und „schlecht verkraftet“ zusammengefasst, die Variable 2.2. in die beiden Kategorien „keine Beschwerden“ und „Beschwerden“. Anschließend wurde ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt. Die H_0 -Hypothese lautet in diesem Fall, dass die beiden Variablen voneinander unabhängig sind.

Antworten der Patienten

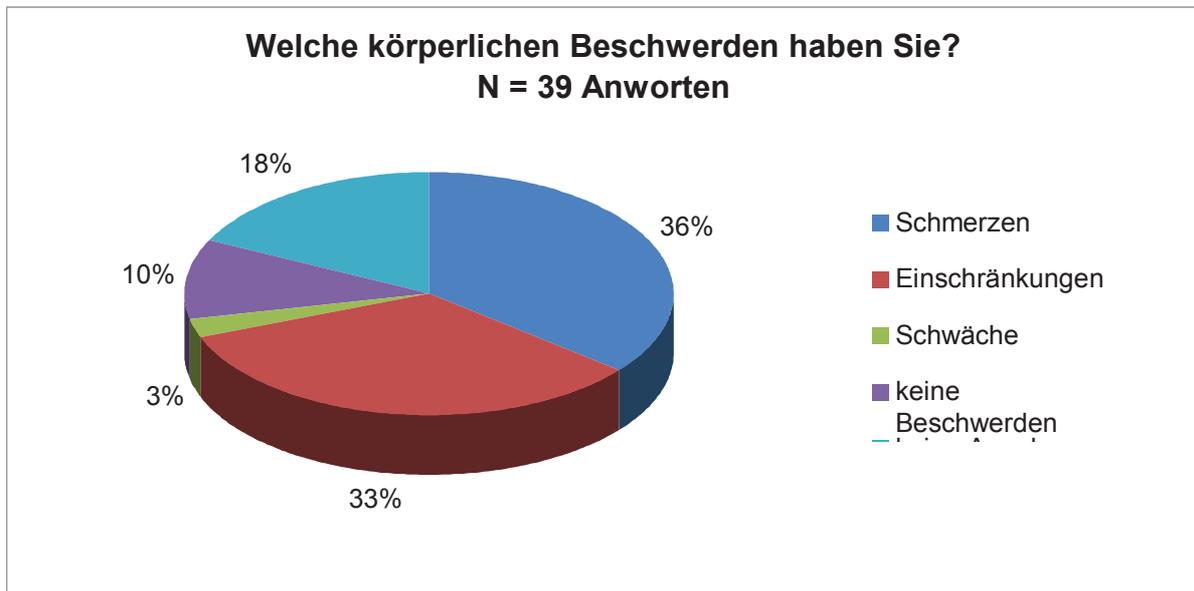


Abb. 76

Am häufigsten werden von den Patienten Schmerzen und Einschränkungen genannt. Immerhin noch 10% geben an, keine Beschwerden zu haben. Der Anteil mit „keine Angaben“ ist mit 18% recht groß.

Nach Umkodierung der Variablen 2.2. in zwei Kategorien erhält man folgende Verteilung:

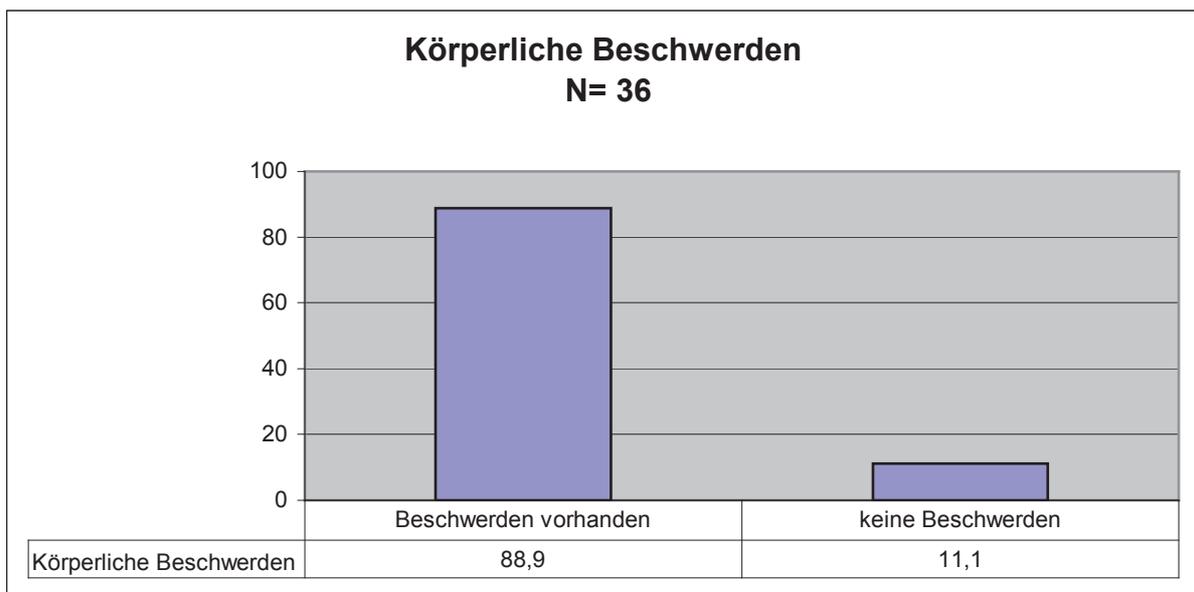


Abb. 77

Die Variable 2.5. ergibt dichotomisiert folgende Verteilung:

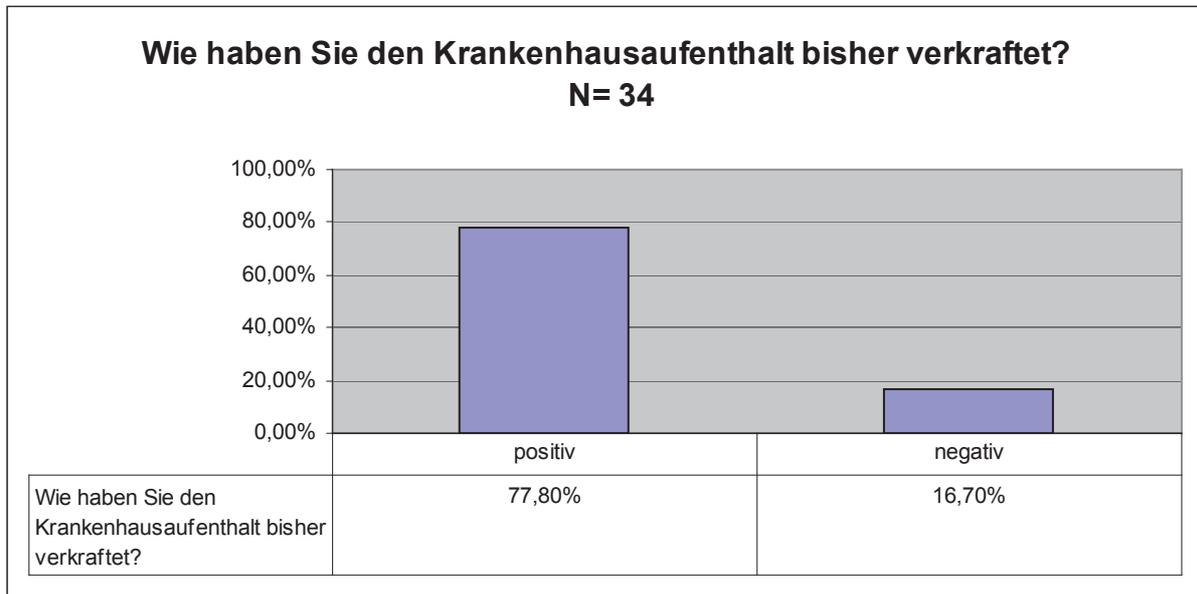


Abb. 78

Aus der Kreuztabelle der beiden Variablen 2.2. und 2.5. ergibt sich folgende Verteilung:

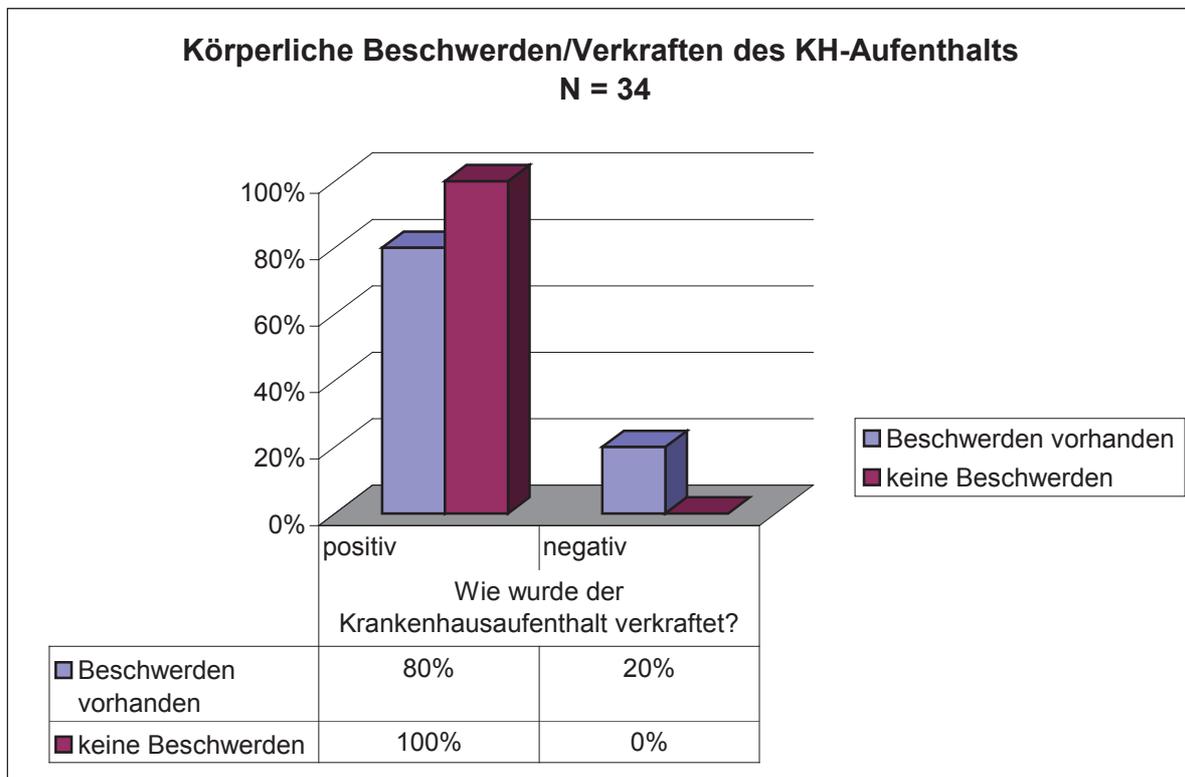


Abb. 79

Die Signifikanzprüfung ergab folgende Ergebnisse:

Chi-Quadrat-Test					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	0,971	1	0,324		
Kontinuitätskorrektur	0,083	1	0,774		
Likelihood-Quotient	1,664	1	0,197		
Exakter Test nach Fisher				1,000	0,441
Zusammenhang linear-mit-linear	0,943	1	0,332		
Anzahl der gültigen Fälle	34				

Abb. 80

Demnach muss die H_0 – Hypothese beibehalten werden, d.h. die Variablen 2.2. (Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden die Patienten?) und 2.5. (Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt) sind unabhängig voneinander.

Antworten der Patienten über Patienten

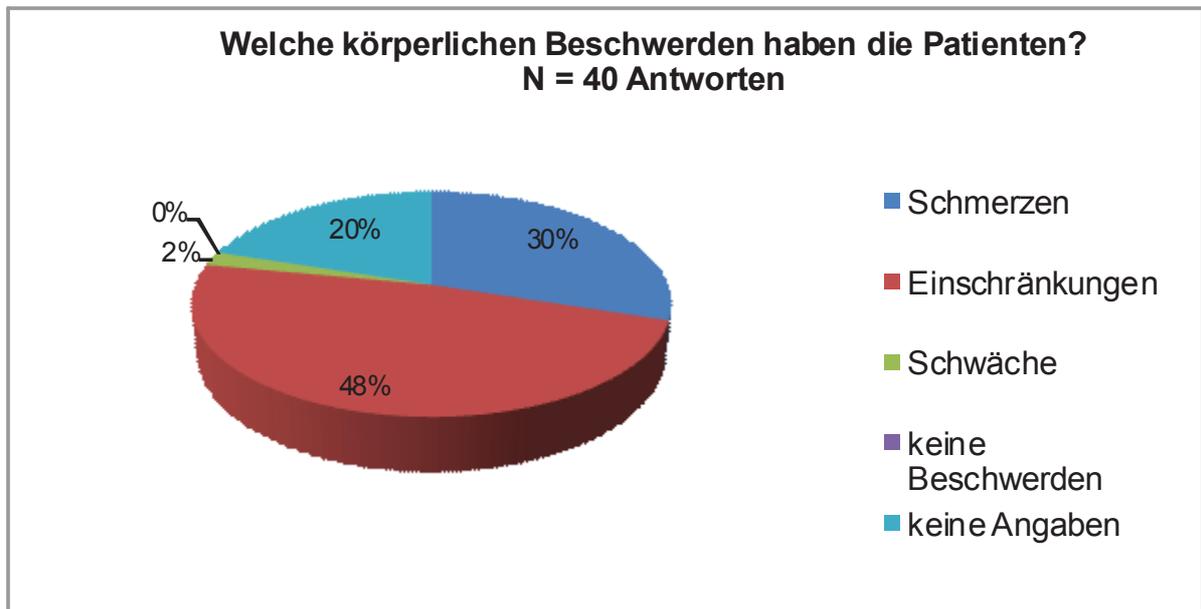


Abb. 81

Befragt man Patienten über andere Patienten, so werden am häufigsten Einschränkungen (48%) und Schmerzen (30%) angegeben.

Nach Umcodierung der Variablen 2.2. ergibt sich folgende Verteilung:

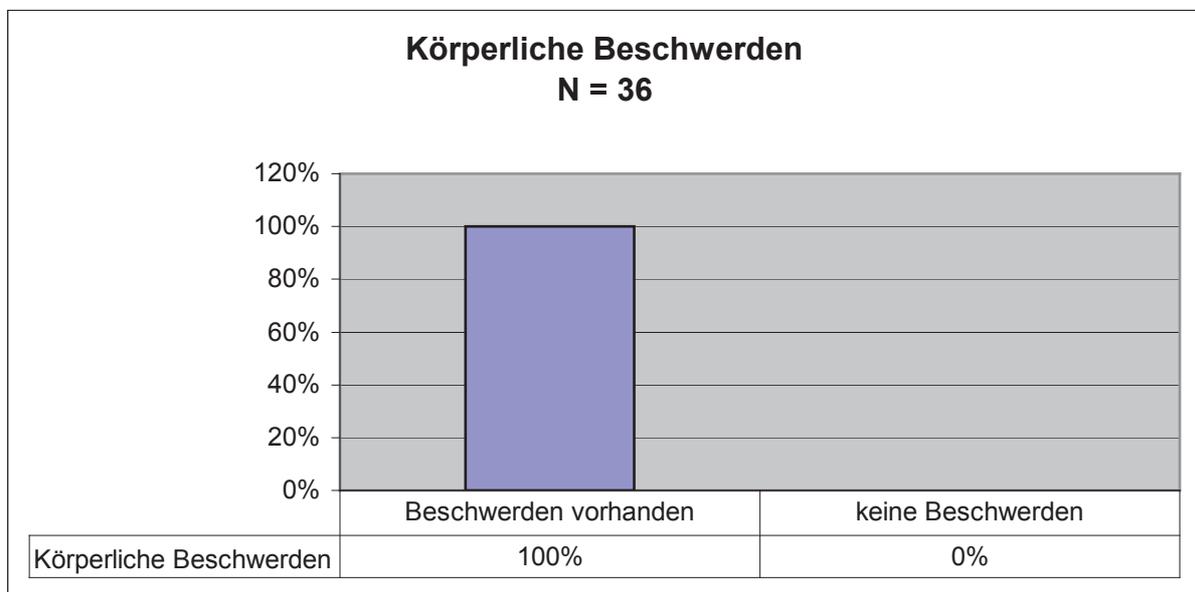


Abb. 82

Die dichotomisierte Verteilung der Variablen 2.5. sieht folgendermaßen aus:

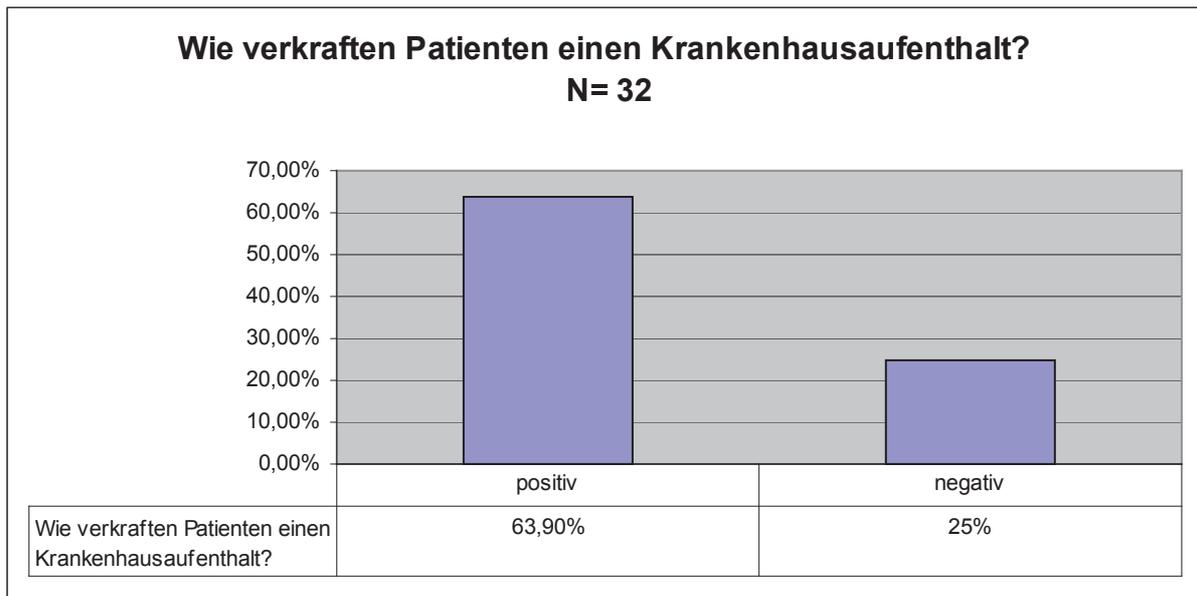


Abb. 83

Aus der Kreuztabelle der beiden Variablen 2.2. und 2.5. ergibt sich folgende Verteilung:

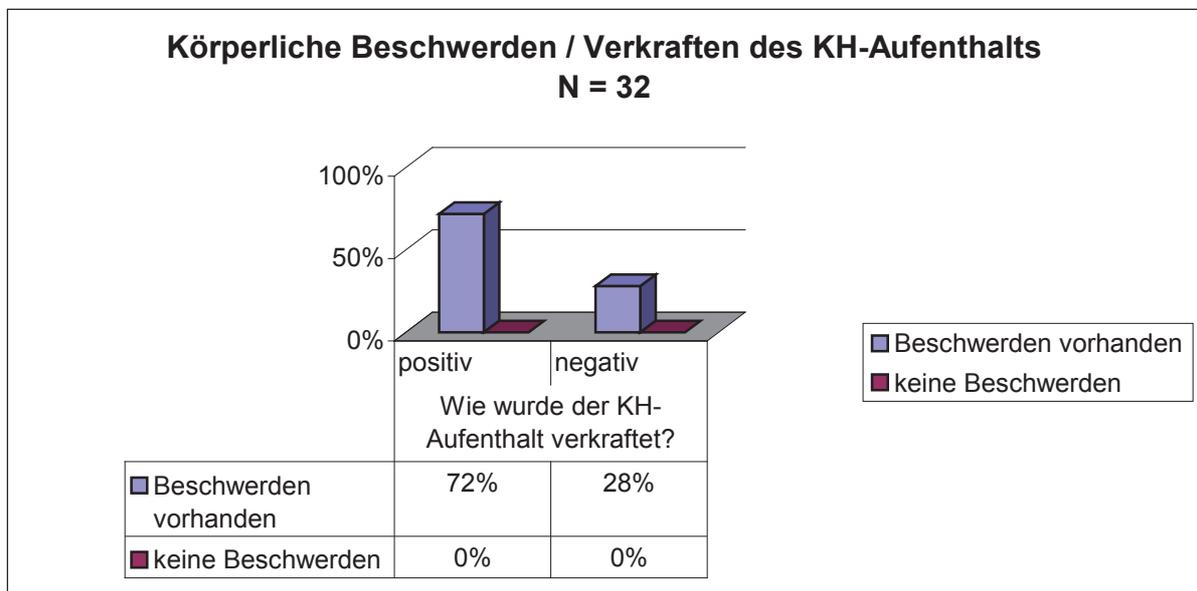


Abb. 84

Ein Chi-Quadrat-Test konnte wegen der Konstanten (0% keine Beschwerden) nicht durchgeführt werden.

Interessanterweise wird der Krankenhausaufenthalt trotz vieler Beschwerden positiv verkraftet.

Antworten der Mitarbeiter

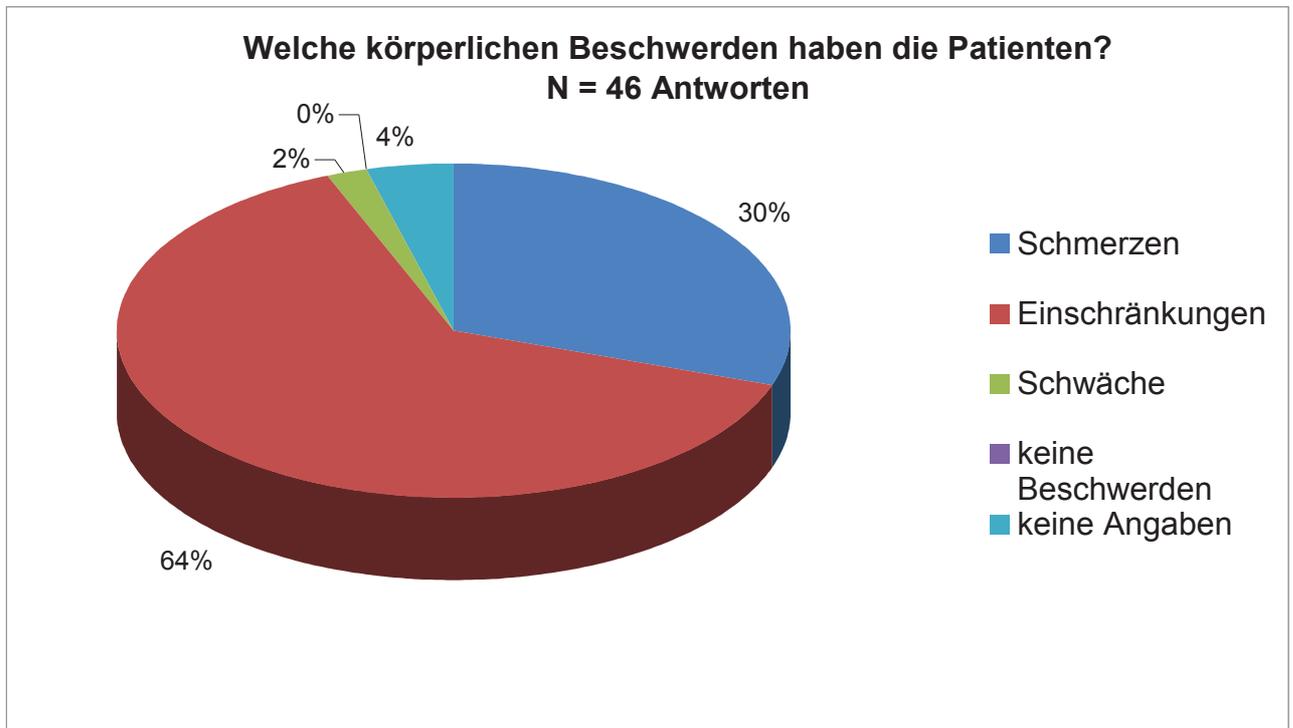


Abb. 85

Die Mitarbeiter geben vor allem Einschränkungen (64%), gefolgt von Schmerzen (30%) an. Die Kategorie „keine Beschwerden“ wurde nicht gewählt.

Dichotomisiert gestaltet sich die Verteilung von Variable 2.2. folgendermaßen:

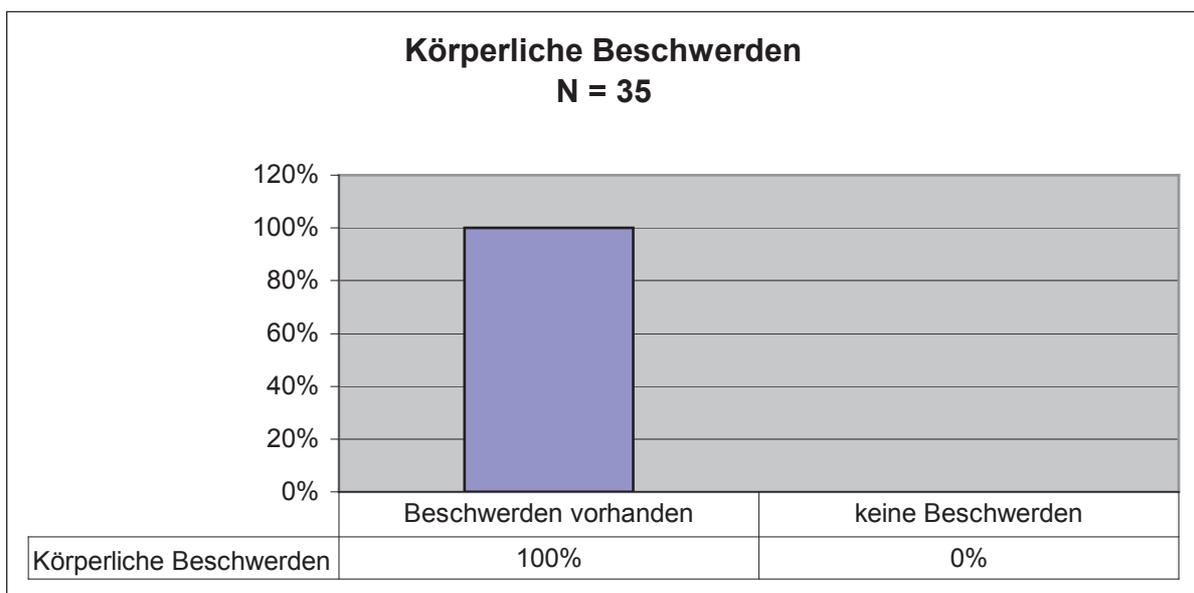


Abb. 86

Die dichotomisierte Verteilung zu Variablen 2.5. sieht folgendermaßen aus:

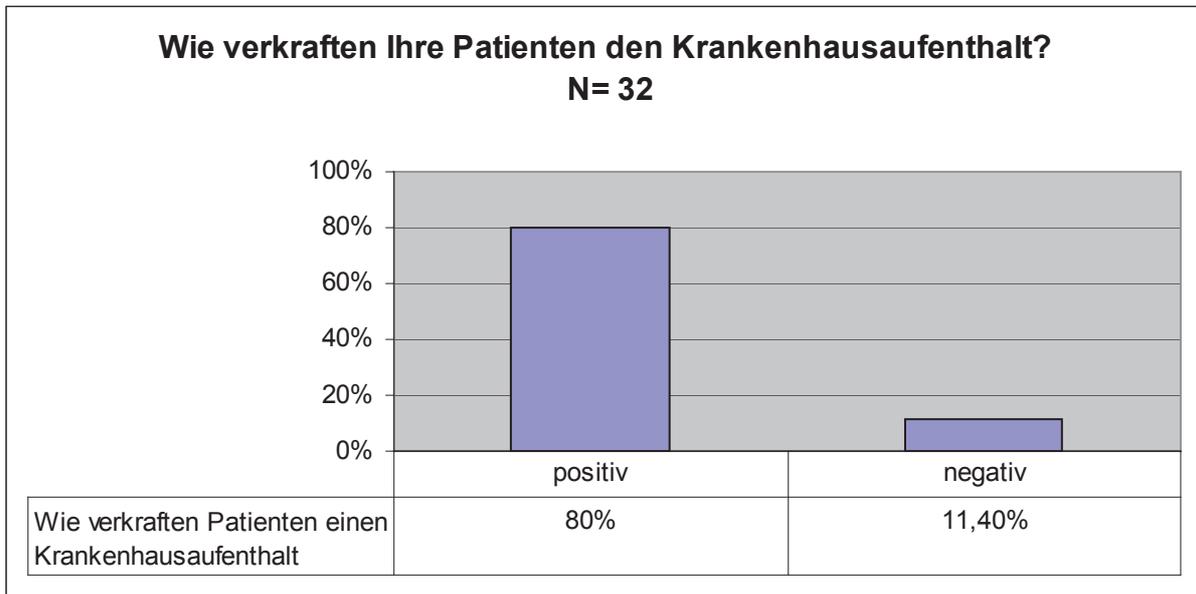


Abb. 87

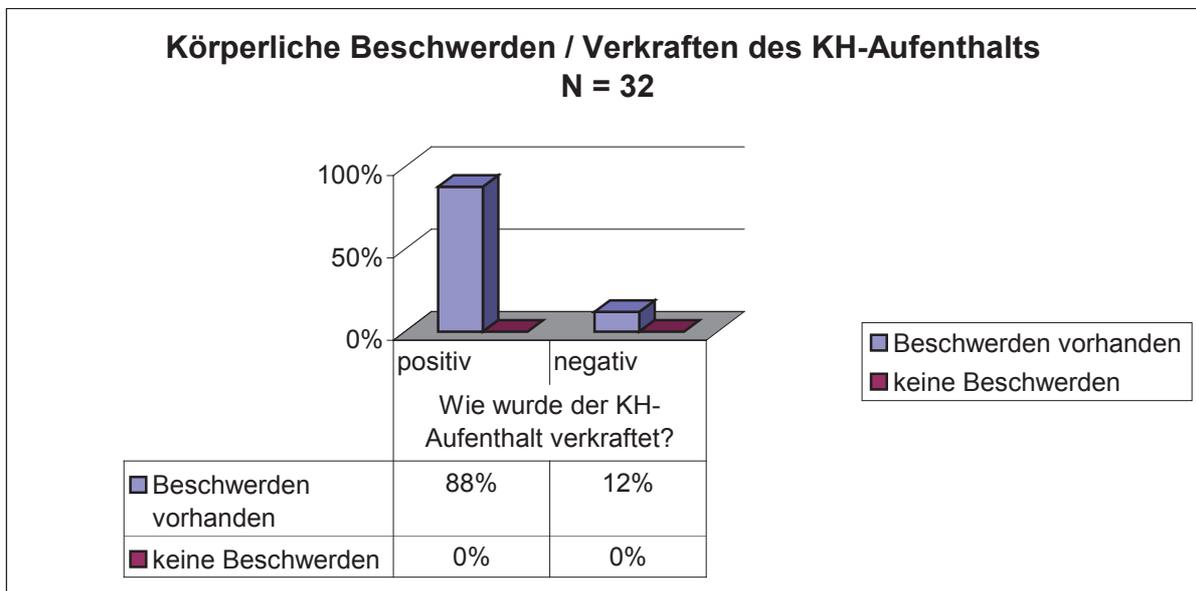


Abb. 88

Auch hier ergab die Überprüfung mit Chi-Quadrat wegen der Konstanten (0% keine Beschwerden) keine aussagekräftigen Werte.

Die Mitarbeiter geben an, dass trotz Beschwerden der Krankenhausaufenthalt gut verkraftet wird.

3.1.4.2. Zusammenfassung

Die Hypothese 4 konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich in keiner Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang zwischen den angegebenen körperlichen Beschwerden und der insgesamt als positiv beschriebenen Bewältigung der Krankenhaussituation.

Interessanterweise sind Schmerzen die am häufigsten genannten Beschwerden, unter denen Patienten leiden!

Erwartungsgemäß dicht gefolgt von ebenfalls sehr häufig genannten diversen Einschränkungen, die hier in einer Kategorie zusammengefasst wurden. Darunter fallen z.B. Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen beim Essen und Trinken, etc. (s. Anhang).

Mitarbeiter geben Schmerzen deutlich weniger häufig an, als die Patienten!

3.1.5. Ergebnisse zu Hypothese 5

Die Aufnahmeart wirkt sich auf die Bewältigung des Krankenhausaufenthalts aus.

3.1.5.1. Variablenübersicht

Die Hypothese wird anhand folgender (vereinfacht formulierter) Variablen untersucht:

5.1. Für die meisten Patienten war die Aufnahme geplant/unerwartet?

2.5. Wie verkraften Patienten den Krankenhausaufenthalt?

Diese Frage kann von Patienten in Bezug auf andere Patienten kaum eingeschätzt werden. Daher gibt es in diesem Fragebogen (PüP) dazu kein Item. Die Variable wird also nur in den beiden Stichproben (Pat und MA) untersucht.

3.1.5.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Im Folgenden werden für jede Stichprobe die Verteilungen der Variablen 5.1. und 2.5. (dichotomisiert) dargestellt und einem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest unterzogen.

Antworten der Patienten

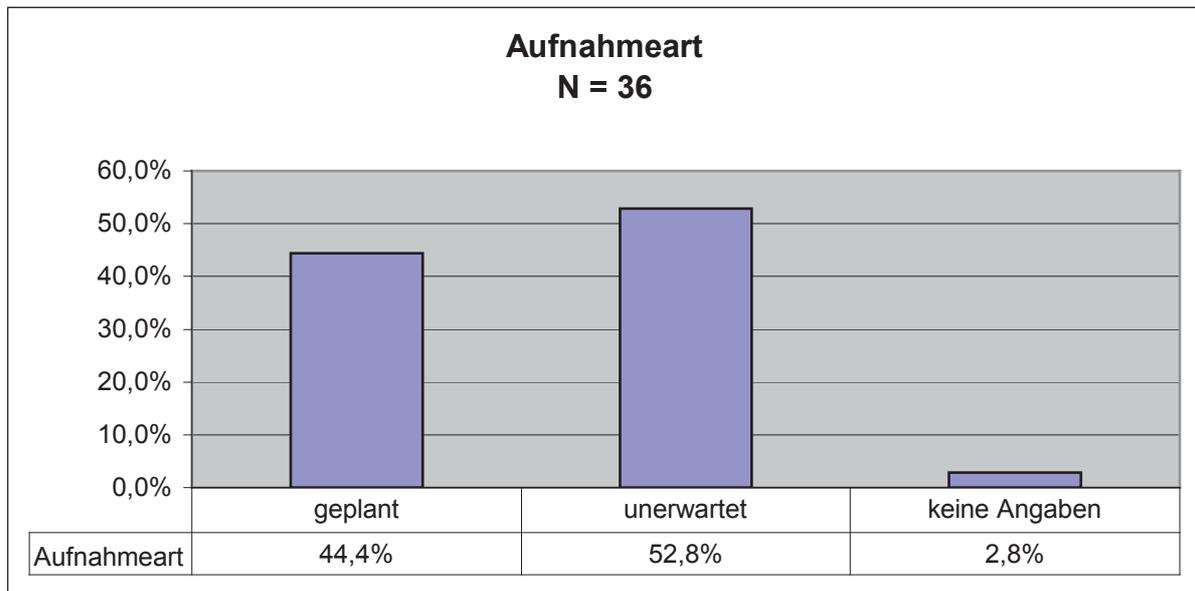


Abb. 89

Die - leichte – Mehrheit der Patienten gibt an, unerwartet aufgenommen worden zu sein.

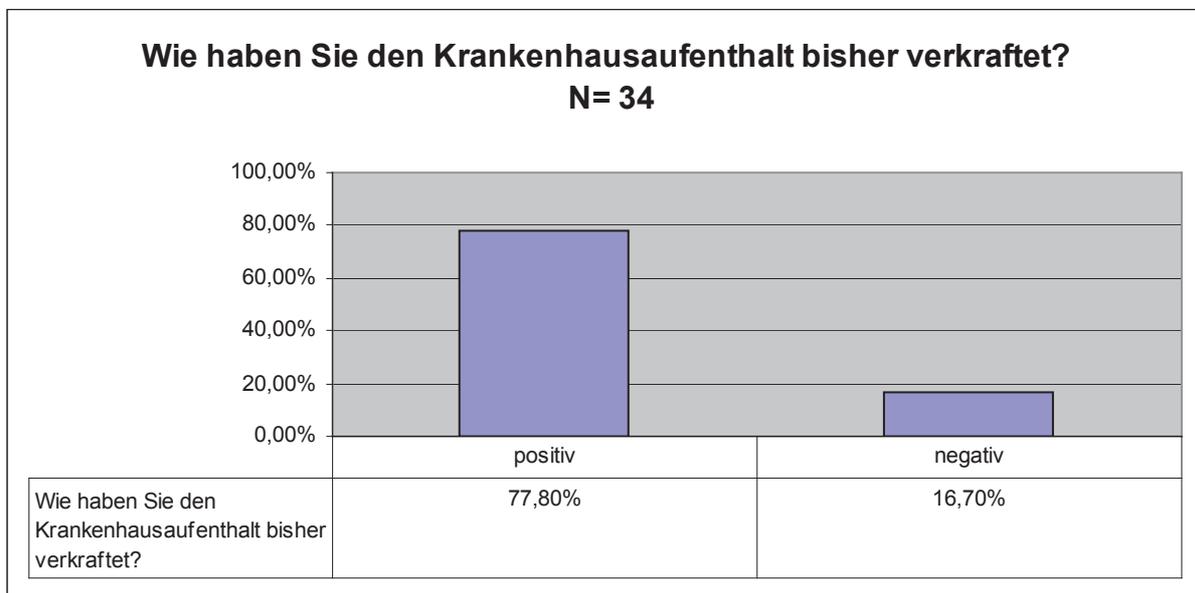


Abb. 90

Wie bereits bekannt gibt die Mehrheit der Patienten an, den Krankenhausaufenthalt positiv zu bewältigen.

Im Folgenden ist die Kreuztabelle zwischen diesen beiden Variablen graphisch dargestellt:

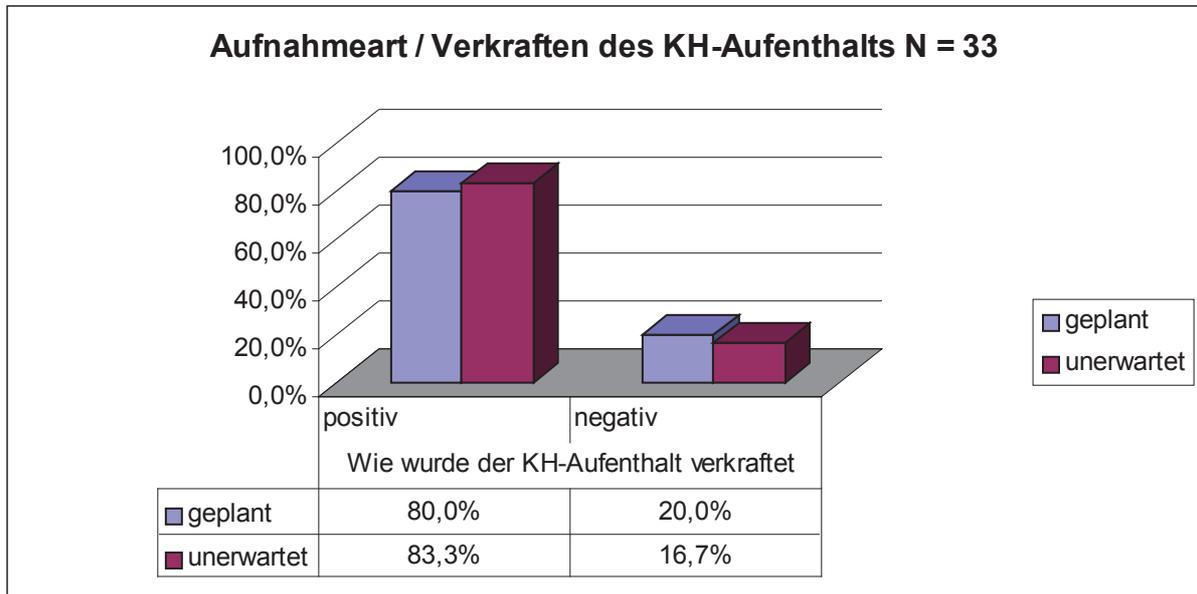


Abb. 91

Chi-Quadrat-Test					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	0,061	1	0,805		
Exakter Test nach Fisher				1	0,577
Anzahl der gültigen Fälle	33				

Abb. 92

Die Signifikanzprüfung ergibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen.

Antworten der Mitarbeiter

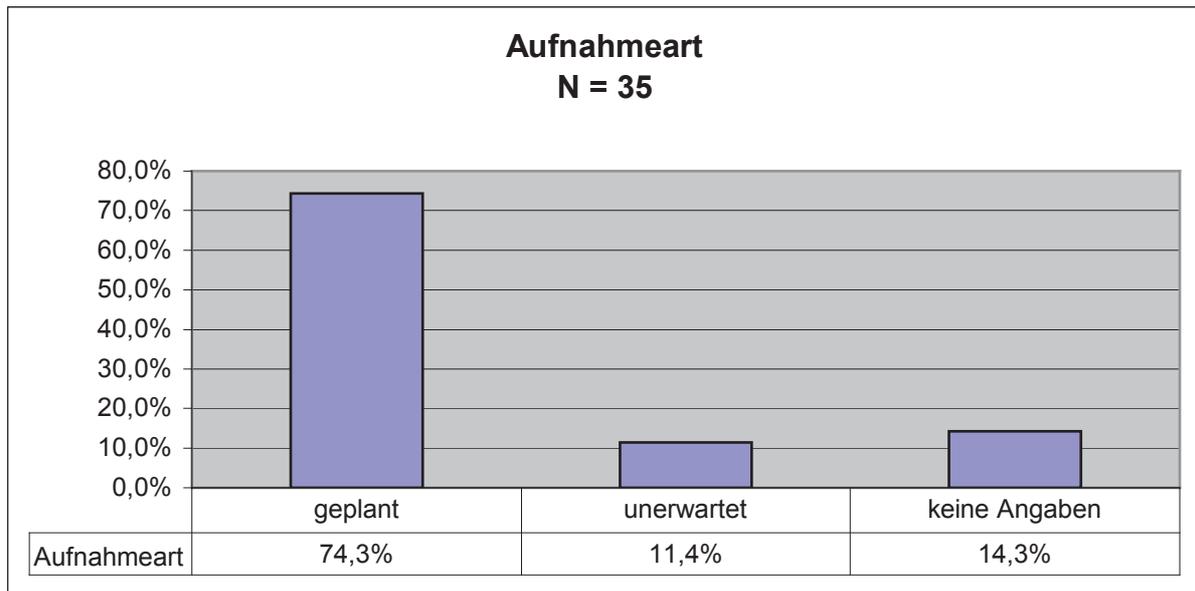


Abb. 93

Der überwiegende Teil der Mitarbeiter gibt an, dass die Patienten geplant aufgenommen wurden.

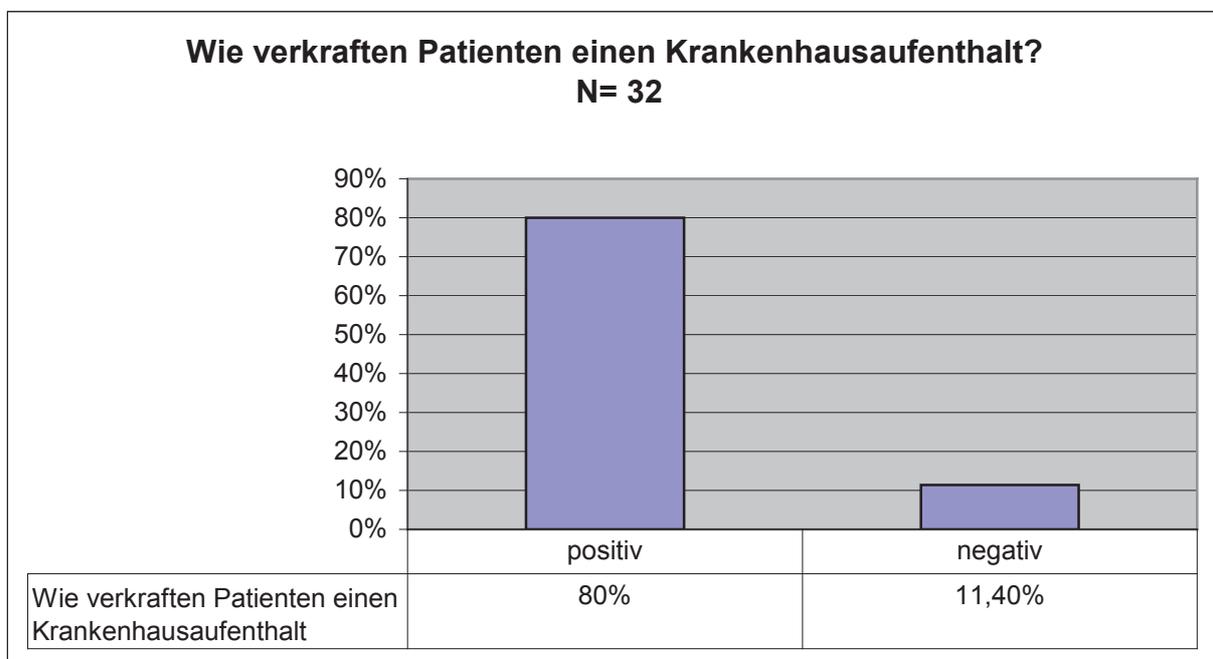


Abb. 94

Die überwiegende Mehrheit der Mitarbeiter glaubt, dass die Patienten den Krankenhausaufenthalt positiv verkraften.

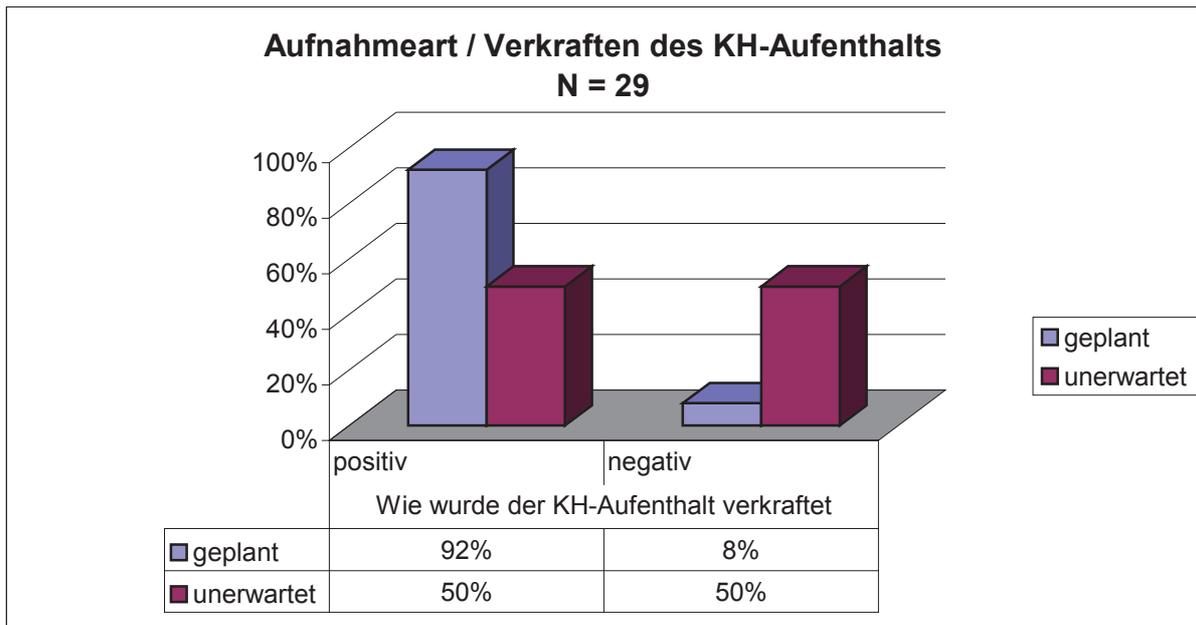


Abb. 95

Chi-Quadrat-Test					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,116	1	0,024		
Exakter Test nach Fisher				0,08	0,08
Anzahl der gültigen Fälle	29				

Abb. 96

Die Signifikanzprüfung ergibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen wie erwartet.

3.1.5.3. Zusammenfassung

Die Hypothese wird aus Mitarbeitersicht bestätigt: Notfallmäßig aufgenommene Patienten verkraften aus Sicht der Mitarbeiter einen Krankenhausaufenthalt weniger gut als geplant aufgenommene Patienten.

Aus Sicht der Patienten lässt sich diese Hypothese nicht bestätigen. Ob die Patienten regulär oder ungeplant aufgenommen wurden, steht in keinem Zusammenhang dazu, wie der Krankenhausaufenthalt verkraftet wird.

Die Ergebnisse passen zu den in Kapitel 2.2. dargestellten Überlegungen.

Wie dort aufgeführt geht Phillip davon aus, dass der Gesundheitszustand sich negativ auf die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses auswirkt.

Dies müsste sich bei notfallmäßig aufgenommenen Patienten, deren Gesundheit sich offensichtlich in einer besonders kritischen Situation befand, besonders zutreffen.

Beides ist aus Sicht der Patienten nicht der Fall (s. Kap. 3.1.4.3.). Lediglich die Mitarbeiter sehen einen negativen Zusammenhang zwischen Notfallmäßiger Aufnahme und dem Verkraften einer Krankenhaussituation.

Allerdings gibt es auch keinen signifikanten Zusammenhang in die andere Richtung, die durch die in Kapitel 2.2. beschriebenen praktischen Erfahrungen nahegelegt wurde. Notfallmäßig aufgenommene Patienten verkraften den Krankenhausaufenthalt nicht besser als geplant aufgenommene Patienten.

3.1.6. Ergebnisse zu Hypothese 6

Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet situativen Stress.

3.1.6.1. Variablenübersicht

Zur Hypothesenüberprüfung geben folgende (vereinfacht formulierte) Variablen Aufschluss:

- 5.3. Wie erleben Patienten die Aufnahmesituation?
- 5.6. Wie waren die Wartezeiten bei der Aufnahme?
- 5.7. Wie erleben Patienten die Wartezeiten bei der Aufnahme?
- 5.12. Wie finden sich die Patienten zurecht?
- 6.10. Wie zufrieden sind Patienten mit der Zeit, die man Ihnen widmet?
- 6.12. Hatten Patienten genügend Ruhe?
- 6.13. Fühlen sich Patienten in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt?
- 7.2. Wie erleben Patienten die Vorbereitung auf die Entlassung?

3.1.6.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Die Variablen wurden in dichotome Variablen umcodiert und anschließend mittels Chi-Quadrat-Test auf signifikante Unterschiede getestet.

Im Folgenden werden die Häufigkeitsverteilungen und Testergebnisse zu den dichotomisierten Variablen dargestellt. Die ursprünglichen Häufigkeitsverteilungen sind auf dem beigelegten Datenträger nachzulesen.

Antworten der Patienten

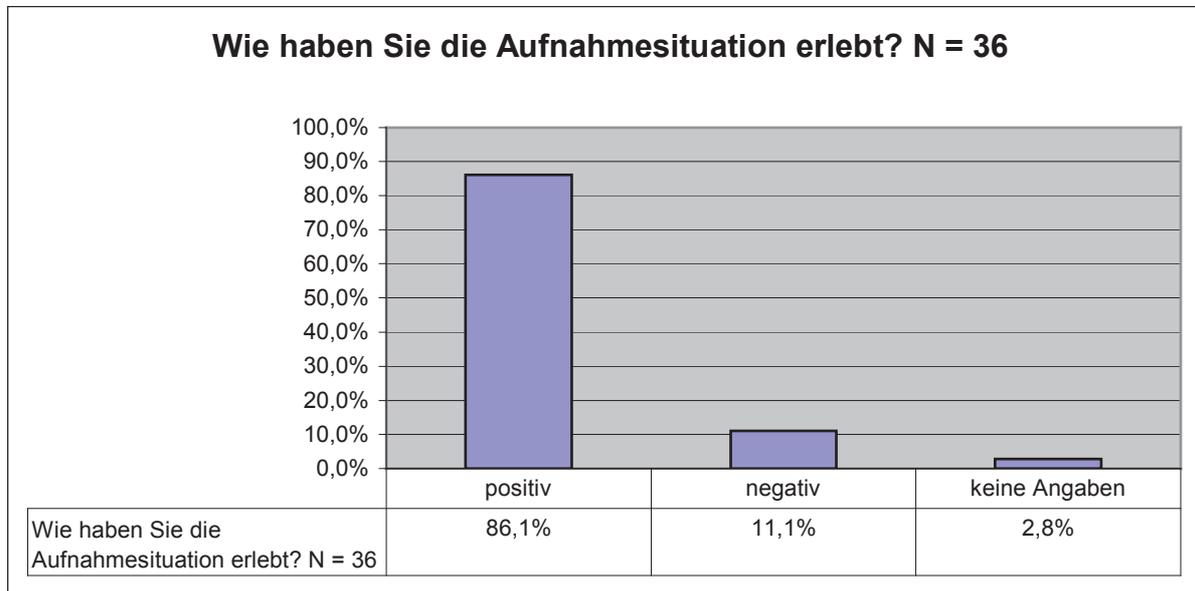


Abb. 97

Diese Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 35 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 20,829 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,000$ hoch signifikant. Das heißt, die Patienten erlebten die Aufnahmesituation als positiv.

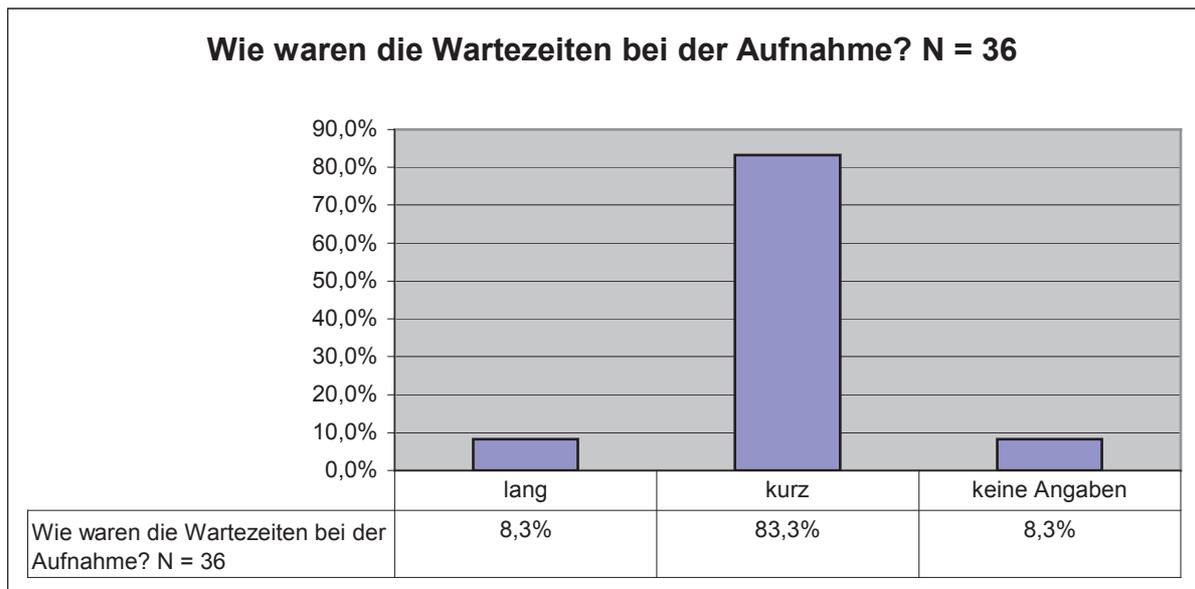


Abb. 98

Die Patienten beurteilten die Wartezeiten signifikant häufig (Chi-Quadrat = 22,091, N = 33, $\alpha = 0,00$) als kurz.

Entsprechend positiv wurden die Wartezeiten auch erlebt:

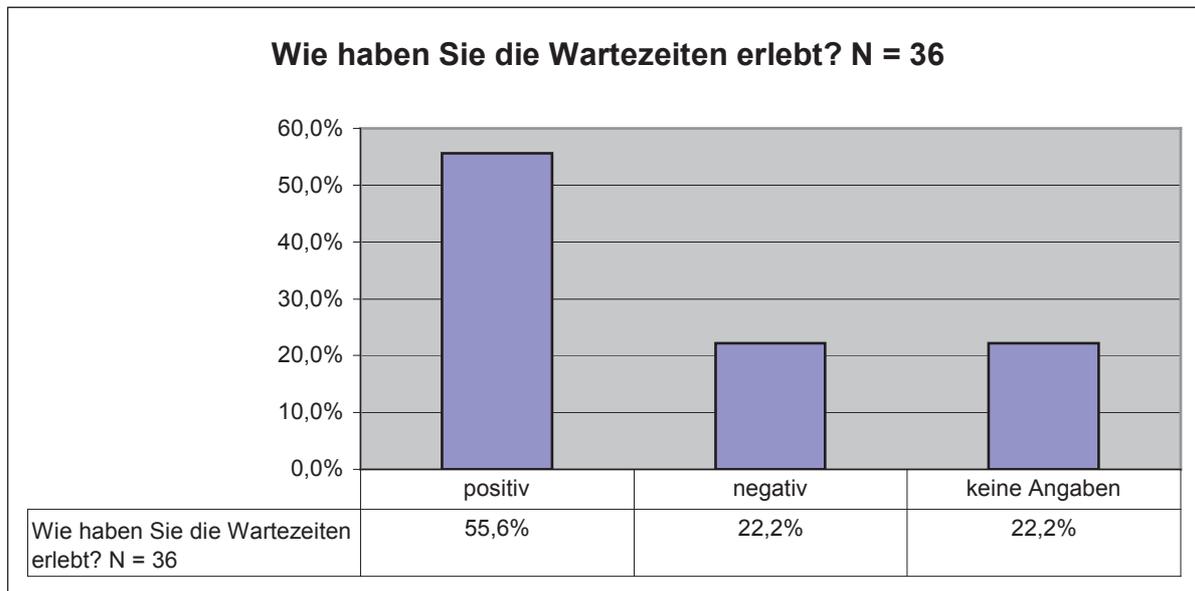


Abb. 99

Die Unterschiede sind bei einer Anzahl von $N = 28$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 5,143 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,023$ hoch signifikant.

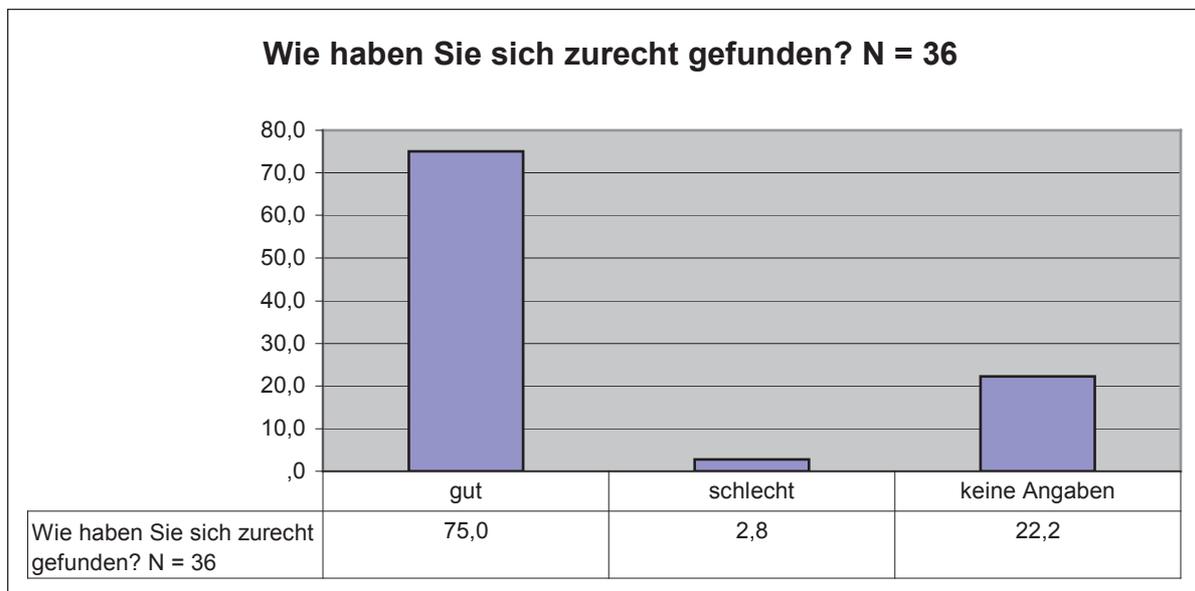


Abb. 100

Die Patienten haben sich signifikant häufiger gut zurechtgefunden ($N = 28$, Chi-Quadrat = 24,143, $\alpha = 0,00$)

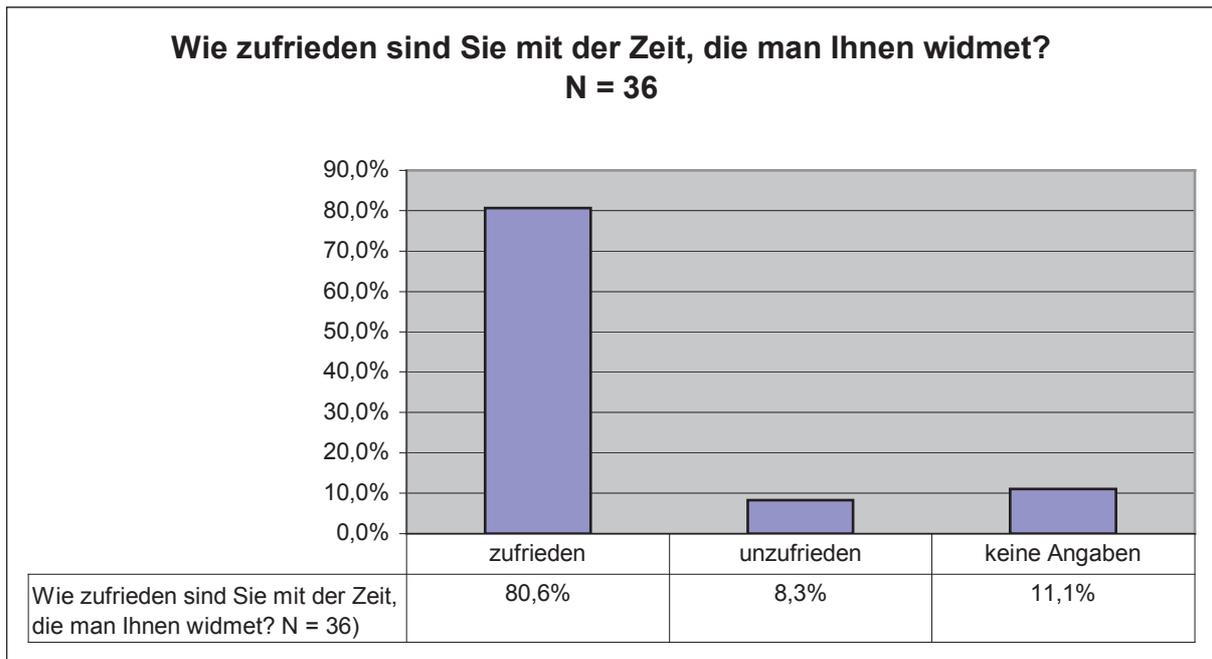


Abb. 101
Die Patienten sind signifikant häufig zufrieden mit der Zeit, die man ihnen widmet (N = 32, Chi-Quadrat = 21,125, $\alpha = 0,000$)

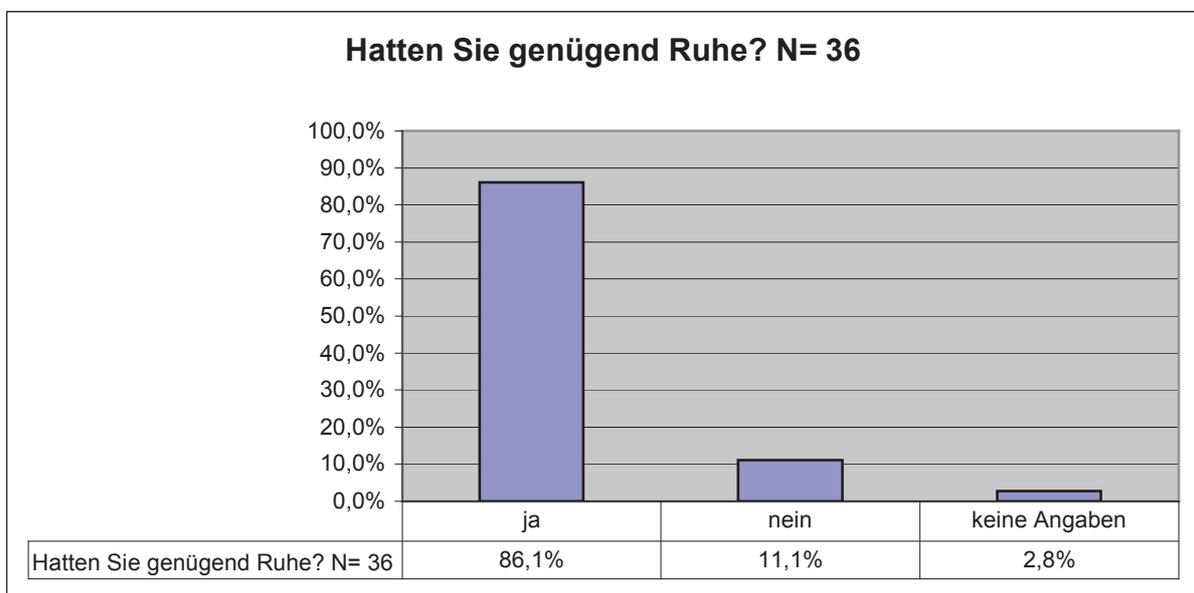


Abb.102
Die Patienten geben signifikant häufiger an, genügend Ruhe zu haben (N = 35, Chi-Quadrat = 20,829, $\alpha = 0,000$).

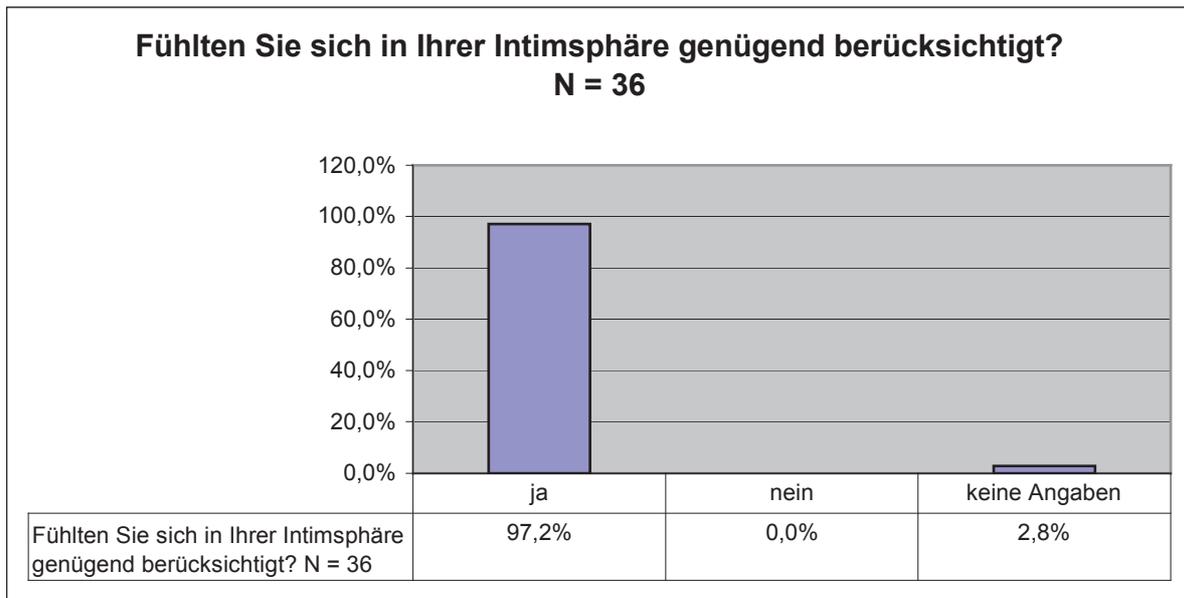


Abb. 103

Nahezu 100% aller Patienten geben an, sich in ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt zu fühlen. Die Kategorie „nein“ ist nicht besetzt, somit ein Chi-Quadrat-Test nicht durchführbar.

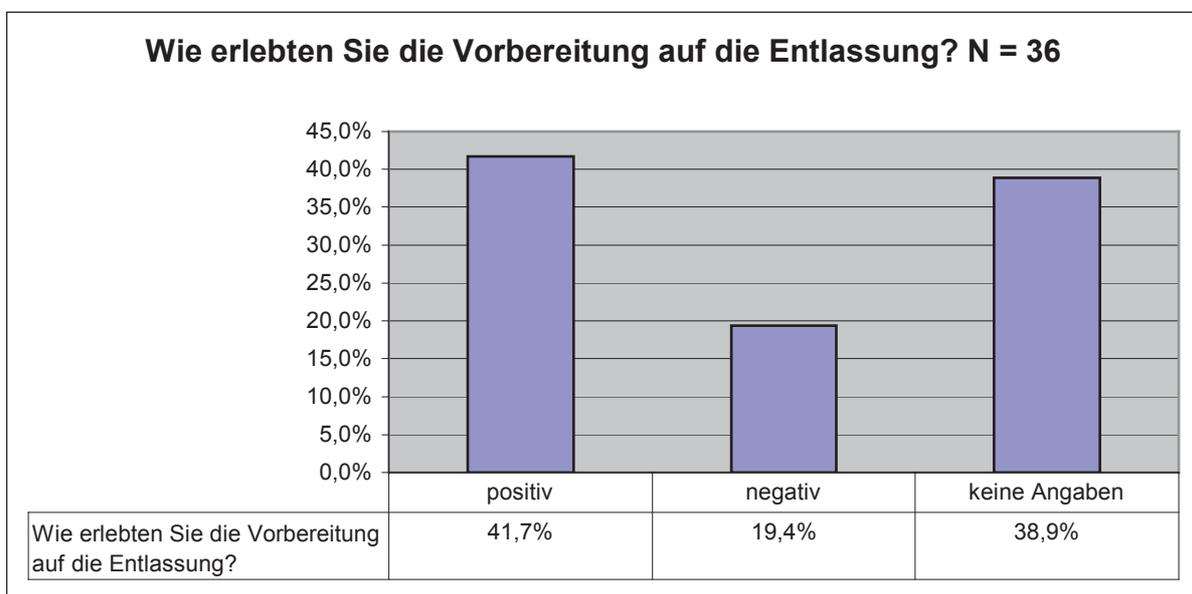


Abb. 104

Die Patienten geben schwach signifikant häufig positive Antworten ($N = 22$, Chi-Quadrat = 2,909, $\alpha = 0,88$). Der hohe Anteil von „keine Angaben“ lässt darauf schließen, dass diese Patienten noch nicht auf die Entlassung vorbereitet wurden.

Antworten der Patienten über Patienten

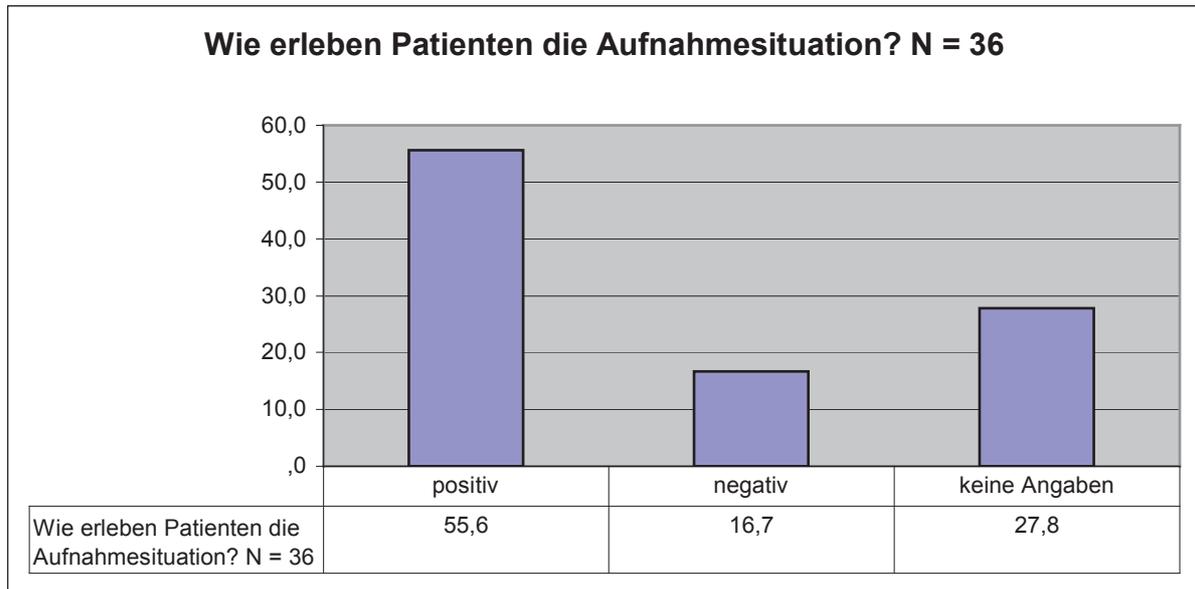


Abb. 105

Patienten glauben signifikant häufig, dass andere Patienten die Aufnahmesituation als positiv erleben. (N = 26, Chi-Quadrat = 7,538; $\alpha = 0,006$).

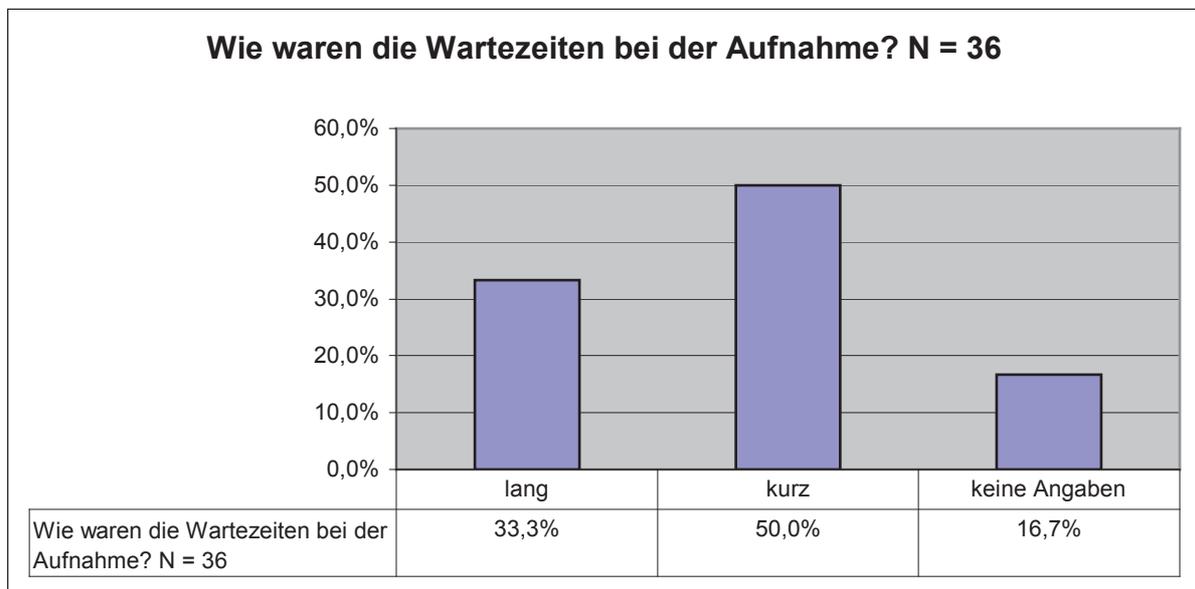


Abb. 106

Die Patienten über andere Patienten befragt, beurteilen die Wartezeit teils als lang teils als kurz. Die Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 30 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 1,200 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,273$ nicht signifikant.

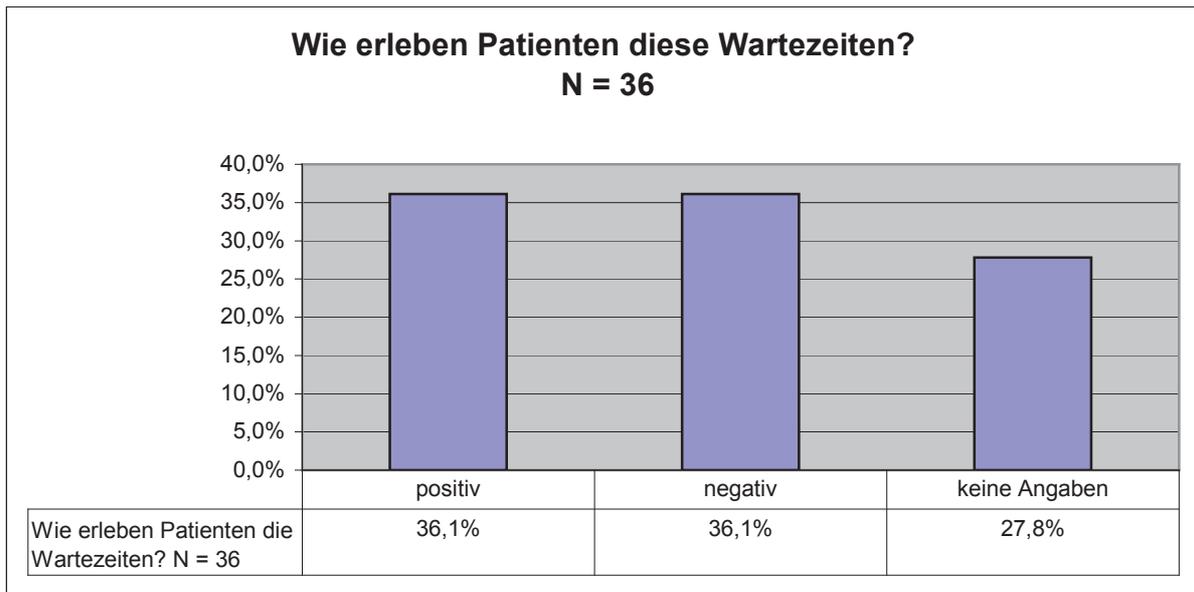


Abb. 107

Entsprechend stellt sich die Verteilung zur Variablen 5.7. (Wie erleben Patienten diese Wartezeiten?) dar, die erwartungsgemäß nicht signifikant ist.

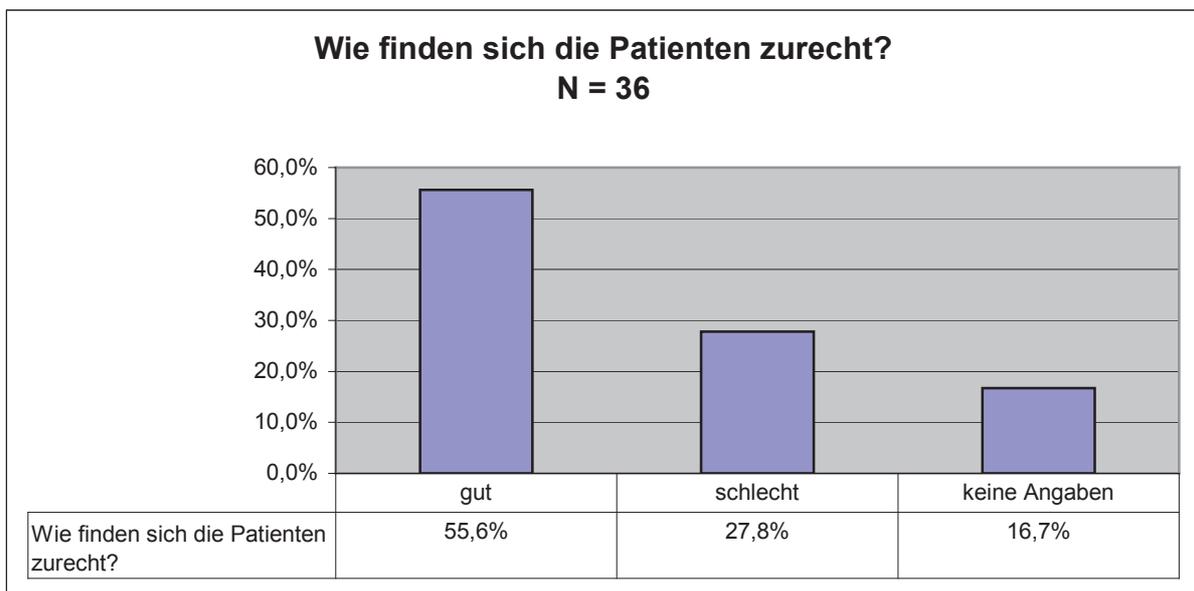


Abb. 108

Die meisten Patienten geben an, dass sich andere Patienten gut zurechtgefunden haben. Allerdings sind die Häufigkeitsunterschied nicht signifikant. (N = 30, Chi-Quadrat = 3,33; $\alpha = 0,68$)

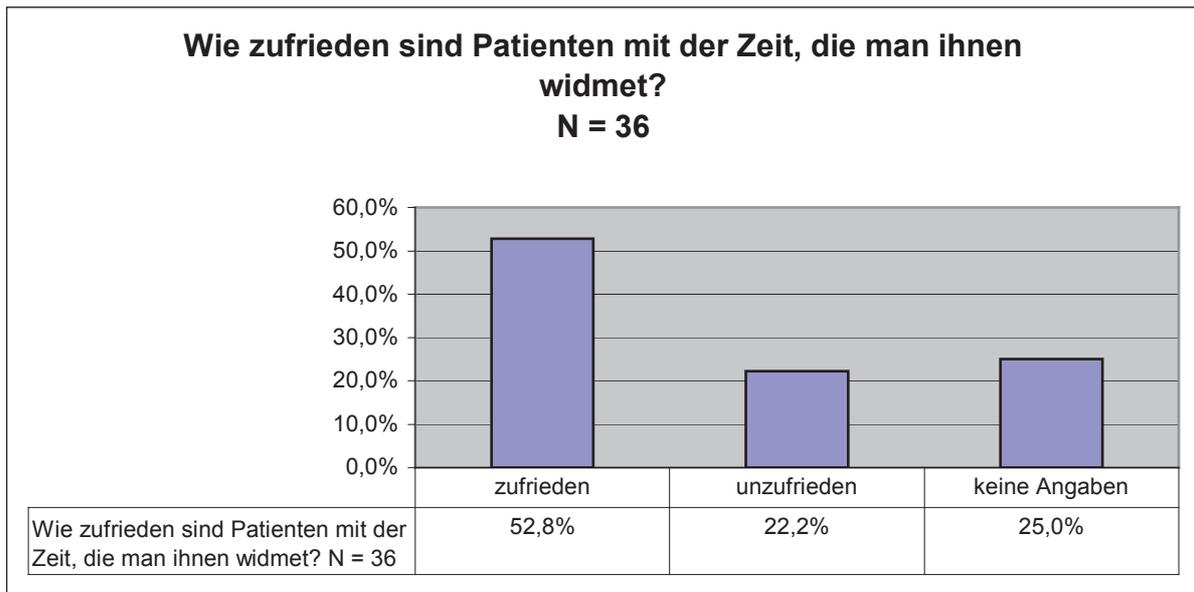


Abb. 109

Die Patienten sind signifikant häufig der Ansicht, dass andere Patienten mit der Zeit zufrieden sind, die man ihnen widmet. (N = 27, Chi-Quadrat = 4,481; $\alpha = 0,034$)

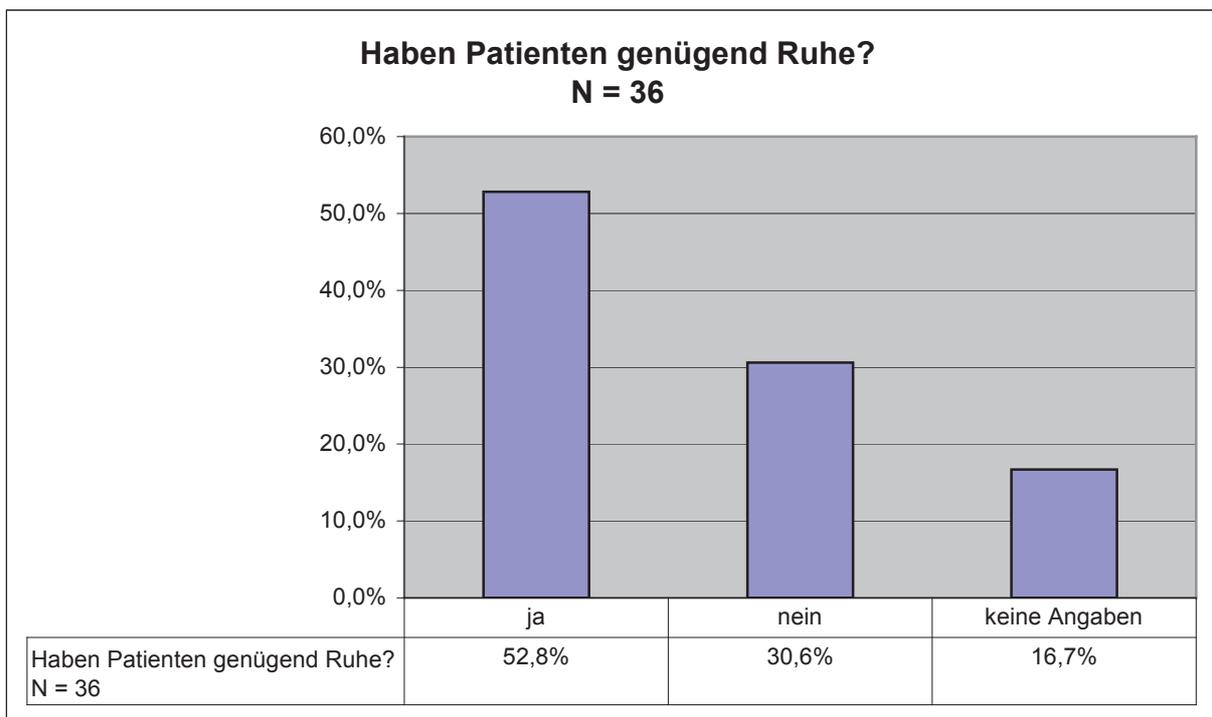


Abb. 110

Es geben mehr Patienten an, dass andere Patienten genügend Ruhe haben. Dieses Ergebnis ist bei N = 30 gültigen Fällen, mit einem Chi-Quadrat von 2,133 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0.144$ allerdings nicht signifikant.

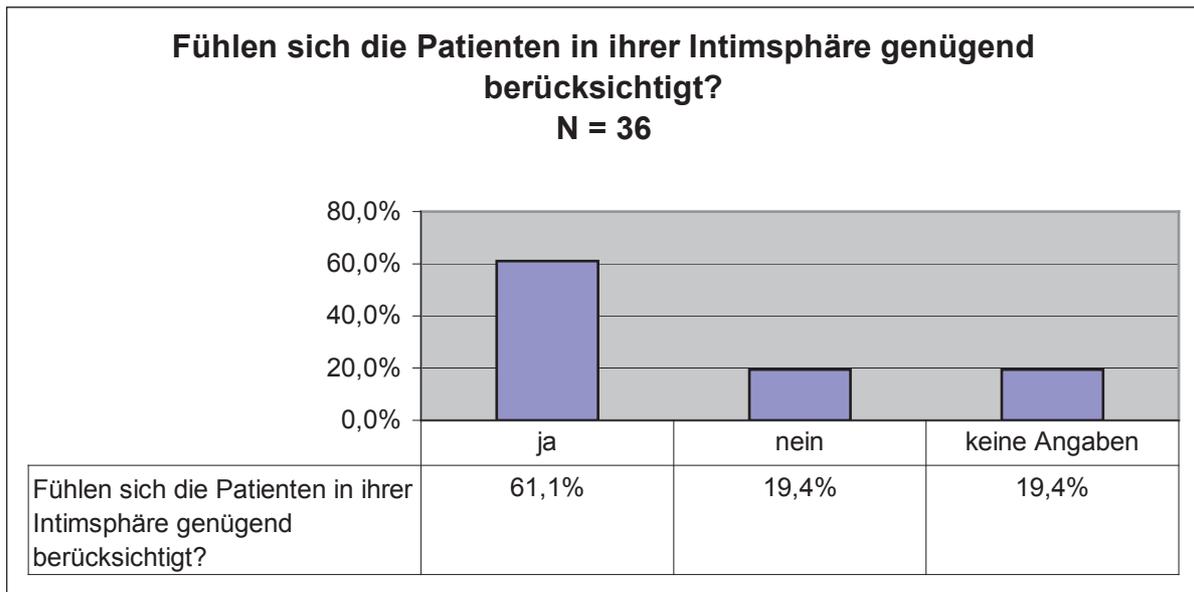


Abb. 111

Auch zu anderen Patienten befragt geben Patienten überwiegend an, dass diese sich in ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt fühlen.

Dieses Ergebnis ist bei einer Anzahl von N = 29 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 7,759 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,005$ hoch signifikant.

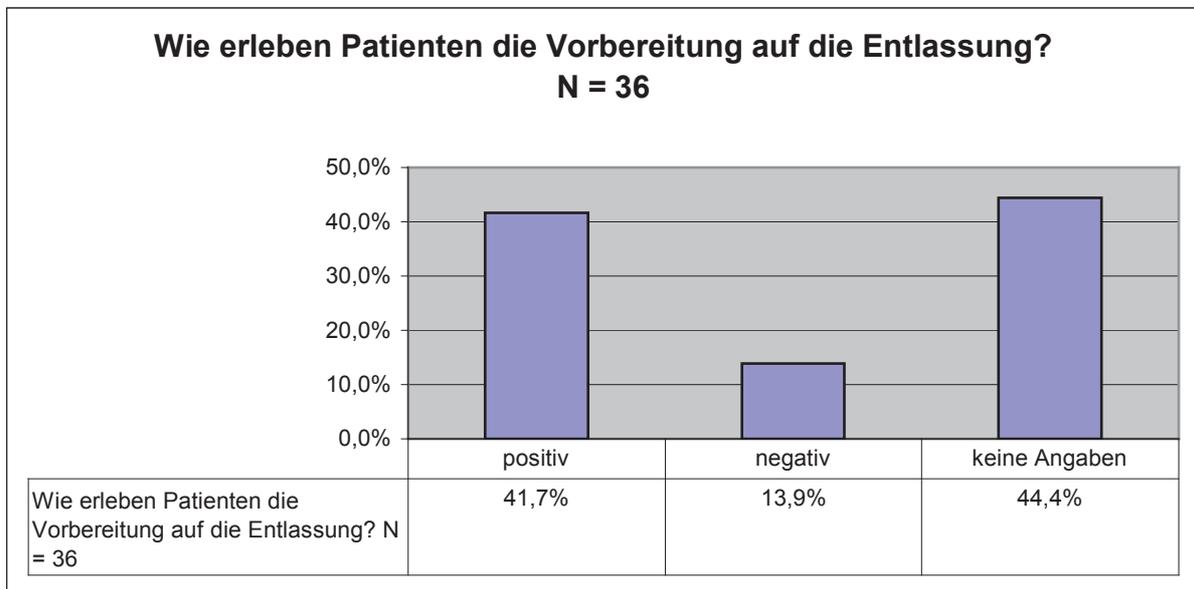


Abb. 112

Die Patienten glauben signifikant häufig, dass andere Patienten die Vorbereitung auf ihre Entlassung positiv erleben. (N = 20, Chi-Quadrat = 5,0; $\alpha = 0,025$)

Antworten der Mitarbeiter

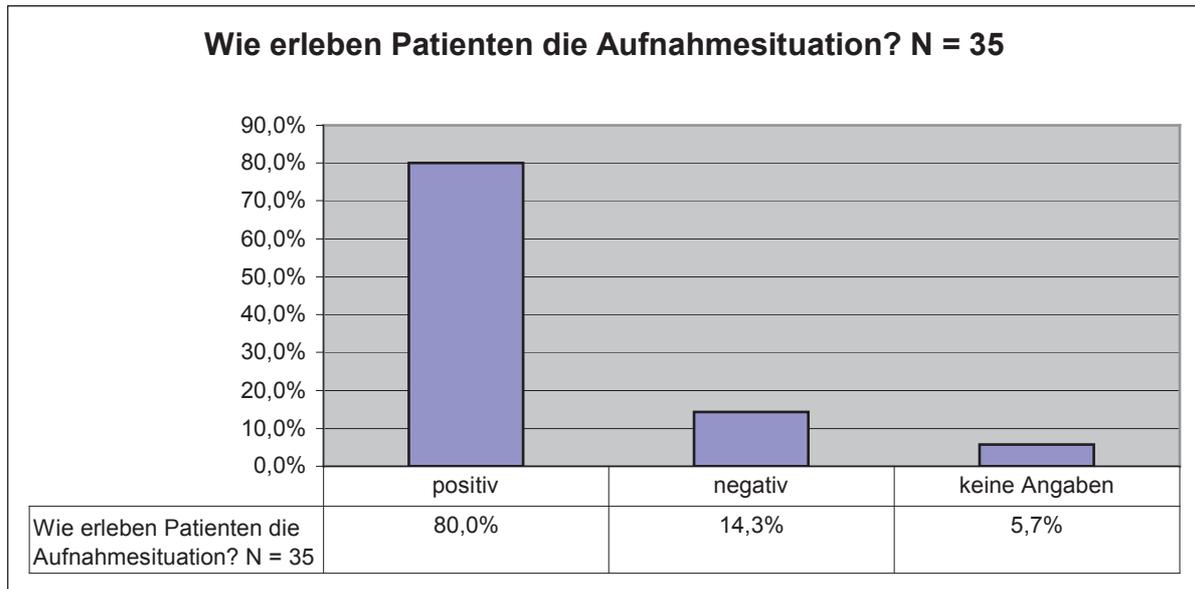


Abb. 113

Aus Sicht der Mitarbeiter wird die Aufnahmesituation überwiegend positiv erlebt. Diese Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 33 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 16,030 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

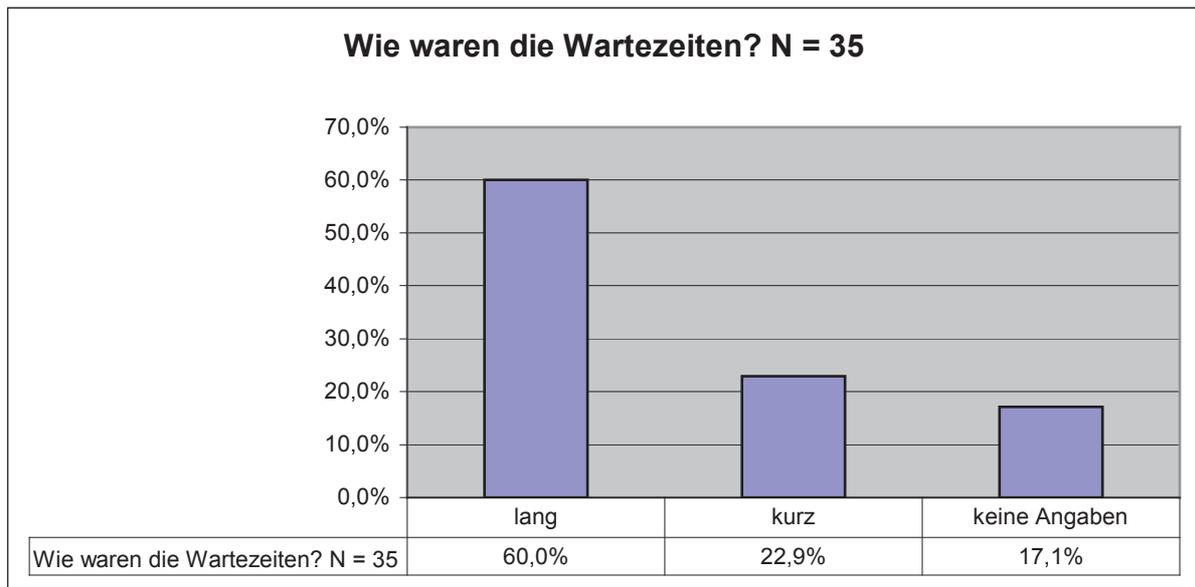


Abb. 114

Die Mitarbeiter beurteilen die Wartezeit bei der Aufnahme eher als lang. Diese Verteilung ist bei N = 29 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 5,828 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,016$ hoch signifikant.

Entsprechend glauben Mitarbeiter, dass die Wartezeiten als weniger angenehm erlebt werden:

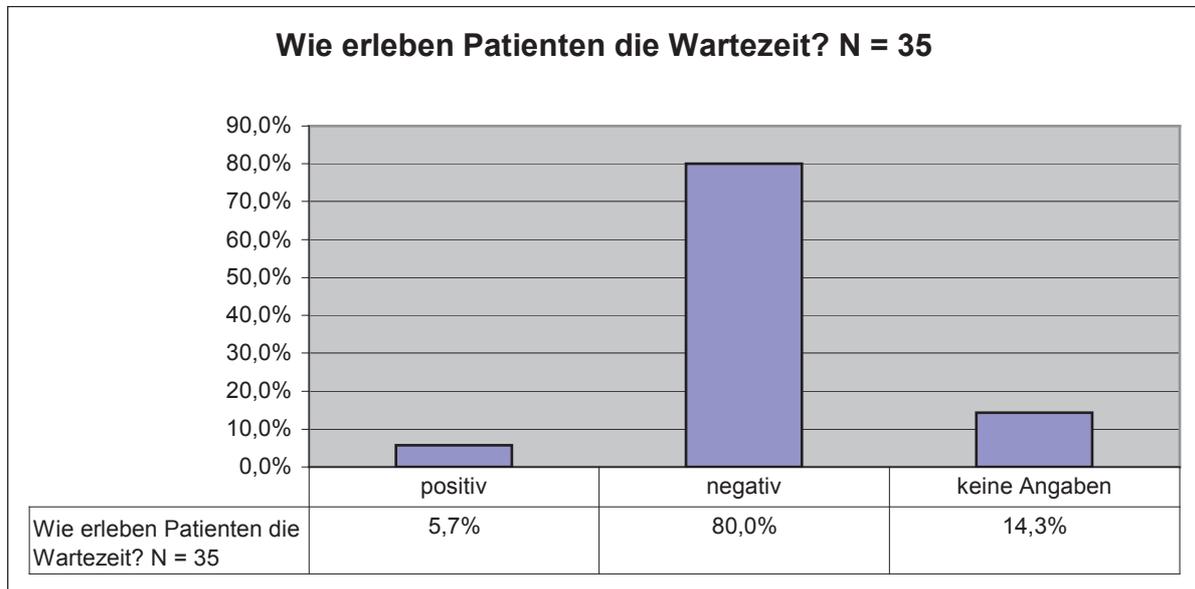


Abb. 115

Auch diese Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 30 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 25,533 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

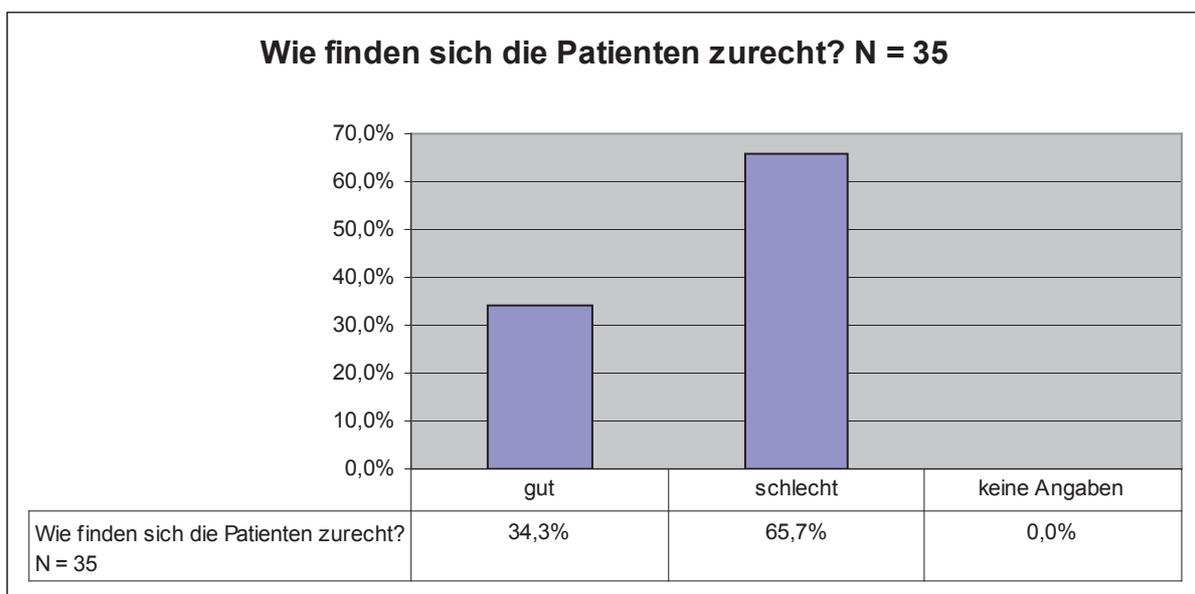


Abb. 116

Die Mitarbeiter geben größtenteils an, dass sich die Patienten weniger gut zurechtfinden. Diese Verteilung ist bei N = 35 Fällen, einem Chi-Quadrat von 3,457 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,063$ schwach signifikant.

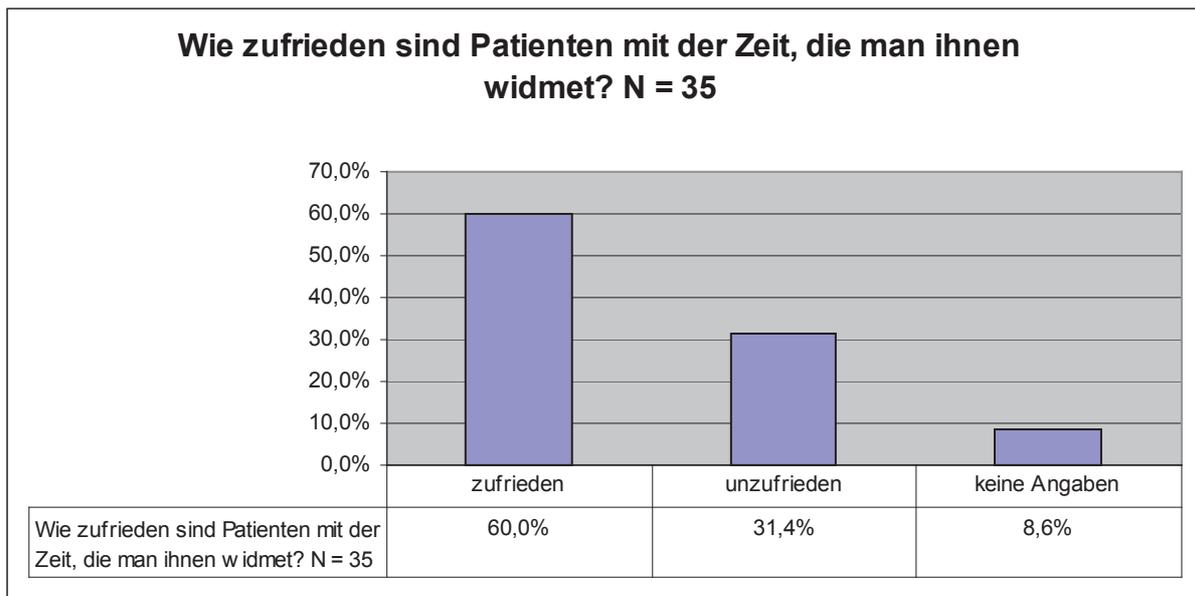


Abb. 117

Die Mitarbeiter glauben schwach signifikant häufig ($N = 32$, Chi-Quadrat = 3,125; $\alpha = 0,077$), dass die Patienten zufrieden mit der Zeit sind, die man ihnen widmet.

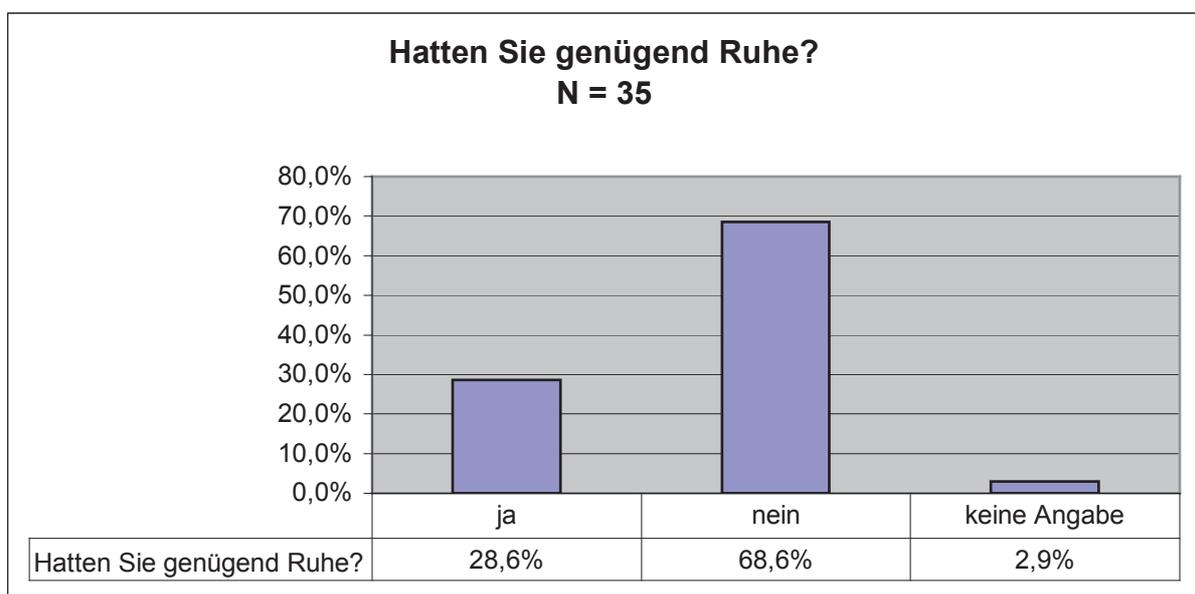


Abb. 118

Die Mitarbeiter glauben größtenteils, dass die Patienten nicht genügend Ruhe hatten. Diese Verteilung ist bei $N = 34$ gültigen Fällen, mit einem Chi-Quadrat von 5,765 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,016$ signifikant.

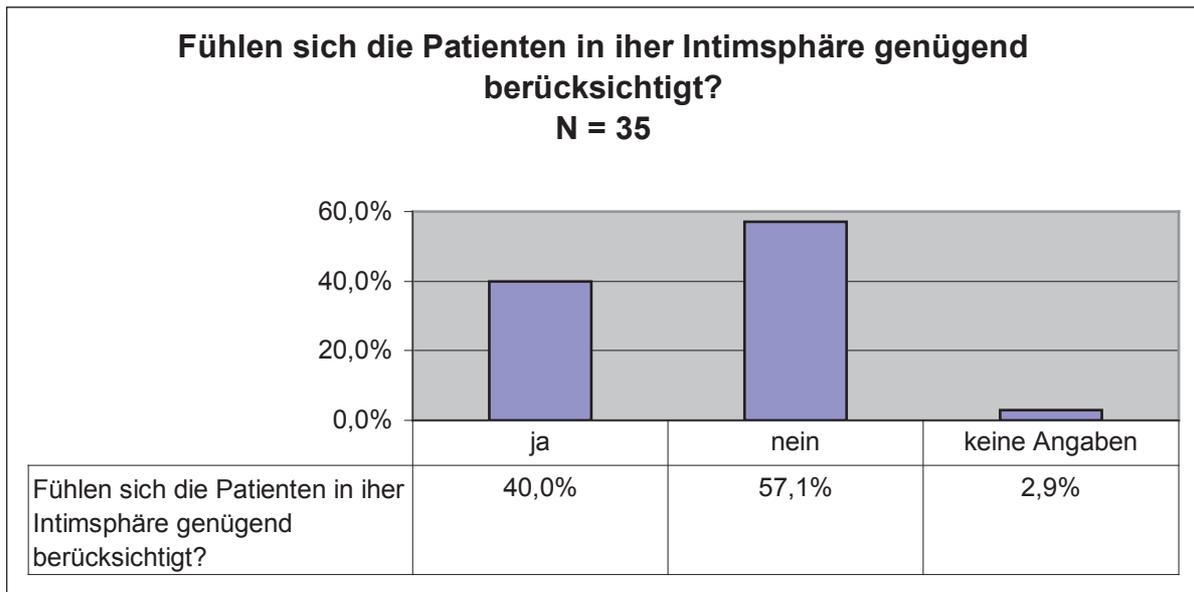


Abb. 119

Die Mitarbeiter geben im Gegensatz zu den Patienten an, dass sich die Patienten eher nicht in ihrer Intimsphäre berücksichtigt fühlen. Das Ergebnis ist allerdings bei $N = 34$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 1,059 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,303$ nicht signifikant.

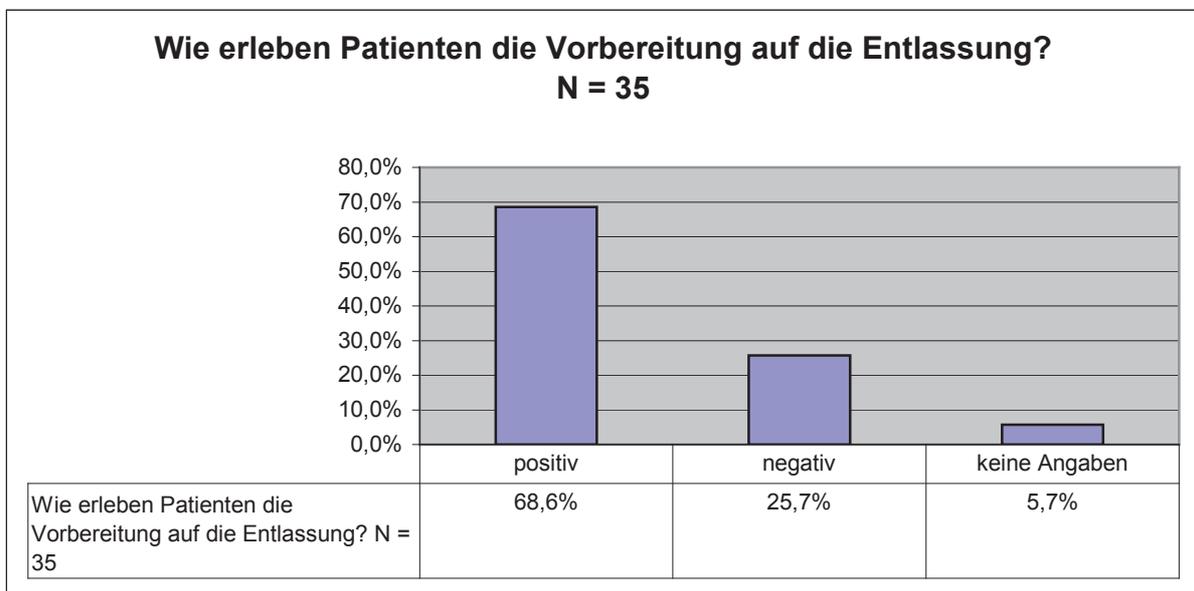


Abb. 120

Mitarbeiter beurteilen die Vorbereitung auf die Entlassung positiv. Diese Verteilung ist bei $N = 33$ gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 6,818 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,009$ sehr signifikant.

3.1.6.3. Zusammenfassung

In allen drei Stichproben wird angegeben, die Aufnahmesituation positiv zu erleben.

Die Wartezeit bei der Aufnahme wird von den Patienten als eher kurz beurteilt und angenehm erlebt. Mitarbeiter beurteilen die Wartezeit eher als lang und glauben, dass sie von Patienten eher unangenehm erlebt wird. Befragt man Patienten allgemein, so hält es sich in etwa die Waage.

Auf die Frage, ob sie sich gut zurechtgefunden haben, geben die Patienten positivere Antworten als die Mitarbeiter.

Dies trifft auch auf die Frage zu, ob Patienten mit der Zeit, die man ihnen widmet zufrieden sind.

Ähnlich verhält es sich mit der Frage nach der Ruhe. Die Patienten geben an, genügend Ruhe zu haben, Patienten beurteilen dies bzgl. anderer Patienten eher ausgeglichen, Mitarbeiter gehen von zu wenig Ruhe für die Patienten aus.

Die Frage nach der Intimsphäre beantworten die Patienten zu sich selbst befragt nahezu 100%ig positiv, zu anderen Patienten befragt immerhin noch zu 61%, während die Mitarbeiter überwiegend negativ einschätzen.

Die Vorbereitung auf die Entlassung wird in allen drei Stichproben eher positiv beurteilt.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Hypothese von den Patienten nicht bestätigt wird. Sie geben zu allen Variablen positive Urteile ab, so dass davon auszugehen ist, dass **Patienten den Krankenhausaufenthalt nicht als situativen Stress erleben**. Die Mitarbeiter sehen dies anders. Zwar beurteilen sie auch die Aufnahmesituation und die Vorbereitung auf die Entlassung als positiv. Bei allen anderen Variablen geben sie jedoch weniger positive Urteile ab als die anderen beiden Stichproben und bestätigen damit die Hypothese, dass der Krankenhausaufenthalt als situativer Stress erlebt wird.

3.1.7. Ergebnisse zu Hypothese 7

Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet kommunikativen Stress.

3.1.7.1. Variablenübersicht

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden folgende (vereinfacht formulierte) Variablen untersucht:

- 5.8. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?
- 5.9. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?
- 5.10. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?
- 5.11. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf (z.B. Visiten, Untersuchungen, Behandlungen) informiert?
- 6.14. Können Patienten in ausreichendem Maße Ihre Meinung einbringen?
- 6.15. Fühlen sich Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?
- 6.16. Wie beurteilen Patienten die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?
- 6.17. Wie zufrieden sind die Patienten mit den Antworten, die sie bekommen?
- 6.21. Werden die Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?
- 6.22. Würden sich die Patienten mehr oder weniger Nachfragen wünschen?

3.1.7.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Die Variablen wurden – wenn erforderlich - in dichotome Variablen umcodiert und anschließend mittels Chi-Quadrat-Test auf signifikante Unterschiede getestet.

Im Folgenden werden die Häufigkeitsverteilungen und Testergebnisse zu den dichotomisierten Variablen dargestellt. Die ursprünglichen Häufigkeitsverteilungen sind auf dem beigelegten Datenträger nachzulesen. Die Variablen werden thematisch zusammengefasst, das Ergebnis der Signifikanzprüfung tabellarisch dargestellt.

Antworten der Patienten

Hinsichtlich der **Aufnahmesituation** ergaben sich folgende Verteilungen:

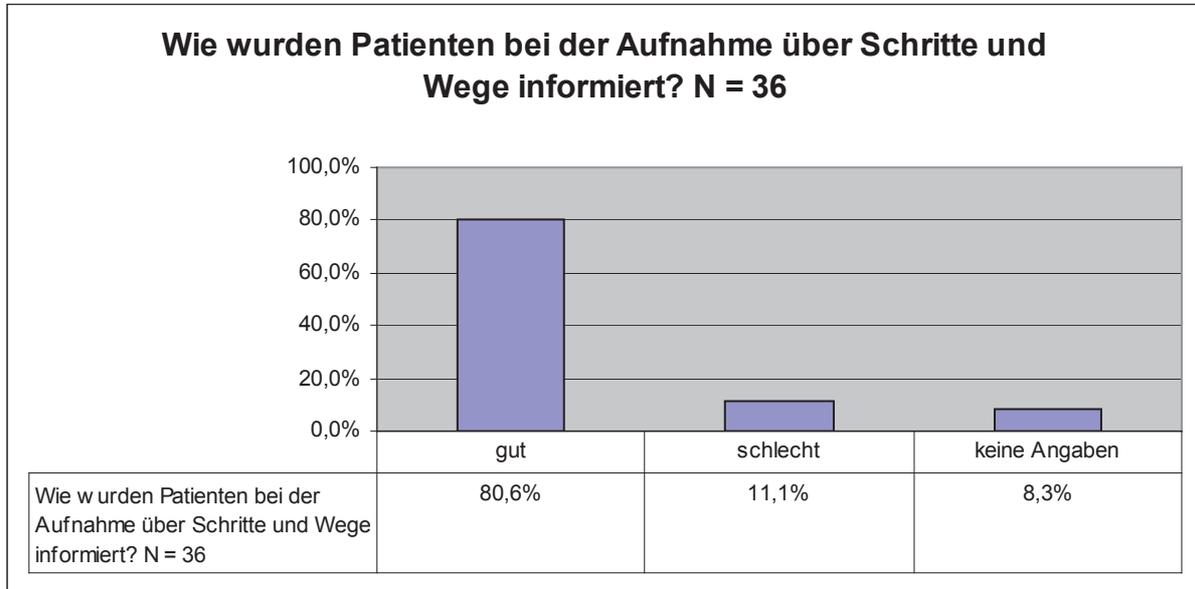


Abb. 121

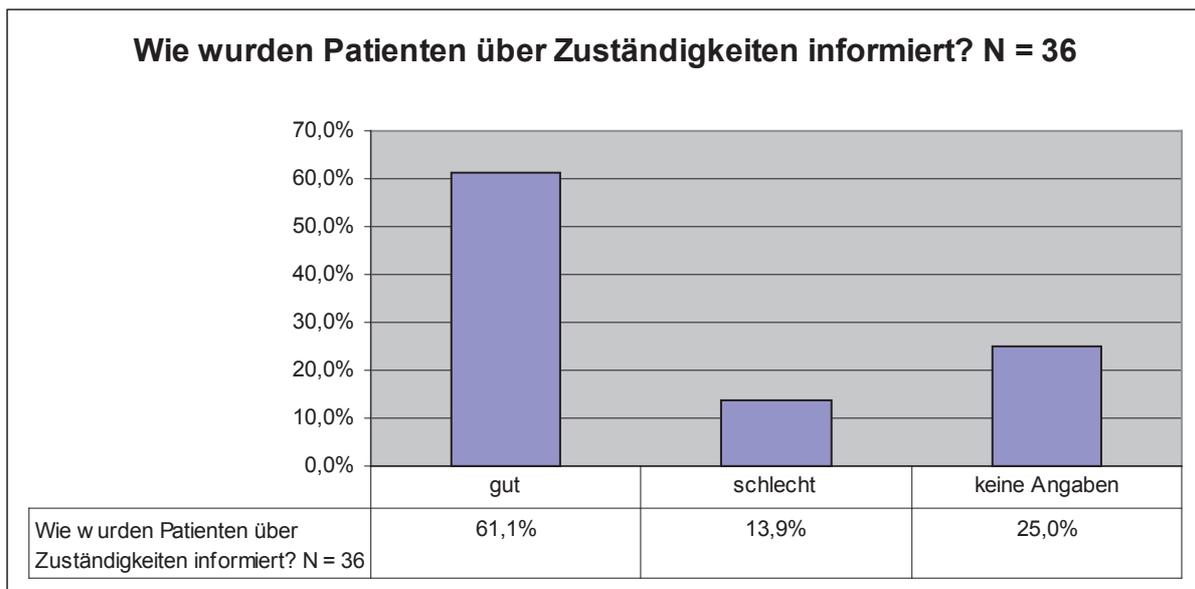


Abb. 122

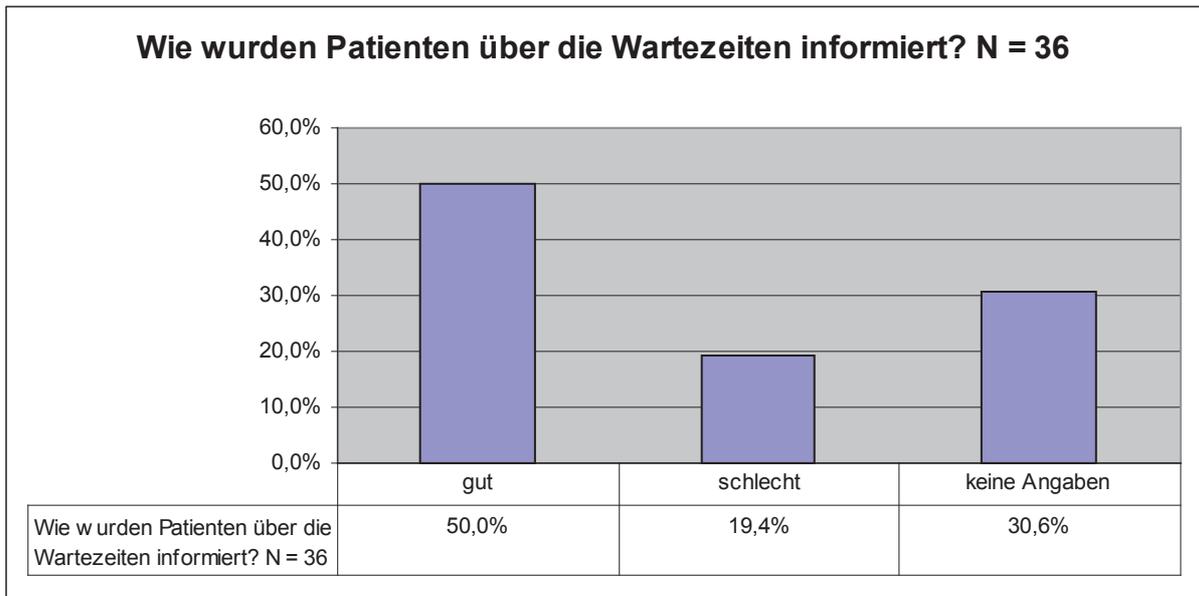


Abb. 123

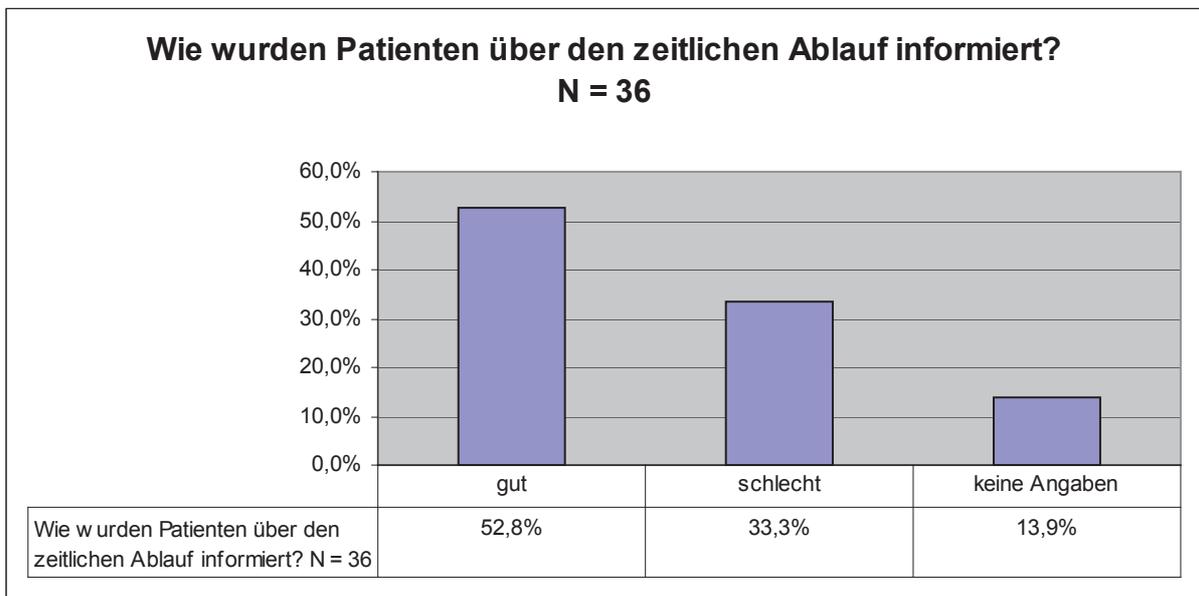


Abb. 124

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Wie wurden Patienten über Schritte und Wege informiert?	Wie wurden Patienten über Zuständigkeiten informiert?	Wie wurden Patienten über Wartezeiten informiert?	Wie wurden Patienten über den zeitlichen Ablauf informiert?
Chi-Quadrat	18,939	10,704	4,840	1,581
df	1	1	1	1
N	33	27	25	31
Asymptotische Signifikanz	0,000	0,001	0,028	0,209

Abb. 125

Die Patienten beurteilten die Information zur Aufnahmesituation insgesamt positiv. Bis auf die Information zum zeitlichen Ablauf sind die Unterschiede hoch signifikant.

Hinsichtlich **Eigenständigkeit, Meinungsäußerung und der Möglichkeit zum Fragen** ergaben sich folgende Verteilungen:

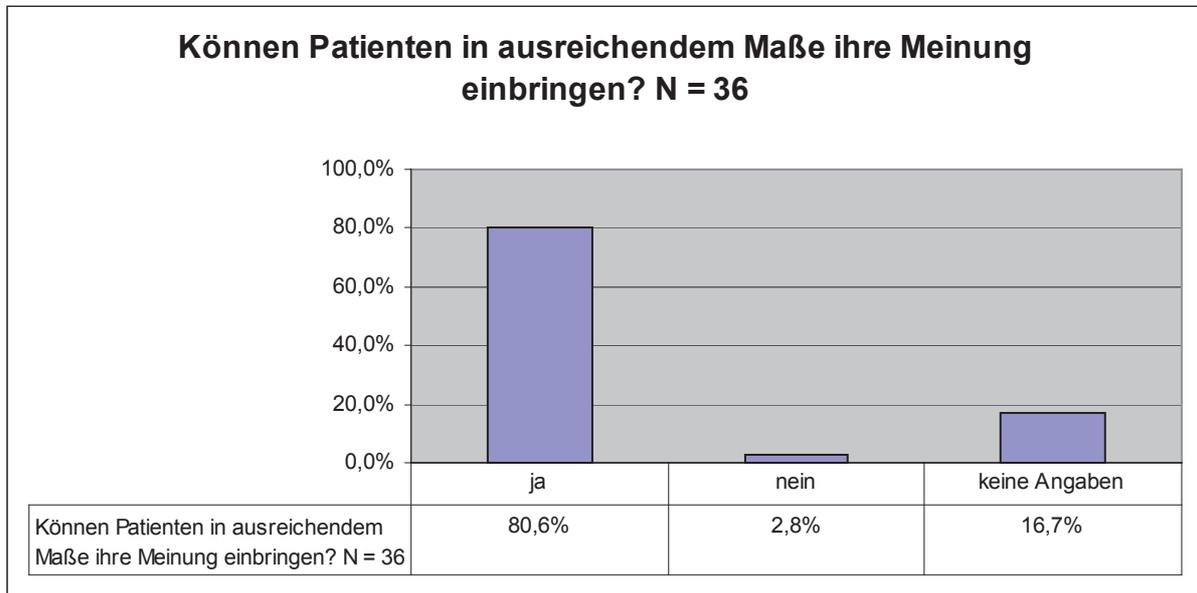


Abb. 126

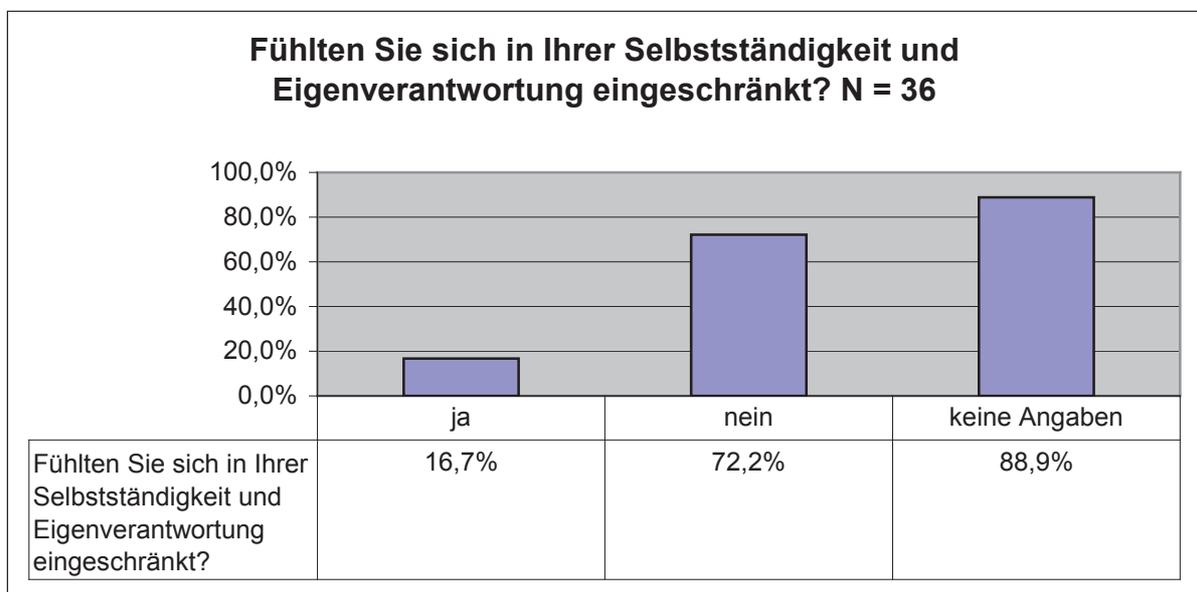


Abb. 127

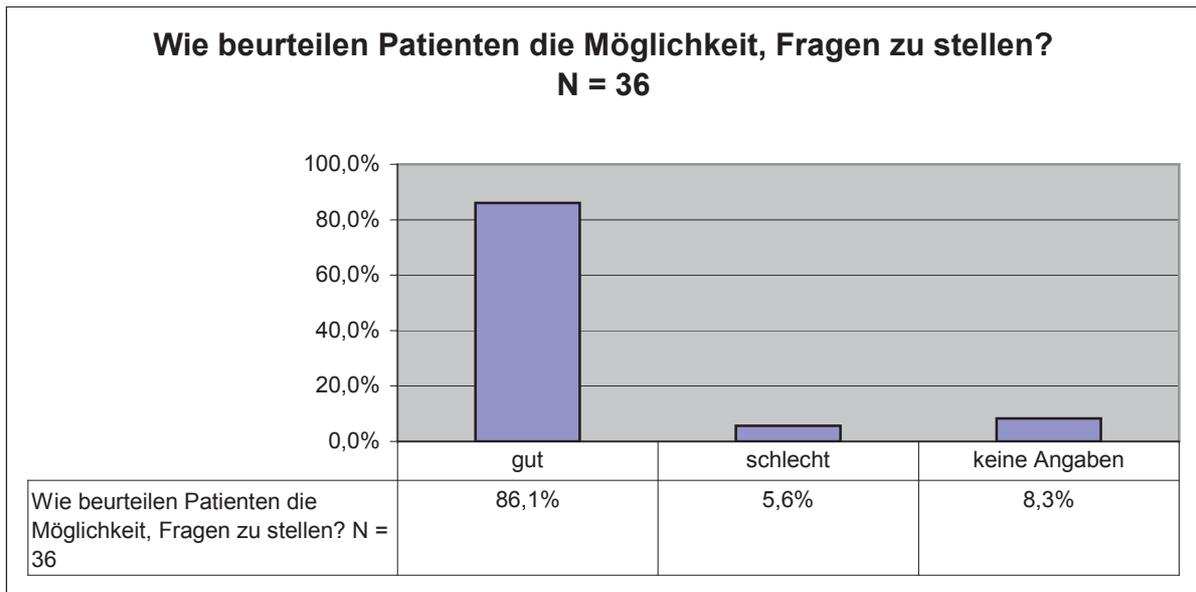


Abb. 128

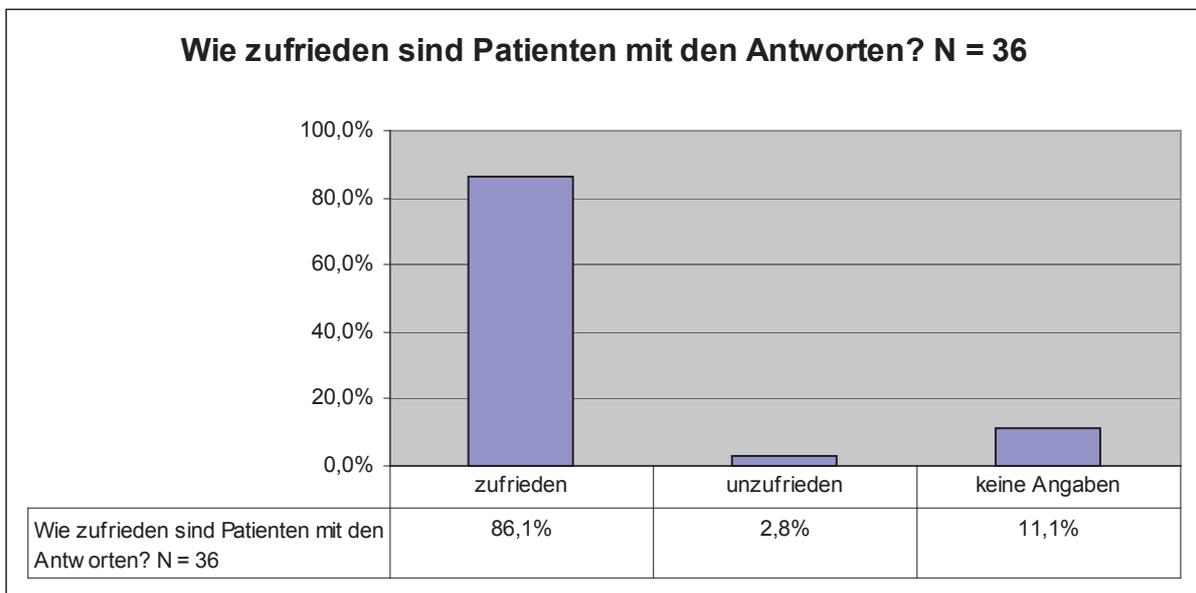


Abb. 129

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Können Patienten in ausreichendem Maße ihre Meinung einbringen?	Fühlten sich Patienten in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?	Wie beurteilen Patienten die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	Wie zufrieden sind Patienten mit den Antworten?
Chi-Quadrat	26,133	12,500	25,485	28,125
df	1	1	1	1
N	30	32	33	32
Asymptotische Signifikanz	0,000	0,000	0,000	0,000

Abb. 130

Die Patienten beurteilen ihre Möglichkeiten, ihre Meinung einzubringen und Fragen zu stellen hoch signifikant positiv. Sie sind mit der Beantwortung ihrer Fragen hochsignifikant zufrieden und sehen sich – ebenfalls hoch signifikant - in ihrer Selbstständigkeit und Eigenständigkeit nicht eingeschränkt.

Hinsichtlich **negativen und sorgenvollen Gedanken** ergaben sich folgende Verteilungen:

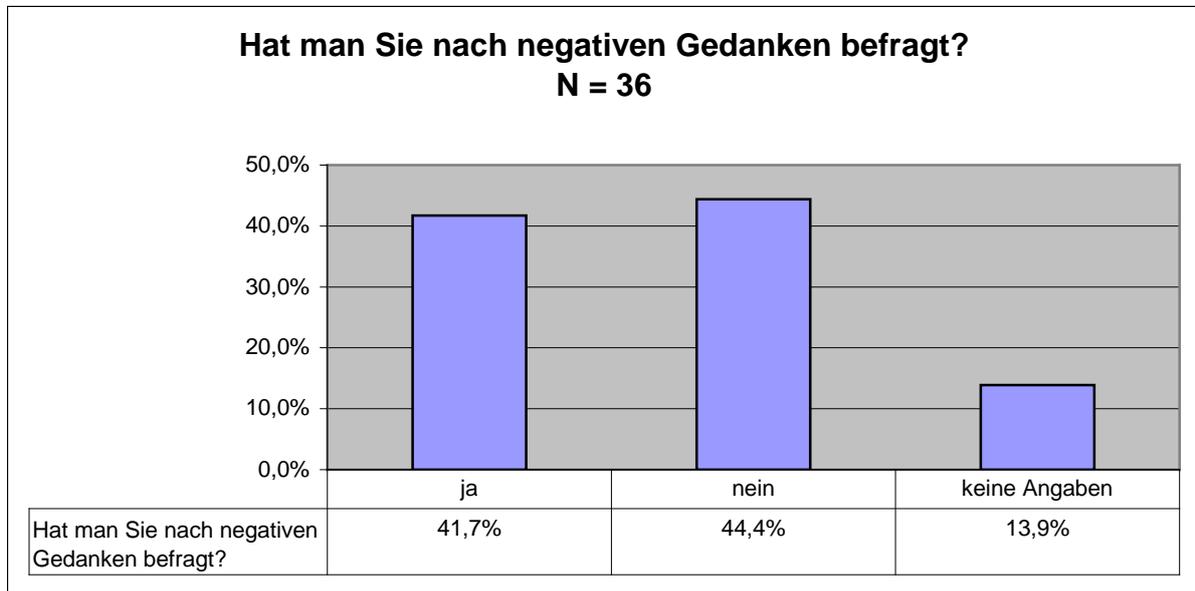


Abb. 131

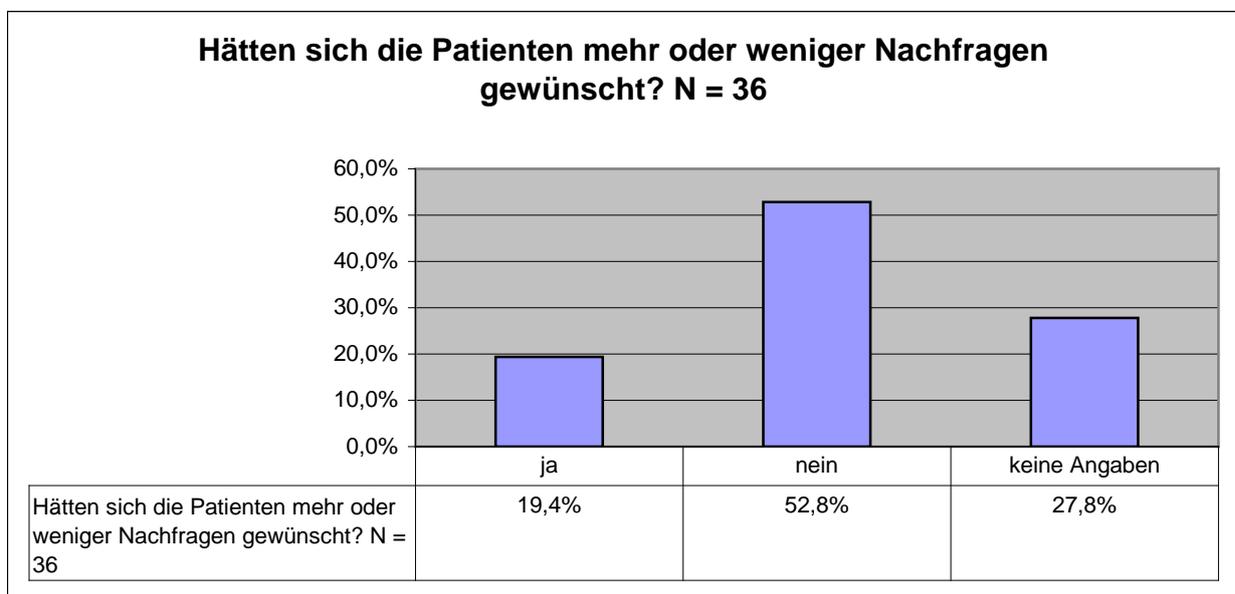


Abb. 132

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Hat man Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?	Hätten sich die Patienten mehr oder weniger Nachfragen gewünscht?
Chi-Quadrat	0,032	5,538
df	1	1
N	31	26
Asymptotische Signifikanz	0,857	0,019

Abb. 133

Die Patienten gaben in etwa gleichen Teilen an, zu negativen Gedanken befragt worden zu sein. Erwartungsgemäß sind die Unterschiede nicht signifikant. Sie hätten sich zu einem hoch signifikant großen Anteil weder mehr noch weniger Nachfragen gewünscht, sind also mit dem Nachfragen zufrieden.

Antworten der Patienten über Patienten

Hinsichtlich der **Aufnahmesituation** ergaben sich folgende Verteilungen:

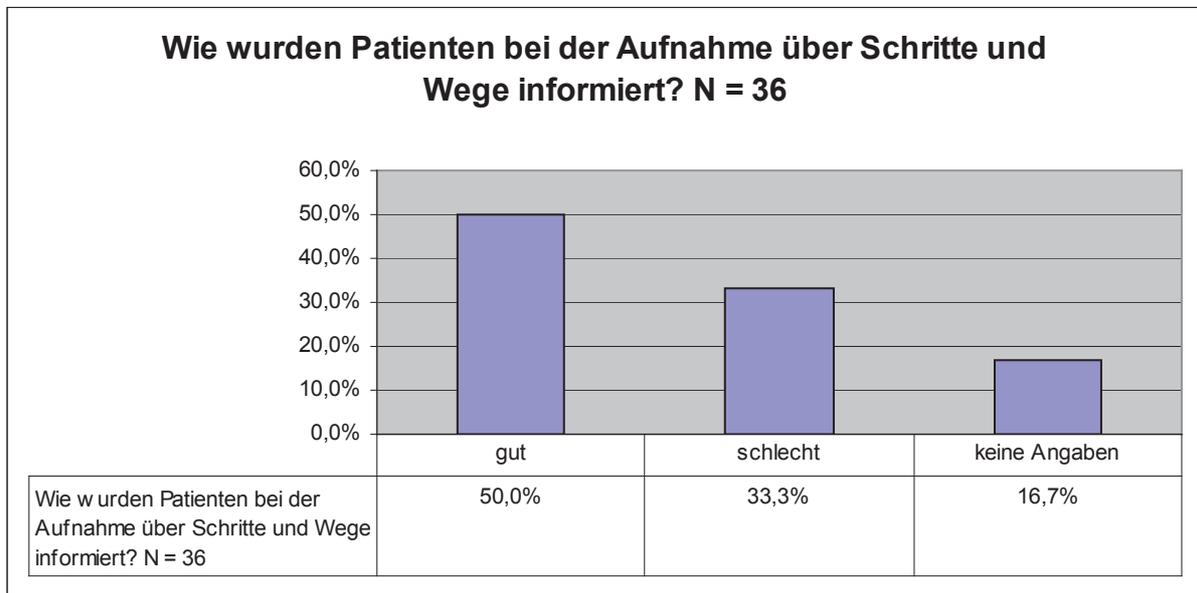


Abb. 134

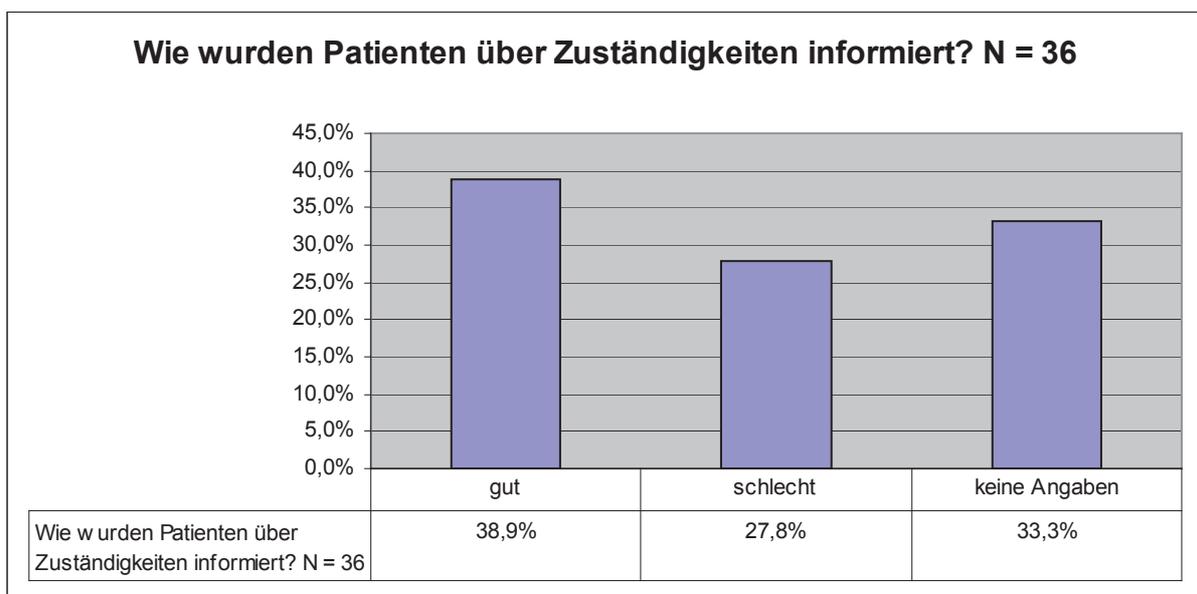


Abb. 135

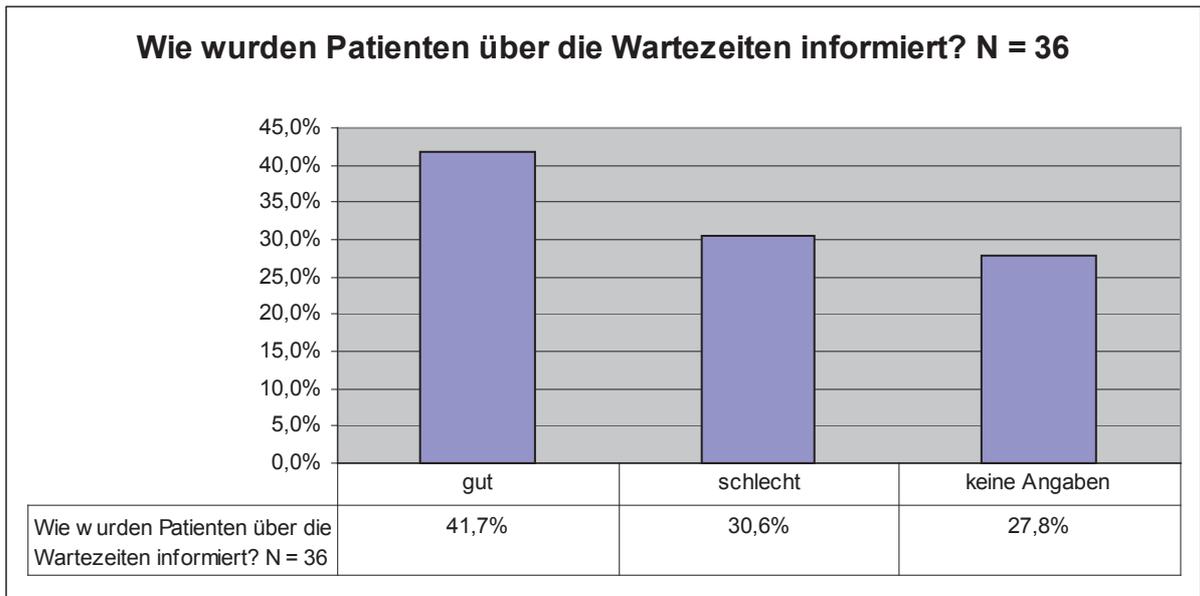


Abb. 136

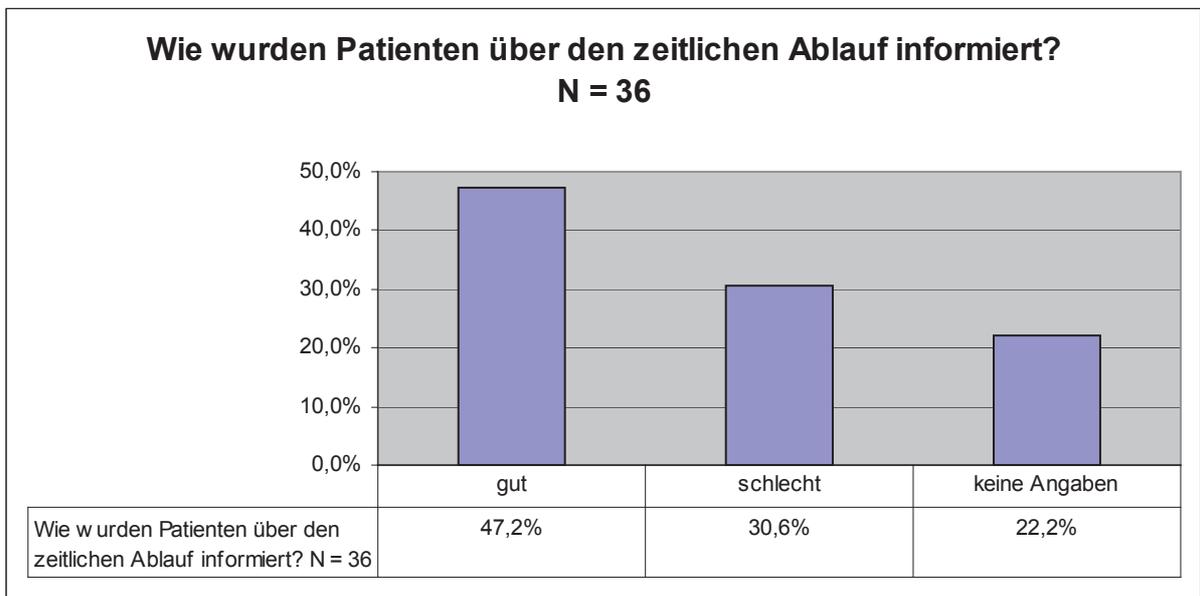


Abb. 137

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Wie wurden Patienten über Schritte und Wege informiert?	Wie wurden Patienten über Zuständigkeiten informiert?	Wie wurden Patienten über Wartezeiten informiert?	Wie wurden Patienten über den zeitlichen Ablauf informiert?
Chi-Quadrat	1,200	0,667	0,615	1,286
df	1	1	1	1
N	30	24	26	28
Asymptotische Signifikanz	0,273	0,414	0,433	0,257

Abb. 138

Patienten über andere Patienten befragt, beurteilen die Information zur Aufnahmesituation positiv. Die Unterschiede zu den negativen Antworten sind jedoch nicht signifikant.

Hinsichtlich **Eigenständigkeit, Meinungsäußerung und der Möglichkeit zum Fragen** ergaben sich folgende Verteilungen:

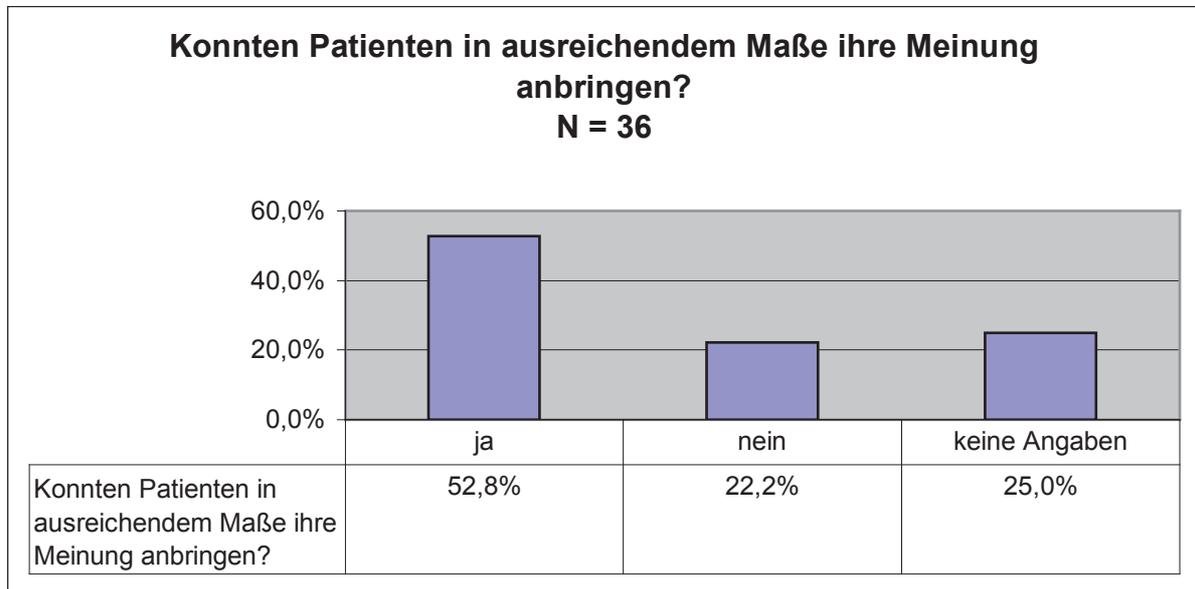


Abb. 139

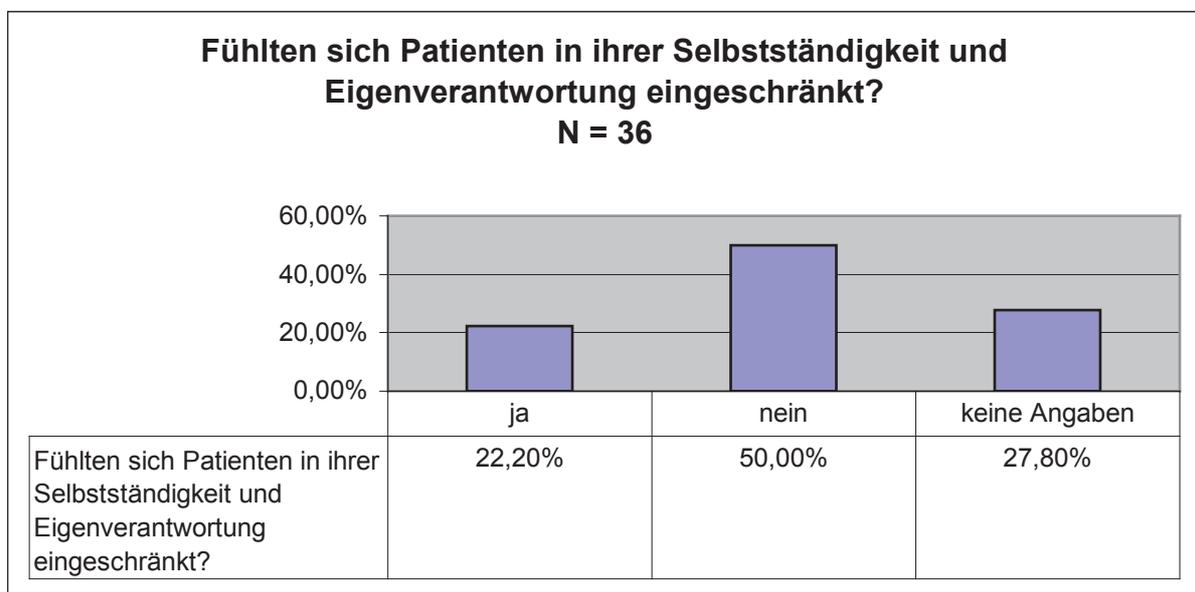


Abb. 140

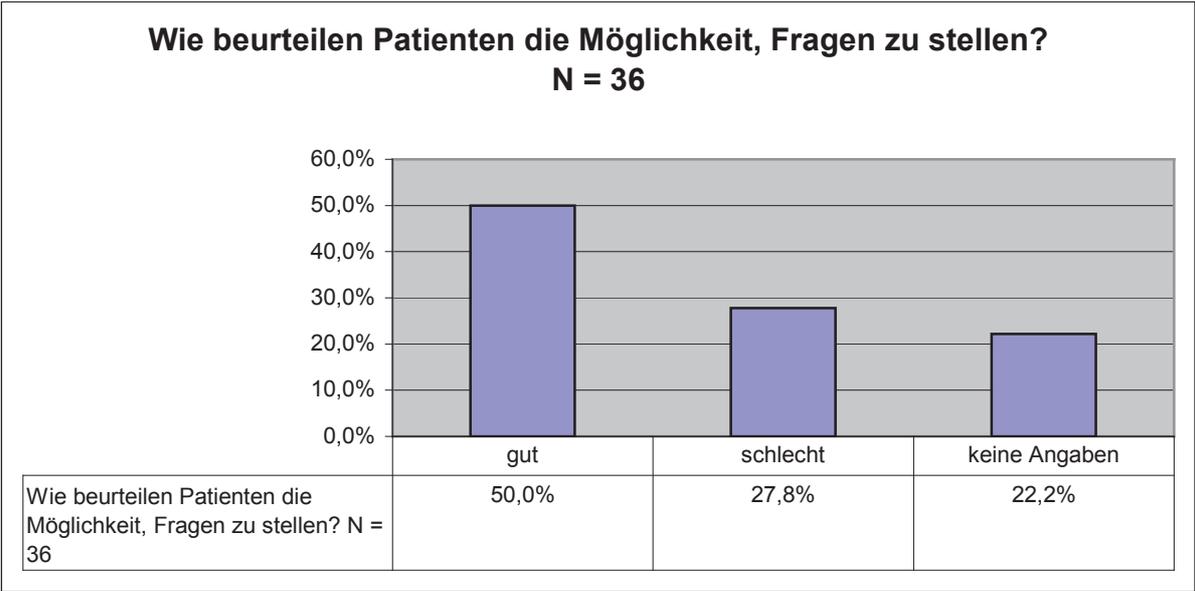


Abb. 141

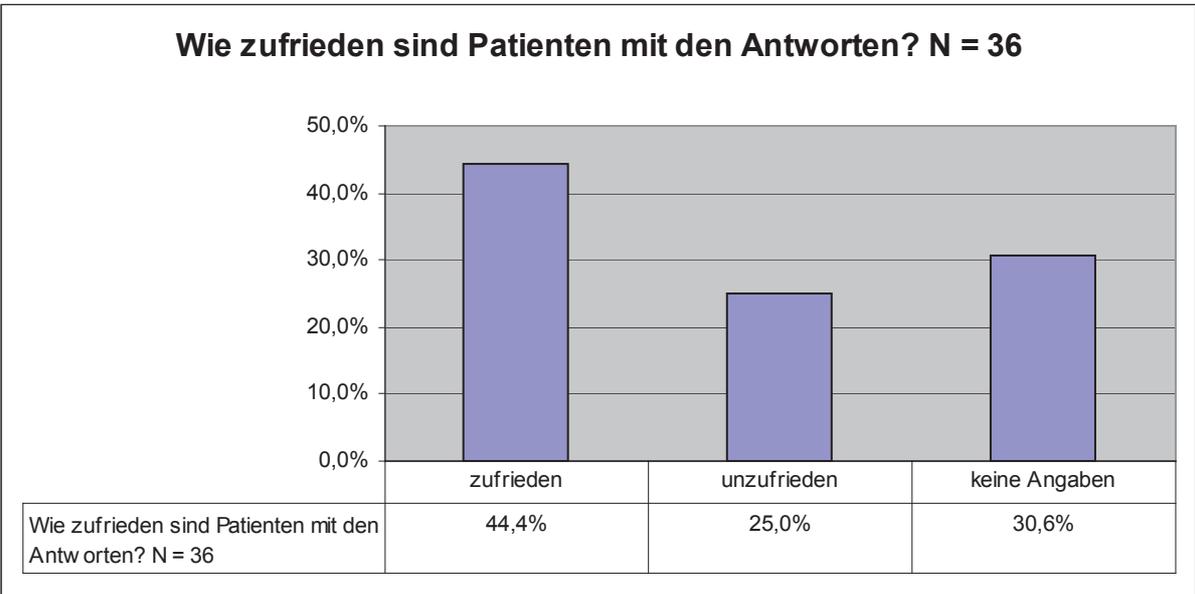


Abb. 142

Die Ergebnisse der Signifikanzprüfung:

	Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung anbringen?	Fühlten Sie sich in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?	Fragen stellen_codiert	Zufrieden mit Antworten_codiert
Chi-Quadrat	4,481	3,846	2,286	1,960
df	1	1	1	1
N	27	26	28	25
Asymptotische Signifikanz	0,034	0,050	0,131	0,162

Abb. 143

Die Beurteilung der Selbstständigkeit/Eigenverantwortung, der Möglichkeit, die eigene Meinung anzubringen und Fragen zu stellen und die Zufriedenheit mit der Beantwortung von Fragen wird auch in dieser Stichprobe positiv bewertet. Die Verteilungen unterscheiden sich dabei signifikant von einer Gleichverteilung. Signifikante Unterschiede ergeben sich nur bei den ersten beiden Variablen.

Hinsichtlich **negativen und sorgenvollen Gedanken** ergaben sich folgende Verteilungen:

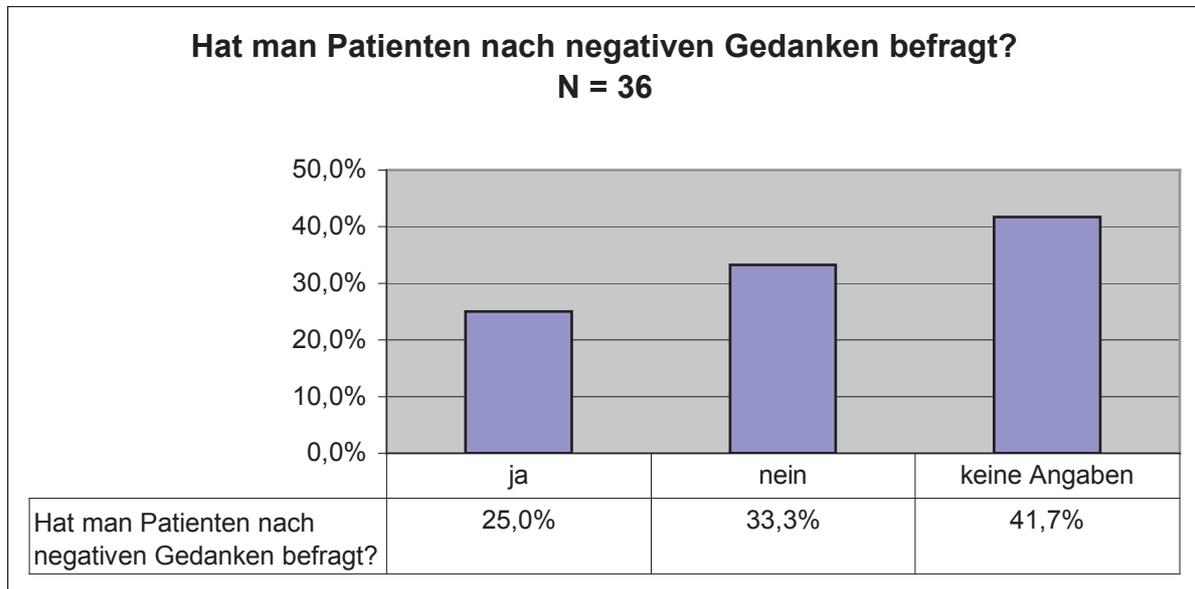


Abb. 144

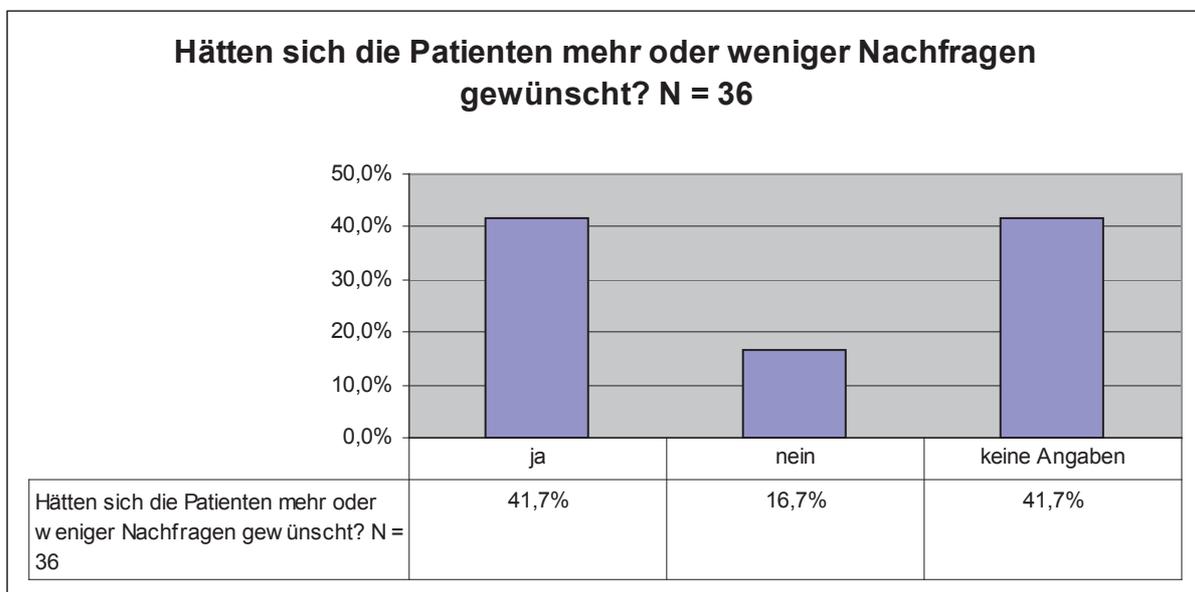


Abb. 145

Ob Patienten glauben, dass andere Patienten sich mehr oder weniger Nachfragen wünschen, geht aus der ursprünglichen Verteilung der Variablen hervor:

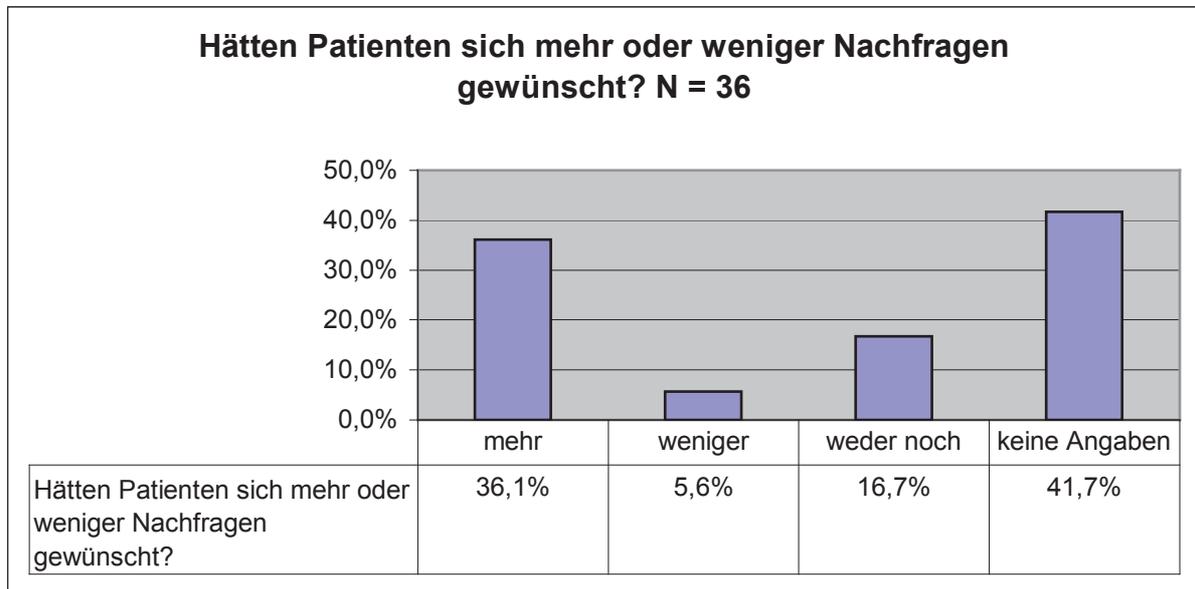


Abb. 146

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Hat man sie nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?	Nachfragen_codiert
Chi-Quadrat	0,429	3,857
df	1	1
N	21	21
Asymptotische Signifikanz	0,513	0,050

Abb. 147

Ähnlich wie in der Patientenstichprobe gibt es auch hier eine Gruppe von Patienten, die glauben, dass andere Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt wurden und eine nahezu gleich große Gruppe, die das Gegenteil glaubt. Erwartungsgemäß sind die Unterschiede nicht signifikant. Die signifikant meisten Patienten sind jedoch der Ansicht, dass andere Patienten mit den Nachfragen nicht zufrieden sind. Wie die Verteilung der ursprünglichen Variablen zeigt, glaubt der größte Anteil der Befragten, dass andere Patienten sich mehr Nachfragen wünschen.

Antworten der Mitarbeiter

Hinsichtlich der **Aufnahmesituation** ergaben sich folgende Verteilungen:

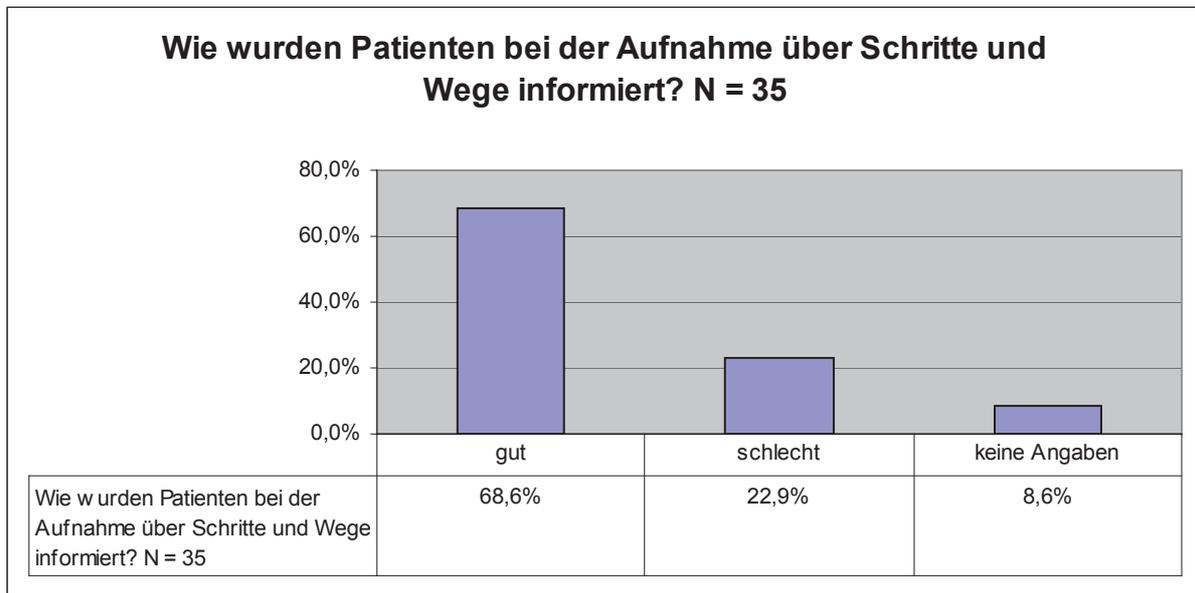


Abb. 148

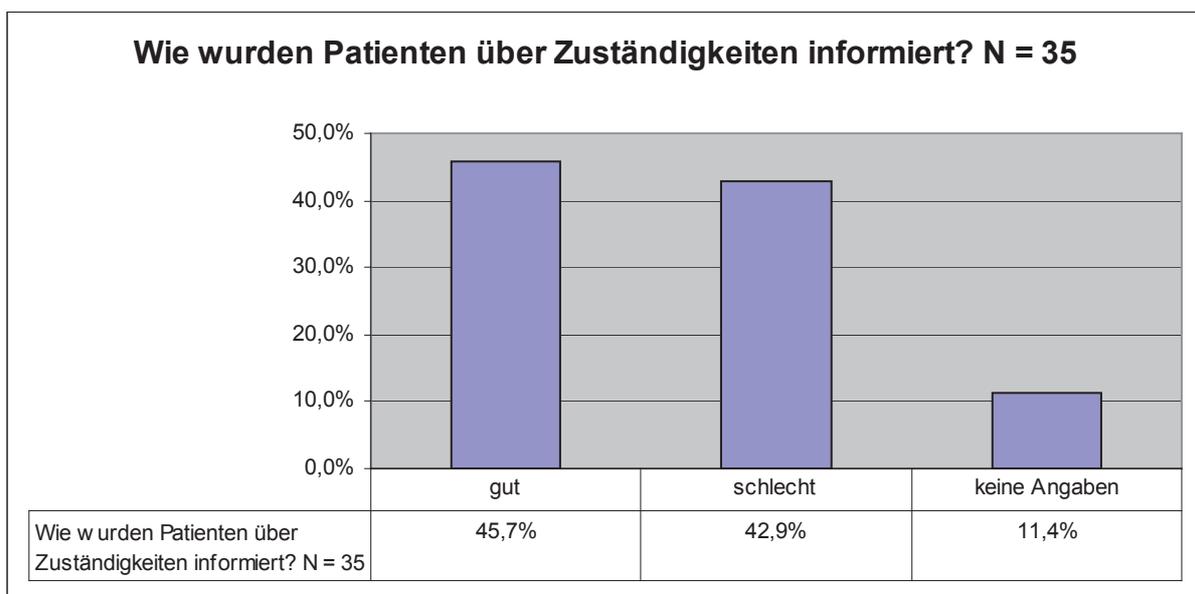


Abb. 149

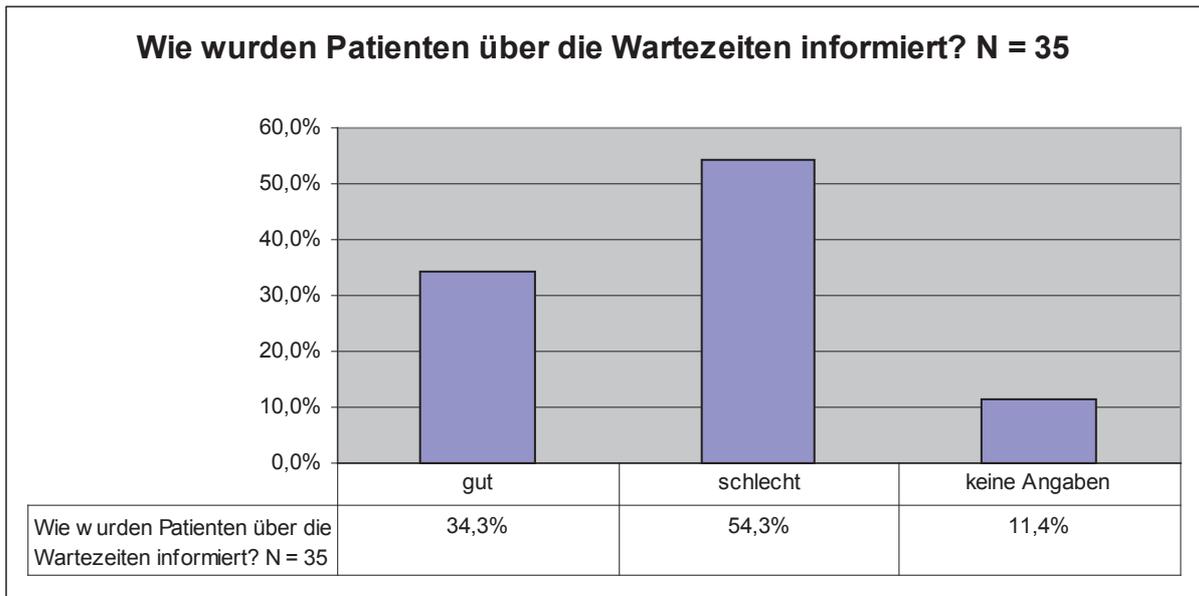


Abb. 150

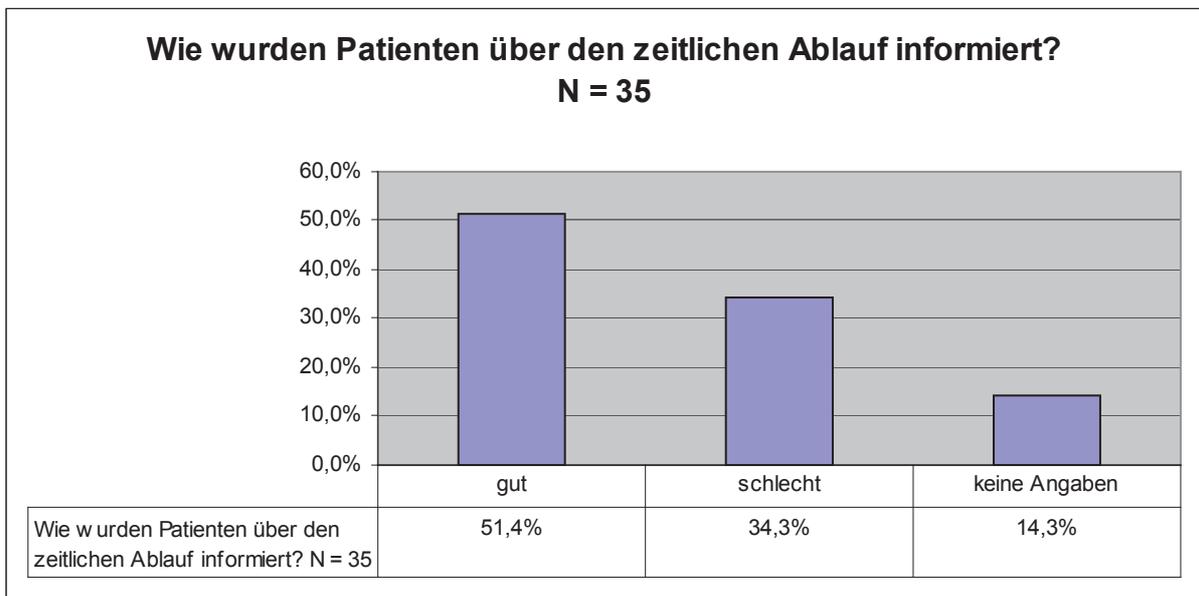


Abb. 151

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Schritte und Wege_codiert	Info über Wartezeiten_codiert	Zuständigkeiten_codiert	zeitlicher Ablauf_codiert
Chi-Quadrat	8,000	1,581	0,032	1,200
df	1	1	1	1
N	32	31	31	30
Asymptotische Signifikanz	0,005	0,209	0,857	0,273

Abb. 152

Die Mitarbeiter beurteilen die Patienteninformation bei der Aufnahme insgesamt ausgewogen. Lediglich die Information über Schritte und Wege halten sie signifikant häufig für positiv.

Hinsichtlich **Eigenständigkeit, Meinungsäußerung und der Möglichkeit zum Fragen** ergaben sich folgende Verteilungen:

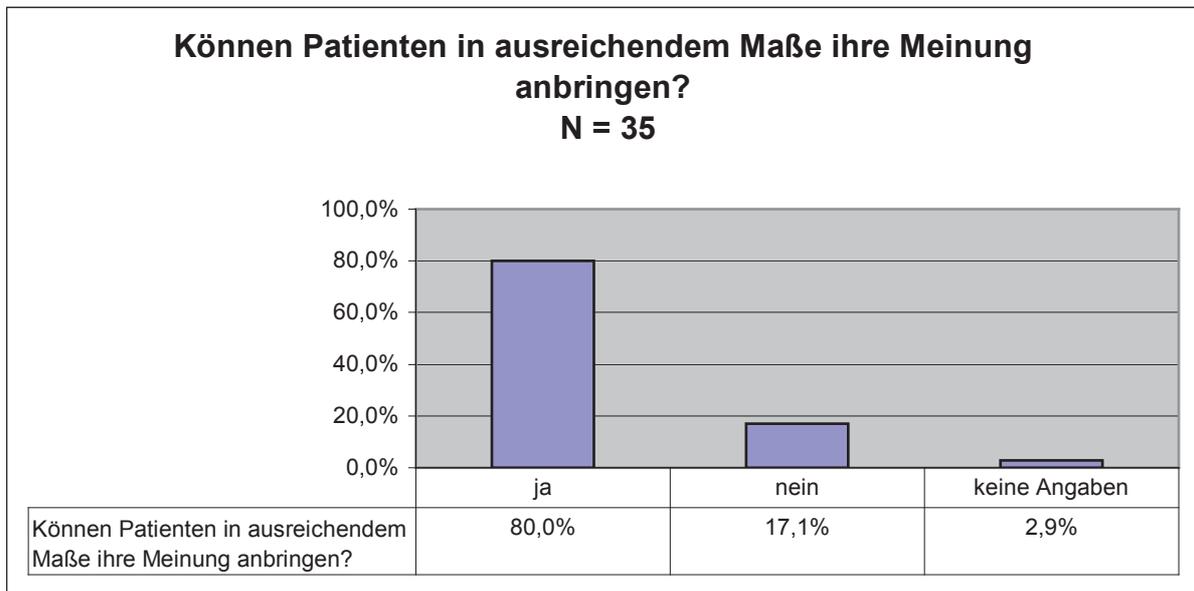


Abb. 153

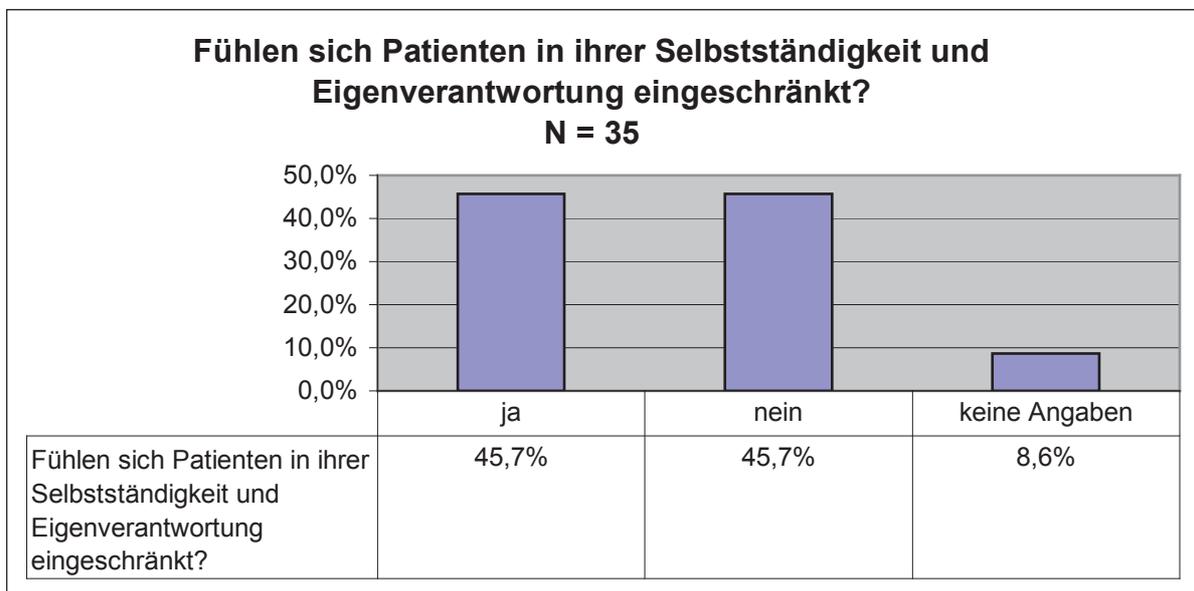


Abb. 154

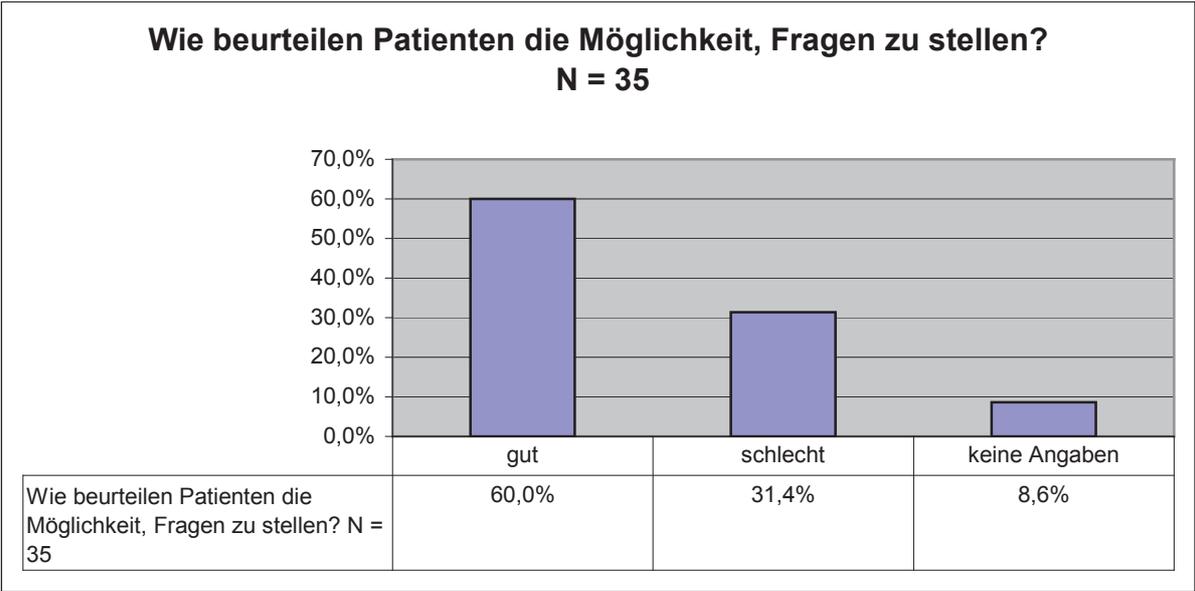


Abb. 155

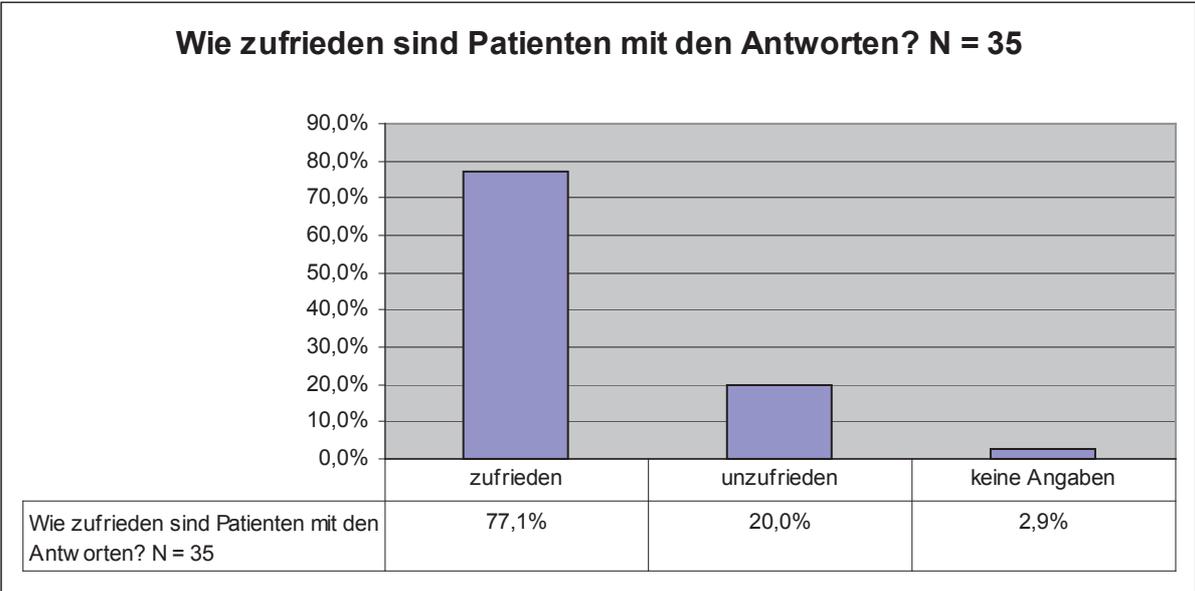


Abb. 156

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung anbringen?	Fühlten Sie sich in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?	Fragen stellen_codiert	Zufrieden mit Antworten_codiert
Chi-Quadrat	14,235	0,000	3,125	11,765
df	1	1	1	1
N	34	32	32	34
Asymptotische Signifikanz	0,000	1,000	0,077	0,001

Abb. 157

Die Mitarbeiter beurteilen die Möglichkeit, dass Patienten die eigene Meinung einbringen können, signifikant positiv ebenso wie die Möglichkeit, Fragen zu stellen und die Zufriedenheit der Patienten mit der Beantwortung ihrer Fragen. Bzgl. Selbstständigkeit und Eigenverantwortung ergibt sich eine Gleichverteilung der Meinungen.

Hinsichtlich **negativen und sorgenvollen Gedanken** ergaben sich folgende Verteilungen:

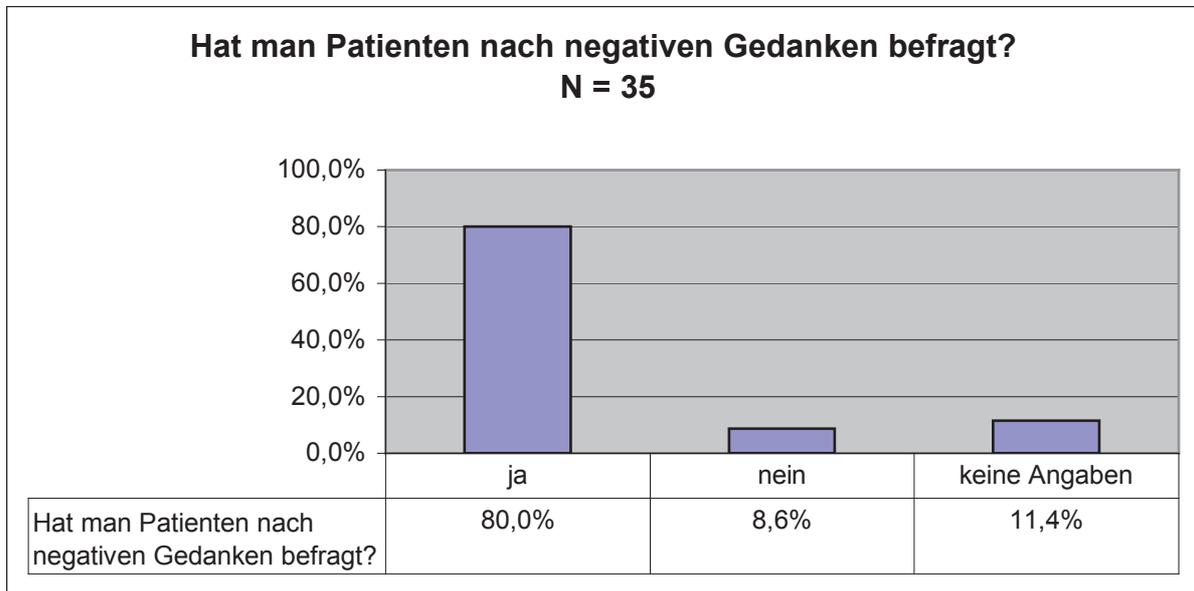


Abb. 158

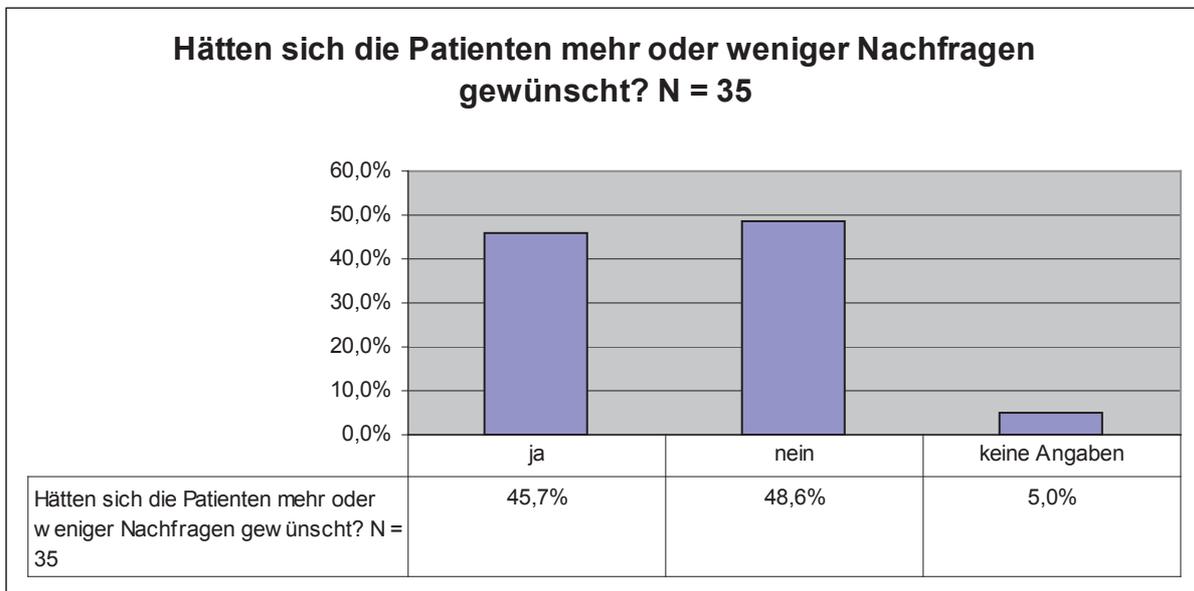


Abb. 159

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Hat man sie nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?	Nachfragen_codiert
Chi-Quadrat	39,455	0,030
df	2	1
N	33	33
Asymptotische Signifikanz	0,000	0,862

Abb. 160

Die Mitarbeiter sind signifikant häufig der Meinung, dass Patienten nach negativen Gedanken gefragt werden. Sie glauben zu gleichen Teilen, dass die Patienten mit den Nachfragen zufrieden bzw. nicht zufrieden sind.

3.1.7.3. Zusammenfassung

- Die Information zur Aufnahmesituation wird in der Stichprobe der Patienten insgesamt positiv beurteilt. In der Stichprobe PüP ebenfalls, jedoch nicht in signifikanter Höhe, die Mitarbeiter dagegen urteilen hier eher ausgewogen. Lediglich die Informationen zu Schritten und Wegen halten sie für positiv.
- Die Möglichkeit, die eigene Meinung einzubringen, Fragen zu stellen und die Zufriedenheit mit den Antworten werden in allen drei Stichproben positiv bewertet. Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sehen die beiden Patientengruppen - nicht so eindeutig die Mitarbeiter - gewahrt.
- In beiden Patientenstichproben (Pat und PüP) gibt es auch jeweils eine Gruppe von Patienten, die glauben, dass andere Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt wurden und eine nahezu gleich große Gruppe, die das Gegenteil glaubt. Die Mitarbeiter sind größtenteils überzeugt, dass sie ihre Patienten nach sorgenvollen und negativen Gedanken befragen.
- Hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Antworten gibt es unterschiedliche Tendenzen:
 - Die Patienten geben an, mit den Antworten zufrieden zu sein, in der PüP-Stichprobe glaubt man das nicht, die Mitarbeiter sind unentschieden.

Es stellt sich zum wiederholten Male die Frage, wie der relativ große Anteil von „keinen Angaben“ zu bewerten ist:

- Bedeutet es, dass die Patienten gar nicht informiert wurden?
- Bedeutet es, dass die Patienten, die über andere Patienten befragt wurden, die Frage nicht zu beantworten wussten?
- Wurde die Frage nicht verstanden (z.B. „Einschränkung der Eigenverantwortung und Selbstständigkeit“)?
- Wollen die Patienten nicht darüber reden, z.B. weil es Ihnen unangenehm ist?
- Gibt es weitere Gründe?

Diese Frage ist abschließend nicht befriedigend zu klären. Möglicherweise hätte eine andere Fragestellung mit einer Antwortkategorie: „keine Information erhalten“ oder „weiß nicht?“ mehr Aufschluss geboten. Dies sollte bei evtl. zukünftigen Studien Berücksichtigung finden.

Die Hypothese, dass der Krankenhausaufenthalt kommunikativer Stress bedeutet, wird insgesamt – vor allem aus Sicht der Patienten - nicht bestätigt.

3.1.8. Ergebnisse zu Hypothese 8

Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet emotionalen Stress.

3.1.8.1. Variablenübersicht

Folgende (vereinfacht formulierte) Variablen geben Hinweise auf emotionalen Stress:

- 2.1. Wie fühlen sich die Patienten?
- 2.3. Wie ernst genommen fühlen sich die Patienten hinsichtlich ihrer Beschwerden?
- 2.4. Woran merken Patienten, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden?
- 6.2. Was belastet die Patienten besonders?
- 6.5. Von wem werden die Patienten psychisch betreut und wie erleben sie diese Betreuung?
- 6.24. Welche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der psychischen Betreuung gibt es aus Sicht der Patienten?
- 7.1. Welche Ängste und Sorgen beschäftigen Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung?

3.1.8.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Die ursprünglichen Variablen wurden wiederum umcodiert in dichotome Variablen. Die Häufigkeitsverteilungen zu den Ursprungsvariablen sind auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die dichotomisierten Verteilungen mit den entsprechenden Testergebnissen. Durchgeführt wurde der Chi-Quadrat-Test. Die Häufigkeitsverteilungen werden für jede Stichprobe getrennt und zum Teil zusammengefasst dargestellt.

Antworten der Patienten

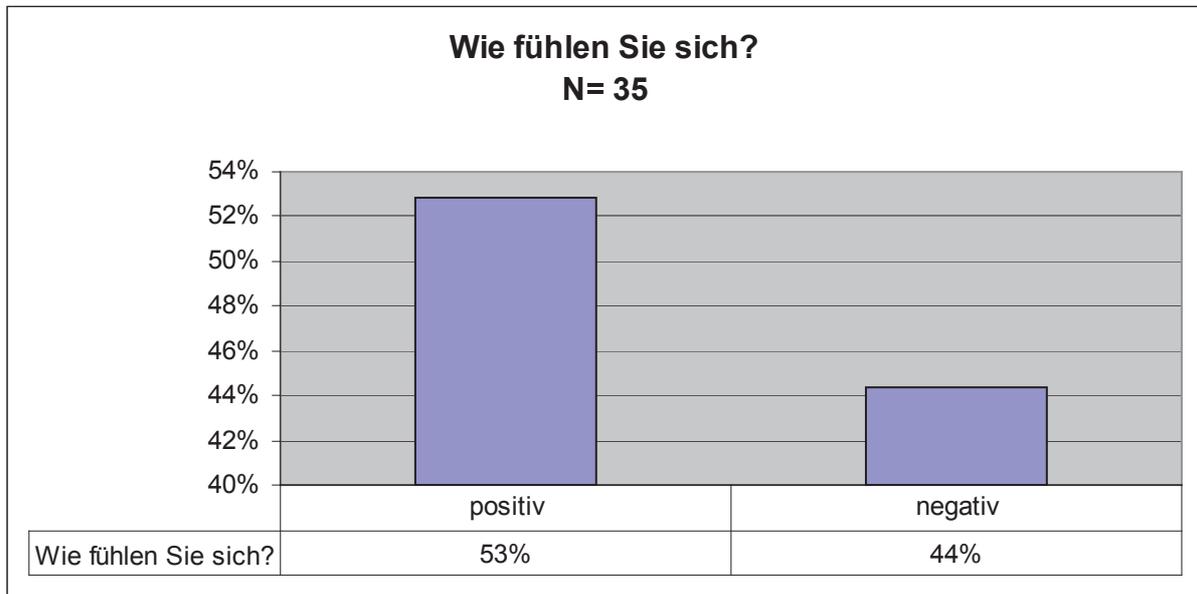


Abb. 161
Die Verteilung ist nicht signifikant (vgl. Kap. 3.1.1.2)

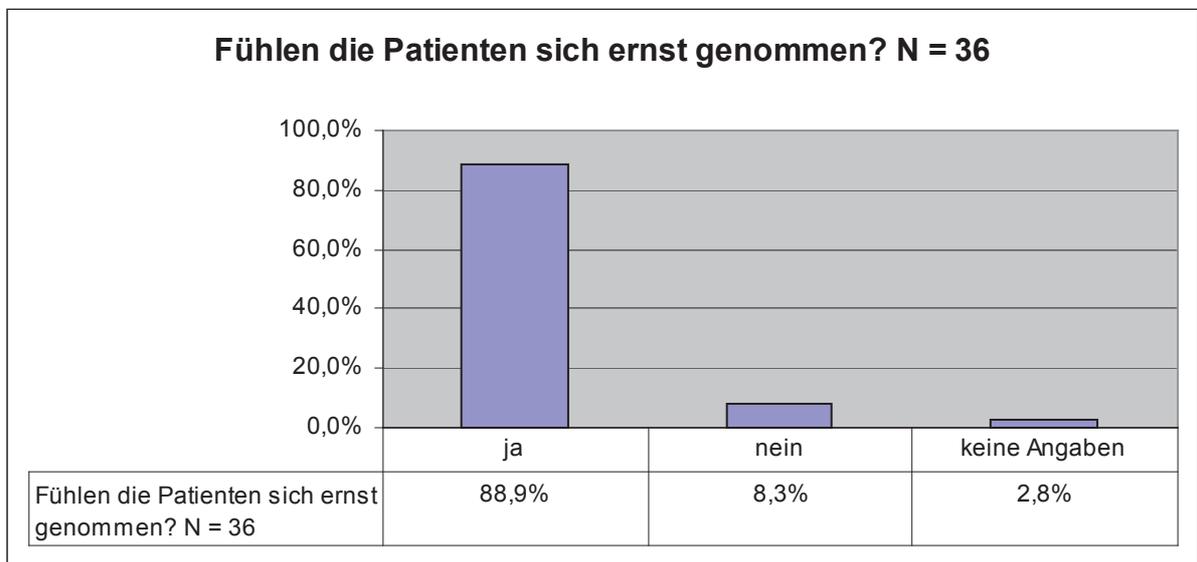


Abb. 162
Die Patienten fühlen sich (sehr) ernst genommen.
Die Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 35 gültigen Antworten, einem Chi-Quadrat von 24,029 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

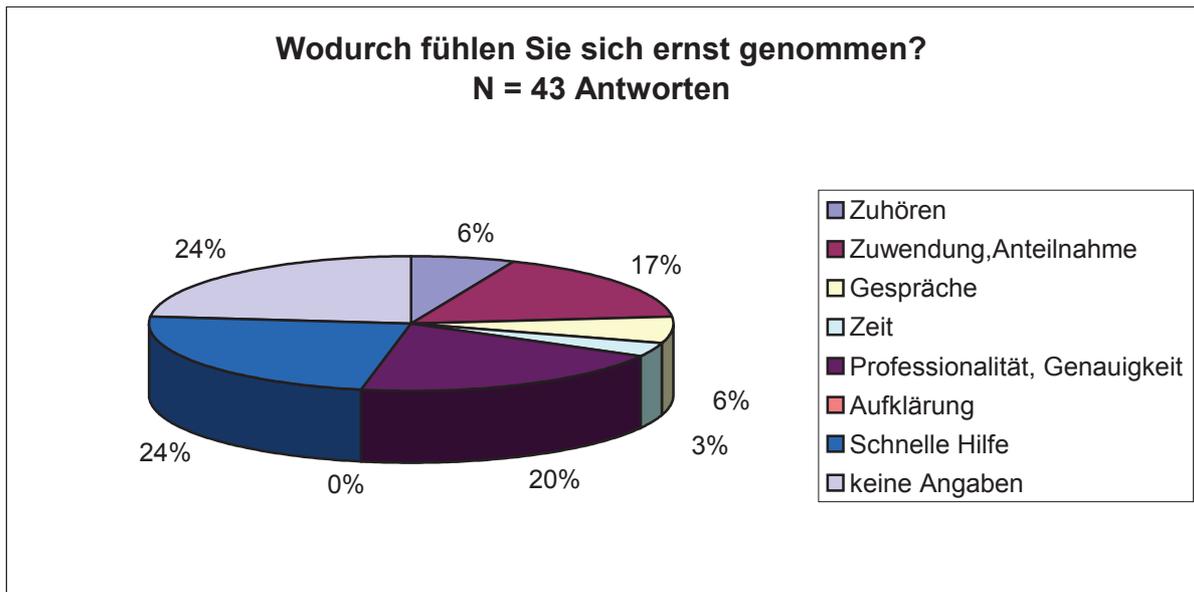


Abb. 163
Patienten fühlen sich vor allem durch schnelle Hilfe, Professionalität und Zuwendung ernst genommen.

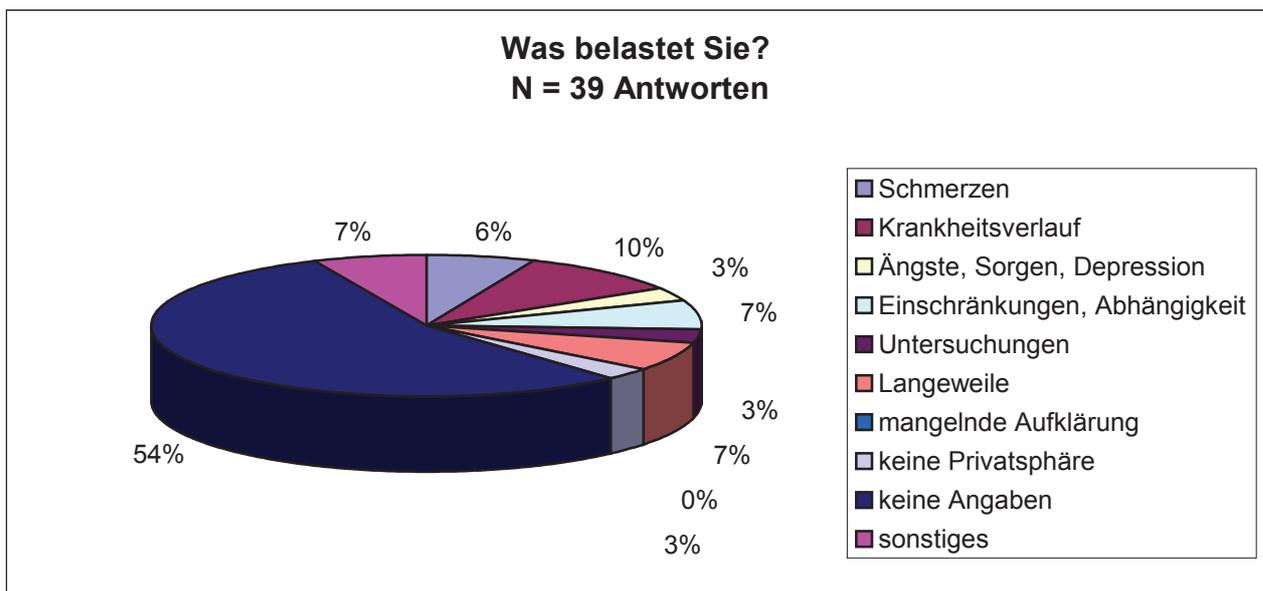


Abb. 164
Die aufgeführten Aspekte werden zu fast gleichen Anteilen von den Patienten genannt.

Die psychische Betreuung wurde folgendermaßen beurteilt:

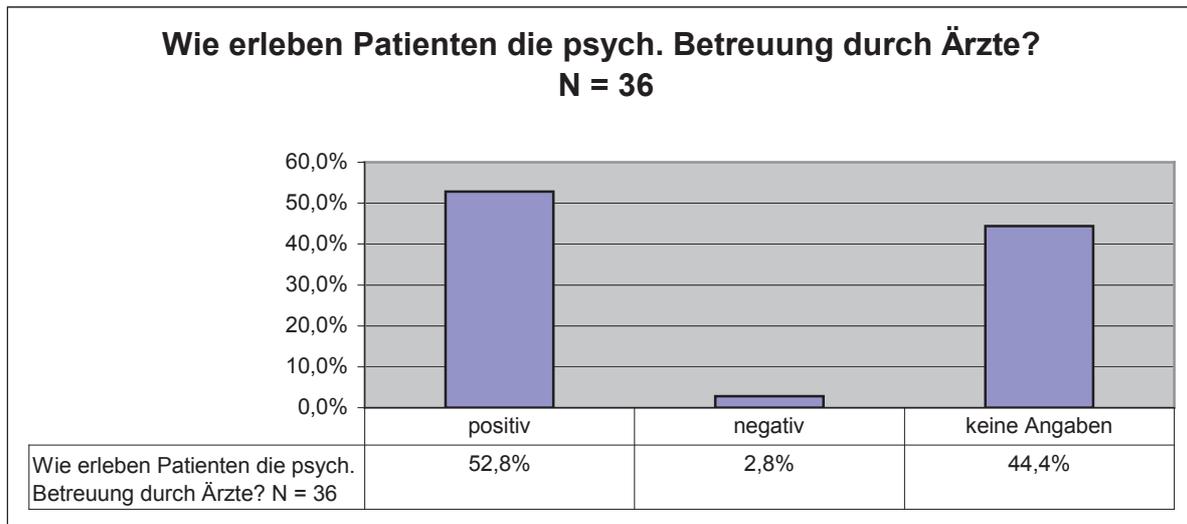


Abb. 165

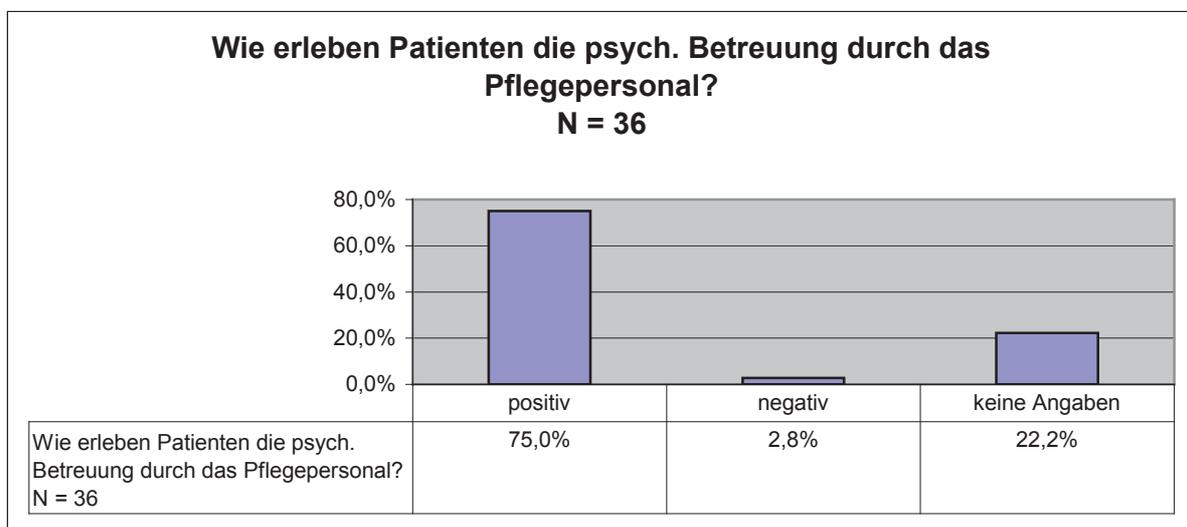


Abb. 166

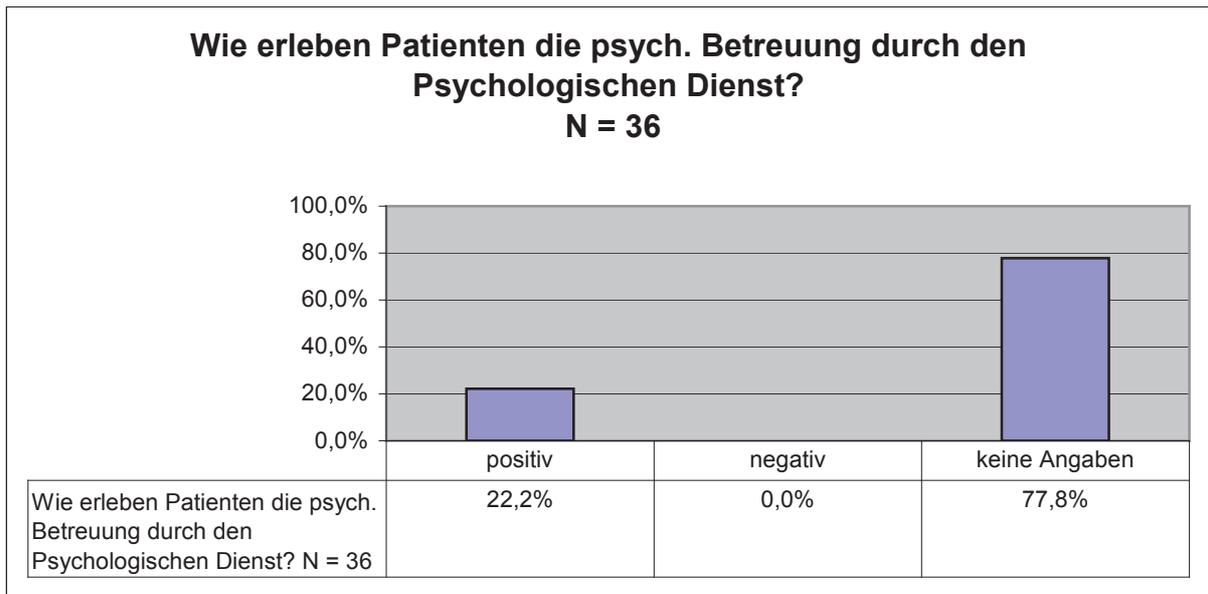


Abb. 167

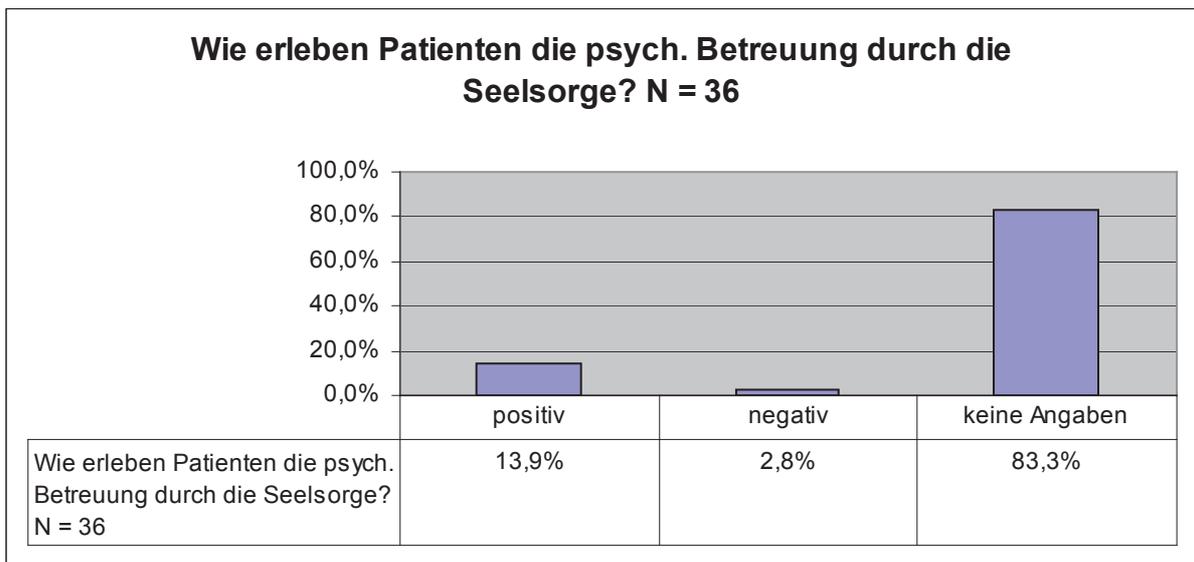


Abb. 168

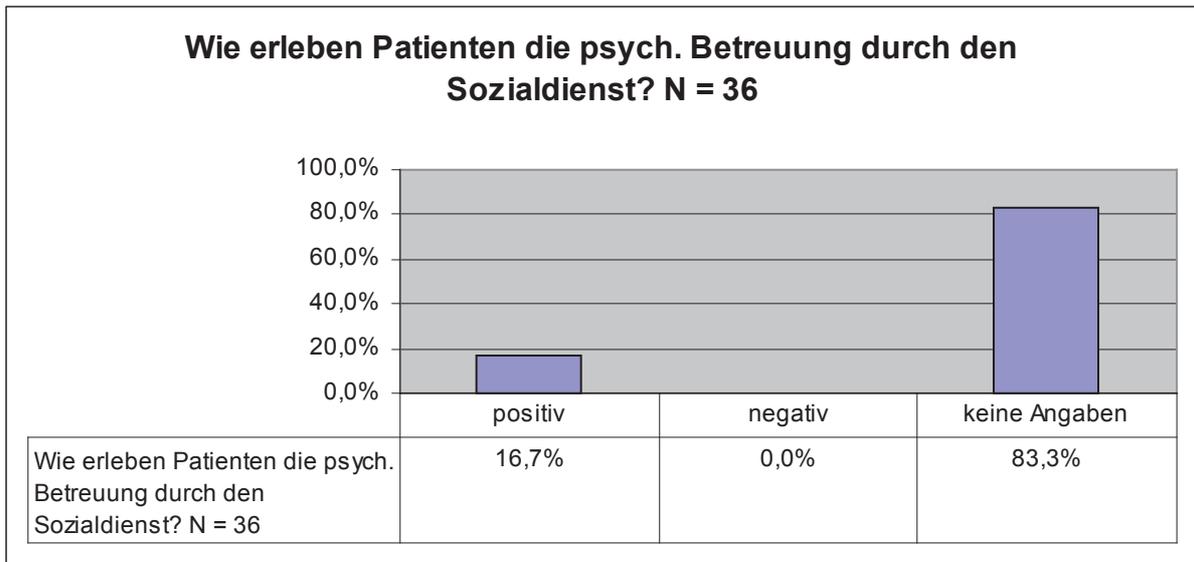


Abb. 169

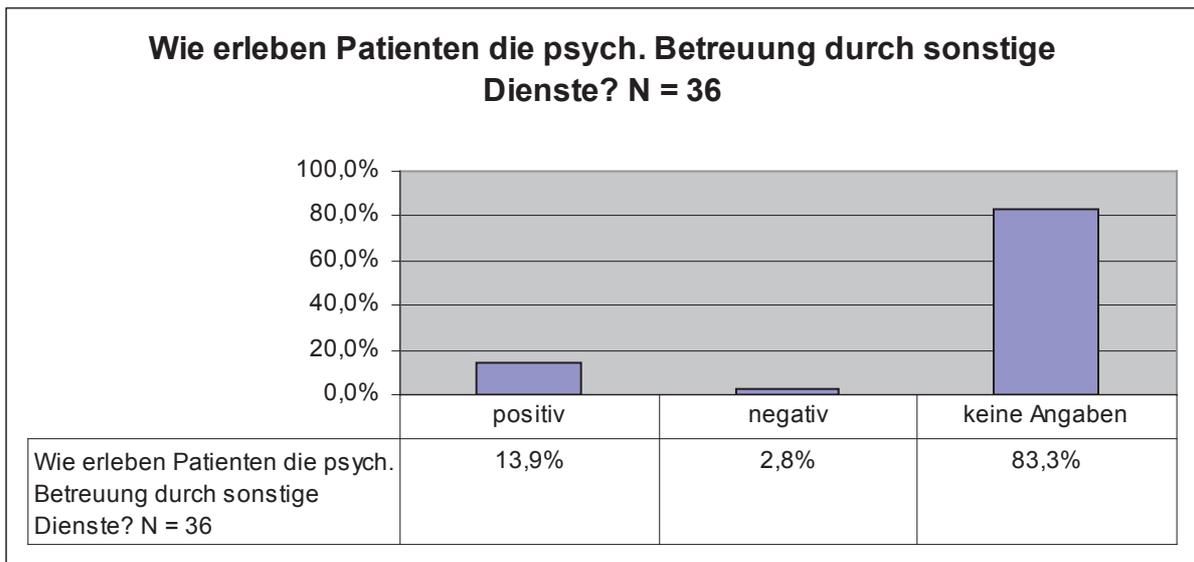


Abb. 170

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

Für den Psychologischen Dienst und den Sozialdienst ist kein Chi-Quadrat zu berechnen, da die Kategorie „negativ“ nicht besetzt wurde.

	Ärzte	Pflege	Seelsorge	Sonstige
Chi-Quadrat	16,200	24,143	2,667	2,667
df	1	1	1	1
N	20	28	6	6
Asymptotische Signifikanz	0,000	0,000	0,102	0,102

Abb. 171

Die psych. Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal wird signifikant positiv erlebt. Bei den Ärzten und noch mehr bei den anderen Berufsgruppen ist der Anteil „keine Angaben“ sehr hoch. Hierunter wurden die Antworten der Kategorie „keine psychische Betreuung“ sowie die Anzahl fehlender Antworten subsummiert.

Offensichtlich haben sehr viele Patienten die anderen Dienste nicht in Anspruch genommen. In bezug auf die Ärzte, (hier kann ein Kontakt zu allen Patienten vorausgesetzt werden) ist anzunehmen, dass die Patienten sich anscheinend nicht psychisch betreut fühlten.

Zur Verbesserung der psych. Betreuung wird folgendes vorgeschlagen:

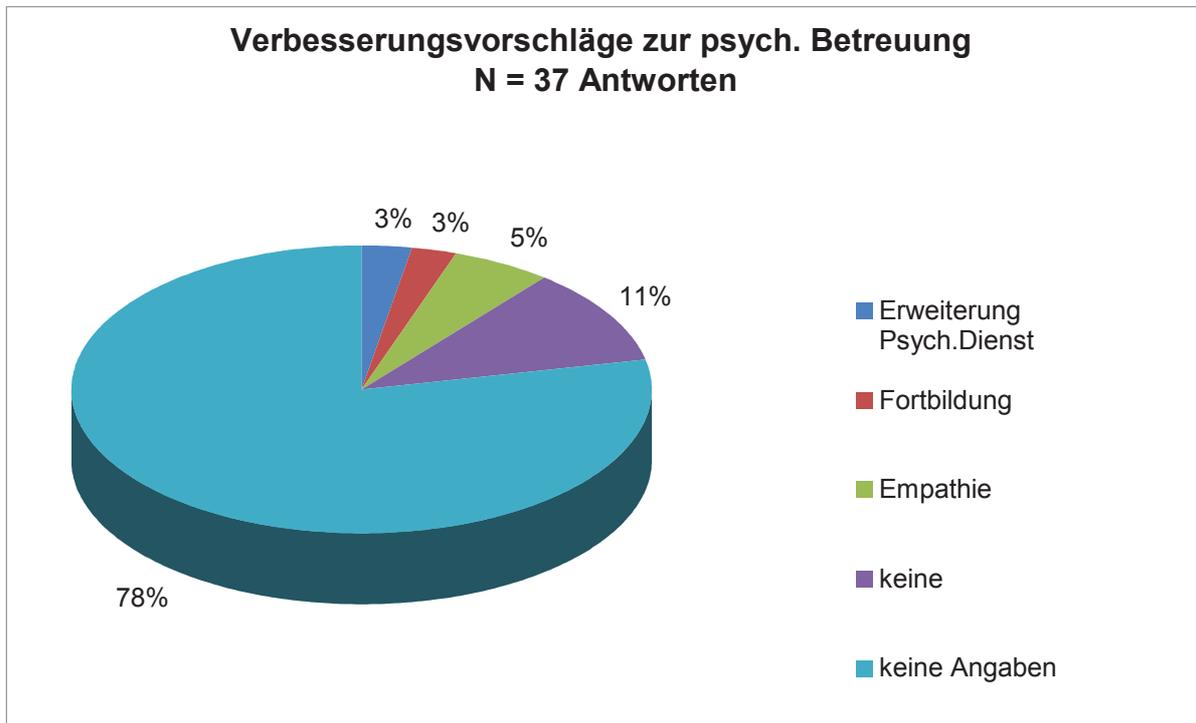


Abb. 172

Bei der Entlassung werden folgende Ängste und Sorgen angegeben:

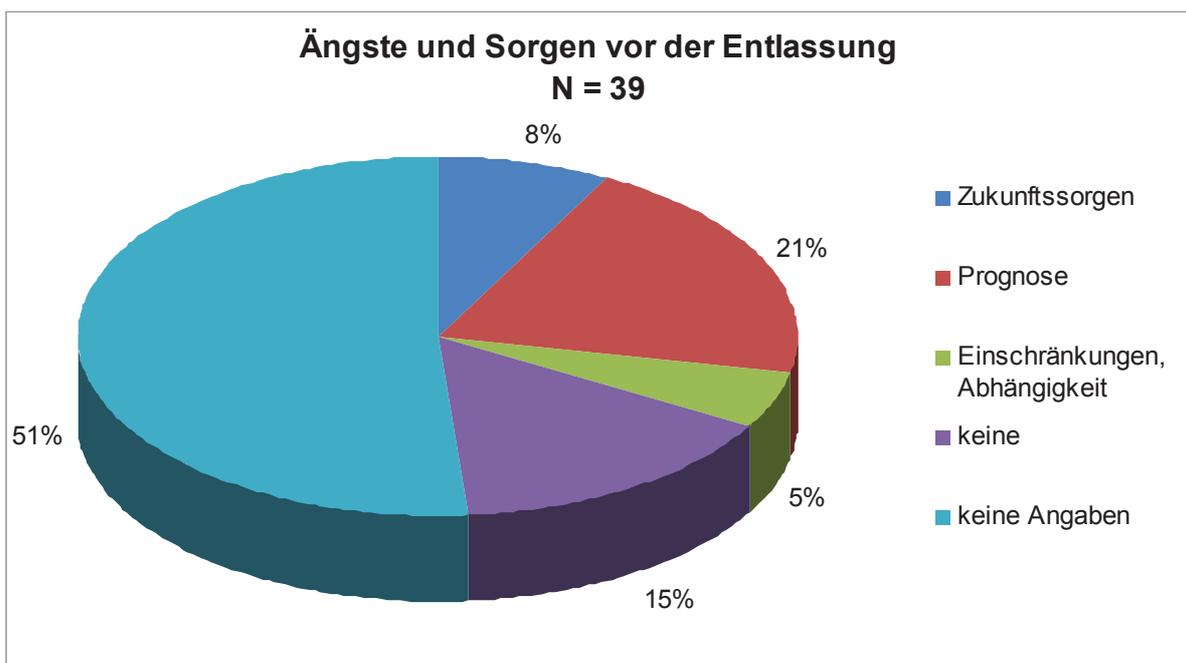


Abb. 173

Antworten der Patienten über Patienten

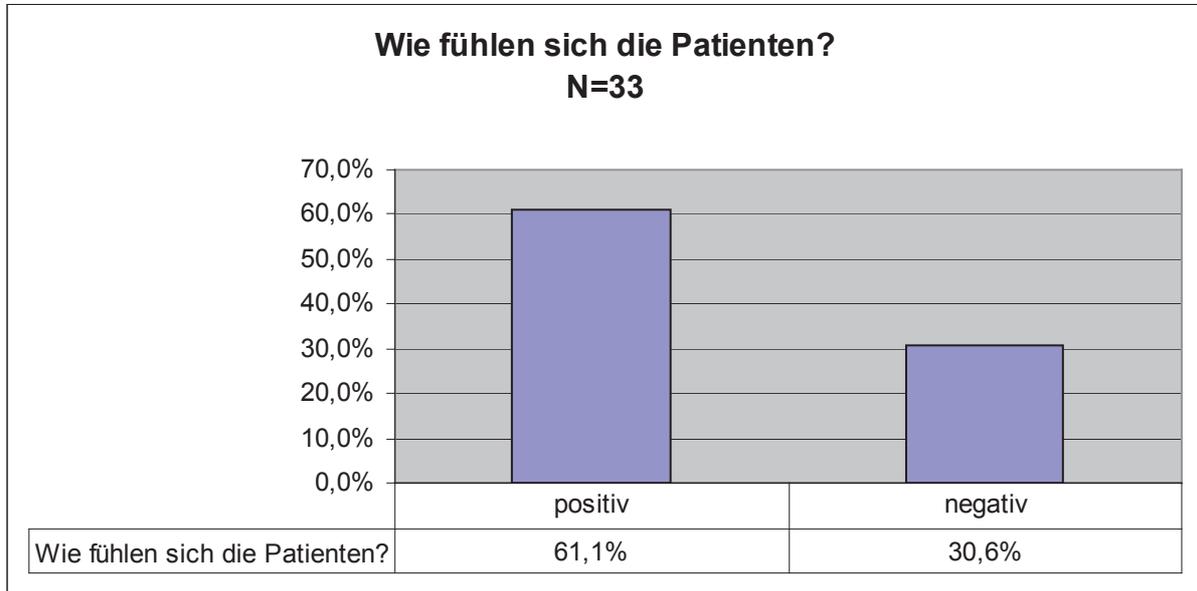


Abb. 174

Die Verteilung ist nicht signifikant (vgl. Kap. 3.1.1.2)

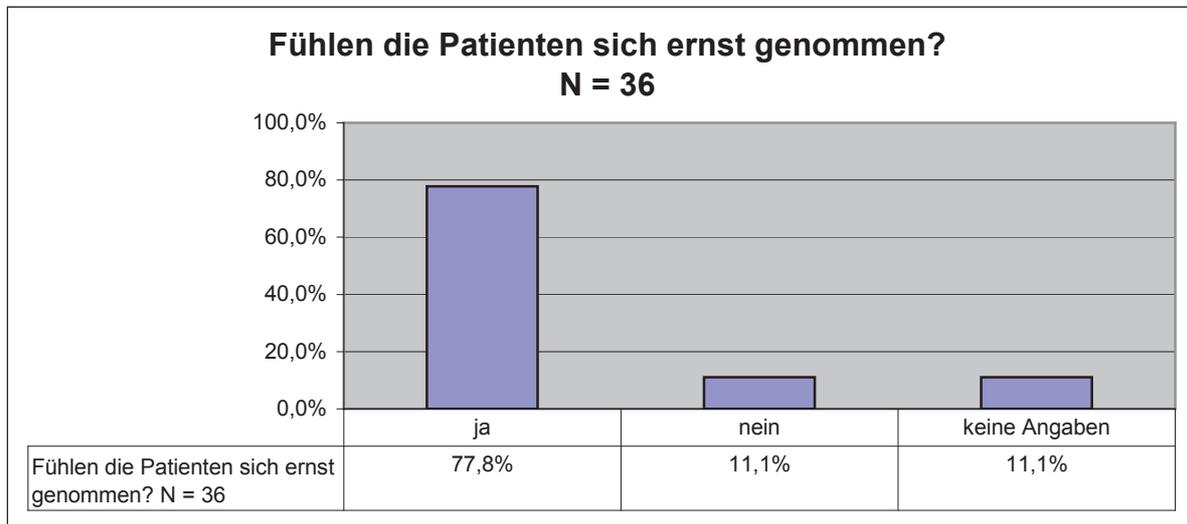


Abb. 175

Die Patienten über Patienten befragt geben an, dass diese sich ernst genommen fühlen. Diese Verteilung ist bei einer Anzahl von $N = 32$ gültigen Antworten, einem Chi-Quadrat von 18,09,25 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

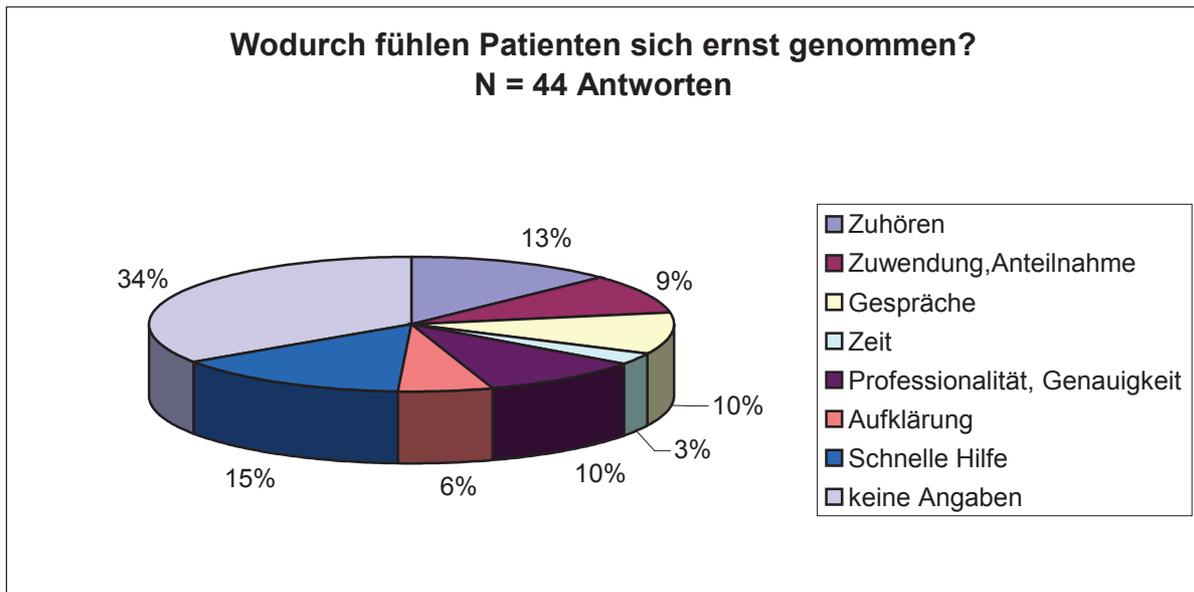


Abb. 176
Schnelle Hilfe und Zuhören zählen für die Patienten über andere Patienten befragt am meisten, um sich ernst genommen zu fühlen.

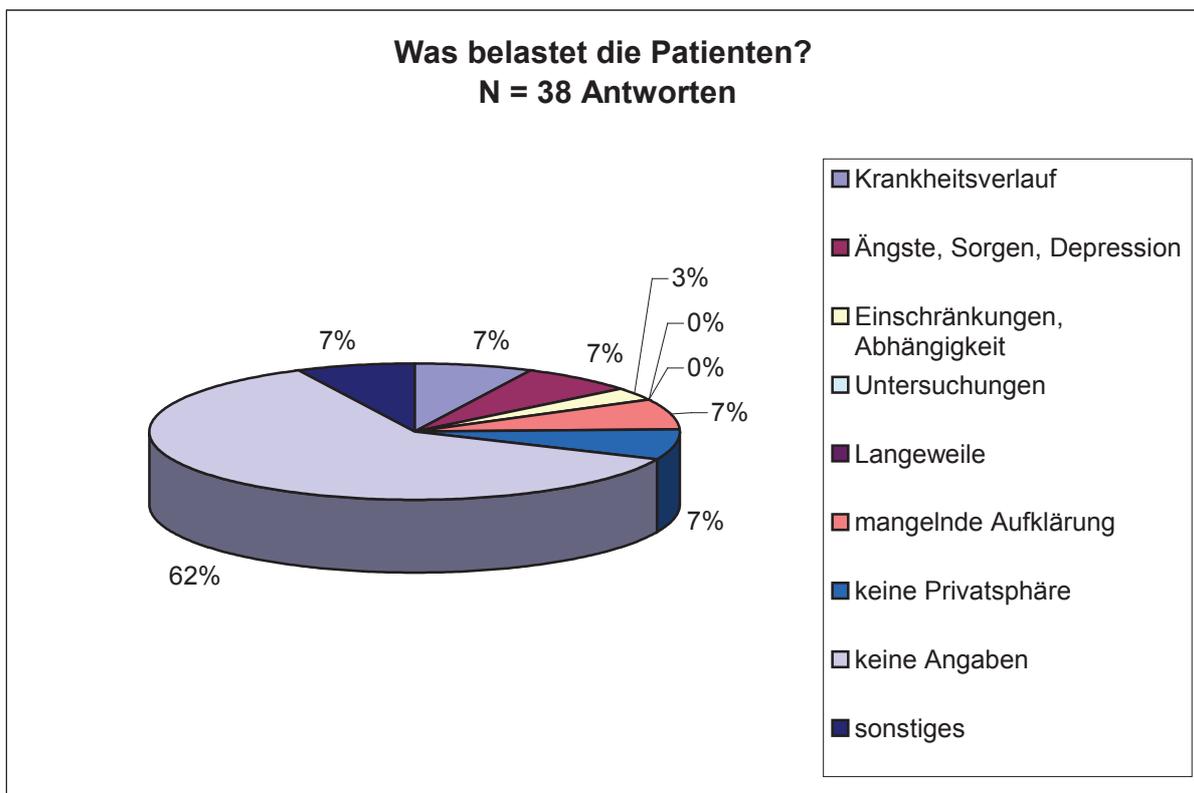


Abb. 177
Untersuchungen und Langeweile belasten aus Sicht der Patienten andere Patienten nicht.

Die psychische Betreuung wurde folgendermaßen beurteilt:

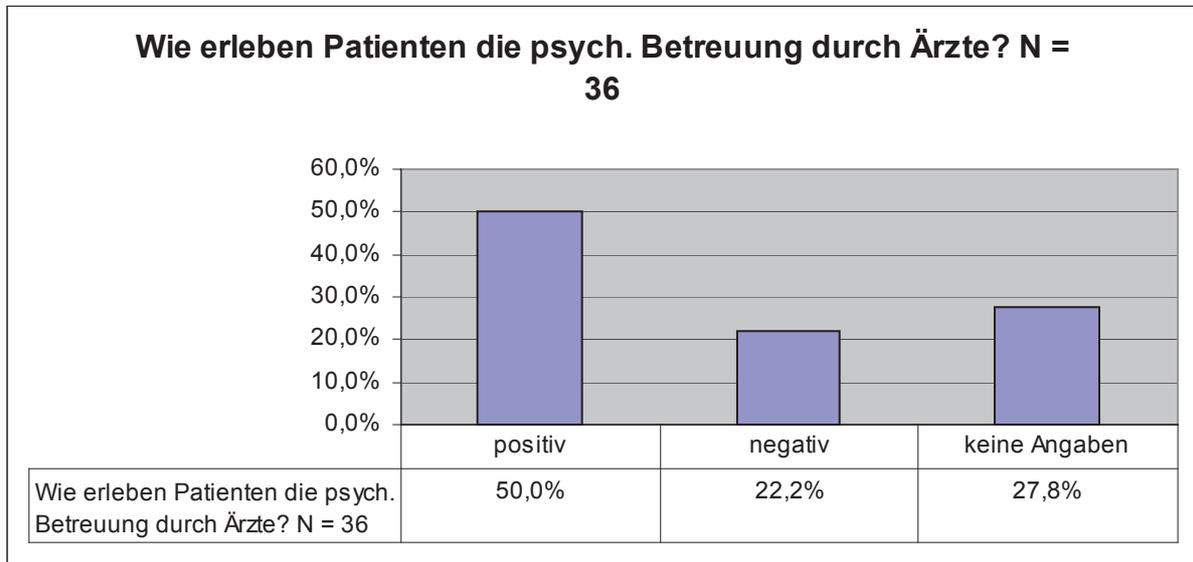


Abb. 178

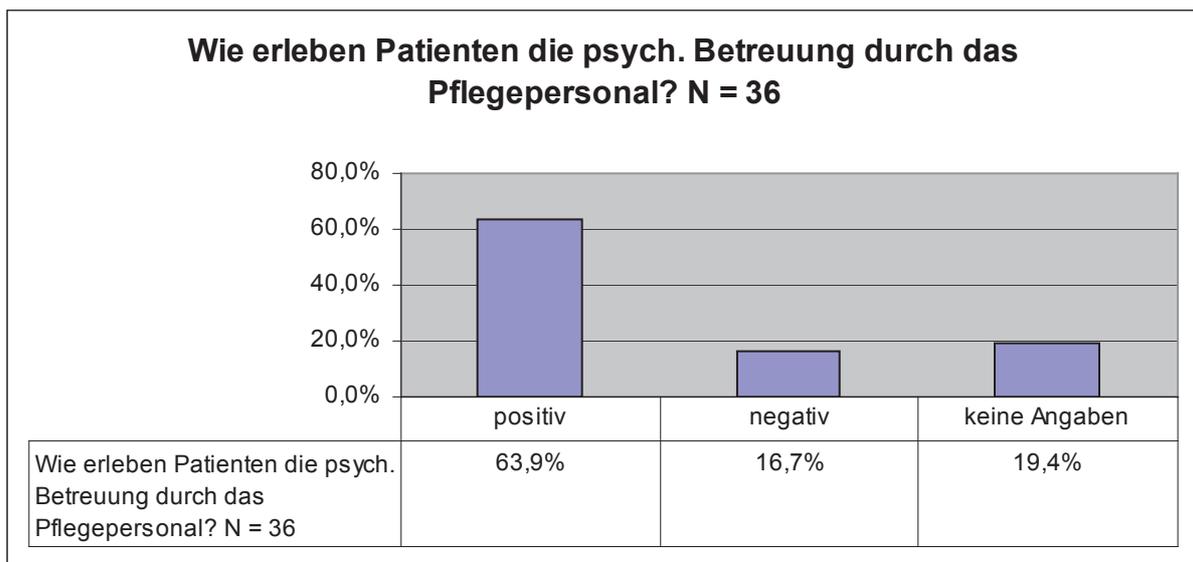


Abb. 179

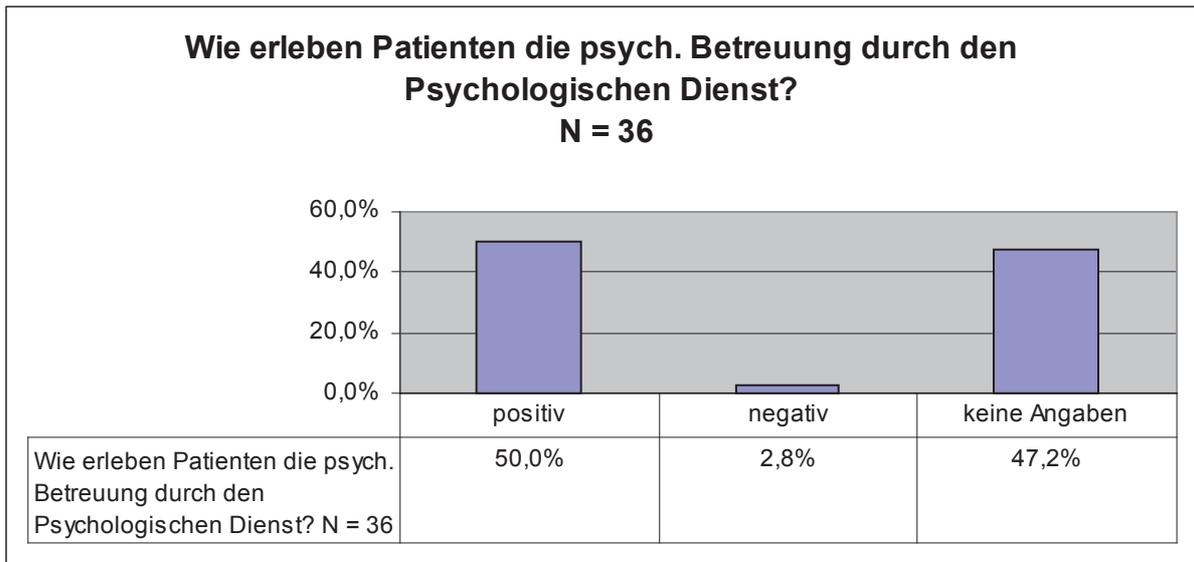


Abb. 180

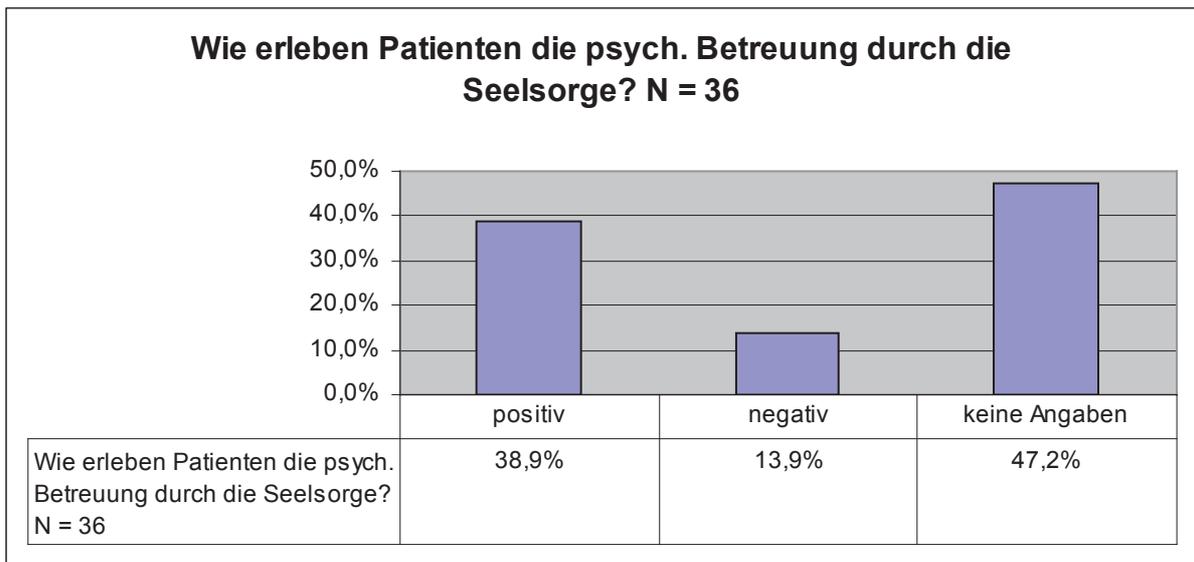


Abb. 181

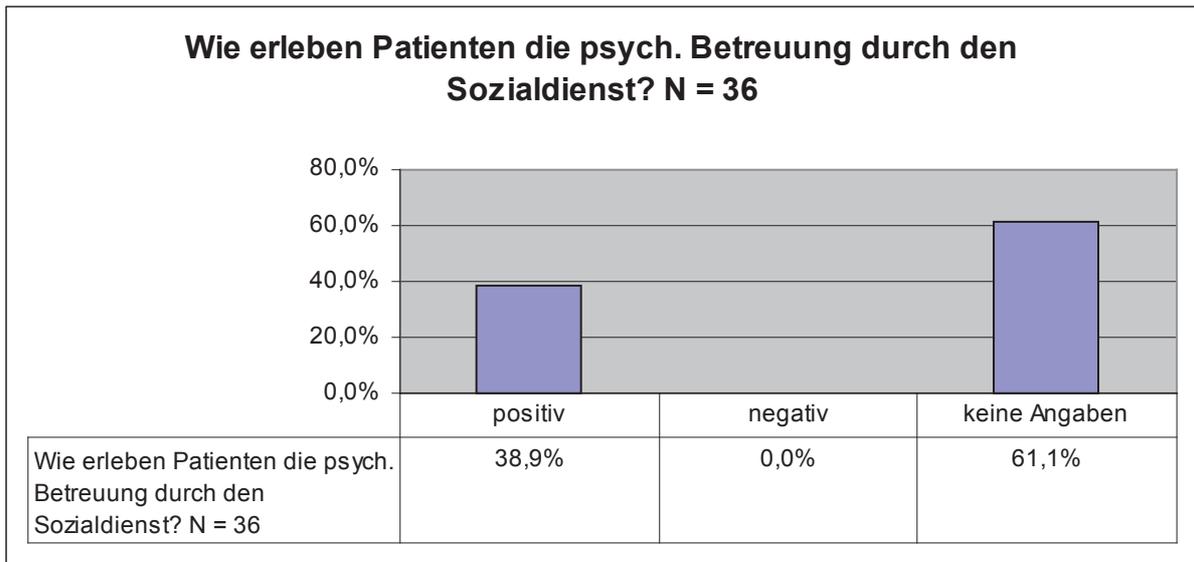


Abb. 182

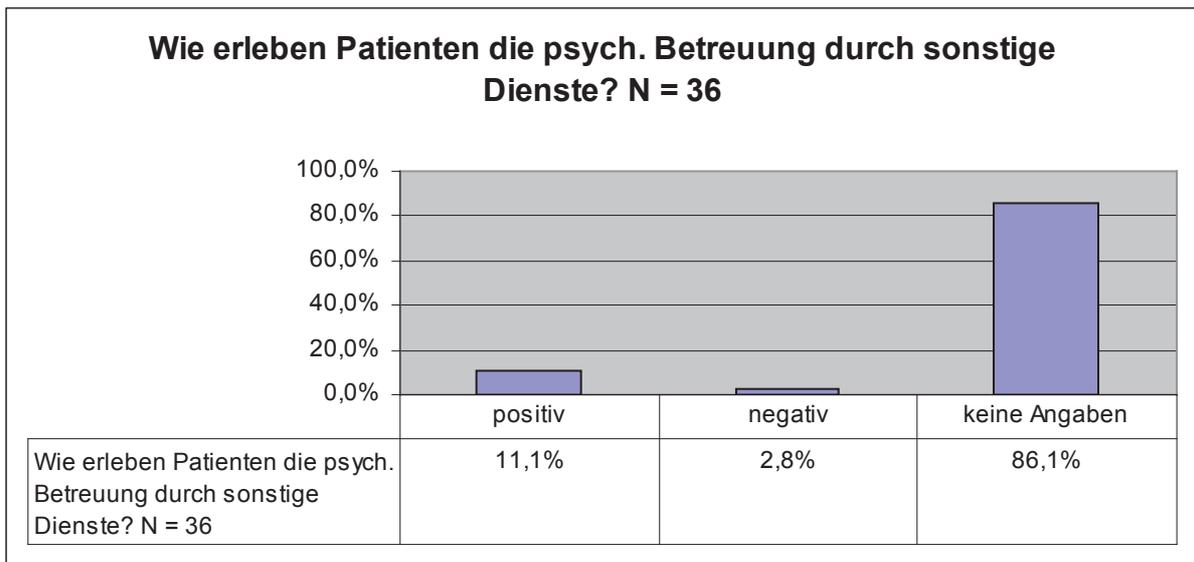


Abb. 183

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

Für den Sozialdienst wurde aufgrund der unbesetzten Kategorie „negativ“ kein Chi-Quadrat-Test berechnet.

	Ärzte	Pflege	Psychologischer Dienst	Seelsorge	Sonstige Dienste
Chi-Quadrat	3,846	9,966	15,211	4,263	1,800
df	1	1	1	1	1
N	26	29	19	19	5
Asymptotische Signifikanz	0,050	0,002	0,000	0,039	0,180

Abb. 184

Die Patienten beurteilen die psychische Betreuung anderer Patienten signifikant positiv, außer bzgl. der sonstigen Dienste. Wie in der Patientenstichprobe ist der Anteil keiner Angaben sehr hoch.

Zur Verbesserung der psych. Betreuung wird folgendes vorgeschlagen:

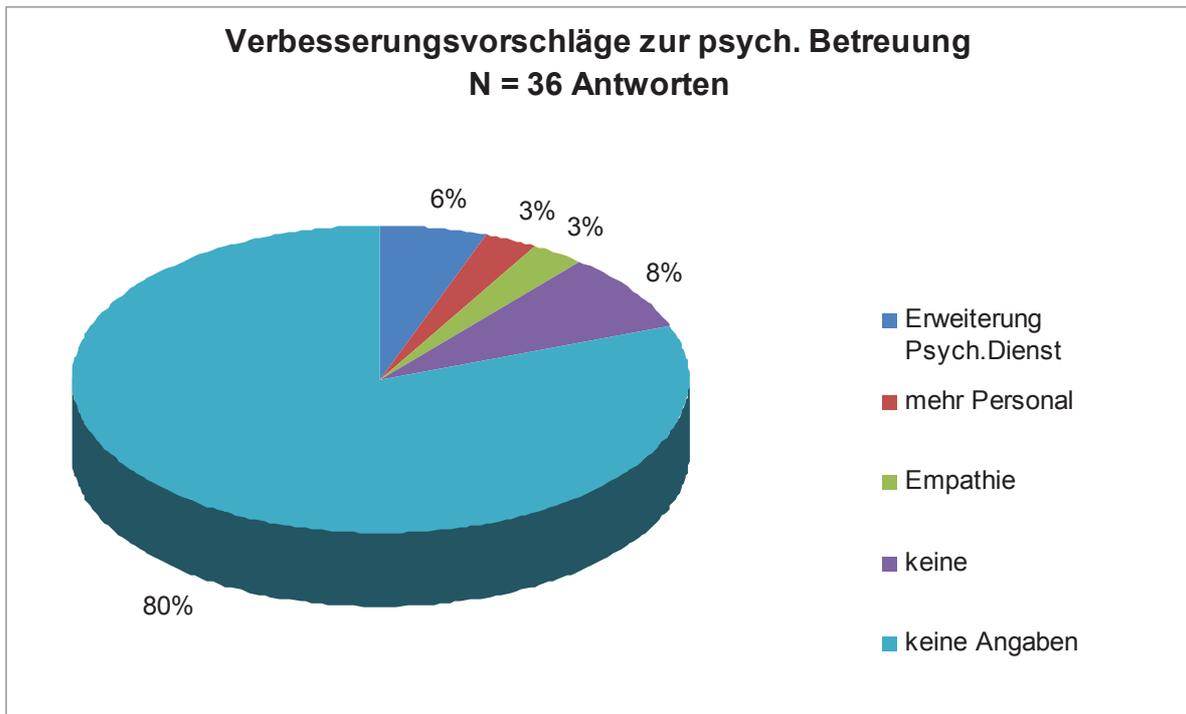


Abb. 185

Bei der Entlassung werden folgende Ängste und Sorgen angegeben:

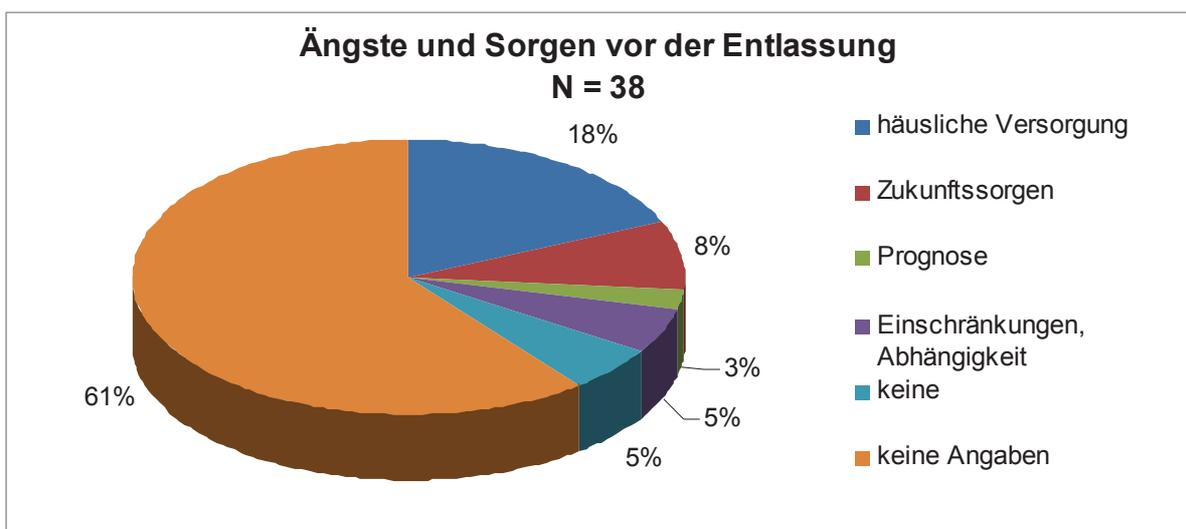


Abb. 186

Antworten der Mitarbeiter

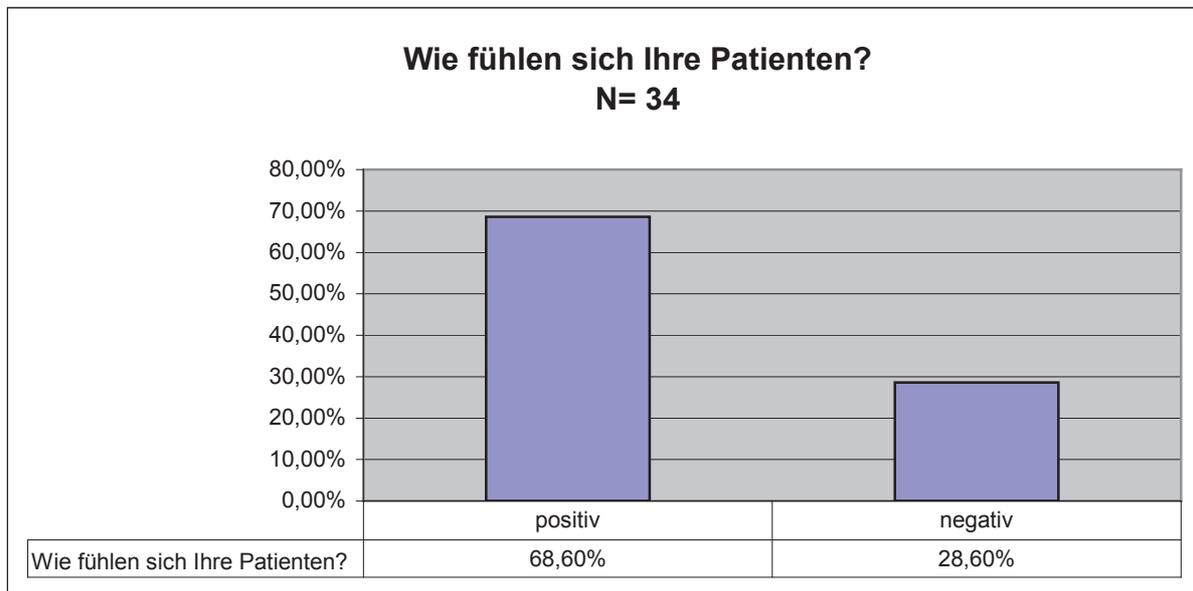


Abb. 187
Die Verteilung ist nicht signifikant. (vgl. Kap. 3.1.1.2)

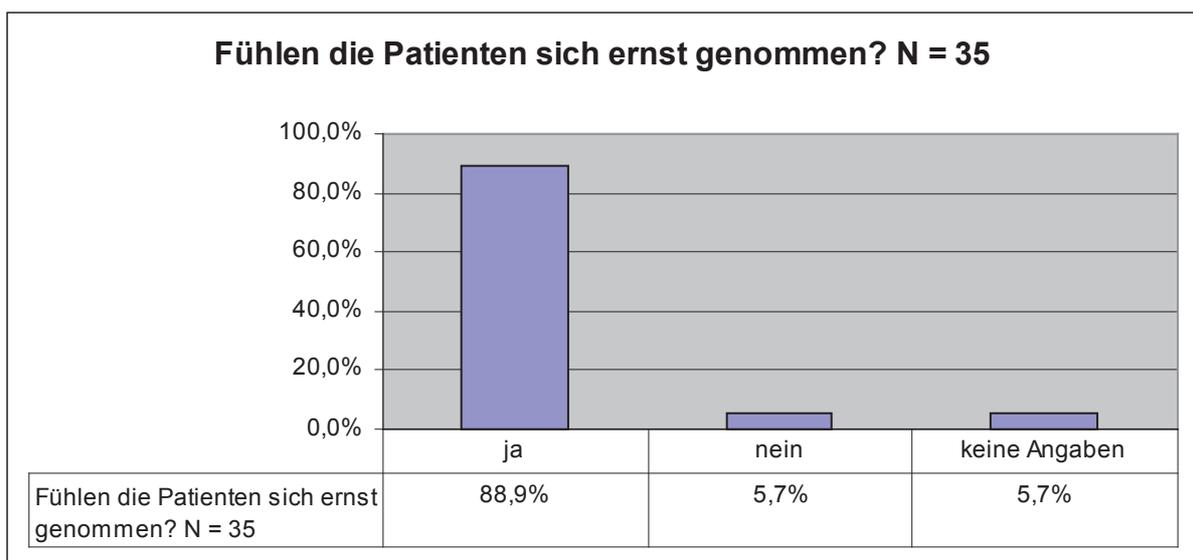


Abb. 188
Die Mitarbeiter geben an, dass sich die Patienten ernst genommen fühlen. Diese Verteilung ist bei einer Anzahl von N = 33 gültigen Fällen, einem Chi-Quadrat von 25,485 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,00$ hoch signifikant.

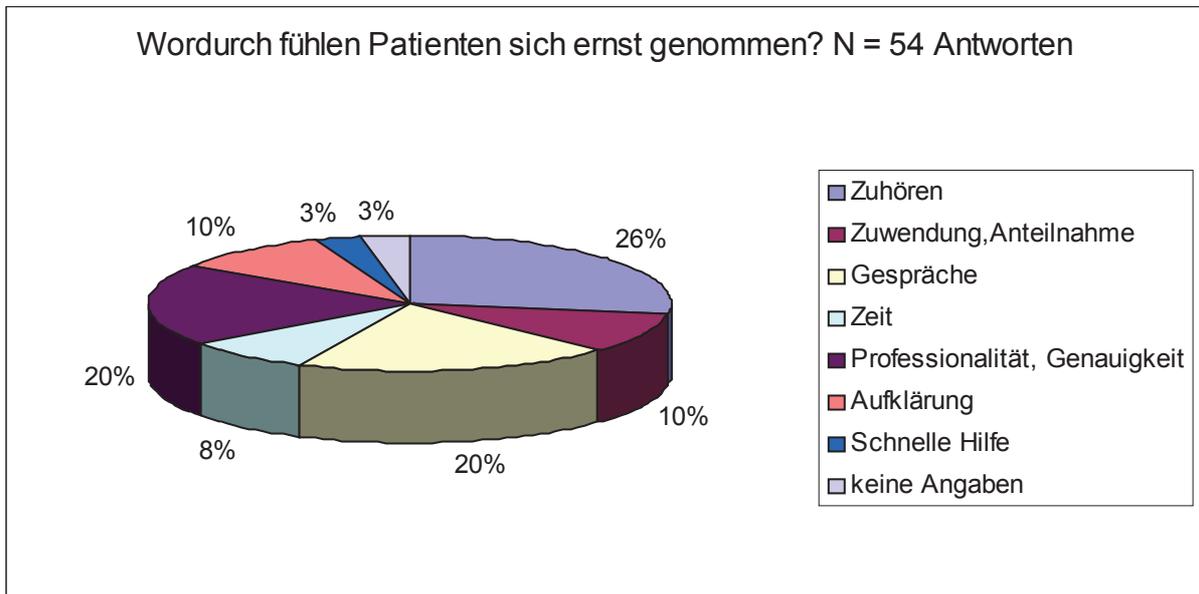


Abb. 189
 Für Mitarbeiter sind Zuhören, Gespräche am wichtigsten, damit Patienten sich ernst genommen fühlen.

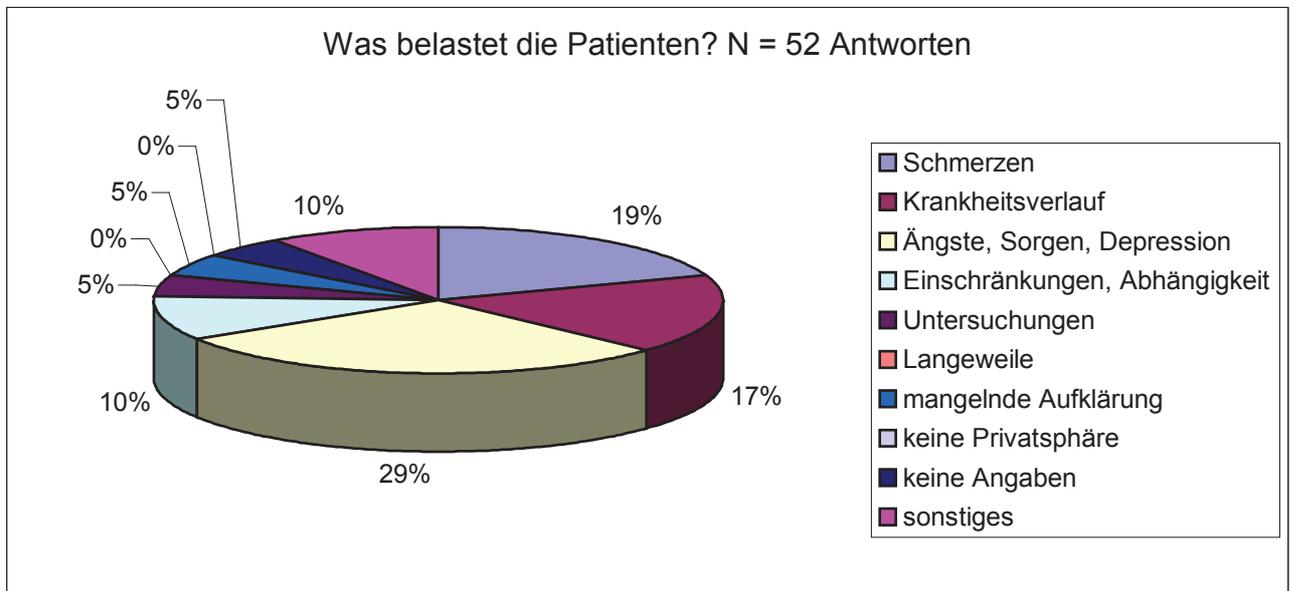


Abb. 190
 Mitarbeiter glauben, dass in erste Linie Ängste, Sorgen und Schmerzen die Patienten belasten.

Die psychische Betreuung wurde folgendermaßen beurteilt:

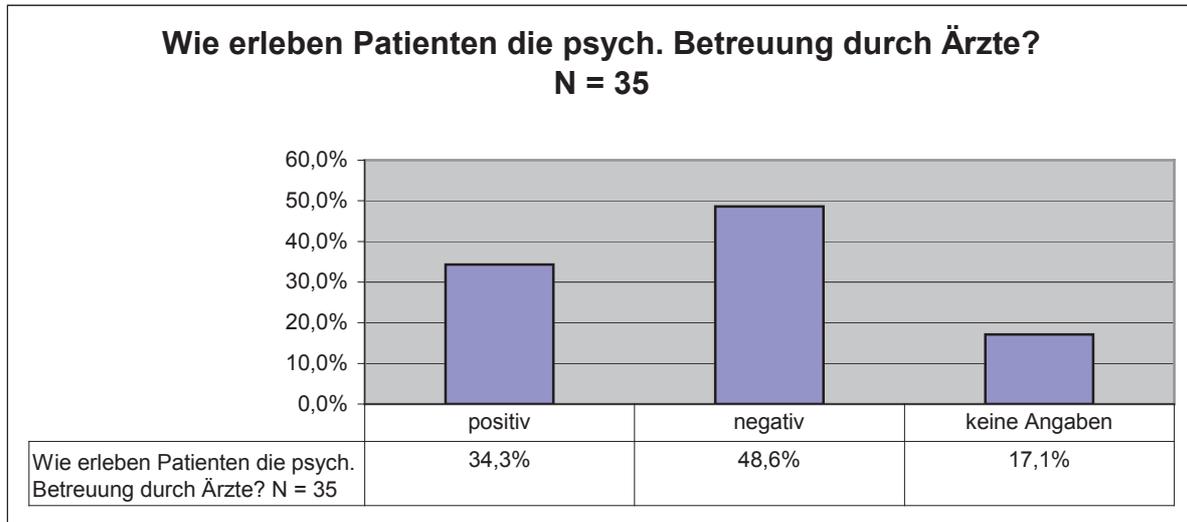


Abb. 191

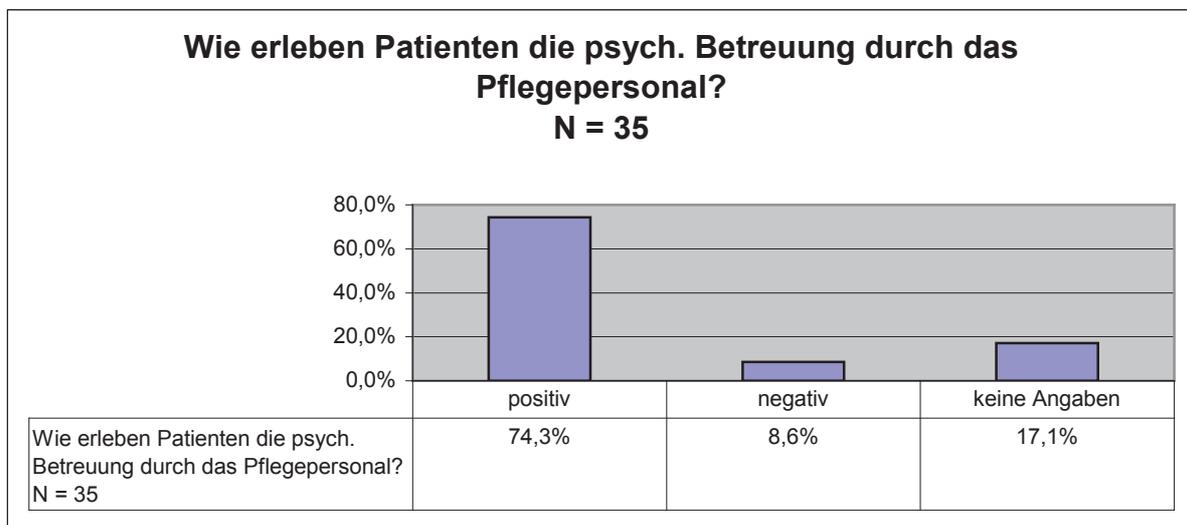


Abb. 192

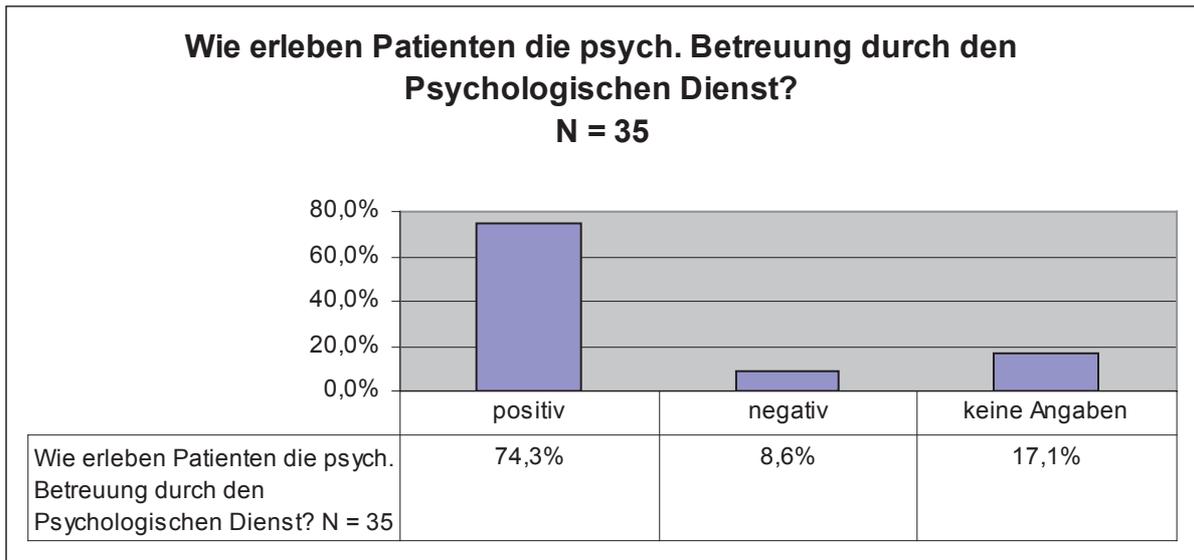


Abb. 193

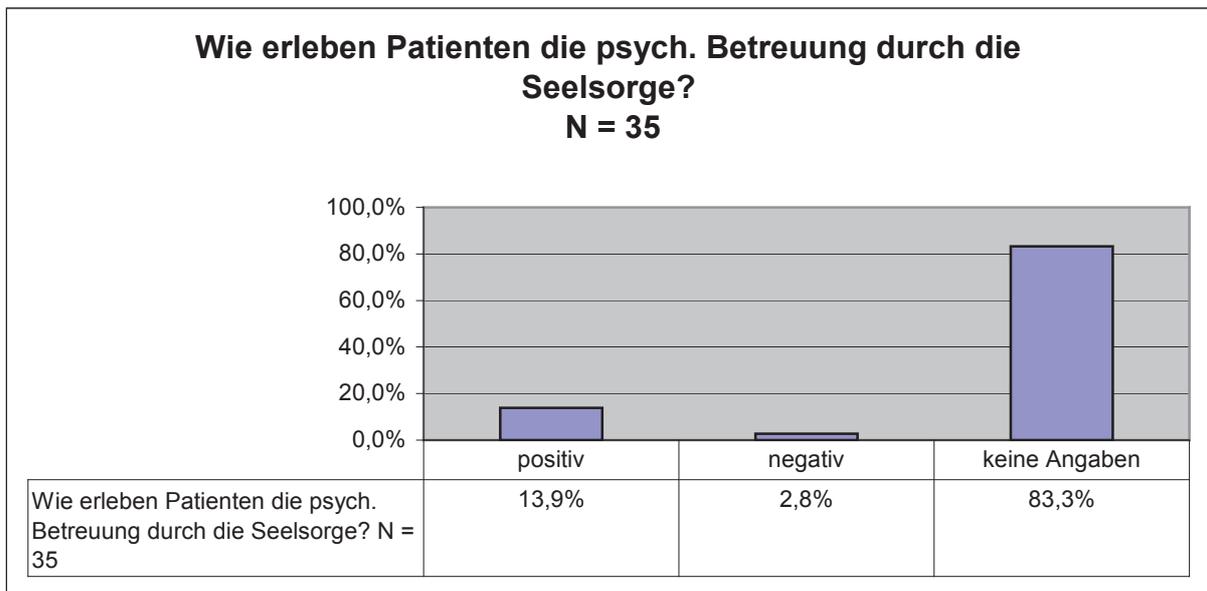


Abb. 194

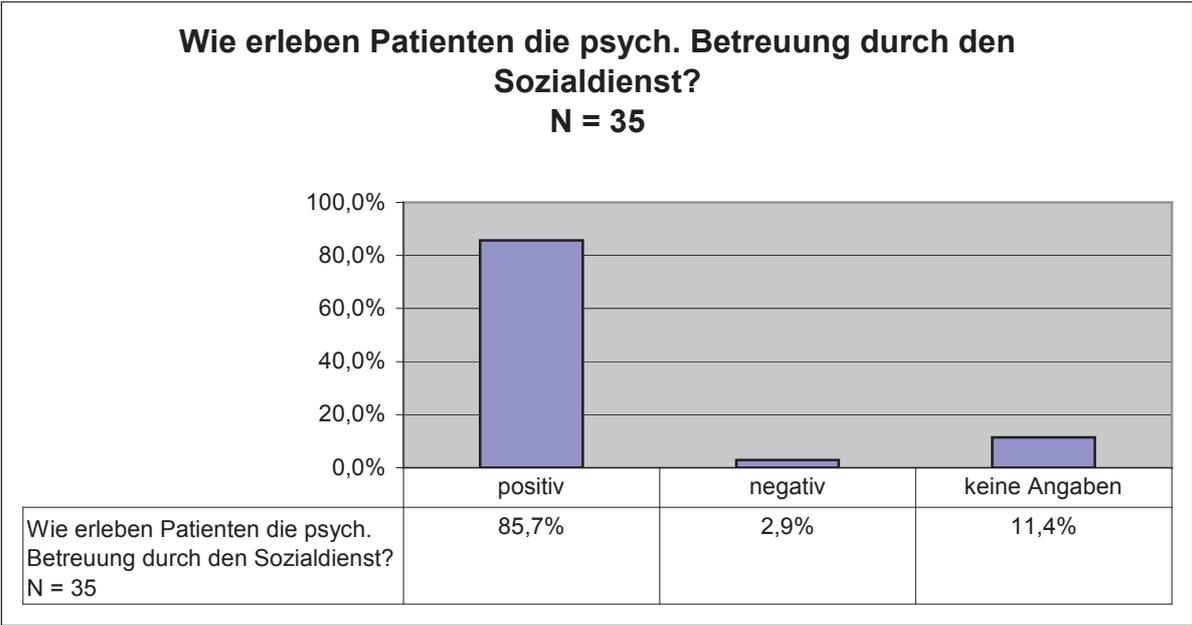


Abb. 195

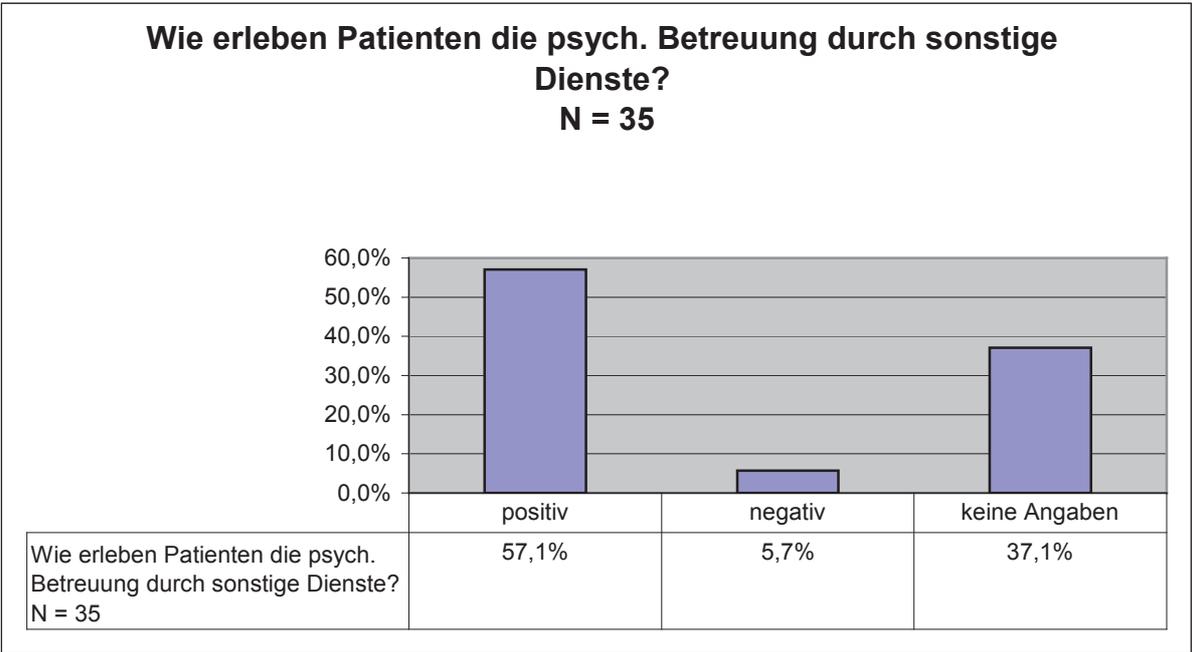


Abb. 196

Ergebnis der Signifikanzprüfung:

	Ärzte	Pflege	Psycholo- gischer Dienst	Seelsorge	Sozialdienst	Sonstige Dienste
Chi-Quadrat	0,862	18,241	18,241	16,333	27,129	14,727
df	1	1	1	1	1	1
N	29	29	29	27	31	22
Asymptotische Signifikanz	0,353	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Abb. 197

Die Mitarbeiter beurteilen die psychische Betreuung der Patienten signifikant positiv mit Ausnahme der Betreuung durch die Ärzte. Hier findet sich eine in etwa gleich große Gruppe, die die Betreuung für weniger gut hält.

Zur Verbesserung der psych. Betreuung wird folgendes vorgeschlagen:

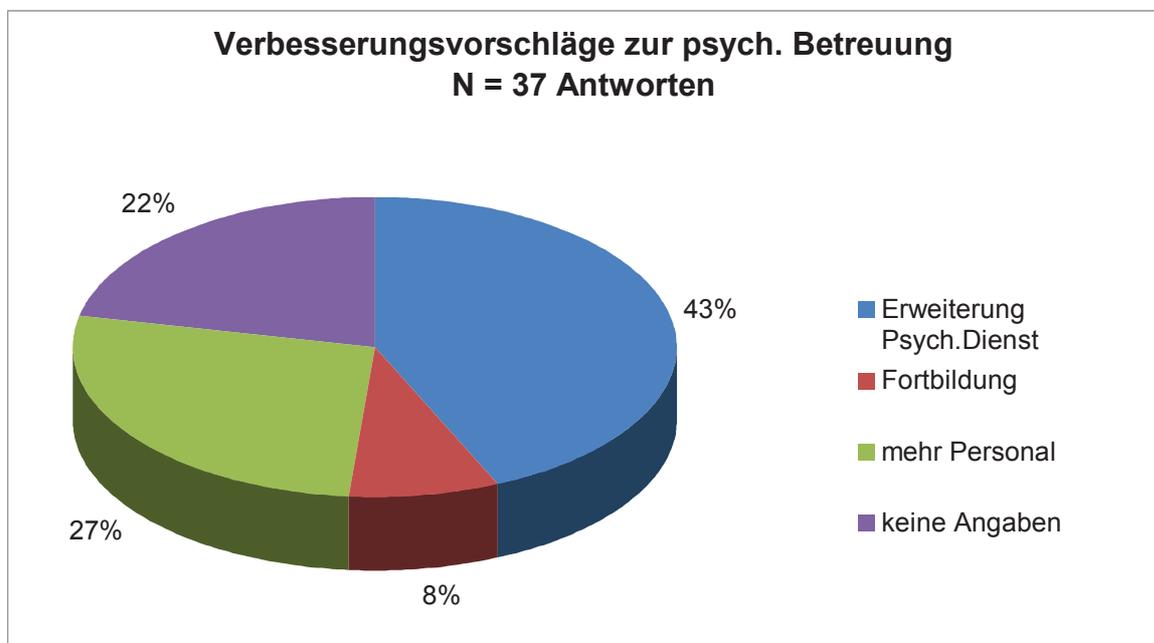


Abb. 198

Die Mitarbeiter vermuten folgende Ängste und Sorgen bei Entlassung:

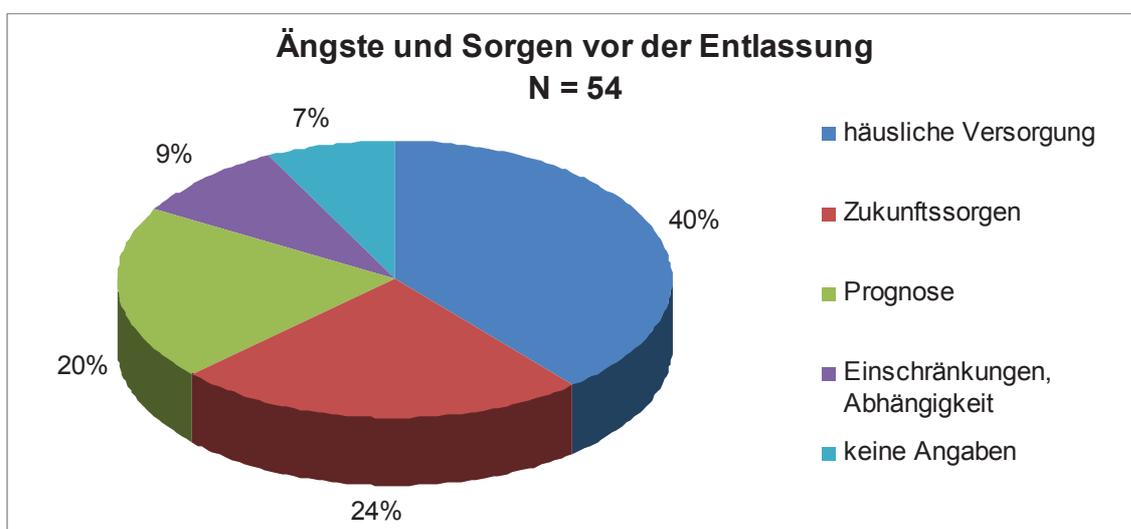


Abb. 199

3.1.8.3. Zusammenfassung

In allen drei Stichproben wird angegeben, dass die Patienten sich eher wohl und ernst genommen fühlen.

Dies wird übereinstimmend vor allem vermittelt durch schnelle Hilfe, Zuhören und Gespräche sowie Professionalität.

Belastungsfaktoren sind Schmerzen, der Krankheitsverlauf, Ängste, Sorgen, sich abhängig und eingeschränkt fühlen sowie die Untersuchungen.

Die psychische Betreuung wird in allen drei Stichprobengruppen als positiv beschrieben. Eine Ausnahme bildet die weniger positive Beurteilung der psychischen Betreuung durch Ärzte in der Gruppe der Mitarbeiter. Dementsprechend gab es vor allem in den beiden Patientengruppen nur relativ wenige Verbesserungsvorschläge. Mehr Personal wünschen sich alle drei Gruppen, eine Erweiterung des psychologischen Dienstes die Mitarbeiter. Ansonsten schlagen alle Fortbildung und Empathie vor.

Berücksichtigt werden muss der hohe Anteil von „keinen Angaben“, der – wie die Verteilung der ursprünglichen Variablen zeigt (s. Datenträger) - insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass diese Frage gar nicht beantwortet wurde, obwohl es eine Kategorie „keine psychische Betreuung“ gab. Dieser Umstand ist an dieser Stelle nicht befriedigend zu erklären.

Zu Ängsten und Sorgen bei der Entlassung befragt geben die drei Gruppen interessante unterschiedliche Meinungen:

	PAT	PüP	MA
Anzahl der Antworten	39	38	54
häusliche Versorgung		18%	39%
Zukunftssorgen	8%	8%	24%
Prognose	21%	3%	20%
Einschränkungen, Abhängigkeit	5%	5%	9%
keine	15%	5%	0%
keine Angaben	51%	61%	7%

Abb. 200

Die häusliche Versorgung - von den Mitarbeitern am häufigsten genannt – wird von den Patienten gar nicht erwähnt. Auch die Zukunftssorgen werden von den Mitarbeitern stärker eingeschätzt. Krankheitsprognose und Einschränkungen werden ähnlich oft genannt. Immerhin (oder nur?) 15 % aller Antworten lautet bei den Patienten „keine Sorgen und Ängste“.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Krankenhausaufenthalt sehr wohl belastende Faktoren mit sich bringt. Die Patienten fühlen sich in dieser Situation dennoch wohl und ernstgenommen bzgl. ihrer Beschwerden. Sie fühlen sich überwiegend psychisch gut betreut und geben eher wenige Ängste und Sorgen in Zusammenhang mit ihrer Entlassung an. **Daher bedeutet der Krankenhausaufenthalt eher keinen emotionalen Stress.**

3.1.9. Ergebnisse zu Hypothese 9

Patienten bewerten ihre eigene Situation weniger kritisch als die von anderen Patienten.

3.1.9.1. Variablenübersicht

Bei der Überprüfung dieser Hypothese wurden die Ergebnisse in den beiden Patientenstichproben (Pat und PüP) miteinander verglichen. Dabei wurden folgende (vereinfacht formulierte) Variablen überprüft:

- 2.1 Wie fühlen Sie sich?
- 2.3 Fühlen Sie sich bzgl. Ihrer Beschwerden ernst genommen?
- 2.5 Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?
- 4.3 Wie finden Sie die Ausstattung Ihres jetzigen Zimmers?
- 4.4 Wie finden Sie die Ausstattung der Station insgesamt?
- 5.3 Wie haben Sie die Aufnahmesituation insgesamt erlebt?
- 5.6 Wie waren die Wartezeiten bei der Aufnahme?
- 5.8 Wie wurden Sie bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?
- 5.9 Wie wurden Sie bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?
- 5.10 Wie wurden Sie bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?
- 5.11 Wie wurden Sie bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf informiert?
- 5.12 Wie haben Sie sich zurechtgefunden?
- 6.1 Wie stark belastet Sie der KH-Aufenthalt in Ihrem Befinden?
- 6.3 Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?

- 6.5a Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch die Ärzte?
- 6.5b Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch das Pflegepersonal?
- 6.5c Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Psychologischen Dienst??
- 6.5d Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch die Seelsorge?
- 6.5e Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Sozialdienst?
- 6.5f Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch sonstige Dienste?
- 6.10 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zeit, die man Ihnen widmet?
- 6.12 Hatten Sie genügend Ruhe?
- 6.13 Fühlten Sie sich auch in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt??
- 6.14 Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung anbringen?
- 6.15 Fühlten Sie sich in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?
- 6.16 Wie beurteilen Sie die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?
- 6.21 Hat man sie nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?
- 6.23a Wie gut konnten die Ärzte mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 6.23b Wie gut konnte das Pflegepersonal mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 6.23c Wie gut konnte der Psychologische Dienst mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 6.23d Wie gut konnte die Seelsorge mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 6.23e Wie gut konnte der Sozialdienst mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 6.23f Wie gut konnten sonstige Dienste mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?
- 7.2 Falls Entlassung vorgesehen Wie erleben Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung?
- 7.3 Falls AHB vorgesehen: Wie wurden Sie diesbezüglich informiert?

3.1.9.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Die Stichproben Pat und PüP wurden hinsichtlich der o.a. Variablen auf Stichprobenunterschiede untersucht. Dabei kam der Mann-Whitney U-Test zur Anwendung.

Die folgende Ergebnisdarstellung beschränkt sich auf die signifikanten Testergebnisse und die entsprechenden graphischen Darstellungen.

Die übrigen Testergebnisse sind auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

Variablen	Mann-Whitney-U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Wie waren die Wartezeiten bei der Aufnahme?	262,500	0,000
Wie haben Sie sich zurechtgefunden?	266,000	0,004
Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Psychologischen Dienst??	126,000	0,003
Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch die Seelsorge?	121,500	0,000
Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Sozialdienst?	60,000	0,000

Variablen	Mann-Whitney-U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch sonstige Dienste?	19,500	0,936
Hatten Sie genügend Ruhe?	392,500	0,017
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zeit, die man Ihnen widmet?	272,500	0,007
Fühlten Sie sich auch in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt??	385,000	0,002
Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung anbringen?	298,500	0,007
Wie beurteilen Sie die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?	262,500	0,001
Wie gut konnten die Ärzte mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?	323,500	0,047

Abb. 201

Die Verteilungen dazu sehen folgendermaßen aus:

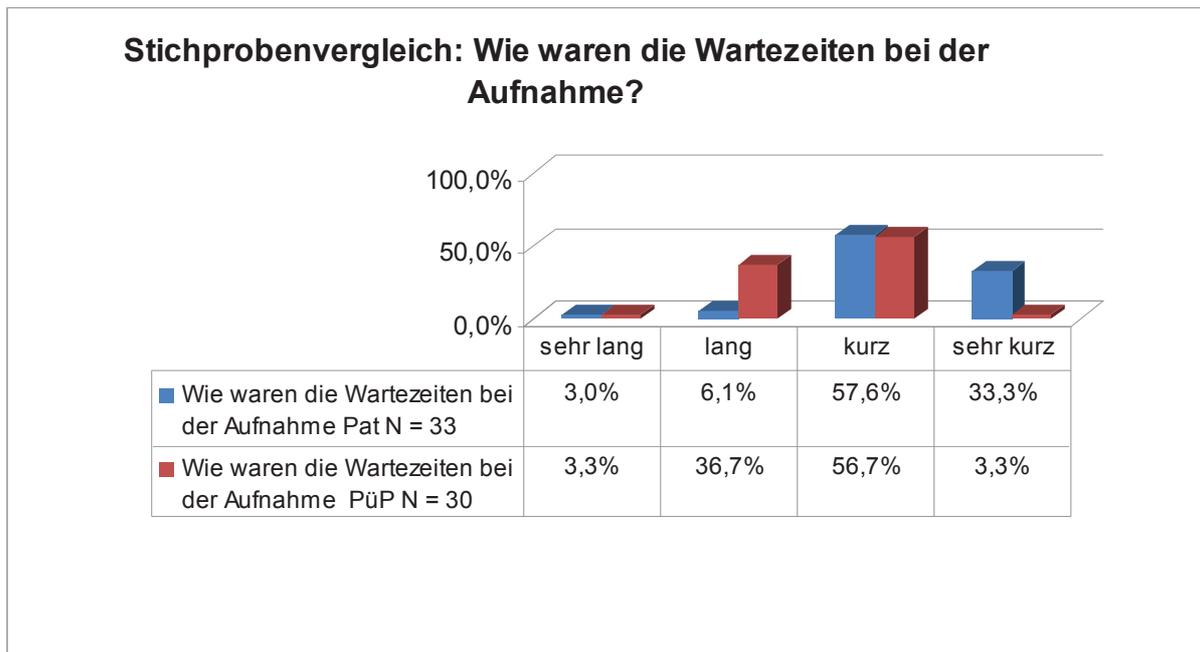


Abb. 202

Die Verteilung zeigt die Unterschiede deutlich: Insgesamt beurteilten die Patienten zu sich selbst befragt die Wartezeiten positiver als die Patienten, wenn sie zu anderen Patienten befragt wurden.

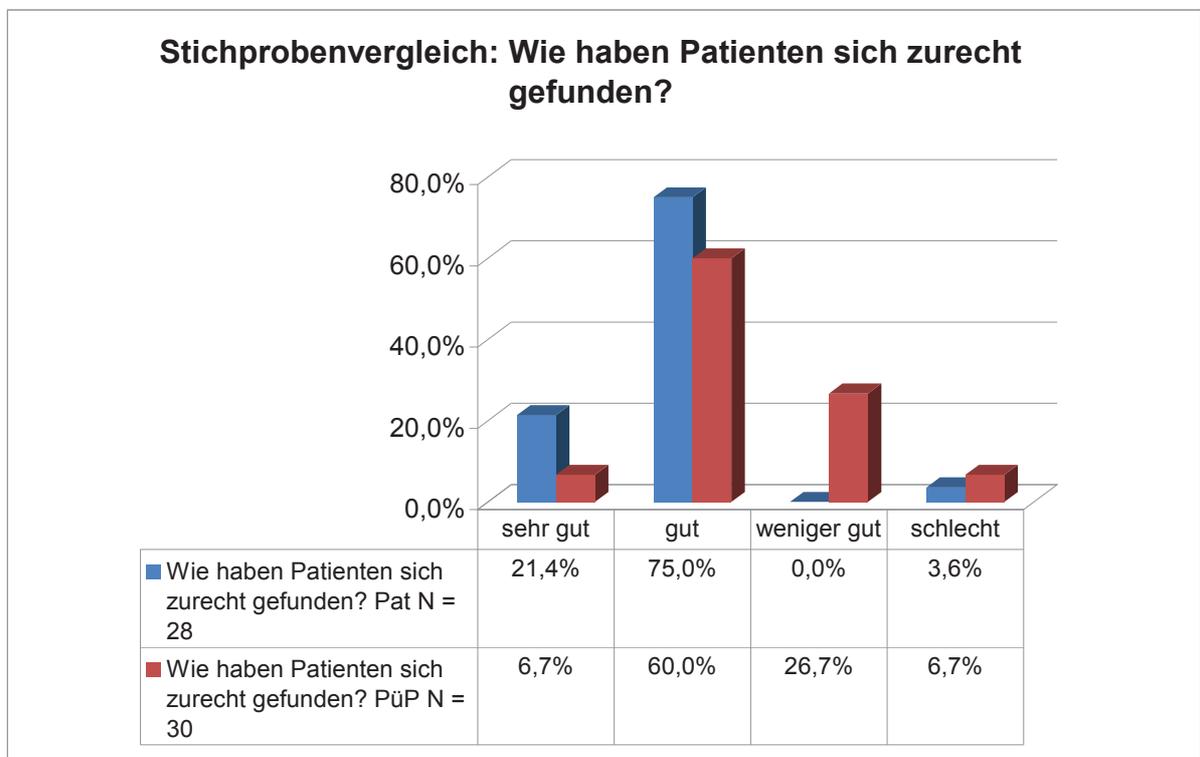


Abb. 203

Auch hier entspricht die Antworttendenz der Hypothese, nämlich, dass die Patienten, die über andere Patienten befragt wurden, dieses Item negativer beantworteten.

Die psychische Betreuung durch Ärzte, das Pflegepersonal und durch die sonstigen Dienste wird in beiden Gruppen ähnlich beurteilt. Die Betreuung durch den psychologischen Dienst, den Sozialdienst und die Seelsorge wird unterschiedlich bewertet. Die letztgenannten Verteilungen stellen sich im Einzelnen wie folgt dar:

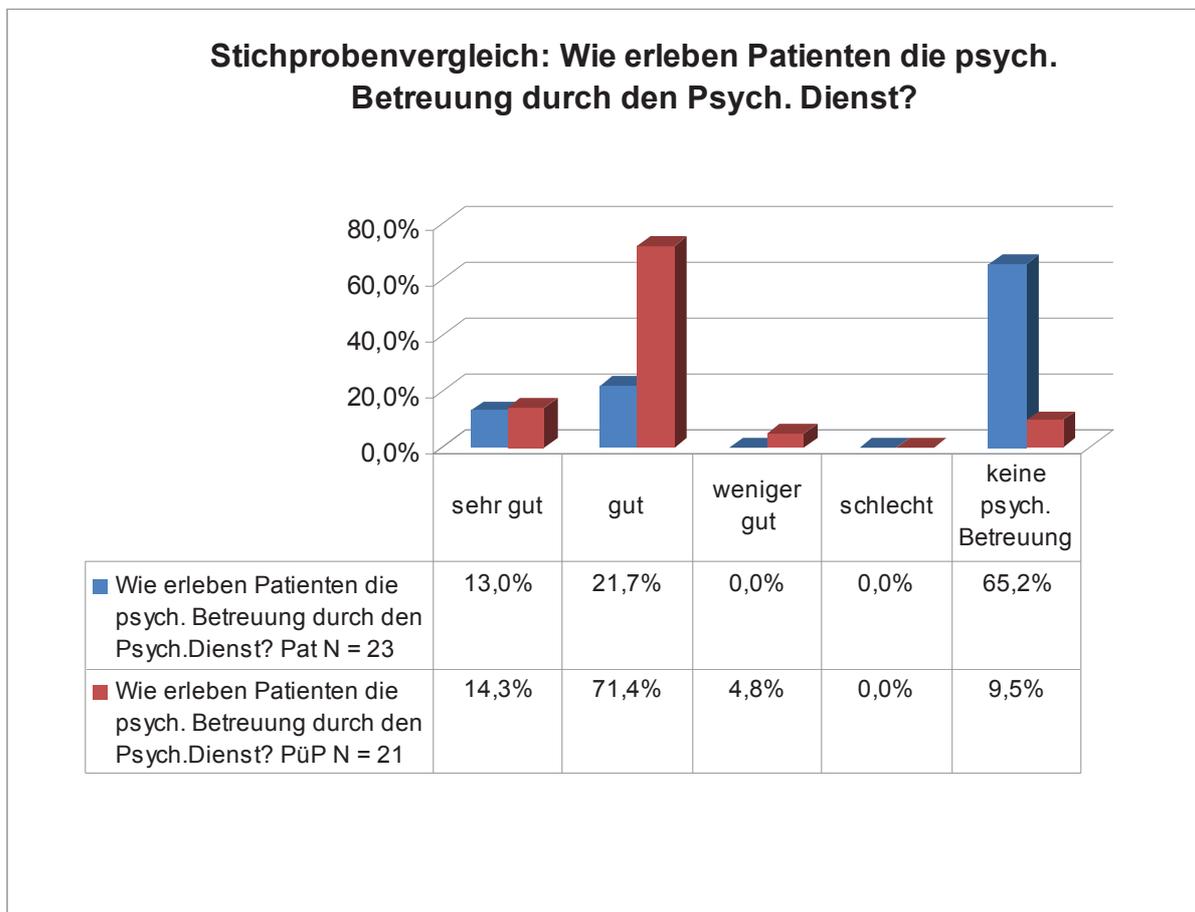


Abb. 204

Bei dieser Verteilung sind die fehlenden Antworten nicht enthalten.

Insgesamt wird die Betreuung durch den psych. Dienst positiv bewertet.

Interessant ist, dass in der Gruppe Pat sehr viele Patienten angeben, den psychologischen Dienst nicht in Anspruch genommen zu haben.

Die Patienten aus PüP gehen hier von einer deutlich geringeren Zahl aus. Der Anteil der „gut“-Antworten ist wesentlich höher als in Pat. Die Patienten über andere Patienten befragt gehen häufiger als in der anderen Stichprobe davon aus, dass Patienten den psych. Dienst in Anspruch nehmen und gut betreut werden.

Stichprobenvergleich: Wie erleben Patienten die psych. Betreuung durch den Sozialdienst?

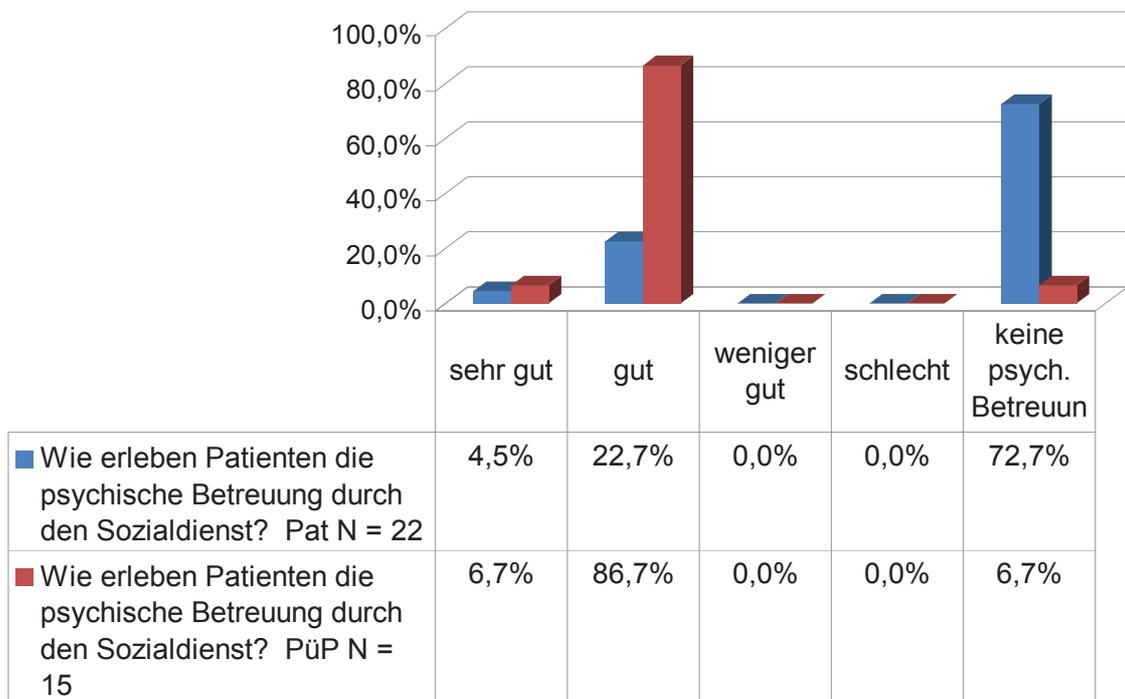


Abb. 205

Bezogen auf den Sozialdienst zeigt sich eine ähnliche Verteilung. Auch hier ergibt sich eine insgesamt positive Beurteilung. Die Stichprobenunterschiede zeigen sich in den unterschiedlich stark ausgeprägten Kategorien „keine psych. Betreuung“ und „gut“

Stichprobenvergleich: Wie erleben Patienten die psych. Betreuung durch die Seelsorge?

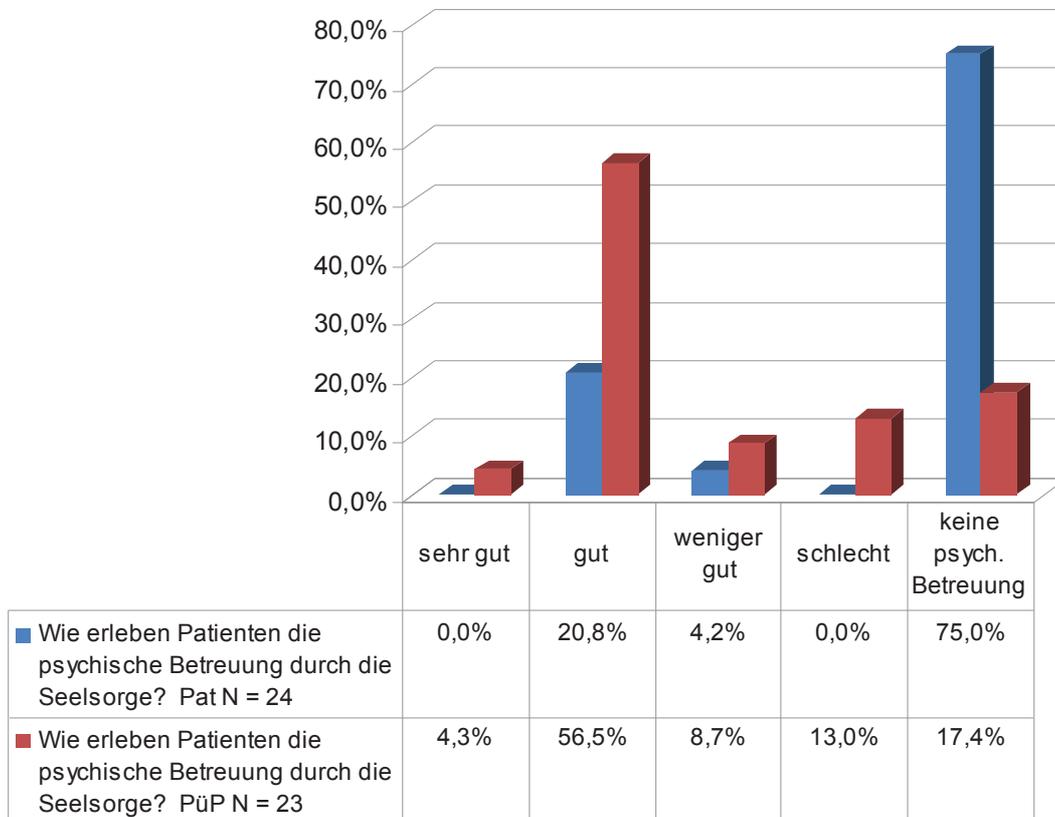


Abb. 206

Auch hier ist die Verteilung ähnlich, wobei insgesamt die Betreuung zwar positiv aber nicht ganz so gut wie bei vorherigen Verteilungen bewertet wird. Auch hier ist der Anteil der „gut“- und „keine psych. Betreuung“-Antworten in den beiden Stichproben unterschiedlich hoch.

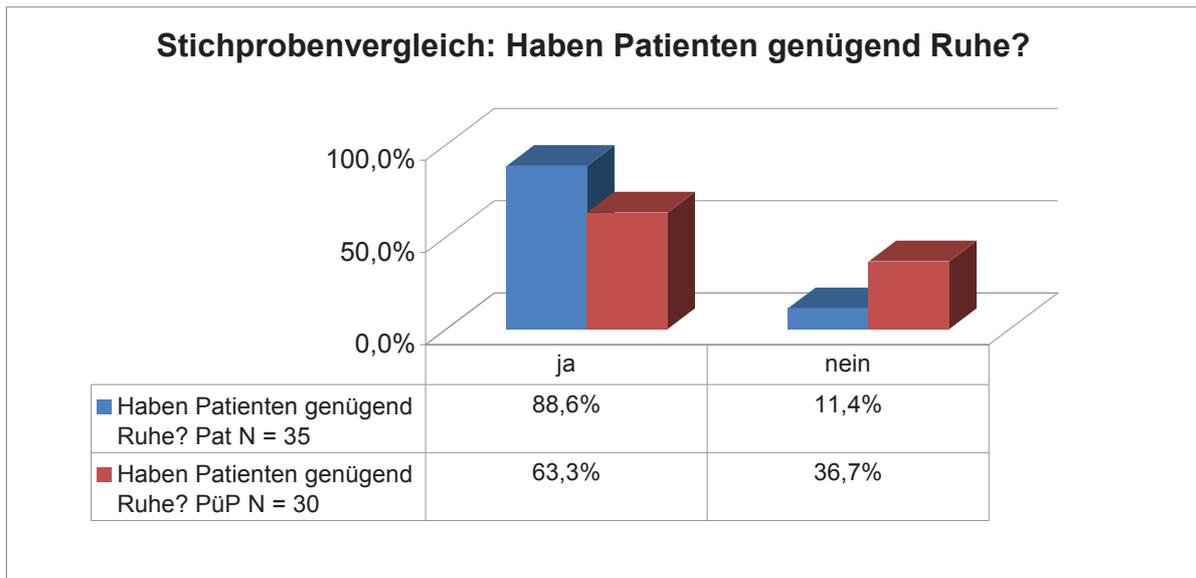


Abb. 207

Diese Frage wurde kritischer beurteilt, wenn die Patienten zu anderen Patienten befragt wurden (PüP).

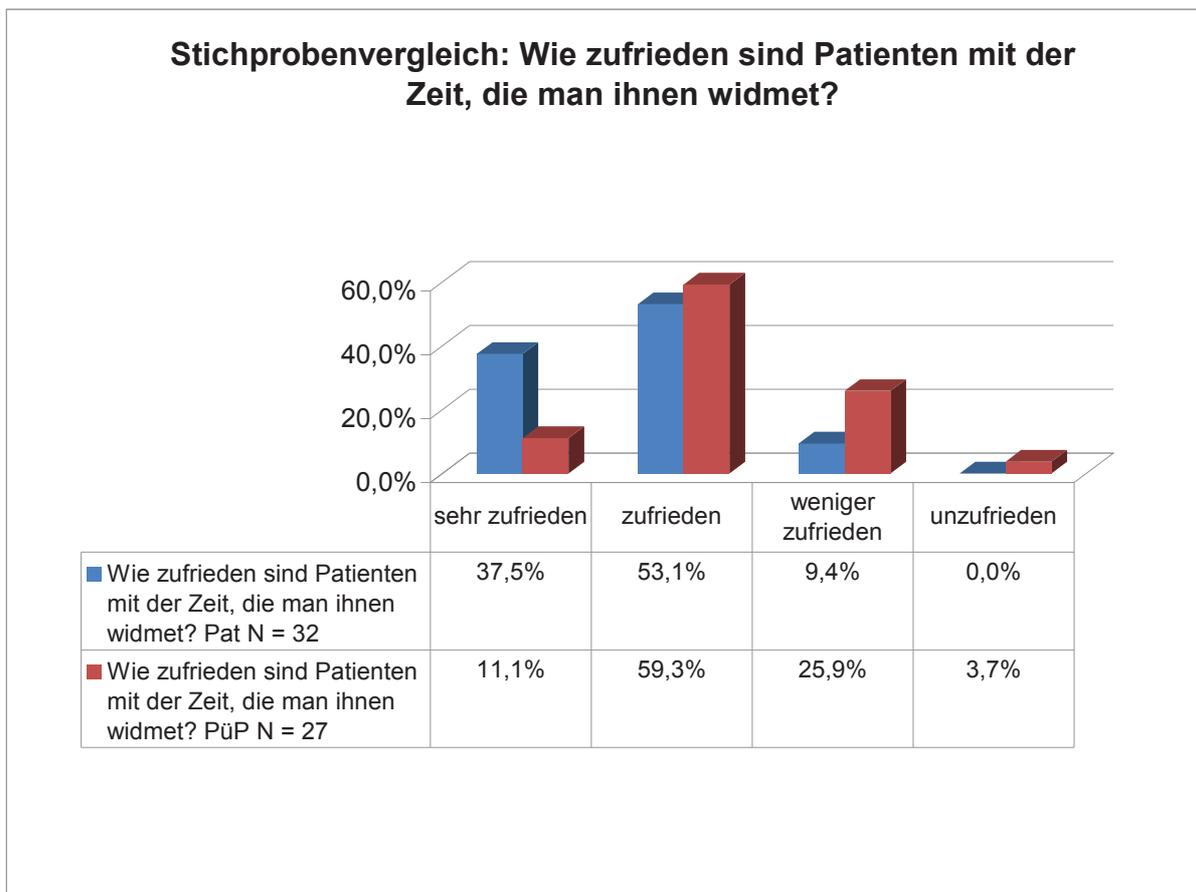


Abb. 208

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Zeit, die den Patienten gewidmet wird, wird in der Gruppe PüP kritischer beantwortet.

Stichprobenvergleich: Fühlen sich Patienten in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt?

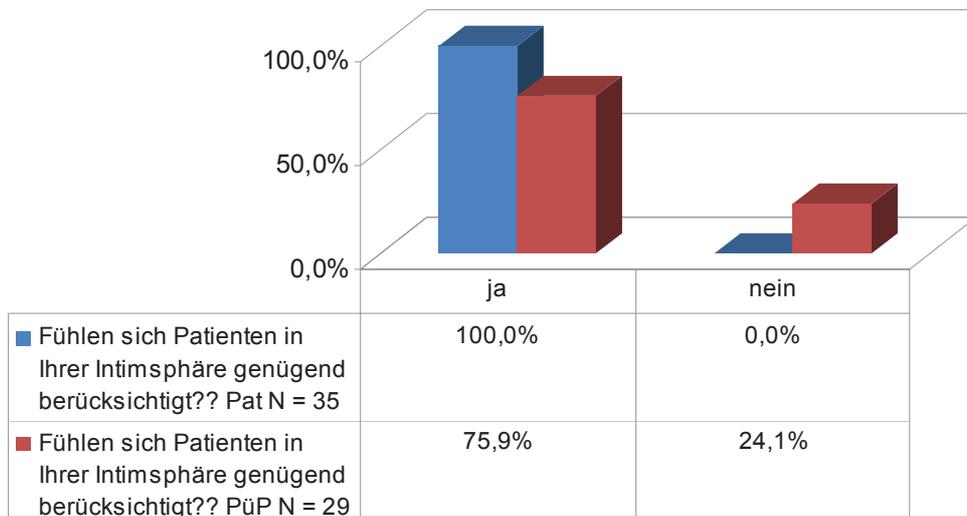


Abb. 209
Diese Variable wird in der Gruppe PüP kritischer gesehen.

Wie beurteilen Patienten die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?

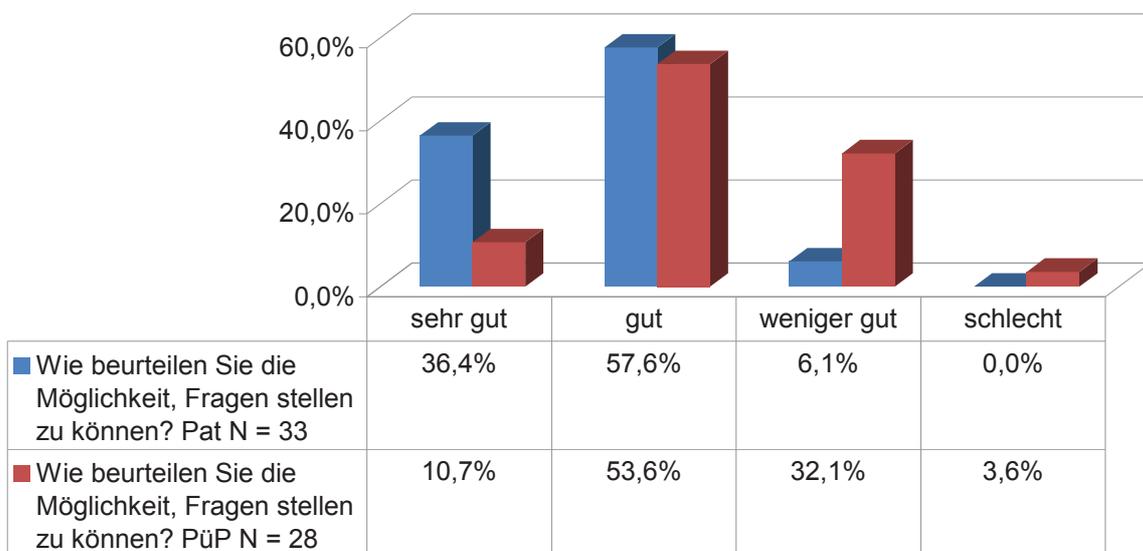


Abb. 210
Die Möglichkeit, Fragen zu stellen wird in der Gruppe PüP negativer beurteilt.

Bei Variable 6.23. ergaben sich keine statistisch relevanten Stichprobenunterschiede außer in bezug auf die Ärzte:

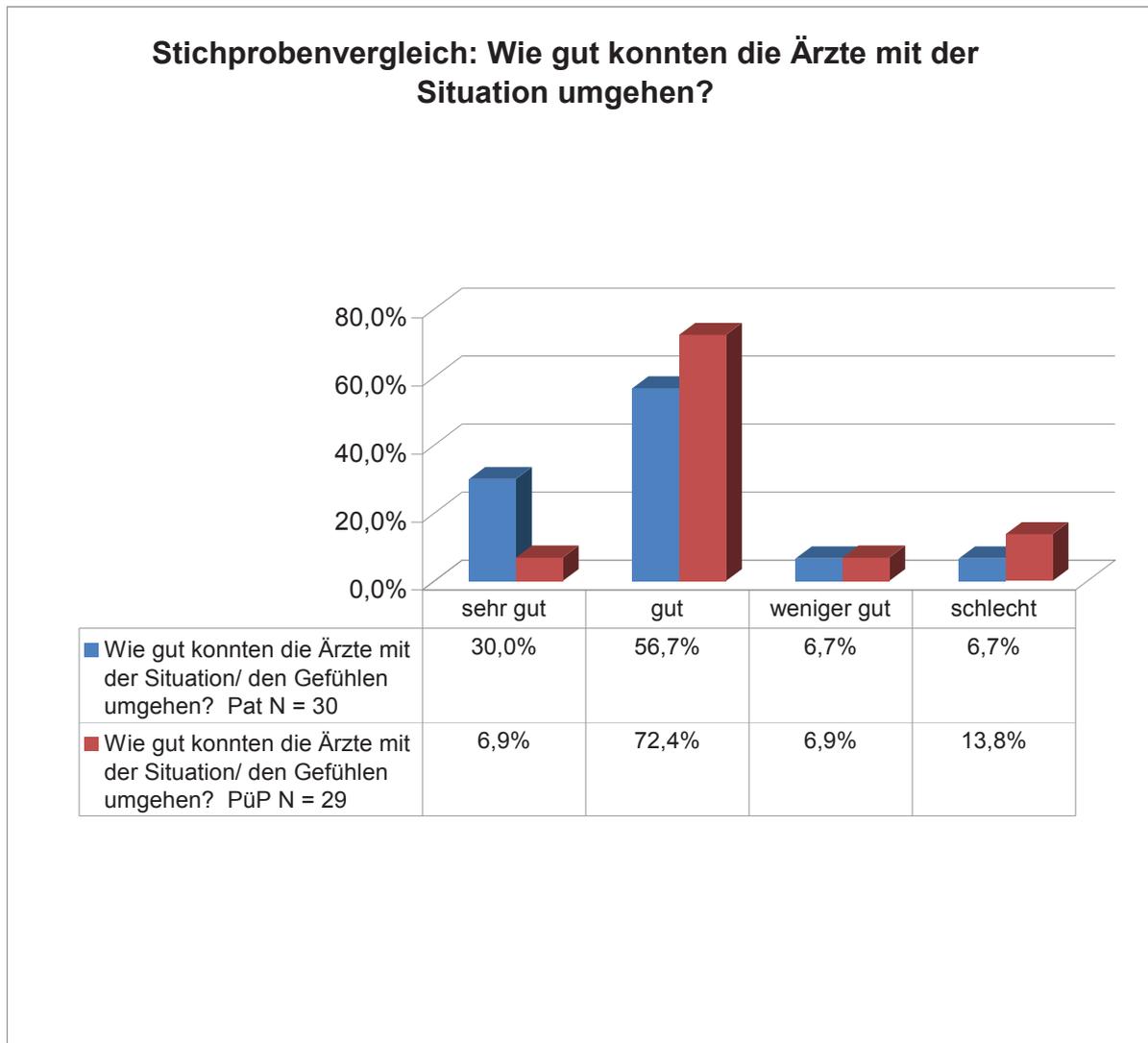


Abb. 211

Diese Variable wird insgesamt positiv bewertet. Antworten in PüP sind dabei kritischer.

3.1.9.3. Zusammenfassung

Es ergaben sich keine statistisch relevanten Stichprobenunterschiede (zwischen Pat und PüP) hinsichtlich

- des aktuellen Befindens,
- der Ausstattung des Zimmers und der Station,
- des Ausmaßes der Belastung für die Patienten,
- wie das Personal mit der Situation der Patienten insgesamt umgeht (Ausnahme: Ärzte. Diese werden von der Stichprobe PüP kritischer beurteilt),
- die Beurteilung der Entlassungssituation.

Der Hypothese entsprechend beurteilen die Patienten über andere Patienten befragt folgende Bereiche kritischer:

- Die Wartezeiten bei der Aufnahme
- Wie Patienten sich bei der Aufnahme zurecht finden
- Die psychische Situation insgesamt (außer in Bezug auf Einschränkungen der Selbstständigkeit und das Erfragen negativer Gedanken. Hier gab es keine Stichprobenunterschiede.)

Interessant – wenn auch nicht im Sinne der Hypothese - ist die Beurteilung der Betreuung durch die verschiedenen Berufsgruppen.

Die Betreuung durch Ärzte, Pflegekräfte und sonstiges Personal wurden von beiden Stichproben ähnlich eingeschätzt.

Die Betreuung durch den psychologischen Dienst, den Sozialdienst und die Seelsorge wurde von vielen Patienten nicht in Anspruch genommen und dementsprechend auch nicht beurteilt. Die Patienten aus PüP gehen von einer höheren Inanspruchnahme dieser Dienste aus und glauben, dass diese von den Patienten positiv erlebt werden.

Insgesamt wurden zu dieser Hypothese 35 Variablen einer Signifikanzprüfung unterzogen. Nur bei 12 Variablen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Beide Gruppen differieren also nicht systematisch. Insgesamt wurde die Hypothese in vielen Punkten nicht bestätigt. Die Antworten von Patienten über andere Patienten, die auch eine Überprüfung der Glaubwürdigkeit der Patienten-Antworten zu sich selbst darstellten, unterscheiden sich nicht prinzipiell von diesen, d.h. **die Antworten der Patienten sind als glaubwürdig einzustufen.**

3.1.10. Ergebnisse zu Hypothese 10

Patienten und Personal schätzen die Belastungen der Patienten unterschiedlich ein.

3.1.10.1. Variablenübersicht

Die Ergebnisse zu folgenden (vereinfacht formulierten) Variablen werden auf Stichprobenunterschiede (MA/Pat und MA/PüP) hin untersucht.

2.1. Wie fühlen sich die Patienten?

2.5. Wie haben Patienten den Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?

6.1. Wie stark belastet der Krankenhausaufenthalt die Patienten ihrem Befinden?

6.2. Was belastet die Patienten?

3.1.10.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Signifikanzprüfung (Mann-Whitney U-Test) tabellarisch dargestellt.

Vergleich MA / Pat	Wie fühlen sich die Patienten?	Wie haben Patienten den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Wie stark belastet der KH-Aufenthalt die Patienten in ihrem Befinden?
Mann-Whitney-U	521,00	502,00	495,00
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,335	0,498	0,988

Abb. 212

Vergleich MA / PüP	Wie fühlen sich die Patienten?	Wie haben Patienten den jetzigen KH- Aufenthalt bisher verkräftet?	Wie stark belastet der KH-Aufenthalt die Patienten in ihrem Befinden?
Mann-Whitney-U	549,00	423,00	364,00
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,868	0,113	0,071

Abb. 213

Stichprobenvergleich	Was belastet die Patienten? N = 129 Antworten		
	MA	Pat	PüP
N (Antworten)	52	39	38
Schmerzen	8%	2%	0%
Krankheitsverlauf	7%	3%	2%
Ängste, Sorgen, Depression	12%	1%	2%
Einschränkungen, Abhängigkeit	4%	2%	1%
Untersuchungen	2%	1%	0%
Langeweile	0%	2%	0%
mangelnde Aufklärung	2%	0%	2%
keine Privatsphäre	0%	1%	2%
keine Angaben	2%	17%	18%
sonstiges	4%	2%	2%

Abb. 214

Die Stichprobenvergleiche ergeben keine signifikanten Unterschiede

3.1.10.3. Zusammenfassung

Insgesamt wird das Ausmaß der Belastung für die Patienten vom Personal und den Patienten (in beiden Stichprobengruppen) ähnlich eingeschätzt. **Hypothese 10 wird nicht bestätigt.**

Fragt man nach der Art der Belastung, so machen die Patienten in beiden Gruppen dazu auffallend wenig Angaben, Mitarbeiter nennen hier vor allem Schmerzen, Ängste und Sorgen sowie den Krankheitsverlauf.

Eine Interpretation dieses Ergebnisses ist m.E. nicht eindeutig und wirft – ähnlich wie bei den Ergebnissen zu Hypothese 1 - verschiedene Fragen auf:

- Sind die Patienten nicht in der Lage, ihre Belastungen zu benennen? Wenn ja, warum ist das so?
- Wollen die Patienten keine Angaben zu Belastungen machen? Aus welchen Gründen?
- Wieso benennen Mitarbeiter die Belastungen für die Patienten genauer als diese selbst? Hilft hier ihre „professionelle Sichtweise“? Oder glauben Mitarbeiter, die Belastungen der Patienten zu kennen, obwohl unklar ist, ob diese Annahmen stimmen? Oder kommen hier die Auswirkungen des typischen Rollenverhaltens zum Tragen (vgl. Kap. 1.3.3)?

3.1.11. Ergebnisse zu Hypothese 11

Die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Personals schätzen die Situation von Patienten unterschiedlich ein.

3.1.11.1. Variablenübersicht

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde innerhalb der Stichprobe Mitarbeiter (MA) die Variable „Berufsgruppe“ mit 39 numerischen Variablen gekreuzt.

Die Variable 1.6. „Berufsgruppe“ beinhaltet drei Gruppen:

1. Ärzte
2. Pflegepersonal
3. Sonstige Mitarbeiter

Zu den sonstigen Mitarbeitern gehören Angehörige verschiedener Berufsgruppen: Verwaltungsmitarbeiter, Sozialer Dienst, Seelsorge, Hostessen. Insgesamt wurden 8 sonstige Mitarbeiter befragt.

Da der Anteil der sonstigen Mitarbeiter sehr gering ist, könnte dies das Ergebnis verfälschen. Beispielsweise könnte diese kleine Gruppe von Mitarbeitern ein signifikantes Testergebnis bewirken und damit irrtümlicherweise einen Zusammenhang zwischen Berufsgruppen und einer anderen Variablen anzeigen. Daher wurde die Variable „Berufsgruppe“ umcodiert, indem die „Sonstigen Mitarbeiter“ herausgenommen wurden. Diese umcodierte Variable wurde anschließend mit den übrigen Variablen gekreuzt.

Die Kreuztabellen sowohl mit als auch ohne die „sonstigen Berufe“ sind auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

3.1.11.2. Häufigkeiten und Signifikanzen

Anschließend wurden Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests für alle Kontingenztabelle durchgeführt, Der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest testet die statistische Unabhängigkeit von zwei Merkmalen, wovon eins in diesem Fall die Berufsgruppe ist.

Die Tests wurden sowohl mit als auch ohne die sonstigen Berufe durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Tests sind ebenfalls auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die statistisch signifikanten Testergebnisse.

Es zeigte sich, dass von den 39 durchgeführten Tests einschließlich der sonstigen Berufe nur vier Zusammenhänge statistisch signifikant sind. Nimmt man die sonstigen Berufe heraus, dann ergeben sich sogar noch weniger signifikante Zusammenhänge, nämlich zu folgenden Variablen:

6.15. Fühlen sich Patienten nach Ihren Erfahrungen in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?

6.17. Was denken Sie, wie zufrieden sind Patienten mit den Antworten?

Diese Frage bezieht sich auf Variable 6.16. (Wie beurteilen Patienten Ihrer Erfahrung nach die Möglichkeit, Fragen stellen?)

Chi-Quadrat-Test	Chi-Quadrat	df	Signifikanz (2-seitig)
Fühlen sich die Patienten in ihrer Eigenständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?/Berufsgruppe	7,173	2	0,028
Wie zufrieden sind Patienten mit Antworten auf ihre Fragen?/Berufsgruppe	9,818	4	0,044

Abb. 215

Die Verteilungen stellen sich graphisch wie folgt dar:

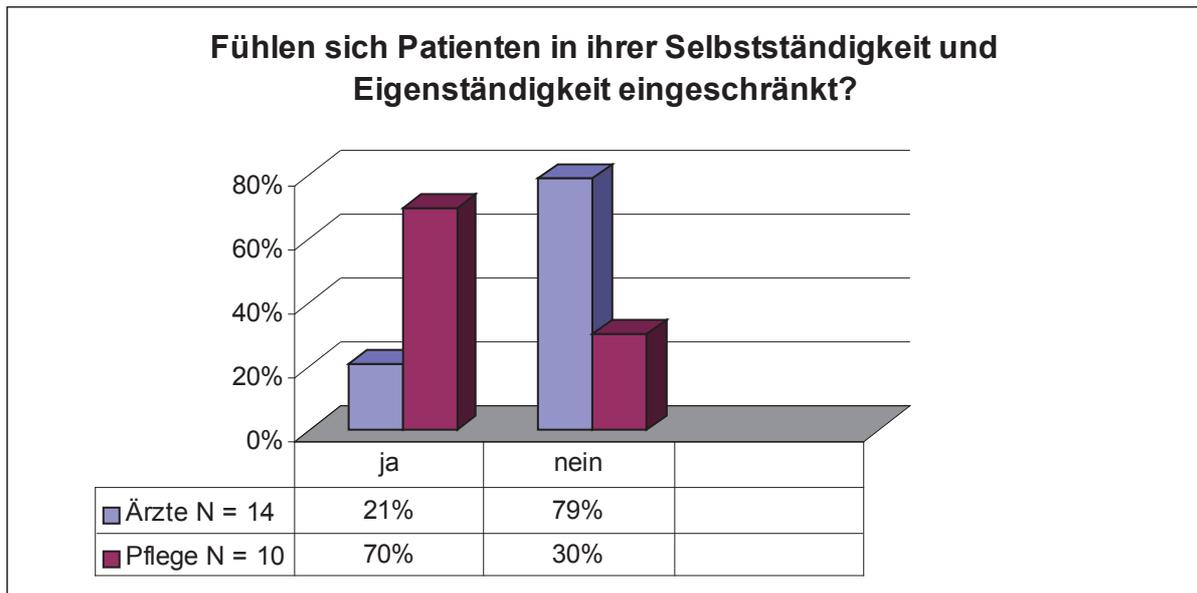


Abb. 216

Bei dieser Frage zeigen sich deutliche Berufsgruppenunterschiede:

Die Ärzte glauben deutlich weniger, dass sich die Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Eigenständigkeit eingeschränkt fühlen, als die Pflege.

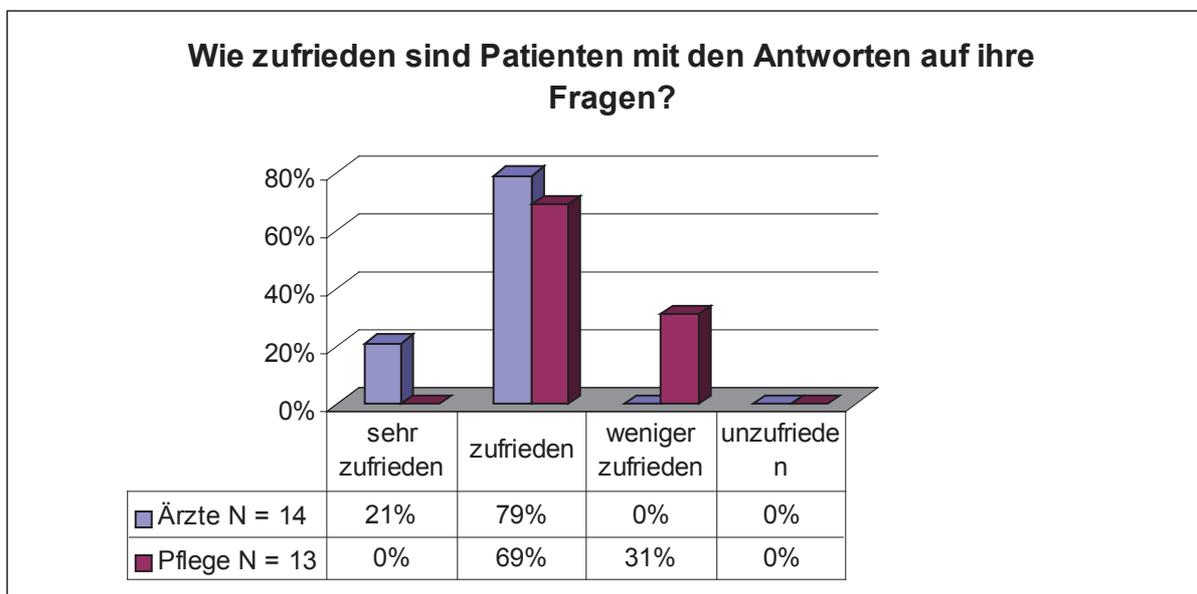


Abb. 217

Hier ist klar zu erkennen, dass die Ärzte diese Frage mit Abstand deutlich positiver beantworten, wie wohl die Kategorie „Unzufrieden“ in keiner Berufsgruppe gewählt wurde. Insgesamt wird diese Variable von beiden Berufsgruppen positiv bewertet.

3.1.11.3. Zusammenfassung

Insgesamt wurden 39 Signifikanztests durchgeführt, um einen Zusammenhang zwischen der jeweiligen Variable und der Berufsgruppe der Ärzte bzw. der Pflege zu untersuchen. In nur zwei Fällen konnte die Hypothese bestätigt werden:

1. Fühlen sich Patienten nach Ihren Erfahrungen in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?

Das glauben Ärzte weniger als die Mitarbeiter der Pflege.

2. Was denken Sie, wie zufrieden sind Patienten mit den Antworten auf ihre Fragen?

Diese Frage wird von den Ärzten positiver bewertet.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Berufsgruppe keinen entscheidenden Einfluss auf die Einschätzung der Patientensituation hat.

3.2. Weitere Ergebnisse

Im Folgenden werden weitere Ergebnisse dargestellt, die sich außerhalb der Hypothesenprüfung ergeben haben. Insbesondere handelt es sich dabei um deskriptive Auswertungen zu Variablen mit der Möglichkeit zu Mehrfachantworten in Form von freien Texten (vgl. Kap. 2.6.1.), welche bislang noch nicht berücksichtigt wurden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse tabellarisch dargestellt. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf für die Fragestellung relevante Ergebnisse. Weitere Auswertungen zu Mehrfachantworten sind auf dem beiliegenden Datenträger nachzulesen.

3.2.1. Aufnahmesituation

Was fanden Patienten bei der Aufnahme unangenehm?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Wartezeit	54%	8%	19%
Hektik	20%	3%	3%
Untersuchungen	20%	3%	3%
Fragen	17%	3%	3%
nichts	0%	17%	3%
mangelnde Intimsphäre	9%	3%	3%
Schmerzen	6%	0%	3%
Angst	3%	6%	0%
zu viele Infos	6%	0%	0%
fehlende Infos	3%	0%	6%
Unfreundlichkeit	0%	3%	6%
keine Angaben	17%	64%	67%

Abb. 218

Insgesamt fällt auf, dass die Aufnahmesituation von den Patienten wesentlich besser beurteilt wird als von den Mitarbeitern. Aus Sicht der Mitarbeiter werden vor allem die Wartezeit, Hektik, die Untersuchungen und die Fragen als unangenehm erlebt, was die Patienten jedoch nicht bestätigen.

Was fanden Patienten bei der Aufnahme positiv?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Freundlichkeit	63%	31%	25%
Kompetenz, Schnelligkeit	29%	8%	6%
Aufklärung, Information	17%	11%	11%
gute Ausstattung	3%	3%	0%
kurze Wartezeit	6%	3%	3%
keine Angaben	14%	56%	64%

Abb. 219

Die Freundlichkeit wird in allen drei Stichproben, am häufigsten von den Mitarbeitern als positive Erfahrung hervorgehoben. Mitarbeiter nennen als nächstes kompetentes und schnelles Handeln, was von den Patienten wesentlich seltener genannt wird. Diese halten Aufklärung und Information für wichtiger.

Wie sollte die Aufnahmesituation verbessert werden?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
bessere Organisation	26%	0%	3%
Wartezeit	20%	3%	3%
Information, Orientierungshilfen	31%	3%	6%
Zeit und Ruhe	17%	0%	3%
gesonderter Aufnahmeraum, Intimsphäre	11%	3%	6%
Service, Komfort, Ausstattung	3%	6%	3%
nichts	3%	6%	14%
keine Angaben	29%	83%	78%

Abb. 220

Die Mitarbeiter wünschen sich bessere Organisation, mehr Orientierungshilfen und kürzere Wartezeiten für die Patienten, mehr Zeit und Ruhe sowie einen gesonderten Aufnahmeraum. Die Patienten machen zu einem großen Anteil keine Angaben zu dieser Frage. Es kann angenommen, dass sie zum Teil keine Verbesserungen für notwendig halten (14 % der Patienten, die über andere Patienten befragt wurden, nannten „nichts“!). Es kann aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass sich viele Patienten damit überfordert fühlten, konkrete Verbesserungen zu nennen.

3.2.2. Subjektives Befinden

Was belastet die Patienten?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Schmerzen	29%	6%	0%
Krankheitsverlauf	26%	11%	8%
Ängste, Sorgen	43%	3%	8%
Einschränkungen, Abhängigkeit	14%	6%	3%
Untersuchungen	9%	3%	0%
Langeweile	0%	8%	0%
mangelnde Aufklärung	6%	0%	8%
keine Privatsphäre	0%	3%	6%
keine Angaben	9%	61%	64%
sonstiges	14%	8%	8%

Abb. 221

Die Mitarbeiter nennen mehr Belastungen als die Patienten, vor allem Schmerzen, den Krankheitsverlauf, Ängste und Sorgen sowie Einschränkungen und Abhängigkeit.

Was vermissen die Patienten?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Gespräche	40%	3%	19%
Familie, Besuch	23%	17%	8%
Ruhe	9%	3%	6%
Besucherraum	3%	0%	0%
Information	3%	0%	3%
Ablenkung	0%	0%	6%
Park	3%	3%	8%
keine Angaben	29%	69%	61%
sonstiges	14%	14%	6%

Abb. 222

Auffallend ist hier die hohe Bedeutung von Familie und Besuch, was sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten häufig genannt wird. Mitarbeiter glauben am häufigsten, dass Patienten Gespräche vermissen, was von den Patienten, die zu sich selbst befragt wurden, nicht bestätigt wird, wohl von der zweiten Patientenstichprobe (PüP).

Wodurch fühlen sich Patienten ernst genommen?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Zuhören	43%	8%	17%
Gespräch	31%	8%	11%
Professionalität	31%	25%	11%
Zuwendung	14%	19%	11%
Zeit	11%	3%	3%
Aufklärung	14%	0%	8%
Schnelle Hilfe	6%	28%	19%
keine Angaben	3%	28%	42%

Abb. 223

Ernst genommen fühlen sich Patienten vor allem durch Professionalität und schnelle Hilfe! Mitarbeiter nennen hier in erster Linie Zuhören. Gespräche werden von den Patienten seltener genannt als von den Mitarbeitern. Zuwendung ist ihnen in etwa gleich wichtig.

3.2.3. Ausstattung

Was gefällt Patienten an ihrem Zimmer/ ihrer Station?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Ausstattung	32%	36%	28%
Medien	15%	0%	17%
Balkon	6%	0%	0%
2-er Belegung	15%	11%	8%
Ausblick	0%	8%	6%
nichts	15%	6%	0%
Sauberkeit	3%	0%	6%
Infomappe	3%	0%	0%
keine Angaben	35%	47%	50%

Abb. 224

Die Ausstattung der Zimmer/der Station wird insgesamt positiv bewertet. Medien wie TV oder Radio werden von den Patienten selbst gar nicht genannt, von Mitarbeitern und Patienten über andere Patienten relativ häufig.

Was sollte am Zimmer / an der Station verbessert werden?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
Medien	49%	33%	20%
Besucherraum	6%	0%	3%
mehr Platz	51%	8%	11%
Sauberkeit	20%	3%	6%
Intimsphäre	17%	3%	9%
keine Verbesserungen	0%	6%	0%
keine Angaben	6%	50%	60%

Abb. 225

Nach Verbesserungen gefragt, geben Patienten am häufigsten die Medien an. Mehr Platz wünschen sich die Mitarbeiter, ebenso mehr Sauberkeit und eine bessere Wahrung der Intimsphäre.

3.2.4. Entlassungssituation

Wie sollte die Entlassungssituation verbessert werden?			
	MA	Pat	PüP
N	35	36	36
bessere Organisation	29%	0%	3%
Information	14%	8%	6%
Überleitung	14%	0%	0%
Verabschiedung, Entlassungsgespräch	11%	6%	14%
Zeitpunkt	6%	3%	0%
weniger Bürokratie	9%	0%	0%
keine Wünsche	6%	3%	8%
keine Angaben	34%	86%	78%

Abb. 226

Mitarbeiter wünschen eine bessere Organisation und Information sowie bessere Überleitung für den Patienten, während diese weniger diesbezügliche Verbesserungswünsche haben. Das Entlassungsgespräch wird in allen drei Stichproben genannt.

3.2.5. Zusammenfassung

Die Aufnahmesituation – hier vor allem die Freundlichkeit - wird insgesamt positiv bewertet. **Patienten geben ein positiveres Urteil ab als die Mitarbeiter**, die sich bzgl. Organisation, Wartezeiten und Räumlichkeiten Verbesserungen vorstellen können.

Die Ausstattung der Zimmer und Stationen wird auch überwiegend positiv erlebt. Eine Verbesserung bei den Medien (TV, Telefon, Internet) ist wünschenswert, im Zuge der Umbaumaßnahmen am St. Willibrord-Spital inzwischen auch umgesetzt. Ebenso die Wünsche nach mehr Platz.

Nach ihrem subjektiven Befinden befragt, machen die Patienten sehr wenige Angaben. Die Mitarbeiter erleben bei den Patienten Belastungen durch Schmerzen, den Krankheitsverlauf sowie Ängsten und Sorgen.

Auffällig ist die Bedeutung der Familie und von Besuch für das Wohlbefinden! Ernst genommen fühlen sich Patienten vor allem durch schnelle und professionelle Hilfe.

Die Entlassung wird von den Patienten positiver erlebt als die Mitarbeiter angeben. Diese wünschen sich bessere Organisation, mehr Information, bessere Überleitung und ein Entlassungsgespräch.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vielfältige Schlussfolgerungen in mehrere Richtungen zu. Die Fragestellungen und Hypothesen wurden abgeleitet aus aktuellen Forschungsergebnissen sowie meinen praktischen Erfahrungen als Psychologin im Krankenhaus. Die Ergebnisse sind von Bedeutung sowohl für die Theorie als auch für die Praxis. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst dargestellt und die daraus abzuleitenden Konsequenzen und Fragestellungen, die sich für die Forschung ergeben, diskutiert.

4.1. Die Krankenhaussituation als komplexes Ereignis

Grundsätzlich gilt: Ein Krankenhausaufenthalt ist ein sehr komplexes Ereignis, welches weiteren Gesetzmäßigkeiten unterliegt, als diejenigen, die für kritische Lebensereignisse und Stresssituationen im Allgemeinen angenommen werden dürfen. Es lassen sich zwei generelle Thesen ableiten:

1. Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet nicht zwingend Stress!

Die Patienten erleben einen Krankenhausaufenthalt überraschenderweise nicht als Stresssituation – weder auf situativer, kommunikativer noch emotionaler Ebene.

Entgegen möglichen Vorannahmen bedeutet ein Krankenhausaufenthalt auch nicht in jedem Fall eine enorme Belastung für den Patienten. Überraschenderweise zeigte sich, dass die meisten Patienten den Krankenhausaufenthalt gut bis sehr gut verkraften und sich im Krankenhaus wohl fühlen.

Dieses Ergebnis überrascht insofern, als aufgrund der in Kapitel 1. dargestellten Theorien angenommen werden konnte, dass auch für einen Krankenhausaufenthalt Stressfaktoren zum Tragen kommen, wie es für andere Stresssituationen der Fall ist. Wie lässt sich dieses Phänomen erklären?

Hier ist zunächst an persönliche Einstellungen zu denken. Eine optimistische Grundhaltung, wie sie von Scheier und Carver beschrieben wird (vgl. Kap. 1.2.4), wirkt sich positiv auf die Bewältigung der Krankenhaussituation aus. Vermutlich

haben einige Patienten eine Grundeinstellung nach dem Motto: „Wird schon gutgehen“, oder „diese Situation werde ich auch noch bewältigen, wie so viele vorher“, die ihnen bei der weiteren Erlebnisverarbeitung hilft.

Handlungsorientierung, Hardiness, sowie externaler und variabler Attributionsstil (vgl. Kap. 1.2.2.) sind weitere Faktoren, die möglicherweise eine Krankenhaussituation stressfreier machen.

Auch das Modell von Kuhl (vgl. Kap. 1.2.3) liefert eine mögliche Erklärung: Handlungsorientierte Patienten erleben sich als weniger hilflos und ausgeliefert. Sie sehen sich in der Lage, ihre Situation positiv zu beeinflussen. Wird diese Haltung durch ein aktives Einbeziehen des Patienten gefördert, so dürfte dieser die Gesamtsituation positiv verarbeiten.

Eine Bestätigung erfährt diese Sichtweise auch durch den Ansatz von Antonovsky (vgl. Kap. 1.2.7.). Menschen, die über starke Ressourcen verfügen, verarbeiten die Situation besser, können sogar von eigentlich kritischen Erlebnissen profitieren und sich positiv weiterentwickeln. Andere, weniger „starke“ Personen leiden mehr unter den negativen Erlebnissen. Dies passt zu den weiter unten diskutierten Ergebnissen und erklärt möglicherweise, warum einige Patienten einen Krankenhausaufenthalt als kritisches Ereignis erleben und andere eben nicht.

Die praktische Erfahrung zeigt, dass Patienten sich häufig mit anderen Patienten vergleichen. Werden sie gefragt, wie sie die Gesamtsituation verkraften, antworten sie häufig sinngemäß: „anderen geht es noch viel schlechter“, oder „wenn ich Patientin XY sehe, dann habe ich ja noch Glück gehabt“. Das Erleben von Leid anderer Patienten im Krankenhaus muss nicht zwangsläufig zu „Mit-Leiden“ bzw. einer depressiven Situationsverarbeitung führen, sondern kann die eigene optimistische Haltung (weil man sich als gesünder als andere erlebt) fördern.

Außerdem kommt es vermutlich zu einem Wechselwirkungsprozess zwischen diesen positiven Coping-Strategien auf Seiten der Patienten und dem Verhalten der Mitarbeiter auf der anderen Seite. Die Umgangsweisen der Mitarbeiter mit den Patienten wurden überwiegend positiv bewertet. Die Patienten fühlen sich ernst

genommen, unterstützt, gut informiert und in den Ablauf einbezogen. Dies begünstigt m.E. die positiven Stressverarbeitungsmechanismen der Patienten und führt schließlich dazu, dass der Krankenhausaufenthalt nicht als Stresssituation erlebt wird.

2. Ein Krankenhausaufenthalt muss kein kritisches Lebensereignis bedeuten!

Im Sinne der Life-Event-Forschung (vgl. Kap. 1.1.) wurde ein Krankenhausaufenthalt als exemplarische Form eines kritischen Lebensereignisses untersucht. Es wurde angenommen, dass Patienten die Krankenhaussituation ebenso als kritisch erleben wie sonstige kritische Lebensereignisse, etwa Arbeitslosigkeit oder Verlusterlebnisse. Dies trifft so jedoch nicht zu. Überraschenderweise zeigte sich eindeutig, dass nicht alle betroffenen Patienten einen Krankenhausaufenthalt als kritisches Lebensereignis erleben. Die Patienten können vielmehr in zwei Gruppen aufgeteilt werden: Solche, für die ein Krankenhausaufenthalt ein kritisches Lebensereignis (vgl. FILIPP 1995) darstellt und solche, für die das nicht zutrifft. Diese zweite Gruppe fühlt sich im Krankenhaus sogar wenig belastet. Diese Patienten fühlen sich wohl, sind zuversichtlich und denken positiv.

Es ist schwierig zu erklären, wie genau sich diese beiden Gruppen zusammensetzen. Es kann angenommen werden, dass die zur ersten These genannten Faktoren zu einer positiven Situationsbewertung beitragen. Dennoch bleibt die Frage, wieso dies auf einen Teil der Patienten mehr zutrifft als auf den anderen Teil.

Sind hier ausschließlich persönlichkeitsbedingte Faktoren ausschlaggebend? Antonovsky liefert auch hier einen nachvollziehbaren Erklärungsansatz: Persönliche Ressourcen haben entscheidenden Einfluss auf die Bewältigung von Krisensituationen.

Eine optimistische Grundhaltung ist dabei m.E. ebenso von großer Bedeutung und sollte unbedingt gefördert werden (vgl. Kap. 5).

Weitere Untersuchungen zur Erforschung der Motivationslage der Patienten unter Berücksichtigung der angeführten Einflussgrößen sind erforderlich, um dieses Ergebnis hinreichend zu erklären.

4.2. Die Auswirkung sozialer Unterstützung

Die Ergebnisse belegen eindeutig, dass soziale Unterstützung sich positiv auf die Bewältigung des Krankenhausaufenthalts auswirkt.

Von besonderer Bedeutung ist dabei der Besuch des Patienten. Hierzu gehören in erster Linie die Angehörigen, Freunde, gute Arbeitskollegen aber auch Nachbarn oder Bekannte, zu denen der Patient eine positive Beziehung hat.

Kundenorientierung heißt Besucherorientierung!

Diese zentrale Rolle des Besuchs für das Wohlbefinden des Patienten wurde m.E. in der bisherigen Literatur zu wenig beachtet. Der Besuch könnte sich zu einer bedeutsamen Größe hinsichtlich der sozialen Unterstützung des Patienten entwickeln.

Wieso wurde diesem Faktor bislang so wenig Aufmerksamkeit geschenkt?

Wie wird der Besuch im Krankenhaus von den Mitarbeitern erlebt?

Sind Angehörige eine willkommene Unterstützung, weil sie indirekt die Genesung des Patienten fördern, oder werden sie eher als Störfaktor bei den alltäglichen Abläufen erlebt?

Sind die Fragen und Bedürfnisse von Besuchern gern gesehen oder stellen sie für das Personal eine Behinderung dar?

Welche Bedürfnisse und Wünsche haben die Besucher?

Werden die Wünsche der Besucher berücksichtigt?

Welche Hilfestellungen benötigen Angehörige?

Wie kann den Besucherbelangen entsprochen werden?

Welche architektonischen Voraussetzungen oder Veränderungen sind notwendig?

Bedarf es einer Einstellungsänderung beim Personal hinsichtlich Besucherfreundlichkeit?

Welche Hilfestellungen benötigen Angehörige und Freunde selbst, um ein „mündiger Besucher“ zu werden?

Sind organisatorische und strukturelle Anpassungen notwendig?

Wie kann der Besucher in den Tagesablauf im Krankenhaus integriert werden?

Hier ergeben sich weitreichende Fragestellungen an die gesundheitswissenschaftliche, sozialwissenschaftliche und organisationswissenschaftliche Forschung. Die genaue Untersuchung der Besucherbelange und Besucherbedürfnissen - z.B. in Form von „Besucherbefragungen“ - ist besonders wichtig, weil durch deren Befriedigung indirekt das Wohlbefinden des Patienten gesteigert und damit die Genesung gefördert werden kann (vgl. Kap. 5).

4.3. Die Auswirkung früherer Krankenhausaufenthalte

Für die Bewältigung eines Krankenhausaufenthalts sind offensichtlich ähnliche Faktoren wirksam wie bei sonstigen kritischen Lebensereignissen. Es gilt:

Ein Krankenhausaufenthalt wird umso positiver erlebt, je positiver bisherige Krankenhausaufenthalte verarbeitet wurden.

Die Auswirkung der sog. „Erfolgsbilanz“ bei der Bewältigung früherer kritischer Lebensereignisse auf das aktuelle Ereignis trifft für Krankenhausaufenthalte genauso zu wie für andere kritische Lebensereignisse. Dies ist nicht weiter erstaunlich, hat aber enorme Konsequenzen für die Krankenhäuser, belegt es doch, wie wichtig und für die Zukunft bedeutsam eine positive Verarbeitung des jetzigen Krankenhausaufenthaltes ist. Gerade für Patienten mit chronischen Erkrankungen, die häufig im gleichen Haus behandelt werden, ist dieses Ergebnis von Bedeutung.

Der Zusammenhang zur Erfolgsbilanz bisheriger Krankenhausaufenthalte stellte sich speziell für das untersuchte Krankenhaus, das St. Willibrord-Spital, als besonders deutlich dar: Patienten, die vorher schon ein oder mehrere Male im St. Willibrord-Spital behandelt worden waren, verarbeiteten den jetzigen Aufenthalt besonders positiv. Dem St. Willibrord-Spital scheint es also gelungen zu sein, die Auswirkung

einer positiven Erfolgsbilanz umzusetzen. An dieser Stelle wären weiterführende Studien interessant, die genauer untersuchen, ob sich dieses Ergebnis auf andere Krankenhäuser übertragen lässt, oder ob es sich hier um ein spezifisches Ergebnis für das St. Willibrord-Spital in Emmerich handelt. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch eine genauere Überprüfung der Frage, ob es sich bei der „Erfolgsbilanz“ um tatsächliche Fakten oder die subjektive Einschätzung des „Erfolgs“ handelt, und inwiefern dies sich auf die Bewältigung auswirkt. Denkbar wäre beispielsweise, dass ein Patient bei einem vorherigen Aufenthalt keinen tatsächlichen „Erfolg“ im Sinne eines Behandlungserfolges erlebt hat, aber dennoch die Situation positiv verarbeitet hat und demzufolge auch die aktuelle Situation positiv bewertet, nach dem Motto: „Ich bin zwar nicht geheilt worden, aber man hat mich gut behandelt, alles Menschenmögliche getan und ich fühlte mich wohl“.

4.4. Die Glaubwürdigkeit der Patienten

Um soziale Erwünschtheitseffekte ausschließen zu können, wurden zwei Patientengruppen befragt: eine Gruppe wurde zu sich selbst befragt und eine Gruppe zu anderen Patienten allgemein. Es wurde vermutet, dass die Patienten, wenn sie zu anderen Patienten befragt werden, „ehrlicher“ bzw. weniger kritisch antworten. Entgegen den Erwartungen ergaben sich jedoch keine bedeutsamen Gruppenunterschiede. Das heißt:

Patientenaussagen sind ernst zu nehmen!

Den Aussagen der Patienten kann „Glauben geschenkt“ werden. Dieses Ergebnis macht für zukünftige Studien eine solche „Kontrollgruppe“ überflüssig. Patienten scheinen sich sehr wohl zu trauen, ihre Meinung zu äußern – oder evtl. auch zurückzuhalten (vgl. die Ausführungen zu dem hohen Anteil von nicht beantworteten Fragen). Es ist nicht so – wie vorher vermutet –, dass Patienten zu sich selbst befragt positiver antworten als bzgl. anderer Patienten. Patientenbefragungen besitzen daher prinzipiell hohe Aussagekraft.

4.5. Die Meinung der Mitarbeiter

Die Aussagen der Mitarbeiter wurden sowohl mit denen der beiden Patientengruppen verglichen als auch hinsichtlich Gruppenunterschieden innerhalb der Mitarbeiterschaft analysiert. Dabei stellte sich heraus:

1. Die Mitarbeiter sind sich einig

Aufgrund der unterschiedlichen Funktionen und sozialen Rollen, die die Mitglieder der einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus ausüben (vgl. Kap. 1.3.3.), könnte man annehmen, dass Ärzte, Pflegekräfte und die Angehörigen sonstiger Berufe im Krankenhaus die Situation der Patienten sehr unterschiedlich wahrnehmen und bewerten. Dies ist nicht der Fall. Im Gegenteil: In der Situationseinschätzung für den Patienten sind sich die Angehörige der verschiedenen Berufe im Krankenhaus einig. Es gibt keine relevanten Unterschiede.

2. Die Mitarbeiter schätzen die Krankenhaussituation negativer ein als die Patienten!

Insgesamt fallen die Gruppenunterschiede zwischen Mitarbeitern und Patienten eher gering aus. Eine Ausnahme bilden die Angaben zu Problemen und Belastungen. Hier ergeben sich gravierende Unterschiede bzgl. der angenommenen Belastungen für die Patienten. Die Mitarbeiter schätzen die Situation deutlich negativer und belasteter ein. Beispielsweise wird die häusliche Versorgung von den Mitarbeitern sehr häufig als problematisch benannt, von den Patienten nahezu gar nicht.

Mitarbeiter nennen auch mehr situative und emotionale Stressfaktoren als die Patienten selber.

Die Mitarbeiter geben desweiteren mehr negative Gedanken und Gefühle an, die ihrer Meinung nach die Patienten beschäftigen.

Wie lassen sich diese Ergebnisse interpretieren?

Bewerten Mitarbeiter und Patienten Belastungssituationen unterschiedlich?

Stufen sie sie unterschiedlich ein?

Ziehen Mitarbeiter andere Schlussfolgerungen aus den Äußerungen und dem Verhalten der Patienten?

Wie sind die Angaben der Mitarbeiter zu diesen Fragen zu bewerten? Entsprechen diese Schlussfolgerungen den Tatsachen oder handelt es sich um falsche Annahmen? Stimmt es beispielsweise, dass Patienten sich Sorgen um die häusliche Versorgung machen? Oder handelt es sich hier um eine falsche Vermutung oder Fehlinterpretation von Patientenverhalten seitens der Mitarbeiter? Oder: Sind diese Sorgen auch auf Seiten der Patienten vorhanden, jedoch für diesen von geringerer Relevanz als die Mitarbeiter annehmen?

Zeigen Patienten andere „Coping-Strategien“ als dies die Mitarbeiter annehmen? Welche Strategien (vgl. Bossong 1999) werden konkret von den Patienten bei der Bewältigung des Krankenhausaufenthaltes eingesetzt?

Auch hier ergeben sich weitere Forschungsansätze.

Werden Patientenprobleme von den Mitarbeitern überschätzt?

In vielen Aspekten wird die psychische Versorgung der Patienten von den Mitarbeitern kritischer gesehen als von den Patienten. Werden hier die eigene Arbeit und eigene positive Arbeitsergebnisse unterschätzt?

Wenn ja: Wieso? Wie lässt sich erklären, dass Mitarbeiter den Erfolg ihrer Arbeit geringer einschätzen als die Patienten? Wieso klaffen hier berufliches Selbstbild und Fremdbild auseinander? Erhalten Mitarbeiter möglicherweise zu wenig Feedback? Benötigen die Mitarbeiter mehr positive Bestätigung für ihre Arbeit?

Sind die Ansprüche der Mitarbeiter an sich selbst und ihre Leistung zu hoch?

Fehlt es an adäquaten Möglichkeiten zur Selbstreflexion? Oder werden diese Möglichkeiten nicht genutzt? Wenn ja, warum nicht?

Verschwenden Mitarbeiter hier ihre Ressourcen, indem sie Zeit und Energie für Angelegenheiten einsetzen, für die aus Patientensicht kein Verbesserungsbedarf besteht?

Es wird deutlich, dass durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung viele weiterführende Fragen insbesondere zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeitermotivation aufgeworfen werden, die gesonderter Untersuchungen bedürfen.

4.6. Die Meinungen der Patienten

Betrachtet man die Ergebnisse der Patientenbefragung, so lässt sich feststellen:

1. Patienten nennen selten Probleme!

Auffallend ist die hohe Zahl von nicht beantworteten Fragen durch die Patienten in beiden Patientenstichproben. Dabei handelt es sich überwiegend um Fragen nach negativem subjektiven Befinden, nach negativen Gefühlen und Gedanken, nach Belastungen, Problemen und Sorgen. Patienten machen dazu von sich aus sehr wenige bis keine Angaben. Warum ist das so?

Ist es den Patienten grundsätzlich unangenehm, sich zu negativ besetzten Themen zu äußern?

Oder liegt der Grund in der Untersuchungsmethode (anonymer Fragebogen)?

Würden sich die Patienten in einem persönlichen Gespräch bereitwilliger „öffnen“ und dann auch negative Erlebnisse und Gestimmtheiten angeben?

An dieser Stelle wären weiterführende Untersuchungen mit wechselnder Untersuchungsmethode sicherlich aufschlussreich und wünschenswert. Empfehlenswert wäre eine kombinierte Befragung mit anonymen Fragebögen und freien Interviews. Hier könnte konkret nachgefragt werden, wenn Patienten zunächst von sich aus keine Belastungen angeben.

Interessant wäre auch eine Überprüfung möglicher Hypothesen zur Motivationslage der Patienten, also warum sie wenige Angaben zu Fragen nach negativem subjektiven Erleben machen.

Sind sie nicht in der Lage, sie zu benennen?

Ist es ihnen unangenehm, solche Befindlichkeiten zu benennen?

Sind diese Themen schambesetzt oder liegen Ängste vor?

Befürchten die Patienten etwa negative Konsequenzen seitens des Personals?

Wollen sie nicht auffallen?

Wollen sie nicht „lästig“ erscheinen?

Oder liegt es daran, dass die Angaben in schriftlicher Form abgefragt wurden?

Sind Patienten im persönlichen Gespräch dazu eher bereit?

Denkbar wäre auch, dass Patienten ihre eigene optimistische Haltung (s.o.) nicht „gefährden“ wollen. Negative Gedanken und Gefühle behindern möglicherweise ihre Coping-Strategien.

2. Patienten haben mehr Schmerzen als man denkt!

Obwohl Patienten so wenige Aussagen zu negativen Erlebnissen treffen, machen sie zu Schmerzen wesentlich mehr Angaben als die Mitarbeiter. Beispielsweise nennen Patienten Schmerzen als die häufigste körperliche Beschwerde, unter der sie leiden. Dies wird von Mitarbeitern auffällig wenig genannt.

Patienten haben mehr Schmerzen als man denkt!

Nehmen Mitarbeiter Schmerzäußerungen der Patienten nicht wahr?

Wenn ja, warum ist das so?

„Darf“ es Schmerzen im Krankenhaus geben?

Werden Schmerzäußerungen ernst genommen?

Oder sind Ärzte und Pflegekräfte so sehr mit der Behandlung befasst, dass sie Schmerzäußerungen ausblenden?

Liegt ihr Wahrnehmungsschwerpunkt zu sehr auf Behandlungserfolg und Heilung?

Muss die Schmerztherapie verbessert werden?

Fehlen möglicherweise fachliche Kompetenzen im Umgang mit Schmerzen?

Diese Fragen können ebenfalls nicht abschließend geklärt werden, werfen jedoch weiterführende interessante Forschungsfragen auf. Die subjektive Einstellung von Krankenhausmitarbeitern zu Schmerzäußerungen der Patienten bedarf unbedingt weiterer eingehender Untersuchung.

Abschließend lässt sich in diesem Kapitel feststellen:

Die vorliegende Untersuchung hat zu einigen überraschenden, bisherige Forschungsergebnisse ergänzenden aber auch in Frage stellenden Ergebnissen geführt. Ein Krankenhausaufenthalt als komplexes soziales Geschehen sollte zukünftig unbedingt noch weiterführend untersucht werden. Die Motivationslage von Mitarbeitern, Patienten und vor allem Besucher bedarf genauerer Analysen. Interessant wäre dabei eine Variation der Untersuchungsmethode und eine Verifizierung der Ergebnisse in weiteren Krankenhäusern.

5. Empfehlungen an das St. Willibrord-Spital

Die vorliegende Studie wurde am St. Willibrord-Spital in Emmerich mit Genehmigung der Geschäftsleitung durchgeführt. Die Ergebnisse sind für Krankenhäuser im Allgemeinen und für das St. Willibrord-Spital im Speziellen von besonderer Bedeutung. Als seit vielen Jahren im St. Willibrord-Spital und weiteren Institutionen innerhalb der Holding „Pro homine“ tätige Psychologin, erlaube ich mir, folgende konkrete Empfehlungen an die Geschäftsführung, Leitungskräfte und sonstige Mitarbeiter am St. Willibrord-Spital, die sich aus der vorliegenden Studie ableiten lassen, auszusprechen.

5.1. Das Besucherorientierte Krankenhaus

Zum einen ergeben sich Konsequenzen bezüglich der **Kundenorientierung**, hier vor allem im Hinblick auf die Besucher des Krankenhauses. Neben der Freundlichkeit des Personals, die für das Wohlbefinden des Patienten von besonderer Bedeutung ist, spielen auch die Rahmenbedingungen eine wesentliche Rolle: Die Gestaltung der Patientenzimmer und vor allem der Ausblick aus dem Fenster sind wichtige Faktoren. Ein wesentliches Ergebnis der Befragung legt die hohe **Bedeutung des Besuchs** dar, den dieser für die Patienten und ihre Bewältigung der Krankenhaussituation hat. Das bedeutet, dass es enorm wichtig ist, sich mit der Kundenorientierung bzgl. des Besuchs auseinanderzusetzen. Das Krankenhaus sollte für den Besucher attraktiv gestaltet sein, damit der Besuch und indirekt der Patient sich wohl fühlt. Die **Besucherbelange** müssen berücksichtigt werden:

- bei der Planung von Räumlichkeiten
- beim Service
- beim täglichen Umgang mit dem Besucher
- bei der Kommunikation am Krankenbett
- bei Rahmenbedingungen

Wünschenswert sind:

- Gute Erreichbarkeit des Hauses
- Ausreichender Parkplatz
- Preiswerte Übernachtungsmöglichkeiten
- Ansprechende Gestaltung des Eingangsbereichs
- Klare Wegeführung
- Angenehm gestaltete Wartebereiche, beispielsweise vor der Intensivstation
- Ausreichende und bequeme Bestuhlung.
- Aufenthaltsräume, in denen sich der Patient mit seinem Besuch zurückziehen kann
- Kleine, individuell nutzbare Aufenthaltsräume und Ruhezonen, die ansprechend und entspannend gestaltet sind
- Serviceangebote, wie Getränke, kleine Snacks auf den Stationen oder in Wartebereichen, beispielsweise in der Ambulanz
- Besucherfreundliche Gestaltung der Besuchszeiten der Intensivstation
- Rückmeldungen von den Besuchern - Diese sollten angesprochen und um ihre Meinung gebeten werden.

Viele dieser Aspekte sind im St. Willibrord-Spital bereits umgesetzt bzw. in Planung. Durch den Umbau des B-Flügels wurden beispielsweise gute Aufenthaltsräume für Besucher geschaffen. Das Serviceangebot mit kostenlosem Kaffee wurde erweitert. Dies alles mag zu der insgesamt sehr positiven Beurteilung durch die Patienten beigetragen haben und kann sicherlich als Bestätigung gewertet werden. Für die Zukunft gilt es, diesen Weg beizubehalten und noch weiter auszubauen.

Besonders wichtig ist die **Einstellung zum Besuch**:

- Die Bedeutung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden, Arbeitskollegen für das Wohlbefinden des Patienten sollte jedem Mitarbeiter bewusst sein.
- Besucherfragen sollten erwünscht und willkommen sein.
- Besucher sollten weitestgehend in den Stationsablauf mit einbezogen werden.
- Sie sollten bei Visiten, Informationsgesprächen oder ggf. auch pflegerischen Maßnahmen zugegen sein, sofern das vom Besuch und vom Patienten gewünscht ist.

Den Führungskräften in allen Berufsgruppen kommt hier eine entscheidende **Modellfunktion** zu. Ihre Aufgabe ist es, diese Haltung ihren Mitarbeitern vorzuleben und zu vermitteln. Sie können dabei durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen unterstützt werden. Denkbar sind beispielsweise **Fortbildungen** zum Thema „Der Patient und sein Besuch“, die sich an die Leitungen aller Abteilungen (Pforte, Service, ärztlicher und pflegerischer Dienst, Hostessen, Hauswirtschaft) und auch an die nicht leitenden Mitarbeiter wenden.

5.2. Das Schmerzfremie Krankenhaus

Ein weiteres wichtiges Thema sind **Schmerzen**. Schmerzen sind die von Patienten am häufigsten genannten körperlichen Beschwerden. Dieses Ergebnis betont die enorme Wichtigkeit einer guten Schmerztherapie. Die Möglichkeiten moderner interdisziplinärer Schmerztherapie sollten umgesetzt werden. Das St. Willibrord-Spital sollte den eingeschlagenen Weg hin zum „Schmerzfremie Krankenhaus“ weiter verfolgen. Dazu gehört:

- die Intensivierung der vorhandenen Schmerztherapie
- die Installation von „pain nurses“
- Implementierung von psychologischer Schmerzbewältigung,
- Einsetzen von Entspannungsmethoden
- Erweiterung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Vor allem geht es aber auch um die **Sensibilisierung der Mitarbeiter** gegenüber Schmerzäußerungen von Patienten.

- Das subjektive Empfinden der Patienten ist wichtig zu nehmen.
- Mitarbeiter sollten darin geschult werden, Schmerzen bei den Patienten ernst zu nehmen und diesen sowohl mit geeigneten schmerztherapeutischen Maßnahmen als auch im Gespräch empathisch und mit Wertschätzung zu begegnen.
- Fortbildungen zum Thema „Umgang mit Schmerzen“ sollten die Einstellung und innere Haltung der Mitarbeiter gegenüber Schmerzäußerungen ins Bewusstsein rücken.

Grundsätzlich sollten Patientenäußerungen und –meinungen sehr ernst genommen und erfragt werden. Patienten machen von sich aus relativ wenige Angaben zu unangenehmen subjektiven Erlebnissen. Negative Gedanken und Gefühle werden – ungerne – benannt. Beispielsweise wird die häusliche Versorgung von den Mitarbeitern, nicht jedoch von den Patienten als problematisch benannt.

Mitarbeiter sollten darin geschult werden, mit unangenehmen Befindlichkeiten der Patienten umzugehen, damit sie diese ermuntern können, negatives Erleben und Befinden zu äußern. Es sollte den Mitarbeitern bewusst sein, dass viele Patienten diesbezüglich sehr zurückhaltend sind. Mitarbeiter sollten lernen, wie sie die Patienten hier zu mehr Offenheit anregen können. Grundlagen von Kommunikation und Gesprächsführung, spezielle Gesprächstechniken z.B. nach Carl Rogers und Eric Berne für den Umgang mit Gefühlen wie Trauer, Wut oder Angst sollten erlernt werden. Dies gilt vor allem für die Mitarbeiter der Pflege und im ärztlichen Dienst.

5.3. Das Mitarbeiterorientierte Krankenhaus

Die Mitarbeiter sollten auch darüber aufgeklärt werden, dass sie manche Probleme höher bewerten als sie für die Patienten Relevanz besitzen. In vielen Aspekten wird die psychische Versorgung der Patienten von den Mitarbeitern kritischer gesehen als von den Patienten.

Mitarbeiter sollten ermuntert werden, mit ihren eigenen Ressourcen ökonomisch umzugehen und ihre Zeit und Energie nicht zu verschwenden für Angelegenheiten, für die aus Patientensicht kein Verbesserungsbedarf besteht.

Der Umgang mit eigenen Ressourcen, Zeitmanagement, Stressbewältigung erscheinen hier wichtige Fortbildungsthemen für Mitarbeiter.

5.4. Patientenedukation im Krankenhaus

Auch die Patienten können dazulernen. Im Rahmen von Patientenedukation können die Patienten lernen, ihr subjektives Erleben zu äußern, Abläufe, Entscheidungen und Maßnahmen zu hinterfragen, sich zu informieren, mehr Eigenverantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen. Dazu ist Beratung und Schulung notwendig:

- Die Patienten sollten aufgeklärt werden über notwendige Aspekte, mit denen es sich zu befassen gilt, wie beispielsweise die o.a. häusliche Versorgung.
- Für manche Bereiche sollte bei den Patienten Problembewusstsein gefördert werden. Dies gilt insbesondere bei chronische Erkrankungen.
- Es könnten Übungsaktionen für die Patienten angeboten werden.
- Im Rahmen von Patienteninformation könnten Anweisungen für den Umgang mit medizinischen Geräten (z.B. Insulinspritze) vermittelt werden.
- Über moderne Medien wie Internet könnten allgemeine Informationen zugänglich gemacht werden.
- Das Beschwerdemanagement sollte weiter optimiert werden.
- Gleichzeitig bedarf es auch an dieser Stelle wiederum der Schulung der Mitarbeiter, wie sie mit diesem dann „mündigen Patienten“ und seinen Angehörigen umgehen sollten.

Im Rahmen des Patienten-Informations-Zentrums (PIZ) am St. Willibrord-Spitals wurden die ersten Schritte in diese Richtung realisiert und sollten unbedingt weiter ausgebaut werden.

5.5. Das Wissenschaftsorientierte Krankenhaus

Die gesamte Thematik sollte weiter wissenschaftlich untersucht werden mit Unterstützung des St. Willibrord-Spitals. Im Interesse des Hauses sollten die in Kap. aufgeworfenen Forschungsfragen weiter erforscht werden. Zu denken ist an:

- Eigenforschung
- Vergabe von Forschungsaufträgen an Absolventen des Bildungszentrum Niederrhein
- Kooperation mit Hochschulen, z.B. der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen¹
- oder der Hochschule Rhein-Waal.

Abschließend zu diesem Kapitel soll hervorgehoben werden, dass die Patienten in der vorliegenden Untersuchung dem St. Willibrord-Spital insgesamt eine sehr gute Leistung bescheinigen. Die Patienten fühlen sich im St. Willibrord-Spital wohl, professionell und freundlich behandelt. Die Zufriedenheit insgesamt ist sehr hoch. Dieses Ergebnis deckt sich mit den überdurchschnittlichen Zufriedenheitswerten bei den bisherigen Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätsmanagements.²

Dies sollte als Bestätigung gewertet werden, dass sich das St. Willibrord-Spital auf dem richtigen Weg befindet. Dieser Weg ständiger Modernisierung, Verbesserung und Optimierung der Patientenversorgung sollte weiter beschritten werden. Vor allem sollte dieses Ergebnis allen Beteiligten, der Geschäftsführung, der Krankenhausleitung aber auch allen anderen Mitarbeitern bekannt sein. Die Mitarbeiter sollten positive Verstärkung erhalten für ihre Leistung. Sie sollten dafür gelobt werden, dass sie sich auf dem richtigen Weg befinden. Sie sollten wissen, dass sich ihre Bemühungen um den Patienten lohnen. Dies fördert die Motivation aller Beteiligten **auf dem Weg zum patientenorientierten Krankenhaus der Zukunft** und trägt zur Zukunftssicherung aller Beteiligten bei.

¹ Das Bildungszentrum Niederrhein gehört zur Holding „Pro homine“ und unterhält eine Kooperation mit der katholischen Hochschule NRW

² SWZ Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft 2005, interne Veröffentlichung St. Willibrord-Spital
Patientenbefragung durch die Forschungsgruppe Metrik 2009, interne Veröffentlichung St. Willibrord-Spital

6. Schlussbemerkung

Zum Abschluss der vorliegenden Dissertationsschrift seien mir einige persönliche Nachbemerkungen erlaubt:

Nach ungefähr 25-jähriger fast ausschließlicher praktischer Arbeit als Diplom-Psychologin stellte es für mich eine besondere Herausforderung dar, mich dieser wissenschaftlichen Forschungsarbeit zu widmen. Meine alltägliche Arbeit mit den Patienten und Mitarbeitern im Krankenhaus einmal aus einer anderen, neutraleren Perspektive zu betrachten, bedeutete für mich eine neue Herangehensweise. Es ermöglichte mir, die täglichen Fragen und Aufgaben aus einer „wissenschaftlichen Distanz“ heraus mit „Forscherblick“ zu betrachten und auch neu zu bewerten. Die Arbeit mit den Patienten wurde durch neu entfaltetes Forschen und Erforschen der Gesamtsituation sehr bereichert und wird auch in meine zukünftige Arbeit im St. Willibrord-Spital einfließen. Dies trifft in besonderem Maße auf die Ansätze für weitere Forschungsprojekte, für interne Fortbildungen, für die Qualitätssicherung und Kundenorientierung zu, die sich aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten ließen. Ich hoffe, so einen Beitrag zur Optimierung der Verzahnung von Theorie, Forschung und Praxis leisten zu können.

Schließen möchte ich mit einem Zitat von dem schweizerischen Psychologen Jean Piaget:

„Sehen verändert unser Wissen, Wissen verändert unser Sehen“

7. Quellenverzeichnis

7.1. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A., Adler, A.: Edukative Unterstützung der Pateinten im Krankenhaus.
In: Die Schwester/Der Pfleger, 12/2007, S. 1074-1077

Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T.: System Krankenhaus. Juventa Verlag
Weinheim und München 1993

Bamberg, G.; Bauer, F.: Statistik. 3. Aufl. R. Oldenbourg Verlag, München 1984

Berne, E.: Spiele der Erwachsenen, Neuausgabe 2002, Reinbek, Hamburg 2002

Bohley, P.: Statistik. 2. Aufl. R. Oldenbourg Verlag, München 1987

Bossong, B.: Stress und Handlungskontrolle. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Brunstein, J.C.: Hilflosigkeit, Depression und Handlungskontrolle. Hogrefe,
Göttingen 1990

Büschkes, G.: Einführung in die Organisationssoziologie. Teubner, Stuttgart 1983

Danish, S.; Augelli, A.: Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in
Entwicklungsverläufe über die Lebensspanne.
In: Philipp, Sigrun-Heide (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Beltz
Psychologie Verlags Union, München 1995, S. 156 ff.

Diehl, J.; Kohr, H.-U.: Durchführungsanleitungen für statistische Tests. Beltz Verlag,
Weinheim 1977

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH,
Reinbeck 1995

v. Engelhardt, M.; Herrmann, Ch.: Humanisierung im Krankenhaus. Juventa
Weinheim, 1999

Faltermaier, T.: Alltägliche Krisen und Belastungen. In: Flick, U. (Hrsg.): Handbuch
Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union,
Weinheim 1995, S. 305 ff.

- Filipp, S. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, München 1995
- Flick, U. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995
- Friedrichs, J. : Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbeck 1973
- Gasch/Lasogga: Notfallpsychologie, Springer Verlag Heidelberg 2008
- Härter, M; Koch, U. (Hrsg.): Psychosoziale Dienste im Krankenhaus. Hogrefe, Göttingen 2000
- Hansen, A.: Schnittstellenkommunikation im Krankenhaus. Masterarbeit an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen 2007
- Hoefert, H.-W. (Hrsg.): Führung und Management im Krankenhaus. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen 2007
- Hopf, Ch.: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995, S. 177 ff.
- Huber, M.: Patientenberatung und Edukation – welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt?“ In: PR-Internet 03/2002, S. 65-70
- Janssen, J.; Laatz, W.: Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 6. Aufl. Springer, Heidelberg 2007
- Kobasa, S.; Maddi, S.: Existential personality theory. In Corsini, R. (Hrsg.): Current personality theories. Peacock, Itasca 1977
- Kobasa, S. et al.: Hardiness and health. In: Journal of Personality and Social Psychology 1982/42, S. 168-177
- Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung. 5. Aufl. Leske Verlag + Budrich GmbH, Opladen 1991
- Kuhl, J.: Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Springer Verlag, Berlin 1983

- Lang, E.; Arnold, K.: Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1996
- Lauber, A.(Hrsg.): Verstehen und Pflegen 1. Grundlagen beruflicher Pflege. 2. Aufl. Thieme Verlag, Stuttgart 2007
- Lazarus, R.; Folkman, S.: Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984
- Lazarus, R.: Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma.
In: Philipp, S. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. 2. erw. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, München 1990, S. 198 ff.
- Mayer, H.: Einführung in die Pflegeforschung. 2. Aufl. Facultas Wien 2002
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995, S. 209 ff.
- Metalsky, G.; Halberstadt, L.; Abramson, L.: Vulnerability to depressive mood reactions. Journal of Personality and Social Psychology 1987/52, S. 386-393
- Neubauer, W.: Statistische Methoden. Verlag Franz Vahlen, München 1984
- Pirntke, G.: Moderne Organisationslehre. Expert Verlag, Renningen 2007
- Reibnitz v., C et al.. Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Juventa, Weinheim/München 2001
- Rogers, C. R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt 1983
- Rohde, J.: Soziologie des Krankenhauses, 2. Aufl. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1974
- Scheier, M.; Carver, C.: Optimism, coping and health.
In: Health Psychology 1985/4, S. 219-247
- Schlegel, L.: Die Transaktionale Analyse. UTB, Stuttgart 1995
- Schrader, A.: Einführung in die empirische Sozialforschung. Kohlhammer, München 1971

Seligman, M.: Erlernte Hilflosigkeit. Knauer, München 1979

Seligman, M.: Pessimisten küsst man nicht; Optimismus kann man lernen. Knauer, München 1991

Selye, H.: The stress of life. In: American Journal of Public Health, New York 1956

Selye, H.: Stress beherrscht unser Leben. Econ, Berlin 1957

Siegrist, J.: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München 1977

Sonneck, G. (Hrg.): Krisenintervention und Suizidverhütung, Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. 2. Aufl. Facultas Verlag, Wien, 1991.

Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus. Juventa, Weinheim 2002

Vester, F.: Phänomen Stress. 9. Aufl., DTV München 1988

Vester, F.: Phänomen Stress. 18. Aufl. DTV, München 2003

Walter, I.: Krankenpflege als Beruf. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1991

Wienold, H.: Empirische Sozialforschung. Praxis und Methode. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster 2000

Willig, W.: Arbeitstexte für Psychologie, Soziologie, Pädagogik an Pflegeschulen. 10. Aufl. Selbstverlag Willig, Balingen 1995

Woog, P.: Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin und Strauss Pflegemodell. Ullstein medical, Wiesbaden 1998

7.2. Internet-Quellen

<http://www.aok-gesundheitsnavi.de/krankenhaus.15.de.html>

<http://www.Haufe.de/personal> vom 8.5.2009:
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

<http://www.metrik.de>

<http://www.Netzwerk-Patientenedukation.de>

<http://www.statistik-tutorial.de/forum/forum2.html>

<http://statistikforum.forencity.de/forum,19,-spss.html>

<http://de.wikipedia.org>

http://de.wikipedia.org/wiki/Madeleine_Leininger

7.3. Bildnachweis

Deckblatt: Denkmal für Werner Senger, einen reichen Limburger Bürger, der im Jahr 1358 das Limburger Spital stiftete und auf den der heutige Bürger-Hospital-Fonds zur Unterstützung von Armen und Kranken zurückgeht, aufgenommen in Limburg an der Lahn am 28.5.2010

7.4. EDV-Software

Windows XP Professional, Windows 7

Microsoft Word 2000 Premium, Microsoft Word 2010

Microsoft Excel 2000 Premium, Microsoft Excel 2010

SPSS 15.1., PASW 18

PDF-Creater Freeware,

Nero 7 Essentials

8. Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt zu haben. Ich habe keine anderen als die im Quellenverzeichnis angegebenen Quellen verwendet, und sämtliche Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Veröffentlichungen übernommen wurden, habe ich entsprechend gekennzeichnet.

Emmerich - Elten, Juni 2011

Dipl.-Psych. Birgit Haan

9. Anhang

Im folgenden Anhang sind die Fragebögen sowie die einzelnen Variablen mit den entsprechenden Skalenniveaus aufgeführt.

9.1. Fragebögen

Es kamen drei verschiedene Fragebögen zum Einsatz:

Mitarbeiterfragebogen (MA)

Patientenfragebogen (Pat)

Fragebogen für Patienten, die über andere Patienten befragt wurden (PüP)

9.1.1. Mitarbeiterfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit dem vorliegenden Fragebogen soll erfasst werden, wie sich aus Ihrer Sicht die psychische Situation unserer Patienten darstellt. Sie werden gebeten, Ihre diesbezügliche Einschätzung abzugeben. Es gibt dabei weder richtige noch falsche Antworten. Vielmehr kommt es auf Ihre subjektive Einschätzung der Situation an.

Bei den meisten Fragen kreuzen Sie bitte aus einer vorgegebenen Liste die für Sie zutreffende Antwort an. Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, eine Antwort ohne Antwortvorgaben zu geben. Bitte nutzen Sie die dafür vorgesehenen Linien.

Vielleicht fällt es Ihnen bei einigen Fragen schwer, eine Entscheidung zu treffen. Bitte kreuzen sie dann die Alternative an, die meistens auf Sie zutrifft.

Fragen, die nicht auf Sie zutreffen oder die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Angaben zur Person

1.1. Geschlecht

<input type="checkbox"/>	Weiblich
<input type="checkbox"/>	Männlich

1.2. Alter

Ich bin _____ Jahre.

1.3. Ich gehöre folgender Berufsgruppe an:

	Ärztlicher Dienst
	Pflege
	Verwaltung
	Funktionsdienste
	Sonstiges (bitte aufführen):

1.4. Ich bin in folgender Fachabteilung tätig:

--

2. Subjektives Befinden der Patienten

2.1. Wie fühlen sich Ihrer Einschätzung nach Ihre Patienten insgesamt

	Sehr wohl
	Wohl
	Weniger wohl
	Unwohl

2.2. Unter welche körperlichen Beschwerden leiden Ihre Patienten am meisten?

2.3. Fühlen sich Ihre Patienten sich bzgl. Ihrer Beschwerden ernst genommen?

	Sehr ernst genommen
	Ernst genommen
	Weniger ernst genommen
	Nicht ernst genommen

2.4. Was denken Sie, wodurch fühlen sich Patienten ernst genommen?

2.5. Wie verkraften Ihre Patienten den Krankenhausaufenthalt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

2.6. Was hilft den Patienten Ihrer Meinung nach dabei?

3. Vorgeschichte

3.1. Wie oft waren die meisten Ihrer Patienten schon im Krankenhaus?

	Vorher noch nie
	Ein Mal
	Zwei bis fünf Mal
	Mehr als fünf Mal

3.2. Wenn die Patienten über ihre früheren Krankenhauserfahrungen sprechen, waren die anderen Krankenhausaufenthalte für sie

	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

3.3. Wie lange schätzen Sie, leiden Ihre Patienten schon unter den Krankheiten/Beschwerden deretwegen Sie hier im Krankenhaus sind?

4. Rahmenbedingungen

4.1. Sind bzw. waren Patienten oft auch noch auf anderen Stationen?

	Ja
	Nein

4.2. Wenn ja, welche? (bitte in der Reihenfolge der Häufigkeit)

4.3. Wie beurteilen Ihre Patienten die Ausstattung ihres Zimmers?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.4. Wie beurteilen Ihre Patienten die Ausstattung der Station insgesamt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.5. Was gefällt den Patienten an ihrem Zimmer oder der Station besonders gut?

4.6. Was sollte an der Ausstattung des Zimmers/der Station unbedingt verbessert werden?

5. Aufnahmesituation

5.1. Für die meisten Ihrer Patienten ist der jetzige Krankenhausaufenthalt

	geplant
	unerwartet

5.2. Wie erleben Ihre Patienten die Aufnahmesituation?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.3. Was wird Ihrer Erfahrung nach von den Patienten bei der Aufnahme als unangenehm erlebt?

5.4. Was wird nach Ihrer Erfahrung von den Patienten bei der Aufnahme als positiv erlebt?

5.5. Wie beurteilen Patienten Ihrer Erfahrung nach die Wartezeiten bei der Aufnahme?

	Sehr lang
	Lang
	Kurz
	Sehr kurz

5.6. Wie erleben Patienten nach Ihrer Erfahrung diese Wartezeiten?

	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

5.7. Wie gut werden die Patienten bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.8. Wie gut werden die Patienten bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.9. Wie gut werden sie bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.10. Wie gut werden Patienten bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf (z.B. Visiten, Untersuchungen, Behandlungen) informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.11. Wie gut finden sich die Patienten Ihrer Erfahrung nach im Krankenhaus zurecht?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.12. Wie könnte die Aufnahmesituation verbessert werden?

6. Psychische Betreuung

6.1. Mit welchen Personen haben die Patienten im Krankenhaus zu tun?

6.2. Von wem werden die Patienten psychisch betreut und wie erleben sie diese Betreuung nach Ihren Erfahrungen?

Ärzte	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Pflegepersonal	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Psychologischer Dienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Seelsorge	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Sozialdienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Sonstige Dienste (bitte aufrühren):	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

6.3. Wie stark fühlen sich die Patienten Ihrer Erfahrung nach durch den Krankenhausaufenthalt in ihrem Befinden belastet?

	Sehr stark
	Weniger stark
	kaum
	Gar nicht

6.4. Was belastet Ihre Patienten besonders?

6.5. Wie gut fühlen sich die Patienten bei der Bewältigung ihrer Situation unterstützt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.6. Was hilft den Patienten besonders?

6.7. Was tut den Patienten besonders gut?

6.8. Was vermissen Ihre Patienten?

6.9. Wie zufrieden sind Ihre Patienten mit der Zeit, die man ihnen widmet?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.10. Wie beurteilen die nicht zufriedenen Patienten insgesamt den Zeitumfang, den man Ihnen widmet?

	Zu viel Zeit
	Zu wenig Zeit

6.11. Haben Ihre Patienten Ihrer Erfahrung nach genügend Ruhe?

	Ja
	Nein

6.12. Fühlen sich die Patienten in ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt?

	Ja
	Nein

6.13. Können Patienten in ausreichendem Maße Ihre Meinung einbringen?

	Ja
	Nein

6.14. Fühlen sich Patienten nach Ihren Erfahrungen in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?

	Ja
	Nein

6.15. Wie beurteilen Patienten Ihrer Erfahrung nach die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.16. Was denken Sie, wie zufrieden sind Patienten mit den Antworten?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.17. Welche positiven Gefühle und Gedanken beschäftigen Ihre Patienten während Ihres Krankenhausaufenthalts?

6.18. Welche negativen Gedanken und Gefühle haben die Patienten?

6.19. Äußern Patienten diese negativen Gefühle/Gedanken?

	Ja
	Nein

6.20. Fragen Sie Ihre Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken?

	Ja
	Nein

6.21. Wie sind Ihre Erfahrungen; Hätten sich Ihre Patienten mehr oder weniger Nachfragen gewünscht?

	Mehr
	weniger
	Weder noch

6.22. Wie gut können Sie mit der Situation/den Gefühlen Ihrer Patienten umgehen?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.23. Welche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der psychischen Betreuung haben Sie?

7. Entlassungssituation

7.1. Welche Ängste und Sorgen beschäftigen Patienten nach Ihren Erfahrungen in Zusammenhang mit ihrer Entlassung?

7.2. Wie erleben Patienten Ihrer Erfahrung nach die Vorbereitung auf die Entlassung?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.3. Welche Anschlussbehandlungen sind für Ihre Patienten häufig vorgesehen?

7.4. Falls eine Anschlussbehandlung vorgesehen ist, fühlen sich Patienten diesbezüglich gut informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.5. Wie könnte die Entlassungssituation angenehmer gestaltet werden?

7.6. Welche sonstigen Anregungen haben Sie zur Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!!!

9.1.2. Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Mit dem vorliegenden Fragebogen soll erfasst werden, wie Sie Ihren Aufenthalt im Krankenhaus erleben.

Aus diesem Grund wird Ihnen im Folgenden eine Reihe von Fragen gestellt.

Es gibt dabei weder richtige noch falsche Antworten. Vielmehr kommt es auf Ihre subjektive Einschätzung der Situation an.

Bei den meisten Fragen kreuzen Sie bitte aus einer vorgegebenen Liste die für Sie zutreffende Antwort an.

Bei anderen Fragen werden Sie aufgefordert, eine Antwort ohne Antwortvorgaben zu geben. Bitte nutzen Sie die dafür vorgesehenen Linien.

Falls eine Frage nicht auf Sie zutrifft, lassen Sie diese einfach aus.

Vielleicht fällt es Ihnen bei einigen Fragen schwer, eine Entscheidung zu treffen. Bitte kreuzen sie dann diejenige Alternative an, die überwiegend oder meistens auf Sie zutrifft.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Angaben zur Person

1.5. Geschlecht

<input type="checkbox"/>	Weiblich
<input type="checkbox"/>	Männlich

1.6. Alter

Ich bin _____Jahre.

1.7. Familienstand

	Ledig
	Verheiratet
	Verwitwet
	geschieden

1.8. Ich habe _____Kinder.

1.9. Ich bin Patient/in der Station _____.

1.10. Was war der Anlass für Ihren Krankenhausaufenthalt?

1.11. Die Aufnahme war

	Notfall
	regulär

1.12. Welche Diagnose(n) haben Sie?

1.13. Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus?

--

2. Aktuelles Befinden

2.1. Wie fühlen sie sich?

	Sehr wohl
	Wohl
	Weniger wohl
	Unwohl

2.2. Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?

2.3. Fühlen Sie sich bzgl. Ihrer Beschwerden ernst genommen?

	Sehr ernst genommen
	Ernst genommen
	Weniger ernst genommen
	Nicht ernst genommen

2.4. Woran merken Sie, dass Ihre Beschwerden ernst genommen werden?

2.5. Wie haben Sie den jetzigen Krankenhausaufenthalt bisher verkraftet?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

2.6. Wer oder was hat Ihnen dabei geholfen?

3. Vorgeschichte

3.1. Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?

	Vorher noch nie
	Ein Mal
	Zwei bis fünf Mal
	Mehr als fünf mal

3.2. Was waren die Anlässe?

3.3. Welche Krankenhäuser haben Sie bisher besucht und wie haben Sie diese Krankenhausaufenthalte erlebt?

1. Krankenhaus:	
	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

2. Krankenhaus:	
	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

3. Krankenhaus:	
	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

4. Krankenhaus:	
	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

5. Krankenhaus: St. Willibrord-Spital Emmerich:	
	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

4. Rahmenbedingungen

4.1. Waren Sie auch noch auf anderen Stationen?

	Ja
	Nein

4.2. Wenn ja, welche waren das?

4.3. Wie finden Sie die Ausstattung Ihres jetzigen Zimmers?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.4. Wie finden Sie die Ausstattung der Station insgesamt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.5. Was gefällt Ihnen am Zimmer besonders gut?

4.6. Was gefällt Ihnen an der Station besonders gut?

4.7. Was sollte unbedingt verbessert werden?

5. Aufnahmesituation

5.1. Der jetzige Krankenhausaufenthalt war für Sie

	geplant
	unerwartet

5.2. Mit wem hatten sie im Krankenhaus als erstes Kontakt?

5.3. Wie haben Sie die Aufnahmesituation insgesamt erlebt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.4. Was fanden Sie bei der Aufnahme unangenehm?

5.5. Was haben Sie bei der Aufnahme als positiv erlebt?

5.6. Wie waren die Wartezeiten bei der Aufnahme?

	Sehr lang
	Lang
	Kurz
	Sehr kurz

5.7. Wie haben Sie diese Wartezeiten erlebt?

	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

5.8. Wie wurden Sie bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.9. Wie wurden Sie bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.10. Wie wurden Sie bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.11. Wie wurden Sie bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf (z.B. Visiten, Untersuchungen, Behandlungen) informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.12. Wie haben Sie sich zurechtgefunden?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.13. Wie könnte nach Ihrer Erfahrung die Aufnahmesituation verbessert werden?

6. Psychische Betreuung

6.1. Wie stark belastet Sie der Krankenhausaufenthalt in Ihrem Befinden?

	Sehr stark
	Weniger stark
	Kaum
	Gar nicht

6.2. Was belastet Sie besonders?

6.3. Wie stark fühlen Sie sich bei der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.4. Mit welchen Mitarbeitern des Krankenhauses hatten Sie bisher zu tun?

6.5. Von wem wurden Sie psychisch betreut und wie erlebten Sie diese Betreuung?

Ärzte	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Keine psychische Betreuung

Pflegepersonal	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Keine psychische Betreuung

Psychologischer Dienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Keine psychische Betreuung

Seelsorge	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Keine psychische Betreuung

Sozialdienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Keine psychische Betreuung

Sonstige Dienste (bitte aufrühren):	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.6. Was hat Ihnen besonders geholfen?

6.7. Was hat Ihnen gut getan/gefallen?

6.8. Was haben Sie vermisst?

6.9. Was hätten Sie gebraucht?

6.10. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zeit, die man Ihnen widmet?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.11. Falls Sie nicht zufrieden sind: Wie beurteilen Sie insgesamt den Zeitumfang, den man Ihnen widmet?

	Zu viel Zeit
	Zu wenig Zeit

6.12. Hatten Sie genügend Ruhe?

	Ja
	Nein

6.13. Fühlten Sie sich in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt?

	Ja
	Nein

6.14. Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung einbringen?

	Ja
	Nein

6.15. Fühlten Sie sich in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?

	Ja
	Nein

6.16. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.17. Wie zufrieden sind Sie mit den Antworten?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.18. Welche positiven Gedanken und Gefühle haben Sie während Ihres Krankenhausaufenthalts beschäftigt?

6.19. Welche negativen Gedanken hatten Sie?

6.20. Haben Sie diese Gedanken und Gefühle gegenüber Mitarbeitern des Krankenhauses geäußert?

	Ja
	Nein

6.21. Hat man Sie nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?

	Ja
	Nein

6.22 Hätten Sie sich mehr oder weniger Nachfragen gewünscht?

	Mehr
	weniger
	Weder noch

6.23. Wie konnte das Personal mit Ihrer Situation/ Ihren Gefühlen umgehen?

Ärzte	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Pflegepersonal	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Psychologischer Dienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Seelsorge	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Sozialdienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Sonstige Dienste (bitte aufführen):	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.24. Welche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der psychischen Betreuung haben Sie?

7. Zukunft/Entlassung

7.1. Wann werden sie voraussichtlich entlassen?

--

7.2. Welche Ängste und Sorgen beschäftigen Sie?

7.3. Falls Sie bald entlassen werden, wie erleben Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.4. Falls eine Anschlussbehandlung vorgesehen ist, welche?

7.5. Falls eine Anschlussbehandlung vorgesehen ist, wie wurden Sie diesbezüglich informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.6. Wie könnte die Entlassungssituation für Sie angenehmer gestaltet werden?

8. Weitere Anmerkungen

8.1. Möchten Sie sonst noch etwas über Ihren Krankenhausaufenthalt bemerken, das noch nicht angesprochen wurde?

9.1.3. *Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!!!*

9.1.3. Fragebogen für Patienten über Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient

Mit dem vorliegenden Fragebogen soll erfasst werden, wie Patienten ihren Aufenthalt im Krankenhaus aus der Sicht anderer Patienten erleben. Da Sie selbst Patient bzw. Patientin in unserem Haus sind, hatten Sie sicherlich Gelegenheit, zu beobachten, wie es anderen Patienten ging, oder Sie haben in Gesprächen mit anderen Patienten möglicherweise etwas über deren Situation erfahren.

Im Folgenden wird Ihnen eine Reihe von Fragen gestellt, die sich vor allem mit der psychischen Situation anderer Patienten hier im Krankenhaus befassen.

Es gibt dabei weder richtige noch falsche Antworten. Vielmehr kommt es darauf an, wie **Sie** die Situation unserer Patienten erlebt haben und einschätzen.

Bei den meisten Fragen kreuzen Sie bitte aus einer vorgegebenen Liste die zutreffende Antwort an.

Bei anderen Fragen werden Sie aufgefordert, eine Antwort ohne Antwortvorgaben zu geben. Bitte nutzen Sie die dafür vorgesehenen Linien.

Fragen, die nicht auf Sie zutreffen oder die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach aus.

Vielleicht fällt es Ihnen bei einigen Fragen schwer, eine Entscheidung zu treffen. Bitte kreuzen sie dann diejenige Alternative an, die überwiegend oder meistens zutrifft.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

2. Angaben zur Person

1.14. Geschlecht

<input type="checkbox"/>	Weiblich
<input type="checkbox"/>	Männlich

1.15. Alter

Ich bin _____ Jahre.

1.16. Familienstand

<input type="checkbox"/>	Ledig
<input type="checkbox"/>	Verheiratet
<input type="checkbox"/>	Verwitwet
<input type="checkbox"/>	geschieden

1.17. Ich habe _____ Kinder.

1.18. Ich bin Patient/in der Station _____.

1.19. Was war der Anlass für Ihren Krankenhausaufenthalt?

1.20. Die Aufnahme war

	Notfall
	regulär

1.21. Welche Diagnose(n) haben Sie?

1.22. Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus?

--

2. Subjektives Befinden der Patienten

2.1. Wie fühlen sich die Patienten im Allgemeinen?

	Sehr wohl
	Wohl
	Weniger wohl
	Unwohl

2.2. Welche körperlichen Beschwerden haben die Patienten häufig?

2.3. Wie ernst genommen fühlen sich die Patienten hinsichtlich ihrer Beschwerden?

	Sehr ernst genommen
	Ernst genommen
	Weniger ernst genommen
	Nicht ernst genommen

2.4. Woran merken Patienten, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden?

2.5. Wie verkraften Patienten einen Krankenhausaufenthalt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

2.6. Was hilft ihnen dabei?

3. Vorgeschichte

3.1. Wie oft waren die meisten Patienten schon im Krankenhaus?

	Vorher noch nie
	Ein Mal
	Zwei bis fünf Mal
	Mehr als fünf mal

3.2. Was sind häufige Anlässe für einen Krankenhausaufenthalt?

3.3. Wie wurden bisherige Krankenhausaufenthalte erlebt?

	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

4. Rahmenbedingungen

4.1. Waren Sie selbst auch Patient auf anderen Stationen?

	Ja
	Nein

4.2. Wenn ja, welche waren das?

4.3. Wie beurteilen die Patienten die Ausstattung Ihres Zimmers?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.4. Wie beurteilen die Patienten die Ausstattung Ihrer Station insgesamt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

4.5. Was gefällt den Patienten an den Zimmern besonders gut?

4.6. Was gefällt den Patienten an der Station besonders gut?

4.7. Was sollte unbedingt verbessert werden?

5. Aufnahmesituation

5.1. Der jetzige Krankenhausaufenthalt war für Sie

	geplant
	unerwartet

5.2. Mit wem hat man als Patient im Krankenhaus als erstes Kontakt?

5.3. Wie erleben Patienten die Aufnahmesituation insgesamt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.4. Was finden Patienten bei der Aufnahme unangenehm?

5.5. Was erleben Patienten bei der Aufnahme als positiv?

5.6. Wie sind die Wartezeiten bei der Aufnahme?

	Sehr lang
	Lang
	Kurz
	Sehr kurz

5.7. Wie erleben Patienten diese Wartezeiten?

	Sehr angenehm
	Angenehm
	Weniger angenehm
	Unangenehm

5.8. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.9. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.10. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.11. Wie werden Patienten bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf (z.B. Visiten, Untersuchungen, Behandlungen) informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.12. Wie finden sich die Patienten zurecht?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

5.13. Wie könnte die Aufnahmesituation verbessert werden?

6. Psychische Betreuung

6.1. Wie stark belastet der Krankenhausaufenthalt Patienten in Ihrem Befinden?

	Sehr stark
	Weniger stark
	kaum
	Gar nicht

6.2. Was belastet die Patienten besonders?

6.3. Wie stark fühlen sich die Patienten bei der Bewältigung ihrer Situation unterstützt?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.4. Mit welchen Personen hat man als Patienten hier im Krankenhaus zu tun?

6.5. Von wem werden die Patienten psychisch betreut und wie erleben sie diese Betreuung?

Ärzte	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Pflegepersonal	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Psychologischer Dienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Seelsorge	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Sozialdienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht
	Gar nicht betreut

Sonstige Dienste (bitte aufführen):	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.6. Was hilft den Patienten besonders?

6.7. Was tut den Patienten gut?

6.8. Was vermissen einige Patienten?

6.9. Was brauchen die Patienten?

6.10. Wie zufrieden sind die Patienten insgesamt mit der Zeit, die man ihnen widmet?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.11. Falls sie nicht zufrieden sind: Wie beurteilen die Patienten insgesamt den Zeitumfang, den man ihnen widmet?

	Zu viel Zeit
	Zu wenig Zeit

6.12. Haben die Patienten genügend Ruhe?

	Ja
	Nein

6.13. Fühlen sich die Patienten in ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt?

	Ja
	Nein

6.14. Können Patienten in ausreichendem Maße Ihre Meinung einbringen?

	Ja
	Nein

6.15. Fühlen sich Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?

	Ja
	Nein

6.16. Wie beurteilen Patienten die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.17. Wie zufrieden sind die Patienten mit den Antworten, die sie bekommen?

	Sehr zufrieden
	Zufrieden
	Weniger zufrieden
	Unzufrieden

6.18. Welche positiven Gedanken und Gefühle beschäftigen Patienten während Ihres Krankenhausaufenthalts?

6.19. Welche negativen Gedanken und Gefühle haben sie?

6.20. Äußern Patienten diese negativen Gedanken und Gefühle gegenüber dem Personal??

	Ja
	Nein

6.21. Werden die Patienten nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?

	Ja
	Nein

6.22 Würden sich die Patienten mehr oder weniger Nachfragen wünschen?

	Mehr
	weniger
	Weder noch

6.23. Wie gut kann das Personal mit der Situation/den Gefühlen der Patienten umgehen?

Ärzte	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Pflegepersonal	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Psychologischer Dienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Seelsorge	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Sozialdienst	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

Sonstige Dienste (bitte aufführen):	
	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

6.24. Welche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der psychischen Betreuung gibt es aus Sicht der Patienten?

7. Entlassungssituation

7.1. Welche Ängste und Sorgen beschäftigen Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung?

7.2. Wie erleben Patienten die Vorbereitung auf die Entlassung?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.3. Falls eine Anschlussbehandlung vorgesehen ist, wie werden Patienten diesbezüglich informiert?

	Sehr gut
	Gut
	Weniger gut
	Schlecht

7.4. Wie könnte die Entlassungssituation angenehmer gestaltet werden?

8. Eigene Anmerkungen

Bisher haben Sie Angaben über die Situation anderer Patienten gemacht. Im Folgenden haben Sie Gelegenheit zu Anmerkungen und Anregungen aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus.

8.1. Welche sonstigen Anregungen haben Sie zur Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten?

8.2. Möchten Sie sonst noch etwas über den Krankenhausaufenthalt bemerken, das noch nicht angesprochen wurde?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!!!

9.2. Variablenübersicht

Es folgen eine Übersicht über die standardisierten (numerischen) Variablen mit dem dazugehörigen Skalenniveau und eine Übersicht über die Mehrfachantworten mit den jeweiligen Auswertungskategorien.

9.2.1.

Variablenübersicht für numerische Daten

Variablendefinition der standardisierten Items		
Name	Variableninhalt	Skalenniveau
f_1.1	Geschlecht	Nominal
f_1.2	Alter	Metrisch
f_1.3	Familienstand	Nominal
f_1.4	Anzahl Kinder	Nominal
f_1.5	Station	Nominal
f_1.6	Berufsgruppe	Nominal
f_1.7	Aufnahmeart	Nominal
f_1.9	Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus?	Nominal
f_2.1	Wie fühlen Sie sich?	Ordinal
f_2.3	Fühlen Sie sich bzgl. Ihrer Beschwerden ernst genommen?	Ordinal
f_2.5	Wie haben Sie den jetzigen KH-Aufenthalt bisher verkraftet?	Ordinal
f_3.1	Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?	Nominal
f_3.3	Frühere Erfahrungen in anderen KH waren für Ihre Patienten?	Ordinal
f_3.3a	Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 1	Ordinal
f_3.3b	Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 2	Ordinal
f_3.3c	Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 3	Ordinal
f_3.3d	Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 4	Ordinal
f_3.3e	Wie haben sie bisherige Krankenhausaufenthalte im Vergleich erlebt? KH 5	Ordinal
f_4.1	Waren Sie auch noch auf anderen Stationen?	Nominal
f_4.3	Wie finden Sie die Ausstattung Ihres jetzigen Zimmers?	Ordinal
f_4.4	Wie finden Sie die Ausstattung der Station insgesamt?	Ordinal
f_5.1	Der jetzige KH-Aufenthalt war für Sie:	Nominal
f_5.3	Wie haben Sie die Aufnahmesituation insgesamt erlebt?	Ordinal
f_5.6	Wie waren die Wartezeiten bei der Aufnahme?	Ordinal
f_5.7	Wie haben Sie diese Wartezeiten erlebt?	Ordinal
f_5.8	Wie wurden Sie bei der Aufnahme über die einzelnen Schritte und Wege informiert?	Ordinal

Variablendefinition der standardisierten Items

f_5.9	Wie wurden Sie bei der Aufnahme über bevorstehende Wartezeiten informiert?	Ordinal
f_5.10	Wie wurden Sie bei der Aufnahme über Zuständigkeiten informiert?	Ordinal
f_5.11	Wie wurden Sie bei der Aufnahme über den zeitlichen Ablauf informiert?	Ordinal
f_5.12	Wie haben Sie sich zurechtgefunden?	Ordinal
f_6.1	Wie stark belastet Sie der KH-Aufenthalt in Ihrem Befinden?	Ordinal
f_6.3	Wie stark fühlen Sie sich in der Bewältigung Ihrer Situation unterstützt?	Ordinal
f_6.5a	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch die Ärzte?	Ordinal
f_6.5b	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch das Pflegepersonal?	Ordinal
f_6.5c	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Psychologischen Dienst??	Ordinal
f_6.5d	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch die Seelsorge?	Ordinal
f_6.5e	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch den Sozialdienst?	Ordinal
f_6.5f	Wie erlebten Sie die psychische Betreuung durch sonstige Dienste?	Ordinal
f_6.10	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zeit, die man Ihnen widmet?	Ordinal
f_6.11	Falls sie nicht zufrieden sind: Wie beurteilen Sie die Zeit, die man Ihnen widmet?	Nominal
f_6.12	Hatten Sie genügend Ruhe?	Nominal
f_6.13	Fühlten Sie sich auch in Ihrer Intimsphäre genügend berücksichtigt??	Nominal
f_6.14	Konnten Sie in ausreichendem Maße Ihre Meinung anbringen?	Nominal
f_6.15	Fühlten Sie sich in Ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung eingeschränkt?	Nominal
f_6.16	Wie beurteilen Sie die Möglichkeit, Fragen stellen zu können?	Ordinal
f_6.17	Wie zufrieden sind Sie mit den Antworten?	Ordinal
f_6.20	Haben Sie diese Gedanken/Gefühle gegenüber KH-Mitarbeitern geäußert?	Nominal
f_6.21	Hat man sie nach negativen und sorgenvollen Gedanken befragt?	Nominal
f_6.22	Hätten Sie sich mehr oder weniger Nachfragen gewünscht?	Nominal
f_6.23a	Wie gut konnten die Ärzte mit Ihrer Situation umgehen?	Ordinal
f_6.23b	Wie gut konnte das Pflegepersonal mit Ihrer Situation umgehen?	Ordinal
f_6.23c	Wie gut konnte der Psychologische Dienst mit Ihrer Situation umgehen?	Ordinal
f_6.23d	Wie gut konnte die Seelsorge mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?	Ordinal
f_6.23e	Wie gut konnte der Sozialdienst mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?	Ordinal
f_6.23f	Wie gut konnten sonstige Dienste mit Ihrer Situation / Ihren Gefühlen umgehen?	Ordinal
f_7.2	Falls Entlassung vorgesehen Wie erleben Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung?	Ordinal
f_7.3	Falls AHB vorgesehen: Wie wurden Sie diesbezüglich informiert?	Ordinal
fragebog	Fragebogenvariante	Nominal

9.2.2.

Variablenübersicht für Mehrfachantworten

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
fragebog	Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden die Patienten?	Fragebogenvariante
besch_a		Schmerzen
besch_b		Einschränkungen
besch_c		Schwäche
besch_d		keine Beschwerden
besch_e		keine Angaben
ernst_a	Wodurch fühlen sich Patienten ernst genommen?	Zuhören
ernst_b		Zuwendung, Anteilnahme
ernst_c		Gespräche
ernst_d		Zeit
ernst_e		Professionalität, Genauigkeit
ernst_f		Aufklärung
ernst_g		Schnelle Hilfe
ernst_h		keine Angaben

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
hilfe_a	Was hilft den Patienten?	Gespräche
hilfe_b		Professionalität, Schnelligkeit
hilfe_c		Information
hilfe_d		Empathie
hilfe_e		Ruhe
hilfe_f		Humor
hilfe_g		Besuch, Kontakte
hilfe_h		Ausstattung, Ambiente
hilfe_i		mehr Personal
hilfe_j		Beschäftigung, Ablenkung
hilfe_k		Behandlungen
hilfe_l		Hoffnung, Mut
hilfe_m		keine Angaben
hilfe_n		Arbeitsklima

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
zimmer_a	Was gefällt den Patienten an ihrem Zimmer oder der Station besonders?	Medien
zimmer_b		Balkon
zimmer_c		2-er Belegung
zimmer_d		Ausstattung, Komfort, Ambiente
zimmer_e		Sauberkeit
zimmer_f		Infomappe
zimmer_g		Ausblick
zimmer_h		keine Angaben
zimmer_i		nichts
besser_a	Was sollte an der Ausstattung des Zimmers/der Station unbedingt verbessert werden?	Medien
besser_b		Besucherraum
besser_c		mehr Platz
besser_d		Sauberkeit
besser_e		Intimsphäre
besser_f		keine Verbesserungen
besser_g		keine Angaben

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
kontak_a	Mit wem haben Patienten als erstes Kontakt?	Pflege
kontak_b		Ärzte
kontak_c		Aufnahmepersonal
kontak_d		Pforte
kontak_e		Notaufnahme
kontak_f		Mitpatient
kontak_g		Hostessen
kontak_h		keine Angaben
kontak_i		Hebamme
aufneg_a		Was wird von den Patienten bei der Aufnahme als unangenehm erlebt?
aufneg_b	Hektik	
aufneg_c	Untersuchungen	
aufneg_d	Fragen	
aufneg_e	mangelnde Intimsphäre	
aufneg_f	Schmerzen	
aufneg_g	Angst	
aufneg_h	zu viele Infos	
aufneg_i	fehlende Infos	
aufneg_j	Unfreundlichkeit	
aufneg_k	nichts	
aufneg_l	keine Angaben	

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
aufpos_a	Was wird von den Patienten bei der Aufnahme als positiv erlebt?	Freundlichkeit, Zuwendung
aufpos_b		Aufklärung, Information
aufpos_c		Kompetenz, Schnelligkeit,
aufpos_d		gute Ausstattung
aufpos_e		kurze Wartezeit
aufpos_f		keine Angaben
aufbes_a	Wie könnte die Aufnahmesituation verbessert werden?	Wartezeit
aufbes_b		Information, Orientierungshilfen
aufbes_c		Zeit und Ruhe
aufbes_d		gesonderter Aufnahmeraum, Intimsphäre
aufbes_e		Service, Komfort, Ausstattung
aufbes_f		nichts
aufbes_g		keine Angaben
aufbes_h		bessere Organisation

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
person_a	Mit welchen Personen haben die Patienten im Krankenhaus Kontakt?	Pflege
person_b		Ärzte
person_c		Aufnahmepersonal
person_d		Pforte
person_e		Notaufnahme
person_f		Mitpatient
person_g		Hostessen
person_h		Physiotherapeuten
person_i		Azubis
person_j		Beratungsdienste
person_k		Besucher
person_l		keine Angaben
person_m		Funktionsdienste
person_n		Reinigungspersonal

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
belast_a	Was belastet Patienten besonders?	Schmerzen
belast_b		Krankheitsverlauf
belast_c		Ängste, Sorgen, Depression
belast_d		Einschränkungen, Abhängigkeit
belast_e		Untersuchungen
belast_f		Langeweile
belast_g		mangelnde Aufklärung
belast_h		keine Privatsphäre
belast_i		keine Angaben
belast_j		sonstiges
vermis_a	Was vermissen Patienten?	Gespräche
vermis_b		Familie, Besuch
vermis_c		Ruhe
vermis_d		Besucherraum
vermis_e		Information
vermis_f		Ablenkung
vermis_g		Park
vermis_h		keine Angaben
vermis_i		sonstiges

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
posged_a	Welche positiven Gedanken und Gefühle beschäftigen die Patienten?	guter Krankheitsverlauf
posged_b		Sicherheit
posged_c		Dankbarkeit
posged_d		Glaube
posged_e		keine
posged_f		keine Angaben
negged_a	Welche negativen Gedanken und Gefühle haben die Patienten?	Schmerzen
negged_b		Ängste, Sorgen, Depression, Heimweh
negged_c		keine
negged_d		keine Angaben
negged_e		sonstiges

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
psybes_a	Welche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der psychischen Betreuung haben Sie?	Erweiterung Psych.Dienst
psybes_b		Fortbildung
psybes_c		mehr Personal
psybes_d		Empathie
psybes_e		keine
psybes_f		keine Angaben
entlas_a	Welche Ängste und Sorgen beschäftigen die Patienten in Zusammenhang mit ihrer Entlassung?	häusliche Versorgung
entlas_b		Zukunftssorgen
entlas_c		Prognose
entlas_d		Einschränkungen, Abhängigkeit
entlas_e		keine
entlas_f		keine Angaben
ahb_a	Welche Anschlussheilbehandlungen sind für die Patienten häufig vorgesehen?	Reha
ahb_b		Ambulante Nachsorge
ahb_c		Altenheim
ahb_d		anderes KH
ahb_e		Selbsthilfegruppe
ahb_f		weiß nicht
ahb_g		keine Angaben

Variablenname	Variableninhalt	Antwortkategorie
entbes_a entbes_b entbes_c entbes_d entbes_e entbes_f entbes_g entbes_h	Wie könnte die Entlassungssituation angenehmer gestaltet werden?	Information Zeitpunkt Überleitung weniger Bürokratie bessere Organisation Verabschiedung, Entlassungsgespräch keine Wünsche keine Angaben
anreg_a anreg_b anreg_c anreg_d anreg_e anreg_f anreg_g	Welche sonstigen Anregungen haben Sie zur Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten?	Zeit für Gespräche mehr Psychologen fortbildung, Supervision mehr Personal keine keine Angaben sonstige Anregungen
sonst_a sonst_b sonst_c sonst_d sonst_e sonst_f	Weitere Anmerkungen	Danke positiv Ausstattung verbessern Automatiktüren keine keine Angaben

